



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Hannele Rantanen & Tatjana Terzici

Ikääntyneen asiakkaan mielenterveyden haasteita kotihoitossa

Opinnäytetyö
Kevät 2024
Sairaanhoitaja (AMK)



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Tutkinto-ohjelma: Sairaanhoidaja (AMK)

Tekijät: Hannele Rantanen ja Tatjana Terzici

Työn nimi: Ikääntyneen asiakkaan mielenterveyden haasteita kotihoidossa

Ohjaajat: Minna Laitila ja Sinikka Vainionpää

Vuosi: 2024

Sivumäärä: 43

Liitteiden lukumäärä: 3

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää ikääntyneen asiakkaan mielenterveyteen liittyviä haasteita kotihoidossa ja hoitajien erityisosaamisen tarvetta päivittäisessä työssä. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä kotihoidon laatua ja moniammatillisuutta Virroilla ja Ruovedellä sekä pitkällä aikavälillä parantaa kuntalaisten hyvinvointia. Keiturin Sote Oy järjestää alueen sosiaali- ja terveystalvet. Mielenterveysosaamisen tarve on lisääntynyt ikääntyneiden määrän ja yksinäisyyden lisääntymisen takia. Kotihoidon asiakkaat ovat monisairaita ja -lääkittyjä, mikä lisää mielenterveystyön osaamisen tarvetta.

Opinnäytetyö tehtiin laadullista tutkimusmenetelmää käyttäen. Hoitajille tehtiin Webropol-kysely, joka lähetettiin 60 hoitajalle. Kyselyyn vastasi 48 prosenttia hoitajista. Vastaukset analysoitiin aineistolähtöisellä induktiivisella sisällönanalyysillä, jossa hoitajien alkuperäisiä ilmauksia pelkistettiin, etsittiin samankaltaisuuksia ja luotiin ala -ja yläluokkia eli abstrahoitettiin.

Mielenterveystyön haasteet kotihoidossa liittyivät asiakkaan hoitoon sitoutumiseen, henkiseen tasapainoon, sairauksiin ja lääkityksiin. Asiakkaan ahdistus ja masennus aiheuttivat haasteita hoitotilanteissa osaksi ajanpuutteen vuoksi. Hoitajilla oli vaikeuksia tunnistaa mielenterveyden häiriöitä muistisairauksista tai hoitaa psyykkisistä sairauksista kärsiviä asiakkaita. Hoitajat toivoivat lisäkoulutusta varsinkin lääkehoitoon ja mielenterveysasiakkaan kohtaamiseen. Ammattiryhmien välistä yhteistyötä toivottiin enemmän. Apua sai tarvittaessa, mutta osa mielenterveystiimin antamista neuvoista koettiin toimimattomiksi.

Opinnäytetyön tulokset osoittavat, että hoitajat haluaisivat hoitaa kotihoidon mielenterveysasiakkaita paremmin, jos siihen olisi enemmän aikaa ja osaamista. Varhainen puuttuminen mielenterveyden häiriöihin on tärkeää, ettei toimintakyky heikkene mielenterveyden takia. Fyysisten sairauksien hoito on tärkeää, mutta psyykkisen toimintakyvyn ylläpysyminen on kaiken perusta.

Asiasanat: ikääntynyt, mielenterveys, kotihoito

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Degree programme: Bachelor of Health Care, Nursing

Authors: Hannele Rantanen & Tatjana Terzici

Title of thesis: Challenges of Mental Health among Elderly Clients in Home Care

Supervisors: Minna Laitila and Sinikka Vainionpää

Year: 2024

Number of pages: 43

Number of appendices: 3

The purpose of this thesis was to find out the challenges related to an elderly client in home care and the need for special know-how of nurses in their daily work. The aim was to improve the quality of home care and multi-professionality in Virrat and Ruovesi as well as to enhance the well-being of the community in the long run. Keiturin Sote Ltd. provides social and health care services. The need for mental health competence has increased due to the high number of elderly people and loneliness. Home care clients have many diseases and multiple medications as well. This increases the need for the mental health know-how.

The thesis was carried out using a qualitative research method. A Webropol –inquiry was sent to 60 nurses. A total of 48 percent of nurses answered the inquiry. The answers were analyzed with inductive content analysis where the original expressions of the nurses were simplified, similarities were searched for and abstraction was used creating low and high levels.

The challenges of mental health in home care were related to the client's commitment to the care in question, mental stability, illnesses and medications. The client's anxiety and depression caused challenges in the care situations partly due to the lack of time. Nurses had difficulties recognizing between mental disorders and memory loss. They didn't know how to treat clients suffering from mental illnesses. Nurses hoped for additional education especially in medical treatment and encountering a mental health client, and more collaboration between professional groups. Help was always given when asked for but a part of the advice given by the mental health team was considered useless.

As a result, nurses would like to take better care of mental clients in home care if they only had more time and know-how. Early interference in mental health disorders is important so that the functionality does not weaken because of the mental conditions. The treatment of physical illnesses is crucial but the support for mental functionality is the basis for all.

Word related: elderly, mental health, home care

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä	2
Thesis abstract	3
SISÄLTÖ	4
1 JOHDANTO	6
2 IKÄÄNTYNEEN MIELENTERVEYS JA SEN HAASTEET	9
2.1 Ikääntyminen -mielenkiintoinen elämänvaihe	9
2.2 Lääkehoidon tarpeellisuus ja haasteet	11
2.3 Masennus ja päihteiden käyttö	12
2.4 Yksinäisyys.....	15
3 KOTIHOITO	18
3.1 Kotihoidon hoitohenkilökunta	19
3.2 Moniammatillisuus ja tiimityö	20
3.3 Hoitajan ja asiakkaan välinen vuorovaikutus	22
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	24
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	25
6 TULOKSET	27
6.1 Taustakysymykset.....	27
6.2 Ikääntyneen mielenterveyden haasteet kotihoidossa	27
6.3 Ikääntyneen mielenterveyden tukemisen vaatima osaaminen kotihoidossa	29
6.4 Ammattiryhmien välinen yhteistyö kotihoidossa	31
6.5 Lisäkoulutustarve ikääntyneen mielenterveystyössä kotihoidossa	32
7 POHDINTA.....	33
7.1 Tulosten pohdintaa.....	33
7.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	36
7.3 Jatkotutkimusehdotuksia	37
7.4 Mielenterveyden tila tänään	38

LÄHTEET	39
LIITTEET	43

1 JOHDANTO

Suomi ikääntyy riippumatta siitä, miten lasketaan (Tilastokeskus, 2023). Kun yli 65-vuotiaiden suhteellinen osuus kasvaa väestössä, puhutaan ikääntymisestä. Vuonna 2000 oli yli 65-vuotiaita koko väestöstä 15,0 %. Vuonna 2030 lukema tulee olemaan 26,3 %. Silloin joka neljäs Suomessa asuva on ikääntynyt. Määrällisesti nämä luvut tarkoittavat sitä, että vuonna 2030 yli 65-vuotiaita on 1 389 100. Tällöin ikääntyneitä on 611 900 enemmän kuin vuonna 2000. Prosentuaalisen kasvun avulla mitattuna vuodesta 2000 vuoteen 2030 yli 65 –vuotiaiden määrä kasvaa 78,7 %.

Marinin hallitus on asettanut maaliskuussa 2021 väestöpoliittisen selvityshankkeen, jossa pyritään tarkastelemaan Suomen väestöllistä tilannetta ja siihen johtaneita syitä sekä etsimään ratkaisuja kestävästä väestönkehityksen turvaamiseksi (Rotkirch, 2021). Vanheneminen on etuoikeus, mutta se vaatii yhteiskunnalta ponnistuksia. Tavoitteena on terveyden edistäminen myös vanhuudessa ja riittävän hoidon toteutuminen elämän loppumetreillä. Suomessa syntyvyys laskee vuosi vuodelta, mutta toisaalta elämä jatkuu pidempään. Pitkäikäisyys voidaan nähdä myös ylpeyden aiheena. Hyvinvointivaltion poliittinen haaste on se, että pystytään varautumaan ikärakenteen muutoksiin ja saamaan riittävä työvoima joko suomalaisista tai maahanmuuttajista.

Suomen mielenterveys ry (MIELI ry, 2023) on laatinut *Ikääntynyt mieli 2050-vision*, joka koostuu eri teemoista. Niitä ovat esimerkiksi osallisuuden lisääminen, asenteiden muuttaminen ikäystävällisempään suuntaan, mielenterveyden korostaminen elämäntaitona ja lähiluonnon saavutettavuus. Visiossa korostetaan ikääntyneiden kokemuksia ja voimavaroja lähtöisin koko yhteiskunnan hyvinvointia ajatellen. Suuri osa ikääntyneistä on mukana vapaaehtoisuudessa, omaishoitajina ja auttavat lapsiperheiden arkea isovanhemmuuden kautta.

Ikääntyneiden määrän lisääntyminen ja yksinäisyys ovat lisänneet mielenterveystyön tarvetta (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), 2020). Korona-ajan vierailukiellot sekä kotihoidon vähentyneet käynnit ovat syventäneet ikääntyneiden yksinäisyyden tunnetta. Osa kotihoidon

käynneistä myös muuttui keväällä 2020 etäkäynneiksi. Heikommassa sosioekonomisessa asemassa olevat kärsivät korona-ajan rajoituksista eniten.

Ikääntyneen mielenterveyden riskitekijöitä ovat fyysisen ja sosiaalisen ympäristön lisäksi myös aikaisemmat elämäkokemukset sekä ikääntymiseen liittyvät stressitekijät (Maailman terveysjärjestö (WHO), 2023). Myös krooniset kiputilat ja liikuntarajoitteet altistavat mielenterveysongelmille. Ikääntyneet kärsivät yleisimmin ahdistuksesta ja masennuksesta ja nämä ongelmat ovatkin yleisesti heidän ikäryhmässään hyvin tunnistamattomia ja alihoidettuja.

Ikääntyminen ja pidempään eläminen näkyvät tilastoissa; näiden lukemien perusteella kotihoidolle on selvä tarve ja se jatkuu vielä vuosia (THL, i.a.). Kansallisena tavoitteena on mahdollistaa ikääntyneelle asuminen omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. Kotona asuminen toteutetaan verkoston avulla, johon voi kuulua hoidettavan läheiset, tarvittavat ammattilaiset ja vapaaehtoiset kolmannen sektorin toimijat. Pitkäaikainen laitoshoido tulee kyseeseen vasta, kun lääketieteelliset ja potilasturvallisuuteen liittyvät kriteerit täyttyvät. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto ovat antaneet vuosille 2020–2023 laatusuosituksen, joka käsittelee ikääntyneiden palvelujen kehittämistä uuden vanhuspalvelulain määrittelemillä keinoilla, esimerkiksi hoitajamitoituksella ja palvelutarpeen arvioinnissa käytettävillä mittareilla (Seppänen, 2021, s. 203). Laatusuosituksen yksi tavoitteista on henkilöstön riittävä osaaminen, koska jopa 40 %:lla kotihoidon hoitajista on osaamisvajetta mielenterveys- ja päihdetyössä (Alastalo ym., 2018).

Myös Virroilla ja Ruovedellä on havaittavissa väestön ikääntyminen ja kotihoidon tarve. Sotkanetin tilastojen (Sotkanet, i.a.) mukaan vuonna 2021 säännöllistä kotihoitoa sai 11,2 % ja vuonna 2022 vain 10,1 % virtolaisista 65 vuotta täyttäneistä ja Ruovedellä 11,7 % vuonna 2021 ja 9,0 % vuonna 2022. Vuonna 2022 Virtain asukasluku oli 6396 asukasta ja Ruoveden 4110. Samana vuonna Virroilla 65 vuotta täyttäneitä oli 37,6 % ja Ruovedellä 37,8 %. Tilaston mukaan vuonna 2020 säännöllisessä kotihoidossa alueella oli 65 vuotta täyttäneitä kotihoidon asiakkaita 494 henkilöä. Kotihoidon esihenkilö M. Pentinmäen (henkilökohtainen tiedonanto, 3.1.2024) mukaan säännöllistä kotihoitoa sai 248 asiakasta kyseisellä alueella loka-kuussa 2023.

Keiturin Sote Oy on ollut Virtain kaupungin omistama tytäryhtiö, joka on järjestänyt Virtain ja Ruoveden yhteistoiminta-alueen sosiaali- ja terveystalvet (Keiturin Sote Oy, 2023). Alue kuuluu Pirkanmaan hyvinvointialueeseen. Sote-uudistuksen seurauksena Keiturin Sote Oy siirtyy kokonaan hyvinvointialueen omistamaksi tytäryhtiöksi. (Pirkanmaan hyvinvointialue, 2022, § 45).

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää ikääntyneen asiakkaan mielenterveyteen liittyviä haasteita kotihoidossa ja hoitajien erityisosaamisen tarvetta päivittäisessä työssä. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä kotihoidon laatua ja moniammatillisuutta Virroilla ja Ruovedellä sekä pitkällä aikavälillä parantaa kuntalaisten hyvinvointia.

2 IKÄÄNTYNEEN MIELENTERVEYS JA SEN HAASTEET

2.1 Ikääntyminen -mielenkiintoinen elämänvaihe

Kelo ym. (2015, s.106–107) mukailevat Erik H. Erikssonin teoriaa, jonka mukaan ihmisen elämänsä koostuu eri kehitysvaiheista. Vanhuuden tärkein kehitystehtävä on minän eheyden saavuttaminen. Siihen vaaditaan eletyn elämän hyväksyminen. Jos tähän ei pysty, ikääntynyt kokee katkeruutta, epätoivoa ja kuolemanpelkoa. Ikääntymiseen liittyy paljon mielen terveyttä horjuttavia tekijöitä, kuten sairastuminen, läheisen kuolema tai eläköityminen. Mielenterveyttä edistäviä osatekijöitä ovat esimerkiksi positiiviset ihmissuhteet ja terveelliset elämäntavat. Mielenterveyteen vaikuttaa myös yksinäisyys. Useimmiten se ahdistaa, luo tyhjyyttä, jopa lisää kuoleman vaaraa. Joillekin yksinäisyys on valittua ja tuo haluttua rauhaa elämään. Kelo (s. 115) huomauttaa, että vaikka yksinäisyyttä ei pidetä sairautena, se silti aiheuttaa vakavaa uhkaa terveydelle noin 10 %:lle yksinäisyyttä kokevista.

Vanhustyössä puhutaan positiivisen vanhuskuvan edistämisestä (Saarenheimo, 2012, s. 44). On korostettu ”kolmatta ikää”, ”toista nuoruutta”, jossa aktiivisuus ja osallistuminen yhteisön elämään ja päätöksentekoon lisääntyvät. Suomalaisessa yhteiskunnassa on aina korostettu työntekoa, pystyvyyttä, tehokkuutta, nopeutta ja ripeyttä. Ikääntyessä on luonnollista, että esimerkiksi työmuisti ja tarkkaavaisuus hidastuvat. Ikääntynyt tarvitsee enemmän aikaa päätöksentekoon, toiminnan aloittamiseen ja vuorovaikutukseen kuin nuorempi. Tästä voi seurata turvattomuuden ja epävarmuuden kokemuksia arkeen. Yhteiskunnassa käyty keskustelu vanhustenhuollon riittämättömyydestä ja ikääntymisen aiheuttamasta taloudellisesta taakasta ei ainakaan helpota ikääntyneen mielenterveyttä. Ikääntyneisiin suhtautuminen on hyvin kulttuurisidonnaista (mts. 45). Sarvimäki (2013, s. 95) kuvailee vanhenemisen niin sanotuksi neljänneksi iäksi, jossa ihminen ei enää ole aktiivinen eikä omatoiminen, ja hänen toimintakykynsä on muuttunut niin, että hän on riippuvainen muista ihmisistä.

Saarenheimon (2012, s. 45–48) mielestä voimavaralähtöisyys, voimaannuttaminen (engl. empowerment) ja hyvinvointia tukeva ympäristö ovat ikääntyneiden selviytymisstrategian osatekijöitä. Vanhuuden voimavaroja on tutkittu paljon ja pyritty ymmärtämään, miten

ikäntyneet ylläpitävät mielen tasapainoa menetyksistä, sairauksista ja muista vastoinkäymisistä huolimatta. Jotkut pystyvät jopa rakentamaan elämänsä uudelleen. Saarenheimo viittaa Baltesin (1990) tutkijaryhmän tuloksiin, joiden mukaan ikääntyneet vähentävät päivittäisen toiminnan määrää joko tarkoituksella tai tiedostamattaan jonkun kriisin sattuessa. He määrittävät tavoitteitaan uudelleen ja käyttävät aikaa ja voimia vain heille tärkeiden asioiden suorittamiseen. Näin ollen he ”säästävät” itseään. Nuorempiin verrattuna ikääntyneet toimivat enemmän tunnepohjalta vastoinkäymisten hetkellä. Ikääntyneellä on enemmän keinoja selviytyä epäsuotuisista kokemuksista. Yksi merkittävä ominaisuus on koherenssin tunne. Ihminen ymmärtää inhimillistä todellisuutta ympärillään, hänellä on vuorovaikutustaitoja kanssaihmissiin, ja hän näkee merkitystä ja tarkoituksenmukaisuutta elämässään. Koherenssin tunne auttaa myös stressinhallinnassa.

Mielenterveys on psyykkistä hyvinvointia, jota ihminen yrittää ylläpitää vaihtuvissa elämäntilanteissa (Saarenheimo, 2012, s. 42). Se on tasapainoilua alati muuttuvissa olosuhteissa. Ikääntyneen mielenterveyttä käsitellään kokonaisuutena, johon liittyvät vanhenemisen ongelmat ja toisaalta mielenterveyden voimavarat, joita ikääntyneellä oletetaan olevan enemmän kuin nuorella. Psyykkistä hyvinvointia voidaan lähestyä myös psykologisesta näkökulmasta, jossa mielenterveyden kokonaisuus rakentuu elämäkokemuksista, biologisista tekijöistä sekä sosiaalisista ja yhteisöllisistä ulottuvuuksista.

Ikääntyneen mielenterveyden osatekijöitä on ryhmitelty monella tapaa (Saarenheimo, 2012, s. 42–43). Saarenheimo mukailee Carol Ryffin (1989) teosta, jossa ovat seuraavat osatekijät: elämänhallinta, autonomia, henkilökohtainen kasvu ja omien mahdollisuuksien toteuttaminen, vastavuoroiset ihmissuhteet, elämän tarkoituksellisuus sekä itsensä ja elämäntilanteensa hyväksyminen. Gerontologisissa tutkimuksissa on pohdittu syitä ikääntyneen mielenterveyden järkkymiselle. Jotkut sairaudet ja verisuonimuutokset altistavat ikääntyntä esimerkiksi masennukselle, mutta toisaalta joillakin sosiaalisilla tekijöillä voi olla masennukselta suojaavia vaikutuksia. Ikääntyneen mielenterveyden riskitekijöitä ovat kehon ikääntymismuutokset, omat tai läheisen sairaudet, omaishoito, yhteiskunnan kielteiset asenteet ja läheisten ihmisten menetykset (mts. 43).

2.2 Lääkehoidon tarpeellisuus ja haasteet

Sosiaali- ja terveysministeriön rahoittaman ja Fimean toteuttaman läkkäiden Moniammatillinen Lääkehoidon Arviointi (ILMA) -hankkeen (i.a.) selvityksen mukaan lähes kaikki 75 vuotta täyttäneet käyttävät lääkkeitä. Monilääkitys on yleistynyt ja haittavaikutusten arviointi on entistä hankalampaa. Iäkkäistä ainakin 10 % käyttää heille sopimattomia lääkkeitä. Yleisimmät iäkkäiden käyttämät lääkkeet ovat keskushermostoon ja sydän- ja verenkiertoelimistöön vaikuttavia lääkkeitä. Rauhoittavat lääkkeet ja unilääkkeet jäävät usein pysyviksi lääkkeiksi lääkelistalle, vaikka ne olisikin määrätty tilapäiseen käyttöön. Ikääntyneet ovat nuorempia haavoittuvampia lääkkeiden haittavaikutuksille, koska heidän elimistönsä sietokyky lääkeaineille on muuttunut ikääntymisen vuoksi. Esimerkiksi munuaisten vajaatoiminta lisääntyy, mikä pitää ottaa huomioon niiden lääkeaineiden kohdalla, jotka suodattuvat munuaisten kautta.

Jo vuonna 2007 sosiaali- ja terveysministeriö on velvoittanut kuntia järjestämään yli 75-vuotiaille lääkityksen arvioinnin vähintään kerran vuodessa, mutta tämä ei ole toteutunut (ILMA – hanke, i.a.) Haasteita on ilmennyt tiedonkulussa ja lääkehoidon kokonaisvastuussa. Ongelman ratkaisuksi on ehdotettu moniammatillista työskentelyä, jossa olisi mukana geriatri, farmasian ammattilainen ja potilaan hoitoon osallistuvat ammattilaiset. Kansainvälisesti farmaseutin osallistumisesta on jo hyviä kokemuksia, muun muassa Australiassa farmaseutti on osa perusterveydenhuollon tiimiä, hän tekee kotikäynnin, jolloin sairaanhoitajan osuus lääkityksasioissa jää vähäiseksi. Tämän on todettu olevan myös kustannustehokasta. Suomessa ei vielä ole lääkityksen arviointiin tämän tapaista toimivaa mallia, mutta tulevaisuuden haave on, että moniammatillinen tiimi päivittäisi lääkelistan asiakkaan senhetkisen voinnin perusteella.

Fimea on luonut Lääke75+ -tietokannan, jonne on koottu suosituksia yli 500 eri lääkeaineen ja niiden yhdistelmien käytöstä iäkkäillä (ILMA–hanke, i.a.) Tietokannan tarkoitus on edistää yli 75-vuotiaiden turvallista lääkehoitoa sekä kannustaa perusterveydenhuollossa työskenteleviä ammattilaisia näyttöön perustuvaan päätöksentekoon. Lääkkeet on luokiteltu A-D -luokkiin, mikä helpottaa sopivien lääkkeiden valintaa ja turvallista yhdistelyä (Hyttinen ym., 2018). A-luokan lääkkeet sopivat ikääntyneille parhaiten. Haittavaikutukset ja riskit kasvavat D-luokan lääkkeitä kohden. Hyttinen ym. (2023) ovat tutkineet ikääntyneiden lääkemääräyksien

helpottamiseksi luotujen eri lääkitystietokantojen käyttöä maailmalla. Tutkimuksen mukaan Lääke75+ -tietokantaa käytetään vaihtelevasti Suomessa. Tutkimuksessa oli mukana 497 663 suomalaista, jotka olivat täyttäneet 75 vuotta. Vuonna 2019 lääkärit käyttivät tietokantaa vain 30,4 %:lla potilaistaan. Johtopäätöksissä todettiin, että lääkäreiden pitäisi käyttää tietokantaa enemmän, jotta turvallinen lääkehoito voitaisiin taata ikääntyneille.

Ikääntyneiden korkean sairastavuuden vuoksi lääkehoito on usein perusteltua ja tarpeellista (Hosia-Randell ym., 2006). Lääkkeiden käyttö on yleistynyt ikääntyneiden keskuudessa jo muutamien vuosikymmenien ajan, mikä on mahdollistanut ikääntyneiden paremman toimintakyvyn sekä aiempaa paremman terveydentilan. Laitoksissa ja asumispalveluyksiköissä asuvien ikääntyneiden arvioidaan käyttävän keskimäärin kahdeksasta kymmeneen lääkettä, kun taas kotona asuvat ikääntyneet käyttävät lääkkeitä noin puolet vähemmän.

Lääkehoidon aloittaminen ja toteuttaminen on haastava prosessi, sillä se sisältää monta eri komponenttia (Järvinen, 2018, s. 16). Näitä ovat esimerkiksi läkehoidon tarpeen arviointi, lääkkeen valinta, sen määrääminen ja antaminen, potilaan tai asiakkaan lääkeneuvonnan varmistaminen ja lääkehoitoon sitoutumiseen kannustaminen. Lisäksi läkehoidon vaikutuksia ja toimivuutta tulee seurata ja turvata tiedonkulku potilaalle sekä potilaan hoitoon osallistuville organisaatioille ja henkilöille. Rationaalisen lääkehoitoprosessin turvaamiseksi potilaan tulee sitoutua lääkehoitoon lääkärin tai muun terveydenhuollon ammattilaisen määrittelemien ohjeiden mukaisesti.

2.3 Masennus ja päihteiden käyttö

Mielenterveysongelmat, etenkin masennus, lisäävät sydän- ja verisuonitauteihin sairastumisen riskiä ja kuolleisuutta (Acee, 2015, s. 333). Kotihoidon palveluita hyödyntävät kärsivät suhteettoman paljon masennuksesta. On tärkeää kartoittaa myös kotihoidon asiakkaan mielenterveyden tilaa, jotta kokonaisvaltainen hoitotyö toteutuisi.

Saarenheimo (2013, s. 375) muistuttaa, että noin puolella ikääntyneistä masennusoireet ovat alkaneet jo nuorempana. Pelkkä masennusoire on helpommin hoidettavissa kuin sellaiset

oireet, joissa on persoonallisuushäiriöitä mukana. Jos masennus alkaa ensimmäistä kertaa vanhuusiällä, se on yleensä vaikeampi ja siinä on psykoottisia piirteitä. Vanhenemiseen liittyvät aivojen verisuonimuutokset saavat aikaan kognition muutosta ja toiminnanohjauksen ongelmaa. Ikääntyneiden masennuksessa on tyypillistä, että fyysiset sairaudet vahvistavat psyykkisiä oireita. Ei ole syitä ja seurauksia, vaan kaikki on osa noidankehää. Fyysinen sairaus ahdistaa, kun toimintakyky heikkenee, mikä entisestään heikentää fyysistä toimintakykyä ja aktiivisuutta. Joillekin sairauksille on tyypillistä, että ne heikentävät stressinsietokykyä ja siten altistavat masennukselle. Tällaisia ovat esimerkiksi Parkinsonin tauti, kilpirauhasen vajaatoiminta ja B12-vitamiinin puutostila. Myös alkoholi ja lääkkeet altistavat masennukselle (mts. 376).

Ikääntyneen masennusoireet valitettavan usein ohitetaan, koska niiden ajatellaan liittyvän menetyksiin ja vanhuuteen (Holmberg, 2016, s. 175). Oireiden ilmaannuttua olisi erittäin tärkeää arvioida ikääntyneen fyysinen vointi. Varsinkin krooninen somaattinen huonovointisuus edesauttaa masennusoireita. Lievän masennuksen oireita ovat muun muassa epäsiisti habitus, katkeruus, itkuisuus ja totisuus. Vaikean masennuksen oireita voivat olla esimerkiksi ilmeettömyys, unettomuus, pelokkuus, ahdistuneisuus ja ruokahalun alentuminen. Masennuksen seulonnassa voi keskustelun apuna käyttää joko GDS-15 tai GDS-30-asteikkoa (Geriatric Depression Scale).

Jopa 15–25 % yli 65-vuotiaista kärsii lievästä masennuksesta (Saarenheimo, 2013, s. 377). Tämä altistaa fyysisille sairauksille, perusterveydenhuollon palvelujen lisääntyvään käyttöön ja riskiin joutua pitkäaikaishoitoon. Ikääntyneiden mielenterveyden hoitaminen tulee yhteiskunnalle kalliiksi. Ikääntyneiden masennukselle on tyypillistä, että siinä on oireita myös ahdistuneisuudesta. Ahdistusoireita voidaan jakaa pakko-oireisiin, pelkotiloihin, paniikki- ja ahdistushäiriöön. Ahdistunut ikääntynyt ei osaa selvästi kertoa oireistaan, ovatko ne puhtaasti fyysisiä vai psyykkisiä. Voi olla sydämen tykytystä, puristuksen tunnetta rinnassa, hengityksen ongelmia. Masennukseen liittyy olennaisena osana unettomuus, josta kärsii yli 18 % ikääntyneistä miehistä ja lähes 28 % ikääntyneistä naisista. Tämä johtaa lisääntyneeseen uni- ja masennuslääkkeiden käyttöön (mts. 376–377).

Elämä pitää kokea tarkoitukselliseksi, jotta elämänhalu kasvaa ja minän eheys säilyy kuolemaan saakka (Read, 2013, s. 245). Tutkimusten mukaan elämän tarkoituksellisuus lisääntyy ikääntyessä. Ikääntyneen elämä on jo tasoittunut, ei ole huolta taloudellisesti, työasiat eivät paina mieltä, lapset ovat jo maailmalla ja ikääntynyt saa olla kahden puolisonsa kanssa. Elämän tarkoituksellisuuden kokeminen on hyvin henkilökohtaista. Ihminen voi myös kokea turhautumista, epäonnistumista, apatiaa ja väsymystä niin, että hän kokee ahdistuneisuutta, masennusta, aggressiivisuutta tai sekaantuu päihteisiin. Pahimmillaan tila voi johtaa itsemurhaan. Kyse on siitä, miten ihminen suhtautuu eteen tuleviin vastoinkäymisiin. Olosuhteita ei useinkaan voi muuttaa, mutta omaa suhtautumista voi. Eksistentiaalifilosofian perusajatuksena on, että ihminen on vapaa tekemään valintoja, mutta valittuaan hänellä on vastuu valinnastaan. Esimerkiksi ahdistuksesta ei tarvitse päästä eroon, mutta sen kanssa pitää oppia elämään. Eheän elämän saavuttamiseen riittää, että on tehnyt parhaansa vaikeuksista huolimatta. Masentunut on jumissa menneisyydessä eikä näe mitään mahdollisuuksia nykyisessä tilanteessaan. Ongelmia pitäisi käsitellä ratkaisukeskeisesti, yrittää nähdä positiiviset puolet ja pienimmätkin mahdollisuudet, jotta pääsisi eteenpäin. Read (2013) mainitsee lopuksi terapiamuotoja, joita voidaan käyttää elämän tarkoituksellisuuden etsimisessä: logoterapia ja eksistentiaalinen psykoterapia. Niissä korostetaan inhimillisyyttä ja ainutkertaisuutta, kannustetaan negatiivisten kokemusten kohtaamiseen ja autetaan löytämään elämän todelliset päämäärät.

Päihteiden käyttö on lisääntymässä ikääntyneiden keskuudessa, vaikka se vielä on vähäisempää kuin työikäisillä (Saarenheimo, 2013, s. 377). Juomiskulttuuri on muuttumassa ja kohta vanhuusikään tulevat ovat tottuneet käyttämään alkoholia enemmän jo nuoruudessaan kuin aiemmat sukupolvet. Ikääntymisen myötä alkoholin sietokyky heikkenee ja somaattiset sairaudet ja lääkitykset lisäävät alkoholin haittoja. Perusterveydenhuollossa on haasteita ongelmallisen päihteiden käytön tunnistamisessa.

Mielenterveyden ja päihteiden käytön tilanne kannattaa ottaa puheeksi jo kotihoidon hoitosuunnitelmaa tehdessä (Holmberg, 2016, s. 185). Mielialaa kysellessä hoitaja voi keskustella asiakkaan kanssa tämän sosiaalisista suhteista ja itsenäisestä selviytymisestä päivittäisissä toimissa. Päihteiden käyttöä voi kartoittaa mini-interventiolla. Niin sanottu hoidollinen interventio tarkoittaa riskikäyttäytymisen tunnistamista, motivointia terveellisempiin

elämäntapoihin ja asiakkaan voimavaroja tukevaan toimintaan. Päähteiden osalta on tärkeä selvittää määrä, käyttötiheys ja käytön syyt. Jotkut ikääntyneet eivät miellä esimerkiksi nukahtamistarkoituksessa otetun konjakin olevan haitallista. Ikääntyneen alkoholin käytön puheeksi ottamiseen voi käyttää apuna muun muassa S-MAST-G -kyselyä (Short Michigan Alcoholism Screening Test –Geriatric Version). Keskustellessa pitää muistaa, että asiakas on aikuinen, vuorovaikutustilanteen pitää olla tuomitsematon. Tarkoituksena ei ole etsiä syyllisiä vaan pyrkiä ymmärtämään asiakkaan tilannetta ja etsiä ratkaisuja. Keskustelua jatketaan seuraavilla kerroilla ja seurataan tilanteen kehittymistä (mts. 186–187).

2.4 Yksinäisyys

Yksinäisyyden tunnistaminen on ongelmallisempaa kuin sen määrittely (Routasalo, 2016, s. 419). Sosiaalisella eristäytyneisyydellä, masennuksella ja yksinäisyydellä on yhteys. Osa ikääntyneistä kokee itsensä yksinäiseksi, muttei kärsi siitä. Osalla masennus vie niin voimat, ettei yksinäisyydestä jaksa puhua tai se hävettää. Joku ymmärtää yksinäisyyden sosiaalisten kontaktien vähenemisenä, mutta ei saisi helpotusta yksinäisyyteensä, vaikka sosiaaliset tilanteet lisääntyisivätkin esimerkiksi jonkin kerhon jäsenenä. Näillä henkilöillä on todennäköisesti kielteisiä kokemuksia tyydyttävistä ihmissuhteista. Yksinäisyys on subjektiivinen kokemus, jota on vaikea havaita. Myönteinen yksinäisyys kuvastuu rentouttavana ja luovuutta edistävänä vapaaehtoisena tilana. Se mahdollistaa mielenrauhan ja oman elämän tarkastelun sen kaiken viisauden avulla, jonka ikääntynyt on elämänsä aikana saavuttanut. Kielteinen yksinäisyys on pakottavaa, sitovaa tai ahdistavaa. Joillekin se on seurausta puolison kuolemasta tai toimintakyvyn heikkenemisestä, mikä voi pelottaa ja surettaa (mts. 418–419).

Hyypän (2013, s. 105) mukaan sosiaalinen pääoma edistää mielenterveyttä. Sosiaalista osallistumista ja harrastuksien vaikutusta ikääntyneiden kyvykkyyteen on tutkittu paljon viime vuosina. Tutkimusten mukaan sosiaalinen osallistuminen ja kokoontuminen näyttäisivät edistävän terveyttä. Ikääntyneiden osalta tutkimustulokset ovat kuitenkin ristiriitaisia, koska aiempaa aktiivisuutta ei voida osoittaa. Usein vastaajat valikoituvat ja osa tuloksiin vaikuttavista tekijöistä saattaa jäädä huomiotta. Myös perintötekijöiden vaikutus kognitiiviseen aktiivisyyteen on epäselvä. Sosiaalisella pääomalla on myönteisiä vaikutuksia, kun sitä käytetään, mutta kulttuurin kuihtuessa ja maailman yhteiskunnallisten muutosten keskellä sen

ylläpitäminen on haasteellista. Tarvitaan me-henkeä ja yhteisöllisyyttä. Mitä enemmän ikään-
tynyt puuhastelee ja on aktiivinen, sitä pidempään kognitiiviset kyvyt säilyvät.

Jatkuva kielteinen yksinäisyys aiheuttaa vähitellen toimintakyvyn heikkenemistä; sen on to-
dettu aina olevan yhteydessä psyykkiseen hyvinvointiin (Routasalo, 2016, s. 421). Ikäänty-
neiden yksinäisyys johtuu leskeksi jäämisestä, masentuneisuudesta, tarpeettomuuden tun-
teesta, terveydentilan heikentymisestä, lasten ja ystävien tapaamisiin liittyvien odotusten to-
teutumattomuudesta ja pessimistisestä elämänasenteesta. Yksinäiset käyttävät enemmän
alkoholia ja lääkkeitä kuin muut. Ikäryhmä harvenee ja uusien nuorempien ikääntyneiden
kanssa uusia ystävyssuhteita on hankala luoda. Yksinäisyydestä kärsivillä on lisääntynyt
riski itsemurhaan, dementiaan ja ennenaikaiseen kuolemaan. Onnellisia ovat ne, joilla on po-
siitiivinen elämänasenne, tyytyväisyys elettyyn elämään ja ihmissuhteita, joita vaalia. Heille
puolison kuolemakaan ei aiheuta pitkäkestoista yksinäisyyden kokemusta (mts. 420–421).

Ruotsalaistutkimus selvitti, lisääkö leskeytyminen psykiatriseen hoitoon joutumisen, lääkityk-
sen ja kuolleisuuden riskiä (Björkenstam, ym., 2011). Tutkimukseen osallistui 658 022 ruotsa-
laista 75 vuotta täyttäneitä, joiden puoliso oli kuollut. Kohorttitutkimus kesti kolmen vuoden
ajan ja siinä selvitettiin myös koulutustaustan merkitystä riskien lisääntymiseen. Tulokset
osoittivat, että leskeytyminen lisää sekä lievien että vakavien psykiatristen häiriöiden riskiä.
Lääkemääräyksiä tehtiin enemmän juuri puolisonsa menettäneille. Dabergott (2021) jakaa
surun kahteen kategoriaan: menetyksen suremiseen ja uuteen elämäntilanteeseen. Menetyk-
sen aiheuttama henkinen stressi nostaa kehon tulehdustilaa, lisäten sydäntapahtumien riskiä.
Ensimmäinen vuosi leskenä on kriittisin vaihe. Leski saattaa vähentää syömistä ja liikku-
mista, jotkut kärsivät unettomuudesta ja lisäävät alkoholinkäyttöään.

Ihminen voi kokea myös hoitoyksinäisyyttä (Seppänen, 2021, s. 256). Se tarkoittaa sitä, että
hoitaja ei ole läsnä hoitotoimenpidettä tehdessään. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaat, ikään-
tyneet sekä vammaiset kokevat yksinäisyyttä. Heidän luonaan ei välttämättä käy kukaan muu
päivän aikana kuin hoitaja. Hoitaja käy tekemässä jonkin pakollisen toimenpiteen, mutta hä-
nellä ei ole aikaa jäädä keskustelemaan. Seppänen mainitsee kirjassaan Liisa Karhen (2017)
väitöskirjatutkimuksen, jossa tarkastellaan hoitosuhteessa koettua hoitoyksinäisyyttä. Koke-
mista kuvattiin sanoilla ei-toivottu, hylätty ja unohdettu. Hoitotilanteesta puuttui ymmärrys,

jakaminen ja dialoginen kohtaaminen. Asiakas koki olevansa ulkopuolinen. Hoitoyksinäisyyteen johtaneita syitä tutkimuksen mukaan olivat hoitajien asenne, haluttomuus kohdata ihminen, tietämättömyys ja taitamattomuus, kiire, resurssien puute ja hoitokulttuuri. Tällainen yksinäisyys luo turvattomuutta, epävarmuutta ja psyykkistä kuormitusta. Hoitoyksinäisyyttä lievitäisivät välittäminen, läsnäolo ja kohtaaminen sekä hoitosuhteen jatkuvuus (mts. 256–258).

3 KOTIHOITO

Kotihoidon tarkoituksena ja kansallisena tavoitteena on turvata ikääntyneen kotona asuminen mahdollisimman pitkään tai jopa elämän loppuun saakka (THL, i.a.). Kotihoitoa myönnetään henkilöille, jotka eivät ikänsä, vammansa tai jonkin muun asian takia kykene selviytymään arjen välttämättömistä toimista (Sosiaali- ja terveysministeriö (STM), 2023). Kotihoito koostuu sairaanhoito-, koti- ja tukipalveluista (Ikonen, 2015, s. 22–23). Tukevia palveluita ovat esimerkiksi omaishoidon tuki, sosiaaliset tulonsiirrot ja sosiaalihuollon päiväpalvelut sekä kotipalvelu. Yksityiset palveluntuottajat ja kolmas sektori ovat myös isossa roolissa koko palveluketjussa esimerkiksi ateriat-, siivous- ja asiointipalvelujen tuottajina.

Sosiaali- ja terveydenhuoltolaki ovat tärkeimmät lait, jotka ohjaavat kotihoitoa (Ikonen, 2015, s. 23–25). Kotipalvelu tarkoittaa sosiaalihuoltolaissa (1301/2014) muun muassa asumiseen, hoitoon ja huolenpitoon, toimintakyvyn ylläpitoon, asiointiin sekä muihin jokapäiväiseen elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamista tai niissä avustamista. Terveystenhuoltolaki (1326/2010) sisältää velvoitteen, jonka mukaan hyvinvointialueen pitää järjestää perusterveydenhuollossa muun muassa avosairaanhoitoa, kotisairaanhoitoa, kotisairaala- ja sairaalahoitoa, mielenterveys-, päihde- ja riippuvuushoitoa. Sosiaalihuoltolain (1301/2014) pykälässä 7 b Mielenterveyden edistäminen ja ehkäisevä päihdetyö sanotaan seuraavasti:

Hyvinvointialueen ja kunnan viranomaisten on yhteistyössä kehitettävä väestön elinolosuhteita siten, että ne vahvistavat mielenterveyttä suojaavia tekijöitä ja ehkäisevät ennalta mielenterveyden häiriöiden syntyä.

Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut vanhuspalveluihin laatusuosituksen, jossa korostetaan ikääntyneen omaa osallistumista häntä koskeviin päätöksiin (Lähdesmäki & Vornanen, 2014, s. 346–347). Hoidon laadun edellytys on osaava henkilökunta. Laatusuosituksen tavoitteena on, että mahdollisimman moni ikääntynyt voi elää itsenäisesti omassa kodissaan, tutussa asuinympäristössä ja sosiaalisessa ympäristössä. Kotona asumista tuetaan nopeasti saatavilla, ammattitaitoisilla sosiaali- ja terveyspalveluilla. Asiakkaan saamien palveluiden ja hoidon tulee olla asiallista ja häntä kunnioittavaa.

3.1 Kotihoidon hoitohenkilökunta

Kotihoidon henkilökuntaan kuuluu esimerkiksi kodinhoitajia, lähi-, perus- ja sairaanhoitajia, fysioterapeutteja, vanhustyön erikoisosaamisen omaavia ammattilaisia, kuten geronomi ja geriatri (Ikonen, 2015, s. 172). Kotihoidossa toimitaan eri-ikäisten kanssa joko heidän kodeissaan tai palvelu- tai hoitokodeissa. Lähi- ja sairaanhoitajat ovat iso osa kotihoidon kokonaisuutta. Lähihoitajan työtehtäviin kuuluu hoito- ja huolenpitotehtävät. Palvelun sisällöt riippuvat hoidontarpeesta. Tyypillisiä tehtäviä ovat muun muassa peseytymisessä avustaminen, lääkkeiden jako, avannepussin tai katetrin vaihto, ihon- ja haavanhoito. Sairaanhoitaja tekee myös edellä mainittuja töitä, mutta hänen tehtävänsä koostuu enimmäkseen siitä asiantuntijuudesta, johon ammattikorkeakoulututkinto antaa valmiudet. Asiantuntijuus perustuu hoitotieteeseen, työ on terveyttä edistävää, kuntouttavaa, ehkäisevää ja hoitavaa. Sairaanhoitajan työhön kuuluu hoitotyön suunnittelu ja toteutus, lääkehoidon suunnittelu ja seuranta, hoidon vaikuttavuuden seuranta sekä omaisten neuvonta ja tukeminen (mts. 173).

Ikääntyneen mielenterveyden edistäminen on haasteellista hoitajille, koska he eivät tiedä, miltä ikääntyminen tuntuu (Kelo ym., 2015, s. 106). On vaikeaa samaistua ikääntyneen ajatusmaailmaan. Fyysistä toimintakykyä on helpompi edistää kuin psyykkistä. Hoitajan tärkeimpiin ominaisuuksiin kuuluu ehdottomasti kuuntelu- ja keskustelutaito. Pitää pystyä puhumaan myös hankalista asioista kuten kuolemasta ja elämän rajallisuudesta. Tilannetaju ja ilmapiiriin aistiminen helpottavat hoitotyötä ja tekevät hoitotilanteesta syvällisemmän (mts. 107).

Ikääntyneet asiakkaat odottavat hoitajien juttelevan käynneillään myös muista asioista kuin pelkästään heidän sairaudestaan (Bernabeu-Tamayo ym., 2020, s. 252). Tämä luo paremman suhteen hoitajan ja hoidettavan välille sekä lisää turvallisuutta ja luottamusta. Ikääntyneet kokevat, että terapeutin kommunikaatiosuhde edellyttää hoitajalta empatiaa, rauhallisuutta, kunnioitusta, läheisyyttä, tarkkuutta, luottamusta ja apua sekä toivon ylläpitoa (mts. 255).

Hoitajan ammatillisen osaamisen vaatimus koskee kaikkia hoitajia koulutukseen katsomatta (Ikonen, 2015, s. 173–175). Se vaatii ennen kaikkea vuorovaikutus- ja viestintätaitoja. Hoitajan pitää pystyä kommunikoimaan sekä muiden työntekijöiden että asiakkaan ja hänen

omaistensa kanssa. Kielelliset taidot korostuvat varsinkin, jos asiakkaalla on kuulo- tai puhe-ongelmia. Ammattieettiset taidot ja ammattitaidon sekä työn kehittämisen taidot ovat myös erittäin tärkeitä kotihoidossa. Itsensä kehittäminen ja jatkuva oppiminen ovat edellytys laadukkaalle kotihoidolle. Hoitajien pitää hallita työtehtävät, osata käyttää välineitä ja materiaaleja. Työprosessien hallinta ja kotihoidon perustana olevan tiedon hallinta ovat osa laaja-alaista ammatillista osaamista. Kotihoito on kokonaisuuden hahmottamista, kunkin asiakkaan tilanteeseen muovailtua toimintaa. Hoitaja seuraa jatkuvasti asiakkaan terveydentilaa, lääkityksen tehoa, oireita sekä muuttaa suunnitelmaa tarpeen mukaan. Joskus voi olla aiheellista konsultoida kotihoidon lääkäriä ja ottaa hänet mukaan kotikäynnille. Hoitajan pitää hallita sosiaali- ja terveysalan palvelut ja toimintatavat. Yhteistyö eri tahojen kanssa on tarpeellista esimerkiksi apuvälinehankinnoissa (mts. 180).

Hoitajan pitää tunnistaa riskit työssään (Ikonen, 2015, s. 180–181). Työturvallisuutta voivat heikentää muun muassa asiakkaan avustustilanteet, talojen pihojen liukkaus, aggressiiviset asiakkaat, sairauksien tuomat reaktiot ja vastentahtoiset hoitotoimenpiteet. Työturvallisuutta voidaan parantaa tunnistamalla riskitekijät ja pohtimalla etukäteen ratkaisuja sekä korjata mahdolliset puutteet.

3.2 Moniammatillisuus ja tiimityö

Ikääntyneen hoitotyössä moniammatillisuus lisää palveluiden taloudellisuutta, tehokkuutta ja laatua (Isoherranen, 2012, s. 29–31). Yhteistyö eri alojen asiantuntijoiden kanssa mahdollistaa toisiaan täydentävän tiedon ja osaamisen kohtaamisen. Tiimityöskentelyn päämääränä on sitoutua yhteiseen tarkoitukseen ja mahdollistaa potilaan paras mahdollinen hoito. Kotihoito uudistuu kaiken aikaa (Ikonen, 2015, s. 30–32). Kunnilla on erilaisia työnjakomalleja, riippuen toimintakulttuureista ja vakiintuneista käytännöistä. Resurssit ja ammatillinen osaaminen ohjaavat toimintaa. Tiimilähtöinen työnjakomalli on yksi Suomisen ja Henrikssonin (2008) luettelemista työnjakomalleista. Muita ovat tehtävä-, asiakas-, resurssilähtöinen sekä työntekijän ammatilliseen osaamisen liittyvä työnjakomalli. Kotihoidossa on tiimejä, jotka vastaavat asiakkaan tarpeisiin, riippuen senhetkisestä tilanteesta, esimerkiksi kotipalvelu-, hoitoketju-, mielenterveys- ja päihdetiimi ja kotiutustiimi.

Ikonen (2015, s. 33–35) mainitsee, että tehtävät jakautuvat usein monelle eri tasolle organisaatiossa ja voivat mennä eri tasojen yli. Tiedonsiirto voi olla kotihoidon sisällä tai organisaatioiden välillä tapahtuvaa tiedonsiirtoa. Käytännön esimerkkejä näistä ovat muun muassa puhelinkeskustelut, hoitoneuvottelut lääkäreiden kanssa, laatukäsikirjat, kodin muutostöiden myötä kunnan rakennusvalvonnan kanssa käytävät keskustelut ja asiakkaan kotona olevat kotihoidon vihot. Kaikki nämä täyttävät moniammatillisuuden kriteerit ja tähtäävät asiakkaan hyvinvointiin. Tiimillä pitää olla aina tiimivastaava, joka pitää kokonaisuuden hallussa.

Moniammatillinen yhteistyö on kokonaisvaltaista, siinä päätökset tehdään ihmislähtöisesti ja hoidolle asetetaan aina tavoitteet (Lähdesmäki & Vornanen, 2014, s. 41–43). Moniammatillisen tiimin lisäksi hoidon suunnitteluun osallistuvat ikääntynyt itse ja hänen läheisensä. Hoidon toteutus ja arviointi on myös moniammatillista. Työntekijät arvostavat toistensa osaamista ja ammattitaitoa. Lisäksi jokaisen työntekijän pitää osata tuoda oma osaamisensa ja asiantuntijuutensa tiimin käyttöön. Tiimin toimivuus edellyttää avointa vuorovaikutusta tiimin jäseniltä. Ikääntyneen moniammatillinen tiimi voi koostua esimerkiksi hoitavasta lääkäristä, fysioterapeutista, diabeteshoitajasta, kotihoidon hoitajasta, psykologista ja sosiaalityöntekijästä. Tiimin kokoonpano riippuu hoidontarpeesta.

Ikääntyneen keskeisimpiä moniammatillisen tiimityön toimintamuotoja ovat fysio-, toiminta-, puheterapia sekä diakoniatyö (Lähdesmäki & Vornanen, 2014, s. 43–45). Fysioterapian tavoitteena on liikkumisen ja toimintakyvyn ylläpysyminen. Lisäksi kartoitetaan apuvälineiden tarve ja autetaan apuvälineiden hankinnassa. Toimintaterapia on päivittäistä elämää tukevaa työtä: itsestä huolehtimisesta, asioiden hoitoa, vapaa-ajan viettoa, yhteiskuntaan osallistumista. Puheterapiassa keskitytään puheen ymmärtämiseen ja tuottamiseen. Tavoitteena on poistaa ja lievittää puheen häiriöitä, jotka vaikeuttavat päivittäistä elämää. Diakoniatyö on kolmannen sektorin kirkollista hyväntekeväisyyttä, jolla on tärkeä rooli ihmisen hädän ja kärsimyksen poistajana. Se eheyttää ihmistä ja auttaa selviytymään arjesta kriisienkin keskellä. Kaikki edellä mainittu pyritään toteuttamaan ikääntyneelle voimavaralähtöisesti tutussa ympäristössä.

3.3 Hoitajan ja asiakkaan välinen vuorovaikutus

Ikääntynyt mielenterveysasiakas pitää kohdata ihmisarvoa kunnioittavasti, yksilöllisesti, oikeudenmukaisesti, tasa-arvoisesti ja luomalla turvallinen ilmapiiri hoitotilanteeseen (Seppänen, 2021, s. 227). Taustalla voi olla niin sanottua tunnetaakkaa ja ennakkoluuloja hoitajia kohtaan, mikä voi aiheuttaa tunneherkkyyttä tai kyvyttömyyttä tunteiden ilmaisuun. Asiakkaan kohtaamisessa on tärkeintä empatia, luottamuksen rakentaminen ja asiakkaan voimavarojen huomioiminen. Luottamuksen saamiseen vaaditaan kunnioittava asenne asiakasta kohtaan väheksymättä häntä tai hänen ongelmiaan. Asiakkaan pitää kokea, että hänet on nähty, kuultu ja hyväksytty. Hyvän hoitajan tärkein taito on olla aidosti läsnä ja antaa kohtaamiselle aikaa, vaikka olisikin kiire. Hyvä hoitaja ei näytä kiirettä, vaan löytää lyhyestäkin hetkestä läsnäolon tunteen asiakkaalle. Hyvä hoitaja osaa tulkita sanatonta viestintää, hänellä on tilannetajua ja kykyä valita sanansa oikein (mts. 84–86).

Hoitajan odotetaan olevan puolueeton ja eri näkökulmia esittävä alansa asiantuntija (Holmberg, 2016, s. 94). Hoitaja on sopivan neutraali hoitotilanteissa. Hän on samaan aikaan inhimillinen ja ammattimaisen ystävällinen, suojellen samalla omaa henkilökohtaista koskemattomuuttaan. Asiakas kokee, että hänelle ollaan reiluja ja annetaan tilaa hänen hoitoonsa liittyvässä päätöksenteossa. Hoitajalta vaaditaan myös rohkeutta ottaa puheeksi arkoja asioita. Mielenterveys- ja päihdetyössä pitää olla aito, rehellinen ja suora. Hoitaja on usein asiakkaan puolustaja toivottomilta tuntuissa tilanteissa. Hoitaja voi toisaalta kokea näennäistä rohkeutta ja olla osaavampi kuin onkaan. Tästä syystä hoitajan ei pitäisi koskaan mennä yksin ensimmäiselle käynnille mielenterveysasiakkaan luo. Uhkarohkeus ei ole rohkeutta. Se voi altistaa vaaratilanteille. Holmberg korostaa kirjassaan toivon ylläpitämistä. Se on asiakkaan läheisten tukemista, lohduttamista, kannustusta ja uskon luomista asiakkaan voimavaroihin. Hoitaja asettaa tavoitteita asiakkaan kanssa ja kannustaa taistelemaan niiden saavuttamiseksi. Hoitajan henkilökohtaiset ominaisuudet, hoitotiimin tuki ja mielenterveys- ja päihdetyön osaaminen auttavat toivon ylläpidossa (mts. 96–97).

Kosketus on tärkeä osa vuorovaikutusta (Seppänen, 2021, s. 248). Hoidon laatua pystytään parantamaan kosketuksella, eikä siihen tarvita lisäresursseja. Kosketus lisää mielihyvähormonin eli oksitosiinin vaikutusta kehossa. Kosketus vähentää stressiä, parantaa unenlaatua

ja keskittymiskykyä, rauhoittaa mieltä ja lohduttaa. Fyysisesti kosketus vaikuttaa positiivisesti neste- ja verenkiertoon, immuniteettiin, hermojärjestelmään, ruokahaluun ja aivoihin. Kosketuksen puute sen sijaan lisää aggressiivisuutta, keskittymisvaikeuksia, ahdistusta ja masennusta. Kosketuksen avulla hoitaja voi lisätä luottamusta hoitosuhteeseen. Hoivaava ja välittävä kosketus voi olla olkapäälle hipaisu, spontaani ele, joka voi olla myös osa välttämätöntä hoitotoimenpidettä. Koskettamisessa pitää olla tilannetajua, jotta ei mene liikaa asiakkaan reviirille ilman tämän suostumusta. Jokaisella on oikeus kehon koskemattomuuteen, mutta myös oikeus tulla kosketetuksi. Moni ihminen kaipaa kosketusta. Iho on suurin elimemme ja sitä kautta myös suurin aistilähtemme. Tuntoaisti kehittyy meissä ensimmäisenä ja säilyy pisimpään, vaikka muut aistimme olisivatkin jo sammuneet (mts. 247–251).

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää ikääntyneen asiakkaan mielenterveyteen liittyviä haasteita kotihoidossa ja hoitajien erityisosaamisen tarvetta päivittäisessä työssä.

Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä kotihoidon laatua ja moniammatillisuutta Virroilla ja Ruovedellä sekä pitkällä aikavälillä parantaa kuntalaisten hyvinvointia.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset:

1. Millaisia ikääntyneen mielenterveyden haasteita hoitohenkilökunta kohtaa työssään?
2. Millaista osaamista kotihoidon työ vaatii ikääntyneen mielenterveyden näkökulmasta?
3. Millaista yhteistyö eri ammattiryhmien välillä kotihoidossa on?
4. Olisiko kotihoidon henkilökunnalla mielenterveystyön osalta lisäkoulutuksen tarvetta? Jos olisi, niin mitä?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyössä käytettiin kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää. Laadullisessa tutkimusmenetelmässä aihetta tai ilmiötä tutkitaan ilman ennalta määritettyä strategiaa ja keskitytään siihen, mitä ihmiset ajattelevat ja miksi (Kylmä ym., 2003, s. 119). Laadullisessa kyselytutkimuksessa käytetään avoimia kysymyksiä, jotta aihetta voidaan tarkastella ja käsitellä syvemmin, mutta toisaalta kyselyn tuloksia on vaikeampi tulkita. Tutkimusmenetelmänä kvalitatiivinen menetelmä on kokonaisvaltainen, sen pohjalta voidaan kehittää toimintaa, ja toisaalta myös sen tuloksia voidaan hyödyntää kvantitatiivisissa jatkotutkimuksissa.

Kysely toteutettiin Webropol-menetelmällä ja käytettiin puolistrukturoituja eli avoimia kysymyksiä. Puolistrukturoitu tarkoittaa sitä, että kysymys on kaikille sama, mutta siihen saa vastata avoimesti (Hakala, 2015, s. 29). Avoimia kysymyksiä käytetään, kun halutaan tutustua johonkin asiaan, jonka vastaajat tuntevat läpikotaisin (Hesse-Biber & Leavy 2011, s. 180–181). Vastauksista on mahdollista luoda monipuolinen käsitys tutkittavasta asiasta. Vastajilla on vapaus kertoa heille merkityksellisestä asiasta omin sanoin.

Kysely oli helpompi toteuttaa kuin haastattelu, koska vastaajia oli 60. Helppokäyttöinen Webropol ei vie tutkijoiden aikaa tiedonkeruuvaiheessa, ja vastaaja voi vastata rauhassa kysymyksiin ilman kyselijän läsnäoloa (Heikkilä, 2014). Lisäksi kyselyn tuloksia pystytään seuraamaan reaaliajassa. Tiedon analysointia ja tulkintaa helpottaa aineiston siirrettävyys esimerkiksi Exceliin tai Wordiin.

Saatu aineisto analysoitiin käyttämällä aineistolähtöistä induktiivista sisällönanalyysia. Laadullinen analyysi jaetaan usein induktiiviseen ja deduktiiviseen analyysiin (Sarajärvi & Tuomi, 2011, s. 95). Jako perustuu siihen, mitä päättelyn logiikkaa tutkimuksessa käytetään. Induktiivinen tarkoittaa yksittäisestä yleiseen ja deduktiivinen päinvastoin eli yleisestä yksittäiseen. Tällainen jako ei ole aivan ongelmaton, koska uusi teoria ei voi syntyä pelkkien havaintojen pohjalta. Aineistolähtöisessä analyysissa ei saa olla mitään tekemistä aiemmilla teorioilla eivätkä ne saa vaikuttaa johtopäätöksiin. Kaikki ilmiön lopputulokseen johtava tieto pitää tulla kerätystä aineistosta (mts. 99).

Sisällönanalyysi sopii hyvin strukturoimattomankin aineiston analyysiin (Sarajärvi & Tuomi, 2011, s. 103). Tällä menetelmällä yritetään saada tiivis ja yleistetty kuvaus tutkitusta aineistosta. Sisällönanalyysillä on tarkoitus järjestellä aineisto johtopäätöksiä varten. Sisällönanalyysin tavoitteena on luoda selkeä ja pelkistetty sanallinen kuvaus ilmiöstä, kadottamatta kuitenkaan sen sisältämää tietoa. Analysoinnin tarkoituksena on lisätä informaatioarvoa tutkittavasta ilmiöstä. Aineistolähtöisessä induktiivisessa analyysissä aineistoa pelkistetään eli redusoidaan, ryhmitellään eli klusteroidaan ja lopuksi luodaan teoreettisia käsitteitä eli abstrahoidaan. Ongelmaksi saattaa muodostua johtopäätösten tekeminen ja lopputuloksena esitellään vain saatua aineistoa (mts. 108–109). Induktiivista sisällönanalyysia tehdessä ilmaantuu käsitteitä abstrahoinnin kautta (Elo ym., 2010, s. 139).

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi alkaa aineiston lukemisesta ja siihen perehtymisestä, sen jälkeen etsitään ja alleviivataan pelkistettyjä ilmaisuja, jotka sitten listataan (Sarajärvi & Tuomi, 2011, s.109). Seuraavaksi etsitään samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia pelkistettyjen ilmaisujen joukosta, jonka jälkeen niitä yhdistellään ja muodostetaan ala- ja yläluokkia. Yläluokkien yhdistäminen johtavat kokoavan käsitteen muodostumiseen. Abstrahoinnissa luodaan käsitteitä alkuperäisten ilmaisujen avulla; alaluokista saadaan yläluokkia ja lopuksi pääluokka (mts. 112).

Opinnäytetyön suunnitelma hyväksyttiin keväällä 2023, jolloin myös tehtiin Seinäjoen ammatikorkeakoulun kanssa opinnäytetyösopimus sekä lähetettiin tutkimuslupahakemus Keiturin Sote Oy:lle. Opinnäytetyön kirjallinen toteutus alkoi syyskuussa 2023, silloin vastaajille lähetettiin linkki sähköiseen kyselylomakkeeseen (liite 1) ja saatekirje (liite 2). Kyselylomakkeen linkki oli avoinna aikavälillä 15.9.2023 - 15.10.2023, jolloin kysely toteutettiin.

Kyselyn kysymyksiin vastasi 24–29 hoitajaa. Aineiston analysointi aloitettiin lukemalla vastauksia ja alleviivaamalla samankaltaiset vastaukset. Nämä alkuperäiset ilmaukset listattiin taulukkoon, josta ne yhdisteltiin kysymysten mukaan. Tämän jälkeen ilmaukset abstrahoitettiin alkuperäisten ilmausten avulla ja luotiin ala- ja yläluokkia (liite 3).

6 TULOKSET

Opinnäytetyön tulokset pohjautuvat Keiturin Sote Oy:n kotihoidon henkilökunnan vastauksiin. Niiden pohjalta havainnollistetaan eniten esille nousseet sekä keskeisimmät vastaukset kvalitatiiviselle tutkimukselle tunnusomaisen aineistolähtöisen induktiivisen sisällönanalyysin avulla. Tulokset on kuvattu sanallisesti. Kysely lähetettiin 60 kotihoidon hoitajalle, joista 29 vastasi. Vastausprosentti oli 48.

6.1 Taustakysymykset

Taustakysymyksinä tiedusteltiin kotihoidon hoitajien ikää ja työvuosia hoitajana. Valtaosa vastaajista oli 25–39-vuotiaita (38 %), seuraavaksi suurin ikäryhmä oli yli 55-vuotiaat (31 %). Kaksi pienintä ikäryhmää olivat 40–54-vuotiaat (28 %) ja alle 25-vuotiaat (3 %). Suurin osa vastaajista oli työskennellyt hoitajana yli 10 vuotta (68 %). 6–10 vuotta työskennelleet olivat seuraavaksi suurin ryhmä (21 %), ja ylivoimaisesti pienin ryhmä oli 1–5 vuotta työskennelleet hoitajat (11 %).

6.2 Ikääntyneen mielenterveyden haasteet kotihoidossa

Asiakkaan sitoutuminen hoitoon, hänen henkinen tasapainonsa sekä eri sairauksien tuomat oireet ja eroavuudet olivat merkittävimmät haasteet hoitajien työssä. Suurimmat haasteet hoitohenkilökunta koki olevan hoitoon sitoutumisessa, erityisesti lääkehoitoon sitoutumisessa. Osa asiakkaista kieltäytyy lääkeshoidosta tai ei käytä hänelle määrättyjä lääkkeitä. Lääkkeiden otto pitäisi olla valvottua ja asiakkaan sitoutua siihen. Osalla on alkoholin ja lääkkeiden yhteiskäyttöä, mikä johtaa pahimmassa tapauksessa päihderiippuvuuteen. Jotkut vastaajista kokivat haasteelliseksi hygienian hoidon tai siitä kieltäytymisen.

Alkoholin ja lääkkeiden väärinkäyttöön liittyvät ongelmat(V6)

Asiakas ei ota lääkkeitä (V14)

Asiakas ei käytä hänelle määrättyjä lääkkeitä/kieltäytyy lääkeshoidosta. (V1)

Eräs vastaajista kertoi, että koko prosessi on ongelmallinen:

Viranomaisen palvelupäätöksellä kotihoito joutuu hoitamaan asiakasta, vaikka hän ei olisikaan sitoutunut omaan hoitoonsa. Mielenterveystoimistossa todetaan, että asiakkaalla on itsemääräämisoikeus ja hoitosuhde sinne päättyy, kun asiakas ei halua hoitosuhdetta jatkaa. Kotihoito käy, kun viranomainen näin päättää. (V1)

Merkittäviä henkistä tasapainoa horjuttavia seikkoja olivat asiakkaiden harhat, pelkotilat ja epäluuloisuus hoitajaa kohtaan. Näissä oli lisänä usein masennus ja ahdistus. Puolison menettäminen, kuolemantapaukset perheessä ja läheisen sairastuminen aiheuttivat lisää mielialan laskua ja pelkoa tulevasta. Myös yksinäisyys koettiin haasteellisenä tekijänä asiakasta kohdatessa. Miten kohdata yksinäinen, pitääkö ehdotella sosiaalisia kontakteja vai olla vain kuuntelijana? Yksi vastaajista koki, että asiakkaat jätetään yksin ongelmiensa kanssa, mikä lisää myös yksinäisyyden tunnetta ja epätoivoa.

Läheisten ihmisten menettämiseen tai sairauksiin liittyvä ahdistus ja suru. (V17)

Osa hoitajista koki, että uhkatilanteiden tunnistaminen ajoissa on haasteellista. Väkivallan uhka, aggressiivisuus, seksuaalinen ahdistelu ja itsetuhoinen käytös kotikäynneillä varjostavat työtä. Yksi vastaajista mainitsi itsenäisen selviytymisen heikentymisen ja pelon itsemääräämisoikeuden menetyksestä. Hoitaja koki haasteelliseksi kohentaa tällaisen asiakkaan mielialaa.

Mahdollisten uhkatilanteiden tunnistaminen ajoissa. (V3)

Aggressiivisuus, seksuaalinen ahdistelu, väkivallan uhka...käytöshäiriöt (V11)

Itsemurha-ajatukset (V13)

Haasteita aiheuttivat myös psyykkiset sairaudet muun muassa skitsofrenia ja kaksisuuntainen mielialahäiriö. Hoitajat mainitsivat useaan otteeseen myös muistisairaudet. Heidän oli

erittäin vaikea erottaa, mikä johtuu muistisairaudesta ja mikä mielenterveyden häiriöistä tai psyykkisestä sairaudesta. Toisin sanoen sairauksien erotusdiagnostiikka oli vaikeaa hoitajille kuin myös se, miten somaattiset sairaudet vaikuttavat mielenterveyteen.

6.3 Ikääntyneen mielenterveyden tukemisen vaatima osaaminen kotihoidossa

Hoitohenkilökunnan vastauksista nousi esiin kolme tärkeää osaamisaluetta, joita vaaditaan ikääntyneen mielenterveystyössä: asiakkaan kohtaaminen, sairauksien erottelu ja lääkeosaminen.

Useat hoitajat olivat maininneet hyvän kohtaamisen yhtenä merkittävänä osaamisalueena. Rauhallinen ja yksilöllinen kohtaaminen koettiin merkitykselliseksi. Suhtautuminen asiakkaan menetyksiin, empaattinen ja arvostava työote sekä kuuntelutaidot koettiin tärkeiksi. Hoitajan ei aina tarvitse puhua. Ymmärrystä ja tukea antava hoitaja on tärkeä. Hyvä kohtaaminen vaatii aikaa, jota valitettavan usein kotihoidossa ei ole riittävästi. Yksi vastaajista koki asianmukaisen kohtaamisen olevan haasteellista väkivaltaisen käytöksen tai päihteiden käytön takia. Eri asiakasryhmiä pitää osata kohdata eri lailla.

Rauhallinen kohtaaminen, jos asiakas haluaa jutella, niin pitää kuunnella. Jos ei halua jutella, niin ei pakoteta. (V5)

Kykyä kohdata asiakas ja keskustella hänen kanssaan (V7)

asiakaslähtöinen, välittävä ja arvostava työote (V13)

Empaattisuutta, rauhallisuutta (V20)

Kuinka kohdata muistisairas asiakas? Miten kohdata väkivaltainen asiakas? Miten kohdata mielenterveys- ja päihdeasiakas? Miten kohdata yleensäkin haastava asiakas? (V21)

Hoitajat tarvitsevat tietoa eri sairauksista. Useissa vastauksissa tuli ilmi muistisairaana ja mielenterveyspotilaan oireiden erottelu. Myös ikääntyminen toi omat vivahteensa näihin sairauksiin. Yksi vastaajista mainitsi psyykkisen toimintakyvyn osana kokonaisuutta. Tämä voi usein unohtua, kun hoidetaan vain somaattisia sairauksia. Ongelmien havaitseminen ja niihin puuttuminen oli ensiarvoisen tärkeä osaamisalue. Hoitajan pitää osata tunnistaa sairauksien eri vaiheita. Lääkärit tapaavat harvoin asiakkaita, joten hoitaja on se, joka tuo tietoa lääkärille asiakkaan voinnista.

Tunnistaa vaiheet erilaisissa mielenterveyden sairauksissa. Erottaa esim. muistisairaudesta ja mielenterveyden sairauksien oireet. Lääkärit harvoin tapaavat asiakkaitamme ja meidän täytyy tunnistaa oireet ja sairaudet, mitkä viedään lääkärin tietoon. (V3)

...mentaalipuolen osaaminen on vaillinaista. Ei ole tietoa siitä, miten mielenterveysasiakkaita hoidetaan. (V1)

Perustietoa sairauksista, miten ne vaikuttavat iän myötä...(V17)

Hoitajat pitävät lääkehoidon osaamista tärkeänä hoitotyössä. Perustiedot lääkkeistä, niiden vaikutuksista ja mahdollisista haittavaikutuksista olisi hoitajan hyvä osata. Lääkehoidon ymmärrys, lääkkeiden käytön vaikutusten seuranta ja lääkehoitoon kannustaminen kuuluvat myös hoitajan osaamisalueisiin. Näillä olisi vaikutusta asiakkaan lääkehoitoon sitoutumisessa. Muita esiin nousseita asioita olivat taloudellisten asioiden hoitaminen ja edunvalvonta-asiat. Hoitajan pitää osata perusasiat esimerkiksi Kelan etuuksista voidakseen auttaa asiakkaita.

Mielenterveystyöhön suuntautunutta henkilökuntaa, jolla on tuntemusta psyykelääkkeitä ja lääkityksen seurannasta. (V1)

Lääkehoidosta olisi hyvä myös tietää vähintään perusasiat (V24)

6.4 Ammattiryhmien välinen yhteistyö kotihoidossa

Kotihoidon hoitajien vastauksista erottui neljä eri näkökulmaa: yhteistyö on eri ammattiryhmien välillä hyvää, haastavaa, vähäistä ja sitä saisi olla enemmän.

Monet hoitajat olivat tuoneet esiin hyvän yhteistyön eri ammattiryhmien välillä. Viikoittaiset tapaamiset mielenterveystoimiston kanssa etäyhteyden kautta koettiin hyväksi. Vastauksista kävi myös ilmi, että apua saa aina kysyttäessä. Useiden hoitajien mielestä tapaamiset mielenterveystoimiston kanssa olivat riittäviä ja he myös mielsivät yhteistyön helpoksi.

Kotihoidon työntekijöiden kesken yhteistyö mielestäni sujuvaa. Yhteistyötä Virtain Mielenterveystoimiston kanssa ollaan kehittämässä. (V15)

Nykyään parantunut, tarvittaessa ollaan yhteydessä MTT ja yhteistyötä on kehitetty mm etäpalavereiden avulla. (V25)

Yhteistyö mielenterveystoimiston ja erityisesti sen erilaisen toimintaympäristön sekä asiakkaille laadittavien suunnitelmien kanssa koettiin haasteelliseksi. Yhteisiä tapaamisia asiakkaan asioista olisi toivottu enemmän. Mielenterveystiimin neuvot koettiin myös toimimattomiksi ja huonoiksi.

Hoitajat luonnehtivat yhteistyötä vähäiseksi ja yksi vastaaja oli sitä mieltä, että yhteistyötä kotihoidon ja paikallisen mielenterveystoimiston välillä ei ole ollenkaan. Yhteistyön puutteellisuus nousi vastauksissa vahvasti esiin. Useat hoitajat toivoivat, että yhteistyötä mielenterveystoimiston ja eri tiimien kanssa voisi olla enemmän.

Liian vähäistä yhteistyötä mtt-toimiston kanssa. Yhteisiä palavereja asiakkaan hoidosta toivotaan. (V22)

Välillä haastavaa. Jokainen on oman yksikkönsä sisällä tiukasti ja ei välttämättä tiedä miten toisessa yksikössä toimitaan. (V20)

6.5 Lisäkoulutustarve ikääntyneen mielenterveystyössä kotihoidossa

Kotihoidon hoitajien kaikissa vastauksissa tuli ilmi, että lisäkoulutukselle olisi tarvetta. Vastaukset jakaantuivat seuraavasti: lisäkoulutusta lääkehoitoon, lisätietoa mielen sairauksista ja muistisairauksien vaikutuksesta niihin sekä koulutusta asiakkaan kohtaamiseen.

Lääkehoidon lisäkoulutuksen tarve mainittiin monessa vastauksessa. Mielenterveysongelmiin tarkoitetut lääkeryhmät ja lääkkeet vaikuttivat olevan vastausten perusteella suurimmalle osalle vastaajista täysin tuntemattomia. Jotkut vastaajista kertoivat osaamisen perustuvan vain peruskoulutukseen, sillä monikaan ei ole erikoistunut mielenterveys- ja päihdetyöhön.

Hoitajat halusivat lisäkoulutusta mielen sairauksista. Vastaajat olivat kiinnostuneita tietouden lisäämisestä muistisairauksien, etenkin alkavien muistisairauksien oireista, joita usein saateen luulla joksikin mielen sairaudeksi. Vastaajat kokivat myös lisäkoulutuksen tarvetta muistisairauksien vaikutuksista mielen sairauksiin sekä mielenterveysongelmien oireista ja hoitokeinoista.

Tarve olisi kouluttamiselle. Miten toimitaan eri sairauksien kohdalla, mikä aiheuttaa mitäkin toiminnan vajetta, miten voisimme tukea asiakkaita paremmin? Milloin asiakkaan omaan tilaan tyytyminen, eli mikä on asiakkaan kannalta hänelle riittävä taso olla ja elää? Miten tämä siirretään hoito- ja palvelusuunnitelmalle? (V4)

Tietouden lisäämistä erilaisista mielenterveyden sairauksista ja oireista. (V3)

Muutama vastaaja nosti esiin sen, että mielenterveysongelmien oireita ei välttämättä monikaan ymmärrä tai osaa tulkita ja näin ollen tilanteita ei osata kohdata tai käydä läpi asiakkaan tai muun hoitohenkilökunnan kanssa. Potilaan kohtaaminen toistui myös monessa vastauksessa. Joidenkin hoitajien mielestä mielenterveysongelmista kärsivää asiakasta oli vaikea kohdata tai lähestyä. He toivoivat vinkkejä ja tietoa siitä, kuinka tällainen asiakas tulisi kohdata ja kuinka häntä voisi tukea.

Ehdottomasti. Ei siihen kouluteta koulussa. Miten kohdata mielenterveysasiakas? Miten heitä lähestyä/tukea. (V23)

7 POHDINTA

Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen koko Suomessa. Mielenterveyden haasteita on pohdittu jo vuosia tiedotusvälineissä ja työyhteisöissä. Laajojen hyvinvointialueiden vuoksi haasteet ovat lisääntyneet etenkin ikääntyneiden keskuudessa, koska heidän ikäluokkansa on suuri ja etenkin taajama-alueiden ulkopuolella välimatkat tekevät työstä vielä haasteellisempaa. Virrat ja Ruovesi ovat laajoja kuntia, ja kotihoidon asiakkaita asuu kymmenien kilometrien etäisyyksillä toisistaan. Kokonaisuudessaan Keiturin Sote Oy:n toiminta-alue on 2249 neliökilometriä.

Säännöllistä kotihoitoa saavien osuus on vähentynyt vuodesta 2020 jopa 246 asiakkaalla Keiturin Sote Oy:n alueella. Tämä on mielenkiintoinen ilmiö. Asiakasohjaus ja palvelutarpeen arviointi ovat kehittyneet vasta viime vuosina, mikä voi olla osasy säännöllisen kotihoidon asiakasmäärien laskuun tilastoissa. Kriteerit ovat tiukentuneet ja hyvinvointialueiden seurauksena ne tulevat todennäköisesti vielä tiukentumaan. Ikääntyneiden määrä kuitenkin lisääntyy, mikä johtaa siihen, että kaikkia ei voida hoitaa hoitaja- ja rahapulan vuoksi. Pientä apua tarvitsevat ohjataan ottamaan yhteyttä yksityisiin palveluntuottajiin. Onneksi suurin osa ikääntyneistä on vielä hyväkuntoisia, eivätkä tarvitse mitään kotihoidon palveluita.

7.1 Tulosten pohdintaa

Kyselyyn vastanneet olivat nähneet vaivaa vastaamiseen. Suurin osa vastauksista oli monisanaisia ja kuvailevia, niistä oli helppo luoda ala- ja yläkäsitteitä. Osassa vastauksista oli vastattu enemmän kuin oli kysytty, jolloin jouduimme ohittamaan ne kommentit, jotka eivät vastanneet nimenomaiseen kysymykseen. Vastauksista kuvastui se, että aihe on tärkeä. Hoitajat toivoivat muutosta tilanteeseen, jotta heidän työstänsä olisi enemmän hyötyä asiakkaalle. He haluaisivat lisäkoulutusta, mutta ennen kaikkea enemmän aikaa: mahdollisuutta kokonaisvaltaiseen asiakkaan kohtaamiseen.

Ikääntynyt mielenterveysasiakas tarvitsee läsnäoloa, mielipiteiden ja kuulumisten vaihtoa, johon ei kymmenen minuutin käynti valitettavasti riitä. Hoitajien mielestä heillä ei ollut tarpeeksi keskustelutaitoa vaikeimpien asiakkaiden kanssa; näiden kohdalla terapia voisi olla ratkaisu.

Masennusta ja ahdistusta kokeva asiakas tarvitsee ammattitaitoista terapeuttia, joka hallitsee esimerkiksi ratkaisukeskeisen terapian. Pelkkä arkipäiväinen juttelu ei kaikille riitä. Tällä hetkellä Suomessa on pula ammattitaitoisista terapeuteista. Jonot mielenterveyspalveluihin ovat valtavat, joten terapeuteista on varmasti turha odottaa ratkaisua ikääntyneiden mielenterveyden ongelmiin. Kotihoidon hoitajat tarvitsevat lisäkoulutusta, koska ongelmat vain lisääntyvät tulevaisuudessa. Mielenterveystyöhön on olemassa keskustelua herättäviä keinoja, esimerkiksi valokuvaterapian muodossa. Kuka tahansa hoitaja pystyy näyttämään erilaisia kuvakortteja ja pyytää niistä asiakasta valitsemaan yhden ja kertomaan siitä. Tämä saattaa herättää keskustelua senhetkisestä mielentilasta. Pakko ei ole puhua, mutta valokuvan valinta saa kuitenkin asiakkaan ajatukset liikkeelle ja saattaa synnyttää keskustelua.

Kaikilla kotihoidon asiakkaila ei ole mielenterveyden ongelmia, mutta osalla niitä on jollakin tasolla ja ainakin hetkellisesti. Tärkeää olisi tunnistaa ongelmat ajoissa niin, etteivät ne paisu ylitsepääsemättömiksi. Ikääntyneen päihteiden käyttö voi olla niin ongelmallista, etteivät kaikki ammattilaisetkaan osaa sitä tunnistaa. Monen ihmisen ongelmaan auttaa niin sanottu varhainen puuttuminen. Se on mahdollista moniammatillisten tiimien avulla. Eri alojen ammattilaiset tuovat omaa erityisosaamistaan tiimin käyttöön ja selvittävät asiakkaan ongelmia. Tästä voi seurata se, että asiakasta hoitavat jatkossa hänelle sopivat ammattilaiset. Hoito on tehokasta ja laadukasta, myös kustannustehokasta, kun säästytään ehkä turhilta tutkimuksilta ja lääkityksiltä. Holmberg (2016, s. 96–97) toi kirjassaan myös esiin tiimityön merkityksen. Se korostuu etenkin haastavissa hoitosuhteissa. Hoitaja uskalttaa olla rohkea, kannustava ja empaattinen asiakkailleen, jos hän saa riittävästi tukea ja tunnustusta tiimiltä.

Yksinäisyys mainitaan useissa vastauksissa osatekijänä ikääntyneiden mielenterveyden haasteisiin. Voisiko tähän olla ratkaisu yhteisöllisessä asumisessa? Siitä puhutaan Suomessa nyt paljon. Hyypä (2013, s. 105) mainitsi yhteisöllisyyden kertoessaan sosiaalisesta pääomasta eli osallistumisesta ja aktiivisuudesta. Yhteisöllinen asuminen voi lisätä me-hengen säilymistä ja yhdessä tekemistä. Sosiaalisuutta ei pystytä lisäämään yksinasumisella kotioissa, jos ihminen ei pääse kotoa mihinkään. Luonne pitää olla sen mukainen, että ihminen sopeutuu joukkoon. Maaseudulla eläneenä monille on tärkeää luonnonrauha ja hiljaisuus. Valinnanvapaus ja itsemääräämisoikeus pitää muistaa asunusratkaisuja tehdessä.

Muutama hoitajista mainitsi asiakkaan aggressiivisuuden ja väkivallan uhan hoitotilanteissa. Tällaiset tilanteet voivat aiheuttaa hoitajille pelkoa mennä uudelleen kyseiseen paikkaan. Tällä hetkellä on käytäntö, että päihtynyttä asiakasta ei tarvitse hoitaa, jos hoitajan turvallisuus vaarantuu. On myös sellaisia koteja, joihin ei koskaan mennä yksin vaan toisen hoitajan kanssa. Holmberg (2016, s. 96) mainitsi kirjassaan hoitajan uhkarohkeuden, joka voi lisätä väkivallan riskiä. Hänen mielestään mielenterveysasiakkaan ensikäynnille pitäisi mennä aina kaksi hoitajaa. Tämä voisi olla hyvä käytäntö kotihoidossakin. Uhkaavien tilanteiden jälkeen olisi hyödyllistä käydä tilanne läpi esihenkilön ja debriefing-tiimin kanssa. Asian läpikäyminen voisi helpottaa hoitajaa, ja samalla voitaisiin pohtia aggressiivisuuteen johtaneita syitä ja mahdollisia ratkaisuja. Kokeneiden hoitajien osaamista kannattaisi näissä tilanteissa myös hyödyntää.

Vastausten perusteella lisäkoulutuksen tarve oli ilmeinen. Lähi- ja sairaanhoitajan peruskoulutus sisältää perustaidot mielenterveys- ja päihdetyöstä, mutta syventäviä opintoja valitsevat vain harvat. Mielenterveys- ja päihdetyön osaamista pitäisi sisällyttää peruskoulutukseen enemmän. Aikaisempien tutkimustulosten perusteella ammattikorkeakoulujen välillä on suuria vaihteluja opetuksen laajuudessa ja sisällöissä. Opetussuunnitelmien sisällöissä on osaa- misalueita, jotka eivät kuitenkaan sisälly siihen vähimmäisosaamiseen, joka on määritelty sairaanhoitajan mielenterveys- ja päihdetyön ammatillisessa osaamisessa. Tämän perusteella olisi varmasti syytä tarkastella opintokokonaisuuksia ja niiden sisältöjä vastaamaan tämän hetken tarvetta. Mielenterveyden haasteet joka ikäryhmässä ovat kasvaneet perusterveydenhuollossa jo vuosia, joten koulutuksen sisältöön pitää kiinnittää entistä enemmän huomiota. Peruskoulutuksen saaneella sairaanhoitajalla pitää olla enemmän valmiuksia hoitaa mielenterveysasiakkaita myös kotihoidossa. Jos opintojen sisältöjä ei voida jostain syystä yhtenäistää ammattikorkeakoulujen kesken, niin mikseivät jotkut ammattikorkeakoulut voisi profiloitua esimerkiksi mielenterveystyön erityisosaajiksi? Lähihoitajien lisäkoulutusta voisi Virroilla tarjota esimerkiksi paikkakunnalla toimiva Tampereen seudun ammattiopisto Tredu. Virtain toimipisteessä koulutetaan muun muassa lähihoitajia ja hoiva-avustajia. Yhteistyön lisääminen paikallisten toimijoiden kanssa lisäisi myös työllistymismahdollisuuksia valmistuville hoitajille.

7.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK, 2019, s. 7) mukaan ihmisiin kohdistuviin tutkimuksiin liittyy eettisiä velvoitteita, joita tutkijan tulee noudattaa. Tutkija arvostaa tutkittavien itsemääräämisoikeutta ja ihmisarvoa. Tutkimus ei aiheuta haittoja tai riskejä tutkittaville ihmisille tai yhteisölle. Avoimuus, rehellisyys ja huolellisuus tutkimuksessa sekä tutkimuksen tulosten arvioinnissa luovat perustan luotettavalle ja eettisesti kestäväälle tutkimukselle. Eettinen tutkijuus luo pohjan toistettavalle tutkimukselle (Fingerroos & Oikari, 2023). Tutkimusaineistoa kerätessä täytyy muistaa eettisistä periaatteista henkilöllisyyden suojaaminen, vastaajan vapaaehtoisuus ja luottamuksellisuus (Latvala & Vanhanen-Nuutinen, 2001, s. 39). Pitää pohtia myös, mikä on tiedonantajien rooli suhteessa tutkijaan. Tutkijan pitää olla mahdollisimman objektiivinen tutkittavaa ilmiötä kohtaan. Saatekirjeessä kerrottiin, että vastaaminen on täysin vapaaehtoista, eikä vastauksista saa selville vastaajan henkilöllisyyttä. Kysely lähetettiin suojattua työsähköpostia käyttäen.

Hakala (2015, s. 23–24) nimeää tiedonhankinnan peruskriteeriksi aineiston sisäisen luotettavuuden. Kuvaavatko saadut tiedot juuri niitä asioita, joihin on tarkoitus perehtyä? Ennen tutkimukseen ryhtymistä kannattaa useaan kertaan palata tutkimustehtäviin ja pohtia sitä, saadaanko aineistosta kaikki halutut vastaukset. Aineistonkeruun laatu ilmenee siinä, miten hyvin tutkija on tavoittanut tutkimuksen ilmiön (Latvala & Vanhanen-Nuutinen, 2001, s. 36). Tutkimuskysymyksiä pohdittiin pitkään ja verrattiin niitä opinnäytetyön tavoitteisiin. Kysymyksiä oli sopiva määrä ja niihin vastaaminen oli helppoa ja mielenkiintoista vastausmäärästä päätellen.

Analysointivaiheessa luotettavuutta lisäävät tutkijan taidot, oivalluskyky ja arvostukset (Latvala & Vanhanen-Nuutinen, 2001, s. 36). Laadullisen tutkimuksen totuusarvo, sovellettavuus, pysyvyys ja neutraalius ovat kohteina, kun tarkastellaan tutkimuksen luotettavuutta. Kyse-lyssä haluttiin tietää vastaajan ikä ja työvuodet hoitoalalla sekä tarkemmin kotihoidossa. Tämä lisäsi tutkimuksen luotettavuutta. Muita taustatietoja ei kysytty.

Sisällönanalyysin haaste on se, että tutkija pystyy pelkistämään saadun aineistonsa niin, että ilmiön kuvaus on mahdollisimman luotettava (Latvala & Vanhanen-Nuutinen, 2001, s. 36). On

luotettavasti osoitettava yhteys aineiston ja tulosten välillä. Luotettavuutta lisätään siten, että usea eri henkilö tekee luokittelun. Näin tulosten samansuuntaisuutta voidaan arvioida ja tehdä valideja päätelmiä. Sisällönanalyysin luotettavuuden lisäämiseksi voidaan käyttää myös face-validiteettia. Siinä tulos esitetään henkilöille, joille ilmiö on tuttu tai joita dokumentit koskevat (mts. 37).

Webropol-kyselyt lähetettiin Keiturin Soten Oy:n tietosuojavaltuutetun kautta sisäisellä työ-sähköpostilla ainoastaan kotihoidossa työskenteleville 60 hoitajalle. Vastauksia tuli lähes puolet ja ne olivat monipuolisia. Tässä vastausmäärässä luotettavuus oli riittävä. Laadullisessa tutkimuksessa laatu on tärkeämpää kuin määrä. Yksikin vastaus voi olla merkityksellinen. Aineiston analysointi tehtiin yhdessä. Vastaukset luettiin, alkuperäisilmaukset pelkistettiin ja luokiteltiin. Mielenterveyden haasteista kotihoidossa saatiin hyvin kattava kokonaisuus. Luimme aiheesta aiempia opinnäytetöitä, joita ei ollut kovin montaa viime vuosilta. Toisten opinnäytetöiden lukeminen toi lisäluotettavuutta omaan työhömmе. Uusimmat olivat vuosilta 2019 ja 2021. Niissä käsiteltiin samoja aiheita, ja niistä kuvastuivat samat haasteet: hoitajien koulutuksen ja ajan puute.

7.3 Jatkotutkimusehdotuksia

Aiemmissa aiheeseen liittyvissä opinnäytetöissä on otettu kantaa keskusteluryhmätoimintaan ja etäyhteyksien mahdollisuuksiin ryhmäterapian muodossa mielenterveysasiakkaiden hoidossa. Tästä voisi tulla jatkotutkimusaihe Keiturin Sote Oy:lle, koska joillakin kotihoidon asiakkailla on käytössä Video Visit-laitteet. Ne mahdollistavat myös ryhmätoiminnan. Covid 19-epidemian takia etäyhteyksiä on otettu enemmän käyttöön myös mielenterveystyössä. Joillekin mielenterveysasiakkaille etäyhteydellä keskustelu voi olla jopa helpompaa kuin kasvotusten tapaaminen. Tämä voisi toimia myös ikääntyneiden keskuudessa.

Toinen mielenkiintoinen aihe voisi liittyä mielenterveystoimiston kanssa tehtävään yhteistyöhön, jonka avulla toiminta- ja koulutusmahdollisuudet voisivat lisääntyä. Mielenterveystoimiston hoitaja voisi tulla vaikka mukaan kotihoidon asiakaskäynneille, jos kotihoidon hoitaja ko-kee sen tarpeelliseksi. Näin mielenterveystoimiston hoitaja olisi osa moniammatillista tiimiä aivan konkreettisesti. Lisäksi päiväkeskuksen päivätoimintaa voisi kehittää enemmän

mielenterveystyötä tukevaksi. Suunnitteluun ja toteutukseen olisi hyvä saada mielenterveys-toimiston ja päihdetyön henkilökunnasta joku mukaan. Näin asiakaskunta ja ammattilaiset tulisivat tutuiksi puolin ja toisin.

7.4 Mielenterveyden tila tänään

Mielenterveyteen liittyvä keskustelu on lisääntynyt ja muuttunut positiivisemmaksi viime vuosina. Mielenterveyden ongelmista puhuminen ei ole enää niin häpeällistä kuin aiemmin. Ikääntyneiden mielenterveydestä puhutaan vähemmän kuin esimerkiksi työikäisten ongelmista. Tämä johtuu siitä, että työikäisten hyvinvoinnilla on kansantaloudellista merkitystä. Tilastojen mukaan työkyvyttömyyseläkkeistä mielenterveysperusteisia on 55 %. Tämä on erittäin merkityksellistä, koska nämä työikäiset ovat muutaman vuoden päästä ikääntyneitä, ja ehkä säännöllisen kotihoidon asiakkaita.

Ikääntyneiden mielenterveyteen pitää puuttua varhaisessa vaiheessa. Pitää ennaltaehkäistä ongelmia ja edistää mielenterveyttä. Pelkkä aiheesta keskustelu ei enää riitä, tarvitaan terapiaa ja alan ammattilaisia, esimerkiksi lisää mielenterveyshoitajia ja psykoterapeutteja. Tiedotusvälineissä on puhuttu psykoterapiakoulutuksen muuttamisesta maksuttomaksi, ehkä osaksi ammattikorkeakoulujen tarjontaa. Tällä hetkellä kysyntä on tarjontaa suurempi. Suomessa ei ole satsattu mielenterveyteen rahallisesti läheskään niin paljon kuin muihin terveydenhuollon erikoisaloihin. Ennaltaehkäisevä mielenterveys- ja päihdetyö olisi huomattavasti edullisempaa kuin psykiatrinen erikoissairaanhoito. Toivottavasti hyvinvointialueet osaavat jakaa resurssinsa oikein ja korostaa mielenterveyden tärkeyttä myös ikääntyneiden hoidossa.

LÄHTEET

- Acee, A.-M. (2015). Co-morbid depression and cardiovascular disease in the older adult homecare patient. *Home healthcare now*, 33(6), 33–6. <https://web-p-ebsscohost-com.libts.seamk.fi/ehost/detail/detail?vid=4&sid=247868cd-7169-494d-a3c4-5bf3bc8e6885%40redis&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZSZzY29wZT1zaXRl#db=cmedm&AN=26034825>
- Alastalo, H., Hammar, T., Kehusmaa, S., & Marjeta, N. (2018). *Kotihoidossa lisäkoulutustarvetta päihde- ja mielenterveysosaamisessa - osaamista muistisairaantsemääräämisoikeuden tukemisessa myös vahvistettava. Tutkimuksesta tiiviisti*. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL). https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137218/URN_ISBN_978-952-343-231-4.pdf?sequence=1
- Bernabeu-Tamayo, M., Giménez-Diez, D., Granel, N., Maldonado, A., Rodríguez J., & Torrent S. (2020). Treating mental health crises at home: Patient satisfaction with home nursing care. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 27(3), 246–257. <https://web-p-ebsscohost-com.libts.seamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=0228cb34-5971-451f-9bf4-14729abee1aa%40redis>
- Björkenstam, E., Ljung, R., Möller, J., & Yngve, M.A. (2011). Widowhood and the risk of psychiatric care, psychotropic medication and all – cause mortality: a cohort study of 658 022 elderly people in Sweden. *Aging Ment Health*. <https://doi.org/10.1080/13607863.2010.513041>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21140303/>
- Dabergott, F. (2021). *The gendered widowhood effect and social mortality gap*. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00324728.2021.1892809?src=recsys>
- Elo, S., Kanste, O., Kyngäs, H., Kääriäinen, M., & Pölkki, T. (2011). Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede*, 23(2), 138–148. <https://docplayer.fi/40235253-Sisallönanalyysi-suomalaisessa-hoitotieteellisessä-tutkimuksessa.html>
- Fingerroos, O., & Oikari, R. (2023). *Aineistonhallinnan eettiset kysymykset yleisesti*. [Power-Point-esitys]. Jyväskylän yliopisto.
- Hakala, J. T. (2015). Toimivan tutkimusmenetelmän löytäminen. Teoksessa J. Aaltola, & R. Valli (toim.), *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1: Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle* (4. p, s. 14–26). PS-kustannus.

Heikkilä, T. (2014) *Webropol-kyselyt*.

<http://www.tilastollinentutkimus.fi/1.TUTKIMUSTUKI/KvantitatiivinenTutkimus.pdf>

Hesse-Biber, S.N., & Leavy, P. (2011). *The Practice of Qualitative Research*. (2. p.). SAGE Publications, Inc.

Holmberg, J. (2016). *Hoitajana mielenterveys- ja päihdetyössä*. Otavan Kirjapaino Oy.

Hosia-Randell, H., Pitkälä, K., Raivio, M., Savikko, N., & Strandberg, T. (2006). Vanhuksen lääkehoidon karikoita. *Duodecim: Lääketieteellinen aikakauskirja*, 122(12), 1503–12.

<https://www.duodecimlehti.fi/duo95804>

Hyttinen, V., Jyrkkä, J., Lönnroos, E., Merikoski, M., Mäntyselkä, P., & Vartiainen, A-K. (2018). Iäkkäiden lääkehoito: vältettävien lääkkeiden käyttö ja kustannukset kotihoidossa.

Lääkärilehti. Suomen lääkäriliitto <https://www.laakarilehti.fi/tyossa/laakeinfo/iakkaiden-laakehoito-valtettavien-laakkeiden-kaytto-ja-kustannukset-kotihoidossa/?public=e6b15937c397889ca7ed3b03389c734e>

Hyttinen, V., Jyrkkä, J., Jämsen, E., & Paulamäki, J. (2023). Prevalence of potentially inappropriate medication use in older population: comparison of the Finnish Meds75+ database with eight published criteria. *BMC Geriatrics*.

<https://bmccgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-022-03706-z#Sec7>

Hyypä, M.T., (2013). Sosiaalinen pääoma ja vanheneminen. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkkä, & T. Rantanen (toim.), *Gerontologia* (3. p., s. 101–109). Duodecim.

Ikonen, E-R. (2015). *Kehittyvä kotihoito*. Edita.

ILMA –hanke. (i.a.). Iäkkäiden lääkehoidon moniammatillisesta arvioinnista.

https://stm.fi/documents/1271139/1957330/L%C3%A4%C3%A4kehoidosta_STM_07062016.pdf/0fa2ba74-a828-487b-885a-991afc1b007b

Isoherranen, K. (2012). *Uhka vai mahdollisuus - moniammatillista yhteistyötä kehittämässä* (Sosiaalitieteiden laitoksen julkaisuja 2012:18) [väitöskirja, Helsingin yliopisto].

https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37493/isoherranen_vaitoskirja.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Järvinen, T. (2018). Iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden lääkehoidon toteutus: Lääkehoidon toteutuminen ja palvelut asiakkaan ja omaisen kokemana sekä lääkelistan vastaavuus. [lisansiaatintutkimus, Helsingin yliopisto]. Helda.

<https://helda.helsinki.fi/server/api/core/bitstreams/435bb7e0-2c55-4dcf-8a18-71adb2fee938/content>

- Keiturin Sote Oy. (i.a.). *Sosiaali- ja terveystalvet Virroilla ja Ruovedellä*. Haettu 10.2.2023, <https://www.keiturinsote.fi/>
- Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M., & Tiittanen, H. (2015). *Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö*. Sanoma Pro Oy.
- Kylmä, J., Vehviläinen-Julkunen, K., & Lähdevirta J. (2003). *Laadullinen terveystutkimus – mitä, miten ja miksi?* <https://www.duodecimlehti.fi/duo93495>
- Latvala, E., & Vanhanen-Nuutinen, L. (2001). Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa S. Janhonen, & M. Nikkonen (toim.), *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä* (s. 36–39). WS Bookwell Oy.
- Lähdesmäki, L. & Vornanen, L. (2014). *Vanhuksen parhaaksi*. Hoitaja toimintakyvyn tukijana. Edita.
- Maailman terveysjärjestö WHO (2023). *Mental health of older adults*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
- Pirkanmaan hyvinvointialue. (2022). *Konserni- ja toimitilajaosto, kokous 17.11.2022, Keiturin Sote Oy:lle asetettavat tavoitteet*. [https://pirha.cloudnc.fi/fi-FI/Toimielimet/Konserni_ja_toimitilajaosto/Kokous_17112022/Keiturin_Sote_Oylle_asetettavat_tavoitte\(2624\)](https://pirha.cloudnc.fi/fi-FI/Toimielimet/Konserni_ja_toimitilajaosto/Kokous_17112022/Keiturin_Sote_Oylle_asetettavat_tavoitte(2624))
- Read, S. (2013). Elämän tarkoituksellisuuden tunne. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä, & T. Rantanen (toim.), *Gerontologia* (3. p., s. 245–255). Kustannus Oy Duodecim.
- Rotkirch, A. (2021). *Vanheneminen on etuoikeus*. <https://vtkl.fi/vanheneminenonnetuoikeus>
- Routasalo, P. (2016.) Yksinäisyys ja eristäytyminen. Teoksessa K. Pitkälä, T. Strandberg, R. Sulkava, R. Tilvis, & M. Viitanen (toim.), *Geriatría* (3. p., s. 417–423). Kustannus Oy Duodecim.
- Saarenheimo, M. (2012). Yleistä ikääntymisestä. Teoksessa S. Heimonen, & H. Pajunen (toim.), *Mielen terveys vanhuudessa* (1. p., s. 42–48). Edita.
- Saarenheimo, M. (2013). Mielenterveys. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä, & T. Rantanen (toim.), *Gerontologia* (3. p., s. 373–380). Kustannus Oy Duodecim.
- Sarajärvi, A. & Tuomi, J. (2011). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Tammi.

- Sarvimäki, A. (2013). Vanheneminen eri kulttuureissa ja etnisissä ryhmissä. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä, & T. Rantanen (toim.), *Gerontologia* (3.p., s. 92–100). Kustannus Oy Duodecim.
- Seppänen, M. (2021). *Tunnetaidot voimavarana*. Opas sosiaali- ja terveysalalle. PS-kustannus.
- Sosiaalihuoltolaki 1301/2014.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=mielenterveysty%C3%B6#L2P7b>
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). (2023). *Kotihoito*. Haettu 13.12.2023,
<https://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>
- Sotkanet (i.a.) *Säännöllisen kotihoidon asiakkaat Virrat-Ruovesi*. Valitut muuttajat: Virrat-Ruovesi, 2020–2022, säännöllinen kotihoito, 65 vuotta täyttäneet.
<https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=sw4ltjbSM7TWtYwEAA==®ion=szZNtDZ0BgA=&year=sy6rBAA=&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.1.1&buildTimestamp=202211091024>
- Suomen mielenterveys ry (MIELI ry). (2023). *MIELI ry:n visio ikääntyvälle mielelle*.
<https://www.mielenterveysseurat.fi/kotka/2023/06/23/mieli-ryn-visio-ikaantyaalle-mielelle/>
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L2P20>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). (i.a.). *Kotihoito*.
<https://thl.fi/aiheet/ikaantyminen/muuttuvat-vanhuspalvelut/kotihoito>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). (2020). *Korona on ajanut monet vanhukset hyvin vaikeaan tilanteeseen – asiantuntijat arvioivat epidemian vaikutuksia*. <https://thl.fi/fi/-/korona-on-ajanut-monet-vanhukset-hyvin-vaikeaan-tilanteeseen-asiantuntijat-arvioivat-epidemian-vaikutuksia>
- Tilastokeskus. (18.3.2023). *Väestön ikääntyminen on suhteellista* (Suomen virallinen tilasto).
https://www.stat.fi/tup/tietoaike/tilaajat/ta_05_03_nieminen.html
- Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje (TENK). (2019). *Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen arviointi Suomessa*.
https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden_eettisen_ennakkoarvioinnin_ohje_2020.pdf
- Välimäki, M. (2015). Hoitotyön johtaminen ja eettiset kysymykset. Teoksessa H. Leino-Kilpi, & M. Välimäki (toim.), *Etiikka hoitotyössä* (8.–10. p., s. 328–344). SanomaPro.

LIITTEET

Liite 1. Webropol-kysymykset

Liite 2. Saatekirje

Liite 3. Abstrahointiesimerkki

Liite 1. Mielenterveystyön kysely

1. Millaisia ikääntyneen mielenterveyden haasteita kohtaat työssäsi?
2. Millaista osaamista kotihoidon työ mielestäsi vaatii ikääntyneen mielenterveyden näkökulmasta?
3. Millaista yhteistyö eri ammattiryhmien välillä kotihoidossa mielestäsi on?
4. Olisiko kotihoidon henkilökunnalla mielestäsi mielenterveystyön osalta lisäkoulutuksen tarvetta? Jos kyllä, niin mitä?

Liite 2. Saatekirje

Hyvä vastaanottaja,

Olemme sairaanhoitajaopiskelijat Hannele Rantanen ja Tatjana Terzici Seinäjoen ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä ikääntyneiden mielenterveyshaasteista kotihoidossa.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää Keiturin Sote Oy:n kotihoidossa työskentelevien hoitajien näkemyksiä ikääntyneiden mielenterveyteen liittyvistä haasteista sekä hoitajien erityisosaamisen tarpeesta päivittäisessä työssä. Tavoitteena on lisätä kotihoidon laatua ja moniammatillisuutta Virroilla ja Ruovedellä sekä parantaa kuntalaisten hyvinvointia pitkällä aikavälillä.

Pyytäisimme Keituri sote Oy:n kotihoidossa työskenteleviä hoitajia vastaamaan kyselyyn. Vastaaminen on täysin vapaaehtoista ja siihen vastataan nimettömästi. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti eikä vastauksista voi päätellä henkilöllisyyttä. Tutkimusaineisto kerätään ainoastaan tätä opinnäytetyötä varten ja hävitetään tutkimuksen valmistuttua.

Vastaamme mielellämme tutkimusta koskeviin kysymyksiin os. Hannele.Rantanen@seamk.fi ja Tatjana.Tertzici@seamk.fi.

Kiitos osallistumisesta!

Liite 3. Abstrahointiesimerkki

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
...harhaisuutta ja epäluuloisuutta myös hoitajia kohtaan...	Harhaisuus, epäluulo	Oma psyykkinen jaksami- nen	Henkinen tasa- paino
Asiakkailla masennusta, ahdistusta, suoranaisia pelkotiiloja	Masennus, ahdistus, pelot		
Monella ikäihmisellä on yksinäisyyttä, esim. puoliso on kuollut ja lapset asuvat kaukana	Yksinäisyys		
Ystäväpiiri on kaventunut, kun moni samanikäinen on jo kuollut	Ystäväpiiri pienenee	Läheisiin liittyvät tekijät	
Läheisten ihmisten menettämiseen tai sairauksiin liittyvä ahdistus ja suru	Ystävien ja läheisten kuolemat		
...erilaisten somaattisten sairauksien aiheuttama mielialan lasku liittyen oireisiin...	Sairaudet	Fyysiset sairaudet	
Itsenäisen selviytymisen heikentyminen ja itsemääräämisoikeuden menetykseen liittyvä mielialan lasku	Riippuvuus toisista ihmisistä li- sääntyä	“Omapystyvyys” vähenee	
...skitsofreniaa, kaksisuuntaista...	Psykiatriset sairaudet	Psyyken sairaudet	