



samk



Satakunnan ammattikorkeakoulu
Satakunta University of Applied Sciences

MARI HINKKANEN & VIRPI PIIRONEN

Ikääntyneiden mielenterveysongelmien tunnistaminen ja puheeksiotto

Opas kotihoidon hoitajille

HOITOTYÖN TUTKINTO-OHJELMA
2024

TIIVISTELMÄ

Hinkkanen Mari; Piironen Virpi: Ikääntyneiden mielenterveysongelmien tunnistaminen ja puheeksiotto – Opas kotihoidon hoitajille

Opinnäytetyö, AMK

Hoitotyön tutkinto-ohjelma

Syyskuu, 2024

Sivumäärä: 52+10

Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen, sillä ikääntyneiden määrä kasvaa jatkuvasti, jolloin ongelmat muuttuvat monimuotoisemmiksi. Kotihoidossa esiintyy paljon moniongelmaisia asiakkaita, jolloin sekä psyykkisten että somaattisten sairauksien tunnistaminen ja asioiden puheeksiotto on tärkeää. Erityisesti ikääntyneistä puhuttaessa psyykinen sairaus heikentää toimintakykyä nopeasti ja voimakkaasti, joten varhainen puuttuminen on ensiarvoisen tärkeää.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on antaa tiivistetysti tietoa ikääntyneiden yleisimmistä mielenterveysongelmista ja niiden puheeksi ottamisesta sekä hoidosta. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä kotihoidossa työskentelevien hoitajien tietoa ja osaamista ikääntyneiden mielenterveysasiakkaiden huomioidinnissa. Projektitehtävänä on tuottaa kotihoidon henkilökunnalle opas ikääntyneiden mielenterveysongelmien tunnistamisesta ja puheeksi ottamisesta, jota voi käyttää esimerkiksi osana perehdytysmateriaalia.

Opinnäytetyö toteutettiin sähköisenä oppaana, jonka teoreettisen viitekehyksen muodostavat kirjallisuushaut. 26-sivuinen opas rakennettiin opinnäytetyön teoriaosuuden pohjalta. Mukaan valikoitui tutkimuksia Suomesta ja ulkomailta, Käypä hoito -suositukset, lääkäreiden ja tutkijoiden artikkeleita, erilaisia raportteja sekä painettua kirjallisuutta. Tutkimusten mukaan kotihoidossa kaivataan lisää koulutusta ja osaamista erityisesti psyykkisten sairauksien vaikutuksesta yleiseen toimintakykyyn sekä vaikeiden asioiden kohtaamisesta ja puheeksiotosta ikääntyneiden kanssa. Tämä opas vastaa osaltaan tähän koulutustarpeeseen. Opas on tuotettu Varsinais-Suomen hyvinvointialueen, Ikääntyneiden palvelualue 5 kotihoidon hoitajille.

Opas tehtiin Visual Paradigm -ohjelmalla, jolla oppaasta saatiin sähköisesti selattava versio. Oppaaseen koottiin tietoa ikääntyneiden yleisimpien mielenterveysongelmien hoidosta sekä niiden vaikutuksista toimintakykyyn. Myös lääkehoidon merkitys sairauksien hoitamisessa huomioitiin.

Avainsanat: mielenterveys, ikääntyneet, puheeksiotto, kohtaaminen, kotihoito

Abstract

Hinkkanen, Mari; Piironen, Virpi: Recognizing and Addressing Mental Health Issues in the Elderly

Thesis, Bachelor`s Degree

Degree Program in Nursing

September 2024

Number of pages: 52+10

The topic of this thesis is relevant, as the number of elderly people is constantly increasing, which leads to more diverse problems. In home care, there are many clients with multiple problems, making it important to recognize and address both mental and physical issues. Particularly in the elderly, mental illness can decrease functional capacity rapidly and significantly, which is why early intervention is crucial.

The purpose of this thesis is to provide concise information on the most common mental health issues in the elderly, on how to address these issues, and on treatment options. Its goal is to increase the knowledge and skills of home care nurses with elderly clients with mental health issues. The goal of the project is to create a guide designed for home care staff for recognizing and addressing mental health problems in the elderly, which can be used, for example, as training material.

The thesis was produced in the form of a digital guide, the theoretical framework of which arises from the results of a literature search. The guide was based on the thesis report. Total number of pages is 27 in the guide. Source materials include studies from Finland and abroad, Finnish Current Care Guidelines, articles by physicians and researchers, various reports, and printed literature. Research results indicate that there is a need for additional training and better skills in home care, particularly regarding the impact of mental illnesses on functional capacity in general and to addressing and discussing difficult topics with the elderly. The guide was produced for home care nurses in the wellbeing services county of Southwest Finland, elderly service area 5.

The guide was created using the Visual Paradigm software to have the guide in a digitally browsable form. Information on the treatment of the most common health issues in the elderly, their impact on functional capacity, and the significance of medication in treating these illnesses was collected and included in the guide.

Keywords: mental health, the elderly, addressing issues, interaction, home care

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 IKÄÄNTYNEIDEN KOHTAAMINEN SEKÄ MIELENTERVEYSONGELMIEN TUNNISTAMINEN JA PUHEEKSIOTTO	8
2.1 Tunnistaminen ja puheeksiotto	8
2.2 Kohtaaminen	9
3 IKÄÄNTYNEIDEN MIELENTERVEYSONGELMAT	10
3.1 Ikääntyneiden masennus ja sen lääkehoito	11
3.2 Ikääntyneiden ahdistus ja sen lääkehoito	15
3.3 Muistisairauksien psyykkiset oireet ja niiden lääkehoito	17
3.4 Ikääntyneiden bipolaarihäiriö ja sen lääkehoito	19
3.5 Ikääntyneiden psykoosisairaudet	23
3.5.1 Ikääntyneiden skitsofrenia	24
3.5.2 Ikääntyneiden harhaluuloisuushäiriö.....	26
3.5.3 Ikääntyneiden psykoosisairauksien lääkehoito	27
3.6 Ikääntyneiden itsetuhoisuus	29
4 PROJEKTIMENETELMÄT JA AINEISTO	32
4.1 Toiminnallinen opinnäytetyö kehittämistyönä	32
4.2 Aineiston haku	33
5 PROJEKTIN TARKOITUS, TAVOITTEET JA PROJEKTITEHTÄVÄ	35
6 OPINNÄYTETYÖN ETENEMINEN	35
6.1 Projektin eteneminen.....	36
6.2 Projektin kohderyhmä.....	37
6.3 Oppaan rakentuminen	38
7 PROJEKTIN ARVIOINTI	39
7.1 Tilaajan palaute oppaasta	40
7.2 Työntekijöiden palaute oppaasta	41
7.3 Oma arvio oppaasta	42
7.4 Projektin etenemisen arviointi.....	44
8 POHDINTA	45
8.1 Eettisyys ja luotettavuus	45
8.2 Johtopäätökset	47
LÄHTEET	49
LIITE 1: SÄHKÖINEN OPAS	55
LIITE 2: SAATEKIRJE PALAUTTEENANTAJILLE	61
LIITE 3: PALAUTEKYSELY	62

1 JOHDANTO

Ei ole tarkkaa rajaa sille, milloin ihminen luetaan ikääntyneeksi. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista määrittelee ikääntyneet ihmiset sellaiseksi osaksi väestöä, joka on oikeutettu vanhuuseläkkeeseen. Iäkäs henkilö on fyysiseltä, kognitiiviselta, psyykkiseltä tai sosiaaliselta toimintakyvyltään heikompi. Tämä toimintakyvyn lasku on seurausta korkean iän tuomista lisääntyneistä / pahentuneista sairauksista tai vammoista / rappeutumisesta, jotka voidaan liittää ikääntymiseen. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012, 1 luku 3§ 1–2 mom.)

Kansallinen tavoite on, että iäkäs ihminen voi asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään, jopa elämänsä loppuun saakka. Kun ihminen tarvitsee apua pärjätäkseen kotona päivittäisissä toimissa, kuten pukeutumisessa, hygieniahoidossa, lääkehoidossa ja/tai henkilökohtaisissa hoitotoimissa, hän saa sen omassa asuinympäristössään. Kotihoito ja muu kotiin annettava palvelu koostuu julkisten ja yksityisten tahojen sekä järjestöjen tuottamista palveluista, lisäksi apuna on erilaisia tukipalveluita, kuten ateriapalvelu, vaatehuolto, turvapalvelu, asiointipalvelu tai siivousapu. Kotihoidon tarve voi olla tilapäinen tai jatkuva. (THL, 2024; STM, 2023; Terveyskylä, 2023.)

Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa Suomessa järjestettävän kotihoidon yleisestä saatavuudesta ja valvonnasta. Kotipalveluja voivat saada esimerkiksi iäkkäät, vammaiset tai sairaat henkilöt. Lapsiperheet voivat saada kotiapua, jos sitä tarvitaan lapsen hyvinvoinnin turvaamiseksi. (STM, 2023.)

Ikääntyminen tuo mukanaan monenlaisia haasteita, jotka vaikuttavat ihmiseen niin fyysisesti kuin psyykkisesti. Ikä tuo monille tullessaan sairauksia ja toimintakyvyn laskua, mutta toisaalta eletty elämä on vahvistava voimavara. Ihmisen

positiivista mielenterveyttä parantaa omassa kodissa asuminen riittävien tukipalveluiden turvin, mielekäs tekeminen, sosiaaliset suhteet ja osallistuminen omaan elämäänsä koskeviin päätöksiin. Ajatus, että alakuloisuus ja masentuneisuus kuuluisivat vanhenemiseen, ei pidä paikkaansa. (Mieli ry, 2022.)

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaiseman kansallisen mielenterveysstrategian ja itsemurhien ehkäisyohjelman vuosille 2020–2030 mukaan psykiatristen potilaiden hoitoon ohjaus ja hoitoon pääsy tulee tapahtua nopeasti. Se onnistuu parhaiten silloin, kun mielenterveyden arviot ja perustason hoito toteutetaan osana muuta perusterveydenhuoltoa, esimerkiksi terveyskeskuksissa ja muussa avohoidossa. Julkaisussa tuodaan ilmi, että koska psyykkinen sairaus heikentää toimintakykyä ja mahdollisuutta huolehtia itsestään, palveluiden tulee olla helposti saavutettavia ja monimuotoisia (Vorma ym., 2020.) Julkaisussa ikääntyneet ovat mukana kaikissa aikuisissa, vain lapset ja nuoret on ikäryhmissään eritelty. Saavutettavuus suositellaan mahdollistettavaksi esimerkiksi digitaalisiin palveluihin pitkien etäisyyksien alueilla. Tämä kuitenkin rajaa monia tämän hetken ikääntyneitä pois helposti saavutettavuuden piiristä, sillä kuten esimerkiksi Wilson ym., (2021) tutkimuskatsauksessaan toteaa, koulutusta ja opastusta tarvittaisiin ikäihmisille paljon lisää, jotta ikääntyneet pystyisivät hyödyntämään tasapuolisesti digitaalisten palvelujen tuomat mahdollisuudet. Eräässä katsauksen tutkimuksessa tuodaan ilmi myös taloudelliset kulut, kuten älypuhelimien, tabletin tai tietokoneen hankintakustannukset, joihin kaikilla ei tasapuolisesti ole mahdollisuuksia.

Conejero ym., (2018) suosittelevat hoitotyön kehittämistä ja koulutuksen lisäämistä perusterveydenhuoltoon yhtenä keinona ikääntyneiden itsemurhien ehkäisyssä, sillä he tutkivat kirjallisuuskatsauksessaan viimeaikaisia itsemurhaajatusten ja itsetuhoisen käytöksen taustatekijöitä. Lähes puolet itsemurhan tehneistä ikääntyneistä oli ollut yhteydessä perusterveydenhoitoon saamatta riittävää apua joko vajavaisen tunnistamisen tai liian hitaan reagoinnin vuoksi.

Laineen (2019) opinnäytetyössä tutkittiin mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kohtaamisen kehittämistä kotihoidossa. Tuloksista käy ilmi, että työntekijöiden

keskuudessa tarvittaisiin lisä- tai täydennyskoulutusta mielenterveysasiakkaiden kohtaamisessa sekä vaaratilanteiden hallinnassa. Asiakkaiden kohtaaminen koettiin hankalaksi mielialavaihteluiden, arvaamattomuuden ja sairauden tilan vuoksi, lisäksi tietoa perussairauksista koettiin olevan liian vähän.

Alastalo ym., (2018) selvittivät Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen pyytämässä Vanhuspalveluiden tila- tutkimuksessa kotihoidossa sekä ympärivuorokautisessa hoidossa työskentelevien lisäkoulutuksen tarvetta lääkkeettömän hoidon toteuttamisessa, mielenterveys- ja päihdeosaamisessa sekä iäkkään itsemääräämisoikeuden tukemisessa. Kyselyyn vastasi kotihoidon yksiköistä 71 % ja ympärivuorokautisen hoidon yksiköistä 95 %. Tuloksista kävi ilmi, että ikääntyneiden määrä on lisääntymässä tulevaisuudessa, heidän tarpeensa ovat yhä moninaisemmat, myös muistisairauden on ennustettu yleistyvän. Jotta heille voidaan taata laadukasta huolenpitoa ja hoitoa, tulee henkilöstön osaamista vahvistaa. Muistisairaahan oireilu voi olla hyvinkin erilaista; siihen voi kuulua käytöshäiriöt tai masennus. Näitä on haastava erottaa mielenterveyden häiriöistä ja niihin liittyvistä oireista. Tutkimuksen tuloksena oli, että suurista kaupungeista Espoossa, Tampereella ja Turussa on havaittu mielenterveysosaamisen olevan heikointa kotihoidossa ja näissä kaupungeissa on eniten lisäkoulutuksen tarvetta.

Oma kokemuksemme on samankaltainen. Opintojen ohella työharjoittelut ja uudet työpaikat ovat olleet opettavaisia ja on herännyt ajatus, että työ olisi voinut olla helpompaa, jos opitut asiat olisi tiennyt aiemmin. Keskustelut kollegoiden kanssa tukivat tätä ajatusta ja useampi sairaanhoitaja toi ilmi, että etenkin psyykkiset sairaudet, niiden lääkehoito ja muu hoitaminen on vieraampaa kuin somaattisten sairauksien. Näiden keskusteluiden ja edellä mainittujen tutkimustenkin perusteella on Ikääntyneiden mielenterveysongelmien tunnistaminen ja hoito – opas kotihoidon hoitajille luotu.

2 IKÄÄNTYNEIDEN KOHTAAMINEN SEKÄ MIELENTERVEYS- ONGELMIEN TUNNISTAMINEN JA PUHEEKSIOTTO

Varhainen mielenterveysongelmien tunnistaminen ja niihin puuttuminen on ikääntyneillä tärkeää, sillä psyykkiset sairaudet heikentävät iäkkäiden toimintakykyä huomattavasti nopeammin mitä nuoremmalla väestöllä. On tärkeä tunnistaa ikääntyneiden psykiatristen ongelmien erityispiirteitä, jotta ihmiset osataan ohjata oikeanlaisen avun piiriin. Usein somaattiset sairaudet saattavat olla päällimmäisenä ja psyykkinen puoli jää piiloon eikä mielenterveysongelmia aina tunnisteta, vaikka molempien hoitaminen on yhtä tärkeää. Ympäristö ja kohtaaminen korostuvat muistisairaita hoidettaessa. Harhaluuloisuus-häiriötä ja neuropsykiatrisia oireita esiintyy nimenomaan ikääntyneillä, mutta siitä huolimatta aihetta koskevia tutkimuksia on yhä niukasti. (Talaslahti & Jämsen, 2024.)

Myös Klug ym., (2019) toivat kirjallisuuskatsauksessaan ilmi, että monet mielenterveyden tutkimukset ovat keskittyneet nuoriin ja keski-ikäisiin, ikääntyneitä koskevia tutkimuksia on kovin vähän. He löysivät vain kolme tutkimusta, jotka läpäisivät heidän tiukan kriteeristönsä. Näiden tutkimusten perusteella psykogeriatrisen osaamisen tunnustaminen ja sen sisällyttäminen kotihoidon työhön vähentää asiakkaiden sairaalaan ja hoitokotiin joutumisen uhkaa sekä vähentää iäkkäiden psykososiaalisia ongelmien ilmaantumista, jolloin myös hoitokustannukset pienenevät.

2.1 Tunnistaminen ja puheeksiotto

Puheeksi ottaminen on hoitajan tehtävä. Hoitajan tulee ottaa mahdollisimman varhain oma huoli asiakkaasta esiin kunnioittavasti, ennakkoluulottomasti ja avoimesti. Asiakkaalle tulee selkeästi kertoa, miksi huoli on herännyt ja miksi se tuodaan esiin juuri sillä hetkellä. Asiakas auttaa hoitajaa lievittämään herännyttä huolta. Avoin dialogi mahdollistaa yhteistyön ja luottamus kasvaa. (THL, 2023.)

Ammattilaisilla on oikeus ja eettinen velvollisuus ottaa puheeksi mielenterveysongelmat, mikäli ikääntynyt on tuen tarpeessa. Mielenterveydestä keskusteleminen tulisi olla rutiininomaista, jokapäiväistä ja neutraalia. Asiat täytyy myös kirjata asiakkaan hoitokertomukseen, jotta hoidon jatkumo säilyy. Kun asioista puhutaan eri hoitoyksiköissä ja palveluketjuissa samoilla nimillä, antaa se ikääntyneelle luvan puhua asioista eikä se aiheuta leimaantumisen tunnetta. (Strand ym., 2022.)

Mielenterveysongelmien tunnistaminen ei aina ole helppoa. Varhaiset oireet jäävät usein huomaamatta asiakkaalta itseltäänkin, jolloin hoitohenkilökunnan on todella vaikeaa tunnistaa alkavia oireita, ellei tunne asiakasta pitkältä ajalta. Tunnistamisessa auttaa hoitajan tietämys sairauksista, säännöllisesti tehtävät testit ja mittarit, mutta myös asioiden puheeksi ottaminen. (Aalto ym., 2009.)

Varhainen interventio parantaa hoitomyöntyvyyttä. Psykoedukaation antaminen ei ole pelkkää tiedon jakamista hoitajalta asiakkaalle, vaan sen avulla voidaan luoda luottamuksellinen yhteistyösuhde ja parantaa ikääntyneen sairauden hallintaa. Psykoedukaatiolla myös tuetaan ikäihmisen ja heidän läheistensä kykyä kommunikoida sairauden eri vaiheissa. Läheiset tulisi ottaa mukaan mielenterveyshäiriötä sairastavan ikääntyneen hoitoon mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. (Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito - suositus, 2024, kohta Esiintyvyys ja Hoito ja kuntoutus; Kiesepää & Oksanen, 2013.)

2.2 Kohtaaminen

Hoitajan tulisi kohdata asiakkaansa tasavertaisesti, ihminen ihmiselle. Hoitajan tulee tiedostaa omat ennakkoluulonsa ja ajattelutapansa. Tässä auttaa hyvä itsetuntemus. Kohtaaminen on muutakin kuin pelkät lausutut sanat. Siihen liittyy molempien olemus, eleet sekä ilmeet. Molemmat tuovat kohtaamiseen oman historiansa ja kokemuksensa. Tasa-arvo, puolueettomuus ja arvostus ovat hyvän kohtaamisen tunnusmerkkejä. Hoitaja voi olla asioista eri

mieltä, mutta silti tulee osoittaa arvostusta asiakkaan tavalle toimia. Kiireettömyys on noussut esille yhtenä tärkeänä osana kotihoidon asiakkaan kohtaamisesta. Mikäli hoitaja ilmaisee heti käynnin alussa ajanpuutteen, niin hyvästäkin kohtamisesta voi tulla huono. Iäkäs kotihoidon asiakas toivoo kuulluksi ja aidosti kohdatuksi tulemista. Hoitajien antama motivoiva palaute ja osallistaminen voimistavat ikääntyneen omia voimavaroja. Ikääntyneen voimaannuttaminen mahdollistuu silloin, kun hoitaja hyödyntää ikääntyneen omia vahvuuksia. Ikääntynyt tunnistaa vahvuutensa, joilla voi lisätä arkensa mielekkyyttä sekä voimavaroja. (Kariniemi ym., 2020, s. 35.)

Ikääntyneen kohtaamisessa tulee huomioida hänen elämäntilanteensa sekä arjen haasteet ja mahdollisuudet. Kotihoidon turvin omassa kodissaan elävä ikääntynyt tulee kuitenkin huomioida omana toimijanaan, ihmisenä, kenellä on kotonaan täysi itsemääräämisoikeus. Avoin ja arvostava kohtaaminen, jossa yhdistyvät terveyttä ja hyvinvointia edistävä työote, hoidollinen osaaminen ja hyväksyvä arvomaailma on sellainen ympäristö, jossa ikääntyneen ei tarvitse tuntea häpeää vaan hän saa olla oma itsensä. (Strand ym., 2022.)

3 IKÄÄNTYNEIDEN MIELENTERVEYSONGELMAT

Mielenterveyden tarkka määrittely ei ole helppoa, sillä se ei ole pelkästään mielen hyvinvointia ja ongelmattomuutta. Suru, pettymys ja ahdistus kuuluvat jokaisen elämään. Jos asiakkaan käytös, mieliala, ajatukset tai tunteet rajoittavat normaalia elämää, haittaavat ihmissuhteita ja toimintakykyä, voidaan ajatella kyseessä olevan mielenterveyden häiriö. (Terveyskirjasto, 2022.)

Kun puhutaan ikääntyneiden mielenterveysongelmista, erilaiset mielialahäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt, psykoottiset sairaudet sekä elimelliset mielenterveyden häiriöt ovat yleisimpiä. Näitä sairastaa noin 16–30 % ikääntyneestä aikuisväestöstä. (Koponen & Leinonen, 2024.)

Psykiatrisia arviointiasteikoita voidaan käyttää työn tukena. Niillä voidaan arvioida asiakkaan oireiden vakavuutta, kliinistä tilaa ja hoidon vaikuttavuutta. Arviointiasteikot ja erilaiset mittarit ovat hyviä apuvälineitä asiakastyössä, missä hoitajat vaihtuvat usein. Yksinkertaiset, helposti ymmärrettävät testit ovat luotettavimpia, sillä ne ovat vertailukelpoisia keskenään ja antavat vähemmän tulokinnanvaraisia tuloksia. (Jääskeläinen & Miettunen, 2011.)

3.1 Ikääntyneiden masennus ja sen lääkehoito

Maier ym., (2021) totesivat kattavassa kirjallisuuskatsauksessaan, että ikääntyvän väestön kasvaessa myös masennus lisääntyy. He etsivät tutkimuksista mahdollisia riskitekijöitä ja suojaavia tekijöitä ikääntyneillä. Näön heikentyminen, fyysisen toimintakyvyn lasku, yksinäisyys, univaikeudet ja alkoholin liika käyttö katsotaan riskitekijöiksi. Vastaavasti perheen ja ulkopuolisten tuki, sosiaaliset kontaktit, sairauksien ja unettomuuden asianmukainen hoito ovat suojaavia tekijöitä.

Kun puhutaan ikääntyneiden mielenterveysongelmista, on masennus yksi yleisin ongelma. Masennuksen lievimpiä oireita ovat suru ja ajoittainen ahdistus, jotka kuuluvat normaaliin elämään, mutta pitkittyessään ne voivat aiheuttaa masennusta. Masennus voi näkyä arjessa erilaisina oireina, kuten toiminnanohjauksen häiriintymisenä, fyysisinä oireina, tiedonkäsittelyn ja uuden oppimisen vaikeutena ja / tai aloitekyvyttömyytenä. Masennuksen tyypillisin oire on alakuloinen, masentunut mieliala, jolloin mikään ei kiinnostusta ja mielihyvän kokemukset ovat hyvin vaisuja. Masennus aiheuttaa kuitenkin runsaasti myös muita oireita, joista masennuksen voi myös tunnistaa. Esimerkiksi merkittävä painon lasku tai nousu (ruokahalun muutokset) voivat viitata masennukseen, samoin kuin muutokset unessa, väsymys, voimattomuus, mielen hidastuminen, kiihtyneisyys, vaikeus ajatella ja keskittyä, arvottomuuden tunteet sekä nopeasti voimistuneet syyllisyyden tunteet. Vakavimmissa oireissa masennuksessa voi esiintyä aistiharhoja, harhaluuloisuutta, itsetuhoisuutta tai muunlaisia kuolemantoiveita. Näitä oireita kutsutaan psykoottisiksi masennusoireiksi. (Rovasalo, 2022; Mielenterveystalo n.d.-a.)

Psykoottinen masennus on tärkeä tunnistaa, sillä pitkittyessään se lisää kuolemanriskiä ja voi aiheuttaa muunlaista oheissairastuvuutta. Psykoottisessa masennuksessa mielen mataluuden ja alakulon lisäksi ilmenee harhaluuloja, esimerkiksi myrkytysepäilyä, pakonomaisia kehoon kohdistuvia ajatuksia tai lääkityksen laiminlyömistä. Myös aistiharhoja voi esiintyä, näitä ovat esimerkiksi pelko savunhajua kohtaan, pilaantuneen ruoan maistaminen sekä voimistuneet kiputuntemukset. Ikääntyneillä psykoottisen masennuksen oireet näkyvät usein epäluulojen ja pelkojen voimistumisena sekä aistiharhojen lisääntymisenä, kuten puheen kuuleminen naapurista. (Nietola ym., 2021.)

Masennuksen riskiä lisäävät aiemmin elämässä sairastettu masennus, erilaiset menetykset, leskeytyminen, tulleet pitkäaikaissairaudet tai muistisairaus, aistien heikentyminen, liikkumisvaikeudet sekä oman kuoleman lähestyminen. (Mielenterveystalo n.d.-a.)

Pitkäaikainen, kroonistunut masennus voi aiheuttaa myös muita sairauksia, kuten Alzheimerin tautia, lisäksi se lisää aivo- ja sydänhalvauksen riskiä. Masennus heikentää huomattavasti erilaisten sairauksien hoito- ja kuntoutumisen ennustetta. (Mielenterveystalo n.d.-a.)

Mahdollisimman aikainen interventio hidastaa masennuksen etenemistä. Ikääntynyt ei välttämättä itse tunnista oireitaan, mutta apuna voi käyttää erilaisia kyselyitä ja masennusseuloja. Masennuksesta voi ja pitää kysyä suoraan, se ei lisää sairastumisen riskiä. Usein väliintulo ja asioiden ääneen puhuminen herättelee ikääntynyttä ja mahdollisesti omaisia. Mikäli hoitajalla herää huoli ja oirekyselyt viittaavat masennukseen, tulee asiakas ohjata eteenpäin lääkärin vastaanotolle lääkehoidon arviointia varten. Masennusta epäiltäessä, ikääntyneeltä tulee sulkea muut mahdolliset sairaudet pois. Esimerkiksi laskimoverinäytteestä voidaan tutkia täydellinen verenkuva; masennusoireita voi aiheuttaa muun muassa hypokalemia ja hyperkalsemia. Samoin kilpirauhasen toimintakokeiden, veren glukoosipitoisuuden sekä B12 – ja foolihappopitoisuuksien poikkeavat tulokset voivat viitata taustalla olevaan elimelliseen syyhyn.

(Depressio: Käypä hoito – suositus, 2023, kohta depression hoito eri elämänvaiheissa; Koponen & Leinonen, 2024.)

Masennusta voidaan seuloa käyttäen geriatriasta depressioasteikkoa (GDS-15 tai GDS-30), myös Beckin arviointiasteikko (BDI) tai Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) sopivat arviointiin. Mikäli masennus ilmenee ensimmäisen kerran asiakkaan elämässä vasta vanhuusiällä, tulee huomioida somaattisen sairauden mahdollisuus. (Depressio: Käypä hoito – suositus, 2023, kohta depression hoito eri elämänvaiheissa.)

Masennuslääkitys on aiheellinen, kun masennus vaikuttaa ikääntyneen toimintakykyyn. Ensisijaisesti pyritään hoitamaan masennusta aiheuttava sairaus mahdollisimman hyvin tai lopettamaan mahdollisesti mielen mataluutta aiheuttava lääkehoito. Masennuslääkettä valitessa tulee valita sellainen valmiste, josta on mahdollisimman vähän haittoja ja runsaasti hyötyä. (Leinonen & Koponen, 2024.)

Masennuslääke aloitetaan pienimmällä mahdollisella annoksella ja annosta nostetaan noin viikon kuluttua. Vastetta tulee seurata ainakin 4–6 viikkoa. Jos kunnollista vastetta ei saada, voidaan miettiä lääkkeen vaihtamista. Ensimmäistä masennusjaksoaan sairastavan lääkehoitoa tulee jatkaa ainakin kuuden kuukauden ajan, vaikka olo paranisi. Jos elämässä on aiemmin ollut sairastettuja masennusjaksoja, tulee lääkehoitoa jatkaa vähintään vuoden ajan. (Leinonen & Koponen, 2024.)

Ikääntyneen mielialalääkkeisiin täytyy joskus yhdistää toisen polven psykoosilääke kuten ketiapiini tai aripipratsoli. Näiden molempien lääkeainepitoisuudet saattavat nousta elimistössä, joten niitä tulee verikokein tarkkailla. (Leinonen & Koponen, 2024.)

Yleisin masennuslääkeryhmä ikääntyneillä on SSRI – lääkkeet. Niiden yhteisvaikutukset muiden lääkkeiden kanssa ovat vähäisiä. Hoidon alussa saattaa esiintyä uniongelmia, pahoinvointia ja päänsärkyä. Ikääntyneillä saattaa esiintyä lääkkeen myötä veren suola-arvojen laskua, joten on suositeltavaa, että

veren natriumpitoisuus mitataan ennen lääkkeen aloitusta, 2–3 viikkoa hoidon aloituksesta ja jatkossa säännöllisesti. Yleisimpiä SSRI - lääkkeitä ovat sitalopraami ja essitalopraami. Niiden etuna on se, että niillä on vähän yhteisvaikutuksia muiden lääkkeiden kanssa, mutta ikääntyneillä niiden poistuminen elimistöstä hidastuu. Annosten tulee olla pieniä, noin 50 % pienempiä mitä muulla aikuisväestöllä. Ikääntyneillä myös haittavaikutusten riskit kasvavat, suurimpana riskinä sydämen QT – ajan pidentyminen. Tätä riskiä lisäävät jotkin somaattiset sairaudet, kuten sydämen vajaatoiminta sekä verenkuvan muutokset, kuten hypokalemia. Paroksetiini ja fluoksetiini ovat vältettäviä lääkkeitä ikääntyneillä niiden lukuisten yhteisvaikutusten vuoksi muiden lääkkeiden kanssa. Lisäksi niiden annosten määrittelyssä ja farmakokinetiikan kanssa on runsaasti haasteita. (Leinonen & Koponen, 2024.)

Toinen masennuslääkeryhmä on SNRI – lääkkeet. Tähän ryhmään luetaan kuuluvaksi muun muassa venlafaksiini ja duloksetiini. Näitä lääkkeitä käytetään enemmän melankolistyypisessä masennuksessa. Lääkkeiden teho tulee viiveellä ja aluksi oireet saattavat hetkellisesti jopa pahentua. Lääkkeiden haittavaikutukset muistuttavat SSRI – lääkkeiden haittoja, mutta lisäksi ikääntyneillä saattaa esiintyä verenpaineen nousua, nopeutunutta syketiheyttä ja ortostatismia. (Leinonen & Koponen, 2024; Socada, 2023a.)

Lisäksi on useita muita masennuslääkkeitä, joita ikääntyneillä voi käyttää. Miratsapiini on tehokas masennuslääke, jota pieninä annoksina käytetään myös unettomuuteen. Sen haittapuolina on sen voimakas väsyttävä vaikutus, mutta sen lisäksi se voi aiheuttaa jalkojen puutumista, levottomia jalkoja, raajojen pistelyä ja turvotuksia. Uusimmista masennuslääkkeistä vortiooksetiini on hyvä vaihtoehto ikääntyneille. Se parantaa monilla kognitiivisia ongelmia ja haittavaikutuksia on vähän. Kyseisen lääkkeen haittapuolena on sen huomattavasti kalliimpi hinta, mikä on monelle ikääntyneelle ongelma. (Leinonen & Koponen, 2024; Socada, 2023a.)

3.2 Ikääntyneiden ahdistus ja sen lääkehoito

Ihmisen kyky tuntee pelkoa ja olla huolestunut on terve ominaisuus, mutta jos tunteesta ei pysty irrottautumaan, siitä kehittyy ongelma. Ahdistus aiheuttaa elimistössä sympaattisen hermoston aktivoitumisen ja sitä myötä erilaisia fyysisiä oireita, kuten närästystä, palan tunnetta kurkussa, sydämen tykytystä ja verenpainetason nousua. Ahdistuksesta voi aiheutua myös ruuansulatuskanavan, kuten ripulia tai oksentelua. (Rovasalo & Eerola, 2023.)

Ikääntyessä ahdistusoireet voivat peittyä masennuksen taakse. Yksittäiset pelko-oireet ja sosiaalisten tilanteiden pelko näyttäytyvät samankaltaisena mitä nuoremmalla aikuisväestöllä, mutta murehtimisherkkyys ja kehäajattelu sitä vasten saattavat voimistua. Lisääntynyt ahdistus heikentää ikääntyneen elämänlaatua ja saattaa aiheuttaa muiden sairauksien pahenemista. (Leinonen & Koponen, 2024.)

Ikääntyneillä ahdistusta aiheuttavat usein ahdistushäiriön lisäksi masennus, erilaiset somaattiset sairaudet, esimerkiksi kilpirauhasen vajaatoiminta tai Parkinsonin tauti, muistisairaudet, kipu, unettomuus sekä joidenkin lääkkeiden aiheuttama ahdistus. Näitä lääkkeitä ovat muun muassa kortisonit ja tyroksiini. (Leinonen & Koponen, 2024)

Ahdistuksen hoitoon kuuluu sen asteittainen kohtaaminen, hyväksymistä ja ymmärtämistä. Hoitajan rooli on kohdata ikääntynyt omana itsenään, tarjota psykoedukaatiota sairaudesta ja olla väheksymättä ikääntyneen kokemaa tunnetta. Ikääntyneen yritys piilotella sairautta usein pahentaa sitä, mutta avoin keskustelu aiheesta vähentää ahdistuksen tunnetta. Tarjottu asiallinen tieto sairaudesta ja ikääntyneen auttaminen tunteiden ymmärtämiseen auttaa selviämään eteenpäin. (Rovasalo & Eerola, 2023.)

Ahdistuksen voi ottaa puheeksi ja sitä voi mitata erilaisin mittarein. Esimerkiksi Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS) tai ahdistuneisuuskyseily (GAD-7) ovat apuvälineitä tähän. (Ahdistuneisuushäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2019, kohta diagnostiikka.)

Ahdistuslääkkeet aloitetaan yleensä asteittain eikä nopeaa vaikutusta saada kuin bentsodiatsepiineilla. Ahdistuksen lääkehoidon on hyvä jatkaa oireiden helpotettua vielä jonkin aikaa, jotta oireet eivät heti palaisi. Tässä ikääntynyt usein tarvitsee motivointia ja kannustusta sekä tietoa siitä, miksi lääkkeitä tulisi syödä, vaikka oireet ovatkin jo helpottaneet. Mitä pidempään oireet ovat poissa, sitä epätodennäköisemmin ne palaavat. (Socada, 2023b.)

Ahdistuksen lääkehoitoon käytetään paljon samoja lääkkeitä kuin masennukseenkin, mutta ahdistukseen käytettäessä annokset usein ovat isompia. Ikääntyneillä ahdistusta lievittävää vaikutusta saadaan parhaiten essitalopraamista, venlafaksiinista tai duloksetiinista. Näillä kuitenkin vaste tulee hitaasti ja haittavaikutusten vuoksi aloitus on tapahduttava hitaasti, porrastaen annostuksen nostoa. (Ahdistuneisuushäiriöt: Käypä hoito - suositus, 2019, kohta ikääntyneet; Socada, 2023b.)

Pregabaliini ja gabapentiini ovat myös osoittaneet tehonsa ahdistuksen lääkehoidossa, pregabaliini erityisesti ikääntyneillä. Haittavaikutuksena voi tulla hui- mausta, ummetusta, näköhäiriöitä ja ruokahalun muutoksia. Joskus lääkkeet voivat aiheuttaa psyykkisiä muutoksia kuten sekavuutta tai ärtyisyyttä. Gabapentiini saattaa laskea veren valkosolujen määrää, joka altistaa infekti- oille. Lääkkeiden lopetus tulee tehdä asteittain kouristusriskin vuoksi. (Socada, 2023b.)

Joillain psykoosilääkkeillä on myös ahdistusta hoitava vaikutus, mutta ikään- tyneillä niiden käyttöä tulee harkita tarkkaan. Psykoosilääkkeistä on apua, etenkin jos ahdistukseen liittyy voimakkaita pelkoajatuksia tai todellisuuden taju hämärtyy. Ketapiini on näistä yleisin, mutta jos se aiheuttaa haittoja, myös olantsapiinia voidaan lyhytaikaisesti käyttää. (Socada, 2023b.)

3.3 Muistisairauksien psyykkiset oireet ja niiden lääkehoito

Harhaluulot, aistiharhat ja käytöksen muuttuminen voivat olla ensimmäinen merkki muistisairaudesta. Psyykkiset oireet voivat alkaa paljon ennen muita oireita ja joskus ikääntyneet saavatkin psyykkisen diagnoosin ennen kognitiivisia oireita, jotka paljastavat muistisairauden. Muistisairaiden psykoosioireiden hoitaminen on hankalaa. Oireet aiheuttavat useille ikääntyneille voimakasta toimintakyvyn laskua ja lisäävät huolta omaisissa. (Rantamäki-Häkkinen ym., 2024.)

Muistisairaahan kohtaaminen kotonaan tulee tehdä kunnioittavasti ja kohdata ikääntynyt itsenään. Mikäli muistisairas puhuu harhoistaan, voi esittää tärkeitä kysymyksiä, mutta missään nimessä hoitajan ei tule lähteä väittämään vastaan tai vähättelemään. Muistisairaalle kokemukset ja harhat ovat todellisia. Esimerkiksi yöaikainen pelko tunkeilijasta on todellinen, joka nostaa sykkettä ja saattaa aiheuttaa somaattisia oireita. Ikääntynyt ei välttämättä uskalla tuoda ilmi harhojaan omaisille tai hoitohenkilökunnalle. Harhoista neutraalisti kysyminen on usein kannattavaa, sillä se antaa ikääntyneelle oikeuden puhua kokemuksistaan, lisää hoitajan ja asiakkaan välistä luottamusta sekä tuo samalla helpotusta ikääntyneen oloon. Harhoja ei suoraan kannata lähteä kiistämään, mutta ei myöskään lähteä niihin mukaan. Myös omaisille kannattaa kertoa miksi ja mistä käytösoireet sekä harhat johtuvat. Ymmärryksen lisääminen auttaa omaisia jaksamaan. (Hallikainen ym., 2024, s. 114; Vataja, 2024.)

Harhaisen muistisairaahan pärjääminen kotiloissa riippuu siitä, miten hän suhtautuu neuropsykiatrisiin oireisiinsa. Hoitajien tai omaisten käytös voi heijastua takaisin muistisairaasta, liian kritisoiva, vihamielinen tai tunnepitoinen suhtautuminen voi aiheuttaa oireilua. Neuropsykiatrisiin oireisiin ei ole tarvetta puuttua radikaalimmin, ellei ikääntynyt toimi harhojen mukaan aiheuttaen itselleen tai muille vaaraa. Joskus omaiset vaativat rajumpia väliintuloja, mutta keskustelu ja psykoedukaatio sairaudesta ikääntyneen asiakkaan sekä omaisten kanssa usein auttaa. (Vataja, 2024.)

Alzheimerin tautiin liittyy tyypillisesti vainoamis-, varastamis-, hylkäämis- tai uskottomuusharhoja. On yleistä, että todellisuudentaju hämärtyy; puoliso muuttuu toiseksi, peilikuvassa on vieras ihminen, kotona on tunkeilijoita tai tv:n tapahtumat ovat tosia. Myös näkö- ja kuuloharhat ovat yleisiä, kuten koputuksia, puheensorinaa, ihmisiä ja eläimiä, mitä muut eivät havaitse. (Rantamäki-Häkkinen ym., 2024.)

Lewyn kappale – taudissa ensioireina ovat usein hahmot näkökentän laitamilla, tunne jonkun läsnäolosta. Taudin edetessä harhaluulot ovat elävän tuntuisia, tarkkoja näköharhoja, mutta oiretiedostus usein pysyy pitkään tallella. Tauti usein alkaa harhoilla, muistioireet tulevat vasta myöhemmin. Erilaiset muut harhat ja luulot tulevat taudin myöhemmissä vaiheissa enemmän esille. (Rantamäki-Häkkinen ym., 2024.)

Otsa-ohimolohkorappeumassa on usein psykoosioireistoa. Näitä oireita ovat muun muassa uskonnolliset harhat, vainoamisharhat tai somaattiset harhaluulot, esimerkiksi luuloa sairastaa syöpää, tunne vierasesineestä kehossa tai muuten sisällöltään oudot harhaluulot. Oirekuva saattaa muistuttaa skitsofreniaa pitkään ennen muiden oireiden puhkeamista. Verisuoniperäisessä muistisairaudessa muistiongelmät tulevat ensin, harhat vasta myöhemmin. Muuten oirekuva muistuttaa Alzheimerin tautia. (Rantamäki-Häkkinen ym., 2024.)

Psykoosilääkitystä muistisairailta tulee harkita hyvin tarkkaan ja aloitusannos on aina hyvin pieni. Psykoosilääkkeet ovat kotona asuvien ikääntyneiden toiseksi yleisin lääkeryhmä, vaikka ne aiheuttavat ikääntyneille kaatumisriskin ja kognition heikkenemistä. Risperidonista, olantsapiinista tai aripipratsolista saattaa pieninä annoksina olla hyötyä käytösoireisiin, mutta etenkin Parkinsonin taudin aiheuttamaa muistisairautta ja Lewyn kappale -tautia sairastavat saavat herkästi haittavaikutuksia pienistäkin annoksista. (Rantamäki-Häkkinen ym., 2024; Roitto ym., 2021.)

Alzheimerin taudin ja Parkinsonin taudin aiheuttamaan muistamattomuuteen ensisijaisia lääkkeitä ovat koliiniesteraasin estäjät, samoin memantiinista on

hyötyä. Lewyn kappale -tautia sairastavat hyötyvät myös koliiniesteraasi estäjä- lääkityksestä, vaikka näillä lääkkeillä ei ole käyttöaihetta tämän sairauden hoidossa. Otsa-ohimorappeumaa sairastaville ei sovi koliiniesteraasin estäjät eikä memantiini. (Rantamäki-Häkkinen ym., 2024.)

Muistisairauksissa aloitetun psykoosilääkkeen tarve arvioidaan nopeasti, viimeistään kuukauden kuluttua ja sopimaton tai tehoton lääke lopetetaan. Mikäli ikääntynyt on hyötynyt lääkityksestä, tulee lääkeshoidon tarpeen arviota suorittaa 3–4 kuukauden välein. (Rantamäki-Häkkinen ym., 2024.)

3.4 Ikääntyneiden bipolaarihäiriö ja sen lääkehoito

Bipolaarihäiriön esiintyvyydeksi on arvioitu 0,1–0,5 % vanhusväestöstä. Esiintyvyys johtuu muun muassa häiriöön liittyvästä itsemurhakuolleisuudesta. Kaikista ikääntyneiden mielialahäiriöistä bipolaarihäiriö kattaa 5–19 %. Enemmistö sairastuneista on naisia. Nuoremmissa ikäluokissa ei ole havaittavissa merkittävää eroa sukupuolien välillä. (Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito - suositus, 2024, kohta Esiintyvyys; Koponen ym., 2015)

Bipolaarihäiriössä mania-, hypomania-, masennus- tai sekamuotoiset jaksot vaihtelevat eripituisissa sykleissä. Välivaiheet saattavat olla oireettomia tai vähäoireisia. Ikääntyneellä maniavaiheet ovat harvinaisempia ja jaksot painottuvat enemmän masennukseen. Vaikka sairauden oirekuva pysyy samanlaisena ikääntyessä, euforian tilalle tulee useammin ärtyneisyys maniavaiheessa. (Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito - suositus, 2024, kohta Diagnostiikka; Mielenterveystalo, n.d.-b.)

Kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön sairastumisen riskiä lisää perinnöllisen alttiuden lisäksi lapsuudessa koettu kaltoinkohtelu ja traumat. Iäkkäillä tulee huomioida mahdollinen somaattinen sairaus tai muu psykoosisairaus. Elimellisiä syitä mielialahäiriöön voivat olla muun muassa eräiden B-vitamiinien tai foolihapon puutos, hyper- tai hypotyreoosi sekä porfyria. Psykoottisia oireita voi

ilmaantua päihteiden käytön seurauksena tai lääkkeiden aiheuttamassa myrkytyksessä. Tällaisia lääkkeitä ovat esimerkiksi antikolinergit tai levodopa. Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavalla on hyvin usein motivaation puute ja negatiivinen suhtautuminen lääkehoitoon. Säännölliseen vuorokausirytmiiin tukeminen on tärkeää, sillä unen vähyys on yhteydessä uusiin sairausjaksoihin. Tässä on yksilöllistä vaihtelua; toisilla se saattaa laukaista manian ja toisilla masennusjakson. Koska bipolaarihäiriötä sairastavilla esiintyy muuta väestöä enemmän komorbiditeettia, kuten diabetesta, on terveellisiin elämäntapoihin ohjaaminen myös tärkeää. Samaan aikaan esiintyvä päihdeongelma on yleisempi miehillä. Ahdistuneisuushäiriön samanaikainen esiintyvyys on 45 %, jonkin persoonallisuushäiriön noin 40 % ja alkoholiriippuvuuden 14 %. (Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito - suositus, 2024, kohta Tunnistaminen ja erotusdiagnostiikka; Tarnanen ym., 2021.)

Hypomaniassa iäkkään käytös voi muuttua tavallista toimeliaammaksi, puhe-
liaammaksi, seurallisemmaksi tai jopa lievästi vastuuttomaksi. Hänen unen tarpeensa vähenee ja hänellä esiintyy muun muassa puheen hajanaisuutta. Oireilu haittaa asiakkaan toimintakykyä. Maniassa esiintyy myös samoja oireita, mutta niin voimakkaina, että ne häiritsevät merkittävästi ikääntyneen päivittäistä selviytymistä. Näiden lisäksi saattaa ilmetä kohonnutta itsetuntoa, alati muuttuvaa toimintaa tai suunnitelmia, harhakäsityksiä kyvykkyydestä tai grandioottisuudesta. Masennusjakson aikana ikäihminen kohdistaa itseensä liiallisia itsesyytöksiä, käyttäytyminen voi olla itsetuhoista tai ajatukset voivat olla kuolemaan tai itsemurhaan liittyviä. Suisidaaliset ajatukset ja puheet tulee aina ottaa vakavasti. Ikäihminen voi tunnistaa itsessään hidastuneisuutta tai kiihtymystä tai keskittymisvaikeuksia. (Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito - suositus, 2024, kohta Diagnostiikka; Sadeniemi, 2021.)

Hoidon vaikuttavuutta voidaan seurata masennusoireiden arviointiin tarkoitettuilla arviointiasteikoilla ja kyselylomakkeilla sekä mielialapäiväkirjan avulla. Tällaisia ovat muun muassa Montgomery – Åsbergin depressioasteikko (MADRS), Beckin arviointiasteikko (BDI) ja PHQ-9. Manian oireiden arviointiin soveltuu Young Mania Rating Scale (YMRS).

Mikäli asiakkaalla on itsetuhoisuutta, voidaan sitä selvittää Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) – lomakkeella. Lomakkeen avulla selvitetään itsemurha-ajatuksia, niiden voimakkuutta ja itsetuhoista käyttäytymistä. (Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito - suositus, 2024, kohta: Hoito ja kuntoutus.)

Pääasiallinen hoitomuoto on mielialaa tasaava lääkehoito. Kaikkien kaksisuuntaisen mielialahäiriön jaksojen hoidossa käyttöön valitaan sellaiset lääkkeet ja niiden yhdistelmät, että niistä saadaan mahdollisimman suuri hyöty ja vähän haittoja. Joidenkin lääkkeiden käyttöä rajoittaa niiden interaktiot muiden lääkkeiden kanssa, silloin niitä käytetään vain poikkeustapauksissa. Yksi tällainen on manian hoidossa käytettävä karbamatsepiini. (Kaksisuuntainen mielialahäiriö, Käypä hoito - suositus, 2024, kohta Hoito ja kuntoutus.)

Vaikean manian hoidossa tarvitaan usein eri lääkehoitojen yhdistelmää. Yhdistämällä litium, valproaatti tai molemmat uuden polven psykoosilääkkeen kanssa, kuten aripratsolin, risperidonin, ketiapiinin tai olantsapiinin, saadaan tehokkain vaste manian hoitoon. Manian hoidon aikana stimuloiva lääkitys tai masennuslääke tulee lopettaa. Monesti manian lääkehoitoa tuetaan bentso-diatsepiineilla, joita ovat esimerkiksi loratsepaami ja klonatsepaami. Mikäli mania on vaikeaoireinen, voidaan harkita sähköhoitoa. Klotsapiinin käyttöä harkitaan hoitoresistentissä maniassa. Akuutin manian hoidossa käytetään myös haloperidolia. Sekamuotoisen jakson lääkehoidon periaatteet noudattavat manian lääkehoitoa. Jakson aikana tulisi käyttää sellaisia lääkkeitä, jotka tehoavat myös ylläpito-hoidon aikana. (Kaksisuuntainen mielialahäiriö, Käypä hoito - suositus, 2024, kohta: Hoito ja kuntoutus; Socada, 2023c.)

Masennusvaiheen hoidossa käytettäviä lääkkeitä ovat muun muassa ketiapiini, lamotrigiini, litium, olantsapiini ja valproaatti. Akuuttivaiheessa voidaan käyttää lurasidonin ja valproaatin tai litiumin yhdistelmää. Ketamiini-infuusio voi olla tehokas masennusjakson hoidossa, mutta se ei ole vakiintunut käytäntöön. Mikäli ikääntyneelle on tehty kaksi tuloksetonta lääkekokeilua tai hän on

akuutissa itsemurhavaarassa, voidaan harkita sähköhoitoa. Trisyklisiä masenuslääkkeitä vältetään käyttämästä niin niiden haittavaikutusten kuin vaiheen kääntymisriskinkin vuoksi. (Kaksisuuntainen mielialahäiriö, Käypä hoito - suositus, 2024, kohta: Hoito ja kuntoutus.)

Ylläpitolääkitykseen käytetään samoja lääkkeitä. Lääkehoidon tavoitteena on ehkäistä uusia jaksoja sekä jaksojen välissä esiintyviä oireita. Jaksojen välisillä oireilla voi olla merkittävä vaikutus ikääntyneen toimintakykyyn. Lääkehoidolla tavoitellaan maksimaalista hyötyä ja vähäisiä haittoja. Lääkehoitona voidaan käyttää pitkävaikutteisia risperidoni- tai aripipratsoli – injektioita. (Kaksisuuntainen mielialahäiriö, Käypä hoito – suositus, 2024, kohta: Hoito ja kuntoutus.)

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön lääkehoitoon liittyy mahdollisten muiden haittavaikutusten lisäksi somaattisia haittoja. Näitä seurataan säännöllisesti laboratoriotekoin ja ottamalla sydänfilmi, punnitsemalla potilas sekä mittaamalla tämän verenpainetta. (Kaksisuuntainen mielialahäiriö, Käypä hoito - suositus, 2024, kohta; Hoito ja kuntoutus.)

Litium hoidon haittavaikutuksia ovat muun muassa pahoinvointi, lihasheikkous, hyperparatyreoosi, struuma, sydämen johtumishäiriöt, hiustenlähtö ja hyvälaatuinen leukosytoosi. Litiumin pitoisuutta veressä kontrolloidaan säännöllisesti. Liian korkea litium pitoisuus on toksinen. Lievän myrkytyksen oireet ovat muun muassa pahoinvointi, polyuria, lihasheikkous ja uneliaisuus. Keski- vaikeassa myrkytyksessä esiintyy faskilulaatiota eli yksittäisen lihaksen nykimistä, virtsainkontinenssia sekä koreaoireita, jotka muistuttavat epärytmisiä tanssinomaisia tahattomia liikkeitä. Vaikeassa myrkytyksessä oireina ovat kouristelu, tajuttomuus, munuaisten vaikeasta vajaatoiminnasta johtuva krooninen uremia ja jopa kuolema. (Raaska & Matikainen, 2021.)

Valproaatin haittavaikutuksia ovat painonnousu, glukoositasapainon heikkeneminen, rasva-aineenvaihdunnan häiriöt, hyponatremia, kävelyhäiriöt ja hengenvaarallinen haimatulehdus. Lääkkeen aloitus ja annosnosto tulee tehdä maltillisesti mahdollisen vakavan ihoreaktion välttämiseksi. Valproaatin pitoi-

suutta kontrolloidaan verikokein säännöllisesti. (Kaksisuuntainen mielialahäiriö, Käypä hoito - suositus, 2024, kohta: Hoito ja kuntoutus; Raaska & Matikainen, 2021.)

Olantsapiinin käytön yleisimpiin haittoihin lukeutuu huomattava painonnousu, ruokahalun lisääntyminen, antikolinergiset vaikutukset, ekstrapyramidaalioireet, voimattomuus ja väsymys. Harvinaisempia haittoja ovat dystonia, änkytys, nenäverenvuoto ja tromboembolia. Harvinaisia haittoja ovat muun muassa rabdomyelyysi, haima- tai maksatulehdus, neuroleptioireyhtymä ja äkki-kuolema. (Socada, 2023d.)

Koska vaikeimmat lamotrigiinin haitat liittyvät ihoreaktioihin, rutiininomaisesti ei tarvita pitoisuuden seurantaan verestä. Asiakkaan tulee viivyttämättä haakeutua lääkäriin iho-oireiden ilmaantuessa. Mikäli tämä ei ole mahdollista tai ihottuma pahenee, asiakas voi keskeyttää lääkkeen itse. (Raaska & Matikainen, 2021.)

3.5 Ikääntyneiden psykoosisairaudet

Mikäli hoitaja huomaa ikääntyneellä ennakko-oireita psykoosista, ne pitää ottaa avoimesti puheeksi. Tällaisia oireita voivat olla mielialaoireet, ahdistuneisuus, univaikeudet, toimintakyvyn lasku, omituiset kokemukset liittyen ympäristöön tai vetäytyminen sosiaalisista suhteista. Maaninen iäkäs saattaa olla hyvinkin ärsyyntynyt, sillä hän ei koe olevansa sairas tai avun tarpeessa. Psyhyke yrittää sairaudentunnottomuuden avulla hallita muun muassa psykiatriseen sairauteen liittyvää häpeää. Harhaisen ikääntyneen kanssa ei tule väitellä siitä, ovatko harhat totta vai ei. Harhaiselle iäkkäälle pelot ovat totta. Harhaluuloisen ikääntyneen turvattomuus voi helpottaa jo pelkästään sillä, että hoitaja kuuntelee. Samalla harhat voivat muuttua siedettävimmiksi. (FinFami, n.d.; Huttunen, 1999; Mieli ry, 2022.)

Safewards-malli kehitettiin parantamaan psykiatristen sairaalaosastojen turvallisuutta. Mallinmukaisesti toteutetuilla interventioilla pyritään vähentämään

lääkkeettömin keinoin konflikteja itsemääräämisoikeutta rajoittamatta. Koska mallissa interventioita on kymmenen, kuten ystävälliset sanat, yhteiset odotukset, positiiviset sanat ja puheella rauhoittaminen, voidaan osaa soveltaa myös kotihoidossa. Esimerkiksi puheella rauhoittamisen interventio toteutetaan kuuntelemalla myötätuntoisesti ikääntynyttä ja jos mahdollista, pyydetään hänet istumaan. Istumaan pyytäminen on yksi osa rajaamista, rauhoittaa kiihtynyttä iäkästä ja antaa hoitajalle aikaa reagoida mahdolliseen väkivaltaan. Seuraavaksi tulee selvittää, miksi ikääntynyt on niin kiihtynyt. Kysymysten tulee olla avoimia ja ne kannattaa suunnata ikääntyneelle käyttämällä hänen nimeään ennen varsinaista kysymystä. Iäkkään oman nimen käyttäminen kiinnittää hänet nykyhetkeen. Hyvään lopputulokseen päästään, kun iäkkäälle annetaan selitys esimerkiksi sairaalahoidon tarpeesta tai kun hänelle on kohtaamisessa jäänyt hallinnan tunne. Hallinnan tunnetta voidaan vahvistaa keskustelemalla iäkkään kanssa valinnoista ja hoidon vaihtoehdoista. Hoitajan tulisi tilanteessa käyttäytyä rauhallisesti ja vakuuttavasti sekä olla provosoitumatta. Hoitajan omalla rauhallisella käyttäytymisellä on positiivinen ja rauhoittava vaikutus ikääntyneeseen. (Safewards, 2024.)

3.5.1 Ikääntyneiden skitsofrenia

Suomessa skitsofrenian esiintyvyys on 0,5–1,5 % eli Suomessa on 55–65000 skitsofreniapotilasta. Heistä 3 %:lla skitsofrenia on puhjennut yli 60 –vuotiaana. Tällöin voidaan puhua myös skitsofrenian kaltaisesta myöhään alkavasta psykoosista (very-late-onset schizophrenia-like psychosis, VLOSLP). Skitsofrenian esiintyvyydessä ei ole eroa sukupuolten välillä. Iäkkäillä skitsofrenian ilmaantuvuus on selvästi pienempi kuin nuoremmilla. Ikääntyneiden skitsofreniapotilaiden määrä kasvaa eliniänodotteen kasvamisen myötä. So-maattiset syyt tulee poissulkea psykoottisten oireiden ilmaantuessa, erityisesti jos ne esiintyvät ensimmäistä kertaa. Tällaisia syitä ovat muun muassa muistisairaudet, hyperkalsemia, B12- vitamiinin puutos ja antikolinergien haittavaikutukset. Myös skitsofreniapotilailla esiintyy runsaasti komorbiditeettia, kuten sydän- ja verisuonitauteja, suun sairauksia ja metabolista oireyhtymää. Yli-

kuolleisuus liittyy yleisimmin juuri somaattisiin sairauksiin. Jopa puolella skitsofreniapotilaista on samanaikaisesti depressio ja lähes yhtä usealla päihdehäiriö. Ahdistuneisuushäiriötä, esimerkiksi sosiaalisten tilanteiden pelkoa sairastaa noin 35 % skitsofreniapotilaista. (Skitsofrenia, Käypä hoito – suositus, 2024, kohta: Esiintyvyys, ilmaantuvuus ja elinaikainen riski; Skitsofrenia, Käypä hoito – suositus, 2024, kohta: Psykoosipotilaan tutkiminen; Koponen, ym., 2019.)

Skitsofrenian puhkeamista voidaan selittää stressi - alttiusmallin avulla. Mallin mukaan psykoosin puhkeamiseen tarvitaan biologinen alttius sekä laukaiseva stressi. Vaikka alttius sairauden puhkeamiselle on perinnöllistä, suurella osalla potilaiden perheistä ei ole skitsofreniaa eikä muita psykooseja. Sairastumisriskiä nostaa lähes kymmenkertaiseksi, mikäli ensiasteen sukulainen sairastaa jotain psykoosisairautta tai skitsofreniaa. Stressitekijä voi olla normaali elämäntilanne, joka aiheuttaa ikääntyneelle liiallisen kuormituksen. (Koponen, ym., 2019; Skitsofrenia, Käypä hoito – suositus, 2024, kohta: Etiologia ja patogeneesi; Tuominen & Salokangas, 2017.)

Skitsofreniassa on tunnistettavissa kognitiivisia, negatiivisia ja positiivisia oireita. Kognitiiviset oireet voivat näkyä esimerkiksi havainnoinnin, tarkkaavaisuuden tai työmuistin puutteellisuutena. Negatiiviset oireet näkyvät muun muassa tunne-elämän latistumisena tai hajanaisuutena ja puhekielen köyhtymisenä. Positiivisilla oireilla tarkoitetaan erilaisia aistiharhoja, kuten kuuloharhat tai tunnetta siitä, että potilaaseen on istutettu jokin laite, mutta myös haju- ja makuharhoja saattaa esiintyä. Positiivisiin oireisiin kuuluvat harhaluulot liittyvät usein seuraamiseen, vainoamiseen tai siihen, että mediassa esitetään potilasta koskevia vihjailuita. Hajanaisuus luetaan myös positiivisiin oireisiin. Hajanaisuudelle on tyypillistä erikoiset miellelyhtymät eli assosiaatiot sekä ajatusten toteuttaminen käytännössä esimerkiksi muutto toiselle paikkakunnalle, jotta välttyy vainoamiselta. (Skitsofrenia, Käypä hoito – suositus, 2024, kohta: Kliininen kuva ja diagnoosi; Tuominen & Salokangas, 2017.)

Ikääntyneiden, skitsofreniaa sairastavien asiakkaiden oirekuvasta puuttuu usein ajatushäiriö, mutta siinä esiintyy vainoharhaisuutta. Kognitiiviset puutosoireet ovat myös yleensä vähäisempiä.

Tyypillisiä ovat läpäisyharhat, joissa seinän ja/tai katon läpi tulee esimerkiksi myrkkyä tai ihmisiä. Tällaisia läpäisyharhoja saattaa esiintyä myös jossain muistisairauksissa. (Skitsofrenia: Käypä hoito – suositus, 2024, kohta: Esiintyvyys, ilmaantuvuus ja elinaikainen riski; Koponen ym., 2019.)

Ikään voimien pitkäaikaisen seurannan tukena voidaan käyttää strukturoituja mittareita, kuten Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ja Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). Näitä käytetään myös hoidon alussa, kun arvioidaan iäkkään kliinistä tilaa. (Skitsofrenia: Käypä hoito – suositus, 2024, kohta: Psykoosipotilaan tutkiminen)

Ikääntyneistä 0,5 % sairastaa harhaluuloisuushäiriötä. Ajoittaista harhaluuloisuutta tavataan 6 %:lla ikäihmisistä. Harhaluuloja esiintyy muun muassa deliriumissa, joissain neurologisissa sairauksissa, Alzheimerin taudissa ja vakavissa dementioissa. Harhaluuloisuushäiriöön sairastuneista yli puolet on naisia, mutta iäkkäillä miehillä oireet ovat vaikeampia kuin naisilla. Miesten psykososiaalinen toimintakyky on myös naisia heikompi. (FinFami, n.d. s.5.; Hutunen, 2018a; Koponen ym., 2015.)

3.5.2 Ikääntyneiden harhaluuloisuushäiriö

Ikääntyneen harhaluuloisuushäiriön taustalla on monien tekijöiden yhteisvaikutus. Ikääntyneen huono sopeutuminen aistien, muistin ja toimintakyvyn heikkenemiseen, leskeytyminen tai oma sairastuminen yhdistettynä iäkkään hauraaseen persoonallisuuteen, jossa on mahdollisesti vainoharhaisia piirteitä sekä defenssien pettäminen ovat mahdollisesti yhteydessä harhaluuloisuushäiriön puhkeamiseen. (FinFami, n.d., s. 5)

Harhaluuloisuushäiriössä deluusiot ovat uskottavia, mutta hyvin epätodennäköisiä. Harha syntyy usein ikääntyneen kokemuksen tai havainnon väärästä tulkinnasta. Tästä tulkinnasta hän pitää itsepintaisesti kiinni, vaikka hänelle vaakuutetaan toisin. Ikääntyneelle ne muodostavat johdonmukaisen ja jäsentyneen kokonaisuuden.

Useimmiten harha vaikuttaa kapea-alaisesti jollakin elämän osa-alueella ja ikääntynyt säilyttää toimintakykynsä muilla osa-alueilla. Myös ikääntyneen käytös säilyy usein ennallaan. (FinFami, n.d., s. 6; Huttunen, 2018b.)

Sisällöllisesti harhaluulot voivat olla erilaisia. Erotomaanisesti harhainen on vaakuuttunut korkeammassa asemassa olevan ihmisen rakkaudesta. Paranoidisesti harhainen ikääntynyt uskoo itseään tai läheistään kohdeltavan kaltoin tai muutoin vainottavan. Grandioottisella ikääntyneellä on deluusioita koskien tietämystä, valtaa tai identiteettiä tai erityinen jumalsuhde. Tähän suuruusharhaan ei liity maanisuuutta. Somaattiset harhaluulot liittyvät fyysiseen sairauteen tai vammaan. (Huttunen, 2018b; Koponen ym., 2015.)

3.5.3 Ikääntyneiden psykoosisairauksien lääkehoito

Psykoosilääkkeet voidaan luokitella kahteen ryhmään; perinteisiin ja uudempiin psykoosilääkkeisiin. Suomessa on käytössä noin 30 eri psykoosilääkettä. Nämä eivät juurikaan eroa teholtaan, mutta tästä huolimatta yksilölliset erot voivat poiketa merkittävästi toisistaan. Klotsapiinin on osoitettu olevan keskimäärin muita tehokkaampi. Huomattavimmat erot tulevat haittavaikutuksista. Haittavaikutusten vuoksi joudutaan usein keskeyttämään lääkehoito. Haittavaikutukset voidaan minimoida tai välttää pienentämällä annostusta tai vaihtamalla lääke toiseen. Psykoosilääkityksellä pyritään lievittämään positiivisia oireita akuuttivaiheessa, estämään relapsit ja tukemaan toimintakykyä osana kokonaihoitoa. Lääkityksen lopettamiseen ja liian nopeaan keskeyttämiseen liittyy aina relapsin riski. Tästä syystä lääkitystä purettaessa tulisi seurata ikääntyneelle mahdollisesti ilmaantuvia ennako-oireita ja käyttäytymishäiriöitä. (Skitsofrenia, Käypä hoito – suositus, 2024, kohta: Hoitomuodot; Socada 2023d.)

Pienillä annoksilla käytettävien perinteisten psykoosilääkkeiden, kuten halo-peridolin, tsuklopentiksolin ja perfenatsiinin tavallisimmat haittavaikutukset ovat ekstrapyramidaalioireet. läkkäällä asiakkaalla voi olla vaikeuksia pysyä aloillaan ja tulee pakonomainen tarve liikkua.

Etuna näillä lääkkeillä on vähäinen vaikutus muun muassa verenpaineeseen. (Skitsofrenia: Käypä hoito – suositus, 2024, kohta: Hoitomuodot; Socada, 2023d.)

Korkeammilla annoksilla käytettävien perinteisten psykoosilääkkeiden, kuten klooripromatsiinin, klooriprotikseenin ja levomepromatsiinin käytön yhteydessä esiintyy useammin antikolinergisiä haittavaikutuksia ja väsymystä kuin ekstrapyramidaalioireita. (Skitsofrenia, Käypä hoito – suositus, 2024, kohta: Hoitomuodot; Socada, 2023d.)

Uuden polven psykoosilääkkeitä ovat muun muassa klotsapiini, aripipratsoli, paliperidoni, risperidoni, olantsapiini ja lurasidoni. Uudempien psykoosilääkkeiden etuna on, että ne aiheuttavat perinteisiä psykoosilääkkeitä vähemmän ekstrapyramidaalioireita ja tardiivin dyskinesian riski on selvästi pienempi. (Socada, 2023d.)

Klotsapiinia voidaan käyttää lääkehoitoresistentin skitsofrenian hoidossa. Lääkeresistenssiä skitsofreniaa esiintyy jopa 25 %:lla skitsofreniapotilaista. Se on yleisempää miehillä kuin naisilla. Klotsapiinin haitoista vakavin on ummetus, jonka vuoksi kuitupitoinen ruokavalio ja tehokas ummetuksen hoito on tärkeää ikääntyneellä, jolla on klotsapiinilääkitys. Ummetus voi johtaa hengenvaaralliseen suolilamaan. Toinen, mutta huomattavasti harvinaisempi, haitta on agranulosytoosi. Agranulosytoosia ehkäistään niin sanotuilla turvakokeilla, joilla tarkistetaan valkosolutasot. Hoidon alussa tulee ikääntyneen käydä laboratorioskokeissa viikon välein, myöhemmin riittää neljän viikon välein otetut koheet. Mikäli tihtynyt pulssi ja verenpaineen lasku ja huimaus seisomaan noustessa jatkuvat pitkään hoidon aloituksen jälkeen, tulee konsultoida lääkäriä. Kyseessä saattaa olla kardiomyopatia. Myös kuumeen ja muiden infektiooireiden alkaessa ikääntyneen on käytävä turvakokeissa. Runsas syljen erity-

on kiusallinen haittavaikutus, mutta sitä voidaan hoitaa antikolinergisillä lääkkeillä. (Skitsofrenia, Käypä hoito – suositus, 2024, kohta: Hoitomuodot; Socada, 2023d.)

Paliperidoni on risperidonin metaboliitti. Risperidonihoidon aloitukseen voi liittyä verenpaineen laskua, jota voidaan ehkäistä pienellä aloitusannoksella ja nostamalla lääkitys hitaasti hoitoannokseen. Molemmista lääkkeistä on saatavilla pitkävaikutteinen lihakseen pistettävä injektio; risperidonista kahden viikon välein pistettävä ja paliperidonista kuukauden tai kolmen kuukauden välein pistettävä. Molemmat lääkkeet nostavat prolaktiinin pitoisuutta veressä. Pitoisuutta ei tarvitse kontrolloida säännönmukaisesti, mutta on suositeltavaa mitata se ennen hoidon aloitusta. Prolaktiinipitoisuuden nousuun liittyy naisilla vaihdevuosien jälkeen luukadon riski ja miehillä testosteronitason laskua. Kuten muutkin psykoosilääkkeet, risperidoni lisää aivoverenkiertohäiriöiden riskiä ikääntyneillä ja muistisairailla asiakkailta. (Raaska & Matikainen, 2021; Socada, 2023d.)

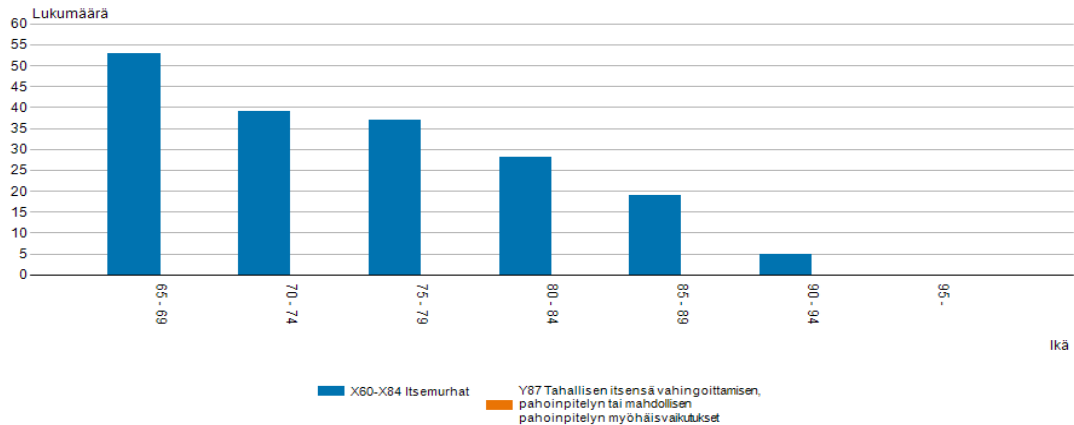
Aripipratsolin yleisimpiä haittavaikutuksia ovat unettomuus, vapina, huimaus ja kiihtyneisyys, mutta sillä on vain vähän hankalia haittoja kuten maligni neuroleptioireyhtymä. Painonnousua esiintyy yleensä vain, mikäli iäkkäällä on myös joku muu riskitekijä esimerkiksi diabetes tai kilpirauhasen toimintahäiriö. Myös aripipratsolista on saatavilla pitkävaikutteinen injektio. (Socada, 2023d.)

3.6 Ikääntyneiden itsetuhoisuus

Partonen ym., (2024) tutkimuksessaan totesivat, että moni ikääntynyt on käynyt terveydenhuollon toimipisteessä ennen itsemurhaa, mutta usein oireena on väsymys tai heikotus, jolloin hoitohenkilökunta ei välttämättä tunnista itsemurhavaaraa. Varsinais-Suomen hyvinvointialueella, niin kuin muillakin hyvinvointialueilla, on itsemurhakuolleisuus lisääntynyt vuosina 2016–2021. Tutkimus osoittaa, että oikeuslääketieteellisesti todistetuista itsemurhakuolemista lähes 25 % on yli 65 v toteuttamia. Perusterveydenhuollossa tulisi masennusta

seuloa huomattavasti yleisemmin ja ohjata tarvittaessa hoidon piiriin. Resursseissa ja mahdollisuuksissa on hyvinvointialueiden kesken runsaasti eroja. Tutkimus osoittaa, että saumaton yhteistyö perustasolla vähentää itsemurhakuolleisuutta. Ikääntyneillä tulee olla yhtäläinen oikeus päästä psykiatrian poliklinikalle, vanhuspsykiatriseen avohoitoon tai ainakin psykiatrin konsultaatioon, mitä nuoremmallakin väestöllä. Selkeät toimintasuunnitelmat hoitohenkilökunnan kohdalla lisäävät mahdollisuuksia yhtenevän jatkohoidon järjestämiseen.

Itsetuhoiselle käyttäytymiselle ei ole olemassa termistöä tai normistoa. Suomessa vuonna 2022 yli 65 vuotiaista itsemurhan teki 185 ikääntynyttä, joka on n. 2 % kaikista itsemurhista (kuva 1). Itsemurhan riski on suurimmillaan eläkkeelle jäätyä ja pienenee iän lisääntyessä. Aktiivinen itsemurhasta puhuminen on syytä ottaa tosissaan ja se on merkki pitkälle edenneestä itsetuhoisuudesta. Toisaalta 60 % itsemurhaa yrittäneistä ei ole puhuneet aikomuksistaan etukäteen. (Riala ym., 2022)



Kuva 1 Tilastokeskus: Yli 65-vuotiaiden itsemurhat v.2022.

Kansainvälisesti on luotu yhteiset käsitteet ja määritelmät itsetuhoisuudelle. Kuoleman toive on ajatus kuolemasta ilman omaa osallisuutta siihen. Itsemurhasuunnitelmasta puhutaan silloin, kun ihminen on päättänyt, miten ja milloin tekee itsemurhan, mutta ei ole vielä aloittanut valmisteluita. Itsemurhan valmistelu on sitä, kun ihminen hankkii välineet, esimerkiksi varastoi lääkkeitä tai

ostaa köyden, mutta ei vielä suorita tekoa. Itsemurhayritys on itseään vahingoittava teko, jolla on kuolemaan johtava pyrkimys, mutta joka ei kuitenkaan johda kuolemaan. Itsemurhasta puhutaan silloin, kun se on tietoinen, kuolemaan johtava teko. (Riala ym., 2022.)

lökkäiden itsetuhoisuus on usein piilevä, mutta sen hälytysmerkit on hyvä tunnistaa. Ikääntyneillä asiakkailla itsetuhoisuuteen, kuolemantoiveisiin ja itsemurhayrityksiin liittyy usein jokin somaattinen sairaus. Mikäli sairaus uhkaa ikääntyneen toimintakykyä, itsenäisyyttä tai elämän nautittavuutta, on itsetuhoisen käyttäytymisen riski kohonnut ja tämä tulisi ottaa huomioon ikääntyntä hoitaessa. Tällaisia sairauksia ovat Parkinsonin tauti, COPD, neurologiset sairaudet, fyysiset rajoitteet sekä syöpä. Yleisenä ohjeena voidaan pitää, että kolme pitkäaikaissairautta kolminkertaistaa itsemurhariskin, viisi sairautta viisinkertaistaa. (Koponen, 2020; Partonen ym., 2024.)

Myös teot ja käyttäytyminen voivat viitata itsetuhoisuuteen puheiden lisäksi. Välinpitämättömyys omasta hoidosta, tuhoisa käyttäytyminen ilman tarkoitusta kuolla, riskien ottaminen, alkoholin liikakäyttö ja esimerkiksi syömättömyys ovat viitteitä itsetuhoisuudesta. Epäiltäessä ikääntyneen olevan tarkoituksella välinpitämätön tai välttelevänsä esimerkiksi syömistä, asiasta kannattaa kysyä suoraan. Itsemurhasta kysyminen ei lisää itsemurhan riskiä, vaan voi olla riittävä väliintulo, jolloin ikääntynyt itse ja läheiset huomaavat asian. (Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito: Käypä hoito – suositus, 2022, Kohta Riskitekijät; Riala ym., 2022.)

Itsemurhaa yrittänyt tai itsemurhaa suunnitteleva tulee kohdata ihmisenä ammattilaisen taholta. Hoitajan tulee olla empaattinen ja uskaltaa ottaa asia puheeksi sekä kysyä asiasta. Kiertely ei auta mitään ja aiheen välttely ei poista sitä ikääntyneen mielestä, vaan asioista keskustellaan suoraan. Mikäli ikääntynyt ilmaisee kuolemantoiveita, voidaan kysyä, onko hän harkinnut toteuttavansa toiveensa. Mikäli ikääntynyt ilmaisee suunnittelevansa itsemurhaa, voidaan kysyä tekotavasta. Asioista puhuminen ei lisää riskiä asian toteutukseen, vaan on luottamuksen osoitus ikääntyneelle siitä, että hoitaja uskoo ja kuunte-

lee. Avoin puhe itsetuhoisuudesta antaa ikääntyneelle luvan keskustella aiheesta ja saattaa auttaa häntä hakeutumaan avun piiriin. (THL, 2022; Riala ym., 2022; Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito; Käypä hoito – suositus, 2022, kohta itsemurhaa yrittäneen hoito.)

4 PROJEKTIMENETELMÄT JA AINEISTO

4.1 Toiminnallinen opinnäytetyö kehittämistyönä

Toiminnallinen opinnäytetyö on kehittämisprojekti, jossa aluksi luodaan tavoitteet, suunnitellaan toteutus, mietitään aikataulua, sovitaan projektimenetelmät ja alustavasti mietitään työn arviointia ja palautekyselyä. Opinnäytetyön lopputuloksena voi syntyä mm. ohjeistuksia, oppaita, prosessikuvauksia, koulutuksia, kuunnelmia tai vaikka taide-esityksiä. Kehittämisprojekti on kertaluontoinen, rajattu ajallisesti ja sisällöllisesti. (Kostamo ym., 2022.)

Projektityöhön tehdään projektisuunnitelma ennen työn aloittamista. Projektisuunnitelmaan määritellään työn tausta, sen tavoitteet ja tarve perustellaan. Toteutustapa, käytettävät menetelmät, aikataulu ja budjetti avataan, siihen tehdään riskiarvio sekä varautumissuunnitelma ja merkitään lähteet. Projektisuunnitelma ei pääty sen valmistumiseen, vaan se elää ja muokkautuu koko projektin ajan itse työn rinnalla. (Kymäläinen ym., 2016 s.25.)

Kehittämistyön lopputulos, esimerkiksi opas vastaa työelämän tarpeisiin, kohderyhmän kysymyksiin ja on ajankohtainen. Siihen tulee olla helposti palattavissa, se tulee olla helposti löydettävissä ja rakenteen tulee olla kunnossa. Oppaan sisällön tulee edetä loogisesti, jotta siitä tulee helposti lähestyttävä. Hyvä opas pitää sisällään vinkkejä, erilaisia muotoja, selkeän otsikoinnin, aiheeseen liittyviä kuvia ja esimerkkejä, joihin on helppo samaistua. Oppaassa on asiat tiivistetyksi, turhia täytesanoja vältetään ja asiat pidetään mahdollisim-

man yksinkertaisena. Opas voidaan tuottaa monessa eri muodossa, työpaikoilla oppaat usein sijaitsevat Teamsissa, Intrassa tai Sharepointissa, mutta myös käsin selattavana paperiversiona. (Oiva, 2017; Sarkkinen, 2021.)

Ikääntyneiden mielenterveysongelmien tunnistaminen ja puheeksiotto – Opas kotihoidon hoitajille toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä. Työn idea lähti kokemuksesta ja omasta oppimisesta sekä siitä, mitä olisi ollut hyvä tietää kotihoitossa työskennellessä, jotta työnteko olisi ollut sujuvampaa. Laajeneva työkokemus antoi lisää tietoa, jolloin syntyi halu jakaa uusinta tietoa myös muille. Alkuun pohdittiin, olisiko opas vai koulutusiltapäivä parempi. Projektin tilaajan kannustuksesta päädyttiin lopulta oppaaseen siitä saatavan pidempi-aikaisen hyödyn ja mahdollisen laajemman levikin (Varhan koko kotihoito) vuoksi. Työn nimi vaihtui ja tarkentui opintojen sekä projektin edetessä. Projektisuunnitelmaan käytettiin reilusti aikaa, siihen mietittiin tarkkaa aikataulua, tehtiin riskienhallintasuunnitelma, arvioitiin resurssit, jaettiin työt ja laadittiin arviointisuunnitelma projektille. Opinnäytetyöopintoihin kuuluvien tehtävien yhteydessä haettiin tietoa, millainen on hyvä opas ja ohjelehtinen, millainen on onnistunut projekti ja miten se toteutetaan alusta loppuun. Jo tässä vaiheessa peilattiin opittua omaan työhön, kerättiin hyviä vinkkejä sekä laitettiin muistiin asioita, jotta niihin on ollut helpompi palata oman projektimme edetessä.

4.2 Aineiston haku

Opas perustuu tehtyihin kirjallisuushakuihin. Hakuja tehdessä sisäänottokriteerinä oli, että aiempi tutkimus tai artikkeli on tehty vuoden 2018 jälkeen, ja se vastaa työn aihetta, lähde on luotettava ja kieli oli joko suomeksi tai englanniksi. Molemmilla kielillä tehtiin omat haut. Kaikki vanhemmat tutkimukset ja artikkelit hylättiin, samoin kaikki amk-tasoiset opinnäytetyöt, mielipidekirjoitukset, lehtikirjoitukset (esim. pääkirjoitukset) ja sosiaalisen median kanavat poistettiin. Työssä on pyritty käyttämään mahdollisimman uusia lähteitä.

Teoreettisen viitekehys on luotu käyttämällä ammattijulkaisuja, kuten Duodecim artikkeleita, Käypä Hoito – suosituksia sekä painettuja kirjoja aiheesta.

Käytettyjä tietokantoja olivat Finna, Medic, Google Scholar ja PubMed. Haku- sanoina on käytetty alla olevaa (Taulukko 1) sanastoa erilaisin yhdistelmin ja muunnoksien.

Taulukko 1 Hakusanataulukko

Pääkäsitteet	Ikääntynyt	Mielenterveys	Kotihoito	Puheek- siotto	Kohtaaminen
Muita Hakusanoja (FI)	Ikääntynyt Vanhus lääkä Ikäihminen	Mt-palvelut Psykykinen vointi Masennus Skitsofrenia Muistisairaus Itsetuhoisuus Bipolaarihäiriö Ahdistus Harhaluulo Psykoottinen	Avohoito Kotikäynti	Interventio Väliintulo Varhainen puuttuminen	Kohtelu Hoitosuhde Vuorovaikutus
Hakusanoja (EN)	Aged Elderly Older adult	Mental healt Mental healt problem Psyciatric problem Suicide Schizophrenia Depression	Home care	Bringing up a topic	Encounter
YSO – Sanoja	Ikääntyneet Ikäihmiset lääkkäät Seniorit Vanhukset	Mielenterveys Mentaalihygienia Psykykinen ter- veys	Kotihoito Hoivatyö, Kotikuntoutus Kotikäynti Kotisairaanhoido	Puheeksiotto Interventio, Motivoiva haastattelu, Varhainen puuttuminen	Kohtaaminen Ihmissuhdetaidot Vuorovaikutus

Tutkimuksia aiheesta kartoitettiin lukemalla töiden otsikot, joista jo pääteltiin, oliko aihe tarpeeksi lähellä työn aihetta. Aiheesta ei suoraan löytynyt kovin paljon tutkimustietoa; tutkimuksia oli hoitokodeista, mutta ei kotihoidosta. Mielenterveyttä koskevia tutkimuksia oli tehty todella runsaasti koskien lapsia ja etenkin nuoria, mutta ikääntyneitä koskevia oli todella niukasti. Viime vuosien covid-19 pandemiaan liittyviä ikääntyvien mielenterveyttä koskevia tutkimuksia oli paljon. Niitä ei kelpuutettu mukaan työhön, koska tuolloin on ollut poikkeus-tilanne ja mukaan haluttiin nimenomaan yleistä tutkimustietoa. Suurin osa tutkimuksista jäi tässä vaiheessa jo pois. Otsikoiden jälkeen luettiin tiivistelmät ja

sen jälkeen koko työt. Tämän jälkeen hyväksytyt tutkimukset valittiin työn pohjaksi. Viitteellistä teoriapohjaa kartoitettiin tekemällä erilaisia kirjallisuushakuja samoilla, yllä mainituilla sanoilla ja sanamuunnoksilla.

5 PROJEKTIN TARKOITUS, TAVOITTEET JA PROJEKTITEHTÄVÄ

Ikääntyneiden mielenterveysongelmien tunnistaminen ja puheeksiotto – Opas kotihoidon hoitajille - opinnäytetyön tarkoitus on antaa tiivistetysti tietoa ikääntyneiden mielenterveysongelmista, niiden puheeksiotosta ja hoidosta.

Projektin tavoite on lisätä kotihoidossa työskentelevien hoitajien tietoa ja osaamista ikääntyneiden mielenterveysasiakkaiden kohtaamisessa ja hoitamisessa.

Projektitehtävänä on tuottaa sähköinen opas ikääntyneiden mielenterveysongelmien tunnistamisesta ja puheeksiotosta kotihoidon henkilökunnalle, jota voi käyttää esimerkiksi osana perehdytysmateriaalia.

6 OPINNÄYTETYÖN ETENEMINEN

Projektit ja kehittämistyöt aloitetaan ideointivaiheella, jolloin mietitään aiheen tarvetta ja mitä kaikkea se pitää sisällään. Kun aiheen tarve on perusteltu, mietitään, mitä kehitettävää nykykäytännössä on ja minkälaisia toimia vaaditaan, että päästään haluttuun lopputulokseen. Kolmannessa vaiheessa suunnitellaan kehittämistoiminnan toteutus. Projektille määritellään tekijät, projektin johtaja, aikataulu, projektille liikenevät resurssit, mietitään projektin realistiset riskit sekä tehdään taustaselvitys tutkittuun tietoon perustuen. Suunnitteluvai-

heessa tehdään kirjallinen projektisuunnitelma, jossa käy ilmi tavoitteet, eteneminen, osallistujat, sidosryhmät, työn menetelmät, varatut resurssit, sekä selvitetään dokumentointi-, viestintä-, arviointi- ja julkaisutavat. Lopuksi suunnitelma hyväksytetään kohdeorganisaatiossa. Toteutusvaiheessa projekti käynnistetään ja lähdetään etenemään vähän kerrallaan eteenpäin. Tämä on vaihe, joka vaatii suunnitelmallisuutta ja paineensietokykyä. (Salonen ym., 2017, s. 56–66.)

6.1 Projektin eteneminen

Projektia lähdettiin suunnittelemaan joulukuussa 2023. Tuolloin tarkka aiheen rajaus oli vielä kesken, mutta ajatuksia ja toteutuksen muotoa jo pohdittiin. Aihe saatiin lopulta rajattua nykyiseen, jolloin työlle etsittiin tilaaja. Tilaaja on molempien opinnäytetyöntekijöiden työnantaja Varsinais-Suomen hyvinvointialue eli Varha. Varhasta tarkemmin ikääntyneiden palvelualue 5 valikoitui työn tilaajatahoksi, tämä on toisen opinnäytetyön tekijän aiempi työpaikka. Tammi-kuussa alkoivat opinnäytetyön teoriaopinnot, jotka jatkuivat toukokuuhun 2024 asti. Opinnäytetyön suunnitelmaa työstettiin teoriaopintojen ohella maaliskuussa 2024. Samalla kun valittuun aiheeseen tutustuttiin, kerättiin jo tutkimustietoa aiheesta ja koottiin yhteen aiheen viitteellistä kehystä. Molemmat opinnäytetyöntekijät hakivat tahoillaan tarvittavaa tietoa. Säännöllisesti oli tapaamisia, jossa löydettyä aineistoa käytiin läpi. Aineistoa kerättiin kesäkuuhun 2024 asti ja samalla kirjoitettiin opinnäytetyön raporttia. Opas tehtiin heinäkuussa, kun raportti oli kokonaisuudessaan saatu kirjoitettua. Tämän jälkeen elokuussa 2024 opas meni tilaajan sekä työntekijöiden arvioitavaksi. Tilaajan edustaja valitsi alueelta 10 hoitajaa, jolle hän lähetti sähköpostilla saatekirjeen, linkin sähköiseen oppaaseen sekä palautekaavakkeeseen. Palautekysely luotiin Google Forms -työkalua käyttäen, jolloin annetut vastaukset näkyivät tekijöille, mutta niistä ei ollut mahdollista tunnistaa, kuka vastauksen oli antanut. Toisaalta myöskään työn tilaajan ei ollut mahdollista tässä kohdin nähdä, mitä palautetta työntekijät olivat antaneet. Näin saatu palaute oli täysin anonyymiä kaikin tavoin. Tämä palaute lisättiin vielä raporttiin, jonka jälkeen työ luovutettiin tilaajataholle ja he saavat siihen käyttöoikeuden ja omistuksen.

6.2 Projektin kohderyhmä

Vuoden 2023 alusta alkaen terveys- sosiaali- ja pelastuspalveluiden järjestäminen siirtyi kunnilta hyvinvointialueille. Hyvinvointialueet ovat itsehallinnollisia alueita ja nämä perustettiin palveluiden yhdenvertaistamiseksi, hillitsemään kustannuksia sekä kaventamaan terveyspalveluiden eroja. Suomessa on 21 eri hyvinvointialuetta. (STM, 2024.)

Varsinais-Suomen hyvinvointialue (Varha) tuottaa kaikki terveydenhuollon ja sosiaalihuollon palvelut Turussa ja lähikunnissa eli Varsinais-Suomen alueella. Varhan palvelustrategiassa ikääntyneiden palvelut ovat oma luokkansa, jossa Varsinais-Suomi on jaettu palvelualueisiin. Ikääntyneiden palvelualue vastaa alueensa ympärivuorokautisesta hoidosta ja hoivasta, koti- ja päivä-kuntoutuksesta sekä kotihoidosta. (Varha, n.d.)

Kotihoito tukee ikääntyneen kotona asumista ja omatoimista elämää. Kotihoidon hoitajat kannustavat ikääntyneitä omien voimavarojen käyttöön ja ylläpitävät asiakkaiden omaa toimintakykyä mahdollisuuksien mukaan. Kotihoidon palvelut aloitetaan yleensä arviointijaksolla, jonka aikana palveluiden tarvetta arvioidaan. Kotihoidon asiakkaan palvelu voidaan toteuttaa myös etäpalveluna, jos se on asiakkaan toimintakyky huomioiden mahdollista. Kotihoitoa toteutetaan hyvinvointialueen omana palveluna, ostopalveluna yksityisiltä palveluntuottajilta tai palvelusetelillä. (Varha, n.d.)

Työ tilaajatahona toimii ikääntyneiden palvelualue 5:n kotihoito. Se vastaa Ruskon, Vahdon, Raision, Naantalin sekä Naantalin saariston kotihoidosta. Kotihoito huolehtii kokonaisuudesta, joka pitää sisällään kotipalvelun (sosiaalihuoltolain mukaisen toiminnan) sekä kotisairaanhoidon (terveydenhuoltolain mukaisen toiminnan). Ikääntyneiden palvelualue 5:n kotihoidossa työskentelee kodinhoitajia, kotiavustajia, lähihoitajia ja sairaanhoitajia. Lisäksi kotihoidossa työskentelee myös kuntohoitajia sekä erityistyöntekijöitä, kuten toimintaterapeutti ja fysioterapeutti. Alueet on jaettu tiimeihin, joissa on 1-2 sairaanhoitajaa + lähihoitajia ja kotiavustajia. Hoitajat vastaavat asiakkaiden päivittäisestä hyvinvoinnista, turvallisesta lääkehoidosta, riittävästä ravitsemuksesta ja

hygieniasta asiakkaan tarpeiden mukaan. Lisäksi huolehditaan tarvittaessa muista toimenpiteistä, kuten haavanhoidoista, kauppatilauksista, päiväkuntoutuskäynneistä ym. Hoitajat tarkkailevat asiakkaiden psyykkistä ja somaattista vointia, RAI-arviointia tehdään säännöllisesti ja hoitajat myös tekevät tarpeelliset mittaukset ja testaukset kotikäyntien yhteydessä. Sairaanhoitajat vastaavat näiden lisäksi muun muassa verinäytteiden otosta sekä hoito- ja palvelusuunnitelmien päivittämisestä.

6.3 Oppaan rakentuminen

Ikääntyneiden mielenterveysongelmien tunnistaminen ja puheeksiotto – Opas kotihoidon hoitajille luotiin pääasiallisesti sähköiseksi työkaluksi. Se pystytään liittämään tilaajan nettisivuille, tarkemmin Intraan käyttäen HTML tai iFrame koodia. Oppaasta on mahdollista luoda myös QR-koodi, jolloin sitä pystyy tarkastelemaan mobiililaitteilla. Sitä voidaan käyttää myös suoran internet-linkin avulla. Opas on mahdollista myös tallentaa tai tulostaa PDF-tiedostona.

Opas luotiin käyttämällä Visual Paradigm -ohjelmaa, joka toimii internetissä osoitteessa online.visual-paradigm.com. Testissä oli muitakin vastaavia palveluntarjoajia, mutta tämä ohjelma valikoitui sen laajojen käyttömahdollisuuksien vuoksi ja lisäksi se oli ilmainen. Ohjelma on kaikille avoin, mutta vaatii rekisteröitymisen tai kirjautumisen. Jatkossa oppaan sähköisen version päivittäminen voi olla tilaajan puolelta hankalaa, mutta tallennettavaa PDF-tiedostoa tilaaja toki voi muokata. Oppaan julkaisuhetkinen sisältö perustuu viimeisimpään tutkittuun senhetkiseen tietoon, teoriapohja on kerätty kevään 2024 aikana. Opas on koostettu elokuun 2024 aikana.

Opas rakentui opinnäytetyön teoriaosan pohjalta. Teoria on haettu kirjallisuuslähteistä ja sähköisiltä alustoilta. Oppaassa noudatetaan samaa rakennetta ja sisältöjärjestystä kuin opinnäytetyön teoriaosassa. Oppaaseen valikoitui tilaajatahon värit ja liitimme myös tilaajan logon oppaan etusivulle. Oppaasta tuli kokonaisuudessaan 26-sivuinen (liite 1). Siinä on kansilehti, johdanto, sisällysluettelo, aukeamat aiheista ikääntyneen masennus, ikääntyneen ahdistus,

muistisairauksien psyykkiset oireet, kaksisuuntainen mielialahäiriö ikääntyneillä, skitsofrenia ikääntyneillä sekä harhaluuloisuushäiriö ikääntyneillä. Lisäksi oppaassa on aiheiden lopuksi tärkeä / hyvä muistaa - sivu, jossa on koostusti tietoa ikääntyneiden mielenterveysongelmista, niiden hoidosta ja lääkeshoidosta. Tällä sivulla on myös internet-osoitteet, joista voi hakea lisätietoa ja maininta, miten ammattilaisosioihin pääsee kirjautumaan. Sivulla on myös mainittu, mistä ne tilaajatahon sisäisestä verkosta ja kotisivuilta löytyvät. Lisäksi oppaaseen tuli aihealueisiin liittyvät testit ja mittarit, jotka on helppo tulostaa tarpeen mukaan. Opas tulostuu A4 kokoisena, jolloin esimerkiksi oppaassa olevat testit voi tulostaa suoraan omaan tarpeeseen. Lisäksi oppaassa on internet-linkit, joista testilomakkeet löytyvät. Viimeiseksi oppaaseen on merkitty lähteet.

7 PROJEKTIN ARVIOINTI

Arviointi on tärkeä osa koko projektin laadunvarmistusta ja -hallintaa. Arviointia käytetään mm. tarpeenmukaisuuden tarkasteluun. Arviointi on hyvä suunnitella jo etukäteen ja mahdollisuuksien mukaan sisällyttää se jo projektisuunnitelmaan. Arviointia suunniteltaessa on hyvä miettiä kuka arvioi, mitä arvioi, milloin ja miten arvioidaan. (Kymäläinen ym., 2016, s. 55.)

Projektin arviointi voi kohdistua jo sen lähtökohtiin, jolloin arvioidaan, onko tehtävä ja tarve tunnistettu oikein, onko se kohderyhmälle sopiva ja onko tavoite kaikille sama. Myös projektin tekemistä voidaan arvioida, eli toimintaa ja toimintatapaa arvioidaan, projektinaikaista viestintää eri sidosryhmien välillä sekä näiden tyytyväisyyttä arvioidaan. Projektin lopputuotoksen näkökulmasta arvioidaan sen hyödynnettävyyttä sekä hyväksyttävyyttä. Myös projektin aikana opittua on hyvä arvioida. Kokonaisuutena projektin arviointiin kuuluvat ajan hallinta, budjetin pitävyys sekä laadun ja riskien hallinta. (Kymäläinen ym., 2016, s. 56.)

Projektin lopussa tehdään yleensä loppu- tai kokonaisarviointi, jonka tekee projektin osallistuja, projektiryhmä, kohdeorganisaatio ja/tai projektikurssin ohjaaja. Vaikka projekti ei suoraan olisikaan käyttökelpoinen, se voi silti olla onnistunut. Mikäli se herättää uusia kysymyksiä, ongelmia ja mahdollisuuksia, voidaan arvioida projektin onnistuneen. (Kymäläinen ym., 2016, s. 56.)

7.1 Tilaajan palaute oppaasta

Palautteen antajana toimi Varhan ikääntyneiden palvelualue 5 kotihoidon palvelupäällikkö Hannele Saarinen. Pyysimme avointa palautetta oppaasta ja sen käytettävyydestä. Tilaajan mukaan opas on asiasisällöltään kiitettävä ja täysin kohderyhmälle sopiva ja tarpeeseen tuleva. Johdanto on aihetta kuvaava, tausta kuvattu napakasti ja oppaan tarkoitus hyvin kuvattu. Tilaaja koki oppaassa olevan turhan paljon havainnointia korostavia elementtejä, kuten kuvia, joten kehitysehdotuksena hän ehdotti niiden poistoa tai vähentämistä turhaan lukijaa sekoittavana elementtinä. Myös eri sivuilla olevat erimuotoiset asialaatikot hän koki sekavana, jolloin kokonaisuus ei ollut yhtenäinen. Lisäksi kehitysehdotuksena tuli väliotsikoiden lisääminen, jolloin haetun asian löytää sivuilta nopeammin. Lisäksi tilaaja ehdotti asialaatikoiden yhtenäistämistä ja pienten kuvien poistoa, joita joihinkin laatikoihin oli ennen otsikointia laitettu, sillä hän koki ne hieman jopa hämmentävän. Erityistä kiitosta sai innovatiivinen lähestymistapa; sähköinen opas on selkeä sekä helposti myös mobiililla selattava, joka helpottaa oppaan käyttöä kotihoidon asiakaskäynneillä.

Opasta muokattiin hieman saadun palautteen perusteella. Oppaan ulkonäköä muokattiin ja yhtenäistettiin sekä lisättiin lääkehoidolle oma väliotsikkonsa. Joi-tain valokuvia poistettiin havainnoinnin helpottamiseksi ja oppaan visuaalisen ilmeen yhtenäistämiseksi kaikki huomiolaatikot muutettiin saman muotoiseksi sekä sivujen fontit yhtenäistettiin.

7.2 Työntekijöiden palaute oppaasta

Oppaasta kysyttiin mielipidettä kymmeneltä satunnaisesti valitulta kotihoidon hoitajalta. Hoitajat valitsi tilaajan edustaja, joka toimitti saatekirjeen (liite 2) sekä kyselylomakkeen linkin valitsemilleen henkilöille. Kyselylomakkeessa (liite 3) kysyttiin muun muassa oppaan hyödyllisyydestä, helppolukuisuudesta, oliko siinä uutta tietoa, aikooko mahdollisesti palata oppaaseen uudelleen ja muutama kysymys oppaan ulkonäöstä.

Kyselyyn vastasi määrääjässä neljä henkilöä, eli reilusti toivottua kymmentä henkilöä vähemmän, joten vastausprosentti oli 40. Mielipiteissä oli hajontaa jonkin verran.

Vastanneista kolme neljästä vastasi, että oppaasta on hyötyä omassa työssä, yksi vastaaja oli asiasta eri mieltä. Oppaan helppolukuisuuden yksi koki olevan heikko, yksi vastaaja ei ollut samaa eikä eri mieltä, mutta kaksi vastaajista kokivat, että opas on helppolukuinen. Oppaassa koettiin pääasiassa olevan uutta tietoa; vain yksi vastaaja kertoi olevansa täysin eri mieltä. Oppaan koettiin soveltuvan kohderyhmälle ja siinä olevan hyvin asiapitoista tekstiä, tässäkin kysymyksessä yksi oli asiasta eri mieltä ja koki, ettei opas sovellu kotihoitoon. Oppaan ulkonäöstä oltiin myös montaa eri mieltä, kaksi vastasi sen olevan hyvä, kaksi tyydyttävä. Kaksi kertoi palaavansa oppaaseen uudelleen, vain yksi kertoi, ettei aio näin tehdä, yksi neljästä vastaajasta ei tähän kysymykseen vastannut lainkaan. Kukaan vastaajista ei kertonut, jäikö kaipaamaan oppaaseen jotain lisää tai antanut muunlaista palautetta.

Vaikka vastausprosentti jäi pieneksi, voi vastauksista silti päätellä, että oppaalle on tarvetta. Lisäkoulutusta ei koskaan ole liikaa ja kotihoidossa, jossa kotikäynneillä käydään yksin, on tarve tietää ja tunnistaa sairauksia ja oireita. Opas on tässä yksi apuväline ja se koettiin pääasiassa olevan kohderyhmälle sopiva. Koska vastauksissa oli hajontaa, jäimme pohtimaan, että olisi ollut hyvä tietää, mistä ammattiryhmästä vastaajat ovat, jotta tietäisimme, oliko tekstissä painotusta toiseen ammattiryhmään enemmän.

7.3 Oma arvio oppaasta

Opas rakentui opinnäytetyön teoriaosuuden perusteella. Oppaan tekeminen vei odotettua enemmän aikaa teknisten haasteiden vuoksi. Teknisiä ongelmia oli muun muassa oppaan koon valinnassa, sillä se vaikutti runsaasti luettavuuteen ja tulostettavuuteen ja aiheutti sen, että opas piti aloittaa useaan kertaan uudelleen. Lisäksi oppaan julkaisu ja sen url-linkin saaminen toimivaksi oli haastavaa. Projektin aikana ei ollut tietoa, miten opasta tullaan hyödyntämään; pidetäänkö se vain sähköisessä muodossa ja onko esimerkiksi oppaan koolla tai muodolla väliä.

Oppaaseen valikoitiin värit tilaajan mukaan ja ulkonäkö pidettiin asiallisena. Teksti pyrittiin pitämään lyhyenä, helposti lähestyttävänä ja tässä mielessä onnistuimme. Oppaassa asiateksti on jaettu kappaleisiin ja niissä on tiivistetysti asiaa. Aihealueet (yleistieto, oireet, tunnistaminen, puheeksiotto, lääkehoito) kulkevat samassa järjestyksessä aiheesta toiseen. Oppaan aiheet on rajattu koskemaan nimenomaan mielenterveys sairautta sairastavia iäkkäitä, heidän hoitoaan, kohtaamistaan sekä sairauksien lääkehoitoa.

Oppaamme vastaa osaltaan koulutustarpeeseen, joihin muun muassa Alatalo ym., (2018) sekä Laine (2021) tutkimuksissaan viittaavat. Oppaamme tuo uutta, viimeaikaista tutkittua tietoa kotihoidossa työskenteleville hoitajille. Oppaassa käsitellään asioita nimenomaan kotihoidon perspektiivistä. Koulutusta ei ole koskaan liikaa ja mielenterveysongelmat ovat hyvin laaja käsite. Oppaasta jouduttiin rajaamaan useita aiheita pois, ettei se kasvaisi liian isoksi ja aiheista tulisi liian laxeita. Mielestämme aiheesta tarvittaisiin lisää konkreettista koulutusta kaikille hoitajille, jolloin jäisi myös tilaa kysymyksille ja toisi aiheet lähemmäs hoitajien omia asiakkaita ja kokemuksia. Yksi mahdollisuus resursien puitteissa olisi määritellä kotihoidon palvelualueella osaamis- ja vastuualueeksi mielenterveysosaaminen ja hyödyntää tässä sekä lähi- että sairaanhoitajia. Heitä koulutettaisiin intensiivisemmin, jolloin vaikeiden tilanteiden tullessa heitä pystyttäisiin konsultoimaan ja täten käyttämään omia osaajia hankalissa tilanteissa.

Sisällöllisesti oppaaseen saimme lähes kaiken, minkä halusimme. Oli odotettua vaikeampaa rakentaa sisällöllisesti sellaista opasta, joka palvelee niin kodinhoitajia, lähihoitajia ja sairaanhoitajia. Vaikka jo suunnitelmavaiheessa olimme tarkkaan miettineet, mitä aihealueita haluamme ottaa mukaan, oli rajaaminen silti vaikeaa ja raportista tuli huomattavasti opasta laajempi. Opas kuitenkin kaiken kaikkiaan vastaa sitä, mitä siltä odotimme. Mielestämme siitä on aihealueittain helppo etsiä tietoa esimerkiksi uuden, psyykkistä sairautta sairastavan ihmisen tullessa kotihoitoon asiakkaaksi. Oppaassa on perustietoa, joka palvelee kodin- ja lähihoitajia sekä syvempää tietoa, joka toimii sairaanhoitajille tietolähteenä. Mikäli aloittaisimme projektia nyt tekemään uudelleen, sopisimme jo etukäteen oppaan koon; liitetäänkö se nettisivulle ja onko koolla väliä. Selvittäisimme tarkemmin kaikki, mitä tilaajataho mahdollisesti haluaa, kuten logot, asettelu tai sisältö, lähteiden sijainti sekä muut yksityiskohdat. Meille kuitenkin annettiin jo alussa melko vapaat kädet tilaajan toimesta emmekä juurikaan saaneet palautetta, vaikka sitä pyysimme. Mitään ehdotuksia ei tilaajalta myöskään tullut, vaikka sähköpostitse olimme yhteydessä säännöllisesti.

Projektin tavoitteeksi määrittelimme hoitajien tiedon lisäämisen kotihoidossa. Mielestämme siinä onnistuimme. Oppaasta ei kaikille välttämättä ole niin paljon hyötyä, että siihen tarvitsisi palata, mutta itse koemme, että opas on hyvä muistutus muun muassa tietyn sairauden erityispiirteistä, jos asiakaskunnassa ei pitkään aikaan ole vastaavaa ollut. Liittämämme testit ja nettisivut ovat tärkeitä ja oppaasta helposti löydettävissä. Oppaassa on varmasti uutta asiaa monille kotihoidon työntekijöille ja myös perehtyjille uskoisimme tästä olevan hyötyä.

Oppaan suunnittelimme olemaan hyödyksi työntekijöille. Se on mahdollista liittää koodilla intraan tai Teamsiin, jossa se on helposti työntekijöiden saatavilla. Se on mahdollista tulostaa tai tallentaa PDF-muodossa. Lisäksi siitä on luotu QR-koodi, jolloin sitä pystyy selaamaan myös puhelimella tai mobiililaitteella. Koemme, että mahdollisuuksia käyttää opasta on runsaasti ja jokaiselle löytyy miellyttävä käyttötapa. Vaikka tilaajatahona on toiminut ikääntyneiden palvelualue 5, olisi oppaasta hyötyä koko Varhan kotihoidon henkilökunnalle. Sen

voisi liittää esimerkiksi intraan luettavaksi kaikille halukkaille. Tätä mahdollisuutta selvitimme, mutta vastausta emme saaneet palautteen antoajan aikana.

Oppaan tekeminen oli hyvin opettavaista. Sisällön lisäksi se opetti yhteistyötaitoja ja johtamistaitoja. Opinnäytetyön teoriaosuuden kirjoittaminen kehitti molempien kielellistä osaamista. Työn tekeminen kehitti myös kärsivällisyyttä ja paineensietokykyä.

7.4 Projektin etenemisen arviointi

Projektia lähdettiin toteuttamaan joulukuussa 2023. Suunnitelmassa olimme varanneet aikaa ja resursseja noin puoleksi vuodeksi projektin toteutukseen. Jos nyt aloittaisimme alusta, projektille tulisi antaa enemmän aikaa sekä realistisemmin miettiä tekijöiden resursseja ja ajankäyttömahdollisuutta tämän kokoiseen projektiin, jotta kaikille työvaiheille, myös yllätyksille ja viimeistelylle jäisi aikaa. Varaisimme pienen palaverin tilaajan kanssa, jotta voisimme käydä läpi ehdotuksia ja ajatuksia ennen työn aloittamista, nyt kaikki suunnittelu ja ajatustenvaihto käytiin sähköpostiviestien välityksellä. Tilaajan edustaja ei myöskään ollut tietoinen kaikista vaatimuksista, joita esimerkiksi hyvinvointialueella oli opinnäytetöitä kohtaan ja vastausten saaminen hyvinvointialueen opinnäytetöiden vastuuhenkilöltä kesti oman aikansa.

Riskit olimme arvioineet valmiiksi ja suunnitellussa toteutuksessa pysytty (taulukko 2). Aineistohaku vei suunniteltua enemmän aikaa, lisäksi löydettyjen tutkimusten ja teoriaosuuksien todenperäisyys ja luotettavuus oli varmistettava. Aineiston kokoaminen meni suunniteltua nopeammin, mutta kirjallinen osuus ja oppaan luominen kestivät odotettua kauemmin, etenkin viimeistelyvaihe vei runsaasti aikaa, koska halusimme saada myös työntekijöiden sekä tilaajatahon palautteen mukaan raporttiin.

Taulukko 2 Suunniteltu ja toteutunut ajankäyttö

Opinnäytetyön vaiheet	Suunniteltu ajankäyttö	Kulutettu aika
Aiheanalyysi ja muut opinnäytetyötehtävät	60 h	55 h
Projektisuunnitelma	100 h	106 h
Aineistohaku	100 h	134 h
Aineiston kokoaminen	200 h	168 h
Kirjallinen osuus + oppaan luominen	290 h	316 h
Seminaarit ja niihin valmistautuminen	40 h	38 h
Ohjauskeskustelut	10 h	8 h

Saimme raportin kirjoitettua, vaikka se veikin suunniteltua enemmän aikaa ja näin ollen itse oppaan tekemiselle jäi vähemmän aikaa, mitä siihen oli suunniteltu. Oppaan arviointivaihe jäi lyhyeksi ja näin ollen emme saaneet haluaamme määrää palautteita työntekijöiltä. Lisäksi tilaajataholta tuli hyvin viime hetkillä muutosehdotuksia.

Projektin valmistuminen viivästyi suunnitellusta lopulta muutamia kuukausia ja se vaikutti opinnäytetyön tekijöiden valmistumiseen, mutta suurempaa haittaa siitä ei aiheutunut ja muut riskit pysyivät hallinnassa.

8 POHDINTA

8.1 Eettisyys ja luotettavuus

Luotettavuus, rehellisyys, arvostus ja vastuunkanto ovat hyvän tieteellisen käytännön peruseriaatteita, kun mukailaan eurooppalaisia ohjeistuksia. Luotettavuudella varmistetaan tieteellisen toiminnan ja tutkimusten laatu kaikissa sen osa-alueissa, kuten suunnittelussa, menetelmissä, analyyseissä ja erilaisien voimavarojen käytössä. Aina tulee ottaa huomioon aiempi tutkimustieto ja tulkita sitä neutraalisti. Rehellisyys kuvaa sitä, että tieteellistä toimintaa suun-

nitellaan, toteutetaan ja arvioidaan sekä siitä raportoidaan ja viestitään avoimesti, mitään siitä salaamatta, tasapuolisesti sekä oikeudenmukaisesti. Lisäksi erilaiset sidonnaisuudet, kuten omalle työpaikalle tehtävä tutkimus ja / tai rahoituslähteet tulee ilmaista raportissa jokaisen tutkimukseen osallistujan osalta yksilöllisesti. Tutkimusetiikka luokitellaan yleensä normatiiviseksi etiikaksi, eli se pyrkii vastaamaan säännöistä, joita tutkimuksissa tulee noudattaa. Tutkijan on oltava aidosti kiinnostunut uuden tiedon hankkimisesta, on paneututtava huolellisesti tutkittavaan alaan, jotta välitetty tieto olisi niin luotettavaa kuin mahdollista. Ei saa syyllistyä vilppiin ja sellaiseen tutkimukseen ei pidä ryhtyä, joka voi aiheuttaa tutkittavalle vahinkoa. Tutkimus ei saa loukata ihmisarvoa eikä yleistä moraalialia. Tutkijan tulee omalla toiminnallaan vaikuttaa, että tuloksia käytetään mahdollisimman eettisesti eikä toisiin tutkijoihin saa suhtautua vähättelevästi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2017 s. 211–212, Tenk, 2023, s. 11–14; Leino-Kilpi & Välimaa, 2015, s. 371.)

Opinnäytetyön luotettavuus perustuu näyttöön pohjautuvaan lähdemateriaaliin. Työhön on kerätty ammatillisista ja luotettavista lähteistä tutkittuun tietoon perustuvaa viitekehystä. Opinnäytetyöntekijöiden oma teoreettinen osaaminen on riittävää projektin toteuttamiseen. Rehellisyys näyttäytyy projektissa raportin läpinäkyvyytenä. Raporttiin on koottu, miten aineisto on haettu, miten sitä on työssä käytetty, milloin tieto on saatu ja perustelut, miksi se projektiin valikoituu. Arvostus näkyy tekstin asiapitoisuutena, teksti- ja lähdeviittausten oikeellisuutena, oppaassa kunnioitetaan valokuvien tekijänoikeussuojaa sekä ympäristöä toteuttamalla opas sähköisesti. Lisäksi oppaan raporttiin on koottu edeltävät tutkimukset työn ja aiheen tarpeellisuudesta. Molemmat opinnäytetyöntekijät ovat kiinnostuneet valitsemastaan aiheesta. Työn nimeä ja sisältöä on pohdittu pitkään ja sitä on muokattu tarpeen mukaan työelämätahon sekä ohjaavan opettajan antamien ehdotusten mukaan. Molemmat ovat suorittaneet lisäopintoja liittyen opinnäytetyön aiheeseen. Opinnäytetyön luvasta on keskusteltu tilaajatahon kanssa ja vaikka kyseessä ei ole tutkimus, opinnäytetyöhön haettiin lupa organisaation oman järjestelmän kautta. Tilaajataholta on pyydetty toiveita ja tarpeita, joita oppaaseen sisällytettiin, jotta työ pystytään suunnittelemaan ja toteuttamaan mahdollisimman hyvin. Työ pitää sisällään

viimeaikaista, näyttöön perustuvaa luotettavaa tietoa, joka on jokaisella organisaation hoitajalla oikeus lukea ja hyötyä koostetusta tiedosta. Viittaukset on tehty asianmukaisesti alkuperäistä lähdettä kunnioittaen. Lopuksi kysyimme palautetta työstä sekä tilaajalta että taholta, jonne opinnäytetyö on suunnattu. Hoitajilta kerätty palaute on vapaaehtoisten antamaa; palautekyselyn lähetti tilaaja, jolloin opinnäytetyön tekijöillä ei ollut mahdollisuutta vaikuttaa vastajiin. Koska toisella opinnäytetyön tekijällä on sidonnaisuuksia alueelle työskenneltyään siellä vuosia, päädyttiin siihen, että tilaaja päättää hoitajien keskuudesta palautteen antajat ja he jäävät tekijöille täysin anonyymeiksi. Hoitajilta kerättiin palaute Google Forms -työkalua käyttäen sekä kaikki materiaali suojattiin ulkopuolisilta salasanojin lukittaviin tietokoneisiin, jolloin vastaajat pysyvät varmasti anonyymeinä ja vastaukset suojassa ulkopuolisilta.

8.2 Johtopäätökset

Koska useissa tutkimuksissa, kuten myös Alastalo ym., (2018) sekä Laine (2021) omissa tutkimuksissaan toteavat, mielenterveysosaamisen koulutusta tarvittaisiin lisää. Tutkimuksissa todettiin, että ihmiset elävät pitkäikäisemmiksi, jolloin myös monet sairaudet lisääntyvät ja etenkin kotihoidossa monialaista osaamista tarvitaan enemmän. Tähän tarpeeseen opas pohjautuu ja se vastaa osaltaan koulutustarpeeseen.

Myös Partonen ym., (2024) tutkimuksessaan osoittavat, että perustasolle tarvitaan ikääntyneiden itsetuhoisuuden tunnistamisessa osaamisen vahvistamista. Opas vastaa myös tähän antamalla konkreettisia esimerkkejä puheeksioton apuvälineeksi, sekä masennuksen ja itsetuhoisuuden seulomiseksi erilaisin mittarein.

Mielenterveyden osaamista tulisi vahvistaa koko Varhan alueella ja luoda yhtenäiset käytännöt, jotta asiakkaat olisivat tasavertaisessa asemassa, asuvat he sitten saaristossa tai kaupungin ydinkeskustassa. Selkeät hoitopolut ja saumaton yhteistyö eri hoitotahojen välillä mahdollistaisi asiakkaiden välittömän avun sitä tarvitessaan. Varhan mielenterveyden organisaatorakenne on vielä

keskeneräinen ja vaikka erikoissairaanhoidossa toimii vanhuspsykiatrinen avohoito ja osastohoito, ei perustasolla ole juurikaan erityisesti ikääntyneille suunnattuja palveluja, vaan vanhuspsykiatriset potilaat lasketaan kaikkeen aikuisväestöön mukaan. Hankaluus tässä on se, että harva ikääntynyt kykenee hakeutumaan ja matkustamaan esimerkiksi viereiseen kaupunkiin tai edes omalle terveysasemalle säännöllisesti. Kotona asuu nykyään niin paljon monisairaita ikääntyneitä, että ammattilaisten jalkautuminen heidän joukkoonsa parantaisi huomattavasti palveluiden saatavuutta ja saavutettavuutta. Ja kuten Wilson ym., (2021) tutkimuskatsauksessaan toteavat, eivät tämän hetken ikääntyneet vielä ole valmiita digitalisaation tukeen ja apuun, vaan he kaipaavat ihmistä kertomaan mistä avun saa ja ohjaamaan avun pariin. Tällöin hoitajien tehtävänä on tunnistaa oireet ja auttaa ikääntynyttä.

Varha on laajentanut ja luonut palveluita ikääntyneille runsaasti viimeisen vuoden aikana, mutta ikääntyneiden mielenterveyttä ei vielä juurikaan ole huomioitu. Kotihoidon asiakkaaksi ei pääse pelkästään psyykkisten oireiden vuoksi, ellei tarvitse apua selviytyäkseen päivittäisestä arjesta, lääkähoidosta tai muusta somaattisesta syystä. Ikääntyneet mielenterveysasiakkaat usein jäävät vähälle huomiolle, sillä he eivät välttämättä heti tuo ilmi ongelmiaan tai eivät halua kertoa oireistaan hoitajalle, joka on vieras tai nopeasti vain pyörähtää kotona. Tällöin palveluntarve saatetaan tulkita väärin ja ikääntynyt jää vaille tarvitsemaansa apua. Kotihoidon kriteerit ovat kuitenkin tiukat ja resurssit rajalliset, joten jotta psyykkisistä oireista kärsivät ikääntyneet saavat tarvitsemansa avun, tarvitaan lisäkoulutusta kotihoitoon sekä hyvinvointialueelle strategioiden uudelleen pohdintaa palveluverkon yhtenäistämiseksi ja parantamiseksi.

LÄHTEET

Aalto, M., Bäckmand, H., Haravuori, H., Lönnqvist, J., Marttunen, M., Melartin, T., Partanen, A., Partonen, T., Seppä, K., Suomalainen, L., Suokas, J., Suvisaari, J., Viertiö, S. & Vuorilehto M. (2009). Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. THL. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085191>

Ahdistuneisuushäiriöt. Käypä hoito - suositus. (2019). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019. Haettu 25.5.2024 osoitteesta www.kaypahoito.fi

Alastalo, H., Kehusmaa, S., Hammar, T. & Marjeta, N. (2018). Kotihoidossa lisäkoulutustarvetta päihde- ja mielenterveysosaamisessa: Osaamista muistisairaana itsemääräämisoikeuden tukemisessa myös vahvistettava. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimuksesta tiiviisti 38/2018. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-231-4>

Conejero, I., Olié, E., Courtet, P. & Calati, R. (2018). Suicide in older adults: current perspectives. A narrative review. Dovepress 2018:13 Pages 691—699. <https://doi.org/10.2147/CIA.S130670>

Depressio. Käypä hoito – suositus. (2023). Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Psykiatriayhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkäriseura Duodecim, 2023. Haettu 4.4.2024 osoitteesta www.kaypahoito.fi

FinFami ry. (n.d.). Ikääntyneiden harhaluuloisuushäiriö. Haettu 23.6.2024 osoitteesta <https://www.finfamipirkanmaa.fi/wp-content/uploads/ik%C3%A4%C3%A4ntyneiden-harhaluuloisuus.pdf>

Hallikainen, M., Immonen, A., Mönkäre, R. & Pihlakari, P. (2024). Muistisairaahan hoito. Kustannus oy Duodecim.

Huttunen, M. (1999). Kaksisuuntainen mielialahäiriö ja psykoterapiat. Lääkäri-lehti Duodecim. Haettu 15.6.2024 osoitteesta <https://www.duodecim-lehti.fi/duo91258>

Huttunen, M. (2018a). Harhaluulo (deluusio). Lääkärikirja Duodecim. Haettu 26.6.2024 osoitteesta <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00372>

Huttunen, M. (2018b). Harhaluuloisuushäiriö. Lääkärikirja Duodecim. Haettu 26.6.2024 osoitteesta <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00373>

Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito. Käypä hoito – suositus. (2022). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, MIELI Suomen Mielenterveys ry:n, Suomen Psykiatriyhdistyksen, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki:

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020. Haettu 25.5.2024 osoitteesta www.kaypahoito.fi

Jääskeläinen, E. & Miettunen, J. (2011). Psykiatriset arviointiasteikot kliinissä hoitotyössä. Aikakauskirja Duodecim. Haettu 25.6.2024 osoitteesta: <https://www.duodecimlehti.fi/duo99726>

Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Käypä hoito -suositus. (2024). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatryhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Haettu 30.5.2024 osoitteesta www.kaypahoito.fi

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2017). Tutkimus hoitotieteessä (3.–5. painos). Sanoma Pro.

Kariniemi, K., Siira, H., Kyngäs, H. & Kaakinen, P. (2020). ”Vanhakin on ihminen” Ikääntyneiden kokemuksia vahvuuksistaan, voimavaroistaan ja kotihosta. Gerontologia, 34(1), 35-38

Kiesepää, T. & Oksanen, J. (2013). Psykoedukaatio psykoosien hoidossa ja kuntoutuksessa. Lääkärilehti Duodecim. Haettu 22.5.2024 <https://www.duodecimlehti.fi/duo11273>

Klug, G., Gallunder, M., Hermann, G. et al. Effectiveness of multidisciplinary psychiatric home treatment for elderly patients with mental illness: a systematic review of empirical studies. BMC Psychiatry 19, 382 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2369-z>

Koponen, H., Leinonen, E. & Isohanni, M. (2015). Vanhusten psykoosit ja niiden hoito. Potilaan lääkärilehti. Haettu 20.5.2024 osoitteesta <https://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/vanhusten-psykoosit-ja-niiden-hoito/>

Koponen, H. (2020). Somaattisten sairauksien, psykiatristen häiriöiden ja psykososiaalisten tekijöiden yhteys itsemurhavaaraan ja toteutuneisiin itsemurhiin vanhuksilla. Haettu 9.4.2024 osoitteesta www.kaypahoito.fi/nix02746

Koponen, H. & Leinonen, E. (2024). Iäkkään ahdistuneisuuden ja masennuksen erityispiirteet ja hoito. Lääkärikirja Duodecim. Haettu 24.5.2024 osoitteesta www.duodecimlehti.fi

Koponen, H., Talasmaa, T., Kekkonen, V. & Puustjärvi, A. (2019). Skitsofrenian erotusdiagnostiikka eri ikäryhmissä. Lääkärikirja Duodecim. Haettu 1.7.2024 osoitteesta <https://www.duodecimlehti.fi/duo15195>

Kostamo, P., Airaksinen, T. & Vilka, H. (2022). Kirjoita itsesi asiantuntijaksi: Opas toiminnalliseen oppimiseen. Art House.

Kymäläinen, H.-R., Lakkala, M., Carver, E. & Kamppari, K. (2016). Opas projektityöskentelyyn. Helsingin yliopisto. Haettu 17.3.2024 osoitteesta <http://hdl.handle.net/10138/160099>

Laine, H. (2019). Mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamisen kehittäminen kotihoidossa. Theseus. [YAMK-opinnäytetyö]
<http://www.urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201904104833>

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 980/2012. FINLEX ® Haettu 3.3.2024 osoitteesta
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. (2015). Etiikka hoitotyössä (8.–10. painos). Sanoma Pro.

Maier, A., Riedel-Heller, S., Pabst, A., & Luppä, M. (2021). Risk factors and protective factors of depression in older people 65+. A systematic review. PLoS one, 16(5), e0251326. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251326>

Mielenterveystalo. (n.d.-a). Ikääntyminen ja psyykkiset oireet, kohta masennus. Haettu 9.4.2024 osoitteesta <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/mielenterveys-ja-toimintakyky/ikaantyminen-ja-psykkiset-oireet>

Mielenterveystalo (n.d.-b). Ikääntyminen ja psyykkiset oireet, kohta kaksisuuntainen mielialahäiriö. Haettu 23.5.2024 osoitteesta <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/mielenterveys-ja-toimintakyky/ikaantyminen-ja-psykkiset-oireet>

Mieli ry. (2022) Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Haettu 16.6.2024 osoitteesta <https://mieli.fi/mielenterveys-koetuksella/kaksisuuntainen-mielialahairio/>

Nietola, M., Jääskeläinen, E. & Korkeila, J. (2021). Psykoottinen masennus. Lääkärikirja Duodecim. Haettu 24.4.2024 osoitteesta www.duodecimlehti.fi

Oiva, M. (2017). Eri sisältölajit, osa 2: koukuttava opas. Haettu 22.3.2024 osoitteesta <https://www.differo.fi/blogi/eri-sisaltolajit-osa-2-koukuttava-opas>

Partonen, T., Grainger, M., Vauhkonen, T., Kiviruusu, O., Talaslahti, T. & Suvisaari, J. (2024). Ikääntyneiden itsemurhakuolemia edeltäneet hoitokäynnit Suomessa vuosina 2016–2021. Lääkärikirja Duodecim. Haettu 19.8.2024 osoitteesta: <https://www.duodecimlehti.fi/duo18356>

Raaska, K. & Matikainen, N. (2021). Kaksisuuntaisen mielialahäiriön lääkehoidon seuranta: somaattiset haitat. Haettu 23.6.2026 osoitteesta <https://www.kaypahoito.fi/nix01207>

Rantamäki-Häkkinen, T., Renvall, M. & Talaslahti, T. (2024). Psykoottisen iäkkään potilaan tutkiminen ja hoito. Lääkärikirja Duodecim. Haettu 24.4.2024 osoitteesta www.duodecimlehti.fi

Riala, K., Haravuori, H. & Marttunen, M. (2022). Itsetuhoisuuden ja itsensä vahingoittamisen eri muodot. Lääkärikirja Duodecim. Haettu 1.4.2024 osoitteesta www.duodecimlehti.fi

Roitto, H-M., Aalto, U. & Pitkälä, K. (2021). Iäkkäiden psyykenlääkitys on yleistä, näytönaste vähäistä. Lääkärikirja Duodecim. Haettu 1.6.2024 osoitteesta www.duodecimlehti.fi

Rovasalo, A. (2022). Masennus eli depressio. Terveyskirjasto Duodecim. Haettu 24.5.2024 osoitteesta <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00389>

Rovasalo, A. & Eerola, H. (2023). Ahdistus ja ahdistuneisuus. Terveyskirjasto Duodecim. Haettu 25.5.2024 osoitteesta <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00188/ahdistus-ja-ahdistuneisuus>

Safewards. (2024). Haettu 19.6.2024 osoitteesta <https://www.safewards.net/fi/>

Sadeniemi, M. (7.12.2021) Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Terveyskirjasto Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00378>

Salonen, K., Eloranta, S., Hautala, T., & Kinos, S. (2017). Kehittämistoiminta ja kehittämisen menetelmiä ammatillisessa korkeakoulutuksessa. Turun Ammattikorkeakoulu. Haettu 3.4.2024 osoitteesta <https://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522166494.pdf>

Sarkkinen, M. (2021). Millainen on hyvä ohje? Kahdeksan vinkkiä ohjeiden tekemiseen työpaikalla | Työterveyslaitos. Haettu 22.3.2024 osoitteesta <https://www.ttl.fi/tyopiste/millainen-on-hyva-ohje-kahdeksan-vinkkia-ohjeiden-tekemiseen-tyopaikalla>

Skitsofrenia. (2024). Käypä hoito – suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2024. Haettu 1.6.2024 osoitteesta www.kaypahoito.fi

Socada, L. (2023a). Masennuslääkkeen valinta, annostelu ja lopettaminen. Terveyskirjasto Duodecim. Haettu 20.4.2024 osoitteesta <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01333>

Socada, L. (2023b). Ahdistuneisuushäiriössä käytettävät lääkkeet. Terveyskirjasto Duodecim. Haettu 20.4.2024 osoitteesta <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01335/ahdistuneisuushairioissa-kaytettavat-laakkeet>

Socada, L. (2023c). Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä käytettävät lääkkeet. Terveyskirjasto Duodecim. Haettu 2.6.2024 osoitteesta <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01340>

Socada, L. (2023d). Psykoosien hoidossa käytettävät lääkkeet. Terveyskirjasto Duodecim. Haettu 17.6.2024 osoitteesta <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01338>

STM. (2023). Kotihoito. Sosiaali- ja terveysministeriö. Haettu 4.3.2024 osoitteesta <https://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>

STM. (2024). Hyvinvointialueet vastaavat sote-palvelujen ja pelastustoimen järjestämisestä. Sosiaali- ja terveysministeriö. Haettu 29.8.2024 osoitteesta: <https://stm.fi/hyvinvointialueet>

Strand, T., Aho, K. & Rapeli, S. (2022). Puheeksiotto on ajan antamista ikään-tyneelle. THL. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-804-0>

Talasilahti, T. Jämsen, E. (2024). Vanhuspsykiatrisen potilas hyötyy monialaisesta osaamisesta. Lääkärilehti Duodecim. Haettu 25.5.2024 osoitteesta www.duocimlehti.fi

Tarnanen, K., Suominen, K., Lähteenmäki, S., & Laukkala, T. (23.3.2021). Kaksisuuntainen mielialahäiriö - tunteiden vuoristorata. Lääkärikirja Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi/khp00082/kaksisuuntainen-mielialahairio-mielialojen-vuoristorata>

Tenk, (2023). Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2023. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Haettu 14.3.2024 osoitteesta https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf

THL. (2022). Ota itsetuhoisuus puheeksi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Haettu 25.5.2024 osoitteesta <https://thl.fi/-/ota-itsetuhoisuus-puheeksi>

THL. (2023). Dialoginen puheeksi ottaminen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Haettu 3.3.2024 osoitteesta <https://thl.fi/aiheet/lapset-nuoret-ja-perheet/kehittyvat-kaytannot/dialogiset-toimintavat/dialoginen-huolen-puheeksi-ottaminen>

THL. (2024). Kotihoito. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Haettu 4.3.2024 osoitteesta <https://thl.fi/aiheet/ikaantyminen/muuttuvat-vanhuspalvelut/kotihoito>

Terveyskirjasto. (2022). Mielenterveyden häiriöitä. Lääkärikirja Duodecim. Haettu 1.6.2024 osoitteesta <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01313>

Terveyskylä. (2023). Kotona selviytymisen tukipalvelut. Haettu 4.5.2024 osoitteesta <https://www.terveyskyla.fi/kuntoutumistalo/tietoa/oikeudet-ja-etuudet/sairastumiseen-liittyvat-etuudet-ja-palvelut/kotona-selviytymisen-tukipalvelut-sairastuneelle-tai-vammautuneelle>

Tuominen, L. & Salokangas, R. (2017) Skitsofrenia. Lääkärilehti Duodecim. Haettu 18.6.2024 osoitteesta <https://www.duodecimlehti.fi/duo13511>

Varha (n.d). Ikäihmisten kotihoito. Varsinais-Suomen hyvinvointialue. Haettu 29.2.2024 osoitteesta <https://www.varha.fi/fi/palvelut/ikaihminen-kotihoito>

Vataja, R. (2024). Muistisairauksien neuropsykiatristen oireiden monenkirjavat syyt. Lääkärilehti Duodecim. Haettu 24.4.2024 osoitteesta www.duodecim-lehti.fi

Vorma, H., Rotko, T., Larivaara, M. & Kosloff, A. (2020). Kansallinen mielen-terveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. STM julkaisu. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4139-7>

Wilson, J., Heinsch, M., Betts, D., Booth, D., & Kay-Lambkin, F. (2021). Barriers and facilitators to the use of e-health by older adults: a scoping review. BMC public health, 21(1), 1556. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11623-w>

LIITE 1: SÄHKÖINEN OPAS



Johdanto	Sisällysluettelo
Mielenterveyden tarkkaan määrittely ei ole helppoa sillä se ei ole pelkästään mielen hyvinvointia ja ongelmattomuutta. Suru, petyminen ja ahdistus kuuluvat jokaisen elämään. Jos asiakkaan käyttäytyminen, mieliala, ajatukset tai tunteet poikkeavat normaalista elämästä, hättävyyttä aiheuttavia tilanteita voi tulla esiin, voidaan ajatella olevan kyseessä mielenterveyden häiriö.	Johdanto.....1
Ihmiset ikääntyvät jatkuvasti ja tarvitsevat erittäin enemmän kuin työstä kuin innokkaina apua psyyttiseen asumiseen kotonaan. Vuonna 2018 THL on tehnyt Vanhustalouden tila- tutkimuksen, jossa on todettu suurimpien kaupunkien ja niiden lähiöiden, mukaan lukien Turun alueen mielenterveysasemien tason olevan heikkoa ja näin ollen lisäkoulutusta tarvitaan.	Ikäntyneiden masennus.....3
Oppaan tarkoituksena on antaa kotihoidon hoitajille ja muille henkilökunnalle lisää tietoa ja taitoa kohdata mielenterveysasiakkaita myös kotihoidossa. Erilaisten psyykkisten sairauksien ymmärtäminen auttaa huomiomaan mielenterveyden vaikutuksen fyysiseen vointiin ja siihen, mitä erityispiirteitä ne tuovat ikääntymisen mukana.	Muistisairaudet ja mielenterveys.....7
Ikääntyneistä puhuttaessa, tarkoitetaan yli 65-vuotiaita ihmisiä. Tästä väestönosasta 16-30 % sairastaa jotain mielenterveyden häiriötä, josta yleisimpiä käsitellään tässä oppaassa.	Kaksisuuntainen mielialahäiriö ikääntyneillä.....9
Oppaan teoriatyöstä on kerätty Elokuvahuon -24 mennessä.	Skitsofrenia ikääntyneillä.....11
Opas on toteutettu kahden sairaanhoitajaopiskelijan opinaytteenä yhteistyössä Varsinais-Suomen hyvinvointialueen kanssa.	Harhaluuloisuus ikääntyneillä.....13
	Ikäntyneiden itsetuhoisuus.....15
	Tärkeät huomiot17
	Erilaisia testejä.....19
	Lähteet.....25

Ikääntyneen masennus

Kun puhutaan ikääntyneiden mielenterveysongelmista, on masennus yksi yleisin ongelma. Yleisin oire on madaltunut, alakuloinen mieliala jolloin mikään ei kiinnosta. Ikääntyneet saattavat jäädä kotiin ja sosiaaliset suhteet vähentyä. Hoitamattomana masennus heikentää kuntoa ja pitkäaikaisena pahentaa olemassa olevia somaattisia sairauksia sekä heikentää niiden hoitoennustetta. Lisäksi pitkäaikaisena voi aiheuttaa muistisairautta ja lisätä aivo- ja sydänhalvauksen riskiä.

Lievät oireet:

- Ajoittainen suru
- Ajoittainen ahdistus
- Ajoittainen nukahtamisvaikeus

Keskivaikeat oireet

- Toiminnanohjauksen häiriöt
- Fyysiset oireet (pahoinvointi, ripulit, päänsärky)
- Aloitekyvyttömyys
- Uuden oppimisen vaikeus

Vaikeat oireet

- Aistiharhat
- Harhaluuloisuus
- Itsetuhoisuus
- Kuolemantoiveita

Ikääntyneet eivät itse välttämättä aina tiedosta sairastavansa masennusta, vaan se näkyy erilaisina psykosomaattisina oireina: Painon muutoksina, unihäiriöinä, väsymyksenä, voimattomuutena, mielen hidastumisena, arvottomuuden tunteena, itkuisuutena, kiiltämisyytenä tai vaikeutena ajatella ja keskittyä.

Riskiä lisäävät: Aiemmin sairastettu masennus, menetykset, leskeytminen, tulleet sairaudet, aistiheikentyminen, liikkumisvaikeudet ja oman kuoleman lähestyminen.

Masennuksesta kannattaa kysyä asiakkaalta suoraan. Apuna voi käyttää GDS - 15, GDS - 30 tai BDI kyselyitä.

SSRI-lääkkeet: Yleisin masennuslääkeryhmä ikääntyneillä. Niiden yhteisvaikutus muiden lääkkeiden kanssa on pieniä. Hoidon alussa saattaa esiintyä unioireita, pahoinvointia ja päänsärkyä. Erityisesti ikääntyneillä saattaa esiintyä lääkkeen myötä veren suola-arvojen laskua, joten on suositeltavaa, että veren natrium - pitoisuus (P-Na) mitataan ennen lääkkeen aloitusta. 2-3-kk hoidon aloituksesta ja jatkossa säännöllisesti.

SNRI - lääkkeet. Tähän ryhmään luetaan kuuluvaksi mm. venlafaksiini ja duloksetiini. Näitä lääkkeitä käytetään enemmän melankollisyydessä masennuksessa. Lääkkeiden teho tulee viiveellä ja alkuun oireet saattavat heikeltä josta pahentua. Lääkkeiden haittavaikutukset muistuttavat SSRI - lääkkeiden haittoja, mutta lisäksi ikääntyneillä saattaa esiintyä verenpaineen nousua, nopeutunutta sykettä ja ortostatismia.

Mirtazapin on tehokas masennuslääke, jota pieninä annoksina käytetään myös unettomuuteen. Sen haittapuolena on sen voimakas väsyttävä vaikutus, mutta sen lisäksi se voi aiheuttaa jalkojen puutumista, leivottomia jalkoja, raajojen pistelyä ja turvotuksia.

Vortiooksetiini on hyvä vaihtoehto ikääntyneille. Se parantaa monilla kroonisilla ongelmilla ja haittavaikutuksilla on vähän. Kyseisen lääkkeen haittapuolena on sen huomattavasti kalliimpi hinta, mikä taas on monelle ikääntyneelle ongelma.

TIESITKÖ? Masennusoireistoa voi aiheuttaa myös veren matala kalsiumpitoisuus, korkea kalsiumpitoisuus, korkea kilpirauhasen toimintahäiriöt, sokkierotuksen heittely sekä B12 - vitamiinin sekä foolihapon puute. Verikokeet on helppo tapa sulkea ensin mahdollisia oireiden aiheuttajia pois.

Proksoottinen masennus on lähinnä tunnistaa sillä piirteillä, että se lisää kuolemantoiveita ja voi aiheuttaa muunlaisia oireita kuin masennus. Psykoosissa masennus on mielen mataluuden ja alakulon lisäksi ilmenee harhaluuloja (esimerkiksi myrkytyspelko), pakottomaisia ajatuksia, katoavaa lääkitystä (aminojohdinta) tai aistiharhoja (esimerkiksi saattamien katoaminen, tilaantunneen ruuan maistaminen, voimattomuus, kiputuntemukset). Ikääntyneillä psykoosin masennuksen oireet näkyvät usein epäselvyyden ja pelkojen voimistumisena sekä aistiharhojen lisääntymisenä (puheen kuuleminen rauhallisena ym.).

Masennuslääkitys on aiheellinen, kun masennus vaikuttaa ikääntyneen toimintakykyyn. Masennuslääke aloitetaan pienimmällä mahdollisella annoksella ja annosta nostetaan noin viikon kuluessa. Vastetta tulee seurata ainakin 4-5 viikkoa. Jos kunnollista vastetta ei synny, voidaan miettiä lääkkeen vaihtamista. Ensimmäistä masennusjaksoaan sairastavan lääkkeitä tulee jatkaa ainakin 6kk ajan, vaikka olo paranisi. Jos elämässä on aiemmin ollut sairastettuja masennusjaksoja, tulee lääkkeitä jatkaa vähintään vuoden ajan. Joskus ikääntyneiden mielialalääkkeisiin täytyy yhdistää toisen polven psykoosilääke kuten ketiapiini tai aripiprazoli. Tällöin elimistössä saattaa nousta molempien lääkeaineiden vaikutus, joten niitä tulee verikokein tarkkailla.

Ikääntyneistä puhuttaessa myös haittavaikutusten riskit kasvavat, suurimpina riskinä sydämen QT - ajan pidentäminen. Tätä riskiä lisäävät jotkin somaattiset sairaudet kuten sydämen vajaatoiminta ja myös verenkuivan muutokset, kuten hypokalemia, joka ahdistaa tälle.

Ikääntyneiden ahdistus

Ihminen kykyä tuntea pelkoa ja olla huolestunut on terve ominaisuus mutta jos tunteesta ei pysty irrottautumaan, siitä kehittyy ongelma.

Ikääntyneillä suurempi herkkyys ja keuhajuttelu saattavat voimistua. Lisääntyneen ahdistus heikentää ikääntyneen elämäntilaa ja saattaa aiheuttaa muiden sairauksien pahenemista.

Ikääntyneillä ahdistusta aiheuttavat usein ahdistushäiriön lisäksi masennus, erilaiset somaattiset sairaudet kuten kilpirauhasen vajaatoiminta tai Parkinsonin tauti, muistisairaudet, kipu, unettomuus sekä joidenkin lääkkeiden aiheuttama ahdistus (näitä ovat mm. kortisonit ja tyroksiini).

Ahdistus aiheuttaa elimistössä sympaattisen hermoston aktivoitumisen ja sitä myötä erilaisia fyysisiä oireita, kuten närästystä, palan tunnetta kurkussa, sydämen tylyydestä ja verenpainetason nousua. Ahdistuksesta voi aiheutua myös ruuansulatuskanavan oireita kuten ripulia tai oksentelua.

Sellittämättömien oireiden taustalla voi olla ahdistusoireita.



Ahdistuksen hoitoon kuuluu sen asteittainen kohtaaminen, hyväksyminen ja ymmärtäminen. Hoitajan rooli on kohdata ikääntynyt omana itsenään, tarjota psykoedukaatiota sairaudesta ja olla vähekyymättä ikääntyneen kokemaa tunnetta. Ikääntyneen yritys piilotella sairautta usein pahentaa sitä, mutta avoin keskustelu aiheesta vähentää ahdistuksen tunnetta. Tarjottu asiallinen tieto sairaudesta ja ikääntyneen auttaminen tunteiden ymmärtämisessä usein jo auttaa selviämään eteenpäin.



Ahdistuksen lääkehoitoon käytetään paljon samoja lääkkeitä kuin masennukseenkin, mutta ahdistukseen käytettäessä annokset usein ovat isompia. Ikääntyneillä ahdistusta lieventävää vaikutusta saadaan parhaiten esitalopraamista, venlafaksiinista tai duloksetiinista. Näillä kuitenkin vaste tulee hitaasti ja haittavaikutusten vuoksi aloitus on tapahduttava hitaasti, porrastaen annostusta nostaen.

Ahdistuslääkkeet aloitetaan yleensä asteittain ja nopeaa vaikutusta ei saada kuin bentodiatsepinilla. Ahdistuksen lääkehoidon on hyvä jatkaa oireiden helpottuessa jonkin aikaa, jotta oireet eivät heti palaisi. Tässä usein ikääntyneet tarvitsevat motivaatiota ja kannustusta sekä tietoa siitä miksi lääkkeitä tulisi syödä, vaikka oireet ovatkin jo helpottaneet. Mitä pidempään oireet ovat poissa, sitä epätodennäköisemmin oireet palaavat.

Pregabalin ja gabapentini ovat myös osoittaneet tehon ahdistuksen lääkehoidossa, pregabalin erityisesti ikääntyneillä. Haittavaikutuksena voi tulla huimausta, ummetusta, näköhäiriöitä ja ruokahalun muutoksia. Joskus lääkkeitä voivat aiheuttaa psyykkisiä muutoksia kuten sekavuutta tai ärtyisyyttä. Gabapentini saattaa laskea veren valkosolujen määrää, joka altistaa infektioille. Lääkkeiden lopetus tulee tehdä asteittain kouristusriskin vuoksi.

Jollain psykoosilääkkeillä on myös ahdistusta hoitava vaikutus, mutta ikääntyneillä niiden käyttöä tulee harkita tarkkaan. Psykoosilääkkeistä on apua, etenkin jos ahdistukseen liittyy voimakkaita pelkoajatuksia tai todellisuuden tajun hämartyksiä. Ketiapini on näistä yleisin, mutta jos se aiheuttaa haittoja, myös olanzapiinia voidaan lyhytaikaisesti käyttää.

Muistisairaudet ja mielenterveys

Alzheimerin tautiin tyypillisesti liittyy vainoamis-, varastamis-, hylkäämis- tai uskottomuusharjoja. On yleistä, että todellisuudentaju hämärtyy: Puoliso muuttuu toiseksi, pelikuvassa on vieras ihminen, kotona on tunkeilijoita tai tv:n tapahtumat ovat tosia. Myös näkö ja kuuloharhat ovat yleisiä; kopuoksia, puheensorinaa, ihmisiä, eläimiä ym., mitä muut eivät havaitse.

Lewyn kappale - taudissa esiintyneen usein ovat hahmot näkökentän laitamilla, tunne jonkun läsnäolosta. Taudin edetessä harhaluulot ovat elävän tuntuiset tarkat näköharhat, mutta oireitiedustus usein pysyy pitkään tallella. Tauti usein alkaa harholla, muistioireet tulevat vasta myöhemmin. Erilaiset muut harhat ja luulot tulevat taudin myöhemmissä vaiheissa enemmän esille.

Otsa-ohimolohkorapeuma on usein psykoosioireisto, joka on muun muassa uskonnollisia harjoja, vainoamisharjoja, somaattisia luuloja (syöpä, vierasesine kehossa) tai muuten sisällöltään outoja harhaluuloja. Oirekuva saattaa muistuttaa skitsofreniaa pitkään ennen muiden oireiden puhkeamista. Verisuoniperäisessä muistisairauksessa tulee muistiongelmien ensin, harhat vasta myöhemmin. Muuten oirekuva muistuttaa Alzheimerin tautia.

Harhaluulot, aistiharhat ja käytöksen muuttuminen voivat olla ensimmäinen merkki muistisairauksesta. Psykkiset oireet voivat alkaa paljon ennen muita oireita ja joskus ikääntynyt saakin psyykkisen diagnoosin ennen kognitiivisia oireita, jotka paljastavat muistisairauden.

Harhaisen muistisairaana pärjääminen kotioloissa riippuu siitä, miten hän suhtautuu neuropsykiatrisiin oireisiinsa. Hoitajan tai omaisten käytös voi heijastua takaisin muistisairaasta, liian krittisöiva, vihamielinen tai tunnepitoinen suhtautuminen voi aiheuttaa oireilua. Neuropsykiatrisiin oireisiin ei ole tarvetta puuttua radikaalimmin, ellei ikääntynyt toimi harhojen mukaan aiheuttaen itselleen tai muille vaaraa. Usein omaiset vaativat rajumpia välittömyyksiä, mutta keskustelu ja tiedonanto sairaudesta sekä ikääntyneelle että omaiselle auttaa.



Muistisairaana kohtaaminen kotonaan tulee tehdä kunnioittavasti ja kohdata ikääntynyt itsenään. Mikäli muistisairas puhuu harhoistaan, voi esittää tarkentavia kysymyksiä, mutta missään nimessä ei tule lähteä väntämään vastaan tai vähättelemään. Muistisairaille kokemukset ja harhat ovat todellisia. Esimerkiksi yöaikainen pelko tunkeilijasta on todellinen, joka nostaa sydäntä ja saattaa aiheuttaa somaattisia oireita.

Ikääntynyt ei välttämättä uskalla tuoda ilmi harhojaan omaisille tai hoitohenkilökunnalle, mutta niistä neutraalisti kysyminen on usein kannattavaa, sillä se antaa ikääntyneelle oikeuden puhua kokemuksistaan, lisää hoitajan ja asiakkaan välistä luottamusta sekä tuo samalla helpotusta ikääntyneen oloon. Harhoja ei suoraan kannata lähteä kiistämään, mutta ei myöskään lähteä niihin mukaan. Myös omisille kannattaa kertoa miksi ja mistä käyttöoireet sekä harhat johtuvat. Ymmärtäminen auttaa jaksamaan.



Psykoosilääkitystä muistisairaille tulee harkita hyvin tarkkaan ja aloitusannos on aina hyvin pieni. Psykoosilääkkeet ovat kotona asuvien ikääntyneiden toiseksi yleisin lääkenyhmä, vaikka ne aiheuttavat ikääntyneille kaatumisriskin ja kognition heikkenemistä. Risperidonista, olanzapiinista tai aripiprazolista saattaa pieninä annoksina olla hyötyä käyttöoireisiin, mutta etenkin Parkinsonin taudin aiheuttama muistisairaus ja Lewyn kappale tautia sairastavat saavat herkästi haittavaikutuksia pienistäkin annoksista.

Alzheimerin taudin ja Parkinsonin taudin aiheuttamaan muistamattomuuteen ensisijaisia lääkkeitä ovat koliniesteraasin estäjät, samoin memantiinista on hyötyä. Lewyn kappale tautia sairastavat hyötyvät myös koliniesteraasi estäjä-lääkityksestä, vaikka näillä lääkkeillä ei ole käyttöaihetta tämän sairauden hoidossa. Otsa-ohimolohkorapeuma sairastaville ei sovi koliniesteraasin estäjä eikä memantiini-lainkaan.

Muistisairauksissa aloitetun psykoosilääkkeen tarve arvioidaan nopeasti, viimeistään kuukauden kuluessa ja sopimaton tai tehoton lääke lopetetaan. Mikäli ikääntynyt on hyötynyt lääkityksestä, tulee lääkehoidon tarpeen arviointa suorittaa 3-4kk välein.

Bipolaarihäiriö eli kaksisuuntainen mielialahäiriö ikääntyneillä

Bipolaarihäiriötä esiintyy 01 - 0,5 % ikääntyneistä, on arvioitu, että matala esiintymisprosentti johtuu sairauden runsaasta itsemurhakuolleisuudesta.

Bipolaarihäiriössä mania, hypomania, masennus- tai sekamuotoiset jaksot vaihtelevat eripituisissa sykkeissä. Välivaiheet saattavat olla oireettomia tai vähäoireisia. Ikääntyneillä mania vaiheet ovat harvinaisempia ja jaksot painottuvat enemmän masennukseen.

Vaikka sairauden oirekuva pysyy samanlaisena ikääntyessä, euforian tilalle tulee useammin ärtyneisyys mania vaiheissa.



ALITAVAT TEKIJÄT:

- Lapsena koettu katko/kohtelu
- Perinnöllinen alttius
- Traumat lapsuudessa ja varhisaikaisuuksessa
- B-vitamiinin tai foolihapon puutos
- Hyper- tai hypotyrosiini
- Ruutiosoitteiden käyttö

MANIA/HYPMANIA OIREET:

- Puhe nopeampaa, lävempää ja hajanaisempaa
- Seurallisuus lisääntynyt
- Unen tarve vähenee
- Köhönnöt itsetunto
- Toimeliaisuus lisääntynyt
- Ärtynneisyys
- Hallitton käyttäytyminen, hyperseksuaalisuutta, rahan tuhlausta

MASENNUS OIREET:

- Liiallista katumusta
- Ruunsoita, koluttamista itseytyksillä
- Itsetuhoisuutta
- Yleistä hidastuneisuutta

Tiesitkö?

Säännöllisen vuorokausirytmien tukeminen on tärkeää sillä unen vähyys on yhteydessä uusien sairauksien kanssa. Täällä on yksitoista vaihtelua, toisilla se saattaa laukaista manian ja toisilla masennusjakson.

Hoidon vaikuttavuutta voidaan seurata masennusoireiden arvioinnin tarkoitteilla arviointitesteillä ja kyselylomakkeilla, kuten Montgomery – Asbergin depressioasteikko (MADRS), Beckin arviointitesteikko (BDI) ja PHQ-9. Manian oireiden arviointiin soveltuu Mania Rating Scale (YMRS).

Pääasiallinen hoitomuoto on mielialaa tasaava lääkehoito. Vakava manian hoitossa tarvitaan usein eri lääkehoitojen yhdistelmä. Yhdistämällä litium tai valproaatti tai molemmat uuden polven psykoosilääkkeeseen, kuten aripiprattoli, risperidoni, ketapiini tai olantsapiini, saadaan tehokkain vaste manian hoitoon. Manian hoidon aikana stimuloiva tai masennuslääke tulee lopettaa. Monesti manian lääkehoitoa tuetaan bensotsepiineillä, joita ovat esimerkiksi lorazepam ja klonitsepaami.

Masennusvaiheen hoitossa käytettävillä lääkkeillä ovat muun muassa ketapiini, lamotrigiini, litium, olantsapiini ja valproaatti. Akutivaiheessa voidaan käyttää turasidoniin ja valproaatin tai litiumin yhdistelmää.

Yliopittolääkitykseen käytetään samoja lääkkeitä. Lääkehoidon tavoitteena on ehkäistä uusia jaksoko sekä jaksoiden välissä esiintyviä oireita. Jaksoiden välillä oireilla voi olla merkittävä vaikutus ikääntyneen toimintakykyyn. Lääkehoitoilla tavoitellaan maksimaalista hyötyä ja vähäisiä haittoja.

<p>Litium hoidon haittavaikutuksia ovat muun muassa pahoinvointi, lihaskivvyys, hyperariteettisuus, sinusta sydämen jatkuvamääräiset muutokset ja hyalokarttiin leukositoosi. Litiumin pitoisuutta veressä kontrolloidaan säännöllisesti. Lian korkea litium pitoisuus on toksinen. Lian myrkylliset oireet ovat muun muassa serotoniini, potkur, lihaskivvyys ja uneliaisuus. Neuvotuksessa myrkytyksessä esiintyy fasyklatosea ei yksittäisen lihaksen nykimistä. virtsaantoniometriä sekä korkeasta josta muuttamat edryntymä ranshomoniaa tahattomia liikkeitä. Vakavaissa myrkytyksissä oireita ovat kouristelu, tajuuttomuus, munuaisten vaurioita vaurioituminen ja ohjonta krooninen uremia ja jopa kuolema.</p>	<p>Valproaatin haittavaikutuksia ovat painonnousu, glukositasapainon heikentyminen, resv-aineenvaihdunnan häiriöt, hyponatremia, kävelyhäiriöt ja hergervaurallinen hämmätyksellisyys. Lääkkeen aloitus ja annosnosto tulee tehdä maltillisesti mahdollisen vakavan ihoreaktion välttämiseksi. Valproaatin pitoisuutta kontrolloidaan verikokein säännöllisesti.</p>	<p>Olantsapiinin käytön yleisimpiin haittoihin lukeutu hypotensio, painonnousu, ruokahalun väheneminen, antikoagulanttien vaikutukset, estrogeneettiset vaikutukset ja väsymys. Harvinaisempia haittoja ovat otosmi, ankylos, näköhäiriöt ja ranshomonia. Harvinaisia haittoja ovat muun muassa trombotiivisyys, anemia tai maksa- ja neurotoxiciteettiä ja aivovaurioita.</p>
---	---	---

Koska vaikeimmat **lamotrigiini** haitat liittyvät ihoreaktioihin, ruutiinnomaisesti ei tarvita pitoisuuden seuranta verestä. Asiakkaan tulee viivyttämättä hakeutua lääkärin iho-oireiden ilmaantua. Mikäli tämä ei ole mahdollista tai ihottuma pahenee, potilas voi keskeyttää lääkkeen itse.

Skitsofrenia ikääntyneillä

Suomessa skitsofrenian esiintyvyys on 0,5–1,5 % eli Suomessa on 55–65000 skitsofreniapotilasta. Näistä 3 %:lla skitsofrenia on puhjennut yli 60 –vuotiaana. Tällöin voidaan puhua myös skitsofrenian kaltaisesta myöhään alkavasta psykoosista

Psykoosioireistoja voi aiheuttaa myös somaattista syistä. Tällaisia syitä ovat muun muassa muuttisairaudet, hyperkalsemia, B12- vitamiinin puutos ja antikoagulanttien haittavaikutukset.

Jopa puolella skitsofreniapotilaista on samanaikaisesti depressio ja lähes yhtä usealla päihdehäiriö. Antidistensiohäiriöt, esimerkiksi sosiaalisten tilanteiden pelkoa sairastaa noin 35 % skitsofreniapotilaista.

lääkän voimn pitkäaikaisen seurannan tukena voidaan käyttää strukturoitua mittareita, kuten Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ja Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS).

Skitsofreniassa on tunnistettavissa kognitiivisia, negatiivisia ja positiivisia oireita. Kognitiiviset oireet voivat näkyä esimerkiksi havainnoinnin, tarkkaavaisuuden tai työmuistin puutteellisuutena. Negatiiviset oireet näkyvät muun muassa tunteiden laittumisena tai hajanaisuutena ja puhekielen köyhtymisenä. Positiivisilla oireilla tarkoitetaan erilaisia aistiharhoja kuten kuuloharhat tai tunnetta siitä, että potilaaseen on istutettu jokin laite, mutta myös haju- ja makuharhoja saattaa esiintyä. Positiivisiin oireisiin kuuluvat harhaluulot liittyvät usein seuraamiseen, väkimoamiseen tai siihen, että mediassa esitellään potilasta koskevia viitajilla. Hajanaisuus lueaan myös positiivisiin oireisiin. Hajanaisuudelle on tyypillisiä erikoiset mielleyhtymät eli assosiaatiot sekä ajatusten toteuttaminen käytännössä esimerkiksi muutto toiselle paikkakunnalle, jotta välttyä väkimoimiselta.



Mikäli hoitaja huomaa ikääntyneellä ennako-oreita psykoosista, ne pitää ottaa avoimesti puheeksi. Maaninen iäkos saattaa olla hyvinkin ärsyttynyt, sillä hän ei koe olevansa sairas tai avun tarpeessa. Psykyä yrittää sairautensa tunnistamisen avulla hallita muun muassa psykiatriseen sairauteen liittyvää häpeää. Harvainen ikääntyneen kanssa ei tule väitellä siitä, ovatko harhat totta vai ei.

Psykoosilääkkeet voidaan luokitella tahtien ryhmään: perinteisiin ja uudempiin psykoosilääkkeisiin. Suomessa on käytössä noin 30 eri psykoosilääkettä. Nämä eivät juurikaan eroa toisistaan, mutta tästä huolimatta yksilölliset erot voivat poiketa merkittävästi toisistaan. Katsopiini on osoitettu olevan keskimäärin mutta tehokkaampi. Huomattavimmat erot tulevat haittavaikutuksista.

Psykoosilääkityksellä pyritään lievittämään positiivisia oireita akuutivaiheissa, estämään relapsit ja tukemaan toimintakykyä osana kokonaisuutena. Lääkityksen lopettamiseen ja liian nopeaan keskeyttämiseen liittyy aina relapsin riski. Tästä syystä lääkitystä purettessa tulisi seurata ikääntyneelle mahdollisesti ilmaantuvia ennako-oreita ja käyttäytymishäiriöitä.

<p>Pienillä annoksilla käytettävien perinteisten psykoosilääkkeiden, kuten haloperidolin, tsukloperidolin ja perentaasiinin tavallimmat haittavaikutukset ovat ekstrapyramidaalioireita. Lääkällä estäkkäällä voi olla vaikutuksia psyysä alioillaan ja tulee pakoanomien tarve liikkuu. Etuna näillä lääkkeillä on vähäinen vaikutus muun muassa verensokeriin.</p>	<p>Korkeammilla annoksilla käytettävien perinteisten psykoosilääkkeiden, kuten klooripromatsiinin, klooriprotiseeniin ja levomepromatsiinin käytön yhteydessä esiintyy useammin antikoagulanttien haittavaikutuksia ja väsymystä kuin ekstrapyramidaalioireita.</p>
<p>Uuden polven psykoosilääkkeitä ovat muun muassa kotsapiini, aripiprattoli, paliperidoni, risperidoni, olantsapiini ja lurasidoni. Uudempien psykoosilääkkeiden etuna on, että ne aiheuttavat perinteisiä ekstrapyramidaalioireita ja tardivini dyskinesian riski on selvästi pienempi.</p>	<p>Paliperidoni on risperidoniin meabolittisesti. Risperidonihoitoon aloitukseen voi liittyä verensokerin lasku, jota voidaan ehkäistä pienellä aloitusannoksella ja nostamalla lääkitys hitaasti hoitotasapainoon. Molemmista lääkkeistä on saatavilla pitkävaikutteinen lihaksen pistettävä frekventti risperidoniin kuukauden tai kolmen kuukauden välein pistettävä. Molemmat lääkkeet nostavat prolaktiinin pitoisuutta veressä. Pitoisuutta ei tarvitse kontrolloida säännöllisesti, mutta on suositeltavaa mitata se ennen hoidon aloitusta. Prolaktiinitason nousun liittyä näillä vaihtoehtojen jälkeen luukauden riski ja mehilä testosteronin lasku. Kuten muuten psykoosilääkkeet, risperidoni lisää aivoverenkierron veren painoa ikääntyneillä ja muuttajilla asiakkailla.</p>

Harhaluuloisuushäiriö ikääntyneillä

Ikääntyneistä 0,5 % sairastaa harhaluuloisuushäiriötä. Ajoittaista harhaluuloisuutta tavataan 6 %:lla ikäihmisistä. Harhaluuloja esiintyy muun muassa deliriumissa, joissain neurologisissa sairauksissa, Alzheimerin taudissa ja vakavissa demensioissa. Harhaluuloisuushäiriön sairastuneista yli puolet on naisia, mutta iäkkäillä miehillä oireet ovat vaikeampia kuin naisilla.

Ikääntyneen harhaluuloisuushäiriön taustalla on monien tekijöiden yhteisvaikutus. Ikääntyneen huono sopeutumisen aistien, muistin ja toimintakyönn heikkenemiseen, mahdollinen leskeytyminen tai oma sairastuminen yhdistettynä lääkään hauraaseen persoonallisuuteen, jossa mahdollisesti vainoharhaisia piirteitä sekä defensiivien pettämisen ovat mahdollisesti yhteydessä harhaluuloisuushäiriön puhkeamiseen.



Harhaluuloisuushäiriössä deluusiot ovat uskottavia, mutta hyvin epätodennäköisiä. Harha syntyy usein ikääntyneen kokemuksen tai havainnon väärästä tulkinnasta. Tästä tulkinnasta hän pitää itsepintaisesti kiinni, vaikka hänelle vakuutetaan toisin. Ikääntyneelle ne muodostavat johdonmukaisen ja läsnäytneen kokonaisuuden. Useimmiten harha vaikuttaa kapea-alaisesti jollakin elämän osa-alueella ja ikääntyneet säilyttävät toimintakykynsä muilla osa-alueilla. Myös ikääntyneen käytös säilyy usein ennallaan.



Sisällöllisesti harhaluulot voivat olla erilaisia. Erotomaisesti harhainen on vakuutunut korkeammassa asemassa olevan ihmisen rakkaudesta. Paranoidisesti harhainen ikääntynyt uskoo itseään tai läheistään kohdeltavan kaltoin tai muutoin vainottavan. Grandioottisella ikääntyneellä on delusioita koskien tietämystä, valtaa tai identiteettiä tai erityinen lumalsuhde. Tähän suuruusarhaan ei liity maanisuuksia. Somaattiset harhaluulot liittyvät fyysisen sairauten tai vammaan.

Harhaisen ikääntyneen kanssa ei tule väitellä siitä, ovatko harhat totta vai ei. Harhaiselle lääkälle pelot ovat totta. Harhaluuloisen ikääntyneen turvattomuus voi helpottaa jo pelkäämistään sillä, että hoitaja kuuntelee. Samalla harhat voivat muuttua siedettävämmiksi.



Hallinnan tunnetta voidaan vahvistaa keskustelemalla lääkään kanssa valinnoista ja hoidon vaihtoehdoista. Hoitajan tulisi tilanteessa käyttäytyä rauhallisesti ja vakuuttavasti sekä olla provosoitumatta. Hoitajan omalla rauhallisella käyttäytymisellä on positiivinen ja rauhoittava vaikutus ikääntyneeseen.

Harhaluuloisuushäiriön lääkehoidossa käytetään samoja lääkkeitä kuin skitsofrenian hoidossa. Lääkehoidon periaatteet ovat myös samat. Ensimmäiseksi tulee käyttää toisen polven psykoosilääkkeitä. Lääkehoidolla pyritään lievittämään ahdistusta, joka harhoihin liittyy. Näin ollen ikääntyneillä ei ole tarvetta yrittää hallita ahdistuneisuutta harhaluulojen avulla.



Ikääntyneiden itsetuhoisuus

Itsetuhoiselle käyttäytymiselle ei ole olemassa termistöä tai normistoa. Suomessa vuonna 2022 yli 65 vuotiaista itsemurhan teki 185 ikääntynyttä, joka on n. 2 % kaikissa itsemurhissa. Itsemurhan riski on suurimmillaan eläkkeelle jäätyä ja pienenee iän lisääntyessä. Aktiivinen itsemurhasta puhuminen on syytä ottaa tosissaan ja se on merkki pitkälle edenneestä itsetuhoisuudesta. Toisaalta 60 % itsemurhaa yrittäneistä ei ole puhuneet alkumotuksistaan etukäteen.

Tiesitkö Itsemurhasta tai itsemurhasuunnitelmista suoraan kysyminen ei lisää itsemurhan riskiä!

Riskitekijät:

Somaattiset sairaudet: Etenkin, mikäli sairaus uhkaa ikääntyneen toimintakykyä (Parkinsonin tauti, COPD), itsemurhayrityksiä (neurologiset sairaudet, fyysiset rajoitteet) tai elämän nauttavuutta (työttö), riski lisääntyy. Lisäksi leskeytyminen, yksinäisyys, ja etenkin miehillä seksuaalisen toimintakyönn heikkeneminen lisäävät itsetuhoisuuden riskiä.

Myös teot ja käyttäytyminen voi viitata itsetuhoisuuteen puheiden lisäksi. Välinpitämättömyys omasta hoidosta, tuhoisa käyttäytyminen ilman tarkoitusta kuolla, riskien ottaminen, alkoholin liikakäyttö ja esimerkiksi syömättömyys ovat viitteitä itsetuhoisuudesta.

Epäiltäessä ikääntyneen olevan tarkoituksella välinpitämätön tai välttelevänsä esimerkiksi syömistä, asiasta kannattaa kysyä suoraan.



Itsemurha	→	kuolemaan johtava tietoinen teko
Itsemurhayritys	→	itsään vahingoittava teko, jossa on kuolemaan johtava pyrkimys mutta ei kuitenkaan johda kuolemaan
Kuoleman toive	→	ajatus kuolemansta ilman onnea osallisuutta siihen
Itsemurha - suunnitelma	→	hinnat on päättynyt, miten ja milloin tekee itsemurhan, mutta ei ole vielä aloittanut valmistelua
Itsemurhan valmistelu	→	hinnan hankki välineet (varasto lääkkeitä, ottaa kyytiin), mutta ei vielä suorita tekoa.

Itsemurhaa yrittänyt tai itsemurhaa suunnitteleva tulee kohdata ihmisenä ammatillaisen taholta. Hoitajan tulee olla empaattinen ja uskaltaa ottaa asia puheeksi sekä kysyä asiasta. Kiertely ei yleensä auta mitään ja aiheen välttely ei poista sitä ikääntyneen mielestä, vaan asioista keskustellaan suoraan. Mikäli ikääntynyt ilmaisee kuolemantoiveita, voidaan kysyä, onko hän harkinnut toteutavansa toiveensa. Mikäli ikääntynyt ilmaisee suunnittelevänsä itsemurhaa, voidaan kysyä tarkoitusta. Asioista puhuminen ei lisää riskiä asian toteutukseen, vaan on luottamuksen osoitus ikääntyneelle siitä, että joku uskoo ja kuuntelee. Avoin puhe itsetuhoisuudesta antaa ikääntyneelle luvan keskustella aiheesta ja saattaa auttaa häntä haakeutumaan avun piiriin.



Itsemurha-ajatuksia voi ottaa puheeksi esim. itsemurhariskin arviointilaskavälineen avulla (c-srrs)

Tärkeät huomiot:

Omaan intuition ja väistön kannattaa luottaa. Asioista pitää kysyä suoraan!

Psykoedukaatio eli tiedon antaminen auttaa sekä asiakasta että omalla ymmärtämällä ja jakamalla.

Asioista puhuminen ja suoraan kysyminen antaa asiakkaalle luvan puhua vaikeista asioista.

Suoraan kysymisen jälkeen älä kuitenkaan syötä ikäänkään vastauksia kysymällä onko sinulla... eihän sinulla... oihan sinulla... vaan kysymällä avoimia kysymyksiä, kuten kerrohan lisää... tuntuuko jostain... kuvaila otin sanoin... jms.

Ymmärtäminen, että psyykinen sairaus on sairaus siinä kuin somaattinenkin, korostaa vertailemista ei voi katsoa lastensa siinä missä masentunutta ei voi katsoa piristyneenä.

Vaikeista asioista voi keskustella valitua aamutoimen yhteydessä, monen on helpompaa puhua kun ei tarvitse ns. katsoa hoitajaa silmiin.

Käsitellen sekavuuden taustalla on usein joku somaattinen vaiva, ikääntymällä usein mm. virtsatierinfektio tai elektrolyytihäiriö, mutta mielenterveysongelman mahdollisuus kannattaa pitää mielessä.

Verikokeilla voidaan etsiä myös aiheuttajia psyykkisille oireille, sillä monet elektrolyytihäiriöt tai hormoniomaiset aiheuttavat psyykkisiä oireita.

Jos on epävarma asiakkaan voivoinnista, keskustele kollegan kanssa.

Monet mielillä- tai psyykkisillä oireilla voi aiheuttaa fyysisiä oireita. Näitä on hyvä tarkkailla ja tarvittaessa vaihtaa väimistä toiseen.

Erilaiset mittarit ovat olle apuväline asiakasyksissä, missä hoitajat vaihtuvat usein. Niistä erittäin helppoja ymmärtäävä testi ovat luotettavimpia ja antavat vähemmän tulkinnanvaraisia tuloksia.

Ennen mittareita testauksen ja puhekesityksen apuvälineiksi:
Masennus: GDS - 15, GDS - 30, MADRS
Ahdistus: GAD - 7, OASIS
Bipolaarinhoito: BDI, YMRS
Psykoosin arviointi: EPS, PANSS
Itsetuhoisuus: C - SSF5

Seuraavilla sivuilla on muutama yleisempi käytössä olevia testejä. Lisää erilaisia testejä ja ohjeita löytyy mm. www.mielenterveystalo.fi jossa on osio ammattilaisille. Sinne pääsee kirjautumaan hyvinvointialueen tunnuksilla.

Varhan intrasta löytyy etusivulla oikeistolpuu, josta pääsee mm. Terveysjärvi, Terveystieteen ja Terveystieteen ammattilaisosioihin kirjautumaan hyvinvointialueen tunnuksilla. Näistä ihmisistä löytyy runsaasti luotettavaa lisätietoa sairauksista, niiden hoitosta ja lääkkeistä.

Miltei tuntuja että asiakkaan kanssa ei ole hyvä, lääkkeitä ei voi tai muu huoli ikäänkään psyykkisistä päijämisistä tulee, voi lääkkeitä pyytää läheteen erikoisainehoitoon. Tällöin vanhusspsykiatrian avohoidon voi saada avuksi, jotta kotona-päijäminen luonnistuu.

1800:ssä huomioitavaa

- Extrapyramidaaliset:**
- Plan hoidon aloittamisen jälkeen ilmenevä jäykkyyttä ja tärähtäviä kävelyä.
 - Ääkkäinen aivotärähtäminen:** Väpönnä pään ja käsissä, väpönnä käsi- ja jalkapöydästä, käsen kramppi, kasvojen pienten lihasten väpönnä.
 - Tardiviäjänsä:** Lihasjäykkyys, jännitystä ja suonehdot etenkin kasvojen ja suun alueella, myös kalualla.
 - Akatisia:** Sisäinen levottomuus, painonmäärän väheneminen.
- Neuroleptiivisyhtymän oireet:** Väikeä lämpötila, väpönnä, kuumuus (ilman selittävää tautia), viireiden heikentyminen, autonomisen hermoston toiminnan häiriöt, kireä ihon ihon kassu ja leukosytoosi.

Muista huomioida mielillä- ja psyykkisyyden yhteyttävikuitukset muiden lääkeaineiden kanssa, etenkin ikäänkään lääkemäärä voi olla iso!

Uudempien - mutta myös perinteisten - psykoosilääkkeiden käyttöön voi liittyä:

- Painon muutokset (yleensä painonmuutos)
- Veren glukoosiarvojen muutokset
- Insuliiniresistenssi ja tyypin II diabetes
- Veren rasva-arvojen nousua

Verikokein hyvä seurata

...sopi puhekesitykseen ja testaukseen yli 65v, mutta seuraavilla sivuilla oleva MADRS sopii myös muissakin tilanteissa

Geniatrinen depressioasteikko (GDS)

Nämä kymmenet kysymykset jatkavat edellisestä osasta, ja ne on tarkoitettu yksin kukaan viikon aikana, tämä päivä mukaan lukien. Luennokirjasta Teillä ja Teidän Teidän vastaanottoon näihin "kyllä" tai "ei".

KYLLÄ	EI	
1. Oletteko käyttäneet lääkkeitä elämäneenä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Oletteko joutunut kukaan muuten kirkon tai seurakunnan toimintaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tuntuuko elämäneenä tyhjältä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tuntuuko olonne usein köyrykseltä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Oletteko tavallisesti tulevaisuuden suhteen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Varsinkin Teillä tuntuu, että pyynnillä joku on mielellään?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Oletteko esimerkiksi kysyttyä kukaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Pitäisikö, että joku joku tulee tapaamaan Teitä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Oletteko usein onnellinen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Tuntuuko teidän usein avuttomaksi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Oletteko usein laissa ja kunnioitettuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Oletteko melkein kukaan sinä joku, että lähtisit ulos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Oletteko usein huolissanne tulevaisuudesta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Onko Teillä mielestä enemmän muistamattomia kuin muuta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Onko Teillä hyvä, että olette joku yksin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Tuntuuko Teillä usein syylliseksi ja alitunteiseksi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Tuntuuko olonne avuttomaksi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Kannattaisko joku joku muuta muuttamaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Onko elämäneenä mielestäne muuttaminen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Onko Teillä vaikea ajatella asioita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Tuntuuko teidän tunteidenne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Tuntuuko elämäntarpeidenne tyydyttyneksi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Tuntuuko Teillä, että olette usein joku joku Teidän?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Saavatko pienet asiat Teillä usein pois tunteidenne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Itsettä Teillä usein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Onko Teillä keuhkojenne tyydyttyneksi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Onko mielestäne muuttaminen muuttaminen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Välihuomaa teidän tunteidenne tyydyttyneksi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Onko Teillä helppo tehdä päätöksiä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Kykenevätkö ajattelunne yhtä selkeästi kuin ennen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pisteet yhteensä:
0-10 pistettä normaali
11-20 pistettä laaja depressio
21-30 pistettä keskivaikea tai vaikea depressio

<https://www.kaypahoito.fi/media/jpg/GDS30.pdf>

MADRS Masennusasteikko
 15 kysymystä, jotka arvioivat masennuksen vakavuutta.
 Kysymykset koskevat tunteita, ajatuksia, fyysisiä oireita ja toimintakykyä.
 Pisteet: 0-60 (0 = ei oireita, 60 = vaikea masennus)

OASIS Overall Anxiety Severity and Impairment Scale
 Yhteensä 20 kysymystä, jotka arvioivat ahdistuksen vakavuutta ja vaikutusta toimintakykyyn.
 Kysymykset koskevat tunteita, ajatuksia, fyysisiä oireita ja toimintakykyä.
 Pisteet: 0-40 (0 = ei oireita, 40 = vaikea ahdistus)

Ahdituksen mittarit

GAD - 7 (GAD-7)

Viemisen 2 viikon aikana, kuinka usein Sinua ovat vaihannet seuraavat ongelmat? (Merkitse vastauksesi raiteilla "x")

	Ei koskaan	Harvoin	Suurin osa ajasta jolloin	Lähes aina
	0	1	2	3
1. Hermostuneisuuden, ahdistuneisuuden tai kiihtyneen tuntein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ei ole voimaa lopettaa tai hallita huolestuneisuutta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Lähtien huolestuneisuus estää sinua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Vaikeus rentoutua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Min leikkien oia, että on vaikea pysyä ajoissaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tappaus harrastaa tai harrastaa harrastaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Pelko siitä, että joku kukaan saattaisi epäillä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

YHTEENSÄ =

Ei koskaan vaikeasti	Huonon vaikeasti	Hyvän vaikeasti	Erittäin vaikeasti
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Copyright Pfizer Inc. Translated by Jukka Mäki and Sanna Mäki of Eastern Finland, Oulu and Turku, Finland. Not for sale, reproduction, or distribution without the express written permission of the copyright holder. Copyright version 13May2011. Available at <http://www.pfizer.com>. GAD-7 and GAD-7 are trademarks of Pfizer Inc.

<https://www.kaypahoito.fi/media/jpg/GAD7.pdf>

Ahdituksen mittarit

OASIS Overall Anxiety Severity and Impairment Scale

Viemisen 2 viikon aikana, kuinka usein Sinua ovat vaihannet seuraavat ongelmat? (Merkitse vastauksesi raiteilla "x")

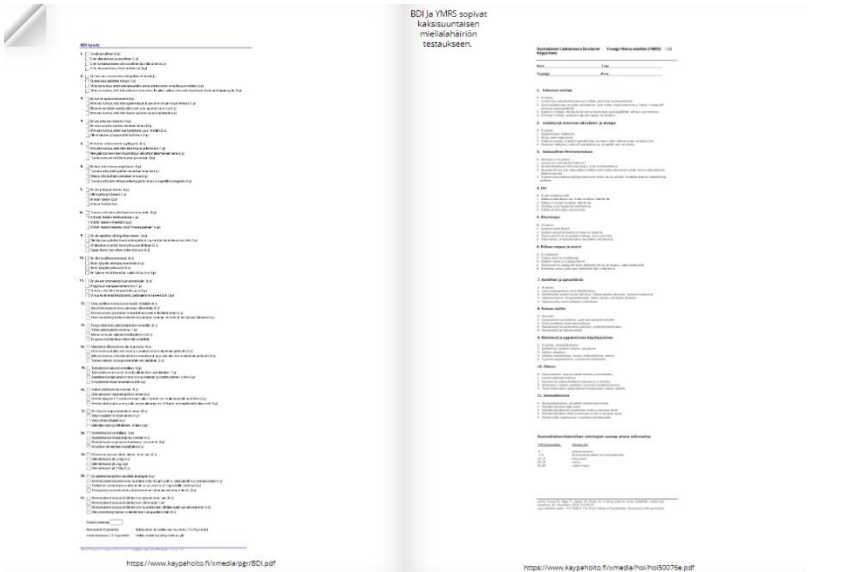
	Ei koskaan	Harvoin	Suurin osa ajasta jolloin	Lähes aina
	0	1	2	3
1. Hermostuneisuuden, ahdistuneisuuden tai kiihtyneen tuntein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ei ole voimaa lopettaa tai hallita huolestuneisuutta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Lähtien huolestuneisuus estää sinua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Vaikeus rentoutua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Min leikkien oia, että on vaikea pysyä ajoissaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tappaus harrastaa tai harrastaa harrastaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Pelko siitä, että joku kukaan saattaisi epäillä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

YHTEENSÄ =

Ei koskaan vaikeasti	Huonon vaikeasti	Hyvän vaikeasti	Erittäin vaikeasti
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Copyright Pfizer Inc. Translated by Jukka Mäki and Sanna Mäki of Eastern Finland, Oulu and Turku, Finland. Not for sale, reproduction, or distribution without the express written permission of the copyright holder. Copyright version 13May2011. Available at <http://www.pfizer.com>. OASIS and OASIS are trademarks of Pfizer Inc.

<https://www.kaypahoito.fi/media/jpg/OASIS.pdf>



<https://www.kaypahoito.fi/media/tpi/B01.pdf>

<https://www.kaypahoito.fi/media/tpi/h020776.pdf>

Lähteet

- Ahdistuneisuushäiriö: Käypä hoito – suositus (2019). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim, Suomen Psykiatriyhdistys ry ja Suomen Nuorisopsykiatrien yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019. Haettu 25.8.2024 osoitteesta www.kaypahoito.fi
- Alatalo, H., Kehusmaa, S., Hammar, T. & Marjeta, N. (2018). Kohdissa lääkelääkityksen päihde- ja mielenterveysosastossa: Osaamista muodostaan teemäseminaarissa toteutetuissa myyjäis- ja verkottamis- ja työpöytätyöryhmissä. Tutkimusraportti 38/2018. <https://um.fi/ku/1881978-92348-31-4>
- Depressio: Käypä hoito – suositus (2023). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2023. Haettu 4.4.2024 osoitteesta www.kaypahoito.fi
- FifiM ry (in.d.). Ikääntyneiden harrastusohjelma. Haettu 23.6.2024 osoitteesta <https://www.fifimyrin.fi/tyoajankalvat/koulu-ohjelmat/ikaa-ntyneiden-harrastusohjelma>
- Hakikainen, M., Immonen, A., Mönkä, E. & Pitkälä, P. (2024). Muistivaurion hoito. Kustannus Oy Duodecim.
- Hutunen, M. (1999). Kaksisuuntaisen mielialahäiriön ja psykotrooppilääkityksen lääkärihoito. Lääkärilihti Duodecim. Haettu 15.6.2024 osoitteesta <https://www.duodecim.fi/doi/91258>
- Hutunen, M. (2018a). Harrastus (ohjelma). Lääkärilihti Duodecim. Haettu 26.6.2024 osoitteesta <https://www.terveystieto.fi/doi/100372>
- Hutunen, M. (2018b). Harrastus (ohjelma). Lääkärilihti Duodecim. Haettu 26.6.2024 osoitteesta <https://www.terveystieto.fi/doi/100373>
- Itsemurheen ehkäisy ja itsemurheen yrittäneiden hoito: Käypä hoito – suositus (2022). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim, MIELI Suomen Mielenterveys ry, Suomen Psykiatriyhdistyksen, Suomen Nuorisopsykiatrien yhdistyksen ja Suomen Hätäkesäkesäyhteistyön asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2022. Haettu 25.8.2024 osoitteesta www.kaypahoito.fi
- Kaksisuuntaisen mielialahäiriön Käypä hoito – suositus (2024). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim, Suomen Psykiatriyhdistys ry ja Suomen Nuorisopsykiatrien yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Haettu 30.5.2024 osoitteesta www.kaypahoito.fi
- Kieseppä, T. & Oksanen, J. (2013). Psykoosikato ostopöydän hoitossa ja kuntoutuksessa. Lääkärilihti Duodecim. Haettu 22.3.2024 <https://www.duodecim.fi/doi/11273>
- Koppinen, H., Lempinen, E. & Isohanni, M. (2016). Vanhusten psykoosit ja niiden hoito. Potilaan lääkärihoito. Haettu 25.8.2024 osoitteesta <https://www.potilaanlääkärihoito.fi/doi/14740>
- Koppinen, H. (2020). Somattisten sairauksien, psykiatrisien häiriöiden ja psykososiaalisten tekijöiden yhteys itsemurhevaaraan toteutuneiden itsemurhin vahvuksilla. Haettu 9.4.2024 osoitteesta www.kaypahoito.fi/doi/102746
- Koppinen, H. & Lempinen, E. (2024). Ikkään ahdistuneisuuden ja masennuksen erityispiirteet ja hoito. Lääkärilihti Duodecim. Haettu 24.5.2024 osoitteesta www.duodecim.fi
- Koppinen, H., Takama, T., Karkinen, V. & Ruuska, A. (2019). Sitofrenian ensisijaisnäyttö on ikäryhmissä. Lääkärilihti Duodecim. Haettu 1.7.2024 osoitteesta <https://www.duodecim.fi/doi/18195>
- Mielenterveyslaitos (in.d.). Ikääntyminen ja psykiatriset oireet, kohta masennus. Haettu 9.4.2024 osoitteesta <https://www.mielenterveyslaitos.fi/mielenterveys/ajankohtaiset/ikaa-ntyminen-ja-psykiatriset-oireet>
- Mielenterveyslaitos (in.d.). Ikääntyminen ja psykiatriset oireet, kohta kaksisuuntaisen mielialahäiriön. Haettu 23.5.2024 osoitteesta <https://www.mielenterveyslaitos.fi/mielenterveys/ajankohtaiset/ikaa-ntyminen-ja-psykiatriset-oireet>
- Miel ry (2022). Kaksisuuntaisen mielialahäiriön. Haettu 16.6.2024 osoitteesta <https://miel.fi/mielenterveyskohteita/kaksisuuntaisen-mielialahairion/>
- Niemi, M., Järveläinen, E. & Korkeila, J. (2021). Psykoosien masennus. Lääkärilihti Duodecim. Haettu 24.4.2024 osoitteesta www.duodecim.fi
- Raasto, K. & Mäkeläinen, N. (2021). Kaksisuuntaisen mielialahäiriön lääkehoidon seuranta: somaattiset häiriöt. Haettu 25.8.2024 osoitteesta <https://www.kaypahoito.fi/doi/1207>
- Rantamäki-Häkkinen, T., Revell, M. & Talaaho, T. (2024). Psykoosien jälkeen potilaan tutkiminen ja hoito. Lääkärilihti Duodecim. Haettu 24.4.2024 osoitteesta www.duodecim.fi
- Riiala, K., Haravuori, H. & Marttunen, M. (2022). Itsetuhoisuuden ja itseen vahingoittamisen eri muodot. Lääkärilihti Duodecim. Haettu 1.4.2024 osoitteesta www.duodecim.fi
- Ronto, H.A., Aalto, U. & Pöytä, K. (2021). Ikkään psykiatriatieteiden on yleistä näköalasta. Lääkärilihti Duodecim. Haettu 1.6.2024 osoitteesta www.duodecim.fi
- Rovasalo, A. (2022). Masennus eli depressioni. Terveystieto Duodecim. Haettu 24.5.2024 osoitteesta <https://www.terveystieto.fi/doi/100299>
- Rovasalo, A. & Savelle, H. (2023). Ahdistus ja ahdistuneisuus. Terveystieto Duodecim. Haettu 25.8.2024 osoitteesta <https://www.terveystieto.fi/doi/100188>
- Savelle, H. (2024). Haettu 19.6.2024 osoitteesta <https://www.savelle.fi/>
- Savelle, M. (7.12.2021). Kaksisuuntaisen mielialahäiriön. Terveystieto Duodecim. <https://www.terveystieto.fi/doi/100278>
- Sitofrenia (2024). Käypä hoito – suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2024. Haettu 1.6.2024 osoitteesta www.kaypahoito.fi
- Soada, L. (2023a). Masennuslääkkeitä valittaessa, annostelu ja lopettaminen. Terveystieto Duodecim. Haettu 20.4.2024 osoitteesta <https://www.terveystieto.fi/doi/100133>
- Soada, L. (2023b). Ahdistuneisuushäiriössä käytettävät lääkkeet. Terveystieto Duodecim. Haettu 20.4.2024 osoitteesta <https://www.terveystieto.fi/doi/100136>
- Soada, L. (2023c). Kaksisuuntaisen mielialahäiriössä käytettävät lääkkeet. Terveystieto Duodecim. Haettu 2.6.2024 osoitteesta <https://www.terveystieto.fi/doi/100135>
- Soada, L. (2023d). Psykoosien hoitossa käytettävät lääkkeet. Terveystieto Duodecim. Haettu 17.6.2024 osoitteesta <https://www.terveystieto.fi/doi/100138>
- Soatari, ja terveysalan tietopalvelu (in.d.). Kunnioittava kohtaaminen on voimauttava kokemus kaikille. Haettu 3.3.2024 osoitteesta <https://www.potilaanlääkärihoito.fi/kuunnioittava-kohtaaminen.html>
- Talaaho, T., Järveläinen, E. (2024). Vanhustyöryhmien polttosäilytys monilähtöisestä osastosta. Lääkärilihti Duodecim. Haettu 25.8.2024 osoitteesta www.duodecim.fi
- Tananen, K., Suominen, K., Lahtonen, S. & Laakola, T. (23.3.2021). Kaksisuuntaisen mielialahäiriön tunneiden vuorottelu. Lääkärilihti Duodecim. <https://www.terveystieto.fi/doi/100092>
- THL (2022). Ota itsetuhoisuus puheeksi: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Haettu 25.5.2024 osoitteesta <https://thl.fi/ota-itsetuhoisuus-puheeksi/>
- THL (2023). Diagnoin puheeksi ottaminen. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Haettu 3.3.2024 osoitteesta <https://thl.fi/aihe/ikaa-ntyminen-ja-psykiatriset-oireet/taustatieto/taustatieto-18195>
- THL (2024). Kohdista Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Haettu 4.3.2024 osoitteesta <https://thl.fi/aihe/ikaa-ntyminen-ja-psykiatriset-oireet/taustatieto/taustatieto-18195>
- Terveystieto (2022). Mielenterveyden häiriöt. Lääkärilihti Duodecim. Haettu 1.6.2024 osoitteesta <https://www.terveystieto.fi/doi/100131>
- Tuominen, L. & Selkälampi, R. (2017). Sitofrenia. Lääkärilihti Duodecim. Haettu 18.6.2024 osoitteesta <http://www.duodecim.fi/doi/12611>
- Väkeä, R. (2024). Muistivaurioiden neuropsykiatriset oireiden monikytkentä. Lääkärilihti Duodecim. Haettu 24.4.2024 osoitteesta www.duodecim.fi

LIITE 2: SAATEKIRJE PALAUTTEENANTAJILLE

Hei!

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Satakunnan ammattikorkeakoulusta. Olemme tehneet opinnäytetyönä sähköisen oppaan ikääntyneiden mielenterveysongelmien tunnistamisesta ja puheeksiotosta. Opas on koottu viimeaikaisinta tietoa käyttäen ja tehtyyn kirjallisuushakuun perustuen.

Olet valikoitunut palvelualue 5 yhdeksi hoitajaksi, jonka toivomme lukevan oppaan ajatuksella läpi ja vastaamalla lopuksi lyhyeen kyselyyn, jonka linkki löytyy tämän kirjeen lopusta.

Aikaa oppaan lukemiseen ja palautekyselyyn vastaamiseen on kaksi viikkoa. Toivomme rehellistä palautetta, jotta voimme jatkossa kehittää toimintaamme ja antaa realistisia kehitysideoita oppaan jatkosta.

Liitteenä löytyy tietosuojaseloste. Kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista ja vastaukset ovat anonyymejä meille, eli emme näe ketä vastauksen on antanut. Koska toisella tekijällä on sidonnaisuuksia palvelualueelle, työskenneltyään alueella useita vuosia, kysely lähetetään kotihoidon päällikön toimesta, jolloin meillä ei ole tietoa, ketkä kyselyyn vastaavat.

Kiitämme yhteistyöstä.

Ystävällisin terveisin:

Mari Hinkkanen & Virpi Piironen

LIITE 3: PALAUTEKYSELY

Palautelomake ikääntyneiden mielenterveysoppaasta

Ohessa muutama väite sekä kysymys ikääntyneiden mielenterve-
tallentuvat nimettöminä

mari.vaittinen@gmail.com [Vaihda tilii](#)

✉ Ei jaettu

Palaan oppaaseen uudelleen

Samaa mieltä

Lähes samaa mieltä

En samaa enkä erimieltä

Lähes eri mieltä

Eri mieltä

Oppaasta on hyötyä omassa työssäsi

Samaa mieltä

Lähes samaa mieltä

En samaa enkä erimieltä

Lähes eri mieltä

Eri mieltä

Oliko oppaan ulkonäkö, visuaalisuus ja havainnollisuus:

Kiitettävä

Hyvä

Tyydyttävä

Välttävä

Heikko

Opas on helppolukuinen

Samaa mieltä

Lähes samaa mieltä

En samaa enkä erimieltä

Lähes eri mieltä

Eri mieltä

Oliko oppaan asiapitoisuus ja soveltuminen kohderyhmälle:

Kiitettävä

Hyvä

Tyydyttävä

Välttävä

Heikko

Oppaassa on uutta tietoa

Samaa mieltä

Lähes samaa mieltä

En samaa enkä erimieltä

Lähes eri mieltä

Eri mieltä

Olisitko kaivannut oppaaseen jotain lisää?

Oma vastauksesi _____