

| Sessiot 9.2.2023 | Esittäjät |
|--|--|
| <p>Sessio 5 <u>Vanhuuteen varautuminen</u> klo 10.30–12.00 Tila: Maestro pj. Katariina Tuominen</p> | <p>Suvi Fried: Suomalaisten vanhustalouksien hätä- ja kriisitilanteisiin varautuminen 2000-luvulla asiakirja-aineiston valossa Nina Leino: Vanhuuteen varautuminen kansalaistaidoksi -voisiko ikääntyneiden asumisen ennakointi olla konkreettinen askel? Milla Saajanaho: Persoonallisuuden piirteet ja elämänkulun ohjaaminen 61-vuotiaana Paula Andreasen: Hoitotahdon tekemiseen vaikuttavat tekijät säännöllistä palvelua saavilla iäkkäillä Henna Nikumaa: Muistisairaana autonomian tukeminen oikeudellisen ennakkoinnin keinoin</p> |
| <p>Sessio 6 <u>Liikunta, liikkuminen ja elinpiiri</u> klo 10.30–12.00 Tila: Sonaatti 1 pj. Merja Rantakokko</p> | <p>Essi-Mari Tuomola: Lähiympäristön käveltävyyden ja koettujen kävelymaavaikeuksien yhteys iäkkäiden henkilöiden vapaa-ajan toimintoihin osallistumiseen Lotta Palmberg: Fyysisen aktiivisuuden, paikallaanolon ja yöllisen levon yhteys väsyvyyteen iäkkäillä henkilöillä Sonja Iltanen: Iäkkäiden etäjumpan implementaatioon vaikuttavat rakenteelliset ja kulttuuriset tekijät kunnissa Kirsi E. Keskinen: Iäkkäiden ihmisten aktiivisuuden paikat Johanna Eronen: Terveystietäminen, fyysinen aktiivisuus ja liikkumisaktiivisuus elinpiirissä</p> |
| <p>Sessio 7 <u>Hoito ja huolenpito</u> klo 10.30–12.00 Tila: Sonaatti 2 pj. Jari Pirhonen</p> | <p>Ulla Halonen: Resursseja, yhteistyökumppaneita vai asiakkaita: Muistisairasta läheistään hoivaavat palvelujärjestelmässä Päivikki Inkerinniemi: Ammatillisesti ohjatulla vertaisryhmätoiminnalla ehkäistään omaishoitosuhteissa tapahtuvaa kaltoinkohtelua Marjut Lemivaara: Omaishoidon vaikutus iäkkäiden puolisoitten parisuhteeseen Jenny Paananen: Luottamuksellisen vuorovaikutussuhteen rakentaminen hoivakotiasukkaiden läheisten ja hoitohenkilöstön välillä Virve Repo: Vankeustila vai vapaustila? Tilalliset ratkaisut muistisairaiden hyvinvoinnin tukena</p> |
| <p>Sessio 8 <u>Geriatriiset oireyhtymät</u> klo 13–14.30 Tila: Sonaatti 1 pj. Jouko Laurila</p> | <p>Päivi Lahtinen: Virtsa- ja ulosteinkontinenssin sekä yövirtsaamisen esiintyvyys ja koettu haitta 75- vuotisneuvolan asiakkailla Esa Jämsen: Sairaalakaatumiset Tampereen yliopistollisessa sairaalassa: yleisyys, kaatumisten taustalla olevat tekijät ja kaatumisista aiheutuneet seuraukset Mervi Rantsi: Muistisairauksien Käypä hoito –suositusten julkaisun vaikutus käytösoireiden lääkehoitoon Markus Haapanen: Haurauden asteen ja suoliston mikrobiomin välinen yhteys väestöön perustuvassa poikkileikkaustutkimuksessa</p> |

| | |
|---|---|
| | Tiina Pesonen: Heikentyneen näkökyvyn ja kognition esiintyvyys sekä niihin yhteydessä olevat taustatekijät kotihoidon asiakkaila |
| Sessio 9 <u>Liikkumista edistävät interventiot</u> klo 13–14.30 Tila: Sonaatti 2 pj. Timo Strandberg | Timo Strandberg: Liikunnallisen toiminnanvajeen monitekijäinen ehkäisy gerastenia-sarkopeniaoireyhtymässä iäkkäillä: SPRINTT-projekti Annele Urtamo: SPRINTT-tutkimuksen liikuntaintervention tuloksia Suomessa Satu Jyväkorpi: SPRINTT- tutkimuksen ravitsemusintervention kuvaus ja vaikuttavuus kotona asuvilla ikääntyneillä eurooppalaisilla Sara Suikkanen: Fysioterapeutin ohjaama 12 kuukauden kotiharjoittelu gerasteenisilla ikääntyneillä – satunnaistettu kontrolloitu tutkimus Hanna Ojala: Kuntosaliharjoittelu sukupolvikysymyksenä |
| Sessio 10 <u>Johtaminen ja työn organisointi</u> klo 13–14.30 Tila: Maestro pj. Timo Sinervo | Merja Hoffrén-Mikkola: Kotihoidon etähoito työntekijöiden hyvinvoinnin ja johtamisen näkökulmasta Katja Hautsalo: Yhdessä ammattilaiseksi – mentorointi osana kotihoitotyöhön kasvamista Maria Korvola: OuluGNC© GeroLeader -täydennyskoulutuksesta laatua, näyttöä ja vaikuttavuutta kuntoutumista edistävän hoitotyön toteutukseen ja johtamiseen Marjo Ring: Uusi julkisjohtaminen ja kotona asumisen politiikka – heijastumia kotihoidon työhön ja työntekijöiden alanvaihtoon Riitta Räsänen: Hyvän hoivan taustalla on aina hyvä johtaminen/Good Care Is Always Based on Good Management |

| | |
|--|---|
| Sessio 11 <u>Elintapojen ja hoidon interventiot toimintakyvyn tukijana</u> klo 15.45–17.15 Tila: Duetto 1 & Duetto 2 pj. Satu Jyväkorpi | Merja Suominen: Voimaa ruuasta – ikäihmisten hyvän ravitsemuksen tukeminen Päivi Niinistö-Mäkinen: Muisti mukana menossa -yhteistyöhanke, tuloksellista aivoterveysten edistämistä konkreettisen toimintamallin avulla Riikka Niskanen: Ravitsemusintervention toteutettavuus vähän proteiinia ruokavaliosta saavilla kotona-asuvilla ikääntyneillä: lisäanalyysi PROMISS satunnaistetusta kontrolloidusta tutkimuksesta Susanna Kunvik: Runsasproteiinisilla kotiaterioilla tukea ikääntyneiden ravitsemukseen ja fyysiseen toimintakykyyn – Power Meals-tutkimuksen (RCT) tuloksia Ulla Eloniemi-Sulkava: Changing Minds in care of people with Alzheimer’s disease and related disorders. Randomised controlled trial |
|--|---|

| | |
|---|---|
| <p>Sessio 12 <u>Kotona annettava hoiva ja hoito</u> klo 15.45–17.15 Tila: Sonaatti 2 pj. Mari Aaltonen</p> | <p>Minna Anttila: Teknologia kotihoidon asiakkaiden sosiaalisen toimintakyvyn tukijana – hoitohenkilöstön kokemuksia omasta, asiakkaan ja läheisen näkökulmasta KATI-ohjelmassa Sari Asikainen: Ikääntyneiden kotiin asennettujen sensoreiden tuottaman tiedon hyödyntäminen Etelä-Savon kotihoidossa – uusi toimintamalli osana KATI-ohjelmaa Milka Erkkilä: GerDigiGame - Virittää ikääntyneiden hoitotyön digitaajuudelle Jukka Rönneikkö: Geriatrien oireiden merkitys kotihoidon asiakkaan ennalta suunnittelemattoman sairaalahoidon ennustamisessa Teija Hammar: Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tukiverkosto iäkkäiden palveluasumisessa ja kotihoidossa</p> |
| <p>Sessio 13 <u>Mielen hyvinvointi ikääntyessä</u> klo 15.45–17.15 Tila: Maestro pj. Anu Siren</p> | <p>Tiia Kekäläinen: Iäkkäät ihmiset kokevat vähemmän masennusoireita kuin kolmekymmentä vuotta sitten: kohorttivertailu 75- ja 80-vuotiaiden mielen hyvinvoinnista Katja Kokko: Myöhäisaikuisuuden siirtymät, terveydentila ja mielen hyvinvointi Emmi Reinilä: Mielen hyvinvoinnin rakenne ja sen yhteys generatiivisuuteen keskiäikuisuudesta myöhäisaikuisuuden alkuun Petri Purola: Seniorikansalaisten kansantaudin glaukooman ja sen hoidon vaikutus yksilön elämänlaatuun, mielenterveyteen ja näkökykyyn Katja Pynnönen: Välittääkö elämän tarkoituksellisuus iäkkäiden ihmisten sosiaalisen osallistumisen ja elämäntyytyväisyyden ja masennusoireiden yhteyttä</p> |
| <p>Sessio 14 <u>Korona-pandemia</u> klo 15.45–17.15 Tila: Sonaatti 1 pj. Markus Haapanen</p> | <p>Katja Lindeman: Elinpiirin ja ulkona liikkumisen autonomian muutokset koronaviruspandemian aikana kotona asuvilla ikääntyneillä henkilöillä Tiina Savikangas: Masennusoireet yhteydessä fyysisen aktiivisuuden vähenemiseen koronapandemian alussa iäkkäillä, liikuntaan tottuneilla henkilöillä Laura Kananen: Health progression of geriatric Covid-19 survivors Päivi Ahosola: 65–84-vuotiaiden suomalaisten huoli omasta tilanteestaan koronapandemian aikana Leena Forma: Miten sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö muuttui ikääntyneillä koronapandemian alkuvaiheessa? Tyyne Ylinen: Vanhusten oikeuksien toteutuminen koronapandemian aikana sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten näkemyksissä</p> |

SESSIOIDEN TIIVISTELMÄT Torstai 9.2.2023

Sisällys

| | |
|--|----|
| Sessio 5. Vanhuuteen varautuminen | 4 |
| Sessio 6. Liikunta, liikkuminen ja elinpiiri | 10 |
| Sessio 7. Hoito ja huolenpito | 16 |
| Sessio 8. Geriatriset oireyhtymät | 21 |
| Sessio 9. Liikkumista edistävät interventiot | 26 |
| Sessio 10. Johtaminen ja työn organisointi | 33 |
| Sessio 11. Elintapojen ja hoidon interventiot toimintakyvyn tukijana | 38 |
| Sessio 12. Kotona annettava hoiva ja hoito | 44 |
| Sessio 13. Mielen hyvinvointi ikääntyessä | 50 |
| Sessio 14. Korona-pandemia..... | 55 |

Sessio 5. Vanhuuteen varautuminen

Suvi Fried

Suomen pelastusalan keskusjärjestö SPEK ja Tampereen yliopisto

Suomalaisten vanhustalouksien hätä- ja kriisitilanteisiin varautuminen 2000-luvulla asiakirja-aineiston valossa

Tausta ja tavoitteet: Yhteiskunnallisessa turvallisuusajattelussa kotitaloudet ja jokainen kansalainen ovat kukin turvallisuustoimijoita, jotka vastaavat varautumisestaan hätä- ja kriisitilanteisiin. Valtaosa suomalaisista vanhoista ihmisistä asuu omatoimisesti omissa kotitalouksissaan. Tässä esityksessä nostetaan esiin näkökulmia iäkkäiden kotona asuvien turvallisuuteen.

Menetelmä: Tutkimuksen aineistona ovat 2000-luvulla julkaistut aiheeseen liittyvät asiakirjat (N=22): onnettomuustutkintakeskuksen suosituksukset, vanhuspalveluiden laatusuosituksukset, yhteiskunnan turvallisuusstrategiat, iäkkäisiin suuntautuneet turvallisuusohjelmat, lait ja oppaat. Aineiston käsittelyssä käytettiin asiakirja-analyysin menetelmää. Analyysin lähtökohdaksi otettiin Onnettomuustutkintakeskuksen talvena 1999–2000 raportoima tutkintojen kokonaisuus vanhojen ihmisten palvelutaloissa ja kodeissa tapahtuneista tulipaloista. Tutkinnan johtopäätösten pohjalta paloturvallisuuden parantamiseksi annettiin suosituksia ja pyydettiin kommentit sisäministeriöstä,

sosiaali- ja terveystieteiden ministeriöstä, ympäristöministeriöstä ja Kuntaliitosta.

Tulokset: Asiakirjojen sisällönanalyysi paljasti iäkkäiden asumisen turvallisuuden ja varautumisen saamat erilaiset painotukset eri toimijoiden linjauksissa. Selkein esimerkki on asumisen paloturvallisuuden edistämisen erot hoitolaitoksissa ja kodeissa. Samaan aikaan, kun koti on vakiintunut tavoiteltavaksi ensisijaiseksi asuinpaikaksi valtaosalla iäkkäillä, kotien paloturvallisuutta ei valvota samaan tapaan kuin hoitolaitoksissa. Vanhustalouksien varautumisen mahdollisuuksia ei juuri pohdita erikseen eri toimialojen asiakirjoissa. Yhteiskunnan turvallisuusstrategiassa kotitaloudet ja kansalaiset nimetään turvallisuustoimijoiksi.

Niissä tapauksissa, joissa iäkkäät mainitaan turvallisuuteen liittyen, usein tunnustetaan toimintarajoitteiden vaikutus yksilön turvallisuusriskeihin ja heikompiin mahdollisuuksiin toimia hätätilanteessa oikein. Varautumisen yhteydessä ei kuitenkaan pohdita sitä, miten toimintarajoitteisten itsenäisesti asuvien kansalaisten varautumista tuetaan. Vanhenemisen asiakirjoissa pohditaan monenlaisia turvallisuusriskejä ja turvallisuuden osa-alueita, mutta varautumisen näkökulma ei nouse esiin.

Johtopäätökset: Vanhustalouksien turvallisuustilannetta ei ole huomioitu kokonaisvaltaisesti vanhuspolitiikan linjauksissa. Yhteiskunnan turvallisuusstrategiassa ei puolestaan ole huomioitu sitä, että osa kotitalouksista ei välttämättä selviydy varautumiseen liittyvästä suunnittelusta ja hankinnoista ilman tukea. Iäkkään toimintarajoitteisen kansalaisen elinolot eivät välttämättä tule huomioiduksi kokonaisuutena eri toimialojen ohjelmissa tai suosituksissa. Konkreettisen päätöksenteon ja resurssoinnin tueksi tarvitaan ajantasaista tietoa kotona asuvien vanhustalouksien turvallisuuden ja varautumisen tasoista.

Nina Leino

Vanhustyön keskusliitto Centralförbundet för de gamlas väl ry
Anu Jansson¹ & Jukka Laakso¹

¹Vanhustyön keskusliitto, Centralförbundet för de gamlas väl ry

Vanhuuteen varautuminen kansalaistaidoksi -voisiko ikääntyneiden asumisen ennakointi olla konkreettinen askel?

Tausta ja tavoitteet: Vanhuuteen varautuminen on Suomessa pitkän aikavälin strategisena ja toiminnallisena tavoitteena, jotta väestön ikääntymiseen voidaan varautua laaja-alaisesti ja kestävästi. Vanhuuteen varautuminen ei kuitenkaan vielä laajamittaisesti toteudu. Sen ei välttämättä koeta koskettavan itseä: ”Vanhuus on jossakin muualla kuin minussa”. Ihmiset eivät oikein tiedä, milloin varautua, ja mihin varautumisen teemaan konkreettisesti tarttua. Vanhustyön keskusliiton tavoitteena on saattaa vanhuuteen varautuminen kansalaistaidoksi. Tässä esityksessä keskitytään erityisesti asumisen varautumiseen, joka voisi olla yksi konkreettinen ja luonteva tapa lähestyä myös muita varautumisen teemoja.

Menetelmä: Vanhustyön keskusliitossa vanhuuteen varautumista ylläpidetään ja kehitetään käytännön toimintamallina sekä viestinnällisenä kokonaisuutena. Tässä selvityksessä kuvataan liiton teettämän valtakunnallisen kansalaiskyselyn (n=2055), laadullisen kuntien (n=293) verkkosivukartoituksen ja yhteistoiminnallisen Ympäristöministeriön järjestöhanke pohjalta asumisen varautumisen kysymyksiä. Tulokset on koostettu eri aineistojen ja asiantuntijoiden välisellä vuoropuhelulla teemoitellen.

Tulokset: Kansalaiskyselyn perusteella kolme neljästä vastaajasta kertoo asumiseen liittyvän varautumisen olevan tärkeää. Asunnon sopiva sijainti, palvelujen läheisyys ja asunnon esteettömyys nähdään konkreettisina toimina. Kansalaiset hakevat asumisen varautumiseen liittyvää tietoa pääasiassa kunnista ja järjestöiltä, mutta myös esimerkiksi läheisiltä ja ystäviltä.

Vaikeudet tiedon saannissa heikentävät varautumista. Tieto asumiseen liittyvästä varautumisesta on hajallaan. Vain 60 % kuntien verkkosivuilla oli tietoa asumiseen liittyvästä Vanhustyön keskusliiton tarjoamasta korjausneuvonnasta ja Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskuksen korjausavustuksista. Myös ikääntyvien ihmisten oma ääni varautumisen teemoissa jää usein asiantuntijapuheen alle.

Johtopäätökset: Vanhuuteen varautuminen on konkreettisesti oman elämän suunnittelua ja ennakointia omannäköisen, mielekkään ja turvallisen elämän toteutumiseksi. Oma asunto ja asuinympäristö ovat avainasemassa hyvän vanhuuden toteutumisessa. Kuntien ja hyvinvointialueiden merkitys asumisen ennakointiin ja varautumiseen liittyvän tiedon jakamisessa on tärkeä. Kuntien velvoitteena on edelleen kehittää esimerkiksi asuinalueita sekä antaa neuvontaa. Järjestöillä on paljon annettavaa varautumisen teemoihin. Tarvitaan laajaa tiedotusta ja eri sektoreiden välistä avointa vuoropuhelua ikääntyvien ihmisten tarpeista ja siitä, millä tavoin kansalaiset saadaan kiinnostumaan varautumisen teemoista. Asumisen ennakointi voisi olla avainasemassa, ja siihen liittyvää varautumista tulee tukea viestinnällisesti sekä tarjota apua neuvonnan ja koulutuksen avulla. Ikääntyvien ihmisten omaa ääntä ja vaikutusmahdollisuuksia tulee nostaa esiin.

Milla Saajanaho

Gerontologian tutkimuskeskus ja Jyväskylän yliopisto

Katja Kokko¹ & Tiia Kekäläinen¹

¹Gerontologian tutkimuskeskus ja Jyväskylän yliopisto

Persoonallisuuden piirteet ja elämänkulun ohjaaminen 61-vuotiaana

Tausta ja tavoitteet: Ohjaamalla elämänkulkuaan ihminen voi edistää mielen hyvinvointiaan läpi elämän. Elämänkulun tasapainomallin mukaan ihminen ohjaa elämänkulkuaan suunnittelemalla tulevaisuuttaan ja varautumalla mahdollisiin uhkiin (ennakoiva ohjaaminen), pyrkimällä saavuttamaan omia tavoitteitaan (ensisijainen ohjaaminen) sekä sopeutumalla ja muokkaamalla omia tavoitteitaan (toissijainen ohjaaminen). Ohjaamalla elämäänsä ikääntyvä ihminen voi varautua mahdollisiin tuleviin muutoksiin ja edistää esimerkiksi oman kunnon, ihmissuhteiden ja elämän sisältöjen säilymistä

mielekkäänä läpi elämän. Hyvin vähän kuitenkin tiedetään siitä, miten yksilölliset ominaisuudet heijastuvat elämänculun ohjaamiseen. Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää miten persoonallisuuden piirteet ovat yhteydessä elämänculun ohjaamiseen myöhäisaikuisuuden alkuvaiheessa.

Menetelmät: Tutkimusaineisto saatiin Lapsesta aikuiseksi -tutkimuksen uusimmasta aineistonkeruuvaiheesta (TRAILS), johon osallistui 206 61-vuotiasta miestä ja naista. Heistä tähän tutkimukseen tarvittavat tiedot saatiin 165 henkilöltä. Persoonallisuuden piirteitä (ulospäinsuuntautuneisuus, tunnollisuus, avoimuus kokemuksille, ystävällisyys ja neuroottisuus) arvioitiin NEO-Personal Inventory persoonallisuuskyselyllä. Ennakoivaa ohjaamista tutkittiin vanhenemisen valmistautumisen näkökulmasta "Preparation for Old Age in Different Life Domains" -kyselyllä. Faktorianalyysin perusteella ennakoiva ohjaaminen jaettiin kahteen osa-alueeseen: terveen ja aktiivisen elämän suunnitteleminen sekä varautuminen mahdollisiin vastoinkäymisiin. Ensisijaisen ohjaamisen arvioinnissa käytettiin "Personal Control Inventory"-mittarin itseluottamuksen osa-alueita, joka heijastaa yksilön luottamusta omien tavoitteiden saavuttamiseen. Toissijaista ohjaamista arvioitiin tavoitteiden muokkaamisen näkökulmasta kolmen kysymyksen sarjalla. Aineiston analyysissa käytettiin lineaarista regressiomallia, joka kontrolloitiin sukupuolella ja koulutuksella.

Tulokset: Ulospäin suuntautuneisuus ($\beta=.36$; $p<.001$) ja tunnollisuus ($\beta=.14$; $p=.049$) olivat positiivisesti yhteydessä terveen ja aktiivisen elämän suunnittelemiseen, kun taas vain tunnollisuus oli positiivisesti ($\beta=.22$, $p=.006$) yhteydessä mahdollisiin vastoinkäymisiin varautumiseen. Ulospäin suuntautuneisuus oli positiivisesti ($\beta=.24$; $p=.004$) ja neuroottisuus negatiivisesti ($\beta=-.39$; $p<.001$) yhteydessä ensisijaiseen ohjaamiseen. Avoimuus kokemuksille oli positiivisesti ($\beta=.33$; $p<.001$) ja neuroottisuus negatiivisesti ($\beta=.28$; $p=.001$) yhteydessä toissijaiseen ohjaamiseen.

Johtopäätökset: Persoonallisuuden piirteistä korkea ulospäinsuuntautuneisuus, tunnollisuus ja avoimuus kokemuksille sekä matala neuroottisuus näyttävät tukevan elämänculun ohjaamista myöhäisaikuisuuden alkuvaiheessa. Yksilöllisten erojen havaitseminen elämänculun ohjauksessa voi auttaa löytämään keinoja, joilla erilaisia ihmisiä voidaan tukea oman elämänsä ohjaamisessa.

Paula Andreasen

Helsingin yliopisto

Ilkka Pietilä¹ & Marjaana Seppänen¹

¹Helsingin yliopisto

Hoitotahdon tekemiseen vaikuttavat tekijät säännöllistä palvelua saavilla iäkkäillä

Tausta: Hoitotahto on tärkeä väline, kun hoitoa suunnitellaan yhdessä terveydenhuollon ammattilaisen kanssa elämän loppuvaiheessa. Oman tahdon ilmaisu hoidosta tukee iäkkään itsemääräämisoikeutta ja osallisuutta.

Aiempi tutkimus on osoittanut, että hoitotahdon tekemiseen vaikuttavat iäkkäillä toimintakyvyn heikkenemisen lisäksi monet eri tekijät, jotka vaihtelevat eri kulttuureissa ja palveluympäristöissä. Tutkimusta Suomessa asuvien, pitkäaikaista hoitoa tai palvelua saavien iäkkäiden hoitotahdon tekemiseen vaikuttaneista tekijöistä on vähän.

Tavoitteet: Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten yleistä hoitotahdon tekeminen on Suomessa säännöllistä palvelua saavilla iäkkäillä sekä mitkä tekijät selittävät hoitotahdon tekemistä.

Menetelmät: Tutkimusaineisto koostui säännöllistä palvelua saavista iäkkäistä, joille oli tehty RAI-arviointi (Resident Assessment Instrument) vuosien 2016–2017 aikana. Analyysissä oli mukana vain yksi arviointi asiakasta kohden, joka oli viimeinen arviointi ennen kuolemaa. Tilastollisina menetelminä olivat ristiintaulukointi ja χ^2 -testi sekä binäärinen logistinen regressio. Tilastolliset analyysit tehtiin IBM SPSS-ohjelmalla v.28.0.

Tulokset: Tutkimuksen 11098 palveluja saavasta iäkkäistä 2271(20,5 %) oli tehnyt hoitotahdon. Naisista useammalla 1537(21,7%) kuin miehillä 734(18,3%) oli hoitotahto. Hoitotahdon tehneiden osuus vaihteli eri palvelutyyppeiden välillä ($p<0,001$). Taustatekijöistä ikä($p=0,003$), sukupuoli($p<0,001$), virallisen edunvalvojan saatavilla olo($p<0,001$), fyysinen arkisuoriutumisen ADLH($p<0,001$), kognition taso CPS($p=0,004$), terveydentilan vakaus CHESS($p<0,001$) ja jäljellä oleva elinaika($p<0,001$) olivat tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä hoitotahdon tekemiseen. Kotihoidossa fyysisellä toimintakyvyllä (ADLH $p<0,001$) ja terveydentilan vakaudella (CHESS $p<0,001$) oli vaikutusta hoitotahdon tekemiseen. Itsenäisesti hoitotahtoa selittivät sukupuoli (OR 1,29 (CI95% 1,06-1,57), $p=0,01$) ja jäljellä oleva elinaika($p<0,001$). Tehostetussa palveluasumisessa iäkkään kognition taso (CPS $p=0,036$) vaikutti tilastollisesti merkitsevästi hoitotahdon tekemiseen. Jäljellä oleva elinaika ($p<0,001$) ja virallisen edunvalvojan olemassaolo (OR 1,50 (CI95% 1,22-1,85), $p<0,001$) selittivät itsenäisesti hoitotahdon tekemistä.

Johtopäätökset: Tulevaisuuteen valmistautuminen hoitotahdon avulla elämän loppuvaiheessa vaihtelee iäkkäillä muun muassa pitkäaikaishoidon eri palveluissa. Arkisuoriutumisen ja kognition tason aleneminen, epävakaa terveydentila, lähestyvä kuolema ja virallisen edunvalvojan saatavilla olo lisäävät aktiivisuutta ilmaista hoitotahtoa. Tutkimuksen tulokset vahvistavat aiempien tutkimusten näyttöä ja korostavat ennakoivan hoidon suunnittelun merkitystä elämän loppuvaiheessa.

Henna Nikumaa
Itä-Suomen yliopisto

Muistisairaana autonomian tukeminen oikeudellisen ennakkoinnin keinoin

Tausta ja tavoitteet: Tutkimukseni tavoitteena oli selvittää, mitä haasteita muistisairaus aiheuttaa sairastuneen autonomialle, miten muistisairaavat varautuvat oikeudellisen toimintakykynsä heikentymiseen ja miten monialainen ammattihenkilöstö heitä siinä tukee.

Menetelmä: Aineisto muodostui 16 muistisairaahan ihmisen yksilöhaastatteluista ja alan ammattihenkilöiden 25 ryhmähaastattelusta. Muistisairaita haastateltiin kahdesti 6 kk välein. Ammattihenkilöt olivat sosiaali- ja terveydenhuollon, holhoustoimen, yleisen edunvalvonnan, pankkien ja eläkeläis- ja potilasjärjestöjen toimijoita (98 ihmistä). Sisällönanalyyssissa hyödynsin abduktiivista otetta.

Tulokset: Sekä muistisairaat että ammattihenkilöstö kokivat oikeudellisen ennakoinnin osaksi tulevaisuuteen ja oikeudellisen toimintakyvyn heikentymiseen varautumista. Oikeudellisen ennakoinnin keinojen koettiin vahvistavan autonomian ja toimijuuden kokemuksia, helpottavan läheisten roolia sekä selkeyttävän viranomaisille, kuka päättää asiakkaan tai potilaan puolesta.

Molemmat haastatteluryhmät kuitenkin raportoivat, että oikeudellinen ennakointi on vielä melko harvinaista. Tietoa eri ennakoinnin keinoista ei ole tarpeeksi ja virheelliset käsitykset valtuuksien riittämisestä ovat yleisiä. Ammattihenkilöstö raportoi kuinka ennakointiin herätään liian myöhään, jolloin oikeudellinen toimintakyky on jo heikentynyt. Terminologia koettiin haastavaksi; esimerkiksi edunvalvontavaltuutus ja edunvalvonta menivät usein sekaisin.

Muistisairaat toivoivat oikeudellisen ennakoinnin puheeksi ottamista ja korostivat rohkaisun merkitystä. Ammattihenkilöstö taas koki osaamattomuutta ja arkuutta. Tiedon puute sekä neuvontavelvollisuudesta että ennakoinnin keinoista oli yleistä. Muistisairaat toivoivat perusneuvonnan oikeudellisista kysymyksistä tulevan heitä lähellä olevilta sosiaali- ja terveystalalan ammattilaisilta, kun taas ammattilaiset eivät kokeneet aiheen neuvonnan kuuluvan työtehtäviinsä. Muistisairaat kokivat ohjaamista eteenpäin ja ammattilaiset raportoivat toimijatahojen tunnistamisen vaikeudesta ja yhteistyökäytäntöjen puutteesta.

Johtopäätökset: Edetessään muistisairaus vaikuttaa sairastuneen autonomiaan ja oikeudelliseen toimintakykyyn, mutta muistisairaat ihmiset ovat kuitenkin harvoin varautuneet oikeudellisen ennakoinnin keinoin toimintakykynsä heikentymiseen. Oikeudellinen ennakointi tukee muistisairaahan autonomista toimijuutta, mutta vaikutusten saavuttaminen vaatii neuvontaa, yhteistyötä ja muistisairaahan yksilöllisyyden ymmärrystä. Vanhustyön ammattilaiset tarvitsevat osaamisen vahvistamista sekä ennakoinnin keinoista, niiden puheeksiottamisesta että myös yhteistyöstä holhoustoimen ja yleisen edunvalvonnan kanssa. Tieto, ohjaus ja rohkaiseminen tulevaisuuden suunnitteluun tulisi tulla viimeistään diagnosoinnin vaiheessa tai välittömästi sen jälkeisessä seurannassa. Oikeudelliseen ennakointiin ohjaaminen on merkittävä osa asiakkaan autonomian tukemista.

Sessio 6. Liikunta, liikkuminen ja elinpiiri

Essi Tuomola

Gerontologian tutkimuskeskus, Jyväskylän yliopisto

Erja Portegijs^{1,2,3}, Kirsi E. Keskinen⁴ & Taina Rantanen⁴

¹Center for Human Movement Sciences

²University Medical Center Groningen

³University of Groningen

⁴Gerontologian tutkimuskeskus ja Jyväskylän yliopisto

Lähiympäristön käveltävyyden ja koettujen kävelyvaikeuksien yhteys iäkkäiden henkilöiden vapaa-ajan toimintoihin osallistumiseen

Tausta: Vapaa-ajan toimintoihin osallistumisella on hyödyllisiä vaikutuksia iäkkäiden ihmisten hyvinvointiin. Ympäristötekijät, kuten käveltävyys, voivat edistää tai rajoittaa mahdollisuuksia osallistua aktiviteetteihin. Lähiympäristön käveltävyyttä kuvataan usein käveltävyyksindeksillä, joka koostuu monimuotoisesta maankäytöstä, katuristeyksien määrästä ja asukastiheydestä. Tässä tutkimuksessa selvitettiin lähiympäristön käveltävyyden ja koettujen kävelyvaikeuksien yhteyttä iäkkäiden henkilöiden vapaa-ajan toimintoihin osallistumiseen sekä sitä, ennustaako käveltävyys ja kävelyvaikeudet osallistumista neljän vuoden seurannassa.

Metodit: LISPE-kohorttitutkimukseen osallistui 848 kotona asuvaa 75–90-vuotiasta henkilöä Jyväskylän ja Muuramen alueelta ja heistä 206 osallistui MIIA-tutkimukseen neljä vuotta myöhemmin. Paikkatietojärjestelmässä tutkittavien kotiosoitteet paikannettiin kartalle ja laskettiin lähiympäristön käveltävyyksindeksi, joka jaettiin tertiileihin (matala, keskitaso, korkea). Koetut kävelyvaikeudet kahden kilometrin matkalla kategorisoitiin (on kävelyvaikeuksia, on kävelyn modifikaatioita, ei ole kävelyvaikeuksia). Itseraportoidut vapaa-ajan toiminnot sisälsivät kodin ulkopuoliset kulttuuriharrastukset, ryhmämuotoiset harrastukset sekä ulkoilun. Pitkittäisanalyysistä varten osallistuminen vapaa-ajan toimintoihin kategorisoitiin kahteen ryhmään (korkea/noussut, matala/laskenut). Poikittais- ja pitkittäisanalyysit toteutettiin logistisella regressioanalyysillä ja mallit vakioitiin iällä, sukupuolella, koulutusvuosilla, sairauksien lukumäärällä ja MMSE-testituloksella.

Tulokset: Matalalla käveltävyyalueella asuvat olivat nuorempia ($p=0.003$), useammin miehiä ($p=0.001$), heillä oli matalampi MMSE-pistemäärä ($p<0.001$) ja matalampi koulutustaso ($p<0.001$) kuin niillä, jotka asuivat keskitason ja korkean käveltävyyden alueilla. Korkean käveltävyyden alueella asuvien todennäköisyys osallistua ulkoiluun oli matalampi (OR 0.61, 95% LV 0.40–0.94) mutta kulttuuriharrastuksiin osallistumisen todennäköisyys oli korkeampi (OR 1.62, 95% LV 1.12–2.35) kuin matalalla käveltävyyalueella asuvilla henkilöillä. Tutkittavilla, joilla ei ollut kävelyvaikeuksia tai joilla oli kävelyn modifikaatioita, oli korkeampi todennäköisyys osallistua kaikkiin vapaa-ajan toimintoihin kuin niillä, joilla oli kävelyvaikeuksia. Asuminen keskitason ja korkean käveltävyyden alueilla ennustivat korkeaa tai lisääntynyttä osallistumista kulttuuritoimintoihin neljän vuoden seurannassa (OR

2.85, 95% LV 1.24–6.51). Korkeampaa osallistumista vapaa-ajan toimintoihin ennusti myös se, ettei ollut kävelyvaikeuksia.

Johtopäätökset: Korkeammalla käveltyvyysalueella asuminen oli yhteydessä aktiivisempaan osallistumiseen kulttuuriharrastuksiin sekä vähäisempään ulkoilun harrastamiseen. Lähiympäristöt voivat tarjota erilaisia mahdollisuuksia osallistua vapaa-ajan toimintoihin. Hyvä kävelykyky ja kävelyn modifikaatiot voivat auttaa ylläpitämään osallistumista harrastuksiin.

Lotta Palmberg

Gerontologian tutkimuskeskus ja Jyväskylän yliopisto

Kaisa Koivunen¹, Laura Karavirta¹, Taina Rantanen¹ & Timo Rantalainen¹

¹Gerontologian tutkimuskeskus ja Jyväskylän yliopisto

Fyysisen aktiivisuuden, paikallaanolon ja yöllisen levon yhteys väsyvyyteen iäkkäillä henkilöillä

Tausta: Fyysiseen käyttäytymiseen käytetty aika vuorokaudessa voidaan jakaa karkeasti fyysiseen aktiivisuuteen, paikallaanoloon ja uneen. Nämä komponentit ovat suhteellisia toisiinsa nähden ja esimerkiksi fyysisen aktiivisuuden lisääminen vähentää samalla paikallaanoloon tai uneen käytettävissä olevaa aikaa. Väsyvyydellä tarkoitetaan toiminnan intensiteettiin ja kestoon suhteutettua väsymystä, ja sen on havaittu ennakoivan fyysisen toimintakyvyn heikkenemistä ikääntyessä. Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia iäkkäiden henkilöiden vuorokauden aikaisen fyysisen käyttäytymisen komponenttien (fyysinen aktiivisuus, seisominen, istuminen, makuulla olo ja yöllinen sängyssäoloaika) yhteyksiä väsyvyyteen suhteessa toisiinsa hyödyntäen kompositionaalista analyysimenetelmää.

Menetelmät: 75-, 80- ja 85-vuotiaat AGNES-tutkimuksen osallistujat pitivät kiihtyvyyssmittaria reidessä (UKK RM42, UKK Terveyspalvelut Oy, Tampere) ja rintakehällä (eMotion Faros 180, Bittium Oyj, Oulu) 3-7 päivän ajan (n=279). Sängystä nousu- ja nukkumaanmeno aika määritettiin käyttämällä reisimittarille validoituja menetelmiä. Näiden perusteella määritetty aika hereillä jaettiin asennon ja intensiteetin perusteella makuulla oloon, istumiseen, seisomiseen ja vähintään hidasta kävelyä vastaavaan fyysiseen aktiivisuuteen. Väsyvyyttä arvioitiin itseraportointiin perustuvalla mittarilla (arvot 0-20) ja kävelynopeuden hidastumisena 6 minuutin kävelytestin aikana (suuremmat arvot kuvaavat korkeampaa väsyvyyttä). Fyysisen käyttäytymisen komponenteille tehtiin ILR (isometric log-ratio) muunnos ja yhteyttä väsyvyyteen tutkittiin lineaarisella regressioanalyysillä. Mallit vakioitiin iällä, sukupuolella, koulutuksella, alaraajojen toimintakyvyllä, masennusoireilla ja kroonisilla sairauksilla.

Tulokset: Osallistujat käyttivät vuorokaudesta keskimäärin 7 % fyysiseen aktiivisuuteen, 16 % seisten, 30 % istuen, 9 % makuulla päiväaikaan ja 37 % yölliseen sängyssäoloaikaan. Komponenteista suurempi fyysisen aktiivisuuden suhteellinen osuus vuorokaudesta oli yhteydessä pienempään itsearvioituun (regressiokerroin (B) -1.51, keskivirhe (SE) 0.33, p<0.001) ja kävelytestin väsyvyyteen (B -0.14, SE 0.03, p<0.001). Suurempi sängyssäoloajan suhteellinen osuus oli puolestaan yhteydessä

korkeampaan väsyvyyteen (itseraportoitu B 1.47, SE 0.65, $p=0.024$; kävelytesti B 0.14, SE 0.06, $p=0.029$), ja sen yhteys väsyvyyteen vahvistui suhteuttaessa erityisesti fyysisen aktiivisuuden osuuteen vuorokaudesta (itseraportoitu B 1.89, SE 0.52, $p<0.001$; kävelytesti B 0.17, SE 0.05, $p<0.001$).

Johtopäätökset: Iäkkäillä henkilöillä pienempi fyysiseen aktiivisuuteen ja suurempi sängyssä oloon käytetty aika vuorokaudesta ovat yhteydessä korkeampaan väsyvyyteen. Sängyssä olon suhteellinen merkitys väsyvyyden kannalta korostui erityisesti silloin kun sillä korvattiin vuorokauden fyysisesti aktiivista aikaa. Väsyvyyden ja fyysisen käyttäytymisen yhteys on todennäköisesti kaksisuuntainen, mutta tämä tulee varmistaa pitkittäistutkimuksissa.

Sonja Iltanen
Ikäinstituutti
Päivi Topo¹

¹Vanhusasiavaltuutetun toimisto

lääkäiden etäjumpan implementaatioon vaikuttavat rakenteelliset ja kulttuuriset tekijät kunnissa

Tausta ja tavoitteet: Etäjumppa on osoittautunut yhdeksi iäkkäiden terveysliikunnan järjestämisen ja osallistumisen tavaksi. Seurantatutkimuksen tavoitteena on luoda kokonaiskuva siitä, miten rakenteelliset ja kulttuuriset tekijät vaikuttavat iäkkäiden etäjumpan implementaatioon kunnissa. Tutkimus on osa DigiIN-tutkimushanketta. Analyysi koronapandemian vaikutuksista on julkaistu ja laajempaa analyysiä työstetään.

Menetelmä: Tutkimuksessa seurataan seitsemää kuntaa, jotka pilotoivat etäjumppaa kehittämishankkeessa 2018–2019. Elisitaatiohaastattelut tehtiin videopuheluissa etäjumppaa toteuttaneiden ammattilaisten kanssa 2020 ja 2022. Analyysissä etsitään etäjumpan toteutukseen vaikuttavia tekijöitä, näkökulmina politiikka ja linjaukset, organisaatioiden toiminta, etäjumpan toteuttajien toiminta, etäjumppaajien toiminta, teknologian ja toimintakyvyn suhde, kulttuurinen kuva iäkkäistä sekä arviointi ja tieto. Implementaatiota tarkastellaan hyväksyttävyyden, käyttöönoton, soveltuvuuden, käytettävyyden, pysyvyyden, kustannusten, leviämisen ja juurtumisen näkökulmista.

Tulokset: Etäjumpan järjestämiseen pandemian aikana vaikuttivat paikallinen näkökulma koronaohjeisiin, etäjumpan vakiintumisen aste, arviot etäjumpan hyödyllisyydestä sekä taloudelliset, sosiaaliset, kulttuuriset ja fyysiset reunaehdot. Pandemia aiheutti merkittävän riskin etäjumpan jatkumiselle, koska kunnissa priori-soitiin muita toimintoja ja työnkuvat muuttuivat. Etäjumppa vaarantui erityisesti, jos lähettävässä tai vastaanottavassa päässä oli ollut fyysisesti kokoontuva ryhmä, jonka kokoontumisen rajoitukset estivät. Toisaalta etäjumppa koettiin terveysturvallisena keinona järjestää liikunnanohjausta ja pandemia vahvisti toteuttajien motivaatiota, osaamista ja laitekantaa.

Etäjumppa jatkui akuutin kriisin jälkeen parhaiten kunnissa, joissa se oli vakiintunut ennen pandemiaa. Haastateltavat perustelivat etäjumpan jatkamista osallistujamäärillä ja osallistujilta kuulemillaan

myönteisillä kokemuksilla. Osalle iäkkäistä etäjumppa oli tuttu tapa osallistua ohjattuun liikuntaan ja he halusivat jatkaa sitä. Osalle koronan tuoma poikkeustila antoi rohkeutta ja motivaatiota opetella teknologiaa ja etäjumppaan sopivaa teknologiaa, ja heidän asenteensa kotona jumppaamista ja etäryhmiä kohtaan muuttuivat myönteisemmiksi. Tuttu ohjaaja ja mahdollisuus vuorovaikutukseen olivat paikallisen etäjumpan etuja, joihin valta-kunnallisesti lisääntyneet live- ja tv-lähetykset sekä videot eivät vastanneet. Haastateltavien mukaan kaikki iäkkäät eivät halua jatkossakaan osallistua etätoimintoihin tai ole motivoituneet opettelemaan digitaitoja.

Johtopäätökset: Implementaatio on moniulotteinen ja muuttuva prosessi. Sekä tutkimuksen että kehittämistyön näkökulmasta on tärkeää saada lisää tietoa siitä, miten iäkkäiden terveystiikunnan toteutusta voidaan tukea reaaliaikaisessa maailmassa. Tulokset viedään osaksi viestintä- ja koulutusmateriaaleja, joilla tuetaan iäkkäiden etäjumpan käynnistämistä kunnissa ja järjestöissä.

Kirsi E. Keskinen

Jyväskylän yliopisto ja Gerontologian tutkimuskeskus

Essi Tuomola¹, Erja Portegijs² & Taina Rantanen¹

¹Jyväskylän yliopisto ja Gerontologian tutkimuskeskus

²University of Groningen

lääkäiden ihmisten aktiivisuuden paikat

Tausta ja tavoitteet: Kodin ulkopuolinen aktiivisuus on tärkeää iäkkäiden ihmisten hyvinvoinnille mutta edellyttää mielekkäitä käyntikohteita. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, onko liikkumis- ja asiointikohteiden määrissä, etäisyksissä tai käyntisyissä eroa 75-, 80- ja 85-vuotiaiden henkilöiden välillä, ja onko henkilön resursseilla yhteyttä kohteiden määrään tai käyntisyiden monipuolisuuteen.

Menetelmä: Aineistossa oli AGNES-tutkimuksesta Jyväskylässä itsenäisesti asuvia noin 75-vuotiaita 425, 80-vuotiaita 287 ja 85-vuotiaita 180 henkilöä, kaikista 57 % naisia. Tutkittavat paikansivat karttapohjaisessa kyselyssä säännöllisiä käyntikohteitaan ja kertoivat käyntisyyn (luokiteltu: ulkoliikunta, sisäliikunta, ruokaostokset, muut kaupat/palvelut, sosiaaliset/hengelliset aktiviteetit). Haastatteluilla kerättiin tieto tutkittavien resursseista (2 km kävelyvaikeudet, MMSE ja autokyytimahdollisuus), rekisteristä taustatekijät ikä ja sukupuoli. Etäisyys kotoa kohteeseen määritettiin paikkatietojärjestelmässä. Ikäryhmävertailut tehtiin Kruskal-Wallis testillä. Resurssien yhteyttä käyntisyiden monipuolisuuteen (1-2 / 3-5 käyntisyitä) tarkasteltiin logistisella regressiolla ja yhteyttä kohdemäärään lineaarisella regressiolla. Mallit vakioitiin iällä, sukupuolella ja mediaanietäisyydellä kohteisiin.

Tulokset: 85-vuotiailla oli vähemmän käyntikohteita (keskiarvo 4.7) kuin 80-vuotiailla (5.3) tai 75-vuotiailla (5.3) (molemmat $p < .05$). Keskimääräinen etäisyys ulkoliikuntakohteeseen oli pisin 75-vuotiailla (mediaani 1549 m) ja lyhin 85-vuotiailla (1001 m, 80-vuotiailla 1336 m, kaikki $p < .05$). Verrattuna muihin, 85-vuotiailla oli lyhyempi etäisyys sisäliikuntapaikkoihin (1280 m, 80-v 2388 m, 75-v 2794 m, molemmat $p < .05$) ja ruokakauppoihin (1813 m, 80-v 2294 m, 75-v 2269 m, molemmat

$p < .05$), muita etäisyseroja ei ollut. Tutkittavan kohteet jakautuivat keskimäärin seuraavasti: 37 % ulkoliikunta, 33 % ruokaostokset, 14 % sosiaaliset/hengelliset aktiviteetit, 11 % sisäliikunta ja 6 % muut kaupat/palvelut. Vain sisäliikuntakohteiden osuus erosi tilastollisesti merkitsevästi ikäryhmien välillä: sisäliikunta oli käyntisyynä 12 %:ssa 75- ja 80-vuotiaiden kohteista mutta 8 %:ssa 85-vuotiaiden kohteista (molemmat $p < .05$). Regressiomallissa käyntisyiden monipuolisuuden oli positiivisesti yhteydessä MMSE (OR 1.14, 95 % LV 1.07-1.21) ja negatiivisesti kävelyvaikeudet (OR 0.60, 95 % LV 0.43-0.83) sekä miessukupuoli (OR 0.63, 95 % LV 0.46-0.87). Käyntikohteiden lukumäärään oli positiivisesti yhteydessä MMSE (B 0.14, 95 % LV 0.08-0.20) ja miessukupuoli (B 0.67, 95 % LV 0.37-0.97), negatiivisesti kävelyvaikeudet (B -0.83, 95 % LV -1.14 - -0.53).

Johtopäätökset: Vanhemmilla ikääntyneillä käyntikohteet sijaitsevat lyhyemmällä etäisyydellä kotoa ja kohteita on vähemmän kuin nuoremmilla, mutta käyntisyöt ovat pääpiirteittäin yhtä monipuolisia. Hyvä kognitiivinen ja fyysinen toimintakyky voi näkyä monipuolisten ja runsaslukuisten käyntikohteiden omaamisena.

Johanna Eronen

Jyväskylän yliopisto ja Gerontologian tutkimuskeskus

Taina Rantanen¹

¹Jyväskylän yliopisto ja Gerontologian tutkimuskeskus

Terveiden lukutaito, fyysinen aktiivisuus ja liikkumisaktiivisuus elinpiirissä

Tausta ja tavoitteet: Terveiden lukutaidolla tarkoitetaan henkilön kykyä ymmärtää, hyödyntää ja arvioida terveyteen liittyvää tietoa sekä valmiuksia tehdä terveyttä edistäviä ja ylläpitäviä päätöksiä. Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu iäkkäiden ihmisten hyvän terveyden lukutaidon olevan yhteydessä runsaampaan liikunnan harrastamiseen vanhuudessa, mutta terveyden lukutaidon merkitystä liikkumisaktiivisuudelle elinpiirissä ei vielä tunneta. Tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella terveyden lukutaidon yhteyttä itseraportoituun fyysiseen aktiivisuuteen ja liikkumisaktiivisuuteen elinpiirissä.

Menetelmät: AGNES-tutkimuksen alkumittaukseen osallistuneiden henkilöiden terveyden lukutaitoa mitattiin HLS-EU-Q16-mittarilla ja se luokiteltiin kolmeen luokkaan: hyvä, keskitaso ja heikko (N=930; naisia 59 %, ikä 75, 80 tai 85 vuotta). Liikkumisaktiivisuutta elinpiirissä arvioitiin University of Alabama Life-Space Mobility Assessment -mittarilla (vaihteluväli 0-120, korkeampi luku kertoo laajemmasta elinpiiristä). Itseraportoitua fyysistä aktiivisuutta arvioitiin sekä Yale Physical Activity Scale -mittarilla että pyytämällä tutkittavia arvioimaan oman viikoittaisen liikkumisaktiivisuutensa, joka jaettiin kahteen luokkaan: 1) kevyt (vain välttämätön liikunta, kevyttä liikuntaa tai kohtalaista liikuntaa korkeintaan 3 tuntia viikossa) ja 2) reipas (kohtalaista liikuntaa enemmän kuin 4 tuntia viikossa tai reipasta liikuntaa hikoillen ja hengästyen useita kertoja viikossa). Analyysimenetelmänä käytettiin khiin neliötestiä ja lineaarista regressioanalyysia.

Tulokset: Hyvä terveyden lukutaito oli yhteydessä korkeampaan fyysiseen aktiivisuuteen ja sekä naisilla että miehillä: hyvän terveyden lukutaidon ryhmässä 60 % naisista ja 76 % miehistä liikkui

reippaasti, kun taas heikon terveyden lukutaidon ryhmässä 35 % naisista ja 46 % miehistä liikkui reippaasti (naisilla $p=0.021$ ja miehillä $p=0.013$). Elinpiiripistemäärän keskiarvo (KA) erosi terveyden lukutaidon tasojen välillä: heillä, joiden terveyden lukutaito oli huono, KA oli 64,5 (keskihajonta (KH) 21,1); heillä joilla keskitasoa, KA oli 69,8 (KH 18,7); ja heillä joilla hyvä, KA oli 75,4 (KH 17,0). Linearisessa regressioanalyysissä terveyden lukutaito oli yhteydessä sekä suurempaan fyysisen aktiivisuuden määrään (B 0.14, $p<0.001$) että laajempaan liikkumisaktiivisuuteen elinpiirissä (B 0.10, $p=0.001$), kun mallit vakioitiin iällä, sukupuolella ja alaraajojen toimintakyvyllä.

Johtopäätökset: Runsaamman reippaan liikunnan taustalla voi olla hyvä terveyden lukutaito, joka voi lisätä ymmärrystä fyysisen aktiivisuuden merkityksestä terveydelle ja toimintakyvyille ja ohjata ihmisen liikkumaan enemmän. Hyvä terveyden lukutaito voi lisäksi kannustaa ikäihmisen lähtemään liikkeelle laajemmalla alueella oman lähiympäristön ulkopuolella. Liikunnan lisäämiseen tähtäävillä toimilla olisi hyödyllistä tavoittaa ne ikäihmiset, joiden terveyden lukutaito on heikko.

Sessio 7. Hoito ja huolenpito

Ulla Halonen

Jyväskylän yliopisto

Resursseja, yhteistyökumppaneita vai asiakkaita: Muistisairasta läheistään hoivaavat palvelujärjestelmässä

Kasvavien hoivatarpeiden ja vähenevien resurssien välinen ristiriita on suurimpia yhteiskunnallisista haasteitamme. Keskeisenä keinona sen ratkaisemiseksi pidetään omaishoivaa, josta suurimman vastuun kantaa hoivan tarpeessa olevien puoliset sekä aikuiset lapset. Muistisairaudet puolestaan ovat tärkein tuen tarpeita aiheuttava sairausryhmä, ja niiden määrän arvioidaan jopa kolminkertaistuvan lähivuosisikymmenien aikana. Selvää on, että läheisten vastuu muistisairaista perheenjäsenistään kasvaa entisestään. Muistisairaiden omaishoiva tapahtuu kotona, joten yhtälö omaishoidon kasvavasta roolista voi toteutua vain, jos yhteiskunta tukee voimakkaasti kotona asumista. Siksi on välttämätöntä tietää, millaista tukea omaishoitajat tarvitsevat.

Tutkin väitöstutkimuksessani sitä, millaisia tarpeita muistisairasta läheistään hoivaavat omaishoitajat tarvitsevat ja mikä on heidän asemansa osana hoivapalveluita sekä sitä, miksi monet heistä eivät käytä tai saa tukea. Lisäksi tarkastelin omaishoitajien kokemuksia palveluohjauksesta. Aineisto kerättiin muistisairaiden puolisoilta ja aikuisilta lapsilta eri puolilta Suomea. Ensimmäinen aineisto koostui kyselytutkimuksesta (n=333). Aineiston pohjalta analysoin läheisten tiedon tarpeita sekä palveluohjauksen ja tarjolla olleiden palveluiden välistä yhteyttä. Toinen aineisto koostui puhelinhaastatteluilta, joihin osallistui 45 muistisairasta puolisoaan tai vanhempaansa hoivaavaa läheistä. Laadullinen aineisto analysoitiin sisällönanalyysin keinoin.

Vanhushoivapolitiikan strategioissa korostetaan omaisten tärkeyttä palvelujärjestelmän yhteistyökumppaneina. Tutkimukseni kuitenkin viittaa siihen, että heidän roolinsa jää lähinnä järjestelmän resurssiksi. Puolisoilla ja aikuisilla lapsilla oli vastuullaan moninaisia muistisairaana läheisen arkeen liittyviä tehtäviä, osalla myös merkittävää hoidollista vastuuta. Muistisairaiden omaishoitajia yhdistää erityisesti tarve sekä tiedolliselle että henkiselle tuelle. Palvelujärjestelmä kuitenkin keskittyi usein vain sairastuneen tarpeisiin; niinpä se ei välttämättä tunnistanut tai huomioinut läheisten roolia lainkaan, eikä heidän omia tuen ja palvelujen tarpeitaan arvioitu haastavissakaan tilanteissa. Osa omaishoitajista jäi jopa ilman omaishoidon tukea pelkästään sairastuneeseen kohdistuneen palvelutarpeen arvioinnin vuoksi.

Omaishoitajien suhde kysymykseen palveluiden saatavuudesta ja hyödyntämisestä oli toisaalta myös kompleksinen. Erityisesti sairastuneen vastahakoisuus vaikeutti palveluiden vastaanottamista; lisäksi huonolaatuisina tai riittämättöminä koetut tai täysin puuttuvat palvelut estivät palveluiden käyttöä. Usein omaishoitajat paikkasivat puuttuvia palveluita, mutta jäivät itse niiden ulkopuolelle.

Tutkimuksen tuloksiin viitaten, hoivahaasteen ratkaisemiseksi olisi tärkeää, että muistisairaiden omaishoitajat huomioitaisiin aidosti palvelujärjestelmän yhteistyökumppaneina – ei resursseina, vaan myös tuen tarpeessa olevina asiakkaina ja ihmisinä, jotka tekevät arvokasta työtä.

Päivikki Inkerinniemi

Miina Sillanpään Säätiö

Elina Koponen¹, Henriikka Laurola² & Päivikki Inkerinniemi³

¹Omaishoitajaliitto

²Maria Akatemia

³Miina Sillanpään Säätiö

Ammatillisesti ohjatulla vertaisryhmätoiminnalla ehkäistään omaishoitosuhteissa tapahtuvaa kaltoinkohtelua

Tausta ja tavoitteet: Kaltoinkohtelu ja väkivalta omaishoitoperheissä on aihe, jonka havaitseminen ja puheeksi ottaminen on haastavaa. Erityisesti naisen väkivalta on herkkä ja heikosti tunnistettu ilmiö, sillä hoivaaminen ja syvä empatiakyky ovat kulttuurissamme naiseuden ydintä. Naiset saattavat herkästi luopua omista tarpeistaan toisten hyväksi ja torjua itsessään hankaliksi koetut tunteet kuten vihan ja aggression. Aggressio kiellettyinä ja torjuttuna saa usein väkivallan muodon, kun kuormitus ylittää ihmisen voimavarat. Kaltoinkohtelun taustalla ovat usein inhimilliset, mutta niin yksilö- kuin yhteiskuntatasollekin ulottuvat syyt. Omaishoitaja voi uupua hoitotehtäväänsä ja unohtaa huolehtia omista tarpeistaan. Palvelujen ja sosiaalisen tuen puute sekä omaishoitajan ja hoidettavan suhteessa ilmenevät haasteet altistavat kaltoinkohtelulle. Kaltoinkohtelu voi olla tahallista tai tahatonta, esimerkiksi omaishoitajan tietojen ja taitojen puutteesta johtuvaa. Omaishoitajien jaksamisen tukeminen ja tunnetaitojen lisääminen ovat tärkeä tapa ehkäistä kaltoinkohtelua.

Menetelmä: Tunne voimavarasi -hankkeessa (2020–2022) kehitettiin psykoedukatiivinen viiden tapaamiskerran vertaisryhmämalli ikääntyville omaishoitajanaيسille, joita huolestuttavat omat tunteet, käytös ja voimavarojen väheneminen. Mallin keskiössä ovat omien tarpeiden ja tunteiden tunnistaminen, tunnesäätely, rajojen asettaminen sekä voimavarojen vahvistaminen. Vertaisryhmämalli vastaa omaishoitajien kokemaan psykososiaalisen tuen puutteeseen. Vertaisuus synnyttää ymmärretyksi tulemisen kokemusta ja lievittää yksinäisyyden, riittämättömyyden, häpeän ja syyllisyyden tunteita, jotka usein ovat avun hakemisen esteinä.

Tunne voimavarasi -hankkeen asiakastyö ja sen puitteissa kehitetty ryhmämalli pohjautuvat Maria Akatemiassa vuodesta 2003 toteutettuun nais erityiseen ehkäisevään väkivaltatyöhön.

Vertaisryhmämalli julkaistaan lokakuussa 2022 kenen tahansa omaishoitajia kohtaavan ammattilaisen tai vapaaehtoisen hyödynnettäväksi.

Tulokset: Hankkeessa järjestettiin yhteensä 11 lähi- ja verkkoryhmää, joihin osallistui 47 omaishoitajaa. Ryhmistä kerättiin palautetta TunneVaaka®-mittarilla, palautekyselyllä sekä seurantahaastatteluilta ryhmätoiminnan päättymisen jälkeen. Omaishoitajat kokivat hyötynsä vertaisryhmätoimintaan osallistumisesta erittäin paljon. Heidän itsetuntemuksensa ja tunnetaitonsa lisääntyivät ja pelko käyttäytyä väkivaltaisesti itseä tai muita kohtaan vähentyi.

Johtopäätökset: Aineistojen perusteella tämän tyyppiselle vertaisryhmätoiminnalle on tarvetta. On tärkeää, että kaltoinkohtelun teema tuodaan päivänvaloon ja ymmärrys sen moninaisuudesta kasvaa.

Hankkeen asiakastyö tuotti myös arvokasta tietoa ikääntyvien omaishoitosuhteissa tapahtuvan kaltoinkohtelun ilmiöstä ja sen ehkäisyn haastekohdista Suomessa. Kyseinen tieto hyödyttää niin sosiaali- ja terveysalan ammattilaisia, tutkijoita kuin poliittisia päättäjiäkin.

Marjut Lemivaara
Tampeen yliopisto

Omaishoidon vaikutus iäkkäiden puolisoitten parisuhteeseen

Tausta ja tavoite: Omaishoito on usein raskasta ja intensiivistä työtä, jota tekevät tyypillisesti naiset. Lisäksi omaishoitaja on usein iäkäs nainen, joka hoitaa puolisoaan. Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, miten omaishoito vaikuttaa iäkkäiden puolisoitten parisuhteeseen.

Menetelmä: Tutkimus perustuu yli 65-vuotiaille (n = 950) omaishoitajille osoitettuun kyselyyn. Omaishoitajilta kysyttiin, onko heidän suhteensa puolisoonsa muuttunut omaishoitotilanteen aikana ja mahdollisesti millä tavoin. Aihetta koskeva kysymys koostui monivalintakysymyksestä ja vapaasta tilasta vastausten perustelemiseen. Kyselylomake analysoitiin SPSS analyysiohjelman avulla ja vapaille vastauksille tehtiin laadullinen sisältöanalyysi.

Tulokset: 38 % vastaajista ei ollut kokenut parisuhteessaan merkittävää muutosta omaishoidon aikana. 13 % koki parisuhteen parantuneen. Nämä vastaajat ilmoittivat yleensä vahvasta, vuosien mittaisesta pitkäaikaisesta kiintymyksestä ja sitoutumisesta toisiinsa. Useimmiten (49 %) parisuhde oli kärsinyt omaishoitotilanteesta. Parisuhde oli muuttunut hoitosuhteeksi, josta seksuaalisuus ja joskus myös rakkaus oli kadonnut. Osa heistä kuvasi rakkaussuhteen loppuneen kokonaan ja osa sen muuttuneen, mutta tunteet ja läheisyys olivat kuitenkin läsnä. Lisäksi oli heitä, jotka kokivat olevansa puolisoensa kanssa lähinnä kavereita tai ystäviä. Hoidettavan muistisairaus oli vastauksissa yleinen parisuhdetta heikentävä tekijä.

Jenny Paananen

Turun yliopisto

Milla Luodonpää-Manni¹

¹Helsingin yliopisto

Luottamuksellisen vuorovaikutussuhteen rakentaminen hoivakotiasukkaiden läheisten ja hoitohenkilöstön välillä

Tausta ja tavoitteet: Suomessa hoivakotien henkilöstö on velvoitettu toimimaan asukkaiden läheisten kanssa yhteistyössä hoidon järjestämiseksi. Läheisten osallistuminen on erityisen tärkeää esimerkiksi silloin, kun asukkaalla on pitkälle edennyt muistisairaus, joka vaikeuttaa päätöksentekoon osallistumista ja oman tahdon ilmaisemista. Yhteistyön läheisten kanssa tiedetään esimerkiksi lisäävän hoidon yksilöllisyyttä ja tukevan asukkaan toimintakykyä (esim. Robinson ym. 2007). Toimiva vuorovaikutussuhde ei kuitenkaan synny itsestään, ja läheisten ja henkilöstön välillä voi esiintyä väärinymmärryksiä, jotka saavat vetäytymään yhteistyöstä (esim. Herzberg & Ekman 2000). Tutkimuksemme tavoitteena on avata, miten luottamuksellinen vuorovaikutussuhde läheisten näkökulmasta rakentuu ja millaisia esteitä yhteistyön edellä voi olla.

Menetelmä: Tutkimuksen aineistona on 19 muistisairaana hoivakotiasukkaan läheiselle teetettyä puolistrukturoitua haastattelua, joissa keskusteltiin hoivakotiin siirtymisestä, läheisten vierailuista asukkaan luona ja yhteydenpidosta hoivakodin kanssa. Analyysimenetelmänä on aineistolähtöinen temaattinen analyysi.

Tulokset: Analyysin perusteella luottamuksellisen vuorovaikutussuhteen rakentumiselle keskeisiä tekijöitä olivat läheisten saama vastaanotto, tiedonkulku, asukkaan hoitoa koskeva yhteistyö ja läheisten näkemykset hoidon laadusta. Näiden suhteen läheisten kokemukset jakautuivat myönteisiin, kielteisiin, neutraaleihin ja ambivalentteihin. Luottamuksellisen vuorovaikutus-suhteen rakentumisen kannalta myönteisenä näyttäytyivät läheisen saama lämmin vastaanotto hoivakodissa sekä hoitohenkilöstön aktiivisuus ja aloitteellisuus vuorovaikutuksen ja tiedonkulun suhteen. Vuorovaikutussuhdetta lujittivat myös läheisen havainnot hoidon hyvästä laadusta. Vuorovaikutussuhdetta heikensivät puolestaan läheisen kokemukset puutteellisesta tukemisesta tai sivuuttamisesta, havainnot asukkaan tylstä kohtelusta sekä vaikeudet saada tietoa. Neutraalisti suhtautuvat luottivat asiantuntijoiden osaamiseen ja saattoivat pitää vähäistäkin vuorovaikutusta riittävänä, kun taas ambivalentisti suhtautuvat ilmaisivat tyytyväisyyttä ja epäluottamusta rinnakkain.

Johtopäätökset: Tutkimus osoittaa, että vuorovaikutussuhteen rakentaminen on kytköksissä hoivakotien toimintakulttuuriin: viestinnän suunnitelmallisuus, aloitteellisuus vuorovaikutuksen suhteen ja sisäinen tiedonkulku luovat pohjan läheisten ja hoivakodin väliselle yhteistyölle.

Vankeustila vai vapaustila? Tilalliset ratkaisut muistisairaiden hyvinvoinnin tukena

Väestön demografiset ja kulttuuriset muutokset aiheuttavat haasteita ikääntyneen väestön hoivakäytäntöihin erityisesti läntisissä teollisuusmaissa. Haasteena on muun muassa ikääntyneiden hoivan laadun säilyttäminen sellaisena, että elämä olisi viimeiset vuodet mukaan luettuna mielekästä. Näihin haasteisiin vastauksena on kehitetty erilaisia hoiva-asumisen muotoja, joista osa eroaa toisistaan hyvinkin paljon, osa vain nimellisemmin. Vaikka laki säättää tietyt raamit ympärivuorokautiselle hoivalle, todellisuudessa hoivan laatu saattaa vaihdella paljonkin. Hoivaa pyritään kuitenkin kehittämään koko ajan, jotta elämänlaatu ihmisen viimeisinä vuosina säilyisi tasokkaana. Hoivapaikkojen suunnittelussa on pyritty muun muassa huomioimaan kodinomaisuus ja iäkkäitä stimuloiva hoiva. Hoivan ja kontrollin suhde on kuitenkin häilyvä ja kaikille hoivamuodoille on yhteistä jonkinlainen kontrolli. Varsinkin laitospaikoissa ihmisten liikkumista ja pääsyä eri tiloihin rajoitetaan. Tällaisissa hoivapaikoissa usein pitäydytään myös tarkkoissa aikatauluissa. Tilallis-ajallinen kontrolli helpottaa institutionaalisen järjestyksen ylläpitoa, mutta saattaa aiheuttaa varsinkin muistisairaiden kohdalla tunteen lukittuna olemisesta ja kontrollin menettämisestä. Artikkelissa kysyn: Mitkä ovat rajoitetun tilan mahdollisuudet toimia kodinomaisena ympäristönä? Miten tilalliset ratkaisut voivat toimia muistisairaiden arjen tukena? Miten rajoittaminen voisi tuottaa mahdollisimman vähän harmia? Näitä kysymyksiä tarkastelen Alankomaissa sijaitsevan Reigershoeven hoivakotia esimerkkinä käyttäen. Perehdyn kysymyksiin kodinomaisuuden, luonnon ja vapaan liikkuvuuden teemojen kautta, ottaen samalla huomioon tilalliset aspektit. Artikkelin teoreettinen lähestymistapa nojaa erityisesti vankeusmaantieteeseen ja sen tilakäsitykseen. Vankeusmaantiede on saanut alkunsa vankilatutkimuksesta, mutta on sittemmin laajentunut koskemaan muun muassa orpokoteja, alaikäisten varmuusosastoja, lähiöitä, vaihtoehtoisia yhteisöjä, vanhainkoteja ja vanhuspsykiatrisia osastoja. Monissa näistä artikkeleista tarkastellaan, miten esimerkiksi hoivan laitoksissa tulee esiin tietynlainen vankeustilallisuus kontrollin ja siitä aiheutuvan harmin kautta. Tämän artikkelin tarkoituksen on kuitenkin pohtia, miten rajoitetusta tilasta saataisiin mahdollisimman vähän vankeustilamainen.

Sessio 8. Geriatriset oireyhtymät

Päivi Lahtinen

Turun kaupunki ja Turun AMK

Jaana Koskenniemi¹, Laura Viikari^{1,2}, Maria Nuotio^{2,4,5}, Marika Salminen^{1,2} & Sini Eloranta³

¹Turun kaupunki

²Turun yliopisto

³Turun AMK

⁴TYKS

⁵Turun hyvinvointitoimiala

Virts- ja ulosteinkontinenssin sekä yövirtsaamisen esiintyvyys ja koettu haitta 75- vuotisneuvolan asiakkaila

Tausta ja tarkoitus: Virtsamisvaivat sekä ulosteinkontinenssi yleistyvät iän myötä ja niitä esiintyy sekä miehillä että naisilla. Vaivat heikentävät elämänlaatua sekä aiheuttavat psyykkisiä ja sosiaalisia ongelmia. Ne haittaavat päivittäisiä toimintoja, aiheuttavat epämukavuutta sekä lisäävät ympärivuorokautisen hoidon tarvetta, kaatumisia ja jopa kuolemanriskiä. Hoitoon hakeutumista saattaa hankaloittaa vaivojen intiimi luonne sekä ajattelu vaivan kuulumisesta osaksi normaalia ikääntymistä. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata virtsaamisvaivojen ja ulosteinkontinenssin yleisyyttä ja koettua haittaa sekä lisätä tietoisuutta näistä yleisistä ongelmista.

Menetelmä: Tutkimukseen osallistuivat 75-vuotisneuvolassa vuosina 2020–2021 asioineet vuonna 1945 syntyneet kotona ilman kunnallista kotihoitoa asuvat turkulaiset. Tutkittavilta kerättiin tietoa kotiin lähetetyllä kyselylomakkeella sekä sairaanhoitajan noin 1,5 tunnin pituisella vastaanottokäynnillä. Virtsainkontinenssista (ICIQ-UI, International Consultation on Incontinence Questionnaire) ja yövirtsaamisesta (ICIQ-N, Nocturia) tiedusteltiin kansainvälisesti validoiduilla ja suomeksi käännettyillä kyselylomakkeilla. Ulosteinkontinenssista tiedusteltiin kyllä/ei -kysymyksellä. Koettuja haittoja arvioitiin numeerisella VAS-asteikolla (Visual Analogue Scale). Miesten ja naisten välisiä eroja oireiden esiintyvyyksissä ja koetuissa haitoissa analysoitiin tilastollisesti, merkitsevänä pidettiin p:n arvoa < 0,05.

Tulokset: Virtsainkontinenssi (55 % vs. 26 %, $p < 0,001$) ja ulosteinkontinenssi (12 % vs. 3 %, $p < 0,001$) olivat yleisempiä naisilla kuin miehillä. Yövirtsaamista vähintään 2 kertaa esiintyi miehillä (39 %) enemmän kuin naisilla (33 %) ($p = 0,019$). Virtsainkontinenssin tiheydessä ja karkaavan virtsan määrässä ei sukupuolten välillä ollut tilastollisesti merkitsevää eroa. Sekä miehistä että naisista yli puolella vaivaa esiintyi korkeintaan kerran viikossa. Naisilla virtsainkontinenssia esiintyi eniten yskiessä tai aivastaessa sekä fyysisen rasituksen yhteydessä ja miehillä virtsaamisen lopettamisen jälkeen tai ilman erityistä syytä. Molemmat sukupuolet kokivat virtsa- ja/tai ulosteinkontinenssista sekä yöllisestä virtsaamisen tarpeesta aiheutuvat haitat useimmiten lievinä.

Johtopäätökset: Virtsamisvaivat ja ulosteinkontinenssi ovat yleisiä, mutta vaikeusasteeltaan ja

koetulta haitaltaan useimmiten lieviä 75-vuotiailla ikäneuvolan asiakkailla. Elämänlaadun ja toimintakyvyn ylläpitämisen kannalta on tärkeää, että vaivat tunnistetaan nykyistä peremmin ja niihin puututaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Tutkimuksesta saatua tietoa voidaan hyödyntää riskiryhmien seulonnassa sekä ikääntyneisiin kohdistettujen preventiivisten toimien suunnittelussa ja kohdentamisessa. Tutkimuksesta saatuja tietoja voidaan soveltaa sekä paikallisesti että kansallisesti. Terveystuotohenkilöstöllä tulisi olla enemmän tietoa inkontinenssista ja heidän tulisi rohkaista potilaita asian esiin ottamisissa.

Esa Jämsen

Helsingin yliopisto

Elina Mattila¹ & Emilia Koivunen²

¹Tays

²Tampereen yliopisto

Sairaalakaatumiset Tampereen yliopistollisessa sairaalassa: yleisyys, kaatumisten taustalla olevat tekijät ja kaatumisista aiheutuneet seuraukset

Tausta ja tavoitteet: Kaatumistapaturmat ovat yleinen ikäihmisen sairaalahoidon syy, mutta kaatumisia tapahtuu myös sairaalahoidon aikana. Sairalahoidossa kaatumisriski kasvaa muun muassa uuden ympäristön ja heikentyneen yleistilan vuoksi.

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää Tampereen yliopistollisen sairaalan (Tays) osastoilla hoidossa olleiden 70-vuotiaiden ja sitä vanhempien potilaiden kaatumistapaturmien määrää, niiden taustalla olevia tekijöitä ja tapaturmasta aiheutuneita seurauksia.

Menetelmä: Sairaalakaatumiset tunnistettiin retrospektiivisesti sähköisen potilaskertomusjärjestelmä Uranuksen hoitotaulukkoon 1.8.-31.10.2020 tehdyistä merkinnöistä. Tutkimuksesta suljettiin pois potilaat, jotka olivat hoitojaksonsa alkaessa alle 70-vuotiaita, sekä teho-osastolla, päivystyksessä ja päivystyksen tarkkailuosastolla tapahtuneet kaatumiset. Kultakin potilaalta otettiin tarkasteltavaksi ensimmäinen tarkastelujakson aikana tapahtunut kaatuminen.

Potilaskertomuksesta (sairauskertomusmerkinnät, hoitotyön kirjaukset, lääkelista) kerättiin tietoja kaatumisen taustalla mahdollisesti olevista kaatumistilanteeseen, potilaaseen sekä hoitoon liittyvistä tekijöistä. Lisäksi kirjattiin kaatumisen mahdollisesti aiheuttamat vammat ja siitä seuranneet toimenpiteet. Aineisto analysoitiin SPSS-ohjelmalla, ja tulokset raportoidaan kuvailevasti.

Tulokset: Tarkastelujaksona todettiin yhteensä 172 kaatumista 106 eri potilaalla. Kaatuneista oli miehiä 51 % ja naisia 49 %, ja heidän keski-ikänsä oli 80,3+-6,9 vuotta. Useimmilla potilailla (91 %) oli vähintään yksi kaatumisriskiä lisäävä pitkäaikaissairaus. Lähes puolella potilaista (48 %) oli muistiongelmia tai diagnosoitu muistisairaus, ja 57 %:lla potilaista oli aiempia kaatumisia edeltävän vuoden aikana. Potilailla oli käytössään paljon säännöllisiä lääkkeitä: keskimääräinen lääkkeiden lukumäärä oli 9,3+-3,8. Sairaalajakson aikana 76 % potilaista käytti jotakin liikkumisen apuvälinettä. Suurin osa (65 %) kaatumisista tapahtui potilaan huoneessa, ja hoitohenkilökunta oli kaatumishetkellä

paikalla vain harvoin (9 %). Kaatumista edeltävän vuorokauden aikana 38 potilasta oli saanut antipsykootteja, 41 potilasta bentsobiatsepiinejä tai niiden johdoksia ja 28 potilasta opioideja. Kolmekymmentä potilasta oli saanut lääkkeitä kahdesta em. eri ryhmästä, ja kaksi potilasta oli saanut lääkettä kaikista kolmesta lääkeryhmästä.

Viidesosalle kaatuneista aiheutui lievä vamma kuten ruhje, mustelma tai venähdys. Kymmenelle potilaille tapaturma aiheutti haavan. Tässä aineistossa kaatumisilla ei ollut vakavia seurauksia, kuten murtumaa tai kallonsisäistä vuotoa.

Johtopäätökset: Sairaalakaatumisia tapahtuu Taysissa päivittäin, ja osa potilaista kaatuu yhden hoitajakson aikana useita kertoja. Kaatumisen riskitekijät ovat yleisiä sairaalassa kaatuneilla iäkkäillä potilailla. Kaatumisriskiä tulisi pyrkiä pienentämään vaikuttamalla mahdollisuuksien mukaan ulkoisiin riskitekijöihin, kuten keskushermostoon vaikuttavaan lääkitykseen.

Mervi Rantsi

Itä-Suomen yliopisto

Eila Kankaanpää¹, Johanna Jyrkkä², Lauri Kortelainen¹ & Virva Hyttinen¹

¹Itä-Suomen yliopisto

²Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea

Muistisairauksien Käypä hoito –suosituksen julkaisun vaikutus käytösoireiden lääkehoitoon

Tausta: Jopa 90 % muistisairautta sairastavista kärsii käytösoireista sairauden edetessä.

Kansainvälisesti muistisairauksien hoitosuositukset suosittelevat psyykenlääkkeiden käytön välttämistä käytösoireiden hoidossa ja suosittelevat lääkkeettömiä hoitokeinoja. Psyykenlääkkeiden käyttöön iäkkäillä liittyy useita riskejä ja lääkkeettömien hoitojen on osoitettu olevan yhtä vaikuttavia. Näyttöön perustuva hoito ei kuitenkaan aina ole potilaiden saatavilla hoitosuosituksista huolimatta, mutta rekisteripohjaiset tutkimukset hoitosuositusten vaikutuksista ovat harvinaisia.

Tavoite: Muistisairauksien Käypä hoito -suositus on päivitetty vuoden 2017 tammikuussa se suosittelee käytösoireiden lääkkeetöntä hoitoa. Tässä rekisteritutkimuksessa arvioidaan Muistisairauksien Käypä hoito -suosituksen julkaisun vaikutusta psyykenlääkkeiden käyttöön Suomessa.

Menetelmät: Aineisto on poimittu Kelan reseptitiedostosta ja se on yhdistetty Sosiaali- ja TerveysHilmo -rekistereiden tietoihin pitkäaikaishoidosta. Lisäksi aineistoon on yhdistetty tieto tutkittavien mahdollisista kuolinpäivästä Tilastokeskuksen kuolemansyyrekisteristä. Aineisto sisältää kaikkien 65 vuotta täyttäneiden muistisairauslääkettä (ATC-N06D) käyttävien suomalaisten (n=217 778) psyykenlääkkeiden käytön vuosien 2009–2020 aikana. Psyykenlääkkeiden käyttöä seurattiin lääkeryhmittäin ennen ja jälkeen Muistisairauksien Käypä hoito -suosituksen julkaisunajankohdan. Tarkasteltavat käytösoireiden hoidossa vältettävät psyykenlääkkeet olivat antipsykootit (ATC-N05A), antidepressantit (ATC-N06A), anksiolyytit (ATC-N05B), unilääkkeet (ATC-N05C) ja

epilepsialääkkeet (N03AF02, N03AG01, N03AX16). Analyysimenetelmänä käytettiin katkaistua aikasarja-analyysiä (interrupted time series). Tulosuuttujana analyysissä oli kuukausittainen psyykenlääkkeiden käyttäjien osuus (n=144).

Tulokset: Vuonna 2009 muistisairauslääkkeiden käyttäjiä Suomessa oli 43 750 ja heistä 57.2 % käytti vähintään yhtä psyykenlääkettä. Muistisairauslääkkeiden käyttäjien määrä lisääntyi tutkimuksen aikana sen ollessa 105 683 vuonna 2020 ja psyykenlääkkeitä käytti 51.6 %. ARIMA-mallin tulosten mukaan Muistisairauksien Käypä hoito -suositusten julkaisu ei vähentänyt psyykenlääkkeiden käytön tasoa heti julkaisun jälkeen (0.443, 95 % luottamusväli -0.068–0.953, p=0.09) tai pienentänyt käytön trendin kulmakertoa vuosina 2017–2020 (0.199, 95 % luottamusväli -0.10–0.50, p=0.2).

Johtopäätökset: Tutkimuksen mukaan Muistisairauksien Käypä hoito -suositusten julkaisu ei ole vähentänyt vältettävien psyykenlääkkeiden käyttöä käytösoireiden hoidossa. Kansallisten hoitosuositusten vaikuttavuuden arviointia hankaloittaa se, että vertailuryhmää ei ole saatavilla ja vaikutukset eivät luonnollisesti tapahdu heti julkaisun jälkeen. Tämän tutkimuksen tulokset antavat kuitenkin suuntaa sille, että implementoinnissa on haasteita ja lisätutkimusta tarvitaan lääkemääräyskäytäntöjen taustalla olevista tekijöistä sekä lääkkeettömien hoitojen saatavuudesta.

Markus Haapanen

Folkhälsanin tutkimuskeskus

Helsingin yliopisto, Karoliininen Instituutti

Ella Mustanoja¹, Johan Eriksson^{2,3} & Petri Auvinen¹

¹Helsingin yliopisto

²Folkhälsanin tutkimuskeskus

³Singaporen kansallinen yliopisto

Haurauden asteen ja suoliston mikrobiomin välinen yhteys väestöön perustuvassa poikkileikkaustutkimuksessa

Tausta: Suuremman haurauden asteen ja kaventuneen suoliston mikrobiomin monimuotoisuuden välillä on havaittu yhteyksiä sairaalapotilailla ja hoitokodin asukkailla.

Tavoitteet: Selvittää haurauden ja suoliston mikrobiomin monimuotoisuuden välistä yhteyttä väestöön perustuvassa otannassa iäkkäitä kotona asuvia henkilöitä.

Menetelmä: 815 henkilön väestöpohjainen poikkileikkaustutkimus, jossa hauraus määritettiin haurausindeksinä ja fyysisenä ilmiönä keskimäärin 76 vuoden iässä. Suoliston mikrobiomin monimuotoisuus määritettiin ulostenäytteestä 16S rRNA -sekvensointimenetelmällä.

Tulokset: Suurempi haurauden aste oli yhteydessä asteittain vähenevään alfadiversiteettiin (näytteen sisäinen monimuotoisuus) ja asteittain nousevaan beetadiversiteettiin (näytteiden välinen monimuotoisuus). Suurempi haurausindeksi oli yhteydessä lajirunsauteen yksittäisten mikrobien

tasolla, kun painoindeksin, liikunnan, tupakoinnin ja lääkehoidon vaikutus oli huomioitu. Haurauden fyysinen ilmiasu ei ollut johdonmukaisesti yhteydessä lajirunsauteen yksittäisten mikrobien tasolla.

Johtopäätökset: Suurempi haurauden aste oli yhteydessä kaventuneeseen suoliston mikrobiomin monimuotoisuuteen väestön perustuvassa otoksessa kotona asuvia iäkkäitä. Suurempi haurausindeksi oli yhteydessä yksittäisten mikrobien lajirunsauteen, joista osa voi olla terveydelle haitallisia.

Tiina Pesonen

Oulun yliopisto

Heidi Siira¹ & Satu Elo²

¹Oulun yliopisto

²Lapin ammattikorkeakoulu

Heikentyneen näkökyvyn ja kognition esiintyvyys sekä niihin yhteydessä olevat taustatekijät kotihoidon asiakkaila

Tausta ja tavoitteet: Väestön ikääntymisen myötä säännöllistä tukea ja palveluita tarvitsevien määrä lisääntyy. Suomessa korostetaan kotiin annettavia palveluita ensisijaisena vaihtoehtona, mikä on lisännyt kotihoidon asiakkaiden määrää. Toimintakyvyn merkitys ikäihmisen kotona pärjäämiseen ja ulkopuolisen avun tarpeeseen on tunnistettu, mutta näkökyvyn vaikutuksia kotihoidon asiakkaan arjesta suoriutumiseen ei ole juuri tutkittu. Myös heikentynyt kognitio vaikuttaa ikäihmisen toimintakykyyn ja heikentyneen näkökyvyn ja kognition yhteys on tunnistettu, mutta näiden yhteysvaikutuksista tiedetään vielä kovin vähän. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää heikentyneen näkökyvyn ja kognition esiintyvyyttä kotihoidon asiakkaila sekä niihin yhteydessä olevia taustatekijöitä.

Menetelmät: Tämä rekisteriaineisto koostui kotihoidon asiakkaiden (<64 v.) RAI (Resident Assessment Instrument)-arvioinneista (n=26 353), jotka oli tehty RAI HC (Home Care)-välineellä aikavälillä 1.4.-30.9.2021. RAI-arvioinnit sisältävät tietoa asiakkaan taustatiedoista, terveydentilasta ja toimintakyvystä. Näkökyky luokiteltiin 0-4 luokkaan ja kognitio (CPS) 0-6 luokkaan. Taustatekijöistä tutkittiin ikä, sukupuoli, koulutustaso (ylioppilas tai korkeampi), asumismuoto (asuuko jonkun kanssa) ja vakava aliravitsemus. Aineisto analysoitiin SPSS-tilasto-ohjelmalla soveltuvin tilastollisin menetelmin.

Tulokset: Kotihoidon asiakkaista 30 %:lla näkökyky oli vähintään lievästi heikentynyt. Kohtalaisesti/vaikeasti näkö oli heikentynyt 7,6 %:lla. Kognitio oli puolestaan vähintään lievästi heikentynyt noin 55 %:lla ja vähintään kohtalaisesti se oli heikentynyt 15 %:lla. Lisäksi 18 %:lla kotihoidon asiakkaista sekä näkökyky että kognitio oli heikentyneet. Taustatekijöistä kotihoidon asiakkaan näkökykyyn oli tilastollisesti merkittävästi yhteydessä ikä, sukupuoli, koulutustaso ja vakava aliravitsemus. Kognitioon oli tilastollisesti merkittävästi yhteydessä ikä, sukupuoli, asumismuoto sekä vakava aliravitsemus. Näkökyvyn ja kognition yhteishäiriö oli yleisempää vanhemmissa ikäryhmissä, miehillä, alemmin koulutetuilla sekä heillä, jotka asuivat jonkun kanssa ja joilla oli vakava aliravitsemus (p<0,001). Lisäksi kognitio oli merkitsevästi yhteydessä näkökykyyn (p>0,001).

Johtopäätökset: Kotihoidon asiakkaiden säännöllinen näön ja kognition arviointi on tärkeää. Näkökyvyn heikentyessä myös kognitio heikkeni, lukuun ottamatta asiakkaita, joilla näkö oli vaikeasti heikentynyt. Heillä keskimääräinen kognitio oli parempi verrattuna asiakkaisiin, joiden näkökyky oli arvioitu riittäväksi. On mahdollista, että asiakkaiden, joiden näkö on vaikeasti heikentynyt ja myös kognitio heikentynyt, palvelutarve on jo sen verran suuri, etteivät kotihoidon palvelut ole riittäviä, jolloin kotihoidossa ei juurikaan ole tällaisia asiakkaita. Kognition ja näkökyvyn yhteishäiriö voi mahdollisesti lisätä myös läheisen antaman avun tarvetta, koska tällaiset asiakkaat asuvat todennäköisemmin jonkun kanssa kuin yksin. Heikentyneen näön ja kognition yhteisvaikutuksista tarvitaan lisää tietoa.

Sessio 9. Liikkumista edistävät interventiot

Timo Strandberg

HUS, Helsingin yliopisto & Oulun yliopisto

SPRINTT-tutkimusryhmä

Liikunnallisen toiminnanvajeen monitekijäinen ehkäisy gerastenia-sarkopenia-oireyhtymässä iäkkäillä: SPRINTT-projekti

Tausta ja tavoitteet: Liikunnallisen toiminnanvajeen (mobility disability) kehittymisen riski on lisääntynyt gerasteniassa ja sarkopeniassa. Eurooppalaisessa monikeskustutkimuksessa selvitettiin mahdollisuuksia vähentää tätä riskiä monitekijäisellä interventiolla.

Menetelmät: Satunnaistettu, kontrolloitu tutkimus suoritettiin 11 Euroopan maassa (16 tutkimuskeskusta, Suomessa Helsinki) vuosina 2016-2019. Tutkimukseen osallistui 1519 kotona asuvaa vähintään 70- vuotiasta (72 % naisia), joilla oli fyysisen gerastenian merkit (short physical performance battery [SPPB]-testipisteet 3-9, vähentynyt lihasmassa DXA-mittauksessa), mutta jotka pystyivät itsenäisesti kävelemään 400 m. Monitekijäinen interventio (n=760) koostui tehokkaasta, ohjatusta liikunnasta (aerobinen+kuntosali) ja yksilöllisestä ravitsemusneuvonnasta keskimäärin 26 kk (SD 9.5) ajan. Kontrolliryhmä (n=759) sai yleistä terveysterveysta. Primaari päätetapahtuma oli liikunnallinen toiminnanvaje (kyvyttömyys itsenäisesti kävellä 400 m alle 15 minuutissa), useita sekundaarisia päätetapahtumia. Tulokset analysoitiin erikseen SPPB 3-7 (n=1205) ja SPPB 8-9 (n=314)- ryhmissä.

Tulokset: Osallistujien keskimääräinen ikä oli 78.9 v (SD 5.8). SPPB 3-7-ryhmässä liikunnallinen toiminnanvaje ilmaantui 46.8 %:lla interventio- ja 52.7 %:lla kontrolliryhmässä (riskisuhde 0.78, 95 % luottamusväli 0.67-0.92, P=0.005). SPPB 8-9-ryhmässä ei ollut merkitsevää eroa interventio- ja kontrolliryhmän välillä (P=0.34). Vakavissa haittatapahtumissa ei ryhmien välillä ollut merkitsevää eroa tutkimuksen aikana.

Päätelmät: Hauraassa, sarkopeenisessa ja iäkkäässä potilasryhmässä voitiin keskimäärin kaksi vuotta kestäneellä monitekijäisellä interventiolla vähentää liikunnallisen toiminnanvajeen ilmaantumista.

Annele Urtamo

Helsingin yliopisto

Hanna Öhman,¹ Satu Jyväkorpi¹ & Timo Stranberg¹

¹Helsingin yliopisto

SPRINTT-tutkimuksen liikuntaintervention tuloksia Suomessa

Tausta: Sarkopeniaa ja gerasteniaa sairastavilla ikäihmisillä on suurentunut riski liikkumiskyvyn menetykseen, kaatumisiin, elämänlaadun heikkenemiseen ja avuntarpeen lisääntymiseen. Fyysinen aktiivisuus edistää toimintakykyä myös liikkumiskyvyltään heikentyneillä. SPRINTT-tutkimuksessa selvitettiin liikunta- ja ravitsemusintervention vaikutuksia sarkopenian ja gerastenian ehkäisyssä ja kuntoutuksessa 11 Euroopan maassa. Tutkimusta koordinoi Università Cattolica del Sacro Cuore Italiassa. SPRINTT RCT-tutkimukseen rekrytoitiin yhteensä 1566 osallistujaa ja Suomesta 142.

Menetelmät: Intervention (MCI) tutkittavat (n= 70) osallistuivat vähintään kahden vuoden ajan ohjattuun liikuntaharjoitteluun ja tekivät lisäksi kotiharjoittelua. Harjoittelu koostui kävely-, voima-, tasapaino- ja liikkuvuusharjoituksista, joiden intensiteetti kasvoi vähitellen. Päättösäilytyksenä oli liikkumiseen liittyvän toiminnanvajeen kehittyminen, jota mitattiin 400 metrin kävelytestillä. Toissijaisia tulosmuuttujia olivat mm. muutokset fyysisessä suorituskyvyssä, kehonkoostumuksessa, lihasmassassa ja lihasvoimassa sekä kaatumisten sekä vakavaan vammaan johtavien kaatumisten ilmaantuvuus. Tuloksia verrattiin kontrolliryhmään (HALE).

Tulokset: Tutkittavista 116/ 142 oli mukana 24 kuukauden seurannan päätyttyä ja 99 (MCI, n= 49; HALE, n= 50) suoritti 400 metrin kävelytestin alle 15 minuutissa. Interventioryhmän fyysinen suorituskyky (SPPB) parani merkitsevästi, ja kasvu oli suurinta niillä, joilla SPPB < 8 lähtötilanteessa. Suomen osallistujien osalta data on juuri saatu käyttöön ja tuloksia analysoidaan loppuvuoden 2022 aikana.

Johtopäätökset: Liikuntaintervention osallistuminen paransi fyysistä suorituskykyä erityisesti niillä, joilla suorituskyky oli lähtötilanteessa heikompi. Liikuntaharjoitteluohjelmaa, johon yhdistetään ravitsemusohjausta, voidaan suositella ikääntyneille, joilla on sarkopeniaa ja gerastenian riskiä. Liikuntaharjoittelu voidaan toteuttaa ilman erityistä välineistöä ja on siksi helposti siirrettävissä käytäntöön.

Satu Jyväkorpi

Valtion ravitsemusneuvottelukunta

Annele Urtamo,¹ Kaisu Pitkälä¹ & Timo Stranberg²

¹Helsingin yliopisto

²Oulun yliopisto

SPRINTT- tutkimuksen ravitsemusintervention kuvaus ja vaikuttavuus kotona asuvilla ikääntyneillä eurooppalaisilla

Tausta ja tavoitteet: SPRINTT- tutkimus oli eurooppalainen satunnaistettu, kontrolloitu monikeskustutkimus, jonka tavoitteena oli ehkäistä ja hidastaa liikkumiseen liittyviä toiminnanvajeita 70-vuotta täyttäneillä henkilöillä, joilla oli jo heikentymistä fyysisessä suorituskyvyssä, sekä merkit lihaskadosta. Tässä tutkimuksessa kerromme tutkimuksen ravitsemusintervention käytännön toteutuksesta, sen toteutuskelpoisuudesta ja vaikuttavuudesta.

Menetelmät: SPRINTT- tutkimukseen rekrytoitiin 70 vuotta täyttäneitä ihmisiä 11 Euroopan maasta. Tutkimukseen osallistuvilla (n = 1517) oli fyysisen toimintakyvyn vajeita, joita mitattiin suorituskykyä mittaavalla SPPB-testillä ja heillä oli todettu alhainen lihasten määrä DXA:lla mitattuna. He pystyivät kuitenkin kävelemään 400 metriä ilman toisen henkilön apua 15 minuutissa. Tutkimus kesti keskimäärin pisimmillään 36 kuukautta. Ravitsemusinterventio toteutettiin tarjoamalla interventioon kuuluville henkilökohtaista ravitsemusneuvontaa. Ravitsemusinterventiolla pyrittiin saavuttamaan proteiinin saanti 1,0–1,2 g/paino kg/vrk ja energian saanti 25-30 kcal/paino kg/vrk sekä 75 mmol/l D-vitamiinistatus. Tutkimuksen ravitsemusinterventiosta vastaavat ravitsemusterapeutit ja ravitsemusasiantuntijat vastasivat kyselyyn ravitsemusintervention toteutuksesta kaikilla 16 tutkimuspaikkakunnalla.

Tulokset: Kaikki kyselyyn vastanneet ravitsemusasiantuntijat pitivät ravitsemusinterventiota toteutuskelpoisena ja kohderyhmälle sopivana. Pääosa intervention tutkittavista otti mielellään osaa ravitsemusneuvontaan. Vajaaaravitsemusriskissä olevat tutkittavat tunnistettiin yhdistämällä tietoja haastatteluista, kyselyistä, testeistä, mittauksista ja verikokeiden tuloksista. Tutkittavien energian (26 kcal/kehon paino kg/vrk) ja proteiinin (1,12 g/kehon paino kg/vrk) saanti nousivat tavoitetasolle ravitsemusintervention ansiosta. Myös D-vitamiinistatus nousi tutkimuksen aikana tavoitetasolle.

Johtopäätökset: Tutkimuksen ravitsemusasiantuntijat pitivät ravitsemusinterventiota toteutuskelpoisena ja kohderyhmälle sopivana. Ravitsemusinterventiolla saavutettiin energian ja proteiinin saannin tavoitetaso tutkimuksessa. SPRINTT- tutkimuksessa hyväksi havaitut keinot vajaaravitsemuksen tunnistamiseksi ja sitä seuraavat toimenpiteet tilanteen korjaamiseksi toimivat ravitsemusintervention mallina, jolla voidaan ehkäistä ja hoitaa vajaaravitsemusta kotona asuvilla iäkkäillä, joilla on liikkumiseen liittyviä toiminnanvajeita.

Sara Suikkanen

**LAB ammattikorkeakoulu, Jyväskylän yliopisto & Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden
Eeva Aartolahti¹, Hannu Kautiainen², Kaisu Pitkälä³, Katriina Kukkonen-Harjula⁴, Markku
Hupli⁴, Paula Soukkio^{4,7}, Sanna Kääriä⁵ & Sarianna Sipilä⁶**

¹Jyväskylän ammattikorkeakoulu

²MedCare Oy

³Helsingin yliopisto

⁴Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden

⁵Raatimiehet Oy

⁶Jyväskylän yliopisto

Fysioterapeutin ohjaama 12 kuukauden kotiharjoittelu gerasteenisilla ikäntyneillä – satunnaistettu kontrolloitu tutkimus

Gerastenia on ikääntyvillä esiintyvä oireyhtymä, joka heikentää toimintakykyä ja elämänlaatua sekä lisää hoidon tarvetta ja sosiaali- ja terveystieteiden kustannuksia. Gerastenia voidaan määrittellä esimerkiksi fenotyyppikriteerein, joita ovat uupumus, laihtuminen, vähäinen liikunta, hitaus ja heikkous. Gerastenian hoitomuotona voidaan käyttää liikuntaa ja ravitsemusta. Tutkimuksemme tarkoituksena oli selvittää fysioterapeutin kotikäynnin toteutetun liikuntaharjoittelun vaikutuksia kotona-asumisaikaan, toimintakykyyn (SPPB, FIM), elämänlaatuun (15D), gerastenian vaikeusasteeseen sekä sosiaali ja terveystieteiden käyttöön ja kustannuksiin ikääntyneillä, joilla on gerastenia tai sen esiaste.

Tutkimus toteutettiin Etelä-Karjalassa v. 2014–17. Mukaan rekrytoitiin 300 yli 65-vuotiasta kotona-asuvaa, jotka täyttivät vähintään yhden gerastenian fenotyyppikriteereistä. Heidät satunnaistettiin kahteen ryhmään: 1) liikuntaharjoittelu 60 minuuttia 2x viikossa (n=150), 2) tavanomainen hoito (n=150). Harjoittelu sisälsi lihaskunto-, tasapaino-, liikkuvuus- ja toiminnallisia harjoitteita. Tutkittavat mitattiin alussa, 3 kk:n, 6 kk:n ja 12 kk:n kuluttua, ja heidän sote-palveluiden käyttöönsä seurattiin rekistereistä 24 kk:n ajan tutkimuksen alkamisesta.

Soveltuvuus arvioitiin 520 henkilöltä, joista 300 täytti mukaanottokriteerit ja satunnaistettiin tutkimukseen. Yksi henkilö vetäytyi ja kielsi tietojensa käytön. Alkutilanteessa tutkittavien (n=299) keski-ikä oli 82,5 (KH 6,3), heistä 75 % oli naisia, 61 %:lla oli gerastenian esiaste ja 39 %:lla gerastenia. Kahden vuoden aikana kotona-asumisajassa ei ollut merkitsevää eroa ryhmien välillä: harjoitteluryhmä 659 (95 % LV 635; 683) vrk ja tavanomainen hoito 638 (95 % LV 611; 665) vrk, (IRR 1.03 (0,98; 1,09)). 12 kk:n seurannassa SPPB parani 1,6 (95 % LV 1,3; 2,0) pisteellä harjoitteluryhmällä eikä tavanomaisessa hoidossa tapahtunut muutosta (p<0,001). FIM heikkeni harjoitteluryhmässä -4,1 (95 % LV -5,6; -2,5) pisteellä ja tavanomaisen hoidon ryhmässä -6,9 (95 % LV -8,4; -5,3) pisteellä (p=0,012). Elämänlaatu säilyi harjoitteluryhmässä alkutilanteen 0,719 (KH 0,084) tasolla myös 12 kk kohdalla 0,723 (KH 0,087, 95 % LV 0,709; 0,738). Tavanomaisessa hoidon ryhmässä alkutilanteen 0,705 (KH 0,097) elämänlaatu heikkeni merkitsevästi ollen 12 kk kohdalla 0,683 (KH 0,103, 95 % LV 0,667; 0,700). Muutokset gerastenian vaikeusasteessa olivat suotuisampia

harjoitteluryhmässä. Kustannusvaikuttavuusanalyysin mukaan kotiharjoittelu oli kustannuksiltaan kalliimpaa kuin tavanomainen hoito, mutta vaikuttavampaa tarkasteltaessa laatupainotettuja elinvuosia.

Vuoden ohjatulla kotiharjoittelulla ei pystytty lisäämään kotona-vietettyjä vuorokausia 24 kk:n aikana gerasteenisilla tai esigerasteenisilla henkilöillä. Kotiharjoittelu paransi fyysistä suorituskykyä, hidasti itsenäisen toimintakyvyn laskua ja gerastenian etenemistä sekä ylläpiti elämänlaatua verrattuna tavanomaiseen hoitoon.

Hanna Ojala

Tampereen yliopisto

Ilkka Pietilä¹

¹Helsingin yliopisto

Kuntosaliharjoittelu sukupolvikysymyksenä

Väestön ikääntyessä eläkeikäisiä on pyritty aktivoimaan liikkumaan erilaisilla liikuntaohjelmilla. Tavoitteena on totuttaa ikääntyviä pitämään itsenäisesti huolta fyysisestä kunnostaan, minkä tiedetään hidastavan vanhenemisen vaikutuksia toimintakykyyn. Iän myötä kroonisten sairauksien esiintyvyys kasvaa, ja siksi ikääntyvien liikunnallista aktivointia tehdään myös esimerkiksi osana syöpähoitoja. Liikunnalla on positiivinen vaikutus syöpäpotilaiden elämänlaatuun ja liikunnan määrä on yhteydessä syöpäpotilaan pidempään elossaoloaikaan. Voimaharjoittelulla pyritään parantamaan hormonihoitoa saavien eturauhassyöpäpotilaiden lihaskuntoa ja siten ehkäisemään hormonihoitoa yhtä keskeistä sivuvaikutusta, lihasmassan vähenemistä. Koska eturauhassyöpä on pääasiassa vanhempien miesten sairaus (diagnosoitujen keski-ikä 70 vuotta), pidetään voimaharjoittelua erityisen tärkeänä toimintakykyä ja elämänlaatua ylläpitävänä seikkana.

Tarkastelimme hormonihoitoa saavien eturauhassyöpäpotilaiden kokemuksia kuntosalilla tapahtuvasta voimaharjoittelusta osana interventiotutkimusta. Interventiotutkimuksessa potilaat satunnaistettiin interventio- ja seurantaryhmiin. Interventoryhmäläiset (n=19) osallistuivat ohjattuun kuntosaliharjoitteluun kaksi kertaa viikossa kolmen kuukauden ajan. Seurantaryhmäläiset (n=10) saivat kuntosaliharjoitteluohjelman ja liikunnanohjaaja kävi heidän kanssaan liikkeet kertaalleen läpi. Tämän jälkeen he harjoittelivat omatoimisesti kolme kuukautta kestävästä seurantajakson ajan. Tutkimukseen osallistuneet miehet olivat iältään 56-83-vuotiaita (ka=73 v) ja heitä haastateltiin kolme kertaa; ennen tutkimuksen alkua, kolmen kuukauden ohjatun/omatoimisen saliharjoittelun päätyttyä sekä kolmen kuukauden kuluttua harjoittelujakson päättymisestä. Haastattelut olivat muodoltaan puolistrukturoituja teemahaastatteluja.

Haastatteluissa kävi ilmi, että valtaosa tutkimukseen osallistuneista koki kuntosalilla tapahtuvan voimaharjoittelun itselleen vieraaksi, sillä vain muutamalla oli siitä aiempaa kokemusta. Erityisesti seurantaryhmäläisillä oli vaikeuksia motivoitua hakeutumaan itsenäisesti kuntosalille. Myös interventoryhmäläisten innostus lopahti ohjatun saliharjoittelun päätyttyä. Motivaatio-ongelmat johtuivat ensinnäkin siitä, että miesten mielikuvat kuntosaleista perustuivat lähinnä 1900-luvun lopun

urheiluseurojen pahanhajuisiin kellarikuntosaleihin, joissa harjoittelu tapahtui vapailla painoilla ja kilpailuhenkisesti. Toiseksi kuntosalit harjoitteluympäristöinä nähtiin pääasiassa nuorille aikuisille kuuluvina paikkoina, mikä ei houkuttanut lähtemään omatoimisesti salille. Kolmanneksi miesten käsitys liikunnallisesta aktiivisuudesta perustui pitkälti arki- ja hyötyliikunnalle. (Lihaskunnon) nähtiin pysyvän yllä mökin metsätöissä, puutarhanhoidossa ja kävelylenkeillä puolison kanssa. Vastaavien interventioiden ja liikuntaohjelmien vaikuttavuuden kannalta onkin tärkeää tuntee kohderyhmän ajatuksia heille sopivista liikuntamuodoista.

Sessio 10. Johtaminen ja työn organisointi

Merja Hoffrén-Mikkola

Seinäjoen ammattikorkeakoulu

Marjatta Komulainen¹, Sari Teeri², Sini Eloranta³ & Tuula Mikkola¹

¹Metropolia ammattikorkeakoulu

²Satakunnan ammattikorkeakoulu

³Turun ammattikorkeakoulu

Kotihoidon etähoito työntekijöiden hyvinvoinnin ja johtamisen näkökulmasta

Tausta ja tarkoitus: Kotihoidon haasteena ovat asiakasmäärien ja palvelutarpeen kasvu sekä samanaikainen työvoiman saatavuuden vaikeutuminen. Haasteisiin vastaaminen edellyttää uusia toimintatapoja ja teknologisia ratkaisuja. Digiteknologian mahdollisuuksia on jo hyödynnetty kotihoidossa, erityisesti etäkotihoidon muodossa. Etäkotihoito onkin vakiintunut osaksi vanhuspalveluiden palvelurakennetta täydentäen ja monipuolistaen palvelutarjontaa. Etähoidon toteuttaminen aiheuttaa muutoksia työntekijöiden työ- ja toimintatapoihin vaikuttaen myös työhyvinvointiin.

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, millaisia vaikutuksia etähoidolla on kotihoidon työntekijöiden ja esihenkilöiden työhyvinvointiin ja mitkä tekijät tukevat etähoidon toteuttamista ja johtamista.

Menetelmä: Aineisto kerättiin huhti-syyskuussa 2022 kahden suuren kaupungin, yhden keskisuuren maakuntakeskuksen ja kahden maaseutumaisen kunnan kotihoidoissa sähköisellä kyselyllä. Kaikissa viidessä kotihoidon toimintayksikössä toteutetaan myös etäkotihoitoa. Kolmessa näistä etähoitoa toteutetaan keskitetyllä palvelumallilla ja kahdessa hajautetulla palvelumallilla. Kyselyllä selvitettiin kotihoidon esihenkilöiden ja sekä videovälitteistä etähoitoa että perinteistä kotihoitoa toteuttavien työntekijöiden tyytyväisyyttä, tyytyväisyyttä etähoitoon, päätöksentekoa siitä ja etähoidon vaikutuksia työhön sekä etäkotihoidon ja perinteisen kotihoidon väliseen yhteistyöhön. Lisäksi etähoitoa toteuttavilta työntekijöiltä kysyttiin digitaidoista, etähoidon teknisestä toimivuudesta, sen opetteluun ja toteuttamiseen saadusta tuesta sekä etähoidon johtamisesta. Kysely sisälsi sekä suljettuja että avoimia kysymyksiä.

Tulokset ja johtopäätökset: Kyselyyn vastasi 264 henkilöä, joista kotihoidon esihenkilöitä oli 21 ja työntekijöitä 243. Työntekijöistä 43 toteutti etähoitoa joko osana työtään tai kokoaikaisesti. Vastaajista reilu 60 % oli työhönsä joko melko tai erittäin tyytyväinen ja 64 % oli melko tai erittäin tyytyväinen etähoidon mukaantuloon kotihoitoon. Hieman alle 50 % raportoi etähoidon mukaantulon kotihoitoon helpottaneen joko hieman tai merkittävästi omaa työskentelyään. Vastaavasti noin 10 % raportoi sen vaikeuttaneen omaa työskentelyään joko hieman tai merkittävästi. 40 % etäkotihoitoa toteuttavista työntekijöistä raportoi etähoidon mukaantulon kotihoitoon vähentäneen joko hieman tai merkittävästi työn kuormittavuutta. Toisaalta lähes viidennes raportoi, että väärinkäsitysten määrä tiedonkulussa on lisääntynyt joko hieman tai merkittävästi. Avoimissa vastauksissa raportoitiin eniten vastauksia liittyen etäkotihoidon ja perinteisen kotihoidon väliseen yhteistyöhön ja vaikeuksiin siihen liittyen. Tulokset osoittavat, että pääosa kotihoidon työntekijöistä suhtautuu etäkotihoitoon myönteisesti. Toisaalta etäkotihoidon ja perinteisen kotihoidon väliseen työnjakoon kaivataan selkeytystä ja uusia toimintatapoja.

Katja Hautsalo

Tampereen ammattikorkeakoulu

Niina Koskela^{1,2}

¹Jyllin Kodit

²Tampereen ammattikorkeakoulu

Yhdessä ammattilaiseksi – mentorointi osana kotihoitotyöhön kasvamista

Tausta ja tavoitteet: Veto- ja pitovoimaa kotihoitoon kehittämishanke on ESR -rahoitteinen kolmevuotinen hanke (4/20–3/23). Hankkeen tavoitteena on vahvistaa kotihoitoon valmistuvien opiskelijoiden ja siellä työskentelevien ammattilaisten toimintaedellytyksiä ja muutoskyvykkyyttä, sekä lisätä kotihoidon veto- ja pitovoimaisuutta. Hanke kohdistuu Pirkanmaan ja Satakunnan alueille, ja se toteutuu oppilaitosten (SAMK, TAMK, Sasky ja Sataedu) sekä kotihoidon yhteistyönä (Porin YTA-alueen kotihoito, Sastamalan ja Parkanon kotihoidot sekä Jyllin Kodit Oy). Mentoroinnin kehittäminen oli yksi hankkeen osatavoitteista. Siihen sisältyi mentorointimallin tuottaminen ja mentorointioppaan laatiminen alalle valmistuvien opiskelijoiden, kotihoidon ammattilaisten ja esihenkilöiden käyttöön. Mentoroinnin kehittämisellä tavoiteltiin laadukasta ja yhtenäistä toimintamallia, joka auttaa uusia työntekijöitä sitoutumaan työyhteisöön, lisää tiedon siirtymistä työyhteisössä sekä voi pidemmällä tähtäimellä vähentää vaihtuvuutta ja rekrytoinnin tarvetta.

Menetelmä: Mentorointia kehitettiin hankkeessa kevästä 2021 alkaen vuoden 2022 loppuun kotihoidon ammattilaisten, esihenkilöiden, oppilaitosten opiskelijoiden, sekä hanketoimijoiden kesken tiiviissä yhteistyössä. Työskentely sisälsi kehittämisen käynnistävän suunnitteluseminaarin, mentorointiin liittyvän kyselyn ja sen vastausten analysoinnin, mentorointimallia ja -opasta kehittävän fokustyöryhmän työskentelyn, mentorointioppaan kokoamisen sekä mallin ja oppaan testaamisen.

Tulokset: Kehittämistyön tulos, mentorointimalli, sisältää kuusi osa-aluetta, jotka on visuaalisesti kuvattu toisiinsa liittyvinä palapelin paloina. Ne muodostavat kokonaiskuvan mentoroinnin etenemisestä. Mallissa mentoroinnin vaiheet ovat: ennen mentorointia ja valmistautuminen, mentoroinnin käynnistyminen, kotihoidon erityispiirteet, palaute ja arviointi mentoroinnissa, mentoroinnin hyödyt ja vaikutukset sekä mentoroinnin päättäminen. Opas on laadittu näiden osa-alueiden sisältöä avaavaksi, tehtäväkirjamaiseksi sähköiseksi oppaaksi. Sen tarkoituksena on jäsentää mentorin ja mentoroitavan välistä yhteistyösuhdetta, mahdollistaa omien kokemusten tarkastelua, osaamisen tunnistamista ja reflektiivisen työotteiden kehittymistä. Opas sisältää tehtäviä, jotka auttavat huomioimaan kotihoitotyön keskeisiä osa-alueita, keskustelemaan työstä ja vahvistamaan osaamista. Oppaassa ohjataan myös osaamiskartoituksen tekemiseen.

Johtopäätökset: Mentoroinnissa yhteistyön keskiössä on yhteisen työn kehittäminen ja siihen sitoutuminen niin mentorointiparin, työyhteisön kuin myös esihenkilöiden ja organisaation osalta. Mentorointi eroaa perinteisestä perehdytyksestä vastavuoroisuuden, suunnitelmallisuuden, pitkäjänteisyyden sekä syvällisyyden suhteen. Mentorointia hyödyntämällä on mahdollista tukea

työntekijän työuraa ja ammatillista kehittymistä yksilöllisesti, lisätä työhyvinvointia sekä tukea työyhteisön tavoitteita ja toimintavarmuutta.

Maria Korvola

Oulun yliopisto, GeroNursing Centre

Heidi Siira¹, Kaisa-Mari Saarela¹, Maria Kääriäinen¹ & Sinikka Lotvonen¹

¹GeroNursing Centre, Oulun yliopisto

OuluGNC© GeroLeader -täydennyskoulutuksesta laatua, näyttöä ja vaikuttavuutta kuntoutumista edistävän hoitotyön toteutukseen ja johtamiseen

Tausta ja tavoitteet: Kuntoutumista edistävä hoitotyö tarkoittaa hoitohenkilöstön työmenetelmää, jonka avulla yksilöllisesti, tavoitteellisesti ja suunnitelmallisesti edistetään ikääntyneiden liikunta- ja toimintakykyä, omatoimisuutta, itsenäisyyttä ja elämänlaatua. Vanhuspalvelulaki velvoittaa kuntia tekemään ikääntyneen väestön tukemiseksi suunnitelman, jossa painotetaan kotona asumista ja kuntouttavia toimenpiteitä. Vanhustyön lähiesihenkilöiden yhtenä keskeisenä tehtävänä on jalkauttaa strategiset tavoitteet, sillä he toimivat johtamisjärjestelmässä lähimpänä käytäntöä. OuluGNC© GeroLeader kehittämishankkeen tavoitteena oli luoda ja pilotoida verkossa toteutettava täydennyskoulutus ikääntyneiden kuntoutumista edistävän hoitotyön johtamisen tueksi ja kehittämiseksi.

Menetelmä: OuluGNC© GeroLeader oli tieteelliseen tietoon perustuva viiden opintopisteen laajuinen täydennyskoulutus vanhustyössä työskenteleville lähiesihenkilöille. Sen tavoitteena oli tuottaa laatua, näyttöä ja vaikuttavuutta kuntoutumista edistävän hoitotyön toteutumiseen ja johtamiseen. OuluGNC© GeroLeader sisälsi seitsemän (7) eri osiota: 1. Esihenkilön ja työyksikön vanhuskäsitys sekä eettinen toiminta kuntoutumista edistävän hoitotyön lähtökohtana 2. Kuntoutumista edistävän hoitotyön perusteet 3. Osaamisen johtaminen 4. Muutosjohtaminen 5. Uuden toimintakulttuurin vakiinnuttaminen 6. Vuorovaikutus ja yhteistyö 7. Esihenkilön hyvinvointi ja jaksaminen.

Tulokset: Koulutuspilotti toteutettiin 8.12.2021 – 6.2.2022 välisenä aikana ja siihen osallistui kymmenen vanhustyön lähiesihenkilöä Keski-Pohjanmaan ja Pohjois-Pohjanmaan alueilta. Osallistuneet suorittivat OuluGNC© GeroLeader -verkkokoulutuksen Moodlen -verkko-oppimisympäristössä ja he antoivat palautetta koulutuksesta Webropol -lomakkeella nimettömästi. Koulutus koettiin innostavana, motivoivana ja se oli helppo yhdistää omaan työhön. Se vahvisti kuntoutumista edistävän hoitotyön johtamisen osaamista ja antoi paljon käytäntöön vietäviä ideoita. Koulutuksen kokonaisuuden osat vastasivat osallistujien odotuksia ja sitä suositeltiin jokaiselle lähiesihenkilöille riippumatta aikaisemmista opinnoista.

Johtopäätökset: Täydennyskoulutusta tarvitaan kuntoutumista edistävän hoitotyön toimintamallien juurruttamiseen ja johtamisen tueksi. Myös lähiesihenkilöillä tulee olla uusinta tietoa siitä, miten

kuntoutumista edistävän hoitotyön toimintamalli voidaan jalkauttaa tuloksellisesti osaksi hoitotyön käytänteitä.

Marjo Ring

UEF

Elisa Tiilikainen¹ & Hanna Ristolainen¹

¹UEF

Uusi julkisjohtaminen ja kotona asumisen politiikka – heijastumia kotihoidon työhön ja työntekijöiden alanvaihtoon

Tausta ja tavoitteet: Ikääntyneiden palvelut ovat olleet muutoksessa 1990-luvulta alkaen. Tuolloin tehottomuudesta ja byrokraattisuudesta kritisoidulla julkisella sektorilla alettiin laajasti soveltaa uuden julkisen johtamisen mallia (NPM), jonka keskeisinä ajatuksina oli toiminnan kustannusvaikuttavuuden kehittäminen. NMP-ajattelu näkyi pyrkimyksenä julkisten palvelujen tehostamiseen, johtamisen kehittämiseen, markkinalähtöisen kilpailuajattelun hyödyntämiseen ja asiakaslähtöisyyden vahvistamiseen. Samaan aikaan ikääntyneiden hoivaa alettiin voimakkaasti siirtää laitoksista avohoitoon ja kotiin. 2020-luvulla ikääntyvien palvelut ovat tilanteessa, jossa erityisesti kotihoitoon liittyvän työvoiman tarve kasvaa, mutta alalle on vaikeaa saada rekrytoitua uutta henkilöstöä. Olemassa oleva tutkimustieto ja julkinen keskustelu antaa viitteitä siitä, että alalla on enemmän työntö- kuin vetovoimaa. Tässä tutkimuksessa tarkastelemme aihetta alaa vaihtaneiden kotihoidon työntekijöiden näkökulmasta. Kysymme miten hoitoalan jättäneet kotihoidon työntekijät kuvaavat alanvaihtoon johtaneita syitä, ja miten ne ilmentävät ikääntyvien palveluissa tapahtuneita rakennemuutoksia ja uuden julkisen johtamisen mallia.

Menetelmät: Tutkimuksen aineisto koostuu Tietoarkiston Penna -alustalla kerätystä kirjoitusaineistosta, johon kutsuttiin mukaan hoitoalan jättäneitä hoitajia. Syksyllä 2021 julkaistussa kirjoituspyynnössä hoitoalan jättäneitä hoitajia pyydettiin kertomaan syistään alan jättämisen taustalla. Kirjoituspyyntöön vastasi yhteensä 295 hoitoalan jättänyttä henkilöä. Tässä tutkimuksessa tarkastelu rajattiin kotihoidosta alan jättäneiden hoitajien kirjoituksiin, joita oli yhteensä 39. Aineiston analyysimenetelmänä on käytetty aineistolähtöistä teema-analyysia ja tuloksia on tulkittu erityisesti NPM-reformin viitekehyksestä.

Tulokset: Entisten kotihoidon työntekijöiden kirjoituksista on tunnistettavissa neljä keskeistä syytä alan vaihtamiselle. Näitä ovat, 1) kotona asuvien asiakkaiden toimintakyvyn heikkeneminen, 2) teknologian ja toiminnanohjauksen järjestelmien viemä aika, 3) työntekijään kohdistuvat vaatimukset ja työn joustamattomuus sekä 4) työhön liittyvän eettisen taakan uuvuttavuus.

Johtopäätökset: Alaa vaihtaneiden hoitajien kertomuksista on tunnistettavissa heijastumia NPM reformin keskeisistä teeseistä, jotka vaikuttavat työarjen rakentumiseen ja alalla jatkamiseen.

Makrotason ratkaisut heijastuvat mikrotasolle ja työntekijöiden työn arjen rakentumisen ehtoihin, jopa siinä määrin, että hoitajat ovat päätyneet vaihtamaan alaa.

Riitta Räsänen

Jyväskylän ammattikorkeakoulu

Kari Jaatinen¹ & Tapio Mäkelä¹

¹JAMK

Hyvän hoivan taustalla on aina hyvä johtaminen/Good Care Is Always Based on Good Management

Johdanto: Pohjoismaiden hoitajapula paheni COVID-19-pandemian myötä vanhuspalveluissa. Suomessa ministeriöiden työryhmän suositusten (Sote 2022) tarkoituksena on varmistaa sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön saatavuus. Käytännön ratkaisuna ongelmiin nousee johtaminen (Perruci & Warty Hall 2018, 1–3). Johtamisen kehittäminen vaikuttaa kompetensseihin (Day 2011, 38) ja mahdollisesti myös kustannussäästöinä.

Menetelmä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu käynnisti vuonna 2020 Opetusministeriön rahoittaman vanhuspalvelujen johtamisosaamisvajeen korjaamiseen tähtäävän koulutushankkeen. Tavoitteena on lisätä vanhustyön vetovoimaa sekä esihenkilöiden ja hoitohenkilöstön pysyvyyttä alalla. Kolmelle koulutusryhmälle tarjotaan 35 opintopisteen kokonaisuus. Se antaa valmiuksia päätöksentekoon, talouden, tieto-, laatu-, henkilöstö- sekä työhyvinvoinnin ja erilaisuuden johtamiseen. Opetusmuotoina ovat luento- ja ryhmätyöt, itsenäinen opiskelu, coachaus ja mentorointi. Opiskelu tapahtuu työn ohessa reflektoiden työyhteisön nykyaasteita, millä tavoitellaan kontekstuaalisuutta ja tilannepohjaisuutta näkökulmana situated learning (Wenger-Trayner & Wenger-Trayner 2015). Opiskelijoilta kerätyillä materiaalilla selvitetään koulutuksen vaikutuksia ja lähijohtamisen keinoja.

Alustavat tulokset: Alustavien havaintojen mukaan johtamisen teoria ei kohtaa käytäntöä. Koulutusorganisaatioiden olisi tarjottava organisaatioihin kohdennetumpaa johtamisnäkemystä. Johtamisen kehittäminen on toteutettava siinä sosiaalisessa yhteydessä, jossa se tapahtuu, jotta osaamisen kehittäminen siirtyy työyhteisöön. Johtamisen tulevaisuusnäkyviä käsitellään nykytilaa vähemmän, vaikka tulevaisuuden ennakointi on yksi johtamisen keskeisistä vaatimuksista ja työkaluista.

Sessio 11. Elintapojen ja hoidon interventiot toimintakyvyn tukijana

Merja Suominen

Gery ry

Heli Salmenius-Suominen¹

¹Gery ry

Voimaa ruuasta – ikäihmisten hyvän ravitsemuksen tukeminen

Tausta: Ikäihmisten haasteet ravitsemuksessa ovat moninaisia. Ruokavalion heikentynyt laatu ja alhainen proteiinin saanti ovat tutkimusten mukaan yhteydessä heikentyneisiin muistitoimintoihin, sarkopeniaan ja haurastumiseen. Proteiinin saanti on tutkimusten mukaan jopa 70–80 %:lla suomalaisista ikäihmisistä suosituksia alhaisempi. Se ennustaa liikkumisen vähenemistä, lihaskatoa ja toimintakyvyn heikkenemistä, lisää pitkäaikaishoidon tarvetta ja kustannuksia terveydenhuollossa. Ruokahalun heikkeneminen voi toisaalta aiheuttaa tahatonta laihtumista ja uupumista arjessa. Terveelliset ja taloudelliset ruokavalinnat ja riittävä proteiinin saanti sekä ravitsemus- ja ruokateemasta toteutettu vuorovaikutteinen ryhmäohjaus ja viestintä ovat tutkitusti kohentaneet ikäihmisten ravitsemusta. Voimaa ruuasta -hanketta toteutetaan vuosina 2021–2023 Varsinais-Suomen ja Etelä-Karjalan alueilla.

Tavoitteet ja menetelmät: Hankkeen tavoitteena on parantaa kotona asuvien ikäihmisten ruokavalion laatua ja sitä kautta toimintakykyä ja hyvinvointia ryhmä- ja yksilöohjauksen, luentojen ja monipuolisen viestinnän avulla. Ruokavalion hyvä laatu (rasvan laatu, kasvien, marjojen ja hedelmien käyttö ja riittävä proteiinin saanti) jäävät osallistuneiden arkeen edistämään heidän toimintakykyään, aivoterveystään ja ylläpitämään muistitoimintoja sekä ehkäisemään haurastumista. Toiminta tavoittaa ikäihmisiä, joiden ruokavalion laatu ja monipuolisuus hyvän ravitsemustilan ylläpitämiseksi ovat heikentyneet. Hankkeen osallistujille tarjotaan luentoja, ryhmä- ja/tai yksilöohjausta sekä tietoa ravitsemuksesta esitteiden ja videoiden välityksellä. Ennen luentoja ja ohjausta osallistujien ruokavalion laatu arvioidaan kyselylomakkeella ja proteiinin saanti proteiinitestillä. Palaute- ja seurantakyselyillä kartoitetaan muutosta ruokavalion laadussa, proteiinin saannissa ja oppimisessa.

Tulokset ja johtopäätökset: Ruokavalion laadun kyselyn perusteella ikäihmisistä kasviksia söi joka päivä suositusten mukaisesti 30 %. Ruokavalion laatu arvioitiin asteikolla 1-5 (1=heikko, 5=erinomainen), jolloin vastanneiden keskiarvo oli 2,6. Arvon 1–2 (laatu heikko) sai 50 % vastanneista, 10 %:lla laatu oli hyvä. Seuranta-arviossa suurin osa vastasi tehneensä muutoksia ruokavalioonsa jonkin verran. Proteiinitestin tulosten mukaan 77 % vastanneista sai ruokavaliostaan suositellusta proteiinin tarpeesta alle puolet, 8 % suositellun mukaisesti ja 15 % kohtalaisesti, mutta ei vielä suositusten mukaisesti. Ohjaukseen osallistujat ovat raportoineet mm. lisänneensä aterioille proteiinia ja kasviksia sekä kiinnittäneet huomiota ateriarytmiin ja monipuolisiin välipaloihin. Osa on kokenut jaksamisensa parantuneen ruokavaliomuutosten jälkeen. Ikäihmiset hyötyvät ravitsemusohjauksesta ja -neuvonnasta ja heidän jaksamisensa saattaa parantua ravinnonsaannin, erityisesti proteiinin saannin lisääntyessä.

Päivi Niinistö-Mäkinen

Etelä-Pohjanmaan Muistiyhdistys ry

Päivi Niinistö-Mäkinen¹

¹Etelä-Pohjanmaan Muistiyhdistys ry

Muisti mukana menossa -yhteistyöhanke, tuloksellista aivoterveysten edistämistä konkreettisen toimintamallin avulla

Tausta: Tutkimusnäyttö osoittaa, että diabeteksella, sydän- ja verisuonisairauksilla sekä muistisairauksilla on samoja elintapoihin liittyviä riskitekijöitä. Muisti mukana menossa -hankkeessa on kehitetty suomalaisten kansan- ja muistiterveyttä uhkaavien suurimpien kansansairauksien ehkäisyyn konkreettinen jalkauttamismalli, huomioiden uusin tutkimusnäyttö. Hanke on toteutettu yhteistyössä Etelä-Pohjanmaan Muistiyhdistyksen, Etelä-Pohjanmaan Diabetesyhdistyksen ja Sydän-Suomen alue ry:n Etelä-Pohjanmaan alueen kanssa.

Tavoitteena on ollut, että korkean muistisairausriskin omaavat henkilöt tunnistavat omat muistisairauksien riski- ja suojatekijät, muuttavat terveyskäyttäytymistään ja löytävät mielekkään terveyttä ja hyvinvointia edistävän toimintamuodon alentaakseen omaa muistisairausriskiään.

Menetelmät: Toiminnan kohderyhmänä ovat olleet yli 65-vuotiaat henkilöt, jotka ovat kiinnostuneita oman hyvinvointinsa ja aivoterveytensä edistämisestä ja joilla on ollut diabetes, sydänsairaus tai muistipulmia. Osallistujille on järjestetty käytännönläheistä ja osallistavaa kerhotoimintaa. Käsiteltäviä teemoja ovat olleet: muistisairauksien riski- ja suojatekijät, ravitsemus, liikkuminen, muisti- ja ajattelutoiminnot, aivojumppa sekä muut hyvinvointia ja terveyttä edistävät tekijät.

Tulokset: Toimintamallin tuloksellisuuden osoittamisessa on käytetty pienimuotoisia terveys- ja toimintakykytestejä. Toimintaan on osallistunut 162 osallistujaa, 19 ryhmästä ja 15 eri paikkakunnalta. 78 % osallistujista oli naisia ja keski-ikä oli 71,5 vuotta. 90 % toimintaan osallistujista kokivat tunnistavansa omat muistisairauksien riskitekijät, saaneensa intoa ja motivaatiota oman terveytensä ja hyvinvointinsa edistämiseen.

Toiminnalla on ollut huomattava merkitys osallistujien ruokailutottumuksiin, liikkumisen lisääntymiseen, verenpaineen ja verensokerin alenemiseen, alaraajojen lihasvoiman, kävelynopeuden ja tasapainon kohentumiseen. Toiminta on vaikuttanut positiivisesti myös osallistujien elämänlaadun ja osallisuuden parantamiseen. Muistisairauksien riskipisteet ovat laskeneet.

Johtopäätökset: Palaute on ollut positiivista ja rohkaisevaa, ehkäisevä toiminta kannattaa ja on tuloksellista. Toiminnalla on ollut erinomaiset vaikutukset ikääntyneiden motivaatioon huolehtia omasta aivoterveystään. Terveellisten elämäntapojen lisääminen pienentää muistisairauksien riskitekijöitä. Konkreettinen ryhmätoiminta lisää yhteisöllisyyden ja osallisuuden kokemusta. Ikä ei ole esteenä: vielä yli 80-vuotiaanakin voi pitää huolta omasta aivoterveystään.

Riikka Niskanen

Helsingin yliopisto

Aliisa A. Hyvönen¹, Hanna Öhman³, Hanneke A.H. Wijnhoven², Ilse Reinders², Mariska Trommel-Bout², Marjolein Visser², Merel Pols-Vrijmoeth², Merja H. Suominen¹, Kaisu H. Pitkälä¹, Riikka T. Niskanen¹ & Satu K. Jyväkorpi¹

¹University of Helsinki (UH), Department of General Practice and Primary Health Care, and Helsinki University Central Hospital (HUCH), Unit of Primary Health Care, Finland

²Department of Health Sciences, Faculty of Science, and the Amsterdam Public Health research institute, Vrije Universiteit Amsterdam (VU), The Netherlands

³Geriatric Medicine, University of Helsinki (UH) and Helsinki University Central Hospital (HUCH), Finland.

Ravitsemusintervention toteutettavuus vähän proteiinia ruokavaliosta saavilla kotona-asuvilla ikääntyneillä: lisäanalyysi PROMISS satunnaistetusta kontrolloidusta tutkimuksesta

Tausta ja tavoitteet: PROMISS satunnaistettu kontrolloitu tutkimus (RCT) osoitti, että henkilökohtainen ravitsemusohjaus lisäsi proteiinin saantia ja paransi 400 metrin kävelyaikaa sekä jalan lihasvoimaa kotona asuvilla ikääntyneillä, joiden proteiinin saanti alussa oli alhainen. Tämä lisäanalyysi kuvaa ja edelleen arvioi ravitsemusohjauksen menetelmiä ja toteutettavuutta kyseisessä tutkimuksessa.

Menetelmät: Yhteensä 185 tutkittavaa (≥ 65 vuotta, 54% naisia), joiden proteiinin saanti oli alhainen ($< 1,0$ g/kg adjustoitu kehon paino /vrk), saivat Suomessa ja Hollannissa henkilökohtaista ravitsemusohjausta ja ilmaisia proteiinipitoisia välipalatuotteita kuuden kuukauden ajan. Ravitsemusohjauksen tavoitteena oli: 1) lisätä proteiinin saantia $\geq 1,2$ g/kg adjustoitu kehon paino/vrk (energianeutraalisti), ja 2) sisällyttää jokaiseen päivään runsasproteiininen ateria, jossa ≥ 30 – 35 g proteiinia. Ravitsemusohjauksen toteutettavuutta arvioitiin tavoitteiden toteutumisen, tutkittavien antaman palautteen sekä ravitsemusasiantuntijoiden käytännön kokemusten perusteella. Tutkittavat antoivat palautetta mm. ravitsemusohjauksen hyödyllisyydestä sekä ohjeiden noudattamisen helppoudesta. Ravitsemusasiantuntijat puolestaan jakoivat kokemuksensa ravitsemusohjauksesta ja sen toteutettavuudesta.

Tulokset: Kaikkiaan 174 tutkittavaa (93,5%) oli mukana tutkimusjakson loppuun asti. Kuuden kuukauden seurannassa 41,8% saavutti molemmat ruokavalio-ohjaukselle asetetut tavoitteet. Tutkittavat antoivat ruokavalio-ohjaukselle yleisarvosanan 8,6 ($\pm 1,0$) (asteikolla 1–10; 10 tarkoittaen erittäin hyvää). Ruokavalio-ohjauksessa annettujen neuvojen noudattaminen oli (erittäin) helppoa 79,2%:lle tutkittavista. Ravitsemusasiantuntijoiden näkökulmasta ruokavalio-ohjaus oli tutkittaville toteutettava lukuun ottamatta niitä, joilla ruoan saanti oli vähäistä.

Johtopäätökset: Tämä lisäanalyysi vahvistaa, että tässä mallissa käytetyt menetelmät ovat pääasiassa toteutettavia, hyvin vastaanotettuja, ja tehokkaita lisäämään proteiinin saantia kotona asuvilla ikääntyneillä, joiden proteiinin saanti on alhainen.

Susanna Kuvik

Porin perusturva

Petra Rautakallio-Järvinen¹, Marika Laaksonen², Leila Fogelholm³, Merja Suominen⁴

¹Porin perusturva

²Oy Karl Fazer Ab

³Compass Group FS Finland Oy

⁴Gery ry

Runsasproteiinisilla kotiaterioilla tukea ikääntyneiden ravitsemukseen ja fyysiseen toimintakykyyn – Power Meals-tutkimuksen (RCT) tuloksia

Johdanto: Tutkimusten mukaan kotiin toimitettavat ateriat voivat lisätä ikääntyneiden ravintoaineiden saantia ja parantaa ruokavalion laatua. Kotiateriapalveluilla on ollut myös positiivisia vaikutuksia ikääntyneiden elämänlaatuun ja fyysiseen toimintakykyyn. Tutkimuksia kotiaterioiden vaikuttavuudesta ikääntyneiden ravitsemukseen ja hyvinvointiin on kuitenkin varsin vähän.

Menetelmät: Power Meals-tutkimus oli satunnaistettu ja kontrolloitu interventiotutkimus (RCT), jonka tavoitteena oli tutkia kotiaterioiden vaikutusta 65 vuotta täyttäneiden, kotona asuvien, ikääntyneiden ravintoaineiden saantiin, fyysiseen toimintakykyyn sekä elämänlaatuun. Porin perusturvan alueelta rekrytoidut tutkittavat (kotihoitoon asiakkaat, omaishoitajat sekä omaishoidettavat) satunnaistettiin kolmeen eri ryhmään, joista kahdelle interventioyhmälle toimitettiin kotiaterioita seitsemälle päivälle viikossa, kahdeksan viikon ajan; 1) runsasproteiininen ateria runsasproteiinisen välipalan ja leivän kera (INT1) tai 2) tavanomainen kotiateria (INT2). Kontrolliryhmä noudatti omaa tavanomaista ruokavaliotaan. Ravintoaineiden saantia arvioitiin kolmen päivän ruokapäiväkirjoilla, ravitsemustilaa Mini Nutritional Assessment- testillä, fyysisistä toimintakykyä Physical Performance Battery (SBPP) -kyselyllä ja elämänlaatua 15D-mittarilla.

Tulokset: Yhteensä 67 tutkittavaa (59.7 % naisia, keski-ikä 78.2 vuotta) oli mukana tutkimuksen loppuun saakka. Alkumittauksissa 28.4 % oli virheravitsemuksen riskissä ja 3.0 % oli aliravittuja. Alkumittauksissa osallistujien keskimääräinen energiansaanti oli 1577 kcal/pv sekä proteiinin saanti 67.3 g/pv ja 0.92 g/ihannepainokiloa/pv. Yhteensä 79 % osallistujista sai suosituksia (1.2–1.4 g/kg/pv) vähemmän proteiinia. Myös kuidun, folaatin ja raudan saannit jäivät alle saantisuosituksen. Interventiojakson lopussa kokonaisproteiinin saanti (+9.4 g/pv, p=0.011), proteiinin saanti painokiloa kohden (+0.11 g/kg/pv, p=0.015) ja kalsiumin (+ 169.9 mg/pv, p=0.017) saanti nousivat INT1-ryhmällä verrattuna INT2-ryhmään ja kontrolliin. Lisäksi INT1-ryhmän istumaannousutestin tuloksissa (-4.8 s, p=0.022) tapahtui parannusta. Sekä INT1-ryhmän että INT2-ryhmän suolan saanti laski merkittävästi (INT1: -2.3 g/pv, INT2: -2.4 g/pv, <0.001), mutta tyydyttyneen rasvan saanti nousi (INT1: +4.6 g/pv, INT2: +7.8 g/pv, p=0.025). Kotiateriapalveluilla ei havaittu vaikutusta elämänlaatuun.

Johtopäätökset: Proteiinerikkaalla välipaloja ja leipää sisältävällä kotiateriapalvelulla oli enemmän

hyötyjä ikääntyneiden ravitsemukseen ja fyysiseen toimintakykyyn verrattuna tavanomaiseen kotiateriapalveluun. Ne lisäsivät ikääntyneiden proteiinin ja kalsiumin saantia sekä näyttivät parantavan alaraajojen toimintakykyä.

Ulla Eloniemi-Sulkava

Amia Muistikeskus ja Itä-Suomen yliopisto

Itä-Suomen yliopisto

Eija Lönnroos¹, Raimo Sulkava¹ & Terhi Pesonen¹

¹Itä-Suomen yliopisto

Changing Minds in care of people with Alzheimer's disease and related disorders. Randomised controlled trial

Background: Eighty percent of aged people living in long-term care homes have Alzheimer's disease or related disorders. Among them, 70 to 80 percent exhibits at least one changed behaviour challenged by staff. The person-centred care model highlights to understand these behaviours from the perspective of a person. It provides the Unmet Needs Model with a holistic treatment approach.

Objective: To determine the effects of supporting staff on unmet needs' behaviour, quality of life and use of psychotropic drugs of people with memory disorders.

Setting: Randomised, controlled intervention study (RCT).

Data: The study was conducted in the long-term care units (n=17) of aged people in City of Espoo, Finland. The study neurologist diagnosed the residents' possible Alzheimer's disease or related disorders. Out of 80 % of residents (n=233) fulfilled the study criteria, of them 177 (80 %) had unmet needs behaviours based on NPI-NH scale. The units were randomised to intervention (n=9) and control (n=8) group.

Intervention: The intervention (14 months) included multi-professional support for the intervention units' staff, as well as guiding them to perform person-centred, tailored care based on residents' needs. The core functions were a mentor nurse's activities, a neurologist's consultations, and tailoring meetings.

Results: The residents' mean age was 81 years, of them 65.3 percent female. Out of 64,8 % had Alzheimer's disease (AD). For more than a third (36.4 %) of residents with AD, their disease involved also characters of dementia with Lewy bodies. In nearly half of the residents, the memory disorder was severe. Unmet needs' behaviours were common (79.0 %) but NPI-NH scores lowered significantly during the study. Residents' depressive symptoms decreased statistically significantly, and their quality of life improved. Use of psychotropics significantly decreased, particularly in the intervention group. The intervention improved the residents' everyday life which showed in their significantly increased well-being as compared to the control group.

Conclusion: Methodology of RTC in this type of setting turned out very complicated, e.g. standardisation of study population and successful staff training intervention in real life. These aspects will be further discussed in the presentation.

Sessio 12. Kotona annettava hoiva ja hoito

Minna Anttila

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Sari Koivisto & Heidi Anttila

Teknologia kotihoidon asiakkaiden sosiaalisen toimintakyvyn tukijana – hoitohenkilöstön kokemuksia omasta, asiakkaan ja läheisen näkökulmasta KATI-ohjelmassa

Tausta ja tavoitteet: Ikääntynyt väestö käyttää muiden suomalaisten tavoin internetiä. Internetin käyttö yleistyy Väestön tieto- ja viestintätekniikan käyttö -tutkimuksen mukaan etenkin ikäryhmissä 65 - 74-vuotiaat ja 75 - 89-vuotiaat. Teknologiaa kuitenkin hyödynnetään vielä toistaiseksi melko vähän itsenäisen kotona asumisen ja oman toimintakyvyn ylläpitämisen tukena. Korona-aikana yksinäisyys on yleistynyt ja kotihoidon asiakkaiden arki on ollut virikkeetöntä. Tutkimuksen tavoitteena on kuvata hoitohenkilöstön näkemyksiä siitä, miten teknologia voi tukea kotihoidon asiakkaiden sosiaalista toimintakykyä heidän itsensä, asiakkaan ja läheisten näkökulmasta. Tietoa tarvitaan, koska tulevana vuosina ikääntyvä väestö on entistä tottuneempaa käyttämään teknologiaa, mikä mahdollistaa erilaisten teknologioiden laajamittaisen käytön.

Menetelmä: Laadullinen kysely, joka toteutettiin keväällä 2022 KATI (Kotona asumisen teknologiat ikäihmisille) -hankkeessa. Viiden osatoteuttajahankkeen 12 alueen työntekijät vastasivat sähköiseen kyselyyn työryhminä (n=21 työryhmää, 1-10 työntekijää per työryhmä). Kyselyssä esitettiin kysymyksiä heidän itsensä, asiakkaan ja läheisen näkökulmasta. KATI-hankkeen teknologiat: ikäihmiseen kosketuksissa olevat etämittauslaitteet, toimintakyvyn monitorointi, asuntoon asennettavat teknologiat, turvallisuuden lisääminen, sosiaalinen aktiivisuus, asiakkaan kuntoutuminen, hoitotyöntekijöille suunnatut ratkaisut, alustaratkaisut.

Tulokset: Hoitohenkilöstö koki teknologian käytön tukevan kotihoidon asiakkaiden sosiaalista toimintakykyä siten, että hoitohenkilöstö voi ottaa yhteyden kotihoidon asiakkaaseen ja sekä pääsee ohjaamaan että tukemaan häntä viiveettä. Asiakkaan sosiaalista toimintakykyä tukee hoitohenkilöstön mukaan se, että asiakkaalla on mahdollisuus nähdä hoitaja tavallisen puhelun sijaan. He toivat esiin, että asiakkaat pystyvät hyödyntämään teknologiaa ajankohtaisten asioiden seuraamiseen. Teknologia mahdollistaa myös uudenlaiset yhteydenpitotavat läheisiin sekä erilaisiin virkistystoimintoihin osallistumisen kotoa käsin. Teknologia aikaansaa vapautta sekä riippumattomuutta tiettyyn aikaan tapahtuvasta hoitajan käynnistä. Hoitohenkilöstö koki, että teknologian käyttö tukee kotihoidon asiakkaiden sosiaalista toimintakykyä siten, että yhteydenpito on läheiselle helppoa, teknologia mahdollistaa läheisille kontaktin saamisen uudella tavalla, ja että läheinen pystyy osallistumaan enemmän asiakkaan arkeen. Läheisten on myös mahdollista ottaa ikäihminen mukaan etäyhteyksin esimerkiksi suvun tapaamisiin.

Johtopäätökset: Teknologialla on hoitohenkilöstön mukaan monenlaisia mahdollisuuksia tukea

kotihoidon asiakkaiden sosiaalista toimintakykyä sekä kotona että kodin ulkopuolella. Jatkossa on tärkeä saada lisää tietoa erityisesti kotihoidon asiakkaiden, mutta myös läheisten näkökulmasta heidän itsensä kuvaamana siitä, miten teknologiaa voidaan hyödyntää kotihoidon asiakkaiden sosiaalisen toimintakyvyn tukijana.

Sari Asikainen

Essote (Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymä)

Essote/Etelä-Savon hyvinvointialue

Pauliina Kinnunen¹, Pia Pulliainen¹ & Tapani Peltosalmi¹

¹Essote/Etelä-Savon hyvinvointialue

Ikääntyneiden kotiin asennettujen sensoreiden tuottaman tiedon hyödyntäminen Etelä-Savon kotihoidossa – uusi toimintamalli osana KATI-ohjelmaa

Tausta: Etelä-Savon hyvinvointialueen tavoitteena on tukea ikääntyneiden kotona asumista toimivan, sujuvan ja järkevästi resursoitun teknologiakokonaisuuden avulla. Yksin teknologian vieminen ei riitä. Se vaatii pitkäjänteistä yhteistyötä ja toimintojen keskittämistä arjen tuki- ja etäpalveluissa ja kotihoidossa.

Tilanne- ja turvapuhelinkeskukset aloittivat keskitetyn toiminnan Essoten alueella vuosina 2021–2022. Näiden jatkona Ikääntyneiden tilannekuva -hanke (2021–2023) vie ikääntyneiden kotona asumisen tueksi sensoriteknologiaa, tutkii siitä saatavia hyötyjä ja laajennettavuutta hyvinvointialueelle. Tavoitteena on luoda toimintamalli sensoritiedon hyödyntämiseksi. Hanke on osa kansallisen Kotona asumisen teknologiat ikäihmisille -ohjelmaa (KATI).

Menetelmä: Kotihoito arvioi sensoreista hyötyvät asiakkaat. Toimintamallissa asiakkaan kotiin asennetut sensorit keräävät tietoa kotihoidon asiakkaan aktiivisuudesta 24/7. Kotihoito ja omaiset seuraavat tietoa mobiilisovelluksella ja käyttöönottoa tuetaan työpajakoulutuksien avulla. Sensoritieto yhdistettynä turva- ja etäpalveluihin muodostaa kuvan asiakkaan arjen sujuvuudesta, aktiivisuudesta ja avun tarpeesta hälytyksinä.

Arviointitieto kerätään 8/2021–12/2022 välisenä aikana kahdella kotihoidon alueella Mikkelissä. Sensoritiedon hyötyjä arvioidaan jatkuvan hälytys- ja häiriöseurannan ja siitä seuraavien toimenpiteiden avulla. Tietoja verrataan kotihoidon kirjauksiin ja turvapalvelujen järjestelmätietoihin. Kustannushyötyjä arvioidaan kotihoidon vapautuvalla työajalla ja matkakustannuksilla. Tutkimusta täydennetään strukturoiduilla haastatteluilla.

Tulokset: Tutkimusryhmään osallistuu 100 kotihoidon, tuki- ja etäpalvelujen työntekijää, 75 omaista ja 77 kotihoidon asiakasta, joista 42:lla on sensorit. Alustavien tulosten mukaan sensorit ovat lisänneet koettua kotona asumisen turvallisuutta. Omaiset ovat kokeneet huolen vähentyneen. Sensorien käytöstä ei voida osoittaa suoraa kustannushyötyä. Sensorit eivät hyödytä kaikkia kotihoidon asiakkaita: tarve ja

hyöty kohdentuvat osalle asiakkaista.

Sensoritiedon seuraaminen vaatii systemaattista tiedon havainnointia, tulkintaa ja koordinoitua, jota varten perustettiin määräaikainen digivastaavan tehtävä. Digivastaavan koordinoimana muodostui tilannekuvan keskitetty toimintamalli, joka koostuu neljästä osasta: akuutti tilannekuva (hälytykset), ei-kiireellinen tilannekuva (toimintakyvyn seuranta ja ennakointi), tekninen tilannekuva (asennus ja huolto) sekä tiedolla johtamisen tilannekuva (raportointi). Päivittäin tilannekuvaa hyödyntävät eniten turvapuhelinkeskus, etäpalvelut ja osa kotihoitoa.

Johtopäätökset: Teknologian käyttöönoton alussa kotihoidon rajalliset resurssit ja vaihtuva henkilöstö osoittivat keskitetyn toimintamallin tarpeen. Toimintamallia voidaan suositella laajennettavaksi hyvinvointialueelle. Tehtävien vastuut on määriteltävä tarkasti. Kotihoito ja etäpalvelut tarvitsevat jatkuvaa osaamisen tukea teknologian ja tiedon hyödyntämiseen.

Milka Erkkilä

Tampereen ammattikorkeakoulu

Heidi Valtatie¹

¹Tampereen ammattikorkeakoulu

GerDigiGame - Virittää ikääntyneiden hoitotyön digitaajuudelle

Tausta ja tavoitteet: Teknologian hyödyntäminen ikäihmisten hyvinvoinnin, terveyden edistämisen ja hoidon tukena lisääntyy. Kansallisen ikäohjelman 2030 keskeisenä vaikuttavuustavoitteena on vahvistaa ikätekniikan kehittämistä ja hyödyntämistä aiempaa vahvemmin.

Kestävän talouden näkökulmasta on tärkeä investoida työntekijöiden digiosaamisen vahvistumiseen. Väestö ikääntyy entisestään, jolloin tarvitaan uudenlaisia ratkaisuja lisääntyvään palvelujen tarpeeseen. Teknologia voi mahdollistaa uudenlaisia tapoja toteuttaa ikääntyneiden hoitotyötä, jolla voi olla vaikutusta työn veto- ja pitovoimaisuuteen. Koronapandemian seurauksena syntynyt digiloikka paljasti digiosaamisen tärkeyden.

Teknologioiden käyttö ikääntyneiden hoitotyössä ja palveluissa on monilta osin epäkypsää. Teknologiset ratkaisut voivat olla sopimattomia ikääntyneille ja työntekijöiden asenteet ja valmiudet teknologian käyttöön ovat vaihtelevia. On selvää, että digitaalisuuden ja teknologioiden hyödyntämiseen ikääntyneiden hoitotyössä tarvitaan lisää tukea ja koulutusta ammattilaisille.

GerDigiGame on ikääntyneiden hoitotyön digitaalista oppimista tukeva hanke. Hankkeen päätavoitteena on lisätä ikääntyneiden ihmisten hoitotyössä työskentelevien ammattilaisten ja tulevien ammattilaisten digiosaamista.

Menetelmä: Hankkeen toiminnoissa mahdollistetaan ikääntyneiden hoitotyössä työskenteleville ammattilaisille innovatiivisia ja uudenlaisia kokemuksia digitaalisuudesta ja teknologioiden hyödyntämisestä. Toimenpiteiden avulla vahvistetaan ikääntyneiden hoitotyössä toimivien

ammattilaisten teknologiamyönteisyyttä, osaamista ja annetaan työkaluja teknologian käyttöönottoon. Pelillisyyttä ja uudenlaisia digitaalisia toimintoja hyödyntävä oppimisympäristö toimii ikääntyneiden hoitotyön ammattilaisten digitaalisen osaamisen kehittämisen tukena.

Tulokset: Hankkeessa toteutettiin keväällä 2022 hoitotyön ammattilaisille ja opiskelijoille alkukysely teknologian käytöstä. Kolmeneljäsosaa vastaajista oli käyttänyt työssään erilaisia hyvinvointiteknologian sovelluksia ja laitteita, esimerkiksi asiakkaan siirtymiseen ja liikkumiseen hyödynnettäviä apuvälineitä, asiakkaan toimintakykyä edistäviä sovelluksia, lääkehoidon teknologiaa, asiakkaan kodin turvallisuuteen ja seurantaan liittyviä ratkaisuja sekä etähoivan teknologiaa. Vastaajat olivat kiinnostuneita käyttämään erilaisia teknologioita.

Hankkeessa luodaan digitaitojen vahvistamiseen virtuaalinen, pelillisyyttä hyödyntävä oppimisympäristö ja digitaalisen osaamisen vahvistamista kuvaava yhteistoimintamalli.

Johtopäätökset: Digitaalisuuden laajempi hyödyntäminen ikääntyneiden hoitotyössä vaatii hoitohenkilöstön digiosaamisen kehittämistä, teknologiamyönteisyyttä ja reflektointia. Helppokäyttöisellä ja pelillisyyttä hyödyntävällä oppimisympäristöllä rohkaistaan ikääntyneiden hoitotyössä toimivia ammattilaisia ja ammattiin valmistuvia teknologian ja digitaalisten taitojen oppimisen pariin.

Jukka Rönneikkö

Ylöjärven terveystakeskus

Esa Jämsen¹, Harriet Finne-Soveri², Heini Huhtala³ & Jaakko Valvanne³

¹Helsingin yliopisto

²Terveystakeskus ja hyvinvoinnin laitos

³Tampereen yliopisto

Geriatrinen oireiden merkitys kotihoidon asiakkaan ennalta suunnitteleman sairaalahoidon ennustamisessa

Tausta: Sairalahoidon aikaiset haittatapahtumat ovat iäkkäillä potilailla yleisiä johtaen mm. toimintakyvyn heikentymiseen. Sairalahoitoon joutumiseen liittyvien riskitekijöiden tunnistaminen ja riskin suuruuden luokittelu saattavat auttaa löytämään iäkkäät, joiden kokonaistilanteen selvittäminen voi vähentää sairaalahoidon tarvetta. Ikääntyneillä sairaalahoidon riskiä luokittelevien menetelmien osuvuus on vaihdellut huonosta kohtalaiseen.

Tavoite: Tavoite oli tunnistaa geriatrisia ongelmia, jotka parantaisivat RAI-arviointijärjestelmään perustuvan DIVERT (Detection of Indicators and Vulnerabilities for Emergency Room Trips)-algoritmin osuvuutta kotihoidon asiakkaiden suunnitteleman sairaalahoidon riskin arvioinnissa.

Menetelmät: Retrospektiivinen rekisteripohjainen tutkimus perustui Tampereen kotihoidon

asiakkaiden (n=1 972, ikä \geq 80v, keski-ikä 86.9 \pm 4.3) RAI-arviointeihin (n=5 041) vuosina 2014-2015, jotka yhdistettiin sairaalajaksojen rekisteritietoihin. Päätetapahtuma oli sairaalajakso 180 pv:n aikana edeltäneestä arvioinnista. Sairaalahoitoon syyt selvitettiin jaksojen päädiagnooseista. DIVERT-luokitus (1-6) ryhmiteltiin kolmeen riskitasoon: matala (1), kohtalainen (2-3) ja korkea (4-6) sairaalaan joutumisen riski. Univariaattianalyysillä selvitettiin RAI-muuttujien yhteys sairaalahoitoon eri riskitasoilla. Tavoite oli liittää DIVERT:iin kliinisesti merkityksellisistä ja sairaalahoitoon riskiin aiemmissa tutkimuksissa itsenäisinä liittyneistä geriatrisista oireista muuttujia, jotka erottelisivat nykyistä paremmin sairaalahoitoon riskiä. Muokatun algoritmin osuvuus laskettiin määrittämällä Area Under the Curve -arvo (AUC).

Tulokset: Infektiosairaudet olivat tavallisin hoitoon syy kaikissa DIVERT-luokissa (DIVERT 1 19.7% (n=27); 2-3 22.2% (n=119) ja 4-6 24.1% (n=149)).

Suurin osa muuttujista liittyi sairaalahoitoon ja näistä merkitsevimmät olivat DIVERT 1:ssä itse koettu huono terveydentila ja vanha murtuma (ei lonkkamurtuma) (p=0.001), DIVERT 2-3:ssa heikentynyt kognitio ja päätöksentekokyky, sosiaalisen vuorovaikutuksen väheneminen, virtsankarkailu, epävakaa kävely, kaatumisen pelko (p < .001) ja asiakkaan käsitys, ettei pysty parantamaan fyysistä suorituskykyä (p=0.001) ja DIVERT 4-6:ssa virtsankarkailu, itse koettu huono terveydentila (p < .001) ja vähentynyt sosiaalinen vuorovaikutus (p=0.001). Heikentynyt kognitio (CPS>2) ja virtsankarkailu valittiin täydentämään alkuperäistä algoritmia. Muokatun algoritmin AUC-arvo oli 0,64 (95% LV 0,63-0,65) ja alkuperäisen DIVERT:n 0,62. Algoritmin herkkyyys parani etenkin vanhemmissa ikäryhmissä, mutta samalla tarkkuus heikkeni.

Johtopäätökset: Muokatun DIVERT-algoritmin osuvuus kotihoidon asiakkaiden sairaalahoitoon riskin arvioinnissa säilyi samalla vaatimattomalla tasolla kuin alkuperäisessä algoritmissa. Tieto RAI-muuttujien yhteydestä sairaalahoitoon riskiin eri riskitasoilla täydentää DIVERT:stä saatua tietoa keskeisistä hoitosuunnitelmassa huomioitavista geriatrisista ongelmista.

Teija Hammar

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Hanna Alastalo¹ & Pirita Forsius¹

¹Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Palliativisen hoidon ja saattohoidon tukiverkosto iäkkäiden palveluasumisessa ja kotihoidossa

Tausta ja tavoitteet: Kansallisena tavoitteena on tarjota laadukas elämän loppuvaiheen hoito iäkkäille heidän asuinpaikassaan. Palliativisen hoidon ja saattohoidon perusosaaminen kuuluu kaikille sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöille, mutta erityistason tukea työhön tulee olla saatavilla tarvittaessa. Puutteita palliativisen hoidon ja saattohoidon osaamisessa on todettu sekä ympärivuorokautisessa hoidossa että kotihoidossa.

Asiantuntijaryhmän suositusten mukainen palliativisen hoidon ja saattohoidon tukiverkosto, kuten palliativinen kotisairaala tai konsultaatiotiimi, auttaa sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköitä elämän

loppuvaiheen hoitosuunnitelman toteuttamisessa ja laadukkaan palliativisen hoidon turvaamisessa. Sen avulla voidaan myös vähentää tarpeettomia päivystys- ja akuuttisairaalakäyntejä.

Palliativisen hoidon ja saattohoidon erityistason palveluiden saatavuudessa on kuitenkin todettu suurta alueellista vaihtelua.

Tutkimuksen tavoitteena on kuvata, millainen palliativisen hoidon ja saattohoidon tukiverkosto ympärivuorokautisen hoidon ja kotihoidon työntekijöillä on sekä selvittää, miten tukiverkosto on kehittynyt vuosien 2020–2022 välillä.

Menetelmät: Tutkimus toteutettiin osana THL:n Vanhuspalvelujen tila -seurannan järjestäjäkyselyä. Sähköiseen tiedonkeruuseen vastasivat kuntien, kuntayhtymien ja yhteistoiminta-alueiden vanhuspalvelujohtajat. Kyselyt tehtiin keväällä 2020 ja syksyllä 2022. Tutkimus kattaa lähes koko Manner-Suomen kunnat (vuonna 2020 n=165, vaste 94 %).

Palliativisen hoidon ja saattohoidon tukiverkosto ympärivuorokautiselle hoidolle ja kotihoidolle käsittää lääkärin konsultointimahdollisuuden 24/7, kotisairaalan tuen, saattohoitopaikat terveyskeskuksen vuodeosastolla tai sairaalassa sekä palliativisen hoidon konsultaatiotiimin palvelut. Tukiverkostoa selvitettiin kysymyksellä ”Onko alueellanne saatavilla palliativista hoitoa ja saattohoitoa tukeva...?”. Kysymyksen vastausvaihtoehdot ovat ”kyllä”, ”ei” ja ”en osaa sanoa”. Vuonna 2022 kysyttiin tarkemmin myös kotisairaalan saatavuudesta.

Tulokset: Vuoden 2020 tulosten perusteella kotisairaala puuttui kokonaan kolmannekselta alueista. Lääkärin konsultointimahdollisuus 24/7 oli käytössä suurimmassa osassa alueita, mutta kotihoidossa konsultaatiomahdollisuudet olivat ympärivuorokautista hoitoa heikkomat. Palliativinen konsultaatiotiimi oli saatavilla hieman yli puolella alueista.

Vuoden 2022 aineisto analysoidaan syksyn 2022 aikana ja tulokset esitellään konferenssissa.

Johtopäätökset: Tulosten perusteella nähdään, onko palliativisen hoidon tukiverkosto kehittynyt ja saatavuus parantunut alueilla viimeisen kahden vuoden aikana. Lisäksi saadaan tietoa aloittavien hyvinvointialueiden tueksi. Tulokset antavat tietoa siitä, onko kehittäminen edennyt kansallisten suositusten mukaisesti sekä miten tukiverkostoa tulisi edelleen kehittää tukemaan laadukasta palliativista hoitoa ja saattohoitoa iäkkäiden ympärivuorokautisessa hoidossa ja kotihoidossa.

Sessio 13. Mielen hyvinvointi ikääntyessä

Tiia Kekäläinen

Jyväskylän yliopisto ja Gerontologian tutkimuskeskus

Erja Portegijs¹, Kaisa Koivunen², Katja Pynnönen² & Taina Rantanen²

¹University of Groningen

²Gerontologian tutkimuskeskus ja Jyväskylän yliopisto

lääkkäät ihmiset kokevat vähemmän masennusoireita kuin kolmekymmentä vuotta sitten: kohorttivertailu 75- ja 80-vuotiaiden mielen hyvinvoinnista

Tausta ja tavoitteet: Iäkkäiden ihmisten fyysinen ja kognitiivinen toimintakyky on parantunut verrattuna samanikäisten toimintakykyyn muutama vuosikymmen sitten. Tässä tutkimuksessa selvitettiin, näkyykö sama myönteinen muutos myös mielen hyvinvoinnissa. Lisäksi selvitettiin mahdollisia muutoksia selittäviä tekijöitä.

Menetelmät: Tutkimus perustui kahteen 75- ja 80-vuotiaita miehiä ja naisia sisältäneeseen kohorttiaineistoon. Ensimmäinen kohortti koostui vuosina 1910 ja 1914 syntyneistä henkilöistä, jotka osallistuivat Ikivihreät-tutkimuksen haastatteluihin vuosina 1989–1990 (n = 617). Toinen aineisto koostui vuosina 1938–1939 ja 1942–1943 syntyneistä henkilöistä, jotka osallistuivat AGNES-tutkimuksen haastatteluihin vuosina 2017–2018 (n = 794). Masennusoireita mitattiin CES-D-kyselyllä ja tyytyväisyyttä tähänhetkiseen ja tähänastiseen elämään kysyttiin yksittäisillä kysymyksillä. Menetelmät olivat täysin toisiaan vastaavat molemmissa kohorteissa. Kohorttien eroja analysoitiin itsenäisten otosten t-testillä ja x²-testillä. Kohorttieroja selittäviä tekijöitä tarkasteltiin regressioanalyysillä.

Tulokset: Myöhemmin syntyneet 75- ja 80-vuotiaat naiset ja miehet raportoivat keskimäärin vähemmän masennusoireita ($8,6 \pm 7,1$ vs. $13,9 \pm 8,3$) ja arvioivat useammin tähänastisen elämänsä enimmäkseen tyydyttäväksi (90 % vs. 70 %) kuin aiemmin syntyneet ikätoverit. Aiemmin syntyneistä 80-vuotiaista miehistä suurempi osa oli tähänhetkiseen elämäänsä enimmäkseen tyytyväisiä verrattuna myöhemmin syntyneisiin (96 % vs. 84 %). Myöhemmin syntyneiden korkeampi koulutustaso, parempi itsearvioitu terveys ja parempi kognitiivinen toimintakyky selittivät osittain heidän parempaa mielen hyvinvointiaan. Kohorttierot olivat kuitenkin havaittavissa myös näiden tekijöiden huomioimisen jälkeen.

Johtopäätökset: Nykypäivän iäkkäät ihmiset kokevat vähemmän masennusoireita ja ovat tyytyväisempiä tähänastiseen elämäänsä kuin ikätoverit noin kolmekymmentä vuotta sitten. Nämä erot selittyvät osittain yksilöiden kohentuneella terveydellä, toimintakyvyllä ja muilla resursseilla. Sen sijaan tyytyväisyys tähänhetkiseen elämään näyttää olevan riippumaton olosuhteiden muutoksesta.

Katja Kokko

Jyväskylän yliopisto ja Gerontologian tutkimuskeskus

Emmi Reinilä¹, Johanna Ahola¹, Milla Saajanaho¹ & Tiia Kekäläinen¹

¹Gerontologian tutkimuskeskus ja Jyväskylän yliopisto

Myöhäisaikuisuuden siirtymät, terveydentila ja mielen hyvinvointi

Tausta ja tavoitteet: Myöhäisaikuisuuden alun on oletettu olevan lisääntyvien menetysten ja roolisiirtymien aikaa. Roolisiirtymät, kuten eläköityminen, ja terveyshuolet ovat kytkeytyneet mielen pahoinvointiin. Vähemmän tunnetaan sitä, kuinka siirtymät, kuten isovanhemmuus, liittyvät mielen hyvinvointiin, eli elämään tyytyväisyyteen sekä psykologiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin. Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin myöhäisaikuisuuden alun roolisiirtymien ja terveydentilan yhteyttä mielen hyvinvointiin ja masentuneisuuden tuntemuksiin.

Menetelmä: Tutkimus perustui Lapsesta aikuiseksi -pitkittäistutkimuksen 61-vuotiaiden aineistoon (N = 206). Tutkittavat edustivat 1959 syntyneiden suomalaisten ikäkohorttia. Tietoa roolisiirtymistä, eli eläköitymisestä ja isovanhemmuudesta, sekä terveydentilasta koottiin elämäntilannekyselyllä ja haastattelulla. Mielen hyvinvointi perustui Satisfaction with Life ja Scales of Psychological and Social Well-Being -lomakkeisiin. Lisäksi käytettiin General Behavior Inventory -lomakkeen masentuneisuuden asteikkoa. Siirtymän tai terveydentilan yhteyttä mielen hyvinvoinnin ulottuvuuksiin sekä masentuneisuuteen tarkasteltiin riippumattomien otosten t-testillä ja yksisuuntaisella varianssianalyysillä.

Tulokset: 18 % tutkittavista oli eläkkeellä, 53 % oli isovanhempia ja 30 %:lla oli heikko tai kohtalainen terveys. Mielen hyvinvointi oli keskimäärin korkealla tasolla: elämään tyytyväisyyden keskiarvo oli 26,7 (vaihteluväli 5–35; isompi arvo kuvasi sitä, että ominaisuutta oli enemmän) sekä psykologisen hyvinvoinnin 3,2, sosiaalisen hyvinvoinnin 3,0 ja masentuneisuutta 1,5 (vaihteluväli 1–4). Eläkkeellä olevilla oli tilastollisesti merkitsevästi vähemmän psykologista (ka = 3,1) ja sosiaalista hyvinvointia (2,8) ja enemmän masentuneisuutta (1,7) kuin työssä olevilla (3,2, 3,0 ja 1,4). Elämään tyytyväisyydessä ei havaittu eroja. Terveyshuolia kokevilla oli vähemmän elämään tyytyväisyyttä (24,5) sekä psykologista (3,1) ja sosiaalista hyvinvointia (3,0) ja enemmän masentuneisuutta (1,6) kuin terveytensä erittäin hyväksi arvioivilla (3,3, 3,1, 28,2 ja 1,3). Muussa työtilanteessa olevat tai terveytensä melko hyväksi eivät eronneet hyvinvoinnissa edellä mainituista ryhmistä. Isovanhemmuudella ei ollut merkitsevää yhteyttä hyvinvointiin.

Johtopäätökset: Tulokset tukivat aiempia havaintoja eläköitymisen ja terveyshuolien yhteyksistä mielen pahoinvointiin. Isovanhemmuus ei liittynyt korkeampaan hyvinvointiin. Tuloksia tulkittaessa on syytä muistaa, että mielen hyvinvointi oli keskimäärin niin hyvää, etteivät merkitsevät erot kuvaa vielä hyvinvoinnin ongelmia. Toisaalta 61 vuoteen mennessä eläköityneistä suurin osa oli eläkkeellä terveysongelmien takia. Kun heikompi terveys liittyi matalampaan mielen hyvinvointiin, on mahdollista, että yhteydet ovat tässä analysoituja monimutkaisempia. Onkin tärkeää selvittää muiden tekijöiden, kuten mielekkään vapaa-ajan, kytkeytymistä mielen hyvinvointiin myöhäisaikuisuuden kynnyksellä.

Emmi Reinilä

Jyväskylän yliopisto ja Gerontologian tutkimuskeskus

Katja Kokko¹, Milla Saajanaho¹ & Tiia Kekäläinen¹

¹Gerontologian tutkimuskeskus ja Jyväskylän yliopisto

Mielen hyvinvoinnin rakenne ja sen yhteys generatiivisuuteen keskiaikuisuudesta myöhäsaikuisuuden alkuun

Tausta ja tavoitteet: Moniulotteinen mielen hyvinvointi koostuu emotionaalisesta, psykologisesta ja sosiaalisesta hyvinvoinnista sekä masentuneisuuden tuntemusten vähäisyydestä. Aikuisuuden keskeiseksi kehitysvaiheeksi määritellyn generatiivisuuden, eli halun huolehtia seuraavan sukupolven hyvinvoinnista, on havaittu olevan yhteydessä mielen hyvinvoinnin eri ulottuvuuksiin. Tämän tutkimuksen tavoitteena oli tutkia moniulotteisen mielen hyvinvoinnin rakenteen samankaltaisuutta ja jatkuvuutta ikävuosien 42 ja 61 välillä. Lisäksi tutkittiin moniulotteisen mielen hyvinvoinnin ja generatiivisuuden kaksisuuntaisia yhteyksiä yli ajan.

Menetelmä: Tutkimuksessa hyödynnettiin Lapsesta aikuiseksi -pitkittäistutkimuksen osallistujilta 42-, 50- ja 61-vuotiaana kyselylomakkeilla ja psykologisella haastattelulla kerättyä aineistoa. Tutkittavat (n = 301) olivat osallistuneet vähintään yhteen aineistonkeruuseen 42-, 50- ja/tai 61-vuotiaana. Mielen hyvinvoinnin ulottuvuuksina käytettiin emotionaalista (sisältäen onnellisuuden, elämäntyytyväisyyden sekä positiivisen ja negatiivisen mielialan), psykologista ja sosiaalista hyvinvointia sekä masentuneisuuden tuntemuksia. Aineisto analysoitiin rakenneyhtälömallinnuksen avulla. Mielen hyvinvoinnin ja generatiivisuuden yhteyksiä yli ajan tutkittiin mallilla (random intercept cross-lagged panel model), jonka avulla voitiin erotella yksilöiden sisäiset muutokset (vaihtelu omasta tasosta eri aikapisteissä) ja yksilöiden väliset erot (taso yli ajan).

Tulokset: Mielen hyvinvoinnin moniulotteisessa rakenteessa havaittiin samankaltaisuutta ja korkeaa jatkuvuutta ikävuosien 42 ja 61 välillä. Korkeampi mielen hyvinvointi oli yhteydessä korkeampaan generatiivisuuden tasoon yksilöiden välisiä eroja tarkastellessa. Yksilötasolla moniulotteisen mielen hyvinvoinnin ja generatiivisuuden välillä ei havaittu ristikkäisyhteyksiä, eli yksilön mielen hyvinvointi tai generatiivisuus aiemmassa mittauspisteessä ei ennustanut hänen generatiivisuuttaan tai mielen hyvinvointiaan myöhemmässä mittauspisteessä.

Johtopäätökset: Mielen hyvinvointi vaikuttaisi koostuvan samanlaisista osa-alueista keskiaikuisuudesta myöhäsaikuisuuteen. Moniulotteinen mielen hyvinvointi ja generatiivisuus näyttäisivät olevan yhteydessä toisiinsa yksilöiden välisiä eroja tarkasteltaessa, mutta yksilön oman mielen hyvinvoinnin vaihtelu ei ennusta vaihtelua hänen myöhemmässä generatiivisuutensa tasossa tai toisinpäin. Matala mielen hyvinvointi voi siten olla riskitekijä matalalle generatiivisuuden tasolle, mutta mielen hyvinvoinnin lisääntyminen ei välttämättä lisää generatiivisuutta ainakaan pitkällä aikavälillä mitattuna.

Petri Purola

Tampereen yliopisto ja Näkövammaisten liitto ry

Hannu Uusitalo¹ & Seppo Koskinen²

¹Tampereen yliopisto, Näkövammaisten liitto ry ja Tays Silmäkeskus.

²THL

Seniorikansalaisten kansantaudin glaukooman ja sen hoidon vaikutus yksilön elämänlaatuun, mielenterveyteen ja näkökykyyn

Tausta ja tavoitteet: Glaukooma on voimakkaasti iän mukana yleistyvä kansansairaus, ja sen esiintyvyys yli 75-vuotiailla miehillä ja naisilla on noin 10 %. Glaukooman hoitomuotoja ovat lääkehoito, laserhoito ja leikkaus. Ilman taudin varhaista toteamista ja säännöllistä hoitoa glaukooma voi johtaa näkövammaisuuteen ja sokeuteen. Tavoitteenamme oli tutkia glaukooman ja sen hoitomuotojen kehitystä Suomessa, niiden roolia ikääntymisessä, sekä niiden vaikutusta ja suhdetta potilaan elämänlaatuun, mielenterveyteen ja näkökykyyn.

Menetelmä Tutkimuksemme perustui valtakunnallisten Terveys 2000 ja 2011-terveystutkimusten kattaviin väestöaineistoihin. Lisäksi aineistoon liitettiin tiedot Kelan rekisterien glaukoomalääkityksistä ja erityiskorvauksista, sekä Hoitoilmoitusrekisterin perus- ja avohoidon diagnooseista ja hoitotoimenpiteistä, jolloin saimme tarkemmat arviot Suomen glaukoomapotilaiden ja -hoitojen määristä. Terveysteen liittyvää elämänlaatua arvioitiin terveystutkimuksissa geneerisillä EQ-5D ja 15D -mittareilla. Masennusta arvioitiin BDI-mittarilla ja psyykkistä kuormittuneisuutta GHQ-12-mittarilla. Näöntarkkuus mitattiin terveystutkimuksiin sisältyneissä terveystarkastuksissa.

Tulokset: Glaukoomapotilaiden elämänlaatu, mielenterveys ja kaukonäkö olivat merkittävästi heikommät verrattuna henkilöihin, joilla ei ollut glaukoomaa. Tämä ero oli kuitenkin pienempi vuonna 2011 kuin vuonna 2000. Lisäksi vuosien 2000–2011 aikana ilmaantuneilla uusilla glaukoomadiagnooseilla oli pienempi vaikutus kyseisiin tekijöihin kuin ennen vuotta 2000 tehdyillä glaukoomadiagnooseilla. Glaukooman alentava vaikutus elämänlaatuun on pääosin selitettävissä näön heikentymisellä, jonka vaikutus yksilön liikkumiseen, arkiaskareista selviytymiseen ja omatoimisuuteen on merkittävä. Lisäksi glaukoomasta aiheutuva näön heikentyminen on merkittävämpi elämänlaatua ja mielenterveyttä heikentävä tekijä kuin tietoisuus ja huoli diagnoosista. Tuloksemme myös osoittavat, että glaukooman eri hoitomenetelmillä ei ole haitallista vaikutusta potilaan elämänlaatuun tai mielenterveyteen.

Johtopäätökset: Glaukooman aiheuttama näön heikentyminen vaikuttaa elämänlaatuun ja mielenterveyteen merkittävämmän kuin tietoisuus sairaudesta ja sen hoito. Lisäksi diagnoosin haitallinen vaikutus näihin tekijöihin on vähentynyt tutkimuksen 11 vuoden seuranta-aikana, mikä saattaa selittää glaukoomapotilaiden keskimääräisen elämänlaadun ja mielenterveyden paranemisen kyseisenä aikana. Tuloksemme painottavat siten glaukooman tietoisuuden, varhaisen diagnoosin sekä tehokkaan hoidon ja seurannan merkitystä yksilölle, kun näön heikentyminen ja siitä seuraavat haitat saadaan ehkäistyä. Näin myös saadaan säästettyä terveydenhuollon ja yhteiskunnan voimavaroja.

Katja Pynnönen

Jyväskylän yliopisto ja Gerontologian tutkimuskeskus

Katja Kokko¹, Milla Saajanaho¹ & Taina Rantanen¹

¹Gerontologian tutkimuskeskus ja Jyväskylän yliopisto

Välittääkö elämän tarkoituksellisuus iäkkäiden ihmisten sosiaalisen osallistumisen ja elämäntyytyväisyyden ja masennusoireiden yhteyttä

Tausta ja tavoitteet: Aiempi tutkimus osoittaa sosiaalisen osallistumisen olevan yhteydessä mielen hyvinvointia kuvaaviin muuttujiin. On mahdollista, että elämän tarkoituksellisuus toimii välittävänä tekijänä sosiaalisen osallistumisen ja elämäntyytyväisyyden ja masennusoireiden välillä.

Logoteoreettisen mallin mukaan ihminen voi kokea elämän tarkoituksellisuutta suuntautuessaan itsen ulkopuolelle esimerkiksi vuorovaikutukseen toisten ihmisten kanssa ja pyrkiessään yhteisen hyvän edistämiseen. Tarkoituksellisten tekojen tekeminen voi ylläpitää ja edistää mielen hyvinvointia. Empiirinen näyttö ilmiöiden välisestä yhteydestä iäkkäillä ihmisillä on kuitenkin vähäistä. Tässä tutkimuksessa selvitettiin, onko sosiaalinen osallistuminen yhteydessä elämäntyytyväisyyteen ja masennusoireisiin 75-, 80- ja 85-vuotiailla kotona asuvia henkilöillä ja välittääkö elämän tarkoituksellisuuden kokeminen tätä yhteyttä.

Menetelmä: Aineistona käytettiin AGNES-tutkimuksen vuosina 2017-2018 kerättyä kotihaastattelu- ja postikyselyaineistoa (n=1017). Elämäntyytyväisyyttä mitattiin the Satisfaction with Life Scale - ja masentuneisuuden tuntemuksia the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale -mittarilla. Sosiaalisen osallistumisen muuttuja muodostettiin lasten, sukulaisten, ystävien ja tuttavien tapaamista ja vapaaehtoistyön tekemistä kuvaavista muuttujista. Elämän tarkoituksellisuuden kokemista kuvaava muuttuja muodostettiin neljästä Scales of Psychological Well-being -mittarin elämän tarkoituksellisuuden alaosion väittämästä. Aineisto analysoitiin rakenneyhtälömallinnuksella.

Tulokset: Aktiivisempi sosiaalinen osallistuminen oli yhteydessä korkeampiin elämäntyytyväisyyden (standardoitu polkukerroin 0,28; p-arvo < ,001) ja matalampiin masennusoireiden (standardoitu polkukerroin -0,24; p-arvo < ,001) pistemääriin. Rakenneyhtälömallinnuksen tulokset osoittivat, että aktiivisempi sosiaalinen osallistuminen oli yhteydessä korkeampaan elämän tarkoituksellisuuteen, joka oli edelleen yhteydessä korkeampaan elämän tyytyväisyyteen ja vähäisempiin masennusoireisiin. Epäsuorat yhteydet sosiaalisen osallistumisen ja elämän tyytyväisyyden (standardoitu arvo 0,17; p-arvo <,001) ja sosiaalisen osallistumisen ja masennusoireiden välillä (standardoitu arvo -0,20; p-arvo <,001) olivat tilastollisesti merkitseviä. Yhteydet olivat samankaltaisia molemmilla sukupuolilla.

Johtopäätökset: Kokemus oman elämän tarkoituksellisuudesta saattaa osaltaan toimia välittävänä tekijänä sosiaalisen osallistumisen ja mielen hyvinvointia kuvaavien tekijöiden välillä.

Mahdollisuuksien tarjoaminen tarkoituksellisuuden tunnetta lisäävään sosiaaliseen vuorovaikutukseen ja oman panoksen antamiseen toisten tai yhteisen hyvän edistämiseen iäkkäille ihmisille on tärkeää heidän mielen hyvinvointinsa tukemiseksi.

Sessio 14. Korona-pandemia

Katja Lindeman

Jyväskylän yliopisto ja Gerontologian tutkimuskeskus

Erja Portegijs,¹ Kaisa Koivunen², Kirsi Keskinen², Laura Karavirta² & Taina Rantanen²

¹University of Groningen

²Gerontologian tutkimuskeskus ja Jyväskylän yliopisto.

Elinpiirin ja ulkona liikkumisen autonomian muutokset koronaviruspandemian aikana kotona asuvilla ikääntyneillä henkilöillä

Tausta ja tavoitteet: Elinpiiri kuvaa aluetta, jolla henkilö liikkuu tietyn ajanjakson aikana. Ulkona liikkumisen autonomia tarkoittaa henkilön tyytyväisyyttä mahdollisuuksiinsa liikkua kodin ulkopuolella. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää kuinka kotona asuvien ikääntyneiden elinpiiri ja ulkona liikkumisen autonomia ovat muuttuneet ajasta ennen koronaviruspandemiaa kevääseen 2020 ja siitä tähän hetkeen. Lisäksi tutkittiin alaraajojen toimintakyvyn ja autolla ajamisen yhteyttä elinpiirin laskulle alle rajan (52,3 pistettä), jonka on todettu ennustavan päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen heikkenemistä.

Menetelmät: Tutkimukseen osallistui 475 tutkittavaa (alkumittauksessa 75–85 v.), joilta on tietoja AGNES-tutkimuksen kolmesta mittapisteestä (alkumittaus 2017–2018, kevät 2020, käynnissä oleva seurantamittaus 2021–2022). Elinpiiriä (0–120, korkeammalla pistemäärällä laajempi elinpiiri) ja ulkona liikkumisen autonomiaa (0–20, korkeammalla pistemäärällä enemmän koettuja rajoituksia) arvioitiin kyselylomakkeilla. Alaraajojen toimintakykyä arvioitiin lyhyellä fyysisen suorituskyvyn testistöllä (SPPB; heikentynyt 0–9 p./hyvä 10–12 p.). Autolla ajaminen (säännöllisesti/ei) perustuu tutkittavien itseraportointiin. Alaraajojen toimintakyvyn ja autolla ajamisen yhteyttä elinpiiripisteisiin tarkasteltiin logistisella regressiolla, jossa oli vakioivina tekijöinä ikä, sukupuoli, sosioekonominen asema, masennusoireet ja kognitiivinen toimintakyky.

Tulokset: Elinpiiripisteet laskivat alkumittauksista kevääseen 2020 keskimäärin 9,8 [keskihajonta 21,2] pistettä (74,0 [17,1] vs. 64,2 [23,8], Friedmanin testi; $p < 0,001$) ja pysyivät vuosina 2021–2022 samalla tasolla (66,4 [18,9], $p = 0,228$) verrattuna kevääseen 2020. Ulkona liikkumisen autonomian koetut rajoitukset lisääntyivät keskimäärin 7,2 [5,2] pistettä alkumittauksista kevääseen 2020 (4,7 [3,6] vs. 11,9 [5,1], $p < 0,001$) ja laskivat keväästä 2020 viimeisimpään seurantaan keskimäärin 5,4 [5,3] pistettä (6,5 [4,1], $p < 0,001$). Heillä, joilla oli hyvä alaraajojen toimintakyky, mutta eivät ajaneet autoa oli 2,2 (95 % LV 1,0–4,7, $p = 0,046$)ertainen riski elinpiirin laskulle alle 52,3 pisteen verrattuna säännöllisesti autoileviin henkilöihin, joilla oli hyvä alaraajojen toimintakyky. Heillä, jotka autoilivat säännöllisesti, mutta oli heikentynyt alaraajojen toimintakyky, oli 2,8 (1,1–7,4, $p = 0,035$)ertainen riski ja heillä, joilla oli heikentynyt alaraajojen toimintakyky ja jotka eivät ajaneet autoa oli 4,1 (1,5–11,0, $p = 0,006$)ertainen riski elinpiirin laskulle alle 52,3 pisteen.

Johtopäätökset: Alustavien tulosten mukaan koronaviruspandemia on pienentänyt ikääntyneiden elinpiiriä vuosina 2020–2022 ja heikentänyt ulkona liikkumisen autonomiaa keväällä 2020 verrattuna vuosien 2017–2018 tilanteeseen. Elinpiiri ja ulkona liikkumisen autonomia eivät ole palautuneet

koronaviruspandemiaa edeltävälle tasolle. Ei-autoilevilla henkilöillä, joilla oli heikko alaraajojen toimintakyky, oli suurin riski elinpiirin laskulle.

Tiina Savikangas

Jyväskylän yliopisto ja Gerontologian tutkimuskeskus

Anna Tirkkonen¹ & Sarianna Sipilä¹

¹Gerontologian tutkimuskeskus ja Jyväskylän yliopisto

Masennusoireet yhteydessä fyysisen aktiivisuuden vähenemiseen koronapandemian alussa iäkkäillä, liikuntaan tottuneilla henkilöillä

Tausta ja tavoitteet: Koronaviruspandemian alkuvaiheessa yhteiskunnan sulkutoimet heikensivät iäkkäiden ihmisten liikuntamahdollisuuksia. Fyysisen aktiivisuuden äkillinen vähentyminen voi johtaa fyysisen toimintakyvyn heikentymiseen. Tässä tutkimuksessa selvitettiin, olivatko sosio-ekonomiseen taustaan, terveyteen ja liikkumiskykyyn liittyvät tekijät yhteydessä itse arvioituun fyysisen aktiivisuuden vähenemiseen pandemian alkuaikana. Tutkimuksesta saadun tiedon avulla tukitoimia voidaan kohdentaa niitä eniten tarvitseville.

Menetelmät: Tutkimuksen osallistui 270 72–88-vuotiasta henkilöä (60 % naisia, keski-ikä pandemian alussa 77±4 vuotta), jotka olivat osallistuneet tammikuun 2017 ja maaliskuun 2019 välisenä aikana vuoden kestoiseen liikunta- tai liikunta- ja kognitiiviseen harjoitteluun satunnaistetussa kontrolloidussa kokeessa (PASSWORD). Sukupuoli ja syntymäaika selvitettiin henkilötietorekisteristä ja koulutustaso kyselyllä ennen harjoittelun alkua. Vuosi harjoittelun päättymisen jälkeen kyselytutkimuksella selvitettiin fyysisen aktiivisuuden taso seitsenluokkaisella asteikolla, koettu terveys ja liikkumiskyky sekä asumismuoto ja asuinalue. Koronapandemian alussa keväällä 2020 selvitettiin jatkokyselyllä fyysisen aktiivisuuden taso pandemian aikana ja pandemian aikainen muutos liikunnassa sekä masennusoireet myöhäsiän depressioseulalla (GDS-15). Sosio-ekonomiseen taustaan, terveyteen ja liikkumiskykyyn liittyvien tekijöiden yhteyttä itse arvioituun liikunnan muutokseen sekä muutokseen fyysisen aktiivisuuden tasossa vuoden seurantakyselystä pandemian alkuun (vähentänyt vs. ei muutosta/lisännyt) tutkittiin logistisella regressioanalyysillä. Mallit vakioitiin tutkimusryhmällä ja kyselyiden välisellä ajalla.

Tulokset: Sata (37 %) osallistujaa arvioi vähentäneensä liikuntaa koronapandemian aikana, mutta vain 50 (19 %) valitsi aikaisempaa alemman fyysisen aktiivisuuden luokan. Itse arvioitua liikunnan vähentämistä ennustivat naissukupuoli (vetosuhte (OR) 0.466, p=0.014), asuminen kaupungissa (OR=0.425, p=0.006), korkeammat pisteet depressioseulassa (OR=0.785, p<0.001) sekä huono/erittäin huono liikkumiskyky (OR=0.267, p=0.011). Aiempaa alhaisempaa fyysisen aktiivisuuden tasoa ennustivat korkeammat depressioseulan pisteet (OR=0.776, p=0.001) ja korkeampi fyysinen aktiivisuus vuosi intervention päättymisen jälkeen (OR=0.324, p<0.001). Ikä, koettu terveys, koulutustaso ja asuminen yksin tai jonkun kanssa eivät selittäneet muutoksia.

Johtopäätökset: Koronapandemian alkuaikana masennusoireet olivat vahvasti yhteydessä itse arvioidun fyysisen aktiivisuuden vähenemiseen liikuntaharjoitteluun aiemmin tottuneilla iäkkäillä henkilöillä. Mielen hyvinvoinnin tukeminen on ensiarvoisen tärkeää fyysisen aktiivisuuden ja siten toimintakyvyn edistämässä iäkkäillä. Tukea liikunnan ja yleisen fyysisen aktiivisuuden lisäämiseen tulisi koronan jälkeisessä ajassa kohdentaa erityisesti naisille, kaupungissa asuville ja liikkumiskykynsä heikoksi kokeville iäkkäille.

Laura Kananen

Tampereen yliopisto ja Karoliininen instituutti

Hong Xu¹ Annetorp Martin^{1,3,4}, Juulia Jylhävä^{1,2}, Mak Jonathan¹, Eriksdotter Maria^{1,3}, Hägg Sara^{1*}, Religa Dorota^{1,3}

¹Karolinska Institutet

²Tampere University

³Karolinska University Hospital

⁴Stockholms Sjukhem

Health progression of geriatric Covid-19 survivors

Research focusing on the late effects of Covid-19 disease in hospitalized geriatric patients is lacking. Our aim was to analyse the health progression of geriatric Covid-19 survivors three months after an acute Covid-19 infection (n=895). Using hospitalization records, we assessed if the previous Covid-19 infection was a risk factor for poorer health progression indicated by the Charlson comorbidity index (CCI), hospital frailty risk score (HFRS), mortality and specific diseases. As a control group, we used age-sex-CCI-matched non-Covid-19 patients (n=2685) hospitalized in the same geriatric hospitals in Stockholm, Sweden, during the same period of time (March 2020-January 2022).

At baseline, the geriatric patients had typically multiple comorbidities and were older than 75 years. The Covid-19 patients with readmission had mostly their acute-phase infection in the 1st or 2nd pandemic waves before vaccinations. The Covid-19 patients did not have poorer health after three months compared to the matched controls according to the CCI (OR[95%CI]=1.12[0.94-1.34]), HFRS (OR[95%CI]=1.05[0.87-1.26]), 6-months (HR[95%CI]=1.04[0.70-1.52]) and 1-year-mortality risk (HR[95%CI]=0.89[0.71-1.10]), adjusted for age, sex and health at baseline (the CCI and HFRS). However, higher risk was found for ‘Diseases of the eye and adnexa’ (OR[95%CI]: 1.90[1.23-2.88]) and ‘Diseases of the ear and mastoid process’ (OR[95%CI]: 1.56[1.07-2.26]).

In conclusion, the overall health of re-hospitalized geriatric Covid-19 survivors did not differ dramatically from other re-hospitalized geriatric patients with similar age, sex and health at baseline. Our results emphasize Covid-19 is especially detrimental for geriatric patients in the acute-phase, not in the later phase. Further studies including post-vaccination samples are needed.

Päivi Ahosola

Tampereen yliopisto ja Gerontologian tutkimuskeskus (GEREC), Ikääntymisen ja hoivan tutkimuksen huippuyksikkö (CoE AgeCare)

Jani Raitanen^{1,2,3}, Katariina Tuominen^{2,3}, Kristina Tiainen^{2,3}, Marja Jylhä^{2,3}, Outi Jolanki^{2,3,4} & Outi Valkama^{2,3}

¹Tampereen yliopisto ja Gerontologian tutkimuskeskus

²UKK-instituutti

³Ikääntymisen ja hoivan tutkimuksen huippuyksikkö (CoE AgeCare)

⁴Jyväskylän yliopisto

65–84-vuotiaiden suomalaisten huoli omasta tilanteestaan koronapandemian aikana

Koronapandemian alkumetreiltä lähtien on tiedetty, että vanhemmat ihmiset ovat suurimmassa riskissä sairastua vakavasti. Ikääntyneitä kehoitettiin rajoittamaan sosiaalisia kontaktejaan, ja erilaisia rajoituksia ja sulkuja asetettiin myös yhteiskunnan toimesta. Tämä merkitsi sitä, että samaan aikaan kun tieto taudin vaarallisuudesta levisi, sosiaalisen tuen saaminen toisilta ihmisiltä vaikeutui. Tässä tutkimuksessa tarkastelemme, miten huolissaan 65–84-vuotiaat suomalaiset olivat omasta tilanteestaan, mistä asioista he olivat huolissaan, ja mitkä tekijät olivat yhteydessä huoleen.

Tutkimus on osa Sosiaalinen hyvinvointi ja vanheneminen (SoWell)- hanketta. Aineisto koottiin valtakunnallisella 65–84-vuotiaille suomalaisille suunnatulla kyselyllä (n= 3088). Tässä tutkimuksessa tarkastelemme vastauksia väittämään ”Oma tilanteeni koronapandemian aikana huolestuttaa minua” sekä vastauksia avoimeen kysymykseen pandemian vaikutuksista omaan elämään. Tilastollisina analyysimenetelminä olivat ristiintaulukointi, khiin neliö-testi ja logistinen regressioanalyysi. Avointen vastausten (n=1347) analyysissä käytettiin deduktiivista sisällönanalyysiä.

Vastaajien keski-ikä oli 72 vuotta ja 56 % heistä oli naisia. Vastaajista 14 % oli täysin samaa mieltä väitteestä ”Oma tilanteeni korona-aikana huolestuttaa minua”. Naiset, vanhimmat, vähiten koulutetut ja pienituloisimmat olivat todennäköisimmin huolissaan omasta tilanteestaan. Sama koski niitä, joiden itsearvioitu terveys ja toimintakyky olivat heikkoja, jotka kokivat yksinäisyyden ongelmana, olivat tyytymättömiä nykyiseen elämäänsä tai eivät luottaneet kiireellisen hoidon saamiseen. Kun kaikki taustamuuttajat sisällytettiin samaan malliin, niin siviilisääty muuttui merkitseväksi (avo- ja avioliitossa olevat olivat todennäköisemmin huolissaan omasta tilanteestaan verrattuna leskiin ja eronneisiin) ja tulotaso, itsearvioitu toimintakyky sekä tyytyväisyys nykyiseen elämään ei-merkitseviksi.

Avovastausten mukaan omaa tilannetta koskeva huoli kohdistui siihen, että saa itse tartunnan (37 mainintaa). Huolta sairastumisesta perusteltiin riskiryhmään kuulumisella, ja jotkut toivat esille huolensa siitä selviävätkö ylipäättään hengissä pandemiasta. Muita omaa tilannetta koskevia huolia olivat fyysisen toimintakyvyn heikentyminen (3), henkisen hyvinvoinnin heikentyminen (2) ja lapsista etäännyminen (2).

Huoli omasta tilanteesta ei ollut 64–85-vuotiaiden suomalaisten joukossa kovin suurta koronapandemian aikana. Huoli oli kuitenkin todennäköisempää silloin kun vastaaja oli haavoittuvassa asemassa. Tulokset vahvistivat sitä myös aiemmissa tutkimuksissa havaittua seikkaa, että pandemia-

aikana huolet kasaantuvat niille, jotka ovat jo valmiiksi haavoittuvassa asemassa esimerkiksi heikon terveyden tai yksinäisyyden kokemusten vuoksi.

Leena Forma

Laurea-ammattikorkeakoulu ja Tampereen yliopisto

Jani Raitanen^{1,2}, Jutta Pulkki², Mari Aaltonen³ & Marja Jylhä²

¹UKK-instituutti

²Tampereen yliopisto

³Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Miten sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö muuttui ikääntyneillä koronapandemian alkuvaiheessa?

Sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuutta vähennettiin kevättalvella 2020 koronaviruksen leviämisen ehkäisemiseksi ja terveydenhuollon resurssien riittävyyden takaamiseksi. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata, miten sairaalan vuodeosastohoidon, ympärivuorokautisen pitkäaikaishoidon ja kotihoidon käyttö sekä kuolinpaikat muuttuivat vuonna 2020 ikääntyneiden joukossa ikä- ja sukupuoliryhmittäin.

Tutkimus perustuu rekisteriaineistoihin. Tutkimusjoukko eli kaikki Suomessa asuvat vähintään 70 vuotta täyttäneet henkilöt vuosina 2018, 2019 ja 2020 poimittiin Tilastokeskuksen väestötietojärjestelmästä. Tiedot sosiaali- ja terveyspalvelujen käytöstä poimittiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen hoitoilmoitusrekistereistä. Tutkittavat palvelut ovat erityyppiset sairaalat, ympärivuorokautinen pitkäaikaishoito ja kotihoito. Muutoksia palvelujen käytössä kuvataan esittämällä hoitopäivien määrä 10 000 henkilöä kohden, palveluja käyttäneiden osuudet (%) sekä kuolinpaikka (% kuolleista) ikä- ja sukupuoliryhmittäin. Tilastollisia testejä ei tehty, koska kyseessä on kokonaisotos. Tutkimusjoukkoon kuului 1 032 076 henkilöä. Heistä 57 prosenttia oli naisia.

Hoitopäivien määrä 10 000 henkilöä kohden väheni selvästi kaikissa sairaalatyypeissä vuoden 2020 maaliskuussa. Tämän jälkeen hoitopäivien määrä kasvoi kohti aikaisempien vuosien määriä. Joulukuussa hoitopäivien määrä väheni jälleen kaikissa sairaalatyypeissä. Tehostetussa palveluasumisessa ei ollut suuria eroja vuosien välillä hoitopäivien määrässä 10 000 henkilöä kohden, eikä siinä ollut muutosta koronarajoitusten alkaessa maaliskuussa 2020. Laitushoito vanhainkodeissa ja terveyskeskussairaalassa väheni voimakkaasti vuodesta toiseen, mutta siinä ei ollut muutosta koronarajoitusten alkaessa. Kotihoitokäyntien määrä pysyi samana koko tutkimusajan.

Sairaala oli kuolinpaikkana yhtä yleinen koko tutkimusajan. Terveyskeskuksessa kuoleminen oli selvästi harvinaisempaa vuonna 2020 kuin aikaisempina vuosina. Kuolemat pitkäaikaishoidossa ja kotona olivat jonkin verran yleisempiä vuonna 2020 kuin aikaisempina vuosina.

Sairaalahoitopäivien määrä väheni voimakkaasti ikääntyneiden joukossa, kun koronarajoitukset alkoivat vuonna 2020. Väheneminen oli melko lyhytaikaista, mutta se saattoi viivästyttää ikääntyneiden tarvitseman hoidon saamista merkittävästi. Ikääntyneiden palveluissa näkyy koronapandemiaa pitkäaikaisempi muutos, jossa ympärivuorokautisten palvelujen peittävyys ja hoitopäivien määrä vähenevät voimakkaasti, mutta kotiin tuotavat palvelut eivät lisääntyneet vastaavasti. Jatkotutkimusta tarvitaan siitä, miten edellä kuvatut muutokset kohdistuvat eri väestöryhmiin, ja miten

avohoidon vastaanottokäynnit, kotihoidon tukipalvelut ja päivätoiminta ovat muuttuneet pandemian aikana.

Tyyne Ylinen

Tampereen yliopisto

Vera Ylinen¹ Laura Kalliomaa-Puha¹, Satu Ylinen¹

¹Tampereen yliopisto

Vanhusten oikeuksien toteutuminen koronapandemian aikana sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten näkemyksissä

Esityksessämme käymme läpi alustavia tutkimustuloksia laadullisesta tutkimuksestamme, jossa kartoitimme vanhusten kanssa työskentelevien sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten näkemyksiä koronapandemian ja siihen liittyvien rajoitustoimien vaikutuksesta asiakkaidensa oikeuksien toteutumiseen.

Ikääntyneet sosiaali- ja terveyspalvelujen asiakkaat ovat olleet erityisessä asemassa koronapandemian aikana. Korkea ikä sekä perussairaudet lisäävät riskiä sairastua vakavasti ja myös menehtyä koronaviruksen aiheuttamaan tautiin. Valtiovallan ja viranomaisten asettamat rajoitustoimet koronapandemian hillitsemiseksi ovat kohdistuneet ennen kaikkea riskiryhmään luettaviin ikääntyneisiin ihmisiin. Osan asetetuista rajoitustoimista on todettu myöhemmin loukanneen asiakkaiden perus- ja ihmisoikeuksia. Kentällä päätöksiä tehneet viranomaiset ovat joutuneet tekemään päätöksiä uudenlaisissa, arvaamattomissa olosuhteissa.

Monet riskiryhmät, kuten gerontologisen sosiaalityön asiakkaat ja asumispalveluissa asuvat ikääntyneet, jäivät kokonaan tai osittain palvelujen ulkopuolelle, kun henkilökohtaista palvelua ja ryhmämuotoista toimintaa rajoitettiin, suljettiin tai siirrettiin etäyhteyksillä tapahtuvaksi. Palvelut siirtyivät digitaalisille alustoille, joka haittasi monien ikääntyneiden osallistumista. Pandemian aikainen eristäminen ja sen aiheuttamat yksinäisyyden kokemukset lisäsivät ikääntyneiden psyykkisiä ongelmia, ja hätäkeskukset saivat soittoja itsemurha-ajatuksia omaavilta ikääntyneiltä. Sosiaalisen syrjäytymisen nähdään vahingoittavan ikäihmisten toimijuutta, itsemääräämisoikeutta ja riippumattomuutta. Tutkimuksessa on todettu ikääntyneiden sosiaalityön asiakkaiden itsemääräämisoikeuden toteutumisessa tapahtuneen heikentymistä koronapandemian aikana. Kun asiakkaiden kuuleminen heitä koskevassa päätöksenteossa heikkeni, heidän osallisuutensa aleni.

Tässä esityksessä keskitymme seuraaviin kysymyksiin:

1. Miten koronapandemia ja siihen liittyvät rajoitukset ovat vaikuttaneet vanhusten oikeuksien (esim. itsemääräämisoikeus ja oikeus yhdenvertaiseen kohteluun) toteutumiseen sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten näkemyksissä?
2. Miten tulevaisuuden kriiseihin voidaan varautua paremmin vanhusten oikeuksien näkökulmasta? Aineisto koostuu vanhusten kanssa työskentelevien sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten fokusryhmähaastatteluista (yhteensä 6 haastattelua, 4–10 haastateltavaa per haastattelu). Haastattelut järjestetään kolmella eri paikkakunnalla Etelä-Suomessa, Länsi-Suomessa ja Itä-Suomessa syksyllä 2022. Alamme analysoida aineistoa marras-joulukuussa 2022 käyttäen sisällönanalyysiä menetelmänä.