

MielenMuutos -tutkimus- ja kehittämishanke, tutkimusraportti 2

MielenMuutos masennuksen hoidossa

Mielialaongelmista kärsivien iäkkäiden ihmisten
psykososiaalinen tukeminen



Marja Saarenheimo • Minna Pietilä (toim.)

Vanhustyön keskusliitto
Centralförbundet för de gamlas väl ry

Malmin kauppatie 26
00700 HELSINKI
Puhelin 09 3508 600
Faksi 09 3508 6010

info@vtkl.fi
www.mielenmuutos.fi
www.vtkl.fi

Julkaisija Vanhustyön keskusliitto
Centralförbundet för de gamlas väl ry
ISBN 978-951-806-143-7
pdf 978-951-806-144-4

Taitto AD Krista Jännäri
Mainospalvelu Kristasta Oy

Kansikuva Jyrki Sahinoja
Vastavalo Oy

Painopaikka Newprint Oy, Raisio 2011



Vanhustyön keskusliitto
Centralförbundet för de gamlas väl ry

MielenMuutos -tutkimus- ja kehittämishanke, tutkimusraportti 2

MielenMuutos masennuksen hoidossa

Mielialaongelmista kärsivien iäkkäiden ihmisten
psykososiaalinen tukeminen

Marja Saarenheimo • Minna Pietilä • Marjo Forder • Sonja Frosti • Pirjo Juhela
Leo Kontio • Juhani Koskinen • Merja Lähteenaho • Ava Numminen • Jemina Ranta
Raimo Sulkava • Merja Suominen • Päivi Vuori



Sisälllys

ESIPUHE.....	7
TIIVISTELMÄ.....	8
SAMMANDRAG.....	10
ABSTRACT.....	12
JOHDANTO.....	14
1. MASENNUS YHTEISKUNNASSA.....	16
Masennuksen historiaa.....	16
Mielenterveys osana kansanterveyttä.....	22
Masennus yhteiskunnallisena rasitteena.....	24
Medikalisaatio ja psykologisointi.....	25
Leimaaminen ja toiseus.....	26
2. MYÖHÄISEN IÄN MASENNUS.....	32
Masennus diagnoosina.....	32
Ikäihmisten masennuksen syyt ja seuraukset.....	38
Kokemuksellinen näkökulma masennukseen.....	45
3. IKÄIHMISTEN MASENNUKSEN HOITO.....	55
Ikäihmisten masennuksen hoidon haasteet.....	55
Ikäihmiset mielenterveystyön asiakkaina.....	56
Kuinka ikäihmisten masennusta hoidetaan Suomessa?.....	58
Monitekijäiset interventiot ikäihmisten masennuksen hoidossa.....	60
Yksilöllisesti räätälöity masennuksen hoito.....	63
Psyko-terapia.....	64
Liikunta ja fyysinen harjoittelu.....	66
Muistelu.....	69
Musiikki.....	70
Taidetoiminta.....	72
Psykososiaalisten työmuotojen edut ikäihmisten mielenterveystyössä.....	73

4. TUTKIMUS: TAVOITTEET, MENETELMÄT JA TOTEUTUS.....	82
Tutkimuksen lähtökohdat.....	82
Tutkimuksen tavoitteet.....	83
Osallistumiskriteerit ja asiakkaiden rekrytointi.....	84
Rekrytoinnin toteuttaminen.....	85
Tutkimuksen kulku.....	89
Interventio- ja vertailuryhmän saamat tuet.....	92
Määrälliset tutkimusmenetelmät.....	92
Päätulosmuuttujat.....	96
Tilastolliset menetelmät.....	96
Laadulliset tutkimusmenetelmät.....	97
Eettiset näkökohdat.....	100
5. YKSILÖLLINEN MASENNUKSEN HOITOMALLI.....	105
Intervention tausta ja pääperiaatteet.....	105
Moniammatillinen ikäihmisten mielenterveystiimi.....	107
Psykososiaalinen ryhmätoiminta.....	115
Yhteenvedoa.....	126
6. TUTKIMUKSEN TULOKSET.....	130
Tutkimusjoukko taustatekijöiden valossa.....	131
Osallistujien psyykinen hyvinvointi ja elämänlaatu tutkimuksen alussa.....	134
Tapausesimerkkejä alkutilanteesta.....	137
Hoitoprosessit.....	143
Mikä muuttui – intervention vaikutukset lukuina.....	152
Mikä muuttui yksittäisten asiakkaiden elämässä?.....	157
Yhteenvedoa.....	164
7. POHDINTA.....	167
Kolmannen sektorin ja kunnan tutkimus- ja kehittämissyhteistyö	
MielenMuutos -masennushankkeessa.....	167
Kehittämisverkosto.....	169
MielenMuutos -masennushankkeen tulosten yhteiskunnallinen merkitys.....	172
Ikäihmisten mielenterveyspalveluiden kehittämisen haasteet	
kuntatalouden näkökulmasta.....	173
MielenMuutos ikäihmisten masennuksen hoidossa.....	175
LIITTEET.....	178

Esipuhe

MielenMuutos -tutkimus- ja kehittämishanke käynnistettiin halusta edistää ikäihmisten psyykkistä hyvinvointia. Psyykinen hyvinvointi jää usein sivuun keskityttäessä ikäihmisten fyysiseen toimintakykyyn ja kotona asumiseen. Hankkeen toimintatavaksi valittiin kehittää ja tutkia iäkkäiden ihmisten masennuksen sekä muistisairaiden ihmisten psykologisten ja käyttäytymisen oireiden tunnistamista ja hoitoa. Tässä raportoidaan masennusosahanke, jossa kertyi runsaasti tietoa ja kokemusta iäkkäiden ihmisten masennuksen hoidosta.

Puhuttaessa ikäihmisten psyykkisestä hyvinvoinnista on tärkeää selvittää mielenterveyden hoidon kitkakohtia, kehittää uusia toimintamuotoja sekä vaikuttaa yleiseen asennoitumiseen. Nykyistä positiivisemmat asenteet voivat luoda pohjaa vanhustyön kehittämislle yleisemminkin sekä poistaa ihmisten mielissä kyteviä masentavia ja pelottavia kuvia tulevaisuuden vanhenemisesta.

Vanhustyön keskusliitto kiittää lämpimästi Raha-automaattiyhdistystä osahankkeen taloudellisesta tuesta. Suuri kiitos menee myös osahankkeen kanssa yhteistyötä tehneille esimerkkikunnan ja muiden tahojen ammattilaisille. Kiitokset myös hankkeen ohjausryhmälle toimintaa eteenpäin vievistä kommentteista. Kaikkein suurin kiitos kuuluu silti hankkeeseen asiakkaina osallistuneille ihmisille.

Toivomme, että raportti auttaa osaltaan kunnallisia toimijoita, järjestöjä ja muita tahoja ikäihmisten mielenterveyteen liittyvien kysymysten käsittelyssä ja uusien palveluiden tuomisessa osaksi julkisen palvelutoiminnan valikkoa.

Helsingissä tammikuussa 2011

Vanhustyön keskusliitto – Centralförbundet för de gamlas väl. ry

Tiivistelmä

Vanhustyön keskusliiton kolmiosaisessa MielenMuutos -tutkimus- ja kehittämishankkeessa tutkittiin iäkkäiden ihmisten mielenterveyttä ja hyvinvointia sekä tehtiin aiheeseen liittyvää kehittämistyötä. MielenMuutos -masennushankkeessa oli tavoitteena (1) edistää suomalaisten ikäihmisten mielenterveyteen liittyvää tutkimusta ja kehittämistyötä sekä (2) kehittää Suomen oloihin sopiva räätälöidyn hoidon malli ikäihmisten masennuksen hoitoon ja tarkastella mallin vaikutuksia tutkimuskunnassa. Hoitomallin suunnittelussa hyödynnettiin uusinta tutkimustietoa ja hyviä käytäntöjä.

Interventiotutkimukseen osallistui 139 yli 60-vuotiasta masennuksesta kärsivää espoolaista. He jakautuivat asuinalueensa mukaan interventio- ja vertailuryhmään. Intervention toteutti jalkautuva moniammatillinen tiimi, joka koostui psykiatrisesta sairaanhoitajasta, fysioterapeutista ja psykologista. Intervention ydinperiaatteina olivat jalkautuminen, tavoitteiden määrittely yhdessä asiakkaiden kanssa, voimavarakeskeisyys sekä hoidon yksilöllinen ja joustava räätälöinti. Keskeistä oli myös yhteistyö muiden asiakasta hoitavien tahojen sekä omaisten kanssa. Hoito muodostui palveluohjauksesta, psykososiaalisesta ryhmätoiminnasta, fyysisestä harjoittelusta ja yksilöterapiasta.

Verrattuna tavanomaiseen masennuksen hoitoon MielenMuutos -intervention räätälöity hoito kohensi masennuksesta kärsivien ikäihmisten elämää monin tavoin. Tutkimuksen kaikissa määrällisissä päätulosmuuttujissa tapahtui myönteisiä muutoksia, joista suuri osa oli tilastollisesti merkitseviä. Erityisen merkittävää oli GDS-mittarilla arvioidun masennuksen lieveneminen interventioyhtymässä.

Seuraavassa ovat tutkimuksen tilastolliset päätulokset interventioyhtymän osalta:

- masennus väheni
- mieliala nousi
- ahdistuneisuus väheni
- elämänlaatu koheni
- elämänhallinnan kokemus koheni
- toiveikkuus tulevaisuuden suhteen lisääntyi
- yksinäisyys koettiin vähemmän haitalliseksi
- välineellinen toimintakyky koheni

Yksittäisten asiakasprosessien laadullinen tarkastelu toi esiin variaation sekä osallistujien alkutilanteissa että masennuksen merkityssisällöissä ja tuen tarpeissa. Asiakkaiden tilanteiden muutokset intervention aikana vaihtelivat sekä arvioidulta suuruudeltaan että merkitykseltään.

Tulosten perusteella interventio onnistui hyvin, mutta toimivien yhteistyökäytäntöjen synnyttäminen kunnallisessa palvelujärjestelmässä olisi vaatinut pidemmän aikajänteen. MielenMuutos -masennuksenhoitomalli muodostaa kuitenkin hyvän pohjan ikäihmisten mielenterveys-työlle kunnallisessa palvelujärjestelmässä. Moniammatillisen mielenterveystiimin luontevin tukikohta on terveyskeskus, josta käsin ammattilaiset voivat jalkautua asiakkaiden luo ja jossa yhteistyö muiden toimijoiden kanssa järjestyy helpoiten. Yhteydet erikoissairaanhoidon vanhuspsykiatriaan ovat tärkeitä erityisesti vakavista häiriöistä kärsivien asiakkaiden kohdalla. Psykososiaalisella ja sosiokulttuurisella ryhmätoiminnalla on keskeinen rooli. Sitä voivat kunnan lisäksi järjestää kolmannen sektorin toimijat, kuten järjestöt ja seurakunnat. Tärkeää on, että ikäihmiset pääsevät palveluiden äärelle, mitä työntekijöiden jalkautumisen lisäksi vahvistaa asianmukaisen kuljetusavun tarjoaminen.

Sammandrag

I det tredelade forsknings- och utvecklingsprojektet MielenMuutos (Sinnesförändring), ordnat av Centralförbundet för de gamlas väl, undersöktes åldrande personers mentala hälsa och välmående samt gjordes utvecklingsarbete, som anslöt sig till ämnet. I MielenMuutos-depressionsprojektet strävade man till att (1) befrämja undersökningen och utvecklingsarbetet av de finländska åldrande personernas mentala hälsa samt (2) utveckla en modell för vården av de åldrandes depression, som anpassar sig till finländska förhållanden samt granska modellens inverkan på forskningskommunen. Vid planeringen av vårdmodellen utnyttjades de senaste forskningsrönen och god praxis.

I interventionsundersökningen deltog 139 stycken esbobor, alla över 60 år gamla, som led av depression. På basis av sitt bostadsområde, delades de upp i interventions- och jämförelsegruppen. Interventionen utfördes av en multiprofessionell grupp, som rörde sig till fots. Gruppen bestod av en psykiatrisk sjuksköterska, fysioterapeut och en psykolog. Kärnprinciperna i interventionen var att gruppen rörde sig till fots, att man fastställde målen tillsammans med kunderna, att stress kundens kraftresurserna samt att skraddarsy den individuella och smidiga vården. Väsentligt var även samarbetet med de andra instanserna och de anhöriga, som vårdade kunderna. Vården bestod av servicehandledning, psykosocial gruppverksamhet, fysisk träning och individuell terapi.

Jämfört med sedvanlig vård av depression, förbättrade MielenMuutos -interventionens skraddarsydd vård de deprimerade åldrandes liv på många sätt. I undersökningens alla kvantitativa variabler i huvudresultatet skedde positiva förändringar, av vilka en stor del var statistiskt sett betydande. Speciellt betydande var lindringen av depression i interventionsgruppen, mätt med GDS-mätare.

I det följande räknas de statistiska huvudresultaten upp för interventionsgruppens del:

- depressionen minskade
- humöret steg
- ångesten minskade
- livskvaliteten förbättrades
- känslan av att styra sitt eget liv förbättrades
- optimismen om framtiden ökade
- ensamheten kändes mindre skadlig
- funktionsförmågan med hjälpmedel förbättrades

En kvalitativ granskning av de enskilda kundprocesserna visade variationen både i deltagarnas utgångslägen samt i innehållets betydelse av depressionen och i behoven av stödet. Ändringarna i kundernas situationer under interventionen växlade både i storlek och i betydelse.

På basis av resultaten var interventionen lyckad, men att komma fram till fungerande samarbetsformer i det kommunala servicesystemet, skulle ha krävt mera tid. MielenMuutos -modellen för vård av depression bildar dock en god grund för mentalvården bland de äldre i det kommunala servicesystemet. Den naturligaste basen för det multiprofessionella mentalvårds-teamets arbete är hälsovårdscentralen, från vilken de professionella kan nå sina kunder till fots och där samarbetet med de andra verksamma i gruppen är lättast att organisera. Kontakterna till specialistsjukvårdens åldringspsykiatri är viktiga, speciellt i de fall där kunden lider av allvarliga störningar. En central roll innehas av psykosocial och sociokulturell gruppverksamhet. Sådan kan ordnas, förutom av kommunen, även av aktörer inom den tredje sektorn, såsom organisationerna och församlingarna. Det är viktigt, att de äldre når fram till tjänsterna, vilket försäkras förutom genom att vårdpersonalen rör sig till fots och ytterligare förstärks genom utbudet av transporthjälp.

Abstract

The three-part research and practice development project ChangingMinds (MielenMuutos) at the Central Union for the Welfare of the Aged studied mental health and wellbeing in old age and aimed to improve care practices. The objectives of the ChangingMinds in Late-life Depression Project were to (1) advance research and practice development of mental health in old age in Finland, and to (2) develop a tailored care model for old age depression fitting to the Finnish circumstances. Importantly, the project also wanted to explore the model's effects on a community service system. In planning for the model, the latest research knowledge and good care practices were utilised.

The intervention study took place in the City of Espoo, southern Finland. Participants were 139 over 60 year-old people suffering from depression. They were placed into intervention and control groups depending on their residential area. The intervention was carried out by a multiprofessional team consisting of a psychiatric nurse, a physiotherapist and a psychologist. The main principles of action contained visiting clients at home, defining treatment objectives together with clients, resource orientation, and individual and flexible tailoring of treatments. Collaboration with other professionals and family was also central to the intervention. The varying treatments included care management, psychoeducation, psychosocial and sociocultural group activities, physical exercise, and individual therapy.

Compared to the usual care of depression in the control group, the tailored treatment in ChangingMinds intervention managed to improve the lives of depressed older people in many ways. The main outcome measures all showed positive changes, most of which were also statistically significant. Particularly important was the decrease of depression in the intervention group as measured by GDS scale.

The main statistical study outcomes for the intervention group were:

- decreased depression
- decreased anxiety
- improved mood
- improved quality of life
- improved life management
- increased future confidence
- experiencing loneliness as less harmful
- improved ability in everyday activities

Qualitative research of individual client cases revealed a wide variation in participants' life situations in the beginning of the intervention, as well as in the meanings they gave to depression, and in their needs of support. Changes in their situations during the intervention varied in terms of their estimated degree and significance.

The study results show that the ChangingMinds in Late-life Depression Project succeeded in fulfilling its objectives. Yet, establishing good collaborative working practices between different professionals in the community would have required more time. However, even now the ChangingMinds depression treatment model forms a good basis for planning mental health care of older people in a community service system. The natural habitat for a multiprofessional mental health team is community health care centre. From there, professionals can visit their clients at home and collaborate with other relevant actors easily. Contacts to care units of old age psychiatry are important particularly in treating clients suffering from severe mental conditions. Psychosocial and sociocultural group activities have an important function to play. Groups can be arranged, for example, by third sector organisations and local parishes. A very important thing for older people is to have access to the services. Besides home visits, this can be helped by organising appropriate transport.

JOHDANTO

Marjatta

Kun Marjatta täytti 80, hän oli sopinut lähtevänsä kylpylämatkalle tyttärensä ja miniänsä kanssa. Matka oli syntymäpäivälahja lapsilta ja näiden perheiltä. Syntymäpäivän lähestyessä Marjatta tunsikin kuitenkin itsensä äärettömän uupuneeksi ja halusi perua koko matkan. Houkuttelu oli turhaa – lopputuloksena oli itkuinen mummi ja turhautuneet lapset.

Marjatta oli ikäisekseen hyvässä kunnossa. Verenpainetauti ja diabetes pysyivät hallinnassa lääkityksellä ja vaikka liikkuminen oli käynyt hieman vaivalloiseksi, Marjatta näytti lapsista sopeutuneen hitaampaan ja kotikeskeisempään elämäänsä. Hieman heitä huolestutti se, että Marjatta vietti niin paljon aikaa yksin kotona, mutta kun he kyselivät harrastuksista ja menoista, Marjatta vastasi, ettei jaksanut eikä välittänyt enää osallistua eläkeläispiiriin ja voimisteluryhmään tai käydä luentotilaisuuksissa ja teatterissa. Sitä paitsi kenen kanssa edes lähtisi, kun ystävät olivat enimmäkseen kuolleet tai sairaita.

Marjatta oli jäänyt leskeksi neljä vuotta aiemmin ja menettänyt kolme läheisintä ystäväänsä muutaman viimeksi kuluneen vuoden aikana. Viime aikoina Marjattakin oli alkanut tunkea itsensä heikoksi ja väsyneeksi. Kivut, jotka aikaisemmin olivat olleet siedettäviä, olivat nyt vaikeita kestää. Ajatukset pyörivät väkisin niiden ympärillä. Myös tulevaisuus huolestutti Marjattaa. Mitä jos kunto heikkenisi niin, ettei enää kykenisi asumaan kotona? Marjatta oli käynyt useita kertoja terveyskeskuksessa ihmettellemässä, mistä väsymys ja kivut voisivat johtua. Tutkimuksia oli tehty, mutta varsinaista syytä ei löytynyt. Lääkärikin oli hieman ymmällään, mutta arveli sitten, että mielialalääkkeestä saattaisi olla apua. Marjattaa psyykenlääkkeiden käyttö arvelutti, sillä hän ei kokenut olevansa mieleltään sairas.

Mistä Marjatan tilanteessa oli kyse? ”Normaalialavireisyyttä”, kommentoi yksi hänen lapsistaan. ”Selvä masennus”, arveli toinen. Asiaa voi lähestyä useasta näkökulmasta, ja vastauksiakin on siten enemmän kuin yksi. Läkään ihmisen alavireisyys on normaalia, mikäli normaalilla tarkoitetaan tilastollisesti tavanomaista. Joidenkin arvioiden mukaan jopa viidennes eläkeikäisistä ihmisistä kärsii lievistä masennusoireista. Marjatan kohdalla kyseessä voi olla myös ”oikea” masennus eli depression diagnostiset kriteerit täyttävä tila.

Psykykinen hyvinvointi on monitahoinen ilmiö, joka vaihtelee elämänvaiheesta toiseen ja saa eri tilanteissa erilaisia merkityksiä. Myös ajoittainen alavireisyys, levottomuus ja ahdistuneisuus kuuluvat elämään, eikä niitä tule automaattisesti pitää häiriöinä tai sairauksina. Menetykset, muutokset ja epävarmuus voivat synnyttää iäkkäässä ihmisessä psyykkistä stressiä ja epämieluisia tunnereaktioita, mutta hyvässä tapauksessa ne menevät aikanaan ohi tai ainakin lievenevät. Ihminen, jolla on riittävästi henkilökohtaisia voimavaroja ja sosiaalista tukea, kykenee useimmiten palauttamaan psyykkisen tasapainon muutosten ja kriisien jälkeen. Aina ei kuitenkaan käy yhtä hyvin. Psykykinen stressi, alakulo ja ahdistus saattavat jää-

dä pysyviksi seuralaisiksi, ja yritykset vapautua niistä saattavat joskus jopa pahentaa tilannetta. Silloin tarvitaan ulkopuolista apua.

Kun nuori tai työikäinen ihminen jää kotiin ja peruu menojaan alavireisyyden vuoksi, ympäristö yleensä huolestuu asiasta. Ainakaan ei ajatella, että ”se kuuluu nuoruuteen” tai ”se kuuluu keski-ikään”. Vanhan ihmisen kohdalla voi olla toisin. Iäkkään ihmisen vetäytyminen tai sosiaalinen eristäytyminen ei välttämättä herätä lähiympäristössä tai hoitoammattilaisissa ajatuksia erityisen tuen tarpeesta. Toisaalta viime vuosikymmeninä iäkkäisiin ihmisiin on alkanut kohdistua yhtä enemmän aktiivisuuteen liittyviä odotuksia. Aktiivisesta ikääntymisestä on tullut ihanne, jota kohti eläkeikäisten ihmisten tulisi kaikin keinoin pyrkiä. Tällaisessa ilmapiirissä voi olla vaikea erottaa toisistaan luontevaa elämänrytmin rauhoittumista ja masennuksen aiheuttamaa elämänhalun vähenemistä. Ristiriitaista kyllä, ikäihmisen masennus voi siis yhtäältä jäädä virheellisesti tunnistamatta mutta toisaalta mitä tahansa surumielisyyttä tai omissa oloissaan olemista voidaan epäillä masennukseksi.

”Mielenterveys näyttäyty 2000-luvulla uudenaikaisessa valaistuksessa. Se on saanut selkeän kansainvälisen ja myös kansallisen näkyvyyden politiikkatason asiakirjoissa. Se on noussut varteenotettavaksi kansanterveydelliseksi haasteeksi.” Näin kirjoitti mielenterveystyötä ja kansainvälistä terveystalitiikkaa vuosikymmeniä seurannut psykiatri ja sosiaali- ja terveysministeriön eläkkeellä oleva ylijohtaja Jarkko Eskola artikkelissaan vuonna 2007. Myös ikäihmiset näyttäytyvät nykyään ainakin ohjelmatasolla mielenterveyspalveluiden kannalta tärkeänä ryhmänä (esim. Pietilä & Saarenheimo 2010). Mutta näkyvätkö muutokset ja painotukset käytännössä? Eskolan mukaan näytöt puuttuivat ainakin vielä muutama vuosi sitten. Ongelmien laajuuteen nähden mielenterveystyö on edelleen marginaalissa ja ikäihmisten mielenterveystyö marginaalin marginaalissa. ”Masentunut vanhus” on leima, joka näyttää määrittävän ihmisen yhteiskunnassa ”toiseksi”. ”Toiset” saattavat olla palveluissa periaatteessa yhdenvertaisia muiden kanssa, mutta palveluita ei yleensä suunnitella heidän näkökulmastaan.

Tässä raportissa tarkastellaan ikäihmisten masennusta sekä kansainvälisen kirjallisuuden valossa että empiirisen tutkimuksen keinoin. Raportin toivotaan löytävän tiensä monenlaisten ihmisten käsiin. Yhteiskunnan päättäjille ja suunnittelijoille se tarjoaa tutkittua tietoa myöhäisen iän masennuksen erityispiirteistä ja hoidon mahdollisuuksista. Ammattilaisille sekä vanhustyössä että mielenterveystyössä se antaa välineitä masentuneen ikäihmisen kanssa työskentelyyn ja moniammatillisen yhteistyön kehittämiseen. Masennuksesta kärsiville ikäihmisille ja heidän läheisilleen se voi avata uutta ymmärrystä ihmisen mielen toimintaan ja siihen, miten mielialaan voi vaikuttaa. Raporttia voi käyttää oppikirjana sekä ammatillisessa perus- että täydennyskoulutuksessa. Kyseessä on myös tutkimusraportti, joka esittelee yhden tavan toteuttaa interventiotutkimusta kuntaympäristössä. Tutkimuksessa on yhdistetty tilastollinen tarkastelu hoitoprosessien laadulliseen analyysiin, joten se avaa monenlaisia näkökulmia sekä masennusilmiöön että vanhenemiseen.

Kirjallisuus

Eskola, J. (2007). Marginaalista terveystalitiikan keskiöön? Tuhat sanaa mielenterveydestä.

Yhteiskuntapolitiikka, 44, 191-193.

Pietilä, M., & Saarenheimo, M. (2010). Ikäihmisten mielenterveys: Julkiset käsitykset, tavoitteet ja käytännöt.

Vanhustyön keskusliitto. Loimaa: Newprint.

1. MASENNUS YHTEISKUNNASSA

Maailma on tosiasia, mutta ilmiöiden merkitykset luodaan sosiaalisesti inhimillisessä toiminnassa. Siten merkitykset myös vaihtelevat historiallisen ajan ja paikan mukaan. Mielenterveyteen liittyvien käsitysten historiaa ja muutosta voidaan selvittää tarkastelemalla, miten ongelmien luonne, syyt ja hoitaminen on kulloinkin ymmärretty.

Linearisesti etenevässä historiankirjoituksessa ei välttämättä tule esiin, että samanaikaisesti esiintyy aina monenlaisia ajatusrakennelmia. Esimerkiksi mielenterveysongelmia on selitetty samassakin ajassa eri tavoin. Käsitykset eivät ole pysyviä vaan muuttuvat myös spiraalimaisesti siten, että uudet materiaaliset olosuhteet, keksinnöt ja aatevirtaukset synnyttävät uutta ymmärrystä samalla kun aiemmat teoriat tulevat uudestaan arvioitaviksi. Pitkänä historiallisena kaarena voidaan nähdä ajallisia siirtymiä mielenterveysongelmien selittämisessä esimerkiksi fysiologisilla, uskonnollisilla ja psykologisilla syillä. Tällä hetkellä ongelmat ymmärretään erityisesti perinnöllisyyden, aivokemian ja elämäntapahtumien kautta, joko yksittäin tai yhdessä. Selitykset ovat eri tavoin seuraamuksellisia yhteiskunnan ja yksittäisten ihmisten kannalta: onko ongelmista kärsivää ihmistä esimerkiksi tarpeen rangaista vai hoitaa? Hoidetaanko lääkkeillä vai muuten? Mitä hoidolta odotetaan? Seuraavassa katsahdamme tarkemmin masennuksen ymmärtämisen historiaan ja nykypäivään löytääksemme vastauksia näihin kysymyksiin.

Masennuksen historiaa

Sapesta serotoniiniin

Masennusta on aikojen saatossa selitetty monenlaisilla syillä, joiden mukaisesti siihen on kehitelty erilaisia hoitoja. Varhaisin länsimaisen historian tuntema masennuksen ja sen hoidon kuvaaja on antiikin Kreikan lääkäri Hippokrates. Noin 400 vuotta ennen ajanlaskumme alkua hän kutsui melankoliaksi erityistä raskasmielisyyden, hitauden ja vetäytymisen tilaa, joka silloisen lääketieteen humoraali- eli kehon nesteopin mukaan johtui mustan sapen (kr. melan chole) epätasapainosta kehossa. Tilaa tuli hoitaa suonenuiskulla, kuppauksella, ulostus-, oksennus- ja hikoilulääkkeillä sekä ruokavaliolla. Humoraalioppi vaikutti lääketieteen käsityksiin ihmiskehon ja -mielen toiminnasta osittain 1800-luvulle saakka. (Esim. Solomon 2002.) Antiikin aikaan oltiin toisaalta kiinnostuneita ihmismielen toiminnasta myös filosofisessa mielessä (esim. Hague 2004), ja psykoterapeuttisia menetelmiä kehiteltiin islamilaisissa maissa ajanlaskumme alkuvuosiatoina.

Varhaiskeskiajan ja keskiajan kristillisyydessä järjen menettäminen ymmärrettiin merkiksi Jumalan epäsuosiosta ja synnin palkaksi, ja melankolinen tila vertautui tuonpuoleisiin helvetin tuskiin (Solomon 2002). Teologi Paavo Kettunen on huomauttanut kirjassaan ”Suomalainen rippi” (1998), että masentuneet ihmiset saattavat nykypäivänäkin etsiä synninpäästöä. Masennuksen vieläkin koettu leimaavuus voi liittyä tämänkaltaiseen ajatteluun, jossa masennus seuraa rangaistuksena ihmisen vääristä teoista tai perustavanlaatuisesta pahuudesta. Kristilli-

syyden rinnalla säilyneissä animistisissä käsityksissä masennusoireiden katsottiin kuvastavan sielun pyrkimystä vapautua riivaajista (esim. Solomon 2002). Mielisairaiden eristämisestä muusta yhteisöstä omiin instituutioihinsa on tietoa varhaiselta keskiajalta erityisesti islamilaisista maista (Achté 1961; Forsius 2005). Länsimaiden ensimmäinen tunnettu psykiatrinen sairaala alkoi hoitaa psykiatrisia potilaita Lontoossa 1300-luvulla aiemmin luostarina toimineessa Bedlamissa (Bethlem Royal Hospital... 2010).

Solomonin (2002) mukaan piinatusta mielestä tuli renessanssin aikaan arvokas ja melankoliasta hienostunutta. Uskonnollisessa katsannossa melankolia merkitsi tällöin kaipuuta taivaan jumalaiseen kotiin, kun taas maallisesti se yhdistettiin nerouteen ja innoitukseen. Edelleen keskustellaan monesti siitä, onko tietynlainen hulluus taiteellisen luovuuden edellytys vai este. Sosiologi Ilpo Helén (2007) huomauttaa, että toisaalta renessanssiajan lääketieteen iatrofysisten, -mekaanisten ja -kemiallisten selitysten myötä palattiin jälleen myös kehoon, kun erilaisia elämän ilmiöitä selitettiin fysiikan laeilla tai kemiallisilla prosesseilla. Melankolian nähtiin tällöin johtuvan esimerkiksi verenkierron ja aivojen ”hermostoeetterin” virtauksen epätasapainosta tai hidastumisesta (Helén 2007).

Historioitsija Markku Kekäläisen (2010) mukaan ”hulluus tai pikemminkin järjettömyys” alkoi täyttää spitaalini jättämää tilaa yhteiskunnallisen ”poissulkemisen sydämessä” 1600-luvun puolivälistä alkaen. Vuonna 1656 Pariisissa perustettu Hôpital Général -laitos merkitsi filosofi Michel Foucaultille (2006) käännettä suhtautumisessa hulluuteen, kun mielisairaita ihmisiä alettiin tuottamattomina teljetä laitoksiin, joilla oli asukkeihinsa täydellinen tuomio-, rankaisuja kurinpitovalta. Lääkinnällisiä tai parantavia tavoitteita hospitaaleilla sen sijaan ei ollut (Foucault 2006). Renessanssin ”dialogin sijaan jäi vain järjen monologi hulluudesta” (Kekäläinen 2010.) Suomessa perustettiin vuonna 1619 Seilin saareen leprasairaala ja houruinhoitola, joka toimi 350 vuoden aikana ensin spitaalisten ja sitten hullujen tai muulla tavoin sairaiden ja epäkelvoiksi katsottujen ihmisten eristyspaikkana (Spitaalisten... 2004).

Valistuksen aikaan 1700-luvulla monien fysiologisten toimintojen katsottiin voivan aiheuttaa vakavia mielisairauksia (esim. Minois 1999). Toisaalta melankolia nähtiin myös aikaansa leimaavaksi yhteiskunnalliseksi ilmiöksi: suhteessa esimoderniin moderni aika merkitsi eroa yhteisöllisistä maailmanselityksistä ja eksistentiaalista yksinäisyyttä (Tuohela 2006). Tällainen näkemys on nykyään masennuksen yhteiskunnallisen selittämisen peruspilareita. Helén (2007) toteaa, että valistuksen vuosisadan lopulla niin kutsutussa mielenfilosofiassa esitettiin ajatus, että ihmisen persoonallisuus toimii itseä, omia toimia, ajatuksia ja tunteita koskevan tietoisuuden varassa. Melankolian kaltaiset ”hullut tai järjettömät” mielenliikkeet alettiin nähdä uudessa valossa, kun ne ymmärrettiin tunteisiin liittyviksi hermostollisiksi sairauksiksi. Moderni psykiatria ja mielisairaalalaitos alkoivat kehittyä. (Helén 2007.) Kekäläisen (2010) mukaan valistuksen uudistukset merkitsivät tieteellistä mutta ennen kaikkea moraalista, oikaisevaa puuttumista hulluuteen. Mielisairaalat erikoistuneine henkilökuntineen voidaan katsoa foucaultlaisittain kuriyhteiskunnan ilmentymäksi, jonka myötä yksilöllistävä vallankäyttö tunkeutui kaikkialle. Lääketieteessä tämä toteutui lääkärin yksittäisiin potilastapauksiinsa kohdistamassa ”kliinisessä katseessa”. (Foucault 2003; Kekäläinen 2010.)

1800-luvulla psykiatri Wilhelm Griesinger määritteli mielisairaudet somaattisiksi aivosairauksiksi ja kannatti niistä kärsivien avohoitoa. Kollega Emil Kraepelin katsoi mielisairaudet samoin perustaltaan biologisiksi ja myös perinnöllisiksi sekä luokitteli skitsofrenian ja maanisdepressiivisyyden mielisairauksien päätyypeiksi. (Berrios & Porter 1995.) Seuraavat 100 vuotta nämä diagnoosiluokat olivat ”länsimaisen psykiatrian kivijalka” (Helén 2007). Samoihin aikoihin kehittyi frenologia, jossa ihmisen henkistä elämää ja persoonallisuutta pyrittiin analysoimaan kallonmuodon perusteella. Frenologiassa katsottiin myös, että aivojen eri alueet olivat erikoistuneet eri tehtäviin. (Esim. Wyhe 2010.) Eugeenikot puolestaan halusivat jalostaa ihmiskunnan parasta geeniperimää esimerkiksi valikoivalla sterilisaatiolla, joka kohdistui myös mielenterveysongelmaksiin ihmisiin (esim. Thomson 1998). Nykyisin lisääntyvää tietoa geenien ja perinnöllisyyden vaikutuksista sairastavuuteen, mahdollisuuksia käyttää tätä tietoa väärin sekä syntyvyyden sääntelyä sikiöseulontojen pohjalta on problematisoitu myös eugeniikan näkökulmasta (esim. Galton 2002).

1800-luvun lopulla psykologia alkoi kehittyä omaksi tieteenhaarakseen, erilleen filosofiasta. Lääkäri ja psykologi Wilhelm Wundt perusti ensimmäisen kokeellisen psykologian laboratorion Leipzigin yliopistoon vuonna 1879 (Rieber & Robinson 2001). Sigmund Freud (2005) vaikutti ajatteluun psykopatologioiden syistä ja hoidosta kehittämällä varhaislapsuuden ja tiedostamattoman merkitykseen keskittyvää psykoanalyttista teoriaa ja terapiaa. Psykoanalyysi laajeni sittemmin käsittämään erilaisia psykodynaamisia teorioita ja hoitomuotoja. Berriosin (1996) mukaan psykiatristen tilojen psykologinen selittäminen yleistyi, kun somaattisia oireita alettiin pitää liian epätarkkoina diagnoosiperusteina. Toisaalta mielisairaudet katsottiin edelleen helposti parantumattomiksi: kerran hullu on aina hullu (Berrios 1996). Tämänäyttöinen kohtalonskoinen ajattelu voi edelleen olla osittain mielenterveysongelmien stigmatisoinnin taustalla.

Helén ja Jauho (2003) toteavat, että eugeniikan perintönä 1900-luvun alun Euroopassa oli suosittua katsoa yksilön ”moraalisen” poikkeavuuden, kuten mielisairauden, juontuvan tämän biologisen ”elämänaineksen” heikkoudesta. Mielisairauksiin kiinnitettiin Suomessakin huomiota kansantaloudellisena rasituksena, ja valtiollista mielisairaanhoidoa ryhdyttiin suunnittelemaan kunnallisen köyhäinhoidon sijaan. Mielenvikaisuutta alettiin 1920-luvulta lähtien määrittää rotuhygieenisestä näkökulmasta kansanterveys- ja väestökysymykseksi. (Helén & Jauho 2003.) Sosiaalihuollossa oli vuoden 1879 vaivahoitoasetuksesta alkaen vallinnut kovan kontrollin ajattelu, jonka mukaan vialliset ja poikkeavat yksilöt uhkasivat yhteiskuntaa. Sterilointikomitean vuoden 1929 mietinnössä katsottiin yhteiskunnalliseksi velvollisuudeksi poistaa väestöstä perintötekijöiltään huonoksi katsottu aines. Vuosien 1935 ja 1950 pakkosterilointilait perustuivatkin mielenvikaisuuden pitämiseen perinnöllisenä. (Mattila 2003.) Rodunjalostukseen ja julkisten kustannusten hillintään tähdännyttä pakkosterilointia harjoitettiin samoihin aikoihin monissa muissakin maissa (ainakin Saksassa, Sveitsissä, Ruotsissa, Norjassa, Kanadassa, USA:ssa, Australiassa ja Japanissa). Eugeeninen aate kulminoitui fasismissa ja kommunismissa, joiden tuhoamistyön kohteeksi joutuivat myös mielenterveysongelmaiset ihmiset (esim. Burleigh 1994; Ougrin ym. 2006; Krosnar 2008).

Psykiatrinen hoito tieteellistyi ja kemiallistui 1950-luvulla psykofarmakologian kehittymisen ja uusien keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden myötä. Psykiatristen ongelmien hoitovälikoima ja hoidettavuus paranivat, hoito inhimillistyi ja leimaaminen väheni hieman. (Eskola & Karila 2007.) Kriittisesti lääketeollisuuden ja mielenterveysongelmien suhteita tarkastellut psykiatri David Healy (2004) toteaa, että trisykliset masennuslääkkeet kehittyivät muiden lääkkeiden sivutuotteena. Rauhoittavia lääkkeitä alettiin käyttää myös jokapäiväisen ahdistuksen eli ”hermojen” hoitoon. Bentsodiatsepiinit olivat yleisessä käytössä lähes 30 vuotta, kunnes ne 1980-luvulla saivat osakseen laajaa kritiikkiä lamaavan vaikutuksensa ja aiheuttamansa riippuvuuden vuoksi. Ensimmäiset uuden polven masennuslääkkeet, kuten Prozac, syntyivät rauhoittavien lääkkeiden kehittämistyössä. (Healy 2004.) Nämä serotoniinin takaisinottoa aivoissa estävät SSRI -lääkkeet ovat aiempaa helppo- ja monikäyttöisempiä. Niiden tulo markkinoille on suurelta osin vaikuttanut siihen, että masennuslääkkeiden käyttö Suomessa on yli kaksinkertaistunut viimeksi tilastoidun 12 vuoden aikana (1997–2009). (Pirkola & Sohlman 2005.) Noin seitsemän prosenttia suomalaisista eli noin 350 000 henkilöä sai mielialalääkkeistä Kela-korvauksia vuonna 2009. Erytisen helposti mielialalääkkeitä määrätään iäkkäille ihmisille. (SOTKANet.)

1960-luvulla psykiatriaa pyrittiin tieteellistämään kehittämällä edelleen oireenmukaista DSM-diagnosijärjestelmää (Diagnostic and statistical manual of mental disorders), jonka ensimmäinen versio julkaistiin vuonna 1952. Nykyisin neljänteen versioonsa ehtineeseen luokitukseen sisältyy myös vakava masennustila (major depression). Samoihin aikoihin vaikutti toisaalta voimakas antipsykiatrinen liike, jossa arvosteltiin sekä psykiatrista teoriaa että käytäntöjä, erityisesti diagnosoinnin epämääräisyyttä, ylisuuria mielisairaloita ja psyykenlääkitystä mutta myös sosiaalisten tekijöiden ohittamista psyyken ongelmien taustalla ja potilaiden leimaamista sairaiaksi (esim. Eskola & Karila 2007). Radikaaleimman antipsykiatrisen tulkinnan mukaan mielenterveyden häiriöissä on kyse vain normeja rikkovan yksilön leimaamisesta (Kaltiala-Heino ym. 2001). 1970-luvulla psykologit ja psykoanalyttisesti suuntautuneet psykiatrit vastustivat tuolloista versiota DSM-luokituksesta esittämällä, että mielenterveyden häiriöt eivät kuulu lääketieteen piiriin vaan juontuvat ja tulee hoitaa ihmisen sosiaalisessa ympäristössä (Kirk & Kutchins 1992).

Psykiatriin diagnooseihin liittyy edelleen niin teoreettisia kuin käytännöllisiäkin ongelmia. Psykiatrian ongelmana on ensinnäkin todistaa kohteensa todelliseksi, koska se ei ole selkeästi nähtävissä vaan ilmenee ihmisten kokemuksina (Hautamäki 2007). Aivojen kuvantamistutkimukset saattavat tuoda tähän muutosta tulevaisuudessa, kun kokemuksia voidaan tarkastella suhteessa samanaikaisesti aivotason tapahtumiin. Tällä hetkellä ei ole yksimielisyyttä psykiatristen tilojen syistä, seurauksista tai hoidoista. Esimerkiksi sama diagnoosi saattaa ilmetä hyvin erilaisena eri ihmisillä, sen takana voidaan nähdä erilaisia syitä ja sen voidaan katsoa eri tilanteissa edellyttävän erilaista hoitoa (Cheshire & Pilgrim 2004).

**Sanat asenteiden peilinä:
ihmisen ja ongelman nimeäminen**
(mukaillen Eskola 2007)

- Pahojen henkien riivaama (kirkko) –1800
- Houruna hospitaaliin eristettävä (Seili) 1720–
- Hourinhoitoon määrätty (Lapinlahti) 1840–
- Sielultaan häiriintynyt (Suomen Mielenterveysseura) 1897
- Mielisairaslaki 1937
- Psykiatrinen potilas 1970–
- Mielenterveyslaki 1992
- Mielenterveysongelmainen, kokemusasiantuntija 2000–

**Laitoksesta ennaltaehkäisyyn
modernissa Suomessa**

Suomalainen terveystaloudellinen politiikka muuttui 1960-luvun lopulla, kun esiin nousi ajatus yksilön oikeuksista ja yhteiskunnallisesta tasa-arvosta (Helén & Jauho 2003). Jarkko Eskola (2007) huomauttaa, että vaikka mielenterveyspoliittiset päätökset heijastavat aikansa sosiaalisia normeja ja arvoja, ne liittyvät aina vahvasti myös julkisiin investointeihin. Vuonna 1972 uudistettuun kansanterveyslakiin ei esimerkiksi sisällytetty velvoitetta väestön mielenterveysshuoltoon, ja eduskunnassa mielenterveystyön mainitsemista osana kansanterveystyötä vastustettiin. Mielenterveysajattelussa korostui kuitenkin yhä enemmän yksilön henkilökohtaisen psykologian ymmärtäminen ja hallinta (Helén 2005), ja psykologien työsarkaa laajennettiin terveyskeskuksiin. Kunnat pitivät kiinni valtionosuuteen oikeuttavasta halvasta joskin laitostavasta mielisairaanhoidosta. Mielisairaaloissa olevista potilaista valtaosan todettiin kuitenkin olevan somaattisen pitkäaikaishoidon, kehitysvammahuollon tai tuetun avo- ja asuntola-hoidon tarpeessa. (Eskola & Karila 2007.)

1980-luvulla avohoidosta ja ennaltaehkäisystä tuli psykiatrian ja muun mielenterveystyön keskeisiä suuntauksia (Salo 1996). Mielenterveystyön komitea esitti vuonna 1984 mielenterveyslain sisällöiksi korjaavaa, ehkäisevää ja rakentavaa mielenterveystyötä. Rakentavan eli edistävän mielenterveystyön tavoitteiden saavuttamisen kannalta tärkeäksi todettiin sosiaalisesta ympäristöstä huolehtiminen eli yhteiskunnan sosiaalipolitiikka. Ehkäisyllä tarkoitettiin yhteisöissä ja yksilöissä ilmenevien biologisten, psyykkisten ja vuorovaikutuksen riskitekijöiden tunnistamista sekä niiden epäsuotuisan kehittymisen estämistä. Korjaavaa mielenterveystyötä suunniteltiin toteutettavan avohoidon, porrasteisuuden ja moniammatillisuuden periaatteilla. (Kokko 2004.) Periaatteet kuulostavat edelleen hyvin ajankohtaisilta (vrt. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009).

Vuosikymmenen taitteessa muodostettiin yhtenäiset sairaanhoitopiirit, ja psykiatriasta tuli osa muuta erikoissairaanhoitoa. Laitoskeskeistä järjestelmää alettiin purkaa suunnitellusti, mutta 1990-luvun talouslama johti sen hallitsemattomaan alasajoon. Suunniteltu avohoitosektorin laajentaminen ei toteutunut ja palvelut taantuivat. Rakentavan mielenterveystyön näkökulma eli ihmisen ympäristösuhteiden pohdinta katosi psykiatriasta ja korvautui lääketieteellisellä preventionäkökulmalla. (Eskola & Karila 2007.)

Masennuksesta tuli mielenterveyspalvelujen keskeinen kohde 1980-luvun lopulla (esim. Helén 2005). Suomessa toteutettiin 1980- ja -90-luvuilla useita mielenterveysongelmien ehkäisyyn ja hoitoon liittyneitä kansallisia tutkimus- ja kehittämishankkeita, joista valtaosaan masennus liittyi oleellisesti (Skitsofreniaprojekti, Itsemurhaprojekti, Mieli maasta -hanke, Mielekäs elämä -ohjelma, Pääsky-ohjelma; Eskola & Karila 2007). Mielekäs elämä -ohjelmassa (Taipale 1996) todettiin, että mielenterveyspotilaille ei ollut taattu muiden potilasryhmien tapaan oikeutta hyvään ja tarpeenmukaiseen hoitoon ja että iäkkäiden ihmisten mielenterveysongelmien tunnistaminen sekä mielenterveyspalvelut olivat mielenterveystyön kaikkein vähiten resursoitu alue. Suomi otti mielenterveyskysymykset ensimmäisen Euroopan unionin puheenjohtajakautensa avaintemaksi vuonna 1999 motolla ”ei ole terveyttä ilman mielen-terveyttä” (Eskola & Karila 2007).

2000-luvulle tultaessa keskeisin hallinnollinen muutos oli mielenterveyspalvelujen siirtäminen erikoissairaanhoidosta kokonaan tai osittain terveyskeskuksen toiminnaksi. Depressiohoitajat ja psykiatriset sairaanhoitajat ilmestyivät terveyskeskuksiin, mutta edelleen avopalvelu tarkoittaa pääasiassa ajanvarausvastaanottoa. Avopalveluihin tarvittaisiin kuitenkin myös liikkuvuutta ja päivystystä. (Wahlbeck & Pirkola 2008.)

Suomessa toteutettiin vuosina 2003–6 suuri kehittämiskokonaisuus, kun sosiaali- ja terveysministeriö tuki 90 mielenterveys- ja päihdepalveluhanketta (Kansallinen mielenterveys- ja päihdetyön... 2007). Depression käypä hoitosuositus (2009) totesi masennuksen keskeiseksi kansanterveysongelmaksi ja perusterveydenhuollon painopistealueeksi. Vuonna 2005 sosiaali- ja terveysministeriö ryhtyi eduskunnan aloitteesta laatimaan Suomelle kansallista mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaa. Mieli 2009 -työryhmän ehdotus mielenterveys- ja päihdepalveluiden järjestämiseksi (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009) on 25 vuoteen ensimmäinen kokonaisvaltainen mielenterveysasioiden tarkastelu Suomessa. Suunnitelmassa painotetaan erityisesti asiakkaan asemaa, mielenterveyden ja päihteettömyyden edistämistä, ongelmien ehkäisyä ja avohoitoa peruspalveluissa.

On paradigmaattisesti kiinnostavaa, että kustannustehokkuuden käsite ilmestyi suomalaisiin mielenterveyspoliittisiin suunnitelmiin vasta mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toteuttamiseen liittyvien asiakirjojen myötä (Stengård ym. 2009; Partanen ym. 2010). Tätä ennen suomalaisen mielenterveystyön kustannustehokkuutta ei ilmeisesti ole katsottu tarpeelliseksi arvioida, vaikka kansainvälisesti arviointia on harjoitettu pidempään (esim. Rost ym. 2005). Katsauksessaan Byford ja kumppanit (2003) toteavat kuitenkin, että aikuisten mielenterveyspalveluiden kustannustehokkuusarvioita on tehty edelleen liian vähän ja usein heikoin menetelmin. Azuetan ja muiden (2004) mukaan eri maissa tehtyjen kustannustehokkuustutkimusten tulosten yleistäminen on haasteellista johtuen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmien eroista.

Vakava masennus diagnosoidaan nykyään noin viidellä prosentilla suomalaisista, mikä tarkoittaa 250 000 ihmistä. Lievää ja keskivaikeaa masennusoireilua arvioidaan olevan noin 25 prosentilla eli 1 250 000 suomalaisella. (Pirkola & Sohlman 2005.) Mielialaongelmat vaikuttavat siis varsin yleisiltä, mutta ovatko ne lisääntyneet, löydetäänkö ne aiempaa useammin vai puhutaanko niistä vain enemmän? Joka tapauksessa mielenterveyspalveluita

ei ole edelleenkaan saatavissa riittävästi, pakkohoidon määrä on korkea ja laitoshoido sitoo resursseja estäen avohoidon kehittämistä (Wahlbeck & Pirkola 2008). Vuonna 2007 Wahlbeck pahoitteli mielenterveystyön pudonneen valtion ja kuntien asialistalta, sillä vain joka neljännessä kunnassa oli mielenterveystyön strategia vuonna 2005. Monissa kunnissa ei ollut mielenterveystyön johtajuutta eikä tietoa järjestöjen palveluista tai yhteistyötä niiden kanssa. Terveystyön varoista vain kymmenisen prosenttia käytettiin mielenterveyshäiriöiden hoitamiseen, vaikka neljännes suomalaisten sairaustaakasta johtuu niistä. Terveystyö keskittyi ravintoon ja liikuntaan, vaikka mielenterveyshäiriöt ovat työkyvyttömyyseläkkeiden suurin syy ja itsemurhat liikennettä suurempi kuolinsyy. (Wahlbeck 2007.) Mielenterveys on siten käytännössä edelleen palvelujärjestelmän 'pahnanpohjimmainen'.

Mielenterveys osana kansanterveyttä

Terveystyön painopiste on siirtynyt enenevästi korjaamisesta ehkäisyyn ja samalla yksilön vapauksista vastuuseen. Nykyisiä iskusanoja ovat terveyden edistäminen, ongelmien ennaltaehkäiseminen sekä varhainen tunnistaminen ja puuttuminen. Ajatus on, että on inhimillisesti ja kansantaloudellisesti kannattavinta pyrkiä luomaan olosuhteet, joissa ongelmia ei kehity tai jos kehitty, niihin pureudutaan mahdollisimman aikaisin. Edistäminen ja ehkäisy tuntuvat käytännössä kuitenkin herkästi hautautuvan näyttövaatimusten alle: niiden tehokkuutta voi olla vaikea mitata ja osoittaa. Toisaalta Stengård ja kumppanit (2009) huomauttavat, että ehkäisevän mielenterveystyön kustannustehokkuudesta ja vaikuttavien interventioiden kustannushyödyistä alkaa olla kansainvälisiin tutkimuksiin perustuvaa näyttöä. Esimerkiksi kunnissa saatetaan kuitenkin enenevästi toivoa, että mielenterveyttä edistäisi, ongelmia ehkäisisi ja varhain puuttuisi jokin muu taho kuin julkinen palvelujärjestelmä, lähinnä kolmas sektori (esim. Pietilä & Saarenheimo 2010), jolloin rahoitukseen ei tulisi suoraan kunnan budjetista.

Nykyisen mielenterveysajattelun kehityksessä on erotettavissa kolme linjaa. Mielenterveys on ensinnäkin nostettu ammatillisesti, organisatorisesti ja poliittisesti eristetystä asemastaan kansanterveyden piiriin kuuluvaksi asiaksi. Toiseksi yksilötason tarkastelusta on siirrytty väestölliseen mielenterveysnäkökulmaan sisällyttämällä mielenterveystieteitä kansanterveystieteeseen, -strategioihin ja -ohjelmiin. Kolmanneksi näkemys mielenterveydestä on positiivinen. Kun yhteiskunnallisten normien vastaiseksi nähty mielen toiminta on perinteisesti patologisoitu usein parantumattomaksi psyykkiseksi sairaudeksi, nykyisessä ajattelussa huomio kohdistetaan ihmisten mielenterveyttä ylläpitäviin voimavaroihin ja ongelmien ennaltaehkäisyyn. Tämä ajattelu ei kuitenkaan välttämättä ole muuttunut riittävässä määrin käytännön teoksi. Nykyisin on vahvoilla myös neurobiologinen näkemys mielenterveysongelmien perustasta, jolloin aivokemia ja hormonit katsotaan ratkaiseviksi psyyken toiminnassa (esim. Nestler ym. 2002). Esimerkiksi kuvannettaessa masentuneiden ihmisten aivojen toimintaa on huomattu eroavuuksia ei-masentuneisiin ihmisiin (esim. Lennox 2009). Mielenterveys liitetään kiinteästi myös työ- ja toimintakykyyn ja sitä kautta kansantalouksien kilpailukykyyn, mikä on keskeistä esimerkiksi EU:n asialistalla. Tässä kohtaa esimerkiksi iäkkäiden ihmisten mielenterveyden pohtiminen voi jäädä vähemmälle huomiolle.

Suomi on EU:ssa sitoutunut edistämään mielenterveyttä osana kansanterveysohjelmaansa. EU:n yhteisen mielenterveysstrategian tavoitteita ovat mielenterveyden tukeminen, mielenterveys ihmisoikeuskysymyksenä, leimaavuuden poistaminen, mielenterveysongelmien ja itsemurhien ehkäisy sekä erityisesti masennuspotilaiden avohoidon kehittäminen (Euroopan yhteisöjen komissio 2005). Masennus mainitaan yhdeksi suurimmista haasteista, ja siitä enustetaan kehittyneiden teollisuusmaiden toiseksi yleisintä kansanterveysongelmaa seuraavien 10 vuoden sisällä (myös WHO 2001). Kansainvälisessä mielenterveyspolitiikassa ikääntyvien ihmisten pääasiallisiksi ongelmiksi nähdään muistisairaudet ja masennus. Laitoshoitojärjestelmiä halutaan yleisesti purkaa ja avohoitoa edistää. Perusterveydenhuollon tietoa ja valmiuksia mielenterveyskysymyksissä halutaan lisätä. Pyrkimyksenä on edistää ihmisten kykyä selvittää muutoksista sekä osallisuutta yhteiskuntaan. (Pietilä & Saarenheimo 2010.)

Hautamäki (2007) huomauttaa, että mielenterveysongelmien hallinnoinnissa on siirrytty käytännön työstä ja yksilötapausten tutkimisesta yleisiin riskisuosituksiin, joiden ala voi kattaa periaatteessa kaikki ihmiset. Esimerkiksi kenen hyvänsä katsotaan voivan masentua tietyissä olosuhteissa. Samalla on ryhdytty puhumaan sairauksien sijaan enenevästi taipumuksista. (Hautamäki 2007.) läkkäitä ihmisiä pidetään masennuksen kannalta erityisen helposti haavoittuvana riskiryhmänä (Pietilä & Saarenheimo 2010).

Psykiatri, tutkimusprofessori Jouko Lönnqvist (2010) on kiteyttänyt nykynäkemyksen masennuksen synnystä seuraavasti:

Elämäntapahtumien yhteisvaikutus ja pitkittynyt stressi, myös työelämässä, estävät luontaisen palautumis- ja uudistumiskykymme ja altistavat meitä depressiolle, etenkin jos olemme depressioon geneettisesti tai kehityksellisesti altistuneita.

Masennus on nykyisin kokonaisvaltainen hyvinvointikysymys. Hulluuden ja mielisairauden sijasta puhutaan nyt mielenterveydestä ja elämäntapahtumista. Decarteslaisesta ruumiin ja sielun erottelusta on edetty vastakkaiseen suuntaan, jossa ihminen on mitä suurimmassa määrin kokonaisuus ja vaikutussuhteet monensuuntaisia. Samalla erotetaan toisistaan kuitenkin biologisperäinen depressiosairaus ja muu masennus. Jatkuvasti vahvistuvassa biopsykiatrisessa selitysmallissa depressio eli vakava kliininen masennus on aivokemiallinen häiriötila. Lievempi mielialaoireilu sen sijaan nähdään yhä monisyisempänä ilmiönä, johon voivat vaikuttaa erilaiset elämäntapahtumat ja alttiudet.

Kumpaakin tilaa katsotaan voitavan hoitaa sekä mielialalääkkein että erilaisin terapeuttisin keinoin, joskin lääkitys on varsinaisesti tarkoitettu vakaviin tiloihin. Lieviinkin masennusoireisiin määrätään usein lääkkeitä muiden vaihtoehtojen puuttuessa tai helppouden vuoksi. Masennuksen ennusmerkkien huomaamiseksi ja ennaltaehkäisyksi suositellaan myös oma-toimista valppautta ja itsehoidollisia menetelmiä, joita ovat esimerkiksi liikunnan ja kulttuurin harrastaminen (ks. myös toisaalla raportissa). läkkäiden ihmisten lievää masennusoireilua pidetään luonnollisena osana elämäntapaa eikä siihen nähdä tarpeelliseksi puuttua (Pietilä & Saarenheimo 2010).

Masennus yhteiskunnallisena rasitteena

Viime vuosien kiivain keskustelu masennuksesta ja mielenterveysongelmien yleistymisestä on Suomessa käyty nuorten ja työikäisten ihmisten ympärillä. Kouluampumiset johtivat pohtimaan laajasti nuorten pahoinvointia ja siihen vastaamisen keinoja, esimerkiksi yhteisöllisyyttä ja mielenterveyspalveluiden riittävyttä. Yhä useampi työikäinen ihminen diagnosoidaan masentuneeksi ja saa tällä perusteella sairauslomaa tai peräti työeläkkeen, mikä on ongelmallista sekä inhimillisestä että kansantalouden näkökulmasta. Ikäihmisten kohdalla masennuksesta puhutaan yleensä vain yhteydessä yksinäisyyteen.

Heiskala ja Luhtakallio (2006) toteavat, että Suomi on muuttunut 20 viime vuoden aikana kansalaisten tasa-arvoon pyrkivästä hyvinvointivaltiosta ja yhtenäiskulttuurista yksilöiden ja talouden kilpailukyky-yhteiskunnaksi. Julkisessa keskustelussa elämän yksilöllistyminen ja yksityistyminen, varallisuuserojen kasvu ja elämäntapojen eriytyminen nähdään usein uhkana yhteisöllisyydelle ja kasvualustana masennukselle. Ankeimmillaan tämä ajattelutapa on tuottanut mielikuvan länsimaisesta ihmisestä yksin universumissa, ilman jumalaa tai ystävää, tavaroidensa ympäröimänä.

Historioitsija Juha Siltala (2004) katsoo työelämän tahdin ja arvojen koventuneen ja siellä vielä sinnittelevienkin uupuvan lopulta tuottamattomiksi. Masennus aiheuttaa työelämässä erityisesti toimintakyvyn alenemista, sairauspoissaoloja sekä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä. Vuonna 2005 Suomessa sairauspäiväraha-kausista 25 prosenttia ja työkyvyttömyyseläkkeistä 43 prosenttia oli mielenterveysperusteisia. Mielenterveyden häiriöt ovat nousseet suurimmaksi työkyvyttömyyseläkkeiden perusteena olevaksi sairausryhmäksi. Mielenterveysperusteisten työkyvyttömyyseläkkeiden määrä on kaksinkertaistunut 1990-luvulta lähtien samalla kun eläkkeiden kokonaismäärä on vähentynyt. Vuonna 2003 kaikkiaan 77 000:sta mielenterveyseläkeläisestä puolella perusteena oli masennus. (Gould & Nyman 2004; Kansallinen mielenterveys- ja päihdetyön... 2007.) Koska masennus ei ole samaan aikaan lisääntynyt väestössä, on kysytty, eikö depressiivisenä voi enää selviytyä työelämässä (Lönngqvist 2010).

Mielenterveysongelmat rasittavat taloudellisesti enenevästi myös julkista terveydenhuoltojärjestelmää. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon mielenterveystyön käyntejä oli yhteensä 2,2 miljoonaa vuonna 2008, ja ne olivat lisääntyneet noin 34 prosenttia vuodesta 2000 (Saukkonen 2009). Myös mielialaongelmista kärsivien iäkkäiden ihmisten katsotaan usein kuormittavan terveyspalvelujärjestelmää turhilla käynneillä, jos somaattista vaivaa ei löydy tai se on jo hoidossa, mutta mielialasta ei osata puhua tai lääkäri ei huomaa siihen liittyviä ongelmia (Pietilä & Saarenheimo 2010).

Medikalisaatio ja psykologisointi

Medikalisaatiokriittiset tutkijat, kuten Shorter (1992), ovat todenneet, että lääketieteellisen tiedon ja taidon lisääntyessä erilaisia elämänongelmia lähestytään enenevästi nimenomaan lääketieteen kehityksessä ja niistä kärsivien ihmisten toimintaa tarkastellaan diagnoosien valossa. Pietikäisen ja Turusen (2007) mukaan ”tarttuvat diagnoosit” ja muuttuva mielenterveysosanasto ovat 1800-luvulta alkaen levinneet voimakkaasti lääkärikunnalta suuren yleisön käyttöön. Mielenterveysongelmien kasvusta on samaan aikaan oltu jatkuvasti huolissaan, vaikka kyse voikin olla diagnoosinimikkeiden lisääntymisestä (Pietikäinen & Turunen 2007). Esimerkiksi psykiatrisen DSM-luokitukseen sisältyvien mielenterveysdiagnoosien määrä on kasvanut 72 prosenttia 40 vuodessa (ensimmäisen käsikirjan 106 diagnoosinimikkeestä nykyversion 374 nimikkeeseen).

Ongelmakeskeisyydessä näkökulma ihmiseen ja hänen ongelmiinsa kapenee. Normaaliudelle jää yhä vähemmän sijaa, kun aina uusia inhimillisen kokemuksen ja käyttäytymisen tapoja määritellään jollakin tavoin epäterveiksi. (Zur & Nordmarken 2010.) Jo 1960-luvun antipsykiatrisen liikkeen yksi kriittinen huomio oli, että psykiatria normittaa ja patologisoi inhimillisen elämän kirjoa. Ongelmia koskeva erityistieto voi toisaalta vesittyä, jos diagnoosinimikkeen arkikäyttö sulkee sisäänsä kaiken ilmiökenttään liittyvän. Masennus on jossain määrin kokenut tällaisen inflaation, kun julkisuudessa mitä hyvänsä alakuloisuutta voidaan nimittää masennukseksi. Ongelmanäkökulman tavallistuminen koskee myös arkiajattelua ja -puhetta: esimerkiksi pääkaupunkiseudulla oli vuosikymmenen alkupuolella muodikasta dramatisoida mitä jokapäiväisimpiä stressikokemuksia sanomalla, että ”olen ihan rikki”. Tavallisina keski-vertoihmisen kokemuksina puhutaan myös tuttavallisesti ”depiksestä” ja ”masiksesta”.

”Emme voi olettaa olevamme terveitä vain siksi, että emme tunne itseämme sairaksi”, ironisoi lääkemarkkinoita tutkinut Hogg (1999). Kun kaikista kansalaisista tulee mahdollisia potilaita, aukeaa lääketeollisuudelle valtava markkina-alue. Suomessa yksittäisiä lääkkeitä ei saa markkinoida suoraan kuluttajille, mutta niin sanottu sairauslähtöinen markkinointi on sallittua. Lääkeyritykset tuottavatkin markkinointimateriaalia, jossa sairauksista kerrotaan yleisesti tuotemerkkejä mainitsematta. Lääkeyritysten yleisesitteitä löytyy monista julkisista tiloista ja internetistä.

On todettu, että siinä missä ihminen etsii sairauteensa lääkettä, teollisuus etsii lääkkeelle sairautta – ja myös ’löytää’ niitä jatkuvasti (Pietikäinen & Turunen 2007; Toiviainen 2007). Tilanne on sikälikin mielenkiintoinen, että lääketeollisuudessa on kyse voittoa tuottavasta liiketoiminnasta, jota yhteiskunta tukee Kela-korvausten muodossa (Hermanson 2008). Erityisesti ikäihmisten psyykenlääkkeiden kulutuksen kasvun yhteydessä on oltu huolissaan myös siitä, onko kasvu pääasiassa seurausta muiden hoitopalveluiden puuttumisesta. Lääkeyritykset ovat aiemmin hoitaneet valtaosan myös esimerkiksi terveyskeskuslääkäreiden masennuskoulutuksesta. Nytemmin koulutus on siirtynyt pitkälti Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksessa toimivalle Rohto-keskukselle, jonka tehtävänä on vaalia ”rationaalista” lääkehoitoa.

Mielenterveyteen liittyviä Internet -oppaita tutkinut sosiologi Lotta Hautamäki (2006) kuvaa niitä ”eräänlaisiksi täyden palvelun tavarataloiksi”, kun yhdeltä sivustolta löytyi esimerkiksi ”masennuspotilaan koko hoitopolku oireiden kuvaamisesta tunnistamisen ja diagnoosin väli-
neiden kautta terapiaan ja kuntoutukseen”. Hautamäki tulkitsee oppaita osana laajempaa kehityskulkua, jossa masennus on muodostunut kansanterveysongelmaksi ja sen käsittely yhdenmukaistunut. Tutkittujen 15 vuoden aikana oppaiden lisääntynyt tieto keskittyi yhä enemmän itsehoitoon ja oireiden tarkkailuun. (Hautamäki 2006.) Kokko (1999) kuitenkin toteaa, että valtaosa depressioista jää tunnistamatta jopa masentuneelta itseltään. Toisaalta masennuksen tunnistaminen ei näytä edes välttämättömältä, jos ihminen saa pätevää hoitoa pääasiassa oireeseensa, esimerkiksi unettomuuteen (Kokko 1999). Masennuksen ongelmointi hoitoa edellyttäväksi sairaudeksi sinällään ei näin ollen ehkä olekaan aina tarpeellista.

Medikalisaation lisäksi on esitetty, että länsimaista kulttuuria läpäisee nykyisin psykologinen ajattelu ja sanasto, joka on siirtynyt terapeuttien vastaanotoilta arkipuheeseen ehdollistamaan koko arjen havaitsemista. Käsitys ihmisen sisäisestä olemuksesta on muuttunut fysiologisesta, uskonnollisesta tai moraalista psykologiseksi itseudeksi. Kivivuoren (1992) mukaan ”psykokulttuurissa” ihmiset puhuvat elämästään ja tulkitsevat tapahtumia omaksumalla ja hyödyntämällä psykologisen ajatteluperinteen kehittämiä käsitteitä sen sijaan, että käyttäisivät jotakin muuta tulkintakehikkoa. Rose (1996) väittää, että on käynyt mahdottomaksi tulla persoonaksi sekä kokea itsen ja muiden yksilöllisyys ilman psykologisen alueen tietoa ja järjkeitä. Medikalisointi ja psykologisointi ovat siten nykyisin keskeisiä tapoja kohdata terveyden ja hyvinvoinnin ilmiöitä.

Leimaaminen ja toiseus

Vaikka mielenterveysongelmia on nyky-yhteiskunnassa pyritty normalisoimaan eikä ainakaan lievää mielialaoireilua enää juuri pidetä ’hulluutena’, mielenterveyteen liittyy edelleen leimaamista (esim. Eskola 2007). Leimaavuus on itse asiassa niin yleistä, että sen vastainen toiminta määritellään keskeiseksi esimerkiksi EU:n ja WHO:n mielenterveyspoliittisissa ohjelmissa (Pietilä & Saarenheimo 2010). Mielenterveysongelmat ovat alttiita leimaamiselle, koska ne ilmenevät käyttäytymisessä, kokemuksissa ja tunne-elämässä, joita on lähes mahdotonta erottaa henkilöstä itsestään tai hänen persoonallisuudestaan (Williams 1987). Mielenterveysongelmiin on historian kuluksa liitetty käsityksiä niistä kärsivien ihmisten sosiaalisesta alemmuudesta, moraalista heikkoudesta ja syyllisyydestä omaan tilaansa. Stigma ei ehkä muodostu rationaalisen ajattelun vaan pikemminkin tunteiden tasolla (Kaltiala-Heino ym. 2001), jolloin se liittyy erityisesti kielteisistä kulttuurisista mielikuvista ja tietämättömyydestä kumpuavaan pelkoon, ahdistukseen ja torjuntaan (Link ym. 1999, Pescosolido ym. 1999). Stigman ei voida myöskään odottaa häviävän pelkästään rationaalisin keinoin, vaan tähän tarvitaan syvällisempää muutosta.

Mielenterveyden häiriöihin liittyvä häpeällisyyden ja salattavuuden leima kuvastaa yhteisöllisiä tekijöitä, jotka voivat vaikuttaa ihmisen elämään enemmän kuin häiriö sinänsä. Mielenterveyshäiriöllä voi olla sellaisia sosiaalisia ja yhteiskunnallisia seurauksia kuin ulkopuolisten osoittama vieroksunta, ongelman kieltäminen tai vähättely, salailu ja eristäytyminen, perheensisäinen

syllisyys, ylisukupolvinen leimautuminen sekä häiriöstä kärsivän ihmisen itsearvostuksen romahdus, kaventuneet mahdollisuudet yhteiskunnassa ja syrjäytyminen. (Taipale 1996; Eskola 2007.) Mielenterveyspotilaiden ylikuolleisuus luonnollisista syistä viittaa siihen, että he kokevat edelleen esteitä myös julkisten terveystalveluiden saatavuudessa (Wahlbeck & Pirkola 2008), mikä voi liittyä leimautumisen ja häpeän kokemuksiin. Eskolan (2007) mukaan leimaavuus on keskeisin syy mielenterveyskysymysten aliarviointiin ja hoidon laiminlyöntiin palvelujärjestelmässä. Leimautumisen pelosta mielenterveysongelmainen ihminen saattaa viimeiseen asti välttää hoitoon hakeutumista. Myös hoitolaitokset työntekijöineen voivat leimautua, mihin liittyy palveluiden vähäinen arvostus ja voimavarojen niukkuus.

Yhdysvalloissa on 1950-luvulta alkaen tutkittu ihmisten asenteita mielenterveyden häiriöihin (Conrad & Schneider 1980; Link ym. 1999). Käsitkset mielenterveyshäiriöön viittaavasta käyttäytymisestä ja häiriöiden syistä olivat 1990-luvun lopulla lähestyneet huomattavasti psykiatrian käsityksiä. Kuitenkaan odotukset mielenterveyshäiriöisten ihmisten toiminnasta eivät olleet juuri muuttuneet tai pyrkimys välttää heitä vähentynyt. Tavallisimpia mielenterveysongelmaisiin ihmisiin liitettyjä mielikuvia olivat arvaamattomuus, vaarallisuus, vastuuttomuus ja avuttomuus. (Link ym. 1999; Pescosolido ym. 1999.) Näistä syistä heidän kanssaan ei haluta olla tekemisissä. Mielenterveysongelmien leimaavuuden vähentämisessä tehokkaimmaksi on kuitenkin todettu juuri omakohtainen kontakti mielenterveysongelmaiseen ihmiseen (Aromaa ym. 2007). Pelkkä tieto sen sijaan vaikuttaa vain vähän asenteisiin ja käyttäytymiseen (Bennett & Hodgson 1992; Corrigan & Penn 1999).

Viimeisimmässä suomalaisessa Mielenterveysbarometrissa (Sauri 2010) 73 prosenttia mielenterveystyön ammattilaisista, psykologeista ja psykiatreista, arveli mielenterveyskuntoutujien leimautuvan sairautensa vuoksi, kun taas mielenterveyskuntoutujista näin koki 38 prosenttia. Barometriin vastanneesta väestöstä (N=532) valtaosa (79 %) katsoi mielenterveysongelmaisen ihmisen kykenevän normaaliin elämään sopivien lääkkeiden, psykoterapian tai muun tuen avulla. Kolme viidesosaa vastaajista oli sitä mieltä, että psyykkisestä sairaudesta voi parantua kokonaan. Sama määrä ounasteli mielenterveysongelmien vaikuttavan työpaikan pysyvyyteen. Viidesosa vastaajista piti epämiellyttävänä ja pelottavana kohdata mielenterveysongelmaisia ihmisiä. Yhdeksän prosenttia oli sitä mieltä, että mielenterveyden järkkymisestä saa syyttää pääasiassa itseään. (Sauri 2010.)

Satunnaisotantaan perustuneen postikyselyn (Aromaa ym. 2007) pohjanmaalaisvastaajista (N= ~2 800) valtaosa (80 %) ajatteli, että mielenterveysongelmista voi parantua. Moni vastaaja (75 %) yhtyi näkemykseen, että masennus on merkki heikkoudesta ja yliherkkyydestä. Runsas puolet vastaajista katsoi masennuksen epäonnistumisen merkiksi ja piti masennusta itse aiheutettuna ongelmana. Vastaajista 45 prosenttia katsoi masennuksen ainakin osittain häpeälliseksi ja leimaavaksi eikä pitänyt masennusta oikeana sairautena. Puolet vastaajista oli sitä mieltä, että masennus vaarantaa työsuhteen. (Aromaa ym. 2007.) Rikalan (2006) mukaan masennuksen salaaminen työelämässä voi johtua esimerkiksi masentuneen oletuksesta, että ”omaa tilannetta ei ole mahdollista selittää toisille ymmärrettävästi”, jolloin masentuneelle olotilalle ei olisi tarjolla ”kulttuurisia kuvia tai malleja”. Toisaalta masennus on nykyään paljon esillä tiedotusvälineissä hyvinkin ymmärtävässä sävyssä, joten myönteisiä kulttuurisia kuvia ja malleja alkaa olla.

Leimaamisen vuoksi mielenterveysongelmista kärsivästä ihmisestä saattaa tulla ”toinen”, millä viitataan epähaluttaviksi katsottujen ihmisten pois lukemiseen yhteiskunnasta tai yhteisöstä. Heillä ajatellaan olevan ominaisuuksia, joiden vuoksi heitä pidetään yhteisössään eräänlaisina epähenkilöinä tai vain puolivaltaisina jäseninä. Toiseus etäännyttää ihmisen kuvitellusta keskivertokansalaisesta ja yhteiseksi ajatellusta kokemusmaailmasta. Toiseuttaminen on yksipuolista vallankäyttöä, jossa toinen ihminen tai ihmisryhmä asetetaan toiminnalla ja asennoitumisella vähempiarvoiseen asemaan. Tällöin yksi ryhmä (’me’) ei pyri kohtaamaan toista (’niitä’) vaan ottaa tähän selvän psykologisen (ja usein myös fyysisen) etäisyyden (esim. Boréus 2006). Tämä ei ole välttämättä tarkoituksellista syrjintää, vaan toiseus voi rakentua osaksi erilaisia toimintakäytäntöjä lähes huomaamatta ja joskus jopa hyvää tarkoittavan holhoamisen seurauksena. Apua tarvitsevien ihmisten osalta toiseuden rakentuminen mahdollistaa esimerkiksi kyseenalaisia hoitokäytäntöjä ja hoitamatta jättämistä.

Sirkka-Liisa Kivelä (2009) toteaa, että myös vanhuuteen kohdistuu stereotyyppistä ja toiseuttavaa asennoitumista. Ihmistä voidaan vanhana pitää joustamattomana, kyvyttömänä oppimaan uutta, luonnostaan masentuneena ja yhteiskunnallisena taakkana. Lähi- ja muun yhteisön kielteiset asenteet iäkkäisiin ihmisiin saattavat heikentää heidän itsetuntoaan ja sinällään altistaa etenkin huonokuntoisia henkilöitä masennukselle. Sen sijaan arvostavat ja myönteiset asenteet, yksilöllinen kohtaaminen, asumisen kodinomaisuus ja jokapäiväisen elämän tavalliset toiminnot todennäköisesti ehkäisevät masennustilojen syntyä. (Kivelä 2009.)

Kielessä ja sen kategorisoinneissa luodaan maailmoja ja käsityksiä noista maailmoista. Asioiden luonnetta linjataan ja ihmisyyttä normitetaan: mikä on hyvää ja haluttavaa, mikä taas huonoa ja epähaluttavaa. Esimerkiksi ilmauksella ’mielenterveysongelmainen vanhus’ määritellään ihmisen keskeisiksi piirteiksi mielenterveysongelmat ja korkea ikä, minkä myötä muut mahdolliset luonnehdinnat tästä ihmisestä jäävät tekemättä tai ainakin asettuvat taka-alalle. Maailma asettuu kategorisoinneissa hallittavalta tuntuvaan muotoon. Esimerkiksi raihnaisen ja masentuneen iäkkään ihmisen kohtaaminen voi herättää keski-ikäisissä omaan tai läheisten tulevaisuuteen liittyviä pelkoja. Lähestyvä vanhuus pelottaa keski-ikäisiä, koska siihen liittyy mielikuvia sairaudesta, kykenemättömyydestä, menetyksestä ja kuolemasta. Toiseuden rakentamisella yritämme suojata itseämme vanhuuden kielteisiksi katsotuilta puolilta ja rajata itsemme mielenterveysongelmien ulkopuolelle. Jos huonosti käy, koemme mielenterveysongelmia. Jos käy hyvin, elämme vanhoiksi. Kummassakaan tapauksessa emme halua olla ’toisia’.

Kirjallisuus

- Achté, K. (1961). Mielisairaanhoidon kehityksestä. *Duodecim*, 77(14), 499–503.
- Aromaa, E., Tuulari, J., Herberts, K., & Wahlbeck K. (2007). Pohjalaisen väestön suhtautuminen masennukseen ja mielen hoitamiseen. *Suomen lääkärilehti*, 8, 788–789.
- Azueta, I., Katila-Nurkka, U., & Lehtinen V. (toim.) (2004). *Mental health in Europe: New challenges, new opportunities. Report from a European Conference. Themes 3.*
- Bennett, P., & Hodgson, R. (1992). *Psychology and health promotion.* Kirjassa R. Bunton & G. Macdonald (toim.), *Health promotion. Disciplines and diversity.* London: Routledge.
- Berrios, G. E. (1996). *The history of mental symptoms. Descriptive psychopathology since the nineteenth century.* Cambridge: Cambridge University Press.
- Berrios, G. E., & Porter, R. (toim.) (1995). *A history of clinical psychiatry. The origin and history of psychiatric disorders.* London: Athlone.
- Bethlem Royal Hospital. (2010). *General historical information.* <http://www.bethlemheritage.org.uk/aboutus.asp> [Luettu 30.8.2010]
- Boréus, K. (2006). Discursive discrimination: A typology. *European Journal of Social Theory*, 9(3), 405–424.
- Burleigh, M. (1994). *Death and deliverance: "Euthanasia" in Germany c. 1900-1945.* Cambridge: Cambridge University Press.
- Byford, S., McCrone, P., & Barrett, B. (2003). Developments in the quantity and quality of economic evaluations in mental health. *Current Opinion in Psychiatry*, 16, 703–707.
- Cheshire, M., & Pilgrim, D. (2004) *A short introduction to clinical psychology.* London: Sage.
- Conrad, P., & Schneider, J. (1980). *Deviance and medicalization. From badness to sickness.* St. Louis: Mosby Company.
- Corrigan, P. W., & Penn, D. L. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *The American Psychologist*, 54(9), 765–776.
- Depression käypä hoito –suositus. (2009). <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50023.pdf>. [Julkaistu 4.7.2009, luettu 6.9.2009]
- Eskola, J. (2007). Ehkäisevä mielenterveystyö yhteiskunnan muutoksessa. <http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/A4BCE5C2-A4FB-4BCF-BE3E-6D794B26264E/9699/Eskola1192007.pdf>. [Julkaistu 11.9.2007, luettu 15.1.2008]
- Eskola, J., & Karila A. (toim.) (2007) *Mielekäs Suomi. Näkökulmia mielenterveystyöhön.* Helsinki: Edita. Euroopan yhteisöjen komissio. (2005). *Vihreä kirja. Väestön mielenterveyden parantaminen. Tavoitteena Euroopan unionin mielenterveysstrategia.*
- Forsius, A. (2005). *Houurinhoidosta mielenterveystyöhön – lyhyt katsaus psykiatrian vaiheisiin.* Esitelmä psykiatriaan erikoistuvien lääkärin valtakunnallisilla koulutuspäivillä, Tampere 30.9.2005. <http://www.saunalahti.fi/arnoldus/houruinh.htm> [Luettu 5.9.2010]
- Foucault, M. (2003). *The birth of the clinic: an archaeology of medical perception.* London: Routledge.
- Foucault, M. (2006). *History of madness.* London: Routledge.
- Freud, S. (2005). *Murhe ja melankolia sekä muita kirjoituksia.* Tampere: Vastapaino.
- Galton, D. (2002). *Eugenics: the future of human life in the 21st century.* Abacus.
- Gould, R., & Nyman, H. (2004). *Mielenterveys ja työkyvyttömyyseläkkeet.* Eläketurvakeskuksen monisteita 50. Helsinki: Edita.
- Hague, A. (2004). Psychology from Islamic perspective: contributions of early Muslim scholars and challenges to contemporary Muslim psychologists. *Journal of Religion and Health*, 43(4), 357–377.
- Hautamäki, L. (2006). *Mahdollinen masennus: tunnistamisen ja tarkkailun välineitä.* Kirjassa K. Komulainen, H. Rätty & J. Silvonen (toim.), *Hulluudesta itsehallintaan. Uuden historian näkökulmia psyykkisiin ilmiöihin ja ammattikäytäntöihin.* Joensuu: Joensuun yliopistopaino.
- Hautamäki, L. (2007). *Kenen tahansa masennus. Tiede & edistys*, 2, 119–134.
- Healy, D. (2004). *Let them eat Prozac: the unhealthy relationship between the pharmaceutical industry and depression.* New York: New York University Press.
- Heiskala, R., & Luhtakallio, E. (toim.) (2006). *Uusi jako: miten Suomesta tuli kilpailukyky-yhteiskunta?* Helsinki: Gaudeamus.
- Helén, I., & Jauho, M. (toim.) (2003). *Kansalaisuus ja kansanterveys.* Helsinki: Gaudeamus.
- Helén, I. (2005). "Mielenterveyden" läpimurto Suomessa. Esitelmä *Mielen ja terveyden nykyisyyden historia -seminaarissa*, Tampere 18.3.2005.
- Helén, I. (2007). *Masennuksen historiat.* *Psykologia*, 43(3), 196–210.

-
- Hermanson, T. (2008). Sairauslähtöinen markkinointi. Seminaariesitelmä Stakesissa 4.2.2008, Helsinki. <http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/F9732F38-E8F2-4608-B64B-3F83F287467F/O/Hermanson.pdf> [Luettu 30.8.2010]
- Hogg, C. (1999). *Patients, power & politics. From patients to citizens.* London: Sage.
- Kaltiala-Heino, R., Poutanen, O., & Välimäki, M. (2001). Sairauden häpeällinen leima. *Duodecim*, 117(6), 563–570.
- Kansallinen mielenterveys- ja päihdetyön työsuunnitelma. (2007). <http://info.stakes.fi/nr/rdonlyres/392de4ae-f796-4b04-a0b3-a8418a6a4a01/0/mielenterveysjapaihdyntoyosuunnitelma.pdf>. [Julkaistu 2007, luettu 18.8.2010]
- Kekäläinen, M. (2010) Michel Foucault ja poissuljetut – osa modernin ihmisen syntyhistoriaa. <http://www.vhkk.fi/ukh/8433.htm> [Luettu 18.8.2010]
- Kettunen, P. (1998). *Suomalainen rippi.* Helsinki: Kirjapaja.
- Kirk, S. A., & Kutchins, H. (1992). *The Selling of the DSM. The rhetoric of science in psychiatry.* New York: Aldine Transaction.
- Kivelä, S-L. (2009). Depressiosta tasapainoon. Hyvä elämä iäkkäänä. Helsinki: Kirjapaja.
- Kivivuori, J. (1992). Psykokuulttuuri. Sosiologinen näkökulma arjen psykologisoitumisen prosessiin. Helsinki: Hanki & jää.
- Kokko, M. (1999). Nähdä, kuulla ja ymmärtää. Perusterveydenhoidossa toimivien hoitajien käsityksiä depressiosta ja sen hoidosta. Oulu: Oulun yliopisto.
- Kokko, S. (2004). Mielenterveystoimiston asiakkaiden ja työntekijöiden käsityksiä hyvästä mielenterveystyöstä. Arvotoreettinen näkökulma mielenterveystyöhön. Oulu: Oulun yliopisto.
- Krosnar, K. (2008). Czechs open up about mental health problems. *The Lancet*, 371(9625), 1654.
- Lennox, B. R. (2009). The clinical experience and potential of brain imaging in patients with mental illness. *Frontiers in Human Neuroscience*, 3, 1–3.
- Link, B., Phelan, J., Bresnahan, M., Stueve, A., & Pescolido, B. (1999). Public concepts of mental illness: labels, causes, dangerousness and social distance. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1328–1333.
- Lönnqvist, J. (2010). Masennus yhteiskunnan haasteena vai taakkana? http://www.kti.fi/attachments/suomi/osastot/mao/masennus_yhteiskunnan_haasteena_vai_taakkana.2.ppt [Luettu 19.8.2010]
- Mattila, M. (2003). Rotuhygienia ja kansalaisuus. Kirjassa I. Helén & M. Jauho (toim.), *Kansalaisuus ja kansanterveys.* Helsinki: Gaudeamus.
- Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. (2009). Mieli 2009 –työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009: 3.
- Minois, G. (1999) *History of suicide. Voluntary death in Western culture.* London: The Johns Hopkins University Press.
- Nestler, E. J., Barrot, M., DiLeone, R. J., Eisch, A. J., Gold, S. J., & Monteggia, L. M. (2002). Neurobiology of depression. *Neuron*, 34(1), 13–25.
- Ougrin, D., Gluzman, S., & Dratcu, L. (2006). Psychiatry in post-communist Ukraine: dismantling the past, paving the way for the future. *Psychiatric Bulletin*, 30(12), 456–459.
- Partanen, A., Moring, J., Nordling, E., & Bergman, V. (toim.) (2010). Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Avauksia 16. Helsinki: Yliopistopaino.
- Pescosolido, B., Monahan, J., Link, B., Stueve, A., & Kikuzawa, S. (1999). The public views about competence, dangerousness and need for legal coercion of persons with mental health problems. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1339–1345.
- Pietikäinen, P., & Turunen, J. Oirekuvien historiaa. (2007). *Ahdinon diagnosointi ennen ja nyt.* *Duodecim*, 123(14), 1701–1708.
- Pietilä, M., & Saarenheimo, M. (2010). Ikäihmisten mielenterveys: julkiset käsitykset, tavoitteet ja käytännöt. *MielenMuutos -tutkimus- ja kehittämishanke, tutkimusraportti 1.* Vanhustyön keskusliitto. Loimaa: Newprint.
- Pirkola, S., & Sohlman, B. (toim.) (2005). *Mielenterveysatlas. Tunnuslukuja Suomesta.* Helsinki: Stakes.
- Rieber, R. W., & Robinson, D. K. (toim.) (2001). *Wilhelm Wundt in history: the making of a scientific psychology.* New York: Kluwer & Plenum.
- Rikala, S. (2006). Sinnitellen ja salailien: sukupuolinäkökulmia työelämässä koettuun masennukseen. Kirjassa K. Komulainen, H. Rätty & J. Silvonen (toim.), *Hulluudesta itsehallintaan. Uuden historian näkökulmia psyykkisiin ilmiöihin ja ammattikäytäntöihin.* Joensuu: Joensuun yliopistopaino.
- Rose, N. (1996). *Inventing our selves. Psychology, power and personhood.* Cambridge: Cambridge University Press.
- Rost, K., Pyne, J. M., Dickinson, L. M., & LoSasso, A. T. (2005). Cost-effectiveness of enhancing primary care depression management on an ongoing basis. *Annals of Family Medicine*, 3, 7–14.
-

-
- Salo, M. (1996). Sietämisestä solidaarisuuteen: mielisairaalarereformit Italiassa ja Suomessa. Tampere: Vastapaino.
- Saukkonen, S-M. (2009). Erikoissairaanhoidon ja mielenterveystyön avohoito 2008. Tilastoraportti 24, Suomen virallinen tilasto. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Sauri, P. (2010). Mielenterveysbarometri 2010. Mielenterveyden keskusliitto.
<http://www.mtkl.fi/?x752385=872750> [Julkaistu ja luettu 11.10.2010]
- Shorter, E. (1997) A history of psychiatry. New York: John Wiley.
- Siltala, J. (2004). Työelämän huonontumisen lyhyt historia. Muutokset hyvinvointivaltion ajasta globaaliin hyperkilpailuun. Helsinki: Otava.
- Solomon, A. (2002). Keskipäivän demoni. Masennuksen atlas. Helsinki: Tammi.
- SOTKANet. (2010). <http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu> [Luettu 9.10.2010]
- Spitaalisten, hourujen ja omituisten ihmisten saari. (2004). <http://www.medi uutiset.fi/lehti/article126311.ece?v=t>. [Julkaistu 17.6.2004, luettu 15.9.2010]
- Stengård, E., Savolainen, M., Sipilä, M., & Nordling, E. (2009). Ehkäisevä mielenterveystyö kunnissa. Aineistoa suunnittelun tueksi. Jyväskylä: Gummerus.
- Taipale, V. (1996). Mielekäs elämä. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1996: 20.
- Thomson, M. (1998). The problem of mental deficiency: Eugenics, democracy and social policy in Britain, c 1870-1959. Oxford: Oxford University Press.
- Toiviainen, H. (2007). Konsumerismi, potilaiden ja kuluttajien aktiivinen toiminta sekä erityisesti lääkäreiden kokemukset ja näkemykset potilaista kuluttajina. Tutkimuksia 160. Helsinki: Stakes.
- Tuohela, K. (2006). Kirjoitettu melankolia Victoria Benedictssonin päiväkirjoissa. Kirjassa K. Komulainen, H. Rätty, J. Silvonen (toim.), Hulluudesta itsehallintaan. Uuden historian näkökulmia psyykkisiin ilmiöihin ja ammattikäytäntöihin. Joensuu: Joensuun yliopistopaino.
- Wahlbeck, K. (2007). Mielenterveyspalveluissa on nyt panostettava hyvään avohoitoon. Helsingin Sanomat 2.3.2007.
- Wahlbeck, K., & Pirkola, S. (2008). Muutoksen ja vaihtoehtojen arviointi. Kirjassa U. Ashorn & J. Lehto (toim.), Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta. Helsinki: Stakes.
- WHO. (2001). World health report 2001. Mental health: New understanding, new hope.
http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf. [Luettu 31.8.2010]
- Williams, S. (1987). Goffman. Interactionism and the management of stigma in everyday life. Kirjassa G. Scambler (toim.), Sociological theory and medical sociology. London: Tavistock Publications.
- Wyhe, J. van. (2010). The history of phrenology on the web. <http://www.historyofphrenology.org.uk/overview.htm> [Luettu 2.9.2010]
- Zur, O., & Nordmarken, N. (2010). DSM: Diagnosing for money and power. Summary of the critique of the DSM. <http://www.zurinstitute.com/dsmcritique.html> [Luettu 17.9. 2010]

2. MYÖHÄISEN IÄN MASENNUS

Masennus diagnoosina

Vanhuuden masennus – sairaus vai normaalia mielialan vaihtelua?

Masennusta pidetään myöhäisen iän yleisimpänä psyykkisenä ongelmana. Eri tutkimusten mukaan 2–5 prosenttia yli 65-vuotiaista ihmisistä kärsii diagnostiset kriteerit täyttävästä masennustilasta eli depressiosta. Tämä tarkoittaa, että vaikka vakavat depressiot eivät ole vanhuudessa aivan yhtä yleisiä kuin työssä, masennus on myös ikäihmisille vakava kärsimyksen lähde. (Zarit & Zarit 2007.) Lisäksi jopa 15–25 prosentilla ikäihmisistä on mielialaoireita, jotka eivät sinänsä täytä masennuksen diagnostisia kriteereitä mutta joilla on merkittävää vaikutusta niistä kärsivien ihmisten yleiseen terveydentilaan ja palveluiden tarpeeseen sekä heidän ja heidän lähipiirinsä elämänlaatuun (Blazer 2002; Horwath ym. 2002; Subramaniam & Mitchell 2005). Näihin lievempiinkin masennusoireisiin liittyy kohonnut sairastavuuden ja laitoshoitoon joutumisen riski (Penninx ym. 1999; Laudisio ym. 2010).

Psykiatriassa käydään keskustelua, tulisiko masennus ymmärtää selkeästi erotettavana sairautena vai pikemminkin laajan mielialakirjon yhtenä osana. Kliinisessä työssä masennusta käsitellään yleensä ensin mainitusta lähtökohdasta, ja yleisesti käytetyissä psykiatrian diagnoosiluokituksissa (DSM-IV 1994, ICD-10 1993) tehdään periaatteellinen ero varsinaisen masennustilan ja epämääräisemmän, niin sanotun subkliinisen masennusoireilun välille. Tästä näkökulmasta ihmisellä kategorisesti joko on tai ei ole masennustilaa. Samalle kannalle asettuu myös Sirkka-Liisa Kivelä (2009) todetessaan, että masennustilat eivät ole normaaleja tunnetiloja vaan psyykkisiä sairauksia eli mielenterveyden häiriöitä.

Masennuksen ymmärtämisellä yksiselitteisesti sairaustilaksi on monenlaisia, osittain ongelmallisia seuraamuksia. Hankaluuksia aiheutuu muun muassa siitä, että arkikielessä sanalla masennus viitataan hyvin erilaisiin tunne- ja mielentiloihin, jotka ovat aivan tavanomaisia ja useimmiten ohimeneviä. Sama termi tarkoittaa siis sekä vakavaa sairautta että yleisinhimillistä ja lähes jokaisen tunnistamaa kokemusta. Jotkut tutkijat ovat huomauttaneet, että masennus on psykiatrisena terminä kärsinyt inflaation. Esimerkiksi Kivelä on todennut aiheelliseksi täsmentää masennusterminologiaa ja varata eri käsitteet tarkoittamaan normaaleja alavireisiä tunnekokemuksia ja varsinaista psyykkistä häiriötä. Viimemainittuun tarkoitukseen Kivelä käyttää omissa kirjoituksissaan termiä masennustila. Lyhytkestoiseen alavireisyyteen hän viittaa termillä masentunut tunnetila ja pitkäkestoisempaan alavireisyyteen, johon ei liity muita oireita, termillä masentunut mieliala. (Kivelä 2009.) Tämänkaltainen termien hienovarainen erottelu saattaa olla hyödyllistä asiantuntijoiden kielenkäytössä, mutta se ei ratkaise arkikielen käsiteongelmia, vaan voi pikemminkin tuottaa lisää sekaannuksia.

Psykkisiin sairauksiin liitetään yhteiskunnassa yhä edelleen häpeää ja leimaamista, mikä koskettaa erityisesti vanhimpia ikäpolvia, jotka saattavat vielä nuorempia herkemmin merkityksellistä psyyken ongelmat henkilökohtaisena epäonnistumisena tai perustavanlaatuisena vajavaisuutena (Lebowitz & Niederehe 1992). Mielleyhtymät hulluuteen ja mielisairauteen istuvat vahvasti ihmisten mielissä, vaikka masennusta on viime vuosina yritetty julkisuudessa tietoisesti normaalistaa esimerkiksi tuomalla tiedotusvälineissä esiin tunnettujen henkilöiden masennuskertomuksia. Vakavasti masentuneelle ihmiselle nämä yleensä toipumista korostavat tarinat saattavat kuitenkin näyttäytyä pikemmin ahdistavina kuin lohdullisina, sillä niihin verrattuna oma tilanne voi tuntua entistäkin kurjemmalta. Yleisesti ottaen ”psykepotilaaksi” leimautumista halutaan välttää, ja tämän vuoksi voidaan jopa jättää hakeutumatta hoitojärjestelmien piiriin. Pelko sairauden leimasta voi siten pahimmassa tapauksessa estää tai ainakin vaikeuttaa masennuksesta toipumista.

Sairaudeksi ymmärretyn masennustilan diagnostisena kriteerinä pidetään useampien tyyppioireiden samanaikaista esiintymistä tiettyä ajanjaksona. Koska oireiden tunnistaminen edellyttää asianomaisen omaa kuvausta tilanteestaan, tämä lähestymistapa saattaa johtaa iäkkäiden ihmisten masennuksen alidiagnosointiin, sillä he eivät välttämättä koe luontevaksi keskustella mielialoistaan esimerkiksi terveyskeskuslääkärin vastaanotolla (Harper ym. 1990). Sairauslähtöinen ajattelu rajoittaa myös erilaisten hoitovaihtoehtojen käyttöä ja tutkimista. Lääkehoito lieneekin edelleen ylivoimaisesti yleisin masennuksen hoitomuoto ikäihmisillä (Hartikainen ym. 2000; Linjakumpu ym. 2002).

Sairausajattelulla on myös hyvät puolensa. Se voi lieventää sekä masentuneen että hänen lähipiirinsä syyllisyyden kokemuksia ja vähentää syyllisten etsintää. Lisäksi se nostaa masennuksen näkyvämmiin terveydenhuollon asialistalle muiden vakavien sairauksien joukkoon. Masennuksen mieltäminen osaksi normaalia vanhenemista on palvelujärjestelmässä tavallista, mikä tarkoittaa käytännössä, että sitä ei katsota tarpeelliseksi hoitaa erityisen aktiivisesti (Saarenheimo & Arinen 2009). Masennuksen määrittely ”oikeaksi” sairaudeksi merkitsee, että yleisyydestään huolimatta kyseessä ei ole tavanomainen tunnetila, jonka voisi sivuuttaa toteamalla yksikantaan kaikkien ihmisten – erityisesti kaikkien vanhojen ihmisten – olevan joskus masentuneita. Jos masennus nähdään sairautena, sen hoitoon ja hoidon vaikutusten seurantaan on johdonmukaista varata resursseja. Epämääräiset mielialaongelmat sen sijaan jäävät paljon todennäköisemmin ”todellisten” sairauksien jalkoihin, kun täytyy miettiä, mihin rajalliset voimavarat kohdennetaan.

Ymmärrettiinpä masennus sairautena tai väljemmin mielialaongelmana, ratkaistavaksi jää kysymys siitä, onko se hoidon ja ehkäisyn näkökulmasta jotenkin ratkaisevasti erilainen ikäihmisten kohdalla kuin nuoremmilla. Monet seurantalutkimukset ovat osoittaneet, että vain pieni osa masennuksesta kärsivistä ikäihmisistä voi pitkällä tähtäimellä hyvin. Suuri osa kärsii toistuvista masennusjaksoista tai pitkäaikaisesta alavireisyydestä, kognitiivisen tason laskusta ja toimintakyvyn vajeista ja jopa kuolee enneaikaisesti. (Jorm 2000; Lentze ym. 2001; Schulz ym. 2002.) Tätä havaintoa voi tulkita monesta näkökulmasta, mutta yksi varteenotettava johtopäätös on, että ikäihmisten masennustiloja ei hoideta riittävän aktiivisesti eikä hoidon vaikutuksia seurata kyllin pitkään.

Ikäihmisten masennus – samanlainen ja erilainen

Masennustilan diagnosoiminen perustuu kansainvälisten psykiatristen luokitusjärjestelmien kriteereihin. Käytetyimmät luokitusjärjestelmät ovat Amerikan Psykiatriyhdistyksen DSM IV (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders) ja WHO:n ICD-10 -tautiluokitus. Masennuksen ydinoireiksi katsotaan **masentunut mieliala, alentunut energiataso** sekä **mielihyvän tunteen ja kiinnostuksen väheneminen**. Näiden oireiden tulee olla kestänyt vähintään kaksi viikkoa, jotta tilaa voidaan pitää kliinisenä masennuksena. Ydinoireiden ohella huomio kiinnitetään seuraaviin:

- Itsetunnon heikkeneminen ja arvottomuuden tunteet
- Keskittymis- ja huomiokyvyn heikkeneminen
- Itsesyytökset ja syyllisyyden tunteet
- Liikkeiden hidastuminen tai lisääntynyt psykomotorinen levottomuus
- Unihäiriöt
- Toistuvat kuoleman ajatukset
- Ruokahalun ja painon muutokset

Tavallisesti masennustilan vakavuutta arvioidaan sen perusteella, kuinka monta yllä mainittua oiretta henkilöllä on esiintynyt edeltävän kahden viikon aikana.

Masennustila voi puhjeta ensimmäistä kertaa vasta vanhuusiällä, ja tällaisia on esimerkiksi Margaret Gatzin (2010) mukaan hieman yli puolet vanhuusiän masennuksista. Osalla masentuneista ikäihmisistä on sen sijaan jo aikaisemmin elämässään ollut depressiojaksoja. Masennuksen tavallisin ilmaantumisasiä sijoittuu 20 ja 30 ikävuoden väliin. Kuitenkin eräiden tutkimusten mukaan ensimmäistä kertaa koetun masennusepisodin todennäköisyys hieman kasvaa myös 75 ikävuoden jälkeen (Burke ym. 1990; Heikkinen & Kauppinen 2004; Zarit & Zarit 2007). Lisäksi on johdonmukaisia tuloksia siitä, että lievempi mutta kliinisesti merkittävä masennusoireilu lisääntyy vanhuudessa ja on yleistä etenkin fyysisesti sairailta ja palvelutaloissa asuvilla ikäihmisillä (Blazer 2002; Lavretsky & Kumar 2002). Kaikenikäisillä ihmisillä masennus esiintyy usein yhtäaikaaisesti muiden psyykkisten ongelmien, kuten ahdistuneisuuden, persoonallisuushäiriöiden ja skitsofrenian kanssa. Ikäihmisten kohdalla masennus saattaa myös liittyä muistisairauteen joko sen ennakoivana oireena tai seuraamuksena.

Vanhuudessa puhkeavaa masennusta kutsutaan kirjallisuudessa joskus geriatriseksi depressioksi, ja on esitetty ristiriitaisia käsityksiä siitä, muodostaako se oman kliinisen kokonaisuutensa. On arveltu, että oiretason erot varhain ja myöhään puhjenneen masennustilan välillä saattaisivat heijastaa etiologisiakin eroja (Brodsky ym. 2001). Tanskalaisessa laajassa tutkimuksessa, jonka osanottajat (N=18 192) olivat sekä avo- että osastohoidon potilaita, saatiin esiin merkittäviä eroavaisuuksia. Ne henkilöt, joilla masennus oli ilmaantunut ensimmäistä kertaa yli 65-vuotiaana, olivat useammin naisia kuin miehiä, ja heidän masennustilansa oli vaikeampi sekä sisälsi useammin psykoottisia episodeja kuin niillä, jotka olivat kärsineet masennuksesta jo aiemmin elämässään. (Kessing 2006.)

Oireiden vaikea-asteisuus ja psykoottisten oireiden esiintyminen eivät ole ainoita tekijöitä, jotka erottavat vanhuusiällä ilmaantuneen depression aiemmin puhjenneesta. Muita ensin mainitulle tyypillisiä piirteitä ovat esimerkiksi hypokondria (Brown ym. 1984) sekä kognitiiviset ongelmat, jotka liittyvät erityisesti toiminnanohjaukseen (Alexopoulos ym. 2000; von Hippel ym. 2008). Nämä piirteet yhdistetään usein ikääntymisen mukanaan tuomiin verenkierto-ongelmiin ja on ajateltu, että geriatrisessa depressiossa biologisilla tekijöillä olisi enemmän selitysvoimaa kuin nuorempana ilmaantuneessa depressiossa. Verisuonimuutoksien on arveltu olevan yhteydessä myös heikompaan hoitovasteeseen (Alexopoulos ym. 2002). Aikaisemmin puhuttiinkin vaskulaarisesta depressiosta, mutta nykyisin tämän rinnalla on yleistymässä termi ”depression – executive dysfunction syndrome of later life”, joka vapaasti suomennettuna olisi ”myöhäisen iän masennus ja toiminnanohjauksen häiriö” (Alexopoulos 2005a). Terminologian tarkistaminen viittaa käsitykseen, jonka mukaan vanhuusiän masennuksen yhteydessä on tärkeää tarkastella sekä aivomuutosten altistavaa vaikutusta että niitä välittäviä psykologisia, sosiaalisia ja elämäntapahtumiin liittyviä tekijöitä, jotka johtavat masennusoireiden ilmaantumiseen (Alexopoulos 2005b).

Nuorempien ja iäkkäämpien masennuksesta kärsivien henkilöiden vertailussa on havaittu, että nuoremmat kuvaavat enemmän alavireistä mielialaa, kun taas iäkkäämmät puhuvat pääasiassa myönteisten tunnekokemusten ja elämänilon puuttumisesta (Gatz & Hurwitz 1990). Usein korostetaan myös, että iäkkäiden masennustiloissa korostuvat muut kuin psyykkiset oireet; esimerkiksi erilaiset fyysiset tuntemukset, kivut, säryt ja voimakas uupumus. Joskus nämä ovat etualalla jopa siinä määrin, että hoitoalan ammattilaiset eivät tunnista masennusta niiden taustalla. Sirkka-Liisa Kivelä (2009) korostaa, että väsymys, unettomuus, kivut, aloitekyvyn ja elinvoiman puute, rauhattomuus ja jännittyneisyys ovat tavallisia iäkkäiden ihmisten masennuksen ensioireita.

Masennusoireilu – uusi diagnoosi?

Geropsykiatrisessa kirjallisuudessa on viime aikoina kiinnitetty enenevästi huomiota ikäihmisille tyypilliseen masennusoireiluun, joka ei täytä varsinaisen masennustilan diagnostisia kriteereitä, mutta vaikuttaa kuitenkin merkittävästi siitä kärsivien ihmisen elämänlaatuun ja terveydentilaan. Tätä oireilua kutsutaan joskus lieväksi depressioksi (minor depression), mutta erotuksena diagnostisten järjestelmien tunnistamasta lievästä depressiosta yhä useammin käytettyjä englanninkielisiä termejä ovat ”subsyndromal depression” ja ”subthreshold depression”. (Sadek & Bona 2000; VanItallie 2005.) Suomen kielessä puhutaan lievästä masennuksesta tai vain masennusoireilusta. Eräiden tutkimusten mukaan masennusoireilu on perusterveydenhuollon iäkkäillä asiakkailla jopa kolme kertaa yleisempää kuin varsinaiset diagnostiset kriteerit täyttävä masennustila (Heun ym. 2000).

Tutkijat ja klinikot eivät ole toistaiseksi saavuttaneet yksimielisyyttä siitä, onko masennusoireilu laadullisesti omanlaisensa masennuksen alalaji vai pikemminkin vakavan masennustilan lievempi muoto (Adams & Moon 2009). Esimerkiksi Akiskal tutkimusryhmineen (1997) on esittänyt, että kyseessä olisi neuroottinen depressio, mutta oirekuvaa on myös luonnehdittu pikemmin somaattiseksi kuin emotionaaliseksi (Judd & Akiskal 2002). Kirjallisuudessa

masennusoireilulle on esitetty erilaisia määritelmiä, joiden yhteisenä piirteenä on oireiden aiheuttama subjektiivinen kärsimys ja merkittävä elämänlaadun heikkeneminen (Lavretsky & Kumar 2002). Eräiden tutkijoiden mukaan hoitoa edellyttävä masennusoireilu on kyseessä, kun henkilö kärsii kahdesta tai useammasta depression oireesta vähintään kahden viikon ajan, vaikka varsinaisen masennustilan tai pitkäaikaisen lievemmän masennuksen kriteerit jäisivät täyttymättä (Judd ym. 1994).

Lievän masennusoireilun tunnuspiirteet

- Vaihtelevat oireet
- Ahdistuneisuus
- Somatisaatio
- Yleinen raihnaisuuden tunne
- Toimintakyvyn heikkous

Edellä on kuvattu masennusoireilun tyypillisimmät piirteet. Toisinaan masennusoireilua on luonnehdittu myös sanomalla, että se on depressio, johon ei liity surullista mielialaa vaan pikemminkin apatiaa ja uupumusta (Gallo & Rabbins 1999; Adams 2001). Tämä olettaus ei kuitenkaan saanut tukea Adamsin ja Moonin tutkimuksessa (2009), jossa tarkasteltiin eroja masennusoireisten, varsinaisesta masennuksesta kärsivien ja ei-masentuneiden ikäihmisten välillä.

Näiden tutkijoiden mukaan masennusoireilu tulisi nähdä masennuksen lievänä muotona, jossa varsinaisen masennuksen tapaan ovat etualalla kielteiset tunnetilat ja ajatukset sekä myönteisten tunnekokemusten puute – ei pelkästään uupumus tai apaattisuus (Adams & Moon 2009). Uupumusta havaittiin myös ei-masentuneilla ikäihmisillä, ja se liittyi usein heikkoon terveydentilaan ja pitkäaikaisairauksiin. Masennusoireilulle näyttivät altistavan alhainen sosioekonominen asema, sosiaaliset menetykset sekä yksinäisyys (Adams & Moon 2009). Adamsin ja Moonin tulokset saavat tukea myös Geiselmanin ja Bauerin aikaisemmasta tutkimuksesta (2000), jonka mukaan masennusoireiluksi voidaan kutsua moninaista joukkoa lieviä depressioita, joita luonnehtivat erot sekä tilan vakavuudessa että laadullisissa piirteissä.

Masennusoireilun lisäksi kirjallisuudessa mainitaan toisinaan myös ikäihmisten sopeutumishäiriöt, jotka voidaan nähdä sinänsä normaaleina reaktioina menetyksiin tai menetyksenluontoihin elämäntapahtumiin, mutta jotka kestävät tavanomaista pitempään (Manthorpe & Iliffe 2005). Sopeutumishäiriöt helpottuvat tai ratkeavat tavallisesti ajan myötä, mutta joskus ne voivat pitkittyessään kehittyä diagnostiset kriteerit täyttäväksi masennukseksi. Erytisen kriittisessä tilanteessa ovat yksinäiset ja heikossa kunnossa olevat ikäihmiset, joilla on rajalliset mahdollisuudet hakeutua oma-aloitteisesti sosiaalisen tuen piiriin. Aktiivinen tuen järjestäminen on näiden henkilöiden kohdalla tärkeä osa sekä terveyden edistämistä että kohdennettua masennuksen ehkäisyä.

Ikäihmisten masennuksen tunnistaminen terveydenhuollossa

On arveltu, että jopa yli puolet ikäihmisten hoitoa vaativista masennustiloista jää tunnistamatta. Mikäli kriteerit ulotetaan käsittämään myös lievemmät masennusoireilut, tunnistamattomien tilojen määrä lienee vieläkin suurempi. Myös nuorempien ihmisten masennuksen kohdalla on puhuttu samasta ongelmasta, mutta ikäihmisten kohdalla tunnistamatta jäämiselle on joukko erityisiä syitä.

Ikäihmisten lievä masennusoireilu jää palvelujärjestelmässä usein havaitsematta, koska sen ajatellaan oikeastaan kuuluvan vanhuuteen. Pitkään jatkuessaan alavireinen mieliala voi kuitenkin johtaa vakavaan masennustilaan ja moniin muihin ongelmiin, kuten ravitsemushäiriöihin, univaikeuksiin, alkoholin liikakäyttöön, lääkkeiden ongelmalliseen käyttöön ja jopa itsemurhiin. Diagnosoimaton masennus lisää myös palveluiden tarvetta. Masentuneet ikäihmiset käyttävät runsaasti perusterveydenhuollon palveluita ja ovat muita suuremmassa riskissä joutua laitoshoidon piiriin (Laudisio ym. 2010). Sirkka-Liisa Kivelä (Helsingin Sanomat 15.5.2006) on huomauttanut, että mikäli iäkkäiden masennusta ja muita psyykkisiä ongelmia ei tunnisteta, seuraukset voivat tulla yhteiskunnalle kalliiksi: ”Huono hoito maksaa luultavasti enemmän kuin se, että hoitoa todella kehitettäisiin”.

Erityisesti silloin, kun iäkkäällä ihmisellä on jokin vakava fyysinen sairaus tai toimintakyvyn rajoite, saatetaan ajatella, että masentunut mieliala on normaali ja asianmukainen reaktio ajankohtaiseen tilanteeseen (Lebowitz ym. 1997). Sama pätee silloin, kun iäkäs ihminen on hiljattain kokenut elämässään menetyksen tai menetyksenluontoisen muutoksen, joka näyttäisi selittävän masennusta. Omainen tai ammattilainen saattaa jopa ajatella, että ”itsekin olisin varmasti masentunut, jos olisin hänen sijassaan”. Ajatus on johdonmukainen siinä mielessä, että vakavat sairaudet ja kielteiset elämänmuutokset aiheuttavat usein stressiä, johon liittyy alavireistä mielialaa. Alavireisyyttä voi pitää sekä tilastollisessa että psykologisessa mielessä normaalina reaktiona elämisen ongelmiin. Tilannetta ei kuitenkaan tulisi tämän vuoksi ohittaa, sillä psyykinen stressi voi pitkittyessään ja hoitamattomana johtaa vakavaan masennustilaan monine hankaline seuraamuksineen. Olisi aina syytä selvittää, miten pitkään alavireisyys on jatkunut ja mitä muita oireita siihen jo liittyy.

Masennus esiintyy usein samanaikaisesti muiden psyykkisten oireiden, erityisesti ahdistuneisuuden, kanssa. Jos voimakas ahdistus on etualalla, saatetaan yksipuolisesti ryhtyä hoitamaan sitä, ja masennus jää huomaamatta. Ahdistuneisuuden hoidoksi kirjoitettu lääkeresepti ei kuitenkaan auta masennukseen, ja potilaan kokonaistilanne ei ehkä parane lainkaan. Pitkään masennuksesta kärsineet ikäihmiset saattavat jäädä vaille hoitoa myös siitä syystä, että alavireisyys tulkitaan osaksi henkilön persoonallisuutta ja siinä mielessä normaalitilaksi. Tähän liittyy myös se jopa terveydenhuollon ammattilaisilla hämmästyttävän yleinen ajatus, että masennus kuuluu olennaisena osana vanhuuden problematiikkaan eikä sellaisena välttämättä edellytä erityisiä toimenpiteitä.

Masennuksen tunnistamisen kannalta yksi ongelmallisimmista tilanteista liittyy alkaviin muistisairauksiin. Esimerkiksi Kati Juva (2007) on todennut, että suurin ja yleisin haaste kliinissä työssä on potilas, joka vaikuttaa masentuneelta ja valittaa muistihäiriötä, sillä taustalla voi olla depressio, alkava muistisairaus tai molemmat. Masennus voi yksinäänkin aiheuttaa muistiongelmia jopa siinä määrin, että kirjallisuudessa on puhuttu pseudodementiasta. Käsitteen käyttö on kuitenkin viime aikoina vähentynyt jo siitäkin syystä, että masennuksesta johtuviksi tulkitut muistiongelmien tapauksessa myöhemmin osoittautuneet dementoivan sairauden ensioireiksi (Buntinx ym. 1996). Lisäksi masennus voi itsessäänkin ennakoita dementoivaa sairautta, vaikka arkea haittaavia kognitiivisia ongelmia ei vielä olisi ilmaantunut. Eräiden tutkimusten mukaan jopa yli kahdella kolmasosalla Alzheimerin tautiin sairastuneista on ollut masennusoireita yli kaksi vuotta ennen diagnoosin varmistumista (Jost & Grossberg 1996). Kati Juva (2007) tähdentää, että koska Alzheimerin taudin ja depression hoito ja ennuste ovat erilaiset, on erityisen tärkeää pyrkiä erottamaan nämä tilat toisistaan jo varhaisessa vaiheessa.

Aikaisemmin on jo viitattu siihen, että iäkkäät ihmiset eivät välttämättä halua puhua mielialaongelmistaan esimerkiksi terveyskeskuslääkärin vastaanotolla. Osittain kyse lienee psykisten sairauksien stigmosta, mutta on myös mahdollista, että mieliala ei edes näyttäydy masentuneelle ikäihmiselle pahan olon syynä. Etenkin hyvin iäkkäät ihmiset kuuluvat niihin kulttuurisiin sukupolviin, jotka eivät ole sosiaalistuneet erittelemään psykologisia tilojaan ja joille mielenterveyteen liittyvä terminologia ei ole luonteva osa arkista kielenkäyttöä. Koska psyykkisillä oireilla usein on vastineita myös kehon tuntemuksissa, ikäihminen voi helposti keskittyä kuvaamaan vain fyysisiä oireitaan. Lääkärin tai muun ammattilaisen ei siksi ole aina helppoa päästä mielialaongelmien jäljille lyhyen vastaanottoajan puitteissa. Jos potilas tai hänen omaisensa vielä tuntuvat suhtautuvan vastahakoisesti psykiatrian tutkimukseen, saattaa ammattilainen ”väärästä” hienotunteisuudesta pidettyä diagnoosin tekemisestä. On myös tilanteita, joissa ikäihmisen masennus jää huomaamatta yksinkertaisesti siitä syystä, että se ei häiritse muita, vaan ilmenee etupäässä hiljaisena vetäytymisenä ja apaattisuutena.

Ikäihmisten masennuksen syyt ja seuraukset

Mikä altistaa ikäihmistä masennukselle?

Masennuksen syistä on monia käsityksiä, mutta useat tutkijat ja klinikot ovat nykyisin sitä mieltä, että yksittäisten syytekijöiden sijaan olisi hedelmällisempää keskittyä tarkastelemaan masennuksen syntyä monitekijäisenä ja monimutkaisena prosessina (Zarit & Zarit 2007; Akiskal & McKinney 1973). Tässä prosessissa limittyvät toisiinsa biologiset tekijät, aikaisemmat elämäntapahtumat, tämänhetkinen stressi, sosiaalisen tuen ja myönteisen palautteen puute sekä henkilön kognitiivinen tyyli (Zarit & Zarit 2007). Biologiset, psykologiset ja sosiaaliset tekijät eivät siten edusta kilpailevia teorioita vaan saman prosessin eri ulottuvuuksia, jotka ovat vuorovaikutuksessa keskenään. Margaret Gatz tutkimusryhmineen (1996) ehdottaa, että myöhäisen iän depressiota on mielekkäintä käsitteellistää mallilla, joka ottaa huomioon sekä masennusalttiuden että erilaiset psykososiaaliset stressitekijät.

Kaksostutkimukset ja laajat perhetutkimukset ovat osoittaneet, että sekä depression että kaksisuuntaisen mielialahäiriön taustalla vaikuttavat osaltaan perintötekijät (esim. Alexopoulos ym. 1989; Gatz ym. 1992). Perinnöllisyydellä näyttää olevan suurempi rooli varhain puhjenneessa masennuksessa kuin myöhäisen iän masennuksessa (Devanand ym. 2004). Sen sijaan eräät vanhenemiseen liittyvät biologiset tekijät voivat merkittävällä tavalla altistaa iästä ihmistä masennukselle. Tutkimukset ovat tuoneet esiin muun muassa ikääntymiseen liittyviä muutoksia aivojen välittäjäainejärjestelmissä (esim. Bissette 2004). Useiden välittäjäaineiden, kuten dopamiinin ja serotoniinin ja pitoisuuksissa on havaittu vähenemistä, ja tämän lisäksi masennukseen voi vaikuttaa välittäjäaineiden keskinäinen tasapaino (Cohen 1992).

Neurotason muutosten lisäksi eräät fyysiset sairaudet, kuten vaikkapa aivohalvaus tai Parkinsonin tauti voivat altistaa iäkkäitä ihmisiä masennukselle. Somaattisen sairauden ja masennuksen yhteyttä hahmotetaan usein kahden erilaisen reitin avulla. Ensimmäinen reitti on luonteeltaan psykososiaalinen. Masennusoireet nähdään siinä reaktioina sairauden aiheuttamaan toimintakyvyn muutokseen, kipuun tai itsenäisyyden menetykseen (Lyness ym. 2000). Toinen reitti on puolestaan biologinen. Eräisiin sairauksiin liittyy fysiologisia muutoksia, jotka voivat itsessään altistaa masennukselle tai tehdä sen välillisesti heikentämällä ikääntyvän ihmisen stressinkäsittelyvalmiuksia. USA:ssa National Institute of Health on julkaissut konsensuslausuman, jonka mukaan vanhuusiän masennuksen yksi tunnuspiirre on juuri sen esiintyminen yhdessä fyysisten sairauksien kanssa (NIH Consensus Statement, Lebowitz ym. 1997).

Fyysisten sairauksien ja masennuksen suhteita tarkastellaan usein ajatellen, että jompikumpi on syy ja toinen seuraus. Esimerkiksi Barry Gurland tutkijatovereineen (2000) toteaa kuitenkin, että tavanomainen syy–seuraus-ajattelu ei ole kovin tuottoisa näkökulma tarkasteltaessa tämänkaltaisia mutkikkaita vuorovaikutussuhteita. Hyödyllisempää on lähteä liikkeelle kokonaisvaltaisemmin hyväksymällä se tosiasia, että kyseessä on mutkikas keskenään vuorovaikutuksessa olevista tekijöistä muodostuva verkko, jonka elementtejä ovat ainakin keho, mieli ja arvot sekä ympäristö ja henkilön elämäkokemukset. (Gurland ym. 2000.) Näyttää siltä, että vanhuusiällä sekä masennustaipumus että fyysinen raihnaisuus saattavat käynnistää alaspäin johtavan kiihtyvän kierteen, joka voi päättyä laitoshoitoon tai kuolemaan (Bruce 2001).

Varsinaisten fyysisten sairauksien ohella masennuksen on havaittu liittyvän ikäihmisillä yleiseen raihnauteen ja toimintakyvyn laskuun. Huonoa toimintakykyä pidetään tavallisimmin depression riskitekijänä, mutta jotkut tutkijat ovat esittäneet, että se voidaan monissa tapauksissa nähdä myös depression ensimmäisenä oireena (Bruce 2001). Toimintakyvyn lasku voi altistaa ikäihmistä masennukselle useista syistä. Toimintakyvyllä on suoria vaikutuksia arjen sujumiseen ja henkilön mahdollisuuksiin vaikuttaa omaan elämäänsä. Ihmiset antavat myös toimintakyvyn osa-alueille ja niissä tapahtuville muutoksille erilaisia subjektiivisia merkityksiä esimerkiksi elämänhistoriallisista tai kognitiiviseen tyyliin liittyvistä syistä. Vastavuoroisesti masentunut mieliala ja siihen liittyvät muut oireet, kuten ruokahalun muutokset ja unihäiriöt voivat heikentää henkilön yleistä kuntoa ja sitä kautta vaikuttaa sekä toimintakykyyn että toimintahalukkuuteen. Masentunut ikäihminen ei ehkä jaksa huolehtia terveydentilastaan eikä liikkua tai syödä riittävästi. Hoitojärjestelmässä ei myöskään aina anneta kylliksi tietoa siitä, millaisin keinoin ikäihminen voisi itse vaikuttaa mielialaansa ja fyysiseen kuntoonsa.

Psykososiaalisissa teorioissa korostetaan stressin, käyttäytymiseen liittyvien tekijöiden ja kognitiivisten tekijöiden roolia masennuksen etiologiassa. Eräiden tutkimusten mukaan masennusalttius lisääntyy selvästi noin puoli vuotta erityisen raskaiden elämäntapahtumien jälkeen. Kuormittavien elämäntapahtumien ja jopa päivittäisten hankaluuksien määrällä on havaittu olevan yhteyttä masennuksen kehittymiseen. (Lewinsohn ym. 1991.) Kaikki ikäihmiset eivät kuitenkaan masennu kuormittavien elämäntapahtumien, kuten suurten menetysten takia. Nämä laukaisevat masennuksen erityisesti niillä, joilla on ennestään alttiutta siihen joko perinnöllisistä, biologisista tai elämänhistoriallisista syistä tai näiden yhteisvaikutuksesta.

Lewinsohnin tutkimusryhmä on tehnyt 1970-luvulta lähtien tutkimuksia, joissa on tarkasteltu masennuksesta kärsivien ihmisten toimintatyyliä (Lewinsohn 1975; Teri & Lewinsohn 1982; Lewinsohn ym. 1991). Ei liene yllättävää, että masentuneiden ihmisten havaittiin olevan passiivisempia ja saavan niukemmin myönteistä palautetta muilta ihmisiltä kuin sellaisten ihmisten, jotka eivät olleet masentuneita. Osittain myönteisen palautteen puuttumista selittivät menetykset ja sosiaalinen eristyneisyys, mutta osittain oli kyse kyvyttömyydestä ottaa palautetta vastaan ja tulkita sitä myönteisesti (Lewinsohn ym. 1975). Palautteen puute saattaa käynnistää noidankehän, joka vähitellen vahvistaa itseään ja ylläpitää sekä masennusta että heikkoa toimintakykyä.

Teoriat kognitiivisten tekijöiden roolista masennuksen syntymisessä edustavat ajattelutapaa, jossa pyritään löytämään yhdistävä lenkki tämänhetkisten stressitekijöiden, biologisten prosessien, henkilön käyttäytymisen ja hänen elämänhistoriansa välille. Aaron Beck, joka tunnetaan kognitiivisen käyttäytymisterapian isänä, on kollegoidensa kanssa tarkastellut ajattelun, tunteiden ja toiminnan kehää masennuksessa. Masennukseen taipuvaisilla ihmisillä näyttää olevan muita useammin kielteinen kognitiivinen tyyli, jonka piirteitä ovat ylyleistäminen, yksityiskohtiin takertuminen kokonaisuuksien kustannuksella, kielteisten subjektiivisten tulkintojen tekeminen toisten ihmisten käyttäytymisestä, mustavalkoinen ajattelu, asioiden ottaminen liian henkilökohtaisesti, suurentelu tai vähättely, katastrofiajattelu ja juuttuminen jäykkiin sääntöihin (Beck 2002). Kielteisen ajattelun ydintä ovat pessimistiset uskomukset itsestä, maailmasta ja tulevaisuudesta. Ajattelu ei ole tietoisesti kielteistä, vaan ajatukset pulpahtavat mieleen automaattisesti. Ne nostavat pintaan kärsimystä tuottavia tunteita ja johtavat epäsuotuisaan toimintaan, joka puolestaan edelleen vahvistaa kielteisiä ajatuksia (esim. Laidlaw 2003). Kielteisellä ajattelulla on vastineensa aivotasolla, jossa määrättyjen hermoratojen vahvistuminen johtaa niiden automatisoitumiseen. On myös oletettu, että iäkkäillä ihmisillä toiminnanohjauksen ja tarkkaavaisuuden eräiden osa-alueiden heikentyminen saattaisi heikentää kykyä kontrolloida ajatustoimintoja ja tätä kautta lisätä alttiutta kielteisten ajatusten hallitsemattomaan vatkomiseen (von Hippel ym. 2008).

Masentuneet ikäihmiset eivät muodosta yhtenäistä ryhmää. Jotkut ovat kärsineet masennusoireista koko aikuisikänsä tai jopa lapsuudesta asti, toisille masennus on aivan uusi kokemus. Kuten jo edellä on huomautettu, näiden kahden tyypin oirekuviissa on havaittu eroavaisuuksia, joiden uskotaan heijastavan myös etiologisia eroja siten, että jälkimmäisessä biologisilla tekijöillä, erityisesti verisuonimuutoksilla ja aivojen välittäjäaineilla näyttäisi olevan suurempi rooli (Baldwin & Tomenson 1995). Toisaalta aikaisempi depressiohistoria usein ennustaa myöhempiä masennusjaksoja, ja mitä useampia tällaisia jaksoja henkilöllä on ollut, sitä suu-

remmalla todennäköisyydellä hän ajankohtaisen stressin myötä masentuu uudelleen. Myös vakavan masennuksen ja lievemmän masennusoireilun riskitekijöissä on havaittu eroja. Vakavalla masennuksella on usein pitkät juuret, kun taas lievämpi masennusoireilu liittyy monesti ajankohtaisiin kuormittaviin tekijöihin (Beekman ym. 1995).

Masennukselle altistavia tekijöitä vanhuudessa

- Perintötekijät
- Vanhenemiseen liittyvät biologiset tekijät (muutokset aivojen välittäjäaineissa, verisuonimuutokset)
- Vakava virheravitsemus
- Fyysiset sairaudet
- Toimintakyvyn lasku
- Aktiivisuuden väheneminen
- Kognitiiviset ikämuutokset (esim. tarkkaavuudessa ja toiminnanohjauksessa)
- Psykkinen stressi ja kuormittavat elämäntapahtumat
- Negatiivinen kognitiivinen tyyli
- Aikaisempi masennushistoria
- Sosiaalisen tuen ja myönteisen palautteen puute

Masennuksen vaikutukset ikäihmisten hyvinvointiin, toimintakykyyn ja terveyspalveluiden käyttöön

Mielenterveysongelmien, erityisesti masennuksen kielteiset vaikutukset niistä kärsivien ihmisten yleiseen hyvinvointiin, toimintakykyyn ja terveyspalveluiden käyttöön ovat laajalti tiedossa. Erityisen huolestuttavana suomalaisessa yhteiskunnassa on pidetty sitä, että työkyvyttömyyseläkkeelle jäädään yhä useammin mielenterveydellisistä syistä. Työkyvyttömyyseläkkeen saajista jo 43 prosentilla oli syynä mielenterveyden häiriö vuonna 2005 (Kansallinen mielenterveys- ja päihdetyön... 2007). Kyse on siis sekä inhimillisesti että kansantaloudellisesti suuren kokoluokan ongelmasta. Kansainvälisten tutkimusten mukaan masennus on maailmanlaajuisesti suurin työ- ja toimintakyvyttömyyttä aiheuttava sairaudeksi luokiteltu syy (Murray & Lopez 1996; Lenze ym. 2001). Ikäihmisten kohdalla mielenterveysongelmien kansantaloudellista kuormaa on hankalampi osoittaa. Talousvetoisessa yhteiskunnallisessa keskustelussa tämä saattaa olla yksi syy siihen, miksi ikäihmisten mielenterveydestä puhutaan julkisuudessa vähemmän kuin työikäisten psykkinisistä ongelmista (ks. Pietilä & Saarenheimo 2010).

Vanhenemisen ongelmia ja niiden ehkäisemistä lähestytään nykyään yleisesti toimintakyvyn käsitteen kautta. Tarkastelu painottuu fyysiseen toimintakykyyn ja sen ylläpitämisen keinoihin. Kuitenkin useiden tutkimusten mukaan esimerkiksi masennuksen rooli hyvinvoinnin ja toimintakyvyn heikkenemisessä on verrannollinen fyysisten sairauksien merkitykseen (Hays ym. 1995; Beekman ym. 1997). On oletettu, että vakava masennus ja lievämpi masennusoireilu heikentävät toimintakykyä ja yleistä hyvinvointia hieman eri reittejä siten, että lievä masennusoireilu on vakavaa masennusta selkeämmin yhteydessä fyysisiin sairauksiin (Pfeifer & Murrell 1986; Beekman ym. 1997). Palveluiden käytön ja masennuksen suhteista on esitetty kahdenlaisia oletuksia. Yhtäältä masentuneiden ikäihmisten on oletettu käyttävän muita runsaammin terveyspalveluita ja toisaalta taas on ajateltu, että masentuneet henkilöt helposti laiminlyövät omasta terveydestään huolehtimisen. Tutkimuksissa molemmat hypo-

teesit ovat saaneet tukea, sillä on havaittu, että masentuneet ikäihmiset käyttävät depression hoidon kannalta keskeisiä palveluita niukasti, mutta sitäkin enemmän muita terveyspalveluita (Beekman ym. 1997).

Hollantilainen tutkijaryhmä teki 1990-luvun lopulla laajan tutkimuksen, jossa selvitettiin ikäihmisten vakavan ja lievän masennuksen vaikutuksia niistä kärsivien henkilöiden hyvinvointiin, toimintakykyyn ja terveyspalveluiden käyttöön. Tulokset tukevat aikaisempia havaintoja, joiden perusteella masennuksella on merkittäviä vaikutuksia luetelluilla elämän osa-alueilla. Usein ajatellaan, että iän karttuessa fyysiset sairauden näyttelevät suurempaa roolia raihnaistumisprosessissa ja näin vähentävät masennuksen suhteellista merkitystä. Kävi kuitenkin ilmi, että masennuksen rooli raihnaistumisessa säilyi yhtä merkittävänä, vaikka aineiston analyysissä kontrolloitiin fyysisten sairauksien ja toimintakyvyn vajeiden määrä. (Beekman ym. 1997.) Laajan systemaattisen katsauksen perusteella sekä vakavat masennustilat että lievempi masennusoireilu ovat riskitekijöitä toimintakyvyn kannalta. Kyseessä on noidankehä, jossa masennus lisää toimintakyvyn puutteita ja nämä puolestaan edelleen alentavat mielialaa. (Lenze ym 2001; myös Roberts ym. 1997; Penninx ym. 1999.) Tästä näkökulmasta monet tutkijat suosittelevat myös lievemman masennusoireilun hoitamista aktiivisesti, vaikka masennuksen diagnostiset kriteerit eivät täytyisikään (Beekman ym. 1997). Eräiden pitkittäistutkimusten mukaan mieliala ja toimintakyky kulkevat käsi kädessä sekä tilanteen huonontuessa että sen parantuessa. Tämä ”muutoksen synkronia” (Ormel ym. 1993) merkitsee, että jommankumman hoitaminen koituu useimmiten myös toisen hyväksi.

Lenzen tutkimusryhmän (2001) laatimassa katsauksessa tarkastellaan niitä mekanismeja, joiden kautta masennus johtaa toimintakyvyn heikkenemiseen. Nämä voidaan jakaa karkeasti kahteen ryhmään: yhtäältä masennus voi itsessään heikentää toimintakykyä ja toisaalta se voi vaikuttaa toimintakykyyn lisäämällä eräiden sairauksien riskiä tai vähentämällä henkilön kykyä ja halua huolehtia terveydestään.

Masennukseen liittyy usein kognitiivisia ongelmia – erityisesti on viitattu toiminnanohjauksen puutteisiin. Esimerkiksi Alexopoulos ja kumppanit (1996) ovat osoittaneet, että masennus voi vaikuttaa kokonaistoimintakykyyn heikentämällä aloitekykyä ja lisäämällä toistamispackoa. Myös masennukseen liittyvällä ruokahalun puutteella ja siitä seuraavalla alhaisella painoindeksillä (Galanos ym. 1994) sekä psykomotorisella hidastumisella (Steffens ym. 1999) on havaittu olevan merkitystä toimintakyvyn kannalta. Psykkisellä puolella psykomotorista hidastumista vastaavat apatia sekä motivaation ja elämänhalun katoaminen. Muita toimintakyvyn kannalta kriittisiä masennuksen tunnuspiirteitä ovat univaikeudet (Newman ym. 1997) ja kipukokemukset (Williamson & Schulz 1992).

Masennuksen vaikutukset toimintakykyyn saattavat liittyä myös niihin havaintoihin, joita psykiatrian professori Heimo Viinamäki (2009) on tuonut esiin todetessaan, että masennukseen liittyy pitkäkestoinen keskushermoston tulehdustila. Viinamäen mukaan masennuspotilailla voidaan usein todeta stressin säätelyyn liittyvän kortisolini liikaeritystä. Pitkäkestoinen stressitila saa aikaan myös tulehdusproteiinien erittymistä, mikä saattaa Viinamäen mielestä selittää, miksi moniin ruumiillisiin sairauksiin liittyy kohonnut masennusalttius.

Beekmanin tutkimusryhmän (1997) tulokset vahvistavat käsitystä, että ikäihmisten masennusta ei aina hoideta kovin aktiivisesti. Tutkijoiden mukaan kyse ei ole siitä, että iäkkäät itse jättäytyisivät terveyspalveluiden ulkopuolelle, sillä suurin osa tutkimukseen osallistuneista tapasi säännöllisesti terveyskeskuslääkärinä. Sekä vakavasti että lievemmin masentuneita iäkkäitä hoidettiin kuitenkin useammin rauhoittavilla lääkkeillä kuin masennuslääkkeillä. Lääkäri oli siis tunnistanut potilaan mielenterveysongelmat, mutta keskittyi pelkästään ahdistuneisuuden hoitamiseen masennuksen jäädessä taka-alalle. (Beekman ym. 1997.) MielenMuutos-masennushankkeen osallistujia rekrytoitaessa puolestaan huomattiin, että jotkut terveyskeskuslääkärit arvioivat vain muutamien iäkkäiden potilaidensa kärsivän masennuksesta, vaikka suurelle osalle olikin kirjoitettu mielialalääkeresepti. Mitä vaivaa heissä siis lääkittiin? Ristiriita saattaa kertoa lääkäreiden keinottomuudesta nimenomaan lievän masennusoireilun edessä. Vaikka oireita ei pidetä varsinaisesti masennuksena, epämääräisesti oireilevaa potilasta ei haluta lähettää vastaanotolta kotiin tyhjin käsin. Hollantilaistutkimuksen mukaan lievästä masennusoireista kärsivät ikäihmiset olivat vakavasti masentuneiden tavoin muiden terveyspalveluiden kuin mielenterveyspalveluiden suurkuluttajia (Beekman ym. 1997; myös Koenig & Kuchibhatla 1999). Äskettäin ilmestyneessä italialaisessa väestötutkimuksessa masennusoireet olivat iäkkäillä ihmisillä yhteydessä laitoshoitoon päätymiseen mutta eivät kuolleisuuteen (Laudisio ym. 2010).

Masennus, kuolema ja itsemurhariski

Vahvat yhteydet masennuksen ja vakavien fyysisten sairauksien välillä antavat olettaa, että depressio saattaisi olla yhteydessä myös kuolleisuuteen. Tällaisia tutkimustuloksia onkin saatu erityisesti somaattisesti sairailta (Arfken ym. 1999; House ym. 2001) sekä sairaala- ja pitkäaikaishoidossa olevilla ikäihmisillä (Rovner ym. 1991; Covinski ym. 1997). Myös kotona asuvien masentuneiden ikäihmisten kuolleisuus näyttää samansuuntaiselta (Brodaty ym. 1997; Pulska ym. 1999; Schoevers ym. 2000; St. John & Montgomery 2009).

Masennuksella on merkittäviä vaikutuksia niistä kärsivien ikäihmisten terveydentilaan, toimintakykyyn, elämänlaatuun, terveyspalveluiden käyttöön ja kuolleisuuteen. Masennus on keskeinen riskitekijä pysyvään laitoshoitoon joutumisessa.

Mehta kollegoineen (2003) tarkasteli masennuksen ja kognitiivisten toimintojen yhteyttä kuolleisuuteen. Tulokset osoittivat, että molemmilla on merkittävää ennustearvoa ja että niiden yhteinen ennustearvo on vieläkin suurempi.

St. John ja Montgomery (2009) toteavat, että masennuksen vaikutuksissa kuolleisuuteen on vielä monia epäselviä asioita, sillä tutkimustulokset ovat eräiltä osin ristiriitaisia. Toistuvasti on kuitenkin saatu näyttöä siitä, että masennus lisää kuoleman riskiä ja että myös lievemmillä masennusoireilla on tässä merkitystä. On todennäköistä, että vaikutukset välittyvät ruumiillisten sairauksien ja toimintakyvyn heikkenemisen kautta. Tämä vahvistaa käsitystä, että ikäihmisten masennus on monitahoinen mielen ja kehon sairaus, joka lievissäkin muodoissaan tulisi nähdä vakavana hoidollisena haasteena.

Masennuksen vakavin seuraus on lisääntynyt itsemurhariski. Iäkkäiden ihmisten itsemurhaluvut ovat maailmanlaajuisesti korkeita, ja myös Suomessa teemaa on viime vuosina tuotu julkisuuteen toteamalla, että joka toinen päivä yli 65-vuotias suomalainen tekee itsemurhan. Suomessa ovat 2000-luvulla vähentyneet vain työikäisten itsemurhat, kun taas yli 65-vuotiaiden itsemurhien määrä on pysynyt vuosittain kutakuinkin samana (keskimäärin 174 ihmistä). Yli 65-vuotiaiden osuus kaikista itsemurhista on kasvanut, ja se oli 18 prosenttia vuonna 2007. (Pietilä & Saarenheimo 2009.) On myös yleisesti tiedossa, että iäkkäiden itsemurhayritykset johtavat kuolemaan useammin kuin nuorempien. Syynä on pidetty esimerkiksi sitä, että vanhemmat ihmiset käyttävät usein nuorempia väkivaltaisempia keinoja (esim. Saarela 1992).

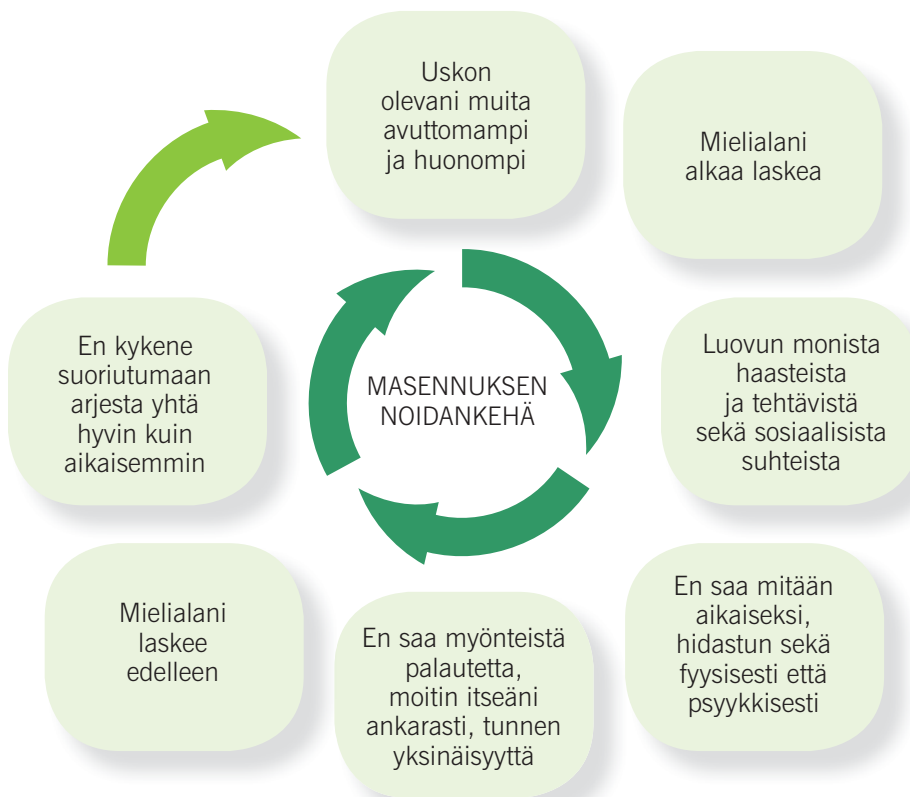
Suomessa toteutettiin 1980-luvun lopulla laaja tutkimushanke, jossa selvitettiin itsemurhien piirteitä myös yli 65-vuotiaiden osalta. Aineistona olivat tiedot kaikista 1 397:stä yhden vuoden (1987–8) aikana maassamme tapahtuneista itsemurhista. Niistä 15 prosentissa eli 211:ssä tekijä oli yli 65-vuotias. Niin sanottujen psykologisten ruumiinavaustutkimusten mukaan itsemurhan tehneet ikäihmiset ovat 54–87 prosentissa tapauksista kärsineet masennustiloista. (Lönngqvist ym. 1993; Henriksson ym. 1995; Conwell ym. 1996; Pitkälä ym. 1999.) Kuitenkin suomalaistutkimuksessa vain 8 prosenttia iäkkäistä oli saanut asianmukaista lääkettä hoitoon. Tutkimuksen aineisto on yli 20 vuoden takaa, mutta myös tuoremmat havainnot kertovat, että ikäihmisten masennus jää tänäkin päivänä valtaosin tunnistamatta. Vaikka masennuslääkkeiden käyttö on yleistynyt, se ei useinkaan yksin riitä asianmukaiseksi hoidoksi ikäihmisten masennusoireisiin.

Tuoreessa ikäihmisten itsemurhia koskevassa katsauksessa todetaan, että vaikka suuri osa itsemurhan tehneistä iäkkäistä on kärsinyt masennuksesta, itsemurhaan päätyvät useimmiten ne masentuneet henkilöt, joilla on määrätynlaisia persoonallisuuden ominaisuuksia sekä muita terveysongelmia, kuten kroonisia kipuja ja vakavia toimintakyvyn vajeita (Manthorpe & Illiffe 2010). Persoonallisuuden piirteistä on viime aikoina tutkittu esimerkiksi impulsiivisuutta, jonka on aiemmin ajateltu liittyvän lähinnä nuorempien itsemurhiin. Neufieldin ja O'Rourken (2009) tutkimuksessa ilmeni, että impulsiivisuudella on oletettua enemmän merkitystä myös iäkkäiden itsemurhissa ja että se saattaa vaikuttaa jopa enemmän kuin toivottomuuden kokemus. Manthorpen ja Illiffen katsauksessa (2010) valitellaan nimenomaan iäkkäitä koskevien itsemurhien ehkäisyinterventioiden vähäisyyttä. He suosittelevat, että terveysammattilaisten tulisi hyödyntää nuoremmilla henkilöillä tehtyjä tutkimuksia ja huomioida lisäksi ikääntymiseen liittyvät erityiset riskitekijät pyrkiessään ehkäisemään masentuneiden ikäihmisten itsemurhia.

Kokemuksellinen näkökulma masennukseen

Masennuksen noidankehä

Masennuksesta kärsivän samoin kuin häntä hoitavan henkilön näkökulmasta diagnostisia kriteereitä ja oireiden lukumäärää tärkeämpää on masennuksen noidankehäluonteen ymmärtäminen. Noidankehän elementtejä ovat erilaiset ruumiilliset tuntemukset, kielteiset ajatukset ja tunteet sekä näitä vahvistava ja ylläpitävä toiminta. Kehä voi käynnistyä mistä tahansa näistä. Iäkkäällä ihmisellä esimerkiksi tärkeä menetys tai havainto fyysisen voiman vähenemisestä ja toimintakyvyn muutoksista saattaa käynnistää pessimistisiä ajatuksia tulevaisuudessa pärjäämisestä. Huolentäyteiset ajatukset ruokkivat alakuloista mielialaa, ja nämä yhdessä aiheuttavat elimistössä stressitilan, joka puolestaan kiihdyttää uhan tuntemuksia. Alavireinen ja kielteisten ajatusten piinaama ihminen vetäytyy helposti sosiaalisista suhteista ja aikaisemmin mielihyvää tuottaneista toiminnoista. Tällä tavoin masentunut ihminen pyrkii suojelemaan itseään uusilta pettymyksiltä. Samalla hän – ehkä huomaamattaan – tulee sulkeneeksi itsensä yhteisen tuen ja mahdollisen myönteisen palautteen ulkopuolelle. Yksinäisyys ja eristäytyneisyys sinetöivät noidankehän, josta on lopulta hyvin vaikea päästä omin avuin irti.



Kuvio 1. Masennuksen noidankehä. Masennuksen noidankehäluonteen elementtejä ovat erilaiset ruumiilliset tuntemukset, kielteiset ajatukset ja tunteet sekä näitä vahvistava ja ylläpitävä toiminta. Kehä voi käynnistyä mistä tahansa näistä osista.

Psykiatriassa masennusta tarkastellaan joskus yksipuolisesti vain biologisesta tai vain psykologisesta näkökulmasta. Noidankehämälli auttaa näkemään tilan monisyisyyden ja hahmottamaan, kuinka aivot, keho, mieli, toiminta ja sosiaaliset suhteet ovat kaikki mukana masennuksen synnyssä ja lievittämisessä. Hoidon kannalta erityisen tärkeä havainto on, että masentunut ihminen yleensä omalla toiminnallaan tulee ylläpitäneeksi kärsimystä. Sosiaalisista suhteista ja aiemmin mielihyvää tuottaneista toiminnoista vetäytyminen tekevät tilaa minäkeskeiselle kielteisten ajatusten vavomiselle, ja ihminen saattaa uskoa kykenevänsä ajattelemalla ratkaisemaan tunne-elämänsä ongelmia. Usein myös normaali arjen rytmi särkyä, mikä entisestään ruokkii kokemusta epäonnistumisesta elämän hallinnassa. Läheiset ja muut ulkopuoliset saattavat pyrkiä piristämään masentunutta ihmistä houkuttelemalla häntä osallistumaan erilaisiin toimintoihin tai kehottamalla häntä ”ottamaan itseään niskasta kiinni”. Tällaiset yritykset masentunut ihminen kokee herkästi liiallisina vaatimuksina ja tuntee itsensä kenties entistäkin epäonnistuneemmaksi. Tämä liittyy siihen Sirkka-Liisa Kivelänkin (2009) esiin tuomaan seikkaan, että masennus vaikuttaa olennaisesti ihmisen tahtoelämään eli juuri siihen puoleen, jonka avulla ihmiset yleensä pääsevät yli alavireisistä tunnetiloistaan.

Sosiaalipsykologi Jukka Tontti on tarkastellut tutkimuksissaan ihmisten arkikärsityksiä masennuksen syistä (2000) ja niistä ”resepteistä”, joiden avulla mielialaa voi itse hoitaa (2008). Subjektivisia käsityksiä masennuksen syistä analysoitiin laajasta Helsingin Psykoterapiaprojektin aineistosta, josta oli valittu tarkasteltaviksi 20:n masennuksen takia psykoterapiaan hakeutuneen henkilön videoidut haastattelut. Selitysluokkia löytyi kaikkiaan 12 ja ne liittyivät läheisissä ihmissuhteissa esiintyviin ongelmiin, ajatusten umpikujiin, kipeisiin tunteisiin, lapsuuden perheeseen, vaikeaan luonteeseen ja työolosuhteisiin. Lisäksi masennus saatettiin nähdä elämäntapana, jota luonnehti ulkopuolisuus tai sivullisuus. Selitykset eivät jakaneet haastateltavia eri ryhmiin, vaan jokainen haastateltava käytti useisiin luokkiin kuuluvia selityksiä puhuessaan masennuksestaan. Ruumiin sairauksiin, sukuun, luontoon tai kulttuuriin liittyvät selitykset eivät näytelleet minkäänlaista roolia masennuksesta puhuttaessa. (Tontti 2000.) Havainto on mielenkiintoinen, ja saattaa ainakin ruumiillisten sairauksien osalta selittyä sillä, että aineistosta puuttuivat kokonaan iäkkäämmät ihmiset.

Tontin ajattelutapa edustaa kriittistä asennoitumista psyykkisten ongelmien lääketieteellistämiseen. Hieman paradoksaalisesti hän toteaa, että masennukseen *sairastuneen* oma kokemus ja kärsimys katoavat, jos sitä tarkastellaan pelkästään lääketieteen näkökulmasta (Tontti 2008, 18). Kriittisyys on kuitenkin tarpeen, sillä yleensäkin ihmisten omien kokemusten tarkastelu jää hoitojärjestelmässä marginaaliin, kun suositetaan kaikille samanlaisia ja mahdollisimman helposti toteutettavia hoitomenetelmiä, kuten yksinomainen lääkehoito. Masennuksen psykososiaalisissa hoitomuodoissa ainakin pyritään ottamaan lähtökohdaksi ihmisen omat kokemukset ja tavoitteet. Tämä ei silti välttämättä merkitse, että kokemuksia ei kyseenalaistettaisi hoidon aikana. Esimerkiksi kognitiivinen psykoterapia perustuu nimenomaan asiakkaan epäsuotuisien uskomusten sekä ajattelu- ja toimintatapojen kyseenalaistamiseen.

Yksinäisyys ja masennus

Masennus ja yksinäisyys ovat erilliset käsitteet, joissa on kuitenkin myös päällekkäisyyttä (Stek ym. 2004; Tiikkainen & Heikkinen 2005). Cacioppo ja Patrick (2008) kiteyttävät käsitteiden eron toteamalla, että yksinäisyydessä on kyse siitä, millaiseksi ihminen kokee sosiaaliset suhteensa, kun taas masennuksessa on kyse siitä, millaiseksi ihminen kokee elämänsä ja olemisensa ylipäättään. Yksinäisyyttä on mielekkäintä tarkastella relationaalisena käsitteenä, sillä sen kokeminen edellyttää tietoisuutta suhteessa olosta ja yhteisön jäsenyydestä. Yksinäisyys on suhteellista myös siinä mielessä, että sitä ei voi yksiselitteisesti mitata sosiaalisten kontaktien määrällä, vaan se heijastaa eroa toivotun ja todellisen tilanteen välillä (esim. Savikko 2008; Jylhä & Saarenheimo 2010). Merkitystä on myös kontakteihin sisältyvien tunteiden laadulla. Helena Lopata (1969, 250) on tiivistänyt leskien yksinäisyyttä koskevassa tutkimuksessaan asian seuraavasti: ”Ihminen voi tuntea itsensä yksinäiseksi ollessaan konkreettisesti yksin tai ollessaan erossa hänelle erityisen merkityksellisestä henkilöstä. Ihminen voi kokea yksinäisyyttä myös silloin, kun muut ihmiset eivät kohtele häntä toivotulla tavalla tai kun tilanne ei salli hänen solmia haluamiaan kontakteja.”

Yksinäisyys liitetään usein masennuksen oirekuvaan (Heikkinen & Kauppinen 2004; Hawkley ym. 2006), ja toisinaan sitä taas pidetään masennuksen riskitekijänä (Adams ym. 2004) tai sen seuraamuksena (esim. Jylhä & Saarenheimo 2010). Eräässä kotona asuvia iäkkäitä ihmisiä koskevassa tutkimuksessa yksinäisyys osoittautui keskeisimmäksi depressiota ennustavaksi tekijäksi. Yksinäisyyttä puolestaan ennustivat alhainen itsetunto, taloudellinen huono-osaisuus, vähäiset tilaisuudet sosiaalisiin kontakteihin sekä liikkumisvaikeudet. (Cohen-Mansfield & Parpura-Gil 2007.)

Frances Barg antropologiaa ja terveystiedettä yhdistävine tutkimusryhmineen (2006) on esittänyt, että iäkkäillä ihmisillä saattaa olla muita enemmän taipumusta kuvata masennusta puhumalla yksinäisyydestä. Vaikka sekä yksinäisyys että masennus kantavat mukanaan stigmaa, yksinäisyys saattaa sittenkin olla sosiaalisesti suotavampi tila kuin psyykinen häiriö. Bargin tutkimusryhmä rekrytoi runsaat 100 yli 65-vuotiasta tutkimushenkilöä, joista osa oli CES-D -mittarin mukaan masentuneita ja osa ei. Heistä hieman yli puolta pyydettiin laatimaan vapaamuotoinen luettelo sanoista, jotka heidän mielestään kuvasivat masentunutta henkilöä ja toinen luettelo sanoista, joilla he olisivat kuvanneet itseään masentuneena tai alamaissa olevana. 60 henkilön luetteloista analysoitiin tyypillisimmät ilmaukset. Masentunutta henkilöä kuvattiin yleisimmin sanoilla yksinäinen, välinpitämätön, alavireinen, surullinen ja vähäsana-nainen. Itseä masentuneena puolestaan kuvattiin useimmiten sanoilla surullinen, yksinäinen, väsynyt, ahdistunut, masentunut ja fyysisesti kipeä. Yksinäisyys oli siis keskimäärin käytetyin sana kuvattaessa masentunutta ihmistä ylipäättään ja toiseksi käytetyin, kun kuvattiin itseä masentuneena. (Barg ym. 2006.)

Suomessa Hanna Uotila (ent. Palkeinen, 2005) on tutkinut yksinäisyyden subjektiivisia merkityksiä iäkkäiden ihmisten kirjoittamien tekstien avulla. Näissä yksinäisyyttä kokeneiden ikäihmisten vapaamuotoisissa kirjoituksissa yhteys masentuneisuuteen tuli selkeästi esiin. Tutkija luokitteli yksinäisyydelle annetut merkitykset neljän näkökulman alle. Nämä olivat toimijuuden ja tekemisen puute, turvattomuuden tunne, ulkopuolisuus ja kaipaus. (Palkeinen

2005.) Näyttää siltä, että yksin oleminen ei väistämättä johda masennukseen, mutta siihen liitetyt kielteiset merkitykset ja tulkinnat voivat altistaa masennukselle tai ylläpitää alavireistä mielialaa.

Cacioppo ja Patrick (2008) ovat tarkastelleet yksinäisyyttä laajasta bio-psyko-sosiaalisesta perspektiivistä. He toteavat, että lajinkehityksen näkökulmasta yksinäisyyden tunne voidaan ymmärtää elossa säilymisen kannalta tärkeänä hälytysmerkkinä, sillä se saa ihmisen hakeutumaan toisten seuraan. Toisaalta paradoksaalisesti sekä yksinäisyyden kokemuksiin että masennukseen liittyy taipumus passiivisten hallintakeinojen käyttöön, mikä estää ihmistä hakemasta muiden ihmisten seuraa ja sosiaalista tukea. Masentunut ihminen välttelee usein muita ihmisiä ja keskittyy seurassakin omiin ajatuksiinsa ja mielikuviinsa pikemmin kuin tilanteen tuottamiin välittömiin havaintoihin. Siten hän ei myöskään usein saa myönteistä palautetta, mikä entisestään vahvistaa yksinäisyyden ja osattomuuden kokemusta.

Cacioppo ja Patrickin käsityksen mukaan yksinäisyyden voimakkaat kielteiset vaikutukset psyykkiseen ja fyysiseen hyvinvointiin liittyvät kolmen tekijän vuorovaikutukseen. Ensinnäkin ihmiset ovat jo alun alkaen eriasteisesti haavoittuvia yksin olemiselle. Toiseksi kyky säädellä yksin oloon liittyviä tunteita vaihtelee ihmisestä toiseen. Kolmanneksi yksin ololle annetut subjektiiviset merkitykset ja tulkinnat vaihtelevat kulttuurista, yhteisöstä ja yksilöstä toiseen. Joillekin yksin olo merkitsee yksinkertaisesti ohimenevää neutraalia tai myönteistä tilannetta, kun taas toiset kokevat sen lamaannuttavana pysyvänä olotilana, josta on vaikea löytää ulospääsyä. (Cacioppo & Patrick 2008.)

Masennus mahdollisuutena

Etenkin masennusta koskevassa itsehoitokirjallisuudessa korostetaan sen koskettavan kaikkia ihmisiä tavalla tai toisella joissakin elämäntilanteissa. Joskus puhutaan eksistentiaalisesta masennuksesta, millä viitataan siihen, että alavireiset tunnetilat ovat osa ihmisenä olemista pikemmin kuin lääketieteellinen sairaus. Ongelmaksi nämä tunnetilat muuttuvat vasta silloin, kun ne ovat luonteeltaan lamaannuttavia ja jatkuvat liian pitkään. Periaatteessa siis kaikilla ihmisillä on jonkinlainen henkilökohtainen kokemus ja ymmärrys siitä, mistä puhutaan kun puhutaan masennuksesta. Usein vakavasta masennuksesta kärsivät ihmiset kuitenkin kokevat, että ulkopuoliset eivät kykene ymmärtämään heidän tilannettaan, koska heillä ei ole vastaavaa omakohtaista kokemusta.

Eräät filosofit ovat verranneet masennusta tienhaaraan, johon masentunut ihminen on elämänsä käännekohtassa pysähtynyt, koska ei vielä tiedä, mihin suuntaan olisi lähdettävä (esim. Achenbach 1997; myös Mattila 2002). Myös Cacioppo ja Patrick (2008) tuovat esiin samansuuntaisia ajatuksia, vaikka heidän lähtökohtansa on lajinkehityksellinen. Masentuneisuudella saattaisi heidän mukaansa olla sosiaalisia tehtäviä, jotka saavat ihmisen esimerkiksi pidättymään liian suoraviivaisesta ja päällekkäystä mahdollisen kumppanin lähestymisestä. Masennus olisi myös tällöin eräänlainen aikalisa, joka otetaan haluttaessa rauhoittua ja miettiä omaa tilannetta. Tästä näkökulmasta masennusta voi hahmottaa jopa itsehoitona.

Myös psykoanalyysin piirissä masennukselle on esitetty yllä kuvatun tyyppisiä tulkintoja. Suomessa psykoanalytikko Pirkko Siltala on puhunut masennuksen yhteydestä eheytymiseen vanhuudessa. Siltala näkee kyvyn suruun ja depression jopa edellytyksenä tai ainakin mahdollisuutena vanhuuteen kypsymiselle sekä omakohtaisen suhteen löytämiselle elämän ja kuoleman perimmäisiin kysymyksiin. (Siltala 1990; 1992.) Depressio voi siten olla jonkinlainen etsikkovaihe, joka hyvässä tapauksessa vie ihmistä kohti uutta. Siltala (1992) on jäsentänyt masennusta tienviittana, joka osoittaa iäkkään ihmisen toteutumattomien mahdollisuuksien suunnan ja kehottaa häntä tutkimaan niitä.

Aikalisänä, tienristeyksenä tai elämän uutta suuntaa osoittavana tienviittana ymmärretty masennus ei välttämättä vaadi lääkkeitä tai terapiaa vaan mahdollisuutta antaa tuntemuksille aikaa, jotta niitä voisi tutkia rauhassa. Syvimmässä vaiheessaan vakava masennus näyttäytyy kuitenkin kokijalleen siinä määrin rampauttavana ja tuskallisena tilana, että puheet uusista mahdollisuuksista voivat tuntua jopa pilkanteolta. Masennus voi pahimmillaan riistää elämästä kaiken merkityksen, jolloin ihminen uppoutuu pelkästään omaan kärsimykseensä eikä kykene näkemään tilanteesta lainkaan ulospääsyä. Ranskalainen psykoanalytikko ja kirjallisuuden-tutkija Julia Kristeva (1984; 1999) kuvaa masennusta ”asiana”, jota masentunut mustasukkaisesti vartioi ja jota hän ei voi eikä lopulta haluakaan antaa pois, koska se on ainoa, mitä on. Tässä mielessä masennus on hyvin itsekkeinen tila, sillä vaikka masentunut kokee olevansa ulkopuolinen kaikesta, hän toisaalta uskoo kaiken viittaavan juuri hänen huonouteensa ja epäonnistumiseensa (myös Saarenheimo 2003).

Tärkeää muistaa myöhäisen iän masennuksesta

- Masennusta pidetään myöhäisen iän yleisimpänä psyykkisenä ongelmana.
- Masennus syntyy monitekijäisenä ja monimutkaisena prosessina, jossa limittyvät biologiset tekijät, aikaisemmat elämäntapahtumat, tämänhetkinen stressi, sosiaalisen tuen ja myönteisen palautteen puute sekä henkilön kognitiivinen tyyli.
- Masennuksen ydinoireita ovat masentunut mieliala, alentunut energiataso sekä mielihyvän tunteen ja kiinnostuksen väheneminen.
- Arkikielessä ”masennuksella” voidaan tarkoittaa niin tavallisia alavireisiä tunnekokemuksia kuin varsinaista psyykkistä häiriötäkin.
- Usein iäkkäiden masennustiloissa korostuvat muut kuin psyykkiset oireet, kuten fyysiset tuntemukset, kivut, säryt ja voimakas uupumus.
- Ikäihmisten masennustiloja ei tunnusteta riittävän hyvin eikä hoideta riittävän aktiivisesti.
- Hoidon vaikutuksia ei seurata kyllin pitkään.

Kirjallisuus

- Achenbach, G. B. (1997). About the center of philosophical practice. Kirjassa W. van der Vlist (toim.), *Perspectives in philosophical practice*. (ss. 7-15). Groningen, Holland: VFP.
- Adams, K. B. (2001). Depressive symptoms, depletion, or developmental change? Withdrawal, apathy, and lack of vigor in the geriatric depression scale. *The Gerontologist*, 41(6), 768-777.
- Adams, K. B., & Moon, H. (2009). Subthreshold depression: Characteristics and risk factors among vulnerable elders. *Aging & Mental Health*, 13(5), 682-692.
- Adams, K. B., Sanders, S., & Auth, E. A. (2004). Loneliness and depression in independent living retirement communities: Risk and resilience factors. *Aging & Mental Health*, 8(6), 475-485.
- Akiskal, H. S., Judd, L. L., Gillin, J. C., & Lemmi, H. (1997). Subthreshold depressions: Clinical and polysomnographic validation of dysthymic, residual and masked forms. *Journal of Affective Disorders*, 45(1-2), 53-63.
- Akiskal, H. S., & McKinney, W. T., Jr. (1973). Depressive disorders: Toward a unified hypothesis. *Science* (New York, N.Y.), 182(107), 20-29.
- Alexopoulos, G. S., Katz, I. R., Bruce, M. L., Heo, M., Ten Have, T., Raue, P., ym. (2005b). Remission in depressed geriatric primary care patients: A report from the PROSPECT study. *The American Journal of Psychiatry*, 162 (4), 718-724.
- Alexopoulos, G. S., Kiosses, D. N., Choi, S. J., Murphy, C. F., & Lim, K. O. (2002). Frontal white matter microstructure and treatment response of late-life depression: A preliminary study. *The American Journal of Psychiatry*, 159(11), 1929-1932.
- Alexopoulos, G. S., Meyers, B. S., Young, R. C., Kakuma, T., Feder, M., Einhorn, A., ym. (1996). Recovery in geriatric depression. *Archives of General Psychiatry*, 53(4), 305-312.
- Alexopoulos, G. S., Meyers, B. S., Young, R. C., Kalayam, B., Kakuma, T., Gabrielle, M., ym. (2000). Executive dysfunction and long-term outcomes of geriatric depression. *Archives of General Psychiatry*, 57(3), 285-290.
- Alexopoulos, G. S., Schultz, S. K., & Lebowitz, B. D. (2005a). Late-life depression: A model for medical classification. *Biological Psychiatry*, 58(4), 283-289.
- Alexopoulos, G. S., Young, R. C., Abrams, R. C., Meyers, B., & Shamoian, C. A. (1989). Chronicity and relapse in geriatric depression. *Biological Psychiatry*, 26(6), 551-564.
- American Psychiatric Association. (2005). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders - text revision* (4. painos) American Psychiatric Association.
- Arfken, C. L., Lichtenberg, P. A., & Tancer, M. E. (1999). Cognitive impairment and depression predict mortality in medically ill older adults. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 54(3), M152-156.
- Baldwin, R. C., & Tomenson, B. (1995). Depression in later life. A comparison of symptoms and risk factors in early and late onset cases. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 167(5), 649-652.
- Barg, F. K., Huss-Ashmore, R., Wittink, M. N., Murray, G. F., Bogner, H. R., & Gallo, J. J. (2006). A mixed-methods approach to understanding loneliness and depression in older adults. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 61(6), S329-339.
- Beck, A. T. (2002). Cognitive models of depression. Kirjassa R. M. Leahy, & E. T. Dowd (toim.), *Clinical advances in cognitive psychotherapy: Theory and application*. (pp. 29-61). New York: Springer Publishing Company.
- Beekman, A. T., Kriegsman, D. M., Deeg, D. J., & van Tilburg, W. (1995). The association of physical health and depressive symptoms in the older population: Age and sex differences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 30(1), 32-38.
- Beekman, A. T., Penninx, B. W., Deeg, D. J., Ormel, J., Braam, A. W., & van Tilburg, W. (1997). Depression and physical health in later life: Results from the longitudinal aging study Amsterdam (LASA). *Journal of Affective Disorders*, 46(3), 219-231.
- Bissette, G. (2004). Chemical messengers. Kirjassa D. G. Blazer, D. C. Steffens & E. W. Busse (toim.), *Textbook of geriatric psychiatry* (pp. 83-108). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Blazer, D. G. (2002). Self-efficacy and depression in late life: A primary prevention proposal. *Aging & Mental Health*, 6(4), 315-324.
- Brodsky, H., Luscombe, G., Parker, G., Wilhelm, K., Hickie, I., Austin, M. P., ym. (2001). Early and late onset depression in old age: Different aetiologies, same phenomenology. *Journal of Affective Disorders*, 66(2-3), 225-236.
- Brodsky, H., MacCuspie-Moore, C. M., Tickle, L., & Luscombe, G. (1997). Depression, diagnostic sub-type and death: A 25 year follow-up study. *Journal of Affective Disorders*, 46(3), 233-242.

-
- Brown, R. P., Sweeney, J., Loutsch, E., Kocsis, J., & Frances, A. (1984). Involutional melancholia revisited. *The American Journal of Psychiatry*, 141(1), 24-28.
- Bruce, M. L. (2001). Depression and disability in late life: Directions for future research. *The American Journal of Geriatric Psychiatry : Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 9(2), 102-112.
- Buntinx, F., Kester, A., Bergers, J., & Knottnerus, J. A. (1996). Is depression in elderly people followed by dementia? A retrospective cohort study based in general practice. *Age and Ageing*, 25(3), 231-233.
- Burke, K. C., Burke, J. D. Jr., Regier, D. A., & Rae, D. S. (1990). Age at onset of selected mental disorders in five community populations. *Archives of General Psychiatry*, 47(6), 511-518.
- Cacioppo, J. T., & Patrick, W. (2008). *Loneliness. human nature and the need for social connection*. New York: W. W. Norton & Company.
- Cohen, G. D. (1992). The future of mental health and aging. Kirjassa J. E. Birren, G. D. Cohen, N. R. Hooyman, B. D. Lebowitz, M. Wykle & D. E. Deutchman (toim.), *Handbook of mental health and aging* (pp. 894-912). New York: Academic Press.
- Cohen-Mansfield, J., & Parpura-Gill, A. (2007). Loneliness in older persons: A theoretical model and empirical findings. *International Psychogeriatrics / IPA*, 19(2), 279-294.
- Conwell, Y., Duberstein, P. R., Cox, C., Herrmann, J. H., Forbes, N. T., & Caine, E. D. (1996). Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: A psychological autopsy study. *The American Journal of Psychiatry*, 153(8), 1001-1008.
- Covinsky, K. E., King, J. T. Jr., Quinn, L. M., Siddique, R., Palmer, R., Kresevic, D. M., ym. (1997). Do acute care for elders units increase hospital costs? A cost analysis using the hospital perspective. *Journal of the American Geriatrics Society*, 45(6), 729-734.
- Devanand, D. P., Adorno, E., Cheng, J., Burt, T., Pelton, G. H., Roose, S. P., ym. (2004). Late onset dysthymic disorder and major depression differ from early onset dysthymic disorder and major depression in elderly outpatients. *Journal of Affective Disorders*, 78(3), 259-267.
- Galanos, A. N., Pieper, C. F., Cornoni-Huntley, J. C., Bales, C. W., & Fillenbaum, G. G. (1994). Nutrition and function: Is there a relationship between body mass index and the functional capabilities of community-dwelling elderly? *Journal of the American Geriatrics Society*, 42(4), 368-373.
- Gallo, J. J., & Rabins, P. V. (1999). Depression without sadness: Alternative presentations of depression in late life. *American Family Physician*, 60(3), 820-826.
- Gatz, M. (2010). Depression and compromised mood. *Julkaisematon esitelmä*.
- Gatz, M., & Hurwicz, M. L. (1990). Are old people more depressed? Cross-sectional data on center for epidemiological studies depression scale factors. *Psychology and Aging*, 5(2), 284-290.
- Gatz, M., Kasl-Godley, J. E., & Karel, M. J. (1996). Aging and mental disorders. Kirjassa J. E. Birren, & K. W. Schaie (toim.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 365-382). San Diego, CA: Academic Press.
- Gatz, M., Pedersen, N. L., Plomin, R., Nesselroade, J. R., & McClearn, G. E. (1992). Importance of shared genes and shared environments for symptoms of depression in older adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(4), 701-708.
- Geiselman, B., & Bauer, M. (2000). Subthreshold depression in the elderly: Qualitative or quantitative distinction? *Comprehensive Psychiatry*, 41(2 Suppl 1), 32-38.
- Gurland, B., Katz, S., & Pine, Z. M. (2000). Complex unity and tolerable uncertainty: Relationships of physical disorder and depression. Kirjassa G. M. Williamson, D. R. Shaffer & P. A. Parmelee (toim.), *Physical illness and depression in older adults. handbook of theory, research, and practice* (ss. 311-330). New York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers.
- Harper, R. G., Kotik-Harper, D., & Kirby, H. (1990). Psychometric assessment of depression in an elderly general medical population. over- or underassessment? *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 178(2), 113-119.
- Hartikainen, S., Klaukka, T., Helin-Salmivaara, A., & Sairanen, S. (2000). Ikäihmiset masennuslääkkeiden suurkuluttajina. *Suomen Lääkäreilehti*, 55, 3706-3709.
- Hawkey, L. C., Masi, C. M., Berry, J. D., & Cacioppo, J. T. (2006). Loneliness is a unique predictor of age-related differences in systolic blood pressure. *Psychology and Aging*, 21(1), 152-164.
- Hays, R. D., Wells, K. B., Sherbourne, C. D., Rogers, W., & Spritzer, K. (1995). Functioning and well-being outcomes of patients with depression compared with chronic general medical illnesses. *Archives of General Psychiatry*, 52(1), 11-19.
- Heikkinen, R. L., & Kauppinen, M. (2004). Depressive symptoms in late life: A 10-year follow-up. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 38(3), 239-250.
- Henriksson, M. M., Marttunen, M. J., Isometsä, E. T., Heikkinen, M. E., Aro, H. M., Kuoppasalmi, K. I., ym. (1995). Mental disorders in elderly suicide. *International Psychogeriatrics / IPA*, 7(2), 275-286.
-

-
- Heun, R., Papassotiropoulos, A., & Ptok, U. (2000). Subthreshold depressive and anxiety disorders in the elderly. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 15(3), 173-182.
- Horwath, E., Johnson, J., Klerman, G. L., & Weissman, M. M. (1992). Depressive symptoms as relative and attributable risk factors for first-onset major depression. *Archives of General Psychiatry*, 49(10), 817-823.
- House, A., Knapp, P., Bamford, J., & Vail, A. (2001). Mortality at 12 and 24 months after stroke may be associated with depressive symptoms at 1 month. *Stroke; a Journal of Cerebral Circulation*, 32(3), 696-701.
- Jorm, A. F. (2000). Is depression a risk factor for dementia or cognitive decline? A review. *Gerontology*, 46(4), 219-227.
- Jost, B. C., & Grossberg, G. T. (1996). The evolution of psychiatric symptoms in Alzheimer's disease: A natural history study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 44(9), 1078-1081.
- Judd, L. L., & Akiskal, H. S. (2002). The clinical and public health relevance of current research on subthreshold depressive symptoms to elderly patients. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 10(3), 233-238.
- Judd, L. L., Rapaport, M. H., Paulus, M. P., & Brown, J. L. (1994). Subsyndromal symptomatic depression: A new mood disorder? *The Journal of Clinical Psychiatry*, 55 Suppl, 18-28.
- Juva, K. (2007). Dementia ja depressio. *Duodecim*, 123(10), 1231-1237.
- Jylhä, M., & Saarenheimo, M. (2010). Loneliness and aging: Comparative perspectives. Kirjassa D. Dannefer, & C. R. Phillipson (toim.), *The SAGE handbook of social gerontology* (ss. 317-328). London: Sage Publications.
- Kessing, L. V. (2006). Differences in diagnostic subtypes among patients with late and early onset of a single depressive episode. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(12), 1127-1131.
- Kivelä, S.-L. (2009). Depressiosta tasapainoon. Hyvä elämä iäkkäänä. Sastamala: Kirjapaja.
- Koenig, H. G., & Kuchibhatla, M. (1999). Use of health services by medically ill depressed elderly patients after hospital discharge. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 7(1), 48-56.
- Kristeva, J. (1984). *Desire in language. A semiotic approach to literature and art*. Oxford: Basil Blackwell.
- Kristeva, J. (1999). *Musta aurinko. Masennus ja melankolia*. Gummerus: Nemo.
- Laidlaw, K., Thompson, L. W., Dick-Siskin, L., & Gallagher-Thompson, D. (2003). *Cognitive behavior therapy with older people*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Laudisio, A., Marzetti, E., Pagano, F., Pozzi, G., Bernabei, R., & Zuccala, G. (2010). Depressive symptoms are associated with hospitalization, but not with mortality in the elderly: A population-based study. *Aging & Mental Health*, 14(8), 955-961.
- Lavretsky, H., & Kumar, A. (2002). Clinically significant non-major depression: Old concepts, new insights. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 10(3), 239-255.
- Lebowitz, B. D., & Niederehe, G. (1992). *Concepts and issues in mental health and aging*. Kirjassa J. E. Birren, R. B. Sloane & G. D. Cohen (toim.), *Handbook of mental health and aging*. (ss. 3-26). San Diego, CA: Academic Press.
- Lenze, E. J., Rogers, J. C., Martire, L. M., Mulsant, B. H., Rollman, B. L., Dew, M. A., ym. (2001). The association of late-life depression and anxiety with physical disability: A review of the literature and prospectus for future research. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 9(2), 113-135.
- Lewinsohn, P. M. (1975). The behavioral study and treatment of depression. Kirjassa M. Hersen, R. M. Eisler & P. M. Miller (toim.), *Progress in behavior modification*. (ss. 19-64). New York: Academic Press.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J. R., & Fischer, S. A. (1991). Age and depression: Unique and shared effects. *Psychology and Aging*, 6(2), 247-260.
- Linjakumpu, T., Hartikainen, S., Klaukka, T., Koponen, H., Kivelä, S., & Isoaho, R. (2002). Psychotropics among the home-dwelling elderly -increasing trends. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(9), 874-883.
- Lönnqvist, J., Aro, H., & Marttunen, M. (1993). Itsemurhat Suomessa 1987 -projekti: Toteutus, aineisto ja tutkimustuloksia. *Tutkimuksia* 25/1993. Jyväskylä: Stakes.
- Lopata, H. (1969). Loneliness: Forms and components. *Social Problems*, 17(2), 248-261.
- Lyness, J. M., King, D. A., Conwell, Y., Cox, C., & Caine, E. D. (2000). Cerebrovascular risk factors and 1-year depression outcome in older primary care patients. *The American Journal of Psychiatry*, 157(9), 1499-1501.
- Manthorpe, J., & Iliffe, S. (2005). *Depression in later life*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Manthorpe, J., & Iliffe, S. (2010). Suicide in later life: Public health and practitioner perspectives. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(12):1230-1238.
-

-
- Mattila, A. (2002). Masennus pysähtymisenä elämän tienhaaraan. Kirjassa K. Ketola, S. Knuutila, A. Mattila & K. M. Vesala (toim.), Puuttuvat viestit. Nonkommunikaatio inhimillisessä vuorovaikutuksessa. Helsinki: Gaudeamus.
- Mehta, K. M., Yaffe, K., Langa, K. M., Sands, L., Whooley, M. A., & Covinsky, K. E. (2003). Additive effects of cognitive function and depressive symptoms on mortality in elderly community-living adults. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 58(5), M461-467.
- Mieli 2009. (2007). Kansallinen mielenterveys- ja päihdetyön työsuunnitelma. <http://info.stakes.fi/nrdonlyres/392de4ae-f796-4b04-a0b3-a8418a6a4a01/0/mielenterveysjapaihdyntyosuunnitelma.pdf>.
- Murray, C., & Lopez, A. (1996). *The global burden of disease*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Neufeld, E., & O'Rourke, N. (2009). Impulsivity and hopelessness as predictors of suicide-related ideation among older adults. *Canadian Journal of Psychiatry/Revue Canadienne De Psychiatrie*, 54(10), 684-692.
- Newman, A. B., Enright, P. L., Manolio, T. A., Haponik, E. F., & Wahl, P. W. (1997). Sleep disturbance, psychosocial correlates, and cardiovascular disease in 5201 older adults: The cardiovascular health study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 45(1), 1-7.
- Ormel, J., von Korff, M., van den Brink, W., Katon, W., Brilman, E., & Oldehinkel, T. (1993). Depression, anxiety, and social disability show synchrony of change in primary care patients. *American Journal of Public Health*, 83(3), 385-390.
- Palkeinen, H. (2005). Yksinäisyys iäkkäiden ihmisten kirjoituksissa. *Gerontologia*, 19(3), 111-120.
- Penninx, B. W., Geerlings, S. W., Deeg, D. J., van Eijk, J. T., van Tilburg, W., & Beekman, A. T. (1999). Minor and major depression and the risk of death in older persons. *Archives of General Psychiatry*, 56(10), 889-895.
- Pfeiffer, J. F., & Murrell, S. A. (1986). Etiological factors in the onset of depressive symptoms in older adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 282-291.
- Pietilä, M., & Saarenheimo, M. (2010). Ikäihmisten mielenterveys: Julkiset käsitykset, tavoitteet ja käytännöt. Vanhustyön keskusliitto. Loimaa: Newprint.
- Pitkälä, K., Isometsä, E., Henriksson, M., & Lönnqvist, J. (1999). Iäkkäiden itsemurhat Suomessa. *Duodecim*, 115(2), 121.
- Pulsa, T., Pahkala, K., Laippala, P., & Kivelä, S. L. (1999). Follow up study of longstanding depression as predictor of mortality in elderly people living in the community. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 318(7181), 432-433.
- Roberts, R. E., Kaplan, G. A., Shema, S. J., & Strawbridge, W. J. (1997). Does growing old increase the risk for depression? *The American Journal of Psychiatry*, 154(10), 1384-1390.
- Rovner, B. W., German, P. S., Brant, L. J., Clark, R., Burton, L., & Folstein, M. F. (1991). Depression and mortality in nursing homes. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 265(8), 993-996.
- Saarela, T. (1992). *Vanhusiän masennus*. Helsinki: SITRA.
- Saarenheimo, M. (2003). Vanhuus ja mielenterveys. arkielämän näkökulma. Vantaa: WSOY.
- Saarenheimo, M., & Arinen, S. (2009). Ikäihmisten masennuksen psykososiaalinen hoito. *Gerontologia*, (4), 209-221.
- Sadek, N., & Bona, J. (2000). Subsyndromal symptomatic depression: A new concept. *Depression and Anxiety*, 12(1), 30-39.
- Savikko, N. (2008). Loneliness of older people and elements of an intervention for its alleviation. *Annales Universitatis Turkuensis D 808*.
- Schoevers, R. A., Geerlings, M. I., Beekman, A. T., Penninx, B. W., Deeg, D. J., Jonker, C., ym. (2000). Association of depression and gender with mortality in old age. results from the Amsterdam study of the elderly (AMSTEL). *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 177, 336-342.
- Schulz, R., Drayer, R. A., & Rollman, B. L. (2002). Depression as a risk factor for non-suicide mortality in the elderly. *Biological Psychiatry*, 52(3), 205-225.
- Siltala, P. (1990). Toivo ja viisaus elämänkulussa. *Gerontologia*, 4(1), 42-52.
- Siltala, P. (1992). Eheytyminen ja depressio vanhuudessa. *Gerontologia*, 6(4), 251-257.
- St John, P. D., & Montgomery, P. R. (2009). Do depressive symptoms predict mortality in older people? *Aging & Mental Health*, 13(5), 674-681.
- Steffens, D. C., Hays, J. C., & Krishnan, K. R. (1999). Disability in geriatric depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 7(1), 34-40.
- Stek, M. L., Gussekloo, J., Beekman, A. T., van Tilburg, W., & Westendorp, R. G. (2004). Prevalence, correlates and recognition of depression in the oldest old: The Leiden 85-plus study. *Journal of Affective Disorders*, 78(3), 193-200.
- Subramaniam, H., & Mitchell, A. J. (2005). The prognosis of depression in late life versus mid-life: Implications for the treatment of older adults. *International Psychogeriatrics / IPA*, 17(4), 533-537.
-

-
- Teri, L., & Lewinsohn, P. (1982). Modification of the pleasant and unpleasant events schedules for use with the elderly. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(3), 444-445.
- Tiikkainen, P., & Heikkinen, R. L. (2005). Associations between loneliness, depressive symptoms and perceived togetherness in older people. *Aging & Mental Health*, 9(6), 526-534.
- Tontti, J. (2000). Masennuksen arkea: Selityksiä surusta ilman syytä. Helsingin Yliopiston sosiaalipsykologian laitos: Sosiaalipsykologisia tutkimuksia 3.
- Tontti, J. (2008). Monimielinen masennus. Arjen reseptejä elämäntaudin hoitoon. Tampere: Vastapaino.
- VanTallie, T. B. (2005). Subsyndromal depression in the elderly: Underdiagnosed and undertreated. *Metabolism: Clinical and Experimental*, 54(5 Suppl 1), 39-44.
- Viinamäki, H. (2009). Psykiatrian muuttuvat paradigmat - esimerkkinä depressio. Julkaisematon esitelmä.
- von Hippel, W., Vasey, M. W., Gonda, T., & Stern, T. (2008). Executive deficits, rumination and late-onset depressive symptoms in older adults. *Cognitive Therapy and Research*, 32(4), 474-487.
- WHO. (2004). International classification of diseases, 2. painos. WHO.
- Williamson, G. M., & Schulz, R. (1992). Pain, activity restriction, and symptoms of depression among community-residing elderly adults. *Journal of Gerontology*, 47(6), P367-372.
- Zarit, S. H., & Zarit, J. M. (2007). *Mental disorders in older adults. Fundamentals of assessment and treatment.* New York: The Guilford Press.

3. IKÄIHMISTEN MASENNUKSEN HOITO

Ikäihmisten masennuksen hoidon haasteet

Vanhuudessa kohdattavia psyykkisiä ongelmia pidetään usein hoitamisen kannalta erityisen haastavina. Esimerkiksi psykologi Hannu Pajunen (2004) huomauttaa, että haasteita tuottavat ainakin tarkkarajaisia psykiatrisia luokitteluja uhmaava oireiston moninaisuus ja päällekkäisyys sekä fyysiseen terveydentilaan liittyvien tekijöiden keskeinen merkitys. Masennuksen kohdalla ongelmia saattaa aiheuttaa myös sen spiraalimainen luonne, jossa syitä ja vaikutuksia on lähes mahdotonta erottaa toisistaan. Barry Gurland kollegoineen (2000) toteaa, että ammattilaisten tulisi kyetä sietämään hoitoon liittyvää epävarmuutta ja etsimään käyttökelpoisia vaihtoehtoja, jotka ottavat huomioon masennuksen ja fyysisten sairauksien väliset monimutkaiset syy-vaikutussuhteet.

USA:n National Institute of Health päivitti vuonna 1997 ikäihmisten masennusta koskevan konsensuslausumansa (Lebowitz ym. 1997), jossa korostetaan nyt muun muassa seuraavia asioita (myös Shaffer 2000):

- Myöhäisen iän masennuksen yhteys aivomuutoksiin ja verisuonisairauksiin
- Fyysisten sairauksien, masennuksen ja toimintakyvyn vajeiden tiivis keskinäinen vuorovaikutus
- Huomion kiinnittäminen masennusoireiluun, joka ei täytä DSM IV:n diagnostisia kriteereitä, mutta johon usein liittyvät kohonnut vakavan masennuksen riski, erilaisten fyysisten sairauksien ja toimintakyvyn vajeiden samanaikaisuus sekä lisääntynyt palveluiden käyttö
- Uusien masennuslääkkeiden ja psykoterapiamenetelmien hyödyntäminen
- Myöhäisen iän masennuksen pitkäaikaisen hoidon välttämättömyys
- Ikäihmisten masennusten tunnistaminen perusterveydenhuollossa
- Masennuksen ja itsemurhien yhteys vanhuudessa

Suomessa julkistettiin vuonna 2009 kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma, jossa todetaan iäkkäiden kohdalta varsin yleisluontoisesti, että heidän mielenterveys- ja päihde-ongelmiensa ehkäisyyn tulee panostaa ja niiden hoitoa varhentaa ja tehostaa muun muassa kehittämällä heille sopivia hoitomuotoja. Suunnitelman pääpainotuksia ovat asiakkaan aseman korostaminen, ehkäisevä ja terveyttä edistävä työ sekä mielenterveys- ja päihdepalveluiden järjestäminen toiminnallisena kokonaisuutena. Suunnitelmassa ei eritellä mielenterveyden häiriöitä ja ongelmia eikä esimerkiksi luonnehdita ikäihmisten mielenterveysongelmien ja niiden hoidon erityispiirteitä.

Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin käypä hoito -suosituksissa depression hoito on eritelty ikäkausittain. Vanhuusiän depressioista todetaan, että ainakin alle 75-vuotiailla diagnostiikka, arviointi ja hoito ovat yleensä samankaltaisia kuin nuoremmissa ikäryhmissä. Suositukset koskevat masennustilojen seurantaa, johon ehdotetaan GDS-asteikkoa, somaattisten sairauksien arviointia myötävaikuttavina tekijöinä sekä hoitomenetelmiä. Hoidoksi ikäihmisten masennukseen ehdotetaan sekä depressiolääkkeitä että sähköhoitoa ja vaikuttaviksi todettuja yksilö- ja ryhmäpsykoterapioita. Psykiatrisen ja somaattisen hoidon integroimista pidetään tärkeänä. Lääkehoidon osalta korostetaan tarvetta ottaa huomioon monilääkityksen ongelmat ja lääkkeiden tunnetut haittavaikutukset. Verrattaessa suomalaista käypä hoito -suositusta Yhdysvaltojen kansallisen terveystieteiden instituutin konsensuslausumaan voidaan todeta, että meillä ei ole juuri kiinnitetty huomiota ikäihmisillä tavallisen lievemmän masennusoireilun tunnistamiseen ja hoitoon. Suomalaisissa suosituksissa ei ole myöskään korostettu myöhäisen iän masennuksen pitkäaikaisen hoidon ja seurannan tärkeyttä.

Suositukset, suunnitelmat ja konsensuslausumat ovat periaatteessa merkittäviä edistysaskeleita hoidon ja ehkäisyn sekä terveyttä edistävän työn kehittämisessä, mutta ne eivät välttämättä realisoitu käytännön tekoina palvelujärjestelmässä. Käytännössä esimerkiksi resurssiongelmat saattavat syrjäyttää ikäihmiset mielenterveystyössä nuorempien tieltä. Vanhimmat ikäpolvet eivät ole sosiaalistuneet kiinnittämään huomiota psyykkisiin vaikeuksiinsa eikä heillä aina ole valmiuksia tuoda esiin mielenterveysavun tarvettaan. Ammattilaisten kohdalla osaamisen ja ajan puute lisäävät todennäköisyyttä, että etenkin ikäihmisten lievemmät mielenterveysongelmat jäävät perusterveydenhuollon vastaanotolla tai kotihoidon käynnillä havaitsematta ja hoito sitä kautta toteutumatta. (Esim. Pietilä & Saarenheimo 2010.)

Ikäihmiset mielenterveystyön asiakkaina

Michael Smyer ja Sara Qualls (1993) toteavat, että iäkkäät ihmiset eroavat auttamistyön asiakkaina nuoremmista ainakin kahdessa tärkeässä suhteessa. Ensinnäkin monet iäkkäät ovat pitkän elämänsä aikana kehittyneet eräänlaisiksi ihmis- ja perhesuhteiden tuntijoiksi, joilla on tuntumaa monenlaisten tilanteiden ja ongelmien käsittelyyn. Heidän elämänhistoriaansa ja aikaisempia kokemuksiaan voidaan hyödyntää hoitotyössä. Toiseksi iäkkäiden ihmisten aikakäsitys poikkeaa nuorempien aikakäsityksestä. Ruotsalainen sosiaaligerontologi Lars Tornstam (1989) on esittänyt, että vanhuudessa lineaarista aikakäsitystä tyypillisempi on käsitys, jossa menneisyys, nykyisyys ja tulevaisuus jäsentyvät ennemminkin rinnakkaisina kuin peräkkäisinä ajan ulottuvuuksina. Kuvatun kaltaiset erot asettavat iäkkäiden kanssa työskenteleville ammattilaisille haasteita, joita alan koulutuksessa ei juuri ole otettu huomioon (myös Saarenheimo 2003).

Auttamistyössä törmätään usein ongelmiin, joiden perimmäisinä syinä ovat kulttuuriset erot auttajan ja autettavan välillä tai autettavan ja palvelujärjestelmän toisistaan poikkeavat toimintalogiikat (esim. Saarenheimo & Pietilä 2006). Eri sukupolvet eroavat toisistaan elämäntavoiltaan, ajatustottumuksiltaan ja arvoiltaan. Tämä merkitsee, että iäkkäiden kanssa työskentelevien ammattilaisten on tärkeää kyetä tunnistamaan asiakkaiden elämänhistoriallinen ja kulttuurinen tausta ja ottaa nämä huomioon vuorovaikutuksessa. Iäkkäillä asiakkailla saattaa

olla esimerkiksi nuorempiin ammattilaisiin verrattuna varsin toisenlaiset käsitykset mielen-terveydestä ja psyykkisistä ongelmista sekä siitä, mikä ongelmatilanteissa on avuksi (esim. Knight 2004). Mikäli työntekijöiltä puuttuu herkkyys tunnistaa nämä erot, he saattavat pitää asiakkaan käsityksiä suoraviivaisesti tämän yksilöllisinä toiminta- ja ajattelutapoina tai sinänsä vanhuuteen liittyvinä piirteinä.

Tämän hetken eläkeläisväestö käsittää jo useita kulttuurisia sukupolvia, joten sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille on hyötyä sellaisesta historiatietoisuudesta, joka auttaa ymmärtämään asiakkaiden ajattelu- ja toimintatapojen ja arvomaailmojen eroja. Tämän hetken vanhimmat ikäluokat kuuluvat JP Roosin aikanaan (1987) esittämän määritelmän mukaan sotien, pulajan ja jälleenrakennuksen sukupolviin, ja heidän suhtautumistaan moniin asioihin saattavat edelleen sävyttää niiden aikojen kollektiiviset kokemukset. Nämä ikäpolvet ovat omaksuneet eetoksen, jonka mukaan on erityisen arvokasta selviytyä vaikeuksista apua pyytämättä ja vai-vojaan valittamatta. Kärsimyksellä on tässä eetoksessa oma merkityksensä, koska se voi taata ihmiselle jälkikäteen palkinnon, ”kirkkaamman kruunun”. Tällainen vaatimattoman elämän ihanne tulee esiin yhä esimerkiksi kuolinilmoitusten muistikirjoituksissa: ”Vähän pyysit, paljon annoit, vaieten sä vaivas kannoit”.

Viime aikoina on pohdittu syitä siihen, miksi vanhustenhuoltoon on vaikea saada ammattitai-toista henkilökuntaa. Palkkaan, työolosuhteisiin ja työn organisointiin liittyvien syiden ohella esiin on nostettu myös ajatus, että terveys- ja sosiaalialan ammattilaisten keskuudessa esiintyisi vastarintaa vanhojen ihmisten kanssa työskentelyyn. Myös gerontologisessa kirjallisuudessa on ajoittain tuotu esiin tällainen haluttomuus eri ammattiryhmien kohdalla. Esimerkiksi psykoterapeutteja on moitittu terapeuttisesta pessimismistä ikäihmisten kohdalla (Kastenbaum 1978; Ford & Spordone 1980; Ray ym. 1985; Saarela & Viukari 1995). Ammattilaisten kielteiset mielikuvat saattavat liittyä stereotyyppisiin käsityksiin vanhojen ihmisten persoonallisuuden jäykkyydestä sekä suoraviivaisiin käsityksiin kognitiivisten ikämuutosten laajuudesta.

Terapeuttinen pessimismi ei kuitenkaan ole ainoa tai edes paras mahdollinen selitys iäkkäiden ihmisten mielenterveyshoidon ongelmille, vaan syitä tähän olisi etsittävä pikemminkin yhteis-kunnan yleisemmistä arvovalinnoista. Ammattilaisten ongelmina saattavat olla ensisijaisesti tiedon, koulutuksen ja työnohjauksen puutteet. Esimerkiksi Gatz ja Pearson (1988) toteavat, että ammattilaisten ei ole osoitettu yleisesti ottaen olevan haluttomia työskentelemään ikäih-misten kanssa. O’Leary (1995) puolestaan havaitsi, että työntekijän oma ikä on merkittävä tekijä hänen arvioidessaan ikäihmisten kanssa työskentelyn palkitsevia ja ongelmallisia puolia. Scott ja Bhutani (1999) totesivat psykologian opiskelijoille tekemänsä kyselyn perusteella, että suuri osa vastaajien ennakkoluuloista perustui liian vähäiseen tietämykseen iäkkäiden kanssa työskentelemisestä. Myös Lee ja kumppanit (2003) tutkivat laajassa selvityksessään kliinisen psykologian opiskelijoiden asennoitumista ikäihmisten kanssa työskentelyyn Iso-Britanniassa. Yleisesti ottaen opiskelijat uskoivat, että heidän koulutuksensa antoi mahdollisuuksia soveltaa tietoa ikäihmisten kanssa työskentelyyn, ja työ ikäihmisten parissa nähtiin myös potentiaalisesti palkitsevana. Toisaalta työn pelättiin olevan henkisesti vaativaa erityisesti ikäihmisten oletetun riippuvuuden sekä heidän kokemiensa menetysten vuoksi. Kyselyssä tuli esiin myös eräitä negatiivisia stereotyyppioita. Opiskelijat arvelivat, että heidän pitäisi saada enemmän harjoitusta ikäihmisten kanssa työskentelyyn sekä työnohjausta ja konsultaatiota. (Lee ym. 2003.)

Kokeneetkin ammattilaiset saattavat arastella terapeuttista työskentelyä iäkkäiden asiakkaiden kanssa etenkin silloin, kun näillä on vakavia ruumiillisia sairauksia tai toimintakyvyn vajeita. Ammattilaiset saattavat ajatella, että fyysisesti sairas vanha ihminen on myös psyykkisesti erityisen hauras. Toisaalta erityisesti korjaava terapeuttinen työ voi ammattilaisista tuntua turhan raskaalta suhteessa asiakkaan oletettuun jäljellä olevien elinvuosien määrään (Saarenheimo, painossa). Perusterveydenhuollon ammattilaisista, joita haastateltiin MielenMuutos -projektin yhdessä osahankkeessa, erityisesti psykologit olivat sitä mieltä, että kuunteleminen ja ”kannattelu” ovat ainoita mielekkäitä ja turvallisia menettelytapoja iäkkäiden ihmisten kohdalla (Pietilä & Saarenheimo 2010). Tämä ajattelutapa heijastaa kirjallisuudessa usein esitettyä käsitystä, että ikäihmisille paras terapiamuoto olisi niin sanottu supportiivinen psykoterapia. Termillä viitataan yleensä hoitosuhteeseen, jossa tuetaan asiakkaan omia voimavaroja esimerkiksi kriisin käsittelyssä eikä niinkään pyritä esimerkiksi oivaltamaan epäsuotuisien toimintatapojen taustoja tai muuttamaan vääristyneitä ajattelumalleja tai uskomuksia. Vaikka voimavarojen tukeminen on aina osa hyvää terapiasuhdetta, ikäihmistenkään kohdalla ei tarvitsisi arastella korjaavien menetelmien käyttöä, sillä monien tutkimusten mukaan he hyötyvät niistä siinä missä nuoremmatkin (esim. Hill & Brettle 2004).

Kuinka ikäihmisten masennusta hoidetaan Suomessa?

Suomessa mielialaongelmista kärsivä ikäihminen saa hoitoa hyvin vaihtelevasti riippuen esimerkiksi asuinpaikasta sekä omasta ja omaisten aktiivisuudesta. Kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa (2009) korostetaan yleisesti ottaen perusterveydenhuollon ja avohoidon palveluiden roolia mielenterveysongelmien hoidossa. Ikäihmisten kohdalla mainitaan jalkautuvien työmuotojen kehittäminen ja ennaltaehkäisevien kotikäyntien merkitys mielenterveys- ja päihdeongelmien ehkäisyssä. Perusterveydenhuollossa keskeisessä asemassa ovat terveyskeskuslääkärien ohella psykiatriset sairaanhoitajat, depressiohoitajat ja psykologit. Periaatteessa iäkkäillä ihmisillä pitäisi olla nuorempien kanssa yhtäläiset mahdollisuudet päästä näiden palveluiden piiriin, mutta käytännössä heitä ei aina ohjata palveluihin tai he eivät itse hakeudu niihin aktiivisesti (esim. Pietilä & Saarenheimo 2010).

Monilla paikkakunnilla perusterveydenhuollon mielenterveysapu on riittämätöntä siinä mielessä, että esimerkiksi depressiohoitajien ja psykiatristen sairaanhoitajien vastaanotolla käyntien määrää on rajoitettu. Lisäksi käynnit saattavat olla harvatahtisia. Huonokuntoisten iäkkäiden ihmisten kohdalla ongelmaksi nousee myös jalkautuvien palveluiden puute. Huomattava osa masentuneista ikäihmisistä jääkin kokonaan vaille asianmukaista apua. Pirjo Juhela (2006) on huomauttanut, että vaikka psykiatrisen hoidon 1960–90-luvuille sijoittuvan rakennemuutoksen yhtenä tavoitteena oli akuutin psykiatrisen hoidon takaaminen iäkkäille mielenterveysasiakkaille – pelkän pitkäaikaisasumisen lisäksi – vanhuspsykiatriset palvelut eivät ole vielä läheskään kattavia.

Luontevimmin iäkkäiden ihmisten masennuksen tunnistaminen voisi tapahtua perusterveydenhuollossa joko terveyskeskuslääkäriin tai terveydenhoitajan vastaanotolla tai kotisairaanhoidon käynnillä. Käytännössä tähän liittyy kuitenkin monia ongelmia, kuten osaamisen puutetta (esim. Schulberg ym. 2000), vastaanottoon käytettävän ajan niukkuutta sekä ikäihmisten

omaa haluttomuutta tai osaamattomuutta ottaa esiin psyykkisiä ongelmia. Kotihoidossa mielialaongelmat kyllä usein havaitaan, mutta henkilökunnalla ei aina ole riittävästi osaamista niiden kohtaamiseen eikä tietoa siitä, mihin asiakkaan voisi ohjata jatkossa tai ketä tilanteessa voisi konsultoida (esim. Pietilä & Saarenheimo 2010). Monesti tarvitaan omaisten aktiivisuutta, jotta mielenterveysongelmista kärsivällä ikäihmisellä olisi edes jonkinlainen mahdollisuus päästä asianmukaisten mielenterveyspalveluiden piiriin.

Ikäihmisten masennuksen hoito on varsin lääkekeskeistä (esim. Virtanen 2003). Mielialalääkkeiden käyttö on tässä ikäryhmässä jopa yleisempää kuin työikäisillä aikuisilla. On arvioitu, että yli 65-vuotiaiden ryhmässä masennuslääkkeiden käyttö kaksinkertaistui 1990-luvun aikana ja yli 85-vuotiaiden ryhmässä se jopa kolminkertaistui (Linjakumpu ym. 2002). Vaikka masennuksen on laskettu olevan huomattavasti yleisempää työikäisillä kuin eläkeikäisillä, vuonna 1999 jopa 12 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä henkilöistä käytti jotain masennuslääkettä, kun koko väestössä vastaava osuus oli 5 prosenttia (Hartikainen ym. 2000). Vuonna 2007 yli 65-vuotiaista suomalaista 11 prosenttia sai Kela-korvauksia mielialalääkkeistä, mikä tarkoittaa lähemmäs 100 000 ihmistä (Pietilä & Saarenheimo 2010). Hilikka Virtanen (2003) on kritisoinut lääketeollisuutta siitä, että se luo omilla markkinointikeinoillaan mielimme yhtäläisyysmerkit masennuksen hoidon ja masennuksen lääkehoidon välille. Hän toteaa myös, että terveys- ja sosiaalipalveluissa vallitseva resurssipula on omiaan edistämään lääkepainotteista mielenterveyshoitoa: esimerkiksi lääkärin vastaanottoaika ei riitä perusteelliseen tutkimukseen tai iäkkään ihmisen elämäntilanteen kartoittamiseen, mutta se riittää mainiosti masennuslääkereseptin kirjoittamiseen (Virtanen 2003).

Lääketeollisuutta iäkkäiden ihmisten masennuksen hoidosta on tehty maailmalla runsaasti. Sirkka-Liisa Kivelä (2009) toteaa, että tutkimusten mukaan masennusoireet lievittyvät noin 60 prosentilla masennuslääkehoitoa saavista, vakavaa depressiota sairastavista iäkkäistä. Sen sijaan lyhytkestoisten lievien masennusten hoidossa lääkehoidosta ei hänen mukaansa ole riittävästi näyttöä, jotta sitä voisi suositella ainakaan yksinomaisena hoitona (Kivelä 2009). Suositeltavampaa olisi käyttää psykososiaalisia työmuotoja (esim. Forsman ym. 2010) tai näiden ja lääkehoidon yhdistelmää. Olipa hoitomuoto mikä tahansa, vaikutusten seurannalla tulisi olla keskeinen rooli hoitoprosessissa.

Psykososiaalisten hoitomuotojen käytöstä suomalaisten iäkkäiden masennuksen hoidossa ei ole saatavilla systemaattista tietoa. Se kuitenkin tiedetään, että eläkeikäisten ihmisten psykoterapeuttinen hoito on melko harvinaista. Kela ei korvaa psykoterapiaa yli 65-vuotiaille, joten yksin jo taloudelliset seikat estävät ikäihmisiä hakeutumasta ja ammattilaisia ohjaamasta heitä psykoterapeuttien vastaanotoille. Suomessa on lisäksi vain vähän nimenomaan ikäihmisten ongelmiin perehtyneitä psykoterapeutteja, eivätkä koulutusta tarjoavat tahot ole toistaiseksi kovin aktiivisesti yrittäneet paikata tätä vajetta. Tämän päivän vanhimille ikäpolville psykoterapia on vielä kohtalaisen vieras asia eivätkä he siksi välttämättä aktiivisesti edes hakeudu tällaiseen hoitoon. Tulevaisuudessa tilanne todennäköisesti muuttuu, kun psykologisen ajattelutavan ja kielenkäytön sisäistäneet ikäpolvet ehtivät vanhuusikään.

Esa Leinonen ja Hanna-Mari Alanen huomauttavat, että Suomen psykiatrinen hoito- ja palvelujärjestelmä ei ole varautunut iäkkäiden ihmisten osuuden lisääntymisen aiheuttamaan muutokseen palveluiden tarpeessa. Tällä hetkellä esimerkiksi mielenterveystoimistot tuottavat pääasiassa vain keski-ikäisten ja nuorten aikuisten palveluja ja osa niistä jopa kieltäytyy hoitamasta yli 65-vuotiaita. (Leinonen & Alanen, painossa.) Erikoissairaanhoidon vanhuspsykiatriasia poliklinikoita on vain muutamissa suurissa asuinkeksuksissa ja myös konsultaatiopalvelut puuttuvat laajalti. Vuoden 1998 jälkeen Suomen lääketieteellisessä koulutusjärjestelmässä ei ole ollut vanhuspsykiatrian erikoistumismahdollisuutta, mikä osaltaan vaikeuttaa sekä tutkimuksen edistymistä että hoidon kehittämistä.

Ajantasainen vanhuspsykiatrinen erikoissairaanhoido on keskeinen edellytys ikäihmisten mielenterveyshoidon kehittämiseksi. Suurin osa masentuneista ikäihmisistä kohdataan kuitenkin perusterveydenhuollossa tai kunnallisessa kotihoidossa, joten toisena linjana olisi mielekäästä kehittää sellaisia hoitomalleja, jotka olisivat suhteellisen helposti istutettavissa näihin konteksteihin. Esimerkiksi Yhdysvalloissa on kehitetty erityisiä lyhytkestoisia psykoterapiasovelluksia perusterveydenhuoltoon (Arean ym. 2001), mutta Suomessa ei toistaiseksi ole nähty tarvetta tällaiselle kehittämistyölle. Jonkin verran on kokemuksia ryhmämuotoisista menetelmistä, kuten Depressiokoulusta (Koffert & Kuusi 2002). Näitä ei kuitenkaan ole toistaiseksi johdonmukaisesti raportoitu.

Monitekijäiset interventiot ikäihmisten masennuksen hoidossa

Uusimpien tutkimusten mukaan parhaat tulokset iäkkäiden ihmisten masennuksen hoidossa saadaan monitekijäisillä ja moniammatillisilla interventioilla (Unützer ym. 2006), joissa yhdistyvät lääkehoidon ja psykososiaalisen hoidon edut. Tällaisissa hoitomalleissa lähtökohtana on masentuneen ihmisen yksilöllinen tilanne ja sen pohjalta asiakkaan ja ammattilaisen yhteistyössä laatima kuntoutumissuunnitelma (esim. Oishi ym. 2003). Tutkimuksia monitekijäisten interventioiden vaikutuksista on tehty lähinnä viimeisten kymmenen vuoden aikana. Mittavimmat niistä on tehty Yhdysvalloissa laajoina monikeskustutkimuksina, joissa on ollut enimmillään mukana yli tuhat osallistujaa.

Yksi laajimmista monitekijäisiä masennusinterventioita koskevista tutkimuksista on yhdysvaltalainen IMPACT -hanke (Improving Mood-Promoting Access to Collaborative Treatment), joka toteutettiin viidessä osavaltiossa ja kaikkiaan 18 eri organisaatiossa (Unützer ym. 2001). Siinä ikäihmisten masennusta hoidettiin perusterveydenhuollossa moniammatillisen työryhmän avulla, johon kuuluivat hoidon koordinaattori, perusterveydenhuollon lääkäri ja konsultoiva psykiatri. Tutkimukseen osallistui 1 801 yli 60-vuotiasta masennuksesta kärsivää henkilöä, joiden keski-ikä oli 71,2 vuotta. IMPACT -hoitomalli sisälsi lääkehoitoa, aktivointia, ongelmanratkaisuterapiaa, masennukseen liittyvää potilasohjausta sekä yksilöllisiä toimia masennuksen uusiutumisen ehkäisemiseksi. Kunkin asiakkaan hoitoa tarkistettiin viikoittain hoidon koordinaattorin ja psykiatrin keskusteluissa. Konsultoiva psykiatri tapasi asiakkaita henkilökohtaisesti lähinnä silloin, kun hoito ei näyttänyt vaikuttavan. Kaiken kaikkiaan hän

tapasi noin 10 prosenttia osallistujista. Tutkimusvuoden aikana 73 prosenttia osallistujista sai masennuslääkehoitoa, 70 prosenttia psykoterapiaa tai erikoissairaanhoidon palveluita ja kaikkiaan 90 prosenttia osallistujista ainakin jompaakumpaa näistä. (Hunkeler ym. 2006.)

IMPACT -hanke oli satunnaistettu kokeellinen tutkimus, jossa vertailuryhmä sai niin sanottua tavanomaista hoitoa. Vertailuryhmän osallistujien oli mahdollista käyttää kaikkia saatavilla olevia hoitomuotoja, mikä tarkoitti masennuslääkehoitoa, keskustelua lääkärin kanssa sekä erikoissairaanhoidon palveluita. Ensimmäisen vuoden aikana 57 prosenttia käytti masennuslääkkeitä, 25 prosenttia kertoi käyneensä psykoterapiassa tai saaneensa erikoissairaanhoidon palveluita ja 62 prosenttia sai ainakin jompaakumpaa näistä.

IMPACT -hankkeessa osallistujia seurattiin vuoden ajan. Masennusoireita mitattiin oireluettelolla (SCL-90 -Symptom Checklist) avulla, ja lisäksi tarkasteltiin hoidon toteutumista, asiakkaiden tyytyväisyyttä hoitoon, toimintakyvyn puutteita sekä elämänlaatua. Hoidon onnistumisen yhtenä kriteerinä oli masennusoireiden väheneminen vähintään puoleen. Tämänsuuruinen masennuksen lieveneminen todettiin vuoden kuluttua hoidon alkamisesta 45 prosentilla interventioon osallistuneista, kun taas vertailuryhmässä vastaava prosenttiosuus oli 19. Interventioon osallistuneet käyttivät palveluita säännöllisemmin ja olivat tyytyväisempiä hoitoonsa sekä toimintakykyisempiä kuin vertailuryhmän henkilöt. He kokivat myös elämänlaatunsa vertailuryhmää paremmaksi. (Unützer ym. 2002.)

Yhdysvalloissa on tehty viime vuosina muitakin monitekijäisiin interventioihin perustuvia vaikuttavuustutkimuksia, esimerkiksi PROSPECT (N=267, keski-ikä 73,5 vuotta; Alexopoulos ym. 2005) ja PRISM-E (N=1 531, keski-ikä 73,9 vuotta; Krahn ym. 2006). PROSPECT -tutkimuksessa 43 prosentilla interventioon osallistuneista masennusoireet olivat kahdeksan kuukauden jälkeen vähentyneet puoleen. Samansuuruinen oireiden väheneminen koski vertailuryhmässä 28 prosenttia osallistujista. (Alexopoulos ym. 2005.) PRISM-E -tutkimuksessa ei ollut kontrolliryhmää vaan siinä vertailtiin henkilöitä, jotka olivat käyttäneet joko erikoissairaanhoidon tai perusterveydenhuollon palveluita. Tutkimuksessa käytettiin kuitenkin vastaavanlaista tulostutkimusta kuin kahdessa muussa hankkeessa. Perusterveydenhuollon piirissä olleista tutkimushenkilöistä 29 prosentilla masennusoireet olivat puollittuneet kuuden kuukauden kuluttua. (Krahn ym. 2006.)

PEARLS -hoito-ohjelma (the Program to Encourage Active, Rewarding Lives for Seniors; Ciechanowski ym. 2004) eroaa jonkin verran edellä kuvatuista interventioista kohderyhmässä puolesta. Hankkeessa kehitettiin hoitomallia lievemmästä masennusoireilusta kärsiville yli 60-vuotiaille henkilöille, jotka asuivat julkisen sektorin palvelutaloissa. Osallistujat olivat fyysisesti melko huonokuntoisia ja heidän sosioekonominen asemansa oli kohtalaisen matala. Randomoinnin jälkeen PEARLS -ohjelmaan osallistui 72 henkilöä ja tavanomaisen hoidon vertailuryhmään 66 henkilöä. Intervention keskeinen elementti oli ongelmanratkaisuterapia, jota tarjosivat hankkeen palveluksessa olleet kolme terapiakoulutuksen saanutta sosiaalityöntekijää. Terapiaistunnot kestivät 50 minuuttia ja niitä oli jokaista osallistujaa kohti 19 viikon aikana kahdeksan. Ongelmanratkaisuterapian tavoitteena oli lisätä asiakkaan valmiuksia ratkaista arkielämän ongelmia ja tällä tavoin lieventää masennusoireitaan. Lisäksi asiakkaita kannustettiin osallistumaan mielihyvää tuottaviin toimintoihin, joista erityisesti painotettiin so-

siaalisia ja liikunnallisia aktiviteetteja. Tutkimuspsykiatri arvioi terapian edistymistä vähintään joka toinen viikko pidetyissä ohjaustapaamisissa. Mikäli edistymistä ei ollut havaittavissa 4–5 viikon jälkeen, psykiatri otti yhteyttä asiakkaan omaan lääkäriin ja suosittelee masennuslääkehoidon aloittamista tai tarkistamista. Psykiatri otti joissakin tapauksissa kantaa myös osallistujan somaattisiin ongelmiin yhteistyössä omalääkäriin kanssa. (Ciechanowski ym. 2004.)

Masennusta tutkittiin PEARLS -hankkeessa Hopkinsin oireluettelon (HSCL - Hopkins Symptom Checklist) avulla. Vuoden seurannassa masennusoireet puolittuivat interventioryhmässä merkittävästi useammalla kuin vertailuryhmässä (43 % vs 15 %) ja hävisivät kokonaan 36 prosentilla interventioon osallistuneista (vertailuryhmässä vastaava prosentiosuus oli 12). Interventioon osallistuneilla oli myös merkittävästi parempi terveyteen liittyvä elämänlaatu kuin vertailuryhmäläisillä. (Ciechanowski ym. 2004.) Yhtä hyviä tuloksia ei kuitenkaan saatu vastaavatyypisessä tutkimuksessa, jossa verrattiin Paroxetine-lääkehoitoa, plasebolääkettä ja perusterveydenhuollossa annettua ongelmanratkaisuterapiaa pitkäaikaisesta tai lievästä masennuksesta kärsivillä ikäihmisillä. Lääkehoito osoittautui tässä tutkimuksessa ongelmanratkaisuterapiaa tehokkaammaksi. (Williams ym. 2000.)

Vaikka enimmillään lähes puolet interventioiden osanottajista on selvästi hyötynyt monitekijäisistä hoitomalleista, osa masentuneista ikäihmisistä on jäänyt edelleen kamppailemaan masennuksensa kanssa. Callahan kollegoineen (2005) on ehdottanut, että tulosten parantamiseksi tutkimuksissa kannattaisi käyttää enemmän yksilöllisiä hoitovaihtoehtoja. Esimerkiksi PEARLS -hankkeessa sekä Williamsin ja kumppanien (2000) tutkimuksessa tavanomaisen hoidon tai lääkehoidon vaihtoehtona oli yksinomaan ongelmanratkaisuterapia yhdistettynä psykiatrin konsultaatioon.

Eräiden monitekijäisten mallien, erityisesti IMPACTin, vaikuttavuutta on seurattu myös pidemmällä aikavälillä. Seurannassa interventioryhmän masennusoireet pysyivät huomattavasti lievempinä kontrolliryhmään verrattuna vielä vuosi intervention päättymisen jälkeen (Hunkeler ym. 2006). Tutkimuksessa arvioitiin myös hoidon kustannuksia, joiden laskemisessa otettiin interventiokustannusten lisäksi huomioon lääkekulut sekä mielenterveyspalveluista ja lääkärikäynneistä aiheutuneet avo- ja laitoshoidon kulut. Verrattuna tavanomaiseen hoitoon interventiohoitoa saaneilla oli kahden vuoden tutkimusperiodin aikana oireettomia päiviä jopa 107 enemmän. Ensimmäisenä vuonna interventiosta aiheutuneet kustannukset olivat \$ 383 suuremmat henkilöä kohden verrattuna tavanomaiseen hoitoon. Toisena vuonna kustannukset olivat kuitenkin jo \$ 80 pienemmät. Uuden mallin mukaan toimittaessa kustannukset näyttävät siis aluksi nousevan mutta laskevan varsin nopeasti. Mielenkiintoista on, että erikoissairaanhoiton kustannukset olivat interventioryhmässä selvästi vertailuryhmää pienemmät. (Katon ym. 2003, 2005.) He käyttivät siten paljon vähemmän kaikkein kalleimpia palveluita.

Yksilöllisesti räätälöity masennuksen hoito

Monitekijäisten hoitomallien ytimessä on pyrkimys räätälöidä hoito vastaamaan kunkin masennuksesta kärsivän henkilön yksilöllisiä tarpeita, toiveita ja elämäntilannetta. Hoidon koordinaattorina tai ohjaajana (case manager) monitekijäisissä hoitomalleissa toimii masennuksen hoitoon perehtynyt ammattilainen, joka voi olla koulutukseltaan sairaanhoitaja, sosiaalityöntekijä, psykologi tai joku muu terveydenhuollon ammattilainen (Unützer ym. 2003; Bruce ym. 2004; Krahn ym. 2006). Suomessa tällaista ammattilaista kutsutaan melko yleisesti depressiohoitajaksi, jollaisena toimivalla on useimmiten psykiatrisen sairaanhoitajan koulutus. Koordinaattori tapaa asiakkaita, antaa tietoa masennuksesta, esittelee hoitovaihtoehtoja ja seuraa hoidon edistymistä (esim. Oishi ym. 2003).

Vaikuttavien hoitomallien elementit

- Hoidon koordinaattori
- Näyttöön perustuvien hoito menetelmien hyödyntäminen
- Yhteistyö perusterveyden huollon ja erikoissairaanhoidon kesken
- Hoidon tuloksellisuuden aktiivinen seuranta
- Psykoterapian hyödyntäminen

(Simon 2006, myös Levine ym. 2005)

IMPACT -tutkimuksessa asiakkaalle näytettiin ensimmäisellä käynnillä masennuksesta kertova video ja annettiin kotiin vietäväksi kirjallinen esite. Näillä keinoilla herätettiin keskustelua masennuksen monitasoisesta luonteesta, lääkityksen roolista ja ongelmanratkaisuterapian käytännöistä. Asiakkaan kanssa käytiin läpi myös tämän omia käsityksiä masennuksesta ja hoitoon liittyviä toiveita. Tällaisen keskustelun ajateltiin vahvistavan asiakkaan hoitomotivaatiota sekä valmiuksia tunnistaa masennuksensa ensioireita, jolloin hän oireiden uudelleen ilmaantuessa osaisi hakeutua ajoissa avun piiriin. (Unützer ym. 2003.)

Tutkimukset yksilöllisten hoitomallien vaikuttavuudesta on yleensä tehty perusterveydenhuollossa jo siitäkin syystä, että iäkkäät ihmiset pitävät sitä usein ensisijaisena hoitokontekstina. Perusterveydenhuolto on myös luontevin paikka ikäihmisten masennuksen tunnistamiselle, sillä suuri osa iäkkäistä käyttää ainakin silloin tällöin terveyskeskuslääkärin tai sairaanhoitajan palveluita. Vaikuttavien hoitomallien on ajateltu myös hyödyttävän sekä potilaita että ammattilaisia ja viime kädessä koko järjestelmää sekä lisäävän näiden välistä vuorovaikutusta. Tutkijat ovat huomauttaneet, että monitekijäisiä ja -tasoisia hoito-ohjelmia tulee tarkastella kokonaisuuksina eikä vain yksittäisten hoitokeinojen sattumanvaraisina kokoelmina. (Oishi ym. 2003.)

Yhtenä hoidon tehokuutta lisäävänä tekijänä yksilölliseen räätälöintiin perustuvissa hoitomalleissa on pidetty hyvin toimivaa yhteistyötä ammattilaisten kesken. Masentunut iäkäs potilas tarvitsee sekä psykiatrisen hoito- ja sosiaalityön että lääketieteen asiantuntemusta, sillä hänellä on tavallisesti myös erilaisia fyysisiä sairauksia ja toimintakyvyn vajeita. Psykiatrin asiantuntijuus on osoittautunut keskeiseksi etenkin niissä tilanteissa, joissa hoito ei ole toiminut odotusten mukaisesti. Kaiken kaikkiaan moniammatillisen työskentelyn etuna on kokonaisvaltaisuus, jolloin masennuksen hoito voidaan suunnitella osana asiakkaan kokonaistilannetta. (Unützer ym. 2006.)

Psykoterapia

Tutkimuksia psykoterapian vaikuttavuudesta iäkkäiden ihmisten masennuksen hoidossa on vielä melko niukasti, mutta 1980-luvulta lähtien niitä on alkanut ilmestyä enenevästi (Saarenheimo & Arinen 2009). Vuonna 1994 julkaistun meta-analyysin mukaan psykoterapia on tekniikasta riippumatta tehokasta myös ikäihmisten masennuksen hoidossa (Scogin & McElreath 1994). Eroja ei ole myöskään yksilö- ja ryhmämuotoisen terapian välillä (Areal & Miranda 1996). Amerikan psykologiyhdistyksen kliinisen geropsykologian jaos on listannut näyttöön perustuvia masennuksen hoitomuotoja iäkkäillä ihmisillä (Scogin ym. 2005). Margaret Gatz (2010) on todennut, että näiden lisäksi lupaavina hoitomuotoina voidaan pitää esimerkiksi interpersoonallista terapiaa, asiakasohjausta (clinical case management) sekä elämänhallintaa korostavaa ryhmäterapiaa (coping together group therapy).

Ikäihmisten kohdalla eniten tutkimuksia on tehty kognitiivisen psykoterapian, käyttäytymisterapian ja ongelmanratkaisuterapian piirissä. Erityisesti kognitiivisen psykoterapian liepeille on viime vuosina vähitellen muodostunut kokonainen psykoterapiasovellusten perhe, jonka eri muotoihin on yhdistetty hyvin toimivia elementtejä muista psykologian ja psykoterapian suuntauksista. Tämä ajattelutapa näyttää laajenevan ja on tuottanut kentälle useita kiinnostavia ja hyödyllisiä sovelluksia, kuten esimerkiksi skeematerapia (Young 1994), epävakaan persoonallisuuden hoitoon kehitetty dialektinen käyttäytymisterapia (Linehan 1993; Dimeff ym. 2007) sekä hyväksymis- ja omistautumisterapia, jossa keskeistä on arvojen kanssa työskentely (Hayes ym. 1999). Eräät kognitiivisen psykoterapian uudet suuntaukset ammentavat aineksia buddhalaisesta psykologiasta ja meditaatioharjoittelusta, mistä lähtökohdista on kehitetty muun muassa tietoisuustaitopohjainen stressinhallintamenetelmä ja masennuksen hoito-ohjelma (Williams ym. 2006; 2009) sekä myötätuntosuuntautunut psykoterapia (Gilbert 2010).

Uusien sovellusten käytöstä ikäihmisten masennuksen hoidossa on toistaiseksi verrattain niukasti tutkimusta. Esimerkiksi dialektisesta käyttäytymisterapiasta löytyy yksi pienehköllä aineistolla tehty pilottitutkimus, jossa terapiamuoto yhdistettynä lääkehoitoon oli jonkin verran tehokkaampi kuin lääkehoito yksinään (Lynch ym. 2003). Tietoi-

Näyttöön perustuvat masennuksen hoitomuodot ikäihmisillä Amerikan psykologiyhdistyksen mukaan

- Käyttäytymisterapia (Gallagher & Thompson 1982; Teri ym. 1997; Rokke ym. 1999)
- Kognitiivinen käyttäytymisterapia (Thompson ym. 1987; Campbell 1992; Rokke ym. 1999)
- Kognitiivinen biblioterapia (Scogin ym. 1987; Floyd ym. 2004)
- Ongelmanratkaisuterapia (Areal ym. 1993; Alexopoulos ym. 2003)
- Psykodynaaminen lyhytterapia (Thompson ym. 1987; Gallagher-Thompson & Steffen 1994)
- Muisteluterapia (Areal ym. 1993; Serrano ym. 2004).

suustaitopohjaisesta terapiasta iäkkäiden hoidossa on tehty muutamia laadullisia tutkimuksia, joiden perusteella terapiamuoto vaikuttaa lupaavalta (Smith ym. 2007). Tarvitaan kuitenkin runsaasti lisää sekä vaikuttavuustutkimuksia että laadullisia analyysejä ennen kuin uusien terapiamuotojen käyttökelpoisuuden puolesta voidaan argumentoida vakuuttavin äänenpainoin. Jo tähän mennessä raportoitujen tutkimusten ja kliinisten kuvausten perusteella voidaan kuitenkin sanoa, että monet näistä uusista sovellutuksista sopivat iäkkäille ihmisille siinä missä nuoremmillekin.

Sekä kognitiivisen ja käyttäytymisterapian että ongelmanratkaisuterapian taustalla on ajatus, että inhimillinen toiminta ja käyttäytyminen perustuvat hyvin pitkälle oppimiseen. Kognitiivisessa psykoterapiassa korostetaan lisäksi ajattelun, tunteiden ja toiminnan yhteen kietoutuneisuutta ja sitä, että epäsuotuisia ajatusmalleja ja uskomuksia kyseenalaistamalla ja muuttamalla voidaan merkittävästi vähentää masennusoireita (Thompson ym. 1987; Beck 2002; Scogin & Yon 2006). Käyttäytymisterapiassa masennuksen nähdään olevan ainakin osittain seurausta epätasapainosta, joka vallitsee mielihyvää tuottavien ja epäsuotuisien tapahtumien välillä. Terapiassa keskitytään toiminnan ja mielialan välisen suhteen havainnointiin, mielihyvää tuottavien toimintojen tavoitteelliseen lisäämiseen ja tätä kautta mielialan säätelykeinojen oppimiseen. (Lewinsohn ym. 1984.) Ongelmanratkaisuterapiassa puolestaan opetellaan nimensä mukaisesti strategioita, joiden avulla asiakas voi itse ratkaista niitä ongelmia, joiden he ovat havainneet vaikuttavan kielteisesti mielialaansa (esim. Nezu ym. 1989).

Ikäihmisiä koskevia psykoterapiatutkimuksia on arvosteltu siitä, että niiden otokset ovat pieniä ja satunnaistetut asetelmat harvassa (Wilson ym. 2008). Lisäksi jos pyrkimyksenä olisi selvittää eroja eri psykoterapiamuotojen vaikuttavuudessa, tutkimusasetelmien tulisi olla huomattavasti nykyistä hienostuneempia. Psykoterapian vaikuttavuuteen liittyvistä tekijöistä on monia käsityksiä, ja usein esitetään, että käytetyllä terapiamuodolla tai koulukunnalla on hoidon onnistumisen ja hoitotulosten pysyvyyden kannalta vähemmän merkitystä kuin terapisuhteella sekä terapeutin ja asiakkaan välisellä vuorovaikutuksella. (Esim. Lambert & Simon 2008.)

Keskeinen kysymys tarkasteltaessa psykoterapiaa elämänkaaren näkökulmasta on, eroavatko ikäkaudet toisistaan siinä määrin, että eri-ikäiset tai eri sukupolvia edustavat asiakkaat tarvitsevat omat muunnelmansa perusterapiamuodoista. Miten esimerkiksi ikääntyminen ja siihen liittyvät fyysiset, sosiaaliset ja psykologiset muutokset vaikuttavat terapiaprosessiin? Millaisia vaikutuksia kulttuurin muutoksilla on eri ikäpolvien terapiaa koskeviin odotuksiin ja tarpeisiin? Tämän päivän vanhimmat ikäluokat eivät ehkä koe ajatusta psykoterapiaan menosta kovin luontevana ja heillä saattaa olla myös puutteellinen käsitys siitä, mitä psykoterapia on ja mitä se asiakkaalta vaatii. Terapian aloittamista suunniteltaessa onkin tarpeen selvittää asiakkaan tähän hoitomuotoon liittyvät ajatukset ja huolet. Tiedon jakaminen psykoterapeuttisen hoidon periaatteista ja käytännöistä on tärkeä osa psykoedukaatiota eli potilasohjausta.

Vanhenemiseen liittyvien tavanomaistenkin kognitiivisten muutosten seurauksena tiedonkäsitteily ja erityisesti uusien asioiden prosessointi on ikäihmisillä usein nuorempia hitaampaa. Tämä on hyvä ottaa huomioon, kun ennakoidaan terapiaprosessin kestoa. Myös tapaamistiheyttä ja istunnon kestoa voidaan joutua säätelemään asiakkaan kunnon ja jaksamisen

mukaan. Jotkut ikäihmiset kannattavat pidempiä tapaamisia harvemmin; toiset taas pitävät parempana tavata kerran viikossa lyhyemmän ajan. Amerikkalainen psykologi Bob Knight (1996) on tarkastellut iäkkään asiakkaan ja nuoremman terapeutin välistä vuorovaikutusta ja todennut, että puheen ja eleiden tempoon liittyvät eroavaisuudet voivat joskus haitata sujuvaa kommunikaatiota ja jopa ehkäistä luottamuksen syntymistä. Joskus terapeuteilla saattaa olla myös virheellisiä käsityksiä iäkkäiden asiakkaidensa jaksavuudesta ja kyvystä hyötyä psykoterapeuttisesta hoidosta. Iäkäs masentunut ihminen saattaa näyttää kaipaavan lähinnä kärsivällistä kuuntelijaa, jolle vuodattaa murheensa ja pettymyksensä. Väärä hienotunteisuus saattaa joskus jopa estää terapeuttia ehdottamasta aktiivisempia työtapoja, jolloin asiakas ei välttämättä hyödy terapiasta riittävästi.

Psykoterapeuttinen työskentely iäkkäiden ihmisten kanssa voi olla myös terapeutille avartava kokemus, mikäli hän suhtautuu työhön avoimin mielin ja kykenee soveltamaan käyttämiään menetelmiä joustavasti asiakkaan tilanteen ja kunnan mukaan. Usein voi esimerkiksi olla mielekkäämpää työskennellä kotikäynneillä kuin odottaa fyysisesti huonokuntoisen iäkkään ihmisen tulevan terapeutin vastaanotolle. Kotona tapahtuva psykoterapia antaa terapeutille myös tilaisuuden havainnoida asiakasta omassa ympäristössään, mikä voi olla terapian etenemisen kannalta myönteinen ja uusia mahdollisuuksia avaava seikka. Oma merkityksensä terapeutin kannalta on myös sillä, että voi työskennellä ihmisten kanssa, joilla on pitkä elämänhistoria ja laaja elämäkokemus.

Liikunta ja fyysinen harjoittelu

Liikunnan, fyysisen harjoittelun ja psyykkisen hyvinvoinnin yhteyksistä tiedetään kohtalaisen paljon. Vaikka suurin osa tutkimuksista on keskittynyt työikäisiin ihmisiin, myös iäkkäiden kohdalla tutkijat ovat ainakin varovaisen yksimielisiä siitä, että liikunta lisää psyykkistä hyvinvointia ja vähentää masennusoireita. Sekä psyykinen hyvinvointi että fyysinen aktiivisuus ovat kuitenkin laajoja käsitteitä, joten yksiselitteisten tutkimusasetelmien laatiminen on vaivalloista, ja tutkimuksiin liittyy siten monenlaisia ongelmia. Esimerkiksi Päivi Lampinen (2004) toteaa, että aihepiirin tutkimuksissa otokset ovat yleensä olleet pieniä, niissä on enimmäkseen käytetty poikittaisasetelmaa ja kokeelliset tutkimukset ovat perustuneet vain tiettyyn liikuntamuotoon hoitona tai interventiona. Tutkimuksissa ja katsauksissa on lisäksi usein keskitytty ainoastaan johonkin yksittäiseen psyykkisen hyvinvoinnin osa-alueeseen, kuten mielialaan, minäkäsitykseen, itsearvostukseen tai elämään tyytyväisyyteen. Jo yksin metodisen kirjavuuden vuoksi tutkimuksia on hankala verrata keskenään. Suuressa osassa tutkimuksia osallistujat ovat henkilöitä, joilla on jokin diagnosoitu psyyken ongelma, tyypillisesti masennus. (Saarenheimo 2008.)

Myöhäisen iän fyysinen aktiivisuus voidaan jakaa karkeasti arki- tai hyötyliikuntaan ja varsinaiseen liikunnan harrastamiseen. Ensin mainittuun kuuluvat esimerkiksi päivittäinen käveleminen tai pyöriäminen hoitamaan asioita tai erilaisiin palveluihin. Hyötyliikuntaa on myös vaikkapa portaiden nouseminen, siivoaminen tai muut arjen askareet, joissa tarvitaan lihasvoimaa, liikkuvuutta ja notkeutta. Arkiliikunnan vaikutuksia psyykkiseen hyvinvointiin on tutkittu huomattavasti vähemmän kuin varsinaisen liikuntaharrastuksen tai ohjatun harjoit-

telun hyötyjä (esim. McAuley ym. 2005; Fox ym. 2007). Ainakin osittain kyse lienee siitä, että arkiliikunnan määrää on paljon vaikeampi arvioida kuin osallistumista muodolliseen harjoitteluun tai liikuntaharrastukseen. Eräissä tutkimuksissa fyysisen aktiivisuuden määrää mitattiin viikon ajan tarkoitukseen suunnitellulla laitteella, josta saatiin selville päivittäinen energian kulutus sekä minuuttimäärät kohtalaisen intensiiviselle ja kevyelle aktiivisuudelle sekä täydelliselle passiivisuudelle. Tutkimus vahvisti lievästi käsitystä fyysisen aktiivisuuden mielialaa kohottavasta merkityksestä, mutta on mahdollista, että mieliala on myös vaikuttanut aktiivisuuden määrään ja haluun olla liikkeellä. (Fox ym. 2007.)

Fyysisen aktiivisuuden ja psyykkisen hyvinvoinnin suhde on vuorovaikutteinen. Monien tutkimusten mukaan liikunnan harrastaminen lisää psyykkisen hyvinvoinnin kokemusta ja kohottaa mielialaa, mutta toisaalta alavireinen mieliala voi olla myös syy vähäiseen fyysiseen aktiivisuuteen. Siten alun alkaen psyykkisesti paremmin voivat henkilöt todennäköisimmin liikkuvat muita enemmän. Kyseessä on kehä, jossa ilmiöt liittyvät monimutkaisilla tavoilla toisiinsa, mutta jossa niin positiivinen kuin negatiivinenkin muutos voi käynnistyä useista eri kohdista. Liikuntakyvyn heiketessä iäkäs ihminen saattaa esimerkiksi joko huomaamattaan tai tietoisesti vähentää liikunnan määrää, ja tämä puolestaan vaikuttaa madaltavasti hänen mielialaansa. Toisaalta masentunut henkilö voi käynnistää ”positiivisen noidankehän” aloittamalla omiin voimavaroihinsa sopivan, säännöllisen liikuntaharrastuksen. (Esim. Saarenheimo 2008.)

Päivi Lampinen (2004) on todennut 65–84 -vuotiaita jyvaskyläläisiä koskevassa tutkimuksessaan, että heikentynyt liikkumiskyky ennustaa masentuneisuutta fyysisen aktiivisuuden tasosta riippumatta. Liikunnan psyykinen vaikutus ei siten näyttäisi liittyvän niinkään harjoittelun määrään kuin ihmisen kokemiin muutoksiin omassa ruumiillisuudessaan. Tästä näkökulmasta on ajateltavissa, että kehotietoisuuden heikkeneminen ja pelko hallinnan tunteen menettämisestä voivat olla merkittäviä välittäviä tekijöitä fyysisen aktiivisuuden ja mielialan suhteessa. Tarvitaan lisää tutkimuksia, joissa sekä psyykkistä hyvinvointia että fyysistä aktiivisuutta tarkastellaan osa-alueittain, jolloin monimutkaiset vaikutussuhteet saadaan paremmin näkyviin.

Eniten psyykkisen hyvinvoinnin ja fyysisen aktiivisuuden välisiä suhteita on tarkasteltu tutkimalla liikuntakyvyn ja liikunnan määrän sekä liikuntamuodon vaikutuksia masentuneisuuteen. Gerontologian tutkimuskeskuksessa tehdyssä tutkimuksessa havaittiin, että iäkkäiden ihmisten liikkumisen vaikeudet lisääntyvät usein samassa tahdissa masennusoireiden kanssa. Henkilöillä, joilla oli vaikeuksia liikkumisessa, oli kolminkertainen riski masentua verrattuna niihin henkilöihin, joilla ei ollut liikkumisvaikeuksia. (Hirvensalo ym. 2007.) Useat tutkimukset osoittavat liikunnan sekä ehkäisevän (Strawbridge ym. 2002) että hoitavan masenusta (Timonen ym. 2002; Barbour & Blumenthal 2005). Eräissä tutkimuksissa liikunta on vähentänyt masennusoireita samassa määrin kuin masennuslääkkeet. 1990-luvun lopulla Blumenthal tutkimusryhmineen jakoi tutkittavat liikuntaryhmään, masennuslääkeryhmään ja yhdistettyyn liikunta-lääkehoitoryhmään. Kaikissa ryhmissä masennusoireet vähenivät neljän kuukauden aikana merkittävästi, eikä ryhmien välillä ollut tilastollista eroa (Blumenthal ym. 1999). Tutkittavat arvioitiin uudelleen puolen vuoden kuluttua intervention päättymisestä, ja tällöin ilmeni, että liikuntaa harrastaneilla masennus oli uusiutunut harvemmin kuin muilla (Babyak ym. 2002).

Miksi ja miten liikunta sitten auttaa masennukseen? Tästä on esitetty sekä psykologisesti että fysiologisesti painottuneita teorioita. Psykologisesta näkökulmasta vaikutukset liitetään usein itsearvostuksen ja hallinnan tunteen lisääntymiseen sekä stressinsietokyvyn vahvistumiseen (Kritz-Silverstein 2000). Ryhmämuotoinen liikunta lisää myös sosiaalista vuorovaikutusta, ja sitä pidetään siksi jopa yhtenä tehokkaimmista masennuksen ehkäisy- ja mielialan säätelyn keinoista. Esimerkiksi Pitkälä ja kumppanit (2004) ovat huomauttaneet, että liikuntaryhmiin osallistuminen voi merkittäväällä tavalla lieventää myös iäkkäiden ihmisten yksinäisyyden tunteita.

Fysiologisessa mielessä liikunnan ja harjoittelun hyvää tekevää vaikutus liittyy hermoston välittäjäaineisiin, elimistön tuottamiin endorfiineihin sekä verenkierron ja hapenkuljetuksen parantumiseen (Paluska & Schwenk 2000; myös Saarenheimo 2008). Liikunnan harrastamisella voi siten olla paitsi pitkän aikavälin merkitystä, myös välittömiä suoria vaikutuksia mielialaan ja hyvän olon tunteisiin. Tutkijat ovat käyneet keskustelua siitä, onko aerobinen liikunta mielialan kannalta hyödyllisempää kuin voimaharjoittelu. Näyttää siltä, että molemmat lisäävät kehon hallinnan kokemusta, mutta jotkut tutkijat pitävät aerobista liikuntaa mielialan kannalta tehokkaampana (Esim. Netz ym. 2005). Toisaalta myös esimerkiksi Tai Chi -harjoittelun on havaittu parantavan ikäihmisten koettua terveyttä, mielialaa ja elämään tyytyväisyyttä sekä vähentävän stressiä ja negatiivisia tunteita (Li ym. 2001).

Tutkimusten mukaan liikuntaa voi siis yleisesti ottaen pitää tehokkaana iäkkäiden ihmisten masennuksen hoidossa (Lee & Park 2008). Harjoittelun tulisi kuitenkin olla vapaaehtoista, tarjota myönteisiä elämyksiä ja kuormittaa sopivasti (Ojanen 1995). Masentuneiden ikäihmisten kohdalla keskeisenä voi pitää ammattilaisten hienovaraista tukea ja motivointia (Stathi 2004), sillä alavireinen ja itsensä huonokuntoiseksi kokeva ihminen ei hevin innostu aloittamaan liikuntaharrastusta etenkin, mikäli liikunnalla ei ole ollut hänelle aikaisemmin elämässä myönteistä merkitystä. Muistot aikaisemmista epäonnistumisista ja turhautumisista saattavat vielä vanhalla iälläkin muodostaa esteen liikuntaharrastuksen käynnistämiseksi. Iäkkäiden ihmisten kanssa työskentelevien eri alojen ammattilaisten olisi hyvä sekä tuntea liikunnan hyödyt että ymmärtää sen harrastamiseen liittyviä psykologisia, sosiaalisia, terveydentilaan liittyviä ja käytännöllisiä esteitä. Esimerkiksi masentuneet ikäihmiset saattaisivat hyötyä erityisesti heitä varten perustetuista ryhmistä, joissa olisi mahdollista tehdä harjoituksia kokematta häpeää omista puutteistaan ja joissa sosiaalisuus sekä vertaistuki olisivat liikunnan ohella tärkeitä elementtejä.

Muistelu

Muistelun funktioiden, muisteluprosessin ja muistelun vaikutusten tarkastelu on vakiinnuttanut viimeisten vuosikymmenien aikana asemansa geropsykologian tutkimuksessa. Samalla muistelun käytöstä on tullut arkipäivää käytännön vanhustyössä. Vielä 1960-luvulla muistelua saatettiin pitää suorastaan vahingollisena ja ammattilaisia varoiteltiin rohkaisemasta iäkkäitä ihmisiä ”uppoutumaan muistoihinsa”. Vaikka oman elämän tarkastelun merkitys usein liitetään psykoanalyttikko Erik H. Eriksonin (1959) minäintegraation teoriaan, kiinnostus muistelua ja sen terapeutista käyttöä kohtaan lähti toden teolla liikkeelle psykiatri Robert Butlerista (1963). Butler esitti, että oman elämän tarkastelu ja arviointi (life review) on universaali vanhenemiseen liittyvä psykologinen prosessi, joka liittyy lähestyvään kuolemaan ja jossa ihminen hyvässä tapauksessa kykenee hyväksymään eletyn elämänsä vailla katkeruutta tai katumusta. Muistelun terapeutista käyttöä on perusteltu tätä kautta.

Innostus muistelun käyttöön poiki etenkin 1970- ja -80-luvuilla suuren määrän erilaisia projekteja ja ryhmätoimintaa, joiden siunauksiin uskottiin, vaikka tutkimus tuottikin ristiriitaisia tuloksia esimerkiksi muistelun yhteyksistä psyykkiseen hyvinvointiin (esim. Thornton & Brotchie 1987; Saarenheimo 1997; Coleman 2005). Marja Saarenheimo tutki 1990-luvulla iäkkäiden ihmisten muistelua laadullisilla menetelmillä ja totesi, että on suorastaan harhaanjohtavaa ymmärtää muistelu yhtenäisenä ilmiönä, jota voisi yksiselitteisesti mitata. Muistelua on mielekkäämpää tarkastella omaelämäkerrallisen muistin ilmenemismuotona, jolla on tilanteesta riippuen erilaisia psykologisia ja sosiaalisia tehtäviä. (Saarenheimo 1997.)

Muistelututkimus on alusta alkaen ollut kiinteästi yhteydessä käytännön vanhustyöhön (Coleman 2005). Muistelutyöllä viitataan kirjavaan joukkoon erilaisia ryhmä- ja yksilömenetelmiä, joiden ydin on osallistujien rohkaisemisessa keskustelemaan omasta menneisyydestään ohjaajan avustuksella joko yksin tai ryhmässä (Stinson & Kirk 2006). Coleman (2005) erottaa tässä toiminnassa kaksi erilaista lähestymistapaa: integratiivisen ja välineellisen. Ensin mainitussa painottuu tähän asti eletyn elämän kokonaisarviointi, kun taas jälkimmäisessä haarukoidaan muistelemalla aiemmin elämässä hyvin toimineita ongelmanratkaisustrategioita ja selviytymiskeinoja. Terapeuttinen muistelu on tavoitteellista, ja siinä voidaan käyttää apuna eri taide- ja toimintamuotoja, kuten esimerkiksi musiikkia, kirjallisuutta, kirjoittamista, kuvia tai tanssia (Hakonen 2003).

Kahden viimeisen vuosikymmenen aikana muistelun terapeutisesta käytöstä ja sen vaikutuksista ikäihmisten psyykkiseen hyvinvointiin on tehty useita tutkimuksia, joista osa on ollut myös metodisesti kunnianhimoisia. Esimerkkinä tällaisesta Coleman (2005) referoi pientä mutta huolellisesti tehtyä englantilaista tutkimusta, joka toteutettiin kahdessa palvelutalossa. Toisessa toteutettiin yhdeksän viikon mittainen projekti, jossa osallistujat katselivat ”muistelukuvia” ja keskustelivat niistä. Toisessa palvelutalossa kuvat liittyivät nykyhetken toimintoihin ja harrastuksiin. Molemmissa ryhmissä osallistujia rohkaistiin tuomaan mukanaan myös omia kuviaan. Kiinnostava tulos oli, että muisteluryhmän osanottajien psyykinen hyvinvointi kohentui hankkeen aikana selvästi nykyhetken keskittynyttä ryhmää enemmän. Myönteisiä muutoksia tapahtui myös vuorovaikutuksessa. Tutkijat olettivat, että myönteiset muutokset psyykkisessä hyvinvoinnissa ja sosiaalisessa vuorovaikutuksessa saattaisivat liittyä siihen,

että muistelukuvat koettiin merkityksellisempinä kuin nykyhetken harrastuksiin liittyvät kuvat. (Fielden 1990.) Myös eräissä uudemmissa tutkimuksissa muistelun on todettu kohentavan itsetuntoa ja parantavan elämänlaatua (Cully ym. 2001; Chao ym. 2006). Kokonaisuudessaan tulokset ovat kuitenkin ristiriitaisia.

Muistelun vaikutusta iäkkäiden ihmisten masennukseen on myös tutkittu jonkin verran. Stinson ja Kirk (2006) vertailivat katsauksessaan kahdeksaa aihepiiriin tukimusta ja totesivat, että puolessa niistä muistelu oli selkeästi vähentänyt masennuksen oireita. Kolmessa tutkimuksessa muistelulla ei ollut ollenkaan vaikutusta ja yhdessä muistelusta oli hyötyä vain 65–74-vuotiaille mutta ei sitä vanhemmille. Toisen katsauksen (Bohlmeier ym. 2003) mukaan ohjattu muistelu ja muisteluterapia ovat kuitenkin osoittautuneet hyödyllisiksi sekä masentuneiden iäkkäiden että muistisairaiden ihmisten hoidossa. Molempien on havaittu auttavan ristiriitojen ratkaisemisessa, itsetunnon vahvistamisessa ja elämän tarkoituksellisuuden löytämisessä sekä tätä kautta psyykkisen hyvinvoinnin edistämisessä. Vastaava meta-analyysi muistelun käytöstä nimenomaan muistisairaiden ihmisten hoidossa osoitti menetelmän myönteiset vaikutukset kognitioon, mielialaan ja käyttäytymiseen (Woods ym. 2005). Tulosten ristiriitaisuudesta huolimatta muisteluterapia on hyväksytty Amerikan psykologiyhdistyksen näyttöön perustuvien terapiamuotojen luetteloon.

Musiikki

Musiikin tohtori, psykologi Ava Numminen (2008) on tuonut monessa yhteydessä esiin musiikin rikkaita käyttömahdollisuuksia ikäihmisten palveluissa. Hän on viitannut neurobiologisiin tutkimuksiin, joiden mukaan musiikin kuuntelu aktivoi laajoja aivoalueita, kuten kuuloaivokuorta, eräitä aivokuoren frontaalaisia ja motorisia alueita sekä hippokampusta (myös Perez & Zatorre 2005). Menon ja Levitin (2005) puolestaan ovat osoittaneet, että musiikin kuuntelu aktivoi voimakkaasti muun muassa mesolimbistä järjestelmää ja hypotalamusta, jotka ovat yhteydessä palkitseviin mielihyvän tunteisiin. Laulamisen oletetaan olevan yhteydessä positiivisiin hormonaalisiin muutoksiin (Beck ym. 2000; Grape ym. 2003; Kreutz ym. 2004). Koska musiikki siis näyttää stimuloivan aivojen mielihyvakeskuksia ja voi saada aikaan voimakkaita myönteisiä tuntemuksia, sen voidaan olettaa hyödyttävän laajassa mielessä psyykkistä hyvinvointiamme (Blood & Zatorre 2001; Grape ym. 2003; Bailey & Davidson 2005).

Teppo Särkämö tutkimusryhmineen (2008) tarkasteli päivittäisen musiikin kuuntelun vaikutusta neurokognitiiviseen toipumiseen ja mielialaan aivoinfarktin jälkeen. 60 aivoinfarktipotilasta satunnaistettiin musiikkiryhmään, kieliryhmään ja kontrolliryhmään. Musiikkiryhmässä osallistujat kuuntelivat mielimusiiikkiaan ja kieliryhmässä mieluisia äänikirjoja päivittäin kahden kuukauden ajan, kun taas kontrolliryhmä ei saanut minkäänlaista kuuntelumateriaalia. Kaikki saivat lisäksi tavallisen lääkehoidon ja kuntoutuksen. Osallistujille tehtiin viikon, kolmen kuukauden ja kuuden kuukauden kuluttua infarktista laaja neuropsykologinen tutkimus, joka koostui kognitiivisista testeistä sekä mielialaa ja elämänlaatua mittaavista kyselylomakkeista. Tämän lisäksi heidän kuuloaivokuoren toimintaansa kartoitettiin magnetoenkefalografia -tutkimuksella. Musiikkiryhmän potilaiden testisuoritukset kielellisessä muistissa ja tarkkaavaisuuden suuntaamisessa olivat merkittävästi parempia kuin kieli- ja kontrolliryhmissä. Lisäksi

musiikkiryhmä koki vähemmän masentuneisuutta ja hämmentyneisyyttä kuin kontrolliryhmä. Musiikki- ja kieliryhmien erilaiset toipumisprofiilit näkyivät myös aivojen kuulotiedon MEG-rekisteröinneissä. Tulokset kannustavatkin musiikin käyttöön osana neurologista kuntoutusta. (Särkämö ym. 2008.)

Särkämön (2008) mukaan musiikin kuuntelu aktivoi aivoissa laajaa hermoverkkoa, joka levittäytyy molemmille aivopuoliskoille ja säätelee vireystilaa, tarkkaavaisuutta, semanttista käsittelyä, muistia sekä emootioita. Tämän perusteella on johdonmukaista olettaa, että musiikilla olisi myönteisiä vaikutuksia myös masentuneiden ikäihmisten mielialaan ja kognitioon. On arveltu, että eräät ikääntymiseen liittyvät tarkkaavuuden ja toiminnanohjauksen muutokset saattavat häiritä mielialan säätelyä. Musiikin kuuntelun soisikin helposti toteutettavana ja halpana toimintamuotona saavan nykyistä enemmän jalansijaa myös depressiivisten ikäihmisten hoidossa ja kuntoutuksessa.

Psykososiaalisena hoitomuotona musiikkiterapialla on Suomessa jo pitkät perinteet. Tällöin käytetään kuuntelun lisäksi muitakin musiikin elementtejä, kuten laulamista, rytmia ja aktiivista musiikin tuottamista. Musiikkiterapiaa on toteutettu sekä yksilö- että ryhmämuotoisena ja sitä on myös yhdistetty muuhun toimintaan, kuten vaikkapa muisteluun. Suomen musiikkiterapiayhdistyksen (2008) mukaan musiikkiterapialla voidaan saavuttaa myönteisiä tuloksia sekä fyysisten että psyykkisten oireiden ja sairauksien hoidossa. Tutkimuksia musiikkiterapian vaikutuksesta iäkkäiden ihmisten masennukseen on kuitenkin tehty vain vähän. Myskjan (2005) katsauksen mukaan musiikkiterapian käytöstä on havaittu olevan hyötyä erityisesti pitkäaikaishoitolaiteiden asukkaille muun hoidon lisänä, sillä se voi lisätä hyvinvointia ja lievittää masennusta. Tutkimuksessa, jossa vakavasta masennuksesta kärsivät ihmiset kuuntelivat rauhallista musiikkia 30 minuuttia päivässä, masennuksen oireet olivat selkeästi vähentyneet kahden viikon kuluttua (Hsu & Lai 2004).

Musiikilla on neurobiologisten vaikutustensa lisäksi myös merkittäviä sosiaalisia tehtäviä, jotka toteutuvat erityisesti soitettaessa ja lauletaessa yhdessä. Esimerkiksi kuorolaulua on tutkittu jonkin verran tästä näkökulmasta. Clifin ja Hancoxin (2001) mukaan kuorossa laulaminen edisti uusien ystävien saamista, rentoutti ja tuotti myönteisiä tunnekokemuksia. Tutkimukseen osallistui sekä masennuksesta kärsiviä henkilöitä että masentuneiden omaisia ja omaisensa menettäneitä. Laulaminen auttoi heitä unohtamaan hetkeksi huolensa ja kohensi heidän mielialaansa. Sekä kuoron sosiaaliset suhteet että itse laulaminen näyttivät auttavan erityisesti niitä, jotka kokivat WHO:n elämänlaatumittarilla (WHOQOL-BREF) arvioiden yleisen elämänlaatunsa alhaiseksi (Clift & Hancox 2010). Tulosten perusteella kuorolaulua kannattaisi suositella entistä laajemmin myös iäkkäille ihmisille sekä mielekkäänä harrastuksena että mielialan hoitokeinona. Suomessa Markku T. Hyyppä (2005) on korostanut kuorojen merkitystä sosiaalisen pääoman ja sitä kautta hyvinvoinnin lisääjinä.

Laulun käyttöä on viime aikoina tutkittu jonkin verran muistisairaiden ihmisten hoidon menetelmänä (esim. Götell 2003; 2009), ja tulokset ovat olleet rohkaisevia. Vastaavaa tutkimusta tarvittaisiin ikäihmisten masennuksen ja musiikin yhteyksistä. Laulamisen hyöty masentuneelle voi olla merkittävä, sillä vaikutukset eivät rajoitu tunteisiin ja mielialaan, vaan mukana on myös kognitiivisia, sosiaalisia ja fysiologisia elementtejä. Kognitiivista puolta edustavat muun

muassa laulun sanojen ja melodian muistaminen. Fysiologisia vaikutuksia puolestaan syntyy sitä kautta, että laulaminen konkreettisenä toimintana on myös lihastyötä ja mahdollistaa sellaisenaan fyysistä aktiivisuutta myös niille ikäihmisille, joilla on liikunnallisia esteitä. Suurimpia esteitä lauluharrastuksen aloittamiselle saattavat olla asenteet ja laulamiseen liittyvät pelot. Ava Nummisen (2005) mukaan kouluaikaisista kokemuksista on jäänyt monille aikuisille kielteinen suhtautuminen omaan laulamiseen ja kokemus siitä, että he eivät osaa laulaa. Numminen korostaa, että laulutaidon ongelmat johtuvat useammin enemmän laulamiseen liittyvistä uskomus- ja tunnelukoista kuin esimerkiksi heikosta sävelkorkeuden erottelukyvystä. (Numminen 2005.) Laulamisen käyttö hoitomenetelmänä saattaa siten edellyttää alkuvaiheessa ammattilaisilta yhtä paljon motivointiin kuin itse laulamiseen liittyvää osaamista.

Taidetoiminta

Taideterapeutti Pirkko Pulkkinen (2003) toteaa kuvallisesta ilmaisusta seniori- ja vanhustyössä, että sen avulla voi tiedostaa ja työstää kokemuksiaan, toiveitaan ja ristiriitojaan tai rikastuttaa sisäistä maailmaansa. Kuvallisen ilmaisun käyttö terapeuttiin tarkoituksiin on sinänsä vakiintunutta toimintaa, mutta ikäihmisten kohdalla se ei vielä ole levinnyt kovin laajalle ainakaan Suomessa. Taideterapeutti, psykoanalyttikko Mervi Leijalan (1992) mukaan eniten käytetty lähestymistapa ikäihmisten taideterapiassa on ollut ”minää tukeva toiminnallinen ryhmätaideterapia, jossa on myös supportiivisen taideterapian piirteitä”. Toiminnallisessa taideterapiassa korostuu aktiivisen tekemisen ja sitä kautta saadun tyydytyksen sekä itsetunnon kohoamisen merkitys.

Taideterapiassa pääpaino ei ole kuvallisen ilmaisun taidoissa tai perinteisissä taidearvoissa, vaan pikemminkin itse tekemisen ja ilmaisun psykologisissa merkityksissä (Rogers 1999). Useat tutkimukset viittaavat siihen, että luova toiminta ylipäänsä voi auttaa ylläpitämään ja edistämään ihmisen fyysistä ja psyykkistä hyvinvointia ja jopa korjaamaan jo syntyneitä ongelmia (Weissberg & Wilder 2001; Renz 2002; Nainis ym. 2006). Esimerkiksi Cohen (2005) raportoi tutkimuksesta, jossa taideryhmiin osallistuneet ikäihmiset käyttivät vertailuryhmää vähemmän lääkäripalveluita ja lääkkeitä, kaatuivat harvemmin sekä kokivat subjektiivisesti olonsa paremmaksi.

Masentuneiden ikäihmisten hoidossa taidepsykoterapialla pyritään synnyttämään onnistumisen kokemuksia sekä kohentamaan osallistujien mielialaa ja itsetuntoa, mutta taidetoiminnalla voi olla myönteisiä vaikutuksia itse terapiasuhteeseenkin. On myös muistutettu, että terapiassa tuotetut kuvalliset teokset voivat antaa terapeutille arvokkaita vihjeitä asiakkaan psyykkisestä tilanteesta. Mervi Leijala (1992) kertoo esimerkkinä, että teos saattaa joissakin tapauksissa antaa vihjeen osallistujan itsemurha-ajatuksista. (Myös Landgarten 1983.) Eräissä viimeaikaisissa tutkimuksissa on korostettu taidetoiminnan merkitystä huonokuntoisten ikäihmisten tunneperäisten tarpeiden kohtaamisessa, mikä usein unohtuu ruumiillisten vaivojen ja niiden lääketieteellisen hoidon ollessa etualalla. Taideterapia voi olla yksi keino kohdata emotionaalisia tarpeita kokonaisvaltaisesti ja sekä yksilöllisyyttä että kulttuurista erilaisuutta kunnioittaen. Taideterapia – erityisesti ryhmämuotoisena – tarjoaa mahdollisuuden osallisuuden ja hallinnan kokemuksiin ja auttaa ikäihmistä ilmaisemaan ja säätelemään tunteitaan. (Johnson & Sullivan-Marx 2006.)

Tämän hetken vanhimmat ikäryhmät saattavat vierastaa ajatusta taideterapiasta ja mieltää sen liian vaativaksi tai jopa pelottavaksi tai stigmatisoivaksi. Sekä ”taide” että ”terapia” voivat jo sanoina herättää vieraannuttavia mielleyhtymiä. Vaihtoehtoisten käsitteiden käyttäminen saattaa madaltaa kynnystä toimintaan osallistumiseen. Esimerkiksi ”kuvallisen ilmaisun ryhmä” saattaisi kuulostaa helpommin lähestyttävältä. Kun ensimmäinen kynnyks on ylitetty, ryhmän ohjaaja voi omalla toiminnallaan auttaa iäkkäitä osallistujia raivaamaan muita mahdollisia psykologisia esteitä. Toisaalta myös käytännön esteisiin on tärkeää kiinnittää huomiota. Fyysisen toimintakyvyn rajoitukset saattavat vaikeuttaa joidenkin materiaalien tai työskentelytapojen käyttöä ja jo paikalle tuleminen voi olla käytännön syistä ongelmallista. Näiden ongelmien ratkaiseminen on avain taidetoiminnan laajempaan hyödyntämiseen esimerkiksi ikäihmisten masennuksen hoidossa.

Psykososiaalisten työmuotojen edut ikäihmisten mielenterveystyössä

Mielenterveystyössä psykososiaalisilla työmuodoilla tai interventioilla viitataan yleensä laajasti ei-lääkkeelliseen hoitoon, jonka tavoitteena on vähentää oireita, ehkäistä psyykkisten ongelmien kielteisiä seuraamuksia sekä edistää psykososiaalista toimintakykyä ja parantaa elämänlaatua. Käsitteenä psykososiaalinen viittaa ihmisen psykologiseen kehitykseen vuorovaikutuksessa sosiaalisen ympäristönsä kanssa. Hyvä psykososiaalinen hoito on toimintaa, jolla pyritään edistämään ihmisten hyvinvointia ja tukemaan olemassa olevia voimavaroja. Psykososiaalinen mielenterveystyö on laaja kategoria, joka käsittää sekä varsinaista psykoterapiaa että erilaisia neuvonta- ja ohjauspalveluita, itsehoito- ja vertaistukiryhmiä, perhetyötä, tuettua asumista ja niin edelleen. Psykososiaalinen työ voi olla yksilö-, ryhmä- tai yhteisöpainotteista tai siinä voidaan keskittyä ympäristön tai olosuhteiden parantamiseen. Painotukset saattavat olla myös sosiokulttuurisia, kuten esimerkiksi taideterapiassa tai musiikkiterapiassa. Psykososiaalinen hoito ei sulje pois lääkehoitoa, vaan usein hyviä hoitotuloksia saavutetaan juuri järkevällä ja tarkkaan mietityllä psykososiaalisen hoidon ja lääkityksen yhdistelmällä. (Saarenheimo & Arinen 2010.)

Ikäihmisten parissa tehtävä psykososiaalinen mielenterveystyö on yhteydessä käsityksiin ja teorioihin aktiivisuuden merkityksestä iäkkään ihmisen hyvinvoinnille. Aktiivisen ikääntymisen ihanne on laajalti käytössä gerontologisessa tutkimuksessa ja käytännössä, ja viime aikoina eräät tutkijat ovat tarkastelleet tarkemmin sitä, millaisia mielenterveydellisiä vaikutuksia fyysisiin sairauksiin ja toimintakyvyn vajeisiin liittyvällä aktiivisuuden rajoittumisella on (Williamson & Schaffer 2000). Williamsonin ja Schafferin mallin mukaan elämäntilanteesta johtuva aktiivisuuden väheneminen henkilölle aiemmin ominaisesta päivittäisen aktiivisuuden tasosta johtaa suurella todennäköisyydellä psyykkisiin ongelmiin (myös Williamson ym. 1998). Yhtenä tärkeänä psyykkistä kuormitusta aiheuttavana tekijänä mallissa nähdään ruumiilliset sairaudet. Aktiivisuuden väheneminen on siis välittävä tekijä elämäntilanteeseen liittyvien stressitekijöiden ja psyykkisen hyvinvoinnin suhteessa. Ruumiilliset sairaudet ja toimintakyvyn vajeet näyttävät lisäävän masennusriskiä silloin (ja toisinaan vain silloin) kun ne estävät henkilöä pitävyydestä hänelle tyypillisellä arjen aktiivisuuden tasolla. (Williamson & Schaffer 2000.)

Miksi arjen aktiivisuuden säilyminen on niin keskeistä psyykkiselle hyvinvoinnille? Ensinnäkin kykenemättömyys hoitaa omia asioitaan ja huolehtia arjen sujumisesta merkitsee usein uhkaa ihmisen minäkäsitykselle sekä yleiselle hallinnan tunteelle ja toimijuudelle (esim. Beck ym. 1979; Williamson ym.1994). Eräiden tutkimusten mukaan osallistuminen mielekkääseen vapaa-ajantoimintaan auttaa iäkästä ihmistä ylläpitämään toimijuuden kokemusta ja tätä kautta vähentää muun muassa masennusriskiä (esim. Herzog ym. 1998). Aktiivisuudessa ei kuitenkaan tarvitse olla kyse jatkuvasta konkreettisesta touhukkuudesta vaan pikemminkin siitä, että iäkkäällä ihmisellä on mahdollisuus kokea jatkuvaa osallisuutta ja hallintaa tärkeinä pitämillään elämän osa-alueilla.

Psykososiaalisten työmuotojen keskeisimpiä elementtejä osallisuuden ja hallinnan kokemusten tuottamisen lisäksi ovat vuorovaikutus ja sosiaalinen tuki. Sosiaalisten suhteiden myönteistä merkitystä mielenterveysongelmien, erityisesti masennuksen ehkäisyssä on viime aikoina tarkasteltu useissa tutkimuksissa. Aiemmin ajateltiin sosiaalisten suhteiden vaikuttavan iäkkäiden ihmisten masennusalttiuteen väliillisesti vähentämällä stressiä (esim. Blazer 2005), mutta eräiden uusimpien tutkimusten valossa näyttää siltä, että sosiaalinen tuki saattaisi olla myös itsenäinen suojatekijä masennusta vastaan (Cappeliez ym. 2005; Jang ym. 2005; McRae ym. 2005; Tiikkainen & Heikkinen 2005; VanDerHorst & McLaren 2005). Useat tutkijat ovat päätyneet suosittamaan sosiaalisia ja psykososiaalisia interventioita vahvistamaan ja paikkaamaan puutteellista sosiaalista tukea ja sitä kautta ehkäisemään masennustilojen syntymistä (esim. McRae ym. 2005).

Psyykkisen hyvinvoinnin kokonaisvaltaisuudesta seuraa käytännössä, että sen kohentaminen voi tapahtua monilla eri tavoilla ja hyvin yksilöllisesti. Viime aikoina sekä gerontologiassa että käytännön vanhustyössä on korostettu ikäihmisten omien voimavarojen merkitystä terveyden ja hyvinvoinnin ylläpitämisessä sekä yksilötasolla että yhteiskunnallisesti. Voimavarat voivat liittyä mitä erilaisimpiin elämänalueisiin, kuten ruumiillisuuteen ja liikkumiseen, tiedonkäyttöön, moraalisiin tunteisiin, vuorovaikutukseen, yhteisöllisyyteen, yhteiskuntasuhteeseen, ympäristöön tai kulttuuriin. (Esim. Koskinen ym. 2008.) Kokemuksia psykososiaalisten ja sosiokulttuuristen menetelmien käytöstä ikäihmisten psyykkisen hyvinvoinnin tukemisessa ja mielialan kohentamisessa on runsaasti, mutta varsinaista luotettavaa tutkimustietoa vielä varsin niukasti.

Tärkeää muistaa ikäihmisten masennuksen hoidosta

- Ikäihmisten masennustilojen ja lievän masennusoireilun tunnistamista perusterveydenhuollossa ja kotihoidossa tulisi vahvistaa.
- Ikäihmisten tulisi olla mielenterveyspalveluissa yhdenvertaisia muiden ikäryhmien kanssa.
- Ikäihmisten masennusta voidaan hoitaa tehokkaasti sekä depressiolääkkeillä että psykososiaalisilla yksilö- ja ryhmämenetelmillä, kuten psykoterapialla.
- Myös liikunta, muistelu, musiikki ja taiteellinen ilmaisu ovat tärkeitä ikäihmisten masennuksen hoitokeinoja.
- Parhaat tulokset masennuksen hoidossa on saatu monitekijäisillä ja moniammatillisilla interventioilla, joissa yhdistyvät lääke- ja psykososiaalinen hoito.
- Psykiatrisen ja somaattisen hoidon integroiminen on tärkeää.
- Ikäihmisten mielenterveyshoidon kehittäminen edellyttää ajantasaista vanhuspsykiatrista erikoissairaanhoidoa.
- Hoidon ja seurannan tulisi jatkua riittävän pitkään.

Kirjallisuus

- Alexopoulos, G. S., Kiosses, D. N., Heo, M., Murphy, C. F., Shanmugham, B., & Gunning-Dixon, F. (2005). Executive dysfunction and the course of geriatric depression. *Biological Psychiatry*, 58(3), 204-210.
- Alexopoulos, G. S., Raue, P., & Arean, P. (2003). Problem-solving therapy versus supportive therapy in geriatric major depression with executive dysfunction. *The American Journal of Geriatric Psychiatry : Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 11(1), 46-52.
- Arean, P. A., & Cook, B. L. (2002). Psychotherapy and combined psychotherapy/pharmacotherapy for late life depression. *Biological Psychiatry*, 52(3), 293-303.
- Arean, P. A., & Miranda, J. (1996). Do primary care patients accept psychological treatments? *General Hospital Psychiatry*, 18(1), 22-27.
- Arean, P. A., Perri, M. G., Nezu, A. M., Schein, R. L., Christopher, F., & Joseph, T. X. (1993). Comparative effectiveness of social problem-solving therapy and reminiscence therapy as treatments for depression in older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(6), 1003-1010.
- Babyak, M., Blumenthal, J. A., Herman, S., Khatri, P., Doraiswamy, M., Moore, K. ym. (2000). Exercise treatment for major depression: Maintenance of therapeutic benefit at 10 months. *Psychosomatic Medicine*, 62(5), 633-638.
- Bailey, B. A., & Davidson, J. W. (2005). Effects of group singing and performance for marginalized and middle-class singers. *Psychology of Music*, 33(3), 269-303.
- Barbour, K. A., & Blumenthal, J. A. (2005). Exercise training and depression in older adults. *Neurobiology of Aging*, 26 Suppl 1, 119-123.
- Beck, A. T. (2002). Cognitive models of depression. Kirjassa R. M. Leahy, & E. T. Dowd (toim.), *Clinical advances in cognitive psychotherapy: Theory and application*. (ss. 29-61). New York: Springer Publishing Company.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, R. J., Cesario, T. C., Yosefi, A., & Enamoto, H. (2000). Choral singing, performance perception, and immune system changes in salivary immunoglobulin A and cortisol. *Music Perception*, 18(1), 87-106.
- Blazer, D. G. (2002). Self-efficacy and depression in late life: A primary prevention proposal. *Aging & Mental Health*, 6(4), 315-324.
- Blood, A. J., & Zatorre, R. J. (2001). Intensely pleasurable responses to music correlate with activity in brain regions implicated in reward and emotion. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 98(20), 11818-11823.
- Blumenthal, J. A., Babyak, M. A., Moore, K. A., Craighead, W. E., Herman, S., Khatri, P., ym. (1999). Effects of exercise training on older patients with major depression. *Archives of Internal Medicine*, 159(19), 2349-2356.
- Bohlmeijer, E., Smit, F., & Cuijpers, P. (2003). Effects of reminiscence and life review on late-life depression: A meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(12), 1088-1094.
- Bruce, M. L., Ten Have, T. R., Reynolds, C. F., 3rd, Katz, I. I., Schulberg, H. C., Mulsant, B. H., ym. (2004). Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: A randomized controlled trial. *JAMA : The Journal of the American Medical Association*, 291(9), 1081-1091.
- Butler, R. N. (1963). The life review: An interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, (26), 65-76.
- Callahan, C. M., Kroenke, K., Counsell, S. R., Hendrie, H. C., Perkins, A. J., Katon, W., ym. (2005). Treatment of depression improves physical functioning in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(3), 367-373.
- Campbell, J. M. (1992). Treating depression in well older adults: Use of diaries in cognitive therapy. *Issues in Mental Health Nursing*, 13(1), 19-29.
- Cappeliez, P., O'Rourke, N., & Chaudhury, H. (2005). Functions of reminiscence and mental health in later life. *Aging & Mental Health*, 9(4), 295-301.
- Chao, S. Y., Liu, H. Y., Wu, C. Y., Jin, S. F., Chu, T. L., Huang, T. S., ym. (2006). The effects of group reminiscence therapy on depression, self esteem, and life satisfaction of elderly nursing home residents. *The Journal of Nursing Research: JNR*, 14(1), 36-45.
- Ciechanowski, P., Wagner, E., Schmalting, K., Schwartz, S., Williams, B., Diehr, P., ym. (2004). Community-integrated home-based depression treatment in older adults: A randomized controlled trial. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 291(13), 1569-1577.
- Clift, S. M., & Hancox, G. (2001). The perceived benefits of singing: Findings from preliminary surveys of a university college choral society. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 121(4), 248-256.

-
- Clift, S. M., & Hancox, G. (2010). The significance of choral singing on sustaining psychological wellbeing: findings from a survey of choristers in England, Australia and Germany. *Music Performance Research*, 3(1, Special Issue Music and Health), 79-96.
- Cohen, G. D. (2005). *The mature mind: The positive power of the aging brain*. New York: Basic Books.
- Coleman, P. G. (2005). Reminiscence: Developmental, social and clinical perspectives. Kirjassa M. L. Johnson, V. L. Bengtson, P. G. Coleman & T. B. L. Kirkwood (toim.), *The Cambridge handbook of age and ageing* (ss. 301-309). Cambridge: Cambridge University Press.
- Cully, J. A., LaVoie, D., & Gfeller, J. D. (2001). Reminiscence, personality, and psychological functioning in older adults. *The Gerontologist*, 41(1), 89-95.
- Dimeff, L. A., Koerner, K., & Linehan, M. M. (2007). *Dialectical behavior therapy in clinical practice: Applications across disorders and settings*. New York: The Guilford press.
- Erikson, E. H. (1959). *Identity and the life cycle*. New York: International Universities Press.
- Fielden, M. A. (1990). Reminiscence as a therapeutic intervention with sheltered housing residents: A comparative study *British Journal of Social Work*, 20(1), 21-44.
- Floyd, M., Scogin, F., McKendree-Smith, N. L., Floyd, D. L., & Rokke, P. D. (2004). Cognitive therapy for depression: A comparison of individual psychotherapy and bibliotherapy for depressed older adults. *Behavior Modification*, 28(2), 297-318.
- Ford, C., & Sbordone, M. (1980). Attitudes of psychiatrists towards elderly patients. *American Journal of Psychiatry*, 137, 571-575.
- Forsman, A. K., Schlierenbeck, I., & Wahlbeck, K. (2010). Psychosocial interventions for the prevention of depression in older adults: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Aging and Health*. [Julkaistu online 8.10.2010, luettu 20.10.2010]
- Fox, K. R., Stathi, A., McKenna, J., & Davis, M. G. (2007). Physical activity and mental well-being in older people participating in the better ageing project. *European Journal of Applied Physiology*, 100(5), 591-602.
- Gallagher, D. E., & Thompson, L. W. (1982). Treatment of major depressive disorder in older adult outpatients with brief psychotherapies. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 482-489.
- Gallagher-Thompson, D., & Steffen, A. M. (1994). Comparative effects of cognitive-behavioral and brief psychodynamic psychotherapies for depressed family caregivers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(3), 543-549.
- Gatz, M. (2010). Depression and compromised mood. *Julkaisematon esitelmä*.
- Gatz, M., & Pearson, C. G. (1988). Ageism revised and the provision of psychological services. *American Psychologist*, 43(3), 184-188.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion-focused therapy - distinctive features*. New York: Routledge.
- Grape, C., Sandgren, M., Hansson, L. O., Ericson, M., & Theorell, T. (2003). Does singing promote well-being? An empirical study of professional and amateur singers during a singing lesson. *Integrative Physiological and Behavioral Science: The Official Journal of the Pavlovian Society*, 38(1), 65-74.
- Gurland, B., Katz, S., & Pine, Z. M. (2000). Complex unity and tolerable uncertainty: Relationships of physical disorder and depression. Kirjassa G. M. Williamson, D. R. Shaffer & P. A. Parmelee (toim.), *Physical illness and depression in older adults. Handbook of theory, research, and practice* (ss. 311-330). New York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers.
- Götell, E. (2003). Singing, background music and music-events in the communication between persons with dementia and their caregivers. Neurotec Department, Center of Excellence in Elderly care Research, Karolinska Institutet & Blekinge Institutet of Technology.
- Götell, E., Brown, S., & Ekman, S-L. (2009). The influence of caregiver singing and background music on vocally expressed emotions and moods in dementia care: a qualitative analysis. *International Journal of Nursing Studies* 46, 422-430.
- Hakonen, S. (2003). Muistelutyö. Kirjassa M. Marin, & S. Hakonen (toim.), *Seniори- ja vanhustyö arjen kulttuurissa*. Juva: PS -kustannus.
- Hartikainen, S., Klaukka, T., Helin-Salmivaara, A., & Sairanen, S. (2000). Ikäihmisten masennuslääkkeiden suurkuluttajina. *Suomen Lääkärilehti*, 55, 3706-3709.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: The Guilford Press.
- Herzog, A. R., Franks, M. M., Markus, H. R., & Holmberg, D. (1998). Activities and well-being in older age: Effects of self-concept and educational attainment. *Psychology and Aging*, 13(2), 179-185.
- Hill, A., & Brettell, A. (2004). Counselling older people - a systematic scoping review. London: British Association for Counselling & Psychotherapy.
- Hirvensalo, M., Sakari-Rantala, R., Kallinen, M., Leinonen, R., Lintunen, T., & Rantanen, T. (2007). Underlying factors in the association between depressed mood and mobility limitation in older people. *Gerontology*, 53(3), 173-178.
-

-
- Hsu, W. C., & Lai, H. L. (2004). Effects of music on major depression in psychiatric inpatients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 18(5), 193-199.
- Hunkeler, E. M., Katon, W., Tang, L., Williams, J. W., Jr, Kroenke, K., Lin, E. H., ym. (2006). Long term outcomes from the IMPACT randomised trial for depressed elderly patients in primary care. *British Medical Journal (Clinical Research Ed.)*, 332(7536), 259-263.
- Hyypää, M. (2005). *Me-hengen mahti*. Keuruu: PS-kustannus, Otava.
- Jang, Y., Kim, G., & Chiriboga, D. (2005). Acculturation and manifestation of depressive symptoms among Korean-American older adults. *Aging & Mental Health*, 9(6), 500-507.
- Johnson, C. M., & Sullivan-Marx, E. M. (2006). Art therapy: Using the creative process for healing and hope among African American older adults. *Geriatric Nursing (New York, N.Y.)*, 27(5), 309-316.
- Juhela, P. (2006). Psykiatrisia palveluita ikääntyville. Tarvitaanko ja onko saatavilla Suomessa? *Vanhustyö*, (1), 4-6.
- Kastenbaum, R. (1978). Personality theory, therapeutic approaches, and the elderly client. Kirjassa M. Storandt, I. C. Siegler & M. F. Elias (toim.), *The clinical psychology of aging*. New York: Plenum.
- Katon, W. J., Lin, E., Russo, J., & Unützer, J. (2003). Increased medical costs of a population-based sample of depressed elderly patients. *Archives of General Psychiatry*, 60(9), 897-903.
- Katon, W. J., Schoenbaum, M., Fan, M. Y., Callahan, C. M., Williams, J. Jr., Hunkeler, E., ym. (2005). Cost-effectiveness of improving primary care treatment of late-life depression. *Archives of General Psychiatry*, 62(12), 1313-1320.
- Kivelä, S-L. (2009). *Depressiosta tasapainoon. Hyvä elämä iäkkäänä*. Sastamala: Kirjapaja.
- Knight, B. G. (2004). *Psychotherapy with older adults*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Knight, B. (1996). *Psychotherapy with older adults (2nd ed.)*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Koffert, T., & Kuusi, K. (2002). *Depressiokoulu. Opi masennuksen ehkäisy- ja hoitotaitoja*. Helsinki: SMS-Tuotanto Oy.
- Krahn, D. D., Bartels, S. J., Coakley, E., Oslin, D. W., Chen, H., McIntyre, J., ym. (2006). PRISM-E: Comparison of integrated care and enhanced specialty referral models in depression outcomes. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 57(7), 946-953.
- Kreutz, G., Bongard, S., Rohrmann, S., Hodapp, V., & Grebe, D. (2004). Effects of choir singing or listening on secretory immunoglobulin A, cortisol, and emotional state. *Journal of Behavioral Medicine*, 27(6), 623-635.
- Kritz-Silverstein, D., Barrett-Connor, E., & Corbeau, C. (2001). Cross-sectional and prospective study of exercise and depressed mood in the elderly: The Rancho Bernardo study. *American Journal of Epidemiology*, 153(6), 596-603.
- Laidlaw, K., Thompson, L. W., Dick-Siskin, L., & Gallagher-Thompson, D. (2003). *Cognitive behavior therapy with older people*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Lambert, M., & Simon, W. (2008). The therapeutic relationship: Central and essential in psychotherapy outcome. Kirjassa S. Hick, & T. Bien (toim.), *Mindfulness and the therapeutic relationship* (ss. 19-33). New York: Guilford.
- Lampinen, P. (2004). *Fyysinen aktiivisuus, harrastustoiminta ja liikkumiskyky iäkkäiden ihmisten psyykkisen hyvinvoinnin ennustajina. 65-84-vuotiaiden jyvaskyläläisten 8-vuotisuuruututkimus*. Jyväskylä University Printing House.
- Landgarten, H. (1983). Art psychotherapy for depressed elders.??? 2, 45-53.
- Lebowitz, B. D., & Niederehe, G. (1992). Concepts and issues in mental health and aging. Kirjassa J. E. Birren, R. B. Sloane & G. D. Cohen (toim.), *Handbook of mental health and aging*. (ss. 3-26). San Diego, CA: Academic Press.
- Lee, K. M., Volans, P. J., & Gregory, N. (2003). Attitudes towards psychotherapy with older people among trainee clinical psychologists. *Aging & Mental Health*, 7(2), 133-141.
- Lee, Y., & Park, K. (2008). Does physical activity moderate the association between depressive symptoms and disability in older adults? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(3), 249-256.
- Leijala, M. (1992). Taideterapia vanhusten hoidossa. *Gerontologia*, 4, 276-284.
- Leinonen, E., & Alanen, H. (2011, painossa). Psykiatrista hoitoa tarvitsevia vanhuksia on enemmän kuin on varauduttu.
- Levine, S., Unützer, J., Yip, J. Y., Hoffing, M., Leung, M., Fan, M. Y., ym. (2005). Physicians' satisfaction with a collaborative disease management program for late-life depression in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 27(6), 383-391.
- Lewinsohn, P. M., Antonuccio, D. O., Steinmetz-Breckenridge, J. L., & Teri, L. (1984). *The coping with depression course: A psychoeducational intervention for unipolar depression*. Eugene, OR: Castalia Publishing.
- Li, F., Harmer, P., McAuley, E., Fisher, K. J., Duncan, T. E., & Duncan, S. C. (2001). Tai chi, self-efficacy, and physical function in the elderly. *Prevention Science : The Official Journal of the Society for Prevention Research*, 2(4), 229-239.
-

-
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- Linjakumpu, T., Hartikainen, S., Klaukka, T., Koponen, H., Kivelä, S., & Isoaho, R. (2002). Psychotropics among the home-dwelling elderly -increasing trends. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(9), 874-883.
- Lynch, T. R., Morse, J. Q., Mendelson, T., & Robins, C. J. (2003). Dialectical behavior therapy for depressed older adults: A randomized pilot study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 11(1), 33-45.
- McAuley, E., Elavsky, S., Motl, R. W., Konopack, J. F., Hu, L., & Marquez, D. X. (2005). Physical activity, self-efficacy, and self-esteem: Longitudinal relationships in older adults. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 60(5), P268-275.
- McCrae, N., Murray, J., Banerjee, S., Huxley, P., Bhugra, D., Tylee, A., ym. (2005). 'They're all depressed, aren't they?' A qualitative study of social care workers and depression in older adults. *Aging & Mental Health*, 9(6), 508-516.
- Menon, V., & Levitin, D. J. (2005). The rewards of music listening: Response and physiological connectivity of the mesolimbic system. *NeuroImage*, 28(1), 175-184.
- Mieli 2009. (2007). Kansallinen mielenterveys- ja päihdetyön työsuunnitelma. <http://info.stakes.fi/nr/rdonlyres/392de4ae-f796-4b04-a0b3-a8418a6a4a01/0/mielenterveysjapaihdeyontyosuunnitelma.pdf>.
- Myskja, A. (2005). Therapeutic use of music in nursing homes. [Bruk av musikk som terapeutisk hjelpemiddel i sykehjem] *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening*, 125(11), 1497-1499.
- Nainis, N., Paice, J. A., Ratner, J., Wirth, J. H., Lai, J., & Shott, S. (2006). Relieving symptoms in cancer: Innovative use of art therapy. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31(2), 162-169.
- Netz, Y., Wu, M. J., Becker, B. J., & Tenenbaum, G. (2005). Physical activity and psychological well-being in advanced age: A meta-analysis of intervention studies. *Psychology and Aging*, 20(2), 272-284.
- Nezu, A. M., & Perri, M. G. (1989). Social problem-solving therapy for unipolar depression: An initial dismantling investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(3), 408-413.
- Numminen, A. (2005). Laulutaidottomasta kehittyväksi laulajaksi. Tutkimus aikuisen laulutaidon lukoista ja niiden aukaisemisesta. *Studia Musica* 25, Sibelius Akatemia.
- Numminen, A. (2008). Musiikki hoitolaitoksissa - miten ja miksi? *Musiikkikasvatus*, 11, 107-117.
- Oishi, S. M., Shoai, R., Katon, W., Callahan, C., Unützer, J., Arean, P., ym. (2003). Impacting late life depression: Integrating a depression intervention into primary care. *The Psychiatric Quarterly*, 74(1), 75-89.
- Ojanen, M. (1995). Liikunnan ja psyykkisen hyvinvoinnin yhteyksiä. Kirjassa T. Lintunen, K. Koivumäki & H. Säälä (toim.), *Jalka potkee, mieli notkee. Liikunta mielenterveystyön tukena*. (ss. 9-27). Helsinki: Suomen Mielenterveysseura.
- O'Leary, A. (1995). *Counselling older adults: Perspectives, approaches, and research*. London: Chapman & Hall.
- Pajunen, H. (2004). Vanhusten mielenterveydelliset ongelmat. Kirjassa T. Raitanen, T. Hänninen, H. Pajunen & T. Suutama (toim.), *Geropsykologia. vanhuuden ja vanhenemisen psykologia* (ss. 193-241). Porvoo: WSOY.
- Paluska, S. A., & Schwenk, T. L. (2000). Physical activity and mental health: Current concepts. *Sports Medicine (Auckland, N.Z.)*, 29(3), 167-180.
- Peretz, I., & Zatorre, R. J. (2005). Brain organization for music processing. *Annual Review of Psychology*, 56, 89-114.
- Pietilä, M., & Saarenheimo, M. (2010). Ikäihmistien mielenterveys: Julkiset käsitykset, tavoitteet ja käytännöt. Vanhustyön keskusliitto. Loimaa: Newprint.
- Pitkälä, K., Routasalo, P., & Blomqvist, L. (2004). Taide- ja virikeryhmät psykososiaalisena kuntoutuksena. Vanhustyön keskusliitto. Vaajakoski: Gummerus.
- Pulkkinen, P. (2003). Kuvallinen ilmaisu. Kirjassa M. Marin, & S. Hakonen (toim.), *Seniори- ja vanhustyö arjen kulttuurissa* (ss. 155-160). Jyväskylä: PS-kustannus.
- Ray, D. C., Raciti, M. A., & Ford, C. V. (1985). Ageism in psychiatrists: Associations with gender, certification, and theoretical orientation. *The Gerontologist*, 25(5), 496-500.
- Rentz, C. A. (2002). Memories in the making: Outcome-based evaluation of an art program for individuals with dementing illnesses. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 17(3), 175-181.
- Rogers, N. (1999). *The creative connection. A holistic expressive arts process*. Kirjassa S. Levine, & E. Levine (toim.), *Foundations of expressive arts therapy. theoretical and clinical perspectives*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Rokke, P. D., Tomhave, J. A., & Jovic, Z. (1999). The role of client choice and target selection in self-management therapy for depression in older adults. *Psychology and Aging*, 14(1), 155-169.
- Roos, J. P. (1987). *Suomalainen elämä - tutkimus tavallisten suomalaisten elämäkerroista*. Hämeenlinna: Suomalaisen kirjallisuuden seura.
- Saarela, T., & Viukari, M. (1995). Attitudes of health care professionals towards care of the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 10, 797-800.
-

-
- Saarenheimo, M. (1997). Jos etsit kadonnutta aikaa. Vanhuus ja oman elämän muisteleminen. Tampere: Vastapaino.
- Saarenheimo, M. (2003). Vanhuus ja mielenterveys. Arkielämän näkökulma. Vantaa: WSOY.
- Saarenheimo, M. (2008). Liikunta ja psykososiaalinen hyvinvointi vanhuudessa. Kirjassa R. Leinonen, & E. Havas (toim.), *Fyysinen aktiivisuus iäkkäiden henkilöiden hyvinvoinnin edistäjänä*. (ss. 111-118). Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 212. Jyväskylä.
- Saarenheimo, M. (painossa). Kognitiivinen psykoterapia ja tietoisuustaitoharjoittelu ikäihmisten mielialaongelmien hoidossa.
- Saarenheimo, M., & Arinen, S. (2009). Ikäihmisten masennuksen psykososiaalinen hoito. *Gerontologia*, (4), 209-221.
- Saarenheimo, M., & Pietilä, M. (2006). Omaishoito ja palvelujärjestelmä. Kirjassa U. Eloniemi-Sulkava, ym. (toim.), *Omaishoito yhteistyönä. iäkkäiden dementia- ja muistihäiriöiden tukimallin vaikuttavuus* (ss. 68-80). Vanhustyön keskusliitto. Gummerus.
- Schulberg, H. C., Schulz, R., Miller, M. D., & Rollman, B. (2000). Depression and physical illness in older primary care patients: Diagnostic and treatment issues. Kirjassa G. M. Williamson, D. R. Shaffer & P. A. Parmelee (toim.), *Physical illness and depression in older adults: A handbook of theory, research, and practice* (ss. 239-256). New York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers.
- Scogin, F., Hamblin, D., & Beutler, L. (1987). Bibliotherapy for depressed older adults: A self-help alternative. *The Gerontologist*, 27(3), 383-387.
- Scogin, F., & McElreath, L. (1994). Efficacy of psychosocial treatments for geriatric depression: A quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(1), 69-74.
- Scogin, F., Welsh, D., Hanson, A., Stump, J., & Coates, A. (2005). Evidence-based psychotherapies for depression in older adults. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12, 222-237.
- Scogin, F., & Yon, A. (2006). Evidence-based psychological treatment with older adults. Kirjassa S. H. Qualls, & B. G. Knight (toim.), *Psychotherapy for depression in older adults* (ss.157-176). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Scott, A., & Bhutani, G. (1999). Career choices and attitudes to the older adult specialty. *Clinical Psychology Forum*, (126), 11-15.
- Serrano, J. P., Latorre, J. M., Gatz, M., & Montanes, J. (2004). Life review therapy using autobiographical retrieval practice for older adults with depressive symptomatology. *Psychology and Aging*, 19(2), 270-277.
- Shaffer, D. R. (2000). Physical illness and depression in older adults: An introduction. Kirjassa G. M. Williamson, D. R. Shaffer & P. A. Parmelee (toim.), *Physical illness and depression in older adults. A handbook of theory, research, and practice* (ss. 1-8) Kluwer Academic/ Plenum Publishers.
- Simon, G. (2006). Collaborative care for depression is effective in older people, as the IMPACT trial shows. *BMJ*, (332), 249-250.
- Smith, A., Graham, L., & Senthinathan, S. (2007). Mindfulness-based cognitive therapy for recurring depression in older people: A qualitative study. *Aging & Mental Health*, 11(3), 346-357.
- Smyer, M. A., & Qualls, S. H. (1993). *Aging and mental health*. Malden, Massachusetts: Blackwell Publishers Inc.
- Stathi, A., McKenna, J., & Fox, K. R. (2004). The experiences of older people participating in exercise referral schemes. *Journal of the Royal Society of Health*, 124(1), 18-23.
- Stinson, C. K., & Kirk, E. (2006). Structured reminiscence: An intervention to decrease depression and increase self-transcendence in older women. *Journal of Clinical Nursing*, 15(2), 208-218.
- Strawbridge, W. J., Deleger, S., Roberts, R. E., & Kaplan, G. A. (2002). Physical activity reduces the risk of subsequent depression for older adults. *American Journal of Epidemiology*, 156(4), 328-334.
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. (2010). *Depressio. käypä hoito. Käypä Hoito Suositukset*.
- Suomen musiikkiterapiayhdistys. (2008). http://www.musiikkiterapia.net/index.php?option=com_content&view=article&id=54&Itemid=65
- Särkämö, T., Tervaniemi, M., Laitinen, S., Forsblom, A., Soinila, S., Mikkonen, M., ym. (2008). Music listening enhances cognitive recovery and mood after middle cerebral artery stroke. *Brain: A Journal of Neurology*, 131(Pt 3), 866-876.
- Teri, L., Logsdon, R. G., Uomoto, J., & McCurry, S. M. (1997). Behavioral treatment of depression in dementia patients: A controlled clinical trial. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 52(4), P159-66.
- Thompson, L. W., Gallagher, D., & Breckenridge, J. S. (1987). Comparative effectiveness of psychotherapies for depressed elders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(3), 385-390.
- Thornton, S., & Brotchie, J. (1987). Reminiscence: A critical review of the empirical literature. *The British Journal of Clinical Psychology / the British Psychological Society*, 26 (Pt 2), 93-111.
-

-
- Tiikkainen, P., & Heikkinen, R. L. (2005). Associations between loneliness, depressive symptoms and perceived togetherness in older people. *Aging & Mental Health*, 9(6), 526-534.
- Timonen, L., Rantanen, T., Timonen, T. E., & Sulkava, R. (2002). Effects of a group-based exercise program on the mood state of frail older women after discharge from hospital. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(12), 1106-1111.
- Tornstam, L. (1989). Gero-transcendence: A reformulation of the disengagement theory. *Aging: Clinical and Experimental Research*, (1), 55-63.
- Unützer, J., Katon, W., Callahan, C. M., Williams, J. W., Jr., Hunkeler, E., Harpole, L., ym. (2002). Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: A randomized controlled trial. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 288(22), 2836-2845.
- Unützer, J., Katon, W., Callahan, C. M., Williams, J. W., Jr., Hunkeler, E., Harpole, L., ym. (2003). Depression treatment in a sample of 1,801 depressed older adults in primary care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(4), 505-514.
- Unützer, J., Katon, W., Williams, J. W., Jr., Callahan, C. M., Harpole, L., Hunkeler, E. M., ym. (2001). Improving primary care for depression in late life: The design of a multicenter randomized trial. *Medical Care*, 39(8), 785-799.
- Unützer, J., Schoenbaum, M., Druss, B. G., & Katon, W. J. (2006). Transforming mental health care at the interface with general medicine: Report for the presidents commission. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 57(1), 37-47.
- Vanderhorst, R. K., & McLaren, S. (2005). Social relationships as predictors of depression and suicidal ideation in older adults. *Aging & Mental Health*, 9(6), 517-525.
- Virtanen, H. (2003). Vanhuksen masennus edellyttää yksilöllistä hoitoa. *Suomen Lääkärelehti*, 58(48), 4905-4906.
- Weisberg, N., & Wilder, R. (2001). *Expressive arts with elders: A resource*. Philadelphia: Jessica Kingsley.
- Williams, M., Teasdale, J., Zindel, S., & Kabat-Zinn, J. (2009). *Mielekkäästi irti masennuksesta - tietoisien läsnäolon menetelmä*. Basam Books.
- Williams, J. M., Duggan, D. S., Crane, C., & Fennell, M. J. (2006). Mindfulness-based cognitive therapy for prevention of recurrence of suicidal behavior. *Journal of Clinical Psychology*, 62(2), 201-210.
- Williams, J. W., Jr, Barrett, J., Oxman, T., Frank, E., Katon, W., Sullivan, M., ym. (2000). Treatment of dysthymia and minor depression in primary care: A randomized controlled trial in older adults. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 284(12), 1519-1526.
- Williamson, G. M., Schultz, R., Bridges, M., & Behan, A. (1994). Social and psychological factors in adjustment to limb amputation. *Journal of Social Behavior and Personality*, (9), 249-268.
- Williamson, G. M., & Shaffer, D. R. (2000). *The activity restriction model of depressed affect: Antecedents and consequences of restricted normal activities*. Kirjassa G. M. Williamson, D. R. Shaffer & P. A. Parmelee (toim.), *Physical illness and depression in older adults. A handbook of theory, research, and practice*. (ss. 173-200). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Williamson, G. M., Shaffer, D. R., & Schultz, R. (1998). Activity restriction and prior relationship history as contributors to mental health outcomes among middle-aged and older spousal caregivers. *Health Psychology*, 17(2), 152-162.
- Wilson, K. C. M., Mottram, P. G., & Vassilas, C. A. (2008). *Psychotherapeutic treatments for older depressed people* John Wiley & Sons.
- Woods, B., Spector, A., Jones, C., Orrell, M., & Davies, S. (2005). Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database Syst Rev*, 18(CD001120)
- Young, J. E. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Press.

4. TUTKIMUS: TAVOITTEET, MENETELMÄT JA TOTEUTUS

Tutkimuksen lähtökohdat

Iäkkäiden ihmisten masennuksen hoitovaihtoehtoja on tutkittu kansainvälisesti melko paljon, mutta Suomessa toistaiseksi niukasti. Kuten luvussa 3 huomattiin, suuret kansainväliset monikeskustutkimukset ovat antaneet vahvoja viitteitä siitä, että yksilöllisesti räätälöity, moniammatillisen työryhmän toteuttama hoito on vaikuttavaa myös iäkkäillä ihmisillä. MielenMuutos -hankkeessa haluttiin toteuttaa yksilöllisesti mukautettua masennuksen hoitoa suomalaisissa oloissa tutkimusinterventiona. Kumppaniksi tuli Espoon kaupunki, jossa erityisesti vanhusten palveluiden tulosityksikkö oli halukas kehittämään ikäihmisille tarkoitettuja mielenterveyspalveluita. Rahoitus saatiin Raha-automaattiyhdistykseltä.

Hankkeen suunnitteluvaiheessa selvitettiin Suomessa 2000-luvulla toteutettuja ikääntyneiden ihmisten mielenterveyteen liittyviä hankkeita (liite 1) ja todettiin, että projektit olivat enimmäkseen pieniä kehittämishankkeita, joissa kokeiltiin jotakin yksittäistä toimintatapaa tai tuettiin vanhustyön henkilökuntaa heidän toimiessaan mielenterveysongelmista kärsivien asiakkaiden parissa. Suurissa alueellisissa mielenterveyshankkeissa ikäihmisiä ei ollut nostettu erityiseksi kohderyhmäksi lukuun ottamatta Vantaan Sateenvarjo -projektia, jossa toteutettiin omana osahankkeenaan kotihoidon mielenterveystukea. Varsinainen ikäihmisten masennuksen hoitoon liittyvä monialainen interventiotutkimus puuttui Suomesta lähes kokonaan.

Vanhustyön keskusliitossa toimi vuosina 2002–6 professori Kaisu Pitkälän johdolla tutkimusryhmä, joka paneutui eräisiin gerontologisen kuntoutuksen keskeisiin osa-alueisiin, kuten ikäihmisten yksinäisyyden lievittämiseen ja omaishoidon tukemiseen (Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke 2002–6). Aloite tähän yhteistyöhankkeeseen tuli suomalaisilta sotaveteraani- ja sotainvalidiyhdistyksiltä. Laajan hankkeen interventioissa kertyi runsaasti tietoa ja kokemusta ikäihmisten palveluja koskevista odotuksista ja nykyisen palvelujärjestelmän ongelmista. Näitä voitiin ja haluttiin hyödyntää MielenMuutos -hankkeen interventiotutkimuksissa. Masennushankkeen osalta erityisen arvokkaina nähtiin havainnot, jotka liittyivät asiakkaan ja ammattilaisten yhteistyöhön sekä palveluiden koordinointiin ja yksilölliseen räätälöintiin (Saarenheimo & Pietilä 2005; Eloniemi-Sulkava ym. 2006).

Kansainvälisen tutkimustiedon ja tutkimusryhmän aikaisempien gerontologista kuntoutusta koskevien havaintojen pohjalta masennuksen hoidon lähtökohdiksi kiteytyivät seuraavat periaatteet:

- Hoidon lähtökohtana on kunkin asiakkaan yksilöllinen elämäntilanne ja siinä esiintyvät ongelmat sekä asiakkaan omat voimavarat
- Hoidon tarpeen ja asiakkaan voimavarojen arviointiin osallistuvat asiakas itse sekä ammattilaiset ja tarvittaessa myös omaiset
- Hoitoa toteuttaa moniammatillinen tiimi, jossa keskeinen toimija on hoidon koordinaattori
- Hoidossa yhdistetään psykososiaalisia, sosiokulttuurisia, kehollisia ja lääketieteellisiä elementtejä
- Asiakkaan tilannetta ja hoidon vaikutuksia seurataan riittävän pitkään yhteistyössä muiden häntä hoitavien ammattilaisten kanssa
- Hoidon tavoitteena on masennuksen noidankehän murtaminen sekä itsehoitoa tukevien välineiden tarjoaminen masennuksen uusiutumisen ehkäisemiseksi

Viime aikoina kansainvälisessä kirjallisuudessa on korostettu tarvetta ikäihmisten lievän masennusoireilun tunnistamiseen ja siitä kärsivien ihmisten saattamiseen tuen piiriin (esim. USA:n NHI:n suositus). Taustalla ovat tutkimustulokset, jotka osoittavat lievän masennusoireilun seuraamusten olevan vakavuudeltaan verrattavissa vaikeampien masennustilojen seuraamuksiin (luku 2). MielenMuutos -masennushankkeessa haluttiin asettaa painopiste nimenomaan lievempiin masennustiloihin ja samalla korostaa psykososiaalisten työtapojen ja kokonaisvaltaisen lähestymistavan roolia hoitoprosessissa. Oletamus oli, että vakavista masennustiloista kärsivät iäkkäät ihmiset todennäköisemmin päätyvät mielenterveyspalveluiden asiakkaiksi joko erikoissairaanhoidon tai kunnan avomielenterveystyöhön. Sen sijaan lievemmin masentuneet ikäihmiset näyttävät jäävän palvelujärjestelmässä katveeseen, koska heidän mielialaongelmaansa ei tunnisteta, sen ei katsota täyttävän masennuksen kriteereitä tai asianmukaisia tukimuotoja ei ole kunnassa saatavilla.

Hankkeen suunnitteluvaiheessa tutkimusryhmä tapasi Suomessa käynnissä olevien alueellisten mielenterveyshankkeiden toimijoita ja konsultoi tutkimuskunnan vanhusten palveluiden sekä sosiaali- ja terveyspalveluiden johtoa tavoitteena varmistaa kaupungin sitoutuminen ikäihmisten mielenterveyden edistämiseen.

Tutkimuksen tavoitteet

Tutkimuksen tavoitteiksi asetettiin

1. selvittää, auttaako kokonaisvaltainen, yksilöllisesti räätälöity psykososiaalinen interventio lievittämään masennuksesta kärsivien ikäihmisten (60+) masennusoireita ja parantamaan heidän mielialaansa
2. selvittää, auttaako interventio parantamaan siihen osallistuvien ikäihmisten elämänlaatua ja elämänhallintaa sekä vähentämään heidän yksinäisyyden kokemuksiaan sekä
3. tarkastella laadullisesti hoitoprosessien variaatiota interventiossa sekä sitä kautta intervention ja sen osa-alueiden toimivuutta.

Osallistumiskriteerit ja asiakkaiden rekrytointi

MielenMuutos -masennustutkimuksessa haluttiin yhdistää kokeellinen asetelma ja laadullinen hoitoprosessien tarkastelu. Kokeellisessa tutkimuksessa interventioon osallistuneita ikäihmisiä verrattiin tavanomaista hoitoa ja itsehoito-ohjeita saaneisiin samanikäisiin vertailuryhmäläisiin. Interventoryhmä sai MielenMuutos -mallin mukaista räätälöityä hoitoa. Vertailuryhmän saama niin sanottu tavanomainen hoito merkitsi eri osallistujien kohdalla vaihtelevia tukimuotoja ja joidenkin kohdalla myös niiden puuttumista. Osallistujien satunnaistaminen interventio- ja vertailuryhmään todettiin ongelmalliseksi, sillä käytettävissä oli resursseja ainoastaan yhteen hoitotiimiin, ja Espoo on alueellisesti varsin hajanainen. Järkevämpänä pidettiin asetelmaa, jossa tiimi hoiti osallistujia yhdeltä maantieteelliseltä alueelta ja vertailuryhmä hankittiin toiselta alueelta. Näin tukimuotojen – erityisesti ryhmätoimintojen – suunnittelussa oli mahdollista hyödyntää myös osallistujien asuinpaikkojen läheisyyttä ja naapuruutta. Vaikka Espoo on väkiluvultaan kohtalaisen suuri, uumoiltiin myös, että interventio- ja vertailuryhmän saaminen kokoon vain yhdeltä alueelta voisi olla hankalaa tai ainakin venyä tutkimuksen rahoitukseen nähden liian pitkälle ajanjaksolle.

Espoo on sosiaali- ja terveystalouden osalta jaettu viiteen suurpiiriin, joita vertailtiin toisiinsa väkiluvun, ikäihmisten määrän ja väestön sosiaalis-taloudellista asemaa koskevien tunnuslukujen avulla. Suurpiireistä kaksi oli näiden kriteerien mukaan lähimpänä toisiaan. Kun kaupungin vanhusten palvelut oli osoittanut hankkeelle vastaanottotiloja läheltä toista suurpiiriä, valittiin tämä alue käytännön syistä interventioalueeksi, jolloin jäljelle jäänyt sai toimia vertailualueena.

Espoon väkiluku oli intervention aloittamisvuonna 2008 noin 240 000 asukasta. Heistä yli 60-vuotiaita oli hieman yli 40 000. Eri tutkimuksissa masennuksen yleisyyttä iäkkäillä ihmisillä on arvioitu hieman eri kriteerein, ja prosenttiluvut vaihtelevat huomattavasti. Tavallisimmin arviot vakavan masennustilan yleisyydestä liikkuvat kolmen ja viiden prosentin välillä, mikä merkitsee, että vakavat masennustilat eivät ole iäkkäillä aivan yhtä yleisiä kuin työikäisillä aikuisilla. Kuitenkin eräiden tutkimusten mukaan jopa 10–15 prosenttia yli 65-vuotiaista ihmisistä kärsii vähintään lievistä masennusoireista. Kun espoolaisista yli 65-vuotiaita oli vuonna 2008 noin 27 500, se merkitsi tämän laskutavan mukaan 2750–4125 masentunutta ikäihmistä. Siten ei näyttänyt epärealistiselta odottaa, että asiakkaita saataisiin sekä interventioon että vertailuryhmään jopa 100–150. Toisaalta käytettävissä oli vain yksi hoitotiimi, joten päätettiin aloittaa rekrytointi ja arvioida, kuinka monta asiakasta yhden tiimin olisi mahdollista hoitaa samanaikaisesti.

Osallistumiskriteeriksi kaavailtiin ensin 65 vuoden ikää, mutta jo alkuvaiheessa ilmeni, että yksi apua tarvitseva ja palveluissa väliin putoava ryhmä ovat 60 vuotta täyttäneet, äskettäin eläkkeelle jääneet moniongelmaiset henkilöt, jotka eivät ohjaudu kunnallisiin aikuisten avoimenterveyspalveluihin mutta eivät toisaalta ikänsä puolesta pääse myöskään erikoissairaanhoidon vanhuspsykiatrian palveluiden piiriin. Ikäraja päätettiin lopulta asettaa kuuteenkymmeneen.

Masennusta tutkittiin hankkeessa Geriatriisella depressioseulalla, josta käytettiin 30 kysymyksen versiota (GDS-30, Yesavage ym. 1982-3). Kliinisesti merkittävän lievän masennuksen alarajana voidaan tällä asteikolla pitää 10 pistettä, joten se valittiin rekrytointikriteeriksi. (Yesavage ym. 1982-3.) Muutama asiakas otettiin hankkeeseen pistemäärällä 9, koska sekä asiakas itse subjektiivisen kokemuksensa pohjalta että tutkimushoitaja ammattikokemuksensa pohjalta arvioivat, että kyseessä oli alhaisesta pistemäärästä huolimatta merkittävä masennusoireilu. Poissulkukriteerinä pidettiin keskivaikeaa tai vaikeaa muistisairautta, sillä tutkittavien haluttiin olevan oikeustoimikelpoisia ja siten kykeneviä antamaan kirjallisen suostumuksen heitä koskevien tietojen käyttämisestä tutkimustarkoituksiin. Lievistä muistiongelmista kärsiviä henkilöitä sen sijaan rekrytoitiin, ellei heillä ollut varsinaista muistisairauden diagnoosia. Lievät muistiongelmät saattavat joskus johtua masennuksesta, joten sellaisista kärsiviä henkilöitä ei haluttu lähtökohtaisesti sulkea tutkimuksen ulkopuolelle.

Rekrytoinnin toteuttaminen

Tutkimuksen osallistujia rekrytoitiin terveyskeskusten, kotihoidon, päiväsairaalan, muistipoliklinikan, sosiaalityön ja seurakunnan diakoniatyön kautta. Kaikille rekrytointitahoille järjestettiin molempien suurpiirien alueilla tiedotustilaisuuksia, joissa kerrottiin tutkimuksesta ja pohjustettiin yhteistyötä. Hankkeen toteuttamiseen oli jo aiemmin saatu suostumus vanhusten palvelujen sekä sosiaali- ja terveystalouden johdolta. Tiedotustilaisuuksissa alueiden ammattilaisille jaettiin infopaketteja, jotka sisälsivät tietoa hankkeesta, GDS -depressioseulalomakkeen (GDS 30 -lomake liitteenä 2) sekä asiakkaalle tarkoitetut tiedotteet ja suostumuslomakkeet.

Osa yhteistyökumppaneiksi lupautuneista ammattilaisista suostui täyttämään mahdollisten asiakkaiden kanssa GDS -lomakkeen ja mikäli masennuskriteeri täyttyisi, pyytämään sen jälkeen heiltä suostumuksen MielenMuutos -hankkeen tutkimushoitajan yhteydenottoon haastattelun ajan sopimiseksi. Toiset yhteistyökumppanit, esimerkiksi terveyskeskuslääkärit, toivoivat osuudestaan mahdollisimman minimaalista, sillä vastaanottoaika ei heidän mukaansa riittänyt masennusseulan tekemiseen. Näiden yhteistyökumppanien kanssa sovittiin, että he pyytäisivät masentuneiksi arvioimiltaan potilailta vain suostumuksen tutkimushoitajan yhteydenottoon, ja tutkimushoitaja tekisi masennusseulan ensimmäisen tutkimushaastattelun yhteydessä.

Rekrytointi onnistui interventioalueella kohtalaisen hyvin, ja tahti, jolla asiakkaita ohjattiin hankkeeseen vastasi melko hyvin hoitotiimin resursseja. Ensimmäinen asiakas rekrytoitiin hankkeeseen huhtikuussa 2008 ja viimeinen toukokuussa 2009. Asiakkaat eivät joutuneet odottamaan hoidon alkamista pitkään, vaan alkuun päästiin yleensä nopeasti tutkimushoitajan ensimmäisen haastattelun jälkeen. Interventioalueella ammattilaisia oli suhteellisen helppoa motivoida asiakkaiden rekrytointiin, ja asiakkaat olivat enimmäkseen tyytyväisiä päästessään mukaan tutkimukseen. Muutamat hankkeeseen ohjatut kuitenkin kieltäytyivät osallistumasta ja osa keskeytti tutkimuksen ennen toista tai kolmatta haastattelua (ks. tarkemmin tutkimuksen kulkua kuvaava kuvio s. 91) Kieltäytymisen syytä ei kyetty kaikkien kohdalla selvittämään, mutta ainakin eräiden kohdalla kyse oli siitä, että osallistuja koki itsensä liian huonokuntoiseksi.

Vertailuryhmän rekrytoinnissa oli suuria ongelmia. Huolimatta useista tiedotustilaisuuksista ja motivoitokeskusteluista alueen ammattilaiset eivät ilmeisesti kokeneet kovin mielekkääksi ohjata osallistujia hankkeeseen, jossa näillä ei ollut odotettavissa intensiivistä hoito-ohjelmaa. Tähän sinänsä ymmärrettävään asenteeseen liittyi myös eettisiä pohdintoja. Vertailualueen lääkäreille järjestetyissä infotilaisuuksissa kävi ilmi, että eräät heistä kokivat epäeettisenä ohjata asiakkaita tutkimukseen, jossa näille ei tarjota erityisiä palveluita tai muita etuja. Monet vertailuryhmän osallistujista itse sen sijaan ilmaisivat haastatteluissa tyytyväisyyttä saadessaan keskustella psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa kolme kertaa vuoden tutkimusprosessin aikana. Rekrytoinnin hitaus vertailuryhmän kohdalla muodostui kuitenkin lopulta niin suureksi ongelmaksi, että sisäänotto päätettiin laajentaa kolmanteen suurpiiriin, josta saatiinkin osallistujia melko nopeassa tahdissa. Ensimmäinen uuden alueen vertailuryhmäläinen rekrytoitiin elokuussa 2009 ja viimeinen saman vuoden joulukuun alussa.

Interventioalueella rekrytointi hidastui selvästi kuudenkymmenen asiakkaan kohdalla, ja kun 70 asiakasta oli saatu kokoon, sisäänotto päätettiin keskeyttää. Osittain tuli vastaan hankkeen aikataulu ja osittain kyse oli henkilöstövoimavarojen rajallisuudesta. Näytti siltä, että yksi hoidon koordinaattori ja yksi hoitotiimi eivät kohtuudella pystyisi vastaamaan tätä suuremmasta asiakasmäärästä. Vertailualueella sisäänotto lopetettiin, kun koossa oli 69 osallistujaa, sillä oli ennakoitava aineiston käsittelyaikataulua. Lopulta osallistujamääräksi tuli 70 + 69 asiakasta.

Rekryointitaho	Interventio	Vertailu
Lääkäri	10	2
Terveystenhoitaja/sairaanhoitaja	12	7
Psykiatrisen sairaanhoitaja	8	9
Kotihoito/palvelutalon kotihoito	26	33
Psykologi		2
Päiväsairaala	1	1
Fysioterapeutti	1	1
Muistipoliklinikka		1
Tasapainopoliklinikka	3	
Sosiaalihoitaja		1
Palvelukeskus	1	12
Seurakunnan diakoniatyöntekijä	3	
Itse	2	
Ystävä tai omainen	3	
YHTEENSÄ	70	69

Taulukko 1. Osallistujien rekrytointi (interventio- ja vertailuryhmät)

Taulukosta 1 käy ilmi, mitkä tahot ohjasivat asiakkaita hankkeeseen. Sekä interventio- että vertailualueilla ahkerin hankkeen työllistäjä oli kotihoito. Tämä ei ollut yllättävää, sillä jo MielenMuutos -hankkeen Julkiset käsitykset -osaprojektin haastatteluissa kotihoidon työntekijät korostivat, että vaikka he tunnistivat asiakkaalla psyykkisiä ongelmia, aika ei yleensä riittänyt ”mihinkään ylimääräiseen” (Pietilä & Saarenheimo 2010, 56). Ylimääräisellä viitattiin esimerkiksi asiakkaan huolien kuuntelemiseen ja niistä keskustelemiseen. Kotihoidossa koettiin myös, että muut ammattilaiset eivät aina ottaneet vakavasti sen mielipiteitä asiakkaiden tarpeista. Siksi tuntuu luontevalta, että juuri kotihoito tarttui hanakimmin projektin tarjoamaan uuteen palvelumuotoon. Interventioalueella tämä oli erityisen ymmärrettävää, sillä MielenMuutos -toiminta tarjosi masentuneille kotihoidon asiakkaille runsaasti vaihtoehtoisia tukimuotoja ja helpotti siten välillisesti myös kotihoidon työpaineita. Silti myös vertailualueen kotihoidossa tartuttiin innostuneesti mahdollisuuteen ohjata asiakas psykiatrisen sairaanhoitajan haastatteluun.

Psykiatriset sairaanhoitajat ohjasivat asiakkaita hankkeeseen suurin piirtein yhtä paljon interventio- ja vertailualueella (8 vs. 9). Terveyskeskuksissa toimivat psykiatriset sairaanhoitajat kokivat haastatteluiden mukaan (Pietilä & Saarenheimo 2010, 59) lääkärin työllistävän heitä masennuksen hoidossa enemmän kuin mihin heillä oli nykyresursseilla mahdollisuuksia. Psykiatriset sairaanhoitajat katsoivat, että heidän oli vaikea hoitaa iäkkäitä masennusasiakkaita lyhytkestoisien terapeuttisen prosessin puitteissa. Mahdollisuus yksilölliseen psykoterapiaan saattoi motivoida psykiatrisia sairaanhoitajia ohjaamaan asiakkaita hankkeeseen, mutta myös tutkimushoitajan haastattelut saatiin kokea terapeuttisena tukena vertailualueella.

Interventioalueella kymmenen asiakasta ohjautui hankkeeseen lääkärin vastaanotolta. Kahdessa tapauksessa kyseessä oli geriatri ja yhdessä erikoissairaanhoidon psykiatri. Muut olivat terveyskeskuslääkäreitä. Vertailualueella vain kahdella osallistujalla hankkeeseen ohjaajana oli lääkäri. Tämä saattaa heijastella jo aiemmin esille tuotua ammattilaisten eettistä ristiriitaa. Toisaalta lääkärin infotilaisuuksissa tuli esiin myös mielenkiintoinen masennuksen tunnistamiseen liittyvä ristiriita. Jotkut lääkärit epäilivät alun alkaen, löytyisikö heidän potilaidensa joukosta kovinkaan montaa masentunutta iäkästä. Kuitenkin he totesivat, että merkittävä osa heidän yli 60-vuotiaista potilaistaan käytti mielialalääkkeitä. Miten ristiriita on tulkittavissa? Määrätäänkö mielialalääkkeitä myös muihin vaivoihin kuin mielialaongelmiin? Vai onko niin, että mielialalääkkeen katsottiin jo ”parantaneen” masennuksen, jolloin psykososiaalista hoitoa ei lainkaan tarvittaisi?

Vertailualueella rekrytoinnin loppuvaiheessa alueellisen palvelukeskuksen työntekijät tarttuivat innostuneesti mahdollisuuteen saada asiakkaitaan hankkeen piiriin. Palvelukeskuksessa käy runsaasti ikäihmisiä, jotka osallistuvat erilaisiin ohjattuihin ryhmätoimintoihin tai käyvät oma-toimisesti tapaamassa tuttuja ja ruokailemassa. Keskuksen työntekijät tunsivat asiakkaansa melko hyvin ja pystyivät siksi arvioimaan myös näiden mahdollista masentuneisuutta. Interventioalueella seurakunnan aktiiviset diakoniatyöntekijät ohjasivat hankkeeseen muutamia asiakkaita ja lisäksi muutama asiakas oli itse aloitteellinen tai tuli ystävän rohkaisemana. Nämä henkilöt saattoivat kuulla hankkeesta seurakunnan järjestämässä tilaisuudessa, joissa MielenMuutos -työntekijät kävivät esittäytymässä ja kertomassa projektin toiminnasta. Tällaisia tilaisuuksia järjestettiin interventioalueella kaikkiaan kolme.

Interventioalueella hankkeeseen ohjattiin mukaan otettujen lisäksi vielä 20 mahdollista asiakasta, joista 18:lle tehtiin GDS -haastattelu. Kaksi henkilöä ei halunnut ottaa haastattelijaa lainkaan vastaan. Neljä henkilöä täytti tutkimuksen sisäänottokriteerit, mutta he eivät GDS:n lisäksi halunneet osallistua haastatteluihin tai interventioon. Yksi tutkimukseen ohjattu henkilö oli vaikeasti muistisairas ja jouduttiin sen vuoksi jättämään hankkeen ulkopuolelle. 13 henkilöä ei täyttänyt GDS:n osalta masennuksen kriteereitä. Kaikille tavatuille henkilöille annettiin hankkeessa laadittu itsehoito-opas, jossa kerrottiin masennuksesta ja siihen liittyvistä tekijöistä sekä keinoista, joilla ihminen voi itse vaikuttaa mielialaansa. Lisäksi oppaassa kerrottiin kyseisen alueen palveluista ja kolmannen sektorin toiminnasta.

Vertailupuolella hankkeeseen ohjattiin mukaan otettujen lisäksi 27 mahdollista osallistujaa. Viisi henkilöä kieltäytyi lainkaan tapaamasta tutkimushoitajaa, joten heille ei voitu tehdä GDS -testiä. Testatuista 17 ei täyttänyt sisäänottokriteereitä masennuspistemäärän osalta. Viiden pistemäärät olisivat täyttäneet osallistumiskriteerin, mutta he eivät halunneet jatkaa tutkimuksessa. Yksi henkilö joutui sairaalaan jo ennen ensimmäistä haastattelua ja neljä kieltäytyi jatkamasta. Myös vertailualueella kaikille tavatuille annettiin itsehoito-opas ja tarvittaessa neuvottiin tutkimustilanteessa sopivien palveluiden ja tukien piiriin.

Miksi ammattilaiset tulivat ohjanneeksi projektiin niin runsaasti ei-masentuneita henkilöitä? Syitä voi olla useita. Joskus jokin muu psyykkinen ongelma – tyypillisesti ahdistuneisuus – tulkitaan masennukseksi. Tämä ei ole sinänsä yllättävää, sillä nämä ongelmat kulkevat monesti käsi kädessä ja kietoutuvat toisiinsa. Kun MielenMuutos -interventio kuitenkin keskittyi masennukseen, tarkempia tutkimuksia ahdistuneisuuden osalta ei rekrytointivaiheessa tehty. Yksi mahdollinen selitys 'väärälle diagnoosille' liittyy ajankohtaisiin stressireaktioihin esimerkiksi menetyksen yhteydessä: henkilö ei ole masentunut, mutta hän saattaa olla hetkellisesti alavireinen ja sosiaalisesti vetäytynyt, minkä ammattilainen voi tulkita masennukseksi. Myös yksinäisyydestä tai vanhenemiseen liittyvistä sopeutumisongelmista kärsivät ikäihmiset tulkitaan joskus virheellisesti masentuneiksi. Nämäkin ihmiset tarvitsevat tukea, ja heidän kohdallaan esimerkiksi kolmannen sektorin psykososiaalinen toiminta voisi auttaa elämäntilanteen käsittelyssä.

Masennuskriteerin täyttymättömyyttä voi tarkastella myös vastakkaisesta tulokulmasta. Ainakin osa ei-masentuneiksi osoittautuneista henkilöistä saattoi todellisuudessa olla masentuneita, mutta GDS ei tavoittanut heidän mielialaongelmaansa. Kysymys voi olla henkilöistä, jotka eivät pystyneet refleктоimaan psyykkisiä tilojaan tai henkilöistä, jotka eivät syystä tai toisesta myöntäneet masennukseen liittyviä ajatuksiaan ja tunteitaan. Tällaisten henkilöiden kohdalla GDS:n kaltainen itsearviointimittari ei tuota asianmukaista kuvaa senhetkisestä mielialasta. Aiemmin on jo todettu, että muutama osallistuja rekrytoitiin pistemäärällä 9, koska he omasta mielestään sekä tutkimukseen ohjaavan ammattilaisen ja tutkimushoitajan arvion mukaan olivat lievästi masentuneita.

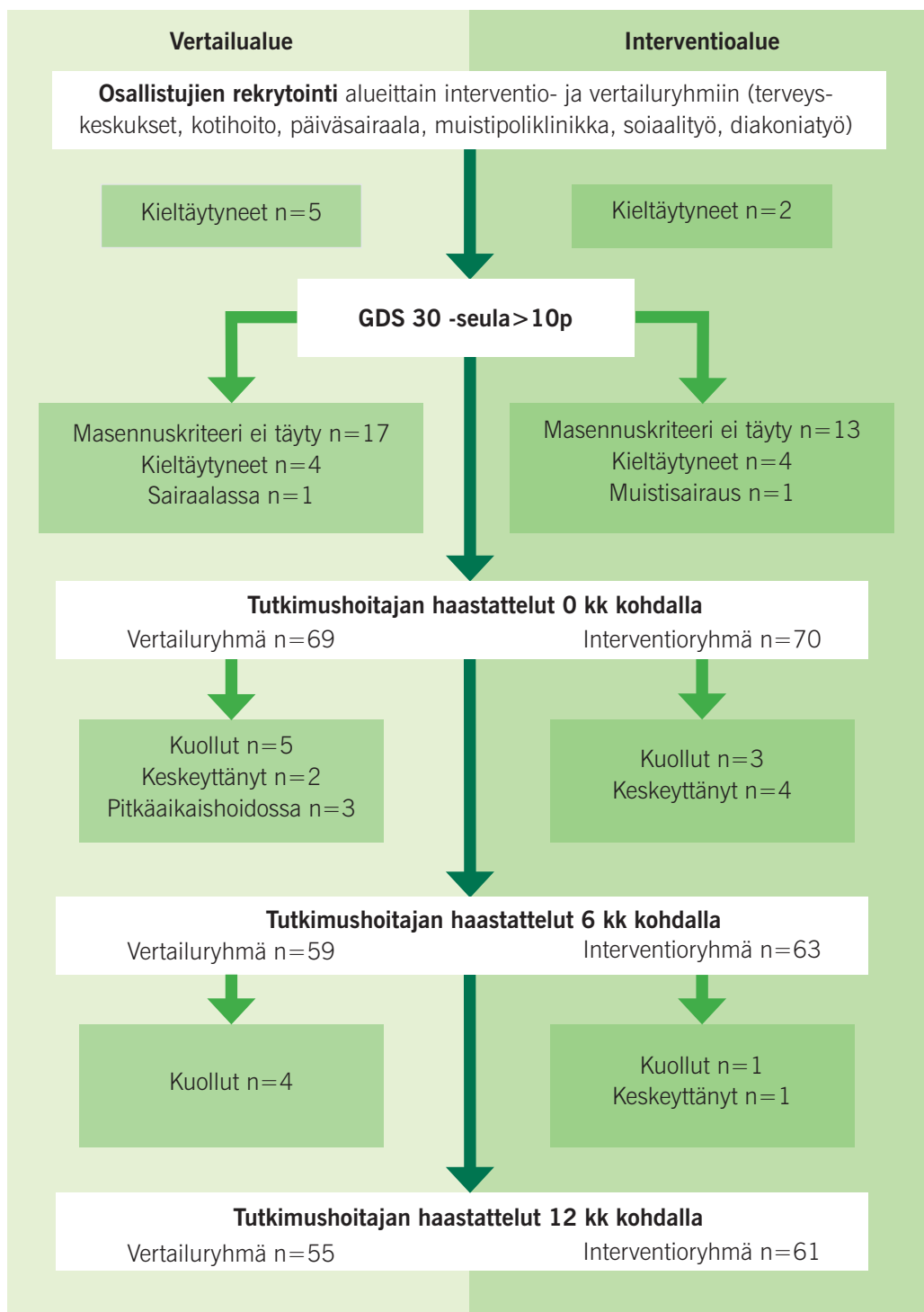
Tutkimuksen kulku

Rekrytoinnin jälkeen tutkittavat ohjattiin tutkimushoitajan haastatteluun. Osalle tutkittavista oli jo rekrytoinnin yhteydessä esitetty GDS -depressiomittari, mutta osalle se esitettiin vasta tutkimushoitajan haastattelussa. Tutkimushoitaja haastatteli sekä interventioon että vertailuryhmään osallistuvat henkilöt kolme kertaa tutkimuksen aikana: alussa sekä 6 ja 12 kuukauden kohdalla. Tutkimushoitajana toimi kaksi psykiatrista sairaanhoitajaa; toinen kevästä 2008 saman vuoden loppuun ja toinen vuoden 2009 alusta lähtien. Vertailuryhmän viimeisten tutkittavien kolmannet haastattelut teki hankkeen tutkija, sillä tutkimushoitaja ei tuolloin enää työskennellyt hankkeessa. Osallistujat haastateltiin tätä tutkimusta varten laaditun tutkimuslomakkeen mukaisesti. Lomakkeeseen sisältyi useita standardoituja mittareita sekä taustatietoja, sosiaalisia suhteita, yksinäisyyden kokemuksia ja mielialaa kartoittavia kysymyksiä. Seuraavassa on lueteltu lomakkeen osa-alueet ja niihin liittyvät mittarit:

- **Taustatiedot:**
 - Ikä, sukupuoli, siviilisääty, ammatti, koulutus, harrastukset, lasten lukumäärä, tapaako lapsia riittävästi vai ei, asumismuoto, asuntotyyppi, asunnon omistussuhde, asukkaiden määrä, oma arvio taloudellisesta tilanteesta
- **Ravitsemustila (MNA - Mini Nutritional Assessment) (Guigoz ym. 1996)**
- **Toimintakyky (IADL - Instrumental activities of daily living)**
(Lawton & Brody 1996.)
- **Terveydentila, sairaudet, lääkkeet ja palvelut**
 - Itse arvioitu terveys, lääkitys, todetut sairaudet, lääkärisuhde, kotihoidon palvelut, muut julkiset ja yksityiset palvelut ja etuudet
- **Alkoholin käyttö (Audit -kysely) (Saunders ym. 1993)**
- **Elämänlaatu (WHO QOL BREF) (WHO 2003)**
- **Sosiaaliset suhteet ja niiden toimivuus**
 - läheisten ihmisten määrä, tuttavapiiri, ystävien määrä, yksinäisyyden kokemus, yksinäisyyden koettu haittaavuus
- **Mieliala**
 - viimeisten kahden viikon aikana koettu alakulo, itse arvioitu mieliala tällä hetkellä, suhtautuminen tulevaisuuteen
- **Elämänhallinta (Antonovskyn elämänhallintakysely SOC) (Antonovsky 1993)**
- **Ahdistuneisuus (Hamiltonin ahdistuneisuusmittari) (Hamilton 1959)**

Haastattelut kestivät tunnista kahteen tuntiin; joidenkin osallistujien kohdalla jopa kolmeen tuntiin. Tarkoitus oli, että haastateltava saisi puhua vapaasti tuntemuksistaan ja elämästään, mutta samalla tutkimushoitajan tuli pitää huoli siitä, että kaikilta saatiin lomakkeella kysytyt tiedot. Lomake oli melko raskas mutta yleisesti ottaen tutkittavat jaksoivat haastattelun hyvin. Kysymysten avulla haastateltava pääsi keskustelemaan itselleen tärkeistä asioista, ja tutkimushoitaja sai siten paljon muutakin arvokasta tietoa kuin mitä lomakkeella oli osattu kysyä. Interventioasiakkaiden kohdalla haastatteluista oli suuri hyöty hoitosuunnitelmien kannalta. Tutkimushoitajan haastattelut toistettiin saman lomakkeen avulla 6 kuukauden ja 12 kuukauden kohdalla. Näin jokainen osallistuja oli tutkimuksessa yhden vuoden ajan.

Tutkimuksen keskeytti ensimmäisen ja toisen haastatteluajankohdan välillä 9 henkilöä, joista 4 interventoryhmästä ja 5 vertailuryhmästä. Interventoryhmässä keskeyttämisen syinä olivat jaksamattomuus osallistua interventioon ja haastatteluihin. Vertailuryhmässä samasta syystä keskeytti 3 henkilöä ja 2 henkilöä joutui haastattelujen välillä ympärivuorokautiseen hoitoon. Koska kyse oli lähtökohtaisesti perusterveydenhuollon piirissä toteutetusta interventiosta, näiden henkilöiden kohdalla kriteeri ei enää täytynyt. Toisen ja kolmannen haastatteluajankohdan välillä interventoryhmästä keskeytti yksi henkilö ja kuoli yksi henkilö. Vertailuryhmästä keskeytti tässä vaiheessa 4 henkilöä. Kaiken kaikkiaan kolmantena haastatteluajankohtana interventoryhmässä oli 61 henkilöä ja vertailuryhmässä 55 henkilöä.



Kuvio 2. Tutkimuksen kulku

Interventio- ja vertailuryhmän saamat tuet

Interventioryhmän tukimalli kuvataan yksityiskohtaisesti raportin luvussa 5. Vertailuryhmä oli niin sanottu tavanomaisen hoidon ryhmä, eli heidät ohjattiin kunnallisen tuen piiriin. Tutkimushoitaja vastasi vertailuryhmän osanottajien kysymyksiin ja antoi tarvittaessa palveluita koskevaa neuvontaa. Lisäksi vertailuryhmäläiset saivat itsehoito-oppaan, johon oli koottu tietoa masennuksesta sekä oman alueen palveluista. Monet vertailuryhmän tutkittavat kokivat jo haastattelut sinänsä terapeuttisiksi, joten voi ajatella, että myös vertailuryhmä sai hankkeen myötä eräänlaisen ”mini-intervention”. Eettisistä syistä vertailuryhmän tutkittavia ei voitu jättää täysin tukemisen ulkopuolelle, vaan itsehoito-oppaan ja tarvittaessa palvelujärjestelmää koskevien neuvojen avulla myös heitä haluttiin auttaa. Tämä tehtiin tietoisena intervention vaikuttavuuden laimenemisen riskistä.

Määrälliset tutkimusmenetelmät

Masennusta tutkittiin 30 kysymyksen GDS-mittarilla (Yesavage ym. 1982-3). Koska haastattelulomakkeesta tuli kaiken kaikkiaan kohtalaisen pitkä, ei GDS:n lisäksi haluttu käyttää muita depressiomittareita, vaikka oli tiedossa, että GDS toimii paremmin seulontatarkoituksessa kuin varsinaisena seurantamittarina. Koska GDS:aa tässä käytettiin seurantatarkoitukseen, päätettiin valita alkuperäinen 30 kysymyksen versio, jotta mittarin kyky osoittaa muutosta olisi mahdollisimman hyvä. Seulonnassa käytetään usein 15 kysymyksen versiota tai kaikkein lyhintä, viiden kysymyksen versiota.

Geriatrisen depressioseulan vahvuus on sen yksinkertaisuus ja yksiselitteisyys. Kyseessä on ensimmäinen erityisesti ikäihmisille suunnattu masennusmittari, ja sitä on tutkittu ja käytetty laajasti varsinkin kliinisessä kontekstissa eli todellisissa hoitotilanteissa. Mittarin kehittäelyvaiheessa kaikkiaan 100 mahdollisen kysymyksen joukosta poimittiin 30 kokonaispistemäärän kanssa parhaiten korreloivaa kysymystä. Pois jäi tässä vaiheessa esimerkiksi joukko somaattisia oireita koskevia kysymyksiä. (Grann 2000.) GDS -kysymysten vastausvaihtoehdot ovat ”kyllä” ja ”ei”, minkä jotkut vastaajat ovat kokeneet hieman hankalaksi. Toisaalta vastaaminen käy vaihtoehtojen vähäisyyden ansiosta kohtalaisen ripeästi. Eräissä tutkimuksissa on havaittu, että masennuspistemäärät ovat yleensä korkeampia silloin, kun lomake täytetään itsenäisesti ja matalampia haastattelijan esittäessä kysymykset (O’Neil ym. 1992).

GDS:n validiteettia on selvitetty useissa tutkimuksissa vertaamalla masentuneiksi diagnosoitujen ja ei-masentuneiden henkilöiden pistemääriä (Montorio & Izal 1996). Muihin masennusseuloihin verrattuna mittarin herkkyys ja spesifisyys ovat osoittautuneet varsin hyväksi kognitiivisesti terveillä ikäihmisillä (McDowell & Newell 1996). Sen sijaan GDS:n käyttökelpoisuutta on kyseenalaistettu muistiongelmallisilla henkilöillä.

Muitakin vaihtoehtoja masennuksen mittaamiseen olisi ollut. Esimerkiksi paljon käytetty BDI (Beck Depression Index) on kuitenkin osoittautunut ikäihmisillä ongelmalliseksi, sillä jotkut kysymykset ovat vaikeaselkoisia eikä vastaamisen logiikkakaan ole selkeä. Vastausvaihtoehtoina olevat toteamukset ovat jokaisessa kysymyksessä sekä myönteisiä että kielteisiä, jolloin

vastaajan voi olla vaikea hahmottaa, mitä kysymyksillä haetaan. Zungin itsearviointimittari puolestaan sisältää useita somaattisia osioita, eikä sitä siksi suositella ainakaan ainoaksi mittariksi ikäihmisille (esim. Grann 2000).

Mielialaa tarkasteltiin GDS -mittarin lisäksi käyttäen janaa, jossa osallistujia pyydettiin arvioimaan mielialaansa asteikolla 0–100. Arvo 100 merkitsi parasta mahdollista ja 0 huonointa mahdollista mielialaa. Vastaaja joko näytti janalta kohtaa, johon hän arvioi senhetkisen mielialansa sijoittuvan tai antoi numeerisen arvon, joka merkittiin janalle. Janalta kohdan näyttäneiden haastateltujen vastaukset pisteytettiin kahteenkymmeneen osaan jaetun mittanauhan avulla pyöristämällä lukema lähimpään pisteeseen. Arvoksi saattoi siten tulla 0, 5, 10, 15 ... 100. Samanlaisella asteikolla kysyttiin myös osallistujien asennoitumista tulevaisuuteen, jolloin 100 merkitsi, että osallistuja oli erittäin toiveikas tulevaisuutensa suhteen ja 0, että tulevaisuus tuntui hänestä toivottomalta.

Ahdistuneisuutta mitattiin Hamiltonin (1959) 14 osion ahdistuneisuusmittarilla. Mitattavat osa-alueet ovat 1) ahdistuneisuus, levottomuus tai tuskaisuus, 2) jännittyneisyys, 3) pelot, 4) unettomuus, 5) keskittymiskyky ja muisti, 6) masentunut mieliala, 7) lihaskivut ja lihasjäntitys, 8) aistit, 9) sydän- ja verisuonioireet, 10) hengityselinoireet, 11) vatsa-suolisto-oireet, 12) virtsa- ja sukupuolielinoireet, 13) muut autonomisen hermoston oireet sekä 14) käyttäytymisen haastattelun aikana. Puolet kysymyksistä mittaa siten psyykkisiä ahdistusoireita ja puolet somaattisia ahdistusoireita. Jokaisessa kysymyksessä on viisi vastausvaihtoehtoa (0–4), jolloin tutkittava voi saada kullakin osa-alueella 0–4 pistettä. 0 merkitsee, että kyseisellä osa-alueella ei ilmene lainkaan ahdistusoireita, 1 viittaa lievään ahdistuneisuuteen, 2 kohtalaiseen, 3 vaikeahkoon ja 4 erittäin vaikeaan ahdistuneisuuteen. Maksimissaan kokonaispistemäärä voi siten yltää 56 pisteeseen ja minimissään olla 0.

Hamiltonin ahdistuneisuusmittari kehitettiin jo 1950-luvun lopulla ja sitä on käytetty laajasti sekä kliinisisä yhteyksissä tutkittaessa ahdistusoireiden vakavuutta että esimerkiksi lääketutkimuksissa seurantamittarina. Mittarin täyttää haastattelija, ja siksi sen puutteena on haastattelijasta riippuva subjektiivisuus osioiden tulkinnassa ja pisteytyksessä. Mittaria on lisäksi arvosteltu siitä, että se erottelee huonosti ahdistuksesta ja masennuksesta kärsiviä henkilöitä. (Beck ym. 1999.) Tähän tutkimukseen Hamiltonin ahdistusmittari valittiin, koska se on laajasti käytetty ja sellaisena mahdollistaa haluttaessa vertailun muihin ikäihmisillä tehtyihin tutkimuksiin.

Elämänlaadun mittarina käytettiin WHO:ssa kehitettyä WHOQOL-BREFiä (WHO 2003), joka on lyhennetty versio WHOQOL-100 -elämänlaatumittarista. WHOQOL-BREF on profiilimittari, jossa on neljä ulottuvuutta: fyysinen ulottuvuus, psyykinen ulottuvuus, sosiaaliset suhteet ja ympäristö. Mittariin sisältyvät lisäksi itsearviot elämänlaadusta ja terveydentilasta. Lomakkeessa on 26 kysymystä, joihin vastataan viisiportaisella asteikolla. Pienet arvot 23 kysymyksessä ja suuret arvot kolmessa kysymyksessä viittaavat heikkoon elämänlaatuun. Pisteytyksessä käytetään erillistä laskukaavaa, jolloin kolmen kysymyksen pisteet käännetään vastakkaisiksi ennen yhteen laskemista. Luvanvaraista taulukkoa käyttäen jokaiselle ulottuvuudelle lasketaan pistemäärä, joka vaihtelee välillä 0–100. (Huusko ym. 2006.)

WHOQOL-BREF -mittarin validiteettia on tutkittu laajassa kansainvälisessä väestötutkimuksessa, johon osallistui kaikkiaan 11 830 henkilöä 23 eri maasta (Skevington ym. 2004). Psykkisen ja fyysisen osa-alueen havaittiin korreloivan vahvasti paljon käytetyn 15D-mittarin kokonaisarvon kanssa. WHOQOL-BREF on kuitenkin laaja-alaisempi kuin 15D ja muut terveyteen painottuvat elämänlaatumittarit. Mittari on WHO:n luvalla validoitu myös Suomen oloihin STAKESin koordinoimassa Care Keys -projektissa. Sitä on käytetty yhtenä mittarina STAKESin kyselytutkimuksessa, jossa selvitettiin ikäihmisten hyvinvointia, toimintakykyä, elämänlaatua ja palveluita. (Vaarama ym. 2006.) Lupa mittarin käyttöön MielenMuutos -tutkimuksessa saatiin suomalaiselta validointiryhmältä.

Elämänhallinnan tarkasteluun valittiin SOC (Sense of coherence) -mittari. Terveystieteiden tutkija Aaron Antonovsky kehitti 1970-luvun lopulla koherenssin tunteen käsitteen osana laajempaa salutogeneesin teoriaa. Teorian alkusysäys tuli tutkimuksesta, jossa tarkasteltiin israelilaisten naisten sopeutumista vaihdevuosiin. Tutkimukseen osallistui joukko toisen maailmansodan keskitysleireistä selvinneitä naisia, jotka traumaattisista kokemuksistaan huolimatta olivat terveitä ja hyvinvoivia. Antonovsky päätteli, että hyvinvointi oli seurausta naisten erityisestä tavasta suhtautua elämään. Tutkimuksen perusteella siivilöityi kolme keskeistä hyvinvointia ylläpitävää tekijää: 1) kyky ymmärtää ympäröivää inhimillistä todellisuutta, 2) kyky käsitellä ja hallita tilanteita vuorovaikutuksessa muiden kanssa sekä 3) kyky nähdä merkitystä ja tarkoitusta elämässä. Nämä kolme osatekijää muodostavat yhdessä koherenssin tunteen. (Antonovsky 1979; 1987.)

Antonovskyn (1993) teorian pohjalta kehitetyssä alkuperäisessä SOC -mittarissa on 29 elämänhallinnan eri osa-alueisiin liittyvää kysymystä. Mittarista on edelleen kehitetty 13 kysymyksen lyhennetty versio, jota käytettiin tässä hankkeessa. Koherenssin tunteen mittaamista on pidetty perusteltuna esimerkiksi tilanteissa, joissa halutaan selvittää tutkittavien voimia käsitellä eteen tulevia ristiriitoja, paineita ja stressitekijöitä (Raitasalo 2007). Jokaiseen kysymykseen on seitsemän vastausvaihtoehtoa, jotka kuvaavat kysymyksessä mainitun kokemuksen useutta tai voimakkuutta vastaajan elämässä. Asteikosta lasketaan summapistemäärä, jonka vaihteluväli on 13–91. Pienempi pistemäärä kertoo paremmasta elämänhallinnasta. Summapistemäärää laskettaessa viiden kysymyksen pistemäärät käännetään vastakkaisiksi. Asteikkoon ei ole kehitetty raja-arvoja osoittamaan hyvää stressinsietokykyä.

Suomalaiset tutkijat Monica Eriksson ja Bengt Lindström analysoivat 2005 ilmestyneessä artikkelissaan vuosina 1992–2003 julkaistuja tutkimuksia, joissa käsiteltiin koherenssin tunnetta tai joissa oli käytetty jotakin SOC-mittarin versiota. He totesivat, että mittari toimi tarkoituksemukaisesti useissa eri kulttuureissa ja että sitä oli artikkeleita kirjoitettaessa käytetty 19 eri kielellä. Erikssonin ja Lindströmin mukaan SOC-mittari on psykometrisilta ominaisuuksiltaan kohtalaisen hyvä, joskaan sen rakenteesta suhteessa koherenssin tunteen käsitteeseen ei ole selkeää yksimielisyyttä. Erityisesti mittarin pitkän version reliabiliteetti oli referoitujen tutkimusten mukaan hyvä. Mittarin ennustevaliditeettia on myös tarkasteltu joissakin tutkimuksissa, mutta se näyttäisi vaihtelevan kontekstista toiseen. (Eriksson & Lindström 2005.)

Tutkimuslomakkeeseen sisältyi myös ravitsemustilaa kartoittava MNA (Mini Nutritional Assessment) -mittari (Guigoz ym. 1996). Ikäihmisillä on havaittu monissa viimeaikaisissa selvityksissä aiemmin luultua korkeampi virheravitsemuksen riski, jota ei välttämättä tunnisteta terveydenhuollossa mutta joka lisää sairastavuutta ja kuolleisuutta. Masennuksen ja ravitsemuksen yhteyksiä tutkitaan tällä hetkellä monella taholla. MielenMuutos -masennustutkimuksessa ravitsemus ei ollut varsinaisesti tarkastelun kohteena, mutta intervention kannalta pidettiin tärkeänä selvittää myös osallistujien ravitsemustilaa, jotta heille voitaisiin tarvittaessa antaa ravitsemusneuvontaa. MNA -mittari koostuu kahdesta erillisestä osiosta, joista ensimmäinen on seulontaosio ja toinen arviointiosio. Seulonnassa on kuusi kysymystä, jotka koskevat ravinnonsaannin ja painon muutoksia viimeisten kolmen kuukauden aikana, liikkumista, psyykkistä stressiä, neuropsykologisia ongelmia sekä painoindeksiä. Seulonnan maksimipistemäärä on 14 ja minimi 0. Korkeampi pistemäärä osoittaa parempaa ravitsemustilaa. Mikäli henkilö saa seulontaosiosta 11 pistettä tai vähemmän, katsotaan virheravitsemuksen riskin kasvaneen. Tällöin esitetään 12 arviointikysymystä, joiden yhteenlaskettu maksimipistemäärä on 16. Seulonnan ja arvioinnin yhteispisteet lasketaan yhteen, jolloin maksimipisteet koko mittarista ovat 30. Yli 23,5 pistettä osoittaa hyvää ravitsemustilaa, 17–23,5 pistettä kasvanutta virheravitsemuksen riskiä ja alle 17 pistettä selkeää virhe- tai aliravitsemusta.

Alkoholin käyttöä tarkasteltiin WHO:ssa kehitetyn kansainvälisen Audit -kyselyn avulla (Saunders ym. 1993). Kysely sisältää 10 osiota, joista kolme ensimmäistä mittaa juomisen määrää ja runsaan juomisen useutta. Kolme seuraavaa kysymystä antavat viitteitä alkoholiriippuvuudesta ja loput neljä kuvastavat juomisen erilaisia haitallisia seurauksia, kuten syölyisyyttä, muistinmenetyksiä, tapaturmia sekä läheisten huolestuneisuutta vastaajan alkoholinkäytöstä. Testin tarkoituksena on erotella vähän ja kohtuullisesti juovat niistä, joiden juominen saattaa johtaa ongelmiin. Testi mahdollistaa varhaisen puuttumisen tilanteeseen. Maksimipistemäärä on 40 pistettä, ja 20 pisteen jälkeen vastaajalle suositellaan hakeutumista avun piiriin. Riskiraja asetetaan nykyisin kuitenkin 8 pisteeseen, sillä seurantatutkimukset ovat osoittaneet tämän pistemäärän saattavan merkitä alkoholin haittavaikutusten lisääntymistä lähitulevaisuudessa, ellei juomatavoissa tapahdu muutoksia. (Päihdelinkki: <http://www.paihdelinkki.fi/testaa/audit>.)

Päivittäisen toimintakyvyn arviointiin on olemassa suuri määrä erilaisia asteikkoja, joista tähän tutkimukseen valittiin Lawtonin ja Brodyn (1969) kehittämä IADL-mittari (instrumental activities of daily living), joka kuvaa vastaajan avuntarvetta välineellisissä arkitoimissa, kuten puhelimen käytössä, kaupassa käynnissä, aterioiden valmistamisessa, kodin hoitamisessa, pyykinpesussa, kulkuvälineillä liikkumisessa sekä lääkkeitä ja raha-asioista huolehtimisessa. IADL -mittaria on käytetty soveltaen myös suomalaisissa epidemiologisissa tutkimuksissa, joissa on haluttu tarkastella iäkkäiden ihmisten fyysistä toimintakykyä ja jokapäiväisissä toiminnoissa selviytymistä (esim. Heikkinen ym. 1990).

Standardoitujen mittarien lisäksi tutkimuslomakkeella oli kysymyksiä osallistujan sosiaalisista suhteista. Taustatietojen yhteydessä kysyttiin osallistujan tyytyväisyyttä mahdollisten lastensa tapaamiseen. Lisäksi kysyttiin läheisten ihmisten määrää, läheisintä henkilöä sekä tuttavapiirin kokoa. Yksinäisyyttä vastaaja arvioi samanlaisella janalla, jolla arvioitiin mielialaa. Asteikon ääripäiden arvoista 0 merkitsi, että henkilö ei kokenut itseään lainkaan yksinäiseksi ja 100,

että hän koki itsensä erittäin yksinäiseksi. Toisella samanlaisella janelalla arvioitiin yksinäisyyden haittaavuutta, jolloin 0 merkitsi, että yksinäisyys ei haitannut vastaajan elämää lainkaan ja 100, että yksinäisyys teki hänen elämästään sietämätöntä. Janaa käytettiin ja pisteytettiin samalla tavalla kuin mielialaa mittaavaa janaa. Vastaaaja saattoi siten joko mainita numeerisen arvon 0:n ja 100:n väliltä tai osoittaa janalta kohdan, johon hän halusi sijoittaa itsensä.

Tutkimuksen mittarit ovat liitteinä 2 (GDS) ja 3 (muut).

Päätulosmuuttajat

Tutkimuksessa oli useita tulosmuuttujia. Päätuloksena voidaan pitää masennuksessa tapahtunutta muutosta 12 kuukauden aikana. Tätä tarkasteltiin vertaamalla GDS:ssa ja mielialajanelalla tapahtuneita muutoksia interventio- ja vertailuryhmässä. Psykkisen hyvinvoinnin osalta verrattiin lisäksi ahdistuneisuuden muutosta ryhmissä.

Masennuksen ja ahdistuneisuuden ohella tutkimuksessa tarkasteltiin elämänlaadun ja elämänhallinnan muutoksia tutkimusjakson aikana. Elämänlaadun neljää ulottuvuutta tarkasteltiin erikseen. Yksinäisyyden kokemuksia ja niiden haittaavuutta kartoitettiin näitä kuvaavien jana-arvojen muutoksina sekä interventio- ja vertailuryhmien välisten muutosten eroina. Lisäksi tarkasteltiin asioiden hoitamiseen liittyvän toimintakyvyn muutoksia ja ryhmien välisten muutosten eroja IADL -mittarin avulla. Tulokset esitetään luvussa 6.

Tilastolliset menetelmät

Alkutilanteessa tutkittiin interventio- ja vertailuryhmän taustatietojen samankaltaisuus. Tutkimuksen alussa interventioyhmä käsitti 70 ja vertailuryhmä 69 henkilöä. Luokitellut muuttajat analysoitiin X²-testein ja jatkuva-asteikolliset muuttajat Mann-Whitneyn U-testein. Intervention vaikuttavuutta tutkittiin Fixed effects -mallilla. Mallin avulla voidaan analysoida paneelimuotoisia aineistoja, jotka sisältävät useita havaintoja samasta henkilöstä eri aikoina. Malli standardoi aineiston niin, että jokaisen henkilön kaikista havainnoista vähennetään hänen henkilökohtainen keskiarvonsa. Näin vakioitiin pois yksilökohtaiset 'pysyvät' erot asiakkaiden välisissä tasoissa, jotta ne eivät sekoittaneet estimointia. Selittävinä tekijöinä mallissa käytettiin neljää binääristä (arvoltaan 0 tai 1) muuttujaa, joita olivat "aika (tutkimuksen alusta) 6 kuukautta" ja "aika (tutkimuksen alusta) 12 kuukautta" sekä "(asiakas) kuului interventioon 6 kuukauden kohdalla" ja "(asiakas) kuului interventioon 12 kuukauden kohdalla".

Estimointituloksista laskettiin keskimääräiset muutokset interventio- ja vertailuryhmissä. Vertailuryhmän muutokset alkutilanteeseen nähden 6 ja 12 kuukauden kohdalla näkyivät suoraan "aika 6 kk" ja "aika 12 kk" -estimaateista. Interventioyhmän muutokset selvisivät laskemalla yhteen ajan ja intervention estimaatit 6 ja 12 kuukauden kohdalla. Muutosten tilastollinen merkitsevyys selvisi estimaattien p-arvoista. Vertailu- ja interventioyhmien erojen merkitsevyys näkyi interventiomuuttujien p-arvoista, ja molempia ryhmiä koskeneet ajalliset muutokset aikamuuttujien p-arvoista.

Malli estimoititiin siten, että henkilö sisältyi otantaan, jos hänestä oli vähintään kaksi seurantaa. Käytännössä tämä tarkoitti, että aineistoon sisältyivät ne osallistujat, joista oli tiedot sekä alun että 6 kuukauden kohdalta. Tulosten luotettavuuden varmistamiseksi malli estimoititiin myös aineistolla, johon kuuluivat vain ne osallistujat, joista oli tiedot kaikista kolmesta havaintokohdasta. Tämä ei kuitenkaan vaikuttanut tuloksiin.

Laadulliset tutkimusmenetelmät

Edellä on kuvattu määrälliset tutkimusmenetelmät, joiden avulla tarkasteltiin MielenMuutos-masennusinterventioita vaikuttaviksi osallistujien masennukseen, ahdistuneisuuteen, elämänlaatuun ja yksinäisyyden kokemuksiin. Näillä keinoin ei kuitenkaan päästy tarkastelemaan interventiotilanteita varsinaisen toiminnan tai hoitoprosessien tasolla, mihin tarvittiin kokonaan toisenlaisia tarkastelutapaa. Katseen tuli tällöin kohdentua yksilöllisten asiakaspolkujen yksityiskohtiin, kuten tapahtumiin, vuorovaikutukseen ja puheeseen. Näin päästiin käsiksi siihen, miten interventio toteutui yksittäisten asiakkaiden kohdalla sekä mitä interventio merkitsi asiakkaille ja tiimissä työskennelleille ammattilaisille.

Mielenterveyden hoitoa ja psykologista ohjausta koskevan tutkimuksen erityisyys on siinä, että sen kohteena olevaa toimintaa luonnehtii asiakkaan ja ammattilaisen välinen tiivis yhteistyö (esim. Dallos & Vetere 2005). Kyse on toiminnasta, jossa yritetään yhdessä luoda ymmärrystä asiakkaan psykososiaaliseen tilanteeseen ja löytää mielekkäitä ratkaisuja sen kohentamiseen. Masennukselle on usein ominaista elämän merkityksen häpärtymisen tai kyseenalaistuminen, ja siten myös hoidossa korostuu konkreettisten hoitotoimien ohella asiakkaan yksilöllisten merkitysten ja arvojen tarkastelu.

Yhteiskunnan kannalta mielenterveysinterventiot näyttävät merkittävinä ja toteuttamiskelpoisina, mikäli kyetään osoittamaan, että niiden tuloksena asiakkaiden oireet ovat vähentyneet ja julkisten palveluiden tarve sitä kautta pienentynyt. Yksittäisen ihmisen kannalta kyse on paljon monimutkaisemmasta prosessista. Parhaassa tapauksessa hoidon aikana tapahtunut muutos voi koskea paitsi oireita ja ulkoista käyttäytymistä, myös koko sitä tapaa, jolla ihminen tarkastelee itseään ja elämäänsä. Mielen ongelmien hoito on siten potentiaalisesti emansipatorista eli vapautta ja itsemääräämistä edistävää toimintaa. Siinä pyritään vaikuttamaan ongelmiin ylläpitäviin ulkoisiin ja sisäisiin tekijöihin mutta myös auttamaan ihmisiä löytämään omia voimavarojaan sekä hyödyntämään yhteiskunnan ja lähiyhteisön voimavaroja. Tämä monimutkaisuus asettaa tutkimukselle erityisiä haasteita.

Mutikkaiden tutkimuskysymysten yhteydessä puhutaan usein triangulaatiosta, joka tarkoittaa pelkistetyimmillään, että tutkimuskohdetta lähestytään useista eri näkökulmista. Triangulaatio mahdollistaa myös metodista monipuolisuutta ja joustavuutta, ja sen ansiosta voi tarjoutua uusia tulkintoja ja tapoja jäsentää tutkimuksen kohteena olevaa ilmiökenttää. Triangulaatiota voidaan tehdä aineistojen, menetelmien, tutkijoiden ja teorioiden tasolla. (Esim. Banister ym. 1994.) Tässä tutkimuksessa uudenlaisia näkökulmaa haettiin yhdistämällä perinteistä kokeellista tutkimusta ja hoitoprosessien laadullista tarkastelua. Kokeellisen asetelman tavoitteena oli selvittää, mitä lisäarvoa monitekijäinen räätälöity ikäihmisten masennuksen hoitomalli toisi

verrattuna niin sanottuun tavanomaiseen hoitoon. Laadullisten aineistojen avulla puolestaan avattiin sitä, mitä yksilöllisesti räätälöidyssä hoidossa tapahtuu sekä miten hoito jäsentyy asiakkailla ja ammattilaisille. Tällaisen tiedon merkitys tutkimuksen lukijalle on siinä, että se tarjoaa näköalan mallin soveltamiseen erilaisissa konteksteissa ja erilaisten asiakkaiden kohdalla.

Siinä missä standardoituihin välineisiin perustuva kokeellinen tutkimus pyrkii pelkistämään elämää mitattaviksi suureiksi, näiden väliseksi riippuvuussuhteiksi ja syy–seuraus-ketjuiksi, laadullinen tutkimus hyväksyy lähtökohdakseen sosiaalisten ilmiöiden monimutkaisuuden ja jatkuvan muuttuvuuden. Laadullisissa tutkimusotteissa näitä piirteitä ei pidetä ”väliin tulevina”, tutkimusta sekoittavina ongelmina vaan pikemminkin osoituksina monenlaisten sosiaalisten todellisuuksien olemassaolosta. Tässä muuttuvassa maastossa tutkija ja tutkimuksen osallistajat tuottavat yhdessä uutta tietoa, joka voi auttaa molempia osapuolia lisäämään ymmärrystään kohteena olevista ilmiöistä.

Tutkimuksen laadullinen aineisto koottiin pitkän ajan kuluessa interventiota toteutettaessa. Sitä ei täydennetty asiakkaiden erillisillä haastatteluilla, vaan pitäydettiin ”luonnollisessa aineistossa” eli niissä dokumentoinneissa, joita hoidon yhteydessä syntyi. Tällaista aineiston tuottamistapaa on toimintatutkimuksessa kutsuttu ko-operatiiviseksi eli yhteistoiminnalliseksi, ja sen ydin on tutkimuksen ja käytännön jatkuva limittyminen toisiinsa. Tutkijoiden, käytännön ammattilaisten ja asiakkaiden roolit eivät määrity suoraviivaisesti tarkastelun ja kohteena olemisen kautta, vaan kaikki asianosaiset toimivat yhteistyökumppaneina saman päämäärän hyväksi. (Heron & Reason 2001.) Tutkimus etenee toiminnan ja sen reflektoinnin kautta monivaiheisena prosessina, jossa yhdistyvät kokemuksellinen, käsitteellinen ja käytännöllinen tieto (Heron & Reason 2001).

Kliinisessä kontekstissa eli todellisissa hoitotilanteissa toteutetun psykologisen tutkimuksen mielekkäin lähtökohta on asiakkaan tila ja tilanne pikemmin kuin ammattilaisen tietotaito tai tutkimuskysymys. Amerikkalainen psykologi ja tutkija Donald R. Peterson (1991) on korostanut, että asiakkaan vilpittömään auttamiseen tähtäävä toiminta ei voi käynnistyä tutkijan tai ammattilaisen ehdoilla. ”Auttaminen alkaa asiakkaan tilanteesta ja päättyy siihen. Olkoon asiakkaana yksittäinen ihminen, ryhmä tai organisaatio, ammattilaisen vastuulla on asiakkaan toimintakyvyn kohentaminen. Ammattilainen ei valitse tarkasteltavia asioita vaan asiakas. Tieteelliseen tutkimukseen kuuluva suoraviivaisuus ja muuttujien kontrollointi eivät toimi käytännön työssä. Jokaista ongelmaa on käsiteltävä sen edellyttämällä tavalla, kaikessa mutkikkouudessaan ja usein olosuhteissa, jotka mahdollistavat ja rajoittavat toimintaa.” (Peterson 1991, 426.)

Laadulliset aineistot analysoitiin tapaustutkimuksen keinoin. Tapaustutkimuksen etuna on, että se tuottaa parhaimmillaan kokonaisvaltaisen kuvan ja tekee oikeutta asiakkaiden ja tilanteiden yksilöllisille piirteille. Tapaustutkimuksissa hyödynnetään monenlaisia aineistoja ja mikäli se toteutetaan osana kliinistä työtä, se antaa mahdollisuuden tarkastella syvällisesti muutosprosesseja ja intervention vaikutuksia. (Dallos & Vetere 2005.)

Tutkimuksen laadullinen aineisto koostui ikäihmisten mielenterveystiimin asiakaskohtaisista muistiinpanoista intervention ajalta sekä psykososiaalisten ryhmien ohjaajien päiväkirjoista ja psykoterapeutin istuntopäiväkirjoista. Asiakkaiden tilannetta käsiteltiin koko intervention ajan asiakaskokouksissa. Tiimin jäsenten muistiinpanot koottiin kunkin henkilön kohdalla yhteenvedoiksi erillisissä tapauskokouksissa, joissa käsiteltiin asiakkaiden asiat heidän jäädessään pois interventioista. Yhteenvedoissa kiinnitettiin huomiota seuraaviin asioihin:

- asiakkaan tilanne interventioon tullessa
- alustava hoitosuunnitelma
- elämäntilanteen muutokset intervention aikana
- asiakkaan saamat tukimuodot
- tiimin jäsenten havainnot ja arviot asiakkaan hoidosta hyötymisestä
- asiakkaan itse ilmaisemat arviot hoidosta ja psyykkisessä kunnossaan tapahtuneista muutoksista
- mahdolliset omaisten ilmaisemat arviot asiakkaan tilanteesta tapahtuneista muutoksista
- mahdolliset yhteistyökumppanien arviot asiakkaan tilanteesta tapahtuneista muutoksista

Yhteenvedojen pohjalta laadittiin tutkimuksen raportointivaiheessa seitsemän tapausselostuksen aineisto, joten intervention alkuperäisistä asiakkaista 10 prosenttia on edustettuna laadullisessa tarkastelussa. Tapaukset valittiin pitäen silmällä, että niiden variaatio olisi sekä masennuksen asteen että hoidon sisällön suhteen mahdollisimman suuri suhteessa koko asiakaskuntaan. Selostusten tavoitteena oli kuvata masennuksen hoidon räätälöityä prosessia mahdollisimman yksityiskohtaisesti suhteuttaen sitä muutoksiin, joita kunkin asiakkaan elämässä oli tapahtunut samana ajanjaksona.

Selostukset ovat muodoltaan narrativeja, joissa seitsemän masennuksesta kärsivän ikäihmisen psyykkistä tilannetta ja sen muutoksia tarkastellaan vuoden kestäneen räätälöidyn hoitointervention kehityksessä. Tässä mielessä niitä voisi kutsua jopa eräänlaisiksi hoitokertomuksiksi. Kertomusten alkupiste on asiakkaan psykososiaalinen tilanne intervention alkaessa. Alkutilanteesta kuvataan henkilön mielialaa ja hänen subjektiivisesti kokemiaan ongelmia sekä aikaisempaa masennus- ja hoitohistoriaa. Sen jälkeen kuvataan yhteisesti sovittuja hoitotoimia ja asiakkaan osallistumista niihin. Lopuksi tarkastellaan, mikä asiakkaan tilanteesta muuttui. Mikäli käytössä oli ryhmän vetäjien ja/tai psykoterapeutin muistiinpanoja, niitä hyödynnettiin tapausselostuksissa. Erityisesti terapiatuntien muistiinpanoihin oli tallennettu runsaasti asiakkaiden käyttämiä ilmauksia ja heidän arvioitaan psyykkisestä tilanteestaan, joten niiden kautta asiakkaiden oma näkökulma saatiin hyvin esiin.

Raportissa tapauskertomuksia ei esitetä yhtenäisinä kokonaisuuksina vaan siten, että alkutilanteiden kuvaukset on sijoitettu intervention alkua kuvaavien määrällisten tulosten yhteyteen. Tämän jälkeen kuvataan kunkin asiakkaan tukimuodot sekä tapa käsitellä tilannettaan. Asiakkaiden tilanteissa tapahtuneet muutokset kuvataan lopuksi intervention vaikutusten tilastollisen käsittelyn jälkeen. Tällä määrällisiä ja laadullisia tarkasteluja limittävällä raportoinnin tavalla haluamme rikastaa interventioista syntyvää kuvaa.

Tutkimuksessa kootun laadullisen aineiston luonne ja tapa, jolla se työstettiin tapausselostuksiksi, asettavat merkittäviä ehtoja tulosten tulkitsemiselle. Tapauskertomukset eivät ole asiakkaan subjektiivisia kokemuskertomuksia intervention ajalta, mutta eivät myöskään yksinomaan ammattilaisten näkemyksiä asiakkaan tilanteesta tapahtuneista muutoksista. Pikemminkin ne on ymmärrettävä vuorovaikutteisina kertomuksina, joiden syntymiseen sekä ammattilaiset että asiakkaat ovat osallistuneet. Toki on pidettävä mielessä, että tapauskertomuksia työstettäessä asiakas ei ole ollut enää mukana eikä hänen äänensä näin ollen kuulu tekstin esittämistavassa muuten kuin hoidon ajalta muistiin pantuina sitaatteina. Tästäkin puutteesta huolimatta tutkimuksen laadulliset tulokset avaavat myös asiakaslähtöisen näkökulman ikäihmisten masennuksen hoidon arkeen.

Eettiset näkökohdat

Jokainen tutkimus tarvitsee eettisen pohdinnan, joka koskee sekä tutkimustoimintaa yleensä että kyseisen tutkimushankkeen erityiskysymyksiä. Juhani Pietarinen (1999) on esittänyt tutkimuksen etiikkaa käsittelevään kirjaan laatimassaan artikkelissa kahdeksan eettistä vaatimusta tutkijoille. Vaatimukset koskevat älyllistä kiinnostusta, rehellisyyttä, tunnollisuutta, vaaran eliminoimista, ihmisarvon kunnioittamista, sosiaalista vastuuta, ammatinharjoituksen edistämistä ja kollegiaalista arvostusta. Matti Häyry (1999) on samassa teoksessa tuonut esiin hieman toisenlaisen näkökulman erityisesti terveydenhuollon ja lääketieteen tutkimuksiin. Tämän ”keskitason periaatteiden etiikan” mukaan terveydenhuollon tutkimuksen kysymyksiä on mielekkäintä lähestyä neljän yksinkertaisen ja intuitiivisesti vetoavan periaatteen valossa. Nämä periaatteet koskevat tutkimuksen hyötyä, vahingon välttämistä, autonomian kunnioittamista ja oikeudenmukaisuutta. Seuraavassa tarkastellaan, millä tavoin nämä periaatteet toteutuvat tässä tutkimuksessa.

Vaikka ikäihmisten mielenterveyden ongelmat, erityisesti masennus, tiedostetaan Suomessa ainakin ohjelma- ja strategiatasolla jo kohtalaisen hyvin (Pietilä & Saarenheimo 2010), aihepiirin tutkimus on vielä melko kehittymätöntä ja hoitomallien kehittäminen vähäistä. Tässä valossa MielenMuutos -masennustutkimus vastaa ajankohtaiseen haasteeseen. Tutkimuksen ja siihen liittyvän kehittämistyön ensisijaisena päämääränä on tuottaa hyötyä masennuksesta kärsiville ikäihmisille. Toisaalta yksilön ja yhteiskunnan edut ovat parhaassa tapauksessa samansuuntaiset, joten tutkimuksesta saatavan tiedon toivotaan hyödyttävän myös niitä yhteiskunnan tahoja, jotka ovat vastuussa mielenterveysavun järjestämisestä ja yhdenvertaisuuden periaatteen vaalimisesta tällä palveluiden alueella.

Interventio suunniteltiin aikaisemman masennuksen hoitoa koskevan kansainvälisen tutkimusnäytön sekä suomalaisten ikäihmisten palveluita koskevien tutkimustulosten pohjalta. Hoitomalli sisälsi siten elementtejä, joiden on aiemmissa tutkimuksissa havaittu lieventävän masennusoireita mutta myös elementtejä, joiden voitiin olettaa parantavan hoidon vastaanotettavuutta ja vahvistavan osallistujien itsehoidollista motivaatiota. Tällaisia olivat esimerkiksi hoidon yksilöllinen räätälöinti, suuri vaihtoehtojen tukimuotojen kirjo sekä vertaistuen hyödyntäminen. Huolellisella suunnittelulla haluttiin vahvistaa todennäköisyyttä, että interventio auttaisi siihen osallistuvia.

Vahingon välttämisen periaate merkitsee interventiotutkimuksessa keskeisesti sitä, ettei yhdenkään osallistujan elämäntilannetta ja hänen saamiaan tukia tai hoitoja heikennetä. Tämä tarkoittaa ensinnäkin, että interventiossa toimivat ammattilaiset ovat oman alansa osaajia sekä hoitomenetelmien ja vuorovaikutustaitojen osalta että eettisten periaatteiden toteuttajina. Kun tutkimuksessa käytetään vertailuryhmää, on kiinnitettävä erityistä huomiota heidän tilanteeseensa. Tässä tutkimuksessa vertailuryhmän tutkittavat olivat – jos olivat – kunnallisen palvelujärjestelmän piirissä. Tutkimustiimi ei aktiivisesti pyrkinyt vaikuttamaan heidän saamiinsa palveluihin, mutta heille annettiin tarvittaessa palveluita koskevaa neuvontaa ja kerrottiin heidän asuinalueensa kolmannen sektorin tukimuodoista. Lisäksi he saivat hankkeessa laaditun kirjallisen itsehoito-oppaan. He saivat siten itse asiassa enemmän tukea kuin olisivat saaneet niin sanotussa tavanomaisessa hoidossa ilman tätä tutkimusta. Monet vertailuryhmän osallistujat myös kokivat tutkimushoitajan haastattelut omalta kannaltaan hyödyllisinä.

Tutkimukseen osallistuvia informoitiin hankkeen tarkoituksesta ja toteuttamistavasta ennen tutkimuksen alkamista kirjallisesti ja ensimmäisessä tutkimushaastattelussa myös suullisesti. Sekä interventio- että vertailuryhmälle selostettiin mahdollisimman yksityiskohtaisesti tutkimuksen kulku heidän kohdallaan. Osallistujat allekirjoittivat aluksi suostumuslomakkeen, jossa he antoivat luvan yhteydenottoon. Ensimmäisen haastattelun yhteydessä he allekirjoittivat uuden suostumuslomakkeen, jossa he suostuivat osallistumaan tutkimukseen ja antoivat luvan heitä koskevien tietojen keräämiseen kunnallisen terveystoimen tietojärjestelmistä. Tutkimukseen saatiin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin koordinoivan eettisen toimikunnan hyväksyntä (7/13/03/00/2008) sekä Espoon kaupungin tutkimuslupa (31.3.2008).

Yksityiselämää suojataan Suomessa lainsäädännöllä, jota sovelletaan myös tutkimusten yhteydessä. Henkilötietolaki säätelee yksityiskohtaisesti tietojen keräämistä, tallentamista ja käsittelyä. Lain mukaan tutkittavien henkilötietoja sisältävistä tutkimusaineistoista on laadittava henkilökisteri ja suunnitelmat siitä, miten henkilötiedot suojataan, miten niitä käsitellään, miten pitkään niitä säilytetään sekä miten ne anonymisoidaan ja mahdollisesti hävitetään. Tämän tutkimuksen aineistoja säilytetään Vanhustyön keskusliitossa siten, että kaikki tunnistetiedot on poistettu tutkimuslomakkeista ja tutkittavat esiintyvät ainoastaan numerokoodina. Laadullisen aineiston raportoinnissa anonyymius varmistetaan siten, että tapausselostuksissa tunnistamisen mahdollistavat tiedot on muutettu tai poistettu.

Käytäntöön liittyvän tutkimuksen yksi päätavoite on tuottaa tietoa hyvien toimintatapojen pohjaksi. MielenMuutos -masennushanke sijoittuu alueelle, josta suomalaista tutkimusta on vielä varsin vähän. Yhdenvertaisuuden toteutuminen mielenterveyspalveluissa edellyttää ikäihmisten mielenterveyskysymysten näkyvämpää esille nostamista ja sekä kliinisen asiantuntemuksen että tutkimustiedon lisäämistä. Tämän hankkeen yhtenä alkusysäyksenä oli ikäihmisten aseman parantaminen julkisissa mielenterveyspalveluissa. Lähtökohta merkitsee myös veloitetta tutkimustulosten laajaan levittämiseen ja osallistumista ikäihmisten mielenterveyspalveluiden kehittämiseen.

Yhteenvetoa

- Ikäihmisten masennuksen hoitoon liittyvä monialainen interventiotutkimus on puuttunut Suomesta lähes kokonaan.
- MielenMuutos -masennushankkeessa toteutettiin yksilöllisesti mukautettua masennuksen hoitoa suomalaisissa oloissa tutkimusinterventiona.
- Hankkeen painopiste lievemmissä on masennustiloissa sekä psykososiaalisten työtapojen ja kokonaisvaltaisen lähestymistavan roolissa hoitoprosessissa.
- Tutkimuksen tavoitteina on selvittää, auttaako kokonaisvaltainen, yksilöllisesti räätälöity psykososiaalinen interventio lievittämään masennuksesta kärsivien ikäihmisten masennusoireita ja parantamaan heidän mielialaansa; auttaako interventio parantamaan ikäihmisten elämänlaatua ja elämänhallintaa sekä vähentämään heidän yksinäisyyden kokemuksiaan; sekä tarkastella laadullisesti hoitoprosessien variaatiota interventiossa sekä sitä kautta intervention ja sen osa-alueiden toimivuutta.
- Osallistujat olivat yli 60-vuotiaita masentuneita espoolaisia. Interventoryhmän koko oli 70 ja vertailuryhmän 69 henkilöä.
- Rekrytoinnin perustana oli vähintään 10 pistettä Geriatrisessa depressioseulassa (GDS-30). Poissulkukriteerinä oli keskivaikea tai vaikea muistisairaus. Osallistujat rekrytoitiin terveyskeskuksissa, kotihoidossa, päiväsairaalassa, muistipoliklinikalla, sosiaalityössä ja seurakunnan diakoniatyössä.
- Interventoryhmä osallistui tutkimuksessa interventiotointaan, vertailuryhmälle annettiin itsehoito-opas sekä neuvoja sopivien palveluiden ja tukien piiriin. Tutkimushoitaja haastatteli kummankin ryhmän kolme kertaa: 0,6 ja 12 kuukauden kohdalla.
- Tutkimuksessa on useita tulosmuuttujia: päätuloksena masennuksessa tapahtunut muutos; lisäksi muutokset ahdistuneisuudessa, elämänlaadussa ja elämänhallinnassa, yksinäisyyden kokemuksissa ja niiden haittaavuudessa, asioiden hoitamiseen liittyvässä toimintakyvyssä.
- Uudenlaista tutkimusnäkökulmaa haettiin yhdistämällä perinteistä kokeellista tutkimusta ja hoitoprosessien laadullista tarkastelua.

Kirjallisuus

- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. how people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine* (1982), 36(6), 725-733.
- Banister, P., Burman, E., Parker, I., Taylor, M., & Tindall, C. (1995). *Qualitative methods in psychology. A research guide*. Buckingham: Open University Press.
- Beck, J. G., Stanley, M. A., & Zebb, B. J. (1999). Effectiveness of the Hamilton anxiety rating scale with older generalized anxiety disorder patients. *Journal of Clinical Geropsychology*, 5(4), 281-290.
- Dallos, R., & Vetere, A. (2005). *Researching psychotherapy and counselling*. New York: Open University Press.
- Eloniemi-Sulkava, U., Saarenheimo, M., Laakkonen, M., Pietilä, M., Savikko, N., & Pitkälä, K. (2006). Omaishoito yhteistyönä. iäkkäiden dementiaperheiden tukimallin vaikuttavuus. Vanhustyön keskusliitto. Gummerus.
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2005). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *Journal of Epidemiological Community Health*, (59), 460-466.
- Grann, J. D. (2000). Assessment of emotions in older adults: Mood disorders, anxiety, psychological well-being, and hope. In R. L. Kane, & R. A. Kane (Eds.), *Assessing older persons. Measures, meaning, and practical applications*. (pp. 129-169). New York: Oxford University Press.
- Guigoz, Y., Vellas, B., & Garry, P. J. (1996). Assessing the nutritional status of the elderly: the mini nutritional assessment as part of the geriatric evaluation. *Nutrition Reviews*, 54(1 Pt 2), S59-65.
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *The British Journal of Medical Psychology*, 32(1), 50-55.
- Heikkinen, E. (1990). Toimintakyvyn tutkimisen lähtökohdat ja tutkimusasetelma IKIVHREÄT-projektissa. Kirjassa E. Heikkinen, R-L. Heikkinen, M. Kauppinen, P. Laukkanen, I. Ruoppila & T. Suutama (toim.), *iäkkäiden henkilöiden toimintakyky. IKIVHREÄT-projekti, osa I*. (ss. 1-12). Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, suunnitteluosasto.
- Heron, J., & Reason, P. (2001). The practice of co-operative inquiry: Research 'with' rather than 'on' people. Kirjassa P. Reason, & H. Bradbury (toim.), *Handbook of action research: Participative inquiry & practice* (ss. 179-188). London: Sage.
- Huusko, T., Kautiainen, H., & Pitkälä, K. (2006). WHOQOL-BREF ja 15D iäkkäiden omaishoitajien elämänlaadun mittaamisessa. Kirjassa T. Huusko, T. Strandberg & K. Pitkälä (toim.), *Voiko ikääntyneiden elämänlaatua mitata?* (ss. 76-90). Vanhustyön keskusliitto. Gummerus.
- Häyry, M. (1999). Huomioita tutkimuseetiikasta "keskitason periaatteiden" valossa. Kirjassa S. Lötjönen (toim.), *Tutkijan ammattietiikka*. Helsinki: Opetusministeriö/Tutkimuseettinen neuvottelukunta.
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3), 179-186.
- McDowell, I., & Newell, C. (1996). *Social health. measuring health: A guide to rating scales and questionnaires*. New York: Oxford University Press.
- Montorio, I., & Izal, M. (1996). The geriatric depression scale: A review of its development and utility. *International Psychogeriatrics / IPA*, 8(1), 103-112.
- O'Neil, D., Rick, I., Blake, B., Walsh, J. B., & Coakley, D. (1992). The geriatric depression scale: Rater-administered or self-administered? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, (7), 511-515.
- Peterson, D. R. (1991). Connection and disconnection of research and practice in the education of professional psychologists. *American Psychologist*, (46), 422-429.
- Pietarinen, J. (1999). Tutkijan ammattietiikan perusta. Kirjassa S. Lötjönen (toim.), *Tutkijan ammattietiikka*. (ss. 9-19). Helsinki: Opetusministeriö/Tutkimuseettinen neuvottelukunta.
- Pietilä, M., & Saarenheimo, M. (2010). *Ikäihmistien mielenterveys: Julkiset käsitykset, tavoitteet ja käytännöt*. Vanhustyön keskusliitto. Loimaa: Newprint.
- Raitasalo, R. (2007). *Mielialakysely. suomen oloihin Beckin lyhyen depressiokyselyn pohjalta kehitetty masennusoireilun ja itsetunnon kysely*. Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia. Vammala.
- Saarenheimo, M., & Pietilä, M. (2005). *Kaksin kotona. iäkkäiden omaishoitoperheiden arjen ulottuvuuksia*. Vanhustyön keskusliitto. Saarijärvi: Gummerus.
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., de la Fuente, J. R., & Grant, M. (1993). Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption--II. *Addiction* (Abingdon, England), 88(6), 791-804.

-
- Skewington, S. M., Lofty, M., & O'Connell, K. A. (2004). The world health organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of Life Research*, (13), 299-310.
- Vaarama, M., Luoma, M. L., & Ylönen, L. (2006). Ikääntyneiden toimintakyky, palvelut ja koettu elämänlaatu. Kirjassa M. Kautto (toim.), *Suomalaisten hyvinvointi* (ss. 104-136). Stakes.
- WHO (2003). WHOQOL-BREF. Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Field trial version December 1996. Kirjassa M. Rapley (toim.), *Quality of life research. A critical introduction*. London: Sage.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., ym. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49.

5. YKSILÖLLINEN MASENNUKSEN HOITOMALLI

Intervention tausta ja pääperiaatteet

Masennuksesta kärsivien ikäihmisten tukeminen noudattaa monelta osin niitä periaatteita, jotka luonnehtivat aikuisten ihmisten masennuksen hoitoa yleisestikin. Parhaisiin tuloksiin on päästy yksilöllisesti mukautetulla hoidolla, jossa yhdistyvät lääkehoidon ja psykososiaalisen hoidon edut (esim. Alexopoulos 2008; Saarenheimo & Arinen 2009). Alexopoulos (2008) on tarkastellut ikäihmisten masennuksen hoitoon tarkoitettuja yksilöllisiä hoito-ohjelmia (personalized care) ja todennut, että jatkossa tarvitaan yksityiskohtaisempia analyyseja hoidon vaikuttavuutta alentavista tekijöistä, jotka voivat liittyä asiakkaan muihin sairauksiin, sosiaaliin rajoituksiin tai palvelujärjestelmän ongelmiin. Hoito-ohjelmien tulisi yhdistää tietoa masennuksen biologiasta tietoon asiakkaan tavoista reagoida erilaisiin elämäntapahtumiin sekä ymmärrykseen asiakkaan yksilöllisistä palvelutarpeista, joihin järjestelmä ei ole toistaiseksi kyennyt vastaamaan.

Kokonaisvaltaisen hoidon edellytykset Alexopoulosen (2008) mukaan

- 1) hoitotulokseen vaikuttavien biologisten ja kliinisten tekijöiden ennakointi
- 2) iäkkään ihmisen yksilöllisiin palvelutarpeisiin vastaaminen järkevällä yhteistyöllä asianmukaisten sosiaali- ja terveystalvöjien kanssa
- 3) iäkkään ihmisen omien voimavarojen vahvistaminen, jotta hän kykenee parhaalla mahdollisella tavalla hyötymään palveluista
- 4) potilasohjauksen hyödyntäminen ja asiakkaan oman osallisuuden vahvistaminen
- 5) hoidon koordinointi ja asiakkaan muiden terveydellisten, psyykkisten ja sosiaalisten ongelmien lievittäminen
- 6) hoidon jatkuvuuden varmistaminen, masennuksen uusiutumisen ehkäisy sekä lääketieteellisten ja sosiaalisten stressitekijöiden ennakointi

MielenMuutos -masennustutkimuksessa rakennettiin interventiota varten hoitomalli, jonka oletettiin aikaisemman tutkimuksen valossa ja Vanhustyön keskusliiton aiemmista hankkeista (Pitkälä ym. 2005; Eloniemi-Sulkava ym. 2006) kertyneiden kokemusten perusteella johtavan hyvin tuloksiin masentuneiden iäkkäiden ihmisten hoidossa. Hoitomallia haluttiin testata todellisissa olosuhteissa kuntapalveluiden ympäristössä, jotta saataisiin juurruttamisen kannalta hyödyllistä tietoa. MielenMuutos -masennushanke vastaa uusimman kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman (2009) linjauksiin, joissa ikäihmiset tuodaan esiin eräänä mielenterveyden kannalta haavoittuvana kohderyhmänä ja korostetaan tarvetta kehittää juuri tälle ryhmälle sopivia palveluita.

USA:n kansallinen terveysinstituutti on kiinnittänyt huomiota iäkkäiden ihmisten masennusoireiluun, joka ei täytä varsinaisen masennustilan diagnostisia kriteereitä, mutta johon saattaa liittyä lisääntynyt vakavan masennustilan riski ja jonka seuraukset jo sellaisinaankin ovat verrattavissa varsinaisten masennustilojen seuraamuksiin (Lebowitz ym. 1997; Shaffer 2000). Lievempi masennusoireilu jää erityisen usein huomaamatta perusterveydenhuollossa ja kotihoidossa sekä myös asianosaiselta itseltään ja hänen omaisiltaan. Sen nostaminen palvelujärjestelmän asialistalle olisi merkittävä avaus sekä korjaavaan että ehkäisevään mielenterveystyöhön, etenkin kun ajatellaan väestön ikärakenne-ennusteita. Mikäli lievistä masennusoireilusta kärsii jopa 10–15 prosenttia yli 65-vuotiaista henkilöistä, asian kansanterveydellistä merkitystä ei tulisi nykyiseen tapaan ohittaa.

Lievistä masennuksesta kärsivät ikäihmiset eivät ehkä kuormita mielenterveyspalveluita vielä, koska tämän päivän vanhimmille ikäpolville avun hakeminen psyykkisistä syistä ei ole kovin luontevaa. Jatkossa vanhuusikään tulevat kuitenkin sukupolvet, jotka ovat tottuneet erittelemään psyykkistä tilannettaan ja myös odottavat saavansa palveluita siinä ilmeneviin ongelmiin. Lisäksi jo tällä hetkellä mielialaongelmista kärsivät ikäihmiset kuormittavat monien arvioiden mukaan merkittävästi perusterveydenhuollon palveluita saamatta apua psyykkisiin ongelmiinsa (esim. Beekman ym. 1997).

Monitekijäisiä hoitomalleja koskevista tutkimuksista toiminnan kulmakivinä ovat tyypillisesti olleet hoidon koordinaattori (case manager) sekä moniammatillinen yhteistyö ja yksilöllisesti mukautettu hoito. Näitä elementtejä haluttiin käyttää ja tutkia myös MielenMuutos -masennushankkeessa. Laajoissa yhdysvaltalaisissa IMPACT- ja PROSPECT -masennustutkimuksissa hoito toteutettiin osana perusterveydenhuoltoa, ja tämä tuntui järkevältä toimintatavalta myös Suomen oloissa, joissa mielenterveystyötä on enenevästi siirretty perusterveydenhuoltoon. Kohdekaupungiksi valittiin Espoo osittain sen maantieteellisen läheisyyden vuoksi ja osittain siksi, että Espoon vanhustenpalveluissa oli jo kiinnostusta ja koettua tarvetta ikäihmisten mielenterveyspalveluiden kehittämiseen.

Hoidon lähtökohdaksi määriteltiin masennuksesta kärsivän ikäihmisen yksilöllinen tuen tarve yhdistyneenä vaikuttavien hoitomuotojen osaksi tietämykseen. Avun tarvitsijan yksilöllisestä tilanteesta lähtevä tuen mukauttaminen ja palvelukokonaisuuden suunnittelu liittyvät autonomian ja asiakaslähtöisyyden periaatteisiin, joita korostetaan esimerkiksi Ikäihmisten palveluiden laatusuosituksessa (2008). Asiakaslähtöisyyttä ihannoivasta retoriikasta huolimatta ikäihmisten palvelujärjestelmä toimii usein asiantuntija- ja järjestelmävetoisesti (Eloniemi-Sulkava ym. 2006; Saarenheimo & Pietilä 2006). Palvelut annetaan 'ylhäältä alas' kaikille samanlaisina paketteina, eikä yhteistyö eri ammattikuntien tai kunnan eri palvelusektoreiden välillä ole aina kovin sujuvaa. Yhteistyön ongelmat tulivat esiin myös haastateltaessa espoolaisia sosiaali- ja terveyspalveluiden ammattilaisia ikäihmisten mielenterveyteen liittyvistä kysymyksistä (Pietilä & Saarenheimo 2010).

Ikäihmisten masennuksessa kietoutuvat toisiinsa monet mielialaan, kognitioihin ja emootioihin, fyysiseen terveydentilaan, arjen elämismaailmaan, toimintaan sekä fyysiseen ja sosiaaliseen ympäristöön liittyvät asiat. Hoidon näkökulmasta tilan mutkikkuus edellyttää ammattilaisilta valmiutta hahmottaa kokonaisuuksia ja aloittaa avun tarjoaminen joustavasti aina siitä koh-

dasta, mikä kunkin ihmisen kohdalla tarjoutuu ensisijaiseksi ”sisääntuloväyläksi”. Yksilöllisyys ei merkitse sitä, että jokaisen asiakkaan hoito noudattelisi aivan erilaisia linjoja. Tämä olisikin mahdotonta, sillä monipuolisinkaan järjestelmä ei kykene tarjoamaan kaikkia mahdollisia palveluita, vaan sen on keskityttävä parhaiten toimiviin työmuotoihin. Kyse on eräänlaisesta hienosäädöstä, jossa yksilöllisyys ilmenee ammattilaisten kyvyssä nähdä joustavasti yhteyksiä asiakkaiden tarpeiden ja palvelujärjestelmän mahdollisuuksien välillä sekä kohdata jokainen asiakas ainutkertaisena yksilönä. Toisaalta joustavaan toimintatapaan sisältyy pyrkimys kehittää palveluita vastaamaan paremmin asiakkaiden tarpeita. Toimimattomat palvelut vain kuluttavat yhteiskunnan resursseja hyödyttämättä asiakkaita.

Miksi tarvittiin erityinen hoitomalli sen sijaan, että olisi vain vahvistettu ikäihmisten pääsyä olemassa oleviin avomielenterveyspalveluihin? Yhdenvertaisuuden periaatteesta huolimatta ikäihmiset jäävät usein marginaaliin aikuisten avomielenterveyspalveluissa (esim. Bruce ym. 2004; Leinonen & Alanen 2011). Kyse ei välttämättä ole tietoisesta syrjinnästä vaan vakiintuneesta toimintatavasta, jota luonnehtivat yleiset toiseuttavat asenteet vanhoja ihmisiä kohtaan, järjestelmässä toimivien ammattilaisten gerontologisen osaamisen puute sekä ikäihmisten oma haluttomuus tai osaamattomuus hakeutua mielenterveysavun piiriin. Tällaiseen toimintatapaan ei vaikuteta nopeasti. Jo gerontologisen osaamisen lisääminen mielenterveyspalveluihin vaatii pitkäjänteistä tavoitteellista työtä, ja asenteiden muuttaminen sekä ikäihmisten omassa keskuudessa että palvelujärjestelmässä vaatii vielä suurempaa pitkäjänteisyyttä. Toisaalta perusterveydenhuollossa ja kotihoidossa olisi periaatteessa jo nykyisellään mahdollista hoitaa tehokkaasti etenkin ikäihmisten lieviä masennuksia, mikäli järjestelmä olisi viritetty sitä silmälläpitäen. Tässä tarvittaisiin ensisijaisesti lisäkoulutusta, mentorointia ja työnohjausta. Masentuneilla ikäihmisillä on lähes säännönmukaisesti myös fyysisiä sairauksia ja toimintakyvyn puutteita, mikä merkitsee tarvetta hallita kokonaistilannetta, ei vain yhtä oiretta tai sairautta.

MielenMuutos -masennusintervention toimintaperiaatteiksi kiteytyvät seuraavat

- Asiakkaan tilanteen ja tarpeiden tunteminen
- Yhteistyö asiakkaan ja ammattilaisten kesken
- Yhteistyö ja verkostoituminen asiakkaan muiden hoitotahojen kanssa
- Tuen yksilöllinen mukauttaminen
- Hoitoprosessin joustava mukautuminen asiakkaan muuttuvaan tilanteeseen
- Monipuolinen psykososiaalisten ja sosiokulttuuristen työmuotojen hyödyntäminen

Moniammatillinen ikäihmisten mielenterveystiimi

Intervention tavoitteena oli edistää siihen osallistuvien masentuneiden ikäihmisten psyykkistä hyvinvointia ja elämänlaatua, lievittää masennusoireita sekä järkevöittää heidän palveluiden käyttöönsä. Tavoitteen toteutumiseksi perustettiin moniammatillinen mielenterveystiimi perusterveydenhuollon ja vanhustenpalveluiden välimaastoon. Tiimin jäseniä olivat ikäihmisten mielenterveysohjaaja (psykiatrisen sairaanhoitaja), fysioterapeutti ja osa-aikainen psykologi. Tiimi konsultoi tarvittaessa vanhuspsykiatria.

Ikäihmisten mielenterveysohjaaja

Aikaisempien ikäihmisten palveluita ja masennuksen hoitoa koskevien tutkimusten (Unützer ym. 2003; Bruce ym. 2004; Krahn ym. 2006; Eloniemi-Sulkava ym. 2006) hyvät kokemukset perustelivat hoidon koordinaattoria mielenterveystiimin keskeisenä toimijana. Koska interventio kohdentui iäkkäisiin ihmisiin, joilla oletettiin olevan masennuksen ohella monenlaisia somaattisia vaivoja ja sairauksia, koordinaattorilta edellytettiin terveydenhuollon koulutusta. Toimeen valittiin aiemmin kotihoidossa toiminut psykiatrinen sairaanhoitaja. Hänen työnimikkeekseen tuli ikäihmisten mielenterveysohjaaja, sillä vaikka sairaanhoidollista asiantuntemusta pidettiin tärkeänä, haluttiin samalla välttää liian yksipuolista lääketieteellistä painotusta. Toiminnan haluttiin olevan monipuolista siten, että siinä limittyisivät sairaanhoidolliset ja psykososiaaliset elementit.

Mielenterveysohjaajan tehtäviksi määriteltiin asiakkaiden ajankohtaisen elämäntilanteen jäsentely, keskustelu heidän kiinnostuksen kohteistaan, tarpeistaan ja tavoitteistaan sekä palveluiden ja toimintamuotojen räätälöinti yhdessä heidän kanssaan (ks. myös taulukko 2). Tärkeänä pidettiin ohjaajan helppoa lähestyttävyyttä, joka edistäisi kontaktin syntymistä. Jokaiselle interventioon osallistuvalla annettiin jo tutkimushaastattelun yhteydessä esite, jossa kerrottiin intervention toimintatavoista ja annettiin hankkeen toimijoiden yhteystiedot. Mielenterveysohjaajan ja asiakkaan ensimmäisen tapaamisen tavoitteena oli perehtyä kunkin asiakkaan tilanteeseen mahdollisimman kokonaisvaltaisesti kuunnellen asiakkaan omia käsityksiä ja tarpeita. Ennako-oletuksena oli, että tilanteiden kirjo olisi suuri ja myös tukisuunnitelmat vaihtelisivat huomattavasti asiakkaasta toiseen.

Luotettavana keskustelukumppanina toimiminen
Psykologinen tukeminen
Asiakkaan tilanteen jäsentely yhdessä tämän kanssa
Tukisuunnitelman laatiminen yhdessä asiakkaan kanssa
Toimiminen yhdyshenkilönä asiakkaan ja palvelujärjestelmän välillä
Palveluiden ja tukien räätälöinti
Yhteistyö muiden ammattilaisen kanssa
Asiakkaan voinnin ja kuntoutumisen seuraaminen

Taulukko 2. *Ikäihmisten mielenterveysohjaajan työnkuva*

Mielenterveystyössä yksi tärkeistä ensiaskeleista liittyy toivon luomiseen. Kun ihminen kohdataan ja hänet otetaan vakavasti kaikkine ajatuksineen, tunteineen ja toiveineen, hänessä viriää toivo, että jotain on tehtävissä. Oleellista on myös tilanteen normalistaminen eli sen viestiminen, että asiakas ei ole ongelmansa kanssa yksin, vaan monet muutkin kärsivät samanlaisista tuntemuksista. Tämä voi olla ensimmäinen askel asiakkaan motivoitumisessa huolehtimaan omasta hyvinvoinnistaan. Eri ihmiset motivoituvat eri tavoin: mikä sopii yhdelle, ei ehkä tuota

toisen kanssa lainkaan tulosta. Masennus, huono toimintakyky, fyysiset sairaudet, kivut ja heikko taloudellinen tilanne muodostavat yhdistelmiä, jotka tyypillisesti heikentävät ihmisen aloitekykyä ja vaikuttavat kielteisesti hoitomotivaatioon. Masennuksen ja hoitomotivaation suhde on erityinen siksi, että masennus vaikuttaa juuri niihin psyykkisiin voimavaroihin, joita tarvittaisiin hoidon aloittamiseen ja sen edellyttämään pitkäjänteisyyteen. Ikäihmisillä saattaa myös olla lievää kognitiivista heikkenemistä, joka ilmenee toiminnanohjauksen alueella ja vaikuttaa siten suoraan motivaatioon.

Työnkuva

Ikäihmisten mielenterveysohjaajan työnkuva oli hyvin laaja ja edellytti kykyä siirtyä joustavasti tehtävästä toiseen sekä halua ja kykyä kehittää omaa toimintaa. Mielenterveystyön ammatillaiset saattavat joskus ymmärtää psyykkisen vyöhykkeen melko kapeasti. Tässä interventiossa korostettiin arjen näkökulmaa, jossa psyykkinen, sosiaalinen, käytännöllinen ja fyysinen kulkevat käsi kädessä ja muodostavat erottamattoman kokonaisuuden. Auttaminen saattoi siten käynnistyä monesta kohtaa. Työn haasteellisuutta lisäsi se, että vain osalla asiakkaista oli ”puhdas masennus”, kun taas toisilla olivat etualalla fyysiset vaivat, yksinäisyys ja erilaiset arjen ongelmat. Kaikki asiakkaat eivät myöskään kokeneet luontevaksi keskustella psyykkisistä ongelmistaan tai mielialastaan vaan pitäytyivät mieluummin arjen ongelmien käsittelyssä.

Masentuneella ikäihmisellä arjen ongelmat saavat usein toisenlaisen painoarvon kuin ihmisellä, jonka mieliala on hyvä. Masentunut kokee helposti, että sinänsä vähäiset ja muiden silmin täysin yhdentekevätkin ongelmat käyvät yli voimien ja jopa suistavat epätoivoon. Ihminen jää ikään kuin näiden hankaluuksien vangiksi, mikä laskee hänen mielialaansa edelleen. Mielenterveysohjaajan työssä masennuksen noidankehäluonteen ymmärtäminen (ks. luku 2) oli tärkeä ohjenuora.

Mielenterveysohjaajan työ oli suurelta osin jalkautuvaa. Vain harvat asiakkaat pitivät parempana tavata ohjaajaa hänen vastaanotollaan. Kotikäynnillä oli mahdollista havainnoida asiakasta omassa ympäristössään ja saada kuvaa myös perhetilanteesta sekä niistä käytännön ongelmista, jotka haittasivat asiakkaan huolehtimista omasta hyvinvoinnistaan. Lisäksi kotikäynnillä keskustelun saattoi aloittaa luontevasti vaikka kahvipöydässä tai kävelylenkillä. Ensikäynnin jälkeen yhteydenpito jatkui yksilölliseen tahtiin ja yksilöllisillä tavoilla. Joidenkin asiakkaiden luona ohjaaja kävi säännöllisesti esimerkiksi kerran viikossa; toisten kohdalla riittivät suhteellisen harvatahtiset puhelinkontaktit.

Yhtenä toimintaperiaatteena MielenMuutos -masennusinterventiossa pidettiin palveluiden ja tukimuotojen yksilöllistä mukauttamista eli räätälöintiä. Ohjaaja esitteli asiakkaille erilaisia mahdollisia palveluita ja toimintamuotoja ja kyseli näiden omista tavoitteista sekä hoitoa koskevista toiveista. Näin ohjaaja toimi palveluohjaajan tavoin yhdyshenkilönä ihmisen ja palvelujärjestelmän välillä. Asiakkaita pyrittiin ohjaamaan erilaisiin jo olemassa oleviin palveluihin ja ryhmätoimintoihin, mutta hanke myös järjesti monenlaista toimintaa asiakkailleen. Näitä toimintamuotoja esitellään myöhemmin tässä luvussa. Mielenterveysohjaaja kiinnitti huomiota myös asiakkaan ravitsemustilanteeseen ja tarvittaessa konsultoi hankkeen yhteistyö-

kumppanina toiminutta ravitsemusterapeuttia. Joillekin asiakkaille annettiin henkilökohtaista ravitsemusneuvontaa. Ohjaaja oli tukena myös erilaisten julkisten palveluiden ja etuuksien hakemisessa auttaen esimerkiksi tarvittavien lomakkeiden täyttämässä.

Jokaiselle asiakkaalle tehtiin palvelusuunnitelma, jota tarkistettiin ja muutettiin tarpeen mukaan. Ikäihmisten mielenterveysohjaajan työhön kuului voinnin seuraaminen sekä yhteistyö asiakkaan omalääkärin ja muiden tämän hoitoon osallistuvien ammattilaisten kanssa. Yhteistyötä tarjottiin erityisesti asiakkaiden omille terveyskeskuslääkäreille, sillä vastuu lääketieteellisestä hoidosta oli heillä. Käytännössä yhteistyö toteutui esimerkiksi siten, että mielenterveysohjaaja oli asiakkaan mukana lääkärin vastaanotolla tai otti puhelimitse yhteyttä lääkäriin. Lisäksi ohjaaja pystyi seuraamaan asiakkaiden tilannetta kunnan potilastietojärjestelmän avulla. Mielenterveysohjaaja ja muut tiimin jäsenet osallistuivat myös muutaman asiakkaan tilannetta koskeviin yhteistyöneuvotteluihin. Yhteistyötä tehtiin omaisten ja asiakkaan lähiverkoston kanssa silloin, kun asiakkaan kanssa oli tästä sovittu. Joidenkin asiakkaiden kohdalla esimerkiksi aikuiset lapset olivat hyvinkin aktiivisia yhteistyökumppaneita.

Ikäihmisten mielenterveysohjaaja osallistui hankkeen aikana perustyönsä lisäksi hankkeen näkyväksi tekemiseen sekä tutkimuskunnassa että laajemmin. Hän osallistui muun muassa Espoossa perustettuun yhteistyöverkoston, jonka tavoitteena oli selvittää ikäihmisten mielenterveyden juurtumisen edellytyksiä kunnassa sekä tehdä aloitteita toiminnan käynnistämiseksi. Mielenterveysohjaaja dokumentoi työtään sekä määrällisesti että laadullisesti. Määrällisen dokumentoinnin tulokset koottiin taulukoksi 3, josta ilmenevät ohjaajan tekemien käyntien ja muiden kontaktien sekä yhteistyötoimien määrät intervention aikana. Asiakaskohtaiset muihinpanot muodostavat osan tutkimuksen laadullista aineistoa.

Asiakkaan tapaamiset	418
Saattomatkat	73
Yhteydenotot asiakkaaseen	807
Asiakkaan yhteydenotot	174
Yhteydenotot yhteistyökumppaneihin	43
Yhteistyökumppaneiden yhteydenotot	17
Yhteydenotot omaisiin	10
Omaisten yhteydenotot	20
Osallistuminen asiakaskokouksiin	Viikoittain
Osallistuminen vanhuspsykiatriin konsultaatioon	Noin kerran kuukaudessa

Taulukko 3. Ikäihmisten mielenterveysohjaajan tärkeimmät työtehtävät intervention aikana

Fysioterapeutti

Liikunnan myönteinen merkitys paitsi fyysisen kunnon kohentamisessa, myös mielialan hoidossa ja masennusoireiden lievittämisessä on osoitettu monissa tutkimuksissa (luku 3). Masennus heikentää usein fyysistä toimintakykyä altistamalla esimerkiksi erilaisille tuki- ja liikuntaelinvaivoille sekä sydämen ja hengityselimistön ongelmille. Liikunnalla ja fyysisellä harjoittelulla voidaan vaikuttaa tehokkaasti iäkkään ihmisen kokonaisyhyvinvointiin. Kyse ei ole pelkästään liikuntaharrastuksiin kannustamisesta vaan myös ja ennen kaikkea arkiliikunnan ja kehontuntemuksen vahvistamisesta. Arkiliikunta voi tarkoittaa yksinkertaisimmillaan kotiaskareiden tekemistä mutta se voi olla myös vaikkapa portaiden nousemista, kaupassa käyntiä tai puutarhanhoitoa.

Fysioterapeuttien asiantuntemusta ja roolia ei ole hyödynnetty likimainkaan riittävästi mielenterveytyössä. Fysioterapeutti pääsee usein työnsä luonteen takia konkreettisesti lähelle asiakasta ja voi hyödyntää fyysistä kosketusta, millä saattaa olla merkitystä esimerkiksi keuhonkuvan kannalta ja yksinäisyyden lievittämisessä. Mielenterveystiimiin haluttiin mukaan fysioterapeutti, jolla oli kokemusta ja näkemystä ikäihmisten tukemisesta. Fysioterapeutti toimi hankkeessa aluksi kokopäiväisenä, ja toiminnan vakiinnuttua hän siirtyi puolipäiväisesti toisen MielenMuutos -osahankkeen tehtäviin.

Samoin kuin mielenterveysohjaajan, myös fysioterapeutin työnkuva oli hyvin monipuolinen ja edellytti sekä joustavuutta että aloitteellisuutta ja halua kehittää omaa työtä (ks. myös taulukko 4). Työ käsitti muun muassa yksilöllistä liiketerapiaa ja liikuntaryhmien vetämistä. Näiden ohella fysioterapeutti toimi mielenterveysohjaajan läheisenä työparina. Työparityöskentely toimi hyvin, sillä mielenterveysohjaaja kykeni arvioimaan asiakkaiden psyykkistä tilannetta ja fysioterapeutti heidän toiminnallista kapasiteettiaan. Fysioterapeutin toimenkuva jousti tarvittaessa kattamaan laajan kirjon erilaisia tehtäviä, jotka liittyivät asiakkaan käytännöllisiin tai sosiaalisiin ongelmiin. Toisinaan hän ratkoi myös asiakkaiden ravitsemuksellisia kysymyksiä. Iäkkäiden masennuksesta kärsivien asiakkaiden kanssa toimiminen edellytti kotikäyntejä ja aktiivista, motivoivaa yhteydenpitoa.

Liikuntaryhmiä kuvataan tuonnempana muun ryhmätoiminnan yhteydessä. Fysioterapeutti dokumentoi toimintaansa sekä määrällisesti että laadullisesti. Ryhmäkerroilla osallistujat arvioivat omaa mielialaansa ja sen muutoksia liikuntatuokion aikana. Fysioterapeutin laadullisia havaintoja asiakkaista ja ryhmistä käytettiin aineistona tapausselostuksissa.

Yksilöllinen arviointi, neuvonta ja liikehoito

Liikunta- ja kuntosaliryhmien vetäminen

Saattajana toimiminen

Keskustelutuen tarjoaminen

Asiakkaan avustaminen käytännön asioissa

Taulukko 4. Fysioterapeutin työnkuva interventiossa

Psykologi

Tiimissä toimi osa-aikaisena vanhenemiseen perehtynyt psykologi, jonka työpanos oli 20 prosenttia kokopäivätyöstä. Tiimin jäsenenä psykologin tehtävä oli pitää esillä masennuksen moninaista luonnetta ja terapeuttista lähestymistapaa käytännön asiakastyössä. Psykologi osallistui kerran viikossa pidettyihin asiakaskokouksiin, veti mielialan hallintaan fokuoituja keskusteluryhmiä sekä antoi yksilöllistä kognitiivisesti painottunutta psykoterapiaa. Psykologin mukanaoloa tiimissä perusteltiin interventio-psykososiaalinen painotus sekä oletus, että jotkut asiakkaista hyötyisivät tavoitteellisesta psykoterapiasta. Koska Kela ei korvaa psykoterapiaa yli 65-vuotiaille, ei voitu ajatella, että asiakkaita ohjattaisiin yksityisen sektorin psykoterapeuteille. Toisaalta kunnan depressiohoitajien ja psykiatristen sairaanhoitajien vastaanotto toiminnan tiedettiin olevan käyntimäärältään rajoitettua, eikä heidän tiedetty juuri tekevän kotikäyntejä.

Yksilöpsykoterapia

Yksilöpsykoterapiaan valikoitiin asiakkaat yhtäältä sen perusteella, että he itse toivoivat tämntyypistä työskentelyä ja toisaalta nojaten tiimin arvioon siitä, ketkä todennäköisimmin hyötyisivät terapiasta. Psykoterapiaa sai hankkeen aikana kaikkiaan kahdeksan asiakasta. Pisimmät hoitosuhteet kestivät yli vuoden ja lyhin kaksi kuukautta. Osa asiakkaista halusi käydä terapiassa hankkeen vastaanotto tiloissa, mutta osa toivoi, että työskentely tapahtuisi heidän kotonaan. Tapaamiset järjestettiin keskimäärin kerran viikossa ja kestivät tunnin.

Psykoterapia oli kognitiivisesti painottunutta, mikä liittyi yhtäältä terapeutin omaan ammatilliseen suuntautuneisuuteen ja toisaalta siihen, että kognitiivinen psykoterapia on yksi ikäihmisten kohdalla vaikuttavaksi todetuista terapiamuodoista (luku 3). Kognitiivinen terapia on joustava kehikko, joka tarjoaa monia erilaisia tekniikoita ja toimintatapoja myös fyysisesti sairaiden ja toimintakyvyltään heikkojen ikäihmisten hoidossa. Morris ja Morris (1991) luettelevat useita syitä, joiden johdosta tätä terapiamuotoa voi hyvin suositella myös ikäihmisten kanssa työskentelyyn:

- Painopiste on nykyhetkessä ja terapia keskittyy asiakkaan tämänhetkisten tarpeiden ja kuormittavien tekijöiden tarkasteluun.
- Terapiassa opitaan uusia taitoja stressin ja huolien käsittelyyn.
- Terapia on strukturoitua ja siinä käytetään runsaasti kotitehtäviä, mikä auttaa asiakasta suuntaamaan työskentelyään.
- Terapiassa harjoitellaan oman mielialan ja sen muutosten tunnistamista.
- Potilasohjaus eli psykoedukaatio kuuluu olennaisena osana terapiaan.
- Terapia on tavoitteellista.

Kognitiivisen terapian lähtökohta on teoriassa, jonka mukaan ihmisen ajattelu, tunteet ja toiminta kietoutuvat toisiinsa muodostaen masentuneella ihmisellä itseään vahvistavan noidankehän. Noidankehän murtaminen voi periaatteessa käynnistyä mistä kohdasta tahansa. Terapiassa on usein kyse epäsuotuisien ajatusmallien ja tiedon prosessoinnin sekä kielteisten

itseä ja maailmaa koskevien uskomusten kyseenalaistamisesta ja muuttamisesta, mikä puolestaan auttaa vähentämään masennusoireita ja kohentamaan mielialaa (Beck 1995; Scogin & Yon 2006).

Kognitiivisen terapian periaatteiden mukaan terapiasuhde ymmärrettiin MielenMuutos -hankkeessa yhteistyösuhteena, jolloin terapeutti ei esiintynyt asiantuntijana vaan pikemminkin eräänlaisena oppaana asiakkaan työskennellessä ongelmiansa kanssa (Saarenheimo, painossa). Terapian alussa oli yleensä neljän tapaamisen mittainen jäsentelyjakso, jonka aikana koottiin tietoa sekä ongelmien taustalla olevista tekijöistä että itse ongelmista ja muotoiltiin yhdessä terapian tavoitteet. Jäsentelyvaiheen aikana asiakas ja terapeutti tutustuvat toisiinsa ja voivat vielä pohtia sitoutumistaan työskentelyyn. Tämä on tärkeää siksikin, että tutkimusten mukaan terapeutin ja asiakkaan hyvä yhteistyösuhde ja keskinäinen ymmärrys ennustavat myönteisiä hoitotuloksia (Barber ym. 2000).

Terapiaprosessit sisälsivät asiakkaan tilanteesta ja tavoitteista riippuen sekä strukturoituja että vapaamuotoisia osuuksia. Vaikka kuuntelemisella ja vapaalla keskustelulla oli terapiassa tärkeä rooli, pelkästään niiden varaan ei haluttu jättäytyä. Joskus terapia-ammattilaiset saattavat arastella tavoitteellisten ja strukturoitujen tekniikoiden käyttöä iäkkäiden asiakkaiden kanssa pelosta, että nämä eivät kestä tai jaksa psykoterapeuttista työskentelyä. Esimerkiksi Espoossa haastatellut mielenterveyspalveluiden työntekijät kertoivat lähinnä vain kuuntelevansa iäkkäiden asiakkaidensa huolia ja "kannattelevansa" näitä jopa eräänlaisessa "ikuisuusterapiassa" (Pietilä & Saarenheimo 2010). Tässä hankkeessa lähtökohtana oli nimenomaan tavoitteellinen toiminta. Terapiassa käytettiin runsaasti erilaisia tehtäviä ja harjoituksia, joita asiakkaat saattoivat tehdä myös tapaamisten välissä.

Yksilöterapian lisäksi psykologi ohjasi hankkeen aikana kaksi mielialan hallintaan fokuoitetua ryhmää ja yhden tietoisuustaitoryhmän, joita kuvataan muun ryhmätoiminnan yhteydessä. Psykologi dokumentoi toimintaansa pitämällä päiväkirjaa terapiaistunnoista. Tapausselostukset sisältävät materiaalia terapeuttisista hoitosuhteista.

Asiakaspalaverit

Ikäihmisten mielenterveystiimi piti intervention aikana viikoittain asiakaspalavereja, joissa käsiteltiin ajankohtaisia asioita. Palavereihin osallistui myös asiakkaat haastatellut tutkimushoitaja. Ensimmäiseksi käytiin yleensä läpi uudet asiakkaat. Tutkimushoitaja kertoi taustatietoja ja haastattelussa esiin tulleita asioita, ja mikäli mielenterveysohjaaja oli ehtinyt tavata henkilön, hän kertoi omista vaikutelmistaan ja asiakkaan toivomuksista hoidon suhteen. Tämän jälkeen ryhmä keskusteli asiakkaan hoitoon ja elämäntilanteeseen liittyvistä asioista ja pohti, millaisia palveluita juuri tälle henkilölle kannattaisi ensisijaisesti tarjota. Ryhmä toimi näin mielenterveysohjaajan jatkuvana tukena hänen neuvotellessaan asiakkaiden kanssa hoidon yksityiskohdista.

Paitsi uusia asiakkaita, palaverieissa käsiteltiin joustavasti aina kullakin hetkellä ajankohtaisimpia asioita, jotka saattoivat liittyä yksittäisten asiakkaiden hoitoon, ryhmien perustamiseen ja ohjaamiseen, erilaisten asiakastapahtumien, kuten retkien tai juhlien järjestämiseen, tiimin jäsenten työnkuvaan ja työkäytäntöihin sekä tiimin keskinäiseen työnjakoon. Yksi asiakaspalaverien keskeisistä tehtävistä oli varmistaa esteetön tiedonkulku tiimin jäsenten kesken. Siten kaikilla yksittäisen asiakkaan hoitoon osallistuneilla henkilöillä oli ajantasainen tieto asiakkaan elämäntilanteesta tapahtuneista muutoksista ja hoidon edistymisestä. Tämä nähtiin välttämättömänä hoidon onnistumiselle.

Asiakaspalaverien säännöllisyys ja jokaviikkoisuus oli mahdollista tiimin pienuuden ja yhteisten työtilojen vuoksi. Isommalla tiimillä näin tiivis yhteistyö olisi todennäköisesti ollut huomattavasti hankalampaa. Tarvittaessa tiimipalaveriin pyydettiin myös muita asiakkaan hoitoon osallistuneita henkilöitä. Erikseen järjestettiin tarpeen mukaan tapaamisia, joissa oli mukana asiakkaan omaisia. Omaisten kanssa tehtiin yhteistyötä joko asiakkaan toivomuksesta tai tiimin aloitteesta silloin, kun se nähtiin hoidon kannalta hyödylliseksi. Omaistapaamisissa selviteltiin asiakkaan tilannetta ja keskusteltiin perheenjäsenten rooleista ja mahdollisuuksista tukea masentunutta perheenjäsentä.

Vanhuspsykiatrin konsultaatiot

Koska hankkeella ei ollut omaa lääkäriä, varmistettiin lääketieteellinen ja psykiatrinen asiantuntemus tekemällä yhteistyötä kokeneen vanhuspsykiatrian erikoislääkärin kanssa. Konsultaatiot olivat osin työnohjauksen luonteisia ja niitä pidettiin intervention aikana kaikkiaan 36 tuntia. Tapaamisiin osallistui koko tiimi ja niissä käsiteltiin sekä yksittäisten asiakkaiden hoitoa että yleisempiä ikäihmisten masennukseen liittyviä teemoja. Tällaisia teemoja olivat esimerkiksi ikäihmisten kaksisuuntainen mielialahäiriö, persoonallisuushäiriön ja masennuksen yhtäaikaisuus ikäihmisillä sekä iäkkäiden ihmisten masennukseen liittyvät päihdeongelmat ja niiden hoito.

Yksittäisten asiakkaiden kohdalla vanhuspsykiatrin asiantuntemusta kaivattiin erityisesti silloin, kun masennukseen liittyi muita vakavia psyykkisiä ongelmia, kuten persoonallisuusproblematiikkaa, vaikeaa ahdistuneisuutta, psykoottisuutta tai päihdeongelmia. Tapauksia käsiteltiin laajasti siten, että kaikki tiimin jäsenet esittelivät omat havaintonsa ja päätelmänsä, joita suhteutettiin vanhuspsykiatrin erityisasiantuntemukseen ja pitkään kokemukseen erilaisten asiakkaiden kanssa. Konsultaatiot olivat sekä oppimistilaisuuksia että käytännön hoitoa eteenpäin vieviä neuvotteluita. Niissä kehiteltyjen ratkaisujen pohjalta tehtiin muutoksia puheena olleiden asiakkaiden hoitosuunnitelmiin, mutta niissä saatua oppia sovellettiin jatkossa myös muiden asiakkaiden hoitoon.

Koska vanhuspsykiatrin konsultaatioita ei käsitellä enää yksityiskohtaisesti raportin tulososassa, käydään tässä yhden esimerkin avulla läpi konsultaatiotapaamisten työskentelytapaa. Kyseessä oli asiakas, joka tuli interventioon kaupungin tasapainopoliklinikan kautta. Asiakas oli hyvin vaativa ja uhkaili vaatimustensa yhteydessä itsemurhalla. Hän oli erittäin aggressiivinen, joten tiimin työntekijät tekivät kotikäynnit aina työparina. Keskustelutilanteissa asiakas teki ivallisia

huomautuksia ja toi esiin uskomuksensa, että ihmiset yleisesti ottaen ovat pahantahtoisia eivätkä halua auttaa häntä. Hän toisteli usein ajatusta, että ”ei tästä mitään hyötyä ole” tai että ”ei tämä [tukeminen] kuitenkaan pitkään jatku, vaikka luvataan”. Ivallisuutensa ja vaativuutensa takia asiakas oli joutunut hankaluuksiin kaikissa aiemmissa hoitosuhteissaan terveyskeskuslääkäristä fysioterapeutteihin. Myös MielenMuutos -hankkeen työntekijät kokivat hänet hyvin uuvuttavana. Jotta hänen uskomuksensa eivät jälleen kerran kääntyisi itsensä toteuttaviksi ennustuksiksi, päätettiin tilannetta käsitellä vanhuspsykiatrin konsultaatiossa. Asiakkaan persoonallisuusproblematiikka näytti huomattavasti hankaloittavan masennuksen hoitoa, joten aluksi päätettiin keskittyä lähinnä luottamuksen ja vuorovaikutuksen rakentamiseen asiakkaan ja hankkeen työntekijöiden välille. Hänen tarvitsevuuttaan pidettiin esillä, jotta se ei peittyisi epäsuotuisien selviytymiskeinojen, kuten ivallisuuden ja hyökkäävyyden alle. Häneen pidettiin yhteyttä ja ivallisuutta sekä epäilyjä siedettiin, mutta avoimesti loukkaaville kommenteille, selvälle aggressiivisuudelle ja eroottisävyisille lähentelyille asetettiin selkeät rajat. Asiakkaalle esiteltiin hankkeen toimintoja, joista hän lopulta valitsi fysioterapeutin yksilöllisen ohjauksen. Lisäksi hän halusi toisinaan tavata mielenterveysohjaajaa. Ivallisuus ja hyökkäävyys vähenivät selvästi intervention aikana, mutta masennusta ei päästy käsittelemään sanallisesti.

Joidenkin asiakkaiden kohdalla tehtiin yhteistyötä myös erikoissairaanhoidon vanhuspsykiatrisen poliklinikan ja sen psykiatrien kanssa. Kyseessä olivat potilaat, jotka olivat olleet vanhuspsykiatrisella osastojaksolla ja olivat erikoissairaanhoidon vanhuspsykiatrisen yksikön seurannassa. Yhden asiakkaan kohdalla tehtiin myös kohtalaisen kiinteää yhteistyötä asiakasta hoitavan yksityispsykiatrin kanssa. Yhteistyö käsitti keskusteluja lääkehoidon ja psykoterapian yhdistämisestä ja asiakkaan itsetuhoajatuksista sekä kaksi perhetapaamista asiakkaan ja hänen aikuisten lastensa kanssa. Yhteistyö osoittautui erityisen tulokselliseksi, sillä intervention aikana tämä hyvin vaikeasti masentunut asiakas tuli lähes oireettomaksi.

Psykososiaalinen ryhmätoiminta

Hankkeessa perustettiin intervention aikana erilaisia ryhmiä sen mukaan, mistä odotettiin hyviä tuloksia, millaisia mielenkiinnon kohteita asiakkaat toivat esiin ja millaista asiantuntemusta oli saatavissa. Psykososiaaliset elementit olivat keskeisiä kaikessa ryhmätoiminnassa. Vaikka toiminnallinen sisältö ja tavoitteet vaihtelivat ryhmästä toiseen, yhteisenä periaatteena oli mielihyvän, aktiivisuuden ja sosiaalisten kontaktien mahdollistaminen. Ryhmätoimintojen toivottiin osaltaan vähentävän osallistujien mielialaongelmia ja lisäävän heidän voimavarojaan.

Ryhmätoiminnalla voi jo sinällään olla myönteisiä vaikutuksia osallistujiin, koska se tuo vähintään vaihtelua arkeen. Masentuneilta ikäihmisiltä ryhmiin osallistuminen voi kuitenkin erityisesti alkuvaiheessa vaatia suuria ponnistuksia, sillä alentunut mieliala heikentää aloitteellisuutta ja saa liikkeelle lähtemisen tuntumaan vaivalloiselta tai jopa mahdottomalta. Oma koti ja sänky houkuttelevat potemaan masennusta sen sijaan, että yrittäisi pitää yllä aktiivisuutta. Masennuksesta toipumisen paradoksi onkin siinä, että toipuminen edellyttäisi ryhtymistä toimintaan, ja juuri ryhtymisen vaikeus on yksi masennuksen tunnusmerkeistä.

Myös ryhmässä oleminen ja toimiminen voi olla joillekuille hankalaa. Ryhmään tuloa saatetaan pelätä esimerkiksi oman epävarmuuden takia tai siksi, että masentuneena kanssakäyminen vieraiden ihmisten kanssa koetaan raskaaksi. Masennukseen liittyy usein sosiaalista eristämistä, mikä voimistaa jo ennestään alavireistä mielialaa. Eristäytyminen voi olla myös keino suojaautua mahdollisilta pettymyksiltä, joita ihmissuhteisiin pelätään liittyvän.

Tutkimusten perusteella näyttää siltä, että vanhuudessa myönteisen mielialan kannalta yksi keskeinen seikka on mahdollisuus säilyttää itselle ominainen ja haluttu aktiivisuuden taso riippumatta fyysisestä kunnosta ja olosuhteista (luku 3). Mikä aktiivisuuden määrä koetaan riittäväksi, vaihtelee ihmisestä ja elämäntilanteesta toiseen. Samoin vaihtelee se, millainen aktiivisuus koetaan tyydyttävänä. Joku kokee mielekkäimpänä keskustelun tai yhdessäolon läheisen ihmisen kanssa, toinen nauttii konkreettisesta tekemisestä tai fyysisestä harjoittelusta ja kolmannelle tyydytystä tuottaa osallistuminen yhteiskunnalliseen toimintaan. Siten ei voida olettaa, että yhdenlainen ryhmätoiminta sopisi kaikille ikäihmisille. Jotta toiminta olisi terapeutista, ihmisen täytyy kokea se mielekkäänä ja omaa identiteettiä tukevana.

Tässä hankkeessa psykososiaalisella ryhmätoiminnalla pyrittiin ainakin kolmenlaisiin tavoitteisiin. Yhtäältä ryhmätoiminnan ajateltiin tarjoavan masentuneille ikäihmisille mahdollisuuksia lisätä arkeensa mielihyvää. Tässä tarkoituksessa ryhmiä suunniteltiin ja toteutettiin suurelta osin asiakkailta tulleiden toiveiden mukaisesti. Toiseksi asiakkaille haluttiin mahdollistaa heitä itseään tyydyttävän aktiivisuuden tason säilyttäminen rajoissa, joita asettivat toimintakyvyn puutteet, taloudelliset ongelmat tai muuten hankalat olosuhteet. Tärkeänä elementtinä oli kuljetuksen järjestäminen ryhmiin. Yhteistyökumppaniksi saatiin yksityinen taksiryitys, josta löytyi tehtävään sopiva ja vuorovaikutustaidoiltaan erinomainen taksinkuljettaja. Näin ryhmään tulo mahdollistui niillekin asiakkaille, joiden olisi ollut mahdotonta kulkea julkisilla liikennevälineillä ja joilla ei ollut varaa omaan taksikytyyn. Kimppakuljetus koettiin hyvänä siksikin, että se motivoi asiakasta lähtemään ryhmään, vaikka hän olisi jonain kertana kokenut itsensä liian väsyneeksi tai haluttomaksi. Kuljetus tarjosi myös mahdollisuuden aloittaa kanssakäyminen muiden ryhmäläisten kanssa jo matkan aikana.

Ryhmätoiminnan kolmantena tavoitteena oli vertaistuen hyödyntäminen masennuksesta toipumisessa ja psyykkisen hyvinvoinnin ylläpitämisessä. Vertaistuella tarkoitetaan tukea, jota samankaltaisessa ja jollain tavoin ongelmallisessa elämäntilanteessa olevat ihmiset voivat antaa toisilleen jakamalla kokemuksia, keskustelemalla yhteisistä asioista ja vahvistamalla toisissaan tunnetta, että kukaan ei ole yksin ongelmiensa tai kärsimyksensä kanssa. Hankkeen ryhmätoiminta perustui vertaisuuteen ainakin sikäli, että osallistujat olivat mielialaongelmista kärsiviä yli 60-vuotiaita espoolaisia. Vaikka mielialaongelmista keskusteltiin eksplisiittisesti ja tavoitteellisesti lähinnä vain psykologin vetämissä terapeuttisissa ryhmissä, kaikki hankkeen ryhmät tarjosivat mahdollisuuksia vertaistukeen, mielihyvää tuottaviin toimintoihin ja aktiivisuuden ylläpitämiseen.

Liikuntaryhmät

Liikunnan tukemisen psykofyysisinä tavoitteina olivat liikkumiskyvyn paraneminen, kipujen lievittyminen, rentoutuminen, stressinhallinta, ruumiinkuvan eheytyminen sekä ruumiinhalinnan, vuorovaikutuksen ja itsetuntemuksen lisääntyminen. Yksilöllinen liiketerapia koostui sopivien liikkeiden ja apuvälineiden neuvonnasta, kuntosaliharjoittelusta, sauvakävelystä sekä muutosten seurannasta. Liikunnasta vastasi hankkeen fysioterapeutti.

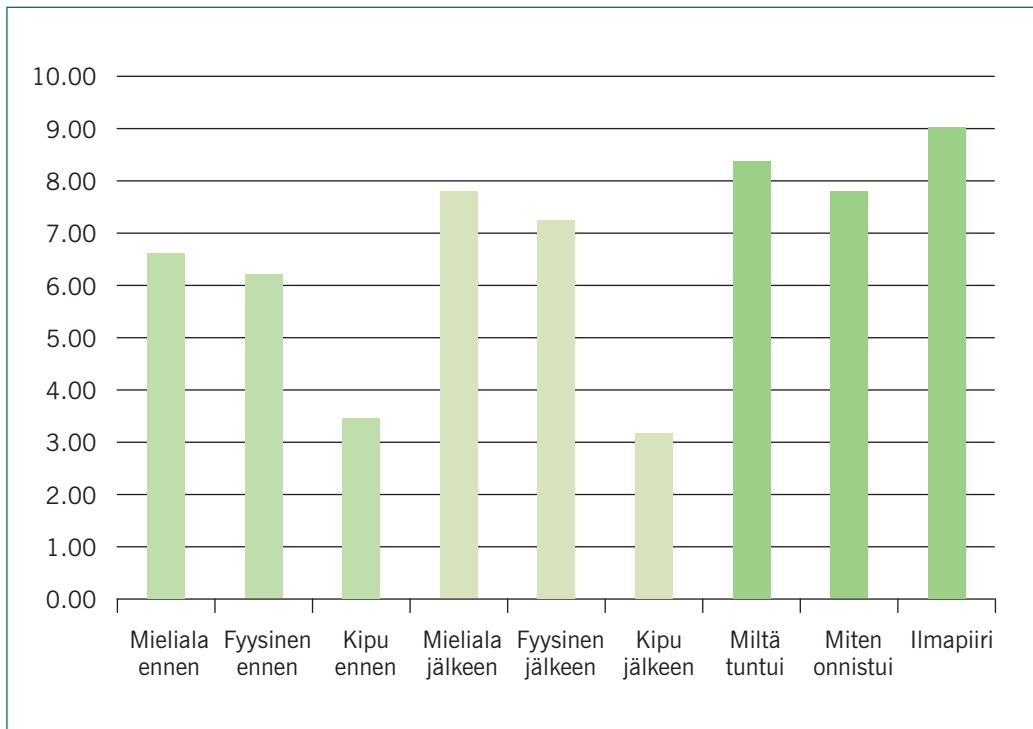
Liikuntaryhmien tavoitteiksi asetettiin ensisijaisesti vertaistuki ja liikunnan ilo. Tärkeintä oli, että osallistujien oli mukava olla ryhmissä ja että he kokivat olevansa riittävän hyviä osallistumaan toimintaan. Liikunnalliset tavoitteet tulivat vasta tämän jälkeen. Ryhmät jakaantuivat pääsisällön mukaan kuntosali-, voimistelu-, sauvakävely- ja tasapainoryhmiin. Niitä perustettiin tarpeen mukaan uusien asiakkaiden tullessa mukaan hankkeeseen, ja ne olivat luonteeltaan avoimia ja jatkuvia. Ryhmiä kokoontui neljässä paikassa, sillä toiminnan yhtenä tavoitteena oli alueellisuus, jolloin asiakkaiden tulo ryhmään olisi mahdollisimman helppoa. Saman alueen asiakkaista koostuvilla ryhmillä ajateltiin olevan myös se etu, että ne tutustuttaisivat lähekkäin asuvia osallistujia toisiinsa ja mahdollistaisivat vapaamuotoista yhteydenpitoa hankkeen ulkopuolella.

Masennusintervention aikana järjestetyt liikuntaryhmät olivat kuntosaliryhmiä, voimisteluryhmiä, sauvakävelyryhmiä ja tasapainoryhmiä. Lisäksi järjestettiin joogaryhmä ja tanssiliikuntaryhmä. Ryhmäkokoontumiset pidettiin viikon tai kahden välein. Ryhmien alkuperäinen koko vaihteli, minkä lisäksi osanottajien määrä vaihteli eri kerroilla. Poissaolot ryhmistä johtuivat joko käytännöllisistä esteistä (esimerkiksi päällekkäisistä menoista) tai siitä, että ryhmässä olemisen sinällään koettiin vaikeaksi. Kussakin ryhmässä kävi keskimäärin 10 asiakasta 10 kertaa, mutta tässä oli suurta vaihtelua, sillä jotkut ryhmät jatkuivat pitkään ottaen uusia osanottajia sitä mukaa kun hankkeeseen tuli uusia asiakkaita.

Ryhmissä oli yleensä aluksi sekä sosiaalista että fyysistä jäykkyyttä, jotka lievenivät ajan mittaan tutustumisen, ryhmäytymisen ja kunnon kohenemisen myötä. Joskus osallistujat ryhmäytyivät niin hyvin, että he tapasivat toisiaan myös ryhmän ulkopuolella. Yhden ryhmän osallistujat esimerkiksi kävivät yhdessä ostoksilla. Toisen ryhmän jäsenet olivat tyytyväisiä voidessaan jatkaa liikuntaa hankkeen jälkeen samassa kaupungin päiväkuntoutusryhmässä. Jotkut ryhmäläiset ystävästyivät keskenään ja jatkoivat kahden- tai useammanvälistä yhteydenpitoa hankkeen päätyttyä.

Ryhmien kokoonpano vaikutti merkittävästi niiden toimivuuteen ja terapeuttisuuteen, sillä esimerkiksi sosiaalisuus ja huumori kevensivät ilmapiiriä. Erityisesti nuoremmat ja parempikuntoiset osallistujat hyötyivät ryhmistä sekä liikunnallisesti että sosiaalisesti. Muutamalle vanhimmalle ja monista sairauksista kärsivälle ryhmäläiselle liikunta oli vaikeaa, mutta he jatkoivat ryhmissään tästä huolimatta. Osallistujien liikunnalliset ja sosiaaliset erot eivät juuri luoneet jännitteitä ryhmiin. Ryhmissä käsiteltiin myös muita asioita kuin liikuntaa. Keskustelut muotoutuivat yleensä spontaanisti osallistujien kiinnostusten mukaan, ja toisinaan vetäjä esimerkiksi loppurentoutumisen aikana luki ääneen yleisesti mielenkiintoisia lehtiartikkeleita.

Osallistujien mielialaa ja kokemuksia ryhmästä kartoitettiin pyytämällä heitä täyttämään hanketta varten laadittu VAS -asteikko (visual analogue scale) ryhmätunnin alussa ja lopussa. Tunnin alussa lomakkeella arvioitiin kymmenportaisella asteikolla mielialaa, tämänhetkistä fyysistä oloa ja kipukokemuksia. Tunnin lopussa lomakkeella arvioitiin näiden lisäksi harjoittelun miellyttävyyttä, harjoittelun onnistumista sekä ryhmän ilmapiiriä. Asteikon alkupään numero nolla merkitsi huonoa tilannetta ja loppupään numero 10 erittäin hyvää tilannetta. Mielialan, fyysisen olon ja kipukokemusten muutoksista laskettiin keskiarvot. Sekä mielialassa että fyysisessä olossa tapahtui harjoittelun aikana myönteisiä muutoksia, ja kipujen koettiin helpottaneen jonkin verran. Ryhmän ilmapiiriä arvioitiin keskimäärin varsin hyväksi (keskiarvo 9), ja osallistujat kokivat harjoittelun enimmäkseen positiivisena ja arvelivat onnistuneensa siinä kohtalaisen hyvin. (Ks. kuvio 3.)



Kuvio 3. Osallistujien ryhmäkokemuksia

Lauluryhmät

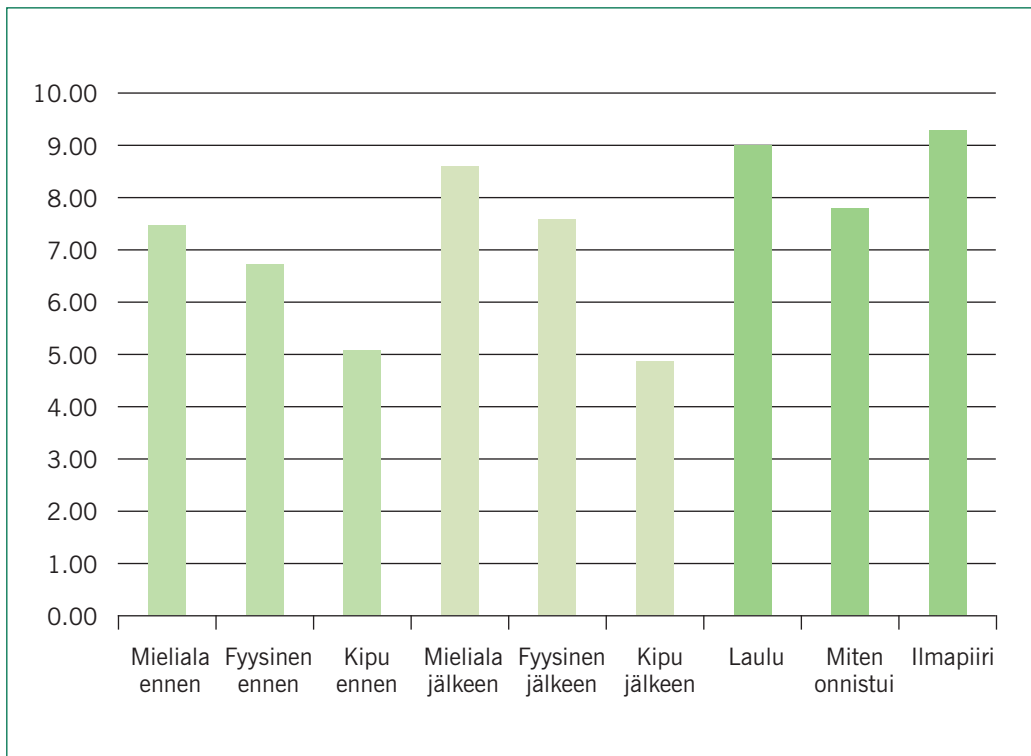
Liikuntaryhmien kanssa lähes samanaikaisesti käynnistettiin lauluryhmiä, sillä musiikin myönteiset vaikutukset psyykkiseen hyvinvointiin olivat tiedossa aikaisempien tutkimusten perusteella (luku 3). Laulaminen on monella tavoin aktiivista toimintaa: se on fysiologista (esimerkiksi hengitys, hormonaaliset ja aivojen välittäjäaineiden tapahtumat), kehollista (esimerkiksi ryhti, kurkunpää), kognitiivista (esimerkiksi tarkkaavaisuus, ennakointi, sanojen ja sävelmien muistaminen), emotionaalista (muistot ja odotukset) ja sosiaalista (yhteys toisiin ihmisiin).

Tutkimuksissa erityisesti ihmiset, jotka arvioivat psyykkisen vointinsa heikoksi, ovat kokeneet yhdessä laulamisen edistävän hyvinvointiaan. Kun hankkeen toisessa interventiossa haluttiin hyödyntää laulua myös muistisairaiden ihmisten hoidossa, hanke solmi yhteistyösopimuksen organisaation kanssa, josta saatiin sekä valmennusta laulun käyttöön muistisairaiden parissa työskenteleville ammattilaisille että lauluryhmien vetäjiä masentuneille ikäihmisille.

Intervention aikana järjestettiin kaikkiaan viisi lauluryhmää, jotka kokoontuivat seitsemästä yhdeksään kertaa pääsääntöisesti viikoittain. Ryhmissä oli alun perin seitsemästä yhdeksään osallistujaa, ja puolitoistatuntisiin tapaamisiin osallistui kerrallaan kahdesta yhdeksään asiakasta (keskiarvo 5,7). Pääperiaatteena oli, että jokainen osallistumishaluinen asiakas saisi mahdollisuuden laulamiseen ainakin yhden ryhmäprosessin ajan. Kaikki asiakkaat eivät halunneet osallistua lainkaan, ja muutamat osallistuivat kahteen ryhmään. Näin tapahtui sellaisten asiakkaiden kohdalla, joille musiikki ja erityisesti laulaminen näyttivät olevan tapoja ilmaista tai kokea jotain sellaista, mikä muuten jäi heidän elämässään sivuun. Näille asiakkailla masennuksesta keskustelu ei ollut luontevaa, mutta laulun kautta he näyttivät saavan yhteyden tunteisiinsa, mikä on tärkeä masennuksen hoidon elementti.

Ryhmiä toiminta perustui LauluAvain® -menetelmään, jonka pohjana on tutkimustieto ja pitkäaikainen kokemus siitä, että jokainen voi ikään tai osaamiseen katsomatta laulaa ja kehittää laulutaitoaan (Numminen 2005; www.lauluavain.fi). Menetelmän keskeisiä työkaluja ovat liikkeiden, mielikuvatehtävien ja kontaktiharjoitusten liittäminen laulamiseen sekä pyrkimys suorituspaineteettomaan ja leppoisaan ilmapiiriin, mikä jo sinällään rentouttaa ja tuottaa hyvää oloa. Osallistujilla oli käytössään myös laulumoniste, jonka tekstit olivat isolla kirjaskoolla, joten sanoista oli helppo saada selvää. Vetäjä säesti lauluja yleensä pianolla, mutta välillä laulettiin myös ilman säestystä. Mielenterveysohjaaja osallistui joitakin kertoja ryhmien kokoontumisiin.

Samoin kuin liikuntaryhmissä, myös lauluryhmissä osallistujat arvioivat jokaisen tapaamisen aluksi ja lopuksi tuntemuksiaan ja kokemuksiaan lauluryhmistä merkitsemällä ne rastilla VAS (visual analogue scale) -asteikon viivastolle. Arviointi koski seuraavia asioita: tämän hetkinen mieliala ja fyysinen olo, kipukokemukset, miltä laulaminen tuntui, miten osallistuja mielestään onnistui laulamissa, ja millainen oli ryhmän ilmapiiri. Vetäjä tai mielenterveysohjaaja auttoi osallistujia tarpeen mukaan arvioinnin tekemisessä, koska joidenkin oli vaikea esimerkiksi hahmottaa viivaa. Keskimääräiset muutokset osallistujien mielialassa ja fyysisessä olossa olivat samaa luokkaa kuin liikuntaryhmissä ja ilmapiiriä sekä omaa onnistumista laulamissa arvioitiin myönteisesti. (Ks. kuvio 4.)



Kuvio 4. Osallistujien ryhmäkokemuksia

Lauettaessa osallistujien tunteet pääsivät herkästi valloilleen, kun tutut laulut herättivät muistoja. Joskus osallistuja herkistyi kyyneliin asti, ja laulaminen tuotti myös iloa ja naurua. Laulujen sävelasteikko näkyi joskus osallistujien kehonkielessäkin, kun he mollissa usein ikään kuin painuivat kasaan ja duurissa reipastuivat. Laulaminen tutustutti ihmisiä toisiinsa ja poisti estoja esimerkiksi lauettaessa vierustoverin kanssa käsikynkässä. Osa ryhmäläisistä myös keskusteli vilkkaasti laulujen merkityksistä ja niiden herättämistä tunteista, kun taas toiset olivat laulamista lukuun ottamatta hiljaisia. Juttelulle, laulujen herättämille muistoille ja kertomuksille annettiin aina aikaa. Yhden lauluryhmän osanottajat kuvasivat laulamisen vaikutuksia mielialaansa seuraavasti: ”Huolet haihtuivat tuhkana tuuleen”, ”antoi uskoa siihen, että vanhanakin on elämää”, ”hoiti mieltäni” ja ”antoi iloa ja riemua päivääni”.

Eri ryhmäkerroilla saattoi poissaoloista johtuen olla mukana hieman eri ihmisiä, mikä ehkä joskus vaikutti ryhmädynamiikkaan ja tunnelmaan. Toisaalta moni asiakas oli hyvin uskollinen osallistuja. Ryhmä koostuu aina erilaisista yksilöistä ja jokainen ryhmä on erilainen, vaikka olisikin enemmän kuin osiensa summa. Kaiken kaikkiaan osallistajat olivat hyvin sitoutuneita ryhmätoimintaan ja pitivät sitä suuressa arvossa. Poissaolot johtuivat yleensä muista päällekkäisistä menoista, mutta aina poissaolojen syyt eivät selvinneet. Useimmiten ryhmien vetäjä koki tunnelman myönteiseksi, iloiseksi ja innostuneeksi. Ryhmän vetäjä piti myös tutkimuspäiväkirjaa, johon hän kirjasi jokaisen kokoontumisen kulun sekä koko ryhmää koskevat omat arvionsa vuorovaikutuksesta ja tunneilmastosta sekä omakohtaiset tuntemuksensa.

Taideryhmät

Hanna-Liisa Liikanen (2004) on tutkinut kulttuuristen työmuotojen käyttöä vanhustyössä ja toteaa, että taiteessa ja kulttuuri-toiminnassa on paljon elementtejä, jotka kantavat arkeamme. Yksi yhtymäkohta liittyy terveyteen ja hyvinvointiin. Taiteen ja sosiokulttuuristen työmuotojen käytöstä ikäihmisten palveluissa puhutaan nykyään paljon, mutta käytännössä tällä alueella on paljon kehitettävää. Mielen terveytyksessä taideterapia on jo suhteellisen vakiintunut hoitomuoto, vaikka sitä ei iäkkäiden ihmisten psyykkisten ongelmien hoidossa hyödynnetä vielä kovin laajasti.

MielenMuutos -masennusinterventiossa virike taidetoiminnan käynnistämiseen tuli havainnoista, joita mielen terveysohjaaja teki asiakaskotikäynneillä. Useilla asiakkailla oli elämänsä aikana ollut taideharrastuksia, ja heidän töitään oli esillä kodeissa. Joillakin harrastus jatkui edelleen, mutta toisilla se oli hiipunut joko toimintakyvyn laskiessa tai kenties masennukseen liittyvän yleisen kiinnostuksen ja elämänhalun vähenemisen myötä. Koska tutkimusten mukaan luova toiminta voi merkittäväällä tavalla auttaa iäkästäkin ihmistä ylläpitämään ja kohentamaan omaa hyvinvointiaan ja vieläpä korjaamaan jo syntyneitä ongelmia (Weisberg & Wilder 2001; Renz 2002; Cohen 2005; Nainis ym. 2006), päätettiin asiakkaille tarjota mahdollisuutta elvyttää aikaisempaa taideharrastustaan tai aloittaa kokonaan uusi harrastus hankkeen taidetoimintaryhmässä.

Ryhmiä veti kokenut taideterapeutti, joka ei ollut aiemmin ohjannut ikäihmisten ryhmiä mutta jota asia kiinnosti. Hänen lähtökohtansa oli ekspressiivisessä taideterapiassa, jossa korostetaan taiteen tekemisen prosessia ja aistimista. Ongelmien sijaan terapiassa keskitytään tekemiseen. Toiminnassa painottuu mahdollisuus löytää uusia näkökulmia ja ratkaisuja elämään luovuuden ja taiteen kautta. Taidetyöskentelyn esteettinen elämys toimii elämän vahvistajana ja rikastuttajana. Ihmisen ei tarvitse olla taiteellisesti lahjakas tai taitava voidakseen työstää asioitaan luovan toiminnan avulla. Lähtökohtana on ihminen sellaisenaan hyvänä ja riittävänä. Työskentelyssä painotetaan taitavuuden sijaan herkkyyttä ja halua kokeilla ja tutkia. Taidetyöskentely aktivoi ihmisen luontaisia ilmaisutaitoja, elvyttää mielikuvitusta ja lisää läsnäoloa hetkessä. Syntyneitä töitä ei arvioida vaan niihin suhtaudutaan arvostavalla kiinnostuksella. Olennaista on ihmisen oma kokemus. Tavoitteena on myös taiteen ja luovuuden siirtyminen osaksi ihmisen jokapäiväistä elämää: esimerkiksi värit ja esineasetelmat ovat arjen estetiikkaa kotona. (Knill ym. 2005; Rankanen ym. 2007.)

Taideryhmien osanottajat valikoituivat siten, että mielen terveysohjaaja esitteli mahdollisuutta asiakkaille, joiden hän ounasteli saattavan kiinnostua ryhmästä. Lähtökohtana oli esimerkiksi asiakkaan aikaisempi taideharrastus tai havainto, että asiakkaan oli vaikea ilmaista sanallisesti masennukseen liittyviä tunteita. Taideterapia sinänsä ei automaattisesti auta ihmistä, joka on harrastanut taidetta. Joillekin aikaisempi harrastus voi olla jopa este vapaalle tunteilmaiselle. Esimerkiksi hankkeen asiakas, joka oli taiteilijana ollut lähes ammattilainen, ei halunnut osallistua ryhmään. On mahdollista, että tämäntyyppinen toiminta ei tuo tyydytystä henkilölle, jonka tavoitteet liittyvät taiteen tekemiseen ja sen lopputuloksiin pikemmin kuin oman luovuuden tutkimiseen ja ilmaisun vapauttamiseen lopputuloksesta välittämättä. Taidetyöskentelyn kautta voi toisaalta löytää uuden tavan toteuttaa aiempaa luovaa harrastusta.

Taideterapeutti haastatteli ryhmäläiset ennen varsinaisen toiminnan käynnistymistä. Ryhmiä järjestettiin kolme ja ne kokoontuivat yhdeksästä kymmeneen kertaa viikon välein. Osallistujia oli alun perin viidestä kahdeksaan, ja tapaamisiin osallistui kerrasta riippuen kahdesta kahdeksaan asiakasta (keskiaarvo 3,5). Terapeutin tärkein tavoite oli hyvän, ilmaisulle avoimen ilmapiirin luominen, jossa oltaisiin ”tässä ja nyt”. Hyväksyvä ilmapiiri rentouttaa, vapauttaa luovuutta ja ehkäisee ”ei-osaamista”, joka usein vaivaa masentuneiden lisäksi taidetyöskentelyyn tottumattomia ihmisiä. Masennukseen liittyvä itsekritiikki voi näkyä suhteessa omaan kuvalliseen ilmaisuun, mutta ilmaisun ilo ja onnistuminen kohentavat itsetuntoa. Taidetyöskentelyssä keskittyminen tekemiseen sekä aistien ja mielikuvituksen herättelemiseen auttaa masentunutta ihmistä katkaisemaan kielteisten ajatusten kierteen. Myös keskustelu toisten kanssa vapautuu, koska siihen ei kohdistu niin suurta painetta tehtäessä samalla jotain muuta.

Ryhmissä käytettiin erilaisia tutustumisen ja työskentelyn menetelmiä riippuen ohjaajan valinnoista ja ryhmäläisten mieltymyksistä. Tutustumisen ja senhetkisistä tunnelmista kertomisen apuvälineinä toimivat erilaiset virikemateriaalit, kuten kuvat, värikkäät esineet ja kiertävän kuvan täydentäminen. Taustalla soi usein musiikki. Joskus tehtiin myös mielikuva- tai keho-
rentoutusta. Taidetyöskentelyn tekniikoita olivat piirtäminen ja maalaaminen, kollaasi, savytyö sekä silkkipaperimosaiikki. Ryhmissä toteutettiin myös luovaa kirjoittamista omia tunnelmia kuvaavien lyhyiden runojen ja lorujen muodossa. Samalla keskusteltiin töistä ja omasta elämästä. Usein muisteltiin menneitä aikoja, lapsuutta ja nuoruutta. Kokoontumisten lopuksi katsottiin kaikkien työt niitä arvostelematta. Viimeisellä kokoontumiskerralla ryhmät vierailivat taidenäyttelyissä, mikä oli osallistujille tärkeää kokemuksellisesti ja myös siksi, että ilman ryhmää he tuskin olisivat tulleet näyttelyihin lähteneeksi. Hankkeen joulujuhlassa järjestettiin yhden ryhmän töiden näyttely.

Osallistajat olivat yleisesti ottaen tyytyväisiä ryhmiin sekä taideanniltaan että sosiaalisilta suhteiltaan. Pienissä ryhmissä vetäjän oli helpompi ottaa huomioon sekä ryhmän että yksittäisten jäsenten toiveet, mitä myös osallistajat arvostivat. Vertaistuen merkitys taideryhmässä saattaa olla muita ryhmiä ongelmallisempi, sillä taiteen tekemiseen liitetään perinteisesti odotuksia teknisestä osaamisesta, luovuudesta ja taiteellisuudesta. Esimerkiksi lapsuudenaikainen luokittelu hyväksi tai huonoksi piirtäjäksi saattaa seurata ihmistä vanhuusikään saakka. Ilmaisua korostavissa ryhmissä omaa tekemistä myös helposti verrataan toisten tekemiseen, mikä voi muodostua itsetunnon kannalta hankalaksi niille, jotka eivät koe olevansa riittävän hyviä ja taiteellisia. Ohjaajan hyväksyvä ja arvostava asenne usein lieventää ongelmaa, mutta myös tilaratkaisuilla voidaan vaikuttaa asiaan. Hyvä tila sallii sekä vuorovaikutusta että mahdollisuuksia vetäytyä omaan rauhaan työskentelemään. Tässä tapauksessa taidetoiminta toteutettiin kaupungin palvelukeskuksen tiloissa, jotka olivat yleisesti ottaen sopivat, mutta rauhallisen yksilötyöskentelyn mahdollisuudet olivat niissä jokseenkin niukat. Esteettisemmät tilat olisivat myös jo sinällään virittäneet taidetyöskentelyyn.

Taidetoiminta muodostui kehitysprosessiksi paitsi osallistujille, myös toiminnan vetäjälle, sillä hänen ryhmissä tekemänsä havainnot loivat pohjaa seuraaville prosesseille. Ryhmien vetäjä huomasi esimerkiksi, että toiminnan selkeä rakenne ja konkreettinen työskentely olivat tärkeitä masennuksesta kärsiville iäkkäille, sillä ne tuottivat heille turvallisuutta ja vähensivät heidän kokemustaan osaamattomuudesta. Iäkkäiden ihmisten kanssa huomioon otettavia erityisky-symyksiä olivat myös muistamattomuus ja fyysiset rajoitukset (esimerkiksi heikot käsivoimat). Vastaisuudessa terapeutti keskittyisi enemmän tekniikoihin, jotka kaikki ryhmäläiset voisivat hallita. Tällaisia tekniikoita ovat esimerkiksi nestemäisillä peiteväreillä, akryyliyväreillä ja sormiväreillä maalaaminen nyt käytettyjen vesivärien sijaan. Mielenkiintoinen työskentelymuoto olisi osallistujien omien valokuvien käyttö tekemisen lähtökohtana.

Terapeuttiset ryhmät

Hankkeen psykologi ohjasi kaksi mielialan hallintaan fokuoitetua ryhmää ja yhden tietoisuus-taitoryhmän. Ensinn mainittuihin osallistui neljä ja kuusi asiakasta ja tietoisuustaitoryhmään viisi asiakasta, joista neljä oli myös yksilöterapiassa.

Mielialan hallintaan keskittyvissä ryhmissä hyödynnettiin valikoiduin osin Koffertin ja Kuusen Depressiokoulumenetelmää (2007), jota täydennettiin eräillä kognitiivisen psykoterapian tekniikoilla sekä tietoisuustaitoharjoituksilla. Ryhmissä opeteltiin seuraamaan omaa mielialaa, tunnistamaan mielialaan vaikuttavia ulkoisia ja sisäisiä tekijöitä, tunnistamaan ajatusten, tunteiden ja toiminnan keskinäisiä yhteyksiä sekä kyseenalaistamaan itseään ja maailmaan liittyviä kielteisiä uskomuksia. Lisäksi tavoitteena oli lisätä arkeen mielihyvää tuottavia toimintoja sekä oppia katkaisemaan kielteisen ajattelun ja ongelmien vatkomisen kehii.

Mielialan hallintaan fokuoitetut ryhmät kokoontuivat viikon välein kymmenen kertaa puolen-toista tunnin mittaisiin istuntoihin ja niissä noudatettiin soveltaen seuraavaa ohjelmaraunkoa:

1. kerta: Mitä masennus on: tutustuminen masennuksen biologiaan ja psykologiaan sekä sen noidankehäluonteeseen
2. kerta: Kuinka ajatukset, tunteet ja toiminta kietoutuvat toisiinsa ja vaikuttavat mielialaan
3. kerta: Mielialaan vaikuttaminen lisäämällä mielihyvää tuottavia toimintoja arkeen ja ylläpitämällä haluttua aktiivisuuden tasoa
4. kerta: Ajatusten ja kielteisten uskomusten kanssa työskentely
5. kerta: Sosiaaliset suhteet, vuorovaikutus ja sosiaalinen tuki
6. kerta: Oman elämäntilanteen hyväksyminen
7. kerta: Arvot ja elämän kantava pohja
8. kerta: Ongelmanratkaisutaidot
9. kerta: Masennuksen varomerkkien tunnistaminen ja uusien masennuskausien ehkäiseminen
10. kerta: Tulevaisuuden suunnitelmat ja oma työkalupakki

Ohjelmarunkoa noudatettiin ryhmissä väljästi ja tilaa annettiin runsaasti myös osallistujien keskinäiselle ajatusten vaihdolle. Ryhmäläiset saivat myös kotitehtäviä. Esimerkiksi mielialaa seurattiin tarkoitusta varten laaditun lomakepäiväkirjan avulla (Koffert & Kuusi 2007) samoin kuin päivittäisiä ja viikoittaisia toimia. Sosiaalisia suhteita tarkasteltaessa ryhmäläiset laativat kartat omista sosiaalisista verkostoistaan. Kotitehtäviä käytiin ryhmäistunnossa läpi yhdessä keskustellen.

Tietoisuustaitoryhmä kokoontui viikon välein kahdeksan kertaa ja siihen osallistui viisi henkilöä. Ryhmätapaamiset kestivät kerrallaan tunnista puoleentoista tuntiin. Tietoisuustaitoharjoittelu perustuu ikivanhoihin itämaisiiin meditaatiomenetelmiin, ja sen perusajatuksena on tuleminen tietoiseksi nykyhetkestä ja siinä tarjolla olevista vaihtoehdoista. Tietoiseksi läsnäoloksi kutsutaan nykyhetkeen kiinnittävää, mihinkään takertumatonta tietoisuuden tilaa, joka kaihtaa erittelyä ja arvostelua ja jossa jokainen mieleen tuleva ajatus, tunne, havainto tai tuntemus otetaan vastaan ja hyväksytään sellaisenaan. (Kabat-Zinn 2004.)

Tietoisuustaitoharjoittelu kehittää mielen tarkkaavuutta, tyyneyttä ja hyväksyvää asennetta sekä omaa elämäntilannetta että muita ihmisiä kohtaan. Se auttaa parhaimmillaan myös sietämään erilaisia sisäisiä yllykkeitä ja esimerkiksi tulemaan toimeen kipujen kanssa. Williamsin ja kumppanien (2009) mukaan ihminen voi tietoista läsnäoloa kehittämällä muun muassa oppia näkemään ajatukset pelkkinä ajatuksina sen sijaan että ottaisi ne kirjaimellisesti. Williamsin ryhmä (2009) on kehittänyt kahdeksan viikon tietoisuustaito-ohjelman, jota voi soveltaa sekä yksilöllisesti että ryhmässä. Ohjelma perustuu ohjattuihin harjoituksiin ja niiden säännölliseen päivittäiseen toistamiseen kotioloissa. Säännöllisyys on tietoisuustaidon tärkeä elementti.

Tietoisuustaitoharjoitukset ovat melko yksinkertaisia tarkkaavuusharjoitteita, joissa mieli ohjataan tietoisien aikomuksen avulla tunnistamaan jatkuvasti esiin pulpahtavia ajatuksia, tunteita ja aistimuksia. Keskeinen tarkkaamisen kohde on hengitys, mutta harjoitteissa voidaan keskittyä myös vaikkapa kehon tuntemuksiin tai ulkomaailmasta tarjoutuviin aistimuksiin. Harjoitukset tehdään istuen, seisten tai maaten. Ikäihmisten ryhmässä luontevimmiksi osoittautuivat istuma-asennossa tehdyt harjoitukset. Tietoisuustaitoharjoittelua on käytetty viime vuosina erityisesti uusiutuvan sitkeän masennuksen hoidossa ja siitä on raportoitu hyviä hoitotuloksia (Teasdale ym. 2000, Segal ym. 2010). Iäkkäiden ihmisten kohdalla harjoittelu saa lisämerkityksiä kognitiivisista ikämuutoksista. Harjoitukset kohdistuvat keskeisesti niihin tarkkaavaisuuden ulottuvuuksiin, jotka ikääntyessä ensimmäisinä heikkenevät. Masennuksen yhteydessä tietoisuustaitoharjoittelun on havaittu vähentävän kielteisten ajatusten pakonomaista märehtimistä sekä auttavan ihmistä sietämään epämukavuutta vaipumatta epätoivoon. Nämä taidot voivat olla ratkaisevia myös iäkkään ihmisen elämänlaadun kannalta.

Hankkeessa käytetty kahdeksan viikon harjoitteluohjelma perustui väljästi Williamsin ja kumppanien (2009) kehittämään MBCT -masennuksenhoito-ohjelmaan Seuraavassa luetellaan ryhmäkertojen teemat ja käytetyt harjoitukset:

1. kerta: Keskittyminen. Harjoitus: Hengityksen tarkkaaminen
2. kerta: Tietoinen läsnäolo ja hyväksyminen. Harjoitus: Hengityksen tarkkaaminen ja mielen sisältöjen huomiointi niihin takertumatta.
3. kerta: Tietoinen läsnäolo kehossa. Harjoitus: Kehomeditaatio
4. kerta: Tyyneys ja epämukavuuden sietäminen. Harjoitus: Mielikuvaharjoitus
5. kerta: Myötätunnon merkitys elämässä. Harjoitus: Myötätuntoharjoitus
6. kerta: Omien tunteiden hyväksyminen. Harjoitus: Hengityksen tarkkaaminen ja tunteiden huomiointi
7. kerta: Hyväksyvä tietoinen läsnäolo arjessa.
Harjoitus: Jonkin arjen asian tekeminen tietoisesti
8. kerta: Loppukeskustelu. Harjoitus: Ryhmän valitsema

Ystäväpiiri

Ystäväpiiri – yhdessä elämyksiä arkeen on psykososiaalisen ryhmätoiminnan muoto, joka on tarkoitettu yksinäisyyttä kokeville ikäihmisille. Toiminta kehitettiin alun perin Vanhustyön keskusliiton Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishankkeessa (Pitkälä ym. 2005), ja Ystäväpiiri -ryhmiä toimii tällä hetkellä kymmenillä paikkakunnilla. Ryhmien vetäjiä on koulutettu runsaasti. Kyseessä on suljettu tavoitteellinen ryhmä, jonka tavoitteita ovat yksinäisyyden tunteen lievittyminen ja ystäväystyminen ryhmässä. Tätä kautta tuetaan yksinäisten ikäihmisten toimintakykyä ja hyvinvointia. (Jansson 2009.)

MielenMuutos -masennusintervention mielenterveysohjaaja ja fysioterapeutti osallistuivat hankkeen aikana Ystäväpiiri-koulutukseen ja osana koulutusta ohjasivat yhden Ystäväpiiri-ryhmän. Ystäväpiirissä kokoonnuttiin torjumaan yksinäisyyttä kahvittelun, keskustelun, retkeilyn ja askartelun keinoin. Ryhmä tapasi mallin mukaisesti 12 kertaa viikon välein. Tapaamisiin osallistui kahdesta kuuteen asiakasta (keskiarvo 4). Poissaolot johtuivat sairastumisista, kuntoutuksesta, jaksamattomuudesta tai haluttomuudesta osallistua ryhmätoimintaan. Erään ryhmän aloittaneen henkilön ongelmana oli kadonnut kuulolaite, minkä vuoksi hän ei voinut jatkaa osallistumista.

Ensimmäinen Ystäväpiirikerta aloitettiin kertomalla omasta elämänhistoriasta kahvinjuonnin lomassa. Tästä siirryttiin tutustumisleikkiin, jossa lankakerän heittäly muodosti verkoston ryhmäläisten välille. Ohjaajat kertoivat Ystäväpiiristä ja sen tavoitteista: mitä yksinäisyys voi olla ja miten ryhmässä pyritään sen lievittämiseen. Ryhmäläiset eivät itse ilmaisseet erityisiä toiveita tai odotuksia ryhmälle. Keskustelun jälkeen laulettiin ja harrastettiin taukoliikuntaa. Ilmapiiri oli avoin, ja ryhmäläiset kertoivat nauttineensa keskustelusta.

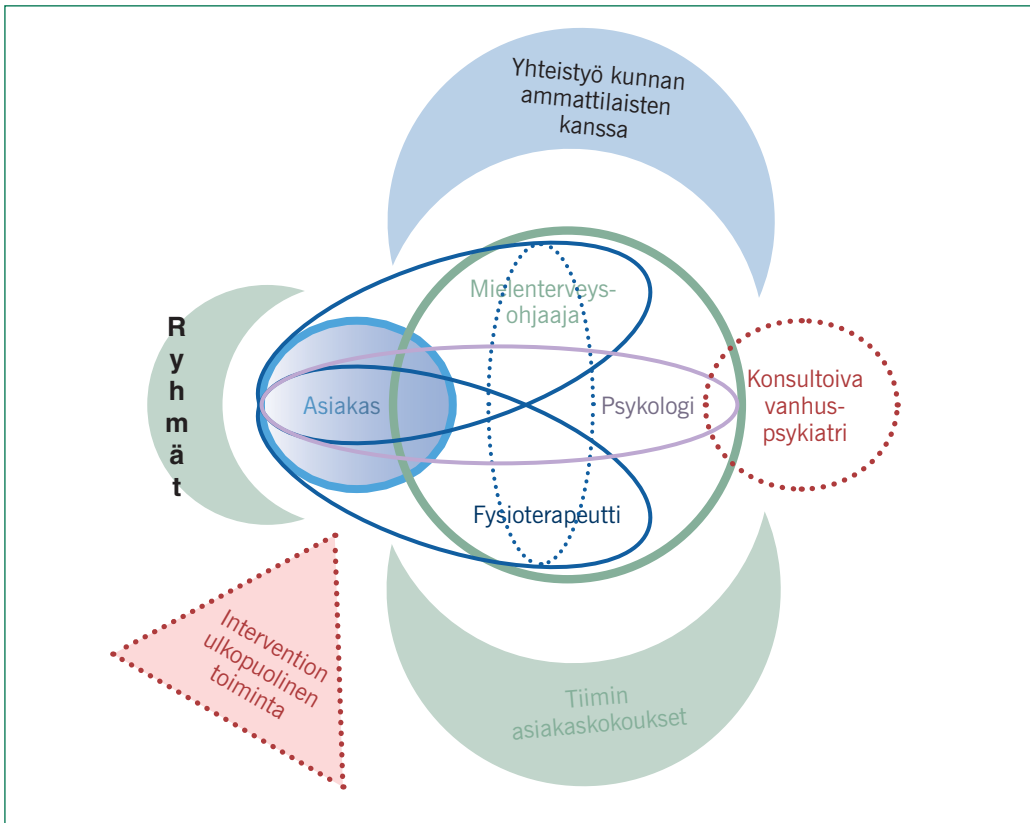
Ennen seuraavia ryhmäkertoja toinen vetäjästä soitti aamulla ryhmäläisille selvittäen, ketkä pääsivät osallistumaan ryhmään. Kokoon tumisen alussa oli usein jokin rentouttava ja ilmapiiriä laukaiseva ”leikki” (esimerkiksi ”laivan lastaaminen” palloa yhdeltä toiselle heitellen). Samoin

jokaiseen kertaan sisältyi taukoliikuntaa laulun säestyksellä. Ryhmässä käytettiin taidekortteja kulloistenkin tunnelmien kuvaajina ja muistojen herättäjinä. Visailut kevensivät tunnelmaa. Yhdellä kokoontumiskerralla ryhmäläisten päätehtävänä oli istuttaa ruukkuihin kukkasipuleita jouluksi. Toisella kerralla luettiin runoja, kolmannella pidettiin levyraati, neljännellä askarreltiin kortteja. Yhden kerran aiheena olivat vanhat tavarat ja kuvat, jotka johdattelivat menneisyyteen ja elämänhistoriaan. Retkiä järjestettiin Espoon modernin taiteen museoon Emmaan sekä Helsingin Tempeliahaukion kirkkoon.

Yhteenvetoa

Moniammatillinen tiimi muodosti MielenMuutos -masennusintervention toiminnallisen perustan. Pienen ryhmän ajateltiin kykenevän toimimaan joustavasti ja hyödyntämään parhaalla mahdollisella tavalla toinen toistensa asiantuntemusta ja osaamista. Viikoittaiset asiakaskokoukset mahdollistivat asiakkaiden tilanteiden tiiviin seurannan ja hoidon joustavan mukauttamisen kulloistakin tilannetta vastaavaksi. Asiakaskokouksissa tiimin jäsenet saivat toisiltaan hoidon kannalta arvokasta tietoa, mutta ne toimivat myös eräänlaisina vertaistyönohjauksen foorumeina. Mielen terveysasiakkaiden kanssa tehtävä työ on vaativaa ja ajoittain varsin raskasta, jolloin keskustelu työtovereiden kanssa voi auttaa purkamaan stressiä ja lisäämään työn mielekkyyttä. Samalla se on ammatillisen kasvun väline.

Toiminnassa kiinnitettiin erityistä huomiota kunkin asiakkaan tilanteen ja tarpeiden tuntemiseen ja tukimuotojen räätälöimiseen näiden mukaisesti. Asiakkaat nähtiin yhteistyökumppaneina, joiden asiantuntijuutta oman elämänsä ja omien voimavarojensa tuntemisessa arvostettiin. Tämä näkyi luottamuksena asiakkaiden ja tiimin työntekijöiden välillä. Yhteistyötä pyrittiin luomaan myös suhteessa muihin asiakasta hoitaviin ammattilaisiin, kuten lääkäreihin, sosiaalityöntekijöihin, kotihoidon työntekijöihin ja seurakunnan diakoniatyöntekijöihin. Joidenkin asiakkaiden asioissa pidettiin yhteyttä myös erikoissairaanhoidon vanhuspsykiatrian yksikköön.



Kuvio 5. Interventiomalli

Intervention asiakkaat muodostivat masennuksen vaikeusasteen ja sen yksilöllisten merkitysten suhteen hyvin laajan kirjon. Alun alkaen tavoitteena oli painopisteen asettaminen lieviin masennustiloihin. Sisäänottokriteerinä pidettiin lievän masennuksen rajaa GDS -asteikolla eikä esimerkiksi masennustilan diagnoosia. Näin ajateltiin päästävän hoitamaan myös niitä henkilöitä, joilla oli kliinisesti merkittäviä masennusoireita, mutta jotka eivät täyttäneet masennustilan diagnostisia kriteereitä. Monien tutkimusten mukaan tällainen lievä masennusoireilu on seuraamuksiltaan verrattavissa vakavaan masennukseen ja saattaa hoitamattomana kehittyä sellaiseksi (ks. luku 3). Lievistä masennusoireista kärsii jopa 15 prosenttia yli 65-vuotiaista ihmisistä. Kun vielä näyttää siltä, että tämä ryhmä jää usein mielenterveyspalveluissa katveeseen, tuntui mielekkäältä kehittää perusterveydenhuoltoon hoitomallia heitä varten.

MielenMuutos -masennusinterventio kehitettiin aikaisemman tutkitun tiedon ja ryhmän aikaisemman ammatillisen kokemuksen pohjalta. Se noudattelee joissakin suhteissa masennuksen hoidossa muualla käytettyjä malleja (esim. Vantaan Sateenvarjo -hankkeen kolmiomalli, USA:n IMPACT), mutta myös poikkeaa niistä tärkeiltä osin. Yhteistä on hoidon koordinaattorin käyttö ja tiimin sijoittuminen perusterveydenhuoltoon. Uutta on tiimin kokoonpano, jossa psykiatrissa sairaanhoitajaa täydentävät fysioterapeutti ja psykologi. Raportin tulososassa ja johtopäätöksissä tarkastellaan mallin sisäistä toimivuutta ja arvioidaan sen soveltuvuutta suomalaiseen palvelujärjestelmään.

Kirjallisuus

- Alexopoulos, G. S. (2008). Personalizing the care of geriatric depression. *The American Journal of Psychiatry*, 165(7), 790-792.
- Barber, J. P., Connolly, M. B., Crits-Christoph, P., Gladis, L., & Siqueland, L. (2000). Alliance predicts patient's outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(8), 1027-1032.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy. Basics and beyond*. New York: The Guilford Press.
- Beekman, A. T., Penninx, B. W., Deeg, D. J., Ormel, J., Braam, A. W., & van Tilburg, W. (1997). Depression and physical health in later life: Results from the longitudinal aging study Amsterdam (LASA). *Journal of Affective Disorders*, 46(3), 219-231.
- Bruce, M. L., Ten Have, T. R., Reynolds, C. F., 3rd, Katz, I. I., Schulberg, H. C., Mulsant, B. H., ym. (2004). Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: A randomized controlled trial. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 291(9), 1081-1091.
- Cohen, G. D. (2005). Research on creativity and aging: The positive impact of the arts on health and illness. *Generations*, XXX(1), 7-15.
- Eloniemi-Sulkava, U., Saarenheimo, M., Laakkonen, M., Pietilä, M., Savikko, N., & Pitkälä, K. (2006). Omaishoito yhteistyönä. iäkkäiden dementiaperheiden tukimallin vaikuttavuus. *Vanhustyön keskusliitto. Gummerus*.
- Jansson, A. (2009). Ystäväpiiri - yhdessä elämyksiä arkeen. Projektiraportti 2006-2008. Sastamala: Vanhustyön keskusliitto.
- Kabat-Zinn, J. (2004). *Olet jo perillä*. Basam Books.
- Knill, P. J., Levine, E. G., & Levine, S. K. (2005). *Principles and practice of expressive arts therapy*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Koffert, T., & Kuusi, K. (2007). *Depressiokoulu. Opi masennuksen ehkäisy- ja hoitotaitoja*. Helsinki: SMS-Tuotanto Oy.
- Krahn, D. D., Bartels, S. J., Coakley, E., Oslin, D. W., Chen, H., McIntyre, J., ym. (2006). PRISM-E: Comparison of integrated care and enhanced specialty referral models in depression outcomes. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 57(7), 946-953.
- Lebowitz, B. D., Pearson, J. L., Schneider, L. S., Reynolds, C. F., 3rd, Alexopoulos, G. S., Bruce, M. L., ym. (1997). Diagnosis and treatment of depression in late life. Consensus statement update. *JAMA : The Journal of the American Medical Association*, 278(14), 1186-1190.
- Leinonen, E., & Alanen, H. (2011, painossa). Psykiatrista hoitoa tarvitsevia vanhuksia on enemmän kuin on varauduttu.
- Liikenen, H. (2004). Taide kuntoutumista edistävän hoitotyön ulottuvuutena. Kirjassa S. Heimonen, & P. Voutilainen (toim.), *Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus* (ss. 63-73). Helsinki: Tammi.
- Morris, R. G., & Morris, L. W. (1991). Cognitive and behavioral approaches with the depressed elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 6(6), 407-413.
- Nainis, N., Paice, J. A., Ratner, J., Wirth, J. H., Lai, J., & Shott, S. (2006). Relieving symptoms in cancer: Innovative use of art therapy. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31(2), 162-169.
- Numminen, A. (2005). Laulutaidottomasta kehittyväksi laulajaksi. Tutkimus aikuisen laulutaidon lukoista ja niiden aukaisemisesta. *Studia Musica 25, Sibelius Akatemia*.
- Pietilä, M., & Saarenheimo, M. (2010). Ikäihmisten mielenterveys: Julkiset käsitykset, tavoitteet ja käytännöt. *Vanhustyön keskusliitto. Loimaa: Newprint*.
- Pitkälä, K., Routasalo, P., Kautiainen, H., Savikko, N., & Tilvis, R. (2005). Psykososiaalisen ryhmäkuntoutuksen vaikuttavuus. *Vanhustyön keskusliitto. Vaajakoski: Gummerus*.
- Rankanen, M., Hentinen, H., & Mantere, M. (2007). *Taideterapian perusteet*. Duodecim.
- Rentz, C. A. (2002). Memories in the making: Outcome-based evaluation of an art program for individuals with dementing illnesses. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 17(3), 175-181.
- Saarenheimo, M. (painossa). Kognitiivinen psykoterapia ja tietoisuustaitoharjoittelu ikäihmisten mielialaongelmien hoidossa.
- Saarenheimo, M., & Arinen, S. (2009). Ikäihmisten masennuksen psykososiaalinen hoito. *Gerontologia*, 4(4), 209-221.
- Saarenheimo, M., & Pietilä, M. (2006). Omaishoito ja palvelujärjestelmä. Kirjassa U. Eloniemi-Sulkava, ym. (toim.), *Omaishoito yhteistyönä. iäkkäiden dementiaperheiden tukimallin vaikuttavuus* (ss. 68-80). *Vanhustyön keskusliitto. Gummerus*.

-
- Scogin, F., & Yon, A. (2006). Evidence-based psychological treatment with older adults. Kirjassa S. H. Qualls, & B. G. Knight (toim.), *Psychotherapy for depression in older adults*(157-176). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Segal, Z. V., Bieling, P., Young, T., MacQueen, G., Cooke, R., Martin, L., ym. (2010). Antidepressant monotherapy vs sequential pharmacotherapy and mindfulness-based cognitive therapy, or placebo, for relapse prophylaxis in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry*, 67(12), 1256-1264.
- Shaffer, D. R. (2000). Physical illness and depression in older adults. an introduction. Kirjassa G. M. Williamson, D. R. Shaffer & P. A. Parmelee (Eds.), *Physical illness and depression in older adults. A handbook of theory, research, and practice* (ss. 1-8). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. (2009). Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3.
- Ikäihmisten palveluiden laatusuositus. (2008). Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008: 3.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 615-623.
- Unützer, J., Katon, W., Callahan, C. M., Williams, J. W. Jr., Hunkeler, E., Harpole, L., ym. (2003). Depression treatment in a sample of 1,801 depressed older adults in primary care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(4), 505-514.
- Weisberg, N., & Wilder, R. (2001). *Expressive arts with elders: A resource*. Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Williams, M., Teasdale, J., Segal, Z., & Kabat-Zinn, J. (2009). *Mielekkäästi irti masennuksesta - tietoisien läsnäolon menetelmä*. Basam Books.
www.lauluavain.fi

6. TUTKIMUKSEN TULOKSIA

MielenMuutos -masennusinterventio kesti kaikkiaan kaksi vuotta. Kukin asiakas oli tutkimuksessa yhden vuoden, mutta koska kyse oli rätätälöidystä tuesta, hoidolle sinänsä ei voitu asettaa tarkkoja aikarajoja. Jokaisen asiakkaan tilannetta tarkasteltiin tiimin kokouksessa hyvissä ajoin ennen 12 kuukauden täyttymistä, ja mikäli tuen tarve arvioitiin vielä merkittäväksi, henkilön oli mahdollista jatkaa interventiotoiminnassa loppuhaastattelun jälkeenkin. Tämä aika ei sisällynyt enää tutkimuksen tilastollisen aineiston keruuseen. Asiakkaiden haluttiin saavan parhaan mahdollisen hoidon, ja myös hoitomallin kehittämisen kannalta yksilöllisten hoitoaikojen tarkastelu nähtiin tärkeänä. Erityisesti niiden asiakkaiden kohdalla, joilla oli vielä vuoden kohdalla paljon masennusoireita, haluttiin varmistaa ankkuroituminen johonkin kunnalliseen tai kolmannen sektorin tukimuotoon hankkeen päätyttyä. Niiden kohdalla, joiden masennus oli selkeästi helpottunut, kiinnitettiin erityistä huomiota valmiuksiin tunnistaa masennuksen varomerkkejä, säädellä omaa mielialaa ja tarvittaessa hakeutua avun piiriin.

Tässä luvussa tarkastellaan masennustutkimuksen määrällisiä ja laadullisia tuloksia. Nämä kaksi tarkastelutapaa tuovat esiin hyvin erilaisia havaintoja ikäihmisten masennuksesta ja sen hoidosta. Mittaritulokset edustavat perinteistä tapaa tarkastella intervention vaikutuksia ja ryhmien välisten muutosten eroja numeroina. Kyse on siis sen toteamisesta, kuinka paljon ryhmissä keskimäärin esiintyi masentuneisuutta, ahdistuneisuutta tai haittaavaa yksinäisyyden kokemusta tutkimuksen lopussa verrattuna alkutilanteeseen sekä kuinka paljon heidän elämänlaatunsa ja elämönhallintansa olivat numeroilla mitattuna keskimäärin parantuneet. Laadulliset tarkastelut puolestaan tarkentuvat siihen, kuinka masentuneisuus ilmeni yksittäisten ikäihmisten elämässä ja millaisen prosessin kautta siihen kyettiin vaikuttamaan.

Määrällisten menetelmien etu on niiden tuottaman tiedon tiiviys ja vertailtavuus. Mittaaminen ja luokittelu ovat yleisesti hyväksytyjä ja käytännöllisiä tapoja jäsentää todellisuutta. Sosiaali- ja terveydenhuollossa kokeellisilta tutkimuksilta odotetaan vastauksia hankaliin kysymyksiin esimerkiksi siitä, kannattaako jokin hoitomenetelmä ottaa laajasti käyttöön. Kyse on siis näytön tuottamisesta päätöksenteon ja toiminnan pohjaksi. Yksittäisen ihmisen näkökulmasta mittareiden tuottama tieto on kuitenkin vähintäänkin karkeaa ja joskus jopa harhaanjohtavaa. Esimerkiksi masennusasteikon pistemäärä saattaa luoda illuusion oireiden olemassaolosta tai niiden puuttumisesta, vaikka taustalla olisi tosiasiaa vastaajan hieman tavanomaisesta poikkeava tapa hahmottaa kysymyksiä tai omaa suhdettaan niissä esitettyihin asioihin. Ongelma ei poistu laatimalla yhä hienosyisempiä mittareita ja validoimalla niitä yhä uusilla vastaajaryhmillä, sillä kyseessä on mittaritiedon periaatteellinen kykenemättömyys ottaa huomioon ihmisyyteen kuuluvaa pyrkimystä antaa asiantiloille yksilöllisiä merkityksiä ja toimia niiden pohjalta.

Tämän hankkeen tutkimusjoukko on epidemiologisesta tai tilastollisesta näkökulmasta melko pieni, joten määrällisiä tuloksia on tarkasteltava pitäen tämä rajoitus mielessä. Osallistujat edustavat yhden kaupungin määrättyjen alueiden ikääntyvää väestöä tai vielä ankarammin ottaen niitä henkilöitä, joiden ammattilaiset arvioivat kärsivän masennuksesta. Lisäksi tilastollisessa osuudessa on pitäydytty lähinnä keskiarvojen ja niiden muutosten tarkastelussa. Rajoitteista huolimatta tuloksien voidaan ajatella näyttävän suuntaa, kun arvioidaan hankkeessa käytetyn kaltaisten interventioiden hyötyjä kehitettäessä ikäihmisten mielenterveystyötä.

Numeerinen esitys ja sen perustana olevat mittaukset tarjoavat yhden näkökulman tarkasteltavaan kohteeseen – tässä tapauksessa ikäihmisten masennukseen ja elämänlaatuun. Kohde sinänsä muuttuu jatkuvasti, olipa käytössä interventioita tai ei. Masennuksesta kärsivän ikäihmisen näkökulmasta tutkimuksen keskeiset tulokset näyttäytyvät raportin tapausselostuksissa. Intervention kulku oli kunkin asiakkaan kohdalla erilainen ja myös eripituinen, joten laadullinen aineisto on koottu määrällistä pidemmällä aikajänteellä. Tapausten tarkastelu edustaa tässä tutkimuksessa asiakaslähtöistä ajattelutapaa, jossa ovat lähtökohtana yksittäisten ihmisten kokemat ongelmat ja niiden ratkaisupyrkimykset. Asiakaslähtöisyys ei silti sulje ulkopuolelle ammatillista näkökulmaa, sillä hoitotapahtuma on aina vuorovaikutteinen, ja siinä kohtaavat parhaimmillaan asiakkaan ja ammattilaisen erilaiset asiantuntemukset.

Tutkimusjoukko taustatekijöiden valossa

Espoon kaupungin ikääntymispoliittisen ohjelman (Valvanne ym. 2009) mukaan 70 vuotta täyttäneet espoolaiset eivät juuri kärsi masennuksesta, ahdistuksesta, yksinäisyydestä tai turvallisuuden tunteesta. Kaupungin hyvinvointikertomuksessa (Savikko ym. 2009) kuitenkin todetaan, että iäkkäissä ihmisissä on muita ikäryhmiä enemmän sekä elämäänsä todella tyytyväisiä että todella tyytymättömiä. Ikäihmisistä joka toinen asuu yksin, ja heillä voi olla monenlaisia vaikeuksia itsenäisessä elämisessä sekä tuen tarvetta asumisessa ja päivittäisissä toiminnoissa. Rahapulan vuoksi yli 70-vuotiaista espoolaisista 15 prosenttia on joutunut tinkimään lääkkeitä tai muusta terveydenhoidosta. (Savikko ym. 2009.) Iäkkäiden espoolaisten arjen pääasiallisiksi ongelmiksi onkin havaittu sairaus tai vamma, huono taloudellinen tilanne ja asuminen sekä yksinäisyys (Miettinen 2009).

MielenMuutos -tutkimusinterventio kohderyhmänä olivat masennuksesta kärsivät 60 vuotta täyttäneet ihmiset. Tutkimukseen osallistui 139 yli 60-vuotiaasta espoolaista, joista 70 kuului interventioyhmään ja 69 vertailuryhmään. Tutkimusjoukko rekrytoitiin portaittain toukokuusta 2008 joulukuuhun 2009. Tutkimuksen osanottajat asuivat kolmella Espoon maantieteellisellä suuralueella. Tutkimusjoukkoa kuvataan keskeisten taustatekijöiden osalta taulukossa 5.

	Interventio n=70	Vertailu n=69	
Sukupuoli (%)			0.669 *
Mies	12 (17,1)	10 (14,5)	
Nainen	58 (82,9)	59 (85,5)	
Ikä	78.6 (63-97)	77.8 (62-97)	0.608 **
Siviilisäätty (%)			0.158 *
Naimisissa	12 (17,1)	22 (31,9)	
Naimaton	5 (7,1)	2 (2,9)	
Asumuserossa tai eronnut	16 (22,9)	16 (23,2)	
Leski	37 (52,9)	29 (42,0)	
Koulutus (%)			0.080 *
Kansakoulu tai vähemmän	34 (48,5)	25 (36,8)	
Ammattikoulu	3 (4,3)	9 (13,2)	
Keskikoulu	14 (20,0)	6 (8,8)	
Lukio	1 (1,4)	3 (4,4)	
Opistoasteen ammattikoulutus	9 (12,9)	11 (16,2)	
Korkeakoulu	9 (12,9)	14 (20,6)	
Taloudellinen tilanne (%)			0.698 *
Hyvä	16 (23,5)	13 (19,7)	
Kohtalainen	42 (61,8)	40 (60,6)	
Huono	10 (14,7)	13 (19,7)	

Taulukko 5. Tutkimusjoukon taustatekijät

* Khii2 -testi

** Mann-Whitney U-testi

Tutkimukseen osallistuneista suurin osa (84 %) oli naisia. Heitä oli jonkin verran enemmän vertailuryhmässä, kun taas miehiä oli hieman enemmän interventoryhmässä, mutta erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Väestöosuutensa nähden naiset olivat tutkimusjoukossa reilusti yliedustettuina, sillä interventiovuonna 2009 kaikista yli 60-vuotiaista espoolaisista vain runsas puolet (56 %) oli naisia (Munter 2010). Naisten on huomattu joko kärsivän masennuksesta miehiä enemmän (esim. Barry ym. 2008) tai ilmaisevan sitä miehiä useammin. Erään laadullisen ruotsalaistutkimuksen mukaan miehet ilmaisivat naisia enemmän masennustaan fyysisillä oireilla sekä peloilla, jotka liittyivät erityisesti sydänsairauksiin. Naiset puhuivat enemmän mielialoistaan ja tunteistaan. (Danielsson & Johansson 2005.)

Masennustutkimukseen osallistuminen voi olla iäkkäille naisille miehiä helpompaa, sillä kulttuurisista sukupuoleen ja sukupolveen liittyvistä odotuksista johtuen ikääntyneiden masentuneiden miesten saattaa olla vaikeampaa hakea apua. Toisaalta voi pohtia tutkimuksen rekrytointitavan vaikutusta sukupuolijakaumaan. On mahdollista, että miesten ja naisten erilaiset tavat ilmaista masennusta tekevät ammattilaisillekin helpommaksi tunnistaa nimenomaan naisten masennusoireita. Kenties naisille siksi suositeltiin hankkeeseen osallistumista

helpommin kuin miehille. Miehet saattavat myös ”hoitaa” masennustaan päihteillä useammin kuin naiset, ja tämäkin on voinut osaltaan vaikuttaa miesten vähäiseen osuuteen hankkeeseen ohjatuista. Päihdeongelma mielletään edelleen usein erillisenä kysymyksenä, ja masennus jää helposti sen taakse piiloon. Hankkeeseen ohjattiin melko vähän päihdeongelmista kärsiviä ikäihmisiä. Molemmissa ryhmissä vain neljä osallistujaa sai Audit-kyselyssä yli 8 pistettä, mitä pidetään riskikäytön rajana.

Tutkimukseen osallistuneiden ikä vaihteli 62 ja 97 vuoden välillä, mutta keskimäärin he olivat 78-vuotiaita eli varsin iäkkäitä. Vuonna 2009 espoolaisista 17 prosenttia oli täyttänyt 60 vuotta. Heistä 60–64-vuotiaita oli 36 prosenttia, 65–74-vuotiaita 38 prosenttia ja 75 vuotta täyttäneitä 25 prosenttia. Tutkimuksen osallistujat painottuivat siis iäkkäimpään neljännekseen. Osallistujien osuus kaikista yli 60-vuotiaista espoolaisista oli 0,3 prosenttia.

Siviilisäädyn osalta ryhmät olivat varsin erilaiset, ja ero oli tilastollisesti merkitsevä. Vertailuryhmässä oli enemmän naimisissa olevia (31,9 % vs. 17,1 %) ja interventioryhmässä puolestaan enemmän leskiä (52,9 % vs. 42 %). Naimisissa oloa pidetään yleisesti depressiolta suojaavana tekijänä (esim. Lönnqvist 2009), joten vertailuryhmällä saattoi olla läheistukea masennuksesta toipumiseen. Toisaalta vaikka naimisissa olo tilastollisesti vähentää depression riskiä, yksittäisen ihmisen kohdalla kysymys on paljon mutkikkaampi. Esimerkiksi huono parisuhde voi pikemminkin altistaa masennukselle ja usein toisen puolison masennus myös koettelee parisuhdetta.

Koulutukseltaan interventio- ja vertailuryhmät erosivat toisistaan jonkin verran, mutta ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Interventioryhmässä oli enemmän korkeintaan perusasteen koulutuksen (kansa- tai keskikoulun) käyneitä (68,5 % vs. 45,6 %), kun taas vertailuryhmässä oli runsaammin ammatti- tai korkeakoulutettuja (36,8 % vs. 25,8 %). Vertailuryhmä oli siis jonkin verran interventioryhmää koulutetumpi, millä saattoi olla myönteisiä vaikutuksia heidän terveyteensä, talouteensa ja yleiseen hyvinvointiinsa. Toisaalta verrattuna kaikkiin samanikäisiin espoolaisiin vertailuryhmäkin koostui jonkin verran keskimääräistä heikommin koulutetuista henkilöistä. Tilastojen mukaan vuonna 2009 vain perusasteen koulutus oli 38 prosentilla ja alempi tai ylempi korkeakoulututkinto 26 prosentilla yli 60-vuotiaista espoolaisista (vrt. 20 % vertailuryhmästä). (www.aluesarjat.fi.) Tutkimusjoukon koulutuserot saattavat liittyä asuinalueiden sosioekonomisiin eroihin.

Taloudellisen tilanteen osalta interventio- ja vertailuryhmissä ei ollut suurta eikä tilastollisesti merkitsevää eroa. Valtaosa osallistujista koki tilanteensa joko kohtalaiseksi tai hyväksi. Heikossa taloustilanteessa oli hieman useampi vertailuryhmäläinen, mikä on ristiriidassa edellä todetun hieman paremman koulutuksen kanssa. Ehkä ryhmien taloudelliset odotukset erosivat toisistaan jonkin verran esimerkiksi koulutuksen ja asuinalueen mukaan? Ehkä kyse on satunnaisvaihtelusta? Keskimäärin espoolaiset ikäihmiset ovat muualla maassa asuvia ikätoveriensa parempituloisia: vuonna 2005 kaikkien yli 65-vuotiaiden suomalaisten tulonsaajien tulot olivat 15 400 ja espoolaisten 24 000 euroa (Munter 2008). Vuonna 2008 samanikäisten espoolaisten eläketulot olivat 33 prosenttia muuta maata suuremmat, ja heillä oli myös muita tuloja enemmän. Kaikkien espoolaisten keskitulo oli lähemmäs 35 000 euroa. (Tilastokeskus 2010; www.aluesarjat.fi.)

Väestöryhmien väliset tuloerot ovat kasvaneet Suomessa 1990-luvun puolivälistä lähtien siten, että esimerkiksi köyhyydessä eläviä lapsia oli vuoden 2010 lopussa yhtä paljon kuin 1970-luvulla (Hiilamo ym. 2010). Kaikkein hankalimmassa tilanteessa ovat työttömät, pienituloiset lapsiperheet, epätyypillisissä työsuhteissa olevat, sairaat ja kansaneläkkeen varassa elävät vanhat ihmiset. Viimeksi mainittuun ryhmään viitataan Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Stop köyhyys -nettisivuilla puhumalla ”maan hiljaisista” ja ”kainoista köyhistä”. (Köyhyys aiheuttaa osattomuutta 2010). Kaino köyhyys voi pitää sisällään myös alavireisen mielialan, joka liittyy kokonaiselämäntilanteen puutteellisuuteen: puuttuu paitsi rahaa, myös turvallinen yhteisö ja mielekäs elämän sisältö.

Osallistujien psyykinen hyvinvointi ja elämänlaatu tutkimuksen alussa

Tässä tutkimuksessa masennusta ei tarkasteltu diagnooseina, vaan osallistumiskriteerinä käytettiin tiettyä katkaisuarvoa (10 pistettä) GDS-30 -asteikolla. Valinta perustui sekä terveyspoliittisiin että tutkimuksellisiin näkökohtiin. Ensinnäkin mukaan haluttiin myös niitä henkilöitä, joilla on kliinisesti merkittävää lievää masennusoireilua, vaikka diagnostisen masennustilan kriteerit eivät täyty. Toiseksi tarvittiin työkalu, joka olisi kohtuullisen luotettava ja helppokäyttöinen. Käytännön työssä GDS toimii lähinnä suuntaa antavana seulontamittarina eikä sen pohjalta voi suoraviivaisesti tehdä arviota yksittäisen ikäihmisen masennuksesta tai sen asteesta. Tarvitaan aina laaja kliininen haastattelu, jonka osana GDS:llä tai jollain muulla mittarilla on paikkansa. Kun seuraavassa puhutaan masennuksen asteesta ja verrataan ryhmien keskiarvoja, kyse on siten vain yhdestä näkökulmasta monimutkaiseen ilmiöön.

	Interventio	Vertailu	
GDS-pisteet	16.6 (9-30)	15.6 (9-29)	0.210 **
Mielialajana	47.1 (0-80)	53.8 (5-95)	0.029 **
Tulevaisuusjana	47.5 (0-100)	52.6 (5-90)	0.194 **
Hamilton-pisteet	17.7 (0-39)	16.2 (2-37)	0.286 **

** Mann-Whitney U-testi

Taulukko 6. Mieliala

Geriatrisen depressioasteikon (GDS-30) mukaan interventio- ja vertailuryhmien jäsenet olivat alussa keskimäärin lievästi masentuneita. Kummassakin ryhmässä oli myös niitä, joiden masennus oli asteikolla mitaten vaikea-asteista. Alin pistemäärä oli molemmissa ryhmässä 9 ja ylin interventio-ryhmässä täydet 30 pistettä ja vertailuryhmässä 29 pistettä. Seurattaessa interventio-ryhmän osallistujia intensiivisesti vähintään vuoden ajan kävi selväksi, että kliinisen arvion valossa yksittäisen ihmisen GDS-pistemäärä saattoi olla yllättävän matala tai korkea. Hoitoprosessissa tällaista epävastaavuutta voidaan hyödyntää tarkastelemalla, miten henkilö suhtautuu mittarin kysymyksiin tai mitkä kysymykset latautuvat emotionaalisesti erityisen voimakkaasti. Haastattelussa monet vastaajat kommentoivat asteikon kysymyksiä sanomalla

esimerkiksi, että vastaus riippuu tilanteesta tai ajankohdasta tai että johonkin kysymykseen voisi vastata sekä ”kyllä” että ”ei”. Tämä on erityisesti dikotomisten mittarien yleinen ongelma. GDS-mittaria voi kuitenkin käyttää haastattelun pohjana virittämään mielialaan liittyvää pohdintaa.

Mielialaa tarkasteltiin GDS-mittarin lisäksi janalla, jossa vastaaja sijoitti itsensä asteikolle, jolla 0 merkitsi huonointa mahdollista ja 100 parasta mahdollista mielialaa. Kyseessä ei ole validoitu mittari, vaan eräänlainen kokeilu, jonka yhtenä tarkoituksena oli tarjota visuaalinen vaihtoehto oman kokonaismielialan arviointiin. Kokeilun lähtökohtana olivat eräissä psykoterapiamuodoissa – esimerkiksi ratkaisukeskeisessä ja kognitiivisessa psykoterapiassa – käytetyt kysymykset, joissa asiakas arvioi omia tunnetilojaan tai mielialaansa prosentteina tai janaasteikon pisteinä. Intervention alussa mielialaa koskenut janakysymys tuotti tilastollisesti merkitsevän eron interventio- ja vertailuryhmien välille siten, että vertailuryhmässä mieliala oli keskimäärin parempi. Vertailuryhmän keskiarvo oli asteikon puolivälin paremmalla ja interventoryhmän sen huonommalla puolella. Haastattelutilanteiden perusteella janakysymys ei ole kovin validi, sillä mittaväline koettiin usein turhauttavana eikä siihen jaksettu välttämättä paneutua kunnolla.

Toinen janakysymys käsitteli vastaajan suhtautumista tulevaisuuteen. Tämän kysymyksen perusteella vertailuryhmässä suhtauduttiin tutkimuksen alussa tulevaisuuteen keskimäärin hieman interventoryhmää toiveikkaammin, mutta ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Molempien ryhmien keskiarvot olivat asteikon puolivälin tietämissä, interventoryhmä sen ala- ja vertailuryhmä yläpuolella. Edellä mielialajanan kohdalla esitetty kritiikki koskee myös tätä kysymystä.

Ahdistuneisuutta mittaavan Hamilton-asteikon mukaan interventoryhmän osallistujat olivat tutkimuksen alussa keskimäärin hieman ahdistuneempia kuin vertailuryhmäläiset, mutta ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Interventoryhmänkään keskimääräinen ahdistuneisuus ei ylittänyt lievän ahdistuneisuuden rajana pidettyä 18 pistettä. Kuitenkin 30:lla interventoryhmän osallistujista ja 25:lla vertailuryhmän osallistujista oli mittarin perusteella arvioituna vähintään lievää ahdistuneisuutta.

	Interventio	Vertailu	
1. Fyysinen terveys	51.2 (6-88)	56.8 (19-94)	0.028 **
2. Psykkinen hyvinvointi	48.0 (13-81)	62.2 (13-94)	0.000 **
3. Sosiaaliset suhteet	52.4 (0-100)	54.7 (25-81)	0.467 **
4. Ympäristö	65.5 (15-94)	67.4 (38-100)	0.280 **

** Mann-Whitney U-testi

Taulukko 7. Elämänlaatu (WHOQOL)

WHO:n elämänlaatumittarissa vastaajien elämänlaatua kartoitetaan neljällä ulottuvuudella, jotka ovat fyysinen terveys, psyykkinen hyvinvointi, sosiaaliset suhteet ja ympäristö. Vastaajan elämänlaatu on sitä parempi, mitä suurempi on hänen saamansa pistemäärä. Marja Vaarama teki tutkijakollegoineen 2000-luvun alussa toimintakykyä, palveluita ja elämänlaatua kartoittavan puhelin- ja postikyselyn 1393:lle 65–84-vuotiaalle suomalaiselle. Tässä tutkimuksessa käytettiin WHOQOL-BREF:iä elämänlaadun mittaamiseen. (Vaarama ym. 2006.) Kun MielenMuutos -masennustutkimuksen osallistujien elämänlaatuasteita verrataan Vaaraman ja kumppanien lukuihin, osoittautuu, että kaikilla osa-alueilla pistemäärät ovat jonkin verran alhaisemmat kuin suomalaisilla ikäihmisillä keskimäärin. Esimerkiksi fyysisen ulottuvuuden osalta 65–84-vuotiaiden suomalaisten elämänlaatu vaihteli 63:n ja 74:n välillä, kun taas MielenMuutos -asiakkaiden vastaava elämänlaatu oli interventoryhmässä keskimäärin vain 51 ja vertailuryhmässä 56. Ryhmien välillä oli tilastollisesti merkitsevä ero. Psykkisen ulottuvuuden kohdalla ryhmien välille syntyi vieläkin merkitsevämpi ero, sillä interventoryhmän keskimääräinen pistearvo oli 48 ja vertailuryhmän 62. Ero saattaisi ainakin jonkin verran selittää vertailuryhmän korkeampi koulutustaso. Vaaraman ja kumppanien tutkimuksessa elämänlaadun psyykkisen ulottuvuuden pisteet vaihtelivat 62 ja 68 välillä, joten MielenMuutos -asiakkaiden elämänlaatu oli myös tältä osin keskimääräistä suomalaista ikäihmistä alempi – interventoryhmässä jopa huomattavasti alempi. (Vaarama ym. 2006.)

Sosiaalisten suhteiden osalta masentuneiden espoolaisten ikäihmisten pistemäärät olivat interventoryhmässä keskimäärin 52 ja vertailuryhmässä 57. Ryhmien välillä ei siten ollut tilastollisesti merkitsevää eroa, vaikka tälläkin ulottuvuudella vertailuryhmä sai korkeammat pisteet. Ympäristöulottuvuudella keskiarvot olivat interventoryhmässä 65 ja vertailuryhmässä 67. Nämäkin ovat matalia lukuja verrattuna Vaaraman ja kumppanien raportoimiin keskiarvoihin, sillä 65–84-vuotiaisten suomalaisten pisteet ympäristöulottuvuudella vaihtelivat 67:n ja 73:n välillä. (Vaarama ym. 2006.)

Elämänlaadun mittaamista ikäihmisillä on kyseenalaistettu paitsi huomauttamalla, että käsite on jo sinänsä moniselitteinen ja taipuu hankalasti mitattavaksi, myös sillä perusteella, että olemassa olevat mittarit eivät välttämättä tavoita ikäihmisille merkityksellisiä elämänlaadun ulottuvuuksia, kuten mielekkäitä rooleja, tarpeellisuuden tunnetta, hallinnan tunnetta, autonomiaa ja valinnan mahdollisuuksia (Savikko ym. 2006). Tässä tutkimuksessa käytettiin elämänlaatumittarin ohella Antonovskyn koherenssin tunteen mittaria (SOC), jonka pohjalta voidaan tarkastella osallistujien hallinnan tunnetta. Myös tällä asteikolla ryhmien välille syntyi tilastollisesti merkitsevä ero vertailuryhmän eduksi. Sen sijaan arkista välineellistä toimintakykyä mittaavan IADL-kyselyn mukaan kumpikin tutkimusryhmä suoriutui intervention alussa arjestaan keskimäärin itsenäisesti, vaikka vaihteluväli oli suuri.

	Interventio	Vertailu	
Elämänhallinta	41.9 (25-60)	33.2 (20-64)	0.000 **
Toimintakyky (IADL-pisteet)	13.4 (8-26)	13.2 (8-27)	0.955 **
MNA -pisteet	21.8 (15-27)	23.5 (12-28)	0.003 **
Audit -pisteet	2.1 (0-29)	1.4 (0-15)	0.056 **

Taulukko 8. Muut mittarit

** Mann-Whitney U-testi

Kun tarkastellaan tutkimukseen osallistuneiden masennuksesta kärsivien espoolaisten ikäihmistien psyykkistä hyvinvointia ja elämänlaatua mittaripistemäärien keskiarvojen ja –hajontojen perusteella, voidaan sanoa, että kyseessä on heterogeeninen ryhmä, jossa eri henkilöiden kohdalla painottuvat eri ulottuvuudet. Masennus näyttäytyy eri tavoin eri ihmisillä – samoin taustalla olevat tekijät ja seuraamukset voivat vaihdella. Masennus voi joskus olla selkeästi rajattava psykiatrinen ongelma, mutta erityisesti iäkkäillä siihen kietoutuu usein muita psyykkisiä, sosiaalisia ja terveydellisiä ongelmia. Seuraavassa siirrytään tarkastelemaan yksittäisten masennuksesta kärsivien ikäihmistien vaihtelevia tilanteita.

Tapausesimerkkejä alkutilanteesta

Edellä on selostettu numeroiden valossa osallistujien tilannetta tutkimuksen alkaessa. Seuraavassa eritellään seitsemän intervention asiakkaan alkutilanteita. Tarkoituksena on luoda kuva siitä, millaisista lähtökohdista hankkeeseen tultiin. Samalla tarkastellaan, millaisia asiakasryhmiä kunnallinen ikäihmistien mielenterveystiimi todennäköisimmin kohtaa. Eettisistä syistä sekä asiakkaiden nimet että muut tunnistamisen mahdollistavat taustatiedot on muutettu.

70-vuotias **Hanna** tuli MielenMuutos -hankkeeseen loppukeväällä 2008 terveyskeskuksen sairaanhoitajan suosituksesta. Hän oli kärsinyt vakavasta masennuksesta jo edellisestä syksystä lähtien, ja takana oli sekä psykiatrinen osastojakso että puolen vuoden lääkehoito. Kun hankkeen mielenterveysohjaaja tapasi Hannan ensimmäistä kertaa, tämä oli olemukseltaan ilmeeton, harmaa ja kireä. Motivaatio toipumiseen oli kuitenkin vahva.

Ajankohtaisena laukaisevana tekijänä Hannan masennukselle oli ollut edellisenä vuonna tapahtunut avioero, jonka hän oli kokenut hyvin nöyryyttävänä. Hän määritteli suurimmaksi ongelmakseen kykenemättömyyden päästä ja päästää irti päättyneestä parisuhteesta ja jatkaa omaa elämäänsä. Hän vatvoi menneitä tilanteita ja pohti, mikä meni vikaan ja miten olisi kannattanut toimia. Osittain hän koki olevansa itse syyllinen, osittain taas syytti miestään. Hän olisi halunnut selvittää asioita miehen kanssa, mutta tämä ei ollut halukas keskustelemaan. Hannan tunteet olivat ristiriitaiset, koska hän ei ollut pitkään aikaan ollut kovin tyytyväinen avioliittoonsa, mutta toisaalta jätetyksi tuleminen oli ollut nöyryyttävä kokemus.

Hanna arveli jälkikäteen olleensa ehkä masentunut jo nuorena, mutta saaneensa aina asiat hallintaan ”käärimällä hihat” ja ryhtymällä toimimaan. Masennus oli aikaisemmin näyttäytynyt enemmänkin ärtyneisyytenä kuin lamaannuksena. Nyt oli kuitenkin toisin. Hannaa huolestutti, kun hänen mielialansa ei ottanut kohentuakseen eikä hänellä ollut mielestään keinoja vaikuttaa siihen. Hänestä tuntui, että osittain lääkityksenkin ansiosta mieli oli koko ajan lattea eivätkä mitkään asiat tuottaneet enää tyydytystä tai iloa. Tähän hän halusi muutosta. Hannan GDS-pisteet osoittivat lievää/keskivaikkea masennusta, mutta kliinisesti arvioituna hän oli alkutilanteessa vakavasti masentunut.

Usean muun asiakkaan tavoin Hannan tuen tarpeen lähtökohtana oli ajankohtainen kriisi, jota hän ei ollut kyennyt käsittelemään. Pitkittänyt avioerokriisi laukaisi vaikean masennuksen, jonka hoitamisessa tarvittiin jopa erikoissairaanhoidon osastojaksoa. Parisuhdeongelmat ja erot kuuluvat myös iäkkäiden ihmisten elämään, mutta ammattilaiset eivät välttämättä koe niiden käsittelyä mielekkäänä. Tämä tuli esiin Julkiset käsitykset -osahankkeen haastatteluisissa, joissa esimerkiksi psykologit pohtivat, onko vaikkapa pariterapiaan mielekäästä ryhtyä enää siinä vaiheessa, kun ollaan 70–80-vuotiaita. Avioero voi joskus kuitenkin olla iäkkäälle ihmiselle jopa traumaattisempi kokemus kuin leskeytyminen, sillä siihen voi liittyä monenlaisia syyllisyyden ja häpeän tunteita.

Hannan masennuksen taustalla oli ajankohtaisen kriisin lisäksi runsaasti käsittelemättömiä asioita elämän varrelta. Hän tunnisti masennuksen ituja jo nuoruudestaan, mikä selittää ainakin osittain nykyisen masennusjakson vakavuutta. Myös seuraava asiakas, Isa, oli kärsinyt epämääräisistä masennus- ja ahdistusoireista jo pitkään, mutta toisin kuin Hannalla, hänen nykyinen tilanteensa oli kohtalaisen vakaa.

Isa on 67-vuotias leskirouva, joka oli hanketta edeltävän viiden vuoden aikana käynyt harvakseltaan psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolla epämääräisten masennus- ja ahdistusoireiden vuoksi. Koska terveyskeskuksen psykiatrisen sairaanhoitajan mahdollisuudet pitkäaikaiseen masennuksen hoitoon olivat rajalliset, tämä suositteli Isalle MielenMuutos -hanketta jatkohoidoksi.

Hankkeen mielenterveysohjaajan haastattelussa Isa oli ajoittain itkuinen. Hän kertoi avoimesti lapsuuden traumaistaan ja nykytilanteestaan. Hän kertoi pohtivansa paljon mennyttä ja kärsivänsä yksinäisyydestä sielunkumppanin puuttuessa. Arjen tekemiset eivät tuottaneet mielihyvää, vaikka aikaisemmin Isa oli mielellään kutsunut vieraita ja laittanut näille ruokaa. Hänen oli vaikea saada itsensä ylös vuoteesta aamuisin; joskus hän pukeutui päivävaatteisiin vasta puolenpäivän aikaan. Yöuni oli katkonaista ja nukahtamiseen tarvittiin lääkettä. Isa kertoi kokevansa syyllisyyttä monista asioista – esimerkiksi nykyisestä saamattomuudestaan.

Isan sosiaalinen verkosto oli kiinteä. Hänellä oli yksi poika ja tämän perheessä kolme lasta, joita Isa tapasi säännöllisesti ja myös hoiti vanhempien tarvitessa apua. Aktii-

vinen isoäidin rooli antoi elämään merkitystä, mutta masennuksen ja levottomuuden saadessa yllätteen merkityksellisyyden kokemus oli koetuksella. Isalla oli pitkäaikaisia ystäviä, joiden kanssa hän kävi teatterissa ja matkusteli, mutta alavireisinä kausina Isa koki alemmuutta suhteessa ystäviinsä eikä ollut kovin aloitteellinen yhteydenotoissa. Pikemminkin hän murehti, että ystävät eivät olleet hänestä kiinnostuneita, jos nämä eivät soittaneet.

Isan fyysinen terveydentila oli hankkeeseen tullessa kohtalainen, mutta hän kärsi ajoittain sydänoireista ja oli huolissaan sydänkohtauksen mahdollisuudesta. Tällainen hänellä oli kerran jo ollut. Nykyisin esimerkiksi kivut laukaisivat herkästi pelon uudesta infarktista. Hän koki usein olevansa todella raihmainen ja vetäytyi tällöin kotiinsa, jossa hän enimmäkseen lueskeli ja murehti tilannettaan. Tällöin tyhjyyden tunne ja hylätyksi tulemisen pelot voimistuivat ja elämän merkityksellisyyden kokemukset vastaavasti ohenivat.

Monilla intervention asiakkailla oli ollut taipumusta alavireisyyteen tai masennukseen jo aikaisemmissa elämänvaiheissa. Eräs 85-vuotias naispuolinen osallistuja kertoi olleensa masentunut 10-vuotiaasta asti. Usein masennushistorian alku sijoittui varhaiseen keski-ikään. Erityisesti lievä alavireisyys oli saattanut jäädä huomaamatta sekä ammattilaisilta että läheisiltä ja joskus jopa asianomaiselta itseltään. Toisinaan taas henkilö oli etsinyt apua ongelmiinsa pitkään ja Isan tapaan ollut harvatahtisessa hoitosuhteessa lääkäriin, terveyskeskuksen psykiatrieseen sairaanhoitajaan tai psykologiin. Isan kohdalla psykiatrisen sairaanhoitajan tapaamisista oli ollut hyötyä, mutta todennäköisesti hoito ei ollut riittävän intensiivistä tai tavoitteellista, sillä tilanne tuntui jatkuneen jo useita vuosia lähes samanlaisena. Odotukset mielenterveysavun tehokkuudesta ja vaikuttavuudesta eivät useinkaan täyty, mikäli tuki on satunnaista, liian harvatahtista ja tavoitteiltaan epämääräistä. Tapaamiset mielenterveysammattilaisen kanssa voivat hetkellisesti helpottaa oloa, mutta pidemmällä tähtäimellä hyöty voi jäädä vähäiseksi.

Yksi hankkeen harvoista miespuolisista asiakkaista oli **Asko** – 70-vuotias eronnut mies, joka asui yksin. Hänellä oli monenlaisia fyysisiä sairauksia ja vaivoja sekä ajoittaista masennusta ja toivottomuutta, joten kunnan fysioterapeutti arveli, että hän saattaisi hyötyä MielenMuutos -hankkeesta. Asko innostui ajatuksesta, ja hankkeen mielenterveysohjaaja tapasi hänet kotikäynnillä. Keskustelussa Asko kuvaili laajasti fyysisiä vaivojaan ja kipujaan. Kivut näyttäytyivät hänelle masennuksen perimmäisenä syynä. Hän valitti kuitenkin myös yksinäisyyttä ja ilmaisi katkeruuttaan nykyisestä elämäntilanteestaan; erityisesti siitä, että hänen ei enää ollut mahdollista viettää haluamansa kaltaista aktiivista elämää.

Asko oli sairastanut joitakin vuosia sitten aivoinfarktin. Muita todettuja sairauksia olivat kilpirauhasen vajaatoiminta, verenpainetauti sekä kulumat polvissa. Toinen polvi oli leikattu vuotta aiemmin, ja Asko arveli, että leikkauksen yhteydessä oli tehty hoitovirhe,

sillä vaivat eivät olleet helpottaneet. Hän oli suunnitellut valituksen tekemistä tästä. Asko kuvaili myös erilaisia onnettomuuksia, joihin hän oli joutunut elämänsä aikana. Kaiken kaikkiaan hän antoi itsestään ja elämästään hyvin dramaattisen kuvan. Lääkäreistä hänellä oli enimmäkseen huonoja kokemuksia, sillä nämä eivät Askon mielestä ottaneet hänen vaivojaan riittävän vakavasti eikä hän saanut terveyskeskuksessa selaista palvelua kuin olisi toivonut.

Asko korosti mielenterveysohjaajan kanssa keskustellessaan hieman ristiriitaisesti yhtäältä pärjäävyyttään ja toisaalta avuttomuuttaan sekä pelkojaan siitä, että ei selviytyisi arjesta. Hänessä ikään kuin taistelivat keskenään tilasta maskuliininen uhmakkuus ja lapsenomainen takertuvuus. Häntä pelottivat monet asiat; erityisesti talven tulo, sillä kipeän polven kanssa hän ei uskonut selviävänsä kaatumatta liukkaalla piha-alueella. Tämä merkitsi pakkoa jäädä neljän seinän sisälle, jolloin mieliala väistämättä laskisi. Toisaalta hän kuitenkin korosti kykenevyyttään liikkua autolla ja halukkuuttaan viettää aikaa läheisessä ostoskeskuksessa ja tavata siellä tuttuja. Yhtenä toiveena Askolla oli naisystävän löytyminen hankkeen muiden osallistujien joukosta.

Askon ongelmat olivat osittain samanlaisia kuin Isalla, sillä hänkin oli kärsinyt mielialaoireista jo pitkään ja kokenut tarpeettomuuden ja tyhjyyden tunteita. Sairauksien takia tai niiden pelossa hän ei ollut kyennyt ylläpitämään sellaista aktiivisuuden tasoa, joka olisi tyydyttänyt häntä. Aktiivisuuden vähenemisellä voi olla monenlaisia kielteisiä seuraamuksia erityisesti niille ikäihmisille, joiden minäkäsitys on perustunut työntekoon tai muulla tavoin konkreettisesti hyödylliseen toimintaan. Tällaiselle ihmiselle ikääntymisen mukanaan tuoma voimien väheneminen ja raihnaisuus voi merkitä minuuden haurastumista ja sitä kautta lisätä masennuksen todennäköisyyttä.

Askon kohdalla erityisen sävyn mielialaongelmille antoivat persoonallisuuteen liittyvät tekijät, jotka ilmenivät korostettuna takertuvuutena ja mielialan rajuina heilahteluina äärimmäisyydestä toiseen. Persoonallisuushäiriöiden on huomattu altistavan muiden psyykkisten ongelmien pitkittymiselle, ja esimerkiksi masennus saattaa peittyä persoonallisuushäiriön alle. Tästä saattoi olla kyse myös Askon tapauksessa, sillä hänen mielialaongelmiaan ei ainakaan perusterveydenhuollon kirjausten mukaan ollut tunnistettu.

Useiden asiakkaiden sairaskertomuksissa mainittiin mielialaongelmat ja monilla oli myös lääkitys masennukseen tai ahdistuneisuuteen. Seuraavan asiakkaan – Kaisan – diagnoosina oli ”tarkemmin määrittämätön masennus”, ja hänellä oli käytössään sekä masennuslääke että rauhoittava lääke. Hanketta edeltävän vuoden aikana hänellä oli ollut kokeilussa useita psykykenlääkkeitä.

Kaisa on 81-vuotias leskirouva, jolle kotihoidon työntekijät ehdottivat MielenMuutos -hankkeeseen osallistumista alavireisyyden ja ahdistuneisuuden vuoksi. Projektiin tuloa edeltävän vuoden aikana Kaisalla oli ollut reilusti yli kolmekymmentä kontaktia terveyskeskuslääkäriin tai -sairaanhoidajaan. Näistä kolmanneksessa käynnin syyksi oli kirjattu jokin mielenterveysongelma: joko masennus tai ahdistuneisuus. Muina syinä käynteihin olivat esimerkiksi sydämentykytykset ja epämääräiset vatsakivut. Terveyskeskuksessa oli kiinnitetty huomiota jatkuviin päivystyskäynteihin, joita ei saatu rajoitettua. Viime aikoina Kaisalla oli alkanut ilmetä myös muistiongelmia sekä kuulon heikkenemistä. Muuten hän oli fyysisesti kohtalaisen terve eikä hänellä ollut mainittavia liikkumisongelmia. Pitkät kävelylenkit tuntuivat helpottavan ahdistuneisuutta.

MielenMuutos -hankkeen mielenterveysohjaaja tapasi Kaisan ensimmäisen kerran kesän kynnyksellä tämän kotona. Kaisa kertoi olevansa järkyttynyt siitä, että oli menettänyt hiljattain niin monia läheisiä ihmisiä. Viimeisen vuoden aikana hän oli ollut kahdeksan kertaa hautajaisissa. Leskeksi Kaisa oli jäänyt jo lähes kaksikymmentä vuotta sitten, mutta puolison kuolema oli yhä mielessä päivittäin. Miehen kuoleman jälkeen Kaisa oli seurustellut jonkin aikaa, mutta tämäkin mies oli kuollut jo useita vuosia sitten. Kaisan omasta mielestä hänen suurin ongelmansa oli yksinäisyys. Tapaamisessa hän oli silmin nähden ahdistunut, ja mielenterveysohjaaja sai vaikutelman, että hän pyrki peittelemään osaamattomuuttaan. Mielenterveysohjaaja kiinnitti huomiota myös Kaisan muistiongelmaan: tämä toisteli asioita ja joutui etsimään sanoja kysymyksiin vastatessaan.

Masennusinterventiossa poissulkukriteerinä pidettiin keskivaikeaa tai vaikeaa muistihäiriötä, mutta lievästi muistiongelmaisista henkilöistä ei haluttu kategorisesti jättää tutkimuksen ulkopuolelle, sillä heidän kohdallaan masennuksen hoito voi monilta osin noudattaa samoja periaatteita kuin muidenkin ikäihmisten. Kaisa on tyypillinen esimerkki lievästi muistisairaasta ihmisestä, joka lisäksi tai ainakin osittain muistiongelmistä johtuen kärsi myös masennuksesta.

lääkkäiden ihmisten mielenterveysongelmien hoito saatetaan kokea hankalaksi monista erisyistä. Aiemmin on viitattu jo ainakin korkeaan ikään liittyviin ennakkokäsityksiin, joiden mukaan vanhaa ihmistä ei enää välttämättä ”kannata” hoitaa. Toisen syytekijöiden vyyhden muodostaa se, että mielenterveyspulmista kärsivillä iäkkäillä ihmisillä on useimmiten samanaikaisesti monia muita ongelmia. Muistiongelman lisäksi heillä voi olla monenlaisia fyysisiä sairauksia ja vaivoja sekä sosiaalisia pulmia. Kun asiakkaan hankaluudet kasaantuvat, haasteet ammattilaisten osaamiselle ja hyvälle hoidolle kasvavat. Tästä syystä moniongelmainen ikäihminen joutuu usein ”pompoteltavaksi” hoitokontekstista toiseen eikä kokonaisvastuu hoidosta välttämättä ”kuulu” kenellekään. Yksi MielenMuutos -hankkeen moniongelmaisista asiakkaista oli Laura.

Laura on 60-vuotias nainen, jolla on ollut monenlaisia vaikeuksia elämässään. Hän oli joutunut jäämään eläkkeelle mielenterveydellisistä syistä jo alle 50-vuotiaana. Taustalla oli myös runsasta päihteiden käyttöä, väkivaltainen avioliitto ja kauan sitten tapahtunut avioero. Lauralla oli monia fyysisiä sairauksia ja runsaasti ylipainoa. Tuki- ja liikunta-elinongelmiensa vuoksi hän liikkui hankkeeseen tullessaan pyörätuolilla välttämättömät kulkemiset. Enimmäkseen hän kuitenkin vietti aikaa kotona.

Laura sai kotihoidon palveluita, ja tätä kautta myös MielenMuutos -projekti tuli hänen ulottuvilleen. Päällimmäisenä hänen mielessään olivat tulohetkellä taloudelliset vaikeudet sekä huoli nuoremasta sisaresta, jolla oli Lauraakin vakavampia psyykkisiä ongelmia. Myös liikuntakyvyn heikkeneminen vaivasi ja masensi häntä. MielenMuutos -hankkeen mielenterveysohjaaja tapasi Lauran hänen kodissaan, ja tapaamisessa kävi selväksi, että tukeminen olisi aloitettava käytännön asioiden kuntoon saattamisesta, paremman liikkumisen mahdollistamisesta ja alkoholin käytön normalisoimisesta. Vasta nämä mahdollistaisivat suuremman keskittymisen mielialaongelmien hoitoon.

Lauran tilanne ei ole harvinainen iäkkäiden ihmisten kohdalla, sillä ongelmat kasaantuvat usein samoille henkilöille muodostaen syrjäytymisen kierteen, johon liittyy fyysisiä sairauksia, sosiaalis-taloudellisia ongelmia ja psyykkistä huonovointisuutta. Ongelmia yritetään hoitaa eri tahoilla, mutta yhtenäistä suunnitelmaa ja yhteisiä tavoitteita ei useinkaan ole. Lauran, kuten Askon ja Kaisankin kaltaisten asiakkaiden tukemisessa yhteistyö eri ammattilaisten kesken on tärkeässä roolissa.

Viimeiset kaksi asiakastilannetta ovat sekä lähtökohdiltaan että suhteessa tuen tarpeisiin selkeärajaisempia kuin kolme edeltävää. Isasta he poikkeavat siinä, että mielialaongelma näyttäytyy heidän kohdallaan pikemminkin reaktiona ajankohtaisiin tapahtumiin kuin pitkäaikaisena masennusalttiutena. Myös Hannan tilanteen laukaisi ajankohtainen kriisi, mutta hänenkin kohdallaan taustalla oli pidempiaikaista alttiutta, joka laukaisi kriisin kohdatessa syvän masennuksen.

Heikki oli menettänyt puolisonsa tapaturmaisesti noin vuotta ennen projektiin tuloa. Ajan myötä suru ei ollut ottanut helpottuakseen, vaan pikemminkin tiukensi otettaan. Tästä Heikki oli huolissaan, samoin kuin siitä, että elämästä oli kadonnut kaikki mielekkyys. Hän kantoi emotionaalaisella tasolla ahdistavaa syyllisyyttä puolisonsa kuolemasta, vaikka ajattelun tasolla ymmärsi, ettei ollut voinut siihen vaikuttaa.

Heikki oli projektiin tullessaan 80-vuotias. Hänellä oli monenlaisia fyysisiä sairauksia, mutta toimintakyky oli kuitenkin hyvä. Hän kykeni suoriutumaan lähes kaikista kodin askareista ilman apua. Tarvittaessa lapset ja naapuritkin auttoivat. Läheisten verkosto oli pieni mutta tiivis, ja lisäksi Heikki piti harvakseltaan yhteyttä entisiin työtovereihin-

sa. Harrastuksista hän oli luopunut vaimon kuoleman jälkeen oikeastaan kokonaan. Alavireisyys väritti koko elämää, vaikka hän ei ollut koskaan ajatellut olevansa ”masentuvaa lajia”.

Essi on 84-vuotias naimisissa oleva nainen, joka oli kokenut ensimmäisen masennusjakson muutamaa vuotta aikaisemmin. Masennuksen oli laukaissut etenevän neurologisen sairauden puhkeaminen, mikä aiheutti muun muassa ongelmia liikkumisessa. Masennuksen sisältönä olivat tulevaisuuteen ja kuolemaan liittyvät pelot, ja se ilmeni ärtyneisyytenä ja aamuöisinä heräämisinä. Ärtymyksen saattoi käynnistää mikä tahansa pienikin asia, ja tilanne oli johtanut myös puolisoitten välisen kiristymiseen. Heikin tavoin Essilläkään ei ollut pidempiaikaista masennustaipumusta.

Aikaisemman masennusjakson aikana Essi oli käynyt harvatahtisesti tapaamassa terveyskeskuksen psykiatrista sairaanhoitajaa. Nämä kahden tai kolmen kuukauden välein toistuvat käynnit Essi oli kokenut hyödyllisiksi. Hänestä tuntui hyvältä, kun oli saanut puhua mieltään vaivaavista asioista ulkopuolisen kanssa. Nyt neurologinen sairaus oli kuitenkin edennyt ja Essi oli joutunut luopumaan rakkaista taideharrastuksistaan ja aktiivisesta elämästään. Masennus ja ärtyneisyys olivat palanneet.

Heikin ja Essin tilanteet muistuttavat toisiaan siten, että kummassakin masennuksen taustalla oli ajankohtainen menetys – Heikillä puolison kuolema ja Essillä oma sairastuminen. Kummallakaan ei ollut pitkää masennushistoriaa, vaikka Essillä olikin takanaan yksi masennusjakso. Kummankin masennus oli kohtalaisen lievä ja molemmilla oli paljon henkilökohtaisia voimavaroja. Hoidon näkökulmasta Heikki ja Essi olivat hyvin erilaisessa tilanteessa kuin aiemmin kuvatut asiakkaat.

Intervention 70:stä asiakkaasta 25:llä oli merkintöjä aiemmista mielenterveyspalveluista. Vertailuryhmässä vastaava luku oli 24. Useimmiten kyseessä olivat keskustelut psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa, mutta kolmella intervention asiakkaalla oli aiempi kontakti erikoissairaanhoidon vanhuspsykiatrisiin palveluihin. Vertailupuolella erikoissairaanhoidon kontakti oli myös kolmella henkilöllä.

Hoitoprosessit

Masennuksen hoito oli hankkeessa ”yksilöllistä” sekä interventioon osallistuneilla että vertailuryhmäläisillä. Suurimpana erona interventioryhmän ja tavanomaisen hoidon ryhmän välillä voidaan pitää sitä, että interventiossa jokaisen henkilön hoito suunniteltiin moniammatillisen tiimin ja asiakkaan yhteistyönä juuri hänen tarpeisiinsa sopivaksi, kun taas vertailuryhmän osallistujat olivat keskenään hyvin erilaisessa asemassa hoidon tavoitteellisuuden ja intensiivisyyden suhteen. Myös suurella osalla vertailuryhmäläisistä oli mielialalääkitys, ja osa kävi lisäksi tapaamassa psykiatrista sairaanhoitajaa tai osallistui johonkin ryhmätoimintaan. Eräät vertailuryhmän osanottajista eivät sen sijaan saaneet tutkimuksen aikana lainkaan apua mielialaongelmiinsa. ”Yksilöllisyys” merkitsi vertailuryhmässä siten käytännössä, että osa sai

hoitoa ja osa ei. Syitä tähän eriarvoiseen kohteluun ei ollut mahdollista tämän tutkimuksen puitteissa selvittää.

Intervention asiakkaiden yksilöllinen hoito toteutettiin asiakaslähtöisesti, mikä merkitsi huolellista paneutumista kunkin asiakkaan tilanteeseen ja hoidon suunnittelua yhteistyössä. Hoidon ytimen muodosti ikäihmisten mielenterveysohjaajan ja hänen ympärilleen kootun ikäihmisten mielenterveystiimin toiminta ja vuorovaikutus asiakkaiden kanssa. Lisäksi asiakkaat saattoivat osallistua tilanteidensa, tarpeidensa ja mieltymystensä mukaisesti psykososiaalisiin ryhmiin tai saada yksilöllistä neuvontaa mielialan kannalta keskeisissä asioissa, kuten fyysisessä harjoittelussa tai ravitsemuksessa.

Ikäihmisten mielenterveysohjaajan toiminta perustui laajoissa kansainvälisissä tutkimuksissa saatuihin tuloksiin hoidon koordinaattorin tarpeellisuudesta ikäihmisten masennuksen hoidossa (luku 3). Koordinaattorimallia käytettiin myös esimerkiksi Vanhustyön keskusliiton Omaishoito yhteistyönä -hankkeessa, joten sen käyttökelpoisuudesta oli MielenMuutos -ryhmässä kokemuksellistakin tietoa. Mielenterveysohjaajan työ muistutti monilta osin palveluohjausta sellaisena kuin esimerkiksi Sauli Suominen ja Merja Tuominen (2007) ovat sitä kuvanneet. Yksi palveluohjauksen lähtökohdista on hoidon integrointi erityisesti sellaisten asiakkaiden kohdalla, jotka tarvitsevat runsaasti erilaisia tukia ja palveluita. Integraatio voi toteutua fyysisellä, sosiaalisella ja toiminnallisella tasolla, mikä tarkoittaa, että palvelut ovat fyysisesti lähellä toisiaan, mahdollistavat yhdessäoloa ja kanssakäymistä sekä muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden. (Suominen & Tuominen 2007.) Kuitenkin esimerkiksi Haverinen ja Nasrin (2005) ovat todenneet, että järjestelmälähtöisesti tapahtuva palveluiden integroiminen ei välttämättä näyntyä asiakkaalle yhtenäisenä ja ymmärrettävänä kokonaisuutena. Ratkaisuksi on esitetty toimintamallia, joka perustuu mekaanisen palveluihin ohjaamisen sijaan hyvään kohtaamiseen ja luottamukselliseen suhteeseen asiakkaan ja palveluohjaajan välillä (Suominen & Tuominen 2007).

Hyvän palveluohjauksen tunnusmerkkinä on pidetty muun muassa sitä, että asiakkaan omat voimavarat ja tavoitteet ovat tukemisen lähtökohtina. Suominen ja Tuominen (2007) mukaan hyvä palveluohjaaja ei heti tiedä vastausta asiakkaan pulmiin eikä lähde heti järjestämään asiakkaalleen kaikkia niitä palveluita, joista tämä on aikaisemmin jäänyt paitsi. Onnistunut palveluohjaussuhde ei siten myöskään rakennu menetelmien vaan vuorovaikutuksen ja luottamuksen varaan. Tällaisessa suhteessa toteutuu parhaimmillaan asiakaslähtöisyyden periaate, jossa toimitaan asiakkaan ehdoilla, häntä kunnioittaen ja hänen palautettaan kuunnellen (esim. Andersson ym. 2004).

MielenMuutos -masennusinterventiossa asiakkaiden ohjaus sai monenlaisia muotoja. Kantavia periaatteita olivat 1) jalkautuminen sinne, missä asiakkaat ovat, 2) tavoitteiden määrittely yhdessä asiakkaiden kanssa, 3) asiakkaiden omien voimavarojen tunnistaminen, 4) hoidon eteneminen joustavasti ja yksilöllisesti asiakkaiden ehdoilla, 5) psykososiaalisten ja sosiokulttuuristen työtapojen käyttö sekä 6) vertaistuen hyödyntäminen. Ensimmäiset tapaamiset asiakkaan kanssa osoittautuivat erityisen tärkeiksi koko hoitoprosessin kannalta. Niissä luotiin – tai joissakin tapauksissa jäi syntymättä – se luottamuksellinen ilmapiiri, joka sitten kantoi koko hoitoprosessia. Luottamuksen syntyminen on monimutkainen vuorovaikutusel-

linen tapahtuma, ja on selvää, että se ei aina toteudu toivotulla tavalla. Tärkeitä elementtejä luottamuksen synnyttämisessä ovat läsnäolo, vakavasti ottaminen, asioihin paneutuminen ja lupausten pitäminen. Vaikka ensimmäiset kohtaamiset olivat tärkeitä, joskus luottamuksen syntyminen vei aikaa – erityisesti mikäli asiakkaalla oli kielteisiä kokemuksia yhteistyöstä ammattilaisten kanssa.

Vähitellen käyntien aikana muotoutui se tapa, jolla kukin asiakas saattoi sitoutua hoitoon ja hyödyntää tarjolla olevia tukia. Osalle asiakkaista riitti hyvin harvatahtinen ohjaus, mutta joitakin asiakkaita mielenterveysohjaaja tapasi jopa pari kertaa viikossa intervention ensimmäisten kuukausien aikana. Myöhemmin tapaamisia harvennettiin, kun asiakas esimerkiksi kiinnittyi johonkin hankkeen ryhmään. Mielenterveysohjaajan työ oli enimmäkseen jalkautuvaa, ja vain hyvin harvoin asiakkaat tapasivat häntä vastaanotolla. Asiakkaan kodissa vierailu antoi mahdollisuuden muodostaa käsitys tämän arjen sujumisesta, mitä pidettiin hoidon onnistumisen kannalta tärkeänä. Jalkautumiselle oli myös käytännöllinen syynsä: monilla hankkeen asiakkaista oli liikkumisvaikeuksia, joten he arvostivat mahdollisuutta tavata mielenterveysohjaajaa kotonaan.

Joskus mielenterveysohjaajan käynneillä järjesteltiin palveluihin liittyviä käytännön asioita, toisinaan taas pikemminkin keskusteltiin asiakkaan mielialasta, masennuksen luonteesta ja keinoista sen lieventämiseen. Asiakkaiden spontaanien palautteiden perusteella juuri luottamuksellinen ja epämuodollinen suhde mielenterveysohjaajaan koettiin myönteisenä ja hyödyllisenä masennuksesta toipumisessa. Mielenterveystiimi piti tärkeänä, että jokaisella asiakkaalla olisi mahdollisuuksien mukaan yksi luotettava ammattilainen, jonka kanssa sekä mielialaongelmista että elämäntilanteesta laajemminkin voisi keskustella. Tämä rooli saattoi joissakin tapauksissa olla myös hankkeen fysioterapeutilla tai psykologilla.

Mielenterveysohjaajan työnkuva käsitti asiakastapaamisten lisäksi puhelinkontakteja, yhteydenpitoa muihin ammattilaisiin ja omaisiin, avustamista käytännön asioissa sekä saattamista esimerkiksi lääkäriin. Asiakastapaamisia kertyi tilastoinnin mukaan kahden interventiovuoden aikana yli 400 ja puhelinkontakteja kaksinkertainen määrä. Kontaktit jakautuivat varsin epätasaisesti, sillä yksittäiset asiakkaat olivat hyvin erilaisissa tilanteissa intervention aikana.

Seuraavassa kuvataan seitsemän tapausasiakkaan hoitoprosesseja ja tapaa, jolla he työskentelivät ongelmiansa kanssa.

Hanna – irti menneisyyden vatvomisesta

Mielenterveysohjaaja tapasi Hannaa aluksi tämän kotona mutta houkutteli vähitellen tätä yhteisille kävelyille, joiden aikana keskusteltiin Hannan tilanteesta ja halukkuudesta osallistua MielenMuutos -ryhmiin. Hanna kiinnostui mahdollisuudesta liittyä kuntosaliryhmään ja terapeuttiseen keskusteluryhmään.

Hanna tapasi fysioterapeutin ja alkoi käydä voimisteluryhmässä sekä myöhemmin myös kuntosaliryhmässä. Hän koki muiden kanssa olemisen virkistäväksi, vaikka muutosta mielialassa ei vielä suuremmin tapahtunut. Hannan fyysinen kunto oli

hyvä ja fysioterapeutti rohkaisi Hannaa liikkumaan päivittäin. Liikunnan arveltiin jo sinänsä kohentavan ajan mittaan Hannan mielialaa, ja ryhmässä saatu vertaistuki todennäköisesti lisäsi liikunnan myönteisiä vaikutuksia. Hanna hyödynsi MielenMuutos-liikuntatoimintaa aktiivisesti koko hankkeessa olonsa ajan osallistuen kuntosali- ja voimisteluryhmiin sekä sauvakävelylenkkeihin.

Kesällä 2008 alkoi terapeuttinen keskusteluryhmä, johon osallistui neljä naista. Kymmenen tapaamisen aikana Hannan mielialassa ei ollut nähtävissä selkeää muutosta ja ryhmän päättyessä hän tiedusteli mahdollisuutta yksilöterapiaan, sillä hän ei kokenut ryhmää riittävän turvalliseksi vaikeimpien asioidensa käsittelyyn. Kognitiivisesti painotunut psykoterapia aloitettiin syksyllä, ja sen tavoitteiksi sovittiin 1) avioeroon liittyvän vatvomisen vähentäminen, 2) elämänilon löytyminen ja mielialan säätelykeinojen oppiminen sekä 3) itsetuntemuksen lisääntyminen. Viikoittainen psykoterapia kesti noin vuoden ajan eli vielä puoli vuotta sen jälkeen, kun tutkimus oli Hannan kohdalla päättynyt. Psykoterapiaprosessi noudattaa omia lakejaan eikä sitä voi katkaista tutkimusteknisistä syistä.

Kun terapiassa tarkasteltiin Hannan arjen rakennetta, tuli esiin, että hän käytti huomattavan osan valveillaoloajastaan vatvoen menneitä riitatilanteita miehensä kanssa ja miettien, ”mitä tuli sanottua” ja ”miten olisi kannattanut toimia”. Tilanteet pulpahtelivat mieleen jatkuvasti, eikä Hanna kokenut voivansa mitenkään vaikuttaa vatvomiseensa. Hannalla oli käsitys, että terapiassakin kuuluu lähinnä ”purkaa ajatuksia ja tunteita”, jolloin mieli vähitellen tyhjenee vaikeista asioista. Terapiassa ei kuitenkaan haluttu vahvistaa Hannan vatvomistaipumusta, vaan etsiä uusia keinoja huolien käsittelyyn ja mielialan säätelyyn. Aluksi käytiin läpi masennuksen noidankehäluonnetta sekä ajatusten, tunteiden ja toiminnan yhteen kietoutumista. Vähitellen Hanna oivalsi, että hänen masennuksensa ”rakentui” yhä uudelleen samoista aineksista, ja yksi masennusta ylläpitävä tekijä oli juuri asioiden vatvominen.

Ulkopuolisen näkökulmasta Hannan elämän puitteet olivat avioerosta huolimatta hyvät. Hänellä oli ystäviä, kaksi lasta ja lapsenlapsia, harrastuksia, hyvä fyysinen kunto ja kohtalainen taloudellinen tilanne. Hänellä oli myös psyykkisiä voimavaroja, vaikka ne eivät olleet käytössä, koska kielteisten tunteiden vatvominen kulutti voimat. Hänen ajatuksensa ja tunne-elämänsä pyörivät yksinomaan menetetyn parisuhteen ympärillä. Kesti aikansa ennen kuin Hanna kykeni kääntämään ajatuksensa siihen, mikä oli hyvin, sillä emotionaalinen tyhjyys ja epäonnistumisen kokemus olivat musertavia. Nuoruudessa koettu masentuneisuus antoi näille tunteille syvempää kaikupohjaa, mikä teki Hannasta erityisen haavoittuvan.

Voimavaroja kartoitettiin käymällä läpi Hannan aikaisempia elämänvaiheita ja tapoja selviytyä hankalista tilanteista. Tärkeä voimavara oli Hannan ironinen huumori, jonka avulla hän kykeni nauramaan itselleen. Toisinaan itseironia muuttui julmaksi ja kääntyi siten Hannaa vastaan. Myös toimeliaisuudella oli Janus-kasvot: yhtäältä se auttoi Hannaa masennuksesta huolimatta pysymään toimintakykyisenä; toisaalta se saattoi

peittää masennusta ja lykätä sen käsittelyä. Koska Hanna oli tottunut käsittelemään ongelmia ”käärimällä hihat” ja ryhtymällä toimimaan, hän tarvitsi tukea kyetäkseen pysähtymään masennuksen äärelle.

Katkeruudesta irrottautuminen toi mukanaan surun siitä, että parisuhde ei enää korjaantuisi eikä uutta välttämättä löytyisi. Hanna huomasi määritelleensä itseään pitkälti parisuhteen kautta, joten edessä oli suuri muutos. Vähitellen löytyi kuitenkin uusia teemoja – esimerkiksi isoäitiys ja harrastukset. Hanna palasi pikku hiljaa vanhojen harrastustensa pariin. Aktiviteetit vahvistivat hänen itsetuntoaan ja antoivat onnistumisen kokemuksia.

Isa – merkitystä etsimässä

Mielenterveysohjaaja tapasi Isaa aluksi hänen kotonaan ja kävelyllä. Tapaamisissa keskusteltiin Isan tilanteesta ja siitä, mitä tukimuotoja hankkeella olisi hänelle tarjota. Isa oli motivoitunut lisäämään liikuntaa elämäänsä, ja hän innostuikin kuntosaliryhmästä. Isaa rohkaistiin lisäksi hakeutumaan kaupungin tarjoamiin liikuntaharrastuksiin, ja hankkeen aikana hän kävi sekä vesivoimistelussa että kaupungin kuntosaliryhmässä. Isa oli kertonut menettäneensä viime vuosina mielenkiinnon kodin askareisiin, joten esimerkiksi ruuanlaitto oli kutistunut lähinnä einesten lämmittämiseksi. Hän oli hieman huolissaan ylipainosta. Keskusteluissa mielenterveysohjaajan ja fysioterapeutin kanssa todettiin, että ravitsemusneuvonta voisi olla hyödyllistä. Isa osallistui hankkeessa järjestettyyn ravitsemusaiheiseen luento- ja keskustelutilaisuuteen.

Puolen vuoden kohdalla Isa alkoi tavata hankkeen psykologia. Keskusteluissa pääasiallisiksi ongelmiksi kiteytyivät Isan kielteinen käsitys itsestään, merkityksellisyyden tunteen oheneminen, tarpeettomuuden kokemus sekä taipumus kantaa kohtuuttomasti huolta tulevasta. Isa puhui paljon menneisyydestään ja pohti lapsuudenkokemusten yhteyttä nykyhetken ongelmiinsa. Hän kertoi kokeneensa jo varhain itsensä jotenkin vialliseksi ja ihmetelleensä, että oli siitä huolimatta päätenyt hyvään avioliittoon ja perhe-elämään, menestynyt työelämässä ja saanut hyviä ystäviä. Hän koki, että ei ollut ansainnut sellaista.

Eläkkeelle jäämisen ja leskeytymisen myötä lisääntyneet tarpeettomuuden kokemukset puhuttivat Isaa terapiassa. Hän koki saaneensa työelämässä ansaitusti arvostusta suorittamalla työnsä hyvin, mutta yksityiselämässä arvostus ei voinut perustua suorittamiseen tai tarpeelliseen olemiseen. Silti hyödyllisten roolien väheneminen huolestutti häntä. Hän olisi toivonut voivansa olla tarpeellinen esimerkiksi lapsenlastensa hoitajana, mutta ei tuntenut jaksavansa hoitaa pieniä lapsia jatkuvasti. Tasapainottelu hyödyllisen toiminnan ja omien voimavarojen mukaisen elämän välillä kulutti Isan voimia kovasti.

Isa suhtautui masennuksen hoitoon vakavasti ja oli motivoitunut avaamaan tunnistamiinsa tunnelukkoja. Toisaalta hän koki tämän välillä hyvin raskaaksi ja tarvitsi runsaasti kannattelua jaksakseen edetä. Hän kuvasi tunnelmiaan erään terapiatunnin lopussa

sanomalla, että ”tuntuu kuin olisi betonilattia rintaan asti – ongelmat ovat sen alla ja on pelottavaa ruveta niitä penkomaan”. Suurimmaksi haasteeksi Isalle muodostuikin yhteyden löytäminen omiin tunteisiin. Hän kuvasi lapsuutensa ankaruutta ja rakkauttomuutta, vaikka samalla korosti, että lapsuudenkoti oli hyvä. Hyväksyntä piti sen ajan moraalisten periaatteiden mukaisesti ansaita olemalla reipas ja tekemällä kovasti työtä. Lapsuudesta oli jäänyt mieleen joukko noloja ja häpeän täyttämiä tilanteita, jotka palasivat yhä mieleen.

Isa koki, että lapsuuden perintönä hänelle oli kehittynyt heikko itsetunto ja taipumus kokea syyllisyyttä ja häpeää erilaisista asioista. Hänestä tuntui esimerkiksi, että jos ystävät tietäisivät, millainen hän todellisuudessa on, he halveksisivat häntä. Hän pelkäsi jatkuvasti ”töppäilevänsä” sosiaalisissa tilanteissa esimerkiksi sanomalla jotain epäsopevaa tai ”tyhmää”. Erityisen paljon hän pelkäsi tuottavansa jollekin toiselle pettymyksen, jolloin hänet hylättäisiin. Kipurien ja särkyjen aikana hän mietti omaa tulevaisuuttaan ja kauhisteli ajatusta, että muut joutuisivat pitämään hänestä huolta.

Intervention puolivälissä Isa totesi oivaltaneensa hoidon aikana itsestään uusia asioita, joiden takia paluu aikaisempaan ajattelutapaan ei enää onnistuisi. Muutos – vaikka myönteinenkin – pelotti kuitenkin, sillä Isasta tuntui, että aikaisempien ”nolausjuttujen” unohtaminen tekisi hänestä huonon ihmisen. Isa kuvasi muutosta kohtaan tuntemiaan pelkoja sanomalla, että tuntui ”kuin pitäisi hypätä jonnekin, josta ei tiedä mitään”. Vanha ahdistuksessa vellova Isa oli tuttu ja turvallinen – millainen olisi uusi Isa? Tätä sisäistä keskustelua hän kävi pitkään. Vähitellen hän huomasi kuitenkin kykenevänsä ”ajattelemaan ja toimimaan toisin” ja vähentämään tietoisesti tulevaisuuden murehtimista.

Asko – rajojen avulla turvallisuutta

Mielenterveysohjaaja keskusteli Askon kanssa tämän toiveista ja tarpeista sekä siitä, millaista tukea hän toivoi hankkeelta. Asko kertoi hyvästä lauluäänestään, ja mielenterveysohjaaja suositteli hänelle lauluryhmään liittymistä. Tähän Asko suhtautui hieman varauksellisesti. Hän tuli lopulta ryhmään kaksi kertaa, mutta ei jatkanut pidempään. Erityisesti äänenavausharjoitukset tuntuivat hänestä lapsellisilta. Laulaminen sinänsä olisi kyllä maistunut, ja Asko nautti suuresti hyvästä lauluäänestä samastaan palautteesta.

Hankkeen fysioterapeutti sai Askoon alusta pitäen hyvän kontaktin, ja tämä antoi intervention loputtua myönteistä palautetta fysioterapeutin työskentelytavasta. Askolle tehtiin oma harjoitteluohjelma, ja hän kävi omaan tahtiinsa hankkeen kuntosaliryhmässä sitoutumatta kuitenkaan toimintaan. Ryhmässä Asko kertoi usein vitsejä ja myös selvästi nautti muilta saamastaan huomiosta. Toivottua seurustelukumppania ei kuitenkaan hankkeessa löytynyt.

Puhelinkontaktit olivat Askon tukemisessa keskeisellä sijalla. Hän soitteli itse aktiivisesti sekä mielenterveysohjaajalle että fysioterapeutille – erityisesti tilanteissa, joissa koki

itsensä avuttomaksi tai epätoivoiseksi. Puhelut saattoivat olla joskus jopa paniikintäyteisiä. Asko aprikoi, kärsikö hän paniikkihäiriöstä, ja selvittääkseen asian hän osallistui hankkeen aikana myös paniikkihäiriötutkimukseen. Paniikin yllättäessä hän toivoi, että mielenterveysohjaaja tai fysioterapeutti tulisi nopeasti kotikäynnille. Toisinaan hän halusi päästä ambulanssilla päivystykseen kovien kipujen vuoksi tai koska pelkäsi saavansa aivoinfarktin.

Asko tapasi muutamia kertoja myös hankkeen psykologia. Hän ei kuitenkaan kokenut, että keskusteluista olisi ollut hänelle sanottavaa hyötyä eikä ollut halukas jatkamaan niitä. Keskusteluissa hän saattoi välillä olla hyvin emotionaalinen ja itkeä surkeaa tilannettaan, mutta seuraavana päivänä hän saattoi soittaa ja kertoa olevansa taas ”elämänsä kunnossa”.

Askon tilanteesta keskusteltiin myös vanhuspsykiatrin konsultaatiossa. Hoidossa pidettiin tärkeänä Askon turvallisuuden ja nähdyksi tulemisen tarpeisiin vastaamista ja selkeiden rajojen asettamista. Todettiin, että yhteisten pelisääntöjen mukaan toimiminen olisi hyvän hoidon edellytys. Suunnitelman mukaan fysioterapeutti toimi Askon pääasiallisena yhdyshenkilönä tiimissä, sillä tämän kanssa vuorovaikutus toimi parhaiten. Fyysiseen harjoitteluun liittyvät tukimuodot näyttivät myös toimivan Askon kohdalla parhaiten, vaikka hän ei hankkeen aikana kyennytkään sitoutumaan ryhmiin erityisen hyvin.

Kaisa – elämää muistisairauden kanssa

Mielenterveysohjaaja ja fysioterapeutti kävivät aluksi Kaisan kanssa sauvakävelyillä. Kävellessä keskusteltiin Kaisan tilanteesta ja pohdittiin, mihin toimintoihin hän voisi osallistua MielenMuutos -hankkeessa. Päätettiin kokeilla lauluryhmää, joka oli juuri alkamassa sekä voimisteluryhmää liikunnan lisäämiseksi Kaisan arkeen. Lauluryhmän kahteen ensimmäiseen kertaan Kaisa ei lopulta tullut. Hän totesi, että hänet oli ”ylipuhuttu” osallistumaan. Lopulta hän tuli kolmanteen ryhmätapaamiseen. Varautuneisuudesta huolimatta hän osallistui sekä äänenavausharjoituksiin että laulamiseen ja otti katseen ja hymyilemällä kontaktia muihin ryhmäläisiin, vaikka ei juuri puhunut muiden kuin ryhmän vetäjän kanssa. Ryhmäkerran päätyttyä Kaisa kertoi vetäjälle viihtyneensä hyvin ja haluavansa tulla toistekin.

Kaisa kävi yhdeksän kertaa kokoontuneessa lauluryhmässä viisi kertaa ja osallistui kaikkeen muuhun paitsi ryhmäläisten kanssa keskustelemiseen. Lauluryhmän jälkeen hänelle tarjottiin mahdollisuutta osallistua taideryhmään, jonka perustamisen yhtenä kimmokkeena olivat juuri hänen taideharrastuksensa. Taideryhmä kokoontui kymmenen kertaa, joista Kaisa oli mukana kahdessa. Taideterapeutti halusi tarjota hänelle vielä uuden mahdollisuuden, ja tällä kertaa Kaisa oli aktiivisempi. Hän kävi ryhmässä seitsemän kertaa. Ohjaajan muistiinpanojen mukaan hän oli melko hiljainen mutta nautti erityisesti maalaamisesta.

Laulu- ja taideryhmien lisäksi Kaisa kävi satunnaisesti ohjatuilla sauvakävelyillä ja osallistui myös hankkeessa toteutettuun Ystäväpiiri -ryhmään. Fysioterapeutti havaitsi, että Kaisa tarvitsi muistuttamista ryhmäajoista, sillä hänen muistiongelmansa olivat lisääntyneet. Ilmeisesti mukana oli myös muistisairauteen ja masennukseen liittyvää aloitekyvyn heikkenemistä. Intervention puoliväliin mennessä Kaisa oli saanut Alzheimer -diagnoosin, mitä hän näytti häpeävän. Masennus ja ahdistuneisuus lienevät liittyneen ainakin osittain tähän.

Alun häpeilevän asenteen väistyttyä hieman taka-alalle Kaisa alkoi puhua avoimemmin muistisairaudestaan. Hän ilmaisi pettymystään siitä, että hyvä fyysinen kunto ja runsas liikkuminen eivät olleet suojanneet Alzheimerin taudilta. Voimavaroina tilanteen käsittelemisessä olivat vahva perhetunne ja tiivis läheisten verkosto. Läheissuhteet aiheuttivat kuitenkin myös ahdistusta, sillä Kaisa joutui murehtimaan yhden aikuisen lapsensa pahenevaa alkoholiongelmaa ja avioeroa. Tästä hän ei ollut kuitenkaan halukas keskustelemaan projektin työntekijöiden kanssa, vaan yritti pikemminkin peitellä tilannetta.

Ryhmätoiminta paransi selkeästi Kaisan mielialaa, mutta hän tarvitsi muistiongelmansa ja aloitekyvynsä heikkenemisen vuoksi paljon tukea ryhmään tulemisessa. Hankkeessa käytetty kimpataksipalvelu ja ryhmäajoista muistuttaminen puhelimitse olivat suureksi avuksi Kaisalle ja muille samantapaisista ongelmista kärsineille MielenMuutos -asiakkaille. Henkilöt, joilla on alkava muistisairaus ja sen rinnalla tai siihen liittyen lievää masennus- ja ahdistusoireilua, hyötyvät psykososiaalisesta ryhmätoiminnasta, mikäli se on järjestetty tavalla, joka ei itsessään aiheuta heille lisää stressiä tai epävarmuuden kokemuksia.

Luovan ryhmätoiminnan ja kulttuuristen työmuotojen yksi etu mielenterveystyössä on, että vertaistuen ja yksinäisyyden lievittymisen lisäksi ne tuottavat osallistujille esteettisiä elämyksiä. Kaisalle erityisesti taiteella oli paljon myönteisiä merkityksiä, ja siksi taideryhmään osallistuminen antoi hänelle mahdollisuuksia itsensä toteuttamiseen ja omien luovien voimavarojen aktivoimiseen. Tällä oli vaikutusta sekä mielialaan että yleisen hyvinvoinnin kokemukseen ja elämänlaatuun.

Laura – piste eristäytymiselle

Lauran tilanteessa kiireellisin haaste oli fyysisen kunnon ja liikkumiskyvyn kohentaminen, sillä nämä olivat edellytyksenä sille, että hän pääsisi osallistumaan kodin ulkopuoliseen toimintaan. Laura oli eristäytynyt kotiinsa, jossa hän liikkui pyörätuolin avulla. Runsas ylipaino oli keskeinen syy liikkumisvaikeuksille, ja Laura oli itse motivoitunut pudottamaan painoa. Sekä mielenterveysohjaaja että fysioterapeutti tapasivat Lauraa tämän kotona, ja hänelle laadittiin henkilökohtainen painon pudottamiseen ja fyysisen kunnon kohentamiseen tähtäävä suunnitelma. Tätä kautta haluttiin päästä käsiksi myös mielialaongelmien hoitoon.

Yksilöfysioterapia, liikehoito ja ravitsemusneuvonta muodostivat alkuvaiheessa Lauran hoidon konkreettisen ytimen, mutta suuri merkitys oli myös terapeuttisella vuorovaikutuksella mielenterveysohjaajan ja fysioterapeutin kanssa. Vähitellen, fyysisen kunnon kohentuessa ja painon pudotessa Laura pääsi rollaattorin kanssa kuntosalille. Tämä oli suuri edistysaskel myös hänen mielialansa kannalta, sillä Laura nautti ryhmässä olemisesta ja tuli kuntosalille mielellään. Hänen rehevä huumorinsa pääsi täällä myös oikeuksiinsa ja oli voimavarana niin hänelle itselleen kuin muillekin ryhmän jäsenille.

Intervention puolivälissä Laura osallistui lauluryhmään, mikä tuotti hänelle suurta mielihyvää. Lauluryhmän vetäjä on merkinnyt päiväkirjaansa Lauran ja erään toisen ryhmäläisen suorastaan kilpailleen siitä, kuka kertoo mehukkaimmat tarinat. Täälläkin Lauran huumorista tuli siis ryhmän ilmapiiriä ylläpitävä voimavara. Toisaalta hän ei kuitenkaan ollut ryhmissä liian hallitseva.

Intervention loppupuolella Laura sai hankkeen fysioterapeutin avustuksella järjestettyä itselleen paikan kaupungin liikuntatoimen ryhmään. Hän osallistui myös hankkeessa järjestettyyn tanssiliikuntaan, mitä on pidettävä saavutuksena, kun ottaa huomioon hänen fyysisen ja psyykkisen huonokuntoisuutensa hankkeeseen tullessa. Taloudelliset huolet varjostivat edelleen Lauran elämää hankkeen päättyessä, mutta hänen sosiaalinen aktiivisuutensa oli huomattavasti lisääntynyt mielialan kohentuessa.

Heikki – tukea surutyöhön

Heikki oli käynyt ennen projektiin tuloaan muutamia kertoja psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolla ja kokenut keskustelujen jonkin verran helpottaneen oloaan. Syällisyys ja ikävä puolisoa kohtaan olivat silti ajoittain melkein sietämättömiä. Heikin toivomuksena hankkeelle oli keskusteluavun saaminen, sillä hän ei kokenut omin avuin pääsevänsä eteenpäin surutyössään.

Heikki oli yksi niistä harvoista intervention asiakkaista, jotka eivät osallistuneet lainkaan hankkeen ryhmätoimintaan. Keskusteluissa psykologin kanssa käsiteltiin puolison kuolemaa ja siihen liittyviä syällisyyden tunteita sekä Heikin vaikeutta hyväksyä tapahtunutta. Yksi masennuksen tunnuspiirre Heikin kohdalla oli hänen valinpitämättömyytensä omasta hyvinvoinnistaan huolehtimiseen. Toisinaan hän tuntui jopa toivovan vakavaa sairastumista ja kuolemaa.

Vähitellen keskusteluihin ilmaantui kepeämpiä sävyjä, kun Heikki muisteli puolison kanssa elettyä elämää; erityisesti yhteisiä matkoja ja lomanviettoa perheen kesämökillä. Muistelussa käytettiin apuna valokuvia, joita Heikki toi mukanaan. Myös mielenkiintoiseen työhön liittyvät muistot tuottivat hänelle mielihyvää. Heikki työskenteli tunteidensa ja ajatustensa kanssa hyvin omaehtoisesti, mutta ilmaisi usein kiitollisuuttaan mahdollisuudesta keskustella ulkopuolisen ammattilaisen kanssa asioistaan.

Essi – luovuuden uusi tuleminen

Essin masennuksen ulkopuoliselle näkyvin ilmenemismuoto oli hänen ärtyneisyytensä ja vaikeutensa olla näyttämättä sitä. Tämä aiheutti ongelmia muun muassa parisuhteessa, ja Essi pohti jopa puoliosasta erilleen muuttamista. Yhteisen pohdinnan jälkeen hän päätti kuitenkin olla tekemättä radikaaleja ratkaisuja hoitoprosessin aikana ja arvioida tilannetta uudelleen myöhemmin. Ärtyneisyyden lisäksi Essi kärsi öisistä heräämisistä, jolloin hän murehti tilannettaan ja sairauksiaan ja pelkäsi liikuntakyvyn menettämistä ja vuodepotilaaksi joutumista.

Essi kiinnostui liikuntaryhmästä, sillä neurologisten oireiden vuoksi hänen liikuntakykynsä oli heikentynyt huomattavasti. Hän pääsi mukaan asuinalueensa lähellä toimivaan MielenMuutos -kuntosaliryhmään. Aluksi jotkut ryhmän jäsenistä ärsyttivät Essiä eikä hän kyennyt nauttimaan harjoittelusta niin paljon kuin olisi toivonut. Hänen ärtyneisyytensä vaikutti myös ryhmän ilmapiiriin.

Mielenterveysohjaajan kanssa käymissään keskusteluissa Essi ilmaisi halukkuuttaan pohtia tilannettaan psykoterapiassa. Terapia fokuoitiin aluksi kysymyksiin Essin sairauksista ja hänen tulevaisuutta kohtaan tuntemistaan peloista. Samalla kun fyysinen harjoittelu vahvisti Essin luottamusta omaan liikkumiseensa, terapiassa tapahtunut pohdinta lisäsi hänen uskoaan siihen, että elämä kaikesta huolimatta kantaisi eteenpäin ja että tulevaisuudelta olisi vielä jotain odotettavaa.

Terapian edistyessä kysymykset sairaudesta ja fyysisestä voinnista alkoivat väistyä takalalle ja esiin nousivat pohdinnat siitä, mitkä asiat elämässä olivat tärkeitä ja miten niitä voisi toteuttaa. Essi oli joutunut luopumaan taideharrastuksistaan, koska kulkeminen ryhmiin oli vaikeaa ja työskentely raskasta. Nyt Essi kiinnostui mahdollisuudesta elvyttää taideharrastustaan hankkeen taideryhmässä. Hän osallistui kahteen peräkkäiseen taideryhmään ja koki niiden ansiosta pääsevänsä uudelleen yhteyteen luovuutensa kanssa. Taideterapeutti rohkaisi Essiä etsimään uusia ilmaisumuotoja sekä käyttämään uusia materiaaleja ja tekniikoita, jotka eivät olisi fyysisesti liian raskaita. Hankkeen ulkopuolella Essi innostui kokeilemaan elämäkerrallista kirjoittamista, mikä toi myös uusia näköaloja tulevaisuuteen.

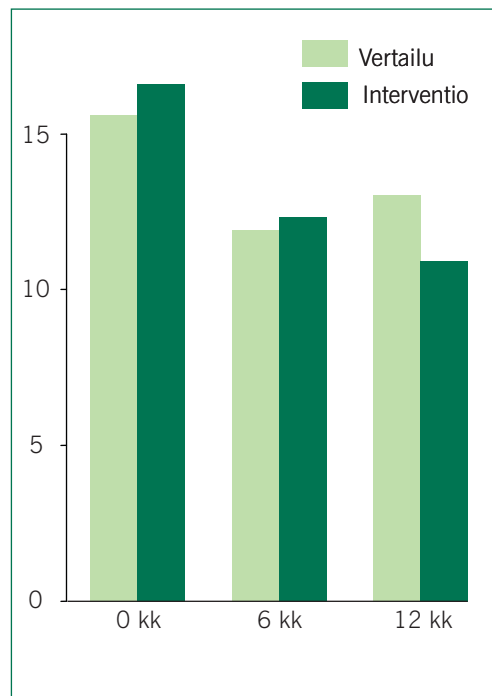
Mikä muuttui – intervention vaikutukset lukuina

Tämän tutkimuksen tärkeimmät tulokset liittyvät tilastollisessa mielessä masennuksen, ahdistuneisuuden, elämänlaadun, elämänhallinnan sekä yksinäisyyden kokemusten muutoksiin ja ryhmien välisten muutosten eroihin vuoden tutkimusjakson aikana. Laadullinen tarkastelu puolestaan valottaa sitä, millaisia muutoksia yksittäisten asiakkaiden tilanteissa tapahtui intervention aikana. Tarkastelujaksot poikkeavat määrällisessä ja laadullisessa tarkastelussa toisistaan jonkin verran, mihin on jo viitattu aiemmin todettaessa, että asiakkaiden hoitoprosesseja ei haluttu katkaista vain tutkimusteknisistä syistä. Seuraavassa tarkastellaan ensin

tutkimuksen tuloksia tilastollisesti, ja sen jälkeen kuvataan tapausesimerkkien avulla yksittäisten asiakkaiden tilanteissa tapahtuneita muutoksia. Tilastolliset tulokset esitetään myös pylväskuvioina, joista osa on raportin liitteenä 4.

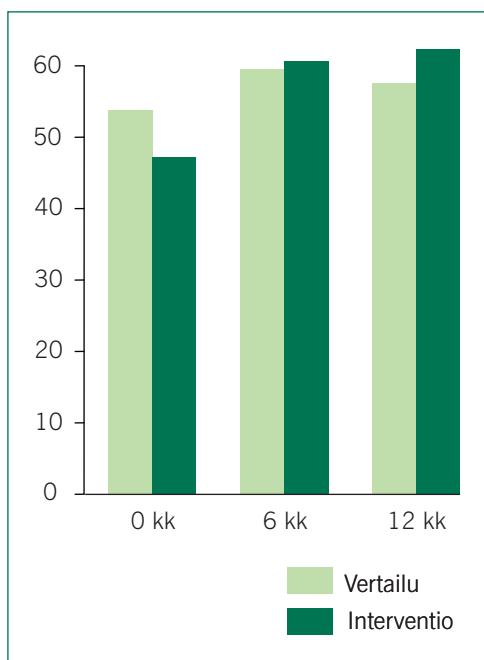
Tutkimusjakson aikana sekä interventiossa olleiden että vertailuryhmäläisten masennus lieveni GDS:llä mitaten puolen vuoden kohdalla (p-arvo 0.000). Interventoryhmässä masennus väheni enemmän, mutta ryhmien välinen ero ei ollut tilastollisesti merkitsevää. Vuoden kohdalla ryhmien muutokset masennuksessa sen sijaan erosivat merkitsevästi (p-arvo 0.001). Vertailupuolella masennus oli tilastollisesti katsoen lisääntynyt kuuden kuukauden tilanteeseen verrattuna mutta oli kuitenkin alkutilannetta vähäisempää. Interventiopuolella masennus oli vähentynyt edelleen kuuden kuukauden tilanteesta.

Tarkasteltaessa mielialaa janakysymyksen avulla se näytti kohenevan tutkimusjakson aikana molemmissa ryhmissä. Verrattuna kontrolliryhmään interventoryhmän mielialan keskimääräinen nousu oli tilastollisesti merkitsevää sekä puolen vuoden (p-arvo 0.02) että vuoden kohdalla (p-arvo 0.003). Sekä GDS:llä että janakysymyksellä arvioiden interventioon osallistuneet olivat vertailuryhmää hieman masentuneempia tutkimuksen alussa, ja voidaan pohtia, miten ero vaikutti muutoksen määrään. Interventoryhmän masentuneisuudessa oli ikään kuin enemmän "lievenemisen varaa", mutta toisaalta lievenemisvaraa oli vertailuryhmänkin GDS -keskiarvossa. Lievenmistä masennusoireista kärsivillä voi lisäksi olla enemmän psyykkisiä voimavaroja, mikä olisi saattanut ennustaa jopa päinvastaista tulosta suhteessa interventoryhmään. Kaiken kaikkiaan mielialan kohenemisen tulosta voidaan pitää hyvänä jo siitäkin syystä, että GDS on mittarina varsin karkea eikä välttämättä näytä seurannassa kovin herkästi masennuksessa tapahtunutta muutosta.

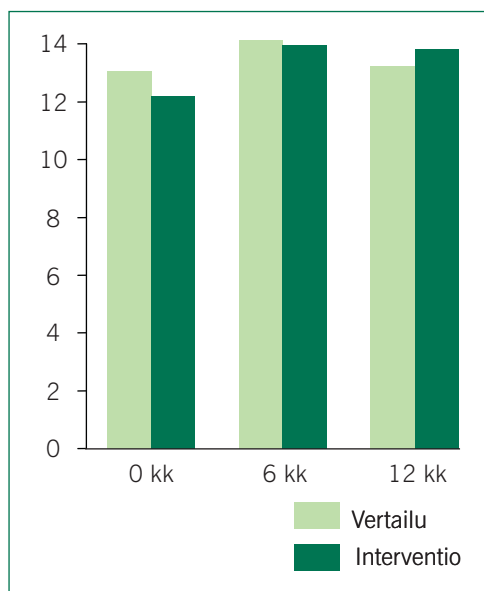


Kuvio 6. Masennus (GDS)

Myös osallistujien toiveikkuutta tulevaisuuden suhteen tarkasteltiin janakysymyksen avulla. Puolen vuoden kohdalla osallistujien toiveikkuus oli lisääntynyt alkutilanteesta mutta ero ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää. Sen sijaan vuoden kohdalla myönteinen muutos interventoryhmässä oli kontrolliryhmään verrattuna tilastollisesti merkitsevää (p-arvo 0.004). Vertailuryhmän toiveikkuus tulevaisuuden suhteen kohentui hieman puolen vuoden kohdalla mutta laski jälleen vuoden kohdalla.



Kuvio 7. Mieliala



Kuvio 8. Elämänlaatu, fyysinen terveys (WHOQOL 1)

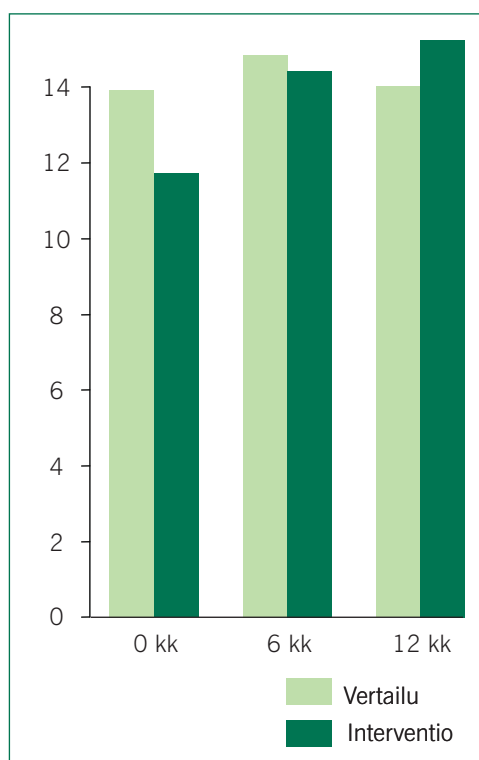
Tutkimusvuoden kuluessa Hamilton-pisteiden mukainen ahdistus väheni koko tutkimusjoukossa tilastollisesti merkitsevästi (kuuden kuukauden p-arvo 0.004 ja vuoden p-arvo 0.002). Interventoryhmän ahdistuneisuus väheni vertailuryhmää enemmän sekä kuuden kuukauden että vuoden kohdalla, mutta ryhmien erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Kuten masennuksen, myös ahdistuneisuuden aste saattaa vaihdella spontaanisti ajan myötä. Tavoitteellinen interventio on kuitenkin todennäköisesti vaikuttanut siinä mukana olleiden ahdistuneisuuden lievenemiseen. Vertailuryhmän haastatteluilla on saattanut olla merkitystä heidän ahdistuneisuutensa vähenemisessä.

Seuranta-aikana koko tutkimusjoukon fyysisen terveyteen liittyvä elämänlaatu oli kohentunut puolen vuoden kohdalla tilastollisesti erittäin merkitsevästi (p-arvo 0.000). Vuoden kohdalla kohdalla parannusta tapahtui ainoastaan interventoryhmässä ja ero vertailuryhmään oli tilastollisesti merkitsevä (p-arvo 0.000). Tulos on mielenkiintoinen, kun sitä tarkastelee suhteessa keskimääräiseen masennuksen lievenemiseen ryhmissä. Fyysisen hyvinvoinnin kohentuminen ja masennuksen lieveneminen näyttävät kulkevan käsi kädessä. Tämä kietoutumisilmiö on tuotu esiin myös monissa aikaisemmissa masennustutkimuksissa (ks. tarkemmin luku 3). Vaikutus voi olla kahdensuuntainen: masennuksen helpottaessa ihminen tuntee itsensä jaksavammaksi ja usein motivoituu pitämään parempaa huolta terveydestään, mutta toisaalta myös akuutista fyysisestä sairaudesta toipuminen voi jo sinänsä parantaa mielialaa.

Elämänlaadun psyykkisellä ulottuvuudella tapahtui seuranta-aikana kohentamista molemmissa ryhmissä. Interventoryhmän muutos oli sekä puolen vuoden että varsinkin vuoden kohdalla tilastollisesti erittäin merkitsevä (p-arvo 0.000) suhteessa vertailuryhmään.

WHOQOL-BREF:ssa elämänlaadun psyykkistä ulottuvuutta mittaavat kysymykset koskevat elämästä nauttimista, merkityksellisyyden kokemusta, keskittymiskykyä, suhdetta omaan ulkonäköön, tyytyväisyyttä itseen sekä kielteisten tunnekokemusten useutta. Matalat pisteet elämänlaadun psykologisella ulottuvuudella olivat yhteydessä korkeisiin pistemääriin GDS:ssä, mikä onkin johdonmukaista. Myös mielialaa mittaava janakysymys oli yhteydessä GDS -pisteisiin ja elämänlaadun psyykkiseen ulottuvuuteen. Näiden kolmen voi ajatella mitaavan osittain samaa ilmiökenttää, vaikkakin sen eri puolia.

Tutkimusjakson aikana elämänlaadun sosiaalisten suhteiden ulottuvuudella ei tutkimusjoukossa tapahtunut juuri muutoksia seurannan aikana. Kysymykset koskivat tyytyväisyyttä ihmissuhteisiin, tyytyväisyyttä sukupuolielämään sekä tyytyväisyyttä ystäviltä saatuun tukeen. Myöskään ympäristöulottuvuudella vertailuryhmän kohdalla ei tapahtunut juuri muutosta seurannan aikana.



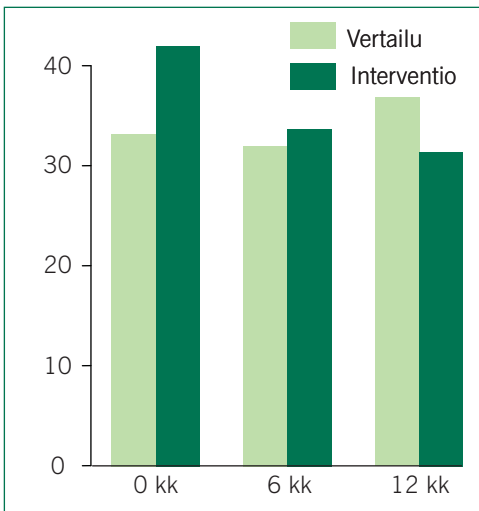
Kuvio 9. Psykologinen elämänlaatu (WHOQOL 2)

Sen sijaan interventoryhmässä kokemus ympäristöstä oli kohentunut sekä puolen vuoden että vuoden kohdalla ja ero vertailuryhmään oli puolen vuoden kohdalla tilastollisesti erittäin merkitsevä (p-arvo 0.000) ja vuoden kohdalla merkitsevä (p-arvo 0.03). Myös tässä voi pohtia, mikä osuus masennuksen lievenemisellä on henkilön sosiaalisiin suhteisiin tai asuinympäristöön ja olosuhteisiin liittyvään tyytyväisyyteen. Masentunut ihminen antaa herkästi asioille negatiivisia tulkintoja ja voi kokea vähäisetkin ongelmat ratkaisemattomina vaikeuksina. Kun masennus helpottaa, myös ihmisen aloitteellisuus ja kyky sietää erilaisia arjen hankaluuksia lisääntyy. Eräs intervention asiakas esimerkiksi koki masennuksen ollessa syvimmillään julkisilla liikennevälineillä kulkemisen lähes mahdottomaksi. Masennuksen hellitettyä otettaan hän pystyi liikkumaan busseilla ja junilla vaikeuksista. Elämänlaatu on siten hyvin konkreettisesti yhteydessä elämäntapaan ja arjen toimintakykyyn.

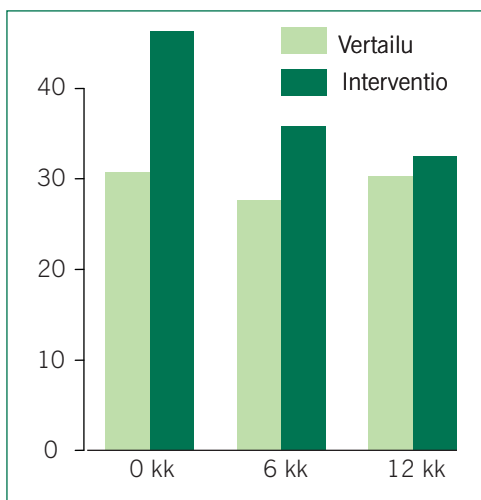
Alkutilanteessa ryhmät erosivat toisistaan elämäntapaan edustavan koherenssin tunteen suhteen merkittävästi vertailuryhmän eduksi. Seuranta-aikana elämäntapaan tunne parani vertailuryhmässä vielä jonkin verran puolen vuoden kohdalla, mutta väheni vuoden kohdalla selvästi. Suhteessa vertailuryhmään interventoryhmän elämäntapaan kokemus kohentui tilastollisesti erittäin merkitsevästi sekä puolen vuoden että vuoden kohdalla (p-arvo 0.000). Muutos näkyy pylväissä SOC-pistemäärien laskuna. Aaron Antonovskyn teorian mukaan koherenssin tunne on suhteellisen pysyvä kvaliteetti, joka ennustaa kokonaisvaltaista hyvinvointia ja onnistunutta stressin käsittelyä. Tässä tutkimuksessa koherenssin tunne näytti kuitenkin

varioivan ajan myötä. Samanlaisia tuloksia on saatu muissakin tutkimuksissa. Osa mittarin kysymyksistä kietoutuu mielialaan, kielteisiin tunnetiloihin ja merkityksettömyyden kokemuksiin, jotka ovat tavallisia masennuksenkin yhteydessä. Siksi voi pitää johdonmukaisena, että koherensstin tunteen lisääntyminen ja masennusoireiden lieveneminen kulkevat käsi kädessä.

Tutkimusjoukon yksinäisyyden kokemuksissa ei tapahtunut tilastollisesti merkitseviä muutoksia intervention aikana. Vaikka interventoryhmä koki yksinäisyyttä vertailuryhmää enemmän, yksinäisyyden kokemus myös väheni heidän kohdallaan ja ryhmien ero kutistui vuoden kuluessa jonkin verran. Yksinäisyyden mittaamista koskevassa kritiikissä on korostettu, että kyse on subjektiivisista kokemuksista, jotka voivat kunkin vastaajan kohdalla olla erilaisia. Arvioidessaan omaa yksinäisyyttään vastaajat myös suhteuttavat sitä erilaisiin odotuksiin ja normeihin.



Kuvio 10. Elämänhallinta (SOC)



Kuvio 11. Yksinäisyyden haitta

Vaikka yksinäisyyden tuntemuksissa sinänsä ei tutkimusjaksolla tapahtunut merkittäviä muutoksia, se, miten haitallisena yksinäisyys koettiin, muuttui interventioon osallistuneilla kohtalaisen paljon. Puolen vuoden kohdalla he kokivat haitan jonkin verran aiempaa vähäisemmäksi ja vuoden kohdalla muutos suhteessa vertailuryhmään oli jo tilastollisesti merkitsevä (p-arvo 0.003). Tulos viittaa siihen, että nämä yksinäisyyden ulottuvuudet ovat ainakin jossain määrin erillisiä. Ihminen voi kokea yksinäisyytensä enemmän tai vähemmän elämää haittaavaksi riippumatta siitä, kuinka yksinäinen hän katsoo kullakin hetkellä olevansa.

Ilman tarkempaa käsiteanalyysia tai vastaajien haastattelua pohdinta jää spekuloinniksi, mutta on mahdollista, että kokemus yksinäisyyden haitallisuudesta on masennuksen kannalta merkittävämpi kuin yleisempi yksinäisyyden kokemus. Tilastollisesti yksinäisyyden tunnetta ja sen haittaavuutta mittaavien janavastausten välinen korrelaatio oli 0.75, joten tälläkin tavoin tarkastellen kysymys on osittain eri kokemuksista.

IADL-mittarilla arvioidussa toimintakyvyssä tapahtui tarkastelujaksolla muutoksia molemmissa ryhmissä. Puolen vuoden kohdalla interventoryhmän toimintakyky oli kohentunut suhteessa vertailuryhmään hieman ja vuoden kohdalla jo merkitsevästi (p-arvo 0.01). Ver-

tailuryhmässä toimintakyky oli huonontunut sekä kuuden kuukauden että vuoden kohdalla. Tämän ikäisillä ihmisillä toimintakyky voi yhden vuoden aikana laskea monista syistä. Kyse voi olla sekä ikääntymisen aiheuttamista muutoksista sinänsä että erilaisten fyysisten sairauksien seuraamuksista tai aktiivisuuden vähenemiseen liittyvistä ongelmista. Kun interventoriyhmän hoidossa kiinnitettiin huomiota myös fyysiseen harjoitteluun, ei toimintakyvyn paraneminen heidän kohdallaan ole yllättävää.

Yhteenvetona voidaan todeta, että MielenMuutos -interventio kohensi räätälöityä tukea saaneiden masentuneiden ikäihmisten tilannetta merkittävästi monin tavoin. Ei pelkästään masennus lieventynyt ja mieliala kohentunut, vaan myönteisiä muutoksia tapahtui myös elämänlaadussa, elämänhallinnassa ja toimintakyvyssä. Lisäksi yksinäisyyttä ei koettu enää yhtä haittaavana kuin aikaisemmin. Muutosten merkittävyyttä korostaa se, että tavanomaista hoitoa saaneiden vertailuryhmäläisten kohdalla tilanne ei kohentunut läheskään samassa määrin ja joillakin hyvinvoinnin osa-alueilla se jopa heikkeni entisestään.

Interventio- ja vertailuryhmä olivat taustatekijöiltään osittain samanlaiset, vaikka erojakin oli. Osallistujat olivat valtaosin naisia ja keskimäärin varsin iäkkäitä (78-vuotiaita). Vertailuryhmä oli jonkin verran interventoriyhmää koulutetumpi, mutta heistä hieman useampi koki taloustilanteensa heikoksi. Interventoriyhmä koki tutkimuksen alussa vertailuryhmää hieman enemmän masennusta ja ahdistuneisuutta ja heidän suhtautumisensa tulevaisuuteen oli vähemmän toiveikas. Suurimmat erot ryhmien välillä olivat kuitenkin SOC-mittarilla arvioidussa elämänhallinnassa ja WHOQOL-BREF-mittarilla arvioidulla elämänlaadun psyykkisellä ulottuvuudella. Kun ryhmät olivat kohtalaisen pienet (70 ja 69), on mahdollista, että erot johtuvat ainakin osittain sattumasta. Toisaalta kuten jo aiemmin spekulointiin, parempi elämänhallinta ja parempi psyykkinen elämänlaatu voisivat ennustaa jopa suurempaa masennuksen lievemistä.

Mikä muuttui yksittäisten asiakkaiden elämässä?

Seuraavassa kuvataan intervention seitsemän esimerkkiasiakkaan tilanteissa tapahtuneita muutoksia tutkimusjakson aikana. Kliinisesti arvioiden muutokset saattoivat olla yksittäisen asiakkaan kohdalla merkittävämpiä tai vähäisempiä kuin mittarien näyttämät, mutta tapauselostuksissa pääpaino on niiden merkitysten tarkastelussa, joita asiakkaat itse ja mielenterveystiimin jäsenet antoivat muutoksille. Kaikkien asiakkaiden kohdalla selkeitä muutoksia ei tapahtunut ja joidenkin kohdalla tilanne saattoi joiltain osin jopa heikentyä. Tällöin kyse oli esimerkiksi fyysisen tai muistisairauden etenemisestä. Joidenkin asiakkaiden tilanne koheni johdonmukaisesti intervention aikana, kun taas toiset kokivat ajoittaisia takapakkeja. Kuten tilastollisista tuloksista voi lukea, interventio hyödytti kuitenkin useimpia asiakkaita.

Hanna

Intervention aikana sekä Hannan olemuksessa että elämässä tapahtui ulkopuolisen silmin näkyviä muutoksia. Harmaus ja ilmeettömyys väistyivät ja tilalle tuli uudenlaista iloisuutta ja rentoutta. Ulkomuodon muutos oli suorastaan hätkähdyttävä. Mielenkiintoista kyllä ulkoiset muutokset näyttivät edeltävän Hannan omia havaintoja. GDS -pisteet olivat korkeat puolen vuoden kohdalla ja melko korkeat vielä intervention virallisesti päättyessä, jolloin tutkimushoitaja teki loppuhaastattelun. Haastattelun yhteydessä Hanna kertoi kuitenkin kokeneensa, että projekti oli ”pelastanut” hänet. Myös muissa yhteyksissä hän kiitteli projektin työntekijöitä siitä, että hänet oli ”työnnetty ulos kotoa”, kun hän ei itse jaksanut lähteä liikkeelle.

Alusta asti tiimin jäsenten oli helppoa saada kontakti Hannaan. Ilmeettömyytensä ja jonkinlaisen kireytensä alla hän vaikutti nuorekkaalta ja huumorintajuiselta ihmiseltä. Hannan hoitoprosessia voisi kuvata sanalla aaltoileva. Välillä edistyi nopeasti, välillä palattiin ikään kuin uudelleen lähes nolllapisteeseen. Erityisesti eron vatvomisesta Hannan oli hyvin vaikea irtaantua. Hänen oli vaikea hyväksyä sitä, että tunteet ja mieliala eivät muuttuisi ajattelemalla. Vielä vaikeampaa oli avioeron lopullisuuden hyväksyminen.

Kun parisuhteeseen liittyvät asiat eivät enää vieneet kaikkea aikaa, Hannan ajatuksiin tuli vähitellen tilaa myös muiden roolien ja elämänalueiden pohdintaan. Hän alkoi esimerkiksi pohtia isoäitiyttään. Siinäkin roolissa hän oli kokenut jonkinlaista tyytymättömyyttä, koska ei ollut mielestään onnistunut olemaan sellainen ”herttainen mummi”, jollaisia hän tunsii tuttavapiirissään. Nyt Hanna alkoi hahmotella mahdollisuuksia olla omanlaisensa mummi. Hän voisi esimerkiksi olla lapsenlapsilleen mallina naisesta, joka on sekä ollut perheenäiti että luonut menestyksekkään työuran. Isoäidin rooli jäi hoidon päättyessä vielä mietintään, sillä Hannaa rajoittivat edelleen mielessä oleva isoäidin ihanne ja myös hänen käsityksensä omasta ”luonteestaan”.

Suurin muutos Hannan kohdalla tapahtui hänen kyvyssään säädellä omaa mielialaansa ja rajoittaa kielteisten ajatusten ja tunteiden vatvomista. Keinoina tässä olivat vanha tuttu toiminnallisuus ja liikunnallisuus sekä uudempana kyky keskittyä pikemminkin nykyhetken kuin menneisiin menetyksiin ja tuleviin murheisiin. Nykyhetkessä läsnäoloa harjoiteltiin myös tietoisuustaitoryhmässä. Hoidon lopettaminen pelotti Hannaa, ja mielialan suhteen koettiin takapakkia hieman ennen terapian loppumista. Hoidon loppupuolella Hanna totesi havainneensa itsessään anteeksiantoa sekä itseään että entistä miestänsä kohtaan. Hän tunnisti aikaisemman halunsa kontrolloida tilanteita ja ihmisiä ja koki nyt sietävänsä paremmin sitä, että ei kykenisi muuttamaan muita kuin itseään.

Hannan kohdalla muutoksen tärkein mahdollistaja oli hänen oma kykynsä eritellä tunteitaan ja kokemuksiaan. Toisaalta, kuten hän palautteessaan totesi, hän tarvitsi etenkin hoidon alkuvaiheessa ulkopuolisen henkilön sysäämään muutoksen liikkeelle. Konkreettisesti tämä tapahtui tarjoamalla mielekästä toimintaa ja houkuttelemalla Hanna ulos kotoaan. Psykoterapia sopi Hannalle hoitomuodoksi erittäin hyvin, sillä hän oli sekä motivoitunut että kykenevä hyötymään tämän tyyppisestä avusta. Hoitoprosessi kesti lähes 1,5 vuotta, ja sen tuloksena Hannan masennus helpotti ja hänen elämänlaatunsa parani selkeästi. Lisäksi hän oppi keinoja mielialan säätelyyn ja masennuksen varomerkkien tunnistamiseen. Hoidolla oli siten myös potilasohjauksellinen eli psykoedukatiivinen merkitys.

Isa

Isa koki suurimmaksi muutokseksi avoimuuden lisääntymisen ja uudenlaisen uskalluksen puhua peloistaan ja ahdistuksen aiheistaan. Tähän liittyi lisääntyvä oman elämäntilanteen ja oman persoonan hyväksyminen sellaisina kuin ne olivat sillä hetkellä. Intervention päättyessä Isa totesi, että asiat olivat menneet viime aikoina paremmin kuin hän olisi osannut odottaa. Myös tapa, jolla hän puhui asioistaan, oli alkanut muuttua. Hän oli edelleen ankara ja vaativa itselleen, mutta sävy oli nyt astetta lempeämpi. Hän ei tuntenut itseään varsinaisesti yksinäiseksi, mutta suri sitä, että ei ollut ”läheisin kenellekään”. Toisaalta hän totesi, että ”sen kanssa pitää vaan tulla toimeen”. Hän oli myös oivaltanut, että oli tarpeen muistuttaa itseään kaikesta hyvästä, mitä hänen elämässään oli – esimerkiksi siitä, että hänellä oli rakastava perhe ja hyviä ystäviä

Isa oli ennen projektiin tuloa käyttänyt kohtalaisen runsaasti terveysaseman palveluita, vaikka lääkäritilanne oli hänen alueensa terveyskeskuksessa varsin hankala. Lääkärikontakteja oli kertynyt hanketta edeltäneen vuoden aikana 19, ja lisäksi hän oli käynyt 12 kertaa psykiatrisen sairaanhoitajan luona keskustelemassa. Tutkimuksen aikana lääkärikontakteja oli viisi ja psykiatrisen sairaanhoitajan käyntejä yksi. Viimemainitut korvasi hankkeen psykoterapia. Terveyskeskuskäynnit liittyivät useimmiten tuki- ja liikuntaelinongelmiin, joita Isalla hankkeenkin aikana oli. Ilmeisesti psykososiaalinen tuki auttoi häntä kuitenkin tulemaan paremmin toimeen vaivojensa kanssa, joten lääkäriä ei tarvittu yhtä usein kuin aiemmin.

Terapian alkuvaiheessa Isa oli jonkin verran huolissaan alkoholinkäytöstään, sillä hänellä oli tapana nauttia viikonloppuisin pullollinen viiniä. Intervention aikana alkoholin käyttö väheni eikä Isalla ollut aina tarvetta ostaa viiniä viikonlopuksi. Liikunnan lisääminen oli projektin alusta asti ollut Isan yhtenä tavoitteena ja myös tässä suhteessa tapahtui edistystä. Terapiassa opetellut tarkkaavuus- ja tietoisuustaitoharjoitukset olivat apuna mielialan säätelyssä. Lisäksi Isa oli oivaltanut arjen rutiineista ja rytmeistä kiinni pitämisen tärkeyden mielenterveyden kannalta.

Isan hoito MielenMuutoksessa jäi jossain mielessä kesken, sillä hän alkoi hoitaa säännöllisesti pientä lapsenlastaan eikä enää kyennyt järjestämään aikaa terapiaan. Isan hoitohistoria kertoo, että hän on yrittänyt saada apua mielialaongelmiinsa jo useiden vuosien ajan, mutta tilanne ei ole varsinaisesti helpottunut. Osittain voi olla kyse tavoitteellisuuden ja intensiivisyyden puutteesta hoitoprosessissa, mutta Isalla saattoi olla myös vaikeutta hyödyntää saamiaan tukia. Hänellä näytti olevan taipumusta keskeyttää hoito, kun olo oli hieman parempi. Olon paraneminen taas liittyi ennen kaikkea siihen, että häntä tarvittiin konkreettisesti – esimerkiksi hoitamaan lapsenlasta. Kun toiminta väheni, Isan masennus tuppasi uusiutumaan. Isa olisi todennäköisesti hyötynyt pidempikestoisesta ja intensiivisemmästä psykoterapiasta, sillä hänellä oli paljon kykyä reflektoida omia tunteitaan ja mielialojaan.

Asko

Asko oli yksi niistä MielenMuutos -asiakkaista, joiden kohdalla tapahtui hyvin vähän johdonmukaista muutosta intervention aikana. Hänen mielialansa vaihtelivat nopeasti äärimmäisyydestä toiseen, ja hänen kykynsä reflektoida omia tunteitaan ja ajatuksiaan oli varsin heikko. Mielialan ollessa korkealla hän uskoi vakaasti pärjäävänsä ilman tukea, mutta jo seuraavana päivänä hän saattoi taas tuntea itsensä avuttomaksi ja toivottomaksi.

Asko koki keskustelun avulla tapahtuvan tukemisen turhauttavaksi, sillä hän toivoi vastapuolelta varauksetonta samanmielisyyttä eikä ollut halukas kyseenalaistamaan omia uskomuksiaan. Toiminnallinen tukeminen onnistui paremmin, vaikka sitoutuminen ryhmään oli Askolle vaikeaa. Silti hän itse koki hyötynensä hankkeesta. Hän oli tutustunut moniin uusiin ihmisiin, mitä hän piti tärkeänä mielialansa kannalta. Myös fyysinen harjoittelu oli tuottanut tuloksia. Askosta oli erityinen mielekäs työkennellä fysioterapeutin kanssa tämän käytännönläheisen otteen ja reippaan olemuksen takia.

Askon persoonallisuusproblematiikka asetti omat rajansa auttamistyölle, joten tavoitteet mukautettiin sitä silmälläpitäen. Asiakaslähtöisyyden ideaa on Askon tyyppisten asiakkaiden kohdalla tarkasteltava hieman toisenlaisesta näkökulmasta kuin useimpien muiden asiakkaiden kohdalla. Askon odotukset tuesta olivat osittain ongelmalliset, sillä kyseenalaistamaton vastaaminen niihin olisi merkinnyt pahimmassa tapauksessa hänen epäsuotuisien uskomustensa sekä ajatus- ja toimintamalliensa vahvistamista. Siksi tiimin jäsenten oli erityisen tärkeää sopia yhteisistä toimintatavoista hänen tukemisessaan.

Kaisa

Kaisan muistiongelmät lisääntyivät hankkeen aikana, mutta sitäkin suuremman ongelman muodostivat Alzheimer-diagnoosin varmistumisen aiheuttama ahdistuneisuus ja häpeän tunteet. Kaisan oli selvästikin vaikea puhua ongelmistaan ja hän yritti usein peitellä niitä ja antaa kuvan, että kaikki on hyvin. Tämä asenne ei sanottavasti muuttunut intervention aikana. Kuitenkin sekä GDS-pistemäärien valossa että tiimin arvioimana Kaisan mielialassa tapahtui melko suuri myönteinen muutos MielenMuutos -intervention loppua kohden.

Masennuksen hoidon suurimmaksi haasteeksi Kaisan kohdalla muodostui (kenties muistiongelmista johtuva) vaikeus sitoutua hankkeen tarjoamiin tukimuotoihin. Hän kävi ryhmissä vain satunnaisesti, ellei häntä muistutettu niistä. Toisaalta ryhmätoiminta selvästi virkisti häntä, ja hän kiitteli usein esimerkiksi liikuntaryhmien tarpeellisuutta. Kaisa olisi saattanut hyötyä muistikoordinaattorin tuesta, sillä muistisairaus ja siihen sopeutumisen ongelmat olivat etusijalla hänen elämässään koko intervention ajan. Muistisairauteen liittyvä tai sen kanssa yhtäaikainen masennus vaatii ammattilaisilta erityisosaamista, joten yhteistyö muistikoordinaattorin ja mielenterveystiimin kesken olisi tarpeen. Tutkimushetkellä Espoossa toimi ainoastaan kaksi muistikoordinaattoria. He olivat hyvin yhteistyömyönteisiä, mutta käytännössä aika ei riittänyt kovin intensiiviseen yhteistyöhön.

Interventiovuoden aikana Kaisan käynnit terveyskeskuksessa vähenivät huomattavasti. Kun terveyskeskuskäyntejä oli interventiota edeltävän vuoden aikana ollut 34, intervention aikana Kaisa kävi tapaamassa lääkäriä kahdesti. Kyseessä olivat geriatrin tapaamiset, mikä oli varmasti myös omiaan vähentämään tarvetta päivystysluontoisiin terveyskeskuskäynteihin. Käynneillä puhuttiin muistiongelmasta sekä masennuksesta. Kotihoito kävi säännöllisesti Kaisan luona jakamassa lääkkeitä.

Kaisa edustaa sitä tulevaisuudessa yhä suurempaa ikäihmisten joukkoa, jonka hoito edellyttää sekä muistisairauksien että mielenterveysongelmien hoidon osaamista. Muistisairaana ihmisen kohdalla tuen varhaisen käynnistymisen ja kokonaisvaltaisen koordinoitun hoidon on todettu ennustavan pidempää kotona asumista ja olevan elämänlaadun ja itsemääräämisen kannalta keskeistä. Siksi voisi ajatella, että hoitoa koordinoisi ensisijaisesti muistisairauteen perehtynyt ammattilainen, esimerkiksi muistikoordinaattori, jolla on asiantuntemusta myös psykologisten ongelmien kohtaamiseen. Näin varmistettaisiin hoidon jatkuvuus myös sairauden myöhempiä vaiheita ajatellen. MielenMuutos -interventiossa oli useampia muistiongelmaisia asiakkaita, joiden hoidossa olivat etualalla ryhmätoiminnat ja mielenterveysohjaajan tai fysioterapeutin henkilökohtainen tuki. Erityisesti sairauden varhaisvaiheissa vertaistuellalla näyttää olevan tärkeä merkitys sairastuneille, ja sitä hyödyntämällä voidaan myös helpottaa heidän mielialaongelmiaan.

Kaisan tyyppisten henkilöiden kohdalla olisi tärkeää miettiä kotihoidon roolia mielenterveyden tukemisessa. Asianmukaisella lisä- ja täydennyskoulutuksella kotihoidon työntekijät voisivat tukea lievistä masennusoireista kärsiviä henkilöitä tunnistamalla heidän voimavarojaan ja esimerkiksi auttamalla heitä lisäämään mielihyvää tuottavia asioita arkeensa. Kotihoidon voisi jopa ajatella järjestävän omaa ryhmätoimintaa, mikä saattaisi osaltaan helpottaa kovien aika-
taulupaineiden kanssa kamppailevia työntekijöitä. Kotihoidon aktiivisempi ja tavoitteellisempi rooli mielenterveyskysymyksissä edellyttäisi kuitenkin koulutuksen ohella mahdollisuutta konsultoida mielenterveystiimiä tai saada asianmukaista työnohjausta.

Laura

Lauran tukeminen käynnistyi fyysisen kunnon ja liikkumiskyvyn kohentamisella, sillä sosiaalisen kanssakäymisen mahdollistaminen näytti alkutilanteessa parhaalta keinolta vaikuttaa mielialaan. Hankkeen aikana Laura nousi pyörätuolista ja alkoi liikkua rullaattorin avulla. Tässä auttoivat sekä yksilöllinen liikehoito että kuntosaliharjoittelu ja painon hallinta. Fyysinen harjoittelu vähensi myös Lauran kipuja, ja kipulääkkeiden tarve väheni.

Sitä mukaa kun Lauran kehonhallinta parani, myös hänen ruumiinkuvansa muuttui, mikä heijastui koko hänen olemuksessaan. Fyysisen ja psyykkisen voimaantumisen myötä hänelle kehittyi tarve korostaa naiseuttaan ja huolehtia itsestään entistä paremmin. Liikkumisen helpottuessa myös sosiaalinen kanssakäyminen lisääntyi, ja Laura kykeni hyödyntämään ryhmien tarjoamaa vertaistukea parhaalla mahdollisella tavalla. Samaan aikaan alkoi tapahtua myönteistä muutosta perhesuhteissa. Kaikki tämä lisäsi Lauran elämänlaatua ja elämän nautittavuutta.

Lauran taloudellinen tilanne oli intervention päättyessä edelleen huono, mikä ajoittain masensi häntä. Alkoholi oli myös mukana kuvassa silloin tällöin. MielenMuutos -hankkeen päätyttyä Laura jatkoi seurakunnan diakoniatyön asiakkaana, sillä tuen tarvetta oli edelleen.

Asiakkaat, joilla on samanaikaisesti monia ongelmia, kuten masennusta, fyysisiä sairauksia, toimintakyvyn vajeita sekä sosiaalisia ja taloudellisia pulmia, ovat usein palvelujärjestelmän näkökulmasta haasteellisimpia. Jotkut jäävät lähes tyystin vaille tukea, koska millään taholla ei ole kokonaisvastuuta työskentelystä heidän kanssaan. Toisia tukevat päällekkäin ja limittäin monet eri tahot lähes toisistaan tietämättä. Kumpikin tilanne on epätydyttävä sekä asiakkaalle itselleen että palvelujärjestelmälle. Asiakkaalle eri tahojen toisistaan tietämätön mukanaolo voi tuoda aluksi välitöntä tyydytystä, mutta pitkällä tähtäimellä tilanne synnyttää epävarmuutta eikä välttämättä johda kokemukseen autetuksi tulemisesta. Tiivis yhteistyö ammattilaisten kesken on omiaan sekä lisäämään tuen vaikuttavuutta että vähentämään päällekkäisten toimintojen aiheuttamia kustannuksia.

Heikki

Heikin tilanne helpottui osittain, kun hän sai mahdollisuuden keskustella puolison kuolemaan liittyvistä asioista ja omista tunteistaan. Syyllisyyden tunteet lievenivät, ja muistelu auttoi häntä keskittymään selkeämmin menneisyyden myönteisiin puoliin. Tiimin jäsenten mielestä Heikkikin olisi voinut hyötyä jonkinlaisesta psykososiaalisesta ryhmätoiminnasta, mutta ajatus soti Heikin minäkäsitystä vastaan, sillä hän mielsi ryhmätoiminnan lähinnä yhteisenä ”pallon heittelynä”. Ohjauksessa pidettiin tärkeänä, että tukimuodot ovat asiakkaan omasta näkökulmasta mielekkäitä, ja asiakkaan omat kiinnostuksen kohteet ohjasivat siksi keskeisesti hoitoprosessin suunnittelua.

Heikki oivalsi keskusteluissa, että suruprosessi voi viedä paljon aikaa ja että pitkään intensiivisinä jatkuvat ikävän tunteet eivät ole ”epänormaaleja”. Tämän oivaltaminen helpotti hänen oloaan, sillä hän saattoi nyt hyväksyä surunsa ja antaa itselleen luvan ikävöidä. Heikin fyysinen terveys pysyi suhteellisen muuttumattomana hankkeen ajan ja hänen ristiriitainen suhteensa omiin sairauksiinsa säilyi myös samanlaisena. Heikki olisi saattanut hyötyä pidemmästä harvatahtisesta keskustelukontaktista, mutta intervention päättyessä hän arveli yrittävänsä pärjätä toistaiseksi omillaan.

Heikin mielialaongelma kiertyi paikalleen jähmettyneen suruprosessin ympärille, mihin myös tukemisessa keskityttiin. Heikillä oli varsin selkeä käsitys omista voimavaroistaan ja haavoittuvuudestaan, mikä teki yhteistyöstä jossain mielessä helppoa ja sujuvaa. Toisaalta näiden käsitysten vakiintuneisuus myös rajasi tukemisen vaihtoehtoja. Toisin kuin useat muut asiakkaat, Heikki ei ollut halukas identifioitumaan MielenMuutos –ryhmiin, joten hänen kohdallaan esimerkiksi vertaistuen hyödyntäminen ei ollut juuri mahdollista.

Essi

Oman arvionsa mukaan Essi oli onnekas päästessään MielenMuutos –projektiin. Hän oli yksi niistä asiakkaista, jotka osasivat hyödyntää hankkeen palveluita laajasti. Terapiassa hän löysi itsestään uusia ulottuvuuksia ja kykeni hyväksymään itsensä osittain sairaana ja haavoittuvana. Taideryhmässä hän löysi uusia keinoja luovuutensa toteuttamiseen ja kauneuden tarpeidensa tyydyttämiseen. Liikunnan ja fyysisen harjoittelun avulla hän pystyi ylläpitämään liikkumiskykyään sairauden asettamissa rajoissa.

Essin masennusoireet hävisivät intervention aikana lähes kokonaan. Myös asumuse-roajatukset väistyivät ja parisuhde koheni, kun Essi oivalsi, että hänen ärtyneisyytensä liittyi enemmänkin masennukseen kuin parisuhteeseen sinänsä tai puolison ominaisuuksiin. Myös ryhmätoiminnassa Essin oli aiempaa helpompaa säilyttää rentoutensa ja olla ärsyyntymättä muiden erilaisista mielipiteistä tai persoonallisuudenpiirteistä. Tämä liittyi elämänhallintaan kuuluvan joustavuuden lisääntymiseen.

Essi palasi hankkeen aikana ainakin osittain vanhojen taideharrastustensa pariin. Näistä hän sai voimia käsitellä myös sairauteensa liittyviä pelkoja ja epävarmuutta. Essi oli työskentelyssään hyvin tavoitteellinen ja aktiivinen.

Sekä Essi että Heikki työstivät tilannettaan hyvin omaehtoisesti vaikkakin eri tavoin. Essin tavoitteena oli alavireisyydestä vapautuminen, mutta Heikki oli valmis hyväksymään tietyn määrän surumielisyyttä osaksi nykyistä elämäänsä. Essiä voi pitää malliesimerkkinä vanhenemisen psykologiassa paljon siteeratun, myönteistä vanhenemistä kuvaavan SOC-teorian (Selective optimization with compensation, Baltes 1997) soveltuvuudesta psyykkisen hyvinvoinnin kuvaamiseen. Teorian mukaan ihmiset usein ikääntyessään spontaanisti sopeuttavat tavoitteitaan ja toiveitaan omiin senhetkisiin voimavaroihinsa muun muassa keskittymällä tärkein pitämiinsä asioihin, korjaamalla tavoitteitaan vähentyneiden voimavarojensa mukaan sekä etsimällä uusia keinoja itsensä toteuttamiseen. Essi löysi hankkeen aikana uusia keinoja toteuttaa itselleen tärkeitä taideharrastuksia ja kykeni tällä tavoin kompensoimaan sairauden aiheuttamaa aktiivisuuden vähenemistä.

Yhteenvetoa

Verrattuna tavanomaiseen masennuksen hoitoon Mielenmuutos -interventio kohensi masennuksesta kärsivien espoolaisten ikäihmisten elämää monin tavoin. Kaikissa päätulosmuuttujissa tapahtui muutoksia, joista suuri osa oli myös tilastollisesti merkitseviä. Erityisen merkittävää oli GDS-mittarilla arvioidun masennuksen lieveneminen interventoryhmässä, sillä mittaria käytetään yleisesti pikemminkin seulontavälineenä sen karkeuden vuoksi. Taulukossa 9 esitetään tutkimuksen tilastolliset päätulokset.

Yksittäisten asiakasprosessien tarkastelu toi esiin variaatiota sekä alkutilanteissa että masennuksen merkityssisällöissä ja tuen tarpeissa. Myös asiakkaiden tilanteiden muutokset intervention aikana vaihtelivat sekä arvioidulta suuruudeltaan että merkitykseltään. Intervention ydinperiaatteet olivat jalkautuminen, tavoitteiden määrittely yhdessä asiakkaiden kanssa, voimavarakeskeisyys sekä hoidon yksilöllinen ja joustava räätälöinti. Hoitoa toteutti moniammatillinen tiimi, jossa työskentelivät psykiatrinen sairaanhoitaja, fysioterapeutti ja psykologi. Keskeistä oli myös yhteistyö muiden asiakasta hoitavien tahojen sekä omaisten kanssa. Interventio itsessään onnistui hyvin, mutta toimivien yhteistyökäytäntöjen synnyttäminen kunnallisessa palvelujärjestelmässä olisi vaatinut huomattavasti pidemmän aikajänteen.

Tapausselostukset konkretisoivat erityisesti asiakaslähtöistä työtapaa ja räätälöinnin ideaa. Aiemmin on jo viitattu siihen, että asiakaslähtöisyyden periaatteen toteutuminen voi merkitä eri ihmisten kohdalla eri asioita. "Asiakkaan ehdoilla toimiminen" saattaa luoda mielikuvan asiakkaasta eräänlaisena toimeksiantajana, jonka toiveita ja tavoitteita ammattilaiset toteuttavat. Todellisuudessa kyse on monimutkaisesta vuorovaikutuksellisesta ilmiöstä, jossa on keskeistä asiakkaan tilanteen, tarpeiden ja tavoitteiden mahdollisimman syvällinen ymmärtäminen. Asiakaslähtöisessä toiminnassa kunnioitetaan asiakkaan omia näkemyksiä, mutta toisinaan ammattilainen saattaa joutua jopa kyseenalaistamaan asiakkaan tilannearvion.

Tulosten perusteella MielenMuutos -masennuksenhoitomalli muodostaa hyvän pohjan ikäihmisten mielenterveystyölle kunnallisessa palvelujärjestelmässä. Moniammatillisen mielenterveystiimin luontevin tukikohta on terveyskeskus, josta käsin ammattilaiset voivat jalkautua asiakkaiden luo ja jossa yhteistyö muiden toimijoiden kanssa järjestyy helpoiten. Yhteydet erikoissairaanhoidon vanhuspsykiatriaan ovat tärkeitä erityisesti vakavista häiriöistä kärsivien asiakkaiden kohdalla. Tutkimus antaa myös viitteitä siitä, että psykoterapian korvausjärjestelmää olisi mielekästä laajentaa yli 65-vuotiaisiin. Psykososiaalisella ja sosiokulttuurisella ryhmätoiminnalla oli tässä hankkeessa keskeinen rooli. Sitä voivat kunnan lisäksi järjestää kolmannen sektorin toimijat, kuten järjestöt ja seurakunnat. Tärkeää on, että ikäihmiset pääsevät palveluiden äärelle, mitä työntekijöiden jalkautumisen lisäksi vahvistaa asianmukaisen kuljetusavun tarjoaminen.

Tutkimuksen tilastolliset päätulokset

- **Interventoryhmän masennus väheni** tilastollisesti merkitsevästi suhteessa vertailuryhmään
 - **vertailuryhmän masennus lisääntyi (6 kuukauden tilanteeseen verrattuna)**
- **Interventoryhmän mieliala nousi**
 - ero vertailuryhmään tilastollisesti merkitsevä
- **Koko tutkimusjoukon ahdistuneisuus väheni**
- **Interventoryhmän elämänlaatu koheni** vertailuryhmää enemmän psyykkisellä, fyysisellä ja ympäristön osa-alueilla
- **Interventoryhmän elämänhallinnan kokemus koheni** merkitsevästi suhteessa vertailuryhmään
- **Interventoryhmän toiveikkaus tulevaisuuden suhteen lisääntyi** vertailuryhmää enemmän
- **Yksinäisyyden kokemuksessa ei tapahtunut muutoksia, mutta interventoryhmä koki yksinäisyyden vähemmän haitalliseksi**
- **Interventoryhmän välineellinen toimintakyky koheni**

Taulukko 9. Tutkimuksen tilastolliset päätulokset

Kirjallisuus

- Andersson, S., Haverinen, R., & Malin, M. (2004). Vanhusten kotihoito kolmesta näkökulmasta. Vanhukset, työntekijät ja johto integroinnin ja asiakaskeskeisyyden arvioijina. *Yhteiskuntapolitiikka*, 69(5), 481-494.
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52, 366-380.
- Barry, L. C., Allore, H. G., Guo, Z., Bruce, M. L., & Gill, T. M. (2008). Higher burden of depression among older women. The effect of onset, persistence, and mortality over time. *Archives of General Psychiatry* 65(2), 172-178.
- Danielsson, U., & Johansson, E. E. (2005). Beyond weeping and crying: A gender analysis of expressions of depression. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 23(3), 171-177.
- Haverinen, R., & Nasrin, T. (2005). The outcomes and benefits of integrated care - in search of the service users and carers' point of view. Kirjassa J. Billings, & K. Leichsenring (toim.), *Integrating health and social care services for older persons, evidence from nine European countries* (ss. 193-214). Ashgate, England: European Centre Vienna.
- Hiilamo, H., Kangas, O., Manderbacka, K., Mattila-Wiro, P., Niemelä, M., & Vuorenkoski, L. (2010). Hyvinvoinnin turvaamisen rajat. Näkökulmia talouskriisiin ja hyvinvointivaltion kehitykseen Suomessa. Kelan tutkimusosasto. Vammalan kirjapaino.
- Köyhyys aiheuttaa osattomuutta. (2011). http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/stop_koyhyys/nakokulmia_teemaan [Luettu 10.1.2011]
- Lönnqvist, J. (2009). Stressi ja depressio. Terveyskirjasto. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00020. [Julkaistu 19.1.2009, luettu 17.1.2011]
- Miettinen, T. (2009). Espoolaisten arjen ongelmat. *Tietoisku 2/2009*. Espoon kaupunki, kehittämis- ja tutkimusyksikkö.
- Munter, A. (2010). Espoon väestörakenne 2009/2010. *Tietoisku 5/2010*. Espoon kaupunki, kehittämis- ja tutkimusyksikkö.
- Munter, A. (2008). Piirteitä espoolaisista senioreista. *Tietoisku 1/2008*. Espoon kaupunki, kehittämis- ja tutkimusryhmä.
- Savikko, N., Huusko, T., & Pitkälä, K. (2006). Ikääntyneiden elämänlaadun mittaamisen ongelmia. Kirjassa T. Huusko, T. Strandberg & K. Pitkälä (toim.), *Voiko ikääntyneiden elämänlaatua mitata? Vanhustyön keskusliitto*.
- Savikko, T., Honkanummi, E., Alppivuori, K., Kosonen, L., Hurme, R., Kosama, T., Miettinen, T., Paakko, S., & Heiskanen, A. (2009). Espoon kaupungin hyvinvointikertomus 2009. Espoon kaupunki.
- Suominen, S., & Tuominen, M. (2007). Palveluohjaus - portti itsenäiseen elämään. Helsinki: Profami. Tilastokeskus. (2010). http://pxweb2.stat.fi/Dialog/varval.asp?ma=080_tvt_tau_108_fi&ti=4%2E+Tulonsaajien+luku%2C+veronalaiset+tulot+ja+verot+i%E4n+ja+sukupuolen+mukaan+2008&path=../Database/StatFin/tul/tvt/2008/&lang=3&multilang=fi [Luettu 7.12.2010]
- Vaarama, M., Luoma, M. L., & Ylönen, L. (2006). Ikääntyneiden toimintakyky, palvelut ja koettu elämänlaatu. Kirjassa M. Kautto (toim.), *Suomalaisten hyvinvointi* (ss. 104-136). Stakes.
- Valvanne, J., Rysti, M., Kylmänen-Kurkela, E., & Meriläinen, S. (2009). Täyttää elämää ikääntyneenä. Espoon ikääntymispoliittinen ohjelma 2009-15. Espoon kaupunki. Sosiaali- ja terveystoimen julkaisusarja 2/2009. www.aluesarjat.fi. (2010). [Luettu 15.6.2010]

7. POHDINTA

MielenMuutos -masennushanke oli alusta asti leimallisesti sekä kehittämis- että tutkimusprojekti. Nämä kaksi ulottuvuutta kietoutuivat yhteen, sillä tavoitteena oli Suomen oloihin sopivan räätälöidyn hoidon mallin kehittäminen ikäihmisten masennuksen hoitoon ja mallin vaikutusten tarkastelu tutkimuskunnassa. Edellisessä luvussa esiteltiin tutkimuksen tulokset, ja tässä luvussa tarkastellaan tulosten laajempaa yhteiskunnallista merkitystä sekä edellytyksiä mallin juurtumiselle kunnallisiin palvelujärjestelmiin. Vaikka ikäihmisten masennuksen hoito ei vielä näy kovin suuressa mitassa kuntien asialistoilla, tulevaisuus tekee kehittämistarpeet epäilemättä näkyvämmiksi. Tällä ennustuksella ei ole tarkoitus kylvää pessimismisiä, vaan rohkaista kuntapäätäjiä ja virkamiesjohtoa kauaskatseisuuteen kehittäessään tehokasta ja samalla inhimillisiin arvoihin perustuvaa palvelujärjestelmää. Kehittämistyössä myös järjestöt ovat yhteistyökumppaneita.

Luvun aluksi pohditaan MielenMuutos -esimerkin kautta kolmannen sektorin ja kunnan tutkimus- ja kehittämistyön mahdollisuuksia ja karikkoja. Sen jälkeen tarkastellaan tutkimustulosten yhteiskunnallista merkitystä sekä mallin juurtumisen edellytyksiä ja esteitä.

Kolmannen sektorin ja kunnan tutkimus- ja kehittämis yhteistyö MielenMuutos -masennushankkeessa

MielenMuutos -masennushankkeen päämääränä oli edistää suomalaisten ikäihmisten mielenterveyteen liittyvää tutkimusta ja kehittämistyötä. Hoitomallin suunnittelussa hyödynnettiin uusinta kansainvälistä tutkimustietoa ja hyviä kotimaisia käytäntöjä. Vaikka tutkimustahona oli järjestö, hankkeen toivottiin hyödyttävän erityisesti kuntia niiden suunnitellessa ikäihmisten palveluita ja avomielenterveystyötä. Tutkimus haluttiin siksi tehdä aidossa toimintaympäristössä. Kun halutun kaltaista räätälöityä hoitomallia ei ollut missään käytössä, sellainen jouduttiin varta vasten luomaan. Tutkimusympäristöksi valikoitui Espoon kaupunki, jossa vanhusten palveluiden johto oli innostunut ikäihmisten mielenterveyspalveluiden kehittämisestä ja arvosti tutkimuksellista otetta kehittämistyössä.

Interventiotutkimuksen toteuttaminen kunnallisessa sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä on mielenkiintoinen tehtävä, johon liittyy monenlaisia pulmia mutta myös merkittäviä etuja. Verrattuna todellisen ympäristön ulkopuolella niin sanotusti ihanneolosuhteissa tehtyihin tutkimuksiin aidossa kuntaympäristössä toteutettu hanke voi parhaimmillaan antaa luotettavampaa tietoa siitä, millaisia vaikutuksia vastaavanlaisilta interventioilta voitaisiin jatkossa odottaa. Tällaisen tutkimuksen avulla on myös mahdollista selvittää intervention juurruttamisen edellytyksiä ja esteitä.

Tutkimus- ja kehittämisprojekteilla ei ole kunnallisessa palvelujärjestelmässä työskentelevien ammattilaisten keskuudessa pelkästään myönteinen kaiku. Päinvastoin hankkeiden pelätään usein tuovan lisää työtä ennestäänkin kuormitetuille ja riittämättömästi resursoituille palveluyksiköille. Projekteja saatetaan karsastaa myös aivan aiheellisesti siksi, että niiden mahdollis-

ten hyötyjen uumoillaan jäävän lyhytaikaisiksi. Hankkeissa kehitetyt toimintamuodot auttavat hetken aikaa, mutta huonoimmassa tapauksessa niiden päätyttyä jäljellä ovat vain tyhjän päälle jääneet asiakkaat, entistä turhautuneemmat työntekijät ja hyllytilaa vievä loppuraportti.

MielenMuutoksen käynnistyessä Espoon vanhustenpalveluissa oli alkamassa, päättymässä tai meneillään lukuisia muitakin hankkeita. Osa näistä oli kaupungin omia, osa järjestöjen hankkeita ja osa laajoja yhteistyöprojekteja, joissa oli mukana useampia kuntakumppaneita, oppilaitoksia ja yrityksiä. Voisi sanoa, että koko vanhusten palveluiden kehittäminen oli projektivetoista. Projektien avulla kehittäminen näytti olevan johdon tietoinen valinta, sillä he korostivat pyrkimystään saada kunnallisten palveluiden kehittämiseen mahdollisimman paljon ulkopuolista korkeatasoista asiantuntemusta eri tieteenaloilta. Ideana oli työskennellä rinta rinnan yhteisten käytännöllisten päämäärien hyväksi, ja samalla tarjota tutkimusinterventioille mielekäs toteutusympäristö. Näin maksimoitaisiin molempien osapuolten hyödyt. Kaupunki saisi tukea kehittämistyöhön ja tutkijaryhmä saisi toteutettua hankkeen, josta koituisi hyvässä tapauksessa myös valtakunnallista hyötyä.

Kehittämishankkeita koordinoi Espoossa tehtävään varta vasten irrotettu vanhusten palveluiden erityisasiantuntija, mikä olikin sinänsä hyvä ratkaisu. Projektien runsauden takia hankkeiden keskinäinen verkostoituminen jäi kuitenkin melko vähäiseksi. Edes samojen teemojen parissa askaroivien hankkeiden kesken ei syntynyt kovin kiinteää yhteistyötä, vaikka koordinaattori järjesti muutamia yhteisiä tapaamisia. Useiden hankkeiden tavoitteellinen yhteistyö ja verkostoituminen edellyttäisivät, että jo kunnan ja yksittäisen hankkeen toteuttajan yhteistyötä suunniteltaessa tarkasteltaisiin, millaiseen kehittämiskokonaisuuteen hanke sijoittuu ja miten kokonaisuutta johdetaan.

Kenties kaikkein ongelmallisimmillaan kunnan ja kolmannen sektorin tutkimus- ja kehittämissyhteistyö näyttäytyy sellaisissa hankkeissa, joiden toiminnot ulottuvat useamman julkisen palvelusektorin alueelle. MielenMuutos -masennustutkimus oli juuri tällainen monen yksikön yhteistyötä hakeva hanke. Vanhusten palveluiden lisäksi keskeisiä olivat ainakin terveyspalvelut, mutta myös liikunta- ja kulttuuritoimi. Terveyspalvelujen osalta avainasemassa olivat terveyskeskukset sekä aikuisten avomielenterveystyö. Yksiköiden sitouttamisessa ikäihmisten mielenterveystyön edistämiseen Espoossa toimivalla koordinaattorilla oli keskeinen rooli, sillä hän järjesti aktiivisesti tilaisuuksia projektin esittelyyn yksiköiden johtoryhmille.

Projektin sisääntuloväylänä Espooseen oli vanhusten palveluiden tulosityksikkö, mikä merkitsi, että ainakin kotihoito ja palvelukeskustoiminta olivat jo alun alkaen tärkeitä yhteistyökumppaneita. Projektia esiteltiin näiden yksiköiden johtoportaalille vanhustenpalveluiden johtoryhmässä, ja erikseen vielä lähiesimiehille, jotka olivat avainasemassa asiakkaiden rekrytoinnissa ja hoitoyhteistyössä. Täällä projekti otettiin innostuneesti vastaan, sillä etenkin kotihoidossa kaivattiin lisää mielenterveyden asiantuntemusta. Palvelukeskustoiminta puolestaan odotti hankkeelta yhteistyötä oman toimintansa kehittämisessä.

Terveyspalveluiden osalta projektin kiinnittyminen kunnan kehittämistyöhön osoittautui varsin hankalaksi. Vaikka sekä terveyspalveluiden että avomielenterveystyön johto näkivät ikäihmisten mielenterveyden edistämisen ja ongelmien hoitamisen tärkeinä, niitä ei kuitenkaan pidetty

ensisijaisina kehittämiskohteina. Ikäihmisten masennus ei kommenttien perusteella näkynyt hallinnon tasolla sellaisena akuuttina ongelmana, johon pitäisi kehittää erityisratkaisuja. Arveltiin, että masentuneet ikäihmiset hoituisivat osana aikuisten avomielenterveyspalveluita kuten tähänkin asti. Kuitenkin esimerkiksi depressiohoitajien asiakkaista vain vähäinen osa oli ikäihmisiä.

Miksi terveyspalveluissa ei nähty ikäihmisiä mielenterveyspalveluiden erityisryhmänä, joka olisi tarvinnut juuri heille kohdennettuja palveluita? Osittain asia liittyy epäilemättä siihen yleisempään marginalisaatioilmiöön, jota on eritelty jo tämän raportin luvussa 3. Ikäihmiset syrjäytyvät julkisista mielenterveyspalveluista, koska heidän kuntouttamiseensa ei ole riittävää yhteiskunnallista painetta. Lisäksi etenkin lievä masennusoireilu jää usein tunnistamatta, jolloin myöskään hoidon tarve ei näyttäydy hallinnon tasolle. Esimerkiksi terveyskeskuksessa saatetaan suhtautua iäkkään ihmisen alavireisyyteen luonnollisena ja lähes väistämättömänä korkean iän lieveilmiönä, jolle ei oikeastaan ole tehtävissä mitään. MielenMuutos -hankkeen tiedotustilaisuudessa eräs terveyspalveluiden edustaja esimerkiksi totesi, että alavireiset iäkkäät potilaat kansoittavat terveyskeskuksia ”seuran puutteessa” ja saattaisivat hyötyä pikemminkin hankkeen tarjoamista ”virikkeistä”.

Kansainvälisissä ja kansallisissa mielenterveysstrategioissa ja politiikkaohjelmissa ikäihmiset on selkeästi nostettu yhdeksi erityistä huomiota vaativaksi ryhmäksi. Esimerkiksi Suomen kansallisessa mielenterveys- ja päihdeohjelmassa todetaan, että tälle ryhmälle olisi tärkeää kehittää juuri heille sopivia palveluita. Käytännössä tilanne on toinen. Voi olla, että kunnissa ei vielä ole oivallettu ikääntyvän väestön mielenterveyspalveluille asettamia haasteita saatikka ymmärretty, miten keskeistä jopa lievän masennuksen hoitaminen on siitä kärsivien ihmisten kokonaishyvinvointia ajatellen.

Kehittämisverkosto

Hyvätkin tutkimus- ja kehittämishankkeet jäävät usein juurruttamisen näkökulmasta puolitiehen, vaikka niistä saataisiin sovelluskelpoisia tuloksia. Syynä on, että hankkeen rahoitus tavallisesti päättyy ennen kuin tuloksia ehditään viedä käytäntöön. Uusien toimintamallien juurruttaminen vie paljon aikaa, eikä tutkijoilla aina ole osaamista tai kiinnostusta tämäntyyppiseen toimintaan. Toisaalta esimerkiksi kunnista puuttuvat ammattilaiset, joiden työnkuvaan kuuluisi uusimman tutkimuksen seuraaminen ja tulosten hyödyntäminen kehittämistyössä. Tätä taustaa vasten Espoossa perustettiin MielenMuutos -masennushankkeen aloitteesta ydinverkosto, jonka tehtäväksi annettiin laatia ehdotus ikäihmisten mielenterveysasioiden järjestämisestä kunnan peruspalveluissa. Verkosto perustettiin työpajassa, jossa esiteltiin espoolaisille kuntatoimijoille ja kolmannen sektorin toimijoille Julkiset käsitykset –osahankkeen alustavia tuloksia sekä ensihavaintoja masennushankkeesta.

Ydinverkoston vetäjiksi ryhtyivät MielenMuutos -masennushankkeen ja Julkiset käsitykset –osahankkeen tutkijat yhdessä Espoon vanhustenpalveluiden erityisasiantuntijan kanssa. Muina jäseninä ryhmässä oli edustajia Espoon terveyspalveluista, avomielenterveyspalveluista, kotihoidosta, palvelukeskustoiminnasta, liikuntatoimesta, kulttuuritoimesta ja geriatrisesta keskuksesta sekä seurakunnista ja muista järjestöistä. Verkosto kokoontui yhteensä neljä kertaa, ja

yhteiseksi tavoitteeksi muotoutui sen pohtiminen, millainen ikäihmisten mielenterveysthoidon malli sopisi Espooseen. Lähtökohtana oli väljästi MielenMuutos -masennusinterventio, vaikka tutkimuksen ollessa kesken ei tietenkään voitu olla varmoja, osoittautuisiko malli vaikuttavaksi. Toisaalta ryhmän käsitys oli, että ikäihmisten mielenterveyspalvelut olisi järjestettävä tavalla tai toisella nykyistä aktiivisemmin. Tietoisuus tutkimuksen jälkeisen juurruttamisen ongelmista vaikutti siihen, että maaperää pidettiin tärkeänä valmistella jo intervention ollessa vielä käynnissä. Myös kansainvälinen näyttö räätälöityjen ja koordinoitujen hoitomallien vaihtavuudesta antoi pohjaa suunnittelulle.

Verkoston suurimmaksi ongelmaksi koitui, että ryhmän ne jäsenet, joilla olisi reaalisesti ollut mahdollisuus ja vaikutusvaltaa viedä asiaa eteenpäin, pääsivät työtehtäviensä vuoksi harvoin – jos ollenkaan – osallistumaan tapaamisiin. Tästä syystä verkosto jäi lopulta käytännössä ikäihmisten mielenterveyttä koskevaksi yleiseksi keskusteluryhmäksi. Käyttökelpoinen ehdotus saatiin tavoitteiden mukaisesti aikaan, mutta sen eteenpäin viemiseen ei kyetty sitoutumaan. Tämä oli ongelmallista hankkeen kannalta, sillä ydinverkostoon oli uhrattu runsaasti aikaa ja asiantuntemusta. Espoo oli myös kirjannut omaan mielenterveys- ja päihdeohjelmaansa tavoitteen kehittää ikäihmisten mielenterveyspalveluita yhdessä MielenMuutos -hankkeen kanssa.

Verkoston keskustelujen tuloksena syntyi kuva siitä, mitkä olivat Espoon vahvuudet ja suurimmat ongelmat ikäihmisten mielenterveyspalveluiden kehittämistä silmälläpitäen. Ryhmän jäsenten mukaan Espoossa oli – tai oli syntymässä – toimintoja, joiden varaan erityisesti ehkäiseviä ja mielenterveyttä edistäviä palvelukokonaisuuksia voitaisiin suunnitella. Tällaisia toimintoja olivat esimerkiksi Ystäväpiirit, palvelukeskusten sporttiklubit, Ruotsista tuodut Passion for Life -ryhmät ja Active Art -ryhmät. Nämä toimintamuodot eivät kuitenkaan välttämättä tavoita mielenterveysongelmista kärsiviä ikäihmisiä, sillä esimerkiksi masentunut ihminen ei helposti uskaltanut kaikille avoimiin ryhmiin. Tarvittaisiinkin enemmän juuri tälle kohderyhmälle suunnattua ryhmätoimintaa. Jalkautuvien palveluiden todettiin puuttuvan lähes tyystin, ja kuljetusten järjestäminen muodosti ison haasteen.

Sektorirajoja ylittävän yhteistyön ongelmat näyttäytyivät ydinverkostolle keskeisenä palvelujen tuloksellisuutta vähentävänä tekijänä. Esimerkiksi kotihoidon ja mielenterveys- ja päihdepalveluiden yhteistyö oli vähäistä, vaikka periaatteessa molemmat tahot ymmärsivät sen tarpeen. Kotihoidossa epäroitiin avun pyytämistä, koska ei haluttu vaivata mielenterveysyksikön asiantuntijoita. Mielenterveyspalveluissa puolestaan odotettiin tarpeen näkymistä kentän suunnalta. Kun vakiintuneet yhteistyökäytännöt puuttuivat, tilanne pysyi ennallaan osapuolten kokemasta epätyytyväisyydestä huolimatta. Myös liikunta- ja kulttuuritoimella näytti olevan periaatteellista halukkuutta yhteistyöhön mielenterveyspalveluiden ja vanhusten palveluiden kanssa, mutta kun kukaan ei ollut varsinaisesti vastuussa toimintamuotojen kehittämisestä, ei asia edennyt käytäntöön. Sekä mielenterveys- ja päihdepalveluilla että vanhusten palveluilla oli sen sijaan jo omilla tahoillaan suunnitelmia yhteistyön tiivistämisestä kolmannen sektorin kanssa.

Verkostossa selvitettiin Suomen muissa kunnissa kokeiltuja malleja ikäihmisten mielenterveystyön järjestämisessä. Vantaan Sateenvarjo -projektissa oli kokeiltu kotihoidossa niin sanottua bedside -konsultaatiota, jossa psykiatrinen sairaanhoitaja tekee kotikäyntejä kotihoidon työntekijän kanssa ja näyttää mallia, miten tilanteita voisi hoitaa. Helsingissä olivat käytössä

alueelliset kotihoidon mielenterveystiimit. Nämä olivat toimineet sinänsä hyvin, mutta ne eivät kohdentuneet erityisesti iäkkäisiin asiakkaisiin, sillä kotihoidossa oli runsaasti paineita esimerkiksi nuorten skitsofreniapotilaiden ja huumeongelmaisten hoitoon.

Ikäihmisten mielenterveystyön keskittäminen kotihoitoon todettiin verkostossa ongelmalliseksi, sillä vain osa mielenterveyspalveluita tarvitsevista iäkkäistä on kotihoidon asiakkaita. Sen sijaan kotihoidon ymmärrettiin tarvitsevan lisäkoulutusta mielenterveys- ja päihdekysymyksissä. Lisäosaamisesta koituisi ainakin kahdenlaista hyötyä. Yhtäältä lievät mielenterveysongelmat ja ehkäisevä työ voisivat hoitua tehokkaasti kotihoidon omin voimin, ja toisaalta kotihoidon työntekijöiden valmiudet konsultoida mielenterveyspalveluita lisääntyisivät. Vuoden 2010 aikana Sininauhaliiton Liika on aina liikaa -hanke ja MielenMuutos -hanke yhdistivät voimansa ja järjestivät Espoon kotihoidon työntekijöille vanhusten palveluiden ja mielenterveys- ja päihdepalveluiden tulosityksiköiden kanssa kolmipäiväisen koulutussarjan. Kotihoidon työntekijät koulutettiin kolmessa ryhmässä, joten koulutuspäiviä kertyi yhteensä yhdeksän.

Verkosto päätyi ehdottamaan Espoolle hoitomallia, jonka ytimenä on terveyskeskuksessa toimiva jalkautuva ikäihmisten mielenterveystiimi. Tiimin keskushenkilö olisi psykiatrinen sairaanhoitaja, ja mukana olisivat lisäksi fysioterapeutti sekä osa-aikainen psykologi, kuten MielenMuutos -tiimissä. Fysioterapeutti olisi hyvä yhdyslinkki liikuntapalveluihin ja psykiatrinen sairaanhoitaja sekä psykologi mielenterveys- ja päihdepalveluihin. Tiimi tekisi yhteistyötä sekä terveyskeskuslääkäreiden että esimerkiksi kotihoidon, päiväsairaalan ja palvelukeskusten kanssa. Sillä voisi olla hoitavan roolin lisäksi myös konsultointitoimintaa. Toimivat suhteet erikoissairaanhoidon vanhuspsykiatriaan todettiin myös ensiarvoisen tärkeiksi. Erityisen tärkeänä nähtiin tiimimallin lisäksi psykososiaalisen ryhmätoiminnan kehittäminen. Kaupungin omia ryhmiä voisi olla sekä palvelukeskuksissa että liikunta- ja kulttuuritoimessa ja jopa kotihoidossa. Lisäksi tiimi voisi hyödyntää erilaisia kolmannen sektorin ryhmiä ja vapaaehtoistoimintaa. Keskeisenä pidettiin hoidon räätälöintiä ja ryhmätoiminnan kohdentamista.

Edellä kuvattu ehdotus saa nyt lisäpontta MielenMuutos -masennushankkeen tuloksista, jotka on esitelty edellisessä luvussa. Interventiotutkimus osoitti, että tavanomaiseen hoitoon verrattuna räätälöity masennuksen hoito, jota toteuttaa jalkautuva moniammatillinen tiimi ja johon kytketään psykososiaalista ryhmätoimintaa sekä fyysistä harjoittelua, auttaa vähentämään ikäihmisten masennusta ja lisäämään elämänlaatua. Ryhmätoiminnan kehittäminen on tärkeää myös ehkäisyn ja mielenterveyden edistämisen näkökulmasta, ja siinä voidaan mielekkäästi hyödyntää erilaisia kulttuurisia toimintamuotoja.

MielenMuutos -masennushankkeen tulosten yhteiskunnallinen merkitys

Käsitykset siitä, kuuluuko tulosten yhteiskunnallisen merkityksen tarkastelu tutkijan työhön, vaihtelevat. MielenMuutos -tutkimus viritettiin alusta pitäen vastaamaan kysymyksiin, jotka ovat sekä tieteellisesti kiinnostavia että yhteiskunnallisesti ja inhimillisesti merkittäviä. Erityisen ajankohtaiseksi ikäihmisten masennuksen tekevät meneillään oleva väestön ikärakenteen muutos ja elämänkulun vaiheistuminen uudelleen. Kun eläkkeellä olon aika pitenee, myös erilaiset elämän merkitykseen ja mielekkyyteen liittyvät asiat tulevat uudella tavalla mietintään. Kolmatta ikää koskevat myönteiset odotukset yhtäältä lisäävät ihmisten elämänlaatua mutta voivat toteutumatta jäädessään lisätä myös ihmisten alttiutta masennukseen. Myös useiden perättäisten sukupolvien yhtäaikaisuus voi olla sekä positiivinen mahdollisuus että ihmisten keskinäisiä suhteita mutkistava ilmiö.

Yhteiskunnassamme elää edelleen sitkeänä myytti, että masennus tai alavireisyys kuuluu vanhuuteen. Miksi tämä käsitys säilyy niin itsepintaisesti, vaikka vanhuuteen liittyviä stereotyyppioita on yritetty murentaa sekä tutkimuksen avulla että yhteiskunnallisessa keskustelussa? Stereotyyppiat ja luokittelut ovat yksi tapa jäsentää ympäröivää todellisuutta, ja epävarmoina aikoina erilaisuutta silmäillään usein entistä kriittisemmin. Nuorille ja keski-ikäisille vanhuus voi merkitä toiseutta, johon liitetään vieraannuttavia mielikuvia ja käsityksiä. ”Masentunut vanhus” on toiseuttava kategoria, jonka avulla masennus etäännytetään itsestä ja sijoitetaan toisaalle, ”vanhuksiin”. Masennus kantaa jo itsessään kielteistä leimaa, mutta vanhuuden yhteydessä sen stigma voi olla kaksinkertainen.

Toiseuttamisen vakavimpia seurauksia Suomen kaltaisessa hyvinvointiyhteiskunnassa on se, että ”toisia” eivät itsestään selvästi näytä koskevan samat hyvän ja arvokkaan elämän kriteerit kuin niin sanottuja tavallisia, normaaleita ihmisiä. Masentuneiden iäkkäiden ihmisten tilannetta ei koeta samalla tavoin hälyttävänä kuin masentuneiden nuorten tai työikäisten. Tilanne on ristiriitainen, sillä samaan aikaan kannetaan suurta huolta iäkkään väestön toimintakyvyn ongelmista ja kasvavasta avun tarpeesta. Tämän tutkimuksen tulokset vahvistavat käsitystä, että masennus, elämänlaatu ja toimintakyky kietoutuvat tiiviisti yhteen ja että kiinnittämällä huomiota masennukseen vaikutetaan samalla kahteen muuhun. Interventioon osallistuneiden ikäihmisten ryhmässä masennus lieveni ja elämänlaatu sekä toimintakyky kohenivat.

Toinen merkittävä johtopäätös MielenMuutos -masennushankkeen tuloksista on, että ikäihmisten masennusta voidaan hoitaa muutenkin kuin mielialalääkkeillä, ja hoidolla voidaan saavuttaa hyviä tuloksia. Kansainvälisessä tutkimuksessa tätä havaintoa on tuotu esiin jo pitkään. Suomalaisutkijoiden äskettäin julkaisema systemaattinen katsaus kertoo, että psykososiaaliset menetelmät ovat vaikuttavia myös ikäihmisten masennuksen ehkäisemisessä (Forsman ym. 2010). Tämän toivoisi rohkaisevan kuntia ja muita palvelujen tuottajia kehittämään ehkäisevää ja mielenterveyttä edistävää toimintaa iäkkäille.

Tämän tutkimuksen tapauselostukset antavat käsityksen siitä, että vaikka masennuksen oireet ovat ihmisestä toiseen samanlaisia, masennuksen merkityssisältö on yksilöllinen. Myös ihmisten valmius selviytyä masennuksesta vaihtelee. Marjo Romakkaniemi (2010) on äsket-

täin tarkastellut masennusta toimijuuden käsitteen avulla ja osoittanut, että masennuksesta toipumisessa kietoutuvat toisiinsa ihmisen omat halut, hänen jo olemassa olevat kykynsä, uudet tiedot ja taidot, hoitojärjestelmän tarjoamat mahdollisuudet sekä yhteisölliset normit, pakot ja täytymiset. Hoidon yksilöllisyyden vaatimus tulee siten perusteltua monesta suunnasta. Räättälöinti ei ole vain yksittäisen masentuneen ihmisen etu, vaan myös palvelujärjestelmän ja viime kädessä yhteiskunnan etu, sillä se lisää eri osapuolien ymmärrystä ihmismielen persoonallisista, sosiaalisista ja henkisistä ulottuvuuksista.

MielenMuutos -masennushankkeen tulokset vastaavat omalta osaltaan kansallisen mielen-terveys- ja päihdeohjelman haasteeseen kehittää ikäihmisille sopivien mielen-terveys- ja päihdehoitojen. Interventiossa käytetty ja toimivaksi osoittautunut malli antaa hyvän pohjan ikäihmisten mielen-terveyspalveluiden kehittämiseksi kunnissa. Malli on muunneltavissa toimintaympäristön ja olemassa olevan palvelurakenteen mukaan, mutta ydinpiirteiden säilyttäminen on vaikuttavuuden kannalta olennaista. Näitä ovat asiakkaan tilanteesta lähtevä hoidon yksilöllinen räätälöinti, palveluohjauksellinen työote, moniammatillinen yhteistyö, palveluiden jalkautuminen tarvittaessa sekä psykososiaalisten ja sosiokulttuuristen ryhmätoimintojen ja psykoterapian hyödyntäminen. Lisäedellytyksenä mallin toimivuudelle näyttäisi olevan kuljetusten organisointi niiden henkilöiden kohdalla, joilla on kohtuuttomia hankaluuksia liikkumisessa.

Ikäihmisten mielen-terveyspalveluiden kehittämisen haasteet kuntatalouden näkökulmasta

Kuntakenttä ja sen palvelut ovat muutoksessa. Kunta- ja palvelurakennemuutos (Paras-hanke) tuli voimaan vuonna 2007 puitelakina, jossa edellytetään muutosten valmistuvan vuoden 2012 loppuun mennessä. Uudistuksessa katsotaan, että osassa maata peruskunta ei lähitulevaisuudessa pysty enää turvaamaan hyvinvointipalveluja vaan tähän tarvitaan kuntarajat ylittävää yhteistyötä ja kuntajaon muutoksia (Raivio 2007). Palvelujen tuottamiseen ja rahoittamiseen tarvitaan nykyistä laajempaa väestöpohjaa ja monimuotoisia, tehokkaita tuotantotapoja. Raivio toteaa, että muissa pohjoismaissa samantyyppisiä rakennemuutoksia perustellaan samanlaisin argumentein: ”Julkinen talous on pidettävä kurissa, ikääntyvä väestö vaatii lisää palveluja ja veronmaksajien joukko harvenee”.

Kuntaliiton mukaan eri kunnilla on hyvin erilainen lähtötilanne Paras-hankkeen edellyttämään sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistamiseen. Tilanne riippuu muun muassa sijainnista, asukasmäärästä, aikaisemmista hallinnollisista ratkaisuista ja saatavilla olevista palvelutuotannon vaihtoehdoista. Puitelaki asettaa samat vähimmäistavoitteet kuitenkin kaikille kunnille. (Kunta- ja palvelurakennemuutos... 2008.) Paras-hankkeen toteuttaminen on kesken, joten sen etenemistä ja tuloksellisuutta ei voida vielä riittävästi arvioida (ks. kuitenkin esim. Kokko ym. 2009).

Vuonna 2008 alkanut kansainvälisen talouden rahoituskriisi aiheutti Suomessa voimakkaan taantumun, jonka myötä myös kuntien taloudellinen tilanne heikkeni. Verotulot laskivat menojen kasvaessa. Kuntaliitto toteaa kuntien laajimman toimialan, sosiaali- ja terveydenhuollon, kustannusten kasvaneen jo vuosia yleistä kustannuskehitystä nopeammin (Kunta- ja palvelurakennemuutos... 2008). Vuonna 2009 sosiaali- ja terveystoimi vei kuntien kustannuksista yli puolet (Saastamoinen & Tyrkkö 2010). Myös Espoossa arvioitiin (Takala & Savikko 2010), että kansainvälisen talouskriisin seurauksena kunnan toimintaympäristön lähivuosien kehitykseen sisältyisi paljon uhkia. Toisaalta Espoossa asuu tilastollisesti tarkastellen Suomen nuorin, tervein, koulutetuin ja rikkain väestö, ja siellä on käytetty jonkin verran vähemmän rahaa sosiaali- ja terveyspalveluihin kuin maassa keskimäärin (SOTKANet; StatFin). Vuonna 2010 yli puolet kunnista (181), myös Espoo, korotti tuloveroprosenttiaan. Kuntataloutta helpottivat osaltaan valtion tervehdyttämispaketti sekä kuntien säästötoimet ja työllisyyden odotettua myönteisempi kehitys. Kuntaliiton mukaan kansalaisten peruspalveluista huolehtiminen on kunnille jatkossakin haasteellista, kun erityisesti ikääntyvän väestön palvelutarpeiden kasvu lisää veronkorotuspaineita. Lääkkeiksi Kuntaliitto ehdottaa kuntien veropohjan laajentamista esimerkiksi yhteisö- ja pääomaverotuksen muutoksilla, valtionosuuksien lisäämistä, maltillista palkkakehitystä sekä kuntien tehtävien rajaamista. (Tuloveroprosenttiaan korottaa 49... 2010).

Hyvinvointipalveluiden turvaaminen kunnissa on herättänyt runsaasti poliittista ja kansalaiskeskustelua. Kun olemassa oleviakin palveluita pyritään taloudellisista syistä karsimaan ja väestön vanheneminen nähdään tähän osittain syyksi, herää kysymys, onko realistista esittää kuntien ryhtyvän kehittämään kohdennettuja mielenterveyspalveluita iäkkäille ihmisille. Kireän talouden tilanteessa uusien palveluiden juurruttaminen on vieläkin vaikeampaa kuin talouden ollessa vakaa. Toisaalta juuri tällaisina aikoina kuntapäätäjien tulisi kiinnostua palveluiden organisoimisesta siten, että tulevaisuudessa säästyttäisiin ongelmien hallitsemattomalta kasvulta. Tällaiseen ajatteluun perustuu terveyden edistämisen ideologia. Kuntiin onkin ehdotettu terveyden edistämistä koordinoivaa henkilöstöä, sillä valtakunnallisissa strategioissa on oivallettu, että mitä aktiivisemmin hyvinvointia ja terveyttä ylläpidetään, sitä vähemmän voimavaroja tarvitaan pahoinvoinnin kiihtyvien seuraamusten hoitoon. Vaikka MielenMuutos-masennuksenhoitomalli on kehitetty ensisijaisesti niiden ihmisten tueksi, joilla jo on mielialaongelmia, eräässä mielessä sitä voidaan pitää myös ehkäisevän ja terveyttä edistävän työn mallina, sillä masennuksen hoitaminen edistää siitä kärsivien ihmisten yleistä hyvinvointia.

Suuri osa iäkkäistä(kin) kuntalaisista saattaa voida kohtalaisen hyvin, mutta tämä ei poista niiden ihmisten kärsimystä, joilla on masennusta, runsaasti sairauksia tai taloudellisia ja sosiaalisia huolia. Juuri näiden ihmisten tilanne ansaitsisi palveluiden ja tukien osalta tarkempaa tarkastelua. Espoon kaupunki tiedotti elokuussa 2010 rakentavansa kokonaan uudenlaista kuntalaispalveluiden konseptia, jonka tavoitteena ovat asiakaslähtöiset, laadukkaat ja tehokkaat palvelut. Konseptin mukaan kaupunki toimii jatkossa orkestroijan roolissa palvelujen järjestämisessä: ”Vuotta 2020 koskevan vision mukaan asukkaiden palvelukokonaisuus muodostuu asiakkaan itsepalvelusta, vertaistukitoiminnasta, sähköisistä palveluista, eriasteisesti keskitetyistä kaupungin ja muiden palvelutuottajien palveluista ja palvelutuotantoa tukevasta palveluverkosta sekä tieto- ja viestintäteknikasta” (Espoo kehittää uudenlaista... 2010). Konseptissa korostetaan siten kaupunkilaisten omavastuuta ja aktiivisuutta hyvinvoinnistaan

huolehtimisessa. Tätä kirjoitettaessa ei ole vielä tiedossa, miten uusi konsepti vastaa niiden ihmisten huolenpidon tarpeisiin, jotka eivät kykene huolehtimaan omasta hyvinvoinnistaan tai kantamaan vastuuta palveluiden hankkimisesta. Kuntalaisten vastuullisuuden ja aktiivisuuden korostaminen on tärkeää, mutta juuri mielenterveyspalveluiden kohdalla on tarpeen laajentaa asiakaslähtöisyyden käsitettä ottamaan huomioon myös ne ihmiset, jotka eivät – ainakaan vielä – ole oppineet vaatimaan palveluita ja toimimaan omina case-magerereinaan.

MielenMuutos ikäihmisten masennuksen hoidossa

Kunnallisilta sosiaali- ja terveyspalveluilta on viime aikoina alettu enenevästi vaatia tieteellistä näyttöä. Palvelujärjestelmän odotetaan perustavan toimintansa parhaaseen saatavilla olevaan tietoon, minkä otaksutaan myös kasvattavan toiminnan tehokkuutta ja kustannusvaikuttavuutta. 1990-luvulla alettiin puhua näyttöön perustuvasta terveydenhuollosta, jolla tarkoitetaan parhaan ajantasaisen tiedon arvioitua ja punnittua käyttöä yksittäisen asiakkaan, asiakasryhmän tai väestön hoitoa koskevassa päätöksenteossa (Sackett ym. 1996, myös Korppi 2004, Lehtomäki 2009). Näytöllä on erityisesti lääketieteessä usein ymmärretty melko kapeasti satunnaistetuissa koeasetelmissa saatuja myönteisiä tuloksia. Esimerkiksi hoitotyön tutkija Peter Frenchin (2000) mukaan näyttö laajasti ymmärrettyä tarkoittaa kuitenkin myös yleisemmin tärkeää tutkimustietoa, meta-analyttisiä ja systemaattisia katsauksia sekä asiantuntija- ja kokemustietoa.

MielenMuutos -masennustutkimuksella haluttiin tuottaa tilastollista tietoa tietynlaisen mallin vaikuttavuudesta sekä analysoida mallin mukaisia hoitoprosesseja ja niiden aikana asiakkaiden tilanteissa tapahtuneita muutoksia. Lisäksi laadittiin laajat katsaukset myöhäisen iän masennuksesta ja sen hoidosta, jotta saataisiin mukaan kansainvälinen ajantasainen tieto. Tämä kokonaisuus vahvistaa johdonmukaisesti ajatusta, että ikäihmisten masennusta voidaan hoitaa hyvällä menestyksellä ja että hyvän hoidon kulmakiviä ovat yksilöllisyys, asiakaslähtöisyys, moniammatillisuus ja jalkautuminen.

Suosituksset ikäihmisten masennuksen hoitoon kunnallisissa palvelujärjestelmissä

- Hoitoa koordinoi terveyskeskuksessa toimiva moniammatillinen jalkautuva ikäihmisten mielenterveystiimi, joka voi koostua esimerkiksi psykiatrisesta sairaanhoitajasta, fysioterapeutista ja osa-aikaisesta psykologista.
- Tiimi tekee yhteistyötä kaikkien asianmukaisten kunnallisten tahojen sekä kolmannen sektorin toimijoiden kanssa.
- Masennuksen hoidossa hyödynnetään psykososiaalista ja sosiokulttuurista ryhmätoimintaa.
- Masentuneiden ikäihmisten pääsyä palveluihin helpotetaan järjestämällä tarvittaessa kuljetusta.

Valtakunnallisesti suositellaan, että

- ikäihmisten masennuksen tunnistamista edistetään,
- huomiota kiinnitetään vakavien masennustilojen ohella lievään masennusoireiluun,
- psykoterapian korvausjärjestelmää laajennetaan yli 65-vuotiaisiin ja psykoterapian saatavuutta parannetaan.

Hyvätkään hoitomallit ovat vain harvoin sellaisinaan siirrettävissä osaksi julkista palvelujärjestelmää. Tässä tarvitaan selvityksiä nykytilanteen vahvuuksista ja ongelmista sekä huolellista paneutumista kunkin toimintaympäristön erityispiirteisiin ja toimintakulttuuriin. MielenMuutos -masennustutkimus tarjoaa monenlaisia välineitä ikäihmisten mielenterveystyön kehittämiseen suomalaisessa yhteiskunnassa. Tämän raportin hyödyntämiseen esitetään seuraavaa:

- Raportti sisältää tietopohjan, jonka avulla ammattilaiset voivat tehokkaasti hahmottaa myöhäisen iän masennuksen erityispiirteitä ja hyvän hoidon suuntaviivoja. Sitä voidaan käyttää oppimateriaalina sekä täydennyskoulutuksessa että myös hoitoalan peruskoulutuksessa.
- Intervention kuvauksessa esitellään MielenMuutos -masennushoitomalli ikäihmisille. Se on eräänlainen toimintaohje, kun halutaan kehittää masennuksesta kärsivien ikäihmisten hoitoa. Ikäihmisten mielenterveystiimin juurtuminen kunnalliseen palvelujärjestelmään edellyttää
 - (1) kunnan sitoutumista ikäihmisten mielenterveyden edistämiseen muutenkin kuin retorisesti ja ohjelmatasolla sekä
 - (2) palvelujärjestelmän rakenteiden, prosessien, yhteistyökäytäntöjen ja tiedon kulun selkeyttä.
- Raportti sisältää aineistoa, jota voi käyttää nostamaan ikäihmisten mielenterveyskysymyksiä yhteiskunnalliseen keskusteluun ja perustelevaan ikäihmisille suunnattujen kattavien mielenterveyspalveluiden järjestämistä.

Masennus ei kuulu vanhuuteen. Vanha ihminen voi kokea mielen muutoksen siinä missä nuorempikin. Tämä tutkimus tähtää myös laajempaan mielen muutokseen: muutokseen ikäihmisten masennuksen hoidossa, palvelujärjestelmän toimintatavoissa sekä yleisessä asennoitumisessa vanhojen ihmisten mielenterveyteen ja sen edistämiseen.

Kirjallisuus

- Espoo kehittää uudenlaista palvelukonseptia. Espoo tiedottaa 31.8.2010.
- Forsman, A. K., Schierenbeck, I., & Wahlbeck, K. (2010). Psychosocial interventions for the prevention of depression in older adults: systematic review and meta-analysis. *Journal of Aging and Health* [Julkaistu online 8.10.2010, luettu 20.10.2010]
- French, P. (2000) Evidence-based nursing: a change dynamic in a managed care system. *Journal of Nursing Management*, 8, 141-147.
- Kokko, S., Haverinen, R., Kaskisaari, M., Muuri, A., Pekurinen, M., & Tammelin, M. (2009). Kunta- ja palvelurakennemuutoksen toteutuminen. Kuntakysely sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä ja tuottamisesta. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 36. Helsinki: Yliopistopaino.
- Kunta- ja palvelurakennemuutos: Sosiaali- ja terveyspalvelut Paras -uudistuksessa. (2008). http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;55264;55275;82183;127674;118453 [Julkaistu 12.6.2008, luettu 8.12.2010]
- Raivio, K. (2006). Paras -hanke Suomea muokkaamassa. *Yhteiskuntapolitiikka*, 71(2), 186–192.
- Romakkaniemi, M. (2010). Toimijuus masennuksen sosiaalisuutta jäsentämässä. *Janus*, 18(2), 137–152.
- Saastamoinen, E., & Tyrkkö, A. (2010). Kuntien ja kuntayhtymien talous ja toiminta 2009. Suomen virallinen tilasto, julkinen talous. Tilastokeskus 2010. http://www.stat.fi/til/ktt/2009/ktt_2009_2010-11-05_fi.pdf
- Takala, M., & Savikko, T. (2010). Toimintaympäristön tila 2010. Tietoja suunnittelun ja päätöksenteon tueksi. Raportteja Espoosta 1/2010. Espoon kaupunki: Kehittämisen- ja tutkimusyksikkö.
- Tuloveroprosenttiaan korottaa 49 kuntaa. (2010). http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;29;60;498;158321;166016;166569 [Julkaistu 19.11.2010, luettu 8.12.2010]

IKÄIHMISTEN MIELENTERVEYTEEN LIITTYVÄT HANKKEET SUOMESSA 2003–7

Suomalaisessa palvelujärjestelmässä mielenterveysongelmista kärsivien ikäihmisten hoito ja palvelut on järjestetty hyvin kirjavasti ja useissa kunnissa riittämättömästi. Iäkkäiden ihmisten mielenterveysongelmat jäävät siksi usein tunnistamatta ja hoitamatta, kuten jo raportissa on huomautettu. Väestön vanhetessa myös ikääntyneiden ihmisten mielenterveysongelmia kohdataan enemmän, vaikka mielenterveysongelmat eivät suhteellisesti lisääntyäkään. Ikäihmisten mielenterveyteen liittyvä tutkimus on Suomessa ollut marginaalista sekä mielenterveystutkimuksen piirissä että gerontologiassa. Kehittämistyötä on sen sijaan tehty jonkin verran – etupäässä kuitenkin paikallisesti. MielenMuutos -masennushankkeen suunnitteluvaiheessa pidettiin tärkeänä kartoittaa aiheeseen liittyviä aikaisempia projekteja.

Tässä liitteessä tarkastellaan Suomessa vuosina 2003–7 toteutettuja kehittämishankkeita, jotka tavalla tai toisella liittyvät ikäihmisten mielenterveyteen. Ajanjakso kattaa MielenMuutos -hankkeen aloitusvuoden sekä sitä edeltävät neljä vuotta. Tarkastelun kohteena ovat erityisesti projektien tavoitteet ja toimintamuodot. Projektien selkeimmäksi yhteiseksi tekijäksi nousi uusien toimintamallien sekä palvelu- ja hoitopolkujen luominen ja kehittäminen ikääntyneiden mielenterveyspalveluihin. MielenMuutos -hankkeessakin havaittiin, että tällainen kehittämis-toiminta on tarpeen kohdennettujen palveluiden vähäisyyden vuoksi.

Projekteja ja niiden tietoja etsittiin internetistä aiheeseen liittyvillä hakusanoilla*. Lisäksi projekteja etsittiin suoraan joiltakin internet -sivustoilta, kuten sosiaali- ja terveysministeriöstä ja Raha-automaattiyhdistyksen projektirekisteristä, josta löytyikin suurin osa tarkastelluista hankkeista. Ikäihmisten mielenterveyttä koskevia projekteja löytyi tarkasteltujen viiden vuoden ajalta yhteensä 23. Tätä kirjoitettaessa vuonna 2007 hankkeista kahdeksan oli päättynyt ja viisitoista edelleen käynnissä. Joitakin hankkeita saattoi jäädä löytymättäkin. Liitteessä on taulukko, johon on koottu kaikki löydetyt projektit tavoitteineen ja toimintamuotoineen. Suuri osa hankkeista oli pieniä ja ne käsittelivät ikääntyneiden ihmisten mielenterveysongelmia varsin suppeasti. Pieni osa oli suuria alueellisia tai valtakunnallisia mielenterveys-hankkeita, joissa ikääntyneiden mielenterveysasioita ei juuri nostettu esille erikseen.

* ikääntyneiden mielenterveys, ikääntyneet ja masennus, mielenterveyshankkeet, mielenterveysprojektit, vanhuus ja mielenterveys

Raha-automaattiyhdistyksen projektirekisteriin kootaan kaikkien Raha-automaattiyhdistykseltä rahoitusta saaneiden projektien tiedot. Myös lähes kaikkien projekteja toteuttaneiden yhdistysten ja järjestöjen omilla internetsivuilla kerrottiin hankkeista, mutta moni esittely oli varsin suppea. Päätyneiden projektien tuloksia oli vaikea löytää, sillä mahdollisia raportteja ja kirjatut tuloksia ei ollut saatavilla ainakaan internetin kautta. Yhteydenottojen tuloksena päästiin käsiksi muutamiin loppuraportteihin, mutta kaikista hankkeista ei saatu tulostietoja. Suurin ongelma projektien kartoittamisessa olikin niitä koskevan tiedottamisen puutteellisuus.

Hankkeiden tavoitteet

Seuraavassa tarkastellaan ikääntyneiden mielenterveyteen liittyvien projektien tavoitteita, jotka olivat pääasiassa kahdenlaisia. Osa tavoitteista liittyi suoraan ikääntyneisiin ihmisiin itseensä ja osa ikäihmisten kanssa tehtävän mielenterveystyön toteuttamiseen ja kehittämiseen. Kaikissa projekteissa mainittiin useita tavoitteita. Vaikka projektit olivat toimintamuodoiltaan hyvin erilaisia, niiden tavoitteet olivat yllättävänkin yhteneväisiä.

Mielenterveystyön toteuttaminen ja kehittäminen

Lähes jokaisessa (20) projektissa tavoitteena oli joko uuden toimintamallin luominen, olemassa olevan toimintamallin kehittäminen tai palvelu- ja hoitopolkujen luominen ja kehittäminen. Esimerkiksi Suomen psykogeriatrisen yhdistyksen Palkeet-projektissa (2002–6) keskeisenä päämääränä oli vanhuspsykiatrisen palvelu- ja hoitoketjun kehittäminen erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja palvelutalojen välille. Tarkoitus oli tukea mielenterveysongelmaisten ikääntyneiden selviytymistä avohoidossa.

Yhteistyön edistäminen eri viranomaistahojen välillä mainittiin kuudessa projektissa. Esimerkiksi Lakeuden Palveluyhdistyksen Virkeä Vanhuus -projektissa nähtiin tärkeänä kiinteän yhteistyön edistäminen lääkäreiden ja hoitavan henkilökunnan välillä pysyvien hoitosuhteiden luomiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön rahoittaman Vantaan Sateenvarjo -projektin ikäihmisiä koskevassa Kotihoito-Sateenvarjo -osaprojektissa (2006–10) tavoitteeksi asetettiin uusien moniammatillisten yhteistyö- ja toimintamallien ja yhteistyöverkostojen luominen. Näiden avulla haluttiin aikaistaa ikäihmisten mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistamista ja hoitoa.

Ennaltaehkäisevän työn merkitys mainittiin yhdessätoista projektissa. Esimerkiksi Tampereen Kaupunkilähetyksen Senioripysäkki-projektin (2003–6) päätarkoituksena oli tukea ikäihmisten mielenterveyttä ja sitä kautta mahdollistaa pidempää kotona asumista ja ehkäistä raskaamman hoitojärjestelmän piiriin joutumista.

Seitsemässä projektissa tuotiin tavoitteiden yhteydessä esille päihdeongelmat. Esimerkiksi Tampereen kaupungin Ikääntyneiden päihde- ja mielenterveystyömalli -hankkeen (2007–9) yhtenä tavoitteena oli kehittää ikäihmisten koteihin ja palvelutaloihin jalkautuva päihde- ja mielenterveystyömalli. Myös Vanhusten Kotiapusäitiön Vetoapu-projektissa (2006–10) yksi monista tavoitteista oli päihdeongelmien ennaltaehkäisy ja kohtaaminen.

Ryhmätoiminnan kehittämiseen pyrittiin kahdessa projektissa. Jo mainitun Senioripysäkki -projektin yhtenä tavoitteena oli ikääntyneiden mielenterveysryhmätoiminnan kehittäminen. Myös Kotihoito-Sateenvarjossa haluttiin lisätä ryhmämuotoista hoitoa mielenterveysongelmista kärsiville iäkkäille.

Kahdessa projektissa ajatuksena oli kehittää vapaaehtoistyötä. Sekä Seniori-instituutti -projektissa (2003–6) että Töysän Vanhustenyhdistyksen Virkeä mieli -projektissa (2005–7) vapaaehtoistyöllä oli merkittävä rooli erilaisten ryhmien ja toimintojen toteuttamisessa. Myös vertaistuki mainittiin kahdessa projektissa, Seniori-instituutti -hankkeessa ja Vetoapu -projektissa. Mielenvireys ry:n Vireyttä mielelle +45-vuotiaille -hankkeessa pyrittiin kehittämään viriketoimintaa ja itseilmaisua eläkkeellä olevien mielenterveyskuntoutujien elämänlaadun ja mielialan kohottamiseksi. Vaikuttamistyö ikääntyneiden aseman parantamiseksi mainittiin vain Kirkkopalveluiden Anna & Arvo -projektissa.

Kohderyhmät ja niihin liittyvät tavoitteet

Hankkeiden kohderymänä mainittiin useimmiten ikäihmiset itse. Niissä hankkeissa, jotka kohdentuivat ammattilaisiin, toivottiin heidän koulutuksensa tai ohjauksensa kautta voitavan vaikuttaa iäkkäiden ihmisten psyykkiseen hyvinvointiin. Noin puolessa projekteista (13) tavoitteet kohdentuivat melko yleisellä tasolla ikäihmisten mielenterveyden, hyvinvoinnin, elämänhallinnan ja toimintakyvyn tukemiseen, vahvistamiseen ja parantamiseen. Ennen kaikkea ehkäisevä työ nähtiin tärkeänä. Monissa projekteissa mainittiin osatavoitteina elämänhallinnan lisääminen, fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn tukeminen ja mielialan kohentaminen.

Yhteisöllisyyden ja osallisuuden tukeminen sekä auttaminen sosiaalisten kontaktien luomisessa ja ylläpitämisessä näkyivät yhdeksän projektin tavoitteissa. Savitaipaleen Vanhaintuki ry:n MIE (mielenterveyttä ikäihmisillä edistävän) -projektin (2007–9) yhtenä tavoitteena oli tukea kotona asuvien ikäihmisten yhteiskunnallista osallistumista. Anna & Arvo -projektissa halutaan luoda iäkkäille ihmisille mahdollisuuksia tavata muita ja olla tärkeä osa yhteisöä. Yksinäisyyden lievittäminen ja ehkäisy mainittiin tavoitteina viidessä projektissa. Useimmiten yksinäisyyden lievittäminen kulki käsi kädessä yhteisöllisyyden, osallisuuden ja sosiaalisten kontaktien tukemisen kanssa. Erityisen voimakkaasti yksinäisyyden lievittäminen korostui Seniori-instituutti -projektissa.

Mielenterveysongelmaisten ikäihmisten aktivoiminen mainittiin seitsemän projektin tavoitteissa. Esimerkiksi Lähde ry:n Nostalgia -projektissa puhuttiin syrjäytymis- ja masentumisvaarassa olevien iäkkäiden ihmisten aktivoimisesta. Huoltoliiton Elli – Elpymisohjelma ikäihmisille -projektissa (2001–4) pyrkimyksenä oli kehittää toimintamalli, jolla voitaisiin kohentaa ikääntyneiden sosiaalista aktiivisuutta ja toimintakykyä.

Neljässä projektissa haluttiin tukea psyykkisesti oireilevien tai masentuneiden ikäihmisen selviytymistä kotona ja avohoidossa. Yhdessä hankkeessa mainittiin myös itsemurha-alttiuden lievittäminen. Ainoastaan yhdessä hankkeessa tavoitteena oli mielenterveysongelmista kärsivien ikäihmisten omaisten jaksamisen tukeminen.

Vanhuspsykiatrisen osaamisen lisääminen ja kehittäminen oli kolmen projektin tavoitteena. Erityisesti tämä pyrkimys on painottunut Suomen psykogeriatrisen yhdistyksen Palkeet-projektissa. Palkeet -projekti oli ainut hanke, jonka tavoitteissa huomioitiin myös työntekijöiden jaksamisen tukeminen. Ikääntyneiden päihde- ja mielenterveystyömalli -hankkeessa oli tavoitteena paitsi työntekijöiden osaamisen, myös asiakkaiden tietouden lisääminen päihde- ja mielenterveysasioissa.

Kokonaisuutena katsoen hankkeissa painottui eniten uusien toimintamallien sekä palvelu- ja hoitopolkujen luominen. Tämä kertoo omalta osaltaan, että ikääntyneiden mielenterveyspalvelut vaativat kehittämistä ja koordinointia. Myös yhteistyö eri viranomaistahojen välillä on ollut selkeästi esillä. Ikääntyneiden mielenterveyspalveluiden sirpaleisuus ja monesti niiden puuttuminen kokonaan vaativat eri tahojen yhteistyötä ja kollektiivista ponnistelua.

Hankkeiden toimintamuodot ja menetelmät

Seuraavassa tarkastelun kohteena ovat projekteissa käytetyt toimintamuodot ja menetelmät, joilla tavoitteisiin pyrittiin. Toimintamuodot on jaettu kolmeen ryhmään. Ensimmäisessä ryhmässä toiminta kohdistui iäkkäisiin ihmisiin itseensä, toisessa työntekijöihin ja kolmannessa toiminta oli lähinnä organisoivaa. Tosiassiallisesti hankkeissa käytettiin varsin vaihtelevia toimintamuotoja ja menetelmiä, mutta tässä käytetty karkea luokittelu auttaa jäsentämään toimintaa.

Ikääntyviin itseensä kohdistunut toiminta

Puolessa projekteista menetelmänä käytettiin jonkinlaista ryhmätoimintaa. Ryhmät vaihtelivat tyypiltään toiminnallisista ja liikunnallisista keskustelu- ja vertaisryhmiin. Joissakin hankkeissa käytettiin useita erilaisia ryhmämenetelmiä. Esimerkiksi Tampereen Kaupunkilähetyksen Seniori-instituutti -projektin (2007–11) keskeisenä pyrkimyksenä on senioriryhmien perustaminen ja niiden kehittäminen. Mielenvireys ry:n Vireyttä mielelle +45-vuotiaille -projektissa (2003–5) tarkoituksena oli erilaisten ryhmätoiminnan kehittäminen käyttämällä toiminnallisia, elämysellisiä ja ratkaisukeskeisiä menetelmiä.

Virkistystoiminta mainittiin menetelmänä puolessa projekteista. Toiminta saattoi olla yhteisöllistä, kuten virkistys- ja teemapäiviä tai pienryhmätasoisista. Esimerkiksi Savitaipaleen Vanhaintuki ry:n MIE (mielenterveyttä ikäihmisillä edistävässä) -projektissa (2007–9) toimintamuotoina mainittiin virkistys- ja teemapäivät kohderyhmille. Ikäihmiset ja mielenterveys -projektissa (2003–7) kehitettiin monipuolista virkistystoimintaa ja lomaa.

Kartoittaminen ja arviointi mainittiin kahdeksassa hankkeessa. Niissä haluttiin selvittää ja arvioida esimerkiksi ikäihmisten tuen tarvetta, kotitilannetta, toimintakykyä, kuntoutusmahdollisuuksia ja jatkohoidon tarvetta. Kuntouttava ja aktivoiva toiminta ja kuntoutumisen tukeminen mainittiin kymmenessä projektissa. Puhuttiin psykososiaalisesta kuntoutuksesta, päivä kuntoutusjaksoista ja arjessa pärjäämisen tukemisesta. Esimerkiksi Kantti ry:n Ensi askeleet -projektissa (2004–6) käytettiin ”psykogeriatrasta aktivointia” ja psykososiaalista kuntoutusta, kuten keskusteluja, taidetoimintaa ja toiminnallisia ilmaisu- ja terapiamenetelmiä.

Yhteisöllisyyden tukeminen oli keskeisenä juonteena neljän projektin toimintamuodoissa. Vastaavasti yksilötyö mainittiin neljässä hankkeessa. Yhteisöllisyys näyttäytyi esimerkiksi yhteisöhoidon ja sukupolvien välisen kohtaamisen kautta. Vaikka yhteisöllisyyttä ei läheskään kaikissa projekteissa selvästi mainittu, näyttäytyi se usein kuitenkin hankkeiden toiminnassa. Yksilötyö tarkoitti yksilöllistä ohjausta, kohtaamista ja keskusteluja. Esimerkiksi Töysän Vanhustenyhdistyksen Virkeä mieli -projektissa (2005–7) ohjaajan oli tarkoitus tavata ikääntyneitä henkilökohtaisesti ja kartoittaa heidän pienryhmiin osallistumisen mahdollisuutensa. Senioripysäkki -projektissa (2003–6) tarjottiin ikääntyneille sekä ryhmä- että yksilökeskusteluja.

Kotikäyntejä tehtiin kahdessa projektissa: Iloa arkeen (2002–5) sekä Ikäihmiset ja mielen-terveys. Kohtaamispaikan tai keskuksen perustaminen oli pyrkimyksenä sekä Ensi askeleet -hankkeessa että Senioripysäkki -projektissa. Viime mainituksessa oli tavoitteena luoda keskus, joka etsisi avun tarpeessa olevia ikääntyneitä ja tarjoaisi heille Senioripysäkin palveluita. Etsivä työ omana toimintamuotonaan mainittiin kolmen projektin toiminnassa sekä neuvonta ja palveluohjaus kahdessa projektissa. Etsivän työn keinoja olivat tiedottaminen, haastattelemine ja yhteistyön tekeminen eri tahojen ja vapaaehtoisverkoston kanssa. Esimerkiksi Senioripysäkin toiminnassa korostettiin kohderyhmän etsimisen, löytämisen ja aktivoimisen merkitystä. Neuvonta mainittiin HELY ry:n Taitoverkko-projektissa, ja puhelinneuvontaa sekä palveluohjausta käytettiin Ikäihmiset ja mielen-terveys -projektissa (2003–7). Neljässä projektissa tarjottiin koulutusta ikäihmisille.

Auttajiin kohdistunut toiminta

Koulutuksen järjestäminen auttajille mainittiin kaikkiaan kuudessa projektissa. Niistä kahdessa koulutus oli suunnattu vapaaehtoistyöntekijöille tai vertaisvetäjille ja neljässä ammattilaisille. Esimerkiksi Palkeet-projektissa oli erittäin vahvasti esillä työntekijöiden koulutus ja heidän osaamisensa kehittäminen.

Vertaistuki- tai tukihenkilötoiminta mainittiin yhteensä kahdeksassa projektissa ja vapaaehtoistyö neljässä. Vertaisohjaajia ja vapaaehtoistyöntekijöitä rekrytoitiin esimerkiksi Vanhusten Kotiapusäätiön Vetoapu-projektissa (2006–10).

Organisoiva toiminta

Yhteistyö ja verkostoituminen mainittiin seitsemän projektin toimintamuodoissa. Esille nousivat alueellinen ja paikallinen yhteistyö, moniammatillinen yhteistyö sekä yhteistyö julkisen ja kolmannen sektorin välillä. Esimerkiksi Kirkkopalvelut ry:n Anna & Arvo -projektissa edistettiin yhteistyötä kunnan ja seurakunnan välillä.

Tiedottaminen oli tärkeässä osassa kuudessa hankkeessa. Tiedottaminen koski sekä projektin toimintaa että yleisemmin ikäihmisille tarkoitettuja palveluita. Kehittämistyö tuli esille viidessä hankkeessa ja niistä erityisen vahvasti kolmessa valtakunnallisessa hankkeessa: sosiaali- ja terveysministeriön Pohjanmaa- ja Lappi -hankkeissa sekä Stakesin Ehkäisevän mielenterveys-tyon strategiat ja käytännöt -kehittämishankkeessa.

Vaikuttamistyö mainittiin vain Anna & Arvo -projektissa, jossa pyrittiin vaikuttamaan päätöksentekoon sekä paikallisesti että valtakunnallisesti. Myös tiedon kokoaminen ja kerääminen mainittiin vain yhden projektin, Senioripysäkin toiminnassa. Senioripysäkki-projektissa pyrittiin kokoamaan systemaattista tietoa siitä, kuinka kohderyhmään kuuluvia ikääntyneitä löydetään ja aktivoidaan tarjolla olevien palveluiden piiriin.

Lopuksi

Kaiken kaikkiaan Suomessa on tällä vuosituhanella toteutettu varsin rajallinen määrä nimenomaan ikäihmisten mielenterveyteen liittyviä hankkeita. Tässä liitteessä tarkastellaan 23 hanketta, joista osa on kohdistunut nimenomaan ikäihmisiin ja osassa heidät lähinnä mainitaan yhtenä erityisryhmänä omine erityisine tarpeineen. Hankkeiden tavoitteista ja toimintatavoista on tehty yhteenvetoa. Ongelmallisinta oli tulosten tarkastelu, sillä kirjoitettaessa loppuraportteja ei vielä ollut tai niihin ei päästy käsiksi.

Liite 1b. IKÄIHMISTEN MIELENTERVEYTEEN LIITTYVÄT HANKKEET SUOMESSA 2003–7
(projektitaulukko)

Projekti	Järjestö	Kesto	Kohderyhmä	Tavoitteet
<u>Virkeä Vanhuus!</u> Masennuksen ja dementian ennaltaehkäisy, diagnosointi ja hoito palvelutaloissa.	Lakeuden Palvelu yhdistys ry. (Tyrnävä)	2007-2010	Lakeuden Palveluyhdistys ry:n palveluita käyttävät ikääntyneet	Uusi toimintatapa näiden ikääntyneiden hoitoon, mahdollistetaan virikkeellinen ja aktiivinen loppuikä. Järjestää palvelutaloihin pysyvä lääketieteellinen hoito. Hoitavan henkilökunnan ja lääkäreiden kiinteä yhteistyö: pysyvät hoitosuhteet ja hoidon jatkuvuus.
<u>Nostalgia</u> -projekti	Lähde ry: Vapaaehtoisen hyvinvointityön keskus. (Kerava.)	2007-2009	Kotona asuvat ja laitoksissa päivähoidossa olevat ikääntyneet, joilla vaarana saada muistiongelmia, tai joilla jo on lieviä muistiongelmia.	Vanhusten masentuneisuuden ehkäisyn tukeminen. Projektilla kaksi eri tavoitetta: 1) Selvittää testausten ja terveystutkimusten avulla mikä vaikutus projektin toiminnalla on vanhusten mielentilaan ja elämänhallintaan masennusta ehkäisevänä ja jopa parantavana tekijänä. Aktivoida syrjäytymis- ja masentumisvaarassa olevia vanhuksia. 2) Projektissa kokeiltujen toimintojen kehittäminen pysyviksi vanhustenhuoltoon.
<u>MIE - Mielenterveyttä ikäihmisillä edistävä projekti</u>	Savitaipaleen Vanhaintuki ry. (Savitaipale)	2007-2009	Savitaipalelaiset kotona asuvat ikääntyneet, joiden itsenäinen kotona selviytyminen on uhattuna psyykkisten ongelmien vuoksi, tai jotka jo tarvitsevat apua joko läheisiltään tai yhteiskunnalta. Kohderyhmään kuuluvat myös heidän omaisensa.	Lisätä kotona asuvien ikääntyneiden hyvinvointia, tukea heidän yhteiskunnallista osallistumistaan, sekä ennaltaehkäistä syrjäytymistä. Kartoittaa yhteistyötahojen kanssa psyykkisistä ongelmista kärsivien, kotona asuvien ikääntyneiden ja heidän läheisten tuen tarvetta, ja järjestää heille tarvittava tuki kotona asumisen tukemiseksi. Luoda uusia toimintamuotoja ikääntyneiden psyykkisistä ongelmista kärsivien tukitoimintaan. Vanhuspsykiatrisen osaamisen lisääminen paikkakunnalla.
<u>Seniори-instituutti</u> – yhteyksiä ja yhteisöjä ikäihmisille	Tampereen Kaupunki-lähetys ry.	2007-2011	Tamperelaiset yli 60-vuotiaat yksinäiset ja kotiinsa eristäytyneet, syrjäytymisvaarassa olevat ja erilaisista psykososiaalisista ongelmista kärsivät ikäihmiset, joita julkinen sektori ei kykene auttamaan ja joita on vaikea saada palveluiden piiriin. Toinen kohderyhmä on eläkeikäiset, jotka Seniори-instituutin vapaaehtoistoimintaan osallistumalla saavat myös omaan elämäänsä mielekkyyttä.	Yksinäisyyden ja masennuksen ehkäisy rakentamalla ikäihmisille terapeuttinen yhteisö. Auttaa ikääntyneitä löytämään yhteyttä toisiinsa, ehkäistä eristäytymistä. Tuetaan holhoamisen sijaan sosiaalista ja seniorikulttuurista aktivoitumista, sekä vertaistukea. Kehittää vapaaehtoistyön toimintamalleja, joilla suoraan voidaan helpottaa ikäihmisten arkea ja tuoda merkityksellisyyttä.

Toimintamuodot	Arviointi	Toimijat	Rahoittajat
Ennaltaehkäisevä toiminta, kokonaisvaltainen hoito ja kuntoutus. Jokaiselle ikääntyneelle järjestetään geriatrin vastaanotto ja tarvittavat tutkimukset. Koulutuksen järjestäminen vanhustyöntekijöille ja projektissa toimijoille.	Laskenta-asiantuntija arvioi uuden toimintamallin vaikuttavuuden. Ulkopuolinen arvioija Oulun yliopistosta.	Yhteistyötahot ja sidosryhmät: Tyrnävän kunta, Oulun seudun dementiahoitoyhdistys, Oulun seudun mielenterveysseura ry, Oulun yliopisto ja srk, sekä erilaiset yhdistykset ja vapaaehtoiset.	RAY: 2007-2009
Asiantuntijoiden avulla kootaan kolme 10-12 ikääntyneen toimintaryhmää; "istujat"(vanhainkoti Hopeahovista), "liikkujat" (kotona asuvista) ja "sekaryhmä"(kotihoidosta). Ryhmille ohjataan muistelu- ym. terapiaa, yhdessäoloa ja muuta virkistystoimintaa.	Tutkija (Laurea amk:sta) ja projektiryhmä seuraavat toiminnan vaikutuksia testien, haastatteluiden ja mahdollisesti videoseurannan avulla.	Yhteistyötahot ja sidosryhmät: Keravan sosiaali- ja terveystoimi, tk, kotihoito, vanhainkoti Hopeahovi, Laurea amk.	RAY
Tuen tarpeen kartoittaminen. Kuntouttavan toiminnan järjestäminen. Kohderyhmille tukimuotoja kuten fyysisen kunnon ylläpitäminen, virkistyspäivät, vertaistuki, koulutustilaisuudet ja teemapäivät. Omaisille, kotihoidon henkilöstölle ja kolmannen sektorin toimijoille yhteistilaisuuksia ja verkostoitumista.	Ohjausryhmä ja projektihenkilöstö arvioivat osa- ja kokonaistavoitteita. Mittareilla arvioidaan tukitoimien onnistuneisuutta. Arvioidaan jonkin testin avulla kotona selviytymistä ja mielialaa, myös mahdollisen hoitavan omaisen mielialaa. Käytetään myös MMSE-testistöä ja depressio-seulaa. Tukitoimien vaikuttavuuden mittariksi tehdään tutkimustyö sos.- ja terv.alan opiskelijoiden opinnäytetyönä.	Yhteistyötahot ja sidosryhmät: Savitaipaleen kunnan perusturvaosasto (vanhusten kotihoito ja psykiatrin avohoito), seurakunta, vapaaehtoistyöntekijät ja yhdistykset.	RAY
Sovelletaan Helsingin kaupunkilähehtyksen Seniorialonki-mallia. Vapaaehtoistyöntekijöiden rekrytointi, koulutus ja ryhmien perustaminen. Keskeisiä toimintoja: tukihenkilötoiminta masentuneille ja syrjäanvetäytyneille vanhuksille, senioriryhmien kehittäminen elämäntarina-kerrontamallia hyödyntäen, yksilölliset kohtaamiset, ikääntyneiden oman "alakuultuurin" esiinnotto ja identiteetin tukeminen, sekä yhteisohion koulutus.	Vapaa-ehtoistyön tehokkuus arvioidaan numeraalisilla mittareilla. Ikääntyneiden tarpeisiin vastaamista arvioidaan kyselyillä. Toimintaa arvioidaan sekä työryhmä- ja ohjausryhmätasolla, että työnohjauksessa. Mahdollisesti esim. yliopistollinen lopputyö toiminnasta.	Yhteistyötahot ja sidosryhmät: Tampereen kaupungin vanhustyö, lääkäriasemat, kotipalvelu, Ahjolaopisto, Sopimusvuori-yhdistys, Tampere-seura, Helsingin kaupunkilähetys, Tampereen kaupunkilähetysen omat projektit, Gerontologisen sos.työn kehittämishanke (Tampere).	RAY: 2007-2010

Projekti	Järjestö	Kesto	Kohderyhmä	Tavoitteet
Virkeä mieli- projekti	Töysän Vanhusten-yhdistys ry.	2005-2007	Eläkkeellä olevista ikäihmisistä, nuorista eläkeläisistä ja alkoholiongelmaisista (soveltuvien osin) ne, joilla voidaan tunnistaa olevan erityisiä mielenterveydellisiä riskejä ja niistä aiheutuva syrjäytymisen vaara.	Pureutuminen vanhusten mielenterveys-ongelmiin, sekä mielenterveyttä heikentäviin tekijöihin, kuten yksinäisyyteen. Tämä tehdään vapaaehtoistyön pohjalta, ennaltaehkäisevästi, yhteistoiminnalla ja ammatillisella otteella. Välineenä on yhteisöllisyyden vahvistaminen ja yhteistyö eri viranomaistahojen kanssa. Ammatillisuus tulee esille projektissa hankevetäjän ammattitaidon kautta ja yhteistyössä mielenterveystoimiston kanssa.
Taitoverkko - ote omaan elämään	Itä-Helsingin lähimmäistyö HELY ry	2007-2010	Itähelsinkiläiset kodeissaan ja palvelutaloissa asuvat ikääntyneet.	Kehittää yhteisöllinen ja motivoiva toimintatapa ikääntyneiden omatoimisuuden, turvallisuuden, elämänlaadun ja toimintakyvyn vahvistamiseksi. Yksinäisyyden kokemuksen lieventäminen.
Iloa arkeen- Syrjäytyneiden vanhusien aktivointiprojekti	Honkalakoti ry (Ruovesi)	2002-2005	Ruovesiläiset syrjäytymisvaarassa olevat vanhukset, erityisesti kotirintamanaiset ja sotaveteraanit.	Estää kroonisten sairauksien ja toimintakyvyn alentumisen aiheuttamaa syrjäytymistä ja masentuneisuutta. Ehkäistä ikääntymisen myötä tapahtuvaa fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen aktiivisuuden vähentymistä, ennaltaehkäistä psyykkisiä ja fyysisiä ongelmia, sekä tukea elämänhallinnan säilyttämistä. Kokonaisvaltaisen kuntoutusohjelman laatiminen osaksi kaikkien ikäihmisten palveluja. Toimintamalli koti- ja avokuntoutuksen yhdistämiseksi.
Pohjanmaa-hanke	Sosiaali- ja terveysministeriö (STM)	2005-2014	Pohjanmaa. Erityisinä kehittämiskohteina nostettu esiin lasten, nuorten ja lapsiperheiden palvelut sekä ikäihmisten palvelut.	Hanke pyrkii vastaamaan siihen haasteeseen, että mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat kansanterveyden suurimpia tulevaisuuden haasteita. Hankkeen kehittämistyössä viisi osa-alueita: strategiatyö; promootio ja preventio; kuntoutus; työelämä; ja hoito- ja palveluketjut. Strategiatyön tavoitteena on, että vuonna 2014 jokaisessa pohjalaiskunnassa on mielenterveys- ja päihdestrategia. Mielenterveys- ja päihdekuntoutuksen osalta on laajat tavoitteet, joista esimerkkinä avohoitokeskeisen ja kotikuntoutuksen toteutuminen. Työelämässä olevien osalta tavoitteena pidempi ja terveempi työura. Tavoitteena, että hoito- ja palveluketjut valmiina hankekauden 2007-2009 päättyessä.

Toimintamuodot	Arviointi	Toimijat	Rahoittajat
<p>Vapaaehtoistyöntekijöillä merkittävä rooli erilaisten toimintojen toteuttajina. Vapaaehtoinen puoli projektissa korostaa vertaistukea ja yhteisöllisyyttä. Projektin ohjaaja tapaa ikääntyneitä henkilökohtaisesti; kartoitetaan pienryhmiin osallistumisen mahdollisuus. Toteutetaan räätälöityä toimintamallia niin, että toiminta vastaa jokaisen yksilöllisiin tarpeisiin.</p> <p>Ryhmät toimivat vertaisryhminä, joissa toiminnallisuus ja yksilöllinen tukeminen korostuvat. Eli toimintamuodon laajeneva polku: aluksi yksilötyö, sitten toimintaryhmät, sitten toimintakyvyn lisääntymisen myötä itsenäinen täysipainoinen elämänhallinta.</p>	Arvioinnin suorittaa Seinäjoen amk:n SoTe-yksikkö. Arviointi lähtökohtalilanteessa, väliarviointina ja loppuarviointina.	Yhteistyötahot ja sidosryhmät: Kunnan sosiaalitoimi, mielenterveystoimisto, psyk.pkl., terveyskeskus, mielenterveysjärjestöt, seurakunta, eläkeläisten neuvottelukunta ja muut eläkeläisten kanssa työskentelevät järjestöt, sekä Seinäjoen amk:n SoTe-yksikkö.	RAY
<p>Tavoitetaan yksinäiset ja masentuneet vanhuksat (tiedotuskampanja, vapaaehtoisverkosto).</p> <p>Lievennetään vanhusten yksinäisyyden kokemusta ja tuetaan arjessa pärjäämistä (osallistumismahdollisuuksia, teematapahtumia, yksilöllinen ohjaus, neuvonta, toiminta, vertaistuki).Koulutus ja tiedottaminen.</p>	Menetelmänä sisäinen arviointi. Tilastointi, asiakaspalautteet, mittaus-tulokset, työntekijöiden itsearviointi.	Yhteistyötahot ja sidosryhmät: Herttoniemen seurakunta, Helsingin kaupungin vapaaehtoistyön keskus, Ikä-Instituutti, Vanhusten palvelutaloyhdistys ry., Helsingin kaupunki/ sosiaali-virasto, kotihoito.	RAY: 2007-2009
<p>Ryhmäläiset kokoontuivat kerran kuukaudessa. Tapaamiset koostuivat yhdessäolosta, keskusteluista, muistijum-pasta, virkistyshoidoista, voimistelusta ja hieronnasta tai vyöhyketerapiasta ja ruokailusta. Ryhmäläisten luo tehtiin kotikäynti kerran kuukaudessa, jolloin mm. toimintakyvyn arviointi (terveydentila, muisti, mieliala, tukiverkosto, apuvälinetarve). Ryhmäläisillä oli myös päivä kuntoutusjaksot.</p>	Asetettujen tavoitteiden systemaattisen seuranta. Toimintakyvyn ja itsenäisen selviytymisen mittaaminen.	Ruoveden kunta, kotipalvelu, kotisairaanhoido, terveyskeskus, eläkeläis-, veteraani- ja sotainvalidijärjestöt.	RAY ja Ruoveden kunta
<p>Jokaisessa viidessä osa-alueessa omat keinot tavoitteiden toteuttamiseksi. Alueellinen ja paikallinen yhteistyö yli hallintosektoreiden korostuu. Painotetaan paikallisen hyvinvointipolitiikan edistämistä ja sosiaali- ja terveyspalveluiden integroitua kehittämistä.</p>	<p>-Väestötasoiseen tutkimukseen ja arviointiin perustuva vaikuttavuuden arviointi.</p> <p>-Osaamisen ja hyvien käytäntöjen arviointi.</p> <p>-Toiminnan tehokkuuden ja laadun terveys-taloudellinen arviointi.</p> <p>-Hankkeen toimintoja seuraava ja tukeva tavoitesuhteinen prosessin arviointi.</p>	SONet Botnia, Pohjalaiset masennustalkoot, STAKES, Työterveyslaitos, Länsi-Suomen HYVE-hanke, Alkoholiohjelma 2004-2007, VETO-ohjelma, VAMP-projekti, Finlands svenska nykterhetsförbundet rf, Vammaisten päihdetyön tukipalvelut ja Suomen Mielenterveys-seura.	Vaasan, Etelä-Pohjanmaan ja Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirit, Sosiaali- ja terveysministeriö.

Projekti	Järjestö	Kesto	Kohderyhmä	Tavoitteet
<u>Ensi askeleet</u>	Kantti ry. (sosiaali- ja terveyden huoltoalan järjestö)	2004-2006	Ikääntyneet mielenterveysasiakkaat ja heidän sosiaalinen verkostonsa. (myös suomenruotsalaiset asiakkaat).	Tuetaan mielenterveyttä ja ehkäistään syrjäytymistä ratkaisukeskeisen toiminnan avulla, järjestelemällä ja ymmärtämällä tunteiden ja kokemuksen maailmaa. Pyrkimyksenä luottamuksellinen ja pitkäjänteinen yhteistyö sosiaalisten toiminta-kaavioiden luomiseksi.
<u>Vireyttä mielelle + 45- vuotiaille</u>	Mielenvireys ry. (Oulu)	2003-2005	-yli 45-vuotiaat eläkkellä olevat mielenterveyskuntoutujat, -julkisen toiminnallisen kuntoutuksen ulkopuolella olevat -hoito mahdollisesti siirretty mielenterveystoimistosta terveyskeskukseen -kotona asuvat mielenterveyskuntoutujat	Mielenterveyskuntoutujien aktivoiminen ja toimintakyvyn ylläpitäminen. Elämänlaadun ja osallistumishalun lisääminen viriketoiminnan avulla. Mielialan ja itsetunnon kohottaminen itsellimaisuus ja luovan toiminnan avulla. Uusien ja perinteisten kädentaitoryhmien tarjoaminen iäkkäille mielenterveyskuntoutujille.
<u>Senioripysäkki</u>	Tampereen Kaupunkilähetys ry.	2003-2006	Yksinäiset, masentuneet, syrjäytyneet, ahdistuneet tai kriisiin joutuneet yli 60-vuotiaat ihmiset.	Päätavoitteena on parantaa kohderyhmän mielenterveyttä ja sitä kautta tukea kotona asumista ja ehkäistä tarvetta siirtyä raskaamman hoitojärjestelmän piiriin. Projektissa sovelletaan Helsingin Kaupunkilähetyskeskuksen kehittämää senioripysäkkimallia (terapeuttinen ryhmätoiminta, jossa ikääntyneelle tarjotaan keskustelumahdollisuuksia ja henkistä tukea). Tavoitteena vanhusten mielen-terveys-ryhmätoiminnan kehittäminen. Ryhmät hoitavat luonnollisesti ikään kuuluvan sosiaalisen verkoston aukkoja. Pyritään luomaan vanhuksille luonnollisia, hoitajaksojen yli ulottuvia sosiaalisia verkostoja.
<u>Palkeet- Vanhuspsykiatrisen osaamisen ja palveluketjujen kehittämisprojekti palveluasumisessa (Jatkoprojekti: Palkeet 2.)</u>	Suomen Psykogeriatrinen yhdistys ry.	2002-2006, Palkeet 2-projekti 2005-2006.	Palvelutalojen työntekijät.	Psykkisesti oireilevan vanhuksen selviytymisen tukeminen avohoidossa. Palvelutaloissa asuvien vanhusten mielenterveyden ja elämänlaadun tukeminen ja hoidon laadun edistäminen. Vanhuspsykiatrisen osaamisen lisääminen. Työntekijöiden työssä jaksamisen tukeminen. Potilaslähtöisen, vanhuspsykiatrisen palvelu- ja hoitoketjun kehittäminen erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja palvelutalojen kesken. Palkeet 2- projektissa osatavoitteina mm. palvelu- ja hoitopolun mallintamisen jatkaminen, osaamisen syventäminen, mentorikoulutuksen jatkaminen ja yhteistyön laajentaminen kutsumalla mukaan kaksi vanhuspsykiatrista toimintayksikköä lisää ja niiden alueella toimivia palvelutaloja.

Toimintamuodot	Arviointi	Toimijat	Rahoittajat
<p>Psykogeriatrinen aktivointi ja syrjäytymisen ehkäisy (ympärivuotuisen kohtauspaikan luominen ja ylläpito). Pyskososiaalinen kuntoutus (keskustelut, elämykset, erilaiset taiteelliset ja toiminnalliset ilmaisu- ja terapiamenetelmät.) Yhteisöllisyyden tukeminen.</p>	<p>Jatkuvan arvioinnin periaate itse- ja vertais-arvioinneilla. Projektikokoukset, Taloudellinen mittaristo ja asiakastytyväisyyskyselyt. Projektiryhmä arvioi projektin tuloksia kerran vuodessa. Tulosten arviointi myös yhteistyötoimijoiden kanssa.</p> <p>-Projektin avointen ryhmien toiminta jatkuu osana Kantin toimintaa.</p>	<p>SPF, Steiner-koulu, Arcadan ammattikorkeakoulu, Diakonia-ammattikorkeakoulu.</p>	<p>RAY</p>
<p>Viriketoiminta: opetuskurssit, ryhmätoiminnot, toimintapajat, toimintapäivät. Itseilmaisu ja luova toiminta: harjoitus-, elämys- ja ratkaisukeskeisiä kursseja ja ryhmiä, joissa käytetään mm. musiikkia, sosiodraamaa, tanssia ja rentoutusta.</p>	<p>Projektin ohjausryhmän tavoitteiden seuranta. Osallistujien palautehaastattelut. Kirjalliset palautekyselyt sekä osallistujilta, että yhteistyökumppaneilta. Osallistujamäärien ja käyntikertojen tilastointi. Opinnäytetyöt.</p>	<p>Oulun Mielenterveyskeskus/ kotikäyntejä suorittava mielisairaanhoidaja, projektin ohjausryhmä, järjestöyhteistyökumppanit, oppilaitokset, kuntoutuskodit.</p>	<p>RAY</p>
<p>Luodaan keskus (sekä palkattuja, että vapaaehtoisia työntekijöitä), joka etsii avun tarpeessa olevia vanhuksia ja tarjoaa heille yksilö- ja ryhmäkeskusteluita. Panostetaan siis vastaanottamisen lisäksi tavoittamiseen, eli kohderyhmän etsimiseen, löytämiseen ja aktivoimiseen. Apua tarvitsevat vanukset etsitään yhteistyössä kaupungin kotipalvelun, omien projektien verkostojen ja kattavan tiedotuksen avulla. Tiedotus psykologisesti hienotunteista ja motivoivaa. Yhteistyössä kootaan systemaattista tietoa siitä, kuinka kohderyhmän vanhuksia löydetään ja aktivoidaan tarjottujen palvelujen piiriin.</p>	<p>Muodostetaan seurantakäytäntö, jossa arvioidaan toiminnan sisältöä ja tavoitteiden toteutumista. Asiakkaiden tarpeiden ja tyytyväisyyden seuraaminen havainto- ja kyselyarvioilla. Eri keinojen tavoitettavuutta, kattavuutta, laatua, vaikuttavuutta ja tuloksellisuutta arvioidaan säännöllisesti projektin sisäisenä arviointina, yhteistyökumppaneiden kanssa tai tutkimuksena. Erityisesti arvioidaan millainen ryhmätyömalli sopii vanhuksille. Senioripysäkin jatkotoimintana toimii kerran viikossa kokoontuva Perjantai-pysäkki-ryhmä.</p>	<p>Helsingin Kaupunkilähetys, Tampereen kaupunki, Mummon Kammari. Tampereen Dementia-yhdistys, Turun Kaupunkilähetys. Tampereen Kaupunkilähetysten muut projektit (Apunetti, Avustajapalvelu, Oma Koti Kullan Kallis) osallistuvat etsivään työhön ja mahdollisesti täydentävät palveluja.</p>	<p>RAY</p>
<p>Kliinisen osaamisen päivittäminen erikoissairaanhoidossa, vanhuspsykiatrisen osaamisen kehittäminen osaamiskarttatyön avulla palvelutaloissa, mentorointi ja siihen kouluttautuminen.</p>		<p>Projektiin osallistui yhdeksän vanhuspsykiatrista erikoissairaanhoitoa tuottavaa työyhteisöä seitsemän eri sairaanhoito-alueen tai sairaanhoitopiirin alueelta. Jokaisen työyhteisön kumppanina 1-3 yhdistysten, säätiöiden, kuntien tai yksityisten omistamaa, vanhusten palveluja tuottava yksikköä. Palvelutaloyksiköitä oli yhteensä 30.</p>	<p>RAY</p>

Projekti	Järjestö	Kesto	Kohderyhmä	Tavoitteet
Mieli elämässä	Turun Lähimmäis-palveluyhdistys ry.	2001-2003	Mielenterveysongelmista kärsivät kotona asuvat vanhuksat. Erityisesti geropsykiatrian yksiköistä kotiutuvia vanhuksia pyritään tavoittamaan.	Tarjota sairaalasta kotiin siirtyville vanhuksille paikka, jossa voi liikkua ohjatuksi ja saada kontaktia muihin ihmisiin. Tavoitteina (1) edistää mielenterveysongelmaisen vanhuksen elämänhallintaa, (2) ehkäistä toimintakyvyn heikkenemistä, (3) pitää vanhus ikään kuin "elämässä kiinni", (4) synnyttää hyvää oloa ja vähentää yksinäisyyttä, (5) ehkäistä syrjäytymistä, (6) luoda liikuntapainotteinen "kevyen palvelun päivä kuntoutusmalli" mielenterveysongelmista kärsivien vanhusten elämänlaadun parantamiseksi ja fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen kuntoisuuden edistämiseksi.
Vetoapu- projekti ikäihmisten mielenterveys- ja päihdeongelmien ennalta-ehkäisemiseksi.	Vanhusten Kotiapusäätiö (Projektissa mukana säätiön vanhuspsykiatriset päivätoimintayksiköt Havurasti ja Myyrasti sekä kuntoutus- ja virkistystoiminta.	2006-2010	Yli 60-vuotiaat ikääntyneet, jotka pärjäävät pääsääntöisesti itsenäisesti. Erityisesti mukaan pyritään motivoimaan ikääntyneitä, joiden ongelmia ovat mm. yksinäisyys, masennus, muut psyykkiset ongelmat, itsemurha-ajatukset, liiallinen alkoholin käyttö, tyhjyyden tunne, tekemisen puute ja fyysisestä kunnosta ja terveydestä huolehtimisen puutteellisuus.	Yksinäisyyden ja masennuksen ja mahdollisen itsemurha-alttiuden lievittäminen ja syrjäytymisen ehkäisy, Henkisen hyvinvoinnin tukeminen ja sosiaalisten kontaktien lisääminen ja mielekkään toiminnan tarjoaminen. Päihdeongelmien ennaltaehkäisy ja kohtaaminen. Fyysisen kunnon sekä aktiivisuuden tukeminen ja lisääminen. Tavoitteena virittää vanhanajan talkoohenkeä ja pyytää erilaisiin tilaisuuksiin ja koulutuksiin puhumaan eläkkeelle jääneitä tai jääviä eri alojen asiantuntijoita. Vertaisvetäjät toimivat ns. vetoapuna, jotta kohderyhmään kuuluvat ikääntyneet saataisiin kiinni mielekkääseen toimintaan. Projektin avulla pyritään tuomaan Rastien toimintamallia sekä päihdehuollon puolelle, että muuhun toimintaan.
Misteli - Ikääntyvien mielenterveyskuntoutujien terveystoiminta- projekti.	Vanhusten Palvelutaloyhdistys ry.	2003-2005	Ikääntyvät yli 60-vuotiaat mielenterveyskuntoutujat.	Mielenterveyden, hyvinvoinnin ja toimintakyvyn tukeminen liikunnan avulla. Kohderyhmän liikunnan lisääntyminen ja elämänhallinnan ja toimintakyvyn parantaminen. Mielenterveyskuntoutujille elämyksiä tuottavan ja voimavaroja tukevan liikuntapalvelumallin kehittäminen palvelukeskusten yhteyteen. Pysyvien liikuntapalveluiden kehittäminen yhteistyössä sidosryhmien kanssa.
Ikäihmisten ja mielenterveysprojekti	Omaiset mielenterveys-työn tukena Tampere ry.	2003-2007	Mielenterveyden häiriöihin sairastuneiden ikäihmisten omaiset, puoliset, lapset, lapsenlapset ja muut sukulaiset ja läheiset. Mukaan toivotaan myös pitkään mielenterveysongelmista kärsineiden ikääntyneiden aikuisia niin sanottuja näkymättömiä lapsia.	Kehittää mielenterveysongelmista kärsivien ikääntyneiden omaisten ja ikääntyvien omaisten tukitoimia.

Toimintamuodot	Arviointi	Toimijat	Rahoittajat
<p>2001: Luodaan kiinteät yhteydet geropsykiatrian yksiköihin ja muihin yhteistyötahoihin, kartoitetaan asiakkaiden alkutilanne ja -kunto. Toteutetaan ensimmäiset liikuntaryhmät. 2002: Tarpeen mukaan uusien ryhmien käynnistäminen. Toiminnan laajentaminen sosiaalisen kuntoutuksen suuntaan. Ryhmien jatkuvuuden varmistaminen: pysyväisluonteisuus. 2003: Toiminnan vakiinnuttaminen ja "markkinointi" muille kotipalvelualueille.</p>	<p>Vaikuttavuutta arvioidaan kokoamalla asiakas-, työntekijä- ja omaispuolautetta ja suorittamalla asiakkaiden toimintakykymittauksia.</p>	<p>Turun kaupungin terveystoimen alaiset geropsykiatrian yksiköt, sosiaali- ja terveystoimen henkilöstö, oppilaitokset ja korkeakoulu (opiskelijoita mukaan ryhmiin, kartoitukset, mittaukset jne.), mielenterveysjärjestöt.</p>	<p>RAY</p>
<p>Vetoavun rungoksi kehitetty neljä nk. Vetoketju:</p> <p>-Elämäntapa- vetoketju, joka on ryhmätoimintaa alkoholin riski- ja liikakäyttäjille sekä heidän omaisilleen.</p> <p>-Veturi-vetoketju, joka on vapaaehtoistyöntekijöiden ja vertaisvetäjien hankkimista, kouluttamista ja ohjaamista.</p> <p>-Solina-vetoketju, joka on liikunnallista toimintaa, johon pyritään lisäämään sosiaalista kanssakäymistä.</p> <p>-Kaiku-vetoketju, jossa tuodaan kulttuuria vanhustyöhön, tavoitteena osallistuva luovien toimintojen kehittäminen.</p>	<p>Vaikuttavuutta arvioidaan osallistujamäärillä ja osallistujille tehtävillä haastattelulla, sekä eri tavoitteisiin haettavilla mittareilla (esim. päihdetyö, fyysinen kuntoutus).</p>	<p>Peijaksen sairaala, Vantaan Järjestörinki, Keravan Talukoorinki, A-klinikkasäätiö, Koko Tarjotin-projekti (Kunnossa Kaiken Ikään-ohjelmaan liittyvä projekti), alueella toivat urheiluseurat ja eläkeläisjärjestöt, Vantaan ja Keravan sosiaali- ja terveystoimi, Sininauhaliitto.</p>	<p>RAY</p>
<p>Ensimmäisenä vuotena pääpaino oli kartoitus- ja tiedotustyössä, toisena vuonna liikuntaryhmien toteuttamisessa ja toiminnan kehittämisessä. Kolmantena vuotena jatkettiin ryhmätoiminnan kehittämistä ja integroitiin toimintaa yhdistyksen toimintaan. Pääasiallinen toimintamuoto oli yli 50-vuotiaille mielenterveyskuntoutujille tarkoitettu liikuntaryhmätoiminta (kuntosaliohjausta, senioritanssia, vesivoimistelua ja kevyttä tuolivoimistelua).</p>	<p>(Arvioinnin toteuttaminen oli ainakin tarkoitus toteuttaa toimintakyky-tes-tein ja fyysisten kuntotestien avulla.) Tuloksia: Asiakasmäärät projektissa kasvoivat koko projektin ajan ja kolmen vuoden aikana toiminnalla tavoitettiin 352 asiakasta. Asiakkaiden syyt toimintaan hakeutumiselle vastasivat projektin asettamiin tavoitteisiin. Asiakkaiden kokemusten mukaan toiminta oli parantanut heidän fyysistä hyvinvointia. Lisännyt sosiaalisia kontakteja ja vaikuttanut positiivisesti mielialaan.</p>	<p>Ikäihmisten kuntoutusneuvola, Seniori-info, Kunnan sosiaali-, terveys- ja liikuntatoimi, mielenterveysjärjestöt, -yhdistykset ja -seurat.</p>	<p>RAY</p>
<p>Vertaisryhmä-toiminta, sopeutumis- valmennuskurssit, monipuolinen virkistystoiminta, lomat, keskusteluapu ja puhelinneuvonta, kotikäynnit ja kotitilanteen kartoitus, apu kotiavun järjestämiseen, palveluohjaus, palveluopas omaisille, koulutus ja tiedotustoiminta.</p>	<p>Arviointimenetelmistä ei tietoa tai tuloksista ei tietoa. Osa toiminnasta jatkuu vielä.</p>	<p>Tampereen kaupungin erityispalvelut, TAYS:in psykiatrian klinikka, Sopimusvuori-säätiö, Tampereen ev.lut. seurakunnat, Pirkanmaan ammattikorkeakoulu, Tampereen sosiaali- ja terveysalan opisto.</p>	<p>Yhdistys toimii RAY:n tuella, lisäksi Tampereen kaupunki myöntää yhteisöavustusta.</p>

Projekti	Järjestö	Kesto	Kohderyhmä	Tavoitteet
<u>Anna ja Arvo</u> -hanke	Kirkko-palvelut ry.	2006-2008	Projektipaikkakuntien avun ulkopuolelle jääneet, yksinäiset, masentuneet, syrjäytyneet jne. ikääntyneet?	Etsiä ja auttaa vanhuksia, jotka ovat jääneet avun ulkopuolelle; kehittää kotikäyntityötä; edistää eri sukupolvien välistä yhteyttä; antaa vanhuksille mahdollisuuksia tavata muita ihmisiä ja olla osana yhteisöä; toimintamallien ja verkostojen kehittäminen ammatillisen avun ja vapaaehtoistyön välille; vahvistaa valmiuksia kohdata mielenterveys- ja päihdeongelmaisia ja kaltoinkohdeltuja vanhuksia, sekä muita vaikeissa elämäntilanteissa eläviä vanhuksia; maahanmuuttajavanhusten kohtaaminen ja vaikuttamistyön tekeminen vanhusten aseman parantamiseksi.
<u>Muisti ja mieli</u> - Muistihäiriöisen ja/tai masentuneen vanhuksen palvelujen kehittämishanke.	Sastamalan (Saspe) perusturvakuntayhtymä	2007-2009		Tarkoitus kehittää masentuneiden ja muistihäiriöisten vanhusten palveluja.
<u>Sateenvarjo</u> -projekti (kansallinen päihde- ja mielenterveyspalveluiden kehittämishanke 2005-2010), jonka osana vanhus- ja vammaispalvelun osaprojekti <u>Kotihoito-Sateenvarjo</u> (Tikkurilan sosiaali- ja terveyskeskus)	Vantaan kaupunki, Keravan kaupunki, HYKS; Peijaksen sairaala, STM	2006-2010	Vuosien 2006-2007 aikana kohderyhmänä on Tikkurilan alueen vanhus- ja vammaispalvelun asiakkaat kotihoidossa ja kolmessa palvelutalossa (Keltamokki, Veturi-polku, Suopursu). Vuoteen 2010 mennessä projekti laajenee koko Vantaalle ja Keravalle.	Aikaistaa mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistamista ja hoitoa, ja tehostaa hoitoa luomalla uusia, moniammatillisia toiminta- ja yhteistyömalleja, yhteistyöverkostoja ja lisäämällä ryhmämuotoista hoitoa. Tavoitteena on seulonnan ja hoitopolkujen lisäksi mallintaa psykiatrisen sairaanhoitajan toimintaa kotihoitoalueella.
<u>Ikääntyneiden päihde- ja mielenterveystyömallihanke</u>	Tampereen kaupunki	2007-2009	Kotihoidon asiakkaat ja heidän läheisensä, asumis-palvelujen, omaishoidon ja perusterveydenhuollon asiakkaat.	Ikäihmisten kotiin ja palvelutaloihin jalkautuvan päihde- ja mielenterveystyömallin kehittäminen. Asiakkaiden tietouden lisääminen päihde- ja mielenterveysasioissa. Yhteistyöverkoston koordinoiminen asiakaslähtöisesti. Varhaisvaiheen päihde- ja mielenterveystyön osaamisen ja koulutustarpeen kartoittaminen ja tarvittavan koulutuksen järjestäminen (Tampereen kotihoidon, omaishoidon ja palvelutalojen henkilökunta).

Toimintamuodot	Arviointi	Toimijat	Rahoittajat
<p>-Vertaisryhmät (keskusteluryhmät, talo-, kortteli- ja retkikerhot).</p> <p>-Etsivä työ (haastatellaan projektipaikkakuntien 76-vuotiaat asukkaat, tehdään yhteistyötä eri lähiverkostojen ja tahojen kanssa avun tarpeessa olevien löytämiseksi, ja tiedotetaan vanhusten palveluista)</p> <p>-Vapaaehtoistyö</p> <p>-Sukupolvien välinen kohtaaminen nuorten ja vanhusten kesken</p> <p>-Kotikäyntityö ja sen kehittäminen</p> <p>-Yhteistyö eri ammattilaisten ja toimijoiden, kunnan ja seurakunnan välillä</p> <p>-Päätöksentekoon vaikuttaminen sekä paikallisesti, että valtakunnallisesti</p>		<p>Helsinki Missio ry, Nuorten keskus ry, Diakoniammattikorkeakoulu.</p> <p>Projekti-paikkakunnat: Hamina-Vehkalahti, Karjaa, Kuopio, Kuusamo, Pori, Rautavaara, Rautjärvi, Saamelaiset, Tampere, Vantaankoski, Äänekoski-Suolahti.</p>	
		<p>Hankkeeseen osallistuvat kaikki Saspenn kunnat ja Punkalaitumen kunta.</p>	<p>Länsi-Suomen lääninhallitus</p>
<p>-Masennuksen ja päihdeongelmien seulonta (GDS15, BDI, Otetaan selvää! Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet yli 65-vuotiailla, Audit). Seulonta kaikilla uusilla asiakkailta ja asiakkaan tilanteen muuttuessa.</p> <p>-Varhainen apu: masennuksessa kartoitettava ja tarkentava keskustelu, päihteiden käytössä mini-interventio, lääkehoidon tarkastaminen, ryhmähoidot (mieliläälä ja päihderyhmät), systemaattinen seuranta, hoitosuunnitelma</p> <p>-Moniammatillinen yhteistyö</p> <p>-Ennaltaehkäisevä toiminta (omaistointi, ryhmätoiminta)</p> <p>-Koulutustoiminta</p>	<p>Työntekijät keräävät jatkuvasti sekä laadullista että määrällistä aineistoa toiminnasta.</p> <p>Aineisto käsitellään säännöllisesti mm. ohjaus- ja johtoryhmän tapamisissa. Käytetään erilaisia mittareita, kuten masennuksen hoidon kirjautunut toteutuminen, hoidon seurannan toteutuminen ja lääkehoidon seurannan toteutuminen. Kehittämistä varten 8 eri mittaria, joista yksi on mielenterveys- ja päihdehoidon kehittämisen vastuuhenkilöt ja ryhmät.</p>	<p>Tikkurilan terveysasema</p> <p>-Peijaksen sairaala: vanhuspsykiatrian poliklinikka, kuntoutuspsykiatrian poliklinikka, psykiatrian poliklinikka, psykiatrian osastot</p> <p>-Vantaan kaupungin Itäinen A-klinikka</p> <p>-Asiakkaat ja omaiset</p> <p>-Sininauhaliitto: Liika on aina liikaa -projekti, Pilke-ryhmä</p> <p>-Seurakunta</p> <p>-Laurea amk</p>	<p>STM:n hanke- rahoitus</p>
<p>Palkataan työpari, jossa päihdeohjaaja ja mielenterveyshoitaja. Asiakastyössä käytetään ehkäisevää, kuntouttavaa ja korjaavaa, yksilöllisesti räätälöityä työotetta. Työpari lisää asiakkaan tietoutta päihteiden vaikutuksista ja motivoi ongelman hoitamiseen. Työpari auttaa myös masennuksesta ja muista mielenterveysongelmista kärsiviä ikääntyneitä avun piiriin. Luodaan päihde- ja mielenterveyskuntoutuksen työmalli, johon kuuluu kuntoutussuunnitelman teko, sosiaalisen verkoston huomiointi, asiakkaan kotona tapahtuva suunniteltu auttamisjakso, kuntoutusmahdollisuuksien ja jatkohoidon tarpeen selvittäminen.</p>	<p>Arvioidaan Bikva-menetelmän toimintatapaa soveltaen vanhusväestöön. Menetelmässä huomioidaan asiakkaiden, työntekijätason ja esimiesten sekä päättäjien näkemykset.</p>	<p>Pikassos oy ja Gerontologinne sosiaalityöhanke.</p>	<p>75% valtio ja 25% Tampereen kaupunki</p>

Projekti	Järjestö	Kesto	Kohderyhmä	Tavoitteet
<u>Lappi- hanke</u> (<u>Mielenterveys- ja</u> <u>päihdetyön seudullinen</u> <u>kehittäminen Lapin</u> <u>sairaanhoidopiirin</u> <u>alueella</u>)	Hallinnoija: Rovaniemen kaupunki Toteuttaja: Lapin sairaan- hoitopiirin psykiatrisen hoidon tulosalue. STM	2006- 2008	Eri ikäryhmät	Seutukunnallisten mielenterveyspalveluiden toimintamallien tuottaminen eri ikäryhmille yhdessä kuntien perusterveyden- ja sosiaalihuollon, koulutoimen, erikoissairaanhoidon sekä kolmannen ja yksityissektorin kanssa. Etenkin aikuisväestön mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittäminen. Ongelmien varhainen tunnistaminen, hoitoonohjaus ja kuntoutus korostuvat hankkeessa.
<u>Elli-</u> <u>Elpymisohjelma</u> <u>ikäihmisille</u>	Huoltoliitto ry	2001- 2004	Masennusoireista kärsivät eläkeläiset	Masennusoireista tai tavallista syvemmästä apeudesta kärsivien ikääntyneiden kotona asumisen tukeminen mm. heidän aktiivista yhteisöllistä osallistumistaan lisäämällä. Tavoitteena oli kehittää toimintamalli, jolla voidaan kohentaa iäkkäiden sosiaalista aktiivisuutta ja itsevastuista toimintakykyä.
<u>Ehkäisevän</u> <u>mielenterveystyön</u> <u>strategiat ja käytännöt</u> <u>- kehittämishanke</u>	STAKES - Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus	2006- 2008		Ehkäisevän mielenterveystyön vahvistuminen kunnissa ja juurtuminen osaksi kuntien toimintaa. Kuntien tukeminen ehkäisevän mielenterveystyön kehittämisessä. Hankkeeseen osallistuvien kuntien kanssa yhteistyössä kehitetään tapoja arvioida ja suunnitella ehk.mielenterv. työtä ja laaditaan kuntaan ehkäisevän mielenterveystyön strategia. Käytännön tavoitteina on selvittää ehk.miel.terv.työn tilanne kunnissa, hyödyntää näyttöön perustuvia hyvän käytännön malleja, laatia kunta/seutukuntakohtaiset ehk.miel.terv. työn suunnitelmat ja käynnistää työn kehittäminen käytännössä.

Toimintamuodot	Arviointi	Toimijat	Rahoittajat
<p>Nostetaan depressio konkretisoimaan hanketta kehitystyössä ja koulutuksessa. Toteutetaan toimintamallia tukeva koulutusohjelma. Kehitetään tietoteknologiaan perustuva konsultaatiojärjestelmä.</p>		<p>Hanke toteutetaan tiiviissä yhteydessä Lasten ja nuorten psykososiaalisten erityispalveluiden seudullinen kehittäminen Lapissa -hankkeen kanssa.</p> <p>Hanke verkostoitunut myös Sateenvarjo-hankkeen ja Pohjanmaa-hankkeen kanssa.</p>	<p>STM:n hanke-rahoitus, Lapin sairaanhoitopiirin kunnat (paitsi Inari). Hanke verkostoitunut myös Sateenvarjo-hankkeen ja Pohjanmaa-hankkeen kanssa.</p>
<p>Ohjelma toteutettiin avotoimintana ryhmille. Toiminta-päivät pitivät sisällään liikuntaharjoitteita, tietopuolisia teemoja ja mielialaa ylläpitäviä ja kohentavia osioita. Projekti toteutettiin sellaisen henkilöstön avulla, joka kunnissa normaalistikin on (-> helppo siirtää käytäntöön?) Toimintaa jatkettiin osassa osallistujakunnista joko kunnan toimesta tai osallistujien omaehtoisena toimintana projektin päätyttyä.</p>	<p>Osallistujien mielentila ja toimintakyky mitattiin sekä alussa, keski-vaiheilla, että lopussa. Osallistujien mieliala koheni ja yksinäisyys väheni ohjelman aikana tilastollisesti merkittävästi. Lääkärikäynnit osallistujien keskuudessa vähenivät. Osallistujat olivat lähes poikkeuksetta tyytyväisiä ohjelmaan.</p>	<p>Osallistujakunnat: Elimäki, Helsinki, Lappeenranta, Nurmes, Paimio, Siilinjärvi, Sotkamo, Tornio, Virrat, Ähtäri, Kajaani, Kuhmo, Kuusamo, Lahti, Lieksa, Mäntsälä, Suomussalmi, Vantaa, Espoo, Haapajarvi, Juva, Kiuruvesi, Luhanka, Raahe, Vieremä, Vihanti</p>	<p>RAY</p>
<p>Yhteistyö osallistuvien kuntien kanssa käynnistyi tammikuussa 2007. Kehittämistyö kuntien kanssa toteutetaan verkostotyöskentelynä hyödyntämällä kehittävän asiantuntijayhteistyön menetelmää. Lähdetään jokaisen kunnan lähtökohdista ja tarpeista. Työskentelyprosessissa kuntien kanssa käytetään työkokouksia, seminaareja ja tarvittaessa kuntakohtaisia konsultaatioita. Työskentely-prosessiin osallistuvat kuntien nimeämät yhteyshenkilöt.</p>		<p>Osallistujakunnat: Forssan seutukunta, Imatra, Joensuu, Kalajoki, Lieksa, Mikkeli, Vantaa, Ylöjärvi.</p>	

Liite 2. GDS 30 - Geriatrinen depressioasteikko

Pvm:.....Pistemäärä:.....Haastattelija:.....
Tutkittavan nimi:.....Syntymävuosi:.....

Nämä kysymykset koskevat jokapäiväistä mielialaa, asenteita ja tunteita. Haluaisin tietää, miltä Teistä on tuntunut viimeksi kuluneen viikon aikana, tämä päivä mukaan lukien.

Luen kysymykset Teille ja toivon Teidän vastaavan " KYLLÄ " tai " EI ".

	KYLLÄ	EI
1. Oletteko pohjimmiltanne tyytyväinen elämääne?	0	1
2. Oletteko joutunut luopumaan monista kiinnostavista asioista ja harrastuksista?	1	0
3. Tuntuuko elämänne tyhjältä?	1	0
4. Tunnetteko olonne usein ikävystyneeksi?	1	0
5. Oletteko toiveikas tulevaisuuden suhteen?	0	1
6. Vaivaavatko teitä ajatukset, jotka pyöriivät jatkuvasti mielessänne?	1	0
7. Oletteko enimmäkseen hyvällä tuulella?	0	1
8. Pelkäättekö, että jotain pahaa tulee tapahtumaan Teille?	1	0
9. Oletteko useimmiten onnellinen?	0	1
10. Tunnetteko itsenne usein avuttomaksi?	1	0
11. Oletteko usein levoton ja onneton?	1	0
12. Oletteko mielummin kotona sen sijaan, että lähtisitte ulos?	1	0
13. Oletteko usein huolissanne tulevaisuudesta?	1	0
14. Onko Teillä mielestänne enemmän muistivaikeuksia kuin muilla?	1	0
15. Onko elämä mielestänne ihanaa?	0	1
16. Tuntuuko Teistä usein synkältä ja alakuloiselta?	1	0
17. Tunnetteko olonne arvottomaksi?	1	0
18. Kannatteko paljon huolta menneestä?	1	0
19. Onko elämä mielestänne innostavaa?	0	1
20. Onko Teidän vaikea aloittaa uusia asioita?	1	0
21. Tunnetteko itsenne tarmokkaaksi?	0	1
22. Tuntuuko elämäntilanne toivottomalta?	1	0
23. Tuntuuko Teistä, että muiden asiat ovat paremmin kuin Teidän?	1	0
24. Saavatko pienet asiat Teidän usein pois tolaltanne?	1	0
25. Itkettääkö Teitä usein?	1	0
26. Onko Teillä keskittymisvaikeuksia?	1	0
27. Onko mielestänne mukava nousta aamuisin?	0	1
28. Välttelettekö toisten ihmisten tapaamista?	1	0
29. Onko Teidän helppo tehdä päätöksiä?	0	1
30. Kykenettekö ajattelemaan yhtä selkeästi kuin ennen?	0	1

Summapisteet: 0 – 10 normaali,
11 – 20 lievä depressio
21 – 30 keskivaikea – vaikea depressio
(Yesavage, Brink, Rose, ym. 1983)

Ravitsemustilan arviointi MNA (Mini Nutritional Assessment MNA™)

Paino (kg):

Pituus (cm):

Polvi-kantapää mitta, cm:

Merkitse pisteet ruutuihin ja laske yhteen. Jos seulonnan kokonaispistemäärä on 11 tai vähemmän jatka loppuun asti.

Seulonta

A Onko ravinnonsaanti vähentynyt viimeisen kolmen kuukauden aikana ruokahaluttomuuden, ruuansulatusongelmien, puremis- tai nielemisvaikeuksien takia

0= kyllä, ravinnonsaanti on vähentynyt huomattavasti

1= kyllä, ravinnonsaanti on vähentynyt hieman

2= ei muutoksia

B Painonpudotus kolmen viime kuukauden aikana

0= painonpudotus yli 3 kg

1= ei tiedä

2= painonpudotus 1-3 kg

3= ei painonpudotusta

C Liikkuminen

0= vuode- tai pyörätuolipotilas

1= pääsee ylös sängystä, mutta ei käy ulkona

2= liikkuu ulkona

D Onko viimeisen kolmen kuukauden aikana ollut

psykkistä stressiä tai akuutti sairaus

0= kyllä 2 = ei

E Neuropsykologiset ongelmat

0= dementia, depressio tai neuropsykologinen ongelma

1= lievä dementia, depressio tai neuropsykologinen ongelma

2= ei ongelmia

F Painoindeksi eli BMI (= paino / (pituus)² kg/m²)

0= BMI on alle 19

1= BMI on 19 tai yli mutta alle 21

2= BMI on 21 tai yli mutta alle 23

3= BMI on 23 tai enemmän

Seulonnan tulos (maksimi 14 pistettä)

12 pistettä tai enemmän riski virheravitsemukselle ei ole kasvanut, arviointia ei tarvitse jatkaa

11 pistettä tai vähemmän riski virheravitsemukselle on kasvanut, jatka arviointia

Arviointi

G Asuuko haastateltava kotona

0=e ei 1 =kyllä

H Onko päivittäisessä käytössä useampi kuin kolme reseptilääke

0=kyllä 1 =ei

I Painehaavaumia tai muita haavoja iholla

0=kyllä 1 =ei

J Päivittäiset lämpimät ateriat (sisältäen puurot ja velli)

0= 1 ateria

1= 2 ateriala

2= 3 ateriala

K Sisältääkö ruokavalio vähintään

- yhden annoksen maitovalmisteita (maito, juusto, piimä, viili) päivässä kyllä ei
- kaksi annosta tai enemmän kananmunia viikossa (myös ruuissa, esim. laatikot) kyllä ei
- lihaa, kalaa tai linnun lihaa joka päivä kyllä ei

0,0 = jos 0 tai 1 kyllä-vastausta

0,5 = jos 2 kyllä-vastausta

1,0 = jos 3 kyllä-vastausta

L Kuuluuko päivittäiseen ruokavalioon kaksi tai useampia annoksia hedelmiä tai kasviksia

0=ei 1 =kyllä

M Päivittäinen nesteen juonti (esim. kahvi, tee, maito, mehu, kotikalja tai vesi)

0,0 = alle 3 lasillista

0,5 = 3-5 lasillista

1,0 = enemmän kuin 5 lasillista

N Ruokailu

0= tarvitsee paljon apua tai on syötettävä

1= syö itse, mutta tarvitsee hieman apua

2= syö itse ongelmitta

O Oma näkemys ravitsemustilasta

0= vaikea virhe- tai aliravitsemus

1= ei tiedä tai lievä virhe- tai aliravitsemus

2= ei ravitsemuksellisia ongelmia

P Oma näkemys terveydentilasta verrattuna muihin samanikäisiin

0,0 = ei yhtä hyvä

0,5 = ei tiedä

1,0 = yhtä hyvä

2,0 = parempi

Q Olkavarren keskikohdan ympärösmitta (OVY cm)

0,0 = OVY on alle 21 cm

0,5 = OVY on 21-22 cm

1,0= OVY on yli 22 cm

R Pohkeen ympärösmitta (PYM cm)

0= PYM on alle 31 cm

1= PYM on 31 cm tai enemmän

Arviointi (maksimi 16 pistettä)

Seulonta (maksimi 14 pistettä)

Kokonaispistemäärä (maksimi 30 pistettä)

Asteikko

1. yli 23,5 pistettä: hyvä ravitsemustila

2. 17-23,5 pistettä: riski virheravitsemukselle kasvanut

3. alle 17 pistettä: kärsii virhe- tai aliravitsemuksesta

IADL -mittari

Instrumental activities of daily living (IADL) mittaa suoriutumista välineellisistä päivittäistoiminnoista. Niillä tarkoitetaan puhelimenkäyttöä, kaupassa käyntiä, ruoan valmistusta, taloustöitä, pyykin pesua, liikkumista kulkuvälineillä, rahojen käsittelyä ja lääkkeitä huolehtimista. Mittari antaa käsityksen kognitiivisten kykyjen vaurion asteesta. Kyvyt eivät riipu henkilön koulutuksesta tai sukupuolesta.

Puhelimen käyttö	
1) käyttää oma-aloitteisesti; etsii ja valitsee numerot	1
2) soittaa muutamaiin tuttuihin numeroihin (valitsee numerot)	1
3) vastaa puhelimeen, muttei soita	1
4) ei kykene käyttämään puhelinta	0
Kaupassa käynti	
1) hoitaa kaikki ostokset oma-aloitteisesti	1
2) tekee itsenäisesti pienet ostokset (päivittäiset taloustavarat, maito, leipä, voi ym.)	0
3) tarvitsee jonkun avukseen kaikilla ostosmatkoilla	0
4) täysin kykenemätön tekemään ostoksia	0
Ruoan valmistus	
1) suunnittelee, valmistaa ja tarjoilee asianmukaiset ateriat itsenäisesti	1
2) valmistaa asianmukaiset ateriat, jos ainekset on annettu etukäteen	0
3) lämmittää valmiita ruokia	0
4) ruoka pitää valmistaa ja tarjoilla	0
Talustyöt	
1) tekee talustyöt itsenäisesti, lukuun ottamatta apua raskaimmissa töissä, kuten ikkunoiden pesu ja mattojen tamppaus	1
2) suorittaa kevyet päivittäiset toimet (tiskaus, vuoteiden sijaus)	1
3) pyrkii suorittamaan kevyitä päivittäisiä toimia, muttei kykene riittävän siisteystasoon	1
4) tarvitsee apua kaikissa kotitöissä	1
5) ei osallistu kotitöihin	0
Pyykinpesu	
1) pesee kaiken henkilökohtaisen pyykkinsä itse	1
2) pesee ns. pikkupyykin	1
3) kaikki pyykit pestään muiden toimesta	0
Liikkuminen kulkuvälineillä	
1) käyttää itsenäisesti yleisiä kulkuvälineitä tai ajaa autoa	1
2) kulkee itsenäisesti taksilla, mutta ei muuten käytä yleisiä kulkuvälineitä	1
3) kulkee yleisillä kulkuvälineillä ainoastaan toisen avustamana tai seurassa	1
4) matkustaa taksilla tai pikkuautolla ainoastaan toisten seurassa	0
5) ei liiku kulkuvälineillä lainkaan	0
Lääkkeistä huolehtiminen	
1) huolehtii itse omista lääkkeistään (oikea annos oikeaan aikaan)	1
2) ottaa lääkkeensä ajallaan, jos ne on annosteltu etukäteen	0
3) ei pysty itse huolehtimaan	0
Raha-asioiden hoito	
1) hoitaa kaikki raha-asiansa itsenäisesti	1
2) hoitaa päivittäiset raha-asiat, mutta tarvitsee apua pankeissa ja isompien summien käsittelyssä	1
3) kyvytön hoitamaan raha-asioitaan	0
Pisteitys yhteensä (IADL)	

TERVEYDENTILA, SAIRAUDET, LÄÄKKEET JA PALVELUT

Kysely ”Ikäihmisten hyvinvointi ja mielenterveys” -tutkimukseen osallistuvalla.

Joihinkin kysymyksiin vastataan ympäröimällä annetuista vaihtoehdoista sopivin.
Toisiin kysymyksiin vastataan kirjoittamalla tiedot niille varattuun tilaan.

1. Millaiseksi arvioitte oman terveydentilanne tällä hetkellä?

- 1 Pidän itseäni terveenä
- 2 Pidän itseäni melko terveenä
- 3 Pidän itseäni sairaana
- 4 Pidän itseäni hyvin sairaana

2. Luetelkaa tähän lääkärin Teille määräämä säännöllinen lääkitys

Lääkitys, annostus

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.
11.
12.

Muut

.....

.....

3. Onko lääkäri todennut Teillä seuraavia sairauksia

*sokeritaudin?	kyllä	ei
*korkean tai kohonneen verenpaineen?	kyllä	ei
*sepelvaltimotaudin eli angina pectoriksen?	kyllä	ei
*sydänveritulpan eli sydäninfarktin?	kyllä	ei
*sydämen vajaatoiminnan?	kyllä	ei
*korkean veren kolesterolipitoisuuden?	kyllä	ei
*aivohalvauksen tai aivoverenkiertohäiriön?	kyllä	ei
*muistihäiriötä?	kyllä	ei
*alaraajojen verenkiertohäiriön?	kyllä	ei
*maha- tai pohjukaissuolen haavauman?	kyllä	ei
*muun kroonisen suolistosairauden?	kyllä	ei
jos on, minkä?		
*keuhkoastman?	kyllä	ei
*kroonisen keuhkoputkentulehduksen?	kyllä	ei
*keuhkolaajentuman?	kyllä	ei
*nivelreuman?	kyllä	ei
*syövän?	kyllä	ei
milloin?.....		
mikä syöpä?.....		
*kilpirauhasen toimintahäiriön?	kyllä	ei
jos on, minkä?.....		
*jonkin muun pitkäaikaisen sairauden?	kyllä	ei
jos on, minkä?.....		
*Onko teille tehty sydänleikkaus tai sepelvaltimoiden pallolaajennushoito?	kyllä	ei
jos on, missä?.....		

5. Onko Teillä mielestänne toimiva lääkärisuhte? 1. Kyllä, kuka ja missä.....
2. Ei ole

6. Käykö luonanne kotisairaanhoidaja? 1. Kyllä.....kertaa kuukaudessa
2. Ei

7. Saatteko kotiapua? 1. Kyllä.....kertaa kuukaudessa
2. En

8. Onko Teillä muita kunnallisia tai yksityisiä palveluita?
Luettelkaa tähän kaikki ne palvelut, joita Teillä tällä hetkellä on.

1.kertaa kuukaudessa
2.kertaa kuukaudessa
3.kertaa kuukaudessa
4.kertaa kuukaudessa
5.kertaa kuukaudessa
6.kertaa kuukaudessa

9. Saatteko etuuksia (esim. KELA:lta tai kunnalta)? 1. Kyllä
2. Ei

Audit-kysely

Käytätkö alkoholia kohtuullisesti, sopivasti vai liikaa? Onko alkoholin käytöstä sinulle enemmän iloa vai haittaa? Testaa ja arvioi omaa juomistasi vastaamalla seuraaviin kysymyksiin. Pistemäärä on kunkin kysymyksen edessä. Yhteispistemäärä 8 tai enemmän merkitsee mahdollista suur/riskikulutusta.

1. Kuinka usein juot olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia? Koeta ottaa mukaan myös ne kerrat, jolloin nautit vain pieniä määriä, esim. pullon keskiolutta tai tilkan viiniä.

- 0. En koskaan
- 1. noin kerran kuussa tai harvemmin
- 2. 2-4 kertaa kuussa
- 3. 2-3 kertaa viikossa
- 4. 4 kertaa viikossa tai useammin

2. Kuinka monta annosta alkoholia yleensä olet ottanut niinä päivinä, jolloin käytät alkoholia?

- 0. 1-2 annosta
- 1. 3-4 annosta
- 2. 5-6 annosta
- 3. 7-9 annosta
- 4. 10 tai enemmän

3. Kuinka usein olet juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?

- 0. En koskaan
- 1. Harvemmin kuin kerran kuussa
- 2. Kerran kuussa
- 3. Kerran viikossa
- 4. Päivittäin tai lähes päivittäin

4. Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et pystynyt lopettamaan alkoholinkäyttöä, kun aloit ottaa?

- 0. Ei koskaan
- 1. Harvemmin kuin kerran kuussa
- 2. Kerran kuussa
- 3. Kerran viikossa
- 4. Päivittäin tai lähes päivittäin

5. Kuinka usein viime vuoden aikana et ole juomisen vuoksi saanut tehtyä jotain, mikä tavallisesti kuuluu tehtäviisi?

- 0. Ei koskaan
- 1. Harvemmin kuin kerran kuussa
- 2. Kerran kuussa
- 3. Kerran viikossa
- 4. Päivittäin tai lähes päivittäin

6. Kuinka usein viime vuoden aikana runsaan juomisen jälkeen tarvitsit aamulla olutta tai muuta alkoholia päästäksesi paremmin liikkeelle?

- 0. En koskaan
- 1. Harvemmin kuin kerran kuussa
- 2. Kerran kuussa
- 3. Kerran viikossa
- 4. Päivittäin tai lähes päivittäin

7. Kuinka usein viime vuoden aikana tunsit syyllisyyttä tai katumusta juomisen jälkeen?

- 0. En koskaan
- 1. Harvemmin kuin kerran kuussa
- 2. Kerran kuussa
- 3. Kerran viikossa
- 4. Päivittäin tai lähes päivittäin

8. Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et juomisen vuoksi pystynyt muistamaan edellisen illan tapahtumia?

- 0. Ei koskaan
- 1. Harvemmin kuin kerran kuussa
- 2. Kerran kuussa
- 3. Kerran viikossa
- 4. Päivittäin tai lähes päivittäin

9. Oletko itse tai onko joku muu satuttanut tai loukannut itseään sinun alkoholinkäyttösi seurauksena?

- 0. Ei koskaan
- 2. On, muttei viimeisen vuoden aikana
- 4. Kyllä, viimeisen vuoden aikana

10. Onko läheisesi tai ystäväsi, lääkäri tai joku muu ollut huolissaan alkoholinkäytöstäsi tai ehdottanut, että vähentäisit juomista?

- 0. Ei koskaan
- 2. On, muttei viimeisen vuoden aikana
- 4. Kyllä, viimeisen vuoden aikana

ELÄMÄNLAATUKYSELY

WHOQOL-BREF (1996)/WHO PROGRAMME ON MENTAL HEALTH

Vastausohjeet:

Tässä kyselyssä tiedustellaan asioita, jotka liittyvät elämänlaatuun, terveyteen sekä eräisiin muihin elämänalueisiin. Pyydämme Teitä ystävällisesti vastaamaan kaikkiin kysymyksiin. Jos olette epävarma, valitkaa parhaalta tuntuva vaihtoehto. Tämä saattaa olla se, joka Teille tulee ensimmäiseksi mieleen.

Vastatkaa kysymyksiin omien arvojenne, toiveidenne ja mieltymystenne mukaan. Ajatelkaa vastatessanne kahta viimeksi kulunutta viikkoa. Saatamme kysyä Teiltä esimerkiksi seuraavaa:

Saatteko muilta tarvitsemaanne tukea?

En lainkaan 1	En juurikaan 2	Kohtalaisesti 3	Suuresta määrin 4	Täysin 5
------------------	-------------------	--------------------	----------------------	-------------

Ympyröikää se numero, joka mielestänne parhaiten kuvaa viimeisten kahden viikon aikana muilta saamanne tuen määrää. Ympyröikää numero 4, jos koette saaneenne muilta tukea suuresta määrin. Ympyröikää sen sijaan numero 1, jos ette koe saaneenne muilta tarvitsemaanne tukea viimeisten kahden viikon aikana.

Pyydämme teitä lukemaan seuraavat kysymykset, pohtimaan niiden herättämiä tuntemuksia ja ympyröimään sen jälkeen tuntemuksianne parhaiten vastaavan vaihtoehdon numero jokaisen kysymyksen kohdalla erikseen.

1. Miten arvioisitte omaa elämänlaatuanne?

Erittäin huono 1	Huono 2	Ei hyvä eikä huono 3	Hyvä 4	Erittäin hyvä 5
---------------------	------------	-------------------------	-----------	--------------------

2. Miten tyytyväinen olette terveyteenne?

Erittäin tyytymätön 1	Tyytymätön 2	En tyytyväinen mutta en tyytymätönkään 3	Tyytyväinen 4	Erittäin tyytyväinen 5
--------------------------	-----------------	---	------------------	---------------------------

Seuraavassa tiedustellaan, missä määrin olette kokenut kysymyksissä mainittuja asioita viimeisten kahden viikon aikana.

	En/ei lainkaan	Vähäisessä määrin	Jonkin verran	Suuresta määrin	Erittäin suuresta määrin
3. Koetteko, että fyysinen kipu estää Teitä tekemästä tärkeinä pitamiänne asioita?	1	2	3	4	5
4. Tarvitsetteko lääketieteellisiä hoitoja päivittäisessä elämässänne?	1	2	3	4	5
5. Nautitteko elämästä?	1	2	3	4	5
6. Koetteko elämänne merkitykselliseksi?	1	2	3	4	5
7. Kuinka hyvin pystytte keskittymään?	1	2	3	4	5
8. Kuinka turvalliseksi koette olonne päivittäisessä elämässänne?	1	2	3	4	5
9. Miten terveellinen on elinympäristönne?	1	2	3	4	5

Seuraavassa tiedustellaan, millä tavalla olette kokenut tai pystynyt tekemään kysymyksissä mainittuja asioita viimeisten kahden viikon aikana.

	En/ei lainkaan	Vähäisessä määrin	Jonkin verran	Suurelta osin	Täysin riittävästi
10. Tunnetteko itsenne riittävän energiseksi päivittäisessä elämässänne?	1	2	3	4	5
11. Hyväksyttekö ulkonäkönne?	1	2	3	4	5
12. Onko Teillä riittävästi rahaa tarpeisiinne?	1	2	3	4	5
13. Miten helposti saatte tietoa, jota tarvitsette päivittäisessä elämässänne?	1	2	3	4	5
14. Missä määrin Teillä on mahdollisuuksia vapaa-ajantoimintoihin?	1	2	3	4	5

	Erittäin huonosti	Huonosti	En hyvin enkä huonosti	Hyvin	Erittäin hyvin
15. Miten hyvin pystytte liikkumaan ympäristössänne?	1	2	3	4	5

Seuraavassa tiedustellaan, miten tyytyväinen olette ollut kysymyksissä mainittuihin asioihin elämässänne viimeisten kahden viikon aikana.

	Erittäin tyytymätön	Tyytymätön	En tyytyväinen mutta en tyytymätönkään	Tyytyväinen	Erittäin tyytyväinen
16. Miten tyytyväinen olette nukkumiseenne?	1	2	3	4	5
17. Miten tyytyväinen olette suoriutumiseenne päivittäisistä toiminnoista?	1	2	3	4	5
18. Miten tyytyväinen olette työkykyenne (toimintakykyenne)?	1	2	3	4	5
19. Miten tyytyväinen olette itseenne ylipäänsä?	1	2	3	4	5
20. Miten tyytyväinen olette ihmissuhteisiinne?	1	2	3	4	5
21. Miten tyytyväinen olette sukupuolielämääänne?	1	2	3	4	5
22. Miten tyytyväinen olette ystäviltä saamaanne tukeen?	1	2	3	4	5
23. Miten tyytyväinen olette asuinympäristöönnne?	1	2	3	4	5
24. Miten tyytyväinen olette terveyspalveluiden saatavuuteen?	1	2	3	4	5

25. Miten tyytyväinen olette liikennejärjestelyihin kohdallanne?	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

26. Miten usein viimeisten kahden viikon aikana olette tuntenut sellaisia kielteisiä tunteita kuin alakuloa, epätoivoa, ahdistusta tai masennusta?

En lainkaan 1	Harvoin 2	Varsin usein 3	Erittäin usein 4	Koko ajan 5
------------------	--------------	-------------------	---------------------	----------------

Pyydämme Teitä seuraavassa arvioimaan tämänhetkistä mielialanne asteikolla 0–100, jossa 100 tarkoittaa, että mielialanne on paras mahdollinen ja 0 tarkoittaa, että mielialanne on huonoin mahdollinen. Kyse on omasta kokemuksestanne. Merkitkää arvionne rastilla alla olevalle janalle.

0.....50.....100

Mielialani on nyt todella huono

Mielialani on nyt paras mahdollinen

Millaisena näette tulevaisuutenne?

0.....50.....100

Tulevaisuus tuntuu toivottomalta

Olen erittäin toiveikas tulevaisuuden suhteen

SOSIAALISET SUHTEET JA NIIDEN TOIMIVUUS

Tällä lomakkeella kysymme Teiltä joitakin läheisiin ihmissuhteisiin ja tuttavapiiriin liittyviä kysymyksiä. Vastatkaa ympyrimällä Teille sopivin vastausvaihtoehto tai kirjoittamalla vastaus sille varattuun tilaan.

1. Kuinka monta sellaista ihmistä tunnette, joiden kanssa voitte jakaa murheenne ja jotka välittävät Teistä, kun Teillä on vaikeuksia?

- 0 en yhtään
- 1 yhden ihmisen
- 2 2–3 ihmistä
- 3 enemmän kuin kolme

2. Kuka on Teille kaikkein läheisin henkilö?

.....

3. Kuinka suuri on tuttavapiirinne eli ihmiset, joita tapaatte kutakuinkin säännöllisesti (mukaan ei lasketa puolisoa, lapsia, lastenlapsia, sisaruksia eikä vanhempia)?

- 0 en tapaa ketään säännöllisesti
- 1 1-2 henkilöä
- 2 3-5 henkilöä
- 3 6-10 henkilöä
- 4 enemmän kuin 10 henkilöä

4. Kuinka monta läheistä ystävää Teillä mielestänne on (mukaan ei lasketa puolisoa, lapsia, lastenlapsia, sisaria ja veljiä)?

.....

5. Kuinka yksinäiseksi tunnette itsenne?

Arvioikaa yksinäisyyden kokemustanne asteikolla 0 -100, jossa 0 tarkoittaa, että ette tunne itseänne lainkaan yksinäiseksi ja 100 tarkoittaa, että tunnette itsenne erittäin yksinäiseksi. Merkitkää kokemuksenne alla olevalle janalle.

0.....50.....100

en koe itseäni lainkaan yksinäiseksi

koen itseni hyvin yksinäiseksi

6. Kuinka paljon kokemanne yksinäisyys tällä hetkellä haittaa elämäännne?

Arvioikaa yksinäisyyden aiheuttamaa haittaa asteikolla 0–100, jossa 0 tarkoittaa, että kokemanne yksinäisyys ei lainkaan haittaa elämäännne ja 100 tarkoittaa, että kokemanne yksinäisyys tekee elämästänne tällä hetkellä sietämätöntä. Merkitkää kokemuksenne yksinäisyyden haittaavuudesta alla olevalle janalle.

0.....50.....100

yksinäisyys ei
lainkaan haittaa
elämäni

yksinäisyys tekee
elämästäni
sietämätöntä

ELÄMÄNHALLINTAKYSELY (Lähde: Antonovsky 1993)

Kysymme tällä lomakkeella Teidän tuntemuksianne ja kokemuksianne.

Ympyröikää vaihtoehdoista 1–7 se, joka parhaiten vastaa käsitystänne tällä hetkellä.

1. Onko Teillä sellainen tunne, ettette oikeastaan välitä, mitä ympärillänne tapahtuu?

1	2	3	4	5	6	7
hyvin harvoin						hyvin usein tai ei koskaan

2. Onko joskus käynyt niin, että olette yllättyneet sellaisten ihmisten käyttäytymisestä, jotka luulitte tuntevanne hyvin?

1	2	3	4	5	6	7
ei koskaan						aina, jatkuvasti

3. Oletteko joutunut pettymään ihmisiin, joihin luotitte?

1	2	3	4	5	6	7
en koskaan						aina, jatkuvasti

4. Tähänastisessa elämässänne ...

1	2	3	4	5	6	7
ei ole lainkaan ollut selkeitä päämääriä tai tarkoitusta						on ollut hyvin selkeät päämäärät ja tarkoitus

5. Tuntuuko Teistä, että Teitä kohdellaan epäoikeudenmukaisesti?

1 2 3 4 5 6 7

hyvin usein

hyvin harvoin
tai ei koskaan

6. Tuntuuko Teistä, että olette oudossa tilanteessa, ettekä tiedä, mitä tehdä?

1 2 3 4 5 6 7

hyvin usein

hyvin harvoin
tai ei koskaan

7. Jokapäiväiset toimenne tuottavat:

1 2 3 4 5 6 7

suurta mielihyvää ja tyydytystä

tuskaa ja ikävystymistä

8. Onko Teillä sekavia tunteita ja ajatuksia

1 2 3 4 5 6 7

hyvin usein

hyvin harvoin
tai ei koskaan

9. Onko Teillä sisäisiä tuntemuksia, joita ette haluaisi tuntea?

1 2 3 4 5 6 7

hyvin usein

hyvin harvoin
tai ei koskaan

10. Monet ihmiset – jopa lujaluonteiset – tuntevat toisinaan itsensä surkimuksiksi joissain tilanteissa.
Kuinka usein Te olette tuntenut näin?

1 2 3 4 5 6 7

hyvin usein

hyvin harvoin
tai ei koskaan

11. Kun jotain on tapahtunut, oletteko yleensä huomannut, että ...

1 2 3 4 5 6 7

yli- tai aliarvioitte asian tärkeyden

näette asiat niiden
oikeissa mittasuhteissa

12. Kuinka usein Teillä on ollut tunne, että päivittäiset tekemisenne ovat jokseenkin merkityksettömiä?

1 2 3 4 5 6 7

hyvin usein

hyvin harvoin
tai ei koskaan

13. Kuinka usein Teistä tuntuu, ettette ole varma, pystyttekö hallitsemaan itsenne?

1 2 3 4 5 6 7

hyvin usein

hyvin harvoin
tai ei koskaan

Hamilton Anxiety Scale (tutkimushoitaja täyttää)

1. Ahdistuneisuus, levottomuus, tuskaisuus

Tämä kohta käsittää emotionaalisen epävarmuuden tunteen tulevaisuudesta. Tunne vaihtelee huolestumisesta, turvattomuudesta, kärsimättömyydestä ja pahoista aavistuksista musertavaan pelkoon.

- 0 Haastateltava ei ole sen enempää tai vähempää turvaton tai kärsimätön kuin tavallisesti.
- 1 On epäselvää, onko haastateltava enemmän turvaton tai kärsimätön kuin tavallisesti.
- 2 Haastateltava ilmaisee, että hän on levoton, hänellä on pahoja aavistuksia tai hän on kärsimätön ja hän kokee tilanteen kontrollin vaikeana. Se ei kuitenkaan vaikuta hänen päivittäiseen elämäänsä, koska huolestuminen kohdistuu pieniin asioihin.
- 3 Ahdistuneisuuden tai turvattomuuden tunne on ajoittain yhä vaikeampi hallita, koska huolestuminen kohdistuu suuriin asioihin (vahinkoihin tai haittoihin), joita saattaa esiintyä tulevaisuudessa. Toisin sanoen levottomuus saatetaan kokea paniikkina, musertavana pelkona. Silloin tällöin se häiritsee haastateltavan päivittäistä elämää.
- 4 Ahdistuneisuuden tunne on läsnä niin usein, että se häiritsee huomattavasti haastateltavan päivittäistä elämää.

2. Jännittyneisyys

Tämä kohta käsittää kyvyttömyyden rentoutua, hermostuneisuuden, kehon jännittyneisyyden, tärinän ja levottoman uupumuksen.

- 0 Haastateltava ei ole sen enempää tai vähempää jännittynyt kuin tavallisesti.
- 1 Haastateltava näyttää olevan jotenkin hermostuneempi ja jännittyneempi kuin tavallisesti.
- 2 Haastateltava ilmaisee selvästi, että hän on kykenemätön rentoutumaan ja hänellä on sisäinen levottomuuden tunne, jonka hallitsemisen hän kokee vaikeana, mutta se ei vielä vaikuta hänen päivittäiseen elämäänsä.
- 3 Sisäinen levottomuus ja hermostuneisuus ovat niin voimakkaita tai niin usein toistuvia, että ne silloin tällöin häiritsevät haastateltavan päivittäistä elämää.
- 4 Jännittäminen ja levottomuus häiritsevät haastateltavan elämää ja työtä koko ajan.

3. Pelot

Eryiset tilanteet herättävät haastateltavassa pelkoa. Tällaisia tilanteita saattavat olla avoimet tai suljetut huoneet, jonottaminen, matkustaminen linja-autolla tai junalla. Haastateltava saattaa vältellä tällaisia tilanteita. Arvioinnissa on tärkeää huomata, onko haastateltavalla ollut nykyään tavallista enemmän fobioita.

- 0 Ei tällä hetkellä.
- 1 Epäselvää onko tällä hetkellä.
- 2 Haastateltava kokee fobioita, mutta hän kykenee torjumaan ne.
- 3 Haastateltavan on vaikea torjua tai päästä yli fobiastaan, joka täten jossakin laajuudessa häiritsee hänen päivittäistä elämäänsä ja työtänsä.
- 4 Fobia selvästi häiritsee haastateltavan päivittäistä elämää ja työtä.

4. Unettomuus

Tämä alue kattaa haastateltavan subjektiivisen kokemuksen unen pituudesta (nukutut tunnit 24 tunnin aikana) ja unen syvyydestä (pinnallinen ja keskeytynyt uni verrattuna syvään ja rauhalliseen uneen). Mieli pohjaa kolmeen edeltävään yöhön. Huomaa: Hypnoottista tai sedatiivista lääkehoitoa ei oteta huomioon.

- 0 Unen pituus ja syvyys ovat tavallisia.
- 1 Unen pituus on epäselvä tai vähän vähentynyt (se tarkoittaa vaikeuksia nukahtaa), mutta unen syvyydessä ei ole muutosta.
- 2 Myös unen syvyys on heikentynyt unen ollessa pinnallista. Uni kokonaisuutena on jotenkin häiriintynyt.
- 3 Unen kesto samoin kuin syvyys ovat huomattavasti muuttuneet. Katkonaiset unijaksot ovat yleensä vain muutamia tunteja 24 tunnin ajanjaksona.
- 4 On vaikea varmistua unen kestosta, koska uni on pinnallista. Haastateltava puhuu lyhyistä puolinuksissa vietetyistä uneliaista jaksoista, mutta ei todellisesta unesta.

5. Keskittymiskyky ja muisti

Tämä kohta käsittää keskittymisvaikeuksia, ratkaisujen tekoa jokapäiväisissä asioissa ja muistia.

- 0 Haastateltavalla ei ole enempää tai vähempää vaikeuksia keskittymisessä ja/tai muistissa kuin tavallisesti.
- 1 On epäselvää, onko haastateltavalla vaikeuksia keskittymisessä ja/tai muistissa.
- 2 Vaikka haastateltava ponnistelee kovasti, hänellä on suuria vaikeuksia keskittyä päivittäisten rutiiniensa hoitamiseen.
- 3 Haastateltavalla on huomattavia vaikeuksia keskittymisessä, muistamisessa tai ratkaisujen teossa kuten lehtiartikkelin lukemisessa tai televisio-ohjelman loppuun katsomisessa. (Piste 3 niin kauan kuin keskittymiskyvyn tai muistin menetys ei selvästi vaikuta haastatteluun.)
- 4 Haastattelun aikana haastateltavalla on vaikeuksia keskittyä tai muistaa tai ratkaisun tekemiseen liittyä huomattava viive.

6. Masentunut mieliala

Tämä kohta käsittää sekä sanallisen että ei-sanallisen surullisuuden, masentuneisuuden, epätoivon, toivottomuuden ja avuttomuuden ilmaisen.

- 0 Ei esiinny.
- 1 On epäselvää, onko haastateltava enemmän epätoivoinen ja surullinen kuin tavallisesti. Esimerkiksi haastateltava esiintyy siten kuin hän olisi selvästi tavallista masentuneempi.
- 2 Kun haastateltava on epämiellyttävistä kokemuksista tavallista selvemmin levoton, vaikka hänellä ei esiinnykään avuttomuutta tai toivottomuutta.
- 3 Haastateltava osoittaa selviä ei-sanallisia masennuksen ja/tai toivottomuuden merkkejä.
- 4 Haastateltavan kommentit ei-sanallisista epätoivon ja avuttomuuden merkeistä hallitsevat haastattelua eikä haastateltavan ajatuksia voi kääntää pois niistä.

7. Somaattiset oireet (lihaskivut, lihasjännitys)

Tämä kohta sisältää heikkouden, kankeuden, arkuuden tai todellisen kivun, joka on enemmän tai vähemmän paikallistunut lihaksiin kuten leuka- tai niskasärky.

- 0 Haastateltavalla ei ole enempää eikä vähempää arkuutta tai jäykkyyttä lihaksissaan kuin tavallisesti.
- 1 Haastateltavalla näyttää olevan jonkin verran tavallista enemmän arkuutta tai jäykkyyttä lihaksissaan.
- 2 Oireilla on kivun luonne.
- 3 Lihaskipu häiritsee jossakin laajuudessa haastateltavan päivittäistä elämää ja työtä.
- 4 Lihaskipu on läsnä suurimman osan aikaa ja selvästi häiritsee haastateltavan päivittäistä elämää ja työtä.

8. Somaattiset oireet: aistit

Tämä kohta sisältää lisääntyneen uupumustaipumuksen ja heikkouden tai aivojen todellisen toiminnallisen häiriön. Tämä sisältää korvien suhinan, näköhäiriöt, kuuman ja kylmän vaihtelut ja pistelyaistimukset.

- 0 Ei esiinny.
- 1 On epäselvää, onko haastateltavalla paine- tai pistelytunteuksia (korvissa, silmissä tai iholla) tavallista enemmän.
- 2 Painetunteukset aiheuttavat surinaa korvissa, näköhäiriöitä silmissä ja pistely- tai kutinatunteuksia iholla (harhatunteuksia).
- 3 Yleiset aisteihin liittyvät oireet häiritsevät jollakin tavalla haastateltavan päivittäistä elämää ja työtä.
- 4 Yleiset aisteihin liittyvät oireet ovat läsnä suurimman osan aikaa ja selvästi häiritsevät haastateltavan päivittäistä elämää ja työtä.

9. Sydän- ja verisuonioireet

Tämä kohta sisältää nopeutuneen pulssin, sydämen tykytyksen, rasiituksen, rintakivun, tykytyksen verisuonissa ja heikkouden tunteen.

- 0 Ei esiinny.
- 1 On epäselvää esiintyykö.
- 2 Kardiovaskulaariset oireet ovat läsnä, mutta haastateltava kykenee yhä hallitsemaan oireet.
- 3 Haastateltavalla on silloin tällöin vaikeuksia hallita kardiovaskulaarisia oireita, jotka siten jossakin laajuudessa häiritsevät hänen päivittäistä elämänsä ja työtään.
- 4 Kardiovaskulaariset oireet ovat läsnä enimmäkseen osan aikaa ja selvästi häiritsevät haastateltavan päivittäistä elämää ja työtä.

10. Hengityselinoireet

Tämä kohta sisältää ahtauman tunteita kurkussa ja rinnassa, hengenahdistusta tai tukehtumisen tuntemuksia ja huokailuhengitystä.

- 0 Ei esiinny.
- 1 On epäselvää esiintyykö.
- 2 Hengitysoireet ovat läsnä, mutta haastateltava voi yhä hallita oireita.
- 3 Haastateltavalla on huomattavia vaikeuksia hallita hengitysoireita, jotka siten jossakin laajuudessa häiritsevät hänen päivittäistä elämäänsä ja työtään.
- 4 Hengitysoireet ovat läsnä enimmänsä osan aikaa ja häiritsevät haastateltavan päivittäistä elämää ja työtä.

11. Vatsa-suolisto-oireet

Tämä kohta sisältää vaikeuksia nielemisessä, "epämääräisiä" tuntemuksia vatsassa, ruuansulatushäiriöitä (näristystä tai polttamista vatsassa, ylävatsakipuja, jotka ovat yhteydessä aterioihin, täysinäisyyden tunnetta, pahoinvointia ja oksennuksen tunnetta), ylävatsaoireita ja ripulia.

- 0 Ei esiinny.
- 1 On epäselvää esiintyykö (tai epäselvää eroaiko haastateltavan aikaisemmista vatsa-suolistotuntemuksista).
- 2 Yksi tai useampi yllä mainittu vatsa-suolisto-oire esiintyy, mutta haastateltava voi yhä hallita oireet.
- 3 Haastateltavalla on ajoittain vaikeasti hallittavia vatsa-suolisto-oireita, jotka siten jossakin laajuudessa häiritsevät hänen päivittäistä elämäänsä ja työtään, esimerkiksi suoliston toiminnan hallinta katoaa.
- 4 Vatsa-suolisto-oireet ovat läsnä enimmänsä osan aikaa ja selvästi häiritsevät haastateltavan päivittäistä elämää ja työtä.

12. Virts- ja sukupuolielinoireet

Tämä kohta sisältää ei-organiset tai psyykkiset oireet, kuten tihentyneen virtsaamisen tai paineen alaisen virtsan karkaamisen, kuukautisten epäsäännöllisyyden, frigiditeetin, ennenaikaisen laukeamisen, erektiovaikeudet.

- 0 Ei esiinny.
- 1 On epäselvää esiintyykö (tai epäselvää eroaiko aikaisemmista genitaali-virtsatieoireista).
- 2 Yksi tai useampi yllä mainittu genitaali-virtsatieoire esiintyy, mutta ne eivät häiritse haastateltavan päivittäistä elämää tai työtä.
- 3 Haastateltavalla on ajoittain yksi tai useampi yllä mainittu oire sen asteinen, että se jossakin laajuudessa häiritsee hänen päivittäistä elämäänsä ja työtään, kuten taipumus menettää virtsaamiskontrolli.
- 4 Genitaali-virtsatieoireet ovat läsnä enimmänsä osan aikaa ja selvästi häiritsevät haastateltavan päivittäistä elämää ja työtä, kuten taipumus menettää virtsaamiskontrolli.

13. Muut autonomisen hermoston oireet

Tämä kohta sisältää suun kuivumisen, punastumisen tai kalpeuden, hikoilemisen ja huimauksen.

- 0 Ei esiinny.
- 1 On epäselvää esiintyykö.
- 2 Yksi tai useampi yllä mainittu autonomisen hermoston oire esiintyy, mutta ne eivät häiritse haastateltavan päivittäistä elämää tai työtä.
- 3 Haastateltavalla on ajoittain yksi tai useampi yllä mainittu autonomisen hermoston oire sen asteinen, että se jossakin laajuudessa häiritsee hänen päivittäistä elämäänsä ja työtään.
- 4 Autonomisen hermoston oireet ovat läsnä enimmänsä osan aikaa ja selvästi häiritsevät haastateltavan päivittäistä elämää ja työtä.

14. Käyttäytyminen haastattelun aikana

Haastattelun aikana haastateltavalla esiintyy jännittämistä, hermostuneisuutta, kiihtymistä, levottomuutta, levotonta liikehtimistä, vapinaa, kalpeutta, hyperventilaatiota tai hikoilua. Näiden havaintojen pohjalta tehdään kokonaisarviointi.

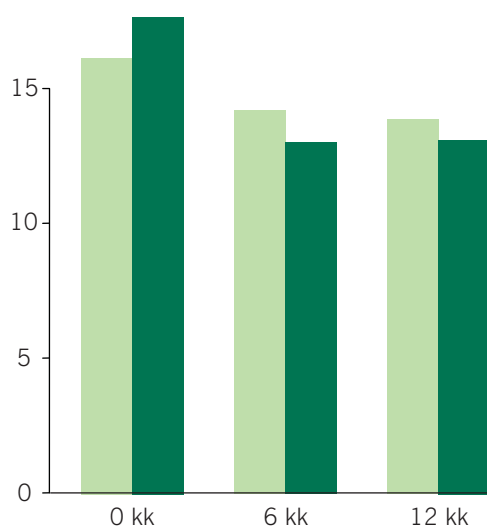
- 0 Haastateltavalla ei esiinny levottomuutta.
- 1 On epäselvää esiintyykö haastateltavalla levottomuutta.
- 2 Haastateltava on kohtalaisen levoton.
- 3 Haastateltava on huomattavan levoton.
- 4 Haastateltava on hyvin levoton, esimerkiksi vapisee ja tärisee kauttaaltaan.

Kokonaispistemäärä.....

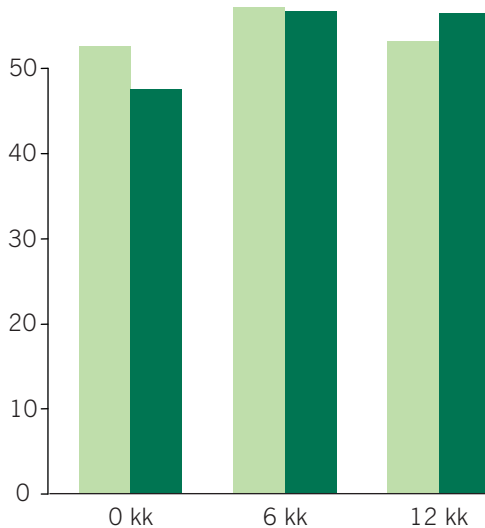
Jos kokonaispistemäärä on < 20 tai pistemäärä kohdista 1 ja 2 on 0-1, haastateltava ei jää kiinni seulonnassa.

Liite 4. Tilastollisia tuloksia pylväskuvioina

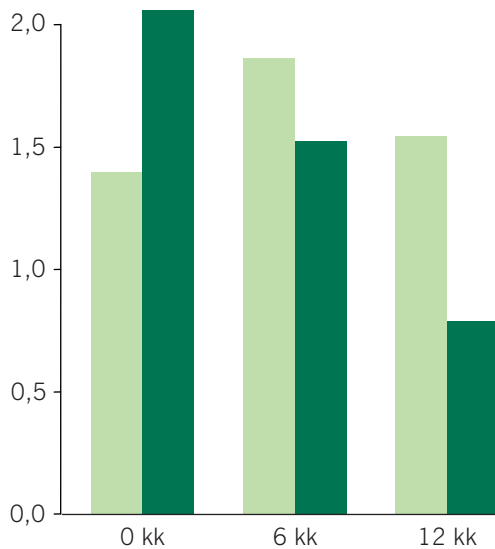
Ahdistuneisuus (Hamilton-pisteet)



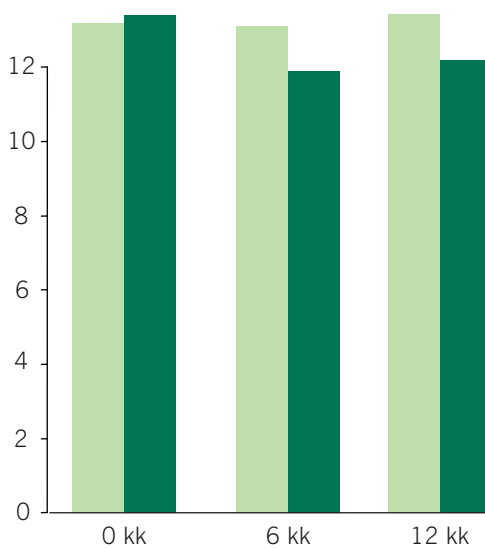
Tulevaisuus



Alkoholin käyttö (Audit-pisteet)

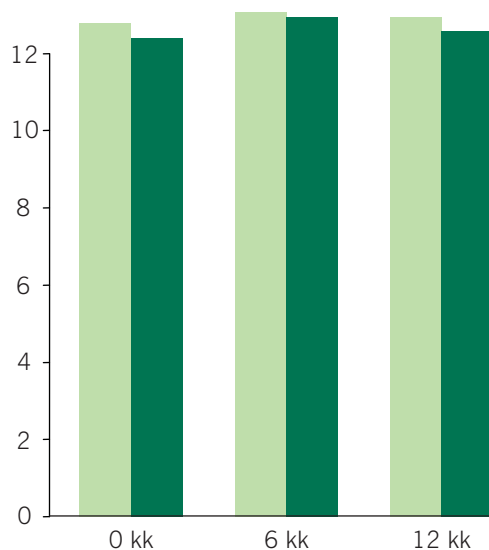


Käytännön toimintakyky (ADL-pisteet)

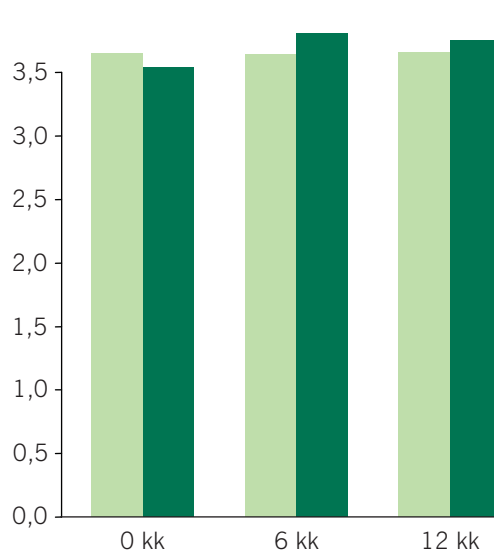


Vertailu
Interventio

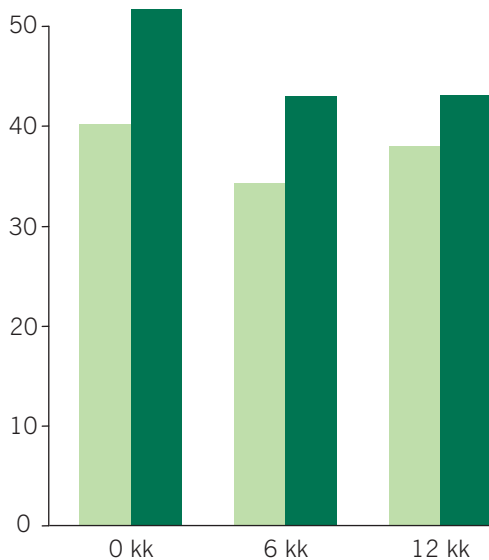
**Elämänlaatu, sosiaaliset suhteet
(WHOQOL 3)**



**Elämänlaatu, sosiaaliset suhteet
(WHOQOL 4)**

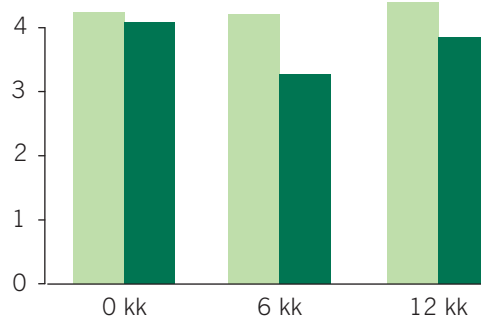


Yksinäisyyden kokemus

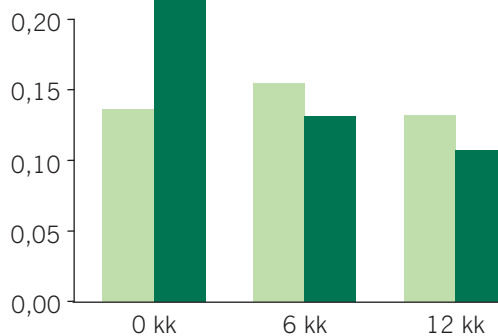


Vertailu
Interventio

Sairauksien määrä



Yli 3 lääkettä käytössä



Tutkimusryhmän ja kirjoittajien esittely

- **Marja Saarenheimo** toimi MielenMuutos -hankekokonaisuuden johtajana ja veti masennushanketta. Hankkeessa Saarenheimo vastasi intervention suunnittelusta sekä tutkimusaineistojen keruusta, analysoimisesta ja raportoinnista. Interventiossa hän veti mielialaryhmiä ja teki yksilöterapiaa samoin kuin asiakasyhteistyötä muun tutkimustiimin kanssa. Saarenheimo on työskennellyt aiemmin erityisesti tutkijana ja kouluttajana mutta tehnyt jatkuvasti myös terapeutista asiakastyötä ja työnohjausta. Hän on koulutukseltaan filosofian tohtori, psykologi ja psykoterapeutti.

- **Minna Pietilä** työskenteli MielenMuutos -hankkeessa tutkijana tarkastellen omassa osahankkeessaan iäkkäiden ihmisten mielenterveyttä koskevia julkisia käsityksiä, tavoitteita ja käytäntöjä (tutkimusraportti 1). Masennushankkeessa hän osallistui tutkimusintervention suunnitteluun, aineistojen keruuseen ja analysointiin sekä tulosten raportointiin. Pietilä on aiemmin tehnyt laadullista terveystieteistä ja sosiaalisiin kysymyksiin keskittyneitä tutkimusta julkisella sektorilla sekä sosiaali- ja terveysalan järjestöissä. Hän on toiminut myös tutkimuskoordinaattorina erilaisissa tutkimus- ja kehittämishankkeissa. Pietilä on koulutukseltaan sosiologian tohtori (Ph.D.).

- **Marjo Forder** suunnitteli ja ohjasi MielenMuutos -masennushankkeen liikunta- ja toimintaryhmiä. Hänen työhönsä kuului myös asiakkaiden yksilöohjaus sekä yhteistyö muiden ammattilaisten kanssa. Forder osallistui tutkimusintervention suunnitteluun sekä tutkimusaineistojen keruuseen ja raportin kirjoittamiseen liikunnan osalta. Hän toimii nykyään palvelupäällikkönä ja fysioterapeuttina yksityisellä sektorilla ja on hengityskoulu- ja erilaisten liikuntaryhmien ohjaaja. Forder on koulutukseltaan fysioterapeutti. Hän on erikoistunut muistihäiriöisten ihmisten kuntoutukseen ja hoitoon sekä psykofyysiseen fysioterapiaan.

- **Sonja Frosti** työskenteli koko MielenMuutos -hankekokonaisuuden projektisuunnittelijana. Hän hoiti erilaisia projektihallinnon tehtäviä, kuten yhteisten asioiden koordinoimista ja nettisivuja. Masennushankkeessa hän osallistui tutkimusintervention suunnitteluun, aineistojen keruuseen ja käytännön toteutukseen. Nykyään Frosti toimii tutkijana EU:n strategiahankkeessa, jossa tutkitaan ikäihmisten hyvinvointitekniikoiden käyttöä ja pyritään tutkimusyhteistyöhön. Frosti on koulutukseltaan sosiaalipsykologian maisteri (M.Sc.).

- **Pirjo Juhela** oli MielenMuutos -masennushankkeen konsultoiva vanhuspsykiatri. Hän on toiminut pitkään vanhuspsykiatrian kliinisessä työssä ja yhdistyksissä. Hän on myös kirjoittanut ja kouluttanut aihepiiristä laajasti. Juhela on koulutukseltaan psykiatri, vanhuspsykiatrian erikoislääkäri ja psykoterapeutti.

- **Leo Kontio** toimi MielenMuutos -masennushankkeen tutkimushoitajana. Hän osallistui tutkimusaineiston keruuseen haastattelemalla tutkimukseen osallistuneita henkilöitä. Hän on nykyään ikäihmisten palvelutalon henkilöstövastaava ja on aiemmin toiminut vastaavana hoitajana mielenterveysongelmista kärsivien iäkkäiden ryhmäkodissa. Kontio on koulutukseltaan mielisairaanhoitaja ja psykiatrinen sairaanhoitaja.

-
- **Juhani Koskinen** vastasi MielenMuutos -masennushankkeen tilastollisten tutkimusaineistojen saattamisesta analyysikuntoon sekä suunnitteli ja toteutti analyysit. Hän osallistui raportin kirjoittamiseen tilastoanalyysien osalta. Koskinen on aiemmin tehnyt riskienhallintaan liittyvää mallinnusta ja markkinointia. Hän on koulutukseltaan kauppatieteiden kandidaatti.
 - **Merja Lähteenaho** toimi MielenMuutos -masennushankkeessa taideterapiaryhmien ohjaajana ja osallistui raportin kirjoittamiseen taideterapian osalta. Hän toimii nykyään taideterapeutina, kouluttajana ja taidemenetelmiä käyttävänä työnohjaajana. Aiemmin hän työskenteli pitkään kuvataideopettajana. Lähteenaho on koulutukseltaan taideterapeutti, taiteen maisteri ja työnohjaaja.
 - **Ava Numminen** suunnitteli ja tuki lauluryhmien toimintaa MielenMuutos -masennushankkeessa sekä osallistui raportin kirjoittamiseen laulamisen osalta. Hän toimii parhaillaan hoitolaistosten kulttuuritoiminnan edistämisen läänintaiteilijana. Numminen luennoi sosiaali- ja terveysalan henkilöstölle kulttuurityövälineiden hyödyistä lääkkeettömän hoidon muotoina sekä vetää heille tanssin ja maalaamisen koulutushankkeita. Hän on aiemmin toiminut henkilöstöjohtamisen lehtorina ja opintopsykologina, kasvatopsykologian lehtorina sekä musiikki ja hyvinvointi -tutkimuskoordinaattorina. Koulutukseltaan hän on musiikin tohtori, psykologi ja laulunopettaja.
 - **Jemina Rantonen** (ent. Ranta) oli MielenMuutos -masennushankkeessa opiskelijaharjoittelijana kaksi kuukautta vuonna 2007. Hän teki katsauksen aiempiin ikäihmisten mielen-terveys-hankkeisiin Suomessa, joka julkaistaan raportin liitteenä 1. Rantonen on sittemmin valmistunut sosionomiksi (amk) Diakonia-ammattikorkeakoulusta.
 - **Raimo Sulkava** toimi MielenMuutos -hankekokonaisuuden lääketieteellisenä asiantuntijana. Kuopion yliopistossa geriatrician professorina työskentelevä Sulkava on tutkinut iäkkäiden ihmisten toimintakykyä ja sairauksia, erityisesti muistisairauksia kolmenkymmenen vuoden ajan. Hän on koko ajan tehnyt myös käytännön lääkäriä työtä potilaita hoitavana klinikkona. Raimo Sulkava on koulutukseltaan neurologian ja geriatrician erikoislääkäri.
 - **Merja Suominen** antoi MielenMuutos -masennushankkeessa ravitsemusneuvontaa ja vastasi ravitsemukseen liittyvän arvioinnin tekemisestä. Hän toimii parhaillaan projektijohtajana muistisairaiden ikäihmisten ravitsemushankkeessa. Aiemmin hän on työskennellyt projektisuunnittelijana ja ravitsemusterapeutina. Suominen on koulutukseltaan elintarviketieteiden tohtori.
 - **Päivi Vuori** työskenteli MielenMuutos -masennushankkeen ikäihmisten mielenterveysohjaajana. Hän tapasi interventioon osallistuneita ikäihmisiä yksilöllisen suunnitelman mukaan. Tavoitteena oli selkiyttää, tukea ja auttaa ihmisiä löytämään omia voimavarojaan arjessa selviytymiseen ja mielialan kohentamiseen. Tapaamiset sisälsivät mm. keskustelua, liikuntaa ja ryhmätoimintaan ohjaamista. Vuori toimii nykyään terveysaseman psykiatrisena sairaanhoitajana. Hän on työskennellyt aiemmin mm. vanhainkodissa, vanhuspsykiatrisella vuodeosastolla ja kotihoidossa. Vuori on koulutukseltaan psykiatrisen sairaanhoitaja.



Ikäihmisten hyvinvointi ja mielenterveys 2007–2010

MielenMuutos on nelivuotinen Vanhustyön keskusliiton tutkimus- ja kehittämishanke, joka jakautuu kolmeen osahankkeeseen:

- Masennuksesta kärsivien ikäihmisten räätälöity psykososiaalinen tukeminen
- Käyttösoireista kärsivien muistisairaiden ikäihmisten laaja-alainen tukeminen
- Ikäihmisten mielenterveyttä koskevat julkiset käsitykset, tavoitteet ja käytännöt

www.vtkl.fi

www.mielenmuutos.fi