

Annika Nevala

ANOREKSIAA SAIRASTAVAN NUOREN HOITOPOLKU
AVOTERVEYDENHUOLLOSSA

Hoitotyön koulutusohjelma
Terveystyön suuntautumisvaihtoehto
2011

ANOREKSIAA SAIRASTAVAN NUOREN HOITOPOLKU AVOTERVEYDENHUOLLOSSA

Nevala, Annika
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Toukokuu 2011
Ohjaaja: Liimatainen-Yläne, Elina
Sivumäärä: 36
Liitteitä: 3

Asiasanat: Anoreksia, nuoret, hoitopolku

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää anoreksiaa sairastavan nuoren hoitopolku avoterveydenhuollossa Porin perusturvakeskuksen yhteistoiminta-alueella. Lisäksi opinnäytetyössä selvitettiin, millaisia ongelmia hoitopolussa ilmenee ja miten moniammatillista yhteistyötä anoreksian hoidossa voisi kehittää.

Hoitopolun tavoitteena on selventää yhtenäistä hoitolinjaa anoreksiaa sairastavan nuoren hoidon toteutuksessa avoterveydenhuollossa. Opinnäytetyön tuloksia voidaan käyttää myös moniammatillisen yhteistyön kehittämiseen, kun tiedetään, mitä ongelmakohtia anoreksian hoidossa ja moniammatillisessa yhteistyössä ilmenee.

Opinnäytetyö oli laadullinen eli kvalitatiivinen. Opinnäytetyöhön haastateltiin kuutta moniammatillisen työskentelyn edustajaa, jotka työskentelevät anoreksiaa sairastavien nuorten parissa. Haastatteluun osallistui kolme terveydenhoitajaa, lääkäri, psykologi ja ravitsemusterapeutti. Aineisto kerättiin teemahaastatteluina, jotka nauhoitettiin ja litteroitiin. Haastatteluaineisto analysoitiin laadullisella sisällönanalyysillä.

Opinnäytetyön tulosten mukaan pääasiallisin kehittämishaaste hoidon sujuvuudessa oli jonottaminen jatkohoitoon. Haastateltavat pitivät haasteellisena myös anoreksia potilaiden hoitoa kokonaisuudessaan. Ongelmiksi koettiin etenkin sairastuneiden sitoutuminen hoitoon, hoidon keskeyttämisen yleisyys ja heidän kielteinen suhtautuminen hoitoon. Haastateltavat kokivat moniammatillisen yhteistyön toimivuuden pääosin hyväksi. Koulutusta syömishäiriöistä ja niiden hoidosta kuitenkin toivottiin lisää.

THE PATH OF TREATMENT IN MUNICIPAL HEALTH CARE WHEN TREATING AN ADOLESCENT WHO IS SUFFERING FROM ANOREXIA

Nevala, Annika

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in health care

May 2011

Supervisor: Liimatainen-Ylännö, Elina

Number of pages: 36

Appendices: 3

Keywords: Anorexia, adolescents, path of treatment

The purpose of this thesis was to find out the path of treatment of an adolescent suffering from anorexia nervosa in municipal health care in co-operation district of Pori. In addition the thesis also studied what kind of problems there were in the path of treatment and how the multiprofessional collaboration could be developed when treating anorexia nervosa.

The objective of the path of treatment was to clarify the unified line of treatment of anorexia nervosa in adolescent in municipal health care. The results of the thesis can also be used to develop the multiprofessional collaboration where the problems in the treatment of anorexia nervosa and in the multiprofessional collaboration are recognized.

The thesis was qualitative. In the thesis, six people were interviewed and they all are representatives of the multiprofessional collaboration in the treatment of adolescents suffering from anorexia nervosa. Three public health nurses, a doctor, a psychologist and a dietician attended these interviews. The material collected by using 'theme interviews' which were recorded and then transcribed. The material was analyzed by using qualitative content analysis.

According to the results the main challenge of development in the fluency of the treatment was the long queues to the follow-up care. The interviewees thought that the treatment of anorexia nervosa in adolescents is challenging as a whole. According to the research the problems in treatment especially were the patients' lack of commitment to the treatment, the high rate of interruptions in the treatment and the patients' negative approach to treatment. The interviewees experienced the multiprofessional collaboration mainly functional. They thought that they needed more information about eating disorders and how to treat them.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
2	ANOREKSIA NERVOSA	6
2.1	Anoreksian yleisyys nuorilla	7
2.2	Anoreksian syntyyn vaikuttavat tekijät	8
2.3	Paranemisen ennuste	9
3	ANOREKSIAN HOITO	11
3.1	Anoreksian hoito perusterveydenhuollossa	12
3.1.1	Moniammatillinen yhteistyö	13
3.1.2	Hoitopolku.....	14
3.2	Ravitsemushoito.....	15
3.3	Psykologinen hoito.....	17
3.4	Lääkehoito	18
3.5	Perheen rooli anoreksiaa sairastavan nuoren hoidossa	18
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	20
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	21
5.1	Tutkimusmenetelmä.....	21
5.2	Aineiston keruu.....	22
5.3	Aineiston käsittely ja analysointi.....	22
6	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	23
6.1	Taustatiedot vastaajista	23
6.2	Hoitopolku.....	23
6.2.1	Koulu- ja opiskeluterveydenhoitajat varhaisina puuttujina	24
6.2.2	Nuorten vastaanotto jatkohoitopaikan suunnittelussa	25
6.2.3	Ravitsemusterapeutti ravitsemuksen asiantuntijana	26
6.2.4	Koulu- ja terveyskeskuslääkäri terveydentilan arvioinnissa	27
6.2.5	Yhteistyö perheen kanssa.....	28
6.2.6	Perusterveydenhuollon rooli anoreksian hoidossa	28
6.3	Anoreksian sairastavan hoidon sujuvuuden haasteet	29
6.4	Moniammatillisen yhteistyön kehittämishaasteet	30
7	OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS.....	31
8	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	32
	LÄHTEET	35
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Diagnostisia kriteereitä täyttävää laihuushäiriötä eli anoreksiaa esiintyy kansainvälisten tutkimuksien mukaan noin 1 %:lla tytöistä ja nuorista naisista ja pojista kymmenesosalla tästä. Lisäksi syömishäiriöiden ilmaantuvuus on useiden kansainvälisten tutkimuksien mukaan lisääntynyt varsinkin nuorilla 15–24 vuoden ikäryhmään kuuluvilla naisilla sekä 10–14-vuotiailla tytöillä. (Keinänen & Engblom 2007, 68.) Syömishäiriöt kuuluvatkin tällä hetkellä etenkin nuorten tyttöjen ja naisten yleisempiin mielenterveydellisiin häiriöihin (Terho, Ala-Laurila & Laakso 2002, 304).

Syömishäiriöiden yleistymisen myötä tietoa ja taitoa vaaditaan yhä enemmän syömishäiriöisten parissa työskenteleviltä. Syömishäiriöiden hoito vaatii moniammatillista työskentelyä, jossa on edustettuna kaikkien osa-alueiden erityisosaaminen. Yhteistyön sujuvuus on tärkeää, jotta sairastanut tai vasta oireileva nuori saa parasta mahdollista hoitoa. Hoidon tavoitteena on ensisijaisesti avohoito.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää anoreksiaa sairastavan nuoren hoitopolku avoterveydenhuollossa. Lisäksi tarkoituksena on selvittää millaisia ongelmia hoitopolussa ilmenee ja miten moniammatillista yhteistyötä anoreksian hoidossa voisi kehittää. Opinnäytetyöstä on jätetty pois erikoissairaanhoidon alue anoreksiaa sairastavien avohoidossa.

Opinnäytetyön tavoitteena on selventää anoreksiaa sairastavien nuorten yhtenäistä hoitolinjaa avoterveydenhuollossa Porin perusturvakeskuksen yhteistoiminta-alueella. Tavoitteena on myös nostaa esiin anoreksiaa sairastavien nuorten hoitoon osallistuvien ammattilaisten mielipiteitä moniammatillisen yhteistyön kehittämisestä. Yhtenäinen hoitolinja yhdessä sujuvan moniammatillisen yhteistyön kanssa parantaa hoidon laatua ja sen myötä sairastuneiden hoitoennusteita.

Opinnäytetyö on lähestymistavaltaan kvalitatiivinen ja aineisto on koottu teemahaastattelulla. Haastatteluihin osallistui kuusi moniammatillisen yhteistyön edustajaa, jotka työssään kohtaavat anoreksiaan sairastuneista nuoria.

2 ANOREKSIA NERVOSA

Anoreksia nervosa, eli laihuushäiriö, on syömishäiriöiden yksi ilmenemismuoto. Anoreksia alkaa usein nuoruusiässä (Huttunen & Jalanko 2009). Tyypillinen alkamisikä on 12–16-vuotiaana ja sairastuneista suurin osa on tyttöjä. Anoreksia alkaa tavallisesti vähäisestä laihdutusyrityksestä, joka riistyytään käsistä hallitsemattomaksi nälkiintymiseen johtavaksi syömättömyyskierteeksi. Laukaisevana tekijänä on tyytymättömyys omaan ruumiinkuvaan, joka johtaa laihdutusyrityksiin. Painon laskiessa sairastunut nuori pelkää voimakkaasti lihomista ja painon nousua joka johtaa rituaalinomaiseen syömiskäyttäytymiseen (Terho ym. 2002, 304). Anoreksiaan sairastuminen ei yleensä tarkoita ruokahalun menettämistä. Usein sairastunut onkin poikkeuksellisen kiinnostunut kaikkeen ruokaan ja sen valmistukseen liittyvästä, mutta silti säännöstellä tiukasti omaa syömistään, kätkeä ruokaa tai pyrkiä monenlaisin keinoin eroon vähäisestäkin nauttimastaan energiasta. (Charpentier ym. 2008, 12.)

Anoreksian tyypillisiä oireita ovat voimakas itse aiheutettu painon laskeminen lyhyessä ajassa, pienet ruokamäärät, lähes rasvaton dieetti, liikunnan lisääntyminen, syömiseen ja ulkonäköön liittyvät pakonomaiset ajatukset sekä kuukautishäiriöt. (Terho ym. 2002, 304.) Osalle anoreksiasta kärsivälle on ominaista myös ahmimis- eli bulimiamuutokset ja niiden laukaisema itse aiheutettu oksentaminen. Jotkut sairastuneista käyttävät painonsa hallitsemiseen diureettejä tai ulostuslääkkeitä, jotkut harrastavat pakonomaisesti liikuntaa, toisille taas ominaista ovat kaikki edellä mainitut painonkontrollomiskeinot. (Huttunen & Jalanko 2009.)

Painon laskemisen vuoksi anoreksiaan sairastuneen hormonitoimintaan tulee muutoksia. Se ilmenee esimurrosikäisillä normaaliin aikuistumiseen liittyvien fyysisten muutosten lykkääntymisenä ja naisilla kuukautisten harvenemisena tai poisjäämisinä. (Terho ym. 2002, 304.) Kuitenkin huomioitava asian on, että ehkäisytablettien tai muiden sukupuolihormonivalmisteiden käyttö saattaa ylläpitää normaalia kuukautiskiertoa hyvinkin huonossa ravitsemustilassa (Charpentier ym. 2008, 13). Laihtuminen ja hormonimuutokset aiheuttavat luun kalkkikatoa ja lisäävät osteoporoosin riskiä (Huttunen & Jalanko 2009).

Anoreksian diagnostiset kriteerit ovat suomen terveydenhuollon yleisesti käytetyn ICD-10:n tautiluokituksen mukaan:

1. Paino on tippunut vähintään 15 % alle pituuden mukaan arvioidun keskipainon tai painoindeksi (BMI) on alle 17,5. Painoindeksiä käytetään 16-vuotiaasta lähtien. Esimurrosikäisten paino saattaa jäädä jälkeen pituuskasvusta ilman varsinaista painon laskua.
2. Painon lasku on itse aiheutettua välttämällä ”lihottavia” ruokia. Lisäksi laihduttamiseen saatetaan käyttää liiallista liikuntaa, oksentelua, ulostus- tai nesteenpoistolääkkeitä tai ruokahalua hillitseviä lääkkeitä.
3. Henkilö on itsensä mielestä liian lihava ja pelkää jatkuvasti painon nousua, jolloin hän asettaa itselleen kohtuuttoman painotavoitteen.
4. Todetaan laaja-alainen hypotalamus-aivolisäke-sukurauhasakselin endokriininen häiriö, joka ilmenee naisilla kuukautisten puuttumisena ja miehillä seksuaalisen mielenkiinnon ja potenssin heikkenemisenä. Mikäli häiriö alkaa ennen murrosikää, kasvu ja murrosiän fyysiset muutokset viivästyvät tai pysähtyvät. Henkilön toipuessa häiriöstä, murrosiän kehitys jatkuu usein normaalisti loppuun mutta tavallista myöhempään. Kasvuhormonin ja kortisolin pitoisuudet voivat olla koholla, kilpirauhashormonin aineenvaihdunta saattaa olla muuttunut ja insuliinin erittyminen poikkeavaa.
5. Ahmimishäiriön kriteerit eivät täyty.

(Viljanen, Larjosto & Palva-Alhola 2005.)

2.1 Anoreksian yleisyys nuorilla

Anoreksiaan sairastuneiden määrä kasvaa jatkuvasti teollistuneissa maissa. Nuorten miesten keskuudessa anoreksia on harvinaisempi kuin naisten. Noin yksi 10–20 sairastuneesta on mies. Anoreksiaa esiintyy kaikissa yhteiskuntaluokissa ja etnisissä ryhmissä.(Aaltonen, Ojanen, Vihunen & Vilen 1999, 273.)

Syömishäiriöt ovat melko yleisiä sairauksia Suomessa. Tyypillinen sairastunut on tyttö tai nuori nainen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tilastoraportin mukaan vuonna 2008 psykiatrian avohoidossa eniten asiakkaita lukumääräisesti ja väkimäärään suhteutettuna oli 15–19 – vuotiaista naisissa. Noin viisi prosenttia tämän ikäryhmän väestöstä oli saanut päädiagnoosikseen jonkin "mielen-terveyden ja käyttäytymisen häiriöt" - pää-luokkaan kuuluvan diagnoosin. Anoreksia on tilaston mukaan toiseksi useimmin kirjattu pää-diagnoosi tässä ikäryhmässä heti masennuksen jälkeen. (Syllinen 1/2010).

2.2 Anoreksian syntyyn vaikuttavat tekijät

Syömishäiriöiden syntyyn liittyvät tekijät ja prosessit ovat osittain epäselviä. Tutkimustiedon mukaan siihen kuitenkin vaikuttavat niin perinnölliset, biologiset, psykiset ja sosiaaliset kuin kulttuurisetkin tekijät. Laihudenihannointi, koettu ylipainoisuus painosta riippumatta ja täydellisyyttä vaativan persoonallisuuden piirteet ovat merkittäviä tekijöitä syömishäiriön puhkeamisessa. (Keinänen & Engblom 2007, 69.)

Perheen sisällä syömishäiriöistä kärsivien lähisukulaisilla on todettu masentuneisuutta, muita psyykkisiä ongelmia ja päihteiden käyttöä. Perhesuhteita ja vuorovaikutusta koskevissa tutkimuksissa on havaittu, että kietoutuneet, heikosti eriytyneet tai jäykät rajat perheenjäsenten kesken ja sukupolvien välillä ovat yhteydessä häiriintyneeseen syömiskäyttäytymiseen. Anoreksiaa sairastavien perheessä on havaittu, että perheen sisällä tunteita ja ristiriitoja pyritään välttämään. Syömishäiriöistä kärsivät nuoret kuvaavat useammin kuin muut nuoret kokevansa sukupuoleensa ja ikäänsä nähden ympäristön kohtuuttomia vaatimuksia. Lisäksi he mainitsevat perheenjäsentensä olevan toisiaan kohtaan etäisiä ja kriittisiä. Christoph Wewetzerin tutkimuksessa anoreksiaan sairastuneet alle 20-vuoden ikäiset nuoret naiset kokivat perheensä etäisemmäksi sekä vähemmän kiinnostuneeksi ja hyväksyväksi kuin terveeseen verrokiryhmään kuuluvat. Perheenjäsenten väliset riittävän hyvät kiintymyssuhteet ja jokaisen perheenjäsenen autonomian kunnioittaminen näyttäisivät olevan tervettä nuoruusiän kehitystä edistäviä tekijöitä ja vaikuttavan myönteisesti hoitotuloksiin, kun

niihin kiinnitetään huomiota ja perhettä tuetaan. (Keinänen & Engblom 2007, 69–70.)

Syömishäiriötä on usein edeltänyt elämänmuutos, menetys tai psyykkinen stressi, kuten sairastuminen, läheisen kuolema, ero, muutto toiselle paikkakunnalle, vaikeudet ihmissuhteissa tai fyysinen tai seksuaalinen väkivalta. Myös myönteinen ja haasteellinen elämänmuutos, kuten opintojen tai seurustelusuhteen aloittaminen voi olla laukaiseva tekijä syömishäiriön puhkeamisessa. (Keinänen & Engblom 2007, 70.)

Tiettyjä persoonallisuuden piirteitä liittyy usein myös syömishäiriöihin. Heikko itsetunto, masennustaipumus sekä huono stressin- ja ahdistuksensietokyky ovat yleisimmät piirteet. Anoreksiaan sairastuneilla voi esiintyä pakkoneuroottisia piirteitä ja passiivista kielteisyyttä. Anoreksiaa sairastavan riskitekijöiksi on todettu myös kielteinen itsearvostus ja täydellisyyden tavoittelu. Työillä laihduttamisen laukaisee usein omaan naiselliseen sukupuolisuuteen liittyvä kielteinen huomautus tai vertailu, pettymys tai vaikeus perhe-, ystävyys- tai seurustelusuhteissa. (Keinänen & Engblom 2007, 70–71.)

2.3 Paranemisen ennuste

Suomessa on tehty laaja tutkimus syömishäiriöiden ennusteesta. Viiden vuoden sisällä sairastumisesta toipuu noin kaksi kolmesta anoreksiaa sairastavasta. Paranemisen luokittelu on kuitenkin hankalaa, koska se riippuu siitä, kuka paranemisen määrittelee. Lääkäreillä ja psykologeilla ei ole yhtä ja selkeää määritelmää kuka on parantunut ja kuka ei. Yleensä sairaudesta toipuneeksi katsotaan olevan henkilö, joka on biologisessa normaalipainossa, jonka kuukautiskierto on säännöllinen tai luontainen sukupuolihormonitoiminta on normaali, joka ei ahmi tai tyhjentäydy säännöllisesti ja jonka suhde omaan painoon ja kehoon ei ole vahvasti vääristynyt. Toipumisajan katsotaan olevan vaihtelevasti ajallisesti parista kuukaudesta puoleen vuoteen tai vuoteen, jolloin pahin oireilun uusiutumiseriski on takana ja paraneminen alkaa olla varmallalla pohjalla. (Charpentier ym. 2008, 69–70.)

Anoreksiaoireet voivat myös kroonistua. Huonoon paranemisennusteeseen vaikuttavat alhainen paino, vaikeat pitkittyneet oireet, toistuvat sairaalahoitokaudet, samanaikainen muu persoonallisuushäiriö, riippuvuusongelmat sekä ihmissuhdevaikeudet. (Keinänen & Engblom 2007, 71.)

Syömishäiriöihin liittyvän oireilun keskimääräinen kokonaiskesto on useita vuosia. Paraneminen ei tapahdu äkkiä, vaan vie oman aikansa. Syömishäiriöistä toipuneita seuraamalla ja haastatteleamalla on selvinnyt, että usein ensimmäisiä merkkejä paranemisesta ovat syömishäiriöön liittyvien tekoja ja tapojen jääminen pois. Näitä voivat olla tyhjääntäytyminen, ahmiminen ja syömisen tiukka säännöstely. Näiden tapojen pois jääminen vaikuttaa sairauden fyysiseen parantumiseen jolloin biologinen normaalipaino vakiintuu, normaali kuukautiskierto palaa ja sukupuolihormonitoiminta palautuu normaaliksi. Fyysisen tilan parantuessa hoidon intensiivisin vaihe syömishäiriöihin erikoistuneissa yksiköissä päättyy. Laaja-alainen kuntoutuminen sairaudesta jatkuu, kun syömishäiriöihin liittyvä käyttäytyminen väistyy ja fyysiset oireet alkavat olla hallinnassa. Syömishäiriöihin liittyvien psyykkisten oireiden korjaantuminen on usein vielä kesken varsinaisen hoidon päättyessä. Yhtenä hoidon tavoitteena onkin opettaa sairastunut olemaan oma terapeuttinsa ja työstämään ongelmallisia elämäntilanteita itsenäisesti. Lopullinen psyykinen kuntoutuminen voi viedä vuosia. (Charpentier ym. 2008, 70–71.)

Syömishäiriön puhkeaminen uudestaan vuosia kestäneen terveen jakson jälkeen on harvinaista mutta ei mahdotonta. Oireen laukaisijoina voivat toimia elämän muutokset ja stressitilanteet eli samantyyppiset tilanteet, jotka ovat mahdollisesti olleet alunperinkin laukaisevina tekijöinä syömishäiriön puhkeamisessa. Parhaat keinot estämään sairauden uudelleen puhkeaminen ovat sairastuneen tietoisuus omasta toiminnasta ja läheisten ihmisten tuki. (Charpentier ym. 2008, 75.)

3 ANOREKSIAN HOITO

Syömishäiriöiden hoito Suomessa alkoi kehittyä 1990-luvun alussa. Aikaisemmin hoito tapahtui pääasiassa sisätauti- ja lastentautien sairaalaosastoilla, jossa keskityttiin aliravitsemustilan hoitoon letku- ja suonensisäisen ruokinnan avulla. Osa potilaista hoidettiin psykiatrisissa yksiköissä, joissa syömishäiriöpotilaisiin sovellettiin samoja hoitomenetelmiä kuin muihinkin mielenterveyspotilaisiin. Tällöin uskottiin, että kun psyykkiset oireet sairauden taustalla saadaan korjattua terapian avulla, korjaantuu myös sairauden fyysinen puoli, eli häiriintynyt syömiskäyttäytyminen. (Syömishäiriöliiton www-sivut.)

Hoidon tavoitteena nykypäivänä on yleisesti avohoito. Avohoito käsitteellä tarkoitetaan ohjattua terveyden- tai sairaanhoitoa, jonka aikana potilas asuu omassa kodissaan. Avoterveydenhuoltoon kuuluu kuntoutus ja sairauksien ehkäisy esimerkiksi terveysneuvonnan avulla. Hoito voi olla myös terapiaa, esimerkiksi psyko- tai toimintaterapiaa. Säännölliset tapaamiset lääkärin, psykologin tai hoitajan kanssa kuuluvat avohoitoon. (Mielenterveyden keskusliiton www-sivut).

Syömishäiriöiden hoito kohdistetaan aluksi ravitsemustilan ja somaattisen tilanteen korjaamiseen.. Hoito sisältää myös psykoedukatiivista ohjausta sekä potilaan ja perheen tukemista. (Suomalainen lääkäriseura Duodecim 2009.)

Psykoedukaation eli tiedollisen ohjauksen avulla tutkitaan ajatus vääristymiä, annetaan tietoa ja välineitä paranemiseen. Sen on tarkoitus herätellä potilaassa sairautentunto ja paranemisen halu, jotka ovat avain asemassa syömishäiriöstä parantumisesta. Psykoedukaation tavoitteena on antaa tietoa potilaan sairaudesta ja sen hoidosta, ravitsemuksesta ja ruokavalion toteutuksesta, normaalipainosta, liikunnasta syömishäiriön vaikutuksesta omaan kehoon ja elämään sekä sairauden uusiutumisen estosta. (Viljanen ym. 2005, 73-74.)

Syömishäiriöiden ollessa sekä ruumiin, että psyykeen sairaus, otetaan vakavampien syömishäiriöoireiden väistyttyä mukaan myös sairauden taustalla olevien psyykkis-

ten ongelmien käsittely. Psykkisten ongelmien selvittely voidaan aloittaa myös välittömästi syömishäiriöoireiden hoidon rinnalla, mikäli syömishäiriön somaattiset ongelmat ovat vielä lieviä. (Syömishäiriöliiton [www-sivut](#).)

Syömishäiriöiden hoitoon ei ole tällä hetkellä saatavilla yhtenäistä mallia tai ohjeistusta, vaan monilla sairaanhoitopiireillä on oma hoitopolku, joiltakin sairaanhoitopiireiltä hoitopolun kuvaus puuttuu kokonaan (Syömishäiriöliiton [www-sivut](#)). Internetistä on saatavilla Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen asettama työryhmän laatima käypä hoito-suositus lasten- ja nuorten syömishäiriöistä, jota voidaan käyttää apuna syömishäiriöiden hoitotyössä.

3.1 Anoreksian hoito perusterveydenhuollossa

Anoreksian hoito perustuu fyysiseen ja psyykkiseen tilan hoitoon. Tavoitteena yleisesti on hoitaa nuori avohoidossa. Anoreksian avohoito voi tapahtua perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa. Perusterveydenhuollon tehtävänä on tunnistaa ongelmallinen syömiskäyttäytyminen, arvioida jatkotutkimuksien tarve sekä ohjata nuori jatkotutkimuksiin. (Laukkanen, Marttunen, Miettinen & Pietikäinen, 2006. 122).

Lieviä syömishäiriötapauksia voidaan hoitaa ja seurata perusterveydenhuollossa tiheiden ja ohjaavien käyntien muodossa. Kouluterveydenhuolto on tässä tärkeässä asemassa (Laukkanen ym. 2006, 50.) Suomessa jokainen perusopetuksen oppilas kuuluu perusterveydenhuollon järjestämän kouluterveydenhuollon ja toisen asteen opiskelija opiskeluterveydenhuollon piiriin. Vuonna 2009 tullut asetus koulu- ja opiskeluterveydenhuollon järjestämisestä edellyttää, että kouluterveydenhoitaja tai lääkäri tapaa perusopetuksen piirissä olevaa oppilasta vähintään kerran vuodessa. Asetuksen mukaan toisen asteen opiskelijalla tulee järjestää terveydenhoitajan tarkastus ensimmäisenä opiskeluvuotena ja lääkärintarkastus ensimmäisenä tai toisena opiskeluvuotena. (Syllillinen 2/2010.)

Koulu- ja opiskeluterveydenhuollolla on tärkeä rooli syömishäiriöiden havaitsemisessa, ennaltaehkäisyssä ja hoitoon ohjauksessa, koska terveydenhoitaja tapaa nuorten säännöllisesti koko kouluiän ajan. Varhainen puuttuminen ja hoitoon ohjaus edellyttävätkin säännöllistä terveysseurantaa ja yhteistyötä esimerkiksi liikunnan-, terveystiedon-, terveystiedon- ja kotitalousopettajan kanssa. (Syllinen 2/2010.)

Kouluterveydenhoitajan tehtäviin kuuluu antaa nuorelle tietoa kehityksestä ja elimistön tarvitsemasta ravinnosta. lisäksi tärkeää on nuoren kuunteleminen ja tukeminen kasvuun, kehitykseen ja elämäntilanteisiin liittyvissä asioissa. (Laukkanen ym. 2006. 122.)

Jos ongelma ei korjaannu tai paino muuttuu nopeasti, on jatkohoitopaikkaan lähettäminen ajankohtaista. Nuori tulee ohjata psykiatriseen ja somaattiseen arvioon syömishäiriöiden hoitoon perehtyneeseen yksikköön. Suomessa erikoissairaanhoidollisia yksiköitä edustavat psykiatrian poliklinikat ja sairaaloiden osastot. (Charpentier ym. 2008, 48, 51.)

3.1.1 Moniammatillinen yhteistyö

Anoreksian hoidossa tarvitaan useiden ammattihenkilöiden yhteistyötä. Yhteistyö käsitteenä tarkoittaa, että ihmisillä on yhteinen työ tai tehtävä suoritettavanaan, ongelma ratkaistavanaan tai päätös tehtävänänsä tai he etsivät uusia näkökulmia yhdessä keskustellen. Moniammatillisuus tuo yhteistyöhön mukaan useita eri tiedon ja osaamisen näkökulmia. (Isoherranen 2005, 14.)

Moniammatillisessa yhteistyössä eri alojen asiantuntijat vastaavat oman alansa erityisosaamisesta. Moniammatilliseen yhteistyöhön osallistuvilla tulee olla selkeä kuva sekä omasta että toisten roolista. Toimittinpa millaisessa työympäristössä tahansa, moniammatillisen yhteistyön keskipisteenä on asiakas ja hänen auttamisensa tarve. (Haarala, Honkanen, Mellin & Tervaskanto-Mäentausta 2008, 117, 123.)

Keskeisiä tekijöitä moniammatillisen yhteistyön onnistumiseen ovat tiedon ja näkökulmien kokoaminen yhteen, vuorovaikutustietoinen yhteistyö, rajojen ylitykset ja verkostojen huomioiminen ja hyödyntäminen. Tiedon ja näkökulmien yhteen koamisessa eri asiantuntijoiden tiedot ja taidot integroidaan yhteen asiakaslähtöisesti (Isoherranen 2005, 14). Ammattiryhmien asiantuntijuus ja osaaminen muodostavat näin yhteiseksi tiedoksi, mikä mahdollistaa uudet toimintatavat rajoja ylittävänä toimintana. Yhteistyön laajeneminen monitoimijaiseksi lisää mahdollisuuksia uudenlaisiin näkökulmiin ja ratkaisuihin. (Haarala ym. 2005, 118.)

Vuorovaikutustietoisella yhteistyöllä tarkoitetaan vuorovaikutuksen merkityksen hahmottamista ja siihen vaikuttamista. Hyvä vuorovaikutus moniammatillisessa työryhmässä vaatii toisten osapuolien näkökulmien kuuntelemista sekä oman näkökulman tuomista toisten käyttöön. Rajojen ylityksellä tarkoitetaan organisaatioiden, yhteisöjen ja roolien rajoja koskevien sääntöjen sovittuja ylityksiä asiakaslähtöisesti ja joustavasti työskenneltäessä. Verkostojen huomioimisella tarkoitetaan työntekijän tai työryhmän toimintaperiaatetta ottaa asiakkaan sosiaalinen verkosto huomioon kaikissa tilanteissa, laadittaessa esimerkiksi asiakkaan hoitosuunnitelmaa. (Isoherranen 2005, 15–16.)

3.1.2 Hoitopolku

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

Hoitopolku sanan synonyymina tai lähes samaa tarkoittavana terminä on myös käytetty paikallista toimintaohjetta. Paikallinen toimintaohje tarkoittaa esimerkiksi sairaalan tai kuntayhtymän sisäistä suositusta tai toimintaohjetta, niin sanottua ”talon tapaa”. Toimintaohjeessa määritetään tietyn taudin hoito ja sen järjestäminen sekä moniammatillinen työnjako organisaation sisällä. Jos ohjeessa kuvataan vain työnja-

ko ja potilaan kulku eri toimijoiden välillä, puhutaan hoitopolusta. Paikallinen toimintaohje tarkoittaa siis laajempaa ohjeistusta tietyn sairauden hoidosta, hoidon järjestämisestä sekä moniammatillisesta työnjaosta esimerkiksi koko sairaanhoitopiirin alueella. (Mäntyranta ym. 2003, 9.)

Hoitopolku sekoitetaan usein hoitoketju termiin. Hoitoketjulla tarkoitetaan alueellista, tiettyä sairautta potevien hoitoa ja työnjakoa tietyllä alueella, usein sairaanhoitopiirissä. Yleensä hoitoketjussa määritellään työnjako perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalitoimen välillä. Hoitopolku taas on sisäinen toimintaohje, joka kertoo yksityiskohtaisesti kuka tekee ja missä tekee. Hoitopolku on jonkin organisaation oma menettelytapa. (Mäntyranta ym. 2003, 8)

3.2 Ravitsemushoito

Syömishäiriöpotilaiden hoito on moniammatillista yhteistyötä, jossa tarvitaan ravitsemuksen osaamista. Lasten ja nuorten syömishäiriöiden käypä hoito suositus (2010) tukee ravitsemusohjauksen ja psykoedukatiivisen ohjauksen käyttöä syömishäiriöpotilaiden hoidossa.

Ravitsemushoidon tavoitteena on syömishäiriöpotilaan aliravitsemuksen korjaaminen, laihduttamisen lopettaminen ja kaoottisen syömiskäyttäytymisen normalisoiminen. Nuoren syömishäiriöpotilaan kohdalla tavoitteena on myös turvata nuoren normaali kasvu. (Viljanen ym. 2005, 21.)

Avohoidossa anoreksian ravitsemushoito perustuu potilaan ja hoitavan työntekijän keskinäiseen luottamukseen. Kerralla tapahtuvat lisäykset ruokavalioon ovat pieniä, koska vastuu niiden toteutumiseen avohoidossa on yksin potilaalla. Ruokavalion tavoitteelliset energialisäykset ovat 200-300kcal yhdellä tapaamiskerralla. Potilaan käsitykset hänen käyttämistään ruokamääristä ja ruokien käyttötiheydestä saattavat poiketa huomattavasti työntekijän käsityksistä. Tarkentavat kysymykset ruuan todellisista määristä ovat tarpeen. (Viljanen ym. 2005, 105–106.)

Avohoidon alussa ihanteellista on, jos anoreksiapotilaan on mahdollista tavata tiheästi häntä hoitavia tahoja ravitsemuskuntoutuksen merkeissä. Työryhmän jäsenet, esimerkiksi psykiatri, ravitsemusterapeutti ja sisätautilääkäri, voivat sopia tapaamisia vuorottain, jolloin potilaan on mahdollista käsitellä painon nousun tuomaa ahdistusta riittävän tiheästi. Myöhemmin tapaamistiheyden voi sopia yksilöllisesti potilaan edistymisen mukaan. (Viljanen ym. 2005, 106.)

Ravitsemustilan arvioinnissa käytetään aikuisilla painoindeksiä (BMI) ja alle 16-vuotiailla lapsilla kasvukäyrää sekä pituuspainoa. Kasvukäyrää seuraamalla nähdään, onko lapsena sairastuneen pituuskasvu keskeytynyt anoreksian vuoksi. Ravitsemustilan arviointiin kuuluu myös painon laskun suhteellisen määrän selvittäminen. Huomattavan nopeana painon laskuna pidetään, kun potilaan paino on laskenut yli 0,5 kg/vko tai yli 5% kk tai yli 10% 3-6kk. Lapsilla nopea painon lasku on vaarallisempaa kuin aikuisilla, koska heillä on vähemmän energia varastoja ja he kuivuvat nopeammin kuin aikuiset. Mitä nopeammin potilaan paino on laskenut, sitä vakavampi tilanne on kyseessä. (Viljanen ym. 2005, 28.)

Muita keinoja ravitsemustilan arviointiin on mm. kehon rasvapitoisuuden seuraaminen ja aliravitsemuksen ja oksentelun ulkoisten merkkien etsiminen. Potilaan ravitsemustilaa voidaan tutkia tunnustelemalla hänen olkavarttaan, josta arvioidaan rasva- ja lihaskudoksen määrä. Olkavarren ympärysmitta kertoo aliravitsemuksesta, jos se on naisilla alle 17cm ja miehillä alle 21 cm. Potilaan tilaa ja kuntoutumista seurataan myös laboratoriokokein. (Viljanen ym. 2005, 27.)

Avohoidossa realistinen painon nousuvauhti on 250-500g viikossa. Mikäli potilaan paino jatkuvasti laskee tai hän kieltäytyy syömästä riittävästi, on tarpeen keskustella muiden hoitoon osallistuvien tahojen kanssa tilanteesta. Myös perheen jäsenten tapaamisesta voi tällaisessa tilanteesta olla apua. Lisäksi voidaan rajata potilaan liikuntaharrastuksia ja koulussa tai töissä käyntiä sekä harkita osastohoitoa. (Viljanen ym. 2005, 110.)

3.3 Psykologinen hoito

Anoreksiaan sairastuneen ensimmäinen askel kohti toipumista on sairauden myöntäminen itselleen. Sairastuneet haluavat usein kieltää sairautensa, koska itsensä näkkiinnyttäminen on heille palkitsevaa. Parantumisen halun tunne tulee kuitenkin olla vastarintaa voimakkaampi, jotta parantuminen voi alkaa. Nuori tarvitsee paljon tukea ammattiauttajilta ja perheeltään. (Aaltonen, Ojanen, Vihunen & Vilen, 1999, 276–277.)

Psykoterapia on keskeinen hoitomuoto kaikissa syömishäiriöissä. Vaikka sairastunut voi itsekseenkin käynnistää samanlaisen ajatusten kyseenalaistamis- ja muuttamisprosessin kuin psykoterapiassa, prosessi nopeutuu huomattavasti työskenneltäessä ammattihenkilön kanssa. (Charpentier ym. 2008, 58.) Alle 18-vuotiailla anoreksiaan sairastuneille nuorilla, joiden sairaus on jatkunut lyhyen ajan, on perheterapia liitettyä nuoren tukemiseen antanut parhaan hoitotuloksen. Perheterapia on menetelmä, jonka tavoitteena on tutkia, hoitaa ja ymmärtää perheen sisäisessä vuorovaikutuksessa ja yksittäisellä perheenjäsenellä olevia häiriöitä. Perheterapiassa pyritään tavoittelemaan ja tukemaan perheen vuorovaikutuksessa olevia myönteisiä voimavaroja ja mahdollisuuksia. Perhettä tavataan yhdessä potilaan kanssa ja osallistuminen tapaamiseen on kaikille osapuolille vapaaehtoista. (Aaltonen 2009.)

Tehokkaimmaksi psykoterapian muodoksi on osoittautunut kognitiivinen psykoterapia. Kognitiivisen psykoterapian pyrkimyksenä on itsetuntoa ja elämänhalua syövien ajatusten tilalle löytää terveellisempiä ajatusmalleja. (Sininauhaliiton [www-sivut](#).) Syömishäiriöisille tarjottavan kognitiivisen psykoterapian yhtenä tärkeänä tavoitteena on tiedon antaminen syömishäiriöstä, minkä on selvästi todettu tehostavan oireista luopumista. Kognitiivisessa psykoterapiassa selvitetään, millaiset toiminta- ja ajattelumallit ylläpitävät oireita ja pyrkiä korjaamaan niitä. Tyypillistä syömishäiriöön sairastuneelle on ajatella olevansa muita huonompi kaikessa, ulkopuolinen ympäristössä, vastemieleinen muiden silmissä tai muulla tavalla ihmisarvoltaan muiden alapuolella. Terapiassa tutkitaan näitä ajatusmalleja, niiden merkitystä, syntyä ja ilmenemistä arkielämässä sekä etsitään uusia terveyttä ja hyvinvointia edistäviä ajattelutapoja ja asennetta itseensä. Syömishäiriöisten psykoterapia eroaa muiden psyykkis-

ten sairauksien hoidossa siinä, että terapeutti käsittelee psyykkisten oireiden ohella myös ravitsemukseen ja kehoon liittyviä sekä käyttäytymisessä näkyviä oireita. (Charpentier ym. 2008, 57.) Erityisesti sairauden vakavan vaiheen terapiassa painottuvat erilaisten pelko- ja ahdistustilojen käsittely, jotka saattavat liittyä esimerkiksi syömiskäyttäytymisen muuttumiseen, ruokavalion laajentamiseen ja painon lisääntymiseen (Charpentier ym. 2008, 55).

3.4 Lääkehoito

Lääkehoitoa anoreksiassa käytetään siihen liittyvien liitännäisoireiden hoidossa. Ravitsemustilan korjaantumiseen depressiolääkkeistä ei ole huomattu olevan apua, mutta ne saattavat auttaa nuoren samanaikaiseen masennukseen. Aliravitsemuksesta kärsivillä on suuri riski saada lääkityksestä vakavia haittavaikutuksia, joten tämän vuoksi lääkitys tulee aloittaa pienellä annostuksella. Lääkehoito tulisi aloittaa vasta painon noustua normaalialueelle. (Suomalainen lääkäriseura Duodecim 2009). Kalsium- ja d-vitamiini lisä on suositeltavaa kaikille anoreksiaa sairastaville (Koistinen, Ruuskanen & Surakka 2004, 247).

3.5 Perheen rooli anoreksiaa sairastavan nuoren hoidossa

Anoreksiapotilas aiheuttaa perheessään voimakkaita tunnereaktioita joten perheen ottaminen mukaan hoitoon on tärkeää (Terho ym. 2002, 307). Vanhemman huoli vakavan ja usein pitkään jatkuvan sairauden edessä on suuri. Myös sairastuneen sisarukset kokevat ahdistusta perheenjäsenensä sairastumisesta. Toivottomuuden ja avuttomuuden tunne ovat yleisiä tunteita sairastuneen nuoren perheenjäsenillä. Perhe tarvitsee tietoa sairaudesta, sen luonteesta ja hoitokäytännöistä, jotta syömishäiriötä sairastava nuori saa oikeanlaista ja ymmärtävää tukea perheeltään sairauden kivikkosella tiellä. Nuoren syömättömyys ja aliravitsemus voi johtaa siihen, että vanhemmat alkavat tarkkailla nuoren syömiä ylikorostuneesti jolloin nuori ahdistuu kovan kontrollin alla vielä enemmän. Vanhempien ohjaaminen nuoren omaan päättämisen

ja huolehtimiseen omasta ruokailustaan on tällöin tarpeen. Esimurrosikäinen kuitenkin tarvitsee tällaisessa tilanteessa vielä vanhempiensa tukea. (Viljanen ym. 2002, 17.)

Perheen mukaan ottaminen hoidon suunnitteluun lisää perheen sitoutumista nuoren hoitoon. Yhdessä asetut tavoitteet auttavan perheen ja auttajien yhteistyötä sairauden hoidossa. Perheen sitoutuminen hoitoon vahvistaa vastuun säilymistä perheellä lisäten perheen itsetuntoa ja kykyä tukea nuorta. Perheen tukemisessa yhteydenpito nuoren vanhempiin hoidon aikana on tärkeää. Syömishäiriöistä toipuneet pitävät tärkeimpinä ja ratkaisevampina tekijöinä toipumisprosessissaan läheisten ihmisten tukea. (Charpentier ym. 2008, 73.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää anoreksiaa sairastavan nuoren hoitopolku avoterveydenhuollossa Porin Perusturvakeskuksen yhteistoiminta-alueella. Lisäksi opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää, millaisia ongelmia hoidon sujuvuudessa ilmenee ja miten moniammatillista yhteistyötä anoreksian hoidossa voisi kehittää.

Hoitopolun tavoitteena on selventää yhtenäistä hoitolinjaa nuoren hoidon toteutuksessa. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää kehittämällä moniammatillisen yhteistyön sujuvuutta anoreksiaa sairastavien hoidossa, kun tiedetään hoitopolun ja moniammatillisen yhteistyön ongelmakohdista. Tuloksista on myös hyötyä vastaavalmistuneille hoitoalan ammattilaisille, jotka tulevat olemaan tekemisissä nuorten kanssa ja joille anoreksiaa sairastavan hoitopolku ei ole ennestään tuttu.

1. Minkälainen on anoreksiaa sairastavan nuoren hoitopolku avoterveydenhuollossa Porin Perusturvakeskuksen yhteistoiminta-alueella?
2. Minkälaisia ongelmia hoitoon osallistuvat avoterveydenhuollon ammattilaiset kohtaavat hoidon sujuvuudessa ja moniammatillisessa yhteistyössä?
3. Miten moniammatillista yhteistyötä voisi kehittää anoreksian hoidossa?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

5.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimusmenetelmänä tässä opinnäytetyössä on käytetty laadullista eli kvalitatiivista menetelmää. Laadullinen tutkimus on luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedon hankintaa ja aineisto kootaan luonnollisissa ja todellisissa tilanteissa. Tiedon keruun menetelmänä suositaan ihmistä. Kohdejoukko tutkimukseen valitaan tarkoituksenmukaisesti, ei satunnaisotoksen menetelmää käyttäen. Laadullisessa tutkimuksessa tutkija luotaa enemmän omiin havaintoihinsa ja keskusteluihin tutkittavan kanssa kuin mitausvälineillä hankittavaan tietoon. Laadullisen menetelmän avulla tehtävän tutkimuksen lähtökohta ei ole teorian tai hypoteesien testaaminen, vaan aineiston monitahoinen ja yksityiskohtainen tarkastelu. Tutkijan pyrkimyksenä on paljastaa odottamattomia seikkoja. Tutkimuksen aineiston hankinnassa käytetään metodeja, joissa tutkittavien näkökulmat pääsevät esille. Tällainen metodi on esimerkiksi teemahaastattelu, jota tässä opinnäytetyössä on käytetty. Laadullisessa tutkimuksessa tapauksia käsitellään ainutlaatuisina ja aineistoa tulkitaan sen mukaisesti. Tutkimus toteutetaan joustavasti ja suunnitelmia muutetaan olosuhteiden mukaisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1998, 165.)

Opinnäytetyön aineisto hankittiin teemahaastattelulla (Liite 1). Teemahaastattelussa on tyypillistä, että haastattelun aihepiirit eli teemat ovat tiedossa, mutta kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuvat (Hirsjärvi ym. 1998, 204). Teemahaastattelurunko muodostettiin aiemmin luetun anoreksiaa ja syömishäiriöitä käsittelevän teorian perusteella. Haastattelun teemoiksi valittiin aiheet, jotka käsitelivät työntekijän roolia anoreksian hoidossa, moniammatillista yhteistyötä ja sen kehittämishaasteita. Pääteemojen alle lisättiin pieniä lisäkysymyksiä, joita käytettiin tarkentamaan pääteeman aihealueita.

5.2 Aineiston keruu

Opinnäytetyölle myönnettiin tutkimuslupa tammikuussa 2011 Porin kaupungin Perusturvakeskuksen terveystalouden johtajan allekirjoittamana. Tutkimusaineisto kerättiin haastattelemalla kuutta anoreksian hoitoon osallistuvaa moniammatillisen työskentelyn edustajaa. Haastatteluun osallistui terveydenhoitajat koulu- ja opiskelijaterveydenhuollosta, ravitsemusterapeutti, lääkäri sekä terveydenhoitaja ja psykologi nuorten vastaanotosta. Haastateltavat valitsi ylihoitaja perusturvakeskuksesta, joka oli ensin yhteydessä haastateltaviin. Tämän jälkeen haastateltaville lähetettiin sähköpostitse saatekirje, jossa esiteltiin opinnäytetyön tekijä, aihe, tarkoitus ja tutkimusmenetelmä. Lisäksi varmistettiin vielä haastateltavien halukkuus osallistua haastatteluun. Sähköpostin liitteenä haastateltaville lähetettiin teemahaastattelurunko johon he saivat tutustua etukäteen.

Opinnäytetyön aineisto kerättiin 8-22.3.2011 välisenä aikana. Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina kunkin ammattiedustajan työpisteessä. Haastatteluihin meni aikaa noin puolesta tunnista tuntiin. Haastattelut nauhoitettiin ääninauhurilla.

5.3 Aineiston käsittely ja analysointi

Haastatteluiden jälkeen aineisto litteroitiin. Litteroinnilla tarkoitetaan nauhoitetun äänitallenteen purkamista kirjoitetuksi tekstiksi. Litterointi tehtiin sanatarkasti ja litteroitua tekstiä syntyi 30 sivua A4-kokoista liuskaa fonttikoolla 12 ja rivinvälillä 1,5.

Aineiston analyysissä käytettiin sisällön analyysiä. Sisällön analyysin tarkoituksena on tuottaa tietoa saadun aineiston perusteella. Aineistossa ilmeneviä sanoja ja ilmauksia luokitellaan niiden merkityksien perusteella. Aineistosta tulee tunnistaa sanat, jotka kertovat jotain tutkittavasta ilmiöstä. Tarkoituksena ei ole analysoida koko aineistoa vaan ne tiedot, jotka koskevat tutkittava ilmiötä. (Kylmä & Juvakka 2007, 112–113.)

Aineiston analysointi aloitettiin lukemalla aineisto useaan kertaan läpi. Aineistosta alleviivattiin lauseet, jotka vastasivat tai liittyivät tutkimuskysymyksiin. Tämän jälkeen alleviivatuista lauseista koottiin paperille pelkistettyjä ilmaisuja. Pelkistetyt ilmaisut luokiteltiin samaa aihealuetta käsitteleviksi ryhmiksi, joille annettiin niiden merkitystä ilmaiseva otsikko. Otsikoista muodostettiin opinnäytetyön tuloksiin alaotsikot. Sisällön analyysistä on esimerkki liitteessä 2.

6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

6.1 Taustatiedot vastaajista

Tutkimukseen osallistui yhteensä kuusi moniammatillisen työskentelyn edustajaa, jotka osallistuvat anoreksiaa sairastavien nuorten hoitoon avoterveydenhuollossa Porin Perusturvakeskuksen yhteistoiminta-alueella. Ammattihenkilöt kuuluivat perusterveydenhuollon piiriin. Kolme haastateltavista oli terveydenhoitajia, lisäksi haastatteluihin osallistui terveyskeskuslääkäri, ravitsemusterapeutti ja psykologi.

6.2 Hoitopolku

Hoitopolku rakennettiin haastatteleamalla hoitoon osallistuvia henkilöitä. Kuvaukset hoitoon osallistuvien henkilöiden roolista on tehty haastatteluista saadun aineiston pohjalta. Kuvaukset koskevat kunkin ammattihenkilön työnkuvaa ainoastaan anoreksian hoidossa. Esimerkkeinä on käytetty suoria lainauksia havainnollistamaan, elävöittämään ja lisäämään opinnäytetyön tuloksien luotettavuutta.

Anoreksiaa sairastavan nuoren hoitopolku kuvataan lisäksi kaaviona (Liite 3). Kaavio hoitopolusta on muodostettu haastattelujen perusteella ja se koskee Porin perusturvakeskuksen yhteistoiminta-alueella tapahtuvaa hoitoa.

6.2.1 Koulu- ja opiskeluterveydenhoitajat varhaisina puuttujina

Kouluterveydenhoitaja saa usein tiedon syömisongelmista kärsivästä nuoresta ystävän, liikunnanopettajan, luokanvalvojan tai vanhempien kautta. Terveystarkastaja voi myös havaita painon laskun terveystarkastuksien yhteydessä kasvukäyrää tarkastellessaan. Harvemmin nuori tulee oma-aloitteisesti terveydenhoitajan vastaanotolle syömisongelmien vuoksi.

”Nuori tulee harvemmin oma-aloitteisesti vastaanotolle. Yleensä tieto nuoren syömisongelmista tulee terveydenhoitajalle kaverin kautta, liikunnan opettajan kautta, luokanvalvojan tai vanhempien kautta. Aika moni taho siis tuo tietoa tänne”

Opiskeluterveydenhoitaja voi ohjata nuoren koulun omalle opiskelopsykologille, mikäli opiskelupaikassa on tarjolla psykologin palveluja. Opiskelopsykologi tarjoaa lyhytkestoista ja luottamuksellista keskusteluapua, jonka tavoitteena on löytää etsiä ratkaisuja erilaisten elämäntilanteiden tuomiin ongelmiin. Opiskelopsykologi ohjaa nuoren tarvittaessa myös muiden terveydenhuollon palveluiden käyttöön.

Kun syömisongelma havaitaan, terveydenhoitaja haastattelee nuoren ja hän saa vastata BDI-mielialaseulan kysymyksiin. BDI-mielialaseula on mielialaoireita käsittelevä kyselylomake, joka on tarkoitettu työvälineeksi nuoren depressio-oireiden seulontaan esimerkiksi vastaanottotilanteen yhteydessä. Vastaanotolla mitataan paino ja pituus ja lasketaan painoindeksi. Terveystarkastaja tutkii verinäytteestä verensokerin, hemoglobiinin sekä mittaa verenpaineen ja pulssin. Myös ihon ja silmien kunto tarkistetaan.

Terveydenhoitajan tärkein työväline syömisongelmista kärsivien nuorten kohtaamisessa on keskustelu ja terveystiedon välittäminen. Lisäksi terveydenhoitajan tehtävä on tehdä arvio nuoren tilanteesta ja lähettää eteenpäin jatkotutkimuksiin. Terveydenhoitaja lähettää lievästi oireilevan nuoren usein nuorten vastaanottoon. Jos terveydenhoitaja huomaa tutkimuksia ja haastattelua tehdessään oireiden olevan selvästi anoreksiaan viittaavia, lähetetään nuori suoraan koululääkärille. Nuoren kanssa sovietaan jatkokäynneistä terveydenhoitajan vastaanotolla. Jatkokäynneillä tehdään painon mittauksia ja annetaan tukea ja keskusteluapua.

6.2.2 Nuorten vastaanotto jatkohoitopaikan suunnittelussa

Nuorten vastaanotto on tarkoitettu Porilaisille tai Porissa opiskelevilla 13–22-vuotiaille nuorille, joilla ei ole muualla hoitosuhdetta. Nuorten vastaanotto on matalan kynnyksen paikka, eli lähetettä ei välttämättä tarvita ja nuori voi tilata myös itse ajan vastaanotolle. Nuorten vastaanoton moniammatilliseen työryhmään kuuluu terveydenhoitajia, psykiatrisia sairaanhoitajia, sosiaalityöntekijä, psykologi, lääkäri ja konsultoiva nuorisopsykiatri. Työryhmän tavoitteena on selvittää nuoren ongelmatilanne ja etsiä tarvittaessa nuorelle jatkohoitopaikka. Nuorten vastaanoton asiakkaiden ongelmatilanteet ovat laaja kirjo asioita, joissa nuori tarvitsee apu ja tukea. Ongelmat voivat liittyä koulunkäyntiin, aikuistumiseen tai ihmissuhteisiin. Syömishäiriöiset ovat vain yksi osa.

Nuoren vastaanotolle tullaan ajanvarauksella tai lääkärin läheteellä, jos syömisongelmista on käyty lääkärillä. Yhteydenotto saattaa tulla nuorelta itseltä tai vanhemmilta. Myös kouluterveydenhoitajat ja kuraattorit voivat toimia ajanvaraajina.

Nuorten vastaanoton pääasiallinen tehtävä syömishäiriöiden ja anoreksiaa sairastavien nuorten tapauksissa on nuoren tilanteen selvittely, jatkohoidon suunnittelu ja jatkohoitoon motivoiminen.

” Nuorten vastaanotto on se hoitopolun vaihe, missä arvioidaan tilanne ja mistä hoito tavallaan järjestetään, että se lähtee liikkeelle ”

” Idea tässä meidän paikassa onki tavallaan seuloa ne nuoret ja hakea motivaatiota siihen varsinaiseen hoitoon, kun siirtyy erikoissairaanhoidon. Eli saataisiin ne nuoret motivoitua siihen erikoissairaanhoidon ”

Varsinaisia tutkimuksia fyysisestä tilasta nuorten vastaanotossa ei tehdä, mutta painonindeksi selvitetään, koska sillä on merkitystä jatkohoitopaikan suunnittelussa ja hoidon kiireellisyyden määrittelyssä.

Nuorten vastaanotosta nuori voidaan tarvittaessa lähettää laboratoriotutkimuksiin. Jos laboratoriotutkimuksissa ilmenee jotain poikkeavaa, nuori ohjataan lääkärille. Nuorten vastaanoton asiakkaille on oma lääkäri, joka osallistuu tarvittaessa nuoren tilanteen arviointiin. Myös ravitsemusterapeutille varataan aikoja tarpeen mukaan.

Nuorten vastaanotossa työskentelee myös psykologi, jonka luona nuori voi käydä tapaamisissa. Nuorten vastaanoton psykologin tarkoituksena ei ole tarjota varsinaista terapiaa vaan keskusteluapua, tukea ja tilanteen selvittelyä. Varsinainen terapia tulee mukaan, kun nuori siirtyy jatkohoitoon erikoissairaanhoidon puolelle

Selvät anoreksiatapaukset ohjataan jatkohoitoon erikoissairaanhoidon. Lääkärin arvon jälkeen aletaan suunnitella jatkohoitopaikkaa. Jatkohoitopaikkaa odotellessa nuori käy nuorten vastaanotossa painokontrolleissa.

6.2.3 Ravitsemusterapeutti ravitsemuksen asiantuntijana

Ravitsemusterapeutille anoreksiaa sairastava nuori tulee yleensä lähetteellä tai puhe- linyhteydenoton perusteella koulu- tai opiskelijaterveydenhuollosta tai nuorten vastaanotosta

Ongelmallista syömiskäyttäytymistä ravitsemusterapeutti lähtee selvittämään haastatteleamalla nuorta hänen ruokailutottumuksistaan ja tämän hetkisestä tilanteesta. Nuoren kanssa keskustellaan riittävästä ravitsemuksesta ja oikaistaan vääriä uskomuksia ja tottumuksia ruuasta.

”Hoito on sellaista vuorovaikutteista ja keskustelevaa, yrittää saada sen asiakkaan ajatuksia esille... miten se ajattelee tästä ruuasta tai tästä asiasta. Ei niin, että kaadetaan sitä tietoa toisen niskaan, vaan siten, että keskustellaan mitä mieltä olisit tästä ja pystyisitkö noudattamaan näin tätä”

Tarkoituksena on kannustaa nuorta monipuolisen ja riittävän ruokavalion noudattamiseen. Ruokavalioon tehdään pieniä muutoksia kerralla ja välitavoitteista sovitaan yhdessä nuoren kanssa. Käyntien määrä ravitsemusterapeutilla on yksilöllistä ja se riippuu nuoren tilanteesta ja tarpeesta.

6.2.4 Koulu- ja terveyskeskuslääkäri terveydentilan arvioinnissa

Lääkärin vastaanotolle nuori tulee usein kouluterveydenhoitajan lähettämänä. Myös koululaisten ja opiskelijoiden terveystarkastuksissa lääkäri voi huomata alkaneen painonlaskun kasvukäyristä, joissa pituus-painoprosentti on laskusuuntainen tai kasvu on pysähtynyt. Kun epäily anoreksiasta tulee, lääkäri haastattelee nuoren vastaanotollaan ja tehdään lähete laboratoriotutkimuksiin. Paino otetaan vähissä vaatteissa, jotta kokonaiskuva tilanteen vakavuudesta saadaan selvitettyä myös silmämääräisesti. Lääkäri tutkii suun limakalvot, jotta saadaan selville, onko merkkejä oksentelusta.

Lääkäri arvioi nuoren tutkittuaan, kuinka vakava tilanne on kyseessä ja onko nuoren syömiskäyttäytyminen ja terveydellinen tilanne niin vakava, että tarvitaan sairaalahoitoa. Jos diagnoosi anoreksiasta tehdään, nuori lähetetään erikoissairaanhoidon esimerkiksi nuorisopsykiatrian poliklinikalle. Lievemmissä tapauksissa nuoren tilaa voidaan seurata painokontrollein terveydenhoitajan vastaanotolla ja nuori voidaan ohjata myös Nuorten vastaanottoon.

6.2.5 Yhteistyö perheen kanssa

Alaikäisten nuorten vanhempiin oltiin hoitavan tahon puolesta useimmiten yhteydessä ja yhteyden pitoa perheeseen pidettiin tärkeänä.

“ Ehdottomasti ollaan yhteydessä. Ei välttämättä sellaisten kanssa, jotka vähemmän oireilevat mutta sairastuneen vanhempien kanssa kyllä ollaan yhteydessä” H1

” Vanhempien mukanaolo ois varmaan ehkä aikaa tärkeä juttu kuitenkin myös”H4

Vanhemmille saattoi tulla yllätyksenä nuoren alkanut oireilu ja laihtuminen. Vastaanotolla käydessään vanhemmat saivat tiedon nuoren tilanteesta.

” On tosi hyvä, jos pääsee näyttämään vanhemmille ne kasvukäyrät ja muuta, koska monesti se on kuitenkin useimmiten yllätys. Jotenkin se pääsee yllättämään vanhemmat, et ajaa, et on tämmönen tilanne” H5

6.2.6 Perusterveydenhuollon rooli anoreksian hoidossa

Haastateltavat kokivat, että perusterveydenhuollon tehtävänä on tunnistaa nuoren syömishäiriö ja arvioida jatkotutkimuksien ja hoidon tarve. Perusterveydenhuollossa arvioidaan tarve erikoissairaanhoidon lähettämiseen.

” Me ollaan täs se , kenen pitää löytää ne, et se on meidän se tärkein rooli perusterveydenhuollossa. Mein pitää löytää ne nuoret ja tota...tarttuu niihin”H5

” Jos on oikeen diagnosoitu syömishäiriö niin ne kuuluu suoraan sitte mun nähdäkseni erikoissairaanhoidon. Kyl se sit pyritään ohjaamaan sinne missä

se suurin asiantuntemus on, et jos oikeen näyttää sillai pahalta niin ei siinä sitte paljoo vitkastella, että ohjataan sinne” H5

Koulu- ja opiskelijaterveydenhuollolla katsottiin olevan merkittävä rooli anoreksian varhaisessa tunnistamisessa ja hoitoon ohjauksessa. Terveystenhoitajien auttamiskeinot anoreksian potilaan hoidossa olivat lähinnä keskusteluapu, tuki ja tilanteen pysäyttäminen.

” Kouluterveydenhuolto on avainasemas nuorten syömishäiriöiden hoidos, mä nään sen niin ku tosi tärkeenä, et siel ne pitäs niinku löytyy ja tietyst varhaisies vaihees, et se ois niinku se optimaalinen tilanne” H 5

” Kouluterveydenhoitajilla on se kaikkein vastuullisin rooli. Juuri tää, että ku ne tapaa niitä nuoria kuitenkin vuosittain, niin se on kyllä siellä...Se on tärkeätä, että ollaan silmät auki ja joku tekee oman osuutes.” H5

6.3 Anoreksian sairastavan hoidon sujuvuuden haasteet

Puolet haastateltavista piti negatiivisena asiana jonottamista jatkohoitoon. Jonoa oli etenkin nuorten vastaanottoryhmään, jonne nuori joutui jonottamaan usein monia viikkoja. Myös nuorisopsykiatriselle poliklinikalle jonottaminen on yleistä..

” Vastaanotto ryhmä on hyvä, mut jonot liian pitkiä. Tää hidastaa hoitopolun sujuvaa etenemist” H 1

” Vastaanotto ryhmään on usein jono kolme viikkoo, ennen ku pääsee, ellei oo kyse kriisiajasta” H 2

” Se olis tietyst sellanen yks asia mitä vois aatella, et ois parempi, jos nopeemmin pääsis eteenpäin. Lisää reusrsseja tietys tarvis” H 4

Haastateltavat pitivät haasteena anoreksia potilaiden hoitoa kokonaisuudessaan. Haasteiksi nousivat etenkin sairastuneiden kiinnittyminen hoitoon, hoidon keskeyttämisen yleisyys ja heidän kielteinen suhtautuminen hoitoon. Myös sairaudentunto saattoi puuttua kokonaan

”Se mikä pitkittää näitä käyntimääriä on se, et monella on kielteinen asennoituminen ja heis on haastavaa se, et miten saisi motivoitua siihen hoitoon” H3

” Ongelma on sellanen tilanne, jos nuori ei itse näe sitä tilannettaan ja keskeyttää hoidon” H3

” Anoreksiaa sairastavat saattavat olla myös hyvin vaikeita hoitotapia, se kiinnittymine hoitoon nuorelle voi olla tosi vaikeeta” H 3

” Anoreksiapotilaat ovat usein vaativampia kuin muut syömishäiriöpotilaat, joten saa aika paljon yleensä keskustella ja neuvotella, et mitä ne suostuisi lisäämään sinne ruokavalioon” H 6

6.4 Moniammatillisen yhteistyön kehittämishaasteet

Haastateltavat kokivat moniammatillisen yhteistyön toimivuuden pääosin hyväksi. Koulutusta syömishäiriöistä ja niiden hoidosta kuitenkin toivottiin lisää.

” Kaikkien hoitoon osallistuvien ammattihenkilöiden koulutusta lisää anoreksian hoidossa, tietoa siitä enemmän” H1

” Olisi hyvä saada moniammatillista koulutusta vielä lisää. Anoreksia ja muita syömishäiriöpotilaita kyllä riittää nuorten maailmassa. Sellasta ihan peruskoulutusta olisi hyvä saada” H2

Osa haastateltavista oli myös sitä mieltä, että sairastuneet nuoret itse sekä heidän vanhempansa tarvitsisivat lisää tietoa syömishäiriöistä

Myös pelkästään syömishäiriöiden hoitoon erikoistunutta sairaanhoitajaa, lääkäriä ja jopa yksikköä toivottiin. Tällöin käytössä olisi laaja tietämys ja osaaminen syömishäiriöiden hoidosta.

” Pelkkään syömishäiriöisiin erikoistunut klinikka. Tai olis vaikka vastaanotto ryhmässä pelkästään syömishäiriöisiin erikoistunu lääkäri tai henkilö, jolla olis laaja kokemus syömishäiriöiden hoidosta ” H1

7 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Tulosten ja todellisuuden hyvä vastaavuus tulisi olla jokaisen tutkimuksen tavoitteena. Teemahaastattelumenetelmällä tehty tutkimus välittää haastateltavien ajatuksia ja kokemuksia laaja-alaisesti. Opinnäytetyön luotettavuutta punnittaessa on pohdittava, mitkä seikat tutkimuksen eri vaiheessa vaikuttavat luotettavuuteen. Haastattelun reliabiliutta, eli toistettavuutta, voidaan pitää yhtenä luotettavuuden mittarina. Reliabiliutta tarkasteltaessa voidaan miettiä, saadaanko samanlainen tulos jos käytetään jotain toista haastattelijaa tai jos sama haastattelija toistaa haastattelun samoissa oloissa Teemahaastattelun ongelmakohtia voivat olla myös huonosti valitut teema-alueet haastattelua varten, jolloin tutkittavan ilmiön ydin jää selvittämättä ja kysymykset eivät tavoita haluttuja merkityksiä. Tutkimuksen luotettavuus voi kärsiä myös siirrettäessä haastattelun sisältöä ääninauhoista tekstin muotoon, eli litteroinnissa. (Hirsjärvi & Hurme 1995, 128–130.)

Opinnäytetyön tulokset eivät ole yleistettävissä, koska haastateltavat henkilöt valikoituvat vain yhden alueen moniammatillisen yhteistyön edustajista. Hoitopolun kuvaus muodostettiin haastateltavien kommenttien perusteella ja kyseessä oli heidän henkilökohtaiset käytännöt anoreksiaa sairastavien nuorten hoidossa, koska yleistä

hoitopolun mallia ei ollut käytössä. Jokaisella haastateltavalla oli kuitenkin selvää, minne lähettää oireileva nuori vaikka yleinen hoitopolun malli puuttuikin. Haastatteluihin osallistuneilla henkilöillä oli vaihtelevasti kokemuksia anoreksiaa sairastavien nuorten kohtaamisesta ja hoidosta. Useat haastateltavat kertoivat, että pelkästään anoreksiaa sairastavia nuoria tulee vastaan harvemmin kuin muita syömishäiriön muotoja.

Opinnäytetyötä varten tehdyt haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina, jolloin jokainen haastateltava sai tilaisuuden kertoa mielipiteistään ja kokemuksistaan kahden kesken. Haastateltavat valitsi Porin Perusturvakeskuksen ylihoitaja, joka ilmoitti haastatteluun suostuneet henkilöt minulle. Jokaiselta haastateltavalta kysyttiin vielä uudestaan suostumus haastatteluun sähköpostiviestin välityksellä. Sähköpostiviestissä kerrottiin myös opinnäytetyön aihe ja tutkimuskysymykset, haastattelun toteutus-tapa ja arvioitu kesto. Haastateltavien kanssa sovittiin heille parhaiten sopiva aika haastattelun toteuttamiseen. Haastateltavat saivat myös mahdollisuuden tutustua etukäteen teemahaastattelurunkoon, joka lähetettiin heille sähköpostin välityksellä. Ennen haastattelun alkua, haastateltaville kerrottiin, että he pysyvät koko ajan anonyymeinä ja että haastattelumateriaali hävitetään heti, kun se on litteroitu tekstimuotoon. Haastattelun taustatiedoissa ei myöskään kysytty nimeä, jolloin nimeä ei esiinny nauhoitetussa tai tekstiaineistossa. Haastateltavien yksityisyyden suojaamiseksi heidän ammatit eivät näy litterointilainauksissa. Haastateltavat ovat lainauksiin eroteltu ainoastaan numeroin.

8 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää anoreksiaa sairastavan nuoren hoitopolku avoterveydenhuollossa Pori Perusturvakeskuksen yhteistoiminta-alueella. Lisäksi opinnäytetyön tarkoituksena oli nostaa esille moniammatillisen yhteistyön kehittä-

mishaasteita ja tarkastella hoidon sujuvuutta anoreksian hoidossa. Hoitopolun tavoitteena oli selventää yhtenäistä hoitolinjaa anoreksiaa sairastavan nuoren hoidossa. Tuloksia voidaan käyttää moniammatillisen yhteistyön ja hoidon sujuvuuden parantamiseen anoreksian hoidossa, kun tiedetään niiden ongelmakohtista. Opinnäytetyön aihe rajautui käsittelemään perusterveydenhuollon palveluja, joten jatkohoito erikoissairaanhoidossa ei kuulunut käsiteltävään aihealueeseen ja sen tarkentaminen jätettiin opinnäytetyöstä pois.

Haastatteluihin osallistui kuusi moniammatillisen yhteistyön edustajaa, joilla oli vaihtelevasti kokemusta anoreksiaa sairastavien tai siten oireilevien nuorten hoitotyöstä. Yleiseksi mielipiteeksi nousi, että puhdasta anoreksiaa työssä tuli kohdanneeksi varsin vähän. Anoreksiaa yleisemmäksi, ja nykyisin yleistyvemmäksi syömishäiriötyypiksi nousivat sekamuotoiset syömishäiriöt, joissa nuori saattoi kärsiä monen eri syömishäiriömuodon oireista.

Opinnäytetyön tulokset osoittivat, että hoidon sujuvuutta hankaloittavat pitkät jonotusajat jatkohoitoon. Jatkohoidolla tässä tarkoitettiin erityisesti erikoissairaanhoidon yksiköitä, mutta muutamassa vastauksessa ilmeni myös, että jonottaminen Nuorten vastaanottoon oli yleistä. Syömishäiriöllä oireileva nuori tarvitsisi kuitenkin nopeasti mahdollisuuden päästä siirtymään hoitoon erikoistuneeseen yksikköön. Jonotuksen aikana nuori saattaa jopa perua päätöksensä jatkohoidon suhteen ja tilanne muuttua kokonaisuudessaan pahemmaksi.

Anoreksiaa sairastavien hoitoa kokonaisuudessaan pidettiin yleisesti haastavana. Se nostettiin kaikista vaikeimmaksi syömishäiriön muodoksi hoitamisen kannalta. Vaikeaksi hoidon teki sairastuneiden nuoren huono kiinnittyminen hoitoon ja hoidossa sovittuihin yhteisiin tavoitteisiin. Anoreksiaa sairastavat nuoret myös keskeyttivät hoitonsa helposti jolloin nuoren tilanteesta siitä eteenpäin jäi epäselväksi ja se aiheutti huolta työntekijöille.

Tulosten mukaan perusterveydenhuollon tehtävänä on tunnistaa nuoren syömishäiriö ja arvioida jatkotutkimuksien ja hoidon tarve. Perusterveydenhuollossa arvioidaan myös tarve erikoissairaanhoidon lähettämiseen. Koulu- ja opiskelijaterveydenhoitajien rooli anorektisesti oireilevan nuoren tunnistamisessa pidettiin tärkeänä.

Haastateltavien kehittämisideat ja toiveet koskivat lähinnä lisäkoulutusta syömishäiriöiden hoidossa. Tietoa syömishäiriöistä tulisi lisätä myös nuorten ja heidän vanhempien keskuudessa. Lisäksi toivottiin syömishäiriöiden hoitoon perehtyneitä yksiköitä ja hoitajia. Moniammatillista yhteistyötä pidettiin pääosin toimivana. Kuitenkin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yksiköiden välistä yhteistyötä ja tiedon kulkua toivottiin lisää.

Opinnäytetyön tekeminen on ollut haastava prosessi, koska aihevalinnastani ei ollut tehty aikaisemmin vastaavanlaisia opinnäytetöitä. Teoriatietoa anoreksiaa sairastavan nuoren hoidosta perusterveydenhuollossa on aika vähän tarjolla sellaisenaan ja opinnäytetyöntuloksia ei voi tämän vuoksi lähteä vertailemaan aiempiin tutkimuksiin. Tietomäärän vähyys saattaa toki johtua siitä, että diagnosoitu anoreksia kuuluu yleensä erikoissairaanhoidon piiriin ja perusterveydenhuolto tekee vain arvion sairastuneen tilanteesta.

Opinnäytetyön tekeminen on oppimisprosessina ollut antoisa. Monenlaisia uusia tietoja ja taitoa on tullut opittua tämän työn vaiheilta. Myös tutustuminen syömishäiriösairauteen nimeltä anoreksia on ollut oppimiskokemuksena mielenkiintoinen. Syömishäiriöiden lisääntyessä, etenkin nuorten keskuudessa, on tietämys anoreksian hoidosta ja hoitoon lähettämisestä tulevalle terveydenhoitajalle tärkeää. Varhainen puuttuminen nuoren anorektiseen oireiluun kun on usein terveydenhoitajan vastuulla.

LÄHTEET

Aaltonen, J. 2009. Perheterapiat. Terveyskirjaston www-sivut. [Viitattu: 21.2.2011]. Saatavissa:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00102&p_teos=onn&p_selaus=

Aaltonen, M. Ojanen, T. Vihunen, R. & Vilen, M. 1999. Nuoren aika. Helsinki. WSOY.

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

Haarala, P. Honkanen, H. Mellin, O.-K. & Tervaskanto-Mäentausta, T. 2008. Terveystutkimuksen osaaminen. Helsinki. Edita.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 1995. Teemahaastattelu. Helsinki. Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 1998. Tutki ja kirjoita. Tampere. Tammer-Paino Oy.

Huttunen, M. & Jalanko, H. 2009. Laihuushäiriö (anoreksia nervosa). Terveyskirjaston www-sivut. [Viitattu 4.3.2011] Saatavissa:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00111

Iso-Herranen, K. 2005. Moniammatillinen yhteistyö. Vantaa. WSOY

Keinänen, M. & Engblom, P. 2007. Nuoren aikuisen psykodynaaminen psykoterapia. Helsinki. Duodecim.

Koistinen, P. Ruuskanen, S. & Surakka, T. 2004. Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Helsinki. Tammi.

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

Laukkanen, E. Marttunen, M. Miettinen, S. & Pietikäinen, M. 2006. Nuorten psykisten ongelmien kohtaaminen. Helsinki. Duodecim.

Mielenterveyden keskusliiton www-sivut. Kysymyksiä ja vastauksia. [Viitattu 21.2.2011]. Saatavissa: <http://www.mtkl.fi/>

Mäntyranta, T. Kaila, M. Varonen, H. Roine, R. & Lappalainen, J. Hoitosuosittelun toimeenpano. Vammalan kirjapaino. 2003

Sininauhaliiton www-sivut. Terapiamuodot. [Viitattu: 22.2.2011]. Saatavissa: http://www.sininauhaliitto.fi/sininauhaliitto/palvelut/asiantuntijapalvelut/6_toipumistyo_ja_vertaisryhmatoiminta/terapiatarjontaa/terapiamuodot/

Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin ja Suomen lastenpsykiatriayhdistyksen asettama työryhmä. Lasten ja nuorten syömishäiriöt. Käypä hoito suositus. 2009 [Viitattu 24.2.3.2011] Saatavissa:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi33030>

Sylillinen 1/2010. Syömishäiriöliitto-SYLI ry:n jäsen- ja tiedotuslehti [Viitattu 10.3.2011] Saatavissa:

http://www.syomishairioliitto.fi/syllillinen/SYLILLINEN_1_2010.pdf

Sylillinen 2/2010. Syömishäiriöliitto-SYLI ry:n jäsen- ja tiedotuslehti. [Viitattu 10.3.2011] Saatavissa:

http://www.syomishairioliitto.fi/syllillinen/SYLILLINEN_2_2010.pdf

Syömishäiriöliiton www-sivut. [Viitattu 20.12.2010] Saatavissa:

<http://www.syomishairioliitto.fi>.

Terho, P. Ala-Laurila, E-L. & Laakso, J. 2002. Kouluterveydenhuolto. Helsinki. Duodecim.

Viljanen, R. Larjosto, M. Palva-Alhola, M. 2005. Syömishäiriön ravitsemushoito. Helsinki. Duodecim.

TEEMAHAASTATTELURUNKO

TAUSTATIEDOT

Koulutus:

Virkanimike:

Pääasiallinen työpiste:

TEEMA 1. OMA ROOLI

Mikä on roolisi anoreksiaa sairastavan nuoren hoidossa?

- Miten tutkit?
- Miten hoidat?
- Millaisessa tilanteessa lähetetään eteenpäin ja minne?
- Miten potilasta seurataan?
- Perustuuko toimintasi anoreksiaa potilaan hoidossa johonkin suositukseen tai ohjeeseen?

TEEMA 2. YHTEISTYÖ

Minkä muun tahon/tahojen kanssa teet yhteistyötä?

- Miten muiden tahojen kanssa tehdään yhteistyötä?
- Oletko yhteistyössä nuoren vanhempien kanssa?

TEEMA 3. KEHITTÄMISHAASTEET

Miten mielestäsi toteutuu moniammatillinen yhteistyö nuoren anoreksiapotilaan hoidossa?

- Miten yhteistyötä voisi kehittää/parantaa?

Onko nuoren anoreksiapotilaan hoitopolussa mielestäsi ongelmakohtia?

- Minkälaisia ongelmia?
- Miten hoitopolkua voisi kehittää?

LOPUKSI

Mitä muuta haluaisit sanoa tai tuoda esille, mistä haastattelussa ei puhuttu?

Esimerkki sisällön analyysistä

Pelkistämistä ohjasi tutkimuskysymys: Minkälaisia ongelmia hoitoon osallistuvat avoterveydenhuollon ammattilaiset kohtaavat hoidon sujuvuudessa ja moniammatillisessa yhteistyössä?

Alkuperäisiä ilmaisuja haastattelusta:

” Vastaanotto ryhmä on hyvä, mut jonot liian pitkiä. Tää hidastaa hoitopolun sujuvaa etenemistä ”

” Vastaanotto ryhmään on usein jonoa kolme viikkoa, ennen ku pääsee, ellei oo kyse kriisiajasta ”

” Jos päädytään siihen, että syömishäiriötä on, tarvitsisi mahdollisimman nopeesti päästä eteenpäin, ettei jäisi väliin sitä kolmen neljän viikon jonotusaikaa, jolloin nuori saattaa perua osallistumisensa terapiaan ”

” Se olis tietyst sellanen yks asia mitä vois aatella, et ois parempi, jos nopeemmin pääsis eteenpäin. Lisää reusrseja tietys tarvis ”

Alkuperäisistä ilmaisuista muodostettiin pelkistettyjä ilmaisuja:

Usein jonoa jatkohoitoon

Jonot liian pitkiä jatkohoitoon

Jatkohoitoon jonoa kolme viikkoa

Jatkohoitoon pääsy hidasta

Pelkistettyistä ilmaisuista yhdistettiin samaa tarkoittavat asiat omaksi ryhmäkseen ja annettiin sen sisältöä hyvin kuvaava nimi:

Jonottaminen jatkohoitoon

ANOREKSIAA SAIRASTAVAN NUOREN HOITOPOLKU PORIN
PERUSTURVAKESKUKSEN YHTEISTOIMINTA-ALUEELLA

