

Anne Same Foroughi

Masennuksen lääkkeetön hoito ja ennaltaehkäisy vanhusten palveluasumisessa

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Tutkinto Sairaanhoitaja AMK

Koulutusohjelma Hoitotyö

Opinnäytetyö

Päivämäärä huhtikuu 2013

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Anne Same Foroughi Masennuksen lääkkeetön hoito ja ennaltaehkäisy vanhusten palveluasumisessa 28 sivua + 2 liitettä huhtikuu 2013
Tutkinto	Sairaanhoitaja AMK
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	
Ohjaaja(t)	TtT, lehtori, Liisa Montin TtM, lehtori, Tuija Uski-Tallqvist
<p>Vanhusten masennus ja yksinäisyys on yksi aikamme ongelma, jota viime aikoina on nostettu varsin näkyvästi esiin yhteiskunnallisessa keskustelussa. Tässä opinnäytetyössä esitellään vanhusten masennuksen lääkkeettömän hoidon ja ennaltaehkäisyn kehittämistyötä vanhusten palveluasumisessa. Kehittämistyö on toteutettu työelämäyhteistyössä Riistavuoren vanhustenkeskuksen palveluasumisen henkilökunnan kanssa.</p> <p>Kehittämistyön tarkoituksena oli luoda Riistavuoren palvelutaloon ohjeistus masennuksen lääkkeettömään hoitoon. Tavoitteena oli kehittää masennuksen lääkkeetöntä hoitoa palvelutalossa lisäämällä tietoisuutta hoitotyön mahdollisuuksista masentuneiden vanhusten auttamiseksi sekä luomalla ohjeistus, jonka avulla näyttöön perustuvia lääkkeettömiä hoitotyön auttamismenetelmiä pystyttäisiin suunnitelmallisesti käyttämään masennuksen ennaltaehkäisyyn ja hoitoon vanhuksilla.</p> <p>Työssä etsittiin kirjallisuuskatsauksella vastausta kysymykseen: Millaisia lääkkeettömiä näyttöön perustuvia hoitotyön keinoja on masennuksen ennaltaehkäisyyn ja hoitoon vanhuksilla? Kirjallisuuskatsauksen pohjalta henkilökunta jatkoi valitsemiensa teemojen kehittämistä 8x8-menetelmää käyttäen. Kirjallisuuskatsauksen tulokset ja jatkokehitystyön perusteella saadut ideat yhdistettiin yhtenäiseksi ohjeistukseksi työyhteisölle.</p> <p>Tuloksissa on nähtävissä vanhuksen sosiaalisen elämän jatkumisen tärkeys myös vanhus- tenhuollon piiriin joutumisen jälkeen. Vanhusten luonnollisten kontaktien vahvistamisen, vanhuksen arvostamisen ja henkilökunnan tuen ulottamisen vanhuksen lisäksi myös omaisiin ja läheisiin ovat olennaisia asioita, jotta vanhuksen omanlaista elämää pystyttäisiin tukemaan myös hoidon piirissä ja ehkäisemään näin yksinäisyyden tunteita. Tämä vaatii uudenlaista ajattelua, keskustelua ja toiminnan avaamista myös läheisten mukana oloon</p> <p>Kirjallisuuskatsauksen tulokset ovat sovellettavissa vanhusten masennuksen lääkkeettömän hoidon suunnitteluun hoitohenkilökunnalle. Riistavuoren vanhustenkeskuksessa työn tulokset toimivat pohjana masennuksen lääkkeettömän hoidon kehittämiselle sekä sosiaalisen kuntoutuksen suunnittelulle palveluasumisessa.</p>	
Avainsanat	vanhus, masennus, lääkkeetön hoito, palveluasuminen

Author(s) Title	Anne Same Foroughi Non-Pharmacological Treatment and Prevention of Depression at Supported Living of the Elderly
Number of Pages Date	28 pages + 2 appendices April 2013
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health care
Specialisation option	Nursing
Instructor(s)	Liisa Montin, PhD, RN, senior lecturer Tuija Uski-Talqvist, MNSc, RN, senior lecturer
<p>Depression and loneliness of the elderly are the problems of our time and these problems have been noticeably brought up lately in sociological conversation. This final project presents the development work of non-pharmacological treatment and prevention of depression at supported living of the elderly. The development work was executed in alliance with the supported living staff of the Riistavuori center for the elderly.</p> <p>The purpose of the development work was to create directions for the non-pharmacological treatment of depression for the supported living in Riistavuori. The aim was to develop non-pharmacological treatment of depression by increasing awareness of the possibilities of nursing and by creating directions. With the help of the directions, evidence based non-pharmacological nursing methods could be used systematically for the treatment and prevention of depression of the elderly.</p> <p>In this work, the research question was: What kind of evidence based nursing methods there are for the non-pharmacological treatment of depression of the elderly? From the results staff chose themes they wanted to continue developing by using 8x8-methods. The results from literature and group work were put together into uniform directions for the work community.</p> <p>The importance of the continuation of the elderly person's social life also after the person has become a customer of the public welfare is visible from the results. In addition to the fortification of the elderly person's natural contacts, respecting and supporting of the elderly, the support of the nursing staff should also be directed to relatives and near ones. This is important because in that way the elderly person's personal life could be supported and loneliness could be prevented. This needs new kind of thinking, discussion and opening the operation of institutions also for relatives.</p> <p>The results can be used in planning the non-pharmacological treatment of depression. In the supported living of Riistavuori, results can be used to develop the non-pharmacological treatment of depression and planning of social rehabilitation.</p>	
Keywords	elderly, depression, non-pharmacological treatment, supported living

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Vanhuksen masennus	2
2.1	Vanhuus elämänvaiheena	2
2.2	Masennuksen määritelmä	2
2.3	Masennuksen oireet ja esiintyvyys vanhuksilla	3
2.4	Masennuksen esiintyvyys laitoksissa	5
2.5	Palveluasumisen määritelmä	6
3	Kehittämistyön tarkoitus ja tavoite	6
4	Kehittämistyön toteutus	6
4.1	Toimintaympäristön kuvaus	6
4.2	Kehittämistyön menetelmä	7
4.3	Aineiston keruu	9
5	Kirjallisuuskatsauksen tulokset	11
5.1	Arvostava asennoituminen	13
5.2	Fyysisestä hyvinvoinnista huolehtiminen	13
5.3	Hoidon huolellinen organisointi ja toteuttaminen	14
5.4	Hoitotyöntekijöiden toteuttama terapeuttinen toiminta	15
5.5	Sosiaaliset ja psykososiaaliset interventiot	16
5.6	Taide-elämykset	17
5.7	Yhteistoiminta perheiden kanssa	17
6	Jatkotyöskentely työyhteisön kanssa ja sen tulokset	18
6.1	Yksilöllinen sosiaalinen kontakti	19
6.2	Sosiaalinen tuki	21
7	Pohdinta	22
	Lähteet	27
Liitteet	1. Masennuksen lääkkeettömät hoitomenetelmät julkaisuittain	
	2. Sosiaaliset interventiot osana masennuksen lääkkeetöntä hoitoa van- husten palveluasumisessa	

1 Johdanto

Vanhusten masennus ja yksinäisyys on yksi aikamme ongelma, jota viime aikoina on nostettu varsin näkyvästi esiin yhteiskunnallisessa keskustelussa. Masennustilojen yleisyys on huomattavaa etenkin palveluasumistyyppisissä kodeissa tai pitkäaikaislaitoksissa ja jo laitokseen muutto saattaa olla masennuksen laukaiseva tekijä vanhuksella.

Vanhuspsykiatriassa käytännön tutkijoita, toimijoita ja kouluttajia on vähän. Tämä selittää paljolti sitä, miksi tiedon välittyminen hoitotyöntekijöille on vähäistä, mikä saattaa johtaa puutteisiin käytännön hoidossa. Vanhusten masennuksen hoidosta ei ole olemassa myöskään ohjeita tai suosituksia hoitotyöhön. Vastuu masennuksen hoidosta on laitoksen vastuulla. Tämä tarkoittaa sitä, että työntekijät vanhustenhuollossa seisovat valtaisan hoitotyönongelman edessä ja yrittävät ratkaista sitä tukena vain omat tionsa ja ammattitaitonsa.

Terveystieteiden lain 8§:ssa (2010/1326) mainitaan:

Terveystieteiden toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveystieteiden toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua.

Riistavuoren monipuolinen vanhustenkeskus on innovatiivisuudestaan tunnustusta saanut vanhustenhuollon toimija. Huolimatta runsaasta kehittämistyöstä, ovat vanhusten masennusoireet edelleen yksi hoitotyön suurimpia ongelmia. Jotta ongelmaan pystyttäisiin tuloksellisesti puuttumaan, tarvitaan henkilökunnalle ohjeita, tukea ja välineitä asian hoitamiseksi. Tämä työ käsittelee vanhusten masennuksen lääkkeettömän hoidon kehittämistä Riistavuoren vanhustenkeskuksen palvelutalossa. Tarkoitus on luoda Riistavuoren palvelutaloon ohjeistus masennuksen lääkkeettömään hoitoon ja ennaltaehkäisyyn. Tavoitteena on kehittää masennuksen lääkkeetöntä hoitoa palvelutalossa lisäämällä tietoisuutta hoitotyön mahdollisuuksista masentuneiden vanhusten auttamiseksi.

2 Vanhuksen masennus

2.1 Vanhuus elämänvaiheena

Vanhuus on iän mukanaan tuoma luonnollinen elämänvaihe. Se on peruuttamaton, etenevä prosessi, joka on kaikille lajeille yhteinen. Vanhuudelle on tyypillistä fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen ja pitkäaikaissairauksiin sairastuminen. Toimintakyvyn huonontuessa vanhenemisen vaikutus näkyy myös sosiaalisessa elämässä. (Heikkinen 1998: 8–9.)

Psyykkisesti vanhuus on myös haastava elämänvaihe. Se on elämänvaihe, jossa siirrytään elämästä kuolemaan. Vanhuuteen vaikuttaa koko aiempi eletty elämä kohtaloinen ja kokemuksineen. Viimeistään tässä vaiheessa ihminen joutuu kohtaamaan elämänsä aiemmat eheyttävät ja traumatisoivat kokemukset, jotka vaikuttavat hänen vanhuuteensa. (Siltala 2012: 72.) Palveluasumisen asiakkaiden suuren ikäjakauman vuoksi tässä työssä käytetään käsitettä vanhus yli 65-vuotiaista.

2.2 Masennuksen määritelmä

Masentunut mieliala tarkoittaa normaalia inhimillistä reaktiota pettymyksiin tai menetyksiin. Kun tämä mieliala jää vallitsemaan mieltä ja haittaa elämää, puhutaan mielenhäiriöstä, johon tarvitaan apua. Masentuneisuus voi olla aikansa kestävää oireilua esimerkiksi läheisten ihmisten menetyksestä tai elämäntilanteen muutoksista tai se voi olla vakava, pitkäaikainen sairaus. (Heikkinen 1998: 13.)

Depressio eli masennustila on oireyhtymä, jonka keskeiset oireet ovat mielialan lasku eli voimakas alakuloisuus sekä tarmon ja toimeliaisuuden puute (Taulukko 1). Kyky nauttia asioista ja tuntea niihin mielenkiintoa on heikentynyt. Pienikin ponnistus aiheuttaa uupumusta. Masennustilat jaetaan lieviin, keskivaikeisiin ja vaikeisiin riippuen oireiden lukumäärästä, laadusta, vaikeusasteesta sekä asiakkaan toimintakyvystä. Diagnoosi edellyttää oireiden esiintymistä vähintään kahden viikon ajan. Poikkeuksellisesti oireiden ollessa voimakkaita tai äkillisiä, riittää lyhyempikin aika. Masentuneella ihmisellä masentuneisuus on vallitseva tunnetila, eikä juuri vaihtelee tai ole riippuvainen olo-

suhteista. Masentuneisuus saattaa kuitenkin jäädä hallitsevampien oireiden, kuten ahdistuneisuuden, tuskaisuuden, fyysisen levottomuuden, huomionhakuisuuden, ärtyneisyyden, alkoholismien, pelko-oireiden, pakko-oireiden tai hypokondristen oireiden alle. (ICD-10.) Tässä työssä käsiteltiin masennusta yleisesti etsien hoitotyön auttamiskeinoja ja masennuksen lääkkeettömään hoitoon.

Taulukko 1. Masennuksen oireet (ICD-10)

Masennuksen tyypilliset oireet:
• mielialan lasku
• tarmon ja toimeliaisuuden puute
• uupumus
• väsymys
• mielenkiinnon, mielihyvän ja elämänilon tunteiden heikkeneminen
• syyllisyyden ja arvottomuuden kokeminen
• synkät ja pessimistiset ajatukset tulevaisuudesta
• itsetuhoiset ajatukset ja -teot
• unen häiriöt
• ruokahalun heikkeneminen

2.3 Masennuksen oireet ja esiintyvyys vanhuksilla

Vanhusten masennuksen keskeiset oireet voidaan ryhmitellä emotionaalisiin, kognitiivisiin, fyysisiin sekä volitionaalisiin oireisiin (Taulukko 2). Vanhusten masennuksen emotionaalisia oireita ovat masentunut mieliala ja surullisuus, vähentynyt tyytyväisyys elämään ja mielenkiinnon puute. Naisille tyypillistä on itkuisuus, sen sijaan miehet saattavat olla ärsytysherkkiä. Mielen täyttävät kielteiset tunteet itseä kohtaan, tyhjyyden tunne, toivottomuus, huolestuneisuus ja yksinäisyys. Epäonnistumisen ja hyödyttömyyden tunteet saattavat saada vanhuksen tuntemaan syyllisyyttä ja häpeää siitä miltä hän näyttää tai käyttäytyy. Myös pelot ja ahdistuneisuus ovat oireita masennuksesta. (Kivelä 2001: 113.)

Masennuksen kognitiivisia oireita ovat matala itsearvostus, pessimistiset asenteet, kriittisyys sekä ongelmien jatkuva pohdiskelu. Vaikka itsemurha-ajatukset ovat yleisiä, saattaa vanhus kuitenkin salata ne. Masennukseen kuuluva henkinen voimattomuus aiheuttaa sen, että vanhuksen on vaikea keskittyä, ajatella ja muistaa. Hän saattaaakin valittaa muistinsa tai älyllisten toimintojensa heikkenemistä. (Kivelä 2001: 113.)

Masentunut vanhus tuo yleensä voimakkaasti esiin masennuksen fyysisiä oireita, kuten kipuja ja särkyjä, väsyneisyyttä, unettomuutta, ummetusta ja ruokahalun puutetta. Fyysisten oireet saattavat peittää masentuneen mielialan ja itse masennus saattaa jäädä hoitamatta. (Kivelä 2001: 112.)

Masennukseen liittyy vanhuksilla myös volitionaarisia eli tahtotoimintaan liittyviä oireita, kuten motivaation puute. Pahimmillaan nämä oireet saattavat johtaa ”tahdon paralyysiin” eli tilaan jossa vanhus kokee olevansa pystymätön esimerkiksi käyttämään jalkojaan vaikka minkäänlaista fyysistä häiriötä ei ole. (Kivelä 2001: 113.)

Taulukko 2. Masennuksen oireet vanhuksilla

Emotionaaliset oireet	Kognitiiviset oireet	Fyysiset oireet	Tahtotoimintaan liittyvät oireet
<ul style="list-style-type: none"> • masentunut mieliala, surullisuus, • vähentynyt tyytyväisyys elämään, • mielenkiinnon puute, itkuisuus, • ärsytysherkkyys, • kielteiset tunteet itseä kohtaan, • tyhjyyden tunne, • toivottomuus, • huolestuneisuus • yksinäisyys • epäonnistumisen ja hyödyttömyyden tunne 	<ul style="list-style-type: none"> • matala itsearvostus • pessimistiset asenteet • kriittisyys • ongelmien jatkuva pohdiskelu • itsemurha-ajatukset henkinen voimattomuus • vaikeudet keskittyä ajatella ja muistaa 	<ul style="list-style-type: none"> • kivut ja säröt • väsyneisyys unettomuus ummetus • ruokahalun puute 	<ul style="list-style-type: none"> • motivaation puute ▪ tahdon paralyysi

Masennusoireiden esiintyvyys on vanhuksilla muihin ikäryhmiin verrattuna suurempi. Oireiden määrä ei ole kuitenkaan suoraan yhteydessä masennuksen sairastamiseen, vaan paljon selittyy vanhusten terveyden heikentymisellä ja elämän menetyksillä. (Heikkinen 1998:30.)

Yli 65–vuotiailla arvioidaan masennusta esiintyvän kotimaisen tutkimuksen mukaan kokonaisuudessaan naisilla noin 18 %:lla ja miehillä noin 15 %:lla. Yli 75 vuotta täyttäneillä masennustilat ovat vielä yleisempiä. Riskiryhmiin kuuluvat kotisairaanhoidoita tai kotipalvelua käyttävät ja pitkäkestoisessa laitoshoidossa olevat fyysisesti sairaat ja leskeksi jääneet vanhukset. Masennusta esiintyy myös aviopareilla. (Kivelä 2001: 112.)

2.4 Masennuksen esiintyvyys laitoksissa

Tutkimuksissa on selkeästi havaittu, että masentuneisuuden ja yhteisyyden puutteen välillä on yhteys. On myös todettu vanhainkotien asukkaiden olevan selvästi kotona asuvia yksinäisempiä. Jyväskylässä tehdyssä Ikivihreät–projektissa masennusta esiintyi lähes puolella vanhainkodeissa asuvista ihmisistä ja yksinäisyyttä koki noin 35 %. Noin puolet koki läheisyyden riittämättömyyttä. (Heikkinen 1998: 47.)

Masennustilat ovat huomattavasti yleisempiä palveluasumistyyppisissä kodeissa tai pitkäaikaislaitoksissa asuvien vanhusten keskuudessa kuin kotonaan asuvilla vanhuksilla. Pelkästään laitokseen muuttoa pidetään vanhuksen masennusta laukaisevana tekijänä. (Kivelä 2006: 83.) RAI–tietokannasta saatujen tietojen mukaan Helsingin vanhustenkeskuksissa ja vanhainkodeissa noin 40 %:lla naisista ja hieman yli 20 %:lla miehistä olisi masennusepäily (Finne–Soveri 2012: 99). Samasta aineistosta ilmenee, että 19 % palvelutalojen asukkaista tuntee itsensä yksinäiseksi (Finne–Soveri 2012: 101). Toisaalta Oulun yliopiston julkaiseman tutkimuksen tulosten mukaan palveluiloissa asuvat kokivat vähemmän yksinäisyyttä verrattuna kotona asuviin ja olivat elämänsä tyytyväisempiä kuin kotonaan asuvat (Karjalainen 1999: 52).

Vanhuksilla on laitoksissa vain vähän keskinäisiä suhteita ja jos niitä on, ne ovat löyhiä. Vuorovaikutuksen vähäisyys ja läheisten puute lisäävät yksinäisyyden, arvottomuuden ja pettymyksen tunteita ja altistavat masennukselle. (Heikkinen 1998: 52.) Vanhukset tarvitsevat keskinäisten suhteiden luomisessa ja ylläpitämisessä henkilökunnan apua (Heikkinen 1998: 50). Ongelmien vähentämistä hankaloittavana asiana laitoksissa pidetään voimavarojen puutetta, erityisesti puuttuvia henkilöstöresursseja (Heikkinen 1998: 55).

Yksinäisten ja masentuneiden määrä laitoksissa on niin suuri, että terapeuttisia keinoja ja uusia toimintamuotoja asian ratkaisemiseksi tarvitaan. Tukevien verkostojen rakentaminen laitoksissa sekä laitoksista ulospäin lisäävät sekä laitoksissa asuvien että siellä työskentelevien yhteisöllisyyttä ja luonnollinen, keskusteleva vuorovaikutus lisääntyy. Laitoksissa elävien emotionaaliseen ympäristöön ja ihmissuhteiden rakentamiseen tulisi kiinnittää erityistä huomiota. (Heikkinen 1998: 54.)

2.5 Palveluasumisen määritelmä

Palveluasumiseen sisältyvät asunnon lisäksi asumiseen sisältyvät palvelut. Palveluasuminen on kunnallinen tai yksityinen avohuollon kotipalvelujen ja laitoshoidon väliin sijoittuva palvelu sellaisille ihmisille, jotka tarvitsevat päivittäin asumiseensa ulkopuolista apua. Asumista tukevia palveluja palveluasumisessa ovat hoito- ja hoivapalvelut, terveydenhoito, kuntoutus, kodinhoitoapu, ateriapalvelu, henkilökohtaiseen hygieniaan liittyvät palvelut, turvapalvelut ja avustaminen muissa tarvittavissa arkiaskareissa. (Lith 2010: 7.)

3 Kehittämistyön tarkoitus ja tavoite

Tämä työ käsittelee vanhusten masennuksen lääkkeettömän hoidon kehittämistä Riistavuoren vanhustenkeskuksen palvelutalossa. Tarkoitus on luoda Riistavuoren palvelutaloon ohjeistus masennuksen lääkkeettömään hoitoon ja ennaltaehkäisyyn.

Tavoitteena on kehittää masennuksen lääkkeetöntä hoitoa palvelutalossa lisäämällä tietoisuutta hoitotyön mahdollisuuksista masentuneiden vanhusten auttamiseksi.

Tässä työssä etsitään vastausta kysymykseen:

Millaisia lääkkeettömiä näyttöön perustuvia hoitotyön keinoja on masennuksen ennaltaehkäisyyn ja hoitoon vanhuksilla?

4 Kehittämistyön toteutus

4.1 Toimintaympäristön kuvaus

Riistavuoren monipuolinen vanhustenkeskus on yksi Helsingin kaupungin Sosiaaliviraston vanhustenpalvelujen vastuualueeseen kuuluvista vanhustenkeskuksista. Muita vanhustenkeskuksia ovat Kinaporin, Kivelän, Kontulan, Koskelan, Kustaankartanon,

Myllypuron, Roihuvuoren, Syystien sekä Töölön vanhustenkeskukset. Riistavuoren vanhustenkeskuksessa järjestettäviä toimintoja ovat palvelukeskustoiminta, päivätoiminta, ympärivuorokautinen lyhytaikaishoito, arviointi- ja kuntoutumistoiminta, ympärivuorokautinen ryhmäkotiasuminen sekä palvelutalo asuminen. Asukaspaikkoja Riistavuorella on yhteensä 185 sekä lisäksi kolme kriisipaikkaa. (Riistavuoren vanhustenkeskuksen toimintatyöryhmä 2012: 5–6.)

Palvelutalossa on palveluasuntoja yhteensä 85. Palvelutalo tarjoaa ympärivuorokautista hoitoa ja palvelua sekä arviointi- ja kuntoutumispalveluja omissa asunnoissa. Palvelutalossa pysyvästi asuvat vanhuksat saavat asua palveluasunnoissa elämänsä loppuun asti halutessaan yhdessä puolisonsa ja läheisensä kanssa. (Riistavuoren vanhustenkeskuksen toimintatyöryhmä 2012: 12.)

Tämän kehittämistyön kohderyhmänä toimi Riistavuoren palvelutalon henkilökunta. Palvelutalossa vanhusten hoito ja palvelu toteutetaan kolmessa eri tiimissä, jotka toimivat omina kustannuspaikkoinaan. Tämä työ toteutettiin yhteistyössä yhden tiimin kanssa, koska viimeisimpien RAI-mittaustulosten mukaan tiimin vastuualueella asuvilla vanhuksilla esiintyy verrattain runsaasti masennusoireilua.

Hoitotiimin vastuualueella on 31 pysyvää palveluasuntopaikkaa sekä yksi kahden hengen arviointiasunto. Tiimin vetäjänä toimii vastaava sairaanhoitaja sekä mukana monialaisessa tiimissä on lisäksi 1 sosiaaliohjaaja, 1 sairaanhoitaja, 12 hoitajaa sekä 1 terapayksikön fysioterapeutti. Osastonhoitaja vastaa pääosin henkilöstöhallinnosta ja hänellä on kokonaisvastuu kaikista kolmesta hoitotiimistä.

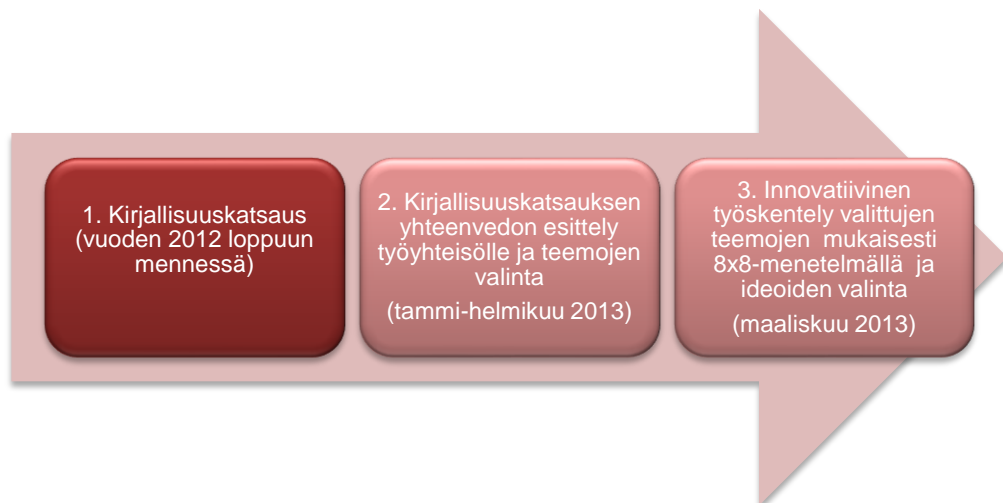
4.2 Kehittämistyön menetelmä

Koska sekä yksikössä että myös tässä kehittämistyössä yhteisöllisten toimintatapojen kehittäminen sekä eri ammattiryhmien yhteistoiminnan kehittäminen ovat kehittämiskohteita, oli äärimmäisen tärkeää, että yksikön henkilökunta saatiin aktiivisesti mukaan kehittämistyöhön. Hoitohenkilökunnan resurssit huomioon ottaen henkilökunnalle ei voinut säilyttää huomattavaa yhtäkkistä ylimääräistä työtaakkaa kehittämistyöstä. Tämän vuoksi tässä työssä käytettävät menetelmät olivat mahdollisimman paljon kohde-

ryhmää eli henkilökuntaa tukevia ja kohderyhmä voi itse vaikuttaa valinnoillaan siihen, miten paljon he halusivat tähän kehittämistyöhön panostaa.

Kehittämistyö toteutettiin kolmessa eri vaiheessa (Kuvio 1). Ensimmäisessä vaiheessa kirjallisuuskatsauksella etsittiin näyttöön perustuvaa tietoa masennuksen lääkkeettömän hoidon auttamismenetelmistä vanhuksilla. Kirjallisuuskatsaus laadittiin näyttöön perustuvaksi teoreettiseksi pohjaksi kehittämistyölle sekä antamaan lisänäkökulmia kehitettävään asiaan.

Toisessa vaiheessa kirjallisuuskatsauksen pohjalta saadut tulokset lääkkeettömistä auttamismenetelmistä esitettiin yhteenvetona hoitotiimille hoitotiimin tiimipalaverissa. Näistä tuloksista tiimi valitsi teemat, joita halusi lähteä kehittämään. Samalla testattiin 8x8-menetelmä.



Kuvio 1. Kehittämistyön toteutus

Kolmannessa vaiheessa tiimi 8x8-menetelmää käyttäen jatkoi valitsemiensa teemojen sisällön ideointia toimintaympäristöön soveltuvaksi. Innovatiivinen työskentely toteutettiin tiimin omana kehittämisiltapäivänä, jolloin pyrittiin järjestämään koko kyseisen tiimin paikallaolo.

Masennuksen lääkkeetön hoito on kehittyvää toimintaa vanhustyössä. Koska kehittämistyöllä tavoitellaan toiminnan uudistamista, sopii innovatiivinen menetelmä tähän kehittämistyöhön parhaiten (Ojasalo – Moilanen – Ritalahti 2009: 75). Innovatiivisista

menetelmistä valittiin tähän kehittämistyöhön 8x8-menetelmä, koska se on menetelmänä kurinalainen ja tuottava (Ojasalo ym. 2009: 147). Menetelmässä ongelma kirjoitetaan A4-paperille. Seuraavaksi paperin ympärille sijoitetaan 8 paperia ja niille kirjoitetaan ongelmasta mieleen tuleva näkökulma. Nämä 8 paperia siirretään taas uusiksi aloituspisteiksi, joiden ympärille tuotetaan taas 8 ideaa. (Ojasalo ym. 2009: 147.)

4.3 Aineiston keruu

Kehittämistyön ensimmäistä vaihetta eli kirjallisuuskatsausta varten tehdyssä tiedonhaussa käytettiin erilaisia tietokantoja, joista haettiin näyttöön perustuvia suosituksia, ohjeita, kontrolloituja tutkimuksia ja kirjallisuuskatsauksia. Tiedonhaku toteutettiin marras- ja joulukuun aikana 2012. Tietoa haettiin Käypä hoito–suosituksista sekä JBI COnNECT+, Medic ja MEDLINE–tietokannoista. Valintakriteereinä oli aineiston vastaavuus tutkimuskysymykseen, aineisto oli joko suomen- tai englanninkielistä, aineisto oli saatavilla kokonaisuudessaan ja näytön aste mahdollisimman korkea. Tiedonhaku rajattiin vuoden 2000 jälkeen julkaistuihin aineistoihin. Hakusanoina olivat suomenkielissä haussa ”vanhus” ja ”masennus” sekä englannin kielellä ”elderly”, ”depression” and ”non-pharmacological treatment”.

Käypä hoito–suositukset tuottivat haulla ”masennus” yhden tuloksen, joka valittiin mukaan. JBI COnNECT+ tuotti seitsemän hakutulosta, joista yksi valittiin. Medic, hakusanoilla ”vanh*” and ”masennus”, tuotti 144 osumaa. Näistä poimittiin vuoden 2000 jälkeen ilmestyneet ja aineiston luotettavuuden ja tutkimuskysymyksen mukaan valittiin 2. MEDLINE tuotti, hakusanoilla ”elderly”, ”depression”, ”non-pharmacological treatment”, joka rajattiin 5stars relevance, randomized controlled trial, hakutulokseksi 14 julkaisua. Näistä mukaan valittiin 4.

Analysoitavaksi saatiin yhteensä 8 julkaisua (Liite 1). Mukana oli kaksi suositusta, yksi ohjeistus, kaksi kirjallisuus-katsausta, yksi selvitys sekä kaksi tutkimusta. Aineistosta kolme oli suomalaista ja sovellettavissa sellaisenaan suomalaiseen yhteiskuntaan. Viisi analysoitavaa julkaisua oli englanninkielistä.

Analyysimenetelmäksi tässä työssä valittiin sisällönanalyysi, koska sen avulla pystytään luomaan ilmiötä kuvaavia kokonaisuuksia. Sisällönanalyysin avulla muodostettu-

jen käsitteiden, käsitekarttojen, kategorioiden ja mallien avulla pystyvään kuvaamaan käsitteitä, niiden hierargiaa ja suhteita toisiinsa. (Kyngäs – Elo – Pölkki – Kääriäinen – Kanste 2011: 139.) Tässä työssä sisällön analyysillä tehtävä kirjallisuuskatsaus toimi teoreettisena pohjana työyhteisön kanssa tehtävälle jatkotyöskentelylle.

Analysoitavasta aineistosta haettiin erilaisia lääkkeettömiä hoitotyön auttamismenetelmiä masennuksen hoitoon. Aineistossa esiin tulleet lääkärin antama sähköhoito sekä psykoterapeutin antama psykoterapia eri muotoineen, rajattiin tutkimuskysymykseen kuulumattomina pois aineistosta. Auttamismenetelmiä etsittiin sekä sana- että lausemuotoisina. Ne kirjattiin ylös ja pelkistettiin analysointitaulukkoon. Tästä ne ryhmiteltiin uudelleen kategorioihin, joita olivat arvostava asennoituminen, fyysisestä hyvinvoinnista huolehtiminen, hoidon organisointi ja toteuttaminen, hoitotyöntekijöiden toteuttama terapeuttinen toiminta, sosiaaliset ja psykososiaaliset interventiot, yhteistoiminta perheiden kanssa ja taide-elämykset (Kuvio 2).



Kuvio 2. Masennuksen lääkkeettömän hoidon auttamismenetelmät vanhuksilla

5 Kirjallisuuskatsauksen tulokset

Lääkkeettömät hoidot ovat vanhusten masennuksen hoidon kulmakivi (Kivelä 2006). Lääkkeettömien hoitojen tulisi olla ensisijaisia hoitoja lievissä masennustiloissa sekä tukena surutyössä (Buchanan – Tourigny – Cappeliez – Frank–Janikowski – Spanjevic – Malach – Mokry – Flint – Herrmann 2006). Keskivaikeissa tai vaikeissa masennustiloissa lääkkeettömät hoidot tulee yhdistää lääkehoitoon (Buchanan ym. 2006; Kivelä 2006). Paras näyttö vanhusten masennuksen hoitoon on monitekijäisillä interventioilla, joissa eri tukimuotoja räätälöidään yksilöllisesti autettavan elämäntilanteen ja tarpeen mukaan (Saarenheimo – Arinen 2009). Myös täydennyskoulutuksen (Snowden – Sato – Roy-Byrne 2003; Kivelä 2006) sekä monialaisen yhteistyön kehittämisen on todettu

edistävän masennustilojen paranemista ja fyysisen toimintakyvyn säilymistä vanhuksilla (Kivelä 2006). Tulososassa masennuksen lääkkeettömän hoidon auttamismenetelmät vanhuksilla on raportoitu analyysin perusteella syntyneiden kategorioiden mukaan (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Lääkkeettömiä hoitotyön auttamiskeinoja vanhusten masennuksen ennaltaehkäisyyn ja hoitoon

Hoitotyön auttamiskeino	Sisältö
Arvostava asennoituminen	Vanhusten arvostus ja sen edistäminen Vanhuksen oman persoonallisuuden säilyttäminen Ympäristön kodikkuus
Fyysisestä hyvinvoinnista huolehtiminen	Huomion kiinnittäminen liialliseen alkoholin käyttöön Hyvän ravitsemustilan ylläpitäminen Liikunta yksin tai ryhmässä osana kokonaishoitoa Osallistuminen päivittäisiin toimintoihin Viherympäristö ja viherympäristössä ulkoilu
Hoidon huolellinen organisointi ja toteuttaminen	GDS–asteikon käyttö depression seulonnassa Hoidon koordinointi Hoitosuunnitelman toteutumisen, oiretason toipumisen ja hoidon tuloksellisuuden säännöllinen seuranta Masennusta aiheuttavien ja ylläpitävien ongelmien ratkaiseminen Pitkäkestoiset hoitosuhteet. Psykiatrisen sairaanhoitajan konsultaatio
Hoitotyöntekijöiden toteuttama terapeutin toiminta	Itsekunnioitusta tukeva yksilöterapia Kirkasvalohoito Masennusta ja sen hoitoa koskeva potilasopetus Muistelu Supportiivinen hoito
Sosiaaliset ja psykososiaaliset interventiot	Järjestöjen, seurakuntien ja yksityisten liikunta- ja toiminta-aktiviteetit sekä osallistumiseen tarvittava kuljetus Ryhmäaktiviteetit Sosiaalinen tuki Terapeuttinen virkistystoiminta Valvotusti toimiva vapaaehtoisten vertaistuki -ryhmä Yksilöllinen sosiaalinen kontakti
Taide-elämykset	Musiikin kuuntelu käytettynä tietyn ajan jakson ajan, ei kerta-annoksena. Taidetoiminta
Yhteistoiminta perheiden kanssa	Perheen kannustaminen vanhuksen osallistumisen ja toimimisen rohkaisussa Masennuksesta ja masentuneen tukemisen keinoista tiedottaminen perheelle Perheiden ohjaus ja tukeminen

5.1 Arvostava asennoituminen

Kaikkien hoitoon osallistuvien arvostavalla asennoitumisella on merkitystä masennuksen ehkäisyssä ja hoidossa. Myös vanhuksen arvostuksen edistäminen niin perheissä kuin yhteiskunnassakin on oleellista. Vanhuksen oman persoonallisuuden säilyttäminen hoitoympäristössä esimerkiksi pukeutumisen kautta sekä kodikas ympäristö edistävät psyykkistä hyvinvointia. (Kivelä 2006.)

5.2 Fyysisestä hyvinvoinnista huolehtiminen

Vaikutusta vanhusten masennusoireisiin on myös fyysisestä kunnosta huolehtimisella. Liiallisen alkoholinkäytön huomiointi, hyvän ravitsemustilan ylläpitäminen, liikunta sekä viherympäristö ja viherympäristössä ulkoilu ovat auttamismenetelmiä, joilla on masennusta lievittävää vaikutusta.

Masentuneiden vanhusten liialliseen alkoholin käyttöön tulee kiinnittää huomiota. Pitkäkestoisella alkoholinkäytöllä on masennuksen puhkeamista edistävä ja masennuksen paranemista heikentävä vaikutus. (Kivelä 2006.) Masentunut vanhus saattaa laiminlyödä syömisen ja juomisen. Hyvän ravitsemustilan ylläpitäminen kuuluu masennuksen hoitoon. Palvelutaloissa veden- ja ravinnon saannin turvaaminen on henkilökunnan tehtävä. (Kivelä 2006.)

Liikuntaa suositellaan joko yksilö- tai ryhmäliikuntana osaksi kokonaishoitoa (Käypä hoito 2012; Kivelä 2006). Liikunnalla on todettu olevan masennusoireita vähentävää vaikutusta. Hoitokeinona sen on todettu olevan jopa yhtä tehokas kuin masennuslääkkeiden. Hyviä tuloksia liikunnasta on saatu silloinkin, kun muu hoito ei ole tehonnut. Liikunta vaikuttaa lisäämällä itsearvostusta, hallinnan tunnetta ja stressin sietokykyä. Se lisää myös sosiaalista kanssa käymistä, vähentäen näin yksinäisyyden tunnetta vanhuksilla. Lisäksi liikunnalla on tärkeä merkitys fyysisten sairauksien ehkäisyssä. (Saarenheimo – Arinen 2009.) Myös mahdollisuus osallistua tavanomaisiin päivittäisiin toimintoihin edistää psyykkistä hyvinvointia (Kivelä 2006).

Myös viherympäristön ja etenkin siinä ulkoilun on todettu vaikuttavan myönteisesti psyykkiseen hyvinvointiin (Kivelä 2006; Saarenheimo – Arinen 2009). Luonnossa ulkoilu on mielialaa parantavaa, voimavaroja palauttavaa ja mieltä rauhoittavaa toimintaa (Saarenheimo – Arinen 2009).

5.3 Hoidon huolellinen organisointi ja toteuttaminen

Saadun tiedon valossa sillä, miten masennusoireisten vanhusten hoito on organisoitu ja toteutettu, on merkitystä. Masennuksen hoidon organisointiin ja toteuttamiseen kuuluvat seuraavat asiat: masennuksen seulonta GDS-mittaria käyttäen, hoidon koordinointi, hoitosuunnitelman toteutumisen, oiretason toipumisen ja hoidon tuloksellisuuden säännöllinen seuranta, masennusta aiheuttavien ja ylläpitävien ongelmien ratkaiseminen, pitkäkestoiset hoitosuhteet ja psykiatrisen sairaanhoitajan konsultaatiomahdollisuus.

GDS-asteikon käyttöä depression seulonnassa suositellaan (Käypä hoito 2012). Myös yksittäisissä tutkimuksissa GDS-asteikko on todettu luotettavaksi mittariksi vanhusten masennusoireiden arviointiin (Tsai – Wong – Tsai – Ku 2008; Moon – Zi – Hideaki – Naidu 2012).

Perusterveydenhuollon työntekijät toimivat hoidon koordinoijina ja ohjaavat masentuneita vanhuksia eri toimintoihin (Kivelä 2006). Hoito edellyttää säännöllistä seuranta, jossa arvioidaan hoitosuunnitelman toteutumista, oiretason toipumista ja hoidon tuloksellisuutta (Käypä hoito 2012). Vanhuksen elämäntilanne, erityisesti mahdolliset masennuksen laukaisseet ja ylläpitävät tekijät tulee selvittää ja tukea rakentavia selviytymiskeinoja (Käypä hoito 2012; Kivelä 2006).

Pitkäkestoiset hoitosuhteet ovat masennuksen hoidossa olennainen asia (Kivelä 2006). Myös työntekijöiden mahdollisuudella konsultoida psykiatrisen alan asiantuntijoita, on todettua vaikutusta masennuksen hoidon tuloksellisuuteen. (Kivelä 2006; Snowden ym. 2003).

5.4 Hoitotyöntekijöiden toteuttama terapeuttinen toiminta

Hoitotyöntekijöiden toteutettavissa on terapeuttisia auttamismenetelmiä, joilla on masennusta vähentävää vaikutusta. Näitä auttamismenetelmiä ovat: itsekunnioitusta tukeva yksilöterapia, kirkasvalohoito, masennusta ja sen hoitoa koskeva potilasopetus, muistelu sekä supportiivinen hoito.

Masennusta lievittävää näyttöä on psykiatrisen sairaanhoitajan toteuttamasta itsekunnioitusta tukevasta yksilöterapiasta. Tutkimuksessa sairaanhoitaja kävi 30 minuutin ajan, kerran viikossa, neljän viikon ajan tapaamassa tutkittavia. Tapaamiset sisälsivät opetusta masennuksen itsehoidosta sekä terapiaa, joka oli jaettu neljään osaan: (1.) terapisuhteen muodostaminen sisältäen fyysisten ja emotionaalisten tarpeiden arvioinnin, (2.) tukiverkoston, henkisten tarpeiden ja sosiaalisten suhteiden selvittäminen, (3.) elämän merkityksen pohtiminen sekä (4.) itsekunnioituksen ja arvostuksen vahvistaminen. (Tsai ym. 2008.)

Kirkasvalohoidon masennusoireita vähentävästä vaikutuksesta on saatu näyttöä laitoshoidossa olevilla, jopa yli 80-vuotiailla vanhuksilla (Kivelä 2006). Kirkasvalohoidon vaikutuksista tehdyssä tutkimuksessa on mitattu jopa 24 %:n parannus masennusoireisiin GDS-asteikolla mitattuna (Snowden ym. 2003).

Käypä hoito-suositusten mukaan (2012) masennuksen hoitoon tulee kuulua aina masennusta ja sen hoitoa koskeva potilasopetus. Supportiivista hoitoa pitää tarjota kaikille depressiota sairastaville, etenkin jos psykoterapiamahdollisuutta ei ole (Buchanan ym. 2006).

Muistelusta ja muistelu-terapiasta on vahvaa näyttöä vanhusten psyykkistä hyvinvointia parantavana menetelmänä (Buchanan ym. 2006; Kivelä 2006; Saarenheimo – Arinen 2009). Muistelun vaikutukset ovat rinnastettavissa jopa lääkehoidon ja kognitiivisen terapian tehoon vakavissa masennustiloissa ja parantavaa vaikutusta on myös lievissä ja keskivaikeissa masennustiloissa (Kivelä 2006). Muistelu on tavoitteellista toimintaa, jossa osallistujaa kannustetaan kertomaan omasta menneisyydestään ohjaajan avustuksella, joko yksin tai ryhmässä. Muistelun apuna voi käyttää eri taide- tai toimintamuotoja, kuten kirjallisuutta, musiikkia tai kuvia. Muistelun avulla voidaan helpottaa

ristiriitojen ratkaisemista, itsetunnon vahvistamista sekä edistää psyykkistä hyvinvointia. (Saarenheimo – Arinen 2009.)

5.5 Sosiaaliset ja psykososiaaliset interventiot

Erilaisilla sosiaalisilla ja psykososiaalisilla interventioilla pystytään vaikuttamaan myönteisesti vanhusen psyykkiseen hyvinvointiin. Sosiaalisia ja psykososiaalisia auttamismenetelmiä ovat järjestöjen, seurakuntien ja yksityisten liikunta- ja toiminta-aktiviteetit sekä osallistumiseen tarvittava kuljetus, ryhmäaktiviteetit, sosiaalinen tuki, terapeutin virkistystoiminta, valvottu vapaaehtoisten toteuttama vertaistukiryhmä-toiminta sekä yksilöllinen sosiaalinen kontakti.

Järjestöt, seurakunnat ja yksityiset tahot, jotka järjestävät masentuneille vanhuksille liikunta- ja toiminta-aktiviteetteja, kuten ystävä- ja kuljetuspalveluja, ovat vanhuksille tärkeitä helpottamaan etenkin yksinäisyyttä ja eristäytyneisyyttä (Kivelä 2006). Erilaisien ryhmäaktiviteettien masennusta lieventävästä tehosta on tutkimuksellista näyttöä (Snowden ym. 2003).

Sosiaalisen tuen on todettu olevan itsenäinen suojatekijä masennusta vastaan. Puutteellista sosiaalista tukea vahvistamaan, on suositeltu sosiaalisia ja psykososiaalisia interventioita, jotta masennustilojen syntyä saataisiin ehkäistyä. (Saarenheimo – Arinen 2009.)

Terapeutista virkistystoimintaa käsitelleessä tutkimuksessa, jossa vanhusen hoitolaitoksen henkilökunta kyyditti masentuneita asukkaita tandem-pyörään kiinnitetyssä pyörätuolissa tunnin päivässä, viitenä päivänä viikossa, saatiin GDS-asteikolla arvioituna 45 %:n parannus masennusoireisiin lyhyellä aikavälillä. (Snowden ym. 2003.)

Tutkimuksessa, joka käsitteli sosiaalityöntekijän ohjaamaa ja vapaaehtoisten toteuttamaa vertaistukiryhmä-toimintaa, todettiin 40 %:n parannus masennusoireisiin GDS-asteikolla mitattuna. (Snowden ym. 2003.) Yksilöllisellä sosiaalisella kontaktilla on todettu olevan masennusoireita vähentävä vaikutus (Tsai ym. 2008.)

5.6 Taide-elämykset

Tutkimukset osoittavat, että musiikin kuuntelulla on masennusta lievittävää vaikutusta vanhuksilla (Moon ym. 2011; Saarenheimo – Arinen 2009; JBI Best Practice Information Sheet 2011). Musiikkia suositellaan kuunneltavan tietyn ajan jakson ajan, noin 2-3 viikkoa, jotta vaikutus saataisiin aikaan. Musiikilla kerta-annoksena ei ole tehoa masennusoireisiin. Kaikenlainen musiikki on käyttökelpoista, masennusta lievittävä teho riippuu kuuntelijan mieltymyksistä. (JBI Best Practice Information Sheet 2011.)

Musiikilla on todettu olevan myönteistä vaikutusta mielialaan, tarkkaavaisuuden suuntaamiseen sekä kielelliseen muistiin. Musiikkiterapian käyttö pitkäaikaislaitoksissa voi lisätä vanhusten hyvinvointia ja lievittää masennusta. (Saarenheimo – Arinen 2009.)

Taidetoiminnan merkitystä huonokuntoisen vanhuksen tunneperäisten tarpeiden kohtaamisessa on korostettu. Luova toiminta auttaa ylläpitämään ja edistämään ihmisen fyysistä ja psyykkistä hyvinvointia ja korjaamaan syntyneitä ongelmia. (Saarenheimo – Arinen 2009.)

5.7 Yhteistoiminta perheiden kanssa

Yhteistoiminnalla vanhuksen perheen kanssa on merkitystä vanhuksen psyykkiseen hyvinvointiin. Perheen kanssa tehtävän yhteistoiminnan menetelmiä ovat: perheen kannustaminen rohkaisemaan vanhusta osallistumaan ja toimimaan, perheen tiedottaminen masennuksesta ja masentuneen tukemisesta sekä perheiden tukeminen.

Perheellä ja sen suhtautumisella vanhukseen, on keskeinen merkitys masennustilojen paranemisessa. Terveystieteiden työntekijöiden tehtäviin kuuluu myös perheiden ohjaus, tukeminen sekä perheiden tiedottaminen masennuksesta ja tavoista, joilla masentuneita voi tukea. Perheitä tulee kannustaa rohkaisemaan vanhuksiaan osallistumaan ja liikkumaan sekä ottamaan vanukset mukaan perheen toimintoihin. (Kivelä 2006.)

6 Jatkokyöskentely työyhteisön kanssa ja sen tulokset

Työyhteisön kanssa pidettiin kaksi samansisältöistä, noin tunnin kestänyttä, infotilaisuutta, joissa käsiteltiin kehittämistyön taustaa, etenemistä sekä kirjallisuuskatsauksen tuloksia. Molemmissa info-tilaisuuksissa käytiin läpi sama PowerPoint-esitys. PowerPoint-esityksessä esiteltiin kehittämistyön tarkoitus ja tavoite, eettiset periaatteet, kehittämistyön eteneminen, masennuksen oireet vanhuudessa ja mitkä asiat aiheuttavat vanhuudessa masennusta. Lisäksi läpi käytiin myös kirjallisuuskatsauksen tulokset eli lääkkeettömät auttamismenetelmät vanhusten masennuksen hoitoon. Kirjallisuuskatsauksesta nousseista auttamismenetelmistä henkilökunta valitsi teemat, joita halusi lähteä työstämään eteenpäin kehittämisiltapäivänä. Molempien infotilaisuuksien päätteeksi esiteltiin ja harjoiteltiin 8x8-menetelmä.

Info-tilaisuuksien pitopaikka oli hoitotiimin käytössä oleva kanslia. Henkilökunnasta yhteensä 15 työntekijää oli paikalla info-tilaisuuksissa. Kaikki tiimissä toimivat ammattiryhmät tavoitettiin. Näin ollen voidaan laskea, että info-tilaisuuksilla kahta työntekijää lukuun ottamatta saatiin tavoitettua koko tiimin henkilökunta. Myös hoitotiimissä käytännön jaksoilla olevat opiskelijat osallistuivat tilaisuuksiin.

Kirjallisuuskatsauksen tuloksista henkilökunta yhdessä valitsi kehitettävät teemat työn tarpeiden mukaan, joita se halusi lähteä kehittämään eteenpäin. Teemoiksi kehittämisiltapäivälle valittiin yksilöllinen sosiaalinen kontakti sekä sosiaalinen tuki ja sovittiin, että näitä teemoja työstettäessä mietittäisiin myös teemoihin liittyviä organisointi- ja toteuttamiskysymyksiä.

Kehittämisiltapäivään osallistui 14 hoitotiimiin kuuluvaa työntekijää sekä tiimissä käytännön harjoittelujaksolla oleva opiskelija. Toteuttamisaikana toimi vanhustenkeskuksen erillinen koulutustila, jossa työntekijöillä oli rauha keskittyä kehittämistyöskentelyyn. Teemojen työstämistä varten henkilökunta jaettiin kolmeen ryhmään, joista kahdessa oli viisi henkilöä ja yhdessä neljä henkilöä. Työskentely tapahtui teema kerrallaan. Kun teema oli työstetty, käsiteltiin saadut ideat läpi ja pohdittiin niiden käyttömahdollisuuksia palveluasumisessa.

Koska käyttökelpoisia ideoita nousi runsaasti, sovittiin, että aineisto käydään läpi ja raportoidaan teemojen mukaisesti, jotta työyhteisö saa käyttöönsä mahdollisimman

paljon materiaalia hoitotyön sekä sosiaalityön jatkotarpeisiin. 8x8-menetelmällä saaduista ideoista eroteltiin teemojen mukaiset ideat, jotka ryhmiteltiin aiheittain ja taulukoitiin (Taulukko 4 ja 5.) Lopullinen ohjeistus saatiin yhdistämällä kirjallisuuskatsauksen tulokset ja jatkotyöskentelyn tulokset yhteen (Liite 2.)

6.1 Yksilöllinen sosiaalinen kontakti

Yksilöllisen sosiaalisen kontaktin teemasta tuli runsaasti ideoita. Ideat ryhmiteltiin seuraavanlaisiin aiheisiin: vanhuksen sekä hänen omaistensa tunteminen, mielihyvän saaminen esimerkiksi lemmikkien, harrastusten, eri taidemuotojen, liikunnan ja ulkoilun kautta, vanhuksen kunnioittaminen ja kohtaamisen aitous sekä yksilöllisen ajan antaminen vanhukselle (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Vanhuksen yksilöllistä sosiaalista kontaktia edistävät asiat palveluasumisessa

Yksilöllinen sosiaalinen kontakti
Vanhuksen tunteminen
Vanhuksen perheen ja läheisten tunteminen
Mielihyvän saaminen esimerkiksi lemmikkien, harrastusten, eri taidemuotojen, liikunnan ja ulkoilun kautta
Vanhuksen kunnioittaminen ja kohtaamisen aitous
Yksilöllisen ajan antaminen vanhukselle

Tarkoituksena vanhuksen ja tämän läheisten tuntemisella olisi löytää vanhukselle yksilöllisesti sopivia tukimuotoja, ja perheet, joilla on jo olemassa pitkä tuntemus omaisestaan, saataisiin avuksi vanhuksen psyykkisen hyvinvoinnin tukemiseen. Vanhuksen tuntemiseksi saatuja ideoita olivat menneisyyden ja ahdistuksen syiden selvittäminen, menneisyyden kohtaaminen ja sen suhteuttaminen nykyaikaan sekä nykyhetken tärkeiden asioiden selvittäminen. Nämä nähtiin auttavan hoitajaa ymmärtämään vanhuksen tilannetta. Tähän apuvälineenä voisi käyttää jo olemassa olevaa ”Elämäntukulomaketta” sekä menetelmänä muistelua.

Omaisten tuntemiseksi tuli seuraavanlaisia ideoita: Omaisten sitouttaminen hoidon suunnitteluun jo tulovaiheessa, omaisten haastattelu esimerkiksi ”Elämäntukulomaketta” apuna käyttäen vanhuksen elämästä, yhteistyön lisääminen perheen kanssa sekä jatkuvasta tiedonkulusta huolehtiminen, jotta perhe pysyisi ajan tasalla asuk-

kaan hoidossa. Lisäksi ideana tuli esiin eri virkistyskeinojen markkinoiminen perheille, jotta perheet löytäisivät keinoja olemiseen vanhuksen kanssa. Näistä virkistyskeinoista saatiin seuraavanlaisia ideoita: vanhuksen virkistysretket perheenjäsenten kanssa esimerkiksi ulkoilemaan, ostoksille tai kahvilla käymään sekä asukkaan virkistyslomat esimerkiksi yökyläily perheessä. Perheen tai läheisten puuttuessa tai ollessa muuten kykenemättömiä osallistumaan vanhuksen elämään, voisi vapaaehtoistoiminnasta löytyä apua yksinäisille vanhuksille.

Teemasta tuli ideoita yksilöllisen mielihyvän tarjoamisesta esimerkiksi lemmikkien, harrastusten, eri taidemuotojen, liikunnan ja ulkoilun kautta. Toteuttamisideoina olivat taidet- tai musiikkiterapia, musiikin kuuntelu, konsertti- ja museokäynnit vanhustenkeskuksen ulkopuolelle sekä vanhustenkeskuksen omiin tapahtumiin osallistuminen, piirtäminen, käsityöt ja lempiohjelmien seuraaminen tv:stä. Ulkoilun ideoitiin olevan luonnosta nauttimista, ympäristön kuuntelua ja tarkkailua sekä vuodenaikojen vaihtelun seuraamista. Erilaisten ryhmätoimintojen, kuten ruokailu, ulkoilu ja liikuntaryhmien, tarjoaminen ja niihin ohjaaminen tuli esiin aineistosta.

Yksilöllisen sosiaalisen kontaktin teemasta tuli ajatuksina myös vanhusten valinnan vapauden, itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen sekä vanhuksen luottamus hoitohenkilökuntaan. Lisäksi vanhuksen ja hoitajan kohtaamiseen liittyvistä asioista tuli paljon ajatuksia. Näitä olivat kohtaamisen aitous, asukkaan ymmärtäminen ja erilaisuuden hyväksyminen. Lisäksi hoitajan empaattinen suhtautuminen, kiireettömyys, joustavuus, koskettaminen, vanhuksen kuuntelu ja huomioiminen, ystävällisyyden osoitukset ja positiivisen palautteen antaminen, päivittäisten voimavarojen huomioonottaminen sekä huumori koettiin vanhuksen psyykkistä hyvinvointia edistäviksi asioiksi.

Yksilöllisen ajan antaminen vanhukselle yhdessä tekemisen ja keskustelujen avulla tuli ideana esiin aineistosta. Toteuttamisedotuksina olivat säännölliset jokaviikkoiset puolituntiset keskusteluhetket hoitajan kanssa ja yhteiset kahvi- ja ulkoiluhetket.

6.2 Sosiaalinen tuki

Sosiaalisen tuen teemasta saadut ideat jakoutuivat selkeästi eri osa-alueille, jotka tarjoavat sosiaalista tukea vanhukselle. Vanhus voi saada sosiaalista tukea omaisilta ja läheisiltä, hoitohenkilökunnalta, toisilta vanhuksilta, vapaaehtoisilta, seurakunnalta, sosiaalihoitajalta, fysioterapeutilta sekä erilaisen harrastus- tai ryhmätoiminnan kautta (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Vanhuksen sosiaalinen tuki palveluasumisessa

Sosiaalinen tuki
Omaisilta ja läheisiltä
Hoitohenkilökunnalta
Toisilta vanhuksilta
Vapaaehtoisilta
Seurakunnalta
Sosiaalihoitajalta, fysioterapeutilta sekä erilaisen harrastus- tai ryhmätoiminnan kautta.

Sekä yhteistyö henkilökunnan ja vanhuksen perheen välillä, että yhteyden säilyminen vanhuksen ja tämän perheen sekä läheisten välillä tukevat vanhuksen sosiaalista kanssa käymistä. Ideoita näiden asioiden tukemiseksi olivat perheen ja läheisten keskinäisen verkoston luominen sekä vanhusten vierailut ja yökyläilyt perheen tai läheisten luona.

Hoitohenkilökunnalta saatava sosiaalinen tuki muodostuu pitkien asiakassuhteiden ja vastuuhoidajuuden kautta. Tutut hoitajat tukevat turvallisuudellaan ja vanhus pystyy luottamaan heihin. Ideoista tukemiskeinoksi tuli selkeästi esiin kaikista ryhmistä mahdollisuus järjestää aikaa yhteisille hetkille vanhuksen kanssa.

Vanhuksen sosiaalinen tuki muilta asukkailta saatuna käsitettiin sekä yksilöiden välillä että ryhmissä tapahtuvaksi tueksi. Toteuttamisideoita vertaistuelle olivat vanhusten keskinäiset vierailut tai yhteiset hetket sekä vertaisryhmien järjestäminen esimerkiksi miehille tai afasiaa, epilepsiaa ja muita sairauksia sairastaville.

Vapaaehtoistoiminnan käyttö vanhuksen sosiaalisen tuen muotona ideoitiin olevan keskustelua, retkille ja tilaisuuksiin osallistumista vanhusten kanssa. Seurakunnan tilai-

suuksiin osallistuminen, seurakunnan työntekijöiden vierailut sekä perheen ja läheisten hautajaisiin, häihin ja ristiäisiin osallistuminen tulivat esiin aineistosta.

Vanhuksen saama tuki sosiaaliohjaajalta yksilöllisesti henkisenä tukena ja tukena asioiden hoitamisessa esiintyi aineistossa. Lisäksi sosiaaliohjaajan sekä fysioterapeutin antama tuki harrastusten- ja ryhmätoiminnan kautta tuli esiin. Lisäksi teemasta tuli ideana yksilöllisyyden salliminen tässäkin teemassa, eli se, että jotkut viihtyvät omissa oloissaan.

7 Pohdinta

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuden arvioinnin kriteereitä ovat uskottavuus, siirrettävyys, pysyvyys, seuraamuksellisuus, vahvistettavuus ja neutraalisuus (Kyngäs ym. 2011: 144.) Tässä työssä pyrittiin parantamaan uskottavuutta hakemalla työn pohjaksi näyttötietoa mahdollisimman luotettavista lähteistä ja raportoimaan työn vaiheet tiedonhausta analyysiprosessiin niin, että niitä pystyisi jälkikäteen seuraamaan. Samoin työn uskottavuutta pyrittiin parantamaan yhteistyöllä työelämän kanssa läpi työn aina suunnitelmavaiheesta valmiiseen työhön. Kirjallisuuskatsauksella saatuja tuloksia käytiin läpi sekä jatkojalostettiin työyhteisössä, joka ammatillisen kokemuksensa perusteella arvioi aiheesta saatua tietoa ja sen soveltumista käytäntöön. Jo info-tilaisuuksissa todettiin, kuinka paljon asioiden hyväksi jo tehdään ja että osa kirjallisuuskatsauksen tuloksista oli niin sanottuja itsestään selvyyskäsiä palveluasumisessa. 8x8-menetelmällä työstetyissä jatkoideoissa oli nähtävissä runsaasti samankaltaisuuksia kirjallisuuskatsauksen tuloksiin, joten tästä voitaneen päätellä, että työyhteisön oli suhteellisen helppo myös siirtää näyttöön perustuvia auttamismenetelmiä palveluasumisen toimintaan ja työstää niitä eteenpäin. Ennen lopullista raportointia palveluasumisen osastonhoitaja tarkisti jatkotyöskentelyn tulosten paikkansapitävyyden.

Kehittämistyössä toimittiin eettisten periaatteiden mukaan rehellisyyttä ja luottamuksellisuutta noudattaen pyrkimyksenä tukea palveluasumisen henkilökuntaa työssä ja mäsennuksen lääkkeettömän hoidon kehittämisessä. Kehittämistyön suunnittelussa, toteutuksessa ja raportoinnissa toteutettiin Sosiaaliviraston, vanhusten vastualueen ja Riistavuoren vanhustenkeskuksen toimintaa ohjaavia lakeja ja suosituksia.

Plagiointia ja tulosten sepittämistä vältettiin kaikissa työn vaiheissa. Kirjallisuuskatsausta tehtäessä alkuperäisiin lähteisiin palattiin useaan otteeseen, jotta varmistettiin tiedon oikeellisuus ja se ettei tiedon sanoma muuttunut työn edetessä. Etenkin ulkomaalaisten julkaisujen kohdalla jouduttiin miettimään, olivatko tietyt auttamismenetelmät, kuten muistelu, hoitotyöntekijöiden tehtäväkenttään kuuluvia vai terapeuttisen koulutuksen omaavien toteuttamaa terapiaa, joita ne saattoivat olla maassa, jossa tutkimus oli tehty. Näissä tapauksissa asia ratkaistiin sen mukaan, olisiko menetelmä toteutettavissa Suomessa.

Hoitotiimille osallistuminen kehittämistoimintaan oli vapaaehtoisuuteen perustuvaa ja osallistuja saattoi milloin tahansa päättää olla enää osallistumatta kehittämistyön toteuttamiseen. Yksittäisen työntekijän mielipiteitä, tekoja tai sanoja ei lainattu kehittämistyön minkään vaiheen aikana, ja kehittämistyön raportoinnissa tuotiin julki vain hoitotiimin yhteisissä tilaisuuksissa tekemät yhteiset päätökset tai yleiset mielipiteet. Kaikkia hoitotiimin jäseniä kohdeltiin samantarvoisesti, eikä kehittämistyössä eritelty eri ammattiryhmiä vaan koko hoitotiimiä käsiteltiin yhtenä tasa-arvoisena kohderyhmänä. Tämä tarkoitti esimerkiksi sitä, että kehittämistyön teemojen valinnassa keskustelu käytiin koko henkilökunnan kanssa ja teemat valittiin hoitotyöstä nousseen tarpeen mukaan. Myös hoitotiimissä käytännön jaksoilla olleet opiskelijat pääsivät muun henkilökunnan ohella osallistumaan kehittämistyöhön osana kohderyhmää. Kehittämistyössä ei kerätty tai käytetty tietoja henkilökunnasta tai asiakkaista. Molemmissa info-tilaisuuksissa käytiin läpi henkilökunnan osallistumiseen liittyvät eettiset näkökohdat.

Lääkkeettömät auttamismenetelmät, jotka eivät kuuluneet vanhustenhuollossa toimivien hoitotyöntekijöiden tehtäväkenttään, suljettiin pois analyysistä. Kuitenkin psykoterapian huomattava näyttö vanhusten masennuksen lääkkeettömänä hoitomuotona, nousi merkillepantavasti esille aineistossa, jopa lääkehoidon korvaajana. Psykoterapian käytöstä niin yksilö- kuin ryhmämuotoisena vanhustenhoidossa saattaisi olla huomattavaa hyötyä masennusoireisille vanhuksille, sekä perhemuotoisena heidän perheilleen, masennuksen hoidossa sekä perhesuhteiden selvittäjänä. Jatkokehittämisehdotukseksi vanhustenhuollon esimiehille jääkin, millä tavalla tätä tehokasta hoitomuotoa pystyttäisiin vanhustenhuollossa järjestämään.

Kirjallisuuskatsauksen tiedonhakua tehtäessä kiinnitettiin huomiota aiheesta olevien suositusten ja ohjeiden vähyyteen etenkin hoitotyön osalta, siitä huolimatta kuinka yleisesti masennus vanhusten keskuudessa ilmenee ja huolimatta niistä erityispiirteistä, joita vanhusten masennuksella on verrattuna työikäisten masennukseen. Niin löydetty ohjeet kuin suosituksetkin olivat melko ympäröyöreit, eikä aineistossa ollut selitetty paljoakaan konkreettista sisältöä eri auttamismenetelmille. Tämä vaikutti saatuihin tuloksiin. Tutkimusten, ohjeiden ja suositusten vähyyys saattaa olla selittävänä tekijänä sille, miksi vanhusten masennuksen hoito jää usein pelkän lääkehoidon varaan, eikä hoitotyössä saada tarttumapintaa tulokselliselle, näyttöön perustuvalla, masennuksen hoidolle.

Kirjallisuuskatsauksen tulokset hämmästyttivät tavanomaisuudellaan henkilökuntaa. Havainnot siitä, että tätä kaikkea jo jossain muodossa tehdään ja että kaikki edellytykset hyvälle masennuksen lääkkeettömälle hoidolle olivat jo olemassa, antoivat mahdollisuuden antaa hyvää palautetta työyhteisölle. Käytöstä pois unohtuneita auttamismenetelmiä löydettiin uudelleen, esimerkiksi kirkasvalohoito.

Kehittämis-iltapäivänä 8x8-menetelmällä jatkojalostettiin työyhteisön valitsemissa teemoja yksilöllinen sosiaalinen kontakti ja sosiaalinen tuki. Työskentely ryhmissä ja ideoiden nikkarointi oli selkeästi vaikeahkoa ja tähän vaikutti useita eri tekijöitä. Asiaa esitelleet info-tilaisuudet olivat olleet kuukausi aiemmin ja työntekijät olivat unohtaneet sen sisällön sekä 8x8-menetelmän periaatteet. Aikaa ideointiin oli varattu selkeästi liian vähän ja menetelmän uudelleen opettelu vähensi sitä ennestään. Henkilökunta ei ehtinyt tuottaa ideoita loppuun saakka, eikä niitä ennätetty käsittelemään kunnolla. Työskentely tapahtui iltapäivällä vuoronvaihteessa, jolloin suurin osa henkilökuntaa oli aamuvuoron väsyttämää. Lisäksi palveluasumisessa oli valloillaan virusepidemia. Henkilöstössä oli tapahtunut suurta vaihtuvuutta. Ideoiden muodostamista varten muodostettiin summittaisesti kolme ryhmää, jotka työskentelivät itsenäisesti ideoiden. Jokainen ryhmä koostui useammasta kuin yhdestä ammattiryhmästä. Huomattavaa oli, että mitä useampaa ammattiryhmää ryhmä edusti, sitä työteliäämpää oli yhteisten ideoiden saaminen kokoon. Samoin esimies-alaisuhde selkeästi vaikutti siihen, kuka ryhmissä otti roolin johtajuudesta.

Jatkotyöskentelyn tuloksissa, sekä yksilöllisen sosiaalisen kontaktin, että sosiaalisen tuen teemassa, on nähtävissä se, että vanhuksen sosiaalisen elämän jatkuminen myös

palveluasumisessa nähdään tärkeänä. Henkilökunta ei näe itseään ainoana kontaktina vanhukseen, vaan vanhuksen sosiaaliseen piiriin kuuluvat omaiset ja läheiset, toiset vanhukset, vapaaehtoiset, seurakunta ynnä muut palveluasumisen ulkopuoliset toimijat ja vanhusta hoitava henkilökunta on vain yksi osa tätä piiriä. Tarve toiminnan avautumisesta ulospäin ja verkostoitumisesta on selkeästi luettavissa tuloksissa. Olennaisena nähdään vanhusten luonnollisten kontaktien vahvistamisen, vanhuksen arvostamisen ja henkilökunnan tuen ulottamisen vanhuksen lisäksi myös omaisiin ja läheisiin, jotta vanhuksen omanlaista elämää pystyttäisiin tukemaan myös hoidon piirissä ja ehkäisemään näin yksinäisyyden tunteita. Tämä vaatii uudenlaista ajattelua, keskustelua ja toiminnan avaamista myös läheisten mukana oloon.

Tämän kehittämistyön tavoitteena oli ohjeistuksen muodossa lisätä tietoutta masennuksen lääkkeettömästä hoidosta. Työ onkin jo prosessina avannut työyhteisöä ajattelemaan masennusongelmaan puuttumista vanhuksilla ja tuonut runsaasti lääkkeettömiä keinoja puuttua ongelmaan. Jo info-tilaisuuksissa syntyi keskusteluja, mitä voitaisiin tehdä asioiden hyväksi niin yksittäisten vanhusten kohdalla kuin yleisesti. Jopa 8x8-menetelmän käyttöönotto mainittiin suunniteltaessa yksittäisen vanhuksen masennuksen hoidon kartoitusta.

Tiedon ja ajattelun avaamisen lisäksi kehittämistyö on prosessina tukenut henkilökuntaa aktiiviseen oman työn kehittämiseen ja opettanut näyttöön perustuvan tietouden soveltamista käytännön työhön. Työ on jo antanut myös onnistumisen kokemuksia henkilökunnalle siitä hyvästä työstä jota jo tehdään palveluasumisessa. Työyhteisön innokkuus oman työn kehittämiseen on huomattavaa ja se lähti mukaan aktiivisesti myös tähän työhön.

Itselleni työ on avannut uutta ajattelua masentuneen vanhuksen hoidosta ja työn kautta saatu tieto toimii hyvänä perustana sille työskentelylle, jota jatkossa masennusta sairastavien vanhusten kanssa saan tehdä. Työ on ollut aiheestaan huolimatta yllättänyt positiivisuudellaan, tuonut uusia ideoita ja antanut toivoa myös psyykkisen kuntoutuksen kannattavuudesta vanhuksilla.

Opinnäytetyöprosessissa tietyn neutraalisuuden säilyttäminen oli erittäin haasteellista. Omasta aiemmasta asiantuntemuksesta ja työkokemuksesta muodostuneet ajatukset, luulot ja käsitykset täytyi työntää tietoisesti taka-alalle ja esimerkiksi kirjallisuuskatsa-

uksen analyysiä tehtäessä alkuperäiseen aineistoon joutui palaamaan useaan kertaan vain varmistukseksi, ettei tiedostamattaan ollut jättänyt jotain auttamismenetelmiä ottamatta mukaan siksi, että ei kokenut niitä sellaisiksi. Jatkotyöskentely työyhteisön kanssa oli erityisen haastavaa, koska omat käsitykset asialle jo pitkään omistautuneena eivät vastanneet lainkaan työyhteisön päätöksiä kehitettävien teemojen valinnasta tai niiden kehittämis-iltapäivänä muodostetusta sisällöstä. Oli varsin opettavaista saada miettiä työyhteisön tuotoksia heidän kannaltaan ja heidän tarkoitukseltaan lähtien ja huomata heidän olevan aivan oikeassa. Oman tulkinnan oikeellisuutta joutui arvioimaan läpi työn. Niinpä opinnäytetyö-prosessista muodostui oma alusta loppuun kestänyt oppimisprosessi, jossa jatkuva omien tietojen ja taitojen kyseenalaistaminen oli varsin tärkeä osa.

Kirjallisuuskatsauksen tulokset ovat sovellettavissa varsin yleisesti vanhusten lääkkeettömän hoidon suunnitteluun erilaisissa vanhustenhuollon toimipisteissä hoitohenkilökunnalle. Ohjeiden ei ole tarkoitus kertoa yhtä oikeaa tapaa toimia, vaan tulokset antavat tietoa masennuksen lääkkeettömän hoidon mahdollisuuksista ja voivat toimia pohjana hoitotyön kehittämiselle yleiseltä tasolta yksilölliseen hoidon suunnitteluun. Esimerkiksi säännöllinen taustamusiikin käyttö vanhustenkeskusten ravintoloissa, saattaisi yleisesti käytettynä lisätä vanhusten hyvinvointia ja lievittää masennusta. Myös 8x8-menetelmän käyttö on varteenotettava keino näyttöön perustuvan tiedon soveltamiseksi toimintaympäristöön ja uusien ideoiden innovoimiseksi hoitotyössä.

Palveluasumisessa työn tulokset toimivat pohjana masennuksen lääkkeettömän hoidon kehittämiselle jatkossa ja työstetyt teemat yksilöllinen sosiaalinen kontakti ja sosiaalinen tuki tulevat toimimaan myös tukena sosiaalityöntekijöille sosiaalisen kuntoutuksen suunnitelmia tehtäessä palveluasumisessa. Kirjallisuuskatsauksen tuloksista ja jatkotyöskentelyn tuloksista yhdistetty ohjeistus tuotetaan työyhteisön käyttöön, jotta he voivat käyttää sitä osana hoidon suunnittelua ja pohjana kehittämistyölle jatkossa.

Lähteet

Buchanan, Diane – Tourigny-Rivard, Marie-France – Cappeliez, Philippe – Frank, Chris – Janikowski, Pronica – Spanjevic, Lily – Malach, Faith M. – Mokry, Jennifer – Flint, Alastair – Herrmann, Nathan 2006. National Guidelines for Seniors' Mental Health. The Assessment and Treatment of Depression. *Canadian Journal of Geriatrics* 9(2). 52–58.

Finne-Soveri, Harriet 2012. Vanhenemiseen varautuva kaupunki. Esimerkkinä Helsinki. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 31/2012.

Heikkinen, Riitta-Liisa 1998. Iäkkäiden depressiomaisema. Tampere: Kirjayhtymä Oy

ICD-10. Duodecim. Verkkodokumentti.

<<http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/terveysportti/icd10.koti>>. Luettu 12.10.2012.

Joanna The Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery 2011. Effectiveness of music listening in reducing depressive symptoms in adults. Best Practice: evidence-based information sheets for health professionals. 15(12).1–4.

Saatavilla myös verkkodokumenttina.

<<http://connect.jbconnectplus.org.ezproxy.metropolia.fi/ViewSourceFile.aspx?0=7123>>. Luettu 25.11.12.

Karjalainen, Elisa 1999. Palvelutaloissa asuvien vanhusten toimintakyky. Tutkimus palveluasunnoissa asuvien fyysisen, kognitiivisen ja psyykkisen toimintakyvyn muutoksesta. Oulu: Oulun yliopisto. Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos. Verkkodokumentti. <<http://herkules oulu.fi/isbn9514254589/isbn9514254589.pdf>>. Luettu 16.10.12.

Kivelä, Sirkka-Liisa 2006. Geriatrisen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:30. Verkkodokumentti. <http://www.med.utu.fi/yleislaak/kivela/STM_selvitys_2006_30.pdf>. Luettu 23.11.2012.

Kivelä, Sirkka-Liisa 2001. Vanhusten masennustilat. Teoksessa Tilvis, Reijo – Hervonen, Antti – Jäntti, Pirkko – Lehtonen, Aapo – Sulkava, Raimo (toim.) Geriatria. Hämeenlinna: Duodecim. 111–120.

Kyngäs, Helvi – Elo, Satu – Pölkki, Tarja - Kääriäinen, Marja - Kanste, Outi 2011. Sisälön analyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede*. 23 (2). 138–148.

Käypä hoito – suositus. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Verkkodokumentti.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50023#s1>. Luettu 22.11.12.

Lith, Pekka 2012. Palveluasumisen markkinat Suomessa 2010-luvun vaihteessa. Tilastollinen selvitys toimialan palvelukysynnästä, palvelutuottajista ja yritystoiminnan kehi-

tyksestä. Työ- ja elinkeinoministeriö. Strategiset ohjelmat. Raportti 19.9.2012. Verkko-dokumentti. <http://www.tem.fi/files/34089/TEMrap_24_2012.pdf>. Luettu 21.10.2012.

Moon, Fai Chan – Zi, Yang Wong – Hideaki, Onishi – Naidu, Thayala 2012. Effects of music on depression in older people: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*. 21 (5–6). 776–783.

Ojasalo, Katri – Moilanen, Teemu – Ritalahti, Jarmo 2009. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: WSOYPro Oy.

Riistavuoren vanhustenkeskuksen toimintatyöryhmä 2012. Riistavuoren monipuolisen vanhustenkeskuksen toimintakäsikirja. Helsingin kaupunki. Sosiaalivirasto. Vanhustenpalvelujen vastuualue.

Saarenheimo, Marja – Arinen, Sonja 2009. Ikäihmisten masennuksen psykososiaalinen hoito. *Gerontologia* 2009 vol 23(4). 209–221.

Siltala, Pirkko 2012. Vanhuksen psykodynaaminen psykoterapia. Teoksessa Heimonen, Sirkkaliisa – Pajunen, Hannu (toim.) *Mielenterveys vanhuudessa*. Helsinki: Edita. 72–100.

Snowden, Mark – Sato, Kersten – Roy-Byrne, Peter 2003. Assessment and Treatment of Nursing Home Residents with Depression or Behavioral Symptoms Associated with Dementia. *Journal of the American Geriatrics Society* 51.1305–1317.

Terveysturvalaki 1326/2010. 8§ Laatu ja Potilasturvallisuus. Annettu Helsingissä 1.5.2011. Verkkodokumentti. <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L1P8>>. Luettu 13.2.13.

Tsai, Yun-Fang – Wong, Thomas K.S – Tsai, Hsiu-Hsin – Ku, Yan-Chiou 2008. Self-worth therapy for depressive symptoms in older nursing home residents. *Journal of Advanced Nursing* 64 (5). 488–494.

Masennuksen lääkkeettömät hoitomenetelmät julkaisuittain

Aineiston tiedot (tekijä(t), nimi, vuosi ja maa, jossa aineisto on tehty)	Aineistotyyppi	Masennuksen lääkkeettömät hoitomenetelmät
Buchanan ym. 2006. Canada. National Guidelines for Seniors' Mental Health: The Assessment and Treatment of Depression.	ohjeistus	<ul style="list-style-type: none"> • muistelu-terapia • psykososiaaliset puuttumiskeinot • supportiivinen hoito
Depression Käypä-hoito, 2012. Suomi.	suositus	<ul style="list-style-type: none"> • Liikunta yksin tai ryhmässä • masennusta ja sen hoitoa koskeva potilasopetus • masennuksen laukaisseiden tekijöiden selvittäminen ja rakentavien selvien selviytymiskeinojen tukeminen • hoitosuunnitelman toteutumisen, oiretason toipumisen ja hoidon tuloksellisuuden säännöllinen seuranta. • GDS-asteikon käyttö depression seulonnassa
JBI Best Practice Information Sheet. 2011. Effectiveness of music listening in reducing depressive symptoms in Adults.	suositus	<ul style="list-style-type: none"> • musiikin kuuntelu käytettynä tietyn ajan jakson ajan (2-3-viikkoa), mutta ei kertaannoksena. Kaikenlaista musiikkia voi käyttää, teho riippuu kuuntelijan mieltymyksistä.
Kivelä 2006. Suomi. Geriatrisen hoidon ja vanhuustyön kehittäminen.	selvitysraportti	<ul style="list-style-type: none"> • pitkäkestoiset hoito- ja lääkärisuhteet • sosiaalinen tuki • osallistumiseen ja liikkumiseen motivointi • liikunta ja muu fyysinen harjoittelu • luonto- ja ulkoilukokemukset • kirkasvalohoito • oman persoonallisuuden säilyttäminen • osallistuminen päivittäisiin toimintoihin • ympäristön kodikkuus • perheiden ohjaus ja tukeminen • vanhuksen arvostuksen edistäminen • masennustilan aiheuttavien ja ylläpitävien ongelmien ratkaiseminen

		<ul style="list-style-type: none"> • hoidon koordinointi • muisteluryhmäterapia • järjestöjen, seurakuntien ja yksityisten liikunta- ja toiminta-aktiviteetit ja osallistumiseen tarvittava kuljetus • hyvän ravitsemustilan ylläpitäminen • perheen tiedottaminen masennuksesta ja masentuneen tukemisesta. • perheen kannustaminen rohkaisemaan vanhusta osallistumaan ja toimimaan • omaisten tuki vanhukselle ja mukaan ottaminen perheen toimintoihin • huomion kiinnittäminen liialliseen alkoholinkäyttöön • vanhusten arvostus
Moon ym. 2012. Singapore. Effects of music on depression in older people: a randomised controlled trial.	RCT-tutkimus	<ul style="list-style-type: none"> • musiikin kuuntelu oma-valintaisella musiikilla 30 minuuttia viikossa kahdeksan viikon ajan.
Saarenheimo – Arinen 2009. Suomi. Ikäihmisten masennuksen psykososiaalinen hoito	kirjallisuuskatsaus	<ul style="list-style-type: none"> • sosiaalinen tuki • sosiaaliset ja psykososiaaliset interventiot • liikunta • muistelu • musiikki • taidetoiminta • viherympäristö ja viherympäristössä ulkoilu
Snowden ym. 2003. Yhdysvallat. Assessment and Treatment of Nursing Home Residents with Depression or Behavioral Symptoms Associated with Dementia.	kirjallisuuskatsaus	<ul style="list-style-type: none"> • valvottu vapaaehtoisten toteuttama vertaistukiryhmä-toiminta • terapeuttiset virkistystoiminnot • kirkasvalohoito • psykiatrisen sairaanhoitajan konsultaatio • ryhmä-aktiviteetit
Tsai ym. 2008. Taiwan. Self-worth therapy for depressive symptoms in older nursing home residents.	kvasi-kokeellinen tutkimus	<ul style="list-style-type: none"> • yksilöllinen sosiaalinen kontakti • itsekunnioitusta tukeva yksilöterapia (30minuuttia viikossa 4 viikon ajan annettuna)

Sosiaaliset interventiot osana masennuksen lääkkeetöntä hoitoa vanhusten palveluasumisessa

Hoitotyön auttamiskeino	Sisältö
Arvostava asennoituminen	Vanhusten arvostus ja sen edistäminen Vanhuksen oman persoonallisuuden säilyttäminen Ympäristön kodikkuus
Fyysisestä hyvinvoinnista huolehtiminen	Huomion kiinnittäminen liialliseen alkoholinkäyttöön Hyvän ravitsemustilan ylläpitäminen Liikunta yksin tai ryhmässä osana kokonaisuhoitoa Osallistuminen päivittäisiin toimintoihin Viherympäristö ja viherympäristössä ulkoilu
Hoidon huolellinen organisointi ja toteuttaminen	GDS-asteikon käyttö depression seulonnassa Hoidon koordinointi Hoitosuunnitelman toteutumisen, oiretason toipumisen ja hoidon tuloksellisuuden säännöllinen seuranta Masennusta aiheuttavien ja ylläpitävien ongelmien ratkaiseminen Pitkäkestoiset hoitosuhteet Psykiatrisen sairaanhoitajan konsultaatio
Hoitotyöntekijöiden toteuttama terapeuttilinen toiminta	Itsekunnioitusta tukeva yksilöterapia Kirkasvalohoito Masennusta ja sen hoitoa koskeva potilasopetus Muistelu Supportiivinen hoito
Sosiaaliset ja psykososiaaliset interventiot	Järjestöjen, seurakuntien ja yksityisten liikunta- ja toiminta-aktiviteetit sekä osallistumiseen tarvittava kuljetus Ryhmäaktiviteetit Sosiaalinen tuki Terapeuttilinen virkistystoiminta. Valvottu vapaaehtoisten toteuttama vertaistukiryhmä-toiminta Yksilöllinen sosiaalinen kontakti
Taide-elämykset	Musiikin kuuntelu käytettynä tietyn ajan jakson ajan, ei kerta-annoksena. Taidetoiminta.
Yhteistoiminta perheiden kanssa	Perheen kannustaminen vanhuksen osallistumisen ja toimimisen rohkaisussa Masennuksesta ja masentuneen tukemisesta tiedottaminen perheelle Perheiden ohjaus ja tukeminen



Yksilöllinen sosiaalinen kontakti

- Vanhuksen tunteminen
- Vanhuksen perheen ja läheisten tunteminen
- Mielihyvän saaminen lemmikkien, harrastusten, taiteen, liikunnan ja ulkoilun kautta
- Vanhuksen kunnioittaminen ja kohtaamisen aitous
- Yksilöllisen ajan antaminen vanhukselle

Sosiaalinen tuki

- Omaisilta ja läheisiltä
- Hoitohenkilökunnalta
- Toisilta vanhuksilta
- Seurankunnalta
- Sosiaaliohjaajalta, fysioterapeutilta sekä erilaisen harrastus- tai ryhmätoiminnan kautta