

Julkaisutoimikunta:
Sirkkaliisa Heimonen, vanhempi tutkija
Elina Karvinen, toimialapäällikkö
Pertti Pohjolainen, vanhempi tutkija
Anneli Sarvimäki, tutkimusjohtaja
Ilkka Syrén, tutkimussihteeri

TOIMINTAKYVYN LAAJA-ALAINEN ARVIOINTI JA TUKEMINEN

Toim. Pertti Pohjolainen ja Sirkkaliisa Heimonen

ISBN 978-952-5968-31-6 (PDF)

**ORAITA 1/2009
GRODDAR
SPROUTS**

© Ikäinstituutti ja kirjoittajat

ESIPUHE

Ikääntyneiden ihmisten toimintakyvyn tukeminen on suomalaisen vanhuspolitiikan keskeinen tavoite. Se on lähtökohtana niin vanhusten kotona asumisen tukemisessa kuin palveluissa ja hoidossa. Tämä tavoite on haastanut eri toimijoita kehittämään vanhusten toimintakyvyn arvioinnin ja tukemisen käytäntöjä. Arvioinnin nykykäytäntöjä on tarkasteltu muun muassa osana palvelutarpeen arviointia¹. Valtakunnallisen tason yhteistyöllä Toimia-hankkeessa ollaan hakemassa ratkaisuja arviointimenetelmien yhdenmukaistamiseen ja laadun parantamiseen². Lisäksi iäkkäiden ihmisten toimintakyvyn arviointi ja tukeminen on ollut teemana eri muodoissa monissa käytännön kehittämishankkeissa.

Ikäinstituutin strategiassa vuosille 2007-2012 on määritelty toiminnan painopistealueet. Ikäinstituutissa keskitytään ikäihmisten kansalais- ja vapaaehtoistoimintaan, laaja-alaisen toimintakyvyn tukemiseen, terveysliikuntaan sekä haavoittuvuuteen ja hoitamisen haasteisiin. Ikäinstituutin toiminnassa toimintakykyteemalla on keskeinen rooli ja se kiinnittyy niin tutkimukseen, kehittämistyöhön kuin koulutukseenkin. Laaja-alaiseen toimintakyvyn arviointiin ja tukemiseen keskittyvällä painopistealueella tutkitaan ikäihmisten fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja kokemuksellista toimintakykyä sekä kehitetään laaja-alaisen toimintakyvyn teoreettisia käsitteitä, arviointimenetelmiä ja laaja-alaiseen arviointiin pohjautuvia toimintakyvyn tukiohjelmia.

Tämä raportti on toinen yhteinen kooste painopistealueella tehdystä kehittämistyöstä. Ensimmäinen julkaisu 'Toimintakykyä ja sosiaalista tukea iäkkäiden, omaisten ja työntekijöiden arjessa' (Oraita 3/2007) sisälsi tähän painopistealueeseen kuuluvien henkilöiden esityksiä Gerontologian päivillä 4.-5.5.2007 Oulussa. Ensimmäinen julkaisu sisälsi johdattelua toimintakykyteemaan ja yleisen kuvauksen Ikäinstituutin toimintakyvyn laaja-alaisesta arviointi- ja tukimallista. Arviointi- ja tukimallin kehittäminen on jatkuva prosessi. Olemme kokeilleet arviointimallia eri hankkeissa ja kehittäneet sitä edelleen näissä hankkeissa saamiemme kokemusten pohjalta.

Tässä julkaisussa avaamme toimintakyvyn tarkastelua uudelle tasolle. Painopistealueella tehty sisällöllinen kehittämistyö kiinnitetään nyt laajempaan viitekehukseen tarkastellen valtakunnallista ikäihmisten toimintakyvyn arviointiin ja tukemiseen liittyvää keskustelua. Edelleenkin syvennetään toimintakykykäsitettä sekä jäsennetään fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn osa-alueiden arviointiin liittyviä kysymyksiä. Ikäinstituutin malli toimintakyvyn laaja-alaisesta arvioinnista ja tukemisesta kiinnittyy fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn osa-alueiden tarkasteluun, mutta arviointimallia läpileikkaavina ulottuvuuksina ovat vanhuksen oma

¹ Voutilainen P, Vaarama M (2005) Toimintakykymittareiden käyttö ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnissa. Raportteja 7/2005. Helsinki: Stakes.

² Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. Lisätietoa verkostosta saatavilla: www.toimia.fi

kokemus toimintakyvystään, toimijuusnäkökulma sekä ympäristötekijöiden huomioon ottaminen.

Julkaisu muodostuu neljästä osasta. Ensimmäinen osa sisältää Sirkkaliisa Heimosen artikkelin, jossa käsitellään väestön ikääntymisen aiheuttamia haasteita toimintakyvyn arvioinnille ja tukemiselle sekä esitellään Ikäinstituutissa kehitetty toimintakyvyn laaja-alainen arviointi- ja tukimalli. Toisessa osassa avataan toimintakykytarkastelun käsitteellinen viitekehys. Tähän osaan kuuluvat Pertti Pohjolan artikkeli toimintakykykäsitteen teoreettisista lähtökohdista, Riitta Koivulan artikkeli toimijuudesta sekä Tommi Sulanderin artikkeli siitä, miten elintavat kuuluvat oleellisena osana toimintakyvyn laaja-alaiseen arviointiin. Julkaisun kolmannessa osassa tarkastellaan toimintakyvyn eri osa-alueita ja niiden arviointiin liittyviä näkökulmia. Tässä osassa Pertti Pohjolainen käsittelee fyysistä toimintakykyä, Sirkkaliisa Heimonen psyykkistä toimintakykyä ja Mika Simonen sosiaalisen toimintakyvyn arviointiin liittyviä kysymyksiä. Julkaisun neljännessä osassa nostetaan esille arvioinnin haasteita sekä tapausesimerkkien kautta että laajemmin rakenne- ja toimijuusteorioiden näkökulmista. Elisa Virkola esittelee artikkelissaan toimintakyvyn arvioinnin haasteellisuutta muistisairauden alkuvaiheessa olevilla ihmisillä ja Arto Tiihonen kuvaa toimintakyvyn tukemisen haasteita ja tukiohjelmien voimaannuttavaa merkitystä.

Julkaisun tavoitteena on herättää keskustelua vanhusten toimintakyvyn arvioinnin ja tukemisen vaateista. Julkaisu on tarkoitettu vanhustyössä toimiville ammattihenkilöille, sosiaali- ja terveydenhuollon opiskelijoille eri tasoilla, tutkijoille, vanhustyön kehittäjille ja opettajille sekä kaikille niille, jotka ovat kiinnostuneet toimintakyvyn arvioinnista ja tukemisesta. Julkaisussa olevaa tietoa voidaan käyttää moniin eri tarkoituksiin. Tietoa ikääntyneiden ihmisten toimintakyvyn laaja-alaisen arvioinnin ja tukemisen näkökulmista tarvitaan opetuksessa, kehittämis- ja tutkimushankkeissa sekä käytäntöjen uudistamisessa.

Vanhusten toimintakyvyn tukeminen ja kotona asumisen edistäminen on valtakunnallisesti linjattu tavoite. Kiinnostus vanhusten toimintakyvyn arviointiin ja tukemisen mahdollisuuksiin on suuri, ja tavoitteellista työtä käytäntöjen edistämiseksi tehdään eri tahoilla. Tämä on yhteinen haaste, johon vastaamiseksi tarvitaan entistä vahvempaa verkostoitumista eri toimijoiden kesken, aktiivista keskustelua ja uudenlaisia avauksia. Ikäinstituutin jäsenys toimintakyvyn laaja-alaisesta arvioinnista ja tukemisesta tarjoaa yhden näkökulman tälle mielenkiintoiselle alueelle. Ikäinstituutin arviointi- ja tukimallissa nousevat korostuneesti esille vanhuksen oman äänen kuuleminen ja arvioinnin tuottamien tulosten sitominen vanhuksen arjen selviytymistä tukevaan tukiohjelmaan. Korostamme mallissamme sitä, että toimintakyvyn arviointia tulisi tehdä vanhusta voimaannuttavalla tavalla ja hyödyntää arviointituloksia hänen hyvän arkensa ja elämänlaatunsa edistämiseksi.

Pertti Pohjolainen

Sirkkaliisa Heimonen

Sisällys

ESIPUHE

I IKÄÄNTYMISEN HAASTEET TOIMINTAKYVYLLE

TOIMINTAKYVYN ARVIOINTI JA TUKEMINEN 6
Sirkkaliisa Heimonen

Väestön ikääntyminen haastaa tarkastelemaan toimintakykyä ja terveyttä 6
Toimintakyvyn edistäminen on vanhuspolitiikan keskeinen tavoite 7
Toimintakyky laaja-alaisena käsitteenä 9
Toimintakyvyn arvioinnin haasteet 10
Ikäinstituutin laaja-alainen toimintakyvyn arviointi- ja tukimalli 11
Lähteet 15

II TOIMINTAKYKYYN LIITTYVIÄ KÄSITTEITÄ

TOIMINTAKYVYN TEOREETTISIA LÄHTÖKOHTIA 17
Pertti Pohjolainen

Eri näkökulmia toimintakykyyn 18
 Toimintakykymalleja 18
 Päivittäisistä toiminnoista selviytyminen 19
 ICF-luokitus 20
 Toimintakyky hierarkkisenä käsitteenä 21
Toimintakykyä määrittävät tekijät 22
 Toimintakyky ja terveys 22
 Ympäristön vaikutus toimintakykyyn 22
 Elintapojen yhteys toimintakykyyn 23
 Toimintakyky ja sosioekonominen asema 24
 Lähteet 25

TOIMIJUUS IKÄÄNTYESSÄ 30
Riitta Koivula

Toimijuuden käsite 30
Toimintakyvyn sosiaalisuus ja laaja-alainen arviointi 31
Toimijuusnäkökulma toimintakyvyn arvioinnissa 32
Yhteenveto 34
Lähteet 35

IKÄÄNTYNEIDEN ELINTAVAT JA TOIMINTAKYKY 37
Tommi Sulander

Tupakointi 37
Alkoholinkäyttö 38

Ruokatottumukset	39
Liikunta	40
Toimintakyky ja elintavat	41
Elintavat osana toimintakyvyn laaja-alaista arviointia	43
Lähteet	44

III TOIMINTAKYVYN OSA-ALUEITA

FYYSINEN TOIMINTAKYKY	48
Pertti Pohjolainen	

Fyysisen toimintakyvyn määrittelyä	48
Fyysinen ulottuvuus toimintakykymalleissa	49
Fyysisen toimintakyvyn arviointi- ja mittausmenetelmiä	51
Lähteet	52

PSYKKINEN TOIMINTAKYKY	55
Sirkkaliisa Heimonen	

Psyykkisen toimintakyvyn määritelmästä	55
Psyykkinen toimintakyky osana laaja-alaista arviointi- ja tukimallia	58
Lähteet	62

SOSIAALINEN TOIMINTAKYKY	64
Mika Simonen	

Käsitteellisiä määritelmiä	64
Sosiaalisen toimintakyvyn arviointi ja tutkimus vanhustyössä	66
Sosiaalinen toimintakyky ja tilanteen havainnointi	67
Sosiaalista toimintakykyä kuvaava summamuuttuja ja arvioijien vaikutelmat	68
Lopuksi	71
Lähteet	71

IV KOHTI ARVIOINTIA JA TUKEMISTA

MUISTISAIRAIDEN IHMISTEN TOIMINTAKYVYN ARVIOINTI	74
Elisa Virkola	

Oireet ja toimintakyvyn heikkeneminen muistisairauden alkuvaiheessa	75
Oireiden kokeminen	77
Toimintakyvyn arvioinnin haasteita	78
Muistisairas ihminen ja hänen läheisensä	79
Sosiaali- ja terveysalan ammattihenkilöt ja palvelujärjestelmä	80
Muistisairaana ihmisen laaja-alainen toimintakyvyn arviointi	83
Yhteenveto	85
Lähteet	86

VOIMAANNUTTAVA ARVIOINTI – rakenne- ja toimijuusteorioiden näkökulma Arto Tiihonen	89
Kokemuksellinen näkökulma toimintakykyyn	89
Lyhyesti laaja-alaisen toimintakyvyn käsitteestä	92
Laaja-alainen toimintakyky vastaajien arviointien perusteella	92
Toimintakyvylle asetettujen tavoitteiden tulkintaa ja arviointia	94
Teoreettista pohdintaa: miten arvioinnilla ja tehtävillä tulkinnoilla voi vaikuttaa toimintakyvyn ja ihmisten elämäntavan tai –tyylin muutokseen?	95
Lähteet	99

I IKÄÄNTYMISEN HAASTEET TOIMINTAKYVYLLE

TOIMINTAKYVYN ARVIOINTI JA TUKEMINEN

Sirkkaliisa Heimonen, vanhempi tutkija

Väestön ikääntyminen haastaa tarkastelemaan toimintakykyä ja terveyttä

Väestön nopea ikääntyminen kiinnittyy usein sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämistarpeiden sekä niiden kustannusten kasvun näkökulmiin. Väestön ikääntymiskehitystä tarkasteltaessa on olennaista kiinnittää huomiota ikääntyneen väestön toimintakykyyn ja terveyteen sekä niiden edistämisen mahdollisuuksiin. Iäkkäiden ihmisten selviytymisen ylläpitäminen ja parantaminen on keskeinen haaste iäkkään väestön määrän ja suhteellisen osuuden kasvaessa (Heikkinen 2008). Väestön toimintakykyisyyden kehitys on ollut varsin suotuisaa: elinikä on pidentynyt ja toimintakykyisten vuosien määrä lisääntynyt. Ikäihmiset itse kokevat toimintakykynsä ja terveytensä parantuneen. (Nyfors 2007.)

Vanhusväestön määrän kasvaminen merkitsee haasteita palvelujärjestelmälle. Ikääntyneen väestön hyvinvointi ja terveys vaikuttavat sosiaali- ja terveyspalveluiden tarpeeseen sekä kustannuksiin. Näistä näkökulmista panostaminen ikäihmisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen sekä kuntoutukseen kannattaa. Tärkeää on yhtäältä ikääntyvän väestön terveyttä ja toimintakykyä edistävien toimien toteuttaminen ja toisaalta laadullisesti korkeatasoisten ja määrällisesti riittävien palvelujen turvaaminen. On pohdittava keinoja, joilla ikääntyvien palvelut järjestetään arvokkaasti, asiakasta kunnioittaen, vaikuttavasti ja taloudellisesti kestävästi. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus ja Suomen Kuntaliitto 2008.)

Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa painotetaan, että väestön ikääntymiseen varautumisessa on suunnittelussa palveluiden ohella otettava huomioon yhteiskunnan tarve sopeutua entistä iäkkäämmän väestön tarpeisiin huomattavasti laajemmin (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus ja Suomen Kuntaliitto 2008). Heikkisen (2008) mukaan esimerkiksi palvelualoilla ja yhteiskuntasuunnittelussa on välttämätöntä syventää ja soveltaa vanhenemista koskevaa tietoa. Yhteiskunnassa tarvitaan ikääntyneiden ihmisten toimintakyvyn edistämiseen liittyvää tietoa ja asiantuntemusta. Ikääntyvän väestön toimintakyvyn edistämiseksi tarvitaan uudenlaista asiantuntemusta, tieteellisen ja soveltavan tutkimuksen yhdistämistä sekä vuorovaikutusta tiedon käyttäjien ja tiedon tuottajien välillä. (Rantanen 2008.)

Toimintakykyä ja sen paranemista voidaan pitää selviytymisen takeena vanhusväestön määrän ja oletetun palvelutarpeen kasvaessa (Nyfors 2007). Toimintakyvyn

edistämällä on myös inhimillinen ulottuvuutensa, koska hyvinvointiin ja terveyteen panostaminen heijastuu yksilölliseen elämänlaatuun. Hyvinvoinnin ja terveyden koheneminen tukee itsenäistä suoriutumista, aktiivista osallistumista ja kotona asumista. (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto 2008.) Toimintakyvyn edistäminen on moniulotteista toimintaa, joka voidaan luokitella promotiiviseen toimintaan, ehkäisyyn, kuntoutukseen ja palveluihin (Rantanen 2008). Elintavoilla on merkityksensä ikääntyneiden hyvinvointiin ja elämänlaatuun. Ikääntyneiden ihmisten elintapoja toimintakyvyn taustalla tarkastellaan tässä julkaisussa tarkemmin Tommi Sulanderin artikkelissa.

Onnistuvaan vanhenemiseen panostaminen on tärkeää. Siihen liitetään sairauksien ja niihin liittyvien toiminnanvajavuuksien pieni todennäköisyys, hyvä kognitiivinen ja fyysinen toimintakyky sekä aktiivinen elämäntapa. Onnistuvan vanhenemisen edistämiseksi tarvitaan toimenpiteitä ja muutoksia yhteiskunnan eri alueilla ja yleiset eettiset lähtökohdat ja arvot luovat pohjaa onnistuneelle vanhenemiselle. Olennaista on myös lisätä ikääntyvän väestön tiedollisia ja taidollisia edellytyksiä. (Heikkinen 2008.)

Toimintakyvyn edistäminen on vanhuspolitiikan keskeinen tavoite

Suomalaisen vanhuspolitiikan tärkeimpinä tavoitteina ovat ikääntyneen ihmisen toimintakyvyn ja itsenäisen elämän edistäminen. Päämääränä on, että mahdollisimman moni ikääntynyt ihminen voisi elää itsenäisesti omassa kodissaan (ks. www.stm.fi). Iäkkään väestön toimintakyvyn edistäminen ja tukeminen sekä kotona asumisen mahdollistaminen ovat läpileikkaavina periaatteina valtakunnallisissa sosiaali- ja terveyspolitiikan linjauksissa.

Terveyden edistämisen politiikkaohjelmassa (2007) todetaan, että ikääntyville ihmisille on tärkeää terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen, mahdollisuus mielekkääseen tekemiseen ja osallistumiseen sekä omien voimavarojen käyttö. Ohjelmassa korostetaan ikäihmisten neuvontakeskusverkoston rakentamista ja roolia. Neuvontakeskusverkoston avulla voidaan arvioida ja seurata ikääntyvien ihmisten toimintakykyä ja terveydentilaa. Samoin ehkäisevät kotikäynnit ovat yksi keino iäkkään ihmisen itsenäisen suoriutumisen ja kotona asumisen tukemiseen ja arviointiin (ks. www.stm.fi >terveyden edistämisen politiikkaohjelma).

Hyvinvointi 2015 -ohjelma (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007a) linjaa sosiaalialan pitkän aikavälin tavoitteita. Ohjelmassa on mainittu ikääntyvän väestön toimintakyvyn ylläpitäminen, mihin pääsemiseksi tarvitaan ehkäisevän vanhuspolitiikan vahvistamista. Tavoitteena on, että 65-79 -vuotiaiden ihmisten toimintakyky ja kyky itsenäiseen elämään olisivat yleensä tallella. Sosiaalisten verkostojen merkitystä, osallistumisen edistämistä ja yhteisöllisyyden hyödyntämistä pidetään ikääntyneille tärkeinä seikkoina. Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001) asetetaan tavoitteeksi, että yli 75 -vuotiaiden keskimääräisen toimintakyvyn paraneminen jatkuu samanlaisena, kuin viimeisen 20 vuoden ajan.

Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015 –asiakirja määrittelee sosiaali- ja terveyspolitiikan tavoitteet tulevaksi kymmenvuotiskaudeksi. Myös tässä asiakirjassa toimintakyvyn ja itsenäisen selviytymisen parantamisen tavoitteet ovat esillä. Palveluiden lähtökohdiksi määritellään ikääntyneiden ihmisten toimintakyky, heidän voimavaransa ja läheisverkostonsa. Linjauksissa on kiinnitetty huomiota muun muassa väestön terveyden ja toimintakyvyn edistämiseen sekä toimivien palveluiden ja kohtuullisen toimeentuloturvan varmistamiseen. Tavoitteeksi vuoteen 2015 on asetettu väestöryhmien välisten terveyserojen kaventuminen, väestön toimintakyvyn kohentuminen sekä vaativan hoidon tarpeen siirtyminen myöhemmäksi. Ikääntyneiden ihmisten toimintakyvyn parantamisessa riittävän varhaisella ja monipuolisella ehkäisevällä ja kuntouttavalla toiminnalla on merkittävä rooli. Ikääntyneitä ihmisiä tulisi motivoida ja tukea ottamaan vastuu omasta terveytensä ja toimintakykynsä säilymisestä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

Tie hyvään vanhuuteen – vanhusten hoidon ja palvelujen linjat vuoteen 2017 -asiakirja nostaa hoidon ja palveluiden perustavoitteeksi ikääntyneiden ihmisten toimintakyvyn parantamisen ja itsenäisen selviytymisen vahvistamisen. Tavoitteena on, että ihmiset voisivat elää mahdollisimman pitkään täysipainoista elämää ilman, että toimintakyvyn rajoitukset ja sairaudet olennaisesti heikentäisivät heidän elämänlaatuaan. Toimintakyvyn heikentyessä välitön panostaminen korjaaviin toimiin ja palvelujen järjestämiseen on tärkeää. Toimintakykyä tukevana palveluina nähdään ohjaus, neuvonta ja ehkäisevä työ. Asiakirjassa nousee esille toimintakyvyn ylläpitämisen haasteellisuus. Iäkkäiden ihmisten toimintakyvyn tukeminen vaatii laaja-alaisia, yli hallintokuntien ulottuvia keinoja, haastaa monia toimijoita ja toimintamuotoja sekä merkitsee eri sektoreiden vastuunottoa ja sitoutumista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007.)

Ikäihmisten palveluja koskeva laatusuositus (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto 2008) koskee niin ikääntyneiden säännöllisesti käyttämiä sosiaali- ja terveyspalveluja kuin laajemminkin ikäihmisten hyvinvointia ja terveyttä edistäviä toimia. Laatusuosituksissa on asetettu tavoitteeksi ikäihmisten hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen sekä palvelujen laadun ja vaikuttavuuden parantaminen. Suosituksessa painotetaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen lisäksi ehkäisevää toimintaa ja kotona asumisen tukemista sekä yksilökohtaista kattavaa palvelutarpeen arviointia. Toimintakyvyn ja kuntoutumisen tukemisen tulee olla läsnä kaikissa palveluissa.

Laatusuositukseen liittyvät hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen sekä palvelurakenteen kehittämiseen kiinnittyvät strategiset linjaukset alleviivaavat onnistuvan ikääntymisen turvaamista, itsenäisen suoriutumisen ja turvallisuuden tukemista, lihaskuntoa ja tasapainoistia vahvistavien ja ylläpitävien liikuntamahdollisuuksien lisäämistä sekä terveydentilan ja toimintakyvyn heikentymiseen liittyvää varhaista puuttumista. Hyvinvointia ja terveyttä edistävän palvelurakenteen kehittämiseksi tarvitaan tietoa kuntalaisten toimintakyvystä. Kaikkiin palveluihin on sisällytettävä ikäihmisten mahdollisuus toimintakykyä ja kuntoutumista edistävään hoitoon ja palveluun. (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto 2008.)

Valtakunnallisten linjausten toteutuminen kuntatasolla edellyttää kuntatason ikääntymispoliittisia strategioita, jotka perustuvat laaja-alaiseen palvelujen sekä väestön hyvinvoinnin ja terveyden analyysiin sekä toimintaympäristössä tapahtuvien muutosten ennakkointiin. Strategian linjausten pohjaksi tulee tehdä ikäihmisten hyvinvointiin ja terveyteen kohdistuvien vaikutusten ennakoarviointia. Ikääntymispoliittisessa strategiassa tulee ottaa huomioon ikäihmisten erilaiset tarpeet ja voimavarat. (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto 2008.)

Tavoitteisiin pääsemiseksi tarvitaan monialaista yhteistyötä yksityisen, julkisen ja kolmannen sektorin kesken hallintoalat ylittävällä tavalla. Kolmannen sektorin osaaminen ehkäisevässä toiminnassa ja kuntoutuksessa sekä kansalais- ja vapaaehtoistoiminnan aktivoinnissa tulisi ottaa tavoitteellisesti käyttöön kunnissa. Toimintakyvyn edistämisen tavoite näyttäytyy laaja-alaisena ja monisyisenä. Tavoitteen saavuttaminen merkitsee ennakkoluulottomien ja innovatiivisten ratkaisujen etsimistä sekä tavoitteellista verkottumista ja toimintaa yli hallintoalojen. (Nyfors 2007.)

Toimintakyky laaja-alaisena käsitteenä

Toimintakyky on laajasti ihmisen hyvinvointiin liittyvä käsite, jota voidaan tarkastella eri näkökulmista. Sitä voidaan määritellä joko todettuja toiminnanvajauksia tai jäljellä olevaa toimintakyvyn tasoa kuvaten. (Laukkanen 2008.) Toimintakyky voidaan määritellä ihmisen toiminnoiksi, joita hän toteuttaa osallistuessaan eri tilanteisiin. Toimintakyky ilmenee siis työkykenä, päivittäistoiminnoista selviytymisenä ja harrastuksissa toimimisena (Laukkanen 2003). Toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen selviytymistä itselleen merkityksellisistä jokapäiväisen elämän toiminnoista itseään tyydyttävällä tavalla siinä ympäristössä, jossa hän arkeaan elää (Pikkarainen 2005).

Toimintakykyä voidaan tarkastella osa-alueittain fyysisenä, psyykkisenä, sosiaalisena sekä koettuna toimintakykenä. Ihmisen oma arviointi on oleellista toimintakyvyn tarkastelussa. Ihminen arvioi omaa toimintaansa identiteettinsä, ympäristön määrittämien normien ja kulttuurin muodostamassa kontekstissa. Toimintakyvyn arvioinnissa on oleellista kiinnittää huomiota myös kompensatiokeinoihin ja ihmisen henkilökohtaisiin tavoitteisiin. (Laukkanen 2008.)

Terveys voidaan nähdä yksilön voimavarojen, tavoitteiden ja ympäristön tasapainona. Voimavarojen heiketessä terveyden ja toimintakyvyn tasapainoa voidaan palauttaa tavoitteita muuttamalla, sosiaalista tukea lisäämällä, fyysistä ympäristöä parantamalla sekä kuntouttamalla. Sopeutuminen, valinta, optimointi ja kompensointi ovat keinoja, joiden avulla yksilö pyrkii selviytymään heikentyneen toimintakykynsä vaikutuksista toimintaan. (Heikkinen 2008.)

Toimintakykyä voidaan jäsentää erilaisten mallien avulla. ICF –luokituksen (International Classification of Functioning, Disability and Health) mukaan toimintakyky koostuu ruumiin/kehon toiminnoista ja rakenteesta, suorituksista ja osallistumisesta. ICF –luokitusta käsitellään tarkemmin tässä julkaisussa Pertti Pohjolaisen artikkelissa. Ympäristön huomioon ottaminen on erittäin tärkeää, sillä toimintakyky on aina vuorovaikutuksessa terveydentilan sekä yksilö- ja

ympäristötekijöiden kanssa. Ympäristötekijät muodostuvat siitä fyysisestä, sosiaalisesta ja asenneympäristöstä, jossa ihmiset elävät ja asuvat. Ympäristötekijät voivat vaikuttaa myönteisesti tai kielteisesti ihmisen suoriutumiseen yhteiskunnan jäsenenä, ihmisen kykyyn toimia sekä ihmisen kehon toimintoihin tai rakenteeseen. (WHO ja Stakes 2004.)

Toimijuuden käsite on tuonut uudenlaista näkökulmaa ja täydentänyt toimintakyvyn tarkastelua. Toimijuuden tarkastelu merkitsee toimintakyvyn sosiaalisuuden ymmärtämistä (miten toimintakyky rakentuu sosiaalisena ilmiökokonaisuutena), käytössä olevan toimintakyvyn tarkastelua mahdollisen toimintakyvyn sijaan, arjessa arvioidun ja tilanteissa odotetun toimintakyvyn tarkastelua sekä toiminnan, toimintatilanteiden ja sosiaalisten toimintakäytäntöjen tavoittamista. Toimijuuden tarkastelussa katse kiinnittyy arjen tilanteisiin, joissa toimintakyky on käytössä ja siinä keskeistä on ikääntyvän ihmisen oma tahto, omat valinnat ja oma tekeminen. (Jyrkämä 2008.) Tässä julkaisussa toimijuus -näkökulmaa tarkastellaan Riitta Koivulan artikkelissa.

Toimintakyvyn arvioinnin haasteet

Toimintakyvyn arviointia tarvitaan moniin eri tarkoituksiin ja toimintakyvyn arvioinnin voidaan määrittellä olevan sosiaali- ja terveystieteiden lähtökohta. Toimintakyvyn arviointia tarvitaan esimerkiksi syventämään näkemystä henkilön elämänlaadusta ja sairausdiagnooseista tai tarkasteltaessa hänen yleistä selviytymistään toimintaympäristössä (Laukkanen 2003). Toimintakyvyn arviointi on haasteellista. Arvioinnin haasteina ovat arvioinnin ja mittaamisen tarkoitus, arviointikäytännöt, menetelmät ja osaaminen, johtaminen ja palvelujärjestelmä, asiakkaan osallisuus ja rooli arvioinnissa sekä eettiset säännöt (Nyfors 2007). Arviointimenetelmiä valittaessa on otettava aina huomioon arvioinnin asiayhteys (Laukkanen 2008).

Toimintakyvyn arvioinnin tuottamaa tietoa voidaan käyttää eri tarkoituksiin. Kattava toimintakyvyn ja elämänlaadun arviointi osana palvelutarpeen arviointia tuottaa tietoa yksilötasolle mutta myös hoitoa ja palvelua tuottavien organisaatioiden ja koko kunnan tasolle. Arviointitietoa voidaan siis käyttää palveluiden suunnittelun tukena. (Voutilainen 2006.) Kuvailtavaa tutkimustietoa väestötasolta, tietoa toimintakyvyn kehityksestä sekä arvioita jäljellä olevan aktiivisen ja toimintakykyisen elinajan pituudesta tarvitaan vanhustenhuollon tulevaisuuden tarpeiden suunnitteluun (Laukkanen 2008). Myös eri vanhusryhmien kohdalla toimintakyvyn arvioinnissa on omat haasteensa. Muistisairaana ihmisen palvelutarpeen arviointi on vaativa kokonaisuus, jonka haasteita tutkija Elisa Virkola valottaa artikkelissaan.

Kane (2000) korostaa iäkkäiden ihmisten arvioinnin olevan monimutkaisempaa kuin nuorempien ihmisten, koska iäkkäiden tilanteeseen liittyy usein esimerkiksi kroonisia sairauksia, jotka heijastuvat sosiaaliseen ja psyykkiseen hyvinvointiin. Ikääntyneiden ihmisten toimintakyvyn arvioinnin kehittämisessä onkin runsaasti haasteita. Voutilainen ja Vaarama (2005) ovat arvioineet toimintakykymittareiden käyttöä ja arvioinnin käytänteitä kunnissa osana ikääntyneiden ihmisten palvelutarpeen arviointia. Toimintakyvyn arvioinnin monipuolisuus toteutui käytettäessä mittaripatteristoa, jolla

toimintakyvyn eri ulottuvuudet saadaan kattavasti arvioitavaksi. Tällä hetkellä Suomessa ei ole yleisessä käytössä sellaista mittaria tai mittaripatteristoa, jonka avulla ikääntyneiden toimintakyky voitaisiin arvioida riittävässä laajuudessa palvelujen saantiin liittyviä päätöksiä tehtäessä. Psykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn sekä ympäristötekijöiden arvioinnissa oli vajavuuksia. Palvelutarpeen arvioinnissa kattavan toimintakyvyn arvioinnin merkitystä tulisi korostaa. (Voutilainen ja Vaarama 2005.)

Laukkasen (2008) mukaan kaiken kattavaa toimintakykymittaristoa ei todennäköisesti pystytä luomaan, mutta yksilön ja väestön selviytymisen arvioimiseksi ja seuraamiseksi tarvitaan yhteisesti sovittuja sosiaali- ja terveydenhuollon työkaluja. Terveiden ja toimintakyvyn laaja-alaiseen arvioon pitää sisältyä osiot fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn osa-alueilta. Terveystilan ja yksilön oman terveystilaa arvioinnin lisäksi pitää fyysistä toimintakapasiteettia kartoittaa erilaisin testeillä ja psyykkisistä tekijöistä selvittää muistitoiminnat, mielialatekijät, masentuneisuus, kokemukset elämän tarkoituksellisuudesta ja tulevaisuuden odotuksista. (Helin 2008.)

Toimintakyvyn arvioinnin käytäntöjen yhtenäistämiseen, arviointimenetelmien kehittämiseen sekä arvioinnin etiikkaan on kiinnitettävä huomiota. Kansanterveyslaitos koordinoi Toimia-hanketta (2007-2010), joka kokoaa verkostoksi eri sektoreilta toimintakyvyn ja toimintaedellytysten mittaamisen ja arvioinnin asiantuntijat, niitä tekevät ja tuloksia hyödyntävät henkilöt. Hankkeen tavoitteena on parantaa toimintakyvyn arvioinnin ja mittaamisen yhdenmukaisuutta ja laatua sekä yhdenmukaistaa toimintakyvyn ja toimintaedellytysten kuvaamisessa käytettyä terminologiaa. Tähän hankekokonaisuuteen liittyy yhtenä osa-alueena myös ikääntyneiden toimintakyvyn arviointi (ks. www.toimia.fi).

Ikäinstituutin laaja-alainen toimintakyvyn arviointi- ja tukimalli

Ikäinstituutin strategiassa yhtenä toiminnan painopistealueena on toimintakyvyn laaja-alainen arviointi ja tukeminen terveystieteiden, kulttuuritoiminnan, psyykkisen ja sosiaalisen tuen, vapaaehtoistoiminnan sekä kuntouttavan työotteen avulla. Laaja-alaisen toimintakyvyn tukemisen painopistealueella tutkitaan ikäihmisten fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja kokemuksellista toimintakykyä sekä terveyselämäntyyliä, kehitetään toimintakyvyn ja terveystieteiden tukiohjelmia ja juurrutetaan koulutuksen avulla voima- ja tasapainoharjoituksia. Kyseessä on ohjelma, johon kuuluu eri projekteja (ks. Taulukko 1). Näissä projekteissa on käytetty kehitettyä toimintakyvyn laaja-alaista arviointi- ja tukimallia.

Painopistealueella on tarkasteltu toimintakyky -käsitteen teoreettisia lähtökohtia eri tieteenalojen näkökulmista, koottu yhteen toimintakyvyn eri osa-alueiden arvioinnin käytäntöjä sekä pohdittu yhtenäisen arviointi- ja tukimallin vahvuuksia, heikkouksia, mahdollisuuksia ja rajoitteita. Tavoitteena on ollut kehittää ikääntyneiden ihmisten toimintakyvyn arviointiin ja tukemiseen käytännönläheinen, helposti toteutettava, voimavaralähtöinen eli iäkkäiden voimavarojen tunnistamista ja hyödyntämistä edistävä tarkastelutapa.

Ikäinstituutin kehittämässä toimintakyvyn laaja-alaisessa arviointi- ja tukimallissa on neljä keskeistä lähtökohtaa ja mallia läpileikkaavaa tekijää. Ensinnäkin ikääntyneen ihmisen elämän kokonaisuus pyritään ottamaan kattavasti huomioon. Ikääntynyt ihminen ymmärretään kokevana, toimivana ja merkityksiä luovana, yksilöllisen elämänhistorian omaavana henkilönä, joka kuuluu aina johonkin yhteisöön ja jonka toimintakykyyn vaikuttavat aina myös ympäristötekijät. Tämä on arviointihaastattelun peruslähtökohta. Arvioinnissa kuullaan ikääntyneen ihmisen omaa ääntä, arvostetaan hänen kokemuksiaan ja yritetään tavoittaa hänelle merkityksellisiä ja tärkeitä asioita. Toiseksi arvioinnissa painotetaan toimintakyvyn eri segmenttien mittaamisen sijasta kokemuksellista ulottuvuutta eli koettua terveyttä, hyvinvointia ja toimintakykyä. Ikääntynyt ihminen määrittelee itse tilannettaan ja arvioi arkiselviytymistään. Tämän vuoksi arviointi tapahtuu haastattelun avulla ja haastattelutilanteessa tehdyn havainnoinnin pohjalta. Kolmanneksi mallissa yhdistetään arviointi ja tuki tavoitteellisesti yhdeksi kokonaisuudeksi eli arviointitulokset kiinnitetään ikääntyvän ihmisen arkeen yksilöllisesti räätälöidyn tukiohjelman avulla. Neljänneksi toimijuuden näkökulma läpäisee arvioinnin ja tukiohjelman. Tämä merkitsee sitä, että kiinnitetään huomiota siihen, mitkä ikääntynyt ihminen haluaa tehdä, mitä hän osaa, pystyy, voi ja kykenee tekemään ja mitä tunteita kokemuksiin liittyy (ks. Jyrkämä 2008).

Arviointi- ja tukimalli on neliosainen prosessi, joka sisältää 1) haastattelun, 2) soveltaen käytettynä arviointimenetelmät, testit ja mittarit, 3) yksilöllisen palautteen arvioinnin pohjalta ja 4) tukiohjelman laatimisen, jossa toimintakyvyn fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen ulottuvuus sekä ympäristötekijät on otettu huomioon (ks. Kuvio 1. s.13).

Laaja-alaisuus näyttäytyy arviointi- ja tukimallissa kolmella tasolla. Ensinnäkin haastattelussa on otettu huomioon fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen koettu toimintakyky. Fyysistä toimintakykyä arvioidaan lisäksi mittarein, itsearviointikysymyksin sekä haastattelijan että haastateltavan arvioin fyysisestä kunnosta ja toimintakyvystä. Arvioinnissa psyykinen toimintakyky heijastuu haastattelukysymyksissä, jotka kuvaavat haastateltavan pystyvyyttä ja tavoitteita, elämäntilannetta, elämän tarkoituksellisuuden kokemusta ja voimavaroja. Sosiaalinen toimintakyky näyttäytyy haastattelussa kysymyksissä, jotka koskevat sosiaalisen verkoston laajuutta sekä haastateltavan että haastattelijan määrittelyä sosiaalisesta toimintakyvystä.

Toiseksi laaja-alaisuus kiinnittyy tapaan, jolla arviointi tehdään. Se syntyy haastateltavan ja haastattelijan vuorovaikutuksessa sekä haastattelijan ja haastateltavan arvioiden avulla. Kolmanneksi laaja-alaisuus näyttäytyy siinä, että arvioinnin tuloksia hyödynnetään vanhuksen arkeen eli rakennetaan siltaa arvioinnin ja tukemisen välillä ja se arviointia tehdään myös tukiohjelman edetessä. Ikäinstituutin laaja-alaisen toimintakyvyn arvioinnin ja tukemisen mallissa keskiössä on ikääntyneen ihmisen oma kokemus toimintakyvystään ja selviytymisestään, hänen omat tavoitteensa toimintakyvyn ylläpitämiselle ja myös omat arvionsa tukiohjelman merkityksestä, jonka pohjalta tavoitteita voidaan suunnata uudelleen.

Arviointihaastattelussa ikääntynyt ihminen arvioi omaa toimintakykyään nyt ja odotettua toimintakykyä tulevaisuudessa, paikantaa hänelle iloa tuottavia tekijöitä voimaannuttamisen näkökulmasta, asettaa tavoitteita lähitulevaisuuteen

toimintakykynsä ylläpitämiseksi ja pohtii näiden tavoitteiden saavuttamisen mahdollisuuksia ja rajoituksia. Haastattelussa arvioidaan myös haastateltavan selviytymistä fyysistä toimintakykyä vaativista tehtävistä. Haastateltava henkilö arvioi omaa fyysistä kuntoaan, henkistä hyvinvointiaan ja sosiaalista toimintakykyään. Samoja ulottuvuuksia arvioi myös haastattelija haastattelussa syntyneen vaikutelman perusteella.

HAASTATTELU	YKSILÖLLINEN PALAUTE-KESKUSTELU	TUKIOHJELMA	SEURANTA JA ARVIOINTI
Elämäntilanne Koettu toimintakyky Ympäristö Sosiaaliset suhteet Harrastukset Osallistuminen ARVIOINTI Fyysinen Psykkinen Sosiaalinen Kokemuksellinen	Haastattelun ja arvioinnin tuottaman tiedon analysointi ja palaute Ikääntyneen ihmisen omat kokemukset tuloksista Keskustelu	Yhdessä keskustellen hahmotetut tavoitteet toimintakyvyn tukemiselle Mitä ikääntynyt itse voi ja haluaa tehdä toimintakykynsä tukemiseksi Konkreettiset keinot Motivointi	Tilanne uudelleenarviointi Yhteinen keskustelu ja tarkennetut tavoitteet Ikääntyneet oma kokemus tukiohjelman merkityksestä

Kuvio 1. Laaja-alainen toimintakyvyn arviointi- ja tukimalli.

Haastattelussa ikääntyneen ihmisen voimavarat nousevat esille, häntä motivoivat tekijät paikantuvat ja näiden valossa muodostuu pohja tukiohjelmalle. Yksilöllisesti räätälöity tukiohjelma tukee ikääntyneen ihmisen kokemusta elämän mielekkyydestä ja omasta pystyvyydestä, mikä edistää hänen elämänlaatuaan. Ikääntyneen ihmisen kokemukset ja hänelle henkilökohtaisesti merkityksellinen toiminta ovat keskeisinä läpi koko arviointi- ja tukiprosessin. Tavoitteiden saavuttamisen mahdollisuuksien konkreettinen arviointi antaa välineitä lisätä vanhuksen tiedollisia ja taidollisia valmiuksia toimintakykynsä ylläpitämiseksi. Lisäksi tavoitteiden saavuttamisen arviointi antaa mahdollisuuksia ehkäiseviin, korjaaviin ja kuntouttaviin toimiin.

Toimintakyvyn laaja-alainen arviointi- ja tukiohjelma kiinnittyy ikääntyvän ihmisen voimavaroihin sekä häntä motivoiviin tekijöihin. Kun toimintakyvyn arvioinnin ja palautekeskustelun pohjalta valitaan arkeen toimintakykyä tukevia toimintoja tukiohjelman muotoon, on ikääntyneen oma näkemys toimintojen mielekkyydestä ja merkityksestä tärkeä. Tällä tavalla saadaan tuettua kokemusta elämänhallinnasta ja vahvistaa elämän tarkoituksellisuuden kokemusta. Tavoitteiden ja voimavarojen yhteensopivuus on oleellista. Kun yksilön voimavarojen, ympäristön ja yksilön

tavoiteprofiilin välillä vallitsee tasapaino, voi ikääntynyt ihminen kokea terveytensä riittävän hyväksi ja elämänlaadun kannalta hyväksyttäväksi (Heikkinen 2008).

Yksilöllinen tukiohjelma vahvistaa ikääntyvän ihmisen omaa kokemusta elämän mielekkyydestä ja omasta pystyvyydestä sekä siten edistää hänen elämänlaatuaan. Tukiohjelman osana olevaa tavoitteiden asettelua voidaan perustella onnistuvan vanhenemisen tukemisen näkökulmasta, jossa keskeistä on aktiivisen elämäntien säilyttäminen.

Onnistuvan vanhenemisen käsitteeseen sisältyy mm. fyysisen aktiivisuuden ylläpitäminen, ajan tasalla pysyminen ja uusienkin asioiden omaksuminen (esim. elinikäinen opiskelu), sosiaalisten verkostojen ylläpitäminen (sukulaiset, tuttavat, lapset ja lapsenlapset), harrastukset ja osallistuminen erilaiseen sosiaaliseen toimintaan. Tukemalla aktiivisena vanhenemista voidaan myös ehkäistä yksinäisyyttä, masentuneisuutta ja elämän tarkoituksettomuuden tunnetta. (Heikkinen 2008.)

Taulukko 1. Toimintakyvyn laaja-alaista arviointi- ja tukimallia käyttäneet kehittämishankkeet.

1. Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämishanke Hämeenkyrössä (2007-2009) STM, Hämeenkyrön kunta, Keski-Pirkanmaan työvoimatoimisto
2. Yhdessä-projekti (2007-2009) Vanhusten Palvelutaloyhdistys
3. Kotona Kunnossa (2008-2010) Käpyrinteen Palvelutalo
4. Vanhuksen koti keskellä kaupunkia (2008-2010) Ikäinstituutti

Yhtenä esimerkkinä toimintakyvyn laaja-alaisen arvioinnin tuottaman tiedon hyödyntämisestä on Vanhusten Palvelutaloyhdistyksen Yhdessä-projekti (2007-2009), jossa kehitetään Palvelukeskus Meriportin lähialueilla kotona asuville ikäihmisille laaja-alaista toimintakykyä ja kotona asumista tukevaa toimintaa ja palveluja. Yhdessä-projektin päätavoitteena on parantaa ikääntyvien ihmisten fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia sekä tukea tasapainoista vanhenemista. Tavoitteena on vaikuttaa ikäihmisiä osallistavien, yhteenkuuluvuutta ja sosiaalista liittymistä edistävien eri toimijoiden välisten yhteistyömuotojen ja toimintojen lisääntymiseen alueella. Toimintakyvyn laaja-alaisen arviointimallin avulla projektissa pyritään tunnistamaan iäkkäitä ihmisiä kiinnostavat tekijät ja lieventää siten yksinäisyyden kokemusta.

Toimintakyvyn laaja-alaisen arvioinnin ja tukemisen ohjelma jatkuu Ikäinstituutissa koko nykyisen strategiakauden ajan (2007-2012). Kehitettyä mallia sovelletaan ohjelmaan kuuluvissa eri projekteissa. Näistä tutkimus- ja kehittämishankkeista saatu kokemus otetaan huomioon mallin kehittämisessä. Esimerkiksi ympäristötekijöiden parempi huomioon ottaminen vaatii vahvistamista niin arvioinnissa kuin tukiohjelmissakin.

Ikäinstituutti vastaa toimintakyvyn laaja-alaisen arviointi- ja tukimallin kehittämisellä ajankohtaiseen ja merkittävään yhteiskunnalliseen haasteeseen. Toimintakyvyn

arviointi- ja tukiohjelman eettisenä lähtökohtana on ikäihmisen äänen, kokemusten ja merkitysten keskeisyys ja tuotetun arviointitiedon soveltaminen hänen arkeensa hänen itsensä määrittelemällä tavalla, mikä tukee ikääntyneen ihmisen itsemääräämistä. Arvioitavana oleva ihminen ei ole vain arvioinnin kohde, vaan hän voi itse olla rakentamassa keinoja toimintakykynsä tukemiseen itselleen mielekkäällä ja häntä motivoivalla tavalla. Arvioinnissa on aina tärkeä ottaa huomioon, miten arviointi vaikuttaa arvioitavina oleviin henkilöihin. Ihmisen elämän kokonaisuutta ei voi puristaa mittareihin, mutta arviointimenetelmät voivat auttaa ymmärtämään yksilön tilannetta ja rakentamaan yksilön hyvinvointia tukevia käytäntöjä (Kane 2000b).

Lähteet

Heikkinen E (2008) Vanhenemisen ulottuvuudet ja onnistuvan vanhenemisen edellytykset. Teoksessa E Heikkinen & T Rantanen (toim.) Gerontologia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 402-408.

Helin S (2008) Palvelujärjestelmä toimintakykyisyyden ja selviytymisen edistäjänä. Teoksessa E Heikkinen & T Rantanen (toim.) Gerontologia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 416 – 435.

Jyrämä J (2008) Vanheneva yksilö, toimijuus ja toimintatilanteet. Teoksessa E Heikkinen & T Rantanen (toim.) Gerontologia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 271-278.

Kane R L (2000a) Choosing and Using an Assessment Tool. Teoksessa R L Kane & R A Kane (toim.) Assessing older persons. Measures, meaning, and practical applications. New York: Oxford University Press, 1-13.

Kane R A (2000b) Accomplishments, Problems, Trends, and Future Challenges. Teoksessa R L Kane & R A Kane (toim.) Assessing older persons. Measures, meaning, and practical applications. New York: Oxford University Press, 519-529.

Laukkanen P (2003) Toimintakyky ja ikääntyminen – käsitteestä ja viitekehystä päivittäistoiminnoista selviytymisen arviointiin. Teoksessa E Heikkinen & T Rantanen (toim.) Gerontologia. Helsinki: Duodecim, 235-266.

Laukkanen P (2008) Toimintakyky ja ikääntyminen – käsitteestä ja viitekehystä päivittäistoiminnoista selviytymisen arviointiin. Teoksessa E Heikkinen & T Rantanen (toim.) Gerontologia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 261-272.

Nyfors H (2007) Tutkimustiedon käyttäjän näkökulma teemasta Mitä tietoja tarvitaan ikääntyneiden toimintakyvyn edistämiseksi? Teoksessa T Martelin & N Kuosmanen (toim.) Ikääntyminen ja toimintakyky: haasteet tutkimukselle. Kolmas Kansallinen ikääntymisen foorumi 9.11.2006. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 24/2007. Helsinki: Kansanterveyslaitos, 36-39.

Pikkarainen A (2005) Monialainen ja innovatiivinen gerontologinen kuntoutus osana uudistuvia vanhuspalveluja. Kuntoutus 1/2005.

Rantanen T (2008) Gerontologisen tutkimustiedon soveltaminen ikääntyvän väestön toimintakyvyn edistämässä. Teoksessa E Heikkinen & T Rantanen (toim.) Gerontologia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 409-415.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2001) Terveys 2015 –kansanterveysohjelma. Esitteitä 2001:8. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2006) Sosiaali- ja terveystalouden strategiat 2015. – kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2007a) Hyvinvointi 2015 –ohjelma. Sosiaalialan pitkän aikavälin tavoitteita. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2007b) Tie hyvään vanhuuteen – vanhusten hoidon ja palvelujen linjat vuoteen 2015. Selvityksiä 2007:8. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto (2008) Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Voutilainen P (2006) Toimintakyvyn arviointi. Teoksessa S Heimonen & P Voutilainen. Avaimia arviointiin. Dementoituvien kuntoutumista edistävä hoitotyö. Helsinki: Edita, 24-42.

Voutilainen P & Vaarama M (2005) Toimintakykykymittareiden käyttö ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnissa. Raportteja 7/2005. Helsinki: Stakes

WHO & Stakes (2004) ICF. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Helsinki: Stakes.

II TOIMINTAKYKYYN LIITTYVIÄ KÄSITTEITÄ

TOIMINTAKYVYN TEOREETTISIA LÄHTÖKOHTIA

Pertti Pohjolainen, vanhempi tutkija

Toimintakyvyn käsite on noussut sekä gerontologisessa tutkimuksessa että käytännön vanhustyössä keskeiseen asemaan. Iäkkäiden henkilöiden määrän suhteellinen ja absoluuttinen kasvu merkitsee yhä lisääntyvää palvelujen tarvetta. Toisaalta itsenäinen kotona asuminen nähdään tärkeänä hyvinvoinnin osatekijänä. Huolimatta sairauksien lisääntymisestä suuri osa vanhoista ihmisistä pitää itseään terveenä. Moniin pitkäaikaissairauksiin sopeudutaan ja niitä pidetään normaaliin vanhenemiseen kuuluvina etenkin, jos ne eivät merkittävästi vaikeuta arkiaskareista selviytymistä. Tästä seuraa, että terveyden arviointiin, varsinkaan vanhusväestön keskuudessa, ei riitä pelkkä sairauksien diagnosointi, vaan tarvitaan toimintakykymittauksia. Toimintakyvystä on tullut tärkeä terveydentilan indikaattori.

Tietoja toimintakyvystä tarvitaan moneen tarkoitukseen. Niitä käytetään mm. väestön terveyden tason mittaamisessa, yksilöiden työkyvyn, kuntoutustarpeen ja avuntarpeen arvioinnissa sekä erilaisten interventio-ohjelmien vaikutusten selvittämisessä. Toimintakykymittausten avulla voidaan löytää riskiryhmiä, jolloin ehkäisevät interventiot on mahdollista suunnata tehokkaasti oikeille henkilöille. Väestötasolla toimintakykyä koskevia tietoja käytetään ns. toimintakykyisen elinajan määrittämisessä. Toimintakykyä kuvaavaa tietoa voidaan hyödyntää sairauksien hoidon ja kuntoutuksen suunnittelussa, seurannassa, tuloksellisuuden arvioinnissa sekä tehtäessä päätöksiä ihmisille myönnettävistä sosiaaliturvan etuuksista ja palveluista (Voutilainen ja Vaarama 2005).

Toimintakykymittauksia tehdään lääketieteessä, hoitotyössä ja kuntoutuksessa. Ne kuuluvat olennaisena osana väestön terveystutkimuksiin ja terveystalouteen. Kaikissa sovelluksissa tarvitaan helppokäyttöisiä ja luotettavia mittaustapoja, olivatpa kyseessä haastattelut, kyselyt, havainnointit tai erilaisilla laiteilla tehtävät mittaukset. On kehitettävä menetelmiä, joilla saadaan mahdollisimman oikea ja toistettavissa oleva kuva kunkin henkilön toimintakyvystä yhtäältä suoritusten tasolla ja toisaalta suhteessa hänen tavanomaiseen ympäristöönsä kuten työhön tai kotiin.

Ongelmana on, että toimintakyvyn arviointiin on annettu lukuisia suosituksia, joiden sovellukset ovat erilaisia. On käytetty monenlaisia mittareita. Käytännöt eri hoito-, kuntoutus- ja tutkimuslaitoksissa ovat erilaisia, joten eri laitosten tutkimustulosten vertaaminen on vaikeaa ja usein jopa mahdotonta. Toimintakyvyn arviointiin tarvitaan laaja-alaisia, päteviä ja helppokäyttöisiä mittaustapoja riippumatta siitä, ovatko tiedonhankintamenetelminä kyselyt, haastattelut tai suoritustestit. Viime kädessä on

kysymys siitä, että on kehitettävä keinoja, joilla saadaan mahdollisimman oikea ja toistettavissa oleva näkemys kunkin henkilön yksilöllisestä toimintakyvystä ja toisaalta suhteessa hänen tavanomaiseen ympäristöönsä kuten työhön tai päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen.

Joissakin tapauksissa henkilön oma ilmoitus siitä, miten hän selviytyy arkipäivän toiminnoistaan, antaa varsin hyvän kuvan monista toimintakyvyn ulottuvuuksista. Aina tutkittavan henkilön omaan kokemukseen perustuva tieto ei riitä, vaan tarvitaan toimintakykymittauksia. Vakioiduissa olosuhteissa tehtyjen toimintakykymittausten perusteella voidaan arvioida tutkittavan suorituskapasiteettia niin, että toimintaympäristö ei vaikuta tuloksiin. Nämä mittaustulokset eivät välttämättä heijasta kovin hyvin henkilön selviytymistä arkiympäristössään, mutta niiden perusteella voidaan arvioida toimintakykyä ja sen muutoksia esimerkiksi eri ajankohtina (Koskinen ym. 2007). Itse arvioidun toimintakyvyn muutokset puolestaan kertovat yksilön ja hänen toimintaympäristönsä muuttumisesta.

Eri näkökulmia toimintakykyyn

Toimintakykymalleja

Toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen yleistä valmiutta mihin tahansa toimintaan sekä kykenevyyttä ottaa käyttöön omia voimavarojaan (Kirjonen 1999). Tämä määritelmä viittaa ihmisen yleiseen ja kokonaisvaltaiseen toimintakykyyn. Toimintakykyä on kuitenkin mahdollista tarkastella monella eri tasolla ja eri näkökulmista. Voidaan puhua eri elinjärjestelmien ja elinten toimintakyvystä tai alimmalla tasolla solun toimintakyvystä. Laajimmillaan toimintakyky voidaan ymmärtää ihmisen toimintoina, joita hän toteuttaa osallistuessaan elämän eri tilanteisiin.

Toimintakykyä voidaan tarkastella erilaisista teoreettisista näkökulmista (Heikkinen 1997). Usein lähtökohtana on, että toimintakyky alenee ikääntymisen myötä. Tämä ns. toimintakyvyn aleneva malli osoittaa etenkin fyysisten ja havaintomotoristen toimintojen huononevan iän mukana. Toisaalta on huomattavia eroja muutosten alkamisen, muutosnopeuden ja muutosten aiheuttamien seurausten välillä. Psykkisiin ja sosiaalisiin toimintoihin liittyvät ikääntymismuutokset eivät ole samalla tavalla riippuvaisia biologisista vanhenemisprosesseista kuin fyysisen toimintakyvyn muutokset. Sosiaalinen asema, koulutus, elämänsä aikana kohdatut kehitystehtävät ja elämäkokemukset ovat perittyjen ominaisuuksien ohella tärkeitä psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn vaikuttavia tekijöitä. Yhteiskunnassa vallitsevat asenteet, arvot, eri ikäryhmien konkreettiset toimintamahdollisuudet, perherakenteet ja asuinympäristö määrittävät reunaehdot vanhojen ihmisten sosiaalisille kontakteille ja sosiaaliselle osallistumiselle.

Plastisuusmallin mukaan toimintakyvyssä esiintyy vaihtelua, joka saattaa johtua mm. erilaisista elintavoista. Näin ollen toimintakykyyn voidaan vaikuttaa esimerkiksi kuntoutuksen avulla. Tähän liittyy läheisesti vanhenemisprosessin ymmärtäminen primaarisina ja sekundaarisina vanhenemismuutoksina. Ensin mainituilla tarkoitetaan niitä pääasiassa geneettisesti määräytyneitä vanhenemismuutoksia, joihin ei nykyisen

tietämyksen mukaan voida vaikuttaa. Samanaikaisesti tapahtuu kuitenkin toissijaisia, sekundaarisia, vanhenemismuutoksia, joihin voidaan vaikuttaa ja tältä osin hidastaa vanhenemisprosessia. Tästä voisi olla esimerkkinä vaikkapa liikuntaharrastus tai yleisemmin fyysinen aktiivisuus ja sen merkitys vanhenemisprosessin hidastajana.

Optimitasomalli lähtee siitä, että jokaisella henkilöllä on toimintakyvyn suhteen optimaalinen taso, joka määräytyy ympäristöstä johtuvien tarpeiden tai yksilön itselleen asettamien vaatimusten mukaan. Esimerkiksi työkyvyn suhteen ikääntyneelle työntekijälle voidaan määritellä optimitaso, joka on alempi kuin nuorelle työntekijälle asetettu työkyvyn taso.

Funktionaalisen profiilin malli tarkoittaa sitä, että kullekin yksilölle määritellään profiili eri toimintojen ikäryhmittäisten keskiarvojen perusteella. Tällöin voidaan arvioida, mitä toimintakyvyn osa-alueita pitää parantaa, jotta toimintakyky kokonaisuudessaan kohenisi. Biologisen iän malli perustuu ajatukseen, että vanhenemismuutokset ovat siinä määrin säännönmukaisia, että eri muuttujia yhdistelemällä saadaan kronologista ikää luotettavampi kuva todellisista vanhenemismuutoksista.

Päivittäisistä toiminnoista selviytyminen

Toimintakyvyllä suhteessa joihinkin tehtäviin ymmärretään esimerkiksi iäkkään henkilön kykyä selviytyä päivittäisistä askareistaan. Ne voidaan jakaa päivittäisiin perustoimintoihin (physical activities of daily living, PADL) ja toisaalta kykyyn hoitaa erilaisia asioita (instrumental activities of daily living, IADL). PADL-toimintoja ovat esimerkiksi syöminen, pukeutuminen, peseytyminen, liikkuminen sisällä, liikkuminen ulkona ja WC:ssä käyminen. IADL-toimintoja ovat esimerkiksi lääkkeiden itsenäinen käyttö, puhelimen käyttö, ruuanvalmistus, raha-asioiden hoito ja pyykin pesu.

Ympäristön asettamat vaatimukset toimintakyvylle ovat erilaiset riippuen siitä, asuuko tutkittava maalla vai kaupungissa, omakotitalossa vai kerrostalossa, palvelutalossa vai vanhainkodissa. Päivittäisistä perustoiminnoista (PADL) selviytyminen vaatii lähinnä fyysistä toimintakykyä, kun taas asioiden hoitaminen ja kodin ulkopuoliset toiminnot, kuten kaupassa käynti tai pankkiasioista huolehtiminen (IADL) edellyttävät suuressa määrin myös psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä (Laukkanen 2003). Päivittäisiin toimintoihin vaikuttavat sairaudet, elämäntapa ja vanhenemisprosessit, joiden merkitys näkyy fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn alueilla (Heikkinen 1997).

Hyvä toimintakyky merkitsee hyvää suoriutumista tavanomaisista tehtävistä (Aromaa ym. 2005). Toimintakyky on suhteellinen ilmiö, joka eri olosuhteissa on erilainen. Sitä voidaan korjata ja korvata erilaisin keinoin. Kysymys on siis siitä, miten hyvin yksilö suoriutuu omien odotustensa ja yhteisön tai ympäristön asettamista vaatimuksista. Esimerkiksi työn asettamat vaatimukset vaihtelevat suuresti. Työkyky riippuu myös monista yksilöllisesti ja ajan mukana vaihtelevista tekijöistä. Heikentynyttä työkykyä voidaan kohentaa parantamalla henkilön terveyttä ja toimintakykyä tai kehittämällä työtä ja työympäristöä.

ICF-luokitus

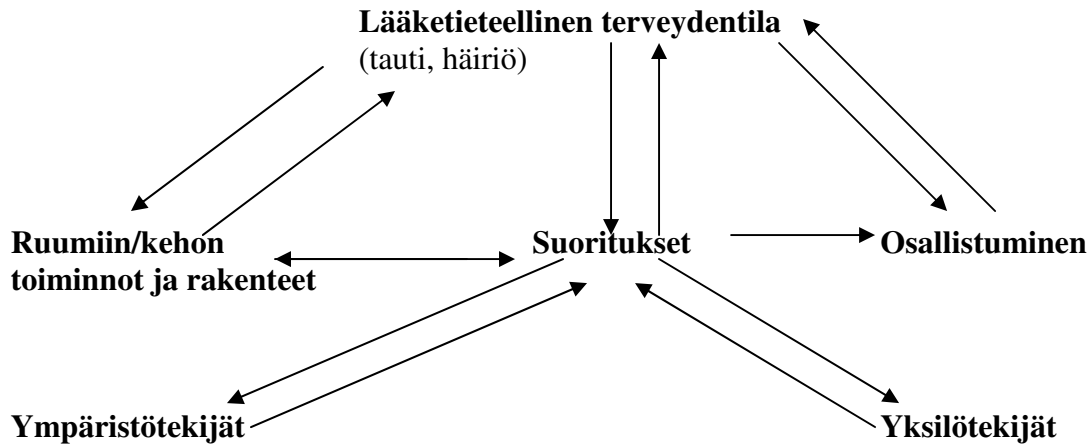
Maailman terveysjärjestön WHO:n ICF-luokituksella (International Classification of Functioning, Disability and Health) on useita tavoitteita (WHO ja Stakes 2004). Yksi sen tavoitteista on tarjota perusta toiminnallisen terveydentilan ja terveyteen liittyvien toiminnallisten tilanteiden tutkimukselle ja ymmärtämiselle. ICF-luokituksessa on kaksi osaa, jotka molemmat sisältävät kaksi osa-aluetta:

- 1) toimintakyky ja toimintarajoitteet
 - ruumiin toiminnot ja rakenteet
 - suoritustoiminta ja osallistuminen

- 2) kontekstuaaliset tekijät
 - ympäristötekijät
 - yksilötekijät

Ruumiin/kehon toimintoja ovat elinjärjestelmien fysiologiset toiminnot mukaan lukien mielen toiminnot. Ruumiin rakenteita ovat ruumiin anatomiset osat kuten elimet, raajat ja näiden rakenneosat. Suoritustoiminta on tehtävä tai toimi, jonka yksilö toteuttaa. Osallistuminen on osallisuutta elämän tilanteisiin (kuvio 1).

Kontekstuaaliset tekijät sisältävät yksilön elämän koko taustan. Ne saattavat vaikuttaa yksilön lääketieteelliseen ja toiminnalliseen terveydentilaan sekä terveyteen liittyviin toiminnallisiin tilanteisiin. Kontekstuaaliset tekijät jakautuvat ympäristö- ja yksilötekijöihin. Ympäristötekijät ovat se fyysinen, sosiaalinen ja asenneympäristö, jossa ihmiset elävät ja asuvat. Nämä ovat yksilön ulkopuolella olevia tekijöitä. Ne voivat vaikuttaa myönteisesti tai kielteisesti yksilön toimintaan yhteiskunnan jäsenenä. Ympäristötekijät ovat vuorovaikutuksessa niin ruumiin toimintojen ja rakenteiden kuin suoriutumisen ja osallistumisen kanssa. Yksilötekijöitä ovat esimerkiksi ikä, sukupuoli, rotu, terveydentilatekijät, yleiskunto, elintavat, tottumukset, kasvatus, selviytymisstrategiat, sosiaalinen tausta, koulutus, ammatti, elämäkokemukset ja yleinen käyttäytymismalli. Samalla tavalla kuin ympäristötekijät, myös yksilötekijät ovat vuorovaikutussuhteessa ruumiin toimintoihin ja rakenteisiin sekä suoriutumiseen ja osallistumiseen. Koska ICF-luokituksen ensisijaisena tarkoituksena on toimia luokitus- ja koodausjärjestelmänä terveydenhuollon eri tarpeita varten, on se varsin monimutkainen ja yksityiskohtainen.



Kuvio 1. ICF-luokituksen eri osa-alueiden väliset vuorovaikutussuhteet.

Toimintakyky hierarkkisena käsitteenä

Usein toimintakyky jaetaan kolmeen osa-alueeseen: fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen, jotka kuitenkin ovat jatkuvasti vuorovaikutuksessa keskenään. Toimintakyvyn eri ulottuvuudet – fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen – ovat todellisuudessa kiinteästi sidoksissa toisiinsa. Usein tutkimuksissa niitä on kuitenkin tarkasteltu erillisinä, koska vanhenemismuutokset näkyvät osa-alueilla eri tavoin ja ilmenevät eri nopeudella (Ruoppila 2002).

Osa-alueiden sisällä on eri toimintoja pyritty järjestämään hierarkkisesti (Heikkinen ym. 1984). Alimmalla tasolla ovat tällöin elämää ylläpitävät toiminnot kuten hengitys, aineenvaihdunta ja verenkierto. Seuraavalla tasolla olevat toiminnot, kuten syöminen, pukeutuminen, kotitöistä selviytyminen jne., vaativat jo selvästi enemmän fyysistä toimintakykyä. Kolmannella tasolla ovat sitten esimerkiksi kuntoliikunta ja kuormittava ruumiillinen työ, jotka vaativat jo hyvää toimintakykyä. Korkeimmalle tasolle tässä hierarkiassa sijoittuvat vaikkapa kilpaurheilusuoritukset, jotka edustavat fyysisen toimintakyvyn huippua. Fyysisen toimintakyvyn ja ehkä joidenkin psykofysiologisten toimintojen kohdalla tällainen luokittelu on mahdollista, mutta monilta osin psyykkisen ja etenkin sosiaalisen toimintakyvyn alueella joudutaan suuriin vaikeuksiin järjestettäessä toimintoja näin ”paremmuusjärjestykseen”.

Toimintakykyä määrittävät tekijät

Toimintakyky ja terveys

Terveydestä on esitetty lukuisia määritelmiä. Erityisen vaikeaksi sen määrittelemisen on osoittautunut vanhojen henkilöiden kohdalla. Sairausdiagnooseihin perustava terveystiete ei sovellu kovinkaan hyvin vanhoille ihmisille. Maailman terveysjärjestön (WHO) klassinen terveyden määritelmä – terveys ei ole ainoastaan sairauden tai vamman puuttumista, vaan täydellinen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila – ei myöskään ole kovin onnistunut ikäihmisten kohdalla. Toimintakyvyn käsite tarjoaa ikäihmisten terveyden määrittelylle uuden näkökulman.

Toimintakyky voidaan nähdä terveyden indikaattorina siten, että terveys on tasapaino ympäristön asettamien vaatimusten, yksilön itselleen asettamien tavoitteiden ja yksilöllisen toimintakyvyn välillä (Pörn 1993). Kun yksilön fyysinen toimintakyky ikääntymisen myötä heikkenee, voidaan tasapainon säilyttämistä tavoitella monin eri tavoin (Heikkinen 2000). Fyysistä toimintakykyä voidaan parantaa kuntoutuksen keinoin tai kompensoida menetettyä toimintakykyä esimerkiksi erilaisilla apuvälineillä. Sosiaalisen ympäristön tukea voidaan lisätä ja fyysistä ympäristöä muuttaa niin, että toimintakyvyltään heikentynyt vanhus voi siinä elää. Toisaalta ikäihminen voi muuttaa tavoiteprofiiliaan niin, että hän pystyy saavuttamaan asettamansa tavoitteet heikentyneelläkin toimintakyvyllä.

Terveydessä ei siis ole kyse pelkästään yksilön sairauksista tai niiden puuttumisesta, eikä toimintaresurssien vähenemisestä, vaan myös hänen tavoiteprofiilistaan sekä ympäristön fyysisistä ja sosiaalisista ominaisuuksista. Terveys ja toimintakyky kytkeytyvät toisiinsa ja ovat osittain sisäkkäisiä käsitteitä. Terveyden määrittelyssä yksilöllisen toimintakyvyn (repertuaarin), yksilön tavoiteprofiilin ja elinympäristöön liittyvien tekijöiden pitäisi olla keskeisessä asemassa. Näiden tekijöiden vaikutuksesta ja niiden välisten suhteiden seurauksena terveys voi parantua, huonontua tai säilyä ennallaan.

Ympäristön vaikutus toimintakykyyn

Usein tarkastelukulmana on toimintakyvyn ja ympäristön välinen suhde. Toimintakyky ei ole pelkästään yksilön ominaisuus, vaan se on aina suhteessa ympäristöön. Esimerkiksi kyky selviytyä päivittäisistä toiminnoista ei riipu pelkästään yksilöllisestä toimintakyvystä, vaan myös ympäristön toimintaedellytyksistä ja -vaatimuksista. Asuminen ja selviytyminen päivittäisistä askareista asettaa yksilölliselle toimintakyvylle aivan erilaiset vaatimukset, jos asuntona on ilman mukavuuksia oleva ”mummon mökki” haja-asutusalueella verrattuna kaikilla mukavuuksilla varustettuun kaupunkiasuntoon. On myös hyvä muistaa, että ympäristö ja yksilön toimintakyky muuttuvat ajan myötä. Iäkkäillä ihmisillä toimintakyvyn taso voi vaihdella jopa päivittäin.

Heikkisen (2002) mukaan toimintakyky manifestoituu toiminnassa, joka tässä yhteydessä tarkoittaa esimerkiksi työtä, arjen askareita tai harrastuksia. Toiminta ja

toimintakyky ovat vuorovaikutussuhteessa keskenään. Tällöin toiminta usein vahvistaa toimintakykyä, mutta ollessaan yksipuolista ja ylikuormittavaa toiminta saattaa myös heikentää sitä. Toiminnan toteutumiseen vaikuttavat toimintakyvyn lisäksi tavoitteet, motiivit, omat valinnat sekä optimointi- ja kompensatiokeinot. Ympäristötekijöillä on merkittävä vaikutus toiminnan toteutumiseen, koska se tapahtuu aina jossakin kontekstissa. Fyysinen ympäristö voidaan rakentaa toimintaa tukevaksi ja mahdollisimman esteettömäksi, sosiaalinen tuki edistää monia toimintaan vaikuttavia tekijöitä ja eri väestöryhmiin kohdistuvat moniammatilliset interventiot lisäävät toimintamahdollisuuksia.

Elintapojen yhteys toimintakykyyn

Elintavoista liikunta, tupakointi, alkoholinkäyttö ja ravitsemus ovat selvimmin yhteydessä toimintakykyyn. Vanheneminen, sairaudet ja toimintakyky ovat keskenään vuorovaikutussuhteessa siten, että vanheneminen altistaa sairauksille ja toiminnanvajauksille, jotka puolestaan nopeuttavat vanhenemista (Heikkinen 2008). Näiden prosessien takana saattaa olla epäterveitä elintapoja, jotka aiheuttavat fysiologisia vaurioita. Nämä taas lisäävät sairastumisriskiä ja mahdollisesti kiihdyttävät vanhenemismuutoksia. Edellä (kohdassa Toimintakykymalleja) puhuttiin primaarisista ja sekundaarisista vanhenemismuutoksista. Elintavat sisältyvät sekundaariseen vanhenemiseen. Toisin sanoen nämä ovat tekijöitä, joihin voidaan vaikuttaa, ja tältä osin hidastaa vanhenemistä.

Liikuntaharrastuksen ja fyysisen aktiivisuuden edulliset vaikutukset fyysiseen toimintakykyyn on osoitettu useissa tutkimuksissa (esim. LaCroix ym. 1993, Stuck ym. 1999, Schroll 2003, Sulander 2005). Positiivisia tuloksia on saatu esim. lihasvoiman ja kävelynopeuden osalta jopa yli 90-vuotiailla. Hyvä fyysinen suorituskyky vähentää toiminnan vajauksien syntyä ja fyysisesti aktiivisilla henkilöillä elinajan odote on pidempi kuin fyysisesti inaktiivisilla (Heikkinen 2000).

Tupakoinnin ja toimintakyvyn välinen yhteys on kiistaton. Tupakoivien toimintakyky on huonompi kuin tupakoimattomien (Stuck ym. 1999, Arday ym. 2003, Sulander 2005). Tosin alentunut toimintakyky tupakoivilla voi johtua myös siitä, että heillä on enemmän toimintakykyä alentavia sairauksia kuin tupakoimattomilla. Syy-seuraussuhteiden selvittäminen edellyttää vielä lisätutkimuksia.

Toimintakyvyn ja kohtuullisen alkoholikäytön välisistä suhteista on esitetty ristiriitaisia tutkimustuloksia. Useissa tutkimuksissa on kuitenkin saatu tukea näkemykselle, että alkoholinkäytön ja toimintakyvyn välillä on U-käyrän muotoinen yhteys (LeCroix ym. 1993, Nelson ym. 1994, Sulander 2005). Paras toimintakyky näyttäisi olevan kohtuullisesti alkoholia käyttävillä. On kuitenkin syytä muistaa, että tämä yhteys saattaa selittyä joidenkin muiden tekijöiden vaikutuksella. Lisäksi alkoholinkäytön ja terveyden määrittelyyn liittyvät vaikeudet tuovat yhteyksien väliseen tutkimukseen omat ongelmansa (Moore ym. 2003).

Niiden harvojen tutkimusten, joita toimintakyvyn ja ravitsemuksen välisistä yhteyksistä vanhusväestössä on tehty, tulokset ovat ristiriitaisia. Joissakin tutkimuksissa

epäterveellisten ruokatottumusten on todettu olevan yhteydessä huonontuneeseen toimintakykyyn (Rothenberg ym. 1994, Sulander ym. 2005), mutta toisissa tutkimuksissa tätä yhteyttä ei ole havaittu (Sonn ym. 1998, Haveman-Nies ym. 2003). Ravinnon merkitystä toimintakyvyn kannalta on kuitenkin tärkeää selvittää. Eläinkokeiden perusteella tiedämme, että ravinto on ainoa yksittäinen tekijä, jolla on tutkimuksissa voitu osoittaa olevan vaikutusta eliniän pituuteen. On varsin todennäköistä, että ravinnolla on myös toimintakyvyn kannalta keskeinen merkitys.

Elintapojen ja toimintakyvyn välisten yhteyksien monimutkaiset vaikutusprosessit ovat vielä monilta osin selvittämättä. Tutkimusten lisäksi tarvitaan toimintaohjelmia, joilla jo olemassa olevaa elintapoja koskevaa tietoa sovelletaan käytäntöön ennen aikaisen vanhenemisen ja kuolleisuuden estämiseksi.

Toimintakyky ja sosioekonominen asema

Lukuisat eri maissa tehdyt tutkimukset osoittavat, että korkeampi sosioekonominen asema on yhteydessä parempaan toimintakykyyn (Palmore ym. 1985, Harris ym. 1989, Camacho ym. 1993, Parker ym. 1994, Avlund ym. 2004, Pohjolainen ym. 2004, Matthews ym. 2005, Rautio 2006). Yleisimmät sosioekonomista asemaa kuvaavat muuttujat ovat koulutus, tulot ja ammattiasema. Koulutuksen ja toimintakyvyn välinen riippuvuus on osoitettu monissa poikittais- ja pitkittäistutkimuksissa (Guralnik ym. 1993, Parker ym. 1994, Martelin ym. 2002, Pohjolainen ym. 2004, Rautio 2006). Koulutuksen mukaan tarkasteltuna vähän koulutusta saaneilla toimintakyky on huonompi kuin enemmän koulutetuilla. Vaikka eläkeikäisillä kouluvuosista on kulunut pitkä aika, on koulutus edelleen merkittävä toimintakykyä määrittävä tekijä. Korkeampien tulojen ja paremman taloudellisen tilanteen on todettu olevan yhteydessä toimintakykyyn iäkkäillä henkilöillä eri yhteiskunnissa (Guralnik ja Kaplan 1989, Berkman ja Gurland 1998, Avlund ym. 2004, Rautio 2006). Tulot kuvaavatkin nykyistä tilannetta sosiaalisen aseman osalta paremmin kuin esimerkiksi koulutus. Aikaisempi ammatti liittyy toimintakykyyn siten, että ruumiillisen työn tekijöillä on huonompi toimintakyky kuin henkisen työn tekijöillä (Arber ja Ginn 1993, Rahkonen ja Takala 1998, Arber ja Cooper 1999). Sulanderin (2005) tutkimuksen mukaan kaikkein heikoin toimintakyky eläkeiässä on maatalouden parissa työtä tehneillä. Samansuuntaisia tuloksia on saatu muissakin tutkimuksissa (Geroldi ym. 1996, Rahkonen ja Takala 1998).

Pitkittäistutkimukset puolestaan osoittavat, että keski-ikässä todettu toimintakyvyn ja sosioekonomisen aseman välinen yhteys säilyy vielä vanhuudessakin (Breeze ym. 2001, Grundy ja Glaser 2000, Avlund ym. 2004). Sosiaaliryhmien väliset erot toimintakyvyssä säilyvät korkeaan ikään saakka. Toimintakyvyn eri ulottuvuuksien (kävelynopeus, käden puristusvoima, vitaalikapasiteetti, muistitoiminnot) sosiaaliryhmittäiset erot säilyivät 10 vuoden seurantatutkimuksessa (75-80-vuotiaasta 85-90-vuotiaaksi) (Rautio 2006). Matala sosioekonominen asema työiässä ennustaa huonompaa toimintakykyä eläkeiässä ja lyhyempää toimintakykyisen ja kokonaiselinajan odotetta. Suurimmillaan sosioekonomisen aseman aiheuttamat terveyserot näyttäisivät olevan 40-55-vuotiaana. Tämä viittaa siihen, että terveyserot ovat kasautuvia ja riippuvaisia kunkin ihmisen yksilöllisestä terveystilasta

(Heikkinen 2008). Se koostuu elimistön rakenteellisista ja toiminnallisista ominaisuuksista (esim. luun määrä, lihasvoima, vastustuskyky, säätelyjärjestelmien tehokkuus), joita ihminen sitten kuluttaa ja uusintaa eri tavoin. Osittain geneettisiin tekijöihin pohjautuvaa terveystasoa kasautuu sen mukaan, millaisissa elinoloissa ihminen elää ja millaisia elintapoja noudattaa.

Sosioekonomisen aseman määrittämiseen liittyy etenkin vanhusväestön osalta monia ongelmia (Rautio 2006). Esimerkiksi kouluvuosista on jo kulunut pitkä aika ja iäkkäät ihmiset ovat yleensä saaneet varsin vähän koulutusta. Toisaalta koulutukseen liittyy sukupolvittainen muutos, joka vaikeuttaa sen käyttöä sosioekonomisen aseman mittarina. Jokainen uusi ikäluokka on paremmin koulutettu kuin edellinen. Koulutuksen etuna taas on, että se on hankittu suhteellisen aikaisessa elämänvaiheessa. Koulutus vaikuttaa todennäköisesti toimintakykyyn enemmän kuin toimintakyky koulutukseen. Ammatin vahvuus sosioekonomisen aseman määrittäjänä on, että se kuvaa, kuinka vaativaa työ on esimerkiksi toimintakyvyn kannalta, mitkä ovat työolosuhteet ja mikä on palkan taso (Department of Health and Social Security 1980). Ongelmana ammatin perusteella tapahtuvassa luokittelussa ovat työelämän ulkopuolella olevat henkilöt (esim. kotiäidit, opiskelijat, eläkeläiset). Lisäksi ammatti ei ole enää eläkkeellä ollessa yhtä keskeinen sosiaalisen identiteetin määrittäjä kuin aikaisemmin. Tulojen ja varallisuuden ongelmia sosiaalisen aseman määrittelyssä ovat niiden mittaamisen vaikeus ja se, että kyselytutkimuksissa niitä koskeviin kysymyksiin ei vastata. Toisaalta tulot ovat epävakampi sosioekonomisen aseman mittari kuin koulutus (Hay 1988, ks. Rautio 2006). Mikään yksittäinen tekijä ei ole riittävä sosioekonomisen aseman mittari, vaan aina pitäisi käyttää sosioekonomisen aseman määrittelyssä useita muuttujia. Koulutus, ammattiasema ja tulot kuvaavat sosioekonomisen aseman eri ulottuvuuksia (Prättälä ja Salomaa 2004).

Lähteet

Arber S & Cooper H (1999) Gender differences in health in later life: the new paradox? *Social Science and Medicine* 48, 61-76.

Arber S & Ginn J (1993) *Gender and later life. A sociological analysis of resources and constraints*. London: Sage Publications.

Arday D R, Milton M H, Husten C G ym. (2003) Smoking and functional status among Medicare managed care enrollees. *American Journal of Preventive Medicine* 24, 234-241.

Aromaa A, Gould R, Hytti H ym. (2005) Toimintakyky, työkyky ja sairauden sosiaaliset seuraukset. Teoksessa A Aromaa ym. (toim.) *Suomalaisten terveys*. Saarijärvi: Duodecim, Stakes, KTL, 134-148.

Avlund K, Damsgaard M T & Osler M (2004) Social position and functional decline among non-disabled old men and women. *European Journal of Public Health* 14, 212-216.

Berkman CS & Gurland BJ (1998) The relationship among income, other socioeconomic indicators, and functional level in older persons. *Journal of Aging and Health* 10, 81-98.

Breeze E, Fletcher AE, Leon DA ym. (2001) Do socioeconomic disadvantages persists into old age? Self-reported morbidity in a 29-year follow-up of the Whitehall study. *American Journal of Public Health* 91, 277-283.

Camacho TC, Strawbridge WJ, Cohen RD ym. (1993) Functional ability in oldest old. Cumulative impact of risk factors from the preceding two decades. *Journal of Aging and Health* 5, 439-454.

Department of Health and Social Security (1980) *Inequalities in health: Report of a Research Working Group Chaired by Sir Douglas Black*. London: DHSS. (Black Report)

Geroldi C, Frisoni GB, Rozzini R ym. (1996) Disability and principal lifetime occupation in the elderly. *International Journal of Aging and Human Development* 43, 317-324.

Grundey E & Glaser K (2000) Socio-demographic differences in the onset and progression of disability in early old age: a longitudinal study. *Age and Ageing* 29, 149-157.

Guralnik J M, LaCroix A Z, Abbott R D ym. (1993) Maintaining mobility in late life. I. Demographic characteristics and chronic conditions. *American Journal of Epidemiology* 137, 845-857.

Guralnik J M & Kaplan G A (1989) Predictors of healthy aging: Prospective evidence from Alameda County Study. *American Journal of Public Health* 79, 703-708.

Harris T, Kovar M G, Suzman R ym. (1989) Longitudinal study of physical ability in the oldest-old. *American Journal of Public Health* 79, 698-702.

Haveman-Nies A, De Groot LC & Van Staveren WA (2003) Survey in Europe on Nutrition and the Elderly: a Concerted Action Study. Relation of dietary quality, physical activity, and smoking habits to 10-year changes in health status in older Europeans in the SENECA study. *American Journal of Public Health* 93, 318-323.

Hay DI (1988) Socioeconomic status and health status: a study of males in the Canada Health Survey. *Social Science & Medicine* 27, 1317-1325.

Heikkinen E, Arajärvi R-L, Era P ym. (1984) Functional capacity of men born in 1906-10, 1926-30 and 1946-50. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, suppl. 33.

Heikkinen E (1997) Iäkkäiden ihmisten terveys, toimintakyky ja elämänlaatu. Teoksessa P Era (toim.) Ikääntyminen ja liikunta, Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 108. Jyväskylä: LIKES, 1-16.

Heikkinen E (2000) Terve vanheneminen – utopia vai realistinen mahdollisuus? Teoksessa E Heikkinen & J Tuomi (toim.) Suomalainen elämäntyyli. Vantaa: Tammi, 216-234.

Heikkinen E (2002) Sairauksista toimintakykyyn. Teoksessa E Heikkinen & M Marin (toim.) Vanhuuden voimavarat. Helsinki: Tammi, 13-33.

Heikkinen E (2008) Sosiaalis-taloudellisten tekijöiden ja elintapojen yhteys vanhenemiseen. Teoksessa E Heikkinen & T Rantanen (toim.) Gerontologia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim s. 335-344.

Kirjonen J (1999) Työelämän kehitystrendit. Teoksessa J Kuusinen ym. (toim.) Ikääntyminen ja työ. Juva: Työterveyslaitos ja WSOY, 110-127.

Koskinen S, Martelin T & Sainio P (2007) Iäkkäiden toimintakyky: ulottuvuudet, viimeaikaiset muutokset ja kehitysnäkymät. Teoksessa T Martelin & N Kuosmanen (toim.) Ikääntyminen ja toimintakyky: haasteet tutkimukselle. Kolmas Kansallinen ikääntymisen foorumi 9.11.2006. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B24/2007. Helsinki:KTL, 15-25.

LaCroix AZ, Guralnik JM, Berkman LF ym. (1993) Maintaining mobility in late life. II. Smoking, alcohol consumption, physical activity, and body mass index. American Journal of Epidemiology 137, 858-869.

Laukkanen P (2003) Päivittäisistä toiminnoista selviytymistä arvioivat haastattelu- ja kyselytutkimukset. Teoksessa E Heikkinen & T Rantanen (toim.) Gerontologia. Helsinki: Duodecim, 255-266.

Martelin T, Koskinen S, Kattainen A ym. (2002) Changes in and differential in the prevalence of activity limitations among Finns aged 65-74: comparison of the Mini-Finland Health Examination Survey (1978-80) and the FINRISK-97. Yearbook of Population Research in Finland 38, 55-75.

Matthews R J, Smith L K, Hancock R M ym. (2005) Socioeconomic factors associated with the onset of disability in older age: a longitudinal study of people aged 75 years and over. Social Science & Medicine 61, 1567-1575.

Moore A A, Endo J O & Carter M K (2003) Is there a relationship between excessive drinking and impairment in older persons? Journal of the American Geriatrics Society 51:44-49.

Nelson H D, Nevitt M C, Scott J C ym. (1994) Smoking, alcohol, and neuromuscular and physical function of older women. Study of Osteoporotic Fractures Research Group. *JAMA* 272:1825-1831.

Palmore EB, Nowlin JB & Wang HS (1985) Predictors of function among the old-old. A 10-year follow-up. *Journal of Gerontology* 40, 244-250.

Parker MG, Thorslund M & Lundberg O (1994) Physical function and societal class among swedish oldest old. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 49, S196-S201.

Pohjolainen P, Kiiski J & Hervonen A (2004) Suoritusperusteiset toimintakyvyn mittaamenetelmät – tuloksia 90+ -projektista. *Gerontologia* 18, 131-139.

Prättälä R & Salomaa V (2004) Terveyskäyttäytyminen, biologiset vaaratekijät ja hoitokäytännöt terveyserojen selittäjinä. *Kansanterveys* 1, 11-12.

Pörn I (1993) Health and adaptedness. *Theoretical Medicine* 14:295-303.

Rahkonen O & Takala P (1998) Social class differences in health and functional disability among older men and women. The afflictions of class inequality: The case of Finland. *International Journal of Health Services* 28, 511-524.

Rautio N (2006) Seuruu- ja vertailututkimus sosioekonomisen aseman yhteydestä toimintakykyyn iäkkäillä henkilöillä, *Studies in Sport, Physical Education and Health* 113. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Rothenberg E, Bosaeus I & Steen B (1994) Food habits, food beliefs and socio-economic factors in an elderly population. *Scandinavian Journal of Nutrition* 38, 159-165.

Ruoppila I (2002) Psykkisen toimintakyvyn tukeminen. Teoksessa E Heikkinen & M Marin (toim.) *Vanhuuden voimavarat*. Helsinki: Tammi, 119-150.

Schroll M (2003) Aging, food patterns and disability. *Forum of Nutrition* 56:256-258.

Sonn U, Rothenberg E & Steen B (1998) Dietary intake and functional ability between 70 and 76 years of age. *Aging (Milano)* 10, 324-331.

Stuck AE, Walthert JM, Nikolaus T ym. (1999) Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review. *Social Science and Medicine* 48, 445-469.

Sulander T (2005) Functional ability and health behaviours. Trends and associations among elderly people, 1985-2003. Publications of the National Public Health Institute A3/2005. Helsinki: KTL.

Voutilainen P & Vaarama M (2005) Toimintakykymittareiden käyttö ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnissa. Raportteja 7/2005. Helsinki: Stakes.

WHO ja Stakes (2004) ICF – toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Helsinki: Stakes.

TOIMIJUUS IKÄÄNTYESSÄ

Riitta Koivula, projektisuunnittelija

Toimijuuden käsitteen kautta ikääntyvän ihmisen elämää voidaan lähestyä moniulotteisesti. Kyseeseen tulevat muun muassa yksilön biologiset vanhenemismuutokset ja niiden seuraukset ikääntyvän toimintakyvylle ja arkielämän sujuvuudelle. Toimintakäytäntöjen näkökulmasta ikääntyvän elämää voidaan tarkastella esimerkiksi kotihoitohenkilöstön kotikäyntien näkökulmasta. Toimijuus on kontekstuaalista ja muotoutuu tilanteellisesti erilaiseksi erilaisissa elinympäristöissä, kuten maalla tai kaupungissa, kotona tai palvelutalossa. Elämänsä näkökulmasta ikääntyvän toimijuus on pitkän elämän rakentunut erilaiseksi jättäen jälkensä muun muassa ikääntyvän tavoittelemiin päämääriin. Erilaiset yhteiskunnalliset tekijät kuten paikallisen palvelujärjestelmän rakenne ja lainsäädäntö raamittavat ikääntyvän toimijuutta. Artikkelissa avataan näkökulma toimintakyvyn laaja-alaisen arvioinnin ja tukemisen prosessin tarkastelemiseksi toimintakäytäntönä, joka rakenteistaa ikääntyvän toimijuutta.

Toimijuuden käsite

Jyrki Jyrkämä (2007, 2008) on tuonut sosiologisen toimijuuden käsitteen gerontologiseen tutkimukseen. Sosiologiassa on pitkä perinne toimivan ihmisen tarkasteluun. Toiminnan sosiologian klassiset näkemykset toimijasta, hänen motivaatiostaan toimia tietyllä tavalla sekä toiminnan rakenteellisista reunaehdoista on muotoillut Max Weber. Weberin mielestä toimintaa motivoivia determinantteja ovat merkitykset (Filmer et al. 1998). Toiminnan sosiologia on noussut sosiologian historiassa hänen jälkeensä aika ajoin esiin. Viimeksi se on noussut ajankohtaiseksi 1980-luvulla erilaisten toimijuuden teorioiden (theories of agency) yhteydessä. Emmanuel Tullen (2004) mukaan vanhojen ihmisten toimijuus kielletään traditionaalisesti.

Toimijuuden teorioissa toimija nähdään periaatteessa vapaana ja luovana, mutta hänen toimintansa katsotaan olevan erilaisten yhteiskunnallisten rakenteiden kehystämää. Suomessa tunnetuin esimerkki toimijuuden teorioista on Anthony Giddensin strukturaatioteoria. (Ruonavaara 2005.) Toimijuuden käsite liittyy oleellisesti Giddensin käsitteeseen rakenteen kaksitahoisuus (duality of structure) (Giddens 1984), jonka mukaan sosiaaliset rakenteet ovat sekä tulos inhimillisestä toiminnasta että toiminnan tuloksen syntymisen edellytys (Saaristo ja Jokinen 2004). Giddensin (1984) mukaan yhteiskuntatieteellisen tutkimuksen painopiste ei ole yksilön kokemuksen tutkimuksessa, eikä toisaalta myöskään yhteiskuntakokonaisuuden tutkimisessa, vaan strukturaatioteorian tavoin ajallisesti ja paikallisesti järjestyneissä sosiaalisissa käytännöissä. Jyrkämän (1995) mukaan ikääntymisen ottaminen ”giddensiläisen”

yhteiskunta-analyysin kohteeksi merkitsee siis sitä, että ikääntymistä on tutkittava ajallisesti ja paikallisesti sijaitsevana tapahtumisena, joka rakenteistuu jollakin tavalla tapahtumisensa hetkellä.

Ihminen ylläpitää, uusintaa tai muuttaa itse yhteisöään ja yhteiskuntaansa omilla usein rutiininomaiseksi muodostuneilla arjen valinnoillaan ja toiminnallaan – tai toimimatta jättämisellään. Giddensin (1984) mukaan arkielämä onkin pitkälti praktisen, itsestään selvän, tietoisuuden aluetta. Giddens pitää näkemystä praktisesta tietoisuudesta strukturaatioteorian keskeisenä ja leimaa antavana piirteenä. Praktisen tiedon tekee oleelliseksi sen merkitys nimenomaan reproduktiossa, todellisuuden uusintamisessa. Arkielämää on Giddensin mukaan tutkittava aina institutionaalistuneiden käytäntöjen ylläpitämisenä ja uusintamisena.

Toimintakyvyn laaja-alaisen arvioinnin ja tukemisen mallissa tällaisia käytäntöjä ollaan uudella tavalla vasta luomasta. Keskeisenä perus- ja arvolähtökohtana onkin ikääntyvän itsensä näkyväksi tekeminen toimivana, omaa elämänsä ja ikääntymistään rakentavana yhteiskunnan jäsenenä (Jyrkämä 1995).

Toimintakyvyn sosiaalisuus ja laaja-alainen arviointi

Perinteisessä gerontologisessa tutkimuksessa on tutkittu runsaasti ikääntyneiden toimintakykyä. Jyrki Jyrkämän (2007, 2008) mukaan sosiaaligerontologisessa toimintakyvyn tutkimuksessa olisi tehtävä näkökulmamuutos sosiaalisen toimintakyvyn tutkimisesta toimijuuden tutkimiseen – analyysiulottuvuuksilla osata, haluta, kyetä, täytyä, voida ja tuntea. Olisi siirryttävä sosiaalisesta toimintakyvystä toimintakyvyn sosiaalisuuden tutkimiseen; yksilöstä toimintaan, toimintakäytäntöihin ja toimintatilanteisiin; potentiaalisesta aktuaaliseen, performatiiviseen toimintakykyyn.

Lisäsyvyyttä toimijuuden ja performatiivisen toimintakyvyn tutkimiseen Jyrkämä hakee semioottisen sosiologian kautta. Semioottisessa sosiologiassa tarkastellaan kielessä ilmeneviä tekemisen tapoja (Sulkunen ja Törrönen 1997). On mahdollista puhua tekemisen modaalista ulottuvuuksista ja tehdä ero kuuden ulottuvuuden, osaamisen, kykenemisen, haluamisen, täytymisen, voimisen ja tuntemisen välillä: *osata* sisältää taidot ja tiedot; *kyetä* sisältää fyysisen, psyykkisen ja ”ruumiillisen” toimintakyvyn; *haluta* sisältää motivaation, tavoitteellisuuden ja päämäärät; *täytyä* sisältää tilanteen, kontekstin tuottamat pakot, jotka voivat olla fyysisiä, sosiaalisia, normatiivisia, moraalisia tai kulttuurisia; *voida* sisältää tilanteen tuomat ja avaamat mahdollisuudet, vaihtoehdot; *tunteminen* viittaa ihmisen perusominaisuuteen arvioida, arvottaa, kokea ja liittää kohtaamiinsa asioihin ja tilanteisiin tunteitaan. (Jyrkämä 2007.)

Ikääntyvän arkinen toiminta rakentuu siitä, mitä hän osaa, haluaa tai kykenee tekemään – ja mitä hänen syystä tai toisesta täytyy tehdä ja millaisia mahdollisuuksia erilaiset tilanteet hänelle luovat. Nämä ulottuvuudet liittyvät ikään, ajankohtaan ja ikäryhmään (ikä tutkimuksen APC-ongelma: A=age eli ikä; P=period eli ajankohta; C= cohort eli ikäryhmä). Iän karttuminen tuottaa erilaista osaamista, mutta voi tuoda myös eteen tilanteita, joissa ei enää kykenekään toimimaan. Toisaalta, eri-ikäisinä saatetaan haluta erilaisia asioita. Eri sukupolvilla on toisistaan poikkeavia osaamisia ja haluamisia.

Ajankohta voi puolestaan tuoda esiin tilanteita ja asioita, joihin ikääntynyt ihminen ei esimerkiksi enää haluakaan osallistua. (Jyrkämä 2003.)

Toimintakyvyn laaja-alaisen arvioinnin ja tukemisen näkökulmasta tämä tarkoittaa sitä, että kaikissa vuorovaikutussuhteissa vanhaan ihmiseen vanha ihminen nähdään lähtökohtaisesti toimijana, joka omalla toiminnallaan – sanoillaan ja teoillaan – luo myös itse vuorovaikutustilannetta. Hän liittyy vuorovaikutustilanteeseen omia tunteitaan ja merkityksiään, joiden juuret saattavat olla kaukana menneisyydessä. Toisaalta hänen ilmaisemaansa haluamista voi rakentaa myönteiset tulevaisuudenodotukset tai toisaalta tulevaisuudenpelot. Hän kykenee asioita, joita ympäristö pakottaa tai mahdollistaa, esimerkiksi kävelyn portaissa. Hän voi kokea liikkumisen ilona tai täytymisenä. Hän saattaa tuoda esiin tietämättömyytensä dementoivan sairauden merkityksistä tulevalle toimintakyvyllään jne. Toimijuus rakentuu, ja sitä reflektoidaan ja rakennetaan, tilanteellisesti.

Toimintakyvyn arvioinnin näkökulmasta toimijuuden käsite nostaa siis keskiöön fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja kokemuksellisen toimintakyvyn sosiaalisen rakentumisen arjen toimintatilanteissa. Ympäristö – laajasti ymmärrettynä – on joko yksilön toimintakykyä ja toimijuutta tukeva tai sitä ehkäisevä. Ruumiillisuus ja ympäristön materiaalisuus tuovat sekä rajoja että mahdollisuuksia ihmisen toiminnalle ja näitä onkin tutkittava samanaikaisesti (Giddens 1984).

Ikääntyvät ihmiset ovat heterogeeninen ryhmä. Esimerkiksi koti elinympäristönä voi luoda vanhukselle turvallisuuden tunnetta rakkaine esineineen tai toisaalta turvattomuuden tunnetta yksinäisyyden kokemuksen vuoksi. Jotakin ikääntyvää saattaa oma taloudellinen tilanne rauhoittaa ja kantaa, toista huolestuttaa. Toisella ikääntyvällä on laaja sosiaalinen verkosto, joka tukee häntä, toinen kokee itsensä yksinäiseksi. Tärkeää on kuunnella ikääntyvien itsensä määrittelemiä merkityksiä elämäntilanteelleen ja –ympäristölleen.

Toisaalta on yhtä merkittävää analysoida niitä ympäristön odotuksia, normeja, sääntöjä, mahdollisuuksia jne., joiden puitteissa ikääntyvä elämänsä rakentaa. Näistä tekijöistä ikääntyvä ihminen ei itse aina välttämättä ole riittävän tietoinen, vaikka olisi elämässään sisäistänyt niitä esimerkiksi ikävinä ’täytymisinä’ (tuntuvina normipaineina). David Silvermanin (2001) mukaan tutkimuksessa yleensä kaikkein mielenkiintoisimpia ovat ne asiat, joita osallistujat eivät itse huomaa.

Jyrki Jyrkämä (1995) on väitöstutkimuksellaan osoittanut muun muassa miten eri paikkakunnilla – kaupunki- ja maaseutuympäristössä – ikääntyvien näkemykset eroavat siinä, onko ikääntyvän sopivaa vaikkapa käydä eläkeläistansseissa tai elää rahojaan säästämättä ja tunteeko ikääntyvä ajan käyvän pitkäksi tai itsensä yksinäiseksi. Ikääntyvän toimijuus rakentuu historiallisesti, kulttuurisesti ja paikallisesti.

Toimijuusnäkökulma toimintakyvyn arvioinnissa

Toimintakyvyn laaja-alaista arviointia ja tukemista voi tarkastella toimijuuden käsitteen kautta. Toiminta tapahtuu aina tietyssä sosiohistoriallisessa ajassa ja paikassa, tietyssä

kontekstissa. Esimerkiksi vanhustyöntekijöiden arkinen toiminta pitkäaikaisosaston lounasruokailun aikana rakenteistaa ikääntyvän toimijuutta (Koivula 2008). Eri toimijoiden yhteistoiminta muodostaa toimintakäytäntöjä, joiden puitteissa ikääntyvän toimijuus muotoutuu. Toisaalta erilaiset asumisympäristöt tuottavat erilaista vanhuutta. Laaja-alaisen toimintakyvyn arvioinnin ja tukemisen voi nähdä eräänlaisena tavoitteellisesti rakennettuna toimintakäytäntönä tietystä vanhuksen historiallisesta ja kulttuurisesta elämäntilanteesta ja asuinympäristöstä.

Sosiologian näkökulmasta vanhenemisen tutkimuksessa on oleellista toiminnan ja tutkimuksen aika- ja paikkakontekstuaalisuus. Ikääntymistä olisi tarkasteltava kulttuurisena ja historiallisena ilmiönä. Sosiologisessa elämäntutkimuksessa toimijuuden käsite onkin yksi keskeisistä käsitteistä. Giele ja Elder (1998, 6-11) määrittelevät elämäntutkimuksen keskeisiksi kiinnostuksen kohteiksi sosiaalisen muutoksen, sosiaalisen rakenteen ja yksilöllisen toiminnan, ja keskeisiksi käsitteiksi sijainnin, linkittyvät elämät, toimijuuden ja ajoituksen. *Sijainti* (location, cultural background) viittaa historialliseen aikaan ja paikkaan, sosiaaliseen rakenteeseen ja kulttuuriin; *linkittyvät elämät* (linked lives, social integration) ovat tulosta yksilöiden vuorovaikutuksesta sosiaalisten instituutioiden ja sosiaalisten ryhmien kanssa; *toimijuus* (human agency, individual goal orientation) pukee sanoiksi pyrkimyksen persoonallisiin tavoitteisiin ja tunteen itsestä; *ajotus* (timing of lives, strategic adaption) käsittää kronologisesti järjestyneet tapahtumat yksilöiden elämässä, joita samanaikaisesti yhdistävät persoonalliset, ryhmä- ja historialliset tekijät. Jyrkämän toimijuusmallissa (2007) näiden tekijöiden merkityksien analysointi toimijuuden tilanteelliselle rakentumiselle on oleellista.

Anthony Giddens (1984) näkee yhteiskunnan koostuvan erilaisista sosiaalisista järjestelmistä, joiden perustana ovat niihin sisältyvät sosiaaliset toimintakäytännöt. Toimintakäytäntöjen – ja tässä Laato-prosessin – olennaisia ainesosia ovat niihin liittyvät erilaiset säännöt ja osallistujien resurssit. Toimintakäytännöissä toimijat soveltavat sääntöjä, käyttävät resursseja ja antavat merkityksiä ja määrittelyjä kyseessä olevalle toiminnalle. Tavoitteellinen, toistuva toiminta rutinoituu ja tuottaa seurauksia – niin aiottuja kuin tahattomiakin. Seuraukset voivat olla näkyviä tai näkymättömiä ja merkitä milloin muutosta, milloin taas toistuvuutta, muuttumattomuutta. (Jyrkämä 2003.)

Toimintakyvyn laaja-alaisen arvioinnin ja tukemisen näkökulmasta tämä tarkoittaa sitä, että prosessille rakentuu tietynlainen ajallinen kulku, jonka vanhat ihmiset kohtaavat erilaisissa elämäntilanteissaan. Arvioinnin ja tukemisen viitekehyksessä toimivat työntekijät tuovat tilanteisiin omia resurssejaan, tavoitteitaan, sääntöjään ja määrittelyjään, vanha ihminen omansa. Aikuisen vastuullisuuden huomiotta jättäminen koetaan Richard Sennettin (2004) mukaan kunnioittamisen puutteena. Prosessi rakentuu siis yhdessä luoden, dialektisesti (kuten Dannefer ym. 2008). Yhteinen toiminta tuottaa aiottuja – ja kenties tahattomasti myös joitakin ei-aiottuja – seurauksia ikääntyvän toimijuudelle.

Prosessissa rakennettava tukiohjelma paikallisine verkostoitumisineen eri toimijoiden kanssa rakentaa ikääntyvän toimijuudelle sosiaalisen vanhenemisen ympäristön, jonka merkityksiä laaja-alaiselle toimintakyvylle voi tutkia toimijuusmallin viitekehyksessä.

Keskeistä tällöin on hahmotella muun muassa niitä kehyksiä, joiden puitteissa eri toimijat toimivat. Keskeisten kehysten säännöt eivät ole vain mielen asioita, vaan ohjaavat myös toimintaa. Toimija sovittaa oman toimintansa niihin. Kehysten analysoinnilla vältetään kehysristiriidoilta. (Goffman 1986.)

Esimerkiksi vapaaehtoinen ulkouluystävä voi kehystää ulkona liikkumisen iäkkään fyysisen toimintakyvyn ylläpitämisenä ja saada oman motivaationsa vapaaehtoistyölle tästä viitekehuksesta. Vanhalle ihmiselle itselleen sama tilanne saattaa merkitä myös pääsyä katselemaan tuttua myönteisiä muistoja herättävää maisemaa ja kenties entisten tuttavien tapaamista tutulla kävelylenkillä. Nämä kehystykset saattavat olla lähempänä hänen omia elämänpäämääriään. Ulkona liikkumiseen sisältyy tarkoin analysoituna osaamista, haluamista, kykenemistä, tuntemista, täytymistä ja voimista. Toimijuuden modaliteettien avaamisen avulla toimintojen sisältämät kehys- ja merkitysmaailmat rikastuvat. Niiden hahmottelemisen kautta voidaan myös luoda visioita siitä, miten ja millä keinoin ikääntyvän itsenäistä elämää voitaisiin tukea paremmin.

Yhteenveto

Toimintakyvyn laaja-alaista arviointi- ja tukiprosessia voidaan tarkastella toimintakäytäntönä, joka rakenteistaa ikääntyvän toimijuutta. Oleellista on huomioida prosessiin rakentuneet säännöt, resurssit ja merkitykset, jotka aiotusti – tai ei-aiotusti – muokkaavat arjen yhteistoimintaa. Toimijuuden näkökulmasta vanha ihminen nähdään aktiivisena toimijana, joka liittyy eri tilanteisiin omaa osaamistaan, haluamistaan, kykenemistään, täytymistä, voimista ja tuntemista. Prosessin avulla voidaan parhaassa tapauksessa luoda ikääntyvälle uusia mahdollisuuksia toimintakyvyn ja toimijuuden ylläpitämiselle – autonomiseen elämään.

Tutkimuksellisesti prosessin tutkiminen toimintakäytäntönä edellyttäisi muun muassa toimintaa ohjaavien kehysten, sääntöjen, normien, vaiheiden jne. havainnointia ja aukikirjoittamista. Toimintakäytännöissä muodostuu lainomaisuutta, joka arjessa rakenteistaa ikääntyvän toimijuutta. Miten tämä prosessin toimintatilanteissa tapahtuu, olisi relevantti kysymys tutkimukselle.

Elämänkulun myötä ikääntyneiden elämäntavoitteet, identiteetti ja elämänhallinnan keinot ovat erilaistuneet. Ikääntyvät osaavat erilaisia asioita, he haluavat erilaisia asioita, he kokevat erilaiset asiat täytymisenä jne. Yhteiskunnallisesti rakentuneet elämäntavat synnyttävät eriarvoisuutta ja tätä kautta myös kokemusten erilaisuutta (Daatland ja Biggs 2004, 224): *"Rather than theorise [the] average experience, how can we better understand the full range of experiences and their outcomes?"* Erilaisten elämäntavojen vuoksi myös ikääntyvien tuen tarve on erilaista ja korostaa siten yksilöllisesti räätälöityjen tukiohjelmien merkitystä.

Vanhuuteen kuuluva haavoittuvuus kehon, mielen ja ihmissuhteiden tasolla syventää sosiaalisten tilanteiden haavoittavuutta (Sarvimäki ja Stenbock-Hult 2004). Laaja-alaisen toimintakyvyn arviointi- ja tukiprosessin käytännöllisenä haasteena on kyetä muun muassa haastattelutilanteissa toimimaan niin, että vanha ihminen voi omalta osaltaan olla muokkaamassa tilanteen kulkua omaa herkkyyttään suojellen. Toisaalta

haasteena on löytää kullekin yksilölle sopiva konkreettinen tukiohjelma toimintakyvyn ja toimijuuden vahvistamiselle, uusien 'voimisten' syntymiselle. Jollekin ikääntyvälle se saattaa merkitä osaamisen vahvistamista – esimerkiksi lisätiedon saamista dementoivasta sairaudesta – ja jollekin toiselle ikääntyvälle kykenemisten lisäämistä – esimerkiksi ulkoiluystävän kanssa ulos pääsyä liikkumiskyvyn kohentamiseksi.

Toimijuuden modaliteettien avaamisen avulla on mahdollista saada tarkempi kuva yksilöllisestä vanhuksesta yksilöllisessä elämäntilanteessaan tietystä historiallisesta ja kulttuurisesta ajassa ja paikassa. Näkökulma ei ole vain yksilössä vaan myös yhteiskunnassa, joka luo yksilön vanhenemiselle ja vanhuudelle omat odotuksensa, norminsa, sääntönsä ja mahdollisuutensa monitasoisten rakenteiden – kuten kulttuuristen vanhuskäsitysten, paikallisten vanhusjärjestöjen ja –projektien toiminnan, erilaisten valtakunnallisten politiikkaohjelmien ja kuntien vanhus- ja liikuntastrategioiden – avulla. Emmanuelle Tullen (2004) mukaan myöhäisvanhuutta ei voi ajatella ilman rakenteita, jos ajatellaan toimijuutta. Rakenteiden ajallisesti muuttuvissa puitteissa vanheneva ihminen pyrkii rakentamaan omannäköistään identiteettiä, toimintakykyä ja toimijuutta.

Lähteet

Daatland S & Biggs S (2004) Ageing and diversity, what next? Teoksessa SO Daatland & S Biggs (toim.) Ageing and Diversity. Multiple pathways and cultural migrations. UK: The Policy Press, 223-228.

Dannefer D, Stein P, Siders R & Patterson R (2008) Is that all there is? The concept of care and the dialectic of critique. *Journal of Aging Studies* 22, 101-108.

Filmer P, Jenks C, Seale C & Walsh D (1998) Developments in social theory. Teoksessa C Seale (toim.) Researching society and culture. London: Sage, 23–36.

Giele JZ & Elder GH (1998) Life Course Research: Development of the Field. Teoksessa JZ Giele & GH Elder (eds.) Methods of Life Course Research: Qualitative and Quantitative Approaches. London: Sage, 5-27.

Giddens A (1984) The constitution of society: outline of the theory of structuration. Cambridge: Polity.

Goffman E (1986) Frame analysis. An Essay on the Organization of Experience. Boston: Northeastern University Press.

Jyrkämä J (1995) ”Rauhaisesti alas illan lepoon”? Tutkimus vanhenemisen sosiaalisuudesta neljässä paikallisyhteisössä. *Acta Universitatis Tampereensis*, ser A vol 449. Tampere.

Jyrkämä J (2003) Ikääntyminen, toimintakyky ja toimintatilanteet. Teoksessa M Marin & S Halonen (toim.) Seniori- ja vanhustyö arjen kulttuurissa. Juva: PS-kustannus, 94–103.

Jyrkämä J (2007) Toimijuus ja toimijatilanteet. Teoksessa M Seppänen, A Karisto & T Kröger (toim.) Vanhuus ja sosiaalityö: sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Jyväskylä: PS-kustannus, 195-217.

Jyrkämä J (2008) Toimijuus, ikääntyminen ja arkielämä – hahmottelua teoreettismetodologiseksi viitekehyykseksi. Gerontologia 22, 190-203.

Koivula R (2008) Vanhuksen toimijuus ja pitkäaikaisosaston lounasruokailu. Gerontologia 22, 204-214.

Ruonavaara H (2005) Toiminnan sosiologia ja empiirinen tutkimus. Teoksessa P Räsänen, A Anttila, H Melin (toim.) Tutkimus menetelmien pyörteissä: Sosiaalitutkimuksen lähtökohdat ja valinnat. Juva: PS-kustannus, 163–180.

Saaristo K & Jokinen K (2004). Sosiologia. Juva: WSOY.

Sarvimäki A & Stenbock-Hult B (2004) Sårbarhet som utgångspunkt för etiken i äldreården. Gerontologia 2, 153-158.

Sennett R (2004) Kunnioitus eriarvoisuuden maailmassa. Tampere: Vastapaino.

Silverman D (2001) Interpreting qualitative data: methods for analysing talk, text and interaction. 2nd ed. London: Sage.

Sulkunen P & Törrönen J (1997) Arvot ja modaalisuus sosiaalisen todellisuuden rakentamisessa. Teoksessa P Sulkunen & J Törrönen (toim.) Semioottisen sosiologian näkökulmia. Sosiaalisen todellisuuden rakentuminen ja ymmärrettävyys. Tampere: Gaudeamus, 72–95.

Tulle E (2004) Rethinking agency in later life. Teoksessa E Tulle (toim.) Old age and agency. New York: Nova Science Publishers, 175–189.

IKÄÄNTYNEIDEN ELINTAVAT JA TOIMINTAKYKY

Tommi Sulander, tutkija

Elintavoilla on olennainen merkitys puhuttaessa ihmisten terveydestä ja niiden tutkiminen sekä seuraaminen ovat olennainen osa kansanterveystyötä. Elintapojen kuten tupakoinnin, liiallisen alkoholinkäytön, epäterveellisten ruokatottumusten ja vähäisen liikunnan on todettu olevan epäsuotuisassa yhteydessä terveydentilaan ja toimintakykyyn (Klatsky 2003, Peto ym. 1994, Pietinen ym. 1996, Stuck ym. 1999, Sulander ym. 2005). Positiiviset terveyskäyttäytymismuutokset, myös myöhemmällä iällä, ovat omiaan vaikuttamaan suotuisasti terveyteen.

Suomen eläkeikäisen väestön tupakoinnin, alkoholinkäytön ja ruokatottumusten väestötasoisista muutoksista on kertynyt tietoa vasta viime aikoina tietoa. Elintapatutkimukset ovatkin Suomessa sekä muissa maissa keskittyneet kuvaamaan työikäisiä. Tämä on osaltaan seurausta ikääntyneisiin kohdistuvien elintapojen kartoittavien tutkimusaineistojen vähäisestä määrästä.

Ikääntyneen toimintakykyyn vaikuttaa keskeisesti elämän aikana tehdyt elintapavalinnat (Kalache ja Kickbush 1997). Myös myöhemmällä iällä noudatetuilla elintavoilla on merkittävä vaikutus toimintakyvylle. Koska toimintakyky on ikääntyneelle ihmiselle koko elämää ylläpitävä perusedellytys, elintapoihin tulisi kiinnittää entistä enemmän huomiota suunniteltaessa ikääntyneisiin kohdistuvia toimintakykyinterventioita sekä toimintakykyä tukevia ohjelmia.

Toimintakykyä on perinteisesti tutkittu varsin kapea-alaisesti arvioimalla fyysisistä ja psyykkistä toiminnan tasoa. Näin ollen yksilöiden kokonaisvaltaisempi toimintakyvyn kartoitus on jäänyt vähemmälle huomiolle. Fyysisen ja psyykkisen arvioinnin lisäksi on tärkeää keskittyä myös yksilöiden toimintakyvyn sosiaaliseen ulottuvuuteen sekä kokemuksellisuuteen. Nämä tekijät yhdessä muodostavat toimintakyvyn laaja-alaisen kokonaisuuden, jonka arviointi on tärkeää kotona asumisen tukemiseksi.

Tässä artikkelissa käydään ensin läpi eri elintapojen merkityksellisyys terveydelle sekä esitetään ikääntyneiden ihmisten elintapojen viimeaikaisia muutoksia Suomessa. Tämän jälkeen esitellään elintapojen ja fyysisen toimintakyvyn yhteyksiä. Lopuksi pohditaan elintapojen merkitystä osana laaja-alaista toimintakyvyn arviointia.

Tupakointi

Tupakointi lisää terveydenhoitomenoja, koska se selkeä terveyden riskitekijä läpi elämänsäkaaren. Tupakoinnilla on selvä yhteys mm. sydän- ja verisuonitauteihin sekä syöpäsairauksiin (Peto ym. 1994, Luoto ym. 1998, Jacobs ym. 1999). Lisäksi tupakointi heikentää toimintakykyä (Stuck ym. 1999). Vaikka ikääntyneiden tupakointi Suomessa on alhaisella tasolla, on sen tutkiminen keskeinen osa kansanterveystyötä, koska

tupakointiin liittyvien sairauksien, kuten sydän- ja verisuonitautien yleisyys, on ikääntyneillä huomattavasti suurempi kuin nuoremmilla.

Eläkeikäisten tupakoitsijoiden määrä on vähäinen verrattuna työikäiseen väestöön vaikkakin valtaosa eläkeikäisistä miehistä on tupakoinut joskus elämänsä aikana. Nuoremmat ikäpolvet ovat puolestaan tupakoineet vähemmän ja ovat näin tasoittaneet miesten kokonaistupakoinnin osuutta siirtyessään eläkkeelle. Tämän päivän eläkeikäiset naiset kuuluvat vielä siihen ikäpolveen, joista valtaosa ei ole koskaan tupakoinut. Päivittäin heistä tupakoi noin 5 % (Laitalainen ym. 2008). Koska työikäiset naiset tupakoivat enemmän kuin vanhempi sukupolvi, ikääntyneiden päivittäistupakointi saattaa yleistyä nuorempien ikäpolvien siirtyessä eläkkeelle.

Miesten tupakointi on vähentynyt 1980-luvun puolesta välistä tähän päivään (Sulander 2004). Vuonna 2007 65-84-vuotiaista miehistä noin 11 % ilmoitti sauhuttelevansa päivittäin (Laitalainen ym. 2008). Mikäli miesten tupakoinnin aleneva trendi jatkuu, merkitsee se positiivisempaa tulevaisuutta tupakointiin liittyvien tautien osalta. Vaikka eläkeikäisten tupakointilukemat näyttävät kohtuullisilta, siviilisäädyn mukaisessa tarkastelussa on havaittu etenkin eronneiden ja leskimiesten keskuudessa noin kaksinkertainen määrä tupakoitsijoita naimisissa oleviin verrattuna (Sulander ym. 2004). Näin ollen tupakoinnin ehkäisemistyön tulisi eläkeikäisten osalta painottua yksin eläviin ja erityisesti miehiin unohtamatta kuitenkaan muita väestöryhmiä.

Alkoholinkäyttö

Alkoholinkäytön on todettu olevan syy-yhteydessä noin 60 erilaiseen sairauteen tai tapaturmaan (Gutjahr ym. 2001). Liiallinen alkoholinkäyttö aiheuttaa mm, sepelvaltimotautia, syöpätauteja, maksakirroosia, haimatulehduksia, kaatumisia, erilaisia tapaturmia, lisääntynyttä kuolleisuutta ja se heikentää toimintakykyä (Boffetta ja Garfinkel 1990, Rimm ym. 1991, LaCroix ym. 1993, Doll 1997, Simons ym. 2000, Klatsky 2003, Moore ym. 2003, Paljärvi ym 2005, Cawthon ym. 2006). Näin ollen on selvää, että alkoholin suurkuluttajat kuormittavat sairaalapalveluita. Esimerkiksi vuonna 2001 tilastoitiin Suomessa parisataatuhatta alkoholisairauksien aiheuttamaa hoitopäivää (Mäkelä 2003).

Sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten mukaan uudeksi ilmiöksi on ilmaantunut ikääntyneet alkoholin suurkuluttajat. Alkoholiongelmiin hoitoa tarvitsevien määrä onkin äkillisesti lisääntynyt (Stakes 2005, Mäkelä ja Österberg 2006). Ikääntyneiden alkoholin suurkuluttajien määrästä väestötasolla ei tosin ole kattavaa tietoa.

Alkoholia käyttävien ikääntyneiden määrä on lisääntynyt tasaisesti viimeisen parin vuosikymmenen ajan. Alkoholia viimeisen vuoden aikana käyttäneiden naisten määrä on lähes kaksinkertaistunut viimeisen parin vuosikymmenen aikana. (Laitalainen ym. 2008). Raittiiden määrä on siis radikaalisti vähentynyt. Tämä ei tietysti kerro kuinka moni suomalainen juo liikaa ja kärsii alkoholihaitoista, mutta raittiuden väheneminen kertoo sen, että alkoholista on tullut yhä useamman ikääntyneen arkipäivää.

Viikoittaiselle alkoholikäytölle on asetettu eriasteisia riskirajoja vuosien saatossa. Yleisesti käytetyt riskirajat on tehty silmälläpitäen terveitä työikäisiä ihmisiä. Usein näissä suosituksissa ei lainkaan mainita tätä asiaa. Tämä informaatio olisi aina lisättävä suosituksiin, koska ikääntyneille nämä rajat ovat selkeästi liian korkeita. Tämä siitä syystä, että lääkkeiden käyttö ja krooniset sairaudet lisääntyvät iän myötä. Näiden tekijöiden yhteisvaikutukset tekevät ikääntyneisiin liittyvän alkoholin käyttösuosituskustelun erityisen haasteelliseksi.

Yhdysvalloissa on 65+ vuotiaiden riskirajoiksi asetettu enintään 7 annosta alkoholia viikossa ja enintään 2 annosta kerralla (American Geriatrics Society 1997). Nämä suositukset on laadittu huomioiden lääkkeiden ja sairauksien yleistymisen iän myötä. Suomessa on seurattu yhdysvaltojen mallia asettamalla ikääntyneiden alkoholikäytölle samat suositusrajat.

Eläkeikäisen väestön terveystutkimustutkimukseen perustuvissa jatkoanalyysissä on tarkasteltu vähintään 8 annosta viikossa alkoholia käyttäviä 65-79-vuotiaita miehiä ja vähintään 5 annosta käyttäviä vastaavanikäisiä naisia (Sulander ym. 2004). Näiden määrien mukaisesti alkoholia käyttävien miesten ja naisten määrä on kaksinkertaistunut 1980-luvun loppupuolelta uuden vuosituhannen alkuun. Naisten määrä on vielä uudella vuosituhanella suhteellisen alhainen. Vaikka alkoholia viikoittain käyttävien määrä lisääntyy, on heidän keskimääräinen viikoittainen käyttömäärä pysytellyt vuosien varrella samana. Yhä useampi ikääntynyt käyttää siis alkoholia muttei keskimäärin sen enempää kuin aiemmin. Tästä huolimatta oletettavaa on, että kohtuukäytön yleistyessä myös suurkuluttajien määrä lisääntyy.

Ikääntyneiden alkoholinkäyttö on siis yleistynyt tasaisesti jo parin vuosikymmenen ajan. Viimeisenä silauksena tälle kehitykselle on ollut alkoholiveron alentaminen joka lisäsi alkoholiongelmien määrää väestössä. Tämä tosin ei tule selkeästi esille kyselytutkimusten tuloksissa. Yhtenä tekijänä alkoholin lisääntymiselle voidaan pitää uusien ikäpolvien siirtymistä eläkkeelle. Heille alkoholi on ollut osa elämää jo työikäisen kun taas vanhemmille ikäpolville, jotka ovat eläneet pitkän alkoholisäännöstelyn ajanjakson, alkoholi on ollut vieraampi elintapa. Toisaalta yhteiskunnalliset muutokset kuten alkoholin saatavuus ja hinta vaikuttavat omalta osaltaan väestön keskimääräisiin alkoholin kulutuslukemiin.

Kyselytutkimuksista saadut tiedot alkoholikäytön määristä ovat usein aliarvioita. Eräiden arvioiden mukaan itse raportoidun kulutuksen voisi kertoa kahdella, jolloin se suunnilleen vastaisi todellista kulutusta (Poikolainen 1985, Simpura ym. 1997). Tästä huolimatta yleisellä tasolla tapahtunut alkoholin juonnin lisääntyminen on huomionarvoinen ilmiö etenkin kun suuret ikäluokat, joiden alkoholinkäyttö on vuosien saatossa lisääntynyt, siirtyvät eläkkeelle.

Ruokatottumukset

Ruokatottumukset ovat keskeinen osa terveystutkimusta, koska niillä on merkittävä osuus kroonisten sairauksien synnyssä (Pietinen ym. 1996, Puska 2000). Terveellinen ruokavalio alentaa etenkin sydän- ja verisuonitautikuolleisuutta (Huijbregts ym. 1997).

Ikääntyneiden ruokatottumusten tutkiminen ja arviointi onkin tärkeää, koska kroonisten sairauksien määrä lisääntyy iän myötä.

Suomalaisten ruokatottumukset ovat perinteisesti sisältäneet suuren määrän tyydyttynyttä rasvaa ja vähäisen määrän vihanneksia ja hedelmiä. Pohjois-Karjala – projektista (Puska ym. 1995) seurannut valistuksen lisääntyminen onkin painottanut ruokatottumusten osalta rasvan määrän vähentämistä ja vihannesten/hedelmien käytön lisäämistä (Puska ym. 1995, Puska 2000, Pietinen ym. 2001). Rasvojen osalta keskeisimpänä tavoitteena on ollut vähentää tyydyttyneen rasvan määrää ruokavaliossa ja korvata se osin tyydyttymättömillä rasvoilla

Ikääntyneiden elintavat ovat ruokatottumusten osalta kehittyneet suotuisasti, joskin ne ovat vielä hieman työikäistä väestöä perinteisemmät. Suomessa 1970-luvun lopulla alkanut terveystilastus, etenkin ruokavalion osalta, näyttää vaikuttaneen kansalaisten valintoihin. Etenkin maitorasvojen käyttö on alentunut.

Vuonna 1985 yli 60 % Suomen eläkeikäisistä käytti voita leivällä. Osin tämä johtui voion dominoivasta asemasta kauppojen rasvavalikoimissa. Tähän tilanteeseen tuli kuitenkin muutos muutamaa vuotta myöhemmin. Ns. margariinivallankumous 1980-luvun lopulla toi kansalaisten ulottuville monia vaihtoehtoisia levitteitä leivälle. Tämä myötä ihmisillä oli mahdollisuus valita millä rasvatuotteella voitelee leipänsä ja paistaa ruokansa. Ihmisten tietous rasvojen terveystaakasta yhdistettynä rasvojen tuotevalikoiman runsauteen toimivat selkeänä lähtölaukauksena voion käytön alenemiselle. Tämä kehitys on jatkunut viimeiset pari vuosikymmentä niin, että vuonna 2007 alle 10 % eläkeikäisistä miehistä ja naisista voiteli leipänsä voilla (Laitalainen ym. 2008).

Samoin rasvaisimpien maitolaatujen juojia on enää noin kolmannes parin vuosikymmenen takaiseen aikaan verrattuna. Lisäksi ruoan valmistuksessa yhä useampi laittaa paistinpannulle kasviöljyä. Tuoreiden vihannesten ja hedelmien päivittäinen käyttö on lisääntynyt, joskaan ei yhtä positiivisessa kehityssuunnassa verrattuna rasvojen käyttöön. Rasvan määrän vähentäminen ja kasvisten käytön lisääminen ovatkin yleisimpiä terveystaakasta eläkeikäisillä (Laitalainen ym. 2008). Myös muutamissa muissa maissa on todettu Suomea vastaavia tuloksia terveellisten ruokatottumusten yleistymisestä ikääntyneillä (Popkin ym. 1992, Rothenberg ym. 1994, Eiben ym. 2004, Mokdah ym. 2004).

Liikunta

Säännöllisellä liikunnalla on terveyttä edistävä vaikutus (WHO 2006). Fyysisesti aktiivisilla ihmisillä on keskimäärin huomattavasti alhaisempi kuolleisuus- ja sairastavuusriski kuin vähän liikkuvilla (WHO 2006, Hamer ja Chida 2008).

Suomalaiset eläkeikäiset ovat aktiivista kansaa monine harrastuksineen. Etenkin päivittäinen kävely on yleistä. 65-84-vuotiaista keskimäärin yli 80 % kävelee vähintään 2-3 kertaa viikossa ja hieman alle puolet kävelee päivittäin vähintään puoli tuntia (Laitalainen ym. 2008). Kävelyä eläkeikäiset ovat harrastaneet aktiivisesti viimeisen parin vuosikymmenen ajan. Kävelyharrastuksen yleisyyttä saattaa osaltaan selittää se,

että kävely on helppo sisällyttää päivittäisten toimintojen suorittamiseen. Vaikka kävelyaktiivisuudessa ei ole havaittavissa erityisiä muutoksia vuosien saatossa, suomalaisten kävelyaktiivisuudella voidaan olettaa olevan ainakin toimintakykyä ylläpitävä vaikutus väestötasolla tarkasteltuna. Muun liikunnan (esim. pyöräily, uinti, voimistelu, liikuntapelit) kuin kävelyn päivittäisestä harrastamisesta raportoi noin 15 prosenttia 65-84-vuotiaista (Laitalainen ym. 2008).

Iän myötä liikunnan yleisyys oletettavasti vähenee toimintavajeiden lisääntyessä. Tästä huolimatta 80-84-vuotiaista miehistä ja naisista noin 40 prosenttia ilmoittaa kävelevänsä päivittäin vähintään puoli tuntia (Laitalainen ym. 2008). Kävely onkin monille ikääntyneille suotuista liikkumisen muoto. Loukkaantumisen vaara ja mm. niveliin kohdistuva rasitus on vähäisempää kuin monissa suurempaa intensiteettiä vaativissa lajeissa.

Kotitapaturmien ehkäisy on tärkeä osa terveyden edistämistä. Tilastokeskuksen tietojen mukaan 75 vuotta täyttäneiden naisten tapaturmista noin 80 prosenttia tapahtuu kotona kaatumisen tai liukastumisen seurauksena (Piispa ja Heiskanen 2005). Kohtalokkaimpia seurauksia näistä kaatumisista ovat lonkkamurtumat. Liikunnan ja lihaskunnan ylläpitämisellä on tärkeä merkitys toimintakyvyn vajeita ja kotitapaturmia ehkäisevänä tekijänä. Näin liikunta edesauttaa itsenäistä selviytymistä, edistäen kotona asumisen mahdollisuutta mahdollisimman pitkään.

Toimintakyvyn ylläpitäminen tai kohentuminen edellyttää säännöllistä liikuntaa, mutta jo vähäisellä liikunnalla voi olla positiivisia vaikutuksia elämänlaatuun. Etenkin ryhmäliikuntaan sisältyy myös kontakti muihin ihmisiin mikä on puolestaan omiaan ylläpitämään sosiaalista toimintakykyä. Vaikka väestötasoinen tieto ikäihmisten kuntoliikunnasta onkin vähäistä, tulos kävelyn yleisyydestä on rohkaiseva ja osoittaa ikäihmisten olevan erittäin aktiivisia kansalaisia. Suomen eläkeikäiset näyttävät Kansanterveyslaitoksen tutkimuksen mukaan olevan myös hyvin yksimielisiä siitä, että liikunnan harrastaminen kannattaa aina. Noin 95 prosenttia vastanneista on samaa mieltä tämän väittämän kanssa (Laitalainen ym. 2008).

Toimintakyky ja elintavat

Yhä useampi ikääntynyt ihminen selviytyy ilman suuria vaikeuksia päivittäisistä askareista ja liikkumiskykyä vaativista tehtävistä verrattuna ikääntyneisiin pari vuosikymmentä sitten (Sulander ym. 2003, Sulander ym. 2006). Toimintakyvyn kohenemiseen vaikuttavat monet tekijät. Yhtenä keskeisenä fyysinen toimintakykyyn vaikuttavina tekijöinä ovat elintavat (Stuck ym. 1999, Sulander ym. 2005). Etenkin tupakointi, runsas alkoholinkäyttö ja vähäinen fyysinen aktiivisuus ovat yhteydessä toimintakyvyn vajeisiin.

Tupakoinnin ja toimintakyvyn yhteys on selvä ja se on todettu useissa tutkimuksissa (Stuck ym. 1999, Ostbye ym. 2002, Arday ym. 2003, Sulander 2005). Tupakoivilla on todettu olevan heikompi toimintakyky kuin tupakoimattomilla ja tupakoinnin lopettaneilla. Tupakoimattomien on todettu elävän terveempänä ja toimintakykyisempänä elämänsä viime vuodet tupakoiviin verrattuna (Nusselder ym.

2000). Lisäksi tupakoimattomien toiminnanvajeiden määrä on tupakoinnin lopettaneita alhaisempi. Tämä tupakoimattomien ja tupakoinnin lopettaneiden välisen eron on todettu osin liittyvän kroonisiin sairauksiin, etenkin miehillä (Sulander 2005). Kun näiden sairauksien vaikutus on tutkimuksissa vakioitu, ero on hävinnyt. Todennäköisesti osa miehistä on lopettanut tupakoinnin silloin kun sairaus on todettu. Näin ollen näillä sairauksilla saattaa olla voimakkaampi vaikutus toimintakykyyn kuin tupakointihistorialla.

Alkoholinkäytön ja toimintakykyvaikeuksien välillä on todettu olevan U-käyrän muotoinen yhteys. Tulokset osoittavat, että vähän tai kohtuullisesti alkoholia käyttävien toiminnanvajeiden määrä on vähäisempi kuin ei lainkaan tai runsaasti alkoholia käyttävillä (Sulander ym. 2005). Alkoholinkäytöllä näyttäisi siis olevan negatiivinen vaikutus toimintakykyyn siirryttäessä vähäisestä ja keskitasoisesta käytöstä runsaaseen käyttöön. Kohtuullisesti alkoholia käyttävien on puolestaan todettu säilyttävänsä paremman liikkumiskyvyn pidempään kuin ei lainkaan alkoholia käyttävät (Oslin 2000, Klatsky 2000). Onkin todettu, että 1-7 annosta alkoholia viikossa vaikuttaa jossain määrin suotuisasti terveydentilaan.

Kohtuullisen alkoholinkäytön mahdollisia terveysvaikutuksia tulkittaessa on syytä huomioida mahdollisten muiden tekijöiden vaikutus tähän yhteyteen. Vaikka tutkimuksissa tehdyissä tilastollisissa analyyseissä kontrolloidaan mahdollisimman monien muiden tekijöiden vaikutus, on todennäköistä, että kaikkien tekijöiden vaikutusta ei voida vakioida. Joidenkin tulkintojen mukaan alkoholia kohtuullisesti käyttävät noudattavat yleisesti terveellisiä elintapoja, jotka yhdessä vaikuttavat siihen, että heillä on myös parempi terveys kuin esimerkiksi ei lainkaan alkoholia käyttävillä. Kun näiden muiden elintapojen vaikutus on kontrolloitu, jää kohtuullisen alkoholinkäytön vaikutus terveyteen edelleen voimaan (Sulander ym. 2005). Tällöin voidaan pohtia mitkä muut tekijät mahdollisesti voivat tähän vaikuttaa. Mahdollisia muita tekijöitä voivat olla esimerkiksi alkoholia kohtuullisesti käyttävien aktiivisempi sosiaalinen elämä tai vaikkapa tasapainoisempi mielenterveys.

Ruokatottumusten ja fyysisen toimintakyvyn välisiä yhteyksiä ei ole tutkittu kovinkaan paljon vaikka riittävällä energian ja ravintoaineiden saannilla on keskeinen merkitys toiminnanvajeiden ehkäisyn kannalta (Schroll 2003b). Muutamia tutkimuksia ruokatottumusten suorasta yhteydestä fyysiseen toimintakykyyn ovat havainneet osin ristiriitaisia tuloksia. Osa tutkimuksista on havainnut epäterveellisten ruokatottumusten olevan yhteydessä toimintakyvyn vajeisiin (Rothenberg ym. 1994, Sulander ym. 2005) ja osassa tutkimuksia tätä yhteyttä ei ole havaittu (Sonn ym. 1998, Haveman-Nies ym. 2003). Ruokatottumusten ja toimintakyvyn välistä yhteyttä tarkastelevien tutkimusten vertailu on ongelmallista, koska eri maissa tehtyjen tutkimusten tutkimusasetelmat eivät ole vertailukelpoisia. Kysymykset ovat erilaisia ja lisäksi eri maiden ruokakulttuuri luo oman haasteensa tähän keskusteluun.

Säännöllistä liikuntaa harrastavilla on selvästi parempi liikuntakyky kuin vähän liikkuvilla. Tämä yhteys on niin voimakas, että muut elintavat ja krooniset sairaudet eivät sitä selitä (LaCroix ym. 1993, Young ym. 1995, Wang ym. 2002). Pitkittäistutkimukset ovat selkeästi osoittaneet kohtalaisen ja raskaan liikuntaaktiivisuuden vähentävän toiminnanvajeiden riskiä myöhemmällä iällä (Simonsick ym.

1993, Schroll 2003b). Ikääntyneillä liikunta-aktiivisuuden ei välttämättä tarvitse olla raskasta hikoilua tuottavaa liikuntaa, koska jo kävelyaktiivisuuden lisäämisellä on todettu olevan suotuisa vaikutus toimintakykyyn (Seeman ym. 1995). Ikääntyneille tärkeintä on liikunnan säännöllisyys (LaCroix ym. 1993).

Elintavat osana toimintakyvyn laaja-alaista arviointia

Tietoa elintapojen vaikutuksesta ihmisten terveyteen on kertynyt vuosien varrella mittava määrä. Myönteiset muutokset suomalaisen väestön elintavoissa ja kroonisten tautien riskitekijöissä ovat olennaisesti parantaneet väestön sydän- ja verisuoniterveyttä ja vähentäneet myös monien muiden kroonisten tautien yleisyyttä. Tämä on epäilemättä vaikuttanut väestön toimintakyvyn paranemiseen ja raihnaisen vaiheen siirtymiseen yhä myöhäisempään ikään.

Elintapojen tulisi olla keskeisessä osassa toteutettaessa moniulotteisia interventioita ja tukiohjelmaa, joissa keskitytään kokonaisvaltaisesti ikäihmisen elämään. Laaja-alaisessa toimintakyvyn arvioinnissa kartoitetaan toimintakyvyn eri ulottuvuuksia sekä myös elintapoja haastatteluin ja kyselyin, joiden perusteella käydään yksilöllisiä palautekeskusteluja. On tärkeää kuulla ikääntyneen ihmisen omia kokemuksia elintapoihin liittyvistä tuloksista ja siitä millaisia merkityksiä ihminen kokee omilla elintavoilla olevan. Varsinaista tukiohjelmaa rakennetaan yhdessä keskustellen. Yksilöllä itsellään on näin mahdollisuus vaikuttaa toimintakykyä tukevien toimintojen kehittämiseen sekä myös valita mitä keinoja hän käyttää tai jättää käyttämättä. Tärkeää on myös kunnioittaa ikääntyneen ihmisen kokemuksellisuutta siitä mitä hän voi ja haluaa tehdä oman toimintakyvyn tukemiseksi. Yhdessä laaditun tukiohjelman etenemistä seurataan ja tilannetta voidaan arvioida prosessin edetessä uudelleen. Tietoisuus elintavoista ja niiden merkityksestä omaan elämään rakentuu yksilöllisen prosessin kautta eikä asiantuntijan ohjeistuksena siitä mitä voi tehdä ja mitä ei.

Edelleen interventiot ja tukiohjelmat keskittyvät liian suppeasti ikääntyneiden elämän kokonaisuuteen ja arvioinneissa ja ohjelmien rakentamisessa tukeudutaan liiaksi asiantuntijoiden näkemyksiin siitä mitä tulisi tehdä ja mitä tehdään. Laaja-alainen toimintakyvyn arviointi poikkeaa perinteisistä malleista siinä, että tukiohjelmat rakennetaan yhdessä ikääntyneen ihmisen kanssa. Pyrkimys on näin saada ihminen motivoitumaan tehtyihin ratkaisuihin. Yksilöllinen prosessi kunnioittaa kokemuksellisuutta ja ikääntyvän ihmisen omaa ääntä. Ikääntyneelle ihmiselle syntyy näin kokemus arvostetuksi tulemisesta.

Ennaltaehkäisevä näkökulma ei ole ikääntyneiden kohdalla saavuttanut toivottua tasoa vaan edelleen myös hoito ja kuntoutus pureutuu sairauksien ja vajeiden parantamiseen. Yhtenä keskeisenä tavoitteena tulisi olla niiden perusedellytysten ylläpitäminen ja parantaminen, jotka mahdollistavat laadukasta elämää tukevan toiminnan. Tällöin tulee kehittää niitä fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia puitteita, joiden parissa yksilö elää.

Kotona asumisen mahdollisuutta ja sitä tukevien palvelujen saatavuutta vaivaa tällä hetkellä liiaksi näkemys ihmisen itsenäisestä fyysisestä suoriutumisesta omassa kodissaan. Interventioiden ja tukiohjelmien suunnittelussa itse toiminnan,

toimintakäytäntöjen sekä toimintatilanteiden näkökulma tulisi ottaa yhdeksi keskeisimmäksi näkökulmaksi ikääntyneiden autonomisuuden sekä elämänlaadun kehittämisessä ja ylläpitämisessä. Asuin ympäristön toimivuus yhdessä yksilöllisten elintapamuutosten kanssa ovat keskeisiä tekijöitä itsenäisen selviytymisen ja laadukkaan elämän ylläpitämisessä. Laaja-alainen toimintakyvyn arviointi mahdollistaa yksilön elintapatottumusten kartoituksen ja antaa rakentavan lähtökohdan suunnitella ikääntyneen kanssa yhdessä niitä elintapamuutoksia, jotka ikääntynyt ihminen itse kokee tarpeellisiksi ja joihin hän haluaisi muutoksia.

Lähteet

American Geriatrics Society (1997) Clinical Guidelines: Alcohol Use Disorders in Older Adults. New York: American Geriatrics Society.

Arday DR, Lapin P, Chin J & Preston JA (2002) Smoking patterns among seniors and the medicare stop smoking program. *Journal of the American Geriatrics Society* 50:1689-1697.

Boffetta P & Garfinkel L (1990) Alcohol drinking and mortality among men enrolled in an American Cancer Society prospective study. *Epidemiology* 1:342-348.

Cawthon PM, Harrison SL, Baret-Connor E ym. (2006) Alcohol intake and its relationship with bone mineral density, falls, and fracture risk in older men. *Journal of the American Geriatrics Society* 54:1649-1657.

Doll R (1997) One for the heart. *British Medical Journal* 315:1664-1668.

Eiben G, Andersson CS, Rothenberg E, Sundh V, Steen B & Lissner L (2004) Secular trends in diet among elderly Swedes – cohort comparison over three decades. *Public Health Nutrition* 7:637-644.

Gutjahr E, Gmel G & Rehm J (2001) Relation between average alcohol consumption and disease: An overview. *European Addiction Research* 7:117-127.

Hamer M & Chida Y (2008) Walking and primary prevention: A meta-analysis of prospective cohort studies. *British Journal of Sports Medicine* 42:238-243.

Haveman-Nies A, De Groot LC & Van Staveren WA (2003) Survey in Europe on Nutrition and the Elderly: A Concerted Action Study. Relation of dietary quality, physical activity, and smoking habits to 10-year changes in health status in older Europeans in the SENECA study. *American Journal of Public Health* 93:318-323.

Huijbregts P, Feskens E, Räsänen L ym. (1997) Dietary pattern and 20 year mortality in elderly men in Finland, Italy, and the Netherlands: Longitudinal cohort study. *British Medical Journal* 315:13-17.

Jacobs DR Jr, Adachi H, Mulder I, Kromhout D, Menotti A, Nissinen A & Blackburn H (1999) Cigarette smoking and mortality risk: Twenty-five-year follow-up of the Seven Countries Study. *Archives of Internal Medicine* 159:733-740.

Kalache A & Kickbush I (1997) "A global strategy for healthy ageing." *World Health* 4:4-5.

Klatsky AL (2003) Drink to your health? *Scientific American* 288: 62-69.

LaCroix AZ, Guralnik JM, Berkman LF, Wallace RB & Satterfield S (1993) Maintaining mobility in late life. II. Smoking, alcohol consumption, physical activity, and body mass index. *American Journal of Epidemiology* 137:858-869.

Sulander T, Helakorpi S, Nissinen A & Uutela A (2008) Eläkeikäisen väestön terveystähtäytyminen ja terveys keväällä 2007 ja niiden muutokset 1993-2007. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja, B14/2008. Helsinki.

Luoto R, Poikolainen K & Uutela A (1998) Unemployment, sociodemographic background and consumption of alcohol before and during the economic recession of the 1990s in Finland. *International Journal of Epidemiology* 27:623-629.

Mokdad AH, Giles WH, Bowman BA, Mensah GA, Ford ES, Smith SM & Marks JS (2004) Changes in health behaviors among older Americans, 1990 to 2000. *Public Health Reports* 119:326-361.

Moore AA, Endo JO & Carter MK (2003) Is there a relationship between excessive drinking and functional impairment in older persons? *Journal of the American Geriatrics Society* 51:44-49.

Mäkelä P (2003) Alkoholin käyttö ja haitat lisääntyvät. *Duodecim* 119: 2481-2487.

Mäkelä P & Österberg E (2006) Alkoholin kulutus kasvaa – lisääntyykö hyvinvointi? Teoksessa M Kautto (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2006*. Stakes, Helsinki s. 306-328.

Nusselder WJ, Looman CW, Marang-van de Mheen PJ, van de Mheen H & Mackenbach JP (2000) Smoking and the compression of morbidity. *Journal of Epidemiology and Community Health* 54:566-574.

Oslin DW (2000) Alcohol use in late life: Disability and comorbidity. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology* 13:134-140.

Ostbye T, Taylor DH & Jung S-H (2002) A longitudinal study of the effects of tobacco smoking and other modifiable risk factors on ill health in middle-aged and old Americans: Results from the Health and Retirement Study and Asset and Health Dynamics among the Oldest Old Survey. *Preventive Medicine* 34:334-345.

- Paljärvi T, Mäkelä P & Poikolainen K (2005) Pattern of drinking and fatal injury: A population-based follow-up study of Finnish men. *Addiction* 100: 1851-1859.
- Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M & Heath C (1994) *Mortality from smoking in developed countries 1950-2000*. Oxford University Press Inc., New York.
- Pietinen P, Lahti-Koski M, Vartiainen E & Puska P (2001) Nutrition and cardiovascular disease in Finland since the early 1970s: A success story. *J Nutr Health Aging* 5:150-154.
- Pietinen P, Vartiainen E, Seppänen R, Aro A & Puska P (1996) Changes in diet in Finland from 1972 to 1992: Impact on coronary heart disease risk. *Preventive Medicine* 25:243-250.
- Piispa M & Heiskanen M (2005) Tapaturmat ja väkivallan kokemukset. Teoksessa P Myrskylä (toim.) *Tallella ikä eletty – ikääntyminen tilastoissa*. Tilastokeskus, Elinolot 2005, Helsinki, s. 143-154.
- Popkin BM, Haines PS & Patterson RE (1992) Dietary changes in older Americans, 1977-1987. *American Journal of Clinical Nutrition* 55:823-830.
- Puska P (2000) Nutrition and mortality: The Finnish experience. *Acta Cardiol* 55:213-220.
- Puska P, Tuomilehto J, Nissinen A & Vartiainen E (toim.) (1995) *The North Karelia Project: 20-year results and experiences*. Helsinki: Helsinki University Printing House.
- Rimm EB, Giovannucci EL, Willett WC, Colditz GA, Ascherio A, Rosner B & Stampfer MJ (1991) Prospective study of alcohol consumption and risk of coronary disease in men. *Lancet* 338:464-468.
- Rothenberg E, Bosaeus I & Steen B (1994) Food habits, food beliefs and socio-economic factors in an elderly population. *Scandinavian Journal of Nutrition* 38:159-165.
- Schroll M (2003a) Physical activity in an ageing population. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports* 13:63-69.
- Schroll M (2003b) Aging, food patterns and disability. *Forum of Nutrition* 56:256-258.
- Seeman TE, Berkman LF, Charpentier PA, Blazer DG, Albert MS & Tinetti ME (1995) Behavioral and psychosocial predictors of physical performance: MacArthur studies of successful aging. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences* 50:M177-M183.
- Simonsick EM, Lafferty ME, Phillips CL ym. (1993) Risk due to inactivity in physically capable older adults. *American Journal of Public Health* 83:1443-1450.

Sonn U, Rothenberg E & Steen B (1998) Dietary intake and functional ability between 70 and 76 years of age. *Aging (Milano)* 10:324-331.

Stakes (2005) Päihdetilastollinen vuosikirja 2005. Alkoholi ja huumeet. STAKES, SVT Sosiaaliturva, Helsinki.

Stuck AE, Walthert JM, Nikolaus T, Bula CJ, Hohmann C & Beck JC (1999) Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: A systematic literature review. *Social Science and Medicine* 48:445–469.

Sulander T, Rahkonen O & Uutela A (2003) Functional ability in the elderly Finnish population: Time period differences and associations, 1985-99. *Scandinavian Journal of Public Health* 31:100–106.

Sulander T, Helakorpi S, Rahkonen O, Nissinen A & Uutela A (2004) Smoking and alcohol consumption among the elderly: Trends and associations, 1985-2001. *Preventive Medicine* 39:413-418.

Sulander T, Martelin T, Rahkonen O, Nissinen A & Uutela A (2005) Associations of functional ability with health-related behavior and body mass index among the elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 40:185–199.

Sulander T, Martelin T, Sainio P, Rahkonen O, Nissinen A & Uutela A (2006) Trends and educational disparities in functional capacity among people aged 65-84 years. *International Journal of Epidemiology* 35:1255–1261.

Wang L, van Belle G, Kukull WB & Larson EB (2002) Predictors of functional change: A longitudinal study of nondemented people aged 65 and older. *Journal of the American Geriatrics Society* 50:1525-1534.

World Health Organization (2006) Diet and physical activity: A public health priority [web site]. Geneva, World Health Organization. (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/en>, luettu 28.7.2006).

Young DR, Masaki KH & Curb JD (1995) Associations of physical activity with performance-based and self-reported physical functioning in older men: The Honolulu Heart Program. *Journal of the American Geriatrics Society* 43:845-854.

III TOIMINTAKYVYN OSA-ALUEITA

FYYSINEN TOIMINTAKYKY

Pertti Pohjolainen, vanhempi tutkija

Fyysisen toimintakyvyn määrittelyä

Yleisesti fyysisellä toimintakyvyllä ymmärretään elimistön toiminnallista kykyä selviytyä sille asetetuista fyysistä ponnistelua vaativista tehtävistä. Fyysinen toimintakyky perustuu hengitys- ja verenkiertoelimistön sekä tuki- ja liikuntaelimistön toimintaan. WHO:n esittämän ICF-luokituksen perusteella fyysiseen toimintakykyyn kuuluvat ruumiin toiminnot ja rakenteet sekä niissä ilmenevät joko tilapäiset tai pysyvät ongelmat (WHO ja Stakes 2004). Fyysisen toimintakyvyn kannalta olennaista on, millaisia muutoksia tapahtuu hengitys- ja verenkiertoelimistössä, tuki- ja liikuntaelimistössä – ennen muuta lihas- ja luukudoksessa – sekä nivelten liikkuvuudessa. Lisäksi fyysiseen toimintakykyyn vaikuttavat havaintomotorisissa toiminnoissa ja tasapainossa ilmenevät muutokset.

Raution (2006) mukaan fyysisen toimintakyvyn osa-alueet ja niitä kuvaavat indikaattorit voidaan ryhmitellä seuraavasti:

Lihassoima

- esim. käden puristusvoima

Hapenottokyky

- esim. sydämen ja verisuoniston tehokkuus

- lihasten kyky käyttää happea

Havaintomotoriikka

- esim. reaktio- ja liikeaika

- tasapaino

Nivelliikkuvuus

- esim. olkanivelen fleksio

Kehon koostumus

- lihasmassa

- luun tiheys

- rasvamassa

Fyysistä toimintakykyä lähellä oleva käsite on liikuntaelimistön toimintakyky (Suni 2005). Sillä tarkoitetaan kykyä tuottaa liikettä ruumiin eri osissa. Liikkeiden laadusta ja suorituksen kestosta riippuu, millaista lihasten koordinaatiota, nivelten notkeutta, lihasten voimantuottoa ja energia-aineenvaihduntaa tarvitaan. Fyysisen toimintakyvyn kannalta olennaista on millaisia muutoksia tapahtuu hengitys- ja verenkiertoelimistössä,

tuki- ja liikuntaelimestössä – ennen muuta lihas- ja luukudoksessa – sekä nivelten liikkuvuudessa.

Havaintomotorisella toiminnalla tarkoitetaan prosessia, jossa yksilö kerää aistielinten välityksellä tietoa ympäristöstä ja omasta toiminnastaan siinä, sekä käsittelee informaatiota aikaisemman tiedon ja kokemuksen perusteella, jotta keskushermosto pystyy käynnistämään kuhunkin tilanteeseen sopivat motoriset vasteet (Welford 1984). Keskushermosto kontrolloi ja tarvittaessa muuttaa toimintaa aistielimistä tulevan palautteen avulla. Kysymyksessä on siis havainnoinnin, prosessoinnin ja oikeiden liikesuoritusten monisuuntainen yhteistyö aistitoimintojen, keskushermoston ja suoritavien elinjärjestelmien (esim. lihakset) välillä. Toiminnasta vastaa kolme järjestelmää: havainto-, kognitiivinen ja motorinen järjestelmä (Ruoppila ja Suutama 1994). Havaintojärjestelmä huolehtii aistielimistä tulevan tiedon käsittelystä, kognitiivinen järjestelmä käsittelee ja integroi aistielimistä ja muistijärjestelmästä tulevaa tietoa ja motorinen järjestelmä vastaa edellisten järjestelmien tuottaman tiedon perusteella tehtyjen toimintapäätösten toteuttamisesta.

Havaintomotorisella suorituksella taas tarkoitetaan motorista yhdellä tai useammalla raajalla nopeasti tehtävää reaktiota johonkin ympäristön ärsykkeeseen, tavallisimmin ääneen tai valoon. Motorinen reaktio voi olla yksinkertainen, kuten napin painallus, tai monimutkainen liikesarja, kuten auton kääntäminen risteyksessä. Eniten havaintomotorisia toimintoja on tutkittu reaktio- ja liikeaikojen sekä liikenopeuden avulla. Yksinkertaisessa reaktiotestissä (simple reaction) vastataan aina samaan ärsykkeeseen. Monivalintatehtävissä (choice reaction) ärsykejä ja vasteita on useita, joista suorittajan pitää valita oikea. Reaktioaika voidaan jakaa kahteen osaan: varsinaiseen reaktioaikaan ja liikeaikaan. Tällöin varsinaisella reaktioajalla tarkoitetaan aikaa, joka kuluu signaalin antamisesta siihen, kun signaalin aiheuttama vaste (esimerkiksi käden liike) alkaa. Liikeaika puolestaan on varsinaisen liikkeen suorittamiseen kuluva aika. Havaintomotorista liikenopeutta mitataan käden edestakaisella taputustestillä (tapping rate). Gerontologisessa tutkimuksessa reaktioaikojen perusteella saadaan tietoa usean elinjärjestelmän säätelystä toimintoista, jolloin voidaan havaita yhden osa-alueen vanhenemismuutokset, vaikka muilla alueilla huononemista ei olisikaan tapahtunut (Pajala ym. 2003).

Fyysinen ulottuvuus toimintakykymalleissa

Toimintakykyä tai toiminnanvajauksia kuvaavissa malleissa fyysinen toimintakyky on usein keskeisessä asemassa. Etenkin vanhemmissa toimintakykyä selittävässä malleissa (esim. Nagi 1976, Työterveyslaitos 1985) lähtökohtana on, että sairaus (yleensä somaattinen) aiheuttaa vaurion (impairment), joka johtaa toiminnanvajauteen (disability) ja tämä puolestaan haittaan (handicap). Verbruggen ja Jetten (1994) mallissa perusajatus on sama kuin edellä, mutta siihen on lisätty monia toimintakykyyn vaikuttavia yksilö- ja ympäristötekijöitä. Yksilötekijöitä ovat mm. elintavat, käyttäytymismuutokset, psykososiaaliset tekijät, kognitiivinen selviytyminen sekä mukautuminen ja kompensatio. Ympäristötekijöitä taas ovat esimerkiksi sairaanhoito, lääkitys, kuntoutus, ulkopuolinen tuki sekä fyysiseen ja sosiaaliseen ympäristöön

vaikuttavat tekijät. Samoin jo mainitussa ICF-luokituksessa fysiologisilla toiminnoilla ja toisaalta somaattisilla sairauksilla on suuri painoarvo toimintakykyarviointissa.

Heikkisen (2003) esittämässä mallissa, joka pohjautuu Seemanin ja Crimmins (2001) hahmotteluun elinolojen ja elintapojen psykologisesta vaikutuksesta terveyteen ja toimintakykyyn, tärkeänä lenkinä ovat biologiset reitit. Niillä tarkoitetaan elimistön toimintoja ja rakenteita kuten sydän- ja verenkiertojärjestelmää, neuromuskulaarista järjestelmää, lämmön säätelyä ja erilaisia hormonaalisia järjestelmiä. Juuri näiden reittien kautta edellä mainitut tekijät (elinympäristö, elintavat, sosioekonominen asema, psykologiset ominaisuudet) vaikuttavat terveyteen ja toimintakykyyn. Rautio (2006) on väitöskirjassaan kehittänyt edellä mainittuihin teoreettisiin pohdintoihin nojautuen teoreettisen mallin tulosten analyysien perustaksi. Sen mukaan sosioekonominen asema vaikuttaa välillisesti (kroonisten sairauksien ja elintapojen kautta) fyysiseen ja psyykkiseen toimintakykyyn. Ne puolestaan ovat yhteydessä päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen. Ikä ja sukupuoli ovat yhteydessä fyysiseen toimintakykyyn suoraan tai elintapojen, kroonisten sairauksien ja psyykkisen toimintakyvyn kautta.

Fried työtovereineen (2001) on esittänyt mallin aliravitsemuksen ja toisaalta riittämättömän fyysisen aktiivisuuden vaikutuksista raihnaisuuden kehittymiseen. Kysymyksessä on eräänlainen noidankehä. Krooninen aliravitseminen, johon kuuluvat riittämätön energian ja proteiinien saanti sekä vitamiinien ja hivenaineiden puutos, aiheuttaa negatiivisen energiatasapainon. Se taas saa aikaan yhdessä sairauksien ja vanhenemismuutosten kanssa lihasmassan menetystä, sarkopeniaa. Lihasmassan väheneminen johtaa lepoaineenvaihdunnan, lihasvoiman ja maksimaalisen hapenottokyvyn huononemiseen, jolloin fyysiset toiminnot (esim. kävelynopeus) heikkenevät. Näistä muutoksista on seurauksena toimintakyvyn ja kokonaisenergian kulutuksen väheneminen, jolloin joudutaan krooniseen aliravitsemustilaan.

Fyysisen toimintakyvyn mittausten teoreettisena perustana on useissa tutkimuksissa käytetty Riklin ja Jonesin (1999) esittämää mallia (kuvio 1). Siinä lähtökohtana ovat vanhenemismuutokset, joita ilmenee kaikissa elimistön toiminnoissa. Niiden seurauksena monet perustoiminnot kuten kävely, portaiden nousu, tuolista nousu jne. heikkenevät, mikä taas johtaa vaikeuksiin päivittäisissä toiminnoissa. Arkiaskareista selviytyminen edellyttää tiettyä reservikapasiteettia, pelivaraa, fysiologisissa toiminnoissa sekä optimaalista painoindeksiä (body mass index, BMI). Mittaamalla fysiologisia toimintoja, jotka ovat päivittäisten toimintojen perustana, voidaan jo varhaisessa vaiheessa havaita toimintakyvyn heikkeneminen ja siihen on mahdollista puuttua esimerkiksi kuntoutuksella. Fyysisen toimintakyvyn mittauksilla voidaan myös seurata interventio-ohjelmien vaikutuksia.

Fysiologiset parametrit	Perustoiminnot	Päivittäiset toiminnot
Lihaskihti/ kestävyys	Kävely	Henkilökohtainen hygienia
Aerobinen kestävyys	Portaiden nousu	Ostoksilla käynti
Notkeus	Tuolilta nousu	Kotityöt
Motorinen kyvykyys	Nostaminen	Puutarhanhoito
- voima	Kurkottaminen	Matkustaminen
- nopeus	Taivuttaminen	
- tasapaino	Hölkääminen/juokseminen	

Vanhenemismuutokset → Toimintojen rajoittuminen → Heikentynyt toimintakyky

Kuvio 1. Fyysisen toimintakyvyn eri osa-alueiden mittauksien lähtökohdat (Rikli ja Jones 1999).

Fyysisen toimintakyvyn arviointi- ja mittausmenetelmiä

Fyysistä toimintakykyä voidaan arvioida monin eri tavoin. Arviointi- ja mittausmenetelmät voidaan ryhmitellä neljään luokkaan: 1) kyselyt ja haastattelut, 2) havainnointi, 3) toimintatestit ja 4) laboratoriomittaukset. Fyysisen toimintakyvyn mittaamiseen on kehitetty lukuisia joukko erityyppisiä mittareita. Ongelma toimintakyvyn arvioinnissa kuitenkin on se, että ei ole olemassa yhtenäistä käytäntöä tai yleispäteviä ohjeita siitä, mitkä menetelmät olisivat tarkoituksenmukaisimpia ja soveltuisivat parhaiten käytäntöön.

Postikysely on halvin ja ehkä yleisimmin käytetty fyysisen toimintakyvyn arviointimenetelmä. Tunnettuja ja usein käytettyjä ovat ns. ADL-mittarit, joilla pyritään arvioimaan selviytymistä päivittäisistä toiminnoista. Mittarit sisältävät usein fyysisen toimintakyvyn lisäksi osioita psyykkisestä ja sosiaalisesta toimintakyvystä. Näitä mittareita voidaan käyttää sekä kysely- että haastattelututkimuksissa. Kyselyssä ja haastattelussa arviointi perustuu luonnollisesti tutkittavan omaan näkemykseen toimintakyvystään. Näitä menetelmiä käytetään yleensä silloin, kun arvioinnin kohteena on suuri joukko ihmisiä. Kysymys on silloin väestötason tutkimuksista.

Havainnointimenetelmä tarkoittaa yksinkertaisesti sitä, että katsotaan, miten hyvin tutkittava selviytyy jostakin fyysisistä toimintakykyä vaativasta tehtävästä. Arviointi voi perustua tutkittavan havainnointiin tai se tehdään häntä koskevien erilaisten asiakirjojen perusteella. Arvioijat voivat olla asiantuntijoita (esim. hoitajia tai lääkäreitä), läheisiä ystäviä tai omaisia. Joskus arvioinneissa käytetään laajoja ja hyvinkin monimutkaisia lomakkeita, jotka arvioija joutuu täyttämään havainnoista saatavan tiedon perusteella.

Viime aikoina toimintakyvyn arvioinnissa ovat yleistyneet ns. toimintatestit, joilla pyritään saamaan mahdollisimman monipuolista tietoa fyysisen toimintakyvyn muutoksista. Tunnettuja toimintatestejä ovat Guralnikin ym. (1994) kehittämä SPPB-testi, Riklin ja Jonesin (1999) Senior Fitness Test ja Suomessa Valtiokonttorin laatima Toimiva-testistö (Hamilas ym. 2000). Tähän ryhmään kuuluviksi voidaan lukea myös monet tasapainotestit (esim. Berg ym. 1992, Tinetti ym. 1988). Toimintatestit sijoittuvat tavallaan itsearviointitestien ja laboratoriomittausten väliin. Niillä saadaan objektiivisempaa tietoa fyysisestä toimintakyvystä kuin kysely- tai haastattelumenetelmillä, mutta toisaalta ne ovat halvempia ja helpommin toteutettavissa kuin laboratoriomittaukset.

Erilaisia laboratoriomittauksia on käytetty fyysisen toimintakyvyn arvioinnissa jo pitkään. Tosin kohdejoukkona ovat yleensä olleet nuoret, työikäiset tai urheilijat. Vanhusväestölle laboratoriomittauksia fyysisen toimintakyvyn osalta on tehty varsin vähän. Polkupyöräergometrillä tai juoksumatolla tehtävät kestävyystyyppiset mittaukset ovat yleisimpiä fyysisen toimintakyvyn laboratoriotestejä. Lihasvoimamittauksia tehdään laboratorio-olosuhteissa esimerkiksi voimatuolilla. Tasapainoa tai oikeammin kehon huojuntaa voidaan mitata voimalevyllä ja havaintomotorista nopeutta reaktioaikamittarilla (Era 1997).

Fyysiseen toimintakykyyn vaikuttavat biologisen vanhenemisen reitit ja perusmekanismit ovat vielä monelta osin selvittämättä. Näin ollen mittausten kohteeksi pitää ottaa elimistön rakenteiden sekä elinjärjestelmien ja elinten toimintojen vanhenemismuutokset (Heikkinen 2008). Tällaisten mittausten avulla voidaan seurata fyysisen toimintakyvyn muutoksia sekä yksilönsisäisinä että yksilöiden ja väestöryhmien välisinä prosesseina. Fyysisen toimintakyvyn arviointi- ja mittaumenetelmät ovat vielä monelta osin puutteellisia ja vaativat kehittämistyötä. Etenkin hyvin vanhoille ja huonokuntoisille soveltuvia, luotettavia mittareita on vielä varsin vähän.

Lähteet

Berg K, Wood-Dauphinee S, Williams J I ym. (1992) Measuring balance in the elderly: Validation of an instrument. *Canadian Journal of Public Health. Suppl. 2*, 7-11.

Fried P L, Tangen C M; Walston J ym. (2001) Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *J. Gerontol: Medical Sciences* 56A, M146-M156.

- Era P (1997) Havaintomotoriikan ja kehon asennon hallintakyvyn muutokset vanhetessa ja liikunta. Teoksessa P Era (toim.) Ikääntyminen ja liikunta. Jyväskylä: Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 108, 49-62.
- Guralnik J M, Simonsick E M, Ferrucci L ym. (1994) A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. *Journal of Gerontology: Medical Sciences* 49, M85-M94.
- Hamilas M, Hämäläinen H, Koivunen M ym. (2000) TOIMIVA-testit. Iäkkäiden fyysisen toimintakyvyn mittaustapa. Valtiokonttori. (www.valtiokonttori.fi/sove/index.shtm).
- Heikkinen E (2003) Sosiaalis-taloudellisten tekijöiden ja elintapojen yhteys vanhenemiseen. Teoksessa: E Heikkinen, T Rantanen (toim.) *Gerontologia*. Helsinki: Duodecim, 319-328.
- Heikkinen E (2008) Sosiaalis-taloudellisten tekijöiden ja elintapojen yhteys vanhenemiseen. Teoksessa: E Heikkinen & T Rantanen (toim.) *Gerontologia*. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 335-344.
- Nagi S Z (1976) An epidemiology of disability among adults in the United States. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 54, 439-467.
- Pajala S, Sihvonen S & Era P (2003) Asennonhallinta ja havaintomotorinen kyvykkyys. Teoksessa: E Heikkinen & T Rantanen (toim.) *Gerontologia*. Helsinki: Duodecim, 123-142.
- Rautio N (2006) Seuruu- ja vertailututkimus sosioekonomisen aseman yhteydestä toimintakykyyn iäkkäillä henkilöillä. *Studies in Sport, Physical Education and Health*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Rikli R E & Jones C J (1999) Development and validation of a functional fitness test for community-residing older adults. *Journal of Aging and Physical Activity* 7, 129-161.
- Ruoppila I & Suutama T (1994) Psykkisen toimintakyvyn muutokset vanhetessa. Teoksessa J Kuusinen ym. (toim.) *Ikääntyminen ja työ*. Juva: WSOY – Työterveyslaitos, 58-75.
- Seeman T E, Grimmins E (2001) Social and Environmental Effects on Health and Aging. *Annals New York Academy of Sciences* 954, 88-117.
- Suni J (2005) Liikuntaelimityn toimintakyky. Teoksessa M Fogelholm & I Vuori (toim.) *Terveysliikunta*. Jyväskylä: Duodecim ja UKK-instituutti, 33-47.
- Tinetti M, Speechley M & Ginter S (1988) Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *New England Journal of Medicine* 319, 1701-1707.

Työterveyslaitos (1985) Vaurioiden, toiminnanvajauksien ja haittojen kansainvälinen luokitus. Käsikirja taudin seurauksien luokitteluksi. Käännös Maailman terveysjärjestön (WHO) vuonna 1980 julkaisemasta käsikirjasta ”International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps”. Helsinki: Työterveyslaitos.

Verbrugge L M & Jette A M (1994) The Disablement Process. *Social Science & Medicine* 18, 1-14.

Welford A T (1984) Between bodily changes and performance - Some possible reasons for slowing with age. *Experimental Aging Research* 10, 73-88.

WHO & Stakes (2004) ICF – toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Helsinki: Stakes, Ohjeita ja luokituksia 2004:4.

PSYKKINEN TOIMINTAKYKY

Sirkkaliisa Heimonen, vanhempi tutkija

Psyykkisen toimintakyvyn määritelmästä

Psyykinen toimintakyky on käsitteenä monitahoinen ja määrittyy tarkastelunäkökulmasta riippuen eri tavoin (Rissanen 1999). Laajasti ottaen sillä tarkoitetaan kykyä ottaa vastaan ja käsitellä tietoa, muodostaa käsityksiä ympäröivästä maailmasta sekä kykyä tuntea ja kokea. Lahtelan (1990) mukaan psyykkisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan, missä määrin ihminen pystyy käyttämään psyykkisiä voimavarojaan, taitojaan ja kykyjään tietyssä elämänvaiheessaan työelämässä tai vapaa-aikanaan omien tavoitteidensa ja tarkoitustensa mukaisella tavalla. Psyykkisen toimintakyvyn erityispiirteinä on, miten yksilö on suhteessa sisäiseen todellisuuteensa eli miten hän liittyy toimintansa tavoitteet, tiedonkäsittelytoimintonsa sekä minäkäsityksensä omaan toimintaansa. Toiminnan ohjaus ja sen säätely ovat tässä suhteuttamisessa merkittävässä asemassa. (Ruoppila 2002.)

Psyykinen, fyysinen ja sosiaalinen toimintakyky ovat tiiviissä ja jatkuvassa vuorovaikutuksessa. Esimerkiksi sosiaalisessa vuorovaikutuksessa toimintojen perusteella saadut kokemukset muokkaavat yksilön minäkäsitystä. (Ruoppila 2002.) Sitoutumalla ja osallistumalla ihminen voi siis vahvistaa ja toteuttaa itselleen merkityksellisiä sosiaalisia rooleja, jotka edelleenkin vaikuttavat hänen itsetuntoonsa, arvostukseensa ja yhteenkuuluvuuden tunteeseensa (Tiikkainen ja Lyyra 2007). Toimintakyvyn eri osa-alueiden kiinteän vuorovaikutuksen lisäksi on otettava huomioon se, että psyykinen toimintakyky ei ole vain yksilön omaisuus, vaan se on aina kontekstisidonnaista, tilanteiden määrittämää sekä sosiaalisesti ja kulttuurisesti määrittyvää (Ruoppila 2004). Psyykkistä toimintakykyä voidaan määrittää maksimaalisia edellytyksiä tai mahdollisuuksia tarkastelevana mahdollisena toimintakykynä tai käytännössä toteutuvana reaalisenä toimintakykynä (Ruoppila 2002).

Psyykkisen toimintakyvyn keskeisiä osa-alueita ovat älylliset ja tiedolliset toiminnot (havaitseminen, muisti, oppiminen, ajattelu) ja siihen liittyvät tiedon käsittelyssä tarvittavien toimintojen lisäksi laajemminkin toiminnan tavoitteet, tarpeet, arvostukset, asenteet, odotukset ja normit. Suutaman (2007) mukaan seuraavien osa-alueiden voidaan katsoa kuuluviksi psyykkiseen toimintakykyyn:

- *kognitiiviset toiminnot* (havaitseminen, muisti, oppiminen, ajattelu, päätöksenteko ja ongelmanratkaisu, mieliala, elämänhallinta ja psyykinen hyvinvointi).
- *persoonallisuus* (luonteenpiirteet, minäkuva, itsearvostus ja sosiaaliset taidot)
- *mielenterveys ja psyykinen hyvinvointi* (tunne-elämä, mieliala ja ihmissuhteiden toimivuus)
- *psykofysiologiset toiminnot* (aistihavainnot, psykomotoriikka)

- *asenteet, tarpeet ja toiveet, motivaatio*
- *luovuus ja viisaus*
- *elämänhallinta* (sopeutuminen, elämän tarkoituksellisuus, elämänstrategiat, selviytymiskeinot, ongelmatilanteiden käsittely)

Kognitiiviset toiminnot eli tiedonkäsittelyssä tarvittavat toiminnot ovat psyykkisen toimintakyvyn käsitteen keskeisin alue ja kognitiivinen toimintakyky ihmisen toiminnan perusta. Myös luovuutta ja viisautta tarkastellaan usein ensisijaisesti kognitiivisina toimintoina, vaikka niihin yhdistyy myös persoonallisuuden ominaisuuksia. (Suutama 2004.) Tiedollisiin toimintoihin kuuluvat tiedon käsittelyssä tarvittavat toiminnot, kuten havaitseminen (eri aistien kautta tapahtuva tiedonhankinta), oppiminen ja muistaminen, kielelliset toiminnot, ajattelu, päätöksenteko ja ongelmanratkaisu (Suutama ja Ruoppila 2007). Kognitiiviseen toimintakykyyn kuuluvat muistitoiminnot sisältävät lyhyt- ja pitkäkestoisesta muistin sekä mieleen painamisen, muistissa säilyttämisen ja mieleen palauttamisen. Kielelliset toiminnot käsittävät puheen tuottamisen ja ymmärtämisen, visuaalisiin toimintoihin kuuluu hahmottaminen sekä motorisiin toimintoihin nopeus ja näppäryys. (Hietanen ja Hänninen 2006.)

Kognitiivisille toiminnoille on tyypillistä valikointi ja tulkinta. Tulkinassa ihminen liittää havaintoihinsa merkityksiä aiemman elämäkokemuksensa perusteella. (Suutama ja Ruoppila 2007.) Toiminnanohjaus (eksekutiiviset toiminnot) kuuluu kognitiivisiin toimintoihin. Sillä tarkoitetaan prosesseja, jotka yhdistävät tiedonkäsittelytapahtumat monimutkaiseksi päämäärään suuntautuneeksi toiminnaksi (Hietanen ja Hänninen 2006). Toiminnanohjauksessa voidaan erottaa kolme osa-alueita: toiminnan aloitteellisuus ja motivaatio, käyttäytymisen hallinta ja tiedonkäsittelyn ohjaus ja kontrolli (Kuikka ym. 2008).

Kognitiivisiin toimintoihin kuuluvat myös metakognitiot eli yksilön omat käsitykset, tiedot ja arviot havainto-, muisti-, oppimis- ja ajattelutoiminnoistaan (Suutama ja Ruoppila 2007). Metakognitiivisilla taidoilla tarkoitetaan ihmisten tietoja ja käsityksiä erilaisista tiedonkäsittelyn toiminnoista, niiden sisällöistä, toiminnasta ja niihin vaikuttavista tekijöistä. Lisäksi niillä viitataan arvioihin omien kognitiivisten toimintojen tasosta, tehokkuudesta ja muutoksista. Keskeistä näiden taitojen tarkastelussa on ollut muistin arviointi eli metamuisti. (Suutama 2004.)

Yksilön tiedot ja oletukset omista kognitiivisista toiminnoistaan vaikuttavat siis siihen, miten hän käsittelee tietoa, mikä edelleen vaikuttaa hänen selviytymiseensä tiedonkäsittelyä vaativista tehtävistä (Suutama 2004). Ruoppila (2002) painottaa metakognitioiden olevan merkityksellisiä siltä kannalta, että ne vastaavat objektiivista suoriutumista ja ovat toisaalta merkityksellisiä yksilön minäkäsityksen ja itsearvostuksen tekijöinä. Suutaman ja Ruoppilan (2007) mukaan kielteiset arviot omista kognitiivisista kyvyistä voivat olla seurausta heikentyneestä itsetunnosta, mutta koetut vaikeudet voivat muokata henkilön minäkäsitystä voimakkaastikin.

Psyykkisen toimintakyvyn osa-alueena *persoonallisuudella* tarkoitetaan yksilölle tyypillisiä käyttäytymisaipeita, jotka ovat suhteellisen pysyviä (Uotinen, Suutama, Raitanen 2004). Persoonallisuus sisältää mm. minäkäsityksen, joka rakentuu sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. Minäkäsityksellä tarkoitetaan tiedostettua käsitystä

itsestä ja siihen kuuluu henkilön käsitys mahdollisuudestaan ohjata ja vaikuttaa omaan elämäänsä. Minäkäsitys muodostuu ruumiinkuvasta ja minäihanteesta sekä siihen sisältyy myös itsearvostus, itsensä hyväksyminen, identiteetin, minäkokemuksen ykseyden ja jatkuvuuden tunne. Minäkäsitys muodostuu niistä ajatuksista ja tunteista, joita oma itse toimijana ja kokijana tuottaa kuten myös sosiaalisessa vuorovaikutuksessa syntyneistä tunteista. (Ruoppila 2002.)

Persoonallisuuden voidaan käsittää kehittyvän läpi elämän. Esimerkkinä tästä on psykososiaalista kehitystä kuvaava teoria, jossa persoonallisuuden kehitys tapahtuu kahdeksan vaiheen kautta. Näihin vaiheisiin liittyvien kriisien onnistunut ratkaisu saa yksilön hyväksymään muuttuneen minänsä ja hän on vahvempi kohtaamaan uusia kehityshaasteita. Vanhuuteen liittyvä kehitystehtävä liittyy minän eheyden syntymiseen ja rakentavan asennoitumisen saavuttamiseen elettyyn elämään (Erikson 1982).

Mielenterveys liittyy psyykkiseen toimintakykyyn ja sillä voidaan käsittää tunne-elämään, mielialaan ja ihmissuhteiden toimivuuteen liittyviä ulottuvuuksia. Mielenterveys on psyykkisen toimintakyvyn edellytys (Ruoppila 2002). Saarenheimon (2004) mukaan mielenterveys ilmenee ihmisen suhteessa häntä ympäröivään maailmaan ja toisiin ihmisiin. Mielenterveyttä voidaan kuvata myös käsitteellä mielen tasapaino (Heikkinen 2007). Mielen tasapaino on itsen hallintaa ja sitä, että kokee elämänsä ja olonsa toisten kanssa omassa elinympäristössään vähintään siedettäväksi. Mielen tasapaino on hyvää oloa ja vaikeuksissa jaksamista sekä sopeutumista välttämättömiin rajoihin ja kykyä luoda positiivista mieltä niissä. (Heikkinen 2007.) Tunteiden säätelyn merkitys psyykkiselle hyvinvoinnille kytkeytyy menetyksistä ja muutoksista selviytymiseen. Mielenterveys on siis sosiaalinen ja kulttuurinen ilmiö, jonka merkitykset syntyvät sekä yksittäisten ihmisten kokemuksissa että yhteisöjen kollektiivisissa ja kulttuurisissa tulkinnoissa. (Saarenheimo 2004.)

Viisauteen voidaan katsoa kuuluvan yksilön pyrkimys ymmärtää elämän tarkoitusta ja merkitystä. Viisauden tunnusmerkkeihin kuuluvat erinomainen ymmärrys, arviointi- ja kommunikointitaidot, yleinen pätevyys, ihmissuhdetaidot sekä itsehillintä sosiaalisissa tilanteissa. Viisauteen ja luovuuteen liittyvät myös ristiriitojen sieto, sitkeys etsiä ratkaisua ja avoimuus uusille kokemuksille. (Ruoppila 2004.) Viisaus ilmenee ihmisen toiminnassa ja sitä tarvitaan yksilön ja yhteisön ongelmia ratkaistaessa. Viisaudella on vahvoja yhteyksiä hyvinvoinnin tunnusmerkkeihin, kuten oman elämän merkityksellisyuden kokemiseen, sosiaaliseen tukeen sekä tyytyväisyyteen sosiaalisissa suhteissa ja elämässä. Viisauden tasapainoteoriassa älykkyys, luovuus ja viisaus muodostavat kokonaisuuden. (Ruoppila 2008.)

Elämänhallinta yhdistyy psyykkiseen toimintakykyyn ja sitä voidaan tarkastella coping-käsitteen avulla. Elämänhallinnassa voidaan puhua tilanteiden hallinnasta tai kokemuksesta elämän tarkoituksellisuudesta ja mielekkyydestä ja kuvata aktiivisen toimijuuden ja elämään sopeutumisen välistä suhdetta (Saarenheimo 2004). Elämänhallinnalla tarkoitetaan Lahtelan (1990) mukaan ihmisten psyykkisten hallintakeinojen ja strategioiden muodostamaa kokonaisuutta, jonka avulla ihminen pystyy selviytymään erilaisista ristiriitatilanteista.

Elämän tarkoituksellisuudella tarkoitetaan kokemusta siitä, missä määrin ja miksi elämä koetaan mielekkääksi ja elämisen arvoiseksi. Elämän kokeminen tarkoitukselliseksi on yhteydessä elämän tyytyväisyyteen, hyvään itsetuntoon, hallinnan tunteeseen sekä hyvään itse arvioituun terveyteen ja toimintakykyyn. (Takkinen 2003.)

Kokemus elämän tarkoituksellisuudesta ja mielekkyydestä linkittyy puolestaan hallinnan kokemukseen (eli miten yksilö katsoo voivansa vaikuttaa oman elämänsä kulkuun) (Antonovsky 1985). Elämäntavoitteet vaikuttavat minäkäsitykseen, itsearvostukseen sekä kokemuksiin mahdollisuuksista vaikuttaa oman elämänsä kulkuun. Elämäntavoitteiden olemassaolo ilmenee elämän mielekkyyden ja tarkoituksellisuuden kokemuksina ja tavoitteiden puuttuminen taas hyödyttömyyden ja tarpeettomuuden tunteina. (Ruoppila 2002.) Tästä näkökulmasta yksilön voimavarat ja elämänhallinta- ja selviytymiskeinot (coping-strategiat) ovat tärkeitä (Saarenheimo 2004).

Elämänkulun näkökulma on tärkeä myös elämän tarkoituksellisuuden kehittymisen tarkastelussa (Takkinen 2003). Tarkoituksellisuuden tunteen ja hyvinvoinnin yhteyttä on tarkasteltu logoterapiassa (Frankl 1959), jossa elämän tarkoituksen etsiminen nähdään ihmiselle tärkeänä psyykkisenä motiivina ja tarkoituksen löytämisen muodostavan psyykkisen hyvinvoinnin perustan. Logoterapiassa nähdään elämän tarkoituksellisuuden kokemisesta seuraavan elämänhalun kasvaminen ja hyvinvointi, johon liittyvät mm. elämään tyytyväisyys, kokemus minän eheydestä ja kypsä suhtautuminen kuolemaan.

Psyykkisen toimintakyvyn käsitteeseen kuuluvat pystyvyyden ja pätevyuden ulottuvuudet. Pätevyuden eli kompetenssin käsite sopii hyvin iäkkään henkilön minäkäsityksen tarkasteluun, sillä iäkäs ihminen joutuu jatkuvasti arvioimaan fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten voimavarojensa riittävyyttä päivittäisiin toimintoihin sekä elämänmuutostilanteidensa onnistuneeseen käsittelyyn eli arvioimaan kompetenssiaan. Mitä kykenevämmäksi ihminen tuntee itsensä käsittelemään erilaisia elämänmuutoksia, sitä enemmän hänellä on voimavaroja käsitellä oman ja muiden ihmisten vanhenemisen myötä tapahtuvia elämänmuutoksia ja menetysten aiheuttamia kriisejä onnistuneena. Erilaisten psyykkisten aktiviteettien tavoitteena on ylläpitää ja kehittää kompetenssia. (Ruoppila 2002.)

Psyykinen toimintakyky osana laaja-alaista arviointi- ja tukimallia

Toimintakyvyn laaja-alainen arviointi koostuu haastattelusta ja fyysisen toimintakyvyn mittauksista. Toimintakyvyn laaja-alaisessa arvioinnissa käytetään muita (esimerkiksi psyykkisen toimintakyvyn) mittareita vain soveltuvin osin silloin, kun se on ikääntyneen ihmisen tilanteen kokonaisarvioinnin kannalta välttämätöntä. Lähtökohtana laaja-alaisessa toimintakyvyn arvioinnissa on iäkkään ihmisen oman äänen kuuleminen, hänen kokemuksensa kunnostaan, terveydestään ja toimintakyvystään sekä hänen omat kokemuksensa arkiselviytymisestä ja asioille antamansa merkitykset.

Psyykkisen toimintakyvyn tarkastelu osana laaja-alaista arviointia kiinnittyy neljään tekijään: 1) koettuun toimintakykyyn, 2) elämän tarkoituksellisuuden kokemukseen (tavoitteet ja voimavarat) 3) elämönhallintaan ja 4) pystyvyyden kokemukseen (tavoitteiden saavuttamisen mahdollisuudet ja rajoitukset). Näiden ulottuvuuksien taustalla ovat arvioitavana olevan vanhuksen minäkuva, hänen käsityksensä omista kyvyistään ja taidoistaan, asenteet ja motivaatio sekä persoonallisuus ja mielenterveys.

Arvoinnissa haastattelu on keskeinen menetelmä. Ikä on sinänsä haastattelutilanteeseen harvoin vaikuttava tekijä, mutta ikääntyneitä haastateltaessa saattavat korostua kysymysten ymmärtäminen ja haastattelu keskustelumahdollisuutena. Haastateltaessa toimintakyvyltään heikentyneitä on otettava huomioon heidän terveydentilansa. (Elo ja Isola 2008.) Toimintakyvyn laaja-alaisessa arvoinnissa käytettävä haastattelu on luonteeltaan keskustelunomainen. Patton (2002) painottaa haastattelun keskustelunomaisuuden luovan tilanteeseen spontaanisuutta ja joustavuutta. Haastattelu on hyvä menetelmä laaja-alaisen toimintakyvyn arvoinnissa, koska sillä voidaan tavoittaa haastateltavan ajatuksia, mielipiteitä, kokemuksia ja merkityksiä. Iäkkään ihmisen omat kokemukset toimintakyvystään ja merkityksellisiksi kokemistaan asioista tavoitteiden muodossa ilmaistuna nousevat arvoinnissa esille.

Haastattelutilanne on iäkkäälle ihmiselle merkityksellinen tapahtuma ja sen onnistumisen edellytyksinä on haastattelijan rooliin perehtyminen ennen haastattelutilanteita. Haastattelu menetelmänä edellyttää herkkyyttä, riittäviä tiedollisia ja taidollisia valmiuksia sekä oman eettisen toiminnan tiedostamista. (Mason 1997.)

Toimintakyvyn laaja-alaiseen arviointiin liittyvässä haastattelussa on tietty rakenne: lämmittely, varsinainen haastattelu ja intensiteetin laskeminen haastattelutilanteen päättyessä. Haastattelun alussa haastateltavalle kerrotaan haastattelun tarkoituksesta ja käydään läpi luottamuksellisuuteen ja anonymiteetin suojaamiseen liittyvät asiat. Tämän jälkeen käydään läpi toimintakyvyn laaja-alaiseen arviointiin kehitetty lomake. Ruusuvuoren ja Tiittulan (2005) mukaan tutkimushaastattelu on luonteeltaan muuttuva, eikä sitä varten voida tehdä tiettyjen etukäteisohjeistuksien varassa, vaan vuorovaikutuksen merkitys kannattaa ottaa huomioon ja siten haastattelussa voidaan siten turvautua arkikeskustelun käytäntöihin.

Haastattelussa ensivaikutelman ja luottamuksellisuuden luominen on keskeistä (Elo ja Isola 2008). Haastattelu aloitetaan yleisellä keskustelulla tutuista teemoista esim. haastateltavan arkipäivästä tai säästä tai muusta teemasta, johon molemmat voivat osallistua. Jos haastattelu tehdään kotona, tarjoaa kotiympäristö monia keskusteluaiheita Tällä luodaan yhteistä maaperää (Ruusuvuori ja Tiittula 2005). Henkilökohtaisista ja arkipäiväisistä asioista keskusteleminen auttaa löytämään yhtymäkohtia elämästä, mikä edesauttaa luottamuksellisuuden syntymistä (Elo ja Isola 2008).

Luottamuksen rakentuminen on informaation saannin ja haastattelun onnistumisen edellytys. Tilanteen on oltava turvallinen, tasavertainen ja luottamuksellinen. Haastattelutekniikkaan ja haastattelun toteuttamisen etiikkaan on kiinnitettävä erityistä huomiota. Haastattelijan rooli on keskeinen onnistumiseen vaikuttava tekijä. Haastattelijan on osoitettava kiinnostusta haastateltavaan ja tämän sanomisiin. (Ruusuvuori ja Tiittula 2005.)

Haastattelijalle neutralius on tärkeä ominaisuus. Ruusuvuoren ja Tiittulan (2005) mukaan käytännössä luottamuksen synnyttäminen edellyttää tasapainoilua empatian osoittamisen, yhteisyyden rakentamisen sekä haastattelutilanteen tehtävään ja roolijakoon suuntautumisen välillä. Pattonin (2002) mukaan empatia ja etäisyys ovat yhdenvertaisen tärkeitä. Hänen mukaansa erillisyys ja etäisyys on tärkeää, mutta empaattinen asennoituminen toisen ihmisen asemaan auttaa ymmärtämään hänen käyttäytymistään.

Haastattelijan tehtävä on esittää kysymyksiä, muut vuorot ovat jatkamiseen kehottavia tai vastauksen riittävyttä kommentoivia (Hirsjärvi ja Hurme 2001). Toimintakyvyn laaja-alaisessa arvioinnissa taitava haastattelija ankkuroi keskustelun ikääntyneen ihmisen esille nostamien asioiden varaan ja haastattelija kykenee liikkumaan haastattelun sisällä teemojen välillä toistaen ikääntyneen ihmisen aiemmin esille nostamia seikkoja, tarkentaen, vetäen niitä yhteen tai kysyen uudestaan.

Aktiivisen kuuntelun taito on tärkeää (Robertson 2005, ks. Salmela ja Matilainen 2007) ja siinä olennaisia seikkoja ovat huomaavainen kehonkieli, seuraamistaidot ja heijastavat taidot. Seuraamistaidoilla tarkoitetaan taitoa antaa vanhukselle tilaa oman tarinansa kertomiseen hänen omalla tavallaan. Heijastavilla taidoilla tarkoitetaan tunteiden tai sisällön uudelleenlausumista vanhusta ymmärtävällä ja hyväksyvällä tavalla.

Haastattelu on tärkeä pitää tavoitteen mukaisessa suunnassa, mutta antaa myös tilaa ikääntyneen ihmisen omille kokemuksille ja tulkinnoille. Ikääntyneen ihmisen haastattelutilanteessa on usein läsnä historiallisuus, koska puheessa liikutaan menneisyyden, nykyisyyden ja tulevaisuuden ulottuvuuksilla (Elo ja Isola 2008). Myös Saarenheimon (1997) mukaan ikääntyneiden kertomuksia omasta elämästään leimaa polveilevuus. Varsinaisen haastattelun jälkeen on hyvä laskea tilanteen intensiteettiä ja käyttää lopetuskeskusteluna esimerkiksi arkipäiväisiä tapahtumia (Rubin ja Rubin 1995). Haastattelijan ja haastateltavan läheisyys synnyttää luottamusta, mutta voi myös saada haastateltavan avautumaan ja kertomaan asioita, joiden paljastamista hän myöhemmin katuu. Haastateltavalle tarjotaan mahdollisuus ottaa yhteyttä haastattelijaan jälkikäteen ja tarkentaa sanomisiaan tai perua osallistumisensa (Ruusuvuori ja Tiittula 2005)

Laaja-alaisessa toimintakyvyn arvioinnissa haastateltava arvioi itse omaa tilannettaan, mutta sitä arvioi myös haastattelija haastattelun aikana syntyneen vaikutelman pohjalta. Psykkisen toimintakyvyn osalta arviointi liittyy haastateltavan omiin määritelmiin henkisestä hyvinvoinnistaan sekä siihen vaikutelmaan, jonka haastattelija saa arvioitavana olevan iäkkään ihmisen elämäntilanteesta, hänen asettamiensa tavoitteiden toteutumisen mahdollisuuksista sekä hänen henkisestä hyvinvoinnistaan. Tämä ei pelkästään riitä psyykkisen toimintakyvyn hahmottamiseksi, vaan tarvitaan tietoa ympäristöstä ja haastateltavan elämänkokonaisuudesta. Suutaman ja Ruoppilan (2007) mukaan psyykkistä toimintakykyä voidaan parhaiten arvioida, kun tunnetaan yksilön elämän olennaisimmat puitteet, asuin- ja elinympäristö sekä virallinen ja epävirallinen sosiaalinen verkosto, jotka voivat tukea yksilöä selviytymään päivittäisen elämän

asettamista haasteista ja vaatimuksista. Tämän vuoksi toimintakyvyn laaja-alaisessa arvioinnissa on otettu huomioon mm. sosiaalisten suhteiden ulottuvuus.

Iäkkään ihmisen elämänhallinta näyttäytyy toimintakyvyn laaja-alaisessa arvioinnissa haastateltavan henkilön tavassa määrittää omaa elämäntilannettaan, kyvyssä ja halussa asettaa realistisia tavoitteita sekä tulevaisuuteen suuntautumisessa. Psykkisesti toimintakykyinen ihminen kykenee laatimaan elämälleen suunnitelmia, tekemään tietoisia ja vastuullisia ratkaisuja ja valintoja elämässään. Henkilökohtaisten tavoitteiden lisäksi tarvitaan toiminnan suunnittelua tavoitteisiin pääsemiseksi. Baltes ja Baltes (1990) kuvaavat, että myönteisen vanhuuden kehityksen kannalta on olennaista, että yksilö pystyy valikoimaan jäljellä olevaan toimintakykyyn ja tarpeisiin nähden mielekkäitä toimintoja, optimoimaan sisäisiä ja ulkoisia voimavaroja sekä hyödyntämään tarjolla olevia kompensoivia tekijöitä. Heidän mukaansa kompensoivien prosessien avulla vanhus voi säilyttää sopivan tasapainon, sopeutua itsessään ja ympäristössään tapahtuviin muutoksiin sekä muokata ympäristöään.

Psyykkisen toimintakyvyn näkökulmasta toimintakyvyn laaja-alainen arviointi- ja sen pohjalta rakennettu yksilöllinen tukiohjelma pohjautuvat voimaannuttamisen tavoitteisiin. Tämä näyttäytyy siten, että haastattelussa keskitytään niihin tekijöihin, jotka ikääntynyt ihminen kokee itselleen tärkeiksi, kartoitetaan häntä motivoivia asioita, vahvistetaan niitä ja edistetään hänen asettamiensa tavoitteiden toteutumista mahdollisuuksien mukaan ympäristötekijät huomioon ottaen.

Toimintakyvyn laaja-alaisessa arviointi- ja tukimallissa keskeinen osa on tavoitteiden asettaminen. Tavoitteiden asettelussa tulevaisuusperspektiivi on läsnä. Tavoitteiden asettelussa motivaatio, asenteet, tarpeet ja toiveet nousevat keskeisiksi. Sekä arviointihaastattelussa että tukiohjelmaa arvioitaessa tavoitteita täsmennetään toimijuuden modaliteettien kautta eli tarkastellaan erityisesti kykenemistä, voimista ja osaamista. Näiden modaliteettien tarkastelu yhtäältä kiteyttää psyykkisen toimintakyvyn eri ulottuvuuksia ja toisaalta auttaa tunnistamaan tavoitteisiin pääsemisen yksilöllisiä ja ympäristöllisiä esteitä ja rajoituksia.

Ihmisen mielessä on samanaikaisesti läsnä menneisyys, nykyisyys ja tulevaisuus. Koska elämä luonteenomaisesti suuntautuu eteenpäin, on ihmisen mielen kannalta tärkeä se, mitä tulevaisuudelta toivotaan, millainen tulevaisuus halutaan ja mitä mahdollisuuksia tulevaisuuteen uskotaan liittyvän. (Heikkinen 2007.)

Tavoitteiden asettelu ilmentää vanhuksen haluamia asioita. Tavoitteiden asettelun yhteydessä vanhuksen itsensä määrittämää kykenemistä, osaamisia ja voimisia vahvistetaan. Toisaalta haasteena on tunnistaa tavoitteiden saavuttamisen esteet, jotka voivat olla yksilöllisiä tai yhteisöllisiä. Voimaannuttaminen ei ole ainoastaan positiivisiin puoliin huomion kiinnittämistä, vaan se on myös toimintakyvyn heikentymisen realistista tarkastelua. Toimintakyvyn laaja-alainen arviointi ja tukeminen on prosessi, joka auttaa arvioitavana olevaa ihmistä ymmärtämään omaa tilannettaan ja oman toimintakykynsä heikentymistä. Olennaista on, että yritetään löytää kykyjen heikentymisen aiheuttamien vaikeuksien ohella mahdollisuudet ja voimiset. Toimintakyvyn laaja-alaisessa arvioinnissa sekä tukemisessa psyykkisen toimintakyvyn

tarkastelu nojautuu voimavarakeskeisyyteen ja avautuviin mahdollisuuksiin voimaannuttamisen välineinä.

Lähteet

Antonovsky A (1985) Health, stress and coping. San Francisco, CA: Jossey Bass.

Baltes P B & Baltes M M (toim.) 1990 Successful Ageing: Perspectives from the Behavioural Sciences. Cambridge: Cambridge University Press.

Elo S & Isola A (2008) Ikääntyneiden haastattelun erityispiirteitä. Hoitotiede Vol.20, no 4/08, 215-225.

Erikson E H (1982) The life cycle completed. New York: Norton.

Frankl V (1959) Man's search for meaning. London: Hodder & Stoughton.

Heikkinen R-L (2007) Mielen tasapaino. Teoksessa T Lyyra, A Pikkarainen & P Tiikkainen (toim.) Vanheneminen ja terveys. Helsinki: Edita, 130-144.

Hietanen M & Hänninen T (2006) Laaja neuropsykologinen tutkimus. Teoksessa T Erkinjuntti, K Alhainen, J Rinne & H Soininen (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 389-402.

Hirsjärvi S & Hurme H (2001) Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Kuikka P, Pulliainen V & Salo J (2008) Toiminnanohjauksen kliinisen arvioinnin haasteet. Psykologia 4/2008:248-260.

Lahtela K (1990) Psykkinen toimintakyky ja sen muutokset vanhuudessa I: Käsitteellisiä näkökulmia. Gerontologia 4(4): 269-280.

Mason J (1997) Qualitative researching. London: Sage.

Patton M Q (2002) Qualitative research & evaluation methods. 3.painos. London: Sage.

Rissanen L (1999) Vanhenevien ihmisten kotona selviytyminen. Yli 65-vuotiaiden terveys, toimintakyky ja sosiaali- ja terveyspalvelujen koettu tarve. Väitöskirja, Oulun yliopisto

Rubin H J & Rubin I S (1995) Qualitative interviewing: the art of hearing data. Thousand Oaks: Sage.

Ruoppila I (2002) Psykkisen toimintakyvyn tukeminen. Teoksessa E Heikkinen & M Marin (toim.) Vanhuuden voimavarat. Helsinki: Tammi, 119-150.

Ruoppila I (2003) Viisaus. Teoksessa E Heikkinen & T Rantanen (toim.) Gerontologia. Helsinki: Duodecim, 185-192.

Ruoppila I (2004) Vanhenemisen psykologisen tutkimuksen historiaa ja haasteita. Teoksessa T. Raitanen, T Hänninen, H Pajunen, T Suutama (toim.) Geropsykologia. Vanhenemisen ja vanhuuden psykologia. Helsinki: WSOY, 14-73.

Ruoppila I (2008) Viisaus. Teoksessa E Heikkinen & T Rantanen (toim.) Gerontologia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 204-212.

Ruusuvuori J & Tiittula L (2005) Tutkimushaastattelu ja vuorovaikutus. Teoksessa J Ruusuvuori & L Tiittula (toim.) Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino.

Saarenheimo M (1997) Jos etsit kadonnutta aikaa. Vanhuus ja oman elämän muisteleminen. Tampere: Vastapaino.

Saarenheimo M (2004) Positiivinen mielenterveys ja elämänhallinta. Teoksessa T Raitanen, T Hänninen, H Pajunen, T Suutama (toim.) Geropsykologia. Vanhenemisen ja vanhuuden psykologia. Helsinki: WSOY, 132-151.

Salmela S & Matilainen I (2007) Neuvontakeskustelu. Teoksessa T Lyyra, A Pikkarainen & P Tiikkainen (toim.) Vanheneminen ja terveys. Helsinki: Edita 218-232.

Suutama T (2007) saatavilla:

<http://www.psykonet.fi/perustutkinto/kehpsy07/111007.pdf> Luettu 10.2.2007

Suutama T (2004) Kognitiiviset toiminnot. Teoksessa T Raitanen, T Hänninen, H Pajunen & T Suutama (toim.) Geropsykologia. Vanhenemisen ja vanhuuden psykologia. Helsinki: WSOY 76-108.

Suutama T & Ruoppila I (2007) Kognitiivinen toimintakyky. Teoksessa T Lyyra, A Pikkarainen & P Tiikkainen (toim.) Vanheneminen ja terveys. Helsinki: Edita 116-128.

Takkinen S (2003) Elämän tarkoituksellisuuden tunne. Teoksessa E Heikkinen & T Rantanen (toim.) Gerontologia. Helsinki: Duodecim, 210-219.

Tiikkainen P & Lyyra T (2007) Sosiaaliset suhteet. Teoksessa T Lyyra, A Pikkarainen & P Tiikkainen (toim.) Vanheneminen ja terveys. Helsinki: Edita 70-86.

Uotinen V, Suutama T & Raitanen T (2004) Persoonallisuuspsykologian näkökulmia ikääntymiseen. Teoksessa T Raitanen, T Hänninen, H Pajunen & T Suutama (toim.) Geropsykologia. Vanhenemisen ja vanhuuden psykologia. Helsinki: WSOY, 109-131.

SOSIAALINEN TOIMINTAKYKY

Mika Simonen, tutkija

Artikkelissa esitellään sosiaalisen toimintakyvyn käsitteen ja arvioinnin ympärillä käytävää keskustelua. Empiirisen tarkastelun kohteena on *Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuoltohankkeesta* kerätty tutkimusaineisto, jonka avulla selvitetään sosiaalisen toimintakyvyn lomakearviointien ja arvioijien havaitsemien vaikutelmien suhdetta (Pohjolainen ym. 2009). Kirjatut vaikutelmat osallistujasta arviointitilanteessa ryhmiteltiin summamuuttujan pisteiden mukaisesti neljään ryhmään.

Vaikka sosiaalisen toimintakyvyn määrittely on tutkimuskirjallisuudessa nähty haasteelliseksi ja epäselväksi, sosiaalista toimintakykyä arvioidaan ja arvioita käytetään hyväksi sosiaali- ja terveystaloudellisia koskevassa päätöksenteossa. Kuntien vanhustyössä sosiaalisen toimintakyvyn arviointi on ollut vähäistä (Voutilainen ja Vaarama 2005). Tästä huolimatta toimintakyvyn arviointi nähdään tarpeellisena palveluntarpeen monipuolisissa arvioinnissa (Ikäihmisten palveluiden laatusuositus 2008). Tieteellisin keinoin ei ole pystytty muodostamaan yksiselitteistä ja ongelmatonta käytännön arviointimallia.

Vanhustyössä yleisimmät sosiaalisen toimintakyvyn arviointivälineet perustuvat itsearviointiin tai laitoissa tapahtuvaan työntekijän havainnointiin. Nykyisellään itsearviointeihin perustuvia lomakekyselyitä on runsaasti, sen sijaan haastattelussa tapahtuvasta sosiaalisen toimintakyvyn havainnoinnista ei ole tietämystä tai sen arviointi koetaan vaikeaksi. Osasyynä tähän on, ettei sosiaalista toimintakykyä voida suoranaisesti mitata. Tällaisessa tilanteessa arvioijan päättelytaidoilla, kokemuksella, intuitiolla ja empatialla on merkitystä arvioinnin oikeellisuuden kannalta (Mäkinen 2006).

Käsitteellisiä määritelmiä

Sosiaalisen toimintakyvyn käsitteelle ei ole olemassa yksiselitteistä määritelmää, vaan on useita malleja ja teorioita. Kattavan määritelmän mukaan sosiaalinen toimintakyky on yhtäältä kykyä tulla toimeen yhteiskunnassa vallitsevien arvojen ja normien mukaisesti, ja toisaalta selviytymistä arkipäivän toiminnoista, vuorovaikutussuhteista ja oman toimintaympäristön rooleista (Sosiaalityön sanasto 2006). Muissa määritelmissä painotetaan yksilön resursseja, rooleja, sosiaalisia taitoja tai suhdetta yhteiskuntaan (Pohjolainen 1990, Vilkkumaa 1998, Rissanen 1999, Heikkinen 1987, 1990). Sosiaalisesta toimintakyvystä ei ole rajattavissa erityistä tutkimusperinnettä eikä käsitteellistä analyysia ole tehty tyhjentävästi millään tieteenalalla (Vilkkumaa 1998). Viime aikoina ratkaisua käsitteen ongelmallisuuteen on haettu giddensiläisestä strukturaatioteoriasta (Jyrkämä 1998) ja vygostkiläisestä kulttuuri-historiallisesta toiminnan teoriasta (Mäkitalo 2001). Molemmissa on keskeisenä ajatus sosiaalisuudesta enemmänkin toiminnan kuin yksilön ominaisuutena.

Rissanen (1999) kokoaa 1980- ja 1990-lukujen eri suomalaisissa ja ulkomaisissa tutkimuksissa esitettyjä määrittelyitä sosiaalisesta toimintakyvystä. Hän ryhmittelee määrittelyt neljään ryhmään. Tarkastelen tässä kahta mielestäni keskeisintä määritelmää, yksilöä ja vuorovaikutusta korostavaa. Kahdessa muussa Rissanen kokoamassa määritelmässä painottuu sosiaalisen toiminnan syntyyn vaikuttavan tietoisuuden merkitys, psykofyysinen toimintakyky sekä psykososiaalinen hyvinvointi.

(1) Sosiaalinen toimintakyky on nähty yksilön sosiaalisina kontakteina, ajankäyttönä ja harrastuksina.

Näin määriteltynä sosiaalisella toimintakyvyllä tarkoitetaan tutkittavan ystävien, harrastusten, sosiaaliseen toimintaan osallistumisen ym. määriä ja joissakin tapauksissa myös laatuja (esim. kuorolaulu harrastuksena nähdään sosiaalista pääomaa kohottavana toimintamuotona verrattuna yksinlauluun). Sosiaalisuutta kuvaavat määrät ja laadut voidaan pisteyttää ja muodostaa indeksi-arvoja, joista päätellään tutkittavan sosiaalista toimintakykyä. Matala indeksi-arvo viittaisi kenties siihen, ettei tutkittava tapaa juuri ketään eikä saa sosiaalista tukea. Korkea arvo voisi viitata monipuoliseen sosiaaliseen verkostoon, jossa tutkittava aktiivisesti vaikuttaa. Pohjolaisen (1990) tarkastelussa tällainen tarkastelutapa viittaa resurssiajatteluun. Tällöin sosiaalinen toimintakyky muodostuu sosiaalisista taidoista ja sosiaalisista toiminnoista. Resursseja ovat mm. ystävyys- ja perhesuhteet, tulot ja koulutus. Edellä mainitut määritelmät nojaavat ajatukseen sosiaalisesta toimintakyvystä yksilön ominaisuutena. Toimintakykyä myös päätellään epäsuorasti.

Toiseksi Rissanen (1999) määrittelee vuorovaikutusta painottavan näkökulman sosiaaliseen toimintakykyyn:

(2) Sosiaalisessa toimintakyvyssä on keskeistä ”yksilön ja yhteisön vuorovaikutus, joka ilmenee yksilön kykynä suoriutua sosiaalisista tilanteista sekä kykyä toimia yhteiskunnan jäsenenä sisältäen informaaliset ja formaaliset suhteet”

Tarkastelemalla yksilön ja yhteisön suhdetta tavoitetaan laajempi näkökulma, vaikkakin määritelmässä korostuvat yksilön kyvyt. Pohjolaisen (1990) määrittelyssä kyse on yksilön sopeutumisesta yhteiskuntaan. Edelleen yhdeksi sosiaalisen toimintakyvyn näkökulmaksi voi nähdä rooliteorian (Pohjolainen 1990). Tällöin kyse on siitä, kuinka yksilö ylläpitää keskeisiä sosiaalisia roolejaan.

Sosiaalinen osallistuminen voidaan nähdä yhtenä sosiaalisen toimintakyvyn osa-alueena. Se voidaan jakaa formaaliseen (viralliseen) ja informaaliseen (epäviralliseen) osallistumiseen (Pohjolainen 1987). Edelliseen kuuluvat esimerkiksi järjestöaktiivisuus ja yhteisölliset harrastukset (esim. kuorotoiminta), jälkimmäiseen taas vaikkapa kontaktit ystävien, sukulaisten ja naapurien kanssa. Paljon on pohdittu myös sitä, mikä merkitys on sosiaalisten suhteiden laadulla ja määrällä (ks. Rissanen 1999).

Sosiaalisen toimintakyvyn arviointi ja tutkimus vanhustyössä

Sosiaalista toimintakykyä arvioidaan yleensä osana laajempaa toimintakykyä (Voutilainen ja Vaarama 2005). Sosiaalista toimintakykyä voidaan arvioida haastattelulla, kyselyllä, havainnoimalla, tutkittavan itsearviointeina tai toisten tekeminä arviointeina. Postikysely- ja haastattelumenetelmiä käytetään palvelutarpeen määrittelyssä ja laajoissa väestötutkimuksissa. Havainnointia käytetään lähinnä laitoksissa tai muissa vastaavissa hoitopaikoissa.

Yleiseksi päivittäisen toimintakyvyn mittaamisen välineeksi on muotoutunut ADL (Activities of Daily Life) –mittaristo. Toimintakykymittareiden aihealueet ovat vakiintuneet, vaikka käytettyjen osioiden määrä vaihtelee (Laukkanen 2003). Tarkastelemalla ADL:n kysymyksiä voi havaita, että tehtävien pääpaino on fyysisen toimintakyvyn arvioinnissa. ADL-kysymyksiä täydentämään on muotoutunut IADL (Instrumental Activities of Daily Life) –osio, jonka painopiste on asioiden hoitamisesta selviytymisessä. Tällöin kysymykset koskettavat fyysisen toimintakyvyn lisäksi myös sosiaalisen ja psykologisen tason ilmiöitä. Vaikeudet ilmenevät yleensä ensin IADL-toiminnoissa (Laukkanen 2003).

Ei ole sellaista välinettä tai mittaria, joka arvioisi sosiaalista toimintakykyä suoraan. Ratkaisuna on toissijaisten ominaisuuksien arviointi ja päättely näiden pohjalta. (Mäkitalo 2001). Esimerkiksi sosiaalista toimintakykyä on tavoitettu epäsuorasti kysymällä ystävien määrää ja vierailujen tiheyttä. Niinpä valtaosa tutkimustuloksista pohjaa lomakekyselyihin. Rissanen (1999) tiivistää 90-luvun vanhenevien ihmisten sosiaalista toimintakykyä koskevan suomalaisen ja kansainvälisen tutkimuksen tulokset seuraavasti:

”Sosiaalinen kanssakäyminen on ikääntyvillä ihmisillä lähes samantyyppistä eri tutkimuksissa. Tärkeimmiksi ihmissuhteiksi vanhenevat ihmiset määrittelevät omat lapsensa. Naiset ovat sosiaalisesti aktiivisempia kuin miehet, mutta ikääntyminen ja terveydentila vähentävät tapaamisia. Erilaisiin uskonnollisiin tilaisuuksiin naiset osallistuvat hieman useammin kuin miehet. Ulkomaisten tutkimusten mukaan ikääntyvien kanssakäyminen on vilkasta, ja naiset ovat suomalaisten tapaan aktiivisempia kuin miehet. Ikääntyvien laaja sosiaalinen verkko vaikuttaa positiivisesti sekä fyysiseen että psyykkiseen hyvinvointiin. Sosiaaliseen ulkopuoliseen toimintaan osallistuminen on ulkomaalaisilla ikääntyvillä ihmisillä runsaampaa kuin suomalaisilla.”

Arviointivälineen puute on aiheuttanut sen, ettei sosiaalisen toimintakyvyn käyttöä pystytä arvioimaan kyvyn käyttöä seuraamalla. Jyrkämän (1998) mukaan “toimintakyvyn tutkimisessa ei riitä sen ominaisuusluonteinen mittaaminen vaan tarvitaan tutkimusta, joka kohdistuu toimintakyvyn käyttötilanteisiin, toimintakykyyn 'in action', toimintakykyyn käytössä.” Vuorovaikutusta painottavan näkemyksen mukaisesti sosiaalisen toimintakyvyn tavoittaisi käytössä niissä tilanteissa, joissa sosiaalista toimintaa tapahtuu. Tällöin keskiöön asettuvat sosiaalisen toiminnan havainnoinnin keinot, esimerkiksi etnografiset menetelmät ja tilanteen tarkastelu.

Keskeistä vuorovaikutusta painottavan näkemyksen mukaisesti eivät ole yksilön ominaisuudet vaan sosiaaliset vuorovaikutustilanteet. Tilanteiden analyysillä voidaan selvittää, millaisten käytäntöjen kautta ihmiset näissä tilanteissa toimivat (esim. Koivula *tässä julkaisussa*). IADL-mittarin kysymyksiä seuraamalla tällaisia tilanteita ovat asiointi virastossa tai pankissa. Erityisen sosiaalisen tilanteen muodostavat toimintakyvyn arviointitilaisuudet. Näissä tilaisuuksissa haastattelija muodostaa arvion tutkittavan sosiaalisesta toimintakyvystä sen perusteella, mitä tutkittava kertoo ja miten hän haastattelutilanteessa toimii. Haastattelu on siis kaikinensa ikään kuin se mittari, johon sosiaalisen toimintakyvyn arvio perustuu. Fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn mittarit (esim. fyysiset testit ja psykologiset lomakkeet) tunnetaan varsin hyvin, mutta se miten sosiaalisen toimintakyvyn mittarina käytetty toimintakykyhaastattelu varsinaisesti toimii on pitkälti oletusten varassa. Arviointitilanteen sosiaalisen dynamiikan auki keriminen auttaa ymmärtämään sosiaalisen toimintakyvyn vuorovaikutuksellista luonnetta.

Rooliteorian edustamat sosiaaliset roolit ja vuorovaikutussuhteet pohjautuvat ihmisten vastavuoroisuuteen, odotuksiin ja velvollisuuksiin. Kiinnostavaa on se, mitä Pohjolaisen mainitsema ”sosiaalisen roolin ylläpitäminen” on käytännössä (1990). Jyrkämä on useissa teksteissä nähnyt toimintakyvyn arvioinnin kohdistuvan potentiaaliseen kykyyn (esim. Jyrkämä 2003). Tärkeämpää olisi kuitenkin nähdä toimintakyky aktuaalisena, toiminnassa.

Sosiaalinen toimintakyky ja tilanteen havainnointi

Osana toimintakyvyn laaja-alaista tai kattavaa arviointia on Ikäinstituutissa pilotoitu sosiaalisen toimintakyvyn arviointia, jossa tiedonkeruun näkökulmina hyödynnetään jo 1980-luvulla esitettyjä arviointimenetelmiä ja uudempia 2000-luvun näkemyksiä (ks. Pohjolainen ym. 2009). Sosiaalisen toimintakyvyn arvioinnin ja arvioijille muodostuneen vaikutelman välistä suhdetta ei juuri ole tutkittu, aiemmassa sosiaalista toimintakykyä kartoittavassa tutkimuksessa kerättiin haastatteliijoilta tietoa haastateltavista syntyneistä vaikutelmista (ks. Suutama ym. 1988).

Aineistona käytettiin *Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuoltohankkeesta* syksyllä 2007 kerättyä tutkimusaineistoa (n=116). Hankkeessa toimintakyvyn arvioijia pyydettiin vastaamaan kysymykseen millainen vaikutelma haastateltavasta jäi. Edelleen pyydettiin kuvailemaan osallistujaa muutamalla lauseella sekä huomioimaan henkilökohtainen siisteys. Kysymykset noudattivat Suutama ym. (1988) tutkimuksessa esitettyä mallia. Aineisto ja käytetyt arviointimenetelmät on esitelty tarkemmin hankkeen julkaisussa (Pohjolainen ym. 2009).

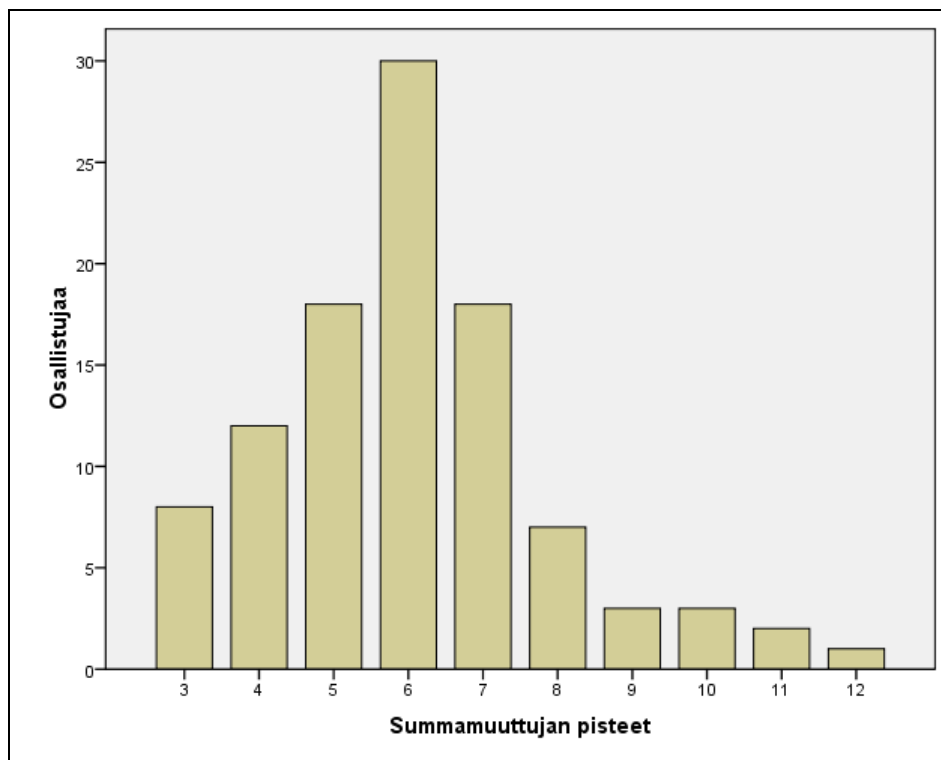
Kiinnostuksen kohteena on, miten arvioijien kirjaamat vaikutelmat jakaantuivat sosiaalisen toimintakyvyn itsearviointista, haastattelijan arvioinnista ja mittajaan arvioinnista tehtyyn summamuuttajaan nähden. Summamuuttujassa laskettiin yhteen edellä mainittujen arviointien pisteet. Kunkin sosiaalista toimintakykyä arvioivan kysymyksen alkuperäinen asteikko oli 1-5 (1=erittäin hyvä, 2=hyvä, 3=keskinkertainen, 4=huono, 5=erittäin huono). Näin summamuuttujan asteikoksi saatiin 3-15.

Summamuuttujan pisteistä kolmannes on osallistujan arviota, kaksi kolmasosaa arvioijien. Tarkastelusta hylättiin osallistujat, joilla ei ollut kolmea arviointia.

Sosiaalista toimintakykyä kuvaava summamuuttuja ja arvioijien vaikutelmat

Arvioijien kirjaamat vaikutelmat ryhmiteltiin summamuuttujan mukaisesti *erittäin hyväksi* (3-4 pistettä), *hyväksi* (5-7 pistettä) ja *keskinkertaiseksi tai huonoksi* (8-12 pistettä) sosiaalisesti toimintakyvyksi. Esimerkiksi erittäin hyvässä arvioissa (pisteitä 3-4) kolmesta arvioinnista joko kaikki arviot olivat ”erittäin hyvä” tai sitten kaksi arvioista oli ”erittäin hyvä” ja yksi arvio ”hyvä”.

Sosiaalisen toimintakyvyn arvioinneista kootun summamuuttujan mukaan enemmistö arvioista korosti osallistujan hyvää sosiaalista toimintakykyä (osallistujista 65 %). Viidennes osallistujista arvioitiin erittäin hyvän sosiaalisen toimintakyvyn omaaviksi. Keskinkertainen tai huono sosiaalinen toimintakyky oli noin 16 %:lla osallistujista (Kuvio 1).



Kuvio 1. Sosiaalisen toimintakyvyn arvioista tehty summamuuttujan jakauma (n=102).

Seuraavissa näytteissä on yhdistetty haastattelijan ja mittajaan avovastaukset. Suluissa on osallistujan sukupuoli ja ikä.

Erittäin hyvä sosiaalinen toimintakyky (summamuuttujassa 3 tai 4 pistettä)

Sosiaaliselta toimintakyvyltään erittäin hyväksi luonnehdittujen osallistujien vaikutelmissa korostuivat hyväntuulisuus, iloisuus, sosiaalisuus, avoimuus, reippaus, puheliaisuus, huumorintajuisuus ja siisteys.

Siisti, sosiaalinen, fiksu, keski-ikäinen urheilullinen mies. Siististi pukeutunut, tuoksui hyvältä. Reipas ja puhelias, ymmärsi kaikki kerrasta, hyväkuntoinen. (Mies, 42 v.)

Puhelias, iloinen, avoin. Siististi pukeutunut ja käytti paljon koruja. Mahtava sosiaalinen persoona, jolta löytyi huumoria. Sairaus haittaa pahasti arkea, joten fyysinen toimintakyky heikompi. Voimakas persoona, korkea kipukynnys, tasapainossa sairautensa kanssa. Henkilökohtainen siisteys kunnossa. (Nainen, 47 v.)

Hyvä sosiaalinen toimintakyky (summamuuttujassa 5 - 7 pistettä)

Hyvään painottuvissa sosiaalisen toimintakyvyn arvioissa vaikutelmina näyttäytyi osin samoja ominaisuuksia kuin ”erittäin hyvä” arvioissa. Hyvissä arvioissa näyttäytyi myös rauhallisuus, asiallisuus, avoimuus, miellyttävyys, kohteliaisuus ja rentous.

Rauhallinen, fiksu, kohtelias, asiallinen. Pystyy monenlaiseen työhön. Siisti, miellyttävä, elämää kokenut mies. Sosiaalinen ja hyväkuntoinen. Asiallinen, mutta huumoriakin löytyi. (Mies, 59 v.)

Siisti, miellyttävä, rento, avoin mies. Alkoholin liikakäyttö ongelmana. Mutta itsellä kova tahto päästä siitä eroon ja saada työtä. Siisti, asiallinen mies, joka nopeasti ymmärsi ohjeet. Omista asioistaan ei puhunut liiemmin. (Mies, 36 v.)

Iloinen, sosiaalinen, avoin. Kova itsekuri ja halu aina parempaan. Siisti, sosiaalinen, älykäs ja avoin rouva. Kaikin puolin mahtava persoona asiallisella tasolla. (Nainen, 53 v.)

Sosiaalinen, avoin, kova puhumaan. Juttu rönsyili ja haastattelu venyi pitkäksi. Siististi pukeutunut ja hajuvesi tuoksui. Siisti, huoliteltu nainen, jolla sairaudet vieneet arjen sekaisin. Sosiaalinen, mutta sairaudet masentaneet. Silti vahva luonteeltaan. (Nainen, 50 v.)

Keskinkertainen tai huono sosiaalinen toimintakyky (summamuuttujassa 8 – 12 pistettä)

Toimintakyvyn arvioijien vaikutelmat keskinkertaisesta tai huonommasta sosiaalisesta toimintakyvystä liittyivät osallistujan katseen välttelyyn, jännityksestä johtuneeseen jähmeyteen, levottomuuteen, epäsiisteyteen, vähäpuheisuuteen, ujouteen tai hiljaisuuteen.

Ei puhunut suoraan minuun päin, oli aina vähän sivuttain. Vältteli katsekontaktia. Alahampaat huonossa kunnossa tai vallan osa hampaista pois. Ei harrasta mitään, vähätteli kaikkea, ärsyttävä tyyppi. (Nainen, 35 v.)

Jähmeä, asiallinen, luki kysymykset tarkkaan ja perehtyi niihin. Liikkuminen hankalaa ja puhui vähän. Ilmeisesti jännitti fyysisiä mittauksia. Psykkisesti pärjää hyvin, nopeasti sisäisti ohjeet. Huolehti vaateuksesta, silmälaseista ym. (Nainen, 44 v.)

Levoton, kädet kävi koko ajan ja vaihtoi istuma-asentoa. Kova pälpättämään. Tajusi reaktiotestin heti ekalla kerralla. Levottoman oloinen, hölpöttäjä. (Mies, 46 v.)

Hikinen, epäsiisti, liikakiloja reilusti. Avoin, tukea ja kannustusta tarvitseva. Erittäin tukeva ja huonosti hygieniastaan huolehtiva mies. Katsekontakti huono, epäsosiaalinen ja vaikutti masentuneelta. Fyysisesti yllätti - tehnyt maataloustöitä. Tietokoneohjelmien ymmärtäminen erittäin heikkoa. Häpesi itseänsä. (Mies, 41 v.)

Hiljainen ja ujo, mutta osasi vastata kysymyksiin heti. Hiljainen, ymmärsi testattavat asiat hyvin. Mielestäni hyväkuntoinen, testit sujuivat nopeasti. (Mies, 31 v.)

Oman vastaajaryhmänsä muodostivat osallistujat, jotka kokivat kasvokkaisen haastattelu-/mittaustilanteen heille sopivaksi, kuitenkin väkimmäältään suuremmat sosiaaliset tilanteet olivat heille ongelmallisia. Kummassakin seuraavassa näytteessä mittaaja arvioi kasvokkaisten vuorovaikutustaitojen pohjalta osallistujan sosiaalisen toimintakyvyn hyväksi. Osallistujan itsearviossa ja haastattelijan arviossa sosiaalinen toimintakyky oli huono tai erittäin huono.

Vaatteet likaiset ja reikäiset. Arka mutta katsoi suoraan silmiin. Kertoi pelkäävänsä sosiaalisia tilanteita. Yhden ihmisen kanssa kontakti onnistuu tai korkeintaan 2 hengen. Haastattelu meni hyvin, "ei pelännyt minua", sanoi itse haastattelun jälkeen. Vaatteet likaiset, aran oloinen, mutta suoriutui kaikista mittauksista hyvin. Reaktiotesti meni kerrasta läpi. Rauhallinen. (Nainen, 38 v.)

Siististi pukeutunut. Rauhallinen, avoin, mutta vain vähän ihmissuhteita. Rauhallinen ja siisti sekä asiallinen. Toimintakyky isossa ryhmässä huono. Kaksin ihan hyvä. Fyysisesti hyvässä kunnossa, sosiaalisesti avoin, hieman hiljainen. (Mies, 46 v.)

Lopuksi

Yksilöä painottavassa tutkimusperinteessä sosiaalinen toimintakyky on yksilön ominaisuus ja sitä on tutkittu epäsuorasti kysymällä tutkittavalta hänen sosiaalisista kontakteistaan ja resursseistaan. Näin on tavoitettu sosiaalisen toimintakyvyn subjektiivinen taso. Vastaavasti voidaan kysyä myös tutkittavan puolisolta tai muulta henkilöltä, joka tuntee tutkittavan. Tällainen triangulaatio voi olla validiteetiltaan parempi kuin pelkkä yksilön omaan arvioon pohjaava. Vuorovaikutusta painottavassa tutkimusperinteessä yksilön sosiaalinen toimintakyky on läsnä sosiaalisessa tilanteessa. Tällöin sosiaalista toimintakykyä tulee tarkastella sosiaalisten tilanteiden havainnoinnin kautta. Erityisesti arviointien kannalta monipuolinen tarkastelu voi osoittautua hedelmälliseksi. Tässä voikin olla toimintakykyä laaja-alaisesti tarkastelevan tutkimusotteen vahvuus. Monipuolisessa tarkastelussa yhdistyy yksilön oma ääni, arvioijan arviot ja käytettyjen arviointivälineiden tuoma tieto. Ikäinstituutissa kehitteillä olevan toimintakyvyn arviointi- ja tukiohjelman näkökulmasta sosiaalisesta toimintakyvystä kerätyn tiedon hyödyntäminen tukiohjelmien suunnittelussa ja toteutuksessa on ensiarvoisen tärkeää.

Arvioijien kirjaamissa vaikutelmissa näyttäytyivät sosiaalisen toimintakyvyn lisäksi osallistujan fyysinen ja psyykinen puoli. Vuorovaikutustilanteissa osallistujan myönteiseksi nähtyyn vaikutukseen näytti liittyvän sulavuus, oli se sitten mittaustilanteissa toiminnallista tai haastattelutilanteessa kommunikoinnin kautta läsnäolevaa. Sosiaalisen kontaktin välttely, "poissa oloinen", uneliaisuus tai vähäsanaisuus ei kuulunut osallistujan myönteiseen vaikutukseen.

Kiinnostavasti sosiaalisen toimintakyvyn arvioista tehty summamuuttuja näytti pystyvän luokittamaan saatuja vaikutelmia mielekkäästi hyvän ja heikon sosiaalisen toimintakyvyn välillä. Toisaalta lomakkeen vastausvaihtoehdot eivät riittävässä määrin huomioineet näytteissä kuvattua sosiaalisten tilanteiden pelkoa ja tähän on lomakkeen kehitystyössä syytä palata. Sosiaalisen toimintakyvyn näkeminen vain yksilön ominaisuutena ei pidä sisällään kokonaista kuvaa ihmisen sosiaalisesta toiminnasta.

Lähteet

Heikkinen R-L (1987) Sosiaalinen toimintakyky I. Gerontologia 2, 32-43.

Heikkinen R-L (1990) Sosiaalinen toimintakyky. Teoksessa E Heikkinen, R-L Heikkinen, M Kauppinen, P Laukkanen, I Ruoppila & T Suutama (toim.) Iäkkäiden henkilöiden toimintakyky. Ikivihreät-projekti, Osa I, 45 – 66. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus (2008) Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008: 3. Helsinki.

Jyrkämä J (1998) Vanhustenhoito toimintakäytäntöinä – uuden toimintanäkökulman etsintää. Teoksessa T Parviainen (toim.) Näkökulmia vanhusten hoitotyöhön, s. 174-194. Helsinki: Kirjayhtymä.

Jyrkämä J (2003) Vanheneva yksilö, toimijuus ja toimintatilanteet. Teoksessa E Heikkinen ja T Rantanen (toim.) Gerontologia. Helsinki: Duodecim.

Laukkanen P (2003) Päivittäisistä toiminnoista selviytymistä arvioivat haastattelu- ja kyselytutkimukset. Teoksessa E Heikkinen & T Rantanen (toim.) Gerontologia, 287-300. Helsinki: Duodecim.

Mäkinen E (2006) Mittaristolla tasa-arvoa omaishoitoon. Teoksessa M Salanko-Vuorela, M Purhonen, P Järnstedt & A Korhonen (2006) Selvitys omaishoidon tilanteesta 2006. ”Hoitaahan ne joka tapauksessa”, 171-176. Helsinki: Omaishoitajat ja Läheiset-Liitto.

Mäkitalo J (2001) Toimintakyky ja toiminnan teoria. Teoksessa S Talo (toim.) Toimintakyky – viitekehuksesta arviointiin ja mittaamiseen, 65-92. Seminaariraportti. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 49. Turku: KELA.

Pohjolainen P (1987) Toimintakykyisyys, terveydentila ja elämäntyyli 71-75-vuotiailla miehillä. Studies in sport, physical education and health 23. University of Jyväskylä, Jyväskylä.

Pohjolainen P (1990) Toimintakyky ja vanheneminen. Teoksessa A Hervonen & P Pohjolainen (1990) Gerontologian ja geriatrian perusteet, 191-202. Tampere: Lääketieteellinen oppimateriaalikustantamo.

Pohjolainen P, Tiihonen A, Simonen M & Takala K (2009) Pitkäaikaistyöttömien terveydentila, toimintakyky, elintavat ja elämäntilanne – projektin lähtökohdat ja alkumittausten tuloksia. Raportteja 1/2009. Helsinki: Ikäinstituutti.

Rissanen L (1999) Vanhenevien ihmisten kotona selviytyminen. Yli 65-vuotiaiden terveys, toimintakyky ja sosiaali- ja terveystalveluiden koettu tarve. Acta Universitatis Ouluensis. Oulun yliopisto.

Sosiaalityön sanasto. Stakes 2002.

www.stakes.fi/oske/terminologia/sanastot/sostyo.htm [luettu 1.4.2006]

Suutama T, Salminen K & Ruoppila I (1988) Fyysinen ja sosiaalinen toimintakyky. Osa 2. Julkaisussa Iäkkäiden elinolosuhteet sekä psyykinen ja sosiaalinen toimintakykyisyys. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M:63. Helsinki: Kansaneläkelaitos.

Vilkkumaa I (1998) Sosiaalisen taidon metsästys. Lähtökohtia sosiaalisen kyvykkyyden ymmärtämiseen. Teoksessa A Lahikainen & A-M Pirttilä-Backman (toim.) Sosiaalinen vuorovaikutus. Rauni Myllyniemen juhlakirja, 222-232. Helsinki: Otava.

Voutilainen P & Vaarama M (2005) Toimintakykymittareiden käyttö ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnissa. Raportteja 7/2005. Helsinki: Stakes.

IV KOHTI ARVIOINTIA JA TUKEMISTA

MUISTISAIRAIDEN IHMISTEN TOIMINTAKYVYN ARVIOINTI

Elisa Virkola, projektitutkija

Parhaimmillaan toimintakyvyn arviointi toteutuu ihmisen omassa kodissa, jossa ovat läsnä muistisairas ihminen, hänen läheisensä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia. Artikkelissa käsitellään arviointitilanteen haasteita ja ongelmia sairastuneen ihmisen ja hänen läheistensä sekä toisaalta arviointia tekevän ammattilaisen kannalta. Lopuksi pohditaan onnistuneen laaja-alaisen toimintakyvyn arvioinnin mahdollisuuksia. Arviointi tulisi ymmärtää prosessiksi, jossa ensiarviointi on sen alku.

Korkea ikä on riski sairastua muistisairauteen. Suomessa on arvioitu olevan noin 85 000 vähintään keskivaikeasti dementoitunutta henkilöä ja lievä-asteista muistisairautta sairastavia noin 35 000. Muistisairaista ihmisistä valtaosa (55 %) on yli 80-vuotiaita, mutta myös työkäisiä (eli 65-vuotiaita tai nuorempia) on noin 7500. Suomessa vajaat 14 000 yli 64-vuotiasta ihmistä vuosittain sairastuu johonkin muistisairauteen. Muistisairaiden ihmisten lukumäärä on jo nyt suuri, ja väestön ikääntyessä määrä kasvaa. (Viramo ja Sulkava 2006.)

Muistisairaudet ovat iäkkäillä ihmisillä merkittävin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita aiheuttava sairausryhmä ja suurin syy ympärivuorokautisen pitkäaikaishoidon tarpeeseen (Sulkava ja Eloniemi-Sulkava 2008). Muistisairaudet ovat huomattava kansanterveydellinen sekä -taloudellinen haaste. Tilannetta voidaan parantaa sairauksien varhaisella taudinmäärityksellä eli diagnosoinnilla sekä oikein kohdennetulla hoidolla. (Erkinjuntti ja Koivisto 2006.) Tällä hetkellä tilanne on kuitenkin se, että vain puolet dementiaoireisista saa asianmukaisen diagnoosin (Löppönen 2006). Sairauden varhaiseen tunnistamiseen, diagnostiikkaan sekä sairastuneen ihmisen toimintakyvyn ja elämänlaadun tukemiseen tulisi panostaa nykyistä enemmän.

Koska muistisairaus on etenevä ja vaikuttaa vähitellen heikentävästi ihmisen kaikkiin toimintakyvyn ulottuvuuksiin, on toimintakykyä tärkeää arvioida säännöllisesti ja laajasti (Vuori 2007). Sitä ei tule arvioida vain heikkenemisen näkökulmasta, vaan olennaista on myös tunnistaa henkilön jäljellä olevat kyvyt ja taidot. Näiden voimavarojen mielekkääseen käyttöön tulisi kehittää mahdollisuuksia. On myös keskeistä pohtia, mitä varten toimintakyvyn arviointia milloinkin tehdään ja mihin

arvioinnista saatavaa tietoa käytetään. Muistisairaiden ihmisten kotona asumista voidaan tukea nykyistä tehokkaammin oikein kohdennetuilla ja oikea-aikaisilla palveluilla sekä tukimuodoilla. Tämä mahdollistaa mielekkään ja turvallisen asumisen kotona. Osa tätä tukemisen prosessia on laaja-alainen ja yksilöllinen toimintakyvyn arviointi.

Dementia on erityisesti terveyteen liittyvä ilmiö, mutta se on myös yhteiskunnallinen kategoria, johon liittyy vahvoja merkityksiä. Kun muistioireet diagnosoidaan eteneväksi sairaudeksi, tapahtuu Jyrkämän mukaan vahva sosiaalinen ja kulttuurinen siirtymä ”ei-dementikosta dementikoksi” kaikkine siihen liittyvine merkityksineen. (Jyrkämä 2008.) Dementikko-sana leimaa ihmisen, ja tällöin hänet määritellään ensisijaisesti sairautensa kautta. Muiden ihmisten suhtautuminen sairastuneeseen ihmiseen saattaa radikaalisti muuttua diagnoosin jälkeen. Hänet käsitetään helposti kykenemättömäksi tekemään omaa elämäänsä koskevia päätöksiä. Muistisairas ihminen ei sairasta tyhjiössä vaan on jatkuvasti vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa. Tämän vuoksi myös ympäristön ja sen toimijoiden tarkastelu ja havainnointi tulisi kuulua keskeisenä osana sairastuneen ihmisen toimintakyvyn arviointiin.

Viimeisen vuosikymmenen aikana muistisairauksien diagnosoinnin ja lääkehoidon kehittymisen myötä on kiinnostuttu kehittämään ja tutkimaan tukimuotoja sairastuneiden ihmisten sosiaalisten ja emotionaalisten tarpeiden pohjalta (Snyder ym. 2007). Lisäksi korostetaan muistisairauden alussa olevaa ihmistä aktiivisena toimijana sekä sairastuneen ihmisen subjektiivisen kokemustiedon tärkeyttä. Teema muistisairaiden oman äänen kuulemista on ajankohtainen, ja heidän mahdollisuuksistaan tehdä elämäänsä koskevia valintoja halutaan herättää keskustelua (Heimonen 2005, Suomen Muistiasiantuntijat 2008). Kuulemalla sairastuneiden ihmisten kokemuksia voidaan kehittää paremmin heille kohdennettuja palveluita (ADI 2003), ja voidaan luoda edellytyksiä heidän aktiivisemmalle toiminnalleen, osallisuudelleen ja osallistumiselleen.

Tutkimuksen piirissä esitetyt teemat muistisairaana ihmisen oman äänen kuulemisesta ja hänen valinnan mahdollisuuksistaan eivät ole, ainakaan vielä, konkretisoituneet pysyväksi osaksi muistisairaiden ihmisten kohtaamista käytännön työssä. Muistisairaana ihmisen ääni ei välttämättä kuulu eivätkä heidän toiveensa tai palvelutarpeensa ohjaa palvelujärjestelmää. Myöskään sairastuneen ihmisen toimintakyvyn arviointi ei aina toteudu riittävän kokonaisvaltaisesti.

Oireet ja toimintakyvyn heikkeneminen muistisairauden alkuvaiheessa

Dementia on oireyhtymä, ei yksittäinen sairaus. Muistisairauteen liittyy muistihäiriön lisäksi laajempi henkisen toiminnan heikentyminen henkilön aiempaan toimintaan verrattuna. Toimintojen heikentyminen rajoittaa ihmisen itsenäistä ja sosiaalista selviytymistä. (Erkinjuntti 2006.) Tavallisimmat dementoivat sairaudet ovat Alzheimerin tauti, vaskulaariset (verisuoniperäiset) dementiat sekä Lewyn kappale - tauti (Viramo ja Sulkava 2006). Alzheimerin taudin ja verisuoniperäisten dementioiden

ohella monet sairastavat myös näiden tautien sekamuotoja (Eloniemi-Sulkava ja Pitkälä 2006).

Muistihäiriö sekä uuden oppiminen vaikeutuminen ovat useimpien muistisairauksien ensioireita (Viramo ja Sulkava 2006). Tämän lisäksi dementian määritelmään kuuluu ainakin yksi seuraavista:

- a) afasia (kielelliset vaikeudet)
- b) apraksia (liikesarjojen suorittamisen vaikeus)
- c) agnosia (havaintotoiminnan, hahmottamisen vaikeudet)
- d) toiminnanohjauksen vaikeus (esim. suunnitelmallisuuden, monimutkaisten toimintojen ja järjestelmällisyyden vaikeutuminen)

Muistisairauksien oireet ovat osiltaan erilaisia. Tähän vaikuttaa, mikä sairaus on kyseessä. (Soininen ja Hänninen 2006.) Oireet ovat heikosti ennustettavia sairauden alkuvaiheessa ja kehittyvät vähitellen sairauden edetessä (Laakkonen ym. 2007).

Tavanomaisia oireita sairauden alkuvaiheessa voidaan kuitenkin kuvata esimerkiksi Alzheimerin taudin avulla. Se on tyypillisin vaiheittain etenevä muistisairaus. Alzheimerin tauti alkaa tavallisesti lievillä muistihäiriöillä, lähinnä mieleen painamisen vaikeuksilla ja lähimuistin heikkenemisellä. Tyypillisiä oireita varhaisessa Alzheimerin taudissa ovat asiakokonaisuuksien oppimisen vaikeutuminen, uusien nimien muistamisen työläys, vieraan kielen hallitsemisen vaikeus, vaikeudet erityisesti vaativissa ja uusissa tilanteissa, harrastusten ja tapahtumisen seuraamisen vähentyminen sekä stressioireet, uupuminen ja alavire. Sairastunut ihminen itse saattaa vähätellä muistioireitaan, mutta läheiset ovat usein hyvin huolissaan niistä ja ovat mahdollisesti lisänneet yhteydenpitoa sairastuneeseen ihmiseen. (Pirttilä ja Erkinjuntti 2006.) Varhaisessa Alzheimerin taudin vaiheessa ihmisellä ei kuitenkaan yleensä ole laaja-alaista, suuresti toimintakykyyn vaikuttavaa dementiaa (Sulkava 2007) ja hän on omatoiminen päivittäisissä toimissaan.

Varhaisen Alzheimerin taudin edetessä lieväksi Alzheimerin tautiin liittyväksi dementiaksi muistin lisäksi myös muut kognition osa-alueet alkavat heiketä. Näitä ovat erityisesti kielellinen ilmaisu ja havaintotoiminnot. Sanojen löytäminen ja nimeäminen vaikeutuvat, ja keskustelun seuraaminen muuttuu haasteellisemmaksi. Toiminnanohjaus hidastuu ja päättelykyky heikkenee joten suoriutuminen monivaiheisissa asioissa vaikeutuu, esimerkiksi taloudellisten asioiden hoidossa tai vieraassa ympäristössä liikkumisessa. (Pirttilä ja Erkinjuntti 2006.) Kuitenkin sairastuneen ihmisen itsetunnon kannalta olisi tärkeää, että hän voisi osallistua niiden asioiden hoitamiseen, jotka ovat hänelle tärkeitä niin pitkään kuin se on mahdollista ja turvallista. Henkilö kuitenkin tarvitsee toisen ihmisen apua arkipäivässä, esimerkiksi ohjauksen tai muistuttelun muodossa.

On mahdollista, että sairastunut ihminen vetäytyy hänelle aiemmin olennaisista harrastuksista sekä sosiaalisesta kanssakäymisestä ja pyrkii eristäytymään. Hänellä voi esiintyä aloitekyvyttömyyttä, ärtyneisyyttä, masennusta tai ahdistusta. Näitä oireita kutsutaan käytösoireiksi, joita esiintyy kaikissa muistisairauden vaiheissa. Vaikeimmillaan ne ovat muistisairauden keskivaikeassa ja vaikeassa vaiheessa.

Käyttöoireet ovat merkittävin dementia-työn haaste sekä avo- että laitoshoidossa. (Eloniemi-Sulkava ym. 2008.) Myös varastamis- ja mustasukkaisuusharhaluuloja voi ilmaantua sairauden edetessä (Pitkälä 2004). Sairauden alkuvaiheissa somaattisista oireista keskeisin on laihtuminen (Pirttilä ja Erkinjuntti 2006). Sairauden edetessä oiretiedostus heikkenee, eikä henkilö välttämättä koe enää olevansa sairas. Myös orientoituminen heikkenee ja tämä saattaa alkuvaiheessa näyttäytyä päivien, ajankohtien ja tapahtumien sekoittumisena (Sulkava ja Eloniemi-Sulkava 2008). Koska aloitteellisuuden väheneminen ja vaikeus toimia tavoitteellisesti liittyy usein jo muistisairauden varhaiseen vaiheeseen, on sairastuneen ihmisen elämänlaatu on kytköksissä muilta saatuun apuun alkuvaiheesta lähtien (Topo ym. 2007).

Oireiden kokeminen

Muistisairauden kokeminen on hyvin yksilöllinen ja monimutkainen prosessi, joka koostuu eri vaiheista (Steeman ym. 2006). Alkuvaiheessa sairauden vaikutukset eivät välttämättä liity toimintakyvyn heikkenemiseen, vaan sairastuneen ja hänen läheistensä psyykkiseen hyvinvointiin ja elämänlaatuun (Heimonen 2005). Muistisairauksien oireet ja seuraukset vaikuttavatkin monin tavoin sairastuneen ja hänen läheistensä elämään, ja esimerkiksi tulevaisuuteen ja muiden ihmisen suhtautumiseen liittyvät asiat askarruttavat.

Muistisairauden diagnoosin saaminen synnyttää ihmisessä paljon erilaisia tunnereaktioita. Uhattuna on hänen jäsenyytensä yhteiskunnan merkityksellisenä kansalaisena, hänen turvallisuuden tunteensa sekä autonomiansa ja identiteettinsä. (Steeman ym. 2006.) Diagnoosin saatuaan ihminen joutuu kohtaamaan tunteet ja pelot erilaisista menetyksistä, jotka häntä tulevaisuudessa uhkaavat. Näistä keskeisin ja ihmisen kannalta uhkaavin on kognition eli tiedonkäsittelyn heikentyminen. Aiemman tutkimuksen perusteella on koottu erilaisia menetysten muotoja, joita ovat esimerkiksi elämänhallinnan menettämisen tunne, mielekkään tekemisen puute, merkityksellisten ihmissuhteiden menettäminen tai roolimutokset ja -menetykset perheessä (Steeman ym. 2006). Suruprosessi jatkuu sairauden edetessä kun ihminen kohtaa uusia menetyksiä esimerkiksi harrastuksista luopumisen. (Bryden 2002.) Esimerkiksi miehille autolla ajosta luopuminen voi olla suuri menetys, joka murentaa ihmisen identiteettiä. Sairastuneen ihmisen lisäksi myös läheiset ihmiset kohtaavat erilaisia luopumisia ja menetyksiä sairausprosessin edetessä.

Sairastunut ihminen saattaa sairauden alkuvaiheessa joutua elämään ristiriitaisessa tilanteessa, koska sairaus on mahdollisesti diagnosoitu, mutta henkilön toimintakyky ei ole vielä juurikaan heikentynyt. Voidaankin puhua symbolisista menetyksistä: sairauden alkuvaiheessa ihminen tiedostaa tulevaisuudessa tapahtuvat muutokset, joita kuitenkin vielä ole tapahtunut. Ne alkavat kuitenkin vaikuttaa jo psyykkisesti samalla tavalla kuin jo toteutuneet muutokset ja saattavat aiheuttaa ahdistusta. Diagnoosin saaminen voi toisaalta olla myös helpotus, se antaa selityksen ihmisen kokemille oireille. (Heimonen 2005.)

Muistin heikkenemiseen ja muihin sairauden oireisiin liittyy erilaisia tunteita, joita voivat olla esimerkiksi ärsyyntyminen, suru, turhautuminen tai pelko (Steeman 2006).

Myös häpeän tai vihan tunteita voi esiintyä, sekä pelkoa miten muut suhtautuvat omaan itseen. Monet murehtivat sairauden etenemistä sekä toivottomalta näyttävää tulevaisuutta. (Pearce ym. 2002.)

Muistisairauden alkuvaihetta on kuvattu siirtymävaiheeksi, jolloin ihminen siirtyy itsenäisestä enemmän muista riippuvaiseksi (Steehan ym. 2007). Monelle suomalaiselle iäkkäälle ihmiselle muistin heikkeneminen sekä riippuvaisuus muista merkitsevät pahimpien pelkojen toteutumista. Kulttuurimme kuuluu vahvasti omillaan toimeen tulemisen eetos. (Saarenheimo 2006.) Itsenäisyyden säilyttäminen on iäkkäämmille sukupolville kunnia-asia ja voi olla vaikeaa, tai mahdotonta, myöntää, että tarvitsee apua tai pyytää sitä. Henkilö haluaa pitää kiinni itsenäisyydestään, taidoistaan sekä kyvyistään. Myös omaiset pyrkivät säilyttämään tutun elämäntavan turvautumatta ulkopuoliseen apuun (Adams 2006). Apua pyydetäänkin usein vasta tilanteen kriisiytyessä.

Keskeistä sairastuneille henkilöille on kokemus muiden ihmisten arvostuksesta sairaudesta huolimatta (Steehan ym. 2007). Langdonin ja muiden (2006) tutkimuksessa haastatellut muistisairauden alkuvaiheessa olevat henkilöt esittivät negatiivisia käsityksiä koskien dementia-termiä ja pelkäsivät muiden ajattelevan heitä dementoituneina. He korostivat, että he haluavat tulla nähdyksi ja kohdatuksi samanlaisina kuin kaikki muutkin. Haastateltavat vaistosivat muiden ihmisten käytöksestä muuttuneen kohtaamisen. (Langdon ym. 2006.) Joidenkin tutkimusten tuloksien mukaan sairauden alkuvaiheessa olevat henkilöt kokevat elämänlaatunsa hyväksi, vaikka muiden ihmisten näkökulmasta muistisairaudet merkitsisivätkin katastrofia. Monet sairastuneet ihmiset olivat kuitenkin kokeneet muiden ihmisten leimaavan heidät mikä vaikutti heidän hyvinvointiinsa. (Katsuno 2005.) Muistisairauden alkuvaiheessa olevan ihmisen hyvinvoinnin ja elämänlaadun määrittelyä ei pidä tehdä ulkopuolelta, vaan se on aina sairastuneen ihmisen yksilöllinen kokemus. Mutta muistisairauden edetessä sairastuneen ihmisen elämänlaadun ja hyvinvoinnin arvioiminen mutkistuu. Muistisairaana ihmisen psykososiaalisen hyvinvoinnin arviointiin on pyritty kehittämään mittareita, esimerkiksi havainnointiin perustuva Dementia Care Mapping (DCM) -menetelmä (Topo ym. 2007).

Muistisairaus vaikuttaa koko perheeseen. Sairastuneen ihmisen läheisillä on erityisen suuri merkitys hänen elämänlaatuunsa, mutta toisaalta läheiset tarvitsevat itsekin tietoa ja tukea miten selviytyä uudessa elämäntilanteessa. Sairastuneen ja hänen omaisensa hienovarainen kuuleminen sekä sairauteen sopeutumisprosessin ja voimavarojen tukeminen ovatkin asioita, johon tulisi kiinnittää huomiota myös toimintakyvyn arviointitilanteessa. Moninaiset oireet, sairauden vaikutukset sairastuneeseen ja hänen läheisiinsä sekä erilaisten ympäristötekijöiden merkitys sairastuneiden ihmisten elämänlaadulle ovat perusteita toimintakyvyn laaja-alaiseen, systemaattiseen ja tavoitteelliseen arviointiin.

Toimintakyvyn arvioinnin haasteita

Konkreettiseen arviointitilanteeseen liittyy haasteita niin sairastuneen ihmisen, omaisen kuin ammattilaisten ja palvelujärjestelmänkin kannalta. Toimintakyvyn arviointi

käsitetään asiakkaan kotona tapahtuvaksi tilanteeksi, jossa on paikalla sairastuneen henkilön ja hänen omaistensa lisäksi ammattilaisia, esimerkiksi kaupungin kotihoidon tai sosiaalialan ammattilaisia. Henkilön toimintakykyä, arkiselviytymistä ja elämäntilannetta arvioidaan, jotta voidaan määritellä, tarvitseeko hän esimerkiksi kotihoidon palvelua tai päivätoimintaa tai kuntoutusta. Toimintakyvyn arviointia tarvitaan myös erilaisten etuuksien, esimerkiksi hoitotuen tai omaishoidon tuen, myöntämiseen. Toimintakyvyn arviointitilanteita ovat esimerkiksi erilaiset hoitoneuvottelut ja palvelutarpeen arvioinnit.

Sulkavan (2007) mukaan keskeisimmät ongelmat muistisairaahan henkilön avohoidossa ovat yksin asuvien sairastuneiden henkilöiden asema, kokonaisvastuun ottajan puuttuminen palveluketjun sujuvuudesta, tarjottavien palveluiden sopimattomuus, vaihtuvat työntekijät (esimerkiksi kotihoidossa), ja tiedon puute muistisairauksista. Nämä konkretisoituvat muistisairaahan ihmisen toimintakyvyn arvioinnissa ja muun muassa näitä teemoja käsitellään seuraavaksi muistisairauden alkuvaiheessa olevan ihmisen kannalta.

Arviointitilanteen keskeisiä haasteita ovat oikean käsityksen muodostaminen henkilön toimintakyvystä ja elämäntilanteesta sekä muistisairaahan ihmisen kohtaaminen oman elämänsä parhaimpana asiantuntijana. Haasteet ovat erilaisia jos henkilö asuu yksin tai puolison kanssa sekä miten paljon omaiset osallistuvat hänen elämäänsä. Haasteisiin vaikuttavat myös sairastuneen henkilön elämänhistoria ja -tavat.

Muistisairas ihminen ja hänen läheisensä

Muistisairaahan alkuvaiheessa olevan henkilön toimintakyvyn arviointi paikantuu aikaan, jolloin diagnoosi saattaa olla tuore ja sopeutumisprosessi on alussa. Hänellä on käsiteltävänä uusi elämäntilanne, ja epävarmuuden tunteet leimaavat tulevaisuutta sekä taudin kulkua. Sairastuneen ihmisen ei välttämättä ole helppo hyväksyä kotiinsa ulkopuolisia ”arvioitsijoita”. Kokonaisvaltainen toimintakyvyn arviointi voi sisältää henkilölle vaikeita asioita käsitellä, esimerkiksi hänen voi olla vaikea myöntää muille sairautensa vaikutuksia omaan arkiselviytymiseensä ja hyvinvointiinsa. Lisäksi koti on ennen kaikkea perheen arkielämän keskus, jonka yksityisyyttä usein halutaan suojella (Saarenheimo ja Pietilä 2005). Arviointitilanteeseen ja sen tunnelmaan vaikuttavat siten myös kotiin liittyvät merkitykset, ihmisten väliset suhteet sekä mahdolliset ristiriidat heidän välillään.

Muistisairaahan etenemisen myötä tapahtuu muutoksia, mistä asioista ja millä tavoin muistisairas henkilö kommunikoi. Tämän vuoksi sairastuneen ymmärtäminen voi olla haasteellista ja hänen omat näkemyksensä saattavat arviointitilanteessa jäädä kuulematta. (Topo 2007.) Lisäksi sairaudesta johtuvan aloitekyvyttömyyden vuoksi sairastunut ihminen ei välttämättä kerro mielipiteitään ja kokemuksiaan oma-aloitteisesti. Toisaalta henkilöltä ei välttämättä osata eikä ymmärretä kysyä hänen tuntemuksiaan omasta toimintakyvystään ja elämäntilanteestaan. Sairaahan alkuvaiheessa ihminen kykenee kuitenkin keskustelemaan sairautensa vaikutuksista sekä kertomaan omista kokemuksistaan. Usein voi olla, että hänet tosin kohdataan kyvyttömänä keskustelemaan omaa itseään koskevista asioista, vaikka hän olisikin vasta

sairausprosessin alussa. Arviointi voi usein olla tilanne, josta ei saada palautetta eikä kysyä muistisairaahan ihmisen kokemuksia.

Tavallista on, että omaiset tai muut läheiset henkilöt antavat ihmisen kognitiivisista vaikeuksista luotettavampia kuvauksia kuin sairastunut ihminen itse. Tosin ihminen usein ainakin pinnallisesti myöntää toisten kuvaamat vaikeudet, mutta ei itse aktiivisesti tuo niitä esiin tai vähättelee niiden merkitystä arjen selviytymisessä. Etenkään itsenäisen selviytymisen ongelmia ja avun tarvetta muistisairaant ihmiset eivät välttämättä myönnä. Läheiset henkilöt huomaavat herkemmin sovittujen tekemisten unohtamiset ja samojen asioiden kertomisen toistuvasti uudelleen. (Soininen ja Hänninen 2006.) Sairastunut ihminen joutuu sopeutumaan siihen, ettei hän enää ole ainoa tiedonlähde koskien omaa elämäänsä. Muiden antamat tiedot sairastuneesta saattavat korostua merkityksellisempinä. (Langdon ym. 2006.) Usein muistisairaahan ihmisen toimintakyvyn arvioinnissa pääpaino onkin ollut puolison tai muun läheisen antamassa tiedossa, koska muistisairauden edetessä henkilön sairautentunto saattaa heiketä tai hävitä (Sulkava ja Eloniemi-Sulkava 2008). Muistisairaahan ihmisen kohdalla hänen toimintakykyään ja elämänlaatuaan siis arvioivat herkästi muut ihmiset kuin hän itse. On siten mahdollista, että arviointitilanteessa korostuu virheellisesti omaisen mielipide toimintakyvystä ja tilanteesta, ei sairastuneen ihmisen itsensä ilmaisema.

Arviointitilanteessa oleminen ja toimiminen voi olla haasteellista myös lähiomaiselle. Monet muistisairaant henkilöt kykenevät vaikuttamaan kykeneviltä lyhyen tapaamisen ajan. Tämä on omaisen kannalta kiusallista, jos hänen on paljastettava, että sairastunut ihminen ei kykenekään toimimaan niin kuin tämä itse on kuvannut. (Marshall ja Tibbs 2006.) Sairastunut ihminen saattaa tällöin joutua hämmentävään tilanteeseen. Toisaalta omaishoitosuhte voi erityisesti sairauden alkuvaiheessa muistuttaa köydenvetoa: omaishoitaja kohtaa sairastuneen kyvyttömänä huolehtimaan itsestään vaikka todellisuudessa tällä on vielä voimavaroja ja taitoja jäljellä (Dunham ja Cannon 2008). Voikin olla, että itse sairastuneiden tiedollisia ja sosiaalisia tarpeita saatetaan nykyisellään aliarvioida, keskitytään enemmän omaisen tarpeisiin ja tukemiseen (Snyder ym. 2007). Toisaalta myös omaisen tunteet, voimavarat ja kokemukset ovat olennaisia kartoittaa arviointitilanteessa. Haavoittuvaisin asema on yksin asuvilla muistisairailta ihmisillä, varsinkaan jos heillä ei ole lähiomaisia.

Sosiaali- ja terveysalan ammattihenkilöt ja palvelujärjestelmä

Kotiin tuleva ammattilainen on aina ulkopuolinen ja voi muodostaa uhkan sekä perheen yksilöllisen toimintakulttuurin säilyttämiselle että itsemääräämiselle (Saarenheimo ja Pietilä 2005). Hän on asiakkaan kotona vieras palvelujärjestelmän edustaja. Toimintakyvyn arviointi on ammattilaiselle aina haasteellista. Arviointitilanteessa tulisi pyrkiä saavuttamaan perheen luottamus sekä kunnioittaa perheen yksilöllistä toimintakulttuuria. Ammattilaisten kannalta haasteita toimintakyvyn arvioinnissa ovat muun muassa luottamus, ajan käyttö, palvelujärjestelmän puutteellisuus sekä arviointikäytäntöjen systemaattisuus.

Asiakasperheiden luottamuksen saavuttamiseen ei riitä käytännön työssä riittävästi aikaa. Myös työntekijöiden vaihtuvuus heikentää asiakkaiden luottamuksen tunnetta. Suhteet ammattilaisiin ovat usein pinnallisia ja lyhytkestoisia (Saarenheimo ja Pietilä 2006). Useampiin peräkkäisiin kotikäynteihin, jotka edesauttaisivat luottamuksen syntyä ja siten arkoihin keskustelunaiheisiin pääsemistä, harvoin on mahdollisuutta. Esimerkiksi päihteiden käyttöön, masennukseen, yksinäisyyteen tai taloudelliseen tilanteeseen liittyviä kysymyksiä saattaa olla vaikeaa esittää ensimmäisellä käyntikerralla, puhumattakaan luottamukselliseen keskusteluyhteyteen pääsemisestä. Myös muistisairauksiin liittyvistä käytösoireista puhuminen voi olla vaikeaa, koska perhe saattaa pitää niitä hävettävinä ja hämmentävinä. Ammattilaisten tulisi osata aktiivisesti ja hienotunteisesti ottaa ne puheeksi. (Pitkälä 2004, Eloniemi-Sulkava 2008.) Kotona saatetaan olla ristiriitaisissa tilanteissa, sairastunut ihminen tarvitsisi apua esimerkiksi kodinhoidossa, mutta ei halua ottaa apua vastaan. Tässäkin auttaisi osaltaan luottamuksellisen suhteen luominen.

Usein systemaattisuus ja seuranta saattavat puuttua toimintakyvyn arviointikäytännöistä. Yksilöllisen hoito- ja palvelusuunnitelman laatiminen ja seuranta ei toteudu järjestelmällisesti. Monesti jää asiakkaan tai omaisen vastuulle kysyä apua kun sitä tarvitaan. Sairastuneelta ja erityisesti hänen omaisiltaan edellytetäänkin suurta aktiivisuutta ja oma-aloitteellisuutta tiedon ja tuen hakemiseen.

Käypä hoito-suosituksen (2006) mukaan diagnoosin jälkeisiin tukitoimiin kuuluu tilanteen käsitettäväksi tekeminen sairastuneelle ihmiselle ja hänen omaisilleen. Palvelujärjestelmän tulisi tarjota saumaton ja rakenteeltaan selkeä hoitoketju muistisairaudesta alkuvaiheesta lähtien (Suhonen ym. 2008). Tuki sairastuneille ja heidän läheisilleen kuitenkin keskeytyy usein diagnostisten tutkimusten ja lääkehoidon aloittamisen jälkeen (Raivio ym. 2006). Monesti muistisairaudesta alkuvaiheessa olevat henkilöt ovat kunnallisten palvelujen, esimerkiksi kotihoidon tai päivätoiminnan, ulkopuolella, koska palvelumuodot on kohdennettu sairausprosessissa pidemmällä oleville henkilöille. Ehkä tästä johtuen myöskään muistisairaudesta alkuvaiheessa olevien ihmisten toimintakyky ei arvioida avoimuudessa riittävän usein eikä riittävän laajasti. Sairastuneelle ja hänen omaisilleen on tarjolla tietoa kirjallisesti erilaisten esitteiden ja yhteystietojen muodossa, mutta välttämättä keskusteluapua tai muuta tukea erityisesti sairautensa alkuvaiheessa ei ole tarjolla tai sitä ei osata hakea. Muistisairaudesta alkuvaiheessa saatavilla olevat konkreettiset palvelut jäävät monesti kolmannen sektorin toimijoiden varaan, jotka tarjoavat vaihtelevasti neuvontaa sekä tuki- ja vertaisryhmiä.

Monimutkaisia ja haasteellisia vuorovaikutustilanteita varten ei ole saatavilla riittävästi syventävää koulutusta sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille. Muistisairaudesta alkuvaiheessa sairastuneelle ihmiselle ja hänen läheisilleen olisi tärkeää olla tarjolla psyykkistä tukea ja mahdollisuuksia keskusteluun (Heimonen 2005). Onko esimerkiksi kotihoidon tai sosiaalityön ammattilaisia koulutettu psyykkisen tuen antamiseen? Kenen tehtävänä psyykkisen tuen antaminen nähdään ja mihin apua tarvitsevat ohjataan? Monesti ammattilaiset kohtaavat yllättäviä tilanteita, jolloin tukea olisi pystyttävä antamaan. Palvelujärjestelmässä on alueita, joiden hoitamisesta ei ole selkeää kokonaisvastuuta. Järjestelmään ei ole rakennettu selkeitä muistisairaudesta alkuvaiheen tukemisen käytäntöjä, vaan perheet jäävät selviytymään parhaansa mukaan. (Saarenheimo ja Pietilä 2006.)

Usein toimintakyvyn ja palvelutarpeen arvioinnista puhuttaessa korostetaan sen tapahtuvan optimaalisesti moniammatillisessa tiimissä (Voutilainen ja Vaarama 2005). Muistisairaiden ihmisten kokonaisvaltainen auttaminen edellyttääkin moniammatillista arviointia. Todelliseen moniammatillisuuteen ei kuitenkaan usein ole aikaa. Arviointitilanteen jälkeen on harvoin mahdollisuutta keskustella tilanteesta mahdollisen toisen arviointihenkilön kanssa ja muodostaa henkilön toimintakyvystä yhtenäistä käsitystä sekä pohtia miten sairastunutta ja hänen läheisiään voidaan auttaa. Toimintakyvyn arviointi ei tällöin ole tehty todellisessa moniammatillisessa yhteistyössä.

Toimintakyvyn arvioinnin yhteydessä puhutaan usein erilaisten mittarien käytöstä. Muistisairauden etenemisen seurannassa ja hoidon vaikuttavuuden arvioinnissa tarvitaan strukturoituun havainnointiin ja haastatteluun perustuvia päteviä menetelmiä, joilla mitataan joko kognitiivista toimintakykyä tai päivittäisessä elämässä selviytymistä sekä seurataan niiden muuttumista. On kehitetty erilaisia päivittäisten toimintojen arviointiasteikkoja, jotka soveltuvat eri tavoin muistisairaahan ihmisen toimintakyvyn arviointiin sairauden eri vaiheissa. Erityisesti ADSC-ADL-asteikko on kehitetty muistisairaiden henkilöiden arviointiin. (Alhainen ja Rosenvall 2006.) Näitä erilaisia mittareita ei kuitenkaan juuri käytetä käytännön arviointitilanteissa, mikä johtuu ehkä osin siitä, ettei yhteisiä toimintatapoja mittareiden käytöstä olla sovittu eikä niiden tekemisellä ole vaikutusta esimerkiksi palvelujen piiriin pääsemisessä. Mittareita ei myöskään osata käyttää. Avopalveluissa on käytössä on useimmiten vain kaksi mittaria, RAVA ja MMSE, jotka eivät yksinään kerro riittävästi henkilön toimintakyvystä. Uusien mittareiden käyttöön ottoa ollaan tosin suunnittelemassa ja kehittämässä, esimerkiksi RAI-järjestelmää (Vuori 2007).

Arviointitilanteessa saatetaan kysyä paljon asioita ja kerätä paljon tietoa asiakkaan elämästä, mutta tiedon kerääminen ei johda riittävän tehokkaasti palvelujen kehittämiseen. Toimintakyvyn käsite nähdään laaja-alaisena, mutta palvelut ja tukimuodot ovat kapea-alaisia. Kotona tehtävää työtä leimaa se, että työntekijä joutuu tasapainoilemaan säästöjen, normien ja asiakkaiden toiveiden välillä. Viime kädessä niin työntekijöiden kuin asiakkaidenkin on sopeuduttava esimerkiksi kotihoidon normitukseen ja resurssien niukkuuteen. (Kröger ja Vuorensyrjä 2008). Tämä voi osaltaan vaikuttaa myös asiakkaiden toimintakyvyn arvioinnin kaventumiseen; toimintakykyä arvioidaan tarjolla olevien palveluiden, ei ihmisen tarpeiden näkökulmasta. Kokonaisvaltainen auttaminen saatetaan tällöin korvata yksittäisillä palveluilla (Saarenheimo 2006).

Toisaalta monesti asiakastyössä toimivien ammattilaisten kokema ristiriita on, että he kohtaavat sairastuneen ihmisen tarpeen, mutta heillä ei ole tarjota siihen palvelua tai tukimuotoa. Muistisairaiden ihmisten kohdalla onkin todettu, että tarjotut palvelut eivät vastaa koettuja tarpeita (Raivio ym. 2006). Perheelle tarjotaan usein jäykkiä pakettiratkaisuja sen sijaan, että heidän yksilölliset tilanteensa olisivat toiminnan lähtökohtia (Saarenheimo ja Pietilä 2005).

Muistisairaahan ihmisen laaja-alainen toimintakyvyn arviointi

Toimintakyvyn arviointia tehdään tänä päivänä liian kapea-alaisesti ja epäyhtenäisesti (Vaarama ja Voutilainen 2005). Muistisairaahan ihmisen toimintakyvyn arvioinnin tulisi olla sairastuneen ihmisen elämäntilannetta kokonaisvaltaisesti kartoittava tilanne, jossa otetaan huomioon toimintakyvyn eri osa-alueiden, eli fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen ulottuvuuden lisäksi muistisairaahan ihmisen elämänhistoria, kokemukset sekä ympäristön merkitykset toimintakyvylle. Tulisi kiinnittää huomiota siihen ympäristöön missä ihminen toimintakykyään käyttää: ylläpitääkö vai heikentääkö se muistisairauden alussa olevan ihmisen toimintakykyä? Mitkä ovat muistisairaahan ihmisen mahdollisuudet tai toisaalta esteet toimintakykynsä ylläpitämiseen? Muistisairas ihminen tulee nähdä aktiivisena toimijana oman arkielämänsä suhteen, ei passiivisena kohteena.

Muistisairaahan alkuvaihe voi olla sekä sairastuneelle ihmiselle että hänen läheisilleen hyvin kuormittavaa ja raskasta aikaa, jolloin käsitellään erilaisia tunteita sekä yritetään sopeutua sairauteen. Myös ihmissuhteissa tapahtuu muutoksia, niin parisuhteessa kuin suhteissa muihin läheisiin ihmisiin (Adams 2006). Toimintakyvyn arvioinnissa tulisikin kiinnittää huomiota erityisesti tunnetyön osuuteen. Usein esimerkiksi omaisilla voi olla suurempi tarve emotionaaliseen tukeen kuin erilaisiin palvelumuotoihin (Pitkälä 2004). On selvítettävä, onko joko sairastuneella tai hänen läheisellään tarvetta keskustella enemmän sairaudesta ja sen vaikutuksista heidän elämäänsä tai kokevatko he tarvitsevansa lisää tietoa. Tiedon antamisella on prosessinomainen luonne: etenevän sairauden vuoksi on harkittava, mitä tietoa, missä muodossa ja missä sairauden vaiheessa sitä annetaan (Laakkonen ym. 2007). Sairauden etenevän luonteen vuoksi myös toimintakyvyn arviointia tulee tehdä systemaattisesti ja säännöllisesti kertaluonteisuuden sijaan. Tämä mahdollistaa saumattoman palveluketjun kehittämisen. Ensimmäinen toimintakyvyn arviointitilanne tulisi ymmärtää prosessin aluksi, joka etenee luottamuksellisen asiakassuhteen syventyessä ja muistisairaahan ihmisen toimintakyvyn muuttuessa.

Sekä sairastuneen ihmisen että omaisen näkökulman huomioon ottaminen arviointitilanteessa on tärkeää, mutta silti on tunnistettava, että heidän tarpeensa voivat olla erilaisia. Arviointikäytäntöön tulisi kuulua mahdollisuus tarjota tilaisuutta keskusteluun sekä sairastuneelle ihmiselle että hänen läheiselleen erikseen. Tällöin he voivat kertoa asioita, jotka eivät välttämättä toisen läsnä ollessa nousisi keskusteluun. Näin voidaan pyrkiä tukemaan heitä yksilöllisesti sekä saada lisää tietoa sairastuneen ihmiseen toimintakyvyn liittyvistä tekijöistä.

Arviointitilanteessa, kuten arkipäivän kohtaamisissa yleensäkin, on keskeistä nähdä muistisairas henkilö tasavertaisena toimijana suhteessa muihin ihmisiin. Tutkimusten mukaan sairauden sopeutumiseen vaiheessa sairastunut ihminen taistelee säilyttääkseen oman arvokkuutensa ja itsetuntonsa (Langdon 2006). Tämä kaikkien muistisairaahan alkuvaiheessa olevia henkilöitä kohtaavien ihmisten tulisi tiedostaa ja pyrkiä tukemaan muistisairaiden henkilöiden itsearvostusta ja itsetunnon säilymistä, esimerkiksi arvostavalla puhutavalla ja aidolla kuulemisella. On olennaista, että muistisairasta henkilöä ei kohdata kyvyttömänä eikä hänen ohitseen puhuta.

Muistisairaus vaikuttaa ihmisen toimintakyvyn joka ulottuvuuteen sekä koko perheen elämään. Tämän vuoksi myös sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten tulisi kohdata heidät kokonaisvaltaisesti. Suomessa tehdyn kyselyn mukaan muistisairaiden henkilöiden omaishoitajat näyttivät kaipaavan ammattilaisia nimenomaan vierellä kulkijoiksi, joiden kanssa voi keskustella myös hoidon moraalisisista ja emotionaalisisista kysymyksistä samalla kun he neuvottelevat perheen kanssa käytännön asioiden järjestämisestä (Saarenheimo ja Pietilä 2005). Tällöin ammattilaisen rooli on laajempi kuin vain palvelujen koordinaattorin rooli.

Sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset tarvitsevat koulutusta miten arvioida muistisairaahan ihmisen toimintakykyä laaja-alaisesti sekä miten tukea heitä sekä läheisiä perheen autonomiaa ja toimintakulttuuria kunnioittaen. Mutta ammattilaisten on vaikea toimia eettisesti kiireisessä työtilanteessa niukkojen resurssien ja asiakkaiden ilmaisemien tarpeiden välissä. Laaja-alaisen toimintakyvyn arvioinnin kehittäminen edellyttäisi siten palvelujärjestelmän ja toimintatapojen rakenteiden muutoksia sekä lisää resursseja, niin taloudellisia kuin henkilöstöresurssejakin. Lisäksi on tunnistettava, että luottamuksellisen suhteen luominen on keskeinen osa työntekijöiden työtä, jonka työstämiseen annetaan aikaa. Tämä tekisi ennaltaehkäisevää työtappaa konkreettisemmaksi sekä auttaisi perheitä luottamaan palvelujärjestelmään ja ottamaan apua vastaan. Myös moniammatillisen työn kehittäminen vaatii aikaa, jotta siitä tulisi aitoa yhteistyötä.

Toimintakyvyn arviointikäytäntöjä tulisi kehittää selkeämmiksi ja yhtenäisemmiksi. Monesti käytännön työntekijöillä on paljon tietoa asiakkaidensa toimintakyvystä ja arjen sujuvuuden ongelmista, mutta tietoa ei hyödynnetä palvelujen arvioinnissa ja kehittämisessä. Käytännön arviointikokemusten ja palvelujen kehittämisen välille tulisi kehittää väylä tiedon kulkemiseksi käytännöstä rakenteisiin. Tämä edesauttaisi asiakkaiden tarpeisiin perustuvien palveluiden kehittämistä. Muistisairaajat ihmiset jäävät helposti esimerkiksi erilaisten kuntoutusmuotojen ulkopuolelle (Suhonen ym 2008).

Itsemääräämisoikeus ja eettiset kysymykset ovat keskeisiä vanhustyössä. Erityisen keskeisiä sekä haasteellisia ne ovat muistisairaiden henkilöiden kohdalla, koska sairauden edetessä he menettävät vähitellen kykyään päättää omista asioistaan, kommunikoinnin kyvyt heikkenevät ja vuorovaikutuksen tavat muuttuvat. Voidaan pohtia miten palvelujärjestelmä ja siinä toimivat ammattilaiset pystyvät noudattamaan ja kunnioittamaan muistisairaahan ihmisen itsemääräämisoikeutta. Hyväksytäänkö hänen tekemiään omaa elämäänsä koskevia päätöksiä? Henkilön toimintakyvyn arviointi tulisi nähdä jatkuvasti elävänä prosessina, jonka joka vaiheeseen liittyy sairaan ihmisen kokemuksien ja mielipiteiden kuuleminen sekä niiden kunnioitus. Palvelujärjestelmän sisällä itsemäärääminen ei voi olla ”ammattilaisten lahja” ikääntyneelle asiakkaalle, vaan sen tulee olla kyseenalaistamaton perusoikeus (Saarenheimo 2006). Eettiset kysymykset ovat monesti vaikeita eikä niihin ole selkeitä vastauksia. Tämän vuoksi niitä tulisi tehdä näkyväksi ja jatkuvasti pohtia käytännön työssä sekä johtamisen tasolla.

Taulukko 1. Muistisairaiden ihmisten toimintakyvyn arvioinnissa huomioon otettavat seikat.

- Muistisairaana ihmisen kokemusten kuulemiseen ja arvostamiseen
- Muistisairaana ihmisen voimavarojen kartoittamiseen ja niiden mielekkääseen käyttöön
- Muistisairaana ihmisen sekä hänen läheistensä erilaisiin tarpeisiin
- Perheen yksilöllisen toimintakulttuurin kunnioittamiseen
- Tiedon ja henkisen tuen tarpeeseen sekä sen oikea-aikaiseen antamiseen

Yhteenveto

Muistisairaajat henkilöt nähdään usein kuormittavana ryhmänä palvelujärjestelmälle sekä taloudellisena taakkana yhteiskunnalle. Lähtökohtana on, että sairastuneella ihmisellä on tarve, johon tulee vastata palvelulla. Saarenheimo (2008) kysyykin, tuleeko vanha ihminen autetuksi omana itsenään vai ainoastaan auttamisen kohteena? Muistisairailta henkilöillä voi olla taitoja ja kykyjä enemmän kuin muut ihmiset tunnistavat. Palvelujärjestelmän tulisi ehkäistä liiallista kyvyttömyksi tekemistä, koska monesti muistisairaille henkilöille annettu apu todellisuudessa lisää heidän kyvyttömyyttään ja passiivisuuttaan (Marshall ja Tibbs 2006). Keskeinen osa arviointitilannetta olisikin kartoittaa, mikä on muistisairaalle ihmiselle mieleistä toimintaa ja mitä keinoja on toiminnan jatkuvuuden tukemiseen. Näin myös toimintakykyä voitaisiin ylläpitää nykyistä paremmin.

Topon (2007) mukaan palvelutarpeen arviointiin tulisi ottaa jotakin, mitä hän kutsuu mukaan ottavaksi palvelutarpeen arvioinniksi. Jos arvioinnissa jää kuulematta sairastuneen ihmisen omat näkemykset, ei osata kysyä olennaisia asioita jotta voidaan tukea hänen hyvinvointiaan (Topo 2007). Muistisairauden alkuvaiheessa olevan henkilön arviointitilanteen tulisi kuitenkin olla enemmän kuin mukaan ottava, asiakkaan tulisi olla sen keskiössä. Muistisairas henkilö on kroonisesta etenevästä sairaudestaan huolimatta ensisijaisesti ihminen, jolla on erilaisia tunteita, selviytymisstrategioita sekä voimavaroja. Näitä voidaan tunnistaa ja tukea konkreettisesti nykyistä paremmin. Arviointitilanteeseen tulisi myös kuulua pohdinta, miten ihminen itse voisi toimia oman tilanteensa parantamiseksi, miten konkreettisesti tukea toimintaa ja tarjota siihen mahdollisuuksia. Asiakkaalta tulisi myös kysyä palautetta arviointitilanteesta. Parhaimmillaan toimintakyvyn arviointi voisi olla voimaannuttava kokemus sairastuneelle ihmiselle. Onnistunut arviointi voisi tarjota ihmiselle kokemuksen, että hän tulee kuulluksi ja pystyy vaikuttamaan omaan elämäänsä.

Lähteet

Adams K (2006) The transition to caregiving: The experience of family members embarking on the dementia caregiving career. *Journal of Gerontological Social Work* 47, 3-29.

Alhainen K & Rosenvall A (2006) Toimintakyvyn ja vaikeusasteen arvioiminen. Teoksessa T Erkinjuntti, J Rinne, K Alhainen ym. (toim.) *Muistihäiriöt ja dementia*. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 403-409.

Alzheimer's Disease International (2003) Statement of principles. London: ADI.

Bryden C (2002) A person-centered approach to counselling, psychotherapy and rehabilitation of people diagnosed with dementia in the early-stages. *Dementia* 1, 141.

Dunham C & Cannon J (2008) "They're still in control enough to be in control". Paradox of power in dementia caregiving. *Journal of aging studies* 22:1, 45-53.

Duodecim (2006) Käypä hoito-suositus. Alzheimerin taudin diagnostiikka ja lääkehoito.

Eloniemi-Sulkava U & Pitkälä K (2006) Dementia inhimillisenä ja yhteiskunnallisena haasteena. Teoksessa U Eloniemi-Sulkava, M Saarenheimo, ML Laakkonen ym. (toim.) *Omaishoito yhteistyönä. Iäkkäiden dementia-aperheiden tukimallin vaikuttavuus*. Tutkimusraportti 14. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto, Gummerus, 15-26.

Eloniemi-Sulkava U (2008) Muistisairaiden ihmisten käytösoireet: hoidon haaste. Teoksessa S Hartikainen & E Lönnroos (toim.) *Geriatría*. Arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita, 117-129.

Erkinjuntti T (2006) Dementian käsite. Teoksessa T Erkinjuntti, J Rinne, K Alhainen ym. (toim.) *Muistihäiriöt ja dementia*. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 93-97.

Erkinjuntti T & Koivisto K (2006) Varhaisen taudinmäärityksen merkitys. Teoksessa T Erkinjuntti, J Rinne, K Alhainen ym. (toim.) *Muistihäiriöt ja dementia*. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 53-59.

Heimonen S (2005) Työkäisenä Alzheimerin tautiin sairastuneiden ja heidän puolisoitensa kokemukset sairauden alkuvaiheessa. *Jyväskylän yliopisto*.

Jyrkämä J (2008) Vanheneva yksilö, toimijuus ja toimintatilanteet. Teoksessa E Heikkinen & T Rantanen (toim.) *Gerontologia*. Helsinki: Duodecim, 273-278.

Katsuno T (2005) Dementia from the inside: how people with early-stage dementia evaluate their quality of life. *Ageing and Society* 25, 197-214.

Kröger T & Vuorensyrjä M (2008) Suomalainen hoivatyö pohjoismaisessa vertailussa. Vanhuspalvelujen koti- ja laitoshoitotyön piirteitä ja ongelmia. Yhteiskuntapolitiikka 3, 250-266.

Laakkonen ML, Eloniemi-Sulkava U & Pitkälä K (2007) Dementoivasta sairaudesta kertominen potilaalle ja hänen omaiselleen. Suomen Lääkärilehti 11, 1135-1140.

Langdon S, Eagle A & Warner J (2006) Making sense of dementia in the social world: A qualitative study. Social Science and Medicine: 64, 989-1000.

Löppönen M (2006) Elderly patients with dementia in primary health care. A Study of Diagnostic Work-Up, Co-Morbidity And Medication Use. Turun yliopisto.

Pearce A, Clare L & Pistrang N (2002) Managing sense of self: Coping in the early stages of Alzheimer's disease. Dementia 1, 173.

Pirttilä T & Erkinjuntti E (2006) Alzheimerin taudin kliininen kuva ja diagnoosi. Teoksessa T Erkinjuntti, J Rinne, K Alhainen ym. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 126-145.

Pitkälä K (2004) Dementiaa sairastavan hoito ja seuranta avoterveydenhuollossa. Suomen Lääkärilehti 39, 3613-3618.

Marshall M & Tibbs M-A (2006) Social work and people with dementia. Partnership, practice and persistence. Bristol: Policy Press.

Raivio M, Eloniemi-Sulkava U, Saarenheimo M ym. (2006) Suomalaisten omaishoitajien kokemuksia palveluista, valtakunnallinen kyselytutkimus Alzheimerin tautia sairastavien puolisoille. Teoksessa U Eloniemi-Sulkava, M Saarenheimo, ML Laakkonen ym. (toim.) Omaishoito yhteistyönä. Iäkkäiden dementiaperheiden tukimallin vaikuttavuus. Tutkimusraportti 14. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto, Gummerus, 57-67.

Saarenheimo M & Pietilä M (2005) Kaksin kotona. Geriatriksen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 6. Vanhustyön keskusliitto. Helsinki: Gummerus.

Saarenheimo M & Pietilä K (2006) Omaishoito ja palvelujärjestelmä. Teoksessa U Eloniemi-Sulkava, M Saarenheimo, ML Laakkonen ym. (toim.) Omaishoito yhteistyönä. Iäkkäiden dementiaperheiden tukimallin vaikuttavuus. Tutkimusraportti 14. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto, Gummerus, 68-80.

Saarenheimo M (2006) Asiakaslähtöisyyden ihanne ja dementoituneen kotihoito. Dementia uutiset 1. Suomen dementiahoitoyhdistys.

Snyder L, Jenkins C & Joosten L (2007) Effectiveness of support groups for people with mild to moderate Alzheimer's disease. American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias 22:14, 14-19.

- Soininen H & Hänninen T (2006) Muistihäiriöiden oire diagnostiikka. Teoksessa T Erkinjuntti, J Rinne, K Alhainen ym. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 82-92.
- Steehan E, Dierckx de Casterlé B, Godderis J ym. (2006) Living with early-stage dementia. A review of qualitative studies. *Journal of Advanced Nursing* 54, 722-738.
- Steehan E, Godderis J, Grypdonk M ym. (2007) Living with dementia from the perspective of older people: Is it a positive story? *Aging and Mental Health* 11, 119-130.
- Suhonen J, Alhainen K, Eloniemi-Sulkava U ym. (2008) Hyvät hoitokäytännöt etenevien muistisairauksien kaikissa vaiheissa. *Suomen Lääkärilehti* 10, 9-22.
- Sulkava R (2007) Muistipotilas avohoidossa – lääkärin näkökulma. Dementiapotilaan kotihoito – tutkittu mahdollisuus vai päättäjien päänsärky? -seminaari. Helsinki 15.2.2007. Suomen dementiahoitoyhdistys.
- Sulkava R & Eloniemi-Sulkava U (2008) Muistisairaudet. Teoksessa S Hartikainen & E Lönnroos (toim.) Geriatria. Arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita, 81-116.
- Topo P (2007) Eettiset kysymykset dementiaoireisen palvelutarpeen arvioinnissa. *Gerontologia* 21 (3), 266-269.
- Topo P, Sormunen S, Saarikalle K, Räikkönen O & Eloniemi-Sulkava U (2007) Kohtaamisia dementiahoidon arjessa. Havainnointitutkimus hoidon laadusta asiakkaan näkökulmasta. Stakes. Vaajakoski: Gummerus.
- Viramo P & Sulkava R (2006) Muistihäiriöiden ja dementian epidemiologia. Teoksessa T Erkinjuntti, J Rinne, K Alhainen ym. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 23-29.
- Voutilainen P & Vaarama M (2005) Toimintakyky mittareiden käyttö ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnissa. Raportteja 7/2005. Helsinki: Stakes.
- Vuori U (2007) Huolehdi alkuselvityksistä ja ohjaa tutkimuksiin. Teoksessa U Vuori & S Heimonen (toim.) Tue muistisairaana ihmisen kotona asumista - opas ammattihenkilöstölle. Helsinki: Suomen dementiahoitoyhdistys, 31-43.

VOIMAANNUTTAVA ARVIOINTI

- rakenne- ja toimijuusteorioiden näkökulma

Arto Tiihonen, toimialapäällikkö

Laaja-alaisen toimintakyvyn tutkiminen ja erilaisten käytännön sovellutusten kehittäminen aiheesta on yksi Ikäinstituutin toiminnan strategisista painopisteistä vuosina 2007-2012. Aiheen ympärillä on käyty aktiivista, monitieteistä ja –ammattillista sekä teoreettis-käytännöllistä keskustelua reilun kahden vuoden ajan. Keskustelujen ja osallistujien asiantuntemuksen pohjalta on syntynyt esityksiä Gerontologia-päiville 2007, artikkeleita (Pohjolainen ym. 2007), projektisuunnitelmia ja –yhteistyötä: Vanhuksen koti keskellä kaupunkia 2008-2010, Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämishanke 2007-2009, Yhdessä-projekti Vanhusten Palvelutaloyhdistyksen kanssa 2007-2009, Kotona kunnossa –projekti Käpyrinne ry:n kanssa 2008-2010 sekä arviointityökaluja (haastattelulomake ja –koulutus sekä kyselylomake), joita on jo käytetty kahdessa yhteistyöprojektissa.

Tässä artikkelissa esitän seuraavaksi lyhyesti laaja-alaisen toimintakyvyn käsitteen siten kuin me olemme sen käsittäneet, jonka jälkeen tarkastelen pilottiprojektistamme saatuja vastauksia laaja-alaisesta toimintakyvystä ja vastaajien tavoitteista toimintakyvyilleen. Teen myös alustavia tulkintoja vastauksista kiinnittäen ne ensisijaisesti kyseessä olevan projektin tavoitteisiin. Lopuksi pohdin tämänkaltaisen arvioinnin teoreettisia perusteita tarkastelemalla rakenteiden ja toimijuuden välistä suhdetta, kun kyseessä on (ikä)ihmisten voimaantumisen haaste.

Kokemuksellinen näkökulma toimintakykyyn

Oma tulokulmani aiheeseen on ollut kokemuksellisen toimintakyvyn näkökulma, joka on rakentunut fenomenologisen filosofian ja tulkinnallisen, merkityksiä tutkivan sosiologian sekä toimintaa ja toimijuutta elämäkerrallisessa kontekstissa tutkivien perinteiden pohjalta. Tässä prosessissa ja eri artikkeleissa olenkin pyrkinyt kuvaamaan, mitä tällainen kokonaisuus tässä laaja-alaisen toimintakyvyn kontekstissa voisi tarkoittaa. Se on ensinnäkin historiallista niin, että menneisyyden, nykyisyyden ja tulevaisuuden horisontit kuuluvat olennaisesti laaja-alaisen toimintakyvyn käytännöllisiin sovelluksiin eli arviointityökaluihin ja erilaisiin tukiohjelmiin (Tiihonen 2007a). Tulkinnallisuuden aspekti avaa kuitenkin haasteellisemmän kentän. Eri tieteenalojen ja ammattikäytäntöjen näkökulmista katsottuna ikäihmisten kokemukset voivat tulla monin eri tavoin tulkituiksi (vrt. Tiihonen 2007b, 2008). Sosiologi tulkitsee perinteisesti asioita hiukan eri tavoin kuin esimerkiksi psykologi – ja sosiologian sisälläkin on monia kilpailevia tulkintamahdollisuuksia (ks. Pohjolainen ym. 2007).

Haasteen suuruutta auttaa ymmärtämään se, että kvalitatiivisin menetelmin tutkiva tutkija useimmiten kykenee tekemään järkeviä ja paradigmaattisesti perusteltuja tulkintoja aineistostaan, joka saattaa ulkopuoliselle olla monitulkintaista, erittäin vaikeasti avautuvaa tai jopa käsittämätöntä. Esimerkiksi tutkiessani tarinoita tärkeistä kokemuksista löysin niistä käännekohtia ja murtumia, joita ei ehkä kovin moni tutkija olisi samasta aineistosta löytänyt tai tutkiessani urheilijoiden tulevaisuusmuisteluita löysin niistä miehisyyteen, tasa-arvoon ja perhe-elämään kiinnittymistä, joka sekään ei ehkä olisi ollut itsestään selvää, jos paradigmani olisi ollut joku toinen (Tiihonen 2002, 2007c). Avoimet, laadulliset aineistot ovatkin usein tai aina mahdollisia monille erilaisille tulkinnoille. Tämä ei tietenkään tarkoita sitä, että aineistot olisivat tulkittavissa miten vaan. Tärkeää on avata lukijalle mahdollisuus arvioida aineistoja, käytettyjä metodeja ja niistä tehtyjä tulkintoja niin, että tuotetun tiedon pätevyys voidaan todeta (vrt. Karisto 2008). Laaja-alaisen toimintakyvyn kontekstissa se merkitsee muutamia tärkeitä teoreettisia reunaehtoja ja rajoituksia, joita yritän tässä artikkelissani pohdiskella. Samalla vien eteenpäin analyysia laaja-alaisesta toimintakyvystä aineistossa, jonka olemme keränneet Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämishankeessa (Pohjolainen ym. 2009).

Toiminnan ja toimijuuden aspektit ovat erittäin olennaisia, koska laaja-alaisen toimintakyvyn kehittämiskenttämme ei lopu arviointiin, vaan sen tulisi luoda pohja erilaisille tukiohjelmille ja vielä laajemmin ajateltuna ihmisen voimaantumisen (vrt. Jyrämä 1999, 2007). Toimijuusnäkökulma avautuu tässä erityisen selvästi sekä arviointiin että tukiohjelmaan päin. Toimijuus pakottaa niin haastateltavan, haastattelijan kuin kussakin tapauksessa tukiohjelmista vastaavan miettimään toimijuuden mahdollisuuksia niin yksilön kuin ympäristönkin eli elämän eri kontekstien tasolla. Se pakottaa kysymään, minkälaista toimijuutta ikääntyneellä on nyt tai on ollut aiemmin ja minkälainen toimijuus on mahdollista tulevaisuudessa. Toimijuuden eri modaliteetit auttavat hahmottamaan onko kyseessä esimerkiksi haluamisen, osaamisen tai kykenemisen aspekti, joka joko kaipaa vahvistamista tai on vahvuus, jonka avulla ikäihminen ja hänen ympäristönsä toimivat niin, että toimintakyky paranee tai kehittyy ikäihmisen oman tavoiteasettelun mukaisesti. Tässä artikkelissa en kuitenkaan analysoi haastattelulomakkeessa käyttämämme toimijuuskysymyksen toimivuutta, vaan pohdin asiaa teoreettisemmin.

Tässä vaiheessa teoreettisempi ote onkin välttämätön, jos on uskomista Hokkasen ym. (2006) katsaukseen, jonka mukaan tietoa ikääntyneiden voimavarojen tukemiseen tähtäävien menetelmien vaikuttavuudesta on vähän ja sekin on vain suuntaa antavaa vailla tieteellistä näyttöä. Tämä voi olla vaikuttavuustutkimuksen ongelmakin, mutta selvää tietysti on ollut meillekin, että tässä tehdään jotain sellaista, mitä aiemmin ei ole tehty. Kun Ikäinstituutin laaja-alaisen toimintakyvyn tutkimisen, kehittämisen ja arvioinnin yleisenä ”(T)avoitteena on rakentaa tutkijan/tukijan ja ikäihmisen välille tasa-arvoinen, vuorovaikutteinen suhde, jossa laaja-alaisen toimintakyvyn eri osa-alueiden tunnistaminen, kokeminen ja arkeen juurruttaminen muuttaa merkityksiä siten, että ikäihminen voimaantuu” (Tiihonen 2007a), niin arvioinnin haaste jäsentyy seuraaviksi kysymyksiksi:

- Miten arvioinnissa saataisiin esiin sellaiset laaja-alaisen toimintakykyyn liittyvät seikat, jotka voivat aidosti auttaa ikäihmistä oman toimintakykynsä ylläpitämisessä tai parantamisessa?
- Miten kokemuksellisuus-, tulkinnallisuus- ja toimijuusnäkökulmat pitäisi ottaa huomioon haastattelijoiden koulutuksessa, arviointilomakkeessa ja lomakkeen tulkinnoissa, jotta ensimmäiseen kysymykseen voisi vastata mahdollisimman hyvin?
- Miten tämä toteutetaan niin, että arviointi ja tukiohjelmien laadinta olisi mahdollista niin yksinkertaisesti ja ekonomisesti, että tämä arvioinnin ja tukiohjelmien laadinnan kokonaisuus voitaisiin jalkauttaa käytännön kentille, joissa ei ole käytettävissä tutkimusresursseja eikä teoreettista osaamista?

Edellä mainitut kysymykset fokusoivat tämän artikkelini hiukan eri tavoin kuin edellä mainitut aiemmat kirjoitukseni aiheesta. Niissä olen esittänyt perusteita sille, että kokemuksellisuus ymmärrettäisiin laaja-alaisen toimintakyvyn viitekehyksessä, arvioinnissa ja tukiohjelmissa aiempaa paremmin, koska se tuo ajallisuuden (menneisyys-nykyisyys-tulevaisuus –perspektiivit), intentionaalisuuden (tavoitteellisuuden), merkityksellisyyden (mm. elämän tärkeät kokemukset ja niistä tehdyt tulkinnat) käsitteet mukaan toimintakyvystä käytävään keskusteluun ja konkreettiseen toimintaan. Uskon, että näin on käynyt ainakin tässä Ikäinstituutin prosessissa, joten on aika mennä eteenpäin tarkastelemaan ja refleктоimaan ensimmäisiä tuloksiamme kentältä.

Fokusoin katseeni nyt siis arviointiin ja käytän tässä lähteenäni sitä tietämystä, mitä olemme ehtineet saada Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämishankkeesta ja siellä tekemästämme arvioinnista. Tässä käsittelen osiota, joka käsitteli laaja-alaista toimintakykyä ja sille asetettuja tavoitteita. Vaikka nämäkin tulokset ovat vielä alustavia, niin rohkenen tehdä niiden pohjalta alustavia tulkintoja. Lukijan on myös hyvä tietää, että tässä vaiheessa, mutta mahdollisesti myös jatkossa, arvioinnin käytännöllisinä haasteina tulevat olemaan:

- Laaja-alaisen toimintakyvyn käsitteen eri aspektien ymmärtäminen niin, että sekä arvioinnin tekijä että arvioitava ymmärtävät, mitä me Ikäinstituutissa käsitteellä tarkoitamme ja miten tämä laaja-alaisuus palvelee ikäihmisen toimintakyvyn ylläpitämistä
- Kokemuksellisen – ja samalla laaja-alaisen - toimintakyvyn kannalta olennaisten kokemusten kirjaamisen niin, että ne kuvaavat toimintakyvyn vahvuuksia, heikkouksia ja mahdollisuuksia niin, että ne edesauttavat tukiohjelman laadintaa.
- Laaja-alaisen toimintakyvyn kannalta oleellista on se, että arvioinnissa onnistutaan määrittelemään ja kirjaamaan tarpeeksi konkreettisesti ne tavoitteet, jotka arvioitava itselleen – ja samalla muille toimijoille - asettaa oman toimintakykynsä suhteen.

Lyhyesti laaja-alaisen toimintakyvyn käsitteestä

Yksiselitteistä määritelmää laaja-alaiselle toimintakyvylle ei ole vielä olemassa. Modernin maailman yksi keskeisiä keksintöjä on ollut maailman pilkkominen osajärjestelmiksi, joiden sisällä havaintojen ja käsitteiden tarkkuus on mahdollistanut niin lääketieteen kuin tekniikankin kehittymisen nykyiselle tasolleen. Myös ihmisten organisaatioissa osajärjestelmien kehittyminen on merkinnyt tehokkuutta ja monenlaisia innovaatioita. Ihmisen toimintakyvyn arvioinnissa ja kehittämisessä tarkentuneet testausmenetelmät vaikkapa fyysisen kunnon mittauksessa ovat synnyttäneet aivan uuden tavan ajatella esimerkiksi urheiluvalmennusta tai kuntoliikuntaa. Tuntuisi jo vaikealta kuvitella kestävyysurheilijaa tai –liikkuja ilman sykemittaria.

Laaja-alaisen toimintakyvyn –käsitteen takana on kuitenkin ainakin piiloinen kritiikki tätä kokonaisuuksien jakamista ja pilkkomista vastaan. Yhä useammin nykyään puhutaankin tarpeesta nähdä kokonaisuuksia paremmin oli kyse sitten politiikasta, ihmisen terveydestä tai vaikkapa ilmastonmuutoksesta. Jopa fysiikassa on katse käännetty kohti ainesosien vuorovaikutusta, kun aiemmin pyrittiin löytämään pienempiä mahdollisia selittäviä ainesosia ja tekijöitä. Tietyllä tavalla laaja-alaisen toimintakyvyn käsitteen voi nähdä tästä fysiikasta tutusta analogiasta: kun ensin on päästy tarpeeksi syvälle erityisnäkökulmien avulla – fyysinen, psyykinen, sosiaalinen, kokemuksellinen – niin seuraava vaihe olisi lähteä pohtimaan uudelleen, miten näiden erityisnäkökulmien yhdistäminen voisi kehittää tietämystämme koko toimintakyvyn kokonaisuudesta. Paradoksi on ehkä se, että kun olemme vuosikymmenien mittaan tehneet tätä erikoistumista ja erityisalatyötä, niin enää sitä ”puhdasta” kokonaisuutta ei ole olemassa edes ihmisten käsitteistössä.

Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että puhuessamme laaja-alaisesta toimintakyvystä ihmiset kuitenkin näyttävät ymmärtävän sillä ensisijaisesti jotakin toimintakyvyn osa-aluetta. Useimmiten se ehkä on fyysinen toimintakyky, mutta esimerkiksi tässä tutkimassamme tapauksessa psyykkisen toimintakyvyn käsitteet tuntuivat varsin tutuilta haastatelluille pitkäaikaistyöttömille. Sen sijaan paljon vaikeammalta tuntui määrittellä sosiaalisen tai kokemuksellisen toimintakyvyn käsittein omaa toimintakykyä.

Olemme itsekin käyneet runsaasti keskusteluja siitä, miten käsitteellistämme laaja-alaisen toimintakyvyn käsitteen, mitä sanoja käytämme ja miten ajatuksemme konkretisoimme. Tässä vaiheessa olemme päätyneet kompromissiin, jossa jaottelemme toimintakyvyn edelleen sen tuttuihin osa-alueisiin, mutta pyrimme yhdistämään ne näkemykseksi laaja-alaisuudesta. Tiedostamme tämän käsitteellisen ongelman hyvin, mutta se ei tietenkään poista arviointitilanteen haasteita. Tämä onkin tällaisen kehittämisprosessin vahvuus, että voimme harjoitella vain käytännön kentillä tällaisten ongelmien ratkaisemista.

Laaja-alainen toimintakyky vastaajien arviointien perusteella

Läpikäymiemme videohaastatteluiden perusteella voi alustavasti sanoa sen, että ihmisten ei ollut aivan helppoa vastata lyhyen ohjeistuksen jälkeen seuraavaan

kysymyspatteriin. Tästä huolimatta lomakkeiden vastaukset olivat kokonaisuutena yllättävänkin hyviä. Vastausten analyysissä voi erottaa toisistaan kolme näkökulmaa, joista ensimmäisessä analysoidaan vastauksia suhteessa toisiinsa, jolloin saadaan esimerkiksi käsitys siitä, minkälaiseksi vastaajat arvioivat oman toimintakykynsä (riippumatta siitä, miten he toimintakykykäsitteen ymmärtävät). Tämä on tärkeä tieto esimerkiksi niille, jotka suunnittelevat erilaisia tukiohjelmiä.

Toisaalta vastauksia tulee tarkastella osana vastaajan kokonaisprofiilia eli kaikkien vastausten ja arviointien antamaa kuvaa vastaajan laaja-alaisesta toimintakyvystä. Arvioinnin tulisi antaa uutta tietoa myös vastaajalle itselleen sekä omasta toimintakyvystään että siitä, miten sitä tulisi ja voisi kehittää tai ainakin, missä ovat hänen toimintakykynsä vahvuudet ja heikkoudet.

Kolmas näkökulma yhdistää edelliset silloin, kun tarkastellaan avovastauksia toimintakyvystä tai vastaajien esittämistä tulevaisuuden tavoitteista. Avovastaukset, joissa vastaajat määrittelevät tarkemmin toimintakykynsä eri osa-alueita, antavat tietoa sekä vastaajien ryhmittelyä ja sitä kautta tukitoimenpiteitä ajatellen että heidän omaa itsearviointiaan ja omia toimenpiteitään varten.

Vastaajat arvioivat tämän hetkisen toimintakykynsä melko hyväksi. Kyseessä on keski-ikäisten pitkäaikaistyöttömien ryhmä, jonka toimintakyvyn voisi olettaa olevan huonompi kuin heidän omat vastauksensa antaisivat olettaa. Vastausten perusteella tulkintani on se, että toimintakyky ei estäisi puolta vastaajista työllistymästä. Sen voisi taas tulkita sekä rohkaisevaksi tulokseksi että yhtä aikaa melko selväksi viitteeksi siitä, että noin puolella vastaajista on toimintakyvyssä parantamisen varaa, jos heitä aiotaan työllistää. Oletus tässä on se, että työllistymiseen tarvitaan melko hyvää toimintakykyä.

Pitkäaikaistyöttömien projektin kontekstissa vastaukset antavat ainakin sen positiivisen viestin, että vastaajat itse arvioivat toimintakykynsä aika hyväksi ja tulevaisuuden toimintakykynsä jopa paremmaksi. Suurin osa siis suhtautuu toimintakykynäköulmasta katsottuna elämäänsä positiivisesti.

Vastausten perusteella vastaajista hahmottuu kuva, jossa painottuvat yksin tehtävät harrastukset olivat ne sitten luontoon, liikuntaan, käsitöihin tai kulttuuriin liittyviä. Maaseutuisesta elämäntyylisestä toki puuttuu mahdollisuuksia sosiaalisiin harrastuksiin, kuten liikunta- tai palloiluryhmiin, kuoroihin tai lukupiireihin, käsityö- tai elokuvakerhoihin. Silti uskoisin, että tämä ryhmä poikkeaa tässä suhteessa myös saman ikäisistä hämeenkyröläisistä siinä, että iloa tuottavat sosiaaliset suhteet jäävät tässä ryhmässä matalalle tasolle, vaikka olen tulkinnut sosiaalisiksi suhteiksi myös suhteet kissoihin ja koiriin.

Yhteenvetona voidaan sanoa, että haastattelun joistakin puutteista huolimatta arvioitavat ymmärsivät laaja-alaisen toimintakyvyn käsitteen melko hyvin. Arvioidessaan omaa toimintakykyään he ottivat huomioon niin fyysiseen, psyykkiseen kuin sosiaalseenkin toimintakykyyn kuuluvia asioita. Tämä näkyi selvästi asioissa, joita he mainitsivat iloa tuottavina asioina elämässään. On vaikea arvioida, olivatko nämä kokemukset ja toiminnot olennaisia heidän toimintakykynsä kannalta, mutta näin voidaan kuitenkin ajatella. He mainitsivat asioita, jotka ovat yleisesti ottaen voimaannuttavia ja

toimintakykyä lisääviä. Sosiaaliseen toimintakykyyn kuuluvien tekijöiden puute ei tarkoita sitä, että vastaajat eivät näitä olisi ymmärtäneet – heillä vain ei ollut niitä kovin paljon. Toimintakykyään kuvaillessaan he tulivat myös maininneeksi esteitä – sairauksia ja vammoja – toimintakyvylleen. Vaikka se ei ollutkaan kysymyksen päätarkoitus, niin informaatio on hyödyllistä toimintakyvyn parantamisessa. Vastausten perusteella tukiohjelmia voidaan näissä tapauksissa kohdentaa toimintakyvyn esteiden poistamiseen tai lieventämiseen.

Vaikka tämä ensimmäinen kysymysosio olikin ennakkokaavailuissamme määritelty vaikeaksi ja haastattelussakin oli tiettyjä ongelmia, niin vastausten perusteella onnistuimme ainakin kohtuullisesti saamaan esille ne tiedot, joita tältä osiolta odotimmekin.

Toimintakyvylle asetettujen tavoitteiden tulkintaa ja arviointia

Kun vastaajat arvioivat omaa toimintakykyään, niin he yleensä määrittelivät sen varsin monipuolisesti. Kun he sitten asettivat tavoitteita itselleen, niin vastaukset olivat paljon koherentimpia; tavoitteista oli yleensä helposti luettavissa pääasiallinen tavoite. Tämä lienee loogista ja järkevää – ihminen analysoi ensin omaa toimintakykyään laaja-alaisesti ja tekee sen jälkeen arvion siitä, mikä toimintakyvyn osa-alue kaipaa kohentamista tai mitä osa-aluetta haluaa parantaa.

Konkreetteja vihjeitä tukiohjelmien tekijöille antavat ne vastaukset, joissa tavoitellaan koulutusta, harrastusta tai eläkkeelle pääsyä. Nämä ovat toimenpiteiden kannalta myös selkeitä tavoitteita, joihin voi tarttua erilaisin toimenpitein. Todennäköistä on, että eläkeratkaisu on osalle sopiva ratkaisu myös toimintakyvyn kannalta. Koulutukseen ja harrastustoimintaan tavoitteensa asettaneiden ryhmät ovat varsin pieniä, mikä tietysti on tukiohjelmien kannalta huono asia, koska kummatkin tavoitteet olisivat erinomaisia sekä toimintakyvyn että työllistymisen kannalta.

Kritiikki näitä vastauksia kohtaan löytyy samasta lähteestä kuin kehutkin. Vastaajat eivät kyenneet näkemään esimerkiksi harrastustoimintaa ja osallistumista vapaaehtoistoimintaan laajasti tavoittelemisen arvoisena, vaikka tiedetään, että sellaisen toiminnan kautta rakentuu sosiaalista pääomaa, jolla voi olla merkitystä sekä terveydelle, hyvinvoinnille että sosiaalisille ja vastavuoroisille suhteille, joilla voi olla merkitystä myös työllistymiseen (vrt. Hyypä 2004, Matthies 2005). Tässä törmättäneen myös jossakin määrin laaja-alaisen toimintakykykäsitteen rajoihin, koska vastaajat eivät ainakaan vielä mieltäneet sosiaalista toimintakykyä samalla tapaa voimaannuttavana kuin esimerkiksi kuntoliikuntaa.

Kaiken kaikkiaan vastaajien esittämät tavoitteet antavat sekä hankkeelle että ihmisille itselleen välineitä tarttua toimeen. Vastausten jakautumisen perusteella vastaajat myös jakautuvat ryhmiin, joille on mahdollista rakentaa erilaisia tukiohjelmia. Arvioinnin jälkeen olemme viisaampia ja tiedämme enemmän kuin ennen arviointia. Seuraava haaste onkin toimintakyvyn muuttaminen, jota haastetta pohdin seuraavassa teorioiden näkökulmasta.

Teoreettista pohdintaa: miten arvioinnilla ja tehtävillä tulkinnoilla voi vaikuttaa toimintakykyyn ja ihmisten elämäntavan tai -tyylin muutokseen?

Yleensä kaikissa toimintakyvyn ylläpitämiseen tai parantamiseen keskittyvissä hankkeissa on tavoitteena vaikuttaa joko ihmisiin itseensä tai heidän läheisiinsä ja muihin toimijoihin, kuten vapaaehtoistoimintaan ja palveluihin. Yhä useammin kuitenkin ajatellaan, että näiden kaikkien pitäisi toimia yhdessä ja yhteistyössä. Vaikka näin olisikin, niin ikäihmisen tai tässä tapauksessa pitkäaikaistyöttömän ihmisen elämäntavan tai -tyylin muuttaminen on erittäin haasteellista.

Tässä julkaisussa pyrimme tarkastelemaan laaja-alaisen toimintakyvyn teoreettisia perusteita. Artikkelissani hahmotin aluksi niitä lähtökohtia, joita Ikäinstituutissa on ollut tämän laaja-alaisen toimintakyvyn arvioinnin ja tukemisen suhteen. Toin esiin kokemuksellisuuden, tulkinnallisuuden ja toimijuuden aspektit, jonka jälkeen tein joitakin rajauksia ja käsitelmärittelyjä päätyen sen jälkeen tarkastelemaan ensimmäisen pilottihankkeemme osatuloksia tässä viitekehyksessä. Tuloksista tarkastelin vastaajien käsityksiä laaja-alaisesta toimintakyvystä, omasta toimintakyvystään nyt ja tulevaisuudessa sekä heidän asettamiaan tavoitteita toimintakyvyilleen.

Väliyhteenvetona voi sanoa, että vastaukset olivat riittäviä tai osin jopa hyviä tutkimuksen ja hankkeen tarpeita ajatellen. Toki sekä lomakkeissa että haastattelijoiden koulutuksessa on vielä runsaasti kehitettävää. Vastausten tulkitsemisessa yritin sitoa tulkintani mahdollisimman hyvin kyseiseen hankkeeseen, sen tavoitteisiin ja keinovalikoimaan. Vaikka tulkintani oli mahdollisimman käytännöllinen, niin silti se johtaa myös teoreettiseen haasteeseen, joka on sosiologiassa hyvin tuttu eli kysymyksen rakenteen (tausta, luokka) ja toimijan (yksilö, ryhmä) välisestä suhteesta.

Käsittääkseni tarvitsemme kumpaakin tulkintaa osataksemme parhaalla mahdollisella tavalla tukea kulloistakin ihmisryhmää ja yksilöä. Jos emme tunnista taustamuuttujia, kuten emokulttuurin elämäntavan osa-alueita tai kyseisen henkilön habitusta, niin emme myöskään voi nähdä niitä mahdollisuuksia, joita rakenteet luovat hänen toimijuudelleen (agency) eli kyvyille käyttää näitä rakenteen mahdollisuuksia oman identiteettinsä, ja tässä tapauksessa toimintakykynsä, rakentamiseen. Tästähän kaikessa muutoksessa on kysymys; yksilön tulisi voimaantua niin, että hän kykenee käyttämään rakenteita positiivisesti hyväkseen eikä joutuisi rakenteiden alistamaksi.

Tarkastelen seuraavassa hiukan lähemmin Pierre Bourdieun (1986a, 1986b) habituskäsitettä ja Anthony Giddensin (1984, 1991) agency-käsitettä sekä niiden mahdollista käyttöä tässä omassa projektissamme, joka kohdistuu laaja-alaiseen toimintakykyyn ja sen kehittämiseen.

Habitushan on käsite, jonka tausta on taloudellisissa, kulttuurisissa ja sosiaalisissa pääomissa, joista Bourdieulla vain sosiaalinen pääoma on dynaaminen sillä tavoin, että sen avulla yksilö voi parantaa luokka-asemaansa. Sen sijaan taloudellinen ja

kulttuurinen pääoma ovat Bourdieulle välineitä tarkastella yksilön emokulttuuria tarkemmin. Ne asettavat kehykset tai rajat muutokselle, jotka voivat pohjoismaalaisesta näkökulmasta katsottuna tuntua lähes ylipääsemättömiltä. Silti on myös niin, että ilman näitä tarkasteluja emme näkisi omassa yhteiskunnassamme näkymättöminä pysyviä esteitä sosiaaliselle nousulle tai muulle voimaantumiselle. Habitus-käsite pitää sisällään myös ajatukset kulttuurisen maun merkityksestä ja siitä, että kehitys tapahtuu aina joidenkin etujoukkojen eli maun vartijoiden kautta alaspäin. Bourdieun ajattelussa muutos tapahtuu yleensä niin, että yksilö omaksuu jonkin tietyn pelikentän – koulutuksen, urheilun, liike-elämän – pelisäännöt ja habituksen, jonka jälkeen hän vasta voi ”muuttaa sääntöjä”. Voikin ajatella, että Bourdieun maailmassa muutos tapahtuu varsin hitaasti, joskus jopa vasta sukupolvien vaihtumisen kautta. (Bourdieu 1986a, 1986b, vrt. Kantasalmi 2008).

Kun Suomessa varsin yleisesti puhutaan syrjäytymisen periytymisestä sukupolvelta toiselle vastakohtana sille varsin nopealle keskiluokkaistumiselle, joka Suomessa tapahtui parin sukupolven aikana alkaen suurista ikäluokista, niin voidaan ymmärtää myös suomalaisessa viitekehyksessä Bourdieun ajattelun toimivuus. Muutos on yleensä hidas, koska se koskettaa monella tapaa ihmistä, kun se on sekä rakenteellista – monien pääomajajien muutoksen summana statuksen muutos – että elämäntavallista, koska se vaatii ihmisen habituksen ja kulttuurisen maun asettumista koherentisti rakenteisiin eli luokka-asemaan nähden. Tästä prosessista antavat mainion kuvauksen Katariina Järvinen ja Laura Kolbe kirjassaan Luokkaretkellä, jossa työväenluokkainen Järvinen ja keskiluokkainen Kolbe kuvaavat näitä kokemuksellisia ja habituaalisia erojaan, vaikka tavoitteena kummallakin on sivistyksellinen keskiluokka (Järvinen ja Kolbe 2007).

Sosiaalisen nousun mahdollisuudet ovat viime vuosikymmeninä Suomessa vähentyneet sekä rakenteellisesti että yksilöiden omien valintojen myötä. Kun koulutettua keskiluokkaa oli vähän ja koulutushalukasta työväestön ja talonpoikien lapsia oli paljon, niin sosiaalinen nousu oli sekä rakenteellisesti todennäköistä että habituksen muuttamishalukkuuden puolesta tavoiteltavaa. Nyt kun nuorista suurin osa kuuluu jollakin tapaa keskiluokkaan, niin motiiveja luokkanousulle ei ole läheskään niin paljon kuin ennen. Tämän lisäksi ”syrjäytyneetkin” haluavat pitää kiinni kunniastaan ja itselleen tärkeistä asioista, vaikka tietäisivät ne itselleen ja läheisilleen vahingolliseksi, jos mittapuuna pidetään keskiluokkaista normia, joka on menettänyt hohtoaan (vrt. Karisto 2006).

Laaja-alaisen toimintakyvyn näkökulmasta tilanne on siis sellainen, että lisääntyneestä terveys. ym. tietoudesta ja valistuksesta huolimatta väestö polarisoituu niin, että terveet ja toimintakykyiset ovat entistä terveempiä ja toimintakykyisempiä, kun epäterveelliset elämäntavat ja -tyylit periytyvät sukupolvelta toiselle. Terveysten suhtaudutaan diskursiivisesti eli sen merkitys ymmärretään ja hyväksytäänkin, mutta sen ei anneta vaikuttaa omaan arkeen eikä elämäntapaan (Pietilä 2008, 2006). Lähtökohta muutokselle ei siis läheskään kaikissa tapauksissa ole kovin suotuista: miksi työtön tai ikääntynyt alkaisi harrastaa liikuntaa, muuttaisi ruokavaliotaan tai tekisi jotain muuta toimintakykyään parantavaa, on hyvä ja yleensä se vaikein kysymys.

Anthony Giddens (1984, 1991) on rakenteistumisen teoriallaan ja agency-käsitteellään yrittänyt murtaa tuon rakenneteoreettisen rautahäkin, jossa yksilön muutos- ja

vaikutusmahdollisuudet ovat varsin rajalliset. Giddensille rakenne antaa kehyksen, joka pitää sisällään sekä pysyvyyden elementit, mutta myös muutoksen mahdollisuuden. Yksilön pitäisi pystyä nousemaan toimijaksi, joka haluaa, osaa ja kykenee käyttämään rakenteita hyväkseen (vrt. Jyrkämä 2007). Samalla tietysti nuo rakenteet muuttuvat, koska myös nekin ovat lopulta ihmisten tekemiä. Voidaan myös ajatella, että ”putnamilainen” sosiaalinen pääoma vuorovaikutuskykynä, ryhmäytymisenä, vapaaehtoistoimintana ja sitä kautta luottamuksena ja tärkeinä sosiaalisina suhteina ikään kuin täydentävät tuota toimijuusajattelua (Putnam 2000, ks. Rissanen 2007).

Olennaista tietenkin on se, että yksilö kykenisi näkemään omat mahdollisuutensa, mutta myös omat kykynsä muutokseen. Toimijuuden eri modaliteetit osoittavat toki osaltaan sen, miten vaikeaa muutos on. Yksilöllä voi olla osaamista, kykyä ja hän voi jopa ajatella, että hänen täytyy tehdä jotain toimintakykynsä parantamiseksi. Mutta häneltä voi puuttua rohkeutta eli tässä tapauksessa riittävä halu ja intohimo toimintansa – myös usein koko elämänsä – muuttamiseen. Ikäihminenhan voi asettaa elämänsä tärkeimmäksi tavoitteeksi hyvän parisuhteen, mutta sen edellytyksenä oleva seksuaalinen halu puuttuu joko häneltä itseltään tai hänen pariltaan, eikä rohkeus riitä asian esille ottamiseen. Tämä esimerkki illustroikoon yksinkertaisesti sen, miten vaikeasta asiasta muutoksessa usein on kysymys.

Tämä teoreettinen pohdinta ei ole missään nimessä irrallista käytännön työstä, koska juuri näistä syntyvät myös omat asenteemme kyseessä olevia ihmisiä kohtaan. Lukiessani noita pitkäaikaistyöttömien vastauksia kysymyksiimme jouduin pohtimaan jatkuvasti sitä, mitkä ovat ennakoasenteeni tätä ryhmää kohtaan. Tai ei oikeastaan ennakoasenne, vaan erittäin hyvin teoreettisesti ja empiirisesti perusteltu mielipide – onhan meillä nippukaupalla tutkimusta ja erilaisia selityksiä sille, miksi ihmiset ovat työttömiä ja miten vaikea heidän on työllistyä paikkakunnalla, jossa työn saanti on erittäin vaikeaa koulutetuille ja hyvän toimintakyvyn omaavillekin. Tärkeää onkin se, että arvioitsijoina ja tukiohjelmien laatijoinakin pysymme optimistisina realisteina, koska liiallinen usko muutokseen ei auta myöskään tutkittaviamme tai projektiin tulevia muita toimijoita. Jos tuo usko muutokseen taas puuttuu kokonaan tai on vähäistä ja johtaa kyynisyyteen, niin silloin emme pysty vastaamaan lainkaan asettamaamme voimaannuttamistavoitteeseen.

Teoreettis-käytännöllis-asenteellisen ongelman ratkaisun täytyy pohjautua toimintaan ja kokemusten kautta tapahtuvaan yksilöiden ja muiden toimijoiden tulkintojen ja käytäntöjen muutokseen. Muutos voi - tai ehkä sen pitääkin - olla melko hidas, mutta se ei voi kuitenkaan olla merkityksetön. Kysehän on lopultakin siitä, että yksilöiden ja ryhmien kokemuksiin ja niistä tehtäviin tulkintoihin saadaan aikaiseksi yhteisen toiminnan kautta merkityksellisiä muutoksia. Tässä tapauksessa on olennaista se, että tavoitteekseen toimintakyvyn parantamisen tai ylläpitämisen asettanut työtön saa hyviä kokemuksia itse tekemisestä ja että hän myös näkee jonkinlaista muutosta tapahtuvan. Tukiohjelman ja siellä toimivien taas tulee olla erittäin pitkäjänteisiä, sitkeitä, monipuolisia ja uskottavia, jotta tuo vaikeaksi tai erittäin vaikeaksi luonnehtimani muutos myös konkretisoituisi.

Tämä ei tarkoita sitä, että ei nähtäisi yksilön muutoksen rakenteellisia tai muita esteitä realistisesti. Samalla on kuitenkin nähtävä ihmisen toiminnan ja toimijuuden kautta

myös muutoksen realistiset mahdollisuudet. Kun ikäihmiset tai työttömät eivät vertaudu meihin keski-ikäisiin ja keskiluokkaisiin ihmisiin, joihin rakenteistumisen teoria sopii parhaiten, on myöskin tukiohjelmien ja -keinojen oltava parempia, sensitiivisempiä ja kaikin tavoin kohdallisempia. Vaaranahan voi olla se, että esimerkiksi työttöntyä tai ikäihmistä ja hänen julkilausuttuja tavoitteitaan liikaa kunnioittaessamme emme näe sitä, että pienikin energia, rohkaisu tai aktiivinen tekeminen saattaisi muuttaa heidän asennettaan myönteisemmäksi muutokselle, joka toisi heidän elämäänsä paljon lisää elämänlaatua. Toimijuuden vahvistaminen yksilöille ja ryhmille, joiden resurssit ovat pienet, joiden emokulttuuriin ei kuulu osallistuminen ja joiden taustalla voi olla huonoja kokemuksia, on vaativa tehtävä. Tukiohjelmien ja siellä työskentelevien tulee olla innostuneita, rohkaisevia ja silti realistisia toiminnassaan, vaikka arviointi osoittaisi mitä tahansa. Heidän tulee käyttää arviointia ikäihmisen hyväksi eikä häntä vastaan.

Teoreettisesti kiintoisaa tällaisissa toimintakyvyn edistämishankkeissa onkin myös se, että rakenteiden – palvelujen tuottajien, taloudellisten resurssien, vapaaehtoisorganisaatioiden – olisi myös muututtava passiivisista mahdollistajista aktiivisiksi toimijoiksi. Hankkeiden ja interventioiden tehtävänä lähes yhtä haastavaa kuin ikäihmisen toimijuuden vahvistaminen voi olla tarvittavien rakenteiden – tai toimijoiden, kuten nykyään sanotaan – toimijuuden vahvistaminen. Jos kunta tai vapaaehtoisjärjestöt eivät koe itseään aktiivisina toimijoina ikäihmisten elämänlaadun ja toimintakyvyn parantamisen suhteen, niin yksilöiden on erittäin vaikea muuttaa arkeaan ja elämäntapojaan.

Usein hankkeissa onkin välttämätöntä rakentaa uusia tukirakenteita ja verkostoja, joissa ikäihmisen läheiset (sukulaiset, naapurit, ystävät) yhdessä vapaaehtoisjärjestöjen mahdollisten uusien toimintamuotojen (ulkoiluystävötoiminta, erilaiset ryhmätoiminnat, palvelutaloyhdistysten toiminnat), kuntien tarjoamien mahdollisuuksien (esimerkiksi liikuntatilat, palvelusetelit, kuljetustuki) ja palvelujen (toimintakyvyn arviointi, kotihoidon palvelut, vanhussosiaalityö) sekä yksityisten palvelujen (erilaiset hyvinvointipalvelut, kuntosalitoiminta) kanssa muodostavat uutta toimintakulttuuria, joka tukee monin eri tavoin ikäihmisten tavoitteita heidän oman toimintakykynsä ylläpitämisessä ja parantamisessa. Tämähän ei ole aivan tavanomaista, vaan usein toimijoiden on muutettava ainakin asennettaan suhteessa ikäihmisiin, mutta myös omaan toimintatapaansa ja -historiaansa. Hankkeilla on siten suuri tehtävä pyrkiessään kehittämään ja aktivoimaan sekä yksilöiden että rakenteiden toimijuutta.

Ikäinstituutin laaja-alaisen toimintakyvyn arvioimisen ja tukemisen erilaisissa projekteissa pyritään rakentamaan siltaa teorioiden, toimintakykyarviointien ja tukiohjelmien välille niin, että pystymme monitieteisesti ja -ammattillisesti toimien tunnistamaan entistä paremmin ikäihmisen ja hänen lähiympäristönsä voimavarat. Tässä artikkelissa ja julkaisussa kirjoitetun perusteella tämä työ on erittäin haasteellista, mutta haasteista huolimatta mahdollista.

Lähteet

Bourdieu P (1986) Sosiologian kysymyksiä. Jyväskylä: Vastapaino.

Bourdieu P (1986) Distinction. A social critique of judgement of taste. London: Rutledge & Kegan Paul.

Giddens A (1984) Yhteiskuntateorian keskeisiä ongelmia. Toiminnan, rakenteen ja ristiriidan käsitteet yhteiskunta-analyysissa. Helsinki: Otava.

Giddens A (1991) Modernity and self-identity. Self and society in the late modern age. Cambridge: Polity Press.

Hokkanen H, Häggman-Laitila A & Eriksson E (2006) Kotona asuvien iäkkäiden ihmisten voimavarat ja niiden tukeminen – katsaus tutkimuskirjallisuuteen. Gerontologia 20, 12-21.

Hyyppä M (2004) Kertykö sosiaalisesta pääomasta kansanterveyttä? Yhteiskuntapolitiikka 69 (4), 380-386.

Jyrkämä J (1999) Toimintatutkimus ja sosiaaliset toimintakäytännöt – giddensiläisiä näkökulmia toimintatutkimukseen. Teoksessa H Heikkinen, R Huttunen & P Moilanen (toim.) Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Jyväskylä: Atena, 25-62.

Jyrkämä J (2007) Toimijuus ja toimijatilanteet – aineksia ikääntymisen arjen tutkimiseen. Teoksessa M Seppänen, A Karisto & T Kröger (toim.) Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Jyväskylä: PS-kustannus, 195-217.

Järvinen K & Kolbe L (2007) Luokkaretkellä hyvinvointiyhteiskunnassa. Nykysukupolven kokemuksia tasa-arvosta. Helsinki: Kirjapaja.

Kantasalmi K (2008) Yliopistokoulutuksen avoimuus ja refleksiivisyys. Suomalaisen yliopistoaikuisuuskoulutuksen rakenteistumisen analyysia. Helsinki: Yliopistopaino.

Karisto A (2006) Valintoja ja mahdollisuuksia – havaintoja ikääntyvien elämäntyyleistä. Teoksessa P Pohjolainen & I Syrén (toim.) Ikääntyvien elämäntyylit. Oraita 1/2006. Helsinki: Ikäinstituutti, 1-9.

Karisto A (2008) Satumaa. Suomalaiseläkeläiset Espanjan aurinkorannikolla. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.

Matthies A-L (2005) Vapaaehtoistoiminnan suhde aktivoivaan työllisyyspolitiikkaan. Teoksessa M Nylund & B Yeung (toim.) Vapaaehtoistoiminta. Anti, arvot ja osallisuus. Tampere: Vastapaino, 305-321.

Pietilä I (2006) Maallikkonäkökulmia terveyselämäntyyliin – miten ihmiset arvioivat elintapojen terveellisyyttä? Teoksessa P Pohjolainen & I Syrén (toim.) Ikääntyvien elämäntyyli. Oraita 1/2006. Helsinki: Ikäinstituutti, 31-38.

Pietilä I (2008) *Between Rocks and Hard Places. Ideological dilemmas in men's talk about health and gender.* Tampere: Tampere University Press.

Pohjolainen P, Sarvimäki A & Syrén I (toim.) (2007) Toimintakykyä ja sosiaalista tukea iäkkäiden, omaisten ja työntekijöiden arjessa. Esityksiä VI Gerontologian päivillä 4.-5.5. 2007. Oraita 3/2007. Helsinki: Ikäinstituutti.

Pohjolainen P, Tiihonen A, Simonen M & Takala K (2009) Pitkäaikaistyöttömien terveydentila, toimintakyky, elintavat ja elämäntilanne – projektin lähtökohdat ja alkumittauksien tuloksia. Raportteja 1/2009. Helsinki: Ikäinstituutti.

Putnam R (2000) *Bowling Alone. The collapse and revival of American community.* New York: Simon & Schuster.

Rissanen S-K (2007) Ikääntyvät toimijoina yhdistyksissä. Teoksessa A Tiihonen & I Syrén (toim.) Ikääntyminen ja sukupuoli. Seminaariesityksiä 20.-21.11.2006. Oraita 1/2007. Helsinki: Ikäinstituutti, 50-55.

Tiihonen A (2002) Ruumiista miestä, tarinasta tulkintaa: oikeita miehiä – ja urheilijoita? Jyväskylän: LIKES-tutkimuskeskus 134.

Tiihonen A (2007a) Kokemuksellinen toimintakyky tutkimuksen ja käytännön haasteena. Teoksessa P Pohjolainen, A Sarvimäki & I Syrén (toim) Toimintakykyä ja sosiaalista tukea iäkkäiden, omaisten ja työntekijöiden arjessa. Esityksiä VI Gerontologian päivillä 4.-5.5. 2007. Oraita 3/2007. Helsinki: Ikäinstituutti, 22-27.

Tiihonen A (2007b) Kirjallisuusterapian liepeillä. Kokemuksellisen vanhenemisen ja elämäntilanteen tutkimus ja kehitystyö ikäinstituutissa. Kirjallisuusterapia 15, 1/2007.

Tiihonen A (2007c) Miehisyyksivalinnat jalkapalloilijan elämässä. Teoksessa H Itkonen & A Nevala (toim.) Kuningaspelin kentät – Jalkapalloilu paikallisena ja globaalina ilmiönä. Helsinki: Gaudeamus.

Tiihonen A (2008) Ikäkokemusta jäljittämässä. Teoksessa S Heimonen & I Syrén (toim.) Kokemus ja kokemuksellisuus ikääntyessä. Seminaariesityksiä 26.-27.11.2007. Oraita 1/2008. Helsinki: Ikäinstituutti, 20-24.

Tiittula P (2008) Kokemus elämäntilannasta eläkkeelle siirryttäessä ja kolmannessa iässä. Teoksessa S Heimonen & I Syrén (toim.) Kokemus ja kokemuksellisuus ikääntyessä. Seminaariesityksiä 26.-27.11.2007. Oraita 1/2008. Helsinki: Ikäinstituutti, 41-46.