

KONSENSUSLAUSUMA

Kohti parempaa vanhuutta

8.2.2012

SUOMALAINEN LÄÄKÄRISEURA DUODECIM

SUOMEN AKATEMIA

Lausunto julkaistaan sellaisenaan ilman kielenhuoltoa.
Paneeli on korjannut lausuntoa yleisön esittämien kommenttien perustella.
Konsensuskokous pidettiin Espoon Hanasaaren kulttuurikeskuksessa 6.-8.2.2012

Ydinasiat:

1. Toimintakykyä voi parantaa ja sairauksia ehkäistä vanhuusiässäkin
2. Ikä syrjintä on lopetettava ja vanhojen ihmisten osallisuutta vahvistettava
3. Itsemääräämisoikeus on hoidon keskeinen ohjenuora
4. Kotihoito on hoidon solmukohta. Sen rahoitusta on vahvistettava, eikä sitä pidä ulkoistaa.
5. Vanhuspalveluiden rahoitus, järjestämisvastuu ja seurantavelvoite yhdelle taholle
6. Gerontologista ja geriatriasta osaamista terveydenhuollossa on vahvistettava
7. Erikoissairaanhoidon on perustettava geriatriset yksiköt
8. Moniammatillinen laaja-alainen geriatrinen arviointi tavanomaisen hoitokäytännön osaksi
9. Elämän loppuvaiheen hoito on tärkeää - päivystyspoliklinikka ei ole saattohoidon paikka
10. Tarvitaan kansallinen monitieteinen ikääntymisen tutkimusohjelma

JOHDANTO

Mikä on konsensuskokous?

Konsensuskokoukset ovat avoimia ja julkisia tilaisuuksia, joissa tutkimusnäytön perusteella arvioidaan lääketieteellisiä toimintatapoja. Kokousten tavoitteena on luoda lausumia, joissa luodaan ohjeita käsiteltävien aiheiden kehittämiseksi. Samalla tarjotaan uusinta tietoa terveydenhuollon ammattilaisille, tutkijoille, päättäjille, tiedotusvälineille, potilaille ja suurelle yleisölle.

Konsensuskokouksia on järjestetty Suomessa vuodesta 1985 lähtien ja tämä kokous on järjestyksessä kahdeskymmenesensimmäinen. Konsensuslausuman laatii paneeli, joka kriittisesti arvioi käytössään olevan aineiston, asiantuntijoiden toimittamat kirjallisuuskatsaukset, asiantuntijaluennot, sekä yleisön kommentit. Lausuman sisältö on paneelin yksimielinen käsitys. Konsensuslausuma ei ota kantaa yksittäisten potilaiden hoitoon; hoitoratkaisut ovat viime kädessä potilaan ja hoitavan henkilön välisiä päätöksiä. Lausuma on kirjoitettu lyhyessä ajassa, kahden päivän aikana, eikä se siis ole kattava eikä täydellinen esitys aiheestaan.

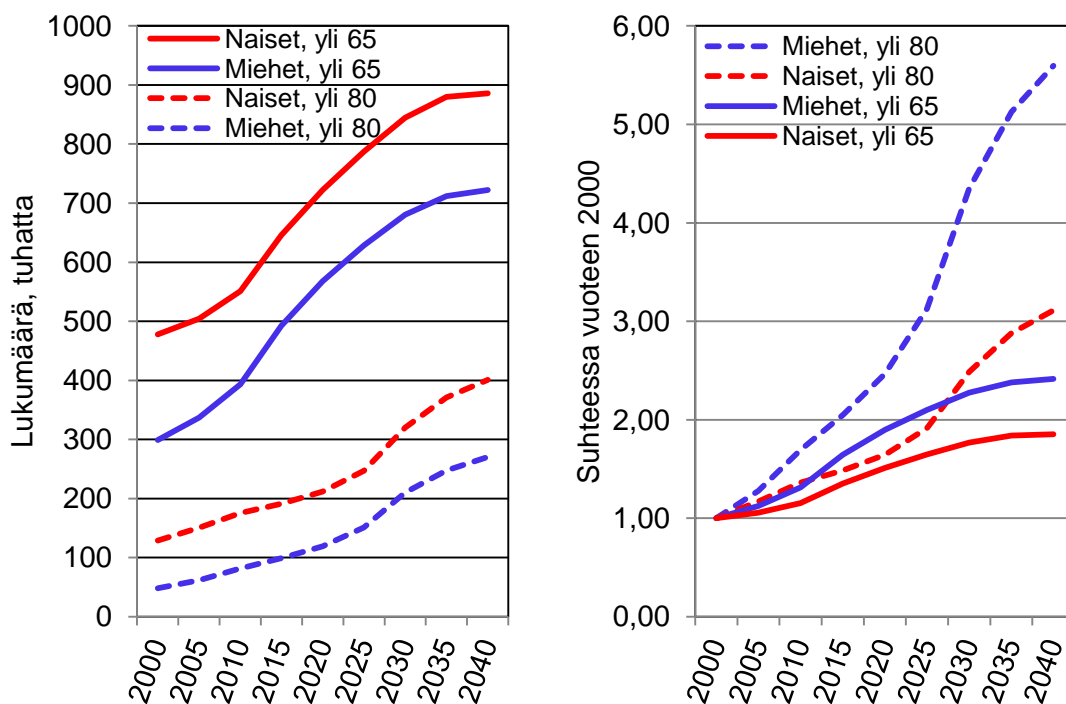
Miksi aiheena on vanhuus?

Vanheneminen on maailmanlaajuinen megatrendi. Parantuneiden elinolojen, erityisesti paremman ravitsemuksen ja puhtaamman elinympäristön, ansiosta ihmisten elinikä on parin viime vuosisadan aikana kasvanut rikkaissa maissa noin kolme kuukautta vuodessa; viime vaiheessa tähän on vaikuttanut myös lääketieteen kehitys. Muutaman viime vuosikymmenen aikana vanhuusiän kuolleisuuden lasku on johtanut siihen että yhä useammat elävät lähelle sataa ikävuottaan, tai ylikin. Juuri nyt Suomen väestö vanhenee hyvin nopeasti. Vuoteen 2040 mennessä yli 65-vuotiaiden määrä nousee yli puolitoistakertaiseksi ja yli 85-vuotiaiden reilusti kolminkertaistuu. Aiempien ennusteiden toteutumisen perusteella voi olettaa, että nämäkin arviot ovat liian alhaisia.

Eliniän piteneminen on suuri yhteiskunnallinen saavutus. Yhtä tärkeää on, että saavutetut elinvuodet olisivat mahdollisimman terveitä ja toimintakykyisiä. Tieto terveiden elinvuosien kehityksestä on ristiriitaista. Kansainvälisistä ja suomalaisista tutkimuksista voi päätellä, että alle 85-vuotiaiden vakava toiminnanvajavuus on vähentynyt, mutta lievä toiminnanvajavuus on saattanut lisääntyä. Kaikkein vanhimpien toimintakyky ei saatavissa olevan tiedon mukaan ole viime vuosina muuttunut lainkaan. Muistisairaudet ovat suurin yksittäinen uhka vanhenevan väestön toimintakyvylle ja elämänlaadulle, mutta myös muut pitkäaikaiset sairaudet ja aistien heikkeneminen yleistyvät korkeassa iässä. Vanhuusiän terveys ja toimintakyky samoin kuin eliniän pituuskin vaihtelevat suuresti ihmisen sosioekonomisen aseman mukaan.

Väestön vanhenemisen nopein vaihe sijoittuu samaan aikaan kun palvelujärjestelmän rakenteet, rahoitusmallit ja toimintatavat muuttuvat. Jotkut muutokset tähtäävät iäkkään väestön parempaan hoitoon, jotkut voivat jopa vaikeuttaa sitä. Asuinpaikka ja varallisuus vaikuttavat palvelujen saamiseen. Omaiset ovat aina olleet tärkein avun lähde iäkkäille ihmisille, eikä omaisavun lisäämistä ole helppo sovittaa yhteen työurien pidentämisen kanssa.

Vanheneminen on muovautuva prosessi johon koko elämän aikaiset elinolot ja elintavat vaikuttavat. Iän karttumisen ei tee ihmisistä samanlaisia vaan korostaa ihmisen erityispiirteitä ja lisää yksilöllisyyttä. Vanhenemisen merkitys ihmiselle itselleen riippuu siitä, mitä vanhuudesta yhteiskunnassa ajatellaan ja millainen on vanhojen ihmisten asema. Suurten ikäluokkien ja heidän lastensa vanhuus on erilainen kuin aikaisempien ikäluokkien.



Kuvio 1. Yli 65-vuotiaiden ja yli 80-vuotiaiden määrä Suomessa 2000-2040

Lähde: Tilastokeskus, Väestöennuste 2009–2060, SVT 2009

Suomessa kuten monissa muissakin maissa yhteiskunnan toiminnat ja instituutiot eivät enää vastaa muuttuvan väestörakenteen vaatimuksia eivätkä anna vanhoille ihmisille sitä asemaa ja toimintamahdollisuuksia joita he tarvitsevat. Todellisen pitkäikäisyyden yleistyminen ja uusien ikäluokkien tuleminen vanhuusikään muuttavat monin tavoin koko yhteiskuntaa, sen kulttuuria, taloutta ja palvelutarpeita. Vanhoihin rakenteisiin ja käytännöihin sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmä ei kykene vastaamaan uusiin haasteisiin. Tarvitaan uudistumista, jonka lähtökohtana ovat iäkkään ihmisen eikä järjestelmän tarpeet, ja jota ohjaa tutkimustieto.

Konsensuskokoukselta odotetaan kannanottoja ja ehdotuksia niistä toimista, joita tarvitaan jotta vanhuusikä olisi nykyistä parempi ja yhä useampi voisi elää loppuun saakka hyvää elämää. Konsensuslausuman ala on laajempi kuin useimpien aikaisempien. Se ei voi eikä pyrikään käsittelemään kaikkia väestön vanhenemiseen ja paremman vanhuuden edellytyksiin liittyviä kysymyksiä. Näitä on viime vuosina käsitelty sellaisissa laaja-alaisissa työryhmäraporteissa kuten *Ikääntyminen voimavarana (Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33/2004)*, *Ikääntymisraportti (Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 1/2009)*, *Ikäpolitiikasta elämäntulkupolitiikkaan (Työ- ja elinkeinoministeriö 2011)* ja *Aktiivinen ikääntyminen (World Health Organisation 2002)*. Lisäksi keskeiset geriatrian kehittämissuositukset on koottu tiivistetysti Hopea-paperiin, joka perustuu vuonna 2008 pidettyyn eurooppalaiseen konsensuskokoukseen. Hopea-paperi on luettavissa verkossa osoitteessa www.gernet.fi/artikkelit/hopeapaperi.pdf.

Tässä lausumassa nostetaan esiin paneelin tärkeimpinä pitämät ehdotukset toimintakyvyn edistämisestä ja palvelujen parantamisesta. Näiden ja koko paremman

vanhuuden aikaansaamisen edellytyksenä on muutos vanhojen ihmisten asemassa ja vanhuuteen suhtautumisessa; siksi myös tämä kuuluu lausuman aiheisiin.

Tässä konsensuslausumassa vastataan seuraaviin, paneelille etukäteen esitettyihin kysymyksiin:

1. Miten vanhuuden terveyttä ja toimintakykyä voidaan edistää?
2. Minkälaista hoitoa ja hoivaa vanhuudessa tarvitaan?
3. Mihin geriatria tarvitaan?
4. Miten edetä kohti parempaa vanhuutta?

Konsensuslausuman laatinut paneeli:

Marja Jylhä, Gerontologian tutkimuskeskuksen johtaja, gerontologian professori, terveystieteiden yksikkö, Tampereen yliopisto (puheenjohtaja)

Harriet Finne-Soveri, geriatrician dosentti, Helsingin yliopisto, Ikäihmisten palvelut, yksikön päällikkö, THL (sihteeri)

Mikko Björkman, LT, tutkijatohtori, Helsingin yliopisto (sihteeri)

Arja Isola, hoitotieteen professori, Oulun yliopisto

Jyrki Jyrkämä, sosiaaligerontologian professori, Jyväskylän yliopisto

Pirkko Karjalainen, YTL, toiminnanjohtaja, Vanhustyön keskusliitto ry.

Jarmo Lappalainen, LL, yleislääketieteen erikoislääkäri, Juvan terveystieteiden keskus, Johtava lääkäri

Otto Lindberg, LT, geriatrician erikoislääkäri, Eiran sairaala, Doctagon Oy

Taina Lupsakko, LT, geriatrician erikoislääkäri, Lempäälän terveystieteiden keskus

Tiina Merikanto, FM, MA, toimittaja, Yleisradio

Sirpa Pietikäinen, KTM, Euroopan parlamentin jäsen

Kaisu Pitkälä, yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon professori, ylilääkäri, Helsingin yliopisto

Taina Rantanen, Gerontologian ja kansanterveyden professori, Gerontologian tutkimuskeskus ja terveystieteiden laitos, Jyväskylän yliopisto

Marja Saarenheimo, FT, psykologi vanhempi tutkija, Vanhustyön keskusliitto ry.

Raimo Sulkava, LKT, geriatrician professori, Itä-Suomen yliopisto

Martti Talja, LKT, professori, keskussairaalan johtaja, Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä

Matti Viitanen, geriatrician professori, ylilääkäri, Turun yliopisto

Päivi Voutilainen, TtT, dosentti, sosiaalineuvos, Sosiaali- ja terveysministeriö

Suunnitteluryhmän jäsenet:

Timo Strandberg, LKT, geriatrician professori, Helsingin ja Oulun yliopistot (puheenjohtaja),

Marja Jylhä, Gerontologian tutkimuskeskuksen johtaja, gerontologian professori, terveystieteiden yksikkö, Tampereen yliopisto

Mikko Björkman, LT, tutkijatohtori, Helsingin yliopisto

Pentti Koistinen, LT, ylilääkäri, Oulun kaupunginsairaala.

Antti Karisto, VTT, sosiaaligerontologian professori, Helsingin yliopisto,

Mikael Fogelholm, professori, Helsingin yliopisto

Tiina Ahtiainen, tiedeasiantuntija, Suomen Akatemia.

Matti Rautalahti, pääsihteeri, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim,

Pirjo Kyrönaho, projektikoordinaattori, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim

Juha Pekka Turunen, koulutuspäällikkö, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim

Outi Romero, viestintäpäällikkö, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim

Kysymys 1: Miten vanhuuden terveyttä ja toimintakykyä voidaan edistää?

- Toimintakykyä voidaan edistää ja sairauden riskiä vähentää vanhuudessakin
- Ympäristösuunnittelu parantaa toimintakykyä
- Oman vanhuuttaan kannattaa ennakoida ja suunnitella
- Teknologia hyödyttää, jos se on suunniteltu käyttäjän näkökulmasta

1.1 Elämänkulku ja vanhuusiän toimintakyky

Toimintakyky tarkoitetaan ihmisen kykyä selviytyä itseä tyydyttävällä ja turvallisella tavalla itselle merkityksellisistä jokapäiväisen elämän toiminnoista omassa elinympäristössä. Se on keskeinen osa ihmisen hyvinvointia. Toiminnanvajaus muodostuu, kun ihmisen toimintakyky ei riitä ympäristön ja hänen itsensä asettamiin vaatimuksiin. Etenkin alle 80 –vuotiaiden toimintakyky on viime aikoina kehittynyt suotuisasti, mutta väestöryhmien väliset erot ovat suuret. Monet haavoittuvuustekijät kasaantuvat alimpiin sosioekonomisiin ryhmiin, joten terveyden ja sen taustatekijöiden sosioekonomisten erojen kaventamisella on suuri merkitys koko väestön toimintakyvyn edistämiseksi. Esimerkiksi heikentynyt työkyky ja työhön liittyvät kuormitusoireet, jotka ovat yleisimpiä alimmissa ammattiryhmissä, ennakoivat toimintakyvyn ja terveyden heikentymistä myös eläkkeelle jäännin jälkeen. Myönteisen kehityksen kannalta on keskeistä, että toimintakykyä kyetään kohentamaan erityisesti alemmissa sosiaaliryhmissä.

Vanhuuden toimintakykyä muovaavat sekä aiemmasta elämästä juontuvat vaikutukset että viimeaikaiset tapahtumat, sairaudet ja niihin saatu hoito ja kuntoutus. Vanhat ihmiset kantavat mukanaan aikaisempien elämänvaiheidensa valintoja ja kokemuksia ja jopa sukupolvien yli ulottuvia biologisia, sosiaalipsykologisia ja kulttuurisia prosesseja. Kaikki nämä muovaavat terveyttä ja toimintakykyä ja niiden riskitekijöitä. Sosioekonomiset terveyserot, kulttuuriset erot, erilaiset työurat, elämäntavat, sosiaaliset tukiverkot ja myös geneettiset erot johtavat siihen, että vanhuusiän tultaessa sekä haavoittuvuus että vahvuudet ovat eri ihmisillä erilaisia..

Parempaa vanhuutta edistetään sekä erityisesti vanhuusiän että muihin ikävaiheisiin kohdistuvien kansanterveyden parantamiseen tähtäävin toimin. Vanhuuden toimintakykyä edistävät hyvä ennaltaehkäisy ja koko elämän aikaiset terveelliset elintavat. Keski-ikäisellä miehellä, jolla on kaksi verisuonitautin riskitekijää (tupakka, diabetes, lihavuus, korkea kolesteroli, verenpaine), on 70 %:n todennäköisyys sairastua verisuonitautiin (aivohalvaus, sepelvaltimotauti, muu valtimotauti) elämänsä aikana. Mikäli nämä riskitekijät saadaan mahdollisimman hyvälle tasolle, sairastumisen vaara putoaa 5%:iin. Naisilla vastaavat luvut ovat 50% ja 8%. Muistisairauden vaaraa voidaan vähentää puoleen hoitamalla keski-ikässä sen riskitekijöitä (diabetes, lihavuus, vähäinen liikunta, verenpaine, tupakointi, vähäinen kognitiivinen aktiivisuus, masennus). Varhaisia riskitekijöitä hoitamalla muistisairauksien ilmaantumisesta voidaan myöhentää viidellä vuodella, mikä puolittaa niiden esiintyvyyden. Aktiivinen pitkään jatkunut liikunnan harrastaminen voi puolittaa ne elämän loppuvaiheen vuodet, jolloin ihminen elää muiden avusta riippuvaisena ja vähentää laitoshoidon tarvetta viimeisinä elinvuosina.

1.2 Vanhuusiän ennakointi ja suunnittelu

Odotukset joita ihmiset kohdistavat eri elämänvaiheisiinsa ovat monimutkaistuneet, ja myös vanhenevilla ihmisillä on enemmän uusia alkuja ja valinnan paikkoja kuin

aikaisemmin. Vanhanakin ihminen on aktiivinen toimija, joka asettaa tavoitteita, valikoi kiinnostuksen kohteita ja toimintatapoja sekä arvioi omaa toimintaansa. Oman elämäntilanteen ja erilaisten elämän realiteettien ymmärtäminen, optimistinen suhtautuminen, sekä kyky ja mahdollisuus omiin valintoihin ovat keskeisiä tekijöitä hyvinvoinnin ylläpitämisessä.

Vanhuusiän ennakoiva suunnittelu tulee tärkeämmäksi, kun eläkkeelläolon elämänvaihe pitenee. Suunnittelun kohteina voivat olla oma talous, terveys, toimintakyky, mielen virkeys ja sosiaalisten suhteiden ylläpitäminen. Esimerkiksi asumiseen ja harrastuksiin liittyvillä ratkaisuilla henkilö voi itse vaikuttaa tulevaan toimintakykyynsä. Suunnittelussa tarvittavia taitoja sopivat edistämään ammattijärjestöt, kansalais- ja työväenopistot ja Kela osana psykososiaalista kuntoutusta tai sopeutumisvalmennustoimintaa. Hoitotahdon ilmaiseminen voi olla osa vanhuuden suunnittelua.

1.3 Terveyden ja toimintakyvyn edistäminen

Toimintakykyyn vaikuttavat monet tekijät ja siksi sen edistäminenkin edellyttää monenlaisia toimia. Ehkäisemällä ja parantamalla sairauksia, vahvistamalla psyykkisiä voimavaroja (kognitio ja mieliala), harjoittamalla fyysistä kuntoa (lihaskunto, tasapaino, kestävyys) ja ylläpitämällä terveellistä kehon koostumusta sekä aistien toimintaa voidaan tukea toimintakykyä. Toimintakykyä muovaavat myös sosiaalinen tuki, ympäristön vaatimukset ja ihmisen omat odotukset.

Terveyden edistämistä, toimintakyvyn tukemista ja sairauksien ehkäisemistä koskeva runsas tutkimustieto on saatava saada nykyistä paremmin käyttöön. Kuvioon 2 on koottu toimenpiteet, joiden hyödyllisyydestä eri ikävaiheissa on vahvaa tieteellistä näyttöä. Vanhuusiän toimintakyvyn edistäminen edellyttää kunnassa useiden hallinnonalojen sekä julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin yhteistyötä. Siihen tarvitaan myös perusterveydenhoidon etsivää ja tunnistavaa työtä ja aktiivista ennaltaehkäisyä.



Kuvio 2. Hoitoja ja toimenpiteitä, joista on hyötyä ikääntyneiden toiminnanvajeiden ja sairauksien ehkäisyssä.

Geriatrisella kokonaisvaltaisella arvioinnilla ehkäistään toiminnanvajauksia, kognition heikkenemistä ja laitoksiin joutumista. Geriatriasta kokonaisvaltaista arviointia voidaan

tehdä kunnissa esimerkiksi ennaltaehkäisevinä kotikäynteinä, osastoilla, kuntoutusyksiköissä ja poliklinikoilla. Yksilöllisesti suunnitellut moniammatilliseen arvioon perustuvat interventiot lisäävät vanhojen ihmisten mahdollisuutta asua kotona, tukevat omaishoitajia ja vähentävät palveluiden käyttöä. Vanhojen ihmisten tulisi saada ammattimaista tavoitteellista kuntoutusta äkillisistä sairauksista toipumisen edistämiseksi. On tärkeää, että ihmiset voivat itse osallistua hoidon ja kuntoutuksen suunnitteluun ja että heidän toiveitaan ja tavoitteitaan kuunnellaan ja arvostetaan.

Liikunnasta on kaiken ikäisille ja -kuntoisille vanhoille ihmisille hyötyä terveyden, toimintakyvyn ja psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämisessä. Liikunta tulisi saada kaikkien ulottuville. Monet vanhat ihmiset kärsivät tyydyttämättömästä liikunnan tarpeesta. Terveystieteiden tutkimukset ovat osoittaneet, että liikuntaa fysioterapeutin antaman yksilöllisen liikuntaneuvonnan ja lääkärin liikuntareseptien avulla sekä järjestämällä eri sairauksia poteville henkilöille suunnattua kuntouttavaa liikuntaa. Liikuntapaikkojen saavutettavuus ja kuljetuspalvelut edistävät etenkin toimintakyvyltään heikentyneiden ja mielenterveysongelmaisten henkilöiden liikuntamahdollisuuksia. Yksityisten liikuntapalveluiden tuottajien tulee huolehtia siitä, että ohjaajat ymmärtävät vanhojen ihmisten liikunnan erityistarpeet. Vapaaehtoistyötä järjestävien tahojen tulisi ottaa liikunta ja ulkoilu keskeisiksi toimintamuodoikseen. Muistisairaille ja masentuneille tulee järjestää omia liikuntaryhmiä ja kotiin vietäviä palveluita. Laitoshoidossa tulisi järjestää asukkaille kuntouttavaa ja tavoitteellista liikuntaharjoittelua. Vanhojen ihmisten ammatillisesti ohjatun liikunnan edistämiseksi terveydenhuoltoalan koulutukseen tulee lisätä liikuntatieteellistä koulutusta ja liikunta-alan koulutukseen tulee lisätä gerontologista sisältöä.

Kaatumiset ja niistä johtuvat vammat lisäävät katastrofaalisten toiminnanvajeiden sekä asteittain heikkenevän toimintakyvyn riskiä. Monitekijäisten ehkäisyinterventioiden avulla pystytään ehkäisemään kaatumisriskissä olevien vanhojen ihmisten kaatumisia. Näiden interventioiden sisältöjä ovat ammattilaisten koulutus, kodin muutostyöt, lääkehoidon optimointi ja D-vitamiinilisä. Osteoporoosilääkkeet ehkäisevät niiden henkilöiden murtumia, joiden riski on suuri. Lonkkasuojainhousut ehkäisevät murtumia ympärivuorokautisessa hoidossa. Nämä toimenpiteet tulisi ottaa systemaattisesti käyttöön kaikessa vanhustenhoidossa.

Keski-ikäisille ja nuorille eläkkeellä oleville henkilöille lihavuus on monen sairauden ja toiminnanvajausten riskitekijä. Neuvonta ja liikunta-laihdutusryhmät alentavat diabeteksen ja toiminnanvajausten riskiä. Myöhemmin vanhuusiässä riittämätön energian saanti ja tahaton laihtuminen lisäävät haurastumisen ja toiminnanvajausten riskiä. Riittävästi energiaa ja proteiineja sisältävä ruokavalio ja lisäravinteet ehkäisevät sairaiden vanhojen ihmisten toiminnanvajauksia. Syöminen on sosiaalinen tapahtuma, jossa kaunis kattaus ja valinnanmahdollisuudet edistävät ruoasta nauttimista ja ehkäisevät haurastumista. Näistä asioista tulee huolehtia sairaaloissa ja ympärivuorokautisessa hoidossa.

Eläkeikäisten ihmisten alkoholin käyttö on lisääntynyt. Perusterveydenhuollossa tulee uskaltaa rutiiniluonteisesti ottaa alkoholinkäyttö puheeksi ja tarvittaessa varhaisen puuttumisen menetelmiä kuten mini-interventio.

Kognitiivisten toimintojen heikentymistä voi ehkäistä tai hidastaa. Koulutus lisää kognitiivisia reservejä ja myöhentää muistisairauksien ilmaantuvuutta. Kognitiivinen harjoittelu, joka sisältää muisti-, tarkkaavaisuus-, ja hahmottamistehtäviä parantaa näitä toimintoja. Etuaivokuoren aktivointi tuottaa myös siirtovaikutuksia kuten vuorovaikutustaitojen paranemista tai auto-onnettomuuksien ehkäisyä. Kognitiivinen harjoittelu hyödyttää sekä hyvämuistisia että lievistä muistin heikkenemisestä kärsiviä ja muistisairaita ihmisiä. Osallistuminen mielekkäisiin aktiviteetteihin ja sosiaalisen toimintaan auttaa ylläpitämään kognitiivisia kykyjä. Kognitiivista harjoittelua ja sosiaalista kanssakäymistä mahdollistavaa ja vertaistukea sisältävää

ryhmätoimintaa tulee järjestää kansalais- ja työväenopistoissa, päiväkeskuksissa, palvelutaloissa ja kuntoutuksessa.

Psyykkinen hyvinvointi ja suotuista mieliala ovat terveyden ja toimintakyvyn tärkeitä edellytyksiä. Myös lievät mielialaoireet heikentävät iäkkäiden ihmisten hyvinvointia ja toimintakykyä ja lisäävät perusterveydenhuollon palveluiden käyttöä lähes samassa määrin kuin vakavat mielenterveysongelmat. Vanhojen ihmisten psyykkistä terveyttä voidaan edistää sekä palvelujärjestelmän että ihmisten omin toimin.

Palvelujärjestelmä voi ehkäistä yksinäisyyttä psykososiaalisen ryhmätoiminnan avulla ja kohdentamalla liikunta- ja kulttuuripalveluita syrjäytymisvaarassa oleville vanhoille ihmisille. Mielenterveysneuvontaa tulisi tarjota perusterveydenhuollossa sekä kansalais- ja työväenopistoissa ja järjestöjen toimintana. Sen tavoitteena on auttaa ihmisiä ymmärtämään, että ihminen voi omalla suhtautumisellaan ja toiminnallaan ylläpitää hyvää mielialaa ja antaa siihen välineitä.

Kuvataiteen, musiikin, tanssin, teatterin ja kirjallisuuden roolia eläkeikäisten palveluissa tulee lisätä esimerkiksi kouluttamalla ammattilaisia ja järjestämällä myös toimintakyvyltään heikentyneille ihmisille mahdollisuuksia osallistua sekä aktiiviseen kulttuurin tekemiseen että kulttuuripalveluiden käyttöön. Tässä esimerkiksi kuljetuspalvelut ja harrastusmahdollisuuksien järjestäminen lähellä ihmisten asuinpaikkaa ovat keskeisiä.

1.4 Toimintakykyä tukevien ympäristöjen suunnittelu

Liikkumisrajoitteet vaikeuttavat vanhan ihmisen lähtemistä kotoaan ja vähentävät siten sosiaalista vuorovaikutusta. Esteetön ja virikkeellinen ympäristö tukee toimintakykyä ja edistää itsenäistä suoriutumista. Toimintakyvyn heikentyminen ja liikkumisen apuvälineiden tarve lisäävät ympäristön esteideistä koituvaa haittaa, mikä saattaa kokonaan estää osallistumisen yhteisön toimintaan. Kuntien on huolehdittava että ympäristöt ja kulkureitit soveltuvat vanhoille ihmisille. Hyvin valaistut kulkureitit, levähdyspaikat, viheralueet, autottomat vyöhykkeet ja muut turvallisuuden tunnetta edistävät toimenpiteet lisäävät liikunta-aktiivisuutta ja ylläpitävät liikuntakykyä

Ikäihmisten palveluiden laatusuositus esittää älykötiteknologian ottamista kotona asuvien tueksi, asuntojen parantamista sekä riittävää korjausneuvontaa. Tämä on tehtävä asiakkaan tarpeista lähtien ja siten, että ratkaisut ovat käyttäjän näkökulmasta hyväksyttäviä ja käyttökelpoisia.

Parhaimmillaan vanhojen ihmisten avuksi kehitetty teknologia on helppokäyttöistä ja integroitu johonkin tuttuun, jo käytössä olevaan laitteeseen. Heikkokuntoisimmat hyötyvät eniten näkymättömästä teknologiasta, joka ei vaadi käyttäjältään mitään. Apuvälinein voidaan korjata osittain ympäristön puutteita, mutta koko hyvää ympäristöä niillä ei voi korvata.

Kysymys 2: Millaista hoitoa ja hoivaa vanhuudessa tarvitaan?

- Itsemääräämisoikeus on hoidon keskeinen ohjenuora
- Hoitoa ja kuntoutusta saa riittävästi ja tarpeen mukaan
- Omaishoitajan tarpeisiin vastataan
- Vanha ihminen saa kuollessaan tarvitsemansa hoivan sinne missä hän on
- Kotihoito on hoidon kulmakivi
- Geriatriinen ja gerontologinen osaaminen turvataan
- Rahoitus keskitetään yhdelle taholle

2.1 Itsemäärääminen

Hoidon ja hoivan keskeinen kysymys on itsemääräämisoikeus. Mahdollisuus tehdä elämänsä, hoitoaan ja palveluja koskevia valintojaon jokaisen täysivaltaisen ihmisen lakisääteinen perusoikeus. Ihmisellä on aina oikeus esittää omaa hoitoaan koskevia toiveita ja myös oikeus kieltäytyä hoidoista.

Palvelujärjestelmässä noudatettavia toimintamalleja ovat:

- itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan hoidon suunnittelussa ja hoidossa
- hoitotahto ilmaisee itsemääräämisoikeutta
- vanhanakin ihmisellä on oikeus vaikuttaa hoitopaikkansa valintaan
- valinnanvapautta tuetaan kehittämällä yksilöllisiä hoitovaihtoehtoja
- hyvää hoitoa on mahdollisuus kuolla rauhallisesti omassa kodissa
- pakon käyttöä vältetään

2.2 Hoito asiakkaan ehdoilla

Hoidosta sovitaan asiakkaan - ja hänen niin halutessaan - hänen edustajansa kanssa. Sopimus kirjataan ja sitä noudatetaan riippumatta asiakkaan asuin- ja hoitopaikasta. Hoitolinjasta päätetään ajoissa vakaassa tilanteessa eikä päätöstä saa jättää tilanteeseen, jossa terveydentila on heikentynyt äkillisesti. Pitkäaikaissairas ihminen tarvitsee yleensä hoitoa kuolemaansa asti. Hänen mielipiteensä voi ajan kuluessa muuttua ja sitä tulee tiedustella toistuvasti. Kotiinkin on voitava tarjota ympärivuorokautista hoivaa.

2.3 Palvelujärjestelmän tasavertaisuus ja oikeudenmukaisuus

Hoidon ja hoivan tulee olla kaikkien vanhojen ihmisten saatavilla ja perustua yhdenmukaiseen tarvearvioon (www.toimia.fi). Hoidon ja hoivan on oltava paikkakunnasta, ajankohdasta ja sosiaalisesta asemasta riippumatonta. Myös maahanmuuttaja taustaisten vanhojen ihmisten määrä lisääntyy. Ikä ei saa olla peruste erikoissairaanhoidon eväämiseen. Monialainen hoidon ja palvelujen tarpeen arviointi tehdään mahdollisimman varhain ja se toistetaan tarvittaessa ja sovitusti. Hyvän arvioinnin tunnusmerkkejä ovat laaja-alaisuus, yhdenmukaisuus ja vertailukelpoisuus (Comprehensive Geriatric Assessment, CGA) sekä siihen perustuva palvelusopimus ja seuranta. Arvioinnin tavoitteena on tunnistaa

toimintakykyä uhkaavat tekijät ja mahdollistaa varhainen puuttuminen. Riskien tunnistaminen ja toimenpiteisiin ryhtyminen on kaikkien ammattiryhmien tehtävä. Asiakkaan tai hänen edustajansa yhteydenotot sekä tietojärjestelmien mahdollisuudet käytetään hyväksi. Tavoitteena on erityisesti monisairaiden ja hauraiden vanhojen ihmisten toimintakyvyn turvaaminen ennen tilanteen kriisiytymistä ja päivystykseen ajatumista. Uudelleenarviointi tehdään voinnin muuttuessa.

2.4 Ammatillinen osaaminen

Vanhojen ihmisten hoito edellyttää ammattitaitoa. Kaikkien hoitoon ja hoivaan osallistuvien työntekijöiden on sekä kyettävä tunnistamaan että hoitamaan kiireelliset tilanteet. Parantavasta hoidosta on tarvittaessa kyettävä siirtymään toimintakykyä ylläpitävään hoivaan tai saattohoitoon. Näiden asioiden vuoksi geriatrian ja gerontologian asemaa tulee vahvistaa koko palvelujärjestelmässä.

2.5 Monituottajamallin hallinta

Pohjoismaisen hyvinvointivaltion mallin mukaisesti julkinen sektori on vastuussa palveluiden järjestämisestä. Hoito- ja hoiva järjestetään usein yhdistäen julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin toimijoita. Joustava yhteistoiminta edellyttää kaikkien toimijoiden sitoutumista yhteisesti sovittuun tavoitteeseen. Palveluntuottajien välinen yhteistyö on välttämätöntä.

Monituottajamallin suurimpia ongelmia on taata palvelujen jatkuvuus tuottajan vaihtuessa. On varmistettava, ettei erikoisosaamista omaava kotihoidon henkilökunta siirry ulkopuolisen palvelunjärjestäjän mukana muualle. Tällöin kunnan valinnanvara palvelujen järjestämisessä voi ratkaisevasti kaventua. Tukipalvelut soveltuvat paremmin ulkoistettaviksi. Kun kunta kilpailuttaa palveluitaan, on tärkeää, että tilaajalla on riittävä geriatrinen asiantuntemus. Kilpailutuksessa käytettävien kriteerien tulee olla sellaisia, että ne takaavat asiakkaiden perusoikeuksien toteutumisen ja todellisiin palvelutarpeisiin vastaamisen. Kilpailuttaminen ei saa estää innovatiivisuutta.

Sirpaloitunut rahoitus ei sitouta palveluiden tuottajia, minkä vuoksi rahoitus keskitetään yhdelle taholle, jonka velvollisuutena on seurata hoidon laatua ja vaikuttavuutta.

2.6 Yksilökeskeinen palvelu

Terveystuon ammattilaisen on vaikeaa auttaa iäkästä potilastaan tuntematta häntä ja hänen sairaushistoriaansa. Tietojen pitää olla saatavissa silloin kun vanha ihminen tarvitsee apua riippumatta missä hän on. Tietojärjestelmien yhteensopimattomuus ei saa olla este tarvittavien tietojen saatavuudelle. Valtakunnallinen ratkaisu tarvitaan nyt.

2.7 Kotihoidon uudet tuulet

Kotihoito on palvelujärjestelmän tärkein solmukohta. Kotihoidon asiakkailta on paljon voimavaroja, mutta myös paljon toiminnanvajauksia. Hyvällä hoidolla he toipuvat ja kuntoutuvat vaikeistakin akuuteista sairauksista ja hyötyvät toimintakykyä ja terveyttä edistävistä toiminnoista. Keskeisiä asioita ovat täysipainoinen ravinto ja riittävä liikunta. Fysioterapian ja toimintaterapian määrää sekä ravitsemusosaamista on lisättävä. Kotihoidon tulee monipuolisesti ottaa käyttöön vaikuttaviksi tiedettyjä hoitomuotoja.

Kotihoidon kykyä turvata akuutti ja ympärivuorokautinen hoito tulee ratkaisevasti vahvistaa. Geriatrisen ammattitaidon avulla yleistilan laskun ei tarvitse aina johtaa päivystyskäyntiin. Kotihoidon asiakkailta yleisiä ovat myös yksinäisyys ja mielenterveyden ongelmat, joiden kohtaaminen edellyttää erityistä osaamista. Hyödyllinen uusi toimintamuoto voi olla mielenterveyttä tukeva ryhmätoimintaa

Aina tavallinen koti ei ole vanhalle ihmiselle sopivin. Tarvitaan monenlaisia asumismuotoja kuten palveluasumista ja ryhmäkoteja. Tärkeä periaate on, että toimintakyvyn heikentyessä ja tarpeiden kasvaessa ihminen saa hoitoa sinne missä hän asuu, eikä hoidon tarpeen muuttuminen edellytä asuinpaikan vaihtoa.

Kotihoidon henkilökunnan diagnostisia valmiuksia ja mahdollisuuksia tulee vahvistaa ja heidän tukena tulee olla geriatria asiantuntemusta esimerkiksi telelääketieteeseen keinoin. Jos vanha ihminen saa useita kotihoidon palveluita, niiden antajien on sovittava yhteistyöstä, niin ettei eri ihmisten käyminen kotona muodostu rasitteeksi. Kotihoidon hyvä järjestäminen ja uudistaminen edellyttää määrätietoista johtamista, joka sisältää toiminnan seuraamisen vertailukelpoisin laatumittarein.

2.8 Omaishoitajien asema

Omaisten on potilaan niin halutessa saatava osallistua läheistensä hoitoon. Omaiset ovat myös yhä tärkeämpi voimavara vanhojen pitkäaikaissairaiden ihmisten hoidossa. Heidän jaksamistaan pitää suojella. Rahallinen korvaus ja hoitotaakkaa vähentävät laitoshoidojaksot ovat hyvä alku, mutta on varmistettava ettei heidän työnsä muutu liian raskaaksi. Omaistenkin tarpeisiin pitää vastata. Heidän on voitava hoitaa asioitaan ja ylläpitää sosiaalisten suhteitaan. Muita tarpeita ovat tiedonsaanti ja vertaistuki. Työssäkäyvien ja siihen rinnastettavien omaishoitajien asemaa on vahvistettava. Omaishoitajat tarvitsevat numeron, mihin soittaa apua tarvitessaan ja sovittaessa sijaishoitajan kotiin.

2.9 Hoitoa tarpeen mukaan

Vanhan ihmisen voimien heikentyessä välitön diagnoosi ja hoito ovat välttämättömiä, koska vähäinenkin terveydentilan häiriö voi johtaa toimintakyvyn romahtamiseen. Keskeisten sairausryhmien hoidon järjestäminen on hyvän terveydenhuollon kriteeri.

Vanha ihminen päätyy päivystyspoliklinikalle monista syistä. Yksi tärkeä syy on kotihoidon riittämättömyys ja heikko laatu. Kotihoidon vahvistamisen lisäksi on tärkeää, että ensihoidossa ja päivystyspoliikkinoilla tunnistetaan monisairaavat ja hauraat potilaat. Tarvittaessa heidät ohjataan geriatrisen erikoissairaanhoidon yksikköön arvioon ja hoitoon.

Muistisairaiden määrä kasvaa seuraavien 20 vuoden aikana nykyisestä 120 000:sta 170 000:een, ellei ennalta ehkäisevää hoitoa löydy. Laitospotilaista 70-80 prosentilla on Alzheimerin tauti tai muu muistisairaus. Useimmat muistipotilaat asuvat mieluummin tuettuna omassa kodissaan kuin laitostyyppisessä hoitopaikassa. Alzheimerin taudin varhainen diagnoosi ja lääkityksen aloittaminen pidentävät myös kotona asumista. Liikunnalla on muistisairauksien riskiä vähentävä vaikutus, mahdollisesti myös keski-ikäisen verenpainetaudin, korkean kolesterolin ja diabeteksen hoidolla.

Yli 65-vuotiaista vakavasta depressiosta kärsii 2-3 prosenttia, lievästä yli 10 prosenttia. Yksin asuu lähes puolet. Osa heistä kärsii yksinäisyydestä, joka heikentää toimintakykyä ja elämänlaatua. Sosiaali- ja terveystoimen sekä liikuntatoimen pitää aktiivisemmin huolehtia siitä, että yksinäisyydestä kärsivät ihmiset voivat toteuttaa jäljellä olevaa toimintakykyään. Myös kolmannen sektorin toimijoiden ja kirkon työntekijöiden pitää enemmän ottaa yhteyttä depressiosta ja/tai yksinäisyydestä kärsiviin, koska usein heillä ei ole voimavaroja hakeutua palvelujen piiriin.

Uusia aivohalvauksia tulee vuosittain 14 000, suurin osa vanhuusiällä. Parasta hoitoa on ennaltaehkäisy: säännöllinen fyysinen aktiivisuus sekä kohonneen verenpaineen, dyslipidemian, diabeteksen ja sydämen rytmihäiriöiden hoito. Aivoinfarktien liuotushoidossa ei pidä tuijottaa ikää, vaan on liuotettava kaikki, jotka potentiaalisesti hoidosta hyötyvät. Hoitomuo tosin tulee kyseeseen vain muutamalle prosentille potilaista. Tehokas akuuttihoiton jälkeinen kuntoutus on taattava kaikille ikääntyneillekin. Kuntoutukseen tarvitaan moniammatillinen ryhmä, johon

fysioterapeutit lisäksi voivat kuulua mm. toimintaterapeutti, puheterapeutti, neuropsykologi ja sosiaalityöntekijä.

Keski-iässä alkaneen diabeteksen komplikaatiot, kuten alaraajojen verenkiertohäiriöt, silmänpohjamuutokset ja polyneuropatiat, tulevat usein näkyviin vasta vanhuusiällä. Yli 75-vuotiaana alkanut aikuistyyppin diabetes on usein hyvänlaatuisempi kuin nuorempaan alkanut, koska vakavia elinvaurioita ei yleensä ehdi kehittyä. Säännöllinen fyysinen aktiivisuus on lääkehoidon lisäksi tärkeä. Kovin tiukasta hoitotasapainosta ei ole hyötyä.

Syöpäsairauksien diagnostiikkaa kannattaa tehostaa ja varhentaa hyvinkin iäkkäillä. Nykyisin syöpäsairauksiin on käytettävissä aiempaa tehokkaampia hoitomuotoja, joilla on vähemmän haittavaikutuksia. Ikärajojen sijaan potilaan toimintakyvyn ja ennusteen pitää olla määrävä hoitoja valittaessa. Syöpälääkäreiden ja geriatrien yhteistyöstä on hyviä kokemuksia.

lääkäiden depressiota ja muita mielenterveysongelmia voidaan hoitaa menestyksellisesti, mutta tähän tarvitaan erityisosaamista. Kuntien mielenterveys- ja päihdepalveluita tulee kohdistaa myös vanhoille ihmisille. Mielenterveystyön avopalveluiden tulee luoda toimivat yhteydet vanhuspsykiatriseen erikoissairaanhoidon.

2.10 Lääkehoidon ongelmat

Yli 75-vuotiailla ihmisillä on keskimäärin noin kuusi säännöllisesti käytettävää lääkettä. Monet yhtäaikaisten lääkkeiden lisäävät yhteis- ja haittavaikutusten vaaraa. Siitä huolimatta osa vanhoista ihmisistä tarvitsee monta yhtäaikaista lääkettä. Harvoja lääkkeitä on tutkittu yli 80-vuotiailla, joille normaalitkin lääkeannokset voivat aiheuttaa erityisesti keskushermostoperäisiä haittavaikutuksia. Lääkärin ja farmaseutin yhteisistä kokonaislääkityksen arvioinnista on saatu hyviä kokemuksia.

Rauhoittavien lääkkeiden käytössä pitää olla hyvin pidättyväinen. Kemiallinen sitominen hoitohenkilökunnan vähäisyyden korvaamiseksi ei ole hyväksyttävää.

2.11 Kuntoutusta kohdennetusti ja intensiivisesti

Useimpien vakavien sairauksien yhteydessä tarvitaan kuntoutusta. Paras näyttö on kuntoutuksesta on lonkkamurtumien, aivoverenkierron häiriöiden ja muistisairauksien hoidossa. Vuodepotilaalta häviää 5% lihasvoimista vuorokaudessa. Fyysinen ja psykososiaalinen kuntoutus on aloitettava välittömästi hoidon rinnalla. Kuntoutuksen puuttuminen voi johtaa ennen aikaiseen laitoshoidon. Myös laitoshoidossa oleville pitää antaa mahdollisuus liikuntaan ja ulkoiluun. Rintamaveteraanien ja sotainvalidien hoitoon käytetyt osaavat kuntoutuspalvelut kannattaa siirtää geriatrisen kuntoutuksen voimavaraksi.

2.12 Pitkäaikaissairaana potilaan kuolema

Ihmisen oma tahto pitää ottaa huomioon myös kuoleman kohtaamisessa. Vanhainkodeissa ja tehostetussa palveluasumisessa pitää olla tietotaito pitkäaikaissairaana saattohoitoon, jotta vältetään tarpeettomat siirrot toiseen hoitopaikkaan. Päivystyspoliklinikka ei ole saattohoidon paikka.

Muistisairaudesta tai muusta etenevästä pitkäaikaisesta sairaudesta kärsivällä pitää olla etukäteinen suunnitelma loppuvaiheen hoidosta. Kirjallinen hoitotahto tehdään yhteistyössä potilaan, omaisten, mahdollisen edunvalvojan, lääkärin ja hoitajien kanssa. Erityisesti syöpäpotilaiden saattohoidosta kotona kotisairaalan tuella on hyviä kokemuksia.

Pitkällä edenneestä muistisairaudesta kärsivien potilaiden kohdalla on vaara ylihoitamisesta sellaisissa tilanteissa, joissa saattohoito olisi oikea ratkaisu.

Kysymys 3: Mihin geriatria tarvietaan?

- Sekä perusterveydenhuoltoon että erikoissairaanhoidoon tarvitaan lisää geriatrian erikoislääkäreitä.
- Erikoissairaanhoidoon tulee perustaa alueellisesti toimivia geriatria yksiköitä.
- Geriatria ja gerontologian osaamista tulee sisällyttää kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden koulutukseen.
- Moniammatillinen laaja-alainen geriatrinen arviointi (Comprehensive geriatric assessment) on otettava osaksi tavanomaisia hoitokäytäntöjä.

3.1 Mitä vanhan ihmisen hoidon osaaminen tällä hetkellä on?

Geriatrinen on itsenäinen lääketieteen erikoisala, jonka piiriin kuuluvat sekä kotona asuvien, että sairaala- ja pitkäaikaishoidossa olevien vanhusten terveyteen liittyvät ongelmat, niin akuutit, krooniset kuin kuntoutusongelmatkin. Gerontologia on oppi vanhenemisesta, joka yhdessä geriatrian kanssa muodostaa vanhusten huollon perustan. Yksi sen osa-alue on sosiaaligerontologia, joka on ikääntymisen ja ikääntyvän yhteiskunnan käsitteellistämistä, teoretisointia ja tutkimusta.

Geriatrisesta ja gerontologisesta näkemyksestä ja osaamisesta on hyötyä vanhusten terveydenhuollon kehittämisessä ja edistämiseksi, toimintakyvyn palauttamiseksi ja ylläpidossa sekä palliatiivisessa hoidossa. Lääketieteen menetelmistä kehittyessä vanhusten hoito on muuttunut yhä monimutkaisempaan suuntaan. Uudet menetelmät ja lääkkeet mahdollistavat yhä huonokuntoisempien potilaiden hoidon. Ei ole selvää, että kaikki potilasryhmät hyötyvät tästä edistyksistä.

Nykyiset lääketieteen koulutusohjelmat (perus- ja erikoislääkärikoulutus) eivät sisällä riittävästi geriatria koulutusta. Vanhuusiän psykiatria (geropsykiatria) on jäänyt kehittymättä samalla kun eräiden psykiatristen ja neurologisten sairauksien määrä kasvaa ja vaikuttaa heikentävästi vanhusten elämänlaatuun.

Terveyden- ja sosiaalihuollon peruskoulutuksessa geriatrian ja gerontologian koulutus on vaihtelevaa ja sisällöllisesti ja määrällisesti riittämätöntä. Lisäksi sosiaaligerontologian opetus puuttuu vanhustenhuollon koulutuksesta.

Geriatrinen arviointimenetelmä CGA (Comprehensive geriatric assessment) on kehitetty vanhan ihmisen toimintakykyä uhkaavien riskien tunnistamiseen, mutta sitä ei käytetä systemaattisesti. CGA on moniulotteinen, moniammatillinen diagnostinen selvittely, jossa perinteisen lääketieteellisen diagnostiikan ohella tutkitaan potilaan psyykinen, sosiaalinen ja fyysinen toimintakyky. Se ottaa huomioon ympäristön merkityksen vanhan ihmisen selviytymisen tukemisessa. Sen käytön hyödyistä on tutkimuksissa vahva näyttö.

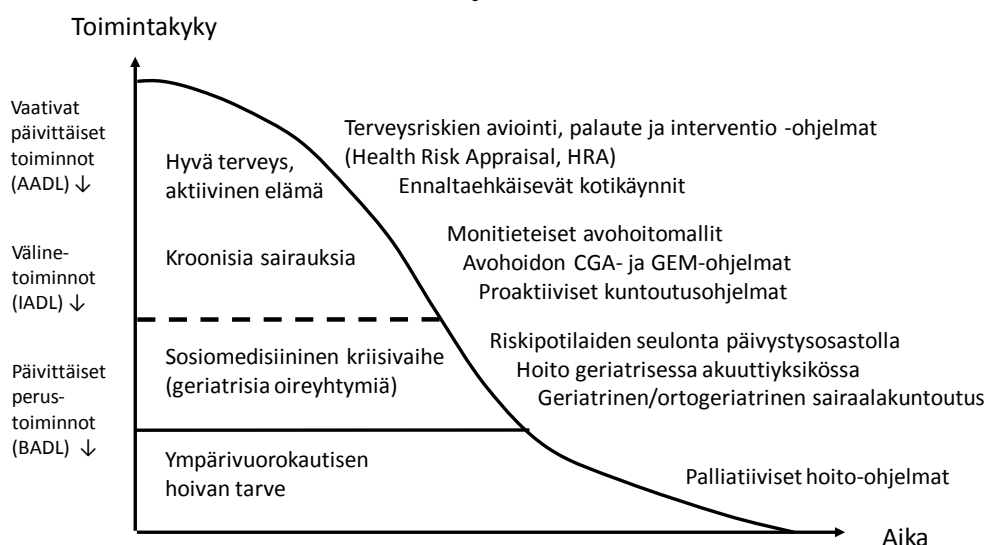
Geriatrinen sijoittuminen eri organisaatioihin on sattumanvaraista. Moniammatillisten gerontologisten tiimien kokoonpano ja toiminta ovat epäyhtenäisiä. Vanhuusiän erityisongelmien hoitopolut vaihtelevat alueellisesti.

3.2 Mihin geriatria ja gerontologian osaamista tarvitaan?

Geriatrinen tavoitteena on varmistaa, että jokainen iäkäs ihminen saa korkealaatuista, yksilöllistä ja potilaskeskeistä terveydenhoitoa sekä laajentaa alan tietopohjaa.

Geriatristen toimintamallien jatkumoa suhteessa vanhuksen toimintakyvyn muutokseen kuvataan alla (Kuvio 3).

Vaikuttaviksi todettujen geriatrinen toimintamallien jatkumo



CGA ja GEM = geriatrinen kokonaisvaltainen arviointi

(Mukailtu Fried & Hall 2008 kuvan pohjalta, toiminnot Stuck & Iliffe 2011 mukaisesti)

Kuvio 3. Geriatrinen toimintamallien jatkumo suhteessa vanhuksen toimintakyvyn muutokseen

Väestörakenteen muutos edellyttää geriatrian ja gerontologian periaatteiden kytkeä kansanterveystyöhön. Kansanterveystyön ammattilaisten ja tutkijoiden perus- ja jatkokoulutukseen pitää sisällyttää geriatriaa ja gerontologiaa.

Kaikille vanhoille ihmisille ei ole mahdollista tarjota omaa geriatrian erikoislääkäriä. Geriatrin hoito tulee kohdentaa niille, jotka hyötyvät siitä eniten. Geriatreja tarvitaan erityisesti iäkkään, monisairaana, toimintakyvyltään heikentyneen ihmisen monipuoliseen arviointiin, hoitosuunnitelman tekemiseen sekä hoidon ja hoivan vaikuttavuuden arviointiin. Tämän vuoksi geriatrian erikoislääkäreitä tulee palkata terveydenhuoltoon riittävästi. Lisäksi tarvitaan geriatreja palvelujärjestelmien johtoon, tutkimukseen ja koulutukseen. Lääketieteellisiin tiedekuntiin tulee kuulua geriatrian professori (ja muita kliinisiä opettajia), joka johtaa geriatrista perus- ja jatkokoulutusta sekä tutkimusta.

Kaikilla terveydenhuollon ja sosiaalihuollon aloilla kuten hoitotyössä, sosiaalityössä, fysioterapiassa, toimintaterapiassa, psykologiassa ja kansanterveystyössä tarvitaan geriatriaan ja gerontologiaan erikoistuneita ammattilaisia.

Erikoissairaanhoidossa tarvitaan geriatrisia yksiköitä erityisesti hauraiden ja monisairaiden vanhojen ihmisten hoitoon. Yksiköt verkostoituvat ja tekevät yhteistyötä eri palvelujärjestelmän tasojen kanssa. Yksikön tehtävänä on myös alan kehittäminen, koulutus ja tutkimus. Perusterveydenhuollossa tarvitaan geriatrista osaamista yksikköön mukaan joko omana toimintana tai alueellisena yhteistoimintana vastaamaan akuutteihin hoidon tarpeen arviointeihin ja erityisryhmien hoitoon. On tarkoituksenmukaista tehdä alueellista yhteistyötä asiantuntijoiden kesken. Perusterveydenhuollon toimintaa tulee vahvistaa ja toimintamalleja kehittää ”terveyshyötymallien” mukaisesti.

3.3 Miten parannetaan geriatrista ja gerontologista osaamista?

Lääkärikunnan geriatrista osaamis pohjaa tulee vahvistaa. Lähes kaikki lääkärit, spesialiteetista riippumatta, tulevat hoitamaan yhä enemmän iäkkäitä potilaita.

Lääketieteellisen koulutuksen tulee valmentaa lääkärit tähän tulevaisuuteen peruskoulutuksesta alkaen. Geriatrian opetusta tulee lisätä kaikkien erikoisalojen erikoistumiskoulutukseen.

Geriatrian erikoislääkäreiden koulutusohjelmien sisältöä tulee monipuolistaa esimerkiksi lisäämällä sosiaaligerontologiaa koulutusohjelmiin. Geropsykiatrian kehittäminen ja koulutuksen lisääminen auttaa tulevaisuudessa hoitamaan vanhusväestön mielenterveysongelmia. Vanhuspsykiatriasta tulee muodostaa lääketieteen erikoisala.

Vaikka geriatrian erikoislääkäreiden määrä lähes kaksinkertaistuu seuraavien kymmenen vuoden aikana, tarvitaan lisää geriatria kouluttautuvia. Geriatrien tarpeeseen vaikuttavat vanhusten hoidon järjestelyt, priorisointi terveydenhuollossa ja sairaanhoidossa sekä eläkkeelle siirtyminen. Geriatrien sijoittumista alueellisesti kattavasti tulee edistää perustamalla erikoislääkärin virkoja sekä erikoissairaanhoitoon että perusterveydenhuoltoon.

Muiden sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijäryhmien peruskoulutukseen tulee kuulua riittävästi gerontologiaa ja geriatria. Vanhustyön opettajien pätevyysvaatimuksiin tulee sisältyä käytännön työskentelyä vanhusten parissa.

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon henkilökunnan tulee kyetä tunnistamaan yksinkertaisin ja yhtenäisin arviointimenetelmin vanhukset, joiden toimintakyky on uhattuna tai joilla on monisairauteen liittyviä ongelmia. Tämä tunnistaminen on erityisen tärkeää toimintakyvyn äkillisen heikkenemisen, tapaturmien ja päivystysvastaanottokäyntien yhteydessä. Monisairaavat ja hauraat vanhat ihmiset tulee tarvittaessa ohjata geriatrian yksikön tiimin perusteelliseen moniammatillista ja laaja-alaiseen arvioon. Erikoissairaanhoidossa lonkkamurtumapotilaat, syöpää sairastavat, ja muut potilaat, joille suunnitellaan raskaita hoitoja ohjataan tällaiseen arvioon. Arvion perusteella tehdään tutkimus- ja hoitosuunnitelma, jonka toteutumista arvioidaan säännöllisesti.

Alueellisia geriatrian osaamiskeskuksia tulee perustaa parantamaan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyötä. Vanhojen potilaiden hoidossa kannattaa usein soveltaa ongelma- ja oirekohtaisia alueellisia palvelupolkuja, joiden laatimisesta osaamiskeskuksat vastaavat. Näissä käytetään soveltuvin osin hyväksi ” Käypä hoito ” – suosituksia.

Yhteisesti sovittujen toimintatapojen toteuttamista seurataan alueellisesti. Seurannassa käytetään hyväksi valtakunnallisesti yhtenäisiä mittareita kuten toiminta-, laatu-, saatavuus- ja asiakastyytyväisyysmittareita. Toimintojen yhteensovittaminen edellyttää sitoutumista ja vahvaa johtamista.

Kysymys 4: Miten edetä kohti parempaa vanhuutta?

- Vanhojen ihmisten syrjintä on lainvastaista ja siitä pitää päästä eroon
- Perusteettomista ikärajoista vanhojen täyteen osallisuuteen ja kansalaisuuteen
- Ikäsegregaatiosta ikäintegraatioon siirtyminen on vanhenevan yhteiskunnan sosiaalisen kestävyys ehto
- Tarvitaan kansallinen tutkimusohjelma ja tutkijakoulu

4.1 Suhtautumisen täyskäännös - Ihminen on täysivaltainen yksilö kaikenikäisenä

Jokaisella ihmisellä ikään tai muihin taustatekijöihin katsomatta on jakamaton oikeus syrjimättömyyteen, oikeudenmukaiseen ja tasapuoliseen kohteluun sekä tarvitsemaansa hoivaan ja huolenpitoon. Nämä ihmis- ja perusoikeudet taataan sekä kansainvälisissä ja eurooppalaisissa sopimuksissa että Suomen perustuslaissa. Yksilön oikeudet, esimerkiksi oikeus hoitoon, eivät perusoikeusnäkökulmasta voi olla riippuvaisia taloudellisista tekijöistä ja hoitojärjestelmän määrärahoista. Käytännössä toimitaan usein toisin.

Vanhanakin ihminen on täysivaltainen aikuinen ja hänellä on oikeus tulla kohdelluksi sellaisena. Tämä itsemääräämisoikeus tarkoittaa myös oikeutta tehdä vääriä valintoja. Itsemääräämisoikeutta voidaan rajoittaa vain laissa säädetyin erityisin keinoin.

Erityisesti palvelujärjestelmä näkee vanhan ihmisen usein pelkästään avuntarvitsijana ja tautitapauksena eikä kokonaisena ihmisenä ja ainutkertaisena elämäkerrallisena yksilönä. Myös palveluiden piirissä on kaikenikäisillä oikeus saada kunnioittavaa kohtelua ja päättää omista asioistaan sekä tulla kuulluksi, ymmärretyksi ja hyväksytyksi.

Tasa-arvo ei tarkoita, että kaikkia kohdellaan samalla tavalla. Kansainvälisten sopimusten ja lainsäädännön mukaan se tarkoittaa myös, että suhteellisesti heikommassa asemassa olevaa autetaan ja tuetaan enemmän, sekä lainsäädännöllisesti, taloudellisesti että palveluilla niin, että hänen asemansa paranee muihin nähden tasa-arvoiseksi tai ainakin tasa-arvoisemmaksi. Tämä tarkoittaa vanhenevien ihmisten oikeutta aktiiviseen ikääntymiseen ja fyysiseen, psyykkiseen, kognitiiviseen ja sosiaaliseen pärjäämisen tukemiseen.

Vanhat ihmiset saavat tarpeisiinsa nähden vähemmän ja huonompia palveluita kuin nuoremmat ikäryhmät. Ikäsyrjintää ei usein havaita. Itsemääräämisoikeuden riisto ja ylilääkitseminen laitoshoidossa, tai tarpeellisten ja tehokkaiden hoitojen epäminen eivät ole harvinaisia. Syrjintä on lainvastaista, oli se sitten tahallista tai tietämättömyydestä johtuvaa. Syrjintä on usein myös moninkertaista. Esimerkiksi naiset elävät pidempään, mutta ovat raihnaisempia ja pienituloisempia, asuvat useammin yksin, ja ovat useammin laitoshoidossa. Eriarvoisuus tuon tunnistettava ja yhdenvertaisuutta edistettävä sekä eri ikäryhmien että iäkkäiden ihmisten eri ryhmien kesken.

Ikäsyrjintä on myös sitä, että vanhojen ihmisten vaikutusmahdollisuudet julkisista ja yksityisistä palveluista, tuotteista ja rakenteista päätettäessä ovat heikommalla. Monet etenkin kaupalliset tutkimukset ja mielipidekyselyt kohdistetaan vain alle 74-vuotiaille. Useissa edustuksellisissa elimissä, tärkeimpänä eduskunnassa, eläkeikäisiä on huomattavasti vähemmän kuin heidän väestöosuutensa edellyttäisi. Julkisessa puheessa on usein avointa ikäsyrjintää.

Vanhoista ihmisistä puhutaan hoitotaakkana tai eläkepommina. Ikähoivasuhde-käsitettä käytetään usein tavalla, joka sivuuttaa eri ikäryhmien todellisen työpanoksen hyvinvointi ja kansantuotteeseen. Monet vanhat ihmiset käyvät töissä, tekevät vapaaehtoistyötä ja hoitavat omaisiaan. Ikäsyrrintää tapahtuu myös näennäisesti positiivisina, mutta ennakkoluuloja vahvistavina ja esineellistävänä puhetaipoina ("vanhukset ovat niin ihania"). Mielikuvat ja puhuvat vaikuttavat suuresti siihen, mikä asema vanhuudella yhteiskunnassa on.

Vanhojen ihmisten kuuleminen ja osallisuus on taattava kaikessa vanhenevia ihmisiä itseään ja koko yhteiskuntaa koskevassa päätöksenteossa. On perustettava monipuoliset osallisuusjärjestelmät, koska yksi taho tai ihminen ei voi edustaa vanhuuden näkökulmaa.

Ehdotamme:

- Ihmisoikeuspolitiikan pitää tarkastella myös ikäperusteista syrjintää ja se on sisällytettävä valtioneuvoston ihmisoikeuspoliittiseen selontekoon. On tunnistettava yleiset tavat ja käytännöt sekä hiljainen, että moninkertainen syrjintä, jotka tosiasiallisesti asettavat vanhemmat ihmiset toissijaiseen asemaan. Selonteon pohjalta on laadittava korjaava aikataulutettu toimenpideohjelma ja seurantaraportti.
- Kansalaisjärjestöille on säädettävä juridinen oikeus ajaa vanhojen ihmisten etuja ja puuttua epäkohtiin sekä yleis- että yksittäistapauksissa. Århusin sopimuksen mukaan järjestöillä on ympäristöasioissa tällainen oikeus jo nyt.
- Sosiaali- ja terveysalalla on lisättävä koulutusta vanhojen ihmisten ihmisoikeuksista ja perusoikeuksista.. Se on myös sisällytettävä STM:n Hyvä Suomi- kurssiin.
- Perusteettomat ikäraajat tilastoinnissa ja tutkimuksissa on poistettava ja tunnustettava ihmisen täysivaltainen kansalaisuus myös eläkeiässä
- Kaikessa päätöksenteon valmistelussa on aktiivisesti osallistavan suunnittelun keinoin otettava selvää myös erilaisten vanhojen ihmisten mielipiteistä
- Jokaisella vanhalla ihmisellä tulee olla oikeus omaan vastuuhenkilöön sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tästä tulee säätää vanhuspalvelulaissa.
- Jokaisen kunnan on järjestettävä helposti saatavilla oleva palveluohjaus
- Oikeus tarpeenmukaiseen kuntoutukseen ei voi olla riippuvainen iästä tai järjestävästä organisaatiosta, kuten nyt on asia. Tarpeenmukainen kuntoutus tulee turvata kaikille ikään katsomatta.

lökkään omaisen on tukien, palvelujen että työsuhteturvan osalta lainsäädännössä rinnastettava pienen lapsen hoitoon.

4.2 Ikäerottelusta yhtäläisten mahdollisuuksien yhteiskuntaan

Ikäintegraatio tarkoittaa perusteettomien raja-aitojen poistamista ikäryhmien väliltä, tarpeettomien ikäluokittelujen torjumista ja sitä, ettei ikää kaavamaisesti pidetä tärkeimpänä ihmistä kuvaavana määreenä. Se tarkoittaa eri ikäryhmien kanssakäymisen edistämistä ja yhtäläisten mahdollisuuksien yhteiskuntaa. Tutkijat ovat yksimielisiä siitä, että ikäintegraatio on ikääntyvän yhteiskunnan sosiaalisen kestävyuden ehto. Ikäintegraatio on myös edellytys sille, että yhteiskunta on hyväksi vanhoille ihmisille ja, että heidän voimavarat tulevat käyttöön yhteiseksi hyväksi.

Ikäintegraatio tarkoittaa myös sukupolvisopimuksen vahvistamista. Siihen kuuluvat sukupolvien kanssakäyminen, isovanhemmuus, vapaaehtoistoiminta ja kokemusperäisen osaamisen hyväksikäyttö. Elämänkulun näkökulman vahvistaminen

auttaa ikäintegraation toteutumista. Vanhat ihmiset eivät ole muista ihmisistä erillinen yhtenäinen ihmisryhmä. Vanhuusikä on kaikille yhteinen elämänvaihe, jota eri ihmiset elävät eri aikana ja eri tavoin.

Aktiivinen ja itsenäinen elämä vanhuusiässä vaatii yhteiskunnallisen infrastruktuurin uudistamista. Koko yhteiskunta on rakennettava aktiivista ikääntymistä suosivaksi. Kyse on niin kaavoituksesta, julkisesta liikenteestä, kulttuuripalveluista kuin kaupallisista palveluista pankkiautomaateista kaupan kassoihin, tuotteisiin ja takseihin. On tuettava erilaisten asumisratkaisujen, kuten asuinyhteisöjen, ryhmäasumisen ja monen sukupolven talojen syntymistä. . Asuntojen on oltava nykyistä paremmin muunneltavissa. Suunnittelussa on oltava mukana alusta lähtien eri ikäiset käyttäjät, myös hyvin vanhat naiset ja miehet. Näin luodaan kaikille parempia ja helppokäyttöisempiä palveluita ja ympäristöjä.

Teknologisten ratkaisujen on lähdettävä käyttäjien tarpeesta ja edellytyksistä. Teknologiaa ei pidä ”tyhmentää” senioripalveluiksi vaan suunnitella alusta pitäen palvelut ja teknologia huippuinnovaatioita hyväksikäyttäen erilaisten ja eri-ikäisten ihmisten kanssa käyttäjiään mahdollisimman hyvin palveleviksi.

Ikäystävälliset ympäristöt sisältävät fiksun saavutettavuuden, liikuntaa tukevan suunnittelun, toimintakykyä tukevat palvelut ja ratkaisut, omatoimisuuteen tukemisen ja innovaatioiden nopean käyttöönoton. Ikäystävällisissä ympäristöissä eri ikäpolvilla on luontevia mahdollisuuksia kohdata toisiaan.

Vanhusikää koskevan tutkimuksen tieteellinen ja yhteiskunnallinen painoarvo kasvaa. Tieteellistä tietoa tarvitaan lisää ja sitä on nykyistä paremmin käytettävä päätöksenteossa ja toimintakäytäntöjen tapojen muuttamisessa. On käynnistettävä ikääntymisen monitieteellinen tutkimusohjelma ja kansallinen verkostomainen tutkijakoulu.