



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

HYVÄ MIELI

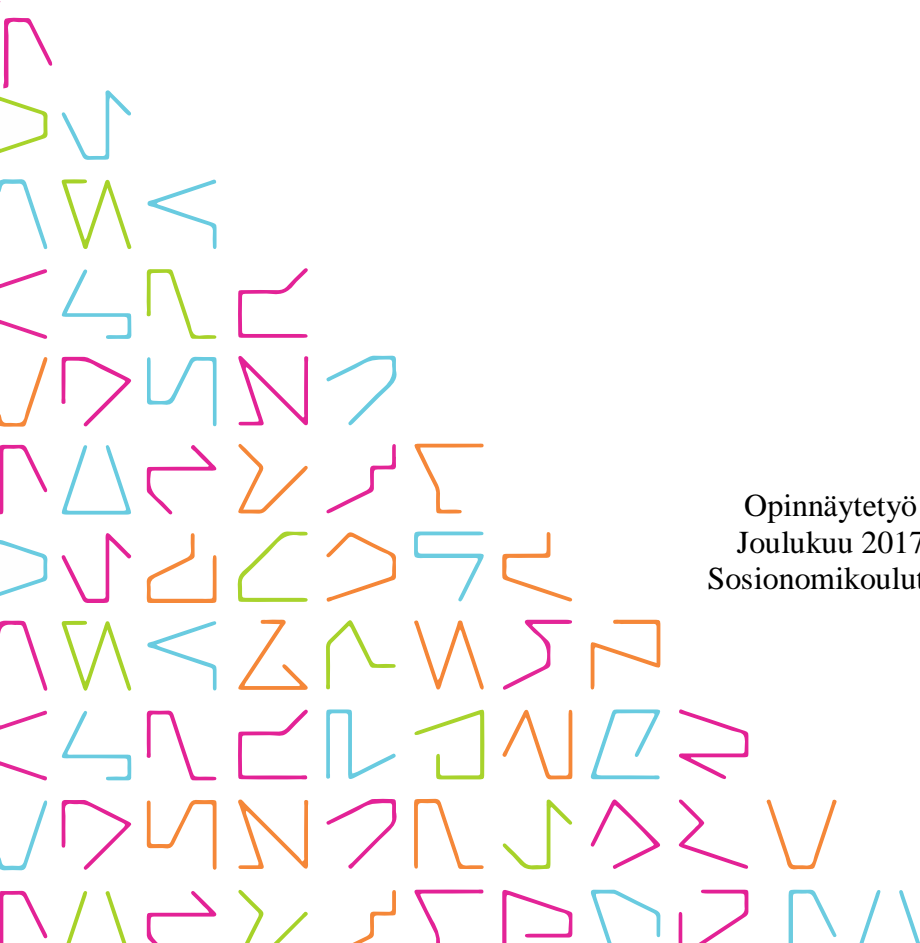
Mielenterveystyön kehittämispäivä

Keinupuistokeskuksessa

Joona Keskinen

Jemina Niemi

Opinnäytetyö
Joulukuu 2017
Sosionomikoulutus



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sosionomikoulutus

KESKINEN, JOONA & NIEMI, JEMINA

Hyvä Mieli

Mielenterveystyön kehittämispäivä Keinupuistokeskuksessa

Opinnäytetyö 98 sivua, joista liitteitä 8 sivua
Joulukuu 2017

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Pirkanmaan Senioripalvelut Oy:n palvelukeskus Keinupuistokeskuksen kanssa. Pirkanmaan Senioripalvelut Oy on yksityinen palveluntuottaja, joka tuottaa monimuotoisesti senioripalveluita. Opinnäytetyön aihe valikoitui tekijöiden oman mielenkiinnon ja käytännön kokemuksen kautta koetun tarpeen myötä. Aihe koettiin tärkeäksi myös yhteistyökumppanin taholta. Opinnäytetyön tarkoituksena oli järjestää Keinupuistokeskukseen mielenterveystyön kehittämispäivä, jossa hyödynnettiin palvelumuotoilua, yhteiskehittämistä sekä innovatiivisia menetelmiä. Kehittämispäivän tarkoituksena oli luentojen ja toiminnallisten menetelmien kautta tuoda asukkaat ja työntekijät yhteen kehittämään palvelukeskuksessa toteutettavaa mielenterveystyötä.

Opinnäytetyöllä pyrittiin vastaamaan seuraaviin kysymyksiin: millä arjen teoilla ja toimintakulttuurin muutoksilla mielenterveyden tukemista voisi kehittää sekä millä tavalla kehittää palvelukeskuksen toimintakulttuuria asiakaslähtöisemmäksi ja kehittää asiakkaiden ja työntekijöiden välistä vuorovaikutusta? Opinnäytetyön aineisto koostui toiminnallisten menetelmien kautta saaduista tuotoksista, luennoista ja luennoitsijoiden tuottamasta materiaalista sekä päivästä saadusta palautteesta, jota kerättiin sekä kirjallisena päivän aikana, että haastattelulla päivän jälkeen. Teoreettinen viitekehys muodostui seniorien mielenterveyden, palvelumuotoilun, yhteiskehittämisen sekä innovaatioiden käsitteistä. Teoreettisena pohjana käytettiin alan kirjallisuutta sekä luotettavia tutkimuslähteitä relevanteilta tieteenaloilta.

Aineistosta nousivat erityisesti esille neljä teemaa mielenterveyden tukemiseen arjessa. Nämä teemat olivat harrastukset, ystävällisyys ja positiivisuus, ulkoilu ja luonto sekä kuunteleminen ja läsnäolo. Kehittämispäivän kautta saatiin paljon konkreettisia keinoja mielenterveystyön kehittämiseen. Tärkeimpänä johtopäätöksenä voidaan pitää sitä, että mielenterveystyön toteuttamiseen ja kehittämiseen ei vaadita merkittäviä resurssilisäyksiä tai suuria organisaatiomuutoksia. Palvelun kehittämiseksi mielenterveyttä tukevampaan suuntaan tarvitaan aineiston perusteella ensisijaisesti arjen tekoja läsnäolon, aktiivisen kuuntelun ja harrastusten mahdollistamisen muodossa.

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää Keinupuistokeskuksen mielenterveystyön kehittämiseen. Tulokset ovat kuitenkin sovellettavissa myös muihin senioripalveluita tarjoaviin yksiköihin. Mielenkiintoisia jatkotutkimusaiheita olisivat muun muassa menetelmien kautta nousseiden harrastusryhmien toteuttaminen ja niiden vaikuttavuuden arviointi sekä työntekijöiden osaamisen ja tietämyksen tarkempi kartoittaminen liittyen mielenterveyden tukemiseen ja häiriöiden tunnistamiseen.

Asiasanat: mielenterveys, kehittäminen, seniori

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree programme in Social Services

KESKINEN, JOONA & NIEMI, JEMINA
Hyvä Mieli
Development of Mental Health Work at Keinupuistokeskus

Bachelor's thesis 98 pages, appendices 8 pages
December 2017

The Purpose of the thesis was to arrange a platform for the Development of Mental Health Work at Keinupuistokeskus. The objective was to share relevant and the most current information through lectures and applying the information into practise with innovation and ideation methods.

The research material was gathered from the results of the innovation and ideation methods, as well as from the lectures and feedback of the day. The material was then analyzed and categorized in to recurring themes. The Theoretical Framework of the thesis consists of the concepts of Mental Health, Service Design and Innovation. The theoretical basis includes both literature and research of the relevant scientific fields.

The Results showed the importance of hobbies, friendliness and positivity. The option to go outdoors and in to the nature was held in high regard, as well as listening and being present in the moment. The conclusion of the results was that the improvement of Mental Health Work does not require additional resources or significant changes to the organization in which it is being carried out.

The Results of the thesis can be applied for the improvement of the Mental Health Work and Services in Keinupuistokeskus and other service providers alike.

Key words: mental health, development, senior

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE.....	9
2.1	Tutkimustehtävä ja tutkimukselliset kysymykset	9
3	SENIORIEN MIELENTERVEYS	12
3.1	Seniorit.....	12
3.2	Seniorien mielenterveys.....	17
3.2.1	Seniorien mielenterveyshäiriöt ja riskitekijät tmv?.....	19
3.2.2	Mielenterveyshäiriöt senioripalveluissa.....	21
3.2.3	Masennus	23
3.2.4	Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö	31
3.2.5	Harhaluuloisuushäiriö	32
3.3	Mielenterveystyön kehittäminen senioripalveluissa	35
4	PALVELUMUOTOILU JA YHTEISKEHITTÄMINEN	37
4.1	Palvelumuotoilu käsitteenä	37
4.1.1	Palvelumuotoilun prosessi	38
4.1.2	Yhteissuunnittelu palvelumuotoilussa	39
4.2	Yhteiskehittäminen käsitteenä	40
4.3	Innovointi ja innovaatiot käsitteenä.....	41
4.3.1	Palveluinnovaatiot ja innovatiiviset organisaatiot	43
4.3.2	Innovaatioiden johtaminen.....	44
4.4	Palvelumuotoilu ja yhteiskehittäminen sosiaalialalla	45
5	KEHITTÄMISPÄIVÄN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS.....	48
5.1	Yhteistyökumppanit.....	48
5.2	Kehittämispäivään ilmoittautuminen ja päivän ohjelma	49
5.3	Luennot ja luennoitsijat	50
5.3.1	Geriatrian professori Jaakko Valvanteen luento	50
5.3.2	Psykologi Marja Saarenheimon luento	53
5.4	Kehittämispäivässä käytetyt luovuus- ja innovaatiomenetelmät	55
5.4.1	Paperi kiertää –aivoriihi	56
5.4.2	Kuvatehtävä	61
5.4.3	Lootuksen kukka	63
6	KARTOITUSKYSELY JA KEHITTÄMISPÄIVÄN PALAUTE	65
6.1	Mielenterveyden häiriöiden tunnistaminen ja mielenterveyden ylläpitäminen Keinupuistokeskuksessa	65
6.2	Kehittämispäivän palaute.....	67
6.3	Palaute- ja seurantatapaaminen.....	69

7	JOHTOPÄÄTÖKSET	73
7.1	Luentojen vastaukset tutkimuksellisiin kysymyksiin	76
7.2	Menetelmien vastaukset tutkimuksellisiin kysymyksiin	77
7.3	Seurantatapaamisen vastaukset tutkimuksellisiin kysymyksiin	80
8	POHDINTA.....	77
8.1	Opinnäytetyön prosessi ja kehittämisehdotukset	77
8.2	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	79
	LÄHTEET	81
	LIITTEET	90
	Liite 1. Ilmoittautumislomake kehittämispäivään Keinupuistokeskuksen asiakkaille	90
	Liite 2. Hyvä mieli –mainos kehittämispäivästä	91
	Liite 3. Palautelomake	92
	Liite 4. Kysely mielenterveydestä ja sen ylläpitämisestä Keinupuistokeskuksen työntekijöille	93
	Liite 5. Vastaukset kyselyyn mielenterveydestä ja sen ylläpitämisestä Keinupuistokeskuksen työntekijöille	95
	Liite 6. Seurantatapaamisen kysymykset	98

1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme aiheena on mielenterveystyön kehittäminen senioripalveluissa. Opinnäytetyö on toiminnallinen, ja koostuu kirjallisen raportoinnin ohella senioripalveluiden asiakkaille ja työntekijöille suunnatusta mielenterveystyön kehittämispäivästä. Kehittämispäivä oli tarkoitettu sekä asiakkaille että työntekijöille. Päivä koostui aamupäivän luennoista sekä iltapäivän toiminnallisesta osuudesta, jossa yhdessä ideoitiin opitun soveltamista käytäntöön innovatiivisten menetelmien avulla. Taustalla oli oletus, että parhaat tulokset saavutetaan saattamalla asiakkaat ja työntekijät dialogiin yhteisistä asioista yhteiskehittämisen menetelmin. Yhteistyökumppanimme toimi Pirkanmaan Senioripalvelut Oy:n palvelukeskus Keinupuistokeskus.

Idea syntyi alun perin henkilökohtaisesta kokemuksesta työelämässä. Toinen tekijöistä on työskennellyt seniorien parissa ja erikoistunut lähihoitajana mielenterveyspuolelle. Hänen kokemuksena mukaan tieto seniori-ian mielenterveyshäiriöistä sekä taidot käsitellä niitä ovat joissain yksiköissä ja laitoksissa puutteellisia. Erilaisia mielenterveyden häiriöitä ei aina osata tunnistaa eikä niiden oireisiin välttämättä osata suhtautua oikein. Tiedon puute ja virheelliset käsitykset voivat johtaa vahingollisiin toimintamalleihin, jotka eivät auta vaan pahimmassa tapauksessa pahentavat hoitamatta jääviä mielenterveyden häiriöitä. (Valvanne 2017.) Hyvä mielenterveys tukee fyysistä ja sosiaalista toimintakykyä; ei ole terveyttä ilman mielenterveyttä.

Ikääntyneiden määrä kasvaa jatkuvasti, kun suuret ikäluokat vanhenevat (Tilastokeskus 2017). Lisäksi ihmisten keskimääräinen elinikä Suomessa pidentyy hoidon, kuntoutuksen ja lääkitysten kehittyessä (Findikaattori 2016; Rato ym. 2012). Myös elintavat paranevat koko ajan uuden tutkimustiedon ja käytäntöjen lisääntyessä. Psykogeriatrია on ollut Suomessa pieni tieteenala, joka on kaventunut koulutusten vähentyessä. Ikäihmisten mielenterveyteen erikoistuneita yksiköitä on Suomessa vähän ja laitosten alasajo on vähentänyt erikoisosaamista seniorien mielenterveystyössä ja sitä tarjoavia paikkoja entisestään. Kivelän (2006, 24—26) mukaan vanhuspsykiatrisia osastoja on Suomessa vähän ja esimerkiksi vuonna 2006 maassamme oli 19 vanhuspsykiatrian erikoislääkäriä. Usein näillä samoilla osastoilla hoidetaan niin masennustilasta kärsivät kuin aggressiiviset ja levottomat muistisairaat. Psykogeriatrista hoitoa on siis tarpeeseen nähden vähän. Lisäksi yli 65-vuotias henkilö kuuluu automaattisesti senioripalveluiden piiriin, joten vaikka hän asuisi mielenterveyskuntoutusyksikössä hän joutuu mitä

luultavimmin siirtymään perinteiseen palvelutaloon tai psykogeriatriselle osastolle. Geriatrian professori Jaakko Valvanteen (2017) mukaan Suomen senioripalveluille on kaikki edellytykset hoitaa ja kohdata seniori-ikäni mielenterveyshäiriöitä, mutta oikean tiedon puute ja häiriöiden tunnistamattomuus osaltaan huonontaa hoidon lähtökohtia.

Ikäihmisiä hoidetaan nykyään enimmäkseen avohuollon palveluissa, jolloin avohuollon työntekijöiden osaaminen nousee merkittävään rooliin ikäihmisten mielenterveystyössä. Kuitenkin erikoisosaamista tähän löytyy harvalta. Avohuollolla on suuri vastuu psykiatristen asiakkaiden hoidossa ja kuntoutuksessa laitosten alasajon jälkeen. Hassin (2005) tekemässä tutkimuksessa kotipalvelun työntekijät kertovat, ettei heillä ole riittävää osaamista psykiatristen asiakkaiden hoitoon. Tutkimuksessa myös todetaan, että psykogeriatriselle osaamiselle kotihoidontyöntekijöiden keskuudessa on tulevaisuudessa entistä enemmän tarvetta. Jos osaamista avohuollon puolelta löytyisi enemmän, välttyttäisiin ikäihmisten pitkiltä laitoshoidojaksolta mielenterveysongelmien vuoksi. Esimerkiksi psykoosin, masennuksen ja kaksisuuntaisen mielialahäiriön maniavaiheen varhainen tunnistaminen auttaisi lyhentämään ja jopa välttämään laitosjaksot. Tämä olisi siis yhteiskunnalle edullisempaa ja myös hyödyttäisi ikäihmisiä, sillä laitostuminen lyhyelläkin laitoshoidojaksolla on erittäin mahdollista. Usein laitoshoidojaksot tulevat myös ikäihmiselle itselleen kalliiksi. Tämän lisäksi Kela ei korvaa yli 67-vuotiaiden psykoterapiaa (Kela 2017).

Tietoa ja tutkimuksia ongelmista on tarjolla, ja meidän opinnäytetyömme tarkoitus on jakaa ja levittää sitä kaikille, joita asia koskee eli senioreille itselleen ja heidän parissaan työskenteleville ammattilaisille. Kehittämispäivän tavoitteena oli edistää ja ajantasaistaa sekä palvelun työntekijöiden, että asiakkaiden tietoa asiantuntevien puhujien välityksellä. Tavoitteena oli myös välittää tieto vaikuttamaan myös käytännön toimintakulttuuriin. Opinnäytetyöllä haluamme tarjota Keinupuiston työntekijöille ja asiakkaille, sekä muille sosiaalialan ammattilaisille toimiva käytäntöjä mielenterveystyön toteuttamiseen, kehittämiseen ja ylläpitämiseen seniorityössä. Opinnäytetyöllä kannustamme seniorityössä työskenteleviä sosionomeja ottamaan asiakseen työpaikallaan heidän asiakkaidensa mielenterveyden kohentamisen ja ylläpitämisen.

Raportissa kerromme ensin opinnäytetyön taustasta, tavoitteesta ja tarkoituksesta, jonka jälkeen syvennymme opinnäytetyön teoreettisiin lähtökohtiin. Näitä ovat seniorien mielenterveys sekä palvelumuotoilu ja yhteiskehittäminen. Tämän jälkeen kerromme

opinnäytetyön kehittämispäivän suunnittelusta ja toteutuksesta, joita seuraa kehittämispäivän palaute ja kartoituskyselyn analyysi. Lopuksi kerromme tekemistämme johtopäätöksistä sekä pohdimme opinnäytetyön prosessia kokonaisuutena.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUKSELLISET KYSYMYKST

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena projektina, jossa suunniteltiin Hyvä Mieli mielenterveyden kehittämispäivä palvelukeskus Keinupuistokeskuksessa. Tarkoituksena oli levittää jo olemassa olevaa tietoa valitulle kohderyhmälle tavalla, joka on sovellettavissa käytännön työhön ja auttaa henkilöitä ymmärtämään heihin ja heidän työhönsä suoraan vaikuttavia ilmiöitä.

Kehittämispäivään liittyvät tutkimukselliset kysymykset opinnäytetyössämme olivat seuraavat:

- Millä arjen teoilla ja toimintakulttuurin muutoksilla mielenterveyden tukemista voisi kehittää?
- Millä tavalla kehittää palvelukeskuksen toimintakulttuuria asiakaslähtöisemmäksi ja kehittää asiakkaiden ja työntekijöiden välistä vuorovaikutusta?

Kehittämispäivän tavoitteena oli tarjota paikalla oleville tietoa ja näkökulmia mielenterveyden häiriöistä sekä sen tukemisesta käytännön työssä sekä selvittää, miten yksikössä tehtävää mielenterveystyötä voitaisiin kehittää ja toteuttaa arjessa. Yksi reflektiivisen ajattelun edellytyksistä on laaja tietoperusta, ja kriittinen ajattelu edellyttää työntekijältä kykyä perustaa toimintansa tutkittuun tietoon. Tässä tilanteessa tutkittu tieto käsittää tutkimuksista saadun tiedon, asiakkaan ja hänen omaistensa esittämän tiedon sekä työntekijän oman havainnoimalla saadun tiedon. (Miettinen ym. 2000.)

Kehittämispäivän toisen osion tavoite oli tuoda opittu tieto käytäntöön toiminnallisten menetelmien avulla. Siten kehittämispäivällä olisi kestävä vaikutus eikä se jäisi irralliseksi tiedoksi, joka kuunnellaan mutta unohdetaan pian sen jälkeen. On tärkeää, että työntekijät osaavat soveltaa teoreettisen ja käsitteellisen tiedon konkreettiseksi, käytännön tasolla tapahtuvaksi toiminnaksi. Koska sosiaali- ja terveysalalla ammatilliseen osaamiseen liittyy paljon esimerkiksi välittämisen elementtejä, ne voivat tuntua äkkiseltään itsestäänselviltä. Juuri kuitenkin tämän itsestäänselvyuden vuoksi on tärkeää, että näitä elementtejä voidaan tarkastella tietoisesti ja myös pohtia, miten ne toteutuvat. Hoito- ja hoivatyössä tarvitaan siis kriittistä ajattelua, jotta tutkittua tietoa voidaan hyödyntää hoitopäätöksiä tehtäessä. (Miettinen ym. 2000.)

Samalla halusimme tuoda asiakkaat ja työntekijät dialogiin opittujen asioiden pohjalta ja auttaa heitä vuorovaikutuksessa löytämään selkeitä ideoita opitun soveltamiseksi käytännön työhön ja keskuksen arkeen. Dialogin tavoite oli saada työntekijät ja asiakkaat kohtaamaan toisensa ja keskustelemaan mielenterveyskysymyksistä, jotka eivät normaalisti välttämättä nousisi esille arkisissa keskusteluissa. Dialogia tarvitaan erityisesti silloin, kun halutaan luoda jotain uutta ja kehittää tai ratkoa ongelmia. Dialogi on yhdessä ajattelemista ja vapaata ajatusten ja näkemysten virtaa ihmisten välillä. Dialogin tarkoituksena ei ole todistaa, kuka on oikeassa vaan erilaiset näkökulmat tuodaan yhteisesti tutkittavaksi ja tarkasteltavaksi. Näin voidaan löytää uusia, luovia ratkaisuja. (esim. Miettinen ym. 2000.)

Toiminnallisessa osiossa työntekijät ja asiakkaat saivat yhdessä ideoida ehdotuksia ja ajatuksia käytännön toimintakulttuurin muokkaamisesta asiakaslähtöisemmäksi ja mielenterveyttä paremmin huomioivaksi, opitun tiedon pohjalta. Tavoitteena oli, että dialogissa saadut konkreettiset ideat olisi helppo pienellä vaivalla ottaa mukaan toimintaan ja päivittäiseen ohjelmaan. Pienetkin teot voivat saada aikaan suuria muutoksia. Professori Valvanteen (2017) mukaan seniorityön kehittäminen mielenterveyttä edistävään suuntaan vaatii etupäässä hyvää johtamista sekä mielenterveyden ehdoilla luotua, tutkimukseen ja asiantuntemukseen perustuvaa toimintakulttuuria. Ajantasainen tieteellinen tieto sekä sen soveltaminen dialogissa työntekijän ja asiakkaan välillä voivat luoda kestäviä parannuksia toimintakulttuuriin, ja sitä voitaisiin kutsua työmme suurimmaksi tavoitteeksi. Mikäli luennoista saatu tieto jää vaikuttamaan Keinupuistokeskuksen toimintakulttuurissa tavalla, jota työntekijät ja asiakkaat voivat pitää parannuksena, tavoitteen voidaan katsoa täyttyneen.

Selvitimme myös lyhyesti ja hieman epävirallisesti, miten hyvin työntekijät tuntevat erilaisten mielenterveyshäiriöiden perusteita, oireita ja hoito-muotoja. Tämä toteutettiin lyhyellä kyselyllä, johon työntekijät vastasivat etukäteen sähköpostitse toimitetulla kyselylomakkeella. Kysely toteutettiin anonymisti eli vastaajien ei tarvinnut kertoa nimeään eikä esimerkiksi sitä, mikä heidän työtehtävänsä yksikössä on. Vastauksia tuli vähän (4) eikä kysely ollut laaja, joten sen tuloksia ei voida pitää luotettavina. Tarkoituksemme oli suuntaa-antavalla kyselyllä saada jonkinlainen kuva työntekijöiden tietämyksen lähtötasosta ennen luentoja. Kuitenkin saatujen vastausten vähäisyyden takia tätä voidaan pitää lähinnä anekdoottina opinnäytetyömme kokonaisuudessa.

Terveydenhuollon ammattilaisten mielenterveyden häiriöitä koskevan tietämyksen tutkiminen on epäilemättä tärkeää, mutta vaatisi oman tutkimuksensa, emmekä voi priorisoida sille liikaa aikaa tässä opinnäytetyössä.

Kävimme myös seurantatapaamisella Keinupuistokeskuksessa noin kahden kuukauden kuluttua kehittämispäivän toteutuksesta. Tapaamisessa oli paikalla opinnäytetyön tekijän lisäksi vain työntekijöitä. Tapaamisen tarkoituksena oli kartoittaa mitä ja millaisia muutoksia toimintakulttuurissa on tapahtunut, vai onko muutoksia ylipäättään tapahtunut. Vaikuttiko tieto käytäntöön, onnistuiko ideoiden toteuttaminen?

3 SENIORIEN MIELENTERVEYS

3.1 Seniorit

Seniorilla tarkoitetaan henkilöä, joka on elämässään ylittänyt keski-ään, ja jonka ikä lähenee keskimääräistä eliniänodotetta tai on ylittänyt sen. Kysymys siitä, että milloin vanhuus tarkkaan ottaen alkaa ja keski-ikä loppuu, on vanha ja väitelty eikä siihen välttämättä ole olemassa ehdotonta vastausta, mutta Maailman Terveysjärjestö WHO laskee, että 60 vuotta täyttänyt henkilö on seniori (WHO 2015). Keskimääräinen eliniänodote on kuitenkin eri aikoina ja eri maissa ollut erilainen, ja on etenkin länsimaissa muuttunut suuresti viimeisen sadan vuoden aikana (Riley 2001). Lisäksi vanhuuden alkaminen ja kokemus omasta ikääntymisestä on jossain määrin subjektiivista, mistä syystä yhtä jyrkkää numeroa tai ikävuotta, jonka ylitettyään henkilö on seniori, on vaikea määrittellä.

Eläkkeelle jääminen on kuitenkin yksi selkeä siirtymävaihe elämässä työstä seniori-ikään. Suomessa eläkeikä on riippuvainen henkilön syntymävuodesta sekä työtehtävästä ja asettuu yleensä välille 63-65 vuotta. Eläkkeelle ei ole pakko jäädä heti, kun olisi lain mukaan oikeutettu nostamaan eläkettä, vaan töitä saa jatkaa kauemminkin, mikäli kokee vointinsa riittäväksi. Työeläkettä kertyy 68. ikävuoteen asti. (Työntekijän Eläkelaki 19.5.2006/395.)

Seniorin ohella muita yleisesti käytettyjä sanoja ovat vanhus, ikäihminen ja ikääntyvä. Englanninkielessä on alettu käyttää senioreista termiä ”senior citizen”, seniorikansalainen, joka jo sanana sisältää ajatuksen, että seniorit ovat yhä kansalaisia, osa yhteiskuntaa (Waughfield & Burckhalter 2002). Pohdinnan jälkeen päätimme käyttää sanaa seniori, sillä se on termeistä meidän mielestämme neutraalein ja asiallinen, kun taas esimerkiksi termiin vanhus saatetaan joissain yhteyksissä liittää negatiivisia tai halventavia kaikuja. Lisäksi yhden termin valitseminen ja siinä pitäytyminen tekee käytetystä kielestä johdonmukaisempaa ja tarkempaa.

Seniorit kohtaavat usein omanlaisiaan sosiaalisia ongelmia, kuten pienen eläkkeen mukanaan tuoma köyhyys, yksinäisyys sekä ikään perustuva syrjintä, joka koskettaa etenkin virkeitä senioreja, jotka haluaisivat vielä osallistua työelämäänsä. Kohdatut ongelmat vaikuttavat mielenterveyteen myös senioreilla. Vanhalla iällä kehon kyky

uudistua ja parantua heikkenee, ja seniorit ovatkin usein herkempiä sairauksille, vaivoille ja vammoille, jotka vaivaavat nuorempia ihmisiä vähemmän tai harvemmin. (WHO 2015.)

3.2 Ikääntyminen elämänvaiheena

Vanhuutta tutkivaa ja sen hoitoon erikoistunutta lääketieteen haaraa nimitetään geriatriaksi. Gerontologia puolestaan tarkoittaa yleisemmin vanhuuden ja siihen liittyvien ilmiöiden tutkimusta. Seniori-ian vaivoihin erikoistunutta lääkäriä kutsutaan geriatriksi. (HUS 2017; Jyväskylän Yliopisto 2017.) Geriatrian professori Jaakko Valvanteen (2017) mukaan geriatrian taso Suomessa yleisesti on tällä hyvä ja päteviä geriatreja siirtyy työelämään kaiken aikaa, joskin alueellisia puutteita esiintyy. Psykogeriatria, eli seniorien mielenterveyden häiriöihin erikoistunut lääketieteen haara, puolestaan ei ole enää erikoistumisala lääketieteen koulutuksessa, mikä saattaa heijastua psykogeriatrisen hoidon tasoon sekä palveluiden ammattilaisten seniori-ian mielenterveyshäiriöitä koskevaan tietoon.

Viime vuosina geriatrian ja gerontologian kehityksen myötä tutkijat ovat pyrkineet laajentamaan kuvaa vanhuudesta elämänvaiheena (Saarenheimo 2003). Vaivat, ongelmat tai ”vanhuudenhöperyys” eivät automaattisesti kuulu seniori-ikään, eikä ikääntyminen ole pelkkää toimintakyvyn menetystä. Toisaalta yhä iäkkäämmät seniorit ovat nykyään virkeämpiä ja hyväkuntoisempia kuin ennen, esimerkiksi lääketieteen kehityksen ja yleisen eliniänodotteen pidentymisen takia (Rato ym. 2012). Toisaalta taas käsitykset ”vanhuudenhöperyydestä” eivät ole niinkään kadonneet, kuin vain siirtyneet koskemaan aiempaa iäkkäämpiä henkilöitä (Saarenheimo 2003).

Gerontologiassa onkin otettu käyttöön käsitteet kolmannesta ja neljänestä elämänvaiheesta, eli varhais- ja myöhäisvanhuudesta (Saarenheimo 2003). Kolmanteen elämänvaiheeseen eli varhaisvanhuuteen kuuluvat suhteellisen hyvä fyysinen kunto ja toimintakyky sekä sosiaalinen ja henkinen aktiivisuus ja osallisuus yhteisöistä. Neljäs ikä, eli myöhäisvanhuus on puolestaan se elämänvaihe, johon kuuluvat vanhuutta koskevat stereotypiat; heikkokuntoisuus, raihnaus ja hauraus, kasaantuvat psyykkiset ja somaattiset sairaudet sekä sosiaaliset ongelmat, toimintakyvyn menetys sekä lopulta kuolema. (Saarenheimo 2003.)

Seniори-iän toimintakykyyn vaikuttavat laajasti monet tekijät eletyn elämän varrelta, perinnöllisistä sairauksista elämäntapoihin. Aivan kuten keski-iän ja seniори-iän raja on häilyvä, tarkkaa vuosilukua, jolloin kolmas ikä loppuu ja neljäs alkaa on mahdoton sanoa. Moni seniори saattaa olla virkeä ja toimintakykyinen hyvin korkeassa iässä, kuten esimerkiksi kirjoittajan oma isoäiti, joka vielä yli 90-vuotiaana asui yksin isoisän Karjalan metsiin rakentamassa maatalossa ja teki joka talvi lumityöt myös navetalla, jossa ei ollut ollut eläimiä enää kymmeneen vuosiin. Toisaalta useat meistä pystyvät epäilemättä ajattelemaan omassa suvussa tai lähipiirissään myös vastakkaisia esimerkkejä; henkilöitä, jotka ovat esimerkiksi vahingollisten elämäntapojen, alkoholin tai sairauksien seurauksena menettäneet toimintakykynsä ja terveytensä jo kauan ennen yhdeksättäkymmenettä syntymäpäiväänsä.

Kolmanteen ja neljänteen elämänvaiheeseen liittyvien ongelmien lokeroiminen yhteen kasaan ja niputtaminen ”vanhuudenvaivoiksi” on onnistuneen hoidon kannalta vaarallista, sillä silloin yksittäisiä ongelmia voi olla vaikeaa erottaa yleisen huonokuntoisuuden alta ja ratkaista erikseen niiden vaatimilla keinoilla. Asiantuntijoiden mukaan erityisesti monisairaiden mielenterveyden ongelmat jäävät helposti tunnistamatta ja diagnosoimatta. Niitä ei aina osata riittävästi ja selkeästi erotella yleisestä toimintakyvyn heikkenemisestä ja sairauksien kasaantumisen aiheuttamasta raihnaisuudesta. (Saarenheimo 2003.)

Tampereen Yliopiston geriatrian professori Jaakko Valvanteen (2017) mukaan sekä lääketieteen yleinen kehitys, että parannukset ravinnossa ja liikuntasuosituksissa ovat viime vuosikymmenien aikana vaikuttaneet positiivisesti seniorien yleiseen terveydentilaan ja toimintakykyyn, mutta tämä kehitys on jossain määrin taittunut, esimerkiksi siksi, että sekä seniорit että väestö keskimäärin eivät liiku suositusten mukaisesti, ja etenkin iäkkäillä on usein ongelmia ruokavalion ja ravinnonsaannin kanssa. Proteiinivaje sekä liikunnan puute heikentävät yleistä toimintakykyä, altistavat lukuisille sairauksille, esimerkiksi osteoporoosille, ja nämä ongelmat saattavat heijastua myös kohonneena riskinä mielenterveyden häiriöihin. On myös olemassa tutkimusnäyttöä siitä, että elämäntapaan liittyvät tekijät, kuten ruokavalio sekä liikunta, ja niihin liittyvät ongelmat näyttävät tärkeää roolia sekä masennuksen kehityksessä, etenemisessä että korjattuna masennuksen hoidossa ja siitä toipumisessa. (esim. Lopresti ym. 2013). Terveellinen ja monipuolinen ruokavalio on yhdistetty alhaisempaan riskiin sairastua

masennukseen, joskin arviot vaikutuksen suuruudesta vaihtelevat ja lisätutkimusta tarvitaan (Quirk ym. 2013).

Mediassa ja julkisessa keskustelussa kuva senioreista ja vanhuudesta elämänvaiheena painottuu usein negatiivisten asioiden, kuten sairauksien, yhteiskunnalle aiheutuvan rasituksen, heikkenevän huoltosuhteen, väestön ikääntymisen ja ylikuormittuneiden palveluiden ympärille. Väestön vanheneminen kuvataan suurena yhteiskunnallisena haasteena ja ongelmana, eikä tämänkaltainen diskurssi voi olla vaikuttamatta myös siihen, kuinka seniorit itse kokevat ikääntymisensä. (Fried ym. 2013.)

Seniורי-ikää koskevat negatiiviset asenteet ja odotukset ongelmien kasautumisesta ja eri inhimillisten ominaisuuksien ja voimavarojen rappeutumisesta eivät myöskään kosketa vain Suomea. Esimerkiksi 26. eri kulttuurin parissa tehty, vanhuuteen ja ikääntymiseen liittyviä asenteita mittaava tutkimus (Corinna ym. 2009) selvitti, että suuri osa vastaajista yli kulttuurirajojen kokee vanhuuden negatiivisena ajatuksena ja olettaa merkittävän osan mitattavista ominaisuuksista rappeutuvan ja heikkenevän iän noustessa. Poikkeuksena vanhuuteen suhtaudutaan etupäässä positiivisesti esimerkiksi Kiinan mannermaalla, Venäjällä, Malesiassa, Intiassa sekä Uudessa Seelannissa. Negatiivisimpia asenteet puolestaan olivat Serbiassa, Argentiinassa, Tsekeissä sekä Yhdistyneessä Kuningaskunnassa. Kaikkien kulttuurien joukossa vallitsi konsensus siitä, että esimerkiksi kyky oppia uutta, fyysinen viehättävyys (*eng. attractiveness*) sekä kyky selvittää arkiaskareista heikkenee iän myötä. Kuitenkin vastaavasti esimerkiksi viisauden (*eng. wisdom*), yleistiedon sekä kunnianarvoisuuden (*eng. respect*) arvioitiin lisääntyvän (Corinna ym. 2009.).

Kiintoisasti merkittävä osa vastaajista yllämainitussa tutkimuksessa kuitenkin arvioi myös, että seniorin auktoriteetti perheen sisällä kasvaa iän myötä, mikä muodostaa kontrastin ajatukselle, että seniori olisi perheelle ja yhteiskunnalle vain ”huollettava” tai ”taakka”.

Suhtautuminen vanhuuteen ja senioreihin siis vaihtelee suuresti eri kulttuureissa. Kulttuuri on kuitenkin dynaaminen, muuttuva rakenne, joka muodostuu sen sisällä elävistä ihmisistä. Elämänsä kuluessa henkilö sisäistää oman kulttuurinsa vanhenemista koskevat arvot ja käsitykset, ja ne osaltaan ohjaavat hänen omaa aikuisuuttaan, elämän tavoitteitaan ja suhdettaan lähestyvään vanhuuteen. (Fung 2013.) Siispä nämä kulttuuriset

arvot ja käsitykset osaltaan siis vaikuttavat siihen, millaisia meidän kaikkien kolmas ja neljäs ikä tulevat olemaan. Omia käsityksiään kannattaa siis pohtia ja kyseenalaistaa, sillä aika ei säästä meistä ketään; jokainen seniori oli kerran nuori, ja jokainen nuori tulee kerran astumaan elämänsä viimeisiin vaiheisiin. Miksemme siis omalta osaltamme pyrkisi vaikuttamaan siihen, että oman elämämme viimeiset vaiheet tulevat olemaan merkityksellisiä ja arvokkaita?

Ikääntyminen ei tarkoita pelkkää ongelmien kasautumista ja kuolemaan johtavaa toimintakyvyn hidasta rappeutumista. Seniorit ovat eläneet kauan, nähneet maailman muuttuvan, pärjänneet, selvinneet, kasvattaneet perheitä, lapsia ja lapsenlapsia, tehneet kunnioitettavia työuria, rakentaneet yhteiskuntaa ja kerryttäneet kokemuksen myötä karttuvaa tietotaitoa, jota voitaisiin sanoa viisaudeksi tai elämäkokemukseksi. Vaikka sellaista yhteiskuntaa, joka ei olisi tehnyt eroa eri elämänvaiheiden välillä ei tunneta, suhtautuminen senioreihin ja vanhenemiseen on aikojen saatossa muuttunut. Modernien, jälkiteollisten yhteiskuntien kaltaisia ”sukupolvien kuiluja” ei ole aina ollut olemassa, vaan monissa yhteiskunnissa seniorit on pidetty tiiviinä osana yhteisöä ja vanhuuden tuomaa viisautta on kunnioitettu siinä missä nuoruuden elinvoimaakin. (Eisenstadt 1956.)

Monissa, erityisesti luonnon armoilla elävissä kulttuureissa ja elinympäristöissä eläminen korkeaan ikään on jo sinällään ollut saavutus, josta nuorempien kannattaa oppia. Maailmassa selviytyminen ei ole helppoa, ja jos joku on kyennyt selviytymään vuodesta ja vuosikymmenestä toiseen, hänellä saattaa olla viisautta, josta nuoremmatkin saattaisivat voida oppia.

Ongelmien ja rasitteiden lisäksi tulisi kiinnittää enemmän huomiota seniorien elämäkokemukseen positiivisena voimavarana. Professori Jaakko Valvanteen (2017) mukaan suurin riski seniorien syrjäytymisessä ja ongelmien kierteen alkamisessa on juuri eläköitymisen jälkeen, mikäli seniori ei pysty orientoitumaan eläkeiän työelämästä poikkeavaan rytmiin ja löydä uusia aktiviteetteja korvaamaan työuraa. Eläkeläisten joukossa on paljon tietotaitoa ja korkeaa koulutusta, ja monilla senioreilla olisi halua osallistua yhteiskuntaan nykyistä enemmänkin, kun he löytävät siihen keinoja ja kanavia (Valvanne 2017). Pelkkä pinnallinenkin vilkaisu populaarikulttuuriin osoittaa kuitenkin, että ”viisaan vanhuksen” arkkityyppi elää kollektiivisessa mielikuvituksessa vahvana ja toistuu jatkuvasti suosituissa fiktiivisissä tarinoissa, Harry Potterista Sormusten Herraan. Ehkäpä tämän idean pitäisi olla enemmän läsnä myös arkielämässä?

3.3 Seniorien mielenterveys

Arkikielessä sana ”mielenterveys” on helppo ymmärtää. Kaikilla meillä on vähintään jonkinlainen käsitys siitä, mitä on mielenterveys, ja sanaa arkikielessä käyttävä tulee helposti ymmärretyksi. Kaikilla on varmasti ainakin jonkinlainen – enemmän tai vähemmän oikea – kuva mielenterveyden ”vastakohtasta”, sen häiriöistä.

Ammattilaisten kielessä käsitteet tulee kuitenkin määrittellä selkeämmin. Termin ”mielenterveys” tarkasta määrittelystä on ollut erimielisyyksiä, ja sanaa on käytetty hieman eri merkityksissä erilaisissa yhteyksissä. Perinteisesti mielenterveys on määritelty negatiivisesti, eli diagnosoitujen mielenterveydenhäiriöiden puuttumisena. Tällainen määrittely on kuitenkin herättänyt asiantuntijoiden parissa kritiikkiä, sillä se ei sinällään kerro vielä mitään mielenterveyden varsinaisesta sisällöstä tai sen subjektiivisesta kokemuksesta. Kuitenkin myös positiivinen määrittely johtaa ongelmiin, sillä silloin muodostuu helposti kuva, että vain määritelmät täyttävä henkilö on ”normaali” ja määritelmää voidaan käyttää ”normaalin” synonyymina. ”Normaali” ei kuitenkaan ole kovin hyvä käsite kuvaamaan yksilöllisiä, subjektiivisiä kokemuksia mielenterveydestä. (Saarenheimo 2003.)

Psykoanalyttikko Sigmund Freudin kuuluisan, usein toistetun määrittelyn mukaan mielenterveys on ”kyky rakastaa ja tehdä työtä” (esim. Tengland 2001). Psykiatri Marja Saarenheimo (2003) puolestaan listaa kirjassaan ”Vanhuus ja mielenterveys” seuraavia psyykkisesti terveen henkilön ominaisuuksia, jotka perustuvat alan yleiseen kirjallisuuteen sekä Mielenterveystyön Komitean vuonna 1984 julkaisemaan mietintöön:

- Terve itsetunto, eli että henkilö kokee elämänsä merkitykselliseksi sekä arvokkaaksi itselleen ja muille.
- Kyky luoda ja ylläpitää positiivisia ihmissuhteita.
- Kyky ilmaista itseään sekä tehdä työtä, sekä saada työstään ja sen tuloksista tyydytystä.
- Kyky sopeutua, eikä pelkästään passiivisena ympäristöön sopeutumisen vaan myös tarvittaessa pyrkimyksenä vaikuttaa ympäröiviin olosuhteisiin ja parantaa niitä.

- Kyky aktiiviseen ongelmanratkaisuun.
- Riittävä itsenäisyys ja omavaraisuus suhteessa omaan elämään.

Mikäli hyväksymme listan kohdat ainakin suuntaa-antavina, on selvää, että mielenterveydessä on kyse monimutkaisesta ja laaja-alaisesta, monella tasolla vaikuttavasta asiasta. Hyvää mielenterveyttä eivät luonnehdi niinkään sairauksien puute, kuin yksilön kyvyt ja potentiaali. Sosiaalisuus ja aktiivinen toiminta ja valta omaan elämään ja omiin asioihin vaikuttaminen nousevat esille keskeisinä tekijöinä.

Senioreilla haasteet määritteiden täyttymiselle ovat hieman erilaisia kuin nuorempien henkilöiden ollessa kyseessä. Näiden tekijöiden täytyminen asettaa myös selvän haasteen yhteiskunnalle. Esimerkiksi mahdollisuutta työntekoon sinällään ei eläkkeellä ole, työura on jo päättynyt, kuten myös suuri osa elämän varrella rakennetuista ihmissuhteista. Uusien ihmissuhteiden muodostamiselle voi asettaa haasteita esimerkiksi asuinpaikka sekä kyky liikkua itsenäisesti kodin ulkopuolella.

Hyvä mielenterveys auttaa ihmistä saamaan kaiken irti elämänsä loppuvaiheesta ja elämään laadukasta, aktiivista ja tervettä elämää. Mielenterveys vaikuttaa muuhun terveyteen kokonaisvaltaisesti, ja monet seniorit itse pitävät mielenterveyttä hyvinvointinsa edellytyksenä ja perustana. (Haarni ym. 2014.)

Mielenterveyttä ylläpitäviä tekijöitä ovat terveet elämäntavat, joihin kuuluu monipuolinen ruokavalio, päihteiden kohtuullinen käyttö tai käyttämättömyys, lääkkeiden tarkoituksenmukainen käyttö ja riittävä unen saanti, fyysinen aktiivisuus ja liikunta, ikääntyneille soveltuvissa ympäristöissä ja välineillä, sekä kaltoinkohtelun ja ihmisarvoa loukkaavan toiminnan estäminen ja siihen puuttuminen varhain esimerkiksi asumis- ja hoivapalveluissa sekä sosiaali- ja terveystalveissa (Tamminen & Solin 2013.)

Viimeksi mainitun toteutumisen pitäisi olla ihmisarvoa kunnioittavassa yhteiskunnassa itsestänselvyys, mutta uutisiinkin päätyneet tapaukset osoittavat valitettavasti toista. Esimerkkinä henkilön itsemääräämisoikeutta suuresti heikentävien fyysisten rajoitteiden, kuten paikoilleen sitomisen raportoitu liikakäyttö (esim. Yle 2014; Helsingin Uutiset 2015). Lisäksi mielenterveyden kannalta tärkeää on turvallisen, esteettömän ja

riippumattoman elinympäristön mahdollistaminen, esimerkiksi kotihoidon ja teknisten sovellusten avulla. (Tamminen & Solin 2013.)

3.3.1 Seniorien mielenterveyshäiriöt ja niiden riskitekijät

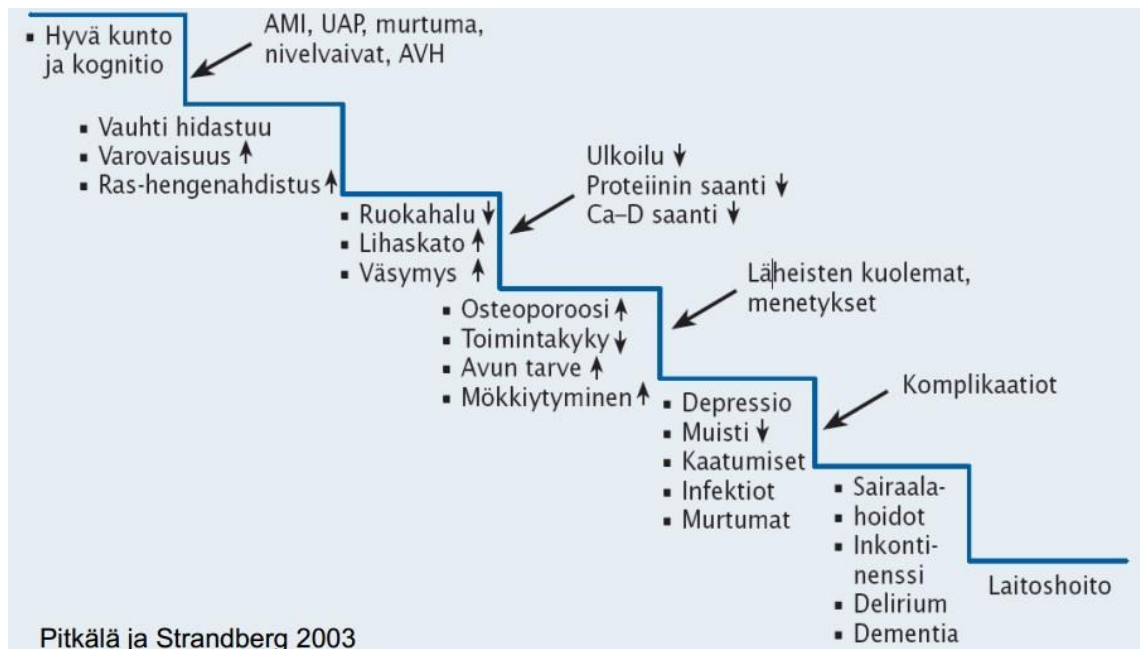
Vaikka laaja elämäkokemus ja -taito sekä eläköitymisen myötä lisääntynyt vapaa-aika voivatkin olla positiivinen voimavara mielenterveydelle, vanhuusikään kuuluu myös monia mielenterveyttä kuormittavia luopumisia ja menetyksiä, etenkin korkeammalla iällä. Tällaisia voivat olla esimerkiksi läheisten ja ikätoverien, kuten puolison ja ystävien kuolemat, asteittain lisääntyvät fyysiset vaivat ja lisääntynyt avun tarve sekä kokemus itsenäisen toimintakyvyn heikkenemisestä. Riittämättömät selviytymiskeinot näiden menetysten osuessa kohdalle kuormittavat mielenterveyttä merkittävästi. (Fried ym. 2013.)

Suomalaisista 55-74 -vuotiaat kokevatkin vähiten psyykkistä räsitusta, ja yli 75-vuotiaat puolestaan eniten (Haarni ym. 2014). Seniori-iässä kokemus elämänlaadusta usein heikkenee ja psyykkinen kuormitus puolestaan lisääntyy. Joka kymmenes 60-85-vuotias suomalainen arvioi oman elämänlaatunsa heikoksi ja kertoo Kaskelan ym. (2017) tekemässä tutkimuksessa kokevansa psyykkistä kuormittuneisuutta.

Mielenterveyden kuormittuneisuutta lisäävinä tekijöinä nousivat esiin äskettäiset, diagnosoidut mielenterveyshäiriöt, yksinäisyys, heikko fyysinen terveys, vähäinen unensaanti, köyhyys sekä alhainen koulutustaso. Tulokset olivat samankaltaisia miehillä ja naisilla. Kuormitus lisääntyi sitä enemmän, mitä korkeampi vastaajan ikä oli, ja sitä oli vähiten 60-70-vuotiaiden vastaajien joukossa. 60-85-vuotiaista neljä prosenttia oli myös kokenut joko henkistä tai fyysistä väkivaltaa edellisen vuoden aikana, mikä nousi myös esiin mielenterveyden kuormitusta aiheuttavana tekijänä. (Kaskela ym. 2017.) Lisäksi suomalaisista yli 65-vuotiaista miehistä 18.1% ja naisista 15.9% kertoi vuonna 2007 toteutetussa, suomalaisten seniorien terveydentilaa kartoittavassa tutkimuksessa tuntevansa tulevaisuutensa joko toivottomaksi tai melko toivottomaksi (Laitalainen ym. 2008). Nämä luvut osoittavat, että mielenterveyden ongelmat ja psyykkinen räsitus sekä negatiiviset tunteet ovat suomalaisten seniorien keskuudessa yleisiä, ja toimille niiden ehkäisemiseksi on tilausta.

Seniorien sairastamisen erityispiirre nuorempaan ikäpolveen verrattuna on lukuisten kroonisten sairauksien kasaantuminen yhdelle henkilölle (Barnett ym. 2012). Mitä iäkkäämpi henkilö on, sitä suuremmalla todennäköisyydellä hän sairastaa useampaa kuin yhtä kroonista sairautta. Tämä on merkittävä seniorien toimintakykyä heikentävä tekijä. Mielenterveyden häiriöistä kärsivän seniorin ongelmat heijastuvat usein myös läheisiin ja huolenpitäjiin (Saarenheimo 2017).

Kasaantuvat sairaudet tukevat ja vauhdittavat toisten sairauksien kehittymistä ja lisäävät riskiä sairastua yhä uusiin sairauksiin. Raihnaistuminen voi edetä esimerkiksi niin, että ensin tapahtuu kaatuminen, josta seuraa murtuma. Seurauksena henkilön vauhti hidastuu ja hän alkaa varoa ja luopuu fyysisistä aktiviteeteistä, jolloin liikunta kokonaisuudessaan vähenee. Seurauksena tästä on ruokahalun väheneminen, proteiinien saannin vähentyminen ja lihaskato, joka puolestaan nostaa riskiä uusille kaatumisille, murtumille ja liikuntaongelmille. Ravinnon ja liikunnan määrän väheneminen kasvattaa riskiä sairastua osteoporoosiin, joka entisestään kasvattaa avuntarvetta ja heikentää toimintakykyä. Samaan aikaan voi tapahtua menetyksiä, jotka entisestään lisäävät mökkiytymistä ja aiheuttavat yksinäisyyttä. Kaikki tämä yhdessä luo edellytykset sairastua masennukseen (Pitkänen ym. 2006). Toimintakyvyn heikkenemistä lisääntyvien sairauksien myötä havainnollistetaan kuviossa 1.



KUVIO 1. Sairauksien kasaantuminen portaittain vasemmalta oikealle (Pitkälä & Strandberg 2003)

Käsite seniorin yleisen terveydentilan heikentymiselle, jota ei voida suoraan liittää yhteen diagnosoituun sairauteen, vaan joka kuvaa terveydentilan yleistä heikentymistä kasautuvien oireiden ja sairauksien alla on vanhuksen hauraus-raihnausoireyhtymä (*eng. HRO, frailty*). Hauraus-raihnausoireyhtymä muotoutui omaksi käsitteekseen 1980-90-luvuilla. Oireyhtymän taustalla on useiden elinjärjestelmien, kuten lihaksiston, luuston, hengitys- ja verenkiertoelimistön sekä hormoni- ja immunitteettijärjestelmien heikentyminen ja vajaatoiminta useiden kuormittavien sairauksien seurauksena. Tämä johtaa heikentyneeseen stressinsietokykyyn, mikä puolestaan lisää vakavien vajaatoimintojen ja kuoleman riskiä. Kliiniseen oirekuvaan kuuluu laihtuminen, uupumus, vähäinen liikunta, hitaus ja lihasheikkous. (Pitkänen ym. 2006.)

3.3.2 Mielenterveyshäiriöt senioripalveluissa

Hyvä mielenterveys vahvistaa psyykkistä, fyysistä ja sosiaalista toimintakykyä. Sen tukeminen ja terveen elämän eläminen myös auttavat vähentämään vanhuusiän ongelmia, kuten muistisairauksia ja fyysisen toimintakyvyn rappeutumista ja niistä yhteiskunnalle aiheutuvia kuluja. (Tamminen & Solin 2013.) Mielenterveyden edistämiseen sijoittaminen siis vähentää sen hoidon kustannuksia pidemmällä aikavälillä! Geriatrian professori Jaakko Valvanteen (2017) mukaan senioripalveluiden tilaa voidaan parantaa ilman resurssien tai hoitohenkilökunnan määrän lisäämistä, panostamalla työntekijöiden asiantuntemukseen sekä hyvään ja työn laadun kehittämiseen tähtäävään johtamiseen. Myös työntekijöiden asenne työtään kohtaan on tärkeää mielenterveyden optimaalisen tukemisen kannalta, sillä työntekijän suhtautuminen työhönsä heijastuu palveluiden asiakkaisiin monin tavoin.

Aiemmin senioripalveluissa senioreiden mielenterveysongelmat on usein saatettu kuitata ”luonnollisina” tai ”vanhuuteen kuuluvina” asioina. Sellaisten on jopa voitu ajatella kuuluvan laitoshoidossa olevan elämään. Tällaisesta ajattelusta kertovat yleisesti tunnetut, mutta heikosti määritellyt termit, kuten ”vanhuudenhöperyys”. Kotona asumisen taas on ajateltu olevan jonkinlainen tae itsenäiseen toimintakykyyn riittävästä mielenterveydestä (Saarenheimo 2003).

Viime vuosina senioripalvelut ovat kuitenkin muuttuneet avohoitopainotteisemmiksi. Valtakunnallinen linjaus painottaa tuettua kotona asumista sekä seniorien toimintakyvyn

tukemista kotiooloissa laitoshoidon välttämiseksi (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2008). Tämä on asettanut myös mielenterveyskysymykset uuteen valoon ja pakottaa senioripalveluiden ammattilaiset arvioimaan näitä käsityksiä uudelleen (Saarenheimo 2003).

Onnistunut ja mielenterveyttä tukeva koti- ja avohoito asettaa ammattilaisille lukuisia haasteita (Fried ym. 2013). Avohoidossa ennaltaehkäisevän ja ennakoivan työn merkitys korostuu, ja on tärkeää, että ongelmat tunnistetaan ja niihin pystytään puuttumaan aikaisessa vaiheessa, ennen kuin ne pahenevat ja rampauttavat henkilön toimintakyvyn. Eri tahojen ja palveluiden välinen yhteistyö ja tiedonvaihto korostuvat, ja kunnon seurannan on oltava systemaattista ja tilanteessa tapahtuviin muutoksiin on pystyttävä reagoimaan palveluiden taholta nopeasti. (Fried ym. 2013.) Mielenterveysongelmien tunnistaminen ja niihin puuttuminen vaatii terveydentilan kokonaisvaltaista arviointia sekä asiantuntemusta.

Valitettavasti huomio palveluissa vaikuttaa monesti keskittyvän helpommin ymmärrettävän fyysisen kunnon toimintakyvyn sekä fyysisten sairauksien hoidon ympärille, ja mielenterveyteen ja psyykkiseen hyvinvointiin liittyvät kysymykset jäävät monesti vähemmälle huomiolle (Fried ym. 2013; Pietilä & Saarenheimo 2010). Avohoidon ja kotona asumisen tukemisen onnistuminen vaatii, että enemmän huomiota kiinnitetään hyvän mielenterveyden tukemiseen. On tärkeää, että henkilön keinoja selvittää elämää koskevista muutoksista tuetaan ja senioreita itseään ja heidän kokemuksiinsa kuunnellaan; he itse ovat oman terveydentilansa asiantuntijoita ja he itse tietävät, mitkä ovat heille merkityksellisen ja täysipainoisen elämän edellytyksiä. (Fried ym. 2013.) On lisäksi tärkeää erottaa, mitkä ongelmat liittyvät *ikään* yleisesti ja mitkä *mielenterveyteen* erityisesti (Saarenheimo 2003).

Tarkkaa tietoa siitä, kuinka suuri osa seniorien etenkin lievemmistä mielenterveysongelmista jää tunnistamatta ja hoitamatta ei ole olemassa. Psykiatri Marja Saarenheimo (2003) kuitenkin esittää, että osa psyykkisesti sairaista senioreista ei ole lainkaan mielenterveyspalveluiden piirissä, ja osa niistä jotka ovat, saa apua vain satunnaisesti. Monesti ainoa diagnosoituunkin mielenterveysongelmaan tarjottu hoito on lääkitys ja henkilö pääsee sairaalajaksolle vain, kun tilanne käy täysin kestävämmäksi. (Saarenheimo 2003.) Monesti palveluiden henkilökunta joutuu myös käsittelemään ja kohtaamaan mielenterveyden ongelmia vain oman arkikokemuksensa perusteella ja

ammattillinen tieto voi olla riittämätöntä, joskus jopa vanhentunutta tai sisäisesti ristiriitaista. (Saarenheimo 2003.)

Koko yhteiskunnan tasolla ikääntyneiden mielenterveyttä voidaan edistää myös asiakaskeskeisillä sosiaali- ja terveystaloudellaisilla palveluilla, kuten apu arjen toimiin, apu tukiasioissa ja taloudenhoidossa ja toimivilla mielenterveyspalveluilla. Hyödyllisiä ja terveyttä ylläpitäviä ovat myös joustavat eläkeratkaisut, ilmaiset tai edulliset ja siten saavutettavat palvelut, kuten kulttuuripalvelut sekä ikääntymistä koskevien negatiivisten stereotyyppien uudelleen tarkastelu. (Tamminen & Solin 2013.)

3.3.3 Masennus

Masennus eli depressio (F32) on suhteellisen yleinen mielenterveyden häiriö. Eri lähteissä esiintyvät arviot masennuksen esiintyvyydestä vaihtelevat jonkin verran. Psykoterapiakeskus Vastaamon arvion (2017) mukaan masennuksesta kärsii jossain vaiheessa elämäänsä viidesosa suomalaisista. Mini-Suomi-tutkimuksen (Terveyden ja Hyvinvoinnin Laitos. 1977-1980) mukaan vakavasta masennuksesta kärsii 5-6 prosenttia aikuisista, mikä Suomen väestömäärässä tarkoittaa 200 000 – 240 000 henkilöä minä tahansa ajan hetkenä. Lievemmistä masennusoireista kärsii lisäksi noin 15% suomalaisista. Mini-Suomi-tutkimukselle tehtiin jatkoa Terveyden ja Hyvinvoinnin Laitoksen suorittamissa Terveys 2000 ja Terveys 2011 tutkimuksissa. Tutkimuksissa kerättiin tietoa samoista henkilöistä vuosina 2000 ja 2011. Tutkimus on vertailukelpoinen Mini-Suomi-tutkimuksen kanssa. Tutkimuksissa on myös tullut esille, että merkittävä osa lievistä masennusoireista kärsivistä ei hae oireisiinsa hoitoa, eikä etenkin lievempiin masennustiloihin ole kiinnitetty terveydenhuollossa paljoa huomiota ennen 1990-lukua (Isometsä 1999). Seniorien mielenterveysongelmista masennus on kaikkein yleisin. Sorvaniemen (2002) mukaan Suomen väestöstä yli 65-vuotiaita on noin 15%, ja heistä noin 15% kärsii masennusoireista.

Käsitys masennuksesta sairautena sekä sen yleisyydestä väestössä on muuttunut huomattavasti viimeisen puolen vuosisadan aikana. Toisen maailmansodan aikoihin psykiatri Martti Kaila arvioi, että mielisairauksista kärsii 1% suomalaisista, ja koska tuohon aikaan suuri osa mielenterveyden häiriöistä määriteltiin skitsofreniaksi,

masennuksen hän ajatteli koskettavan vain neljännespromillea suomalaisista – siis olematonta vähemmistöä. (Helen 2007 ref. Kaila 1942.)

Sittemmin tämä käsitys oli muuttunut radikaalisti. Achte & Tamminen (1993) esittivät kirjassaan *Depressio ja sen hoito*, että lähes jokainen sairastaa elämänsä aikana lievän masennuksen, ja vakavan masennuksen sairastaa joka neljäs. Masennuksen yleisyys mielenterveyden häiriönä ei myöskään rajoitu koskemaan vain Suomea, vaan ilmiö on yleinen kaikkialla länsimaissa. Esimerkiksi Alankomaissa 55-85-vuotiaiden vastaajien keskuudessa tehty tutkimus (Aartjan ym. 1995) osoitti, että vaikeasta masennuksesta kärsi 2.02% vastaajista, lievästä masennuksesta 12.9% vastaajista ja lisäksi 14.9% kärsi masennukseen liittyvistä oireista ilman varsinaista diagnoosia.

Masennusta on kutsuttu kansalliseksi, jopa globaaliksi terveysongelmaksi. Joidenkin arvioiden mukaan siitä kärsivien määrä tuhatkertaistui 1800-luvun ja 1900-luvun lopun välillä (Healy 2004). Tälle masennusoireiden räjähdysmäiselle kasvulle länsimaissa on esitetty useita vaihtoehtoisia selittäviä tekijöitä. Yksi mahdollinen selitys on, että lääketieteen ja psykiatrisen diagnostiikan kehityksen myötä aiemmin pimettiin jääneet oireet osataan tunnistaa, niitä tutkitaan ja niistä keskustellaan. (Helen 2007.) Toisen, kulttuurikriittisen näkökulman mukaan masennuksen yleistymisen liittyy länsimaissa tapahtuneeseen kulttuuriseen murrokseen, elämänmuodon aiheuttamaan vieraantumiseen, yhteiskunnan monimutkaisuuteen, suorituskeskeisyyteen ja sen ihmisissä aiheuttamaan loputtomaan riittämättömyyden ja epäonnistumisen tunteeseen (Solomon 2002; Ehrenberg 2007). Ottaen huomioon masennuksen oirekuvan laajuuden ja siihen altistavien tekijöiden moninaisuuden, on mahdollista, että syitä masennuksen yleistymiselle yhteiskunnassa on useita.

Asiantuntijoiden keskuudessa on vallinnut erimielisyyksiä siitä, pitäisikö jokaisen elämään joskus kuuluvaa alakuloista, surullista ja masentunutta mielialaa sekä varsinaisen kliinisen depression vaikeampia, pitkään jatkuvia muotoja pitää saman asian erilaisina asteina, vai onko kyse kokonaan eri asiasta. (Saarenheimo 2003.) Seniorien kohdalla kysymys saattaa olla vieläkin vaikeammin ratkaistavissa, sillä heidän kohdallaan masennuksen diagnosointiin saattaa liittyä ikään liittyviä erityisiä haasteita.

Masennuksen oireiden voimakkuus vaihtelee paljon, ja psykiatriassa masennustiloja luokitellaan sen mukaisesti. Lievemmissä masennustiloissa yllämainittuja oireita usein

esiintyy, mutta henkilö pystyy silti toimimaan ja kontrolloimaan oireita ja peittämään niitä ympäristöllään ja voi pysyä työkykyisenä sekä vaikuttaa ulospäin enemmän tai vähemmän hyvinvoivalta (Isometsä 1999). Saarenheimo (2003) kuvaakin masennusta ”sateenvarjokäsitteeksi”, jossa tapauksesta, ihmisestä ja näkökulmasta riippuen korostuvat erilaiset oireet ja puolet. Psykiatrisessa diagnostiikassa on perinteisesti painotettu pitkään jatkuvaa masentunutta mielialaa, mielihyvän kokemusten ja mielenkiinnonkohteiden katoamista sekä syvää, pitkään jatkuvaa väsymystä ja aloitekyvyttömyyttä. Vakavammassa muodossaan depressiota voidaan kuvata kuin pysähtyneisyyden tai paikalleen juuttumisen tilana, jossa henkilöllä ei ole jäljellä aloitekykyä eikä voimaa edes hakea apua itselleen.

Koska masennuksen oireet ovat niin moninaisia ja ilmenevät eri ihmisillä niin eri tavoin, masennuksen diagnosoiminen omana sairautenaan saattaa olla haastavaa. Diagnoosin tekeminen edellyttää usein, että ainakin viisi eri oiretta on esiintynyt samanaikaisesti vähintään kahden viikon aikana lähes päivittäin ja / tai suurimman osan päivästä. Masennusdiagnoosi edellyttää myös, etteivät oireet liity skitsofrenian spektrin sairauksiin tai harhaluuloisuushäiriöön, eikä niille voida osoittaa elimellistä aiheuttajaa. (Tamminen 1995.)

Vakavaan masennukseen kuuluu lukuisia kliinisiä ydinoireita, joiden perusteella masennus diagnosoidaan (Tamminen 1995). Masennuksesta kärsivän mieliala on pääsääntöisesti masentunut, alakuloinen ja surumielinen, ja hänen kykynsä kiinnostua asioista ja tuntea mielihyvää on alentunut. Mielihyvä, elämänilo ja elinvoimaisuus ovat vähentyneet. Eri ihmiset reagoivat masennuksen eri oireisiin eri tavoin. Ruokahalu voi joko lisääntyä tai vähentyä, mikä johtaa painonmuutoksiin. Unettomuus on yleistä, mutta niin on myös liiallinen nukkuminen. Psykomotorisesti henkilö voi olla voimakkaan kiihtynyt tai estynyt. Väsymyksen ja uupumukset tunteet ovat yleisiä. Henkilö voi kokea kohtuutonta arvottomuutta, syyllisyyden ja häpeän tunteita. Masennuksesta kärsivän keskittymiskyky saattaa heikentyä ja päätöksien tekeminen tuntua aiempaa vaikeammalta. Myös kuolemaan liittyvät ajatukset ovat yleisiä. (Tarnanen ym. 2016). Masentuneen itsetunto on alentunut ja kuva minuudesta usein negatiivisesti väritynyt. (Haarni ym. 2014.) Masennukseen kuuluvaa kokemusta siitä, että mikään elämässä ei kiinnosta, tuota nautintoa tai mielihyvää kutsutaan anhedoniaksi (Isometsä 1999).

Vaikeammissa masennustiloissa oireet ovat vakavia ja vaikuttavat henkilön elämään suuresti. Vaikeasta masennuksesta kärsivä saattaa olla täysin uneton, hänen ajatuksensa voivat kiertää pakonomaisesti negatiivisten ja synkkien asioiden ympärillä, jotka usein liittyvät arvottomuuteen, heikkouteen, sairauteen ja kuolemaan. (Isometsä 1999.) Henkilön olemus voi vaikuttaa vanhentuneelta ja hänen liikkeensä hitailta. Näin voimakkaaseen masennukseen liittyy todellinen itsemurhan vaara. Suomessa kuolee masennukseen liittyviin ihmisiin 800-900 ihmistä vuodessa, ja paljon tätä useammat yrittävät itsemurhaa mutta jäävät henkiin. (Isometsä 1999.) Masennustilojen on todettu liittyvän kahteen kolmasosaan itsemurhista Suomessa (Tarnanen ym. 2016).

Masennuksen oireet voivat olla myös somaattisia tai kognitiivisia. Tavallisia somaattisia oireita ovat esimerkiksi päänsäryt, yleinen fyysinen heikkouden tunne, sekä erilaiset ja usein epämääräiset kivut, kuten selkäkipu sekä ruuansulatuksen häiriöt. Osa masennuspotilaista kokee oireet pelkästään somaattisina. (Simon ym. 1999.) Ainakin osassa tapauksia somaattisille oireille ei löydy elimellistä selitystä ja niitä esiintyy vain masennuksen seurauksena tai sen yhteydessä (Haug ym. 2004). Kognitiiviset oireet puolestaan voivat ilmentyä esimerkiksi ajattelun tai muistin ongelmina (Saarela & Granström 1992). Psykosomaattiset oireet eivät kuitenkaan ole luulosairautta, vaan kehonkieltä, jolla on tärkeää kerrottavaa. Lääketieteelliset tutkimukset ovatkin osoittaneet, miten paljon psyykkiset ja sosiaaliset tekijät vaikuttavat elimistön toimintaan. (Plusterveys 2017.)

Vaikeampiin masennustiloihin voi liittyä myös psykoottisia oireita, aistiharhoja ja harhaluuloja, kuten vainoharhoja (Wigman ym. 2012; Smith ym. 2006). Tutkimus on osoittanut, että jopa 27% diagnosoiduista masennus- ja ahdistuneisuushäiriöpotilaista kärsii yhdestä tai useammasta psykoottisesta oireesta (Wigman ym. 2012). Masennuksesta ja alentuneesta itsetunnosta kärsivät kokevat muita todennäköisemmin myös hallusinaatioita, esimerkiksi ääniharhoja, harhat ovat keskimääräistä vaikeampia ja usein niiden sisältö on hyvin negatiivista. Masennuksesta kärsivä myös todennäköisemmin kärsii harhoistaan ja kokee ne ahdistavina (Smith ym. 2012). Tutkimus on myös osoittanut, että eri mielenterveyshäiriöiden oireet esiintyvät usein rinnakkain, ja masennukseen liittyvät negatiiviset tunteet ja negatiiviset uskomukset itsestä ja maailmasta altistavat psykoosille ja skitsofrenian spektriin kuuluville häiriöille, sekä auttavat ylläpitämään psykoosia (Smith ym. 2012). Myöhemmässä iässä masennus

on usein yhteydessä myös ahdistukseen ja yleistyneeseen ahdistushäiriöön (Haarni ym. 2014).

Myös moniin pitkäaikaisiin, somaattisiin sairauksiin liittyy riski masennukseen sairastumisesta, joka entisestään korostuu, mikäli sairauteen liittyy raskaita, fyysisesti kuluttavia hoitoja. Lisäksi useat muut, sinällään masennukseen liittymättömät sairaudet itsessään ovat heijastusvaikutuksen kautta riskitekijöitä masennukseen sairastumiselle. Näitä ovat esimerkiksi sydän- ja verisuonitaudit, sydänleikkaukset, muistisairaudet sekä Parkinsonin tauti. (Haarni ym. 2014.) On myös olemassa tutkimusnäyttöä siitä, että masennusoireet voivat vaikuttaa esimerkiksi lisääntyneeseen sydäninfarktin riskiin sekä yleiseen kuolleisuuteen (Barefoot & Schroll 1976). Lisäksi jo lieväkin masennus lisää kuolleisuutta sydäninfarktilla ja vaikeuttaa toipumista (Bush ym. 2001).

Seniorien masennusta ei ole aina helppo tunnistaa, ja se voi usein jäädä huomaamatta tai tulla väärindiagnosoiduksi jopa mielenterveystyön ammattilaisilta (Haarni ym. 2014; Valvanne 2017). Etenkin masennukseen kuuluvaa anhedoniaa, mielenkiinnon ja innostuksen katoamista voi olla vaikea yhdistää masennukseen, ja ammattilainenkin saattaa ajatella, että henkilö ei vain ole motivoitunut tai sitoutunut hoitoonsa. Masennuksesta kuntoutuminen edellyttää sen tunnistamista! Masennuksen tunnistusta vaikeuttaa myös se, että etenkin senioreilla oireet voivat olla lähes kokonaan somaattisia, eikä niitä aina osata yhdistää taustalla olevaan masennukseen. Masennuksen aiheuttamat somaattiset vaivat jäävät silloin helposti neljänneksen yleisen raihnaisuuden alle. (Simon ym. 1999; Valvanne 2017.)

Mielialan muutoksiin liittyviä oireita voidaan myös yrittää peittää alkoholin liikakäytöllä ja yleisellä ärtyneisyydellä ja hyökkävällä käytöksellä. Seniori ei välttämättä koe mielialansa muutoksia sairaudesta johtuvaksi tai halua puhua niistä ulkopuolisille, kuten lääkärille. Mielenterveyden häiriöihin voi liittyä myös häpeäntunteita. (Haarni ym. 2014.) Suomalaisessa kulttuurissa onkin hyvin tunnettu stereotyyppi vanhan kansan jäärästä, joka suostuu menemään lääkäriin vasta ”pää kainalossa”. Ylimääräisen hankaluutensa seniorien depression tunnistamiseen ja diagnosointiin lisää se, etteivät seniorit itse välttämättä tunnista oireitaan masennukseksi, vaan voivat esimerkiksi syyttää itseään aikaansaamattomuudesta tai kokea olonsa tavallista väsyneemmäksi (Saarela & Granström 1992).

Seniorien depression suhteen on esitetty huolta sekä yli- että alidiagnosoinnista (Saarenheimo 2003). Ylidiagnosoinnilla tarkoitetaan tilannetta, jossa diagnostista seulaa on tihennetty niin paljon, että kaikenlainen elämään ja sen menetyksiin kuuluvaa surua, alakuloa ja kaikenlaista mielialan väliaikaistakin laskua tulkitaan yksipuolisesti sairautena tai sairauden oireina ja pyritään hoitamaan lääkkeillä liian helposti myös tilanteissa, joissa psyykkelääkkeiden käyttö ei hyödytä potilasta eikä kyse ole kliinisestä depressiosta. Alidiagnosoinnista puolestaan on kyse silloin, kun masennuksen oireita, erityisesti lieviä tai epätyypillisiä oireita, jää havaitsematta, diagnosoimatta tai ne tulkitaan osaksi joko henkilön muita sairauksia tai vain yleisesti ”vanhuuteen kuuluviksi”. (Saarenheimo 2003.)

Seniורי-iässä masennusta aiheuttavat monet erityisesti iäkkäiden kohtaamat ja iän mukanaan tuomat ongelmat. Seniorien kokema yksinäisyys ja läheisten sekä tukiverkostojen puute korreloi merkittävästi masennukseen sairastumisen kanssa (Prince & Harwood 1997). Huonolla fyysisellä terveydellä on muutenkin kokonaisvaltainen vaikutus masennuksen lisääntymiseen (Murphy 1982). Merkittävä riskitekijä masennukselle ovatkin toimintakykyä haittaavat terveyst- ja liikkumisongelmat, joskin sopeutuminen näihin esteisiin esimerkiksi apuvälineiden avulla vähentää tätä riskiä (Prince & Harwood 1997). Yksinäisyyttä aiheuttavat muun muassa vanhojen sosiaalisten piirien katoaminen ympäriltä, tuen puute sekä läheisten kuolemat. Terveysten rapistuminen ja sosiaalisten verkostojen heikkeneminen ja siitä seuraava yksinäisyys nousivat yleisimmin mainituiksi seniורי-iän masennusta selittäviksi tekijöiksi kaikissa lukemissamme tutkimuksissa. Seniורי-iän masennuksen on myös osoitettu lisäävän kuolleisuutta erityisesti miehillä. (Holwerda ym. 2007). Masennuksen ja lisääntyneen kuolleisuuden välinen yhteys ikääntyneillä riippuu masennustilan vaikeudesta sekä jossain määrin henkilön sukupuolesta (Schoevers ym. 2000), joskaan tutkimustulokset sukupuolierojen mahdollisesta vaikutuksesta masennukseen eivät yleisesti ole yksiselitteisiä ja lisätutkimus on tarpeen. Psykoottinen masennus lisää kuolleisuutta sekä miehillä että naisilla, mutta lievempi masennus etupäässä miehillä. (Schoevers ym. 2000). Laitoshoidossa yli 65-vuotiaan riski sairastua masennukseen on 2 – 3-kertainen kotona asuviin verrattuna. Aiemmin elämässä sairastettu masennus myös lisää seniorin riskiä muulle sairastamiselle sekä lisää yleistä kuolleisuutta verrokkiryhmään verrattuna (Walker & Katoma 1997).

Kysymys oikeanlaisesta diagnostiikasta, diagnoosiin soveltuvasta lääkehoidosta ja sen ongelmista tulee selvästi esille tutkimuksissa. Esimerkiksi Hanlon ym. (2001) tutkimuksessa selvisi, että tutkimuksiin osallistuneista senioreista, joilla masennus oli diagnosoitu, 25.4% ei saanut lääkettä, mikä viittaa lääkkeiden mahdolliseen alikäyttöön. Samaan aikaan 42.3% niistä, joilla ei ollut masennusdiagnoosia, käytti vähintään yhtä masennuslääkettä, mikä puolestaan viittaa lääkkeiden mahdolliseen ylikäyttöön. Jopa 57.7. prosentilla osallistujista oli ongelmia lääkkeiden virheellisen tai sopimattoman käytön kanssa, esimerkiksi niin, että määrättyt lääkkeet eivät olleet vaikutukseltaan soveltuvia diagnosoituihin oireisiin, tai lääkkeet eivät soveltuneet yhteen muiden määrättyjen lääkkeiden kanssa ja vääränlaiset lääkeaineyhdistelmät aiheuttivat potilaalle haittaa. Vain 17.6. prosentissa tapauksia lääkehoito oli oikeanlaista ja diagnoosin mukaista. (Hanlon ym. 2011.) Myös pelko masennuksen alidiagnoosin voi joissain tapauksissa johtaa masennuslääkkeiden ylikäyttöön. Masennuslääkkeiden käyttö kasvoi 1990-luvun aikana 4 – 10 kertaiseksi, ja onkin esitetty huolta niiden liikakäytön aiheuttamista haittavaikutuksista. (Jureidini & Tonkin 2012.) Toisaalta lääkkeiden lisääntynyt käyttö voi olla myös perusteltua. Contin ym. (2011) mukaan lääkkeiden liikakäyttö koskee noin 20% tapauksista.

Yhdysvaltalaisen tutkimuksen tulokset eivät välttämättä pidä sellaisenaan paikkaansa Suomessa, mutta masennuslääkkeiden vääränlainen käyttö on aiheuttanut ongelmia myös täällä. Esimerkiksi Turun Sanomien (2006) haastatteleman Helsingin Yliopiston oikeuslääketieteen laitoksen johtajan, professori Erkki Vuoren mukaan masennuslääkkeet ovat 2000-luvulta lähtien olleet Suomessa eniten lääkekuolemia aiheuttava lääkeryhmä. Mikäli masennuslääkkeitä käytetään tilanteessa, jossa ne eivät auta potilasta, hän voi siitä huolimatta joutua kärsimään lääkkeiden mahdollisista sivuvaikutuksista. Vaikka uudemmissa masennuslääkkeissä haitallisia sivuvaikutuksia on onnistuttu vähentämään, monet sivuvaikutukset liittyvät suoraan lääkkeen toimintamekanismiin eikä lääketta, joka vaikuttaa nopeasti, mutta on vapaa sivuvaikutuksista, ole olemassa. (Khawam ym. 2006.)

Perusterveydenhuollossa tulisikin kiinnittää enemmän huomiota asiakkaan mielenterveyden tukemiseen fyysisten hoitojen, kuten lääkkeiden sekä diagnoosien ohella. Vaikka masennusoireet ovat senioreilla melko yleisiä, masennusta lievittävät hoidot ovat tehokkaita, mikäli apua saadaan riittävän aikaisessa vaiheessa. Hoitamaton masennus vähentää potilaan kykyä huolehtia itsestään ja olla omatoiminen, ja lisäksi

vähentää kiinnostusta liikunnan harrastamiseen, vaikka liikkumattomuus edelleen lisää fyysisten oireiden riskiä ja liikunta olisi itsessään tehokas hoitomuoto masennukselle. (Haarni ym. 2014.)

Tehokas masennuksen hoito sisältää sekä psykoterapiaa että lääkehoitoa. Pelkät masennuslääkkeet yksin eivät aina riitä, senioreilla sen enempää kuin muillakaan masennuksesta kärsivillä, vaan tarvitaan myös lääkehoitoa tukevia psykososiaalisia hoitoja. (Haarni ym. 2014). Seniorien masennuksen hoitoon usein kuuluu myös esimerkiksi yhteisiä toimintaryhmiä, kerhoja ja muita sosiaalisuuteen ja aktiiviseen tekemiseen ja harrastuneisuuteen perustuvia yhteisöjä. Tällaiset lääkkeettömät, arkiset hoitomuodot ovat tehokkaita mielenterveyden ylläpidossa ja niillä on myös masennuksesta toipumista tukeva masennus, sillä ne auttavat ehkäisemään esimerkiksi yksinäisyyttä, joka on merkittävä masennukselle altistava tekijä (Valvanne 2017.) Laitoshoidossa olevien seniorien omia hoitotoiveita mittaavassa tutkimuksessa 57% vastaajista toivoi saavansa masennuksen hoitoon mieluummin terapiaa kuin lääkehoitoa (Gum ym. 2006). Erilaisia psykoterapian muotoja masennuksen hoitoon on tarjolla useita, esimerkiksi kognitiivinen käyttäytymisterapia sekä interpersoonallinen psykoterapia. Usealla erilaisella psykoterapian muodolla on osoitettu olevan vaikutusta masennuksen hoidossa. Eri vaihtoehdot soveltuvat eri ihmisille, eri tilanteisiin ja erilaisiin oireisiin, eikä yhtä parasta terapiamuotoa välttämättä ole olemassa. (Elkin ym. 1989.)

Kun masennusoireet ovat lieviä, hoidoksi suositellaan sosiaalisten suhteiden vahvistamista ja lisäämistä sekä aktiivista toimintaa omilla ehdoilla. Tärkeintä on, että tekeminen ja seura ovat henkilölle itselleen mieluisia ja sopivia. Kuten masennuksessa aina, läheisten tuki ja apu ovat tärkeitä, ja masentunut seniori saattaa tarvita tavallista enemmän myös käytännön konkreettista apua, kuten apua lääkkeiden ottamisessa ja riittävässä syömisessä. Läheiset voivat tarvittaessa myös hakea apua kotihoitoon. (Haarni ym. 2014.)

On mielestämme erikoista, että Kela ei korvaa yli 67-vuotiaiden psykoterapiaa (Kansaneläkelaitos 2017.). Mitään perustetta Kela ei tälle politiikalle esitä, joten voimme vain olettaa kysymyksen olevan siitä, etteivät yli 67-vuotiaat ole enää mukana työelämässä. Tämä ei kuitenkaan vaikuta heidän ihmisarvoonsa, ja mielestämme seniorien pudottaminen tuetun psykoterapian piiristä on suoranaista ikärasismia.

3.3.4 Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö

Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö (F41.1) on mielenterveyden häiriö, johon liittyy ahdistusta, huolta ja pelokasta odotusta, jotka ilmenevät useampana päivänä peräkkäin vähintään kuuden kuukauden ajan eivätkä välttämättä liity mihinkään ulkoisiin ulkosuhteisiin tai tapahtumiin tai on niihin nähden aivan liiallista (Tarnanen ym. 2016.). Huoli ja tuskainen mieliala voi kohdistua esimerkiksi terveydentilaan tai taloudelliseen asemaan. Ahdistuneisuus voi liittyä oireena myös muihin mielenterveyden häiriöihin, mutta jos se on kestoaltaan jatkuvaa ja pitkäaikaista, se voidaan katsoa kuuluvaksi yleistyneeseen ahdistuneisuushäiriöön. Ahdistuneisuushäiriö voi esiintyä myös yhdessä muiden mielenterveyden häiriöiden, erityisesti masennuksen kanssa. Muita yleisesti yhdessä yleistyneen ahdistuneisuushäiriön kanssa esiintyä häiriöitä ovat sosiaalisten tilanteiden pelot sekä paniikkihäiriöt. (Lönnqvist ym. 2007, 257 – 260.)

Yleistyneeseen ahdistushäiriöön liittyvistä oireista kärsii noin 1,2-6,7 prosenttia väestöstä. Erot arvioissa johtuvat erilaisista diagnostisista määrittelyistä eri tutkimuksissa. Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö alkaa normaalisti 20. ikävuoden jälkeen, mutta voi puhjeta vielä 60-vuotiaana. Naiset kärsivät oireyhtymästä miehiä useammin, ja se on yleisintä alle 30-vuotiaiden keskuudessa. Senioreilla yleistynyt ahdistuneisuushäiriö on tavallisin ahdistuneisuushäiriö. Se koskettaa noin 10-15 prosenttia yli 65-vuotiaita senioreita, ja somaattiset oireet altistavat sen puhkeamiselle. (Lönnqvist ym. 2007, 257 – 260.) Ahdistuneisuushäiriöt ovat ikääntyneillä suhteellisen yleisiä, vaikkakaan eivät yhtä yleisiä kuin masennus. Yli 65-vuotiaissa kahdentoista prosentin on myös todettu kärsivän erilaisista fobioista (Manela ym. 1996).

Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö heikentää toimintakykyä merkittävästi ja aiheuttaa tarvetta selvittää ja hoitaa psykiatrisia ja somaattisia oireita. Siitä kärsivät hakeutuvat usein ensin hoitoon autonomisen hermoston oireiden vuoksi. Ahdistuneisuushäiriö on vähemmän periytyvä kuin esimerkiksi masennus, mutta geneettisten tekijöiden on esitetty olevan tärkeitä häiriön puhkeamisessa. Tunnetaan lukuisia hermoverkkoja, joiden uskotaan liittyvän yleistyneen ahdistuneisuushäiriön neurobiologiaan. Esimerkiksi yleistyneeseen ahdistuneisuushäiriöön liittyvän autonomisen hermoston kohonneen

vireystilan on esitetty johtuvan noradrenaliini- ja serotoniiniaineenvaihdunnan säätelyhäiriöstä. (Lönnqvist ym. 2007, 257 – 260.)

Yleisen ahdistuksen ja tuskaisen ja ylivirittyneen mielialan ohella yleistyneelle ahdistuneisuushäiriölle ovat ominaisia levottomuuden tai jännittyneisyyden tunne, väsymys, keskittymisvaikeudet, ärtyneisyys, vapina, säpsähtely, hikoilu, pahoinvointi, hengityksen ja pulssin tihentyminen, ripuli, lihasjännitys sekä univaikeudet. Ahdistus ja muut oireet eroavat elämäntilanteiden aiheuttamasta ahdistuneisuudesta siten, että ahdistuneisuushäiriössä huoli ja ahdistus ovat selvästi liiallisia, itsepintaisia ja pitkäkestoisia elämäntilanteeseen nähden. Potilaiden ongelmanratkaisukyky voi myös olla rajoittunutta. (Tarnanen ym. 2016.)

Kuten myös esimerkiksi masennusta, yleistynyttä ahdistuneisuushäiriötä voidaan hoitaa erilaisilla terapiamuodoilla sekä lääkkeillä. Psykoterapialla voidaan pyrkiä vähentämään ahdistuneisuusherkkyyttä sekä parantamaan vaikeiden tilanteiden hallintaa. Kognitiivisilla käyttäytymisterapioilla on saavutettu hyviä tuloksia yleistyneen ahdistuneisuushäiriön hoidossa. Lääkkeistä sen hoitoon voidaan tavallisesti määrätä esimerkiksi bentsodiatsepiineja sekä erilaisia masennuslääkkeitä. Oireiden kroonisuudesta riippuen lääkehoitoa jatketaan 6-12 kuukautta oireiden helpottamisen jälkeen. (Lönnqvist ym, 2007. 257 – 260)

3.3.5 Harhaluuloisuushäiriö

Harhaluuloisuushäiriössä (F22) henkilöllä ilmenee vähintään kuukauden ajan erilaisia harhaluuloja. Harhaluulot eivät välttämättä ole sisällöllisesti outoja, toisin kuin esimerkiksi skitsofreniassa. Harhaluuloisuushäiriöön liittyviä harhaluuloja voivat olla muuan muassa tunne seuratuksi, myrkytetyksi, petetyksi tai tartutetuksi tulemisesta tai pelko sairastumisesta tai onnettomuudesta. Toisin kuin skitsofreniassa, käytös ei harhaluuloja lukuun ottamatta ole eriskummallista ja toimintakyky ei ole vakavasti heikentynyt. (Tarnanen ym. 2016.) Myöskään harhojen sisältö ei ole erityisen outoa tai eriskummallista eikä siihen liity skitsofrenialle ominaisia aistiharhoja tai ajatushäiriöitä. (Lönnqvist ym, 2007. 147 – 152.)

Harhaluulon voi määritellä vääräksi uskomukseksi, josta harhaluuloisuushäiriöstä kärsivät pitää kiinni vakuuttaaviakin todistuksia vastaan. Henkilön näkemys todellisuudesta vääristyy pitääkseen harhaisen, epätoden uskomuksen ennallaan. Aivan kuten kliinisen masennus tulee erottaa ajoittaisista surun ja alakulon tunteista, harhaluuloisuushäiriö tulee erottaa epäluuloisuudesta, joka on ihmiselle normaali suhtautumistapa tuntematonta tai pahantahtoiseksi koettua ympäristöä vastaan (Lönqvist ym. 2007, 147 – 152.)

Kliinisesti merkittävät harhaluulot ovat usein luonteeltaan vainoavia. Tästä syystä psykooseja, joihin liittyy kiinteästi harhaluuloja, on aiemmin kutsuttu paranoidisiksi psykooseiksi tai paranoiaksi. Harhaluuloisuushäiriön diagnoosi on kuitenkin kattavampi, ja siihen liittyvät harhat voivat olla luonteeltaan muunkinlaisia. (Lönqvist ym, 2007. 147 – 152.) Harhaluuloisuushäiriötä onkin eri tyyppisiä. Vainoharhaisessa eli paranoidisessa muodossa henkilöstä tuntuu, että häntä tai hänen läheistään vainotaan, uhataan tai kohdellaan kaltoin. Mustasukkaisuushäiriöön kuuluu sairaaloinen pelko kumppanin uskottomuudesta ja mustasukkaisuus. Erotomaanisessa häiriössä henkilö on varma siitä, että joku toinen osapuoli, todellinen tai kuviteltu, rakastaa häntä. Suuruusharhaisella on harhaluuloja suuresta voimasta, vallasta tai tietämyksestä ilman, että henkilö on varsinaisesti maaninen. Somaattisharhainen puolestaan on vastoin todisteita vakuuttunut siitä, että hän kärsii jostain sairaudesta tai vammasta. Harhaluuloisuushäiriöt alkavat yleensä keski-ikässä tai myöhemmin. (Tarnanen ym. 2016.).

Harhaluuloisuushäiriön diagnosointi on helppoa silloin, kun henkilö tuo harhaluulonsa esille selvästi eikä salaile niitä. Diagnoosia voi vaikeuttaa se, että harhaluuloilla saattaa olla todellisuus pohjaa. Myös hyvä yleinen toimintakyky saattaa hankaloittaa sen arviointia, milloin kyseessä on harhaluulo ja milloin perusteltu käsitys. Harhaluuloisuutta ei tulisikaan diagnosoida psykoosina ilman selvää näyttöä. (Lönqvist ym. 2007, 147 – 152.)

Harhaluuloisuushäiriötä voivat aiheuttaa esimerkiksi keskushermostoon vaikuttavat sairaudet, kuten alkavat sekavuustilat ja dementiat, Parkinsonin tauti, vitamiinien puutokset, alkoholismi, amfetamiiniriippuvuus, limbiseen järjestelmään vaikuttavat neurologiset sairaudet sekä kilpirauhasen toimintahäiriöt ja muut aineenvaihduntasairaudet, joilla on vaikutusta keskushermostoon. (Lönqvist ym. 2007, 147 – 152.)

Harhaluuloisuushäiriöstä kärsivät eivät useinkaan hakeudu hoitoon nimenomaan harhaluulojen takia, vaan he voivat esimerkiksi etsiä lääkäriltä apua somaattisen harhaluulon, eli kuvitellun fyysisen sairauden vuoksi. Usein he saattavat myös harhaluuloissaan kääntyä poliisin tai juristin puoleen. Harhaluulot voivat tulla esillä yllättävinä vastakohtaisuuksina muuten normaaleille havainnoille. Monet harhaluuloista kärsivät voivat myös haluta salailia ja peitellä harhaluulojaan ja käyttäytyä mahdollisimman normaalisti. Kun harhaluulot tulevat esille, henkilö voi yrittää saada kuulijan ”puolelleen” uskomaan hänen harhaansa. (Lönqvist ym. 2007, 147 – 152.)

Keskustelussa harhaluuloisen kanssa tulee muistaa, ettei harhaluulon todellisuudesta kannata kiistellä, mutta harhaa ei myöskään tule mitenkään vahvistaa. Sen sijaan kannattaa pyrkiä keräämään neutraalisti tietoa harhojen laadusta ja sisällöstä sekä niiden kattavuudesta ja laaja-alaisuudesta. Tärkeä näkökulma on potilaan oma sairautentunto, sillä usein henkilöllä ei ole pienintäkään epäilystä harhaluulon todellisuudesta. On tärkeää arvioida, onko harhaluulo vaarassa siirtyä toiminnan tasolle, jolloin uhkana voi olla väkivaltainen tai itsetuhoinen käytös. (Lönqvist ym. 2007, 147 – 152.)

Harhaluuloisuushäiriöiden hoidossa korostuu hyvä hoitosuhde ja ammatillisuus. Psykoterapialla voidaan vaikuttaa syväänjuurtuneisiin harharakennelmiin, mutta vääristä uskomuksista luopuminen voi olla vaikeaa. Etenkin, jos harhoista on muodostunut osa potilaan identiteettiä ja psyykkistä puolustusjärjestelmää. Häiriöstä kärsivän harhoja ei voi murtaa logiikan avulla. Harhoista kärsivän ajatuksia voi sen sijaan ihmetellä, ja kysyä esimerkiksi ”ajatteletko oikeasti noin”? Ammatillainen voi myös viestittää ymmärtävänsä potilaan tunnereaktiot, kuten harhan aiheuttaman ahdistuksen, vaikei osallistukaan harhaiseen ajatusmalliin. Harhaluuloista kärsivä pitää itseään usein uhrina ja uskoo ulkomailman juonivan häntä vastaan. Tämän perusajatuksen ymmärtäminen on mielenterveystyön ammattilaiselle tärkeää rakennettaessa hyvää hoitosuhdetta harhoista kärsivän kanssa. (Lönqvist ym. 2007, 147 – 152.)

Harhaluuloisuushäiriön oireita voidaan myös lievittää lääkehoidon avulla. Yleisesti hoitoon määrätään esimerkiksi psykoosilääkkeitä. Psykoosilääkkeet eivät auta kaikkia potilaita, mutta yksittäistapauksissa niistä voi olla suurta hyötyä. Harhoista kärsivä saattaa kuitenkin suhtautua epäluuloisesti lääkehoitoon, ja kokea lääkkeet vahingollisina tai myrkyllisinä, tai jopa pitää niitä osana salaliittoa häntä vastaan. Potilas saattaa suhtautua myönteisemmin muiden oireiden, kuten esimerkiksi unettomuuden tai masennuksen

hoitoon tarkoitteuihin lääkkeisiin. SSRI-lääkkeistä saattaa myös olla potilaalle hyötyä. Mikäli tapaus ei ole akuutti tai kriittinen, lääkehoidon aloittamista voidaan lykätä muutamilla päivillä potilaan luottamuksen saavuttamiseksi. (Lönnqvist ym. 2007, 147 – 152.)

3.4 Mielenterveystyön kehittäminen senioripalveluissa

Työmme yhtenä tavoitteena oli kehittää Keinupuistokeskuksessa toteutettavaa mielenterveystyötä. Tämän vuoksi on tärkeää tietää, miten mielenterveystyötä on kehitetty aikaisemmin muilla sosiaali- ja terveysalan kentillä. Tämän kautta saamme myös selville, onko aikaisemmissa hankkeissa tai kehittämisprojekteissa tehty samankaltaisia toteutuksia tai saatu samanlaisia tuloksia aikaan. Työn arvioinnin kannalta tämä on tärkeää informaatiota.

Laajasalon ja Pirkolan osana VALO-hanketta syntyneessä raportissa he kertovat mielenterveyden ennaltaehkäisyyn kehitetyistä hankkeista sekä tarkastelevat niiden vaikuttavuutta. Raportissa pistää silmään ensimmäiseksi se, että vaikka se on jaoteltu elämänkaaren mukaisesti eri elämänvaiheisiin, on seniori-ikä jätetty tyystin pois. Myöhemmin raportissa yli 65-vuotiaiden elämänvaihetta he kutsuvat myöhäisaikaisuudeksi ja myös vanhuusiäksi. Raportissa todetaan, että masennus on senioreilla yleistä ja sen uusiutumisriski on suuri. Seniorien masennuksen ennaltaehkäisyssä on todettu tärkeäksi varhainen puuttuminen tunnistamalla riskiryhmässä olevat seniorit. Tällaisten interventioiden kustannustehokkuudesta on jo myös saatu näyttöä. Suurin vaikuttavuus on saatu aikaan sosiaalisia aktiviteetteja sisältävillä interventioilla, kun taas psykososiaalisilla interventioilla vaikutus on ollut vähäinen. Myös niin sanotuilla Portinvartija -ohjelmilla on saatu lupaavaa näyttöä. Portinvartijat ovat tavallisia ihmisiä, jotka ovat työnsä puolesta kontaktissa seniorien kanssa. Tällaisia henkilöitä ovat esimerkiksi poliisit ja pankkivirkailijat. Nämä ihmiset koulutetaan tunnistamaan senioreita, joilla on riski sairastua mielenterveyshäiriöihin. Näin nämä henkilöt voivat toimia Portinvartijoina, jotka osaavat ohjata kohtaamiaan riskiryhmään kuuluvia senioreita mielenterveyspalveluiden piiriin. (Laajasalo & Pirkola 2012.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on ehdottanut vuodelle 2015 ikääntyvän väestön mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämiseksi muun muassa seuraavia keinoja:

ehkäisyyn panostetaan, hoitoa varhennetaan ja kehitetään ikääntyville sopivia hoitomuotoja. Väliarvioinnissa todetaan, että edistymistä on tapahtunut vähän. Erityisesti tehostettavia toimenpiteitä ovat esimerkiksi vanhuspsykiatrian osaamisen varmistaminen Suomessa, yhdenvertainen pääsy mielenterveys- ja päihdepalveluihin sekä sellaisten asumispalvelujen varmistaminen, joissa pystytään ottamaan huomioon pitkäaikaiset mielenterveyden häiriöt. (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2012.)

Mielenterveystyötä seniorien parissa kansallisella tasolla on siis viime vuosina kehitetty lähinnä KASTE- ja VALO -hankkeiden kautta. KASTE -hanke on sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisen hanke (Laajasalo & Pirkola 2012). Kuitenkin paikallisesti ja kunnan tai kaupungin tasolla mielenterveystyötä on seniorien kohdalla pyritty kehittämään esimerkiksi MielenMuutos -hankkeella. Hanke toteutettiin yhteistyössä Vanhustyön keskusliiton ja Espoon kaupungin välillä. Hanke oli nelivuotinen, ja sen tavoitteena oli edistää seniorien psyykkistä hyvinvointia sekä löytää keinoja erityisesti masennuksen ehkäisyyn ja hoitoon. (Saarenheimo ym. 2011.)

MielenMuutos -hankkeessa kehitettiin Suomeen sopiva masennuksenhoitomalli, joka toimii hyvänä pohjana kunnallisessa palvelujärjestelmässä masennuksen hoidolle. Mallissa hyödynnettiin pientä, moniammatillista tiimiä, joka hyödynsi joustavasti toistensa ammattitaitoa. Malliin kuuluivat myös tiimin viikoittaiset asiakaspalaverit, joissa tiimin jäsenet jakoivat toisilleen ajankohtaista tietoa asiakkaista. Lisäksi se toimi työntekijöille työnohjauksellisena kanavana. Tiimissä toimi ikäihmisten mielenterveysohjaaja, fysioterapeutti ja psykologi. Tämän lisäksi tarvittaessa konsultoitiin vanhuspsykiatrian erikoislääkärinä. Tiimin työnkuvan mukaisten toimintojen lisäksi mallissa toteutettiin psykososiaalista ryhmätoimintaa, kuten liikunta-, laulu-, taide- ja terapeuttisia ryhmiä sekä ystäväpiiri. Interventiomallin toimintaperiaatteet olivat asiakkaan tilanteen ja tarpeiden tunteminen, yhteistyö asiakkaan ja ammattilaisten välillä, yhteistyö muiden hoitavien tahojen kanssa, tuen yksilöllinen mukauttaminen, joustava mukautuminen asiakkaan tilanteeseen sekä psykososiaalisten ja sosiokulttuuristen työmuotojen hyödyntäminen. (Saarenheimo ym. 2011.)

4 PALVELUMUOTOILU JA YHTEISKEHITTÄMINEN

4.1 Palvelumuotoilu käsitteenä

Opinnäytetyömme toteutusosiossa, eli kehittämispäivässä, olemme käyttäneet palvelumuotoilua. Asiakkaat olivat mukana kehittämässä heille tarjottavia palveluja yhdessä työntekijöiden kanssa. Asiakkaiden tuottamaa informaatiota siitä, mitä he palveluilta toivovat, voidaan käyttää palvelun kehittämiseen entistä asiakaslähtoisemmäksi. Näin palvelu vastaa parhaiten asiakkaan tarpeita. Kun asiakas pääsee mukaan itseään koskevien palveluiden kehittämiseen, he saavat myös samalla kokemuksen osallisuudesta. Osallisuus tarkoittaa lyhykäisyydessään sitä, että asiakkaalla on hyödynnettävissään riittävät aineelliset resurssit. Opinnäytetyömme toteutuksen puitteissa me tarjosimme heille tämän. Lisäksi osallisuuteen kuuluu asiakkaan toimijuus elämäänsä koskevissa päätöksissä, jota asiakkaat pääsivät myös toteuttamaan kehittämispäivän myötä. Myös merkitykselliset sosiaaliset suhteet eli kuuluminen johonkin on yksi osallisuuden osatekijöistä. Kehittämispäivä toi myös tätä näkökulmaa asiakkaiden arkeen tuomalla asiakkaat ja työntekijät yhteen kehittämään yhdessä palveluita. (Osallisuuden osatekijät 2016.)

Palvelumuotoilu juontaa juurensa tuotemuotoilun maailmasta. Muotoilussa, kuten palvelumuotoilussakin, ovat vahvasti mukana keinot asiakasymmärryksen lisäämiseksi, visualisointi ja prototypointi eli aineettoman konkretisointi. Kuitenkin palvelumuotoilu ja muotoilu eroavat toisistaan oleellisesti; palvelumuotoilun lopputulos, kun on palvelua, muotoilun taas muotoilua tai designia. Palvelumuotoilussa usein kuitenkin ideoita kuvataan visuaalisin keinoin, jotta kehittäjän ja asiakkaan on helpompi ymmärtää, mistä palvelussa on kysymys. (Miettinen 2011; Tuulaniemi 2011.)

Palvelumuotoilussa ihminen, eli asiakas, tarpeineen asetetaan palvelun kehittämisen keskiöön. Näihin tarpeisiin organisaatio pyrkii vastaamaan tarjonnallaan. Tätä tarjontaa ja palvelua ei kuitenkaan ole olemassa, ellei sillä ole asiakasta sitä kuluttamassa. Palvelumuotoilussa pyritään ymmärtämään sekä asiakkaan että palveluntuottajan tarpeita, odotuksia, motivaatiotekijöitä ja arvoja. Asiakasymmärryksen saavuttamiseksi, on ymmärrettävä sitä arkea ja todellisuutta, jossa kyseisen palvelun käyttäjät elävät. Kun asiakas laitetaan tällä tavoin palvelun kehittämisen keskiöön, voidaan suunnitella ihmisille, jotka palveluita tulevat todellisuudessa käyttämään ja samalla myös minimoida

epäonnistumisen riski, koska palvelu on suunniteltu asiakkaiden tarpeiden pohjalta. Muotoilussa pyritään aina ennakoimaan. Tämä tarkoittaa sitä, että asiakas ja hänen tarpeensa otetaan mukaan palvelumuotoiluun jo ennen kuin hän on edes voinut saada huonon palvelukokemuksen ja on tätä myötä entinen asiakas. (Tuulaniemi 2011.)

Palvelumuotoilussa yhdistyvät kulttuurinen, sosiaalinen ja inhimillinen vuorovaikutus. Palvelumuotoilun toteuttaminen siis vaatii erittäin tiivistä yhteistyötä asiakkaan ja muiden yhteistyökumppanien kanssa. Tiivistä yhteistyötä tarvitaan, että voidaan toteuttaa esimerkiksi toistuvaa suunnittelua, jossa palvelua kehitetään, kokeillaan ja tuloksia arvioidaan toistuvasti. (Miettinen 2011.)

Tärkeää palvelumuotoilussa, ja myös meidän työssämme, on uuden käyttäjätiedon luominen. Uuden käyttäjätiedon kautta voidaan palvelua kehittää sopivaksi kyseisen asiakasryhmän tarpeisiin. Sen kautta voidaan myös luoda palvelulle uutta arvoa asiakkaan silmissä, kun tiedetään mitä asiakas toivoo palvelulta. Tämä voi olla merkittävä kilpailuvaltti palvelun tuottajalle. (Miettinen 2011.)

Olemme käyttäneet työssämme palvelumuotoilun toteuttamiseen erilaisia menetelmiä, joihin palaamme työmme myöhemmässä vaiheessa. Usein palvelumuotoiluun käytetäänkin juuri erilaisia menetelmiä. Menetelmät voidaan jakaa karkeasti kolmeen eri ryhmään: perinteisiin menetelmiin, kuten kyselytutkimukset, mukailtuihin menetelmiin, kuten videodokumentointi, jossa käyttäjä kuvailee ja havainnoi tuotteen käyttöä aidossa ympäristössä ja innovatiivisiin menetelmiin, kuten suunnittelutyöpajat. Käyttämämme menetelmät kuuluvat edellä luetelluista viimeiseen ryhmään. Muita innovatiivisia menetelmiä ovat esimerkiksi erilaiset muotoiluluotaimet. Ne perustuvat itsedokumentoinnin välineiden käyttämiseen. Myös meidän työssämme asiakkaat käyttivät itsedokumentointia, mutta ryhmässä. Näitä itsedokumentointeja tulkitsemme ja analysoimme luvussa 5.5. (Miettinen 2011.)

4.1.1 Palvelumuotoilun prosessi

Palvelumuotoilun prosessista on olemassa erilaisia kuvauksia, esimerkiksi Magerin palvelumuotoilun prosessi sekä Moritzin kuusivaiheinen palvelumuotoiluprosessi. Magerin palvelumuotoiluprosessissa on neljä vaihetta. Ensimmäisessä vaiheessa tutkitaan palveluratkaisuja ja tunnistetaan palvelujärjestelmään vaikuttavia tekijöitä.

Myös käyttäjien tarpeita sekä kokemuksia palvelusta pyritään tunnistamaan. Nämä tiedot arvioidaan ja niiden avulla luodaan pohja seuraavalle vaiheelle, joka on uusien ratkaisujen luominen. Tässä vaiheessa tuotetaan ideoita sekä tehdään yhteissuunnittelua käyttäjien kanssa. Kolmannessa vaiheessa on luvassa arviointi. Tässä vaiheessa käytetään palvelusta tehtyjä prototyyppejä ja arvioidaan niitä, esimerkiksi asiakastutkimuksella palvelun käyttämisestä. Viimeisessä, eli toteutusvaiheessa, kehitetty palvelu viedään käytäntöön. (Miettinen 2011.)

Moritzin palvelumuotoilun prosessi taas käsittää kuusi vaihetta. Nämä vaiheet ovat asiakasymmärryksen hankkiminen, palvelumahdollisuuksien löytäminen, ideoiden luominen, parhaiden ideoiden arvioiminen ja edelleen kehittäminen, palveluideoiden visualisointi sekä konkretisointi ja toteutus. Eri prosessin vaiheissa voidaan käyttää eri menetelmiä, jotka tukevat prosessia. Tällaisia menetelmiä ovat esimerkiksi aiemmin mainitut muotoiluluotaimet, mutta myös vaikkapa kuvataulut ja draamalliset menetelmät. (Miettinen 2011.)

4.1.2 Yhteissuunnittelu palvelumuotoilussa

Yhteissuunnittelua toteutetaan usein luovien menetelmien avulla. Sen tavoitteena on luoda yhdessä tietoa ja ratkaisuja. Keskeistä on yhteistyö eri alojen asiantuntijoiden välillä, eli moniammatillisuus, sekä palvelun lopullisen käyttäjän eli asiakkaan rooli suunnittelun innoittajana ja ohjaajana. Koska palvelut ja niiden kehittäminen ovat monimutkaisia prosesseja, ne vaativat ympärilleen sellaisia suunnittelutiimejä, jotka koostuvat eri alojen osaajista. (Miettinen 2011.)

Yhteissuunnitteluun käytetään suunnittelun menetelmiä, jotka ovat laadullisia ja luovia. Näiden menetelmien avulla pyritään ymmärtämään käyttäjien kokemuksia ja tunteita, sekä tuetaan heidän ideoidensa ilmaisemista. Yhteissuunnittelu on siis lähestymistapa muotoiluun, jonka kautta voidaan tarjota työkaluja monialaiseen suunnitteluun. Yhteissuunnittelu on luova ja vuorovaikutteinen prosessi, jolla haastetaan osapuolten näkemyksiä. Koska jokainen meistä katsoo maailmaa, ja näin myös palveluita, omasta näkökulmastaan on yhteissuunnittelu oiva keino tietyn asian käsittelyyn eri näkökulmista. Sen kautta voi paljastua uusia mahdollisuuksia, ongelmia ja ratkaisuja, jotka muuten eivät olisi tulleet esille. (Miettinen 2011.)

Yhteissuunnittelu sisältää perinteisesti viisi vaihetta. Ensimmäisessä vaiheessa esitellään tilaisuus ja sen tavoitteet, jota seuraa lämmittely ja virittäytyminen. Lämmittelyn tarkoituksena on virittää yhteissuunnitteluun osallistuvat session teemaan. Tämän jälkeen on itse yhteissuunnittelun vuoro, jonka tulokset ryhmät esittelevät muille. Lopussa yhteissuunnittelun annista voidaan pitää loppukeskustelu. Tulosten läpikäymiseen on hyvä varata aikaa. Tämän lisäksi dokumentointiin on hyvä kiinnittää huomiota ja siihen kannattaa panostaa. (Miettinen 2011.)

4.2 Yhteiskehittäminen käsitteenä

Yhteiskehittämiselle on monta eri termiä, ja niitä käytetään vaihtelevasti eri lähteissä. Miettinen (2011) käyttää teoksessa ”Palvelumuotoilu” termiä yhteissuunnittelu. Myös kyseisessä teoksessa mainitaan termien moninaisuus. Borgman ja Packalén (2002) taas ovat käyttäneet samankaltaista kehittämistyötä kuvaamaan sanaa osallistava kehittäminen. Stostad (2015) käyttää meidän tavoin termiä yhteiskehittäminen. Hän perustelee termi valintaansa sillä, että se on uusi ja sopii hyvin yhteistyön ja yhteisöllisyyden kaltaisten termien kanssa yhteen. Myös me olemme valinneet käyttää termiä yhteiskehittäminen, sillä se kuvaa mielestämme parhaiten toteuttamaamme kehitystyötä.

Yhteiskehittämisen lähtökohtana on asiakkaan ja työntekijän välinen suhde ja vuorovaikutus, joka haastaa hierarkkiset roolit. Se perustuu dialogiin näiden kahden välillä, jolloin molemmat pystyvät tulemaan tilanteeseen omana itsenään, omista lähtökohdistaan. Yhteiskehittäminen on tehokasta esimerkiksi palveluita uudistettaessa. Yhteiskehittämisen sivutuotteena voi syntyä asiakkaan kuntoutumista ja se mahdollistaa muutosten käynnistymisen niin ammatillisuudessa kuin asiakkaan asemassa. Tärkeää yhteiskehittämisessä on, että mahdollisimman moni henkilö, jota kehitystyö koskee, on mukana suunnittelussa. (Yhteiskehittäminen 2016; Borgman & Packalén 2002.)

Yhteiskehittämisessä on siis kyse ryhmistä, tarkemmin sidosryhmistä. Yhteiskehittämisen kautta asiakas ja palveluiden tuottaja voivat löytää yhteisen kielen. Kun yhteinen kieli löytyy, on palvelua helpompi markkinoida ja nopeuttaa sanan leviämistä. Yhteiskehittämisen avulla saadaan, samoin kuin palvelumuotoilussa,

tuotettua yhteistyössä asiakasryhmien kanssa käyttäjätietoa. Tätä tietoa voidaan siten soveltaa osaksi palvelua ja käyttää palvelun kehittämisessä. Erityisen hyödyllistä yhteiskehittäminen on silloin, kun palvelut ovat muuttumassa. Esimerkiksi nyt, kun sosiaali- ja terveysala elää suurta muutoksen aikaa sote-uudistuksen myötä, olisi yhteiskehittämistä erittäin tärkeää hyödyntää, sillä sen kautta jo olemassa oleville palveluille voidaan keksiä myös uusia käyttökohteita. (Kaskinen & Korhonen & Mokka 2013.)

Yhteiskehittämisen avulla voidaan antaa esimerkiksi henkilöstölle paitsi lupa, myös velvollisuus osallistua yhteisten tavoitteiden saavuttamiseen sekä niiden määrittelyyn ja tätä kautta vastata myös muutosvastarintaan. Muutosvastarinta syntyy silloin, tätä ei ole tehty mahdolliseksi ja muutoksen toteuttaja kokee, että asiat ja kehittäminen tapahtuvat hänen ulottumattomissaan. Tämä vastarinta voidaan kuitenkin kääntää voimavaraksi, kun erilaiset näkemykset hyväksytään ja pyritään avoimeen keskusteluun. Yhteiskehittämisen kautta tähän voidaan päästä, kun esimerkiksi työntekijät pääsevät vaikuttamaan osallistumisellaan siihen työjärjestelmään, jonka osana toimivat. (Borgman & Packalén 2002.)

4.3 Innovointi ja innovaatiot käsitteenä

Opinnäytetyön kehittämispäivässä käytimme palvelumuotoiluun ja yhteiskehittämiseen erilaisia innovointi- ja luovuustekniikoita. Innovointia tulee usein harjoitella eikä se välttämättä tule kaikilta luonnostaan. Kuitenkin vaikkapa innovatiiviseen ajatteluun harjaantunut hoitaja pystyy löytämään äkillisissä tilanteissa sellaisen toimintatavan, josta on lopputuloksen kannalta poistettu kaikki epäolennainen ja voidaan keskittyä olennaiseen. Tämä myös tukee henkilökunnan itsenäisen päätöksenteon kykyä, jolla he pystyvät haastamaan organisaatiossa syntyneitä, mahdollisesti asiakkaalle epäedullisia normeja ja toimintatapoja. (Miettinen ym. 2000.)

Miksi siis luovuutta ja innovatiivisuutta tarvitaan? Kun tehdään muutoksia tai kehittämistä, niille ei ole useinkaan selkeää viitekehystä tai yksiselitteisiä sääntöjä ja ohjeita. Tällöin tarvitaan luovaa ongelmanratkaisukykyä, innovatiivisuutta.

Innovatiivisuus on taitoa luoda uusia ideoita sekä kehittää niistä käyttökelpoisia palveluja ja tuotteita. Innovatiivisuudella voidaan tarkoittaa myös esimerkiksi ryhmän

tai toiminnan tuotosta, jolloin se voidaan katsoa yhdeksi tuotoksen ominaisuudeksi. Luovuus taas on innovatiivisuuden osa, kehittämisen käynnistäjä. Luovuudelle on monia määritelmiä, joista yksi on rutiineista vapaa persoonallinen ongelmanratkaisuprosessi. (esim. Miettinen ym. 2000.)

Luovuus ilmenee ihmisissä usein eri tavoin, joillakin luovuudeksi määriteltäviä ominaisuuksia on paljon, toisilla vähemmän. Luovuutta on kuitenkin mahdollista kehittää ja harjoitella esimerkiksi opiskelemalla, käyttämällä luovuustekniikoita ja osallistumalla vaikkapa projektityöhön. (Miettinen ym. 2000.) Joskus ideointiin ja ongelmanratkaisuun tarvitaan apua, jos luovuus ei pääse valloilleen. Luovuustekniikat on kehitetty ideoinnin ja innovoinnin tueksi, ja ne ovat eräitä innovoinnin keinoja. Nimestään ja tarkoituserästään huolimatta ne ovat hyvin käytännönläheisiä työkaluja, joiden käyttötarkoituksena on saattaa ideointi täysin uusille raiteille, pois oletetusta ratkaisusta. Luovuustekniikoiden avulla pyritään saamaan uusia oivalluksia sen sijaan, että etsittäisiin perinteistä ratkaisua lähtötilanteelle. Luovuuttakin voi siis opetella. (Mustikkamäki & Sorkkarauta 2008.)

Innovaatio taas voi olla uusi palvelu, keksintö, tuote tai paranneltu versio niistä. Tekes on määritellyt innovaation seuraavasti: ”Innovaatio tarkoittaa kaupallisesti tai yhteiskunnallisesti uudella tavalla hyödynnettyä tietoa ja osaamista.” Tämän määritelmän mukaan siis kaikki uuden kehittäminen ja keksiminen ei ole innovointia, ellei siitä ole kaupallista tai yhteiskunnallista hyötyä. Pelkkää tutkimustulosta ei voi määritellä innovaatioksi, vaan innovoidessa on luotava uutta tai parannettava vanhaa. Lopputuloksena on uusi, tuottava tai hyödyllinen tuote, palvelu, prosessi tai keksintö. (Innovoinnin periaatteet 2016.)

Yleisin tapa jaotella innovaatioita on jakaa ne radikaaleihin ja inkrementaaleihin innovaatioihin. Inkrementaaleilla innovaatioilla tarkoitetaan sitä, että yritys tai organisaatio hyödyntää jo aikaisemmin oppimiaan asioita eli ne perustuvat olemassa oleviin liiketoimintakonsepteihin ja prosesseihin. Radikaalit innovaatiot taas muuttavat organisaation liiketoimintakonsepteja, jolloin niiden toteuttamiseksi vaaditaan usein rakenne- ja toimintatapamuutoksia. Opinnäytetyön kehittämispäivässä syntyneiden innovaatioiden voidaan siis katsoa olevan inkrementaaleja innovaatioita. (Apilo ym. 2007.)

4.3.1 Palveluinnovaatiot ja innovatiiviset organisaatiot

Palveluinnovaatioissa on tärkeää, että asiakas on mukana innovaatioprosessissa myös alkuvaiheessa. Koska palveluinnovaatiot usein muuttavat yrityksen sisäisiä toimintatapoja ja prosesseja, niiden toteutuminen edellyttää usein monien tahojen aktiivista osallistumista innovoinnin vaiheisiin. (Apilo ym. 2007 ; Rautkorpi ym. 2014, 137.)

Usein organisaatioiden innovaatiokyvykyys kertoo myös niiden kyvystä oppia. Tällaiset oppivat organisaatiot ovat muita nopeammin valmiita muutoksiin. Usein kuitenkin muutos on hidasta ja oppivaksi, innovatiiviseksi organisaatioksi pääseminen vaatii pitkäjänteisyyttä ja järjestelmällisyyttä. Tärkeintä innovaatiokulttuurin muutoksessa on tietenkin motivaatio: miksi meidän täytyy muuttua? Tähän auttaa usein tavoitteiden miettiminen yhdessä, nykyisyyteen ja tulevaisuuteen peilaten. (Apilo ym. 2007 ; Rautkorpi ym. 2014, 31 – 32.)

Organisaation kulttuurilla on suuri vaikutus uudistuskäkyisyyden edistämiseen, mutta myös sen estymiseen. Kulttuurin usein aistii helposti, mutta sitä voi olla vaikea havaita konkreettisesti. Millaisessa organisaatiokulttuurissa sitten syntyy innovaatioita? Innovatiivisissa yrityksissä arvot ovat yhteisesti jaetut ja kaikki ovat sitoutuneita niihin. Ne myös näkyvät konkreettisesti toiminnassa aina johdosta alaisiin asti, eivätkä ne ole pelkkää sanahelinää kehystettynä taukokuoneen taulussa. Arvoissa näkyy myös jo itse innovatiivisuus yhtenä arvona. Innovatiivisuus ruokkii usein itse itseään; innovatiivisena pidettyyn organisaatioon on helppo rekrytoida innovatiivisia työntekijöitä. Lisäksi innovatiivisessa organisaatiossa kaikki ovat sitoutuneita yhteiseen tavoitteeseen. Johdon tehtävä tämän täyttymisessä on luoda visioita ja innostaa, ei käskyttää. Näin yrityksen tai organisaation visiosta ja tavoitteista tulee henkilöiden tavoitteita. Innovaatioiden syntyminen vaatii myös luottamusta ja turvallisuutta. Jos työntekijät joutuvat jatkuvasti pelkäämään epäonnistumista ja peittelemään virheitään, tappaa se luovuuden tehokkaasti. Innovatiivisissa organisaatioissa virheet voidaan käsitellä oppimiskokemuksina. Tähän liittyy vahvasti myös erilaisuuden hyödyntäminen voimavarana. Olemme kaikki erilaisia ja tulemme erilaisista taustoista, innovatiivinen organisaatio osaa käyttää tämän seikan hyödykseen. Innovatiivinen organisaatio on myös usein "matala", eli epähierarkkinen. (Apilo ym. 2007; Miettinen ym. 2000 ; Rautkorpi ym. 2014, 32 – 33.)

4.3.2 Innovaatioiden johtaminen

Innovaatioiden johtaminen vaatii samanaikaisesti sekä kaaoksen sietämistä, että tiukkojen, tarkkojen prosessien johtamista. Innovaatioiden johtamisessa tulee siis tunnistaa, milloin tulee antaa löysää ja milloin kiristää. Kaaosta tarvitaan silloin, kun tavoitteena on löytää uusia näkökulmia. Haasteita innovaatioiden johtamiseen tuo se, että innovaatioiden voidaan katsoa vahingoittuvan systematisoinnista. Juuri siksi innovaatioiden johtamisessa tarvitaan erilaista johtamista eri vaiheissa. Alkupäässä tarvitaan ihmisten johtamista, kun taas loppupäässä tarvitaan asioiden johtamista. Innovaatiojohtajan tulee elää nykyhetkessä ja seurata ympäristöään. Hänellä tulee olla myös tietynlaista riskinottoa ja omaa näkemystä. (Apilo ym. 2007.)

Innovoinnin alkuvaiheessa johtamisessa korostuvat vapaus, luovuus ja kriittisyyden puute. Tärkeää on tässä vaiheessa luoda mahdollisuuksia ja foorumeita innovaatioiden syntymiselle. Osaamisvaiheessa, eli siinä vaiheessa, kun valmiita suunnitelmia konseptien toteuttamiseksi ei vielä ole, nousee johtamisen kulmakiviksi osajien yhteen tuominen, resurssien varaaminen sekä kannustaminen. Viimeisessä vaiheessa, eli toteutusvaiheessa, korostuu taas tehokkuus ja kontrolli. Tämä näkyy esimerkiksi aikataulujen ja resurssien kontrolloimisena. Tässä vaiheessa ei enää puuhastella tai ideoida, vaan konkreettisesti toteutetaan. (Apilo ym. 2007.) Myös asiakaskokemuksen johtaminen nousee jatkuvasti tärkeämmäksi osaamisen alaksi, johon tarvitaan paljon erilaista johtamista ja osaamista. Asiakkaatkaan eivät nykyisin enää suostu olemaan vain kuluttajan asemassa, vaan haluavat olla mukana kehittämässä heille tuotettavia palveluita. (Rautkorpi ym. 2014, 177.)

Innovaatiojohtaminen ei ole kenenkään yksittäisen henkilön tehtävä, vaan se koskettaa koko organisaatiota. Kun koko organisaatio on mukana innovaatioprosessissa, siitä hyödytään eniten. Kaikissa organisaatioissa ei ole luotuna erillistä innovaatioprosessia, mutta on tärkeää, että se löytyy jossain muodossa organisaation prosesseista ja strategioista. Ei olekaan tärkeää, että innovaatioita varten on luotu monimutkaisia rakenteita ja mittareita. Tärkeää on, että innovaatioiden synty ja kehittäminen on mahdollistettu. (Apilo ym. 2007 ; Rautkorpi ym. 2014, 32 – 33.)

4.4 Palvelumuotoilu ja yhteiskehittäminen sosiaalialalla

Haasteita palvelumuotoilulle sosiaali- ja terveysalalla asettaa palveluiden julkisuus: asiakkaalla ei usein ole mahdollisuutta valita palveluitaan vaan hän joutuu tyytymään siihen, mitä on saatavilla. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, etteikö julkisiakin palveluita kannattaisi kehittää palvelumuotoilun keinoin, päinvastoin. Kun asiakas saa hyvän kokemuksen siitä, että on päässyt kehittämään itseään koskevaa palvelua ja vielä saanut positiivisen palvelukokemuksen, hän luultavasti hakeutuu palveluun herkemmin seuraavalla kerralla ja näin voidaan ehkä päästä korjaavasta ennaltaehkäisevään työskentelyyn. Muutoksia tähän kenttään tuo tietenkin myös valinnanvapauskokeilu ja valinnanvapauden käytäntöön vieminen. Jos valinnanvapaus tulee olemaan käytössä tulevaisuudessa, tämä vaatii tietenkin palvelujen tuottajilta panostusta palvelumuotoiluun, sillä kilpailu asiakkaista tulee olemaan paljon kovempaa. Näillä näkymin valinnanvapaus on tulossa voimaan vaiheittain vuonna 2020, joten toimia ja reagointia sen suhteen vaaditaan kaikilta sosiaali- ja terveysalan toimijoilta. (Asiakkaan valinnanvapaus 2017.)

Stostad (2015) pohtii kirjassaan yhteiskehittämisen merkitystä hyvinvoinnin kehittämisessä. Hän toteaa, että yhteiskehittäminen on siksi toimiva sosiaali- ja terveysalan sekä hyvinvoinnin kehittämisessä, koska hyvinvointi on luotava, ja se on luotava yhdessä. Hänen mukaansa on ratkaisevaa palvelun lopputuloksen ja laadun kannalta, että asiakas osallistuu käyttämiensä palvelujen kehittämiseen. Hänen mukaansa yhteiskehittäminen tulisi ottaa toimintatavaksi hyvinvointipalveluiden kehittämisessä. Tämä yhteiskehittämisen toimintatapa sisältäisi viisi ulottuvuutta. Ensimmäisessä ulottuvuudessa annettaisiin lisää luottamusta ammattiryhmille. Tämä tarkoittaisi käytännössä sitä, että heille annettaisiin tilaa toimia ja heidän ammattitaitoonsa suhtauduttaisiin luottamuksella ja kunnioituksella. Samalla heiltä odotetaan toimia parannusten edistämiseksi. Toinen ulottuvuus on täysi avoimuus laadussa eli yksittäisten laitosten tulee olla avoimia esimerkiksi laatua ja innovaatioita koskeville keskusteluille. Heidän tulee tehdä myös yhteistyötä riippumattomien asiantuntijoiden ja viranomaisten kanssa. Kolmas ulottuvuus ottaa käyttäjät mukaan yhteispeliin. Tämä tarkoittaa sitä, että on luotava edellytyksiä, jotta käyttäjät ja heidän omaisensa voivat olla mukana

vaikuttamassa palveluiden sisältöihin ja osallistuvat laadusta käytävään vuoropuheluun. Neljännessä ulottuvuudessa hyvä palvelu nähdään hyvinvointituotannon laadun perustana. Viimeinen ulottuvuus korostaa aktiivista käyttäjäkulttuuria, ei liikevoittokulttuuria. Tällöin painotetaan muutoshalukkuutta ja käyttäjakeskeistä kulttuuria, jonka keskiössä ovat käyttäjien todelliset tarpeet, voimavarojen hyödyntäminen ja jatkuva kehittäminen.

Stostadin (2015) mielestä vuorovaikutuksella voidaan saada aikaan parempaa laatua. Monet heikkoudet tarjonnassa johtuvat siitä, että esimerkiksi sairaalat ja palvelukodit ovat saaneet liian kauan ”elää omassa rauhassaan”, eli ne ovat saaneet liian vähän palautetta palvelunkäyttäjiltä ja yhteiskunnalta. Miten siis voidaan vahvistaa innovaatioita ja kehittämistä näiden kaltaisissa laitoksissa ja instituutioissa? Toteuttamalla yhteiskehittämisaajatusta. Tähän liittyvät olennaisesti kokemusten ja tiedon jakaminen organisaatioiden välillä sekä yhdessä oppiminen.

Hoitotyöhön, kuntoutukseen ja muuhun sosiaali- ja terveysalan osaamiseen kuuluu olennaisena osana taito vaikuttaa asiakkaan elin- ja kulttuuriympäristöön niin, että se edistää asiakkaan toimintakykyä. Yhteistyötaidot ovat merkittävässä roolissa työntekijän ammatillisessa kehityksessä. On tärkeää, että työntekijä osaa rakentaa yhteistyösuhteita sekä asiakkaan, että muiden häntä hoitavien tahojen kanssa. Näin päästään tilanteeseen, jossa voidaan nivoa yhteen asiakkaan, yksittäisen työntekijän sekä muiden hänen kanssaan työskentelevien asiantuntijoiden tiedot ja taidot. Ja juuri tästä yhteiskehittämisessä onkin kyse. Kun asiakas on mukana häntä koskevassa päätöksenteossa, päästään pois alistamisen kulttuurista, jossa asiakkaalle perustellaan toimintatapoja organisaation tottumusten kautta. (Miettinen ym. 2000.)

Seuraavassa kuviossa esittelemme kertauksena ja selkeyttämiseksi opinnäytetyömme koko teoreettisen viitekehyksen. Lähtökohtana on mielenterveystyön kehittäminen senioripalveluissa. Mielenterveystyöhön senioripalveluissa liittyviä käsitteitä ovat mielenterveys, seniorit ja häiriöt ja riskitekijät. Kehittämiseen liittyvät palvelumuotoilu, yhteiskehittäminen ja innovointi ja innovaatiot.



KUVIO 2. Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys.

5 KEHITTÄMISPÄIVÄN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS

5.1 Yhteistyökumppanit

Yhteistyökumppaniksemme valikoitui Pirkanmaan Senioripalvelut Oy:n palvelukeskus Keinupuistokeskus. Yhteistyökumppani valikoitui sillä perusteella, että olimme kuulleet paikasta ja sen vastaanottavuudesta uusille ideoille paljon hyvää. Otimme Keinupuistokeskukseen yhteyttä ja sovimme opinnäytetyön toteuttamisesta. Olimme keinupuistolaisten kanssa yhtä mieltä siitä, miten päivä toteutettaisiin. Meidän tehtävänämmä oli kehittämispäivän suunnittelu ja toteutus ja yhteistyökumppanimme tehtäväksi jäi päivästä tiedottaminen sekä huolehtiminen siitä, että halukkaat osallistujat pääsevät paikalle.

Pirkanmaan Senioripalvelut Oy on yksityinen senioripalvelujen tuottaja. Pirkanmaan senioripalvelut tarjoaa muun muassa palveluasumista, palveluohjausta, päivätoimintaa sekä kotihoitoa. Päivätoiminnassa tarjotaan esimerkiksi liikuntatuokioita, rentoutusta ja yhteislaulutilaisuuksia. (Pirkanmaan Senioripalvelut Oy 2017).

Opinnäytetyömme toteutamme Pirkanmaan Senioripalveluiden Keinupuistokeskukseen. Keinupuistokeskus sijaitsee Hervannassa. Keskuksessa on 13 palveluasuntoa sekä 15 – paikkainen muistisairaiden ryhmäkoti. Jokaiselle asiakkaalle laaditaan henkilökohtainen palvelu- ja hoitosuunnitelma. Lisäksi keskuksessa toimii Lähitori, joka on avoin kaikille Tampereen kaupungin asukkaille. Keinupuistokeskuksessa tarjotaan muun muassa palveluasumista, tehostettua palveluasumista, tehostettua palveluasumista ryhmäkodissa, palvelutalon kotihoitoa ja yksityisen kotihoidon palveluita. (Pirkanmaan Senioripalvelut Oy 2017).

Varsinaisen yhteistyökumppanin lisäksi teimme yhteistyötä tietenkin kehittämispäivään pyydettyjen luennoitsijoiden kanssa. Pyysimme geriatrian professori Jaakko Valvannetta luennoimaan kehittämispäivässä, koska hän oli vierailevana luennoitsijana TAMK:lla seniorimoduulin kurssilla, ja hänen luentonsa oli erittäin asiantunteva ja hänen kuulijoita huomioiva luennointityylinsä sai asiat jäämään mieleen. Kävimme 25.11.16 tapaamassa Valvannetta tämän työpaikalla Tampereen yliopistollisella keskussairaalalla. Valvanne lupautui luennoimaan kehittämispäivässä aiheenaan vanhuusiän depressio.

Keskustelimme Valvanteen kanssa muutenkin kehittämispäivän toteuttamisesta ja saimme häneltä hyviä ideoita, kuten musiikin, liikkeen ja kosketuksen käytöstä luentojen elävöittämiseksi.

Valvanne suositteli toiseksi puhujaksi kollegaansa, psykologi ja psykoterapeutti Marja Saarenheimoa, joka toimii vanhempana tutkijana Vanhustyön Keskusliitossa ja on ollut mukana RAY:n Eloisa Ikä -hankkeessa, joka tähtää seniorien arjen parantamiseen ja voimavarojen lisäämiseen. Otimme yhteyttä Saarenheimoon ja myös hän suostui luennoimaan kehittämispäivässä. Saarenheimon valitsi aiheekseen mielenterveyden tukemisen arjessa.

Tämän lisäksi hankimme avustajia sosionomiopiskelijoiden keskuudesta. Ilman heitä päivä ei olisi ollut mahdollinen, joten olemme heille hyvin kiitollisia avusta. Avustajat hankittiin sekä suusta suuhun tiedottamalla, että tiedottamalla opettajan kautta mielenterveys- ja päihdetyön moduulille. Saimme näiden reittien kautta kaksi avustajaa, sosionomiopiskelijat Saila Tynin ja Anne Laahasen. Avustajat perehdytettiin päivän toteuttamiseen ja päivässä käytettäviin menetelmiin. Avustajat auttoivat meitä päivän käytännön järjestelyissä. Lisäksi molemmat avustajat ohjasivat yhden toiminnallisen menetelmän.

5.2 Kehittämispäivään ilmoittautuminen ja päivän ohjelma

Kehittämispäivää mainostettiin sekä Keinupuistokeskuksella asiakkaille ja työntekijöille, että ulkopuolisille Hervannan Sanomissa. Ilmoittautuminen tapahtui ilmoittautumislomakkeen kautta tai sähköpostitse. Suurin osa ilmoittautumisista tuli lomakkeen kautta. Kaikilta osallistujilta emme saaneet ilmoittautumista lainkaan, vaan he ilmestyivät paikalle itsenäisesti. Ulkopuolisia tai opiskelijoita oli osallistujista vain muutama, eniten osallistujia oli Keinupuistokeskuksen asukkaiden keskuudesta. Myös työntekijöitä päivään osallistujista oli vain muutama.

Tilana luennoille ja toiminnallisille menetelmille toimi Keinupuistokeskuksen juhla- ja ruokasali. Osallistujia päivässä oli yhteensä noin 50 vaihtelevin kokoonpanoin. Ajankohdaksi valikoitui 17.3. klo. 9.00 – 16.00. Kehittämispäivä koostui kahdesta osiosta, aamupäivän luennoista ja iltapäivän toiminnallisesta osiosta. Luennoitsijoina

meillä toimivat geriatrian professori Jaakko Valvanne sekä psykoterapeutti-tutkija Marja Saarenheimo. Toiminnallisessa osuudessa hyödynnettiin innovaatio- ja luovuustekniikoita pienryhmissä. Ohjelma löytyy kokonaisuudessaan liitteestä numero 4. Päivä päättyi yhteiseen rentoutushetkeen.

5.3 Luennot ja luennoitsijat

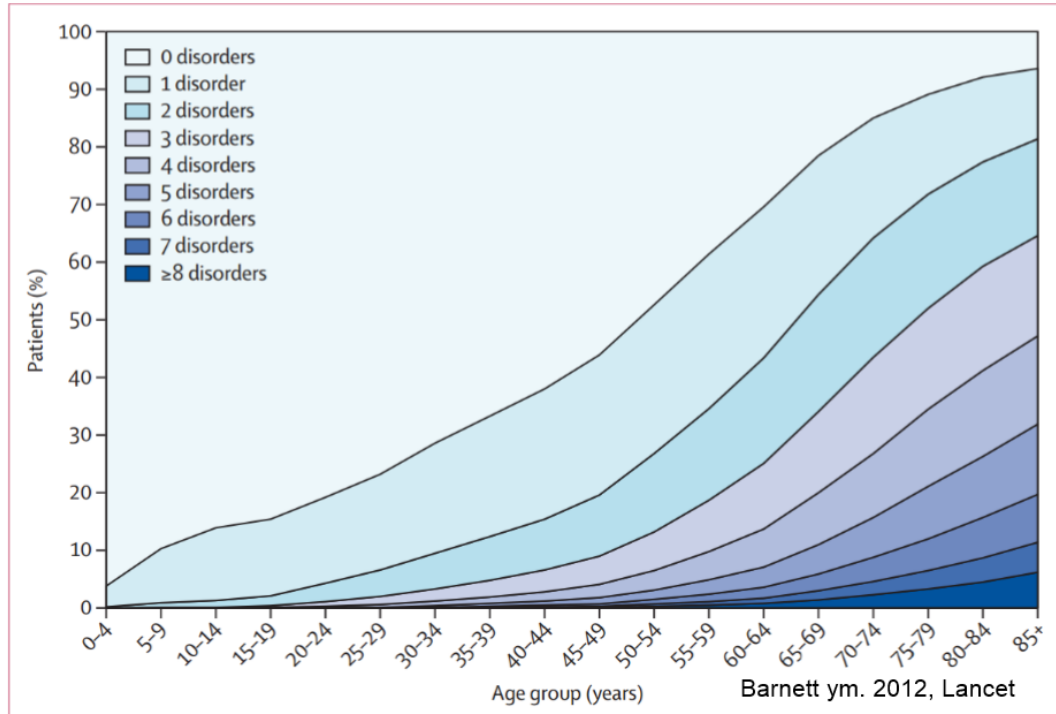
Kehittämispäivän ensimmäinen luennoitsija oli Tampereen Yliopiston geriatrian professori Jaakko Valvanne. Valvanne on tehnyt pitkän uran geriatrian parissa ja häntä pidetään eräänä Suomen johtavista geriatrian asiantuntijoista. Hän on myös ollut esillä mediassa ja julkisuudessa tuomassa julkisuuteen seniorityön epäkohtia ja ehdotuksiaan niiden korjaamiseksi, esimerkiksi Ylen tuottamassa Hoivakoti Kuntoon sarjassa. Aamupäivän toisena puhujana oli Vanhustyön keskusliitossa vanhempana tutkijana työskentelevä psykologi Marja Saarenheimo. Molemmille luennoille oli varattu aikaa tunti, jonka jälkeen yleisölle jäi viisitoista minuuttia aikaa esittää kysymyksiä. Kysymyksiä kyllä esitettiin ja keskustelua heräsi jo luentojen aikana.



KUVA 1. Saarenheimo luennoimassa Keinupuistokeskuksessa

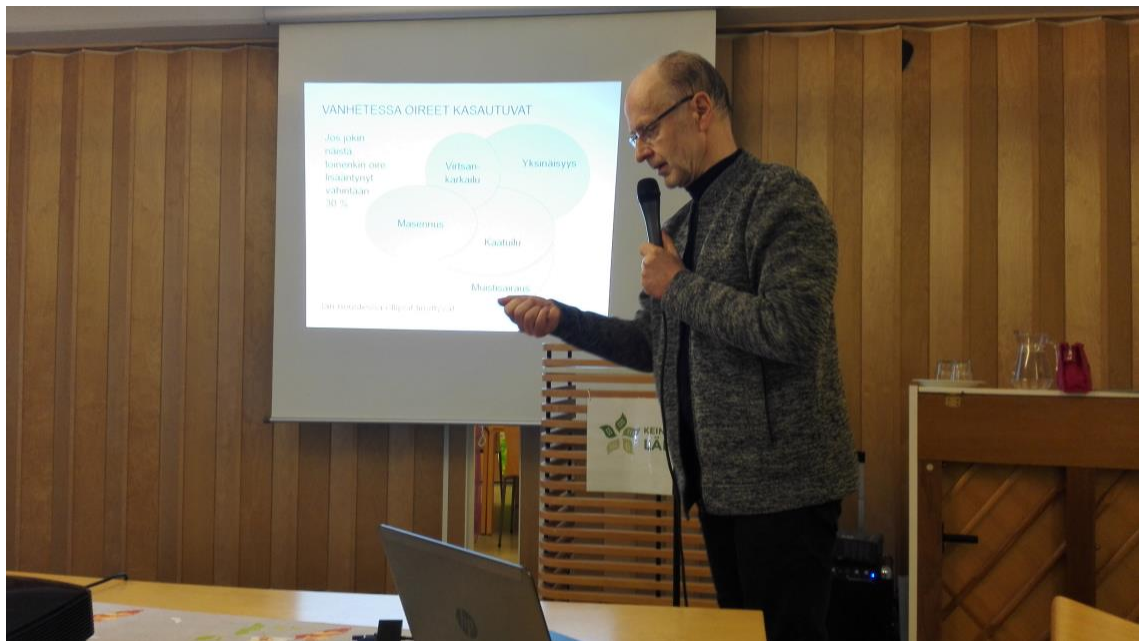
5.3.1 Geriatrian professori Jaakko Valvanteen luento

Valvanne aloitti luentonsa puhumalla seniorien masennuksen erityispiirteistä. Senioreilla krooniset sairaudet kasautuvat huomattavasti muuta väestöä enemmän, ja yksi sairaus myös lisää toisen kehittymisen todennäköisyyttä huomattavasti. Toimintakyvyn heikkeneminen iän myötä johtuu osittain tästä sairauksien kasautumisesta. Alla olevassa kuvaajassa on esitettyä kroonisten sairauksien lukumäärän kasvu ikävuosien kerääntyessä.



KUVIO 3. Sairauksien kasaantuminen suhteessa ikävuosiin (Barnett ym. 2012)

Valvanne puhui myös siitä, miten hoidettavissa olevia sairauksia ja jää usein diagnosoimatta. Vaikka hoitoja olisi olemassa, lääketieteen ammattilaisetkaan eivät aina tunnista kaikkia päällekkäisiä sairauksia, ja hoidetuksi tulee vain niin sanottu ”jäävuoren huippu”, jossa pinnan alle jää useita kokonaiskuntoa heikentäviä, hoitamattomia sairauksia. Senioreita hoidettaessa kokonaisuus tulee ottaa tavallisistakin enemmän huomioon, yksittäisiin oireisiin keskittymisen sijaan. Kokonaisvaltaiseen arviointiin kuuluu lääkityksen ohella terveydentila, ravinto ja ruokavalio, liikunta ja liikuntakyky, muistitoiminnot ja mieliala, sosiaalinen tilanne sekä olemassa olevat sairaudet.



KUVA 2. Valvanne luennoimassa Keinupuistokeskuksessa

Ikäihmisten masennus on monimutkainen ongelma, johon vaikuttavat lukuisat eri tekijät. Myös lievänä masennus heikentää ennustetta ja voi johtaa hoitamattomana vakaviin seurauksiin. Seniorit kuitenkin hyötyvät lääkkehoidosta siinä missä nuoremmatkin.

Masennuksen esiintyvyys



Anderson DN. Treating depression in old age: the reasons to be positive. Age Ageing 2001 Jan;30(1):13-17.

Piechniczek-Buczek J. Psychiatric emergencies in the elderly population. Emerg Med Clin North Am 2006 May;24(2):467-90.

KUVIO 4. Masennuksen esiintyvyys eri tilanteissa (Anderson 2001; Piechniczek-Buczek 2006.)

Sen lisäksi, että iäkkäiden masennus jää usein tunnistamatta, vain noin kymmenelle prosentille tunnistetuista iäkkäistä masennuspotilaista määrätään depressiolääkitys. Jopa 60%:lla senioreista depressio on alihoidettu tai jää kokonaan hoitamatta. (Anderson 2001.)

Depression oireisiin senioreilla kuuluvat tunneoireet, kognitiiviset oireet, somaattiset oireet ja itsetuhoinen käytös. Masennuksen oirekuva iäkkäillä poikkeaa hieman nuoremmista. Senioreilla on taipumus kokea oireet nuoria enemmän fyysisinä oireina. Iäkkäät myös tuovat nuoria harvemmin esille tunne-elämän ongelmia, ja sairauden psyykkiset syyt saattavat jäädä fyysisten vaivojen rinnalla taka-alalle.

Masennukseen on kaikesta huolimatta tarjolla tehokkaita hoitoja, ja myös monisairaat seniorit voivat toipua masennuksesta. Masennuksen uusiutumisen riski on kuitenkin suuri, joten ylläpitohoitoa tulisi jatkaa ainakin kaksi vuotta.

5.3.2 Psykologi Marja Saarenheimon luento

Saarenheimon luennon aiheena oli mielenterveyden ylläpitäminen arjessa. Lähtökohtana oli, että mielen hyvinvoinnin ylläpito on yhtä tärkeää kuin fyysisen kunnon ja terveydentilan ylläpito. Aivan kuten fyysisenkin kunnon ylläpito, mielenterveyden vaaliminen edellyttää aktiivista toimintaa ja säännöllistä harjoittamista. Koko elämän aikana kerätyt kokemukset ja tapahtumat vaikuttavat mielenterveyteen, ja sen tukeminen on eri lähtökohdista tulleille ihmisille erilaista. Lapsuuden ja nuoruuden kokemukset, tapahtumat ja eletyt olosuhteet ovat kaikilla erilaiset. Ihminen ei voi itse vaikuttaa olosuhteisiin, joihin sattuu syntymään, ja elämä asettaa meille monenlaisia rajoitteita. Seniorit ovat eläneet läpi vaikeita aikoja ja heidän elämäänsä saattaa kuulua traumaattisia tapahtumia. Mielenterveyttä ja mielen hyvinvointia ja tasapainoa voidaan silti ylläpitää ja edistää monin eri tavoin, erilaisista tilanteista huolimatta.



KUVA 3. Saarenheimo luennoimassa Keinupuistokeskuksessa

Psyykkisen hyvinvoinnin kulmakiviksi Saarenheimo kutsui aivoterveyttä, mielen taitoja, elämän merkityksellisyyden kokemusta, sosiaalisuutta sekä kehon hyvinvoinnista huolehtimista. Mielen taitoihin kuuluu kyky tyyntytellä itseään tarvittaessa, kyky sietää ajoittaista epämukavuutta, valmius hyväksyä jo tapahtuneet asiat, valmius päästää irti turhasta murehtimisesta, kyky tietoiseen läsnäoloon sekä myötätunto itseä ja muita ihmisiä kohtaan. Sosiaalisuuteen kuuluu kanssakäyminen muiden ihmisten kanssa, ihmissuhteet sekä kokemus keskinäisestä huolenpidosta.

Aivojen muokkautuvuus säilyy jossain määrin läpi elämän, ja se on tärkeä vaikuttaja mielialan säätelyssä ja mielenterveyden ylläpitämisessä. Aivojen muokkaavuutta ylläpitävät ja lisäävät esimerkiksi liikunta ja fyysinen harjoittelu, kohdenneet aivotreenit, keskittyminen, uusien taitojen opettelu, sosiaalinen vuorovaikutus sekä kaikki muu omiin voimavaroihin ja kiinnostuksenkohteisiin sopiva mielekäs toiminta.

Saarenheimon mukaan tunteet ovat evolutiivisesti vanhempia kuin järki. Hädässä ja stressitilanteissa tunnejärjestelmä voi ”ottaa vallan” rationaaliselta ajattelulta. Tunnejärjestelmä toimii nopeasti, ja asioihin ehtii reagoida tunteella jo ennen kuin järki ehtii arvioida tilannetta. Tunnereaktioitaan voi kuitenkin oppia säätelemään ja hallitsemaan. Tunteiden kohtaaminen ja käsittely on kuitenkin tärkeää, tunteiden torjuminen tai piilossa pitäminen ei myöskään ole hyväksi.

Masennus ja ahdistus sinällään ovat normaaleja ja mielekkäitä reaktioita elämän kriisitilanteisiin. Pitkään jatkuessaan niillä on kuitenkin tuhoisa vaikutus hyvinvointiin ja aloitekykyyn, jota toipuminen vaatisi. Mielenterveyden ongelmiin liittyy usein ajatus, että ne ovat pysyviä ja tulleet jäädäkseen. Niistä saattaa Saarenheimon mukaan tulla kuin ”ystäviä”, joita ihminen alkaa varjella ja helliä. Pahimmassa tapauksessa niistä voi tulla osa ihmisen identiteettiä, sekä omasta että muiden näkökulmasta.

Rutiinit ja aikataulut tuovat arkeen turvallisuutta. Niiden avulla voi ylläpitää jatkuvuutta ja varata itselleen riittävän määrän mielekästä tekemistä. Mielihyvää tuottava ympäristö on hyvä vastalääke psyykkiselle stressille. Viikkokalenteri tai aktiviteettipäiväkirja luo järjestystä ja pitää kiinni elämässä. Kalenteriin kannattaa merkitä säännölliset ja suunnitellut tekemiset ja tapahtumat. Unen ja nukkumisen laatu muuttuu ikääntyessä. Hyvän unen saamiseen on monia lääkkeettömiä keinoja, kuten päiväunien rajoittaminen, vuoteeseen meno vasta kun väsyttää, nukkumiselle hyvät olosuhteet, rauhoittuminen ennen nukkumaanmenoa sekä vuoteeseen menoa edeltävät rituaalit ja rutiinit.

Lopuksi Saarenheimo puhui elämän merkityksellisyyden kokemuksesta. Jossain mielessä merkityksellisyyden kokemus on ihmismielen hyvinvoinnin pohjavirta. Ilman merkitystä ponnistelu hyvin ja muiden hyvinvoinnin eteen voi tuntua ylivoimaiselta. Merkityksen kokemus puolestaan voi saada sietämättömän asian tuntumaan siedettävältä.

5.4 Kehittämispäivässä käytetyt luovuus- ja innovaatiomenetelmät

Iltapäivä oli varattu toiminnallisille menetelmille, joiden avulla asiakkaat ja työntekijät yhdessä ideoivat arjen toimintatapoja ja luennoilla opittujen asioiden soveltamista käytäntöön. Toiminnallisten menetelmien tulokset antoivat myös vastauksia meidän tutkimuskysymyksiimme. Toiminnallisina menetelminä hyödynsimme itse hyväksi

havaitsemiamme ja toimivia innovaatio- ja luovuustekniikoita. Tarkoituksena oli synnyttää työntekijöiden ja asiakkaiden yhteistyön kautta uusia tapoja, joilla mielenterveyttä voitaisiin yksikössä tukea ja ylläpitää.

5.4.1 Paperi kiertää –aivoriihi

Aivoriihessä osallistujille esitettiin kaksi kysymystä, yksi kerrallaan. Kysymykset olivat: miten voimme yhdessä kehittää mielenterveyden tukemista arjessa ja mitä juuri minä voin tehdä oman mielenterveyteni eteen? Käytimme menetelmää hieman sovelletusti. Otimme huomioon myös joidenkin osallistujien terveydentilan, joka olisi saattanut vaikuttaa menetelmän toteuttamiseen. Tällaisia vaikuttavia tekijöitä olivat muun muassa muistisairaudet. Lisäsimme aikaa kirjoittamiseen esimerkiksi verrattuna Koivulan ym. (2017) toteutukseen. Ensimmäisenä osallistujille jaettiin kaikille omat paperit, jonka jälkeen esitettiin ensimmäinen kysymys. Kysymyksen esittämisen jälkeen laitettiin sekuntikello käyntiin. Osallistujilla oli aikaa vastata kysymykseen omalle paperilleen 3 minuuttia. Kun aika oli kulunut loppuun, ohjaaja huusi vaihdon ja paperit siirtyivät vasemmalle seuraavalle henkilölle. Jälleen oli aikaa kolme minuuttia jatkaa edellisen henkilön ideointiin paperille. Tätä jatkettiin, kunnes oma, alkuperäinen paperi palautui omistajalleen. Tämän jälkeen sama prosessi toistettiin toisella kysymyksellä. Kun kaksi kierrosta oli ohi, tuotokset purettiin pienemmissä ryhmissä. Osallistajat valitsivat keskustellen 3 parasta syntynyttä ideaa. Ryhmät myös valmistautuivat esittelemään tuotoksensa ja ideansa muille. (ks. esim. Koivula & Kemppainen & Kumpulainen 2017). Menetelmän kehittämispäivässä ohjasi Joonas Keskinen, toinen opinnäytetyön tekijöistä.



KUVA 4. Osallistujia paperi kiertää –menetelmän parissa

Menetelmän parissa työskentely lähti vauhdikkaasti käyntiin ja tekstiä alkoi papereille syntyä osallistujilta nopealla tempolla. Ensimmäiseen kysymykseen ”miten voimme yhdessä kehittää mielenterveyden tukemista arjessa?” syntyi paljon vastauksia ja hienoja, heti käytäntöön vietäviä ideoita. Yksi kantava teema vastauksissa oli kuunteleminen ja kuuleminen.

”Olemme kaikki tasavertaisia, ymmärrys asettua toisen asemaan kuuntelemalla. Pitkämielisyys ja aika toisen tilanteessa. Ei neuvota ja tuomita ja arvostella.”

Kuunteleminen ja kuuleminen koettiin olemisena ”ihmisenä ihmiselle”, eli toimitaan toisia kohtaan sillä tavoin kuin toivoisi itseään kohtaan toimittavan, kun tarvitsee kuuntelijaa. Kuuntelemiseen ajateltiin liittyvän myös kannustaminen, muttei tyrkyttäminen, ja toisaalta palautteen antaminen rakentavasti. Osallistujien mielestä tämän toteutuminen vaatii esimerkiksi aitoa läsnäoloa. Kuulemisen yhteydessä nousi esiin elämäntarinallisuuden tärkeys.

”Annetaan toisen puhua elämästään ja kokemuksistaan rauhassa. Puhuessa asiat selviävät itsellekin. Vaikeat kokemukset helpottuvat.”

Myös tasa-arvoisuus nousi esiin useammassa paperissa. Osallistujien mukaan tämä näkyisi esimerkiksi sillä tavoin, että työntekijät ja asiakkaat kohtaisivat toisensa vertaisina – tasa-arvoisesti ja kunnioittaen. Tähän kuuluisi myös erilaisuuden hyväksyminen sekä sairauksien ymmärtäminen.

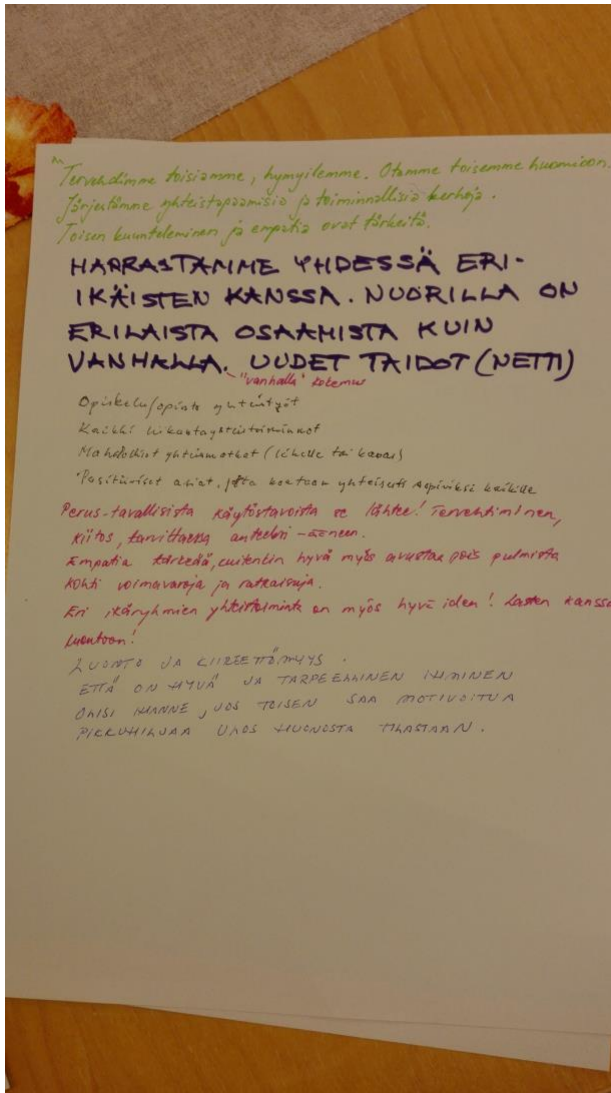
Näiden näkökulmien lisäksi kiireettömyys ja riittävä aika henkilökohtaisissa kontakteissa koettiin tärkeäksi. Tätä voitaisiin tukea tilanteen mukaan vaikkapa kosketuksella.

”Luonto ja kiireettömyys. Että on hyvä ja tarpeellinen ihminen. Olisi ihanne, jos toisen saa motivoitua pikkuhiljaa ulos huonosta tilastaan.”

Yksi heti konkreettisesti käytäntöön vietävissä oleva pointti vastauksista oli harrastukset ja niiden mahdollistaminen. Etenkin luonnossa olemista ja siellä yhdessä tekemistä toivottiin paljon. Ulkoilu muutoinkin koettiin tärkeäksi tekijäksi mielenterveyden ylläpitämisessä. Liikunta ja yhteismatkat lähelle ja kauas saivat myös kannatusta. Osallistujilta löytyi myös itseltään halua järjestää ja ohjata harrastusryhmiä.

”Perustan pienryhmiä eri harrastuksista kukat, tietokone, akvarellimaalaus ym.”

Musiikki eri muodoissa koettiin hyväksi harrastukseksi. Harrastuksista toivottiin, että saisi onnistumisen kokemuksia. Osallistajat ajattelivat, että olisi tärkeää harrastaa eri ikäisten kanssa, sillä nuorilla voi olla erilaista osaamista kuin vanhemmilla. Vanhemmilla taas on elämänkokemusta, jota nuorilla ei vielä ole. Tätä voitaisiin toteuttaa esimerkiksi opiskelu/opinto yhteistyön kautta ja ehdotettiin myös lasten kanssa luontoon menemistä.



KUVA 5. Paperi kiertää –menetelmän tuloksia

Harrastusten kautta myös yhteisöllisyys ja sen lisääminen koettiin hyväksi asiaksi, joka on monille tärkeää elämässä. Yhteisöllisyyttä voitaisiin tukea esimerkiksi tervehtimällä ja ottamalla toiset huomioon sekä järjestämällä yhteistapaamisia. Tärkeäksi koettiin yksilön vastuu yhteisöllisyyden edistämisessä: ”ottaa asioista selvää ja osallistua ja tiedostaa”.

Toiseen kysymykseen ”mitä juuri minä voisin tehdä oman mielenterveyteni eteen?” saatiin aikaiseksi myös paljon pohdintaa ja ideoita. Monet kokivat harrastus- ja vaikuttamisryhmät tärkeiksi ja osa jo osallistuiinkin tällaisiin aktiivisesti. Yksi käy tanssimassa, yhtä kiinnostivat maanpuolustukseen liittyvät asiat ja toinen taas piti lukemisesta.

Monet harrastivat liikuntaa ja ulkoilivat säännöllisesti. Osallistujat olivat sitä mieltä, että liikunnan kautta voi purkaa paineita ja joskus jopa ongelmat saattavat ratketa liikkumisen lomassa.

Miltei kaikki osallistujat kokivat aivotyöskentelyn tärkeäksi osaksi mielenterveytensä ylläpitämistä. Aivotyöskentelyä toteutettiin muun muassa tekemällä sanaristikoida, lukemalla, pelaamalla pelejä ja seuraamalla ajankohtaisia uutisia. Osallistujat muistuttivat kuitenkin, että välillä on tärkeää ottaa myös rennosti.

”Joskus voi ottaa rennosti ja olla vaan ja tyhjentää kaikki turha (aivo)toiminta.”

Tärkeä osa elämää ja mielenterveyttä koettiin olevan perhe ja ystävät. Lapset ja lapsenlapset ja heidän kanssaan oleminen tuotti mielihyvää monelle. Ystävät olivat myös tärkeitä. Ystävät osaavat kuunnella ja ovat läsnä.

Vapaaehtoistoimintaa pidettiin hyvänä tapana ylläpitää mielenterveyttä. Kun voi auttaa muita, siitä saa usein myös itselle mielihyvää.

Myös positiivinen suhtautuminen itseen ja ympäristöön nousi monilla esille. Kaikkea ei kannata ottaa niin vakavasti. Huumori ja itselleen nauraminen koettiin tärkeäksi. Itselleen tulisi osallistujien mielestä olla armollinen, sillä kukaan ei ole täydellinen eikä kaikkia voi miellyttää.

”Olla reilusti oma itsensä vikoineen kaikkineen ja hyväksyä itsensä.”

”Yritän nähdä ympärilläni enemmän mahdollisuuksia kuin uhkia.”

Osallistujien mielestä tulee osata kuunnella itseään. Tunteita täytyy elää ja käsitellä ja niistä pitäisi puhua ääneen. Uusia kokemuksia ja uuden oppimista pidettiin tärkeänä. Tärkeimmiksi pointeiksi työskentelystä osallistujat nostivat ”tuntosarvet” eli toisen kokonaisvaltaisen huomioimisen sekä kosketuksen ja kiireettömyyden merkityksen.

5.4.2 Kuvatehtävä

Kuvatehtävässä pöydälle oli levitettynä suuri määrä erilaisia kuvia, kuten lehtileikkeitä ja kortteja. Heille esitettiin tämän jälkeen kysymys, ”millaisilla keinoilla mielenterveyttä voitaisiin tukea Keinupuistokeskuksen arjessa?”. Osallistujat valitsivat kuvia, jotka heidän mielestään kuvasivat esitettyä kysymystä. Kuvaa sai tarkentaa kirjoittamalla kuvan viereen post-it -lapulle. Valmiit kuvat ja ajatukset siirrettiin toiselle tyhjälle pöydälle. Kun kaikki olivat valmiita, osallistujat jaettiin pienempiin ryhmiin. Ryhmissä he ryhmittelivät kuvat teemojen mukaan ryhmiin ja miettivät, miten ideoinnin aikana tulleet ideat voitaisiin ottaa käytäntöön. Myös tämä ryhmä valmistautui esittelemään tuotoksensa muille. (ks. Koivula ym. 2017). Menetelmän ohjasi sosionomiopiskelija Anne Laahanen.

Myös kuvatehtävässä ajatuksia ja ideoita syntyi paljon. Esiin nousi esimerkiksi hengellisyyden merkitys. Osallistujat toivoivat muun muassa hengellisiä tilaisuuksia sekä hengellisiä lauluja.



KUVA 6. Kuvatehtävän aloitustilanne

Tässäkin ryhmässä koettiin ystävät tärkeiksi elämässä. Kaverille kannattaa pirauttaa, jos on mieli maassa. Kaverien lisäksi yhteisöä pidettiin tärkeänä. Yhteisöltä toivottiin avoimuutta yhteistyötä. Osallistujat antoivat myös konkreettisia esimerkkejä.

”Yhteiset kahvihetket klo 16-17 aikaan.”

Liikunta ja ulkoilu nousi monessa lapussa esiin. Toivottiin esimerkiksi yhteisiä lenkkejä, retkiä ja muutoinkin reipasta elämää. Myös kaupunkituntemuksen lisääminen sai kannatusta. Ulkona oleilua, myös ilman erityistä liikkumista, pidettiin tärkeänä.

”Omenankukkien aikaan olisi hauska katsella kevättä.”

”Lähde kanssani ulos.”

Ystävällisyys ja positiivisuus merkittäviksi asioiksi mielenterveyden kannalta ja ne tulivat esiin useammassa lapussa. Osallistujat kehottivat esimerkiksi hymyilemään ja olemaan ystävällinen muille. Tämän lisäksi lähimmäisen rakkautta ja hyväksyvää yhdessäoloa kannatettiin. Positiivisuus näkyi muun muassa siinä, että osallistujat kehottivat vastaamaan enemmän kyllä ja tekemään tulevaisuuden suunnitelmia iästä huolimatta.

”Vielä 85-vuotiaana tulevaisuus mielessä.”

Omien tunteiden purkaminen ja käsittely sekä niistä puhuminen olivat esillä useammassa lapussa. Tällaisia keskusteluja ja asioiden purkua voitaisiin toteuttaa niin yhdessä kuin vaikkapa psykiatrin kanssa.

”Saispa purkaa tunteensa.”

Harrastukset ja yhdessä tekeminen tulivat esiin tässäkin ryhmässä yhtenä tärkeänä tekijänä mielenterveyden tukemisessa. Osallistujat ehdottivat muun muassa englannin alkeita, käsitöitä, musiikkia ja liikuntaa. He toivoivat myös pientä arjen luksusta, kuten hemmotteluhoitoja ja kodin sisustamista. Tärkeimmiksi pointeiksi kuvatehtävään osallistuneet nostivat ystävällisyyden, musiikin ja liikunnan.



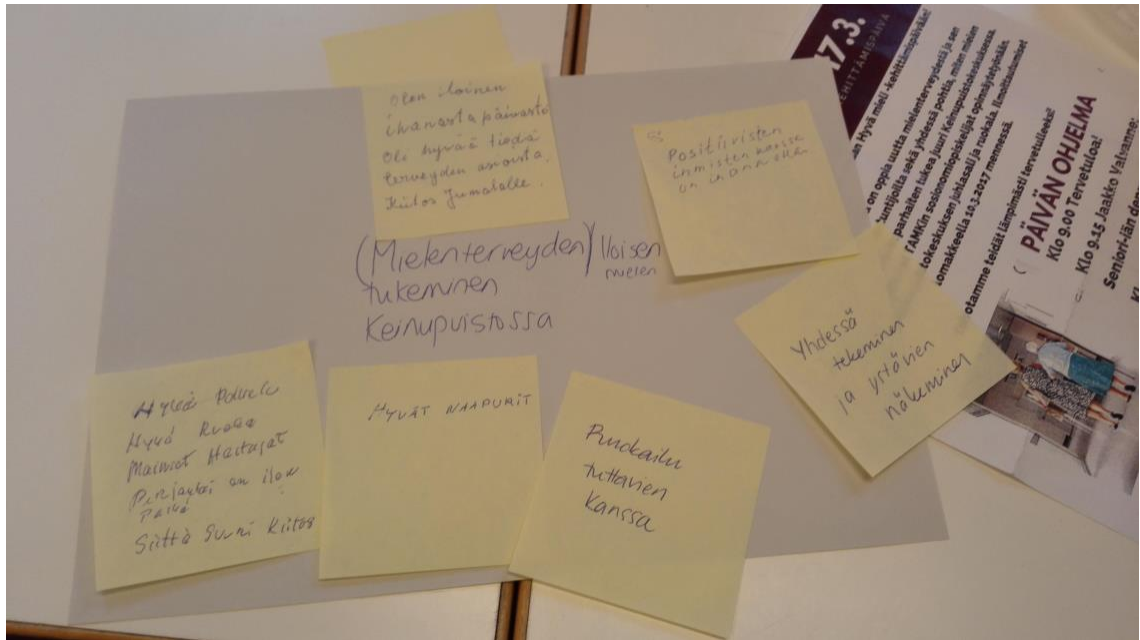
KUVA 7. Kuvatehtävä meneillään

5.4.3 Lootuksen kukka

Menetelmässä valittiin yksi haaste tai ideoinnin kohde. Valittu haaste, eli mielenterveyden kehittäminen Keinupuistokeskuksessa, asetettiin paperin keskelle, ikään kuin kukan emiksi. Emin ympärille aseteltiin kahdeksan paperia muodostaen kukan terälehdet. Terälehtiin kirjattiin haasteeseen tai ideoinnin kohteeseen liittyviä erilaisia ulottuvuuksia. Tämän jälkeen löydetty ulottuvuudet siirtyvät kukkien emeiksi ja niiden ympärille tehtiin uudet terälehdet. Sama toistettiin niin monta kertaa kuin koettiin tarpeelliseksi. Löydetty ratkaisut kirjattiin ylös ja tuotokset esiteltiin muille ryhmille. (Michalko 2017). Menetelmän ohjasi sosionomiopiskelija Saila Tyni.

Osallistujille esitettiin tarkasteltavaksi ”mielenterveyden tukeminen Keinupuistokeskuksessa”. Ensimmäiseksi kuitenkin osallistujat halusivat muuttaa kysymyksen asettelua. He halusivat vaihtaa sanan ”mielenterveys” sanoiksi ”iloinen mieli”.

Tässä ryhmässä palattiin perustarpeiden äärelle mielenterveyden tukemisessa. Tärkeäksi koettiin esimerkiksi hyvä, terveellinen ruoka, joka nautitaan yhdessä. Myös turvallisuuden tunnetta pidettiin ryhmässä olennaisena.



KUVA 8. Lootuksen kukka –menetelmän tuloksia

Myös tässä ryhmässä yhdessä tekeminen ja ystävien tapaaminen koettiin tärkeäksi. Osallistujat nostivat esiin myös sen näkökulman, että hyvät naapurit ovat tärkeitä. Ystävien kanssa voi keskustella ja jakaa suruja ja murheita. Osallistujat halusivat nostaa esiin myös vertaistuen merkityksen.

”Ystävyys on hyvä asia. Käsitöitä on mukava tehdä yhdessäkin.”

Yhdessä voidaan osallistujien mielestä myös harrastaa. Erilaisia harrastusvaihtoehtoja keksittiinkin ryhmässä runsaasti. Osallistujat ehdottivat muun muassa yhteislaulua, kädentaitoja, joogaa, tuolijumppaa sekä tietokoneenkäytön opastusta. Lisäksi koettiin tärkeäksi, että harrastusryhmissä olisi eri ikäisiä ihmisiä.

Yhdeksi erilliseksi teemaksi nousi luonto ja luonnossa liikkuminen. Luonnossa voi tarkkailla luontoa yhdessä, kuunnella ääniä ja keskustella. Tärkeimmiksi asioiksi ryhmässä nostettiin ystävällinen keskustelu ja se, että kaikkia kohdellaan hyvin.

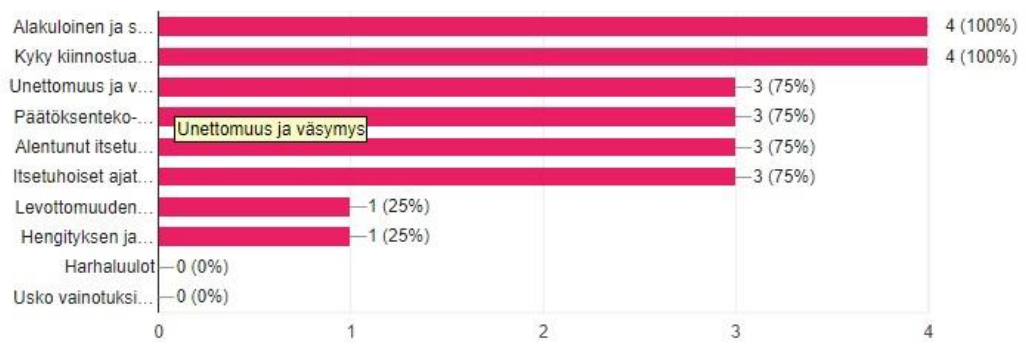
6 KARTOITUSKYSELY JA KEHITTÄMISPÄIVÄN PALAUTE

6.1 Mielenterveyden häiriöiden tunnistaminen ja mielenterveyden ylläpitäminen Keinupuistokeskuksessa

Kysely, joka löytyy kokonaisuudessaan liitteestä numero 4 keräsi vähän (4) vastauksia, eikä siksi ole kovin kattava. Ensimmäinen osio oli monivalinta, jossa vastaajaa pyydettiin valitsemaan lueteltujen oireiden joukosta kaikki masennuksen oireet.

Mitkä näistä ovat masennuksen oireita? (Terveyskirjasto Duodecim, 2016)

4 responses



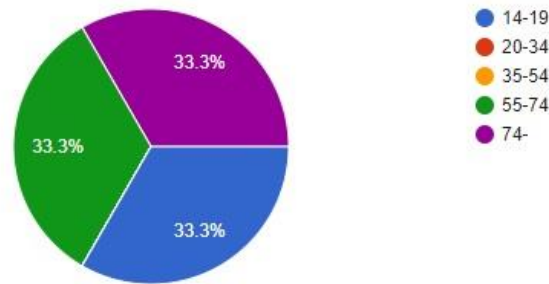
KUVIO 5. Kysymys masennuksen oireista (Duodecim 2016)

Kaikki vastaajat tunnistivat masennuksen oireiksi vain alakuloisuuden ja surumielisen mielialan, sekä mielenkiinnon ja mielihyvän katoamisen. Kolme neljäsosaa tunnsti oikein myös unettomuuden ja väsymyksen; päätöksentekokyvyn alentumisen; alentuneen itsetunnon ja minäkuvan vääristymisen sekä itsetuhoiset ajatukset.

Seuraavassa kohdassa kysyimme, missä iässä suomalaiset keskimäärin kärsivät masennuksesta eniten. Tähän kohtaan tuli vain kolme vastausta, ja vain yksi tiesi oikein, että psyykkistä rasitusta kokevat Suomessa eniten yli 75-vuotiaat.

Missä iässä suomalaiset kärsivät keskimäärin eniten mielenterveyshäiriöistä?

3 responses



KUVIO 6. Vastausten jakautuminen yllä olevaan kysymykseen

Seuraavassa kohdassa kysyimme, miksi seniorien masennus jää usein diagnosoimatta. Kysymys oli avoin, oma vastauksensa piti kirjoittaa tekstikenttään.

Ikäihmisten masennus jää usein diagnosoimatta ja hoitamatta. Mistä koet, että tämä johtuu? (Haikara, E-H. & Kanerva, M., 2014)

4 responses

Asiakas ei hakeudu asianmukaiseen hoitoon tai kerro asioistaan/oireistaan riittävästi.

Somaattinen oireilu, yhdistää masennukseen, jota ei osata ajatellaan myös kuuluvan vanhuuteen, ei välttämättä verkostoa, joka toisi asian julki tai veisi sitä eteenpäin

Ikäihmiset eivät halua puhua asiasta. Kokevat sen häpeäksi.

Aiheesta voi olla perheessä vaikea puhua.

Masennus ja "vetäytyminen" voidaan ajatella että se on normaalia vanhenemismuutosta.

KUVIO 7. Vastauksia esitietokyselyyn

Vastaukset eivät ole kovin kattavia, mutta niissä esitetään oikeita asioita. Kolme neljästä sanoo, että seniorit eivät välttämättä puhu asioistaan tai itse tunnista oireitaan ja hakeudu hoitoon, mikä pitää paikkansa. Myös tukiverkoston puute nousee esiin, samoin kuin se, miten oireiden voidaan ajatella vain ”kuuluvan vanhuuteen”.

Seuraavaksi kysyimme, miten mielenterveyttä voitaisiin tukea asiakkaan arjessa. Tällä kertaa esiin ei nouse yhtä enemmistön esiintuomaa tekijää, mutta kaikki mainitut vastaukset ovat oikeita, mielenterveyttä ylläpitäviä tekijöitä.

Millaisilla keinoilla sinun mielestäsi mielenterveyttä voitaisiin tukea asiakkaan arjessa?

4 responses

Läsnäolo, aito kiinnostus hänen asioistaan, sosiaalinen tuki, osallistuminen lähitoritoimintoihin, vertaistuki

Arjen kohtaamisella, hyvän ilmapiirin luomisella, toivon ylläpitämisellä, vahvistamalla asiakkaan uskoa itseensä, tarvittaessa turvallisilla rajoilla

Mielekästä puuhaa päivittäin. Kohtelemalla Arvokkaasti

Varhainen auttaminen ja oireiden tunnistaminen.

KUVIO 8. Vastauksia esitietokyselyyn

Viimeisessä kohdassa kysyimme, mitä vastaajat haluavat oppia mielenterveydestä ja sen ylläpitämisestä. Esiin nousivat arjen työvälineet, avoin keskustelu, ensioireiden huomaaminen sekä kaikkien, ei vain mielenterveyshäiriöistä kärsivien, mielenterveyttä. Vastaukset eivät ole kattavia, mutta oikeita.

Mitä haluaisit oppia mielenterveydestä ja sen ylläpitämisestä?

4 responses

Keinoja/työvälineitä arjen tasolle. Miten ottaa puheeksi jne.

Yksikkökohtaista avointa keskustelua, miten me voisimme tukea kaikkien asukkaidemme (ei vain psyyketaustaisten) mielenterveyttä

Miten huomata ensioireet

Keinoja auttaa asiakasta ja hänen läheistä

KUVIO 9. Vastauksia esitietokyselyyn

6.2 Kehittämispäivän palaute

Kehittämispäivän loppuun keräsimme osallistujilta palautetta päivän onnistumisesta. Täyttämätön palautelomake löytyy liitteistä, ks. liite nro. 3. Palautetta kerättiin kaikilta osallistujilta, sekä Keinupuiston asiakkailta, että työntekijöiltä, ja palautteen jättäminen oli vapaaehtoista. Lomakkeita palautettiin yhteensä kahdeksantoista (18) kappaletta.

Palautelomakkeessa kysyimme ensin henkilön asemaa: asiakas, työntekijä, opiskelija tai muu. Pyysimme myös tarkentamaan, osallistuiko vastaaja vain luennoille vai myös iltapäivän toiminnallisiin menetelmiin. Seuraavassa kohdassa pyysimme heitä arvioimaan päivän eri osia asteikolla yhdestä viiteen, jossa 1 tarkoittaa erittäin heikkoa ja 5 erittäin hyvää. Aamupäivän luennoista pyysimme erikseen arvion Saarenheimon ja Valvanteen luennoista, sekä yleisarvosanan. Iltapäivän toiminnallisista menetelmistä pyysimme vastaajia arvioimaan erikseen toteutuksen ja ohjauksen, sekä antamaan yleisarvosanan. Lopuksi vastaaja sai halutessaan kirjoittaa avoimen palautteen. Mikä oli mielestäsi hyvää ja onnistunuta, mitä olisimme voineet tehdä toisin.

Palaute oli pääosin hyvin positiivista. Luentojen yleisarvosanan keskiarvoksi tuli ~4.5. Yhtä ykköstä lukuun ottamatta kaikki arvioivat luennot välillä 4 ja 5, hyvä ja erittäin hyvä. Saarenheimon luennon arvion keskiarvo oli vielä korkeampi, ~4.6. Valvanne vei pistevoiton keskiarvolla ~4.8.

Toiminnallisten menetelmien palaute oli myös hyvää, joskaan ei aivan yhtä loistavaa kuin aamupäivän luennoitsijoilla. Mutta meidän ei kannata syyttää itseämme siitä, ettemme vielä pärjänneet yhtä hyvin kuin vuosikymmenten kokemuksella puhuvat asiantuntijat! Toiminnallisten menetelmien yleisarvosanan keskiarvoksi tuli 4.25, ja arviot vaihtelivat välillä 2 – 5, heikko – erittäin hyvä. Heikoksi menetelmät arvioi yksi vastaaja. Toteutuksen keskiarvo oli myös 4.25, ja heikoin arvosana oli 3, jonka antoi yksi vastaaja. Ohjauksen keskiarvo puolestaan oli 4.4, mihin voimme myös olla hyvin tyytyväisiä.

Alla ovat koottuna avoimeen palautteeseen kirjoitetut asiat:

”Tosi hyvää tietoa ihmiselämästä. Kiitos.”

”Haastetta toi päivän pituus sekä vaihtuvat asiakkaat. Myös aikataulullisesti lounasaika toi hankaluutta ja levottomuutta (tämä ei ole opiskelijoiden vastuulla).”

”Mukava ja rento ilmapiiri, mukavia keskusteluja.”

”Hyviä luentoja. Olisin vain nähnyt sinne taululle.”

"Tärkeä aihe, mielenkiintoiset puhujat. Saarenheimon konkreettiset vinkit olivat hyviä. Valvanne otti hyvin yleisön mukaan ja huomioi paikallaolijat. Hyvä te!"

"Ryhmätyöskentelyssä ryhmää olisi voinut vaihtaa eri pisteisiin, ehkä vähän lyhyempi aika & tehtävä (nyt tuli vähän toistoa)"

"Oli mielenkiintoinen päivä"

"Toim. Menetelmät hyvin ohjeistettu. Saatiin paljon aikaiseksi."

"Mainontaa enemmän"

Olemme palautteeseen tyytyväisiä, kukapa ei olisi iloinen kuullessaan työnsä onnistuneen? Luennoille koettiin selvästi olevan tilausta, ja asia löysi yleisönsä kiitettävästi. Vanhan sanonnan mukaan tieto on valtaa, ja toivomme kehittämispäivässä jaetun tiedon antavan kuulujoiille valtaa suhteessa omaan elämäänsä ja mielenterveyteensä sekä Keinupuiston toimintakulttuuriin vielä pitkälle tulevaisuuteen!

6.3 Palaute- ja seurantatapaaminen

Palaute- ja seurantatapaaminen toteutettiin 11.5.2017 Keinupuistokeskuksessa. Jemina Niemi kävi haastattelemassa kahta kehittämispäivään osallistunutta työntekijää. Tapaamisen tavoitteena oli selvittää, millaisia vaikutuksia päivällä on ollut toimintakulttuuriin sekä millaisia asioita työntekijät ovat vieneet käytäntöön. Lisäksi halusimme saada tarkempaa palautetta päivästä palautelomakkeiden tueksi. Haastattelu toteutettiin niin, että haastattelijana toiminut Jemina Niemi teki muistiinpanot työntekijöiden vastauksista. Vastaukset luettiin heille takaisin ja heidän oli mahdollista korjata, jos jokin oli heidän mielestään väärin tai eri tavalla kuin he olivat tarkoittaneet. Kysymykset haastatteluun olimme miettineet etukäteen. Joitakin kysymyksiä jätettiin pois, sillä haastateltavat vastasivat niihin spontaanisti ilman kysymistä. Valmiita kysymyksiä oli 13 kappaletta, jotka löytyvät liitteestä 6.

Ensimmäinen kysymys oli, millaisia vaikutuksia toimintakulttuuriin työntekijät olivat huomanneet. He kertoivat, että päivä toimi hyvänä muistutuksena ehkä jo tutuistakin

asioista, jotka olivat tiedossa, mutta eivät olleet siirtyneet käytäntöön. He kokivat myös saaneensa vahvistusta omille ajatuksilleen siitä, miten mielenterveystyötä tulisi toteuttaa. Päivään oli palattu työntekijöiden keskusteluissa jonkin verran ja muisteltu, mitä luennoitsijat olivat kertoneet. Heidän mukaansa vahvistui myös ajatus siitä, ettei mielenterveyden tukeminen arjen työssä ole niin vaikeaa. Sen ei myöskään tarvitse olla mitään hienoa ja ihmeellistä, vaan arkiset teot riittävät.

Toinen kysymys käsitteli asukkaiden näkökulmaa ja sitä, millaisia muutoksia asukkaiden toiminnassa oli tapahtunut. Työntekijät kertoivat, että heidän asukkaistaan suurimmalla osalla muistisairaudet ovat niin pitkälle edenneitä, etteivät asukkaat ole kyenneet muistamaan päivää jälkikäteen. Yhden asukkaan kanssa olivat pystyneet palata päivään; hän on tuonut päivän jälkeen jo aikaisemmin olemassa olleita asioita helpommin. Myös yksi päiväkeskuksen asiakkaista oli muistellut päivää. Hän oli pitänyt ryhmätyöskentelystä ja muisti toivoneensa musiikkia.

Seuraava kysymys käsitteli sitä, millaisia asioita päivästä on viety käytäntöön. Työntekijät kertoivat, että Saarenheimon suosittelemia laskutehtäviä, joista kerroimme luvussa 3.6, on tehty asukkaiden kanssa aamukahvipöydässä. Toinen työntekijöistä myös kertoi, että talon toiminta oli hänelle kehittämispäivän aikaan vielä melko uutta. Päivä siis toimi hyvänä sisäänajona taloon ja auttoi tutustumaan asukkaisiin.

Haastattelussa kysyttiin myös, miten työntekijät kehittäisivät kehittämispäivää, jos sellainen järjestettäisiin uudelleen. Työntekijät olivat sitä mieltä, että aika oli melko pitkä ja sitä voisi hieman tiivistää. He olisivat myös mielellään halunneet päästä kokeilemaan kaikkia päivässä käytettyjä menetelmiä. Nyt menetelmät toteutettiin niin, että ryhmät pysyivät koko ajan samoina ja työskentelivät vain yhden menetelmän parissa. Ryhmiä olisi voinut kierrättää eri menetelmissä ja näin välttytty liialta toistolta. Lisäksi kaikki olisivat päässeet oppimaan useamman menetelmän. Työntekijät pohdiskelivat myös päivän markkinointia. Markkinointi olisi voinut olla selkeämpää sekä meidän että heidän taholtaan, jolloin päivään olisi saatu ehkä enemmän osallistujia. Myös työntekijöille markkinointia olisi voinut tehostaa. Nyt heille annettiin mahdollisuus osallistua, mutta osallistumisprosentti jäi varsin alhaiseksi. Aikataulua kehittämispäivälle olisi voinut laatia enemmän yhteistyössä. Näin olisi voitu organisoida myös esimerkiksi tila ja ruokailu paremmin. Ruokailu meni osittain päällekkäin Saarenheimon luennon kanssa, joka aiheutti jonkin verran hälinää ja häiriötä. Tämä saattoi häiritä joitakin osallistujia.

Lisäksi työntekijöiltä kysyttiin päivän ohjelmasta, luennoitsijoista ja menetelmistä, erikseen. Heidän mukaansa loistavat ja tunnetut puhujat toimivat hyvinä vetonauloina. Kysyttäessä, keitä muita aiheeseen sopivia puhujia heille tulee mieleen, työntekijät mainitsivat Pirjo Juhelan. Pirjo Juhela on psykiatrian ja vanhuspsykiatrian erikoislääkäri sekä psykoterapeutti (Traumaterapiakeskus Ry 2017). Työntekijät olivat hyvin tyytyväisiä luentoihin. Heidän mielestään molemmat luennoitsijat ottivat hyvin yleisön mukaan ja palauttivat ammattimaisesti aiheeseen, jos kommentoija mainitsi lähteä rönnyilemään. He pitivät erityisesti Marja Saarenheimon konkreettisista esimerkeistä ja harjoitteista. Erityisesti mieleen jäi hengitysharjoitus. Heidän mielestään oli hyvä, että luennoitsijat puhuivat kansanomaisesti.

Myös menetelmistä kysyttiin ja haluttiin tietää heidän mielipiteensä. Erityisesti halusimme selvittää, miltä työntekijöistä tuntui kehittää omaa työtään asiakkaiden kanssa. He kokivat tämän tyyppisen kehittämisen mielekkääksi ja myös uudeksi. Toinen työntekijöistä kertoi, että omaa rooliaan joutui kyseenalaistaa hyvällä tavalla. He kokivat hyväksi myös tämän tyyllisen työskentelyn mukanaan tuoman osallistavuuden. Se toi myös uutta näkökulmaa asiakkaiden kanssa työskentelyyn, kun asiakkailta kysyttiin suoraan, mitä he haluavat eikä vain oleteta. Työntekijät alkoivatkin pohtia, miksei tämän tyyppistä työskentelyä voisi olla jatkossakin esimerkiksi kerran kuukaudessa. Otettaisiin asiakkaat siis mukaan kehittämään heille tuotettavia palveluita.

Itse menetelmistä kysyttäessä, työntekijät kertoivat, että lootuksen kukka menetelmä oli hyvä, mutta asioiden koonti mietitytti. Miten asiat saadaan koottua menetelmästä kunnolla? Kumpikaan työntekijöistä ei ollut mukana kuvatehtävässä, mutta se näytti heidän mielestään mielenkiintoiselta. Paperi kiertää -menetelmässä oli heidän mielestään hyvin suunniteltu aikaraja. Toistoa tuli kuitenkin hieman liikaa, joka toisaalta laittoi ajattelemaan oman roolin rajojen ulkopuolelta. SWOT -menetelmä, joka jäi pois varsinaisesta toteutuksesta, olisi työntekijöiden mukaan voinut olla liian haastava. Menetelmistä voisi heidän mukaansa ottaa suoraan vinkkejä osallistavaan kehittämiseen jatkossa.

Työntekijät toivoivat, että vastaavanlaista työskentelyä olisi jatkossakin, eikä se olisi ”yhtään huono juttu”. He pohtivat, josko jatkossa toiminnan jakaisi kahdelle päivälle. Tämä voisi olla työn organisoinnin ja asukkaiden jaksamisen kannalta parempi.

Luennoilla he kokivat, että niissä oli paljon mahdollisuuksia työntekijälle ja ne herättelivät ajattelemaan. He myös pohdiskelivat, että jos työntekijöitä olisi ollut päivässä mukana enemmän, opinnäytetyötä voitaisiin hyödyntää paremmin. Tämän johdosta työntekijät itse ehdottivat, että opinnäytetyön tulokset voitaisiin tulla esittelemään Keinupuistokeskukseen. Sovittiin alustavasti, että opinnäytetyön esittäminen tapahtuisi siis Keinupuistokeskuksessa. Tällöin opinnäytetyön annista voisi hyötyä useampi työntekijä.

Lopuksi työntekijöille annettiin vapaa sana kertoa tai kommentoida mitä haluavat. Heidän mielestään päivä oli onnistunut kokonaisuus ja sillä oli tärkeä aihe. Kiitosta sai myös Hyvä mieli -nimi. He kokivat myös järjestelyiden sujuneen hyvin ja tunteneensa saavansa tulla ”valmiiseen pöytään”.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimukselliset kysymykset, joihin kehittämispäivän luennoilla ja toiminnallisilla menetelmillä pyrimme vastaavaan, olivat seuraavat:

- Millä arjen teoilla ja toimintakulttuurin muutoksilla mielenterveyden tukemista voisi kehittää?
- Millä tavalla kehittää palvelukeskuksen toimintakulttuuria asiakaslähtöisemmäksi ja kehittää asiakkaiden ja työntekijöiden välistä vuorovaikutusta?

Mielenterveyden tukeminen tapahtuu **arjen teoissa**, ja sen kannalta tarpeelliset muutokset toimintakulttuuriin ovat täysin toteutettavissa. Tukeminen alkaa sen häiriöiden tunnistamisesta, joten oikeanlainen tieto mielen sairauksista, niiden eri oireista ja vakavuusasteista jo sinällään auttaa ohjaamaan toimintakulttuuria oikeaan suuntaan. **Lisääntynyt tieto** saa palveluiden ammattilaisen kohtaamaan ongelmat erilaisessa asenteella jokapäiväisessä työssään. Ammattilainen voi olla todella motivoitunut työhönsä ja haluta toteuttaa sen hyvin, mutta mikäli hänellä ei ole tietoa siitä, mistä esimerkiksi asiakkaalle ilmaantuvat oireet johtuvat, ei toimintakaan voi rakentua oireiden hoidon ja mielenterveyden tukemisen ympärille. Mutta kun esimerkin ammattilainen on selvillä yleisimmistä mielenterveyden häiriöistä ja niiden oireista, hän osaa tunnistaa oireen sen kohdatessaan ja reagoida sen mukaan, esimerkiksi ohjaamalla henkilön tutkimuksiin hänen oireidensa laadusta.

Tieto auttaa myös ennaltaehkäisemään oireita ennen niiden syntyä. Kun palveluiden ammattilaiset tietävät, miten kokonaisvaltainen asia mielenterveys on, ja miten monet eri tekijät siihen vaikuttavat, kokonaisuuden eri osat on helpompi ottaa huomioon päivittäisiä ohjelmia ja aktiviteetteja suunnitellessa. Luennoilla puhuttiin mielenterveyden kannalta tärkeästä **aktiivisesta tekemisestä**. Saarenheimo esittelikin luennollaan monia helposti toteutettavissa olevia, toimivia keinoja aktiviteetin järjestämiseen, fyysisestä liikunnasta aivotreeneihin ja harrastusten sekä mielenkiinnonkohteiden ympärillä pyörivään ryhmätoimintaan. Mielenterveyttä tukevat myös tasaiset, **päivittaiset rutiinit**, joiden pitäminen yllä on palveluissa helppoa.

Se, että työntekijät järjestävät kuvatun kaltaisia aktiviteetteja ja myös itse osallistuvat niihin aktiivisesti, on hyvä käytännön keino ylläpitää asiakkaiden ja työntekijöiden välistä

kommunikaatiota. **Kommunikaation ylläpitoa** helpottaa myös tieto siitä, että mielenterveyden ongelmat voivat heijastua käytökseen ja kommunikaatioon, ja ammattilaisten tietoisuus tästä mahdollisuudesta auttaa heitä pitämään yllä kontaktia senioriin, joka esimerkiksi masennuksen takia voi kääntyä sisäänpäin ja muuttua käytökseltään sulkeutuneemmaksi.

Yhteiskehittämisen kautta löytyi paljon uusia ideoita. Suurin osa ideoista olisi myös, ilman suuria resursseja, vietävissä käytäntöön. Osassa ryhmistä ideoita tuli runsaasti, toisissa vähemmän. Tähän vaikutti kyseiseen ryhmään valikoitunut menetelmä, sillä osassa menetelmistä on kyse ideoiden määrästä ja osassa taas laadusta. Esimerkiksi paperi kiertää -menetelmässä ideoita tuotettiin paljon, kun taas lootuksen kukassa vähemmän, mutta ideat olivat tarkennetumpia.

Menetelmissä nousi hyvin paljon samoja tai samankaltaisia ajatuksia. Yksi näistä oli **harrastukset**, joita esiintyi kaikissa ryhmissä. Erityisesti musiikki, laulu ja liikunta olivat suosittuja harrastuksia. Näitä voisi olla helppo toteuttaa arjessa muun muassa siten, että joku Keinupuistokeskuksen asiakkaista ohjaisi ryhmiä. Tällöin asukkaat pääsisivät harrastamaan eikä henkilökunnan resursseja tai rahallisia resursseja kuluisi sen enempää kuin nytkään. Myös vapaaehtoisjärjestöjä voitaisiin hyödyntää tähän tehtävään. Lisäksi se, että asukkaat ohjaisivat ryhmiä vahvistaisi asukkaiden kokemusta osallisuudesta ja toimijuudesta.

Tämän lisäksi **ystävällisyyttä** pidettiin kaikissa ryhmissä tärkeänä. Ystävällisyys ja sen kehittäminen tulisi lähteä yhteisön tasolta ja esimerkin kautta. Koko yhteisö tulisi sitouttaa siihen, että ystävällisyys on yksi kantavista arvoista yhteisön sisällä. Esimerkiksi työntekijät voivat edistää tätä omalla esimerkillään.

Ystävät ja muut läheiset koettiin oleellisiksi tekijöiksi mielenterveyden tukemisessa kaikissa ryhmissä. Ystävien ja läheisten tapaaminen voi olla haastavaa, jos esimerkiksi fyysinen tai psyykinen kunto on heikko. Tällöin henkilökunnan tehtäväksi jää tapaamisten mahdollistaminen vaikkapa huolehtimalla, että asukkaalla on käytössään tarvittavat apuvälineet ja liikkumismahdollisuudet, kuten sote- tai kela -taksi. Lisäksi harrastusryhmien kautta voi saada uusia ystäviä.

Kuunteleminen, kuuleminen ja läsnäolo tulivat esiin lähes jokaisessa ryhmässä. Tämä onkin mielenkiintoista, sillä läsnäolon ja aktiivisen kuuntelun voidaan katsoa olevan melko oleellinen osa sosiaali- ja terveysalan ammattilaisen ammattitaitoa. Tässä saimme vain selville, että asukkaat ja työntekijät kokevat tämän tärkeäksi. Arvailtavaksi jää, kuinka hyvin nämä asiat toteutuvat arjessa. Jos ne toteutuvat heikosti, mistä se johtuu? Miten niiden toteutumista voitaisiin parantaa? Ainakaan lähitulevaisuudessa ei ole näkyvissä resurssien lisäyksiä sosiaali- ja terveysalalle, joten asian kehittämiseen tulee miettiä muita ratkaisuja. Itse ehdotamme koulutuksen ja tietoisuuden lisäämistä entisestään. Lisäksi työyhteisöissä tulisi ottaa keskustelun keskiöön asiakkaan kohtaaminen. Läsnä olevalla ja kuuntelevalla kohtaamisella voitaisiin mielestämme merkittävästi vaikuttaa esimerkiksi hoitotilanteiden ja muiden asiakas kohtaamisten onnistumiseen. Tällä on tietenkin myös positiivinen vaikutus asiakkaiden mielenterveyteen, kun he saavat kokemuksen kuulluksi tulemisesta. Entä jos nämä tekijät toteutuvat Keinupuistokeskuksessa hyvin? Mitä voisimme sieltä oppia ja mitkä asiat vaikuttavat siihen, että näissä asioissa on onnistuttu?

Keskustelu ja mahdollisuus tunteiden purkamiseen oli myös yksi kantavista teemoista ryhmien tuotoksissa. Ajan varaaminen puhtaasti keskustelulle saattaa osoittautua haastavaksi. Meidän mielestämme tätä ei kuitenkaan tarvitse edes tehdä. Keskustelua voi käydä arkisten toimien yhteydessä. Lisäksi haluamme kannustaa työntekijöitä kaikkialla liittymään asukkaiden ruoka- ja kahvipöytä keskusteluihin ja poistumaan työntekijöille varatusta taukotilasta. On ymmärrettävää, että taukotila on tarpeellinen hengähdystauoille. Jos muutaman tauon viikosta käyttäisi asukkaiden kanssa vuorovaikuttamiseen, voisi sillä olla positiivinen vaikutus sekä asukkaiden mielentilaan että kyseisen organisaation kokemukseen yhteisöllisyydestä. Pohdimme lisäksi, että jos psykoterapia olisi kela-korvattavaa myös senioreille, hyödynnettäisiinkö sitä enemmän? Uskomme, että myös seniorit hyötyisivät tästä mahdollisuudesta. Tarve puhumiselle ja tunteiden purkamiselle on kuitenkin selvästi nähtävissä ja olisi hyvä, että tunteiden vastaanottajalla on riittävä ammattitaito niiden käsittelyyn ja palauttamiseen asiakkaalle.

Näiden lisäksi tärkeiksi tekijöiksi koettiin **perustarpeiden täyttyminen ja ulkoilu**. Kuten jo aikaisemmin teoriaosuudessa luvussa 3 kerroimme, voi riittäväällä ravitsemuksella olla merkitystä mielenterveyteen. Olisi hyvä ottaa myös huomioon, että ylipaino ei merkitse sitä, etteikö henkilö voisi olla aliravittu (Hakala 2015). Riittävä ulkoilun määrä, ja toisaalta riittämätön määrä, herättää aika ajoin julkista keskustelua.

Emme osaa sanoa, mikä olisi riittävä määrä ja koemme, että tarve ulkoilulle on hyvin yksilöllistä. Kuitenkin mahdollisuus ulkoiluun halutessaan tulisi olla kaikilla. Usein vähäinen ulkoilu laitetaan vähäisten resurssien piikkiin. Varmasti tässä kokemuksessa on totuusperä, mutta pelkällä resurssien syyttämällä ei asiassa päästä eteenpäin vaan tulee miettiä konkreettisia ratkaisuja. Tässäkin ehdotamme hyödynnettäviksi vapaaehtoisjärjestöjä. Vapaaehtoistoiminnassa on voimaa, eikä sen toteuttaminen vaadi muuta kuin kontaktointia.

Kaiken kaikkiaan kehittämispäivästä saatiin hyviä, toteuttamiskelpoisia ideoita mielenterveystyön kehittämiseen niin Keinupuistokeskuksessa kuin muuallakin. Ideat ovat sovellettavissa moniin erilaisiin organisaatioihin ja toivommekin, että niitä aletaan viedä käytäntöön sekä Keinupuistokeskuksessa että muualla. Toiminnallisten menetelmien tuotokset vastasivat tutkimuksellisiin kysymyksiimme hyvin. Niiden kautta saatiin sekä keinoja mielenterveyden tukemiseen arjessa kuin asiakaslähtöisemmän kulttuurin kehittämiseen. Toimintakulttuurin muutokset vaativat koko yhteisön sitoutumista muutokseen, eikä sitä tämän opinnäytetyön kautta pystytty saavuttamaan. Jääkin siis Keinupuistokeskuksen ja mahdollisten jatkotutkimusten vastuulle, miten näitä asioita lähdetään viemään käytäntöön.

Seurantatapaamisella kävi ilmi, että muutoksia toimintakulttuuriin sekä asiakkaiden ja ammattilaisten väliseen kommunikaatioon oli uuden tiedon seurauksena tapahtunut. Toisaalta työntekijät kokivat saavansa vahvistusta ajatuksilleen ja lisää itseluottamusta niiden tuomiseen käytäntöön. Erityisesti luentojen ymmärrettävyys, harjoitusten käytännöllisyys ja konkreettisuus teki niiden tuomisesta käytäntöön helppoa. Myös menetelmät osoittautuivat hyödyllisiksi, sillä työntekijät olivat miettineet niiden säännöllistä käyttöönottoa.

Lopuksi voisi tiivistäen sanoa, että **toimintakulttuurin kehittäminen mielenterveyttä tukevaan sekä yhteisön keskeistä kommunikaatiota kannustavaan suuntaan tapahtuu oikealla tiedolla, jonka ympärille rakennetaan käytännöllisiä ja konkreettisia harjoituksia, joiden ylläpito on helppoa eikä kuormita henkilökuntaa tavallista työtä enempää.** Tärkeitä esille nousseita johtopäätöksiä olivat harrastusten ja yhteisen toiminnan, ystävällisyyden ja positiivisen asenteen, ulkona olemisen ja luonnon tärkeys sekä kuunteleminen ja läsnäolo.

8 POHDINTA

8.1 Opinnäytetyön prosessi ja kehittämis ehdotukset

Toteutimme pohdinnan Motorola -menetelmän mukaisesti. Tämä tarkoittaa, että esitimme itsellemme kysymykset mikä meni hyvin, mikä meni huonosti, mitä opin ja mitä vien käytäntöön. (Tiimiakatemia työkalupakki – Motorolat 2017). Lisäksi pohdimme mahdollisia jatkotutkimusehdotuksia ja mietimme opinnäytetyön eettisyyttä.

Mielestämme opinnäytetyön toiminnallisessa osiossa eli kehittämisspäivässä onnistuttiin hyvin muun muassa menetelmien valossa. Olimme valinneet toimivat menetelmät, jotka vastasivat tarkoitukseensa hyvin. Menetelmien kautta saatiin paljon materiaalia. Myös itse osallistujat pitivät menetelmistä, joten niiden voidaan katsoa onnistuneen. Lisäksi olimme enemmän kuin tyytyväisiä molempien luennoitsijoiden antiin. Saimme itsekin paljon uutta oppia luennoista. Uskomme, että ilman luentoja päivän anti olisi jäänyt pintapuolisemmaksi. Kehittämisspäivä oli kokonaisuutena onnistunut, vaikka tietenkin kehitettävää myös löytyy. Näiden lisäksi olemme mielestämme onnistuneet hyvin liittämään laajan, kattavan teoriapohjan käytäntöön opinnäytetyön kirjallisessa osiossa. Päivän aikana yhteistyö Keinupuistokeskuksen työntekijöiden kanssa onnistui hyvin ja olimme myös erittäin tyytyväisiä seurantatapaamisen antiin.

Heikommin sujui mielestämme yhteydenpito Keinupuistokeskukseen ennen päivää. Tämän onnistumiseen vaikutti moni tekijä, kuten työntekijöiden vaihtuminen yhteistyökumppanin päässä, jolloin tieto ei kulkenut. Olisimme voineet myös itse pitää paremmin yhteyttä yhteistyökumppaniimme, jolloin joidenkin käytännönasioiden järjestäminen ja sujuminen olisi onnistunut paremmin. Emme esimerkiksi kysyneet, missä kohden päivää heillä on tapana ruokailla. Tämä aiheutti sen, että kesken Saarenheimon luennon tilaan tuli ruokailijoita, jotka eivät osallistuneet päivään. Tämän lisäksi olisimme voineet markkinoida päivää työntekijöille enemmän ja paremmin. Olisimme voineet pitää esimerkiksi ennen päivää info-tilaisuuden työntekijöille, jossa kerromme päivän tarkoituksesta ja tavoitteesta. Tällöin työntekijöiden motivaatio järjestää pääsyä päivään olisi voinut olla korkeampi. Työntekijöitä olisi ollut tärkeää olla mukana enemmän siksi, että he ovat viime kädessä niitä, jotka muutosta lähtevät toteuttamaan. He ovat myös ne, jotka mielenterveystyötä yksikössä käytännössä tekevät. Lisäksi yhteiskehittämisen ja palvelumuotoilun idea hieman kärsii, jos osallistujat

edustavat enemmistöltään yhtä ryhmää. Myös opiskelijoita olisimme toivoneet päivään enemmän. Päivää yritettiin jonkin verran markkinoida myös opiskelijoille ja muutama olikin kuulemassa luentoja. Olisi ollut kuitenkin hyödyllistä, että opiskelijoita olisi ollut mukana myös menetelmissä. Heiltä oltaisiin voitu saada hieman ulkopuolisen tuoretta näkökulmaa käsillä oleviin teemoihin. Käytännön kannalta katsoen päivän olisi voinut jakaa kahdelle eri päivälle, jolloin osallistujien jaksaminen olisi ollut parempi eikä vaihtuvuus osallistujissa olisi ollut niin suuri.

Opimme tapahtumajärjestämisestä ja siitä, mitä se vaatii, paljon. Tapahtumajärjestäminen vaatii paljon säntillistä organisointia, markkinointitaitoja ja myös rohkeutta. Rohkeutta tulee olla esimerkiksi lähestyessä asiantuntijoita. Omaan asiaansa ja tekemiseen tulee uskoa, jotta myös asiantuntijat saa vakuutettua siitä, että se on heidän aikansa arvoista. Heidän aikansa kun tapaa usein olla kortilla, koska he ovat usein hyvin haluttuja puhujia. Tämän lisäksi opimme itse paljon mielenterveydestä ja sen häiriöistä sekä ennaltaehkäisystä ja mielenterveyden tukemisesta, sillä syvennyimme teoreettisiin lähtökohtiin melko syvällisesti. Lisäksi opimme kehittämispäivän tulosten kautta erilaisia keinoja mielenterveyden tukemiseen arjessa.

Tästä pääsemmekin siihen, mitä viemme käytäntöön. Viemme ehdottomasti päivässä kehitetyt ideat käytännöntasolle omissa tulevilla työpaikoissamme. Lisäksi aiomme hyödyntää päivän menetelmiä myös tulevaisuudessa. Myös Saarenheimon käytännön vinkit aiomme viedä käytäntöön.

Jatkotutkimusehdotuksina ehdottaisimme esimerkiksi samankaltaisen päivän järjestämistä samaan paikkaan, mutta eri teemoilla. Näin voitaisiin ehkä käynnistää luento- ja kehittämisperinne, joka voisi jatkua vuodesta toiseen. Tällä tavoin työntekijät ja asukkaat saisivat jatkuvasti ajantasaista tietoa ja opinnäytetyön ideaa voitaisiin viedä joka kerralla hieman pidemmälle.

Toisena pointtina, joka tässä työssä ei toteutunut, mutta jolle työ luo hyvän pohjan, on lähteä toteuttamaan ideoituja harrasteryhmiä. Näiden harrasteryhmien vaikuttavuutta voitaisiin mitata erilaisilla mittareilla samaan tapaan, kuin MielenMuutos (2011) -hankkeessa. Näin voitaisiin myös varmistaa, että tämän opinnäytetyön tuloksia ja antia lähdetään viemään käytäntöön.

Lisäksi aihe, jossa pääsimme raapaisemaan vain pintaa, oli työntekijöiden osaamisen ja tietämyksen kartoittaminen. Tämä olisi monellakin tapaa hyödyllistä tietoa. Kun tiedetään, mitä työntekijät eivät osaa tai tiedä, voitaisiin koulutus ja kehittäminen kohdistaa paremmin vastaamaan työntekijöiden tarpeita. Tämän tiedon kautta myös sosiaali- ja terveysalan perus- ja korkeakoulukoulutuksia pystyttäisiin kehittämään siihen suuntaan, että ne vastaisivat paremmin työelämän tarpeisiin.

8.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyötä tehdessä on noudatettava hyvää tieteellistä käytäntöä. Tieteellinen tutkimus on luotettavaa ja eettisesti hyväksyttävää vain, mikäli se on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla (Tutkimuseettinen Neuvottelukunta 2014). Eettisyys tutkimuksessa ja hyvä tieteellinen käytäntö tarkoittaa esimerkiksi rehellisyyttä, huolellisuutta tietojen keruussa ja käsittelyssä, tulosten tallentamisessa esityksessä ja arvioinnissa, sekä yksityisyydensuojan kunnioittamista. Hyvässä tutkimuksessa viitataan oikein aiempaan tutkimukseen ja kerrotaan selvästi, mihin aiempaan julkaisuun esitetty pohjaa. Tutkimuksen eettisyys tulee arvioida etukäteen ja tutkimukseen tulee hankkia tutkimuslupa (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2014). Tekijän on myös selvitettävä opinnäytetyön merkityksellisyys ja hyödyllisyys. (Kajaanin Ammattikorkeakoulu.)

Sosiaalialalla noudatetaan erityisesti ihmistieteisiin laskettavaa tutkimusta koskevia eettisiä periaatteita. Tutkimuseettinen neuvottelukunta luettelee kolme pääperiaatetta, joihin ihmistieteiden eettiset periaatteet pohjaavat. Nämä ovat tutkittavan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, vahingoittamisen välttäminen sekä yksityisyys ja tietosuoja (Tutkimuseettinen Neuvottelukunta 2014.) Tutkimuksen lähtökohtana tulee olla ihmisarvon kunnioittaminen (Hirsjärvi ym. 2013).

Toteutimme opinnäytetyön hyvän tutkimuskäytännön mukaisesti ja perehdyimme sosiaali- ja terveysalan tutkimusta koskevaan sääntöetiikkaan. Opinnäytetyö ei ole aiheeltaan erityisen arkaluontoinen, vaan sen tarkoitus oli tarjota asianmukaista tieteellisen tutkimuksen mukaista tietoa siitä hyötyville. Opinnäytetyö toteutettiin kehittämisspäivänä, jonne osallistuminen oli Keinupuistokeskuksen työntekijöille ja asiakkaille vapaaehtoista, avointa ja maksutonta. Emme keränneet osallistujista minkäänlaisia henkilötietoja tai muuta yksityisyydensuojan piiriin kuuluvaa materiaalia.

Keräsimme takaisin henkilökunnalle jaetun, aiheeseen liittyvän kyselyn, jossa mitattiin heidän tietämystään kehittämispäivään kuuluvista aiheista. Kyselyyn vastattiin nimettömänä. Lisäksi keräsimme käytännön osuuden aikana syntyneet ideapaperit ynnä muut aiheeseen liittyvät tuotokset, joita käytimme tutkimusmateriaalina. Lisäksi keräsimme osallistujilta vapaaehtoisen palautteen. Kaikki nämä tehtiin nimettömästi. Opinnäytetyön valmistuttua hävitimme aineiston. Missään kohtaa tutkimusta ei käy, ilmi kuka on kirjoittanut mitään.

Käytimme ajantasaisia ja parhaaseen tieteelliseen tietoon perustuvia lähteitä, ja viittaukset niihin käyvät tekstistä selvästi ilmi. Hyödynsimme opinnäytetyössä alan kirjallisuutta, psykologian, lääketieteen, psykiatrian sekä sosiaalitieteiden ja näihin liittyvien alojen tutkimuksia, väitöskirjoja, luotettavia ja hyvämaineisia internet-sivuja, lehtiartikkeleita sekä luotettavien tahojen tuottamia tilastoja. Kutsumamme puhujat ovat alansa asiantuntijoita ja heidän akateeminen taustansa ja pätevyytensä takaa heidän välittämänsä tiedon luotettavuuden. Haimme opinnäytetyötä varten tutkimusluvan Keinupuistokeskukselta. Pyrimme tutkimuksessa neutraaliuteen, ja erottelimme omat mielipiteemme lähteistä ja viitattavasta tiedosta.

LÄHTEET

- Aartjan, T. & Beekman, A. & Dorly, J. & van Tilburg, T. & Smit, J. & Hooijer, C. & van Tilburg, W. 24.12.1995. Major and minor depression in later life: a study of prevalence and risk factors. *Journal of Affective Disorders*. 36(1-2). S. 65-75.
- Achte, K. & Tamminen, T. 1987. Lääkäri ja depressiopotilas. Depressionvastustamistyöryhmä. Helsinki.
- Anderson, D. 2001. Treating depression in old age: the reasons to be positive. *Age and Ageing* 30(1), 13-17.
- Apilo, T. & Taskinen, T. & Salkari, E. 2007. Johda innovaatioita. Talentum. Helsinki.
- Barnett, K. & Mercer, S. & Norbury, M. & Watt, G. & Wyke, S. & Guthrie, B. 2012. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross sectional study. *The Lancet*. 380(6), s. 37 – 43.
- Borgman, M. & Packalén, E. 2002. Parhaat käytännöt työyhteisön kehittämiseen. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.
- Barefoot, J. & Schroll, M. 1996. Symptoms of Depression, Acute Myocardial Infarction and Total Mortality in a Community Sample.
<http://circ.ahajournals.org/content/93/11/1976.short>
- Beekman, A.T. & Copeland, J. R. & Prince, M.J. 1999. Review of community prevalence of depression in later life. *The British Journal of Psychiatry*. 174(4) s. 307-311.
<http://bjp.rcpsych.org/content/174/4/307.short>
- Bush, D. & Ziegelstein, R. & Tayback, M. & Richter, D. & Stevens, S. & Zahalsky, H. & Fauerback, J. 2001. Even minimal symptoms of depression increase mortality risk after acute myocardial infarction. *The American Journal of Cardiology*. 88(4) 337-341.
- Conti, R. & Busch, A. & Cutler, D. 2011. Overuse of Antidepressants in a Nationally Representative Adult Patient Population in 2005. *Psychiatric Services* 62(7), 720 – 726.
- Corinna, E. & ... 2009. Perceptions of Aging across 26 Cultures and their Culture-Level Associates. *Psychol. Aging*. 24(4): 941-954.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2933107/>
- Ehrenberg, A. 2007. Itseksi tulemiseen uupuminen. Yhteiskunnallis-historiallinen näkökulma masennukseen. *Tiede & edistys* 32(2). S. 89-102.
- Eisenstadt, S.N. 1956. *From Generation to Generation: Age Groups and Social Structure*. Transaction Publishers. 3. Painos. 2009. New Brunswick, New Jersey.
- Elkin, I. & Shea, T. & Watkins, J. 1989. General Effectiveness of Treatments. National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Arch Gen Psychiatry* 46(11), 971-982.

Findikaattori. 29.3.2017. Väestön ikärakenne. Luettu 26.8.2017.

<http://findikaattori.fi/fi/14>

Findikaattori. 29.3.2017. Väestön ikärakenteen kehitys. Luettu 26.8.2017.

<http://findikaattori.fi/fi/81>

Findikaattori. 28.10.2016. Vastasyntyneiden elinajanodote 1971-2015.

<http://www.findikaattori.fi/fi/table/46>

Finlex. 19.5.2006. Työntekijän eläkelaki. 19.5.2006/395. Luettu 26.8.2017.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2006/20060395>

Fried, S. & Haarni, I. 2016. Iloa, voimaa ja mielekkyyttä elämäntaidoista. Elämäntaidot esiin –vinkkivihko. Helsinki. Ikäinstituutti. Eloisa ikä-hanke.

http://www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2016/08/Vinkkivihko_172x250_12_s_netti.pdf

Fried, S. & Heimonen, S. & Jokinen, P. 2013. Ikääntyminen ja mielen hyvinvointi. Katsaus kirjallisuuteen. Ikäinstituutti.

<http://www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2016/08/ik%C3%A4%C3%A4ntyminen-ja-mielen-hyvinvointi.pdf>

Fung, H. PhD. 2013. Aging in Culture. The Gerontologist. Volume 53. Issue 3. Pages 369-377.

<https://academic.oup.com/gerontologist/article/53/3/369/838556/Aging-in-Culture>

Gum, A. & Arean, P. & Hunkeler, E. & Tang, L. & Katon, W. & Hitchcock, P. & Steffens, D. & Dickens, J. & Unutzer, J. 2006. Depression Treatment Preferences in Older Primary Care Patients. The Gerontologist 46(1). S. 14-22.

<https://academic.oup.com/gerontologist/article/46/1/14/566733/Depression-Treatment-Preferences-in-Older-Primary>

Haari, I. & Viljanen, M. & Hansen, M. 2014. Ikääntyvä mieli. Mielen hyvinvointia vanhetessa. Suomen Mielenterveysseura. Kirjapaino Jaarli Oy. Luettu 8.5.2017.

https://issuu.com/elois aika/docs/ik_n tyv_m ieli_-mielen_hyvinvo

Haarni, I. 2014. Ikääntyvä Mieli - Mielen Hyvinvointia Vanhetessa. PDF Helsinki. Suomen mielenterveysseura. Eloisa ikä-hanke.

http://www.mielenterveysseura.fi/sites/default/files/materials_files/ikaantyvamieli_final_0.pdf

Hakala, P. 2015. Ikääntyneen ravitseminen. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 20.10.2017.

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01086

Hanlon, J. & Wang, X. & Castle, N. & Stone, R. & Handler, S. & Semla, T. & Pugh, M. & Berlowitz, D. & Dysken, M. 2011. Potential underuse, overuse and inappropriate use of antidepressants in older veteran nursing home residents. Journal of American Geriatrics Society. 59(8), p. 1412-1420.

Harvard Health Publications. 2008. Vanhusten masennuksen tunnistaminen ja hoito. Käännös. Luettu 8.5.2017.

<http://www.terve.fi/masennus/39560-vanhusten-masennuksen-tunnistaminen-ja-hoito>

Hassi, T. M. 2005. Yhteiskunnalliset muutossuunnat ja kotihoidon työntekijöiden osaaminen tulevaisuudessa. Vanhustyön asiantuntijoiden käsityksiä yhteiskunnallisista megatrendeistä ja kotihoidossa vaadittavasta osaamisesta. Ammattikasvatuksen tutkimus- ja koulutuskeskus. Tampereen yliopisto. Lisensiaatintutkimus.

Haug, T. & Mykletun, A. & Dahl, A. 2004. The association between anxiety, depression and somatic symptoms in a large population: The HUNT-II study. *Psychosomatic Medicine*.66(6) 845-851.

Healy, D. 2004. *Let Them Eat Prozac*. New York University Press.

Heimonen, S. & Pajunen, H. & Saarenheimo, M. & Siltala, P. & Kontunen, J. & Virtanen, H. & Kuusisto, S. & Marjovuori, A. & Salmi, R. & Tummavuori, I. & Hänninen, T. & Heimonen, S. 2012. *Mielenterveys vanhuudessa*. 1. painos. Edita Publishing Oy. Helsinki.

Helen, I. 2/2007. Masennus massamittassa. Epidemiologinen välineistö ja psykiatrian muodonmuutos.

https://www.researchgate.net/profile/Ilpo_Helen/publication/263889041_Masennus_massamittassa_Epidemiologinen_valineisto_ja_psykiatrian_muodonmuutos/links/56b45dd108ae636a540d9728/Masennus-massamittassa-Epidemiologinen-vaelineistoe-ja-psykiatrian-muodonmuutos.pdf

Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiiri. 2017. Geriatria. Luettu 8.5.2017.

<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/geriatria/Sivut/default.aspx>

Helsingin Uutiset. 26.1.2015. ”Hygienihaalarit” ja sitominen ovat arkea – ”potilaita rajoitetaan turhaan”. Luettu 8.5.2017.

<http://www.helsinginutiset.fi/artikkeli/262068-hygienihaalarit-ja-sitominen-ovat-arkea-potilaita-rajoitetaan-turhaan>

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. *Tutki ja kirjoita*. Porvoo: Bookwell Oy.

Holwerda, T. J. & Schoevers, R. A. & Dekker, J. & Deeg, D. J. H. & Jonker, C. & Beekman, A. T. F. 2007. The relationship between generalized anxiety disorder, depression and mortality in old age. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*, 22: 241–249.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/gps.1669/full>

Inno-Vointi. Innovoinnin periaatteet. 2016. Luettu 14.12.2016.

<http://www.inno-vointi.fi/fi/innovoinnin-periaatteet/innovaatio-ja-innovointi-myos-julkisella-sektorilla>

Isometsä, E. 1999. Masennustilat – uusi kansantauti? *Hyvinvointikatsaus* 2/1999. Tilastokeskus.

Jerkku, T. 29.4.2006. Masennuslääkkeet aiheuttavat nykyään eniten lääkekuolemia. *Turun Sanomat*.

<http://www.ts.fi/uutiset/kotimaa/1074117055/Masennuslaakkeet+aiheuttavat+nykyisin+eniten+laakekuolemia>

Jyväskylän Yliopisto. 2017. Gerontologia ja kansanterveys. Luettu 8.5.2017.

<https://www.jyu.fi/sport/laitokset/terveys/oppiaineet/tge>

Jureidini, J. & Tonkin, A. 2006. Overuse of Antidepressant Drugs for the Treatment of Depression. *CNS Drugs*. 20(8), 623 – 632.

Kajaanin Ammattikorkeakoulu. N.d. Opinnäytetyön eettiset suositukset.

http://www.kamk.fi/opari/Opinnaytetyopakki/Opinnaytetyoprosessi/SoTeLi/Opinnaytet_yoprosessi/Eettiset-suositukset

Kaila, M. 1942. Über die Durchschnittshäufigkeit der Geisteskrankheiten und des Schwachsinnens in Finnland. *Acta Psychiatrica et Neurologica* 17, s. 47-67.

Kansaneläkelaitos. N.d. Kuntoutusterapia. Luettu 2.12.2016.

<http://www.kela.fi/kuntoutuspsykoterapia1?inheritRedirect=true>

Kaskela, T. & Pitkänen, T. & Solin, P. & Tamminen, N. & Valkonen, J. & Kaikkonen, R. 17.3.2017. Psykkinen kuormittuneisuus ja elämänlaatu 60-85-vuotialla. Tietopuu: Tutkimussarja 2/2017. A-Klinikkasäätiö. Helsinki.

http://www.a-klinikka.fi/tiedostot/Tutkimussarja_2_2017_ElamanlaatuJaKuormitusVanhuus.pdf

Kaskinen, T. & Korhonen, S. & Mokka, R. 2013. Peloton – yhteiskehittämisen työkirja. Luo uudet markkinat ryhmien kanssa. Demos Helsinki.

Karasawa, M. & Curhan, K. & Markus, H. & Kitayama, S. & Love, G. & Radler, B. & Ryff, C. 2011. Cultural Perspectives on Aging and Well-Being: A Comparison of Japan and the U.S. *Int. J. Aging Hum. Dev.* 73(1). 73-98.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3183740/>

Keva. 2017. Vanhuuseläke. Luettu 8.5.2017.

<https://www.keva.fi/henkiloasiakkaalle/tietoa-elakkeista/elakevaihtoehdot/vanhuuselake/>

Khawam, E. & Laurecic, G. & Malone, D. 2006. Side effects of antidepressants: An overview. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. 73(4): 351-361.

<http://docshare01.docshare.tips/files/6681/66816455.pdf>

Kivelä, S-L. Professori. 2006. Geriatrisen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveysministeriö.

<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114152/Selv200630.pdf?sequence=1>

Koivula, U-M. & Kemppainen, A. & Kumpulainen, K. Tulevaisuuspajat – näkemyksiä kuntouttavasta työtoiminnasta ja sosiaalisesta kuntoutuksesta. Tuttu- 6aika. PDF. Tampereen osahanke. Tampereen Kaupunki.

<https://tyollisyysportti-fi-bin.aldone.fi/@Bin/464f7516fdae91375c9c384fdb8d63c3/1480676917/application/pdf/537827/Tulevaisuuspajaraportti%20final.pdf>

Laitalainen, E. & Helakorpi, S. & Uutela, A. 2008. Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys keväällä 2007 ja niiden muutokset 1993-2007. *Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B* 14/2008.

Laajasalo, T. & Pirkola, S. 2012. Ennen kuin on liian myöhäistä. Ehkäisevän mielenterveystyön toimivia käytäntöjä palvelujärjestelmän kehittäjille. Terveystyön ja hyvinvoinnin laitos.

Leinonen, E. & Alanen, H-M. 2011. Psykiatrista hoitoa tarvitsevia vanhuksia on enemmän kuin mihin on varauduttu. Duodecim. PDF.
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo99372.pdf>

Lopresti, A. & Hood, S. & Drummond, P. 2013. A review of lifestyle factors that contribute to important pathways associated with major depression: Diet, sleep and exercise. *Journal of Affective Disorders*. 148(1), s. 12-27.

Lönnqvist, J. & Heikkinen, M. & Henriksson, M. & Marttunen, M. Partonen, T. Toim. 2007. *Psykiatria*. Kustannus Duodecim Oy. 5. Uudistettu painos. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Manela, M. & Katona, C. & Livingston, G. 1996. How common are the anxiety disorders in old age?. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*, 11: 65–70.
[http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/\(SICI\)1099-1166\(199601\)11:1%3C65::AID-GPS296%3E3.0.CO;2-M/full](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/(SICI)1099-1166(199601)11:1%3C65::AID-GPS296%3E3.0.CO;2-M/full)

Michalko, M. N.d. *Innovation Management*. Creative thinking technique: Lotus Blossom. Luettu 12.1.2017.
<http://www.innovationmanagement.se/imtool-articles/creative-thinking-technique-lotus-blossom/>

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuodelle 2015. Väliarviointi ja toteutumisen kannalta erityisesti tehostettavat toimenpiteet. 2012. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Mielenterveysseura. 2017. Ikäihmiset. Luettu 8.5.2017.
<http://www.mielenterveysseura.fi/fi/kehitt%C3%A4mistoiminta/ik%C3%A4ihmiset>

Miettinen, S. (Toim.). 2011. *Palvelumuotoilu – uusia menetelmiä käyttäjätiedon hankintaan ja hyödyntämiseen*. Teknologiainfo Teknova ry. Helsinki.

Miettinen, S. & Miettinen, M. & Nousiainen, I. & Kuokkanen, L. 2000. *Itsensä johtaminen sosiaali- ja terveysalalla*. WSOY. Helsinki.

Murphy, E. 1982. Social origins of depression in old age. *The British Journal of Psychiatry*. 141(2). 135-142.
<http://bjp.rcpsych.org/content/141/2/135>

Mustikkamäki, N. ja Sorkkarauta, M. (toim.). 2008. *Innovaatioympäristön monet kasvot*. Tampere University Press Oy.

Philips, E. & Ajrouch, K. & Hillcoat-Nalletamby, S. 2010. *Key Concepts in Social Gerontology*. Sage publications.

Piechniczek-Buczek, J. 2006. Psychiatric emergencies in the elderly population. *Emerg Med Clin North Am*. 24(2), 467 – 490.

Pirkanmaan Senioripalvelut Oy. 2017. Etusivu. Luettu 8.5.2017.

<http://www.pirkanmaansenioripalvelut.fi/>

Pirkanmaan Senioripalvelut Oy. 2017. Keinupuisto. Luettu 8.5.2017.

<http://www.pirkanmaansenioripalvelut.fi/seniorikeskukset/keinupuisto/>

Plusterveys. 2017. Psykkiset oireet. Luettu 8.5.2017.

<https://www.plusterveys.fi/sivu/psykkiset-oireet>

Prince, M & Harwood, R. & Blizard, R. & Thomas, A. & Mann, A. 1997. Social support deficits, loneliness and life events as risk factors for depression in old age. The Gospel Oak Project VI. *Psychological Medicine*, 27(2), 323-332.

<https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/social-support-deficits-loneliness-and-life-events-as-risk-factors-for-depression-in-old-age-the-gospel-oak-project-vi/B421FCB2488D361F07F82DED75935326>

Psykoterapiakeskus Vastaamo. 2017. Masennus. Luettu 8.5.2017.

<https://vastaamo.fi/masennus/>

Quirk, S. & Williams, L. & O'Neil, A. & Pasco, J. & Jacka, F. & Housden, S. & Berk, M. & Brennan, S. 2013. The Association between diet quality, dietary patterns and depression in adults: a systemic review. *BMC Psychiatry* 13(175). BioMed Central Ltd.

<https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-13-175>

Rato, J. & Hirvonen, T. & Kotavaara, O. Ym. 2012. ESPON tekee tulosta. Ikääntyvä, liikkuva väestö – Tulevaisuuden haasteet Euroopan ja Suomen alueille. Nordia Tiedonantoja. Numero 1/2012, 13-29.

https://www.researchgate.net/profile/Ossi_Kotavaara/publication/261331579_ESPON_takee_tulosta/links/0f317533e67eda526c000000.pdf#page=14

Rautkorpi, T. & Mutanen, A. & Vanhanen-Nuutinen, L. (toim.) 2014. Kestävä innovointi. Oppimista korkeakoulun ja työelämän dialogissa. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Helsinki.

Riley, J. 2001. *Rising Life Expectancy: A Global History*. Cambridge University Press.

Saarela, T. & Granström, V. 1992. Psykoterapia paranoidisen ja masentuneen vanhuksen hoidossa. *Gerontologia* 6(4), 252-264.

Saarenheimo, M. Psykiatri, Vanhustyön keskusliiton vanhempi tutkija. 2017. Mielen hyvinvointi ikääntyessä. Luento. 17.3.2017. Hyvä Mieli - mielen terveystyön kehittäminen Keinupuistokeskuksessa. Tampere.

Saarenheimo, M. 2003. Vanhuus ja mielen terveys. *Arkielämän näkökulma*. 1. painos. WSOY. Helsinki.

Saarenheimo, M. & Pietilä, M. & Forder, M. & Frosti, S. & Juhela, P. & Kontio, L. & Koskinen, J. & Lähteenaho, M. & Numminen, A. & Ranta, J. & Sulkava, R. & Suominen, M. & Vuori, P. 2011. *MielenMuutos masennuksen hoidossa. Mielialaongelmista kärsivien iäkkäiden ihmisten psykososiaalinen tukeminen. MielenMuutos -tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 2. Vanhustyön keskusliitto. Helsinki.*

Schoevers, R.A. & Beekman, A.T. & Van Tilburg, W. & Deeg, J.H. & Jonker, C. & Geerlings, M.I. & Penninx, B.W. Association of depression and gender with mortality in old age. Results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL).

The British Journal of Psychiatry. 2000, 177 (4) 336-342

<http://bjp.rcpsych.org/content/177/4/336.short>

Solomon, A. 2002. The Noonday Demon. New York.

Simon, G. & VonKorff, M. & Piccinelli, M. & Fullerton, C. & Ormel, J. 1999. An international study of the relationship between somatic symptoms and depression. The New England Journal of Medicine. 341:1329-1335.

Smith, B. & Fowler, D. & Freeman, D. & Bebbington, P. & Bashworth, H. & Garety, P. & Dunn, G. & Kuipers, E. 2006. Emotion and psychosis: Links between depression, self-esteem, negative schematic beliefs and delusions and hallucinations. Schizophrenia Research. 86(1-3) 181-188.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S092099640600288X>

Sorvaniemi, M. 2002. Vanhuksen masennuksen lääkehoito. Duodecim. 118:393-397.

<http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo92788.pdf>

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. 2017. Asiakkaan valinnanvapaus. Hallituksen esitysluonnoksen ja valinnanvapauslinjausten mukaisesti 19.10.2017. Viitattu 20.10.2017.

<https://www.slideshare.net/mobile/stmslide/asiakkaan-valinnanvapaus-19102017-80984807>

Stostad, J-E. 2015. Parempaa palvelua! Terveystieteiden, hoivan ja koulun tulevaisuus. Työväen sivistysliitto.

Strandberg, T. & Viitanen, M. & Rantanen, T. & Pitkälä, K. 2006. Vanhuksen haurausraihnausoireyhtymä. Aikakauskirja Duodecim. 122(12).

<http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2006/12/duo95803>

<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo95803.pdf>

Suomi.fi-verkkopalvelu. 6.6.2015. Ikääntyvän palveluopas. Kunnallinen palveluasuminen.

https://www.suomi.fi/suomifi/suomi/palveluoppaat/ikaantyyvan_palveluopas/asumiseni/kodin_ulkopuolisessa_hoidossa/kunnallinen_palveluasuminen/index.html

Tamminen, N; Solin, P. 2013. Mielenterveyden edistäminen ikääntyneiden asumis- ja hoivapalveluissa. Opas 27. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. Luettu 8.5.2017.

<http://www.julkari.fi/handle/10024/110485> .

Tamminen, T. 1995. Depression tunnistaminen. Novo Nordisk.

Tarnanen, K. & Isometsä, E. & Kinnunen, E. & Kivekäs, T. & Lindfors, O. & Marttunen, M. & Tuunainen, A. 2016. Mieli maassa, mikä avuksi? (Depressio, masennus). Terveystieteiden laitos Duodecim.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00044&p_haku=Masennus#s1

Tengland, P-A. 2001. Mental Health. A Philosophical Analysis. Kluwer Academic Publishers. Springer Science+Business Media. Dordrecht.

Terveyden- ja Hyvinvoinnin Laitos. 22.2.2016. Osallisuuden osatekijät. Viitattu 28.5.2017.

<https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/hyvinvointi/osallisuus/osallisuuden-osatekijat>

Terveyden- ja Hyvinvoinnin Laitos. Yhteiskehittäminen. 26.4.2016. Viitattu 5.3.2017. <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/sosku/yhteiskehittaminen>

Terveyden ja Hyvinvoinnin Laitos. 2017. Ikääntyneiden Mielenterveys. Luettu 8.5.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/ikaantyneiden-mielenterveys>

Terveyden ja Hyvinvoinnin Laitos. 1977-1980. Mini-Suomi-Tutkimus. Autoklinikkatutkimus.

<https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/vaestotutkimukset/autoklinikka-tutkimukset/mini-suomi-tutkimus>

Terveyden ja Hyvinvoinnin Laitos. 2000. Terveys 2000-2011 -tutkimukset.

<https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/vaestotutkimukset/terveys-2000-2011>

<https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/vaestotutkimukset/terveys-2000-2011/terveys-2000-tiiviisti>

<https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/vaestotutkimukset/terveys-2000-2011/terveys-2011-tiiviisti>

Tiimiakatemia työkälypakki – Motorolat. 2017. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Tiimiakatemia. Viitattu 20.10.2017.

<http://tiimiakatemia.agileus.fi/fi/blogi/tiimiakatemia-tyokalupakki-motorola>

Tilastokeskus. 29.3.2017. Väestörakenne. Luettu 26.8.2017.

<http://tilastokeskus.fi/til/vaerak/index.html>

Tilastokeskus. 2016. Suomen väestö 1750-2016. Liitekuvio 1. Luettu 26.8.2017.

http://tilastokeskus.fi/til/vaerak/2016/vaerak_2016_2017-03-29_kuv_001_fi.html

Tutkimuseettinen Neuvottelukunta. 2017. Hyvä tieteellinen käytäntö. Luettu 8.5.2017.

<http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanta>

Tuulaniemi, J. 2011. Palvelumuotoilu. Talentum Media Oy. Hämeenlinna.

Traumaterapiakeskus Ry. 2017. Terapeuttiluettelo. Viitattu 6.8.2017.

<https://www.traumaterapiakeskus.com/25>

Valkonen, L. 2010. Iäkkäät syrjäytyvät mielenterveyspalveluista. Vanhustyön keskusliitto. Luettu 8.5.2017.

<http://www.vtkl.fi/fin/toimimme/ajankohtaista/arkisto/2010/03/Iakkaat-syrjaytyvat-mielenterveyspalveluista>

Valvanne, J. 12.10.2014. Näkökulma: vanhusta ei saa sitoa. Yle. Luettu 8.5.2017.
<http://yle.fi/uutiset/3-7521992>

Valvanne, J. Tampereen Yliopiston Geriatrian professori. 2017. Haastattelu 4.9.2017.
Haastattelija Joonas Keskinen. Tampere.

Valvanne, J. Tampereen Yliopiston Geriatrian professori. 2017. Seniori-iän depressio.
Luento. 17.3.2017. Hyvä Mieli - mielenterveystyön kehittäminen
Keinupuistokeskuksessa. Tampere.

Walker, Z. & Katona, C. 1997. Depression in elderly people with physical illness.
Depression and physical illness. 169-181.

Waughfield, C. G. & Burckhalter, T. S. 2002. Mental health concepts. Clifton Park, NY:
Delmar/Thomson Learning. p.

Wigman, J. & van Nierop, M. & Vollenbergh, W. & Lieb, R. & Beesdo-Baum, K. &
Wittchen, H-U. & van Os, J. 2012. Evidence that psychotic symptoms are prevalent in
disorders of anxiety and depression, impacting on illness onset, risk and severity –
Implications for diagnosis and ultra-high risk research. Schizophrenia Bulletin. 38(2) 247-
257.
<https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/38/2/247/1943533/Evidence-That-Psychotic-Symptoms-Are-Prevalent-in>

World Health Organization. 2016. Mental health and older adults. Fact sheet. Luettu
8.5.2017.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/>

World Health Organization. 2015. Ageing and health. Luettu 8.5.2017.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/en/>

World Health Organization. 2017. Ageing. Luettu 8.5.2017.
<http://www.who.int/topics/ageing/en/>

LIITTEET

Liite 1. Ilmoittautumislomake kehittämispäivään Keinupuistokeskuksen asiakkaille

Palauta ilmoittautumislomake
Ninnille 10.3.2017
mennessä.



Kutsumme teidät Keinupuistokeskuksen Hyvä mieli -kehittämispäivään. Kehittämispäivä on 17.3.2017 klo 9.00 - 15.30. Päivä koostuu aamupäivän luennoista, lounastauosta ja iltapäivän toiminnallisesta ohjelmasta. Päivä toimii meidän opinnäytetyönämme, joten päivän aikana käytyjä keskusteluja ja tuotettua materiaalia käytetään tutkimuksessamme. Kaikki materiaali kerätään nimettömänä ja niin, ettei henkilöllisyytesi paljastu missään vaiheessa. Tule mukaan kuuntelemaan mielenkiintoisten puhujien puheenvuoroja, nauttimaan yhdessä tekemisestä ja vaikuttamaan samalla oman arkesi sujuvuuteen!

Osallistun Hyvä mieli -kehittämispäivään ja annan luvan käyttää tuottamaani materiaalia nimettömänä tutkimuksessa.



HYVÄ MIELI 17.3.

KEINUPUISTOKESKUKSEN KEHITTÄMISPÄIVÄ

Kutsumme teidät osallistumaan Hyvä mieli -kehittämispäivään!

Päivän tarkoituksena on oppia uutta mielenterveydestä ja sen ylläpitämisestä asiantuntijoilta sekä yhdessä pohtia, miten mielen hyvinvointia voitaisiin parhaiten tukea juuri Keinupuistokeskuksessa. Päivän toteuttavat TAMKin sosionomiopiskelijat opinnäytetyönään. Paikkana Keinupuistokeskuksen juhlasali ja ruokala. Ilmoittautumiset lomakkeella 10.3.2017 mennessä.

Toivotamme teidät lämpimästi tervetulleeksi!



PÄIVÄN OHJELMA

Klo 9.00 Tervetuloa!

Klo 9.15 Jaakko Valvanne:

Seniори-iän depressio

Klo 10.30 TAUKO

Klo 10.45 Marja Saarenheimo:

Mielenterveyden tukeminen

arjessa

Klo 12.00 LOUNASTAUKO

Klo 13.00 Toiminnalliset

menetelmät ryhmissä

Klo 15.15 Loppupuheenvuoro

Päivä päättyy viimeistään

Klo 16.00!

Liite 3. Palautelomake

Hyvä Mieli -päivän Palautelomake

Olen

- Työntekijä
 Asiakas
 Opiskelija
 En ole keinupuistolainen

Osallistuin

- Luennoille
 Iltapäivän toiminnallisiin menetelmiin

Arvioi asteikolla 1-5 seuraaviin kohtiin, miten päivä mielestäsi sujui. Ympyröi sopivin numero.

(1 = erittäin heikko, 2 = heikko, 3 = kohtalainen, 4 = hyvä, 5 = erittäin hyvä)

Luennot

Yleisarvosana	1	2	3	4	5
Marja Saarenheimo	1	2	3	4	5
Jaakko Valtanne	1	2	3	4	5

Iltapäivän toiminnalliset menetelmät

Yleisarvosana	1	2	3	4	5
Toteutus	1	2	3	4	5
Ohjaus	1	2	3	4	5

Vapaa avoin palaute! Mikä oli mielestäsi hyvää ja onnistunutta? Mitä olisimme voineet tehdä toisin?

Kiitos palautteestasi ja osallistumisestasi Hyvä mieli -kehittämispäivään!

Joona Keskinen

Jemina Niemi

TAMK Sosionomikoulutus

Liite 4. Kysely mielenterveydestä ja sen ylläpitämisestä Keinupuistokeskuksen työntekijöille

7/31/2017

Kysely mielenterveydestä ja sen ylläpitämisestä Keinupuistokeskuksen työntekijöille

Kysely mielenterveydestä ja sen ylläpitämisestä Keinupuistokeskuksen työntekijöille

Tämän kyselyn tarkoituksena on hieman kartoittaa työntekijöiden tietämystä mielenterveydestä ja mielenterveyden häiriöistä etukäteen Hyvä mieli -kehittämisspäivää varten ja lisäksi kartoittaa teidän toiveitanne päivän sisältöihin liittyen. Kyselyn avulla päivän luennoitsijat, Jaakko Valvanne ja Marja Saarenhelmo, voivat suunnitella luentonsa parhaiten vastaamaan juuri teidän tarpeitanne. Lisäksi tämä helpottaa meitä toiminnallisten menetelmien suunnittelussa. Kysely tehdään nimettömänä.

*Required

1. Mitä haluaisit oppia mielenterveydestä ja sen ylläpitämisestä? *

2. Ikäihmisten masennus jää usein diagnosoimatta ja hoitamatta. Mistä koet, että tämä johtuu? (Haikara, E-H. & Kanerva, M., 2014) *

3. Missä iässä suomalaiset kärsivät keskimäärin eniten mielenterveyshäiriöistä? *

Mark only one oval.

- 14-19
- 20-34
- 35-54
- 55-74
- 74-

4. Millaisilla keinoilla sinun mielestäsi mielenterveyttä voitaisiin tukea asiakkaan arjessa? *

7/31/2017

Kysely mielenterveydestä ja sen ylläpitämisestä Keinupuistokeskuksen työntekijöille

5. Mitkä näistä ovat masennuksen oireita? (Terveyskirjasto Duodecim, 2016) **Tick all that apply.*

- Unettomuus ja väsymys
- Harhaluulot
- Alakuloinen ja surumielinen mieliala
- Päätöksenteko- ja keskittymiskyky heikentynyt
- Hengityksen ja pulssin tihtyminen
- Alentunut itsetunto ja vääristynyt kuva minuudesta
- Usko vainotuksi tulemisesta
- Levottomuuden ja jännittyneisyyden tunne
- Itsetuhoiset ajatukset
- Kyky kiinnostua ja kokea mielihyvää on heikentynyt

Powered by
 Google Forms

Liite 5. Vastaukset kyselyyn mielenterveydestä ja sen ylläpitämisestä
Keinupuistokeskuksen työntekijöille

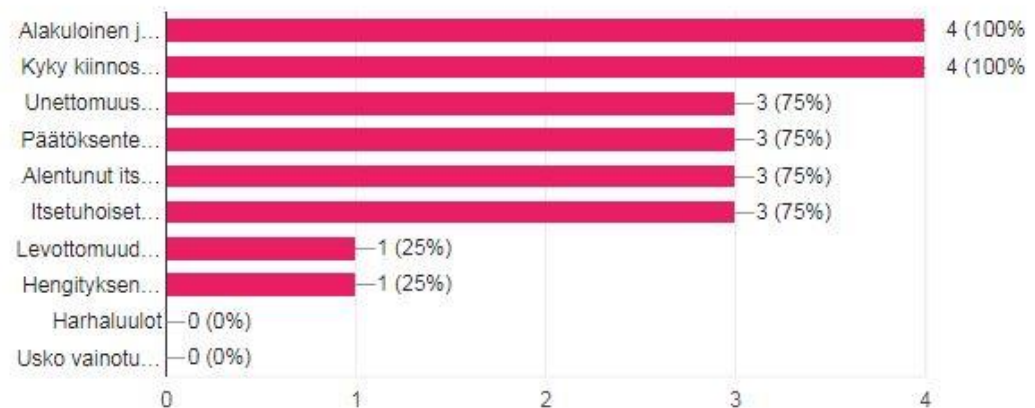
Kysely mielenterveydestä ja sen ylläpitämisestä Keinupuistokeskuksen työntekijöille

4 responses

[Publish analytics](#)

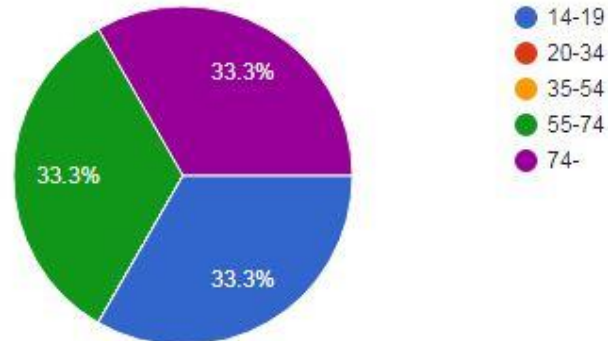
Mitkä näistä ovat masennuksen oireita? (Terveyskirjasto Duodecim, 2016)

4 responses



Missä iässä suomalaiset kärsivät keskimäärin eniten mielenterveyshäiriöistä?

3 responses



Ikäihmisten masennus jää usein diagnosoimatta ja hoitamatta. Mistä koet, että tämä johtuu? (Haikara, E-H. & Kanerva, M., 2014)

4 responses

Asiakas ei hakeudu asianmukaiseen hoitoon tai kerro asioistaan/oireistaan riittävästi.

Somaattinen oireilu, yhdistää masennukseen, jota ei osata ajatellaan myös kuuluvan vanhuuteen, ei välttämättä verkostoa, joka toisi asian julki tai veisi sitä eteenpäin

Ikäihmiset eivät halua puhua asiasta. Kokevat sen häpeäksi.

Aiheesta voi olla perheessä vaikea puhua.

Masennus ja "vetäytyminen" voidaan ajatella että se on normaalia vanhenemismuutosta.

Millaisilla keinoilla sinun mielestäsi mielenterveyttä voitaisiin tukea asiakkaan arjessa?

4 responses

Läsnäolo, aito kiinnostus hänen asioistaan, sosiaalinen tuki, osallistuminen lähitoritoimintoihin, vertaistuki

Arjen kohtaamisella, hyvän ilmapiirin luomisella, toivon ylläpitämisellä, vahvistamalla asiakkaan uskoa itseensä, tarvittaessa turvallisilla rajoilla

Mielekästä puuhaa päivittäin. Kohtelemalla Arvokkaasti

Varhainen auttaminen ja oireiden tunnistaminen.

Mitä haluaisit oppia mielenterveydestä ja sen ylläpitämisestä?

4 responses

Keinoja/työvälineitä arjen tasolle. Miten ottaa puheeksi jne.

Yksikkökohtaista avointa keskustelua, miten me voisimme tukea kaikkien asukkaidemme (ei vain psyyketaustaisten) mielenterveyttä

Miten huomata ensioireet

Keinoja auttaa asiakasta ja hänen läheistä

Liite 6. Seurantatapaamisen kysymykset

Seurantatapaaminen Keinupuistokeskuksessa 11.5.2017 klo 9.00-10.00

Haastattelukysymykset:

1. Onko kehittämispäivällä ollut vaikutuksia toimintakulttuuriin? Jos, niin millaisia?
2. Millaisia muutoksia olette havainneet asukkaiden toiminnassa?
3. Minkälaisia asioita kehittämispäivästä olette vieneet käytäntöön?
4. Jos kehittämispäivä järjestettäisiin uudelleen, miten kehittäisitte sitä?
5. Puhujat: Mitä ajatuksia heräsi luennoitsijoista? Tuleeko mieleen muita asiantuntijoita aiheeseen liittyen?
6. Mitä ajatuksia puhujien puheenvuorot herättivät?
7. Puhujat puhuivat hieman eri asioista, mitä luennoista jäi mieleen?
8. Tuliko kehittämispäivässä ahaa-elämyksiä, mistä?
9. Menetelmät: Millaisia tuntemuksia herätti kehittää omaa työtään asiakkaiden kanssa?
10. Olisiko menetelmillä käyttöä myöhemminkin?
11. Miten niitä voitaisiin hyödyntää?
12. Toivoisitko enemmän tämän tyylistä kehittämistä jatkossa?