

IKÄÄNTYVÄN MIELENTERVEYSASIAKKAAN HOITO- POLKU KUOPION KAUPUNGIN KOTIHOIDOSSA

Jouni Kröger ja Tero Turunen
Opinnäytetyö, syksy 2015
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Pieksämäki
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Jouni Kröger & Tero Turunen. Ikääntyvän mielenterveysasiakkaan hoitopolku Kuopion kaupungin kotihoidossa. Pieksämäki, syksy 2015, 34 sivua, 3 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Pieksämäki. Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK).

Tämä opinnäytetyö on kehittämistyö, jonka tarkoituksena oli muodostaa hoitopolku iäkkäille (yli 65-vuotialle) mielenterveysasiakkaille Kuopion kaupungin kotihoitoon. Hoitopolku on suunniteltu työntekijöiden käyttöön ja sen tavoitteena on selkeyttää kotihoidon mielenterveystyötä. Siitä voi tarkistaa kohderyhmälle suunnattuja palveluita ja arvioida niiden riittävyttä asiakkaan hoidossa.

Opinnäytetyön teoriaosuudessa käsitellään ikääntyvän asiakkaan mielenterveystyötä kotihoidossa, keskeisiä lakeja ja tutkimuksia. Raportissa on myös määritelty työmme kannalta keskeiset käsitteet kuten mielenterveys, ikäihmisten mielenterveyshäiriöt, mielenterveystyö, hoitoketju ja kotihoito.

Hoitopolun muodostamisessa käytettiin apuna Kuopion kaupungin kotihoidon työntekijöille suunnattua kyselytutkimusta. Kysely toteutettiin Webropol-ohjelman avulla sähköisessä muodossa. Kysymykset lähetettiin 52:lle työntekijälle, joista 21 vastasi kyselyyn. Lisäksi hoitopolun muodostamisessa hyödynnettiin henkilökohtaisia tiedoksiantoja. Kohderyhmän käytettävissä olevat palvelut selvitettiin yhteydenotoilla Kuopion alueen palveluntarjoajiin. Kyselytutkimuksen ja tiedoksiantojen avulla muodostettiin hoitopolku, josta selviää kohderyhmän kaikki keskeiset palvelut Kuopion alueella.

Asiasanat: hoitopolku, kotihoito, mielenterveys, mielenterveystyö

ABSTRACT

Jouni Kröger & Tero Turunen. Care path for an aging mental health client in home care provided by the City of Kuopio. Pieksämäki, autumn 2015, 34 pages, 3 appendices.

Diaconia University of Applied Sciences, Pieksämäki. Degree Programme in Nursing, Nurse (University of Applied Sciences).

This thesis is development work aiming to create a care path for elderly (over 65 years of age) mental health clients for home care provided by the City of Kuopio. The care path was planned for the use of workers and its purpose is to clarify mental health work provided as home care. The chart can be used to check which services are provided for the target group and assess their sufficiency for a client's care.

The theory section of this thesis deals with mental health work for an aging client in home care and presents laws and studies essentially related to this topic. The report also includes definitions of concepts central to our work, such as mental health, mental health disorders of elderly people, mental health work, care pathway, and home care.

A questionnaire survey aimed at home care workers of the City of Kuopio was utilised in the creation of the care path chart. The questionnaire was implemented in an electronic format with the help of the Webropol software. Questionnaires were submitted to 52 workers, out of whom 21 responded to the survey. Personal reports were also utilised in forming the care path chart. Services available for the target group were determined by contacting service providers in the Kuopio region. The questionnaire survey and the reports were used to create the care path chart which can be used to find all key services provided in the Kuopio region for the target group.

Keywords: care path, home care, mental health, mental health work

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	5
2 IKÄÄNTYVÄN ASIAKKAAN MIELENTERVEYSTYÖ KOTIHOIDOSSA	6
2.1 Mielenterveys	6
2.2 Mielenterveystyö	7
2.3 Ikäihmisten mielenterveyshäiriöt.....	10
2.4 Hoitopolku	11
2.5 Hoitoketju	11
2.6 Kotihoito	12
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	13
4 OPINNÄYTETYÖN PROSESSIN KUVAUS	14
4.1 Aineistonkeruu kyselynä	14
4.2 Hoitopolun suunnittelu ja toteutus.....	15
5 TULOKSET	17
5.1 Taustatiedot.....	17
5.2 Mielenterveysasiakkaan palvelut.....	18
5.3 Osaaminen ja koulutus.....	20
5.4 Hoidon järjestäminen kotona.....	22
5.5 Hoitopolku	22
6 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	24
6.1 Eettisyys ja luotettavuus	24
6.2 Opinnäytetyön prosessin pohdinta.....	25
6.3 Jatkotutkimusaiheet	26
LÄHTEET.....	27
LIITTEET	
LIITE 1: Kyselylomake	30
LIITE 2: Saatekirje	33
LIITE 3: Hoitopolku	34

1 JOHDANTO

Kuopion kaupungilla on mielenterveys- ja päihdetyön suunnitelma, joka ulottuu vuoteen 2020 saakka. Kyseisen suunnitelman päämäärä on muodostaa vaikuttavat toimintamallit ja hoitopolut kaikkiin mielenterveys- ja päihdepalveluihin. (Kuopion kaupunki i.a. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2013-2020.) Kotihoidosta tarjottiin mahdollisuutta kehittää hoitopolku ikääntyneelle (yli 65-vuotiaille) mielenterveysasiakkaalle Kuopion kaupungin kotihoitoon. Tämä opinnäytetyö edistää suunnitelmassa kuvattuja toimintamalleja ja hoitopolkuja.

Mielenterveystyön palvelujärjestelmän hajanaisuus on merkittävä riski hoidon jatkuvuudelle. Avo- ja sairaalahoidon palveluiden tulisi yhdessä tukea ja täydentää toisiaan potilaan hoidossa. Kehitettäessä avohoitoa tulisi huomioida potilaan hoidon jatkuvuus eri palveluiden ja organisaatioiden välillä. (Korkeila 2009, 2333–40.) Opinnäytetyömme tavoitteena on selkeyttää kotihoidon mielenterveystyötä. Tuomme esille kohderyhmälle suunnatut palvelut ja organisaatiot hoitopolun muodossa. Hoitopolku on suunniteltu käytettäväksi päivittäisessä työssä. Siitä voi tarkistaa kohderyhmälle suunnattuja palveluita ja arvioida palveluiden riittävyttä asiakkaan hoidossa.

Psykiatrisesta avohoidosta ja sen vaikuttavuudesta puuttuu laadukas tutkimustieto. Avohoitotyössä on kehitetty erilaisia hoitomalleja, mutta niitä ei ole juurikaan testattu tutkimuksissa. Psykiatrisia osastoja suljetaan, mutta vastaavasti avohoitoa ei kehitetä riittävästi, eikä taloudellisia resursseja osoiteta avohoitoon. Laadukas avohoito edellyttää hoitomallien kehittämistä ja niiden tuloksien seuranta. Hyvän avohoidon onnistumisen osatekijöitä ovat muun muassa vaikeiden häiriöiden varhainen tunnistaminen ja hoitaminen, sekä laaja-alainen moniammatillinen hoitojen yhdistelmä. (Korkeila 2009, 2333–2340.) Toivomme, että opinnäytetyömme edistää moniammatillista yhteistyötä ja psykiatrisen potilaan avohoitoa.

2 IKÄÄNTYVÄN ASIAKKAAN MIELENTERVEYSTYÖ KOTIHOIDOSSA

2.1 Mielensterveys

Mielensterveys on jokaisen ihmisen voimavara ja hyvinvoinnin perusta. Sitä määrittävät ihmisen yksilölliset tekijät ja kokemukset, vuorovaikutus ja sosiaalinen tuki, yhteiskunnalliset rakenteet ja resurssit, sekä kulttuuriset arvot. Se on psyykkisiä toimintoja ylläpitävä voimavara ja resurssi, jota käytämme koko ajan. Mielensterveys ohjaa elämäämme ja mahdollistaa elämänilon kokemisen, joka auttaa jaksamaan arjessa ja selviytymään elämään kuuluvista vastoinkäymisistä. Ihminen on syntymästään asti vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa ja sen tuloksena syntyneet elämäkokemukset vaikuttavat yksilön mielensterveyteen läpi elämän. Ihminen voi sairastua mielensterveydelliseen häiriöön, jos hänen mielensterveydellinen tasapainotilansa järkkyy. Biologiset, eli yksilölliset tekijät, kuten sukupuoli ja perimä, vaikuttavat henkilön mielensterveyteen. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri, Schubert 2013, 16–19.)

Elorannan tutkimus kuvasi ikäihmisten psyykkisen hyvinvoinnin ja psykososiaalisen tuen toteutumista kotihoidossa. Tulosten mukaan 62 % tutkimukseen osallistuneista asiakkaista koki masentuneisuutta ja 54% kärsi yksinäisyydestä. Asiakkaat olivat tyytymättömiä psykososiaalisen tuen toteutumiseen; 48% asiakkaista arvioi, että työntekijät eivät kannusta tekemään niitä asioista joista asiakas selviäisi itse. Työntekijöille tehdysä kyselyssä taas 90 % koki antaneensa riittävästi myönteistä palautetta asiakkaalle onnistumisesta. Työntekijät olivat tyytymättömiä asiakkaiden hengellisistä tarpeista huolehtimiseen. Tutkimustuloksissa todetaan, että asiakkaat olivat yleisesti tyytyväisiä elämäänsä, vaikka masennusta ja yksinäisyyttä esiintyi huomattavalla osalla tutkittavista. Nämä tunteet uhkaavat ikäihmisen hyvinvointia ja saattavat johtaa enneaikaiseen laitoshoitoon. Kotihoidon työntekijät ovat tärkeässä asemassa asiakkaan mielensterveyden tukemisessa. Jatkossa kotihoitoa tulee kehittää ja tuottaa työntekijöille arviointimenetelmiä ja mittareita apuvälineiksi asiakkaan hoitoon ja kohtaamiseen. Tutkimuksen tulosten mukaan työntekijältä edellytetään herkkyyttä tunnistaa asiakkaan ongelmia ja rohkaista asiakas puhumaan niistä. (Eloranta, Isoaho, Arve, Routasalo, Viitanen 2011.)

2.2 Mielensterveystyö

Mielensterveystyön valtakunnallisesta suunnittelusta, ohjauksesta ja valvonnasta vastaa sosiaali- ja terveysministeriö. Mielensterveystyöllä pyritään vahvistamaan mielensterveystyä ja vähentämään mielensterveysteen kohdistuvia uhkia. Mielensterveystyö kostuu mielensterveystyä edistävästä työstä, mielensterveystden häiriöiden ehkäisemisestä ja mielensterveystpalveluista. Mielensterveystyöstä säädetään terveydenhuoltolaissa ja mielensterveystlaissa. (Sosiaali- ja terveysministeriö i.a.)

Lakisääteisistä sosiaali- ja terveytspalveluiden järjestämisestä Suomessa vastaavat kunnat. Kuntien tulee järjestää tarvetta vastaava määrä lakisääteisiä palveluita. Mielensterveystlain mukaan kuntien tulee:

huolehtia alueellaan tässä laissa tarkoitettujen mielensterveystpalvelujen järjestämisestä osana kansanterveystyötä siten kuin terveydenhuoltolaissa säädetään ja osana sosiaalihuoltoa siten kuin sosiaalihuoltolaissa säädetään. Erikoissairaanhoidolaissa tarkoitettun sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tulee huolehtia erikoissairaanhoidona annettavista mielensterveystpalveluista alueellaan siten kuin terveydenhuoltolaissa ja tässä laissa säädetään. Kunnan tämän lain nojalla järjestämään toimintaan sovelletaan sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annettua lakia sekä kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta annettua lakia, jollei lailla toisin säädetä. (Mielensterveystlaki 1990.)

Terveydenhuoltolaki (30.12.2010/1326) velvoittaa kunnan järjestämään asukkailleen tarpeellisen mielensterveystyön hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi. Tarkoituksena on vahvistaa yksilön ja yhteisön mielensterveystyä vaikuttamalla suojaaviin tekijöihin vahvistavasti ja pyrkiä vähentämään mielensterveystyä vaarantavia tekijöitä. Tässä laissa tarkoitettuun mielensterveystyöhön kuuluu:

- 1) terveydenhuollon palveluihin sisältyvä mielensterveystyä suojaaviin ja sitä vaarantaviin tekijöihin liittyvä ohjaus ja neuvonta sekä tarpeenmukainen yksilön ja perheen psykososiaalinen tuki;
- 2) yksilön ja yhteisön psykososiaalisen tuen yhteensovittaminen äkillisissä järkyttävissä tilanteissa;
- 3) mielensterveystpalvelut, joilla tarkoitetaan mielensterveystdenhäiriöiden tutkimusta, hoitoa ja lääkinnällistä kuntoutusta. Terveydenhuollossa tehtävä mielensterveystyö on suunniteltava ja toteutettava siten, että se muodostaa toimivan kokonaisuuden kunnassa tehtävän sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa.

Kunnissa psykiatrisen asiakkaan hoito jakautuu perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidtoon. Hoitoprosessi alkaa perusterveydenhuollossa, josta asiakas saa välitöntä

apua. Tarvittaessa perusterveydenhuollon lääkäri ohjaa asiakkaan erikoissairaanhoidon läheteellä. (Terveydenhuoltolaki 2010.)

Kunnalla tulee olla hyvinvointipoliittinen ohjelma, ja sen osana mielenterveystyön kokonaissuunnitelma. Laatusuosituksen mukaan palvelujärjestelmässä tulee olla selvitetynä sisäinen työnjako ja vastuut. Työnjako muodostaa ympärivuorokautisen päivystysjärjestelmän yhteistyössä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kesken. (Mielenterveyspalveluiden laatusuositus 2001). Terveydenhuoltolain mukaan erikoissairaanhoidon hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon sisällä lähetteen saapumisesta. Hoitopäätös on tehtävä kolmen kuukauden kuluessa ja hoito tulee toteuttaa viimeistään puolen vuoden kuluessa päätöksestä. (Terveydenhuoltolaki 2010.)

Mielenterveyslain mukaan kunnan tulee huolehtia siitä, että mielenterveyspalvelut järjestetään tarpeen mukaisiksi. Mielenterveyspalvelut on ensisijaisesti järjestettävä avopalveluina tukien itsenäiseen suoriutumiseen ja oma-aloitteeseen hoitoon hakeutumiseen. (Mielenterveyslaki 1990). Sairaalahoidon tulee järjestää siinä tapauksessa, kun avohoidon palvelut ovat riittämättömiä. (Mielenterveyspalveluiden laatusuositus 2001).

Mielenterveyden edistäminen ja mielenterveysongelmien hoitaminen kuuluvat mielenterveystyöhön. Ensisijaisena päämääränä ovat hyvinvoinnin ja toimintakyvyn lisääminen edistämällä persoonallista kasvua. Myös mielisairauksien ja mielenterveyshäiriöiden ehkäiseminen, parantaminen ja lievittäminen kuuluvat mielenterveystyöhön. Mielenterveystyötä tehdään kaikilla sektoreilla yhteiskunnassa. Se merkitsee käytännössä työskentelyä rajapintoja ylittäen perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa, kouluissa, työpaikoilla, lastensuojelussa sekä potilasjärjestöjen ja erilaisten kolmannen sektorin toimijoiden kanssa. Työskentelymuodot ja -paikat riippuvat siitä, minkälaista apua ja tukea ihminen tarvitsee. Yksittäisten ihmisten lisäksi perheet ja yhteisöt erilaisine ryhmineen ovat mielenterveystyön kohteena. Mielenterveyspalvelut ovat suunnattuja palveluita mielenterveysongelmista kärsiville, jotka vastaavat ihmisen yksilöllisiin tarpeisiin. (Kuhanen ym. 2013, 25–26.)

Ehkäisevä mielenterveystyö tukee ihmisen hyvinvointia ja selviytymistä. Mahdollisiin mielenterveyttä uhkaavista tekijästä pyritään tunnistamaan ja vaikuttamaan niihin suotuisasti, ennen kuin ne vaikuttavat häiritsevästi mielenterveyteen. Ennaltaehkäisevään mielen-

terveystyöhön kuuluu huomioida erityisasiakkaat ja auttaa heitä sopeutumisessa yhteiskuntaan. Tiedon antaminen mielenterveyttä uhkaavista tekijöistä kuuluu olennaisena osana ennaltaehkäisevään työhön. Työn tavoitteellisuuden mukaan asiakkaan tulisi saada apua ja palveluita mahdollisimman nopeasti, kuten kriisiapua ja ohjausta. (Heikkinen-Peltonen, Innamaa, Virta 2008, 54.)

Korjaava mielenterveystyö on mielenterveyden häiriöiden tunnistamista, niiden tutkimista ja tutkimustulosten tarkastelua sekä hyödyntämistä. Korjaavaan työhön kuuluu myös esiin tulleiden häiriöiden hoito sekä kuntoutumista tukeva mielenterveystyö. Mielenterveyspalveluiden tulee olla helposti jokaisen kuntalaisen saatavilla. Mielenterveyslaki velvoittaa järjestämään palvelut ensisijaisesti avohoitona. Esimerkkinä tällaisista palveluista on terveyskeskusten yhteydessä toimivat mielenterveyspalvelut, joihin jokaisella kuntalaisella on yhtäläinen oikeus. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 55.)

Nieminen on tutkinut mielenterveyskuntoutujien osallistumista koulutusinterventioihin kuntoutujien ja henkilökunnan kokemana kymmenen kuukauden seurannan jälkeen. Tutkimus osoitti, että projektiin osallistuneet mielenterveyskuntoutajat kokivat saaneensa koulutusta ja haluavat jatkossa kouluttautua lisää. Osallistujien sosiaalinen elämä parantui ja projekti kokonaisuudessaan koettiin terapeuttisena prosessina. Osallistujien elämä sai uutta merkitystä projektiin myötä. Tutkimustulokset toivat esiin osallistujien tarpeen tukeen. Ennakkoluulot psyykkisesti sairaita ihmisiä kohtaan vaikeuttivat kuntoutujien sosiaalista osallistumista ja paikan löytämistä yhteiskunnassa. (Nieminen, Kaunonen 2010, 57–71.)

Mielenterveyshoitotyön etiikan keskeisiä käsitteitä ovat terveys, ihminen, hoitotyön toiminnot ja ympäristö. Hoitotyöntekijällä on kaikessa hoitamisessa kaksi peruselementtiä, vastuu ihmisestä ja vastuu tehtävästä. Hoitajalla on velvollisuus kunnioittaa potilaan ihmisarvoa. Ihmisarvonkunnioittamiseen kuuluu potilaan oikeuksien, autonomian ja koskemattomuuden kunnioittaminen, totuuden, rehellisyyden ja aitouden kunnioittaminen ja potilaan hyvinvoinnin edistäminen. Tähän myös liittyy toisten ammattilaisten kunnioittaminen. Tämä on erittäin keskeistä, koska mielenterveyshoitotyössä tehdään yhteistyötä moniammatillisissa hoito- ja työryhmissä. Hoitajalla on velvollisuus pyrkiä edistämään potilaan hyvää ja välttämään pahaa. Tähän kuuluu hoidettavan suojeleminen ja huolenpito, oikeuksien puolustaminen ja hänen asioiden ajaminen hänen parhaakseen.

Hoitajan on kohdeltavat potilaita samojen periaatteiden mukaisesti. Oikeudenmukaisuuteen liittyy oikeus päästä hoitoon ja oikeus perusteltuun hoitoon. Hoitoa tulee toteuttaa hoitosuosituksen mukaisesti. Hoitotyön menetelmien, auttamiskeinojen ja ratkaisujen on oltava luotettavia ja perusteltuja. Potilaalla on oikeus tietää hoitoon liittyvistä perusteluista. Hoitajalla on velvollisuus huolehtia oman ammattitaitonsa pitämisestä ajan tasalla. (Kuhanen ym. 2013, 67–69.)

2.3 Ikäihmisten mielenterveyshäiriöt

Valtaosa mielenterveyshäiriöstä kärsiviä ovat työikäisiä ja hoidon periaatteet esitetään usein heidän tarpeistaan käsin. Kuitenkin ikäihmisten joukko kasvaa jatkuvasti. Heidän hoidossaan on erityispiirteitä, koska he sairastavat enemmän kuin muu väestö. Mielenterveyden kannalta riskitekijä ei ole vanheneminen itsessään, vaan mielentasapainoa uhkaa erityisesti ikään kuuluvat sairaudet ja menetykset. Vanhuksilla esiintyy samoja mielenterveys häiriötä kuin muulla väestöllä. Yleisimpiä ovat mieliala- ja ahdistuneisuushäiriö, elimelliset mielenterveyshäiriöt ja psykoosit. On arvioitu, että tulevaisuudessa vanhuksilla on enemmän alkoholin riskikäyttöön liittyviä mielenterveysongelmia. Näitä ovat muun muassa aivovammat, alkoholidementia ja aivo-orgaaniset sairaudet. Ennustettu elinajan pidentyminen kasvattaa dementiaa ja siihen liittyviä käytösoireita, sekä elimellisiä häiriöitä ja mielenterveysongelmia. (Vuorilehto, Larri, Kurki, Hätönen 2014, 193–194.) Yli 65-vuotiaista 16-30 prosentilla on jokin mielenterveydenhäiriö. Ikäihmisillä on samoja mielenterveydenhäiriötä kuin muulla väestöllä, mutta heillä esiintyy lisäksi elimellisiin sairauksiin liittyviä psykiatrisia sairauksia. Ahdistuneisuushäiriöt vanhuksilla ovat alkaneet nuoruus- tai aikuisiällä. Julkistenpaikkojen pelko ja pakko-oireinen häiriö voivat ilmetä vasta vanhuusiässä. 3-7 % yli 65-vuotiaista on arveltu kärsivän ahdistuneisuushäiriöstä. Masentuneille vanhuksille tyypillisiä oireita ovat muun muassa somaattinen oireilu, ruokahaluttomuus ja painon lasku, psykomotorinen estyneisyys tai kiihtyneisyys, harhaluulot ja itsetuhoisuus. (Lönqvist, Henriksen, Marttunen, Partonen 2011, 595.)

2.4 Hoitopolku

Terveydenhuoltopalveluita kehitettäessä käytetään paljon erilaisia termejä, jotka ymmärretään monin eritavoin. Kirjava termien käyttö vaikeuttaa ilmiöiden yhtenäistä ymmärtämistä. Käsitteet tulisi määritellä yhtenäisiksi helpottamaan vertailukelpoisen tiedon tuottamista. (Nordback, Salo, Holmberg-Marttila, Päivä, Liimatainen, Porkkala, Kaila 2010.)

Hoitopolku on kansainvälisesti tunnettu käsite joka viittaa suunnittelempaan hoitokokonaisuuteen kuin hoitoketju. Hoitopolku tarkoittaa paikallista toimintaohjetta, joka määrittelee ainoastaan työnjakoa ja potilaan kulkua eri toimijoiden välillä. Määritelmä tarkoittaa kuntayhtymän, sairaalan, klinikan tai terveyskeskuksen toimintaohjetta niin sanottua talon tapaa. (Suomalainen lääkäriseura Duodecim 2003; Silvennoinen-Nuora 2010, 92.) Termejä hoitopolku ja hoitolinja käytetään tarkoittamaan hoitoprosessia. Nordback ym. (2010) mukaan prosessi on sarja yhden organisaation sisällä tehtyjä toimia, jotka johtavat määriteltyyn lopputulokseen. Hoitoprosessi on ajattelumalli jota käytetään hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Prosessiajattelun mukaan hoitoprosessi on tietyn kokonaisuuden palveluprosessi. Palveluprosessilla tarkoitetaan tietyn ongelmakokonaisuuden kokonaispalvelua, jossa prosessi alkaa esimerkiksi yhteydenotolla terveyskeskukseen ja päättyy asiakkaan palvelun lopettamiseen tai hoidon jatkumiseen toisessa yksikössä.

2.5 Hoitoketju

Hoitoketjun tarkoitus on vastuun ottaminen potilaan hoidon järjestämisestä, sekä turvata hoidon saatavuus ja laatu. Se sisältää lupauksen tiedonkulun varmistamisesta ja yhteistyösopimuksen pitämisestä. Palvelujärjestelmän pirstaleisuus sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon välinen raja vaikeuttavat potilaan hoitoa. Laatua heikentää myös työntekijöiden vaihtuvuus ja toimintayksiköiden keskittyminen omaan ydintyöhön. Hoitoketjut ovat yhteisesti hyväksytyjen käytäntöjen aluekohtaisia toimintaohjeita. Se määrittää potilaan hoidon, sekä siihen osallistuvien terveydenhuollon ammattihenkilöiden tehtävät. Hoitoketjujen on tarkoitus olla julkisia ja niiden on oltava helposti saatavissa kaikille toimijoille. Lisäksi niiden toimivuutta tulee aktiivisesti seurata ja osa-

puolien on yhteisvastuullisesti huolehdittava siitä, että sopimukset tulevat tehdyksi. Näin ollen hoitoketjun käyttöönottoaminen on siis kaikkien toimijoiden vastuulla sisältäen suunnittelun ja toteutuksen. On myös todettu, että hyvät kokemukset hoitoketjusta on syytä levittää kansallisesti. Niiden tietopohja tulee perustua kriittisesti arvioituun tutkittuun tietoon. Käypä hoito -suositukset ovat avuksi hoitoketjujen muodostamisessa ja ne perustuvat tutkittuun tietoon. Parhaimmillaan hoitoketjut lisäävät potilaiden luottamusta hoitoon ja ne lisäävät hyviä hoitotuloksia. (Suomalainen lääkäriseura Duodecim 2006.)

2.6 Kotihoito

Kotihoito on palvelumuoto, joka sisältää kotisairaanhoidon ja kotipalvelun toiminnot. Kotihoidon toiminnasta ja palveluista on säädetty sosiaalihuoltolaissa, kansanterveyslaissa ja sosiaalihuoltoasetuksessa. Kotipalvelut sisältää henkilökohtaiseen hoivan ja huolenpidon, asumiseen ja tavanomaiseen elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamista ja niissä avustamista. Kotisairaanhoidon on kotona toteutettua terveyden ja sairaanhoidonpalvelua. Palvelu perustuu asiakkaan kanssa yhdessä tehtyyn hoito- ja palvelusuunnitelmaan. (Ikonen 2013, 16–17.)

Elorannan esittää, että kotihoitoa tulisi jatkossa kehittää niin, että se vastaa nykyistä paremmin mielenterveys asiakkaiden tarpeita ja odotuksia. Ristiriita tutkimuksen tuloksissa työntekijöiden ja asiakkaiden vastauksissa voi johtua siitä, että kunnallinen kotihoito on säännösteltyä ja niukka, palvelut ovat pirstaleisia ja työntekijät kiireisiä. Tutkimuksen tulokset vahvistivat näkemyksen, jonka mukaan asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelma tulisi olla asiakaslähtöinen ja yksilöllinen. Tulos antaa aihetta pohtia uusia toimintamuotoja asiakkaiden psykososiaalisiin tarpeisiin vastaamiseksi. Kotihoitoon tulisi saada uusia palvelumuotoja kuten toiminnallisia aktiviteetteja. Suunnitteluun tulisi osallistua kotihoito, kulttuuri- ja liikuntatoimi sekä vapaaehtoisjärjestöt. Tutkimus haastaa työntekijöitä omien tietojen päivittämiseen, kriittisyyteen ja aloitteellisuuteen omassa työssään. Kykeneekö nykyinen koulutus vastaamaan kotihoidossa hoidettavien tarpeisiin ja haasteisiin? Tutkimuksen mukaan kotihoidon työntekijöiden osaamista ja työmuotoja tulisi kehittää niin, että psykososiaalisten tarpeiden tunnistamiseen voitaisiin vastata paremmin. Myös keinoja asiakkuussuhteen vahvistamiseen tulisi pohtia. (Eloranta ym. 2011.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämä opinnäytetyö on kehittämistyö, jonka tarkoituksena oli muodostaa hoitopolku iäkkäille (yli 65-vuotialle) mielenterveysasiakkaille Kuopion kaupungin kotihoitoon. Hoitopolku on suunniteltu työntekijöiden käyttöön ja sen tavoitteena on selkeyttää kotihoidon mielenterveystyötä. Siitä voi tarkistaa kohderyhmälle suunnattuja palveluita ja arvioida niiden riittävyyttä asiakkaan hoidossa. Tavoitteena oli myös selvittää kotihoiton mielenterveystyön haasteita ja kehittämistarpeita.

4 OPINNÄYTETYÖN PROSESSIN KUVAUS

Opinnäytetyön prosessi alkoi 2014 keväällä kotisairaanhoidon harjoittelujakson aikana. Tuolloin meitä pyydettiin mukaan kehittämään kotihoidon mielenterveysasiakkaan hoitopolkua. Kuopion kaupunki on laatinut mielenterveys- ja päihdesuunnitelman, jonka yksi päämäärä on muodostaa vaikuttavat toimintamallit ja hoitopolut kaikissa mielenterveys- ja päihdepalveluissa. Kesällä 2014 keräsimme tietoa aiheesta ja syksyllä aloimme koostaa opinnäytetyön suunnitelmaa. Pidimme syksyllä 2014 ensimmäisen palaverin työelämän edustajien kanssa. Sovimme tuolloin työn yksityiskohdista ja rajauksista. Kohderyhmäksi valikoitui yli 65-vuotiaat kotihoidon mielenterveysasiakkaat.

Työstimme opinnäytetyön suunnitelmaa ja haimme ohjausta opettajilta. Opinnäytetyö sisälsi kyselytutkimuksen, jonka laadimme opettajien ja työelämän edustajien kanssa yhteistyössä. Kysymykset muotoutuivat ohjausten ja palaverien myötä. Kysymykset kävivät läpi myös esitestauksen muutamalla kotihoidon työntekijällä. Opinnäytetyön suunnitelma valmistui keväällä 2015, jolloin pidimme toisen palaverin työelämän edustajien kanssa. Palaverissa kävimme läpi valmista suunnitelmaa ja allekirjoitimme sopimuksen opinnäytetyön yhteistyöstä. Palaverin jälkeen teimme anomuksen tutkimusluvasta Kuopion kaupungille. Saimme tutkimusluvan 1.4.2015. Suoritimme kyselytutkimuksen Webropol ohjelman avulla 15.04.2015 – 30.04.2015 välisenä aikana (LIITE 1). Koostimme kyselyn tulokset tilastollisesti käsiteltävään muotoon, joista teimme havain- toja ja päätelmiä hoitopolun muodostamiseksi.

4.1 Aineistonkeruu kyselynä

Tutkimuksen tarkoitus oli tuottaa luotettavaa tietoa. Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan reliabiliteetin eli pysyvyyden ja validiteetin eli pätevyyden avulla. Tutkimus on pysyvä kun sen tulos on toistettavissa ja pätevä kun se mittaa sitä mitä sen on haluttu mittaavan. (Kananen 2011, 118–119.) Tutkimusmenetelmänä käytimme kvantitatiivista tutkimusta, jossa on tärkeää että havaintoaineisto soveltuu määrälliseen eli numeeriseen mittaukseen. Tutkimusotoksen perusjoukko koostui Kuopion kotihoidon henkilöstöstä. Muodostimme kyselyn tulokset tilastollisesti käsiteltävään muotoon, josta teimme ha-

vainoja ja päätelmiä. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2009, 140.) Opinnäytetyössä käytimme myös kvalitatiivista lähestymistapaa, koska pyrimme kuvaamaan erilaisia ilmiötä, uskomuksia ja asenteita kokonaisvaltaisesti. (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2013, 66).

Kyselyn tekeminen oli aikaa vievää ja vaati paljon suunnittelua. Saimme ohjausta koulun opettajilta ja työelämän eri edustajilta kyselyn muodostamisessa. Ennen kyselyn varsinaista suorittamista, sitä testattiin pienimuotoisesti muutamalla työntekijällä. Kyselystä tiedotettiin Kuopion kotihoidon työntekijöille etukäteen. Saimme tutkimukseen osallistuvien vastaajien sähköpostiosoitteet. Lähetimme sähköisen linkin vastaajille sähköpostiin, josta he pääsivät itse kyselyyn. Linkki sisälsi myös saatekirjeen (LIITE 2), josta kävi ilmi keitä olemme ja mitä tutkimme. Saatekirjeen myötä oli vielä mahdollisuus päättää osallistumisesta tutkimukseen tai kieltäytyä. (Vilka 2007, 81).

Opinnäytetyömme aineiston keräsimme kyselylomakkeella (Liite 1), jonka laadimme Webropol-ohjelman avulla. Suoritimme määrällisen kyselytutkimuksen Kuopion kaupungin kotihoidon työntekijöille. Tutkimuksen avulla selvitimme kotihoidon mielenterveyshäasteitä ja kehittämistarpeita. Asetimme kysymykset niin, että saisimme mahdollisimman paljon hyödynnettävää tietoa hoitopolun muodostamiseen. Lähetimme kyselylomakkeen 52:lle kotihoidon työntekijälle sähköisesti keuhkokuumeen 2015 . Vastausaika oli kaksi viikkoa ja vastauksia kertyi 21 kappaletta. Koostimme kyselyn tulokset tilastollisesti käsiteltävään muotoon, josta teimme havaintoja ja päätelmiä. Kyselymme sisälsi 10 monivalintakysymystä ja kaksi avointa kysymystä. Avointen kysymysten vastaukset luokittelimme ryhmiin, joista etsimme samankaltaisuuksia. Näistä koostimme avointen kysymysten vastaukset tiivistettyyn muotoon.

4.2 Hoitopolun suunnittelu ja toteutus

Kyselyn tuloksia analysoidessa huomasimme, ettei kysely yksistään riittänyt hoitopolun muodostamiseen. Koimme tarpeelliseksi käyttää henkilökohtaisia tiedoksiantoja, saadaksemme lisää tietoa hoitopolun muodostamiseen. Otimme yhteyttä useisiin eri toimijoihin selvittääksemme, oliko heillä tarjota hoitoa tai palveluita kohderyhmälle. Lisäksi hyödynsimme myös palvelun tarjoajien Internet-sivustoja tietolähteenä. Näiden mene-

telmien pohjalta muodostimme kolme erilaista hoitopolkuluonnosta. Tämän jälkeen pidimme palaverin työelämän edustajien kanssa. Palaverissa hyväksyttiin yksi luonnokista, jota lähdimme kehittämään eteen päin. Päädyimme kyseiseen malliin, koska se sopi parhaiten kotihoidon asiakkaiden hoitamiseen. Kotihoidon asiakkailta voi olla samanaikaisesti useita eri palveluita käytössä. Tämän vuoksi on mahdotonta muodostaa mallia, joka etenisi aina samassa järjestyksessä.

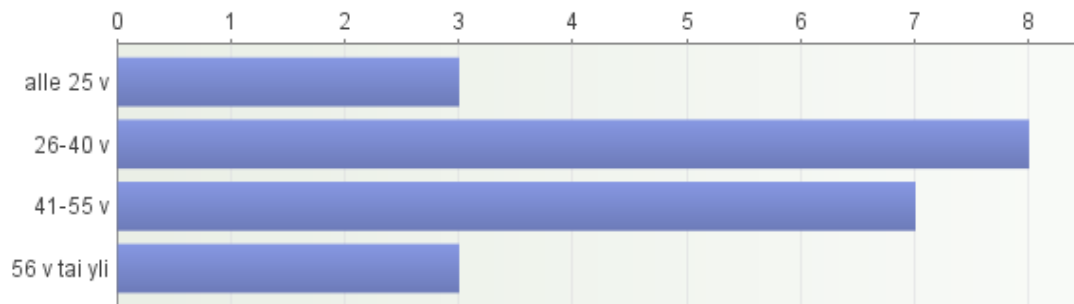
Jatkoimme valitun hoitopolun työstämistä. Haimme ohjausta sähköpostitse työelämän edustajilta. Teimme muutoksia saamamme palautteen perusteella. Lopuksi hoitopolku kävi geriatriin ja moniammatillisen työryhmän arvioitavana. Saadun palautteen perusteella teimme muutoksia hoitopolkuun. Tämän jälkeen lähetimme valmiin hoitopolkuun työelämän edustajille nähtäväksi. Hyväksytty hoitopolku tullaan julkaisemaan työntekijöille Kuopion kaupungin sisäisessä verkossa.

5 TULOKSET

Kyselyn tulokset esitämme aihepiireittäin, joita ovat taustatiedot, mielenterveysasiakkaan palvelut, osaaminen ja koulutus sekä hoidon järjestäminen kotona. Esitämme tässä osiossa myös valmiin hoitopolun.

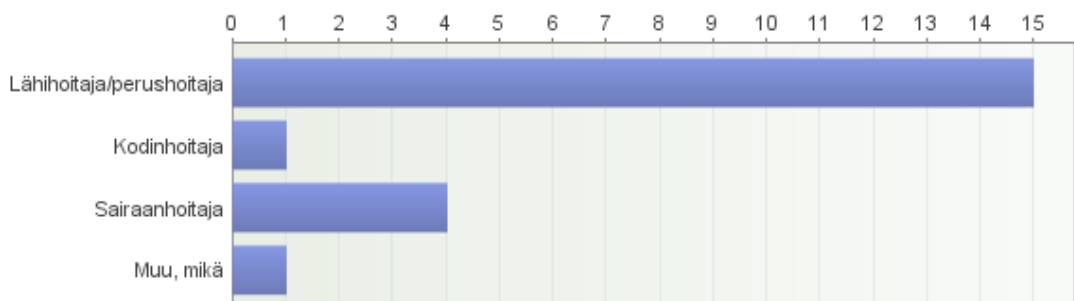
5.1 Taustatiedot

Suurin osa kyselyyn vastanneista oli iältään 26-55 vuotiaita. Vastaajista alle 25-vuotiaita oli kolme ja 56-vuotiaita tai sitä vanhempia oli kolme (KUVIO 1).



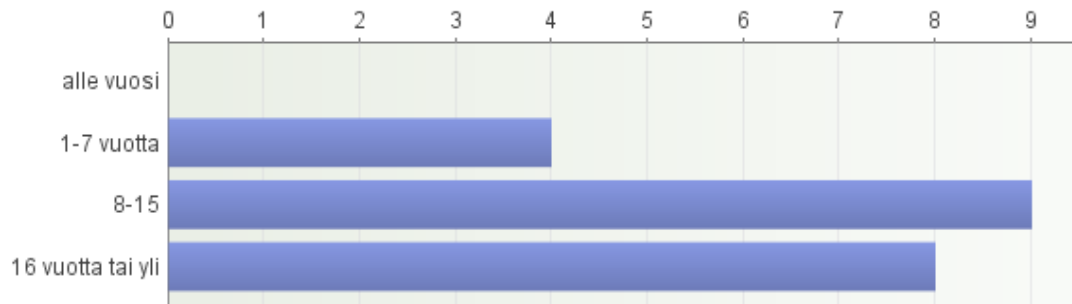
KUVIO 1. Vastaajien ikäjakauma (N=21)

Valtaosa vastaajista oli lähi- tai perushoitajia. Lisäksi vastaajissa oli neljä sairaanhoitajaa, yksi kodinhoitaja ja yksi fysioterapeutti (KUVIO 2).



KUVIO 2. Vastaajien koulutus (N=21)

Hoitoalan työkokemusta vastaajilla oli paljon. 17 vastaajalla oli työkokemusta 8 vuotta tai enemmän (KUVIO 3).



KUVIO 3. Vastaajien Hoitoalan työkokemus (N=21)

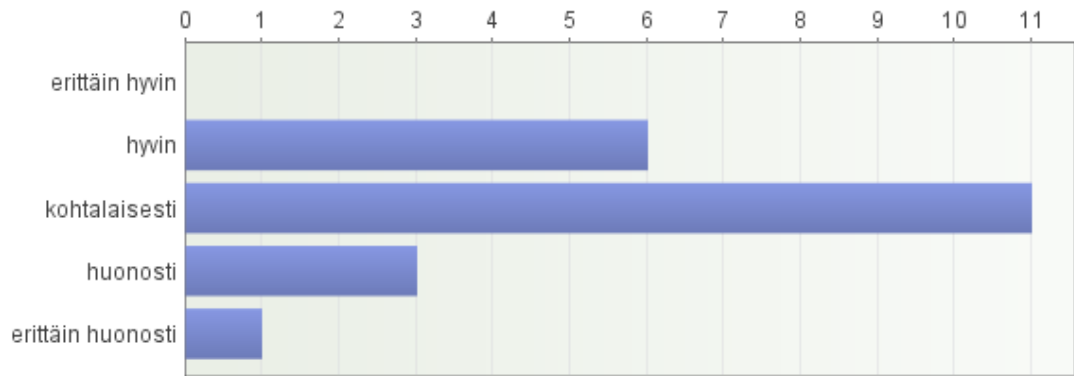
TAULUKKO 1. Mielensterveysasiakkaiden kohtaaminen (N=21)

	N	Prosentti
päivittäin	9	43%
lähes päivittäin	9	43%
viikoittain	3	14%
kuukausittain	0	0%
harvemmin	0	0%

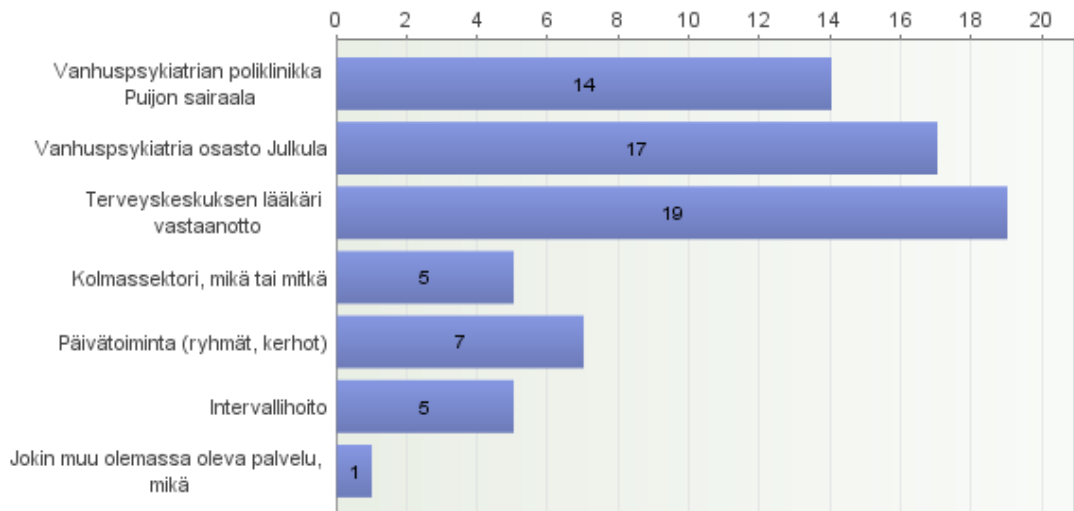
Suurin osa vastaajista (N=18) kohtasi mielensterveysasiakkaita päivittäin tai lähes päivittäin. Viikoittain mielensterveysasiakkaita kohtasi 3 vastaajaa (TAULUKKO 1).

5.2 Mielensterveysasiakkaan palvelut

Kyselyyn vastanneista yli puolet (N=11) tunsi kohtalaisesti Kuopion alueen mielensterveys palveluita. Lähes kolmasosa (N=6) ilmoitti tuntevansa palveluita hyvin ja huonosti palveluita tunsi kolme vastaajaa (KUVIO 4).



KUVIO 4. Vastaajien tuntemus ikääntyneiden (yli 65 v) mielenterveyspalveluista Kuopion alueella (N=21)



KUVIO 5. Ikääntyneiden mielenterveysasiakkaiden tarvittaessa käytettävissä olevat palvelut Kuopion alueella. (N=21) (Voit valita useamman vaihtoehdon)

Vastaajista lähes kaikki osasi nimetä palveluiksi terveyskeskuksen lääkärin vastaanoton. Suurin osa tunsi myös vanhuspsykiatrien osaston ja vanhuspsykiatrian poliklinikan. Vain viisi vastaajista tunnisti kolmannensektorin palveluita, joista oli nimetty Mieli Maasta ry ja mielenterveysneuvola. Avoimissa vastauksissa nimettiin ainoastaan mahdollisuus ottaa yhteyttä kaupungin mielenterveyshoitajaan (KUVIO 5).

Kyselyssä tuli ilmi, että työntekijät toivoivat enemmän joustavia kotikäyntejä sekä koti- hoidolta että psykiatrisilta hoitajilta. Erikoislääkärin kotikäyntejä ja konsultaatio mah-

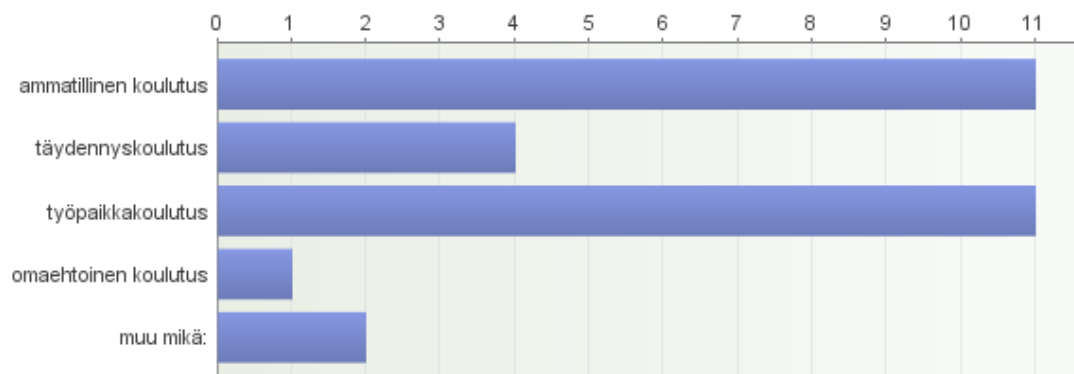
dollisuutta kaivattiin myös avuksi. Vastauksista ilmeni että mielenterveys asiakkaiden hoitoon haluttaisiin käyttää enemmän aikaa ja henkisentuen tärkeyttä korostettiin.

Mielenterveys asiakkaan kuntoutumisen tueksi toivottiin viriketoimintaa muun muassa erilaisten ryhmien ja kerhojen muodossa. Ryhmiin toivottiin toiminallisuutta ja myös miehille suunnattuja ryhmiä.

Hoidon tueksi toivottiin muun muassa psykiatrin palveluita ja mielenterveystyöntekijän yhteistyötä kotihoidon kanssa. Lisäksi esitettiin, että mielenterveys ja päihdeasiakkaiden hoito eriytettäisiin kotihoidosta. Kaksi vastaajista toivoi lisää koulutusta mielenterveys asiakkaan hoitamiseen.

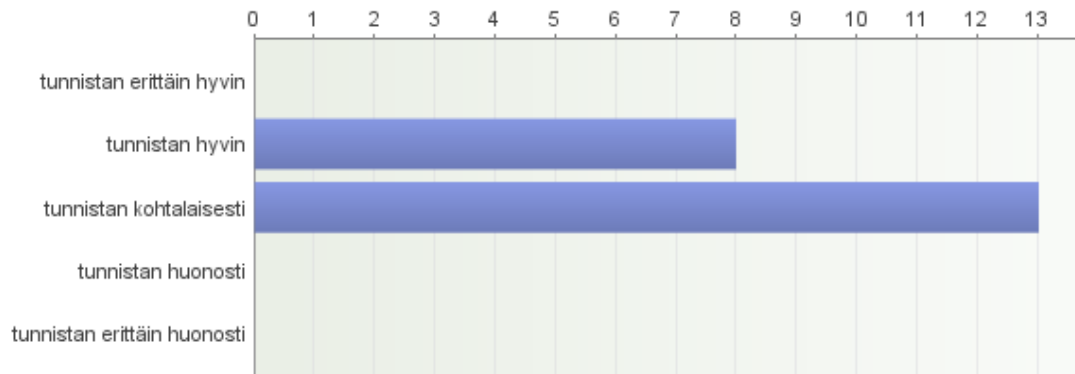
5.3 Osaaminen ja koulutus

Vastaajista noin puolet kertoo saaneensa työpaikan järjestämää koulutusta mielenterveysasiakkaan hoitamiseen. Lisäksi viidesosa on käynyt täydennyskoulutuksen ja yksi vastaajista on hakeutunut omaehtoiseen koulutukseen. Yksi vastaajista kertoo, ettei ole saanut koulutusta mielenterveysasiakkaan hoitamiseen (KUVIO 7).



KUVIO 7. Vastaajien saama koulutus ikääntyneen (yli 65 v) mielenterveysasiakkaan hoitotyöhön (N=21)

Kahdeksan vastaajista arvioi tunnistavansa mielenterveyden muutokset hyvin ja 13 vastaajaa kohtalaisesti (KUVIO 8).



KUVIO 8. Vastaajien arvio omasta osaamisestaan ikääntyneen mielenterveysasiakkaiden muutosten tunnistamisessa (N=21)

TAULUKKO 2. Vastaajien arvio lisäkoulutuksen tarpeesta ikääntyneen (yli 65 v) mielenterveysasiakkaan hoitamiseen (N=21)

	N	Prosentti
mielenterveysasiakkaan kohtaamisessa	7	33%
mielenterveyden häiriöiden ja sairauksien hoitamisessa	13	62%
mielenterveyden muutosten tunnistamisessa	13	62%
mielenterveyden edistämisessä	9	43%
tiedon saamiseksi palveluista	10	48%
muu, mitä koulutusta	0	0%

Mielenterveyden häiriöiden ja sairauksien hoitamiseen sekä voinnin muutosten tunnistamiseen toivottiin eniten lisäkoulutusta. Noin puolet vastaajista toivoi lisäkoulutusta mielenterveyden edistämiseen ja olemassa olevien palveluiden löytymiseen. Kolmasosa vastanneista halusi lisäkoulutusta mielenterveysasiakkaan kohtaamiseen (TAULUKKO 2).

5.4 Hoidon järjestäminen kotona

Vastaajat arvioivat suurimmaksi ongelmaksi jatkohoidon järjestämisen. 17 vastaaja kertoo jatkohoidon järjestyvän viiveellä ja 13 vastaajaa kokee ongelmia jatkohoidon järjestämisessä kotiin tai sen ulkopuolelle. Muutama vastaajista ei tiedä, miten toimia tai mihin ottaa yhteyttä ongelmatilanteessa. Vaikeutta koetaan myös hoidon tarpeen arvioinnissa. Avoimissa vastauksissa kerrottiin, että usein asiakas siirtyy terveyskeskuksen vuodeosastolle, koska ei ole muuta paikkaa hoidolle. Lisäksi koettiin, että kotihoidon arvioita asiakkaan voinnista ei oteta aina vakavasti (TAULUKKO 3).

TAULUKKO 3. Vastaajien kokemat ongelmatilanteet ikääntyneen mielenterveysasiakkaan (yli 65 v) hoidon järjestämisessä tilanteen muuttuessa kotona (N=21)

	N	Prosentti
jatkohoito ei järjesty kotiin tai sen ulkopuolelle	13	62 %
jatkohoito järjestyy viiveellä	17	81 %
en tiedä miten toimia tai selvitä tilanteessa	3	14 %
en tiedä mihin ottaa yhteyttä	2	10 %
ongelmat hoidon tarpeen arvioinnissa	4	19 %
muu, mikä	2	10 %

Asiakkaan voinnin huonontuessa vastaajat ilmoittivat ottavansa yhteyttä terveyskeskukseen joko omalääkäri vastaanoton tai päivystyksen kautta. Osa vastaajista ilmoitti soittavansa kotihoidon sairaanhoitajalle, joka järjestää jatkohoidon. Virka-ajan ulkopuolella vastaajat soittavat hätäkeskukseen avun saamiseksi. Yksi vastaaja ilmoitti soittavansa psykiatrian poliklinikalle jatko-ohjeiden saamiseksi.

5.5 Hoitopolku

Tuloksena muodostuneessa hoitopolussa (LIITE 3) näkyy kohderyhmän käytettävissä olevat palvelut Kuopion alueella. Sitä on tarkoitus lukea myötöpäivään alkaen vasemmasta yläkulmasta. Palvelut etenevät kevyemmästä palvelusta kohti raskaampaa palvelua. Hoitopolku sisältää eri palveluntarjoajien yhteystiedot, joita työntekijät voivat

hyödyntää omassa työssään sekä asiakkaiden ja omaisten ohjauksessa. Hoitopolku on nähtävänä työntekijöille Kuopion kaupungin sisäisessä verkossa.

6 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

6.1 Eettisyys ja luotettavuus

Riittävä tutkimusvastausten saaminen on merkittävä tutkimusriski. Tästä syystä olimme pohtineet kyselyn lähettämisen ajankohtaa suhteessa työntekijöiden vastaamishalukkuuteen ja omaan aikatauluun. Päädyimme siihen, että kyselytutkimus tulee tehdä ennen kesälomakautta, jolloin eri ammattiryhmien henkilökuntaa on eniten paikalla. Suuntasimme kyselyn riittävän suurelle joukolle, jotta kvantitatiivisen tutkimuksen kriteerit täytyisivät. Tavoitteenamme oli saada mahdollisimman luotettavaa ja totuudenmukaista tietoa. Kyselymme vastausprosentti oli 40 %. Kanasen mukaan webbikyselyissä ensimmäisellä kyselykierroksella päästään noin 30 % vastausprosenttiin. Kyselyn muistutusviestillä saadaan prosenttia hieman ylös, mutta harvoin päästään yli 50 %:n. Tilastotieteen kannalta alle 30 %:n vastausprosentit katsotaan olevan riittämättömiä. Näin ollen katsomme, että kyselymme vastausprosentti on tilastotieteen kannalta kelvollinen tulos. (Kananen 2008, 77–79.)

Tutkimuksen tekemisessä on otettava huomioon eettiset kysymykset. Hyvä tutkimus noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. Opetusministeriön tutkimuseettinen neuvottelukunta on laatinut ohjeet, joilla voidaan päästä hyvään lopputulokseen. Ne korostavat muun muassa, että tutkija noudattaa tiedeyhteisön toimintatapoja, joita ovat esimerkiksi huolellisuus ja rehellisyys tutkimustyössä. Lisäksi ohjeissa kehoitetaan noudattamaan kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus-, arviointimenetelmiä. (Hirsjärvi ym. 2009, 23–24.) Opinnäytetyössämme noudatimme hyvää tieteellistä käytäntöä hakemalla ohjausta tiedonhankintaan ja luotettaviin tutkimusmenetelmiin. Keräsimme opinnäytetyömme aineiston anonymisti sekä pidimme huolta siitä, etteivät kyselyn vastaukset päädy ulkopuolisten saataville. (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2013, 221).

Eettisesti hyvän tutkimuksen tekeminen on vaativa tehtävä, koska tutkimuksessa tulee ottaa huomioon monia seikkoja. Toisten tekstiä ei saa plagioida ts. toisen kirjoittamaa tekstiä ei esitetä omana tekstinä. Tuloksia ei saa yleistää ilman kritiikkiä. Tuloksia ei myöskään keksitä itse, eikä saatuja tuloksia kaunistella. Tutkimustyön raportointi ei saa olla harhaanjohtavaa tai puutteellista. Toisten tutkijoiden osuutta ei saa vähätellä. (Hirs-

järvi ym. 2009, 26–27.) Opinnäytetyössämme noudatimme edellä mainittuja hyviä eettisiä käytäntöjä. Emme plagioineet lähteitä ja toimme esille tutkijoiden tulokset. Lisäksi työmme lopputulokseen vaikutti työelämän asiantuntijoilta saamamme ohjeet.

6.2 Opinnäytetyön prosessin pohdinta

Opinnäytetyö kokonaisuudessaan oli meille mielenkiintoinen ja haastava prosessi. Koimme mielenkiintoisena työelämälähtöisen kehittämisen, koska meillä molemmilla oli aiheeseen liittyvää työkokemusta ja näkemystä asiassa. Haastavaksi koimme tutkimukseen liittyvät teoriat ja käytännöt, koska meillä ei ollut aikaisempaa kokemusta niistä. Opinnäytetyön edetessä opimme suunnittelemaan ja toteuttamaan kehittämistyötä työelämälähtöisesti.

Opinnäytetyömme tavoitteena oli selkeyttää Kuopion kaupungin kotihoidon mielenterveystyötä. Tarkoituksena oli muodostaa hoitopolku iäkkäille yli 65-vuotialle mielenterveysasiakkaille kotihoitoon. Onnistuimme luomaan hoitopolun, josta ilmenee kohde-ryhmämme keskeisimmät palvelut ja hoitotahot. Koko opinnäytetyön prosessi opetti meille tietoa ja taitoa työelämälähtöiseen kehittämiseen. Tämä tuki myös meidän ammatillista kasvuamme ja antoi hyviä valmiuksia toimia työelämässä ja erilaisissa projekteissa. Hoitopolku on työntekijöiden nähtävissä Kuopion kaupungin sisäisessä verkossa. Uskomme, että hoitopolusta on hyötyä työntekijöille. Hoitopolun testaaminen ja päivittäminen jää työn tilaajalle.

Kyselyn tavoitteena oli osaltaan selvittää kotihoidon mielenterveystyön haasteita ja kehittämistarpeita. Kyselyn mukaan tietoa olemassa olevista palveluista toivottiin lisää, koska suurin osa vastaajista (N=14) ilmoitti tuntevansa Kuopion alueen mielenterveyspalveluja kohtalaisesti tai huonosti; erityisesti kolmannen sektorin palveluita ei juuri-kaan osattu nimetä. Asiakkaiden kuntoutuksen tueksi toivottiin viriketoimintaa erilaisien ryhmien ja kerhojen muodossa. Erityisesti miehille toivottiin kehitettävän heille suunnattua toimintaa, koska miesten osallistuminen toimintaan on ollut huonoa. Kartoituksemme mukaan kolmas sektori ja kaupungin järjestämä päivätoiminta tarjoaa virike-toimintaa ja palveluita, mutta kysyntä ja tarjonta eivät jostain syystä kohta. Tästä syystä olisi hyvä, että vastaajien tietoa palveluista voisi lisätä; esimerkiksi kaupunki voisi

kutsua koolle eri toimijat mielenterveystyön sektorilta. Myös Elorannan ym. (2011) mukaan uusien palvelumuotojen, kuten toiminnallisten aktiviteettien tarpeellisuutta korostettiin. Näin ollen tekemämme kyselyn tulokset ovat yhtenevät Elorannan ym. (2011) tutkimuksen kanssa.

Vastaajista suurin osa (N=15) oli lähi- tai perushoitajia. Yhdeksällä vastaajalla oli työkokemusta 8-15 vuotta ja kahdeksalla vastaajalla oli työkokemusta yli 16 vuotta hoitoalalta. Työntekijöiden työkokemuksesta, ammatillisesta koulutuksesta, täydennyskoulutuksesta tai työpaikkakoulutuksesta huolimatta, mielenterveysasiakkaan hoitaminen koettiin haastavana. Vastaajista suurin osa arvioi tarvitsevansa lisäkoulutusta mielenterveyden häiriöiden ja sairauksien hoitamisessa (62 %), sekä mielenterveyden muutosten tunnistamisessa (62 %). Lisäkoulutusta toivottiin myös mielenterveyden edistämiseen (43 %) ja mielenterveysasiakkaan kohtaamiseen (33 %). Kyselyn perusteella lisäkoulutuksen tarve on ilmeinen, koska suurin osa työntekijöistä (86 %) kohtaa mielenterveysasiakkaita päivittäin tai lähes päivittäin.

Mielenterveysasiakkaan jatkohoidossa koettiin olevan ongelmia asiakkaan voimien huonontuessa. Suurin ongelma vastaajien mukaan on jatkohoidon järjestymisessä. Asiakkaan voimien huonontuessa ongelmiksi koettiin kuinka toimia tilanteessa, kuinka arvioida hoidon tarvetta ja kehen ottaa yhteyttä. Vastaajat toivoivat myös moniammatillisen työryhmän toiminnan kehittämistä hoitamisen tueksi sekä tiiviimpää yhteistyötä psykiatrin ja mielenterveystyöntekijöiden kanssa. Toivomme, että hoitopolku tukisi työntekijöitä edellä mainituissa ongelmatilanteissa, koska se sisältää keskeisiä tukikanavia ja palveluita yhteystietoineen.

6.3 Jatkotutkimusaiheet

Jatkotutkimuksena ehdotamme, että hoitopolun toimivuutta testattaisiin käytännön hoitotyössä kyselytutkimuksen avulla. Kyselytutkimuksella selvittäisiin hoitopolun hyviä ja huonoja puolia. Saatujen tulosten perusteella sitä voisi edelleen kehittää. Jatkotutkimuksena voisi myös selvittää, onko asiakkaiden hoidon laatu parantunut ja palveluiden käyttäminen lisääntynyt. Työntekijöiltä tulisi kysyä, onko hoitopolku selkeyttänyt mielenterveysasiakkaan hoitotyötä kotihoidossa.

LÄHTEET

- Eloranta, Sini; Isoaho, Hannu; Arve, Seija; Routasalo, Pirkko; Viitanen, Matti 2011. Ikäihmisen psyykinen hyvinvointi ja psykososiaalisen tuen toteutuminen kotihoidossa. *Hoitotiede* 2012, 24(1), 14–26.
- Heikkinen-Peltonen, Riitta; Innamaa, Marja; Virta, Marjut 2008. *Mieli ja terveys* 1.painos. Helsinki: Edita.
- Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko; Sajavaara, Paula 2009. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Ikonen, Eija-Riitta 2013. *Kehittyvä kotihoito 3. uudistettu painos*. Helsinki: Edita.
- Kananen, Jorma 2008. *Kvantti kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun*. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kananen, Jorma 2011. *Kvantti: Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas*. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kankkunen, Päivi; Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Korkeila, Jyrki 2009. Mikä on hyvä tapa järjestää avohoitoa? *Duodecim* 125(21), 2333–2340. Viitattu 15.10.2015.
http://www.terveysportti.fi/anna.diak.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo98399&p_haku=hoitopolku.
- Kuhanen, Carita; Oittinen, Pirkko; Kanerva, Anne; Seuri, Tarja; Schubert, Carla 2013. *Mielenterveyshoitotyö 3. uudistettu painos*. Helsinki: Sanoma Pro Oy
- Kuopion kaupunki 2013. *Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2013-2020*. Viitattu 15.10.2015.
<http://www.kuopio.fi/documents/12159/2312463/Mielenterveys-+ja+p%C3%A4ihdesuunnitelma.pdf>.
- Laitila, Minna 2010. *Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä*. Itä-Suomen yliopisto. Väitöskirja. Viitattu 15.09.14.
http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0224-5/urn_isbn_978-952-61-0224-5.pdf.
- Lönnqvist, Jouko; Henriksson, Markus; Marttunen, Mauri; Partonen, Timo 2011. *Psykiaatria 9. uudistettu painos*. Helsinki: Otavan kirjapaino Oy.

- Mielenterveyslaki 1990. 1116/14.12.1990. Finlex – Valtion säädöstietopankki. Ajantasainen lainsäädäntö. Viitattu 15.9.15.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>.
- Mielenterveyspalveluiden laatusuositus 2001. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:9. Viitattu 16.9.2015.
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111122/laatusuositus.pdf?sequence=1>.
- Nieminen, Irja; Kaunonen, Marja 2010. Mielenterveyskuntoutujien osallistuminen EMILIA-projektin koulutusinterventioihin ja henkilökunnan kokemukset 10 kk:n seurannan jälkeen. *Hoitotiede* 2011, 23(1), 57–71.
- Nordback, Isto; Salo, Matti; Holmberg-Marttila, Doris; Päivä, Hannu; Liimatainen, Teija; Kaila, Minna 2010. Kehittämistyössä tarvitaan täsmällisiä termejä. *Suomen Lääkärilehti* 17, 1549–1551.
- Silvennoinen-Nuora, Leena 2010. Vaikuttavuuden arviointi hoitoketjussa. Mikä mahdollistaa vaikuttavuuden ja vaikuttavuuden arvioinnin. Tampereen yliopisto. Väitöskirjatyö. Viitattu 15.10.2015.
<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66667/978-951-44-8251-9.pdf?sequence=1>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö i.a. Mielenterveyspalvelut. Viitattu 15.9.15.
<http://stm.fi/mielenterveyspalvelut>.
- Suomalainen lääkäriseura Duodecim 2003. Käypä hoito – suosituksista käytäntöön. Hoitosuosituksen toimeenpano.
<http://www.kaypahoito.fi/documents/10184/12754/hoito-suositusten-toimeenpano.pdf>.
- Suomalainen lääkäriseura Duodecim 2006. Hoitosuosituksesta hoitoketjiksi. Opas hoitoketjujen laadintaan ja toimeenpanoon. Viitattu 10.10.2015
<http://www.kaypahoito.fi/documents/10184/12754/Hoito-suosituksesta-hoitoketjiksi.pdf>.
- Terveydenhuoltolaki 2010. 1326/30.12. 2010. Finlex – Valtion säädöstietopankki. Ajantasainen lainsäädäntö. Viitattu 16.9.2015.
[https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search\[type\]=pika&search\[pika\]=terveydenhuolto%20laki#L6P52](https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search[type]=pika&search[pika]=terveydenhuolto%20laki#L6P52).
- Vilka, Hanna 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vuorilehto, Maria; Larri, Tuulevi; Kurki, Marjo; Hätönen, Heli 2014. Uudistuva mielenterveystyö. Helsinki: Fioca Oy.

LIITE 1: Kyselylomake

1. Ikäsi

- 1) alle 25 v
- 2) 26–40 v
- 3) 41–55 v
- 4) 56 v tai yli

2. Koulutuksesi

- 1) lähihoitaja/perushoitaja
- 2) kodinhoitaja
- 3) sairaanhoitaja
- 4) muu, mikä _____

3. Hoitoalan työkokemus

- 1) alle vuosi
- 2) 1–7 vuotta
- 3) 8–15v
- 4) 16 vuotta tai yli

4. Kuinka usein kohtaat työssäsi ikääntyneitä (yli 65 v) mielenterveysasiakkaita?

- 1) päivittäin
- 2) lähes päivittäin
- 3) viikoittain
- 4) kuukausittain
- 5) harvemmin

5. Kuinka hyvin tunnet ikääntyneen (yli 65 v) mielenterveyspalveluja Kuopion alueella?

- 1) erittäin hyvin
- 2) hyvin
- 3) kohtalaisesti
- 4) huonosti
- 5) erittäin huonosti

6. Mitä palveluita ikääntyneillä mielenterveysasiakkaillasi on tarvittaessa käytettävissä Kuopion alueella? (Voit valita useamman vaihtoehdon)

- 1) vanhuspsykiatrian poliklinikka Puijon sairaala
- 2) vanhuspsykiatria osasto Julkula
- 3) terveyskeskuksen lääkäri vastaanotto
- 4) kolmassektori, mikä tai mitkä _____
- 5) päivätoiminta (ryhmät, kerhot), mikä _____
- 6) intervallihoito
- 7) jokin muu olemassa oleva palvelu, mikä _____

7. Millaisia palveluita toivoisit enemmän ikääntyneen (yli 65 v) mielenterveysasiakkaan hoitoon/kuntoutumiseen kotihoidossa?

8. Millaista koulutusta olet saanut ikääntyneen (yli 65 v) mielenterveysasiakkaan hoitamiseen? (Voit valita useamman vaihtoehdon)

- 1) ammatillinen koulutus
- 2) täydennyskoulutus
- 3) työpaikkakoulutus
- 4) omaehtoinen koulutus
- 5) muu mikä: _____

9. Millaiseksi arvioit oman osaamisesi ikääntyneen (yli 65 v) asiakkaan mielenterveyden muutosten tunnistamisessa?

- 1) tunnistan erittäin hyvin
- 2) tunnistan hyvin
- 3) tunnistan kohtalaisesti
- 4) tunnistan huonosti
- 5) tunnistan erittäin huonosti

10. Millaista koulutusta arvioit tarvitsevasi ikääntyneen (yli 65 v) mielenterveysasiakkaan hoitamiseen? (voit valita useamman vaihtoehdon)

- 1) mielenterveysasiakkaan kohtaamisessa
- 2) mielenterveyden häiriöiden ja sairauksien hoitamisessa
- 3) mielenterveyden muutosten tunnistamisessa
- 4) mielenterveyden edistämisessä
- 5) tiedon saamiseksi palveluista
- 6) muu, mitä koulutusta _____

11. Millaisia ongelmia olet kohdannut ikääntyneen mielenterveysasiakkaan (yli 65 v) hoidon järjestymisessä tilanteen muuttuessa kotona? (Voit valita useamman vaihtoehdon)

- 1) jatkohoito ei järjesty kotiin tai sen ulkopuolelle
- 2) jatkohoito järjestyy viiveellä
- 3) en tiedä miten toimia tai selvitä tilanteessa
- 4) en tiedä mihin ottaa yhteyttä
- 5) ongelmat hoidon tarpeen arvioinnissa
- 6) muu, mikä _____

12. Millaisia mahdollisia valmiina olevia käytäntöjä työssäsi on ikääntyneen (yli 65 v) mielenterveysasiakkaan kiireellistä hoitoa vaativiin tilanteisiin? (Äkillinen psyykkisen voimien huononeminen esimerkiksi masennus, psykoosi)

LIITE 2: Saatekirje

Arvoisa vastaanottaja,

Olemme Diakonia-ammattikorkeakoulun Pieksämäen toimipisteen sairaanhoitajaopiskelijoita. Teemme koulutukseen liittyvänä opinnäytetyönä Kuopion kaupungille ikään-tyneen (yli 65v) mielenterveysasiakkaan hoitopolkukaavion. Työhömmme liittyy oheinen kysely kotihoidon henkilökunnalle; hyödynnämme tämän kyselyn tuloksia hoitopolun laadinnassa.

Kysely toteutetaan sähköisesti Webropol –ohjelman avulla. Webropolin avulla toteutettava kysely lähetetään vastaajien työpaikan sähköpostiin, josta pääsee kyselyymme linkin avulla. Vastausaikaa on varattu kaksi viikkoa (15.04.2015 – 30.04.2015). Yksittäisen vastaajan henkilöllisyys ei käy ilmi kyselyssämme. Tulokset käsitellään anonyymisti.

Kysely sisältää strukturoituja ja avoimia kysymyksiä. Huomiothan, että osassa kysymyksissä on mahdollisuus valita useampi vastausvaihtoehto. Pyydämme sinua ystävällisesti vastaamaan oheiseen kyselyyn. Kyselyssä esiintyvillä termillä mielenterveysasiakas, tarkoitamme asiakasta, jolla esiintyy mielenterveydenhäiriötä tai jolla on diagnosoitu mielenterveyshäiriö tai -sairaus.

Vastauksenne ovat meille tärkeitä, kiitos osallistumisestasi.

LIITE 3: Hoitopolku

