

Miten käy iäkkään ihmisen pitkäaikaishoidon arjessa?

■ Ava Numminen, Ulla Eloniemi-Sulkava, Päivi Topo ja Hannu Valtonen

Muistisairaudet ovat tärkein riskitekijä, joka johtaa iäkkään ihmisen pois omasta kodistaan ympärivuorokautiseen hoitopaikkaan. Kaikista pitkäaikaishoidon asukkaista 80 prosentilla on muistisairaus. Mitä pidemmälle muistisairaus etenee, sen enemmän ihminen tarvitsee tukea päivittäisessä elämässään. Tärkein tuen antaja ovat toiset ihmiset, mutta myös fyysisellä ympäristöllä on merkitystä.

Pitkäaikaishoidon laatu puhututtaa ihmisiä ja erityisesti omaisia. Se on ollut myös runsaasti tutkimuksen kohteena. Vanhustyön keskusliitossa toteutettiin vuosina 2007–10 tutkimus- ja kehittämishanke *MielenMuutos muistisairaiden ihmisten hoidossa*¹ (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2011). Tutkimuksen päämääränä oli kehittää käytösoireista kärsivien ihmisten hoitoon toimintamalli, jota voidaan soveltaa erilaisissa muistisairaiden ihmisten hoitopaikoissa ja koti-hoidossa. Tutkimuksen erityisenä kiinnostuksena oli muistisairaana ihmisen hyvinvointiin liittyvät tekijät, hyvinvoinnin ja elämänlaadun tukeminen.

Tässä artikkelissa tarkastellaan pitkäaikaishoitoa erityisesti asukkaiden elämänlaadun kannalta. Ulla Eloniemi-Sulkava, Päivi Topo ja Ava Numminen esittelevät lyhyesti MielenMuutos-hanketta ja sen joitakin tuloksia. Hannu Valtonen kirjoittaa lopuksi pitkäaikaishoidosta taloustieteellisestä näkökulmasta.

1 Tutkimus oli osa laajaa Raha-automaattiyhdistyksen tukemaa MielenMuutos-hanketta.

Elämänlaatu ja hyvän elämän mahdollisuudet ympärivuorokautisissa pitkäaikaishoitopaikoissa

■ Ulla Eloniemi-Sulkava

Elämänlaatu on subjektiivinen ja koostuu monista ulottuvuuksista. Näitä ovat emotionaalinen terveys, fyysinen terveys, toimintakyky, turvallisuus, sosiaaliset suhteet, itsearvostus ja toimijuus. Psykososiaalinen ja fyysinen ympäristö ovat merkittäviä elämänlaadun kannalta. Elämänlaatua edistävät identiteettiä ja itsearvostusta tukevat vuorovaikutussuhteet sekä hoitokulttuuri ja ympäristö, jotka mahdollistavat osallistumisen ja toiminnan. Näiden merkitys lisääntyy sairaiden ja hauraiden ihmisten kohdalla, joiden riippuvuus muista ihmisistä on suuri.

Elämänlaadun arviointi on erityisen vaikeaa muistisairaiden ihmisten kohdalla, jotka taudin edetessä eivät kykene vastaamaan elämänlaatumittarin kysymyksiin. Elämänlaatua onkin usein arvioitu hoitajien kysely- tai haastattelulomakkeilla. Esimerkiksi Suomessa on jonkin verran käytetty Quality of Life in Late Stage of Dementia -haastattelulomaketta (QUALID, Weiner ym. 2000). Havainnointimenetelmät tuovat esiin muistisairaana ihmisen näkökulman. Havainnointimenetelmiä, kuten Dementia Care Mapping (DCM, 2005) ja Elämänlaadun observointi dementiatyössä (ELO-D, Salo 2009), käytetään hoitoyksiköiden kehittämistyön välineenä.

Elämänlaatumittarit ovat tuoneet esille pitkäaikaishoidon asukkaiden elämänlaadun puutteita.

den liittyvän sen psykososiaalisiin ulottuvuuksiin (Banerjee ym. 2009; Wetzels ym. 2010). Havainnointimenetelmillä saadut tulokset ovat osoittaneet muistisairaiden ihmisten elämänlaadun huonoksi pitkäaikaishoitopaikoissa. Huono elämänlaatu selittyy muun muassa toiminnan ja osallistumisen mahdollisuuksien puuttumisella, vuorovaikutussuhteiden niukkuudella ja asukkaiden tarpeiden sivuuttamisella (Sloane ym. 2007; Eloniemi-Sulkava & Savikko 2011). Pitkäaikaishoitopaikoissa yleisesti esiintyvien muistisairaiden ihmisten käytösoireiden merkittävä selittäjä on huono elämänlaatu. Jopa 70–80 prosentilla asukkaista on hoitajien arvioimana vähintään yksi käytösoire.

Mielenmuutos-tutkimus- ja kehittämishanke muistisairaiden ihmisten hoidossa

Satunnaistettu kontrolloitu interventiotutkimus toteutettiin yhden kunnan pitkäaikaishoitopaikoissa. Intervention kesto oli 14 kuukautta. Tutkimushoitaja keräsi seurantatiedot lähtötilanteessa, kuuden kuukauden ja 14 kuukauden kohdalla. Käytetyt mittarit arvioivat fyysistä toimintakykyä, muistisairauden vaikeusastetta, ravitsemustilaa, masentuneisuutta, käytösoireiden esiintymistä ja elämänlaatua. Lisäksi muistisairaiden ihmisten elämänlaatua arvioitiin lähtötilanteessa ja tutkimuksen lopussa havainnoimalla hoitoyksikön arkea ja asukkaiden hyvinvointia yhtenä päivänä seitsemän tuntia kahden havainnoijan toimesta ELO-D-havainnointimenetelmällä (Salo 2009). Tutkimushoitaja keräsi myös asukkaiden senhetkiset lääkitystiedot kussakin seurantapisteessä.

Interventiossa hoitoyksiköiden henkilökuntaa tuettiin ja ohjattiin moniammatillisesti ja pitkäjänteisesti toteuttamaan ihmislähtöistä työtettä erityisesti mentorisairaanhoidajan toimesta. Lisäksi tukea antoivat konsultoiva geriatri ja fysioterapeutti. Henkilökunnan työvälineeksi kehitettiin intervention aikana toimintamalli, joka ohjasi ymmärtämään asukkaan erilaisia hyvinvointitarpeita hänen näkökulmastaan häntä monipuolisesti huomioimalla sekä räätälöimään hoito tältä pohjalta. Mallissa koros-

tui yhteistyö asiakkaan, hänen omaistensa ja moniammatillisten osaajien kanssa.

Lauluvalmennuksessa, muistelukoulutuksessa ja liikeohjauksessa henkilökunta sai välineitä asukkaiden hyvinvoinnin kohentamiseen. Ravitsemuksen tiimipalaverissa henkilökunta sai tukea asukkaiden ravitsemuskuntoutukseen.

Tutkimus osoitti, että asukkaiden hyvinvointia ja elämänlaatua voitiin parantaa, kun henkilökunnan työorientaatio kehittyi ihmislähtöiseen suuntaan, asukkaiden tilannetta alettiin katsoa laaja-alaisesti, lääketieteellistä hoitoa kehitettiin ja kun henkilökunta käytti räätälöidysti psykososiaalisen hoidon erilaisia menetelmiä. Interventiossa luodun toimintamallin käyttäminen vaatii tavoitteellisesti työskentelevää, malliin sitoutunutta henkilökuntaa ja moniammatillista gerontologista osaamista. Kaiken lähtökohdana on ihmislähtöinen hoitokulttuuri.

Hyvän elämän mahdollisuudet iäkkäiden ihmisten ympärivuorokautisen hoidon ympäristöissä

■ Päivi Topo

Muistisairas ihminen saa tärkeintä tukea toisilta ihmisiltä, mutta myös fyysisellä ympäristöllä on merkitystä. Eri tutkimusten sekä kokemusten perusteella tiedämme, että selkeä ympäristö, joka tarjoaa kohtuullisesti myönteisiä virikkeitä eikä kovin paljon kielteisiä virikkeitä, kuten melua, voi tukea muistisairaahan ihmisen toimintaa. Moni muistisairautta sairastava on iäkäs, ja jo senkin vuoksi hyvä päivänvalo ja riittävä, häikäsemätön yleisvalaistus on tarpeen. Kontrastit, kuvioinnit, sopiva lämpötila, tilojen väljyys, esteettömyys ja viihtyisyys ovat myös tekijöitä, joiden on voitu osoittaa tukevan omatoimisuutta ja psyykkistä hyvinvointia (Day ym. 2000).

Muistisairaus heikentää ihmisen kykyä itse muokata ympäristöstään mieleinen, kykyä havaita ympäristön tarjoamia mahdollisuuksia

sia ja käyttää niitä. Riippuvuus muista ihmisistä kasvaa siis tältäkin osin. Hoitoympäristössä asuminen merkitsee sitä, että muistisairas on ympärivuorokautisesti sosiaali- tai terveydenhuollon ”toimintaympäristössä”. Näitä ympäristöjä säätelevät monet tekijät, kuten säädökset, organisaatiokulttuuri, perinteet, yksittäisen hoitopaikan toimintatavat ja henkilökunnan mieltymykset

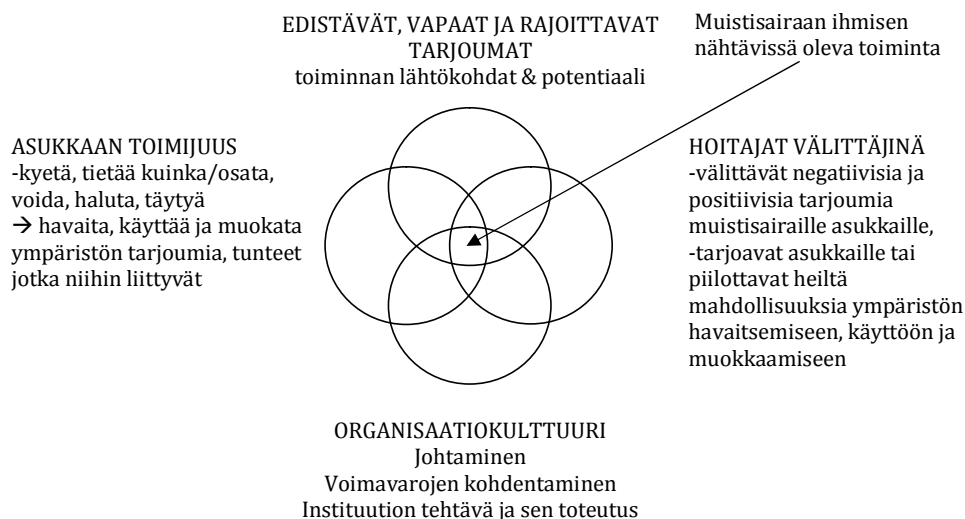
MielenMuutos muistisairaiden ihmisten hoidossa -hankkeessa yhtenä ympärivuorokautisen hoidon interventiotutkimuksen osana oli fyysinen ympäristö. Tutkimuksessa arvioitiin 11 hoitoyksikön tilat tätä varten kehitetyn lomakkeen avulla. Lomake perustui tarjouman teoriaan (Kyttä 2003), toimijuuden teoriaan sekä ajatuksen yksiköiden henkilökunnasta ympäristön tarjouman välittäjänä ja toimintakulttuurin merkityksestä (Topo ym. painossa). Viitekehys esitetään kuviossa 1.

Varsinaisen tutkimusaineiston muodostivat 1 100 valokuvaa yksiköistä sekä muistiinpanot. Nämä analysoitiin ja siirrettiin arviointilomakkeeseen. Tältä pohjalta annettiin palaute kunkin

yksikön työntekijöille ja esimiehille. 12 kuukauden kuluttua tilat arvioitiin uudelleen. Tilojen arvioinnissa käytimme seuraavaa ryhmittelyä: 1) pohjaratkaisu 2) kiinteät kalusteet 3) liikuteltavat kalusteet ja esineet 4) muokattavat materiaalit 5) aistiympäristö ja 6) mahdollisuudet yksityisyyteen ja yhteisöllisyyteen (Topo ym., painossa).

Yksiköiden fyysiset tilat poikkesivat toisistaan paljon jo pelkästään sen vuoksi, että toisaalla oma huone oli sääntö ja toisaalla sellaista ei ollut kenelläkään. Yksiköissä oli lukuisia muistisairaiden ihmisten toimintaa rajoittavia ja hankaloittavia piirteitä. Osa näistä oli syntynyt toimintakäytäntöjen ja -kulttuurin vuoksi. Intervention aikana joitakin parannuksia tapahtui erityisesti niissä yksiköissä, jossa lähtötilanne oli suhteellisen hyvä. Tilojen piirteitä tutkimalla näyttäytyivät myös hoitopaikkojen mikrovaltarakenteet. Tulosten perusteella voidaan todeta, että hoitoympäristöjen kehittämiseen on syytä tarttua määrätietoisesti, jos halutaan niiden palvelevan paremmin muistisairaiden ihmisten hyvää arkea.

Kuvio 1. Teoreettinen malli muistisairaana ihmisen toiminnan mahdollisuuksista ympärivuorokautisessa hoidossa



Kulttuurivaje ja sen täyttäminen hoivakodissa

■ Ava Numminen

MielenMuutos-hankkeen elämänlaadun havain-toaineistosta (ELO-D) ilmeni, että pitkäaikais-hoidon asukkaiden arjesta suuri osa koostui olemisesta vailla toimintaa tai mahdollisuutta positiivisiin tunneilmaisuihin. Aineistossa tuli myös esiin, kuinka toiminnan mahdollisuuksi-en puuttuminen, vuorovaikutussuhteiden niukuus ja asukkaiden tarpeiden sivuuttaminen olivat yhteydessä muistisairaiden ihmisten käytösoireisiin ja huonoon elämänlaatuun (Eloniemmi-Sulkava & Savikko 2011). Mäkitalo (2005) puolestaan tutki hoitajien reagointia pitkäaikashoidon asukkaiden aloitteisiin aamutoimien yhteydessä. Hän luokitteli hoitajien reaktiot neuvottelevaan tapaan (asukkaan toivomus otetaan huomioon), sulavaan ohittamiseen (toivomuksen ohittaminen niin, että mukava vaikutelma säilyy, esimerkiksi naurahtelun avulla), ohittamiseen (toivomukseen ei kiinnitetä mitään huomiota) ja estämiseen (selkeä kielteinen reaktio sanallisesti tai fyysisesti). Neuvottelevia tapoja oli 48 % tilanteista, muita tapoja 52 %. Ongelmat asukkaiden ja hoitajien välillä johtuivat säännöllisesti siitä, kun hoitaja reagoi muulla kuin neuvottelevalla tavalla. Asukkaiden reaktiot tapahtuivat usein niin pienellä mikrotasolla, että ne havaittiin vasta videoanalyysissä.

Asukkaiden huonoa elämänlaatua ruokkivassa hoitokulttuurissa henkilöstö tavallisesti kokee, että pesujen, ruokailun, lääkityksen ja vessatoimituksista huolehtimisen lisäksi ei ole aikaa mihinkään muuhun. Muun, ”ylimääräisen”, ajatellaan olevan esimerkiksi virikeohjaajien vastuulla. Asukkaiden toiveet ohittuvat helposti. Hoitajien kannalta päivät ovat työtä täynnä, asukkaiden kannalta pakotettu passiivioleilu tarkoittaa kulttuurivajetta, jota päiväsalin alati aukinainen televisio ei täytä. Kun asukkaiden päivät kuluvat lähinnä seuraavaa ruokaa odotellen, muun muassa uniongelmat ja niin sanotut käytösoireet lisääntyvät. Seuraukse-

na myös hoitajien työ käy yhä rankemmaksi ja perusrutiinien ohella mihinkään muihin aktiviteetteihin on entistä vähemmän mahdollisuuksia. Mitä kulttuurityövälineet ovat ja miten ne voisivat parantaa pitkäaikashoidon asukkaiden elämänlaatua ja auttaa hoitajia paremmin reagoimaan asukkaiden toivomuksiin?

Kulttuurityövälineiden mahdollisuudet

Kutsun tässä yhteydessä oikeastaan kaikkea mielekästä toimintaa kulttuurityövälineiksi. Se, mitä sairaut iäkkäät ihmiset pystyvät tekemään, on toki rajoituksensa. Ei ole enää mahdollista hakea halkoja, lähteä elokuviin tai soutaa järvelle kalaan. Mutta voi kuunnella mielimusiikkia, laulaa, lukea ja tehdä runoja, maalata ja piirtää, tanssia, kasvattaa perunaa purkissa, hoivata kissaa, purkaa radiota tai puhdistaa hevosen valjaita. Ne virittävät mielikuvitusta, muistia, motoriikkaa, iloa. Ne mahdollistavat edes joistakin asioista päättämisen (mitä väriä käytän, minä valjasosan puhdistan ensin) ja siten lisäävät pystyvyyden ja myönteisen identiteetin tunteita. Erityisen tärkeitä tällaiset kokemukset ovat muistisairaille ihmisille, joiden minuutta sairaus haurastuttaa. Auttaako laulaminen ja runot myös hoitajia herkistymään mikrotason vuorovaikutustapahtumille ja käyttämään neuvottelevaa vuorovaikutustapaa (Mäkitalo 2005)? Mahdollisesti. Ainakin hoitajat kertovat yhteistyön usein sujuvan paremmin, kun otetaan tanssiaskelia wc:hen mentäessä tai lauletaan iltalaulu.

Kokenut sairaanhoitaja kertoi kysyneensä asukkaalta «mitä sinulle kuuluu?», johon tämä vastasi, «mitäs tässä, tyhjää tuijotellessa». Tämä pysähdytti ja yksikössä aloitettiin aamutuokiot. Niissä lauletaan, pidetään tuolijumppa, tietokilpailu tai vastaavaa sen mukaan, mitä vetäjä keksii ja kokee osaavansa. Jokainen työntekijä laitoshuoltajaa myöten pitää aamuhetken vuorollaan. Henkilökuntaa ei saatu lisää, mutta tehtävien painopisteitä ja organisointia muutettiin. Myönteiset suraukset mm. vuorovaikutuksessa asukkaiden välillä oli pian nähtävissä (Jahnsson 2011).

Musiikin aivotutkimus ja musiikkiterapiatutkimus tuottavat yhä tarkempaa tietoa musiikin moniulotteisista vaikutuksista aivoihin ja mie-

leen. Musiikki stimuloi aivoja erittäin laaja-alaisesti, vaikuttaa mielialaan, vireystilaan ja kognitioon (esim. Soinila & Särkämö 2009). Musiikki auttaa vuorovaikutusta myös sellaisten asukkaiden kanssa, joiden kielelliset kyvyt ovat heikot. Esimerkiksi ruotsalainen tutkija Götell tutkimusryhmänsä kanssa (2009) raportoi muistisairaiden ihmisten aamupesutilanteita havainnoissaan hoitajan laulamisen tai taustalla soivan asukkaan mielimusiikin lisännen merkittävästi myönteistä vuorovaikutusta hoitajan ja asukkaan välillä verrattuna tavalliseen pesutilanteeseen. Tavallista pesutilannetta leimasivat kommunikaatiovaikeudet, asukkaan hämmennys tai aggressiivisuus. On siis tärkeää oivaltaa, että aktiivisten toimintatuokioiden ohella myös hoitorutiinien aikana, kuten pesutilanteessa, voi soveltaa esimerkiksi musiikkia, jolloin itse toimitus sujuu juohevammin.

Valmensin MielenMuutos-hankkeessa muistisairaiden ihmisten hoitajia (N= 47) käyttämään laulamista osana hoitotyötä². Valmennusta kuvattiin rentouttavaksi, iloiseksi ja rohkaisevaksi. Laulamisen kynnyksen aleni: ”Kyl huomaan esimerkiksi itsestäni sen, että huomattavasti helpommin saatan ruveta potilaalle laulamaan ihan yks kaks yllättäen. Ei oo sellaista korkeeta kynnystä enää niinku joskus aikaisemmin.” ... ”Että tämmösetkin laulajat, jotka ei muulloin ihan hirveesti laula, on uskaltaneet nyt laulamaan ja käyttämään sitä hoidossa mukana.” Laulaminen koettiin tutkimusyksiköissä siis aikaisempaa mahdollisemmaksi. Vielä se ei kuitenkaan arkipäiväistynyt niin, että olisi esimerkiksi tavalinen apuneuvo vaikeissa hoitotilanteissa.

Läänintaiteilijan työssäni olen organisoinut tanssikoulutuksia hoitajille³. Seurannassa ilmeni vastaavia seikkoja kuin lauluvalmennuksessa. Hoitajat ovat hoitotradition puristuksessa helposti pulassa, kun ehdotetaan toisen kohtaamista liikkeen, kosketuksen ja tanssin avulla. Vaikka he kokivat tanssityöpajat oman työhyvinvoinnin kannalta tärkeiksi, ei ihme, että lähestymis-

tapa myös hämmensi. Havaittavissa oli myös talokohtaisia eroja; toisissa paikoissa valmius ja innostus tanssiin olivat suurta, toisissa taas paljon vähäisempää. Tanssimisen, laulamisen ja muiden kulttuurivälineiden vakiintuminen edellyttää etenkin esimiesten tukea, että työpaikalla ”saa tanssia ja laulaa”. Ulkopuoliset esiintyjät tuovat vaihtelua ja juhlaa, mutta eivät voi korvata jokapäiväisen elämän kulttuurivajetta.

Käykö täällä nuoria?

Olen luennoinut kulttuurivälineistä sadoille pitkäaikaispaikkojen hoitajille ja kysynyt tässä yhteydessä, käykö teidän yksikössänne nuoria. Vastaus on aina sama, ei juuri lainkaan. Mielestäni jossain on pahoin epäonnistuttu, kun yleisesti tunnutaan hyväksyvän se, että nuorten ei kuuluukaan käydä tervehtimässä omia vanhuksiaan.

Artikkelimme viimeisessä osassa tuodaan esiin sosiaalipoliittisten järjestelmien eroja Euroopassa mm. sen mukaan, miten työnjako perheen ja julkisen vallan välillä on toteutettu. Nähdäkseni täysin riippumatta tästä jaosta, meillä jokaisella on vapaus ja vastuu olla olemassa omille läheisimmillemme. Jospa jokainen äiti tai isä taluttaisi nuoren tapaamaan omaa iäkstä läheistään. Isoäiti ei ehkä tunnista kävijää eikä pysty puhumaan. Kuitenkin vieressä istuminen, kädestä kiinni pitäminen, on mahdollisuus kertoa hänelle, että kuulumme yhteen. Se on merkittävä sanoma myös nuorelle itselleen. Mukaan voi ottaa valokuvan tai runon. Kulttuurivälineet auttavat myös läheisten kohtaamisessa.

Taloustieteen näkökulma – onko pitkäaikaishoitoon varaa?

■ Hannu Valtonen

Suomalaisessa julkisessa keskustelussa kerrotaan toistuvasti, että suuret ikäluokat vanhetessaan aiheuttavat eläke- ja terveydenhuoltokustannusten kasvun, johon meillä ei ehkä ole varaa tai että tulevien vuosien vanhukset eivät voi odottaa kunnollista hoitoa sitä tarvitessaan.

2 Valmennus perustui LauluAvain-menetelmään. www.lauluavain.fi.

3 Tanssin portaat. Ks. www.uudenmaantaidetoimikunta/laänintaiteilijat/Numminen.

Puhe terveyden- tai vanhustenhuollon ”kriisistä” on jo johtanut siihen, että kansalaiset alkavat pelätä vanhenemisen seurauksia. Kriisipuheen piilotettu tarkoitus lienee ollut lisärahoituksen hankkiminen mm. terveydenhuoltoon. Kriisipuheen yksi seuraus on ollut, että kansalaiset alkavat etsiä julkisen palvelujärjestelmän palveluja korvaavia ratkaisuja, jolloin kriisipuhe tulee johtaneeksi juuri päinvastaiseen tulokseen kuin mikä oli alun pitäen tarkoitus.

Suomi on tavattoman rikas maa ja pysyy selaisena tulevienkin lama-aikojen jälkeen. Täällä ei ole tarpeen jättää ketään heitteille siksi, että maan talous tuottaisi liian vähän ylijäämää. Eettisesti kyseenalaisia tekoja ei voi perustella ”talouden lahjomattomilla lainalaisuuksilla”.

Yhteiskunnan sosiaali- ja terveyspolitiikkaan sijoittamien resurssien määrä on politiikassa määrääytyvä asia. Rikkaassa maassa tämä tarkoittaa, että ratkaisevaa terveys- ja vanhustenhuollon tulevaisuudelle on poliittinen halu sijoittaa näihin palveluihin. Suomen tapauksessa se tarkoittaa, että ongelma – jos asiassa on ongelma – on tuotetun ylijäämän jakamisen ongelma.

Terveys- ja sosiaalipalvelujen käytön määrääntyminen

Sosiaali- ja terveydenhuollon käytön ja menojen kasvu ei ole seurausta palveluiden tarpeen kasvusta. Esimerkiksi väestön ikääntyminen on puutteellinen selitys menojen kasvulle. Sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö ja sitä myöten kustannukset selittyvät kysynnän ja tarjonnan yhteisen vaikutuksen tuloksena. Kysyntä heijastaa kansalaisten erilaisia tarpeita, mutta myös tulotasoa – hyvin monien tavaroiden ja palvelusten kulutus kasvaa, kun tulot lisääntyvät. Kun palveluiden tarjontaa lisätään, tällä lisäyksellä on itsenäinen vaikutus käytettyjen palveluiden määrään.

Sosiaali- ja terveyspalveluja sanotaan usein tarjontavetoisiksi ja tällä tarkoitetaan, että muutokset vaikuttavat merkittäväällä tavalla sekä käytettyyn palvelumäärään että kustannuksiin riippumatta tarpeen muutoksista. Tarjontaan vaikuttavat yhteiskunnan varakkuuden lisäksi

Terveys- ja sosiaalipalvelujen käytön määrääntyminen



Kuvio 2. Palvelujen käytön ja kustannusten selittäjät

- yhteiskunnan poliittinen halu järjestää ja kustantaa palveluja,
- valittu sosiaalipolitiikan malli ja
- palveluiden järjestämisen organisatorinen taito.

Euroopan maita koskevassa vertailututkimuksessa (www. Alzheimer-Europe.org) havaittiin, että dementian kustannuksia asukasta kohti selittää ensisijaisesti kansantalouden koko asukasta kohti (bkt/asukas) – siis yhteiskunnan kyky sijoittaa resursseja palveluihin. Tarve, jota tässä tutkimuksessa mitattiin 60 vuotta täytäneiden väestöosuudella, selittää selvästi heikommin menojen tasoa. Hoitokustannuksia ovat sekä palvelujärjestelmälle koituvat hoidon ja hoivan kustannukset että perheelle koituvat informaaliset kustannukset. Perheen epäviralliset kustannukset syntyvät siitä, että omaiset ja sukulaiset käyttävät aikaansa muistisairaudesta kärsivän ihmisen hoitoon. Palvelujärjestelmän resurssien käytön kustannukset ovat suhteellisen helposti arvioitavissa, mutta perheen kustannusten arviointi on vaikeaa. Tutkijat ovat kuitenkin yksimielisiä siitä, että nämä kustannukset ovat merkittäviä, eikä niitä voida unohtaa arvioidessa muistisairauksien hoidon kustannuksia.

Tulokset ovat seuraavat: Muistisairaiden ihmisten hoidon kustannuksia selittää kansantalouden koko, siis kansantalouden kyky kustantaa palveluja. Hoitokustannukset koko-

naisuudessaan ovat korkeat mm. Norjassa ja Luxemburgissa sekä alhaiset Itä-Euroopan köyhissä maissa. Tämä ei johdu siitä, että Norjassa hoidon tarve olisi suuri ja Itä-Euroopassa pieni, vaan siitä, että Norjassa on varaa pitää yllä kalliimpaa hoitojärjestelmää kuin vaikka Virossa tai Romaniassa. Suuret kustannukset eivät välttämättä tarkoita, että hoitojärjestelmä olisi hyvä. Tästä tunnetuin esimerkki on Yhdysvaltain tavattoman kallis, tehoton ja monessa suhteessa huonosti toimiva terveydenhuoltojärjestelmä.

Eurooppalaiset sosiaalipoliittiset järjestelmät poikkeavat toisistaan sen mukaan, miten työnjako perheen ja julkisen vallan välillä on toteutettu. Pohjoismaisessa mallissa julkinen palvelujärjestelmä tuottaa suuren osan palveluista ja perheen suhteellinen osuus kokonaiskustannuksista on pienempi. Etelä-Euroopassa taas perinteisesti perhe hoitaa vanhuksensa, ja vasta kun perhe ei tähän pysty, palvelujärjestelmä hoitaa vanhusta. Tämä näkyy myös kustannusten jaossa Euroopan maiden välillä. Nämäkään erot eivät johdu hoidon tarpeen eroista maiden välillä.

Erilaisten terveysongelmien kustannusten laskemisessa on usein ajateltu, että suuret hoitokustannukset tarkoittavat sitä, että myös hoidon tarve on suuri ja yhteiskunnallinen ongelma on suuri. Sairauksien suuria hoitokustannuksia on käytetty Suomessakin poliittisena näyttönä vaadittaessa lisää resursseja kyseisen ongelman hoitoon. Tosiasiassa kansantalouden koko ja sosiaalipoliittinen malli selittävät kustannusten suuruuden ja niiden jakautumisen perheen ja palvelujärjestelmän välillä. Suuret kustannukset syntyvät, kun maa haluaa sijoittaa tietyn ongelman hoitoon paljon resursseja. Julkisen hoitojärjestelmän kustannukset ovat Pohjoismaissa korkeat valitun sosiaalipoliittikan mallin seurauksena. Sairausten yhteiskunnalliset kustannukset kertovat enemmän ongelman ratkaisun kuin itse ongelman mittasuhteista. Hoidossa olisi esimerkiksi mahdollista käyttää organisatorista taitoa selvästi enemmän kuin mihin Suomes- sa nyt ylletään.

Väestön ikääntyminen kasvattaa erilaisia palveluja tarvitsevan väestön määrää. Näitä palveluja järjestetään, jos suomalaiset niin haluavat.

Pohjoismaisen hyvinvointivaltion perusidea on ollut, että yhteisin varoin rahoitetaan kaikkia kansalaisia palvelevaa järjestelmää. Nyt näyttää siltä, että tämä solidaarisuuden idea on horjumassa. Hyvinvointivaltio-asenteet vaihtelevat taloudellisten suhdanteiden mukaan. Lamakausien aikana kansalaisten halu rahoittaa erilaisia sosiaaliturvatoimia vähenee. On helpompi suhtautua myönteisesti toisten ihmisten ongelmiin taloudellisesti hyvinä aikoina. 1990-luvun laman aikana suurituloiset suomalaiset muuttuivat halukkaammiksi leikkaamaan sosiaaliturvaa ja -palveluja. He myös muuttuivat vähemmän halukkaiksi rahoittamaan sellaisia sosiaalietuja, jotka ovat tärkeimpiä huono-osaisille.

Asenteiden muutoksista ja muutoksen seurauksista Suomessa löytyy dramaattinen esimerkki – köyhyyden lisääntyminen. Tilastokeskuksen mukaan vuonna 1995 suhteellisen köyhyysrajan alapuolella oli noin 360 000 henkeä ja vuonna 2007 heitä oli jo 710 000. Köyhien määrä lähti kasvuun oikeastaan vasta 1990-luvun laman jo käännyttyä nousukaudeksi. Erityisen nopeasti on lisääntynyt lapsiperheiden köyhyys. Köyhyys ei ole ollut poliittinen ongelma, koska suomalaiset näyttävät hyväksyneen sen lisääntymisen ja tuloerojen kasvattamisen ryhtymättä minkäänlaiseen poliittiseen kapinaan tätä vastaan. Näin on ollut tähän kevääseen asti, mutta kevään 2011 eduskuntavaalien protestimieliala ei luultavasti selity köyhyyden lisääntymisellä. Köyhien määrän lisääntyminen – siis köyhyysongelman mittasuhteiden kasvu ja yhteiskunnallisten seurausten lisääntyminen – ei yksinään ole johtanut tuloerojen pienentämiseen pyrkivään politiikkaan. En suinkaan väitä, että vanhustenhuollolle tai julkiselle terveydenhuollolle käy samalla tavalla. On kuitenkin selvää, että huono-osaisuuden, johtui se iästä, sairaudesta tai köyhyydestä, seurausten hoitaminen edellyttää poliittista halua ratkaista kyseiset ongelmat.

On mahdollista, että kansakunnan poliittinen halu sijoittaa erilaisiin vanhusten palveluihin muuttuu samalla tavalla ja nopeasti kuin suhtautuminen köyhyyteen. Suomessa sen seurauksena siirryttäisiin vanhustenhuollossa kohti eteläeurooppalaista perhekeskeistä mallia, jossa

perheen ja omaisten vastuu vanhustensa hoitamisessa kasvaisi. Keskeinen tekijä tulevaisuuden vanhustenhuollolle on perinteisen solidaarisuuden hengen ylläpito, ja solidaarisuuteen meillä on aina varaa.

Kirjallisuus

- Banerjee, S., Samsi, K., Petrie, C. D., Alvir, J., Treglia, M., Schwam, E. M. & del Valle M. 2009. What do we know about quality of life in dementia? A review of the emerging evidence on the predictive and explanatory value of disease specific measures of health related quality of life in people with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*. Jan; 24(1): 15–24.
- Day, K., Carreon, D., & Stump, C. 2000. The therapeutic design of environments for people with dementia: A review of the empirical research. *Gerontologist*, 40(4), 397–416.
- Dementia Care Mapping. Evaluating dementia care.* The DCM method, 7th edition. Bradford Dementia Group 2005. University of Bradford.
- Eloniemi-Sulkava, U. & Savikko, N (toim.). 2011. *Mielenmuutos muistisairaiden ihmisten hoidossa. Käytösoireiden hoidosta muistisairaana ihmisen hyvinvoinnin kokonaisvaltaiseen tukemiseen.* Mielenmuutos-tutkimus- ja kehittämishanke, tutkimusraportti 3. Vanhustyön keskusliitto. Newprint Oy. Raisio.
- Götel, E., Brown, S. & Ekman, SL. 2009. The influence of caregiver singing and background music on vocally expressed emotions and moods in dementia care: A qualitative analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 422–430.
- Jahnsson H. 2011. Esitys Suomen Muistiasiantuntijat ry:n Valtakunnallisessa muistikävelypäivässä 19.5. Ostrobothnia, Helsinki.
- Kyttä, M. 2003. *Children in outdoor contexts. Affordances and independent mobility in the assessment of environmental child friendliness.* Espoo: Helsinki University of Technology, Centre for Urban and Regional Studies.
- Mäkitalo J. 2005. *Work-related well-being in the transformation of nursing home work.* Lääketieteellinen tiedekunta, Oulun yliopisto.
- Salo M. 2009. *Elo-D-laatutyökalu muistisairaana ihmisen hyvinvoinnin kehittämiseksi.* Loppuraportti Dementoituneen hyvinvoinnin ja elämänlaadun kehittämisen -projektista 2005–2008. Suomen muistiasiantuntijat ry, Helsinki.
- Soinila, S. & Särkämö, T. 2009. Musiikki aivoinfarktipotilaan hoidossa. *Duodecim*, Joulunumero 23, 2585–2590.
- Sloane, P. D., Zimmerman, S., Williams, C. S., Reed, P. S., Gill, K. S. & Preisser, J. S. 2005. Evaluating the quality of life of long-term care residents with dementia. *Gerontologist*, 45: 37–49.
- Topo, P., Kotilainen, H. & Eloniemi-Sulkava, U. Affordances of the care environment of people with dementia – an assessment study. *Health Environments Research and Design Journal (HERD)*. Painossa.
- Weiner, M. F., Martin-Cook, K., Svetlik, D. A., Sainem, K., Foster, B. & Fontaine C. S. 2000. The quality of life in late stage dementia (QUALID) scale. *J Am Med Dir Assoc*, 1: 114–116.
- Wetzels, R. B., Zuidema, S. U., de Jonghe, J. F., Verhey, F. R. & Koopmans R. T. 2010. Determinants of quality of life in nursing home residents with dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 29: 189–197.
- www.alzheimer-europe.org > Research > European Collaboration on Dementia > Cost of Dementia.

Ulla Eloniemi-Sulkava on gerontologian dosentti, filosofian tohtori ja erikoissairaanhoitaja. Hän työskentelee erikoistutkijana Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksella Ikääntyneiden palvelut -yksikössä.

Ava Numminen on musiikin tohtori, psykologi ja laulunopettaja. Hän on toiminut vuosina 2009–2011 hoitolaitosten kulttuuritoiminnan edistämisen läänintaitelijana Uudellamaalla.

Päivi Topo on sosiologian ja sosiaaligerontologian dosentti. Hän on aloittanut syyskuussa 2011 ylitar kastajana sosiaali- ja terveysministeriössä valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan pääsihteerinä.

Hannu Valtonen toimii professorina Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitoksella Itä-Suomen yliopistossa Kuopiossa.

Artikkeli pohjautuu Tieteiden päivillä 15.1.2011 pidettyyn sessioon.