

*Geriatrisen hoidon ja
vanhustyön kehittäminen*

Selvityshenkilön raportti

Sirkka-Liisa Kivelä

Geriatrisen hoidon ja
vanhustyön kehittäminen

Selvityshenkilön raportti



KUVAILULEHTI

Julkaisija Sosiaali- ja terveysministeriö		Julkaisun päivämäärä 31.5.2006	
Tekijät (toimielimestä: toimielimen nimi, puheenjohtaja sihteeri) Professori Sirkka-Liisa Kivelä		Julkaisun laji Selvitys	
		Toimeksiantaja Sosiaali- ja terveysministeriö	
		Toimielimen asettamispäivä STM023:00/2006, 3.3.2006	
Julkaisun nimi (myös ruotsinkielinen) Geriatrisen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Selvityshenkilön raportti			
Tiivistelmä Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 7.2.2006 professori Sirkka-Liisa Kivelän laatimaan ehdotukset toimenpiteistä, joiden avulla geriatrasta hoitoa ja vanhustyötä voidaan laadullisesti kehittää vastaamaan uusinta tutkimustietoa. Tehtävät täsmennettiin seuraaviksi: 1. Laatia ehdotukset perus- ja täydennyskoulutuksen toimenpiteistä, joiden avulla sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön osaaminen voidaan turvata; 2. Tehdä ehdotukset siitä, miten vanhusten lääkehaittoja voidaan ehkäistä ja lääkehoitoja ja lääkkeitömiä hoitoja voidaan kehittää; 3. Laatia ehdotukset siitä, miten vanhusten masennustiloja voidaan ehkäistä ja hoitaa. Selvityshenkilön ja sihteerin työajaksi määriteltiin kaksi kuukautta, ja selvitystyön tuli olla valmiina 31.5.2006. Selvityshenkilön tueksi asetettiin taustaryhmä. Selvityshenkilö ehdottaa kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijäryhmien peruskoulutusohjelmien kehittämistä siten, että niihin kuuluu riittävästi normaalia vanhenemista, geriatrasta preventiota, vanhusten hoitoa ja kuntoutusta sekä vanhusten lääkehoitoja käsitteleviä opintoja. Lääkehoitojen opintojen määrän lisäämistä hoitotyön koulutusohjelmissa ehdotetaan. Vanhuspsykiatriasta tulee muodostaa lääketieteen erikoisala. Geriatrian ja vanhuspsykiatrian erikoislääkärinkoulutusta sekä geronomien koulutusta tulee määrällisesti lisätä. Tulee käynnistää etenkin yleislääketieteen erikoislääkäreille suunnattu geriatrian ja vanhustenhoidon lisäkoulutusohjelma ja terveys- ja sosiaalialoille yhteinen vanhustyön ylempään ammattikorkeakoulututkintoon johtava koulutusohjelma. Lähihoitajien vanhustyön koulutusohjelman kiinnostusta nuorten parissa tulee lisätä. Geriatriset arviointi- ja kuntoutusosastot sekä vanhuspsykiatriset osastot avopalveluineen tulee olla kaikissa sairaanhoitopiireissä sekä kaupunkien perusterveydenhuollossa. Vanhusten hoidon teoreettiseen täydennyskoulutukseen ja moniammatillisiin vanhusten hoidon kehittämisprojekteihin tulee panostaa. Lääkäreille ja hoitotyöntekijöille tulee käynnistää omat, erilliset farmakologian ja lääkehoidon täydennyskoulutusohjelmat. Tulee käynnistää valtakunnallinen, moniammatillinen vanhusten lääkehaittojen ehkäisyprojekti, jonka yhteydessä kehitetään hyviä lääkehoitoja ja lääkkeitömiä hoitoja. Keskeisiä kehittämissaiheita ovat unihäiriöiden, masennustilojen, kivun ja dementiaiden hoito sekä kaatumistapaturmien ehkäisy. ATK-ohjelmia mm. vanhusten lääkehaittojen kokonaisarviointeihin tulee tehdä, kaikkiin yliopistollisiin keskussairaaloihin tulee perustaa kliinisen farmakologian yksiköt, geriatrisia hoitosuosituksia tulee laatia ja ” Käypä hoito ” – suosituksissa tulee selkeästi esittää vanhusten hoitoja koskevia suosituksia. Asiantuntijoiden työseminaarien avulla tulee pyrkiä kartoittamaan mahdollisesti yleistäviä lääkehaittoja. Selvityshenkilö suosittelee apteekkien lääkejakelun ja apteekkien neuvonnan laajentamista. Masennustilojen ehkäisyn ja hoidon kehittämiseksi selvityshenkilö ehdottaa valtakunnallista masennustilojen ehkäisyn ja hoidon kehittämishanketta, joka organisoidaan keskussairaalapireittain kaikkiin hoitoyksiköihin ja palveluihin. Selvityshenkilö esittää myös vanhustenhoitolain ja -asetuksen säätämistä ja vanhusasiamiehen ja hänen toimistonsa perustamista.			
Avainsanat (asiasanat): Geriatria, vanhuspsykiatria, vanhustenhoito, vanhustyö			
Muut tiedot www.stm.fi			
Sarjan nimi ja numero Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:30		ISSN 1236-2115	ISBN 952-00-2068-3 (nid.) 952-00-2069-1 (PDF)
Kokonaissivumäärä 123	Kieli Suomi	Hinta 17,28 €	Luottamuksellisuus Julkinen
Jakaja Yliopistopaino Kustannus PL 4 (Vuorikatu 3 A) 00014 HELSINGIN YLIOPISTO Puhelin (09) 7010 2363 books@yliopistopaino.fi www.yliopistopaino.fi/kirjamyynti		Kustantaja Sosiaali- ja terveysministeriö	

PRESENTATIONSBLAD

Utgivare Social- och hälsovårdsministeriet, Finland		Utgivningsdatum 31.5.2006	
Författare (uppgifter om organet: namn, ordförande, sekreterare) Professor Sirkka-Liisa Kivelä		Typ av publikation Rapport	
		Uppdragsgivare Social- och hälsovårdsministeriet	
		Datum för tillsättande av organet SHM023:00/2006, 3.3.2006	
Publikation Utvecklande av geriatrisk vård och äldreomsorg. Utredarens rapport			
Referat <p>Social- och hälsovårdsministeriet tillsatte 7.2.2006 professor Sirkka-Liisa Kivelä för att utarbeta förslag till åtgärder genom vilka man kan utveckla kvaliteten av den geriatriska vården och äldreomsorgen för att motsvara de senaste forskningsrönen. Uppgifterna preciserades enligt följande: 1. Utarbeta förslag till åtgärder för grundutbildning och fortbildning genom vilka social- och hälsovårdspersonalens kunskaper kan säkerställas; 2. Lämna förslag på hur läkemedelsbiverkningar hos äldre personer kan förebyggas samt hur läkemedelsbehandlingar och läkemedelsfria behandlingar kan utvecklas; 3. Utarbeta förslag till hur depressioner hos äldre personer kan förebyggas och behandlas. Arbetstiden för utredaren och sekreteraren fastställdes till två månader och utredningsarbetet skulle vara klart 31.5.2006. En bakgrundsgrupp tillsattes till stöd för utredaren.</p> <p>Utredaren föreslår att man för samtliga arbetstagargrupper inom social- och hälsovården utvecklar grundutbildningsprogrammen på så sätt att dessa innehåller tillräckligt omfattande studier i åldrande, geriatrisk prevention, äldreomsorg och rehabilitering samt läkemedelsbehandling av äldre. En ökning av mängden studier i läkemedelsbehandling i utbildningsprogrammet för äldreomsorg föreslås. Äldrepsykiatri skall utgöra en medicinsk specialitet. Specialläkarutbildningen inom geriatrik och äldrepsykiatri samt utbildningen av geronomer skall ökas kvantitativt. Framför allt skall man inleda ett tilläggsutbildningsprogram i geriatrik och äldreomsorg som riktar sig till specialläkare i allmänmedicin, och ett utbildningsprogram gemensamt för samtliga hälso- och socialområden som leder till högre yrkeshögskoleexamen inom äldreomsorgen. Man skall öka intresset bland unga för utbildningsprogrammet för äldreomsorg för närvårdare. Det skall finnas geriatriska avdelningar för bedömning och rehabilitering samt äldrepsykiatriska avdelningar med öppenvårdstjänster inom alla sjukvårdsdistrikt och städernas primärvård. Man skall satsa på teoretisk fortbildning och yrkesövergripande utvecklingsprojekt inom äldreomsorgen.</p> <p>För läkare och vårdarbetare skall egna, särskilda fortbildningsprogram i farmakologi och läkemedelsbehandling inledas. Ett nationellt, yrkesövergripande projekt för förebyggande av läkemedelsbiverkningar hos äldre skall inledas och i anslutning till detta skall goda läkemedelsbehandlingar och läkemedelsfria behandlingar utvecklas. Centrala utvecklingsområden är behandlingen av sömnstörningar, depressioner, smärta och demens och förebyggande av fallolyckor. ADB-program bl.a. för en totalbedömning av äldres läkemedelsbehandlingar skall utvecklas, vid samtliga universitetscentralsjukhus skall enheter för klinisk farmakologi inrättas, geriatriska vårdrekommendationer skall utarbetas och i rekommendationer för "God medicinsk praxis" skall man tydligt framföra rekommendationer för behandling av äldre. Genom sakkunnigas arbetsseminarier skall man eftersträva att kartlägga läkemedelsbiverkningar som eventuellt kommer att bli vanligare. Utredaren rekommenderar att apotekens läkemedelsdistribution och apotekens rådgivning utvidgas.</p> <p>För att utveckla förebyggande och behandling av depressioner föreslår utredaren ett nationellt utvecklingsprojekt för förebyggande och behandling av depressioner som organiseras inom varje centralsjukhusdistrikt för samtliga vårdenheter och tjänster.</p> <p>Utredaren föreslår också att man stiftar en lag och en förordning om äldreomsorg och inrättar en äldreombudsman med byrå.</p>			
Nyckelord Geriatrik, äldrepsykiatri, äldreomsorg			
Övriga uppgifter www.stm.fi/svenska			
Seriens namn och nummer Social- och hälsovårdsministeriets rapporter 2006:30		ISSN 1236-2115	ISBN 952-00-2068-3 (inh.) 952-00-2069-1 (PDF)
Sidoantal 123	Språk Finska	Pris 17,28 €	Sekretessgrad Offentlig
Distribution/Försäljning Helsingfors Universitetsförlaget PB 4 (Berggatan 3 A) FI-00014 HELSINGFORS UNIVERSITET Tfn (09) 7010 2363 books@yliopistopaino.fi , www.yliopistopaino.fi/kirjamyynti		Förlag Social- och hälsovårdsministeriet	

DOCUMENTATION PAGE

Publisher Ministry of Social Affairs and Health, Finland		Date 31 May 2006	
Authors Professor Sirkka-Liisa Kivelä		Type of publication Report	
		Commissioned by Ministry of Social Affairs and Health	
		Date of appointing the organ 3 March 2006	
Title of publication Development of geriatric care and elderly care. Report by Rapporteur ad int			
Summary <p>The Ministry of Social Affairs and Health appointed on 7 February 2006 Professor Sirkka-Liisa Kivelä as Rapporteur ad int. with the task of preparing proposals for developing the quality of geriatric care and elderly care taking account of the most recent research-based information. The tasks were specified as follows: 1) draw up proposals for measures to develop basic and continuing education by means of which the skills of social and health care personnel can be secured; 2) draw up proposals for how the harmful effects of medicines in old people can be prevented and medicinal and non-medicinal treatments can be developed; 3) put forward proposals for how depression in older people can be prevented and treated. As the term of reference for the Rapporteur and her secretary was determined two months, and the report was due on 31 May 2006. A team was set up to assist the Rapporteur.</p> <p>The Rapporteur proposes that the basic degree programmes for all groups of social and health care employees should be developed so as to include an adequate amount of studies in normal ageing, geriatric prevention, care and rehabilitation, and pharmacotherapy of older people. The studies in pharmacotherapy should also be increased in nursing degree programmes. Geriatric psychiatry should be made a medical specialty. The training of specialists in geriatrics and geriatric psychiatry and of geronomes should be increased in volume. An additional degree programme in geriatrics and elderly care should be started in particular for general practitioners, as well as a joint degree programme in elderly care for health and social sectors that will form a part of the studies for a higher polytechnic degree. The interest in the degree programme in elderly care for practical nurses for social and health care should be promoted among young people. All the hospital districts and the primary health care of cities should have geriatric evaluation and rehabilitation departments and departments for geriatric psychiatry with outpatient services. More focus should be placed on theoretical extension studies in elderly care and multiprofessional development projects for elderly care.</p> <p>Separate continuing education degree programmes in pharmacology and pharmacotherapy should be started for physicians and nursing staff. A nation-wide, multiprofessional project to prevent the harmful effects of medicinal treatment in older people should be started, and in that context good medicinal and non-medicinal treatments should be developed. The most important things should be to treat sleep disorders, depression, pain and dementia, and to prevent falling injuries. Furthermore, ADP programmes should be made for, for example, total assessments of medicinal treatments, clinical pharmacology units should be established in all university central hospitals, geriatric care recommendations should be prepared, and the 'Current care' recommendations should include specific recommendations regarding the care of older people. The harmful effects of medicines, which are possibly on the increase, should be charted by organising working seminars for specialists. Furthermore, the Rapporteur recommends expansion of the pharmacies' medicine distribution and the guidance given by pharmacies.</p> <p>With a view to the prevention and treatment of depression the Rapporteur proposes a national development project, which would be organised according to central hospital district in all care units and services. The Rapporteur also suggests issuing an act and decree on elderly care and establishment of a post and office of ombudsman for older people.</p>			
Key words elderly care, geriatric psychiatry, geriatrics			
Other information www.stm.fi			
Title and number of series Reports of the Ministry of Social Affairs and Health 2006:30		ISSN 1236-2115	ISBN 952-00-2068-3 (print) 952-00-2069-1 (PDF)
Number of pages 123	Language Finnish	Price 17,28 €	Publicity Public
Distributor/Orders Helsinki University Press POB 4 (Vuorikatu 3 A) 00014 UNIVERSITY OF HELSINKI Tel. +358 9 7010 2363 books@yliopistopaino.fi		Financier Ministry of Social Affairs and Health	

Sosiaali- ja terveysministeriölle

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 7.2.2006 selvityshenkilön laatimaan ehdotukset niistä toimenpiteistä, joiden avulla geriatriasta hoitoa ja vanhustyötä voidaan laadullisesti kehittää vastaamaan uusinta tutkimustietoa. Selvityshenkilöksi nimettiin LKT, yleislääketieteen professori, ylilääkäri Sirkka-Liisa Kivelä Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan yleislääketieteen oppiaineesta. Toimeksianto liittyi hallitusohjelman sosiaali- ja terveyspoliittisiin linjauksiin, joihin kuuluu mm. geriatrian osaamisen edistäminen perusterveydenhuollossa.

Professori Sirkka-Liisa Kivelän tuli selvityksessään laatia ehdotukset niistä toimenpiteistä, joiden avulla voidaan kehittää ikäihmisten parissa työskentelevän henkilöstön osaamista sekä geriatriasta hoitoa ja vanhustyötä. Erityisesti tuli arvioida toimenpiteet, mukaan lukien lainsäädäntötoimenpiteet, joiden avulla kehitetään niiden ikäihmisten palveluja, joilla esiintyy masennustiloja tai lääkehaittoja. Tarkastelun tuli hoidon lisäksi kohdistua geriatriseen preventioon, ja siinä tuli ottaa huomioon ikääntyneiden koti- ja laitoshoido.

Selvityshenkilön tehtävät täsmennettiin seuraaviksi: 1. Laatia ehdotukset niistä perus- ja täydennyskoulutuksen kehittämistoimenpiteistä, joiden avulla ikäihmisten parissa työskentelevän sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön osaaminen voidaan turvata. 2. Laatia toimintamalli siitä, miten lääkehaittoja voidaan ehkäistä ja siltä pohjalta tehdä ehdotukset siitä, miten vanhusten lääkehoitoja sekä lääkkeettömiä hoitoja voidaan kehittää. 3. Laatia ehdotukset siitä, miten vanhusten masennustiloja voidaan ehkäistä ja hoitaa sosiaali- ja terveyspalveluiden avulla. Tehtävien rajauksessa tuotiin esille se, että henkilöstön osaamista tulisi tarkastella lääkäreiden, hoitohenkilöstön ja sosiaalityöntekijöiden näkökulmasta ottaen erityisesti huomioon geriatriit, geronomit ja lähihoitajat. Selvityksessä ja ehdotuksissa tuli kiinnittää huomiota erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon, sosiaalihuollon ja järjestöjen yhteistyöhön ja yhteistyömahdollisuuksiin. Lisäksi tuli laatia muut tarpeelliset ehdotukset geriatrisen hoidon ja vanhustyön parantamiseksi.

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti myös taustaryhmän, jonka tehtävänä oli toimia tiedonvälitys- ja keskusteluforumina ja ohjata selvityksen tekemistä. Taustaryhmän puheenjohtajana toimi neuvotteleva virkamies Viveca Arrhenius sosiaali- ja terveysministeriöstä. Muut taustaryhmän jäsenet olivat johtaja Rolf Eriksson Kuntaliitosta, terveyspalvelujohtaja Tuula Heinänen Espoon kaupungista, tutkimusprofessori Timo Klaukka Kansaneläkelaitokselta, professori Raimo Sulkava Kuopion yliopistosta, koulutusohjelmapäällikkö Aila Vallejo-Medina Seinäjoen ammattikorkeakoulusta, kehittämispäällikkö Päivi Voutilainen Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksesta sekä lääkintöneuvos Erna Snellman sosiaali- ja terveysministeriöstä. Taustaryhmän teknisenä sihteerinä toimi Selena Nitecki Turun yliopistosta.

Professori Sirkka-Liisa Kivelän tuli saada selvityksensä valmiiksi 31.5.2006 mennessä. Sihteerinä toimi toimistosihteerä Selena Nitecki.

Sosiaali- ja terveysministeriö määritteli selvityshenkilön ja sihteerin työajaksi kaksi kuukautta. Mitään laajaa uutta kartoitusta en kahden kuukauden aikana ole pystynyt suorittamaan. Joitakin ammattikorkeakoulun opettajia ja lähihoitajien koulutukseen osallistuvia opettajia olen haastatellut. Olen käynyt keskustelemassa opetusministeriön, Tehyn, SuPerin, Suomen Lääkäriliiton, Stakesin, Raha-automaattiyhdistys ry:n, Tekesin ja Sitran edustajien kanssa. Tilasto-, koulutusohjelma- ja muita tietoja on sihteerini Selena Nitecki hakenut minulle monien tahojen www-sivuilta. Tammikuussa 2006 pidetyn geriatrian täydennyskoulutustilaisuuden aikana olen tehnyt kyselyn kyseisen koulutukseen osallistuneille. Lisäksi olen keskustellut muutamien geriatrian, vanhuspsykiatrian, gerontologisen hoitotieteen, sosiaaligerontologian, kliinisen farmakologian, sosiaalifarmasian, farmasian, hammaslääketieteen, gerontologisen psykologian ja gerontologisen ravitsemustieteen asiantuntijoiden kanssa. Selvityksessäni olen käyttänyt myös tutkijaryhmieni tutkimusten, muiden kotimaisten tutkimusten ja kansainvälisten tutkimusten sekä kirjallisuuden kautta opettaja- ja tutkijaurani eli 28 vuoden ajan hankkimiani tieto-

ja. Tietoja olen parin viime vuosikymmenen ajan hankkinut myös keskustelemalla vanhusten hoidon ja vanhustyön työntekijöiden, lääketieteen opiskelijoiden, perusterveydenhuollon lääkäreiden ja geriatrian erikoislääkäreiden kanssa sekä seuraamalla keskusteluja vanhusten hoidosta lehdistöstä, radiosta ja televisiosta. Etenkin vanhusten hoidon työntekijöiden kanssa täydennyskoulutustilaisuuksissa 80-luvun alusta lähtien käymäni keskustelut ovat avartaneet näkemyksiäni. Vuosien aikana olen myös saanut lukemattomia kirjeitä, puhelinsoittoja ja sähköpostiviestejä iäkkäiltä ja heidän omaisiltaan. Kaikki nämä ovat kartuttaneet näkemyksiäni vanhusten hoidosta ja vanhustyöstä maassamme.

Ottaessani tämän tehtävän vastaan olen sopinut sosiaali- ja terveysministeriön asettaman tehtäväni valvojan kanssa siitä, että ehdotusten kustannusten laskeminen ei kuulu tehtävääni. Niiden tekemiseen kahden kuukauden työaika ei ole riittänyt.

Kiitän kaikkia minua selvitystyössäni tukeneita henkilöitä. Erityiset kiitokset peruspalveluministeri Liisa Hyssälälle, jonka ansiosta vanhusten hoidon ja vanhustyön tilanteeseen ja kehitystarpeisiin on nyt aiheellisesti kiinnitetty huomiota. Kiitokset myös taustaryhmälle sekä kaikille niille henkilöille, jotka joko oma-aloitteisesti ovat ottaneet minuun yhteyttä tai jotka keskustelujen kautta ovat tukeneet minua selvitystyössäni. Selena Nitecki on koonnut tietoja Internet-yhteyksien ja puhelimen välityksellä sekä kirjoittanut puhtaaksi toistuvasti stilisoimiani raportin tekstejä. Hän ansaitsee erityiskiitoksen.

Kaksi kuukautta on ollut lyhyt aika näinkin laajasti vanhusten hoitoa ja vanhustyötä kattavan selvityksen tekemiseen. Teksteissäni on päällekkäisyyttä ja samojen asioiden toistoa. Tämä osittain johtuu selvitystehtäväni kolmesta eri osa-alueesta, joiden kehittäminen ei rakennu pelkästään erilaisille toiminnoille. Kaikista puutteistaan huolimatta toivon raporttini edistävän suomalaisen geriatrisen hoidon, vanhusten hoidon ja vanhustyön kehittämistä.

Turussa 31 päivänä toukokuuta 2006

Sirkka-Liisa Kivelä
Yleislääketieteen professori, ylilääkäri

SISÄLLYSLUETTELO

MITÄ GERONTOLOGIA, GERIATRIA, VANHUSTENHOITO JA VANHUSTYÖ OVAT JA MIKSI NIITÄ TARVITAAN?	15
Käsitteet	15
Vanhusten ja vanhustenhoidon erityispiirteet	16
Moniammatillisen geriatrisen prevention, hoidon ja kuntoutuksen vaikutukset	18
IÄKKÄÄT	20
Iäkkäiden määrä	20
Iäkkäiden sairastavuus	21
Iäkkäiden toimintakyky	22
PREVENTIO, HOITO JA KUNTOUTUS	24
Perusterveydenhuollon preventiiviset ja avopalvelut iäkkäille	24
Iäkkäiden erikoissairaanhoido	24
Vanhusten pitkäaikaishoito	25
Vanhustenhoidon yleinen arviointi	26
PERUS-, JATKO- JA TÄYDENNYSKOULUTUS JA HENKILÖKUNNAN OSAAMINEN	34
Vanhenemisen, geriatrian, vanhuspsykiatrian ja farmakologian opetuksen nykytila lääkäreiden perus-, jatko- ja täydennyskoulutuksessa	34
Lääkäreiden perus-, jatko- ja täydennyskoulutuksen arviointi	40
Vanhenemisen ja geriatrisen hammaslääketieteen opetuksen nykytila hammaslääkäreiden perus-, jatko- ja täydennyskoulutuksessa	42
Hammashoidon tarve	43
Vanhustenhoidon ja lääkehoidon opetuksen nykytila ammattikorkeakouluopetuksessa	43
Ammattikorkeakouluopintojen arviointi	47
Vanhustenhoidon ja lääkehoidon opetuksen nykytila sosiaali- ja terveysalan ammatillisessa peruskoulutuksessa	49
Vanhustenhoidossa ja vanhustyössä työskentelevien hoitotyöntekijöiden ja sosiaalityöntekijöiden täydennyskoulutuksen nykytila	52
Ehdotukset vanhustenhoidon ja vanhustyön työntekijöiden osaamisen kehittämiseksi	53
LÄÄKEHAITTOJEN EHKÄISEMINEN JA LÄÄKEHOITOJEN SEKÄ LÄÄKKEETTÖMIEN HOITOJEN KEHITTÄMINEN	61
Psykenlääkkeiden, opioidien ja antikolinergien käyttö on yleistä	61
Psykenlääkkeiden päällekkäiskäyttö ja erilaisten psykenlääkkeiden samanaikainen käyttö on yleistä	63
Kaatuilut, sekavuudet, serotoniinioreyhtymät ja muut lääkkeiden haitta- ja yhteisvaikutukset ovat yleisiä	64
Miksi epäasianmukaisia vanhusten lääkehoitoja on maassamme?	65
Mitä maassamme on tehty vanhusten lääkehaittojen ehkäisemiseksi?	69
Mitä lääkkeettömät hoidot ovat?	71
Lääkkeettömien hoitojen toteuttaminen Suomessa	72
Mitkä tekijät ovat johtaneet lääkkeettömien hoitojen toteuttamisen puutteisiin?	72
Ehdotus lääkehaittojen ehkäisyn toimintamalliksi	73
Ehdotukset lääkehaittojen ehkäisyn ja lääkehoitojen sekä lääkkeettömien hoitojen kehittämiseksi	75
MASENNUSTILOJEN EHKÄISEMISEN JA HOIDON KEHITTÄMINEN	82
Mitä masennustilat ovat?	82
Näyttö masennustilojen ehkäisyn vaikutuksista	84

Näyttö masennustilojen hoidon vaikutuksista.....	85
Masennustilojen ehkäisy ja hoidon nykytila.....	87
Ehdotukset masennustilojen ehkäisy ja hoidon kehittämiseksi.....	92
EHDOTUKSET	98
1. Yleiset ehdotukset vanhusten turvallisuuden ja hoidon turvaamiseksi	99
2. Ehdotukset perus-, jatko- ja täydennyskoulutuksen kehittämistoimenpiteistä, joiden avulla ikäih- misten parissa työskentelevän sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön osaaminen voidaan turvata....	101
3. Ehdotukset lääkehaittojen ehkäisy ja lääkehoitojen sekä lääkkeettömien hoitojen kehittämiseksi iäkkäiden hoidossa.....	108
4. Ehdotukset masennustilojen ehkäisy ja hoidon kehittämiseksi.....	113
LÄHDELUETTELO.....	115

MITÄ GERONTOLOGIA, GERIATRIA, VANHUSTENHOITO JA VANHUSTYÖ OVAT JA MIKSI NIITÄ TARVITAAN?

Käsitteet

Gerontologia on tieteenala, jossa tutkitaan vanhenemista ja vanhuutta. Keskeisiä tutkimuskohteita ovat se, millä tavalla ihminen ja muut lajit muuttuvat ikääntyessään, mitkä tekijät säätelevät vanhenemista, miten näihin tekijöihin voitaisiin vaikuttaa sekä minkä tyyppisiä seurauksia vanhenemisellä on yksilölle ja yhteisölle. Gerontologista tutkimusta tehdään monilla tieteenaloilla, joista esimerkkejä ovat biologia, sosiologia, psykologia, lääketiede, hoitotiede, ravitsemustiede, kasvatustiede ja tilastotiede.

Gerontologiaan kuuluu kliinisen lääketieteen alue geriatria, jossa keskitytään iäkkäiden ihmisten sairauksien ehkäisyyn, tutkimiseen, hoitoon ja kuntoutumista edistävään toimintaan. Gerontologinen hoitotyö eli vanhustenhoitotyö taas on vastaava hoitotyön osa-alue. Psykogeriatría, geropsykiatria tai vanhuspsykiatria nimitystä käytetään psykiatrian tai geriatrian osa-alueesta, jossa keskitytään iäkkäiden ihmisten psykiatriisiin sairauksiin. Vanhustenhoito voidaan rajata käsittämään iäkkäiden hoitotyö ja lääketieteellinen hoito sekä kuntoutus.

Sosiaalityö ikääntyvien ihmisten parissa on erityisalue, josta käytetään nimitystä gerontologinen sosiaalityö.

Vanhustyöllä tarkoitetaan ikääntyneiden ja iäkkäiden ihmisten hyvinvoinnin, elämänlaadun, elämänhallinnan kykyjen ja turvallisuuden edistämiseen ja ylläpitämiseen tähtäävien toimintojen kokonaisuutta. Sen keskeisiä osa-alueita ovat gerontologinen sosiaalityö, gerontologinen hoitotyö, geriatria, vanhuspsykiatria sekä gerontologinen fysio- ja toimintaterapia. Kaikkien osa-alueiden toiminta perustuu kriittisten tutkimusten tuottamiin tietoihin.

Vanhustenhoidon ja vanhustyön tietoperusta on mittavasti vahvistunut viimeisten 20 vuoden aikana. Kansainvälisesti tarkastellen tutkimuksia on tehty kohtalaisen paljon. Tietoperustan vahvistuminen on johtanut laajaan tarpeeseen siirtää tietoja käytännön työntekijöiden toiminnan perustaksi. Osaamisen vahvistaminen on keskeisin vanhustyön kaikkien osa-alueiden kehittämisen haaste maassamme.

Kansainväliset kokemukset vanhustenhoidon ja vanhustyön kehittämisen onnistumisesta osoittavat, että parhaiten onnistutaan kouluttamalla erityisosaajia eli gerontologisen lääketieteen (geriatrian ja vanhuspsykiatrian), gerontologisen hoitotyön ja gerontologisen sosiaalityön erityisosaajia sosiaali- ja terveystalveluihin ja lisäksi integroimalla gerontologinen osaaminen kaikkien muiden sosiaali- ja terveystalveluiden työntekijöiden osaamiseen. Ei onnistuta pelkästään integroimalla gerontologista osaamista kaikkiin jo olemassa olevien osaajien ja erityisosaajien tietoihin. Toinen keskeinen kansainvälinen havainto on saumattoman moniammatillisen yhteistyön merkitys hyvän vanhustenhoidon ja vanhustyön toteutumiseksi.

Vanhusten ja vanhustenhoidon erityispiirteet

Vanhustenhoito, olipa kyseessä lääketieteellinen hoito, hoitotyö tai kuntoutus, poikkeaa keski-ikäisten hoidosta monista syistä ja monella tavoin. Keskeistä on, että hoidetaan ihmisiä, joiden elimistöä fyysiset vanhenemismuutokset ovat muuttaneet ja joiden asema yhteisössä poikkeaa keski-ikäisten asemasta. Nämä tekijät aiheuttavat erityispiirteitä mm. sairauksien oireisiin, paranemiseen, kuntoutumiseen sekä lääkeaineiden hajoamiseen ja erittymiseen. Normaaleiden vanhenemismuutosten aiheuttamat erityispiirteet on otettava huomioon ehkäisyssä, hoidossa ja kuntoutumista edistävässä toiminnassa.

Fyysiset vanhenemismuutokset johtavat elinten toimintojen hidastumiseen. Muutosten katsotaan alkavan jo noin 30 ikävuoden paikkeilla, mutta niiden eteneminen on hidasta ja yksilöllistä. Kaikki samanikäiset iäkkäät eivät eri elintensä toimintakyvyn ja yleisen toimintakykyisyytensä näkökulmasta ole samanlaisia. Vanhenemismuutosten etenemisnopeuden erojen lisäksi yksilöllisiin eroihin vaikuttavat aikaisemmat sairaudet ja vammat, ajankohtaiset pitkäaikaiset ja äkilliset sairaudet ja koko elämänaikaiset terveystavat ja elämäntavat. Se, missä määrin oireiden, hoidon ja kuntoutumisen erityispiirteet tulevat esille ja missä määrin ne on otettava huomioon, saattavat poiketa kahden samanikäisen iäkkään kohdalla. Vanhustenhoitoa, geriatria, vanhuspsykiatria, vanhustenhoitotyötä, gerontologista sosiaalityötä tai vanhustyötä ei voida rajata ihmisen tai väestön kalenteri-ian perusteella. Vaikka näin on, monissa 75 vuotta täyttäneissä vanhenemismuutokset ovat aiheuttaneet senasteista hidastumista, joka tulee esille sairauksien oireiston erilaisuutena ja paranemisen ja kuntoutumisen etenemisen hidastumisena. Karkeasti arvioiden vanhustenhoidon, geriatrian, vanhuspsykiatrian, vanhustenhoitotyön ja gerontologisen sosiaalityön erityisasiantuntemusta tarvitaan 75 vuotta täyttäneiden palveluissa.

Elinten toiminnallisten voimavarojen vähenemisen aiheuttama näkyvä ja tuntuva toiminnallinen haitta tulee esille vasta silloin, kun voimavarat ovat mittavasti alentuneet tai elimistöltä vaaditaan tavanomaista suurempaa suoriutumista tai kun ulkopuolinen tekijä edelleen heikentää voimavaroja. Vanhenemismuutosten heikentämässä elimistössä voi näkyvän toiminnallisen haitan aiheuttaa esimerkiksi fyysinen sairaus, fyysinen rasitus tai ponnistustilanne tai jopa psykososiaalinen muutos- tai stressitilanne. Fyysiset sairaudet aiheuttavat toiminnallista haittaa iäkkäiden elimistössä herkemmin kuin keski-ikäisten. Sairauksien keskeisiä oireita voivat olla fyysisen tai kognitiivisen toimintakyvyn häiriöt. Paraneminen ja kuntoutuminen eivät etene vanhenemismuutosten hidastuttamassa elimistössä yhtä nopeasti kuin keski-ikäisessä. Nämä ovat keskeisiä syitä siihen, että vanhustenhoito, geriatria, vanhuspsykiatria, vanhustenhoitotyö ja gerontologinen sosiaalityö ovat erityisosaamista vaativia alueita. Niissä tarvitaan tietoja eri elinten normaaleiden vanhenemismuutosten lisäksi mm. siitä, miten paraneminen ja kuntoutuminen parhaiten edistyvät haurastuneessa elimistössä.

Vanheneminen ei ole pelkästään fyysisten muutosten sarja. Hidastuminen - vaikkakaan ei näkyvä tai haittaava – on iäkkään otettava huomioon päivittäisessä elämässään. Tämä vaatii sopeutumista, toimintojen valikoimista, kompensatiota ja joskus jopa luopumista tietyistä toiminnoista. Samaan johtavat pitkäkestoisten sairauksien tai vammojen jälkitilojen aiheuttamat muutokset. Iäkkään elimistön kyky toimia äkillisessä tai pitkäkestoisessa rasitustilanteessa on heikentynyt, mikä voi aiheuttaa hänessä pelkoja suorittaa nopeutta tai voimia vaativia tehtäviä. Menetykset, mm. ystävien kuolemien ja aviopuolison kuoleman kautta, ovat tosiasioita. Joskin vanhenemiseen kuuluu myös uusia rooleja ja tehtäviä, mm. lastenlastenlasten syntymät ja iso-isovanhemmaksi tuleminen, menetykset ja tulevan kuoleman lähestyminen osaltaan kuvastavat haurastunutta psyykkistä

ja sosiaalista asemaa iäkkäänä. Myös nämä psyykkiset, psykososiaaliset ja sosiaaliset erityispiirteet erottavat vanhustenhoidon, geriatrian, vanhuspsykiatrian, vanhustenhoitotyön ja gerontologisen sosiaalityön keski-ikäisten hoidosta.

Vanhustenhoidossa tarvitaan perustietoja normaaleista fyysisistä, kognitiivisista, psyykkisistä ja sosiaalisista vanhenemismuutoksista. On pystyttävä vastaamaan kysymykseen, ovatko vanhuksen toiminnassa havaittavat piirteet normaaleja vai ei-normaaleja. Koska vanhan ihmisen elimistö on hitaampi ja hauraampi kuin keski-ikäisen, sairaudet, lääkähaitat, psyykkinen stressi, sosiaaliset muutokset ja muutkin tekijät herkästi aiheuttavat hänessä toiminnallista haittaa, joista sekavuus on esimerkki. Tämän takia vanhustenhoidossa on otettava huomioon vanhusten fyysinen, kognitiivinen, psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky. Ei pyritä pelkästään sairauksien hoitoon, vaan aina pyritään parantamaan tai ylläpitämään toimintakyvyn osa-alueita. Toimintakyvyn edistäminen on kuntoutumisen edistämistä eli kuntoutusta. Toiminnallisen näkökulman ollessa aina mukana hoidossa, vanhustenhoidossa ei tulisi puhua pelkästä hoidosta vaan pitäisi puhua hoidosta ja kuntoutumista edistävistä toiminnasta tai hoidosta ja kuntoutuksesta.

Kuntoutus ei merkitse ulkopuolisen henkilön käskyttävää toimintaa, eikä hoito ole ulkopuolisen antamaa passiivista hoivaa. Kyseessä on vanhuksen ja hoitoon sekä kuntoutumista edistävään toimintaan osallistuvien tasa-arvoinen suhde, jossa vanhusta arvostetaan, vanhus on aktiivinen osallistuja ja vanhuksen inhimilliset tarpeet mm. ”hoivan” tarve otetaan huomioon. ”Hoiva” kuuluu kaikkeen hyvään vanhusten hoitoon ja kuntoutumista edistävään toimintaan. ”Hoiva” ei ole mikään erillinen hoidon muoto.

Vanhuksen kuntoutumista edistävä toiminta on mm. sitä, että vanhus joka päivä pukeutuu tavanomaiseen, siistiin päiväasuun ja kampa tukkansa, istuu ainakin muutaman tunnin ajan päivittäin, syö mahdollisimman itsenäisesti päivä- tai ruokailuhuoneessa, käy WC:ssä ja seurustelee lähimmäistensä kanssa. Kuntoutumista edistävän toiminnan perusta on siis normaali elämä. Vanhuksen kunnon mukaan siihen kuuluu lisäksi voimistelua, muuta liikuntaa, muistelua ja erilaisia viriketoimintoja. Vanhusten yksilöllinen arvostaminen, koskettaminen, seurustelu ja huumorikin osaltaan tuovat siihen vanhuksen hellyyden tarpeiden tyydyttämisen, jota voidaan kutsua ”hoivaksi”. Erityisiä hoidon tai kuntoutuksen terapioida järjestetään sairauksiensa, vammojensa tai toimintarajoitustensa takia niitä tarvitseville.

Kuntoutumista edistävään toimintaan kuuluu vanhuksen fyysisen, kognitiivisen ja psyykkisen toimintakyvyn edistämisen lisäksi hänen toimintakykynsä turvaaminen apuvälineiden, asunnon varusteiden, ympäristön ja toisen ihmisen avun turvin. Vanhustenhoito ja vanhusten kuntoutumista edistävä toiminta edellyttävät laajoja tietoja. Lisäksi ne edellyttävät kaikkien toimintaan osallistuvien saumatonta yhteistyötä.

Tässä selvityksessä tarkastelu pyritään kohdistamaan 75 vuotta täyttäneisiin. Sairauksien vallitsevuuksia esitetään myös 65 – 74-vuotiaassa väestössä. Suuri osan yli 75-vuotiaista suomalaisista tarvitsee sairastuessaan tai vammautuessaan geriatrian, vanhuspsykiatrian, vanhustenhoitotyön ja gerontologisen sosiaalityön erityisosaamista. Tätä erityisosaamista tarvitaan myös sairauksien ja vammojen ehkäisyn järjestämisessä.

Moniammatillisen geriatriksen prevention, hoidon ja kuntoutuksen vaikutukset

Kaiken vanhusten hoidon, geriatriksen prevention, hoidon ja kuntoutuksen keskeisiä periaatteita ovat moniammatillinen toiminta, kaikkien toimintaan osallistuvien työntekijöiden hyvä geriatriinen ja gerontologinen osaaminen sekä vanhusten sairauksien ja heidän fyysisen, kognitiivisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakykynsä tarkka määrittäminen, sairauksien hyvä hoito ja kuntoutumisen eli toimintakyvyn paranemisen edistäminen. Moniammatillinen toiminta käsittää geriatrian erikoislääkärin tai geriatriaan perehtyneen yleislääkärin tai psykiatrisessa hoidossa vanhuspsykiatrin sekä gerontologisen hoitotyön, gerontologisen fysioterapian, gerontologisen toimintaterapian, gerontologisen sosiaalityön ja muidenkin gerontologista erityisosaamista hallitsevien työntekijöiden saumattoman yhteistyön. Hoitotiimiin voi kuulua myös gerontologista osaamista hallitsevia ravitsemusterapeutteja, psykologeja, hammaslääkäreitä, hammasteknikoita ja kliinisen farmakologian tai kliinisen farmasian asiantuntijoita.

Toiminnassa ei pyritä pelkästään sairauksien hoitoon ja ehkäisyyn. Keskeisenä tavoitteena on toimintakyvyn, sosiaalisen osallisuuden ja elämänhallinnan parantaminen tai ylläpitäminen. Apuvälinetarve määritellään. Pyritään myös kodin ja muun ympäristön parantamiseen sekä yhteiskunnassa yleisten vanhuskielteisten asenteiden muuttamiseen myönteisiksi. Ulkopuolisen avun ja palveluiden tarpeen arviointi mm. toimintakyvyn perusteella sekä avun ja palveluiden järjestäminen kuuluvat toimintaan. Toiminta on hyvin koordinoitua, vastuujaoit on määritelty, mutta siinä on selkeä lääketieteellinen johto. Tämä ei kuitenkaan merkitse muiden asiantuntijoiden mitätöintiä eikä medikalisoitua. Normaalialue elämää ja kanssakäymistä korostetaan. Vanhuksia ei leimata sairaiksi, ja toiminta perustuu vanhusten voimavaroihin ja myönteisyyteen.

Moniammatillinen geriatriinen hoito ja kuntoutus ovat erikoisosaamista vaativa erikoisalue. Suomessakin sitä on jonkin verran kehitetty. Isossa Britanniassa ja Ruotsissa tätä toimintaa on laajemmin kuin Suomessa. Moniammatillisen geriatriksen hoidon ja kuntoutuksen vaikutuksia vanhusten paranemiseen, kuntoutumiseen ja toimintakykyyn on tutkittu kohtalaisen paljon. On mm. pyritty vastaamaan kysymykseen, edistääkö geriatristen arviointi- ja kuntoutusosastojen toiminta vanhusten kuntoutumista ja heidän mahdollisuuksiaan asua omissa kodeissaan.

Jo vuonna 1993 julkaistussa kontrolloitujen tutkimusten tuloksia käsitelleessä meta-analyysissä todetaan sairaaloissa toteutettujen laaja-alaisten moniammatillisten geriatristen arviointi- ja kuntoutustoimintojen edistävän huonokuntoisten vanhusten mahdollisuuksia asua kotona eli vähentävän pitkäkestoiseen laitoshoidon siirtymisen vaaraa verrattuna tavanomaiseen, eriytyneeseen hoitoon. Myös vanhusten kuolemanvaara on alentunut. Keskeisiä hoidon ja kuntoutuksen onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä ovat tarkka taudinmäärittäminen eli diagnostiikka, tarkka fyysisen, kognitiivisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn arviointi, intensiivinen hoito ja kuntoutumisen edistäminen, sekä kaikkien hoitoon ja kuntoutukseen osallistuvien hyvät geriatristiset ja gerontologiset tiedot ja taidot ja saumaton ja tasa-arvoinen yhteistyö.

Myöhemmin eli 1990- ja 2000-luvuilla Ruotsissa suoritettujen kontrolloidun tutkimuksen osoittavat moniammatillisen geriatriksen hoidon ja kuntoutuksen myönteiset vaikutukset mm. deliriumin eli sekavuustilan ehkäisemisessä ja hoidossa lonkkamurtumien leikkaushoitojen yhteydessä.

Moniammatillisen geriatriksen osaston toiminnan vertailu perinteiseen sisätautiosaston toimintaan vanhusten äkillisten sairauksien hoidossa on osoittanut geriatrialla osastolla hoitoaikojen olevan lyhyempiä kuin sisätautiosastolla. Vanhusten lääketieteellinen paraneminen ja toiminnallinen kuntoutuminen ovat samanlaisia molemmilla osastoilla, mutta vanhuksat ovat siirtyneet kotihoitoon geriatrialta osastolta nopeammin kuin sisätautiosastolta. Lyhyet hoitoajat ovat alentaneet hoidon kustannuksia. Tämäkin tutkimus on suoritettu Ruotsissa.

Moniammatillisella geriatrialla kuntoutuksella on myönteisiä vaikutuksia lonkkamurtumapotilaiden kuntoutumiseen. Leikkausten jälkeisten lisäsairauksien ilmaantuvuus on geriatrialla kuntoutusosastoilla hoidetuilla lonkkamurtumapotilailla pienempi kuin perinteisillä osastoilla hoidetuilla. Moniammatillisessa geriatriassa kuntoutuksessa useamman lonkkamurtumapotilaan kävelykyky on palautunut ja useampi on siirtynyt kotiinsa perinteisessä hoidossa hoidettuihin verrattuna. Ortopedian ja geriatrian erikoislääkäreiden hyvä yhteistyö, hoidon ja kuntoutuksen aktiivinen suunnittelu, hyvä ravitsemus, sairaalaosaston kodinomaisuus, aktiivinen sekavuustilojen ehkäisy ja hoito sekä intensiivinen hoito ja kuntoutus ovat olleet keskeisiä hoidon ja kuntoutuksen osa-alueita tässä ruotsalaisessa moniammatillisessa geriatriassa hoidossa.

Ruotsalaisen tutkimuksen mukaan geriatrialla arviointi- ja kuntoutusosastoilla hoidettujen, päivystyspotilaina sairaalahoitoon tulleiden 75 vuotta täyttäneiden kuolleisuus on pienempi kuin tavanomaisilla sisätautiosastoilla. Hoitoajat ovat geriatrialla osastoilla pitemmät, mutta geriatrialla osastolla hoidetut ovat siirtyneet kotiin fyysisesti paremmassa kunnossa kuin sisätautiosastoilla hoidetut.

Moniammatillisella geriatrialla toiminnalla on siis myönteisiä vaikutuksia vanhusten hoidossa ja kuntoutumisessa. Sillä on positiivisia vaikutuksia myös ehkäisyssä. Tämä on todettu mm. vanhusten kaatumistapaturmien ehkäisyssä. Ehkäisyn vaikutuksia selvittäneiden tutkimusten perusteella moniammatillinen yhteistyö, testattujen tarkkojen menetelmien, mittareiden ja seulojen käyttäminen sekä toimintaan osallistuvien hyvä osaaminen ovat ratkaisevia ehkäisyn onnistumisessa. Tämä merkitsee mm. ehkäisevien kotikäyntien järjestämisessä toiminnan tarkkaa suunnittelua, tarkkojen mittareiden käyttämistä ja henkilökunnan täydennyskoulutusta ennen toiminnan aloittamista.

Kuten vanhusten masennustilojen ehkäisyä ja hoitoa käsittelevässä osassa esitetään, vanhuspsykiatrian ja geriatrian tietojen ja taitojen hallitsevien työntekijöiden moniammatillinen yhteistyö on vaikuttavin toimintamalli masennustilojen hoidossa.

IÄKKÄÄT

Iäkkäiden määrä

Muutokset 1900-luvun lopulla ja 2000-luvun alussa

Maamme ikärakenteen muutos viimeisten vuosikymmenten aikana on ollut rajua. Olemme eläneet 70-luvulla ja osittain vielä 80-luvulla yhteiskunnassa, jossa iäkkäitä eli 75 vuotta täyttäneitä ja etenkin 85 vuotta tai 95 vuotta täyttäneitä ei ole ollut kovin paljon. Muutos on alkanut 80-luvulla, ja etenkin 85 vuotta ja myös 95 vuotta täyttäneiden määrät ovat voimakkaasti kasvaneet 1990- ja 2000-luvuilla.

75 – 84-vuotiaiden määrä on vuonna 1970 ollut noin 109.500, ja nyt se on lähes kolminkertainen eli noin 301.500. Maassamme on nykyisin lähes 86.000 yli 85-vuotiasta, kun heidän määränsä vuonna 1970 on ollut noin 15.800. Määrä on siis 5,5 kertaa suurempi kuin vuonna 1970. Yli 75-vuotiaiden ikärakenteen vanhenemista kuvastaa 85 vuotta täyttäneiden määrän kasvun lisäksi yli 95-vuotiaiden määrän lisääntyminen. Tähän ikäryhmään kuuluvia on maassamme ollut vain 795 henkilöä vuonna 1980, ja vuonna 2005 heidän määränsä on ollut 4.582. Yli 95-vuotiaiden määrä on siis nykyisin lähes kuusinkertainen verrattuna 25 vuotta aikaisempaan tilanteeseen.

Vanhustenhoidon erityisosaamista tarvitsevia asukkaita on siis maassamme vuonna 1970 ollut vain vähän. Kaikista vanhimpien määrän voimakas kasvu on täydellisesti muuttanut iäkkäille tarjolla olevia palveluita käyttävien profiilia. Palveluiden ja hoidon piiriin on tullut runsaasti todella iäkkäitä henkilöitä 1980- ja 1990-lukujen vaihteesta alkaen. Kotisairaanhoidon potilaiden, kotipalveluiden asiakkaiden sekä palvelutalojen, vanhainkotien ja muiden pitkäaikaislaitosten asukkaiden keski-iat ovat nykyisin huomattavasti korkeampia kuin 1970- tai 1980-luvuilla. Pitkäaikaispalveluiden piirissä olevat ovat myös hauraampia ja toimintakyvyltään huonompikuntoisia kuin palveluiden piirissä olleet ovat olleet 1970- tai 1980-luvuilla.

Yli 75-vuotiaiden määrän runsas lisääntyminen, ja etenkin 85 tai 95 vuotta täyttäneiden määrän voimakas kasvu ovat johtaneet geriatrian, vanhuspsykiatrian, gerontologisen hoitotyön ja gerontologisen sosiaalityön erityisosaamisen tarpeen selkeään lisääntymiseen ja tällaisen erityisosaamisen todelliseen tarpeeseen suomalaisessa terveydenhuollossa ja sosiaalitoimessa. Iäkkäiden määriä tarkastellen tällaisen erityisosaamisen tarve on vuoden 1970 jälkeen kaksinkertaistunut kullakin vuosikymmenellä edelliseen vuosikymmeneen verrattuna. Tämän johdosta erityisosaamisen hallitsevien kouluttamiseen olisi tullut panostaa voimakkaasti ainakin 1980-luvun alusta lähtien. Tätä ei kuitenkaan ole tehty. Kuten myöhemmin useissa yhteyksissä tulee esille, erityisosaajien kouluttamiseen ja sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden osaamisen kehittämiseen ei ole panostettu riittävästi viime vuosikymmeninä. Tämä on yksi syy vanhustenhoidon nykyisiin ongelmiin Suomessa. Muitakin syitä on, ja niitä tuodaan esille myöhemmin pohdittaessa vanhustenhoidon nykytilannetta maassamme.

Ennusteet 2000-luvulla

75 vuotta täyttäneiden kaikkien 10-vuotisikäryhmien eli 75 – 84-vuotiaiden, 85 – 94-vuotiaiden ja 95 vuotta täyttäneiden määrät kasvavat voimakkaasti edelleen 2000- ja 2010-luvuilla. Suurten ikäluokkien vanheneminen tulee esille vasta 2020-luvulla, jolloin he saavuttavat 75 vuoden iän.

Kun 85 vuotta täyttäneiden määrä nykyisin on lähes 86.000, se viiden vuoden kuluttua eli vuonna 2010 on lähes 104.000. Yli 95-vuotiaiden määrä vuonna 2010 on noin 5.300 (nyt noin 4.600). Yli 85-vuotiaiden määrän arvioidaan olevan noin 130.400 vuonna 2020. Nämä luvut kuvastavat iäkkäille järjestettävien palveluiden tarpeen ja geriatrian, vanhuspsykiatrian, gerontologisen hoitotyön sekä gerontologisen sosiaalityön erityisosaamisen tarpeen edelleen lisääntyvän voimakkaasti myös aivan lähitulevaisuudessa. Vanhustenhoidon kehittäminen ei ole pelkästään suurten ikäluokkien vanhenemisen aiheuttama tulevaisuuden haaste. Se on ollut iso haaste 1980-luvun lopulta lähtien – ja on sitä jatkuvasti.

Iäkkäiden sairastavuus

Yleisten sairauksien vallitsevuudet 90-luvulla

Sydän- ja verisuonisairaudet, krooniset keuhkosairaudet, nivelrikot, osteoporoosi, diabetes, harmaakahi ja silmänpohjan rappeutuminen ovat yleisiä iäkkäiden pitkäaikaissairauksia. Nämä sairaudet ovat iäkkäissä väestössä yleisempiä kuin keski-ikäisessä. Muistihäiriöiden ja dementioiden ilmaantuvuus ja vallitsevuus 65 vuotta täyttäneiden keskuudessa kasvavat voimakkaasti iän lisääntyessä. Ne ovat yleisiä etenkin 75 vuotta täyttäneessä väestössä. Virtsatietulehdukset, keuhkokuumeet ja muut hengitystietulehdukset ovat esimerkkejä iäkkäiden yleisistä äkillisistä sairauksista.

Kaatumistapaturmat ovat iäkkäiden yleisimpiä tapaturmia. Kaatumisvammojen, etenkin murtumien, hoitojen kustannukset ovat suuret. Iäkkäät kuntoutuvat vammautumisen jälkeen hitaammin kuin keski-ikäiset. Sisäiset eli iäkkään elimistössä olevat tekijät ovat keskeisiä kaatumistapaturmien riskitekijöitä 75 vuotta täyttäneiden keskuudessa, mutta myös ulkoisilla tekijöillä (liukkaus, pimeys, epätasaiset pinnat ym.) on merkitystä. Askeltamista vaikeuttavat sairaudet, huono näkökyky, heikentyneet lihasvoimat, tasapainoa heikentävät sairaudet ja keskushermostoon, verenpaineen säätelyyn tai lihasvoimiin vaikuttavien lääkeaineiden haittavaikutukset ovat tärkeimpiä sisäisistä riskitekijöistä. Psykykläkkeet ja opioidikipuläkkeet kuuluvat riskilääkityksiin. Kansainvälisten arvioiden perusteella joka kolmas 75 vuotta täyttäneiden kaatumistapaturmista johtuu ainakin osittain lääkkeiden haittavaikutuksista. Iäkkäiden kaatumisvammoista 30 – 60 % on ehkäistävissä minimoimalla riskitekijöitä. Hyvä näönhuolto ilman pitkäkööä jonotusta, lihasvoimien ja tasapainon ylläpitäminen liikunta- ja tasapainoharjoitteluin sekä kaatumistapaturmille altistavien lääkkeiden käytön minimointi ovat ympäristön esteettömyyden ja hyvän valaistuksen lisäksi tärkeimpiä ehkäisyn keinoja.

Iäkkäiden toimintakyky

Toimintakykyisyys ja sen muutokset viime vuosikymmeninä

Kansanterveyslaitoksen tutkijoiden arvioiden mukaan toimintarajoitteisten 75 vuotta täyttäneiden määrä on vuonna 2000 ollut noin 150.000.

Vuosina 1978 – 80 tehdyn Mini-Suomi –tutkimuksen ja vuosina 2000 – 01 suoritettun Terveys2000 –tutkimuksen tulosten vertailujen perusteella eläkeikäisten nuorimman (65 – 74 v.) ikäryhmän toimintakyky on kohentunut viimeisten parinkymmenen vuoden aikana. Yli 85-vuotiaiden toimintakyky ei kuitenkaan ole parantunut. Tilanne on päinvastainen. Tämän ikäryhmän liikkumiskyky ja vaikeuksista suoriutuminen itsestään huolehtimiseen liittyvistä perustoiminnoista ovat nykyisin huonommat kuin samanikäisten suoriutuminen on ollut 1970- ja 1980-lukujen vaihteessa. 75 – 84-vuotiaiden ryhmässä muutosten suunta vaihtelee tarkasteltavan päivittäisen toiminnan mukaan.

85 vuotta täyttäneiden toimintakyvyn heikkeneminen viimeisten parinkymmenen vuoden aikana on hätkähdyttävä havainto kielteisestä kehityksestä. Koska iso osa 85 vuotta täyttäneistä sairastaa jotakin pitkäkestoista sairautta ja on hoidon piirissä, havainto ei viittaa vanhusten hyvään hoitoon ja kuntoutukseen maassamme. Geriatriksen ja gerontologisen osaamisen puute ja erityisosaajien vähäinen määrä saattaa osittain selittää tulosta. Lääkehaittojen yleistymisen saattaa kuulua taustasyihin. Yksinäisyys ja lievä masennus sekä niiden aiheuttamat liikunnan puute, heikko ravinnonsaanti ja aliravitsemus kuuluvat kodeissaan yksinasuvien iäkkäiden toimintakykyä heikentäviin tekijöihin. Masennustilaa eli depressiota sairastavien heikkotasoinen hoito voi osittain olla taustalla. Dementioiden ilmaantuvuus ei kyseisenä aikana ole yleistynyt, mutta muistihäiriöistä kärsivien iäkkäiden diagnostiikassa ja hoidossa on puutteita, mistä johtuen parannettavissa olevia muistihäiriöitä on saattanut jäädä tunnistamatta ja hoitamatta ja näin ne ovat johtaneet pysyvään dementiaan ja aiheuttaneet toiminnanvajavuutta. Aivohalvaukseen sairastuneiden ja lonkkaleikkauksen läpikäyneiden iäkkäiden kuntoutuksessa on puutteita, minkä takia monet näistä iäkkäistä jäävät melko toimintakyvyttömiksi.

Mielenkiintoisen lisävertailun em. kaikkiin suomalaisiin iäkkäisiin yleistettävissä oleviin tuloksiin tuo eräs vastaava alueellinen tutkimus. Se perustuu yhdessä kunnassa suoritettuihin väestötutkimuksiin. Tässä tutkimuksessa on suoritettu Pohjois-Suomen 75 vuotta täyttäneiden toimintakyvyn vertailuja vuosina 1979, 1989 ja 1999. Ikäryhmittäiset ja sukupuolen mukaan tehdyt vertailut osoittavat 75 – 79-vuotiaiden naisten toimintakyvyn olleen vuonna 1999 paremman kuin vastaavan ikäisten naisten toimintakyky on ollut vuonna 1989 tai vuonna 1979. Vanhimmassa ikäryhmässä eli 80 vuotta täyttäneiden keskuudessa päivittäisten perustoimintojen suorittamisessa rajoitteisten osuudet ovat olleet samansuuruiset kaikkina kolmena seurantavuonna. Tulos ei siis osoita sitä, että tässä kunnassa asuvien 80 vuotta täyttäneiden perustoimintakyky olisi nykyisin huonompi kuin 10 tai 20 vuotta sitten. Kyseisen kunnan terveydenhuollossa ja sosiaalipalveluissa ryhdyttiin 1980-luvun alussa kiinnittämään huomiota iäkkäiden hoitoon, kuntoutukseen ja geriatriseen preventioon. Henkilökunnan osaamista kehitettiin. Työntekijöiden vaihtuvuus oli erittäin pieni. Hyvään johtamiseen ja työntekijöiden jaksamiseen ja yhteistyöhön kiinnitettiin huomiota. Tämä vertailu tukee yllä olevaa pohdintaa ja osaamisen, johtamisen sekä henkilökunnan pysyvyyden merkitystä iäkkään väestön toimintakyvyn säilymiselle. Suomessa on viimeistään nyt panostettava sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden osaamiseen ja jaksamiseen sekä työyhteisöjen hyvään

johtamiseen, jos aiotaan selviytyä jatkuvasta kaikista vanhimpien asukkaiden määrän kasvamisesta ja etenkin suurten ikäluokkien vanhenemisen aiheuttamista hoidon lisätarpeista.

PREVENTIO, HOITO JA KUNTOUTUS

Perusterveydenhuollon preventiiviset ja avopalvelut iäkkäille

Terveysneuvontaa ja muuta geriatrasta preventiota on kehitetty jonkin verran. Sen toteuttaminen vaihtelee kunnittain. Terveysneuvontaa järjestetään iäkkäille pääasiassa sairauksien hoidon neuvontana. Esimerkkejä ovat diabeteksen tai kohonneen verenpaineen hoidon neuvonta. Joissakin terveyskeskuksissa on järjestetty iäkkäiden ikäryhmätarkastuksia muutamille ikäryhmille. Niissä on pyritty etsimään hoidettavissa olevia sairauksia sekä ohjattu iäkkäitä oman terveytensä ja toimintakykynsä ylläpitämisessä. Joitakin terveyskeskusten ja järjestöjen yhteisiä terveysneuvontaprojekteja on toteutettu. Muutamilla paikkakunnilla järjestetään kaatumistapaturmien ehkäisyyn tähtäävää neuvontaa, jonka yhteydessä pyritään myös vähentämään kaatumisten riskitekijöitä. Valtakunnallisena projektina on toteutettu ehkäiseviä kotikäyntejä sellaisten vanhusten koteihin, jotka eivät ole palveluiden piirissä. Iäkkäiden terveysneuvonnassa ja muissa iäkkäiden terveyden ja toimintakyvyn ylläpitämiseen tähtäävissä preventiivisissä toiminnoissa ei ole yhtenäistä käytäntöä. Toiminnoissa käytettyjen menetelmien, mittareiden ja seulojen tarkkuus ja luotettavuus saattavat olla puutteellisia. Työntekijöiden täydennyskoulutukseen ennen toimintojen aloittamista ei aina ehkä ole riittävästi panostettu, joten osaaminenkin voi olla puutteellista.

Terveyskeskusten lääkäreiden ja hoitotyöntekijöiden avovastaanottopalvelut järjestetään kaikille ikäryhmille tarkoitettuina palveluina.

Joidenkin suurimpien kaupunkien perusterveydenhuollon sairaaloissa on geriatrian tai vanhuspsykiatrian erikoislääkärijohtoisia osastoja vanhusten lyhytaikaista sairaalahoitoa varten. Keskisuurissa ja pienissä terveyskeskuksissa lyhytaikaisen sairaalahoidon lääketieteellisen hoidon vastuu kuuluu yleislääketieteen erikoislääkäreille tai yleislääkäreille.

Muutamiin suuriin tai keskisuuriin terveyskeskuksiin on viimeisten 10 – 15 vuoden aikana perustettu geriatrian erikoislääkäreiden virkoja. Geriatrien tehtäviin yleensä kuuluvat vanhuspotilaiden vastaanottopalvelut, terveyskeskussairaalan lyhytaikaisessa hoidossa olevien vanhusten hoito ja kuntoutus sekä vanhainkotien, muiden pitkäaikaislaitosten, palvelutalojen ja dementia- ja muiden ryhmäkotien lääkärin tehtävät. He järjestävät muistihäiriöiden diagnostista toimintaa. Geriatriit toimivat vanhuksille järjestettävien preventiivisten toimintojen, hoidon ja kuntoutuksen kehittäjinä sekä muun henkilökunnan täydennyskouluttajina. Kokemukset geriatrien toiminnasta näissä terveyskeskuksissa ovat erittäin myönteisiä. Ongelmiksi koetaan suuri työmäärä ja geriatrien vähäinen määrä perusterveydenhuollossa.

Iäkkäiden erikoissairaanhoito

Erikoissairaanhoidossa vanhuksat yleensä hoidetaan samoilla osastoilla ja poliklinikoilla muiden aikuisikäisten kanssa. Geriatriesta näkökulmasta hoidon ja etenkin kuntoutuksen taso näillä osastoilla vaihtelee sairaala- ja osastokohtaisesti. Puutteita on mm. kaatumistapaturmien ja deliriumin (sekavuuden) syiden tunnistamisessa, lääkehaittojen

tunnistamisessa ja toimintakyvyn edistämisessä. Unilääkkeiden käyttö on yleistä äkillisesti sairastuneita hoitavilla osastoilla.

Monisairaiden, moniongelmaisten ja toimintakyvyltään heikentyneiden vanhusten ongelmien arviointia, sairauksien diagnosointia, hoitoa ja kuntoutusta varten on geriatria arviointi- ja kuntoutusosastoja vain erittäin harvoissa sairaanhoitopiireissä. Näiden osastojen henkilökuntamäärät ovat mitättömän pienet. Erillisiä vanhuspsykiatria osastoja erikoissairaanhoidossa on koko maassa vain muutamia. Masennustiloja ja muita psyykkisiä häiriöitä sairastavat sairaalahoitoa tarvitsevat vanhukset hoidetaan yleensä psykiatrisilla osastoilla, joissa hoidetaan muitakin aikuisikäisiä potilaita. Masennustilasta kärsiviä vanhuksia hoidetaan jopa samoilla psykiatrisilla osastoilla levottomien ja aggressiivisten dementiapotilaiden kanssa.

Maamme harvojen geriatrien arviointi- ja kuntoutusosastojen ja –yksiköiden toiminta perustuu geriatrian, gerontologisen hoitotyön, gerontologisen fysio- ja toimintaterapian ja gerontologisen sosiaalityön erityisosaamisen hallitsevien työntekijöiden yhteistyöhän. Ne on tarkoitettu mm. muistihäiriöiden syiden selvittelyyn ja hoitoon, delirium- eli sekavuustilojen syiden selvittelyyn ja hoitoon, leikkausten jälkeiseen kuntoutukseen, aivohalvauspotilaiden kuntoutukseen ja moniongelmaisten vanhusten ongelmien syiden ja sairauksien selvittelyyn, hoitoon ja kuntoutukseen. Vanhusten ravitsemustilan ja lääkehaittojen arvioinnit kuuluvat toimintaan. Kokemukset toiminnasta ovat myönteisiä, joskin perusterveydenhuollon lääkäreiden ja keskussairaaloiden muiden erikoisalojen lääkäreiden valmiuksissa konsultoida geriatria on puutteita. Geriatrien osastojen ja yksiköiden vähäisen määrän johdosta perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon muiden erikoisalojen lääkäreillä ja muilla työntekijöillä on vain harvassa sairaanhoitopiirissä konsultaatioiden kautta mahdollisuus tukeutua geriatrien erityisosaamisen hallitsemiin asiantuntijoihin. Tämä ei ole puute vain hoidossa, vaan se on vaikuttanut kielteisesti myös geriatrien osaamisen kehittämiseen muiden erikoisalojen ja perusterveydenhuollon piirissä.

Vanhuspsykiatrian kehittäminen on taantunut 1990-luvun puolivälin jälkeen. Vanhuspsykiatria on ollut psykiatrian suppea erikoisala 1980-luvun alusta 1990-luvun puoliväliin saakka. Maamme liittyttyä EU:iin, tämä suppea erikoisala on lakkautettu. Nykyisin maassamme on vain 19 vanhuspsykiatrian erikoislääkäreitä. Vanhuksille on tarjolla vanhuspsykiatria sairaala- ja avopalveluita vain erittäin harvoilla paikkakunnilla. Hyvää vanhuspsykiatriasta hoitoa on tarpeeseen nähden aivan liian vähän. 1980-luvun lopulla ja 1990-luvun alussa mm. vakavien masennustilojen hoitoon kehitettyjä vanhuspsykiatria sairaalaosastoja on jopa lakkautettu 1990-luvun lopulla ja 2000-luvulla.

Vanhusten pitkäaikaishoito

Vanhusten pitkäaikaisen hoidon muutokset 1990-luvun alkupuolella ovat olleet rajut. 85–94-vuotiaiden määrä on lisääntynyt vuodesta 1988 vuoteen 1996 peräti 21.599 henkilön verran ja 95 vuotta täyttäneiden määrä on kasvanut 1.215:lla henkilöllä. Samalla aikavälillä on vanhainkotien ja terveyskeskussairaaloiden pitkäaikaishoitopaikkojen määrää vähennetty 3.481:llä paikalla. Somaattisen ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon pitkäaikaishoitopaikkojen määrää on karsittu 5.250:llä paikalla. Siten pitkäaikaishoitopaikkojen määrää on vähennetty yhteensä 8.731:llä paikalla.

Vanhustenhoidon tavoitteena 1990-luvun alkupuolella on ollut kotiin järjestettävien palveluiden lisääminen. Niidenkin määrää on kuitenkin vähennetty. Vuonna 1996 on kotihoitoavun piirissä ollut noin 38.600 iäkästä vähemmän kuin vuonna 1988. Myönteinen kehitys on onneksi ollut se, että palveluasuntojen määrää on lisätty. Niiden määrä on kasvanut suunnilleen saman verran kuin pitkäaikaislaitosten määrää on vähennetty. Pieni osa tästä muutoksesta on johtunut vanhainkotien muuttamisesta palveluasunnoiksi. Uusia palveluasuntoja on rakennettu runsaasti. Myös dementia- ja muiden ryhmäkotien määrä on kasvanut.

65 vuotta täyttäneiden ikärakenne on vielä 1970-luvulla ja 1980-luvun alussa ollut ”suhteellisen nuorekas”. Vanhainkodeissa ja muissa laitoksissa asuneiden keski-ikä ei ole ollut kovin korkea, eikä 85 vuotta täyttäneitä ole ollut kovin paljon. 1970-luvulla ja vielä 1980-luvun alussa ovat monet vanhainkodeissa asuneista olleet pitkäaikaisessa laitoshoidossa asuntojensa heikon tason takia. Suuri osa heistä on pystynyt kävelemään itsenäisesti. Pitkäaikaisen laitoshoidon paikkojen määrän vähentämiseen ja pitkäaikaislaitoshoidon kohdentamiseen todella huonokuntoisille on ollut tarvetta. Tarvetta on ollut myös palveluasumisen ja muiden ”puoliavointien” asumis- ja hoitoyksiköiden, kuten dementia-ryhmäkotien ja muiden ryhmäkotien määrän lisäämiseen.

Samantyyppiset vanhusten pitkäaikaispalveluiden muutokset ovat jatkuneet 1990-luvun lopulla ja 2000-luvulla. Pitkäaikaisia laitospaikkoja on edelleen vähennetty. Palveluasuntojen määrä on kasvanut hieman, ja omaishoidon tukea on lisätty.

Lopputuloksena koko 1990-luvun ja 2000-luvun kehityksestä on se, että kotihoitoavun piirissä tai pitkäaikaislaitoksessa on nykyisin harvempi ja palveluasunnoissa asuu useampi 75 vuotta täyttänyt verrattuna tilanteeseen vuonna 1988. Pitkäaikaispalveluiden piirissä olevien keski-ikä on nykyisin selvästi korkeampi kuin vuonna 1988. He ovat myös huonokuntoisempia.

Sosiaali- ja terveystieteiden ja Kuntaliiton vuonna 2001 julkaiseman ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuositusraportin mukaan harvempi suomalainen 80 vuotta täyttänyt on vuonna 1998 asunut pitkäaikaislaitoksessa tai palvelutalossa ja harvempi on ollut kotipalveluiden asiakas muiden Pohjoismaiden 80 vuotta täyttäneisiin verrattuna.

Vanhustenhoidon yleinen arviointi

Väestöennusteiden perusteella on jo 1970- ja 1980-luvuilla ollut nähtävissä se, että 75 vuotta ja etenkin 85 vuotta täyttäneiden määrät lisääntyvät voimakkaasti 1980-luvun lopulla ja etenkin 1990-luvulla. Näiden havaintojen olisi tullut johtaa voimakkaaseen geriatrian, vanhuspsykiatrian, gerontologisen hoitotyön ja gerontologisen sosiaalityön erityisosaajien kouluttamiseen, täydennyskoulutuksen lisäämiseen ja terveydenhuollon ja sosiaalitoimen työntekijöiden peruskoulutuksen kehittämiseen geriatrinen ja gerontologisten tietojen osalta. Kehitys ei kuitenkaan ole ollut riittävän voimakasta. 1990-luvun puolivälistä lähtien on jopa tapahtunut taantumista.

Lähes kukaan ennen 1990-lukua valmistuneista ja osa 1990-luvulla tai 2000-luvulla valmistuneista terveydenhuollon ja sosiaalitoimen työntekijöistä ei ole peruskoulutuk-

sessaan opiskellut gerontologiaa, geriatria, gerontologista hoitotyötä tai gerontologista sosiaalityötä. Nekin, joiden opintoihin kyseisiä opintoja on kuulunut, ovat opiskelleet varsin lyhyen jakson näitä aiheita. Täydennyskoulutusta on jossain määrin järjestetty, ja vanhustenhoitoa on kehitetty mm. projektien kautta. Täydennyskoulutuksen kehittämisen tarpeet ovat kuitenkin olleet – ja ovat edelleen – mittavat, eikä niihin ole riittävästi panostettu. Vanhustenhoidon ja vanhustyön eri osa-alueiden tutkijoita ja yliopistojen opettajia on jonkin verran koulutettu, mutta täysin riittämättömästi tarpeeseen nähden. Erityisosajien liian pieni määrä, peruskoulutuksen puutteet ja täydennyskoulutuksen liian vähäinen määrä ovat osasyitä niihin vanhustenhoidon ongelmiin, joita nykyisin julkisuudessa tuodaan esille.

Valtakunnallisten keskiarvojen mukaan vanhainkotien hoitohenkilökunnan määrä asiakasta kohden on nykyisin 0,52. Terveyskeskuksissa vastaava luku on 0,65. Sosiaali- ja terveysministeriön ja Kuntaliiton vuonna 2001 julkaiseman ”Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen” mukaan hyvä mitoitus edellyttää hoitotehtäviä suorittavan henkilöstön määräksi pitkäaikaisessa laitoshoidossa 0,80/asukas. Keskiwertomitoituksena pidetään hoitohenkilökunnan määrää 0,50 – 0,60/asukas. Nykyinen hoitohenkilökunnan mitoitus on siis tyydyttävä keskiarvojen perusteella tarkasteltuna. Ongelmana kuitenkin on se, että keskiarvo on huono tilanteen kuvaaja, koska laitospohjaiset erot ovat isot. Maassamme on pitkäaikaislaitoksia, joissa henkilökuntamitoitus on hyvä, mutta myös laitoksia, joissa mitoitus on välttämättä. Jälkimmäisissä laitoksissa henkilökunnan vähäinen määrä on osasyitä ongelmiin. Sama pätee kotihoitoon.

Laitospohjaiset ja alueelliset erot vanhusten kaikessa hoidossa – ei pelkästään pitkäaikaisessa hoidossa – ovat kasvaneet 1990- ja 2000-luvuilla. Maassamme on erittäin hyvää, sairauksien määrittämiseksi eli diagnostiikassa tarkkaa hoitoa ja toimintakykyä ja elämänlaatua parantavaa tai ylläpitävää hoitoa, mutta myös säilövä, toimintakyvyn menettämiseen johtavaa ja runsaaseen psyykenlääkkeiden käyttöön perustuvaa heikotasoista pitkäaikaishoitoa. Alueellisia eroja on myös siinä, millä tavalla vanhusten oireita tutkitaan eli sairauksia diagnosoidaan ja oireiden syinä olevia sairauksia hoidetaan.

Polikliiniset leikkaukset ovat yleistyneet 1990-luvulta alkaen, ja lähes kaikkien leikkauksen jälkeiset sairaalahoitoajat ovat lyhentyneet. Monet esimerkiksi lonkkaleikkauksen tai polikliinisen kaihileikkauksen läpikäyneistä ovat iäkkäitä, ja osa heistä on erittäin vanhoja. Nämä sairaalahoidon muutokset ovat tuoneet lisätehtäviä perusterveydenhuollon sairaaloiden, kotisairaanhoidon ja kotipalveluiden työntekijöille. Samaan on johtanut hoitajajoukkojen purku, jota varten erikoissairaanhoidon on osoitettu valtion määrärahoja. Perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen työntekijöiden tehtävien lisääntyminen kuuluu ongelmien taustasyihin.

Geriatrian ja vanhuspsykiatrian erikoislääkäreiden vähäisen määrän johdosta terveydenhuollon ja sosiaalitoimen työntekijöillä on ollut huonot mahdollisuudet oppia konsultaatioiden kautta. Samaan on johtanut se, että geriatriasia arviointi- ja kuntoutusosastoja ja vanhuspsykiatriasia avopalveluita ja sairaalaosastoja on varsin vähän. Nämäkin ovat edistäneet ongelmien syntyä.

Erittäin vanhojen määrän nopea kasvu, tutkijoiden ja kouluttajien vähäinen määrä, työntekijöiden puutteellinen gerontologinen ja geriatriinen perus- ja täydennyskoulutus, geriatrian ja vanhuspsykiatrian konsultaatiopalveluiden vähäinen määrä ja joissakin työyksiköissä työntekijöiden vähäinen määrä suhteessa huonokuntoisten hoidettavien vanhusmäärään ovat taustasyitä vanhustenhoidon ongelmiin. Muitakin syitä on.

Perusterveydenhuollon sairaalat on rakennettu pääasiassa äkillisten sairauksien hoitoa varten. Nämä laitospaikat eivät edistä kodinomaisen, vanhusten toimintakykyä ylläpitävän hoidon toteuttamista. Jos osastolla hoidetaan pitkäaikaishoidossa olevien lisäksi äkillisiä sairauksia sairastavia, kahden hoitoideologian – eli pitkäaikaishoidon ja äkillisten sairauksien hoidon ideologian – samanaikainen toteuttaminen on ongelmallista. Tällöin pitkäaikaishoidon hyvä toteuttaminen yleensä kärsii.

Ongelmia aiheuttaviin syihin kuuluu myös lyhytaikaisen hoidon yliarvostus lääketieteessä, hoitotyössä ja koko yhteiskunnassa. Lääketieteen koulutukseen kuuluu vain vähän vanhenemiseen, geriatriaan tai vanhustenhoitoon liittyviä opintoja. Suurin osa kaikista käytännön kliinisistä opinnoista suoritetaan lyhytaikaisen hoidon piirissä eli yliopistollisissa keskussairaaloissa, keskussairaaloissa tai terveyskeskusten avopalveluissa. Vanhusten pitkäaikaissairauksien psykososiaalisten ja muiden lääkkeettömien hoitojen opiskelua on suhteellisen vähän. Etenkin ryhmähoitoja opiskellaan varsin vähän. Nämä seikat johtavat siihen, että valmistuneet lääkärit puutteellisesti osaavat vanhusten lääkkeettömiä hoitoja ja muitakin vanhusten hoidon erityispiirteitä.

Joillakin alueilla lääkäriarvot on johtanut siihen, että vanhusten äkillisten sairauksien ja pitkäaikaishoidon lääketieteellisestä hoidosta ovat vastanneet vaihtuvat ja erittäin vähäisen kokemuksen omaavat lääkärit.

Lääketieteestä nouseva lyhytaikaisen hoidon yliarvostus on valitettavasti siirtynyt hoitotyöhönkin yliarvostetuksi hoidon malliksi. Hoitotyön kirjoituksissa on liian vähän tuotu esille psykososiaalisten ryhmä- ja yksilöhoitojen merkitystä vanhustenhoidossa.

Palvelutaloissa ja dementia- ja muissa ryhmäkodeissa ongelmia aiheuttaa myös se, että niiden lääketieteellinen hoito on puutteellisesti järjestetty. Vanhainkotien lääketieteellisestä hoidosta on määrätty kansanterveyslaissa. Perusterveydenhuollon lääkärit ovat perinteisesti tehneet käynnejä eli ”kiertoja” vanhainkoteihin. Palvelutalot rakennettiin alun perin vanhusten asumispalveluiksi. 1980-luvun lopulla tai vielä 1990-luvun alussa palveluasunnoissa asuvat iäkkäät olivat kohtalaisen hyväkuntoisia. Heidän lääketieteellinen hoitonsa voitiin järjestää lääkäreillä käyntien kautta, ja hoitotyö kotisairaanhoidon avulla. Palveluasunnoissa asuvat ovat vanhentuneet ja heidän kuntosensa on heikentynyt. Monet heistä sairastavat dementiaa. Nykypäivänä ei voida enää puhua palveluasumisesta. Entiset palveluasumisyksiköt ovat muuttuneet hoito- ja asumisyksiköiksi. Tätä ei ole otettu riittävästi huomioon näiden yksiköiden lääketieteellistä hoitoa järjestettäessä. Keskivaikeaa tai vaikeaa dementiaa sairastavia tai pyörätuolin avulla liikkuvia palvelutaloissa asuvia iäkkäitä kuljetetaan lääkäreiden vastaanotoille, eivätkä lääkärit tee käynnejä palvelutaloihin. Sama ongelma on monissa dementia- ja muissa ryhmäkodeissa. Eivätkä kaikki vanhainkodeissakaan asuvat iäkkäät ole yhden ja saman lääkärin hoidossa. Pitkäkestoisia hoitosuhteita omaan lääkäriin ei ole kaikilla näissä hoito- ja asumisyksiköissä tai vanhainkodeissa asuvilla iäkkäillä.

Hoidon kehittämisen ongelmia palvelutaloissa, dementia- ja muissa ryhmäkodeissa ja vanhainkodeissa aiheuttaa myös se, että perinteisiin ei kuulu vanhusten tai heidän omaistensa luvalla pyytää vanhusten hoitokertomuksia terveydenhuollon yksiköistä. Vanhainkodeissa tai mainituissa muissa hoito- ja asumisyksiköissä nykyisin asuvat iäkkäät ovat toimintakyvyltään heikentyneitä ja sairastavat monia sairauksia. Osa heistä sairastaa dementiaa. Heidän hyvän hoitonsa edellytyksiin kuuluu se, että hoitoon osallistuvat työntekijät tuntevat heidän sairautensa ja lääkahoitonsa ja jopa sairauksien määrittämisen kriittisyystason. Nämä seikat ilmenevät riittävän hyvin vain terveydenhuollon

hoitokertomuksista. Dementiaa sairastavien psykososiaalinen ryhmähoito poikkeaa ei-dementoituneiden tai kroonista mielenterveyshäiriötä sairastavien psykososiaalisesta ryhmähoidosta. Hyvän psykososiaalisen hoidon perusta on se, että hoitoon osallistuvat todella tietävät, mitä kukin hoidettava vanhus sairastaa. Sama pätee hyvien lääkehoitojen toteuttamiseen.

Käsitteillä luodaan mielikuvia ja vaikutetaan toimintaan. ”Hoivapalveluista” ja ”hoivayksiköistä” puhuminen saattaa luoda mielikuvan siitä, että kyseessä on hoitavien henkilöiden antama passiivisluonteinen ”hoivaaminen”. ”Hoiva” voidaan ymmärtää pelkästään hoitotyöksi ilman lääketieteellisen tiedon tarvetta. Tämäkin saattaa vieroittaa lääkäreitä osallistumasta pitkäaikaishoitoon. Pitkäaikaissairaanhoidossa ei kuitenkaan ole olemassa pelkästään ”hoivaa”. Ns. ”hoivaosastoilla” asuvat vanhuskeskukset tarvitsevat myös lääketieteellistä hoitoa mm. lääkehoitojen järjestämiseen. Heidän hyvä hoitonsa edellyttää lääketieteellistä osaamista myös muuhun kuin lääkehoitoihin. Virtsatietulehdusten ja keuhkokuumeiden diagnosointi (määrittäminen) tai kivun syyn määrittäminen eli diagnosointi ovat tästä esimerkkejä. Lääketieteellinen hoito näillä osastoilla on ”hoiva”-käsitteen johdosta voinut muuttua vähemmän kriittisiin perusteisiin pohjautuvaksi lääkkeiden määräämiseksi ilman perusteellista oireiden syiden määrittämistä. Syntyneet lääkähaitat ovat saattaneet heikentää vanhusten toimintakykyä. Myös hoitotyö on saattanut lamaan. ”Hoiva” voi olla täysin passiivista ulkopuolisten toimintaa, ja siihen ei ehkä kuulukaan vanhusten toiminnallisten voimavarojen ja fyysisen, kognitiivisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitäminen. Kierre vanhusten toimintakyvyn ja hyvinvoinnin täydelliseen heikkenemiseen on ollut valmis. Näistä syistä johtuen ja myös sen takia, että vanhusten inhimillisten tarpeiden tyydyttäminen eli ”hoiva” kuuluu kaikkeen geriatriseen hoitoon, vanhustenhoitoon ja kuntoutumista edistävään toimintaan, ”hoivaosastoista” ja ”hoivapalveluista” puhuminen tulee lopettaa. ”Hoivasta” ei voida puhua geriatrisessa hoidossa tai vanhustenhoidossa muulloin kuin kuolevien hoidossa – jos silloinkaan.

Vanhustenhoito on moniammatillista yhteistyötä. Terveystieteiden ja sosiaalitoimen työntekijöiden saumattoman ja tasa-arvoisen yhteistyön lisäksi siinä korostuvat yhteistyö järjestöjen ja seurakuntien vapaaehtoisten ja työntekijöiden sekä omaisten ja vanhusten – ja jopa vanhusten ystävien – kanssa. Joskin hyvää yhteistyötä tehdään maassamme, yhteistyön ongelmiakin on. Vanhustenhoitoa on saatettu kehittää siten, että joidenkin yhteistyötahojen merkitys on unohdettu. Terveystieteiden ja sosiaalitoimen toimintamallien erilaisuus helposti aiheuttaa yhteistyön ongelmia. Näiden kahden sektorin keskinäinen kilpailu ja jopa vallanhimo eivät edistä vanhusten ”hyvän” toteutumista, vaan johtavat päinvastaiseen suuntaan. Vanhustenhoidon puutteita arvostelevat ja parannusehdotuksia esittävät omaiset voidaan leimata ”hankaliksi” omaisiksi. Osa vanhuksista ja omaisista ei uskalla esittää asiallisiakaan kriittisiä kommentteja tai parannusehdotuksia, koska pelkää niiden johtavan hoidon heikkenemiseen henkilökunnan ”koston”.

Hyvä vanhustenhoito edellyttää kaikkien hoitoon osallistuvien yhteistä näkemystä ”vanhusten hyvästä”. Jokaisen lyhyt- tai pitkäaikaishoidossa olevan vanhuksen hoidon tavoitteet ja toiminnat tavoitteiden saavuttamiseksi tulee määritellä ainakin lääketieteen ja hoitotyön yhteistyönä. Monen vanhuksen hoidossa yhteistyöhön tarvitaan myös sosiaalityön koulutuksen saaneen henkilön tietoja ja taitoja sekä koulutustaustaltaan ja osaamiseltaan erilaisia hoitotyön osaajia. Jos lääketieteen, hoitotyön ja sosiaalityön suunni-

telmat kulkevat kukin omaa erillistä ”latuaan”, toiminnoissa voi olla jopa vanhusten toimintakykyä häiritseviä ristiriitaisuuksia. Yhteistyön puute heikentää hoitoa.

Pitkäkestoisessa vanhustenhoidossa korostuvat lääkkeettömät ryhmähoidot, joille hoito pääasiassa rakentuu. Lääketieteen näkökulmasta pitkäaikaishoidon ongelmia ei aiheuta pelkästään lääkärikoulutuksen ja perinteisen lääkärintyön perustuminen pitkälti äkillisten sairauksien hoidon, yksilötasoisien hoidon ja pitkäaikaissairauksien avohoidon periaatteille. Yhteiskunnassamme on myös käsityksiä, joiden mukaan lääketieteeseen ja lääkärin työhön eivät kuulu pitkäaikaishoidon ryhmä- tai yksilötasoiset psykososiaaliset hoidot. Vanhusten ryhmähoitoja järjestävät lääkärit voidaan leimata ”toisarvoisiksi”, vaikka kyseisten ryhmähoitojen myönteisistä vaikutuksista on vankka tieteellinen näyttö. Nämä lääketieteen ulkopuolelta tulevat käsitykset eivät tue hyvää vanhusten pitkäaikaishoitoa.

Maassamme on hyvää pitkäaikaishoitoa. Esimerkkejä ovat dementiaa sairastavien psykososiaaliset ryhmähoidot. Dementiaa sairastavien hoidosta on järjestetty melko paljon täydennyskoulutusta, ja erilaisia kehittämissuunnitelmia on toteutettu. Hoitoa varten on kehitetty pieniä ryhmäkoteja. Dementiaa sairastavien hoitoa on kehitetty enemmän kuin mm. masennustilaa sairastavien iäkkäiden hoitoa, joskin dementiapotilaidenkin hoidossa on isoja alueellisia sekä hoitopaikkakohtaisia eroja.

Alueellisiin ja jopa laitoskohtaisiin eroihin osaltaan johtavat osastojen tai muiden pitkäaikaissairastavien johdossa olevan henkilökunnan eli osastonhoitajien (tai vastaavien) tiedot, taidot ja asenteet sekä yksiköihin muodostuneet hoitokulttuurit. Piintyneet hoitokulttuurit johtavat mm. siihen, että uusien työntekijöiden tietoja ja taitoja ei käytetä hyväksi hoidon kehittämisessä. Työstään vanhustenhoidossa kiinnostuneet ja vanhuksia ja työntekijöitä arvostavat osastonhoitajat, ylihoitajat tai muut johtavassa asemassa olevat ovat yhdessä muiden työntekijöiden kanssa pystyneet kehittämään hyvää pitkäaikaishoitoa. Kokemukset osoittavat kehittämisen onnistuneen silloin, kun osaston/yksiköiden/toimintojen lähijohdossa olevat ovat panostaneet täydennyskoulutuksen järjestämiseen, työntekijöiden jaksamisen tukemiseen ja työntekijöiden riittävän määrän saamiseen. Avoimet, rehelliset ja työtovereita arvostavat keskustelut ja lähijohtajien kannustava asennoituminen ovat työyhteisöjen kehittämisen perusteita.

Lyhytaikaiset työsuhteet ovat viime vuosina yleistyneet vanhustenhoidossa. Joillakin alueilla lääkäriä on ongelmaksi. Sairaslomien sijaisten puutetta on. Hoitotyön koulutuksen saaneiden tilalle on joillakin paikkakunnilla palkattu työntekijöitä, joilla tätä koulutusta ei ole. Lyhytaikaisten työntekijöiden näkökulmasta ongelma on työn jatkuvuuden kyseenalaisuus, mikä saattaa heikentää motivaatiota kehittää työtä. Vakituksissa työsuhteissa olevien näkökulmasta lyhytaikaisten työntekijöiden vaihtuminen ja toistuva uusien työntekijöiden opastaminen altistavat väsymiselle. Jos lisäksi henkilökuntamitoitus on riittämätön, loppuunpalamiset uhkaavat, hoidon kehittäminen ontuu, ja hoitotiikka voi rapistua.

Hoidon eettisyyden tarkasteleminen saattaa olla puutteellista. Kansallisen tason seminaareja vanhusten pitkäaikaishoidon etiikasta on järjestetty varsin vähän. Kovin yleisiä eivät liene työpaikkakohtaiset keskustelut siitä, onko eettisesti oikein sitoa vanhukset fyysisten tai kemiallisten (lääkkeet) rajoitteiden avulla sänkyihin tai tuoleihin tai onko eettisesti oikein jättää kuljettamatta vanhuksia WC:hen ja pyytää heitä ulostamaan ja virtsaamaan vaippoihin. Jos pitkäaikaishoidon etiikasta ei edes keskustella, hoito voi muuttua ala-arvoiseksi.

Lähes jokainen kunta on laatinut vanhuspoliittiset strategiansa. Niissä kuitenkin esitetään hyvin vähän konkreettisia keinoja vanhustyön ja vanhustenhoidon kehittämiseksi. Strategioita eivät tunne edes kaikki vanhustyössä työskentelevät. Ne lienevät jääneet kirjoitetuiksi papereiksi, joita kuntalaiset eivät ollenkaan tunne.

Vanhustenhoidon kehittämistä on hidastanut myös riittämätön laatutyön ja laadun arvioinnin osaaminen ja hallinta. Hoito- ja palvelusuunnitelmien laadintaa on opiskeltu, mutta niidenkin laadinnassa ja arvioinneissa on edelleen opiskeltavaa. Opiskeltavaa on myös hoito- ja palvelusuunnitelmien laadinnan yhteistyössä.

Käytännön vanhustenhoidossa työskentelevien osaamisen edistäminen kehittämällä sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden perus-, jatko- ja täydennyskoulutusta vaatii tutkijoita ja kouluttajia. Geriatrian, vanhuspsykiatrian, gerontologisen hoitotieteen ja gerontologisen sosiaalityön tutkimusten kehittämiseen ja tutkijoiden ja kouluttajien kouluttamiseen on maassamme panostettu aivan liian vähän. Suomen Akatemian ja muiden tahojen vanhenemisen tutkimuksen tutkimusohjelmiin on hyväksytty vain harvoja edellä mainittujen tutkimusalojen osaajia, vaikka kyseisillä osaajilla on ollut vankka kansainvälinen näyttö osaamisestaan. Käytännön työntekijöiden kouluttajia ei niissä ole arvoitettu. Maassamme on yksi monitieteinen vanhenemisen tutkimuksen tutkijakoulu, jossa on ollut vain viisi opetusministeriön määrärahoilla kustannettua tohtorinkoulutuspaikkaa. Monitieteisyyden johdosta vain noin 1,5 koulutuspaikkaa on kuulunut em. oppiaineiden piirissä tohtorin tutkintoa suorittaville. Maassamme on vain neljä geriatrian professorin virkaa. Vain kaksi niistä ei ole määräaikaisia. Toiset kaksi ovat määräaikaisia, pitkälti lahjoitusvaroihin perustuvia. On vain yksi sellainen professorin virka, jonka opetusalaan on kytketty gerontologinen sosiaalityö. Sellaisia professorin virkoja, joiden yksinomaiseksi oppiaineeksi on määritetty vanhuspsykiatria tai gerontologinen hoitotyö ei maassamme ole. Vanhustenhoidon työntekijöiden osaamisen kehittäminen eriasteisen koulutuksen kautta on ollut todella harvojen tutkijoiden, kouluttajien ja täydennyskouluttajien varassa.

Gerontologian kansainvälisissä tieteellisissä sarjoissa on useiden vuosikymmenten ajan tuotu esille länsimaisen kulttuurin mitätöivät ja aliarvostavat asenteet vanhuksiin. Tämä ”ikäismi” johtaa siihen, että gerontologian ja sen osa-alueiden tutkimustoiminnan ja vanhustenhoidon kehittämiseen ei ohjata riittävästi voimavaroja. Aliarvostus tulee esille kaikilla yhteiskunnan alueilla. Poliittisissa strategioissa saatetaan kirjoittaa vanhuspolitiikan eri osa-alueiden tärkeydestä. Vanhuskielteisyys kuitenkin johtaa käytännön tekojen niukkuuteen. Vanhuskielteisyys on myös osasy s siihen, että hoitoetiikka saattaa rapistua. Suomalaisessa yhteiskunnassa on selvästi vanhuskielteisyyttä. Tämä tulee esille myös poliittisissa päätöksissä.

Terveydenhuollon lainsäädäntöä on 2000-luvulla täsmennetty hoidon saatavuuden turvaamiseksi. Lait sisältävät muun muassa säännökset oikeudesta hoidon tarpeen arviointiin perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Sosiaalihuoltolakia on muutettu siten, että siinä on säännökset kuntien velvollisuudesta järjestää palvelutarpeen arviointi. Kiireellisessä tilanteessa palvelutarve on arvioitava viipymättä. Ei-kiireellisissä tilanteissa kunnan on järjestettävä pääsy palvelutarpeen arviointiin 80 vuotta täyttäneille ja kansaneläkelain mukaista erityishoitotukea saaville viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä yhteydenotosta. Nämä lakimuutokset eivät kuitenkaan sisällä kuntien tai muiden tahojen velvollisuutta järjestää pitkäaikaishoitoa terveydenhuollon tai sosiaalihuollon palveluina. Huonokuntoisilla tai dementoituneilla vanhuksilla ei ole mitään takeita siitä, että he hoidon tarpeen tai palvelutarpeen arvioinnin jälkeen saavat tarvitsemaansa pitkä-

aikaishoitoa tai pitkäaikaispalveluita esimerkiksi kotipalveluina, kotisairaanhoidona, palvelutalossa, dementia- tai muussa ryhmäkodissa tai pitkäaikaislaitoksessa. On epäeettistä tehdä hoidon tai palvelun tarpeen arviointia, jos hoitoa tai palveluita ei edes ole saatavissa.

Hoitoa tai palveluita eivät tarvitse terveet vanhukset. Niitä tarvitsevat erilaisia sairauksia sairastavat tai sairauksiensa johdosta toimintakyvyltään heikentyneet vanhukset. Hoito ja palvelut ja niiden tarpeen arvioiminen ovat tästä syystä lääketieteen, hoitotyön ja sosiaalityön yhteinen tehtävä. Palvelutarpeen arvioinnin tulee perustua tarkkoihin ja tarpeeksi laajasti vanhuksen toimintakykyä määrittäviin mittareihin. Fyysisen toimintakyvyn määrittämisen lisäksi tulee määrittää kognitiivinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky. Lääkehaittojen ja hoidettavissa olevien sairauksien merkitys toimintakyvyn heikkenemisessä on otettava huomioon. Palvelutarpeiden määritysmenetelmissä ja arvioinnin yhteistyössä on puutteita maassamme. Jos palvelutarpeen arvioinnissa ei oteta huomioon mm. lääkehaittojen ja hoidettavissa olevien sairauksien osuutta vanhuksen toimintakyvyn heikkenemiseen, eikä pyritä lääkehaittojen poistamiseen ja sairauksien asianmukaiseen diagnosointiin ja hoitoon, palvelutarve arvioidaan väärin perustein. Tämä johtaa virheellisiin ja jopa epäeettisiin palveluiden järjestämisiin sekä palveluiden ja hoidon kustannusten kasvuun.

Lääketieteen, hoitotyön ja sosiaalityön yhteistyötä ei tarvita vain yksittäisen vanhuksen palvelu- ja hoitotarpeen määrittämisessä. Se on keskeistä myös väestötasoisessa suunnittelussa ja valvonnassa sosiaali- ja terveyspalveluorganisaatioiden eri tasoilla eli kuntien, kuntayhtymien, lääninhallitusten ja sosiaali- ja terveysministeriön tasoilla. Tässäkin on puutteita. Vaikka monissa kunnissa on sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseksi perusturvalautakunnat, sosiaalitoimi ja terveydenhuolto toimivat omina organisaatioinaan. Vaikka ne toimisivat yhdistettyinä organisaatioina, yhteistyö saattaa olla vähäistä. Lääninhallituksissa ja sosiaali- ja terveysministeriössä sosiaalihuolto ja terveydenhuolto toimivat omina, erillisinä ”toimistoinaan”, mikä saattaa estää saumatonta yhteistyötä.

Yhteistyön puute tulee esille myös sosiaalialan osaamiskeskusten vanhustyön projekteja tarkasteltaessa. Niissä toimii varsin vähän vanhusten hoitotyön ja lääketieteellisen vanhusten hoidon, geriatrisen prevention ja kuntoutuksen osaajia. Jos sosiaaliala rakentaa vain sosiaalityön osaamiseen perustuvia vanhustyön projekteja, mm. lääkehaittojen tai hoidettavissa olevien sairauksien aiheuttamien toiminnallisten ongelmien havaitseminen jää puutteelliseksi projekteissa. Lääkehaitat ja niistä johtuvat kärsimykset jatkuvat, ja haittojen aiheuttamat kustannukset tulevat vanhusten, kuntien ja muun yhteiskunnan maksettaviksi. Jos taas terveydenhuolto rakentaa ohjelmia, joista sosiaalityön osaaminen puuttuu, vanhusten ongelmien kokonaisratkaisut jäävät toteuttamatta. Tämä tulee esille esimerkiksi siten, että murtuman tai mustelmien syynä ehkä arvellaan olevan pahoinpitelyn, mutta pahoinpitelyyn ei puututa mitenkään.

On myös kyseenalaista, tuleeko puhua palvelu- ja hoitosuunnitelmasta, koska vanhuksia hoidettaessa on aina muistettava fyysisen, kognitiivisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn ja sosiaalisen osallisuuden ylläpitäminen. Olisiko järkevämpää puhua palvelu-, hoito- ja kuntoutumissuunnitelmista? Tämä saattaisi selkeästi tuoda esille sen, että vanhusten hoidossa tulee aina muistaa vanhusten toiminnallisuuden edistäminen ja säilyminen.

Hyvän ravitsemuksen ja hyvän ravitsemustilan merkitys on keskeistä vanhusten toimintakyvyn säilymiselle. Lääkäreiden ja hoitotyöntekijöiden ravitsemustiedoissa on puutteita. Ravitsemusterapeutteja ja ravitsemussuunnittelijoita työskentelee jonkin verran erikoissairaanhoidossa, mutta perusterveydenhuollossa heitä on vain vähän. Ravitsemusasiantuntijoiden konsultoinnissa voi olla puutteita muistakin syistä. Vanhusten hidas syöminen tai avun tarve ruokailussa, hoitoyksiköiden työntekijöiden vähäinen määrä, kiire ja työntekijöiden puutteelliset ravitsemustiedot tai piittaamattomuus vanhusten riittävästä hyvälaatuisen ravinnon ja nesteiden saannista saattavat johtaa vanhusten ali- ja virheravitsemukseen ja tätä kautta fyysisen kunnan heikkenemiseen sekä hoidon tarpeen lisääntymiseen.

Uusimpiin ongelmiin kuuluvat tilaaja-tuottajamallin ja kilpailuttamisen soveltamisesta johtuvat seikat. Jos tilaaja eli kunnan työntekijä/työntekijäryhmä/luottamushenkilöstö ei riittävän hyvin tunne vanhustenhoitoa ja sen erityispiirteitä eikä osaa kuvata prosessia, johon palveluita kilpailutuksen kautta pyrkii järjestämään, seurauksena voi olla virheelliset palvelut. Väärin mitoitettut palvelut tai palvelut, joissa vanhustenhoidon erityispiirteitä ei ole otettu huomioon eivät edistä hyvän vanhustenhoidon toteuttamista. Hoidon onnistumisen ja kustannusten säästämisen edellytys on, että tilaaja tarkasti kuvaa prosessin, johon palveluita kilpailutuksen kautta on järjestämässä.

Kuntien, kuntayhtymien ja erilaisten muiden tahojen luottamushenkilöt ja kansanedustajat toimivat yhteiskunnassa, jossa vallitsee vanhuksia mitätöiviä asenteita. Dementoituneen tai raihnaisen vanhuksen kohtaaminen voi herättää pelkoja terveessä keskiikäisessä. Nämä vääjäämättä vaikuttavat päätöksiin. Luottamushenkilöiden oikeilla tiedoilla on merkitystä vanhustenhoidon ja vanhustyön kehittämisessä. Neuvottelu- ja koulutustilaisuuksia on järjestetty luottamushenkilöille liian vähän.

PERUS-, JATKO- JA TÄYDENNYSKOULUTUS JA HENKILÖKUNNAN OSAAMINEN

Ensimmäisenä tarkennettuna tehtävänäni on laatia ehdotukset niistä perus-, jatko- ja täydennyskoulutuksen kehittämistoimenpiteistä, joiden avulla ikäihmisten parissa työskentelevien sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön osaaminen voidaan turvata. Henkilöstön osaamista on pyydetty tarkastelemaan lääkäreiden, hoitohenkilöstön ja sosiaalityöntekijöiden näkökulmasta ottaen erityisesti huomioon geriatri, geronomit ja lähihoitajat.

Osaamista koskevien ehdotusten perustaksi ensin tarkastelen lääkäreiden, hammaslääkäreiden, hoitotyön keskeisten ammattiryhmien ja sosiaalityön peruskoulutusta normaalia vanhenemista, geriatria, vanhuspsykiatria, vanhustenhoitoa ja ikääntyneiden sosiaalityötä käsittelevien opintojen osalta. Koska toinen tehtävä liittyy lääkehaittojen ehkäisyyn, tarkastelen myös farmakologian ja lääkehoidon opintoja lääkäreiden ja hoitotyöntekijöiden peruskoulutuksessa. Tämän jälkeen tarkastelen em. työntekijäryhmien gerontologista, geriatria, vanhuspsykiatria ja vanhustenhoitoa ammatillista jatkokoulutusta ja täydennyskoulutusta. Sitten arvioin perus-, ammatillisen jatko- ja täydennyskoulutuksen puutteita suhteessa niihin osaamisen tarpeisiin, joita lähes kaikilla sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöillä nykyisin vanhuksia hoitaessaan on. Lopuksi esitän suositukset osaamisen kehittämiseksi ja turvaamiseksi. Raportin loppuosaan olen koonnut yhteenvedon ehdotuksista kaikkien selvitystehtävien osalta. Esitän myös muutaman geriatrisen hoidon ja vanhustyön yleiseksi kehittämiseksi tarkoitetun ehdotukseni raportin viimeisessä osassa.

Geriatria, vanhuspsykiatria, geriatrisen hammaslääketiede, gerontologinen hoitotyö, gerontologinen fysio- ja toimintaterapia sekä gerontologinen sosiaalityö perustuvat kriittisten tutkimusten tuottamiin tietoihin. Niiden tietoperusta on mittavasti lisääntynyt viimeisten 20 vuoden aikana. Kansainvälisesti tarkastellen tutkimuksia näillä osa-alueilla on tehty runsaasti, ja kotimaassakin tutkimuksia on tehty. Tietoja osaamisen perustaksi on kohtalaisen paljon. Tämä tietojen lisääntyminen on johtanut laajaan tarpeeseen siirtää tietoja käytännön työhön. Vanhustenhoitossa työskentelevän henkilökunnan osaamisen edistäminen ja uusimpien tietojen siirtäminen käytännön toimintaan ovat tärkein kehittämisen haaste nykyisessä suomalaisessa vanhustenhoitossa ja vanhustyössä. Osaamista ei kuitenkaan kehitetä ilman tutkijoita, kouluttajia ja muita erityisosaajia. Heidän määränsä lisääminen on osaamisen kehittämisen edellytys.

Vanhenemisen, geriatrian, vanhuspsykiatrian ja farmakologian opetuksen nykytila lääkäreiden perus-, jatko- ja täydennyskoulutuksessa

Vanhenemisen ja geriatrian opinnot lääketieteen lisensiaatin tutkintoon johtavassa koulutuksessa.

Lääketieteen lisensiaatin tutkinnon laajuus on 360 opintopistettä (op) (240 opintoviikkoa, ov). Kaikissa lääketieteellisissä tiedekunnissa on opintojen loppuvaiheessa geriatri-

an opintojakso. Tampereen yliopistossa tämä opetus toteutetaan yleislääketieteen oppiaineen yhteydessä. Muissa lääketieteellisissä tiedekunnissa se on geriatrian professorin järjestämää. Jakson pituus on 1,5 op (1,0 ov) Oulun ja Turun yliopistoissa, 1,7 op (1,1 ov) Helsingin yliopistossa, 2,3 op (1,5 ov) Kuopion yliopistossa ja 3 op (2,0 ov) Tampereen yliopistossa. Opetus käsittää luentoja, seminaarityypistä opetusta ja vanhuspotilaiden tutkimisen ja hoidon harjoittelua sekä tentin. Geriatrian opintojen laajuus on vain 0,4 - 1 % lääkäreiden peruskoulutuksen pituudesta.

Geriatrician opetus on aloitettu Tampereen yliopistossa 80-luvun alussa, Turun, Helsingin ja Oulun yliopistoissa 80-luvun lopulla ja Kuopion yliopistossa 90-luvun alussa. Lähes kaikki ennen 90-lukua ja osa ennen 90-luvun puoliväliä lääketieteen liseniaattitutkinnon suorittaneet eivät ole peruskoulutuksensa aikana opiskelleet geriatriaakaan.

Opinto-oppaiden perusteella vain harvojen muiden erikoisalojen kuin geriatrian opetuksessa esitetään vanhuspotilaiden hoito omana aihepiirinään. Psykiatrian opetukseen kuuluu vanhuspsykiatrian opetusta muutamassa tiedekunnassa, ja yleislääketieteen opetuksessa esitetään vanhuspotilaiden hoitoa koskevia opintoja joissakin tiedekunnissa.

Normaalin ikääntymisen opintoja on vain Tampereen ja Turun yliopistoissa toisena opintovuonna. Tampereen yliopistossa tämä opetus on gerontologian professorin järjestämää. Sen laajuus on 7,5 op (5 ov). Opetukseen kuuluu biologista, sosiaalista ja psykologista vanhenemista käsitteleviä luentoja, ongelmakeskeistä (PBL) oppimista sekä tentti. Turun yliopistossa kyseisen opetuksen järjestää yleislääketieteen professori, ja se käsittää 24 luentotuntia. Opetukseen kuuluu myös haastatteluja, seminaariopetusta ja tentti. Opetus on osa koko elämänkaaren aikaista kehittymistä käsittelevää opetusta, jonka kokonaispituus on 9 op (6 ov). Vanhenemista käsittelevän opetuksen laajuus on noin 3,5 op (2 ov).

Turun yliopistossa yleislääketieteen professori on kahden vuoden ajan järjestänyt vanhusten lääkehoitoa käsittelevän 3 op (2 ov) mittaisen vanhusten lääkehoidon valinnaiskurssin, johon kuuluu myös vanhusten lääkehoitojen kokonaisarviointeja.

Koska ruotsinkielistä professorin virkaa ei ole, peruskoulutus toteutetaan suomenkielillä.

Farmakologian opinnot lääketieteen liseniaatin tutkintoon johtavassa koulutuksessa

Toinen selvitystehtävä liittyy lääkehaittojen ehkäisyyn. Tämän johdosta lääkäriopintoja tarkastellaan myös farmakologian opintojen näkökulmasta.

Lääketieteen liseniaattitutkintoon kuuluu perusfarmakologian opintoja, joissa opiskellaan lääkeaineiden vaikutusmekanismit ja haittavaikutukset sekä hoidollisen käytön perusteet. Myöhemmässä vaiheessa kliinistä farmakologiaa opiskellaan yksittäisten sairauksien hoitoina silloin, kun sairauksia ja niiden hoitoja opetetaan. Lasten lääkehoidon erityiskysymyksistä on oma kurssinsa. Vanhusten lääkehoidon erityiskysymyksiä käsitellään lyhyesti geriatrian opintojen yhteydessä. Oma, erillinen kurssinsa niistä on vain Turun yliopistossa, jossa se kuuluu valinnaisiin opintoihin.

Kliinistä farmakologiaa eli lääkehoitoja opiskellaan pääasiassa yksittäisten sairauksien diagnostiikan ja hoidon yhteydessä. Samanaikaisesti käytössä olevien lääkkeiden yhteisvaikutuksia opetetaan, mutta muun tyyppinen lääkehoitojen kokonaisarviointi ei yleensä kuulu opintoihin.

Geriatrian ja vanhuspsykiatrian erikoislääkärikoulutus

Geriatrian erikoisala on maassamme perustettu lääkäreiden erikoisalaksi v. 1986. Tätä ennen geriatria on ollut suppeana sisätautien, neurologian ja psykiatrian erikoisalana 70- ja 80-lukujen vaihteesta lähtien. Suppeat erikoisalalat on lakkautettu 90-luvulla.

Geriatrian erikoisalan koulutus käsittää viiden vuoden pituisen kliinisen koulutuksen, 80 tunnin teoreettisen koulutuksen ja tentin. Koulutukseen kuuluu perehtyminen avoterveydenhuollon mahdollisuuksiin hoitaa vanhuspotilaita sekä kliinistä koulutusta geriatrian erikoisalan lisäksi sisätautien, neurologian ja psykiatrian erikoisaloilla. Tenttikirjallisuus koostuu kansainvälisistä geriatrian oppikirjoista ja tieteellisistä lehdistä. Tenttikirjallisuus ei sisällä yhtään vanhuspsykiatrian oppikirjaa, joskin yhden psykogeriatrian tieteellisen lehden lukeminen kolmen vuoden ajan on vaatimuksena. Koulutus on suomenkielistä. Tentiin osallistuneista erittäin harva on vastannut ruotsinkielellä.

Tavoitteina on kouluttaa geriatrian erikoislääkäreitä, jotka 1. tuntevat vanhenemiseen liittyvät biologiset ja toimintakyvyn muutokset; 2. tuntevat vanhuuteen liittyvien sairauksien epidemiologian, syyt, patogeneesin ja erikoispiirteet; 3. hallitsevat vanhuuteen liittyvien tautien diagnostiikan, hoidon, lääkinnällisen kuntoutuksen ja ehkäisyn; 4. kykenevät huomioimaan kokonaistilanteen potilaan diagnostiikassa, hoidossa ja kuntoutuksessa; 5. kykenevät toimimaan geriatrian erityiskysymysten kouluttajina ja 6. tuntevat geriatrisen suunnittelun ja pystyvät johtamaan iäkkäiden potilaiden hoidossa ja kuntoutuksessa oleellista ryhmätyöskentelyä.

Geriatrian erikoislääkäritutkintoa on nykyisin suorittamassa 143 lääkäriä. Vuosina 2000 – 05 eli kuuden viimeisen vuoden aikana on valmistunut 69 erikoislääkäriä eli 11 – 12 erikoislääkäriä vuodessa. Kyseisenä kuuden vuoden jaksona on 3.405 lääkäriä suorittanut erikoislääkärin tutkinnon eli vain 2 % tutkinnon suorittaneista on erikoistunut geriatriaan.

Geriatrian ja vanhuspsykiatrian erikoislääkäreiden määrä ja tehtävät

Koska minua selvityshenkilönä on pyydetty ottamaan erityisesti huomioon geriatrit, tarkastelen geriatrien ja vanhuspsykiatrien määriä ja sijoittumista melko perusteellisesti.

Vuosien 2005 ja 2006 vaihteessa on maassamme ollut 229 geriatrian pääerikoisalaan tai johonkin suppeaan erikoisalaan erikoistunutta lääkäriä, joista työssä on 181 ja eläkkeellä 48. Työssä olevista 133 on geriatrian pääerikoisalan, 26 sisätautien suppean erikoisalan, 3 neurologian suppean erikoisalan ja 19 psykiatrian suppean erikoisalan (vanhuspsykiatria) kautta erikoistuneita. Työssä olevien määrä on tosiasiaa 1 - 5 lääkäriä pienempi kuin 181, koska muutamalla on erikoislääkärin pätevyudet sekä suppealla että pääerikoisalalla. Osa erikoislääkäreistä on erikoistunut myös muulle erikoisalalle, eikä

työskentele geriatrian tehtävissä. Kaikki erikoistuneet eivät työskentele käytännön kliinisissä lääkärintehtävissä.

Kaikkien työssä olevien lääkäreiden määrä vuosien 2005 ja 2006 vaihteessa on ollut 15.475, mikä merkitsee 295 lääkärinä 100.000 asukasta kohden. Vain 1,2 % työssä olevista lääkäreistä on geriatrian pääerikoisalalan tai suppean erikoisalalan erikoislääkäreitä.

Maassamme on 41,8 fyysisiin sairauksiin erikoistunutta geriatrian erikoislääkärinä 100.000:tta 75 vuotta täyttäneitä kohden. Vanhuspsykiatrian erikoislääkäreiden määrä on vain 4,9 erikoislääkärinä 100.000:tta 75 vuotta täyttäneitä kohden.

Suomen Lääkäriliiton tilastojen mukaan maassamme on vuoden 2005 lopussa ollut 593 työikäistä lastentautien erikoislääkärinä. Maamme alle 15-vuotiaiden määrään suhteutettuna tämä merkitsee 65,4 lastentautien erikoislääkärinä 100.000:tta alle 15-vuotiasta kohden. Lastenpsykiatriaan erikoistuneiden työikäisten lääkäreiden määrä on 226 eli 24,9 lastenpsykiatrian erikoislääkärinä 100.000:tta alle 15-vuotiasta kohden. Lastenneurologiaan erikoistuneiden työikäisten lääkäreiden määrä on 86 eli 9,5 lastenneurologiaan erikoistunutta lääkärinä 100.000:tta alle 15-vuotiasta kohden. Vastaava lastenkirurgiaan erikoistuneiden lääkäreiden määrä on 56 eli 6,2 lääkärinä 100.000:tta alle 15-vuotiasta kohden. Kaikkien lasten fyysisten sairauksien hoitoon erikoistuneiden lääkäreiden määrä on 735 eli 81,1 erikoislääkärinä 100.000:tta alle 15-vuotiasta kohden.

Geriatrician ja lastentautien eri erikoislääkäreiden määrien vertailu ei tarkoita vanhusten ja lasten vastakkainasettelua. Tavoitteena on havainnollistaa se, että geriatria tai vanhuspsykiatria erikoistuneiden lääkäreiden määrät maassamme ovat todella pienet. Ottaen huomioon vain geriatrian pääerikoisalalan ja sisätautien sekä neurologian suppean erikoisalalan (ei vanhuspsykiatrian) erikoislääkärit ja lastentautien pääerikoisalalan ja lastenneurologian erikoisalalan erikoislääkärit sekä 75 vuotta täyttäneiden ja alle 15-vuotiaiden määrät, maassamme on lasten fyysisten sairauksien hoitoon lähes kaksinkertainen määrä erikoislääkäreitä vanhusten fyysisten sairauksien hoitoon verrattuna. Vastaavasti lasten psykiatristen sairauksien hoitoon on viisinkertainen määrä erikoislääkäreitä vanhusten psykiatristen sairauksien hoitoon verrattuna.

Em. vertailussa on toki otettava huomioon se, että 75 vuotta täyttäneiden fyysisiä sairauksia hoitavat muutkin erikoislääkärit kuin geriatrian erikoislääkärit, eikä tavoitteena ole siirtää kaikkien 75 vuotta täyttäneiden kaikkien fyysisten sairauksien hoitoja geriatrian erikoislääkäreille. Kaikkien aikuispotilaita hoitavien muiden erikoisalojen lääkäreitä tarvitaan vanhustenhoidossa, mikä edellyttää heidänkin geriatrisen osaamisensa lisäämistä. Kannattaa kuitenkin muistaa, että monet lasten äkilliset sairaudet hoidetaan perusterveydenhuollossa (yleislääketieteen erikoislääkärit ja yleislääkärit) ja että pitkäaikaiset sairaudet ovat vanhuksilla huomattavasti yleisempiä kuin lapsilla. Vertailu kuitenkin osoittaa geriatrian ja etenkin vanhuspsykiatrian erikoislääkäreiden määrien pienyyden maassamme.

Geriatrician pää- ja suppeisiin fyysisiin erikoisaloihin erikoistuneiden työssä olevien ikärakennetta tarkastellen noin 30 erikoislääkärinä eli joka kuudes työssä oleva erikoislääkäri saavuttaa eläkeiän seuraavan viiden vuoden aikana. Kun 2000-luvulla on vuodessa erikoistunut 11 – 12 geriatrian erikoislääkärinä, nykyisellä erikoistumistuotannolla ei juurikaan pystytä lisäämään geriatrian erikoislääkäreiden määrää.

Vanhuspsykiatrian 19:sta erikoislääkäristä lähes joka toinen saavuttaa eläkeiän seuraavien viiden vuoden aikana, eikä uusia erikoislääkäreitä valmistu.

Lähes joka neljäs pääerikoisan geriatrian erikoislääkäreistä työskentelee erikoislääkärijohtoisissa terveyskeskussairaaloissa ja lähes joka neljäs työskentelee muissa terveyskeskustoiminnoissa. Yliopistollisissa keskussairaaloissa työskentelee noin joka kymmenes, ja keskus- tai aluesairaalat ovat joka kymmenennen pääerikoisan erikoislääkärin päätyöpaikkoja. Vain kahdeksalla geriatrian pääerikoisan erikoislääkärillä on päävirka yliopistossa. Osassa keskussairaaloista ei työskentele yhtään geriatrian erikoislääkärää. Erittäin harvassa psykiatrisessa sairaalassa tai mielenterveystoimistossa työskentelee vanhuspsykiatrian erikoislääkäri.

Joka kolmas geriatrian erikoislääkäri työskentelee Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella. Monissa sairaanhoitopiireissä työskentelee vain yksi tai muutama erikoislääkäri. Monet erikoislääkäreistä työskentelevät terveyskeskuksissa, joten heidän työpanoksensa ei kohdistu koko sairaanhoitopiirin alueelle.

Maassamme on useita sairaanhoitopiirejä, joissa ei työskentele yhtään vanhuspsykiatrian erikoislääkärää.

Geriatrian ja vanhuspsykiatrian opettajien koulutus

Tampereen yliopiston lääketieteellisessä tiedekunnassa on gerontologian professori, ja muissa neljässä lääketieteellisessä tiedekunnassa on geriatrian professori. Peräti kaksi geriatrian professorien viroista on määräaikaista. Ruotsinkielistä geriatrian professoria ei ole.

Geriatrian opettajina toimivat geriatrian professorit, dosentit ja tohtorit ovat jatkokoulutautuneet kotimaassa, ja harva heistä on saanut useita kuukausia kestäväää ulkomaista tieteellistä tai kliinistä koulutusta. He ovat kuitenkin aktiivisesti osallistuneet lyhytkeskeisiin kansainvälisiin täydennyskoulutuksiin, kongresseihin ja seminaareihin ja tehneet kansainvälistä yhteistyötä kohtalaisen paljon. Suomalaisten geriatristen tutkimusten määrä on kohtalaisen runsas – etenkin, kun otetaan huomioon tutkijoiden pieni määrä. Tutkimusten taso on korkea, ja tutkimukset julkaistaan yleensä korkeatasoisissa kansainvälisissä sarjoissa.

Muun psykiatrian opetuksen yhteydessä iäkkäiden psyykkisiä häiriöitä opettavat psykiatrian professorit ja muut opettajat ovat jatkokoulutautuneet kotimaassa mm. omien tutkimustensa kautta. Vanhuspsykiatria liittyvää kansainvälistä yhteistyötä heillä on jonkin verran.

Geriatrian ja vanhuspsykiatrian oppikirjat ja opetusmateriaalit

Perusopetukseen soveltuva suomenkielinen geriatrian oppikirja on ollut saatavilla 90-luvun alkupuolelta lähtien. Tämä lisäksi gerontologiaa, muistihäiriöitä ja dementiaa, vanhusten lääkehoitoa ja dementiaa sairastavien lääkehoitoa käsittelevät suomenkieliset oppikirjat soveltuvat perusopetukseen. Vanhuspsykiatria käsittelevä suomenkielinen

oppikirja on julkaistu 90-luvun puolivälissä. Jatko- ja täydennyskoulutuksen oppikirjoiksi on saatavilla useita kansainvälisiä teoksia. Geriatria ja vanhustenhoitoa käsittelevä verkko-opetusohjelma on laadittu 90-luvulla. Muiden kuin geriatrian erikoisalalan oppikirjoissa käsitellään vain vähän kyseisten erikoisalojen piirissä hoidettavien sairauksien hoidon erityispiirteitä vanhusväestössä. Nämä oppikirjat on pitkälti kirjoitettu keski-ikäisten ja eläkeikäisten nuorimpien ikäryhmien hoidon näkökulmasta.

Geriatrian ja vanhuspsykiatrian täydennyskoulutus

Psykiatrian erikoislääkäritutkinnon tai muun kliinisen erikoislääkäritutkinnon suorittaneet voivat vanhuspsykiatrian lisäkoulutusohjelman kautta perehtyä vanhuspsykiatriaan. Kyseessä on kahden vuoden koulutusohjelma, johon kuuluu kliinisiä palveluita toimipaikkakoulutuksineen ja teoreettista koulutusta.

Geriatrian ja vanhuspsykiatrian täydennyskoulutusta järjestävät alan tieteelliset seurat, yliopistot ja muutkin tahot. Kohderyhminä ovat olleet geriatrien ja vanhuspsykiatrien lisäksi etenkin perusterveydenhuollon lääkärit, mutta myös muiden erikoisalojen lääkärit. Erikoisaloista täydennyskoulutusta vanhusten sairauksien diagnostiikasta ja hoidosta järjestetään myös lääketieteen muiden erikoisalojen tieteellisten seurojen toimesta. Osa täydennyskoulutuksesta on järjestetty moniammatillisena eli lääkäreiden lisäksi kohderyhminä ovat etenkin psykologian, hoitotyön, fysioterapian ja sosiaalityön työntekijät. Täydennyskoulutuksen määrä on vähäinen, ja suurin osa on teoreettista, yhden päivän tai puolen päivän mittaista. Pitkähköä, useiden vuosien ajalle ajoittuva täydennyskoulutusta on erittäin vähän. Täydennyskoulutus on pääasiassa suomenkielistä.

Yleislääketieteen erikoislääkäri- ja täydennyskoulutus

Hallitusohjelman linjauksiin sisältyy tavoite edistää erityisesti geriatrian osaamista perusterveydenhuollossa. Tämän johdosta yleislääketieteen erikoislääkärikoulutusta tarkastellaan seuraavassa.

Yleislääketieteen erikoislääkäritutkintoon johtavan koulutuksen pituus on kuusi vuotta. Koulutusta järjestetään suomenkielisenä ja ruotsinkielisenä. Siihen kuuluu kliinistä palvelua terveyskeskuksissa ja sairaaloissa. Sairaalaerikoisalojen palvelun kouluttautuva saa valita vapaasti, mutta alle kolmen kuukauden jaksoja ei hyväksytä. Koulutuksesta vastaavat yleislääketieteen professorit ovat pyrkineet ohjaamaan erikoistuvia toimimaan geriatrian ja vanhuspsykiatrian osastoilla ja yksiköissä, koska perusterveydenhuolto kantaa pääasiallisen vastuun vanhuspotilaiden äkillisten sairauksien hoidosta, pitkäaikaisesta hoidosta, kuntoutuksesta ja ehkäisevistä terveyspalveluista.

Eri tahojen perusterveydenhuollon lääkäreille järjestämän geriatrian ja vanhuspsykiatrian täydennyskoulutuksen määrä on pieni. Koska kaikissa sairaanhoitopiireissä ei ole geriatrian ja vanhuspsykiatrian yksiköitä tai osastoja, sairaanhoitopiirien järjestämää täydennyskoulutusta on vähän. Alueellista, useammalle vuodelle ajoittuvaa, pitkäköö täydennyskoulutusta on tarjolla erittäin vähän.

Lääkäreiden perus-, jatko- ja täydennyskoulutuksen arviointi

Normaalin vanhenemisen, geriatrian ja vanhuspsykiatrian opetuksen määrä lääkäreiden peruskoulutuksessa on liian pieni lääkärin ammatissa nykyisin tarvittaviin tietoihin ja taitoihin verrattuna. Normaaleiden vanhenemismuutosten opetusta ei kaikissa tiedekunnissa ole. Lääketieteen opiskelijoille ei koulutuksen lyhyiden johdosta muodostu riittävän hyvää kuvaa vanhuspotilaiden erityispiirteistä. Keski-ikäisten ja vanhusten sairauksien diagnostiikan, hoidon ja kuntoutuksen eroja ei tarpeeksi hyvin tunneta lääkäriksi valmistumisvaiheessa. Korkeatasoisten geriatristen ja vanhuspsykiatristen hoitopaikkojen vähyys aiheuttaa ongelmia käytännön opetuksen järjestämisessä. Peruskoulutuksen puutteet saattavat johtaa siihen, että geriatria ja vanhustenhoito kiinnostavat vain harvoja valmistuvia lääkäreitä.

Maassamme on useina vuosina arvioitu lääkärikoulutusta kyselemällä muutamien vuosien ajan työssä olleilta lääkäreiltä mielipiteitä heidän peruskoulutuksestaan. Lääkäri 2003-tutkimuksen julkaisemattomien havaintojen mukaan lääketieteen peruskoulutus antaa melko huonosti valmiuksia toimia perusterveydenhuollon vanhustenhuollon lääkärin tehtävissä. Tutkimuksessa on pyydetty arvioimaan koko peruskoulutusvaiheen opetusta, eikä pelkästään geriatrian opetusta. Kun tätä on kysytty vuosina 1992 – 2001 laillistetuilta lääkäreiltä, 5,1 – 20,2 % eri yliopistoista valmistuneista on arvioinut peruskoulutuksen vastanneen huonosti ja 32,3 – 52,1 % eri koulutusyksiköistä valmistuneista on arvioinut sen vastanneen melko huonosti perusterveydenhuollon lääkärin työtä vanhustenhuollon osalta. Vain 18,9 – 6,3 % on arvioinut opetuksen vastanneen melko hyvin tai hyvin perusterveydenhuollon vanhustenhuollon tarpeita. Parhaaksi opetus on arvioitu Tampereen yliopistossa, seuraavina ovat olleet Kuopion yliopisto, Turun yliopisto ja Oulun yliopisto. Heikoimmaksi opetus on arvioitu Helsingin yliopistossa.

Selvityshenkilönä minua on pyydetty esittämään ehdotuksia ikäihmisten parissa työskentelevän sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunnan osaamisen turvaamiseksi. Tästä syystä olen arvioinut niiden osaajien määrän tarpeen, jotka vahvasti edistävät muun sosiaali- ja terveydenhuollon osaamista ja jotka toimivat todellisina osaajina käytännön sosiaali- ja terveydenhuollossa. Nämä osaajat ovat geriatrian erikoislääkärit, vanhuspsykiatrit ja geronomit. Lisäksi esitän lukuja maassamme tarpeellisten geriatrian, vanhuspsykiatrian, gerontologisen hoitotieteen ja gerontologisen sosiaalityön professoreiden ja näiden alojen muiden yliopisto-opettajien määristä. Myöhemmin esitän myös karkean arvion vanhustenhoitoon perehtyneiden perusterveydenhuollon lääkäreiden määrällisestä tarpeesta. Vanhustyössä erittäin tarpeellisina ja osaavina pitämieni lähihoitajien määrän tarvetta en esitä, koska en pidä heitä sellaisina geriatrisen hoidon ja vanhustyön osaajina, joiden määrä ja osaaminen vahvasti nostaa lääketieteen, hoitotyön ja sosiaalityön muiden työntekijöiden osaamistasoa. Lähihoitajien määrällisen tarpeen arviointi olisi myös vaatinut pidemmän kuin kaksi kuukautta kestäneen selvitystyöajan, mikä on toinen syy heidän määrällisen tarpeensa arvioinnin puuttumiseen.

Kansainvälisiin arviointeihin ja suomalaiseen sosiaali- ja terveystalv palvelujärjestelmään perustuen geriatrian erikoislääkäreitä tarvitaan yksi erikoislääkäri noin 10.000 asukasta kohden eli yksi erikoislääkäri 700 – 900 yli 75-vuotiasta asukasta kohden. Maassamme tulisi nykyisin olla 430 – 560 geriatrian erikoislääkäriä. Vuonna 2010 tarve on 470 – 630. Geriatrian määrä on siis nopeasti nostettava ainakin kolminkertaiseksi. Nykyinen erikoislääkärityönteko ei ole riittävä nostamaan erikoislääkäreiden määrää, sillä vuosittain eläkeiän saavuttavien ja erikoistuvien määrät eivät paljon poikkea toisistaan.

Kansainvälisten ja kotimaisten arvioiden mukaan vanhuspsykiatrian erikoislääkäreitä tarvitaan yksi erikoislääkäri noin 60.000 asukasta kohden eli yksi erikoislääkäri 4.500 yli 75-vuotiasta asukasta kohden. Maassamme tulisi nykyisin olla 60 – 90 vanhuspsykiatrian erikoislääkäreitä. Vuonna 2010 tarve on 70 – 110. Vanhuspsykiatrian erikoislääkäreiden määrä on kuitenkin täysin mitätön eli 19. Uusia erikoislääkäreitä ei valmistu, koska erikoisalaa ei edes ole. Vanhuspsykiatrian lakkauttaminen psykiatrian suppeana erikoisalana on johtanut siihen, että kiinnostus vanhuspsykiatrian kehittämiseen on hiipunut. Koulutusta on yritetty ylläpitää järjestämällä kahden vuoden pituinen vanhuspsykiatrian lisäkoulutusohjelma erikoislääkäreille. Kiinnostus siihen ei ole kovin laajaa. Vanhuspsykiatrian kouluttajien pieni määrä on myös aiheuttanut ongelmia. Vanhuspsykiatrissa hoitoa on kehitetty erittäin harvoissa sairaanhoitopiireissä, ja 1980-luvun lopulla ja 1990-luvun alussa kehitetty hoito on jopa hiipunut joissakin sairaanhoitopiireissä.

Geriatrinen palvelu ei kuulu pakollisena yleislääketieteen erikoislääkärikoulutukseen. Erikoistuvia on kannustettu suorittamaan geriatria ja vanhuspsykiatria palvelua erikoistumisensa osana. Ongelmana on korkeatasoisten geriatrinen ja vanhuspsykiatristen palveluiden vähäinen määrä maassamme. Joillakin alueilla on lähes mahdotonta hankkia geriatria ja vanhuspsykiatria kokemusta työskentelemällä geriatrisen ja vanhuspsykiatrisen erikoissairaanhoidon piirissä erikoistumiskoulutuksen aikana. Erikoislääkärিতেissä on ollut vanhustenhoitoa käsitteleviä kysymyksiä. Tällä tavalla on pyritty korostamaan vanhusten hoidon merkitystä yleislääketieteen erikoislääkäreiden työssä.

Geriatrissa täydennyskoulutusta on jossain määrin järjestetty geriatrian erikoislääkäreille, geriatriaan erikoistuville ja perusterveydenhuollon lääkäreille. Osa koulutuksesta on moniammatillista. Täydennyskoulutus on ollut pääasiassa teoreettista ja luentoihin perustuvaa, eikä sen määrä ole ollut mitenkään iso.

Teoreettisen täydennyskoulutuksen lisäksi oppiminen tapahtuu käytännön työn kautta. Kliininen erikoisalojen yhteistyö kuuluu tärkeimpiin osaamisen kehittämisen muotoihin. Perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen työntekijöillä on ollut ja on puutteelliset mahdollisuudet oppia geriatrian ja vanhuspsykiatrian diagnostiikan, hoidon ja kuntoutuksen erityisosaamista potilaskonsultaatioiden kautta, koska vain erittäin harvassa sairaanhoitopiirissä on geriatrinen tai vanhuspsykiatrisen osasto tai yksikkö. Samaa voidaan sanoa sairaaloiden muiden erikoisalojen työntekijöiden geriatrisen ja vanhuspsykiatrisen osaamisen edistymisestä. Sairaanhoitopiirien järjestämiä geriatrian ja vanhuspsykiatrian täydennyskoulutustilaisuuksia on ollut vain vähän.

”Käypä hoito”- ja muut hoitosuosituksukset ovat tärkeitä osaamisen edistäjiä ja ylläpitäjiä. Ne kuitenkin ovat yksittäisten sairauksien hoitosuosituksia, jotka on pitkälti laadittu keski-ikäisten ja eläkeikäisten nuorimpien ikäryhmien näkökulmasta. Kaikista vanhimpien hoitojen erityispiirteitä ei tuoda esille juuri ollenkaan. Useita sairauksia sairastavien ja monia lääkkeitä käyttävien hoidon erityispiirteitä ei käsitellä, eikä monisairaiden hoitojen järjestäminen kuulu niiden aiheisiin. Hoito-ohjelmissa korostuvat lääkehoidot, mutta lääkkeiden haittavaikutuksia ja yhteisvaikutuksia ei juurikaan käsitellä, eikä haitta- tai yhteisvaikutusten ehkäisyn mahdollisuuksia tuoda esille. Vain harvan hoitosuosituksen laadintaan on osallistunut geriatrian asiantuntijoita. Suositukset eivät edistä lääkäreiden eivätkä muidenkaan työntekijöiden geriatria tai vanhuspsykiatria osaamista.

Useissa sairaanhoitopiireissä on laadittu sairaanhoitopiirikohtaisia ”hoitoketjusuosituksia” hoitojen sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön kehittämiseksi. Näissäkin hoitoja yleensä tarkastellaan yhden sairauden näkökulmasta. Vanhusten

hoitojen erityispiirteitä ei tuoda esille. Geriatriset ja vanhuspsykiatriset hoitoketjusuositukset ovat vähäisiä. Useita sairauksia sairastavien iäkkäiden hoitojen kokonaisarviointeja ei näissä suosituksissa esitetä. Nämäkään suositukset eivät edistä lääkäreiden ja terveydenhuollon muiden työntekijöiden geriatriasta tai vanhuspsykiatriasta osaamista.

Sairaalaerikoisalojen lääkäreiden erikoistumis- ja täydennyskoulutus aiheellisesti keskittyvät oman, kapean erikoisalan osaamisen hallitsemiseen. Erikoislääkärikoulutus on lisäksi kapeutunut mm. kirurgian ja sisätautien erikoisaloilla pirstoutuen hyvin kapeisiin alueisiin. Sairaalaerikoislääkäreiden työskentelymallia tarvitaan. Se ja työn kapeutuminen ovat kuitenkin ongelmallisia monisairaiden, toimintakyvyltään heikentyneiden ja useita lääkkeitä käyttävien vanhusten hoidon näkökulmasta. Tämänkin johdosta geriatrisen hoidon ja nimenomaan vanhusten ongelmien, sairauksien ja lääkehoitojen kokonaisarvioinnin sekä toimintakyvyn edistämisen hallitsevien geriatrian erikoislääkäreiden tarve yliopistollisissa keskussairaaloissa, keskussairaaloissa ja muissa sairaaloissa on 90-luvulla ja sen jälkeen lisääntynyt. Kaikissa näissä sairaaloissa ei kuitenkaan ole yhtään geriatrian erikoislääkäreitä. Niissäkin sairaaloissa, joissa on geriatri tai geriatreja, perusterveydenhuollon lääkäreiden ja muiden sairaalaerikoisalojen lääkäreiden tottuminen geriatristen konsultaatioiden käyttöön on vienyt aikaa.

Sairaaloiden hoitoajat ovat lyhentyneet ja päiväkirurgiset toimenpiteet ovat yleistyneet. Sairaaloiden potilaiden ikärakenteen vanhenemisen, hoitoaikojen lyhenemisen ja hoitajajoukkojen purkujen aiheuttamia perusterveydenhuollon työntekijöiden geriatrisen osaamisen lisääntymisen tarvetta ei juurikaan ole otettu huomioon täydennyskoulutuksessa. Leikattujen vanhuspotilaiden hoitoaikojen lyheneminen ei myöskään ole johtanut geriatrian erikoislääkäreiden virkojen nopeaan lisääntymiseen perusterveydenhuollossa eikä geriatristen arviointi- ja kuntoutusosastojen perustamiseen sairaanhoitopiireihin moniongelmaisten, leikattujen vanhuspotilaiden kuntoutumisen edistämiseksi.

Yliopistojen geriatrian oppiaineen opettajien ja tutkijoiden pieni määrä on estänyt perus-, erikoistumis- ja täydennyskoulutuksen laajentamista. Vanhuspsykiatrian osalta tilanne on erittäin huono.

Vanhenemisen ja geriatrisen hammaslääketieteen opetuksen nykytila hammaslääkäreiden perus-, jatko- ja täydennyskoulutuksessa

Vanhenemisen ja geriatrisen hammashoidon opinnot hammaslääketieteen lisensiaattitutkintoon johtavassa koulutuksessa

Hammaslääketieteen lisensiaattitutkinnon laajuus on 300 op (200 ov). Koulutusta järjestetään Helsingin, Oulun ja Turun yliopistoissa.

Helsingin yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan hammaslääketieteen opinto-oppaan mukaan koulutukseen ei kuulu yhtään sellaista opintojaksoa, joka käsittelee normaalia vanhenemista tai geriatriasta hammashoitoa. Oulun yliopiston hammaslääketieteen opinto-oppaan mukaan koulutukseen kuuluu 1,3 op laajuiset geriatrisen hammaslääketieteen opinnot. Turun yliopiston opintoihin sisältyy tavanomaista, normaalia vanhenemista käsitteleviä opintoja toisena opiskeluvuonna. Turun yliopistossa hammaslääkärikoulutus

on aloitettu v. 2004, eikä opinto-oppaassa esitetä yksityiskohtaisia suunnitelmia kolmannen, neljännen ja viidennen opiskeluvuoden osalta.

Hammaslääkäreiden erikoistumiskoulutus

Kliininen hammashoito on yksi hammaslääketieteen erikoistumisaloista. Se jakaantuu painoalueisiin, joita ovat mm. lasten hammashoito, karieshoito ja protetiikka. Vanhusten hammashoito ei kuitenkaan ole tämän erikoistumiskoulutuksen painoalue.

Vanhusten hammashoidon täydenniskoulutus

Hammaslääkäriseuran järjestämissä täydenniskoulutustilaisuuksissa on jonkin verran käsitelty vanhusten hammashoitoa.

Hammashoidon tarve

Peräti joka neljännen täysin hampaattomista 65 vuotta täyttäneistä arvioidaan olevan hammashoidon tarpeessa. Vastaava osuus hampaallisten 65 vuotta täyttäneiden keskuudessa on hieman yli 40 %. Yhä harvemmat nuoremmista eläkeikäisistä on täysin hampaattomia. Iäkkäiden hammashoidon tarvetta on kohtalaisen paljon jo nykyisin, ja tämä tarve lisääntyy mittavasti tulevaisuudessa. Tämä edellyttää hammaslääkäreiden geriatrisen hammashoidon koulutuksen lisäämisen lisäksi sitä, että kaikki ikääntyvien ja iäkkäiden hoidossa työskentelevät osaavat ehkäisevän suun terveydenhoidon periaatteet toiminnassaan ja osaavat neuvoa ikääntyviä ja iäkkäitä. Ehkäisyyn tulee panostaa.

Vanhustenhoidon ja lääkehoidon opetuksen nykytila ammattikorkeakouluopetuksessa

Ammattikorkeakoulut järjestävät ammattikorkeakoulututkintoihin ja ylempiin ammattikorkeakoulututkintoihin johtavaa koulutusta. Lisäksi ne järjestävät avointa ammattikorkeakouluopetusta, erikoistumisopintoja sekä monenlaista työelämälähtöistä täydenniskoulutusta. Maassamme on ainakin 21 suomenkielistä ja 3 ruotsinkielistä ammattikorkeakoulua, joissa järjestetään sosiaali- ja terveystieteiden ammattikorkeakoulututkintoihin johtavaa koulutusta. Muutamissa ammattikorkeakouluissa on englanninkielisiä terveystieteiden koulutusohjelmia.

Seuraavassa tarkastellaan vanhustenhoidon näkökulmasta keskeisten terveystieteiden ja sosiaalialan koulutusohjelmien laajuuksia normaalin vanhenemisen, gerontologian, vanhustenhoidon, vanhusten hoitotyön, seniorityön, vanhustyön, geriatrisen, vanhuspsykiatrian sekä vanhusten kuntoutumiseen ja toimintakyvyn edistämisen opintojen osalta. Tarkastelu kohdistuu hoitotyön, vanhustyön, fysioterapian, toimintaterapian, suun terveydenhuollon ja sosiaalialan koulutusohjelmiin. Koska lääkehaittojen ehkäisyyn mah-

dollisuudet kuuluvat selvitystehtävään, tarkastellaan myös lääkehoidon opintojen laajuuksia hoitotyön ja vanhustyön koulutusohjelmissa. Kaikki em. tiedot perustuvat koulutusohjelmien kuvauksiin ammattikorkeakoulujen www-sivuilla.

Selvityshenkilönä minua on pyydetty tarkastelussani ottamaan geronomit erityisesti huomioon. Tämän takia heidän koulutustaan, määräänsä ja sijoittumistaan työelämään tarkastellaan muita ammattiryhmiä perusteellisemmin. Geronomien koulutusmäärien tarpeen arviointi perustuu kohdassa ”Lääkäreiden perus-, jatko- ja täydennyskoulutuksen arviointi” esitettyyn seikkaan eli siihen, että he edustavat sellaista osaamista, joka edistää muiden sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden gerontologista osaamista.

Hoitotyön koulutusohjelma

Hoitotyön koulutusohjelmista valmistuu sairaanhoitajia (AMK) (koulutuksen laajuus 210 op) ja terveydenhoitajia (AMK) (240 op). Tällaisia suomenkielisiä koulutusohjelmia on ainakin 21:ssä ammattikorkeakoulussa. Ruotsinkielisiä on ainakin kolmessa ja englanninkielisiä joissakin ammattikorkeakouluissa.

Normaaliin ikääntymiseen kuuluvia opintoja on vain muutamassa hoitotyön koulutusohjelmassa. Näiden laajuus on 3 - 6 op.

Maassamme on ammattikorkeakouluja, joiden hoitotyön koulutusohjelmiin ei opetusohjelmien perusteella kuulu ikääntyvien, iäkkäiden tai vanhusten hoitoa, hoitotyötä tai terveyden ja toimintakyvyn edistämistä käsittäviä opintoja. Näiden ammattikorkeakoulujen opinnot rakentuvat perinteiselle jaottelulle, jossa opiskellaan mm. kirurgista hoitotyötä, sisätautien hoitotyötä ja psykiatrasta hoitotyötä omina opintoinaan. Lasten terveyden edistämisen ja hoitotyön opintoja kuitenkin yleensä on.

Niissä hoitotyön koulutusohjelmissa, joissa on vanhusten hoitotyön opintoja, niiden laajuudet yleensä ovat 3 - 17 op.

Läákehoidon opintoja ei mainita muutamissa hoitotyön koulutusohjelmissa. Niissä koulutusohjelmissa, joissa lääkehoito muodostaa omat opintonsa, kyseisten opintojen laajuus vaihtelee 2 - 15 op. Tavallisesti laajuus on alle 10 op, ja yleisin laajuus on 6 op.

Vanhustyön koulutusohjelma

Seinäjoen ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden yksikössä on v. 1993 aloitettu vanhustyön koulutusohjelma, jonka laajuus on 210 op (3,5 vuotta). Samantyyppinen ja laajuudeltaan samanlainen englanninkielinen koulutusohjelma on toteutettu Arcada-ammattikorkeakoulussa (Nylands svenska yrkeshögskola) vuodesta 1997. Ruotsinkielistä vanhustyön koulutusohjelmaa ei maassamme ole.

Vanhustyön koulutusohjelmissa yhdistetään monitieteisten gerontologisten perustietojen ja sosiaali- ja terveystieteiden vanhustyön osaamiseen kuuluvien tietojen opiskeleminen. Harjoittelu suoritetaan sosiaali- ja terveystieteiden sekä kolmannen sektorin vanhustalvitu-

järjestelmissä ja vanhusten hoidon ja vanhustyön projekteissa. Osan harjoittelusta voi suorittaa ulkomailla.

Tästä koulutusohjelmasta valmistuneiden tutkintonimike on geronomi (AMK). Tavoitteena on kouluttaa vanhustyön asiantuntijoita sosiaali- ja terveydenhuollon eri tasoille.

Geronomin koulutus antaa valmiudet vanhusten yksilölliseen terveyden ja toimintakyvyn edistämiseen, hoitoon ja kuntoutukseen; vanhusten palveluiden suunnitteluun ja kehittämiseen; vanhuspalveluiden tuottamiseen itsenäisenä yrittäjänä; sekä vanhustyön kehittämiseen alueellisella ja valtakunnallisella tasolla.

Seinäjoen ammattikorkeakoulun vanhustyön koulutusohjelma käsittää 135 op laajuiset teoriapainotteiset opinnot ja 75 op laajuisen ohjatun harjoittelun. Ammattiopintoihin kuuluu sosiaali- ja terveystalvvelujärjestelmää, vanhustutkimusta, vanhustyön etiikkaa, vanhusten toimintakyvyn tukemista, vanhustyössä tarvittavaa ohjaamista ja opastusta, sairaiden vanhusten hoitoa, vanhusten lääkehoitoja, vanhusten sosiaalityötä, ehkäisevää ja kuntouttavaa vanhustyötä, dementoituneiden hoitoa sekä vanhustyön johtamista ja kehittämistä käsitteleviä opintoja. Myös ammatillisen kasvun perusteita opiskellaan. Syventäviin ammattiopintoihin kuuluu mm. vanhustyön johtamiseen ja kehittämiseen liittyviä asioita.

Seinäjoen ammattikorkeakoulun vanhustyön opintoihin on 1990-luvulla otettu vuosittain 18 opiskelijaa. Vuodesta 2000 on uusien opiskelijoiden määrä vuodessa ollut 20. Opiskelunsa keskeyttäneiden määrä on ollut vain noin yksi vuotta kohden. 2000-luvulla tähän koulutusohjelmaan on vuosittain ensimmäisenä vaihtoehtonaan hakenut 35 – 38 nuorta, ja kaikki vaihtoehdot huomioon ottaen 113 – 145 nuorta.

Arcada-ammattikorkeakoulun (Nylands svenska yrkehögskola) englanninkieliseen vanhustyön koulutusohjelmaan on vuosittain otettu 15 opiskelijaa. Koulutusohjelmaan näyttää kuuluvan käytännön opiskelua vähemmän kuin Seinäjoen ammattikorkeakoulussa. Suurin osa opiskelijoista on maahanmuuttajia tai suomalaisen henkilön kanssa avio-/avoliitossa olevia ulkomailla syntyneitä henkilöitä. Näiden opiskelijoiden suomenkielen taito on yleensä heikko. Syntyperältään suomalaisia ja suomenkielentaitoisia on uusista opiskelijoista vuosittain ollut 10 – 30 %. Monet suorittavat opiskelunsa työn ohella, koska eivät saa opintotukea. Tämä on ainakin osasy siihen, että opiskelunsa keskeyttäneiden osuus on kohtalaisen iso. Koulutusohjelman johtajan kokemusten mukaan maahanmuuttajat arvostavat vanhuksia, ja he haluavat työskennellä vanhusten hoidossa. Monet geromeiksi valmistuneet maahanmuuttajat työskentelevät lähihoitajatehtävissä. Suomenkieliset työskentelevät pääasiassa vanhusten hoidon kehittämistehtävissä.

Seinäjoen ammattikorkeakoulun vanhustyön koulutusohjelmassa kliinisen farmakologian ja vanhusten lääkehoidon opintojen laajuus on 3 op. Tämän lisäksi lääkkeiden jakoa, lääkelaskentaa ja lääkkeiden vaikutuksia ja haittavaikutuksia opiskellaan käytännön opintojen aikana. Arcada-ammattikorkeakoulun vanhustyön koulutusohjelmaan kuuluu 1,5 op laajuiset lääkelaskentaa ja lääkkeiden antamista käsittelevät opinnot.

Geronomit käytännön vanhustyössä

Geronomeiksi valmistuneet ovat sijoittuneet vanhusten hoidon esimiestehtäviin, demen-tiaa sairastavien hoitoon, vanhustenhoidon kehittämistehtäviin sekä vanhusten lähihoi-toon. Heidän määränsä on nykyisin jonkin verran yli 200.

Fysioterapian koulutusohjelma

Fysioterapian koulutusohjelman laajuus on 210 op. Koulutusta järjestetään ainakin 16:ssa ammattikorkeakoulussa, ja koulutuksen suorittaneiden tutkintonimike on fysio-terapeutti (AMK).

Lähes kaikkiin koulutusohjelmiin kuuluu ikääntyneiden fysioterapian opintoja. Kolmen ammattikorkeakoulun koulutusohjelmassa näitä opintoja ei kuitenkaan opinto-oppaan mukaan ole. Yhdessä niistä lääketieteellisten opintojen yhteyteen kuuluu geriatrician opintoja, ja kahdessa ei mainita mitään vanhenemiseen tai vanhustenhoitoon liittyviä opintoja.

Toimintaterapian koulutusohjelma

Toimintaterapian koulutusohjelman laajuus on 210 op. Koulutuksen suorittaneiden tut-kintonimike on toimintaterapeutti (AMK). Koulutusta järjestetään ainakin kuudessa ammattikorkeakoulussa. Kaikkiin toimintaterapian koulutusohjelmiin kuuluu ikäänty-neiden toimintaterapian opintoja.

Suun terveydenhuollon koulutusohjelma

Ammattikorkeakoulun suun terveydenhuollon koulutusohjelman suorittaneiden tutkin-tonimike on suuhygienisti (AMK). Koulutuksen pituus on 210 op. Koulutusta järjeste-tään viidessä ammattikorkeakoulussa.

Opinto-oppaiden mukaan koulutusohjelmaan kuuluu tavanomaista vanhenemista (ge-rontologia) käsitteleviä opintoja vain yhdessä ammattikorkeakoulussa. Ikääntyneiden suun terveydenhoidon opintoja kuuluu kaikkiin suun terveydenhuollon koulutusohjel-miin.

Sosiaalialan koulutusohjelma

Sosiaalialan koulutusohjelman laajuus on 210 op. Koulutusohjelman suorittaneiden tut-kintonimike on sosionomi (AMK). Sosiaalialan koulutusohjelman mukaista koulutusta järjestetään ainakin 20:ssä ammattikorkeakoulussa.

Opinto-oppaiden mukaan kahteen sosiaalialan koulutusohjelmaan ei kuulu mitään ikääntyvien tai iäkkäiden sosiaalipalveluihin tai vanhustyöhön kuuluvia opintoja. Van-

hustyön suuntautumisvaihtoehtokoulutusta järjestetään opinto-oppaiden mukaan yhden ammattikorkeakoulun sosiaalialan koulutusohjelmassa. Yhden ammattikorkeakoulun erityiskasvatuksen ja vammaistyön suuntautumisvaihtoehdon koulutusohjelmassa ja yhden ammattikorkeakoulun sosiaalipalvelujen ohjauksen suuntautumisvaihtoehdon koulutusohjelmassa on kohtalaisen paljon vanhustyötä, ikääntymistä ja vanhuutta käsitteleviä opintoja. Muissa sosiaalialan koulutusohjelmissa ikääntymiseen, ikääntyneiden sosiaalityöhön, seniorityöhön tai vanhustyöhön liittyviä opintoja on 3 - 19 op. ja noin joka toisessa kyseisten opintojen määrä on alle 10 op.

Ylemmät ammattikorkeakoulututkinto-ohjelmat

Ylempään ammattikorkeakoulututkintoon johtavan koulutuksen laajuus on 90 op. Tutkinnon voivat suorittaa ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneet. Yksi näistä on ikääntyvien ja pitkäaikaissairaiden koulutusohjelma.

Oppikirjat ja muu oppimateriaali

Hoitotyön vanhustenhoidon opiskelua varten on vuoden 2006 alussa ilmestynyt vanhustenhoidon oppikirja. Muuna oppimateriaalina käytetään erilaisia vanhenemisesta, vanhuudesta ja vanhustenhoidon osa-alueista kirjoitettuja suomenkielisiä kirjoja ja raportteja. Myös uusi sosiaaligerontologinen vanhustyön oppikirja on ilmestynyt. Jo aikaisemmin ilmestynyttä vanhustyön oppikirjaa käytetään edelleen.

Opettajien koulutus

Ammattikorkeakoulujen terveystieteen opettajien koulutus perustuu hoitotieteen ja didaktiikan opiskeluun. Harvan opettajan tutkintoon on sivuaineopintoina kuulunut gerontologista hoitotiedettä. Gerontologinen hoitotiede on nuori hoitotieteen osa-alue, joskin gerontologisen hoitotieteen tutkimuksia on maassamme jossain määrin tehty 1980-luvun lopulta lähtien. Terveys- ja sosiaalialan opettajat ovat hankkineet vanhenemisen, gerontologisen hoitotyön ja gerontologisen sosiaalityön tietonsa ja taitonsa oman täydennyskoulutuksensa kautta. Gerontologisen hoitotyön tai sosiaalityön täydennyskoulutusta on heille ollut tarjolla vain vähän.

Ammattikorkeakouluopintojen arviointi

Normaalia vanhenemistä ja vanhusten hoitotyötä käsitteleviltä osiltaan hoitotyön koulutusohjelmissa on eroja eri ammattikorkeakouluissa. Muutama koulutusohjelmaan tällaisia opintoja ei kuulu lainkaan. Kaikissa koulutusohjelmissa kyseisiä opintoja on varsin vähän. Sairaanhoidajilla ja terveydenhoitajilla on puutteelliset tiedot siitä, miten vanheneminen muuttaa elimistöä ja missä suhteessa vanhusten ja keski-ikäisten oireet, hoito ja kuntoutuminen poikkeavat toisistaan.

Osa hoitotyön koulutusohjelmista on rakenteeltaan ongelmallisia muullakin tavoin. Jos vanhustenhoidon kliiniset opinnot ovat opintojen varhaisvaiheessa ja jos niitä ennen ei

ole ollut normaalia vanhenemistä ja vanhustenhoitoa käsitteleviä teoreettisia opintoja, opiskelijoille saattaa muodostua kielteinen käsitys vanhustenhoidosta. Tämänäköinen koulutuksen rakenne osoittaa opiskelijoille myös virheellisen käsityksen siitä, että vanhustenhoito ei rakennu tietoperustalle. Valitsemalla käytännön klinisiksi opetuspaikoiksi ”säilöviä” pitkäaikaislaitoksia kielteisyyttä edelleen korostetaan. Tämänäköisiä opintojen rakenteellisia ja klinisten opetuspaikkojen valitsemisen ongelmia näyttää olevan jonkin verran.

Normaalin vanhenemisen ja vanhusten hoitotyön opintojen laajuus on vaatimaton lähes kaikissa hoitotyön koulutusohjelmissa verrattuna sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien työhön nyky-Suomessa. Iäkkäiden toimintakyvyn edistämiseen liittyviä opintoja on varsin vähän lähes kaikissa koulutusohjelmissa. Lähes kaikki sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat kohtaavat työssään iäkkäitä ja jopa erittäin vanhoja ihmisiä. Peruskoulutuksen puutteet todennäköisesti heijastuvat kielteisesti hoidon ja etenkin kuntoutumista edistävän toiminnan laatuun.

Lääkehoidon ja etenkin vanhusten lääkehoidon opetusta on aivan liian vähän hoitotyön koulutusohjelmissa. Lääkkeiden vaikutusten ja haittavaikutusten seuranta ja etenkin haittavaikutusten tunnistaminen kuuluvat sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien tehtäviin. Lääkehoitojen haitta- ja yhteisvaikutuksia koskevien tietojen puutteet helposti johtavat lääkehoitojen virheelliseen arvostamiseen ja estävät muiden eli lääkkeettömien hoitojen kehittämistä. Tietojen puutteet johtavat myös siihen, että lääkkeitä voidaan puolittaa ja murskata virheellisesti ja lääkkeiden haittavaikutuksia ei tunnisteta tai ei osata edes epäillä.

Vanhustyön koulutusohjelmista valmistuvat geronomit ovat opiskelleet nimenomaan vanhenemiseen, vanhustenhoitoon, vanhustyöhön ja vanhusten toimintakyvyn ja kuntoutumisen edistämiseen liittyviä tietoja. Koulutus rakentuu kansainvälisesti korostetun vanhustenhoidossa tarvittavan tietoperustan opiskeluun. Lääketieteellisen gerontologian eli geriatrian toiminnassa korostuvat perinteisen, kapean lääketieteellisen näkökulman lisäksi toimintakyvyn edistäminen ja psykososiaalisten ja sosiaalisten tekijöiden sekä ympäristön merkityksen ottaminen huomioon. Näiden samojen tietojen opiskeleminen hoitotyön teoriaperusteisiin sovellettuina on keskeistä geronomikoulutuksessa. Koulutusta järjestetään kuitenkin vain kahdessa ammattikorkeakoulussa. Vuosittain opiskelemaan otetaan yhteensä vain 35 opiskelijaa. Toinen koulutusohjelma on suomenkielinen ja toinen englanninkielinen. Vuosittain valmistuvien geronomien määrä on pieni. Monet heistä toimivat kehittämissuhteissa. Heidän tietonsa ja taitonsa ovat pienen koulutusmäärän johdosta vain vähän edistäneet vanhustenhoidon kehittämistä. Toinen syy on ollut se, että geronomeja ei rekisteröidä terveydenhuollon ammattiryhmiin kuuluviksi. Heitä ei rinnasteta sairaanhoitajiin, eikä heidän tietonsa ja taitonsa ole tämän johdosta hyödyttäneet pitkäaikaislaitosten, kotisairaanhoidon ja lyhytkestoisen vanhusten sairaalahoidon kehittämistä.

Vanhustyön koulutusohjelmiin (geronomi-opiskeluun) vuosittain pyrkivien määrä osoittaa, että vanhustenhoidolla ei ole mikään huono maine nuorison parissa. Kun koulutusohjelma on rakennettu korkeatasoiseksi ja puhtaasti vanhustenhoitoon keskittyväksi, hakijoita on kohtalaisen paljon.

Toimintaterapian koulutusohjelmissa normaaliin vanhenemiseen ja vanhusten kuntoutumisen ja toimintakyvyn edistämiseen tähtäviä opintoja näyttää olevan kohtalaisen paljon. Kaikissa suun terveydenhuollon koulutusohjelmissa opiskellaan ikääntyneiden

suun terveydenhoitoa. Kaikkiin maamme fysioterapian koulutusohjelmiin ei kuitenkaan kuulu vanhenemista ja vanhusten fysioterapian erityispiirteitä käsitteleviä opintoja, mikä on puute.

Myös sosiaalialan koulutusohjelmien sisällöissä on eroja ammattikorkeakoulujen kesken. Joissakin koulutusohjelmissa sosiaaligerontologiaa, normaalia vanhenemista tai vanhustyötä ei opiskella ollenkaan. Joissakin näiden aiheiden opetusta on kohtalaisen paljon. Monet sosionomit työskentelevät ikääntyvien ja vanhusten palveluissa, mikä tulee ottaa huomioon koulutusohjelmissa.

Ikääntyvien ja pitkäaikaissairaiden koulutusohjelman mukaista ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon koulutusta järjestetään vain muutamissa ammattikorkeakouluissa. Koulutusohjelman nimi viittaa siihen, että vanhustenhoito rinnastetaan vain pitkäaikaissairauksien hoidoksi. Tämä tutkinto saattaa johtaa kansainvälisesti hyväksytyn, modernin gerontologisen hoitotyön näkökulmasta virheelliseen käsitykseen vanhustenhoidosta.

Ammattikorkeakoulujen opettajien on hankittava gerontologian, gerontologisen hoitotyön, geriatrian ja gerontologisen sosiaalityön tiedot täydennyskoulutuksen kautta. Näiden aihepiirien täydennyskoulutusta on järjestetty melko vähän, eikä mitään systemaattista täydennyskoulutusta ole olemassa. Ammattikorkeakoulujen opettajien gerontologian alueiden täydennyskoulutus on puutteellista.

Terveysalan opetuksen ongelmana on myös lääkehoidon opintojen pieni määrä. Tämän johdosta sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien tiedot perusfarmakologiasta, lääkkeiden vaikutusten ja haittavaikutusten seurannasta ja jopa lääkkeiden puolittamisen tai murskaamisen mahdollisuuksista ovat puutteelliset. Lääkehuollon opettajina yleensä toimii sairaanhoidon opettajia, lääkäreitä ja proviisoreja. Opettajienkin tietopohjassa saattaa olla puutteita.

On myös kyseenalaista, kuinka hyvin käytännön työn ulkopuolella useiden vuosien ajan toiminut ammattikorkeakoulun terveysalan opettaja kykenee opettamaan käytännön työhön valmistavassa koulutusohjelmassa. Hoitokäytännöt muuttuvat nopeasti, ja opiskelijoille tulee opettaa nimenomaan uusimpia ja ajankohtaisimpia ehkäisy-, hoito- ja kuntoutuskäytäntöjä.

Ammattikorkeakoulujen koulutusohjelmiin on viimeisten vuosien aikana kuulunut myös yrittäjyyteen liittyviä opintoja. Vanhustenhoidon ja vanhustyön kehittämisen näkökulmasta tämä on myönteistä.

Vanhustenhoidon ja lääkehoidon opetuksen nykytila sosiaali- ja terveysalan ammatillisessa peruskoulutuksessa

Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto

Myös lähihoitajakoulutukseen ja lähihoitajien täydennyskoulutustarpeisiin on pyydetty kiinnittämään huomiota tässä selvityksessä.

Ammatillisen peruskoulutuksen sosiaali- ja terveysalan perustutkinnon (lähihoitaja) laajuus on 180 op. Vastaaventyyppisen koulutuksen eli vanhustyön erikoisammattitutkinnon voi suorittaa myös näyttötutkintona, jonka laajuus on vähintään 120 op ja enintään 180 op. Lähihoitajakoulutusta järjestetään myös oppisopimuskoulutuksena.

Lähihoitajatutkintoa suorittaessa voi valita jonkin yhdeksästä koulutusohjelmasta, joista vanhustyön koulutusohjelma on yksi. Muut koulutusohjelmat ovat ensihoidon; kuntoutuksen; lasten ja nuorten hoidon ja kasvatuksen; mielenterveys- ja päihdetyön; sairaanhoidon ja huolenpidon; suu- ja hammashoidon; vammaistyön; sekä asiakaspalvelun ja tietohallinnon koulutusohjelmat.

Lähihoitajien vanhustyön koulutusohjelman tavoitteena on kouluttaa lähihoitajia vanhustenhoitotehtäviin laitoksiin, asumispalveluyksiköihin, kotipalveluun, kotisairaanhoidon sekä järjestöjen vanhustyöhön. Ammatillisessa osaamisessa korostetaan mm. hoito- ja palvelusuunnitelmien laatimisen osaamista, vanhuksen itsemääräämisoikeuden kunnioittamista, perushoidon, ravitsemuksen ja kodinhoidon osaamista sekä lääkkeiden annostelun ja antamisen osaamista. Vanhusten toimintakyvyn edistäminen, kodinhoidon tehtävissä auttaminen, sosiaalisissa suhteissa ja harrastustoiminnoissa ohjaaminen sekä ympäristön viihtyvyyden ja turvallisuuden edistämisen ohjaaminen kuuluvat lähihoitajilta vaadittaviin taitoihin.

Näyttötutkintona suoritettavan vanhustyön erikoisammattitutkinnon suorittajalla tulee olla vähintään sosiaali- ja terveysalan toisen asteen perustutkinnossa tai vastaavassa tutkinnossa vaadittava osaaminen. Erikoisammattitutkinto muodostuu kahdesta pakollisesta osasta, yhdestä valinnaisesta osasta, ja lisäksi tutkinnon suorittaja voi suorittaa itsenäistä ammatinharjoittamista käsittelevän osan. Pakolliset osat käsittävät vanhusten palvelujärjestelmässä ja työyhteisössä toimimista. Valinnaisia osia on neljä. Ne ovat virike- ja virkistystoiminta vanhustyössä, dementoituneiden vanhusten kuntouttava hoito- ja huolenpitotyö, vanhusten mielenterveyttä edistävä hoito- ja huolenpitotyö sekä validatiivinen menetelmä vanhustyössä. Saavutettu ammattitaito osoitetaan mm. arvioitujen näyttöjen eli tekemisen, työn ja näissä osaamisen kautta, joita arvioidaan.

Lähihoitajatutkinnon voi suorittaa myös oppisopimuskoulutuksena. Tämän tyyppistä vanhustyöhön tähtäävää koulutusta järjestetään jonkin verran.

Lähihoitajien sairaanhoidon ja huolenpidon koulutusohjelmassa korostetaan kuntouttavaa työtapaa sekä lääkkeiden käsittelyn ja niiden vaikutusten seurannan sekä ruoanvalmistuksen ja kodin puhtaanapidon opiskelua. Kuntoutuksen koulutusohjelmassa korostetaan kuntouttavaa työtapaa ja itsenäisen selviytymisen edistämistä. Mielenterveys- ja päihdetyön koulutusohjelmassa painopiste on mielenterveyspotilaiden ja päihdeasiakkaiden selviytymisen tukemisen opiskelu. Vanhenemista ja vanhustyötä ei näissä koulutusohjelmissa käsitellä.

Lähihoitajat käytännön vanhustenhoidossa

SuPer ry:n tilastojen mukaan maassamme on vuonna 2004 ollut 47.560 lähihoitajatutkinnon suorittanutta, joista 37.213 (78 %) on ollut työssä. Työttömänä vuoden 2004 lopussa on ollut 4.276 (10,3 %) lähihoitajaa, ja opiskelua on jatkanut 2.600 (5,5 %). Luvut

eivät sisällä vanhan tutkinnon (ennen lähihoitajakoulutusta olleiden tutkintojen) suorittaneita.

Lähihoitajatutkinnon suorittaneista noin joka toinen työskentelee vanhustenhuollossa. Kaksi kolmesta työskentelee kuntien palveluksessa, yksityisen työnantajan palveluksessa on 29 % ja yrittäjinä noin 2 %. Sosiaalihuollon tehtävissä on yli 60 %.

Ennen lähihoitajatutkintoa voimassa olleita vastaavia tutkintoja suorittaneita on vuonna 2004 ollut 88.033 henkilöä. Heistä työssä on ollut 60.367 (68,6 %), eläkkeellä 20.856 (23,7 %) ja työttöminä 3.223 (3,7 %). Vanhustenhuollossa heistä toimii noin 40 %.

Lähihoitajakoulutuksen arviointi

Noin joka toinen lähihoitajista työskentelee vanhustyössä. Tämä on pyritty ottamaan huomioon lähihoitajakoulutuksessa. Valitettavasti vanhustyö-koulutusvaihtoehdon valitseminen tuntuu mielenkiintoiselta suhteellisen harvan nuoren mielestä. Tämän vaihtoehdon kiinnostavuutta on pyritty lisäämään mm. järjestämällä käytännön opiskelua korkeatasoisissa vanhustyön kehittämissuhteissa. Opettajat pitävät omia asenteitaan ja gerontologista sekä vanhustyön osaamistaan keskeisinä opiskelijoiden kiinnostuksen näkökulmasta. Työnsaantimahdollisuudet ovat vanhustyössä hyvät, mikä jossain määrin näyttää lisäävän kiinnostusta vanhustyöhön.

Lähihoitajakoulutukseen tulevat ovat varsin nuoria. Opettajien arviointien perusteella tämäkin vaikuttaa kielteisesti kiinnostukseen vanhustyöhön.

Vanhustyön erikoisammattitutkintoon tähtäävää näyttötutkinto-opetusta järjestetään mm. työvoimapolitiittisena koulutuksena. Osallistujat ovat terveydenhuollon tai sosiaalitoimen työtehtävissä olevia henkilöitä. Ongelmana on mm. se, että työnantajat eivät näytä arvostavan tämäntyyppistä koulutusta esimerkiksi palkkauksessa.

Oppisopimuskoulutuksena järjestettävän lähihoitajakoulutuksen määrä on melko vähäinen. Oppisopimuskoulutuksena tutkintonsa suorittaneet ovat olleet työelämässä. Heidän kiinnostuksensa vanhustyöhön on herännyt oman työelämäkokemuksen ja henkilökohtaisten ominaisuuksien perusteella. He yleensä ovat kiinnostuneita vanhustyöstä ja lähihoitajatutkinnon suorittamisesta.

Kokemukset maahamme muuttaneiden henkilöiden lähihoitajakoulutuksesta ovat myönteisiä. Muista maista Suomeen muuttaneet yleensä suhtautuvat vanhuksiin myönteisesti ja arvostavat työtään ja vanhuksia. Kielitaidon ongelmat haittaavat ainakin joidenkin työskentelyä.

Vanhustenhoitoon mahdollisesti soveltuvia lähihoitajien perustutkinnon koulutusohjelmia ovat vanhustyön koulutusohjelman lisäksi kuntoutuksen, mielenterveys- ja päihde-työn, sairaanhoidon ja huolenpidon sekä suu- ja hammashoidon koulutusohjelmat. Vanhuksilla on mielenterveysongelmia ja alkoholiongelmat näyttävät yleistyvän, joten näistä koulutusohjelmista valmistuvat tuovat lisäosaamista vanhustyöhön. Näihin koulutusohjelmiin ei kuitenkaan kuulu vanhenemista tai vanhustyötä käsitteleviä opintoja, mikä on puute ja heikentää näiden lähihoitajien osaamista nimenomaan vanhustyössä.

Vanhustenhoidossa ja vanhustyössä työskentelevien hoitotyöntekijöiden ja sosiaalityöntekijöiden täydennyskoulutuksen nykytila

Vanhustenhoidon ja vanhustyön eri osa-alueiden täydennyskoulutusta on järjestetty melko paljon 1990- ja 2000-luvulla. Ammattikorkeakoulut järjestävät erikoistumisopin-
toja ja monenlaista työelämälähtöistä täydennyskoulutusta. Vanhustenhoidon täyden-
nyskoulutusta järjestetään nykyisin valtakunnallisella, paikallisella ja läänitasolla. Sitä
järjestävät mm. ammattiliitot, lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastot, Suomen Kun-
taliitto, Alzheimer Keskusliitto, Vanhustyön keskusliitto, Vanhus- ja lähimmäispalvelu-
liitto sekä keskussairaaloiden geriatriset yksiköt siellä, missä niitä on. Tämän tyyppinen
täydennyskoulutus on yleensä lyhytkestoista. Siinä yleensä pyritään tuomaan esille tär-
keitä ajankohtaisia tietoja.

Ammattikorkeakoulujen erikoistumisopin-
tojen tavoitteena on kouluttaa osaajia työelä-
män nopeasti muuttuviin tilanteisiin ja tarpeisiin (myös paikallisiin tarpeisiin). Niitä
voidaan järjestää jonkin hoitotyön osa-alueen osaamisen syventämiskoulutukseen tai
tiettyjen erityisosaamisalueiden hallinnan koulutusta varten. Esimerkkejä jälkimmäisistä
ovat vanhustyön erikoistumisopinnot ja dementoituvan hoitotyön erikoistumisopinnot.
Erikoistumisopinnot voidaan suunnata yhdelle tai useammalle ammattiryhmälle. Aikai-
semmin niitä on suunnattu sosiaali- ja terveysalan perustutkinnon (lähihoitaja), vanhan
opistotason tutkinnon tai ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneille. Nykyisin niitä
suunnataan pääasiassa ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneille.

Muutamit ammattikorkeakoulut ovat järjestäneet edellä mainittuja vanhustenhoidon ja
vanhustyön joidenkin osa-alueiden erikoistumisopin-
toja. Täydennyskoulutuksen tarve
on kuitenkin mittava, eikä tämän tyyppistä teoreettispainotteista täydennyskoulutusta ole
pystytty tarjoamaan riittävän paljon aikuiskoulutusopiskelijapaikkojen pienen määrän
takia.

Teoreettispainotteisen täydennyskoulutuksen ongelmia ovat koulutuksen lyhytkesto-
isuus ja pirstaleisuus sekä se, että moniin koulutustilaisuuksiin on osallistunut tietyiltä
työpaikoilta vain harvat työntekijät. Teoreettispainotteinen täydennyskoulutus on toki
puutteista huolimatta omalta osaltaan huomattavasti edistänyt vanhustenhoidon ja van-
hustyön kehittämistä.

Maassamme on 1990- ja 2000-luvuilla toteutettu monenlaisia hoitoyksikkö- tai paikka-
kuntakohtaisia, alueellisia tai valtakunnallisia kehittämisprojekteja. Nämä ovat vahvasti
hyödyttäneet vanhustenhoidon ja vanhustyön kehittämistä. Monet kehittämisprojekteissa
myönteisiksi havaitut toimintatavat ovat muodostuneet pysyviksi toimintatavoiksi työ-
yhteisöissä. Kehittämistarpeet ovat kuitenkin mittavat. Kaikissa hoitopaikoissa tai kai-
killa paikkakunnilla ei ole panostettu riittävästi hoidon kehittämiseen, ja hoitoyksikkö-
kohtaiset erot hoidon laadussa ovat kasvaneet. Hoidon kehittäminen vaatii lähijohdon ja
työntekijöiden työaika- ja lähijohdon kannustavaa asennetta. Jatkuva työn kehittäminen
projektien kautta on vaativaa. Kaikissa hoitoyhteisöissä tätä ei ole otettu riittävästi huo-
mioon työntekijöiden määrässä tai heidän jaksamisensa ylläpitämisessä. Työntekijöiden
väsymystä on havaittavissa. Kaikissa kehittämisprojekteissa ei myöskään ole arvioitu
sitä, kuinka paljon työntekijöitä ja minkä koulutuksen saaneita työntekijöitä hyvää hoi-
toa toteuttavissa työyhteisöissä tulee olla.

Kunnat on lakisääteisesti velvoitettu vuodesta 2004 lähtien turvaamaan terveydenhuol-
lon riittävä henkilökunnan täydennyskoulutus. Sosiaalihuoltolakiin on lisätty vastaava

sosiaalitoimen henkilökunnan täydennyskoulutusta koskeva velvoite vuodesta 2005 lähtien. Samalla kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksia on lisätty vuodesta 2004 lähtien, jotta riittävä täydennyskoulutuksen taso voidaan saavuttaa. Täydennyskoulutusvelvoitteen toteuttamiseen ei kaikissa kunnissa kuitenkaan ole ohjattu riittävästi määrärahoja. Täydennyskoulutukseen osallistumista ovat estäneet muutkin tekijät.

Tehy ry. on helmi-huhtikuussa 2005 selvittänyt täydennyskoulutuksen tilaa lähettämällä kyselyn osastonhoitajille ja ylihoitajille. Tämän perusteella vanhainkotien henkilöstö on vuonna 2004 osallistunut täydennyskoulutukseen vähemmän kuin muut terveydenhuollon työntekijät. Vanhainkotien henkilöstön koulutuspäivien keskiarvo on ollut 2,2 koulutuspäivää/vuosi ja koko tutkimusaineiston henkilöstön 3,4 koulutuspäivää/vuosi. Osastonhoitajat ovat pitäneet koulutusmäärärahojen puutetta, koulutustarjonnan sopimattomuutta tai kalleutta ja sijaismäärärahojen puutetta suurimpina esteinä täydennyskoulutuksen toteutumiselle.

Tehy ry:n selvityksen perusteella vanhainkotien hoitohenkilöstön täydennyskoulutusta vaikeuttaa määräaikaisten työsuhteiden suuri määrä. Määräaikaiset eivät yleensä pääse täydennyskoulutukseen. Vain 15 % vanhainkotien osastonhoitajista on selvityksessä vastannut, että määräaikaisilla työntekijöillä on samat oikeudet kuin vakituksilla. Koko aineistossa vastaava vastaajien osuus on ollut 27 %.

Muiden vanhustenhoitoon osallistuvien työntekijäryhmien koulutus

Ravitsemusterapeutit ja ravitsemussuunnittelijat sekä psykologit kuuluvat tärkeisiin työntekijäryhmiin vanhustenhoidossa. Haastattelujeni perusteella kaikkien ravitsemussuunnittelijoiden ja psykologien perusopinnoissa ei ole gerontologiaa näkökohtia. Ravitsemusterapeuttien koulutuksessa tilanne saattaa olla hieman parempi. Psykologien kliinisessä erikoistumiskoulutuksessa ei ole vanhuspsykologian moduulia.

Ehdotukset vanhustenhoidon ja vanhustyön työntekijöiden osaamisen kehittämiseksi

Lääkäreiden perus- ja jatkokoulutus

Normaalin vanhenemisen, geriatrian ja vanhuspsykiatrian opetuksen määrää lääkäreiden peruskoulutuksessa tulee lisätä. Normaalin vanhenemisen opinnoilla luodaan perusteet ymmärtää vanhusten sairauksien oireiden, hoidon ja kuntoutuksen erityispiirteitä. Geriatrian opetukseen tulee teoreettisten opintojen lisäksi kuulua käytännön kliinistä opiskelua korkeatasoisissa geriatrian yksiköissä. Vanhusten lääkehoitojen erityispiirteiden ja lääkehoitojen kokonaisarviointien, vanhusten mielenterveyshäiriöiden tunnistamisen ja hoidon sekä lääketieteen, hoitotyön ja sosiaalityön yhteistyön opiskeluun tulee panostaa. Geriatrian opetusta tulee järjestää geriatrian oppiaineen opetuksen lisäksi geriatrian ja muiden erikoisalojen yhteistyönä muiden erikoisalojen opetuksen yhteydessä. Integroidun opetuksen järjestämisessä geriatrian oppiaineen rooli on keskeistä.

Geriatrian erikoislääkärikoulutuksen lisäämiseen on nopeasti ja voimakkaasti panostettava. Määrän lisäämiseksi ja osaamisen tason kohottamiseksi geriatrian erikoislääkärikoulutusta tulee osittain järjestää ulkomaisissa korkeatasoisissa geriatrisissa klinikoissa, mm. Ruotsissa, Hollannissa, Isossa Britanniassa ja Kanadassa. Kuten aikaisemmin esitetty, maassamme tulisi nykyisin olla 430 – 560 geriatrian erikoislääkäreitä. Geriatrian erikoislääkärikoulutuksen määrää on nopeasti nostettava 4- tai 5-kertaiseksi nykyiseen määrään verrattuna.

Vanhuspsykiatriasta tulee välittömästi muodostaa lääketieteen pääerikoisala. Vanhuspsykiatrian erikoislääkärikoulutuksen järjestäminen edellyttää koulutuksen osittaista järjestämistä korkeatasoisissa vanhuspsykiatrisissa klinikoissa mm. Ruotsissa, Hollannissa, Isossa Britanniassa ja Kanadassa.

Lääkäreiden geriatrian ja vanhusten lääkehoitojen peruskoulutuksen kehittäminen ja geriatrian ja vanhuspsykiatrian erikoislääkärikoulutuksen lisääminen edellyttävät kaikkien viiden lääketieteellisen tiedekunnan geriatrian ja vanhuspsykiatrian oppiaineiden henkilökuntamäärän lisäämistä. Jokaisessa lääketieteellisessä tiedekunnassa tulee olla kaksi geriatrian professorin virkaa, kaksi geriatrian kliinisen opettajan virkaa, yksi vanhuspsykiatrian professorin virka ja yksi vanhuspsykiatrian kliinisen opettajan virka. Yksi mainituista geriatrian professorin viroista tulee osoittaa ruotsinkieliseen koulutukseen. Nämä virat on perustettava välittömästi.

Yleislääketieteen erikoislääkärikoulutukseen osallistuvia tulee kannustaa suorittamaan klinisiä palveluita korkeatasoisissa geriatrian ja vanhuspsykiatrian avo- ja sairaalapalveluissa. Teoreettisiin opintoihin tulee kuulua geriatrista preventiota, vanhustenhoitoa ja kuntoutusta käsitteleviä aiheita. Jokaisessa tentissä tulee olla yksi geriatrista preventiota, vanhustenhoitoa tai kuntoutusta käsittelevä kysymys.

Hammaslääkäreiden perus-, jatko- ja täydennyskoulutus

Iäkkäiden hammashoidon tarve kasvaa nopeasti. Geriatrista hammashoitoa tulee sisältyä kaikkien hammaslääkäreiden peruskoulutukseen.

Hammaslääkärit mm. käyttävät potilaiden hoidoissa puudutusaineita ja määräävät potilaille kipulääkkeitä ja antibiootteja, joilla saattaa olla yhteisvaikutuksia potilaan käyttämien muiden lääkkeiden kanssa tai jotka saattavat aiheuttaa vanhuspotilaille ongelmallisia haittavaikutuksia. Monet lääkkeet aiheuttavat suussa näkyviä haittavaikutuksia. Hammaslääkäreiden peruskoulutukseen tulee sisältyä lääkkeiden yhteisvaikutusten, geriatrisen lääkehoidon ja lääkehoitojen kokonaisarviointien opetusta.

Vanhusten hammashoito tulee lisätä kliinisen hammashoidon erikoistumisalan yhdeksi painoalueeksi.

Perus- ja jatkokoulutuksen kehittäminen edellyttää sitä, että geriatrinen hammashoito jokaisessa kolmessa tiedekunnassa kytketään jonkin kliinisen hammashoidon professorin oppiaineen yhteyteen.

Osa hammaslääkäreiden vanhuspotilaista sairastaa muistihäiriötä, dementiaa, masennustilaa tai muuta sairautta, jotka vaikuttavat potilaan käyttäytymiseen tai kognitiiviseen tai

fyysiseen suoriutumiseen. Hyvä työskentely näiden vanhusten mutta myös muiden vanhusten parissa edellyttää hammaslääkäreiltä tietoja normaalista vanhenemisestä sekä keskeisten käyttäytymiseen ja suoriutumiseen vaikuttavien sairauksien (mm. masennustilat, dementiat) erityispiirteistä. Näitä asioita tulisi sisältyä ainakin täydennyskoulutukseen. Myös sitä, miten omalla asennoitumisellaan ja käytöksellään voi edistää yhteistyötä vanhuksen kanssa, tulisi opiskella.

Geriatrisen hammashoidon ja vanhustenhoidossa työskentelevien muiden työntekijöiden yhteistyötä täydennyskoulutuksessa tulee kehittää. Suun terveydenhoidon työntekijöiden tulee järjestää vanhustenhoidossa työskenteleville täydennys- ja toimipaikkakoulutusta ehkäisevän suun terveydenhoidon osaamisen edistämiseksi.

Ammattikorkeakouluopinnot

Ammattikorkeakoulujen kaikkiin hoitotyön koulutusohjelmiin tulee sisältyä riittävästi normaalia vanhenemista ja vanhustenhoitoa käsitteleviä opintoja. Teoreettisten opintojen lisäksi tulee olla käytännön opintoja, jotka sijoitetaan teoreettisten opintojen jälkeen. Käytännön opinnot tulee järjestää korkeatasoisissa vanhusten avopalveluissa, pitkäaikaislaitoksissa, dementiakodeissa ja palvelutaloissa ja korkeatasoisen kotisairaanhoidon piirissä. Myös päiväsairaanhoidon ja vanhuspsykiatrian sekä terveydenhuollon, sosiaalityön, järjestöjen, seurakuntien, omaisten ja vanhusten yhteistyön opiskelun tulee sisältyä opintoihin.

Hoitotyön koulutusohjelmien lääkehoidon opintoja tulee laajentaa. Niissä tulee käsitellä myös vanhusten lääkehoitojen erityispiirteitä, lääkehaittojen oireita vanhuksilla, lääkkeiden yhteisvaikutusten perusteita sekä lääkehaittojen ja lääkkeiden haitallisten yhteisvaikutusten ehkäisyä. Näitä opintoja tulee sisältyä nykyistä laajemmin myös ammattikorkeakoulujen vanhustyön koulutusohjelmiin. Kaikessa lääkehoidon opetuksessa tulee korostaa täsmällisyyttä. Lääkehoidon opettajien hyvään osaamiseen tulee kiinnittää huomiota.

Geronomien tiedot normaalista vanhenemisestä ja heidän erityisosaamisensa vanhusten hoidosta ja geriatrisesta preventiosta hyödyttävät vanhustenhoidon työyhteisöjen muiden työntekijöiden osaamista. Heidän laajapohjainen koulutuksensa tuo vanhustenhoidon juuri sitä laajaa näkökulmaa, jota vanhustenhoidossa tarvitaan. Geronomeja tarvitaan vanhustenhoidon avo- ja laitospalveluihin työskentelemään yhteistyössä muiden työntekijöiden kanssa sekä kehittämään vanhustenhoitoa ja vanhustyötä.

Geronomien koulutusta ja erityisesti nuorisosaasteen koulutuksen aloituspaikkoja tuleekin mittavasti lisätä. Ammattikorkeakoulujen vanhustyön koulutusohjelmiin tulee vuosittain ottaa 150 – 200 opiskelijaa, ja myös ruotsinkielinen koulutusohjelma tulee käynnistää. Geronomit tulee rekisteröidä terveydenhuollon ammattiryhmäksi. Kotisairaanhoidon, päiväsairaanhoidon, dementiaryhmäkotiin, muiden ryhmäkotiin, palvelutalojen ja pitkäaikaislaitosten henkilökuntaan tulee kuulua geronomikoulutuksen saaneita. Geronomeja tarvitaan myös sairaaloiden geriatrisille osastoille ja perusterveydenhuollon avopalveluihin, mm. preventiiviseen vanhustyöhön sekä järjestöjen tehtäviin ja vanhustyön kehittämistehtäviin.

Suun terveydenhuollon koulutusohjelmissa tulee olla riittävästi vanhusten suun terveydenhuollon opintoja. Niihin tulisi sisältyä myös dementoituneiden vanhusten käyttäytymiseen ymmärtämiseen tähtäävää koulutusta. Myös masennusta ja masentuneen vanhuksen käyttäytymisen ymmärtämistä on syytä opettaa. Lääkkeiden suussa aiheuttamien haittavaikutusten tunnistamista tulee opiskella.

Fysioterapian kaikkiin koulutusohjelmiin tulee kuulua normaalia vanhenemista ja vanhusten fysioterapian erityispiirteitä käsitteleviä opintoja. Dementoituneiden, masentuneiden ja muista mielenterveyshäiriöistä kärsivien vanhusten ymmärtämistä on aiheellista opettaa.

Myös sosiaalialan (sosionomi, AMK) kaikkiin koulutusohjelmiin tulee kuulua normaalia vanhenemista ja vanhustyötä käsitteleviä opintoja.

Maahamme tarvitaan monialainen vanhustyön ylempään ammattikorkeakoulututkintoon johtava koulutusohjelma. Sen tulee rakentua monitieteiseen gerontologiseen tietoon vanhenemisesta, vanhusten toimintakyvyn tukemisesta, vanhushuollon tavoitteista ja palvelujärjestelmistä sekä vanhustyön kehittämisestä.

Ammattikorkeakouluille tulee taata riittävä määrä aikuiskoulutuspaikkoja, jotta tarvittava määrä vanhustyön erikoistumisopintoja voidaan järjestää. Ammattikorkeakoulujen erikoistumisopintoja tulee järjestää erityisesti vanhusten fyysisestä hoitotyöstä, vanhusten psykiatrisesta hoitotyöstä, lääkehoidoista, vanhusten fysioterapiasta, vanhusten toimintaterapiasta, vanhusten psykososiaalisista ryhmähoidoista, dementiahoidosta ja omaishoidon kehittämisestä. Vanhustenhoito ei ole pelkästään pitkäaikaishoitoa. Erikoistumisopintojen tavoitteena tulee olla kouluttaa normaalin vanhenemisen, vanhusten äkillisten sairauksien ja pitkäaikaissairauksien hyvän hoitotyön, vanhusten kuntoutumisen edistämisen ja moniammatillisen vanhustenhoidon osaajia mm. yliopistollisten keskussairaaloitten, keskussairaaloitten ja muiden sairaaloitten geriatrialle ja vanhuspsykiatrialle osastoille ja poliklinikoille, terveyskeskussairaaloitten osastoille, kotisairaanhoidon sekä terveyskeskusten ja mielenterveystoimistojen avopalveluihin. Heitä tarvitaan myös vanhainkoteihin, palvelutaloihin ja dementia- ja muihin ryhmäkoteihin. Vanhustyön erikoistumisopintojen tulee olla käytännönläheisiä, ja ne on mahdollistettava kaikille laillistetuille terveydenhuollon ammattilaisille. Näin edistetään koko terveydenhuollon ja myös vanhustenhoidon henkilökunnan osaamista ja palveluiden kehittymistä. Erikoistumisopinnot tulee rekisteröidä erityispätevyytenä Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen pitämään ammattirekisteriin. Näin edistetään hakeutumista erikoistumisopintoihin ja opintojen arvostusta.

Myös sosiaalialalla tarvitaan vanhustyön erikoistumisopintoja.

Ammattikorkeakoulujen terveysalan ja sosiaalialan opintojen kehittäminen edellyttää ammattikorkeakouluopettajien gerontologian, gerontologisen hoitotyön, geriatrian ja gerontologisen sosiaalityön täydennyskoulutusta. Täydennyskoulutusta voidaan järjestää terveysalan ja sosiaalialan opettajille erillisenä, mutta siihen tulee sisältyä myös yhteistä täydennyskoulutusta. Täydennyskoulutuksen tulee käsittää teoreettisten opintojen lisäksi käytännön työskentelyä ja pienryhmäopetusta. Se tulisi järjestää valtakunnallisena melko laajana systemaattisena täydennyskoulutuksena, ja Internet-pohjaista opetusta tulisi sisältyä siihen. Opettajien täydennyskoulutusta voisi järjestää yksi lääketieteellinen tiedekunta ja yksi sosiaalityö-tieteiden tiedekunta.

Ammattikorkeakoulujen opettajien tulee huolehtia siitä, että vanhustenhoidon ja vanhustyön käytännön opetus järjestetään korkeatasoisten palveluiden piirissä. Opettajilla itsellään tulee olla jatkuva yhteys käytännön työhön opiskelijaohjauksen, työelämän koulutustapahtumien ja työelämäjaksojen kautta.

Ammattikorkeakoulujen lääkehoidon opettajien tulee olla farmakologian, farmasian, lääkehoidon ja lääkehuollon todellisia osaajia. Opetuksessa tulee vahvasti korostaa täsmällisyyttä ja lääkehoitojen todellisen hallitsemisen tärkeyttä.

Lähihoitajien koulutus

Lähihoitajien vanhustyön koulutusohjelman rakenne kohtalaisen hyvin vastaa vanhustyössä tarvittavia tietoja ja taitoja. Koulutusohjelma tulee saada kiinnostavammaksi nuorten keskuudessa. Lähihoitajiksi opiskelevien kiinnostusta ja halukkuutta suuntautua vanhustyön opintoihin voidaan lisätä mahdollistamalla peruskoulun ja lukion työelämään tutustumisjaksojen suorittaminen erilaisissa korkeatasoisissa vanhusten pienkodeissa ja vanhuspalvelukeskuksissa. Lähihoitajien koulutusta järjestävien oppilaitosten, kuntien ja järjestöjen yhteiset vanhustyön kehittämisprojektit saattaisivat lisätä kiinnostavuutta. Opettajien hyvät gerontologian ja vanhustyön tiedot ja myönteiset asenteet vanhuksiin ovat myös tapa kiinnostuksen lisäämiseen. Oppilaitosten tulisi myönteisesti mainostaa lähihoitajien vanhustyön koulutusohjelmiaan ja raportoida paikallislehdissä opiskelijoiden työelämäprojekteista.

Lähihoitajien tarve vanhustyössä on jo nykyisin iso, ja se kasvaa tulevaisuudessa. Koulutuksen riittävään määrään on kiinnitettävä huomiota, ja sen laatu on pidettävä korkeatasoisena. Lähihoitajien vanhustyön koulutusohjelman oppisopimuskoulutusta tulee määrällisesti lisätä. Myös näyttötutkintokoulutusta tulee lisätä. Tällä tavalla koulutautuvat eivät ole kovin nuoria, ja heidän innostuksensa vanhustyöhön näyttää olevan kohtalaisen hyvä. Oppisopimus- ja näyttötutkintokoulutuksen korkeasta laadusta tulee huolehtia.

Vanhustyön koulutusohjelman lisäksi sairaanhoidon ja huolenpidon, kuntoutuksen, mielenterveys- ja päihdetyön sekä suu- ja hammashoidon koulutusohjelmista valmistuneet lähihoitajat osittain soveltuvat vanhustyöhön. Heidän soveltumistaan vanhustyöhön tulee kehittää lisäämällä opintoihin normaalin vanhenemisen ja vanhustyön opintoja. Etenkin tulevaisuudessa suurin osa lähihoitajista työskentelee vanhustyössä, joten kyseisten opintojen liittäminen muihinkin koulutusohjelmiin kuin vanhustyön koulutusohjelmaan on tärkeää.

Lähihoitajien vanhustyön koulutukseen osallistuville opettajille tulee järjestää gerontologian ja vanhustyön täydennyskoulutusta. Tämä voidaan toteuttaa ammattikorkeakoulujen opettajien täydennyskoulutuksen yhteydessä.

Täydennyskoulutus

Kaikille erikoislääkäreille tarkoitettua vanhuspsykiatrian lisäkoulutusohjelmaa tulee toteuttaa kaikissa lääketieteellisissä tiedekunnissa. Yleislääketieteen erikoislääkäreitä tu-

lee psykiatrien lisäksi innostaa kouluttautumaan tässä lisäkoulutusohjelmassa. Tiedekunnissa tulee arvioida, tarvitaanko kaksi erillistä lisäkoulutusohjelmaa eli toinen psykiatriaan erikoistuneille ja toinen muille erikoisaloille erikoistuneille. Lisäkoulutusohjelman myönteinen ”markkinointi” on tarpeellista.

Kaikissa lääketieteellisessä tiedekunnissa tulee käynnistää yleislääketieteen erikoislääkäreille ja muillekin erikoislääkäreille tarkoitettu geriatrian ja vanhusten hoidon kahden vuoden lisäkoulutusohjelma.

Ammattiliittojen, Kuntaliiton, kansanterveystyön keskusjärjestöjen, lääninhallitusten, kesäyliopistojen, täydennyskoulutuskeskusten, yksityisten koulutusorganisaatioiden ja muiden täydennyskoulutusta järjestävien tahojen tulee seuraavien 5 - 10 vuoden ajan panostaa geriatrian, vanhusten hoidon ja vanhustyön täydennyskoulutuksen järjestämiseen. Vanhusten hoidon teoreettista täydennyskoulutusta tulee olla tarjolla runsaasti.

Vanhusten hoidossa ja vanhustyössä työskentelevien teoreettista täydennyskoulutusta voidaan osittain toteuttaa eriytyneenä eri ammattiryhmien koulutuksena. Tulee kuitenkin järjestää myös eri ammattiryhmien yhteistä koulutusta moniammatillisen yhteistyön ylläpitämiseksi ja kehittämiseksi.

Vanhusten hoidon kehittämiseksi, mutta myös työntekijöiden osaamisen kehittämiseksi tarvitaan teoreettisen täydennyskoulutuksen lisäksi runsaasti eritasoisia ja erilaisia preventiivisten toimintojen, vanhusten hoidon ja vanhusten kuntoutumista ja toimintakykyä edistävien toimintojen kehittämissuunnitelmia. Osa projekteista tulee toteuttaa työpaikalla tai paikkakuntakohtaisina, osa alueellisina ja osa valtakunnallisina. Valtakunnalliset ja alueelliset kehittämissuunnitelmat tulee arvioida siten, että arvioidaan niiden vaikutukset vanhusten, omaisten ja hoitoon osallistuvien työntekijöiden tasolla. Samalla tulee arvioida kehitetyssä toiminnassa tarvittavien eritasoisten työntekijöiden määrä ja toiminnan kustannukset. Hankkeita tulee toteuttaa kuntien, yksityisten tahojen, järjestöjen ja seurakuntien yhteistyönä. Niihin tulee kytkeä myös omaisten toimintaa. Hankkeet on toteutettava siten, että niihin osallistuu lääketieteen, hoitotyön ja sosiaalityön työntekijöitä. Kehittämisen korkea laatu tulee turvata kytkemällä niihin geriatrian ja gerontologian erityisiä osaajia. Mm. vanhusten hyvän yöunen edistämistä, masennustilojen ehkäisyä ja hoitoa, kaatumisvammojen ehkäisyä, dementiaa sairastavien hoitoa, lonkkamurtumien kuntoutusta, aivohalvauspotilaiden kuntoutusta ja yleistä vanhusten toimintakyvyn edistämistä käsitteleviä kehittämissuunnitelmia tulee käynnistää. Kehittämissuunnitelmia tulee käynnistää etenkin niissä pitkäaikaislaitoksissa, joiden hoidon laatu on taantunut.

Ikääntyvien ja iäkkäiden hammashoidon tarvetta nykyisin, mutta etenkin tulevaisuudessa pystytään vähentämään panostamalla ehkäisevään toimintaan. Vanhusten hoidon työntekijöiden tulee osallistua tähän. Heidän osaamisensa kehittäminen edellyttää toimipaikkakohtaisia täydennyskoulutustilaisuuksia, joissa hammaslääkärit ja muut suun terveydenhuollon osaajat opettavat preventiivisiä keinoja ikääntyvien ja vanhusten suun terveyden edistämiseksi.

Oppiminen tapahtuu myös perehtymällä kansainvälisiin hyviin toimintamalleihin ja siirtämällä niitä Suomeen. Ammattiliittojen tulee taloudellisesti tukea vanhustyössä toimivien jäsentensä ulkomaisia vanhusten hoidon ja vanhustyön opintomatkoja. Kuntien, säätiöiden, teollisuuden, tieteellisten seurojen ja muidenkin tahojen tulee tukea ulkomaisia opintomatkoja.

Työntekijöiden osaamisen edistäminen ja ylläpitäminen sekä vanhustenhoidon kehittäminen edellyttävät myös työntekijöiden jaksamista, työntekijöiden riittävää määrää ja hyvää johtamista. Pitkäaikaishoidon palveluiden työntekijämäärän tulee olla vähintään tyydyttävällä tasolla kaikissa palveluyksiköissä. Työsuhteiden tulee olla pääsääntöisesti pitkäkestoisia. Työyhteisöjen lähijohtajien johtamiskoulutusta tulee järjestää. Lähijohtajien tulee panostaa kehittämiseen ja kiinnittää huomiota henkilökunnan jaksamiseen.

Työnantajien tulee järjestää kaikille vanhustenhoidossa ja vanhustyössä työskenteleville mahdollisuus työaikana ja työnantajan kustannuksella osallistua lakisääteiseen täydennyskoulutukseen. Tämä tulee ulottaa myös niihin määräaikaissa työsuhteissa työskenteleviin, joiden työsuhteiden pituus on vähintään 6 kuukautta vuodessa. Kuntien tulee seuraavien 5 -10 vuoden ajan kohdistaa iso osa täydennyskoulutusmäärärahoistaan vanhustenhoidon täydennyskoulutukseen mukaan lukien johtamiskoulutus.

Laajan täydennyskoulutuksen järjestäminen edellyttää sitä, että monet tahot tulevina vuosina ohjaavat määrärahojaan vanhustenhoidon täydennyskoulutukseen ja kehittämiseen. Osa lääketehtaista on useiden vuosien ajan taloudellisesti tukenut hyvään vanhusenhoitoon liittyvää täydennyskoulutusta ja koulutusmateriaalien ja koko väestölle tarkoitettujen kirjallisten ohjeiden painattamista. Lääketeollisuuden ja asiantuntijoiden tulee yhdessä jatkaa ja tehostaa täydennyskoulutusten järjestämistä ja koulutusmateriaalien tuottamista vanhusten hyvien lääkehoitojen ja lääkkeettömien hoitojen edistämiseksi. Myös väestölle tarkoitettujen ohjeiden laatimista tulee lääketeollisuuden tukea.

Muikin teollisuus kuin lääketeollisuus on yhdessä asiantuntijoiden kanssa järjestänyt vanhustenhoidossa työskenteleville täydennyskoulutusta. Teollisuuden, mm. vanhusten apuvälineitä, inkontinenssisuojia tai vanhusenhoitoon tarkoitettuja laitteita valmistavan teollisuuden, tulee yhteistyössä asiantuntijoiden kanssa järjestää vanhustenhoidon täydennyskoulutusta, jossa käsitellään hyvän hoidon lisäksi myös lääkehaittojen ehkäisyä. Teollisuuden tulee tukea täydennyskoulutuksessa tarvittavan materiaalin ja iäkkäille tarkoitettujen ohjeiden laatimista.

Nykyisissä ”Käypä hoito”-suosituksissa tulee selkeästi esittää suositusten soveltaminen vanhuspotilaiden hoidossa. Suositusten laadintaan tulee osallistua myös geriatreja.

Etenkin lääkäreiden, mutta myös muiden ammattiryhmien osaamisen edistämiseksi ja ylläpitämiseksi tulee laatia geriatria hoitosuosituksia. Tällaiset hoitosuositukset tarvitaan ensimmäisessä vaiheessa ainakin masennustilojen, unihäiriöiden ja kiputilojen hoidosta sekä vanhusten ravitsemuksesta. Geriatriset hoitosuositukset kohonneen verenpaineen, sepelvaltimotaudin ja diabeteksen hoidosta selkeyttävät näiden sairauksien hoitoa vanhuksilla. Hyvän pitkäaikaishoidon laatusuositukset ja hyvän saattohoidon suositukset tulee laatia.

Työntekijöiden osaamisen edistämiseksi ja geriatrisen hoidon ja kuntoutuksen kehittämiseksi jokaiseen sairaanhoitopiiriin tulee perustaa ainakin yksi geriatrinen arviointi- ja kuntoutusosasto/yksikkö avopalveluineen sekä vanhuspsykiatrisia osastoja avopalveluineen. Geriatria arviointi- ja kuntoutusosastoja sekä vanhuspsykiatrisia osastoja tulee perustaa myös perusterveydenhuollon tasolle. Terveyskeskuksiin tulee perustaa geriatrian erikoislääkäreiden virkoja vanhusten avohoidon ja pitkäaikaishoidon käytännön työhön, preventiivisten ja kuntoutustoimintojen kehittämiseen ja henkilökunnan täydennyskoulutukseen.

Vanhusten hyvä ravitsemustila on keskeistä vanhusten hyvän toimintakyvyn säilymisessä ja jopa lääkahoitojen onnistumisessa. Ravitsemushoidon hallitsevia ravitsemusterapeutteja ja ravitsemussuunnittelijoita koulutetaan maassamme jonkin verran. Ongelmana on se, että terveydenhuollossa ei ole perinteitä ravitsemusterapeuttien osaamisen konsultointiin ja käyttöön. Ravitsemusterapeuttien virkoja on varsin vähän. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuoltoon tulee perustaa nykyistä enemmän ravitsemusterapeuttien virkoja. Heidän osaamisensa tulee kytkeä vanhustenhoitoon mm. täydennyskouluttajina, ruokahuollon suunnittelijoina ja yksilöllisen hoidon asiantuntijoina. Ravitsemusterapeuttien ja ravitsemussuunnittelijoiden osaaminen tulee kytkeä myös vanhusryhmä- ja yksilöneuvonnan järjestämiseen.

Sotainvalidien veljeskodeissa ja muissa sotainvalidien kuntoutus- ja hoitopalveluissa on kehitetty geriatria hoitoa ja kuntoutusta. Näiden yksiköiden työntekijöiden osaaminen tulee käyttää vanhusten hoidon kehittämisessä sen jälkeen, kun sotainvalideja ei enää ole elossa. Kyseisistä yksiköistä tulee muodostaa geriatria hoito- ja kuntoutuskeskuksia.

Preventiivisten toimintojen, mutta myös hoidon ja kuntoutuksen kehittämiseksi joidenkin maamme kylpylöistä ja kuntoutuslaitoksista tulee erikoistua nimenomaan ikääntyvien ja iäkkäiden toimintakyvyn edistämiseen tähtäävien palveluiden järjestämiseen ja järjestää henkilökunnalle tähän tähtäävä täydennyskoulutus.

Geriatrisen täydennyskoulutuksen toteuttamiseen ja geriatristen hoitosuosituksen laadintaan tarvitaan asiantuntijoita. Suositusten tulee perustua näyttöön eli kriittisiin katsauksiin kansainvälisistä ja kotimaisista tutkimuksista sekä kehittämisprojekteista. Pikaisesti on lisättävä taloudellisia voimavaroja geriatrian, vanhuspsykiatrian, gerontologisen hoitotieteen ja gerontologisen sosiaalityön asiantuntijoiden kouluttamiseen; ehkäisyä, hoitoja ja kuntoutusta käsittelevien katsauksien laadintaan ja kotimaiseen tutkimustoimintaan. Yhden lääketieteellisen tiedekunnan tulee vahvasti kehittää geriatria, vanhuspsykiatria ja gerontologisen hoitotieteen tutkimustoimintaa ja perusterveydenhuollon työntekijöiden sekä ammattikorkeakoulujen ja lähihoitajaopiskelijoiden opettajien täydennyskoulutusta. Tämän lääketieteellisen tiedekunnan kansallinen ja kansainvälinen verkostoituminen on tärkeää. Kyseiseen tiedekuntaan tulee perustaa geriatrisen tutkimus- ja koulutuskeskus.

Aikaisemmin mainittujen geriatrian ja vanhuspsykiatrian professoreiden virkojen lisäksi maassamme tulee olla vähintään yksi gerontologisen hoitotyön ja yksi gerontologisen sosiaalityön professorin virka. Lisäksi tarvitaan yksi gerontologisen psykologian ja yksi gerontologiseen ravitsemustieteeseen suuntautuneen professorin virka.

Muiden vanhustenhoitoon osallistuvien työntekijäryhmien koulutus

Kaikkien psykologien peruskoulutukseen tulee kuulua vanhuspsykologian opintoja. Psykologien kliiniseen erikoistumiskoulutukseen tulee perustaa vanhuspsykologian moduuli.

Kaikkien ravitsemusterapeuttien ja ravitsemussuunnittelijoiden peruskoulutukseen tulee kuulua gerontologisen ravitsemustieteen opintoja.

LÄÄKEHAITTOJEN EHKÄISEMINEN JA LÄÄKEHOITTOJEN SEKÄ LÄÄKKEETTÖMIEN HOITOJEN KEHITTÄMINEN

Toisena tehtävänä on laatia toimintamalli siitä, miten lääkehaittoja voidaan ehkäistä ja siltä pohjalta tehdä ehdotukset siitä, miten vanhusten lääkehoitoja sekä lääkkeettömiä hoitoja voidaan kehittää.

Tämän tehtävän suorittamiseksi seuraavassa ensin kuvataan muutamien kansainvälisissä suosituksissa ongelmallisiksi esitettyjen lääkkeiden käytön, päällekkäiskäytön ja samanaikaisen käytön yleisyyksiä sekä lääkkeiden haittavaikutuksia iäkkäässä suomalaisessa väestössä. Tämän jälkeen pyritään etsimään tekijöitä, jotka heikentävät – ja ovat nimenomaan omassa maassamme heikentäneet – vanhusten hyvien lääkehoitojen toteuttamista. Sitten kuvataan hyvien lääkehoitojen edistämiseksi tehtyjä toimenpiteitä ja etsitään ratkaisuja eli toimintamalli lääkehoitojen laatua heikentävien tekijöiden vähentämiseksi eli lääkehaittojen ehkäisemiseksi. Lopulliset ehdotukset esitetään raportin loppuosassa.

Tehtävä on käsittänyt myös pyynnön laatia ehdotukset siitä, miten lääkkeettömiä hoitoja voidaan kehittää. Tämän johdosta seuraavassa käsitellään myös lääkkeettömien hoitojen nykytilaa, pohditaan puutteita ja raportin lopussa esitetään ehdotukset lääkkeettömien hoitojen kehittämiseksi.

Psykykenlääkkeiden, opioidien ja antikolinergien käyttö on yleistä

Iäkkäiden säännöllisesti käyttämien lääkkeiden määrä on lisääntynyt 1990-luvulla ja 2000-luvun alussa. Myös niiden osuus, jotka käyttävät useita lääkkeitä, on kasvanut. Etenkin psykykenlääkkeiden eli psykoosi-, neuroosi-, uni- ja masennuslääkkeiden käyttö sekä antitromboottisten lääkkeiden käyttö ovat yleistyneet. Muutokset ovat olleet voimakkaimmat 85 vuotta täyttäneiden keskuudessa. Naisten käyttämien lääkkeiden määrä on lisääntynyt voimakkaammin kuin miesten.

Kansainvälisten suositusten mukaan ongelmallisiin lääkeaineisiin iäkkäiden hoidoissa kuuluvat mm. psykykenlääkkeet, opioidikipulääkkeet ja antikolinergiset lääkkeet. Näiden lääkkeiden käytön yleisyyttä tarkastellaan seuraavassa. Myös verenpaineen liiallinen aleneminen lääkevaikutuksena tai lääkehaittana kuuluu lääkkeiden aiheuttamiin ongelmallisiin seurauksiin.

Psykoosilääkkeet ovat vakavien mielenterveyshäiriöiden eli psykoosien hoitoon tarkoitettuja lääkkeitä. Kaikkia ikäryhmiä tarkastellen niiden kulutus on Suomessa lähes kaksinkertainen muihin Pohjoismaihin verrattuna. Psykoosilääkkeiden käyttö on yleistä pitkäkestoisessa laitoshoidossa olevien iäkkäiden hoidoissa, joskin käytössä on laitostyypisiä eroja. Niiden käyttö ei ole mitenkään harvinaista kotona asuvienkaan iäkkäiden keskuudessa. Suomessa on raportoitu jopa joka toisen pitkäkestoisessa laitoshoidossa olevista 65 vuotta täyttäneistä käyttävän säännöllisesti ainakin yhtä psykoosilääkettä. Äkillisen sairauden johdosta sairaalahoitoon tulleista kotona, palveluasunnossa tai pitkäaikaislaitoksessa asuvista 65 vuotta täyttäneistä miehistä 8 %:n ja naisista 17 %:n on

raportoitu säännöllisesti käyttävän ainakin yhtä psykoosilääkettä. Noin joka toisen dementiaa sairastavan iäkkään on raportoitu käyttävän psykoosilääkettä. Suomalaisten iäkkäiden hoidossa melko yleisesti käytetään suurempia lääkannoksia kuin kansainvälisissä suosituksissa ja suomalaisissa oppaissa suositellaan – mikä kuvastaa koulutuksen, täydennyskoulutuksen ja osaamisen puutteita ja aiheuttaa hoidon tarvetta lisääviä haittavaikutuksia.

Psykoosilääkkeet ovat vaikeiden mielenterveyshäiriöiden eli psykoosien hoitoihin kehitettyjä lääkkeitä. Dementiaa sairastavien oireenmukaisessa hoidossa niitä suositellaan käytettävän vain voimakkaasti aggressiivisten ja psykoottisten tilojen hoidoissa. Psykoosilääkkeiden käytön yleisyys viittaa siihen, että näitä käytetään ei-dementoituneiden hoidoissa muissakin kuin psykoottisissa tiloissa ja dementoituneiden hoidoissa jopa lievässä käytöshäiriössä vastoin suosituksia.

Kaikkia ikäryhmiä tarkastellen masennuslääkkeiden käyttö on seitsenkertaistunut vuosien 1990 ja 2004 välillä. Näiden lääkkeiden käyttö on vanhemmissa ikäryhmissä yleisempää kuin nuoremmassa, ja käyttö yleistyy iän myötä 90 ikävuoteen saakka. Masennuslääkkeiden huippukuluttajia ovat 75 vuotta täyttäneet naiset, joista 14 % käyttää masennuslääkkeitä. Vastaavanikäisistä miehistä 9,5 % käyttää näitä lääkkeitä. Vakavien masennustilojen vallitsevuus 75 vuotta täyttäneiden keskuudessa on 1,5 - 2 %, ja keskivaikeiden masennustilojen vallitsevuus on 5 - 7 %. Masennuslääkkeiden myönteisistä vaikutuksista iäkkäiden masennustilojen hoidossa on näyttöä vain vakavien ja keskivaikeiden masennustilojen osalta. Lievien masennustilojen hoidossa näyttö on puutteellinen, minkä takia niitä ei kansainvälisissä suosituksissa suositella lievien masennustilojen hoitoon. Masennuslääkkeet eivät tehoa myöskään normaalissa surussa. Masennuslääkkeitä suositellaan harvoin muihin sairaustiloihin kuin keskivaikeisiin ja vaikeisiin masennustiloihin. Niinpä masennuslääkkeiden käyttöä ja vakavien sekä keskivaikeiden masennustilojen vallitsevuuksia koskevien lukujen vertailu osoittaa masennuslääkkeitä määrättävän vastoin suosituksia myös iäkkäiden lievien masennustilojen hoitoihin. Erittäin todennäköisesti niitä epäasianmukaisesti määrätään jopa normaaleihin surutiloihin tai yksinäisyyteen, joissa niillä ei ole myönteisiä surun läpikäymistä edistäviä tai yksinäisyyden tunteita poistavia vaikutuksia. Näitäkin lääkkeitä käytetään suurempina annoksina kuin kansainvälisissä suosituksissa esitetään. Masennuslääkkeiden epäasianmukainen käyttö ei hyödytä niitä käyttäviä vanhuksia. Tilanne on päinvastainen eli seurauksena on lääkehaittoja ja lääkkeiden yhteisvaikutushaittoja.

Masennuslääkkeitä käytetään yleisesti myös dementiaa sairastavien iäkkäiden hoidossa. Masennuslääkkeitä suositellaan dementiaa sairastaville vain pitkäköön kestäneiden vakavien tai keskivaikeiden masennustilojen hoidoksi pieninä annoksina yhdessä lääkkeettömien hoitojen kanssa. Näiden lääkkeiden käytön yleisyys kertoo masennuslääkkeitä vastoin suosituksia käytettävän lievienkin masennustilojen hoitoon tällä potilasryhmällä.

Kaikkia ikäryhmiä tarkastellessa unilääkkeitä käytetään Suomessa yleisemmin kuin muissa Pohjoismaissa – Islantia lukuun ottamatta. Käyttö on vuosittain jatkuvasti lisääntynyt vuoteen 2004 saakka. Tämän jälkeen käyttö on hieman vähentynyt. Uni- ja rauhoittavien lääkkeiden käyttö on erittäin yleistä iäkkäiden keskuudessa, ja se vastoin suosituksia on tavallisesti useita vuosia tai jopa vuosikymmeniä kestävä. Näitä lääkkeitä suositellaan vain korkeintaan 4 - 6 viikon pituiseen käyttöön. 1990-luvun tutkimukset osoittavat peräti 19 %:n yli 75-vuotiaista kotona asuvista miehistä ja 24 %:n vastaavanikäisistä naisista käyttäneen unilääkettä. Pitkäaikaislaitoksissa uni- ja rauhoittavien

lääkkeiden käyttö on tätäkin yleisempää - joskin laitospotilaita on. Maassamme on raportoitu peräti 65 %:n pitkäaikaislaitoksessa olevista 65 vuotta täyttäneistä käyttävän säännöllisesti ainakin yhtä uni- ja rauhoittavaa lääkettä eli bentsodiatsepiini johdannaisista. Äkilliseen laitoshoidon tulleista, kotona, palveluasunnossa tai pitkäkestoisessa laitoshoidossa olleista 65 vuotta täyttäneistä miehistä joka viidennen ja vastaavanikäisistä naisista joka kolmannen on raportoitu käyttävän säännöllisesti ainakin yhtä tällaista lääkettä. Uni- ja rauhoittavia lääkkeitä käytetään yleisesti myös dementiaa sairastavien hoidossa.

Unilääkkeet menettävät tehonsa unettomuuden hoidossa muutamia kuukausia kestäneen säännöllisen käytön jälkeen. Vaikean unettomuuden hoitosuosituksissa niitä suositellaan vain tilapäiseen, ei joka ilta toistuvaan ja korkeintaan 4 - 6 viikkoa kestäväseen käyttöön yhdessä lääkkeettömien hoitojen kanssa. Niiden runsas ja pitkäkestoinen käyttö kertoo epäasianmukaisesta käytöstä ja unettomuuden lääkkeettömien hoitojen soveltamisen puutteista. Niitä erittäin todennäköisesti epäasianmukaisesti määrätään jopa normaalin vanhenemisen aiheuttamiin unen muutoksiin eli normaalin tilan virheelliseksi hoidoksi. Unilääkkeiden haittavaikutuksina mm. väsymys, muistin heikkeneminen ja kaatumiset ovat yleisiä iäkkäissä väestössä. Näidenkin lääkkeiden epäasianmukaisen käytön haittavaikutusten hoidot ovat yhteiskunnalle kalliita.

Voimakkaiden kiputilojen hoidoissa käytettävät opioidikipulälääkkeet ovat yleisiä iäkkäiden käyttämiä lääkkeitä. Noin joka kymmenennen äkillisen sairauden takia sairaalahoitossa olleen ja lähes joka viidennen pitkäkestoisessa laitoshoidossa olleen 65 vuotta täyttäneen on todettu käyttävän näitä lääkkeitä. Näihin lääkkeisiin kuuluvan tramadolin käyttö on yleistynyt 2000-luvun alussa. Nyt yleistyy erittäin vahvan opioidin eli fentaanylin käyttö iäkkäiden hoidoissa. Näiden lääkkeiden haittavaikutuksiin kuuluvat mm. sekavuus ja kaatuilut.

Vahvasti antikolinergisten lääkeaineiden käyttö on melko yleistä iäkkäiden ja dementiaa sairastavien hoidoissa. Nämäkin lääkkeet aiheuttavat sekavuutta.

Psykykenlääkkeiden päällekkäiskäyttö ja erilaisten psykykenlääkkeiden samanaikainen käyttö on yleistä

Yksikin lääkeaine voi aiheuttaa hankalia haittavaikutuksia iäkkäälle. Kun samanaikaisessa käytössä on useita lääkeaineita, haitta- ja yhteisvaikutusten riskit ovat isot.

Kahden tai useamman bentsodiatsepiini johdannaisen tai niiden tavoin vaikuttavan lääkkeen samanaikainen käyttö erittäin harvoin lisää myönteisiä vaikutuksia, mutta se vahvasti nostaa haittavaikutusten todennäköisyyttä. Sama pätee psykoosilääkkeiden tai masennuslääkkeiden samanaikaiseen käyttöön. Kansainvälisissä suosituksissa tällaista päällekkäislääkitystä pidetään vältettävänä. Tästä huolimatta näiden lääkkeiden samanaikaista käyttöä on melko yleisesti kodeissaan asuvien keskuudessa, mutta etenkin pitkäaikaislaitoksissa.

Päällekkäislääkityksen ohella ongelmiin kuuluu useiden erilaisten psykykenlääkkeiden samanaikainen käyttö. Kansainvälisten suositusten mukaan 65 vuotta täyttäneille tulee samanaikaiseen käyttöön määrätä useampi kuin kaksi erityyppistä psykykenlääkettä vain

asianmukaisesti diagnosoiduissa erityistilanteissa. Kolmen tai useammankin psyykenlääkkeen samanaikainen käyttö ei maassamme kuitenkaan ole mitenkään harvinaista. Peräti joka toinen eräässä pitkäaikaislaitoksessa asuvista ja joka kuudes äkilliseen sairaalahoitoon tulleista kotona, palvelutalossa tai pitkäaikaislaitoksessa asuvista on käyttänyt kolmea tai useampaa psyykenlääkettä samanaikaisesti. Haittavaikutusten vaara on erittäin iso silloin, kun iäkkään käytössä vastoin suosituksia on useita psyykenlääkkeitä. Sekavuus ja kaatuilut kuuluvat haittavaikutuksiin, joten tämäkin epäasianmukainen lääkkeiden käyttö lisää hoidon tarvetta.

Tramadolin ja masennuslääkkeen samanaikainen käyttö saattaa aiheuttaa vakavan, jopa kuolemaan johtavan haittavaikutuksen eli serotoniinioireyhtymän. Lievempänä se tulee esille mm. ahdistuksena, unettomuutena, kuumeiluna, hikoiluna ja verenpaineen nousuna. Tramadolin ja masennuslääkkeiden samanaikainen käyttö iäkkäillä on maassamme ollut yleistä, eivätkä serotoniinioireyhtymät ole olleet erityisen harvinaisia. Ei myöskään ole mitenkään harvinaista, että serotoniinihaittavaikutuksen ”hoitoon” on täysin virheellisesti määrätty rauhoittavaa lääkettä.

Useiden psyykenlääkkeiden samanaikaisen käytön lisäksi useiden keskushermostoon vaikuttavien (psykotropisten) lääkkeiden samanaikainen käyttö on yleistä iäkkäiden, etenkin dementoituneiden iäkkäiden hoidoissa. Myös tämän tyyppinen lääkkeiden käyttö lisää haittavaikutusvaaraa ja sitä kautta hoidon tarvetta.

Kaatuilut, sekavuudet, serotoniinioireyhtymät ja muut lääkkeiden haitta- ja yhteisvaikutukset ovat yleisiä

Kotimaisten tutkimusten ja havaintojen perusteella lääkkeiden, lääkkeiden päällekkäiskäytön ja tiettyjen lääkkeiden samanaikaisen käytön vakavatkin haittavaikutukset, kuten sekavuudet ja kaatuilut ovat yleisiä vanhusten keskuudessa. Etenkin sekavuudet sekä kaatuilut ja niiden aiheuttamat murtumat ovat haittavaikutuksia, jotka aiheuttavat runsaasti sairaalahoidon käyttöä. Muihin ongelmallisiin haittavaikutuksiin kuuluvat muistin ja muiden kognitiivisten kykyjen heikkeneminen, käytöshäiriöt, huimaus, väsymys, masennus, virtsankarkailu, ulosteen karkailu, ummetus, näköhäiriöt ja kävelykyvyn menetykset. Nekin aiheuttavat hoidon tarvetta ja lisäävät hoitohenkilökunnan työtä.

Kaatumisten, sekavuustilojen ja muiden haittavaikutusoireiden tunnistaminen nimenomaan lääkkeiden haittavaikutusoireiksi on puutteellista. Tämä johtaa virheellisesti uusiin lääkehoitoihin ja vanhuksen kärsimykseen ja heikentää vanhuksen toimintakykyä. Seurauksena on hoidon tarpeen lisääntyminen, hoitajien tarpeen lisääntyminen ja jopa hoitajien uupuminen. Osaamattomuudesta johtuvien vanhusten lääkehaittojen hoitojen kustannukset ovat mittavat nyky-Suomessa. Mittavat ovat myös ne kärsimykset, jotka haitoista aiheutuvat vanhuksille, heidän omaisilleen ja vanhusten hoidossa työskenteleville työntekijöille.

Erittäin vakava lääkehaitta eli serotoniinioireyhtymä ei 2000-luvulla ole ollut mitenkään harvinainen maassamme. Sen tavallisin syy on ollut masennuslääkkeen ja tramadolikipulääkkeen samanaikainen käyttö. Haittavaikutuksen tunnistaminen on ollut puutteellista. Oireyhtymä on aiheuttanut kärsimystä ainakin sadoille iäkkäille maassamme. Oireyhtymään kuuluvia oireita on virheellisesti ”hoidettu” rauhoittavilla lääkkeillä, ja

kaikkia oireyhtymän aiheuttamia kuolemantapauksia ei ole tunnistettu. Tutkijoiden ja täydennyskouluttajien hätähuudoista huolimatta tämän tai muiden lääkehaittojen vähentämiseen laajalla tiedotuksella, lääkemarkkinoinnin rajoituksilla tai muilla toimenpiteillä ei ole ryhdytty.

Vanhusten pahoinpitelyä käsittelevässä monitieteisessä EU:n tutkija- ja asiantuntijakoukussa Kölnissä toukokuussa 2006 yksimielisesti todettiin epäasianmukaisten ja virheellisten lääkehoitojen sekä niistä aiheutuvien lääkehaittojen kuuluvan yleisimpiin vanhusten pahoinpitelymuotoihin monissa Euroopan maissa. Kyseessä ei tavallisesti ole tahallinen vanhusten pahoinpitely ja tahallinen pitkäkestoisen kärsimyksen ja toiminnallisen haitan aiheuttaminen vanhuksille. Kyseessä on terveydenhuollon henkilökunnan puutteellisten tietojen ja taitojen aiheuttama pahoinpitely, jonka poistamiseen tarvitaan työntekijöiden ammatillisen peruskoulutuksen muutokset, ammatillisen peruskoulutuksen opettajien ja työntekijöiden laaja täydennyskoulutus ja erityisasiantuntijoiden ja tutkijoiden määrän lisääminen. Poliittiset päätökset ovat keino tämän pahoinpitelyn kitkemiseksi.

Miksi epäasianmukaisia vanhusten lääkehoitoja on maassamme?

Lääkäreiden peruskoulutuksessa perusfarmakologiaa opetetaan yksittäisten lääkeaineiden ja lääkeaineryhmien farmakologisten ominaisuuksien kautta. Kliinistä farmakologiaa taas opiskellaan pääasiassa yksittäisten, tiettyjen sairauksien lääkehoitoina. Lääkkeiden yhteisvaikutuksia koskevaa opetusta on kuulunut koulutukseen 1990-luvulta lähtien. Useita sairauksia sairastavien ja monia lääkkeitä käyttävien iäkkäiden tai keski-ikäisten lääkehoitojen kokonaisarviointeja ei juurikaan käsitellä koulutuksessa. Vanhusten lääkehoitojen erityispiirteiden opetusta on erittäin vähän, ja muunkin geriatrian opetuksen määrä on vähäinen. Näistä syistä valmistuvien lääkäreiden tiedot lääkehoitojen kokonaisarvioinneista ja vanhusten lääkehoitojen erityispiirteistä ovat puutteelliset. Ennen 1990-lukua valmistuneiden lääkäreiden koulutukseen ei geriatria tai vanhusten lääkehoidon erityispiirteitä yleensä ole edes kuulunut.

Uusia lääkeaineita kehitetään ja tuodaan markkinoille nopeassa tahdissa. Käytännön työssä toimiville lääkäreille kuitenkin järjestetään erittäin vähän uusien lääkeaineiden farmakologiaa, yhteisvaikutuksia, haittavaikutuksia ja käyttöaiheita koskevaa täydennyskoulutusta muiden tahojen kuin lääketehtaiden järjestämänä. Monet lääkärit ryhtyvät määräämään uusia lääkeaineita potilailleen saamatta mitään täydennyskoulutusta kyseisen lääkeaineen farmakologisista ominaisuuksista ja haittavaikutuksista – puhumattaakaan objektiivisista näytöistä kyseisten lääkkeiden vaikutuksista, haittavaikutuksista ja käytöstä 75 vuotta täyttäneiden hoidoissa.

Lääkäreiden geriatrisen täydennyskoulutuksen määrä on vähäistä. Geriatrien tietojen puutteiden johdosta jopa 85 vuotta täyttäneiden lääkehoidoissa saatetaan epäasianmukaisesti soveltaa keski-ikäisten lääkehoitojen periaatteita. Geriatrien tietojen puutteet johtavat myös vanhusten lääkehaittojen tunnistamisen puutteisiin, koska monet lääkehaitat ovat vanhuksilla erityyppisiä kuin keski-ikäisillä.

Lääkäreiden perus- ja täydennyskoulutuksen puutteet ovat keskeinen syy ongelmiin. Puutteet johtavat jopa siihen, että 80- tai 90-vuotiaiden elimistön luullaan lääkeaineiden

vaikutusten suhteen olevan samanlaisen kuin 30- tai 40-vuotiaiden. Niinpä vanhuksiin sovelletaan keski-ikäisten hoito-ohjeita sellaisinaan.

”Käypä hoito”-suosituksilla on pyritty ohjaamaan lääketieteellisiä hoitoja. Nämä suositukset on kuitenkin laadittu yhden sairauden ja keski-ikäisten hoitojen näkökulmista. Harvan hoitosuosituksen laadintaan on osallistunut yhtään geriatrian asiantuntijaa. Vanhusten hoidon erityiskysymyksiä tuodaan suosituksissa esille varsin vähän. Kuitenkin iso osa hoitoja tarvitsevista on ylittänyt 75 vuoden iän, ja monet ovat 85 – 105-vuotiaita. Monet iäkkäät sairastavat useita sairauksia. Se, että suosituksissa ei selkeästi käsitellä vanhuksille suositeltavia lääkannoksia ja hoitoperusteita iäkkään sairastaessa muita sairauksia kuin kyseisessä suosituksessa käsiteltyä, ohjaa runsaaseen ja usein jopa epäasianmukaiseen lääkkeiden määräämiseen vanhuksille. ”Käypä hoito” –suosituksia ei sellaisinaan voida soveltaa 75 vuotta täyttäneiden, useita sairauksia sairastavien hoitoihin. Niitä kuitenkin korostetaan lääketieteellisten hoitojen perusteina, ja lääkäreitä ohjataan soveltamaan niitä.

Lääkekombinaatioiden eli yhtä useamman lääkkeen käytön vaikutuksista tiettyjen sairauksien hoidoissa keski-ikäisissä potilaissa tehdyt tutkimukset ovat osoittaneet yhtä useamman lääkeaineen käytön tuottavan tiettyjen sairauksien hoidoissa paremmat hoitotulokset kuin yhden lääkkeen käytön. Lääkekombinaatiohoitojen suosittaminen ja määrääminen ovat lisääntyneet. On unohdettu se, että kombinaatiohoitojen vaikutuksia ei ole juurikaan tutkittu yli 75-vuotiaiden hoidoissa, eikä etenäkään yli 85-vuotiaiden hoidoissa. Lisäksi on unohdettu se, että monet iäkkäät sairastavat jopa useita sellaisia sairauksia, joihin lääkekombinaatiohoitoja on ryhdytty suosittelemaan. Erilaisten sairauksien lääkekombinaatiohoitojen mahdollisia haitallisia yhteisvaikutuksia tai toisen sairauden lääkekombinaatiohoidon mahdollista haitallista vaikutusta toisen sairauden hoitotasapainoon tai lääkekombinaatioiden aiheuttamaa lääkehaittavaikutusten mahdollista lisääntymistä ei hoitosuosituksissa tuoda esille. Kombinaatiohoitojen suosittelun ja määräämisen lisääntyminen on lisännyt lääkehoitojen ongelmia.

Vanhus saattaa olla monen erikoisalalan lääkärin hoidossa. Eri erikoisalojen lääkärit määräävät hänelle lääkehoitoja nimenomaan oman erikoisalansa tietoihin perustuen. Näin vanhuksen käyttämien lääkkeiden määrä saattaa nousta suureksi. Hoitavan lääkärin geriatrien tietojen puutteellisuus voi aiheuttaa vanhuksille suositeltavia lääkannoksia suurempien lääkannosten määräämiseen hyvinkin iäkkäälle potilaalle. Jos vanhuksella ei ole pysyvää hoitosuhdetta geriatrian erikoislääkäriin tai geriatriaosaavaan yleislääketieteen erikoislääkäriin, joka kantaa vastuun hänen lääkehoitonsa ja muun hoitonsa kokonaisuudesta, lääkehaittojen ja lääkkeiden yhteisvaikutusten vaara on suuri. Kaikilla maamme vanhuksilla ei ole tällaista pysyvää hoitosuhdetta, ja geriatriaosaavia lääkäreitä on aivan liian vähän. Löytyy myös alueita, joissa vanhainkodeissa tai muissa pitkäaikaishoitokotissa asuvien vanhusten lääketieteellisen hoidon vastuu on annettu alueen perusterveydenhuollon nuorimmille lääkäreille tai nuorille ”keikkalääkäreille”, joiden käytännön kokemukset ovat vähäiset. Joillakin alueilla lääkärivaje, lääkäreiden vaihtuvuus ja ”keikkalääkäritoiminta” ovat johtaneet pysyvien hoitosuhteiden puuttumiseen.

Palvelutalojen, dementiaryhmäkotien ja muiden ryhmäkotien lääketieteellisen hoidon yleinen ongelma on se, että niissä asuvilla vanhuksilla ei ole pitkäkestoisia hoitosuhteita omaan lääkäriin. Dementiaa sairastavia ja huonokuntoisia vanhuksia joudutaan kuljettamaan lääkäreiden avovastaanotoille, koska lääkärit eivät tee käyntejä näihin yksiköihin. Näiden hoito- ja asumisyksiköiden lääketieteellisestä hoidosta ei vastuuta näytä olevan kenelläkään.

Hoitotyöntekijät eivät määrää lääkkeitä, mutta heidän tietonsa ja taitonsa ovat erittäin tärkeitä lääkehoitojen myönteisten, toivottujen vaikutusten ja haittavaikutusten seurannassa. Sairaanhoidajien ja terveydenhoitajien peruskoulutuksessa ei kuitenkaan riittävästi käsitellä vanhenemista, vanhustenhoitoa ja lääkehoitoja. Sairaanhoidajien ja terveydenhoitajien peruskoulutus ei luo tarpeellisia valmiuksia tunnistaa lääkkeiden toivottuja myönteisiä vaikutuksia, haittavaikutuksia tai haitallisia yhteisvaikutuksia vanhusten hoidossa. Täydenniskoulutuskaan ei ole riittävästi korjannut näitä puutteita. Lääkehaittojen tunnistaminen on puutteellista tämänkin takia.

Hyvien lääkehoitokäytäntöjen ja lääkehaittojen ehkäisyn kehittämistä on hidastanut geriatrian ja vanhuspsykiatrian erikoislääkäreiden sekä geriatriaa osaavien yleislääketieteen erikoislääkäreiden, yleislääkäreiden ja hoitotyöntekijöiden ja geronomien sekä geriatristen ja vanhuspsykiatristen avo- ja sairaalapalveluiden vähäinen määrä. Geriatriasia ja vanhuspsykiatrisia yksiköitä tai osastoja on vain muutamissa sairaanhoitopiireissä. Perusterveydenhuollon lääkäreiden vanhuspotilaille on vain erittäin harvassa sairaanhoitopiirissä saatavilla geriatriasia tai vanhuspsykiatrisia konsultaatioita. Geriatriasia ja vanhuspsykiatrisia osastoja on joidenkin suurimpien kaupunkien perusterveydenhuollon sairaaloissa, mutta niiden toiminta rajoittuu kyseisessä kaupungissa asuviin vanhuksiin. Joskin muutamissa niistä on kehitetty konsultaatiopalveluita saman kaupungin avohoidon terveyskeskuslääkäreille vanhusten lääkehoitojen arviointeja varten, tämäkään toiminta ei ole yleistä.

Monissa maissa on laadittu asiantuntijasuosituksia vanhusten hyvien lääkehoitojen toteuttamisen edistämiseksi. Suomessa ei tällaisia suosituksia ole ollut – joskin niitä on ryhdytty laatimaan vuoden 2005 lopulla. Asiantuntijasuositusten puute on edistänyt vanhusten lääkehoitojen ongelmien syntyä.

Lähes kaikilta vanhusten hoidossa toimivilta puuttuu mahdollisuudet työyhteisössään konsultoida kliinisen farmakologian tai kliinisen farmasian asiantuntijoita. Kliinisen farmasian koulutuksen saaneita ei työskentele sairaaloissa tai perusterveydenhuollossa, eikä kliinisen farmasian koulutusta maassamme edes ole ollut. Kliinisen farmakologian tai kliinisen farmasian asiantuntijakeskusten toimintaa on ollut muutamissa yliopistollisissa keskussairaaloissa vasta muutaman vuoden ajan. Lääkehoitojen kokonaisuuksien asiantuntijakonsultaatiomahdollisuudet ovat uusi toiminta, eikä sitä ole kaikissa sairaanhoitopiireissä. Terveydenhuollon työntekijät eivät ole pystyneet konsultoimaan lääkehoidon asiantuntijoita hoitamiensa potilaiden lääkehoitojen kokonaisuuksista ja niiden mahdollisista ongelmista. Osa heistä ei ole vielä oppinut käyttämään tätä mahdollisuutta. Sairaaloitten työntekijöiden työtapoihin ei yleensä kuulu konsultoida sairaalapteekkien henkilökuntaa hoidossa olevien potilaiden lääkehoitojen kokonaisuuksista. Tämän tyyppisiä konsultaatioita ei myöskään ole terveydenhuollon työntekijöiden ja apteekkien henkilökunnan välillä.

Useita lääkkeitä käyttävien vanhusten hyvät lääkehoidot edellyttävät hoidosta vastaavien hyviä ja laajoja tietoja geriatriasta ja lääkkeistä. Monisairaiden, toimintakyvyltään heikentyneiden vanhusten hyvät hoidot tai lääkehoidot eivät voi onnistua ilman koulutukseltaan erilaisten asiantuntijoiden yhteistyötä ja sitä, että hoitava lääkäri todella ottaa lopullisen vastuun lääkehoidosta vastattavakseen. Yksittäisen vanhuksen hoidon asiantuntijaryhmään kuuluvat kaikki kyseisen vanhuksen hoitoon osallistuvat lääketieteen, hoitotyön ja sosiaalityön työntekijät sekä vanhus itse – tai vanhuksen omainen, jos vanhuksen itsemääräämisoikeutta on rajoitettu. Kaikkien näiden henkilöiden tietoja ja asi-

antuntemusta tarvitaan hyvien lääkehoitojen onnistumiseksi. Työntekijöiden yhteistyö ei kuitenkaan aina ole saumatonta, mikä heikentää hyvien lääkehoitojen onnistumista.

Vanhustenhoidosta puuttuu selkeä, ajantasainen lääkkeidenkäytön dokumentointi. Hoito- ja palvelusuunnitelmissa tai sairauskertomuksissa esitetyt lääkehoitolistat saattavat olla epäselviä.

Lääkkeettömien hoitojen hyvä toteuttaminen ja lääkehoitojen asianmukainen toteuttaminen edellyttävät osaavia ja eettisesti korkeatasoisia vanhustyön työntekijöitä sekä työntekijöiden riittävää määrää. Työntekijöiden väsyminen ja etenkin hoitotyöntekijöiden puutteelliset lääketiedot helposti johtavat siihen, että vanhusten kaikkiin oireisiin ja ongelmiin etsitään ratkaisuja lääkkeistä. Näin kasvavat vanhusten lääkemäärät johtavat haittavaikutuksiin. Vanhusten väsymys, tasapainohäiriöt, kaatuilut ja muistamattomuus yleistyvät. Nämä haittavaikutukset vuorostaan lisäävät hoidon tarvetta ja hoitotyön taakkaa. Kierre työntekijöiden täydelliseen väsymiseen on valmis.

Psykykenlääkkeiden käytön ongelmia aiheuttaa myös joidenkin lääkemääräysten perustuminen siihen, että vanhusta hoitava henkilö saa tarvittaessa antaa kyseistä lääkettä. Nämä ”tarvittaessa annettavat” -määräykset saattavat aiheuttaa sen, että kyseisiä lääkkeitä ryhdytään antamaan lähes säännöllisesti. Lyhytaikaisessa työsuhteessa työskentelevä, esimerkiksi yöhoitaja, joka ei ole riittävästi perehtynyt vanhusten lääkehoidon perusteisiin, saattaa liian herkästi antaa unilääkettä keskellä yötä heräävälle vanhukselle. Ongelmallista on myös sellainen käytäntö, jossa sairaanhoitajat saavat antaa psykykenlääkkeitä laitoshoidossa oleville vanhuksille oman harkintansa perusteella kysymättä lääkärin määräystä. Tässä käytännössä psykykenlääkkeiden määrääminen ei perustu lääketieteelliseen koulutukseen eikä sairaanhoitajien erityiskoulutukseen. Kokemus sairaanhoitajien lääkemääräyksistä osoittaa sen, että rauhoittavien lääkkeiden virheellistä päällekkäiskäyttöä on runsaasti, ja että lääkehaittoja ja haitallisia yhteisvaikutuksia virheellisesti hoidetaan antamalla uutta psykykenlääkettä.

Vanhusten lääkehoitojen kokonaisuuksia ja niissä olevia ongelmia käsittelevät farmakoepidemiologiset tutkimukset tuovat tietoja lääkehoidon ongelmista liian myöhään. Niiden avulla ei pystytä nopeasti reagoimaan epäasianmukaisiin hoitokäytäntöihin ja lääkehaittojen yleistymiseen. Maassamme on lääkkeiden haittavaikutusten rekisteröintijärjestelmä. Ongelmana kuitenkin on se, että lääkäreitä (ja nykyisin apteekkien henkilökuntaa) pyydetään ilmoittamaan pääasiassa äskettäin käyttöön otettujen ja muidenkin lääkkeiden vakavat haittavaikutukset ja lääkärit puutteellisesti ilmoittavat lääkehaittoista. Tämä haittavaikutusten ilmoittamisjärjestelmä ei ole riittävästi tuonut tietoja vanhusten lääkehoitojen vakavienkaan haittavaikutusten – kuten serotoniinioireyhtymien – yleistymisestä.

Maassamme ei myöskään ole riittävästi reagoitu tutkijoiden ja lääkehoidon täydennyskouluttajien esittämiin tietoihin lääkehaittojen yleistymisestä. Toimenpiteet vanhusten lääkehaittojen vähentämiseksi ovat olleet täysin riittämättömät.

Muitakin syitä vanhusten lääkehoitojen ongelmien synnylle on. Eräs niistä liittyy kliinisiin lääketutkimuksiin. Lääkkeiden vaikutuksista suoritetut tutkimukset on tehty pääasiassa keski-ikäisten potilaiden hoidoissa. Yli 75-vuotiaita ja etenkin yli 85-vuotiaita on lääketutkimuksiin kuulunut erittäin vähän tai ei juuri ollenkaan. Lääketutkimusten painottumista keski-ikäisiin ja alle 75-vuotiaisiin ei ole tuotu esille lääkäreiden perus- tai täydennyskoulutuksessa tarpeeksi hyvin. Koulutuksessa on saattanut syntyä mielikuva

siitä, että kaikki lääkeaineet ovat täysin käyttökelpoisia minkä ikäisille vanhuksille tahansa – ja jopa keski-ikäisille suositeltuina annoksina.

Käytössä ei ole hyviä ohjeita tai ATK-ohjelmia vanhuksille sopivien lääkeannosten määrittämiseksi tai vanhustenhoidossa vältettävien lääkkeiden ja lääkekombinaatioiden toteamiseksi. Lääketehtaiden ohjeet yksittäisten lääkkeiden annostelusta 75 vuotta täytäneiden, ja etenkin 85 tai 95 täytäneiden hoidossa ovat ylimalkaisia. Vanhusten munuaisten toimintakyvyn määrittämisessä käytetty kreatiniini-laboratoriotutkimus on epäspesifinen, eikä riittävän hyvin tuo esille munuaisten kykyä erittää lääkeaineita. Nämä puutteet osaltaan tuovat ongelmia lääkehoitoihin.

Kansainvälisesti tarkastellen lääkkeettömiä hoitoja on mittavasti kehitetty myös vanhusten hoitoon viimeisten 20 vuoden aikana. Niiden vaikutuksia vanhusten sairauksien paranemiseen sekä toimintakyvyn ja elämänlaadun paranemiseen ja säilymiseen on tutkittu. Monien lääkkeettömien hoitojen myönteiset vaikutukset vanhusten hoidossa on osoitettu ulkomaisissa tutkimuksissa. Esimerkkejä ovat unettomuuden ja masennustilojen hoidot. Lääkkeettömiä hoitoja koskevia katsausartikkeleita on Suomessa kuitenkin kirjoitettu melko vähän. Niitä koskevaa täydennyskoulutusta ei ole järjestetty riittävästi. Kansainväliset tiedot ovat huonosti siirtyneet Suomeen geriatrian ja vanhuspsykiatrian asiantuntijoiden vähäisen määrän johdosta. Täydennyskouluttajia ei ole ollut riittävästi. Lääkkeettömien hoitojen kehittämishankkeita on ollut mm. dementioiden hoitojen osalta, mutta vähemmän esimerkiksi unettomuuden tai masennustilojen hoitojen osalta.

Lääkehoitojen yliarvostus yhteiskunnassa aiheuttaa sen, että lääkkeiden mahdollisiin myönteisiin vaikutuksiin uskotaan vahvasti. Tämä yhdessä lääkkeettömien hoitojen puutteellisen soveltamisen kanssa on johtanut siihen, että vanhukset itse ja omaisetkin saattavat pyytää lääkehoitoja sellaisiinkin oireisiin ja ongelmiin, joihin lääkkeet eivät tehoa. Väestötasoista neuvontaa lääkehoidoista ja erityisesti vanhusten lääkehoidoista on järjestetty jonkin verran, mutta ei riittävästi.

Mitä maassamme on tehty vanhusten lääkehaittojen ehkäisemiseksi?

Vanhusten lääkehoitojen ongelmat ovat tulleet esille maassamme suoritetuissa monissa tutkimuksissa 1990- ja 2000-luvuilla. Etenkin 2000-luvun alussa on niihin kiinnitetty huomiota melko runsaasti.

Lääkäreiden ja hoitotyöntekijöiden täydennyskoulutusta on järjestetty jonkin verran. Lääkeaineiden haitallisten yhteisvaikutusten tunnistamista varten on rakennettu ATK-ohjelma, joka on lääkäriseura Duodecimin ”Terveysportti” –järjestelmässä lääkäreiden, terveydenhuollon muiden työntekijöiden, opiskelijoiden ja muidenkin tahojen käytettävissä. Valitettavasti tätä ohjelmaa ei ole otettu käyttöön kaikissa terveydenhuollon yksiköissä. Vanhusten lääkehoidoista, lääkehaitoista ja lääkkeiden yhteisvaikutuksista on kirjoitettu kaksi oppikirjaa ja artikkeleita etenkin lääkäreiden mutta myös muiden terveydenhuollon työntekijöiden ammattilehtiin. Kaikille tarkoitettua informaatiota on välitetty lehtien, television ja radion kautta, ja aiheesta on julkaistu yleistajuinen kirja. Lääkelaitoksen ja Kansaneläkelaitoksen kokoama asiantuntijaryhmä on ryhtynyt laatimaan suosituksia vanhusten lääkehoidoista.

Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut valtakunnallisen oppaan lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa ("Turvallinen lääkehoito, opas 32, 2005). Rohdotkeskuksen ja muutamien sairaanhoitopiirien yhteistyönä on joissakin sairaanhoitopiireissä käynnistetty rationaalisen lääkehoidon ja hyvien hoitokäytäntöjen täydennyskoulutusta perusterveydenhuollossa. Joskin sekä opas että mainittu täydennyskoulutus eivät käsittele pelkästään vanhusten lääkehoitoja, ne osaltaan edistävät vanhusten turvallisten lääkehoitojen toteuttamista.

Muutamissa avohoidon palveluyksiköissä, palvelutaloissa, dementia- ja muissa ryhmäkoodissa ja pitkäaikaislaitoksissa on ryhdytty kehittämään lääkehoitokäytäntöjä mm. vierottamalla vanhuksia uni- ja rauhoittavien lääkkeiden, opioidikipuläläkkeiden sekä psykoosilääläkkeiden käytöstä. Masennusläläkkeiden, antikolinergisten läläkkeiden, muidenkin keskushermostoon vaikuttavien läläkkeiden sekä verenpainetta alentavien läläkkeiden käyttöön suhtaudutaan näissä yksiköissä ja laitoksissa aikaisempaa kriittisemmin. Yksiköiden ja laitosten hoitotyöntekijät ovat opetelleet vanhusten lääkehoitojen perusteita, läläkkeiden haitta- ja yhteisvaikutusten tunnistamista, ja heitä on rohkaistu raportoimaan niistä läläkäreille. Läläkäreiden, hoitotyöntekijöiden ja sosiaalityöntekijöiden yhteistyötä on kehitetty. Käytännön havainnot näistä hoitokäytäntöjen kehittämisestä osoittavat, että läläkäreiden ja hoitotyöntekijöiden kouluttamisen ja hyvän yhteistyön avulla on pystytty vähentämään vanhuksille ongelmallisten läläkkeiden määrää. Tulokset näyttävät mm. vanhusten muistin ja muiden kognitiivisten kykyjen - kuten puheen tuoton - parantuneen sekä väsymyksen, huimauksen, kaatuilun, virtsankarkailun ja ulosteen karkailun vähentyneen ja liikuntakyvyn sekä mielialan parantuneen keskushermostoon vaikuttavien läläkkeiden vähentämisen ansiosta. Keskushermostoon vaikuttavien läläkkeiden vähentäminen ei kuitenkaan oikein suoritettuna yleensä ole johtanut dementoituneiden vanhusten käytösoireiden lisääntymiseen. Tulokset ovat olleet päinvastaiset eli käytösoireet ovat vähentyneet silloin, kun keskushermostoon vaikuttavia läläkkeitä on vähennetty. Läläkehoitojen kustannukset ovat vähentyneet näissä hoitoyksiköissä, mikä myös on myönteinen tulos.

Kuopion lääkeinformaatiokeskuksen neuvontapalveluissa on aikaisempaa enemmän kiinnitetty huomiota vanhusten lääkehoitojen neuvonnan kehittämiseen. Väestölle on tiedotettu tästä neuvontapalvelusta, ja sen käyttö on lisääntynyt. Muutamiin yliopistollisiin keskussairaaloihin perustetut kliinisen farmakologian yksiköt ovat myös aikaisempaa enemmän kiinnittäneet huomiota nimenomaan vanhusten lääkehoitojen konsultatiopalveluihin.

Monissa apteekeissa on otettu käyttöön läläkkeiden yhteisvaikutusten havaitsemiseen tarkoitettut ATK-ohjelmat. Apteekkien henkilökunnalle on järjestetty täydennyskoulutusta, johon on kuulunut myös vanhusten lääkehoitoja koskevia aiheita. Useiden apteekkien henkilökunta on tehostanut iäkkäiden asiakkaittensa lääkehoitojen neuvontaa läläkkeiden yhteisvaikutuksista sekä mm. psyykenläläkkeiden, opioidikipuläläkkeiden ja antikolinergisten läläkkeiden oikeasta käytöstä. Osa apteekeista järjestää puhelinneuvontapalveluita, joiden käyttö on laajaa. Käyttäjistä monet ovat iäkkäitä. Apteekit ja muutkin tahot, mm. järjestöt ovat järjestäneet iäkkäille ja heidän omaisilleen tarkoitettuja yleisöluentotilaisuuksia iäkkäiden lääkehoidon perusteista.

Mitä lääkkeettömät hoidot ovat?

Lääkehoitojen vastakohtana voidaan puhua lääkkeettömistä hoidoista. Niihin kuuluvat mm. psykiatriset, psykologiset ja psykososiaaliset hoidot, kirurgiset hoidot, ravitsemushoidot, fysioterapia, liikuntahoidot, toimintaterapia ja sosiaalityön eri muodot. Seuraavassa tarkastellaan joitakin tällaisia hoitoja.

Dementiaa sairastavien hoitoon on kehitetty ja sovellettu monentyypisiin teoreettisiin lähtökohtiin perustuvia lääkkeettömiä hoitoja. Niitä voidaan kutsua dementiaa sairastavien psykososiaalisiksi yksilö- ja ryhmähoidoiksi. Vanhusten masennustilojen lääkkeettömiä hoitoja kuvataan tässä raportissa masennustilojen ehkäisyä ja hoitoa käsittelevässä osassa. Vanhusten unettomuuden hoitoon on kehitetty ja sovellettu mm. oppimisteoriaan perustuvia hoitomuotoja, rentoutushoitoja, liikuntaa ja kirkasvalohoitoja. Tuki- ja liikuntaelinten kiputilojen hoitoihin soveltuvat samantyyppiset lääkkeettömät hoidot, joita käytetään keski-ikäisten hoidossa. Niitä ovat mm. fysioterapia ja liikuntahoidot. Toimintaterapia kuuluu mm. aivohalvauksen tai muun vastaavan toimintakykyä voimakkaasti heikentäneen sairauden hoitoihin.

Viimeisten 20 vuoden aikana lääkkeettömien hoitojen vaikutuksia vanhusten sairauksien hoidoissa, vanhusten toimintakyvyn ja elämänlaadun edistämässä sekä vanhuksia hoitavien hyvinvoinnin ylläpitämisessä on tutkittu kohtalaisen paljon. Monien lääkkeettömien hoitojen myönteiset vaikutukset on osoitettu. Dementoituneiden psykososiaalisten ryhmähoitojen on osoitettu vähentävän dementiaa sairastavien psykoosilääkkeiden ja muiden psyykenlääkkeiden käyttöä ja parantavan heidän elämänlaatuaan. Vaikka psyykenlääkkeiden käyttö on vähentynyt, dementoituneiden käytösoireet eivät ole lisääntyneet. Useiden dementiaa sairastavien käytösoireet ovat vähentyneet hyvän psykososiaalisen hoidon ansiosta. Hyvä psykososiaalinen kotihoito pidentää dementoituneiden kotona asumisen kestoa. Dementoituneiden hyvän psykososiaalisen hoidon ja heitä hoitavien omaisten, läheisten ja ammattiauttajien neuvonnan ja tukemisen on todettu parantavan dementiaa sairastavia hoitavien henkilöiden elämänlaatua ja jaksamista.

Vanhusten masennustilojen lääkkeettömien hoitojen eli mm. kognitiivisen terapian, ryhmämuistelun, ryhmämuisteluterapian, ryhmäliikunnan, sosiaalisten toimintojen ja kirkasvalohoidon vaikutuksista on riittävästi näyttöä, jotta niitä voidaan suositella vakavien, keskivaikeiden ja lievien masennustilojen hoidoiksi.

Oppimisteoriaan perustuvien hoitojen vaikutuksia iäkkäiden unettomuuden hoidossa on suhteellisen paljon tutkittu, ja tulokset ovat myönteiset. Toimintakykyyn ja ikään suhteutettuna kohtalaisen intensiivinen liikunta lyhentää uneenpääsyaikaa, pidentää yönen kestoa ja parantaa unen laatua. Kirkasvalohoidolla saattaa olla myönteisiä vaikutuksia iäkkäiden unettomuuden hoidossa.

Fysioterapian menetelmillä; hieronnalla, liikehoidoilla, lämpö- ja kylmähoidoilla sekä muilla fysikaalisilla hoidoilla on myönteisiä vaikutuksia vanhusten tuki- ja liikuntaelinten kiputiloissa.

Ravitsemushoitojen merkitys on osoitettu mm. vanhusten diabeteksen hoidossa. Hyvän ravitsemustilan merkityksestä lihasvoimien, muistin ja kognitiivisten kykyjen ylläpitämiseen on näyttöä.

Kuten esitetyistä esimerkeistä käy ilmi, erilaisten lääkkeettömien hoitojen myönteisistä vaikutuksista vanhusten hoidossa on näyttöä. Niiden soveltamiseen on perusteluja. Lääkkeettömällä hoidolla on erittäin vähän haittavaikutuksia, mikä myös puoltaa niiden soveltamista. Monia niistä sovelletaan ryhmähoitoina, minkä johdosta ne niiden toteuttaminen ei ole erityisen kallista. Näyttää myös siltä, että ryhmähoidot ovat vanhusten hoidossa paras tapa hoitaa monia sairauksia.

Lääkkeettömien hoitojen toteuttaminen Suomessa

Dementiaa sairastavien psykososiaalista ryhmähoitoa on maassamme kehitetty 80-luvun alusta. Maassamme on monia avopalveluyksiköitä, dementia- ja muita ryhmäkoteja, palvelutaloja ja pitkäaikaislaitoksia, joissa näitä hoitoja sovelletaan dementiaa sairastavien hoidossa. Valitettavasti on myös pitkäaikaislaitoksia, joissa dementoituneiden hoito ei perustu psykososiaaliseen ryhmähoitoon. Hoitopaikkakohtaiset erot ovat suuret. Psykososiaalisten hoitojen kehittämisen puute on yhteydessä dementiaa sairastavien runsaaseen psykoosilääkkeiden ja unilääkkeiden käyttöön.

Vanhusten masennustilojen lääkkeettömien hoitojen soveltaminen on puutteellisempaa kuin dementioiden. Tätä tarkastellaan masennustilojen ehkäisyä ja hoitoa koskevassa osassa.

Unilääkkeiden runsas käyttö osoittaa unettomuuden hoidon virheellisiä käytäntöjä. Unettomuuden lääkkeettömiä hoitoja sovelletaan harvoissa avohoidon palveluissa, palvelutaloissa, dementia- ja muissa ryhmäkodeissa tai pitkäaikaislaitoksissa, joskin niitä on joissakin hoitoyksiköissä ryhdytty kehittämään ja soveltamaan viimeisten vuosien aikana. Unilääkkeitä epäasianmukaisesti määrätään jopa vanhenemiseen kuuluvien unen normaaliin muutosten johdosta, mikä kuvastaa koulutuksen ja osaamisen puutteita.

Vanhusten tuki- ja liikuntaelämistön kiputilojen hoidoissa kipulääkkeiden käyttö ilman lääkkeettömien hoitojen soveltamista on yleistä. Hieronta, lämpötyyny, muut lämpöhoidot, venyttelyt ja voimistelu kuuluvat harvojen vanhusten pitkäaikaishoidon arkipäivään, vaikka ne ovat halpoja hoitomuotoja.

Mitkä tekijät ovat johtaneet lääkkeettömien hoitojen toteuttamisen puutteisiin?

Lääkkeettömien hoitojen soveltaminen on lääketieteen, hoitotyön ja sosiaalityön yhteistyötä. Siinä tarvitaan myös muita tahoja, mm. järjestöjä, seurakuntia ja omaisia. Vanhusten oma aktiivisuus on keskeistä.

Lääkäreiden ja hoitotyöntekijöiden peruskoulutuksen puutteet geriatrisen ja vanhusten pitkäaikaissairauksien lääkkeettömien hoitojen osalta ovat osaltaan syynä lääkkeettömien hoitojen soveltamisen puuttumiseen. Täydennyskoulutustakaan ei ole ollut riittävästi. Lääkkeettömien hoitojen vaikutuksista on kirjoitettu vain harvoja suomenkielisiä kriittisiä katsauksia. ”Käypä hoito”-suosituksissa näitä hoitoja ei ole korostettu. Tämä ja

kriittisten katsausten vähäisyys on johtanut siihen, että näyttöä lääkkeettömien hoitojen vaikutuksista ei tunneta. Suhteellisen harvat lääkärit ovat olleet kiinnostuneita kehittämään ja soveltamaan mm. oppimisteoreettisia unettomuuden hoitoja tai dementiaa sairastavien psykososiaalisia ryhmähoitoja. Lääkäreiden kiinnostuksen vähäisyys on vuorostaan heikentänyt vanhusten hoidon muiden työntekijöiden kiinnostusta kehittää ja käyttää lääkkeettömiä hoitoja.

Lääkäreiden vaihtuminen, alueellinen lääkäri-vaje, vanhustyöntekijöiden lyhytaikaiset työsuhteet, sijaisten puute ja kiire ovat joissakin hoitoyksiköissä osaltaan heikentäneet lääkkeettömien hoitojen kehittämistä. Osa työntekijöistä, vanhuksista ja omaisista yllä-vostaa lääkehoitoja, millä myös on ollut vaikutusta. Osastonhoitajien ja muiden lähijohdossa toimivien haluttomuus kehittää pitkäaikaishoitoa ja työntekijöiden yhteistyönkin ongelmat kuuluvat syihin joillakin paikkakunnilla. Tehokkuuden vaatimukset ja hoitotyön suoritteiden mittaaminen konkreettisten tehtävien - kuten lääkkeiden jakamisen - kautta eivät ole edistäneet lääkkeettömien hoitojen kehittämistä. Sitä, että hoitoon osallistuva keskustelee masentuneen vanhuksen kanssa, kuuntelee vanhuksen tuskaa ja empaattisesti tukee häntä, ei kaikissa hoitoyksiköissä pidetä hoitotyön suoritteena.

Seurakunnat järjestävät mm. leskeytynneiden sururyhmiä ja seurakuntien työntekijöillä on tapana vieraila vanhusten kodeissa, palvelutaloissa, dementia- ja muissa ryhmäkodeissa sekä pitkäaikaishoitoksissa. Julkisen tahon vanhustyöntekijöiden ja seurakuntien työntekijöiden toiminnat kuitenkin saattavat ”kulkea omia latujaan”. Vanhusten uskonnolliset tarpeet on paljolti unohdettu sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden koulutuksessa ja täydennyskoulutuksessa. Seurakuntien sielunhoitotyö on huonosti kytketty muuhun vanhustyöhön. Tämäkin osoittaa vanhusten hoidosta puuttuvaa laaja-alaisuutta.

Virkeiden ja hyväkuntoisten vanhusten, vanhusten omaisten ja ystävien panosta pitkäaikaishoidossa, esimerkiksi palvelutalojen, dementia- ja muiden ryhmäkotien ja pitkäaikaishoitosten sosiaalisten toimintojen järjestämisessä ei ole riittävästi osattu hyödyntää. Sama pätee kulttuuri- ja liikuntatoimen sekä järjestöjen työntekijöihin ja vapaaehtoisiin. Jos pitkäaikaishoito ottaa mallinsa äkillisten sairauksien hoitomallista, elämän tavallisten toimintojen kuulumisen hoitoon unohtuu.

Vanhusten äkillisten ja pitkäaikaisten sairauksien hoito perustuu vanhusten arvostamiseen ja hoitoon osallistuvien työntekijöiden hyvään ammatilliseen osaamiseen sekä saumattomaan yhteistyöhön. Pitkäaikaisten sairauksien ”hoitoideologia” poikkeaa äkillisten sairauksien hoidon mallista. Pitkäaikaishoidon keskeisiä tavoitteita ovat vanhuksen fyysisen, kognitiivisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn edistäminen ja elämänlaadun ylläpitäminen palvelu- ja hoitoketjujen kaikissa vaiheissa. Tavoitteena ei ole pelkästään sairauksien parantaminen tai niiden hoitotasapainon edistäminen. Palvelutalo, dementia- tai muu ryhmäkoti tai pitkäaikaishoitola on vanhuksen koti eli tavanomaisen päivittäisen elämän toiminnat ja kodinomaisuus ovat pitkäaikaishoidon perusta. Nämä ovat saattaneet unohtua hoidossa, ja hoito on painottunut lääkkeisiin.

Ehdotus lääkehaittojen ehkäisyn toimintamalliksi

Läákehaittojen ehkäisyn perustana on osaava henkilökunta, joka tuntee vanhusten hyvän lääkehoidon periaatteet, lääkkeiden annostelun ja lääkkeiden haittavaikutukset ja yh-

teisvaikutukset; joka soveltaa hyvän lääkehoidon periaatteita ja lääkkeettömiä hoitoja kaikessa hoidossa; ja joka tekee keskenään saumatonta yhteistyötä. Vanhuksilla on pysyvät hoitosuhteet omiin lääkäreihinsä, jotka kantavat vastuun lääkehoitojen kokonaisuuksista ja lääkkeettömien hoitojen soveltamisesta. Vanhuksilla on myös pysyvät hoitosuhteet hoitotyöntekijöihin, ja vanhuksilla on henkilökohtaiset omahoitajat, jotka kantavat erityisvastuun heidän hyvästä hoidostaan ja hoidon ja kuntoutuksen koordinoinnista.

Lääkkeettömien hoitojen soveltaminen merkitsee kaikkien vanhusten hoidossa vanhus-ten hyvän ravitsemuksen, liikunta-aktiivisuuden ja sosiaalisten toimintojen ylläpitämistä siten, että hyödynnetään vanhuksen omia voimavaroja ja tuetaan hänen omaa aktiivisuuttaan ja toiminnallisuuttaan. Se on kaikkien vanhusten tavanomaisen elämän ylläpitämistä, yksilöllistä arvostamista ja asumisen kodinomaisuutta. Erityisiä psykiatrisia, psykologisia tai psykososiaalisia lääkkeettömiä hoitoja, ravitsemushoitoja, fysioterapi-aa, toimintaterapiaa tai muita erityisiä lääkkeettömiä hoitoja sovelletaan niiden vanhus-ten hoidoissa, joiden sairauksien hoidossa ja fyysisen, kognitiivisen, psyykkisen tai so-iaalisen toimintakyvyn edistämässä sekä hyvinvoinnin ylläpitämisessä näistä hoidoi-
sta on hyötyä. Kyseisiä vanhusryhmiä ovat mm. masennustilaa, dementiaa, unettomuutta tai diabetesta sairastavat, aivohalvauksen sairastaneet, lonkkaleikkauksen läpikäyneet tai nivelrikkoa sairastavat.

Lääkkeettömät hoidot ovat hoidon perusta, ja ne ovat monien sairauksien hoidoissa en-
sisijaisia. Niiden soveltaminen on keskeistä lääkehaittojen ehkäisyssä.

Lääkehaittojen ehkäisyä koskevan osaamisen ylläpitämiseksi ja kehittämiseksi vanhus-
ten hoitoon osallistuvilla tulee olla hyvät lääkehoidon, erityisesti vanhusten lääkehoi-
don, geriatrian ja vanhuspsykiatrian ATK-pohjaiset tai puhelinkonsultaatiomahdollisuu-
det, itseopiskelumahdollisuudet, ja heidän tulee määrävälein osallistua kliinistä farma-
kologiaa, vanhusten lääkehoitoja, geriatria, vanhuspsykiatria ja gerontologista hoito-
työtä käsittelevään täydennyskoulutukseen.

Lääkehaittojen ehkäiseminen edellyttää myös vanhukselta ja jopa hänen omaisiltaan ja
läheisiltään tietoja lääkehoitojen toteuttamisesta ja lääkkeiden mahdollisista haittavaiku-
uksista.

Muistihäiriöistä kärsivien, dementoituneiden ja muidenkin vanhusten lääkehaittojen eh-
käisy edellyttää sitä, että toinen henkilö huolehtii heidän lääkehoidostaan.

Lääkehaittojen ehkäiseminen edellyttää myös sellaista lääkkeiden käytön ja lääkehaitto-
jen ilmaantuvuuden jatkuvaa seurantaa, joka nopeasti paljastaa tiettyjen lääkkeiden käy-
tön ja lääkehaittojen yleistymisen. Lääkehaittojen yleistyessä tarvitaan nopeasti käytän-
töön sovellettavia toimenpiteitä haittojen ehkäisemiseksi. Hyvä valvonta ja nopea rea-
gointi yleistyviin haittoihin ovat keskeisiä lääkehaittojen ehkäisyssä.

Ehdotukset lääkehaittojen ehkäisyn ja lääkehoitojen sekä lääkkeettömien hoitojen kehittämiseksi

Osaava henkilökunta ja hyvä tiedonsaanti

Geriatrian, vanhuspsykiatrian ja vanhusten lääkehoitojen erityispiirteiden opintoja tulee laajentaa lääkäreiden peruskoulutuksessa. Koulutuksessa tulee käsitellä myös vanhusten lääkehoitojen kokonaisarviointeja ja lääkehaittojen tunnistamista. Opetuksen tulee käsitellä teoreettisten opintojen lisäksi käytännön kliinisiä harjoituksia.

Sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien peruskoulutukseen tulee sisältyä selvästi nykyistä enemmän tavanomaista vanhenemista, vanhustenhoitoa, lääkkeiden vaikutusmekanismeja (farmakologiaa), vanhusten lääkehoitoja, lääkkeiden haittavaikutuksia ja niiden tunnistamista sekä lääkkeiden antotapoja koskevaa koulutusta. Etenkin lääkkeiden myönteisten, toivottujen vaikutusten ja haittavaikutusten tunnistamisen sekä lääkehoitojen täsmällisyyden opiskeleminen on tärkeää. Tämä edellyttää mainittujen opintojen määrän lisäämistä sekä opettajien täydennyskoulutusta gerontologisen hoitotyön osalta. Farmakologian ja lääkehoitojen opettaminen ammattikorkeakouluissa edellyttää opettajia, jotka hallitsevat nämä tiedot.

Geronomikoulutuksessaakin tulee olla nykyistä enemmän farmakologian ja vanhusten lääkehoitojen opintoja.

Myös lähihoitajakoulutuksessa tulee käsitellä lääkkeiden vaikutustapoja, lääkkeiden toivottujen, myönteisten vaikutusten ja haittavaikutusten seurantaan sekä lääkkeiden oikeaa annostelua.

Vanhusten hyvien lääkehoitojen ja lääkkeettömien hoitojen toteuttaminen sekä lääkehaittojen ehkäiseminen edellyttävät terveydenhuollon työntekijöiden laajaa täydennyskoulutusta. Täydennyskoulutusta tulee järjestää perusterveydenhuollon lääkäreille ja eri erikoisalojen sairaalalääkäreille. Sitä tulee järjestää myös koko muulle terveydenhuollon henkilökunnalle. Myös vanhustyössä toimivien sosiaalitoimen työntekijöiden tulisi tuntea lääkkeiden antotapojen perusteet sekä keskeiset lääkehaitat vanhusten käyttäessä lääkkeitä. Heillekin tulee järjestää täydennyskoulutusta.

Farmakologian ja lääkehoitojen täydennyskoulutus on syytä ainakin osittain toteuttaa muusta vanhustenhoidon täydennyskoulutuksesta erillisinä täydennyskoulutusohjelminä. Täydennyskoulutuksen painopisteen tulee olla nimenomaan farmakologiassa ja lääkehoidoissa. Useita lääkkeitä käyttävien ja vanhusten lääkehoitoja tulee käsitellä erillisinä aiheina.

Täydennyskoulutuksen tulee perustua siihen osallistuvien perustietoihin. Tämän takia on aiheellista järjestää lääkäreille, hoitotyöntekijöille ja sosiaalityöntekijöille omia täydennyskoulutustilaisuuksia. Niiden lisäksi tarvitaan myös yhteistä täydennyskoulutusta, koska lääkehoitojen onnistuminen edellyttää työntekijöiden yhteistyötä.

Lääkäreiden hyvät farmakologian ja kliinisen farmakologian tiedot ovat oleellisen tärkeitä lääkehaittojen ehkäisemisessä. Muutamia erikoisaloja lukuun ottamatta kaikki lääkärin määräävät lääkkeitä vanhuksille. Uusia lääkeaineita tulee markkinoille nopeassa

tahdissa. Niiden vaikutusmekanismeista nykyisin järjestettävä täydennyskoulutus on satunnaista ja tavallisesti lääketehaiden järjestämää. Lääkäreiden farmakologian täydennyskoulutus tulee käynnistää välittömästi. Teollisuuden ulkopuolisen asiantuntijatahon järjestämän lääkäreiden farmakologian ja kliinisen farmakologian täydennyskoulutuksen tulee olla jokaiselle lääkärille pakollista 5 - 6 vuoden välein toistuvana, 3 - 5 päivän mittaisena täydennyskoulutuksena. Tämä edistää kaikenikäisten hyviä lääkehoitoja.

Myös kaikkien vanhustenhoidossa työskentelevien hoitotyöntekijöiden täydennyskoulutusohjelma tulee käynnistää. Siinä tulee käsitellä mm. vanhenemisen merkitystä lääkeaineiden kulkuun, hajoamiseen ja erittymiseen, lääkkeiden vaikutusmekanismeja, haittavaikutuksia ja haitallisia yhteisvaikutuksia ja niiden ehkäisyä, sekä lääkehoitojen lopettamista, vieroittamista riippuvuutta aiheuttavista lääkkeistä ja lääkkeiden oikeita antotapoja.

Täydennyskoulutusta tulee järjestää myös työyhteisöiden toimipaikkakoulutuksena.

Lääkemääräyksissä – myös pitkäaikaislaitoksissa, palvelutaloissa ja dementia- ja muissa ryhmäkodeissa – tulee käyttää ”otetaan tarvittaessa” –merkintää vain silloin, kun koko henkilökunta on koulutettu ja opastettu oikeaan lääkkeiden antamiseen ”tarvittaessa”. Myös vanhuksille ja omaisille tulee neuvoa sitä, milloin lääkettä otetaan ”tarvittaessa”.

Lääkemääräysten antaminen tulee perustua lääkärin määräyksiin. Hoitotyöntekijöiden tiedot eivät ole riittävät siihen, että he pystyisivät itsenäisesti määräämään vanhuksille lääkkeitä. Tulee muistaa, että psyykenlääkkeillä ja muilla keskushermostoon vaikuttavilla lääkkeillä voimakkaasti vaikutetaan keskushermoston toimintaan ja monilla niistä on haitallisia yhteisvaikutuksia muiden lääkkeiden kanssa.

Yksittäisten vanhusten lääkehoidon ajantasaiset tiedot tulee olla hoitavien lääkäreiden ja muidenkin hoitoon osallistuvien käytössä. Elektroninen sairauskertomusjärjestelmä tulee saada käyttöön. Jokaisessa lääkkeitä käyttävien vanhusten hoitoa ja palveluja tuottavassa yksikössä on oltava sosiaali- ja terveysministeriön lääkehoito-ohjeistuksessa esitetty lääkehoitosuunnitelma.

Rohtokeskuksen ja sairaanhoitopiirien järjestämässä rationaalisten lääkehoitojen koulutuksessa tulee käsitellä vanhusten lääkehoitojen erityiskysymyksiä. Rohtopajojen lisäksi tulee järjestää teoreettista koulutusta. Myöhemmin esitettävän Rohtotoiminnan ja kliinisen farmakologian yksiköiden yhteisen täydennyskoulutuksen tulee perusterveydenhuollon lääkäreiden lisäksi ulottua sairaalalääkäreihin.

Monisairaiden, useita lääkkeitä käyttävien vanhusten hoitoja koskevien hoitosuosituksen laatiminen tulee aloittaa välittömästi. Lisäksi tulee laatia ohjeistus vanhusten lääkehoitojen kokonaisarviointia varten.

Lääkäreiden ja hoitotyöntekijöiden lääkehoitojen erilaisia konsultaatiomahdollisuuksia tulee kehittää. Tulee kehittää ATK-ohjelma, jonka avulla voidaan määrittää iäkkäille sopivat, oikeat lääkeannokset. Tämä kehittäminen tulee aloittaa välittömästi, ja se voidaan tehdä kansainvälisenä yhteistyönä.

Useita lääkkeitä käyttävien vanhusten lääkehoitojen kokonaisarvioinneissa ei nykyinen lääkkeiden haitallisia yhteisvaikutuksia paljastava ATK-ohjelma ole riittävä. Tarvitaan ATK-ohjelma, jonka avulla lääkärit, terveydenhuollon muut työntekijät ja jopa sosiaali-

toimen työntekijät, vanhukset itse tai heidän omaisensa voivat tarkistaa, onko mm. vanhuksilla vältettäviä lääkkeitä, päällekkäislääkitystä, useita keskushermostoon vaikuttavia lääkkeitä tai useita verenpainetta alentavia lääkkeitä ja noudattaako lääkitys yleisiä vanhusten hyvän lääkehoidon periaatteita. Tällainen ATK-ohjelma tulee kehittää viipymättä.

Työyhteisön sisäisten konsultaatiomahdollisuuksien edistämiseksi sairaala-apteekkien ja muiden työntekijöiden yhteistyötä tulee kehittää. Sairaaloihin tulee perustaa kliinisen farmasian koulutuksen saaneiden farmaseuttien tai proviisoreiden virkoja. Näiden asiantuntijoiden koulutus tulee aloittaa käynnistämällä sairaala- ja terveystieteiden farmasian erikoistumisohjelma, mikä koulutusohjelma jo on olemassa lainsäädännössä. Useita lääkkeitä käyttävien vanhusten – mutta myös muidenkin useita lääkkeitä käyttävien – lääkehoitojen arvioinnit tulee suorittaa ryhmässä, johon kuuluu hoitavan lääkärin lisäksi hoitoon osallistuvat hoitotyöntekijät, sosiaalityöntekijät, kliinisen farmasian asiantuntija, vanhus itse ja mahdollisesti hänen omaisensa.

Puhelinkonsultaatiomahdollisuuden lisäämiseksi Kuopion lääkeinformaatiokeskuksen ja yliopistollisten keskussairaaloiden kliinisen farmakologian yksiköiden toimintaa tulee edelleen kehittää geriatrisen farmakologian ja geriatrisen farmasian asiantuntemuksen osalta. Jokaisessa yliopistollisessa keskussairaalassa tulee olla kliinisen farmakologian yksikkö. Näiden tulee yhteistyössä Rohtokeskuksen kanssa järjestää lääkäreiden täydennyskoulutus.

Hyvien lääkehoitojen toteuttaminen ja lääkehaittojen ehkäisy edellyttävät geriatrian erikoislääkäreiden konsultaatiomahdollisuuksia. Geriatrian erikoislääkärinkoulutusta tulee lisätä ja geriatrisia osastoja tulee perustaa – kuten osaamista koskevissa suosituksissa esitetään.

Vanhusten psykiatristen lääkehoitojen kehittämiseksi vanhuksia hoitavilla työntekijöillä tulee olla vanhuspsykiatrian konsultaatiomahdollisuudet. Osaamista koskevat muutkin vanhuspsykiatrian kehittämisehdotukset edistävät myös vanhusten lääkehoitojen kehittämistä.

Vanhustenhoito ja etenkin vanhusten lääkehoito vaatii erityisosaamista kaikilta hoitoon osallistuvilta. Vanhustenhoidossa tulee työskennellä riittävä määrä terveydenhuollon ammattikoulutuksen saaneita työntekijöitä.

Pitkät työsuhteet

Työnantajien ei tule suosia lyhyitä, määräaikaista työsuhteita. Hyvien ja osaavien työntekijöiden pysymistä vanhustenhoidossa tulee edistää työolojen ja johtamisen kehittämällä. Työntekijöiden jaksamiseen on panostettava osaamisen kehittämiseen työnohjauksen ja työyhteisöjen kehittämisprojektien kautta.

Pitkäaikaislaitosten, palvelutalojen, dementia- ja ryhmäkotien sekä kotisairaanhoidon lääketieteellinen hoito tulee järjestää siten, että niissä on vastuulääkärit. Vastuulääkäreiden tulee olla geriatrian erikoislääkäreitä tai geriatriaan perehtyneitä yleislääketieteen erikoislääkäreitä. Vastuulääkäreiden työ tulee järjestää siten, että heillä on riittävästi aikaa vanhusten hoitoon ja he riittävän usein tekevät kotikäyntejä sekä käyntejä laitoksiin,

palvelutaloihin ja ryhmäkoteihin. Näissä toimintamuodoissa työskentelevillä muilla työntekijöillä tulee olla mahdollisuudet konsultoida vastuulääkäreitä puhelimitse tarvittaessa jopa päivittäin. Vastuulääkäreiden pysyvyydestä tulee huolehtia.

Lääkkeettömien hoitojen ja lääkehoitojen samanaikainen soveltaminen ja kehittäminen

Vanhusten lääkehoitojen ja lääkkeettömien hoitojen kehittämiseksi tarvitaan valtakunnallisia, alueellisia ja työyhteisökohtaisia hoidon ja ehkäisyn kehittämissuunnitelmia, joihin kuuluu lääkehoitojen kriittinen järjestäminen ja lääkkeettömien hoitojen kehittäminen tietyillä hoitojen osa-alueilla. Masennustilojen, unettomuuden, dementia- ja tuki- ja liikuntaelinten kiputilojen hoitojen, kaatumistapaturmien ehkäisyn sekä aivohalvauksen ja lonkkamurtumien kuntoutuksen kehittäminen kuuluvat tärkeisiin haasteisiin. Projektit voidaan toteuttaa kuntien, järjestöjen, seurakuntien ja yksityisten tahojen yhteistyönä, koska näiden sairauksien ja ongelmien ehkäisy, hoito ja kuntoutus edellyttävät myös terveydenhuollolle ja sosiaalitoimelle kuulumattomia toimintoja. Omaisten ja läheisten yhteistyötä tulee korostaa. Raha-automaattiyhdistyksen tulee kuntien lisäksi taloudellisesti tukea projekteja, ja niiden seuranta on järjestettävä. Seurannoissa on arvioitava kehitettyjen hoitojen vaikutuksia vanhusten toimintakykyyn ja hyvinvointiin sekä hoitavan henkilökunnan ja omaisten hyvinvointiin. On myös arvioitava hoidon toteuttamiseen tarvittava henkilökuntamäärä ja henkilökunnan rakenne.

Geriatriset hoitosuosituksot osaltaan tukevat lääkehoitojen ja lääkkeettömien hoitojen samanaikaista kehittämistä. Tulee myös käynnistää palvelutalojen sekä dementia- ja muiden ryhmäkotien vastuulääkäri- ja omahoitajakokeiluprojekteja, joiden yhteydessä kehitetään asianmukaisia lääkehoitoja ja hyviä lääkkeettömiä hoitoja yhteistyössä järjestöjen kanssa. Vastaavia vastuulääkäri- ja omahoitajakokeiluprojekteja tulee toteuttaa myös kotisairaanhoidossa ja pitkäaikaislaitoksissa. Raha-automaattiyhdistyksen tulee tukea näitä kehittämishankkeita.

Vanhustenhoidossa työskentelevien tulee nykyistä enemmän ottaa huomioon vanhusten uskonnolliset ja sielunhoidolliset tarpeet. Yhteistyötä seurakuntien sielunhoitajien kanssa tulee kehittää. Sielunhoitajille tulee järjestää täydennyskoulutusta vanhenemisestä ja etenkin muistihäiriöistä, dementia- ja masennustiloista sekä dementiaa tai masennustilaa sairastavien ymmärtämisestä. Näinkin voidaan kehittää lääkkeettömiä hoitoja ja estää lääkehaittoja.

Vanhustenhoidossa työskentelevien tulee myös kehittää yhteistyötä omaisten, kulttuuripalveluiden, liikuntapalveluiden ja monien muiden tahojen kanssa arkipäivän sosiaalisten toimintojen ja liikunta-aktiiviteettien järjestämiseksi ja lääkehaittojen ehkäisemiseksi.

Ajantasainen seuranta ja valvonta

Vanhusten lääkkeiden käytön ja lääkehaittojen seuranta tulee tehostaa. Lääkelaitoksen haittavaikutusrekisteriin tulee saada nykyistä herkemmin tietoja äskettäin käyttöön otet-

tujen lääkkeiden vakavien haittavaikutusten lisäksi niiden vähemmän vakavista haittavaikutuksista etenkin vanhuksilla. Myös jo vuosia käytössä olleiden lääkeaineiden vakavista ja vähemmän vakavista haittavaikutuksista vanhuksilla tulee saada ilmoitukset. Rekisteriä tulee laajentaa siten, että sinne pyydetään ilmoittamaan kaikki 65 vuotta täyttäneiden hoidossa havaitut lääkehaittavaikutukset.

Yksittäisten lääkkeiden haittavaikutusten lisäksi tulee raportoida lääkkeiden haitalliset yhteisvaikutukset. Tämä raportointi voitaisiin yhdistää ATK-pohjaiseen Terveysportin lääkkeiden haittavaikutusohjelmaan.

Haitta- ja yhteisvaikutusrekisterin kehittämistä tarvitaan, jotta nopeasti saataisiin tiedot esimerkiksi joidenkin lääkkeiden käytön yleistyessä niiden haitta- ja yhteisvaikutuksista ja voitaisiin nopeasti toimia haittojen ehkäisemiseksi. Haitta- ja yhteisvaikutusrekisterien tulee olla käyttökelpoisia haittavaikutusten yleisyyden ja niiden aiheuttamien hoitokustannusten arvioinneissa.

Vanhusten lääkehoitojen täydennyskoulutusohjelmien vaikutuksia tulee seurata selvittämällä lääkehoitokäytäntöjä ja niiden mahdollisia muutoksia sekä lääkkeettömien hoitojen kehittämistä. Mikäli myönteisiä muutoksia ei tapahdu 2-4 vuoden aikana, psyykenlääkkeiden, opioidikipulälääkkeiden, vahvojen antikolinergien ja vanhusten hoidossa vältettävien oireenmukaisten lääkkeiden käyttöä tulee lainsäädännön kautta rajoittaa ainakin pitkäaikaislaitoksissa, dementia- ja muissa ryhmäkodeissa ja palvelutaloissa – kuten Yhdysvalloissa on tehty. Lainsäädäntömuutosten tekemiseen tulee varautua.

Hoidon valvontaa tulee tehostaa. Lääninhallitusten tulee suorittaa oma-aloitteisia valvontakäyntejä vanhusten avo- ja laitoshoidon parantamiseksi. Myös Lääkelaitoksen valvontaa on tehostettava. Kaikkiin vanhustenhoitoa koskeviin kanteluihin tulee pyytää asiantuntijalausunnot vähintään yhdeltä, mieluummin kahdelta, geriatrian erikoislääkäriltä. Pelkästään muiden erikoisalojen lääkäreiden tai pelkästään oikeustieteen tai hoitotieteen koulutuksen saaneiden henkilöiden lausuntojen perusteella ei kanteluita saa ratkaista.

Vanhukset käyttävät paljon lääkkeitä. Kuitenkaan lääkkeitä ei ole yleensä tutkittu vanhusväestössä siinä vaiheessa, kun lääkkeelle annetaan myyntilupa. Myyntiluvan edellytyksenä tulisi olla lääkeaineen kliiniset tutkimukset myös 75 vuotta täyttäneiden potilaiden hoidoissa tai 75 vuotta täyttäneen väestön preventiossa. Jos tällaisia tutkimuksia ei ole tehty, se pitää kertoa. Lääketeollisuuden tulee laatia jokaiselle lääkkeelle selkeät, ikäryhmittäiset ohjeet 75 vuotta täyttäneiden hoitoihin.

Lasten lääkehoidoista on ollut olemassa asiantuntijasuosituksia yli puolen vuosisadan ajan. Ne opetetaan lääkäreille peruskoulutuksessa, ja niitä opiskelevat myös hoitotyöntekijät peruskoulutuksensa aikana. Vastaavat suositukset ja vastaavat opinnot on pian saatava myös vanhusten lääkehoidoista.

Koska lääkeaineita ei yleensä ole tutkittu iäkkäiden hoidoissa ennen myyntiluvan saamista, lääkkeiden haittavaikutuksia vanhusväestössä tunnetaan huonosti. Tästä pitää informoida lääkäreitä ja muitakin hoitoon osallistuvia työntekijöitä. Haittavaikutusten ilmoittamista tulee korostaa. Lääketeollisuuden mainonnan valvontaa tulee tehostaa. Lääkäreille tai hoitotyöntekijöille kohdistuvassa yksilö- tai ryhmätasoisessa mainonnassa ei tule sallia sitä, että uudella – tai käytössä olevalla – lääkeaineella kerrotaan olevan vä-

hän haittavaikutuksia vanhustenhoidossa. Tällaisille väitteille ei ole perusteita ennen myyntilupaa tehtyjen kliinisten lääketutkimusten perusteella.

Tiettyjen lääkehaittojen yleistymisen nopeaksi toteamiseksi tulee järjestää ainakin vuosittain lääkehoitojen täydennyskouluttajien sekä farmakoepidemiologian, sosiaalifarmasian, geriatrian, vanhuspsykiatrian ja vanhusten hoitotyön asiantuntijoiden ja tutkijoiden, apteekkien henkilökunnan sekä Kansaneläkelaitoksen, Lääkelaitoksen ja sosiaali- ja terveysministeriön edustajien yhteisiä työseminaareja, joissa kartoitetaan ajankohtaisia vanhusten lääkehuollon ongelmia ja etsitään ratkaisuja niihin.

Lääkehaittojen yleistymisen toteamisen nopeuttamiseksi tulee terveydenhuollon henkilökunnalle ja väestölle järjestää mahdollisuus puhelimitse ilmoittaa Lääkelaitokselle epäilemistään ja toteamistaan lääkehaitoista. Puhelinilmoitusmenettelyllä todennäköisesti pystyttäisiin estämään jonkin lääkkeen käytön yleistymisen aiheuttamia haittoja ja yhteiskunnan taloudellisia kustannuksia.

Nopea reagointi lääkehaittojen vähentämiseksi

Jotta lääkehaitoilla ei laajasti heikennettäisi vanhusten fyysisiä ja kognitiivisia kykyjä ja aiheutettaisi turhia hoitokustannuksia ja työntekijöiden väsymystiloja, sosiaali- ja terveysministeriön ja Lääkelaitoksen on nopeasti annettava uusia ohjeita todettujen lääkehoidon ongelmien johdosta. Ongelmallisia haittavaikutuksia, kuten kaatumisia, sekavuustiloja ja kävelykyvyn menettämistä, yleisesti aiheuttavien lääkkeiden asianmukaisen käytön edistämiseksi sosiaali- ja terveysministeriön ja Lääkelaitoksen tulee antaa suositukset mahdollisimman pian sen jälkeen, kun haittavaikutusten yleisyys on havaittu. Vakavia, jopa kuolemantapauksia aiheuttavat lääkeaineet tulee herkästi poistaa markkinoilta tai ainakin niiden määräämistä tulee rajoittaa.

Vanhusten omat tiedot ja lääkejakelu

Vanhusten hyvä lääkehoito edellyttää myös vanhusten ja heidän omaistensa tietoja lääkkeistä ja niiden käytöstä. Lääkäreiden ja muiden hoitoon osallistuvien työntekijöiden sekä apteekkien henkilökunnan tehtävänä on jokaisen vanhuksen avoin, rehellinen ja oikea informointi hänen käyttämistään lääkkeistä. Lääketeollisuuden tulee tukea asiallista tiedottamista väestölle. Lehdistön, radion ja television tulee osallistua tiedottamiseen.

Apteekkien aloittamaa iäkkäiden asiakkaiden lääkehoitojen neuvontaa ja arviointia tulee edelleen kehittää. Apteekkien tulee kehittää vanhusten lääkehoitojen kokonaisarviointipalveluja farmasian näkökulmasta. Apteekkien tulee panostaa myös lääkejakelun piirissä olevien vanhusten lääkehoitojen kokonaisarviointeihin. Puhelinneuvonnan kehittämisen on tarpeellista.

Kansanterveys- ja potilasjärjestöjen neuvonnassa tulee lisätä iäkkäiden lääkehaittojen ehkäisyyn ja lääkkeiden oikeaan käyttöön liittyvää neuvontaa. Perusterveydenhuollossa tulee järjestää ryhmäneuvontaa lääkkeiden käytöstä.

Apteekkien lääkejakelu helpottaa vanhuksia hoitavien henkilöiden työtä. Sitä tulee laajentaa. Kehittäessä ja laajennettaessa tulee ottaa huomioon yksittäisten vanhusten lääkehoitojen mahdolliset muutokset melko lyhyenkin aikavälin sisällä. Sekaannukset tulee estää, eivätkä lääkemutokset saa aiheuttaa turhia taloudellisia kustannuksia vanhuksille. Apteekkien, lääkäreiden ja terveydenhuollon muiden työntekijöiden yhteistyön tulee olla saumatonta, ja tiedonkulun on oltava nopeaa. Apteekkijakelun yleistyminen ei saa johtaa siihen, että lääkärit tai hoitotyöntekijät eivät hallitse hoitamiensa vanhusten lääkehoitojen kokonaisuutta eivätkä osaa tunnistaa lääkkeiden myönteisiä ja haitallisia vaikutuksia. Lääkkeiden vaikutusten ja haittavaikutusten seuranta kuuluu kaikille hoitoon osallistuville.

Kliiniset havainnot viittaavat vanhusten alkoholinkäytön lisääntymiseen. Alkoholi voi yhdessä tiettyjen lääkkeiden käytön kanssa johtaa vakaviin haittavaikutuksiin. Tästä tulee kertoa vanhuksille. Tulee laatia selkeät ohjeet alkoholin ja tiettyjen lääkkeiden samanaikaisen käytön ongelmista nimenomaan iäkkäillä. Sosiaali- ja terveysministeriön ja kuntien alkoholin haittojen ehkäisyyn tähtäävässä ohjelmassa tulee ottaa huomioon vanhusten alkoholin käytön yleistymisen ehkäisy ja lääkkeiden ja alkoholin samanaikaisen käytön aiheuttamien haittojen ehkäisy.

MASENNUSTILOJEN EHKÄISEMISEN JA HOIDON KEHITTÄMINEN

Kolmas tehtävä on laatia ehdotukset vanhusten masennustilojen ehkäisyn ja hoidon kehittämiseksi. Tämän takia seuraavassa ensin kuvataan vanhusten masennustilojen yleisyyttä, syitä ja seurauksia. Sitten esitetään kriittisiin katsauksiin perustuen mahdollisuuksia vanhusten masennustilojen ehkäisemiseksi ja hoidoksi. Masennustilojen ehkäisyn ja hoidon nykytilaa pohditaan, minkä jälkeen esitetään ehdotukset ehkäisyn ja hoidon kehittämiseksi. Lisäksi raportin lopussa on yhteenveto ehdotuksista.

Mitä masennustilat ovat?

Masennustilojen yleisyys ja oireet

Masennustilat eli depressiot ovat yleisimpiä iäkkäiden psyykkisiä häiriöitä. Oireiden vakavuuden perusteella ne jaetaan vakaviin, keskivaikeisiin ja lieviin. Vakavien masennustilojen oireisto on vaikea-asteista, ja sairastuneen toimintakykykin on romahtanut. Keskivaikeiden tilojen oireisto on tätä lievempi. Lievissä masennustiloissa subjektiivinen kärsimys leimaa elämää, ja sairastuneen on vaikea suoriutua päivittäisistä tehtävistään.

Etenkin keskivaikeat ja lievät masennustilat ovat yleisiä iäkkäässä väestössä. Vakavien masennustilojen vallitsevuus 65 vuotta täyttäneiden, ei-dementoituneiden suomalaisten miesten keskuudessa on 1,1 – 1,3 % ja naisten 2,3 – 2,7 %. Keskivaikeiden ja lievien masennustilojen vallitsevuudeksi 65 vuotta täyttäneessä väestössä on todettu 12,4 % miesten ja 14,9 % naisten keskuudessa.

Karkeasti arvioiden maassamme nykyisin on noin 6000 vakavasta masennustilasta kärsivää ja noin 43.000 keskivaikeasta tai lievästä masennustilasta kärsivää yli 75-vuotiasta, ei-dementoitunutta henkilöä.

Masennustilan oireisto saattaa iäkkäällä olla hyvin erilainen kuin keski-ikäisellä. Kivut, säryt, muistin heikkeneminen, hidastuminen, kognitiivisten kykyjen heikkeneminen tai tahtoelämän lamaantuminen voivat olla keskeisiä oireita. Oireiston monimuotoisuutta pidetään syynä masennustilojen tunnistamisen ongelmiin.

Masennustilojen syyt

Masennustilojen riskitekijöihin ja syihin kuuluu erilaisia biologisia, psyykkisiä ja sosiaalisia tekijöitä. Vakavien masennustilojen taustoissa ja syissä painottuvat biologiset ja lievien masennustilojen syissä psykososiaaliset ja sosiaaliset tekijät. Masennustilat ja fyysiset sairaudet kulkevat ”käsi kädessä” iäkkäässä väestössä. Fyysiset sairaudet, fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen sekä muut äkilliset ja pitkäkestoiset elämänvaikeudet voivat laukaista masennustilan psyykkisenä häiriönä. Yksinäisyys voi edistää ma-

sennustilan syntyä. Altistaviin elämänvaikeuksiin kuuluvat omien sairauksien lisäksi mm. aviopuolison vaikea sairaus tai kuolema, perhe- tai muun väkivallan kohteeksi joutuminen, perheenjäsenen alkoholi- tai huumeongelma, dementoituneen tai muuten vakavasti sairaan tai vammaisen omaishoitajana toimiminen ja pitkäkestoiseen laitoshoitoon siirtyminen. Pitkäkestoinen, runsas alkoholinkäyttö voi johtaa masennustilaan.

Masennusoireet voivat olla fyysisen sairauden tai lääkkeiden haittavaikutuksen oireita, jolloin kyseessä ei ole mielenterveyshäiriö. Tällöin hoito on oireiden syynä olevan fyysisen sairauden hoito. Kyseisiin sairauksiin kuuluvat mm. kilpirauhasen tai lisäkilpirauhasen toimintahäiriöt, B₁₂ -vitamiinin imeytymishäiriö, anemia, maksan, munuaisten tai sydämen vajaatoiminta tai uniapnea. Pitkäkestoinen, useita kuukausia tai vuosia kestävä uni- ja rauhoittavien lääkkeiden käyttö usein aiheuttaa masennuksen.

Masennustilojen seuraukset

Masennustilat aiheuttavat monia ongelmia sairastuneelle itselleen. Ruokahaluttomuus, syönnin laiminlyönti, ravitsemushäiriöt, aliravitsemus, fyysisten sairauksien hoitojen ja lääketoimien laiminlyönnit sekä alkoholin liikakäyttö ovat yleisiä masennustiloista kärsivillä iäkkäillä. Monet masennuksesta kärsivät eristyvät ja laiminlyövät ravitsemuksensa, liikuntansa ja kanssakäymisensä täysin. Tunnistamattomat ja hoitamattomat masennustilat edistävät fyysisen toimintakyvyn heikkenemistä, vaikeuttavat kuntoutumista mm. murtuman, aivohalvauksen tai sydäninfarktin yhteydessä ja ovat itsemurhien yleinen syy. Masennustilat ovat mm. sydäninfarktien ja kognitiivisen toimintakyvyn heikkenemisen riskitekijöitä. Tunnistamattomat ja hoitamattomat masennustilat aiheuttavat epätarkoituksenmukaista terveyspalveluiden käyttöä eli toistuvia päivystyskäyntejä ja laboratoriotutkimuksia ja altistavat pitkäkestoiseen laitoshoitoon tai laitospäivähoitoon siirtymiselle. Osa masentuneista jättää hakeutumatta hoitoon ja eristäytyy. Heikotason hoito altistaa oireiston pitkittymiseen ja sairastuneen jatkuviin kärsimyksiin. Masennustilojen puutteelliset hoidot aiheuttavat mittavasti yksilötason ongelmia ja palveluiden tarpeen kasvun kautta kustannuksia vanhukselle itselleen sekä koko yhteiskunnalle.

Masennustilat eivät aiheuta ongelmallisia seurauksia pelkästään sairastuneelle. Masennuksesta kärsivien vanhusten omaisten psyykkinen hyvinvointi ja elämänlaatu saattavat heikentyä. Masentunutta iästä hoitavien työntekijöiden väsyminen uhkaa etenkin, jos masennustilaa ei tunnisteta. Hoitajien väsymisen vaara on suuri pitkäaikaislaitoksissa, joissa asuu useita masennuksesta kärsiviä iäkkäitä. Vanhuspsykiatristen palveluiden riittämättömyyden johdosta monet kotisairaanhoidon, kotipalveluiden, palvelutalojen ja pitkäaikaislaitosten työntekijät joutuvat nykyisin hoitamaan jopa vakavaa masennustilaa sairastavia puutteellisin tiedoin ja ilman työnohjausta ja tukea. Loppuunpalanut omainen tai hoitaja voi yllirasittumisensa johdosta jopa pahoinpidellä masennusta sairastavaa iäkkästä.

Iäkkäiden masennustilojen aiheuttamia kustannuksia iäkkäille, heidän omaisilleen tai yhteiskunnalle ei ole kriittisesti arvioitu. Puutteellinen tunnistaminen ja hoito erittäin todennäköisesti johtavat mittavampiin kustannuksiin kuin asianmukainen tunnistaminen ja hyvä hoito.

Näyttö masennustilojen ehkäisyn vaikutuksista

Masennustilojen ehkäisy voidaan jakaa primaari-, sekundaari- ja tertiaaripreventioon. Primaariprevention tavoitteena on ehkäistä masennustilojen syntyä vähentämällä riskitekijöitä väestötasoisesti tai suuntaamalla ehkäisy riskiryhmiin. Sekundaariprevention tavoitteita ovat masennustilojen keston lyhentäminen ja esiintyvyyden vähentäminen varhaisen tunnistamisen, hyvän hoidon ja uusiutumisten ehkäisyn avulla. Tertiaaripreventiossa pyritään masentuneiden fyysisen, kognitiivisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn ja heidän omaistensa ja hoitajiensa hyvinvoinnin ylläpitämiseen järjestämällä hyvä hoito ja kuntoutus.

Primaaripreventio

Omassa maassamme toteutettiin 80-luvulla väestötasoinen iäkkäiden masennustilojen ehkäisyn ja hoidon kehittämisprojekti, johon kuului kaikkien eläkeikäisten, etenkin eristäytyneiden ja yksinasuvien, kannustaminen kanssakäymiseen ja sosiaalisiin toimintoihin sekä järjestöjen sosiaalisen tuen järjestäminen leskeytyneille, vaikeita fyysisiä sairauksia sairastaville ja pitkäkestoisista elämänvaikeuksista kärsiville. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunnalle järjestettiin täydennyskoulutusta vanhenemisestä sekä masennustilojen ehkäisystä ja hoidosta. Yleisöluentoja onnistuvan vanhenemisen edellytyksistä pidettiin. Vaikutuksia arvioitiin määrittämällä masennustilojen vallitsevuus ennen toimintojen aloittamista ja viisi vuotta myöhemmin suoritettujen tutkimusten perusteella. Vertailuväestöä ei ollut. Tulokset osoittivat väestötasoisesta sosiaalista osallistumista ja aktiivisuutta edistävän toiminnan ja riskiryhmien tukemisen todennäköisesti vähentäneen keskivaikeiden ja lievien masennustilojen ilmaantuvuutta.

Kontrolloitujen tutkimusten perusteella kognitiivisesti orientoitunut terapeutti tuki vähentää lievien ja keskivaikeiden masennusoireiden ilmaantuvuutta ja sosiaalinen tai terapeutti tuki estävät masennusoireiden puhkeamista dementoitunutta läheistään hoitavilla iäkkäillä omaishoitajilla.

Kliinisten havaintojen perusteella äskettäin leskeytyneiden surutyön tukeminen leskiryhmien, käyttäytymisterapian, kognitiivisen terapian tai tunneorientoituneen terapian avulla ehkäisee masennusoireiden puhkeamista leskeytymisen jälkeen.

Sekundaaripreventio

Masennustilojen tunnistamista ja hoitoa on pyritty parantamaan yleislääkäreiden täydennyskoulutuksen avulla. Ruotsissa suoritettu tutkimus on osoittanut täydennyskoulutusta seuranneiden parin vuoden aikana interventioalueella kaikenikäisten masennuslääkehoitojen yleistyneen, työikäisten masennustiloista johtuneiden sairaslomien ja kaikenikäisten masennuksen hoidosta johtuneiden laitoshoidojaksojen harvinaistuneen sekä itsemurhien ilmaantuvuuden vähentyneen. Tilanne on kuitenkin palautunut ennen täydennyskoulutusta vallinneelle tasolle seuraavien kolmen vuoden aikana. Masennustilojen tunnistamisen ja hoidon parantaminen edellyttää siis jatkuvaa täydennyskoulutusta.

Uusiutumisen ehkäisemistä koskevien tutkimusten perusteella sosiaalityöntekijän tai psykiatrisen sairaanhoitajan tuki, pitkäkestoinen masennuslääkehoito tai yhdistetty terapeuttinen tuki ja masennuslääkehoito voivat ehkäistä vakavien masennustilojen uusiutumisen.

Tertiaaripreventio

Muutamit tutkimukset osoittavat masennuslääkehoidoilla olevan myönteisiä vaikutuksia vakavaan masennustilaan sairastuneiden fyysiseen ja kognitiiviseen toimintakykyyn sekä fyysiseen oireiluun. Maassamme toteutetun satunnaistetun, kontrolloidun tutkimuksen mukaan psykososiaalinen ryhmäkuntoutus vaikuttaa myönteisesti yksinäisyydestä kärsivien iäkkäiden psyykkiseen hyvinvointiin ja terveyteen, mutta myös kognitiivisiin toimintoihin. Joskaan osallistujiksi ei ole valittu masennusta sairastavia, heidän keskuudessaan todennäköisesti on ollut lievistä tai keskivaikeasta masennustilasta kärsiviä. Psykososiaalisella ryhmäkuntoutuksella saattaa siten olla myönteisiä vaikutuksia masennustilaa sairastavien iäkkäiden psyykkisen hyvinvoinnin lisäksi kognitiiviseen toimintakykyyn.

Muita ehkäisyn mahdollisuuksia

Liikunnan tai ravitsemuksen vaikutuksia ehkäisyssä ei ole tutkittu. Liikunta edistää masennustilojen paranemista, joten sillä lienee merkitystä myös ehkäisyssä. Aliravitsemus aiheuttaa väsymystä ja masennusoireita sekä heikentää toimintakykyä. Hyvä ravitsemustila todennäköisesti vaikuttaa masennustilojen ehkäisyssä myönteisesti. Masennustilat ja fyysiset sairaudet kulkevat ”käsi kädessä”, ja lyhyt- tai pitkäkestoiset elämänvaikeudet altistavat masennustilojen synnylle. Fyysisten sairauksien, toimintakyvyn heikkenemisen ja elämänvaikeuksien ehkäisy saattaa ehkäistä masennustiloja.

Näyttöä ei myöskään ole siitä, altistavatko lähi- ja muun yhteisön iäkkäisiin kohdistamat kielteiset asenteet masennustilojen syntyyn. Kielteiset asenteet saattavat heikentää ikääntyvien itsetuntoa ja altistaa etenkin huonokuntoisia vanhuksia masennustilojen synnylle. Kun vanhukselle on kasautunut useita masennustilojen riskitekijöitä, lähiyhteisön mitätöivät asenteet voivat lopulta laukaista masennustilan. Koko yhteiskunnan, vanhusten lähiyhteisöjen ja sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden arvostavat ja myönteiset asenteet vanhuksiin, asumisen kodinomaisuus ja jokapäiväisen elämän normaalit toiminnot todennäköisesti ehkäisevät masennustilojen syntyä.

Näyttö masennustilojen hoidon vaikutuksista

Lääkehoito

Masennuslääkkeiden myönteiset vaikutukset on osoitettu alle 80-vuotiaiden vakavien masennustilojen paranemiseen. Pitkäaikaislaitoksissa tehdyt avoimet tutkimukset viit-

taavat masennuslääkkeiden myönteisiin vaikutuksiin huonokuntoisten iäkkäiden vakavien masennustilojen paranemisessa. Lievien masennustilojen hoidossa masennuslääkkeiden teho on kyseenalainen, eikä niitä suositella iäkkäiden lievien masennustilojen hoitoon. Surutilojen läpikäymisessä ei ole näyttöä niiden vaikutuksista, eikä niitä suositella normaalin surun ”hoitoon”.

Lääkkeettömät hoidot

Suurin osa iäkkäiden psykoterapiaa käsitelleistä tutkimuksista on kohdistunut kognitiiviseen terapiaan. Myös ongelmanratkaisuterapiaa on tutkittu. Näyttöä kognitiivisen terapian ja ongelmanratkaisuterapian myönteisistä vaikutuksista pidetään kansainvälisissä suosituksissa riittävänä siihen, että niitä suositellaan etenkin vakavien, mutta myös keskivaikeiden ja lievien masennustilojen hoitoon.

Tukea antavan eli supportiivisen psykoterapian vaikutuksia iäkkäiden masennustilojen paranemiseen ei ole tutkittu kontrolloiduin asetelmin. Sitä kuitenkin kansainvälisissä suosituksissa suositellaan perusterveydenhuollon toiminnaksi iäkkäiden masennuspotilaiden hoidossa.

Ryhmäterapialla on kliinisten havaintojen perusteella myönteisiä vaikutuksia iäkkäiden masennuspotilaiden paranemiseen, ja sitä pidetään suositeltavana hoitomuotona iäkkäille.

Iäkkäiden masennuspotilaiden perheiden voimavarojen kartoittamisen, ongelmien ratkaisujen etsimisen ja perheenjäsenten tukemisen myönteisistä vaikutuksista on epäsuoraa näyttöä. Perheterapiaa suositellaan iäkkäiden masennustilojen hoitoon. Sitä, että perheet arvostavat iäkkäitä omaisiaan, korostetaan.

Muistelu ja muisteluterapia kuuluvat iäkkäiden psykoterapioihin. Niitä on sovellettu iäkkäiden masennustilojen hoidossa myös itsenäisesti ryhmätoimintoina. Ne edistävät vakavien masennustilojen paranemista jopa yhtä hyvin kuin masennuslääkehoito tai kognitiivinen terapia, ja niiden vaikutukset on todettu myös lievien ja keskivaikeiden masennustilojen paranemiseen.

Kontrolloitujen, satunnaistettujen tutkimusten perusteella ryhmäliikunta ja muu fyysinen harjoittelu vähentävät vakavaa, keskivaikeaa tai lievää masennustilaa sairastavien iäkkäiden masennusoireita. Näyttöä on kohtalaisen hyväkuntoisten, mutta myös kaikista vanhimpien ja huonokuntoisimpien vanhusten paranemiseen.

Kirkasvalohoidolla on muutamassa kontrolloidussa, satunnaistetussa tutkimuksessa osoitettu myönteisiä vaikutuksia pitkäkestoisessa laitoshoidossa olevien, jopa yli 80-vuotiaiden, masennustilojen lievittymiseen ja paranemiseen.

Satunnaistetut, kontrolloidut tutkimukset osoittavat sosiaalisen toiminnan ja tuen myönteiset vaikutukset vakavien, keskivaikeiden ja lievien masennustilojen paranemiseen. Vaikutukset on todettu iäkkäiden nuorimpiin ikäryhmiin kuuluvien, mutta myös kaikista vanhimpien, fyysisiltä tai kognitiivisilta kyvyiltään heikentyneiden keskuudessa.

Havainnot päiväpalveluiden piiriin motivoitujen, kotona asuneiden, eristäytyneiden vanhusten iloisuuden ja sosiaalisuuden lisääntymisestä viittaavat päiväpalveluiden sosiaalisten toimintojen, liikunnan ja ruokailun edistäneen masennustilaa sairastaneiden paranemista. Samaa tukevat havainnot eristäytyneille iäkkäille järjestetyistä järjestöjen sosiaalisista toiminnoista sekä kontrolloitu tutkimus yksinäisyydestä kärsivien psykososiaalisesta ryhmäkuntoutuksesta.

Huonokuntoisten, pitkäaikaislaitoksessa asuvien vanhusten keskuudessa tehdyt tutkimukset viittaavat luontokokemusten ja ulkoilun edistävän masennuksesta kärsivien psyykkistä hyvinvointia.

Sähköhoidon (ECT) vaikutukset iäkkäiden vakavien masennustilojen hoidossa ovat myönteiset. Sitä suositellaan niiden vakavista masennustiloista kärsivien hoitoon, joiden paranemista muut hoidot eivät ole edistäneet.

Vanhuspsykiatrian, perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen työntekijöiden yhteistyön kehittämisen ja henkilökunnan täydennyskoulutuksen on todettu edistävän masennustilojen paranemista sekä sairastuneiden vanhusten fyysisen toimintakyvyn säilymistä paremmin kuin näiden kolmen tahon erillisten toimintojen.

Kuten edellä käy esille, psykiatristen, psykologisten ja psykososiaalisten hoitojen vaikutuksista iäkkäiden eritasoisten (vaikeiden, keskivaikeiden, lievien) masennustilojen paranemiseen on selkeä näyttö. Myös sosiaalisen tuen, sosiaalisten toimintojen, ryhmäliikunnan ja ryhmämuistelun myönteiset vaikutukset on osoitettu. Vanhusten masennustilojen hoitojen kehittämiseen on sovellettavissa monenlaisia kriittisiin tutkimuksiin perustuvia hoitoja. Niitä voidaan toteuttaa ryhmähoitoina, joten hoitojen kustannukset eivät ole mitenkään kalliita. Masennuslääkehoidot vaikuttavat myönteisesti vakavien tai keskivaikeiden masennustilojen paranemiseen.

Kansainvälisissä iäkkäiden masennustilojen hoitoja koskevissa suosituksissa esitetään lääkkeettömät hoidot ensisijaisina. Masennuslääkehoitojen liittämistä niihin pidetään aiheellisina vain vakavien tai keskivaikeiden masennustilojen hoidoissa.

Masennustilojen ehkäisyn ja hoidon nykytila

Primaaripreventio

Iäkkäiden opiskelumahdollisuuksia on kehitetty voimakkaasti, ja vanhuksille on tarjolla monenlaisia toiminta- ja osallistumismahdollisuuksia. Nämä osaltaan ehkäisevät hyväkuntoisten tai melko hyväkuntoisten masennustiloja.

Hyväkuntoisille iäkkäille on tarjolla kunnallisen liikuntatoimen, yksityisten tahojen ja järjestöjen järjestämiä liikuntamahdollisuuksia. Iäkkäille tarkoitettujen liikuntareittien ja kuntosalien sekä liikuntaryhmien määrät ovat kasvaneet. Hyväkuntoisten tai kohtalaisen hyväkuntoisten iäkkäiden masennustilojen ehkäisyyn liikunnan avulla on paljon mahdollisuuksia. Huonokuntoiset ovat tätä huonommassa asemassa. Kotona yksin asuvilta saattaa puuttua ystävä, jonka kanssa voisi liikkua ulkona. Joskin maassamme on toteu-

tettu huonokuntoisten iäkkäiden liikunnan ohjauksen täydennyskoulutusta ja palvelutalojen, dementia- ja muiden ryhmäkotiin sekä pitkäaikaislaitosten asukkaiden liikunta-aktiiviteettien kehittämiseen tähtäviä projekteja, puutteita edelleen on.

Seurakuntien järjestämä leskeytyneiden tukiryhmätoiminta on esimerkki riskiryhmäperusteisesta masennustilojen preventiosta. Muutamat sydänpiirit ja sydänyhdistykset järjestävät ryhmätoimintoina neuvontaa, sosiaalisia aktiiviteetteja, liikuntaa ja sosiaalista tukea yksinasuville ja eristäytyneille sydänsairauksia sairastaville iäkkäille ja ohitusleikatuille potilaille. Dementia-yhdistysten tuki- ja neuvontaryhmät ovat esimerkki yhdistetystä dementiaan sairastuneiden ja heidän omaistensa neuvonnasta, joka myös ehkäisee masennustiloja. Monet muutkin kansanterveys- ja potilasjärjestöt järjestävät neuvontaa, ohjausta, sosiaalisia toimintoja ja sopeutumisvalmennusta iäkkäille jäsenilleen. Joskaan näiden toimintojen perimmäisenä ja ainoana tarkoituksena ei ole masennustilojen ehkäiseminen, tämäntyyppisillä toiminnoilla on myönteistä vaikutusta masennustilojen ehkäisyssä. Nämä järjestöjen toiminnat on kohdistettu pääasiassa kodeissaan asuville, melko hyväkuntoisille iäkkäille. Palvelutaloissa, dementia- tai muissa ryhmäkodeissa tai pitkäaikaislaitoksissa asuvien vanhusten hyvinvoinnin edistämiseen järjestöt eivät ole osallistuneet samassa laajuudessa.

Muistelua ja muita sosiaalisia ryhmätoimintoja on kehitetty monissa palvelutaloissa, dementia- tai muissa ryhmäkodeissa ja pitkäaikaislaitoksissa. Ne osaltaan ehkäisevät masennustiloja. Hoitopaikkakohtaiset erot ovat kuitenkin isot näiden toimintojen järjestämisessä.

Palvelutalojen, dementia- ja muiden ryhmäkotiin ja pitkäaikaislaitosten piha- ja ulkoilalueilta saattaa puuttua huonokuntoisille, apuvälineen kanssa liikkuville vanhuksille tarkoitettuja kävelypolkuja ja katoksellisia istuma- ja levähdyspaikkoja. Sosiaaliseen kanssakäymiseen, harrastustoimintaan tai voimistelu- ja muuhun liikuntaharrastukseen tarkoitettuja tiloja näissä yksiköissä ja laitoksissa yleensä on. Pitkäaikaisairaaloissa nämä tilat saattavat olla puutteellisia, eikä tilojen varustus niissä kaikissa vastaa sosiaalisten toimintojen ja liikuntaharrastusten vaatimuksia. Monessa pitkäaikaislaitoksessa vanhusten asunnot eivät kooltaan tai kodinomaisuudeltaan vastaa kodilta vaadittavia ominaisuuksia. Samassa huoneessa asuu useita vanhuksia. Näiden laitosten fyysiset tilat perustuvat rakenteellisesti äkillisten sairauksien hoidon malliin. Rakenteelliset seikat eivät siten edistä masennustilojen ehkäisyä ja hyvää hoitoa, vaan johtavat päinvastaiseen.

Erittäin huonossa asemassa ovat niissä pitkäaikaislaitoksissa asuvat vanhukset, joissa henkilökuntaa on liian vähän tai työntekijöiden vaihtuvuus on suuri tai joiden henkilökunta muista syistä johtuen on yllirasittunut tai joiden henkilökunta huonosta johtamisesta tai muista syistä johtuen ei arvosta vanhuksia. Työntekijöiden hoitoetiikan murentuminen johtaa vanhuksiin kohdistuviin kielteisiin sanallisiin ilmaisuihin sekä syönnissä ja WC-käynneissä avustamisen laiminlyönteihin. Se saattaa johtaa jopa näitä vakavampaan kaltoinkohteluun – kuten siihen, että vanhus määrätään virtsaamaan tai ulostamaan vaippaansa tai häntä käsitellään kovakouraisesti. Hoitoetiikan murentuminen laukaisee vanhusten masennustiloja, ja masentuneet vanhukset valittavat jatkuvasti. Näin syntyy kierre, joka voi johtaa hoitoetiikan täydelliseen murentumiseen. Onneksi tämäntyyppiset tilanteet ovat harvinaisia.

Maassamme ei ole totuttu siihen, että palvelutaloissa, dementia- tai muissa ryhmäkodeissa tai pitkäaikaislaitoksissa asuvien iäkkäiden omaiset tai ystävät ohjaisivat harras-

tustoimintaa tai liikuntaa näissä yksiköissä ja laitoksissa. Esteitä on hoitohenkilökunnan, omaisten ja vanhusten asenteissa.

Palvelutaloon, dementia- tai muihin ryhmäkotiin tai pitkäaikaislaitokseen muuttamassa olevat tai sinne äskettäin muuttaneet vanhuksat kuuluvat masennustilan synnyn riskiryhmään. Osa heistä ei saa riittävästi tukea muuttonsa yhteydessä.

Maamme mielenterveysjärjestöt eivät ole kiinnittäneet riittävästi huomiota iäkkäiden mielenterveyden edistämiseen. Näiden keskusjärjestöjen toiminnassa ikääntyviä ja iäkkäitä ei ole pidetty erityishuomiota tarvitsevinä.

Sekundaaripreventio

Masennuslääkkeiden käytön yleistymisen iäkkäiden keskuudessa viittaa siihen, että iäkkäiden masennustiloja tunnustetaan kohtalaisen hyvin. Ongelmia kuitenkin ovat lievien masennustilojen epäasianmukainen hoito lääkehoidoilla ja masennustilojen hoito pääasiassa pelkästään lääkehoidoin ilman lääkkeettömiä hoitoja. Vaikka yhä useampi masennustila tunnustetaan, puutteita tunnustamisessa saattaa olla. Vanhusten masennustilojen oireisto on monimuotoinen, mikä edellyttää toistuvaa huomiota tunnustamiseen.

Masennustilojen varhaistunnistamisen parantaminen rakentuu lääkäreiden ja terveydenhuollon muun henkilökunnan tietojen ja taitojen lisäksi vanhusten parissa työskentelevien sosiaalitoimen henkilökunnan, järjestöjen ja seurakuntien työntekijöiden, väestön ja iäkkäiden itsensä tietoihin ja asenteisiin. Muistihäiriöitä ja dementiaa koskeva asiallinen tiedottaminen, kaikille kansalaisille tarkoitettut kirjat ja oppaat muistihäiriöistä ja dementiasta sekä dementiayhdistysten ja Alzheimer-keskusjärjestön aktiivinen muu toiminta ovat vähentäneet kielteistä asennoitumista muistihäiriöihin ja dementioihin. Iäkkäiden masennustiloista on tiedotettu väestölle vähemmän kuin muistihäiriöistä, ja vanhusten masennustiloja koskevia oppaita on vähemmän kuin muistihäiriöitä ja dementiota käsitteleviä. Sama pätee perusterveydenhuollon henkilökunnan täydennyskoulutukseen. Muistihäiriöiden ja dementioiden tutkijoita on maassamme enemmän kuin vanhusten masennustilojen tutkijoita ja asiantuntijoita. Myös tämä heijastuu täydennyskoulutuksen ja tiedottamisen määrään.

Masennustiloihin liittyy kielteisempi ja häpeällisempi sosiaalinen leima kuin muistihäiriöihin ja dementioihin, mikä voi estää hakeutumista hoitoon. Masennusoireita voidaan pitää häpeällisinä, eikä niistä kerrota edes läheisille. Yhteisön kielteiset asenteet vanhuksiin voivat johtaa siihen, että surua ja jopa masennustiloja pidetään normaaliin vanhenemiseen ja vanhuuteen kuuluvina. Iäkäs ei tämänkään johdosta ehkä hakeudu hoitoon omien surullisuuden, ahdistuneisuuden, tuskaisuuden ja alavireisyyden tunteidensa takia. Omaisetkaan eivät osaa ohjata häntä tutkimuksiin ja hoitoon. Terveydenhuollon ja sosiaalitoimen työntekijöiden kielteiset asenteet voivat aiheuttaa tunnustamisen ja hoidon puutteita. Itkevän iäkkään oireistoa saatetaan mitätöidä, ja surullisuuden voidaan katsoa kuuluvan kaikkien vanhusten normaaliin elämään.

Hoito

Kansainvälisten suositusten mukaan vakavaa masennustilaa sairastavien hoito kuuluu vanhuspsykiatrian erityisosaamisen hallitseville psykiatrian erikoislääkäreille, psykologeille ja hoitotyöntekijöille. Osa vakavaa masennustilaa sairastavista tarvitsee vanhuspsykiatrista sairaalahoitoa.

Vanhuspsykiatrian erityisosaamisen hallitsevien psykiatrien, psykologien ja hoitotyöntekijöiden määrä Suomessa on erittäin vähäinen. Vanhuspsykiatria poistettiin psykiatriaan erikoistuneiden lääkäreiden suppeista erikoiskoulutusalueista 90-luvulla Suomen liittyttyä EU:niin. Tämän jälkeen psykiatrian erikoislääkäreillä on ollut mahdollisuus hankkia vanhuspsykiatrian erityisnäyttö kahden vuoden lisäkoulutusohjelman kautta. Tämä mahdollisuus ei juurikaan ole kiinnostanut. Kiinnostuksen puutteeseen lienee vaikuttanut myös vanhuspsykiatrian dosentin tai professorin pätevyyden omaavien kouluttajien pieni määrä.

Vanhuspsykiatriaan erikoistuneiden ja nykyisin työssä olevien lääkäreiden määrä on 19, eivätkä kaikki heistä työskentele kliinisessä potilastyössä. Määrä on täysin riittämätön. Nykyisin maassamme tulisi olla 60 – 90 vanhuspsykiatrian erikoislääkäreitä. Jos mitään ei tehdä, tulevaisuudessa erikoislääkäreitä on vielä vähemmän, sillä joka toinen heistä saavuttaa eläkeiän seuraavien viiden vuoden aikana.

Vanhuspsykologia on kiinnostanut vain melko harvoja psykologeja. Maassamme on koulutautunut vain muutama vanhuspsykologian alueelta tutkimuksensa tehnyt tohtori. Käytännön terveydenhuollossa työskentelevien vanhuspsykologiaan täydennyskoulutuksen kautta perehtyneiden psykologien määrä on erittäin pieni.

Vanhuspsykiatriaan perehtyneet hoitotyöntekijät ovat koulutautuneet pääasiassa vanhuspsykiatristen osastojen käytännön työssä osallistuen samalla teoreettisiin täydennyskoulutuksiin. Heidänkin määränsä on pieni.

Vakavaa masennustilaa sairastavien iäkkäiden hoidon puutteet tulevat osaavien työntekijöiden erittäin pienen määrän lisäksi esille myös palveluita tarkasteltaessa. Muutamissa sairaanhoitopiireissä ja joidenkin kaupunkien perusterveydenhuollon sairaaloissa on 1980-luvun lopulta lähtien kehitetty vanhuspsykiatrista hoitoa nykyajan kansainvälisten suositusten mukaisesti. Joillakin paikkakunnilla on kuitenkin viimeisen kymmenen vuoden aikana lakkautettu aiemmin kehitettyjä osastotoimintoja. Psykiatrisilla sairaal-osastoilla yleensä hoidetaan iäkkäiden lisäksi keski-ikäisiä, eikä henkilökuntaan tavallisesti kuulu vanhuspsykiatriaan perehtyneitä. Iäkkäitä masennuspotilaita hoidetaan joissakin sairaaloissa osastoilla, joilla on hoidossa myös aggressiivisia ja erittäin levottomia dementiaa sairastavia. Levottomien dementiapotilaiden hoito samalla osastolla ei edistä vakavasti masentuneiden paranemista, vaan heikentää sitä.

Palveluiden puutteet tulevat esille myös avopalveluita tarkastellessa. Harvoissa psykiatrisissa avopalveluissa työskentelee vanhuspsykiatrista erityisosaamista hallitsevaa henkilökuntaa. Joissakin avopalveluissa on käytetty 65 ikärajan ylittämistä esteenä palveluiden saannille. Vakavasta masennustilasta kärsivien 70 – 75 vuotta täyttäneiden on monilla maamme alueilla täysin mahdotonta saada asiantuntevaa hoitoa eli vanhuspsykiatrista erityisosaamista hallitsevien hoitoa.

Vakavien masennustilojen hoidolliset puutteet näkyvät myös kognitiiviseen terapiaan perehtyneiden psykiatrien ja psykologien vähäisenä määränä. Kansainvälisessä kirjallisuudessa on 20 – 30 vuoden ajan raportoitu kognitiivisen terapian myönteisistä vaikutuksista iäkkäiden masennustilojen hoidossa. Vaikutukset on osoitettu kontrolloitujen, satunnaistettujen tutkimusten perusteella, ja kognitiivista terapiaa on viimeisten 20 vuoden ajan suositeltu vakavaa tai keskivaikeaa masennustilaa sairastavien hoidoksi. Tästä huolimatta kognitiivisesta yksilö- tai ryhmähoidosta ei ole tullut yleistä hoitomuotoa Suomessa. Maassamme on liian vähän kognitiiviseen terapiaan perehtyneitä vanhuspsykiatreja ja vanhuspsykologeja.

Masennustilojen lääkkeettömien hoitojen kehittäminen ja soveltaminen perusterveydenhuollossa ovat puutteellisia lähes koko maassa. Perusterveydenhuollon lääkäreiden ja perusterveydenhuollon muiden työntekijöiden psykoterapian osaaminen perustuu pääasiassa peruskoulutuksen tietoihin. Vanhusten psykoterapiaa käsittelevää täydennyskoulutusta on järjestetty vain vähän. Pääasiallisena syynä tähän on vanhusten masennustilojen tutkijoiden sekä vanhuspsykiatrien vähäinen määrä.

Vanhuspsykiatrian, perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen, järjestöjen, seurakuntien ja muidenkin tahojen yhteistyötä vanhusten masennustilojen hoidossa on kehitetty joillakin paikkakunnilla, ja kokemukset ovat erittäin myönteisiä. Yhteistyön kehittäminen on kuitenkin jäänyt vähäiseksi.

Muistelua on ryhmätoimintana kehitetty muutamissa perusterveydenhuollon päiväsaaraloissa sekä sosiaalitoimen päiväpalveluissa. Myös useiden palvelutalojen, dementia- ja muiden ryhmäkotien ja vanhainkotien ja muutamien pitkäaikaissairaaloiden toimintoihin kuuluu muisteluryhmätoimintaa. Joskaan kaiken ryhmämuistelun tavoitteena ei ole ollut masentuneiden iäkkäiden hoito, masennustiloista kärsivät iäkkäät ovat hyötäneet ryhmämuistelusta. Joissakin päiväsaaraloissa muisteluryhmät on selkeästi tarkoitettu masennustilojen hoitoihin.

Suomalainen psykiatrinen hoito pitkälti rakentuu yksilöllisiin terapiaoihin. Ryhmäterapiota on kehitetty varsin vähän. Vanhusten masennustilojen hoidoissa ryhmäterapioiden, mm. muisteluryhmien, myönteiset vaikutukset on osoitettu. Ryhmäterapeuttisen perinteen puuttuminen yhdessä vanhuspsykiatrian erityisosaajien vähäisen määrän kanssa on osasyynä vanhusten masennustilojen terapeuttisten ryhmätoimintojen kehittämisen puutteisiin.

Masennustila voi johtaa syömisen ja juomisen laiminlyöntiin. Ravitsemushäiriöiden ja aliravitsemuksen ehkäiseminen on tärkeää hoidossa. Kotona asuvien huonokuntoisten masennuksesta kärsivien puutteelliset ateriapalvelut saattavat edistää ravitsemushäiriöiden syntyä. Muutamilla paikkakunnilla on raportoitu avopalveluiden työntekijöiden puutteellisen määrän ja kiireen johtaneen siihen, että vanhusten ravintoon ei ole pystytty kiinnittämään riittävästi huomiota. Pitkäaikaislaitoksissa, palvelutaloissa ja dementia- ja muissa ryhmäkodeissa henkilökunnan riittämätön määrä tai hoitoetiikan murentuminen voivat johtaa siihen, että huonokuntoiset, masennuksesta kärsivät eivät saa apua ruokailussa. Näitä ongelmia on jonkin verran raportoitu. Nämäkin – onneksi harvinaiset – tekijät heikentävät masentuneiden mahdollisuuksia parantua ja edistävät heidän fyysisen toimintakykynsä heikkenemistä.

Kuten masennustilojen ehkäisyn nykytilaa kuvattaessa esitetään, huonokuntoisille iäkkäille tarjolla olevissa sosiaalisissa toiminnoissa ja liikunta-aktiviteeteissa on puutteita.

Masennuksesta kärsivien väsymys, motivaation puute ja muut oireet aiheuttavat lisäesteitä. Masentuneet eivät jaksakaan osallistua, harrastaa tai liikkua. Heiltä myös puuttuu halu osallistua ja liikkua. Hoidossa tarvitaan omaisia, ystäviä, järjestöjen ja seurakuntien lähimmäisiä ja terveydenhuollon sekä sosiaalitoimen työntekijöitä, jotka kannustavat ja rohkaisevat osallistumaan ja liikkumaan ja tarvittaessa lähtevät liikkumaan yhdessä masentuneiden vanhusten kanssa. Näiden ystävien ja lähimmäisten neuvontaa, ohjausta ja tukea ei maassamme juurikaan ole järjestetty.

Sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden ja seurakuntien sielunhoitajien yhteistyössä on puutteita. Kuten aikaisemmin jo tuotu esille, vanhusten hoidon työntekijöiden koulutuksessa tai täydennyskoulutuksessa ei juurikaan ole kiinnitetty huomiota vanhusten sielunhoidon tarpeisiin. Masentuneiden vanhusten erityistarpeista sielunhoidossa ei ole edes kirjoitettu artikkeleita.

Ehdotukset masennustilojen ehkäisyn ja hoidon kehittämiseksi

Väestötasoisien primaariprevention kehittäminen

75 vuotta täyttänyt väestö on heterogeeninen useilta ominaisuuksiltaan. Monet ovat melko terveitä, fyysisesti ja kognitiivisesti hyväkuntoisia, kotonaan asuvia. Toisessa ääripäässä ovat fyysisesti huonokuntoiset tai dementoituneet pitkäaikaishoidoksessa asuvat. Väestötasoisien prevention järjestämisessä tämä on otettava huomioon.

Kotona asuvien kohtalaisen hyväkuntoisten iäkkäiden masennustilojen primaariprevention keskeistä on se, että iäkkäillä on mahdollisuuksia osallistua, opiskella, harrastaa ja harrastaa myös liikuntaa. Iäkkäiden perhe- ja ystävyysuhteiden ylläpitäminen on tärkeää. Ympäristön esteettömyyteen osallistumisen edistämiseksi tulee pyrkiä. Iäkkäiden yliopistojen opiskelutoiminnat, järjestöjen ja seurakuntien sosiaaliset toiminnat, neuvonta ja liikunta-aktiviteetit sekä yksityisten ja kunnallisten kuntosalien toiminnat kuuluvat prevention keinoihin. Iäkkäille sopivien liikuntaharrastusten mahdollisuuksia tulee edistää mm. ylläpitämällä huonokuntoisillekin sopivia polkuja, latuja ja muita liikuntapaikkoja. Yhteisöön ja sen toimintoihin osallistuminen tapahtuu myös tiedotusvälineiden kautta. Television ohjelmissa tulee ottaa huomioon iäkkäät katselijat ja heidän tarpeensa. Uutiset tulee lukea nykyistä hitaammin, eikä ohjelmien kuvat saa vaihtua kovin nopeasti, jotta iäkkäät katsojat pystyvät hyvin seuraamaan ajankohtaisia tapahtumia. Liikuntaohjelmiin tulee sisältyä iäkkäiden kotivoimisteluoohjelmia.

Terveellisellä ravinnolla todennäköisesti on merkitystä ainakin lievien masennustilojen ehkäisyssä. Kaikessa vanhustyössä tulee edistää vanhusten hyvää ravitsemusta.

Kotona tai palveluasunnoissa asuvien huonokuntoisten vanhusten masennustilojen primaaripreventio rakentuu samantyyppiselle toiminnalle kuin hyväkuntoisten. Kuitenkin mm. kulkumahdollisuuksien järjestäminen osallistumisen edistämiseksi on tärkeää. Järjestöjen ja seurakuntien toiminnassa tulee ottaa huomioon erityisesti nämä kotona tai palveluasunnoissa asuvat huonokuntoiset iäkkäät. Ystäväpalveluita huonokuntoisten liikunnan edistämiseksi tulee kehittää.

Järjestöjen, seurakuntien ja vanhusten omaisten ja ystävien aktiivisuutta palvelutaloissa, dementia- tai muissa ryhmäkodeissa tai pitkäaikaislaitoksissa asuvien iäkkäiden sosiaalisten toimintojen ja liikunta-aktiiviteettien järjestämisessä tulee lisätä. Henkilökuntamäärissä ja –rakenteissa tulee ottaa huomioon näiden tehtävien kuulumisen osittain myös terveydenhuollon ja sosiaalitoimen työntekijöille.

Kansallisen ”Voimaa vanhuuteen –ikäntyneiden terveysliikuntaohjelman” toteuttamisessa tulee korostaa hyväkuntoisten liikunnan lisäämisen lisäksi huonokuntoisten kotona, palvelutalossa, dementia- tai muussa ryhmäkodissa tai pitkäaikaislaitoksissa asuvien vanhusten liikunta-aktiivisuuden lisäämistä ja heille sopivien ryhmäliikuntamuotojen kehittämistä. Ohjelman puitteissa tulee iäkkäiden itsensä neuvonnan lisäksi järjestää vanhusten liikunnanohjausta käsittelevää täydennyskoulutusta vanhustenhoidon ja kunnallisen liikuntatoimen henkilökunnalle sekä järjestöjen ja seurakuntien työntekijöille.

Pitkäkestoinen unilääkkeiden käyttö voi aiheuttaa masennusoireita. Nykyistä aktiivisempaan unilääkkeistä vieroittamiseen tulee pyrkiä. Tavanomaisiin, normaaleihin unen muutoksiin ikääntyessä ei tule virheellisesti käyttää unilääkkeitä. Unettomuuden hoitoon ja hyvän yöneden edistämiseen tarkoitettuja lääkkeettömiä hoitoja tulee aktiivisesti soveltaa. Tässä tarvitaan terveydenhuollon, sosiaalitoimen, seurakuntien, järjestöjen, iäkkäiden ja heidän läheistensä yhteistyötä.

Pitkäkestoinen alkoholinkäyttö voi johtaa masennusoireiden puhkeamiseen. Masennustilasta kärsivät saattavat virheellisesti pyrkiä tukahduttamaan ahdistustaan ja masennustaan alkoholin avulla. Kaikissa alkoholin käyttöä koskevissa ohjeissa ja valtakunnallisissa alkoholismien ehkäisytoimissa tulee korostaa alkoholin käytön lisäävän masennuksen synnyn mahdollisuuksia ja heikentävän masennustilan paranemista.

Väestötasoiseen primaaripreventioon kuuluu myös myönteinen, joskin totuudenmukainen tiedottaminen ikääntymisestä ja iäkkäistä. Vanhusten arvostusta tulee parantaa. Iäkkäitä arvostava yhteisö luo mahdollisuuden vanhenevien omanarvontunnon ja psyykkisen terveyden säilymiseen. Lasten, nuorten, keski-ikäisten ja iäkkäiden kanssakäymisen ja vuorovaikutuksen ylläpitämiseen kannattaa kiinnittää huomiota. Tämä on tärkeää myös palvelutaloissa, dementia- tai muissa ryhmäkodeissa tai pitkäaikaislaitoksissa asuvien iäkkäiden kanssakäymisessä. Tiedotuksessa tulee esittää myönteisesti ikääntyneitä vanhuksia ja esimerkkejä vanhusten hyvästä hoidosta – mutta kriittistä tarkastelua hoidon puutteista ei tule unohtaa. Vanhuksia hoitavien asenteet ovat keskeisiä. Vanhusten mitätöintiä ei tule hoidossa sallia. Vanhusten parissa työskentelevien lääkäreiden, hoitotyöntekijöiden ja sosiaalityöntekijöiden sekä järjestöjen ja seurakuntien työntekijöiden ja vapaaehtoisten toiminnan tulee olla eettisesti korkeatasoista.

Vanhusten masennustilojen ehkäisy toteuttamiseksi Suomessa tulee herättää kaikkien kansalaisten uutta yhteisöllisyyttä. Hyvinvointiyhteiskunta ei merkitse sitä, että ”valtio hoitaa ihmissuhteet”. Ihmisinä olemme ihmisiä ja lähimmäisiä muille suomalaisille, myös vanhuksille. Lähimmäisvastuu ei ole vain taakka. Lähimmäisten auttaminen tuo mielihyvää myös auttajalle. Kannustavat ja myönteiset, vanhuksia arvostavat ja heidän hyväkseen toimivat läheiset ja ystävät edistävät vanhusten masennustilojen syntyä.

Riskiryhmäperusteisen primaariprevention kehittäminen

Riskiryhmäperusteista ehkäisyä tulee kehittää järjestöjen ja seurakuntien toimintoina etenkin vaikeaan sairauteen sairastuneille; fyysisen tai kognitiivisen toimintakyvyn heikkenemiseen johtaneeseen sairauteen sairastuneille; leskeytyneille; dementoitunutta, fyysisesti huonokuntoista tai masennustilaa sairastavaa aviopuolisoaan tai muuta sukulaistaan hoitaville omaishoitajille; palvelutaloon, dementia- tai muuhun ryhmäkotiin tai pitkäkestoiseen laitoshoidon muuttaneille iäkkäille; kotona asuville eristäytyneille; sekä niille, joiden perheenjäsenellä on alkoholi- tai huumeongelma tai joita pahoinpidellään. Raha-automaattiyhdistyksen tulee tukea järjestöjä näiden toimintojen järjestämisessä.

Pitkäkestoisessa laitoshoidossa asuvat vanhukset kuuluvat masennustilojen synnyn näkökulmasta riskiryhmiin. Pitkäaikalaitosten hoitoetiikan rapistuminen on ehkäistävä. Niiden laitosten hoitoetiikka on nostettava, joissa rapistuminen on jo tapahtunut. Nämä edellyttävät pitkäaikalaitosten hoidon valvonnan tehostamista, laitosten lähijohtajien johtamistaitojen kehittämistä, pitkäaikaisen laitoshoidon laatusuositusten laadintaa, pitkäaikaisen laitoshoidon eettisiä ohjeita, hoidon kehittämisprojekteja ja henkilökunnan työnohjausta.

Vanhusten siisti ja persoonallinen pukeutuminen ja kampaus vaikuttavat myönteisesti heidän psyykkiseen hyvinvointiinsa. Osallistuminen tavanomaisiin päivittäisiin toimintoihin ja kodinomaisen ympäristö vaikuttavat samoin. Pitkäaikalaitoksissakin vanhukset tulee pukea tavanomaisiin päiväasuihin. Laitosten kodinomaisuuteen on kiinnitettävä huomiota järjestämällä dementoituneille tai fyysisesti huonokuntoisillekin mahdollisuuksia päivittäisiin toimintoihin, kuten ruoanlaittoon ja leipomiseen ja kehittämällä fyysisiä tiloja ja ympäristöjä.

Sekundaariprevention kehittäminen

Masennustilojen tunnistamisen ja hoidon edistämiseksi ja masennukseen liittyvien epäluulojen ja häpeän vähentämiseksi tarvitaan laajaa rehellistä, avointa ja myönteistä tiedottamista. Väestölle tarkoitettuja kirjoja ja oppaita tulee julkaista. Nämä tehtävät kuuluvat lehdistön, television, radion ja tutkijoiden lisäksi terveydenhuollolle, sosiaalitoimelle, seurakunnille, järjestöille ja jopa lääketeollisuudelle. Koska masennustilat ja fyysiset sairaudet kulkevat ”käsi kädessä”, varsinaisten mielenterveysjärjestöjen lisäksi tehtävät kuuluvat kaikille niille järjestöille, joiden jäseninä on pitkäaikaissairauksia sairastavia tai vammautuneita iäkkäitä. Laajan tiedottamisen aikaansaamiseksi kansanterveys- ja potilasjärjestöjen tulee toimia yhteistyössä, sillä erilaisia fyysisiä sairauksia sairastavien masennustilojen tunnistaminen ja hoito rakentuvat samoille periaatteille. Mielenterveysjärjestöjen tulee ottaa vanhusten mielenterveyden edistäminen ja vanhusten psyykkisten häiriöiden hoidon kehittäminen toimintojensa yhdeksi painopistealueeksi. Muiden kansanterveys- ja potilasjärjestöjen tulee ottaa vanhusten masennustilojen ehkäisy yhdeksi keskeiseksi alueeksi jäsentensä tukemisessa.

Terveydenhuollon henkilökunnalle tarvitaan täydennyskoulutusta iäkkäiden masennustilojen oireista, syistä, tunnistamisesta, ehkäisystä ja hoidosta. Joskin perusterveydenhuollon lääkärit ovat avainasemassa tunnistamisessa, muidenkin lääkäreiden tiedoilla ja taidoilla on merkitystä. Säryt, kivut ja väsymys kuuluvat monen iäkkään masennustilan oireisiin. Näistä oireista kärsivä iäkäs voi hakeutua sisätautien tai kirurgian tai muun

erikoisalan lääkärin tutkimuksiin. Lääkäreiden tietojen puutteet voivat aiheuttaa sen, että masennustilaa ei tunnisteta ja iäkkäälle suoritetaan toistuvasti lukuisia laboratorio- ja kuvantamistutkimuksia. Samanlainen kierre voi syntyä silloin, kun muisti- ja muut kognitiiviset häiriöt leimaavat oireistoa. Tunnistamisen edistämiseksi täydennyskoulutusta tulee järjestää myös vanhusten parissa työskenteleville sosiaalitoimen työntekijöille.

Hoidon kehittäminen

Masennustilojen ehkäisyn ja hoidon kehittämiseksi tulee toteuttaa valtakunnallinen vanhusten masennuksen ehkäisy- ja hoito-ohjelma, joka hajautetaan keskussairaalaapiireittäin ja yksiköittäin toteutettavaksi. Tässä ohjelmassa tulee toteuttaa edellä esitettyjä ehkäisytoimia ja seuraavassa esitettyjä hoidon kehittämistoimia.

Masennustiloja sairastavien iäkkäiden hoidossa keskeistä on lääkäreiden, psykologien ja hoitotyöntekijöiden yhteistyö. Nämä ovat hoitoa järjestäviä ja koordinoivia henkilöitä. Sosiaalitoimen työntekijät, järjestöjen työntekijät ja vapaaehtoiset, seurakuntien työntekijät, sairastuneiden perheenjäsenet ja vanhus itse ovat tärkeitä yhteistyökumppaneita. Hyvä hoito edellyttää näiden kaikkien hyviä tietoja ja taitoja ja sitoutumista hoitoon.

Hoidon kulmakiviä ovat muut kuin lääkehoidot. Vakavien ja keskivaikeiden masennustilojen hoitoon kuulu niiden lisäksi myös masennuslääkehoito.

Vanhuspsykiatriaan perehtyneitä lääkäreitä tulee olla nykyistä enemmän. Vanhuspsykiatriasta tulee välittömästi muodostaa lääketieteen pääerikoisala, ja erikoistuvien lääkäreiden kansainvälistä kouluttamista tulee taloudellisesti tukea. Tämän lisäksi vanhuspsykiatrian lisäkoulutusohjelmaa tulee laajentaa, kuten aikaisemmin esitetään.

Vanhusten psykiatrisen hoitotyön erikoistumisopintoja tulee järjestää ammattikorkeakouluissa. Teoreettisten opintojen lisäksi niissä tulee olla riittävästi käytännön opintoja. Psykologien kliiniseen erikoistumisohjelmaan tulee perustaa vanhuspsykologian moduuli.

Vanhuspsykiatrian osastoja ja avopalveluita tulee olla kaikissa sairaanhoitopiireissä. Lisäksi niitä tulee olla suurten ja keskisuurten kaupunkien perusterveydenhuollossa. Aggressiivisia ja levottomia dementiaa sairastavia ei tule hoitaa samoilla osastoilla masentuneiden kanssa. Vanhuspsykiatristen osastojen ja avopalveluiden työntekijöiden tulee olla erikoistuneita tai perehtyneitä vanhuspsykiatriaan tai vanhuspsykologiaan. Kotimaisten hyvien hoitomallien laajentamisen lisäksi kansainvälisiä hyviä vanhuspsykiatrian hoitomalleja tulee soveltaa Suomessa.

Kognitiivisen terapian täydennyskoulutuksen lisääminen ja kehittäminen ovat tarpeellisia. Täydennyskoulutusta tulee järjestää etenkin vanhusten hoidossa työskenteleville psykiatreille ja psykologeille.

Perusterveydenhuollon lääkäreiden ja hoitotyöntekijöiden psykoterapiaa, muisteluterapiaa, muistelua, perheterapiaa ja ryhmäterapiaa käsittelevää täydennyskoulutusta tulee voimakkaasti kehittää ja lisätä.

Muisteluryhmätoimintaa terveystieteiden avopalveluiden, päiväsaalojen, palvelutalojen, dementia- ja muiden ryhmäkotiin, vanhainkotiin ja muiden pitkäaikaishoitosten toimintoina tulee lisätä. Ohjaajina voivat toimia masennustilojen hoitoon, erityisesti muisteluryhmätoimintaan perehtyneet sairaanhoitajat. Tätä toimintaa voidaan järjestää myös sosiaalitoimen, järjestöjen tai seurakuntien toimintoina.

Vanhuspsykiatrian, perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen, järjestöjen, seurakuntien, masennuksesta kärsivien ja heidän omaistensa yhteistyön kehittäminen on hoidon onnistumisen edellytys. Vakavaa masennustilaa sairastavat tulee hoitaa vanhuspsykiatristen palveluiden piirissä. Heidän jatkohoitonsa järjestelyt edellyttävät erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen ja muiden edellä mainittujen yhteistyötä.

Keskivaikeaa tai lievää masennustilaa sairastavien hoito kuuluu perusterveydenhuollolle. Tukea antava psykoterapia, yksilöllinen muisteluterapia, mahdollinen lääkehoito ja hoidon koordinointi kuuluvat perusterveydenhuollon lääkäreiden tehtäviin. Hoitotyöntekijät toimivat muisteluryhmien ohjaajina. Kotisairaanhoidon henkilökunnalle kuuluu yksilöllinen tukea antava psykoterapia ja muistelu kotikäyntien yhteydessä. Kaikki terveydenhuollon työntekijät motivoivat masentuneita osallistumaan ja liikkumaan, tukevat ja ohjaavat masentuneiden perheitä, edistävät vanhusten arvostamista perheissä ja pyrkivät perheiden kanssa ratkaisemaan masennustilan aiheuttaneita ja ylläpitäviä ongelmia. Perusterveydenhuollon työntekijöillä tulee olla vanhuspsykiatrian asiantuntijoiden konsultaatiomahdollisuudet. Heidän toimivat myös hoidon koordinoijina ja ohjaavat masentuneita järjestöjen, seurakuntien, yksityisten tahojen ja muiden vanhuksille toiminta-aktiiviteetteja järjestävien tahojen toimintaryhmiin.

Sosiaalitoimen työntekijät osallistuvat masentuneiden ja heidän perheidensä tukemiseen ja ongelmien ratkaisuun, muisteluun ja motivoivat masentuneita osallistumaan ja liikkumaan.

Järjestöt ja seurakunnat ovat keskeisiä masentuneille iäkkäille sopivien aktiviteettien ja liikuntaryhmien järjestämisessä, masentuneiden ja heidän perheidensä ohjaamisessa ja tukemisessa sekä ystävä- ja kuljetuspalveluiden järjestämisessä etenkin silloin, kun masentunut asuu yksin, on huonokuntoinen tai eristäytynyt. Järjestöjen työntekijöille ja seurakuntien sielunhoitajille tarvitaan täydennyskoulutusta vanhusten masennustiloista ja masentuneiden vanhusten tukemisesta.

Perheille tulee kertoa masennuksesta ja masentuneiden tukemisesta, ja niitä tulee kannustaa rohkaisemaan masentuneita osallistumaan ja liikkumaan. Tämä tehtävä kuuluu etenkin terveydenhuollon työntekijöille. Masennustilan paranemista edistää se, että perheet arvostavat iäkkäitä jäseniään ja ottavat heidät perheen aktiviteetteihin. Perheiden merkitys on keskeinen.

Hyvän ravitsemustilan ylläpitäminen kuuluu masennustilojen hoitoon. Kotisairaanhoidon ja kotipalveluiden työntekijöiden, järjestöjen ja omaisten tulee turvata kotona asuvien masentuneiden iäkkäiden ravinnonsaanti. Palvelutaloissa, dementia- tai muissa ryhmäkodeissa tai pitkäaikaishoitoksissa asuvien masentuneiden veden- ja ravinnonsaannin turvaaminen kuuluu henkilökunnalle.

Masentuneiden alkoholinkäyttöön tulee kiinnittää huomiota. On myös huomattava, että masennuslääkkeiden ja alkoholin samanaikainen käyttö saattaa johtaa ongelmallisiin haittavaikutuksiin.

Pitkäkestoisten hoitosuhteiden merkitys masennustilojen hoidossa on olennaista. Jokainen masennustilaan sairastunut suomalainen vanhus tarvitsee pitkäkestoisen lääkärisuhteen ja pitkäkestoisen hoitajasuhteen. Vakavissa masennustiloissa hoitavat henkilöt ovat vanhuspsykiatri ja vanhuspsykiatrian opinnot läpikäynyt sairaanhoitaja tai geronomi. Lievissä ja keskivaikeissa masennustiloissa hoito kuuluu geriatriaan ja vanhuspsykiatria-
aan perehtyneille yleislääketieteen erikoislääkärille ja sairaanhoitajalle tai geronomille. Nämä tukevat kognitiivisen ja/tai supporttiivisen psykoterapian keinoin ja koordinoivat hoidon. Vanhukselle on tarjolla muisteluryhmäterapiaa, järjestöjen, seurakuntien ja yksityisten liikunta- ja toiminta-aktiviteetteja ja osallistumiseen mahdollisesti tarvittava kuljetus. Omaiset tukevat vanhusta ja ottavat hänet perheen toimintoihin. Kaikki hoitoon osallistuvat ja myös koko yhteiskunta arvostavat vanhuksia.

EHDOTUKSET

Sosiaali- ja terveysministeriö on pyytänyt minua tekemään selvityksen geriatriksen hoidon ja vanhustyön uudistamiseksi ja laatimaan ehdotukset toimenpiteistä, joiden avulla geriatriasta hoitoa ja vanhustyötä voidaan laadullisesti kehittää vastaamaan uusinta tutkimustietoa. Asettamiskirjan liitteenä olevassa muistiossa tehtäväni on tarkennettu kolmeen osa-alueeseen. Tämän muistion mukaan minut on pyydetty selvityshenkilönä 1. laatimaan ehdotukset perus- ja täydennyskoulutuksen kehittämistoimenpiteistä ikäihmisten parissa työskentelevän henkilökunnan osaamisen turvaamiseksi; 2. esittämään toimintamalli lääkehaittojen ehkäisemiseksi ja lääkehoitojen sekä lääkkeettömien hoitojen kehittämiseksi iäkkäiden hoidossa; sekä 3. laatimaan ehdotukset iäkkäiden masennustilojen ehkäisemisen ja hoidon kehittämiseksi. Toimeksiannossa kirjoitetaan myös seuraavaa: ”Lisäksi laaditaan muut tarpeelliset ehdotukset geriatriksen hoidon ja vanhustyön parantamiseksi”. Esityksissäni siis keskeisesti käsittelen perus-, jatko- ja täydennyskoulutuksen, lääkehaittojen ehkäisyn, lääkehoitojen, lääkkeettömien hoitojen sekä masennuksen ehkäisyn ja hoidon kehittämistä, mutta viitaten edellä lainaamaani toimeksiannon lauseeseen esitän myös joitakin muita tärkeitä pitämiäni ehdotuksia geriatriksen hoidon ja vanhustyön kehittämiseksi.

Hallitusohjelman sosiaali- ja terveystoimintoihin linjauksiin vanhusten hoidon ja vanhustyön näkökulmista sisältyviä tavoitteita ovat mm. seuraavat: ”Lääkäripulan helpottamiseksi lääkärikoulutuksen riittävästä voimavaroista huolehditaan ja edistetään erityisesti geriatrian ja psykiatrian osaamista perusterveydenhuollossa”; ”Sosiaali- ja terveydenhuollossa lisätään kokoaikaisia ja pysyviä työsuhteita”; ”Vanhusten hoidon kuntouttavaa toimintaa ja avopalveluja lisätään ja pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevien ikäihmisten hoidon laatua parannetaan”; ”Vanhuspalvelujen henkilöstöä lisätään tavoitteena laitoshoidossa olevien ikäihmisten hoidosta annetun laatusuosituksen edellyttämä taso”; ”Hallitus valmistelee suunnitelmaa, jossa eri hallinnonalojen yhteistoiminnalla valmistaudutaan ikääntyneen väestön määrän kasvuun. Ensisijainen tavoite vanhustenhuollossa on ikääntyvien kotona asumisen tukeminen. Palvelujärjestelmää on uudistettava tästä näkökulmasta edistäen ikääntyvien toimintakykyä ja omatoimisuutta, heille soveltuvia kuntoutuksen ja terveyttä edistävän liikunnan uusia toimintamalleja”. Selvitykseni taustoina olen ottanut huomioon nämä tavoitteet.

Koska minulta on pyydetty ehdotuksia toimenpiteistä, joiden avulla geriatriasta hoitoa ja vanhustyötä voidaan laadullisesti kehittää vastaamaan uusinta tutkimustietoa, olen keskeisesti pohtinut nykyisiä hoitokäytäntöjä uusien tutkimustietojen valossa ja teen ehdotukseni pitkälti näiden vertailujeni ja pohdintojeni perusteella.

Toimeksiantoni laajuuteen verrattuna sosiaali- ja terveysministeriön minulle ja sihteerileni antama määräaika tehtävän suorittamiseen on ollut erittäin lyhyt eli kaksi kuukautta. Kahden kuukauden aikana en ole ehtinyt tehdä tarkkoja tekstiehdotuksia lainsäädännön muutoksia koskeviin ehdotuksiini. Toimeksiantoa solmittaessa sovittiin, että kustannusvaikutusten laskeminen ei kuulu tehtäviini, joten ehdotusteni kustannuksia en esitä. Minulta onkin pyydetty kehittämisehdotukset ”vastaamaan uusinta tutkimustietoa”, mitä olen pitänyt ehdotusteni keskeisenä viitekehystenä.

Toimeksianto on käsittänyt kolme osatehtävää. Toimeksiannon mukaan kolmen täsmennetyn tehtävän ”lisäksi laaditaan muut tarpeelliset ehdotukset geriatriksen hoidon ja vanhustyön parantamiseksi”. Näistä syistä olen jakanut ehdotukseni neljään osaan. Kos-

ka ”muut tarpeellisina pitämäni” ehdotukset sisältävät geriatrisen hoidon ja vanhustyön kehittämiseksi tarpeellisia laajahkoja hoidon ja palveluiden sekä vanhusten turvallisuuden parantamiseen liittyviä ehdotuksia, esitän ne ensimmäisinä. Tämän jälkeen esitän kutakin kolmea osatehtävääni koskevat ehdotukset osatehtäväkokonaisuuksina. Ehdotuksia en kovin paljon perustele tässä osassa, koska perusteluni olen esittänyt raportin aikaisemmissa osissa.

Vanhustenhoidon nykyistä laatua voidaan kohottaa ja suurten ikäluokkien vanhenemisen aiheuttamia vanhustenhoidon tulevia ongelmia voidaan ehkäistä vain panostamalla voimakkaasti sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden perus-, jatko- ja täydennyskoulutukseen ja osaamisen kehittämiseen seuraavien 5-10 vuoden ajan. Tarvitaan kansalliset talkoot, joihin osallistuvat valtion, kuntien, kuntaliittojen ja -yhtymien, järjestöjen ja seurakuntien lisäksi mm. ammattiliitot, teollisuus, yksityiset palveluiden tuottajat, säätiöt, täydennyskoulutusta järjestävät tahot, tiedotusvälineet ja kaikki kansalaiset. Kielteinen vanhustenhoidon kehitys on pysäytettävä ja myönteinen kehitys on saatava käyntiin. Kaikkien kansalaisten arvostusta vanhuksiin ja vanhustenhoitoon tulee kohottaa. Tämä edellyttää myös laajaa arvokeskustelua ja uuden yhteisöllisyyden kohottamista maassamme.

1. Yleiset ehdotukset vanhusten turvallisuuden ja hoidon turvaamiseksi

Ehdotus 1.1. Maahamme tarvitaan kansallinen vanhuspoliittinen strategia. Tämän laatiminen tulee aloittaa välittömästi.

Ehdotus 1.2. Vanhusten turvallisuuden ja hyvän vanhustenhoidon edistäminen edellyttää vanhusasiamiehen toimiston perustamista maahamme.

Vanhusasiamiehen tehtävänä tulee olla vanhusten asemaan liittyvien lakien toteutumisen valvonta, vanhustenhoidosta tehtyjen kanteluiden asianmukaisen käsittelyn valvonta sekä vanhusten turvallisuutta, vanhustenhoitoa, vanhustyötä ja vanhusten asemaa koskevien aloitteiden tekeminen päättäjille, ministeriöille ja muille tahoille. Toimiston tulee olla asiantuntijatoimisto eli siellä tulee työskennellä gerontologian (ks. gerontologian määritelmä raportin alkuosasta) asiantuntijoita sihteereineen.

Geriatrinen hoito, vanhustenhoito ja vanhustyö ovat laajoja kokonaisuuksia. Pitkäaikaisen hoidon lisäksi siihen kuuluvat lyhytaikainen hoito, preventiiviset toiminnot ja kuntoutus. Vanhusten hyvän hoidon turvaaminen edellyttää myös mm. asumispalveluita, ympäristön esteettömyyttä ja optimaalista virikkeellisyttä. Pitkäaikaisen hoidon järjestäminen kuuluu kahdelle hallinnonalalle, ja toimintaan osallistuvat myös yksityiset tahot, järjestöt, seurakunnat ja omaiset. Toimivien ja hyvien palvelukokonaisuuksien järjestäminen ei ole ongelmatonta silloin, kun toimijoita ja osallistujia on useilta tahoilta. Ajan mittaan tulee esille uusia ongelmia vanhusväestössä. Tästä ovat esimerkkejä alkoholiongelmiin yleistymiseen ja vanhusten itsemurhien mahdollinen yleistymiseen. Vanhusten erilaiset pahoinpitelyt eivät ole harvinaisia. Puhelin- ja kotimyynnit muistihäiriöitä kärsiville kuvastavat erästä melko yleistä ongelmaa. Vanhusten turvallisuuden, vanhustenhoidon, vanhustyön ja vanhusten tasavertaisen aseman turvaaminen edellyttävät vanhusasiamiehen ja vanhusasiamiehen toimiston perustamista.

Ehdotus 1.3. Jotta vanhuksset eivät jäisi täysin heitteille, on pikaisesti laadittava vanhustenhoitolaki- ja asetus, joilla turvataan vanhuksille pitkäaikaishoidon ja pitkäkestoisten palveluiden saaminen.

Terveydenhuollon lainsäädäntöä on 2000-luvulla täsmennetty hoidon saatavuuden turvaamiseksi. Lait sisältävät muun muassa säännökset oikeudesta hoidon tarpeen arviointiin perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Sosiaalihuoltolakia on muutettu siten, että siinä on säännökset kuntien velvollisuudesta järjestää palvelutarpeen arviointi. Kiireellisessä tilanteessa palvelutarve on arvioitava viipymättä. Ei-kiireellisissä tilanteissa kunnan on järjestettävä pääsy palvelutarpeen arviointiin 80 vuotta täyttäneille ja kansaneläkelain mukaista erityishoitotukea saaville viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä yhteydenotosta. Nämä lakimuutokset eivät kuitenkaan sisällä kuntien tai muiden tahojen velvollisuutta järjestää pitkäaikaishoitoa terveydenhuollon tai sosiaalihuollon palveluina. Huonokuntoisilla tai dementoituneilla vanhuksilla ei ole mitään takeita siitä, että he hoidon tarpeen tai palvelutarpeen arvioinnin jälkeen saavat tarvitsemaansa pitkäaikaishoitoa tai pitkäaikaisspalveluita esimerkiksi kotihoitona, palvelutalossa, dementia- tai muussa ryhmäkodissa tai pitkäaikaislaitoksessa. On epäoikeutettua tehdä hoidon tai palvelun tarpeen arviointi, jos hoitoa tai palveluita ei edes ole saatavissa. Pitkäaikaisspalveluiden ja pitkäaikaishoidon järjestäminen tarvittaessa on turvattava lakisääteisesti.

Ehdotus 1.4. Sosiaalihuoltolain mukainen 80 vuotta täyttäneiden ja kansaneläkelain mukaista erityistukea saavien palvelutarpeen arviointi tulee tehdä ryhmässä, johon kuuluu lääketieteen, hoitotyön ja sosiaalityön työntekijöitä. Tästä tulee laatia ohjeistus. Vanhustenhoitolaissa ja –asetuksessa tulee esittää sama ryhmätyö perustaksi vanhustenhoitoa järjestettäessä. Tämä ehdotus liittyy myös lääkehaittojen ehkäisyn ja hyvien lääkehoitojen kehittämiseen.

Pitkäaikaisia palveluita ja hoitoa tarvitsevat vanhuksset eivät ole terveitä vanhuksia. He sairastavat erityyppisiä sairauksia. Monet heistä sairastavat useita pitkäaikaissairauksia, jotka aiheuttavat heille toimintakyvyn rajoitteita. Osalla on hoidettavissa olevista sairauksista johtuvia toimintakyvyn rajoituksia, jotka ovat parannettavissa hyvällä hoidolla. Osalla on lääkehaitasta johtuvaa toimintakyvyn heikkenemistä, joka on parannettavissa haittaa aiheuttavien lääkkeiden poistamisella. Tämän johdosta palvelutarpeen arviointi ja palveluiden ja hoidon järjestäminen tulee tehdä työryhmässä, jossa on lääketieteen, hoitotyön ja sosiaalityön työntekijöitä. Arvioinnissa tulee käyttää riittävän laajoja, spesifisiä ja tarkkoja mittareita. Mittareiden käytön lisäksi arviointi tulee suorittaa arviointiin osallistuvien työntekijöiden geriatrisen osaamisen perusteella. Pelkät arviointimittarit ja –asteikot eivät riitä palveluiden tarpeen arviointiin.

Ehdotus 1.5. Vanhustenhoidon osalta on palattava ”korvamerkittyihin” valtionosuuksiin. Tämä merkitsee valtionohjauksen tiukentamista lakimuutosten kautta.

Vanhusten aliarvostus johtaa siihen, että taloudellisista voimavaroista päätettäessä vanhusten tarpeet jäävät viimeisille sijoille. Jotta vanhustenhoitoa todella saadaan kehitettyä ja mm. lääkkeiden haittavaikutusten aiheuttama hoidon ja tuen lisätarve saadaan pysäytettyä, tarvitaan nykyistä tiukempaa ohjausta.

Ehdotus 1.6. Sosiaali- ja terveysministeriön ja lääninhallitusten geriatriasta ja vanhuksien asiantuntemusta on vahvistettava.

Vanhustenhoito on tärkeä sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämisen alue. Tämän takia ministeriössä tulee olla geriatria ja gerontologisen hoitotyön osaamista. Ministeriön toiminnassa tulee kiinnittää huomiota sosiaalihuollon ja terveydenhuollon saumattomaan yhteistyöhön. Lääninhallituksissa tulee olla vanhustyön tarkastajat, joiden toiminta-alue kattaa sosiaalipalvelut ja terveydenhuollon palvelut.

2. Ehdotukset perus-, jatko- ja täydennyskoulutuksen kehittämistoimenpiteistä, joiden avulla ikäihmisten parissa työskentelevän sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön osaaminen voidaan turvata

Moderni geriatrinen hoito, vanhustenhoito ja vanhustyö perustuvat tietoihin. Kansainväliset ja kotimaiset tutkimukset ovat viimeisten 20 vuoden aikana tuoneet mittavasti tietoja. Niiden siirtäminen käytännön työhön suomalaisten vanhusten toimintakyvyn ja sosiaalisen osallisuuden edistämiseksi kuuluu yhteiskuntamme keskeisiin nykypäivän haasteisiin. Kansainväliset kokemukset osoittavat, että vanhustenhoitoa ei pystytä kehittämään pelkän integroivan osaamisen kautta. Tarvitaan myös geriatria, vanhuspsykiatria, vanhusten hoitotyötä ja vanhusten sosiaalityötä hallitsevia osaajia eli ”täsmäkoulutusta” ja erikoistumista.

Ehdotus 2.1. Ammatillisiin peruskoulutusohjelmiin tarvitaan sisällölliset uudistukset. Lääkäreiden, hammaslääkäreiden sekä hoitotyön ja sosiaalityön eri ammattiryhmien peruskoulutuksen tulee sisältää nykyistä laajemmat normaalin vanhenemisen, geriatrian, vanhuspsykiatrian, vanhustenhoidon ja vanhustyön opinnot.

Lääkäreiden peruskoulutuksessa normaalin vanhenemisen opintojen laajuus tulee olla vähintään 3 op ja geriatrian ja vanhuspsykiatrian vähintään 6 op. Opintoihin tulee kuulua myös geriatrisen prevention, vanhusten lääkehoitojen sekä vanhuksilla yleisten sairauksien lääkkeettömien hoitojen ja kuntoutuksen opiskelua. Pitkäaikaishoitoa ja terveydenhuollon, sosiaalitoimen, yksityisten palveluiden järjestäjien, järjestöjen, seurakuntien, omaisten ja vanhusten yhteistyötä hoidossa tulee opiskella.

Lääketieteen muidenkin erikoisalojen perusopetuksessa tulee nykyistä enemmän ottaa huomioon vanhuspotilaiden hoidon erityispiirteet kyseisen erikoisalan diagnostiikassa, hoidossa ja kuntoutuksessa.

Hammaslääketieteen peruskoulutukseen tulee sisältyä geriatrisen hammaslääketieteen opintoja.

Kaikkien ammattikorkeakoulujen hoitotyön koulutusohjelmien (sairaanhoitaja AMK, terveydenhoitaja AMK) opintoihin tulee kuulua normaalin vanhenemisen, gerontologisen hoitotyön ja vanhusten lääkehoitojen opintoja. Käytännön vanhustenhoidon opetus tulee järjestää teoreettisten opintojen jälkeen korkeatasoisissa avohoidon ja laitoshoidon palveluissa. Siihen tulee kuulua opintoja ehkäisystä, arvioinnista, kuntoutumista edistävistä toiminnasta, pitkäaikaishoidon lääkkeettömistä hoidoista sekä vanhuksille tarjolla olevista erilaisista palvelumuodoista.

Kaikkiin ammattikorkeakoulujen sosiaalialan (sosionomi AMK) koulutusohjelmiin tulee sisältyä normaalin vanhenemisen ja vanhustyön opintoja.

Fysioterapian (fysioterapeutti AMK) koulutusohjelmiin tulee kaikissa ammattikorkeakouluissa sisältyä vanhenemista ja vanhusten fysioterapiaa käsitteleviä opintoja.

Toimintaterapian (toimintaterapeutti AMK) koulutusohjelmissa tulee olla ikääntyneiden ja vanhusten toimintaterapian opintoja.

Suun terveydenhuollon (suuhygienisti AMK) koulutusohjelmissa tulee olla ikääntyneiden ja vanhusten suun terveydenhoidon opintoja.

Lähihoitajien vanhustyön koulutusohjelmaan sisältyvien normaalin vanhenemisen ja vanhustyön opintojen korkeasta tasosta tulee huolehtia. Tämä ehdotus koskee myös näyttötutkintoja ja oppisopimuskoulutusta. Normaalin vanhenemisen ja vanhustyön opintoja tulee jossain määrin sisältyä myös kaikkiin muihinkin lähihoitajatutkinnon koulutusohjelmiin (lasten ja nuorten hoidon ja kasvatuksen koulutusohjelmaa lukuun ottamatta), koska suuri osa muistakin koulutusohjelmista valmistuneista lähihoitajista työskentelee vanhustyössä.

Kaikkien psykologien perusopintoihin tulee kuulua vanhenemisen psykologiaa.

Kaikkien ravitsemusterapeuttien ja ravitsemussuunnittelijoiden perusopintoihin tulee kuulua vanhusten ravitsemukseen liittyviä opintoja.

Muidenkin hoitotyön ja sosiaalityön ammattiryhmien peruskoulutuksessa tulee olla riittävästi normaalin vanhenemisen, vanhustenhoidon ja vanhustyön opintoja.

Peruskoulutusta koskevat ehdotukset tulee toteuttaa suomenkielisissä ja ruotsinkielisissä opetusohjelmissa. Ne on otettava huomioon myös englanninkielistä koulutusta järjestetäessä.

Ehdotus 2.2. Maahamme tulee perustaa joitakin uusia ammatillisia jatkokoulutusohjelmia geriatrisen hoidon ja vanhustyön laadun kehittämiseksi vastaamaan nykypäivän tietoja.

Vanhuspsykiatriasta tulee välittömästi muodostaa oma lääketieteen pääerikoisala, jonka koulutuksen pituus on viisi tai kuusi vuotta. Tällainen ammatillinen jatkokoulutusohjelma tulee käynnistää kaikissa lääketieteellisissä tiedekunnissa. Myös ruotsinkielinen jatkokoulutusohjelma tarvitaan. Koulutus tulee järjestää siten, että osa erikoistuvista voi hankkia kliinistä koulutusta korkeatasoisissa ulkomaisissa vanhuspsykiatrisissa klinikoissa ja avopalveluissa sekä teoreettista koulutusta kansainvälisillä kursseilla. Kansainväliseen koulutukseen tulee osoittaa erityismäärärahoja ainakin seuraavien viiden vuoden ajan. Kotimainen kliininen koulutus tulee suorittaa vain korkeatasoisilla vanhuspsykiatrisilla osastoilla tai korkeatasoisissa avopalveluissa.

Ylempiin ammattikorkeakoulututkintoihin tulee lisätä monialainen vanhustenhoidon ylempi ammattikorkeakoulututkinto, joka on yhteinen terveysalalle ja sosiaalialalle.

Hammaslääkäreiden ammatillisiin jatkotutkintoihin (erikoistumiskoulutukseen) kuuluvan kliinisen hammashoidon erikoisalan painoalueisiin tulee lisätä vanhusten hammashoito yhtenä painoalueena. Tämä ehdotus siis merkitsee vain yhden painoalueen lisäämistä yhteen nykyiseen ammatilliseen jatkokoulutusohjelmaan.

Maassamme tulee käynnistää ruotsinkielinen geriatrian erikoislääkärikoulutusohjelma (ammattillinen jatkokutkinto).

Ehdotus 2.3. Muutamien olemassa olevien ammatillisten jatkokoulutusohjelmien sisältöjä tulee kehittää geriatriksen hoidon, vanhustenhoidon ja vanhustyön laadun nopeaksi parantamiseksi.

Geriatrician erikoislääkärikoulutusta ammatillisena jatkokoulutuksena tulee vahvasti tukea. Tämä ja geriatrian erikoislääkäreiden määrän lisäämistarve (ks. ehdotus 2.4) edellyttävät sitä, että osa geriatriaan erikoistuvista lääkäreistä voi jatkokoulutuksensa aikana hankkia kliinistä koulutusta korkeatasoisissa ulkomaisissa geriatriksissa klinikoissa ja teoreettista koulutusta kansainvälisillä kursseilla. Kansainväliseen koulutukseen tulee osoittaa erityismäärärahoja ainakin viiden seuraavan vuoden ajan.

Yleislääketieteen erikoislääkärikoulutusohjelmassa erikoistuvia tulee kannustaa hankkimaan kliinistä koulutusta korkeatasoisissa kotimaisissa geriatriksissa ja vanhuspsykiatriksissa palveluissa. Ainakin joidenkin erikoistuvien tulee hankkia kansainvälistä kliinistä kokemusta, mihin myös on osoitettava määrärahoja. Teoreettisia geriatrian ja vanhuspsykiatrian opintoja tulee kuulua jokaisen erikoistuvan teoreettisiin opintoihin. Jokaisessa yleislääketieteen erikoislääkäritentissä tulee olla vähintään yksi vanhusten hoitoa tai kuntoutusta tai geriatriasta preventiota käsittelevä kysymys.

Kaikkien muiden erikoisalojen erikoislääkärikoulutukseen tulee sisällyttää riittävästi teoreettisia ja kliinisiä opintoja vanhusten hoidosta ja kuntoutuksesta kyseisen erikoisalan piirissä.

Ehdotus 2.4. Geriatrician ja vanhuspsykiatrisen hoidon, vanhustenhoidon ja vanhustyön osaamista tulee kehittää myös joidenkin ammatillisesti eriytyneiden täydennyskoulutus-tyyppisten, ei-ammattitutkintoon johtavien jatko- ja erikoistumiskoulutusohjelmien kautta. Tähän tarvitaan jo olemassa olevien koulutusohjelmien laajentamista ja uusien koulutusohjelmien toteuttamista.

Geriatriciaan, vanhuspsykiatriaan tai yleislääketieteeseen erikoistuneille lääkäreille tulee järjestää mahdollisuudet 1-3 kuukauden pituisiin täydennyskoulutusjaksoihin korkeatasoisissa ulkomaisissa geriatrian ja vanhuspsykiatrian klinikoissa ja tätä lyhyemminkin kansainvälisillä geriatrian ja vanhuspsykiatrian kursseilla. Tähän tulee ohjata erityismäärärahoja.

Vanhuspsykiatrian kahden vuoden lisäkoulutusohjelmia tulee toteuttaa kaikissa lääketieteellisissä tiedekunnissa. Niiden tulee olla suunnattuja psykiatrian erikoislääkäreiden lisäksi muidenkin erikoisalojen lääkäreille.

Yleislääketieteen erikoislääkäreiden ja muidenkin erikoisalojen lääkäreiden tietojen, taitojen ja osaamisen edistämiseksi ja turvaamiseksi kaikissa lääketieteellisissä tiedekunnissa tulee käynnistää geriatrian ja vanhustenhoidon lisäkoulutusohjelma. Sen tulee käsittää teoreettisen opiskelun lisäksi käytännön kliinisessä työssä oppimista. Lisäkoulutusohjelman tulee olla suunnattu yleislääketieteen erikoislääkäreiden lisäksi muillekin erikoislääkäreille.

Ammattikorkeakouluissa tulee järjestää erikoistumisopintoja erityisesti vanhusten fyysisestä hoitotyöstä, vanhusten psykiatrisesta hoitotyöstä, vanhusten lääkehoidoista, vanhusten fysioterapiasta, vanhusten toimintaterapiasta, lääkkeettömistä hoidoista, demensiahoidosta ja omaishoidon kehittamisestä. Erikoistumisopintojen kohderyhmänä tulee olla kaikki laillistetut terveydenhuollon ammattiryhmät, ja ne tulee rekisteröidä Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen ammattirekisteriin.

Ammattikorkeakouluissa tulee järjestää erikoistumisopintoja myös vanhusten sosiaalityöstä.

Ammattikorkeakouluille tulee taata riittävä määrä aikuiskoulutuspaikkoja, joissa toteutetaan em. erikoistumisopintoja.

Psykologien ammatillisiin erikoistumisopintoihin tulee perustaa vanhenemisen psykologian moduuli.

Ehdotus 2.5. Sosiaali- ja terveystieteissä työskentelevien geriatrien, vanhuspsykiatrien, geriatriaan perehtyneiden yleislääketieteen erikoislääkäreiden sekä gerontologiseen hoitotyöhön tai gerontologiseen sosiaalityöhön perus-, jatko- tai täydennyskoulutuksensa kautta erikoistuneiden tai syvällisesti perehtyneiden työtekijöiden määrää tulee lisätä.

Geriatrian erikoislääkäreitä tarvitaan maassamme jo nykyisin 430 – 560, eli nelinkertainen määrä olemassa olevaan määrään verrattuna. Vuonna 2010 tarve on 470 – 630. Geriatrian erikoislääkärikoulutusta tulee voimakkaasti lisätä nykyisestään, ja siihen tulee rekrytoida vähintään 40 – 50 lääkäriä vuodessa seuraavien viiden vuoden ajan. Kuten jo ehdotuksessa 2.3. on esitetty, koulutuksen lisäämiseksi erikoislääkärikoulutusta tulee järjestää siten, että osa erikoistuvista hankkii klinistä koulutusta korkeatasoisissa ulkomaisissa geriatrisissa klinikoissa. Geriatrian erikoislääkäreitä tarvitaan sairaanhoitopiirien geriatrisille arviointi- ja kuntoutusosastoille ja avohoitoon, perusterveydenhuollon geriatrisiin sairaaloihin, perusterveydenhuollon avopalveluihin sekä palvelutalojen, dementia- ja muiden ryhmäkotien ja pitkäaikaislaitosten lääketieteelliseen hoitoon.

Vanhuspsykiatrian erikoislääkäritarve maassamme jo nykyisin on 60 – 90. Vuonna 2010 tarve on 70 - 100. Heitä tarvitaan pääasiassa erikoissairaanhoidon tehtäviin, mutta myös perusterveydenhuollon vanhuspsykiatrisille osastoille ja avohoitoon. Nykyinen erikoislääkärimäärä on 19, eikä uusia valmistu. Kuten ehdotuksessa 2.2 esitetään, vanhuspsykiatrian erikoislääkärikoulutus tulee välittömästi käynnistää ja koulutusta on järjestettävä myös kansainvälisenä yhteistyönä. Vanhuspsykiatria perehtyneiden lääkäreiden määrän lisäämiseksi myös vanhuspsykiatrian lisäkoulutusohjelma tulee toteuttaa kaikissa lääketieteellisissä tiedekunnissa (ks. ehdotus 2.4.)

Geriatrian ja vanhusten hoidon lisäkoulutusohjelman kautta vanhusten hoitoon perehtyneitä yleislääketieteen erikoislääkäreistä tarvitaan kotisairaanhoidon, palvelutalojen, dementia- ja muiden ryhmäkotien ja pitkäaikaislaitosten lääketieteellisen hoidon lisäksi perusterveydenhuollon avopalveluihin ja geriatrisiin preventiivisiin toimintoihin. 5 - 10 perusterveydenhuollon lääkärin työyhteisössä yhden lääkärin tulee olla perehtynyt vanhusten hoitoon lisäkoulutusohjelman kautta.

Vanhusten hoitoon ja vanhustyöhön ammatillisten perusopintojensa kautta syvällisesti perehtyneet geronomit tuovat hoitotyöhön samantyyppisen lisäosaamisen, minkä geriat-

rian tai vanhuspsykiatrian erikoislääkärit tuovat lääketieteeseen. Geronomien määrää erityyppisissä vanhuspalveluissa ja vanhusten hoitotyössä tulee lisätä. Tämän johdosta ammattikorkeakoulujen vanhustyön (geronomi AMK) koulutusohjelman nuorisoasteen aloituspaikkoja tulee voimakkaasti lisätä. Geronomikoulutukseen tulee vuosittain ottaa 150 – 200 opiskelijaa seuraavien viiden vuoden ajan. Koulutusohjelma tulee toteuttaa useammassa kuin kahdessa ammattikorkeakoulussa. Myös ruotsinkielinen geronomikoulutus tulee käynnistää. Geronomit tulee rekisteröidä Terveydenhuollon oikeusturvakeskukseen ammattirekisteriin terveydenhuollon ammattiryhmiin kuuluviksi.

Sosiaali- ja terveystieteiden (lähihoitajakoulutuksen) vanhustyön koulutusohjelmaan tulee saada nykyistä enemmän opiskelijoita. Koulutusohjelman houkuttelevuutta tulee lisätä innostavalla mainostuksella. Näyttökoulutuksena toteutettavaa vanhustyön erikoisammattitutkintokoulutusta ja oppisopimuskoulutuksena järjestettävää lähihoitajakoulutusta (vanhustyön koulutusohjelma) tulee määrällisesti lisätä, ja niiden hyvästä laadusta tulee huolehtia. Kahden kuukauden pituisen selvitystyöni aikana en ole ehtinyt arvioida vanhustyöhön tarvittavien lähihoitajien määrää.

Ehdotus 2.6. Moniammatillisen täydennys- ja toimipaikkakoulutuksen sekä vanhusten hoidon ja vanhustyön kehittämisprojektien kautta tulee kehittää työntekijöiden osaamista, vanhustenhoitoa ja vanhustyötä.

Tämä merkitsee monentyyppisten teoreettisten täydennyskoulutus- ja neuvottelutilaisuuksien järjestämistä. Kohderyhmiin tulee julkisten sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden lisäksi kuulua kuntien muidenkin hallinnonalojen, järjestöjen, seurakuntien ja yksityisten palvelujen tuottajien työntekijöitä. Myös ruotsinkielistä täydennyskoulutusta tulee järjestää. Myös luottamushenkilöille ja päättäjille suunnattuja neuvottelutilaisuuksia tulee järjestää.

Teoreettisen täydennyskoulutuksen lisäksi tulee erityisesti panostaa projektikoulutukseen, johon kytketään geriatrisen prevention, hoidon sekä kuntoutuksen kehittäminen, työnohjaus ja johtamisen kehittäminen. Maassamme tulee toteuttaa valtakunnallisia, alueellisia, paikkakuntakohtaisia ja työyksikkökohtaisia tiettyihin, spesifisiin prevention, hoidon tai kuntoutuksen muotoihin tai yhteistyön kehittämiseen painottuneita kehittämisprojekteja. Niihin tulee terveydenhuollon ja sosiaalitoimen työntekijöiden lisäksi osallistua kuntien muidenkin hallintoalojen, järjestöjen sekä seurakuntien työntekijöitä. Nämä kehittämisprojektit ovat erityisen tarpeellisia työyksiköissä, joissa hoidon laatu on huono. Sitä, että näiden työpaikkojen työntekijöiden lakisääteinen täydennyskoulutusvelvollisuus toteutuu, tulee valvoa. Kyseisten työpaikkojen johtajia ja henkilökuntaa tulee motivoida kehittämisprojekteihin. Kehittämisen vaikutuksia vanhusten hyvinvointiin ja työntekijöiden määrän tarpeeseen ja hyvinvointiin tulee arvioida.

Tieteellisten seurojen, yliopistojen täydennyskoulutuskeskusten, ammattiliittojen, kesäyliopistojen ja muiden täydennyskoulutusta järjestävien tahojen tulee panostaa vanhusten hoitoa, kuntoutusta ja geriatriasta ehkäisyä käsittelevien täydennyskoulutustilaisuuksien järjestämiseen. Myös kansainvälisiä opintomatkoja tulee järjestää. Kuntien tulee seuraavien viiden vuoden ajan ohjata runsaasti täydennyskoulutuksen määrärahoja työntekijöidensä osallistumiseen nimenomaan vanhusten hoidon, kuntoutuksen ja geriatrisen prevention täydennyskoulutukseen.

Ehdotus 2.7. Muissa kuin varsinaisissa geriatriisissa tai vanhuspsykiatriisissa toiminoissa työskentelevien työntekijöiden osaamisen kehittämiseksi ja ylläpitämiseksi tarvitaan korkeatasoiset geriatriset ja vanhuspsykiatriset avo- ja laitospalvelut. Osaaminen kehittyy myös käytännön työn konsultaatioiden ja hyvästä hoidosta saatujen kokemusten kautta. Kyseisten palveluiden kautta kehitetään myös hoitoa ja kuntoutusta.

Jokaisessa sairaanhoitopiirissä tulee olla ainakin yksi geriatrinen arviointi- ja kuntoutusyksikkö/klinikka, johon kuuluu osastotoimintaa ja avopalveluita. Geriatrian erikoislääkäreiden ja geriatrista hoitoa ja kuntoutusta osaavien hoitotyöntekijöiden, fysioterapeuttien ja toimintaterapeuttien määrä näissä yksiköissä/klinikoissa tulee olla riittävän suuri korkeatasoisen toiminnan ylläpitämiseksi. Ravitsemusterapeuttien osaaminen tulee kytkeä toimintaan.

Jokaisessa sairaanhoitopiirissä tulee olla ainakin yksi vanhuspsykiatrisen osasto ja vanhuspsykiatrian avopalveluita. Näissä työskentelevien vanhuspsykiatrisen, vanhuspsykiatriaa osaavien hoitotyöntekijöiden ja vanhuspsykologien määrä tulee olla riittävän suuri takaamaan korkeatasoisen toiminnan.

Jokaisen kaupungin perusterveydenhuollossa tulee olla yksi tai useampi geriatrinen arviointi- ja kuntoutusosasto/yksikkö ja vanhuspsykiatrisen osasto avopalveluineen. Kaikkien terveyskeskusten avopalveluihin ja sairaaloihin tulee perustaa nykyistä enemmän geriatrian erikoislääkäreiden virkoja.

Ehdotus 2.8. Nykyisiä hoitosuosituksia tulee kehittää vastaamaan vanhusten hoidon tarpeita ja geriatrisia hoitosuosituksia tulee laatia. Hoitosuositukset osaltaan edistävät työntekijöiden osaamista.

”Käypä hoito”-hoitosuosituksissa tulee nykyistä selkeämmin esittää suositusten soveltamista 75 vuotta täyttäneiden sekä useita sairauksia sairastavien ja useita lääkkeitä käyttävien hoidoissa. Suositusten laadintaan tulee osallistua geriatristen tietojen ja taitojen osaajia.

Geriatrisia ja vanhuspsykiatrisia kansallisia hoitosuosituksia tulee laatia. Suositukset tarvitaan mm. vanhusten masennustilojen, kiputilojen ja unihäiriöiden hoidoista. Muita aiheita suosituksille ovat vanhusten kuntoutus, kuolevien hyvä hoito, dementiaa sairastavien äkillisten sairauksien hoito, sekä kohonneen verenpaineen, sepelvaltimotaudin ja diabeteksen hoito 75 vuotta täyttäneiden keskuudessa. Suosituksissa tulee lääketieteellisen hoidon lisäksi esittää hoitotyön, sosiaalityön, järjestöjen, seurakuntien, omaisten ja vanhusten tehtäviä hoidoissa. Vanhusten lyhytaikaisen ja pitkäaikaisen hoidon eettiset ohjeet tulee laatia.

Sairaanhoitopiirien ”hoitoketju”-suosituksissa tulee tuoda esille suositusten soveltamista vanhuspotilaiden hoidoissa. Näihinkin tulee kuulua geriatrisia ja vanhuspsykiatrisia suosituksia.

Ehdotus 2.9. Ehdotusten 2.1 – 2.8. toteuttamiseksi tarvitaan geriatrian, vanhuspsykiatrian, geriatrisen hammaslääketieteen, gerontologisen hoitotieteen, vanhuspsykologian, vanhusten sosiaalityön tai muun gerontologian osa-alueen tutkijoita ja kouluttajia. Näi-

den erityisasiantuntijoiden määrää on lisättävä. Perus-, jatko- ja täydennyskoulutuksen ja osaamisen kehittäminen edellyttää erityisasiantuntijoita.

Jokaisessa lääketieteellisessä tiedekunnassa tulee olla kaksi geriatrian professorin, kaksi geriatrian kliinisen opettajan, yksi vanhuspsykiatrian professorin ja yksi vanhuspsykiatrian kliinisen opettajan virka. Uusia virkoja tulee perustaa välittömästi järjestämällä määrärahat niihin valtion budjetin kautta. Yksi mainituista geriatrian professorin viroista tulee ohjata ruotsinkieliseen perus- ja jatkokoulutukseen.

Jokaisessa lääketieteellisessä tiedekunnassa tulee olla yksi hammaslääketieteen professorin virka, jonka yhtenä opetusala on geriatriinen hammashoito. Tämä voidaan muodostaa kytkemällä geriatriinen hammashoito jonkin nykyisen kliinisen hammashoidon osa-alueen professorin viran toiseksi tehtäväksi.

Ainakin yhden yliopiston hoitotieteen oppiaineessa tulee olla gerontologisen hoitotieteen professorin virka.

Ainakin yhdessä yliopistossa tulee on gerontologisen sosiaalityön professorin virka.

Tarvitaan myös gerontologisen psykologian ja gerontologisen ravitsemustieteen professoreiden virat.

Ammattikorkeakoulujen ja muiden sosiaali- ja terveysalan opetusta järjestävien oppilaitosten opettajille tulee järjestää geriatrian, vanhuspsykiatrian, geriatriksen farmakologian, gerontologisen hoitotyön, vanhuspsykiatrisen hoitotyön, gerontologisen ravitsemuksen ja gerontologisen sosiaalityön täydennyskoulutusta. Tähän tarvitaan erityinen valtakunnallinen täydennyskoulutusohjelma.

Suomen Akatemian ja muiden tahojen tutkimusohjelmia käynnistettäessä tulee ottaa huomioon em. alueiden tutkimustoiminnan tukeminen ja tutkijoiden kouluttaminen. Suomen Akatemian ja säätiöiden tulee tukea geriatriasta, vanhuspsykiatriasta, gerontologisen hoitotieteen ja gerontologisen sosiaalityön tutkimustoimintaa.

Jonkin maamme lääketieteellisen tiedekunnan tulee panostaa geriatriksen, vanhuspsykiatrisen tai gerontologisen hoitotieteen tutkimustoiminnan kehittämiseen ja kansainvälisten sekä kansallisten tutkija- ja kouluttajaverkostojen luomiseen. Verkostoitumisen tulee ulottua lääketieteen muiden oppiaineiden lisäksi yliopistojen gerontologisen sosiaalityön tutkijoihin, geriatriin arviointi- ja kuntoutusyksiköihin, vanhuspsykiatriin yksiköihin ja muihin vanhusten sosiaali- ja terveyspalveluita järjestäviin yksiköihin. Tämän tiedekunnan tulee lisäksi järjestää mm. ammattikorkeakoulujen ja muiden vanhusten hoidon ja vanhustyön koulutusta järjestävien laitosten opettajien sekä perusterveydenhuollon lääkäreiden suomen- ja ruotsinkielistä täydennyskoulutusta. Tämän tiedekunnan tulee vahvasti panostaa geriatrian osaamisen edistymiseen perusterveydenhuollossa. Kyseiseen tiedekuntaan tulee perustaa geriatrian tutkimus- ja koulutuskeskus.

3. Ehdotukset lääkehaittojen ehkäisyn ja lääkehoitojen sekä lääkkeettömien hoitojen kehittämiseksi iäkkäiden hoidossa

Ehdotus 3.1. Terveysthuollon eri ammattiryhmien peruskoulutuksen puutteita farmakologian ja vanhusten lääkehoitojen erityispiirteiden osalta tulee korjata.

Lääkäreiden peruskoulutukseen tulee sisältyä nykyistä enemmän vanhusten lääkehoitojen erityispiirteiden, lääkehoitojen kokonaisarviointien ja lääkehaittojen tunnistamisen opintoja. Opetuksen tulee käsittää teoreettisten opintojen lisäksi käytännön kliinisiä harjoituksia.

Hammaslääkäreiden peruskoulutuksessa tulee käsitellä vanhusten lääkehoitojen erityiskysymyksiä.

Hoitotyön (sairaanhoitaja ja terveydenhoitaja, AMK) peruskoulutukseen tulee sisältyä selvästi nykyistä enemmän lääkkeiden vaikutusmekanismeja (farmakologiaa), vanhusten lääkehoitoja, lääkkeiden haittavaikutuksia ja niiden tunnistamista sekä lääkkeiden antotapoja koskevaa koulutusta. Lääkkeiden myönteisten, toivottujen vaikutusten ja haittavaikutusten tunnistamisen opiskeleminen on tärkeää. Farmakologian, lääkehoidon ja lääkehuollon koulutus ammattikorkeakouluissa edellyttää opettajia, jotka hallitsevat nämä tiedot.

Lähihoitajakoulutuksen kaikissa koulutusohjelmissa tulee nykyistä enemmän käsitellä lääkkeiden vaikutustapoja, lääkkeiden toivottujen, myönteisten vaikutusten ja haittavaikutusten seurantaan sekä lääkkeiden oikeaa annostelua ja oikeita antotapoja.

Ehdotus 3.2. Lääkehoitoja käsittelevää lääkäreiden ja hoitotyöntekijöiden erillistä täydennyskoulutusta tulee kehittää ja laajentaa.

Etenkin vanhusten – mutta myös useita lääkkeitä käyttävien muihin ikäryhmiin kuuluvien – asianmukaisten lääkehoitojen toteuttamiseksi tulee käynnistää lääketeollisuudesta riippumattoman tahon järjestämä lääkäreiden kliinisen farmakologian täydennyskoulutusohjelma, jossa käsitellään uusien lääkeaineiden vaikutusmekanismeja, lääkkeiden yhteisvaikutuksia, lääkehoitojen kokonaisuuksia, muitakin kliinisen farmakologian ajankohtaisaiheita sekä vanhusten lääkehoitojen erityispiirteitä ja lääkehaittojen oireistoja vanhuksilla. Kaikkien lääkäreiden tulee osallistua tällaiseen koulutukseen 3 - 5 päivän ajan 5 - 6 vuoden välein. Täydennyskoulutuksen tulee olla pakollista.

Lääkäreiden täydennyskoulutus edellyttää joidenkin uusien kliinisen farmakologian yksiköiden perustamista yliopistollisiin keskussairaaloihin ja olemassa olevien yksiköiden henkilökunnan määrän lisäämistä, Rohtokeskuksen toiminnan laajentamista ja kliinisen farmakologian yksiköiden ja Rohtokeskuksen yhteistyötä (ks. ehdotus 3.4.). Kliinisen farmakologian yksiköiden ja Rohtokeskuksen tulee yhteistyössä yliopistojen geriatrian ja vanhuspsykiatrian oppiaineiden kanssa järjestää lääkäreiden täydennyskoulutus.

Hoitotyön eri ammattiryhmille tulee järjestää farmakologian, lääkehoidon ja vanhusten lääkehoidon täydennyskoulutusta mittavasti. Järjestäjinä voivat toimia mm. yksityiset täydennyskoulutusorganisaatiot, kesäyliopistot, ammattiliitot ja muut täydennyskoulu-

tusta järjestävät organisaatiot. Täydennyskoulutus tulee toteuttaa siten, että mahdollisimman monet saman työpaikan työntekijät voivat osallistua siihen.

Ehdotus 3.3. Maassamme tulee käynnistää valtakunnallinen vanhusten lääkehaittojen ehkäisyprojekti, jonka yhteydessä kehitetään lääkkeettömiä hoitoja ja asianmukaisia lääkehoitoja. Ohjelma tulee hajauttaa keskussairaalapiireittäin ja edelleen hoito- ja palveluyksiköittäin toteutettavaksi.

Eriytyneen täydennyskoulutuksen lisäksi tarvitaan eri ammattiryhmien yhteistä täydennyskoulutusta, joka tulee liittää asianmukaisten lääkehoitojen kehittämiseen, lääkehaittojen ehkäisyyn ja hyvien lääkkeettömien hoitojen kehittämiseen käytännössä. Tässä projektissa huomio tulee keskittää mm. keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden (mm. psyykenlääkkeiden, opioidikipulälääkkeiden, antikolinergien ja epilepsialääkkeiden) oikeaan käyttöön, ns. vanhuksilla vältettävien lääkkeiden käytön minimointiin sekä päällekkäislääkitysten poistamiseen. Projektin aihepiirejä voivat olla mm. hyvän yönunen edistäminen ja unihäiriöiden, masennustilojen, kivun ja dementoiden hoidot sekä kaatumistapaturmien ehkäisy. Osan lääkkeettömästä hoidosta ja ehkäisevästä toiminnoista voivat toteuttaa järjestöt. Ne ja seurakunnat tulee kytkeä toimijoihin. Projektiin tulee kuulua kotona itsenäisesti asuvia, kotisairaanhoidon piirissä olevia, palvelutaloissa asuvia, dementia- ja muissa ryhmäkodeissa asuvia sekä vanhainkodeissa ja muissa pitkäaikaislaitoksissa asuvia iäkkäitä. Kehittämisen vaikutuksia iäkkäiden toimintakykyyn ja aktiivisuuteen, henkilökunnan hyvinvointiin, työntekijöiden määrän tarpeeseen ja lääkekustannuksiin tulee arvioida. Raha-automaattiyhdistyksen tulee tukea järjestöjä, jotka osallistuvat projektiin.

Ehdotus 3.4. Lääkäreiden ja hoitotyöntekijöiden lääkehoitoja koskevia konsultatiomahdollisuuksia tulee kehittää.

Lääkärien ja muiden hoitoon osallistuvien työntekijöiden nähtävillä tulee olla ajantasainen lista jokaisen hoidossa olevan vanhuksen lääkityksestä. Tämän toteuttamiseksi tulee kehittää vanhusten ”lääkepassi”, joka täytetään elektronisesti. Valtakunnallinen elektroninen sairauskertomusjärjestelmä tulee saada mahdollisimman pian käyttöön. Se tulee olla julkisten ja yksityisten palveluiden käytössä aina potilaita hoitaessa, jos potilas ei nimenomaisesti ole kieltänyt sairauksiinsa ja hoitoihinsa liittyvien tietojen siirtämistä hoitoonsa osallistuvien tiettyjen työntekijöiden käyttöön.

Duodecim-lääkäriseuran terveystietoon oleva lääkkeiden yhteisvaikutuksia (interaktioita) käsittävä ATK-ohjelma tulee ottaa käyttöön kaikissa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon laitos- ja avopalveluissa. Sen tulee olla lääkäreiden ja hoitotyöntekijöiden käytössä.

Tulee kehittää ATK-ohjelma, jonka avulla voidaan määrittää kullekin iäkkäälle sopivat, oikeat lääkeannokset.

Tulee kehittää ATK-ohjelma, jonka avulla lääkärit ja terveydenhuollon työntekijät – ja jopa vanhuksent tai heidän omaisensa – voivat tarkistaa, onko käytössä päällekkäislääkityksiä, useita keskushermoston vaikuttavia lääkkeitä tai useita vaikutuksenaan tai haittavaikutuksenaan verenpainetta alentavia lääkkeitä ja noudattaako lääkehoito yleisiä vanhusten hyvän lääkehoidon periaatteita.

Työyhteisöjen sisäisten konsultaatioiden kehittämisessä sairaaloissa tulee käyttää hyväksi sairaaloiden apteekkien työntekijöiden tietoja. Sairaaloihin tulee myös perustaa klinisen farmasian koulutuksen saaneiden farmaseuttien ja proviisoreiden virkoja. Näiden asiantuntijoiden koulutus tulee aloittaa käynnistämällä sairaala- ja terveyskeskusfarmasian erikoistumisohjelma, johon jo on olemassa mahdollisuudet lainsäädännön perusteella.

Puhelinkonsultaatiomahdollisuuksien lisäämiseksi jokaisessa yliopistollisessa keskussairaalassa tulee olla klinisen farmakologian yksikkö. Näiden yksiköiden ja Kuopion lääkeinformaatiokeskuksen toimintaa tulee kehittää geriatrisen farmakologian osalta. Yksiköiden tulee järjestää puhelinkonsultaatioita kyseisen yliopistollisen keskussairaalapiirin alueella sijaitseville terveydenhuollon laitoksille ja sosiaalitoimen yksiköille. Yksiköiden tehtäväksi ehdotettua lääkäreiden täydennyskoulutusta on käsitelty ehdotuksessa 3.2.

Hyvien lääkehoitojen toteuttaminen ja lääkehaittojen ehkäisy edellyttävät myös mahdollisuuksia konsultoida geriatrian tai vanhuspsykiatrian erikoislääkäreitä. Geriatristen arviointi- ja kuntoutusyksiköiden/klinikoiden ja vanhuspsykiatrien osastojen tulee järjestää lääkehoitojen arviointipalveluja.

Konsultaatio voi tapahtua myös kirjallisten dokumenttien eli hoitosuosittelujen avulla. Tulee laatia yleiset vanhusten lääkehoidon suositukset, joissa otetaan huomioon myös useiden lääkeaineiden samanaikainen käyttö ja yksilötasoinen lääkehoitojen kokonaisarviointi.

Terveydenhuollon työntekijöiden mahdollisuuksia käyttää apteekkien henkilökuntaa konsultaatioissa tulee kehittää. Apteekkien ja terveydenhuollon työntekijöiden yhteistyötä tulee kehittää mm. yhteisen täydennyskoulutuksen ja yhteisten työseminaarien kautta.

Ehdotus 3.5. Lääkehaittojen ehkäisemiseksi, asianmukaisten lääkehoitojen ja hyvien lääkkeettömien hoitojen toteuttamiseksi jokaisella lääkehoitoja tarvitsevilla vanhuksilla tulee olla pitkäkestoiset hoitosuhteet osaaviin työntekijöihin ja hoitoihin osallistuvien työntekijöiden tulee tehdä saumatonta yhteistyötä.

Vanhusten hoidossa tulee työskennellä riittävä määrä terveydenhuollon ammattikoulutuksen saaneita työntekijöitä. Työnantajien ei tule suosia lyhyitä, määräaikaista työsuhteita. Pätevien työntekijöiden pysymistä vanhusten hoidossa tulee edistää työolojen ja johtamisen kehittämisellä. Työntekijöiden jaksamiseen tulee panostaa myös työnohjauksen kautta.

Lääkehaittojen ehkäiseminen ja asianmukaisten lääkehoitojen ja lääkkeettömien hoitojen kehittäminen palvelutaloissa sekä dementia- ja muissa ryhmäkodeissa edellyttävät näissä hoito- ja asumisyksiköissä asuvien vanhusten lääketieteellisen hoidon turvaamista lakisääteisesti eli samantyyppisesti vanhainkotien lääketieteellisen hoidon järjestämisen kanssa. Näissä yksiköissä asuvien ja niissä hoidossa olevien vanhusten lääketieteellisestä hoidosta vastaavien lääkäreiden tulee olla geriatrian erikoislääkäreitä tai geriatriaan perehtyneitä yleislääketieteen erikoislääkäreitä tai geriatriaan perehtyneitä yleislääkäreitä. Lääkäreiden käynnit näihin hoito- ja asumisyksiköihin tulee järjestää. Hoitotyön ja lääketieteen yhteistyötä tulee kehittää.

Myös vanhainkotien ja muiden pitkäaikaislaitosten lääkäreiden tulee olla geriatrian erikoislääkäreitä tai geriatriaan perehtyneitä yleislääketieteen erikoislääkäreitä tai geriatriaan perehtyneitä yleislääkäreitä. Lääkäreiden käynnit näihin pitkäaikaislaitoksiin kuuluvat hyvän hoidon edellytyksiin. Hoitotyön ja lääketieteen yhteistyötä tulee kehittää näissäkin laitoksissa.

Turvallisten lääkehoitojen ja lääkkeettömien hoitojen kehittämiseksi palvelutaloissa, dementia- tai muissa ryhmäkodeissa sekä vanhainkodeissa tulee hoitoon osallistuvilla työntekijöillä olla kaikkien kyseisessä yksikössä asuvien iäkkäiden kaikki aikaisemmat hoitokertomukset. Henkilökunnan tulee pyytää jokaiselta yksikköön muuttavalta iäkkäältä tai hänen omaiseltaan (mm. pitkälle edennyttä dementiaa sairastavat) lupa kyseisten hoitokertomusten saamiseksi aikaisemmista hoitoyksiköistä.

Henkilökunnan yhteistyötä lääkehoitojen kokonaisuuksien arvioinneissa tulee kehittää. Kunkin vanhuksen – mutta myös muunkin useita lääkkeitä käyttävän – lääkehoitojen arvioinnit tulee suorittaa ryhmässä, johon kuuluu hoitavan lääkärin lisäksi hoitoon osallistuvat hoitotyöntekijät, sosiaalityöntekijät, vanhus itse ja mahdollisesti hänen omaisensa. Kliinisen farmakologian tai kliinisen farmasian asiantuntijaa tulee konsultoida tarvittaessa. Jokaisen kotisairaanhoidon piirissä olevan tai palvelutalossa, dementiakodissa tai muussa ryhmäkodissa tai pitkäaikaislaitoksessa asuvan vanhuksen lääkehoito tulee tarkistaa ainakin kerran puolessa vuodessa. Reseptien uusinta siten, että lääkäri ei tutki vanhusta, tulee sallia ainoastaan puolen vuoden lääkityksenä. Näistä tulee laatia ohjeet.

Ehdotus 3.6. Lääkkeiden käytön ja lääkkeiden haittavaikutusten seuranta ja hoitojen (ml. lääkehoitojen) valvontaa tulee tehostaa.

Vanhusten hoidon ja palveluiden tarpeen arvioinnissa tulee toimintakyvyn lisäksi arvioida lääkehoitojen kokonaisuus ja mahdolliset lääkehaitat. Tämä edistää yksilötasolla lääkehaittojen havaitsemista ja poistamista. Ehdotus 1.4. liittyy tähän ehdotukseen.

Lääkelaitoksen haittavaikutusrekisteriin tulee saada nykyistä herkemmin tietoja äskettäin käyttöön otettujen lääkkeiden vakavien haittavaikutusten lisäksi niiden vähemmän vakavista haittavaikutuksista etenkin vanhuksilla. Myös jo vuosia käytössä olleiden lääkeaineiden vakavista ja vähemmän vakavista haittavaikutuksista vanhuksilla tulee saada ilmoitukset. Rekisteriä tulee laajentaa siten, että sinne pyydetään ilmoittamaan kaikki 65 vuotta täyttäneiden hoidossa havaitut lääkehaittavaikutukset.

Yksittäisten lääkkeiden haittavaikutusten lisäksi tulee raportoida lääkkeiden haitalliset yhteisvaikutukset. Tämä raportointi voidaan yhdistää ATK-pohjaiseen Terveysportin lääkkeiden yhteisvaikutusohjelmaan.

Haitta- ja yhteisvaikutusrekisterien tulee olla käyttökelpoisia haitta- ja yhteisvaikutusten yleisyyden ja niiden aiheuttamien hoitokustannusten arvioinneissa.

Vuosittain tulee järjestää lääkehoidon täydennyskouluttajien, geriatrien, vanhuspsykiatrien, perusterveydenhuollon lääkäreiden, hoitotyöntekijöiden, apteekkihenkilökunnan, kliinisen farmakologian asiantuntijoiden, sosiaalifarmasian asiantuntijoiden, Kansaneläkelaitoksen edustajien, Lääkelaitoksen edustajien ja sosiaali- ja terveysministeriön edus-

tajien yhteistyöseminaareja, joissa kartoitetaan ajankohtaisia vanhusten lääkehoidon ongelmia ja etsitään ratkaisuja niihin.

Terveystieteiden tutkimuskeskusten henkilökunnalle ja väestölle tulee järjestää mahdollisuus puhelimitse ilmoittaa Lääkelaitokselle epäilemistään ja toteamistaan lääkehaitoista.

Lääkehoitojen muutoksia ja lääkehaittojen yleisyyksiä tulee seurata myös farmakoepidemiologisten tutkimusten avulla. Tämä edellyttää Kansaneläkelaitoksen seurantatutkimusten lisäksi mm. yliopistojen tutkimuksia. Suomen Akatemian ja sosiaali- ja terveysministeriön tulee taloudellisesti tukea näitä tutkimuksia.

Jos vanhusten lääkehoidot eivät seuraavien 3 - 5 vuoden sisällä muutu nykyistä asianmukaisemmiksi, tulee psyykenlääkkeiden, opioidikipulääkkeiden, vahvojen antikolinergien ja vanhustenhoidossa vältettävien oireenmukaisten lääkkeiden käyttöä lainsäädännön kautta rajoittaa pitkäaikaislaitoksissa, palvelutaloissa, dementiaruuhkadeissa, muissa ryhmäkodeissa ja muissa laitosmaisissa hoitopaikoissa.

Hoidon ja lääkehoitojen valvontaa tulee kaikkiaan tehostaa. Lääkelaitoksen tulee kehittää muitakin kuin em. mahdollisuuksia valvonnan tehostamiseen. Lääninhallitusten tulee suorittaa oma-aloitteisia valvontakäyntejä vanhusten avo- ja laitoshoidon yksiköihin. Kaikkiin vanhustenhoitoa koskeviin kanteluihin tulee pyytää asiantuntijalausunnat vähintään yhdeltä, mieluummin kahdelta, geriatrian erikoislääkäriltä. Pelkästään muiden erikoisalojen lääkäreiden tai pelkästään oikeustieteen tai hoitotieteen koulutuksen saaneiden henkilöiden lausuntojen perusteella ei kanteluita saa ratkaista.

Myyntilupien edellytyksenä tulee olla lääkeaineen kliiniset tutkimukset myös 75 vuotta täyttäneiden hoidoissa tai 75 vuotta täyttäneen väestön preventiossa. Mikäli tällaisia tutkimuksia ei ole tehty, tämä on ilmoitettava kirjallisissa esitteissä ja suullisissa esittelyissä. Lääketeollisuuden tulee laatia jokaiselle lääkkeelle selkeät, ikäryhmittäiset ohjeet 75 vuotta täyttäneiden hoitoihin.

Lääketeollisuuden yksilö- ja ryhmätasoisien suullisten mainonnan valvontaa tulee tehostaa. Siinä ei tule sallia sitä, että uudella – tai käytössä olevalla – lääkeaineella kerrotaan olevan vähän haittavaikutuksia vanhustenhoidossa. Tällaisille väitteille ei ole perusteita ennen myyntilupaa tehtyjen kliinisten lääketutkimusten perusteella.

Ehdotus 3.7. Todettujen lääkehaittojen poistamiseen ja vähentämiseen tulee ryhtyä välittömästi.

Jokaisen vanhuksen kaatumisen jälkiselvittelyyn, sekavuustilan syiden selvittelyyn ja muidenkin ongelmallisten oireiden syiden selvittelyyn tulee kuulua lääkehaitan mahdollisuuden arviointi ongelman synnyssä.

Ongelmallisia haittavaikutuksia, kuten kaatumisia ja sekavuustiloja, yleisesti aiheuttavien lääkkeiden asianmukaisen käytön edistämiseksi Lääkelaitoksen ja sosiaali- ja terveysministeriön tulee antaa tällaisen suhteellisen vakavia haittavaikutuksia aiheuttavan lääkkeen käytön ohjeet mahdollisimman pian sen jälkeen, kun lääkkeen haittavaikutusten yleisyys iäkkäiden hoidossa on havaittu.

Vakavia, jopa kuolemantapauksia, aiheuttavat lääkeaineet tulee herkästi poistaa markkinoilta - johtuivatpa kuolemantapaukset yhden käytössä olevan lääkkeen haittavaikutuksesta tai kahden tai useamman lääkkeen yhteisvaikutuksesta.

Ehdotus 3.8. Iäkkäiden ja koko väestön neuvontaa tulee tehostaa ja apteekeissa toteutettavaa lääkejakelua tulee laajentaa.

Lääkäreiden ja muiden hoitoon osallistuvien työntekijöiden sekä apteekkien henkilökunnan tehtävänä on jokaisen vanhuksen avoin, rehellinen ja oikea informointi hänen käyttämistään lääkkeitä. Perusterveydenhuollon ryhmäneuvontaa ja kansanterveys- ja potilasjärjestöjen neuvontaa oikeasta lääkkeiden käytöstä iäkkäänä ja lääkehaittojen ehkäisystä tulee laajentaa. Lehdistön, radion ja television tulee osallistua asialliseen tiedottamiseen lääkkeiden oikeasta käytöstä.

Apteekkien aloittamaa iäkkäiden asiakkaiden lääkehoitojen neuvontaa ja arviointia tulee edelleen kehittää ja laajentaa. Apteekkien tulee panostaa myös lääkejakelun piirissä olevien vanhusten lääkehoitojen kokonaisarviointeihin. Puhelinneuvonnan laajentaminen on tarpeellista.

Apteekkien lääkejakelua tulee laajentaa. Tällöin tulee kuitenkin ehkäistä lääkemuuksien aiheuttamat taloudelliset haitat vanhuksille. Toiminta ei saa johtaa siihen, että hoitotyöntekijät eivät hallitse hoitamiensa vanhusten lääkehoitojen kokonaisuutta eivätkä osaa tunnistaa lääkkeiden myönteisiä ja haitallisia vaikutuksia.

Tulee laatia selkeät ohjeet alkoholin ja tiettyjen lääkkeiden samanaikaisen käytön ongelmista iäkkäillä. Sosiaali- ja terveysministeriön ja kuntien alkoholin haittojen ehkäisyyn tähtäävässä ohjelmassa tulee ottaa huomioon lääkkeiden ja alkoholin samanaikaisen käytön aiheuttamien haittojen ehkäisy.

4. Ehdotukset masennustilojen ehkäisyn ja hoidon kehittämiseksi

Ehdotus 4.1. Masennustilojen ehkäisyn ja hoidon kehittämiseksi tulee toteuttaa valtakunnallinen vanhusten masennuksen ehkäisy- ja hoito-ohjelma, joka hajautetaan keskussairaala- ja palveluyksiköittäin ja edelleen hoito- ja palveluyksiköittäin toteutettavaksi.

Tässä ehkäisy- ja hoito-ohjelmassa tulee olla alaohjelmia, esimerkiksi kodeissa asuvien iäkkäiden masennustilojen riskiryhmäperusteisen ehkäisyn ja masennustilojen hoidon kehittämisohjelma; pitkäaikaishoitoksissa, palvelutaloissa, dementia- tai muissa ryhmäkodeissa tai muissa laitosmaisissa olosuhteissa asuvien vanhusten masennustilojen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma; masennustilojen tunnistamisen kehittämisohjelma; vakavien masennustilojen hoidon kehittämisohjelma ja keskivaikeiden ja lievien masennustilojen hoidon kehittämisohjelma. Ehkäisy- ja hoito-ohjelma tulee toteuttaa julkisten ja yksityisten palveluiden, järjestöjen ja seurakuntien yhteistyönä. Omaiset ja vanhuksien tulee kytkeä mukaan. Raha-automaattiyhdistyksen tulee tukea ohjelmaa.

Ehdotus 4.2. Kansallisen ”Voimaa vanhuuteen – ikääntyneiden terveystoimintaohjelman” toteuttamisessa tulee hyväkuntoisten iäkkäiden liikunnan lisäämisen lisäksi korostaa huonokuntoisten kotona, laitospaikoissa tai laitoksissa asuvien vanhusien liikunta-aktiivisuuden lisäämistä ja heille sopivien ryhmäliikuntamuotojen kehittämistä. Tämän ohjelman puitteissa tulee järjestää vanhustenhoitoon henkilökunnan täydennyskoulutusta ryhmävoimistelun ja muiden ryhmäliikuntamuotojen ohjaamisessa.

Ehdotus 4.3. Jo aiemmin esitetyt vanhuspsykiatrian kehittämisehdotukset tulee toteuttaa.

Lähdeluettelo

- Ahto M, Isoaho R, Puolijoki H, Laippala P, Romo M, Kivelä S-L: Prevalence of coronary heart disease, associated manifestations and electrocardiographic findings in elderly Finns. *Age Ageing* 27: 729-737, 1998.
- Asplund K, Gustafson Y, Jacobson RN, Bucht G, Wahlin A, Peterson J, Blom J-O, Ångqvist K-A. Geriatric-based versus general wards for older acute medical patients: a randomized comparison of outcomes and use of resources. *J Am Geriatr Soc*, 48:1381-1388, 2000.
- Erikoissairaanhoitolaki 1.12.1989/1062 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=erikoissairaanhoitolaki>
- Gustafson Y, Brännström B, Berggren D et al. A geriatric-anesthesiologic program to reduce acute confusional states in elderly patients treated for femoral neck fractures. *J Am Geriatr Soc* 39: 655–662, 1991.
- Hartikainen S, Ahto M, Löppönen M, Puolijoki H, Laippala P, Ojanlatva A, Kivelä S-L, Isoaho R: Change in the prevalence of coronary heart disease among Finnish elderly men and women in the 1990s. *Scand J Prim Health Care* 21:178-181, 2003.
- Hartikainen S, Isoaho R, Kivelä S-L: Iäkkäiden kaatumisten ehkäisy. *Duodecim* 116: 2209-2216, 2000.
- Hiltunen L, Luukinen H, Koski K, Kivelä S-L: Prevalence of diabetes mellitus in an elderly Finnish population. *Diab Med* 11:241-249, 1994.
- Hirvelä H. Visual function and ocular disease in the elderly. *Acta Universitatis Ouluensis Medica D327*, Oulu 1995.
- Holma T: Laatusuunnitelman arkeen – suunta ja välineet kehittämistyöhön. Suomen Kuntaliitto, Helsinki, 2003.
- Häkkinen H, Holma T: Ehkäisevä kotikäynti – tuki vanhuksen kotona selviytymiselle. Suomen Kuntaliitto ja sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki, 2004.
- Isoaho R, Puolijoki H, Huhti E, Kivelä S-L, Laippala P, Tala E: Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in elderly Finns. *Resp Med* 88: 571-580, 1994.
- Isoaho R, Puolijoki H, Huhti E, Kivelä S-L, Tala E: Prevalence of asthma in elderly Finns. *J Clin Epidemiol* 47: 1109-1118, 1994.
- Jousilahti P, Heliövaara M ja hengityselin- ja ihosairauksien työryhmä. Hengityselinten ja ihon sairaudet. Raportissa: Aromaa A, Koskinen S toim. *Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 –tutkimuksen perustulokset*. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002, s. 44-46. <http://www.ktl.fi/terveys2000/indexx.html>
- Kansanterveyslaki 28.1.1972/66 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=kansanterveyslaki>

- Kivelä S-L, Ahonen J, Nurminen J, Puirava A, Puustinen J: Vanhusten lääkehoidot – mihin keskityn tarkistamisessa? *Kunnallislääkäri* 20(6):22-27, 2005.
- Kivelä S-L, Isoaho R, Wasén: Itsensä laiminlyövät ja epäsiistit vanhukset. *Suom Lääk* 1 57: 761-764, 2002.
- Kivelä S-L, Luukinen H, Viramo P, Koski K: Depression in elderly spouse pairs. *Internat Psychoger* 10: 329-338, 1998.
- Kivelä S-L, Pahkala K: Depressive disorder as a predictor of physical disability in old age. *J Am Geriatr Soc* 49: 290 – 296, 2001.
- Kivelä S-L, Puustinen J, Nurminen J: Suosituksia vanhusten lääkehoidosta. *TABU* 5:4-7, 2005.
- Kivelä S-L: Depression in the aged. *Psychiatr Fennica* 30:132-144, 1999.
- Kivelä S-L: How common are depressions and cardiovascular diseases in populations. Kirjassa: *Vascular diseases and affective disorders*. Eds. E. Chiu, D. Ames, C. Katona. Martin Dunitz, London, s. 3-20, 2002.
- Kivelä S-L: Treatment of depressive disorder in old age. *Curr Opin Psychiatry* 14: 387-393, 2001.
- Kivelä S-L: Vanhusten depressioiden ja niiden seurausten ehkäisy. *Suom Lääk* 1 58:4923-4927, 2003.
- Kivelä S-L: Vanhusten depression hoito perusterveydenhuollossa. *Suom Lääk* 1 60:4865-4870, 2005.
- Koskinen S, Martelin T, Sainio P. Iäkkäiden toimintakyvyn kohentaminen välttämätöntä. *Duodecim* 122:255–257, 2006.
- Koskinen S, Sainio P, Gould R, Suutama T, Aromaa A ja toimintakykyryhmä. Toimintakyky ja työkyky. Raportissa: Aromaa A, Koskinen S toim. *Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 – tutkimuksen perustulokset*. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002, s. 47-50. <http://www.ktl.fi/terveys2000/indexx.html>
- Linjakumpu T, Hartikainen S, Isoaho R, Kivelä S-L: Kotona asuvien iäkkäiden monilääkitys sekä psyyken- ja kipulääkkeiden käyttö. *Gerontologia* 2: 117-124, 2001.
- Linjakumpu T, Hartikainen S, Klaukka T, Koponen H, Hakko H, Viilo K, Haapea M, Kivelä S-L, Isoaho R: Sedative drug use in the home-dwelling elderly. *Ann Pharmacotherapy* 38:2017-2022, 2004.
- Linjakumpu T, Hartikainen S, Klaukka T, Koponen H, Hakko H, Viilo K, Haapea M, Kivelä S-L, Isoaho R: Iäkkäiden lääkitys on usein vahvasti sedatiivista. *Suom Lääk* 1 59:4852-4854, 2004.
- Linjakumpu T, Hartikainen S, Klaukka T, Koponen H, Kivelä S-L, Isoaho R: Psychotropics among the elderly – increasing trends. *Int J Geriatr Psychiatry* 17: 874-883, 2002.

- Linjakumpu T, Hartikainen S, Klaukka T, Koponen H, Kivelä S-L, Isoaho R: Psykyk-
lääkkeiden käyttö kasaantuu kaikkein vanhimmille. *Suom Lääk* 1 57:4600-4603,
2002.
- Linjakumpu T, Hartikainen S, Klaukka T, Veijola J, Kivelä S-L, Isoaho R: Use of
medications and polypharmacy are increasing among the elderly. *J Clin Epidemiol*
55: 809-817, 2002.
- Linjakumpu T, Hartikainen S, Klaukka T, Veijola J, Kivelä S-L, Isoaho R: Ikääntyvien
ja iäkkäiden monilääkitys yleistyy. *Suom Lääk* 1 57:4102-4104, 2002.
- Lundström M, Edlund A, Karlsson S, Brännström B, Bucht G, Gustafson Y. A Multi-
factorial Intervention Program Reduces the Duration of Delirium, Length of Hospi-
talization, and Mortality in Delirious Patients. *J Am Geriatric Soc* 53:622-628, 2005.
- Lundström M, Edlund A, Lundström G et al. Reorganization of nursing and medical
care to reduce the incidence of postoperative delirium and improve rehabilitation
outcome in elderly patients treated for femoral neck fractures. *Scand J Caring Sci* 13:
193–200, 1999.
- Luukinen H, Herala M, Koski K, Honkanen R, Kivelä S-L: Rapid increase of fall-
related severe head injuries with age among the elderly - a population-based study. *J*
Am Geriatr Soc 47:1451-1452, 1999.
- Luukinen H, Koski K, Hiltunen L, Kivelä S-L: Incidence rate of falls in an aged popula-
tion in Northern Finland. *J Clin Epidemiol* 47:843-850, 1994.
- Luukinen H, Koski K, Honkanen R, Kivelä S-L: Incidence of injury - causing falls
among older adults by place of residence: A population-based study. *Am J Ger Soc*
43:871-876, 1995.
- Lääkintöhallitus. Suositus vanhusten terveydenhuollon kehittämiseksi. Geriatrian asian-
tuntijaryhmän mietintö. Lääkintöhallituksen julkaisu 21, Helsinki 1982.
- Lääkäriliiton tilastot; <http://www.laakariliitto.fi/tilastot/>
- Löppönen M, Isoaho R, Rähä I, Vahlberg T, Loikas S, Takala T, Puolijoki H, Irjala K,
Kivelä S-L: Undiagnosed diseases in patients with dementia – a potential target
group for intervention. *Dementia Geriatr Cogn Disord* 18:321-329, 2004.
- Löppönen M, Rähä I, Isoaho R, Kivelä S-L: Diagnosing cognitive impairment and de-
mentia in primary health care – a more active approach is needed. *Age Ageing*
32:606-612, 2003.
- Marcantonio ER, Flacker JM, Wright RJ et al. Reducing delirium after hip fracture: A
randomized trial. *J Am Geriatr Soc* 49: 516–522, 2001.
- Martelin T, Sainio P, Koskinen S. Ikääntyvän väestön toimintakyvyn kehitys. Teokses-
sa: Ikääntyminen voimavarana. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Valtioneuvoston
kanslian julkaisusarja 33/2004, Helsinki, s. 117–31. Saatavissa: [http://www.vnk.fi/ tie-
dostot/pdf/fi/90135.pdf](http://www.vnk.fi/tie-
dostot/pdf/fi/90135.pdf).

- Milisen K, Foreman MD, Abraham IL et al. A nurse-led interdisciplinary intervention program for delirium in elderly hip-fracture patients. *J Am Geriatr Soc* 49: 523–532, 2001.
- Norblad A, Vehkalahti M ja suun terveyden työryhmä. Suun terveydentila. Raportissa: Aromaa A, Koskinen S toim. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 – tutkimuksen perustulokset. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002, s. 55-60. <http://www.ktl.fi/terveys2000/indexx.html>
- Noro A, Finne-Soveri H, Björkgren M, Vähäkangas P (toim.): Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus – RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Stakes, Saarijärvi, 2005.
- Pahkala K, Kesti E, Köngäs-Saviaro P, Laippala P, Kivelä S-L: Prevalence of depression in an aged population in Finland. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 30:99-106, 1995.
- Pahkala K, Kivelä S-L: Vanhusten depressiot: Ähtäri-projekti. Kirjassa: Tutkimus ja kansanterveys 1986. Vanhenemisen ja vanhuuden tutkimus. Osa II. Suomen Akatemian julkaisuja 10/1986. Toim. Huttunen J, Jylhä M, Kivelä S-L, Raijas T., s. 99-107, Helsinki 1986.
- Piirtola M, Akkanen J, Sintonen H, Isoaho R, Ryyänen O-P, Kivelä S-L: Iäkkäiden kaatumisvammojen akuuttihoidon kustannukset. *Suom Lääk* 1 57:4841-4848, 2002.
- Piirtola M, Hartikainen S, Akkanen J, Isoaho R, Ryyänen O-P, Kivelä S-L: Lääkärin hoitoa vaativat iäkkäiden kaatumisvammat. *Suom Lääk* 1 56: 4903-4907, 2001.
- Piirtola M, Isoaho R, Kivelä S-L: Fyysinen harjoittelu edullista ja tehokasta kaatumisten ja kaatumisvammojen ehkäisyssä. *Duodecim* 119:599-604, 2003.
- Pirkola S, Lönnqvist J ja mielenterveyden työryhmä. Psykkinen oireilu ja mielenterveyden häiriöt. Raportissa: Aromaa A, Koskinen S toim. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 –tutkimuksen perustulokset. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002, s. 51-54. <http://www.ktl.fi/terveys2000/indexx.html>
- Pitkälä K, Laurina JV, Strandberg TE, Tilvis RS. Behavioral symptoms and the administration of psychotropic drugs to aged patients with dementia in nursing homes and in acute geriatric wards. *Int Psychogeriatrics* 16:61-74, 2004.
- Pitkälä K, Routasalo P, Kautiainen H, Savikko N, Tilvis R. Ikääntyneiden yksinäisyys. Psykososiaalisen ryhmäkuntoutuksen vaikuttavuus. Vanhustyön keskusliitto. Geriatrisen kustannuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 11, Helsinki 2005.
- Prince MJ, Beekman ATF, Deeg D J H, Fuhrer R, Kivelä S-L, Lawlor B, Lobo A, Magnusson H, Meller I, van Oyen H, Reischies F, Roelands M, Skoog I, Turrina C, Copeland JRM: Depression symptoms in late-life assessed using the EURO-D scale. The effect of age, gender and marital status in 14 European countries. *Br J Psychiatry* 174: 339-345, 1999.

- Pulska T, Pahkala K, Kivelä S-L: Ikääntyneiden depressiot - epidemiologinen ja kliininen tutkimus. Psykiatrian tutkimussäätiön julkaisusarja (Perusterveydenhuollon kehittyvä psykiatria, toim. J. Winbland ja M. Heikkinen) 114: 26-39, 1997.
- Rahkonen T, Kivelä S-L, Sulkava R: Iäkkäiden delirium ja sen seuraukset – mitkä ovat ehkäisy mahollisuudet? *Suom Lääk* 1 57:4807-4810, 2002.
- Rappe E, Kivelä S-L, Rita H: Visiting Outdoor Green Environments Positively Impacts Self-rated Health among Older People in Long-term Care. *HortTechnology* 16:2006.
- Reunanen A, Kattainen A ja verenkiertoelinsairauksien työryhmä. Verenkiertoelinten sairaudet ja diabetes. Raportissa: Aromaa A, Koskinen S toim. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 –tutkimuksen perustulokset. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisu B3/2002, s. 39-43. <http://www.ktl.fi/terveys2000/indexx.html>
- Riihimäki H, Heliövaara M ja tuki- ja liikuntaelinsairauksien työryhmä. Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet. Raportissa: Aromaa A, Koskinen S toim. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 –tutkimuksen perustulokset. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisu B3/2002, s. 47-50. <http://www.ktl.fi/terveys2000/indexx.html>
- Ruutu P, Kuusi M, Nuorti P, Koskinen S ja infektio tautien työryhmä. Infektioaudit. Raportissa: Aromaa A, Koskinen S toim. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 –tutkimuksen perustulokset. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisu B3/2002, s. 60-62. <http://www.ktl.fi/terveys2000/indexx.html>
- Ryynänen O-P, Kivelä S-L, Honkanen R, Laippala P, Soini P: Incidence of falling injuries leading to medical treatment in the elderly. *Public Health* 105: 373-386, 1991.
- Salminen M, Isoaho R, Vahlberg T, Ojanlatva A, Irjala K, Kivelä S-L: Effects of health advocacy, counseling, and activation among older coronary heart disease (CHD) patients. *Aging Clin Experiment Res* 17:6:472-478, 2005.
- Salminen M, Sintonen H, Vahlberg T, Isoaho R, Verronen S, Kivelä S-L: Sepelvaltimotautia sairastavien iäkkäiden elämänlaatu. *Yleislääkäri* 21:24-26, 2006.
- Saltvedt I. Treatment of acutely sice, frail elderly patients in a geriatric evaluation and management unit. A Prospective randomized study. Vedtak, D-sak 025-06, Norges Teknisk-Naturvitenskapelige universitet, Trondheim, mars 2006.
- Seppänen M: Gerontologinen sosiaalityö. Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus SOCCA, Helsinki, 2006.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2005. Stakes, Vaajakoski, 2005.
- Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto. Ikäihmisten hoitoa ja palveluita koskeva laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:4, Helsinki 2005.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Oppaita 2005:32, Helsinki 2005.
- Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820710?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=sosiaalihuoltolaki>

Struck A, Sio A, Wieland D et al. Comprehensive geriatric assessment: A meta-analysis of controlled trials. *Lancet* 342:1032-1036, 1993.

Tilastokeskuksen väestötilastot; <http://www.tilastokeskus.fi/>

Tuomilehto J, Nissinen A, Kivelä S-L, Pekkanen J, Kaarsalo E, Wolf E, Aro A, Punsar S, Karvonen MJ: Diabeteksen esiintyvyys Itä- ja Lounais-Suomen 65-84 -vuotiaissa miehissä. *Suom Lääk* 142:358-363, 1987.

Vaarama M. Ikääntyneiden toimintakyky ja hoitopalvelut – nykytila ja vuosi 2015. Raportissa: Ikääntyminen voimavarana. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33/2004. Helsinki 2004.

Wasén E, Suominen P, Isoaho R, Mattila K, Virtanen A, Kivelä S-L, Irjala K: Serum cystatin C as a marker of kidney dysfunction in an elderly population. *Clin Chemistry* 48: 1138-1140, 2002.

Winblad I, Jääskeläinen M, Kivelä S-L, Hiltunen P, Laippala P: Prevalence of disability in three birth cohorts at old age over time spans of 10 and 20 years. *J Clin Epid* 54:1019-1024, 2001.

Viramo P, Sulkava R. Muistihäiriöiden ja dementian epidemiologia. Kirjassa: Erkinjuntti T, Rinne J, Alhainen K, Soininen H, toim. Muistihäiriöt ja dementia. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki, s. 20-36, 2001.

Vänskä J, Hyppölä H, Halila H, Virjo I, Kumpusalo E, Kujala S, Isokoski M, Mattila K. *Lääkäri* 2003 (julkaisematon havainto; Mattila K., suullinen tiedonanto, 2006).

- 2006: 1 Anita Haataja, Maija-Liisa Järviö, Esko Mustonen. Talousarvion sukupuolivaikutusten arviointi. Pilottihanke sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalalta.
ISBN 952-00-1928-6 (nid.)
ISBN 952-00-1929-4 (PDF)
- 2 Sosiaali- ja terveysministeriön toimintasuunnitelma vuodelle 2006.
ISBN 952-00-1933-2 (nid.)
ISBN 952-00-1934-0 (PDF)
- 3 Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan tulossopimukset kaudelle 2004-2007. Tarkistusvuosi 2006.
ISBN 952-00-1937-5 (nid.)
ISBN 952-00-1938-3 (PDF)
- 4 Seppo Tuomola. Kansallisen terveyshankkeen piiriin kuuluvan hankerahoituksen vaikuttavuuden arviointi. (Ainoastaan verkossa www.stm.fi)
ISBN 952-00-1939-1 (PDF)
- 5 Ehkäisevää huumetyötä nuorten työpajoilla kehittävän hankkeen loppuraportti.
ISBN 952-00-1940-5 (nid.)
ISBN 952-00-1941-3 (PDF)
- 6 Rikoksista rangaistujen tuen tarve. Suositukset yhteistoiminnalle. Vankien jälkihuoltotyöryhmän raportti.
ISBN 952-00-1942-1 (nid.)
ISBN 952-00-1943-X (PDF)
- 7 Lasten tuetut ja valvotut tapaamiset.
ISBN 952-00-1944-8 (nid.)
ISBN 952-00-1945-6 (PDF)
- 8 Terveysthuollon valtakunnallisen tietojärjestelmäarkkitehtuurin periaatteet. Alueellisista ratkaisuksista kansalliseen kokonaisuuteen.
ISBN 952-00-1948-0 (nid.)
ISBN 952-00-1949-9 (PDF)
- 9 Christel Lamberg-Allardt, Heli Viljakainen ja työryhmä. D-vitamiinitilanteen seurantatutkimus 2002-2004.
ISBN 952-00-1952-9 (PDF)
- 10 Päivähoitopaikkojen tilat ja turvallisuus. Helsingin ja Oulunsalon päivähoitohenkilökunnalle sekä lasten vanhemmille ja huoltajille suunnattujen kyselyjen tulokset. Toim. Airi Palosaari ja Olli Saarsalmi.
ISBN 952-00-1953-7 (nid.)
ISBN 952-00-1954-5 (PDF)
- 11 Kansallinen varautumissuunnitelma influenssapandemiaa varten. Kansallisen pandemiavarautumisen työryhmän ehdotus.
ISBN 952-00-1985-5 (nid.)
ISBN 952-00-1986-3 (PDF)
- 12 Niilo Färkkilä. Sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikan ja maksujärjestelmän uudistaminen. Lausuntoyhteenveto toimikunnan mietinnöstä. (Ainoastaan verkossa www.stm.fi)
ISBN 952-00-1987-1 (PDF)

- 2006: 13 Kansallisen terveydenhuollon hankkeen seurantaryhmän raportti sosiaali- ja terveysministeriölle vuoden 2005 toiminnasta.
ISBN 952-00-1988-X (nid.)
ISBN 952-00-1989-8 (PDF)
- 14 Hallituksen tasa-arvo-ohjelman (2004-2007) seurantaraportti. Maaliskuu 2006. (Ainoastaan verkossa www.stm.fi)
ISBN 952-00-1960-X (PDF)
- 15 Ehdotus sosiaali- ja terveysministeriön hallinnon talousarvioehdotuksen rakenteen ja selvitysosien sisällön uudistamiseksi.
ISBN 952-00-2000-4 (nid.)
ISBN 952-00-2001-2 (PDF)
- 16 Niilo Färkkilä. Lasten päivähoiton tilannekatsaus. Syyskuu 2005.
ISBN 952-00-2002-0 (nid.)
ISBN 952-00-2003-9 (PDF)
- 17 Perhepäivähoidon kehittämishaasteita. Toim. Sanna Parrila.
ISBN 952-00-2008-X (nid.)
ISBN 952-00-2009-8 (PDF)
- 18 Terveydenhuollon varautumiskoulutuksen haasteita. Selvitys häiriötilanteiden ja poikkeusolojen koulutuksesta ammattikorkeakouluissa ja lääketieteellisissä tiedekunnissa.
ISBN 952-00-1962-6 (nid.)
ISBN 952-00-1963-4 (PDF)
- 19 Alkoholilolot EU-Suomessa. Kulutus, haitat ja politiikan kehys 1990-2005.
ISBN 952-00-2010-1 (nid.)
ISBN 952-00-2011-X (PDF)
- 20 Alkoholiförhållandena i EU-Finland. Konsumtion, skadeverkningar och policyramar 1990-2005.
ISBN 952-00-2012-8 (inh.)
ISBN 952-00-2013-6 (PDF)
- 21 Alcohol Issues in Finland after Accession to the EU. Consumption, Harm and Policy Framework 1990-2005.
ISBN 952-00-2014-4 (print.)
ISBN 952-00-2015-2 (PDF)
- 22 Carita Lahti, Sini Jämsén, Saara Tarumo. Samapalkkaisuuteen palkkausjärjestelmämuudistuksin. Työn vaativuuden ja henkilön pätevyyden arviointi Suomessa.
ISBN 952-00-2016-0 (nid.)
ISBN 952-00-2017-9 (PDF)
- 23 Valtioneuvoston vammaispoliittisen selonteon tausta-aineisto.
ISBN 952-00-2020-9 (nid.)
ISBN 952-00-2021-7 (PDF)
- 24 Työurat pitenevät? Veto-ohjelman indikaattorit.
ISBN 952-00-2030-6 (nid.)
ISBN 952-00-2031-4 (PDF)
- 25 Lastensuojelulain kokonaisuudistustyöryhmän muistio.
ISBN 952-00-2032-2 (nid.)
ISBN 952-00-2033-0 (PDF)
- 26 Varhaisen tuen vahvistaminen varhaiskasvatuksessa. VarTu -hankekuvaus 2004-2005.
ISBN 952-00-2041-1 (nid.)
ISBN 952-00-2042-X (PDF)

- 2006: 27 Rakennusalan terveystarkastusten seurantarekisteri.
ISBN 952-00-2043-8 (nid.)
ISBN 952-00-2044-6 (PDF)
- 28 Valtakunnallisen työtaturmaohjelman arviointi.
ISBN 952-00-2045-4 (nid.)
ISBN 952-00-2046-2 (PDF)
- 29 Arja Rimpelä, Susanna Rainio, Lasse Pere, Tomi Lintonen, Matti Rimpelä. Use of Tobacco Products, Alcohol Use and Exposure to Drugs in 1977-2005.
ISBN 952-00-2047-0
ISBN 952-00-2048-9 (PDF)
- 30 Sirkka-Liisa Kivelä. Geriatrisen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Selvityshenkilön raportti.
ISBN 952-00-2068-3 (nid.)
ISBN 952-00-2069-1 (PDF)