

Tuija Mikkola ja Tarja Välimäki

Omaishoitajien terveys ja hyvinvointi

Omaishoito on keskeinen osa pitkäaikaishoitoa, ja omaishoidon tarve lisääntyy tulevina vuosina. Etenkin intensiivinen omaishoito voi olla kuormittavaa ja uhata omaishoitajan terveyttä. Omaishoitajien fyysisestä terveydestä on kuolleisuutta lukuun ottamatta vain niukasti tietoa, ja tutkimustulokset ovat osin ristiriitaisia. Omaishoitajien kuolleisuus on vertailuväestöä pienempää, mikä oletettavasti johtuu pääosin valikoitumisharhasta. Omaishoitajien psykososiaalista terveyttä on tutkittu laajemmin, ja tutkimukset osoittavat johdonmukaisesti, että omaishoitajuudesta seuraa masennus- ja ahdistuneisuusoireiden sekä univaikeuksien lisääntymistä, runsaampaa näihin oireisiin liittyvää lääkkeiden käyttöä kuin vertailuväestössä sekä psyykkiseen hyvinvointiin liittyvän elämänlaadun heikkenemistä. Omaishoitajien mielenterveyttä voidaan tukea monitekijäisillä ja psykososiaalisilla interventioilla sekä vähentämällä hoitotaakkaa.

Omaishoito on osa hyvinvointialueiden palvelujärjestelmää, ja sillä on keskeinen rooli ikääntyneiden, vammaisten ja pitkäaikaissairaiden henkilöiden hoidossa. Omaishoidon on arvioitu kattavan hieman alle 50 % ja ammattilaisten toteuttaman hoidon hieman yli 50 % kaikesta pitkäaikaishoidosta Suomessa (1). Väestön eliniän pidentyminen ja erityisesti muistisairaiden määrän suureneminen lisäävät pitkäaikaishoidon tarvetta ja siten myös omaishoidon tarvetta. Omaishoito vähentää luonnollisesti sosiaalipalveluiden tarvetta mutta todennäköisesti myös terveyspalveluiden, esimerkiksi kotisairaanhoidon, tarvetta.

Omaishoitajia ovat sekä omaishoidon tuen saajat eli niin kutsutut sopimusomaishoitajat että läheistään hoitavat henkilöt, jotka eivät täytä hyvinvointialueen omaishoidon kriteerejä tai jotka eivät ole hakeneet omaishoidon tukea (**TIETOLAATIKKO 1**). Vuonna 2023 sopimusomaishoitajia oli Suomessa 50 532 (Sotkanet) eli hieman yli 1 % aikuisväestöstä, vaikkakin joka viides suomalainen aikuinen pitää huolta apua tarvitsevasta läheisestään ja täyttää omaishoidon laajemman määritelmän kriteerit (2).

Sopimusomaishoitajat saavat tyypillisesti omaishoidon palkkion, ja heidän hoidettavalleen voidaan myöntää palveluita, jotka yhdessä omaishoitajan hoitotyön kanssa turvaavat riittävän hoidon ja huolenpidon hoidettavalle (**TIETOLAATIKKO 2**). Sopimusomaishoitajien hoidettavista noin puolet on 75 vuotta täyttäneitä ja alle 18-vuotiaita vajaa viidesosa (3). Valtaosa omaishoitajista on naisia, ja työikäisistä sopimusomaishoitajista 61 % hoitaa läheistään työssäkäynnin ohella (4–7).

TIETOLAATIKKO 1. Omaishoitoa määritellään Suomessa kahdella tavalla.

Laajempi määritelmä

Sellainen läheisen hoito ja apu, joka tukee läheisen kotona pärjäämistä ja mahdollisuutta asua omassa kodissa.

Läheisten antama apu voi olla jopa päivittäistä ja sitovaa.

Suppeampi määritelmä

Hyvinvointialueen omaishoidon kriteerien täyttyessä hyvinvointialueen kanssa omaishoidon sopimuksen tehneet henkilöt eli henkilöt, jotka saavat omaishoidon tukea

Tyypillisesti vaativaa ja sitovaa hoitoa, tosin omaishoidon kriteerit vaihtelevat hyvinvointialueittain

TIETOLAATIKKO 2. Omaishoidon tuen sisältö Suomessa.

Omaishoidon palkkio

Vähintään kaksi palkkioluokkaa, joista kahden luokan palkkion vähimmäismäärä on lakisääteinen. Palkkioluokkien lukumäärä, kriteerit ja euromäärät vaihtelevat hyvinvointialueittain. Lisäksi hyvinvointialueella voi olla käytössä niin sanottu ennaltaehkäisevä tuki.

Omaishoidon vapaat

Vähintään 2–3 vapaapäivää kuukaudessa hoitotyöstä kirjataan omaishoitosopimukseen.

Hyvinvointialue järjestää tänä aikana hoidettavan hoidon tarkoituksenmukaisella tavalla.

Hoito- ja palvelusuunnitelma

Omaishoidon sopimuksen solmimisen yhteydessä hyvinvointialueen on laadittava hoidettavalle hoito- ja palvelusuunnitelma. Suunnitelman tulee sisältää riittävät palvelut, jotka turvaavat hoidettavan hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden. Tällaisia palveluita voivat olla esimerkiksi kotihoito, päivätoiminta ja kuljetuspalvelut.

Tarvittaessa hyvinvointialueen järjestettävä

Valmennusta ja koulutusta omaishoitajan tehtävää varten

Hyvinvointi- ja terveystarkastuksia

Omaishoitajan hyvinvointia ja hoitotehtävää tukevia sosiaali- ja terveyspalveluja

Omaishoidon määritelmä vaihtelee, mutta yleisimmin omaishoitajaksi määritellään henkilö, joka huolehtii läheisestään, joka ei sairauden, vamman tai muun erityisen synn vuoksi selviydy arjesta itsenäisesti. Omaishoidon intensiivisyyttä mitataan tavallisesti viikoittain käytetyllä ajalla. Sen määrä vaihtelee suuresti hoidettavan tarpeiden, hoitajan voimavarojen ja saatavilla olevien tukipalveluiden mukaan. Tutkimuskirjallisuudessa omaishoidon intensiivisyys alkaa yhdestä viikkotunnista, mutta se vaihtelee tutkimuksittain.

Omaishoitajien psykososiaalista hyvinvointia on tutkittu kohtalaisen runsaasti jo usean vuosikymmenen ajan, etenkin poikkileikkausasetelmassa, mutta laadukasta tutkimusta on suhteellisen vähän. Koska näyttöä eri omaishoitajaryhmien terveyseroista ei juuri ole, käsittelemme omaishoitajia tässä katsauksessa pääosin yhtenä ryhmänä huomioimatta muun muassa suhdetta hoidettavaan (esimerkiksi puoliso, lapsi) tai hoidettavan avuntarpeen syytä. Pyrimme painottamaan pitkätaisaasetelmassa tehtyjä ja väestöpohjaisia tutkimuksia.

Omaishoitajien fyysinen terveys

Väestöpohjaisissa tutkimuksissa on johdonmukaisesti osoitettu, että omaishoitajat elävät vertailuväestöä selvästi pidempään (4,6,8). Nuoremmissa ikäryhmissä omaishoitajien kuolleisuus on yhtä suurta tai suurempaa kuin ei-omaishoitajien, mutta vanhemmissa ikäryhmissä selvästi vähäisempää (4,9). Tämä viittaa valikoitumisharhaan, ”terve omaishoitaja” (healthy caregiver) -vaikutukseen (vrt. healthy worker effect), joka on haasteena omaishoitajien fyysisen terveyden väestöpohjaisessakin tutkimuksessa. Tämä tarkoittaa sitä, että etenkin vanhemmissa ikäryhmissä omaishoitajat ovat keskimäärin ikäisiään terveempiä, koska läheisen hoitaminen edellyttää riittävää terveyttä ja toimintakykyä. Harhan vuoksi omaishoidon negatiivisia vaikutuksia ei välttämättä havaita tutkimuksissa, etenkin poikittaistutkimuksissa, vaikka niitä todellisuudessa olisi. Omaishoito saattaa näin näyttäytyä harhan vuoksi terveyttä hyödyttävänä (10).

Laadukkaita väestöpohjaisia tutkimuksia omaishoitajien fyysisestä terveydestä on vain vähän (11,12). Erityisesti omaishoitajien koetun fyysisen terveyden on useissa tutkimuksissa todettu olevan parempi kuin vertailuväestön (12). Toisaalta suomalaisessa seurantatutkimuksessa havaittiin, että Alzheimerin tautia sairastavien henkilöiden omaishoitajien terveyteen liittyvä elämänlaatu on merkittävästi heikompi kuin ikä- ja sukupuolivakioidun väestön (13).

Työikäisillä omaishoitajuuden ei ole havaittu olevan yhteydessä sepelvaltimotaudin tai tyyppin 2 diabeteksen riskiin eikä kipu-, sydän- tai ruuansulatuselinlääkkeiden käyttöön (14–16). Kotimaisessa rekisteritutkimuksessa työikäisillä omaishoitajilla ja vertailuväestöllä havaittiin yhtä paljon sairauspoissaolo- ja työkyvyttömyyseläkepäiviä somaattisten sairauksien vuoksi (muun muassa sydän- ja verisuonitaudit, syövät, TULE-sairaudet) (17).

Omaishoitajuuden terveysvaikutusten havaitseminen saattaa edellyttää tutkimuksissa omaishoidon eri kuormittavuusasteiden huomioimista. On joitakin viitteitä siitä, että intensiivistä hoitoa (rajana usein 20 viikkotuntia)

toteuttavien omaishoitajien itseraportoitu terveys on heikompi kuin ei-omaishoitajien (6). Omaishoidon vaikutukset fyysiseen terveyteen johtuvat todennäköisesti pitkäaikaisesta stressistä, ja vaikutusten on arveltu välittyvän hypotalamus-aivolisäke-lisämunuaiskuoriakselin, tulehduksen ja heikentyneen immunitietin kautta (18). Muun muassa yksinäisyyden kokemukset ja vaikeus huolehtia terveellisistä elämäntavoista saattaisivat myös selittää omaishoitajien terveysongelmia.

Omaishoitajuuden vaikutus fyysiseen terveyteen jää epäselväksi, sillä laadukkaita tutkimuksia on vasta vähän ja tutkimustulokset ovat osin ristiriitaisia (12).

Omaishoitajien psykososiaalinen terveys ja hyvinvointi

Näyttö omaishoidon vaikutuksista omaishoitajan mielenterveyteen on runsaampaa ja johdonmukaisempaa kuin näyttö omaishoidon yhteyksistä fyysiseen terveyteen. Valtaosassa tutkimuksista on havaittu läheisen hoitamisen heikentävän mielen hyvinvointia (12,19). Omaishoitajuuden kielteisistä vaikutuksista mielenterveyteen on saatu johdonmukaista näyttöä myös vahvoilla asetelmilla tehdyistä tutkimuksista, joissa on pystytty paitsi tarkastelemaan omaishoitajien ja ei-omaishoitajien välisiä eroja myös omaishoitajuuden alkamisesta tai päättymisestä seuraavia terveyden ja hyvinvoinnin muutoksia.

Kysely- ja haastattelututkimuksissa on selvitetty masennus- ja ahdistuneisuusoireita, psyykkistä kuormittuneisuutta ja psyykkiseen hyvinvointiin liittyvää elämänlaatua. Omaishoitajuuden kielteisiä vaikutuksia on havaittu omaishoitajuuden aikana ja lyhytaikaisesti omaishoidon päättymisen jälkeen, mutta pitkäaikaisvaikutukset ovat vielä epäselviä (12). Suomalaistutkimuksessa koko viiden vuoden seurannan ajan omaishoitajina toimineilla tunnistettiin kolme erilaista masennusoireiden kehityskulkua: seurannan aikana omaishoitajista 8 %:lla oireet vähenivät, 60 %:lla masennusoireet pysyivät vähäisinä ja 33 %:lla masennusoireet lisääntyivät (20). Omaishoitajilla näyttää olevan myös enemmän univaikeuksia kuin ei-

omaishoitajilla (21,22). Omaishoitajan psykososiaaliseen terveyteen havainnoivien tutkimusten mukaan vaikuttavia tekijöitä on koottu **KUVAAN**.

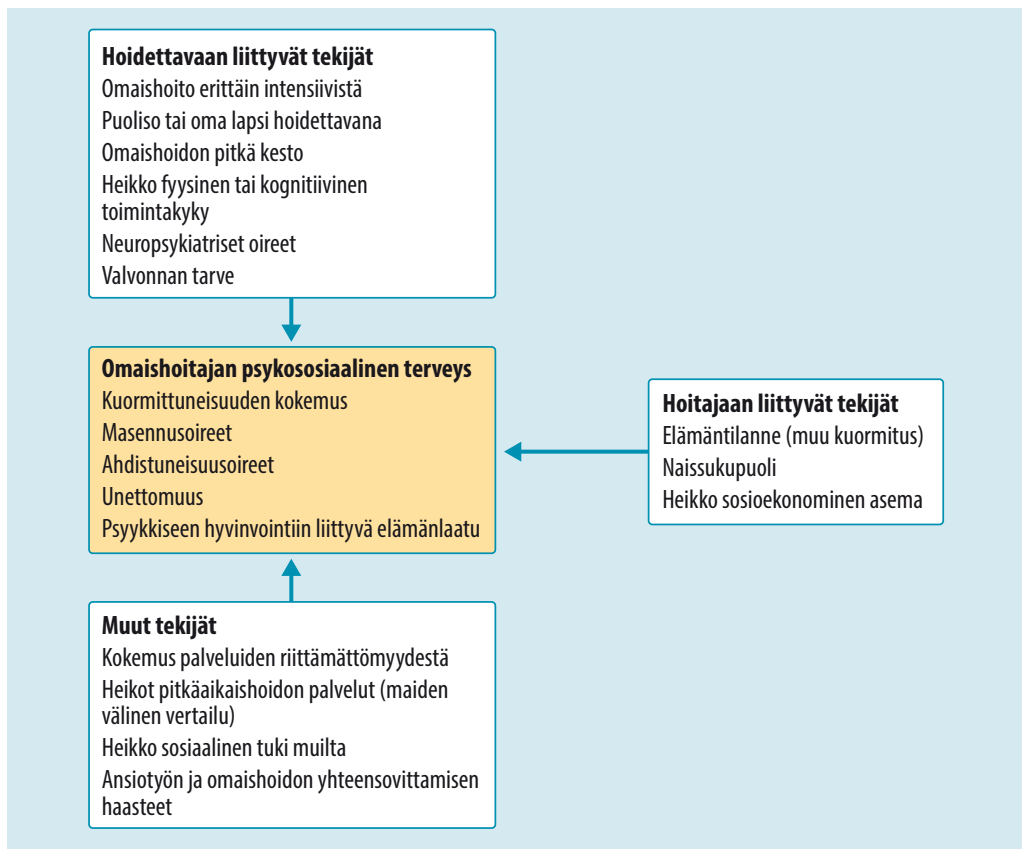
Erityinen omaishoitajaryhmä ovat niin sanotut nuoret hoivaajat, joilla tarkoitetaan tavallisesti alle 18-vuotiaita nuoria tai lapsia, jotka joutuvat pitämään huolta apua tarvitsevasta läheisestään. Nuorten hoivaajien osalta tulokset ovat samansuuntaisia kuin aikuisten, tosin näyttö on vielä vähäistä (23).

Rekisteritutkimusten tulokset ovat pääosin samansuuntaisia kysely- ja haastattelututkimusten tulosten kanssa. Kotimaisessa rekisteritutkimuksessa omaishoidon tukea saaneet naisomaishoitajat käyttivät vuotta kohden keskimäärin 20 % enemmän ja miesomaishoitajat 37 % enemmän masennuslääkkeitä kuin samaa sukupuolta oleva ja samanikäinen vertailuryhmä (24). Samassa aineistossa on myös havaittu omaishoitajien käyttävän vertailuväestöä enemmän bentsodiatsepiineja ja z-lääkkeitä (25).

Saksalaisessa rekisteritutkimuksessa on saatu samansuuntaisia tuloksia kokoaikaisesti palkkatyössä olevien omaishoitajien masennuslääkkeiden, rauhoittavien lääkkeiden ja unilääkkeiden käytön osalta (16). Lisäksi suomalaisilla työikäisillä omaishoitajilla on todettu puoli-toistakertainen määrä mielenterveysperustaisia sairausloma- ja työkyvyttömyyseläkepäiviä vertailuväestöön verrattuna (17). Toisaalta kaikissa laajoissa rekisteritutkimuksissakaan ei ole havaittu yhteyksiä omaishoitajuuden ja mielen terveyden välillä (26).

Omaishoitotilanteiden yksilöllisyys liittyy terveysvaikutuksiin

Hoidettavaan liittyvät tekijät. Koska omaishoitajat ja omaishoitotilanteet voivat olla hyvin moninaisia, tutkimuksissa on pyritty tunnistamaan erityisiä riskiryhmiä omaishoitajien joukosta. Hoidon intensiivisyys selittää usein omaishoitajien kokemia psyykkisiä oireita (27). Omaishoitajien, joiden antama hoito on hyvin intensiivistä tai sen intensiivisyys lisääntyy vähäisestä runsaaksi, on todettu kokevan eniten stressiä (28). Tosin omaishoitoon käytetyn ajan ei kaikissa tutkimuksissa ole havaittu



KUVA. Omaishoitajuuden psykososiaaliset seuraukset ja niihin vaikuttavat tekijät.

liittyvän omaishoitajan kuormitukseen, mikä voi johtua siitä, että erityyppiset hoitotehtävät kuormittavat hoitajaa eriasteisesti (27).

Erityinen riski vaikuttaa kohdistuvan omaa puolisoaan tai lastaan hoitaviin. Yksittäisissä tutkimuksissa on havaittu puolison tai oman lapsen hoitamisen olevan kuormittavampaa ja heikentävän elämänlaatua ja mielenterveyttä enemmän kuin muiden läheisten hoitamisen (29–31). Tämä voi ainakin osin johtua siitä, että nämä omaishoitotilanteet ovat usein pitkäkestoisia, ja omaishoidon pitkä kesto puolestaan lisää omaishoitajan kokemaa kuormitusta (27). Masennusoireita on havaittu ylipäänsä olevan enemmän niillä, jotka asuvat hoidettavan kanssa samassa taloudessa kuin niillä, jotka hoitavat läheistään kodin ulkopuolella (5). Tämä selittyy todennäköisesti sillä, että sitova ja työläs, mahdollisesti ympärivuorokautista huolenpitoa vaativa omaishoitotilanne edellyttää käytännössä asumista hoidettavan kanssa yhdessä.

On myös tutkimusnäyttöä siitä, että hoidettavan oireet vaikuttavat omaishoitajan kokemaan kuormitukseen. Pitkittäistutkimuksissa on havaittu, että hoidettavan heikko fyysinen tai kognitiivinen toimintakyky ja neuropsykiatriset oireet, kuten levottomuus ja aggressiivisuus, lisäävät omaishoitajan kuormitusta (27,31). Kuormitusta lisää myös valvonnan tarve (27). Koetun kuormittuneisuuden on puolestaan havaittu selittävän voimakkaasti omaishoitajan ahdistuneisuusoireita (32). Suomalaisessa pitkittäistutkimuksessa omaishoitajan masennusoireiden on havaittu olevan sitä runsaampia, mitä vaikeampi hoidettavan läheisen muistisairaus on (13). Samassa aineistossa masennusoireiden lisääntyminen oli yhteydessä hoitajan suurempaan stressiin, hoitajan ja hoidettavan väliseen suhteeseen (usein puoliso), hoidettavan neuropsykiatrisiin oireisiin ja hoidettavan sukupuoleen (usein mies) (20).

Hoitajan ominaisuudet. Omaishoitajat ovat heterogeeninen ryhmä, ja omaishoitajan henkilökohtaiset ominaisuudet ja elämäntilanne voivat vaikuttaa siihen, millaisia seurauksia omaishoitajuudella on. Useiden katsausten mukaan naiset saattavat kuormittaa keskimäärin enemmän omaishoitajuudesta kuin miehet (19,27,33). Sukupuolivähemmistöjä edustavista omaishoitajista ja etnisyyden vaikutuksista on vain hyvin niukasti tietoa (33). Ainakin iäkkäiden omaishoitajien osalta heikko sosio-ekonominen asema vaikuttaa olevan yhteydessä suurempaan kuormitukseen ja masennukseen (33). Työuran aikana läheistään hoitavilla on usein matalampi tulotaso kuin muilla, mikä voi osaltaan aiheuttaa lisäkuormitusta ja heikentää mahdollisuuksia huolehtia omasta terveydestä (17).

Ympäristö ja yhteiskunta voivat helpottaa omaishoitajan taakkaa

Omaishoidon viemä aika ja energia voivat aiheuttaa omaishoitajalle rajoituksia ja risiiriitoja muilla elämänalueilla, kuten ajankäytössä omaishoidon ja työn välillä tai palautumisessa ja virkistytymisessä. Tämä voi lisätä omaishoitajan kuormittuneisuutta ja heikentää heidän psyykkistä hyvinvointiaan (27). Kotimaisessa tutkimuksessa havaittiin, että työssäkäyvien omaishoitajien univaikeudet olivat vähäisempiä, kun heidän mahdollisuutensa vaikuttaa työaikoihinsa olivat hyvät (22). Eräässä työikäisiin kohdistuvassa tutkimuksessa palkkatyön ja omaishoidon yhdistämisen on havaittu lisäävän sydän- ja verenkiertoelimestön taudin riskiä silloin, kun omaishoito on intensiivistä (yli 20 tuntia viikossa) tai kun omaishoito yhdistyy pitkiin työpäiviin (vähintään 55 tuntia viikossa) (34).

Yksittäisissä havainnoivissa tutkimuksissa on raportoitu, että omaishoitajan ympäristöltään saama sosiaalinen tuki voi osaltaan vähentää kuormittuneisuuden kokemusta ja että työpaikan sosiaalinen tuki voi vähentää omaishoitajuuden vaikutusta masennusoireisiin (35,36). Kotimaisen poikittaistutkimuksen mukaan omaishoitajat, jotka kokevat palvelut riittämät-

Ydinasiat

- » Läheiset vastaavat merkittävästä osasta pitkäaikaishoitoa.
- » Omaishoitajuuden fyysisistä seurauksista tiedetään vain vähän.
- » Omaishoitajuus aiheuttaa psykososiaalisen hyvinvoinnin heikkenemistä.
- » Omaishoitajan hyvinvointia voidaan edistää keventämällä hoitotaakkaa ja tukemalla omaishoitajan keinoja selviytyä omaishoitotilanteesta.

tömiksi, ovat muita omaishoitajia kuormittuneempia (35). Eri maiden välisissä vertailuissa omaishoitajuuden yhteys masennusoireisiin on ollut voimakkain maissa, joissa pitkäaikaishoidon palvelut ovat suppeimmat (5,37).

Kuinka omaishoitajien terveyttä voitaisiin edistää?

Kun omaishoitajan psyykinen hyvinvointi heikkenee, hänen mielenterveysongelmiaan on hoidettava näyttöön perustuvien hoitokäytäntöjen mukaisesti. Optimaalinen lähestymistapa olisi riskiryhmään kuuluvien omaishoitajien varhainen tunnistaminen, esimerkiksi säännöllisellä terveyden seurannalla, mikä voisi mahdollistaa mielenterveyden heikkenemisen ehkäisyn. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten tulisi kohdatessaan omaishoitajia huomioda, että omaishoitajuus on merkittävä masennuksen ja ahdistuneisuuden riskitekijä. Koska hoidettavan heikentynyt toimintakyky ja neuropsykiatriset oireet ovat yhteydessä omaishoitajan kuormittumiseen, hoidettavan laadukas hoito ja kuntoutus saattavat osaltaan tukea myös omaishoitajan hyvinvointia ja jaksamista, vaikkakin ilmiön tutkiminen on vaativaa.

Tutkimusnäyttö omaishoitajien terveyden tukemisen keinoista on osin epäselvää ja ristiriitaista, sillä osa tutkimuksista on melko heikkolaatuisia (38). Eri interventtioiden vaikutusta esitetään **TAULUKOSSA** meta-analyyseista ja systemoiduista katsauksista tehdyn koonnin

TAULUKKO. Omaishoitajien terveyttä ja hyvinvointia kohentavat interventiot, joista on vähintään kohtalaisen laadukasta näyttöä systemoiduissa katsauksissa ja meta-analyyseissa (38).

Intervention sisältö	Havaittu vaikutus	Hoidettavan sairaus	Näytön laatu
Vapaa omaishoidosta (hoito-apu kotiin tai lyhytaikainen palveluasuminen hoidettavalle)	Saattaa vähentää masennusoireita vähän, intensiivistä omaishoittoa toteuttavilla vaikutus voi olla suurempi	Dementia	Vahva
Tietoiseen läsnäoloon (mindfulness) perustuvat interventiot	Vähentävät masennusoireita	Dementia	Vahva
Rentoutuminen ja vapaa-ajan harrasteet (mm. liikunta, taiteet)	Vähentävät masennusoireita ja parantavat terveyteen liittyvää elämänlaatua	Dementia	Vahva
Monitekijäiset interventiot	Vähentävät masennusoireita ja parantavat terveyteen liittyvää elämänlaatua	Dementia	Vahva
Palveluohjaus	Epäselvä (ristiriitaisia tuloksia)	Dementia, aivoverenkiertohäiriö, syöpä, vaihtelevia sairauksia	Kohtalainen
Psykososiaaliset interventiot ja koulutus	Kognitiivinen käyttäytymisterapia vähentää masennus- ja ahdistuneisuusoireita, muiden interventioiden osalta vaikutukset epäselviä (mm. kotiutuksen jälkeinen opastus, kirjallisuusterapia)	Aivoverenkiertohäiriö, ikääntymiseen liittyvät ongelmat, neurokognitiiviset sairaudet	Kohtalainen

perusteella (38). Monitekijäisillä interventioilla on saavutettu eniten positiivisia tuloksia siitäkin huolimatta, että niiden sisällöt ovat olleet hyvin erilaisia (38). Myös tietoiseen läsnäoloon perustuvilla interventioilla, kognitiivisella käyttäytymisterapialla, rentoutumisharjoittelulla ja vapaa-ajan harrasteinterventioilla on havaittu olevan myönteisiä vaikutuksia masennusoireisiin (38,39).

Yksittäisten interventiomenetelmien vaikutavuuden arviointia vaikeuttaa se, että useat kokeelliset tutkimukset sisältävät useamman kuin yhden interventiokomponentin. Parhaiten auttavat todennäköisesti yksilöllisesti räätälöidyt toimet, sillä omaishoitotilanteet ja myös omaishoitajien tarpeet ovat hyvin moninaisia (38). Kotimaisessa tutkimuksessa interventio, jonka avulla pyrittiin tukemaan sekä dementiaa sairastavien että heidän puoliso-omaishoitajiensa omaishoittoa, paransi omaishoitajien terveyteen liittyvää elämänlaatua lisäämättä kokonaiskustannuksia (40). Interventioiden lyhytaikaisvaikutus on ollut kohtalainen, mutta pitkäaikaisvaikutukset ovat vielä epäselviä (39).

Omaishoitajan tilanne ei todennäköisesti helpotu ilman hoitotaakan keventämistä, jos

kuormitus on kohtuuton. Suomessa sopimus-omaishoitajilla on lain mukaan oikeus 2–3 vapaapäivään kuukaudessa. Käytännössä nämä vapaat eivät aina toteudu, sillä omaishoitaja tai hoidettava eivät välttämättä pidä hyvinvointialueen tarjoamaa hoitomuotoa tai -paikkaa sopivana. Lisäksi omaishoitajan jaksamista tukevien palveluiden saaminen voi olla vaikeaa.

Lopuksi

Omaishoitajat ovat tärkeä osa sosiaali- ja terveydenhuoltoa, sillä ilman heitä yhteiskuntamme ei selviydy. Omaishoitajuuden vaikutukset omaishoitajien fyysiseen terveyteen ovat vielä epäselviä, mutta omaishoitajuuden psykososiaalista terveyttä heikentävästä vaikutuksesta on näyttöä, minkä vuoksi omaishoitajien jaksamiseen ja hyvinvointiin tulee kiinnittää huomiota. Vaikka omaishoitajat osaltaan vähentävät hoitotyöllään yhteiskunnan tarjoamien sote-palveluiden tarvetta, ei ole järkevää, että tästä hoitotyöstä aiheutuu merkittäviä sote-palveluiden tarpeita toisaalla. Myös hoivan saatavuuden ja laadun kannalta lienee olennaista, että omaishoitajat pysyvät terve-

nä, jotta he pystyvät huolehtimaan läheisestään. Omaishoitajien hyvinvointia pystytään parantamaan erilaisilla monitekijäisillä ja psykososiaalisilla interventioilla ainakin lyhytai-

kaisesti, mutta mitkään pelkästään omaishoitajaan kohdistuvat interventiot eivät ole riittäviä, jos omaishoitotilanne on kohtuuttoman vaativa. ■

TUIJA MIKKOLA, TtT, dosentti, vanhempi tutkija

Folkhälsanin tutkimuskeskus, kansanterveyden tutkimusohjelma

TARJA VÄLIMÄKI, TtT, professori

Itä-Suomen yliopisto, hoitotieteen laitos

VASTUUTOIMITTAJA

Jaana Suvisaari

SIDONNAISUUDET

Tuija Mikkola: Luottamustoimet (Vammaisperheyhdistys Jaatinen ry, hallituksen jäsen)

Tarja Välimäki: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Nutricia), korvaukset kongressi- ja seminaarikuluista (Nutricia), luottamustoimet (Muistiliitto)

KIRJALLISUUTTA

1. Study on exploring the incidence and costs of informal long-term care in the EU. Bryssel: Euroopan komissio 2021.
2. Vilkkio A, Muuri A, Saarikalle K, ym. Läheisavun moninaisuus. Kirjassa: Vaarama M, Karvonen S, Kestilä L, ym, toim. Suomalaisten hyvinvointi 2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014, s. 222–37.
3. Ilmarinen K, Lindström E, Neijonen A, ym. Sopimusomaishoidon tilannekuva 2024 – Hyvinvointialueiden myöntämisperusteet, toimintakäytännöt ja omaishoidon tuen menot. Helsinki: THL 2024. www.julkari.fi/handle/10024/149865.
4. Mikkola TM, Kautiainen H, Mäntä M, ym. Age-dependency in mortality of family caregivers: a nationwide register-based study. *Aging Clin Exp Res* 2021;33:1971–80.
5. Nolan A, Aaltonen K, Danielsbacka M. The effect of informal caregiving on depression: an asymmetric panel fixed-effects analysis of in-home and out-of-home caregivers across Europe. *J Aging Soc Policy* 2024;37:705–23.
6. O'Reilly D, Rosato M, Maguire A, ym. Caregiving reduces mortality risk for most caregivers: a census-based record linkage study. *Int J Epidemiol* 2015;44:1959–69.
7. Pelkonen E, Rajas M. Työikäisistä omaishoitajista enemmistö käy myös ansiotyössä. Helsinki: Tilastokeskus 2023. <https://stat.fi/tietotrendit/artikkelit/2023/tyoikaista-omaishoitajista-enemmistokay-myos-ansiotyossa>.
8. Mehri N, Kinney J, Brown S, ym. Informal caregiving and all-cause mortality: a meta-analysis of longitudinal population-based studies. *J Appl Gerontol* 2021;40:781–91.
9. Tselioui F, Rosato M, Maguire A, ym. Variation of caregiver health and mortality risks by age: a census-based record linkage study. *Am J Epidemiol* 2018;187:1401–10.
10. Kaschowitz J, Brandt M. Health effects of informal caregiving across Europe: a longitudinal approach. *Soc Sci Med* 2017;173:72–80.
11. Capistrant BD. Caregiving for older adults and the caregivers' health: an epidemiologic review. *Curr Epidemiol Rep* 2016;3:72–80.
12. Bom J, Bakx P, Schut F, ym. The impact of informal caregiving for older adults on the health of various types of caregivers: a systematic review. *Gerontologist* 2019;59:e629–42.
13. Välimäki TH, Martikainen JA, Hongisto K, ym. Impact of Alzheimer's disease on the family caregiver's long-term quality of life: results from an ALSOVA follow-up study. *Qual Life Res* 2016;25:687–97.
14. Buyck J, Anki J, Dugravot A, ym. Informal caregiving and the risk for coronary heart disease: the Whitehall II study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2013;68:1316–23.
15. Mortensen J, Clark AJ, Lange T, ym. Informal caregiving as a risk factor for type 2 diabetes in individuals with favourable and unfavourable psychosocial work environments: a longitudinal multi-cohort study. *Diabetes Metab* 2018;44:38–44.
16. Schmitz H, Stroka MA. Health and the double burden of full-time work and informal care provision – evidence from administrative data. *Labour Econ* 2013;24:305–22.
17. Mikkola TM, Mäntä M, Kautiainen H, ym. Work incapacity among family caregivers: a record linkage study. *J Epidemiol Community Health* 2022;76:580–5.
18. Whittaker AC, Gallagher S. Caregiving alters immunity and stress hormones: a review of recent research. *Curr Opin Behav Sci* 2019;28:93–7.
19. Ervin J, Taouk Y, Fleitas Alfonso L, ym. Longitudinal association between informal unpaid caregiving and mental health amongst working age adults in high-income OECD countries: a systematic review. *EclinicalMedicine* 2022;53:101711.
20. Välimäki T, Koivisto AM, Selander T, ym. Different trajectories of depressive symptoms in Alzheimer's disease caregivers – 5-year follow-up. *Clin Gerontol* 2024;47:234–43.
21. van de Straat V, Willems B, Bracke P. Care to sleep? Daily caregiving and sleep problems in an ageing European population. *Health Sociol Rev* 2021;30:204–17.
22. Virtanen M, Myllyntausta S, Ervasti J, ym. Shift work, work time control, and informal caregiving as risk factors for sleep disturbances in an ageing municipal workforce. *Scand J Work Environ Health* 2021;47:181–90.
23. Lacey RE, Xue B, Mcmunn A. The mental and physical health of young carers: a systematic review. *Lancet Public Health* 2022;7:e787–96.
24. Mikkola TM, Kautiainen H, Mäntä M, ym. Use of antidepressants among Finnish family caregivers: a nationwide register-based study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2021;56:2209–16.
25. Mikkola TM, Mäntä M, Kautiainen H, ym. Use of prescription benzodiazepines and related drugs in family caregivers: a nation-wide register-based study. *Age Ageing* 2022;51:afac279.
26. Doebler S, Ryan A, Shortall S, ym. Informal care-giving and mental ill-health – differential relationships by workload, gender, age and area-remoteness in a UK region. *Health Soc Care Community* 2017;25:987–99.
27. Lindt N, Van Berkel J, Mulder BC. Determinants of overburdening among informal carers: a systematic review. *BMC Geriatr* 2020;20:304.
28. Lyons JG, Cauley JA, Fredman L. The effect of transitions in caregiving status and intensity on perceived stress among 992 female caregivers and noncaregivers. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2015;70:1018–23.
29. Penning MJ, Wu Z. Caregiver stress and mental health: Impact of caregiving relationship and gender. *Gerontologist* 2016;56:1102–13.
30. Rafnsson SB, Shankar A, Steptoe A. Informal caregiving transitions, subjective wellbeing and depressed mood: findings from the English Longitudinal Study of Ageing. *Aging Ment Health* 2017;21:104–12.
31. Välimäki TH, Martikainen JA, Hallikainen IT, ym. Depressed spousal caregivers have psychological stress unrelated to the progression of Alzheimer disease: a 3-year follow-up report, Kuopio ALSOVA study. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2015;28:272–80.
32. del-Pino-Casado R, Priego-Cubero E, López-Martínez C, ym. Subjective caregiver burden and anxiety in informal

- caregivers: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2021;16:e0247143.
33. Savelle RM, Schwab U, Välimäki T. An integrative review of the social determinants of mental health among older caregivers. *Nurs Open* 2022;9:94–107.
 34. Mortensen J, Dich N, Lange T, ym. Weekly hours of informal caregiving and paid work, and the risk of cardiovascular disease. *Eur J Public Health* 2018;28:743–7.
 35. Juntunen K, Salminen AL, Törmäkangas T, ym. Perceived burden among spouse, adult child, and parent caregivers. *J Adv Nurs* 2018;74:2340–50.
 36. Bijnsdorp FM, van der Beek AJ, van Groenou MIB, ym. Associations of combining paid work and family care with gender-specific differences in depressive symptoms among older workers and the role of work characteristics. *Scand J Work Environ Health* 2022;48:190–9.
 37. Wagner M, Brandt M. Long-term care provision and the well-being of spousal caregivers: an analysis of 138 European Regions. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2018;73:e24–34.
 38. Kirvalidze M, Abbadi A, Dahlberg L, ym. Effectiveness of interventions designed to mitigate the negative health outcomes of informal caregiving to older adults: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *BMJ Open* 2023;13:e068646.
 39. Sun Y, Ji M, Leng M, ym. Comparative efficacy of 11 non-pharmacological interventions on depression, anxiety, quality of life, and caregiver burden for informal caregivers of people with dementia: a systematic review and network meta-analysis. *Int J Nurs Stud* 2022;129:104204.
 40. Laakkonen ML, Kautiainen H, Hölttä E, ym. Effects of self-management groups for people with dementia and their spouses – randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2016;64:752–60.