

Sari Stenholm, Tuija Leskinen ja Laura Viikari

Eläköityvien terveyden edistämiseen kannattaa panostaa

Keskimääräisen eliniän pidentyessä myös eläkkeellä vietetyt vuodet lisääntyvät. Jotta nämä vuodet olisivat mahdollisimman terveitä ja toimintakykyisiä, terveyden edistämiseen tähtäävät toimet tulisi aloittaa riittävän varhain. Eläköityminen itsessään tarjoaa hyvän mahdollisuuden elintapojen tarkasteluun ja tarvittavien muutosten tekemiseen, koska työhön liittyvät kuormitustekijät poistuvat ja aikaa itsestä huolehtimiseen on enemmän. Ikääntyvän väestön terveyden edistämisen näkökulmasta eläköityminen on hyvä ajankohta vaikuttaa koko ikäryhmään. Toisaalta sairauksien ehkäisyyn ja toimintakyvyn säilymisen kannalta erityisen tärkeää on tunnistaa ajoissa riskihenkilöt ja kohdentaa jatkotoimenpiteet heihin. Tutkimukset ovat osoittaneet ehkäisyyn hyödyt erityisesti sydän- ja verisuonisairauksien hoidossa, kaatumisten ja murtumien ehkäisyssä sekä kognitiivisen ja fyysisen toimintakyvyn ylläpitämisessä. Terveysteknologia on avannut uusia mahdollisuuksia ehkäisyyn ja hoidon seurantaan myös ikäihmisten osalta.

Suurten ikäluokkien edustajat ovat viime vuosina siirtyneet yhä enemmän eläkkeelle, ja Suomessa onkin nyt eläkeläisiä enemmän kuin koskaan aiemmin, yli 1,2 miljoonaa. Vuonna 2017 työeläkkeelle siirtyneiden kokonaismäärä oli reilut 75 000 henkilöä, joista 57 000 siirtyi vanhuuseläkkeelle ja 18 600 työkyvyttömyyseläkkeelle (1). Eläkkeelle siirtyminen herättää monenlaisia tunteita, ja yksilön tilanteen mukaan eläkkeelle yleensä joko päästään tai joudutaan. Monilla on eläkepäiviin liittyviä positiivisia odotuksia, jollain taas pelkoja ja huolia. Näkökulmasta ja odotuksista riippumatta eläkkeelle siirtyminen on merkittävä elämänvaihe, jolloin työhön liittyvät roolit, tehtävät ja kuormitustekijät poistuvat ja tilalle tulee enemmän vapaa-aikaa ja ajankäytön joustavuutta.

Epidemiologisten väestötutkimusten perusteella moni kokee terveytensä kohenevan ja psyykkisen hyvinvoinnin paranevan eläköitymisen jälkeen (2–8), vaikka kroonisten sairauksien esiintyvyydessä ei tapahtuisikaan muutoksia (6). On havaittu, että eläköitymisen myönteiset kokemukset terveyteen olisivat suurimmat niillä, jotka ovat heikossa ammatiasemassa ja jotka ovat tehneet fyysisesti tai

psyykkisesti kuormittavaa työtä (2,9). Toisaalta hyvä ammatiasema, fyysisesti vähän kuormittava työ, hyvä työkyky sekä työn joustavuus, erityisesti työajoissa, ennakoivat myöhempää eläkkeellesiirtymisikää (10).

Eläkkeelle siirtymisen ja koetussa terveydentilassa tapahtuvien muutosten välistä yhteyttä voidaan tarkastella erilaisten resurssien näkökulmasta (11,12). Niitä ovat muun muassa fyysiset resurssit (esimerkiksi fyysinen kunto ja terveys), kognitiiviset resurssit (esimerkiksi tiedonkäsittely- ja keskittymiskyky), motivaatioresurssit (esimerkiksi pystyvyys ja elämän tarkoituksenmukaisuus), taloudelliset resurssit (esimerkiksi eläketulot ja säästöt) sekä sosiaaliset resurssit (esimerkiksi sosiaalinen verkosto ja sosiaalinen tuki). Riippuen työstä, josta eläköityy, eläköitymisen ajankohdasta ja vapaaehtoisuudesta, osa resurssista voi lisääntyä ja osa vähentyä, ja niillä voi olla vaikutusta terveydentilaan ja hyvinvointiin. Esimerkiksi työkuormituksen poistuminen ja mahdollisuus liikkua ja nukkua enemmän voivat johtaa hyvinvoinnin parantumiseen ja sitä kautta myös terveyden ja toimintakyvyn kohentamiseen iästä huolimatta. Toisaalta vähentyneet tulot ja



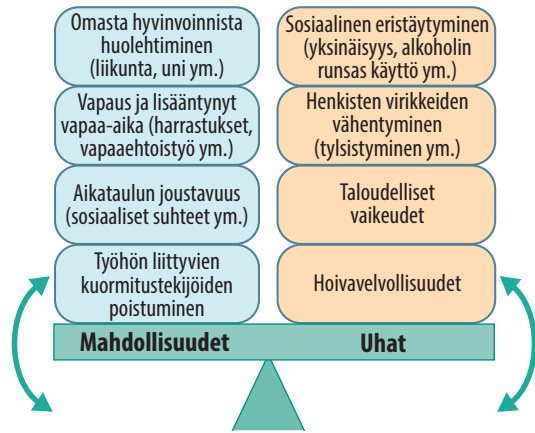
sosiaalisen verkoston pieneneminen voivat johtaa hyvinvoinnin heikkenemiseen ja huonontaa intoa huolehtia omasta terveydestä. Lisäksi yhä useampi eläkeläinen työskentelee omaishoitajana, jolloin arki voi olla jopa kuormittavampaa niin henkisesti kuin fyysisesti verrattuna työssä koettuun kuormitukseen (KUVA).

Edellä mainittujen resurssien tunnistaminen ja niiden tukeminen ovat tärkeässä roolissa, kun tavoitteena on edistää uusien eläkeläisten ja pidempään eläkkeellä olleiden terveyttä ja toimintakykyä. Tämä on tärkeää sekä yksilöiden että yhteiskunnan kannalta, sillä eliniän piteneminen näkyy myös eläkevuosien määrässä. Tällä hetkellä suomalaisten 65-vuotiaiden naisten elinajanodote on 21,8 vuotta ja miesten 18,2 vuotta (13), joten yhä useampi elää reilusti yli 20 vuotta eläköitymisen jälkeen.

Terveyden edistäminen työuran loppupuolella ja sen jälkeen

Suomalainen 28-vuotinen seurantatutkimus on osoittanut, että työhön liittyvät fyysiset ja psyykkiset kuormitustekijät sekä huono työkyky keski-iässä ovat yhteydessä heikompaan toimintakykyyn eläkevuosina (14,15). Näin ollen terveen ikääntymisen tukeminen tulisi alkaa jo työuran aikana. Ikääntyvien työntekijöiden osalta keskeistä on työkyvyn ylläpitäminen, joka tarkoittaa työn vaatimusten suhteuttamista työntekijän terveyteen ja toimintakykyyn. Työvoiman ikääntyessä korostuu se, että työterveyden toimijoilla tulisi olla riittävästi tietoa ikääntymiseen liittyvistä asioista ja kyky tunnistaa ajoissa riskissä olevat henkilöt. Tukemalla työntekijöiden terveyttä ja työkykyä voidaan edistää pidempiä työuria ja terveempää vanhuutta.

Eläkkeelle siirryttäessä työterveyspalveluiden käyttö loppuu, ja eläkeläiset siirtyvät käyttämään julkisia tai yksityisiä terveystarkastuksia. Vaikka suuntaamattomat terveystarkastukset eivät ole osoittautuneet kovin vaikuttavaksi sairauksien ehkäisyssä tai sairauspoissaolojen vähentämisessä (16,17), eläkkeelle siirtyvien osalta ne voisivat olla perusteltuja. Osa aktiivisista ja terveystietoisista työntekijöistä hyödyntääkin jo nyt työuran viimeisinä vuosina työterveyspalveluita tarkastuttamalla esimerkiksi verenpaineensa ja



KUVA. Eläköitymiseen liittyvät mahdollisuudet ja uhat terveyden ja hyvinvoinnin kannalta.

kolesteroliarvonsa. Erityisen tärkeää kuitenkin olisi, että tarkastukseen pääsisivät ja osallistuisivat suuren riskin yksilöt sekä vähiten koulutuihin työntekijäryhmiin kuuluvat henkilöt.

2000-luvulla tehdyissä pitkittäistutkimuksissa on tunnistettu lukuisia vanhuuden terveyttä, fyysistä ja kognitiivista toimintakykyä sekä pitkäikäisyyttä ennustavia tekijöitä, ja yhä enemmän on näyttöä ikääntyvien sairauksien ehkäisyyn vaikuttavuudesta. Tuoreissa suomalaisissa katsausartikkeleissa on koottu keskeisimmät geriatristen oireyhtymien primaariprevention kohteena olevat riskitekijät (18,19). Näiden pohjalta eläköityvän terveystarkastuksessa olisi hyvä kartoittaa ainakin seuraavat, vanhuuden terveyttä ja toimintakykyä ennustavat tekijät: verenpaine, veren LDL- ja HDL-kolesteroli- ja glukoosipitoisuus, fyysinen aktiivisuus, paino ja painonmuutokset, tupakointi, alkoholi, ravitsemus, mieliala sekä luuston tilanteen arviointi naisille. Lisäksi olisi tärkeää saada kokonaiskuva henkilön elämäntilanteesta, mukaan lukien sosiaalinen aktiivisuus, turvaverkosto ja puolison terveydentila, joilla kaikilla on tärkeä merkitys terveyden ja hyvinvoinnin kannalta (20–22). Jos terveystarkastuksessa havaitaan riskitekijöitä tai heikkenemää toimintakyvyssä, niihin pitäisi puuttua ja varmistaa hoidon jatkuvuus eläkkeelle siirtymisen jälkeen. Keskeistä sairauksien ehkäisytyössä ja elintapojen

kohentamisessa on henkilön oman motivaation selvittäminen ja tukeminen. Eläkkeelle siirtymisen jälkeen aikaa itsestä huolehtimiseen on enemmän, mutta edellä mainitut resurssit huomioiden eri ihmiset tarvitsevat elintapamuutoksissaan erityyppistä apua ja tukea.

Tutkimusnäyttöä ehkäisevien toimenpiteiden vaikuttavuudesta

Sydän- ja verisuonitautien sekä diabeteksen ehkäisy on osoitettu olevan vaikuttavaa myös ikääntyvässä väestössä. Esimerkiksi laaja kansainvälinen Hope-3-tutkimus osoitti, että kohtalaisen sydän- ja verisuonitaudin riskissä olevilla terveillä keskimäärin 65-vuotiailla voitiin statiinilla ja verenpainelääkityksellä vähentää sydäninfarkteja ja aivotapahtumia noin viiden vuoden seuranta-aikana (23). Tyypin 2 diabeteksen osalta suomalaisessa diabeteksen ehkäisy tutkimuksessa osoitettiin elintapaintervention hyödyt 40–64-vuotiailla ylipainoisilla, joiden glukoosinsieto oli heikentynyt: diabeteksen ilmaantumista voitiin viivästyttää keskimäärin viisi vuotta painoa pudottamalla, liikuntaa lisäämällä ja noudattamalla terveellistä ruokavaliota (24).

Liikunta- ja tasapainoharjoittelun sekä D-vitamiinin on osoitettu ehkäisevän ikääntyvien kaatumisia ja murtumia, (25–27). On myös näyttöä siitä, että yli 65-vuotiaiden naisten osteoporoosin seulonta ja tarvittaessa sen perusteella aloitettu hoito on suositeltavaa (28). Englantilaisessa SCOOP-tutkimuksessa seulonta ei vähentänyt kaikkia osteoporoottisia murtumia, mutta vähensi lonkkamurtumien suhteellista riskiä lähes kolmanneksella, minkä vuoksi seulonta osoittautui erittäin kustannusvaikuttavaksi (29).

Kognitiivisen toimintakyvyn osalta suomalainen FINGER-tutkimus osoitti, että elintapamuutokset, kognitiivinen harjoittelu sekä sydän- ja verisuonisairauksien hyvä hoito, ylläpitivät muisti- ja ajattelutoimintoja yli 60-vuotiailla, joilla oli lievästi suurentunut muistisairauksien riski (30). Myös fyysisen toimintakyvyn osalta on näyttöä, että monipuolisella toiminnallisella harjoittelulla, joka sisältää voima- ja liikehallintaharjoituksia, kyetään

vahvistamaan yli 60-vuotiaiden lihasvoimaa, parantamaan tasapainoa sekä ylläpitämään liikkumis- ja toimintakykyä (31) myös heillä, joilla liikkumiskyky on jo heikentynyt (32). Lisäksi suomalaistutkimus on osoittanut, että ryhmämuotoinen elämänhallintaa ja yksinäisyyttä lieventävä kuntoutus paransi osallistujien terveyttä ja kognitiota sekä vähensi terveystalveluiden käyttöä ja kuolleisuutta (33,34).

Koko väestön terveyden edistämisen lähtökohtana eläkeikäisillä on edistää ja ylläpitää fyysistä, kognitiivista ja sosiaalista toimintakykyä sekä kannustaa omasta terveydestä huolehtimiseen muun muassa noudattamalla terveellisiä elämäntapoja ja sitoutumalla lääkitykseen. Iän karttuessa ikäneuvolatoiminta on yksi potentiaalinen toimintatapa, jolla olisi mahdollista tunnistaa ajoissa riskiryhmiin kuuluvat ikäihmiset eläkkeelle jäämisen jälkeen. Suomessa muutama kaupunki on jo käynnistänyt ikäneuvoloita, mutta toistaiseksi niiden vaikuttavuutta ei ole selvitetty. Yleisimpiä ikääntyvien toimintakykyä heikentäviä ja avuntarvetta lisääviä tekijöitä ovat sydän- ja verisuonitaudit, kaatumiset ja murtumat, liikkumiskyvyn ja kognition heikentyminen, gerastenia (35,36) sekä masennus ja yksinäisyys (37,38). Ikäneuvolatoiminnan keskiössä onkin tunnistaa mahdollisimman varhain henkilöt, joilla on edellä mainittuja sairauksia, gerastenian oireita (painonlasku, hidastuminen, voimattomuus, uupumus ja vähäinen aktiivisuus), fyysisen tai kognitiivisen toimintakyvyn heikentymistä, masennusta, tai henkilöt jotka ovat sosiaalisesti eristäytyneet. Kun riskissä olevat henkilöt on tunnistettu, olennaista on aloittaa kuntouttavat ja tarpeen mukaan moniammatilliset interventiot ikäihmisten toimintakyvyn ja itsenäisen selviytymisen tukemiseksi.

Eläköitymisen mahdollisuudet terveyden edistämässä

Suomalaisilla kuntatyöntekijöillä tehdyt tutkimukset osoittavat, että eläköityminen on yhteydessä myönteisiin muutoksiin useissa elintavoissa. Esimerkiksi vapaa-ajan liikunta ja unen pituus lisääntyvät sekä univaikeudet vähentyvät (39–41). Samoin tupakoinnin vähentäminen ja

lopettaminen näyttäisi olevan hieman yleisempää eläköitymisvuosina kuin sitä ennen tai sen jälkeen (42). Nämä havainnot viittaavat siihen, että eläköityminen voisi olla otollinen ajankohta elintapamuutosten tekemiseen ja niiden tukemiseen. Osittain muutokset voivat selittyä työhön liittyvien kuormitustekijöiden (fyysinen tai psyykinen) tai toimintatapojen (esimerkiksi yhteiset tupakkatauat työkavereiden kanssa) poistumisella ja toisaalta lisääntyneellä vapaa-ajalla. Ajanpuutteen onkin osoitettu olevan yksi tekijöistä, joka estää ihmisiä muuttamasta elintapojaan.

Eläköitymiseen on osoitettu liittyvän myös epäterveellisiä muutoksia elintavoissa. Istumisen kokonaismäärä näyttäisi lisääntyvän, erityisesti naisilla ja heillä, joiden työ oli ollut istumapainotteista (43). Tarvitaan siis toimia arkiaktiivisuuden lisäämiseksi. Huolestuttava havainto on myös se, että reilu kymmenes eläkkeelle siirtävistä lisäsi alkoholin riskikäyttöä (44). Olisikin tärkeä tunnistaa riskiryhmiin kuuluvat jo työuran loppuvaiheessa esimerkiksi työterveyshuollossa ja tarjota heille tukea terveyden elintapojen ylläpitämiseen eläköitymisen jälkeenkin.

Elintapojen merkitys terveyden elinvuosien kannalta on merkittävä. Neljään laajaan eurooppalaistutkimukseen perustuva tutkimus osoitti, että ihmiset, joiden elintavat olivat suosittujen mukaisia, elivät 6–8 vuotta pidempään terveenä ja ilman kroonisia sairauksia 50–75 ikävuoden välillä kuin henkilöt, joilla esiintyi kaksi tai useampi riskitekijä (tupakointi, liikkumattomuus ja lihavuus) (45). Myös yhdysvaltalaisstudiossa 90-vuotiaaksi selviytymistä selittivät 70-vuotiaana tunnettujen riskitekijöiden (tupakointi, liikkumattomuus, diabetes, kohonnut verenpaine, ylipaino) puuttuminen. Lisäksi 90-vuotiaiksi selviytyneet olivat toimintakykyisempiä ja he kokivat terveytensä paremmaksi 85-vuotiaana kuin ne, jotka kuolivat ennen 90. ikävuotta (46).

Toistaiseksi on kuitenkin hyvin vähän tutkimuksia, joissa olisi selvitetty elintapaintervention vaikutavuutta eläkkeelle siirtyneillä (47), vaikka eläkkeelle siirtyminen voisi olla optimaalinen hetki elintapamuutosten tekemiselle. Turun yliopistossa on parhaillaan menos-



Kuva: iStock

sa satunnaistettu kontrolloitu REACT-liikuntainterventiotutkimus, joka on kohdennettu juuri eläkkeelle jääneisiin henkilöihin ja jonka tavoitteena on edistää liikunta-aktiivisuutta ja sydänterveyttä vuoden mittaisella kotona toteutettavalla interventiolla. Tämän tutkimuksen tuottamaa tietoa voidaan jatkossa hyödyntää ikääntyviä liikuntaan kannustavien strategioiden suunnittelussa ja toteutuksessa. Onnistuessaan interventiotutkimus voi auttaa myös muihin elintapoihin kohdennettujen toimenpiteiden suunnittelussa ja kohdentamisessa.

Eläkevalmennus on ollut Suomessa toistaiseksi vähäistä, mutta nykyään muun muassa Suomen Punainen Risti ja Ikäinstituutti tarjoavat tukea ja valmennusta eläkkeelle jääville. Ikäinstituutin kehittämän Elämäni eläkevuodet -valmennusohjelman tavoitteena on herättää hyvinvoinnista huolehtimisen kipinä ja liikunnan ilo eläkkeelle siirtymisen taitekohdassa (48). Valmennus perustuu positiiviseen psykologiaan, valmentavaan työtapaan sekä ratkaisukeskeiseen otteeseen, jonka keskiössä ovat yhteiset keskustelut, ryhmän tuki ja liikunnalliset tuokiot. Ryhmämuotoinen valmennus ja sosiaalinen tuki voivat olla erityisen tärkeitä uusille eläkeläisille, jos kontaktit entisiin työtovereihin ovat vähentyneet ja työn ulkopuolisia sosiaalisia kontakteja on ollut vähän (49). Kansallisen FinTerveys 2017 -tutkimuksen perusteella osallistumisaktiivisuus kerho- ja yhdistystoimintaan näyttää olevan suurempaa eläkeläisillä kuin työ-

Ydinasiat

- ▶ Eläköityminen on koko ikäluokkaa yhdistävä ajankohta, jolloin kannattaa kannustaa ja tukea elämäntapamuutoksiin terveempien ja toimintakykyisempien elinvuosien puolesta.
- ▶ Työterveyshuollolla ja kuntien ikäneuvoloilla voisi olla nykyistä suurempi rooli ikääntyvien terveyden edistämistyössä tunnistamalla riskissä olevat henkilöt mahdollisimman varhain.
- ▶ Varhaisella riskitekijöiden tunnistamisella ja oikea-aikaisilla interventioilla voidaan ehkäistä sydän- ja verisuonisairauksia, tyyppin 2 diabetesta, kaatumisia ja murtumia sekä fyysisen ja kognitiivisen toimintakyvyn heikkenemistä.
- ▶ Terveysteknologia tarjoaa uusia mahdollisuuksia ikäihmisten terveyden ja toimintakyvyn edistämiseen, ja sen etuna ovat saavutettavuus, yksilöllisyys ja uudenlaiset motiivointi- ja seurantamahdollisuudet.

ikäisillä, ja yli kolmasosa raportoi osallistuvansa vähintään kerran kuukaudessa (50).

Terveysteknologia terveyden edistämisen apuna

Informaatio- ja kommunikaatioteknologia tarjoaa uusia väyliä terveyden edistämiseen eläkeläisillä. Tilastokeskuksen mukaan vuonna 2018 suomalaisista 55–64-vuotiaista 72 % ja 65–74-vuotiaista 47 % käytti internetiä useita kertoja päivässä ja 80 % ja näihin 59 % ikäryhmiin kuuluvista omisti älypuhelimien (51). Terveysteknologian avulla terveysneuvonta tai elintapainterventio voidaan helposti muokata ja kohdentaa vastaamaan tiettyjen ikä- tai sairausryhmien tarpeita. Lisäksi osallistuminen on ajasta ja paikasta riippumatonta, jolloin voidaan tavoittaa myös henkilöitä, joiden terveydentila tai pitkät etäisyydet heikentävät osallistumista. Tutkimusten mukaan terveysteknologiaa hyödyntävät interventiot ovat käyttökelpoisia sekä tehokkaita muun muassa liikunnan lisäämiseen

(52), ravitsemuksen parantamiseen (53) ja painonpudotukseen (54) myös ikäihmisillä (55). Onnistuneimmat sovellukset hyödyntävät tekniikoita, joiden on osoitettu olevan yhteydessä käyttäytymisen muutokseen, mukaan lukien oman edistymisen seuranta, tavoitteiden asettaminen ja palautteen saaminen (56). Erityisen tärkeäksi on havaittu se, että sovellus sitouttaa käyttäjänsä ja käyttäjä saa palautetta edistymisestään (57). Palautetta voidaan antaa eri tavoin esimerkiksi keräämällä pisteitä, ja tavoitteen saavuttaminen huomioidaan positiivisella viestillä.

Kannettavan teknologian, esimerkiksi aktiivisuusrannekkeiden avulla on kenen tahansa mahdollista seurata omaa fyysistä suoriutumistaan tai esimerkiksi päivittäistä liikuntaaktiivisuuttaan. Turun yliopiston REACT-liikuntainterventiossa tutkitaan kaupallisen aktiivisuusrannekkeen mahdollisuuksia lisätä liikuntaaktiivisuutta juuri eläkkeelle siirtyneillä. Aktiivisuusrannekkeen avulla pyritään lisäämään päivittäistä liikuntaa ja vähentämään paikallaanoloa uudessa elämäntilanteessa, kun työn vaatimukset ja työelämän päivärytmi ovat jääneet taakse ja arjen rutiinit muodostetaan uudelleen. Rannekkeeseen asetetaan kullekin henkilölle yksilöllinen aktiivisuustavoite, jossa liikunnan osalta pyritään saavuttamaan tietty aktiivisuusmäärä päivässä ja pitkittynyttä istumista pyritään vähentämään värinäähälytyksellä, joka muistuttaa, että on aika liikkua. Teknologia mahdollistaa päivittäisen aktiivisuustavoitteen omaseurannan ja välittömän palautteen, jonka toivotaan motivoivan pysyviin elintapamuutoksiin. Aktiivisuusrannekettä käytetään 12 kuukautta. Tavoitteiden täytyessä toistuvasti, tavoitetasoa nostetaan korkeammalle intervention aikana. Alustavat käyttökokemukset ovat olleet positiivisia, mutta varsinaiset tulokset osoittavat, onko interventiolla toivottua vaikutusta liikuntaaktiivisuuden lisäämiseen, sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöiden vähenemiseen ja fyysisen toimintakyvyn paranemiseen.

Tietokone- ja mobiilipohjaiset palvelut eivät tule täysin korvaamaan kasvokkain tapahtuvaa ohjausta tai neuvontaa, mutta ne tarjoavat paljon uusia tapoja (esimerkiksi pelit, videot, chatit) elintapamuutosten tukemiseen ja seuran-

taan. Teknologian käyttö tuo mahdollisuuksia sosiaalisen hyvinvoinnin edistämiseen, kuten sosiaaliseen kanssakäyntiin, jolla voi olla erittäin suuri merkitys muun muassa ikäihmisten yksinäisyyden vähentämiseen. Laajamittaisen käytön esteenä ovat ikääntyvien vielä puutteelliset tietokonetaidot ja laitteet sekä tietosuojaan liittyvät seikat. Tulevaisuudessa tietotekniset valmiudet määrittävät yhä enemmän myös välineellisistä päivittäisistä toiminnoista (IADL) selviytymistä, kun yhä useammat terveydenhoitoon ja raha-asioihin liittyvät palvelut siirtyvät tai ovat jo siirtyneet internetiin. Tämän vuoksi tietotekniikan taitojen opettaminen ja tukeminen tulisi ottaa huomioon eläkeläisten terveydenedistämistyössä ja tässä kolmannen sektorin toimijoilla on tärkeä rooli.

Lopuksi

Viime vuosina ikääntymistutkijat ovat korostaneet aktiivisen ikääntymisen näkökulmaa, jossa aktiivisuus nähdään osallistumisena sosiaaliseen ja yhteiskunnalliseen elämään. WHO määrittelee aktiivisen ikääntymisen prosessiksi,

jossa optimoidaan mahdollisuudet terveyteen, osallisuuteen ja turvallisuuteen, jotka edistävät elämänlaatua iän karttuessa (58). Vaikka eläköitymisen yhteydessä aktiivinen rooli työelämässä päättyy, eläkeläiselläkin on lukuisia tapoja osallistua ja olla aktiivinen elämän eri osa-alueilla. Yhdelle aktiivisuus voi olla vapaaehtoistyön tekemistä, toiselle lastenlasten hoitamista ja kolmas aloittaa uuden harrastuksen kielikerhossa. Henkisen hyvinvoinnin kannalta olisi tärkeää, että jokaiselle löytyisi aktiivista tekemistä työuran jälkeenkin, joka mahdollistaisi sosiaalisen kanssakäymisen ja edistäisi terveyttä, hyvinvointia ja toimintakykyä. ■

SARI STENHOLM, dosentti, akatemiaturkija
TUIJA LESKINEN, TtT, Suomen Akatemian tutkijatohtori
 Turun yliopisto, kansantervestiede

LAURA VIIKARI, dosentti, geriatrian erikoislääkäri
 Turun yliopisto, kliininen laitos, geriatría
 Turun kaupunki, hyvinvointitoimiala

SIDONNAISUUDET
 Kirjoittajilla ei ole sidonnaisuuksia

VASTUUTOIMITTAJA
 Jaana Suvisaari

KIRJALLISUUTTA

- Kannisto J. Eläkkeellesiirtymisikä Suomen työeläkejärjestelmässä 2017. Eläketurvakeskuksen tilastoja 3/2018.
- Westerlund H, Kivimäki M, Singh-Manoux A, ym. Self-rated health before and after retirement in France (GAZEL): a cohort study. *Lancet* 2009;374:1889–96.
- Syse A, Veenstra M, Furunes T, ym. Changes in health and health behavior associated with retirement. *J Aging Health* 2017;29:99–127.
- Oshio T, Kan M. The dynamic impact of retirement on health: Evidence from a nationwide ten-year panel survey in Japan. *Prev Med* 2017;100:287–93.
- Jokela M, Ferrie JE, Gimeno D, ym. From midlife to early old age: health trajectories associated with retirement. *Epidemiology* 2010;21:284–90.
- Westerlund H, Vahtera J, Ferrie JE, ym. Effect of retirement on major chronic conditions and fatigue: French GAZEL occupational cohort study. *BMJ* 2010;341:c6149.
- Oksanen T, Vahtera J, Westerlund H, ym. Is retirement beneficial for mental health? antidepressant use before and after retirement. *Epidemiology* 2011;22:553–9.
- Mein G, Martikainen P, Hemingway H, ym. Is retirement good or bad for mental and physical health functioning? Whitehall II longitudinal study of civil servants. *J Epidemiol Commun Health* 2003;57:46–9.
- Schuring M, Robroek SJ, Lingsma HF, ym. Educational differences in trajectories of self-rated health before, during, and after entering or leaving paid employment in the European workforce. *Scand J Work Environ Health* 2015;41:441–50.
- Virtanen M, Oksanen T, Pentti J, ym. Occupational class and working beyond the retirement age: a cohort study. *Scand J Work Environ Health* 2017;43:426–35.
- Wang M, Shultz KS. Employee retirement: a review and recommendations for future investigation. *J Manag* 2010;36:172–206.
- Hobfoll SE. Social and psychological resources and adaptation. *Rev Gen Psychol* 2002;6:307–24.
- Suomen virallinen tilasto (SVT): Kuolleet [verkkojulkaisu]. Helsinki: Tilastokeskus 2018. www.stat.fi/til/kuol/.
- Kulmala J, von Bonsdorff MB, Stenholm S, ym. Perceived stress symptoms in midlife predict disability in old age: a 28-year prospective cohort study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2013;68:984–91.
- Prakash KC, Neupane S, Leino-Arjas P, ym. Work-related biomechanical exposure and job strain in midlife separately and jointly predict disability after 28 years: a Finnish longitudinal study. *Scand J Work Environ Health* 2017;43:405–14.
- Liira H, Seuri M. Työterveyshuollon terveystarkastukset. *Suom Lääkäril* 2016; 71:1525–31.
- Krogsboll LT, Jorgensen KJ, Gotzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2019. DOI: 10.1002/14651858.CD009009.pub3.
- Pitkälä KH, Strandberg T. Sairauksien ehkäisy kannattaa vielä vanhanakin. *Duodecim* 2018;11:1141–8.
- Strandberg T, Kivipelto M. Terveet elämäntavat – terveet aivot. *Duodecim* 2017; 133:195–200.
- Umberson D, Montez JK. Social relationships and health: a flashpoint for health policy. *J Health Soc Behav* 2010;51(Suppl 1):S54–66.
- Capistrant BD, Moon JR, Berkman LF, ym. Current and long-term spousal caregiving and onset of cardiovascular disease. *J Epidemiol Community Health* 2012;66:951–6.
- Tilvis RS, Routasalo P, Karpainen H, ym. Social isolation, social activity and loneliness as survival indicators in old age; a nationwide survey with a 7-year follow-up. *Eur Geriatr Med* 2012;3:18–22.
- Yusuf S, Lonn E, Pais P, ym. Blood-Pressure and cholesterol lowering in persons

- without cardiovascular disease. *N Engl J Med* 2016;374:2032–43.
24. Lindström J, Peltonen M, Eriksson JG, ym. Improved lifestyle and decreased diabetes risk over 13 years: long-term follow-up of the randomised Finnish Diabetes Prevention Study (DPS). *Diabetologia*. 2013;56:284–93.
 25. Vieira ER, Palmer RC, Chaves PH. Prevention of falls in older people living in the community. *BMJ* 2016;353:i1419.
 26. Bischoff-Ferrari HA, Willett WC, Wong JB, ym. Fracture prevention with vitamin D supplementation: a meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA* 2005;293:2257–64.
 27. Bischoff-Ferrari HA, Dawson-Hughes B, Willett WC, ym. Effect of Vitamin D on falls: a meta-analysis. *JAMA* 2004;291:1999–2006.
 28. Curry SJ, Krist AH, Owens DK, ym. Screening for osteoporosis to prevent fractures: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA* 2018;319:2521–31.
 29. Turner DA, Khioe RFS, Shepstone L, ym. The cost-effectiveness of screening in the community to reduce osteoporotic fractures in older women in the UK: economic evaluation of the SCOOP Study. *J Bone Miner Res* 2018;33:845–51.
 30. Ngandu T, Lehtisalo J, Solomon A, ym. A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. *Lancet* 2015;385:2255–63.
 31. Liu C-j, Shirov DM, Jones LY, ym. Systematic review of functional training on muscle strength, physical functioning, and activities of daily living in older adults. *Eur Rev Aging Physical Act* 2014; 11:95–106.
 32. Pahor M, Guralnik JM, Ambrosius WT, ym. Effect of structured physical activity on prevention of major mobility disability in older adults: the LIFE study randomized clinical trial. *JAMA* 2014;311:2387–96.
 33. Pitkälä KH, Routasalo P, Kautiainen H, ym. Effects of psychosocial group rehabilitation on health, use of health care services, and mortality of older persons suffering from loneliness: a randomized, controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2009;64:792–800.
 34. Pitkälä KH, Routasalo P, Kautiainen H, ym. Effects of socially stimulating group intervention on lonely, older people's cognition: a randomized, controlled trial. *Am J Geriatr Psychiatry* 2011;19:654–63.
 35. Koivukangas M, Strandberg T, Leskinen R, ym. Vanhuksen gerastenia – tunnista riskipotilas. *Suom lääkäri* 2017;72:425–30.
 36. Morley JE, Vellas B, Abellan van Kan G, ym. Frailty consensus: a call to action. *J Am Med Dir Assoc* 2013;14:392–7.
 37. Pitkälä KH, Strandberg T. Sairauksien ehkäisy kannattaa vielä vanhanakin. *Duodecim* 2018;134:1141–8.
 38. Strandberg TE, Michel JP, Maggi S. Healthy ageing requires a triple strategy. *Aging Clin Exp Res* 2016;28:369–70.
 39. Myllyntausta S, Salo P, Kronholm E, ym. Changes in sleep duration during transition to statutory retirement: a longitudinal cohort study. *Sleep* 2017;40. DOI: 10.1093/sleep/zsx087.
 40. Myllyntausta S, Salo P, Kronholm E, ym. Changes in sleep difficulties during the transition to statutory retirement. *Sleep* 2018;41. DOI: 10.1093/sleep/zsx182.
 41. Stenholm S, Pulakka A, Kawachi I, ym. Changes in physical activity during transition to retirement: a cohort study. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2016;13:51.
 42. Pulakka A, Halonen JI, Pentti J, ym. Changes in Smoking during retirement transition: a longitudinal cohort study. *Scand J Public Health* 2018;1403494818804408.
 43. Leskinen T, Pulakka A, Heinonen OJ, ym. Changes in non-occupational sedentary behaviours across the retirement transition: the Finnish Retirement and Aging (FIREA) study. *J Epidemiol Community Health* 2018;72:695–701.
 44. Halonen JI, Stenholm S, Pulakka A, ym. Trajectories of risky drinking around the time of statutory retirement: a longitudinal latent class analysis. *Addiction* 2017;112:1163–70.
 45. Stenholm S, Head J, Kivimäki M, ym. Smoking, physical inactivity and obesity as predictors of healthy and disease-free life expectancy between ages 50 and 75: a multicohort study. *Int J Epidemiol* 2016;45:1260–70.
 46. Yates LB, Djousse L, Kurth T, ym. Exceptional longevity in men: modifiable factors associated with survival and function to age 90 years. *Arch Intern Med* 2008;168:284–90.
 47. Baxter S, Johnson M, Payne N, ym. Promoting and maintaining physical activity in the transition to retirement: a systematic review of interventions for adults around retirement age. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2016;13:12.
 48. Elämäni eläkevuodet -valmennus vuonna 2018. Ikäinstituutti 2018. www.liikkeella-voimaavuosiin.fi/?x118281=274688.
 49. Segel-Karpas D, Ayalon L, Lachman ME. Loneliness and depressive symptoms: the moderating role of the transition into retirement. *Aging Ment Health* 2018; 22:135–40.
 50. Martelin T, Nieminen T, Sainio P, ym. Sosiaalinen toimintakyky. Kirjassa: Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, ym. toim. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. FinTerveys 2017-tutkimus. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos 2018.
 51. Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestön tieto- ja viestintätekniikan käyttö [verkkokojukaisu]. Helsinki: Tilastokeskus 2018. www.stat.fi/til/sutivi/2018/sutivi_2018_2018-12-04_tie_001_fi.html.
 52. Davies CA, Spence JC, Vandelanotte C, ym. Meta-analysis of internet-delivered interventions to increase physical activity levels. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2012; 9:52.
 53. Lara J, Hobbs N, Moynihan PJ, ym. Effectiveness of dietary interventions among adults of retirement age: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Med* 2014;12:60.
 54. Teerinieni AM, Salonurmi T, Jokelainen T, ym. A randomized clinical trial of the effectiveness of a Web-based health behaviour change support system and group lifestyle counselling on body weight loss in overweight and obese subjects: 2-year outcomes. *J Intern Med* 2018;284:534–45.
 55. Muellmann S, Forberger S, Mollers T, ym. Effectiveness of eHealth interventions for the promotion of physical activity in older adults: a systematic review. *Prev Med* 2018;108:93–110.
 56. Krebs P, Prochaska JO, Rossi JS. A meta-analysis of computer-tailored interventions for health behavior change. *Prev Med* 2010;51:214–21.
 57. Lentferink AJ, Oldenhuis HK, de Groot M, ym. Key components in eHealth interventions combining self-tracking and persuasive eCoaching to promote a healthier lifestyle: a scoping review. *J Med Internet Res* 2017;19:e277.
 58. Active ageing: a policy framework. Geneva: World Health Organization 2002.

SUMMARY

Health promotion before and after retirement

With the aging population, also the years after retirement are increasing. Transition to retirement is an important life stage, during which work-related stress factors are removed and there is more time to devote activities that are meaningful for the person. Therefore, retirement is a potential time period when changes in health behaviors can take place and they can be promoted in the entire age group. On the other hand, there is need for early identification of persons at high risk for chronic diseases. There is evidence that timely interventions can prevent cardiovascular diseases, type 2 diabetes, falls and fractures as well as decline in physical and cognitive functioning. All these actions will help in increasing healthy years after retirement and reduce the overall burden of disease and disability in the population.