

Mari Ahmaoja & Jenni Widgren

**HOITAJIEN KOKEMUKSIA PSYKOGERIATRISEN POTILAAN
HOITOTYÖSTÄ TERVEYSKESKUKSEN VUODEOSASTOLLA**

**Opinnäytetyö
CENTRIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma
Lokakuu 2016**

TIIVISTELMÄ OPINNÄYTETYÖSTÄ

Centria-ammattikorkeakoulu Kokkola-Pietarsaaren yksikkö	Aika Lokakuu 2016	Tekijä/tekijät Mari Ahmaoja ja Jenni Widgren
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn nimi HOITAJIEN KOKEMUKSIA PSYKOGERIATRISEN POTILAAN HOITOTYÖSTÄ TERVEYSKESKUKSEN VUODEOSASTOLLA		
Työn ohjaaja TtM Marjo Tilus-Sandelin	Sivumäärä 37+3	
Työelämäohjaaja Osastonhoitaja Teija Määttä		
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitajien kokemuksia psykiatrisen potilaan hoitotyöstä vuodeosastolla. Opinnäytetyön tavoitteena oli kartoittaa hoitohenkilökunnan kokemuksia sekä miten psykiatrisen potilaan hoitotyötä voidaan kehittää vuodeosastolla. Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena eli kvalitatiivisena tutkimuksena. Aineisto kerättiin teemahaastattelulla. Haastattelut toteutettiin elokuussa 2016 ja niihin osallistui kolme sairaanhoitajaa. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.</p> <p>Tutkimustuloksien mukaan terveystieteiden vuodeosaston hoitajat kokivat psykiatrisen potilaan hoitamisen haastavana. Heidän mukaansa potilaan hoito painottui lääkehoitoon, ja potilaan kokonaisvaltaiseen tilanteeseen perehtyminen oli heikkoa. Tutkimuksessa selvisi, että hoitajat tiedostivat aidon läsnäolon ja kohtaamisen tärkeänä osana psykiatrisen potilaan hoitamista. Sairanhoitajat kokivat suurta vastuuta hoidon toteutumisesta ja heidän mukaansa työn kuormittavuutta lisäsi kiire ja stressi, hoitohenkilökunnan osaamisen puute sekä toimimaton yhteistyö erikoissairanhoidon ja psykiatrisen aluepoliklinikan kanssa. Kaikki haastatellut toivat esille lisäkoulutuksen tarpeen sekä yhteistyön kehittämisen eri ammattilaisten sekä omaisten kanssa. Tutkimustulosten perusteella haastateltavat kokivat, että psykiatrisen potilaan hoitotyön osaaminen oli riittämätöntä. Tutkimuksessa korostui, että psykiatrisen potilaan hoitotyöhön liittyvälle, osaamiskartoituksiin perustuvalla täydennyskoulutukselle olisi tarvetta.</p> <p>Opinnäytetyötä voidaan hyödyntää mietittäessä, miten psykiatrisen potilaan hoitotyötä ja henkilökunnan osaamista voidaan kehittää. Jatkotutkimusaiheina nousivat esille miten psykiatrisen potilaan hoitotyö toteutuu vuodeosastolla sekä psykiatrisen potilaan omaisen näkökulmasta tehty tutkimus.</p>		
Asiasanat Ammattitaito, hoitohenkilökunta, ikääntynyt, psykiatrisen hoitotyö, sisällönanalyysi		

ABSTRACT

Centria University of Applied Sciences Kokkola-Pietarsaari	Date October 2016	Author/s Mari Ahmaoja and Jenni Widgren
Degree programme Degree Programme of Nursing		
Name of thesis NURSES' EXPERIENCES ABOUT NURSING PSYCHOGERIATRIC PATIENTS IN THE WARD OF THE HEALTH CENTER		
Instructor HsM Marjo Tilus-Sandelin	Pages 37+3	
Supervisor Head nurse Teija Määttä		
<p>The purpose of the thesis was to describe nurses' experiences about nursing psychogeriatric patients in the ward. The objective of the thesis was to survey both the experiences of the medical staff and how the nursing of psychogeriatric patients can be developed in the ward. The thesis was implemented as qualitative research. The data was collected by themed interviews. The interviews were implemented in August 2016, and three nurses participated. The data was analyzed by inductive content analysis.</p> <p>According to the results of the research the nurses in the ward of the health center experienced the nursing of the psychogeriatric patient as challenging. According to them the nursing of the patient was emphasized to the medication, and the familiarization of the patient's overall situation was weak. In the research it was unraveled, that the nurses were aware of true presence and meeting being an important part of the nursing of the psychogeriatric patient. The nurses experienced huge responsibility when executing the treatment and according to them the workload was increased by rush, stress, the lack of skill of the medical staff, and the inoperative cooperation with specialized care and psychiatric clinic. All of the participants brought up both the need of additional training and the development of cooperation with different professionals and the relatives. Deduced by the results of the research, the interviewees experienced that the skill of nursing the psychogeriatric patient was insufficient. The need of training relating to the nursing of the psychogeriatric patient, and based on the surveys of experiences, was highlighted in the research.</p> <p>The thesis can be utilized when figuring out how the nursing of the psychogeriatric patient and the know-how of the staff can be developed. For further research, the topic of how the nursing of the psychogeriatric patient is executed in the ward and a research made in the point of view of the relatives of the psychogeriatric patients, were discovered.</p>		

<p>Key words Content analysis, elderly, nursing staff, professionalism, psychogeriatric nursing</p>
--

**TIIVISTELMÄ
ABSTRACT
SISÄLLYS**

1 JOHDANTO	1
2 IKÄÄNTYMINEN	3
2.1 Ikääntyneen fyysiset muutokset ja toimintakyky	4
2.2 Ikääntyneen psyykkiset muutokset ja toimintakyky	4
2.3 Ikääntyneen sosiaaliset muutokset ja toimintakyky	5
3 IKÄÄNTYNEIDEN MIELENTERVEYS	8
3.1 Ikääntyneiden yleisimmät mielenterveyshäiriöt ja niiden hoitaminen	9
3.2 Psykogeriatrisen potilaan hoidon erityispiirteitä	14
3.3 Terveyskeskuksen vuodeosasto	17
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	19
5.TUTKIMUSMENETELMÄ, AINEISTONKERUU JA ANALYYSI	20
5.1 Kvalitatiivinen tutkimus	20
5.2 Teemahaastattelu.....	20
5.3 Induktiivinen sisällönanalyysi	21
6 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA ETIIKKA	22
7 TULOKSET	25
7.1 Hoitajien kokemuksia psykogeriatrisen potilaan hoitotyöstä	25
7.2 Psykogeriatrisen potilaan hoitotyön kehittäminen vuodeosastolla.....	26
8 JOHTOPÄÄTÖKSET	28
9 POHDINTA JA JATKOTUTKIMUSHAASTEET	30
LÄHTEET	33
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2016) kertoo omassa tiedonannossaan, että Suomessa väestörakenteen muutos on Euroopan nopeinta. Tämän takia yhteiskunnalta vaaditaan sopeutumista ja muutosta jatkuvasti. Suomi on Euroopan ikääntynein maa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016.) Lähes joka viides suomalaisista on 65 vuotta täyttänyt eli määrä on kaksinkertaistunut 1970-luvulta ja sotavuosiin verrattuna nelinkertaistunut. (Tilastokeskus 2014.) Ikääntyneillä mielenterveyden häiriöt ovat yleisiä, yli 65-vuotiaista 10–20 % kärsii jostakin psyykkisestä häiriöstä. Yleisin mielenterveyshäiriö on masennus. (Santala & Juva 2011, 321.) Käytämme opinnäytetyössä psykogeriatria –käsitettä, jolla Suomessa tarkoitetaan vanhuspsykiatria. Siinä yhdistyvät niin psykiatria kuin myös ikääntyneiden monitieteellinen mielenterveystyö.

Ikääntyneiden mielenterveysongelmien hoito on vuosikymmenen aikana siirtynyt psykiatrisista sairaaloista perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon vastuulle. Mielenterveysasiakkaiden avohoito on lisääntynyt ja heitä hoidetaan kotihoidon avulla entistä enemmän kotona. Psykogeriatriset potilaat, jotka eivät tarvitse akuuttihoitoa, sijoitetaan psykogeriatrisille osastoille. (Kan & Pohjola 2012, 228–229.) Pienemmillä paikkakunnilla, joissa ei psykogeriatrisia osastoja ole, sijoitetaan psykogeriatriset potilaat terveyskeskuksien vuodeosastoille. Kanin ja Pohjolan (2012, 228) mukaan näillä ikääntyvillä voi olla monenlaisia oireita ja ongelmia. Psyykkiset oireet ovat korostuneet, mutta lisäksi heillä voi olla myös sosiaalisia ja somaattisia ongelmia sekä päihteiden ongelmakäyttöä. Näille ongelmille on tyypillistä, että ne ovat tavallisesti jo pitkään jatkuneita.

Yleisessä keskustelussa ikääntyneiden mielenterveyttä on käsitelty tähän asti kaikkein vähiten. Ikääntyneiden ruumiillisen terveyden ja fyysisen toimintakyvyn osa-alueet ovat hallinneet yleistä keskustelua heidän kohdallaan. (Saarenheimo 2013, 373.) Usein ikääntyneet ovat huomattavasti eriarvoisessa asemassa, kun kyse on säilyvän toimintakyvyn ja erilaisten hoitomuotojen vaihtoehdoista. Tämä korostuu erityisesti ikääntyneiden mielenterveyden hoidossa ja tutkimuksissa. Esimerkiksi ongelmallisten tilanteiden moniammatillinen yhteistyö toteutuu vaihtelevasti. (Pajunen 2012, 229.) Ikääntyneitä koskevassa julkisessa keskustelussa näkyy teemojen vähäisyys puhuttaessa heidän psyykkisestä hyvinvoinnistaan. Tämä näkyy myös ikääntyneille suunnattujen mielenterveyspalveluiden vähäisyytenä sekä puutteellisenä ammattitaitona. (Saarenheimo 2013, 373.)

Tutkimuksen edetessä olemme havainneet, että vasta viimeisen kahden vuosikymmenen aikana ikään-tyneiden mielenterveysongelmista on alettu puhumaan vakavammin, mutta se ei edelleenkään näy merkittävästi käytännön hoitotyössä. Opinnäytetyömme aiheen löysimme koulumme aihepankista, ja se oli tullut sinne työelämän edustajalta. Aihe herätti meissä heti kiinnostusta, koska olemme työskennelleet terveyskeskuksen vuodeosastolla ja kokeneet psykogeriatrisen potilaan hoitamisen haastavana. Opinnäytetyömme edetessä ajatus aiheen ajankohtaisuudesta ja tärkeydestä vahvistui entisestään. Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata hoitajien kokemuksia psykogeriatrisen potilaan hoitotyöstä vuodeosastolla. Tavoitteena oli kartoittaa hoitohenkilökunnan kokemuksia sekä miten psykogeriatrisen potilaan hoitotyötä voidaan kehittää vuodeosastolla.

2 IKÄÄNTYMINEN

Viime vuosina on lisääntynyt tieteellinen tieto vanhenemisesta ja vanhuudesta. Aiemmin ikääntymistä on pidetty sosiaalisena ongelmana, johon piti löytää erilaisia yhteiskunnallisia ratkaisuja. Uuden tutkimustiedon valossa vanhuutta pidetään nykyään elämänvaiheena, joka on normaali, ainutkertainen ja luonnollinen. Tähän elämänvaiheeseen kuuluu erilaisia kriisejä ja kehitystehtäviä. (Kan & Pohjola 2012, 12.)

Suurten ikäluokkien ikääntyminen, kansansairauksien lisääntyminen sekä julkisen talouden huono tilanne luovat kehittämisvaateita sosiaali- ja terveydenhuollolle. Haasteita julkiselle terveydenhuollolle tuovat hoitokustannusten hillitseminen, potilasturvallisuutta ja asiakaslähtöisyyttä kuitenkin unohtamatta. (Holopainen, Junttila, Jylhä, Korhonen & Seppänen 2013, 14.) Julkisessa terveydenhuollossa on päädytty määrittämään psykologisiin tukipalveluihin ”yläikäraja aikuisuudelle” (Pajunen 2012, 232; Saarenheimo 2013, 379.) Kelan kuntoutuspsykoterapiaan on nykyisin yläikäraja 67 vuotta (Saarenheimo 2013, 379). Jotta ikääntyneillä olisi mielenterveyspalveluihin tasavertainen mahdollisuus ja oikeus, edellyttää se sitä, että yhteiskunnan korvausjärjestelmät koskisivat myös yli 67-vuotiaita. Tasa-arvon ja oikeudenmukaisuuden perusehtona on, ettei ikä saa olla este mielenterveyspalveluiden saamiselle. (Jyrkämä & Nikander 2013, 550.) Yhteiskunnalle oman haasteensa tuo myös se, miten tulevaisuudessa perusterveydenhuollossa kehitetään ja varmistetaan koulutetun ja pätevän työvoiman saatavuus (Holopainen ym. 2013, 14).

Kun vanhenemistä tarkastellaan kognitiivisen ja fyysisen toimintakyvyn näkökulmasta, voidaan ajatella sen olevan haurastumista ja hidastumista. Ikääntymisen muutokset etenevät hiljalleen. Esimerkiksi ikääntyvissä työikäisissä muutokset näkyvät hitaampana palautumisena. 55–60 ikävuoden ylittäneet tarvitsevat fyysisesti ja henkisesti kuormittavasta työstä palautuakseen pidemmät lepotauot. 75–80 ikävuoden paikkeilla hidastuminen ja haurastuminen alkavat näkyä ulkopuoliselle. (Kivelä 2009, 18.) Ihmisen hyvä mielenterveys on kokonaisuus, joten käsittelemme seuraavaksi lyhyesti ikääntyneen fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset muutokset ja niihin liittyvät toimintakyvyt.

2.1 Ikääntyneen fyysiset muutokset ja toimintakyky

Fyysinen vanheneminen on biologinen muutosten sarja, jossa eri elinten toimintakyky heikkenee (Kan & Pohjola 2012, 28). Fyysinen vanheneminen vaikuttaa tuki- ja liikuntaelimistön sekä hengitys- ja verenkiertoelimistön toimintaan, joten tärkeää toimintakyvyn osalta on, millaisia muutoksia ikääntymisen mukana kyseisissä elinjärjestelmissä tapahtuu. Fyysiseen toimintakykyyn vaikuttavat myös aistitoiminnoissa ja tasapainossa esiintyvät muutokset. Kun elimistö vanhenee, se kuivuu ja kuihtuu, mutta toisaalta myös rasvoittuu. (Kelo, Launiemi, Takaluoma & Tiittanen 2015, 12.) Fyysinen vanheneminen ja siinä tapahtuvat muutokset ovat yksilöllisiä ja ne vaikuttavat koko kehoon. Siihen vaikuttavat perimä, elinympäristö ja elämäntavat. (Kan & Pohjola 2012, 28.)

Ihmisen vanhetessa fyysiset muutokset ovat siis vääjäämättömiä, mutta voimme itse vaikuttaa siihen, kuinka nopeasti ne etenevät. Fyysiseen ikääntymiseen liittyvien muutosten tietäminen ja niiden tuomien tunteiden pohtiminen edistävät mahdollisuutta tasapainoiseen sekä onnistuneeseen ikääntymiseen. (Kivelä 2009, 14.) Selviytyminen erilaisista päivittäisistä toiminnoista vaatii yleensä fyysistä toimintakykyä, mutta erilaisten asioiden hoitaminen, kuten pankkiasioista huolehtiminen ja kaupassa käynti, vaativat huomattavasti myös psyykkistä sekä sosiaalista toimintakykyä. (Kelo ym. 2015, 28.)

2.2 Ikääntyneen psyykkiset muutokset ja toimintakyky

Psyykinen toimintakyky tarkoittaa kykyä vastaanottaa ja käsitellä tietoa sekä kykyä tuntea ja kokea ympärillä oleva maailma. Se voidaan myös määrittää kyvyksi, jonka avulla suoriudutaan erilaisista henkistä ponnistelua ja älyä vaativista tehtävistä. Ihminen, joka on psyykkisesti toimintakykyinen, pystyy laatimaan elämälleen suunnitelmia ja tekemään vastuullisia sekä tietoisia ratkaisuja ja valintoja. (Kelo ym. 2015, 28–29.)

Ajattelemisen, muistamisen, havaitsemisen ja oppimisen ovat kognitiivisia eli älyllisiä toimintoja. Vaikka ennen ajateltiin kognitiivisten taitojen heikkenevän iän myötä, uudet tutkimustulokset ovat muuttaneet näkemyksiä. Korkea ikä ei vaikuta kognitiivisiin muutoksiin niin paljon kuin on luultu eikä vanheneminen ole ainoa syy kykyjen muutokselle. Ihmisen fyysisillä ja psyykkisillä toiminnoilla on tiivis yhteys. Esimerkiksi jos vaikea sairaus rasittaa ihmistä, usein silloin myös hänen psyykinen toimintakykynsä heikkenee. Erityisesti aivosairaudet sekä sydän- ja verisuonisairaudet heikentävät psyykkistä toimintakykyä. On myös päinvastainen vaikutussuunta, jolloin vaikea masennus saattaa johtaa fyysisen kunnon heikkenemiseen. (Kan & Pohjola 2012, 14.)

On tutkittu, että joustava älykkyys, jolla tarkoitetaan yleistä ongelmaratkaisu- ja tiedonkäsittelykykyä, heikkenee ikääntyessä. Samaan aikaan kuitenkin kiteytynyt älykkyys paranee. Kiteytyneellä älykkyydellä tarkoitetaan iän myötä kertynyttä tietoa. (Kelo ym. 2015, 29.) Jokapäiväisessä elämässä käytettävät kyvyt, koulutus ja elämäntavat vaikuttavat eroihin älykkyystesteissä. Eri-ikäisten erot eivät ole niin suuria kuin yksilöiden väliset erot. Tutkimukset ovat osoittaneet, että useat taidot ja kyvyt voivat vielä kehittyä vanhuusiässä. Ainakin osa älykkyydessä tapahtuvista ikämuutoksista johtuu ennemmin kykyjen vähäisestä käytöstä kuin vanhenemisestä. Vanhetessa muistiin ja oppimiseen liittyviä muutoksia ovat niiden hidastuminen, joka johtuu keskushermoston toiminnan hidastumisesta. (Kan & Pohjola 2012, 14–16.) Uutta oppiakseen ikääntynyt tarvitsee ymmärryksen kokonaisuudesta (Kelo ym. 2015, 29). Eri sairaudet, elämäntavat ja motivaatio vaikuttavat muistiin. Muistihäiriöt eivät kuulu tavalliseen vanhenemiseen, yleensä niiden syynä on dementia tai jokin muu sairaus. (Kan & Pohjola 2012, 15–16.)

2.3 Ikääntyneen sosiaaliset muutokset ja toimintakyky

Sosiaalinen vanheneminen tarkoittaa usein sitä, että ihmisen asema muuttuu yhteiskunnassa. Yleisesti puhutaan sosiaalisesta toimintakyvystä. (Kan & Pohjola 2012, 19.) Sosiaalinen toimintakyky on yhden määritelmän mukaan sitä, että tulee toimeen yhteiskunnan laatimien arvojen ja normien mukaisesti. Toisaalta sosiaalinen toimintakyky on suoriutumista arkipäivän rutiineista, vuorovaikutussuhteista ja erilaisista rooleista omassa toimintaympäristössä. Muissa määritelmissä korostetaan yksilön voimavaroja, rooleja tai sosiaalisia ja yhteiskunnallisia taitoja. (Kelo ym. 2015, 30.)

Viime vuosina on painotettu käsitettä aktiivinen vanheneminen, jolloin pyritään keskittymään siihen, että ikääntynyt olisi aktiivinen toimija. Siinä pyritään passivoitumisen ja tavoitteellisen toiminnan hylkäämisen sijaan säilyttämään ikääntyneen ihmisen fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen aktiivisuus. Aktiivisella vanhenemisellä on positiivisia vaikutuksia niin yksilötasolla kuin yhteiskunnallisellakin tasolla. Sosiaalinen aktiivisuus on yhdessä ystävien kanssa olemista ja myös osallistumista erilaisiin sosiaalisiin tapahtumiin ja toimintoihin. On kuitenkin hyvä toisaalta muistaa, että sosiaalisuus ei ole kaikille ihmisille ominaista. (Kan & Pohjola 2012, 20.)

Yhtenä hyvän elämänlaadun perustana pidetään hallinnan tunnetta ja sen ylläpitoa. Ihmisen ikääntyessä hallinnan tunteen tärkeys elämänlaadulle pysyy muuttumattomana. Tätä voidaan pitää yllä tarvitsevyyden sekä sosiaalisten suhteiden avulla. Kun ikääntynyt pystyy käsittelemään hyvin elämänmuutoksia,

on hänellä resursseja käsitellä ikääntymisen mukana tuomia elämänmuutoksia sekä erilaisia kriisitilanteita. Tärkeää olisi, hyvän elämänlaadun ylläpitämiseksi, että ikääntynyt ihminen erilaisista rajoituksistaan huolimatta tuntisi olevansa täysivaltainen kansalainen. (Kan & Pohjola 2012, 21.)

Kaikki ihmiset tarvitsevat sosiaalista tukea. Sillä tarkoitetaan lähimmäisten antamaa hyväksyntää, arvostusta ja rakkautta. Sosiaalinen tuki on myös empatiaa ja emotionaalista ystävyyttä, mutta se voi olla myös konkreettista avunantoa ja huolenpitoa. Tällöin sosiaalista tukea kutsutaan sosiaaliseksi pääomaksi. Se miten sosiaalista tukea saa ja vastaanottaa, vaikuttaa siihen millaisia selviytymistapoja ikääntynyt hyödyntää ja kuinka hän selviytyy. Sillä on merkitystä, onko apua saatavilla sitä tarvittaessa. Useimmiten tuki syntyy sellaisen verkoston kautta, missä ihmisellä on lujat suhteet esimerkiksi perheeseen, ystäviin, sukulaisiin ja naapureihin. Kun ikääntyneellä on monipuolinen sosiaalinen verkosto, on hänellä todennäköisesti toimivia suhteita sekä mahdollisuus tuen saamiseen. Sosiaalinen pääoma siis kehittyy luottamuksesta, lojaalisuudesta sekä keskinäisestä tuesta. (Kan & Pohjola 2012, 23.)

Sosiaalinen syrjäytyminen merkitsee sitä, että ihminen heittäytyy syrjään yhteiskunnallisesta elämästä, niistä seuraa ihmisen vieraantuminen yhteisöstään sekä muista ihmisistä. Ikääntyneistä ihmisistä puhuttaessa voidaan myös puhua syrjäyttämisestä. Syrjäytymisen syitä ovat esimerkiksi oma tai puolison sairastuminen, joka usein johtaa siihen, että elinpiiri ja elinympäristö kapenee. Muita syrjäytymisen syitä voivat olla puolison kuolema, huono taloudellinen tilanne tai ikääntyvien maahanmuuttajien kielitaidottomuuteen liittyvät ongelmat. (Kan & Pohjola 2012, 26–27.)

Yksinäisyys on iso ongelma suomalaisten ikääntyvien ihmisten keskuudessa. Yksinäisyydestä kärsii noin puolet 75 ikävuoden ylittäneistä. Yleistä vanhemmissa ikäluokissa on yksin asuminen, yksinäisyyden tunne ja harvemmat yhteydet saman ikäisiin tai ettei yhteyksiä ole lainkaan. Yksinäisyys voi johtua puolison kuolemasta, alentuneesta terveydentilasta ja toimintakyvystä, lähiomaisten ja ystävien puutteesta tai siitä, että mielekkyys elämästä on saattanut hävitä. On kuitenkin tärkeää tehdä ero yksinäisyyden tunteesta ja yksinolosta. Jos ihminen on yksin, hän ei välttämättä kärsi yksinäisyydestä. Toisaalta vaikka ikääntynyt ihminen eläisi hyvinkin sosiaalisessa ympäristössä, voi hän tuntea itsensä ulkopuoliseksi ja yksinäiseksi. (Kan & Pohjola 2012, 27.)

Sosiaalisen toimintakyvyn arviointi voidaan tehdä esimerkiksi tutkimushaastatteluna, lomakehaastatteluna tai havainnoimalla. Erilaisia kyselyjä ja haastatteluja tehdään esimerkiksi palvelutarpeiden arvioinnissa. Havainnointia pystytään tekemään lähinnä laitoksissa. Kunnallisia palveluja, joihin kuuluisi liittyä

sosiaalinen toimintakyvyn arviointi, ovat esimerkiksi kotisairaanhoido, palveluasuminen, terveyskeskuk-
sen vuodeosasto. (Kelo ym. 2015, 30.) Aktiivisen auttamisen pitäisi käynnistyä, kun hoitohenkilökun-
nalla herää huoli ikääntyneen elämäntilanteesta. Huoli voi nousta esimerkiksi ikääntyneen ulkoisen ole-
muksen, elämänhallinnan tai taloudellisen tilanteen perusteella. Huoli voi myös liittyä ikääntyneen
perhe- ja parisuhteisiin, yksinäisyyteen tai turvattomuuden tunteeseen. Luottamuksellisen suhteen luo-
minen ikääntyneeseen on tärkeää, koska usein tilanteet ovat arkaluonteisia. Tärkeää on tukiverkoston
kartoittaminen. Hoitohenkilökunnan vastuulla on, että ikääntyneen ihmisen ääntä kuullaan ja hänen ti-
lanteensa kartoitetaan kokonaisvaltaisesti. (Kan & Pohjola 2012, 27.)

pitkään jatkunut psyykinen kuormitus, sosiaalisen tuen puuttuminen ja negatiivinen suhtautuminen elämään. Yksinäisyys tai menetykset eivät sinänsä aiheuta mielenterveysongelmia, mutta ne voivat olla laukaisevia tekijöitä tai ne voivat ylläpitää pitkäaikaista stressiä. (Saarenheimo 2013, 375–376.) Ikääntyvillä on samoja mielenterveysongelmia kuin keski-ikäisillä, mutta niiden lisäksi ikääntyvillä esiintyy usein somaattisiin sairauksiin liittyviä psyykkisiä häiriöitä. Tästä syystä ikääntyneen psyykkisen tilan selvittely vaatii myös aina somaattisen tilan selvittämisen sekä elämäntilanteen arvioinnin. Ennuste iäkkäiden mielenterveyshäiriöiden asianmukaisessa hoidossa on yleensä yhtä hyvä kuin nuoremmillakin. (Koponen & Leinonen 2014, 681.)

Ihmisen mielenterveys on kokonaisuus, joka koostuu toimintakyvystä, taitojen ja tietojen tilasta, aistitoiminnoista, mielialasta ja terveydentilasta (Kan & Pohjola 2012, 240). Mielenterveys ei muuta iän karttuessa merkitystään. Tärkeänä osana iäkkäiden palvelujärjestelmään kuuluu psyykkisten häiriöiden hoito asianmukaisesti. On arvioitu, että lähivuosina ikääntyneiden mielenterveysongelmaisten määrä kaksinkertaistuu. Tähän arvioon ei ole luettu mukaan muistisairaita. (Saarela 2012, 65.)

3.1 Ikääntyneiden yleisimmät mielenterveyshäiriöt ja niiden hoitaminen

Yleisimmät mielenterveyshäiriöt ikääntyneillä ovat masennus, ahdistuneisuushäiriöt, harhaluuloisuushäiriöt, persoonallisuushäiriöt, psykoosi ja skitsofrenia (Kan & Pohjola 2012, 229). Myös alkoholin ongelmakäytöllä on vahvat yhteydet mielenterveysongelmiin. Ilmenemismuotoja ovat esimerkiksi masennus, mielialan vaihtelut ja sekavuus. (Koponen & Leinonen 2014, 695.) Olemme tässä luvussa myös käsitelleet ikääntyneiden deliriumia eli sekavuustilaa. Olemme rajanneet pois opinnäytetyöstä ikääntyneiden muistisairaudet. On kuitenkin hyvä muistaa, kuten Leinonen ja Alanen (2011, 371) artikkelissaan toteavat, että lähes kaikilla muistisairailta esiintyy psyykkisiä ongelmia jossain vaiheessa sairautta.

Masennus on ikääntyneiden yleisin mielenterveyshäiriö (Koponen & Leinonen 2014, 686). Masennus on tila, jossa toimeliaisuus ja tarmo puuttuvat. Mielihyvän, elämänilon ja mielenkiinnon tunteet heikkenevät sekä toimintakyky laskee. Myös yleiskunto laskee ja yleinen toimintakyky heikkenee ruokahaluttomuuden ja unihäiriöiden vuoksi. (Santala & Juva 2011, 321.)

Arviolta 12–15 % yli 65-vuotiaista sairastaa masennusta, joka vaatisi hoitoa. Masennus pahentaa lähes jokaista sairautta. Usein ikääntyneet masennuspotilaat hakeutuvat hoitoon valitellen jotain somaattista sairautta, johon heillä saattaa olla jo lääkitys. Masennus saattaa tällöin jäädä havaitsematta ja heikentää

useimmiten muista sairauksista parantumista. (Hietaharju & Nuutila 2016, 175.) Samanaikainen fyysinen sairaus ja alentunut toimintakyky vaikeuttavat masennuksen tunnistamista (Kan & Pohjola 2012, 234). Masennuksesta kärsivän ikääntyneen elämänlaatu heikkenee, mikä tuo kärsimystä niin potilaalle kuin hänen läheisilleen. Kun masennusta ei hoideta, se lisää terveydenhuollon kustannuksia ja hoitohenkilökunta kokee turhautumista, koska ikääntynyttä ei tunnu auttavan mikään. (Hietaharju & Nuutila 2016, 176.)

Ikääntynyt ei aina itsekään tunnista, että kärsii masennuksesta, vaan hän saattaa kokea jatkuvasti väsymystä ja pahaa oloa. Oireet voivat ilmetä myös epäluulona ja harhaluulona läheisiä kohtaan. Isona riskiryhmänä voidaan pitää yksinäisiä ja fyysisesti sairaita sekä leskeksi jääneitä ikääntyneitä. Masentunut iäkäs voi kokea vointinsa uupuneeksi ja väsyneeksi. Myös itseluottamus ja itsetunto heikkenevät tuolloin, eikä tulevaisuudessa nähdä mitään positiivista. Pahimmassa tapauksessa voi myös tulla itsetuhoisia ajatuksia. (Kan & Pohjola 2012, 234.) Masennuksessa ikääntyneiden itsemurhat ovat erityisen yleisiä. Verrattuna nuorten itsemurhavaaraan yli 75-vuotiaiden naisten itsemurhavaara on yli kolminkertainen ja miesten yli kaksinkertainen. (Leinonen & Alanen 2011, 371.) Ikääntyneen masennuksen oirekuva voi muistuttaa muistisairautta, vaikka se ei olisikaan dementoivaa sairautta (Leinonen & Koponen 2010, 159). Vale- eli pseudodementia on tila, joka vakavassa masennuksessa muistuttaa dementiaa. Usein tilanne korjaantuu asianmukaisella masennuslääkityksellä. (Huttunen 2014.) Lähes poikkeuksitta tällainen oire ilmenee vain iäkkäämmillä masennuspotilailla. Tällainen muistihäiriö alkaa usein yllättäen ja etenee nopeasti. (Leinonen & Koponen 2010, 159–160.)

Yleensä ikääntyneiden masennuksen arviointi ja hoito on samanlaista kuin nuoremmillakin. Ikääntyneiden masennuksessa on huomioitava heidän somaattiset sairautensa ja lääkkeiden aiheuttamat yhteisvaikutukset sekä haitat, jotka korostuvat ikääntymisen myötä. Useimmilla masennuslääkitys helpottaa mielialaa. (Hietaharju & Nuutila 2016, 180–181.) Toisaalta Saarenheimo (2013, 378) toteaa, että masennuksen lääkehoidon vaikutus on osoitettu varsin heikoksi. Usein psykoterapialla on lähes yhtä hyvä tai jopa parempi kuntouttava tulos kuin lääkehoidolla, mutta ikääntyneiden on vaikeampi päästä psykoterapiaan kuin nuorempien. Psykologisia hoitomuotoja suositellaan lievän ja keskivaikean masennuksen hoitoon. (Rolfner-Suvanto 2015, 28.)

Ahdistuneisuus on tunne, jolla tarkoitetaan levottomuutta, sisäistä jännitystä, paniikin tai kauhun tunnetta. Ahdistuneisuus voidaan usein luokitella peloksi ilman todellista ulkoista vaaraa. Lievä ahdistuneisuus ja pelko ovat normaaleja arkipäivän tunnetiloja. Ahdistuneisuushäiriöstä mielenterveys-ongelmana voidaan puhua silloin, kun ahdistuneisuus on pitkäkestoista, voimakasta ja se rajoittaa psyykkistä ja

sosiaalista toimintakykyä. (Isometsä 2014, 288.) Ahdistuneisuusoireet voivat liittyä masennukseen tai alkavaan muistisairauteen. Ikääntyneillä ahdistuneisuusoireet ovat yleisiä, niitä on noin 15 %:lla yli 65 vuotta täyttäneistä. Ahdistusta voi lisätä taloudellinen ahdinko, liikuntakyvyn muutokset, läheisen menettäminen ja eri sairaudet kuten, sydän- ja verisuonisairaudet tai anemia, sekä jotkin lääkkeaineet. (Hietaharju & Nuutila 2016, 182.)

Ahdistuneisuushäiriöön liittyvien oireiden tunnistaminen ikääntyneillä voi olla haastavaa, koska usein ne ilmenevät ruumiillisina oireina, kuten rintakipuna. Jos oireille ei löydy somaattista syytä, on ikääntyneille järjestettävä psyykkistä apua ja tukea sekä aloitettava mahdollinen lääkehoito ahdistuneisuuteen. Pelot, unihäiriöt, itkuherkkyys, masennus, kokemus yksinäisyydestä sekä sosiaalisista tilanteista vetäytyminen liittyvät ahdistuneisuushäiriöihin. Erityisesti ikääntyneillä miehillä on suuri itsemurhavaara, joka tulee muistaa esimerkiksi ikääntyneen kotiuttamistilanteessa. Ahdistuneisuushäiriössä, kuten muissakin mielenterveysongelmissa, hoitajan tulee pitää mielessä jatkuva potilaan riskien arviointi. Omaisten ja läheisten kanssa on keskusteltava itsemurhavaarasta ja vihjeet asiaan liittyen on syytä ottaa puheeksi. (Hietaharju & Nuutila 2016,182.)

Usein ahdistuneisuushäiriön hoitoon käytetään rauhoittavia ja tuskaisuutta lievittäviä lääkkeitä. Näiden lääkkeiden pitkäaikaiskäyttöä pyritään välttämään, koska ne voivat aiheuttaa riippuvuutta ja masennusta. Nykyään ahdistuneisuushäiriön hoitoon käytetään yhä enemmän myös mielialalääkkeitä. Mielialalääkkeiden tarkoituksena on pitkällä aikavälillä vähentää ahdistuneisuuden tunnetta ja rauhoittavien lääkkeiden käyttöä. (Hietaharju & Nuutila 2016, 34.) Ikääntyneen lääkehoidossa on otettava huomioon lääke-metabolian hidastuminen, jonka syynä on maksan kutistuminen ja sen läpi kulkevan verenvirtauksen pieneneminen. Ikääntyneitä koskevia tutkimuksia psykodynaamisen ja kognitiivisen psykoterapian vaikutuksesta on tehty niukasti. On kuitenkin osoitettu, että kognitiivinen psykoterapia on tehokasta ikääntyneiden ahdistuksen hoidossa. (Koponen & Leinonen 2014, 683–635.)

Harhaluuloisuushäiriön puhkeamista edeltää yleensä epäedulliset sosiaaliset suhteet, eristäytynyt persoonallisuus tai epäluuloisuus. Muita syitä harhaluuloisuuteen voi olla maahanmuuttotausta, lähisuvun psyykkiset häiriöt ja aistivajeet, kuten heikkonäköisyys tai huonokuuloisuus. Ikääntyneillä harhaluuloisuushäiriötä esiintyy hieman enemmän naisilla kuin miehillä. Usein harhaluuloisuushäiriön puhkeamista edeltää noin 1–2 vuoden kestävä esioireisto, jolloin ikääntynyt muuttuu eristäytyneemmäksi ja epäluuloisemmaksi. Oireiston perusteella harhaluuloisuushäiriöt voidaan jakaa alaluokkiin. Kapea-alainen oireisto voi alkaa jo keski-ikäisenä, ja se laajentuu ikääntymisen myötä. Ikääntyneet yleensä säilyttävät toimintakykynsä, paitsi harhaluulojen hallitsemalla osa-alueella. (Koponen & Leinonen 2014,

692.) Harhaluulohäiriöinen ikääntynyt on usein tarkkaavainen ja korostuneen valpas, ja hän tulkitsee ympäristöstä saamiaan viestejä epärealistisesti. Vanhuuden psykooseista yleisin on harhaluuloisuus-häiriö. Mustasukkaisuus-, myrkyttämisen- ja varastamisparanoiat ovat tyypillisimpiä piirteitä harhaluuloisuus-häiriöille. Muistisairauksien edetessä voi esiintyä psykoottisia oireita ja erilaisia harhoja. Ne eroavat kuitenkin psyykkisistä sairauksista. (Hietaharju & Nuutila 2016, 184–186.)

Harhaluuloisuus-häiriöstä kärsivän ikääntyneen hoito on haastavaa. Usein hoito alkaa vasta sitten, kun jokin tilanne kärjistyy niin, että harhaluuloisuuden kohteena ollut ihminen väsyä tilanteeseen. Ikääntyneelle havainnot ovat todellisia. Hoitajan ei kannata yrittää kiistää tai selittää harhoja, vaan hänen tulisi olla neutraali ja kiinnittää huomio tosiasioihin. Harhaluuloisuus-häiriöihin käytetään yleisesti psykoosilääkitystä. Usein ikääntynyt ei itse koe tarvitsevansa lääkitystä. Lääkkeen eduista ja vaikutuksesta tulee kertoa rehellisesti hänelle. (Hietaharju & Nuutila 2016, 187.)

Persoonallisuus-häiriö voi ilmetä jo nuorena tai nuorella aikuisiällä. Kuitenkin rakeenteelliset aivosairaudet ja aikuisiällä kohdatut vaikeat stressitilat voivat vaikuttaa persoonallisuus-häiriön kehittymiseen. Ne ilmenevät sopeutumista häiritsevinä, pitkäkestoisina henkilön itsensä sekä ympäristönsä ja niiden välisen asioiden jäsentämistapoina. Sen vuoksi persoonallisuus-häiriöt vaikuttavat toimintakykyyn alentavasti ja kuormittavat ihmissuhteita. Persoonallisuus-häiriö on käyttäytymis- ja kokemustapa, joka on selvästi erilainen kuin ympäröivä kulttuuri. Se ilmenee mielialan säätelyn, impulssikontrollin, vuorovaikutuskyvyn ja kognition alueella. (Koponen & Leinonen 2014, 694–695.) Jo nuorena alkanut persoonallisuus-häiriö voi hankaloittaa elämää aikuisikään asti, ikääntymisen myötä osa oireenmuodostuksesta voi ikään kuin sammua. Kuitenkin on ihmisiä, joiden joustamattomuus ja persoonallisuus voivat korostua iän myötä. Epäluuloisen persoonallisuuden suurempi esiintyvyys voi johtua ikääntymisestä tai kuulon ja näön heikkenemisestä. Noin 30 %:lla krooniseen masennukseen sairastuneilla iäkkäillä esiintyy persoonallisuus-häiriöitä. (Hietaharju & Nuutila 2016, 187.)

Kun suunnitellaan ikääntyneen persoonallisuus-häiriöisen hoitoa, tulee ottaa huomioon potilaan muiden psyykkisten oireyhtymien ja somaattisten sairauksien hoidon tarve. Tärkeää on hyödyntää myös ikääntyneen läheisten tarjoama tuki. Ikääntyneen persoonallisuus-häiriöisen hoitomuodot ovat samoja kuin nuorilla ja keski-ikäisillä. Niiden suunnittelussa tulee huomioida todellisuuden mukainen tavoitteiden asettelu sekä vuorovaikutuksessa että lääkehoidossa. (Koponen & Leinonen 2014, 695.) Hoitotyössä usein uuvuttavat ristiriidat ja vaikeudet koetaan ikääntyneen kanssa hankalaksi. Usein tilanne jää ärtyneeseen ja potilasta syyttelevään asenteeseen kiinni, jolloin tulisi havahtua analysoimaan tilannetta ja

ongelmaa. Jos kyseessä on ikääntynyt, jolla on varmasti diagnosoitu persoonallisuushäiriö, on korostuneisiin oireisiin ja käyttäytymiseen etsittävä ratkaisua hoitoyhteisön tilanteesta ja sen muutoksista. On muistettava, että jatkuvat muutokset organisaatiossa, henkilökunnan vaihtuminen ja totuttujen tapojen muutokset heijastuvat usein myös hoidettaviin sekä lisäävät oireilua turvattomuuden tunteesta. Uusien muutosten nopeat aikataulut ja uusien käytänteiden tuominen työhön voivat aiheuttaa työyhteisön kaoksen ja hoitajien uupumuksen sekä ahdistuksen hoidettaville. (Hietaharju & Nuutila 2016, 188.)

Skitsofrenia puhkeaa yleensä nuorena tai nuorelle keski-ikäiselle, mutta joskus se voi alkaa myös vanhuusiässä. Ikääntymisen myötä skitsofrenian oireet voivat lieventyä, mikä näkyy sairauden uusiutumisen riskin vähenemisenä, psykoottisten oireiden lievittymisenä ja parempana psykososiaalisena toimintakykynä. (Koponen & Leinonen 2014, 691.) Taudin syynä pidetään ympäristö- ja perintötekijöiden yhteisvaikutusta. Skitsofreniaan sairastuneen persoonallisuus hajoaa vaikeasti. Tämän lisäksi sekä toimintakyky että todellisuudentaju heikkenevät ja sosiaaliset suhteet vähenevät. Skitsofrenisissä psykooseissa oireet korostuvat ja alkavat hallita ihmisen elämää täysin. Ikääntyneimmissä ikäryhmissä lähes 90 % sairastuneista on naisia. Kun potilas on psykoosissa, hän ei enää erota mielikuvitusta harhoista ja hallusinaatiot muuttuvat aidoiksi aistihavainnoiksi. Kun skitsofrenia puhkeaa ensimmäistä kertaa myöhäisellä iällä, tunne-elämän latistuminen, ajatushäiriöt ja tahdottomuus ovat harvinaisia. Sen sijaan näkö-, hajua ja kosketusharhat ovat tällöin yleisempiä kuin nuoremmilla. Usein ikääntynyt olettaa, että häntä vainotaan. Hoitajan tulisi suhtautua harhoihin neutraalisti. Masennus voi liittyä oirekuvaan, joka voi alkuvaiheessa peittää muun oireilun. Usein ikääntyneelle skitsofreniapotilaalle teettää vaikeuksia kommunikointi, uuden oppiminen ja kielellinen muisti. Looginen ajattelu ja keskittymiskyky ovat myös häiriintyneet. (Kan & Pohjola 2012, 230–231.)

Ikääntyneen skitsofreniapotilaan hoitaminen on vähintään yhtä haastavaa kuin nuorempien. Ikääntymisen myötä korostuvat somaattiset sairaudet sekä päivittäisten toimintojen häiriöt. Myös muita psykiatrisia häiriöitä voi esiintyä ikääntyneellä skitsofreniapotilaalla, kuten masennusta, joka vaikuttaa potilaan elämänlaatuun ja toimintakykyyn. (Koponen & Leinonen 2014, 691.) Ikääntynyt psykoosipotilas hoidetaan lääkkeellisin keinoin. Lisäksi hoidon yhteyteen tarvitaan psykososiaalista tukea, joka koostuu potilaan ympärillä olevista ihmisistä ja heidän antamastaan tuesta. Ikääntyneen mielenterveyspotilaan kokemusmaailmaa ja sanomaa tulisi yrittää ymmärtää, sillä se voi auttaa oireiden lievittämisessä. Tärkeää on luoda kestävä hoitosuhde, vähentää psykoottisia oireita sekä ehkäistä oireiden uusiutuminen ja ylläpitää toimintakykyä. Aina täydellinen toipuminen ei ole mahdollista, jolloin hoidon tarkoitus on lievittää oireita ja vähentää psykoosista aiheutuneita sosiaalisia haittoja. (Kan & Pohjola 2012, 230.)

Ikääntyneiden alkoholin käyttö on niin julkisissa keskusteluissa kuin terveydenhuollossa ollut viime aikoina esillä enemmän. Tietoisuus ikääntyneiden kasvaneesta alkoholin käytöstä ja siihen liittyvistä haitoista sekä palvelutarpeen lisääntymisestä on kasvanut. Edellä mainittuihin asioihin ei ole vielä käytännössä varauduttu, vaikka enenevässä määrin viime vuosina suunnitelmia on tehty. Yleisesti nähdään ikääntyneiden alkoholi-ongelman johtuvan alakuloisuudesta tai yksinäisyydestä, vaikka syitä on taustalla yhtä monta kuin on ikääntyneitäkin. (Simojoki 2016, 403–405.) Esimerkiksi työelämästä eläkkeelle jäädessä toiminallinen puute sekä ihmissuhteiden vähentyminen saattavat edesauttaa masennuksen puhkeamista. Eläkkeelle siirtyminen voi aiheuttaa tyhjiyden tunteen, ja ikääntynyt saattaa huomata, että alkoholin nauttiminen kohottaa mielialaa ja pikkuhiljaa siitä muodostuu lohduttava tapa. (Kivelä 2012, 46.) Muita syitä runsaaseen alkoholin käyttöön voi olla tekemisen puute, aika kuluu nopeammin humalassa. Ikääntyneet saattavat käyttää alkoholia ahdistuksen ja kivun lievittämiseen, sillä saatetaan hoitaa myös unettomuutta. Avun pyytämistä saattaa vaikeuttaa häpeä omasta juomisesta. Varsinkin naiset häpeävät juomistaan, ja heidän on vaikea myöntää edes itselleen. (Viljanen 2013, 197.) Ikääntyneiden alkoholi-ongelmien hoito perustuu yleisiin suosituksiin, huomioon tulee ottaa tiedossa olevat erityispiirteet ikääntyneillä. Hoitomenetelmät ovat ikääntyneillä samat ja todennäköisesti yhtä tehokkaat kuin nuoremmillekin ikäryhmille. (Simojoki 2016, 403–405.)

Delirium eli äkillinen sekavuustila voi kehittyä hyvinkin nopeasti muutamien tuntien tai päivien aikana. Noin 40–50 %:lla sekavuustilaa sairastavista on erilaisia aistiharhoja ja paranoidisia ajatuksia. Näköharhat ovat tavallisimpia aistiharhoja deliriumissa sekä muissa elimellisissä psykooseissa. (Leinonen & Koponen 2014, 692–693.) Äkillisesti alkava aivojen vajaatoiminta aiheuttaa sekavuustilan. Deliriumin voi laukaista esimerkiksi aineenvaihdunnan häiriöt, lääkkeet tai äkillinen infektio, kuten keuhkokuume, virtsatieinfektio tai ruusu. Deliriumissa tavallista on ikääntyneen heikentynyt tietoisuus ympäristöstä ja tajunnan hämärtyminen. Deliriumissa ikääntynyt ei kykene keskittämään ja ylläpitämään huomiota. Tästä johtuen voi tuntua että, hän on ajoittain tietoinen tapahtumista, mutta pian taas sekava. Deliriumin hoitokeinoina on hyvä perushoito ja nesteytys sekä hyvä ravitsemus, orientaation ylläpitäminen, rauhallinen ympäristö ja ikääntyneen rahoittaminen ja omaisten huomioiminen. (Hietaharju & Nuutila 2016, 183–184.)

3.2 Psykogeriatriksen potilaan hoidon erityispiirteitä

Eettinen hyvä hoito on huolenpitoa, jolla edistetään ikääntyneiden laadukasta elämää sekä luodaan turvallisuutta. Kulttuurimme ihanteisiin ja arvoihin kuuluu asianmukaisen hoidon järjestäminen myös yh-

teiskuntamme haavoittuvimmille ja heikoimmille jäsenille. Ikääntyneen yksilöllisiin tarpeisiin perustuvat palvelut käsittävät arvostavan ja hyvän hoidon sekä ammattitaitoisen hoitohenkilökunnan. Ikääntyneiden parissa työskenteleviltä edellytetään hyvää gerontologista tietotaitoa. Heidän on kyettävä huolehtimaan ikääntyneiden erityistarpeista ja ottamaan huomioon varsinkin erityisryhmät, kuten esimerkiksi psykogeriatriset potilaat. (Kivelä & Vaapio 2011, 21–22.)

Mielenterveysongelmista kärsivän ikääntyneen kanssa vuorovaikutus on usein tavallista haastavampaa. Joskus hoitajien puutteellisten vuorovaikutustaitojen takia hyvätkin hoitoperiaatteet saattavat jäädä ai-noastaan hyvää tarkoittaviksi ajatuksiksi. Hyvää vuorovaikutusta voi kuitenkin olla ilman erityisiä menetelmiä tai hoitotyön mallia. (Saarenheimo 2003, 127–128.) Hoitohenkilökunnalla täytyy olla hyvät vuorovaikutustaidot ja oireiden sietokyky, jotta vuorovaikutussuhde olisi luonnollinen. Ikääntyneet, jotka ovat mieleltään hauraita, aistivat helposti asenteet ja tunnelman. Luottamuksen saavuttaminen on tärkeää hoitosuhteessa, koska varsinkin pitkäaikaissairaiden aikaisemmat ihmissuhteet ovat usein rikko-naisia. Hoitohenkilökunnalla tulee olla riittävästi tietoa mielenterveyshäiriöisen sairauksista sekä koh-taamisesta ja heiltä vaaditaan erilaisuuden sietokykyä. Omassa työssä jaksamista helpottaa se, että hoi-taja ymmärtää poikkeuksellisen käyttäytymisen syitä. (Kan & Pohjola 2012, 240.)

Kun ikääntynyt mielenterveyshäiriöinen ei kykene itsenäiseen päätöksentekoon, on hoitajan tällöin käy-tettävä ammatillista päätöksentekoa. Usein hoitaja joutuu turvallisuuden takaamiseksi asettamaan rajoja ikääntyneelle. Tämä voi aiheuttaa eettistä epävarmuutta hoitajalle. Rajojen asettamista tulisi pohtia tar-kasti, jotta ammatillinen valta ei muutu alistamiseksi. Psykogeriatrisen potilaan kokonaiskuvan näkemi-nen on tärkeää, jotta somaattinen sairaus ei peity psyykkisten oireiden alle. (Kan & Pohjola 2012, 240.) Psykogeriatriset potilaat tarvitsevat yksilöllisesti sovitettua ja asianmukaista häiriökohtaista hoitoa (Saa-rela 2012, 65).

Hoitohenkilökunta kohtaa hoitotyössä ajoittain psykogeriatristen potilaiden taholta asiaankuulumatto-mia raivonpurkauksia, haukkumista ja henkilökohtaisia loukkauksia. Tällainen potilas on usein persoo-nallisuushäiriöinen tai psykoottinen ikääntynyt, jolle hoitaja esiintyy esineellistettynä kohteena tuntei-den purkamiseen. Vaikka sanat tuntuisivat ilkeiltä ja käytös loukkaisi, hoitajan on syytä muistaa, että tällainen kohtelu ei ole henkilökohtaista, ja pyrkiä neutralisoimaan se omassa mielessään. Hoitajan am-matillisuuden tulisi näkyä niin, että hänellä riittää ymmärrystä eikä hän jää tuntemaan kaunaa eikä vas-tenmielisyyttä potilasta kohtaan. (Hietaharju & Nuutila 2016, 130.) Ikääntyneiden psyykkisiä ongelmia pidetään hoitamisen näkökulmasta usein erityisen hankalina. Oirekuvan haastavuuteen liittyy somaatti-

set vaivat, diagnostiikan häilyvyys sekä oireiden moninaisuus. Hoitohenkilökunnan on pystyttävä sietämään hoitoon yhdistyvää epävarmuutta ja etsimään luovasti toisenlaisia hoitovaihtoehtoja ottaen huomioon niin fyysinen kuin psyykkinen terveys. (Saarenheimo 2013, 378.)

Perustana potilaan ammatilliseen kohtaamiseen on ihmisarvon kunnioittaminen. Hoitajan ammatillisuus, persoona ja luottamuksellisuus vaikuttavat kohtaamiseen, vuorovaikutuksen kehittymiseen ja sen onnistumiseen. Hoitava kohtaaminen on asennoitumista ammatillisesti ja hoidollisesti mielenterveysongelmaiseen potilaaseen. Hoitajan ja potilaan yhteistyösuhteen tulee olla tasa-arvoinen, ja hoitajan tulee osoittaa potilasta kohtaan aitoa kiinnostusta. Potilas, joka tarvitsee huolenpitoa ja tukemista on aina kohtaamisen ja hoitamisen lähtökohtana. (Hietaharju & Nuutila 2016, 102.) Hoitajien keinot kohdata psykogeriatrinen potilas ovat puutteellisia (Irvine, Billow, Eberhage, Seeley, McMahon & Bourgeois 2012, 181; Kivelä & Koistinen 2010, 593–598). Osastoilla, joilla hoidetaan psykogeriatrisia potilaita, on aggressiivisen ja arvaamattoman käytöksen uhka yleistä (Louhela & Saarinen 2006, 71). Nämä uhkaavat tilanteet lisäävät riskiä kemialliseen rajoittamiseen, joka tarkoittaa sellaista lääkkeiden käyttöä, jolla ei ole lääketieteellisiä hoitoperusteita. Akuuttiosastojen henkilökunta perustelee psyykelääkkeiden käyttöä esimerkiksi henkilökunnan vähäisellä määrällä ja tarpeella suojata muita potilaita tai henkilökuntaa. (Kivelä & Koistinen 2010, 593.) Aggressiivista käyttäytymistä kohdataan hoitotyössä vähemmän, jos hoitohenkilökunnalla on psyykkisistä sairauksista tarpeeksi tietoa ja koulutusta (Kan & Pohjola 2012, 240).

Osastoilla, joilla hoidetaan psykogeriatrisia potilaita, hoitajien tiedot sekä psykiatrisesta että geriatrisesta hoidosta ovat kohtalaisen heikkoja. Osa hoitohenkilökunnasta ja hoitoalan opiskelijoista kohtaa kaikki psykogeriatriset potilaat yhtenäisenä ryhmänä, joihin he kohdistavat mielenterveyspotilaisiin yleisesti liitetyt kielteiset kuvitelmat ja uskomukset. Tästäkin syystä hoitohenkilökunta voi olla huonosti valmistautunut, kun se kohtaa haasteellisesti käyttäytyviä ikääntyneitä. Tietojen puute ja kielteiset asenteet psykogeriatrista potilasta kohtaan on myös nähtävissä, kun esimiehen tulisi puuttua haasteelliseen käyttäytymiseen ja tätä kautta ohjeistaa hoitohenkilökuntaa toimimaan tilanteissa oikein. Hoitokäytänteitä on ryhdytty muuttamaan potilaslähtöisemmäksi, mutta muutos on kuitenkin hidasta. (Irvine ym. 2012, 181–182.)

Hoitohenkilökunnalle kohdistetuilla koulutuksilla voidaan saada aikaan myönteisiä vaikutuksia työyhteisön työhyvinvointiin ja tietotaitoon. Koulutuksilla on voitu muuttaa hoitohenkilökunnan asenteita psykogeriatrisia potilaita kohtaan positiivisempaan suuntaan. Ylimielinen asenne ja negatiiviset mielikuvat psykogeriatrista potilasta kohtaan ovat muuttuneet ymmärtäväisemmiksi. (Irvine ym. 2012, 191.)

Hoitohenkilökunta tarvitsee kykyä tunnistaa sekä ikääntyneiden elämänhistorialliset ja kulttuurilliset taustat että osata ottaa huomioon nämä seikat vuorovaikutuksessa ja auttamistyössä. On arvioitu, että ikääntyneiden mielenterveyspalvelut ovat heikoimmin resursoitu asiakasryhmä. Taustalla on monia eri tekijöitä. Yhtenä syynä voi olla jopa ammattilaisten keskuudessa vallitseva väärinkäsitys, jonka mukaan masennus kuuluu luonnollisena osana ikääntymiseen, eikä se sen vuoksi edellyttäisi ikääntyneille aktiivista hoitoa, kuten nuorten ja työikäisten mielialaongelmiin. Myös nämä asenteet voivat vaikuttaa ikääntyneiden kykyyn hakea apua psyykkisiin ongelmiin. Lääkäreiden ja muun hoitohenkilökunnan puutteellinen osaaminen perusterveydenhuollossa voi olla syy ikääntyneiden psyykkisten sairauksien huomauttamatta jäämiseen. (Saarenheimo 2013, 378.)

Nykyisin mielenterveystyön tulisi olla yksilöllisesti räätälöityä hoitoa, jossa pyritään yhdistämään lääkkeellisen ja psykososiaalisen hoidon parhaat puolet. Kuitenkin selvästi yleisin hoitokäytäntö psykogeriatrisen potilaan hoidossa on lääkkeellinen hoito. (Saarenheimo 2013, 378.) Sosiaali- ja terveysalalla moniammatillista yhteistyötä toteutetaan kaikenlaisissa tilanteissa, niin johtamistyössä kuin potilaan hoitamisessa. Tavoitteena moniammatillisessa yhteistyössä on päätyä useiden eri asiantuntijoiden kanssa parhaaseen toimivaan ratkaisuun potilastyön hyväksi ja sen kehittämiseksi. Sosiaali- ja terveysala kehittyy koko ajan, ja silloin myös vaaditaan, että työskentelytapojen on muututtava. Kun moniammatillinen yhteistyö toimii hyvin, uusiutuviin ja muuttuviin tilanteisiin voidaan vastata paremmin. Moniammatillisella yhteistyöllä pystytään parantamaan potilaan hoidon laatua, välttämään hoidon päällekkäisyyksiä ja vähentämään kustannuksia. (Eloranta & Kuusela 2011, 4–5.)

Kun ikääntynyt sairastuu, omaisten merkitys korostuu hänen hyvinvoinnissaan. Hoitohenkilökunnan tulisi huomioida, että ikääntyneen terveyden ja toimintakyvyn lasku vaikuttaa myös omaisten hyvinvointiin. Toimivaa yhteistyötä edistää omaisten aktiivisuus. Kun omainen tietää realistisesti ikääntyneen sairauksista ja niiden hoidosta, vähentää se mahdollisia ristiriitoja omaisten ja hoitajien välillä. Omaisten osallistuminen yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa ikääntyneen hoidon suunnitteluun ja hoitopäätöksiin on yhteistyön edistämisen keinoja. (Kivelä & Vaapio 2011, 152.)

3.3 Terveyskeskuksen vuodeosasto

Potilaiden perusterveydenhuollon akuuttihoitosta, toimintakyvyn kartoittamisesta, erikoissairaanhoidon jälkeisestä hoidosta ja kuntoutuksesta vastaa terveyskeskuksen vuodeosasto. Lääketieteellisin perustein voidaan vuodeosastoilla järjestää myös lyhytaikaista vuoroa. Yleensä hoitoon vuodeosastolle tullaan lääkärin läheteellä. Hoidossa otetaan huomioon asiakkaan tarpeet, ja tämä toteutuu yksilöllisen

hoitosuunnitelman mukaisesti. Asiakkaan toimintakykyä pyritään tukemaan ja ylläpitämään kuntouttavan työotteen avulla. Hoidossa on mukana moniammatillinen tiimi, joka kattaa potilaan, omaiset sekä kotihoidon että erikoisairaanhoidon. (Peruspalveluliikelaitos Jyväskylä, Kiuru 2016.)

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen tilastoraportin (2012, 1–4) mukaan vuonna 2010 terveyskeskuksen vuodeosastoilla hoidettiin 150 000 potilasta. Potilaista noin 17 000 henkilöä oli hoidettavana yli kolme kuukautta. Hoitoaika oli yleensä 25 päivää, mutta keskimääräinen hoitoaika yli 75-vuotiailla oli noin 30 päivää. Kaikista 151 129:stä terveyskeskuksen vuodeosastolla hoidetusta potilaasta oli 15–64-vuotiaita 21 %, 65–74-vuotiaita 17 % ja yli 75-vuotiaita 63 %. Vain yksittäisiä alle 15-vuotiaita potilaita hoidettiin terveyskeskuksen vuodeosastolla. Suurimpia päädiagnoosiryhmiä terveyskeskuksen vuodeosastolla hoidetuista ovat verenkiertoelinten sairaudet ja psykiatriset sairaudet. Lähes puolet hoitopäivistä kuluttavat nämä diagnoosiryhmät. Kaikkien diagnoosiryhmien hoitopäivät ja hoitajaksot ovat keskimäärin laskeneet. Vaikka psykiatristen sairauksien päivät ovat vähentyneet eniten, pitkät hoitajaksot korostuvat psykiatrisissa sairauksissa.

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata hoitajien kokemuksia psykiatrisen potilaan hoitotyöstä vuodeosastolla. Tavoitteena oli kartoittaa hoitohenkilökunnan kokemuksia sekä miten psykiatrisen potilaan hoitotyötä voidaan kehittää vuodeosastolla.

1. Millaisia kokemuksia hoitajilla on psykiatrisen potilaan hoitotyöstä vuodeosastolla?
2. Millaisin keinoin psykiatrisen potilaan hoitotyötä voidaan kehittää vuodeosastolla?

5 TUTKIMUSMENETELMÄ, AINEISTONKERUU JA ANALYYSI

Tässä luvussa kuvaamme tutkimuksessa käytetyn metodin, aineistonkeruutavan sekä analyysimenetelmän. Tutkimuksessamme on käytetty kvalitatiivista lähestymistapaa. Tutkimus suoritettiin teemahaastatteluna ja analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

5.1 Kvalitatiivinen tutkimus

Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa pyritään harkinnanvaraiseen otokseen. Otoksessa on sellaisia henkilöitä, jotka edustavat mahdollisimman hyvin ja monipuolisesti tutkittavaa ilmiötä. Usein laadullisessa tutkimuksessa käytetäänkin otoksen sijaan käsitettä näyte. Laadulliseen tutkimukseen osallistujien valintaperusteena on, että henkilöillä on paljon tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Laadullista tutkimusta käytetään, kun kuvataan tutkimusalueita, joista ei ole vielä tietoa. Myös jos tutkimusalueeseen halutaan uutta näkökulmaa tai epäillään käsitteitä, teoriaa, tutkimustuloksia, vakiintunutta tai aikaisemmin käytettyä menetelmää, käytetään laadullista tutkimusmenetelmää. Menetelmän valinnan perusteena voi olla myös se, jos tutkitaan asiaa ymmärtämisen näkökulmasta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 66–68, 110.)

Kun on selvillä, millaista tietoa halutaan tavoitella ja mikä on teoreettinen tavoite tutkimuksessa, määrittävät kyseiset kysymykset, mikä tutkimusmenetelmä valitaan. Onkin ensiarvoisen tärkeää tutkimuksen kannalta, että valitaan sopivin menetelmä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 66.) Valitsimme kyseisen tutkimusmenetelmän, koska koimme tällä menetelmällä saavamme rikasta ja yksityiskohtaista tietoa tutkittavasta aiheesta eli siitä, millaisia kokemuksia hoitajilla on psykogeriatrisen potilaan hoitotyöstä terveystieteiden tutkimuskeskuksen vuodeosastolla.

5.2 Teemahaastattelu

Teemahaastattelu on välimuoto lomakkeesta ja avoimesta haastattelusta (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2015, 208). Teemahaastattelussa eli puolistrukturoidussa haastattelussa on sovittu haastattelun keskeiset asiat, mutta aineiston keruuseen kuuluu myös vapauksia. Tutkija on laatinut keskustelun aihepiirit ja teemat, mutta kysymysten muotoilu sekä niiden järjestys voi muuttua haastattelun aikana. (Kankkunen & Julkunen-Vehviläinen 2013, 125.) Haastattelussa on etuna yleensä se, että vastaajiksi valitut henkilöt

saadaan usein mukaan tutkimukseen. Mikäli aineistoa on tarve täydentää tai halutaan tehdä seurantatutkimus, on haastateltavat helppo tavoittaa myöhemminkin. Huonoja puolia haastattelussa on se, että se vie paljon aikaa, koska haastattelu vaatii huolellista suunnittelua ja kouluttautumista haastattelijan tehtäviin sekä rooliin. Haastatteluun voi sisältyä myös monia virhelähteitä, jotka saattavat aiheuttaa niin haastateltavasta kuin haastattelijastakin tai itse tilanteesta. (Hirsjärvi ym. 2015, 206.) Valitsimme tutkimuksen aineistonkeruumenetelmäksi teemahaastattelun, joka toteutettiin yksilöhaastatteluna, koska tavoitteenamme oli saada monipuolista ja kokempohjaista tietoa. Aluksi haastattelussa esitimme pohdiskelevan kysymyksen: mitä psykogeriatria tuo mieleen haastateltavalle? Tämän jälkeen esitimme teemahaastattelurungon mukaiset kysymykset. Haastattelu pohjautui liitteenä olevaan teemahaastattelurunkoon, joka perustui tutkimuskysymyksiin. (LIITE 1.)

5.3 Induktiivinen sisällönanalyysi

Induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysiä käytetään, kun tutkimusaineistosta pyritään saamaan teoreettinen kokonaisuus niin, että analyysiä eivät ohjaa aiemmat teoriat, tiedot tai havainnot. Sisällönanalyysi on kvalitatiivisen aineiston perusanalyysimenetelmä, ja tätä ideaa käytetään monenlaisissa kvalitatiivisen tutkimuksen lähestymistavoissa ja menetelmissä. Sisällönanalyysin prosessin vaiheita ovat analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä luotettavuuden arviointi. Aineistoa käydään läpi moneen kertaan. Analyysiyksikkönä voi olla esimerkiksi sana, lause tai ajatuskokonaisuus. Lauseet pelkistetään, minkä jälkeen aineistosta etsitään erilaisuuksia ja samankaltaisuuksia. Samaa tarkoittavat lauseet yhdistetään alaluokkiin sekä nimitetään sisältöä kuvaavaksi mahdollisimman tarkasti. Kun alaluokkia yhdistellään, muodostetaan yläkategorioita ja tämän jälkeen niitä liitetään yhteen ja näin saadaan pääluokkia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 165–169.)

Nauhoitimme haastattelutilanteet ja tästä materiaalista litteroimme 12 sivua tekstiä. Litterointi tarkoittaa, että haastattelunauhojen materiaali kirjoitetaan tarkasti sanasta sanaan auki (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 163). Tutkimuksessa litteroidun aineiston analysoimme induktiivisella sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysi tapahtui vaiheittain. Aineistoa käytiin useaan kertaan läpi, ja alkuperäiset eli autenttiset ilmaisut kirjoitettiin ylös, minkä jälkeen pelkistimme ilmaisut. Pelkistetyistä ilmauksista muodostimme alaluokat, jotka tarkoittivat samaa asiaa, ja näistä saimme muodostettua pääluokkia. (LIITE 2.) Luokiteltua materiaalia kertyi 10 sivua. Tämän jälkeen lähdimme kirjoittamaan tutkimuksen tulossosiota.

6 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA ETIIKKA

Tieteellisen käytännön hyviä lähtökohtia ovat esimerkiksi tutkimuksen toimintatapojen tarkkuus, rehellisyys sekä yleinen huolellisuus. Tieteellisten vaatimusten mukaisesti noudatetaan tutkimuksen tulosten tallennuksessa ja esittämisessä sekä niiden arvioinnissa tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Yleiset kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin kriteerejä ovat riippuvuus, siirrettävyys, uskottavuus ja vahvistettavuus. Näitä kriteerejä käytetään edelleen arviointien perustana kvalitatiivisissa tutkimusraporteissa. Uskottavuuden edellytyksenä on, että tutkimustulokset on kuvattava selkeästi, jotta lukija ymmärtää tutkimuksen rajoitukset ja vahvuudet sekä sen, miten analyysi on tehty. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197–198.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen aineisto on yleensä otokseltaan pienempi verrattuna kyselyihin. Tutkimuksessa keskitytään määrän sijasta aineiston laatuun. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa painottuvat tapahtumat ja kokemukset eikä se, kuinka monta tutkittavia on. Yksi valinnan kriteeri kvalitatiivisessa tutkimuksessa on aineiston saturaatio. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 110.) Saturaatio-käsite viittaa aineiston kylläisyyteen ja riittävyteen. Saturaatiolla tarkoitetaan, että tietoa kerätään niin kauan, kunnes uutta tietoa ei enää tule ilmi tutkittavasta asiasta. (Hirsjärvi ym. 2015, 182.) Tässä tutkimuksessa haastateltiin kolmea sairaanhoitajaa, jotka vastasivat teemahaastattelurungon mukaisesti kysymyksiin. Tutkimukseen osallistuvien määrä ei ollut merkitsevä tekijä, vaan vastauksien laatu. Luotettavuuden kannalta oli erittäin tärkeää, että haastateltavilla oli kokemusta tutkittavasta asiasta. Näin varmistettiin tutkimustuloksen kannalta riittävä aineisto.

Tässä tutkimuksessa haastateltavilla tuli olla yli viisi vuotta työkokemusta terveyskeskuksen vuodeosastolla. Näin he pystyivät luotettavasti vastaamaan kysymyksiin, millaisia kokemuksia heillä oli psykogeriatrisen potilaan hoitotyöstä. Tutkimuksessa on pyritty siihen, että tutkimustuloksia voidaan hyödyntää myös tulevissa tutkimuksissa. Näin täyttyvät siirrettävyyden kriteerit.

Eettistä toimintaa on, että tutkijalla on aito kiinnostus tutkimuksen tekemiseen ja hän on tunnollisesti paneutunut alaan, jota tutkimus koskee. Näin tutkijan hankkima ja välittämä tieto on luotettavaa. Tutkija ei saa tukeutua epärehellisiin keinoihin eli vilpin harjoittamiseen. Jos tutkimus tuottaa kohtuutonta vahinkoa, tulee sellaisesta tutkimuksesta pidättäytyä. Tutkijan tulee kunnioittaa ihmisarvoa niin, että tutkimuksen tekeminen ei loukkaa yksittäisen ihmisen tai tietyn ryhmän moraalisia arvoja. Tutkija toimii

myös tavalla, joka edistää tutkimuksen tekemisen mahdollisuuksia ja tutkijan on suhtauduttava kollegoihinsa arvostavasti eikä millään tavoin heitä väheksyen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211–212.)

Kun kirjallisuutta valitaan tutkimukseen, on lähdekritiikkiä ja harkintaa käytettävä. Materiaalin tulkitsemisessa on myös pyrittävä kriittisyyteen sekä huomioitava kirjoittajien tunnettavuus ja arvostettavuus. Lähteiden tulisi olla mahdollisimman uusia, koska tieto päivittyy nopeasti. Alkuperäisiä lähteitä verra-
tessa uudempiin saatetaan havaita, että tieto muuttuu useiden kirjoittajien tulkintojen jälkeen. (Hirsjärvi ym. 2015, 113–114.) Tutkimusta tehdessä olemme perehtyneet erilaisiin julkaisuihin. Olemme tarkastelleet teorian tietoa lähdekritiikin kvalitatiivisen tutkimuksen näkökulmasta mahdollisimman tarkasti. Tutkimuksessamme olemme käyttäneet tutkittua tietoa. Emme ole epärehellisin keinoin omineet toisten tietoa. Teoriatiedon lähteet olemme merkinneet tekstiin viitteillä sekä opinnäytetyön loppuun laadimme lähdeluettelon.

On eettistä kohdella kunnioittavasti ja rehellisesti jokaista tutkimukseen osallistuvaa henkilöä. Henkilöiltä, jotka osallistuvat tutkimukseen, on pyydettävä suostumus, että heitä saa tutkia. Tutkittavalle on annettava monipuolista tietoa, jotta hän voi suostua tutkimukseen. Koko tutkimuksen ajan tutkittavalla pitää olla mahdollisuus kieltäytyä tai keskeyttää osallistuminen tutkimukseen. On myös taattava, että kaikkien tutkimukseen osallistuvien anonymiteetti säilyy. Tämä tarkoittaa, että tutkimukseen osallistuvien henkilötiedot pysyvät salassa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 368.) Anonymiteetin takaamiseksi aineisto on säilytetty lukitussa paikassa sekä tietokoneessa ja puhelimessa suojattuna salasananalla. Etiikan näkökulmasta tutkijan on varmistettava, ettei haastateltava ole tunnistettavissa esimerkiksi murteen perusteella. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198–221.) Tutkimuksessamme olemme mukautaneet tekstin yleiskielelle. Tutkimuksen tulososioon on valittu sellaiset autenttiset ilmaukset, mistä ei voida tunnistaa haastateltavia.

Tutkimukseen osallistuvilta sairaanhoitajilta pyydettiin suostumus, että heitä saa tutkia. Haastateltaville annettiin tietoa monipuolisesti tutkimuksen aiheesta, kuten mikä on tutkimuksen tarkoitus ja mitkä ovat sen tavoitteet. Tutkijat ovat myös varmistaneet, että haastateltavien anonymiteetti säilyy. Ainoastaan osastonhoitaja ja tutkijat tietävät tutkimukseen osallistujat. Haastateltaville ja osastonhoitajalle jäi tutkijoiden yhteystiedot, mikäli heillä olisi jälkeensä tullut esimerkiksi kysyttävää tutkimuksesta. Haastateltavaksi valittiin toimistotila, joka oli sellainen paikka, missä voitiin haastattelu tehdä rauhassa ja luot-

tamuksellisesti, ilman ulkopuolisia häiriötekijöitä. Haastateltavien luvalla haastattelut nauhoitettiin sisällönanalyysin tekemistä varten. Haastatteluihin kului aikaa neljä tuntia. Haastattelut sujuivat hyvin ja haastateltavat olivat myös aidosti kiinnostuneita tutkimusaiheesta.

7 TULOKSET

Tässä luvussa avaamme tutkimuksessa saadut tulokset haastattelurungon mukaisesti. Sisällönanalyysin olemme tehneet valitsemiamme teemoja mukaillen, ja näin kysymyksiin on muodostuneet vastaukset.

7.1 Hoitajien kokemuksia psykogeriatrisen potilaan hoitotyöstä

Tutkimukseen osallistuneilla hoitajilla oli lähes päivittäin kokemusta psykogeriatrisen potilaan hoitamisesta. Tutkimuksesta kävi ilmi, että osastolla kohdataan monenlaisista psyykkisistä ongelmista kärsiviä ikääntyneitä. Yleisimpinä ongelmina hoitajat pitivät muun muassa ikääntyneiden yksinäisyyttä, johon liittyi esimerkiksi erilaisia pelkotiloja ja elämänhalun katoamista. Myös haasteellinen käyttäytyminen monenlaisina oireina nousi vahvasti esille. Erityisesti näiden potilaiden hoitamisen hoitajat kokivat raskaana. Usein myös pitkät hoitajaksot korostuivat näiden potilaiden hoidossa, koska psyykkisten ja somaattisten oireiden erottaminen oli haastavaa.

En sano suoraan että suisidaalisia, vaan että pääsisi pois, mun mielestä aika iso ryhmä, että ikääntyminen ottaa koville.

Sellaiset potilaat, joilla on käytöshäiriöitä, on niiden hoitaminen vuodeosastolla raskasta.

Hoitajaksot ovat usein pitkiä, syyt ovat monenlaisia ja epäselviä, selvä pneumonia on helppo hoitaa.

Hoitajat kokivat, että psykogeriatrisen potilaan hoito painottui lääkehoitoon ja potilaaseen perehtyminen oli heikkoa. Hoitajien mielestä usein ikääntyneet eivät saaneet näille kuuluvia palveluja. Esimerkiksi masennusta hoidettiin käytännössä ainoastaan lääkehoidolla, vaikka rinnalle tulisi tarjota erilaisia terapiamuotoja. Tutkimuksessa ilmeni, että esimiehen arvoilla ja asenteella, sekä sillä, kuinka hän ohjeistaa henkilökuntaa toimintamalleista, oli suuri merkitys sille, millaista hoitokulttuuria vuodeosastolla pidettiin yllä. Hoitajat ymmärsivät, että kohtaamisen merkitys on tärkeä osa aitoa läsnäoloa sekä turvallisen hoitoilmapiirin luomista. Tutkimuksesta selvisi myös, että osalle hoitajista aito kohtaaminen oli osa työssä jaksamista.

Usein on helppo aloittaa mielialalääkitys, kuitenkin jään miettimään voisiko tilannetta muulla tavalla hoitaa, kunhan vain olisi aikaa ja viitsisi paneutua potilaaseen.

... kun mietitään mikä on johtajan arvomaailma ja mitä se painottaa.

Ihmisen kohtaaminen on minulle voimavara, minkä avulla minä jaksan tehdä tätä työtä.

Hoitajien mielestä lääkäreiden erikoisosaamisen ja mielenkiinnon puute kuormittivat heidän työtaakkaansa. Tämän takia hoitajat kokivat suurta vastuuta hoidon toteutumisesta. Hoitajat turhautuivat, koska kokivat, etteivät asiat etene. Kiire ja stressi estivät onnistuneen kohtaamisen ja esimerkiksi akuutteihin tilanteisiin ei ollut riittävästi aikaa. Myös luottamuksellinen hoitosuhde kärsi tai pahimmillaan estyi kokonaan. Työn kuormittavuus esti perusteellisen perehtymisen potilaan tilanteeseen, ja tämä aiheutti riittämättömyyden tunteen. Tutkimuksen aikana selvisi, että hoitajat pitivät niin psykiatrisen aluepoliklinikan että erikoissairaanhoidon kanssa yhteistyötä toimimattomana. Esimerkiksi konsultaatioapua oli vaikea saada.

Usein lääkäriellä on omat mielenkiinnonkohteet, harvoin tähän potilasryhmään liittyen ja tästä johtuen heidän asiat sivutetaan. Hoitaja joutuu tämän takia tekemään paljon enempi töitä.

Että joka vuorossa ehtis vähän onkia mitä siellä taustalla on. Että vähän semmosta surullista se hoito on.

Kukaan ei ota kokonaisvaltaisesti vastuuta, ketään ei kiinnosta ja sen vuoksi koen turhautumista.

Tutkimuksessa selvisi, että teorettinen oppi oli vähäistä, mutta käytännön tietoutta oli olemassa. Toisaalta koettiin, että tietotaitoa psykogeriatrisesta hoidosta oli olemassa, mutta kiire esti sen käyttämisen. Yleisesti tutkimuksessa kävi kuitenkin ilmi, että hoitajien tiedot psykogeriatrisen potilaan hoitamisesta olivat heikkoja. Tutkimuksessa sivuttiin kyseisestä potilasryhmästä myös yleisiä kielteisiä kuvitelmia ja uskomuksia, jotka saattavat vaikuttaa hoitoon negatiivisesti.

Kyseinen potilasryhmä on sellainen, jossa koen eniten voimattomuutta, en pysty auttamaan, en osaa, enkä ymmärrä.

On rumasti sanottu, mutta ne eivät ole minun mielipotilaita.

7.2 Psykogeriatrisen potilaan hoitotyön kehittäminen vuodeosastolla

Tutkimuksessa saatiin selville, että hoitajat pitivät tärkeänä yhteistyön kehittämistä omaisten kanssa. Hoitajat toivat esille, että olisi tärkeää saada omaisia enemmän mukaan hoidon suunnitteluun. Hoitoneuvotteluita tulisi olla enemmän ja niissä tulisi olla mukana niin omaiset kuin moniammatillinen työ-

ryhmä. Tämä mahdollistaisi potilaan tilanteen kokonaisvaltaisen kartoittamisen ja jatkohoidon onnistuneen suunnittelun. Hoitajien mielestä yhteistyö psykiatristen sairaanhoitajien kanssa tulisi saada aktiivisemmaksi sekä konsultaatiomahdollisuus nykyistä joustavammaksi.

Kokonaisvaltaista kartoitusta saisi olla enemmän.

Luotaisiin mahdollisuuksia onnistuneisiin konsultaatioihin, ei siis että saadaan viikon päästä vastaus johonkin kysymykseen...

Hoitajat kokivat ongelmaksi ajan riittämättömyyden, ja tästä syystä eri hoitokäytäntöjä täytyisi kehittää niin, että ne palvelisivat potilaiden nykyisiä tarpeita. Lääkärikierron kehittäminen ja erityisesti niissä yksityisyyden huomioiminen nousivat myös yhtenä osa-alueena esille.

Aikaa pitäisi olla enemmän.

Se vaatii että, näihin asioihin alettaisiin satsaamaan.

Tutkimuksessa kehittämiskohteena vahvimmin nousi esille kouluttautumisen tarve. Hoitajat tiedostivat, että lisäkoulutuksella saataisiin kehitettyä toimintatapoja paremmaksi sekä yleistä asenneilmapiiriä avoimemmaksi. Koulutuksella saataisiin myös henkilökuntaa puuttumaan vakavammin psyykkisiin ongelmiin. Hoitajat kokivat, että opiskelulla saataisiin myös työmotivaatiota sekä työhyvinvointia lisättyä.

Hoitokulttuurissa olis vähän muutettavaa. Ihmiset voisi ottaa nämä asiat vakavammin, pitäisi enempi puuttua, mutta siihen tarvitaan aina koulutusta.

Asenneilmapiirin pitää muuttua, mutta sehän vaatii, että joku uskaltaa puhua siitä.

Joskus pitäisi pelmuuttaa aivoja eli opiskella, ettei se työ tulisi liikaa rutiiniksi.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuvata hoitajien kokemuksia psykiatrisen potilaan hoitotyöstä terveyskeskuksen vuodeosastolla. Tavoitteena oli kartoittaa hoitohenkilökunnan osaamista sekä miten psykiatrisen potilaan hoitotyötä voidaan kehittää vuodeosastolla. Tässä työssä toimeksiantaja oli Peruspalveluliikelaitos Jyväskylä. Tutkimuksessa saatiin tietoa siitä, millaisia kokemuksia hoitajilla oli psykiatrisen potilaan hoitotyöstä ja miten sitä voidaan kehittää paremmaksi. Näitä tuloksia voidaan myös hyödyntää mietittäessä, miten psykiatrisen potilaan hoitotyötä ja hoitohenkilökunnan osaamista voidaan kehittää. Tutkimus tehtiin kvalitatiivisena eli laadullisena.

Tuloksista selvisi, että terveyskeskuksen vuodeosastolla kohdataan monenlaisista psyykkisistä ongelmista kärsiviä ikääntyviä. Näiden potilaiden hoitamisen hoitajat kokivat haasteellisena. Usein pitkät hoitajaksot korostuivat psykiatristen potilaiden kohdalla, koska psyykkisten ja somaattisten oireiden erottaminen on haastavaa. Saarenheimo (2013, 378) toteaa, että usein ikääntyneiden psyykkisten ongelmien hoitaminen on erityisen haastavaa. Tähän haastavuuteen liittyy niin oireiden moninaisuus kuin diagnostinen häilyvyys ja somaattisten oireiden mukana olo.

Hoitajat kokivat, että psykiatrisen potilaan hoito painottui lääkehoitoon ja kokonaisvaltainen potilaaseen perehtyminen jäi vähemmälle. Saarenheimon (2013, 378) mukaan nykyisin mielenterveystyön tulisi olla yksilöllisesti räätälöityä hoitoa, jossa pyritään yhdistämään lääkkeellisen ja psykososiaalisen hoidon parhaat puolet. Kuitenkin selvästi yleisin hoitokäytäntö on, esimerkiksi masennuksen hoidossa, lääkkeellinen hoito. Ikääntyneen mielenterveyspotilaan hoidon suunnittelussa tulisi kiinnittää huomioimaan potilaan kokonaistilanne kaikkien elämänalueiden osalta sekä hänen terveydentilansa.

Tutkimuksessa kävi ilmi hoitajien kokevan, että kiire ja stressi estävät onnistuneen kohtaamisen. Esimerkiksi akuutteihin tilanteisiin ei ole riittävästi aikaa. Myös luottamuksellinen hoitosuhde kärsii tai pahimmillaan estyy kokonaan. Työn kuormittavuus estää perusteellisen perehtymisen potilaan tilanteeseen, ja tämä aiheuttaa riittämättömyyden tunnetta. Tiikkainen ja Heikkinen (2013, 462) kertovat, että hoitajan aika koostuu hoidon toteutuksesta ja siihen kuuluvista tavoitteista. Samaan aikaan, kun hoitaja pyrkii aitoon läsnäoloon, on hänen vastuullaan useita potilaita sekä muita työtehtäviä, joiden takia täytyy kiirehtiä. Yksi olennaisimmista piirteistä ikääntyneille on odottaminen. Ikääntynyt odottaa hoitajan pysähtyvän hetkeksi hänen luonaan ja antavan aikaa mahdollisimman paljon.

Tutkimuksen aikana selvisi, että hoitajat pitivät niin psykiatrisen aluepoliklinikan kuin myös erikoissairaanhoidon kanssa yhteistyötä toimimattomana. Esimerkiksi konsultaatioapua oli vaikea saada. Saarela (2010) toteaa psykogeriatrian palvelumallista, että avohoidon ja sairaalapalvelujen sujuvuudesta tulisi laatia yhtenäiset toimintatavat. Tärkeää on että, perusterveydenhuollon työntekijät saavat tarvitsemansa psykogeriatristen potilaiden konsultaatiopalvelut sujuvasti. (Saarela 2010, 158.) Tutkimuksessa selvisi, että hoitajat kokivat tärkeänä niin moniammatillisen yhteistyön kehittämisen kuin omaisten huomioon ottamisen yhteistyön aktiivisina osapuolina.

Tutkimuksessa kehittämiskohteena vahvimmin nousi esille psykogeriatrisen potilaan hoitotyöhön liittyvän, osaamiskartoituksiin perustuvan, täydennyskouluttautumisen tarve. Hoitajat tiedostivat, että lisäkoulutuksella saadaan kehitettyä toimintatapoja paremmaksi sekä yleistä asenneilmapiiriä avoimemmaksi. Pajunen (2012) toteaa sekä koulutustason että henkilökohtaisten osaamisen turvaaminen olevan keskeisimmällä sijalla (Pajunen 2012, 233). Psykogeriatrinen hoito on yhteistyössä toteutettavaa ammattitaitoa, jossa ei voida väheksyä vuorovaikutustaitoja. Psykogeriatrisen koulutuksen lisäämisellä ja kehittämällä alkaa olemaan jo kiire. Olisi ensisijaisen tärkeää tukea koulutusohjelmien monipuolistamista. Näin saataisiin tietoa ikääntyneiden psyykkisistä sairauksista sekä niiden tunnistamisesta. (Saarela 2012, 65.)

9 POHDINTA JA JATKOTUTKIMUSHAASTEET

Suomen ikärakenteessa on käynnissä muutos, jonka myötä voisi sanoa, että Suomi vanhenee. Tällä hetkellä suurimmat ikäluokat ovat jo saavuttaneet eläkeiän ja elinajanodote on pidentynyt, minkä myötä sairastavuus lisääntyy. Tämä heijastuu myös terveyspalveluiden käytön jatkuvassa kasvussa ja luo paineita yhteiskunnalle sekä erityisesti terveydenhuollon ammattilaisille, kuinka ikääntyvää väestöä tuetaan kokonaisvaltaisesti. Useasta lähteestä kävi tutkimuksen aikana ilmi, että ikääntyneiden mielenterveys on yksi vähiin jääneistä puheenaiheista julkisessa keskustelussa. Ikääntyvän väestön hyvinvoinnin ylläpitämisessä ja tukemisessa on olennaista mielenterveyden vahvistaminen ja edistäminen.

Elinaikanaan ihminen käy läpi monenlaisia elämänvaiheita ja murroskohtia. Nämä vaikuttavat osaltaan eri tavoin ihmisen mielenterveyteen. Kun ihminen ymmärtää, että eri elämänvaiheet kuuluvat luonnollisena osana elämään, on siitä apua tasapainoiseen ikääntymiseen. Hyvä mielenterveys on tärkeä osa ihmisen kokonaisvaltaista hyvinvointia. Ilman tasapainoista mielenterveyttä ei ole hyvää terveyttä. Ikääntyneiden mielenterveysongelmat sijoittuvat usein vanhustyön ja psykiatrisen hoidon väliin, minkä vuoksi ikääntyneen tarpeet voivat jäädä havaitsematta. Ennakkoluulot ja ennakkokäsitykset vaikuttavat paljon siihen, millaista apua ikääntynyt saa. Psykogeriatristen potilaiden hoitaminen on haasteellista, ja jatkossa se lisääntyy huomattavasti terveyskeskuksien vuodeosastoilla.

Psykogeriatrinen hoitotyö on maassamme vielä suuri haaste. Yhtenä haasteena on, että mielenterveyspalvelut on yhä Suomessa keskitetty melkein kokonaan nuorille ja keski-ikäisille, vaikka ikääntyneet saisivat yhtä lailla hyötyä palveluista. Mielenterveysongelmista kärsivällä ikääntyneellä ei välttämättä ole edes resursseja etsiä ja löytää apua itselleen. Toisena haasteena on, miten mielenterveysongelmat ja somaattiset oireet voidaan erottaa toisistaan. Opinnäytetyön tuloksien mukaan psykogeriatrista erikoisosaamista ei ole tarpeeksi. Koulutuksessa tulisi painottaa potilaan kohtaamista varsinkin erityisryhmien kuten psykogeriatristen potilaiden kohdalla. Tutkimuksessa ilmeni, että hoitajat tiedostavat lisäkoulutuksen tarpeen psykogeriatriseen hoitotyöhön liittyen. Mikä sitten estää koulutuksen ja sinne menemisen? Syitä voivat olla esimerkiksi ikääntyneiden mielenterveyteen liittyvien koulutuksien vähyys, kalteus tai hoitohenkilökunnan asenteet. Koulutustarvetta saatetaan väheksyä ja aliarvioida.

Psykogeriatrista hoitotyötä Suomessa kehittää esimerkiksi Suomen Psykogeriatrinen yhdistys yhteistyössä muiden tieteen ja toiminnan alojen kanssa. Yhdistys on myös kansainvälisen International Psychogeriatric Associationin jäsen. Suomessa yksi psykogeriatrian uranuurtajista on FT, psykologi,

psykoterapeutti Marja Saarenheimo. Hän on esimerkiksi mukana Vanhustyön keskusliiton Eloisa ikä-ohjelman (2012–2017) koordinaatiotiimissä. Ohjelman päämääränä on edistää ikääntyneiden laadukasta arkea, joka tukee ikääntyneiden hyvää mielenterveyttä. Tätä ennen ikääntyneiden psyykkistä hyvinvointia on edistetty esimerkiksi MielenMuutos-tutkimus- ja kehittämishankkeella vuosina 2007–2010. Hankkeen tarkoituksena oli kehittää ja tutkia esimerkiksi ikääntyneiden masennuksen tunnistamista ja hoitoa. Samalla hankkeessa tarkasteltiin ikääntyneiden mielenterveyttä koskevaa ymmärrystä ja käytäntöjä julkisessa keskustelussa.

Kun löysimme koulumme aihepankista tämän aiheen, oli heti selvää, että halusimme tehdä siitä opinnäytetyömme. Alkuun kyseinen aihe tuntui hyvin selkeältä. Hyvin äkkiä kuitenkin paljastui, että juuri tästä aiheesta ei ole kovin paljon tehty tutkimuksia. Tämä aikaisempien tutkimusten vähyys osoittautui tutkimuksemme yhdeksi isoksi haasteeksi. Opinnäytetyömme aihe ei siis ollut ihanteellisin ensimmäiseksi tutkimusaiheeksi. Toinen iso haaste oli löytää ”punainen lanka”: mihin suuntaan halusimme lähteä viemään kyseistä tutkimusta? Vaikka kohtaamme työssämme monenlaisia psykogeriatria potilaita, oli silti vaikea rajata, ketkä kuuluvat tähän potilasryhmään. Yleinen käsitys tuntui olevan, että psykogeriatrinen potilas olisi ainoastaan haasteellisesti käyttäytyvä muistisairas vanhus. Keskustelimme paljon niin keskenämme kuin myös hoitotyön ammattilaisten kanssa aiheesta. Muistisairaata ja haasteellisesti käyttäytyvät tuntuivat hallitsevan kyseistä aihepiiriä. Tulimme siihen tulokseen, että rajaamme esimerkiksi muistisairaata tutkimuksesta pois. Jos sairastaa jotain muistisairautta, ei välttämättä ole psykogeriatrinen potilas.

Varsinkin opinnäytetyön suunnitelmaa tehdessä ja vielä sen jälkeen tuntui, että olimme kuin labyrintissä. Välillä tuli vastaan umpikujia ja välillä koimme oivalluksia ja onnistumisen hetkiä. Pikkuhiljaa kirkastui ajatuksissamme se tutkimuksen päämäärä mihin halusimme tähdätä. Suunnitelman teossa meille annettiin erittäin tiukka aikataulu, joka mielestämme osaltaan hankaloitti tutkimuksen ajatusprosessia. Haasteena koimme teemahaastattelun toteuttamisen. Kuinka saada laadukkaat kysymykset, jotta saisimme niiden perusteella rikkaita vastauksia? Yhdessä opettajien kanssa saimme tehtyä mielestämme selkeän teemahaastattelurungon. Itse haastattelun tekemiseen olisimme voineet valmistautua huolellisemmin. Myös työnjakoa haastattelutilanteissa olisi pitänyt suunnitella paremmin. Olisi esimerkiksi pitänyt päätää tarkemmin, kumpi vetää haastattelun ja kumpi toimii seuraajana sekä kysymysten tarkentajana. Toisaalta tulimme siihen tulokseen, että haparoivan alun jälkeen haastattelut soljuivat luontevasti ja saimme haastateltavilta laadukkaita vastauksia.

Luottamus tutkimuksen tarpeellisuuteen kasvoi sen myötä, kun tutkimus eteni. Jälkeenpäin ymmärsimme, että tutkimuksessa ei ole oikopolkuja, vaan prosessin jokaisella vaiheella on oma merkityksensä oppimisen kannalta. Tämän kokemuksen jälkeen tutkimusprosessin tekeminen on selkeytynyt, ja ajattelun seuraavaa mahdollista tutkimusta olisi sitä helpompi lähteä tulevaisuudessa työstämään.

Yhteistyömme on ollut alusta asti sujuvaa ja teimme opinnäytetyömme hyvässä hengessä. Olemme keskustelleet ja pohdiskelleet yhdessä aihetta ja sen tärkeyttä sekä pystyneet antamaan tarvittaessa toisillemme rakentavaa palautetta. Varsinkin opinnäytetyön alkuvaiheessa olemme puolin ja toisin auttaneet toisiamme pysymään rajatussa aiheessa. Elämäntilanteemme ovat samankaltaisia, ja se on osaltaan ollut tukipilari hyvälle yhteistyölle. Perheiltämme olemme saaneet paljon tukea, ja he ovat joustaneet eri tilanteissa. Opinnäytetyö on lähentänyt meitä ja olemme olleet avoimia ja luottaneet toisiimme, mikä on mielestämme yksi tärkein osa tämän työn valmistumisen kannalta.

Tässä tutkimuksessa olemme keskittyneet siihen, millaisia kokemuksia hoitajilla on psykogeriatrisen potilaan hoitotyöstä ja miten sitä voisi kehittää. Yksi kiinnostava jatkotutkimus olisi aihe, miten psykogeriatrisen potilaan hoitotyö toteutuu terveystieteiden keskuksen vuodeosastolla. Myös kiinnostava jatkotutkimus olisi psykogeriatrisen potilaan omaisen näkökulma.

LÄHTEET

- Eloranta, S. & Kuusela, M. 2011. Moniammatillinen yhteistyö–katsaus suomalaisiin hoitotieteellisiin opinnäytetöihin. *Tutkiva hoitotyö* 9(3), 4–13.
- Hietaharju, P. & Nuutila, M. 2016. Käytännön mielenterveystyö. 4., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2015. Tutki ja kirjoita. 20., uudistettu painos. Porvoo: Bookwell Oy.
- Holopainen, A., Junttila, K., Jylhä, V., Korhonen, A. & Seppänen, S. 2013. Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Porvoo: Bookwell Oy.
- Huttunen, M. 2014. Dementia. *Duodecim*. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00358. Viitattu 9.12.2015.
- Irvine, A. B., Billow, M. B., Eberhage, M. G., Seeley, J. R., McMahon E. & Bourgeois, M. 2012. Mental illness training for licensed staff in long-term care. *Issues in Mental Health Nursing*, 33, 181–194.
- Isometsä, E. 2014. Ahdistuneisuushäiriöt. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) *Psykiatria*. 11., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 287–322.
- Jyrkämä, J. & Nikander, P. 2013. Vanheneminen, hoiva ja arkietiikka. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä, & T. Rantanen (toim.) *Gerontologia*. 3., uudistettu painos. Saarijärvi: Saarijärven Offiset Oy, 549–554.
- Kan, S. & Pohjola, L. 2012. Erikoistu vanhustyöhön. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M. & Tiittanen H. 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kivelä, S-L. 2012. Hyvä vuosia – arvokas ja turvallinen ikääntyminen. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- Kivelä, S-L. 2009. Depressiosta tasapainoon – Hyvä elämä iäkkäänä. Sastamala: Vammalan kirjapaino Oy.
- Kivelä, S-L. & Koistinen, L. 2010. Kemialliset rajoitteet iäkkäiden hoidossa. *Suomen lääkirilehti* 65 (7), 593–598.
- Kivelä, S-L. & Vaapio, S. 2011. Vanhana tänään. Helsinki: Suomen Senioriliike Ry.

- Koponen, H. & Leinonen, E. 2014. Vanhuspsykiatria. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) Psykiatria. 11., uudistettu painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 681–696.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2014. Etiikka hoitotyössä. 8., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Leinonen, E. & Alanen, H-M. 2011. Psykiatrasta hoitoa tarvitsevia vanhuksia on enemmän kuin mihin on varauduttu. Duodecim 127(4), 371–372. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo99372.pdf> Viitattu 5.10.2016.
- Leinonen, E. & Koponen, H. 2010. Vanhusten mielialahäiriöt. Teoksessa R. Tilvis, K. Pitkälä, T. Strandberg, R. Sulkava & M. Viitanen (toim.) Geriatria. 2., uudistettu painos. Porvoo: WS Bookwell Oy, 159–165.
- Louhela, S. & Saarinen, S. 2006. Väkiältä terveydenhuollon eri toimialoilla. Pro gradu –tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto. Saatavissa: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/93623/gradu01194.pdf?sequence=1>. Viitattu 15.8.2016.
- Pajunen, H. 2012. Mielenterveyttä kaiken ikää. Teoksessa S. Heimonen & H. Pajunen (toim.) Mielenterveys vanhuudessa. Helsinki: Edita Prima Oy, 228–234.
- Peruspalveluliikelaitos Jyta, Kiuru. 2016. Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoido- ja peruspalvelukuntayhtymä. Saatavissa: <http://www.jyta.fi/sivu/terveydenhuolto>. Viitattu 18.8.2016.
- Rolfner-Suvanto, S. 2015. Vanhuspalveluiden ja psykiatrian välimaastossa – Mielenterveysongelmista kärsivän ikäihmisen kohtaaminen ja hoito. 2., uudistettu painos. Helsinki: Suomen Mielenterveysseura.
- Saarela, T. 2012. Geropsykiatrian/vanhuspsykiatrian koulutuksen kehittämällä on jo kiire - keskustelua konsensuslausumasta. Gerontologia 1, 65.
- Saarela, T. 2010. Psykoottinen vanhus. Teoksessa R. Tilvis, K. Pitkälä, T. Strandberg, R. Sulkava & M. Viitanen (toim.) Geriatria. 2., uudistettu painos. Porvoo: WS Bookwell Oy, 149–158.
- Saarenheimo, M. 2013. Mielenterveys. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä & T. Rantanen (toim.) Gerontologia. 3., uudistettu painos. Saarijärvi: Saarijärven Offiset Oy, 373–380.
- Saarenheimo, M. 2003. Vanhuus ja mielenterveys – Arkielämän näkökulma. Vantaa: WSOY.
- Santala, M. & Juva, K. 2011. Vanhuspsykiatrian erityiskysymyksiä. Teoksessa K. Juva, C. Hublin, H. Kalska, J. Korkeila, M. Sainio, P. Tani & R. Vataja (toim.) Kliininen neuropsykiatria. Helsinki: Duodecim, 321–325.
- Simojoki, K. 2016. Ikäihmisten alkoholinkäytön riskit, tunnistaminen ja hoito. Suomen Lääkärilehti 71(6), 403–407.
- Suvisaari, J. 2013. Suomalaisten mielenterveys. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. http://www.terveydenhoitajaliitto.fi/easydata/customers/sthl/files/th-paivat2013esitykset/suomalaisten_mielenterveys_suvisaari_08022013.pdf. Viitattu 14.8.2016.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016. Väestörakenteen muutos. <https://www.thl.fi/fi/web/ikaantymisen/ikapolitiikka-ja-palvelujarjestelma/vaestorakenteen-muutos>. Viitattu 13.8.2016.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014. Ikääntyneiden mielenterveys. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/ikaantyneiden-mielenterveys>. Viitattu 14.8.2016.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013. Mielenterveyden ja hyvinvoinnin käsitteitä. Teoksessa N. Tamminen & P. Solin (toim.) Mielenterveyden edistäminen ikääntyneiden asumis- ja hoivapalveluissa. Terveyden ja hyvinvoinnin julkaisuja. Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110485/THL_OPA2013_027_verkko.pdf?sequence=1. Viitattu 13.8.2016.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2012. Terveyskeskuksien vuodeosastohoito 2010. Saatavissa http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2012/Tr02_12.pdf. Viitattu 18.8.2016.

Tiikkainen, P. & Heikkinen, R-L. 2013. Gerontologinen hoitotyö. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä & T. Rantanen (toim.) Gerontologia. 3., uudistettu painos. Saarijärvi: Saarijärven Offiset Oy, 454–465.

Tilastokeskus 2014. Väestörakenne 2013. Saatavissa: http://tilastokeskus.fi/til/vaerak/2013/01/vaerak_2013_01_2014-09-26_tie_001_fi.html. Viitattu 13.8.2016.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Saatavissa: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf. Viitattu 11.12.2015.

Viljanen, M. 2013. Ikääntyneiden päihdeongelmat. Teoksessa M. Havio, M. Inkinen & A. Partanen (toim.) Päihdehoitotyö. 5.–7., painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 194–199.

World health Organization 2014. Mental health: strengthening our response. Saatavissa: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>. Viitattu 18.8.2016.

Teemahaastattelurunko

1. Millaisia kokemuksia teillä/hoitajilla on psykogeriatrisen potilaan hoitamisesta?
 - 1.1 Millaisia psykogeriatrisia potilaita vuodeosastolla hoidetaan?
 - 1.2 Millaisena koet heidän hoitamisen?
 - Millaiset ovat omat valmiutesi kohdata ja hoitaa psykogeriatrista potilasta?
 - 1.3 Kuvaile miten toteutuu psykogeriatrisen potilaan hoito vuodeosastolla
 - tulotilanne
 - yhteistyö; lääkäri, omaiset, muut hoitavat tahot
 - suunnittelu ja hoidon arviointi
 - toteutus; lääkehoito, kohtaaminen

2. Millaisin keinoin / miten psykogeriatrisen potilaan hoitotyötä tulisi kehittää vuodeosastolla?

TUTKIMUSKYSYMYKS	AUTENTTINEN ILMAUS	PELKISTETTY ILMAUS	ALALUOKKA	PÄÄLUOKKA
MILLAISIN KEINAIN PSYKOGERIATRISEN POTILAAN HOITOTYÖTÄ VOIDAAN KEHITTÄÄ?	”Hoitopalavereita saisi olla enemmän.”	Hoitopalavereita lisää.	Enemmän hoitoneuvotteluita ja kokonaisvaltaista kartoitusta	Yhteistyön kehittäminen
	”Omaiset saisi olla mukana enempi kotiutumislanteissa ja jatkohoitoa miettiessä.”	Omaiset aktiivisemmin mukaan hoidon suunnitteluun.		
	”Olen ollut yhdessä hoitoneuvottelussa, se oli toisaalta ihan hyvä kun sieltä paljastui sellaisia asioita josta meillä ei ollut mitään käsitystä. Psykkinen puoli esti sen fyysisen puolen hoitamisen. Siinä voi tulla esille se mikä se ongelma on ja sen avulla voi auttaa.”	Hoitoneuvotteluita lisää, joissa voidaan keskustella potilaan kokonaistilanteesta.		
	”Kokonaisvaltaista kartoitusta saisi olla enemmän.”	Kokonaisvaltainen kartoitus		
	”...psykiatrisia hoitajia saataisiin käymään aktiivisemmin.”	Aktiivisempi yhteistyö psykiatristen sairaanhoitajien kanssa.	Aktiivisempi yhteistyö ja joustavampi konsultaatio	
	”Luotaisiin mahdollisuuksia onnistuneisiin konsultaatioihin, ei siis, että saadaan viikon päästä vastaus johonkin kysymykseen.”	Joustavampi konsultaatio mahdollisuus.		
	”Aikaa pitäisi olla enemmän.”	Ajan riittämättömyys	Aikaa enemmän psykiatrisille potilaille.	Hoitokäytäntöjen kehittäminen
	”Varsinkin psykkinisille potilaille ei riitä aika ja sitä pitäisi saaja enempi.”	Aika ei riitä psykkinisesti sairaille potilaille.		
	”Se vaatii, että, näihin asioihin alettaisiin satsaamaan.”	Panostaminen psykiatrisen potilaan hoitamiseen	Hoitokäytäntöjen kehittäminen yksilölliseksi	
	”Hoitaja ehottaisi lääkärille, että lääkärin kierto tapahtuisi jossain muualla kuin huoneessa jossa on ylimääräisiä ”korvapareja”. Vaikeistaki asioista olisi helpompi jutella vain lääkärille ja hoitajalle.”	Yksityisyyden huomioiminen lääkärinkierolla.		

Esimerkki luokittelusta.

KESKI-POHJANMAAN ERIKOISSAIRAANHOITO- JA
PERUSPALVELUKUNTAYHTYMÄ

PÄÄTÖS

1

Tutkimuslupapäätös

Viranhaltija ja virka-asema
Tarja Oikarinen-Nybacka
Peruspalvelujohtaja

Päivämäärä / pykälä
14.6.2016 / § 26

Asia	TUTKIMUSLUPA, MARI AHMAOJA JA JENNI WIDGREN:HOITAJIEN KOKEMUKSIA PSYKOGERIATRISEN POTILAAN HOITOTYÖSTÄ TERVEYSKESKUKSEN VUODEOSASTOLLA	
Päätös ja sen peruste- lut	Centria ammattikorkeakoulun opiskelijat Mari Ahmaoja ja Jenni Widgren ha- kevat tutkimuslupaa otsikon mukaiselle opinnäytetyölleen. Tutkimussuunni- telma on esitetty. Päätös: Myönnän anotun tutkimusluvan. Tutkimuksen valmistuttua on opin- näytetyöstä toimitettava yksi kappale peruspalveluliikelaios Jytalle osoitettu- na peruspalvelujohtajalle.	
Allekirjoitus	Peruspalvelujohtaja	 Tarja Oikarinen-Nybacka
Oikaisuvaatimus-oikeus	Päätöksen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen. Oikaisuvaatimuksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianomainen) sekä kunnan jäsen.	
Oikaisuvaatimusviranomainen	Peruspalvelulautakunta Mariankatu 16-20 67200 KOKKOLA	
Oikaisuvaatimusaika ja sen alkaminen	Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Kunnan jäsenen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon kun pöytäkirja on asetettu yleisesti nähtäväksi. Asianosaisten katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, seitsemän päivän kuluessa kirjeen lähittämisestä, saantitodistuksen osoittamana aikana ja erilliseen tiedoksisaantitodistukseen merkittynä aikana.	
Oikaisuvaatimuksen sisältö ja toimittaminen	Oikaisuvaatimuksesta on käytävä ilmi vaatimus perusteluineen ja sen tekijän allekirjoitetava. Oikaisuvaatimus on toimitettava oikaisuvaatimusviranomaiselle ennen oikaisuvaatimusajan päättymistä.	
Päätöksen nähtäväksi asettaminen	Päivämäärä 16.6.2016	
Tiedoksianto asianosaiselle	<p>_____ Lähitetty tiedoksi kirjella Annettu postin kuljetettavaksi, pvm/tiedoksiantaja</p> <p>_____ Luovutettu asianosaile Palkka, pvm</p> <p>_____ Tiedoksiantajan allekirjoitus ja virka-asema</p> <p>_____ Muulla tavoin, millen</p>	<p>Asianosainen</p> <p>_____</p> <p>Asianosainen</p> <p>_____</p> <p>Vastaanottajan allekirjoitus</p> <p>_____</p>
Lisätietoja		
Liitteet		
Sisäinen jakelu	Teija Määttä	

Postiosoite / Postadress:
Mariankatu/Mariegatan 16-20
67200 KOKKOLA / KARLEBY

Käyttöosoite / Besöksadress:
Keskussairaala/Centritalsjukh.
Mariankatu/Mariegatan 16-20

Puhelin / Telefon:
(05) 826 4111
Fax: (06) 826 4650

S-posti / E-post:
etunimi.sukunimi@kshp.fi
öarna.ellenmann@kshp.fi

Internet:
www.kpsha.fi