



Suomen Mielenterveysseura

Susanne Rolfner Suwanto

Vanhuspalveluiden ja psykiatrian VÄLIMAASTOSSA

Mielenterveysongelmista kärsivän
ikäihmisen kohtaaminen ja hoito

Susanne Rolfner Suvanto

Vanhuspalveluiden ja psykiatrian VÄLIMAASTOSSA

**Mielenterveysongelmista kärsivän
ikäihmisen kohtaaminen ja hoito**

**Suomen Mielenterveysseura
Helsinki**

Ruotsinkielinen teos

Mellan äldreomsorg och psykiatri. Om vård och bemötande av äldre med psykisk ohälsa.

© 2012 Susanne Rolfner Suvanto ja Gothia Fortbildning AB

ISBN 978-91-7205-789-0

Kopiointikielto

Tämän kirjan sisällön kaikenlainen jäljentäminen, myös osittainen, ilman Gothia Fortbildning AB:n (Tukholma) lupaa on kielletty tekijänoikeuslain-säädännön nojalla. Jäljentämiskielto koskee sekä tekstiä että piirroksia ja kaikkia jäljentämisen muotoja.

Piirrokset: Karin Käll

Gothia Fortbildning

Box 22543, 104 22 Stockholm, Ruotsi

Asiakaspalvelu +46 8 462 2670, faksi +46 8 644 4667

www.gothiafortbildning.se

Suomenkielisen tekstin on toimittanut Maria Viljanen,

Suomen Mielenterveysseura

Pohjakäännös Käännös-Aazet Oy

Kielellinen tarkistus Anna-Liisa Suvanto

Kielenhuolto Kaisla Suokas

Graafinen suunnittelu Katja Konga / Studio Lume

Painopaikka Kirjapaino Jaarli Oy, 2015

ISBN 978-952-7022-07-8

Suomalaiset oikeudet © Suomen Mielenterveysseura

Sisältö

Esipuhe	4
Esipuhe suomenkieliseen teokseen	6
Kirjan sisältö	8
Johdanto	10
Ikäihmisten mielenterveysongelmat	
– keitä ja mitä sillä tarkoitetaan?	18
Mielenterveyden häiriöt – lyhyt yhteenveto	26
<i>Masennus</i>	27
<i>Ahdistuneisuus</i>	29
<i>Psykoosit</i>	31
<i>Kaksisuuntainen mielialahäiriö</i>	35
<i>Sekavuus</i>	36
<i>Pakko-oireet</i>	38
<i>Neuropsykiatriset toimintarajoitteet</i>	39
<i>Päihderiippuvuus ja päihteiden väärinkäyttö</i>	42
<i>Muistisairaudet</i>	44
Haastavat tarpeet	46
<i>Huoli</i>	47
<i>Ahdistuneisuus</i>	47
<i>Aggressiivisuus</i>	48
<i>Univaikeudet</i>	49
<i>Harhakuvitelmat ja aistiharhat</i>	49
<i>Heikko ruokahalu</i>	51
”En jaksa elää” – itsetuhoisista ajatuksista ja teoista	53
Mikä ohjaa vanhuspalveluiden toimintaa?	60
Terveystenhuollon tarpeet	67
Apuvälineet ehkäisevät kaaosta	70
Hoitoon vastoin omaa tahtoa	73
Etiikka ja arvopohja	80
Omaisien tai läheisen rooli	85
Lopuksi	92
Lukuvinkkejä	94
Kirjallisuutta suomenkieliseen laitokseen	100
Muuta tukea ja tietoa	102

Esipuhe

Ikkunani ulkopuolella Koillis-Öölannissa käy kotoinen tuuli. Kesä on kääntymässä kohti syksyä. Käyn läpi viimeisiä ikäihmistien psyykkistä oireilua ja mielenterveysongelmia käsitteleviä kappaleita ja toivon, että olen onnistunut välittämään vanhusten psyykkisestä hyvinvoinnista huolehtimisen merkityksen.

On kulunut lähes viisi vuotta siitä, kun otin vastaan Tukholman läänin Vanhustenkeskuksen pyynnön luennoida ikäihmistien mielenterveysongelmista kotihoidon henkilökunnalle. Olin työskennellyt vanhustenhuollon ja psykiatrian parissa ja aloin ennen luentoa pohtia, mitä *”ikäihmistien mielenterveyden ongelmat”* oikeastaan sisältää. Tämä aihe on kulkenut matkassani siitä lähtien. Aiheesta on kirjoitettu vähän, ja monet – hoito-henkilökunta, kotihoidon työntekijät ja viranomaiset – ovat kanssani samaa mieltä siitä, ettei siihen edelleenkään kiinnitetä riittävästi huomiota.

Vuonna 2007 aloin työskennellä Ruotsin sosiaalihallituksessa, psykiatrisia asioita käsitelleen NU!-hankkeen parissa ja huomasin nopeasti, että myös sosiaalihallituksessa kaivattiin yhteenvetoa vanhusten psyykkisestä hyvinvoinnista ja mielenterveysongelmista. Siitä lähtien olen työstänyt tätä kirjaa. Minulla on ollut etuoikeus hyödyntää alan asiantuntijoiden, tuliselujen, kotihoidon henkilökunnan, asumisen tukipalveluiden, sairaanhoitajien, tutkijoiden, omaisten, yhdistysten edustajien ja yksittäisten henkilöiden kokemuksia ja osaamista. Arvostan saamaani tukea valtavasti, sillä se on auttanut minua kirjoittamaan tämän kirjan.

Olen suunnannut kirjan ensisijaisesti vanhustenhuollon parissa työskenteleville tai alalle aikoville. Toivon, että se tarjoaa innoitusta ja ohjeita siihen, mikä on tärkeää mielenterveysongelmista kärsivien ihmisten kohtaamisessa.

Kirjan tärkein viesti on: näe ihminen sellaisena kuin hän on huolimatta diagnooseista, iästä, sukupuolesta, seksuaalisesta suuntautumisesta ja etnisestä taustasta. Me ihmiset olemme pohjimmiltaan hyvin samanlaisia, mutta ilmaisemme itseämme eri tavoin riippuen taustastamme ja kokemuksistamme. Minulle on lahja saada olla osa toisten ihmisten elämää, ja juuri se saa hoitotyön tuntumaan suurelta seikkailulta.

Tässä seikkailussa seuraavat henkilöt ovat tukeneet minua ja jakaneet minulle osaamistaan: psykiatri ja sosiaalihallituksen lääketieteellinen

asiantuntija Mårten Gerle, Solnan kaupungin edustaja Eva Wallin, Malmön kaupungin edustaja Carina Lindqvist, vanhuspsykiatri Patrik Mattsson, sosionomi ja tulisielu Margit Ferm, tiede neuvos ja psykiatri Karin Sparring-Björkstén, vanhuspsykiatri Ingvar Karlsson, fil. tri Kristina Larsson, dosentti David Brunt, psykologi ja psykoterapeutti Sara Wasersztrum, dosentti Lennarth Johansson, johtaja Sven Erik Wånell, Stockholms läns Äldrecentrumista, vanhuspsykiatri Per Allard, omakohtaisista kokemuksistaan kertonut Annika Malmqvist, RSMH-järjestö, Enköpingin BPSD-tiimi, sairaanhoitaja Eeva Espalani, (H)järnkoll-kamppanjan asennelähettiläät ja monet muut sekä viimeisenä muttei suinkaan vähäisempänä Anna-Liisa Suvanto, kumppanini kaikissa käännteissä.

Källahamn, 15. elokuuta 2011

Susanne Rolfner Suvanto

Esipuhe suomenkieliseen teokseen

Joskus syksyllä 2012 Mielenterveysseuran toiminnanjohtaja Marita Ruohonen toi minulle tämän kirjan alkuperäisversion ja kysyi, mahtoiko siitä olla meille hyötyä. Hän oli saanut sen ruotsalaiselta kollegaltaan.

Viehätyin kirjasta heti. Sen lähestymistapa on hyvin käytännönläheinen ja perustuu selvästi pitkään kokemukseen.

Erityisesti minua lämmittää ajatus siitä, että mielenterveyden ongelmia ei käsitellä jonain ”erityisinä” ongelmina, vaan ne arkipäiväistään ja niihin koetetaan etsiä ratkaisuja hieman näkökulmaa muuttamalla. Lähdetään miettimään, mikä voisi olla asukkaalle, asiakkaalle – iäkkäälle itselleen mielekkäin ratkaisu. Rolfner Suvanto kannustaa aina kysymään ikäihmiseltä itseltään, mistä on kyse ja mitä hän tarvitsee.

Kirjassa on ennen kaikkea kyse toisen ihmisen kohtaamisesta, arvostamisesta, läsnäolosta ja kuulemisesta. Vaikka emme voi toteuttaa kaikkia asiakkaiden haluja ja toiveita, voimme kuitenkin kuulla niitä. Joskus asiat ratkeavat helpommin, kuin aluksi luulemme.

Susanne Rolfner Suvanto johdattelee meitä lempeästi kohtamaan ennakkoluulojamme ikääntymistä ja mielenterveysongelmia kohtaan. Hän haastaa meitä pohtimaan, voisimmeko tehdä asiat jotenkin toisin? Voisimmeko osaltamme vähentää mielenterveyden ongelmista syntyvää häpeää, stigmaa? Hän ottaa esille myös eettiset kysymykset, kuten tahdon vastaisen hoidon.

Kirjan toimittaminen suomeksi ei ollut aivan yksinkertaista. Kun aihe käsittelee arvostavaa kohtaamista, on tärkeää olla tarkka käsitteistä, jottei loukkaa ihmisiä, joita kirja käsittelee. Ruotsinkieliset sanat psykisk hälsa ja ohälsa ovat lyhyempiä sanoja, kuin suomessa vakiintuneet sanat mielenterveys ja mielenterveyden häiriöt. Välillä on tuntunut, että suomennos on muuttanut tekstiä kankeammaksi ja virallisemmaksi, jolloin teoksen alkuperäinen välittömyys on tuntunut katoavan.

Sekä kirjailija että aiheeseen vankasti perehtynyt Anna-Liisa Suvanto, ovat auttaneet minua toimittamaan kirjan. Useat kohdat ovat heidän tarkistamiaan, jolloin kirjan oikea lähestymistapa on säilynyt samana eikä

käännösvirheitä ole jäänyt tekstiin. Olen äärimmäisen kiitollinen Susannen ja Anna-Liisan avusta, tuesta ja innostuksesta, jotka ovat olleet korvaamattomia saamaan tämän käännösprosessin valmiiksi. Toivottavasti kirjasta on hyötyä ja apua vanhustyön arvokkaaseen ja tärkeään arkeen.

Maria Viljanen
projektipäällikkö
Suomen Mielenterveysseura

Tämä teos on tehty Suomen Mielenterveysseuran Mirakle – mielen hyvinvoinnin rakennuspuut ikääntyville -hankkeessa (2012–2016), jonka tavoitteena on edistää ikääntyvien mielen hyvinvointia. Hanke kehittää ikääntyville toimintamuotoja ja materiaaleja, joilla tuetaan mielenterveyttä voimavaralähtöisesti. Toimintaa ja materiaaleja palvelumuotoillaan ikäihmisten kanssa yhteiskehittämisen menetelmin. Kehittämistyötä sekä tiedon ja osaamisen vaihtoa tehdään tiiviisti Eläkeliiton TunneMieli-hankkeen, Eläkkeensaajien Keskusliiton Elinvoimaa-hankkeen sekä Vanhus- ja lähimmäispalvelun liiton Etsivä mieli -hankkeen kanssa.

Mirakle-hanke kuuluu Eloisa ikä -ohjelmaan, jota koordinoivat Vanhustyön keskusliitto ja Raha-automaattiyhdistys (RAY). Mirakle-hanke on rahoittanut RAY.

Kirjan sisältö

Tämän kirjan pääasiallinen tarkoitus on tarjota tietoa mielenterveyden ongelmista ja häiriöistä kärsivien ikäihmisten kohtaamiseen. Kirjan antamien perustietojen tueksi voit hankkia syventävää tietoa aihealueilta, jotka ovat tärkeitä juuri sinulle.

Kirja tarjoaa hyvän yhteenvedon vanhusten mielenterveyden ongelmista. Monet luvut sisältävät tapauskuvauksia, jotka perustuvat omiin kokemuksiini sairaanhoitajana, omaisena ja ihmisenä. Jokaisen luvun jälkeen on myös joukko keskustelukysymyksiä eri aiheista. Sinä ja työ- tai opiskelutoverisi voitte käyttää niitä apunanne.

Kirjan alussa on selvitys siitä, miten ikääntyminen ja mielenterveyden häiriöt näkyvät käytöksessämme. Johdannon jälkeen seuraa luku *Ikäihmisten mielenterveyden ongelmat – keitä ja mitä sillä tarkoitetaan?* jossa annan perustietoa aiheesta.

Seuraavassa luvussa, *Mielenterveyden häiriöt – lyhyt yhteenveto*, kuvailen joukon psykiatrisia diagnooseja. Olen tietoisesti pitänyt luvun lyhyenä, sillä haluan osoittaa, että erilaisten toimien tarve ei välttämättä seuraa diagnoosia ja että tarpeet riippuvat ennen kaikkea yksilöstä. Samalla on tärkeää, että myös hoitohenkilökunta tuntee erilaiset sairaudet ja niiden vaikutuksen ikäihmiseen, jotta hänelle osataan valita sopivat tukitoimet.

Tiedon ja neuvonnan tarvetta aiheuttavat tavallisesti huolestuneisuus, ahdistuneisuus ja uniongelmat, eli oireet pikemmin kuin yksittäiset diagnoosit. Tästä taustasta käsin seuraava luku, *Haastavat tarpeet* kuvailee erilaisia tarve- ja ongelma-alueita, ja annan luvussa neuvoja niiden kohtaamiseen.

Elämänhalunsa menettänyt ihminen asettaa hoitohenkilökunnan vaikean haasteen eteen. Luvussa *En jaksa elää – itsetuhoisista ajatuksista ja teoista* on näkemyksiä siitä, miten kohdata ikäihminen, jolla on itsetuhoisia ajatuksia, ja miten käsitellä jo tapahtunutta itsemurhaa.

Vanhustyötä ohjaavia tekijöitä on paljon, ja niistä yksi on lainsäädäntö. Vanhustenhueltoon liittyviä säädöksiä on useissa eri laeissa. Luvussa *Mikä ohjaa vanhustenhuelton toimintaa?* käsitellään ruotsalaista lainsäädäntöä, jolla on merkitystä ikäihmisten mielenterveysongelmien kohtaamisessa ja hoitamisessa. Aihe koskettaa koko sosiaali- ja terveydenhuoltoa. Siksi

aihetta käsitellään myöhemmin luvussa *Terveystenhuollon tarpeet*.

Hoitohenkilökunnan apu ja tuki eivät ole ainut ratkaisu, vaan ikäihmisen elämää voidaan helpottaa myös apuvälinein. Luvussa *Apuvälineet ehkäisevät kaaosta* kuvaillaan lyhyesti saatavilla olevia apuvälineitä ja niiden hankintaa.

Seuraavassa luvussa, *Hoitoon vastoin omaa tahtoa*, käsitellään pakko-hoitoa. Aihetta käsitellään, koska pitkään mielenterveyden häiriöstä kärsineellä vanhuksella on usein kokemusta pakkohoidosta. Ruotsissa viime vuosina tehdyt lainsäädäntömuutokset ovat myös sallineet avoimen psykiatrisen pakkohoidon ja oikeuspsykiatrisen avohoidon.

Työssämme on aina kyse siitä, miten näemme toiset ihmiset ja itsemme. Viime aikoina on puhuttu paljon vanhustyön arvopohjasta, ja se onkin ter-
vetullut aihe. Siksi sitä käsitellään luvussa *Etiikka ja arvopohja*.

Kirjan viimeinen luku, *Omaisen tai läheisen rooli*, käsittelee aihetta mielenterveysongelmista kärsivien ikäihmisten omaisten ja läheisten näkökulmasta sekä heidän ja ammattihenkilökunnan välisestä kohtaamisesta ja yhteistyöstä.

Kirjan lopussa on lukuvinkkejä: kirjallisuutta, julkisia asiakirjoja ja sivustoja, jotka voivat syventää tietämystä ikäihmisten mielenterveyden ongelmista ja häiriöistä.

Johdanto

Ainut varma asia ihmisen syntymähetkellä on se seikka, että hän ikääntyy ja ajan mittaan kuolee. Elämän aikana käymme läpi erilaisia vaiheita ja murroskohtia, jotka vaikuttavat meihin eri tavoin. Osa näistä on sosiaalisia ja osa psykologisia – perheen perustaminen, opiskelun aloittaminen ja valmistuminen sekä työelämään siirtyminen ja eläkkeelle jääminen. Osa taas on biologisia – harmaantuvat hiukset sekä kasvava sairauksien ja vaivojen riski. Ikääntyminen on prosessina useimmille meistä melko samanlainen, mutta sen voimakkuus ja laajuus vaihtelevat yksilöllisesti.

Elämän ja ennen kaikkea terveyden muotoutuminen riippuu myös sukupuolesta, sosioekonomisesta tilanteesta ja toimintakyvystä. Terveys ei tunne tasa-arvoa. Meidän tehtävämme hoito- ja hoivapalvelujen tarjoajina on vähentää näitä eroja mahdollisimman paljon ja huolehtia siitä, että jokainen saa sellaista tukea ja kohtelua, johon hänellä on oikeus.

Kuvailen tämän kirjan johdantoluvussa ensin tavallisia näkemyksiä ja käsityksiä ikääntymisestä sekä mielenterveyden ongelmista ja sen jälkeen miten nämä käsitykset vaikuttavat omaan toimintaamme.

Ikääntyminen ja mielenterveyden ongelmat

Kun puhutaan ikäihmistä ja mielenterveyden ongelmista, on pidettävä mielessä kaksi tärkeää seikkaa: Ensinnäkin *”vanhukset”* eivät ole yhtenäinen ryhmä ja ikääntymisen ilmenemistavoissa on yksilöllistä vaihtelua. Ihminen ei muutu toisenlaiseksi vain siksi, että hän on tietyn ikäinen. Yleinen myytti on, että vanhukset ovat surullisia, vaikka se ei pidä paikkaansa. Olemme iloisia, surullisia, alakuloisia, vihaisia, ärtyneitä ja hilpeitä ikään katso-matta, ja tällainen perusluonne säilyy melko samana koko elämän ajan.

Toinen seikka koskee mielenterveysongelmia. Surullisuus, apeus ja psyykkinen pahoinvointi eivät liity välttämättä mielenterveyden häiriöön, jonka hoito vaatii erityisosaamista. Häiriöt ja ongelmat ovat usein hoidet-tavissa oma-apukeinoin, samoin kuin lievät fyysiset sairaudet tai vaivat.

Mieltä vaivaavien asioiden purkaminen hyvälle ystävälle, liikunnan lisääminen, lepääminen tai jonkin asian parissa puuhastelu saattavat riittää. Tässä kirjassa käsitellään tilanteita, joissa omahoito ei riitä, vaan lisäksi tarvitaan ammatillista tukea ja apua.

Mielikuvat iästä ja mielenterveyden ongelmista

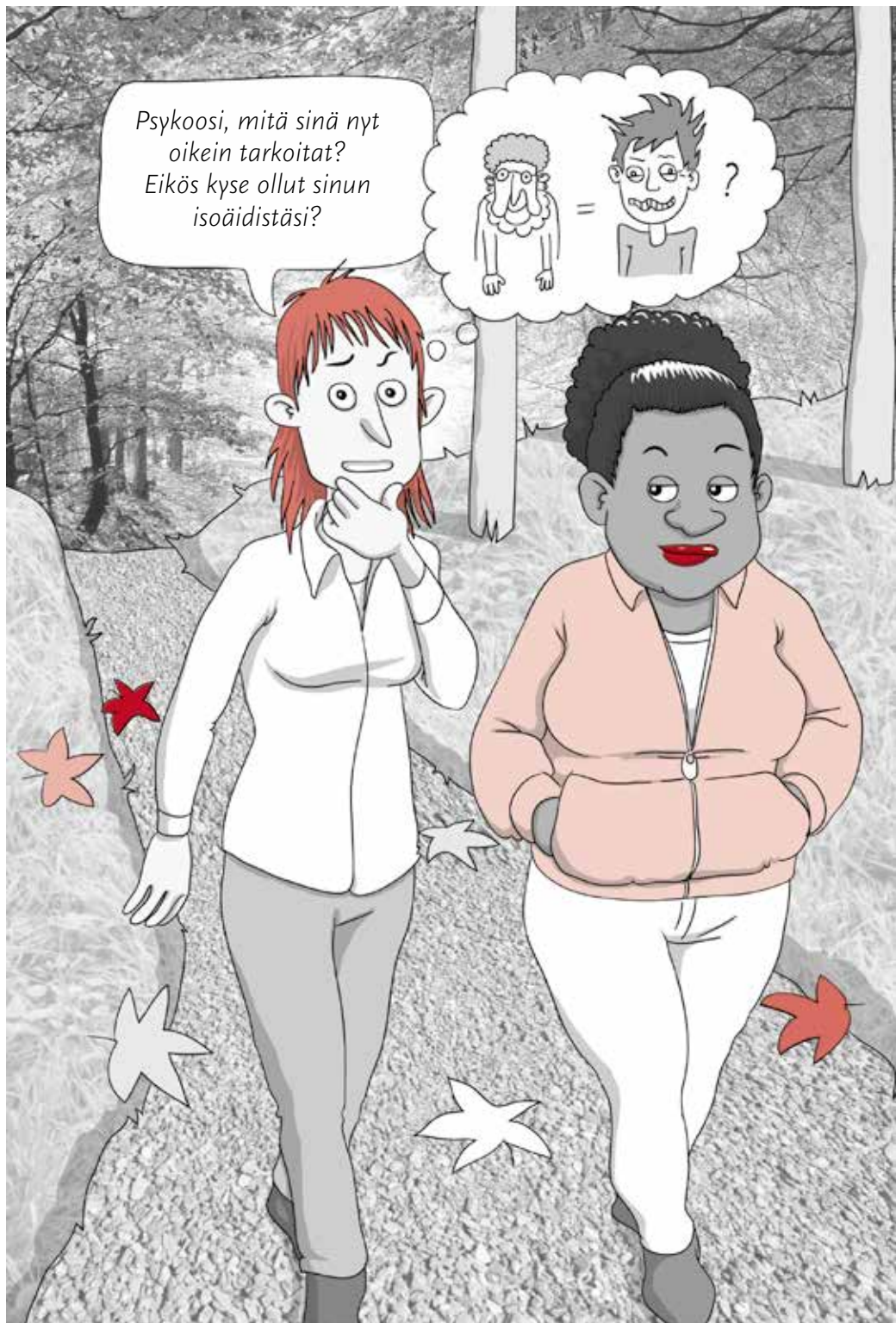
Mitä tarkoitamme sanoilla ikäihmiset ja mielenterveyden ongelmat? Kenestä ja mistä puhumme? Uskon, että useimmilla meistä on jonkinlainen mielikuva sekä käsitteestä *”ikäihminen”* että käsitteestä *”mielenterveysongelmat”*. Kun kuulemme sanan tai ilmauksen, mieleemme nousee siihen liittyviä kuvia, kokemuksia tai muistoja. Kokeillaanpa siis käsitettä *”ikäihminen”*. Jos pyydän sinua ajattelemaan ikäihmistä, millaisen ihmisen kuvittelet mielessäsi? Minusta on kiehtovaa, että useimmat kertovat kuvittelevansa melko vanhan, valkoihuksisen naisen, jolla on käsilaukku, mekko ja rollaattori. Aika usein luennoidessani esittämäni kysymys: *”Voiko isoäiti juoda liikaa?”* saa osakseen naurua ja päänpudistuksia. Eihän isoäiti nyt liikaa juo! Mutta hän voi olla super-isoäiti.¹

Jos pyydän sinua kuvittelemaan henkilön, jolla on mielenterveysongelmia, millaisen henkilön kuvittelet mielessäsi? Tavallisesti mieleen nousee täysin päinvastainen kuva: tyypillisesti noin 40-vuotias mies, josta näkee, että hänellä on vakava mielenterveyden häiriö (johon liittyy psykoosi) ja että hän saattaa olla vaarallinen, vihainen tai tyly joko itselleen tai muille.

Jos asetamme nämä kaksi kuvaa rinnakkain, huomaamme, että ne ovat toistensa vastakohtia. Toisessa sisäinen mielikuvamme on (ei aina mutta usein) kiltti vanha nainen, jonka liikkuminen on hankalaa, kun taas toisessa on keski-ikäinen mies, johon mielenterveyden häiriö selkeästi vaikuttaa. Valitettavasti nämä sisäiset mielikuvat vaikuttavat arkeemme ja johtavat helposti siihen, että ne tekevät mielenterveysongelmista kärsivistä ikäihmisistä näkymättömiä ja estävät heitä saamasta tarvitsemaansa apua ja tukea. Mielikuva *”ikäihmisestä”* ja *”mielenterveysongelmista”* vaikuttaa meihin enemmän kuin uskomme. Se vaikuttaa myös siihen, että nämä ihmiset eivät saa tarvitsemaansa apua. Toki syitä avun epäämiseen on monia muitakin.

¹ Tässä on ruotsalainen sanaleikki. Jos puhutaan superisoäidistä, voidaan tarkoittaa joko 1) juovaa isoäitiä (supa tarkoittaa ryypäämistä) tai 2) huippu isoäitiä, kuten supermiestä. (A-L.S. huom.).

Psykoosi, mitä sinä nyt
oikein tarkoitat?
Eikös kyse ollut sinun
isoäidistäsi?



Tarvitaan yhteistoimintaa

Yhteistoiminnan puute on toinen merkittävä syy siihen, että mielenterveyden ongelmista kärsivät ikäihmiset eivät saa tarpeidensa mukaista tukea. Yhteistoiminta eri sektorien välillä on erittäin tärkeää. Mielenterveysongelmaisia ikäihmisiä hoidetaan, tuetaan ja autetaan eri paikoissa, niin kunnallisissa yksiköissä kuin keskussairaaloissakin. On tavallista, että heillä on useita samanaikaisia hoitotahoja. Niitä voivat olla perusterveydenhuolto, geriatria, vanhustenhuolto, kunnan tukema asuminen, sosiaalityö, psykiatria, vanhuspsykiatria sekä hoito- ja hoivakodit. Luetteloa voisi jatkaa loputtomiin. Kun ihmisen auttamiseen ja hoitoon osallistuu näin moni taho, vaarana on, että vanhus jää väliinputoajaksi. Vaikka kaikki tekevät parhaansa, he eivät aina tee yhteistyötä eikä tuloksia synny.

Yhteistoiminta on tärkeää, mutta usein siinä voi olla puutteita. Ruotsissa asiaan on kiinnitetty huomiota hallitusta ja valtiopäiviä myöten, mikä on johtanut päätöksiin vahvistaa lainsäädäntöä ja velvoittaa kunnat ja maakäräjät järjestämään psykiatrasta yhteistoimintaa. Ruotsin sosiaalipalvelulaissa todetaan: *”Kunnan tulee sopia maakäräjien kanssa yhteistyöstä kysymyksissä, jotka koskevat henkilöitä, joilla on alentunut psyykkinen toimintakyky. Näitä henkilöitä ja heidän omaisiaan edustaville yhdistyksille tulee järjestää mahdollisuus kertoa näkemyksensä yhteistyön sisällöstä.”* (Ruotsin sosiaalipalvelulaki, 5. luku, 8 a §.).

Yhteistoimintasopimustyöskentelyä tukeakseen Ruotsin sosiaalihallitus julkaisi vuonna 2010 ohjeistuksen, joka sisältää neuvoja yhteistoimintasopimuksen sisällöstä ja siinä huomioon otettavista asioista. Ohjeistuksessa todetaan, että tiettyjä ryhmiä, kuten ikäihmisiä, ei saa unohtaa. Tätä painotetaan siksi, että helposti unohtuu, että myös yli 65-vuotiaat kuuluvat yhteistoimintasopimuksen piiriin eivätkä ole vain vanhustenhuollon asiakkaita.

Ongelmia yhteistoiminnassa ja yhteistyössä ei kuitenkaan ole pelkästään toimeksiantajan tai eri hoitotahojen välillä. Niitä on myös organisaatioiden, kuten sosiaalipalvelujen, sisällä. Joissakin kunnissa ja kaupungeissa tuetun asumisen ja toiminnan piiriin kuulunut mielenterveyskuntoutuja saattaa menettää nämä etuudet täytettyään 65 vuotta. Henkilö siirretään vanhustenhuollon asiakkaaksi, vaikka aikaisempien palveluiden tarve ei olisi muuttunut. Syyt tukien lakkauttamiselle ovat olleet huonosti muotoiltuja, mutta harvoin on vedottu yksilön tarpeisiin. Monille iäkkäille mielenterveyskuntoutujille on suuri onnettomuus, että he eivät saa jatkaa tuttujen hoitajien kanssa.

On tärkeää pitää mielessä, että Ruotsin sosiaalipalvelulaissa ei määrätä, että henkilö on 65 vuoden iässä siirrettävä vanhustenhuollon piiriin. Järjestelyssä on pikemminkin kyse totutusta tavasta järjestää toimet kuin yksilön tarpeiden kohtaamisesta.

Ikä ja diagnoosi

Muutkin mielikuvat ja asenteet vaikuttavat siihen, etteivät mielenterveyden ongelmista kärsivät ikäihmiset saa tarvitsemaansa hoitoa ja hoivaa. Kun mielenterveyspalveluissa tavataan *”74-vuotias Sara, jolla on diagnosoitu skitsofrenia”*, on melko tavallista kiinnittää huomio vain ikään. Kun asiakas on 74-vuotias, hänen ajatellaan kuuluvan vanhustenhuollon piiriin. Vanhustenhuollossa vastaavasti saatetaan samoihin tietoihin reagoida näin: *”Jaahas, skitsofreniadiagnoosi. Silloinhan henkilö kuuluu psykiatrian vastuulle.”* Tällainen menettelytapa on ongelma ennen kaikkea Saralle – osittain, koska on hän 74-vuotias ja hänellä saattaa olla samoja tarpeita kuin muilla iäkkäillä naisilla, ja osittain, koska hänellä on todettu skitsofrenia, joka vaatii psykiatriasta erityisosaamista.

Todennäköisesti Sara kuuluu molempien tahojen vastuulle ja mahdollisesti myös perusterveydenhuollon piiriin. Hoito- ja hoivatyöntekijöiden velvollisuus on koostaa tarvittava tuki omista vastuualueistaan, jotta Sara saa tarvitsemansa avun.

Muita ikääntymiseen ja psyykkiseen terveyteen liittyviä asenteita ovat esimerkiksi käsitys siitä, että masennus on osa luonnollista vanhuutta. Toisinaan luennoidessani kuulen kommentin: *”Ei varmaan ole mukavaa olla vanha ja sairas.”* On selvää, että voimien ja terveyden heikkeneminen tuovat alakuloisuutta ja surullisuutta, mutta ne ovat eri asia kuin masennus. Masennus on hoidettavissa oleva mielenterveyden häiriö potilaan iästä riippumatta, eikä vanhaksi ja masentuneeksi tuleminen ole yhtään sen luonnollisempaa kuin vanhaksi ja *”hajamieliseksi”* tuleminen, kuten oli tapana sanoa ennen kuin tiedettiin muistisairauksista.

Stigma

Stigma on kreikkaa ja tarkoittaa haavaa tai leimaa. Se voidaan myös kääntää polttomeriksi. Antiikin Kreikassa sanaa käytettiin juuri kielteisissä yhteyksissä, esimerkiksi polttomerkeistä, joita tehtiin rikollisten tai orjien vartaloon. Kristinuskon perinteessä stigmoilla on toinen merkitys.

Niillä tarkoitetaan uskovan vartaloon syntyviä haavoja, jotka viittaavat Jeesuksen ristiinnaulitsemiseen. Nykyään stigma voi tarkoittaa sosiaali- seen syrjäytymiseen liittyvää häpeän leimaa, joka voi liittyä sekä yksilöön että yhteisöön. Stigmatisoituminen liittyy usein yhteiskunnan enemmistön käsityksiin siitä, mitä kyseisessä sosiaalisessa yhteisössä tai kulttuurissa pidetään ”normaalina” ja mitä ”poikkeavana”. Käsitykset vaihtelevat aikakausittain, yhteiskunnittain ja kulttuureittain. Kyse ei aina ole vain syrjäytymiseen johtavista asenteista kulttuurisena ja sosiaalisena ilmiönä vaan stigmatisoivat asenteet voivat myös heijastua lainsäädäntöön ja yhteiskun- nan päätöksentekoon. Esimerkiksi voidaan ottaa suhtautuminen homosek- suaalisuuteen. Homoseksuaalisuus oli Ruotsissa kriminalisoitu 1940-luvun lopulle ja se poistettiin tautiluokituksesta 1979.²

Asenteet mielenterveyden häiriöitä ja ongelmia sekä niistä kärsiviä ihmi- siä kohtaan ovat suuressa osassa maailmaa olleet stigmatisoivia. Mielen- terveyden ongelmista kärsivä sekä hänen omaisensa ja läheisensä ovat saaneet tuntea häpeän leiman. Stigmatisoituminen heikentää mahdolli- suuksia saada työtä ja asunnon. Ja ennen kaikkea se aiheuttaa sosiaalista syrjäytymistä.

Ikäsyrjintä

Ikäsyrjintä on yksi stigmatisoinnin muodoista. Se on yleistä vanhuksiin suhtautumisessa ja heidän kohtaamisessaan ennen kaikkea länsimaisissa kulttuureissa. Ikäsyrjintään sisältyy usein stereotyyppisiä ikään liittyviä käsityksiä. Toisinaan nämä käsitykset ovat levinneet niin laajalle, että voi- daan puhua jo järjestelmällisestä syrjinnästä. Lainsäädännössä kielletään ihmisten syrjiminen iän perusteella työelämässä. On kuitenkin olemassa monia syrjinnän muotoja, jotka eivät ulotu lainsäädännön piiriin.

Melko tavallinen käsitys ikäihmisistä on, että he ovat ”hoitaneet osuu- tensa”, heidän pitäisi olla maltillisia, kiitollisia ja kilttejä ja elää rauhallista ja pidättyväistä elämää. Ikäihmisten ei odoteta sulkevan puhelinta, jotta he voisivat harrastaa seksiä rauhassa, juoda tolkkutomasti ja mekastaa julkisessa liikenteessä. Selvää on, ettei minkään ikäinen ympäröivissään mekastaja ole mukava näky, mutta iäkkäät saavat kokea yhden ulottuvuu- den lisää. Usein ajatellaan nimittäin, että on asioita, joita ikäihmiset eivät

2 Suomessa naisten ja miesten homoseksuaaliset teot kriminalisoiva laki kumottiin vuonna 1971 ja homoseksuaalisuus poistettiin psykiatrisesta tautiluokituksesta vuonna 1981.

yksinkertaisesti voi tehdä, koska ovat – ”vanhoja”. Toisinaan huomaan ikäsyrjintää myös liiallisessa huolehtimisessa: ”Hän on niin vanha, että...” Tällöin ihmistä ei nähdä kykenevänä ja vastuullisena.

Oli niin virkistävää, kun hän suuttui minulle. Hän katsoi minua kuin ketä tahansa ihmistä, joka oli sanonut jotakin todella typerää. Toiset [hoitajat] sivuuttaisivat tällaisen asian hymyilemällä anteeksiantavasti, mikä saisi minut vain suuttumaan lisää.”

– Vanhainkodin asukas

Syrjinnän ja stigmatisoinnin seuraukset

WHO:n mukaan mielenterveysongelmista kärsivien ikäihmisten syrjinnästä ja stigmatisoinnista seuraa:

- yleisiä ennakkoluuloja, joiden mukaan mielenterveyskuntoutajat ovat muun muassa vaarallisia ja vastuuttomia
- stereotypioita, joita mediat usein tukevat
- mielenterveyskuntoutujan vahingollinen käsitys itsestä, joka johtuu stigman heikentämästä itsetunnosta
- tabujen syntymistä
- ammattilaisten kielteiset asenteet mielenterveyden ongelmista kärsiviä ikäihmisiä kohtaan sekä kielteiset asenteet vanhus- ja mielenterveystyötä kohtaan

Sillä, mitä sanomme, miten ilmaisemme asiamme ja mitä sanoja käytämme, on merkitystä. Se kuvastaa ajattelutapaamme ja samalla vahvistaa sitä. Emme ole lainkaan niin rationaalisia ja asiaorientoituneita kuin kuvittelemme, vaan perustamme toimintamme ajatuksiin ja kuvitelmiin.

Mikä on yhteistoiminnan tarkoitus?

Niin, mikä on yhteistoiminnan ja yhteistyön tarkoitus – eikö kyse ole puhtaasti siitä, että kaikkien tulisi saada tarpeidensa mukaista hoitoa? Näin pitäisi olla mutta ei valitettavasti ole. Siksi kaikki toimijat tarvitaan auttamaan siinä, että hallinnollinen ikäraja ei estä ihmisiä saamasta tarvitsemaansa apua ja tukea. Me – työskentelimme sitten kotipalvelussa, hoito- tai hoivapalveluissa tai tukikäsittelijöinä – olemme vastuussa yhteistyön toimivuudesta, siitä, että kaikki Sarat ja muut naiset ja miehet eivät huomaa hallinnollisia rajoja. Hyvä tapa tarttua vastuuseen on aloittaa itsestään, kuten kollegani psykiatri Ing-Marie Wieselgren kerran totesi: *”On parempi aloittaa kertomalla, mistä minä ja me vastaamme sen sijaan, että kertoisi, mistä muut vastaavat.”*

Keskustelukysymyksiä

- ❖ Millaista yhteistyötä teette arjessanne? Pitäisikö teidän tehdä yhteistyötä joidenkin tiettyjen tahojen kanssa?
- ❖ Toimiiko yhteistyö jollakin osa-alueella mielestäsi toivottua heikommin? Mitä voitte tehdä, jotta se toimisi paremmin?
- ❖ Kuvailkaa toisillenne tilanteita, joissa yhteistyö toimi hyvin – miksi se toimi niin hyvin?
- ❖ Näkyvätkö ikääntymiseen ja mielenterveyden häiriöihin liittyvät yleiset käsitykset toiminnassanne? Esimerkiksi siinä, kuinka työtehtävänne järjestetään ja toteutetaan?
- ❖ Mitä käsityksiä ja ajatuksia sinulla itselläsi on ikäihmisistä, ikääntymisestä ja mielenterveyden häiriöistä?
- ❖ Voivatko stigmat ja ikäsyrintä vaikuttaa teihin ammattiryhmänä ja jos voivat, miten?
- ❖ Miten voitte ehkäistä stigmatisointia ja ikäsyrintää?

Ikäihmisten mielenterveyden ongelmat ja häiriöt – keitä ja mitä sillä tarkoitetaan?

Kuten olen todennut, mielenterveyden ongelmista kärsivät ikäihmiset eivät ole yhtenäinen ryhmä. Vaihtelu on yhtä suurta kuin muussakin väestössä. He ovat naisia ja miehiä, joilla on erilaisia kulttuuritaustoja, heidän toimintakykynsä ja terveydentilansa vaihtelee, he voivat olla rikkaita tai köyhiä, yksinäisiä tai sosiaalisia. Moninaisuutta on runsaasti. Jotta voisimme tarttua tähän laajaan aiheeseen, sitä on jäsennettävä hie-
man.

Ensinnäkin määrittelen tässä kirjassa ikäihmisiksi yli 65-vuotiaat. Tätä ikärajaa käytetään useimmissa tutkimuksissa ja raporteissa siitä syystä, että 65 vuotta on Ruotsin yleinen eläkeikä. Käytän ilmausta mielenterveysongelmat yläkäsitteenä, joka käsittää kaiken lievistä vaivoista vaikeisiin toimintarajoitteisiin ja psykiatrisiin diagnooseihin. Välillä puhun erikseen häiriöistä ja ongelmista, silloin kun ne sopivat asiayhteyteen yläkäsitettä paremmin.

Olen jakanut käsitteen ikäihmisten mielenterveyden ongelmat neljään pääryhmään: ikääntymisen myötä tulleet mielenterveyden ongelmat, mielenterveyden häiriön kanssa nuoruudesta asti eläneet ikäihmiset, mielenterveyden häiriö ja samanaikainen muistisairaus sekä trauman kokeneet ikäihmiset.

Ikääntymisen myötä alkavat mielenterveyden ongelmat

*”Sofia on 81-vuotias. Hän jäi leskeksi vuosi sitten elämänkumppaninsa pitkän sairauden jälkeen. Sofia pystyi toipu-
maan surusta ja oli melko pian puolison kuoleman jälkeen
taas oma itsensä. Viime aikoina Sofia on kuitenkin tullut*

huolestuneemmaksi ja ahdistuneemmaksi. Ystäviensä mielestä hän on usein ärtynyt eikä pysty keskittymään. Sairaanhoidajan luona käydessään Sofia kertoo voivansa hyvin, mutta hänen on vaikea ryhtyä toimeen ja häntä piinaavat säröt.”

Olen innokkaasti puolustanut sitä, että 65 vuoden ikäraja on pääasiassa hallinnollinen. Emme voi kuitenkaan sulkea silmiämme siltä tosiasialta, että erilaisiin sairauksiin sairastumisen riski kasvaa iän myötä. Keskimääräinen elinajanodote nousee ja elämämme terveet vuodet lisääntyvät. Silti useimmat meistä huomaavat kärsivänsä yhdestä jos toisesta fyysisestä vaihasta. Sama koskee mielenterveyden ongelmia. Ruotsissa tehdyssä valtiolisessa psykiatrisessa selvityksessä *”Ambition och ansvar”* (Kunnianhimo ja vastuu) todetaan, että masennukseen sairastumisen riski nelinkertaistuu 65 ikävuoden jälkeen. Riski kasvaa useammasta syystä:

Biologiset tekijät: Aivoissa tapahtuu ikääntymisen myötä muutoksia, jotka eri tavoin lisäävät riskiä sairastua masennukseen. Myös moniin tavalisiin fyysisiin sairauksiin kuten sydän- ja verisuonitauteihin, aivoverisuonten sairauksiin liittyy kasvanut masennusriski.

Sosiaaliset tekijät: Eläkkeelle jäämisestä seuraa usein sosiaalisen roolin menetys. Emme ole enää opettajia, rakennusmiehiä, virkamiehiä vaan *”vanhoja”*, mikä voi monesta tuntua kipeältä ja huolestuttavalta. Monien voi olla vaikeaa löytää rooliaan ja syytä olemassaololleen työelämän ulkopuolelta.

Psykologiset tekijät: Vaikka emme edes *”vanhoina”* ajattele kuolemaa päivittäin, tiedämme, että jäljellä oleva aika on lyhyempi kuin takana oleva. Menetämme läheisiä ja ystäviä kiihtyvässä tahdissa, ja puolison kuolema saattaa jättää meidät yksin. Puolison menettämiseen liittyy vakava mielenterveyden häiriön riski. Tämä on käynyt ilmi yli 74-vuotiailla leskillä tehdyssä tutkimuksessa. Voi olla myös vaikeaa menettää esimerkiksi kyky huolehtia itsestä tai kyky ajaa autoa. Yksilölliset erot ovat kuitenkin suuria siinä, miten hyvin olemme valmistautuneet kohtaamaan elämän väijäämätöntä kulkua.

Henkilöitä, joilla alkaa ilmetä psyykkistä oireilua ikääntymisen myötä, kohdataan todennäköisesti eniten perusterveydenhuollossa ja vanhustenhuollossa. Ei ole varmaa, että ikäihminen itse osaa hakea hoitoa mielen-terveysongelmiin – tavallisempaa on, että he valittavat univaikeuksia tai somaattista särkyä kuten vatsa- tai rintakipua. On tärkeää pitää mielessä,

että kaikki nämä oireet voivat olla muun vaivan tai sairauden seurausta. Jos emme käytä riittävästi aikaa ja esitä henkilölle suoria kysymyksiä, on suuri vaara, että masennuksen tai vaikean kriisin mahdollisuus jää huomiotta.

On tärkeää muistaa, että tämän päivän ikäihmiset ovat eläneet ajassa, jolloin mielenterveyden ongelmiin liittyi vahvasti häpeä, eivätkä monet halua siksi puhua henkisestä voinnistaan.

Mielenterveyden häiriön kanssa nuoruudesta asti eläneet ikäihmiset

”Karin on 78-vuotias. Hänellä todettiin 40-vuotiaana kaksi-suuntainen mielialahäiriö. Hänellä oli tuolloin ollut joitakin alakuloisuuden jaksoja, joihin oli liittynyt itsetuhoajatuksia. Niitä oli seurannut maaninen jakso, joka oli johtanut pakkohoitoon psykiatrisella klinikalla. Karin on saanut hyvää tukea hoitojärjestelmästä, ja lääkitys on auttanut häntä useimmissa masennus- ja maniajaksoissa eikä hän ole joutunut sairaalahoitoon. Fyysiseen terveyteen vaikuttavat niin sairaus kuin lääkityskin. Edellisessä kontrollissa hänen munuaisarvonsa olivat huonot ja lääkitystä jouduttiin muuttamaan. Kun kotipalvelu käy Karinin luona, hän on nukkunut huonosti ja puhuu tauotta kaikista keskeneräisistä projekteistaan. Kun kotipalvelun henkilökunta pyytää Karinia istumaan, hän ärtyy ja suuttuu, koska hänellä ei mielestään ole aikaa vaan hänen on soitettava useita puheluja.”

Meillä on verrattain vähän tietoa vakaviin ja kroonisiin mielenterveyden häiriöihin nuorella iällä sairastuneiden ikääntymisestä. Monilla sairaus on heikentänyt psyykkistä toimintakykyä, mikä vaikuttaa päivittäiseen elämään. Lisäksi nykyiset iäkkäät ovat saattaneet elää aikana, jolloin mielenterveysongelmat ja häiriöt aiheuttivat vielä suurempaa häpeää ja sosiaalista syrjäytymistä kuin nykyään. Useilla kotihoidon työntekijöiden kohtaamilla ikäihmisillä saattaa olla takanaan pitkiä hoitojaksoja mielisairaaloissa, jotka laitospaisuudessaan ovat kaukana kotia muistuttavista olosuhteista.

Tutkijat ja kirjailijat Per Bülow ja Tommy Svensson kuvailevat iäkkäiden mielenterveyskuntoutujien elämänkulkua, joka eroaa muista saman ikäluokan ihmisistä. Tiettyyn sukupolveen kuuluvat ikäihmiset, joilla psyyk-

kinen ja fyysinen toimintakyky ovat kohtuullisen hyvät, saattavat kertoa valoisasta nuoruusajastaan, koulutuksesta, perhe-elämästä, urasta ja sittemmin eläkkeelle jäämisestä. Heidän ikätoverinsa, joka on saanut varhain vaikean mielenterveyden häiriön diagnoosin, saattaa kuvailla dramaattista hoitoonottoa mielisairaalassa samaan aikaan, kun luokkatoverit siirtyivät työelämäänsä. Monille mielenterveyskuntoutujille elämä ei ole tarjonnut perhettä eikä työtä. Se tarkoittaa samalla, että työelämän ja eläkkeelle jäämisen välinen raja ei ole yhtä selkeä tai dramaattinen kuin se muuten saattaisi olla.

Se, että henkilö ei ole päässyt työelämäänsä ja on ollut pitkään laitoksessa, johtaa myös ikätovereita huonompaan taloudelliseen tilanteeseen. Ruotsalaisista selvityksistä käy ilmi, että mielenterveyskuntoutujilla on heikompi toimeentulo kuin muilla kuntoutujilla tai vajaakuntoisilla ihmisillä.

Psykkisen toimintakyvyn alenemisen lisäksi on tavallista, että myös fyysinen terveys heikentyy vaikeiden oireiden, elämäntapojen tai lääkityksen vuoksi. Pohjoismaissa tehdyn selvityksen (2010) mukaan vakavasta mielenterveyden häiriöstä kärsivien naisten elinaika on 10–15 vuotta keskimääräistä eliniänodotetta lyhyempi ja miehillä vastaavasti 15–20 vuotta. Tavallisesti syynä ovat hoidettavissa olevat fyysiset sairaudet ja vaivat, mutta jostain syystä niihin ei ole kohdistettu riittävästi huomiota.

Muistisairaus ja samanaikainen mielenterveyden häiriö

”Henrik on 68-vuotias. Hänellä todettiin muistisairaus kaksi vuotta sitten. Hän käy kahtena päivänä viikossa päivätoiminnassa, mutta puolison mielestä nämä päivät tuntuvat melkein raskaammilta kuin ne päivät, jotka hän on kotona, sillä Henrik tulee rauhattomaksi sekä ennen että jälkeen käyntien. Henrik haluaa olla jatkuvasti ulkona ja juoksee mielellään, mitä hän tekikin paljon ollessaan terve. Nyt hän ei enää löydä kotiin. Jos hän ei pääse ulos, hän tulee vihaiseksi ja uhkailee sekä hoitohenkilökuntaa että puolisoa. Puolison mielestä tilanne ei ole kauan hallittavissa etenkin viimeaikaisen tapahtuman jälkeen: heillä oli hyviä ystäviä vieraana, ja Henrik oli huutanut vieraille ja sanonut, että poliisi seuraa heitä.”

Muistisairaus voi näkyä hankalana käytöksenä ja käytöshäiriöinä. Muistisairauden käytös- ja psyykkisiä oireita voivat olla esimerkiksi aggressiivisuus, päämäärätön harhailu ja voimakas huoli³. Yhä useammissa kunnissa perustetaan erilaisia tukitiimejä tai tukitoimintoja muistiongelmaitten ikäihmisten tarpeisiin ja ennen kaikkea heitä hoitavan henkilökunnan tueksi. Tarkoitus on tarjota hoitohenkilökunnalle tietoa siitä, mikä laukee käyttäytymishäiriöitä ja miten niitä voidaan ehkäistä ja lievittää. Yhteistyö psykiatrian ja vanhuspsykiatrian asiantuntijoiden kanssa saattaa toisinaan olla tarpeen. Muistisairailla on tavallisesti masennusoireita. Usein voi aluksi esiintyä vuorotellen masennusta ja muistisairautta. Samanaikaisesti muistisairauden kanssa esiintyvää masennusta voi olla hyvin vaikea havaita, minkä vuoksi se jää usein hoitamatta.

Tässä kirjassa ei käsitellä muistisairauksia eikä niihin liittyviä erityisoireita kovin kattavasti, vaan kirja keskittyy muihin mielenterveyden ongelmiin ja häiriöihin. Tämä siksi, että haluan priorisoida ikäihmisten psyykkisiä vaivoja. Muistisairauksista ja niiden oireista on jo paljon hyvää kirjallisuutta.

3 BPSD-oireet tarkoittavat beteendemässiga och psykiska symptom vid demens, eli muistisairauteen liittyvät psyykkiset ja käyttäytymis-oireet. Myös englanniksi Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia. (A-L S huom).

Trauman kokeneet ikäihmiset

”Rainer on 71-vuotias. Hän on vähitellen lopetellut työskentelyn yrittäjänä. Vaimo kiinnittää huomiota Rainerin lisääntyneeseen levottomuuteen: Rainer herää aamuisin aikaisin ja ärtyy, jos vaimo kysyy, miten hän voi. Vaimo ajattelee, että mies ehkä kaipaakaan työtään. Rainer istuu entistä useammin ja katselee niitä harvoja valokuvia, joita hänellä on lapsuus- ja nuoruusvuosiltaan. Hän ei koskaan ole puhunut paljon siitä, mitä tapahtui ennen hänen muuttoaan Ruotsiin. Tyräleikkauksen yhteydessä Rainer joutuu paniikkiin, kun hänet on tarkoitus puuduttaa, ja hän vetää kanyylin irti. Kun henkilökunta yrittää rauhoitella häntä ja pitää hänestä kiinni, hän menettää lähes täysin itsehillintänsä. Omaiset, erityisesti vaimo, ovat täysin ymmällään ja murtuneita, sillä Rainer ei koskaan ole käyttäytynyt tällä tavalla. Vie hyvän aikaa, ennen kuin Rainer alkaa kertoa paostaan Unkarista, kidutusta sisältäneistä kuulusteluista ja läheisten menetyksestä ilman mahdollisuutta puhua asiasta.”

Kannamme historiaamme ja kokemuksiamme läpi koko elämän. Useimmissa tapauksissa ne eivät vaikuta meihin erityisemmin. Aiemmat kokemukset ja tapahtumat ovat osa elämää, ja käsittelemme niitä ja sopeudumme niihin. On kuitenkin tapahtumia, jotka jättävät pysyvämpiä jälkiä ja saattavat ikääntymisen myötä eri tavoin johtaa psyykkisiin oireisiin. Sotaa, kidutusta tai vainoa kokeneet ikäihmiset saattavat ikääntyessään alkaa kokea uudelleen aiempia tapahtumia.

Minulla oli 1990-luvulla etuoikeus työskennellä Tukholmassa Judiska hemmet -nimisessä juutalaisille suunnatussa vanhainkodissa. Tapasin siellä useita juutalaisvainojen kauhujakin kokeneita ja keskitysleireillä olleita. Jututin sekä asukkaita että omaisia, joilla ilmeni huolestuneisuutta, vaikeutta luottaa toisiin ihmisiin ja muita ongelmia.

Traumatisoituneen ikäihmisen kokemukset saattavat palautua hoitotilanteessa. Psykologi ja psykoterapeutti Sara Wasersztraum on käyttänyt ilmiöstä nimitystä ajan tiivistyminen (komprimering). Ajan tiivistyminen saattaa käynnistyä hoitotilanteessa siten, että aiemmat kokemukset tai tilanteet sekoittuvat hoitoon. Esimerkiksi henkilö voi ymmärtää pyynnön mennä suihkuun hengenvaaralliseksi, jos hänellä on menneisyydessään

kokemus keskitysleirin kaasukammioista. Monet traumaattisia asioita kokeneet ikäihmiset kertovat, etteivät ole saaneet tai voineet puhua kokemuksistaan lainkaan. Ympäristö on saattanut tietoisesti tai tiedostamattaan viestiä, ettei jaksata tai pysty kuulemaan kertomuksia väkivallasta. Tavallinen kommentti ovat yhä ”*Se on mennyttä, älä enää ajattele sitä!*”

Jotkut eivät ole jaksaneet tai saaneet mahdollisuutta kertoa kokemuksestaan. Elämä on mennyt omia raiteitaan, on perustettu perhe ja tehty töitä. Kun jäädytään eläkkeelle, on aikaa ja tilaa pohtia menneisyyttä. Myös sairaus tai jokin muu tapahtuma saattaa tuoda muistot pintaan. Tilinteko on tehtävä, jolloin herää kysymys siitä, mikä merkitys elämällä on ollut. Tällöin aiempi trauma saattaa aktivoitua uudelleen ja ilmetä ahdistuneisuutena, masennuksena tai fyysisinä kipuina.

Henkilökunta on usein auttamassa intiimeissä tilanteissa, kuten henkilökohtaisessa hygieniassa. Tämä vaatii kykyä asettua toisen asemaan ja kunnioitusta tilannetta kohtaan riippumatta siitä, kuka kohtaamamme ihminen on. Emme todennäköisesti saa tukipäätöksestä tai hoitosuunnitelmasta tietoa esimerkiksi aiemmista väkivallan kokemuksista tai muusta kaltoin kohtelusta, vaan meidän on oltava herkkäkorvaisia ja käytettävä eläytymiskykyämme.

Keskustelukysymyksiä

- ❖ Vastaako ikäihmisten mielenterveyden häiriöiden ja ongelmien kuvaus kokemuksiasi aiheesta? Puuttuuko jokin mielenterveysongelmien ryhmä?
- ❖ Mitkä ovat tavallisimmat mielenterveyden ongelmat, joita kohtaatte arjessa?
- ❖ Mitä ajatuksia sinussa herättävät traumoja aiemmin elämässään kokeneet ikäihmiset?
- ❖ Miten mielestäsi voidaan välttää vain yhden ”ongelman” – vajaakuntoisuuden, iän, riippuvuuden jne. – käsittely kerrallaan?

Hän ei **todella-**
kaan tykkää käydä
suihkussa.

Miten vaarallista
se voi muka olla?



Mielenterveyden häiriöt – lyhyt yhteenveto ⁴

Mielenterveyden häiriöitä on yhtä monenlaisia ja moninaisia kuin fyysisiä sairauksia ja vaivoja. Valittavan usein ajatellaan, että mielenterveyden häiriöt koskettavat vain tiettyä osaa väestöstä ja että niistä ei voi toipua ja kuntoutua. Tämä ei kuitenkaan pidä paikkaansa. Jotkin mielenterveyden häiriöt ja ongelmat kuten masennus ja ahdistus ovat niin tavallisia, että niitä voidaan jo melkein kutsua kansantaudeiksi diabeteksen ja verenpainetaudin rinnalla. Ja niitä voidaan hoitaa tehokkaasti. Myös vaikeista mielenterveyden häiriöistä kuten skitsofreniasta voi kuntoutua ja oikean tuen avulla elää hyvää elämää diagnoosista huolimatta.

Mielenterveyden häiriöiden syy ei välttämättä ole täysin selkeä, mutta alalla tehdään jatkuvasti tutkimusta ja kehitetään parempia ja tehokkaampia hoitomuotoja. Useimmiten oireiden ilmenemiseen vaikuttavat monet biologiset, sosiaaliset ja psykologiset syyt yhdessä.

Kun puhutaan mielenterveyden ongelmista ja häiriöistä kärsivistä tai mielenterveydeltään vajaakuntoisista ikäihmisistä, on otettava huomioon myös ikääntymisen vaikutus. Se tekee oirekuvasta ja sairauden kulusta monimutkaisemman ja vaikeaselkoisemman. Usein kyseessä voi olla ikääntymisen, fyysisen sairauden ja psyykkisen oireilun yhdistelmä.

Olen tarkoituksella pitänyt tämän osion melko lyhyenä ja yleisenä, sillä vanhustenhuollon tehtävänä ei ole tehdä diagnooseja tai antaa psykiatrista hoitoa vaan tarjota potilaan tarpeet täyttävää hoivaa ja tukea. On kuitenkin hyvä hallita perustiedot eri mielenterveyden häiriöistä ja ongelmista, sillä ne voivat vaikuttaa tarjottaviin tukitoimiin. Tieto myös auttaa ymmärtämään iäkästä ihmistä paremmin.

⁴ Alkuperäisessä tekstissä käytetään ruotsinkielistä termiä psykisk ohälsa. Suomessa ovat vakiintuneet termit mielenterveyden ongelmat tai mielenterveyden häiriöt. (Suom.toim.huom)

Masennus

”Maija nukkuu nykyään huonommin kuin nuorempana, hänellä on särkyjä ja hän tuntee olonsa ärtyneeksi ja uupuneeksi. Joinakin päivinä hän herää jo aamuneljältä eikä saa enää unta: on niin paljon ajateltavaa. Maija on huolissaan siitä, muistaako kotipalvelu, että hänet pitää viedä apteekkiin. Ajatukset jäävät helposti kiertämään kehää, kun on pimeää ja hiljaista. Toisina öinä hänen on vaikea nukkua, toisina taas hän nukkuu aivan liian paljon mutta on silti lopen uupunut herättyään. Maija on käynyt terveystieteiden keskuksessa useita kertoja, ja viime kerralla lääkäri mietti, voisiko väsymys johtua raudanpuutoksesta. Maija on myös kokeillut eri särkylääkkeitä, mutta ne saavat hänet vain voimaan huonosti. Maijan sisar on huolissaan, että Maija saattaa olla dementoitumassa, sillä hänestä Maija ei ole oma itsensä ja vaikuttaa toisinaan poissaolevalta.”

Masennus on tavallista ikäihmisillä, ja sen syyt voivat olla biologisia, sosiaalisia tai psyykkisiä. Masennukseen sairastumisen riski kasvaa iän myötä. Ruotsissa masentuneiden osuuden ikäihmisistä arvellaan olevan 12–15 %, mutta tarkkaa arviota on vaikea tehdä.⁵ Ikäihmisten masennusoireita voi aluksi olla vaikea erottaa muistisairauksien varhaisista oireista. Vaikka masennusriski kasvaa ikääntymisen myötä, monilla masennusdiagnoosin saaneilla ikäihmisillä on ollut masennusjaksoja aiemmin elämässään. Kerran sairastettu masennus merkitsee suurempaa riskiä masennuksen uusiutumiselle.

Masennuksen oireet tulevat tavallisesti vähitellen. Ikäihmiset valittavat usein fyysisiä vaivoja, kuten särkyä ja väsymystä, jolloin ei välttämättä huomata, että kyse onkin masennuksesta. Muita oireita ovat alakuloisuus, huolestuneisuus ja ahdistuneisuus, kyvyttömyys tarttua arkitoimiin, heikentynyt ruokahalu tai lohtusyöminen, univaikeudet tai liiallinen nukkuminen, joka ei kuitenkaan virkistä. Ärtisyys ja keskittymisvaikeudet puolestaan saattavat saada aikaan huonomuistisuuden tunnetta. Masentunut saattaa

5 Suomessa lievästi masentuneita yli 65-vuotiaita arvioidaan myös olevan 12-15 %:iin. Jossain arvioissa päädytään jopa 25 %, sillä ikäihmisten masennuksen koetaan olevan alidiagnostoitua. Ks. Saarenheimo & Pietilä (2011); Leinonen & Alanen (2011).

ajatella olevansa kelvoton, kyvytön ja kokea koko elämänsä toivottomaksi.

Ikäihmisillä masennusoireet ovat usein ”*lievempää*” ja epämääräisempiä kuin nuoremmilla mutta kestävät pidempään. On tärkeää erottaa normaali alakuloisuus masennuksesta. Masennus vaikuttaa ikäihmisen kykyyn elää elämäänsä haluamallaan tavalla, ja oireet kestävät pidempään. Ikäihmisillä masennuksella ja fyysisellä sairaudella on vahva yhteys. Hoitamaton masennus saattaa kasvattaa muun muassa sydän- ja verisuonitautien, aivoverenkierron sairauksien ja monien muiden fyysisten sairauksien sekä kuoleman riskiä.

HOITO

Masennusta hoidetaan kognitiivisella psykoterapialla ja lääkityksellä. Tavallisimmat hoidossa käytettävät lääkkeet ovat niin kutsuttuja SSRI-valmisteita. Ikäihmisten masennustilat saattavat olla pitkäkestoisempia kuin nuoremmilla ja vaatia siksi myös pidempiaikaista lääkehoitoa.

Hoidon seuranta on tärkeää, jotta varmistetaan, että hoito todella tehoaa ja ettei lääkitystä ole vain tavan vuoksi. Ikäihmiset ovat herkempiä lääkkeille ja voivat saada sivuoireita useiden lääkkeiden yhtäaikaista käytöstä. Lääkehoidon vaikutukset alkavat näkyä muutaman viikon kuluessa, ja alussa masennusoireet voivat myös pahentua. Potilaan on tärkeää olla tietoinen tästä.

Vaikka psykoterapialla on usein yhtä hyvä ja joskus jopa parempi kuntouttava vaikutus kuin lääkehoidolla, on psykoterapiaan vaikeaa päästä. Ikäihmisille sitä on vielä heikommin saatavilla kuin nuorille. Lievän ja keskivaikean masennuksen hoitoon suositellaan ennen kaikkea psykologisia hoitomuotoja.

Vaikean ja jopa henkeä uhkaavan masennuksen suositeltava hoitomuoto voi joskus olla sähköhoito. Näin on erityisesti ikäihmisillä, joille lääkehoito ei sovi tai joilla on akuutti itsemurhariski. Sähköhoito auttaa tällaisissa masennustiloissa, ja se saa usein aikaan nopean ja erittäin selkeän vasteen. Hoito saattaa pelottaa, koska siitä käytetään arkikielessä nimitystä sähköshokkihoito. Nykyisessä sähköhoidossa potilas kuitenkin nukutetaan ja hänelle annetaan sähköisku, joka laukaisee epileptisen kohtauksen. Hoidon jälkeen potilaan olo saattaa olla unelias ja väsynyt tai hänellä voi olla lihasarkuutta sekä lyhytkestoisia muistiongelmia. Tutkimukset osoittavat, että joillakin potilailla sähköhoitoon liittyy pitkäkestoisten muistihäiriöiden riski, mutta näitä riskejä on arvioitava suhteessa vaikean masennuksen aiheuttamiin kognitiivisiin ongelmiin. Sähköhoidon tarve on tarkoin

harkittava, ja sitä on annettava oikealla tavalla ja oikeassa tilanteessa.

KOHTAAMINEN

Masentunutta painavat usein kielteiset ajatukset ja voimakas toivottoisuuden tunne. Ikääntyneillä masennukseen saattaa liittyä keskittymis-, muisti- sekä arjen tehtävien suorittamiseen liittyviä vaikeuksia. Henkilö ei yksinkertaisesti saa tehtyä tai jaksa suunnittelemaan tehtäviä. Väsymys, särkytilat ja ärtyneisyys ovat myös tavallisia. Jos potilaalle tässä tilanteessa sanotaan, että kaikki menee paremmin, jos hän vain ryhdistäytyy, ei tilanne helpota. Juuri asioihin tarttuminen voi olla kaikkein vaikeinta. Auttajina voimme sen sijaan olla toivon lähteitä vakuuttamalla, että vaikka nyt tuntuu vaikealta, niin asiat kyllä muuttuvat paremmiksi. Juuri nyt olemme paikalla tukemassa häntä. Tärkeää on auttaa henkilöä saamaan kuntoon päivittäiset rutiinit, kuten unen, ruuan, hygienian ja säännöllisen päivärytmin. Ei auta, jos ikäihmiseltä tai kuntoutujalta viedään kaikki tehtävät ja vastuu – se saattaa vain vahvistaa hänen käsitystään siitä, ettei hän kelpaa mihinkään. Samalla on huolehdittava, etteivät tehtävät ole ylivoimaisia. Sosiaaliset kontaktit ovat hyvä asia siinä määrin kuin ikäihminen jaksaa niitä ja kokee ne tärkeiksi. Iäkkään on myös hyvä päästä ulos liikkumaan. Ehkäpä kaikkein tärkeintä on se, että hänellä on joku, jonka kanssa puhua sekä vaikeista että arkisista asioista.

Työntekijöiden kiire ja stressi haittaavat kohtaamistilanteita. Siksi pitäisi kiinnittää riittävästi huomiota siihen, että aikaa jää riittävästi toimenpiteeseen ja kohtaamiseen. Kotihoidossa työskentelevät saavat usein huomata, että masentuneella aamutoimet vievät yhtenä päivänä loputtomasti aikaa, kun taas seuraavana aamuna ne voivat sujua helposti.

Ahdistuneisuus

”Harri on 72-vuotias. Kotihoito on käynyt hänen luonaan jo jonkin aikaa reisiluummurtuman vuoksi. Kun kotihoidon työntekijä erään kerran tulee Harrin luo, hän astelee hermostuneesti eteisessä, väänteleä käsiään ja vaikuttaa ahdistuneelta. Hänen huoltaan on vaikea saada poistumaan, ja se leviää ja vaikuttaa myös hänen luonaan vieraileviin. Yksi työntekijä kertoi, että hänestä tuntui siltä, että hän ahdistuu jankuttamisesta eikä hänellä ole tilaa hengittää. Mikään ei

koskaan ollut hyvin, ja Harrilla oli aina jokin huolenaihe. Päivätoimintaan tai ostoksille menemistä ei voinut ajatella, sillä kun Harri sai päätettyä, että voisi lähteä, tilaisuus oli jo ohi.”

Ahdistuneisuus voi olla sekä oire että diagnoosi, josta käytetään yleensä nimitystä ahdistuneisuushäiriö. Ahdistuneisuus on ihmisen luonnollinen mekanismi vaaran uhatessa. Se saa meidän valmistautumaan pakenemiseen tai muuhun toimintaan. Ahdistuneisuushäiriöstä on kyse silloin, kun ahdistuneisuus on irrationaalista: todellista vaaraa ei ole, mutta henkilö kokee, että katastrofi saattaa iskeä hetkenä minä hyvänsä.

Ahdistuneisuus saattaa ilmetä paniikkikohtauksina, joihin liittyy voimakkaita fyysisiä tuntemuksia, kuten hengenahdistusta, sydämentykytystä ja huimausta. Oireet saattavat saada henkilön luulemaan, että hänellä on sydänkohtaus ja että hän kuolee.

Muita ahdistuneisuuden muotoja eli yleisiä ahdistusoireita ovat asioiden murehtiminen ja vatvominen, jotka ovat pitkäkestoisia, kun taas paniikkikohtaus on voimakas mutta lyhytkestoinen. Yleiset ahdistusoireet ovat ikäihmisillä tavallisimpia. Ahdistuneisuus saattaa aiheuttaa monenlaisia pelkotiloja, ennen kaikkea sosiaalisten tilanteiden pelkoa, jolloin henkilö ei uskalla mennä ulos tai tavata ihmisiä. Ikäihmiset, joilla on fyysisiä sairauksia, muistisairauksia, sekavuutta ja psykoottisia oireita, kärsivät usein myös ahdistuksesta.

HOITO

Ahdistusta ja masennusta voidaan hoitaa samankaltaisilla keinoilla eli psykologisilla hoitomenetelmillä sekä masennuslääkkeillä. Tieto ahdistuksesta, ahdistuksen oireista ja niiden hoidosta sekä lievittämisestä saattaa luoda turvallisuuden tunnetta ahdistuksesta kärsivälle ikäihmiselle, hänen omaisilleen ja läheisilleen.

KOHTAAMINEN

”Ymmärrät varmasti hyvin, ettei meillä ole aikaa istua pitämässä ahdistuskohtauksen saanutta kädestä.” Tämän olen saanut kuulla usein, kun olen kertonut, miten tärkeää on kohdata ahdistuksesta kärsivä rauhallisesti ja auttaa häntä keskittymään rauhalliseen hengitykseen hyperventiloinnin sijasta. Kohtaaminen vaatii ennen kaikkea aikaa, läsnäoloa ja tukea. Eihän kukaan sanoisi rintakivuista kärsivälle, ettei hänellä ole aikaa jäädä

odottamaan, että henkilö toipuu tai rintakipu lakkaa. Ahdistusta ei välttämättä voi lievittää samalla tavalla, mutta se on erittäin piinallinen vaiva, jota ei pidä sivuuttaa.

Valitettavasi ahdistuneisuus voi myös *”tarttua”*, sillä ahdistuneen mielen tilaan on helppo lähteä mukaan. Siksi onkin äärimmäisen tärkeää, että osaamme tehdä yksinkertaisia rentoutus- ja hengitysharjoituksia ja käyttää muita ahdistusta helpottavia tekniikoita.

Psykoosit

”Gösta on 67-vuotias. Hänellä on skitsofreniadiagnosi. Gösta sairastui joskus 60-luvulla, jolloin häntä hoidettiin pitkäkö jakso hänen nykyisen asuinkaupunkinsa ulkopuolella sijaitsevassa mielisairaalassa. Gösta asuu pienessä kaksiossa, ja hänelle on juuri myönnetty kotihoito, sillä hän on aiemmin saanut sosiaalivirastosta tukipalvelua asumiseen. Hän käy joka päivä lähes 90-vuotiaan äitinsä luona, ja he syövät yhdessä lounasta. Äiti on huolissaan siitä, miten Göstalle käy hänen kuoltuaan, sillä äiti on Göstan ainoa sosiaalinen kontakti. Gösta saattaa toisinaan jäädä äitinsä luokse yöksi ollessaan erityisen huolissaan. Tällaisina päivinä Gösta kokee, että naapurit vaikuttavat hänen televisioonsa ja pystyvät kuulemaan hänen ajatuksensa, ohjaamaan niitä ja vaikuttamaan niihin. Naapurien tunkeutumista välttääkseen Gösta paketoi toisinaan television, radion, puhelimen ja muut tekniset laitteet alumiinifolioon. Kerran hän oli myös paketoinut jokaisen pistorasian.”

Psykoosi on yleisnimitys mielenterveyden häiriöille, joille yhteistä on muuttunut kokemus ympäristöstä. Sitä voisi kuvailla eräänlaiseksi maailmaksi, jossa on sekä pelottavia että miellyttäviä puolia. Psykoosi puhkeaa Ruotsissa 10–20 henkilöllä 100 000 asukasta kohden, ja näistä noin puolella diagnosoidaan skitsofrenia. Psykoosin puhkeaminen tapahtuu tavallisesti 18–40 vuoden iässä. Pienellä joukolla ihmisiä se ilmenee kuitenkin ensimmäisen kerran vasta eläkeiässä.

Psykoosin voivat laukaista monet tekijät, kuten kriisit, univaje tai päihitteet. Useimmissa tapauksissa psykoosi on ohimenevä tila, kun taas toisilla psykoosi voi uusiutua useita kertoja elämän aikana. Vaikka psykoosi puh-

keaa ensimmäisen kerran tavallisesti suhteellisen nuorena ja vain harvoin vasta keski-ikässä, psykoosin riski kasvaa vanhemmalla iällä. Tämä johtuu muun muassa aivojen ikääntymisestä, muista sairauksista, näön ja kuulon heikkenemisestä sekä virikkeiden puutteesta. Göteborgissa tehdyt tutkimukset viittaavat siihen, että psykoosioireista kärsivien ikääntyneiden osuus kasvaa asteittain iän myötä.

Psykoosin oireita ovat todellisuudentajun vääristyneisyys, harhakuvitelmat ja aistiharhat. Tavallisia oireita ovat äänien kuuleminen, ajatushäiriöt ja vainoharhaiset kokemukset seuratuksi tai tarkkailluksi tulemisesta tai siitä, että joku lähettää viestejä television, muiden medioiden tai ihmisten ajatusten välityksellä. Usein psykoosiin taipuvainen henkilö on syrjäänvetäytyvä ja hänen on vaikea luoda yhteyttä ympäristöönsä.

Skitsofrenia on vakava mielenterveyden häiriö, johon liittyy psykoottisia oireita, jotka voivat monella tavalla merkittävästi haitata kykyä nauttia elämästä. Läheskään kaikkien oireet eivät kuitenkaan ole niin vaikeita, että he tarvitsisivat erityisiä asumisjärjestelyjä tai muita tukitoimia arjesta selviytyäkseen. Skitsofrenia ei ole jatkuvasti akuuttivaiheessa, jossa on jatkuvia harhakuvitelmia tai aistiharhoja, vaan oireet voivat vaihdella ajan mittaan. Harhojen voimakkuuteen vaikuttaa ympäröivän elämän stressaavuus.

Skitsofreniaa sairastavien ikäihmisten kognitiiviset – tiedon tulkitsemisen ja käsittelyn – kyvyt heikkenevät tavallisesti nopeammin kuin muilla samanikäisillä. Tämän takia he saattavat tarvita enemmän tukea ikäntymässään.

HOITO

Psykoosin hoidoksi suositellaan sekä antipsykoottisia lääkkeitä että psykososiaalisia tukitoimia, erityisesti silloin kun kyseessä on skitsofrenia tai skitsofreniaa muistuttava sairaus. Kaikkia tukitoimia on tärkeää koordinoita, ja kuntoutujalla on oltava todellinen mahdollisuus vaikuttaa häntä koskevaan päätöksentekoon. Yhteinen osaamista ja ymmärrystä lisäävä psykoedukatiivinen tapa kertoa psykoosista kuntoutujalle ja hänen omaisilleen on osoittautunut myönteiseksi tavaksi käsitellä asiaa. Se on vähentänyt kaikkien stressiä. Perheinterventio, valmiuksien harjaannuttaminen ja psykoterapia ovat muita tärkeitä hoitomuotoja. Ikääntyminen saa aikaan suurentunutta herkkyyttä lääkkeille, erityisesti antipsykooteille, mikä on hyvä pitää mielessä ja tarvittaessa muuttaa lääkkeiden annostusta.

KOHTAAMINEN

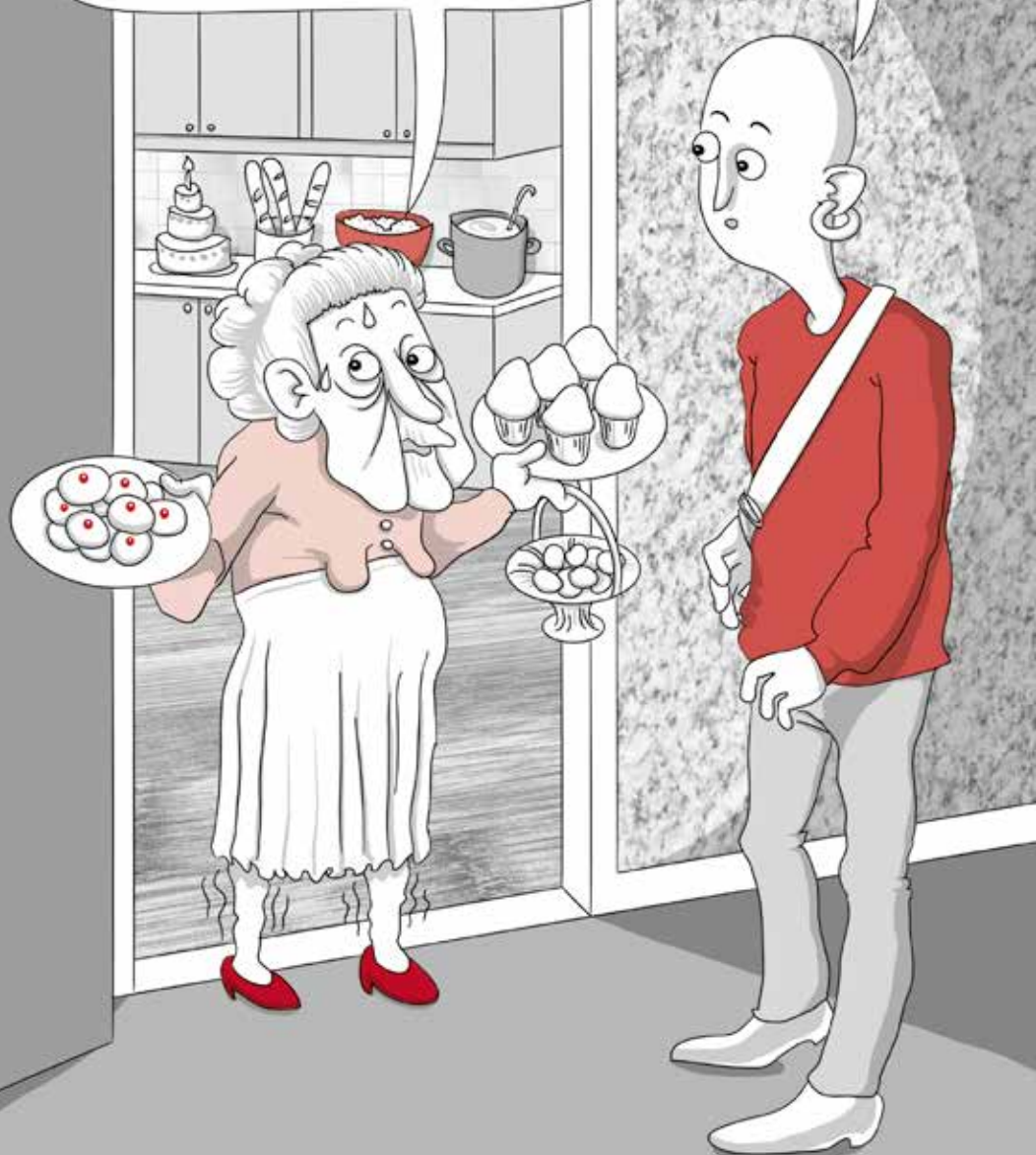
Ääniä kuulevan tai harhakuvitelmista kärsivän ihmisen kohtaaminen voi tuntua pelottavalta, sillä meistä monellakaan ei ole omakohtaista kokemusta sellaisesta. Jos ajattelemme uniamme, saatamme saada jonkinlaisen käsityksen siitä, miltä aistiharhat tai psykoosi saattavat tuntua: vaikka olemme jollakin tasolla tietoisia unemme järjettömyydestä, tuntuu se samalla myös itsestään selvältä ja loogiselta.

Voimme luoda kuntoutujalle turvallisuudentunnetta kiinnittämällä huomiota häneen, mutta ei psykoottiseen maailmaan. Voimme vähentää stressitekijöitä toimimalla ennalta arvattavasti sekä tiettyä rytmiä ja säännöllisyyttä noudattaen. Ruoka, juoma ja uni ovat keskeisessä roolissa tasapainottamassa elämää. Jäljempänä olevissa luvuissa on esimerkkejä apuvälineistä, jotka voivat olla suureksi avuksi tuomalla päiväjärjestystä ja säännönmukaisuutta elämään.

On syytä pohtia myös hieman fyysistä terveyttä. Pitkään esimerkiksi skitsofrenian kanssa eläneillä on usein heikentynyt fyysinen terveys. Lääkitys, itse sairaus, tupakointi ja puutteet ravitsemuksessa ja liikunnassa lisäävät merkittävästi sydän- ja verisuonitautien ja diabeteksen riskiä. Ruotsalaiset selvitykset ovat osoittaneet, että terveydenhuolto ei toimi hyvin tämän ryhmän kohdalla: kuntoutujat eivät saa riittävää terveydenhuoltoa, mikä johtaa ennenaikaiseen kuolemaan. Siksi on tärkeää kiinnittää huomiota kehon perustarpeisiin ja auttaa kuntoutujaa hakeutumaan tarvittaessa perusterveydenhuoltoon ja hammashoitoon. Jos henkilöllä on psykiatrinen diagnoosi, saatamme tulkita fyysiset oireet psyykkisiksi, vaikka todellisuudessa kyse olisikin fyysisestä vaivasta.

Tule sisään maistamaan vasta-
paistettuja muffinsseja! Oi, unohdin
kattilan hellalle. Ja kana pitäisi
täyttää ja minun pitäisi hakea...
oijoihoi...

Muffinsseja? Minunhan
piti auttaa sinua
kaupassakäymisessä?



Kaksisuuntainen mielialahäiriö

”Beritistä tuntuu, että elämä on mallillaan. Elämä on helppoa, ihmiset ihania ja kaikki on mahdollista. ”Miksi tuh-lata aikaa nukkumiseen, kun on niin paljon ehdittävää?” sanoo Berit, joka ei ymmärrä, miksi hänen kotihoitajansa Anneli on sitä mieltä, että hänen pitäisi ottaa lääkkeensä ja ennen kaikkea alkaa nukkua. Berit tilaa uusia tavaroita kotiin ostos-TV:stä, soittaa kovaäänistä musiikkia öisin ja laittaa samalla valtavia määriä ruokaa kodittomille jaetta-vaksi. Kaikesta energiasta ja tahdosta huolimatta jokainen tehtävä jää puolitiehen ja Berit tuntee itsensä entistä häm-mentyneemmäksi. Anneli huomaa pian, ettei hänen apunsa enää riitä, ja ottaa yhteyttä lääkäriin, joka tulee käymään, arvioi Beritin ja toteaa, että tämä on otettava sairaalahoitoon. Berit ei enää ole kovin nuori, ja hänen maaniset vai-heensa voivat olla riski hänen fyysiselle terveydelleen, jos hän ei huolehdi levosta.”

Kaksisuuntaista mielialahäiriötä kutsuttiin aikaisemmin maanis-depressiivisyydeksi. Sairaudesta ovat tyypillistä manian ja masennuksen vuorottelevat jaksot. Nykyään puhutaan myös tyyppin I ja II kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä. Tyyppissä I esiintyy klassisia manian ja masennuksen vuorottelujaksoja, kun taas tyyppissä II ei esiinny maniaa vaan pikemminkin hypomaniaa, joka on lievä manian muoto.

Sairauden masennusvaihe muistuttaa vaikeaa masennusta. Maanisessa vaiheessa kaksisuuntainen mielialahäiriö on selkeimmin tunnistettavissa. Mania ilmenee voimakkaasti lisääntyneenä toimeliaisuutena, jossa henkilöllä on valtavasti ideoita, hän nukkuu vähän tai ei lainkaan ja hänellä on korostunut itsetunto, joka ei ole realistinen hänen kykyihinsä nähden. Hän puhuu nopeasti, ajattelee nopeasti ja tekee valtavasti assosiaatioita. On melko tavallista, että jos henkilö ei saa apua maanisessa vaiheessaan, hän tekee kauppvoja, sanoo asioita ja toimii tavalla, jota hän ei oikeastaan halua eikä saisi tehdä. Maanisen vaiheen jälkeen paluu arkeen voi olla vaikea tai tuskainen. Aihetta koskevassa kirjallisuudessa ei päästä yksimielisyyteen siitä, miten nuorten ja ikäihmisten maaninen vaihe eroavat toisistaan. Osassa niiden ei koeta eroavan ollenkaan kun taas toisissa nähdään, että ikäihmisillä mania ilmenee useimmiten ärtyneisyytenä ja huolestuneisuutena, pikemminkin masennuksen ja manian sekoituksena.

HOITO

Kaksisuuntaista mielialahäiriötä hoidetaan ensisijaisesti lääkityksellä, kuten litiumilla ja muilla mielialaa tasaavilla lääkkeillä. Tiedon, osaamisen ja ymmärryksen lisääminen sekä kuntoutujalle että omaisille ja läheisille auttaa myös. Kun tunnistaa manian ja masennuksen varhaiset merkit, voi oireita ennaltaehkäistä vähentämällä stressiä ja muuttamalla lääkitystä yhdessä lääkärin kanssa.

KOHTAAMINEN

Maanisessa vaiheessa ihminen käy ylikierroksilla, eikä hänen vauhtiinsa tule lähteä mukaan. Vauhtia voi rajoittaa toimimalla pehmeästi ja huolehtimalla unesta, ruoasta ja rutiineista. Erityisen tärkeää on tukea ikäihmistä huolehtimaan lääkityksestään, sillä se vähentää riskiä toimia tavoilla, joita hän saattaa katua myöhemmin. Ennen kaikkea tulee ottaa yhteyttä psykiatriseen hoitoon ja ilmoittaa maanisesta asiakkaasta. Ikääntynyttä on myös tärkeää tukea jälkeenpäin, kun hänen itsesyytöksensä sanomisistaan ja tekemisistään alkavat. Maanisen jakson jälkeen on vaikeaa pakottaa itsensä hoitamaan romahtanut talous kuntoon tai kohtaamaan joku, jonka on haukkunut pataluhaksi.

Masennusvaiheessa olevan asiakkaan kohtaamista koskevat samat ohjeet kuin masentuneen kohtaamista.

Sekavuus

”Fredrika on tarkka ja sääntöilinen nainen, joka huolehtii ulkonäöstään. Reumaattisten vaivojen vuoksi hänen on toisinaan vaikeaa siivota, joten hänellä on joitakin vuosia käynyt siivooja kahden viikon välein. Kotipalvelun henkilökunta käy tiistai-iltapäivisin siivoamassa ja tapaa eräällä kerralla Fredrikan eteisestä paljain jaloin pelkässä yöpaidassa. Fredrika vaikuttaa pelokkaalta ja vihaiselta ja toteaa, että oli hyvä, että he tulivat, sillä hänellä on käynyt varkaita. Henkilökunnan mielestä Fredrikan tila vaihtelee selväjärkisestä sekavaan. He löytävät keittiön pöydältä puolillaan olevan särkylääkepurkin. Perusterveydenhuoltoon ja omaiseen otetaan yhteyttä, ja Fredrika otetaan hoitoon geriatri-selle osastolle. Käy ilmi, että Fredrika on reagoinut uuteen lääkkeeseen ja saanut samalla pahan virtsatietulehduksen.

Kun tulehdus on hoidettu ja tabletit määrätty, Fredrika on taas oma itsensä. Mutta hänestä tuntuu vaikealta, että hän on jonkin aikaa toiminut siten, ettei hän ole voinut kontrolloida itseään. Sekä Fredrika että omaiset pelkäävät, että kyseessä on muistisairauden alku.”

Sekavuus on usein akuutti ja ohimenevä tila, jossa ilmenee hämmennystä, puutteellista tarkkaavaisuutta, ajattelukykyä, huolestuneisuutta, näköharhoja ja harhakuvitelmia. Sekavuuden käsitteeseen mahtuu laaja kirjo oireita ja syitä, mutta kyse on tavallisesti reaktiosta jonkinlaiseen fyysiseen kuormitukseen.

Laskelmien mukaan 10–20 prosenttia kaikista sisätauti- tai kirurgisen akuuttiosaston potilaista kärsii sekavuudesta. Sekavuus ei ole itsenäinen diagnoosi, vaan pikemminkin tila, johon voi olla useita syitä. Näitä syitä voivat olla lääkkeiden aiheuttamat reaktiot, tulehdukset, kuume, nestehukka tai kirurgisiin toimenpiteisiin liittyvät tai niiden jälkeen esiintyvät reaktiot. Ikääntyneillä muistisairaille ja yleisesti heikkokuntoisilla on suurempi riski kärsiä sekavuudesta. Ikäihmisillä sekavuus voi olla pitkäkestoisempaa kuin nuoremmilla, ja se voi jatkua vielä jonkin aikaa sen jälkeen, kun syy on hoidettu.

HOITO

Tärkeintä on hoitaa sekavuuden syy: hoitaa tulehdus, jättää pois negatiivisen reaktion aiheuttanut lääke ja niin edelleen. Joissakin tapauksissa psyykenlääkkeet voivat olla tarpeen, esimerkiksi silloin kun ikäihminen on erittäin aggressiivinen, kärsii vaikeasta ahdistuksesta tai jos sekavuus on liiallisen alkoholin käytön vieroitusoire.

KOHTAAMINEN

Yhtäkkisesti ilmenevä sekavuus, johon liittyy aistiharhoja, voi olla hyvin pelottava kokemus sekä sen kokevalle että hänen omaisilleen ja läheisilleen. Siksi on tärkeää toimia rauhallisesti, lievittää stressiä ja auttaa ikäihmistä ymmärtämään, missä hän on. Voi olla todella huolestuttavaa, jos ei tiedä, onko aamu vai ilta tai mikä päivä on. Siksi sekavuustilan kokeneelle iäkkäälle tulee luoda selkeä vuorokausirytm.

Pakko-oireet

”Solveig on joinakin päivinä täysin pakko-oireittensa vanki. Sen seurauksena hän ei pysty lähtemään tapaamispaikkaan, sillä hänen on käytävä lähtörituaalit läpi uudestaan ja uudestaan. Solveigin on ensin kierrettävä lukon salpaa kaksi kertaa oikealle ja sen jälkeen kolme kertaa vasemmalle ennen kuin hän voi avata oven. Se ei kuitenkaan aina riitä pitämään ahdistusta kurissa, vaan lisäksi hänen on vältettävä mattojen ja lattioiden välisiä saumakohtia ja huolehdittava, ettei hän astu mihinkään likaiseen. Solveig on hyvin tietoinen pakko-oireistaan mutta ei pysty hallitsemaan niitä, kun ahdistus on vaikeimmillaan. Joinakin päivinä pakko-oireet ovat lievempiä. Silloin hän ei ole joutunut stressaaviin tilanteisiin. Stressi lisää pakko-oireita, jotka lisäävät stressiä ja niin edelleen – noidankehä on valmis. Hänelle on tärkeää saada tukea ja apua henkilöiltä, jotka tuntevat hänet hyvin ja ja voivat tarjota hänelle hänen tarvitsemaansa turvaa. Silloin hän pystyy haastamaan pakkorituaalinsa.”

”Ei, älä pane avaimia pöydälle. Siitä seuraa riitaa!” Näin äidilläni oli tapana sanoa minulle, kun olin lapsi. Ei siihen kukaan oikeasti uskonut, mutta varmuuden vuoksi avaimet nostettiin pöydältä. Useimmat meistä voivat kertoa lukemattomia vastaavia esimerkkejä siitä, että jotakin ei saa tehdä, koska siitä seuraa jotakin pahaa. Pakko-oireista kärsivä uskoo juuri näin, mutta yleensä kyse on vakavammasta, kuin taikauskosta.

Pakko-oireista kärsivä pelkää voimakkaasti, että jos hän jättää tekemättä tietyt rituaalit, sattuu jokin katastrofi. Pelätä voi sitä, että omat ajatukset vahingoittavat toista ihmistä. Tai liiallinen pelko voi hallita elämää. Ulkopuolisesta nämä ajatukset, pelot ja rituaalit saattavat vaikuttaa täysin kohtuuttomilta. Niistä kärsivälle ne ovat todellisia, mutta kaukana järkevästä ja rationaalisesta. Järjen tasolla hän voi tietää, ettei hänen lapselleen tapahdu mitään kamalaa, jos hän jättää kääntämättä hanan seitsemän kertaa vasemmalle ja sen jälkeen seitsemän kertaa oikealle. Järkeily ei kuitenkaan auta, vaan ahdistus ja pelko vain kasvavat. Lopulta ne kasvavat suuriksi vallaten mielen täysin ja estäen sekä henkilön oman että hänen läheistensä normaalin elämän, jos apua ei haeta. Pakko-oireet ilmenevät yleensä ensimmäisen kerran teini-iässä. Kun pakko-oireet ilmenevät ensim-

mäistä kertaa vasta iäkkäänä, syynä on useimmiten masennus.

Pakko-oireista ja ikääntymisestä ei ole kirjoitettu kovin paljon, mutta monilla on kokemusta ikäihmisistä, jotka eivät pysty heittämään pois tavaroita tai jotka ajattelevat, että ”toiset häiritsevät heidän kuvioitaan” muuttamalla jotakin. Nämä voivat olla merkkejä pakko-oireista.

HOITO

Pakko-oireita hoidetaan masennuslääkkeillä ja/tai psykoterapialla, etupäässä kognitiivisella käyttäytymisterapialla, joka on osoittautunut tehokkaimmaksi. Aivan kuten useimmissa sairauksissa ja vaivoissa, tieto sairaudesta on avuksi. Tieto oireista ja keinoista hallita niitä auttaa vähentämään huolta ja stressiä.

KOHTAAMINEN

On tärkeää ymmärtää, että pakko-oireista kärsivää ei ole mahdollista ”suostutella” rikkomaan rituaalinsa. Pakko-oireet eivät ole järkiperaisia, ja niistä kärsivä tietää itse, ettei hän toimi loogisesti. Hän ei vain pysty rikkomaan kuviota vaikean ahdistuksen ja pelon vuoksi. On tärkeää luoda luottamuksellinen suhde eikä rynnätä rikkomaan pakkorituaaleja tai siivoamaan pois kaikkia pinoihin kerättyjä pusseja ja tavaroita. Näin toimiminen vain kasvattaa stressiä, mikä puolestaan voi pahentaa ahdistusta. Rituaaleja ei kuitenkaan pidä tukea eikä välttää tiettyjä iäkkäälle ahdistusta aiheuttavia asioita. Tuesta tulee sopia yhdessä ikäihmisen kanssa. Suhteen ja luottamuksen rikkoutuminen saattaa saada henkilön kieltäytymään avusta. Osoita kunnioitusta ja ymmärrystä ikäihmisen ahdistavaa tilannetta kohtaan ja suhtaudu siihen vakavasti.

Neuropsykiatriset toimintarajoitteet

”Sosiaalityöntekijä on hämmentynyt saatuaan puhelun paikalliselta kiinteistöyhtiöltä, josta kerrotaan, että hiljattain leskeksi jäänyt iäkäs mies ei ole maksanut vuokriaan ajoissa. Vaikuttaa siltä, että miehen on ylipäättään vaikea selviytyä yksin asumisesta. 69-vuotias Jens menetti elämänkumppaninsa noin vuotta aiemmin. Nyt mikään ei tunnu toimivan, ja häneltä on jo jäänyt väliin useita tapaamisia sosiaali-

työntekijän kanssa. Jens tapaa kehotuksesta lääkärin, joka toteaa, ettei mies ole masentunut ja ettei kyse ole muistisairaudestakaan. Jensin elämäntarinan perusteella vaikuttaa siltä, että hänen kouluvuotensa päättyivät kaaokseen ja hänen elämänsä on ollut melko sekavaa ja elämänkumppani on tuonut siihen vakautta. Vaikuttaa siltä, että Jensillä on diagnosoimaton tarkkaavaisuushäiriö. Tavoitteena on nyt tarjota Jensille tukea ja järjestää elämä mm. kunnan asu-mispalvelun avulla. ”

Esimerkkejä neuropsykiatrisista toimintarajoitteista ovat tarkkaavaisuushäiriö ADHD, Aspergerin oireyhtymä ja Touretten oireyhtymä. Nämä kaikki mielletään yleensä nuorten ihmisten sairauksiksi, mutta niitä esiintyy luonnollisesti myös ikäihmisillä. Vielä muutama vuosikymmen sitten diagnosointimenetelmät eivät olleet yhtä hyviä kuin nykyään, joten monella neurologinen häiriö on saattanut jäädä täysin diagnosoimatta. Henkilö on myös voinut saada psykiatrisen diagnoosin.

ADHD:lle tyypillistä ovat keskittymis- ja tarkkaavaisuushäiriöt. Muita ADHD:n oireita ovat arjen jäsentämisen vaikeudet, puutteellinen aikakäsitys ja hyperaktiivisuus. Hyvän käsityksen ADHD:tä sairastavan elämästä saa istumalla sohvalle kuulokkeet korvilla ja kuuntelemalla raskasta rokkia täydellä äänenvoimakkuudella samalla vaativalaa ristisanatehtävää ratkoen, kun huoneeseen tulee ja sieltä lähtee jatkuvasti ihmisiä. Jos ihminen saa riittävää apua, hyperaktiivisuus ja vaeltava mieli voivat kuitenkin olla erinomainen luovuuden ja ideoiden lähde.

Aspergerin oireyhtymälle ja muille autismin kirjon kuuluville häiriöille on tyypillistä vaikeus ymmärtää ja tulkita sosiaalista vuorovaikutusta. Näistä häiriöistä kärsivän henkilön voi olla vaikeaa ymmärtää kielikuvia ja symboleja, sillä he ajattelevat konkreettisesti. Heidän voi myös olla vaikeaa seurata useita aistimuksia samanaikaisesti, kun taas yksityiskohdat erottuvat veitsenterävinä. Tällaisesta toimintarajoitteesta kärsivälle jotkin päivittäiset tehtävät saattavat olla lähes ylivoimaisia, mutta hän voi olla joillakin osa-alueilla äärimmäinen asiantuntija. Voimistuneet äänen, valon ja kosketuksen aistimukset saattavat liittyä Aspergerin oireyhtymään ja muihin autismin kirjon kokemuksiin.

Touretten oireyhtymä ilmenee tahdosta riippumattomina liikkeinä ja äännähdyksinä tai puheena. Tourette saattaa aiheuttaa suurta kärsimystä sitä sairastavalle. Ympärillä olevat ihmiset, jotka eivät tunne oireyhtymää,

saattavat ihmetellä, jos hän yhtäkkiä alkaa viittoilla, huudella kaikenlaista tai äännähdellä oudosti.

Neuropsykiatrisesti toimintarajoitteiset ikäihmiset ovat usein kehittäneet erilaisia selviytymiskeinoja arkensa hallintaan. Jos heillä on puoliso, tämä saattaa hoitaa asiat, jotka ovat henkilölle vaikeita. Siksi tuen tarve tulee ajankohtaiseksi puolison kuollessa.

HOITO

ADHD:ta hoidetaan keskushermostoa stimuloivilla lääkkeillä mutta myös psykoedukatiivisilla menetelmillä ja apuvälineillä. Aspergerin oireyhtymää ja autismin kirjoon kuuluvia häiriöitä hoidetaan yksinomaan pedagogisesti. Koulutus ja tieto toimintahäiriöstä saattaa auttaa yksilöä hallitsemaan ympäristöään ja tilannettaan paremmin. Arjen suunnittelua ja jäsentämistä helpottavilla apuvälineillä on myös suuri merkitys. Touretten oireyhtymässä lääkitys saattaa toisinaan tulla kysymykseen, jos oireet ovat erittäin vaikeita. Muuten oireyhtymää hoidetaan ikäihmiseen, omaisiin ja ympäristöön kohdistuvilla, parhaiksi havaituilla psykoedukatiivisilla toimilla.

KOHTAAMINEN

Kunnioittava ja hyväksyvä kohtaaminen on aina tärkeää, mutta näiden ihmisten kohdalla sitä voi painottaa vielä enemmän. Monet neuropsykiatrisista häiriöistä kärsivät joutuvat kohtaamaan kielteistä asennoitumista ja tietämättömyyttä erityisesti kasvuvuosina ja kouluaikoina.

Ympäristön voi olla vaikeaa ymmärtää, että selkeästi älykäs henkilö ei pysty huolehtimaan tapaamisistaan ja hukkaa jatkuvasti tavaroitaan. Saattaa olla vaikeaa ymmärtää, että korkeakoulutettu insinööri ei ymmärrä yksinkertaista vitsiä tai pysty seuraamaan keskustelua, jos huoneessa on useita ihmisiä. Hyvä kohtaaminen perustuukin siksi asiantietoon neuropsykiatrisista häiriöistä. On tärkeää suhtautua hyväksyvästi siihen, että ADHD:sta kärsivän kotona saattaa olla sotkuista ja että Aspergerin oireyhtymää sairastavalla on vaikeuksia tulkita rivien välissä sanottua.

Päihderiippuvuus ja päihteiden väärinkäyttö

”Astrid makaa velttona lattialla. Puhe on mongerrusta, eikä hän pääse omin avuin ylös. Vastuuhoitaja arvioi, että kyseessä saattaa olla aivoinfarkti ja tilaa ambulanssin. Astrid kotiutetaan sairaalasta nopeasti, ja papereissa on merkintä ”päihtynyt”. Sairaanhoidaja miettii pitkään, miten Astridin päihderiippuvuus on jäänyt häneltä huomaamatta. Samalla hänen on vaikea käsittää, että vanhus on alkoholisti. Keskukseltuaan omaisten kanssa hän saa tietää, että Astridilla on ollut aiemmin elämässään paha alkoholiongelma. Sairaanhoidaja ymmärtää nyt paremmin, miksi Astridin mieliala ja terveydentila voivat vaihdella niin nopeasti.”

Vanhustenhuollon työntekijät kohtaavat melko usein iäkkäitä ihmisiä, joilla on päihderiippuvuus, yleensä alkoholi- tai lääkeriippuvuus. Väestötasolla alkoholin kulutus on pienintä yli 65-vuotiailla, ja naiset käyttävät alkoholia vähemmän kuin miehet. Kuitenkin arvioidaan, että päihteiden väärinkäyttö ikäihmisten keskuudessa tulee kasvamaan Euroopassa. Nykyiset ikäihmiset kestävät paremmin runsasta alkoholin käyttöä eivätkä kuole siihen ennenaikaisesti kuten aikaisemmin.

Vanhustenhuollon tuleekin järjestää enemmän tukitoimia, jotka on kohdistettu riippuvuuksista kärsiville. Useimmissa tapauksissa kyse on tavanomaisista vanhustenhuollon tukitoimista, mutta monille rankkaa elämää viettäneille, toisinaan jopa asunnottomille, perinteinen vanhustenhuolto ei ole paras ratkaisu. Tukholman ulkopuolella sijaitsevan Gamlebo-vanhainkodin edustaja totesi haastattelussa, että ikäihmisillä on riippuvuuksia ja he voivat olla kodittomia, jolloin vuoteessa nukkuminen öisin on suuri ja vaikea askel. Gamlebossa ikäraja on laskettu 60 vuoteen, sillä monilla on sekä fyysisiä että psyykkisiä vaivoja ja he ovat ikätovereitaan heikommassa kunnossa.

HOITO

Päihteiden väärinkäytön hoitaminen koostuu sekä vieroitusoireiden hoitamisesta – usein lääkkeillä – että psykososiaalisista tukitoimista, jotka voisivat auttaa hallitsemaan riippuvuutta.

Herranjumala miten
huono olo minulla on.
Olen aivan lopussa.

Voi kuinka kurjaa!
Mutta sehän on ihan tavallista,
että sitä nukkuu huonommin,
kun tulee vanhaksi.



KOHTAAMINEN

Yksinkertaisia vastauksia ei ole siihen, miten päihderiippuvaiseen ikäihmiseen tulisi suhtautua. Tutkimukset ovat osoittaneet, että kotihoidon työntekijöiden on usein vaikeaa valita, tulisiko heidän suojata henkilön yksityisyyttä vai suojella häntä haitalliselta käyttäytymiseltä. Päivittäin tulee tilanteita, jossa pitää kysyä, mihin raja vedetään. Osa työntekijöistä ajattelee, että ikäihmisen voi antaa käyttää päihteitä rauhassa, kun taas toiset ovat sitä mieltä, että olisi syrjivää olla tarjoamatta hoitoa ikäihmiselle samalla tavalla kuin sitä tarjottaisiin nuoremmalle.

Ruotsin sosiaalihallituksen eettisessä ohjeistossa on lausunto, joka osoittaa ongelman selkeästi: ikäihmisillä on oikeus saada apua alkoholin ostmiseen, mutta kotihoito ei saa mahdollistaa tai ylläpitää alkoholin väärinkäyttöä. Pohdittavaksi jää, mikä on oikein, ja kukin tapaus on ratkaistava yksilöllisesti keskustellen ja harkiten toisten kotihoidon tiimin jäsenten kanssa. Esimiehillä on erittäin tärkeä rooli. Pidä myös mielessä, että apua saa päihderiippuvuusasioista vastaavista sosiaalipalveluista. Yhdistäkää voimanne!

Muistisairaudet

”Ragnar, joka on aina ollut itse tarkkuus, seisoo kaupan ulkopuolella eikä kerta kaikkiaan muista tietä kotiin. Tämän reitin hän on kulkenut lukemattomia kertoja. Nämä yhtäkkiä tulevat muistikatkokset ovat niin pelottavia! Ragnar ei halua huolestuttaa elämänkumppaniaan, sillä tällä on niin paljon mietittävää vihoittelevan lonkkansa kanssa. Tyttärellä puolestaan on ollut vaikeaa lapsensa syntymän jälkeen.”

Muistisairauksia ei ole vain yhtä tyyppiä, vaan niitä on useita ja niiden kulku ja oireet vaihtelevat. Kaikille on tunnusomaista vähittäinen kognitiivisten kykyjen ja muistin heikentyminen. Ensioireita ovat vaikeus suorittaa arkisista asioista, tulkita erilaisia aistimuksia sekä suunnitella ja toteuttaa tekoja. Puheen häiriintyminen on myös tavallinen oire – oikeiden sanojen löytäminen tai sanojen merkityksen ymmärtäminen saattaa olla vaikeaa. Muistisairauden riski kasvaa iän myötä, mutta siihen voi sairastua myös nuorempana. Muistisairauksien yhteydessä voi tulla myös psyykkisiä

oireita ja vaivoja. Masennus on melko tavallista, mutta sen lisäksi esiin-tyy aistiharhoja, harhakuvitelmia, ahdistusta ja huolestuneisuutta. Taval-lisimmat muistisairaudet ovat Alzheimerin tauti, vaskulaarinen dementia ja Lewyn kappale -tauti.

HOITO

Muistisairauksille ei ole parannuskeinoa, mutta niiden etenemistä voidaan hidastaa ja oireita lievittää lääkehoidolla. Hoidossa on siksi kyse ensisi-jaisesti hoivasta ja huolenpidosta sekä sosiaalisen tuen tarjoamisesta sekä muistisairaalalle että tämän läheisille ja omaisille. Voimakkaan huolestu-neisuuden ja aggressiivisuuden lievittäminen voi olla välttämätöntä. Lää-kehoidossa tulisi välttää antipsykootteja, bentsodiatsepiinejä ja vastaavia lääkkeitä, sillä ne vaikuttavat kielteisesti muistisairaisiin. Muistisairauden aiheuttamien käytöshäiriöiden suositeltu hoitomuoto on hoiva. Kuten mie-lenterveyden häiriöistä kärsivän, myös muistisairaahan hoito perustuu ensi-sijaisesti asiakkaan ja hoitajan toimivaan vuorovaikutukseen.

KOHTAAMINEN

Muistisairaahan kohtaamisella ja hoitoympäristöllä on suuri merkitys. Stressi sekä meluisat ja sekavat ympäristöt ovat suoranaisesti pahasta muisti-sairaalalle, sillä hänen on jo pelkän sairautensa vuoksi vaikea orientoitua ympäristöönsä ja tulkita aistimuksia. Hyvät tiedot asiakkaasta ja hänen elämäntarinastaan auttavat kohtaamaan hänet. Moni muuten epäloogi-selta vaikuttava asia onkin järkevä, kun asiakkaan tausta on tiedossa. Hyvä esimerkki on mies, joka valitti, että ”*raidat*” puuttuivat. Kun hänen omahoitajansa saapui paikalle, hän osasi kertoa, että mies tarkoitti rai-doilla housujen henkseleitä.

Haastavat tarpeet

Henkilökunnalle tulee usein asiakkaiden kanssa eteen tilanteita, joihin liittyy muun muassa huolta, aggressiivisuutta ja harhakuvitelmia, joista syntyy ongelmia. Voisi olla rakentavampaa tarkastella näitä tilanteita asiakkaan näkökulmasta. Miksi Sara huutaa tai miksi Janne on aina niin aggressiivinen, kun yritämme auttaa häntä suihkuun? Useimmissa tapauksissa käyttäytymiseen on jokin syy, josta asiakas ei pysty kertomaan meille ymmärrettävästi. Jos näkisimme nämä tahdon ilmaukset ongelmien sijaan tarpeina, pystyisimme todennäköisesti ratkaisemaan ne paremmin. Samalla keskittyisimme työmme perustehtävään eli asiakkaan tarpeisiin. Uskon, että tällä tavoin työstä tulee hauskeempaa ja kiehtovampaa. On lahja saada tutkia ja ymmärtää toista ihmistä ja auttaa häntä vaikeissa tilanteissa.

Uskalla kuunnella – kysyä – odottaa

Kun iäkkään ihmisen kohtaamiselle uskaltaa alussa antaa aikaa, säästyy paljon aikaa ja energiaa. Kun edessämme on uusi tilanne, johon liittyy aggressiivisuutta, huolta ja ahdistusta, tärkein tavoitteemme on luoda turvaa. Luottamus ja turvallisuuden tunne syntyvät, kun osoitamme aitoa kiinnostusta toista ihmistä kohtaan ja uskallamme kuunnella, mitä hänellä on sanottavanaan.

Seuraava vaihe on uskaltaa kysyä, onko jotakin, mitä emme ymmärrä tai mitä meidän tulisi tietää, ja uskaltaa sen jälkeen odottaa vastausta. Ikäihminen tarvitsee todennäköisesti aikaa vastauksen muotoilemiseen. Voi olla, ettei hänellä ole aikaisemmin ollut mahdollisuutta ilmaista tarpeitaan tai ettei häneltä edes ole kysytty niitä koskaan. Älä pelkää hiljaisuutta tai epäselvää vastausta – uskalla odottaa. Ymmärrän, että mietit käytettävissä olevan ajan rajallisuutta, mutta yritä panna asiat tärkeysjärjestykseen tai pyydä esimieheltäsi lisää aikaa. Ajan antaminen toiselle on ainut tapaa luoda turvallinen ja luottamuksellinen suhde. Hyvä asiakassuhteen perusta säästää aikaa pitkällä aikavälillä, jolloin voi ottaa kiinni alussa käytettyä aikaa.

Seuraavaksi esittelen joitakin haastavia tilanteita, joista minulta usein kysytään.

Huoli

Huoli on yksilöllistä aivan kuten aggressiivisuuskin. Osa meistä huolehtii enemmän kuin toiset, ja meitä huolettavat eri asiat. Kun huoli estää elämisen, voi apu olla tarpeen. Vanhustenhuollossa työskentelevät kertovat usein, että ikäihmiset ovat huolestuneita ja ahdistuneita pienistäkin asioista. Kun asiaa ajattelee tarkemmin, se ei ehkä olekaan ihme: jos en pysty hallitsemaan kehoani haluamallani tavalla ja olen jatkuvasti riippuvainen toisista, menetän tärkeiden elämän osa-alueiden hallinnan. Kuka tahansa huolestuu, jos joutuu jatkuvasti odottamaan, että joku tulisi auttamaan wc-käynnissä tai lääkäreissussa – mitä teen, jos työntekijä ei tulekaan?

Huolestuneen ikäihmisen kohtaamisessa ehkä kaikkein tärkeintä on käyttää aikaa. Osoita, että olet rauhallinen ja pystyt hoitamaan tilanteen. Kuuntele, mutta uskalla myös sanoa, että tunnet olosi rauhalliseksi ja että te pystytte yhdessä selvittämään tilanteen. On äärimmäisen tärkeää olla lupaamatta asioita, joita et voi pitää. Luo ennakoitavuutta, jatkuvuutta ja valmistelee iästä muutoksiin etukäteen. Ajattele, että sinä ikään kuin paikkaat hänen puutteellista kykyään huolehtia tärkeistä asioista elämässään.

Ahdistuneisuus

Ahdistuminen on luonnollista tilanteissa, joissa meitä kohtaa todellinen vaara. Ahdistuneisuus ilman näkyvää ulkoista syytä tai kohtuuttoman voimakas ahdistus tilanteeseen nähden saattavat vaatia apua. Voimakkaasti ahdistuneen ihmisen kohtaaminen voi aiheuttaa ahdistusta myös hoitotyötä tekevässä. Avuttomuuden ja ärsyyntymisen tunteet ovat tavalaisia, ja hyvä kohtaaminen perustuu siihen, että hoitaja pystyy itse sekä valmistautumaan tilanteeseen että purkamaan sitä jollekulle jälkeensä.

Jos kohdattava ihminen on erittäin ahdistunut, voit kokeilla seuraavia keinoja:

- Selvitä, onko tapahtunut jotakin, joka on laukaissut ahdistuneisuuden. Juttele henkilön kanssa hetki, mutta yritä sitten johtaa keskustelu johonkin neutraaliin.
- Yksinkertaiset rentoutusharjoitukset, rauhoittava musiikki ja pitkien ja syvien hengitysten tekeminen voivat auttaa rauhoittamaan mieltä.

- Liikunta, kuten kävelylenkki, voi vähentää ahdistuneisuutta, sillä se rentouttaa kehoa.
- Pidä mielessä, että ahdistus voi olla myös fyysisen sairauden kuten sydäninfarktin oire. Tarkkaile, pahenevatko oireet vai ovatko ne sellaisia, joita on ennenkin ilmennyt kyseisellä henkilöllä.

Aggressiivisuus

Aggressiivisuus voi johtua monista syistä. Toiset meistä vihastuvat helpommin kuin toiset, ja jotkin asiat voivat voimistaa tai lievittää aggressiivisuutta. Mielenterveysongelmista kärsivät eivät ole aggressiivisempia tai väkivaltaisempia kuin muutkaan ihmiset, vaikka lehtiä lukemalla voisi luulla asian olevan toisin.

Aggressiivisuus johtuu useimmiten pelosta, ja se voi myös olla henkilön tapa suojautua uhkaavalta tilanteelta. Mieti, miten itse reagoit pelätessäsi: esimerkiksi kun teini-ikäinen lapsesi ei tule illalla kotiin eikä vastaa puhelimeensa tai kun olet vaarassa ajaa kolarin kaistallesi yllättäen tulevan auton kanssa.

Jos kohdattava ikäihminen on erittäin aggressiivinen, voit kokeilla seuraavaa:

- Peräänny ja osoita, ettet aio tehdä mitään, mitä hän ei itse halua.
- Osoita fyysisesti, että olet rauhallinen, ja kysy, miten hän voi ja huolestuttaako häntä jokin.
- Mieti, ilmeneekö ikääntyneessä aggressiivisuutta tietyissä tilanteissa tai tiettyyn vuorokaudenaikaan tai onko muita asioita, jotka saattavat aiheuttaa hänessä aggressiivisuutta.
- Selvitä, onko hänellä kipuja – kivun tunteminen ilman avun saamista saa kenet tahansa menettämään malttinsa.
- Jos mahdollista, kysy, mikä on saanut hänet pois tolaltaan tai vihaiseksi ja voiko sitä ehkäistä tai auttaa jollakin tavalla.
- Fyysisiä tai sanallisia uhkauksia ei kuitenkaan tule hyväksyä, joten silloin peräänny ja totea ystävällisesti mutta päättäväisesti, että et hyväksy uhkailua.

Univaikeudet

Univaikeuksia ilmenee erityisesti masennuksen yhteydessä. Ongelmana voi olla, ettei ikäihminen saa unta, hän voi herätä liian aikaisin, tai hän nukkuu liikaa virkistymättä. Univaikeuksiin on lääkkeitä, mutta iäkkäät ovat usein herkkiä näille lääkkeille ja ne saattavat vaikuttaa heidän tasapainoonsa, mikä kasvattaa kaatumisen riskiä. Lääkkeitä tulee käyttää, kun se on välttämätöntä, mutta univaikeuksien hoitoon on monia niksejä.

Toimiva vanhan kansan keino ovat yösukat – lämpimät jalat muuten viileässä huoneessa. Jos on olemassa liukastumisen vaara, kun henkilö herää yöllä ja lähtee kävelemään, kannattaa valita jarrusukat. Muita niksejä ovat lämpimän maidon juominen ja voileivän syöminen ennen nukkumaanmenoa tai yksinkertaisen rentoutusharjoituksen tekeminen. On ihanaa tulla peitellyksi, joten painava peitto saattaa antaa rentouttavan tunteen ja ehkäistä huolestuneisuutta (ks. pallopeitto apuvälineitä käsittelevästä luvusta).

On luonnollisesti tärkeää tarkastella koko vuorokautta. Jos ikäihminen ei ole päässyt ulos vaan on ollut toimeettomana koko päivän, ei ole ihme-kään, ettei uni tahdo tulla. Iäkkäiden pitäisi voida väsyä luonnollisesti. Ei pidä unohtaa, että eri ihmisillä on erilaiset nukkumistottumukset ja osa on ilta- ja yöihmisiä, kun taas toiset haluavat käydä nukkumaan aikaisin.

Harhakuvitelmat ja aistiharhat

”Esteri oli uskomattoman vihainen ”roistomaisille” työntekijöille. Hänen sähkövatkaimeensa kuuluvista vispilöistä toisesta puuttui muovirengas. Henkilökunta yritti saada hänet vakuuttuneeksi siitä, että vain toisessa vispilöistä kuului olla muovirengas ja että siitä tietäisi, kumpi on oikea ja kumpi vasen. Esteri ei kuitenkaan vakuuttunut, vaan hänen epäilyksensä vain vahvistuivat, kun henkilökunta niin innokkaasti löysi kaikelle selityksen.”

Harhakuvitelmissa voi olla kyse monista asioista. Osalla harhakuvitelmat voivat liittyä mielenterveyden häiriöön, joka ikäihmisellä on saattanut olla pidempään, kun taas toisilla ne voivat olla muistisairauden oire. Kyse voi myös olla lääkitykseen tai fyysiseen sairauteen liittyvästä sekavuudesta. Tällöin sekavuustilan syy on selvitettävä ja tilanne korjattava. Toisinaan



kyse voi olla toistuvista oireista, joiden paras hoito ja apu on kyseisen ikäihmisen hyvä kohtaaminen.

Voi tuntua pelottavalta kohdata ihminen, jonka maailmankuva on erilainen ja jolla mahdollisesti on aistiharhoja. Pitäisikö sanoa: *”Minä en kuule ääniä enkä usko, että kukaan on suihkuttanut kaasua postiluukustasi?”* Ei, asiakkaan harhakuvitelmaa ei tarvitse vahvistaa, mutta ei myöskään ole hedelmällistä väittää sitä vastaan. Selvitä, mistä on kyse. Mikä tunne hänestä välittyy? Ehkä tilanteessa on jokin järkipöryys, vaikka se vaikuttaakin järjettömältä. Onko kyse huolen, stressin tai ahdistuneisuuden ilmaisusta? Ryhdy luomaan turvallisuutta pienin askelin.

Heikko ruokahalu

Psyykkisen toimintakyvyn heikentyminen vaikuttaa usein ruokahaluun: se voi saada aikaan ruokahaluttomuutta tai pohjattoman nälän. Masentunut tai huolestunut ikäihminen voi kokea, että suupala kasvaa suussa, hän alkaa voida pahoin eikä lopulta enää pysty syömään. Masennus voi myös aiheuttaa aloitekyvyttömyyttä, jolloin ei jaksu laittaa ruokaa tai syödä eteen asetettua ateriaa.

Joillakin mielenterveyden ongelmista kärsivillä voi olla metabolinen oireyhtymä ja esimerkiksi lääkehoitoon liittyvää painonnousua. Molemmissa tapauksissa sinun hoiva- ja hoitohenkilönä tulee tukea hyvää ruokavaliota. Heikko ravitsemus saattaa pahentaa psyykkisiä ja fyysisiä vaivoja. Pienet ja kauniit annokset sekä ruokaseura (jos iäkäs sitä haluaa) saattavat olla avuksi. Pitää muistaa, että juominen on yhtä tärkeää kuin ruoka. Nestehukka yhdessä monien lääkkeiden kanssa saattaa aiheuttaa sekavuutta ja kasvattaa kaatumisriskiä.

Joskus ruokaan saattaa liittyä pakko-oireita. Tällöin ikäihminen ajattelee pakonomaisesti, että hän voi syödä esimerkiksi vain tietynväristä ruokaa tai vain avaamattomasta pakkauksesta, jos hänellä on bakteerikammo. On tärkeää kuunnella häntä tarkasti ja tarjota tukea, jotta hän pystyy syömään ja juomaan.

Keskustelukysymyksiä

- ❖ Mitkä haastavista tilanteista ovat mielestänne erityisen vaikeita tai monimutkaisia?
- ❖ Kertokaa toisillenne vinkkejä ja kokemuksia ikäihmisten ja heidän tarpeittensa kohtaamisesta.
- ❖ Mitä mieltä olette ajatuksesta, että käyttäytyminen ei olisikaan ongelma vaan jonkin tarpeen ilmaisu?
- ❖ Vanhustenpalveluiden ruoka on pitkään ollut vilkas keskustelunaihe – miten asiakkaiden ruokailu sujuu? Voisiko sitä jotenkin kehittää?

"En jaksa elää" – itsetuhooisista ajatuksista ja teoista

"Annan mielestä kaikille olisi parempi, jos hän olisi kuollut. Hän, hänen ahdistuksensa ja masennuksensa eivät enää olisi taakkana muille. Anna kuvitteli, että hän oli pilannut kaiken elämässään eikä mikään enää voisi kääntyä hyväksi. Ahdistus ja kipu oli sekä fyysistä että psyykkistä ja sietämätöntä. Kun hän näki täyden pilleripurkin, hän tiesi, että se olisi pakotie. Annalla oli usein ollut itsetuhooisia ajatuksia, mutta nyt kun Berit oli kuollut ja hänellä oli mahdollisuus henkensä riistämiseen, ei hän nähnyt enää esteitä. Nykyään Anna kuitenkin iloitsee siitä, ettei hän onnistunut, sillä elämässä on niin paljon elämisen arvoista. Nyt Anna ajattelee, että kuolema tulee omalla ajallaan eikä sitä tarvitse kiirehtiä."

Professori Jan Beskow on suurimman osan elämästään työskennellyt itsemurhaan liittyvien asioiden parissa. Hänellä on luennoidessaan tapana kertoa, että on ihan tavallista ajatella itsetuhooisia ajatuksia, useimmat meistä ovat joskus ajatelleet oman elämän riistämistä sitä kuitenkin toteuttamatta. Hän kuvailee näitä ajatuksia henkiseksi oksentamiseksi: voimme niin pahoin, että sillä hetkellä haluamme vain päästä pois. Asia muuttuu vakavaksi, kun itsetuhooiset ajatukset saavat vallan ja alkavat muuttua suunnitelmiksi ja konkreettisiksi teoiksi.

Ann Heberlein, joka on myös kirjailija ja tutkija, on kertonut omasta henkisestä pahoinvoinnistaan kirjassaan *En tahdo kuolla, en vain jaksa elää*. Kirjan nimi kuvaa osuvasti itsemurhaa ja itsemurhayrityksiä: elämä koetaan niin sietämättömäksi, ettei ole mitään muuta ulospääsyä.

Itsemurhasta

Harvoin asioihin liittyy niin paljon myyttejä ja tabuja kuin juuri itsemurhaan. Valtio ja kirkko ovat historiallisesti vaikuttaneet aiheeseen paljon lainsäädännöllä ja normeilla. Ruotsissa itsemurha oli rikos vuoteen 1864⁶ asti, eikä itsemurhan tehneitä haudattu siunattuun maahan. Nykytilanne on toinen, mutta monissa maissa ja elämänkatsomuksissa itsemurhaa pidetään yhä rikoksena. Tätä taustaa vasten ei ehkä tunnukaan niin oudolta, ettei itsemurhasta ja itsemurha-ajatuksista uskalleta puhua avoimesti.

Ruotsin Sosiaalhallitus ja Kansanterveyslaitos esittelivät muutama vuosi sitten kansallisen itsemurhien ehkäisy suunnitelman. Ohjelman edessä on laadittu ohjeistuksia siihen, miten kohdata työssä itsemurhaa ajattelevia tai yrittäviä. Taito ja rohkeus puhua itsemurhasta ovat hyvä alku itsemurhan ehkäisylle, ja samalla on tärkeää tietää, että masennuksen ja muiden mielenterveyden häiriöiden tunnistaminen ja hoitaminen ovat parasta itsemurhien estämistä. Useimmat itsemurhaa yrittävät tai siinä onnistuvat ovat masentuneita.

Ikäihmisten itsemurhat

Luennoidessani ikäihmisten mielenterveysongelmista ja itsemurhasta kysyn yleensä yleisöltä, tietävätkö he, mihin ryhmään useimmat itsemurhan tehneet kuuluvat. Tavallisin arvaus on nuoret tytöt. Monet yllättyvät, kun kerron, että suurin ryhmä itsemurhan tehneistä Ruotsissa on yli 65-vuotiaat miehet. Nuoret tytöt kyllä yrittävät itsemurhaa, mutta eivät yleensä onnistu siinä. Itsemurhat vähenevät lähes kaikissa ikäryhmissä, vain nuorten keskuudessa luvut pysyvät melko samoina vuodesta toiseen. Yleisesti ottaen itsemurhan tehneistä enemmistö on miehiä kaikissa ikäryhmissä.⁷

Toinen usein kohtaamani myytti on, että Ruotsi olisi itsemurhatilastojen kärjessä. Näin ei ole, vaan verrattuna muihin Euroopan maihin Ruotsi kuuluu siihen joukkoon, jossa itsemurhia tehdään vähiten (Suomi taas kuuluu korkeiden itsemurhalukujen maihin suom. toim. huom.).

Usein kysytään, onko itsemurhassa kyse jonkinlaisesta kuoleman nopeuttamisesta, eli että ikäihminen on vaikeasti sairas eikä siksi enää

6 Suomessa itsemurha oli rikos vuoteen 1894 saakka. Suomessa toteutettiin vuosina 1986–1996 valtakunnallinen itsemurhien ehkäisyprojekti.

7 Suomessa vuonna 2012 yli 65-vuotiaita itsemurhan tehneitä oli 162 (naisia 30, miehiä 132) eli noin 16–17 % kaikista itsemurhan tehneistä. Vuonna 2006 luvut olivat 189 (naisia 52, miehiä 137). Tilastokeskus.



Minun elämäni on ihan surkeaa.
Joskus toivon, että kaikki vain
loppuisi.

Katsotaanpa... Minä voin auttaa si-
nua siivoamisessa, vaatteiden pesussa,
kaupassa käynnissä, ruuanlaitossa,
tai henkilökohtaisessa
hygienssassa...

jaksa elää. Näin ajatellen itsemurhilla olisi perusteltu syy ja ne olisivat ymmärrettävämpiä. Vastaan kysymykseen kielteisesti. Ikäihmisten itsemurhien syyt ovat useimmiten samoja kuin nuorempien: masennus, kriisi tai ylivoimainen tunne siitä, ettei ulospääsyä ole. Tutkimukset tosin osoittavat, että fyysinen sairaus voi lisätä 65-vuotiailla miehillä itsemurhariskiä.

Kohtaaminen ja itsemurhasta keskusteleminen

Vanhustenhuollon työntekijälle voi olla vaikeaa joutua kohtaamaan kuolemaa ja elämään väsymistä. Milloin kyse on ”vain” siitä, että vanhus on turhautunut tilanteeseensa, ja milloin on kyse vakavasti otettavasta itsemurhauhkauksesta? Kun ikäihminen sanoo, ettei enää halua elää, se herättää työntekijöissä omia ajatuksia elämästä ja kuolemasta. Se voi ahdistaa ja pelottaa.

Tavallinen uskomus on, että itsetuhoiset ajatukset pahenevat, jos niistä puhutaan. Tämä ei kuitenkaan pidä paikkaansa, sillä puhuminen oikealla tavalla on myönteistä. Uskalla kysyä ja ennen kaikkea uskalla kuunnella. Hiljaa oleminenkaan ei ole vaarallista. Hiljaisuus on mahdollisuus levätä yhdessä, minkä jälkeen voi jatkaa keskustelua.

Keskustelun tarkoitus ei ole, että vanhustenhuollon työntekijät toimisivat ”*terapeutteina*”, vaan tehtävänä on pikemminkin olla läsnä ja antaa turvaa ja toivoa. Ensimmäiseksi on syytä selvittää, voitko ottaa yhteyttä johonkin apua tarjoavaan tahoon, jotta ikäihminen saa apua häntä huolestuttavaan tai piinaavaan asiaan. Mitätöimättä ikääntyneen kokemusta on tärkeää osoittaa, että apua on saatavilla, ja varovasti johtaa ajatukset ja keskustelu johonkin toivoa ja myönteisyyttä herättävään. On tärkeää ottaa itsemurhasuunnitelmat ja -ajatukset vakavasti ja kertoa eteenpäin, esimerkiksi hoitavalle lääkärille, jos ne vaikuttavat erittäin vakavilta tai et ole tilanteesta täysin varma.

Muun muassa Jan Beskow ja muut tutkijat ovat yhdessä Ruotsissa toimivan itsemurhan tehneiden henkilöiden omaisten tukiyhdistyksen kanssa todenneet, että kotihoidon tehtävissä on vaativaa ja vaikeaa kohdata yksin ihmisiä, jotka kertovat, etteivät enää halua elää. He ovat yhdessä laatineet koulutusmateriaalin vanhustenhuollon hoitohenkilökunnalle. Mate-

riaali kantaa nimeä *När himlen är nära* (Kun taivas on lähellä), ja sitä voi käyttää keskusteluapuna itsemurhaa suunnittelevan kohtaamiseen. Koulutusmateriaalin laatijat ovat myös laatineet keskustelukoulutuksen, jonka tarkoituksena on oppia, miten keskustella oman henkensä riistämistä harkitsevan ihmisen kanssa⁸.

Riskitekijät ja suojaavat tekijät

On tilanteita ja vaivoja, jotka kasvattavat itsemurhan riskiä. Useimmissa tapauksessa taustalla on masennus tai muuta henkistä pahoinvointia, mutta myös tietyt tapahtumat voivat kasvattaa itsemurhariskiä merkittävästi. Tällaisia tapahtumia ovat esimerkiksi avioero tai elämänvaiheisiin, kuten eläkkeelle jäämiseen, liittyvät erilaiset kriisit.

Ikäihmisten itsemurhariskiä voivat kasvattaa fyysiset sairaudet, aiemmat itsemurhayritykset, asunnon vaihtaminen (esimerkiksi palveluasuntoon), läheisen menetys ja ongelmat lähisuhteissa.

Itsemurhariskiä kasvattavien tekijöiden lisäksi on suojaavia tekijöitä, kuten hyvä fyysinen kunto, sosiaaliset suhteet, uskonnollinen vakaumus, taloudellinen turva, älylliset virikkeet ja hyvä kipu- ja särkytilojen hoito.

”Vaimon kuolemasta oli kuitenkin jo aikaa, ja me vanhat ystävät kuivittelimme, että Kallelle olisi muodostunut uudet rutiinit ja hän olisi saanut elämänsä raiteilleen. Reagoimme eniten siihen, että hänestä tuli niin aktiivinen. Hän puhui usein kirjakokoelmastaan ja siitä, kuka minkäkin kirjan saisi hänen kuoltuaan. Hän lopetti myös lehtitilauksensa, mutta luulimme, että syynä oli, ettei hän enää nähnyt kovin hyvin. Meille tuli täydellisenä sokkina tieto siitä, että hän oli ampunut itsensä hirvikiväärillä. Näin jälkeensä pysymme kyllä näkemään, että merkit olivat ilmassa. Aktiivisuus, jonka olimme tulkinneet paremmaksi voimiksi, johtuikin siitä, että hän oli tehnyt päätöksen ja valmisteli kuolemaansa.”

⁸ Suomessa Suomen Mielenterveysseura järjestää Mielenterveyden ensiapu® 1 ja 2 -koulutuksia, joissa harjoitellaan mm. tällaista keskustelua.

Varoitusmerkit

Useimmat ihmiset viestivät itsemurha-ajatuksistaan ja suunnitelmistaan jollakin tavalla. Henkilö voi esimerkiksi kertoa, millaiset hautajaiset hän haluaisi, tai muilla tavoin osoittaa, että hänen elämänsä on päättymässä. Lisääntynyt aktiivisuus passiivisen jakson jälkeen ei ole merkki paremmasta voinnista. Kyvyttömyys toimia on saattanut hellittää, mutta masennus ei.

Itsemurhan käsitleminen

Kun läheinen riistää oman henkensä, omaiset tuntevat usein syyllisyyttä. Myös itsemurhan tehnyttä hoitanut henkilökunta saattaa painiskella voimakkaiden syyllisyydentuntojen kanssa. Se on ymmärrettävää, mutta on tärkeää muistaa, että työntekijöinä voimme vain tehdä parhaamme niistä lähtökohdista, jotka meillä on. On hyvä puhua kokemuksistaan ja ajatuksistaan työtovereille. Jos asiakas on tehnyt itsemurhan, saattavat työntekijät tarvita työnohjausta. Vastuu sen järjestämisestä kuuluu työnjohdolle.

Pitääkö välttää itsemurha-sanaa?

Hoitoalan koulutuksen saanut tai itsemurhiin muutoin perehtynyt on saattanut huomata, että itsemurhan sijasta käytetään toisinaan sanaa *suisidaalinen*. Sanavalinnalla on merkitystä. Omaisansa juuri menettäneessä sana ”itsemurha” saattaa herättää voimakkaita tunteita. Monille se yhdistyy murhaan, kiellettyyn ja häpeälliseen asiaan, ja siihen liittyy monia tabuja. Tarkoitin, että on tärkeää kunnioittaa tätä kokemusta ja pyrkiä mahdollisimman suureen hienotunteisuuteen. Toisten mielestä taas sana *suisidaalinen* on hankala ja kuulostaa kylmältä ja kliiniseltä. Yksi ratkaisu voi olla välttää näitä sanoja täysin ja puhua ”*oman henkensä riistämisestä*”.

Käytän tässä kirjassa sanaa itsemurha, jotta teksti olisi helposti ymmärrettävissä. Tärkeintä on, että emme arkaile puhua aiheesta keskenämme.

Keskustelukysymyksiä

- ❖ Oletko ollut tilanteessa, jossa asiakas on ilmaissut, ettei enää halua elää? Miten sinä koit tilanteen?
- ❖ Mitä ajattelet itsemurhasta ja itsetuhoisista ajatuksista? Voiko ihmistä estää tekemästä itsemurhaa ja jos voi, miten?
- ❖ Onko teillä saatavilla luvussa kuvaillun kaltaista itsemurhaan liittyvää koulutusta? Toimiiko alueellasi omaisten tukiryhmä (Suomessa seurakuntien sururyhmät ja Surunauha ry)?
- ❖ Tiedätkö, miten sinun tulee toimia ja kenen puoleen kääntyä, jos hoidettavasi on tehnyt itsemurhan?

Mikä ohjaa vanhus- palveluiden toimintaa?

Vanhustenhuollon toimintaa eivät ohjaa pelkästään asiakkaan tarpeet. Lainsäädäntö sekä erilaiset ohjeistukset ja suositukset määrittävät, miten meidän tulee toimia ja mitä emme saa tehdä. Ruotsissa vanhustenhuoltoa säätelee ensisijaisesti kaksi lakia: sosiaalipalvelulaki ja vanhuspalvelulaki.⁹ Näissä laeissa ei kuvata toimintaa yksityiskohtaisesti, vaan ne muodostavat puitteet toiminnallemme. Poliittiset päätökset ja uudistukset vaikuttavat myös työn organisointiin ja ennen kaikkea siihen, kenellä tai keillä kulloinkin on vastuu. Yksi esimerkki tästä on mielenterveyspalveluiden uudistaminen. Jotta voisimme ymmärtää, miksi asiat ovat nykyään siten kuin ovat, meidän on tiedettävä, miten asiat olivat ennen.

Taustaa

Mielenterveyspalveluiden uudistus toteutettiin Ruotsissa vuosina 1994–1995, ja sen tarkoituksena oli parantaa mielenterveyskuntoutujien elämää. Mielisairaaloiden sulkeminen oli jo käynnistynyt 1980-luvulla ja oli selvää, että vastuu kuntoutujien asumisesta ja asumisen tuesta oli määriteltävä selkeämmin. Aivan kuten vanhustenhuollossa 1990-luvulla, tehtävät jaettiin kuntien ja maakäräjien välille siten, että kunnat vastasivat asumisesta ja asumisen tuesta, riippumatta asiakkaan diagnoosista. Maakäräjien vastuulle jäi terveyden- ja sairaanhoidon järjestäminen, ja hoitovastuuta selkiytettiin siten, että myös sosiaalipalveluille kuului vastuu mielenterveyskuntoutujien tukemisesta. Näin olikin toimittu jo ennen uudistusta ja työnjaon selkeyttämistä.

Uudistuksen jälkeen kuntien vastuulle siirtyi iso joukko ikääntyneitä mielenterveyskuntoutujia, jotka olivat asuneet perhekodeissa, hoivakodeissa ja muissa laitoksissa kotikunnan ulkopuolella. On tahoja, jotka kyseenalaistavat suurien mielisairaaloiden sulkemisen. On kuitenkin pidet-

⁹ Suomessa on astunut voimaan 1.7.2013 Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Ikäihmisten palveluita koskevaa lainsäädäntöä on myös asiakkaan ja potilaan asemaa koskeissa laeissa, terveys- ja sosiaalihuoltolaissa, vammaisuuteen perustuvassa lainsäädännössä sekä omaishoitajuuteen perustuvassa lainsäädännössä.

tävä mielessä, että sairaala ja laitospäristö eivät tee pitkällä aikavälillä ihmisille hyvää, vaan laitostavat ja passivoittavat. Florence Nightingale sanoi oivaltavasti jo vuonna 1893: *”Sairaala on vain väliaikainen vaihe sivilisaatiossa, eikä sitä ole missään tilanteessa tarkoitettu kaikkien väestön sairaiden hoitamiseen.”*

Sosiaalihuollon panos

Ruotsissa sosiaalihuollon toimintaa ohjaavat sosiaalipalvelulaki ja laki tuesta ja palveluista tietyille vajaakuntoisille¹⁰. Poliittisilla tavoitteilla sekä kansallisilla ja paikallisilla periaatteilla ja ohjeistuksilla on myös vaikutusta sosiaalipalveluiden toimivuuteen.

Kunnallinen itsehallinto on Ruotsissa vahvaa, mikä tarkoittaa, että paikalliset erot voivat olla suuria. Sosiaalipalvelulaki on niin kutsuttu puitelaki. Siinä ei juurikaan säädetä asioista yksityiskohtaisesti. Laissa määritetään ne ryhmät, joista kunta vastaa, esimerkiksi vanhukset, lapset ja vajaakuntoiset. Laki tuesta ja palveluista tietyille vajaakuntoisille puolestaan eroaa sosiaalipalvelulaista siten, että sen avulla pyritään takaamaan hyvät elinolot pysyvistä tai vaikeasta vajaakuntoisuudesta kärsiville.

Lain toteutumista seurattaessa on huomattu, että mielenterveyskuntoutajat eivät todennäköisesti ole saaneet tarpeisiinsa nähden riittävästi tukea, vaikka laki niin edellyttäisikin. Henkilökohtaista tukea voidaan myöntää vain alle 65-vuotiaille, mutta tätä vanhemmat saavat pitää ennen ikärajan täyttymistä myönnetty tukitoimet. Tukea ei kuitenkaan voida laajentaa 65 vuoden iän jälkeen.

Tukipäätös

Ruotsissa asumistuen tai asunnon saaminen palvelutalosta edellyttää tukikäsittelijän päätöstä. Eri kunnissa ja kaupunginosissa mielenterveyskuntoutujien tukikäsittely on järjestetty eri tavoin. Joissakin kunnissa on oma yksikkönsä (sosiaalipsykiatrian yksikkö), toisissa tukikäsittely on yhdistetty samaan yksikköön muiden vajaakuntoisten hakemusten kanssa. Tavallisimmin tuensaajat jaetaan alle ja yli 65-vuotiaisiin, minkä vuoksi ikääntyneitten mielenterveyskuntoutujien on ollut vaikeaa saada tarpei-

¹⁰ Termiä *vajaakuntoinen* käytetään lainsäädännössä. Usein suositellaan käytettäväksi termiä *osatyökykyinen*, mutta eläkeikäisistä puhuttaessa käsite ei oikein toimi (suom. toim. huom.).

taan vastaavaa tukea. Yli 65-vuotiaat jäävät väliinputoajiksi, sillä ei osata päättää, luokitellaanko heidät ikäihmisiin vai vajaakuntoisiin.

Tukholman kaupungin tekemissä tutkimuksissa on käynyt ilmi, että ne henkilöt, joille on myönnetty palveluasumista tai asumisen tukea, siirretään vanhustenhuollon asiakkaiksi sinä päivänä, kun he täyttävät 65 vuotta. Näin he siirtyvät myös kotihoidon piiriin siitä huolimatta, että henkilöiden palvelutarpeessa ei tapahdu muutosta. Ruotsin sosiaalipalvelun toimintaa ohjaavassa sosiaalipalvelulaissa ei kuitenkaan ole säädetty mitään ikärajaa, jolloin asiakas siirtyisi vanhuspalveluiden vastuulle.

Tukipäätös on viranomaispäätös, josta voi valittaa hallintotuomioistuimeen. On tärkeää, että päätökset tehdään kirjallisesti, jotta hakija ja hänen omaisensa tai läheisensä voivat tutustua myönnettyyn tukeen ja potilaan oikeuksiin. Kirjallisesta päätöksestä tulee käydä ilmi päätöksenteon perusteet sekä päätöstä tukevat lainkohdat.

Tutkija Kristina Larsson Tukholman yliopistosta ja Tukholman läänin Vanhustenkeskuksesta on selvittänyt, miten mielenterveyden ongelmat vaikuttavat ikäihmisten tukipäätöksiin. Selvityksestä käy ilmi, että ne jätetään usein huomiotta. Sen sijaan painotetaan sitä, onko hakijalla muistisairaus, liikuntarajoitteita tai muuta avun tarvetta kotona. Masennusoireet eivät lisää mahdollisuutta saada kotihoitoa, vaan pikemminkin on vaarana, että käy päinvastoin. Larssonin selvityksessä myöskään myönnettyjen kotihoidon tuntien määrään ei vaikuttanut se, oliko henkilöllä ollut masennusoireita. Tämä on merkittävää, varsinkin kun otetaan huomioon, miten tavallista masennus ikäihmisillä on ja että siihen liittyy fyysisen ja kognitiivisen toimintakyvyn alenemisen riski. Ikäihmisten mielenterveysongelmien näkyväksi tekeminen ja tieto ikäihmisten hyvästä mielenterveydestä ja sen tukemisesta voisi todennäköisesti saada aikaan muutoksen.

Asuminen ja asumisen tuki

Useimmissa Ruotsin kunnissa on tarjolla jokin tuetun asumisen muoto mielenterveyskuntoutujille. Näiden yksiköiden työntekijöillä saattaa olla hyvin erilaiset koulutustaustat, koska ei ole valtakunnallisesti määriteltyä koulutusta, joka valmistaisi työhön tuetun asumisen parissa.

Tuen tarjoaminen toisen ihmisen kodissa – oli kyse hoivakodista tai ikäihmisen omasta kodista – on erityistä. Voi olla vaikeaa tietää, milloin tukea tulee antaa ja milloin iäkkään tulee antaa elää elämäänsä omalla tavallaan. Emme aina pysty erottamaan kohtaamamme ihmisen tarpeita

omasta arvostelustamme. Kodinhoito ja kodin siisteys ovat hyvin henkilökohtaisia asioita, ja yllättyisimme varmasti siisteyttä koskevien käsitysten erilaisuudesta, jos saisimme vierailla jokaisen naapurimme luona.

Luin jokin aika sitten ammattilehdestä artikkelin, josta kävi ilmi, että Ruotsissa sosiaaliviraston hallinnoimista, alunperin itsenäiseen asumiseen tarkoitetuista asunnoista on tullut enenevässä määrin pieniä laitoksia. Näissä henkilökunnalla on omat tilansa, joihin asukkailla ei ole pääsyä, ja asukkaille on laadittu säännöt, joita tulee noudattaa. Artikkelissa kerrottiin asuntolasta, jossa henkilökunta päätti kaikesta aina verhojen väristä päivärutiineihin. Tällä tavoin hallinnoitua asuntolaa ei parhaalla tahdollaakaan voi sanoa asukkaiden näkökulmasta kodinomaiseksi paikaksi. On tärkeää muistaa, että me pääsemme työpäivän päätteeksi omaan kotiimme, mutta kuntoutuja jää laitokseen. Se on hänen kotinsa.

Mielenterveyskuntoutujat ja mielenterveyden ongelmista kärsivät ihmiset eivät asumisen suhteen eroa meistä muista ihmisistä millään tavalla. Mielenterveyskuntoutujista tehdyissä tutkimuksissa on käynyt ilmi, että merkittävimmiksi asioiksi arvioitiin asumisen kustannukset, asumisen laatu, asuma-alueen turvallisuus ja asunnon kunto.

Tuetun asumisen yksiköissä asuvat arvostivat työntekijöissä ”*huumorintajuja, empaattisuutta, kärsivällisyyttä, elämäkokemusta, kykyä nähdä ihminen eikä sotkia kodissa, kykyä olla lähellä, kykyä kestää kaaosta, kykyä näyttää tietä*”. Tämä osoittaa selkeästi, että läsnäolo, luovuus ja inhimillisuus ovat tukiasumisen henkilökunnan tärkeimpiä ominaisuuksia asukkaiden näkökulmasta. Ominaisuudet ja osaaminen tulevat työntekijän kokemuksesta ja harkinnasta ja painavat vaakakupissa enemmän kuin teoretieto.

Jotkin asiat asumisessa ja tuetussa asumisessa ovat mielenterveyskuntoutujille erityisen tärkeitä. Esimerkiksi joustavuuden tuen saamisessa tulee olla suurempaa, sillä oireet, terveys ja toimintakyky vaihtelevat enemmän kuin muilla asukkailla. Ruotsissa ongelmia onkin aiheuttanut se, että ihmisiä on automaattisesti siirretty tuetusta asumisesta kotihoidon piiriin. Yhtenä päivänä asukas tarvitsee joissakin asioissa apua pidempään ja kaipaa enemmän motivointia ja tukea, kun taas toisena päivänä hän pystyy selviytymään lähes itsenäisesti.

Jos ikäihminen on ollut mielenterveyskuntoutuja pitkään, on hänen tilastaan yleensä paljon tietoa. Vaikuttaisi siltä, että tukea ja apua saa heikommin, jos kyse on ikäihmisestä, jolle on puhjennut masennus tai muu mielenterveyden häiriö vasta korkeammassa iässä.

Asumisen ja asumisen tuen järjestäminen

Tavallinen kysymys on, miten mielenterveysongelmista kärsivän ikäihmisen tuki tulisi järjestää. Minun vastaukseni on, että se riippuu ikäihmisen tarpeista. Toiset tarvitsevat psykiatrasta erityisosaamista tai mielenterveyskuntoutukseen erikoistunutta tukiasumista, kun taas toisille riittää hoivakoti tai kotihoito.

Sosiaalipalvelussa työskentelevillä, ikääntyneisiin mielenterveyskuntoutujiin erikoistuneilla moniammatillisilla tiimeillä, joilla on laaja vastuualue, on parhaat edellytykset tarjota laadukasta hoivaa. Heillä on myös hyvä työskentely-ympäristö. Yhä useammissa kunnissa luodaan tällaisia malleja. Esimerkiksi Malmössä on koko kaupunkia kiertäviä erityisiä tukitiimejä, jotka auttavat tuettua asumista ja kotihoitoa. Toisilla paikkakunnilla on perustettu erityisiä tiimejä, jotka voivat tarjota tukeaan joko suoraan asiakkaille tai lisätä henkilökunnan osaamista työnohjauksissa. Näille toiminnoille on tyypillistä, että koko henkilökunnalla on perustiedot mielenterveyden häiriöistä ja ongelmista, minkä lisäksi tarjolla on tarvittaessa erityisresursseja ja -tukea. Yhteisiä menestystekijöitä näille toiminnoille ovat joustavuus ja mahdollisuus käyttää työhön riittävästi aikaa.

Psykososiaaliset toimet

”Sitten oli vielä sosiaalisen kuntoutuksen tarve, ja sain taas huomata, ettei sellaista tukea ollut saatavilla. Sitten pääsin Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH) –nimisen järjestön¹¹ toimintaan. Siellä sain käyttää kokemuksiani rakentavasti. Nyt elämälläni on taas tarkoitus.”

(Lainaus Annika Malmquistin haastattelusta, Äldreomsorg-nimisen lehden teemanumerossa Äldres psykiska ohälsa, vuodelta 2011)

Tärkeä osa ihmisenä olemista on, että saa tuntea itsensä merkitykselliseksi ja tarpeelliseksi iästä riippumatta. Ne, joilla on pitkään ollut mahdollisuus osallistua erilaiseen toimintaan, kertovat, että sillä on suuri merkitys hyvinvoinnin ja elämän tarkoituksellisuuden kannalta. Ruotsin

11 Riksförbundet för Social och Mental Hälsa on psykiatrinen kuntoutujien oma jäsen- ja etujärjestö. Suomessa mm. Mielenterveyden Keskusliitto on kuntoutujien etujärjestö, jossa kuntoutujia on paljon töissä ja luottamuselimissä. MTKL kouluttaa kuntoutujia myös kokemusasiantuntijoiksi. www.mtkl.fi

sosiaalipalvelulaissa määritellään, että sosiaalipalvelun tarjoama tuki tulee kohdistaa aktiivisen sosiaalisen elämän takaamiseen. Sosiaalipalvelulaissa todetaan myös, että yksilön tulee saada tukea voidakseen osallistua aktiivisesti yhteiskuntaelämään:

”...ja olla aktiivinen ja tarkoituksellinen elämä yhdessä muiden ihmisten kanssa.”

(Ruotsin sosiaalipalvelulaki, 5. luku, 4§)

”[I]hmisillä, jotka fyysisistä, psyykkisistä tai muista syistä kohtaavat merkittäviä vaikeuksia elämässään, tulee olla mahdollisuus elää ja osallistua yhteiskunnalliseen elämään samoin kuin muillakin.”

(Ruotsin sosiaalipalvelulaki, 5. luku, 7§)

Mielekäs toiminta on tärkeää mielenterveysongelmien ehkäisemisessä sekä yksilöiden tukemisessa ja vahvistamisessa. Tukea voi löytyä monin tavoin, kuten yhdistyksistä, klubitaloista tai järjestöjen ja kuntien tapauspaikoista. Vapaaehtois- ja yhdistystoiminta on tarkoitettu kaikenikäisille, mutta Ruotsissa on yhdistyksissäkin huomattu, ettei niissä aina ole valmiuksia täyttää ikäihmisten erityistarpeita. Tukholman kaupungin ikääntyneitä mielenterveyskuntoutujia käsittelevässä raportissa kävi ilmi, että monet 65 vuotta täyttäneistä eivät enää saaneet osallistua toimintaan kuten aikaisemmin, mikä oli heille erittäin surullista.

Mitä mielekäs toiminta on? Mielekkyys määritellään aina yksilöllisesti, eli toimintaan osallistuvan ihmisen on koettava se mielekkääksi itselleen. Tämä voi tarkoittaa, että toiminta on riittävän haastavaa ja se merkitsee jotakin ihmiselle itselleen. Tavallisesti mielekäs toiminta tarkoittaa monille sitä, että he kuuluvat johonkin ryhmään ja heitä kaivataan, jos he eivät tule paikalle.

Sosiaalinen toiminta edistää psyykkistä terveyttä ja tyytyväisyyttä elämään. Tutkimusten mukaan se myös vähentää masennusoireita. Pitkäaikainen panostus mielekkääseen sosiaaliseen toimintaan on vaikuttavampaa kuin lyhyempiaikainen. Saattaa vaikuttaa itsestäänselvältä, että sosiaalinen toiminta saa ikäihmisen voimaan paremmin, mutta todellisuudessa se ei ole niin itsestään selvää. Monilla iäkkäillä on riski masentua, koska he eristyvät, mutta heidän saattaa olla vaikea lähteä toisten joukkoon. Tämän takia eri tahojen järjestämälle sosiaaliselle toiminnalle on suuri tilaus.

Henkilökohtainen avustaja

Mielenterveyskuntoutujat voivat saada Ruotsissa henkilökohtaisen avustajan. Tukimuoto kehitettiin mielenterveyshuollon uudistamisen yhteydessä 1994–1995, ja se toi kuntoutujille mahdollisuuden elää itsenäistä elämää. Henkilökohtainen avustaja voidaan järjestää monella tavalla, mutta tavoite on aina sama: tukea kuntoutujaa, jotta hän voi elää mahdollisimman itsenäisesti.

Henkilökohtaiset avustajat työskentelevät suoraan kuntoutujalle ja ovat riippumattomia viranomaisista ja hoitotahoista. Avustajan ottaminen on kuntoutujalle vapaaehtoista ja maksutonta. Avustaja on apuna, kun pitää olla yhteyksissä hoitaviin tahoihin ja viranomaisiin. Avustaja auttaa myös muissa kuntoutumiseen liittyvissä asioissa, kuten selvittämään, mitä apua ja tukitoimia on tarjolla.

Keskustelukysymyksiä

- ❖ Miten ikääntyneitten mielenterveyskuntoutujien asuminen tai asumistuki on järjestetty työssäsi?
- ❖ Mitä mielestäsi pitää ottaa erityisesti huomioon, kun tarjotaan tukea ikääntyvälle mielenterveyskuntoutujalle?
- ❖ Otetaanko mielenterveyden ongelmat mielestäsi riittävästi huomioon tukipäätösten teossa ja toimintasuunnitelmien laadinnassa?
- ❖ Liittyykö eri kohderyhmille perustettuihin erityistiimeihin riskejä? Jos liittyy, miten niitä voi ehkäistä?
- ❖ Millaista mielekästä toimintaa on sinun asiakkaittesi saatavilla?

Terveydenhuollon tarpeet

Erialaisten vaivojen riski kasvaa sitä mukaa, kun vanhemme. Kuten mainitsin aikaisemmin, mielenterveyden häiriöistä kärsivillä ikäihmisillä on usein myös fyysisiä vaivoja. Pitkään vaikean diagnoosin kanssa eläneellä on usein kasvanut sydän- ja verisuonitautien sekä diabeteksen riski. Tähän tulee kiinnittää huomiota. On tärkeää, että yhteydet terveydenhuoltoon toimivat, jotta mielenterveyskuntoutuksen verenpainetta ja verensokeria seurataan säännöllisesti. On tavallista, että psykiatrisen diagnoosin saaneiden fyysisistä oireista ja tarpeista ei huolehdita riittävästi, sillä ne liitetään usein mielenterveyden häiriöön.

Kuka vastaa mistäkin?

Ruotsissa maakärjäkunnat vastaavat terveydenhuollosta, mutta myös kunnilla on, yksilön asumismuodosta riippuen, vastuu tiettyjen terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä. Kuntien terveydenhuollon vastuu koskee ennen kaikkea kotiin vietäviä erityispalveluita. Kunnalla voi myös olla sopimus maakäräjien kanssa kotihoidon järjestämisestä omassa kodissaan asuville. Lääkäripalvelut kuuluvat kuitenkin aina maakäräjien vastuulle asumismuodosta riippumatta.

Palveluista vastaava taho ei kuitenkaan aina välttämättä toteuta palvelua. Toteuttava taho voi vaihdella sen mukaan, kuinka tehtävät – esimerkiksi lääkkeiden antaminen annostelijalta asiakkaalle – on delegoitu.

Vaikka kaikilla ikäihmistä auttavilla ammattilaisilla ei ole vastuuta tai valtuuksia hoitaa häntä, heillä on kuitenkin hyvä olla perustiedot sairauksista ja niiden oireista ja seurauksista. Siten osaamme tarvittaessa tukea ikäihmistä tai ottaa yhteyttä hoitajaan tai lääkäriin. Useimmissa tapauksissa yhteistyö ja säännöllinen yhteydenpito sosiaaliviranomaisten ja terveydenhuollon välillä syntyy luontevasti, jolloin tiedonvaihtokin helpottuu. Vastuu mielenterveyden edistämisestä kuuluu ensisijaisesti perusterveydenhuollolle. Vakavasta mielenterveyden häiriöstä kärsivän hoidosta saattaa kuitenkin vastata psykiatrinen yksikkö. Siksi on tärkeää huolehtia myös siitä, etteivät ikäihmisen fyysiset vaivat jää ilman hoitoa. Ruotsissa

yhteistoiminnan ja delegoinnin koordinoitua varten on kunnissa nimetty sairaanhoitajia, joiden puoleen voi kääntyä, jos näissä asioissa tarvitsee tukea ja apua.

Joissakin maakäräjäkunnissa on omia vanhuspsykiatrisia palveluita, kuten ympärivuorokautista hoitoa, avohoitoa ja liikkuvia tiimejä. Valitettavasti tällaiset työmuodot ovat kuitenkin vähentyneet viime vuosina. Siellä missä näitä työmuotoja on saatavilla, ne ovat tärkeä yhteistyökumppani vanhustenhuollon henkilökunnalle. Muistisairaudet ja -testaukset saatavat joissakin Ruotsin osissa kuulua psykiatrian alaan, kun taas toisissa maakäräjäkunnissa ne kuuluvat geriatriaan. Joissakin tapauksissa vastuutaho – ainakin aluksi tai yksinkertaisissa selvityksissä – voi olla perusterveydenhuolto.

Nykyään Ruotsissa on valtakunnallisia ohjeita ahdistuksen ja masennuksen hoidosta sekä muistisairauksien hoivasta ja hoidosta. Ruotsin sosiaalivaltio on laatinut ohjeet tuen tarjoamiseksi, palvelujen suunnitteluun ja järjestämiseen. Nämä ohjeet perustuvat tutkimuksiin ja hyviin käytäntöihin. Ajatus on, että valtakunnallisia ohjeita sovelletaan alueellisesti ja paikallisesti.

Ikäihmiset ja lääkkeet

Useimmille ihmisille lääkkeet merkitsevät sairauksien ja vaivojen parantumista tai lievitystä. Lääkkeillä voi kuitenkin olla haittavaikutuksia, jotka saavat aikaan uusia vaivoja. Ikäihmisten tulisi yleisesti ottaen olla varovaisia lääkityksen suhteen, sillä heidän elimistönsä ei pysty hajottamaan lääkkeitä samalla tavalla kuin nuoren, jolloin lääkkeiden sivuvaikutusriski kasvaa. Lääkkeet saattavat aiheuttaa ikäihmisille kasvanutta sekavuuden ja kaatumisen riskiä. Antipsykoottien sekä ahdistus- ja masennuslääkkeiden sivuvaikutukset voivat olla voimakkaita, joten potilasta on tarkkailtava uuden lääkityksen aloittamisen tai annostuksen muuttamisen jälkeen.

Muut yhteiskunnalliset voimavarat ja mahdollisuudet

On tavallista, että ikäihmisen tukemista pohtiessamme keskitymme vain kunnan ja maakäräjien tarjoamaan tukeen. Kuulumme kuitenkin kaikki erilaisiin sosiaalisiin verkostoihin, joihin yleensä liittyy läheisiä ihmisiä tai

sukulaisia mutta myös organisaatiota, järjestöjä ja muita tahoja, joilta voi saada tukea tarvittaessa.

Luvussa Etiikka ja arvopohja otsikon Voimakkaampi ääni alla kuvailaan potilas-, vapaaehtois- ja omaisjärjestöjen toimintaa. Nämä järjestöt tarjoavat sosiaalista kanssakäymistä ja yhdessäolon mahdollisuuksia sekä mielekästä ja kehittävää toimintaa, jotka voivat olla erittäin arvokkaita yksilön elämän ja terveyden kannalta. Myös eläkeläis-, opiskelija- ja muut järjestöt voivat täyttää sosiaalisia tarpeita. Joskus järjestöt ja yhdistykset voivat olla mukana hoiva- ja tukityössä tarjoamalla kohtaamispaikkoja, koulutusta kuntoutujille sekä tukiryhmiä omaisille.

Uskonnolliset yhteisöt ja kirkot voivat olla arvokkaita resursseja myös niille, joilla ei ole uskonnollista vakaumusta. Erilaisten uskonnollisten yhteisöjen työntekijöillä voi olla tunnustuksellisen koulutuksen lisäksi ammatillinen koulutus tai erityistä osaamista keskustelumenetelmistä ja sielunhoidosta. Osalla voi olla psykoterapeutin tai sosiaaliohjaajan koulutus. Uskonnollisten yhteisöjen työntekijöillä on usein paljon kokemusta ja osaamista tilanteista, joissa tarvitaan tukea eksistentiaalisten eli olemassaolon pohdintaan liittyvien asioiden käsittelyssä tai surutyössä. Nämä yhteisöt järjestävät myös erilaista toimintaa, kuten ystäväpalvelua, tapaamispisteitä, sururyhmiä ja keskusteluryhmiä, joista voi saada tukea kriiseihin. Työntekijöistä voi olla työnohjausapua myös hoito- ja hoivatyöntekijöille eettisissä ja eksistentiaalisissa asioissa.

Keskustelukysymyksiä

- ❖ Miten terveydenhoito on järjestetty teillä? Onko teille siirretty terveydenhuollon tehtäviä?
- ❖ Tiedätkö, mitä yhteistoimintasopimuksia teillä on? Onko näissä sopimuksissa jotakin teidän toimintaanne koskettavaa tai puuttuuko niistä jotakin?
- ❖ Voitko huolehtia siitä, että asiakkaanne sekä fyysisestä että psyykkisestä terveydestä huolehditaan ja miten voitte kehittää hälytysvalmiutta?
- ❖ Mitä muita ikäihmisille suunnattuja julkisin varoin tuettuja toimintoja tai toimintakeskuksia alueellanne on? Onko teillä yhteyttä niihin ja jos ei ole, olisiko tarvetta?

Apuvälineet ehkäisevät kaaosta

”Kallella on psykoosisairaus, joka saa aikaan sen, ettei hän tahdo muistaa, milloin hänen kotipalvelunsa pitäisi tulla. Aiemmin saattoi useinkin käydä niin, ettei hän ollut kotona kotipalvelun tullessa. Kun Kallen kotiin asennettiin yksinkertainen valkotalu, muistaminen helpottui. Talu on keittiön seinällä, ja siihen on merkitty suurella tekstillä tukihenkilön vierailun päivämäärä ja kellonaika.”

Teemme päivittäin lukemattomia asioita edes huomaamatta niitä. Teemme niin, koska olemme aina tehneet niin ja käytämme aiempaa kokemustamme. Ajan arvioiminen on yksi tällainen asia. Emme välttämättä aina osaa sanoa, mitä kello tarkoittaa, mutta meillä on jokin käsitys siitä, minkä verran aikaa on kulunut siitä, kun viimeksi katsoimme kelloa. Kognitiivisista häiriöistä kärsivälle tällaiset asiat voivat olla vaikeita.

Kognitiiviset häiriöt voivat ilmetä muistihäiriöinä ei niinkään muistamisvaikeuksina vaan vaikeuksina käyttää muistia oikeilla hetkillä. Kognitiivisesti vajaakuntoiselle saattavat arjen suunnittelu sekä toimeen ryhtyminen tuottaa vaikeuksia. Oikeat apuvälineet voivat kuitenkin auttaa voittamaan näitä vaikeuksia.

Sanotaan, että rollaattori on tärkein keksityistä apuvälineistä. Monille liikuntarajoitteisille rollaattori onkin tuonut lisävapautta. Se tukee kävelyllä, tarjoaa istumapaikan väsymyksen hetkinä ja siinä voi kuljettaa ostoksia ja muita tavaroita. Uskon, että sähköisillä pyörätuoleilla on samanlainen vaikutus: ne lisäävät itsenäisyyttä ja vapautta. Kehitystä on tapahtunut harppauksin. Saatavilla on paljon hyviä apuvälineitä, jotka auttavat muun muassa näkemään, kuulemaan, tarttumaan ja kantamaan paremmin. On esimerkiksi lautasen reunaan kiinnitettäviä läpinäkyviä muovireunoja, jotka helpottavat ruoan saamista haarukkaan tai lusikkaan, sekä sukkien pukemisessa auttavia välineitä, pyörätuoleja ja tekstipuhelimia. Mutta onko saatavilla myös apuvälineitä, jotka helpottavat mielenterveyskuntoutujien sisäistä kaaosta?

Esimerkiksi huolestuneisuutta ja ahdistusta lievittäviä apuvälineitä on olemassa, ja niistä saattaa olla suuri apu kuntoutujalle. Seuraavaksi on esitelty muutamia esimerkkejä apuvälineistä.

Tablettitietokoneesta pallopeittoon

Mitä apuvälineitä on saatavilla ja milloin niitä voi käyttää? Oikeastaan vain mielikuvitus on rajana sille, mikä soveltuu tueksi ja voi tuoda järjestystä kaoottiseen arkeen. Useimmat apuvälineet on tarkoitettu arjen jäsentämisen ja suunnittelun avuksi sekä vähentämään huolestuneisuutta. Tällaisia apuvälineitä ovat esimerkiksi seuraavat:

- **tablettitietokoneet ja matkapuhelimet**, joissa on muistutus-toiminto, kalenteri, muistilistoja ja mahdollisuus tehdä muistiinpanoja kirjallisesti ja sanelemalla, jos suurten tietomäärien käsittely tuottaa vaikeuksia
- **valkotaulut**, joihin voidaan yhdessä asiakkaan kanssa laatia päivä- tai viikko-ohjelma tai merkitä muistiin tärkeitä asioita
- **ajastimet**, jotka auttavat ymmärtämään ajankulua ja kiinnittämään huomiota siihen, miten kauan on jotakin tehnyt tai miten kauan on aikaa siihen, kunnes jokin toiminta tulee lopettaa
- **lääkeannostelijat**, joissa on erilaisia hälytystoimintoja, jotka auttavat muistamaan lääkkeiden ottamisen
- **pallo- tai ketjupeitot**, jotka ovat tavallisia peittoja, joihin on ommeltu painoksi palloja ja ketjuja ja jotka saavat aikaan rentouttavan painon tunteen ja rauhoittavat nukahtamista illalla tai lievittävät rauhattomuutta päivän aikana
- **pallotyyyny**, jotka ovat istuintyyynyjä ja auttavat keskittymään käsillä olevaan tehtävään, kuten kuuntelemiseen tai lukemiseen.

Monet näistä apuvälineistä ovat melko teknisiä, ja esimerkiksi matkapuhelimen, älypuhelimen tai tablettitietokoneen käyttäminen saattaa tuntua ikäihmisistä vieraalta. On kuitenkin tärkeää suhtautua avoimesti siihen, haluaako iäkäs käyttää apuvälineitä vai ei, sillä ihmisissä on eroja. On monia ikäihmisiä, jotka käyttävät sujuvasti tietokoneita ja älypuhelimia, kun taas osa nuoremmista arastelee niiden käyttöä. Valkotaulu, ajastin tai paperille merkitty aikataulu voi toimia hyvin tekniikkaa vieroksuvalla.

Tärkeintä on, että valittu järjestelmä toimii. Jos pallopeittoa ei voida myöntää eikä henkilöllä ole varaa ostaa sellaista itse, saman asian voi ajaa mikä tahansa painava peitto.

Kuka vastaa apuvälineistä ja miten niitä hankitaan?

Ruotsissa apuvälinepalveluista säädetään useissa laeissa ja välineitä myöntävät eri tahot. Käytännöt vaihtelevat kunnittain. Kunnissa on ohjeistukset siitä, mikä taho mistäkin apuvälineistä päättää ja mitä apuvälineitä milleen ryhmälle voidaan myöntää.

Apuvälineitä koskevat säännöt ja käytännöt vaihtelevat siis kunnittain. Kaikki mielenterveyskuntoutujan elämää helpottavat apuvälineet eivät kuitenkaan vaadi erillistä hankintamenettelyä, sillä monia välineitä saa tavallisista kaupoista. Tällaisia välineitä ovat älypuhelimet, tablettitietokoneet ja valkotaulut. Apua voidaan kuitenkin tarvita yksilön apuvälinetarpeen arvioimisessa ja hänelle sopivien välineiden valinnassa. Voi olla, että on kokeiltava useita välineitä ennen kuin sopiva löytyy. On hyvä pitää mielessä, että apuvälineen hankkiminen ei yksin riitä, vaan henkilön tulee myös tietää, miten ja milloin sitä käytetään. On myös tärkeää olla motivoitunut käyttämään apuvälinettä. Toimintaterapeuteilla on paras tämän aihealueen erityisosaaminen, ja heidän puoleensa voi kääntyä saadakseen lisätietoa.

Keskustelukysymyksiä

- ❖ Onko asiakkaissasi henkilöitä, joille esimerkiksi ajan tai vuorokausirytmien hahmottaminen tai päivän suunnittelu tuottaa ongelmia?
- ❖ Kenellä on vastuu ja tietoa apuvälineistä työpaikallasi?
- ❖ Miten erilaiset apuvälineet voisivat mielestäsi helpottaa asiakkaittesi arkea?
- ❖ Pitäisikö teille pyytää apuvälineiden esittelijä tai toimintaterapeutti, jotta saisitte tietoa saatavilla olevista apuvälineistä?

Hoitoon vasten omaa tahtoa

Saattaa vaikuttaa oudolta, että vanhustenhuollon parissa työskenteleville suunnatussa kirjassa käsitellään pakkohoitoa oman lukunsa verran, sillä vanhustenhuollossahan ei esiinny pakkohoitoa. Ennen kaikkea pakkoa ei esiinny kotona. Monet mielenterveyden häiriöistä kärsivät ikäihmiset ovat joutuneet elämänsä aikana tahdon vastaiseen hoitoon. Vastoin omaa tahtoa tapahtunut hoito on aina järkyttävä kokemus, joka saattaa jättää syvät jäljet. Nämä jäljet vaikuttavat turvallisuuden ja luottamuksen tunteisiin.

Ruotsissa vuodesta 2008 lähtien kotipalvelun asiakkaina on voinut olla myös avoimen psykiatrisen pakkohoidon tai oikeuspsykiatrisen avohoidon asiakkaita. Myös siksi on hyvä tietää, mitä pakkohoito tarkoittaa. Lisäksi yhteiskunnassa käydään parhaillaan keskustelua muistisairaita koskevista pakko- ja suojatoimista.

Kaiken hoidon tulee pohjimmiltaan olla vapaaehtoista

Kaiken hoidon ja hoivan vastaanottaminen on lähtökohtaisesti vapaaehtoista. Siitä säädetään perustuslaissa ja se on Ruotsin ja Suomen ratifioimien kansainvälisten sopimusten perusta. Tästä on kuitenkin mahdollista poiketa, ja poikkeamisesta säädetään laeissa. Suomessa pakkohoidosta säädetään useissa laeissa. Esimerkkejä ovat mielenterveyslaki ja päihdehuoltolaki. Pakkohoitoa voidaan käyttää vain ehdottoman välttämättömissä tapauksissa ja silloinkin mahdollisimman hellävaraisesti henkilöön nähden. Vanhustenhuollon työntekijöiden on hyvä tuntea tärkeimmät psykiatrasta pakkohoitoa koskevat lait.

Psykiatrasta pakkohoitoa koskeva lainsäädäntö¹²

Suomessa Mielenterveyslain (14.12.1990/1116) nojalla henkilö voidaan määrätä pakkohoitoon. Pakkohoitoon määräämiselle on aina oltava erittäin painavat syyt. Potilas voidaan ottaa pakkohoitoon määräämistä varten tarkkailtavaksi sairaalaan, jotta päätös pakkohoidosta voidaan tehdä.

”8 § Henkilö voidaan määrätä tahdostaan riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon vain:

- 1) jos hänen todetaan olevan mielisairas;*
- 2) jos hän mielisairautensa vuoksi on hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta; ja*
- 3) jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäviksi tai ovat riittämättömiä.*

Alaikäinen voidaan määrätä tahdostaan riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon myös, jos hän on vakavan mielenterveydenhäiriön vuoksi hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen sairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta ja jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäviksi. (23.10.1992/954)

Edellä 1 ja 2 momentin nojalla hoidettavana olevan alaikäisen hoito tulee järjestää yksikössä, jolla on edellytykset ja valmiudet hoitaa häntä. Alaikäistä tulee hoitaa erillään aikuisista, jollei katsota olevan alaikäisen edun mukaista menetellä toisin. (23.10.1992/954) ”

(Suomen mielenterveyslaki (1990:1113))

Ruotsissa on laadittu selkeät säännöt siitä, että potilaalla on oikeus valittaa pakkohoitopäätöksestä hallinto-oikeuteen ja saada tukihenkilö hoidon

¹² Tässä on poikettu kirjan muusta linjasta ja otettu mukaan suomalaista lainsäädäntöä. (Suom. toim.huom)

ajaksi. Pakkohoidon aikana vastaava lääkäri voi myös tehdä päätöksen pakkolääkityksestä, sitomisesta vyöllä tai eristämisestä toisista potilaista. Nämä ovat kuitenkin poikkeuskeinoja, joita saa käyttää vain, kun se on ehdottoman välttämätöntä.

Ruotsin laki oikeuspsykiatrisesta pakkohoidosta (1991:1129) eroaa laista psykiatrisesta hoidosta siten, että henkilön tuomitsee oikeuspsykiatriseen hoitoon tuomioistuin todettuaan tämän syylliseksi rikokseen. Kyse on vakavista psyykkisistä häiriöistä kärsivistä ihmisistä, jotka ovat tehneet rikoksen.

Avoin psykiatrinen pakkohoito ja oikeuspsykiatrinen avohoito otettiin Ruotsissa käyttöön 1.9.2008. Hoito tapahtuu sairaalan tai ympärivuorokautisen hoidon ulkopuolella ja edellyttää potilaalta tiettyjen ehtojen noudattamista. Tästä hoidosta päättää hallinto-oikeus, ja potilaalla on oikeus valittaa päätöksestä. Pakkokeinoja ei saa käyttää vain siksi, että potilasta hoidetaan tämän järjestelyn mukaan, vaan niitä saa käyttää samoilla perusteilla kuin muissakin tapauksissa lainsäädännön nojalla.

Tämän hoitomuodon erityispiirre on, että se vaatii toisinaan maakäräjien, kunnan ja potilaan yhdessä laatiman hoitosuunnitelman. Tukitoimet, kuten asumisen tuki, päivätoiminta tai asunto sisältyvät sekä ehtoihin että hoitosuunnitelmaan. Vanhustenuhollon työntekijä, jonka tehtävänä on hoitaa kotona henkilöä, joka on määrätty avoimeen psykiatriseen pakkohoitoon, tulee olla selvillä hoitosuunnitelmasta.

Pakko ja suoja

Vanhustenuhollossa pakon ja suojan käsitteet ovat ajankohtaisia muistisairauden hoidossa. Asia koskettaa lukittuja ovia, pyörätuoliin tai nojatuoliin kiinnitettäviä tarjottimia, vöitä, liinoja ja lukittavia vuoteita. Näistä keinoista ei ole säädetty laeissa, mikä on monien mielestä vakava puute. Pakkoja perustellaan usein sillä, että ne vähentävät muihin asukkaisiin ja henkilökuntaan liittyviä riskitilanteita.

Ruotsin sosiaalhallitus oli kevääseen 2010 mennessä laatinut vanhustenuhollon pakko- ja suojamenettelyjä varten ohjeen, mutta se vedettiin pois, koska sillä ei ollut lainvoimaa. Nykyään on oikeus käyttää vain sellaisia pakko- ja suojatoimia, joita potilas ei itse vastusta. Vastustamisen tai hyväksymisen ilmausta voi olla vaikeaa tulkita muistisairaasta ihmisestä. Muistisairauksissa pakko- ja suojakeinot voidaan usein korvata kohtaa-

malla potilas oikein, kouluttamalla henkilökuntaa ymmärtämään muistisairauden yksilöllisiä vaikutuksia sekä työnohjauksella. On tärkeää tehdä työtä omien asenteiden kehittämisessä ja ennen kaikkea tarkistaa valtuutus ennen ryhtymistä rajoittaviin toimenpiteisiin. Eettisten kysymysten lisäksi riski voi koskea fyysisiä ja psyykkisiä vammoja.

On tilanteita, joissa edes hyvä kohtaaminen ei auta. Esimerkiksi kun ulkona on parikymmentä astetta pakkasta ja puolipukeissa oleva muistisairas haluaa päästä ulos. Henkilöä voidaan estää lähtemästä ulos, mutta päätös on osastonhoitajan tai esimiehen vastuulla. Niin kauan kuin ei ole lainsäädäntöä, pakkoa ei saa esiintyä, mutta aina on sallittua käyttää tervettä järkeä. Epävarmoissa tilanteissa suosittelen selvittämään virallisen suosituksen aiheesta ja tarvittaessa ottamaan yhteyttä aluehallintovirastoon.

Suostutteleminen – mihin raja vedetään?

Pakkokeinojen yhteydessä on tärkeää pohtia sitä, missä kulkee suostuttelun, taivuttelun, houkuttelun ja suoranaisten pakottamisen raja. Kohtaamme arjessa tilanteita, joissa tiedämme, että henkilön olisi tärkeää peseytyä tai ottaa lääkkeensä. Hän ei kuitenkaan jostakin syystä halua ja kieltäytyy tarjouksestamme auttaa suihkuun pääsemiseen tai sylkee lääkkeitä suustaan. Hoitajana sinua ehkä huolestuttaa se, miten lääkkeiden syömättä jättäminen vaikuttaa sairauteen tai siitä, että omaiset valittavat puutteellisesta hygieniasta. Joissakin tapauksissa seuraukset voivat olla vieläkin pahemmat. Esimerkiksi jos sekava henkilö lähtee vilkkaasti liikennöidylle kadulle, altistuu hän riskille jäädä auton alle. Tällaiset tilanteet aiheuttavat turhautuneisuutta ja ahdistusta hoitajassa.

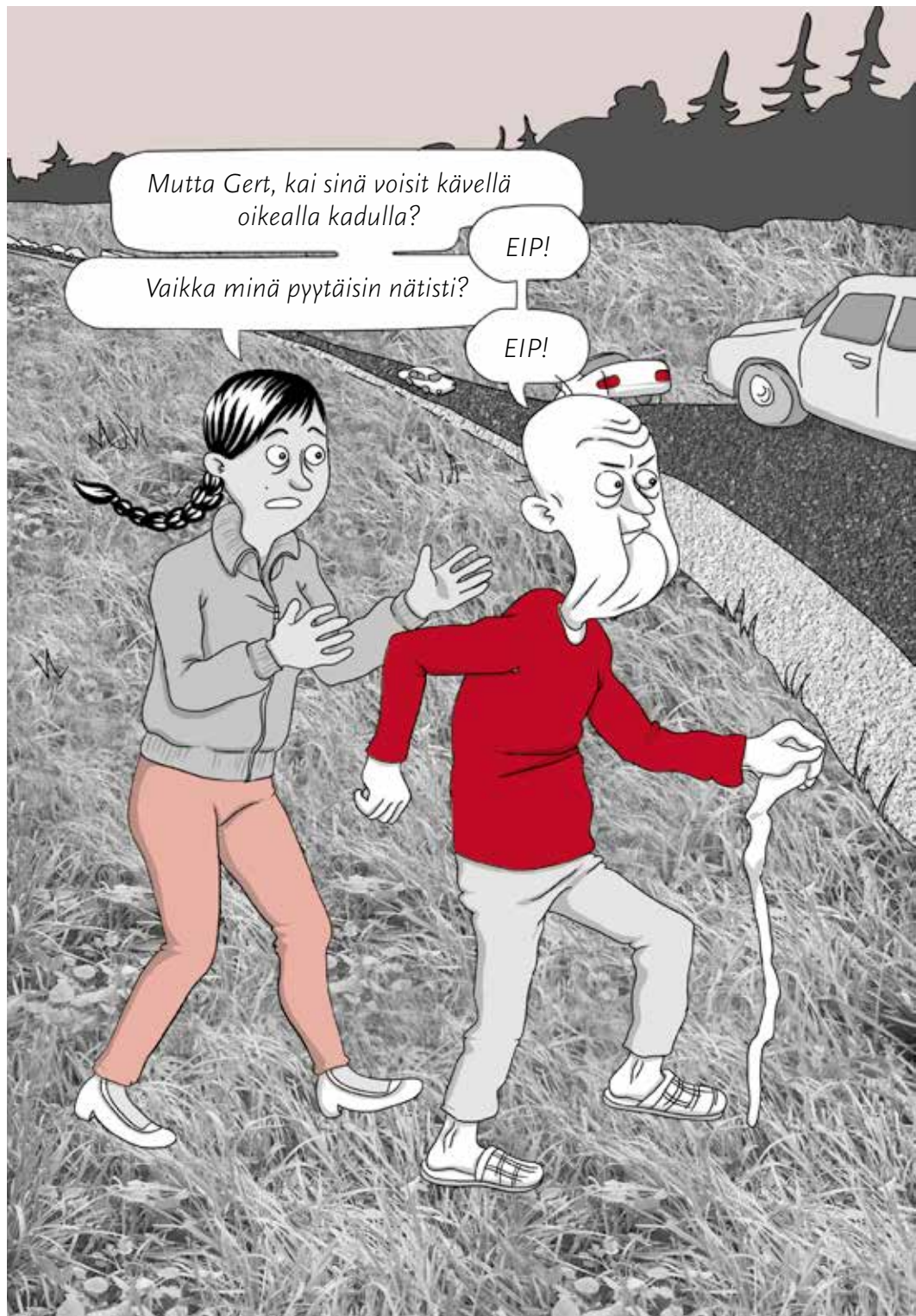
Osa ratkaisee tilanteen asettamalla ehtoja, kuten lupaamalla palkkion, jos potilas peseytyy, tai uhkaa etujen menetyksellä, jos potilas ei peseydy. Potilaalle voi myös kuvailla, mitä seurauksia lääkkeiden ottamatta jättämisellä tai peseytymättä jättämisellä voi olla, mutta kyse on aina tasapainoilusta suostuttelun ja pakon välillä. Minun kokemukseni mukaan potilaalla on usein hyvä syy kieltäytymiseen, jolloin on tärkeää keskustelemalla löytää hyvä ratkaisu.

Mutta Gert, kai sinä voisit kävellä
oikealla kadulla?

EIP!

Vaikka minä pyytäisin nätisti?

EIP!



Kun puhun kotipalvelun työntekijöille, käytän usein seuraavaa esimerkkiä:

”Sara on 71-vuotias. Hän on ollut laitoshoidossa suuren osan elämästään. Tällä hetkellä hänellä on asunto ja hän saa tukea kodinhoitoon, ostoksiin ja henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtimiseen. Erityisesti hygieniasta huolehtiminen tuottaa vaikeuksia, ja Sara kieltäytyy useimmiten suihkusta ja vaatteiden vaihtamisesta. Pääasiassa hän istuu sohvalla ja tupakoi. Kun häntä pyydetään menemään suihkuun, hän vastaa ystävällisesti mutta päättäväisesti ”ei nyt, joskus toiste sitten”. Nyt tilanne alkaa olla melko akuutti, ja hänet pitäisi saada peseytymään ja vaihtamaan vaatteet.”

Kun pyydän kotipalvelujen työntekijöitä pohtimaan, miten Saraa voisi auttaa, he keskittyvät yleensä peseytymiseen. Se on melko itsestäänselvää, mutta minun mielestäni se voi myös saada aikaan pattitilanteen. Annankin usein vinkkejä ja kysymyksiä, joiden avulla päästään lähemmäksi varsinaista ongelmaa:

- Kuka Sara on ja millaista hänen elämänsä on ollut? Entisajan melisairaaloissa peseydyttiin yleensä suurissa suihkuhuoneissa, eikä henkilökunta välttämättä kohdannut potilaita kovin hyvin.
- Pelkääkö Sara jotakin? Tuntuuko suihkutila hänestä turvatomalta?
- Ehkä Sarasta on kiusallista, että hänelle huomautetaan toistuvasti peseytymisen tarpeesta. Ehkä hän kieltäytyy, koska häntä kauhistuttaa koko asia? Jotta Sara voisi päästää toisen ihmisen intiimille alueelleen, hänen voi olla tarpeen valmistautua rauhassa ja tietää, kenet hän päästää lähelleen. Voi olla, että tilanne tuntuu hänestä houkuttelevammalta, jos peseytymisessä keskitytään hyviin tuoksuihin ja voiteisiin liian pois pesemisen sijasta.

Tällä esimerkillä haluan havainnollistaa, että on mahdollista välttää sekä muodollista että epämuodollista pakkoa, mutta se vaatii aikaa, sitoutuneisuutta ja tahtoa.

Keskustelukysymyksiä

- ❖ Onko sinulla mahdollisuus keskustella tilanteista, joissa joudutaan harkitsemaan pakkoa, suostuttelua, houkuttelua tai taivuttelua?
- ❖ Kertokaa ja kuvailkaa toisillenne tilanteita, joissa olette olleet epävarmoja siitä, toimitteko oikein.
- ❖ Kenen puoleen voit kääntyä vaikeita juridisia tai eettisiä lain-säädäntöasioita koskevissa kysymyksissä?

Etikka ja arvopohja

Henkilökunnalta odotetaan kaikissa hoito- ja hoivatilanteissa eettistä toimintatapaa ja kykyä harkita omaa toimintaansa. Henkilökunnan tulisi käydä keskustellen läpi, mikä on oikein tai väärin missäkin tilanteessa ja milloin jokin toimintatapa on hyvä tai huono. On myös kysymyksiä, joihin ei ole selkeitä tai lopullisia vastauksia, vaan ne ovat tapaus- ja henkilökohtaisia sekä riippuvat tilanteesta, ajasta ja kulttuurista.

Nämä kysymykset liittyvät useimmiten etiikkaan ja saattavat olla myös lainopillisia. Oikeustiede vastaa kysymyksiin siitä, mikä on oikein ja väärin lainsäädännön näkökulmasta, kun taas etiikka pohtii mitä on oikea ja väärä. Yhteiskunnassa nostetaan toisinaan esiin joitakin eettisiä kysymyksiä ja näkemyksiä ja ne otetaan osaksi lainsäädäntöä. Hoito- ja hoivatyössä olemme päivittäin tällaisten kysymysten äärellä: missä kulkee yksilön itsemääräämisoikeuden ja koskemattomuuden raja ja milloin tämän rajan saa ylittää? Hoitohenkilökunnan odotetaan usein käsittelevän eettisiä ongelmia ja tasapainottelevan vastakkaisten eettisten arvojen välillä (esimerkiksi haittojen ehkäisyn ja henkilön itsemääräämisoikeuden välillä). Kuka päättää, kumpi on pienempi paha, mielipaha vai murtunut kantapää?

Vuoden 2011 alussa Ruotsissa astui voimaan uuteen arvopohjaan perustuva sosiaalipalvelulaki. Siinä määritetään, että ikääntyneiden tuen perustana ovat arvokas elämä ja oikeus koettuun hyvinvointiin. Pääasiassa kyse on osallisuudesta ja itsemääräämisestä, ja laissa käytetään mm. seuraavaa sanamuotoa:

”Ikäihmisen tulee mahdollisimman pitkälle voida itse valita, milloin ja millaista asumisen tukea ja apua ja muuta helposti saatavilla olevaa palvelua hänelle annetaan.”
(5 luku, 4 ja 5 § Ruotsin sosiaalipalvelulaki)

Jotta lain hengen mukainen arvopohja olisi mahdollisimman konkreettinen ja selkeä, kunkin kunnan on itse laadittavat paikalliset arvolupaukset ja noudatettava niitä. Tiedämme jo, että erilaiset ikääntyvien mielenterveyskuntoutujien tuen muodot jäävät taka-alalle. Siksi tällaiset arvolupa-

ukset voivat olla hyväksi. Sosiaalihuollituksen ohjeistuksessa paikallisista arvolupauksista on hyvin konkreettisia esimerkkejä. Mielenterveyskuntoutuksen puolelta esimerkkejä tilanteista ovat muun muassa miten ja milloin tukea tulee tarjota psyykkisen voinnin perusteella (joustavuus), hoitosuhteen pysyvyys (jos henkilökunnan vaihtuminen vaikeuttaa hoitosuhdetta), henkilökunnan taito kohdata mielenterveyskuntoutujia ja niin edelleen.

Pitkään mielenterveyden häiriöstä kärsineellä henkilöllä saattaa olla kokemusta autoritäärisestä psykiatrisesta hoidosta, joka on jättänyt häneen jälkensä siten, ettei hän kykene ilmaisemaan omaa tahtoaan ilman toisten apua.

Kuntoutuja saattaa helposti kokea uudelleen, että hänen tahtonsa on jonkun toisen vallassa. Henkilökunnalta vaaditaan herkkyyttä ja empatiakykyä, jotta tapahtuneet omat virheet ja kuntoutujan tyytymättömyys voidaan käsitellä rakentavasti.

”Kerstin rakastaa sinistä. Kaikkien vaatteiden tulee olla sinisen eri sävyissä. Tyynyt, lakanat, pyyhkeet ja kaikki esineet Kerstinin kotona Myrgårdenin palvelutalossa ovat sinisiä. Joidenkin työntekijöiden mielestä Kerstin menee liiallisuuksiin ja on fiksoitunut siniseen. He näkevät sen Kerstinin sairauden oireena ja ovat sitä mieltä, että heidän tehtävänsä on tukea Kerstiniä valitsemaan muita värejä. Joulun lähestyessä työntekijät tekevät päätöksen, että kaikille vaihdetaan punaiset jouluverhot – myös Kerstinille. Jokainenhan tietää, että punainen on joulun väri. Joulunpyhien jälkeen raporteissa todetaan, että Kerstin on ollut sisäänpäin kääntynyt ja ärtynyt sekä eristäytynyt muista. Pitäisikö lääkitystä tarkistaa? Kerstinin tukihenkilö, joka on ollut vapaalla joulunpyhät, on kuitenkin sitä mieltä, että Kerstinille pitää antaa mahdollisuus kertoa toiveistaan. Ehkä Kerstinin reaktio tilanteeseen onkin luonnollinen?”

”Voimakkaampi ääni”

Hoitoa ja tukea tarvitsevien mielenterveyskuntoutujien vaikuttamisen tapoja on työstetty muutamien vuosien ajan. Ruotsissa monet organisaa-tiot ja yhdistykset muodostavat yhdessä mielenterveysverkoston Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH)¹³, joka tarjoaa tietoa ja tukea vaikutusmahdollisuuksista. Yhden aloitteen tuloksena on syntynyt opintomateriaali, jota voi käyttää keskusteluryhmissä ja jota mielenterveyskuntoutujat voivat hyödyntää hakiessaan erilaisia tukimuotoja, jotta he itse pystyvät paremmin vaikuttamaan tukipäätöksiin.

Moni mielenterveyskuntoutuja kokee, ettei häntä kuunnella. Ympäristöllä saattaa olla kielteinen ennakkokäsitys hänestä, eikä hänen kanssaan osata keskustella siten, että se tukisi häntä. Koetaan, että henkilökunta ottaa mieluummin etäisyyttä ja tulkitsee mielenterveyden ongelmiin liittyvät oireet älyllisen kyvyn heikentymisenä ja heikkona ymmärryksenä ympäristön tapahtumista. Oman työkokemukseni perusteella voin sanoa, että aivan kuten muistisairaankin kohtaamisessa ratkaisevaa on tarkka kuunteleminen. Kun opimme tuntemaan toisen ihmisen, pystymme tulkitsemaan ja ymmärtämään häntä paremmin. Voi olla jopa vaarallista sivuuttaa toinen ihminen vain siksi, että emme ymmärrä häntä.

”Viola on usein nälkäinen ja janoinen saapuessaan päivätoimintaan. Kotipalvelu toimittaa ruokaa säännöllisesti ja ruoka-astiat tyhjenevät, mutta siitä huolimatta Viola vaikuttaa nälkiintyneeltä ja on laihtunut. Kun Violalta kysytään ruoasta, hän sanoo syövänsä, mutta että ”mies” ottaa niin isoja annoksia, ettei hänelle jää kovin paljon. Viola asuu yksin, eikä hänellä ole lähiomaisia. Viola puhuu melko usein ”miehestä” ja siitä, ettei tämä ole kiltti vaan vie usein hänen rahansa. Henkilökunta pohtii, onko Violalla muistisairaus sen lisäksi, että hänellä on lähes koko elämänsä ollut psykooseja. Yhtenä päivänä Violaa päivätoimintaan tuova autonkuljettaja kertoo nähneensä nuoren miehen tulevan Violan asunnosta. Pienen salapoliisityön jälkeen käy ilmi, että Violan luona on säännöllisesti käynyt mies, joka on livahtanut sisään henkilökunnan käytyä ja käyttänyt Violaa hyväkseen.”

¹³ Suomessa tällaisia järjestöjä ovat Mielenterveyden Keskusliitto jäsenjärjestöineen ja Klubitalot ympäri Suomen.



Katso, nyt se mies on jättänyt
parranajovälineensä tähän.
Hän on huolimaton!

Mutta Viola, sinähän
kuvittelet kaiken-
laista yhä vaan!

Keskustelukysymyksiä

- ✿ Miten voit tukea ikäihmistä ilmaisemaan oman tahtonsa ja toiveensa?
- ✿ Liittyykö toimintaasi erityisiä rajoituksia jotka saattavat estää työtäsi?
- ✿ Mitä ajattelit, kun luit esimerkin sinistä rakastavasta naisesta?
- ✿ Miten kuvailisit työnne arvoperustaa ja ihmiskäsitystä?

Omaisien tai läheisten rooli

Kukaan ihminen ei elä täysin ilman ihmissuhteita ja toisia ihmisiä. Tämä koskee myös ikäihmisiä ja mielenterveyskuntoutujia. Heidän ihmissuhteensa voivat olla monenlaisia, kuten kaikilla muillakin ihmisillä – jotkin ovat myönteisiä ja läheisiä, kun taas toiset ovat mutkikkaita. Kun me ammattilaisina tarjoamme tukea ja apua toisen ihmisen kotona, olemme usein kolmas osapuoli ikäihmisten elämässä. Olen usein ajatellut, että omaisten ja läheisten sekä avun saajan silmissä olen eräänlainen tarkkailija heidän elämässään. Yhtäkkiä ikäihmisen elämässä on yksi ihminen enemmän, joka tarkkailee häntä ja vaikuttaa hänen elämäänsä. Omaisten roolissa olen kokenut tämän vaikeaksi, sillä ammattilaisilla ei aina ole ollut tietoa omaiseni historiasta tai meidän yhteisestä historiastamme. Olen havainnut, että heidän on vaikeaa ymmärtää osaa asioista, ja ne saattavat tuntua jopa käsittämättömiltä.

Työntekijän näkökulmasta tilanne on sellainen, että hän joutuu kesken kaiken tunkeutumaan toisten elämään ja suhteisiin, joista hänellä ei ole kovin paljon tietoa. On oltava tilanteen tasalla ja omassa roolissa, kuunnellen ikäihmisen tarpeita ja toiveita. Oman haasteensa tuovat omaiset ja läheiset, jotka ovat tärkeä osa ikäihmisen elämää, ja meidän toimintamme työntekijöinä vaikuttaa myös heihin.

Vahvempi lainsäädäntö

Vaikeasti sairaan tai vajaakuntoisen omaisten ja läheisten tilanteista on useita tutkimuksia, raportteja ja kertomuksia. Ne osoittavat, että myös omaiset ja läheiset tarvitsevat tukea ja että heidän terveytensä ja elämäntilanteensa heikkenevät läheisen tilanteen vuoksi. Monen omaisen ja läheisen antama työpanos on valtava.

Ruotsin sosiaalipalvelulakia tiukennettiin 1.7.2009, tarkoituksena vahvistaa kuntien velvollisuutta tukea omaisia:

”Sosiaalilautakunnan tulee tarjota tukea helpottaakseen niiden henkilöiden tilannetta, jotka hoitavat tai tukevat pitkäaikaissairasta tai iäkästä omaista tai jotka tukevat vajaakuntoista omaista.”

Sosiaalipalvelulain tiukennuksen yhteydessä julkaistiin Ruotsin sosiaalivaltuutuksen tiedote, jossa mainitaan, että omaisille ja läheisille on kehitetty useita tukimuotoja kymmenen viime vuoden aikana. Ne on kuitenkin suunnattu lähinnä ikäihmisten omaisille, vaikka laki koski jo aikaisemmin nuorempiakin vajaakuntoisia. Tiedotteessa siis selkeytettiin kaikkien sosiaalipalvelujen piirissä työskentelevien ohjeistusta tehdä yhteistyötä omaisten ja läheisten kanssa ja tukea heitä. Tavoitteena on, että tilanne olisi hyvä asiakkaan ja omaisen tai läheisen kannalta ja että työntekijöiden olisi helpompaa tehdä omaa työtään hyvin.

Mielenterveyden ongelmista kärsivän omainen tai läheinen

Minulla on useita syitä siihen, että tuon esille mielenterveyden ongelmista kärsivien omaiset ja läheiset. Omaiset ovat usein kokeneet jäävänsä kuntoutumistilanteiden ja hoitotilanteiden ulkopuolelle. He ovat myös kokeneet, että heitä syytetään omaisen ongelmista ja häiriöistä. Nykyään omaisiin ja läheisiin suhtaudutaan toisin, mikä on hyvä. Silti monet kantavat yhä kokemuksia siitä, että heidät on työnnetty syrjään läheisensä elämästä, kun vastuu on siirtynyt ammattilaisille. Vaikka suhtautumien omaisiin onkin muuttunut, osallistaminen ja tuki eivät kuitenkaan toimi aina ihanteellisesti. Erityisen vaikea tilanne on silloin kun mielenterveyden häiriöön tai kuntoutumiseen liittyy jaksoja, jolloin kuntoutuja sulkee omaiset ja läheiset ulkopuolelle.

Potilaan kokema leimautumisen häpeä saattaa tarttua myös omaisiin. Myös läheinen voi vetäytyä sosiaalisesti tai tuntea häpeää ja syyllisyyttä. On tavallista, että omainen on huolissaan siitä, että mielenterveyskuntoutuja tekee tai sanoo asioita, jotka toiset kokevat kielteisinä tai jotka eivät ole sosiaalisesti hyväksyttäviä.

Liian monet omaiset ja läheiset kokevat, ettei hoitava taho kuuntele heitä, kun he ovat yhteydessä ja kertovat kuntoutujan terveydentilan heikentymisestä. Työntekijät joutuvatkin tasapainottelemaan omaisten ja läheisten näkemysten sekä kuntoutujan näkemyksen välillä, mutta se ei ole silti syy sulkea ketään ulkopuolelle.

Kenties raskainta omaiselle tai läheiselle on nähdä tärkeän ihmisen kärsivän voimatta vaikuttaa siihen. Tällainen tilanne saa aikaan huolta, turhautumista ja kiukkua. Olen kohdannut monia omaisia ja läheisiä, jotka

kuvaavat tuntevansa vihaa ja avuttomuutta kuntoutujaa ja tämän sairautta (diagnoosia) kohtaan – kun ei tavoita, ei pysty auttamaan eikä vaikuttamaan tilanteeseen. Omaiset ja läheisetkin tarvitsevat tukea, muita samassa tilanteessa olevia ja mahdollisuutta purkaa tuntojaan.

Ikääntyneisiin mielenterveyskuntoutujiin kuuluu ihmisiä, jotka ovat viettäneet suuren osan elämästään laitoksissa ja joilla ei ehkä ole läheisiä suhteita sukuun tai ystäviin. Toiset ovat eläneet melko yksinäisen elämän, mutta heillä on ollut läheiset suhteet nyt jo hyvin ikääntyneisiin tai jo kuolleisiin vanhempiinsa. Nämä vanhemmat ja heidän jälkeläisensä voivat molemmat olla tuensajia eri syistä, ja monet vanhemmat ovat huolissaan siitä, miten lapsi selviytyy, kun vanhemmat eivät enää ole heidän elämänsä koossa pitävä voima. Toisilla ikääntyneillä mielenterveyskuntoutujilla on lapsia tai sisaruksia, joihin heillä ei ole entisajan hoitojärjestelmien vuoksi ollut lainkaan suhdetta.

Kuka on omainen tai läheinen?

Olet varmaankin huomannut, että käytän kahta käsitettä, sanoja omainen ja läheinen. Useimmissa virallisissa yhteyksissä käytettävä termi on omainen, mutta haluan käyttää lisäksi termiä läheinen korostaakseni, että tilanne vaikuttaa muihinkin kuin vain lähiomaisiin. Asiakkaan läheisin henkilö voikin olla hyvä ystävä, yhdistyksen tai seurakunnan työntekijä tai ryhmä ihmisiä. Tärkeintä on, että henkilö itse saa määritellä sen, ketkä ovat hänelle tärkeitä ihmisiä.

Osallistuin aiemmin erääseen hankkeeseen, jossa kävi ilmi, että henkilökunta koki vaikeaksi, että monet heidän asiakkaistaan halusivat pitää tietonsa salassa, kun huolestuneet omaiset ja läheiset samaan aikaan yrittivät saada tietoa heistä. Aikaisemman kysymyksen *”Haluatko salata tietosi?”* sijaan alettiin kysyä *”Keneen haluat, että olemme yhteydessä sinuun liittyvissä asioissa?”* Ongelma helpottui välittömästi. Kukapa meistä ei vastaisi myöntävästi salassapitokysymykseen? On aivan eri asia, kysyä, keneen haluaa henkilökunnan pitävän yhteyttä. Toinen tällaisen kysymyksen hyvä puoli on, että henkilökunta saa samalla tietoa siitä, kuka on asiakkaalle läheisin ihminen.

Salassapito on tavallinen omaisten ja läheisten rooliin liittyvä asia. Tietosuojalainsäädännön määräykset ovat Ruotsissa selkeät: emme voi emmekä saa puhua potilaistamme ilman heidän lupaansa. Se ei kuitenkaan tarkoita, ettemmekö saisi puhua omaisten ja läheisten kanssa muista asioista.

Olen huomannut, että liian moni tulkitsee tämän säännön siten, että mistään ei saa puhua. Näin ei ole. Ei myöskään ole kiellettyä kuunnella omaisen tai läheisen kertomusta.

Meillä kaikilla on omat käsityksemme säännöistä ja arvoista, jotka vaikuttavat meihin enemmän tai vähemmän alitajuisesti. Melko merkittävä osa näistä liittyy perheeseen ja perhe-elämään. Usein oletetaan, että puoliso on vastakkaista sukupuolta tai että lapset ovat sitoutuneita ja haluavat auttaa ikääntyviä vanhempiaan. Jotta tällaiset ennakkokäsitykset eivät kuormittaisi tilannetta enempää, voimme kysyä, onko potilaalla elämänkumppania sen sijaan, että kysyisimme, onko hänellä miestä tai vaimoa. Näin potilas voi itse valita, haluaako hän *”tulla kaapista”*, sillä samaa sukupuolta olevien parisuhteisiin liittyy paljon tabuja.

Muistan esimerkin, jossa minä ja työtoverini toimimme omien arvojemme ja ennakkokäsitystemme sokaisemina. Työskentelin vuosia sitten ikäihmisten avotoiminnassa. Yksi naisiasiakkaistamme oli kaikkien suosikki. Hän oli hauska, nokkela ja äärimmäisen kiltti. Me ihmettelimme usein, miksi emme koskaan tavanneet hänen lapsiaan ja että häneltä puuttui usein rahaa, jota muiden omaisilta usein pyydettiin esimerkiksi jalkahoitoon tai retkiin. Ajattelimme vain, että tässä oli malliesimerkki siitä, miten itsekkäitä ja tunteettomia lapset voivat olla vanhempiaan kohtaan. Sitten nainen sai asunnon ja hän lähti toiminnasta. Saimme vihdoinkin mahdollisuuden keskustella omaisen kanssa, joka kertoi, että naisella oli ollut vaikea päihdeongelma. Hänen lapsensa olivat eläneet surkeissa oloissa, tulleet pahoinpidellyiksi ja kärsineet koko lapsuutensa. Tämä kokemus on seurannut minua siitä lähtien. Me saamme työntekijöinä vain harvoin tietää koko totuuden ja yleensäkin vain pienen siivun ihmisen koko elämästä.

Kaikki suhteet eivät ole hyviä

Useimmille meistä on itsestään selvää, että avun ja tuen tarpeessa käännymme läheistemme puoleen. Kaikki suhteet eivät kuitenkaan ole hyviä, ja ne voivat olla jopa tuhoisia. Lähisuhdeväkivalta sivuutetaan vanhustenhuollossa helposti. Meidän on vaikea uskoa, että ”mummi” tai ”ukki” voisi käyttäytyä aggressiivisesti tai tuhoisasti. Lähisuhdeväkivaltaa esiintyy kuitenkin kaikissa ikäryhmissä, ja epäilyistä on tärkeää puhua. Nainen, joka ei halua ottaa puolisoaan takaisin kotiin lyhytaikaisen laitossijoituksen jälkeen, voi olla väkivallan uhri ja pelätä tai olla huolissaan omasta selviy-

tymisestäään. Vaikeasti sairaan omaisen hoitaminen voi johtaa myös kärsivällisyyden menetykseen, jolloin tilanne saattaa kehittyä väkivaltaiseksi.

Omaiset ja läheiset osana kuntoutusta

Kuten aikaisemmin totesin, suhtautuminen mielenterveyden ongelmista ja häiriöistä kärsivän omaisiin ja läheisiin on muuttunut. Nykyään on jopa niin, että omaisten ja läheisten odotetaan ottavan paljon vastuuta asiakkaan hoidosta, kun julkiset palvelut eivät riitä. On tärkeää löytää kaikkia osapuolia tyydyttävä tasapaino ja saada aktiivisesti hoitoon osallistuville omaisille ja läheisille mahdollisuus tehdä sitä vapaaehtoisesti. Lisään vielä, että potilaalla tulee myös olla mahdollisuus valita oma hoitajansa.

Pääsääntöisesti potilaasta tuntuu turvalliselta, kun hänen hoitoonsa osallistuu joku läheinen, mutta joissakin tilanteissa ammattityöntekijä voi tuntua paremmalta. Tällä ei välttämättä ole mitään tekemistä iän kanssa, vaan se perustuu suurelta osin siihen, millaiset ikäihmisen ja omaisten välit ovat.

Muistan, miten omalle isälleni, joka sairastui varhain Alzheimerin tautiin, sopi mainiosti, että autoin häntä parranajossa ja peseytymisessä. Kun äitini myöhemmin tarvitsi apua vastaavanlaisissa tilanteissa, hän halusi mieluummin ammattilaisen auttamaan. Hoitajan valinta ei riipu pelkästään suhteen läheisyydestä vaan myös tahdosta ja siitä, millaisia rooleja haluaa ylläpitää.

Viime vuosina kuntoutumisesta tehdyt tutkimukset ja erityisesti psykoosisairauksista kuntoutumista koskevat tutkimukset ovat osoittaneet, että omaisilla on usein suuri merkitys kuntoutujan kuntoutumisessa. Ruotsin sosiaalihuollituksen raporttia varten kysyttiin sekä omaisilta että asiakkailta, mikä heistä tuntui parhaalta. Monet kertoivat kokevansa, että vanhemmat, sisarukset tai puoliso olivat aina olleet tukena sekä käytännön asioissa että tunneasioissa. Välillä sairaus oli kuitenkin vaikuttanut niin voimakkaasti, ettei tunnetta tuen kokemisesta pystynyt heille ilmaisemaan.

Miten voimme tukea omaisia ja läheisiä?

Mitkä ovat parhaat tavat tukea ja tehdä yhteistyötä ikäihmisen omaisten ja läheisten kanssa? Ensimmäinen askel on, että katsomme omaiset ja läheiset asiakkaan tärkeiksi yhteyshenkilöiksi sillä edellytyksellä, että hän ja omainen tai läheinen sitä haluavat. On tärkeää uskaltaa kysyä ja kuunnella kaikkien osapuolien tahtoa siitä, keneen tai keihin saamme olla yhteydessä missäkin asiassa. Olemme vierailijoita ihmisten yksityiselämässä, mikä meidän on aina otettava huomioon asiakkaan iästä ja tarpeista riippumatta.

Jos omaiset tai läheiset osallistuvat hyvin aktiivisesti ikäihmisen tukemiseen, on esitettävä kaksi keskeistä kysymystä: *”Missä asiakas haluaa, että häntä autetaan ja kuka auttaa missäkin?”* ja *”Mitä omainen tai läheinen voi tai haluaa tehdä?”* Jälkimmäinen on tärkeä kysymys, sillä voi olla, että asiakas odottaa omaiseltaan tai läheiseltään enemmän kuin mihin tämä pystyy. Esimerkiksi ikäihminen saattaa torjua ammattilaisen avun jossakin asiassa, sillä hän kokee, että omainen voi hoitaa sen. Kuitenkaan omainen ei ole saanut kertoa omaa kantaansa asiaan. Tämä voi johtua siitä, että ikäihminen saattaa pelätä, menettävänsä yhteyden esimerkiksi tyttärensä, jos tämän käynteihin ei ole syytä.

Joidenkin asioiden kohtaaminen saattaa lisätä omaisen tai läheisen taakkaa. Tässä on joitakin esimerkkejä:

- Harkitse, ennen kuin kysyt, miksi hän ei käy tai auta asiakasta. Emme tiedä syitä, ja vaarana on, että syyllistämme entisestään syyllisyydestä kärsivää.
- Pidä lupauksesi ja pidä kiinni aikatauluista. Omaisilla ja läheisillä on usein sellainen tunne, että valmiudessa on oltava vuorokauden ympäri siltä varalta, että jotakin tapahtuu. Pois jääneet tukitoimet tai aikataulujen pitämättömyys vahvistavat usein tunnetta siitä, että omaiset eivät voi koskaan rentoutua. Sellainen uuvuttaa kenet tahansa.
- Jos henkilökunnasta on pulaa, omaisten tai läheisten ei voi vaatia paikkaavan työntekijää, ellei siitä ole erikseen sovittu.

- Omaisille tai läheisille ei tule sanoa kommentteja kuten *”tiedän kyllä, mitä hän haluaa”*. Esimerkiksi puolisoista ei tunnu hyvältä kuulla, että työntekijä tuntee paremmin hänen puolisonsa kuin hän itse.

Esimerkkejä hyvästä henkilökunnan ja omaisten tai läheisten kohtaamisesta:

- Keskustele omaisten ja läheisten kanssa. Kerro, kuka olet, mikä tehtäväsi on ja mistä sinut tavoittaa (mikäli henkilö ei tiedä näitä asioita jo). Suunnittele toimet yhdessä omaisten tai läheisten kanssa, sikäli, kuin asiakkaalla ei ole mitään sitä vastaan. Jos olet vähänkään epävarma salassapitoasioista, käänny esimiehesi puoleen. Aina on kuitenkin sallittua kuunnella tai keskustella arkisista asioista omaisten tai läheisten kanssa.
- Huolehdi, että sinulla on tietoa omaisille ja läheisille järjestettävästä ja saatavilla olevasta tuesta. Kerro niistä aina, jos sinusta tuntuu, että sellaiselle olisi tarvetta.
- Selvitä, kenen puoleen voit kääntyä, jos itse tarvitset tukea tai neuvoja tai jos epäilet asiakkaan lähisuhteissa esimerkiksi väkivaltaa tai muuta hyväksikäyttöä.

Keskustelukysymyksiä

- ❖ Millaista tukea omaisille ja läheisille on tarjolla alueellasi? Tietoa, apua ja tukea?¹⁴
- ❖ Miten osallistatte omaisia ja läheisiä ja pyritte saamaan heidät mukaan hoitoon?
- ❖ Mitä kehitettävää omaisten ja läheisten tuessa on?
- ❖ Mitä etua ja haittaa on omaisten ja läheisten aktiivisesta osallistumisesta hoitoon teidän näkökulmastanne ja miten käsittelette mahdolliset ongelmatilanteet?

14. Suomessa toimii muun muassa Mielenterveysomaisten keskusliitto www.finfami.fi sekä Omaishoitajat ja läheiset -liitto www.omaishoitajat.fi, joilla on molemmilla alueellista toimintaa.

Lopuksi

Toiminnalle voidaan laatia ohjeistuksia, ihmisille ei.

(Anna-Liisa Suvanto)

Tietoa ikäihmisten mielenterveyden ongelmista ja mielen-
terveyden tukemisesta on saatavilla. Ongelma onkin se,
että me hyödynnämme harvoin tietojamme. Lisäksi meillä
kaikilla on taipumus juuttua tiettyihin toimintatapoihin.
Joka tilanteeseen pitäisi olla käyttöohje. Onkin hyvä, jos
organisaatiolle on laadittu toimintaohjeet, jotta resursseja hyödynnetään
tarkoituksenmukaisesti ja taataan, ettei mitään unohdu ja että asiat teh-
dään tarkoituksenmukaisesti. Asiakaskontakteihin on kuitenkin mahdo-
tonta laatia kaikki tilanteet kattavaa toimintaohjetta. Tietyt perusasiat
koskevat kaikkia: ruoan, juoman, unen, lämmön, ihmiskontaktien ja mie-
lekkään toiminnan tarve, mutta jo pelkästään ruokaan liittyviä mieltymyk-
siä, tapoja ja tottumuksia on valtavasti. Mitä haluamme syödä, milloin
haluamme syödä ja ennen kaikkea kenen kanssa? Usein tarpeet liittyvät ter-
veyteen, tahtoon ja toiveisiin. Luota omaan taitoosi ja tunteeseesi kun koh-
taat ikäihmiseen ja kuuntele, mitä hän viestii tarpeistaan ja tilanteestaan.

Olet ehkä lukenut seuraavan filosofi Søren Kierkegaardin kirjoittaman
tekstin aiemminkin. Lue se nyt uudelleen virke kerrallaan ja pohdi, mitä
se merkitsee konkreettisesti jokaisen arjessa kohtaamasi ihmisen osalta.
Onnea matkaan – ja muista, että olet tärkeä monille ja voit vaikuttaa hei-
dän elämäänsä!

Pohdittavaksi

*”Jos haluan onnistua
johdattelemaan jonkun ihmisen tiettyyn päämäärään,
minun on ymmärrettävä hänen tämänhetkinen tilansa
ja aloitettava juuri siitä.*

*Jos en sitä osaa,
petän itseäni
uskoessani pystyväni auttamaan häntä.*

*Auttaakseni jotakuta
minun on toki ymmärrettävä asiasta enemmän kuin hän,
mutta ennen kaikkea minun on ymmärrettävä,
mitä hän ymmärtää.*

*Jos en siihen pysty,
ei auta, että osaan ja tiedän enemmän kuin hän.
Jos kuitenkin haluan osoittaa oman taitavuuteni,
se johtuu turhamaisuudestani ja ylimielisyydestäni
ja etsin oikeastaan hänen ihailuaan
auttamisen sijasta.*

*Kaikki aito auttavaisuus
alkaa nöyryydestä autettavan edessä.*

*Siksi minun tulee ymmärtää,
ettei auttaminen
ole hallitsemista
vaan palvelemista.*

Jos en tätä osaa, en voi myöskään auttaa ketään.”

-Søren Kierkegaard-

Lukuvinkkejä ruotsiksi

Ikäihmisten mielenterveys

Brunt, D., Larsson, K. & Rolfner Suvanto, S. (2010).

Äldres psykiska ohälsa – ett eftersatt område. I Johansson, S. (red.) **Omsorg och mångfald**. Malmö: Gleerup.

Bülow, P. & Svensson, T. (2008). Att vara sin sjukdom: Om psykiskt funktionshinder och åldrande. I Jeppsson Grassman, E. (red.) **Att åldras med funktionshinder**. Lund: Studentlitteratur.

Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk (2008). **Missbruk av substanser bland äldre vuxna: ett förbisett problem**. Hämtat från: www.emcdda.europa.eu

Larsson, K. & Berger, A-K. (2007). **En osynlig grupp: Boendestöd för äldre med psykiska funktionsnedsättningar**. Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum 2007:12.

Ljungdahl, B. & Wånell, S-E. (2009). **Äldre med psykiska funktionshinder – en kartläggning 2008**. Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum 2009:5.

Rolfner Suvanto, S. & Suvanto, A-L. (2011). **Psykisk ohälsa hos äldre**. Stockholm: Fortbildning AB/Tidningen Äldreomsorg.

Rolfner Suvanto, S. (2014). **Äldres psykiska hälsa och ohälsa**. Prevention, förhållningsätt och arbetsmetoder. Stockholm: Gothia Fortbildning.

Ruotsinkielisessä videoklipissä Susanne Rolfner Suvanto kertoo miksi ikäihmisten mielenterveyteen kannattaa kiinnittää huomiota:
<http://skl.se/socialomsorgstod/aldre/psykiskhalsaaldre.1167.html>

Sparring-Björkstén, K. (2005). **Fokusrapport – Äldrepsykiatri i SLL utom demenssjukdomar**. Stockholm: Forum för kunskap och gemensam utveckling/Stockholms läns landsting.

Sparring-Björkstén, K. & Karlsson, I. (2010). Psykisk och kroppslig sjukdom är sammanflätade hos multisjuka äldre. I **Läkartidningen**, nummer 4 2010.

WHO (1999). Lausanne konsensusuttalande angående äldrepsykiatri. Stockholm: Stockholms läns äldrecentrum.

Vanhuus

Andersson, L. (2008). *Ålderism*. Lund: Studentlitteratur.

Bravell Ernsth, M. (red.) (2011). *Äldre och åldrande: grundbok i gerontologi*. Stockholm: Gothia Förlag.

Hagberg, B. (2004). *Den åldrande människans psykologi: ett livsloppsperspektiv*. Lund: Studentlitteratur.

Tornstam, L. (2005). *Åldrandets socialpsykologi*. Stockholm: Norstedts akademiska förlag.

Mielenterveyden häiriöt

Bejerot, S. (2011). *Tvångssyndrom/OCD: nycklar på bordet*. Lund: Studentlitteratur.

Brunt, D. & Hansson, L. (red). *Att leva med psykiska funktionshinder – livssituation och effektiva vård- och stödsatser*. Lund: Studentlitteratur.

Engman, T. (2003). *Bemötande vid psykisk ohälsa*. Stockholm: Riksförbundet för social och mental hälsa.

Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk (2008). *Missbruk av substanser bland äldre vuxna: ett förbisett problem*. Hämtad från www.emcdda.europa.eu.

Glant, H. & Glant, R. (2010). *Ny i psykiatrin: våra vanligaste psykiska sjukdomar, bemötande, behandling*. Stockholm: Gothia Förlag.

Johansson, S. & Malmström-Ehrling, A-K. (2010). *Rätt till missbruk?* I Johansson, S. (red.) Omsorg och mångfald. Malmö: Gleerup.

Karlsson, L.B. (red.). *Från rösthörarnas värld: brev med berättelser*. Stockholm: Rösträtt – nätverket för rösthörare & andra intresserade.

Lindqvist, L. (2004). Ensam på krokig väg: 10 undersökningar om vuxna och äldre med MBD/DAMP/ADHD, *Aspergers syndrom och Tourettes syndrom*. Kalmar: Barn-och ungdomsförvaltningen.

Ljungqvist, I. & Jenner, H. (2011). *Psykiatri för baspersonal: kunskap för en evidensbaserad praktik*. Stockholm: Gothia Förlag.

Lundin, L. & Ohlsson, O.S. (2002). *Psykiska funktionshinder: stöd och hjälp vid kognitiva funktionsstörningar*. Stockholm: Cura.

Moberg, Å. (2005). *Vara anhörig: bok för anhöriga till psykiskt sjuka*. Stockholm: Bokförlaget DN.

Nordén, H. (2009). *Nu åker jag slalom: om olika perspektiv på återhämtning vid psykisk ohälsa*. Stockholm: SKL Kommentus.

Schizofreniförbundet & AstraZeneca (2006). *Så är det att leva med schizofreni: novellsamling*. Stockholm: Schizofreniförbundet i samarbete med AstraZeneca.

Schön, U. (2009). *Kvinnors och mäns återhämtning från psykisk ohälsa*. Stockholm: Stockholms universitet.

Tidningen Äldre i Centrum nr 3/2011: *Riskbruk missbruk*.

Topor, A. (2001). *Återhämtning från svåra psykiska störningar*. Stockholm: Natur & Kultur.

Vetenskapsrådet (2007). *Bakom vansinnet: forskare om psyke, våld och rädsla*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Itsemurha

Beskow, J. (2007). *När himlen är nära – samtal med svårt sjuka och äldre samt deras närstående, vårdare och efterlevande*. Stockholm: SPES.

Ringskog Vagnhammar, S. & Wasserman, D. (2010). *Första hjälpen vid självmordsrisk*. Lund: Studentlitteratur.

Wasserman, D. (red.) (2001). *Suicide: an unnecessary death*. London: Martin Dunitz.

Vanhustyö

Johansson, L. (2007). *Anhörig - omsorg och stöd*. Lund: Studentlitteratur.

Kärnman, A-C. & Olofsson, L. (2008). *Sinnesstimulering i demensvården*. Stockholm: Gothia Förlag.

McBee, L. (2011). *Mindfulness i äldreomsorgen: en modell för medveten närvaro för äldre och deras vårdare*. Lund: Studentlitteratur.

Normann, M. & Fröling, K. (2010). *Nära & kära: att möta och bemöta anhöriga i äldreomsorgen*. Stockholm: Gothia Förlag.

Piuva, K. & Söderlund, P. (2009). *Handbok för dig i hemtjänsten*. Stockholm: Gothia Förlag.

Sosiaalihuolto

Andersson, G. (2009). *Vardagsliv och boendestöd – en studie om människor med psykiska funktionshinder*. Rapport i Socialt arbete nr 131* 2009.

Carlsson, T. & Nilsson, A. (2011). *Social dokumentation i praktiken: handbok med övningar*. Stockholm: Gothia Förlag.

Gunnarsson, E. (2010). *Vi får klara oss själva – om hemtjänstens arbete med äldre personer som har missbruksproblem*. Arbetsrapport februari 2010.

Socialstyrelsen (2011). *Det är mitt hem. Vägledning om boende och boendestöd för personer med psykisk funktionsnedsättning*.

Topor, A. (1988). *Hemtjänsten, människor och psykiska problem: vårdbiträdenas samlade tystnader*. Solna: Esselte studium.

Muistisairaudet

Ekman, S. (2007). *Alzheimer*. Stockholm: Karolinska Institutet University Press.

Fröling, K. (2009). *Ett minne för livet: boken om Alzheimers sjukdom*. Stockholm: Gothia Förlag.

Hansson, S. (2007). *Specifik omvårdnad för personer med beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom*. FoU Äldre i Sörmland.

Skoog, M. (2011). *Råd till dig som möter patienter med demenssjukdom*. Stockholm: Stockholms läns landsting.

Wallskär, H. (2011). *Guiden till Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom*. Stockholm: Svenskt demenscentrum.

Viranomaistahojen raportteja ja selvityksiä

Larsson, K. & Berger, A-K. (2007). *En osynlig grupp. Boendestöd för äldre med psykiska funktionshinder*. Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum. 2007:12.

Schizofreniförbundet (2011). *Lag & Rätt. Personer med psykisk funktionsnedsättning i fokus*.

Socialstyrelsen (2008). *Äldres psykiska ohälsa – en fördjupad lägesrapport om förekomst, verksamheter och insatser*.

Socialstyrelsen (2009). *Meddelandeblad – stöd till anhöriga kräver strategi*.

Socialstyrelsen (2009). *Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. Handbok med information och vägledning för tillämpning av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård*.

Socialstyrelsen (2009). *Psykologisk behandling av psykiska besvär bland äldre*.

Socialstyrelsen (2010). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom – stöd för styrning och ledning*.

Socialstyrelsen (2010). *Meddelandeblad – om att landsting och kommun måste ha överenskommelser om samarbete*.

Socialstyrelsen (2010). *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom*.

Socialstyrelsen (2011). *Det är mitt hem. Vägledning om boende och boendestöd för personer med psykisk funktionsnedsättning*.

Socialstyrelsen (2011). *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd – stöd för styrning och ledning*.

SOU 2006:100 *Ambition och ansvar*.

SOU 2006:110 *Regler för skydd och rättssäkerhet för personer med demenssjukdom*.

Svenskt Demenscentrum (2010). *För vems skull? Om tvång och skydd i demensvården*. Stockholm: Svenskt Demenscentrum.

Etiikka ja elämäkatsomus

Arman Rehnsfeldt, M. & Rehnsfeldt, A. (2006). *Vårdande som lindrar lidande: etik i vårdandet*. Stockholm: Liber.

Blennberger, E. & Johansson, B. (2010). *Värdigt liv och välbefinnande: äldreomsorgens värdegrund och brukarinflytande i tolkning och praktik*. Solna: Fortbildning.

Carlander, J. (red.) (2001). *Trygga och otrygga möten: vardagsetik och bemötande i arbete med människor*. Stockholm: Gothia Förlag.

Collste, G. (2002). *Inledning till etiken*. Lund: Studentlitteratur.

Dahlqvist, V. (2007). *Samvete i vården: att möta det moraliska ansvarets röster*. Umeå: Umeå universitet.

Jansson, A. & Blom, A. (2007). *Etiska dilemman i vård och omvårdnad: hur skulle du ha gjort?* Stockholm: Gothia Förlag.

Ottosson, J. (2005). *Psykiatrisk etik*. Stockholm: Liber.

Kaunokirjallisuus

Agerberg, M. (2001). *Ut ur mörkret: en bok om depressioner*. Stockholm: Norstedts.

Fossum, K. (2001). *De galnas hus*. Stockholm: Forum.

Grimsrud, B. (2010). *En dåre fri: roman*. Stockholm: Albert Bonniers Förlag.

Lagercrantz, A. (2010). *Mitt galna liv: en memoar om psykisk sjukdom*. Stockholm: Lind & Co.

Lauveng, A. (2009). *I morgon var jag alltid ett lejon*. Stockholm: Sivart.

Rådström, N. (2007). *En handfull regn*. Stockholm: Albert Bonniers Förlag.

Thoursie, R. (2009). *Sånger från äldreomsorgen*. Stockholm: Albert Bonniers Förlag.

Ruotsalaisia nettisivuja

www.anhorig.se

www.demenscentrum.se

www.FHI.se

www.helsebiblioteket.no

www.hjarnkoll.se

www.kunskapsguiden.se

www.nsph.se

www.sbu.se

www.socialstyrelsen.se

Kirjallisuutta suomen- kieliseen laitokseen:

Forsman Anna 2012. *The Importance of Social Capital in Later Life*. NHV Report 2012:5. Nordic School of Public Health, Gothenburg.

Fried Suvi, Heimonen Sirkkaliisa & Jokinen Pirjo 2013: *Ikääntyminen ja mielen hyvinvointi. Katsaus kirjallisuuteen*. Oraita 1/2013. Ikäinstituutti, Helsinki.

Haarni Ilka 2013. *Mikä tukee mielen hyvinvointia ikääntyessä? Eläkeikäisten näkemyksiä*. Gerontologia 27: 39–44.

Haarni Ilka (toim.) 2013. *Elämän konkari*. Suomen Mielenterveysseura, Helsinki.

Heiskanen Tarja ym. 2011. *Käsikirja mielenterveydestä ja ensiavusta*. Suomen Mielenterveysseura, Helsinki.

Huuhka Kaija & Leinonen Esa 2011. *Vanhuksen vaikea ja psykoottinen masennus*. Duodecim 127: 390–396.

Hyvä mieli vanhetessa -esite 2013. *Mirakle – mielen hyvinvoinnin rakennuspuut ikääntyville -hanke*. Suomen Mielenterveysseura. www.mielenterveysseura.fi/files/2475/HyvaMieli-esite_low.pdf

Karila-Hietala Ritva ym. (toim.) 2013. Mielenterveys elämäntaitona. *Mielenterveyden ensiapu 1*. Suomen Mielenterveysseura, Helsinki.

Kontkanen Jouni & Purhonen Maija 2011. *Ahdistunut vanhus*. Duodecim 127: 383–389.

Kivelä Sirkka-Liisa 2007. *Voimavaroja unesta. Hyvä uni iäkkäänä*. Kirjapaja, Helsinki.

Laine Minna 2013. *Mielen voimaa. Logoterapeuttisia näkökulmia mielen hyvinvoinnin vahvistamiseen. Opas ikääntyville ihmisille*. Ikäinstituutti, Helsinki.

Laine Minna ym. 2014. *Mielen hyvinvoinnin silta – Opas keskusteluryhmän ohjaajalle*. Ikäinstituutti, Helsinki.

Leinonen Esa & Alanen Hanna-Mari 2011. *Psykiatrasta hoitoa tarvitsevia vanhuksia on enemmän kuin mihin on varauduttu*. Duodecim 127: 371–372.

Levo Tarja 2008. *Ikääntyvän ääntä kuunnellen. Taustamateriaalia ikääntymiseen ja alkoholiin.* Sininauhaliitto, Helsinki.

Liikamaa Päivi (toim.) 2012. *Suru*. 5. painos. SOS-kriisikeskus ja Suomen Mielenterveysseura, Helsinki.

Malte-Colliard Katri & Lampo Marjukka (toim.) 2013. *Voimaa taiteesta. Malleja taiteen soveltamiseen hyvinvointialalla.* Tutkivan teatterityön keskuksen julkaisu. Tampereen yliopisto, Tampere.

Mental Health and Older People. World Mental Health Day Report 2013. World Federation for Mental Health, http://wfmh.com/wp-content/uploads/2013/11/2013_wmhday_english.pdf

Mental health and well-being in later life: older people's perceptions 2004. Health Scotland, Edinburgh.

Pikkarainen Aila ym. (toim.) 2013. *Gerontologisen kuntoutuksen toteutus, vaikuttavuus ja tiedon välittyminen.* Ikääntyneiden kuntoutujien yhteistoiminnallisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishankkeen loppuraportti. Kelan tutkimusosasto, Helsinki.

Saarela Tuula & Hiltunen Pirkko 2013. *Vaikeasti traumatisoitunut vanhus.* Suomen Lääkärilehti 68: 217–223.

Saarela Tuula & Stenberg Jan-Henry 2011. *Kun mikään ei kelpaa vanhukselle – taustalla persoonallisuushäiriö.* Duodecim 127: 397–405.

Saarenheimo Marja & Pietilä Minna (toim.) 2011. *MielenMuutos masennuksen hoidossa. Mielialaongelmista kärsivien iäkkäiden ihmisten psykososiaalinen tukeminen.* MielenMuutos -tutkimus- ja kehittämishanke, tutkimusraportti 2. Vanhustyön keskusliitto, Helsinki.

Saarenheimo Marja 2013. *Mielenterveys.* Teoksessa Heikkinen Eino, Jyrkämä Jyrki & Rantanen Taina (toim.). Gerotologia. Duodecim, Helsinki.

Saarenheimo Marja 2012. *Yleistä ikääntymisestä.* Teoksessa Heimonen Sirkkaliisa & Pajunen Hannu (toim.). Mielen terveys vanhuudessa. Persona Grata. Edita, Helsinki.

Talaslahti Tiina, Alanen Hanna-Mari, Leinonen Esa 2012. *Miten hoidan vanhus-ten unettomuutta?* Suomen Lääkärilehti 67: 151–155.

Taloustutkimus 2013. **Suomalainen ikägallup 2013**. Eloisa ikä -avustusohjelma, VTKL, Helsinki. https://eloisaika-fi-bin.directo.fi/@Bin/f565f0ceb13767b-605df604402863d52/1392965862/application/pdf/82962/Suomalainen%20ik%C3%A4gallup%202013_Eloisa%20ik%C3%A4.pdf

Tamminen Nina & Solin Pia (toim.) 2013. **Mielenterveyden edistäminen ikääntyneiden asumis- ja hoivapalveluissa**. THL, Helsinki.

Vaillant George 2002: **Aging Well**. Little, Brown and Company, New York.

Windle Gill ym 2010. **Is exercise effective in promoting mental well-being in older age?** A systematic review. *Aging & Mental Health* 14: 652–669.

www.vahvistamo.fi

www.mielenterveystaidot.fi

www.vaestoliitto.fi/seksuaalisuus/tietoa-seksuaalisuudesta/aikuiset/seksuaalisuus-elamankulussa/ikaantymisen-ja-seksuaalisuus

Muuta tukea ja tietoa

Suomen Mielenterveysseuralla on paikallista toimintaa, muun muassa senioreille suunnattuja Hyvinvointitreenejä SMS®. Toiminnasta kannattaa tiedustella paikallisista seuroista, joiden yhteystiedot löytyvät osoitteesta **www.mielenterveysseura.fi/paikallinen_toiminta/yhteystiedot_alueittain**

Helsinki Missiolla on Senioripysäkkejä ympäri maata. Senioripysäkki vähentää tutkimusten mukaan tehokkaasti iäkkäiden yksinäisyyttä, masennusta ja ahdistuneisuutta. Senioripysäkkitoiminnasta lisää sivuilta **www.senioripysakki.fi** ja ajanvarausta voi tiedustella osoitteessa senioripysakki@helsinki-missio.fi. Helsinki Mission muusta ikäihmisille suunnatusta vapaaehtoistoiminnasta löytyy tietoa osoitteesta **www.helsinkimissio.fi**

Vanhustyön keskusliiton Ystäväpiiri-toiminnan Ystäväpiiri-ryhmän tavoitteena on osallistujien yksinäisyyden tunteen lievittäminen sekä uusien ystävien löytäminen. Ystäväpiirit löytyvät osoitteesta **www.ystavapiiri.fi**

Mielenterveyden keskusliitto tukee ja auttaa mielenterveyskuntoutujia. Lisätietoja ja muun muassa paikallistoimijoiden yhteystiedot järjestön nettisivuilta **www.mtkl.fi**

Klubitalot antavat tukea eri-ikäisille mielenterveyskuntoutujille. Klubitaloon voi mennä vaikka vain syömään. Eri paikkakuntien klubitalojen yhteystiedot löytyvät osoitteesta **www.suomenklubitalot.fi**

Mielenterveysomaisten keskusliitto neuvoa ja tukee mielenterveysongelmista kärsivien omaisia ja läheisiä. Nettisivut: **www.finfami.fi**

Punaisen Ristin ystävätoiminnasta löytyy tietoa osoitteesta **www.punainen-risti.fi/hae-tukea-ja-apua/muita-avuntarjoajia**.

Suurella Sydämellä on evankelisluteriaisen kirkon ja seurakuntien vapaaehtoisen auttamisen verkkopalvelu. Toimintaa on lähes kolmellakymmenellä paikkakunnalla. Sivuston kautta voi hakea apua tai ilmaista halunsa tehdä vapaaehtois- tai auttamistyötä. Lisätietoja: **www.suurellasydamella.fi**.

Muistiliitto tarjoaa monipuolista tukea ja tietoa muistisairauksista osoitteessa **www.muistiliitto.fi**

Omaishoitajat ja läheiset -liitto tukee ja opastaa osoitteessa **www.omaishoitajat.fi**

Turvallisen vanhuuden puolesta -yhdistys neuvoa ja auttaa kaltoinkohtelun yhteydessä osoitteessa **www.suvantory.fi**

A-Klinikkasäätiön Päihdelinkissä on tarjolla yli 65-vuotiaiden alkoholinkäyttömittari osoitteessa **www.paihdelinkki.fi/testaa/alkoholimittari**

Sininauhaliitto tarjoaa tietoa ikääntyneiden päihdetyön tueksi osoitteessa **www.ikaantyneidenpaihdetyo.fi/etusivu**

Ikäinstituutti levittää tietoa liikunnan ohella myös mielen hyvinvointiin liittyvissä asioissa **www.ikainstituutti.fi**

Eläkeliiton TunneMieli -hankkeen nettisivut sisältävät monenlaista tietoa mielen hyvinvoinnista osoitteessa **www.tunnemieli.fi**

Eläkeläisjärjestöjen monipuolisen hyvinvointia tukevan toiminnan kentän kokonaisuudessaan löytää aloittamalla eläkeläisjärjestöjen yhteisen etuliiton EETUn sivuilta **www.eetury.fi**. Esimerkiksi Eläkeliitolla on leskeksi jääneille Yhtäkkiä yksin -sopeutumisvalmennuskursseja, **www.elakeliitto.fi/toiminta/sosiaalinen+palvelutoiminta/yhtakkaa+yksin/**.

Seurakuntien sururyhmistä saa tietoa paikallisista seurakunnista.

Yhdessä ja toisillemme

Erilaiset palvelukeskukset, julkiset olohuoneet ja kylätuvat tarjoavat eläkeikäisille toiminnan ja kohtaamisen areenoita. Osa kunnista lähestyy nykyisin eläkkeelle jääviä kuntalaisia erilaisin tietopaketein, joiden avulla löytää ”kolmannen elämän” paikkojen ja tekemisen äärelle. Tämän käytännön soisi leviävän valtakunnan joka kolkkaan. Harva eläkkeelle juuri jäänyt on ehtinyt perehtyä kaikkeen siihen, mitä on tarjolla. Myös järjestöjen olisi hyvä koota oma toimintansa yksin kansiin ja paikallisesti yhteiselle saitille.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa osallisuutta, yksinäisyyttä tai alakuloa voi tiedustella neutraalisti muun asioinnin yhteydessä ja tarjota palveluohjausta, seurainta sekä tukea. Naapurit, tuttavat, ystävät ja lapset ovat myös keskeisessä asemassa huomatessaan, että joku eläkeikäinen pysyttelee yksin kotona ilman, että viihtyy siellä. Se, että joku huomaa, kysyy ja välittää, rakentaa luottamusta. Se, että voi kertoa ja puhua, keventää mieltä.

Eläkeläisyhdistykset, kirjastot, työväen- ja kansanopistot, urheiluseurat, lukuisat yhdistykset ja naapurustopiirit ovat avoinna uusille tulijoille. Aina voi ainakin kokeilla jos löytyisikin omanhenkinen porukka. Vertaisten parissa mieli yleensä kohenee.

Kiltti isoäiti kukkamekossa, tukka nutturalla auttamassa lapsenlapsiaan ja tarjoilemassa pikkuleipiä. Tällaisiksi usein miellämme ikäihmiset. Mutta mitä tapahtuu, kun isoäidillä onkin päihdeongelma? Tai isoisä ei halua enää elää?

Ikäihmisten mielenterveysongelmat asettuvat usein vanhustyön ja psykiatrian välimaastoon, jolloin ikääntyneen tarpeet saattavat jäädä huomioimatta. Miten paljon meidän ennakkokäsityksemme ja ennakkoluulomme vaikuttavat ikäihmisten saamaan apuun? Ja mitä voisi tehdä, jotta mielenterveysongelmista kärsivien ikäihmisten kohtaaminen ja hoito paranisivat?

Tämä teos on suunnattu vanhustyötä tekeville. Tarkoitus on antaa tietoa sekä konkreettisia ohjeita iäkkäiden kohtaamiseen sekä siihen, miten voimme muuttaa omaa asennoitumista ikäihmiseen, jolla on mielenterveyden ongelmia. Kirjoittaja purkaa myyttejä ikäihmisistä sekä mielenterveyshäiriöistä ja elävöittää niitä erilaisin tapausesimerkein. Lukija saa tietoa yleisimmistä mielenterveyden ongelmista, kuten masennuksesta, sekavuudesta ja päihteiden väärinkäytöstä. Kirja on helposti lähestyttävä ja sitä voi hyvin käyttää täydennyskoulutuksissa keskusteluiden ja ryhmätöiden pohjana.

Ruotsalainen Susanne Rolfner Suvanto on filosofian maisteri, psykiatrian erikoissairaanhoidtaja ja Omvårdnadsinstitutet -nimisen yrityksen toimitusjohtaja. Susanne on työskennellyt aikaisemmin hoivatyön johtajana, Ruotsin sosiaalihallituksen vanhempana selvityshenkilönä ja poliittisena neuvonantajana eduskunnassa ja sosiaaliministeriössä.