

Esa Jämsen ja Marja Jylhä

Vanhuuden vallankumous on jo täällä – mutta miten siihen suhtaudumme?

Vuonna 2030 joka viides suomalainen on 70-vuotias tai sitä vanhempi, vuonna 2060 joka neljäs (1). Ikäryhmän koon ennustetaan ylittävän miljoonan vuonna 2024 – se on melkein puoli miljoonaa enemmän kuin vuosituhanen vaihtuessa. Suhteellisesti eniten ovat kasvaneet ja edelleen kasvavat kaikkein vanhimmat ikäryhmät (KUVA 1): vuosituhanen ensimmäisen neljänneksen aikana 90 vuotta täyttäneiden määrä lähes kolminkertaistuu.

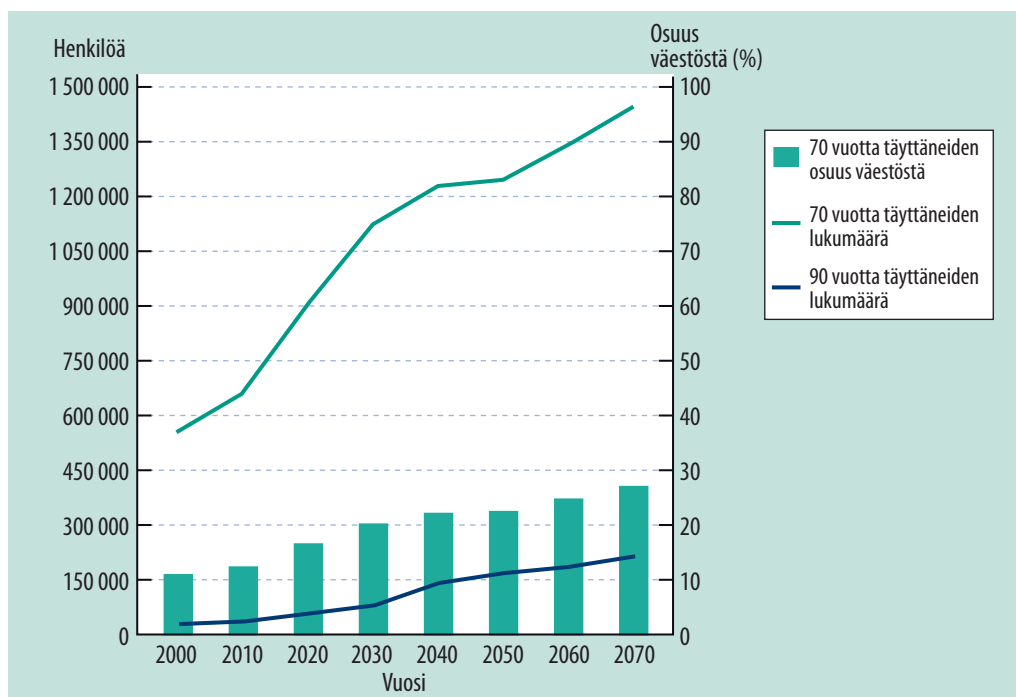
Riippuu näkökulmasta, miltä tämä kehitys, pitkän elämän ja vanhuuden mahdollisuus, vaikuttaa:

– Onko iäkkyyks osoitus lääketieteen menestystarinasta vai käännekohta, jossa terveydenhuollon kiinnostus alkaa hiipua, kun saavutettavaa ei enää ole?

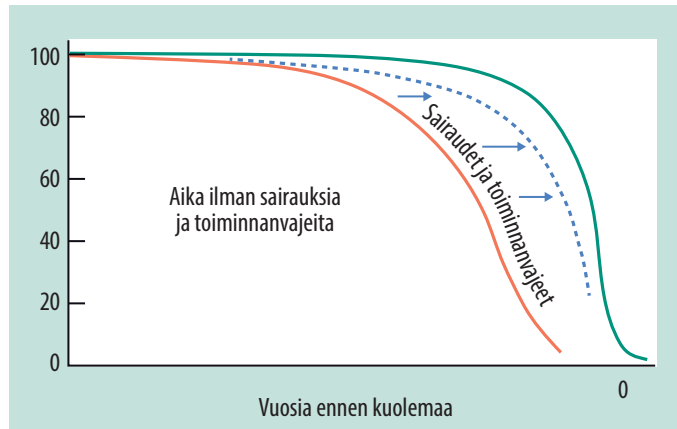
– Onko vanhuus elämänvaihe, jolloin on aikaa itselle ja lapsenlapsille vai aika, jolloin useimmat ikätoverit ovat jo kuolleet?

– Ovatko ikääntyneet voimavara, jonka ammatillista kokemusta, elämäkokemusta ja aikaresursseja kannattaa hyödyntää, vai uhka huoltosuhteelle?

Näkökulma asiaan muuttuu, kun hylkää tilastot, laskelmat ja ennusteet, ja muistaa, että vanheneminen koskettaa meitä kaikkia. Mil-



KUVA 1. Seitsemänkymmentä ja 90 vuotta täyttäneiden lukumäärät ja yli 70-vuotiaiden osuus väestöstä vuodesta 2000 vuoteen 2070 (1).



KUVA 2. Käyrät kuvaavat osuutta väestöstä, joka on elossa (vihreä käyrä) ja joka on elossa mutta jolla on sairauksia ja toiminnanvajeita (oranssi käyrä). Niin terveydenhuollon kuin yhteiskunnallistenkin toimenpiteiden tavoitteena tulee olla sairauksien ja toiminnanvajeiden kanssa elettävän ajan (käyrien väliin jäävä alue) lyhentäminen. Mitä varhaisemmin tilanteeseen puututaan, sitä pienemmin toimenpitein tilannetta pystytään parantamaan (siniset nuolet ja käyrä).

laista haluaisimme elämämme – ja sitä ennen vanhempiemme ja isovanhempiemme elämän – olevan vanhana: aktiivista, onnellista ja osallistuvaa vai kokemuksen rasitteena olemisesta leimaamaa?

Vanhojen hoitoa koskeva keskustelu on valittavan kaksijakoista: esillä ovat yhtäältä hyvin paljon palveluita tarvitsevat erittäin huonokuntoiset ihmiset, toisaalta poikkeuksellisen hyväkuntoiset, nuorekkaat ja aktiiviset hyvin vanhat. Todellisuus on moninaisempi. Kaikista 75 vuotta täyttäneistä noin 80 % asuu tavallisessa kodissa ilman kotihoitoa (2) ja valikoituneessa yli 90-vuotiaiden joukossakin on sekä hyväettä huonokuntoisia (Jylhä ym. tässä teemanumerossa). Iän myötä heterogeenisuus ikäryhmän sisällä kasvaa ja kronologisen iän merkitys esimerkiksi hoidon suunnittelun perusteena vähenee. Ikää ja sairauksia paremmin iäkkään ihmisen kokonaistilannetta ja ennustetta kuvaavat toimintakyky ja koettu terveys. Parhaassa kunnossa olevilla 85-vuotiailla voi olla jäljellä enemmän ikävuosia kuin huonokuntoisimmilla 70-vuotiailla (3).

Samanaikaisesti eliniänodotteen kasvun kanssa on parantunut sairauksista ja toiminnan-

vajeista vapaan eliniän pituus (4): yhä useampi vanhenee toimintakykyisenä. Kaikkein vanhimmissa ikäryhmissä tätä muutosta ei ole kuitenkaan havaittu (Jylhä ym. tässä teemanumerossa). Näyttää siis siltä, että avuntarve pakkautuu viimeisiin elinvuosiiin ja pidemmän terveen elämän hintana on ainakin entisen pituinen raihnaisuuden ja hoivan tarpeen aika elämän loppuvaiheessa (5). Jotta kasvavan kaikkein vanhimpien joukon avuntarpeeseen on mahdollista vastata, on tärkeää minimoida avuntarve nuoremmassa ikäryhmissä. On huolestuttavaa, että viime vuosikymmeninä nähty eläkeikäisen väestön liikunta- ja toimintakyvyn selkeä myönteinen kehitys näyttää hidastuneen (6). Kun samanaikaisesti laajenevilla hoitomahdollisuuksilla,

erityisesti vähemmän invasiivisilla ja toisaalta yhä spesifisemmällä hoidoilla, pystytään pitkittämään elinikää – muttei välttämättä parantamaan toimintakykyä – olemme ajautumassa ansaan, jossa terveen eliniän ja kokonaisliniän ero kasvaa, kun suunnan pitäisi olla päinvastainen: sairauksien ja toiminnanvajeiden kanssa elettävän jakson lyhentäminen (KUVA 2).

Mitä aiemmin sairauksien ja toiminnanvajeiden kehittymiseen pystytään puuttamaan, sitä

pienemmällä keinoilla tilannetta pystytään korjaamaan, sillä vähäistenkin muutosten merkitys kertaantuu ajan myötä. Elintapoihin ja sydän- ja verisuonitautien riskitekijöihin tulee puuttua keski-ikästä lähtien, ja panostaa yksilöllisiin, riskipotilaisiin kohdistettuihin monitekijäisiin interventioihin ja varhaisvaiheen kuntoutuksen (Viikari, tässä numerossa, Finne-Soveri ym. tässä numerossa). Haasteena voi olla, miten ikääntyvät ovat valmiita ja saadaan muutamaan toimintatapaan. Ilman omaa aktiivisuutta fyysinen suorituskyky ja terveys eivät säily. Toisaalta terveydenhuollon on oltava valmis reagoimaan toimintakyvyn heikentyessä sekä osattava kohdentaa hoito oikein huomioiden iäkkään potilaan kokonaistilanne (7).

Oikein kohdennettu aktiivinen hoito on vaikeuttavaa myös vanhana, mutta samalla on opittava, milloin on viisainta palliatiivisen hoidon käytäntöjen mukaisesti keskittyä lievittämään oireita ja tukemaan elämänlaatua (8). Päätöksenteon helpottamiseksi hoitotutkimuksissa tulee tarkastella kuolleisuuden ohella iäkkäille potilaille merkityksellisempiä päätetapahtumia, kuten elämänlaatua ja toimintakykyä.

Vanhenemisen vallankumousta ei pidä odottaa, sillä se on jo täällä. Kysymys onkin, miten osamme siihen reagoida. Vallankumousta tarvitaan ajattelutavassamme ikääntyvien hoidosta ja toimintatavoissamme. Keinoja haasteiden voittamiseen kyllä on! ■

KIRJALLISUUTTA

1. StatFin-tilastotietokanta, Helsinki: Tilastokeskus. www.stat.fi/tup/statfin/index.html.
2. Sotkanet.fi. Tilasto- ja indikaattoripankki. Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi © Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2005–2019. <https://sotkanet.fi/index>.
3. Lee SJ, Kim CM. Individualizing prevention for older adults. *J Am Geriatr Soc* 2018; 66:229–34.
4. Crimmins EM, Zhang Y, Saito Y. Trends over 4 decades in disability-free life expectancy in the United States. *Am J Public Health* 2016;106:1287–93.
5. Aaltonen M, Forma L, Pulkki J, ym. Changes in older people's care profiles during the last 2 years of life, 1996-1998 and 2011-2013: a retrospective nationwide study in Finland. *BMJ Open* 2017; 7:e015130.
6. Sainio P, Stenholm S, Valkeinen H, ym. Toiminta- ja työkyky. Kirjassa: Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A ym. toim. *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. FinTerveys 2017 -tutkimus*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 4/2018.
7. Jämsen E, Lönnroos E, Strandberg T. Tunnetko vanhuspotilaasi – entä ketään geriatria? *Suomen Lääkäril 2017*;72:2497.
8. Lehto J, Marjamäki E, Saarto T. Elämän loppuvaiheen ennakkoiva hoitosuunnitelma. *Duodecim* 2019;135:335–42.



ESA JÄMSEN, geriatrician tenure track -professori
Tampereen yliopisto, Lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta



MARJA JYLHÄ, gerontologian professori
Tampereen yliopisto, Yhteiskuntatieteiden tiedekunta ja Gerontologian tutkimuskeskus (GEREC)

SIDONNAISUDET

Esa Jämsen: Apuraha (Valtion tutkimusrahoitus geriatrician tutkimusryhmälle, Tampereen Lääkäripäivien kohdeapuraha), luentopalkkio/asiiantuntijapalkkio (Orion Pharma, Fioca, Novartis, Duodecim, Lääkäriliitto), hankkeet (Lonkkamurtuman Käypä hoito -suositus (kokoava kirjoittaja 2016–2017), THL:n PERFECT-hanke (lonkkamurtuman osalta) (asiiantuntija)), muut sidonnaisuudet (Suomen akuuttigeriatrician yhdistys, varapuheenjohtaja)

Marja Jylhä: Ei sidonnaisuuksia