

# MASENNUKSEN STRUKTU- ROITU LYHYTHOITO IKÄÄN- TYNEILLE

Masennuksen lyhythoitomallin kehittäminen  
vanhuspsykiatrian yksikölle

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU  
Sosiaali- ja terveysala  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja  
Syksy 2018  
Niina Kiviharju

## Tiivistelmä

Tekijä(t) Kiviharju, Niina	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Valmistumisaika Syksy 2018
	Sivumäärä 37 sivua, 15 liitesivua	
Työn nimi <b>Masennuksen strukturoitu lyhythoito ikääntyneille</b> Masennuksen lyhythoitomallin kehittäminen vanhuspsykiatrian yksikölle		
Tutkinto Sairaanhoitaja		
Tiivistelmä <p>Ikääntyneiden masennus ja sen asianmukainen hoito ovat yksi tulevaisuuden terveydenhuollon keskeisistä haasteista. Väestö ikääntyy, ja ikäihmiset elävät pidempään ja yksinäisempinä kuin koskaan aikaisemmin. Ikääntymiseen sopeutuminen on mm. yhteiskunnan vaatimuksista johtuen entistä haastavampaa, ja sopeutumisongelmat ovatkin yleisiä ikääntyneiden depression taustatekijöitä. Samaan aikaan terveydenhuollon kustannuksia leikataan kaikkialla, ja hoito on toteutettava entistä tehokkaammin. Strukturoidut lyhythoidot ovat eräs vastaus näihin vaatimuksiin.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena, työelämälähtöisenä kehittämishankkeena. Tavoitteena oli tuottaa ikääntyneiden masennuksen lyhythoitomalli erään eteläsuomalaisen sairaanhoitopiirin vanhuspsykiatrian yksikön tarpeisiin. Mallia laadittaessa on huomioitu myös yksikön toimintatavat ja henkilöstön toiveet.</p> <p>Tietoperusta sekä kehitetty Masennuksen lyhythoito ikääntyneille -malli pyrkivät vastaamaan kysymykseen, miten ikääntyneitä depressiopotilaita tulisi hoitaa strukturoidun lyhythoidon keinoin vanhuspsykiatrian avohoidossa. Teoriaosuudessa on käsitelty depressiota sairautena, ikääntymistä mielenterveyden, haasteiden ja voimavarojen näkökulmasta sekä ikääntyneiden masennuksen hoitoa avohoidossa. Keskeisenä ohjenuorana ikääntyneiden masennuksen lyhythoitomallin suunnittelussa on ollut kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuva Mielenterveystalon ammattilaisosion masennuksen lyhythoitomalli, jota on muokattu ja tiivistetty ikääntyville sopivaksi ja yhdistetty interpersonaalisen psykoterapian ydinajatuksen, elämänmuutokseen sopeutumisen, mukaan rakennetun materiaalin kanssa.</p> <p>Masennuksen lyhythoito ikääntyneille -malli on hyödynnettävissä sekä PowerPointesityksenä että siitä tulostettavana hoitaja- ja potilasversiona.</p>		
Avainsanat depressio, ikääntyneet, lyhythoito, masennus, psykiatria, strukturoitu hoito, vanhuspsykiatria		

## Abstract

Author(s) Kiviharju, Niina	Type of publication Bachelor's thesis	Published Autumn 2018
	Number of pages 37 pages, 15 appendices	
Title of publication <b>Structured depression therapy for elderly people</b> Structured depression therapy model for psychiatric unit for elderly people		
Name of Degree Bachelor's Degree in Nursing		
Abstract <p>Depression of elderly people and proper treatment for depression are the major challenges for health care in the future. Today people live longer and feel more lonely than ever before. It is not easy to get used to getting old, because of the requirements of society. The difficulties to adapt to being old are common reasons for depression of the elderly. There is constant pressure to decrease the costs of health care in every organization and patients must be nursed more efficiently and at lower costs. Structured short-term therapies are one answer for these problems.</p> <p>This Bachelor's thesis was functional development project based on the working life and on actual needs in health care. The main goal was to make a structured depression therapy model for psychiatric unit for elderly people. The needs of this specific psychiatric unit and recommendations of the personnel have been observed when developing this therapy model.</p> <p>The reference material and the model itself attempt to answer the question how we should treat elderly depressed patients with structured brief therapy in psychiatric outpatient care. The theory in the thesis consists of the following: depression as disease, aging from the mental health point of view and depression care for elderly people in psychiatric outpatient care. The structured depression care model of Mielenterveystalo, which is based on cognitive therapy, is the main guideline for the model developed in the thesis. Mielenterveystalo's model was shortened and modified for the cognition status of elderly people and combined with the key ideas of interpersonal psychotherapy, like adapting to major changes in life.</p> <p>The structured depression therapy model for elderly people can be used in the form of a PowerPoint show or separate printed versions for patients and nurses.</p>		
Keywords depression, elderly people, psychiatry, structured therapy		

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT.....	2
2.1	Toiminnallisuus .....	2
2.2	Toimeksiantaja ja kohderyhmä .....	2
2.3	Tarkoitus ja tavoite.....	3
3	MASENNUS .....	4
3.1	Oirekuva .....	4
3.2	Masennuksen taustatekijät .....	5
3.3	Hoitamattomana hengenvaarallinen .....	6
3.4	Depressio Suomessa.....	7
3.5	Suuntaus lyhythoitoihin.....	8
4	IKÄÄNTYMINEN JA MIELI.....	10
4.1	Ikääntymismuutokset ja mielenterveys .....	10
4.2	Haasteet .....	11
4.2.1	Sopeutumisongelmat.....	11
4.2.2	Yksinäisyys.....	12
4.2.3	Leimautuminen.....	13
4.2.4	Alkoholin ongelmakäyttö .....	14
4.3	Voimavarat.....	14
4.3.1	Perusvoimavarat .....	15
4.3.2	Osallisuus.....	15
4.3.3	Liikkuminen .....	16
4.3.4	Mielentaidot.....	16
5	IKÄÄNTYNEIDEN MASENNUS JA SEN HOITO .....	18
5.1	Potilaan arviointi .....	18
5.2	Painopiste avohoidossa .....	19
5.3	Omahoito hoidon kulmakivenä .....	20
5.4	Lääkehoito ja ECT-hoidot .....	21
5.5	Psykoterapian mahdollisuudet.....	21
6	MASENNUKSEN LYHYTHOITO MIELENTERVEYSTALON MUKAAN .....	24
6.1	Pohja kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa .....	24
6.2	Rakenne ja teemat.....	24
6.3	Arviointi .....	26

7	MASENNUKSEN LYHYTHOITO IKÄÄNTYNEILLE -MALLI .....	27
7.1	Rakenne ja teemat.....	27
7.2	Harjoitukset ja kotitehtävät.....	29
7.3	Toteutustapa ja ulkoasu.....	30
8	ARVIOINTI JA POHDINTA.....	32
8.1	Lyhythoitomallin kehitysprosessi .....	32
8.2	Vertaisarvio .....	33
8.3	Luotettavuus .....	35
9	YHTEENVETO .....	36
	LÄHTEET .....	38
	LIITTEET .....	41

## 1 JOHDANTO

Joka viides suomalainen sairastuu masennukseen jossain vaiheessa elämäänsä. Ikääntymisen myötä monet fysiologiset ja sosiaaliset muutokset sekä iän myötä lisääntyvät somaattiset sairaudet oireineen altistavat masennukselle.

Ikääntyneiden masennus ja sen varhainen toteaminen sekä asianmukainen hoito ovat yksi tulevaisuuden terveydenhoidon keskeisistä haasteista. Yhteisöllisyyden vähentyminen ja ydinperheasuminen lisäävät ikääntyneiden yksinäisyyttä, ja tahaton yksinäisyys on merkittävä masennuksen taustatekijä. Hoitamaton masennus aiheuttaa toivottomuutta, mikä edelleen aiheuttaa itsemurhia, myös ikääntyneiden ikäryhmässä.

Keskivaikeaa masennusta voidaan hoitaa tehokkaasti psykiatrisessa avohoidossa. Erään eteläsuomalaisen sairaanhoitopiirin aikuispsykiatrian poliklinikalla on käytössä Mielenterveystalon masennuksen lyhythoitomalliin pohjautuva masennuksen kognitiivis-käyttämisterapeuttinen lyhythoitomalli, jonka avulla potilas saa 5-10 hoitokäynnin aikana psykoedukaatiota sairaudestaan ja työkaluja oireiden hallintaan ja vähentämiseen.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on kehittää Mielenterveystalon mallin perustuva, mutta ikääntyneiden erityistarpeet, kognitio ja potilaan kotona tapahtuvan ja hoitajaveroisen psykiatrisen hoidon reunaehdot huomioon ottava masennuksen lyhythoitomalli kyseisen eteläsuomalaisen vanhuspsykiatrian yksikön käyttöön.

Masennuksen hoito suuntautuu tulevaisuudessa yhä enemmän strukturoituihin lyhythoitoihin. Strukturoitu hoito tarkoittaa tutkittuun tietoon perustuvaa, valmiin sabluunan mukaan etenevää hoitoa, jossa käsitellään ennalta valittuja teemoja tietyn hoitoprotokollan mukaisesti. Strukturoituja hoitoja voidaan toteuttaa hoitajavetoisesti ilman psykoterapeuttikoulutusta. Esimerkiksi Englannissa lähes kaikki depressiohoidot ovat nykyisin strukturoituja lyhythoitoja. Lyhythoidon kesto on rajattu esimerkiksi kolmeen kuukauteen tai kahdeksaan hoitotapaamiseen, kun perinteisesti psykiatrian poliklinikoilla osa potilaista on saattanut olla hoidossa yhtäjaksoisesti jopa vuosien ajan. (Ylilääkäri 2018.)

Tässä opinnäytetyössä käsitellään aluksi masennusta depressiosairautena sekä kuvailaan ikääntymisen vaikutuksia mieleen erityisesti haasteiden ja voimavarojen näkökulmasta. Työssä kerrotaan erityisesti ikääntyneiden masennuksen hoidosta avohoidossa omahoidon keskeinen merkitys ja psykoterapian mahdollisuudet huomioiden. Lopuksi kuvataan ikääntyneiden masennuksen lyhythoitomallin perustana oleva Mielenterveystalon masennuksen lyhythoitomalli sekä esitellään kehittämäni Masennuksen lyhythoito ikääntyneille -malli. Malli löytyy liitteenä työn lopusta (liite 1).

## 2 OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT

### 2.1 Toiminnallisuus

Toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistyvät käytännön toteutus ja sen tutkimuksellinen raportointi. Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on käytännön toiminnan ohjeistaminen ja opastaminen sekä toiminnan järjestäminen, esimerkiksi ammatilliseen käyttöön tarkoitettu ohjeistus tai opastus. Toiminnallisen opinnäytetyön toteutustapa voi olla tapahtuman järjestäminen, kirja, video tms. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 5, 9.)

Toiminnallisen opinnäytetyön tulisi olla aina käytännönläheinen, työelämälähtöinen, tutkimuksellisesti toteutettu sekä alan tietojen ja taitojen hallintaa osoittava. Hyvä opinnäytetyöaihe palvelee omaa ammatillista kasvua, ja sen avulla pääsee ratkomaan työelämälähtöistä ja käytännönläheistä ongelmaa. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 10,16.)

Toiminnalliseen opinnäytetyöhön kuuluu toimintasuunnitelma, jossa kuvataan, mitä, miten ja miksi työssä tehdään. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 27.)

Opinnäytetyön kohderyhmä ja kohderyhmän rajaaminen ovat tärkeä osa opinnäytetyötä. Toiminnallisen opinnäytetyön tuotos tehdään jonkun käytettäväksi, ja sen tavoitteena on vaikkapa toiminnan selkiyttäminen laadittavan ohjeistuksen avulla. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 51.)

Oman arviointinsa tueksi opiskelija voi kerätä palautteen kohderyhmältä tapahtuman onnistumisesta, oppaan tai ohjeistuksen toimivuudesta ja käytettävyydestä, työn visuaalisesta ulkoasusta sekä luettavuudesta (Vilkkä & Airaksinen 2003, 157).

Tämän opinnäytetyön toiminnallinen osa on Masennuksen lyhythoito ikääntyneille -malli, joka on toteutettu lyhyenä ja ytimekkäänä potilasversiona sekä tarkempaa tietoa ja ohjeita sisältävänä hoitajan versiona PowerPoint-sovellukseen, josta eri versiot on mahdollista tulostaa käytettäväksi myös kotikäynneillä. Opinnäytetyöhön kuuluu toimeksiantajan toiveen mukaan myös luodun mallin esittely vanhuspsykiatrian yksikön henkilöstölle.

### 2.2 Toimeksiantaja ja kohderyhmä

Tämän opinnäytetyön toimeksiantajana on erään eteläsuomalaisen sairaanhoitopiirin vanhuspsykiatrian poliklinikka. Poliklinikalla hoidetaan psykiatrista erikoissairaanhoidoa tarvitsevia yli 65-vuotiaita potilaita. Poliklinikka toimii sairaalan tiloissa ja jalkautuu asiakkaiden luo koteihin sekä palveluasumisyksiköihin. Lisäksi poliklinikalta tehdään psykiatrista konsultaatiota sairaalan osastoille, esimerkiksi akuuttigeriatrian päivystysosastolle sekä

päivystysosastolle. Myös psykiatrian osastojen kanssa tehdään yhteistyötä mm. potilaiden siirtyessä osastohoidosta avohoitoon.

Opinnäytetyön toiminnallisena tuotoksena laadittavan Masennuksen lyhythoito ikääntyneille -mallin kohderyhmänä ovat vanhuspsykiatrian potilaat, jotka sairastavat masennusta ja joille lyhythoitomalli mm. kognitiivisen tason ja voinnin puolesta soveltuu. Vanhuspsykiatrian masennusta sairastavat potilaat ovat varsin heterogeeninen joukko: potilaina on juuri eläkkeelle jääneitä, mahdollisesti ensimmäistä depressiojaksoaan sairastavia 65-vuotiaita ja koko aikuisikänsä mielialahäiriöistä kärsineitä 90-vuotiaita. Selvää on, että yksi, strukturoitu hoitomalli ei palvele koko kohderyhmää. Yksilöllisesti moduuleista yhdistettävä lyhythoitomalli toimisi todennäköisesti parhaiten.

Myös vanhuspsykiatrian poliklinikan henkilökunta ja erityisesti lyhythoitomallia työssään käyttävät sairaanhoitajat ja mielisairaanhoitajat on huomioitava kohderyhmänä. Heidän kokemuksiaan ja toiveitaan on kuultava, ja heidät on opastettava laadittavan lyhythoitomallin käyttöön. Lyhythoitomallin tulee toimia poliklinikan rutiineissa: mallia suunniteltaessa on huomioitava mm. vanhuspsykiatrian poliklinikan hoitajien työn liikkuva luonne, joka sulkee pois esimerkiksi fläppitaulun käytön havainnollistamistyökaluna. Yksittäisen hoitotapaamisen pituus sekä tapaamisten tiheys vaikuttavat myös lyhythoitomallin rakentamiseen.

### 2.3 Tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää yli 65-vuotiaiden erikoissairaanhoidossa avohoidossa hoidettavien masennuspotilaiden strukturoitu lyhythoitomalli, joka yhdenmukaistaa hoitajien työtapoja ja antaa selkeän toimintamallin, sabluunan, masennusta sairastavien ikääntyneiden hoidon toteuttamiselle. Ikääntyneiden masennuksen lyhythoitomallin tavoitteena on myös lyhentää joissakin tapauksissa pitkäksi venyviä hoitosuhteita ja tehostaa hoitajaksoja.



### 3 MASENNUS

#### 3.1 Oirekuva

Masennus luokitellaan sairaudeksi, depressioksi (diagnoosi F32 tai F33), kun se on kestänyt vähintään kaksi viikkoa, ja tietyt ICD 10 tautiluokituksen mukaiset oireet (katso taulukko 1.) täyttyvät. (Suomalainen lääkärisseura Duodecim 2014.)

Matala mieliala ei ole sairaus; alakulo, ahdistus ja suru kuuluvat elämään. Ohi menevä masentunut mieliala ei tarkoita, että henkilö sairastaisi depressiota. (Haarni, Viljanen ja Hansen 2014, 32). Tässä työssä masennuksella tarkoitetaan depression kriteerit täyttävää sairaustilaa. Masennuksesta puhuttaessa on myös syytä erottaa depressio ja kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusjakso toisistaan (Huttunen 2017).

Taulukko 1. Depression oireet ICD 10-luokituksen mukaan (Suomalainen lääkärisseura Duodecim 2014)

Oirekriteerit	Oirekuva
A. Masennusjakso on kestänyt vähintään 2 viikon ajan.	
B. Todetaan vähintään 2 seuraavista oireista.	1. Masentunut mieliala suurimman osan aikaa
	2. Kiinnostuksen tai mielihyvän menettäminen asioihin, jotka ovat tavallisesti kiinnostaneet tai tuottaneet mielihyvää
	3. Vähentyneet voimavarat tai poikkeuksellinen väsymys
C. Todetaan jokin tai jotkin seuraavista oireista niin, että oireita on yhteensä (B ja C yhteen laskettuina) vähintään 4.	4. Itseluottamuksen tai omanarvontunnon väheneminen
	5. Perusteettomat tai kohtuuttomat itsesyytökset
	6. Toistuvat kuolemaan tai itsemurhaan liittyvät ajatukset tai itsetuhoinen käyttäytyminen
	7. Subjekttiivinen tai havaittu keskittymisvaikeus, joka voi ilmetä myös päättämättömyytenä tai jahkailuna
	8. Psykomotorinen muutos (kihtymys tai hidastuneisuus), joka voi olla subjektiivinen tai havaittu
	9. Unihäiriöt

	10. Ruokahalun lisääntyminen tai väheneminen, johon liittyy painon muutos
--	---

Lievässä masennustilassa mainittuja oireita (taulukko 1.) on 4–5, keskivaikeassa 6–7 ja vaikeassa 8–10 ja kaikki oireet kohdasta B. Psykoottisessa masennuksessa esiintyy edellisten oireiden lisäksi harhaluuloja tai harhaelämyksiä. (Suomalainen lääkäriseura Duodecim 2014.)

Arviolta 16-30 % yli 65-vuotiaista kärsii jostakin mielenterveyden häiriöstä (Lönqvist , Henriksson , Marttunen , Partonen 2014, 681). Ikääntyneillä potilailla masennus voi myös ilmetä erilaisina somaattisina vaivoina, joita voi olla vaikea tulkita masennukseksi. Erilaiset kivut ovat tästä kenties tyypillisin esimerkki. Ärtynisyys, runsas alkoholin käyttö sekä harhaluuloiset oireet voivat myös peittää alleen alakulon, jolloin masennusta on vaikea huomata. (Haarni, Viljanen ja Hansen 2014, 32-33.) Masentuneella ikääntyneellä on tyypillisesti heikko ruokahalu ja siitä seuraavaa painonlaskua, psykomotorista estyneisyyttä tai kiihtyneisyyttä, rangaistus- tai köyhysharhaluuloja sekä itsetuhoisuutta. Vaikeasti masentuneet ikääntyneet menettävät nopeasti fyysisen ja sosiaalisen toimintakykynsä. (Lönqvist ym. 2014, 681, 686.)

Yksilölle ja hänen lähipiirilleen masennus aiheuttaa inhimillistä kärsimystä ja laaja-alaista haittaa. Toimintakyvyn ja työkyvyn heikentyminen sekä syrjäytymisuhka ovat todellisia, ja niitä vastaan on taisteltava jatkuvasti. (Lönqvist ym. 2014, 23.)

Masennustilat toistuvat melko herkästi. Vaikea masennus uusiutuu 50 % todennäköisyydellä myöhemmin. Ilman hoitoa vakava masennus uusiutuu kahden sairastetun vakavan masennusjakson jälkeen 70 % todennäköisyydellä ja kolmen sairausjakson jälkeen jo 90 % todennäköisyydellä. Asianmukaisella hoidolla masennusjaksojen uusiutumisriskiä voidaan huomattavasti vähentää. (Huttunen 2017.)

### 3.2 Masennuksen taustatekijät

Masennuksen taustalla ei ole yhtä yksittäistä selittävää syytä, vaan tavallisesti masennus selittyy yhdistelmällä potilaan kuormittavaa elämäntilannetta, persoonallisuutta (erityisesti vaativa persoonallisuus, haavoittuvuus) sekä jo lapsuudessa opittuja, haitallisia käyttäytymismalleja (esimerkiksi tunteiden piilottaminen). Monilla masennuspotilailla on lapsuudessa fyysistä kaltoin kohtelua tai emotionaalista laiminlyöntiä. (Lönqvist ym. 2014, 246, 264.) Lönqvistin ym. (2014) mukaan depressio selittyy myös mm. aivojen välittäjäaineilla ja hormonaalisilla poikkeavuuksilla. Kaksostutkimus todistaa alttiuden depressioniin olevan periytyvää. (Lönqvist ym. 2014.)

Matti Huttunen korostaa masennuksen laukaisevina tekijöinä edellä mainittujen lisäksi myös ajankohtaisia elämäntapahtumia, kuten menetyksiä ja pettymyksiä. Näitä voivat olla esimerkiksi läheisen menetykseen liittyvä surematta jäänyt suru tai itsetuntoa ja hyvinvointia uhkaava elämänmuutos. Toistuvat masennustilat kaventavat usein potilaiden sosiaalista verkostoa, mikä herkästi lisää masennusalttiutta ja masennusjaksojen pitkittymistä. (Huttunen 2017.)

Monet tavallisesti käytetyt lääkeaineet, kuten verenpaineen hoitoon käytetyt klonidiini ja metyylidopa, saattavat aiheuttaa masennusta. Myös beetasalpaajiin kuuluvan propranololin sekä joidenkin kortikosteroidien ja kipulääkkeiden on raportoitu aiheuttaneen masennusta. (Lönqvist ym. 2014, 688.)

### 3.3 Hoitamattomana hengenvaarallinen

Hoitamaton masennus voi johtaa potilaan itsemurhaan. Itsemurhan tehneistä yhdeksän kymmenestä kärsii mielenterveysongelmista (Riihimäki K 2014, 39). Vaikea masennus on hoitamattomana ja pitkittyessään hengenvaarallinen tila, koska itsemurhan riski siinä on suuri (Haarni, Viljanen ja Hansen 2014, 32). Ikääntyneiden masennukseen liittyy itsemurhien sekä sydän- ja verisuonisairauksien vuoksi korkeampi kuolleisuus (Lönqvist ym. 2014, 687). Ikääntyneillä, erityisesti miehillä, samanaikaiset somaattiset (eli ruumiilliset) sairaudet ja terveydenhuollon heikko puuttuminen masennukseen voivat johtaa huomiotta jääviin itsemurhayrityksiin (Riihimäki 2014, 40).

Erkki Isometsän (2008, 165–166) mukaan erikoissairaanhoidossa hoidettavista masennus-diagnoosin saaneista potilaista 5–10 % päätyy itsemurhaan. Itsemurhariski on 20-kertainen masentuneilla verrattuna muuhun väestöön. (Isometsä 2008, 165-166.) Noin 2/3 kaikista itsemurhista on yhteydessä masennusoireyhtymiin. Suomessa arvioidaan vuosittain noin 600 ihmisen kuolevan masennustiloihin liittyviin itsemurhiin. (Lönqvist ym. 2014, 270.)

Itsemurhariskiä lisääviä tekijöitä ovat miessukupuoli, monihäiriöisyys (masennuksen lisäksi jokin somaattinen sairaus tai päihde-riippuvuus), vaikea ja pitkäkestoinen masennus, lähiomaisen itsemurha sekä toivottomuuden tunne (Isometsä 2008, 165-166).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tutkimusprofessori Timo Partonen kertoo Etelä-Suomen sanomien artikkelissa (Nikunen 2018) yksinäisyyden ja epätoivon ajavan vanhuksia itsemurhiin. Partosen mukaan tyypillistä on, että itsemurhan tehnyt ikäihminen on ennen lopullista tekoaan käynyt lääkärin vastaanotolla muutamaa viikkoa aikaisemmin somaattisten vaivojen vuoksi, mutta ei ole maininnut mitään masennuksesta tai itsemurha-aikeistaan. (Nikunen 2018.) Lönqvist ym. (2014, 687) kiteyttää: ”Vaikka terveyden-

huollossa näyttäisi olevan tarjolla tilaisuuksia ikäihmisten itsemurhien ehkäisyyn, keskeinen ongelma lienee psykiatristen oireiden hankala tunnistettavuus” (Lönqvist ym, 2014, 687).

Ikääntyneen itsemurhariskiä lisäävät mm. yksinäisyys, toivottomuus, sairaudet, kipu, masennus ja voimakas riippuvuus toisista ihmisistä (Suominen & Valtonen 2013 ; Takaluoma 2017). Itsemurhavaara on suuri myös silloin, kun ihminen mm. lisää alkoholin tai lääkkeiden käyttöään, nukkuu liian vähän tai liian paljon, vetäytyy omiin oloihinsa tai liikkuu tunnetiloiltaan äärimmäisyydestä toiseen (Nikunen 2018).

Itsemurhariski täytyy tunnistaa ja aistia jo perusterveydenhuollossa sekä uskaltaa ottaa puheeksi. (Riihimäki 2014, 40). Mikäli potilaan on kuultu puhuvan toistamiseen itsestään merkityksettömänä ja toisten vaivana, on tämä otettava vakavasti potilaan itsemurhariskiä arvioitaessa (Suominen & Valtonen 2013; Takaluoma 2017). Ikääntyneen itsetuhoisuutta on myös Lönqvistin ym. (2014, 687) mukaan kartoitettava aktiivisesti. Potilaalta on kysyttävä suoraan, onko hän ajatellut tappaa itsensä, jotta potilas ymmärtää, mistä puhutaan (vrt. termi suicidaalisuus). Potilaan itsemurhavaaraa voidaan arvioida strukturoiduilla asteikoilla: Beckin depressioasteikolla, masennuksen vaikeusastetta mittaavalla MARDS -lomakkeella ja toivottomuuden arviointiasteikolla (HS) sekä itsemurhariskin arviointiasteikolla kuten C-SSRS ja SSI. (Suominen & Valtonen H 2013; Takaluoma 2017.)

Masennuksen mahdollisimman hyvä hoito on merkittävä osa itsemurhakäyttäytymisen ehkäisyä. Itsetuhoisen potilaan hoidon tulee olla aktiivista ja seurannan tiivistä. (Suominen & Valtonen 2013; Takaluoma 2017.)

### 3.4 Depressio Suomessa

Depressio on kansanterveyden kannalta keskeisin mielenterveyden häiriö maassamme, ja yksi suurimpia kansanterveysongelmia kaikki sairaudet mukaan lukien. Vuoden aikana noin 5 % suomalaisista kärsii masennuksesta ja 20 % masentuu elämänsä aikana. Perusterveydenhuollon potilaista 10 % kärsii ajankohtaisesti masennuksesta, ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoitokäynneistä noin 50 % liittyy masennukseen. Depressioon liittyviä sairauspäivärahaa on maassamme vuosittain 27 000, ja uusia työkyvyttömyyseläkkeitä myönnetään noin 3500. Työkyvyttömyyseläkkeistä 55 % myönnetään mielialahäiriöiden perusteella. Masennukseen liittyviä itsemurhia tehdään vuosittain noin 600. (Lönqvist ym. 2014, 246, 252.)

Riihimäen (2014) mukaan masennuksen varhainen havaitseminen perusterveydenhuollossa on keskeistä depression hoidossa (Riihimäki 2014, 40). Vain noin 40 % masennusoireista kärsivistä potilaista saa tehokasta hoitoa, 35 % käyttää masennuksen vastais-

ta lääkitystä ja vain alle 20 % saa terapiaa. Vain puolella vaikeastikin oireilevista masennuspotilaista on hoitokontakti. (Riihimäki 2014, 47.)

Masennusta hoidetaan Käypähoito-suosituksen sekä Lönnqvistin ym. (2014, 246) mukaan asianmukaisesti yhtä aikaa sekä terapialla että lääkkeillä. Pelkkä lääkehoito ei ole asianmukaista. Lievää ja keskivaikeaa masennusta voidaan hoitaa usein onnistuneesti myös terapialla ilman lääkehoitoa. Lääkehoito usein nopeuttaa oireiden lievittymistä. (Riihimäki 2014, 47.)

Ikääntyneille ei ole riittävästi tarjolla julkisia palveluita mielenterveyden vakavampiin ongelmiin ja varsinaisiin häiriöihin. Maamme mielenterveyspalvelut on keskitetty lähes kokonaan työikäisille, vaikka myös vanhusväestö hyötyisi niistä. Kolmas sektori tarjoaa psykososiaalisia, ongelmien jakamiseen perustuvia ryhmämuotoisia toimintoja. Haasteena nähdään avun etsimisen ja löytämisen vaikeudet tiedon ollessa hajallaan. Toisaalta mielenterveysongelmista kärsivällä henkilöllä on usein vähäiset voimavarat etsiä tukea eri lähteistä. (Haarni, Viljanen ja Hansen 2014, 31.)

### 3.5 Suuntaus lyhythoitoihin

Haastattelin tätä opinnäytetyötä varten vanhuspsykiatrian osastonylilääkärinä, jonka mukaan masennuksen hoidossa suunnataan nykyisin kohti strukturoituja lyhythoitoja ja esimerkiksi Iso-Britanniassa käytetään jo tällä hetkellä lähes yksinomaan strukturoituja hoitoja. Potilaan voinnin pitkäaikainen seuranta ei yleensä ylläpidä potilaan kohentunutta vointia, eikä toisaalta estä uutta masennusjaksoa. Luonnollisesti lyhythoitosten suuntaan pyritään myös tehokkuuden ja taloudellisuuden vuoksi. (Ylilääkäri 2018.)

Professori Raimo Lappalainen kertoo, että Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksella hyväksyntä- ja arvopohjaisia lyhytterapiamalleja on tutkittu ja kehitetty jo yli kymmenen vuoden ajan. Lyhytterapian ajatuksena on, että potilas etsii terapeutin kanssa keinoja vaikuttaa omaan elämäänsä. Hoidon tarkoituksena on aktivoida potilas toimimaan oman hyvinvointinsa eteen. Joskus lyhythoito voi aktivoida tarpeelliseen elämänmuutokseen, kuten työpaikan vaihtoon. Lappalaisen mukaan lyhythoitomalleille voitaisiin saavuttaa merkittäviä säästöjä ilman, että laatu tai hoidon tehokkuus kärsisivät. Lyhytterapian hoitomallin toteuttaminen on nopeasti omaksuttavissa, eikä vaadi vuosien psykoterapeuttikoulutusta. Lappalaisen mukaan lyhytterapiaa voitaisiin hyvän työnohjauksen ja tuen avulla ottaa käyttöön myös perusterveydenhuollossa lyhyelläkin koulutuksella. (Pennanen 2018.)

Anne-Maria Mikkonen on tutkinut pro gradu tutkielmassaan (2010) hyväksymis- ja tietoisuustaitojen sekä oireiden vähenemisen yhteyttä masennuksen psykologisen lyhythoidon tuloksiin. Tutkimuksen tulokset tukevat lyhythoidon tehokkuutta ja puoltavat sen käyttöä

terveydenhuollossa. Mikkosen (2010) mukaan masennuspotilaiden tuloksekas hoito ei välttämättä edellytä vuosien terapeuttikoulutusta, vaan vaikuttavia hoitotuloksia voidaan saavuttaa lyhyellä täsmäkoulutuksella (tässä 20 h teoriaopetusta) ja työnohjauksella. Lyhythoidon tehoa voidaan ennakoida sen perusteella, kuinka potilaan masentuneisuus ja psykologiset oireet vähenivät kahden ensimmäisen tapaamisen aikana. (Mikkonen 2010.)

Aino Kohtala on tutkinut väitöskirjassaan psykologisen joustavuuden taitoja painottavan lyhytterapian vaikutuksia masennusoireisiin. Terapian keskeisenä teemana oli opettaa potilas kohtaamaan avoimesti ja hyväksyen omia tunteitaan. Myös omien arvojen määrittely todettiin tärkeäksi. Tuoreen väitöstutkimuksen mukaan masennusoireisiin voidaan vaikuttaa jo muutamalla terapiakäynnillä, mikäli potilaan masennus ei ole vaikea tai kroonistunut. Tutkimuksessa mukana olleiden potilaiden masennusoireet vähenivät jopa 50 prosentilla neljän terapiakäynnin jälkeen. Yllättävintä oli lyhytterapian hoitotuloksen pysyvyys: viiden vuoden päästä hoidon päättymisestä potilaiden masennusoireiden taso oli sama kuin heti hoidon päätyttyä. (Kohtala 2018, 93-95.)

## 4 IKÄÄNTYMINEN JA MIELI

### 4.1 Ikääntymismuutokset ja mielenterveys

Mielen hyvinvoinnilla on entistä enemmän merkitystä väestön ikääntyessä. Ikääntyneiden toimintakyvyn näkökulmasta mielen voimavarat ja hyvinvointi ovat yhtä olennaisia kuin fyysinen kunto ja terveys. Kun fyysinen toimintakyky iän myötä hiljalleen haurastuu ja erilaiset sairaudet kuormittavat monesti aiempaa enemmän, tarvitaan mielen voimavaroja muutoksiin sopeutumiseen ja jaksamisen ylläpitämiseen. ”Mielen hyvinvoinnilla on siis tärkeä rooli hyvän vanhuuden toteutumisessa”, kiteyttävät Haarni, Viljanen & Hansen (2014). Ikääntyneen mielenterveyttä voivat kuormittaa mm. muutokset terveydentilassa, läheisen sairaus tai menetys, muutto kotoa palveluasumiseen sekä taloudellinen niukkuus. Yksin eläminen tai yksin jääminen on suuri kuormitustekijä. Myös omaishoitajien elämäntilanteet ovat monesti vaativia. (Haarni, Viljanen ja Hansen 2014, 7.)

Psykoanalyttisen teorian mukaan ikääntyneiden masennus saattaa johtua myös minän avuttomuudesta ihanteiden mukaisen elämän käytyä ikääntymisen myötä mahdottomaksi. Kognitiivisen teorian mukaan myöhäisellä iällä tapahtuvat menetykset aiheuttavat opittua avuttomuuden tunnetta ja aktivoivat lukkiutuneita ajatusrakennelmia, minkä vuoksi ikääntynyt havainnoi itseään kielteisessä valossa. (Lönngqvist ym. 2014, 688.)

Keskeisten mielialaa säätelevien välittäjäaineiden serotoniinin, noraderenaliinin ja dopamiinin pitoisuuksien on arveltu laskevan, kun monoamiinioksidaasin pitoisuudet iän myötä kasvavat (Lönngqvist ym. 2014, 687-688).

Joillakin somaattisilla sairauksilla on erityinen yhteys mielialaan. Iäkkäillä moniin pitkäaikaissairauksiin, varsinkin raskaita hoitoja vaativiin, liittyy kohonnut masennusriski. Esimerkiksi sydän- ja verisuonitaudit sekä erityisesti erilaiset sydänoperaatiot lisäävät riskiä sairastua masennukseen. Parkinsonintautiin liittyy masennusriski ja taudin hoitoon käytettävien lääkkeiden sivuvaikutuksena saattaa ilmetä riippuvuuskäyttäytymistä kuten peliriippuvuutta. Myös muistihäiriöt ja alkava muistisairaus aiheuttavat ahdistusta ja masennusta. (Haarni, Viljanen ja Hansen 2014, 27, 32.)

Mielenterveysongelmat eivät ole suhteellisesti lisääntyneet ikääntyneiden keskuudessa. Yli 60-vuotiaita on lukumääräisesti enemmän kuin aikaisemmin, ja lisäksi elämme vanhemmaksi kuin ennen, mikä lisää vaikutelmaa ikääntyneiden mielenterveysongelmien yleistymisestä. Myös mielenterveysongelmien tunnistaminen ja diagnosointi on parantunut. Yleisimpiä mielenterveyden ongelmia eläkeikäisten keskuudessa ovat masennus ja ahdistuneisuus sekä niiden erilaiset yhdistelmät. Ahdistusoireita on noin 5-6 %:lla, ja lie-

vää masennusta kokee ajoittain noin joka neljäs eläkeikäinen. (Haarni, Viljanen ja Hansen 2014, 30-31.)

Masennus myös uusiutuu melko helposti. Jos nuorempana on sairastanut masennuksen, on riski sairastua masennukseen myös myöhemmällä iällä suurempi. (Haarni, Viljanen ja Hansen 2014, 32.)

## 4.2 Haasteet

Ikääntymiseen liittyy mielenterveyden näkökulmasta haasteita erityisesti elämänmuutokseen sopeutumisessa. Myös yksinäisyys vaivaa monia ikääntyneitä. Mielenterveyspotilaaksi leimautuminen ja mahdollinen alkoholin ongelmakäyttö tuovat lisähaasteita ikääntyneille masennuspotilaille.

### 4.2.1 Sopeutumisongelmat

Keskeinen haaste vanhuspsykiatrian masennuspotilaiden keskuudessa vaikuttaa olevan ikääntymismuutosten hyväksyminen ja vanhenemiseen sopeutuminen. Ikääntyvän on sopeuduttava uuteen elämäntilanteeseen, johon saattaa kuulua aiempaa rajallisempi liikkumiskyky sekä pitkäaikaissairauksia kipuineen, oireineen ja hoitoineen. Riippuvaisuus läheisistä tai kotihoidon tuesta sekä kutistuva sosiaalinen verkosto ystävien menehtyessä ympäriltä yksi toisensa jälkeen vaativat paljon sopeutumista. (Ylilääkäri 2018.)

Sairaus saattaa muuttaa potilaan minäkuvaava varsinkin silloin, kun sairaus rajoittaa toimintaa ja mahdollisuudet itsenäiseen elämään vähenevät. Kehonkuvan muutosten kokeminen on yksilöllistä ja suhteessa omaan aikaisempaan kehonkuvaan. Minäkuva voidaan vahvistaa ja tukea vuorovaikutuksella, jossa potilasta autetaan selviytymään kulloisestakin elämäntilanteesta hänen voimavarojaan tukien. Aktiivinen kuuntelu eli keskittyneesti ja kiinnostuneesti kuunteleminen ja potilaan kokemuksiin ja tunteisiin eläytyminen on terapeuttisen vuorovaikutuksen kulmakivi. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala ja Vuorinen S 2015, 422-423, 433.)

Ihmisen perusluonne säilyy samana läpi elämän. Tavallisesti kuitenkin jotkut tunteet tai persoonallisuuden piirteet korostuvat ja toiset pehmenevät iän myötä. Monesta tulee iän myötä varovaisempi tai varautuneempi mm. liikkumisongelmien ja yksinäisyyden aiheuttaman turvattomuuden vuoksi. Toisaalta ikääntyneiden tunteiden säätely on usein kehittyntä, ja monelle on ehtinyt kertyä elämän sattumusten mukanaan tuomia yksilöllisiä voimavaroja ja selviytymiskeinoja. Ikä tavallisesti lisää tunteiden tasapainoa ja emotionaalista hyvinvointia, jota tarvitaankin ikääntymiseen liittyvien muutosten ja menetysten kohdalla. Mieli tulkitsee muutokset usein automaattisesti uhaksi, mutta mielen tuottamalle syn-



källe tai huolestuttavalle näkymälle voi luoda muita vaihtoehtoja. Elämäkokemuksesta nousevat elämäntaidot, myönteinen asenne sekä huumori ovat tärkeä osa ikääntyneiden mielen hyvinvointia. Monella on tarve tarkastella mennyttä elämäänsä ja ymmärtää itseään sen kautta. Myönteinen muistelu ja anteeksianto mahdollistavat sovun tekemisen menneisyytensä kanssa, ja elämä voidaan kokea merkitykselliseksi. Ikääntyessä joudutaan usein etsimään elämään uusia ilon lähteitä. (Suomen mielenterveysseura 2018.)

#### 4.2.2 Yksinäisyys

Yksinäisyys voi olla vapaaehtoista ja toivottu mahdollisuus elää omannäköistä elämää. Negatiivisena tunteena koettu yksinäisyys kuitenkin rasittaa mielenterveyttä, ja voi aiheuttaa masennusta, ahdistusta, turvattomuutta sekä kokemusta elämän merkityksettömyydestä. Hoitohenkilökunnan onkin tärkeää osata erottaa vapaaehtoinen yksinäisyys potilasta haittaavasta yksinäisyydestä. Yksinäisyyttä voidaan kokea myös ihmisten keskellä, esimerkiksi palveluasumisessa, mikäli ihmissuhteet eivät ole merkityksellisiä. Läheiskään sosiaaliset suhteet eivät automaattisesti poista yksinäisyyden tunnetta: ihmissuhteet saattavat sisältää toistuvaa riitaa, hyväksikäyttöä tai väkivaltaa, ja olla siten vahingollisia. (Haarni, Viljanen ja Hansen 2014, 28.)

Ikääntyneen yksinäisyys on usein yhteydessä henkilön taustatekijöihin, sosiaaliseen ympäristöön sekä fyysiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Yksinäisyydelle altistavia taustatekijöitä ovat esimerkiksi korkea ikä, naissukupuoli, maaseudulla asuminen sekä heikentynyt sosiaalinen asema. Sosiaaliseen ympäristöön liittyviä taustatekijöitä ovat mm. leskeys, ihmissuhteiden vähäinen määrä, vaikeus luoda uusia ihmissuhteita ja vaikea suhde läheisiin. Monen ikääntyneen fyysinen toimintakyky on heikentynyt, mutta sairauksien ja ikääntymisen myötä myös psyykinen toimintakyky on alentunut. Potilas saattaa kokea olevansa vain taakka läheisilleen, ja kokee siten turvattomuutta. Yksinäisyyden kokemus on otettava vakavasti, sillä yksinäisyys voi johtaa masennukseen, toivottomuuden umpikujaan, kuolemantoiveisiin ja lopulta itsemurhaan. (Takaluoma 2017.)

Yksinäisyyttä on vaikea todentaa, ja potilasta onkin haastateltava huolella yksinäisyyden toteutumisesta. Tämä edellyttää luottamuksellista hoitosuhdetta. Tärkeää on oikea kysymyksen asettelu sekä suoraan ja ymmärrettävästi – nimenomaan potilaan ymmärryksen tasoisesti - kysyminen. Potilaan yksinäisyyttä voidaan kartoittaa käyttämällä erityisiä mittareita, esim. UCLA-yksinäisyysasteikkoa ja Social Provision Scale mittaria (SPS). (Takaluoma 2017.)

Potilaan kokemaan yksinäisyyttä voidaan helpottaa esimerkiksi ryhmätoimintaan osallistumisella. Potilasta tulee kannustaa ja houkutella kaikin keinoin osallistumiseen ja kertoa

osallistumisen hyödyistä, vaikka hän aluksi ryhmään osallistumisesta kieltäytyisikin. Lisäksi tulee kartoittaa potilaan elossa olevat sukulaiset sekä mahdolliset aiemmat ystävät, ja kannustaa potilasta olemaan yhteydessä heihin – ikääntynyt odottaa usein yhteydenottoa, vaikkei itse ottaisi aktiivisesti yhteyttä. Potilaan läheisiltä voidaan, potilaan luvalla, kysellä potilaan muista mahdollisuuksista sosiaalisiin kontakteihin. Lisäksi voidaan selvittää, voisiko seurakunnan vapaaehtoistyöntekijä tai terveysalan opiskelija tms. käydä potilaan luona juttuseurana. (Takaluoma 2017.)

Potilasta ohjataan myös viihtymään nykyistä paremmin kotona itsekseen esimerkiksi tekemällä hänelle mieluisia askareita ja harrastamalla kotona. Potilaalle kerrotaan helposti toteutettavista puuhista ja harrastusvaihtoehdoista viihtymisen parantamiseksi ja mielekkyyden kokemusten palauttamiseksi. (Takaluoma 2017.) Voisiko potilaan luona vierailla lapsi, jolla ei itsellään ole isovanhempaa, jolloin potilas saisi kokea olevansa tarvittu? Voisiko potilas olla puhelimen välityksellä tai jossakin sosiaalisessa ryhmätapaamisessa henkinen tuki jollekulle toiselle, ja saada siitä onnistumisen ja tarpeellisuuden kokemuksia?

Ikääntyneet miehet on huomioitava erityisesti. Miesten keskuudessa uskotaan olevan paljon piilevää masennusta ja ahdistusta, jotka kätkeytyvät usein yksinoloon ja alkoholinkäyttöön. Ikääntyneille miehille ei ole nykyisin kaikilla paikkakunnilla tarjolla riittävästi mielekästä ryhmätoimintaa, vaikka juuri miehille suunnattuja toiminnallisia ryhmiä onkin perustettu. (Haarni, Viljanen ja Hansen 2014, 31.)

#### 4.2.3 Leimautuminen

Vaikka mielenterveyshäiriöt ovat yleisiä, ihmiset tietävät niistä vähän. Uskomuksia on valvalla sitäkin enemmän, ja sairastunut joutuu monesti ikävän leimautumisen ja stereotyyppisiin perustuvien asenteiden kohteeksi. Mielenterveyden häiriötä sairastavien ajatellaan monesti olevan poikkeuksetta väkivaltaisia, parantumattomasti sairaita sekä harhaluuloisia. (Mielenterveyden keskusliitto 2018.) Mielenterveyden ongelmiin liittyy vahva häpeäleima, stigma (Suomen mielenterveyseura 2015).

Mielenterveysongelmat leimaavat, kaikesta ongelmia arkistavasta valistustyöstä ja sairautensa kanssa esiin astuneiden julkisuudenhenkilöiden selviytymistarinoista huolimatta. Ikääntyneille leimautuminen saattaa olla vielä työikäistä väestöä häpeällisempää. Häpeän tunne tai salaamisen tarve saattavat haitata ikääntyneen potilaan elämää enemmän, kuin elämäntilanne tai masennus sinänsä. (Haarni, Viljanen ja Hansen 2014, 34-45.) Monet Romakkaniemen (2011) haastattelemissa ikääntyneistä masennuspotilaista pyrkivät pitämään tilanteensa salassa jopa lapsiltaan, mikä kuvaa masennuksen leimaavuutta (Romakkaniemi 2011, 213). Myös Mielenterveyden keskusliiton (2018) mukaan leimau-

tuminen on sairastuneiden mielestä yksi suurimpia toipumisen esteitä. Lähes joka kolmas masennusta sairastava kertoo joutuneensa masennuksensa vuoksi kanssaihmiesten välittelyn kohteeksi. (Suomen mielenterveyseura 2015.)

#### 4.2.4 Alkoholin ongelmakäyttö

Alkoholin ongelmakäyttö on ikääntyneiden tavallisin päihteiden käyttöön liittyvä häiriö. Sen kliinisiä oireita ja ilmenemismuotoja ovat Lönnqvistin ym. (2014) mukaan mm. mielialan vaihtelut, unihäiriöt, toistuvat tapaturmat sekä masennus. Ikääntyneen alkoholin ongelmakäyttöön liittyvät oireet ja ilmenemismuodot ovat osin samat kuin nuoremmallakin väestöllä. Ikääntyneellä ongelmakäytön haitat ovat sen sijaan usein korostuneita heidän pienemmän kokonsa vuoksi: sama alkoholimäärä aiheuttaa korkeamman alkoholipitoisuuden veressä, ja sitä kautta enemmän kohde-elinhaittoja kuin nuoremmille. Ikääntyneet ovat myös herkempiä alkoholin päihdyttävälle vaikutukselle elinjärjestelmien toiminnan iän myötä heikentyessä. (Lönnqvist ym. 2014, 695-696.)

Ikääntyneen haitallinen alkoholinkäyttö voi johtua nuoremmalla iällä alkaneesta riippuvuudesta, tai alkaa vasta vanhempana, ja liittyä ajankohtaisiin menetyksiin esimerkiksi leskeksi jäämiseen. Ikääntyneen alkoholin ongelmakäyttöä on epäiltävä viitteellisten oireiden, kuten kaatuilu tapaturmien, mielialahäiriöiden ja päivittäisistä toiminnoista selviytymättömyyden ilmetessä. Taustatietoja hankittaessa tulee potilaan lisäksi kuulla lähimmäisiä. Laboratoriokokeet ja lyhyet kyselylomakkeet ovat toimivia seuloja myös ikääntyneiden kohdalla. Huomioitavaa on, että ikääntyneillä riskikäytön annosmäärät ovat matalammat kuin nuoremmalla väestöllä. (Lönnqvist ym. 2014, 695-696.)

Päihdepalvelujen esimies Tarja Lappi Porvoon mielenterveys- ja päihdepalveluista ennustaa Nastola-lehden artikkelissa (18.4.2018), että yhä suurempi osa alkoholin käyttöön apua hakevista asiakkaista on tulevaisuudessa ikääntyneitä tai heidän omaisiaan. Eläkkeelle ovat nyt jäämässä ikäluokat, jotka ovat tottuneet käyttämään alkoholia vapaammin kuin edelliset ikäpolvet, ja heillä on lisäksi taloudellinen mahdollisuus kuluttaa enemmän. Lappi kertoo myös, että mielenterveysongelmista kärsivän ikääntyneen omaishoitajat ovat usein todella kovilla, ja tärkeä osa mielenterveys- ja päihdetyötä onkin potilaiden puolisoitten ja muiden omaisten tukeminen. (Mether 2018.)

#### 4.3 Voimavarat

Mielenterveys ei tarkoita pelkästään mielenterveyshäiriön tai -sairauden puuttumista. Mielenterveyden ongelmista kärsivällä on aina myös voimavaroja, joita voidaan aktivoida ja hyödyntää. ”Kun mielen terveys ja sairaus erotetaan käsitteellisesti toisistaan, paljastuu,

miten mielenterveys perustuu myös elämäntaitoihin ja yhteiskunnallisiin ratkaisuihin, kulttuuriseen suhtautumiseen sekä välittämiseen ja vuorovaikutukseen.” Myös ikääntyneille mielenterveyden ongelmista kärsiville mielen hyvinvoinnin lähteet tuovat toipumisen voimavaroja, ja ovat siten erityisen tärkeitä tunnistaa. (Haarni, Viljanen ja Hansen 2014, 34-35.)

Yksilön hyvinvoinnista - myös ikäihmisten kohdalla - kertoo sairauksien ja vaivojen vaikeusastetta tai lukumäärää huomattavasti enemmän ns. koettu terveys eli se, millaiseksi yksilö oman vointinsa kokee (Haarni, Viljanen ja Hansen 2014, 37).

Suomen mielenterveysseura (2015) kiteyttää ikääntyneiden mielenterveydestä: “Ikäihmisten mielenterveyttä edistetään turvaamalla osallisuus, jota tukevat vaikutusmahdollisuudet, riittävä toimeentulo sekä mahdollisuus itsenäiseen toimintaan ja liikkumiseen”. (Suomen mielenterveysseura 2015)

#### 4.3.1 Perusvoimavarat

Mielen hyvinvoinnin pohjana on ensisijaisesti fyysisistä perustarpeista huolehtiminen. Riittävä uni, terveellinen ravinto ja terveys sekä asianmukainen terveydenhoito lääkityksineen kuuluvat perusvoimavaroihin. Ikääntyvä tarvitsee myös tietoa kehon ja mielen vanhenemismuutoksista sekä niihin vastaamisesta. (Haarni, Viljanen ja Hansen 2014, 37.)

Perusvoimavaroihin kuuluu myös seksuaalisuus, joka on osa ihmistä läpi elämän. Seksuaalisuus muuntuu eri elämänvaiheissa, mutta halu tulla hyväksytyksi ja rakastetuksi ei häviä iän myötä. Seksuaalisuus vaikuttaa mielen hyvinvointiin monin tavoin. Parhaimmillaan se lisää voimavaroja ja pahimmillaan syö voimavaroja aiheuttaen jopa mielenterveysongelmia. Hoitotyössä ikääntyneen seksuaalisuus tulee kohdata yksilöllisesti ja hienotunteisesti sekä itsemääräämisoikeutta ja ihmisarvoa kunnioittaen. (Haarni, Viljanen ja Hansen 2014, 37-38.)

#### 4.3.2 Osallisuus

“Muiden kanssa yhdessä oleminen ja tekeminen on tutkitusti vaikuttava mielen hyvinvoinnin ylläpitäjä ja edistäjä eläkeiässä”, toteavat Haarni, Viljanen ja Hansen (2014). Osallisuuden kuuluvat sosiaalisuuden lisäksi arjen rytmi, hyödyllisyyden ja tarpeellisuuden kokemus sekä mahdollisuus kokea yhteenkuuluvuutta. Ikääntyneillä ryhmämuotoinen toiminta – erityisesti oppimista tai oivaltamista sisältävä – on todettu mielen hyvinvointia vahvistavaksi tekijäksi. Haasteena näiden sosiaalisten aktiviteettien saavuttamisessa ikääntyneellä on palveluiden löydettävyyden, sekä monella liikkumista rajoittava elämäntilanne, kuten sairaus tai omaishoitajuus. Vieraiden ihmisten seuraan meneminen ei välttämättä ole

helppoa ja voi tuntua keinotekoiselta. Toisaalta löyhempikin osallisuus ryhmässä tai esimerkiksi harrastustoveruus voi muodostua iloa ja virkistystä tuovaksi vuorovaikutukseksi. Iän myötä merkityksellisen ystävyyden kriteerit voivat monipuolistua, ja toiminnallinen yhdessäolo voi tuoda arkeen työyhteisön kaltaista mielekkyyttä. (Haarni, Viljanen ja Hansen 2014, 39.)

#### 4.3.3 Liikkuminen

Säännöllisellä ja henkilön voimavaroihin sopivalla liikunnalla on tunnetusti suuri merkitys masennuksen ennaltaehkäisijänä ja lievittäjänä. Useimmat suomalaiset eläkeikäiset ovat selvillä liikunnan hyvinvointia edistävästä vaikutuksesta, ja harrastavat jotain liikuntaa esimerkiksi ulkoilua tai hyötyliikuntaa. Arkiselle toimintakyvylle on merkittävää hyötyä myös lihaskunnan ylläpitämisestä sekä tasapainoharjoittelusta. (Haarni, Viljanen ja Hansen 2014, 40.)

Maassamme on viime vuosina kiinnitetty huomiota ikääntyneiden liikuntaan esimerkiksi Voimaa vanhuuteen -ohjelman sekä erityisesti ikäihmisille räätälöityjen liikuntasuosittelun avulla. Monet palvelutalot, kunnat, eläkeläisyhdistykset ja urheiluseurat tarjoavat nimenomaan senioreille suunnattua liikuntaa. Ollakseen mielenterveyttä tukevaa, liikuntaharjoittelun tulee olla kannustavaa, vapaaehtoista ja myönteisiä kokemuksia tarjoavaa – siis räätälöityä ja ikäikäiden aiemmat liikuntakokemukset huomioivaa. Ulkona tapahtuva liikunta on erityisen suositeltavaa, sillä luonnolla on tutkitusti itsenäinen elvyttävä ja mielen hyvinvointia edistävä vaikutus. Myös musiikilla on todettu olevan mielen hyvinvointia vahvistavia neurobiologisia ominaisuuksia, ja siksi erilaiset ikääntyneille sopivat musiikkiliikunnan muodot, kuten senioritanssi istumatansseineen, ovat monille erityisen antoisia. Senioritanssissa musiikkiin yhdistyvät sekä kognitiivisen, sosiaalisen että fyysisen aktiivisuuden ulottuvuudet. (Haarni, Viljanen ja Hansen 2014, 40-41.)

#### 4.3.4 Mielentaidot

Eletyt vuodet kartuttavat usein niin itsetuntemusta ja elämänymmärrystä kuin erilaisia mielen taitoja, kuten tunteiden säätelyä ja kykyä selviytyä muutoksissa. Pitkä elämäkokemus saattaa myös avartaa näkemyksiä ja lisätä suhteellisuudentajua. (Haarni, Viljanen ja Hansen 2014, 42.)

Myönteinen ja hyväksyvä elämänasenne on tärkeä ikääntyvän elämäntaito. Myönteiseen elämänasenteeseen liittyy keskeisenä kiitollisuus sekä anteeksianto. Myönteisyys ei tarkoita yltiöpositiivisuutta tai epämiellyttävien tunteiden kieltämistä, vaan vaikeissakin tilanteissa pyritään tietoisesti tarkastelemaan asioita eri näkökulmista pohtien esimerkiksi, mitä

haastavasta tilanteesta voidaan oppia. Toiveikkuus, leikillisuus ja avoimuus uudelle kannattelevat ikääntyvää. Tietoisuus siitä, että ihminen oppii ja jatkaa kehitystään iäkkäänäkin, voi tarjota mielekkyyttä vaikeina hetkinä. (Haarni, Viljanen ja Hansen 2014, 42-43.)

Resilienssiä eli psyykkistä kimmoisuutta, stressin sekä vastoinkäymisten sieto- ja toipumiskykyä, pidetään olennaisena eläkeiän elämänmuutosten voimavarana. Ikääntynyt on yleensä ehtinyt kehittää itselleen toimivia stressinsietokeinoja, ja suhtautuu vaivoihinsa ymmärtäväisemmin kuin nuorempana. Itseensä ja vaivoihin voi kehittyä uudenlainen suhde. Psyykkinen kimmoisuus voidaan nähdä sekä olemassa olevana ominaisuutena, että taitoina, joita voi harjoitella. Vaikeassa elämäntilanteessa psyykkinen kimmoisuus merkitsee kykyä ylläpitää ja palauttaa hyvinvointia muutoksista huolimatta. (Haarni, Viljanen ja Hansen 2014, 42-43.)

Tunnetaidot ovat tärkeitä mielentaitoja. Tunnetaitoihin kuuluu tunteiden tunnistaminen, niiden hyväksyminen ja tunteiden kanssa toimiminen. Tämän päivän ikääntyneet eivät välttämättä ole oppineet tunnetaitoja lapsuudessaan, mutta niitä voi oppia myöhemminkin elämän varrella. Tunteisiin suhtautumisen taito kasvaa ikääntymisen myötä – ilmeisesti aivot myös muokkautuvat ikääntyessä tätä tukevaan suuntaan. (Haarni, Viljanen ja Hansen 2014, 44-45.)

Ikääntyneiden tunnetaidoissa erityistä on elämänsä elämänsä pituuden mukanaan tuoma asetelma muistoihin: myös menneet tunteet voivat vaikuttaa nykyiseen mielialaan. Toisinaan vanhat, jo kertaalleen unohdetut tai syrjään painetut ikävät asiat voivat nousta uudelleen pintaan myöhemmällä iällä. Esimerkiksi kesken jäänyt asia voi alkaa uudelleen vaivata mieltä. Lisäksi eläkeiässä voi olla liikaakin aikaa miettiä jotakin tapahtumaa ja sen herättämiä tunteita. Vaikka tulokseton asioiden vatvominen on inhimillistä, on sille terveellistä laittaa piste, mikäli huomaa, ettei voi itse vaikuttaa asiaan tässä hetkessä. Monet ikääntyneet tämän hallitsevatkin ja taitoa on myös mahdollista tietoisesti harjoitella. (Haarni, Viljanen ja Hansen 2014, 45-46.) Huolihetki – päivästä rajattu ajankohta mieltä vaivaavan asian pohdiskelulle - on eräs mahdollisuus rajata murehtimista (HUS/Mielenterveystalo).

## 5 IKÄÄNTYNEIDEN MASENNUS JA SEN HOITO

### 5.1 Potilaan arviointi

Merkittävä käännekohta masennuksen lisääntymiseen ikääntyneillä on 75 vuoden ikä. Naisilla 80-vuoden ikä on yleisin ikä sairastua masennukseen ikääntyneenä. Yksinäisyyden kokeminen lisää masennusriskin kolminkertaiseksi ja sairaudet puolestaan kaksinkertaiseksi. Myös rajoittunut liikuntakyky ja vaikeat suhteet läheisiin nostavat masennusriskiä. Potilaan masennusta voidaan arvioida eri tavoin haastatteleamalla: joko kysymällä suoraan masennuksesta tai käyttämällä erilaisia masennusseuloja, kuten GDS 15 ja GDS 30 (Geriatric Depression Scale). Hoitajan taidot, herkällä korvalla kuuntelu ja kiinnostuneisuus ovat keskeisessä asemassa ikääntyneen masennusta tutkittaessa. Luottamuksellisuus, aito vuorovaikutus ja hoitajan ammattitaito ovat avainasemassa haastattelun onnistumisessa. (Takaluoma 2017.)

Ikääntyneiden mielenterveysongelmien tunnistamisessa on suurena haasteena muistisairauksien ja mielenterveysongelmien oireiden erottaminen toisistaan. Mikäli masennus ilmenee ensimmäisen kerran yli 65 vuotiaana, liittyy masennus yleensä tällöin muistisairauteen. (Haarni, Viljanen ja Hansen 2014, 31.)

Masentunut ikääntynyt oireilee toisinaan erityisesti somaattisin oirein, ja käyttää monesti runsaasti terveyspalveluita. Viimeisen puolen vuoden tai vuoden ajalta kartoitetaan potilaan terveyspalveluiden käyttö, jotta huomataan mahdollinen psyykkisen oireilun somatisointi. Masentunut ikääntynyt kokee myös somaattisen sairauden rajoittavan elämää suhteettoman paljon, ja vetäytyy. Potilas voi olla alavireinen, eivätkä arkiaskareet kiinnosta tai tuota mielihyvää kuten ennen. Potilas voi olla ärtynyt ja levoton. Potilas on syytä haastatella myös yksin, ilman läheisten läsnäoloa, jotta mahdolliset vaikeat läheissuhteet tulisivat ilmi. (Takaluoma 2017.)

Ikääntyneiden depressiopotilaiden diagnostiikka, arviointi ja hoito ovat ainakin alle 75-vuotiailla potilailla samankaltaista kuin nuoremmissa ikäryhmissä. Ikääntyneiden depression seulonnassa voidaan käyttää GDS-15 ja GDS-30 asteikkoa. Mikäli potilaan ensimmäinen masennusjakso ilmenee vanhuusiässä, on arvioitava somaattisen sairauden mahdollisuus etiologisena tai myötävaikuttavana tekijänä. (Suomalainen lääkärisseura Duodecim 2014.)

Masennuksen kulku on 7-30 %:lla potilaista hoidosta huolimatta pitkäaikainen. Noin 10 % ikääntyneiden masennuksesta kroonistuu. Vaikeilla, psykoottistasoisilla tai elimellisiin syihin liittyvillä masennustiloilla on muita masennustiloja huonompi ennuste. Vaikea masen-

nus ei kuitenkaan uusi ikääntyneellä useammin kuin nuoremmillakaan potilailla: 3-6 vuoden seurannassa 40 % potilaista sairastui uudelleen. (Lönnqvist ym. 2014, 687.)

## 5.2 Painopiste avohoidossa

Masennusta pyritään nykyisin hoitamaan avohoidossa. Avohoidossa potilas käy hoitopaamisissa esimerkiksi erikoissairaanhoidossa psykiatrian poliklinikalla (vrt. osastohoito sairaalassa) sairaanhoitajan, psykologin tai perusterveydenhuollossa terveysasemalla psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolla. Molemmissa tapauksissa hoitovastuu on hoitavalla erikoislääkärillä (psykiatrilla), joka huolehtii mm. diagnoosista, hoitosuunnitelmasta sekä potilaan lääkityksestä.

Ryhmämuotoiset hoidot ovat suosittuja, ja ryhmään kuuluminen on ihmiselle sosiaalisena olentona tärkeää. Iäkkäiden depression hoidosta ryhmäpsykoterapialla on vahvaa näyttöä. Myös depression ennaltaehkäisystä ja psykoedukaation (sairaudesta potilaalle annettava tieto) vaikuttavuudesta on näyttöä. (Lönnqvist ym. 2014, 812.)

Ryhmämuotoisessa hoidossa potilas voi kokea paljon hyviä ja voimaannuttavia asioita, mm. hyväksyntää, yhteenkuuluvuutta, ongelmiansa yleispätevyyttä, jakamista, oppimista ja itseymmärrystä. Ryhmäpsykoterapialle on ominaista kaksi yksilöpsykoterapiasta eroavaa seikkaa: avautuminen eli itsensä ilmaiseminen ryhmän muille jäsenille sekä heiltä saatava palaute. (Lönnqvist ym. 2014, 806-810.) Masennuksen hoitoon käytetään erikäisillä potilailla erilaisia taitoharjoitteluryhmiä.

Psykiatrisen erikoissairaanhoidon osalta Duodecim -työryhmä ehdottaa käytettäväksi masennuksen hoidossa seuraavia laatukriteereitä:

- kuinka suurella osalla depressiopotilaista on hoitosuunnitelma?
- kuinka suuri osa depressiopotilaista on saanut masennuslääkettä?
- kuinka suurella osalla depressiopotilaista lääkehoito on jatkunut yhtäjaksoisesti vähintään 6 kk?
- kuinka suuri osa toistuvasta masennuksesta kärsivistä potilaista saa ylläpitohoitoa?
- kuinka suuri osa depressiopotilaista on saanut jotakin intensiivistä yksilöpsykoterapeuttista hoitoa?
- kuinka suurella osalla parisuhteessa elävistä potilaista hoitoon on liittynyt pari- tai perhetapaaminen?



- kuinka suurella osalla potilaista on seurannassa käytetty oiremittareita?
- kuinka suuri osa depressiopotilaista saavuttaa seurannassa oiremittareilla arvioituna täyden remission? (Suomalainen lääkäriseura Duodecim 2014.)

Ikääntyneiden masennuksen hoidossa on huomioitava, että psykiatrisen ja somaattisen hoidon yhdistämisen tarve lisääntyy. (Suomalainen lääkäriseura Duodecim 2014.)

### 5.3 Omahoito hoidon kulmakivenä

Masennusta voidaan ehkäistä ja oireita lievittää mm. säännöllisellä liikunnalla, säännöllisellä ja monipuolisella ravitsemuksella, tärkeitä ihmissuhteita ylläpitävällä ja vahvistavalla sosiaalisella toiminnalla sekä välttämällä päihteiden liikkakäyttöä (Lönnqvist ym. 2014, 284). Potilasta ohjataan hoitamaan masennustaan säännöllisellä päivärytmillä (unirytmillä, säännöllinen ravitsemus, askareet) ja hänelle sopivalla liikunnalla, esimerkiksi tuolijumpalla ja fysioterapeutin käynneillä (Takaluoma 2017). Mielenterveystalon masennuksen omahoito-oppaan (HUS) mukaan levon ja aktiivisuuden tasapaino sekä mielekäs tekeminen ovat avainasemassa masennuksen itsehoidossa. (HUS/Mielenterveystalo b). Päihteiden käyttöä tulee välttää. Alkoholinkäytöstä on kysyttävä potilaalta suoraan, sillä runsas alkoholinkäyttö altistaa masennukselle ja toisaalta moni masentunut lääkitsee itseään alkoholilla. (Takaluoma 2017.)

Ravitsemus on tärkeä osa masennuksen omahoitoa, ja potilasta ohjataan toteuttamaan monipuolinen, runsaasti kasviksia sisältävä ruokavalio, jota voidaan täydentää erityisesti D- ja B12 vitamiineilla sekä suoliston ja sitä kautta koko elimistön ja mielen hyvinvointia tukevilla maitohappobakteereilla. Mikäli potilas ja hänen läheisensä eivät kykene huolehtimaan potilaan asianmukaisesta ja terveellisestä ravitsemuksesta, potilaalle järjestetään esimerkiksi ateriapalvelu tai kotihoito. (Takaluoma 2017.)

Toistuvasta masennuksesta kärsivän on tärkeää oppia tunnistamaan masennuksen varomerkit. Varomerkit tunnistamalla vointiin voidaan vaikuttaa jo varhaisessa vaiheessa, ja vointi ei pääse romahtamaan. Varomerkit ovat muutoksia, jotka voivat näkyä ajattelun, tunteen tai toiminnan tasoilla. Ajatteluun liittyviä varomerkkejä ovat esimerkiksi itsesyytökset, vaikeus keskittyä ja lisääntynyt huolestuneisuus. Lisääntynyt alakulo, ärsyyntyminen ja ahdistuneisuus ovat tyypillisiä tunne-elämän varomerkkejä. Myös toiminnassa saattaa tapahtua muutoksia, joita on syytä tarkkailla: esimerkiksi sosiaalisten kontaktien harveneminen, ulkonäöstä huolehtimisen väheneminen ja lisääntynyt itkuisuus ovat huomionarvoisia varomerkkejä. (HUS/Mielenterveystalo c.)

## 5.4 Lääkehoito ja ECT-hoidot

Masennuslääkkeet ovat tehokkaita myös ikääntyneiden depression hoidossa. Ikääntyneillä ei ensisijaisesti käytetä trisyklisiä masennuslääkkeitä niiden verenkiertoelimistöön kohdistuvien haittavaikutusten vuoksi, vaan mieluummin SSRI- (mm. sertraliini, sitalopraami ja essitalopraami) ja SNRI-lääkkeitä (mm. duloksetiini ja venlafaksiini). Mirtatsapiini on hyvä vaihtoehto, jos tarvitaan masennuksen hoidon lisäksi apua nukahtamiseen. Lääkkeiden yhteis- ja haittavaikutusten merkitys korostuu ikääntyneillä potilailla, ja iänmukaiseen annostukseen on kiinnitettävä erityistä huomiota. Masennuslääkeannokset ovat 65–75-vuotiailla tavallisesti samansuuruisia tai vain hieman pienempiä kuin keski-ikäisillä. Yli 75-vuotiailla käytettävien annosten koko on kuitenkin vain ½–1/3 keski-ikäisillä käytettävistä annoksista. Ylläpitolääkitys on ilmeisesti hyödyllinen ikääntyneillä potilailla, mutta samalla on otettava huomioon lisääntyvän lääkekuorman mukanaan tuomat ongelmat. (Suomalainen lääkärisseura Duodecim 2014.)

Riihimäki (2014) muistuttaa, että masennuksen tarkoituksenmukainen, potilaalle sopiva ja riittävä lääkehoito on keskeisessä asemassa depressioon liittyvien itsemurhien ehkäisyssä (Riihimäki 2014, 40).

Myös ECT-hoito (elektroconvulsive therapy eli sähköhoito) on tehokas ja turvallinen hoito ikääntyvälle depressiopotilaalle (Duodecim 2016). Lönnqvistin ym. (2014) mukaan sähköhoito sopii erityisen hyvin vaikeasta masennuksesta kärsiville ja itsemurhavaarassa oleville iäkkäille potilaille. Anestesiassa toteutettava hoito on turvallinen, tehokas ja hoitovaste voidaan saavuttaa lääkehoitoa nopeammin. Toivottuun hoitotulokseen päästään 90 % tapauksista. ECT-hoidon haittavaikutuksena potilaalle saattaa tulla ohimeneviä muistiongelmia. (Lönnqvist ym. 2014, 690.) Riihimäki (2014) nostaa esiin, että perusterveydenhuollon lääkärien pitäisi masennuksen vastaisen lääkehoidon lisäksi olla paremmin tietoisia ECT-hoidon ja magneettistimulaatiohoidon mahdollisuuksista pitkittyneiden ja vaikeaoireisten masennuspotilaiden hoidossa. (Riihimäki 2014, 47.)

## 5.5 Psykoterapian mahdollisuudet

Psykoterapia on psykologisin menetelmin tapahtuvaa psyykkisten sairauksien hoitoa (Lönnqvist ym. 2014, 872). Käypähoitosuosituksen mukaan ”psykoterapiat perustuvat teoreettisiin malleihin ja tutkimustietoon mielenterveyden ja käyttäytymisen ongelmista, normaalista ja häiriintyneestä psyykkisestä kehityksestä ja psykoterapian muutosprosesseista ja soveltavat niistä johdettuja kliinisiä käytäntöjä.” Psykoterapia on tehokkainta lääkkeetöntä psykiatrasta hoitoa (Suomalainen lääkärisseura Duodecim 2014).

Myös ikääntyneiden lievää ja keskivaikeaa masennusta voidaan hoitaa psykoterapian avulla. Tutkituin terapiasuuntaus on kognitiivinen psykoterapia (CBT). Psykoterapian sekä yksilö- että ryhmämuotoisista terapioiden on näyttöä ikääntyneillä, ja niiden saatavuutta tulisi lisätä. On kuitenkin huomattava, että Kela ei tue yli 65-vuotiaiden kuntoutuspsykoterapiaa, mikä vaikeuttaa ikääntyneiden psykoterapian saantia maassamme. (Suomalainen lääkärisseura Duodecim 2014.)

Masentuneen ikääntyneen psykoterapian tulee olla tukea antavaa ja ongelmakeskeistä. Se voi olla luonteeltaan enemmän ohjeita antavaa kuin nuoremmilla potilasryhmillä. Potilaan mennyttä elämää tulisi tarkastella itsetuntoa tukien, ja ahdistavia asioita käsitellä supportiivisella otteella. Huomio tulisi suunnata menneen sijaan ajankohtaisiin asioihin, sekä potilaan jäljellä olevan toimintakyvyn tukemiseen ja kehittämiseen. Läheiset ovat yleensä luontevasti mukana ikääntyneen potilaan hoidossa. Interpersonaalista psykoterapiasta, jossa keskitytään masennuksen puhkeamisen aikaisten psykososiaalisten ja interpersonaalisten ongelmien selvittelyyn, on saatu hyviä tuloksia. (Lönngqvist ym. 2014, 690.)

Kognitiivinen käyttäytymisterapia (KKT) perustuu ajatukseen, että masennuksen lähtökohdina ovat potilaan haitalliset uskomukset eli kognitiiviset ajatusvääristymät. Masentuneilla potilailla on usein negatiivinen käsitys itsestään, ympäristöstään ja tulevaisuudestaan. (Mikkonen 2010, 4) Nämä uskomukset liittyvät myös tunnetiloihin, ja ovat tietoisia tai voidaan muuttaa tietoisiksi. Uskomuksia muuttamalla voidaan muuttaa potilaan tunnetilaa. Psykoterapeutin toteuttaman terapian tarkoituksena on auttaa potilasta tunnistamaan masennusta lisäävät ja sitä ylläpitävät uskomukset, ja havaitsemaan tunteisiin liittyvät negatiiviset, automaattiset ajatukset. Hoito koostuu tavallisesti 15-25 viikottaisesta terapiakäynnistä. (Lönngqvist ym. 2014, 281.) Korkean relapsiriskin masennuspotilailla mindfulness-perusteinen kognitiivinen psykoterapia estää tehokkaasti masennusjaksojen uusiutumista (Riihimäki 2014, 47).

Interpersonaalisen psykoterapian (IPT) lähtökohtana on, että useimmat masennustilat alkavat jonkin kielteisen elämänmuutoksen jälkeen. Hoidon tavoitteena on auttaa potilasta tunnistamaan masennuksen alkuun liittyvä elämänmuutos, ja löytämään keinoja, joiden avulla hän voisi omasta näkökulmastaan parhaalla tavalla sopeutua muuttuneeseen elämäntilanteeseensa. Hoito käsittää 12-20 viikottaista psykoterapeutin järjestämää hoitokertaa. Hoidon alussa potilaalle annetaan tietoa masennuksesta ja psykoterapiasta. Hoidon keskivaiheilla tapaamisissa käsitellään hoidon kohteeksi valittua elämäntilannetta esimerkiksi surua ja menetystä, roolimutosta tai vuorovaikutussuhteiden puutteellisuutta.

Hoidon loppuvaiheessa käsitellään hoitojakson kulkua ja valmistaudutaan hoitojakson päättymiseen. (Lönqvist ym. 2014, 282.)

Terapian merkitystä arvioitaessa on tärkeää huomioida, miten terapiassa saadut oivallukset tai ajattelutavan muutokset toteutuvat potilaiden arjessa. Potilaat pohtivat terapiassa käymiään keskusteluja terapian ulkopuolellakin, mutta toisaalta toimivat arjessaan erilaisissa rooleissa ja asiayhteyksissä, joissa vallitsevat erilaiset vuorovaikutuksen tavat ja normit. Arki on monesti täynnä tapahtumia ja tekemistä, eivätkä terapiassa saadut oivallukset aina siirry välittömästi potilaiden arkeen. (Romakkaniemi 2011, 189.)

Arki on masennuksen kannalta ristiriitainen. Arkeen sisältyvät asiat voivat olla sekä masennusta aiheuttavia että siitä kuntouttavia. Sama asia saattaa itse asiassa olla yhtä aikaa sekä masentava että kuntouttava. Raskasta arjesta muodostuu, kun arjen tekemättömät työt muistuttivat potilasta omasta jaksamattomuudesta. Sujuva arki saattaa toisaalta tylsistyttää ja turruttaa. Oma koti saattaa muodostua kärsimyksen kasvualustaksi muistuttaessaan potilasta omasta jaksamattomuudestaan. (Romakkaniemi 2011, 189.)

Ole Dreier (2008, 94) kiteyttää tutkimuksensa pohjalta, että vaikuttaakseen terapiassa saatujen uusien näkökulmien ja ajattelumallien on oltava sovellettavissa potilaiden erilaisiin tilanteisiin. Terapia ei toimi yksinään, vaan osana jotain muuta. (Romakkaniemi 2011, 198.)

Arjen rytmi ja hallittavuus ovat keskeisiä masennuksesta kuntoutumisessa. Potilaiden tulee löytää itselleen aikaa ja tilaa sekä mahdollisuuksia saada onnistumisen ja selviytymisen kokemuksia. (Romakkaniemi 2011, 198.)

Monet potilaat ovat Romakkaniemen (2011) mukaan kertoneet hoitoprosessin yhden keskeisen tuloksen olleen se, että he oppivat olemaan terveesti itsekkäitä. Tällöin he oppivat ottamaan itselleen aikaa, tekemään itselleen miellyttäviä asioita ja pitämään puoliaan. Terveen itsekkyyden opetteleminen on monelle väylä ulos masennuksesta. (Romakkaniemi 2011, 202-203.)

## 6 MASENNUKSEN LYHYTHOITO MIELENTERVEYSTALON MUKAAN

### 6.1 Pohja kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa

Mielenterveystalon masennuksen lyhythoito-ohjelma perustuu kognitiiviseen käyttäytymisterapeuttiseen (CBT) tietoon, jonka mukaan ajatukset, tunteet ja käyttäytyminen ovat jatkuvassa yhteydessä toisiinsa. Tilanteissa syntyvät erilaiset ajatukset vaikuttavat siihen, mitä tilanteessa tunnetaan ja miten siinä toimitaan. Ajatuksiin vaikuttamalla on siis mahdollista saada aikaan muutosta tunteissa ja toiminnassa. Vastaavasti toimintaa muuttamalla voimme vaikuttaa ajatuksiin ja edelleen tunteisiin. (HUS/Mielenterveystalo 2018 d.)

Masennuksen kognitiivis-käyttäytymisterapeuttisessa hoidossa on keskeistä oppia tunnistamaan, miten oma toiminta ja ajatukset vaikuttavat tunteisiin, ja miten tilanteiden välttely voi pahentaa tai ylläpitää oireilua. Hoidon aikana potilas oppii tunnistamaan ja muokkaamaan mielialaan vaikuttavia ajatus- ja käyttäytymismalleja. Samalla etsitään uusia keinoja toimintakyvyn parantamiseksi. Muutos vaatii paljon harjoittelua, joten apuna käytetään erilaisia tehtäviä, joita potilas suorittaa tapaamisten välillä. (HUS/Mielenterveystalo 2018 d.)

Hoito-ohjelmassa potilaan ongelmia tarkastellaan nykyhetken kautta. Vaikka menneisyys vaikuttaakin oireiden kehittymiseen, voimme tässä hetkessä vaikuttaa vain nykyhetkeen. (HUS/Mielenterveystalo 2018 d.)

Hoitavan lääkärin asetettua potilaalle masennusdiagnoosin psykiatrian poliklinikan arviointijakson ensimmäisessä hoitoneuvottelussa, annetaan potilaalle tietoa masennuksen lyhythoitomallin sisällöstä. Potilaalla on hoidossa aktiivinen rooli ja hoitoon kuuluu kotitehtäviä. Potilas käy hoitokäynneillä psykiatrian poliklinikalla yhteensä 5-10 kertaa noin 1-2 viikon välein ja kullekin hoitokäynnille asetetaan konkreettiset tavoitteet. (Kiireelliset psykososiaaliset palvelut 2017.)

### 6.2 Rakenne ja teemat

Ensimmäisellä masennuksen lyhythoitokäynnillä potilaalle annetaan psykoedukaatiota masennuksesta sekä masennuksen itsehoidosta. Itsehoitoon kuuluu liikunta, lepo, uni ja ravitsemus. Potilaan ongelmia käsitteellistetään tätä varten luodun lomakkeen avulla haastatellen, ja listataan ajankohtaiset ongelmat, tausta, laukaisevat tekijät, selviytymiskeinot ja uskomukset. Potilasta ohjataan lukujärjestyksen kaltaisen toimintapäiväkirjan täyttämiseen kotona, ja hän saa mukaansa toimintapäiväkirja-lomakkeen, johon merkitsee päivittäiset tekemiset (HUS/Mielenterveystalo 2018 d). Eteläsuomalaisen sairaanhoitopiiri-

rin psykiatrian arviointipoliklinikalla potilas täyttää hoidon alussa masennuksen vaikeusasetta kartoittavan BDI-lomakkeen. Potilaan kanssa yhdessä suunnitellaan hoidon tavoitteet. (Kiireelliset psykososiaaliset palvelut 2017.)

Toisella hoitokäynnillä hoitaja käy potilaan kanssa läpi edellisen kotitehtävän eli toimintapäiväkirjan. Toisen hoitokäynnin psykoedukaation teemana on tunteiden tunnistaminen sekä masennusta laukaisevat tekijät. Hoitokäynnillä tehdään ”Hiljalleen irti välttelystä”-tehtävä, ja potilas saa kotitehtäväksi pienen toiminnallisen tavoitteen välttelytehtävän pohjalta. Potilas jatkaa edelleen toimintapäiväkirjan täyttämistä. (HUS/Mielenterveystalo 2018 d.)

Kolmannen hoitokäynnin aluksi käydään läpi toimintapäiväkirja sekä välttely-kotitehtävät. Potilas saa psykoedukaatiota masennuksen noidankehästä (ajatus-tunne-toiminta). Hoitokäynnin tehtävässä pohditaan, mitä elämäntapahtumia potilas yhdistää masennukseensa, ja millaiseen käyttäytymiseen masennus johti. Kotitehtäväksi potilas saa jonkin mielekkään toiminnan lisäämisen arkeensa, ja jatkaa myös toimintapäiväkirjan täyttämistä. (HUS/Mielenterveystalo 2018 d.)

Neljäs hoitokäynti alkaa jälleen edellisen käynnin kotitehtävien eli mielekkään toiminnan lisäämisen ja toimintapäiväkirjan läpikäynnillä. Hoitaja kertoo potilaalle ajatusten ja tunteiden havainnoinnista. Tehtävänä on ajatusten ja tunteiden havainnointi-lomakkeen ohjeistus, potilas voi täyttää lomakkeen kotitehtävänä. Kotona potilas jatkaa edelleen myös toimintapäiväkirjaansa. (HUS/Mielenterveystalo 2018 d.)

Viidennellä hoitokäynnillä käydään läpi kotitehtävät ajatusten ja tunteiden havainnoinnista sekä toimintapäiväkirjan merkinnät. Psykoedukaatio-osuudessa potilas saa tietoa automaattisista ajatuksista. Ajatusvääristymien tunnistamista ja muokkaamista voidaan käsitellä tätä tarkoitusta varten tehdyn ajatusvääristymät-lomakkeen (suodattaminen, mustavalkoinen ajattelu, yllileistäminen, ajatusten lukeminen, katastrofiajattelu) avulla, ja potilas saa ohjeistuksen ajatuspäiväkirjan täyttämiseen. Kotitehtäväksi potilas saa ajatuspäiväkirja-lomakkeen täyttämisen ja toimintapäiväkirjan kirjoittaminen jatkuu edelleen. (HUS/Mielenterveystalo 2018 d.)

Kuudennen hoitokäynnin teemana ja psykoedukaation aiheena on arvostukset ja pelot. Aluksi potilaan kanssa käydään jälleen läpi edellisen käynnin kotitehtävät, ja potilas saa tehtäväksi arvostukseni-lomakkeen. Arvostukseni-lomakkeella arvioidaan ihmissuhteiden ja hallinnan arvostamiseen liittyviä väittämiä omalla kohdalla, ja annetaan väittämille numeraalinen arvo, miten hyvin ne pitävät paikkansa omalla kohdalla. Kotona potilas jatkaa toimintapäiväkirjaansa sekä ajatuspäiväkirjaa. (HUS/Mielenterveystalo 2018 d.)

Seitsemäs hoitokäynti alkaa potilaan kotitehtävien eli toiminta- ja ajatuspäiväkirjojen läpikäynnillä. Käynnin psykoedukaation aiheena ovat murehtiminen ja huolihetki. Potilaalle ohjataan hänelle sopivan rentoutusharjoituksen ja huolihetken toteuttaminen käytännössä. Huolihetken ideana on siirtää rajatonta huolehtimista sille kohdennettuun ja rajattuun ajankohtaan, jolloin huolia on mahdollista pohtia keskitetysti, eivätkä ne hallitse potilaan päivää. Potilas jatkaa edellä mainittuja harjoituksia kotona päivittäin edellisten kotitehtävien eli toiminta- ja ajatuspäiväkirjojen ohella. (HUS/Mielenterveystalo 2018 d.)

Kahdeksannella/viimeisellä hoitokäynnillä arvioidaan saavutettuja tuloksia ja suunnataan katsetta tulevaan. Potilaan kanssa keskustellaan, miten hän voi toimia, jos oireet palaavat: mitä opittuja keinoja potilas voi käyttää vointinsa parantamiseksi, millaista tukea hän voi saada läheisiltään ja milloin on haettava ammattiapua. Edellisen käynnin kotitehtävät käydään yhdessä läpi. Potilaan masennuksen sen hetkistä oiretasoa arvioidaan BDI-lomakkeen avulla. Myös potilaan jatkohoidon tarve arvioidaan. (HUS/Mielenterveystalo 2018 d.)

### 6.3 Arviointi

Masennuksen lyhytoitomalli on potilaalle verrattain vaativa. Potilaalla tulee olla riittävät kognitiiviset kyvyt sekä riittävä toimintakyky suoriutuakseen hoito-ohjelmasta. Potilaan tulee kyetä refleктоimaan, ja hänen havainnointikykynsä tulee olla riittävä. Depression vaikeusaste on myös otettava huomioon masennuksen lyhythoidon potilaita valittaessa, eikä malli sovellu akuutista vaikeasta masennuksesta kärsivälle. Hoito-ohjelmaan kuuluvat tiiviit tapaamiset ja runsaat tehtävät vaativat potilaalta motivaatiota ja hoitoon sitoutumista. Hoitomallissa korostuu potilaan aktiivinen rooli. Hoitajalta Mielenterveystalon masennuksen lyhytoitomallin käyttäminen hoitotyössä edellyttää mm. edukatiivista ja motivoivaa työtettä. (Kiireelliset psykososiaaliset palvelut 2017.)

## 7 MASENNUKSEN LYHYTHOITO IKÄÄNTYNEILLE -MALLI

Ennen ikääntyneiden masennuksen lyhythoidon aloittamista, potilas käy läpi normaalin kyseisen vanhuspsykiatrian yksikön arviointijakson, johon kuuluu tavallisesti 1-3 tapaamiskertaa, jotka järjestetään joko potilaan kotona tai vanhuspsykiatrian poliklinikalla potilaan liikuntakyvyn ja toiveiden mukaan. Lyhyellä arviointijaksolla kartoitetaan potilaan tilanne, ajankohtaiset ongelmat ja toiveet, tehdään masennusseula GDS tai BDI. Alkoholin käyttö selvitetään haastattelemalla potilasta vapaasti tai esimerkiksi tarkoitusta varten laaditun audit-testin avulla. Lääkehoidon tarve selvitetään, ja hoitava lääkäri määrää tarvittaessa masennuslääkityksen. (Ylilääkäri 2018.)

Kotikäynnin tai poliklinikalla tapahtuvan vastaanoton kesto kyseisellä vanhuspsykiatrian poliklinikalla on tavallisesti 45 min. Kehittämääni Masennuksen lyhythoito ikääntyneille -mallia käytettäessä hoitotapaamisen kesto saattaa vaatia 60 minuuttia, joten käynneille on varattava riittävästi aikaa, tai vaihtoehtoisesti aikataulusta on pidettävä tiukasti kiinni potilaan ohjausta tiivistäen. Hoitotapaamisen aluksi potilas saa kertoa voinnistaan ja kuulumisistaan esimerkiksi 10 minuutin ajan. Psykoedukaatiolle on varattava vähintään 15 min, samoin keskustelu ja mahdollisen kotitehtävän anto vaativat yhteensä vähintään 15 min.

### 7.1 Rakenne ja teemat

Kehittämääni Masennuksen lyhythoito ikääntyneille -malliin (katso liite 1.) kuuluu 5-8 hoitotapaamista, joilla on seuraavat teemat:

1. masennuksen oireet
2. ikääntyminen ja voimavarat
3. omahoito
4. irti masennuksen noidankehästä
5. ahdistuksen hallinta
6. kodin ulkopuolelle / mielekäs toiminta kotona
7. varomerkit ja turvasuunnitelma
8. hoidon tulokset.



Kahdeksan teemaa voidaan toteuttaa 5-8 hoitotapaamisessa hoitajan työtapojen ja potilaan kognition tason mukaan. Teemat 1+2, 4+5 ja 7+8 voidaan käsitellä haluttaessa samassa tapaamisessa, jolloin hoito-ohjelma saadaan tiivistettyä viiteen hoitotapaamiseen.

Masennuksen lyhythoito ikääntyneille -mallia on yksinkertaistettu ja tiivistetty Mielenterveystalon masennuksen lyhythoitomallista, ja täydennetty mm. Suomen mielenterveysseuran ikääntymistä käsittelevällä materiaalilla sekä ikääntyneille soveltuvan interpersonaalisen psykoterapian keskeisillä teemoilla. Hoidon aikana täytettäviä lomakkeita on karsittu ja kotitehtäviä vähennetty ja yksinkertaistettu ikääntyneiden potilaiden toimintakyky ja kognitio huomioiden. Masennuksen oireista potilaille kerrottaessa keskitytään erityisesti ikääntyvien masennuksen erityispiirteisiin. Laaditun hoitomallin keskeistä voimavarateemaa käsiteltäessä nostetaan esiin ikääntymisen positiivisia ja negatiivisia vaikutuksia mielen hyvinvointiin.

Masennuksen hoidossa omahoito on keskeisessä roolissa (HUS/Mielenterveystalo 2018 b.) ja halusin nostaa sen keskeiseen osaan myös tätä Masennuksen lyhythoito ikääntyneille -mallia varaamalla sille oman tapaamiskertansa, vaikka muita mallin teemoja voidaan tarvittaessa yhdistää keskenään hoidon tiivistämiseksi.

Mielenterveystalon mallista tuttu masennuksen noidankehä on ollut kyseisen sairaanhoidopiiriin psykiatrian arviointiryhmän masennuksen lyhythoitopotilailla ajatuksia herättävä ja omaa toimintaa muuttava, helposti ymmärrettävä, keskeinen malli, jonka halusin tuoda myös ikääntyneiden masennuksen lyhythoitomallin osaksi. Masennuksen noidankehän ymmärtäminen omalla kohdalla vaatii potilaalta melko hyvää kognition tasoa, eikä teema oletettavasti avaudu riittävästi kaikille ikääntyneille potilaille. (HUS/Mielenterveystalo 2018 a ja b).

Monilla masennuspotilailla oirekuvaan kuuluu myös ahdistusta, joka on syytä saada hallintaan, jotta potilas kykenee toteuttamaan omahoitoa ja mielekästä toimintaa kuntoutuakseen. Ahdistus aiheuttaa myös paljon kärsimystä ja epätoivon tunteita. (HUS/Mielenterveystalo 2018 a ja b.) Tämän vuoksi käsittelen kehittämässäni hoitomallissa myös ahdistuksen hallintaa.

Kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvan Mielenterveystalon masennuksen lyhythoitomallin lisäksi käytin Masennuksen lyhythoito ikääntyneille -mallin johtoajatukseksi ikääntyneiden masennuksen hoidossa toimivaksi havaitun interpersonaalisen psykoterapian keskeistä ajatusta: masennus alkaa jonkin kielteisen elämänmuutoksen jälkeen, ja hoidon tavoitteena on auttaa potilasta tunnistamaan masennuksen alkuun liittyvä elämänmuutos sekä löytämään keinoja, joiden avulla hän voisi omasta näkökulmastaan

parhaalla tavalla sopeutua muuttuneeseen elämäntilanteeseensa (Lönqvist ym. 2014, 282).

Mielenterveystalon masennuksen lyhythoitomallin toimivuus perustuu pitkälti potilaan omaan aktiivisuuteen ja mielekkään toiminnan lisäämiseen mm. toimintapäiväkirjan avulla kannustaen ja aktiivisuutta seuraten. Ikääntyneelle masentuneelle kotoa lähtemisen kynnyks voi olla työikäistä vielä paljon korkeampi, ja toisaalta sosiaalinen elämä saattaa olla hyvin niukkaa (Lönqvist ym. 2014, 686). Pidän siksi tärkeänä ottaa yhden Masennuksen lyhythoito ikääntyneille -mallin tapaamiskerran teemaksi potilaan tutustuttamisen hänelle sopivaan, kodin ulkopuoliseen toimintoon tai palveluun, joka tukisi mielekästä tekemistä ja mieluiten myös sosiaalista elämää hoidon päätyttyäkin.

Masennuksen lyhythoito ikääntyneille -mallin hoitojakson loppupuolella tarkastellaan, miten potilas voi ehkäistä masennusta uusiutumasta ja millaisia varomerkkejä masennukseen liittyy. Potilaan kanssa laaditaan konkreettinen, kirjallinen turvasuunnitelma (katso liite 1.) oireiden uusiutumisen varalle, mikä lisää potilaiden turvallisuuden tunnetta hoidon päättyessä. Vaikea masennus uusii jopa 50 % todennäköisyydellä, ja osa masennustiloista kroonistuu hoidosta huolimatta (Lönqvist ym. 2014, 687 & Huttunen 2017).

Hyvissä ajoin ennen Masennuksen lyhythoito ikääntyneille -mallin mukaisen hoitojakson päättymistä, potilas ohjataan tarvittaessa esimerkiksi kolmannen sektorin palveluiden piiriin, jottei hän hoitojakson päättyessä kokisi jäävänsä tyhjän päälle. Masennuspotilaiden turvattomuuden tunne hoitojakson päättyessä on yleistä, ja uudelleen hoitoon hakeutumisen riski on korkea (Haarni, Viljanen ja Hansen 2014, 31,39). Viimeisessä hoitotapaamisessa vedetään yhteen hoidon tuloksia, muistutellaan mieleen potilaan oppimia selviytymiskeinoja sekä kerrataan tarvittaessa masennuksen omahoidon kulmakivet.

## 7.2 Harjoitukset ja kotitehtävät

Sisällytin Masennuksen lyhythoito ikääntyneille -malliin potilasta aktivoivia, hoidon jatkuvuutta tukevia ja ajatuksia hoitotapaamisten välillä herätteleviä kotitehtäviä kuten Mielenterveystalon mallissakin, mutta karsin ja yksinkertaistin niitä ikääntyneiden kognitiota ja toimintakykyä ajatellen. Kotitehtäviksi valitsin Mielenterveystalon masennuksen lyhythoitomallista muokatun ja yksinkertaistetun toimintapäiväkirjan, josta nähdään potilaan päivän ja viikkorytmi, ja voidaan todeta, kuuluuko siihen mielekästä toimintaa. Toimintapäiväkirjaan merkitään myös päivittäinen mieliala, jotta yhteys toiminnan ja mielialan suhteen hahmottuisi. Mielenterveystalon masennuksen omahoito-ohjelman mukaan mielekäs tekeminen on avain masennuksesta toipumiseen (HUS/Mielenterveystalo 2018 b).

Hoitotapaamisessa käsiteltyä ajatusten, tunteiden ja toiminnan yhteyttä kuvaavaa masennuksen noidankehää voidaan haluttaessa jatkaa kotitehtävänä: potilas kirjoittaa, millaisia negatiivisia ajatus-tunne-toiminta kuvioita hän on itsellään havainnut, ja mitä vaihtoehtoja niille voidaan löytää esimerkiksi toimintaa muuttamalla. Näistä voidaan saada hedelmällisiä havaintoja siitä, miten masennus on muuttanut potilaan ajattelua ja toimintaa.

Monia masentuneita potilaita hyödyttää ja kokemuksia suhteuttaa positiivisten asioiden konkreettinen listaaminen (Haarni, Viljanen ja Hansen 2014, 34-35). Tämä harjoitus voidaan tehdä kotona ja käydä yhdessä läpi seuraavalla tapaamiskerralla. Huolihetkeä tai ahdistuksenhallintakeinoja potilasta voidaan kannustaa testaamaan käytännössä kotona, ja kertomaan kokemuksiaan seuraavassa tapaamisessa. Nämä ahdistuksenhallintakeinot ovat taitoja, joita on harjoiteltava silloin, kun vointi on kohtuullinen, jotta niitä voitaisiin huonolla hetkellä käyttää. Hoitajakson loppupuolella potilas saa kirjoittaa tai kertoa, miten hänen vointinsa on muuttunut hoitajakson aikana.

Mikäli potilaalla on vaikeuksia kirjoittaa, voidaan kotitehtävien toteutuminen käydä läpi suullisesti. Kaikki kohtaamani psykiatrian arviointiryhmän työikäiset masennuksen lyhythoitopotilaatkaan eivät saaneet tehdyksi kirjallisia kotitehtäviä, joten mielestäni on syytä olettaa, että ikääntyneillä vaativista kotitehtävistä selviytyminen tai niiden suorittamiseen motivoituminen on epätodennäköistä. Toisaalta osa kaikenikäisistä masennuspotilaista tekee kirjallisia harjoituksia ja kotitehtäviä mielellään.

### 7.3 Toteutustapa ja ulkoasu

Masennuksen lyhythoitopotilaille -mallin toteutustavaksi valitsin yleisesti käytössä olevan ja monille tutun PowerPoint-sovelluksen, jolloin mallia voidaan käyttää joko tietokoneelta tai paperille tulostettuna, mikä mahdollistaa lyhythoidon toteutumisen myös asiakkaan kotona ilman mukana kannettavia laitteita. PowerPointilla rakennetussa mallissa on helppo erotella potilaan nähtäväksi tarkoitettu materiaali (liite 1.) ja hoitajan käyttämä psykoedukaatio-osuus kotitehtävien ohjeistuksineen (liite 2.). Potilaan ja hoitajan versioissa on samat PowerPoint diat sisältöineen, mutta hoitajan versiossa on lisäksi PowerPointin muistiinpanoihin kirjoitettuna kunkin teeman kohdalla teksti potilaan ohjaamista varten sekä vinkkejä mallin käyttöön.

Mallin ulkoasussa on käytetty mielikuvakartta (mind map) -tyylistä ilmaisua, jonka havaitsin toimivaksi arviointiryhmän masennuksen lyhythoitopotilaiden parissa. Olen pyrkinyt välttämään mallin potilasversiossa pitkiä lauseita, ja ilmaisemaan asiat mieluiten kuvioin, muistisanoin sekä asiayhteyttä kuvaavin viivojen ja nuolien. Väri on pyritty pitämään mallillisena: valkoisen taustan ja siitä parhaiten hahmottuvan mustan tekstin lisäksi kuvioiden

täyttövärinä on käytetty kyseisen sairaanhoitopiirin PowerPoint mallipohjaan sopivaa turkoosia. Koska materiaali käytännössä tulostetaan potilaalle mustavalkoisena, on kuvioiden värin peittävyys valittu siten, ettei tekstin luettavuus kärsi. Kirjasinkoko on pyritty pitämään mahdollisimman suurena (vähintään 16-18 pt) monesti heikkonäköisiä potilaita ajatellen (ks liite 1.)

Masennuksen lyhythoito ikääntyneille –mallin mukaan toteutetut hoitotapaamiset on suunniteltu kirjattavan potilastietojärjestelmään psykiatrian lyhythoitoja varten laaditun fraasipohjan avulla, josta ilmenee tapaamisessa käsitellyt teemat, potilaan nykytila sekä mahdollinen kotitehtävä (Ylilääkäri 2018).

## 8 ARVIOINTI JA POHDINTA

### 8.1 Lyhythoitomallin kehitysprosessi

Masennuksen lyhythoito ikääntyneille -mallin kehittäminen alkoi lähdemateriaalin keräämisellä ja tutustumalla tarkemmin Mielenterveystalon masennuksen lyhythoittoon. Haastatelin kyseisen vanhuspsykiatrian yksikön ylilääkärinä ikääntyneiden masennuksen lyhythoitomallin suunnittelua varten. Sain lisää tietoa tulevan lyhythoitomallin asettumisesta käytännön hoitotyöhön vanhuspsykiatrian poliklinikalla. Potilas käy läpi tavanomaisen vanhuspsykiatrian arviointijakson (1-3 tapaamista) ja sitä seuraavan hoitoneuvottelun, jossa tehdään päätös mahdollisen masennuksen lyhythoidon aloittamisesta. Ylilääkärin mukaan lyhythoitomalliin suunnittelemani potilasta kodin ulkopuolelle aktivoiva tutustumiskäynti on mahdollinen toteuttaa poliklinikan hoitokäytäntöjen puitteissa, ja osa hoitajista on tämän tyyppisiä vierailuja joidenkin potilaiden kanssa toteuttanutkin. Ryhmämuotoisen lyhythoidon mahdollisuus tuotiin myös esiin. Potilastapaamisten kirjaaminen lyhythoitomallia käytettäessä suunniteltiin alustavasti toteutettavan samalla fraasipohjalla kuin sairaanhoidopiiriin muilla aikuispsykiatrian poliklinikoilla käytetään.

Esittelin opinnäytetyöni suunnitelman lyhyesti myös psykiatrian linjapalaverissa ja työ ikääntyneiden masennuksen lyhythoitomalleineen herätti kiinnostusta.

Suunnittelemani masennuksen lyhythoitomallin runkoa tutkittiin seuraavaksi vanhuspsykiatrian hoitajien eli tulevan mallin käyttäjien kesken. Sain hyvää palautetta ikääntymismuutosten, sopeutumisen ja yksinäisyyden ottamisesta hoidon keskiöön. Tyytyväisiä oltiin myös siihen, että pitkäksi venyneisiin hoitosuhteisiin saadaan ”roti”, ja lyhythoito kirjattaisiin selvästi potilaan hoitosuunnitelmaan. Lääkityksestä toivottiin psykoedukaatiota siinä, että se ei toimi ikääntyneillä samoin kuin nuoremmilla potilailla. Huomionarvoista käytännön toteutuksen kannalta on, että lyhythoidon toteuttaminen potilaan kotona sitoo työparin, sillä kotikäynnit tehdään psykiatrialla turvallisuussyistä pareittain. Lyhythoito poliklinikalla sen sijaan onnistuu yhden hoitajan voimin. Myös potilaan paikalla oleva puoliso saattaa tuoda lisähaasteita strukturoidun hoidon toteutukseen esim. osallistamalla potilasta aktiivisemmin hoitotapaamiseen. Poliklinikalle kulkeminen ei onnistu suurimmalta osalta potilaista, mikä sulkee pois pelkän ryhmämuotoisen toteutuksen käytön, mikä sinällään olisi kustannustehokas hoitomuoto. Lyhythoittoon tyypillisesti kuuluviin kotitehtäviin ehdotettiin yksinkertaista, potilaan arjen positiivisista asioista pidettävää päiväkirjaa. Kodin ulkopuolelle aktivointiin liittyen pohdittiin listausta paikallisista ikäihmisille tarkoitetuista palveluista. Huomioitavaa on, että kaikki ikääntyneet eivät ole halukkaita osallistumaan seurakunnan järjestämään toimintaan. Palaverissa nousi esiin, että myös harhaluuloisuushäi-

riön lyhythoitomallille olisi tarvetta. Yleisesti suunnittelemani lyhythoitomallin runkoa pidettiin tarkoituksenmukaisena, ja pienin muutoksin sekä valittuja teemoja tarkemmin avaten, malli voitaisiin ottaa käyttöön. Palaverissa sovittiin, että esittelen valmiin lyhythoitomallin tarkemmin vanhuspsykiatrian kehittämispäivässä.

Osallistuin opinnäytetyöprosessin aikana myös kyseisen sairaanhoitopiirin psykiatrian arviointityöryhmän masennuksen lyhythoitomallin kehittämispalaveriin, jossa aloitettiin arviointityöryhmässä nykyisin käytössä olevan Mielenterveystalon masennuksen lyhythoitomallin muokkaaminen paremmin arviointityöryhmän tarpeita vastaavaksi hoitajien ja potilaiden näkökulma huomioiden. Hoitajien mielestä Mielenterveystalon lyhythoitomallin (katso s. 24) viiden ensimmäisen tapaamisen teemat ovat pääsääntöisesti tarpeellisia, mutta niitä voidaan tiivistää ja yhdistellä. Potilaalle annettavia kotitehtäviä aiotaan vähentää ja selkiyttää toimintapäiväkirjan toimiessa jatkossa keskeisenä runkona, johon merkitään myös mielekäs tekeminen sekä potilaan välttelemät toiminnot. Potilaan arvojen ottamista uudeksi teemaksi ehdotettiin. Kuudennen hoitotapaamisen sisältö, arvostukset ja pelot, nähtiin vähemmän tärkeänä, ja päätettiin jättää kokonaan pois hoitomallia muokattaessa. Seitsemäs hoitokerta, murehtiminen ja huolihetki, suunniteltiin tiivistettävän lyhyeksi psykoedukaatioksi hoitajakson alkuun. Itse ehdotin viimeisen lyhythoitotapaamisen valmistelua potilaalle edellisellä tapaamiskerralla annettavalla kotitehtävällä, jossa potilas kirjaa, miten hoito on hänen kohdalla onnistunut ja mitä toivoo jatkohoidolta, jolloin viimeisellä tapaamiskerralla ei tarvitse aloittaa jatkon miettimistä nollapisteestä. Ideaa kannatettiin. Tavoitteena on saada ennen kahdeksan hoitotapaamisen pituinen lyhythoitomalli tiivistettyä noin viiteen tapaamiskertaan.

Opinnäytetyön teoriapohja valmistui ja rakensin lyhythoitomallin potilas- ja hoitajaversiot PowerPointiin. Suunnittelin palautelomakkeen kehittämispäivän vertaisarviointia varten.

## 8.2 Vertaisarvio

Esittelin kehittämäni ikääntyneiden masennuksen lyhythoitomallin kyseisen vanhuspsykiatrian yksikön kehittämispäivässä, joka toimi samalla opinnäytetyön toiminnallisen osan eli Masennuksen lyhythoito ikääntyneille -mallin julkaisuseminaarina. Pyysin suullisen palautteen lisäksi palautelomakkeen (katso liite 3.) avulla arviota lyhythoitomallin sisällöstä, rakenteesta, ulkoasusta sekä käytettävyydestä yksikössä, johon malli on suunniteltu. Yhdestätoista vastaajasta 2 on esimiesasemassa ja 9 tekee potilastyötä joko lääkärin, sairaanhoitajan tai mielisairaanhoitajan tehtävissä. Saadun vertaispalautteen mukaan ikääntyneiden masennuksen lyhythoitomalli arvioitiin asteikolla 1-5 (1 heikoin, 5 paras) pääsääntöisesti arvosanalla 4-5. Sisällössä ja käytettävyydessä 2 vastaajista antoi arvosanaksi 3. Arvosanoja 1 ja 2 ei annettu lainkaan.

Taulukko 2. Vertaisarvio Masennuksen lyhythoito ikääntyneille -mallista.

Sisältö	Arvosana 1	Arvosana 2	Arvosana 3	Arvosana 4	Arvosana 5
a) potilasversio	0	0	1	3	7
b) hoitajaversio	0	0	1	5	5
<b>Rakenne</b>					
a) potilasversio	0	0	0	4	7
b) hoitajaversio	0	0	0	3	8
<b>Ulkoasu</b>					
a) potilasversio	0	0	0	5	6
b) hoitajaversio	0	0	0	5	6
<b>Käytettävyys</b>					
a) potilasversio	0	0	2	5	4
b) hoitajaversio	0	0	1	5	5

Sanallisessa palautteessa työtä pidettiin yleisesti perusteellisena, selkeänä, loogisesti etenevänä ja käyttökelpoisena. Ikääntyneiden sopeutumishaasteet koettiin huomioidun mallissa hyvin. Hoitajien version koettiin tukevan uuden toimintamallin käyttöönottoa yksikössä. Potilaalle hoidon loppuvaiheessa laadittava turvasuunnitelma sai kiitosta.

Jatkokehitystoiveina malliin toivottiin enemmän värien käyttöä selkeyden lisäämiseksi. Unihuollosta toivottiin lisää tietoa unettomuuden ollessa ikääntyneillä potilailla varsin yleistä. Joitakin käsitteitä toivottiin avattavan nykyistä tarkemmin. Mallin käytettävyudessa arveltiin ilmenevän ongelmia potilasryhmän iästä johtuvista kognitiivisista vaikeuksista johtuen erityisesti ”irti masennuksen noidankehästä”-teeman kohdalla. Samalla kuitenkin todettiin, että kaikille soveltuvaa mallia on erittäin haastavaa rakentaa nuoremmillekaan potilaille.

Henkilöstön toiveesta Masentuneiden lyhythoito ikääntyneille -malliin tehtiin vertaisarvion pohjalta seuraava korjaus: hoidon loppupuolella potilaan sen hetkistä vointia tiedusteltaessa ei kysytä potilaan jatkohoitotoiveita, sillä käytännössä hoitosuhdetta ei ole mahdollista lyhythoidon päätyttyä jatkaa, eikä tietyllä paikkakunnalla asuva, ikääntynyt masennuspotilas voi tällä hetkellä siirtyä vanhuspsykiatrian hoitajakson jälkeen jatkohoitoon perusterveydenhuoltoon perusterveydenhuollon linjauksista johtuen.

### 8.3 Luotettavuus

Opinnäytetyön tuotoksena syntyneen Masennuksen lyhythoito ikääntyneille -mallin luotettavuutta lisäävät opinnäytetyöprosessin aikainen yhteistyö vanhuspsykiatrian henkilöstön kanssa, tutkittu tieto lähdemateriaalina sekä Mielenterveystalon ammattilaismateriaali masennuksen lyhythoidosta.

Myös oma harjoittelu- ja työkokemukseni niin psykiatrian arviointiryhmän masennuksen lyhythoidon toteuttamisesta kuin potilastyöstä niin psykiatrian arviointiryhmässä kuin vanhuspsykiatrian poliklinikalla tuovat perspektiiviä aiheen käsittelyyn. Olisin toivonut ikääntyneiden masennuksen lyhythoitomalliin lähdemateriaaliksi nykyisen lähdemateriaalin lisäksi vastaavanlaista, muualla mahdollisesti jo käytössä olevaa nimenomaan ikääntyneiden masennuksen hoidossa käytettävää mallia, mutta tällaista ei tullut esiin käytettävissä olevassa aikataulussa.



## 9 YHTEENVETO

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli ikääntyneille potilaille sopivan masennuksen lyhyt-hoitomallin kehittäminen erään eteläsuomalaisen sairaanhoitopiirin vanhuspsykiatrian poliklinikalle. Lyhyt-hoitomallin kehittämiseen kuului asiasisällön, käytettävyyden ja ulko-asun suunnittelu ja toteutus sekä mallin esittely vanhuspsykiatrian henkilöstölle. Lyhyt-hoitomallin kehittämisessä on huomioitu sekä potilaan että hoitajan näkökulma versioimalla tuotettu materiaali kahdeksi eri versioksi käytettävyyden parantamiseksi.

Masennuksen lyhyt-hoitomalliin kuuluu 5-8 hoitajavetoisen, mutta potilaan osallistumista ja vastuunottoa monin tavoin aktivoivan, tapaamiskerran ajan psykoedukaa-tiota masennuksen oireista ikääntyneiden erityispiirteet huomioiden, ikääntymismuutosten ja voimavarojen merkityksen tarkastelua, aktiivista omahoitoa toimintapäiväkirjan avulla seurattuna, masennusta ylläpitävien ajatusmallien havainnointia, ahdistuksenhallintakei-nojen harjoittelua, mielekkään toiminnan lisäämistä ja kodin ulkopuolelle aktivointia sekä lyhyt-hoitotapojen päättymiseen ja itsenäiseen selviytymiseen valmistautumista.

Masennuksen lyhyt-hoitomallin kehittäminen oli mielenkiintoinen ja haastava tehtävä. Mallin toimivuudesta käytännön potilastyössä jääme odottamaan tuloksia. Mie-lestäni Masennuksen lyhyt-hoitomalli on tiivis hoitomateriaali ikääntyneiden avohoitopotilaiden masennuksen hoitoon, ja sitä voidaan tarvittaessa täydentää potilas-kohtaisilla osilla esimerkiksi unihuollosta tai haastavien läheissuhteiden vaikutuksesta.

Vanhuspsykiatrian henkilöstö kertoi mielipiteensä luodusta lyhyt-hoitomallista mallin julkai-suseminaarissa. Kehitettyä lyhyt-hoitomallia pidettiin kokonaisuutena toimivana ja käyttö-kelpoisena. Mallin käytettävyyden haasteena tuotiin esiin potilasaineksen vaihteleva kog-nition taso. Katso vertaisarvio tarkemmin, taulukko 2.

Lyhyt-hoitomallia voitaisiin käyttää vähintäänkin soveltuvien osien lisäksi myös muualla ikääntyneitä depressiopotilaita hoitavissa yksiköissä. Ikääntyneiden masennuspotilaiden erityispiirteet sivuuttaen malli saattaisi sopia myös eri-ikäisten avohoidon masennuspotilaiden lyhyt-hoitomalliksi.

Masennuksen lyhyt-hoitomallia on syytä kehittää edelleen. Vanhuspsykiatri-an poliklinikalla kotikäyntien sijaan vastaanotolle saapumaan kykenevät, sujuvasti liikkuvat potilaat, voisivat muodostaa ryhmän, joka saa masennuksen ryhmämuotoista lyhyt-hoitomallia. Vastaavaa lyhyt-hoitomallia toivottiin vanhuspsykiatrian yksikössä myös harhaluuloisuus-häiriön hoitoon, ja tällainen olisi varmasti jatkossa tarpeen toteuttaa.

Potilaan mahdollista puolisoa, jota ei ole huomioitu erityisesti tässä lyhythoitomallissa, voisi myös osallistaa hoitoon, ja antaa hänelle tarvittaessa yksilöllistä tukea. Puolisot osallistuvat usein joka tapauksessa vanhuspsykiatrian potilaiden hoitotapaamisiin, ja tuovat oman näkemyksensä potilaan voinnista esiin.

Masentuneiden parissa työskentelevien muiden aikuispsykiatrian poliklinikoiden kanssa on syytä tehdä edelleen yhteistyötä Masennuksen lyhythoito ikääntyneille -mallin kehittämiseksi edelleen.

## LÄHTEET

- Haarni, I., Viljanen, M. & Hansen, M. 2014. Ikääntyvä mieli, mielen hyvinvointia vanhetessa. Suomen Mielenterveysseura [viitattu 10.5.2018]. Saatavissa: [http://www.mielenterveysseura.fi/sites/default/files/materials\\_files/ikaantyvamieli\\_final.pdf](http://www.mielenterveysseura.fi/sites/default/files/materials_files/ikaantyvamieli_final.pdf)
- HUS/Mielenterveystalo. 2018 a. Irti murehtimisesta [viitattu 10.5.2018] Saatavissa: [https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/itsehoito/ahdistuksen\\_omahoito/Pages/osio2.aspx](https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/itsehoito/ahdistuksen_omahoito/Pages/osio2.aspx)
- HUS/Mielenterveystalo. 2018 b. Kohti muutosta [viitattu 10.5.2018] Saatavissa: [https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/itsehoito/masennuksen\\_omahoito/Pages/osio2.aspx](https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/itsehoito/masennuksen_omahoito/Pages/osio2.aspx)
- HUS/Mielenterveystalo. 2018 c. Suunta eteenpäin [viitattu 10.5.2018] Saatavissa: [https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/itsehoito/masennuksen\\_omahoito/Pages/osio3.aspx](https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/itsehoito/masennuksen_omahoito/Pages/osio3.aspx)
- HUS/Mielenterveystalo. 2018 d. Masennuksen lyhythoito. Ammattilaismateriaali.
- Huttunen M. 2017. Masennus. Duodecim Terveyskirjasto [viitattu 16.10.2018]. Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00389](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00389)
- Kiireelliset psykososiaaliset palvelut. 2017. Masennuksen lyhythoitopaketti (Mielenterveystalon masennuksen lyhythoidon pohjalta).
- Kohtala, A. 2018. ACTing for Depressive Symptoms A Longitudinal Study of a Brief 4-session Acceptance- and Value-based Intervention for Symptoms of Depression [viitattu 20.9.2018] Saatavissa: [https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/59408/Kohtala\\_Aino\\_screen.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/59408/Kohtala_Aino_screen.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
- Lönnqvist J, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T (toim.). 2014. Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim
- Mether U. 2018. Päihdeongelmien ennakoidaan kasvavan. Nastola-lehti 18.4.2018, s 15.
- Mielenterveyden keskusliitto. 2018. Käsitteitä mielenterveydestä [viitattu 10.5.2018] Saatavissa: <http://mtkl.fi/tietoa-mielenterveydesta/kasitteita-mielenterveydesta/>
- Mikkonen A-M. 2010. Pro gradu. Jyväskylän yliopisto. Hyväksymis- ja tietoisuustaitojen sekä oireiden vähenemisen yhteys masennuksen psykologisen lyhythoidon tuloksiin [viitattu 10.5.2018] Saatavissa:

<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/81602/gradu04316.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Nikunen H. Yksinäisyys ja epätoivo ajavat vanhuksia itsemurhiin. Etelä-Suomen Sanomat. 18.2.2018 A6-A7.

Pennanen R. 19.8.2018. Tunnehirviön kanssa ei tarvitse vetää köyttä: väitöstutkimuksen mukaan lyhytterapialla on pitkäaikainen vaikutus masennusoireisiin. YLE uutiset [viitattu 20.8.2018] Saatavissa: <https://yle.fi/uutiset/3-10390705>

Rautava-Nurmi H, Westergård A, Henttonen T, Ojala M ja Vuorinen S. 2015. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Helsinki: Sanoma Pro.

Riihimäki K. 2014. Long-term outcome of depressive disorders in primary health care. Academic dissertation. National institute for health and welfare. Helsinki [viitattu 4.8.2018] Saatavissa:

[https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/43006/Riihimaki\\_dissertation.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/43006/Riihimaki_dissertation.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Romakkaniemi, M. 2011. Masennustutkimus kuntoutumisen kertomusten rakentumisesta [viitattu 10.5.2018]. Väitöskirja. Lapin Yliopisto. Saatavissa:

[https://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/61723/Romakkaniemi\\_Marjo\\_DORIA.pdf?sequence=1](https://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/61723/Romakkaniemi_Marjo_DORIA.pdf?sequence=1)

Suomalainen lääkäriseura Duodecim. 2014. Depressio. Käypä hoito-suositukset [viitattu 10.5.2018]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukses/suositus;jsessionid=E0ECF6E7EF8B0385F5C0D3DC7D4900F4?id=hoi50023>

Suomen mielenterveysseura. 2018. Muutoksia, luopumista ja elämäntaitoa [viitattu 19.10.2018]. Saatavissa:

<https://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/elamänvaiheet/muutoksia-luopumista-ja-elämäntaitoa>

Suomen mielenterveysseura. 2015. Masennus halutaan salata [viitattu 19.10.2018]. Saatavissa: <https://www.mielenterveysseura.fi/fi/masennus-halutaan-salata>

Suominen K & Valtonen H. 2013. Itsetuhoisen potilaan arviointi. Duodecim [viitattu 19.10.2018]. Saatavissa:

[http://reppu.lamk.fi/pluginfile.php/983895/mod\\_resource/content/1/itsetuhoisuuden%20arviointi.pdf](http://reppu.lamk.fi/pluginfile.php/983895/mod_resource/content/1/itsetuhoisuuden%20arviointi.pdf)

Takaluoma M. Ikääntyneiden yksinäisyys. LAMK [viitattu 16.10.2017]. Saatavissa:  
[http://reppu.lamk.fi/pluginfile.php/983894/mod\\_resource/content/5/IKÄÄNTYNEIDEN%20YKSIN](http://reppu.lamk.fi/pluginfile.php/983894/mod_resource/content/5/IKÄÄNTYNEIDEN%20YKSIN)

Ylilääkäri. 2018. Vanhuspsykiatrian poliklinikka. Haastattelu 17.5.2018.

## LIITTEET

Liite 1 Masennuksen lyhythoito ikääntyneille -malli, potilaan versio

# Masennuksen lyhythoito ikäntyneille

01.10.2018

Niina Kiviharju/Vanhuspsykiatria

PÄIJÄT-HÄMEEN HYVINVOINTIYHTYMÄ



# Hoito-ohjelma

1. Masennuksen oireet
2. Ikääntyminen ja voimavarat
3. Omahoito
4. Irti masennuksen noidankehästä
5. Ahdistuksen hallinta
6. Kodin ulkopuolelle /mielekäs toiminta kotona
7. Varomerkit ja turvasuunnitelma
8. Hoidon tulokset

PÄIJÄT-HÄMEEN HYVINVOINTIYHTYMÄ



## 1. Masennuksen oireet

Alavireisyys  
pidempään

Arkiaskareet eivät  
kiinnosta

Ärtymys tai  
levottomuus

Mielihyvä  
vähentynyt

Fyysiset oireet

**Oireet**

Runsas  
terveyspalveluiden  
käyttö

Fyysinen sairaus  
rajoittaa  
kohtuuttomasti

Mitä sinulla?

Vetäytyminen

Itsetuhoisuus

PÄIJÄT-HÄMEEN HYVINVOINTIYHTYMÄ



# Tavoitteeni hoidolle

Nimi:

Pvm:

1.

2

3.

Muuta:

PÄIJÄT-HÄMEEN HYVINVOINTIYHTYMÄ



## 2. Ikääntyminen ja voimavarat

### Fyysinen kunto ja terveys

- Muutokset terveydessä
- Pitkäaikaissairaudet
- Sydän-ja verisuonitaudit
- Raskaat hoidot
- Muistihäiriöt
- Liikkumisen vaikeutuminen

### Sopeutuminen

### Koettu terveys ja toimintakyky

### Mielen hyvinvointia NOSTAA

- 1.Perusvoimavarat
- 2.Osallisuus
  - Sosiaalisuus
  - Arjen rytmi
  - Tarpeellisuus
  - Yhteenkuuluvuus
3. Mielentaidot
  - Itsetuntemus
  - Elämän ymmärrys
  - Myönteinen asenne
  - Stressinsieto-ja toipumiskyky
  - Tunnetaidot

### Mielen hyvinvointia LASKEE

- Läheisen sairaus/ menetys
- Taloushuolet
- Yksinäisyys
- Omaishoitajuus
- Ihante-elämä käy mahdottomaksi
- Itsensä kielteinen havainnointi
- Aiempi masennus
- Mielihyväväälittäjäaineet vähenevät

PÄIJÄT-HÄMEEN HYVINVOINTIYHTYMÄ

Tehtävä: toimintapäiväkirja





## Tehtävä 1: Toimintapäiväkirja

Nimi:				Viikko/pvm:		
Maanantai	Tiistai	Keskiviikko	Torstai	Perjantai	Lauantai	Sunnuntai
Aamupäivä	Aamupäivä	Aamupäivä	Aamupäivä	Aamupäivä	Aamupäivä	Aamupäivä
Iltapäivä	Iltapäivä	Iltapäivä	Iltapäivä	Iltapäivä	Iltapäivä	Iltapäivä
Mieliala (1-10)						

PÄIJÄT-HÄMEEN HYVINVOINTIYHTYMÄ



## Esimerkki toimintapäiväkirjasta

Maanantai	Tiistai	Keskiviikko	Torstai	Perjantai	Lauantai	Sunnuntai
Aamupäivä	Aamupäivä	Aamupäivä	Aamupäivä	Aamupäivä	Aamupäivä	Aamupäivä
Pyykit		Labra	Siivous Lounas kaupungilla	Kauppa		
Iltapäivä	Iltapäivä	Iltapäivä	Iltapäivä	Iltapäivä	Iltapäivä	Iltapäivä
Ulkoilu	Jumpparyhmä Elokuva tv:stä		Puheluystävälle		Kahvilla naapurissa	Läheisten vierailu
Mieliala (1-10) 6	7	7	8	8	6	7

PÄIJÄT-HÄMEEN HYVINVOINTIYHTYMÄ



### 3. Masennuksen omahoito

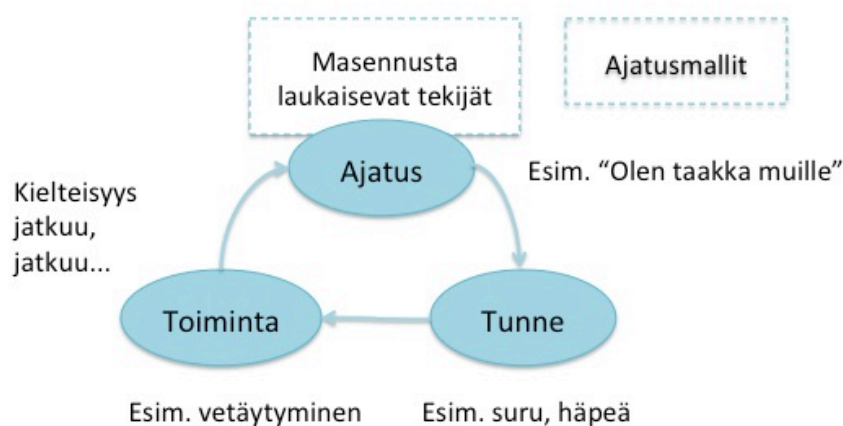
<b>Mielekäs toiminta</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Liikunta</li> <li>•Kotona ja ulkona</li> <li>•Yhdessä</li> <li>•Musiikki/tanssi</li> <li>•Auttaminen</li> <li>•Oppiminen</li> </ul>	<b>Sosiaalisuus</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Osallisuus</li> <li>• Vertaisuus</li> <li>• Ajankulu</li> <li>• Kodin ulkopuolelle</li> <li>• Saavutettavuus</li> </ul>
<b>Uni ja lepo</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Riittävästi</li> <li>• Säännöllisesti</li> <li>• Uudelleen nukahtaminen</li> <li>• Ei liikaa päiväunta</li> </ul>	<b>Ravitsemus</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monipuolisuus</li> <li>• Terveellisyys</li> <li>• Mielihyvä</li> <li>• D-vitamiini</li> <li>• B12-vitamiini</li> <li>• Ei päihteitä</li> </ul>
Päivärytmi	Viikkorytmi

**TÄRKEÄÄ**  
Säännöllisyys  
Terveellisyys  
Tasapaino  
Mielihyvä

PÄIJÄT-HÄMEEN HYVINVOINTIYHTYMÄ



### 4. Irti masennuksen noidankehästä

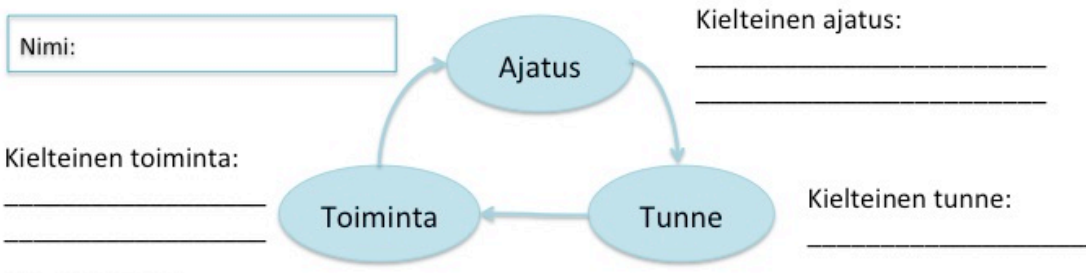


Tehtävä: irti masennuksen noidankehästä

PÄIJÄT-HÄMEEN HYVINVOINTIYHTYMÄ



## Tehtävä 2: Irti masennuksen noidankehästä



Vaihtoehtoinen (positiiv.) ajatus	Vaihtoehtoinen tunne	Vaihtoehtoinen (positiiv.) toiminta
1.		
2.		

PÄIJÄT-HÄMEEN HYVINVOINTIYHTYMÄ



## 5. Ahdistuksen hallinta



Tehtävä: mikä on hyvin elämässäsi?  
Kokeile huolihetkeä kotona.  
Kokeile ahdistuksen hallintaa kotona.

PÄIJÄT-HÄMEEN HYVINVOINTIYHTYMÄ



### Tehtävä 3: Mikä on hyvin elämässäni?

Nimi:

Pvm:

1.

2.

3.

Löydätkö lisää?

PÄIJÄT-HÄMEEN HYVINVOINTIYHTYMÄ



## 6. Kodin ulkopuolelle /mielekäs toiminta kotona

- Tutustumiskäynti TAI
- Mielekäs toiminta kotona



PÄIJÄT-HÄMEEN HYVINVOINTIYHTYMÄ



## 7. Varomerkit ja turvasuunnitelma

### Lääkitys ja omahoito jatkuu

Miten omahoito sujuu?  
Onko lääkitys sopiva?

### Varomerkit

#### Ajattelu

- Itsesyytökset
- Keskittymisvaikeus
- Lisääntynyt huolestuneisuus

#### Tunne

- Lisääntynyt alakulo
- Ärsyyntyminen
- Ahdistuneisuus

#### Toiminta

- Sosiaaliset kontaktit harvenevat
- Ulkonäöstä huolehtiminen vähenee
- Itkuisuus

### Turvasuunnitelma

#### Jos oireet palaavat

- Mitä opittuja keinoja voin käyttää?
- Läheisten tuki?
- Milloin haen ammattiapua?
- Tärkeät yhteystiedot
- Kolmannen sektorin palvelut

Tehtävä: miten voin nyt?

PÄIJÄT-HÄMEEN HYVINVOINTIYHTYMÄ



### Tehtävä 4: Miten voit nyt?

Nimi:

Pvm:

Miten voin nyt:


PÄIJÄT-HÄMEEN HYVINVOINTIYHTYMÄ



# Turvasuunnitelmani

Jos masennus uusiutuu

Nimi:

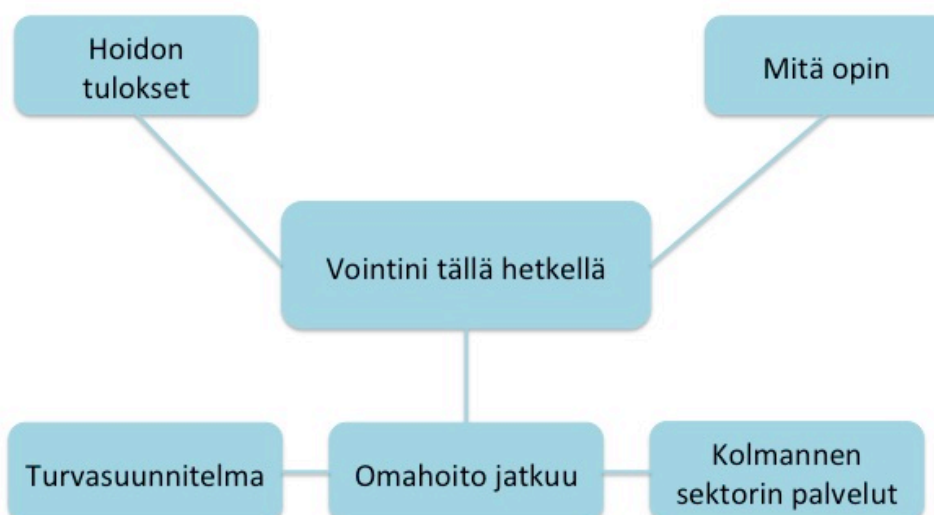
Pvm:

- Omat keinoni masennuksen ja ahdistuksen hallintaan:
  - 1.
  - 2.
  - 3.
- Läheinen/ystävä/muu taho, jolle voin soittaa (nimi ja nro):
- Ammattiapua haen jos:

PÄIJÄT-HÄMEEN HYVINVOINTIYHTYMÄ



## 8. Hoidon tulokset



PÄIJÄT-HÄMEEN HYVINVOINTIYHTYMÄ



Liite 2 Esimerkkejä Masennuksen lyhythoitto ikääntyneille -mallin hoitajaversiosta (teemat "Masennuksen oireet" sekä "Ikääntyminen ja voimavarat")



## 1.MASENNUKSEN OIREET

Masennuksessa on tyypillisiä oireita, joita on monilla masennukseen sairastuneilla. Jokainen on joskus alakuloinen, ilman että sairastaisi masennusta. Kun oireet jatkuvat useita viikkoja, voi kyse olla masennus-sairaudesta. Nuoremmilla ja vanhemmilla masennuksen oireet on pitkälti samanlaisia: alavireisyyttä, kiinnostuksen puutetta, ärtymystä ja vetäytymistä sosiaalisista suhteista. Monella myös yöuni heikkenee: uni ei tule illalla tai henkilö herää aamuyöstä saamatta enää unta. Masentuneilla voi olla myös fyysisiä oireita, joille ei löydy selitystä: mm. epämääräisiä kipuja ja vatsavaivoja. Masentuneilla ikääntyneillä on usein heikko ruokahalu ja siitä seurannutta painon laskua. Näiden oireiden lisäksi ikääntyneet masentuneet kokevat usein fyysisten sairauksiensa rajoittavan elämänsä kohtuuttoman paljon ja käyttävät runsaasti terveyspalveluita (eli paljon käyntejä päivystyksessä). Masennukseen saattaa liittyä kuolemantoiveita ja itsetuhoisia ajatuksia ja tekoja. Masennus on vakava sairaus ja saattaa hoitamattomana johtaa kuolemaan, koska itsemurhariski on kasvanut. Mitä näistä oireista olet itse huomannut? Onko jotain muita oireita? Mielensterveysongelmat eivät ole lisääntyneet ikääntyneiden keskuudessa. Yli 60-vuotiaita on lukumääräisesti enemmän kuin aikaisemmin ja lisäksi elämme vanhemmaksi kuin ennen, mikä lisää vaikutelmaa ikääntyneiden mielensterveysongelmien yleistymisestä. Myös mielensterveysongelmien tunnistaminen ja diagnosointi on parantunut. Yleisimpiä mielensterveyden ongelmia eläkeikäisten keskuudessa ovat ma-

sennus ja ahdistuneisuus sekä niiden erilaiset yhdistelmät. Ahdistusoireita on noin 5-6 %:lla ja lievää masennusta kokee ajoittain noin joka neljäs eläkeikäinen.

**Ohje hoitajalle: potilaan omat tavoitteet hoidolle? Täyttäkää tapaamisessa lomake ”Tavoitteeni hoidolle” (kts. seuraava sivu). Tehdään GDS. (jollei ole juuri tehty)**



## 2. IKÄÄNTYMINEN JA VOIMAVARAT

**Fyysinen kunto ja terveys:** Ikääntyessä mielen hyvinvoinnilla on entistä enemmän merkitystä kokonaishyvinvoinnille. Ikääntyneiden toimintakyvyn näkökulmasta mielen voimavarat ja hyvinvointi ovat yhtä olennaisia kuin fyysinen kunto ja terveys. Kun fyysinen toimintakyky iän myötä hiljalleen haurastuu ja erilaiset sairaudet kuormittavat mahdollisesti aiempaa enemmän, tarvitaan mielen voimavaroja muutoksiin sopeutumiseen ja ja jaksamisen ylläpitämiseen. Joillakin somaattisilla (fyysisillä) sairauksilla on erityinen yhteys mielialaan. Iäkkäillä moniin pitkäaikaissairauksiin, varsinkin raskaita hoitoja vaativiin, liittyy kohonnut masennusriski. Esimerkiksi sydän- ja verisuonitaudit sekä erityisesti erilaiset sydänoperaatiot lisäävät riskiä sairastua masennukseen. Parkinsonintautiin liittyy kohonnut masennusriski ja taudin hoitoon käytettävien lääkkeiden sivuvaikutuksena saattaa ilmetä riippuvuusikäytymistä kuten peliriippuvuutta. Myös muistihäiriöt ja alkava muistisairaus aiheuttavat ahdistusta ja masennusta.

**Mielen hyvinvointia NOSTAA:** perusvoimavarat, osallisuus ja mielentaidot. Perusvoimavaroja ovat mm. uni, ravinto, terveys, terveydenhoito. Ovatko nämä kunnossa?



Osallisuuteen kuuluu sosiaalisuus, arjen rytmi, tarpeellisuus ja yhteenkuuluvuuden tunne. Osallisuuden kokemusta saattaa vähentää liikuntakyvyn heikkeneminen. Mielentaitoja ovat itsetuntemus, elämän ymmärrys (pitkän elämän tuoma), myönteinen elämänasenne (kiitollisuus, anteeksianto ja kyky oppia edelleen uutta), stressinsieto- ja toipumiskyky sekä tunnetaidot. Tunnetaitoihin kuuluu tunteiden tunnistaminen, hyväksyminen ja niiden kanssa toimiminen. Monet ikääntyneet eivät ole oppineet tunnetaitoja lapsuudessa, mutta niitä voi oppia myöhemminkin elämässä. Tunteisiin suhtautumisen taito kasvaa ikääntyessä. Aikaisemmat tunteet menneisyydestä voivat nousta pintaan ikääntyessä, jos on kesken jääneitä asioita. Ikääntyneellä on monesti enemmän aikaa pohdiskella asioita.

**Mielen hyvinvointia LASKEE:** Ikääntyneen mielen hyvinvointia kuormittavat mm. läheisen sairaus tai menetys, omaishoitajuus, muutto palveluasumiseen sekä yksinäisyys. Yksinäisyys voi olla vapaaehtoista, mutta kielteiseksi koettuna yksinäisyys aiheuttaa masennusta. Taloushuolet vaivaavat monia ikääntyneitä, kun on tultava toimeen pienen eläkkeen varassa. Psykoanalyttisen teorian mukaan ikääntyneiden masennus saattaa johtua myös minän avuttomuudesta ihanteiden mukaisen (ja myös arvojen mukaisen?) elämän käytyä ikääntymisen myötä mahdottomaksi. Kognitiivisen teorian mukaan myöhäisellä iällä tapahtuvat menetykset aiheuttavat opittua avuttomuuden tunnetta ja aktivoivat lukkiutuneita ajatusrakennelmia, jonka vuoksi ikääntynyt havainnoi itseään kielteisessä valossa. Aiempi masennus lisää riskiä sairastua masennukseen uudelleen, myös ikääntyneenä.

Keskeisten mielialaa säätelevien välittäjäaineiden serotoniinin, noraderenaliinin ja dopamiinin pitoisuuksien on arveltu iän myötä laskevan, (koska monoamiinioksidaasin pitoisuudet vanhemmiten kasvavat.)

**Sopeutuminen.** Keskeinen ikääntymisen haaste on fyysisen kunnon ja terveyden rappeutumisen hyväksyminen. Toisille se on helpompaa kuin toisille ja monilla hyväksyminen vie aikaa. Sen hetkinen fyysinen kunto ja terveydentila ja sekä siihen sopeutuminen, mielen hyvinvointia lisäävät tekijät sekä mielen hyvinvointia laskevat tekijät yhdessä muodostavat henkilön **koetun terveyden** ja **toimintakyvyn**. Huomionarvoista on, että koettu terveys ja toimintakyky ei ole suorassa yhteydessä fyysiseen kuntoon ja terveyteen vaan mielen voimavaroilla ja hyvinvoinnilla on suurempi merkitys.

**Ohje hoitajalle: Anna kotitehtäväksi toimintapäiväkirja (tehtävä 1.), katso myös ohjeistus sekä esimerkki toimintapäiväkirjasta seuraavilta sivuilta.**

## Liite 3 Vertaisarviolomake

Niina Kiviharju  
Opinnäytetyön vertaisarviointi  
22.10.2018

**Ikääntyneiden masennuksen lyhythoitomalli**

*Arvioi asteikolla 1-5 (1 heikoin, 5 paras)*

1. Sisältö  
a. potilasversio \_\_\_\_  
b. hoitajaversio \_\_\_\_

Perustelut:

2. Rakenne  
a. potilasversio \_\_\_\_  
b. hoitajaversio \_\_\_\_

Perustelut:

3. Ulkoasu  
a. potilasversio \_\_\_\_  
b. hoitajaversio \_\_\_\_

Perustelut:

4. Käytettävyys Vapsyssa  
a. potilasversio \_\_\_\_  
b. hoitajaversio \_\_\_\_

Perustelut:

5. Vapaa sana

Kiitos! ☺ ☺ ☺

## Liite 4 opinnäytetyölupa

	VIRANHALTIJAPÄÄTÖS
Psykososiaaliset palvelut Ylihoitaja	10.10.2018/8 §
Asianumero Päätöslaji	D/2233/13.00.00.01/2018 Opinnäytetyö
Otsikko	Luvan myöntäminen opinnäytetyöhön: Kivihariu Niina Masennuksen lyhythoitomallin kehittäminen vanhuspsykiatrian poliklinikalle, LAMK, H-hoitotyö
Päätösperustelut	Yksikön tarpeeseen tehtävä lyhythoito manuaali
Päätös	<p>Päätän myöntää luvan opinnäytetyöhön 31.12.2018 saakka seuraavin ehdoin ja edellytyksin:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-saadut tiedot ovat salassa pidettäviä ja niitä saa käyttää vain opinnäytesuunnitelmassa määriteltyyn aiheeseen</li> <li>-tekijän on huolehdittava siitä, että työssä muodostuvat yksittäisen henkilön identifioinnin mahdollistavat aineistot säilytetään omina asiakirjoista erillisinä aineistoina ja suojataan asiattomilta pääsyyiltä sekä manuaalisten että atk-tiedostojen osalta</li> <li>-jos opinnäytesuunnitelmassa tulee muutoksia, tulee niistä ilmoittaa lupaviranomaiselle ja tarvittaessa hakea uusi lupa</li> <li>-tietosuojasyistä tutkimuksen tulokset tulee julkistaa siten, ettei niistä voi tunnistaa yksittäistä henkilöä. Tulosten raportoinnissa ja julkaisemisessa on noudatettava tieteen eettisiä ohjeita</li> <li>-lupa voidaan peruuttaa, jos lupapäätöksen ehtoja rikotaan</li> <li>-lupapäätöksen saajan antaa päätös tiedoksi kaikille osallisille ja valvoa ehtojen täyttymistä</li> <li>-henkilötietojen käsittely tapahtuu EU:n yleisen tietosuoja-asetuksen (GDPR) mukaisesti</li> </ul> <p>Luvan saanut on <u>velvollinen toimittamaan valmiin opinnäytetyön sähköisen version tutkimuskoordinaattorille.</u></p> <p>Tekijänoikeuksista ja omistuksesta on sovittu erikseen toimeksiantosopimuksessa.</p> <p>Tämän luvan myöntämiseen liittyvät tutkimuslupahakemusasiakirjat on tallennettu asianhallintajärjestelmä Twebiin.</p>
Lisätietojen antaja	Kimmo Mustonen,
Toimivallan peruste	Hallintosääntö

ALLEKIRJOITETTU KONEELLISESTI 10.10.2018 14:26  
Mustonen Kimmo,

Psykososiaaliset palvelut  
Ylihoitaja

VIRANHALTIJAPÄÄTÖS

10.10.2018/8 §

Nähtävänäoloaika 11.10.2018  
Nähtävänäolopaikka

Muutoksenhaku	Oikaisuvaatimus
Saaja	Niina Kiviharju
Tiedoksi	Marjo Soini
Liitteet	Lupahakemus

Allekirjoitus	Kimmo Mustonen Ylihoitaja
---------------	------------------------------