



Saija Pohjonen

Tea Takkinen

Suvi Valkama

Diakonia-ammattikorkeakoulu

DIAK Helsinki

Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto

Sairaanhoitaja (AMK)

Opinnäytetyö, 2020

OPAS OSASTOHOITON TULEVALLE SYÖMISHÄIRIÖPOTILAALLE



TIIVISTELMÄ

Saija Pohjonen, Tea Takkinen, Suvi Valkama
Opas osastohoitoon tulevalle syömishäiriöpotilaalle
Sivut ja liitteet 46
Syksy 2020
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeatutkinto
Sairaanhoitaja (AMK)

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää opas hoitoon tulevalle potilaalle Syömishäiriökeskuksen hoito- ja kuntoutusosastolle. Opinnäytetyön tavoitteena oli perehtyä oppaan tekoon ja syventyä kirjallisen ohjausmateriaalin laatimiseen ja sen toteuttamiseen. Opinnäytetyö toteutettiin tuotekehittelyprojektina yhteistyössä tilaajan kanssa. Aiheeseen päädyttiin oman kiinnostuksen ja yhteistyökumppanin tarpeen vuoksi. Opas toteutettiin yhteistyökumppanin toiveiden mukaan. Oppaan perustaksi valikoitiin tietoa yleisimmistä syömishäiriöistä, syömishäiriöiden hoidosta ja potilasohjauksesta.

Opas suunniteltiin käytettäväksi potilasohjauksessa hoitoon tulevan potilaan saapuessa osastolle. Oppaan lähtökohtana on potilaslähtöisyys ja potilaan oikeuksien paraneminen. Oppaan tavoitteena on auttaa potilaita sopeutumaan ja sitoutumaan osastohoitoon. Opas tulee potilaiden ja henkilökunnan käyttöön. Oppaan tavoitteena on kehittää potilasohjausta paremmaksi ja laadukkaammaksi kirjallisella materiaalilla. Oppaan käytön toivotaan mahdollistavan hoitohenkilöstölle jäävän enemmän aikaa potilaan yksilölliseen kohtaamiseen ja yhdessäoloon.

Opinnäytetyön tuotos toteutettiin kahdenlaisena versiona. Potilaille jaettava versio on A4 - kokoinen Word-muotoinen tuloste. Henkilökunnan käyttöön suunniteltiin myös Powerpoint muodossa oleva opas. Molemmat versiot ovat tarvittaessa helposti muokattavissa ja oppaan muokkausoikeudet ovat Syömishäiriökeskuksella.

Asiasanat: opas, potilasohjaus, syömishäiriö, syömishäiriöiden hoito

ABSTRACT

Saija Pohjonen, Tea Takkinen, Suvi Valkama
Guide for an eating disorder patient who comes to departmental care
Pages and appendices 46
Autumn, 2020
Diaconia University of Applied Sciences
Bachelor's Degree Programme in Health Care
Registered Nurse

The purpose of this functional thesis was to develop a guide for a patient coming for treatment in the Eating Disorder Centre in care and rehabilitation ward. The aim of the thesis was to get acquainted with producing a guide and immerse to conducting and implementing printed guiding material. This thesis was carried through as a research and development project in cooperation with partner Eating Disorder Centre. The subject was determined based at the same time on our own interests as well as on the needs of the cooperation partner. The guide was created according to the wishes of the partner. Information on the most common eating disorders, treatment for eating disorders and patient education was selected as the basis for the guide.

The guide was designed to be used in the patient education when the patient comes to the ward. The main goal of this guide is to improve patient orientation and the patient rights. The purpose of this guide was to adapt patients to ward treatment. The guide was developed to be used as a tool for nursing staff and the main aim was to develop the quality and the effortlessness of the patient education with written material. The use of this guide is to give more time to individual encounters and for being with the patient.

The output of this thesis was implemented in two versions. The first version is a printable sheet as an A4 - size on Microsoft Word given to the patient. The second version is designed on a Microsoft Power Point to be given to the ward personnel. Both versions are customizable if necessary and the edit rights of this thesis are held by Eating Disorder Centre.

Keywords: Eating disorder, patient education, patient guide, treatment for eating disorders

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	4
2 SYÖMISHÄIRIÖT	5
2.1 Syömishäiriö sairautena	5
2.2 Esiintyvyys	6
2.3 Laihuushäiriö (anorexia nervosa)	7
2.4 Ahmimishäiriö (bulimia nervosa)	9
2.5 Epätyypilliset syömishäiriöt	10
2.6 Syömishäiriöiden taustatekijät	11
3 SYÖMISHÄIRIÖIDEN HOIDON PORRASTUS SUOMESSA	13
3.1 Varhainen tunnistaminen	13
3.2 Perusterveydenhuolto	13
3.3 Hoitomuodot	14
3.4 Tahdosta riippumaton hoito	16
3.5 palveluntarjoajat	17
4 HOITOMENETELMÄT SYÖMISHÄIRIÖIDEN HOIDOSSA	19
4.1 Lääkehoito	19
4.2 Vertaistuki ja itsehoito	20
4.3 Ravitsemushoito	20
4.4 Psykoedukaatio	22
4.5 Perhetyö	23
5 POTILASOHJAUS	24
5.1 Potilaan ohjaaminen yleisesti	24
5.2 Potilasohjauksen lait ja ohjeet	24
5.3 Kirjallinen ohjaus	25
6 TUOTEKEHITTELYPROJEKTINA OPAS	26
6.1 Tarkoitus ja tavoitteet	26
6.2 Tuotekehittelyprojekti	27
6.3 Kehitystarpeen tunnistaminen ja ideoiminen	28
6.4 Suunnitteluvaihe	28

6.5 Luonnostelu ja kehittäminen.....	30
6.6 Viimeistely ja arviointi.....	32
6.7 Tekijänoikeudet ja kehitysmahdollisuudet.....	34
7 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	36
7.1 Opinnäytetyön eettiset näkökulmat	36
7.2 Sisällön luotettavuus	36
8 ARVIOINTI JA POHDINTA	38
8.1 SWOT-analyysi	38
8.2 Pohdinta.....	39
LÄHTEET	41

1 JOHDANTO

Syömishäiriöt ovat vakavia mielenterveyden häiriöitä, joihin liittyy poikkeavan syömiskäyttäytymisen vuoksi fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn merkittävä häiriintyminen. Arviolta seitsemän prosenttia suomalaisnaisista sairastaa syömishäiriön ennen 30 vuoden ikää. Yleisimmin syömishäiriöihin sairastuvat nuoret ja nuoret naiset. Tunnetuimmat varsinaiset syömishäiriöt ovat laihuushäiriö *anorexia nervosa* ja ahmimishäiriö *bulimia nervosa*. Tavallisin epätyypillinen syömishäiriö on ahmintahäiriö BED, *binge eating disorder*. (Suokas & Rissanen 2019).

Syömishäiriöiden hoidossa on ensisijaisen tärkeää varhainen hoitoon pääsy ja luottamuksellisen vuorovaikutussuhteen kehittäminen potilaan, hänen omaistensa ja hoitavan tahon välillä. Hoidon alussa tarkoituksena on ravitsemustilan ja somaattisen voimien parantaminen. Psykykinen tuki ja erilaiset terapeutit ja psykososiaaliset lähestymistavat auttavat sairastunutta käyttäytymistapojen muutoksessa ja motivoinnissa parantumiseen. Omaisten tukeminen ja sairautteen liittyvän tiedon tarjoaminen potilaan lisäksi omaisille on tärkeä osa kokonaisvaltaista hoitoa. (Syömishäiriöt. Käypä hoito- suositus 2014.)

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää opas hoitoon tulevalle potilaalle yksityisen palveluntarjoajan Syömishäiriökeskuksen hoito- ja kuntoutusosastolle. Syömishäiriökeskuksen omistaa voittoa tavoittelematon Elämän Nälkään Ry. Opinnäytetyön teoreettisessa osuudessa kerromme syömishäiriöistä ja niiden hoidosta keskittyen laihuushäiriöön, ahmimishäiriöön ja ahmintahäiriöön sekä potilasohjaukseen. Opinnäytetyön aihe saatiin toimeksiantona yhteistyökumppanilta. Oppaalle koettiin olevan tarvetta, koska osastolla ei ole ollut aiemmin käytössä kirjallista ohjausmateriaalia hoitoon tulevalle potilaalle, vaan potilas on saanut suullista ohjausta osaston käytänteistä hoitoon saapuessa. Tuotekehittelyprojektina valmistui opas, joka on otettu käyttöön 28.9.2020 Syömishäiriökeskuksen hoito- ja kuntoutusosastolla. Opas jaetaan hoitoon tuleville potilaille suullisen potilasohjauksen tueksi.

2 SYÖMISHÄIRIÖT

2.1 Syömishäiriö sairautena

Syömishäiriöt luokitellaan psykosomaattisiin kehon ja mielen sairauksiin. Sairauden taustalla on psyykkistä pahoinvointia, joka näyttäytyy ulospäin häiriintyneenä syömiskäyttäytymisenä. Epänormaali käyttäytyminen ilmenee erityisesti suhteessa ruokaan, painoon ja liikuntaan. (Viljanen 2014, 5.) Häiriintyneen syömisen taustalla voi olla myös tavoite laskea kehon rasvapitoisuus mahdollisimman alhaiseksi. Tarkoituksena on saada lisää lihasta, jotta kehon rasvaprosentti pienee. Tällöin kuntosaliharjoittelusta voi tulla pakonomaista ja lihasmassaa kasvattavien aineiden käyttö saattaa lisääntyä. Miehillä edellä mainitun kaltainen oireilu on yleisempää kuin naisilla. (Haravuori, Muinonen, Kanste & Marttunen. 2017, 80.) Tunnetuimmat syömishäiriön muodot ovat laihuushäiriö, ahmimishäiriö ja epätyypillinen syömishäiriö (Viljanen 2014, 6).

Poikkeavan syömiskäyttäytymisen lisäksi psyykinen, fyysinen ja sosiaalinen toimintakyky heikkenee (Viljanen 2014, 5). Sairastuneella syömisestä ja syömättömyydestä tulee elämän pääsisältö tavalla, joka vaikuttaa suuresti normaalielämään, kuten opiskeluun, työelämään, harrastuksiin ja sosiaalisiin suhteisiin. Oman syömisen ja syömättömyyden kontrolloiminen tuo hallinnan tunnetta elämään tai antaa mahdollisuuden olla tuntematta epämieluisia tunteita. (Syömishäiriöliitto. Tietoa syömishäiriöistä.) Syöminen aiheuttaa ikäviä tuntemuksia, kuten pakkoa, pelkoa, kieltäytymistä, ahdistusta, itseinhoa ja hallinnantunteen menettämistä (Viljanen 2014, 10). Syömishäiriöön sairastuminen tapahtuu usein salakavalasti ja vähitellen. Yhteinen tekijä sairauden puhkeamisen taustalla on, että kaikki sairastuneet ovat olleet laihdutuskuurilla ennen sairastumistaan. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen. 2010, 32–33.)

2.2 Esiintyvyys

Syömishäiriöt ovat tavallisimmin nuorilla ja nuorilla aikuisilla naisilla esiintyviä yleisiä mielenterveyden häiriöitä. Sairastuneet ovat iältään keskimäärin 12–24-vuotiaita. Väestötutkimuksien mukaan laihuushäiriön elämänaikainen esiintyvyys on naisilla 0,9 % ja miehillä 0,3 %. (Syömishäiriöt. Käypä hoito- suositus 2014.) Suomalaisessa kaksostutkimuksessa nuorten suomalaismiesten laihuushäiriön esiintyvyys on arviolta 0,24 % (Raevuori, Hoek, Susser, Kaprio, Rissanen & Keski-Rahkonen. 2008). Naisten kohdalla arviolta 2,3 % sairastui laihuushäiriöön ennen 30 vuoden ikää. Ahmimishäiriön elämänaikainen esiintyvyys naisilla on 0,9–1,5 % ja miehillä vastaavasti 0,1–0,5 %. Suomalaisessa kaksostutkimuksessa naisista 2,3 % oli sairastanut ahmimishäiriön aikuisikään mennessä. Epätyypilliset syömishäiriöt ovat yleisimpiä syömishäiriöitä ja ahmintahäiriö on niistä tavallisin. Ahmintahäiriön elämänaikainen esiintyvyys on naisilla 1,9–3,5 % ja miehillä 0,3–2 %. (Syömishäiriöt. Käypä hoito- suositus 2014.) On yleistä, että syömishäiriö muuttaa muotoaan, esimerkiksi laihuushäiriö muuttuu ahmintahäiriöksi. Näin tapahtuu tutkimuksen mukaan noin kolmasosalla laihuushäiriötä sairastavilla. Ahmimishäiriö voi muuttua ahmintahäiriöksi. (Syömishäiriöt Käypä hoito- suositus 2014.)

Usein sairastuneilla on samanaikaisesti myös muita mielenterveys- ja päihdehäiriöitä. Yleisimpiä psykiatrisia häiriöitä ovat ahdistus- ja mielialahäiriöt, kuten paniikkihäiriö, sosiaalisten tilanteiden pelko, pakko-oireinen häiriö ja masennus. Syömishäiriöt voivat hidastaa nuoren psykologista ja sosiaalista kehitystä. Nälkiintyminen puolestaan voi aiheuttaa kasvuiässä olevalle nuorelle palautumattomia fyysisiä haittoja, kuten kesken jäänyttä pituuskasvua ja luuston kehitystä. Kaikkiin syömishäiriöihin liittyy lisääntynyt kuolleisuus. Erityisesti laihuushäiriöön liittyvä kuolemanvaara on suurempi kuin muissa vaikeissa psykiatrisissa sairauksissa, esimerkiksi kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä tai skitsofreniassa. (Martunen, Huurre, Strandholm & Viialainen. 2013, 61–62.) Laihuushäiriössä kuoleman riski on kuusinkertainen, ahmimishäiriössä kolminkertainen ja ahmintahäiriössä lähes kaksinkertainen muuhun saman ikäiseen väestöön verrattaessa (Syömishäiriöt. Käypä hoito 2014). Tutkimuksen mukaan syömishäiriöitä sairastavien

suurin yksittäinen kuolemansyy oli itsemurha (30 % kuolemista). Muita kuolemansyitä olivat diabetekseen ja sydän- ja verenkiertoelinsairauksiin liittyvät syyt sekä tapaturmat. Diabeteskuolleisuus oli 16- kertainen verrattuna väestöverrokkeihin. (Suokas, Gissler, Haukka, Linna, Raevuori & Suvisaari. 2015, 747.)

Syömishäiriö määritellään pitkittyneeksi, kun potilaalla on takanaan 7 tai 10 vuotta sairastettua syömishäiriötä. Potilaan oireilu on kestänyt kauan ja sopeutumismekanismi ovat heikentyneet. Syömishäiriöoireita on esiintynyt jatkuvasti ja häiriöön on liittynyt somaattista ja usein muuta psyykkistä sairastavuutta, eikä hoidolla ole ollut vaikutusta sairaudesta toipumiseen. Pitkä sairastamisaika ennen hoitoon pääsyä, pitkäaikainen aliravitsemustila ja alhainen painoindeksi ovat altistavia tekijöitä sairauden pitkittymiselle. Toistuvat osastohoitojaksot ennakoivat sairauden pitkittymistä. Potilaalla voi olla myös muita altistavia tekijöitä sairauden pitkittymiselle, kuten muu vaikea psyykkinen häiriö, päihteiden käyttöä tai sosiaalisen toimintakyvyn ongelmia. (Ruusunen, Huovinen, Laukkanen 2017, 1359–1360.)

2.3 Laihuushäiriö (anorexia nervosa)

Laihuushäiriö eli *anorexia nervosa* jaetaan kahteen eri päätyyppiin: paastoavaan ja ruuasta pidättäytyvään eli restriktiiviseen anoreksiaan ja bulimiseen eli ahmistusta ja erilaisia tyhjentytymiskeinoja suosivaan anoreksiaan. Restriktiivisessä laihuushäiriössä paastoaminen ja ruuasta kieltäytyminen sekä pakonomainen, runsas liikunta hallitsevat taudinkuvaa. Bulimisessa laihuushäiriössä taas syömisestä säännöstely voi murtua välillä ja muuttua ahminnaksi. Sairastuneen mielessä ylensyömiseltä tuntuneen syömisestä jälkeen tilannetta pyritään korjaamaan yrittämällä päästä eroon ahmitusta ruuasta tahallisesti oksentamalla, käyttämällä ulostus- ja nesteidenpoistolääkkeitä tai suolihuuhtelua. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen, 2008, 13.) Laihuushäiriöön sairastunut välttelee ja säännöstelee syömistään sekä liikkuu runsaasti ja pakonomaisesti, mikä saa aikaan painon putoamisen (Viljanen 2014, 6). Sairastunut ei menetä helposti ruokahaluaan vaan hän saattaa heikentyä erilaisilla ruoka-ajatuksilla ja on hyvin kiinnostunut esimerkiksi ruuan valmistamiseen liittyvistä asioista (Keski-Rahkonen ym. 2010, 15).

Oireilu alkaa tyypillisesti innostuksesta liikunnan lisäämiseen ja halusta syödä terveellisesti. Laihtumisesta saatu positiivinen palaute kasvattaa itsevarmuutta ja onnistumisen tunnetta, joka motivoi jatkamaan laihduttamista. Laihuushäiriöön sairastuneen kuva omasta ruumiista on vääristynyt ja pelko lihomisesta hallitsee ajatuksia jatkuvasti. Sairastunut näkee ja kokee itsensä lihavaksi, vaikka olisi alipainoinen. Rituaalinomaiset ja niukat ruokailutavat hallitsevat syömiskäyttäytymistä. Vähäinen ravinnonsaanti taas aiheuttaa nälkiintymistä, joka pahentaa muuta psyykkistä oireilua, kuten masentuneisuutta, ahdistuneisuutta ja unettomuutta. Joillakin esiintyy itsetuhoista käyttäytymistä, esimerkiksi viiltelyä. (Viljanen 2014, 11–12). Lihomista välttääkseen sairastunut voi oksennella tahallisesti tai käyttää ulostuslääkkeitä, nesteenoistolääkkeitä ja muita ruokahalua hillitseviä lääkkeitä (Suokas, Suvisaari, 2009, 56–57). Taulukossa 1. esitellään ICD-10 tautiluokituksen mukaiset laihuushäiriön diagnostiset kriteerit.

Taulukko 1. Laihuushäiriön (anorexia nervosa) (F50.0) diagnostiset kriteerit ICD-10 tautiluokituksen mukaan (Syömishäiriöt. Käypä Hoito-suositus 2014).

A	Potilaan paino on vähintään 15 % alle pituuden mukaisen keskipainon tai BMI ¹⁾ on korkeintaan 17,5 kg/m ² . Esimurrosikäisten potilaiden paino saattaa kasvun aikana jäädä pituuden mukaisesta keskipainosta ilman, että paino varsinaisesti laskee. Vanhemmillä potilailla tulee tapahtua painon laskua.
B	Painonlasku on aiheutettu itse välttämällä ”lihottavia” ruokia. Lisäksi saattaa esiintyä liiallista liikuntaa, itse aiheutettua oksentelua sekä ulostuslääkkeiden, nestettä poistavien tai ruokahalua hillitsevien lääkkeiden käyttöä.
C	Potilas on mielestään liian lihava ja pelkää lihomista. Kyseessä on ruumiinkuvan vääristymä. Potilas asettaa itselleen alhaisen painotavoitteen.
D	Todetaan laaja-alainen hypotalamus-aivolisäke-sukupuolirauhakselin endokriininen häiriö, joka ilmenee naisilla kuukautisten puuttumisena ja miehillä seksuaalisen mielenkiinnon ja potentessin heikkenemisenä. Jos häiriö alkaa ennen murrosikää, kasvu ja murrosiän fyysiset muutokset viivästyvät ja pysähtyvät. Potilaan toipuessa murrosiän kehitys jatkuu usein normaalisti, mutta tavallista myöhempään. Lisäksi kasvuhormonin ja kortisolipitoisuudet saattavat olla suurentuneet, kilpirauhashormonin aineenvaihdunta elimistössä saattaa olla muuttunut ja insuliinieritys voi olla poikkeavaa.
E	Ahmimishäiriön kriteerit A ja B eivät täyty.

¹⁾BMI lasketaan painokiloina jaettuna pituuden neliöllä metreinä. Tätä käytetään 16 vuoden iästä lähtien.

2.4 Ahmimishäiriö (bulimia nervosa)

Ahmimishäiriössä eli *bulimia nervosassa* laihduttaminen, ahmiminen ja ahmitusta ruuasta eroon pääseminen muodostavat sairastuneen elämää hallitsevan jatkumon, jossa eri vaiheet seuraavat toisiaan (Viljanen 2014, 12). Syömisen hallinta katoaa toistuvasti ja kohtauksen aikana sairastunut voi syödä huomattavan suuria ruokamääriä lyhyessä ajassa. Ahmintaa ei yleensä kyetä lopettamaan ennen kuin olotila muuttuu tuskallisen täydeksi. Kohtauksen jälkeen mieliala on masentunut, koska suunniteltu laihdutusyritys epäonnistuu. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 16.)

Ahmimiskohtauksen jälkeisestä pahasta olostä yritetään päästä eroon esimerkiksi oksentamalla, ulostuslääkkeiden avulla, paastoamalla ja runsaalla liikunnalla. Ahmimishäiriössä paino pysyy yleensä normaalirajoissa eikä sairastuneen olemus herätä huolta läheisissä yhtä helposti kuin laihuushäiriössä. Syömishäiriöoireilu voi jatkua pitkäänkin ennen kuin tilanteeseen osataan puuttua. Joillakin sairastuneilla oireiluun voi kuulua itsetuhoista käyttäytymistä kuten viiltelyä ja pitkään jatkunut oksentelu voi vaarantaa vakavasti elimistön neste- ja elektrolyttitasapainoa sekä syövyttää hammasluuta. (Viljanen 2014, 12–13.) Taulukossa 2. esitellään ahmimishäiriön ICD-10 tautiluokituksen mukaiset diagnostiset kriteerit.

Taulukko 2. Ahmimishäiriön (bulimia nervosa) (50.2) diagnostiset kriteerit ICD-10- tautiluokituksen mukaan (Syömishäiriöt. Käypä Hoito-suositus 2014).

A	Potilaalla on toistuvia ylensyömisjaksoja (vähintään kahdesti viikossa ainakin 3 kuukauden ajan), jolloin hän nauttii suuria ruokamääriä lyhyessä ajassa.
B	Ajattelua hallitsevat syöminen ja voimakas halu tai pakonomainen tarve syödä.

C	Potilas pyrkii estämään ruuan ”lihottavat” vaikutukset itse aiheutetun oksentelun, ajoittaisen syömättömyyden, ruokahalua hillitsevien lääkkeiden, ulostuslääkkeiden, kilpirauhaslääkkeiden tai nesteenoistolääkkeiden väärinkäytön avulla.
D	Potilaalla on käsitys, että hän on liian lihava, ja hänellä on lihomisen pelko, mikä johtaa usein alipainoisuuteen. Psykopatologian muodostaa sairaaloinen lihavuuden pelko.

2.5 Epätyypilliset syömishäiriöt

Epätyypillisen syömishäiriön muodot ovat samankaltaisia ahmimishäiriön ja laihuushäiriön kanssa, mutta sairastuneelta puuttuu jokin avainoire tai oireilu esiintyy lievempänä. Tavallinen epätyypillisen syömishäiriön muoto on ahmintahäiriö. (Viljanen 2014, 7.) Epätyypillisessä ahmimishäiriössä (F50.3) potilaalla on ahmimishäiriön oireita, mutta kliininen kokonaiskuva ei täyty. Epätyypillisessä laihuushäiriössä (F50.1) potilaalla on tyypillisiä laihuushäiriön oireita mutta jokin tai jotkin edellä mainituista diagnostisista kriteereistä puuttuvat tai avainoireet esiintyvät lieväasteisina. (Syömishäiriöt. Käypä hoito- suositus 2014.)

Yleinen epätyypillinen laihuushäiriön muoto on ortoreksia, joka tarkoittaa pakonomaista terveellistä syömistä tai elämäntapaa. Ortoreksia ei ole virallinen syömishäiriödiagnoosi. (Syömishäiriöliitto. Syömishäiriödiagnoosit.) Ortoreksiaan sairastunut pyrkii noudattamaan oikeaoppista ja terveellistä ruokavaliota pakonomaisesti ja orjallisesti, minkä seurauksena elimistö saattaa kärsiä tiettyjen ravintoaineiden puutteesta (Viljanen 2014, 7). Huomio on kiinnittynyt erityisesti ruokavalion laatuun, puhtauteen, lisääaineettomuuteen ja ruuan alkuperään. Joustamattomat ruokailutavat ja rituaalinomaiset ruuan valmistustavat sekä syötäväksi kelpaavan ruuan kaikenlainen kontrolloiminen lisää ahdistusta ja kaventaa sosiaalista elämää. (Brytek-Matera, Fonte, Poggiogalle, Donini&Cena. 2017, 610.)

Ahmintahäiriö eli *BED* (*binge eating disorder*) on bulimian epätyypillisiin muotoihin kuuluva syömishäiriö, jossa esiintyy ahmimista. Sairastunut ei pyri eroon ahmimastaan ruuasta kuten bulimiassa. Ahmintahäiriö johtaa hoitamattomana tavallisesti vaikea-asteiseen lihavuuteen. Sairastuneet poikkeavat myös usein iäl-

tään, sukupuoleltaan ja oheissairauksiltaan muista syömishäiriöpotilaista. Tyypilliseen taudinkuvaan kuuluvat toistuvat ja hallitsemattomat ahmintakohtaukset, joissa syömis määrät ovat normaalia syömistä huomattavasti suurempia ja kohtaukset tapahtuvat yksin ollessa. Ahmintakohtauksissa syöminen on tavallista nopeampaa ja syöminen loppuu vasta sitten kun olo on epämiellyttävän täysi. Ahmintakohtauksia on ollut keskimäärin kaksi kertaa viikossa viimeisen puolen vuoden aikana. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 17–18.) Oireilu aiheuttaa sairastuneelle suurta psyykkistä kärsimystä, masentuneisuutta, alemmuuden tunnetta, häpeää ja ahdistuneisuutta (Viljanen 2014, 13). Taulukossa 3. esitellään ahmintahäiriön DSM-5- tautiluokituksen mukaiset diagnostiset kriteerit.

Taulukko 3. Ahmintahäiriö (Binge-Eating Disorder, BED) diagnostiset kriteerit DSM-5- tautiluokituksen mukaan. ICD-10-tautiluokituksessa F50.8 on muu syömishäiriö. (Syömishäiriöt. Käypä Hoito-suositus 2014.)

A	Potilaalla on toistuvia ahmintakohtauksia, jolloin hän nauttii suuria ruokamääriä, jotka selvästi ylittävät muiden syömis määrät vastaavassa ajassa ja tilanteessa, tai hänellä on tunne siitä, ettei kykene hallitsemaan eikä keskeyttämään syömistään.
B	Ahmintakohtaukseen liittyy vähintään kolme seuraavista: <ul style="list-style-type: none"> • Potilas syö epätavallisen nopeasti. • Potilas syö, kunnes tuntee olonsa epämukavan täydeksi. • Potilas syö suuria määriä, vaikkei hän ole nälkäinen. • Potilas syö yksin ollessaan, koska ruokamäärät hävettävät häntä. • Ylensyöntiä seuraavat itseinho, masennus ja syyllisyys.
C	Ahmintaoireeseen liittyy voimakasta ahdistuneisuutta.
D	Ahmintakohtauksia on vähintään kerran viikossa 3 kuukauden ajan.

2.6 Syömishäiriöiden taustatekijät

Syömishäiriöiden syitä ei tunneta vielä tarkkaan. Sairastumiseen vaikuttavat perinnöllinen alttius ja ympäristö. Syömishäiriöt johtuvat monen eri tekijän yhteisvaikutuksesta. Erilaisia vaikuttavia tekijöitä on löydetty esimerkiksi yhteiskunnasta,

biologiasta, perheestä, ihmissuhteista ja nuoruusiän kehityksestä. Perintötekijöiden on arveltu olevan yhteydessä syömishäiriölle altistavan persoonallisuuden rakenteeseen ja samoin tietyt persoonallisuuden piirteet. (Viljanen 2014, 18.) Täydellisyyden tavoittelua, vaativuutta ja pakkoneuroottisuutta pidetään laihuushäiriön altistavana piirteenä ja impulsiivisuutta ahmimishäiriön kuuluvana piirteenä (Suvisaari & Suokas. 2009, 57). Syömishäiriöiden periytyvyys kuuluu samaan suuruusluokkaan kuin skitsofrenian, pakko-oireisen häiriön ja kaksisuuntaisen mielialahäiriön periytyvyys. Kaksostutkimuksissa periytyvyys on vaihdellut 50–80 %:n välillä. Naissukupuolella on arviolta kymmenkertainen riski sairastua laihuushäiriöön, jos hänen ensimmäisen asteen sukulaisellaan on ollut sama häiriö. Ahmimishäiriössä riski sairastumiseen on nelinkertainen, jos ensimmäisen asteen sukulaisella on ollut laihuushäiriö tai ahmimishäiriö. (Raevuori 2013, 2126–2129).

Nuoruusikään kuuluvat fyysiset muutokset omassa kehossa voivat aiheuttaa tyytymättömyyttä omaa ulkonäköä kohtaan ja saada innostuksen laihduttamiseen. Usein syömishäiriöön sairastuneilla tytöillä ulkonäön merkitys on suuri. Ristiriidat läheisissä ihmissuhteissa ja itsenäistymiseen liittyvät vaikeudet voivat lisätä oireilua. (Viljanen 2014, 19.) Lapsuusiän ylipainolla ja kroonisilla fyysisillä sairauksilla, erityisesti diabeteksella, on nähty yhteys syömishäiriöihin sairastumisessa. Diabeetikoilla on kaksi kertaa enemmän syömishäiriöitä kuin muilla. (Marttunen ym. 2013, 68.) Naiset sairastuvat suuremmalla todennäköisyydellä kuin miehet ja nuoret naiset todennäköisimmin kuin vanhemmat. Syömishäiriöitä esiintyy erityisesti painoluokka-, kestävyys- ja esteettisissä lajeissa kuten voimistelussa, taitoluistelussa, mäkihypyssä ja nyrkkeilyssä. Sairastumisriski on suurempi näiden lajien harrastajilla ja ammattilaisilla. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 39–40.) Länsimaissa laihooden ihannointi ja urheilullisuus kuuluvat kulttuuriin, mikä omalta osaltaan lisää sairastuvuutta (Suvisaari & Suokas. 2009, 57). Nykyaikainen elinympäristö altistaa painonnousulle ja toisaalta ihannoi hoikkuutta, mikä edistää syömishäiriöiden alttiusgeenien aktivoitumista ihmisillä, joilla on kyseisiä geenejä perimässään (Raevuori. 2013, 2129).

3 SYÖMISHÄIRIÖIDEN HOIDON PORRASTUS SUOMESSA

3.1 Varhainen tunnistaminen

Varhaisella oireisiin puuttumisella ja hoitoon ohjaamisella on merkittävä vaikutus syömishäiriöihin sairastumisessa. Sillä voidaan vaikuttaa sairastamisajan pituuteen ja parantaa ennustetta. Merkittävässä asemassa varhaisessa oireiden tunnistamisessa ja sairastuneen hoitoon ohjaamisessa ovat terveydenhuollon ammattilaiset, kuten kouluterveydenhuolto, opettajat ja urheiluvalmentajat. (Syömishäiriöt. Käypä hoito- suositus 2014.) Myös vanhemmilta saatu tieto on hyvin tärkeää, koska nuori voi kieltää syömishäiriön mahdollisuuden. Etenkin nuorilla, jotka laihduttavat, on kohonnut riski sairastua syömishäiriöön. Varhaisia varoitusmerkkejä sairastumisesta voivat olla jatkuva ruoan, liikunnan ja laihduttamisen ajattelu, aterioiden sisällön hallinta, sosiaalinen vetäytyminen, painon tiheä seuraaminen ja ruokailun jälkeinen wc:hen hakeutuminen. Ravitsemukseen liittyviä fyysisiä oireita voi esiintyä, kuten huimausta, pyörtymistä, pahoinvointia, oksentelua ja turvotusta. (Yeo & Hughes 2011, 108–110.) Syömishäiriöoireilun varhaisessa tunnistamisessa on oleellista asian puheeksi ottaminen. Syömiskäyttäytymisen tulkinnassa ja syömishäiriöoireilua kartoitettaessa voidaan käyttää apuna erilaisia avoimia ja tarkentavia kysymyksiä sekä kyselyjä. (Syömishäiriöt. Käypä hoito- suositus 2014.) Koulu- ja perusterveydenhuollossa taas voidaan käyttää SCOFF- syömishäiriöseulaa, mutta syömishäiriön diagnostiikkaan tarvitaan laajempia tutkimuksia (Jüriloo ym. 2017).

3.2 Perusterveydenhuolto

Perusterveydenhuolto on huomattavassa asemassa syömishäiriöiden varhaisessa tunnistamisessa. Syömishäiriöön sairastuneen arviointiin kuuluu esitietojen kerääminen, kuten ravitsemustilan ja syömiskäyttäytymisen kartoittaminen, sairastuneen kliininen tutkiminen, jossa tulee kiinnittää huomiota myös muihin sairauksiin ja liitännäisoireisiin sekä laboratoriokokeiden kontrollointi. Arviointi vaatii yleensä somaattisen ja psykiatrisen lääketieteen osaamisen. Alkuarvioinnin

toteuttaa tavallisesti yleislääkäri, pediatri tai sisätautilääkäri. Tavoitteena on saada kokonaiskuva potilaan tilanteesta, syömishäiriön laadusta ja vaikeusasteesta, somaattisesta voinnista, sairastuneen käsitys omasta tilanteestaan ja luoda pohjaa luottamukselliselle hoitosuhteelle. (Suokas & Rissanen 2017, 408–409.) Jos perusterveydenhuollon keinot sairastuneelle eivät ole riittäviä, konsultoidaan erikoissairaanhoidon jatkoon suunniteltaessa. Tarvittaessa tehdään lähete jatkohoitoon ja tarkempiin tutkimuksiin. (Syömishäiriöt. Käypä hoitosuositus 2014).

Huolellinen somaattisen tilan tutkiminen on tärkeää syömishäiriöiden hoidossa. Näлкиintymistilan takia potilaalla voi usein esiintyä vaikeita fyysisiä oireita, jotka vaikuttavat hoitopaikan valintaan. Myös potilaan paino ja motivoituneisuus hoitoon ovat ratkaisevia tekijöitä hoitoa suunniteltaessa. (Suokas & Rissanen 2017, 410.) Hoidon suunnittelussa täytyy ottaa huomioon eri syömishäiriöiden tuomat oireet ja liitännäissairaudet. Ahmimishäiriötä eli bulimia nervosaa sairastavalla voi esiintyä suoliston ärsytysoireita, kuukautiskierron häiriötä, sylkirauhasten suurenemista ja hammaseroosiota oirekäyttämisen seurauksena. Laboratoriotutkimuksissa havaitaan yleisesti veren elektrolyyttitasapainon häiriötä ja happoemästatasapainon poikkeavuuksia oksentelun ja ulostuslääkkeiden käytön seurauksena. Lisäksi EKG voi olla poikkeava elektrolyyttihäiriöiden takia. Sairauteen liittyy yleensä muita mielenterveyshäiriötä, ja siksi arvioinnissa tulee huomioida samanaikaiset mielenterveyshäiriöt sekä mahdollinen alkoholin, lääkkeiden ja huumaavien aineiden käyttö. (Suokas & Rissanen 2017, 417–418.) Ahmintahäiriöön eli BED:iin sairastuneella voi esiintyä psyykkistä oireilua ja muita mielenterveyden häiriötä, kuten ahdistuneisuus- ja persoonallisuushäiriötä ja masennusta. Monesti lihavuuden vuoksi sairastuneella esiintyy sokeriaineenvaihdunnan häiriötä ja muita lihavuuteen liittyviä liitännäissairauksia (Suokas & Rissanen 2017, 420–421.)

3.3 Hoitomuodot

Mielenterveysongelmien hoito pyritään aina ensisijaisesti järjestämään avohoitona perusterveydenhuollon palveluissa. Jos perusterveydenhuollon tarjoama

apu on riittämätön, voidaan potilaalle seuraavaksi tarjota perusterveydenhuollon erityispalveluja tai erikoissairaanhoidon avohoitoa. (Hämäläinen ym. 2017, 68.)

Hoidon tavoitteena on ravitsemustilan korjaaminen ja syömiskäyttäytymisen normalisointi, hoitomotivaation tukeminen ja sairaudenkuvan ymmärtäminen, psykologisten, perheperäisten, sosiaalisten ja käyttäytymisen ongelmien tunnistaminen ja ratkaisemisen helpottaminen, laihuushäiriön uusiutumisen ja kroonistumisen ehkäisy. Pääasiallisesti käytettyjä menetelmiä ovat ravitsemuskuntoutus, sairastuneen ja hänen perheensä tiedollinen ohjaus ja motivoiva keskustelu yhdessä hoitajan kanssa, erilaiset terapiamuodot, kuten kognitiivis- behavioraalinen terapia ja ryhmäterapia. Uusiutumisen ja kroonistumisen ehkäisyyn pyritään pitkällä seuranta- ja jatkohoidolla, kuntouttavalla psykoterapialla ja erilaisilla vertaistuki- muodoilla. (Suokas & Rissanen 2017, 410.)

Usein hoidon alkuvaiheessa sairastunut vastustaa voimakkaasti painonnousua, mikä vaikeuttaa toipumista. Myös pelko siitä, mitä sairaudesta toipumisen jälkeen tapahtuu, saattaa olla hyvin voimakas. Hoidon yhtenä tavoitteena on hoitomotivaation tukeminen, koska hoidon onnistumisen kannalta sairastuneen oma motivaatio toipumiselle on merkittävä. (Suokas & Rissanen 2017, 409–411.) Ahmimishäiriössä hoitoon hakeutuneella on useimmiten enemmän motivaatiota parantumiseen kuin laihuushäiriöön sairastuneella. Ensi tavoitteita ovat oirekierteen katkaisu, somaattisen tilan hoito ja syömiskäyttäytymisen normalisointi. (Suokas & Rissanen 2017, 418.) Motivoivalla keskustelulla osana kokonaisvaltaista hoitoa voidaan lisätä sairastuneen hoitomotivaatiota ja valmiutta parantumisen edessä tulevaan muutokseen. Hoitomotivaatiota voidaan edistää myös tiedon antamisella, kuinka nälkiintymistila vaikuttaa sairastuneen fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin. Samalla korostetaan parantumisen tuottamia etuja. Luottamuksellinen suhde potilaan ja hoitavan henkilön välillä on yleensä edellytys hoidon onnistumiselle. Hoidon aikana korostuu potilaan tukemisen ja ohjauksen lisäksi tukiverkoston merkitys, jonka vuoksi perheelle ja läheisille on tarkoituksenmukaisesti järjestettävä psykoedukaatiota, haastattelu sairastuneen hoidon alkaessa sekä tarjota myös tukea hoidon aikana. (Suokas & Rissanen 2017, 409–411.)

Kaikkien syömishäiriöiden hoito pyritään toteuttamaan avohoidon keinoin, mutta sairaalahoitoa tarvitaan, jos sairastuneen somaattinen tai psyykinen tila on hankala tai vaikeita oireita ei saada hallittua. (Suokas & Rissanen 2017, 418–419.) Jos avohoidon keinot eivät ole riittävät sairastuneen hoidon toteutuksessa, voi hoito toteutua päiväsaitalan tai ympärivuorokautisen osastohoidon keinoin. Päiväsairaalahoito toimii tehostettuna avohoitona tai kun sairastunut on siirtymässä sairaalahoidosta avohoidon piiriin. Osastohoitoa tarvitaan, kun potilaan psyykinen tai somaattinen tila sitä vaatii. Sairaalahoito toteutuu yleensä syömishäiriöihin perehtyneissä yksiköissä tai yleispsykiatrisissa yksiköissä. (Syömishäiriöt. Käypä hoito- suositus 2014.) Lasten- ja nuorten psykiatriset yksiköt toimivat yleensä erillisinä yksikköinä (Hämäläinen ym. 2017, 69).

3.4 Tahdosta riippumaton hoito

Syömishäiriöön sairastuneen hoidossa voidaan joutua toteuttamaan mielenterveyslain mukaista tahdonvastaista hoitoa, jos sairastuneella on selkeä hoidon tarve ja hän kieltäytyy vapaaehtoisuuteen perustuvasta hoidosta. (Syömishäiriöt. Käypä hoito- suositus 2014.) Jos lääkäri arvioi sairastuneen olevan tahdosta riippumattoman hoidon tarpeessa ja täyttävän mielenterveyslain mukaiset kriteerit, laatii hän sairastuneesta tarkkailulähetteen eli M1-lomakkeen ja lähettää hänet tutkittavaksi psykiatriselle osastolle tai sairaalaan. Vastaanottava lääkäri haastattelee ja tutkii sairastuneen sekä tekee arvion sairastuneen tilasta ja hoidon tarpeesta. Jos hoidon tarve on vastaanottavan lääkärin arvion mukaan olemassa ja sairastunut on haluton jäämään vapaaehtoiseen hoitoon, asettaa lääkäri sairastuneen mielenterveyslain mukaiseen tarkkailuun, joka voi kestää enintään neljä vuorokautta. Tarkkailuajan päätyttyä lääkäri kirjaa tarkkailulausunnon eli M2-lomakkeen, josta selviää, ovatko tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämisen edellytykset edelleen voimassa. Lääkäri suosittaa joko pidättävää tai vapauttavaa hoitopäätöstä. Lausunto tehdään tarkkailuajan haastatteluiden ja havaintojen perusteella. Lisäksi lääkärin tulee selvittää myös potilaan näkemys ennen lausunnon kirjoittamista. Hoitopäätöksen eli M3-lomakkeen tekee ylilääkäri tai psykiatrian erikoislääkäri. Tahdosta riippumaton hoito voi kestää enintään kolme kuukautta. Jos hoidon tarve jatkuu ja sairastunut vastustaa edelleen hoitoa, tulee

prosessi toteuttaa edellä kuvatun mukaisesti uudelleen. (Hämäläinen ym. 2017, 74–76.)

Mielenterveyslain (L 1116/1990) 2. luvun 8. pykälän perusteella henkilö voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan sairaalahoitoon seuraavin edellytyksin:

- 1) jos hänen todetaan olevan mielisairas;

- 2) jos hän mielisairautensa vuoksi on hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta;

- 3) jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäviksi tai ovat riittämättömiä.

Tahdosta riippumattoman hoidon tarpeen arviointi voidaan aloittaa, jos sairastuneen nälkiintymistila on henkeä uhkaava, tilaan liittyy vakavia fyysisiä komplikaatioita tai sairastuneella esiintyy vaikeita psyykkisiä oireita kuten itsetuhoisuutta. (Suokas & Rissanen 2017, 411). Alaikäisen syömishäiriöpotilaan kohdalla voidaan tahdosta riippumatonta hoitoa toteuttaa mielenterveyslain mukaisin kriteerein. Tahdosta riippumattoman hoidon tarve voi myös syntyä, jos alaikäinen potilas kieltäytyy hoidosta ja häntä uhkaa akuutti somaattinen komplikaatio tai sairastuneella on samanaikaisesti muu psyykkinen häiriö, jonka seurauksena itsemurhavaara on kohonnut tai toimintakyky on alipainon ja syömisongelmien vuoksi vaikeasti laskenut muilla elämänalueilla niin, että normaali kehitys vaarantuu. Alaikäinen potilas voidaan asettaa tahdosta riippumattomaan hoitoon myös silloin, jos vapaaehtoisuuteen perustuva hoito ei ole ollut riittävän tehokasta tai hoitoa ei ole yrityksistä huolimatta saatu aloitettua. (Laukkanen 2014.) Alaikäisten tahdosta riippumaton hoito toteutuu alaikäisille tarkoitetussa hoitoyksikössä, joissa on valmiudet tällaisten potilaiden hoitoon. (Hämäläinen ym. 2017, 77).

3.5 Palveluntarjoajat

Suomessa kunnat vastaavat mielenterveyspalveluiden järjestämisestä. Alueelliset erot voivat olla suuria. Mielenterveyspalveluita tuottavat kuntien lisäksi yksityiset palveluntuottajat ja kolmannen sektorin toimijat eli erilaiset järjestöt ja sairaanhoitopiirit. Apua voi saada terveyskeskuksesta, työterveyshuollosta, psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta, yksityisiltä lääkäriasemilta ja psykoterapeuteilta, kirkolta sekä järjestöiltä, jotka järjestävät ja ylläpitävät erilaisia mielenterveyspalveluita. (Suomen mielenterveys ry. Mielenterveyspalvelut.)

Järjestölähtöinen auttaminen on maksutonta käyttäjille. Järjestöt tarjoavat apua puhelimitse ja verkossa. Saatavilla on erilaista vertaistukitoimintaa ja kuntouttavaa toimintaa. (Suomen mielenterveys ry. Kolmas sektori.) SYLI ry eli Syömishäiriöliitto on Suomessa toimiva yhdistys, joka on jaettu alueellisiin jäsenyhdistyksiin (Syömishäiriöliitto – SYLI. Tukea ja toimintaa). Syömishäiriöliitto tarjoaa tukea ja tietoa syömishäiriöön sairastuneelle ja hänen läheisilleen erilaisten palveluiden muodossa, kuten vertaistukitoimintana ja sähköpostitukena (Etelän – SYLI ry. Ammatilliselle).

Tämän opinnäytetyön toimeksiantajana toimii Syömishäiriökeskuksen hoito- ja kuntoutusosasto. Syömishäiriökeskuksen omistaa voittoa tavoittelematon Elämän Nälkään Ry ja kyseessä on yksityinen palveluntarjoaja. Hoito- ja kuntoutusosasto palvelee ympärivuorokautista hoitoa tarvitsevia syömishäiriötä sairastavia nuoria ja aikuisia. Alaikäraja hoidolle on 13 vuotta. Hoidon tavoitteena on potilaan kokonaisvaltainen paraneminen. Hoitajaksot ovat pitkiä, noin 0,5–2 vuotta. Syömishäiriökeskuksen hoito on suunniteltu vastaamaan kaikkiin syömishäiriön muotoihin, vaiheisiin ja vaikeusasteisiin. (Syömishäiriökeskus. Hoito- ja kuntoutusyksikkö.) Syömishäiriökeskus tarjoaa erilaisia terapiapalveluja, kuten fysio-, ravitsemus- ja psykoterapiaa sekä tukea syömishäiriöön sairastuneen läheisille ja vanhemmille riippumatta siitä, onko sairastunut hoidossa Syömishäiriökeskuksessa (Syömishäiriökeskus. Terapiayksikkö).

4 HOITOMENETELMÄT SYÖMISHÄIRIÖIDEN HOIDOSSA

4.1 Lääkehoito

Laihuushäiriöpotilaan muita psyykkisiä oireyhtymiä, kuten masennusta tai ahdistuneisuushäiriötä, voidaan hoitaa lääkehoidon keinoin. Aliravitsemustilassa lääkehoidon haittavaikutuksia voi tulla herkemmin. Yleensä lääkehoidosta ei kuitenkaan ole apua laihuushäiriön aiheuttamiin ydinoireisiin. Laihuushäiriöpotilas voi hyötyä monivitamiini- ja kalkki-D- vitamiinivalmisteista. Hormonihoitoa käytetään yksilöllisesti. (Suokas & Rissanen 2017, 413.)

Ahmimishäiriön hoidossa lääkehoito perustuu ahmimista hillitsevään lääkkeen vaikutukseen. Lääkehoitona käytetään yleensä masennuslääkkeitä esimerkiksi selektiivisiä serotoniinin takaisinoton estäjiä. Lääkeannostus on suurempi kuin masennuksen hoidossa käytettävä. Lääkehoitoa suositellaan käytettäväksi vain määräaikaisena ja lääkkeen lopetuksen toteutuvan asteittain, koska lääkkeiden teho vähenee ajan kuluessa. Nopea lääkkeiden lopetus voi aiheuttaa voinnin heikentymistä ja oireiden uusiutumista. Suositeltava käyttöaika on noin 6–12 kuukautta. (Suokas & Rissanen 2017, 419.)

Ahmintahäiriön hoidossa voidaan käyttää myös lääkehoitoa. Pitkäaikaisen lääkehoidon vaikuttavuudesta ei ole tutkimustietoa ahmintahäiriön hoidossa, mutta lyhytkestoisesti lääkehoito voi vaikuttaa ahmintaa hillitsevästi. Sen sijaan lääkehoidon vaikuttavuudella ei näytä olevan merkittävää lisähyötyä psykoterapian yhdistämiseen. (Haapasalo- Pesu 2014.) Myös ahmintahäiriön hoidossa tutkimustietoa on eniten masennuslääkkeisiin kuuluvien serotoniinin takaisinoton estäjien vaikuttavuudesta. Lääkkeen teho perustuu ahmimista hillitsevään tehoon. Lääkehoidon vaikuttavuus näyttää vähenevän jo muutamien kuukausien käytön jälkeen. Lääkettä tulisi käyttää vain määräaikaisesti ja lopetus tapahtua asteittain. Myös epilepsialääke topiramaattia voidaan käyttää ahmintahäiriön hoidossa. Lääkkeellä saattaa olla painoa laskeva ja ahmintaa hillitsevä vaikutus. Kuitenkin lääkkeestä voi aiheutua epämieluisia haittavaikutuksia. (Suokas & Hätönen 2012, 499.)

4.2 Vertaistuki ja itsehoito

Vertaistuki voi olla osa syömishäiriöpotilaan hoitoa. Vertaistuki tarkoittaa sitä, että samassa tilanteessa olevat ihmiset voivat jakaa kokemuksiaan keskenään ja samalla tukea toisiaan. Tuki on vapaaehtoista, vastavuoroista omien kokemusten vaihtoa ja erityisesti tunnetason tukea. Se luo toivoa, välittää tietoa ja auttaa selviytymään haastavista elämäntilanteista. Parhaimmillaan vertaistuki parantaa sekä sairastuneiden että läheisten itsetuntemusta ja auttaa löytämään voimavaroja. Läheisille tarkoitettuja ryhmiä ohjaavat usein syömishäiriöön sairastuneiden vanhemmat. Itse sairastuneille tarkoitettuja ryhmiä ohjaavat sairauden läpikäyneet ja siitä toipuneet henkilöt. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 145.) Yleensä vertaistukiryhmät ovat avoimia ja niihin ei ole ennakoilmoittautumista. Tulijat voivat aloittaa ryhmän itselle sopivana ajankohtana ja lähtijät lopettaa ryhmän myös oman tilanteensa mukaan. (Viljanen 2014, 39.)

Syömishäiriön tai syömishäiriöoireilun itsehoito perustuu yleensä KBT-terapiaan ja se on ohjattua tai itsenäisesti toteutettavaa. Hoidossa käytetään internetpohjaisia itsehoito-oppaita ja ohjelmia. Itsenäisesti toteuttavassa hoidossa sairastunut etenee oman aikataulunsa mukaan. Ohjatussa toteutuksessa ammattihenkilö seuraa potilaan edistymistä ja tarvittaessa tapaa potilasta. Itsehoito soveltuu erityisesti ahminta- ja ahmimishäiriön hoitoon. (Syömishäiriöt Käypä hoito – suositus 2014.)

4.3 Ravitsemushoito

Ravitsemushoito on osa syömishäiriöpotilaan hoitoa, joka pyritään suunnittelemaan potilaan kanssa yhteistyössä. Ravitsemushoidon suunnittelusta vastaa usein ravitsemusterapeutti. Hoidon tavoitteena on syömiskäyttäytymisen ja painon normalisoituminen, aliravitsemuksen korjaaminen ja nuorten kohdalla kasvun turvaaminen. Ravitsemushoito suunnitellaan aina yksilöllisesti, jotta se olisi

potilaan paranemista edistävä ja tukeva. Ravitsemushoidon suunnittelu alkaa alkuselvittelyllä, jonka tavoitteena on kerätä tietoa syömishäiriöpotilaan ravitsemuksellisesta taustasta, saada käsitys potilaan tilanteesta ja luoda pohja hoitosuhteelle. Taustatietojen selvittelyyn kuuluu muun muassa potilaan painoon liittyvät asiat, kuten mahdolliset painon kontrolloikeinot, laihdutusruokavaliot, paastoaminen ja liikunnan määrä. Jos sairastuneella on esiintynyt muita kompensatiokeinoja, esimerkiksi ahmintaa ja oksentelua, kartoitetaan myös niiden määrä ja kesto. Ruokavalioon ja ruokailuun liittyviä, selvitettäviä asioita ovat päivittäisen ruokailun toteutuminen, erityisruokavalio ja ruokarajoitteet. Oleellista on selvittää myös muita ruokaan ja syömiseen liittyviä asioita, kuten käykö potilas itse kaupassa, kuinka paljon päivästä kuluu aikaa itse ruoan ajatteluun ja sen valitsemiseen, liittykö ruokailuun kaloreiden laskemista tai ruokaritualeja. Ruokapäiväkirjaa voi käyttää lisäksi apuna potilaan ruokailun kartoittamisessa ja keskusteluissa. Tietoa voi kerätä ja kartoittaa hoidon edetessä. (Viljanen, Larjosto, Palva-Alhola 2005, 20–26.)

Kun potilaan ravitsemustilaa arvioidaan, voidaan apuna käyttää aikuisilla painoindeksiä, lapsilla ja nuorilla sen sijaan kasvukäyrää ja pituuspainoa. Muita käytettäviä keinoja ravitsemustilan arvioinnissa ja seurannassa ovat kehon rasvapitoisuuden mittaaminen, joka aikuisella normaalipainoisella naisella on keskimäärin 22–30 % ja miehillä 10–20 %. Myös laboratoriokokeet kuvaavat potilaan tilaa ja kuntoutumista. Aliravitsemustilassa tai oksentelun seurauksena syömishäiriöpotilaalla voi esiintyä alhaisia natrium-, kalium-, kloridi-, fosfaatti- ja albumiiniarvoja tai esimerkiksi kohonneita haiman ja maksantoimintaa kuvaavia arvoja. Lisäksi anemiaa voi esiintyä. Kuitenkin vaikeassakin aliravitsemustilassa laboratoriokokeet voivat olla normaalit. Vaikea kuivumistila voi vääristää tuloksia. (Viljanen ym. 2005, 28–30.)

Ravitsemustilan korjaamiseen pyritään aina ensisijaisesti käyttämään tavallista ruokaa ja ruokailutapaa. Aliravitsemustilan korjaamisen tukena ja energialisänä voidaan käyttää ravintolisävalmisteita. Enteraalista ravitsemushoitoa eli nenämahaletkulla tapahtuvaa ruokintaa joudutaan toisinaan toteuttamaan vaikean aliravitsemustilan korjaamisessa. (Rissanen 2012.) Osastohoidossa olevien potilaiden ruokailu toteutuu yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa. Ruoka annostellaan

joko valmiiksi potilaalle tai yhdessä ateriasuunnitelman mukaisesti. Henkilökunta toimii omalla ruokailullaan esimerkkinä potilaalle ja on tukena koko ruokailun ajan ja sen jälkeen. Ruokailun aika on yleensä rajattu ajallisesti noin puoleen tuntiin. Ruokailun tavoitteena on pyrkiä säännöllistämään ja monipuolistamaan ruokailua sekä ruokailemaan riittävästi. Vastuuta oman ruokailun toteutukseen lisätään vaiheittain yksilöllisesti. (Nuutinen ym. 2010, 170–174.)

Ravitsemustilan korjaantuminen on edellytys parantumiselle, koska nälkiintymistila ylläpitää haitallisia oireita ja vaikuttaa haittaavasti psykoterapian tuottamaan hyötyyn (Suokas & Rissanen 2017, 409–411.) Psykoterapeuttinen työskentely aloitetaan yleensä painon normalisoiduttua tai painon ollessa lähellä normaalin alarajaa. On kuitenkin hyvin yksilöllistä, missä vaiheessa ajattelu- ja toimintakyky normalisoituu. Akuutissa vaiheessa sairastunut voi tarvita psyykkistä tukea ja terapeuttista työskentelyä, jolloin terapiatyöskentely suunnitellaan sairastuneen tila huomioiden, usein tukea antavalla ja konkreettisia asioita käsittelevällä tasolla. (Charpentier 2018, 552–554.)

Refeeding-oireyhtymä on tila, joka voi aiheutua nopeasta ravitsemustilan korjauksen aloituksesta pitkän ja vaikean aliravitsemustilan jälkeen. Oireina voi esiintyä muun muassa lihasheikkoutta, hengitysvajautta, elektrolyyttien vajausta, kardiovaskulaarioireita, kuten rytmihäiriöitä ja deliriumoireita. Vaikeassa aliravitsemustilassa olevan potilaan ravitsemustilan korjaus tulisi aloittaa varovaisesti ja suunnitellusti asteittain. (Syömishäiriöt. Käypä hoito- suositus 2014.)

4.4 Psykoedukaatio

Psykoedukaatio on mielenterveystyössä käytetty työmenetelmä, jonka tavoitteena on antaa tietoa, lisätä sairastuneen ja hänen läheistensä ymmärrystä sairauden kulusta ja sen vaikutuksista sekä sairaudesta toipumisesta. Se on vuorovaikutuksellista keskustelua, jossa asiantuntijuus jakautuu tasaisesti hoitavan tahon, sairastuneen ja perheen välillä. Tarkoituksena on, että työskentely ja tiedon saaminen sairaudesta lisää hyvinvointia ja kykyä hallita sairautta, kykyä tunnistaa

ja ehkäistä sairauden uusiutumista, parantaa elämänhallintaa ja vähentää kielteisyiden ja häpeän tunnetta, joka usein voi liittyä sairauteen. (Hämäläinen, Kanerva, Kuhanen, Schubert & Seuri 2017, 187–189.)

Psykoedukaatio tulisi aloittaa heti hoidon alkaessa syömishäiriöön sairastuneelle ja hänen läheisilleen. Laihuushäiriön, ahmimishäiriön ja ahmintahäiriön perusterveydenhuollossa toteutettavassa hoidossa käytetään psykoedukaatiota ja ravitsemusohjausta. Hoidon tavoitteena on motivoida sairastunut sitoutumaan hoitoon ja oppia tunnistamaan häiriö. (Syömishäiriöt. Käypä hoito- suositus 2014.)

4.5 Perhetyö

Perhe on jokaisen henkilökohtaisesti määrittelemä ja sen merkitys on jokaiselle yksilöllinen. Mielenterveystyössä perhe nähdään merkittävänä taustatekijänä potilaan hoidossa ja potilasta tuleekin kannustaa myönteiseen suhtautumiseen perheen osallisuuteen hänen hoidossaan. Perhetilanteen tunteminen on myös yhteistyösuhteen syntymisen lähtökohta. Kun perheenjäsen sairastuu psyykkisesti, voi sairastuminen vaikuttaa läheisten hyvinvointiin ja terveyteen usein heikentämällä elämänlaatua. Tämän vuoksi potilaan hoidossa on tärkeää huomioida koko perhe. (Hämäläinen ym. 2017, 190–191.)

Syömishäiriötä sairastavan perheenjäseniin sairaus vaikuttaa yleensä voimakkaasti ja sairastunut pyrkii saamaan tukea sairautelleen ympäristöstään. Sairastunut saattaa kiristää ja uhkailla esimerkiksi vanhempiaan ruokailuilla, jolloin vanhemmat saattavat antaa periksi syömisen ja sairastuneen henkiin jäämisen toivossa. Tavallisesti koko perheen elämä pyörii sairauden ympärillä. Perhe tarvitsee tukea ja ohjausta, jotta se voi tukea parhaalla mahdollisella tavallaan sairastuneen paranemisprosessia. Perhettä tukevia keinoja ovat muun muassa psykoedukaatio, selkeät ohjeet ruokailujen toteuttamisen tueksi ja oireilun estämiseksi. Myös erilaisille terapioille voi esiintyä tarvetta, kuten perhe-, pari- tai vanhemman omalle psykoterapialle. Syömishäiriötä sairastavan nuoren hoidon onnistumisessa vanhemmilla on suuri merkitys. (Charpentier 2018, 555–556.)

5 POTILASOHJAUS

5.1 Potilaan ohjaaminen yleisesti

Sanakirjamääritelmässä ohjaus on käsitteenä yksinkertaistettuna käytännöllisen opastuksen antamista ja ohjauksen alaisena toimimista (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 25). Ohjaus-käsitettä on pidetty rinnakkaisena informoinnin, tiedon antamisen, neuvonnan, opetuksen ja opastuksen kanssa (Kettunen, Laitinen-Väänänen, Mäkelä & Vänskä 2011, 15–16). Hoitotyön ohjauksessa nykyajan mukaan ohjattavana oleva potilas on puolestaan aktiivinen haasteiden ja tarpeiden ratkaisija, jolle hoitaja antaa tukea päätöksenteossa ohjauksellaan. Ohjaaminen on aktiivinen ja tasa-arvoinen vuorovaiikutustilanne potilaan ja hoitajan välillä. Hyvä ohjaustilanne parantaa potilaan tyytyväisyyttä ja hoitoon sitoutuneisuutta. (Kyngäs ym. 2007, 25.)

Potilaan kohtaamisessa tärkeää on rakentaa luottamus potilaan kanssa. Tämä on edellytys hyvälle potilasohjaukselle ja potilaan myönteiselle avun vastaanotamiselle. Myös yksilöllisyys, empatia ja toivo parantumisesta tulee ottaa huomioon potilasohjauksessa. (Hasan, Lehtonen, Mikkilä, Näräkkä, Pitkänen 2018, 19–21.) Sanallisessa ohjauksessa täytyy muistaa, että sanoilla on merkitystä. Sanallisessa ohjauksessa kannattaa käyttää avoimia kysymyksiä ja motivoivaa keskustelua apuvälineenä. Ohjauksessa kannattaa välttää kaikenlaista uhkailua. Ohjauksessa tulee ottaa huomioon potilaan läheiset ja perhe. Myös he tarvitsevat asiantuntevaa tukea ja ohjausta. (Hasan ym. 2018, 25–28.)

5.2 Potilasohjauksen lait ja ohjeet

Sosiaali- ja terveysalalla ohjaaminen on sidoksissa lainsäädäntöön ja erilaisiin suosituksiin. Ohjausta säätelevät muun muassa Suomen perustuslaki, kuntalaki, ammattihenkilöitä koskeva lainsäädäntö, laki potilaan asemasta ja oikeuksista ja muut potilaan ohjausta mahdollisesti koskettavat lait. (Kettunen ym. 2011, 16.)

Ohjaamistilanteen laillisuuteen ja oikeudenmukaisuuteen vaikuttavat myös kansalaisten perus- ja ihmisoikeudet ja siviilioikeudelliset lait ja määräykset. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 6).

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittää potilaan tiedonsaantioikeuden ja sen mukaan potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamises- taan. Laki velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilöitä antavan ohjausta niin, että potilas ymmärtää sen sisällön. (L 785/1992 5 §.) Lait ja asetukset sekä sosi- aali- ja terveysalan suositukset antavat pohjan ohjaamistilanteelle sekä veloit- teen hoitajaa kohtaan. Hoitaja on veloitettu toimimaan ohjeistuksen ja lain mu- kaan ohjaustilanteessa. Hoitajan on täytettävä ja noudatettava asetettuja laatu- kriteereitä kyetäkseen harjoittamaan ammattiaan ja toimimaan tehtävässään. (Lipponen ym. 2006, 6–7.)

5.3 Kirjallinen ohjaus

Potilaan ohjaaminen voi olla sekä suullista että kirjallista. Kirjallista ohjausmate- riaalia ovat erilaiset kirjalliset ohjeet sekä oppaat, jotka voivat olla yhden sivun esitteitä tai monisivuisia kirjasia. Kirjallisen ohjausmateriaalin avulla potilas ei ole pelkän suullisen tiedon varassa ja voi tukeutua ohjeisiin tarkastelemalla tietoja myöhemmin. Kirjallisia ohjeita laadittaessa ja niitä käytettäessä täytyy ottaa huo- mioon kirjallisen ohjauksen laatu. Kirjallisten ohjeiden tulee olla helppolukuisia ja ymmärrettävissä tai muuten ne voivat heikentää potilasohjauksen laatua. Ohjei- den kieliasun täytyy olla sopivaa ja ymmärrettävää. Laadukkaaseen kirjalliseen ohjaukseen kuuluu myös, että potilas saa ohjeet oikeassa ajassa ja paikassa. (Kyngäs ym. 2007, 124–125.) Esimerkiksi potilas voi saada kirjallisen ohjeen rau- hallisessa tilanteessa, jossa hoitaja voi esitellä kirjallisen materiaalin ilman kii- rettä. Ohjeiden täytyy olla turvalliset potilaan itseopiskelua ajatellen. Itseopiske- lun osalta korostuu kirjallisen ohjeen ymmärtämisen merkitys. Ohjeiden väärin ymmärtäminen voi tuottaa potilaassa esimerkiksi pelkotiloja. Ohjeiden täytyy li- säksi tukea suullista ohjausta. (Kyngäs ym. 2007, 124–125.)

6 TUOTEKEHITTELYPROJEKTINA OPAS

6.1 Tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli toteuttaa tuotekehittelyprojektina opas hoitoon tulevalle syömishäiriöpotilaalle Syömishäiriökeskuksen hoito- ja kuntoutusosastolle. Tuotekehittelyprojektin taustalla oli alusta asti toimiva yhteistyö opinnäytetyöryhmämme sisällä sekä yhteistyötahomme kanssa ja pidimme hyvää tiimityötä tärkeänä tavoitteena projektin onnistumiselle. Myös aikataulutavoitteet ohjasivat projektiamme ja meille oli alusta asti selvää, että opinnäytetyö tulisi olla valmis ennen sairaanhoitajaksi valmistumistamme joulukuussa 2020.

Opinnäytetyön tavoitteena oli perehtyä oppaan tekoon ja syventyä kirjallisen ohjausmateriaalin laatimiseen ja sen toteuttamiseen. Tavoitteenamme oli myös saada ammatillista osaamista ja tietoa syömishäiriöistä, syömishäiriöiden hoidosta sekä hoitomuodoista. Koimme tärkeäksi tavoitteeksi perehtyä syömishäiriöiden tyypillisiin oireisiin ja sairauden kulkuun niin, että kykenisimme sairaanhoitajina hoitamaan syömishäiriöpotilaita tulevaisuudessa.

Oppaalla on tarkoitus kehittää Syömishäiriökeskuksen hoito- ja kuntoutusosaston potilasohjausta paremmaksi ja laadukkaammaksi. Oppaan lähtökohtana on potilaan oikeuksien paraneminen. Opas tulee potilaalle apuvälineeksi suureen elämänmuutokseen, jossa he ovat päätyneet ympärivuorokautiseen hoitoon sairautensa takia. Oppaasta potilas voi halutessaan lukea osaston ohjeita ja käytäntöjä itsenäisesti pitkin hoitoa, eikä tietoa tarvitse sisäistää hetkessä. Tämä voi edistää potilaan sitoutumista hoitoon sekä mukautumista osaston toimintatapoihin. Potilaan ohjaaminen voi hoidon alussa olla haasteellista ennen luottamuksen syntymistä. Tavoitteena on, että oppaamme tulee helpottamaan myös luottamuksen syntymisessä ja että potilas kokisi oppaan turvalliseksi.

Oppaan tarkoitus on toimia myös työvälineenä hoitohenkilökunnalle ja samalla se tulee tasavertaistamaan potilasohjauksen laatua. Hoitohenkilökunta voi käyttää opasta tukenaan heti potilaan saapuessa osastolle. Oppaan voi ottaa mukaan osaston esittelyyn ja hoitohenkilökunta voi pitää sitä muistilistanaan esittelyn aikana. Tällöin potilasohjaus on kaikille potilaille samankaltainen heti hoidon alussa, kun käydään läpi kaikki oppaassa esille tuodut asiat. Hoitoon tulevan potilaan kohtaamiseen ja läsnäoloon jää oppaan ansiosta enemmän aikaa, kun hoitajalla on ohjauksessa tukena kirjallinen opas, jonka voi antaa potilaalle itselleen luettavaksi suullisen ohjauksen lisäksi. Lisäksi hoitohenkilökunta voi käydä läpi potilaan kanssa oppaasta heränneitä kysymyksiä tai teemoja omahoitajakeskusteluissa hoidon aikana.

6.2 Tuotekehittelyprojekti

Tämä toiminnallinen opinnäytetyö on toteutettu tuotekehittelyprojektina. Tuotekehittelyprojektin tarkoituksena oli kehittää ja tuottaa osastohoidon käytänteistä kertova opas Syömishäiriökeskuksen ympärivuorokautiseen hoitoon tulevalle potilaalle. Oppaan prosessi toteutettiin viidessä eri vaiheessa, jotka olivat ideointi, suunnittelu, luonnostelu, kehittäminen ja viimeistely.

Tuotekehittelyprosessissa täytyy ensin kartoittaa lähtötilanne. Projektissamme kartoitimme osaston nykyisen tilanteen potilasohjauksessa ja sen minkälaista kirjallista materiaalia osastolla oli antaa hoitoon tulevalle potilaalle. Kun kehitystarpeet on selvitetty, tuotetta voidaan alkaa ideoimaan ja etsimään sitä koskevaa tietoperustaa (Windahl & Välimaa 2012). Haasteena on saada yksiin kansiin kaikki oleellinen ja tärkeä tieto, mikä potilasta kiinnostaa ja mikä koskee potilaan hoitoa. (Kynge ym. 2006, 78).

Luonnosteluvaihe voidaan aloittaa, kun on tehty päätös siitä, millainen tuote suunnitellaan ja myöhemmin valmistetaan. Luonnosteluvaiheelle on ominaista eri näkökulmien pohdinta, esimerkiksi miten tuotetta suunnitellaan tai valmistetaan. Tuotteen valmistumista ohjaavat toimintaympäristö, säädökset ja ohjeet, tuotteen asiasisältö, asiantuntijatieto sekä asiakasprofiili. Kehittelyvaiheessa tuotteesta

saadaan aikaan asiasisältöinen kokonaisuus ja sitä voidaan viimeistellä myöhemmin. (Jämsä & Manninen 2000.)

6.3 Kehitystarpeen tunnistaminen ja ideoiminen

Tämä tuotekehittelyprojektina toteutettu opinnäytetyö alkoi toimeksiantajan tarpeesta keväällä 2019. Tuotteen tarpeen tunnistaminen alkoi opinnäytetyöryhämämme jäsenten käytännön harjoittelusta Syömishäiriökeskuksen hoito- ja kuntoutusosastolla keväällä 2019. Kävi ilmi, ettei osastolla ollut ennestään kirjallista ohjeistusta hoitoon tulevalle potilaalle. Lopullisen tarpeen kuitenkin tunnisti Syömishäiriökeskuksen hoitohenkilökunta. Aloitimme oppaan työstämisen ideointivaiheesta ja haastattelimme toimeksiantajan yhteyshenkilöämme keväällä 2019. Haastattelun tavoitteena oli hankkia tietoa oppaan sisältöön, etenemisprosessiin ja toteuttamiseen. Haastattelu toteutui puolistrukturoituna haastatteluna ja ideoimme yhdessä yhteyshenkilömme kanssa tulevan tuotteemme mahdollista sisältöä ja tiedonkeruun aikataulua. Haastattelu nauhoitettiin äänitallenteena ja saimme kerättyä hyvin tietoa opasta varten. Haastattelun oleellinen sisältö tulee ilmi opinnäytetyössämme, mutta emme erikseen liitä haastattelukysymyksiä emmekä siitä litteroituja vastauksia.

Ideointi kannattaa toteuttaa idean käynnistämistä puoltavia asioita pohtien. Usein idean käynnistämistä puoltaa esimerkiksi se, ettei asiakastarpeisiin pystytä nykyisillä keinoilla tai materiaaleilla vastaamaan. Usein asiakas tai tilaaja osallistuu ideointivaiheeseen. (Windahl & Välimaa 2012.) Ideointivaiheen tarkoituksena oli aloittaa luottamuksellinen yhteistyö toimeksiantajamme kanssa vuorovaikutuksellisin keinoin. Ideointivaiheessa saimme toimeksiantajan vakuuttumaan yhteistyöhön kanssamme ja saimme suullisen toimeksiannon oppaalle sekä luvan opinnäytetyöllemme.

6.4 Suunnitteluvaihe

Saimme toimeksiantajaltamme suunnitteluvaiheessa osaston henkilökunnalle tarkoitettua kirjallista materiaalia, joka sisältää tietoa osaston käytänteistä ja hoitomallista. Olimme suunnitteluvaiheessa sähköpostiyhteydessä toimeksiantajamme yhteyshenkilöön oppaan sisältöön liittyen. Emme valitettavasti päässeet enää suunnitteluvaiheessa käymään Syömishäiriökeskuksen hoito- ja kuntoutusosastolla covid-19 pandemiaan liittyvien säädösten takia.

Tavoitteena oli tehdä opas, joka sisältää kaikki oleelliset tiedot potilaan hoidon alkaessa ja joihin potilas voi perehtyä rauhassa tutustuessaan osastoon. Opas tullaan jakamaan potilaille paperisena versiona. Opas sisältää osaston yleiset aikataulut esimerkiksi ruokailuista. Myös muut aikataulut, kuten osaston viikko-ohjelma tulevat osaksi opasta. Oppaan sisällössä on myös osaston kaikki yleiset käytänteet esimerkiksi suihkussa käymisestä ja ulkoilusta. Toimeksiantajamme antoi oppaan suunnitteluun meille lähtökohtaisesti ”vapaat kädet”, mutta pohdimme sisältöä yhdessä yhteyshenkilömme kanssa muun muassa sähköpostitse. Toimeksiantaja piti tärkeänä, että opas palvelee potilaiden tarpeita koskien hoidon alkuvaiheessa ja hoidon alkamiseen liittyvää jännitystä sekä hoitoon sitoutumista.

Opas tulee Syömishäiriökeskuksen potilaiden ja henkilökunnan käyttöön. Opas suunniteltiin sähköiseen muotoon, mutta se on tarkoitus jakaa potilaille tulosteena hoitoon saapuessa. Oppaan ulkoasua määrittää Syömishäiriökeskus, mutta olemme ajatelleet suunnitteluvaiheessa, että sen tulee olla tulostettavissa taloudellisista ja käytännön syistä A4-kokoisena sekä mahdollisesti mustavalkoisena. Syömishäiriökeskus ei ole määritellyt oppaan pituutta, mutta olemme rajanneet oppaan sisällön siten, ettei se ole liian pitkä. Monisivuinen opas saattaisi menettää lukijansa eli uuden potilaan mielenkiinnon eikä tällöin oppaan käyttö vastaisi sen tarvetta potilasohjauksessa. Suunnittelimme, että opas olisi pituudeltaan noin kymmensivuinen, jotta asiat ovat oppaasta helposti löydettävissä. Olemme myös pohtineet, että hoidon alussa suullista informaatiota tulee väistämättä paljon oppaasta huolimatta. Tämä on myös yksi syy, miksi oppaan sisältö täytyi pitää lyhyenä ja teksti helppolukuisena, jotta lukijan keskittyminen tärkeisiin asioihin säilyy.

6.5 Luonnostelu ja kehittäminen

Lähdimme työstämään opasta keskittyen potilaan näkökulmaan sekä toimeksiantajan alkuperäisten toiveiden mukaan kesällä 2020. Kävimme läpi suunnitellut asiat, joita oppaan tulisi sisältää. Aloitimme oppaan rakenteen ja sisällön hahmottelun Word-tiedostolle. Pohdimme asioita, jotka ovat oikeasti potilaalle oleellisia hoitoon tullessa ja mitkä asiat on hyvä tietää heti hoidon alkuvaiheessa. Olimme saaneet paljon kirjallista ja suullista materiaalia kerättyä toimeksiantajaltamme ja lähdimme kokoamaan niitä oppaaseen.

Oppaasta tuli yhteensä 9 sivun pituinen ja pysyi näin ollen sopivan pituisena. Oppaassa on käytetty *calibri*-fonttia ja fonttikokoa 11. Otsikoinnissa on käytetty *calibri light*-fonttia ja fonttikokoa 14. Otsikoissa on käytetty vihreää värisävyä, joka toimii Syömishäiriökeskuksen päävärinä heidän materiaaleissaan. Opas alkaa kansilehdellä, jossa on Syömishäiriökeskuksen logo ja kansilehdessä tulee heti ilmi oppaan tarkoitus. Ensimmäinen oppaan aiheotsikko on tervetuloivotus, jossa kerrotaan potilaalle, mitä varten opas on ja mihin hän on tullut eli esitellään Syömishäiriökeskus lyhyesti. Tarkoituksena on, että potilaat saavat oppaan ikään kuin tervetuliaiskirjeenä ja että ulkoasu on yksinkertainen ja selkeä. Pyrimme saamaan oppaassa henkilökohtaisen vaikutelman hoitoon tulevalle potilaalle. Tämän takia emme kirjoittaneet opasta kolmannen persoonan muodossa, vaan lukijaa puhutellaan käyttämällä sinä-muotoa. Pidimme mielessä tavoitettamme potilaslähtöisyydestä. Tästä syystä keskityimme tekstissä puhuttelevan tyylin lisäksi tekstin pituuteen, jotta potilas jaksaisi keskittyä lukemaansa.

Opas sisältää 15 aiheotsikkoa, joissa kerrotaan osaston käytänteistä ja muista potilaalle oleellisista asioista hoidon alussa. Oppaan sisältö alkaa yhteisten tilojen ja potilashuoneen esittelyllä, koska ne on hyvä tietää heti hoidon alkaessa ja sisältävät myös joitakin tärkeitä osaston sääntöjä, esimerkiksi tupakoinnista ja osaston siisteydestä. Yhteisten tilojen esittelyssä kerrotaan potilaalle, että muiden potilaiden kanssa sairauteen liittyviä keskusteluja tulee välttää ja keskustelut, esimerkiksi syömishäiriöoireilusta käydään hoitajan kanssa. Myöskään oireilua provosoivia tv-ohjelmia ei katsota yhteisissä tiloissa ja tv:n katselua tulee arvioida

tilannekohtaisesti, koska eri aiheet voivat laukaista potilaille oireilua yksilöllisesti. Seuraava aiheotsikoista käsittelee vierailumahdollisuuksia osastolla ja yhteydenpitoa. Oppaan alussa kerrotaan, miten hän voi olla yhteydessä perheeseensä ja ystäviinsä ympärivuorokautisen hoidon aikana. Oppaassa kerrotaan potilaalle omahoitajamallista, ja siitä miten potilas voi vaikuttaa omaan hoitoonsa. Oppaassa on taulukkona osaston ruokailuajat ja kerrottu ruokailukäytänteet hoidon eri vaiheissa. Myös suihku- ja wc-käytänteet ovat oppaassa, koska suihkun ja wc-tilojen käyttöön liittyy potilaskohtaisia hoitolinjoja.

Seuraavassa oppaan osiossa esitellään potilaalle osastolla joka aamuinen aamupiiri ja osastokokous, joihin jokainen potilas osallistuu heti hoidon alusta alkaen. Oppaassa käydään läpi hoitohenkilökunnan moniammatillisia tiimipalaveriteita potilaan näkökulmasta, miten potilas voi vaikuttaa hoitoonsa arvioiden omaa vointiaan sekä pyytää tiimiä arvioimaan esimerkiksi yksilöllisiä hoitolinjoja tai kotilomamahdollisuuksia. Lisäksi opas sisältää kuvauksen osastolla järjestettävästä ryhmätoiminnasta sekä viikko-ohjelmasta, ulkoilumahdollisuuksista ja kotilomakäytänteistä. Oppaassa painottuu hoidon yksilöllisyys, sekä potilaille räätälöidyt yksilölliset hoitolinjat hoidon aikana, esimerkiksi ulkoilun suhteen. Viimeisenä aiheena oppaassa on loppukevennykseksi "SHK-Suomi-sanakirja", jossa on listattu Syömishäiriökeskuksessa käytettäviä sanoja ja sanontoja, jotka potilas tulee varmasti kuulemaan hoidon aikana. Sanonnat oppaaseen on poiminut ryhmämme jäsenet käytännön harjoittelun aikana, kun he olivat osastolla ihmettelemässä kyseisiä sanoja/sanontoja ja olisivat kaivanneet kyseistä sanakirjaa avukseen.

Oppaaseen ei tuotu sairauteen liittyvää asiasisältöä, koska osastolla on siihen tarkoitettua psykoedukaatiota tarjolla ryhmä- ja yksilömuodossa. Potilaat ovat oman sairautensa asiantuntijoita eikä teoreettinen aineisto olisi välttämättä tuonut uutta tietoa potilaalle. Pidimme myös potilaan turvallisuutta tärkeänä oppaassa. Tavoite oli, ettei oppaassa oleva tieto tuo esiin potilaan ahdistuneisuutta tai syömishäiriöoireilua, esimerkiksi huoneessa jumppaamista, jos potilas lukee opasta yksin huoneessaan.

6.6 Viimeistely ja arviointi

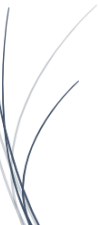
Saimme lähettämästämme oppaan ensimmäisestä versiosta hyvää palautetta toimeksiantajaltamme, eikä toimeksiantajan puolesta esiintynyt korjaus kehotuksia aiheisiin eikä kieliasuun liittyen. Olimme yhteydessä sähköpostitse ja toimeksiantaja antoi meille vinkkejä ulkoasun miellyttävyyden viimeistelyyn. Viimeistelimme palautteen pohjalta oppaan kuvituksilla. Käytimme kuvien hankinnassa www.unsplash.com -sivustoa, josta saa ladata kuvia ilmaiseksi ja ilman tekijänoikeusongelmia. Valokuvaajat lähettävät kuvat sivustolle ja luopuvat kuvien oikeuksistaan. Näin kuvat ovat kaikkien käytettävissä ympäri maailmaa. Käytimme myös Syömishäiriökeskuksen omia kuvia sen nettisivuilta. Pyrimme valitsemaan kuvia, joissa on visuaalisesti lempeää ja rauhoittavaa värimaailmaa edustavia sekä mahdollisimman neutraaleja, iloa tai positiivisuutta kuvastavia. Otimme kuvituksessa huomioon potilaan näkökulman siten, ettei kuvitus provosoi potilasta oireilulle tai syömishäiriöajatuksille. Haimme kuvia oppaan asiasisällön perusteella ja sisältöä kuvastaen. Alla näkyy valmiin oppaan ulkoasua ja kuvitusta.

Kuva 1. Kuvakaappaus hoitoon tulevan potilaan oppaasta.



Tervetuloa hoito- ja kuntoutusyksikköön

- Opas hoitoon tulevalle potilaalle



vooron aikana. Työskäytetään yleis- ja ohjeiden suositusten toteutuvaksi omatoimien kanssa, mutta voinnoittaja vastaa vooronsa tun tavoitteista.

RUKOUKUT

Ruokailutoteutuvat alla olevien aikataulun mukaisesti.

ATERIA	MAANANTAI- PERJANTAI	LAUANTAI- SUNNUNTAI
AAMUPALJA	8:30	8:30
LOUNAS	11:00	11:30
VALIPALA	13:30	14:00
PAIVALLINEN	16:00	16:30
ILTAPALJA	19:30	19:30



Jälkeisin on suositeltavinta käyttää vihreitä kasviainevälikappaleita kasvien ateriainnosta, jota päivittäin...



Ennen ruokailua suositellaan pöydän asetusta 15-20 minuuttia ennen ruokailua alku. Ruokailu toteutuu alku valmistamalla...

Fysioterapia:

Ohjeita tulee toimia fyysioterapeutin, joka on erikoistunut neurologiseen fysioterapiaan. Ryhmä järjestetään...

Osasto- ja aamiaiskokous:

Kasviainevälikappaleita on suositeltavaa käyttää aamiaiskokouksissa, jossa käsitellään lähi...

Lounasryhmä:

Lounasryhmä on osastokokouksen yhteydessä, jossa käsitellään hoitoon liittyviä asioita...

Keskusteluohjelma:

Keskusteluohjelma on hoitoon liittyvä keskustelu ja ohjeita puhuttava ryhmä. Ryhmässä voidaan...

Tuuneryhmä:

Tuuneryhmässä käsitellään lähi elävien vaihtuvia aiheita ja tehneitä keskinäisiä tunteita ja...

Astiatuuneryhmä:

Astiatuuneryhmä on 2-3 osaston hoitaja. Astiatuuneryhmässä voi käsitellä kasvatusta...

TERVETULOJA YÖMISHÄIRIÖKESKUSEEN

Tässä oppaassa kerroimme yleisimpiä asioita osaston toiminnasta ja käytännöstä. Opa on tehty...

Yömyöhäryhmä on hoito- ja kuntoutusyksikön tarjoama ympärivuorokautista, moniammatillista ja...

YHTEISET TILAT

Hoito- ja kuntoutusyksiköllä on yhteisiä tiloja, joihin voidaan ottaa vastaan potilaita, joihin...

Yhteisiä tiloja keuhkotautien potilaiden asuun ja hoitoon tarkoitettuna. Käytännössä...

Työssä ei kukaan ole yksin. Työssäsi on mukana muita työntekijöitä, jotka auttavat...

Viikkokokous on klo 22:00 alkava ja päättyy klo 6:00.

Ohjeita ja ohjeita on saatavana hoitajien työsuojeluohjeesta. Jokainen hoitaja...

OMA HUONE JA YKSITYISYYS

Ohjeita jokaisella potilaalla on oma ohjeiden hengen huone. Lisäksi vastuuhenkilö pyytävät...

WC JA SUIKU

Ohjeita on kaksi eri osaa ja kaksi suikua potilaiden käyttöön. Ohjeita on kaksi...

Käytännössä on kaksi suikua potilaiden käyttöön. Ohjeita on kaksi...

AAMUPIIRI JA OSASTOKOULU

Aamupiiri on päiväkahvipöydän yhteydessä tapahtuva kokousmuoto. Aamupiiriä käytetään...

Tuuneryhmä on 8-10 potilaan ja hoitajan kokousmuoto. Tuuneryhmä on tarkoitettu kaikkien...

VIIKKO-SUUNNITELMA

Viikkosuunnitelma on osaston yhteinen suunnitelma, jossa käsitellään osaston toimintaa...

Toimintasuunnitelma:

Ohjeita tulee toimia toimintasuunnitelman ohjeiden mukaisesti. Toimintasuunnitelma on...

Taloussuunnitelma:

Taloussuunnitelma on osaston yhteinen suunnitelma, jossa käsitellään osaston taloutta...

KOTILOMAT

Kun ruokailut ohjeita on saatavana, on ohjeita hoitoon liittyviä asioita. Ohjeita on...



Hoito- ja kuntoutusyksiköllä on yhteisiä tiloja, joihin voidaan ottaa vastaan potilaita, joihin...

Yhteisiä tiloja keuhkotautien potilaiden asuun ja hoitoon tarkoitettuna. Käytännössä...

YHTEYDENPITO JA VIERAILUT

Yhteisiä tiloja keuhkotautien potilaiden asuun ja hoitoon tarkoitettuna. Käytännössä...



Ohjeita on kaksi eri osaa ja kaksi suikua potilaiden käyttöön. Ohjeita on kaksi...

Työssä ei kukaan ole yksin. Työssäsi on mukana muita työntekijöitä, jotka auttavat...

Viikkokokous on klo 22:00 alkava ja päättyy klo 6:00.

Ohjeita ja ohjeita on saatavana hoitajien työsuojeluohjeesta. Jokainen hoitaja...

Ohjeita jokaisella potilaalla on oma ohjeiden hengen huone. Lisäksi vastuuhenkilö pyytävät...

OMAHOITAJAT

Ohjeita on kaksi eri osaa ja kaksi suikua potilaiden käyttöön. Ohjeita on kaksi...

TIIMILAPPU

Ohjeita on kaksi eri osaa ja kaksi suikua potilaiden käyttöön. Ohjeita on kaksi...

LUKULU

Ohjeita on kaksi eri osaa ja kaksi suikua potilaiden käyttöön. Ohjeita on kaksi...

Ohjeita on kaksi eri osaa ja kaksi suikua potilaiden käyttöön. Ohjeita on kaksi...

RYHMÄTOIMINTA

Ohjeita on kaksi eri osaa ja kaksi suikua potilaiden käyttöön. Ohjeita on kaksi...

Ohjeita on kaksi eri osaa ja kaksi suikua potilaiden käyttöön. Ohjeita on kaksi...

SIK-SUOMI-SANAARU

Ohjeita on kaksi eri osaa ja kaksi suikua potilaiden käyttöön. Ohjeita on kaksi...



Ohjeita on kaksi eri osaa ja kaksi suikua potilaiden käyttöön. Ohjeita on kaksi...

Ohjeita on kaksi eri osaa ja kaksi suikua potilaiden käyttöön. Ohjeita on kaksi...

Ohjeita on kaksi eri osaa ja kaksi suikua potilaiden käyttöön. Ohjeita on kaksi...

Ohjeita on kaksi eri osaa ja kaksi suikua potilaiden käyttöön. Ohjeita on kaksi...

Ohjeita on kaksi eri osaa ja kaksi suikua potilaiden käyttöön. Ohjeita on kaksi...

Ohjeita on kaksi eri osaa ja kaksi suikua potilaiden käyttöön. Ohjeita on kaksi...

Ohjeita on kaksi eri osaa ja kaksi suikua potilaiden käyttöön. Ohjeita on kaksi...

Ohjeita on kaksi eri osaa ja kaksi suikua potilaiden käyttöön. Ohjeita on kaksi...

Ohjeita on kaksi eri osaa ja kaksi suikua potilaiden käyttöön. Ohjeita on kaksi...

Ohjeita on kaksi eri osaa ja kaksi suikua potilaiden käyttöön. Ohjeita on kaksi...

Kun olimme saaneet Word-muodossa olevan oppaan valmiiksi, opas tehtiin vielä Powerpoint ohjelmalla, jolloin toimeksiantajallamme on käytettävissään opas kahdenlaisessa muodossa. Tämä lisää oppaan käytön monipuolisuutta ja muo-

kattavuutta. Mielestämme Powerpointin diat toimisivat hyvin esityksenä esimerkiksi vierailijoille tai uuden työntekijän ja opiskelijan perehdytyksessä. Powerpoint-esitys on tehty Word-ohjelmalla tuotetun oppaan pohjalta, ja sisältö on pysynyt täysin samana. Myös kuvitus pysyi samana paria kuvaa lukuun ottamatta. Powerpointista tuli pidempi kuin Word tiedostosta, yhteensä 28 esitysdiaa eli sivua. Tämä johtui siitä, että Powerpoint-diaan ei mahdu tekstiä yhtä paljon samalle sivulle ja kuvitus vie enemmän tilaa, jotta ulkoasu olisi miellyttävä.

Saimme oppaan viimeistelyn valmiiksi elokuussa 2020 ja lähetimme sen Syömishäiriökeskukseen arvioitavaksi sähköisesti. Olemme tehneet oppaan potilasta ajatellen ja potilaan lähtökohdat huomioiden. Pidimme tärkeänä tavoitteena sitä, että opas palvelisi potilasta mahdollisimman paljon ja toisi hänelle hoitoon tullessa tervetulleen sekä luottavaisen olon. Saimme tehtyä toimivan tuotteen projektimaisella työtavalla Syömishäiriökeskuksen palautteen perusteella. Saimme yhteyshenkilöltämme kirjallisen palautteen sähköpostitse valmiista oppaasta lokakuussa 2020. Palautteen pohjalta saimme varmistuksen, että opas palvelee tarkoitustaan ja on tehty myös Syömishäiriökeskuksen mielestä potilaslähtöisesti. Yhteyshenkilömme antaman palautteen mukaan oppaan sisältö on selkeä ja se puhuttelee potilasta. Saimme kiitosta yhteydenpitomme aktiivisuudesta sekä hyvästä ja toimivasta yhteistyöstä Syömishäiriökeskuksen kanssa.

Yhteyshenkilömme on esitellyt oppaan 28.9.2020 Syömishäiriökeskuksen hoito- ja kuntoutusosaston kehittämispäivänä koko työryhmälle ja opas on otettu samalla käyttöön hoitoon tulevan potilaan ohjauksessa. Syömishäiriökeskus voi kehittää tuotetta potilaiden antaman palautteen perusteella, kun opas on ollut käytössä jonkin aikaa. Tulevaisuudessa potilaiden käytössä opas saa todellisen arvon, miten opasta voisi muokata vielä enemmän potilaslähtöiseksi.

6.7 Tekijänoikeudet ja kehittymismahdollisuudet

Opinnäytetyömme tuote eli opas hoitoon tulevalle potilaalle on tehty yhteistyössä toimeksiantajamme Syömishäiriökeskuksen kanssa alusta alkaen sillä ajatuksella, että Syömishäiriökeskus tulee omistamaan tuotteen sen valmistuttua. He

saavat täydet oikeudet tuotteeseen ja sen jatkokehittelyyn. Opasta ei tulla liittämään opinnäytetyöhömmme julkaisuvaiheessa Syömishäiriökeskuksen tietosuojan takia. Opas ei tule julkisesti luettavaksi ja se tulee vain Syömishäiriökeskuksen henkilökunnan ja potilaiden käyttöön.

Lähdimme työstämään opasta niin, että se on helposti muokattavissa toimeksiantajamme tarpeiden mukaan. Osa osaston käytänteistä saattaa muuttua ajan myötä ja tuotetta täytyy päivittää sen mukaan. Olemme pohtineet ja SWOT-analyysejä käyttäen miettineet tuotteen elinkaarta ja sen kehittymismahdollisuuksia. Tuotteella tulee olemaan pitkä elinkaari, jos toimeksiantajamme ottaa sen aktiivisesti käyttöön ja päivittää sitä tarpeiden mukaan. Opasta voi jatkokehittää Syömishäiriökeskuksen toimesta esimerkiksi opiskelijoiden tai uusien työntekijöiden perehdyttämiseen. Powerpoint-versiota voi käyttää esityksen tekoon esimerkiksi hoito- ja kuntoutusosaston vierailijoille.

7 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

7.1 Opinnäytetyön eettiset näkökulmat

Olemme pyrkineet toiminnassamme eettisyyteen, sekä olemme ottaneet huomioon projektin kaikki osapuolet ja ryhmän jäsenet. Olemme vaitiolovelvollisia ja kunnioittaneet Syömishäiriökeskuksen tietosuojaa ja yksityisyyttä koskien potilaita, työntekijöitä ja hoitoon sekä hoitomalliin liittyviä asioita. Olemme tuottaneet oppaan siten, ettemme riko tätä vaitiolovelvollisuuttamme. Myös yhteistyömme päätyttyä vaitiolovelvollisuutemme jatkuu. Olemme rakentaneet luotettavan yhteistyösuhteen toimeksiantajamme kanssa sekä ryhmämme jäsenten kesken.

Opinnäytetyömme perustuu eettiseen dilemmaan, jossa Syömishäiriökeskuksen potilaat ovat tällä hetkellä vain suullisen tiedon varassa hoitoon tullessaan. Potilaalla on oikeus suullisen tiedon lisäksi myös kirjalliseen potilasohjaukseen, sen sanoo lakikin potilaan oikeuksista. Pelkkä suullinen ohjeistus voi helposti johtaa väärinymmärryksiin sekä epätasa-arvoiseen ohjaukseen. Kirjallisen ohjauksen myötä kaikki potilaat saavat samat tarvittavat tiedot hoitoon tullessaan tasa-arvoisesti ja heillä on mahdollisuus lukea tietoja omasta hoidostaan myöhemmin. Olemme ottaneet oppaan suunnittelussa huomioon potilaan näkökulman eli sen mitkä tiedot ovat potilaille oleellisia hoidon alussa.

7.2 Sisällön luotettavuus

Syömishäiriöihin liittyvää tutkimustietoa löytyy kansainvälisesti runsaasti. Suomessa toteutettua tutkimustietoa on verrattain vähän tai tutkimusten toteutuksesta on kulunut aikaa. Teimme tiedonhakua pitkään eri tiedonkeruulähteitä käyttäen ja perehdyimme syömishäiriöihin perusteellisesti ennen raportin kirjoittamista. Olemme pyrkineet arvioimaan valitsemiamme lähteitä ja keräämään tietoa opinnäytetyömme teoreettisen osioon luotettavista ja toisiaan tukevista lähteistä.

Oppaan tieto perustuu täysin toimeksiantajaltamme saamaamme kirjalliseen ja suulliseen materiaaliin. Saimme Syömishäiriökeskukselta paljon kirjallista materiaalia osaston käytänteistä, säännöistä sekä hoitomallista. Saimme myös kerättyä paljon suullista tietoa työharjoittelun aikana ohjaajiltamme sekä käytännön kautta löytämään potilaalle merkityksellisiä asioita, joita oppaan tulisi sisältää. Poimimme saadusta kirjallisesta materiaalista ja työharjoittelun muistiinpanoista keskeisimmät asiat hoitoon tulevalle potilaalle oppaaseen. Emme liittäneet oppaaseen mitään sairauteen liittyvää teoreettista tietoa vaan halusimme pitää oppaan helposti lähestyttävänä emmekä tietoisena. Pidämme potilaita oman sairautensa asiantuntijoina, ja osastolla on oma aikansa psykoedukaatiolle ja sairaudesta puhumiselle.

8 ARVIOINTI JA POHDINTA

8.1 SWOT-analyysi

Käytimme opinnäytetyötä tehdessämme SWOT-analyysia tuotteemme arvioinnissa sekä hyvien ja huonojen puolien tarkastelussa. SWOT sanana tulee englannin kielen sanoista *strengths*, *weaknesses*, *opportunities* ja *threats*. SWOT-analyysia käytetään itsearviointimenetelmänä ja sitä voidaan käyttää esimerkiksi joko oman työskentelyn arviointiin tai ryhmätyön arvioinnissa. Nelikenttäinen analyysi käydään ryhmäläisten kanssa läpi yhteisesti, jolloin kaikki ryhmänjäsenet voivat tuoda omat näkemyksensä esille. (THL. Itsearviointi.)

Opinnäytetyömme *vahvuutena* koimme teoreettisen tiedon määrän ja syömis-häiriöaiheisten julkaisujen moninaisuuden. Työharjoittelussa saatu kokemus syömishäiriöiden hoidosta ja kiinnostus aiheeseen ovat tuoneet positiivisen vireen opinnäytetyöprosessiin. Vahvuutena pidimme myös sitä, että saimme toimeksiantajaltamme vapauden oppaan suunnitteluun ja yhteistyömme sujui mutkattomasti. Koimme yhteistyökumppanin luotettavana.

Heikkoutena opinnäytetyöllemme pidimme rajaamisen vaikeutta sekä teoreettisessa osuudessa että oppaan aiheita valittaessa. Täytyi tarkkaan pohtia, mikä on olennaista. Oppaan valmistus oli meille kaikille uutta ja näimme tämän myös heikkoutena.

Oppaan *mahdollisuuksina* ajattelimme potilasohjauksen ja hoitoon sitoutumisen paranemisen. Oppaalla on mahdollisuus olla myös hyvä työväline hoitajille potilaiden ohjauksessa. Oppaalla on paljon mahdollisuuksia myöhemmässä vaiheessa sen jatkokehittelymahdollisuuksia ajatellen esimerkiksi opiskelijoiden perehdytyksessä.

Uhkana on, ettei opas tule aktiiviseen käyttöön vaan pidättäytytään vanhassa mallissa ohjata hoitoon tulevaa potilasta. *Uhkana* pidämme myös, ettei opas vastaisikaan sille suunniteltua tarvetta eivätkä potilaat hyötyisikään oppaasta

8.2 Pohdinta

Ryhmänä olemme työskennelleet sujuvasti, toisia kunnioittavasti ja oikeudenmukaisesti. Olemme hyödyntäneet toistemme vahvuuksia ja tuoneet esille mahdollisia epäkohtia. Kolmen henkilön aikataulujen yhteensovittaminen tuotti alkuun hankaluuksia, jonka vuoksi opinnäytetyön alkuperäinen aikataulusuunnitelma venyi. Covid - 19 pandemia muutti myös suunniteltua toteutusta niin, että toteutimme ryhmätapaamisemme etäyhteyksin, eikä tapaamista yhteistyötahon kanssa ole voitu järjestää, vaan yhteydenpito on toteutunut sähköpostitse. Kuitenkin opinnäytetyön teko on edennyt tasaisesti ja saimme opinnäytetyön valmiiksi valmistumiseemme mennessä. Syömishäiriökeskuksen kanssa yhteistyö on ollut mielestämme mutkatonta ja sujunut hyvin. Olemme saaneet hyödyntää oppaassa heidän omia materiaalejaan, kuten hoitomallin ja osaston sääntöjä koskevia tiedostoja. He ovat tuoneet selkeästi näkemyksensä ja sisällöllisen toiveensa esille yhteistyön aikana, mutta muuten olemme saaneet hyvin vapaat kädet oppaan suunnittelussa.

Teoreettinen tietomme on syventynyt ja parantanut valmiuksiamme kohdata ja hoitaa syömishäiriötä sairastavia potilaita. Syömishäiriö on kokonaisuudessaan sairastunutta itseään ja läheisiä koskettava sairaus, joka vaatii usein varsin pitkän toipumisajan. Syömishäiriötä hoidettaessa tulee ottaa huomioon sekä potilaan psyykinen, että somaattinen vointi. Tämä tuo haasteita hoidon järjestämiselle ja toteutukselle. Potilasryhmänä syömishäiriötä sairastavat tarvitsisivat hoitoa syömishäiriöihin erikoistuneilta palveluntarjoajilta, mutta Suomessa on syömishäiriöosastoja varsin vähän ja hoito toteutetaan pääsääntöisesti avohoitona. Hoitohenkilökunnan tulisi olla perehtynyt ja koulutautunut kyseisen potilasryhmän hoitoon ja olla aidosti kiinnostuneita syömishäiriöistä sairautena, jotta kokonaisvaltainen hoito toteutuisi.

Mitä me erityisesti pohdimme syömishäiriöiden hoidossa, oli varhaisen puuttumisen merkitys. Varhaisella puuttumisella ja hoitoon ohjaamisella voi olla myös suuri vaikutus sairastavuuteen. Tämän vuoksi ammattilaisen tieto syömishäiriöistä voi auttaa tunnistamaan oireet. Koemme, että tietoa ja osaamista tulisi jakaa ja syömishäiriöiden puheeksi ottamista tulisi opettaa eri palveluntarjoajille, koska syömishäiriötä sairastava voi tulla vastaan esimerkiksi perusterveydenhuollon vastaanotolla. Mielestämme potilasta kunnioittava lähestymistapa ja puheeksi ottaminen ovat tärkeä osa ammattilaisen osaamista.

Kirjallista potilasohjausta puoltaa erilaiset lait ja suositukset. Syömishäiriötä sairastavan tiedon vastaanottaminen voi olla alentunut esimerkiksi vaikean nälkiintymistilan vuoksi, jolloin kirjallisen ohjeen tärkeys korostuu. Mielestämme hyvällä potilasohjauksella, suullisella ja kirjallisella, voidaan lisätä hoitoon sitoutumista ja välttää epämukavia sekä yllättäviä tilanteita. Sairaanhoitajina tulemme hyödyntämään keräämäämme tietoa potilasohjauksesta ja sen tärkeydestä potilaalle. Oppaan teon edetessä yllätyimme, kuinka paljon aikaa kului suunnittelussa. Käytimme aikaa etenkin sopivien kuvien etsimiseen ja lauseiden muodostukseen. Tarkastelimme useasta näkökulmasta valintojamme oppaaseen niin potilaan, omaisen kuin työntekijänkin näkökulmasta. Opimme ehdottomasti sen, että oppaassa korostuu sanaton vuorovaikutus ja sen merkitys.

Tavoitteenamme tulevaisuudessa on työllistyä mielenterveyspalveluihin. Opin- näytetyömme on ammatillisesta näkökulmasta auttanut meitä ymmärtämään syömishäiriöiden oireita ja sairauden luonnetta siten, että pystymme tulevaisuudessa hoitamaan ja tukemaan syömishäiriöön sairastunutta sekä hänen läheisiään. Teoreettinen osuus opinnäytetyömme raportissa on kattava, mutta tiivistetty johdanto syömishäiriöihin, niiden hoitoon ja hoitomuotoihin sekä hoidon porrastukseen Suomessa. Voimme hyödyntää kerättyä ja opittua tietoaamme tulevaisuudessa esimerkiksi ammatillisessa tiedonjaossa, mielenterveystyöhön syventyvän opiskelijan ohjauksessa tai mahdollisissa jatko-opinnoissamme.

LÄHTEET

- Brytek-Matera, A., Fonte, M., Poggiogalle, E., Donini, L. & Cena, H. (2017). Orthorexia nervosa: relationship with obsessive-compulsive symptoms, disordered eating patterns and body uneasiness among Italian university students. Saatavilla https://iris.uniroma1.it/retrieve/handle/11573/1134689/741682/Brytek-Matera_Orthorexi-nervosa_2017.pdf
- Etelän – SYLI Ry. Ammattilaiselle. Saatavilla 21.5.2020 <https://etelansyli.fi/ammatilaiselle/>
- Haapasalo-Pesu, K-M. (2014). *Ahmintahäiriön (BED) lääkehoito ja lääkehoidon ja psykoterapian yhdistäminen*. Duodecim. Saatavilla <https://www.kaypahoito.fi/nak08338>
- Haravuori, H., Muinonen, S., Kanste, O., Marttunen, M. (2017). *Mielenterveys- ja päihdetyön menetelmät opiskeluterveydenhuollossa. Opas arviointiin, hoitoon ja käytäntöihin*. Saatavilla http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131873/URN_ISBN_978-952-302-722-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Hasan, A., Lehtonen, A., Mikkilä, K., Näräkkä, R. & Pitkänen, N. (2018). *Kohtaamisopas*. Syömishäiriöliitto 2018.
- Hietaharju, P. & Nuutila, M. (2015). *Käytännön mielenterveystyö*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Huurre, T., Marttunen, M., Strandholm, T. & Viialainen R. (Toim.) (2013) *Nuorten Mielenterveyshäiriöt. Opas nuorten parissa työskenteleville aikuisille*. Saatavilla http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110484/THL_OPA025_2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Hämäläinen, K., Kanerva, A., Kuhanen, C., Schubert, C. & Seuri, T. (2017). *Mielenterveyshoitotyö*. Helsinki: Sanoma Pro Oy
- Jüriloo, E., Komulainen, J. Kristmannsdóttir, G., Salonen, U., Sipilä, R. & Suokas, J. (27.11.2017). *Työkaluja syömishäiriön tunnistamiseen (Syömishäiriöpotilaan hoitoketjukuvaus)*. Duodecim käypä- hoito. Saatavilla <https://www.kaypahoito.fi/nix02552>
- Jämsä, K. & Manninen, E. (2000). *Osaamisen tuoteistaminen sosiaali- ja terveysalalla*. Helsinki: Tammi.

- Keski-Rahkonen, A., Charpentier, P., Viljanen R. (2008). *Olen juuri syönyt. Läheiselläni on syömishäiriö*. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy
- Keski-Rahkonen, A., Charpentier, P., Viljanen, R. (2010). *Syömishäiriöt. Läheisen opas*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim
- Kettunen, T., Laitinen-Väänänen, S., Mäkelä, J. & Vänskä, K. (2011). *Onnistuuko ohjaus? Sosiaali- ja terveysalan ohjaustyössä kehittyminen*. Helsinki: Edita Prima.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. (2007). *Ohjaaminen hoitotyössä*. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy.
- L 785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- L1116/1990. Mielenterveyslaki. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116#L2>
- Lahtinen, M. (2006). Potilasohjauksen eettiset lähtökohdat. Teoksessa Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (Toim.) Potilasohjauksen haasteet - käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan julkaisuja nro. 4/2006. (s.6-9) Oulu: Oulun yliopistopaino. Saatavilla <http://docplayer.fi/842430-Potilasohjauksen-haasteet-kaytannon-hoitotyohon-soveltuvat-ohjausmallit.html>
- Laukkanen, E. (11.08.2014). Tahdosta riippumaton hoito syömishäiriöissä. Saatavilla <https://www.kaypahoito.fi/nix02133>
- Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (Toim.) (2017). *Psykiaatria*. Helsinki: Kustannus oy Duodecim.
- Meskanen, K. (8.5.2018). Ahmintahäiriö (BED). Duodecim Terveyskirjasto. Saatavilla https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00819&p_haku=bed#s5
- Mieli. Suomen Mielenterveys ry. Mielenterveyspalvelut. Saatavilla 18.5.2020 <https://mieli.fi/fi/tukea-ja-apua/apua-mielenterveyden-ongelmiin/mielen-terveyspalvelut>
- Nuutinen, O., Siljamäki- Ojansuu, U., Mikkonen, R., Peltola, T., Silaste, M-L., Uotila, H. & Sarlio- Lähteenkorva, S. (2010). *Ravitsemushoito*. Valtion ra-

- vitsemusneuvottelukunta. Saatavilla https://www.ruokavirasto.fi/globalassets/teemat/terveytta-edistava-ruokavalio/ravitsemus--ja-ruokasuositukset/ravitsemushoito_netti_2.painos.pdf
- Raevuori, A. (2013). Syömishäiriöiden perinnöllinen tausta. Duodecim, 2126-2129. Saatavilla https://www.researchgate.net/profile/Anu_Raevuori/publication/259347411_Genetic_etiology_of_eating_disorders/links/57443bb208ae9ace841bdf06/Genetic-etiology-of-eating-disorders.pdf
- Raevuori, A., Hoek, H., Susser, E., Kaprio, J., Rissanen, A. & Keski-Rahkonen A. (10.2.2009). Epidemiology of Anorexia Nervosa in Men: A Nationwide Study of Finnish Twins. Saatavilla <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0004402>
- Ranta, K., Fredriksson, J., Koskinen, M. & T. Tuomisto, M. (toim.) (2018). *Lasten ja nuorten kognitiiviset ja käyttäytymisterapiat*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Rissanen, A. (23.4.2012) Ravitsemustiede. Syömishäiriöt. Duodecim. Saatavilla <https://www.oppiportti.fi/op/rvt03700/do#s3>
- Ruusunen, A., Huovinen, M. & Laukkanen, E. (2017). Pitkäaikaisen laihuushäiriö hoito. *Suomen lääkärilehti* 72 (21),1359–1363.
- Suokas, J. & Hätönen, T. (2012). Miten voimme auttaa ahmijaa? Duodecim, 497–502. Saatavilla <https://www-terveysportti-fi.anna.diak.fi/xmedia/duo/duo10127.pdf>
- Suokas, J. & Rissanen, A. (11.3.2019). Syömishäiriöt. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Saatavilla <https://www.oppiportti.fi/op/pkr01300/do>
- Suokas, J., Gissler, M., Haukka, J., Linna, M., Raevuori, A. & Suvisaari, J. (2015). Erityishoidon yksikössä hoidettujen syömishäiriöpotilaiden ennuste. Duodecim. Saatavilla <http://www.julkari.fi/handle/10024/126684>
- Suokas, J., Sulosaari, J. (2009) *Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille*. Saatavilla <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80082/8c520a2b-6ed1-4789-bc9b-8597c85121ee.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Syömishäiriökeskus. Hoito- ja kuntoutusyksikkö. Saatavilla 22.4.2020 <https://www.syomishairiokeskus.fi/uusi/palvelumme-syomishairiota-sairastaville-ja-laheisille/osastohoito-ja-kuntoutushoito/>
- Syömishäiriöliitto – SYLI. Tietoa. Saatavilla 1.4.2020 <https://syomishairioliitto.fi/tietoa-syomishairioista>
- Syömishäiriöliitto – SYLI. Tukea ja Toimintaa. Saatavilla 21.5.2020 <https://syomishairioliitto.fi/tukea-ja-toimintaa>
- Syömishäiriöliitto. Syömishäiriödiagnoosit osa 4: epätyypillinen syömishäiriö. (2.9.2019) Saatavilla <https://syomishairioliitto.fi/blogi/syomishairiodiagnoosit-osa-4-epatyypillinen-syomishairio>
- Syömishäiriöt. Käypä hoito- suositus (11.12.2014). Helsinki: Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim, Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Saatavilla <https://www.kaypa-hoito.fi/hoi50101?tab=suositus#s1>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtaminen. Itsearviointimenetelmät. Saatavilla 22.4.2020 <https://thl.fi/fi/web/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/osallisuuden-edistaminen/heikoimmassa-asemassa-olevien-osallisuus/hankkeet-ja-hanketuki/arviointi/itsearviointi>
- Viljanen, R., Larjosto, M. & Palva- Alhola, M. (2005). *Syömishäiriön ravitsemushoito*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Windahl, R. & Välimaa, V. (2012). Tuotekehittelyprojekti AMK-yritysyhteistyönä. Saatavilla <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163349.pdf>
- Yeo, M. & Hughes, E. (2011). Eating disorders Early identification in general practice. Reprinted from Australian Family Physician Vol. 40, No. 3, 108–111. Saatavilla <https://www.racgp.org.au/download/documents/AFP/2011/March/201103yeo.pdf>