

Marika Jussila

PSYKIATRISEN VANHUSPOTILAAN HOITOPROSESSI
PSYKIATRISSESSA SAIRAALASSA

Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitajan suuntautumisvaihtoehto
2014

PSYKIATRISEN VANHUSPOTILAAN HOITOPROSESSI PSYKIATRISISSA SAIRAALASSA

Jussila, Marika Susanna
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Toukokuu 2014
Ohjaaja: Flinck, Marja KT
Sivumäärä: 36
Liitteitä: 1

Asiasanat: psykiatrinen vanhuspotilas, yleisimmät psyykkiset häiriöt, hoitoprosessi

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää potilaiden tulosityitä ja hoitomenetelmiä vanhuspsykiatrisessa sairaalahoidossa sekä kehittää hoitotyön laatua psykogeriatrisella osastolla 61. Tutkimuksen tavoitteena oli perehtyä vanhusten yleisimpiin psyykkisiin häiriöihin ja vanhuuden kehitysvaiheisiin.

Tutkimus tehtiin yhteistyössä Satakunnan sairaanhoitopiirin kanssa. Tutkimusaineisto kerättiin vuoden 2011 potilasdokumenteista; läheteistä ja hoitosuunnitelmalomakkeista. Tutkimuksessa oli mukana 31 potilasdokumenttia. Tulokset käsiteltiin tilastollisesti ja esitettiin frekvensseinä, prosentteina ja graafisina kuvioina.

Tutkimuksen mukaan psyykkinen sairastuvuus oli naisilla yleisempää kuin miehillä ja masennus oli yleisin vanhusten psyykkinen sairaus. Usealla potilaalla masennuksen rinnalla läheteessä oli myös maininta psyykkisestä ahdistuksesta. Potilaista selvästi suurin osa saapui hoitoon B1-lahetteella. Eniten käytetty hoitomuoto oli ECT- hoito, lääkehoidon rinnalla. Potilaiden hoidossa tärkeänä osana nousi esiin myös osastolla järjestettävät ryhmät. Potilaiden hoitoajat vaihtelivat yksilöittäin, mutta yleisin hoitoon käytetty aika oli 21–30 vuorokautta. Jatkohoito järjestettiin jokaisen potilaan kohdalla vanhuspsykiatrian poliklinikalle.

NURSING PROCESS OF AN ELDERLY PSYCHIATRIC PATIENT AT A PSYCHIATRIC HOSPITAL

Jussila, Marika

Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Health Care

May 2014

Supervisor: Flinck, Marja

Number of pages: 36

Appendices: 1

Key words: an elderly psychiatric patient, the most common mental disorders, nursing process

The purpose of this Bachelor's thesis was to explore the reasons for the patients being admitted and the treatment methods in the hospital treatment of elderly psychiatric patients. The aim was to develop the quality of nursing in a psychogeriatric ward. Another aim was to chart the most common mental disorders and different phases of old age.

The study was carried out in co-operation with Satakunta Nursing District. The material was collected from patient records, referrals and nursing plan forms. The data consist of 31 patient documents. The results were analysed statistically and presented in frequencies and graphical images.

The results show that mental diseases are more common in women than in men. The most common mental disease was depression. In addition to depression, mental anxiety was also mentioned in several patients' referral. Most of the patients were admitted on the basis of a B1 referral. The most common treatment method was ECT which was used together with medical therapy. According to the results, the groups arranged on the ward have an important role in the treatment of the patients. The treatment times varied individually, but mostly the treatment took from 21 to 30 days. Further treatment was arranged for each patient in the psychiatric clinic for the elderly.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS JA TAVOITTEET	5
3	KESKEISET KÄSITTEET	6
3.1	Vanhuuden määrittelyä	6
3.2	Vanhuuden kehitysvaiheet	7
3.3	Vanhusten yleisimmät psyykkiset häiriöt	8
3.4	Hoitoprosessi	12
4	TUTKIMUSMENETELMÄ JA KOHDEJOUKKO.....	14
5	AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA	15
6	TULOKSET	17
6.1	Taustamuuttajat	17
6.1.1	Sukupuoli	17
6.1.2	Ikäjakauma	18
6.1.3	Tulotapa.....	19
6.1.4	Tulosyyt.....	19
6.1.5	Sivilisaatio	20
6.2	Hoitoon hakeutumiseen vaikuttavia tekijöitä	21
6.3	Hoitokeinot ja hoidon kesto	22
6.3.1	Lääkehoito	24
6.3.2	Sosiaaliohjaajan konsultaatiot	24
6.3.3	Ryhmätoiminta	26
6.3.4	Jatkohoito	27
6.3.5	Potilaiden asumismuodot	27
6.3.6	Yhteistyö omaisten kanssa	28
7	JOHTOPÄÄTÖKSET	29
8	EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	32
9	JATKOTUTKIMUS EHDOTUKSIA.....	33
	LÄHTEET.....	35
	LIITE	

1 JOHDANTO

Mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Mielenterveystyöhön kuuluu mielenterveyden edistäminen, häiriöiden ehkäisy, hoito ja kuntoutus. Mielenterveystyöhön kuuluvat mielisairauksia ja muita mielenterveyden-häiriöitä poteville henkilöille heidän lääketieteellisin perustein arvioitava sairautensa tai häiriönsä vuoksi annettavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. (Mielenterveyslaki 1990 1§.)

Mielenterveyden häiriöt ovat vanhuksilla varsin yleisiä. Eri tutkimusten mukaan 16–30 % yli 65-vuotiaista kärsii jostakin mielenterveyden häiriöstä. Vanhuksilla tavataan samoja häiriöitä kuin keski-ikäisillä henkilöillä, mutta vanhuksilla esiintyy näiden lisäksi usein somaattisiin sairauksiin liittyviä psyykkisiä oireita. Vanhusten mielenterveyden häiriöiden ennuste on asianmukaisessa hoidossa yleensä yhtä hyvä kuin nuorempienkin henkilöiden. (Lepola, Koponen, Leinonen, Joukamaa, Isohanni & Hakola 2002, 187.)

Laitoshoito on vähentynyt ja avohoito lisääntynyt 2000-luvun aikana. Keskimääräinen hoitajakson kesto on lyhentynyt viidellä päivällä ja laitoshoidot ovat vähentyneet 19 %. Avohoitokäynnit ovat lisääntyneet 17 % vuodesta 2006. Psykiatrisessa sairaalahoidossa oli yli 29 000 potilasta ja avohoittoa käytti lähes 150 000 potilasta vuoden 2010 aikana. (Psykiatrisen erikoissairaanhoidon vuosikatsaus 2010, 1.)

2 TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää potilaiden tulosityitä ja hoitomenetelmiä vanhuspsykiatrisessa sairaalahoidossa. Opinnäytetyö tehdään yhteistyössä Harjavallan sairaalan, psykogeriatrisen osasto 61 kanssa.

Tämän opinnäytetyön tavoitteita ovat:

1. Tarkastella vanhusten yleisimpiä psyykkisiä häiriöitä teorian ja tutkimusten avulla.
2. Selvittää Harjavallan sairaalan osasto 61 vanhusten hoitoprosessia vuoden 2011 kuluessa.
3. Kehittää kyseisen osaston hoitotyön laatua vastaamaan potilaiden hoidontarvetta.

Tämän opinnäytetyön keskeisiä asioita ovat: vanhuuden kehitysvaiheet, vanhusten yleisimmät psyykkiset häiriöt ja hoitoprosessi.

3 KESKEISET KÄSITTEET

3.1 Vanhuuden määrittelyä

Nykyihminen haluaa elää pitkään, mutta ei halua tulla vanhaksi eikä halua itseään kutsuttavan vanhukseksi. Vanhoista ihmisistä puhuttaessa käytetään monenlaisia käsitteitä, kuten ikääntyvä, ikääntynyt, ikäihminen, eläkeläinen, seniori ja vanhus. Käytettävän käsitteen valinta on haasteellinen, eikä mikään yksittäinen käsite ehkä riitä kuvaamaan 65 – 111- vuotiaiden hyvin heterogeenista joukkoa. (Voutilainen & Tiikkanen 2009, 43.)

Ikääntymisen myötä ihminen kohtaa itsessään muutoksia, joihin hän mukaantuu käyttäen kaikkia niitä voimavaroja, joita hänelle siihenastisen elämänsä aikana on kertynyt. Yksilön ikääntyminen on kokonaisvaltainen prosessi, jossa fyysiset muutokset tapahtuvat yleensä ensiksi ja vähitellen. Yksilön sosiaalinen ympäristö reagoi muutoksiin. Kokemuksellinen prosessi ikääntymisestä muodostuu, kun yksilö samanaikaisesti tiedostaa muutokset itsessään sekä ympäristönsä suhtautumisen omaan ikääntymiseensä ja ikääntymiseen yleensä. Vanhenemista voidaan tarkastella fyysisinä, psyykkisinä, kognitiivisina, kulttuurisina tai sosiaalisina toisiinsa

vaikuttavina prosesseina, mutta on muistettava kuitenkin, että kukin niistä on vain yksi näkökulma ikääntymisen moninaiseen kokonaisuuteen. Vanhenemisen yksilölliset erot ovat huomattavia. (Voutilainen & Tiikkanen 2009, 44.)

Ikääntyvä ihminen on ajatteleva, tahtova ja aloitteellinen ja toimii omassa kulttuurisessa ympäristössään. Kokemus ikääntymisestä syntyy suhteessa siihen maailmaan, jossa yksilö elää. Jokainen elinympäristö tuottaa omanlaistaan vanhuutta. Ihmisen elämää voidaan tarkastella elämänsä näkökulmasta, jolloin huomiota kiinnitetään esimerkiksi siihen, mille vuosikymmenille henkilön elämänjaksot syntymästä kuolemaan ovat osuneet, minkä ikäinen hän on kulloinkin ollut ja minkälaisessa yhteiskunnallisessa tilanteessa kaikki on tapahtunut. Kun yksilöllisen elämän tapahtumat sijoittuvat eri aikakausille, ne tuottavat ihmiselle erilaisen kokemuksen elämästä. Kokemukset puolestaan jättävät ihmiseen elinaikaisen jälkensä, jolloin ihmisen ainutkertaisuus tulee ymmärrettäväksi, samoin kokonaisvaltaisen lähestymistavan tärkeys. (Voutilainen & Tiikkanen 2009, 44.)

3.2 Vanhuuden kehitysvaiheet

Erik H. Eriksonin kehityspsykologisen ajattelun perusta on hänen omien sanojensa mukaan seuraava: ” Omien potilastyöstä ja elämänsähistorioista saamien kokemusten perusteella en voi muuta kun aloittaa olettamalla, että ihmisen olemassaolo on jokaisella hetkellä riippuvainen kolmesta tapahtumakokonaisuudesta, jotka täydentävät toisiaan. Ne ovat: biologiset tapahtumat, elinjärjestelmien jäsentynyt kokonaisuus, jotka muodostavat fyysisen ruumiin (sooma), psyykkiset tapahtumat, jotka organisoivat yksilön kokemukset minä-synteesin avulla (psyyke) ja yhteisölliset tapahtumat, ihmisten vastavuoroinen riippuvuus toisistaan kulttuurisessa kokonaisuudessa (eetos)”. (Dunderfelt 2011, 233.)

Vanhuuden kehitystehtävä: minän eheys – vastakohtina epätoivo ja katkeruus. Vanhuudesta syntyvä voima on viisaus – vastakohtina elämän halveksunta ja vastenmielisyys elämää kohtaan. Vanhuuden aikaa on vanhastaan pidetty eletyn elämän arvioinnin aikana: ”Pystynkö hyväksymään sekä huonot, että hyvät ajat juuri

minun elämäni kuuluvina tapahtumina?” Toisaalta se on eteenpäin katsomista: ”Vielä voisin tehdä jotain, mikä minua todella kiinnostaa.” Viisaus on Eriksonin mukaan juuri tätä avoimuutta ja kiinnostusta elämää kohtaan, myös uhkaavan kuoleman edessä. Tämän saavuttamiseksi vaaditaan jonkinlaista ”minän eheyden” kokemusta kaikilla kolmella tasolla: fyysisellä, psyykkisellä ja sosiaalisella. (Dunderfelt 2011, 234-235.)

Elämän halveksunta kuten viisauskaan ei toki kehity vanhuudessa tuota pikaa ja yllättäen, vaan sillä on epigeneettisen mallin mukaan pitempi menneisyys. Epätoivolla, katkeruudella ja sitä seuraavalla vastenmielisyydellä kaikkia vanhuuden oireita kohtaan on juurensa esimerkiksi aikuisiän psyykkisten voimien tai biologisten toimintojen lamaanumisessa. Asia voi juontaa juurensa myös pidemmältä, esimerkiksi nuoruuden selkeytymättömästä identiteetikriisistä, joka on vaikuttanut läpi elämän. (Dunderfelt 2011, 235.)

Vanhuuden vaiheissa on hyväksi tasapainoinen itsensä tunteminen ja toimivat sosiaaliset verkostot, ja usein tarvitaan myös ympäristön tukea. Viisaus tuo mukanaan ”tosi ihmisyyden”, jota yhteiskunnassamme opitaan tulevaisuudessa uudelleen kunnioittamaan. (Dunderfelt 2011, 235.)

Kriisivaiheissa on tilinteon hetkiä, jolloin joutuu tarkastelemaan elämää ja sitä, mihin on kiintynyt. Vanhuuden vapaus tekee mahdolliseksi arvioida koko mennyttä omaa elämää. Tarkastelun onnistuu ehkä kiteyttämään näkemykseksi, joka valottaa yleisemminkin ihmisen kohtaloa. Vanhuuden parhaisiin puoliin kuuluu mahdollisuus riippumattomaan asioiden tutkiskeluun. Tämänkin vuoksi monet voivat tukea nuorempia polvia. (Turunen 2005, 264 – 265.)

3.3 Vanhusten yleisimmät psyykkiset häiriöt

Vanhusten mielenterveyden häiriöt ovat varsin yleisiä. Eri tutkimusten mukaan 16-30 % yli 65-vuotiaista kärsii jostakin mielenterveyden häiriöstä. Vanhuksilla tavataan samoja mielenterveyden häiriöitä kuin keski-ikäisilläkin, mutta vanhuksilla

esiintyy niiden lisäksi usein elimellisiin sairauksiin liittyviä psyykkisiä oireita. Vanhusten tavallisimpia ongelmia ovat mielialahäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt, psykoosit sekä elimelliset mielenterveyden häiriöt. Vanhusten mielenterveyden häiriöiden hoidossa on keskeistä nopea etiologinen selvittely ja hoidon aloitus. Iäkkään potilaan psykiatristen oireiden asianmukaiseen tutkimukseen kuuluvat myös somaattisen tilan selvittäminen ja elämäntilanteen arviointi. Iäkkäämpien henkilöiden mielenterveyden häiriöiden ennuste on asianmukaisessa hoidossa yleensä yhtä hyvä kuin nuorempienkin. (Lönnqvist, Heikkinen, Henriksson, Marttunen & Partonen 2008, 631.)

Ikääntyneiden mielialahäiriöistä yleisin on **masennus**. Väsymys, unettomuus, elinvoiman puute, rauhattomuus tai jännittyneisyys voivat olla alkavan masennuksen oireita. Vanhuusiässä masennus voi ilmetä myös lähes kokonaan fyysisinä oireina eli esimerkiksi ruokahaluttomuutena, painonlaskuna, epämääräisenä kipuiluna sekä ruuansulatushäiriöinä. Muita oireita ovat esimerkiksi voimattomuus sekä mielihyvän kokemisen ja keskittymisen vaikeudet. Joskus masennus voi ilmetä lähinnä vain vetäytymisenä ja vanhuksen hiljaiseksi muuttumisena. Masentuneisuus vaikuttaa ikääntyneen toimintakykyyn. Päivittäisten askareiden tekeminen saattaa vaikeutua ja vanhus voi haluta eristäytyä. (Suomen mielenterveysseuran www-sivut 2013.)

Masennus-sanaa käytetään arkipuheessa hyvin monessa eri merkityksessä, joten potilastyössä on aina tärkeää selvittää termin merkitys kussakin asiayhteydessä. Masennuksella voidaan tarkoittaa ohimenevää masentunutta tunnetilaa, masentunutta mielialaa tai masennusoireyhtymää eli masennustilaa. (Noppi, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 53.)

Lönnqvistiä (2008) mukaille voidaan todeta, että sosiaaliseen tukeen ja vuorovaikutussuhteisiin liittyvät elämäntapahtumien paineet ja niistä syntyvä pitkittynyt stressi ovat merkittävämpiä masennustilojen selityksiä etenkin niillä, joilla on suurempi perinnöllinen tai opittu alttius reagoida uupumisella pitkittyneeseen stressiin. Masennustiloihin altistavia tekijöitä ovat elämäntilanteen muutokset, fyysinen tai psyykkinen sairastuminen, vaikea elämäntilanne, trauma, suru, huolet,

pelot, yksinäisyys, perinnöllinen alttius, menetykset ja päihteiden käyttö. Myös sosiaalisen tuen puute voi altistaa masennukselle. Elämän aikana opitut yksilölliset negatiiviset ajattelumallit ja uskomusjärjestelmät voivat olla vakavan masennustilan syntyyn liittyviä tekijöitä, alentuneen itsetunnon ja sisäänpäin käännetyn vihan ohella, ja näitäkin malleja ja järjestelmiä olisi hyvä pystyä tarkastelemaan. (Noppari ym. 2007, 54-55.)

Persoonallisuuden rakenteen skitsoidinen tai paranoidinen poikkeavuus ja epäedulliset sosiaaliset olosuhteet, kuten yksinäisyys ja sosiaalinen eristäytyneisyys, edeltävät usein **harhaluuloisuushäiriön** puhkeamista. Myös aistivajeiden tyypillisimmillään huonokuuloisuuden tai huononäköisyyden, on todettu altistavan paranoidisuuden kehittymiselle myös niillä henkilöillä, joilla ei ole muita edellä mainittuja riskitekijöitä. Harhaluuloisuushäiriötä esiintyy noin 0,5-0,9 prosentilla vanhuksista, ja se on yleisempi naisilla. Paranoidisen oireiston vaikutus elinaikaennusteeseen on vähäinen. (Lepola ym. 2002, 188.)

Harhaluuloisuushäiriön puhkeamista edeltää usein 1-2 vuoden esioireisto, jonka aikana henkilö muuttuu yhä eristyneemmäksi ja epäluuloisemmaksi. Harhaluuloisuushäiriöstä kärsivillä potilailla harha-ajatukset muodostavat useimmiten tarkkarajaisen ja jäsentyneen, potilaan kannalta katsottuna loogisen kokonaisuuden. Aistiharhoja saattaa esiintyä, mutta ne eivät häiritse oirekuva. (Lepola ym. 2002, 188.)

Kaksisuuntaista mielialahäiriötä luonnehtii maanisten ja depressiivisten jaksojen vaihtelu. Häiriöön voi liittyä maanisia, hypomaanisia, sekamuotoisia ja depressiivisiä jaksoja. Jaksojen välillä potilas on useimmiten oireeton. Tosin toistuvien jaksojen myötä jaksojen väliset jäännösoireet alkavat usein tulla yhä tavallisemmiksi. Hoidon keskeisin tehtävä on jaksojen toistumisen ehkäiseminen. (Lönqvist ym. 2008, 196.)

Tautiluokituksessa ICD-10 käytetään manian diagnoosia, kun kyseessä on ensimmäinen maaninen tai hypomaaninen eli lievä maaninen jakso, eikä potilaalla ole koskaan ollut masennuskauasia. Käsitettä kaksisuuntainen mielialahäiriö käytetään, kun potilaalla on esiintynyt useampia sairausjaksoja, joista vähintään yksi

on ollut maaninen, hypomaaninen tai sekamuotoinen jakso masennusjaksojen lisäksi. Kaksisuuntainen mielialahäiriön käsite sisältää myös ne harvinaiset tapaukset, joissa mielialahäiriö ilmenee vain toistuvina, unipolaarisina maniajaksoina ilman kliinisesti merkittäviä masennusjaksoja. (Lönnqvist ym. 2008, 196.)

Alkoholin käytöstä johtuva päihdeongelma on vanhuksilla edelleen tavallisin. Sen kliinisiä oireita ja ilmenemismuotoja ovat herkkyys mielialan vaihteluille, depressiivisyydelle ja sekavuudelle, poikkeava käyttäytyminen ja päivittäisten toimintojen laiminlyöminen sekä toistuvat tapaturmat. Vanhuksilla alkoholin ongelmakäyttöön liittyvät oireet ja sosiaaliset haitat ovat osin samat kuin nuoremmillakin. Alkoholiriippuvuuden, vieroitusoireiden tms. diagnostiikassa käytetään samoja diagnostisia kriteereitä. (Lepola ym. 2002, 197.)

Alkoholin ongelmakäytön haitat ovat vanhuksilla usein korostuneita, koska vanhuksilla alkoholin jakautumistilavuus on pienentynyt ja siten sama alkoholimäärä aiheuttaa korkeamman veripitoisuuden ja enemmän kohde-elinhaittoja, kuin nuoremmilla henkilöillä. Samoin vanhusten elinjärjestelmien reservikapasiteetin niukkeneminen tekee heistä herkempiä alkoholin päihdyttävälle vaikutuksille. Vanhuksille alkoholin ongelmakäyttö voi johtua nuoremmalla iällä alkaneesta alkoholiriippuvuudesta. Toisaalta mikäli ongelmajuominen alkaa vasta vanhempana, se liittyy usein ajankohtaisiin menetyksiin, esimerkiksi leskeksi jäämiseen. (Lönnqvist ym. 2008, 648.)

Varsinkin vuosina 1946–1950 syntyneet ikäluokat ovat erittäin suuria. Suurten ikäluokkien elinaikana elintaso ja koulutustaso ovat nousseet ja kaupungistuminen on ollut hyvin voimakasta. Myös alkoholin juomatavat ovat muuttuneet. 50–69-vuotiaiden alkoholinkulutus on lisääntynyt merkittävästi, käy ilmi Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimuksesta, joka tehtiin vuonna 2008 tekemästä juomatapatutkimuksesta. (Viljanen 2010.)

3.4 Hoitoprosessi

Sosiaali- ja terveysministeriön Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta kirjoittaa eettisissä periaatteissaan ihmisten oikeudesta hyvään hoitoon näin: ”*Oikeus hyvään hoitoon merkitsee, että terveydenhuollon palveluja tarvitseva saa niitä asiantuntevasti ilman kohtuutonta viivettä. Hyvän hoidon toteutuessa potilas kokee olevansa asiantuntevissa ja luotettavissa käsissä. Häntä ymmärretään ja hänet hyväksytään.* (Noppiari, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 152.)

Potilaita hoidettaessa tehdään jatkuvasti päätöksiä, määriteltäessä potilaan hoitotyön tarpeita ja suunniteltaessa, toteuttaessa ja arvioidessa hoitoa. Hoitotyöhön sovellettu prosessimalli antaa kehyksen hoitotyön kirjaamiselle sekä sen toiminnalle. Yksilöllinen hoidon toteutus ja tavoitteellinen toiminta mahdollistuu huolellisella suunnittelulla. (Ensio 2007, 56.)

Hoitotyön prosessilla tarkoitetaan hoitotyölle luonteenomaista yksilön, perheen tai yhteisön terveydentarpeiden tunnistamisen, hoitotyön keinoin parhaiten tyydyttävien tarpeiden valinnan, tarpeiden tyydyttämisen suunnittelun, välittömän hoitamisen ja tulosten järjestelmällisen ja jatkuvan arvioinnin. (Anttila, Kaila-Mattila, Kan, Puska & Vihunen 2008, 51.)

Tietojen keruu ja analysointi. Potilaan tietoja kerätään ja analysoidaan jatkuvasti hoitoprosessin edetessä. Esitiedot ja tulohaastattelu ovat kuitenkin potilaan hoidon suunnittelun kulmakivi. Ilman kattavaa tulotilanteen kartoitusta hoidosta ei tule yksilöllistä, potilaan tarpeisiin perustuvaa hoitoa. (Ahonen, Ikonen & Koivukoski 2007.)

Hoidon tarve. Hoidollisen päätöksenteon vaiheet alkavat hoidon tarpeen määrittämisestä ja etenevät hoidon suunnittelun ja toteutuksen kautta arviointiin. Hoidon tarpeen määrittäminen tapahtuu potilasta koskevan tiedon keruun ja analyysin avulla. Hoidon tarve on hoitotyön henkilöstön laatima kuvaus potilaan terveydentilaan liittyvistä, jo olemassa olevista tai tulevaisuudessa mahdollisista ongelmista, joita voidaan poistaa tai lievittää hoitotoimintojen avulla.

Potilaskertomukseen kirjataan hoidon kannalta merkittävät hoidon tarpeet ja voimavarat. (Ahonen, Ikonen & Koivukoski 2007.)

Tavoitteen asettaminen. Hoidon tavoitetta asetettaessa on pystyttävä arvioimaan, minkälaista muutosta potilaan tilanteessa odotetaan tapahtuvan ja mitä hän itse odottaa voinnissaan tapahtuvan. Tavoitetta laadittaessa on hyvä pohtia, kuinka voidaan arvioida sen toteutumista ja koska se on realistista saavuttaa. Päivämäärän kirjaaminen tavoitteeseen jäsentää potilaan hoitoa ja määrittää hoidon tulosten arvioinnin ajankohdan. (Ahonen, Ikonen & Koivukoski 2007.)

Hoitotyön suunnitellut toiminnot. Hoitotyön suunnitelmaosion viimeinen vaihe on hoitotyön suunnitellut toiminnot tavoitteen saavuttamiseksi. Moniammatillinen tiimi suunnittelee yhteistyössä toiminnot, jotka tarvitaan asetettuun tavoitteeseen pääsemiseksi yhdessä potilaan kanssa. Esimerkiksi: autetaan potilas wc:hen ja tarvittaessa kertakatetrointi x 2/vrk. Potilaan ja hänen läheistensä mukanaolo hoidon suunnittelussa motivoi ja sitoo potilaan toimimaan tavoitteen suuntaisesti. Moniammatillisen tiimin toimiessa suunniteltujen toimintojen mukaisesti potilaan hoitoprosessi etenee loogisesti kohti asetettuja tavoitteita. (Ahonen, Ikonen & Koivukoski 2007.)

Hoitotyön toteutuneet toiminnot. Hoidon toteutusosio koostuu hoitotyön toteutuneista toiminnoista. Kirjattaessa hoidon toteutusta huomioidaan, miten suunnitellut toiminnot toteutuivat ja mitä muita asioita tapahtui potilaan hoidossa. Potilaan vointi kuvataan yksityiskohtaisesti. (Ahonen, Ikonen & Koivukoski 2007.)

Hoidon arviointi. Hoitoprosessin viimeinen osio on hoidon arviointi. Tässä vaiheessa sairaanhoitaja pohtii, saavutettiinko asetettu tavoite, millainen muutos potilaan tilassa on tapahtunut, miten potilas on kokenut hoidon, muuttuvatko tarpeet, tavoitteet tai suunnitellut toiminnot. Sairaanhoitajan ydinosuamiseen kuuluu arvioida ja kirjata potilaan hoidon kannalta keskeiset asiat kokonaisuuksiksi ja toimia potilaan edunajajana. Hän huolehtii siitä, että koko moniammatillinen työryhmä tietää potilaan senhetkisen tilanteen. Sairanhoitaja koordinoi potilaan hoidon senhetkisten

tarpeiden ja tavoitteiden asettamisen, jotta potilaan hoidon prosessi etenee suunnitellusti ja tavoitteellisesti. (Ahonen, Ikonen & Koivukoski 2007.)

Hoitotyön yhteenveto. Hoitotyön yhteenveto on lyhyt, ytimekäs ja arvioiva. Se tehdään hoitajakson päättyessä, siirrettäessä potilas yksiköstä toiseen, sairaalasiirron yhteydessä, kotiutettaessa tai potilaan kuollessa. Siinä verrataan potilaan tulotilannetta nykyiseen tilanteeseen ja kootaan hoitajakson aikana tapahtuneet keskeiset asiat ja tarvittaessa täydennetään rakenteisella tiedolla. Hoitotyön yhteenveto antaa kattavan käsityksen jo annetusta hoidosta ja potilaan tilanteesta. (Ahonen, Ikonen & Koivukoski 2007.)

4 TUTKIMUSMENETELMÄ JA KOHDEJOUKKO

Tässä opinnäytetyössä tutkimuksen kohteena ovat valmiit dokumentit, jotka koostuvat Harjavallan sairaalan, psykogeriatrisen osaston 61 potilaiden läheteistä ja hoitosuunnitelmalomakkeista vuoden 2011 kuluessa. Tulokset esitetään frekvensseinä, prosentteina ja graafisina kuvioina. Lomakkeet analysoidaan sisällönerittelyllä eli saatetaan aineisto määrälliseen esitysmuotoon, keskittyen tiettyihin teemoihin. Näitä teemoja ovat: sairaalan tulokset, hoitoajat, hoidon ongelmat, hoitomenetelmät ja hoidon arviointi.

Sisällön erittely (engl. content analysis, suom. myös sisältöanalyysi) on menetelmä, jonka avulla voidaan tutkia kohteita käyttäen pääasiallisena tiedon ja siitä tehtävän päättelyn lähtökohtana erilaisten viestien sisältöjä. Sisällön erittely perustuu viestien valittujen ominaisuuksien systemaattiseen ja objektiiviseen tarkasteluun. Se soveltuu erityisesti rajoitettujen dokumenttiaineistojen (esim. joukko lehtiartikkeleita, puheiden translitterointeja, päiväkirjoja yms.) tutkimukseen. Myös, kun tutkija ei halua tai voi, syystä tai toisesta, suoraan kysyä asianomaisilta jostain asiasta, voi hän tehdä perusteltuja johtopäätöksiä sisältöanalyttisin menetelmin. (Pirttiäho 2004, 9.)

Osasto 61 on yli 65-vuotiaiden suljettu vastaanotto-osasto. Osastolla on 14 sairaansijaa. Potilaat tulevat osastolle M1-menettelynä päivystyksenä osastohoitoon tai B1-lähetteellä jonon kautta, jolloin lähetteen kiireellisyyden arvioi ylilääkäri. Henkilökuntaan kuuluu kuusi psykiatrista sairaanhoitajaa, kuusi mielenterveyshoitajaa, ylilääkäri, osaston lääkäri, psykologi ja sosiaalityöntekijä. (Andrikopoulou 2012.)

Osasto 61 hoitaa potilaita, jotka sairastavat akuuttia tai uusiutunutta masennusta, johon liittyy esim. suuicidaalisuutta, toimintakyvyn alentumista ja/tai psykoottisia oireita. Osastolla hoidetaan myös potilaita, joilla on harhaluuloisuushäiriö, kaksisuuntainen mielialahäiriö, skitsofrenia, päihde/lääkeriippuvuus sekä tutkimuspotilaat, joilla esiintynyt äkillinen sekavuus. (Andrikopoulou 2012.)

Ongelman ratkaisussa osastolla pyritään ottamaan potilas huomioon yksilönä ja hänen mielipidettään kunnioitetaan. Hoitajat käyttävät persoonallisia ominaisuuksiaan potilaiden yksilöllisten tarpeiden huomioimisessa ja he tekevät luovia ratkaisuja rutiininomaisten työtapojen sijaan. Hoitajan työkalu on hoitaja itse. Vuorovaikutus on kantava voima. (Andrikopoulou 2012.)

Aihe tähän opinnäytetyöhön tuli osaston henkilökunnan toiveesta. Henkilöstön tavoitteena on kehittää koko ajan oman työn laatua ja osata kohdentaa työpanosta mahdollisimman oikein. Tässä opinnäytetyössä potilaiden intymiteetti suojataan, eikä heitä henkilöidä. Aineistoa tarkastellaan kokonaisuutena, eikä tuloksista ole mahdollista tunnistaa heitä. Opinnäytetyön tekijä kuuluu kyseisen osaston henkilökuntaan vuodesta 2005 lähtien.

5 AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA

Psykykinen kuormittuneisuus on naisilla yleisempää kuin miehillä, mutta ero ei ole suuri. Terveys 2011 -tutkimuksessa 17 % naisista ja 14 % miehistä kärsi

merkittävästä psyykkisestä kuormittuneisuudesta. Masennus on yleisintä keski-iässä ja sen esiintyvyys pienenee ikääntymisen myötä. Naisilla masennuksen esiintyvyys on kaksi kertaa suurempi kuin miehillä, vanhusikäisenäkin. Vanhusväestöstä 1 - 4 % kärsii masennustilasta. Yleissairaalahoidossa olevista vanhuksista jopa 10 - 12 % potee vaikeaa masennusta, kotihoidossa olevista 6 - 9 %. Vanhusten kaikista masennustiloista lienee psykoottisia noin 15 - 20 %. Suomalaisen väestötutkimuksen mukaan kaikista vuoden aikana sairastetuista masennustiloista 3,4 % oli psykoottisia. Ikääntyminen lisää somaattista sairastavuutta: mm. Parkinsonin tautiin, aivohalvauksiin, sydänsairauksiin ja krooniseen kipuun liittyy suuri riski sairastua masennukseen. (Huuhka & Leinonen 2011.)

Vuonna 2008 Suomessa päätyi itsemurhaan 162 yli 65-vuotiasta tai vanhempaa henkilöä (noin 16 % kaikista itsemurhista). Valtaosa heistä sairasti masennustilaa. Vanhuksilla itsemurhaa edeltävät usein somaattiset sairaalahoidot ja useammat sairaalahoitoa vaatineet masennusjaksot. Vanhusten itsemurhissa tekotapa on usein väkivaltaisempi kuin nuorilla, ja he onnistuvat varmemmin ja ovat harvemmin alkoholin vaikutuksen alaisia tekohetkellä kuin nuoremmat itsemurhaan päätyneet. Vanhus ei välttämättä ota itsetuhoisia ajatuksiaan puheeksi vastaanotolla, mikä hankaloittaa itsemurhien ehkäisyä. Pitkälän ym. tutkimuksessa todettiin, että jopa 70 % itsemurhaan päätyneistä potilaista olisi ollut yhteydessä terveyspalveluihin kuukautta ennen kuolemaansa ja vain noin 8 % heistä oli saanut asianmukaisen masennuslääkityksen. Miehet päätyivät itsemurhaan naisia yleisemmin vanhanakin. (Huuhka & Leinonen 2011.)

Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavien ikääntyneiden lukumäärä kaksinkertaistuu seuraavien 20 vuoden aikana. Oman potilasryhmänsä muodostavat noin 70 vuoden iässä ensi kertaa kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön sairastuvat. Heidän lukumääränsä ei ole kovin suuri, mutta tämän potilasryhmän diagnostiikka ja hoito vaatii perehtyneisyyttä, koska osalle näistä potilaista kehittyy etenevä muistisairaus. (Huuhka & Leinonen 2011.)

Skitsofreniapotilaan elinikä on ollut 15–20 vuotta keskimääräistä lyhyempi. Kuitenkin nykyään myös nuorena skitsofreniaan sairastuneet elävät entistä vanhemmiksi kuten muukin väestö. Nykyisin skitsofrenian esiintyvyys on yli 65-vuotiailta noin 1 % eli sama kuin muussakin väestössä. Aiemmistä käsityksistä

poiketen skitsofreniaan voi sairastua vielä myöhäisessä keski-iässä ja 3 % vanhusiän skitsofreniaa potevista onkin sairastunut yli 60-vuotiaana. Iäkkäitä skitsofreniapotilaita on arvioitu olevan vuonna 2030 noin 15 000. Haasteellinen potilasryhmän vanhuspsykiatriassa ovat myös harhaluuloisuushäiriöiset. Heidän osuutensa vanhemmissa ikäryhmissä lienee noin 0,5 % eli puolet skitsofreniapotilaiden määrästä. Suurin osa paranoidisista vanhuksista kärsii muistisairaudesta (jota ei ehkä ole vielä diagnosoitu), mutta väestön vanheneminen lisää vääjäämättä myös primaaria harhaluuloisuushäiriötä sairastavien määrää. (Leinonen & Alanen 2011.)

6 TULOKSET

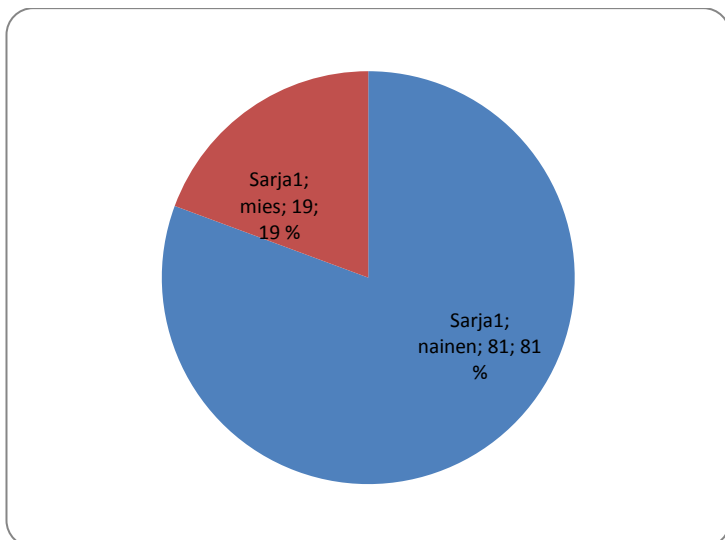
Tämän opinnäytetyön kohteena oli osasto Harjavallan sairaalan osasto 61:n asiakirjat vuodelta 2011, joista hyödynnettiin potilaiden läheteitä ja hoitosuunnitelmalomakkeita. Kyseisistä asiakirjoista selvitettiin potilaan ikä, sukupuoli ja tulotapa, jolla potilas on tullut osastohoitoon. Tässä opinnäytetyössä analysoitiin yhteensä 31 lähetettä ja hoitosuunnitelmalomaketta.

6.1 Taustamuuttajat

Taustamuuttajat ovat niitä, joita voidaan esimerkiksi luokitella, ryhmitellä, vakioida, kontrolloida, satunnaistaa jne. Usein on tarpeen luokitella tai ryhmitellä aineistoa tai on tarvetta eliminoida, tehdä neutraaliksi tai tasoittaa joitakin taustalla vaikuttavia tekijöitä. Tähän muuttujaryhmään kuuluvat tavallisesti mm. ikä, sukupuoli yms. (www.amk.fi)

6.1.1 Sukupuoli

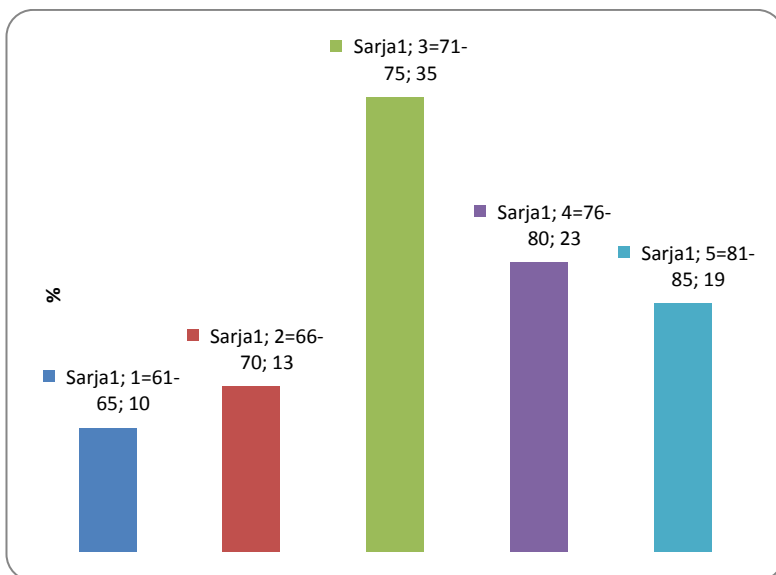
Tutkimuksen potilaista 81 % (23) oli naisia ja 19 % (8) miehiä. (Kuvio1).



Kuvio 1. Sukupuolijakauma

6.1.2 Ikäjakauma

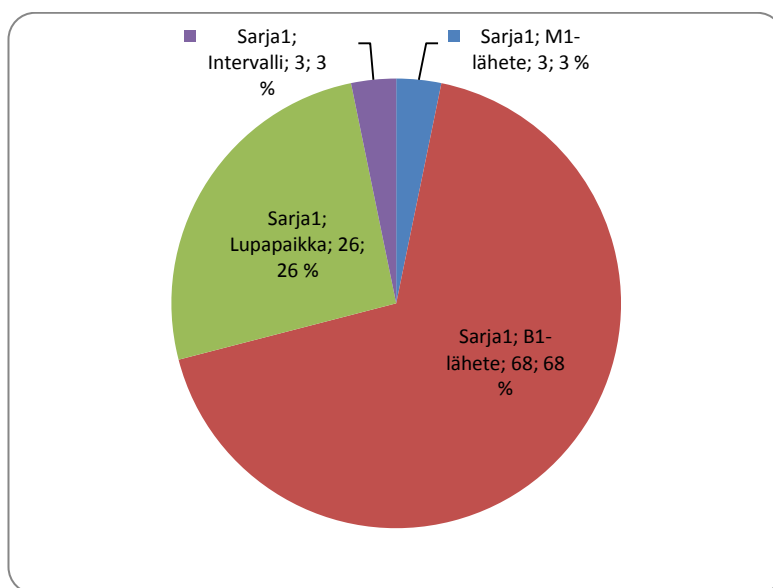
Tutkimuksessa olleiden potilaiden **ikäjakauma** oli 61- 85 vuoden välillä. Tutkittavista oli iältään 10 % (3) 61–65 vuotiaita, 13 % (4) 66–70 vuotiaita, 35 % (11) 71–75 vuotiaita, 23 % (7) 76–80 vuotiaita ja 19 % (6) 81–85 vuotiaita. (Kuvio 2).



Kuvio 2. Ikäjakauma

6.1.3 Tulotapa

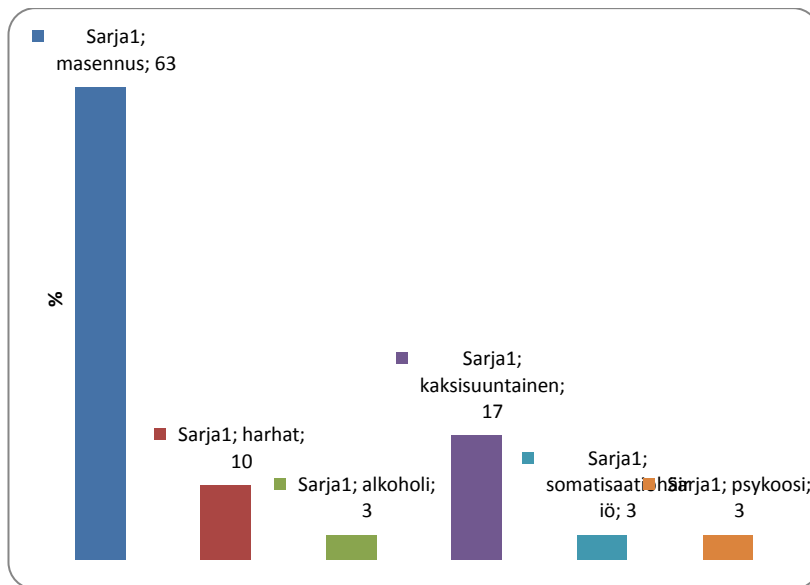
Taustatiedoista selvitettiin myös potilaiden **tulotapa** eli minkälaisella läheteellä potilas oli osastohoitoon tullut. Päivystyspotilaat tulivat osastolle vapaaehtoisläheteellä (B1) tai tahdosta riippumatta (M1- läheteellä). Osalle potilaista oli ylilääkäri luvannut osastohoitopaikan tai moniammatillinen hoitotiimi oli katsonut potilaan hyötyvän intervallijaksosta osastolla. Potilaista 3 % (1) oli tullut M1-läheteellä, 68 % (21) B1- läheteellä, 26 % (8) tuli ylilääkärin lupaamalle paikalle ja 3 % (1) saapui viikon kestävälle intervallijaksolle. (Kuvio 3). Kaikille läheteellä, ylilääkärin lupaamalle paikalle ja intervallijaksolle tuleville potilaille tarjottiin psykiatrinen tutkimus, hoidon tarpeen arviointi ja hoito moniammatillisessa työryhmässä.



Kuvio 3. Tulotapa

6.1.4 Tulossyyt

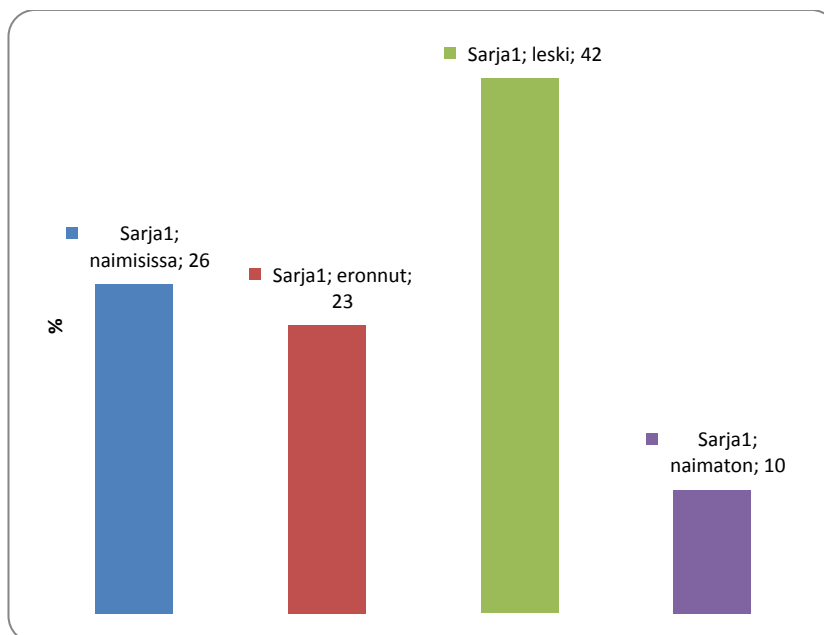
Aineiston perusteella 63 %:lla (19) tulossyynä oli masennus, 17%:lla (5) kaksisuuntainen mielialahäiriö, 10%:lla (3) harhaisuus, 3%:lla (1) psykoosi, 3 %:lla (1) somatisaatiohäiriö ja 3 % (1) alkoholin liikakäyttö. (Kuvio 4.).



Kuvio 4. Tulosityy

6.1.5 Siviilisäät

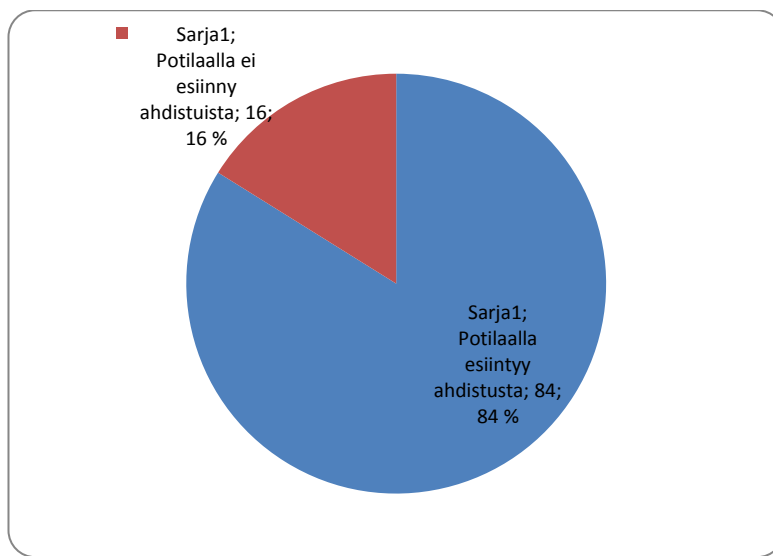
Taustatiedoista selvitettiin myös potilaan siviilisäät. Vastaajista suurin osa (42 %, 13) oli leskiä. Naimisissa oli 26 % (8) ja eronneita 23 % (7). Naimattomia tutkimusjoukon potilaista oli 10 % (3). (Kuvio 5.)



Kuvio 5. Siviilisäät

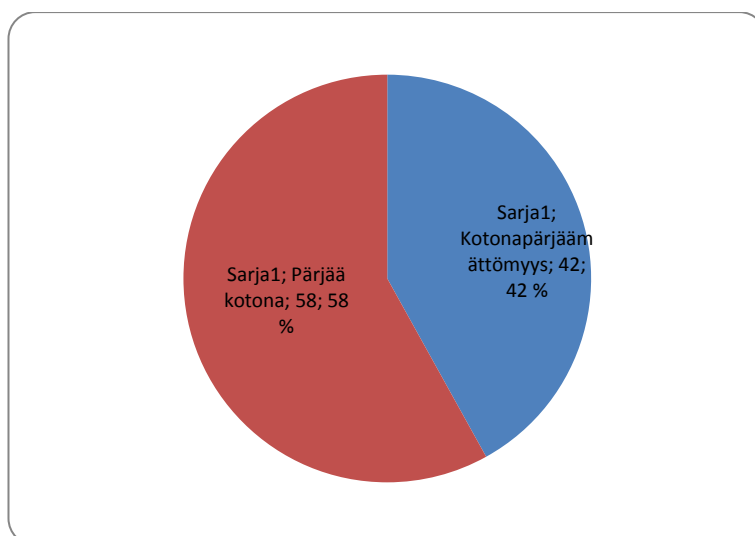
6.2 Hoitoon hakeutumiseen vaikuttavia tekijöitä

Muita osastohoitoon vaikuttavia tekijöitä, joita läheteistä nousi esiin olivat: ahdistuneisuus ja potilaan kotona pärjäämättömyys. Potilasasiakirjoista kävi esille, että 84 % (26) koki ahdistusta. (Kuvio 6).



Kuvio 6. Henkistä ahdistusta kokevat potilaat

Kotona pärjäämättömyys nousi esiin 42 % (13), kun 58 % (18) koki taas pärjäävänsä kotona. (Kuvio 7).

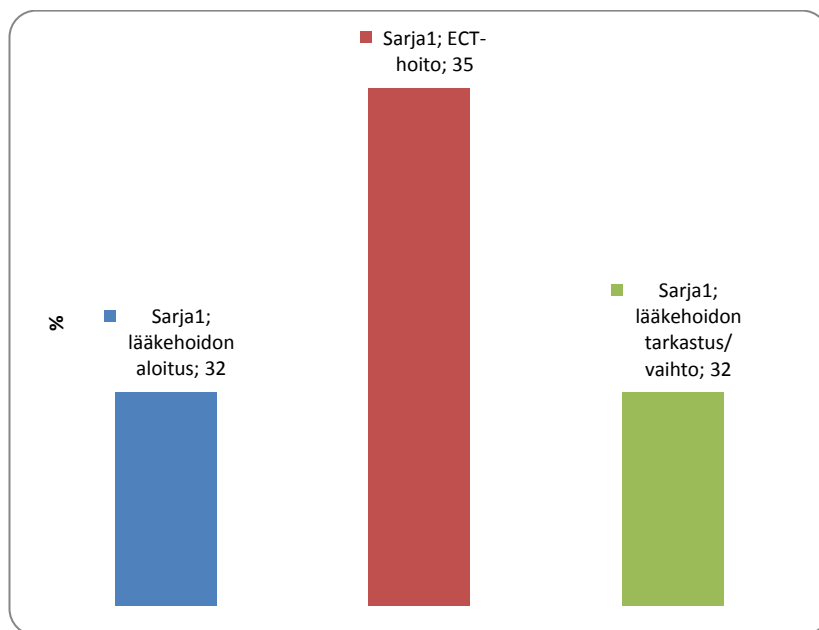


Kuvio 7. Kotona pärjäävät potilaat

Niistä potilaista, joiden tulosyynä oli masennus, 58 %:lla (19), esiintyi myös kotona pärjäämättömyyttä. Harhoista oirehtivilla 33 %:lla (3) esiintyi samoin kotona pärjäämättömyyttä ja somatisaatiohäiriöstä kärsivillä vain 1 varsinaisen tulosyyn lisäksi oli maininta ”kotona pärjäämättömyys”.

6.3 Hoitokeinot ja hoidon kesto

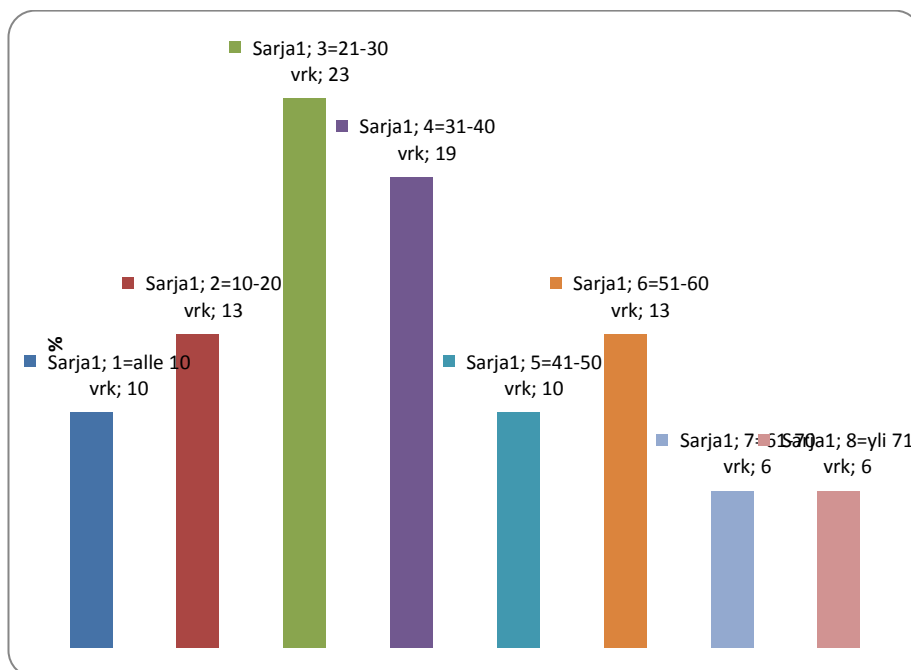
Potilaan hoidossa keskeisinä hoitomuotoina yksilöpsykoterapian ja vertaistukiryhmien lisäksi olivat: lääkehoidon aloitus 32 %:lla (10), sähköhoito eli ECT-hoito 35 %:lla (11) ja lääkehoidon tarkistus tai lääkityksen vaihto 32 %:lla (10). (Kuvio 8).



Kuvio 8. Hoitomuodot

Hoitojakson kesto oli hyvin yksilöllistä. Alle 10 vuorokauden hoitojakso oli 10 %:lla (3), 10 -20 vuorokauden hoitojakso oli 13 %:lla (4), 21–30 vuorokauden hoitojakso oli 23 %:lla (7), 31–40 vuorokauden hoitojakso oli 19 %:lla (6), 41–50 vuorokauden hoitojakso oli 10 %:lla (3), 51–60 vuorokauden hoitojakso oli 13 %:lla (4), 61–70

vuorokauden hoitajakso oli 6 %:lla (2) ja yli 70 vuorokauden hoitajakso oli 6 %:lla (2). (Kuvio 9).



Kuvio 9. Hoidon kesto

Osastohoidossa olleiden masentuneiden potilaiden psyykkisen voinnin kohentuminen ja sairauden lievittyminen, olivat yksilöllistä. Potilaat hyötyivät osastolla saamastaan hoidosta. Potilaiden oireet hävisivät tai lievittyivät, he saivat elämänilonsa takaisin. Heidän kadoksissa ollut ruokahalu palasi ja tavoitteena ollutta painonnousua havaittiin. Potilaiden jokapäiväinen toimintakyky kohosi. Heitä alkoi taas kiinnostaa itsestään ja hygieniastaan huolehtiminen. Potilaiden sosiaaliset kontaktit lisääntyivät ja he osallistuivat aktiivisesti ja säännöllisesti osastolla järjestettäviin toiminnallisiin ryhmiin. Potilaat tulivat tietoisiksi itsestään.

Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavien potilaiden kohdalla lääkityksen titraaminen oli hoidon tärkein kulmakivi. Potilaista, joilla oli maaninen jakso, lääkkeen aloitus ja lääkepitoisuuden saaminen viitearvojen sisälle, rauhoitti potilaan mieltä ja käytöstä. Kaksisuuntaisesta mielialahäiriötä sairastavien taloudellisia asioita jouduttiin miettimään ja etsimään ratkaisuja moniammatillisessa työryhmässä.

Harhaisilla potilailla esiintyi usein sekavuutta ja heidän maailmansa oli epätodellinen. He olivat sairautentunnotomia ja sen vuoksi kokivat, etteivät psykiatrista hoitoa tarvitse. Aluksi hoidon tavoite oli saada potilas rauhoittumaan ja yhteistyökykyiseksi. Harhaisilla potilailla, lääkehoidolla oli suuri merkitys. Kun tilanne saatiin helpottumaan, voitiin suunnitella potilaan hoitoa tarkemmin. Hoidon edetessä harhaisuus väheni ja osalla potilaista harhat hävisivät kokonaan. Potilas ymmärsi kuulemansa ja näkemänsä epätodellisiksi ja hänen elämänlaatunsa parani.

6.3.1 Lääkehoito

Lääkehoito on psykiatristen sairauksien ja oireiden hoidossa laajasti käytetty hoitomuoto, muiden hoitokeinojen rinnalla. Tutkimuksessa tuli esiin, että 31:stä potilaasta kaikilla oli jo entuudestaan psyykenlääkitys. Hoitajakson aikana 32 %:lla (10) aloitettiin uusi lääke sairauden hoitoon ja 32 %:lla (10) tehtiin lääkityksen tarkastusta tai lääkitystä titrattiin. Lääkehoidosta tulee päättää yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Kun lääkäri on valinnut potilaalleen sopivan lääkkeen, hänen tulee määrätä sitä asianmukaisin annoksin ja seurata riittävästi sen vaikutuksia. Lääkettä ei tule vaihtaa tai sen rinnalle ei tule määrätä toista lääkettä ilman riittävää harkintaa. Jos yhdellä lääkkeellä ei ole suotuisaa hoitovaikutusta, niin yleensä sitä ei ole toisellakaan samaan ryhmään lukeutuvalla lääkkeellä, jos lääkettä on annosteltu asianmukaisesti. Koska asianmukaisen annostelun suurin este ovat tavallisesti lääkkeestä aiheutuneet haittavaikutukset, lääkkeen vaihtaminen toiseen, mahdollisesti vähemmän haittavaikutuksia aiheuttavaan lääkkeeseen on joskus perusteltua. (Lönnqvist ym. 2008, 703.)

6.3.2 Sosiaaliohjaajan konsultaatiot

Sosiaaliohjaaja teki paljon työtä, jotta potilaiden raha-asiat saatiin selvitettyä. Potilaista 68 %:lle (21) tehtiin tarkempaa selvitystä sosiaaliohjaajan toimesta, koskien vanhuksen kotiin saamia tukia ja palveluita. Vanhussosiaalityöllä tuetaan

ikäihmisten turvallista asumista omassa kodissaan asiakkaan osallisuutta ja omia voimavaroja tukien. Vanhuspalvelujen sosiaalihoajaajat antavat ohjausta ja neuvontaa vanhusten palveluista. He arvioivat ja selvittävät asiakkaan kokonaistilannetta ja palvelutarvetta ja järjestävät tarvittavia palveluita. Asiakkaan kokonaistilanteen kartoitus ja tarvittavien palveluiden järjestäminen vaatii usein moniammatillista yhteistyötä. Sosiaalihoajaajat tekevät tiivistä yhteistyötä omaisten, kotihoidon ja muiden yhteistyökumppaneiden kanssa. (Tuusulan kaupungin www-sivut 2014.) Tarvittaessa asiakkaalle tehdään palvelusuunnitelma. Sosiaalihoajaaja työnkuvaan kuului myös maniassa tehtyjen, taloudellisesti raskaiden kauppojen peruminen. Maanisille potilaille hoidon alussa myös tarkat rajat ja vähävirikkeinen ympäristö, olivat hoidollisesti tärkeitä. Lääkityksen alkaessa vaikuttaa, potilaat rauhoittuivat ja heidän psyykinen vointinsa tasaantui.

6.3.2.1 Omahoitajuus

Kaikkien potilaiden kohdalla hoito ja hoito-ajat olivat yksilöllisiä ja jokaiselle tehtiin oma hoitosuunnitelma. Hoitosuunnitelmaa päivitettiin joka viikko ylilääkärin kierrolla tai aikaisemmin, jos tilanne sitä edellytti. Jokaisella potilaalla oli omahoitaja. Omahoitajan tehtävänä oli potilaan hoitotyön suunnittelu moniammatillisen työryhmän kanssa ja osallistua potilaan hoitoon. Omahoitaja arvioi potilaan hoidon toteutumista ja vaikutuksia moniammatillisen työryhmän, potilaan ja omaisten kanssa. Jokaiselle potilaalle kuului päivittäin keskustelut omahoitajan tai vuorokorvaavan hoitajan kanssa. Hoitajan velvollisuuksiin kuului ottaa keskusteluaika n. 15- 45 min, jokaisen potilaan kanssa. Potilaan kanssa oli hyvä sopia keskusteluaika heti aamulla. Omahoitaja suunnitteli potilaan kanssa kotiutuksen jälkeistä hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista tukevaa toimitaa potilaalle, hänen kotipaikkakunnan tarjoamista palveluista.

6.3.3 Ryhmätoiminta

Tutkimuksen potilaista kaikki 31 osallistuivat osastolla järjestettävään ryhmätoimintaan. Osallistumisen ajankohta riippui siitä, millon heidän psyykinen vointinsa salli ryhmiin osallistumisen. Osastolla järjestettiin erilaisia ryhmiä kuten esim. ulkoilu-, musiikki-, rentoutus-, voimavara-, aamu-, liikunta- ja kädentaitoryhmiä. Jokaiselle potilaalle löytyi jokin hänelle mieleinen ryhmä. Aamuryhmiin osallistui kaikki 31 potilasta, jossain hoidon vaiheessa. Liikuntaryhmään osallistui 28 potilasta, 3 potilasta oli fyysisen vointinsa vuoksi estynyt osallistumaan. Kerran viikossa järjestettävään voimavararyhmään osallistui 22 potilasta. Ulkoiluryhmiin osallistuivat kaikki 31 potilasta. Potilaan ollessa huono liikkumaan, hänen tuekseen lähti aina hoitaja ja tarvittaessa potilas voitiin ulkoiluttaa pyörätuolilla. Hoidon tavoitteena oli, että jokainen pääsee osallistumaan päivittäiseen ulkoiluun. Musiikkiryhmä kokoontui myös kerran viikossa ja 30 potilasta osallistui ryhmään.

Ryhmät tukivat potilaan kuntoutumista ja toivat jokaiseen päivää rytmiä. Yksilö ilmentää itseään ryhmätilanteessa eri tavalla kuin kahdenkeskeisessä suhteessa. Ryhmässä on enemmän erilaisia suhteita ja liittoumia sekä runsaasti vuorovaikutuksellisia tilanteita. Yksilön suhteessa ryhmään ja sen eri jäseniin ilmenee erilaisia puolia ja samalla tapahtuu tunteensiirtoa. Ryhmässä yksilön intrapsyykinen tila ilmenee suhteessa muihin eri tavalla kuin yksilöpsykoterapian kahdenkeskeisessä suhteessa. (Lönnqvist ym. 2008, 794.)

Jokainen ryhmä tarvitsee rakenteen, jonka puitteissa se toimii. Rakennan määrittää jäsenten ja terapeutin, johtajan, roolit, ryhmän alkamisen ja loppumisen sekä istunnon puitteet ja ryhmäkäyttäytymiseen liittyvät normit. Ryhmän rakenteen tehtävänä on tukea ryhmän toimintaa ja edistää ryhmän tavoitteiden toteutumista. Ryhmäpsykoterapian kannalta on kuitenkin kiinnostavinta ja tärkeintä, minkälaisia sisältöjä rakenteen tukema ryhmän vuorovaikutuksellinen toiminta lopulta tuottaa. (Lönnqvist ym. 2008, 794.)

6.3.4 Jatkohoito

Kaikille tutkimuksessa olleille 31:lle potilaalle järjestettiin jatkohoito Harjavallan sairaalan vanhuspsykiatrian poliklinikalle. Potilaan kotiutumisen lähestyessä, jokaiselle järjestettiin tapaaminen tulevan vanhuspsykiatrian poliklinikan sairaanhoitajan kanssa. ”Saattaen siirtämisen” tarkoituksena on potilaan turvallinen kotiutus. Saattaen siirtäminen tarkoittaa, että omahoitaja varaa potilaalle poliklinikalle ajan, potilaan tulevalta jatkohoitajalta. Aika varataan hyvissä ajoin, siten että hoito on jo käynnissä. Käynnillä on mukana potilaan kanssa osastolta omahoitaja. Käynnin tarkoituksena tutustumisen lisäksi on selkeyttää potilaan hoidon tarvetta tulevalle jatkohoitajalle. Tällöin ensimmäistä kertaa kotiin tuleva hoitaja on potilaalle entuudestaan tuttu, ja helpottaa potilaan suhtautumista ja sitoutumista jatkohoitoon. Potilaan ja jatkohoitajan tavatessa sovittiin jo mahdollisuuksien mukaan ensimmäinen kotikäynnin ajankohta. Jatkohoito sovittiin 10 %:lle (3) potilaista osaston ylilääkärin vastaanotolle. Hyvä jatkohoito on edellytys pysyvämpään hyvinvointiin.

6.3.5 Potilaiden asumismuodot

Osastolle hoitoon tulleista potilaista 3 % (1) tuli vanhainkodista, 68 % (21) tuli kotoa, 26 % (8) tuli palvelutaloista ja 3 % (1) tuli terveyskeskuksen vuodeosastolta . Tavoite oli jokaisen kohdalla, että hoidon tulokset olisivat niin hyvät, että jokainen potilas myös palaisi kotiin, palvelutaloon tai vanhainkotiin. Hoidon tulosten alkaessa näkyä, potilaat olivat valmiita ja motivoituneita palamaan kotiin. Kotoa tulleista potilaista 10 %:n (3) kohdalla, tehostettiin kotisairaanhoidon ja kotipalvelun käyntejä sekä tilattiin ateriapalvelu, turvaamaan riittävä terveellinen ravitseminen. Kahden potilaan kohdalla psyykkinen ja fyysinen tilanne oli jo pitkään jatkunut huonona. Molempien kohdalla oli käytössä olleet maksimaaliset kotihoidon palvelut sekä ateriapalvelu ja omaisten tuki ja turva. Nämä keinot eivät heidän kohdallaan riittäneet, vaan päädyttiin hakemaan tuetumpaa palvelutalopaikkaa.

Palvelutaloista tulleet 8 potilasta, siirtyivät takaisin omiin yksiköihin. Vanhainkodista tullut 1 potilas, siirtyi vanhaikotiin takasin. Kotoa tulleista 21:stä potilaasta 19 palasi takaisin kotiin ja 2 siirtyi osastolta hoidon päätyttyä paikallisiin terveyskeskuksiin, odottamaan vapautuvaa palvelutalopaikkaa. Terveyskeskuksesta tulleelle potilaalle löytyi palvelutalopaikka, hoidon aikana. Potilaan ollessa kotiutuskuntoinen, hän siirtyi palvelutaloon.

6.3.6 Yhteistyö omaisten kanssa

Omaiskeskusteluja käytiin kaikkien 31 potilaan kohdalla. Vanhuspotilaan ollessa kyseessä, omaisilta saatu tieto, on usein luotettavampaa ja realistisempaa, kuin mitä vanhus itse antaa. Vanhuspotilas usein kaunistelee ja vähättelee sairauttaan ja avuntavettaan. Sairastumisen alkuvaiheesta alkaen omaisille tulee antaa tietoa läheisen sairaudesta ja sen hoidosta. Tiedon antaminen mahdollistaa luottamuksellisen yhteistyösuhteen omaisten kanssa. Tästä syystä on välttämätöntä, että heti sairastumisen alkuvaiheessa pyritään pääsemään perheen kanssa yhteiseen ymmärrykseen siitä, mitä on tapahtunut ja millä keinoin sairastuneen toipumista aiotaan tukea. (Saarelainen, Stengård & Vuori-Kemilä 2003, 192.)

Omaiset pohtivat lähes aina myös sairastamiseen johtaneita syitä, joista on tärkeää keskustella perheen kanssa aiheettomien syyllisyyden tunteiden ehkäisemiseksi. Akuutissa kriisitilanteessa olevien, hätäntyneiden omaisten kyky vastaanottaa uusia monimutkaisia asioita on rajallinen, joten tietoa tulee antaa vähän kerrallaan ja suullisesti annettu informaation lisäksi on hyvä antaa kirjallista materiaalia kotiin luettavaksi. Tietoa myös omaksutaan vähitellen. Tästä syystä samoihin asioihin palataan tavallisesti useita kertoja ja eri vaiheissa. (Saarelainen ym. 2003, 192.)

Lähtökohtana tiedon antamisessa tulee olla omaisten tiedon tarpeen ja heidän esittämiensä kysymysten. Omaisten tavallisimmat kysymykset liittyvät sairauden oireisiin, ennusteeseen ja hoitoon. Psykykenlääkitys ja sen mahdolliset haittavaikutukset mietityttävät omaisia. Etenkin vaikeissa mielenterveydenhäiriöissä, joissa jatkuva lääkitseminen on asikkaan kannalta tärkeä, on välttämätöntä antaa omaisille

tietoa lääkityksen eduista ja mahdollisista sivuvaikutuksista. Näin voidaan poistaa turhia huolia, ja omaiset voivat omalta osaltaan tukea asiakkaan lääkkeidenkäyttöä. (Saarelainen ym. 2003, 192.)

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Keskeisinä tuloksina tutkimuksessani kävi ilmi, että suurin osastolle hoitoon hakeutumisen syy oli masennus. Masennuksen vuoksi osastohoitoon oli tullut 63 % (19). Masennusta voidaan pitää vanhuusiän yleisimpinä mielenterveyden häiriönä, jos otetaan huomioon kaikki iäkkäillä henkilöillä esiintyvät masennuksen muodot. Somaattiseen terveydentilaan liittyvillä tekijöillä ja erilaisilla menetyksillä on usein keskeinen merkitys ikääntyneen masennuksen taustalla. Masennustila liittyykin usein esimerkiksi aivohalvauksen tai sydäninfarktin jälkitilaan, kilpirauhasen vajaatoimintaan tai Parkinsonin tautiin, ja masennuksen riski on yhteydessä somaattisen sairauden vakavuuteen ja sairauden aiheuttamaan toimintakyvyn heikkenemiseen. (Tilvis, Pitkälä, Strandberg, Sulkava & Viitanen 2010, 159.)

Toisena suurena ryhmänä olivat kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä kärsivät potilaat. Tutkimuksen mukaan heitä oli osastohoidossa 17 % (5). Tutkimuksessa ei ole erikseen eritelty, onko potilaalla ollut kyseessä maaninen jakso, masennusjakso vai sekamuotoinen jakso. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön sairausjaksot voivat ilmentyä sekä erillisinä että liittyä toisiinsa välttämättä. Jaksot voivat siis olla yksivaiheisia eli monofaasisia tai monivaiheisia eli polyfaasisia, jolloin saman keskeytymättömän sairausjakson aikana esiintyy useampia erityyppisiä vaiheita kuten mania-, depressio- tai sekamuotoisia vaiheita. Häiriön puhkeaminen on useimmille potilaille vakava elämäntilanne, johon liittyy sekä tietoisuus vaikeasta mielenterveyden häiriöstä, että jakson seurannaisvaikutukset. Suuri enemmistö näistä potilaista harkitsee siarautensa aikana joskus vakavasti itsemurhaa, noin 80 %, ja hieman yli puolet yrittää sitä. Itsemurhakuoleman riski on yli 20-kertainen normaaliväestöön verrattuna. (Tilvis ym. 2010, 205.)

Lisäksi tuloksista voitiin havaita myös, että osaston potilaista 81 % (23) oli naisia. Masennus-, ahdistuneisuus- ja syömishäiriöt ovat yleisempiä naisilla ja eksternalisoivat häiriöt sekä lapsuusajan laaja-alaiset kehityshäiriöt puolestaan yleisempiä miehillä. Sukupuolierojen taustalla on sekä biologisia sekä sosiaalisia ja kulttuurisia tekijöitä. Naiset hakevat apua mielenterveysongelmiin huomattavasti useammin kuin miehet, niin Suomessa kuin muualla maailmassa. Monissa tutkimuksissa on myös havaittu, että naisten hoidossa käytetään useammin psykoterapiaa kuin miesten. On viitteitä siitä, että hoitoon hakeutuneiden miesten oireet ovat vakavampia kuin naisten. Eroa hoitoon hakeutumisessa selittänee siten ainakin osittain miesten korkeampi kynnyks hakea apua psyykkisiin ongelmiin ja kenties naisten suurempi halukkuus ja valmius pohtia omia ongelmiaan ulkopuolisen kanssa. (Suvisaari 2013, 49.)

Tuloksista ilmeni myös, että potilaista 68 % (21) saapuivat osastolle B1- läheteellä. Suurin osa kaikesta psykiatrisesta sairaalahoidosta tapahtuu potilaan vapaaehtoisuuteen perustuen. Mielenterveyslaki korostaa potilaan omatoimisuuden ja itse hoitoon hakeutumisen mahdollistamisen tärkeyttä. Sairaalaan lähettämisen tulisi aina olla suunniteltua ja osa potilaan kokonaihoitoa. Psykoottinen potilas ei välttämättä tarvitse sairaalahoitoa, joten avohoidon mahdollisuudet on syytä selvittää. Potilaan hoidosta tulee tehdä suunnitelma yhdessä mielenterveystoimiston tai psykiatrisen poliklinikan kanssa. Monin paikoin psykoosityöryhmät tarjoavat mahdollisuuden uusien potilaiden alkuvaiheen selvittelyyn myös vaihtoehtona sairaalahoidolle. Kokemukset tällaisten työryhmien toiminnasta ovat olleet erittäin myönteisiä. Säännönmukainen ja mahdollisimman varhain toteutettu psykiatrinen konsultaatio, jossa potilaan lisäksi ollaan yhteydessä myös omaisiin ja muihin läheisiin henkilöihin, on usein johtanut siihen, että on voitu välttää turhia sairaalaanottoja hyvinkin akuutilta vaikuttaneissa tilanteissa. Jos sairaalahoidon indikaatiot ovat olemassa ja potilas on yhteistyökykyinen, on tavallisen lähetteen käyttäminen (B1) paikallaan sairaalahoidon järjestämiseksi. Aina ei voida odottaa sairaalapaikan järjestymistä normaalin lähetteen kautta. Tällöin potilas joudutaan lähettämään sairaalaan päivystyksenä. Kiireisiltäkin tuntuissa tapauksissa olisi kuitenkin ensin selvittettävä muut hoitomahdollisuudet. Jos tilanne sallii, olisi ratkaisu sairaalahoidon aloittamisesta lykättävä normaalina työaikana tapahtuvaksi, jolloin aikaa ja resursseja tilanteen selvittämiseksi on eniten ja turhilta sairaalahoidoilta voitaisiin välttyä.

Epävarmoissa tapauksissa on hyvä neuvotella sairaalan päivystävän lääkärin kanssa ennen lähettämistä. (Mäyräpää.)

Tutkimukset tulokset kertoivat myös, että potilaista 42 % oli leskiä. Puolison menetys on saattanut olla laukaiseva tekijä psyykkisten ongelmien synnyssä. Leskeytyminen, yksinasuminen ja toimintakyvyn heikkeneminen voivat johtaa sosiaaliseen eristäytymiseen. Jotkut vanhukset elävät yksin ja vain harvoin näkevät toisia ihmisiä. Niinpä jotkut vanhukset elävät kosketuksen puutteessa. Kun vanhus on yksinäinen, elää hän tunnetyhjössä. Tästä johtuen moni vanhus voi muodostaa voimakkaan riippuvuussuhteen lapseen, ystäväänsä tai vanhustenhuollon työntekijään. Se kuuluu kuitenkin osaltaan itsenäisyyteen, ja läheisten sekä vanhustyöntekijöiden tulee sallia vanhukselle riippuvuutta itsestään. Iäkkäät ihmiset tarvitsevat myös fyysistä kosketusta ja myönteisyyttä läheisiltään, samoin kuin nuoremmatkin ihmiset. Heidän psyykkiseen tukemiseen tulisi kuulua myönteistä hellyyttä, mutta kuitenkin leskiä ja vanhuksia tulisi rohkaista pitämään mahdollisimman itsenäisesti huolta fyysisestä kunnostaan. (Kivelä 2009, 42.)

Tutkimuksen mukaan osastolla eniten käytössä oleva hoitomuoto, 35 %:lla potilaista, oli sähköhoito eli ECT-hoito. Electronconvulsive therapy (ECT) has been used since the 1930s. They may still be some negative attitudes toward this treatment. However, it is the most effective and fastest treatment in MDD. The technique in this treatment in nowadays well established. In TRD up to 50-60 % of patients have been reported to benefit from ECT (Huuhka 2009, 17). Aivojen sähköhoito, ECT (electroconvulsive therapy) on perinpohjaisesti tutkittu ja tehokkaaksi osoittautunut hoitomuoto. Sillä saadaan nopeita hoitotuloksia etenkin vaikean lääkeresistentin, itsemurha-ajatuksia tai psykoottisia oireita sisältävän masennuksen hoidossa - eli silloin, kun on kiire tai muu hoito ei ole auttanut. Sähköhoitoa käytetään myös mm. vakavien maniajaksojen ja skitsofrenian hoitomuotona.

ECT-hoito on kivutonta ja vapaaehtoista, jossa henkilö nukutetaan kevyesti hoidon ajaksi. Henkilön päähän johdetaan sähkövirta, joka aiheuttaa aivoissa sähköisen

epileptistyyppisen purkauksen. Toimenpide vaikuttaa aivojen aineenvaihdunnan ja välittäjäaineiden toimintaan palauttaen häiriintyneen tasapainotilan, jonka vaikutukset näkyvät mm. mielialan helpottumisena. Hoitokerrat ovat lyhyitä ja hoitoa annetaan tavallisesti 2-3 kertaa viikossa yhteensä n. 4-16 kertaa. Sähköhoidon haittavaikutuksena voi ilmetä muistinmenetystä, mikä näkyy uuden oppimisen vaikeutena tai vaikeutena muistaa lähiaikojen tapahtumia. Nämä oireet kuitenkin paranevat keskimäärin parissa kuukaudessa hoidon lopetuksesta. Sähköhoidon hyöty on siitä saatava nopea hoitovaste vakavissa mielenterveyshäiriöissä, joihin muut hoidot eivät ole tehonneet. Sähköhoitoa annetaan alueellamme myös polikliinisesti, jolloin potilaat tulevat aamupäivällä saamaan sähköä, ja palaavat iltapäivän aikana kotiin. (www.mielenterveystalo.fi)

8 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tutkimuksen eettisyys on tärkein asia kaikessa tieteellisessä toiminnassa. Tutkimusetiikka ja sen kehittäminen ovat keskeisiä aiheita kaikkien tieteenalojen tutkimuksessa. Tutkimusaiheen valinta on tutkijalle tutkimuksen ensimmäinen eettinen ratkaisu. On pohdittava aiheen yhteiskunnallista merkitystä ja erityisesti tutkimuksen vaikutuksia siihen osallistuville. Tutkimuksen hyödyllisyys on tutkimusetiikan periaate sekä oikeutus tutkimuksen aloittamiselle. Tutkimuksen eettisyyttä tulee pohtia ja tarkastella kaikissa tutkimuksen vaiheissa. (Kankkunen & Vehviläinen 2009, 172, 176-177.)

Jokaisen tutkijan on noudatettava hyvää tieteellistä käytäntöä. Tällä tarkoitetaan mm. eettisesti kestäviä tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmiä sekä toisten tutkijoiden saavutusten kunnioitusta merkitsemällä lähdeviitteet tarkoin ja välttämällä plagiointia. (Vilka 2007, 164.) Tässä opinnäytetyössä eettisyys oli erityisen tärkeätä, koska tutkimuksessa käytettiin psykiatrisen sairaalan potilasdokumentteja. Dokumenttien tutkimus ja analysointi tehtiin rehellisesti. Tutkimukseen hankittiin asiaan kuuluvat luvat Satakunnan ammattikorkeakoulun ja Satakunnan sairaanhoitopiirin antamien ohjeiden mukaisesti. Tämän tutkimuksen

eettisyyden toteutumiseksi anottiin tutkimuslupa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin eettiseltä toimikunnalta.

Kaikkiin valmiina oleviin aineistoihin on suhtauduttava kriittisesti: on punnittava niiden luotettavuutta. Tämä merkitsee lähdekritiikkiä. Tietoja on usein muokattava, yhdisteltävä ja tulkittava tai tietoja on normitettava, jotta tiedot tulisivat vertailukelpoisiksi. Valmiita aineistoja voidaan käyttää erilaisiin tarkoituksiin, mm. niiden sisällön kuvailuun ja selttämiseen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 189.)

Luotettavuudella tarkoitetaan tutkittavan todellisuuden ja tutkimustulosten mahdollisimman hyvää vastaavuutta keskenään. Tieteellisen tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa aina luotettavaa tietoa tutkittavana olevasta ilmiöstä. Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa tulee aina selvittää, kuinka totuudenmukaista se tieto on mikä tutkimuksella on saatu aikaan. Arviointi on tärkeä osa tutkimusta, sillä se edistää tutkimustoimintaa, tieteellistä tietoa ja tutkimuksen hyödynnettävyyttä. (Juvakka & Kylmä, 2007, 127.)

Tämän tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että tutkimustiedot on otettu valmiista potilasdokumenteista. Tutkimuksessa on pyritty analysoimaan huolella kaikki saadut tiedot. Tutkimustulokset esitetään sellaisina kuin ne ovat. Kaikki tutkimuksessa käytetyt dokumentit ja hoitosuunnitelmalomakkeet pidettiin Harjavallan sairaalassa osastolla 61. Yhtään potilasdokumenttia tai hoitosuunnitelmaa ei kuljetettu osastolta pois. Saamani potilaiden nimiluettelo vuodelta 2011, hävitettiin silppurissa, heti tutkimuksen valmistuessa.

9 JATKOTUTKIMUS EHDOTUKSIA

Vastaavan tutkimuksen voisi tehdä osastolle 61 uudelleen. Vanhuspsykiatrian osastot 61 ja 62 yhdistyivät syksyllä 2013. Uuden osaston nimeksi jäi vanhuspsykiatrian

osasto 61. Yhdistymisen seurauksena ennen osastolla 62 hoidetut käytöshäiriöiset ja aggressiiviset muistisairaat, siirtyivät hoidettavaksi osastolle 61. Mielenkiintoista olisi tutkia, mitkä ovat nyt yleisimmät hoitoon tulossyyt, hoitoaikojen pituudet ja lähete, jolla hoitoon tullaan. Tutkimuksessa voisi myös kysyä henkilökunnan näkemystä osastojen yhdistymisen myötä tapahtuneista muutoksista ja koulutuksen tarpeesta nyt, kun kaksi täysin potilasaineistoltaan erilaista osastoa yhdistyi.

LÄHTEET

Ahonen, O., Ikonen, H., Koivukoski, S. 2007. Hyvin suunniteltu on puoliksi tehty. Sairaanhoidajalehti 10. Viitattu 5.4.2013. <http://www.sairaanhoitajaliitto.fi>

Andrikopoulou, A. 2012. Osasto 61:den perehdytysopas.

Anttila, K., Kaila-Mattila, T., Kan, S., Puska, E-L., Vihunen, R. 2008. Hoitamalla hyvää oloa. Helsinki: WSOY.

Dunderfelt, T. 2011. Elämänkaaripsykologia. Helsinki: WSOYpro.

Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Huuhka, K., Leinonen, E. 2011. Vanhuksen vaikea ja psykoottinen masennus. Viitattu 5.5.2014. <http://www.duodecim.fi>

Huuhka, K. 2009. Electroconvulsive therapy. Tampereen yliopisto. Viitattu 27.5.2014. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66536/978-951-44-7806-2>.

Kivelä, S-L. 2009. Depressioista tasapainoon, hyvä elämä iäkkäänä. Kirjapaja, Helsinki.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.

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

Leinonen, E., Alanen, H-M. 2011. Psykiatrasta hoitoa tarvitsevia vanhuksia on enemmän kuin mihin on varauduttu. Lääketieteen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 5.5.2014. <http://www.duodecim.fi>

Lepola, U., Koponen, H., Leinonen, E., Joukamaa, M., Isohanni, M., Hakola, P.2002. Psykiatria. Helsinki: WSOY.

Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M., Partonen, T. 2008. Psykiatria. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.

Mielenterveystalon www-sivut. viitattu 20.5.2014.
www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/Hoitomuotoja.

Mäyräpää, M. toim. www.TherapiaFennica.fi. Vanhusten psyykkiset häiriöt. Viitattu 20.5.2014 [http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Vanhusten psyykkiset häiriöt](http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Vanhusten_psyykkiset_haariot).

Noppari, E., Kiiltomäki, A. & Pesonen, A. 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Helsinki: Tammi.

Pirttiaho, L. 2004. ”Jotain i:n ja u:n väliltä” – sisällön erittely luku- ja kirjoitustaidon arvioinnin välineenä. AMK-opinnäytetyö. Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Viitattu 6.5.2014. http://www.oamk.fi/amok/pro_forma/Lauri_Pirttiaho_04.pdf

Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2010. Helsinki: Tilastokeskus.

Saarelainen, R., Stengård, E. & Vuori-Kemilä, A. 2003. Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. Porvoo: WSOY.

Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen, A-L. 2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Porvoo: WSOY.

Suomen Mielenterveysseuran www-sivut. 2013. Viitattu 13.2.2013. <http://www.e-mielenterveys.fi/>

Suvisaari, J. 2013. Mielenterveyshäiriöiden esiintyvyyden sukupuolierot. Potilaan lääkärilehti 20. Viitattu 27.3.2014. <http://www.potilaanlaakarilehti.fi>

Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. 2010. Geriatria. Porvoo: WS Bookwell Oy.

TherapiaFennica www-sivut. Viitattu 20.5.2014.
[http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Psykiatriseen sairaalaan-lähetteen](http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Psykiatriseen_sairaalaan-laahetteen).

Turunen, K. 2005. Ikävaiheiden kriisit. Juva: WS Bookwell Oy

Tuusulan kaupungin www-sivut. 2014. Viitattu 31.5.2014. <http://www.tuusula.fi>

Viljanen, M. Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet. Viitattu 10.2.2013. <http://www.a-klinikka.fi/tiimi/884/ikaantyminen-alkoholi-ja-laakkeet>

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Virtuaaliammattikorkeakoulun [www-sivut.](http://www2.amk.fi/digma.fi) Viitattu 8.5.2014.
<http://www2.amk.fi/digma.fi>

Voutilainen, P. & Tiikkanen, P. 2009. Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy

LIITE 1



SATAKUNNAN AMMATTIKORKEAKOULU
SATAKUNTA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OP07A

1(2)

SAMK / Sopimus opinnäytetyön tekemisestä

Opinnäytetyön tekijä: Jussila Marika Susanna	
Opiskelijanumero: 0902192	Aloituserhmä: AHT09P
Koulutusohjelma: Hoitotyön koulutusohjelma / Sairaanhoidajan suuntautumisvaihtoehto	
Opinnäytetyötä ohjaavan opettajan nimi, sähköposti, puhelinnumero ja osoite: Marja Flinck, Satakunnan ammattikorkeakoulu, Maamiehenkatu 10 PORI puh. 044-7103430	
Toimeksiantaja, yhteys henkilön nimi, sähköposti, puhelinnumero ja osoite: Satakunnan sairaanhoitopiiri, Harjavallan sairaala, vanhuspsykiatria os. 61 / Oh Anne Andrikopoulou p. 02-5354503	
Opinnäytetyön nimi: Psykiatrisen vanhuspotilaan hoitoprosessi psykiatrisessa sairaalassa	
Työn etenemisaikataulu: Valmistuu kesään 2014 mennessä	
Tarkempi selvitys on sopimuksen liitteenä olevassa hyväksytyssä tutkimus-/projektisuunnitelmassa.	
Tätä sopimusta koskevat erimielisyydet pyritään ratkaisemaan ensisijaisesti neuvottelemalla osapuolten kesken. Mikäli asiasta ei päästä sopimukseen, erimielisyydet ratkaistaan Satakunnan käräjäoikeudessa. Tätä sopimusta on laadittu 3 kappaletta, yksi kullekin osapuolelle.	
Olemme lukeneet sopimusehdot (sivu 2) ja hyväksymme ne.	
Päiväys: 24.4.2014	
Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus, nimike ja nimen selvitys: <i>Kari Puro</i> KARIN PURO	
Osaamisalueen johtajan allekirjoitus ja nimen selvitys: <i>Kari Puro</i> KARIN PURO <i>Arja-Maria Mäkelä</i> Arja-Maria Mäkelä	
Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus: <i>Marika Jussila</i>	