



**Heli Granroth**  
**Oona Takala**

Diakonia-ammattikorkeakoulu  
Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto  
Sairaanhoitaja (AMK)  
Terveystenhoitaja (AMK)  
Opinnäytetyö, 2021

# IKÄÄNTYNEIDEN MIELENTERVEYDEN ERI- TYISPIIRTEET



## TIIVISTELMÄ

Heli Granroth ja Oona Takala  
Ikääntyneiden mielenterveyden erityispiirteet  
41 sivua ja 2 liitettä  
Kevät 2021  
Diakonia-ammattikorkeakoulu  
Sosiaali- ja terveystieteiden AMK-tutkinto  
Terveystieteiden (AMK)  
Sairaanhoitaja (AMK)

Ikääntyneiden mielenterveysongelmat ovat yleistyneet viime vuosien aikana. Monella ikääntyneellä on taustalla useita sairauksia, lääkityksiä ja elämäntapahtumia, jotka voivat vaikuttaa hyvinvointiin vanhuusiässä. Alkava muistisairaus, hoitamaton mielenterveysongelma tai päihdeongelma voi altistaa yksinäisyydelle, itsetuhoisuudelle tai syrjäytymiselle.

Työn tavoitteena oli kartoittaa olemassa olevaa tietoa ikäihmisten mielenterveyden erityispiirteistä kuvailevan kirjallisuuskatsauksen keinoin ikääntyneiden mielenterveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Aineisto koottiin käyttämällä pääosin sähköisiä tietokantoja ja niistä löytyneitä tutkimuksia ja teorian tietoa vuosilta 2016–2020. Opinnäytetyö on tuotettu kehittämismateriaaliksi Kymenlaakson psykiatrisen sairaalan geropsykiatrian poliklinikalle. Tutkimuskysymyksinä olivat: ”Miten ikääntyneiden mielenterveysongelmat tulevat ilmi arjessa?” ja ”Miten tunnistaa kotona asuvan ikääntyneen mielenterveysongelmat?”

Tutkimustulosten perusteella ikäihmiset kärsivät samoista ongelmista kuin työikäisetkin, he eivät vain osaa tunnistaa niitä ja hakea niihin apua yhtä hyvin. Eri-tyisesti ikääntyneillä esiintyviä ongelmia mielenterveyteen liittyen ovat monilääkitys, monet samanaikaiset sairaudet sekä fyysiset rajoitteet, jotka estävät kotoa poistumisen. Ikääntyneille tarjolla oleva mielenterveystyö ei ole riittävää Suomen terveydenhuollossa, siihen ei ole tarpeeksi koulutusta, osaamista eivätkä iäkkäät potilaat hakeudu riittävästi mielenterveyspalveluiden piiriin. Lääkkeettömiä hoitomuotoja tulisi käyttää enemmän mielenterveysongelmien hoidossa. Olemassa on runsaasti tietoa siitä, miten ikääntyneiden mielenterveyttä ja hyvinvointia voitaisiin parantaa. Matalan kynnyksen mielenterveyspalveluita tulisi lisätä.

Asiasanat: Ikääntyneet, henkinen hyvinvointi, mielenterveys, mielenterveysongelmat, hoitosuhde, ikääntyminen, mielenterveystyö, lääkehoito, lääkkeetön hoito

## ABSTRACT

Heli Granroth and Oona Takala

Surveying mental health characteristics of the elderly to support development

41 Pages and 2 appendices

Spring 2021

Diaconia University of Applied Sciences

Bachelor's Degree Programme in Health Care

Bachelor of Health Care

Mental health problems of the elderly have become more common in recent years. Many senior has several diseases, substance abuse problems and various medications, that affect well-being in old age. An incipient memory disorder or untreated mental health problem may lead to loneliness, suicides or exclusion.

The aim of the thesis was to find information about the well-being of the elderly, to learn how to identify their mental health problems, to map existing mental health services for them, and to learn how to support and develop these things. The thesis has been compiled using descriptive literature review method. The material was collected mainly from electronic databases. Thesis have been done in collaboration with the Geropsychiatry Outpatient Clinic of Kymenlaakso Psychiatric Hospital. Research questions were: "How the mental health problems of the elderly appear in everyday life?" and "How to identify mental health problems of an elderly person living at home?"

The research shows that Finnish elderly suffers from the same problems as the working-age people. Mental health work is not functional enough in Finnish health care, there`s not necessary education for the health care workers and elderly patients don`t apply enough for mental health services on their own. The drug-free therapies should be used more when treating mental health problems. There should be more low-threshold services for the elderly.

Keywords: senior citizens, mental well-being, mental health, mental health problems, patient care relationship, ageing, mental health work

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	4
2 IKÄÄNTYNEIDEN MIELENTERVEYS .....	5
2.1 Ikääntymisen käsitteet.....	5
2.2 Mielenterveyden käsitteet .....	6
2.3 Yksinäisyys .....	8
2.4 Ikääntyneiden päihteiden käyttö.....	9
2.5 Alkavan muistisairauden ja harhaluuloisuushäiriön erottaminen.....	9
2.6 Ikääntyneiden mielenterveyspalvelut .....	12
2.7 Ikääntyneiden palvelut Kymsoassa .....	13
2.8 Geropsykiatrian poliklinikka yhteistyökumppanina .....	16
3 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTTAMINEN .....	17
3.1 Tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset .....	17
3.2 Aineiston keruu ja analyysi.....	17
4 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET .....	20
4.1 Ikääntyneen hyvinvoinnin tukeminen yhteiskuntatasolla .....	20
4.2 Ikääntyneen hyvinvoinnin tukeminen yksilötasolla .....	22
4.3 Ikäihmisten mielenterveyspalvelut .....	25
4.4 Lääkityksen merkitys mielenterveystyössä .....	27
4.5 Eettisyys ikääntyneiden hoitotyössä .....	29
5 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET .....	31
5.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	31
5.2 Yhteenveto.....	32
5.3 Pohdinta.....	34
5.4 Ammatillinen kasvu .....	36
LÄHTEET.....	38
Liite 1 Taulukko hakusanoista ja tiedonhaun karsinnasta .....	42
Liite 2 Aineisto.....	43

## 1 JOHDANTO

Ikäihmisten mielenterveysongelmat ovat melko yleisiä ja niillä on suuri merkitys yhteiskunnan hyvinvointiin. Ikäihmisten hyvä mielenterveys auttaa heitä jaksamaan arjessa ja elämään laadukasta tervettä elämää. Positiivinen mielenterveys vähentää ikäihmisten mielenterveysongelmia ja muistihäiriöitä sekä niistä aiheutuvia henkilökohtaisia ja yhteiskunnallisia kuluja (THL, 2019.) Ikääntyneiden määrä on ollut kasvussa jo pitkään ja väestöennusteiden mukaan on arvioitu, että vuonna 2030 yli 65-vuotiaiden määrä kasvaisi 25,6 %:iin (Terveyskylä, i.a). Tämä tuo haasteita ikääntyneiden hoitoon myös mielenterveyden osalta.

Ikääntyneiden mielenterveysongelmien todellista määrää on hankala arvioida, koska suuri osa ikääntyneistä ei myönnä tai ymmärrä kärsivänsä häiriöstä, jota voitaisiin hoitaa. On arvioitu, että n. 16–30 % yli 65-vuotiaista kärsii jostain mielenterveyden häiriöstä. Ikääntyneiden mielenterveyshäiriöiden hoito vaatii usein tarkempaa somaattisten taustojen selvittämistä sekä elämäntilanteen arviointia, kuin työikäisillä. Esimerkiksi aistivajeet ja yksinäisyys voivat lisätä harhaluuloisuusoireilua (Koponen & Leinonen, 2019.) Opinnäytetyön tilaaja on Kymenlaakson psykiatrisen sairaalan geropsykiatrian poliklinikka (GEPSY). Tuomme esille opinnäytetyössä tilaajan työssään merkittävänä pitämät aiheet, jotka ovat ikäihmisten yksinäisyys, harha- ja epäluuloisuus häiriöt, alkava muistisairaus ja päihitteiden käyttö mielenterveyden häiriöiden taustalla.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailevan kirjallisuuskatsauksen keinoin syventyä ikääntyneiden mielenterveyden erityispiirteisiin ja ikääntyneiden mielen hyvinvoinnin lisäämiseen tarkemmin. Tarkoituksena on myös selvittää, millainen on mielenterveyspalveluiden saatavuus tällä hetkellä Suomessa sekä miten ikääntyneiden mielenterveyttä voitaisiin vielä parantaa. Kootun tiedon on tarkoitus tukea käytännön työtä sekä löytää keinoja ikääntyneiden tukemiseen ja hyvinvoinnin edistämiseen.

## 2 IKÄÄNTYNEIDEN MIELENTERVEYS

### 2.1 Ikääntymisen käsitteet

Ikääntyminen tuo mukanaan monenlaisia muutoksia, joihin mukaudutaan eletyllä elämällä saatujen voimavarojen avulla. Ikääntyminen on yksilöllinen prosessi, jota voidaan tarkastella toisiinsa vaikuttavina fyysisinä, psyykkisinä, kognitiivisina, kulttuurillisina ja sosiaalisina osa-alueina. Ikääntyminen on yksilöllinen prosessi. Fyysiset muutokset ikääntyessä tapahtuvat melko hitaasti ja ne johtavat lopulta elimistön heikentymiseen. Vanhuuden fyysisiä muutoksia ovat esimerkiksi liikkeiden hidastuminen sekä unen saannin, kuulon ja näön heikkeneminen. Ikääntyessä tapahtuvat sosiaaliset, kognitiiviset ja psyykkiset muutokset vaikuttavat usein ikääntyneen omaan terveydentilaan, toimintakykyyn, ulkonäköön, tulo- ja roolitasoon, rooleihin ja asemaan. Ikääntyneillä on kuitenkin monia voimavaroja, jotka helpottavat mukautumista muutoksiin. Heillä on kokemusta ja tietoa ratkaista ongelmia, muistoja ja erilaisia minuuteen ja persoonallisuuteen liittyviä voimavaroja. Myös muisteleminen ja elämän tarkastelu tuo merkitystä eletyn elämän kokemuksille. Sosiaalisen verkoston ja perheen merkitys kasvaa ikääntyessä, mikä sen puuttuessa vaikuttaa vahvasti ikääntyneen hyvinvointiin. Kokemus ikääntymisestä syntyy suhteessa siihen elinympäristöön, jossa ihminen elää. (Voutilainen & Tiikkainen 2009, s. 43–53.)

Gerontologia on tieteen ala, joka on vanhenemisen tieteellistä tutkimusta. Siinä tutkitaan ikääntymistä ja ihmisiä sekä ikääntymisen tuomia muutoksia. Sosiaali- ja terveydenhuollon suurin kasvava asiakaskunta on ikääntyneet ja eliniän odote Suomessa kasvaa jatkuvasti. Yli 80 vuotta täyttäneet ovat nopeimmin kasvava ikäryhmä. (Voutilainen & Tiikkainen 2009, s. 7–15.) Tilastokeskuksen mukaan vuonna 2019 Suomessa oli yli 70-vuotta täyttäneitä 874 000 ja määrä oli lisääntynyt kolmessa vuodessa peräti 100 000 henkilöllä (Tilastokeskus 2020). Vanhuusikä jaotellaan nykyisin varhais- ja myöhäisvanhuuteen eli kolmanteen (55–75 vuotta) ja neljänteen ikään (yli 80 vuotta). Vanhuusikä ei ole yksiselitteinen, vaan yksilölliset piirteet ja koettu elämä vaikuttavat vanhuuden kokemukseen.

Siksi jokainen kokee vanhuuden ja vanhuusiän erilaisena. (Hietaharju & Nuuttila 2016, s. 175.)

## 2.2 Mielenterveyden käsitteet

Käsite geropsykiatria tarkoittaa ikääntyneiden mielenterveyttä eli yli 65 vuotta täyttäneiden vanhuspsykiatriseen hoitoon erikoistunutta osaamista (Hietaharju & Nuuttila, 2016, s. 175). Geropsykiatria-sana tulee kreikan kielen sanoista psykhe, joka tarkoittaa sielua ja mielentilaa, geron, joka tarkoittaa vanhusta ja iatreia lääkehoitoa (Kan & Pohjola 2012, s. 228). Mielenterveyteen vaikuttavat ihmisen suhde ympäristöön ja muihin ihmisiin sekä psyykkisen, fyysisen, sosiaalisen ja henkisen hyvinvoinnin osa-alueet. Eri osa-alueet vaikuttavat vahvasti toisiinsa, ja siten hyvinvointiimme ja elämänlaatuamme kaikissa ikäluokissa. Tutkimusten mukaan yli 65-vuotta täyttäneistä 16–30 % kärsii jostakin mielenterveyden häiriöstä. (Kan & Pohjola 2012, s. 228.)

Hyvinvoinnille on olemassa useita erilaisia määritelmiä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen määritelmän mukaan hyvinvointi koostuu kolmesta osatekijästä: terveydestä, materiaalisesta hyvinvoinnista sekä koetusta hyvinvoinnista ja elämänlaadusta. Koettua hyvinvointia mitataan yleensä elämänlaadulla. Elämänlaatuun vaikuttavat terveys, materiaallinen hyvinvointi, yksilön odotukset, ihmissuhteet, omanarvontunto ja elämän mielekkyys. (THL, 2020.)

WHO:n 2004 laatiman määritelmän mukaan mielenterveys on hyvinvoinnin tila, jossa yksilö ymmärtää omat kykynsä, sopeutuu arkielämän tavanomaisiin haasteisiin, stressiin, kykenee työskentelemään tuottavasti ja hyödyllisesti sekä kykenee antamaan oman panoksensa yhteiskunnalle (WHO, 2005, s.19.) Mielenterveys on terveyteen oleellisesti vaikuttava tekijä, jota pystyy vahvistamaan omilla teoilla ja valinnoilla. Ikääntyessä voimavaroja lisääviä ja mielenterveyttä edistäviä asioita ovat terveellisten elintapojen ylläpitäminen, riittävä liikunta, ihmissuhteiden vahvistaminen, sekä yhteisöllisen osallisuuden vahvistaminen. Lisäksi oppimisen ja opiskelun mahdollistaminen, luova toiminta sekä mielenterveysongel-

mien varhainen havaitseminen parantavat ikäihmisen mielenterveyttä. Myöhemässä iässä kaltoinkohtelun ehkäisy ja varhainen puuttuminen sekä turvallisen ja riippumattoman elämän mahdollistaminen lisäävät merkitystään. (THL, 2019.) Käsite positiivinen mielenterveys kuvaa mielenterveyttä positiiviselta kannalta sulkien pois sairaus- ja ongelmakeskeisyyden. Positiivinen mielenterveys on paljon enemmän kuin mielenterveyshäiriön puuttuminen. Se on oleellinen osa terveyttä ja hyvinvointia. Positiivisen mielenterveyden käsitteitä on useita. Yhteistä kaikilla on se, että niillä kuvataan yksilön psyykkisiä voimavaroja, oman elämän vaikutusmahdollisuuksia, toiveikkuutta ja tunnetta elämännhallinnasta sekä sosiaalisista suhteista, jotka tuottavat tyydytystä sekä myönteinen kuva omasta itsestä ja kehitysmahdollisuuksistaan. Positiivisen mielenterveyden tutkimiseksi on kehitetty kyselylomake ”Warwick well-being scale”, joka on kehitetty Edinburghin yliopistossa. Siitä on tehty kaksi versiota: pitkä (WEMWBS) ja lyhyt (SWEMWBS), jotka on käännetty suomen kielelle. (THL, 2020.)

Mielenterveyslain 1. pykälän mukaan ” Mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä”. Lain mukaisesti mielenterveyshäiriötä sairastavalle kuuluvat lääketieteellisin perustein arvioitavat tarvittavat mielenterveyspalvelut. Laissa on määritelty myös, että mielenterveystyö sisältää väestön elinolosuhteiden tukemisen siten, että ympäristö edistää mielenterveystyötä, mielenterveyspalvelujen järjestämistä ja ennaltaehkäisee mielenterveysongelmien syntymistä. (L 1116/1990 1. §.)

Mielen hyvinvointiin on kiinnitetty enemmän huomiota 2000-luvun puolella, ja aihe on tullut huomatuksi yhä useammassa teoksessa, tutkimuksessa, opissa, mediassa ja muissa sellaisissa. Ikäinstituutti ja Sosiaali- ja terveysjärjestöjen avustuskeskus (STEA) ovat tuoneet myös omalta osaltaan näkyvyyttä ikääntyneiden hyvinvoinnin edistämiseen. STEA:n järjestämä Elämän taidot esiin -kampanja toteutettiin vuosina 2015–2017. Kampanjan tarkoituksena oli tuoda esiin ikääntyneiden mielen hyvinvointia ja osaamista. Kampanja nosti esiin saman tyyppisiä tuloksia kuin aiemmat aiheeseen liittyvät tutkimukset, mutta toi



esille myös uudenlaista tietoa nykypäivän ikääntyneiden hyvinvoinnista. Tärkeimpänä johtopäätöksenä oli, että iäkkäiden taitojen jakaminen voi tuoda voimaannuttavaa tietoa myös muille yhteiskunnan jäsenille ja elämäntaitojen tutkimus voi tuoda oivalluksia parempaan vanhuuteen. (Fried & Haarni, 2017.)

### 2.3 Yksinäisyys

Yksinäisyys voidaan jakaa teoriassa sekä myönteiseen että kielteiseen yksinäisyyteen. Myönteinen yksinäisyys on toivottua, vapaaehtoista ja henkilö nauttii siitä, kun taas kielteinen yksinäisyys on ei-toivottua, ja se johtaa pelkoon, ahdistuneisuuteen sekä kärsimykseen. Ikäihmisten kielteinen yksinäisyys johtuu yleensä siitä, että ympärillä olevia läheisiä kuolee, ikääntyneen oma kunto heikkenee tai hän joutuu esimerkiksi muuttamaan palvelutaloon. Myönteinen ja kielteinen yksinäisyys voivat esiintyä joko yhdessä tai erikseen. Ihminen voi olla yksinäinen, vaikka ympärillä olisi ihmisiä. Ikäihminen voi kokea riittämättömyyden tunnetta ja häpeää, koska hän voi kokea, ettei hän pysty enää tyydyttämään ympärillään olevia ihmisiä haluamallaan tavalla. On muistettava, että ulkoiset merkit, kuten itku ja alakuloisuus eivät aina kerro yksinäisyydestä, vaan taustalla voi olla myös esimerkiksi masennusta tai alkava muistisairaus. Heikko subjektiivinen eli koettu terveys voi altistaa yksinäisyyden kokemiselle. Yksinäisyydestä kärsivät ihmiset käyttävät enemmän alkoholia ja lääkkeitä, lisäksi heillä on useammin uni-ongelmia, huonontunutta ruokahalua ja kohonnut itsemurhariski. Yksinäisyys johtaa useimmiten sairasteluun, sosiaaliseen eristäytymiseen ja toimintakyvyn heikkenemiseen. (Routasalo, 2010, s. 184–187.)

Vanhustyön keskusliitto toteutti Raha-automaattiyhdistyksen tuella vuosina 2002–2005 geriatrisen kuntoutus- ja kehittämishankkeen. Hankkeen tavoitteena oli kartoittaa sekä lievittää ikäihmisten yksinäisyyden kokemuksia. Interventiot toteutettiin ryhmäkuntoutuksena. Toteutettuja interventioita oli kolme erilaista: taide- ja virike, ryhmäliikunta- ja keskustelut sekä terapeutin kirjoittaminen ja ryhmäterapia. Kaikissa interventioissa tarkoituksena oli ottaa puheeksi yksinäisyyttä ja käsitellä sitä. Tulokset olivat hyviä: ryhmäläisistä 40 % jatkoi ryhmätaapamisia intervention loputtua, 72 % oli ollut tekemisissä ryhmäläistensä kanssa

vuoden kuluttua ja 45 % ryhmäläisistä kertoi saaneensa uusia ystäviä. (Routasalo, 2010, 188–192.)

## 2.4 Ikääntyneiden päihteiden käyttö

Päihteiden käyttö lisääntyy yhteiskunnassamme jatkuvasti ja myös yhä harvempi ikääntynyt on raitis. Alkoholilla vaikuttaa ikääntyneen elintoimintoihin voimakkaammin, sillä ikääntyessä solujen vesipitoisuus pienenee, mikä lisää haurautta ja alkoholin haittavaikutusten syntyä. Päihteiden käyttö aiheuttaa fyysisiä, psyykkisiä, sosiaalisia ja taloudellisia haittoja ikääntyneelle. Pitkäaikainen alkoholin käyttö rappeuttaa iso- ja pikkuaivoja, mikä näkyy eniten kognitiivisissa toiminnoissa. Päihteiden käyttö voi vaikuttaa mielenterveyteen monella eri tapaa, kuten laskeamalla mielialaa, aiheuttamalla unettomuutta, kasvattamalla alttiutta itsemurhille, lisäämällä masennusta, ahdistuneisuutta, aistiharhoja, psykooseja, muistihäiriöitä sekä aiheuttamalla psyykkistä riippuvuutta. Ikääntyneen taustalla olevan mielenterveysongelman hoito usein hankaloituu päihteiden käytön seurauksena. (Kehittämiskeskus Tyynelä, 2010, s.10–11.) Terveystieteiden tutkimuskeskuksen Alkoholia liikaa käyttävien osuus (AUDIT-C) (%), 65-vuotta täyttäneet -tilaston mukaan vuonna 2013 runsaasti alkoholia käytti 28 % suomalaisista ikääntyneistä, ja vuonna 2019 määrä oli kasvanut 34,3 % asti (Terveystieteiden tutkimuskeskus, 2020). Yleisin päihteiden käytön taustalla oleva mielenterveyden häiriö on ahdistuneisuushäiriö, masennus tai persoonallisuushäiriö. Noin 30 % mielenterveyshäiriötä sairastavista kärsii jossain vaiheessa päihteiden käytöstä syntyneestä ongelmasta. Päihteiden käytöllä on itsessään jo psyykkisiä oireita aiheuttavia tekijöitä, noin 40 %:lla alkoholia käyttävistä on jossain elämän vaiheessa psykiatrinen häiriö ja huumeita käyttävillä vielä suurempi prosenttiosuus. Lääkkeiden ja päihteiden samanaikaisella käytöllä voi olla jopa hengenvaarallisia vaikutuksia. (Suomen lääkäri-lehti, s. 175–180.)

## 2.5 Alkavan muistisairauden ja harhaluuloisuushäiriön erottaminen

Harhaluuloisuushäiriö eli paranoia on keskimääräistä iäkkäämpien ihmisten sairaus, johon sairastuvat yleensä yli 65-vuotiaat naiset. Harhaluuloisuushäiriö on

vanhuuden psykooseista yleisin. Tyypillisiä oireita on psykoottiset harhaluulot, joiden sisältö voi sopia reaali maailmaan, kuten varastamis-, myrkyttämis- ja mustasukkaisuusparanoiat. Sairastunut ei itse epäile tai kyseenalaista havaintojensa todennäköisyyttä ja kokee muiden haluavan aiheuttaa hänelle vaikeuksia. Uskomukset ovat vankkumattomia, eivätkä muiden todistelut auta. Usein kohteena on naapuri, joka sairastuneen mukaan voi esimerkiksi laskea kaasua ilmanvaihdon välityksellä asuntoon tai pitää kovaa ääntä öisin. Kohteena voi myös olla omainen, hoitaja tai sukulainen, jolloin sitä kutsutaan kohdistamisharhaluuloksi. (Hietaharju & Nuutila 2016, s. 184–187.)

Harhaluuloisuushäiriötä sairastava on täysin sairaudentunnon ja asiasta puhuessa hyvin ”voimissaan”. Sairaus johtaa usein yksinäisyyteen, mutta sairastunut ei ole kuitenkaan koskaan yksin harhojen piinaavuuden vuoksi. Erotomaanisessa harhaluulossa sairastunut kokee jonkun olevan häneen rakastunut tai kokee olevansa tunnetun henkilön puoliso tai rakastettu. Usein sairastunut ei ole edes tavannut kohdettaan. Harhaluuloissa voi olla myös suuruuskuvitelmia omasta asemasta, vallasta ja voimasta. Harhaluuloisuuden taustatekijöinä voi olla esimerkiksi psyykkisen ja fyysisen toimintakyvyn heikkenemisen myötä syntynyt pelko ja suojaautuminen. (Hietaharju & Nuutila 2016, s. 184–187.)

Harha- ja epäluuloisuushäiriöiden hoito on usein haasteellista sairaudentunnottomuuden vuoksi. Kun hoitaja keskustelelee asiasta potilaan kanssa, tulee neutraalisti kommentoida ja ihmetellä asiaa sekä välttää aktiivista epäluulojen selvittämistä. Kunnioittava suhtautuminen, vähättelemätön kuunteleminen, sopivan etäisyyden pitäminen ja ammattimaisen asenteen säilyttäminen vähentävät epäluulojen syntymistä. Asioiden perinpohjainen kyseleminen innostaa potilasta entisestään todistelemaan asioiden todenperäisyyttä. Yhteyden luomiseksi on parempi kysyä esimerkiksi, miten arki sujuu peloista huolimatta. Hoidon aikana tulee toimia avoimesti sekä rehellisesti, ja on hyvä, että potilas on itse kuulemassa, kun hänen asioistaan puhutaan. Harhaluuloisuutta lääkitään yleisesti psykoosilääkkeillä, esimerkiksi toisen polven neurolepteillä. Lääkehoidon aikana seurataan aktiivisesti painoa, verensokeria sekä kolesteroliarvoja lääkkeen vaikutusten ja sivuvaikutusten lisäksi. Potilas ei usein itse koe tarvitsevansa lääkettä, ja siksi on hyvä avoimesti kertoa sen hyödyistä. Pidemmällä aikavälillä lääkehoito

on haastavaa, sillä potilas usein jättää lääkehoidon pois heti kun se on mahdollista. (Hietaharju & Nuutila 2016, s. 184–187.)

Alkava muistisairaus voi olla monien psyykkisten oireiden taustalla. Tavallisimpia eteneviä muistia heikentäviä sairauksia ovat Alzheimerin tauti, vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen, Lewyn kappale -tauti, Parkinsonin tauti, Otsa-ohimolohkorappeuma, Huntingtonin tauti ja prionisairaudet eli TSE-sairaudet, kuten hullun lehmän tauti. Muistisairauden ensimmäinen oire voi olla psykiatrinen häiriö, esimerkiksi harha- ja epäluuloisuushäiriö, masennus tai vaikea ahdistuneisuus. Parannettavaa tai pysähtyvää muistamattomuutta voivat aiheuttaa erilaiset puutostilat ja sairaudet, esimerkiksi hypotyreoosi, vaikea anemia tai hyvänlaatuisen aivokasvain (Koponen & Vataja, 2019.), mutta niitä ei kuitenkaan käsitellä tarkemmin tässä opinnäytetyössä.

Muistisairauksiin liittyy erilaisia käytösoireita. Nämä oireet voivat esiintyä jo ennen muistisairauden diagnosointia tai toimia sen ensioireina. Käytösoireet voidaan tunnistaa havainnoimalla potilaan käytöstä tai omaisen kertoman perusteella. Oireet ovat psykologisia ja tavallisesti kertovat potilaan mielen sisällöstä. Käytösoireet aiheuttavat tuskaa potilaalle sekä hänen läheisilleen. Erilaisia käytösoireita ovat esimerkiksi fyysinen tai verbaalinen aggressiivisuus, levottomuus, estottomuus, aistiharhat tai harhaluulot, ahdistuneisuus, pakko-oireet, unihäiriöt sekä niin sanottu ”sundowning” eli iltaa kohti lisääntyvä levottomuus. Käytösoireiden esiintymiseen vaikuttaa ympäristö, jossa eletään sekä persoonallisuus ja kemialliset muutokset aivojen toiminnassa. Alkavan muistisairauden tyyppi voidaan tunnistaa tyyppisten alkuoireiden perusteella. Alzheimerin taudin alkuvaiheessa käytösoireet ovat harvinaisempia, toisaalta masennus ja ahdistuneisuus ovat tavallisia ensioireita. Toisaalta esimerkiksi Lewyn kappale -taudin alkuvaiheessa esiintyy erityisesti näköharhoja, harhaluuloja ja aggressiivisuutta. Usein muistisairaana ihmisen käytösoireita pahentaa ympäristön ja yksilön välillä olevat väärinymmärrykset, ja esimerkiksi jatkuvasti vaihtuvat hoitajat. Käytösoireiden hoidossa käytetään ensisijaisesti lääkkeettömiä menetelmiä esimerkiksi poistamalla elinympäristöstä turvallisuutta vaarantavat tai negatiivista ilmapiiriä luovat asiat.

Jos käytösoiretta ei saada hallintaan lääkkeettömällä menetelmällä, ennen lääkeshoidon aloittamista tulee varmistua siitä, että taustalla ei ole fyysistä, psyykkistä tai ympäristön luomaa syytä, joka voitaisiin hoitaa muulla tavoin. (Sulkava, 2016.)

Lähes kaikilla muistisairailla on joitain neuropsykiatrisia oireita, ja oireilu muuttuu sairauden edetessä. Esimerkiksi sairauden alussa tavallisia oireita ovat masentuneisuus, ahdistuneisuus ja syyttävät harhaluulot, keskivaikeassa muistisairauksessa tavallisimpia oireita ovat levottomuus, vaeltelu, harhaluulot, aggressiivisuus ja vaikeassa muistisairauksessa syömiskäyttäytymisen häiriöt. Muistisairauden neuropsykiatriset oireet vaihtelevat sairauden etiologian mukaan. Oireiden hoidosta vastaa moniammatillinen työryhmä. Neuropsykiatristen oireiden syiden selvittäminen on pohjana yksilöllisen hoidon räätälöimiselle. Käypähoito -suositusten mukaan lääkkeetön hoito on ensisijainen hoitokeino, mutta joskus oireiden taustalla voi olla myös delirium, somaattinen syy tai huonosti sopiva lääkitys. Lääkehoitoa käytetään vain, jos lääkkeettömällä hoidolla ei päästä tuloksiin. Lääkkeettömistä hoitokeinoista on tehty yli 150 tutkimusta, joissa on ollut mukana tuhansia muistisairaita. Vahvin tutkimusnäyttö on omaishoitajien ja hoitohenkilökunnan kohdennetuista koulutuksellisista interventioista, joiden avulla pystytään lykkäämään muistisairaana laitokseen joutumista. Yksilöllisillä interventioilla, kuten muistikoordinaattoritoiminnalla ja kotiympäristön muutostöillä on ollut vaikutusta neuropsykiatrisiin oireisiin. Tutkimusten mukaan liikunnalla ja miellyttävien sosiaalisten tilanteiden lisäämisellä on ollut myönteistä vaikutusta neuropsykiatrisiin oireisiin. (Hölttä & Pitkälä, 2019.)

## 2.6 Ikääntyneiden mielenterveyspalvelut

Terveystuololaissa on säädetty kunnan järjestämistä mielenterveys- ja päihdepalveluista. Mielenterveyspalveluiden tulisi poistaa yhteisön sekä yksilön mielenterveyttä vaarantavia tekijöitä, sekä vahvistaa mielenterveyttä suojaavia tekijöitä. Kunnan tuottamiin palveluihin tulee sisältyä tarpeen mukaan yksilön, perheen ja yhteisön psykososiaalinen tuki, myös äkillisissä järkyttävissä tapahtumissa, sekä mielenterveyshäiriöiden tutkimus, hoito ja lääkinnällinen kuntoutus.

Lisäksi sosiaalihuoltolaissa todetaan, että kunnan on järjestettävä sosiaalipalveluina mielenterveys- ja päihdetyötä. (L 1326/2010 27. §; L 1301/2014 14.§.) Lisäksi mielenterveyslain mukaisesti sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on huolehdittava erikoissairaanhoidon annettavista mielenterveyspalveluista (L 1116/1990 3 §). Mielenterveyslain pykälän 5 mukaan edellä mainitut palvelut on yhteensovittava niin, että niistä koostuu asiakkaalle toimiva kokonaisuus (L 1116/1990 5. §).

Alasen ym. (2020) mukaan mielenterveyden avohoidon kehittäminen on jäänyt riittämättömäksi säästöleikkausten vuoksi. Myös monia psykiatrisia osastoja on suljettu eikä kaikilla alueilla ole lainkaan psykiatrisia avohoidon paikkoja. Esitetyt mielenterveyspalveluiden supistukset ja leikkaukset ovat tuoreen mielenterveysstrategian arvoperustan vastaisia ja ovat herättäneet myös aluevalvontaviraston huolen. Tilastokeskuksen vuonna 2019 tekemän väestöennusteen mukaan 15 vuoden kuluttua Suomessa ei ole lainkaan aluetta, jossa syntyvyys olisi suurempi kuin kuolleisuus. Tämä tarkoittaa myös sitä, että ikääntyneiden mielenterveyshäiriöiden yleisyys kasvaa, jolloin tarvitaan enemmän mielenterveyspalveluita. Vanhuspsykiatrian supistaminen ei ole kustannuksia säästävää toimintaa.

Mielenterveysstrategiassa mainitaan, että hoitotakuun mukaisia hoitopääsyaikoja on vaikea noudattaa vähäisten resurssien vuoksi ja näyttöön perustuvia hoitomuotoja on paikoitellen huonosti saatavilla. Lisäksi alueelliset vaihtelut palveluiden järjestämisessä ovat suuria. Mielenterveysasioiden hoitaminen nähdään perusterveydenhuollossa kuuluvan tietyille työntekijöille, ja päihdehuolto on hyvin erillinen toimija muusta terveydenhuollosta. (Vorma ym., 2020, s.29.)

## 2.7 Ikääntyneiden palvelut Kymssotessa

Terveydenhuoltolain luvun 2 pykälässä 12 todetaan, että ” Kunnan on seurattava asukkaitensa terveyttä ja hyvinvointia sekä niihin vaikuttavia tekijöitä väestöryhmittäin sekä kunnan palveluissa toteutettuja toimenpiteitä, joilla vastataan kuntalaisten hyvinvointitarpeisiin. Kuntalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista sekä to-

teutetuista toimenpiteistä on raportoitava valtuustolle vuosittain, minkä lisäksi valtuustolle on kerran valtuustokaudessa valmistettava laajempi hyvinvointikertomus.” (L 1326/2010 12. §.) Hyvinvoinnin tukeminen on laissa säädetty asia. Lisäksi vanhuspalvelulain pykälässä 5 todetaan, että ”Kunnan on laadittava suunnitelma toimenpiteistään ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi sekä iäkkäiden henkilöiden tarvitsemien palvelujen ja omaishoidon järjestämiseksi ja kehittämiseksi. Suunnittelussa on painotettava kotona asumista ja kuntoutumista edistäviä toimenpiteitä” (L 980/2012 5. §).

Näin myös Kymsoten tavoitteena on pitää ikäihmiset omissa kodeissaan mahdollisimman pitkään, tukemalla heidän hyvinvointiaan antamalla mahdollisimman paljon palveluita kotiin. Ikääntyneille on luotu oma asiakas- ja palveluohjausnumero, joka toimii Hamina, Kotka, Kouvola, Miehikkälä, Pyhtää ja Virolahti -alueella arkisin. (Kymsote, i.a., luku Ikääntyneiden palvelut.) Kymsoten alueelle on luotu myös Ikäopastin palvelu, joka kokoaa ikääntymiseen liittyvää tietoa yhdelle verkkosivulle. Sivustolta löytää tietoa esimerkiksi hyvinvoinnin tukemisesta ja erilaisista saatavilla olevista palveluista sekä ohjeet palveluiden piiriin hakeutumiselle. Myös kaikki yhteystiedot löytyvät sivuilta kootusti. Sivulla on käytettävissä helppokäyttöisyystoimintoja, jotka lisäävät sivuston saavutettavuutta ja esteettömyyttä. Käytettävissä on esimerkiksi teksti puheeksi toiminto sekä sivuston värisävyjä ja fonttikokoja pystyy helposti säätämään. Sivustolta löytyy myös Ikääntyneiden palvelut -esite. (Ikäopastin, i.a.)

Myös mielenterveys- ja päihdepalveluille on Kymsoten alueella oma neuvontapuhelimensa, josta saa neuvontaa tarvittavien palveluiden pariin. Terveyskeskuksissa on saatavilla 1–10 kerran pituisia avohoitajaksoja mielenterveys- ja päihdehoitajien vastaanotoilla. Kymsoten alueella toimii myös mielenterveys- ja päihdepoliklinikoita, jotka tarjoavat erikoissairaanhoidon tason tutkimuksia, hoitoa ja kuntoutusta mielenterveys- tai päihdeongelmista kärsiville. Poliklinikalle voidaan ohjata, jos terveyskeskuksen antama korkeintaan 10 kerran jakso ei anna tarvittavaa apua. Jos avohoidon palvelut todetaan riittämättömiksi, voidaan potilas ohjata osastohoitoon. Kymenlaakson psykiatrisessa sairaalassa toimii viisi aikuispsykiatrian osastoa. Näihin lukeutuu yli 65-vuotiaille suunnattu geropsykiatrinen

osasto, sekä osaston yhteydessä toimiva geropsykiatrian poliklinikka. Päihdekuntoutusta tarjoaa A-klinikka. Tällä hetkellä päihdepalveluita tarjotaan Kouvolassa. Saatavilla on A-klinikkayhteisö ja selviämishoitoasema. Kouvolan toimipisteessä hoidetaan sekä selviämis- että vieroitushoitoa. Lisäksi Kymsoten alueella on tarjolla lyhyt- ja pitkäaikaisia laitostuntoutuspaikkoja päihdeongelmista kärsiville. (Kymsote, i.a., luku Mielenterveys- ja päihdepalvelut.)

Kymsoten alueella kaikki ikääntyneiden palveluntarpeen arvioinnit pyritään tekemään asiakkaan kotona, jotta saataisiin mahdollisimman hyvä käsitys ikääntyneen todellisesta toimintakyvystä ja arjessa pärjäämisestä. Käynnin jälkeen mietitään, millaiset palvelut tukisivat ikääntyneen toimintakykyä parhaiten. Tämän jälkeen ikääntynyttä tarvittaessa neuvotaan ja avustetaan palveluiden ja etuuksien hakemisessa tai järjestetään tarvittavat palvelut. Palvelutarpeen arvioinnit on luokiteltu kiireellisiin (Mahdollisimman nopeasti) ja ei-kiireellisiin (7 arkipäivän kuluessa). Palvelutarpeen arviointia voi pyytää ikääntynyt itse, omainen, ystävä tai muu henkilö, joka toteaa mahdollisen tarpeen. Pyyntö voi tehdä myös nimettömänä. Lisäksi Kymenlaaksossa toimii ympäri vuorokauden sosiaali- ja kriisipäivystys, josta saa tukea kaikenikäisille erilaisiin kriiseihin ja onnettomuuksiin. (Ikäopastin, i.a.)

Ikääntyneiden mielenterveyden tukemiseksi on saatavilla myös gerontologinen sosiaalityö ja ohjaus, esimerkiksi erilaisten kriisien tai lähisuhdeväkivallan sattuessa. Kymsoten alueelle on myös perustettu avoimia kohtaamispaikkoja, joista saa neuvontaa, esitteitä ja vertaistukea ja joihin voi mennä viettämään aikaa. Lisäksi yli 75-vuotiaille, joilla ei ole käytössä muita ikääntyneiden palveluita, on saatavilla hyvinvointia edistävät yksilö- tai ryhmätapaamiset. Muistiselvittelyjä varten geriatrinen poliklinikka toimii sekä Kotkassa, että Kouvolassa. Sen tehtävänä on aloittaa muun muassa yli 65-vuotiaiden muistiselvittelyt ja ohjata heidät geriatrin arvion jälkeen sopivien avoterveydenhuollon palveluiden pariin. (Kymsote, i.a., luku Ikääntyneiden palvelut.)



## 2.8 Geropsykiatrian poliklinikka yhteistyökumppanina

Opinnäytetyössämme tilaajana toimi Kymenlaakson geropsykiatrian poliklinikka. Poliklinikka toimii geropsykiatrisen osasto 7:n yhteydessä, joka on akuutti tutkimus- ja hoito-osasto. Vuoden 2020 alussa osasto 7:n toimintaa on muutettu sekä perustettu geropsykiatrinen poliklinikka (GEPSY) sen yhteyteen. Osaston potilaspaikkoja on voitu vähentää asteittain poliklinikan perustamisen myötä. Poliklinikalle siirtyi töihin neljä osaston sairaanhoitajaa. Nämä neljä sairaanhoitajaa eli GEPSY-tiimi toimi yhdessä auttaen meitä opinnäytetyön tekemisessä. Meille oli nimetty yksi yhteyshenkilö, joka välitti asiamme tiimiin. Tarkoituksena oli konsultoida tiimiä opinnäytetyöprosessimme eri vaiheissa ja kartoittaa, onko hakeamme tieto sellaista, jota he odottivat saavansa lopullisessa työssä.

Poliklinikan toiminnan tavoitteita ovat geropsykiatrisen osaamisen jakaminen, kotona pärjäämisen edistäminen ja psyykkisesti oireilevan ikäihmisen psykiatrisen sairaalahoidon vähentäminen. Tietoa jaetaan muun muassa asiakkaan, omaisten ja asiakkaan ympärillä olevan verkoston tueksi sekä kotona tai hoivayksikössä asuvan psyykkisesti oireilevan ikäihmisen pärjäämisen tukemiseksi. Poliklinikka antaa tukea myös kotona tai hoivayksikössä asuvan, psyykkisesti oireilevan ikäihmisen pärjäämiseksi ilman psykiatrista sairaalahoitoa tai lyhentäen sen kestoa. GEPSY auttaa vähentämään myös muistisairaiden ja vuodepotilaiden tarpeetonta psykiatrista sairaalahoitoa viemällä apua sekä osaamista asiakkaan elinympäristöön. Poliklinikan henkilökunta tekee myös hoidon tarpeen arviointia, lääkityskonsultaatioita ja tarvittaessa lääkehoidon vaikutusten seuranta.

### 3 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTTAMINEN

#### 3.1 Tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyömme tarkoituksena on koota tuoreimpien tutkimusten ja artikkeleiden pohjalta kirjallisuuskatsaus, josta saa käsityksen nykypäivän ikääntyneiden mielenterveyden erityispiirteistä ja sen tukemisesta. Teemme opinnäytetyön kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Pyrimme tuomaan esille yhteistyökumppanimme työn kannalta olennaisiksi kokemat aihealueet. Tiede ja tutkimukset kehittyvät jatkuvasti, joten tavoitteenamme on tuoda työelämään uutta tutkittua tietoa kirjallisuuskatsauksellamme, jota voidaan mahdollisesti hyödyntää potilastyössä.

Opinnäytetyössämme etsimme vastausta kysymyksiin:

- Miten ikääntyneiden mielenterveysongelmat tulevat ilmi arjessa?
- Miten tunnistaa kotona asuvan ikääntyneen mielenterveysongelmat?

#### 3.2 Aineiston keruu ja analyysi

Aiheen saatuamme tutustuimme aiheeseen hieman paremmin tutkien aiheeseen liittyviä muita opinnäytetöitä ja selvitimme hieman mitä tutkimuksia siitä voisi löytyä. Saamamme aihe oli hyvin laaja ja tarkempi tutkimuksen aihealue sekä tutkimuskysymykset ovat muovautuneet suunnitelman tekovaiheen jälkeen tarkemmiksi. Tiedonhakuun saimme apua ja ohjausta Diakin informaatikolta. Aineistonkeruu on kuvattu liitteessä 1. Liitteessä 2 on kuvattu käyttämämme tutkimukset lyhyesti.

Opinnäytetyön tarkoitus on kartoittaa olemassa olevaa tietoa, sekä pohtia ikääntyneiden mielenterveyden erityispiirteitä. Aineistoa kerättiin ainoastaan olemassa olevan tiedon ja tutkimusten pohjalta, ja siksi pyrimme löytämään mahdollisimman tarkasti aiheeseen liittyviä lähteitä luodaksemme laadukkaan kirjallisuuskatsauksen. Arvioimme valitsemamme lähteet huolellisesti toimiaksemme eettisesti oikein. Suunnitelman hyväksymisen jälkeen pyysimme yhteistyökumppanimme

näkemystä siitä, viemmekö aihetta oikeaan suuntaan. Lisäksi pidimme ohjaajan opettajan kanssa opinnäytetyön ohjaustuokion.

Tiedonhaun prosessi alkoi hakusanojen miettimisellä tutkimuskysymysten pohjalta. Harjoittelimme samalla myös eri tietokantojen käyttöä. Alkuperäisenä tarkoituksenamme oli käyttää mahdollisimman montaa tietokantaa, mutta yllätyimme jo kahden tietokannan jälkeen löytämästämme tiedon määrästä, ja päätimme edetä niiden avulla. Aineistoa valitessamme karsinta tapahtui vaiheittain, ensin otsikon perusteella, sitten abstraktin perusteella ja lopuksi kokotekstin perusteella. Koko tekstin valinta tapahtui niin, että molemmat lukivat aineiston ja tekivät niistä omat muistiinpanot, jotka lopuksi jaoimme toisillemme ja keskustelimme niistä yhdessä. Lopullisen aineiston valinta on tehty yhteistyönä. Liitteessä 2 on kuvattu tiedon haussa käytetyt hakusanat ja tulokset. Käytimme CINAHL- ja Medic- tietokantoja, joista saimme yhteensä 9 lähdettä. Löysimme myös löytämiemme aineistojen kautta yhden aihetta kuvaavan artikkelin, jonka otimme mukaan tutkittavaan aineistoon. Lisäksi käytimme Medicistä löytynyttä tutkimusta, jossa on tutkittu Suomen aikuisväestön terveyttä, hyvinvointia ja toimintakykyä monilta eri aihealueilta. Käytimme Finterveys-tutkimuksesta neljää eri tutkimusta opinnäytetyössä. Yhteensä aineistoon saatiin 13 lähdettä. Sisään- ja ulosottokriteerit on kuvattu alla taulukossa (Taulukko 1.) Sisäänottokriteereinä meillä olivat muun muassa vuosiväli 2016–2020 sekä kielenä englannin ja suomen kieli. Ulosottokriteereihin kuuluivat muun muassa se, ettei tutkimus lopulta ollut laadultaan kattava tai liittynyt meidän aiheeseemme olennaisesti.

Taulukko 1. Sisään- ja ulosottokriteerit

Sisäänottokriteerit:	Ulosottokriteerit:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aihe vastasi tutkimus kysymykseemme</li> <li>• Aihe vastasi opinnäytetyön aiheeseen</li> <li>• Julkaistu aikavälillä 2016–2020</li> <li>• Suomen tai englanninkielinen</li> <li>• Laadun arvioinnissa taso hyvä</li> <li>• Tieteellinen tutkimus tai alkuperäistutkimusta käsittelevä artikkeli</li> <li>• Tutkimus tehty maassa, jossa terveydenhuolto lähes yhdenvertainen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tutkimuskohde muu kuin iäkkäät</li> <li>• Ei vastaa tutkimuskysymykseen</li> <li>• Ei liity aiheeseen</li> <li>• Liittyi palveluasumiseen/sairaalaan</li> <li>• Tutkimus tehty maassa, jossa terveydenhuolto taso heikko eikä vertailtavissa Suomessa tapahtuvaan hoitoon</li> </ul>

Tutkimusaineistoa käsitellessämme löysimme myös monta mielenterveyteen liittyvää tärkeää aihetta, joita lisäsimme teoreettiseen viitekehykseen prosessin aikana. Luimme kokoamaamme aineistoa ja samalla pohdimme tiedon luotettavuutta ja eettisiä lähtökohtia. Pyrimme tekemään kriittistä arviointia aineiston keuruusta alkaen sekä koko opinnäytetyöprosessin ajan. Kokosimme löytämämme aineistosta aiheemme kannalta oleelliset asiat, jotka toimimme esille opinnäytetyössä. Panostimme pohdinnoissamme aineistosta saadun tiedon koaamiseen verraten niitä tutkimuskysymyksiimme. Pyrimme rajaamaan aiheen mahdollisimman tarkasti toivottuihin aiheisiin, koska aihe on hyvin laaja. Arvioimme kuitenkin eettisesti sitä, ettemme anna aiheesta väärää kuvaa rajamalla sen harhaanjohtavalla tavalla.

## 4 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET

### 4.1 Ikääntyneen hyvinvoinnin tukeminen yhteiskuntatasolla

Suomalaisessa nyky-yhteiskunnassa ihmisten fyysinen terveys ja eliniän odote paranevat jatkuvasti, kun taas mielenterveysongelmien kohdalla ei ole nähtävissä tällaista positiivista kehitystä. Nykypäivänä suurina kansanterveydellisinä ongelmina voidaan nähdä erilaiset päihde- ja mielenterveysongelmat. Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan jopa puolella Suomen väestöstä on jossain elämänsä vaiheessa jokin mielenterveyden häiriö, ja lähes puolet työkyvyttömyyseläkkeistä on mielenterveyshäiriön aiheuttamia. Itse ongelmat eivät ole lisääntyneet, ja niitä voitaisiin nykytiedon valossa hoitaa hyvin, mutta mielenterveyden häiriöiden hoitoon ei ole yhteiskunnassamme yhtä suuret resurssit kuin fyysisten sairauksien hoitoon on. (Vorma ym., 2020, s. 11.)

Ensimmäistä kertaa vuonna 2017 Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tekemässä suomalaisessa väestötutkimuksessa on kartoitettu positiivista mielenterveyttä. Tutkimuksessa saatujen tulosten mukaan 60-vuotiaat kokivat eniten positiivista mielenterveyttä. Yli 80-vuotiaista naisista vain 15 % kuului korkeanpositiivisen mielenterveyden ryhmään, mikä oli muihin luokkiin verrattuna matalin. Naisten ja miesten välinen positiivisen mielenterveyden taso ikävakioituna oli keskimäärin sama. Tieto positiivisesta mielenterveyden tilasta antaa tietoa yksittäisen potilaan hyvinvoinnin arvioon ja sitä kautta koko väestön. Tutkimus laajentaa kuvaa yksilö-, että väestötasolla mielenterveyden tilasta ja psyykkisestä toimintakyvystä. (Koponen ym., 2017, s. 129–131.)

Psyykkinen kuormitus suurentaa riskiä mieliala- ja ahdistuneisuushäiriön puhkeamiselle. Mielenterveys- ja päihdeongelmat taas altistavat syrjäytymiselle ja syrjinnälle. Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan 60–69-vuotiaista 8,2 %, 70–79-vuotiaista 6,5 %, ja yli 79-vuotiaista 10,7 % on merkittävästi psyykkisesti kuormituneita. Mielenterveys- ja päihdeongelmat vaikuttavat merkittävästi niin yksilön, kuin valtionkin talouteen. Mielenterveysstrategian tavoitteena on ohjata mielenterveyspolitiikkaa ja sen toimeenpanoa ajantasaiseksi. Sen on tarkoitus yhdistää

eri hoito- ja kuntoutuspalveluita, sekä lisätä somaattisen ja psyykkisen terveydenhuollon yhteistyötä. Yhtenä mielenterveystategian ehdotuksista tavoitteiden saavuttamiseksi on lisätä koulutusten ja ohjelmityön avulla mielenterveysosaamista ikääntyvien palveluissa ja toiminnoissa. Lisäksi otettaisiin mukaan mielenterveydenedistämistyöhön ikäihmisiä, joilla on elämäkokemuksen kerryttämää tietoa aiheesta. (Vorma ym., 2020, s. 13–14, s.20.) Linjausten tulisi siis ainakin lisätä ikäihmisten osallisuutta. Osallisuuden taas on monissa lähteissä nähty parantavan hyvinvointia.

Masentuneisuushäiriöt ovat maailman laajuisesti kuormittavin psyykkinen sairaus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen vuonna 2017 tekemässä väestötutkimuksessa on kartoitettu aikuisväestön masennusoireiden esiintymistä ja hoitoa sekä aikuisväestön psyykkistä kuormittuneisuutta. Kartoitus on toteutettu kyselysarjoilla, jossa psyykkisen kuormittavuuden mittaamiseen on käytetty General Health Questionnaire (GHQ-12) -mittaria sekä Mental Health Index (MHI-5) -kyselyä. Masentuneisuuden mittaamiseksi on käytetty Beck Depression Inventory -kyselyä (BDI) sekä kahta kysymystä liittyen masennusoireisiin viimeisen 12 kuukauden aikana. Tutkimus on tehty jo kolmatta kertaa peräkkäin, joista edelliset tutkimukset on tehty vuosina 2000 ja 2011. Tutkimuksesta selvisi, että yli 80-vuotiailla psyykkinen kuormittuneisuus on yleisintä, mutta myös masentuneisuus yli 80-vuotiailla sekä työikäisillä ovat yleisempiä kuin muulla aikuisväestöllä. Mielenterveysoireilu on yleistynyt 2011 tehdyn tutkimukseen nähden. Kasvava psyykkinen oireilu ja masentuneisuus viittaavat siihen, että mielenterveyden häiriöiden varhaiseen toteamiseen ja hoitoon tarvitaan enemmän yhteiskunnan panostusta. (Koponen ym., 2017, s.85–89.)

Finterveys-tutkimuksessa on selvitetty myös Suomen aikuisväestön alkoholin käyttöä. Tutkimus on tehty kyselytutkimuksella (AUDIT-C) sekä muutamalla kysymysparilla. Alkoholin käyttö väestössä on vähentynyt vuodesta 2007 jopa 15 %, mutta eläkeikäisten alkoholia käyttävien osuus on kasvanut vuosien 2011 ja 2017 välillä. Tämä on lisännyt myös ikääntyneiden alkoholin käytöstä johtuvien kuolemien määrää ja siten tuonut lisäkuormitusta ikääntyneiden terveyden huololle ja palvelujärjestelmälle. Tutkimuksessa selvisi, että ikääntyneiden alkoholia käyttämättömien osuus oli kuitenkin kaikkein suurin muihin ikäryhmiin verrattuna.

(Koponen ym., 2017, s. 30–32.) Alkoholin käytöllä on yhteyksiä moniin mielenterveyden ongelmiin, ja ikääntyneiden alkoholin käytön kasvu lisää myös ikääntyneiden mielenterveyden häiriöitä.

#### 4.2 Ikääntyneen hyvinvoinnin tukeminen yksilötasolla

Ikääntyessä toimintakyky heikkenee, mikä vaikuttaa osaltaan mielen hyvinvointiin. Gerastenia on geriatrinen oireryhmä (Eng. Frailty, aiemmin käytetty nimitystä hauraus-raihnaus-oireryhmä HRO). Sille ominaista on fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen, mutta ei toiminnan vajeen asteelle saakka. Gerastenian tunnusmerkkejä on tahaton laihtuminen, hidas kävelynopeus, uupumus, vähäinen fyysinen aktiivisuus sekä lihasvoiman heikkous. Sarkopenia eli lihaskato liittyy usein gerasteniaan. Yli 70-vuotiaista gerasteniaa esiintyy noin 10–12 % ja vanhemmissa ikäluokissa määrä on suurempi. On arvioitu, että vuosittain Suomessa sairastuu muistisairauteen noin 14 500 henkilöä, ja määrä kasvaa väestön ikääntyessä entisestään. Elämäntavoilla ja riskitekijöiden huomioonottamisella pystytään vaikuttamaan muistisairauksien syntyyn myös ikääntyvillä. (Jyväkorpi ym., 2020.)

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Finger -tutkimus on osoittanut, että elämäntapoihin kohdistuvalla hoidolla pystytään hidastamaan aivojen tiedonkäsittelyn ja muistitoimintojen heikkenemistä. Tutkimus toteutettiin kahden vuoden mittaisella monitekijäisellä interventiolla niillä potilailla, joilla ei ollut vielä todettua muistisairautta, mutta jotka olivat riskissä sairastua muistisairauteen. Tutkimusryhmään kuuluvat henkilöt kävivät viikoittain omatoimisesti liikuntaryhmissä, saivat ravinto-ohjausta, tekivät ohjattuja kognitiivisia harjoitteita, sekä pyrkivät keskeisten valtiomotautien hyvään hoitoon. Näillä toimilla ryhmään kuuluvilla muistitoiminnot ja toimintakyky olivat huomattavasti paremmat kuin vertailuryhmällä, jotka jatkoivat tavanomaista elämää. Jopa muistisairausti diagnoosin saaneet hyötyivät tästä. (Jyväkorpi ym., 2020.)

Vanhustyön keskusliiton omahoitovalmennus tarjoaa tukea muistisairaus diagnosoimalla ja omaishoitajille ryhmämuotoisella toiminnalla, joka kohentaa

heidän hyvinvointiaan ja vähentää potilaiden neuropsykiatrisia oireita. Laitoshoidon joutumista on pystytty vähentämään avohoidon muistikoordinaattori -toiminnalla. Ikääntyvässä väestössä yksinäisyys on todettu olevan terveyttä, kognitiota ja toimintakykyä uhkaava tekijä. Sen on eri lähteissä arvioitu vähentävän jopa kuusi toimintakykyistä elinvuotta. (Jyväkorpi ym., 2020.)

Yhdysvalloissa vuonna 2011 tehdyn National Health and Aging Trends Study (NHATS) -paneelitutkimuksen löydösten perusteella on tutkittu hyvinvointia vuonna 2015. Tutkimuksen mukaan hyvinvointi koostuu kahdesta tekijästä: eudaimonisesta ja hedonistisesta. Heidän mukaansa ikääntyneillä näitä molempia tekijöitä on vaikea tavoittaa, jos niitä tutkitaan erillisinä. Tutkijat alkoivat selvittää, voisiko eudaimonista ja hedonistista hyvinvointia tutkia yhdellä mittarilla väestössä. Tutkijat ottivat paneelitutkimuksen tuloksista 2 satunnaisesti valittua ryhmää. Ryhmä 1 sisälsi 3305 henkilöä ja ryhmä 2 sisälsi 3297 henkilöä. Tutkijat testasivat teoriaansa ensin ryhmään 1, ja sen jälkeen sen toistettavuutta ryhmään 2. Hedonistisessa käsityksessä hyvinvointi määritellään nautinnon saavuttamiseksi, kivuttomuudeksi ja tyytyväisyydeksi elämäänsä, koska ihmiset tavallisesti haluavat maksimoida nautinnon ja minimoida kivun. Tämä näkökulma tulee esiin kysymyksessä siitä, miltä ihmisistä tuntui tietyllä ajanjaksolla. Näkökulmaksi jää vahvasti tunteet. Eudaimonisessa näkemyksessä katsotaan, että ihminen on hyvinvoiva, kun hän pystyy toimimaan optimaalisesti ja toteuttamaan itseään haluamallaan tavalla. Tämä näkökulma liittyy siihen, suunnitteleekeo ihminen tulevaisuuttaan ja pyrkiikö hän tekemään suunnitelmistaan totta. Näkökulmana tällöin toimii ihmisen elinvoimaisuus. Ikääntyneillä hyvinvoinnin arvioiminen on haastavaa, koska tutkimusten mukaan hyvinvointi voi muuttua iän myötä. Tutkittaessa elämän tarkoitusta ja kasvua ikääntyneet saavat huonommat tulokset verrattuna työikäisiin. Tämä voi kertoa siitä, että ikääntyneiden hyvinvointi on heikompaa, tai siitä, että ikääntynyt voi kokea saavuttaneensa elämässään jo kaiken tarvittavan. Ikääntyneiden heikompaa hyvinvointia voivat selittää myös iän myötä esiintyneet sosiaaliset menetykset ja sairauksien aiheuttamat fyysiset rajoitukset. Pitkäaikaissairaudet voivat johtaa ahdistuneisuuteen ja masennukseen. Eläkkeelle jääminen voi vaikuttaa negatiivisesti taloudelliseen tilanteeseen, päivittäisiin rutiineihin ja omaan identiteettiin. On tutkittu, että esimerkiksi vapaaehtoistyön tekeminen voi parantaa eläkkeelle jääneen ihmisen hyvinvointia, koska se



voi tuoda arkeen rutiinia ja elämälle tarkoitusta ja roolin. Tutkimuksen mukaan hedonistiset ja eudaimoniset lähestymistavat kannattaa yhdistää tutkittaessa ikääntyneiden mielenterveyttä. (Kyengmo ym., 2016.)

Maailmanlaajuisesti dementiapotilaita on arvioitu olevan vuonna 2010 noin 35,6 miljoonaa, ja todettu masennuksen olevan yleistä dementiaa sairastavilla ihmisillä. Tässä Norjassa tehdyssä tutkimuksessa verrattiin perusterveydenhuollossa tapahtunutta arviointia erikoissairaanhoidossa arvioituihin potilaisiin, joilla todettiin olevan kognitiivista heikentymää. Tutkimuksen tarkoitus oli myös tutkia masennukseen liittyviä tekijöitä. Tutkimus toteutettiin havainnointitutkimuksena, johon osallistui useita lääkäreitä, poliklinikoita ja muistiryhmiä eripuolilta Norjaa. Perusterveydenhuollon arvioinnissa olevia potilaita oli yhteensä 226 ja erikoissairaanhoidossa 1595. Tutkimuksessa käytettiin myös apuna heidän omaisiaan. Tutkimuksessa käytettiin useita kansainvälisiä mittareita muun muassa MMSE, NTP-G, RSS ja IQGODE. Tutkimuksessa selvisi, että perusterveydenhuollon potilaat olivat iäkkäämpiä, vähemmän koulutettuja, heillä oli heikompi MMSE, enemmän rajoituksia päivittäisessä elämässä, enemmän dementiaan liittyviä käyttäytymisoireita, enemmän masennusoireita, asuivat useammin yksin, sekä heillä oli useammin diagnosoitu dementia verrattuna erikoissairaanhoidon potilaisiin. Masennusta havaittiin olevan enemmän naispuolisilla potilailla, jotka olivat myös iäkkäämpiä ja heillä oli vaikeampi kognitiivinen heikentyminen. Jopa 52 perusterveydenhuollon potilaista ei saanut yleislääkäriltä muistisairausdiagnoosia. Tutkimuksen johtopäätöksenä oli, että perusterveydenhuollossa tulisi ottaa huomioon ikääntyneiden heikko kognitiivinen kyky, päivittäiset rajoitukset, psykologiset oireet ja masennus sekä se, että usein he asuvat yksin. Dementiaa sairastavien hoito tulisi räätälöidä yksilöllisesti. Masennus koettiin kaikista kuormittavimpana hoitohenkilökunnalle. Ruotsissa tehty samankaltainen tutkimus tuotti yhteneviä tuloksia. (Michelet., ym. 2020.)

### 4.3 Ikäihmisten mielenterveyspalvelut

Mielenterveyspalveluiden käyttöä on tutkittu suomalaisessa Finterveys-tutkimuksessa, ja sen perusteella aikuisväestössä 9 % naisista ja 8 % miehistä käyttää mielenterveyspalveluita. Eläkeikäisten mielenterveyspalveluiden käyttö oli vähäisempää kuin muilla ikäryhmillä. 70–75-vuotiaat käyttivät mielenterveyspalveluita kaikkein vähiten. Eniten mielenterveyspalveluita käyttivät työikäiset korkeasti koulutetut naiset, mikä voi viitata parempaan tietoisuuteen mielenterveysongelmista ja niiden hoidosta. Mielenterveyspalveluiden käyttö on pysynyt edelliseen Finterveys-tutkimukseen nähden lähes samana, vaikka mielenterveyspalveluita on pyritty kehittämään niin, että hoitoon hakeutumisen kynnys mataloituisi. (Koponen ym., 2017, s 156–158.)

Psykoterapia on hoito- ja kuntoutusmuoto, jota voidaan käyttää hoitona tai osana hoitoa kaiken ikäisillä henkilöillä ahdistuneisuuteen, masennukseen, traumape räisiin oireisiin sekä kuormitusoireisiin. Lievissä tapauksissa psykoterapia voi riittää hoitona, vaikeammissa tapauksissa sitä käytetään esimerkiksi lääkehoidon tukena. Ennen psykoterapian aloittamista potilaan elämässä ei saa olla akuuttia kriisiä tai hallitsematonta päihdeongelmaa, sillä potilaan tulee olla motivoitunut ja kyettävä sitoutumaan hoitoon. Psykoterapian tulee aina olla yksilöllistä, ja sillä olla selkeät tavoitteet, joita kyetään myös arvioimaan. Psykoterapiat jaetaan lyhyisiin, keskipitkiin ja pitkiin terapioihin niiden käyntikertojen määrän mukaan. Pitkät psykoterapiajaksot ovat yleisimpiä, ja niihin ohjaututaan yleisimmin Kelan kuntoutuspsykoterapian kautta. Ongelmaksi ikäihmisille muodostuu Kelan määrittämä ikäraja kuntoutuspsykoterapialle, joka on 16–67 vuotta. Julkisia mielenterveyspalveluita on saatavilla vähän, ja erikoissairaanhoidon diagnostiset kriteerit rajaavat lievät ja keskivaikeat tapaukset pois palveluiden piiristä. Psykoterapian saatavuutta pyritään parantamaan ostopalveluilla, mutta myös palvelusetelin käytön esteenä on yleensä 67 vuoden ikäraja. Psykoterapiaa käytetään siis ikääntyneillä vähemmän kuin tarve olisi, koska julkisia vanhuspsykiatrian yksiköitä on vähän. Yksityiseen psykoterapiaan harvemmillä ikäihmisillä on varaa. (Laukkala ym., 2020, s. 2047–2048; Pajunen, 2020, s. 2069.) Kelan tukeman psykoterapian tarkoitus on edistää kuntoutujan työ- ja opiskelukykyä, antaa tukea

opiskelun etenemiseen ja työelämässä pysymiseen, sekä tukea työelämään siirtymiseen tai sinne palaamiseen. Kelan järjestämä kuntoutuspsykoterapia on tarkoitettu 16–67-vuotiaille. (Kela, i.a.) Ikääntyneet eivät siis kuulu Kelan tarjoaman tuen piiriin.

Psykoterapia on tehokas hoitomuoto ikääntyneiden mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöissä. Jo aiemmin mainittu kuntoutuspsykoterapian 67 vuoden yläikäraja vaikuttaa ikääntyneiden mielenterveyskuntoutukseen muuttaen sen lääkepainotteisemmaksi, koska sopivia terapiapalveluita ei ole saatavilla kaikissa kunnissa. Viime aikoina on pyritty lisäämään lyhytkestoisia terapioita ikäihmisille vähäisten resurssien vuoksi, ja ne on todettu käyttökelpoisiksi. Huomioitavaa ikääntyneen kohdalla on se, että ikääntyneen psykoterapia pyrkii parantamaan elämänlaatua ja toimintakykyä, eikä esimerkiksi palauttamaan tai ylläpitämään työ- tai opiskelukykyä. Tällöin terapian luonne ja tavoitteet ovat erilaiset, ja painottuu ikäihmisillä esimerkiksi sosiaalisten suhteiden selvittämiseen. Nykytiedon valossa nähdään, että jo osittainen oireiden lievittyminen parantaa ikääntyneen toimintakykyä ja arjessa selviytymistä. Palvelujärjestelmää siis tulisi kehittää siihen suuntaan, että psykoterapiaa olisi saatavilla jo siinä vaiheessa, kun ongelmat ovat vielä lievempiä, eivätkä vaadi pitkiä hoitajaksoja. (Laukkala ym., 2020, s. 2050–2053.)

Lievä muistisairaus tai somaattiset ongelmat eivät ole yleensä esteenä psykoterapialle. Ikääntyneen mielenterveyttä hoidettaessa pureudutaan helposti kognitiivisten kykyjen heikkouteen tai fyysiseen haurauteen. Muistiongelmat nostavat tämän vuoksi psykoterapiaan hakeutumisen kynnyistä, tai vaikeuttavat hoidon saamista. Ikääntyneet ovat usein monisairaita, ja tällöin pitääkin ottaa huomioon ihmisen kokonaisuutena. Jotkin somaattiset sairaudet voivat aiheuttaa mielenterveyden ongelmia, kuten masennusta. Huomioon tulee ottaa myös käytettyjen lääkkeiden sivuvaikutukset. Monet etenevät sairaudet voivat aiheuttaa pelkoja, joita voidaan käsitellä psykoterapian keinoin. Ikääntymiseen voi liittyä erilaisia menetyksiä sekä ihmissuhteiden ja elämäntilanteen muutoksia. Puolison tai ystävän kuolema voi aiheuttaa yksinäisyyttä, tai ikääntyneen oma fyysinen kunto voi huonontua niin paljon, että ikäihminen jää kotiinsa riippuvaiseksi muista. Taustalla voi myös olla käsittelemättömiä traumoja. Nämä edellä mainitut asiat

voivat aiheuttaa ikääntyneelle sopeutumisvaikeuksia, jotka voivat johtaa ahdistuneisuuteen, lisääntyneeseen lääkkeiden ja päihteiden käyttöön, sekä pahimmillaan itsetuhoisuuteen. Lisääntynyt lääkkeiden ja päihteiden käyttö voi huonontaa fyysistä toimintakykyä entisestään. Tätä prosessia voitaisiin mahdollisesti hidastaa ajoissa toteutetulla psykoterapialla, tai vanhusten mielenterveyden matalan kynnyksen palveluilla. Ikääntyneen psykoterapia voi vaatia terapeutilta lisää joustavuutta, esimerkiksi fyysisten rajoitteiden vuoksi, mutta rajoitteet eivät saisi muodostua esteeksi hoidolle. (Pajunen, 2020, s. 2070–2073).

#### 4.4 Lääkityksen merkitys mielenterveystyössä

Ikääntyneillä lisääntyvä sairauksien määrä lisää tarvetta lääkehoidolle, joka taas lisää polyfarmasian eli monilääkityksen tarvetta ja riskejä. Kun samanaikaisesti käytetään useita eri lääkkeitä, kasvaa haitta- ja sivuvaikutusten riski. Tällöin jonkun lääkkeen vaikutus voi lisääntyä, vähentyä tai muuttua. Iän myötä myös tarvittavat lääkeannokset pienenevät kehon toiminnan muutosten vuoksi. Unilääkkeiden sekä rauhoittavien lääkkeiden myöhäisvaikutukset nostavat kaatumisriskiä aiheuttaen esimerkiksi huimausta ja sitä kautta altistaen kaatumisille. Mikäli esimerkiksi sairaalajaksolla aloitetaan unilääke unta parantamaan, olisi se hyvä kotiutuessa mahdollisuuksien mukaan lopettaa. (Terveyskylä, 2020.) 75 vuotta täyttäneiden lääkityksen arvioimiseksi ja suunnittelemiseksi on luotu Lääke75+ -tietokanta. Sen tavoitteena on parantaa ikääntyneiden lääketurvallisuutta ja tukea lääkityksiin liittyvää päätöksentekoa. Sivustoa kehittää ja ylläpitää Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea. Tietokanta on kaikkien saatavilla, ja lääkkeet on siellä luokiteltu A, B, C ja D luokkiin sopivuuden mukaan. A on luokituksessa ikääntyneille sopiva ja D on ei-suositeltava iäkkäillä. (Fimea, i.a.) Lääkkeillä on suuri osuus ikäihmisten hyvinvoinnissa, hyvässä ja pahassa.

Ikääntyneiden määrä tulee lähitulevaisuudessa kasvamaan entisestään, mikä tuo haasteita Suomen ja Euroopan terveyden huollolle. Suomessa ikääntyneiden määrä on keskivertotasa Eurooppaan nähden. Joillain alueilla, kuten Etelä-Savossa, yli 65-vuotiaiden määrä on jopa 28 %. Kotihoidossa olevien henkilöiden

osuus on Suomessa keskimäärin 3,1 %, mutta Etelä-Savossa määrä on Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen vuoden 2011 tilaston mukaan 14,8 %. Iso osa laitoshoidon ja kotihoidon potilaista on muistisairaita, ja lähes kaikille heistä tulee jossain vaiheessa neuropsykiatrisia oireita. Iäkkäiden muistisairauden hoitoon tarkoitettujen lääkkeiden ja psyykelääkkeiden, erityisesti psykoosilääkkeiden käyttöä on tutkittu, sekä niiden käytön yhteyksiä käytösoireisiin. Lisäksi tutkimuksessa selvitettiin fyysisten rajoitusten käyttöä ja niiden kytköksiä käytösoireisiin, psyykelääkkeiden käyttöön sekä päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseen. Samalla tehtiin kartoitusta lääkkeettömien hoitomuotojen käytöstä laitoshoidossa. Tutkimusta tehtiin kyselytutkimuksena, johon osallistui Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kunnallisen ja yksityisen puolen kaikki hoivaa ja hoitoa tarjoavat yksiköt, sekä kaikki kunnallisen kotihoidon yksiköt. Kysely tehtiin vuonna 2011 ja siihen vastasi 97 % yksiköistä. Kaikkiaan tutkimukseen saatiin mukaan 2821 henkilöä, joista 1439 oli ympärivuorokautisessa laitoshoidossa ja 1383 säännöllisessä kotihoidossa, heidän keski-ikänsä oli 81-vuotta. Päivittäisiä toimintoja sairaanhoitajat arvioivat Barthel-indeksillä, tietoja koottiin lisäksi lääkäreiden tekemistä muistisairaus diagnooseista, joiden tasoa arvioitiin neliportaisesti (Normaali, lievästi, keskivaikeasti ja vaikeasti heikentynyt kognitio). Vuoden 2010 ja 2011 Mini mental state Examination (MMSE) tulokset kerättiin. Käytösoireita selvitettiin Neuropsychiatric Inventory (NPI) oireluettelolla. Sairaanhoitajat seurasivat kaikkien potilaiden käytösoireita, jotka luokiteltiin yliaktiivisuus, psykoosi sekä mielialaoire, ja apatia -ryhmiin. (Kuronen, 2017.)

Laitoshoidossa tilastoituja muistisairauksia oli 56 % ja kotihoidossa 31 %, heistä 69 % käytti siihen lääkitystä. Muistia tukevien lääkkeiden käyttö oli yleistä molemmissa hoitoryhmissä, ja niiden käyttö oli yhteydessä apatia- ja mielialaoireisiin. 31 % muistisairaista käytti psykoosilääkkeitä, mikä on kansainvälisesti korkea luku. Tulosten mukaan psyykelääkkeiden käyttö liittyi laitoshoidossa yliaktiivisuus ja psykoosioireiluun, ja kotihoidossa mieliala- ja apatia oireiluun. Fyysisten oireiden tutkiminen tapahtui ainoastaan laitoshoidossa. Psykoottiset oireet ja bentsodiatsepiinien käyttö olivat yhteydessä fyysisten rajoitusten käyttöön. Negatiivinen yhteys oli kuitenkin hyvän toimintakyvyn ja psykoosilääkkeiden käyttämisellä. Sanallinen rauhoittelu, ajan ja huomion antaminen olivat eniten käytettyjä

lääkkeettömiä hoitomuotoja. Neuropsykiatriset oireet ja muisti- ja psykoosilääkkeiden käyttö olivat yleisiä molemmissa hoitopaikoissa. Yli puolelle laitoshoidossa käytettiin fyysisiä rajoituksia. (Kuronen, 2017.)

#### 4.5 Eettisyys ikääntyneiden hoitotyössä

Sairaanhoitajaliiton koostamien sairaanhoitajan eettisten ohjeiden mukaan sairaanhoitajan, terveydenhoitajan, kättilön tai ensihoitajan tutkinnon suorittaneen tulee toimia työssään erilaisten ihmisten kanssa aina ihmisarvoa ja kulttuuria kunnioittaen, ihmistä kuunnellen, tukien ja auttaen. Ohjeiden mukaan sairaanhoitajan tehtäviin kuuluu kaikenikäisen väestön terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen ja kärsimysten lievittäminen, kaikissa asiakkaiden elämäntilanteissa. Yhtenä tärkeänä tavoitteena on lisätä asiakkaan omia voimavaroja, ja parantaa heidän elämänlaatuaan. Sairaanhoitajan tulee aina pyrkiä kunnioittamaan ihmisen itsemääräämisoikeutta. Sairaanhoitajan tulee kehittää omaa ammattitaitoaan ja työskentelytapojaan jatkuvasti, myös työtovereiden ammattitaitoon ja eettiseen toimintaan tulee kiinnittää huomiota. (Sairaanhoitajaliitto, i.a.)

Itsemääräämisoikeus on hoitotyössä usein puheenaiheena, sillä tulee ottaa huomioon se, että aina ihminen ei itse välttämättä ymmärrä omaa parastaan sairautensa vuoksi. Tällöin hoitajan arvioitavaksi jää, onko potilas kykeneväinen päättämään terveytensä liittyvistä asioista. Vaikka potilas ei pystyisi päättämään omista asioistaan, tulee hänen mielipidettään kuunnella, ja asioistaan tiedottaa hänelle. Mielenterveysstrategiassa mainitaan kuitenkin valitettavasti, että ”Henkilö, jolla on mielenterveyden häiriö, joutuu usein ponnistelemaan saadakseen täysimääräisen aseman itseään koskevassa päätöksenteossa.” (Vorma ym., 2020, s. 27.)

Mielenterveyshäiriöstä kärsivä voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon, mikäli muut palvelut on todettu riittämättömäksi, ja hän on riskissä vaarantaa itsensä tai muiden ihmisten terveyden (L 1116/1990 8. §). Mielenterveyslain pykälän 11 § mukaan tarkkailuun otettavan oma mielipide on kuitenkin kuultava (L 1116/1990 11 §). Eettisen ristiriidan tässä kohdassa hoitohenkilökunnalle luo

se, että potilaan mielipidettä on kuultava, mutta käytännössä mielipiteellä ei ole merkitystä, koska hoitoon on oikeus määrätä, jos tila sitä edellyttää. Ikääntyneiden kohdalla mukana prosessissa on usein myös omaisia, joiden mielipide voi prosessissa tulla vahvasti ilmi, ja olla myös eriävä potilaan ja hoitohenkilökunnan mielipiteestä.

Itsemääräämisoikeudesta säädetään laissa potilaan asemasta ja oikeuksista. Potilaan hoidon tulisi toteutua yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Mikäli potilas ei pysty päättämään itse, on seuraavaksi kuunneltava hänen lähiomaisensa tai laillisen edustajan mielipidettä. Mikäli hoidosta päätetään potilaan puolesta, tulee ottaa huomioon hoitotahto tai potilaan henkilökohtainen etu. (L 785/1992 6. §.) Potilaan edun mukaisesti toimiminen on vahvasti etiikkaan nojaava päätös. Joskus omaisten ja potilaan oma mielipide voi olla eriävä. Toisaalta myös potilaan oma päätös voi olla hänen oman etunsa vastainen. Hoitohenkilökunta ja terveydenhuollon henkilöstö joutuu tekemään eettistä pohdintaa työssään jatkuvasti.

Arvioitaessa potilaan parasta, voi olla monta erilaista näkökulmaa. Esimerkiksi lehdissä ja sosiaalisessa mediassa viime vuosina on noussut esiin aihe hygieniahaalarin käytöstä muistisairaalla. Hygieniahaalarin tarkoituksena on estää riisuutuminen, mutta sillä voidaan myös estää potilaan omatoimiset wc-käynnit. Hygieniahaalarin käyttö on usein perusteltua potilaan edun mukaisesti, mikäli hän esimerkiksi sotkee ulosteella tai riisuu vaatteensa ja liikkuu yleisissä tiloissa ilkosillaan. Hygieniahaalaria voidaan kuitenkin käyttää myös potilaan edun vastaisesti, jos sillä tarkoituksellisesti estetään esimerkiksi wc-käynnit vähäisen henkilökunnan vuoksi palveluasumisessa. Eläkkeellä oleva perushoitaja Inkeri Tuomala on Kalevassa vuonna 2019 julkaistussa mielipidekirjoituksessaan maininnut hygieniahaalariin liittyen, että ”Hyvää hoitoa on myös se, että huolehditaan, ettei muistisairas ihminen menetä arvokkuuttaan sotkemalla itseään ja esiintymällä ilkosillaan.”

## 5 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

### 5.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimustuloksia tarkastellessa tulee huomioida kriittisesti tutkimusaineiston menetelmät ja tutkimuskohteiden eri taustatekijät. Aineistossamme on käytetty raportteja tutkimuksista sekä katsausartikkeleita, joissa kirjoittajan omat mielipiteet saattavat nostaa esiin tutkimuksen tuloksia eri kannalta, kuin alkuperäisessä tutkimuksessa. Artikkelit myös nostavat melko vahvasti esille kirjoittajan kannanotot. Aineistossa käytetyt kohderyhmät saattavat vaikuttaa myös tulokseen, eikä kaikissa tutkimuksissa, joissa on vertailtu eri kohderyhmiä keskenään, ole tulokset olleet täysin vertailukelpoisia. Muussa maassa tehdyt tutkimukset eivät myöskään ole täysin verrattavissa Suomen mielenterveyden tasoon ja hoitoon, mutta niistä saatujen tutkimustulosten perusteella voimme saada arvokkaita toimintamalleja ja tietoa. Kyselytutkimuksia tarkastellessa, on hyvä arvioida kriittisesti, onko kysymykset ymmärretty oikein. Lähes kaikkia aineistossa käytettyjen tutkimusten aiheita on tutkittu aiemmin, ja niiden tuloksia on voitu verrata keskenään. Ainakin yhdessä aineiston tutkimuksessa on ensikertaa Suomessa tutkittu ai-  
hetta, eikä sen tuloksia pystytä vertaamaan edellisiin tutkimuksiin.

Aineiston tutkimusten tulokset pääosin tukivat toinen toistaan. Myös teorian tieto oli samansuuntaista tehtyjen tutkimusten kanssa, eikä eriävyyksiä tullut ilmi. Teoriaosuudessa käytetyn, yli 5 vuotta vanhan lähteen käyttö on perusteltua, sillä tieto on yhä ajankohtaista. Opinnäytetyössä on käytetty paljon suomenkielisiä lähteitä ja aineistossa on käytetty runsaasti tietoa, joka on saatu Suomessa tehdyistä tutkimuksista. Tämä oli tarkoituksenmukaista, jotta saatiin kohdennettua opinnäytetyö ikääntyneisiin suomalaisiin. Kansainväliset näkökulmat on kuitenkin otettu myös huomioon.



## 5.2 Yhteenveto

Tutkimustulosten perusteella ikääntyneiden mielenterveys näyttäytyy arjessa sen ongelmallisuuden kautta. Tutkimuksista tuli ilmi, kuinka suuri osa ikääntyneistä kärsi jostain mielenterveysongelmasta. Suurimmat ongelmat liittyivät masennukseen, psyykkiseen kuormittavuuteen ja yksinäisyyteen, sekä muistisairaudesta johtuviin neuropsykiatriisiin oireisiin. Kotona asuvien mielenterveysongelmien tunnistamisen aineiston perusteella saimme kuvan siitä, että mielenterveystyö ei ole riittävää terveydenhuollossa, siihen ei ole tarpeeksi koulutusta, osaamista eikä iäkkäät potilaat itse myöskään hakeudu riittävästi mielenterveyspalveluiden piiriin.

Useammassa löytämässämme tutkimuslähteessä mielenterveyttä pohdittiin mielen hyvinvoinnin, positiivisen mielenterveyden ja mielenterveyden edistämisen näkökulmasta. Tutkimusten perusteella on todettu ikääntyneiden yli 80-vuotiaiden, etenkin naisten kokevan kaikkein vähiten korkean positiivista mielenterveyttä. Ikääntyneiden mielenterveyttä tutkiessa on todettu hedonististen ja eudaimonisten lähestymistapojen yhdistämisen olevan kannattavaa. Ikääntyneiden yksinäisyys on koettu olevan kaikista suurin kognitiota, toimintakykyä ja hyvinvointia heikentävä tekijä. Aineiston perusteella on todettu kuitenkin myös elämäntapojen parantamisella ja riittävällä tiedon jakamisella ja niiden omaksumisella, sekä aikaisella avun piiriin pääsemisellä olevan tärkeä merkitys ikääntyneiden hyvinvoinnin ja mielenterveyden kannalta. Tähän hoitohenkilökunta ja potilaat pystyvät osaltaan vaikuttamaan ikääntyneen hyvinvoinnin edistämiseksi. Aineiston perusteella voidaan todeta, että mielenterveyttä tulisi enemmän katsoa positiivisen mielenterveyden kannalta, jolloin voidaan vahvistaa kokonaisvaltaista mielen hyvinvointia ja siten hoitaa sairautta. Hyväksi havaittuja positiivisen mielenterveyden edistämisen taitoja tulisi enemmän tuoda ilmi, mistä ikääntynyt väestö voisi voimaantua. Samalla tieto hyvinvoinnista kasvaisi. Arjen valinnoilla ja elämäntavoilla on oleellisesti vaikutusta kokonaishyvinvointiin ja mielenterveyteen. Tarvi- taan siis kaikissa terveyspalveluissa annettavaa kannustusta terveyttä ja hyvinvointia lisääviin tekijöihin, ja niitä tukeviin mielenterveyden palveluihin.

Väestön ikääntymisen myötä myös mielenterveysongelmien määrä nousee. Se tarkoittaa sitä, että terveydenhuolto tulee kuormittumaan entisestään. Myös ikääntyneiden tutkitusti lisääntynyt alkoholin käyttö kuormittaa omalta osaltaan terveydenhuoltoa. Tutkimusten mukaan ikääntyneiden psyykkinen kuormittuneisuus on yleistä, ja masennus on yleisempää heillä kuin muulla väestöllä. Psykkinen oireilu ja masennus on tutkimusten mukaan kasvanut. Muistisairaiden neuropsykiatrisen oireilun hoitona käytetään käypähoito -suositusten mukaan pääasiassa lääkkeitöntä hoitoa. Tutkimusten mukaan omahoitajien ja hoitohenkilökunnan kohdennetulla interventioilla pystytään lykkäämään jopa kahdella vuodella laitokseen joutumista. Myös yksilöllisesti huomioitu interventio lieventää neuropsykiatrista oireilua. Norjalaisen tutkimuksen mukaan perusterveyden huollon potilaat olivat iäkkäämpiä ja yleisesti heikomman kognition omaavia ja masentuneempia kuin erikoissairaanhoidon potilaat. Tämä tarkoittaa sitä, että perusterveydenhuollon tulee enemmän huomioida yksilöllisesti potilaiden korkea ikä, kognitio, heikko yleisvointi ja masentuneisuus. Tutkimuksen tulokset tulisi huomioida myös Suomen perusterveydenhuollossa. Mielenterveysstrategia pyrkii ohjaamaan mielenterveysongelmien hoitoa parempaan suuntaan, pyrkimällä lisäämään resursseja, edistämään hoitohenkilökunnan osaamista, ja parantamaan eri hoitomuotojen saatavuutta.

Terveydenhuoltolaki varmistaa kunnan mielenterveys- ja päihdepalveluiden järjestämisen. Aineiston perusteella tulee kuitenkin ilmi, etteivät mielenterveyspalvelut ole riittäviä, ja palveluita on myös supistettu entisestään säästöleikkauksien vuoksi. Alueelliset erot palveluiden saannissa ovat myös suuria. Perusterveydenhuollossa mielenterveyspalveluiden tarjoaminen on nähty kuuluvan vain tietyille työntekijöille. Aineiston perusteella voidaan todeta myös ikääntyneiden heikko mielenterveyspalveluiden piiriin hakeutuminen, mikä voi johtua tiedon puuttumisesta tai esimerkiksi häpeästä. Perusterveydenhuollon henkilökunnan kouluttaminen mielenterveystyöhön saattaisi helpottaa potilaiden mielenterveyspalveluiden pariin pääsemistä.

Ikääntyneen hoitoon pääsyn esteenä on havaittu olevan joissakin palveluissa 67-vuoden ikäraja, joka kertoo siitä, että eläkeikäisen väestön ongelmia ei nähdä

yhtä painavana, kuin työikäisen väestön. Esimerkiksi ikääntyneet hyötyisivät psykoterapiasta, mutta Kelan asettama ikäraja psykoterapiaan pääsulle, sekä ostopalveluiden sama ikäraja estää ikääntyneitä pääsemään hoidon piiriin, tai vähintäänkin vaikeuttaa sitä. Varhainen psykoterapiaan pääsy estäisi pitkien psykoterapioiden tarpeen ja helpottaisi ikääntyneiden arjessa selviytymistä ja lisäisi hyvinvointia. Ikääntyneiden hoitamattomat mielenterveyden ongelmat voivat lisätä lääkkeiden ja päihteiden käyttöä ja siten huonontaa fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä. Psykoterapian ja matalan kynnyksen palveluiden merkitys mielenterveyden hoidossa on erityisen tärkeää, sillä niillä pystyttäisiin huomattavasti parantamaan ikääntyneiden mielenterveyttä ja vähentämään esimerkiksi sairaalajaksoja, turvaphelinhälytyskäyntejä, sekä päivystyksen ruuhkautumista.

lääkäillä muistisairaudet ja niihin liittyvät psykiatriset käytösoireet todettiin olevan yleisiä. Tutkimusten mukaan on yleistä, että niiden hoitona käytetään muisti- ja psykoosilääkkeitä. Kotioloissa psykelääkkeiden käyttö liittyi masennus ja apatia oireisiin. Lääkkeetöntä hoitoa oli myös käytetty, mutta suhteellisen vähän. Aineistosta saatujen tulosten mukaan lääkkeettömän kohdennetun hoidon koettiin olevan tehokasta. läkkäiden liiallisen lääkityksen, ja niiden haittojen ehkäisemiseksi olisikin hyvä enemmän käyttää muita hoitokeinoja kuin lääkkeitä. Jatkossa voisi-kin tehdä kirjallisuuskatsauksen erityisesti ikääntyneiden mielenterveysongelmien lääkkeettömistä hoitokeinoista, koska siitä löytyisi tutkimuksia paljon.

### 5.3 Pohdinta

Opinnäytetyömme teema on hyvin ajankohtainen ja uskomme siitä olevan hyötyä yhteistyökumppanillemme. Ennen opinnäytetyön tekoa näimme aiheen mielenkiintoisena, mutta emme osanneet ajatella sen olevan näin ajankohtainen ja monisyinen. Yhteiskunnassamme ikääntyneet näyttävät olevan enemmän rasite eikä heidän arvoaan nähdä samalla tavalla kuin esimerkiksi ulkomaille. Ulkomaille yleisesti ikääntyneitä hoivataan ja kunnioitetaan erittäin hyvin, kun taas Suomen mallissa ikääntyneiden hyvinvointi usein jää taka-alalle päätöksenteossa. Toivoisimme aiheen nousevan enemmän keskusteluun, koska olemme

huomanneet opinnäytetyön seminaareissakin aiheemme puhuttavan. Moni ei ole tullut edes ajatelleeksi asiaa.

Kirjallisuuskatsauksemme jäi hieman suppeaksi, mutta saimme aikaiseksi hyvän ja kattavan tietopaketin mielenterveydestä, hyvinvoinnista, saatavilla olevista palveluista sekä niiden kehittämisestä. Löytämämme tutkimustulokset eivät vastanneet suoraan tutkimuskysymyksiimme, mutta koimme löytämämme aineiston kuitenkin arvokkaana ja käyttökelpoisena tietona. Aiheemme oli ehkä liian laaja, koska tutkimuskysymyksiä ja tietoa oli vaikea rajata oikeanlaisiksi. Emme kuitenkaan halunneet muuttaa tutkimuskysymyksiä jälkeenpäin, koska koimme sen vääristävän saatuja tuloksia ja antavan väärän kuvan saatavilla olevasta tiedosta. Aihetta tulisi tutkia enemmän.

Tilaaajalle uskomme työstämme olevan hyötyä paljonkin, mikäli he ottavat sen aktiivisesti luettavaksi ja hyödyntävät kehitysajatuksiamme. Esimerkiksi kouluttamalla lääkäreitä ja hoitajia tunnistamaan mielenterveysongelmat paremmin, voidaan saada yhteiskuntatasolla parannusta saatavilla oleviin palveluihin, koska niiden tarve tulee näkyväksi. Jos ongelmat ja palveluiden käyttö eivät näy tilastoissa, ei asiaan myöskään tule muutosta. Tämänhetkisessä tilastotiedossa on viitteitä ongelmista, mutta palveluiden käyttö ei ole riittävää. Erityisesti toivomme työmme lisäävän tietämystä ja keskustelua aiheesta sekä poistavan häpeää. Tietoa mielenterveysongelmista ja avun saatavuudesta tulisi olla paremmin saatavilla myös ikääntyneille itselleen. Ikääntyneiden mielenterveysongelmista pitäisi puhua enemmän, jotta niistä kärsiminen ei olisi yhteiskunnassamme häpeällistä. Ikäihmisten hoitoon hakeutumista huonontavat esimerkiksi viestintä vääränlaisissa medioissa, häpeällisyys ja tiedonpuute. Tietoa tulisi saada ikääntyneelle tutusta ympäristöstä ymmärrettävällä tavalla ja ohjausta mielenterveysongelmien hoitoon tulisi saada esimerkiksi terveyskeskuksesta tai kotihoidosta. Ikäihmisten fyysiset rajoitteet tulisi myös ottaa paremmin huomioon ja syrjäytymisen ehkäisemiseksi ohjata liikuntarajoitteisia ikääntyneitä hakemaan heille kuuluvia avustavia palveluita. Mielenterveyden ongelmien ehkäisy ja hyvinvoinnin parantaminen ovat kustannustehokkaampia, kuin jo olemassa olevien ongelmien hoito.

Aikataulumme oli hieman nopea, koska opinnäytetyöprosessissamme on ollut aika paljon mutkia matkassa. Aloitimme prosessin maaliskuussa 2020 eri aiheella, sen hetkinen yhteistyökumppani kuitenkin perui yhteistyön koronapandemian vuoksi ja uuden yhteistyön löytämisessä meni aikaa. Tällöin kolmen ihmisen opinnäytetyöporukastamme lähti yksi pois, ja jatkoimme kaksin. Lisäksi prosessimme aikana on vaihtunut ohjeistuksia, sekä ohjaava opettajamme vaihtui kesken prosessin. Koemme näiden asioiden vaikuttaneen lopputulokseen. Lopulta saimme tämän aiheen syyskuussa 2020, mutta se oli täysin eri kuin millä olimme aloittaneet. Asia vaati taas paljon paneutumista. Toisen meistä on tarkoitus valmistua keväällä 2021, joten jouduimme siksi tekemään lopullisen työmme hieman suunniteltua nopeammin. Lisäksi syksy 2020 oli muiden opintojen kannalta aika raskas molemmille pandemian keskellä, jonka vuoksi opinnäytetyön teko oli silloin hitaampaa. Teimme opinnäytetyön pääosin joululoman aikana, jolloin muita opintoja ei ollut ja pystyimme keskittymään siihen täysillä. Emme koe, että prosessin piteneminen entisestään olisi parantanut lopputulosta.

#### 5.4 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyön tekeminen on tukenut ja vahvistanut osaamistamme ikäänntyneiden hoitotyöstä. Molemmille kyseinen opinnäytetyö oli ensimmäinen ja olemme matkan varrella oppineet sen teosta paljon. Aiheen koimme mielenkiintoiseksi, mutta ajoittain haastavaksi sen moninaisuuden vuoksi. Parityöskentely antoi eri näkemyksiä ja vahvistusta omaan tekemiseen, helpotusta työn määrään sekä vertaistukea. Opinnäytetyö oli aikaa vievä prosessi, mikä vaati perehtymistä aiheeseen sekä opinnäytetyön prosessin eri vaiheisiin. Myös tutkimuksen tekeminen ja kuvaileva kirjallisuuskatsaus itsessään olivat uusia molemmille. Diakin informaation apu oli korvaamaton tiedonhaun vaiheessa, huomasimme myös, miten paljon itse aineiston keruu vaati. Löytämämme aineisto ei vastannut suoraan kysymyksiimme, mutta huomasimme aineiston perusteella ongelma alueet mielenterveystyössä ja sovelsimme ne opinnäytetyöhön laatimiimme kysymyksiin.

Opinnäytetyön teko lisäsi tietämystä kirjallisuuskatsauksesta, opinnäytetyön eri vaiheista, tiedon hausta ja aineistojen laadullisesta arvioinnista ja analyysistä.

Opimme paljon uutta aiheesta jo aiemmin oppimamme tiedon lisäksi. Opinnäytetyön prosessin kautta molemmat kokivat ajoittain intoa kirjoitukseen ja tiedon haalimiseen sekä sen esille tuomiseen, mutta myös stressiä ja epävarmuutta. Työn teko jakautui tasapuolisesti ilman tiettyä sovittua työnjakoa. Pidimme sovittusti Teams-kokouksia, jossa kävimme läpi työn tekoon liittyviä vaiheita etenkin tiedonhaun kohdalla. Työtä kirjoitettiin omien aikataulujen mukaan ja molemmat huolehtivat itse työn tasapuolisuuden toteutumisesta onnistuneesti. Koemme myös kasvaneemme ammatillisesti opinnäytetyöprosessin aikana, ja saaneemme paljon uutta tietoa omaan tulevaan työelämään ja ammattiin. Koska me molemmat voimme jatkossa työskennellä ikääntyneiden parissa, koemme tämän tiedon olevan erityisen tärkeää meille. Voimme olla aiheen esilletuomisessa ja mielenterveysongelmien tunnistamisessa edelläkävijöitä. Olemme ylpeitä oppimastamme ja uskomme sen vielä auttavan meitä tulevaisuudessa.

## LÄHTEET

- Alanen, H-M., Lönnroos, E., Talaslahti, T., Vataja, R., Ginters, M., Sorri, M., Mykkänen, M., Leinonen, E., & Koponen, H. (2020.) *Vääriä säästö-päätöksiä vanhuspsykiatriassa. Lääkärilehti 10/2020*. Saatavilla 6.3.2020 <https://www-laakarilehti-fi.anna.diak.fi/ajassa/keskustelu/vaaria-saastopaatoksia-vanhuspsykiatriassa/>
- Field, S., & Haarni, I. (2017). Ikääntyvien elämäntaidoissa kiteytyy elämäkokemuksen moni-ilmeisyys. Ikäinstituutti. *Gerontologia 2/2017* (s.133–140). <https://journal.fi/gerontologia/article/view/63065/26235?acceptCookies=1>
- Fimea. (i.a.) *Lääke75+*. Saatavilla 7.1.2021 <https://www.fimea.fi/laakehaut-ja-luettelot/laake75->
- Hietaharju, P., & Nuuttila, M. (2016) *Käytännön mielenterveystyö* (4.uud.p.) Sanoma Pro Oy. <https://www.terveyskyla.fi/ikatalo/ik%C3%A4%C3%A4ntyneelle/ik%C3%A4-ja-arki/v%C3%A4est%C3%B6n-ik%C3%A4%C3%A4ntyminen-suomessa>
- Hölttä, E., & Pitkälä, K. (2019.) Muistisairauden neuropsykiatristen oireiden hoito. *Lääkärilehti 5/2019*. Saatavilla 4.1.2021 <https://www-laakari-lehti-fi.anna.diak.fi/tieteessa/katsausartikkeli/muistisairauden-neuropsykiatristen-oireiden-hoito/>
- Ikäopastin. (i.a.) Neuvonta ja ohjaus. Saatavilla 5.1.2021 <https://www.kymenlaaksonopastin.fi/neuvonta-ja-ohjaus>
- Jyväkorpi, S., Strandberg, T., Urtamo, A., Pitkälä, K., Suominen, M., Kokko, K., & Heimonen, S. (2020.) Ikääntyneiden terveys, elämänlaatu, toimintakyky ja mielen hyvinvointi. *Gerontologia 4/2020* (s.339–344).
- Kan, P., & Pohjola, L. (2012) *Erikoistu vanhustyöhön*. (3.uud.p.) Sanoma Pro Oy
- Kehittämiskeskus Tyynelä. (2010). Nykky, T., Heino, T., Myllymäki, E., & Rinne, T. (toim.), *Ikääntyminen ja päihteet*. Kirjapaja.
- Kela. (i.a.) Kuntoutuspsykoterapia. Saatavilla 7.1.2021 <https://www.kela.fi/kuntoutuspsykoterapia>

- Koponen H., & Vataja R. (2019). Tavallisimmat muistisairaudet. Teoksessa Lönnqvist J., Henriksson M., Marttunen M. & Partonen T. (toim.), *Psykiatria*.
- Koponen P., Borodulin K., Lundqvist A., Sääksjärvi K., & Koskinen S. (2017). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. Finterveys-tutkimus. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. (s. 219–131, 156-158 85–89, 30–32.) [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136223/Rap\\_4\\_2018\\_FinTerveys\\_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136223/Rap_4_2018_FinTerveys_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Koponen, H., & Leinonen, E. (2019.) Vanhuspsykiatria. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Henriksson, M. Marttunen, & T. Partonen (Toim.) *Psykiatria*.
- Korkela, K. & Korkela, J. (2008). Elämäntavat ja mielenterveyden häiriö. Suomen lääkirilehti. Saatavilla [https://thl.fi/documents/974282/1449788/Korkeila\\_El%C3%A4m%C3%A4ntavat\\_artikkeli.pdf/7e8b269f-4b3c-4599-90dd-7861386c17b9](https://thl.fi/documents/974282/1449788/Korkeila_El%C3%A4m%C3%A4ntavat_artikkeli.pdf/7e8b269f-4b3c-4599-90dd-7861386c17b9)
- Kuronen, M. Neuropsychiatric symptoms, psychotropic drug use and physical restraints in older persons. Itä-Suomen yliopisto, terveystieteiden tiedekunta. Saatavilla [https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/17774/urn\\_isbn\\_978-952-61-2432-2.pdf](https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/17774/urn_isbn_978-952-61-2432-2.pdf)
- Kyengmo, K., Lehning, Amanda J., & Sacco, Paul. (2016.) Assessing the factor structure of well-being in older adults: findings from the National Health and Aging Trends Study. *Aging and mental health* 2016, 20(8), 814-822. Saatavilla <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2015.1037245>
- Kymsote. (i.a.) Ikääntyneiden palvelut. Saatavilla 5.1.2021 <https://www.kymsote.fi/fi/Palvelut/Ik%C3%A4%C3%A4ntyneiden-palvelut/c/ikaantyneiden-palvelut>
- Kymsote. (i.a.) Mielenterveys- ja päihdepalvelut. Saatavilla 5.1.2021 <https://www.kymsote.fi/fi/Palvelut/Mielenterveys--ja-p%C3%A4ihde-palvelut/c/mielenterveys-ja-paihdepalvelut>
- L 1116/1990. Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>



- L 1301/2014. Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301#L3P14>
- L 1326/2010. Terveysthuoltolaki 30.12.2010/1326. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- L 785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L2P6>
- L 980/2012. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista 28.12.2012/980. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980#L2P5>
- Laukkala, T., Suominen, I., Granö N., Talaslahti T., Koponen H., & Marttunen M. (2020.) Psykoterapiaan ohjaaminen ja psykoterapian tuloksellisuuden seuranta. *Duodecim*, 136(18), 2047–2054). <https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo15793.pdf>
- Michelet, M., Lund, A., Strand, B., Enkedal, K., Selbaek, G., & Beirgh, S. (2020.) Characteristics of patients assessed for cognitive decline in primary healthcare, compared to patients assessed in specialist healthcare. *Scandinavian journal of primary health care*. Saatavilla <https://doi.org.anna.diak.fi/10.1080/02813432.2020.1753334>
- Mielenterveystalo (i.a.). Ikäihmisten mielenterveyshäiriöt. Saatavilla [https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/tietoa\\_ikaihminen\\_mielenterveydesta/psykiatriset\\_ja\\_neuropsykiatriset\\_ongelmat/Pages/ikaihminen\\_mielenterveyshairiot.aspx](https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/tietoa_ikaihminen_mielenterveydesta/psykiatriset_ja_neuropsykiatriset_ongelmat/Pages/ikaihminen_mielenterveyshairiot.aspx)
- Pajunen, H. (2020.) Ikääntyneen psykoterapiasta. *Duodecim*, 136(18), 2069–2074. <https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo15796.pdf>
- Routasalo, P. (2010). Yksinäisyyden lievittäminen. Teoksessa P. Voutilainen & P. Tiikkainen (toim.), *Gerontologinen hoitotyö* (s. 184–195) WSOYpro Oy, Helsinki.
- Sairaanhoitajaliitto. (i.a.) Ammattietiikka ja kollegiaalisuus. *Sairaanhoitajien eettiset ohjeet*. <https://sairaanhoitajat.fi/ammatti-ja-osaaminen/kollegiaalisuus-ja-ammattietiikka/>
- Sulkava, R. (2016). Muistisairauksiin liittyvät käytösoireet. Teoksessa Tilvis R., Pitkälä K., Strandberg T., Sulkava R. & Viitanen M. (toim.) *Geriat-ria*.

- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (10.9.2019) Ikääntyneiden mielenterveys. Saatavilla <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (14.5.2020). *Alkoholia liikaa käyttävien osuus (AUDIT-C)(%)*, 65 vuotta täyttäneet (ind 4413). Sotkanet.fi. <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/metadata/indicators/4413>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (16.6.2020.) Positiivinen mielenterveys. Saatavilla <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/positiivinen-mielenterveys>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (4.9.2020.) Hyvinvointi. Saatavilla <https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/hyvinvointi>
- Terveyskylä. (2019.) Väestön ikääntyminen suomessa. Saatavilla 7.11.2020
- Terveyskylä. (2020.) Lääkkeet ja ikääntyminen. Saatavilla 7.1.2021 <https://www.terveyskyla.fi/laaketalo/tietoa-%C3%A4kkeist%C3%A4l%C3%A4kkeet-ja-eriel%C3%A4m%C3%A4ntilanteet/l%C3%A4kkeet-ja-ik%C3%A4ntyminen>
- Tilastokeskus. (24.3.2020). 70 vuotta täyttäneitä 874000. Saatavilla [https://www.tilastokeskus.fi/til/vaerak/2019/vaerak\\_2019\\_2020-03-24\\_tie\\_001\\_fi.html](https://www.tilastokeskus.fi/til/vaerak/2019/vaerak_2019_2020-03-24_tie_001_fi.html)
- Tuomala, Inkeri. (7.2.2019). Mieliopidekirjoitus: *Ymmärretäänkö hygieniahaalarin perimmäinen tarkoitus?* Kaleva. Saatavilla 10.1.2021 <https://www.kaleva.fi/ymmarretaanko-hygieniahaalarin-perimmainen-tarkoit/1736084>
- Vorma, H., Rotko, T., Larivaara, M., & Kosloff, A. (2020.) Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. *Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020/6*. 11–13, 20, 27, 29 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4139-7>
- Voutilainen, P., & Tiikkainen, P. (2009.) Gerontologinen hoitotyö. WSOY.
- WHO. (2015). Promoting Mental Health. Saatavilla [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/MH\\_Promotion\\_Book.pdf](https://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf)

## Liite 1 Taulukko hakusanoista ja tiedonhaun karsinnasta

Tietokanta	Hakusanat	Hakusanoilla saadut tulokset	Abstraktin perusteella valitut	Kokotekstin perusteella valitut
CINAHL	Aged: +65 years/  Mental health or mental illness or mental disorder or mental or psychiatric illness/  Elderly or aged or older or elder or geriatric or elderly people or old people or senior/  Daily life/  Home care/  Recognizing or identifying or detecting	N=85	N=9	N=2
Medic	ikäänty*, vanhu*/  Mielenterveys, mielen*	N=38	N=12	N=7
Yhteensä:		N=123	N=21	N=9

## Liite 2 Aineisto

<b>Tekijä/t Julkaisu-vuosi Paikka</b>	<b>Tutkimuksen otsikko</b>	<b>Tavoite ja tar- koitus</b>	<b>Menetelmä</b>	<b>Keskeiset johto- päätökset ja tulok- set</b>
Päivikki Koponen, Katja Borodulin, Annamari Lundqvist, Katri Sääksjärvi ja Seppo Koskinen 2/2018 Suomi/Helsinki	Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi suomessa - Finterveys 2017-tutkimuksesta tehty raportti/ Alkoholin käyttö	Selvittää Suomen aikuisväestön alkoholin kulutusta	Kyselytutkimus	Ikääntyneiden alkoholin käyttö on lisääntynyt 2011 ja 2017 vuoden välillä ja lisännyt alkoholin käytöstä johtuvia kuolemia. Tämä on tuonut lisäkuormitusta terveydenhuollolle
Päivikki Koponen, Katja Borodulin, Annamari Lundqvist, Katri Sääksjärvi ja Seppo Koskinen 2/2018 Suomi/Helsinki	Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa - Finterveys 2017-tutkimuksesta tehty raportti/ Mielenterveys	Selvittää aikuisväestön masennusoireiden esiintymistä ja hoitoa sekä psyykkistä kuormittuneisuutta	Kyselytutkimus	Masennus-oireet ja psyykinen kuormittuneisuus ovat yleisiä työikäisillä ja +80-vuotiailla. Oireet ovat lisääntyneet Terveys 2011-tutkimukseen nähden.
Päivikki Koponen, Katja Borodulin, Annamari Lundqvist, Katri Sääksjärvi ja Seppo Koskinen 2/2018 Suomi/Helsinki	Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi suomessa - Finterveys 2017-tutkimuksesta tehty raportti/ Psyykinen toimintakyky ja positiivinen mielenterveys	Selvittää suomalaisen aikuisväestön positiivista mielenterveyttä	Kyselytutkimus	60-vuotiaat ja sitä iäkkäämmät tunsivat eniten positiivista mielenterveyttä muuhun ikäluokkaan nähden. Yli 80-vuotiaista naisista kuitenkin vain 15 % kokivat vähiten positiivista mielenterveyttä.
Päivikki Koponen, Katja Borodulin, Annamari Lundqvist, Katri Sääksjärvi ja Seppo Koskinen 2/2018 Suomi/Helsinki	Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi suomessa - Finterveys 2017-tutkimuksesta tehty raportti/ Terveyspalveluiden käyttö mielenterveysongelmien vuoksi	Selvittää suomalaisen aikuisväestön mielenterveys- palveluiden käyttöä	Kyselytutkimus	Ikääntyneiden kohdalla mielenterveys- palveluiden käyttö oli kaikkein vähäisintä, myös kaikkein psyykkisesti kuormittuneiden ryhmässä.
Suvi Field ja Ilkka Haarni 2/2017 Suomi	Raportti aiheesta: Ikääntyvien elämäntaidoissa kiteytyy elämäkokemuksen moni-ilmeisyys- Ikäinstituutin elämäntaidot esiin-hanke	Tarkoituksena tuoda esiin ikääntyneiden mielen hyvinvointia ja osaaamista	Elämän taitoja koskevilla keskusteluilla, joita toteutti mm. hoivakodit, eläkeyhdistykset, kunnat, kerhot, seurakunnat	Kampanja nosti esiin saman tyyppisiä tuloksia kuin aiemmat aiheeseen liittyvät tutkimukset, mutta uuden näkökulman juuri tämän päivän ikääntyneiden arjen taitoja.

			ja yksi blogisti. Yhteensä kampanja keräsi 830 elämäntaitoa.	Elämäntaitojen tutkimus voi tuoda oivalluksia parempaan vanhuuteen yksilötasolla.
Hölttä Eeva ja Pitkälä Kaisu 2019 Suomi/Helsinki	Muistisairauden neurosykiatrisien oireiden hoito	Katsaus artikkeli kertoo muistisairaahan neuropsykiatrisista oireista ja hoidosta sekä hoitoon liittyvistä tutkimuksista	Katsausartikkeli	Vahvin tutkimusnäyttö on omaishoitajien ja hoitohenkilökunnan kohdennetuista koulutuksellista interventiosta. Myös liikunnalla ja miellyttävien sosiaalisten tilanteiden lisäämisellä on ollut myönteistä vaikutusta hoidossa.
Alanen Hanna-Mari, Lönnroos Eija, Talaslahti Tiina, Vataja Risto, Ginters Milena, Sorri Annamari, Mykkanen Liisa, Leinonen Esa ja Koponen Hannu 2020 Suomi	Vääriä säästöpäätöksiä vanhuspsykiatriassa	Kertoo vanhuspsykiatrian leikkauksista ja säästöistä, vaikka todellinen tarve hoitopaikoista on suuri	Artikkeli	Vanhuspsykiatrin hoidon tarve kasvaa syntyvyyden vähenemisen myötä eikä psykiatristen palveluiden leikkaaminen ole kustannuksia vähentävä ratkaisu.
Jyväkorpi Satu, Strandberg Timo, Urtamo Annele, Pitkälä Kaisu, Suominen Merja, Kokko Katja ja Heimonen Sirkkaliisa 2020 Suomi	Ikääntyneiden terveys, elämäntila, toimintakyky ja mielen hyvinvointiartikkeli	Kertoo mm. Suomalaista satunnaistetusta ja kontrolloidusta FINGER-tutkimusta ja miten elämäntavoilla pystytään hidastamaan muistitoimintoja ja tiedonkäsittelyä	Tutkimusryhmään kuuluvat kävivät viikoittain omatoimisesti liikuntaryhmissä, saivat ravinto-ohjausta, tekivät ohjattua kognitiivisia harjoitteita sekä pyrittiin keskeisten valtimotautien hyvään hoitoon	Elämäntapoihin kohdistuvalla hoidolla pystytään huomattavasti parantamaan toimintakykyä ja muistitoimintoja.
Kuronen Marja 2017 Suomi/Kuopio	Neuropsychiatric symptoms, psychotropic drug use and physical restraints in older persons	Selvittää ikääntyneiden muistisairauden ja psyykelääkkeiden etenkin psykoosilääkkeiden käyttöä ja niiden yhteyttä käytön ja käytösoireiden välillä sekä	Sairaanhoitajat kokosivat aineiston Barthel indeksin, muistisairausdiagnoosien, MMSE:n, NPI-oireluetelon sekä	Tulosten mukaan psyykelääkkeiden käyttöön liittyi laitoshoidossa yliaktiivisuus ja psykoosioireiluun ja kotihoidossa mieliala- ja apatiaoireiluun. Psykoottinen oireet ja bentodiatsepiinien

		selvittää fyysisten rajoitteiden käyttöä ja lääkkeettömän hoidon kartoitusta.	laitos-hoidossa edellisen vuorokauden ja kotihoidossa edellisen viikon käytösoireiden arvioinnin avulla.	käyttö oli yhteydessä rajoitteiden käyttöön, negatiivinen yhteys oli kuitenkin hyvän toimintakyvyn ja psykoosilääkkeiden käyttämisellä. Sannallinen rauhoittelu, ajan ja huomion antaminen olivat eniten käytettyjä lääkkeettömiä hoitomuotoja. Neuropsykiatriset oireet, muisti ja psykoosilääkkeiden käyttö oli yleistä molemmissa hoitopaikoissa. Yli puolelle laitos hoidossa käytettiin fyysisiä rajoitteita.
Laukkala Tanja, Suominen Inkeri, Granö Niklas, Talaslahti Tiina, Koponen Hannu & Marttunen Mauri 2020 Suomi	Psykoterapiaan ohjaaminen ja psykoterapian tuloksellisuuden seuranta	Tarkastella psykoterapian hyötyjä ja hoitoon ohjausta eri ikäryhmillä, psykoterapian saatavuutta, sekä arvioida sen toimivuutta.	Katsausartikkeli	Psykoterapian soveltuvuus tulee arvioida yksilökohtaisesti, ja sen tuloksellisuutta seurata. Suomessa psykoterapian saatavuudessa on puutteita, alueellinen vaihtelu suurta. Psykoterapia on keskeinen hoitomuoto kaikilla ikäryhmillä useissa psykiatrisissa häiriöissä.
Pajunen Hannu 2020 Suomi	Ikääntyneen psykoterapiasta	Arvioida ikääntyneiden psykoterapian erityispiirteitä ja hoidon saatavuutta.	Artikkeli	Yleisimmin käytössä olevat psykoterapiamenetelmät soveltuvat myös ikäihmisille. Psykoterapiassa tulee ottaa huomioon ikääntyneen elämäntapahtumat ja mahdolliset sopeutumisvaikeudet uuteen elämäntilanteeseen. Ikääntyneiden psykoterapian saatavuutta vaikeuttaa terapeuttien vähyys, ja kelan kuntoutuspsykoterapian rajuutuminen alle 67 vuotiaisiin.

<p>Michelet Mona, Lund Anne, Strand Bjorn Heine, Engedal Knut, Selbaek Geir ja Bergh Sverre 2020 Norja</p>	<p>Characteristics of patients assessed for cognitive decline in primary healthcare, compared to patients assessed in specialist healthcare</p>	<p>Tutkia Norjan perusterveydenhuollossa tapahtuneeseen arviointiin verrattuna erikoissairaanhoidossa arviointeihin potilaisiin, joilla todettiin olevan kognitiivista heikentymää sekä masennukseen liittyviä tekijöitä.</p>	<p>Havainnointitutkimus</p>	<p>Perusterveydenhuollossa tulisi ottaa enemmän huomioon heidän heikko kognitiivinen kykynsä, päivittäiset rajoitukset, psykologiset oireet ja masennus sekä se, että usein he asuivat yksin.</p>
<p>Kim Kyeongmo, Lehning Amanda J. &amp; Sacco Paul 2016 Yhdysvallat</p>	<p>Assessing the factor structure of well-being in older adults: findings from the National Health and Aging Trends Study</p>	<p>Hyvinvointi on nähty kaksitasoisena rakenteena, hedonistisena ja eudaimonisena. Tutkimuksessa haluttiin selvittää voisiko nämä kaksi hyvinvoinnin osatekijää yhdistää mitattavaksi yhdellä mittarilla.</p>	<p>Paneelitutkimus</p>	<p>Tutkimuksen mukaan hedonistiset ja eudaimoniset tekijät voidaan luotettavasti yhdistää. Tutkittaessa ikäihmisten tyytyväisyyttä omaan elämäänsä, voidaan mielialaa käyttää viitteenä pitkällä aikavälillä. Kun ihminen elää haluaansa elämää, on hänen mielenterveytensä parempi.</p>