

Vanhenemiseen varautuva kaupunki

Esimerkkinä Helsinki



RAPORTTI 31/2012

Harriet Finne-Soveri

Vanhenemiseen varautuva kaupunki Esimerkkinä Helsinki

Jotta emme asuisi Fingerporissa



© Pertti Jarla Fingerpori (Helsingin Sanomat 30.9.2011)



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

© Harriet Finne-Soveri ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Tiivistelmän käännös ruotsiksi ja englanniksi: Käännös Aazet Oy

ISBN 978-952-245-641-0 (painettu)

ISSN 1798-0070 (painettui)

ISBN 978-952-245-642-7 (verkko)

ISSN 1798-0089 (verkko)

URN:ISBN:978-952-245-642-7

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-642-7>

Juvenes Print - Tampereen Yliopistopaino Oy
Tampere 2012



Lukijalle

Tämä selvitys on monen yhteistyötahon systemaattisen ja pitkäaikaisen työskentelyn tulosta ja se osoittaa, miten paljon käyttökelpoista tietoa on olemassa, miten hajallaan se on ja miten tärkeää sen kokonaisvaltainen tarkastelu on. Minulla oli ilo koota tätä tietoa yhteen, analysoida sitä ja samalla kuulla kokeneiden ammattilaisten mielipiteitä.

Jokainen helsinkiläinen on tavalla tai toisella kaupungin asiakas iästä riippumatta. Vanhetessaan hyvän asumisen ja elämisen edellytykset muuntuvat ja asiakkuuden ulottuvuudet muuttuvat, kun hoidon, hoivan ja avun tarve lisääntyvät henkilöstä itsestään sekä hänen ympäristöstään riippuvista tekijöistä johtuen.

Suurimmat kiitokset kuuluvat pitkäaikaishoidon henkilöstölle kotihoidossa, palvelutaloissa ja vanhustenkeskuksissa, sillä he ovat jo vuosien ajan arvioineet säännöllisesti iäkkäiden asiakkaidensa tarpeita ja onnistuneet parantamaan hoidon ja hoivan laatua.

Suurkiitokset kuuluvat myös Helsingin kaupungin Tietokeskuksen työntekijöille, erityisesti Asta Manniselle ja Pekka Vuorelle, joilta onnistuu aina kaikki, mitä pyydetään - heti. Suurkiitokset kuuluvat myös kaikille haastatelluille ja haastattelujen järjestäjille hyvästä vastaanotosta, avuliaisuudesta, avoimuudesta ja hyvästä ilmapiiristä. Erityisesti haastattelujen onnistumiseen vaikutti Helena Saloniemen ja Hanna-Leena Nuutisen asiantunteva apu.

Aivan erityisen kiitoksen ansaitsevat kuitenkin Helsingin kaupunginjohtaja Jussi Pajunen ja apulaiskaupunginjohtaja Laura Rätty ensinnäkin siksi, että he teettivät tämän selvityksen, joka laajensi merkittävästi selvityksen tekijän, ja toivottavasti myös lukijoiden ymmärrystä ja toiseksi siksi, että jaksoivat kärsivällisesti odottaa selvityksen valmistumista.

Oma yksikköni, Ikäihmisten palvelut, Terveysten ja hyvinvoinnin laitokselta, on tukenut tämän selvityksen tekemistä monin tavoin. Aleksandr Gerasin ja Janne Asikainen ovat tuottaneet selvityksessä käytetyt tietokannat, Sirpa Andersson osan taustan kirjoitustyöstä ja Kristiina Saarikalle osan taulukoista.. Muiden ikäihmisten palvelujen yksikön asiantuntijoiden työpanokset näkyvät kunkin liitteen kohdalla. Heille kaikille lämmin kiitos. Kiitos kuuluu myös esimiehelleni Markku Pekuriselle joka ystävällisesti antoi minun irrottaa aikaa tämän selvityksen tekemiselle.

Helsingissä 20.3.2012

Harriet Finne-Soveri

Sisältö

Lukijalle	3
Tiivistelmä	7
Sammanfattning	15
Summary	23
Käsitteitä ja määrittelyjä	31
OSA I TAUSTA	35
1. Johdanto ja tavoitteet	37
2. Aineisto ja menetelmät	47
3. Väestö, asuminen ja esteettömyys	55
OSA II PITKÄAIKAISHOITO	71
4. Pitkäaikaishoidon rakenne ja peittävyys	73
5. Pitkäaikaishoidon asiakaskunta ja ammatillisen hoidon laatu	87
6. Pitkäaikaishoidon palveluntarve ja kuormitus	111
OSA III PITKÄAIKAISHOIDON RAJAPINNAT	143
7. Helsingin terveyskeskus	145
8. Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiiri	153
9. Muiden työntekijöiden näkemykset rajapinnoista	154
OSA IV YHTEENVETO, PÄÄTELMÄT JA AVAUKSET	155
LÄHTEET	163
LIITTEET	168

Tiivistelmä

Harriet Finne-Soveri. Vanhenemiseen varautuva kaupunki. Esimerkkinä Helsinki. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 31/2012. 313 sivua. Helsinki 2012. ISBN 978-952-245-641-0 (painettu), ISBN 978-952-245-642-7 (verkko)

TAUSTA. Suomen on aika varautua väestön vanhenemiseen. Ydinkysymyksiä ovat sekä henkilöstö- että taloudellisten voimavarojen riittävyys ja nykyistä viisaampi kohdentaminen. Vanhenevan yhteiskunnan on nähtävä myös sosiaali- ja terveysalaa laajemmalle.

AIHE JA TAVOITTEET. Vanhenemiseen varautuva kaupunki-selvitys tehtiin Helsingin kaupunginjohtajan pyynnöstä 1.4.2011–8.2.2012 välisenä aikana. Sen tavoitteena oli kartoittaa iäkkäiden hoidon ja palveluiden nykytila Helsingissä hallinnonaloja ylittäen sekä tarjota tietoon ja näyttöön perustuvia kestäviä ja toteuttamiskelpoisia asiakaskeskeisiä ehdotuksia palvelujen järjestämiseksi seuraavan kymmenen vuoden aikana.

AINEISTOT JA MENETELMÄT. Valtakunnallisten vertailulukujen vuoksi selvitys ankuroitiin vuoteen 2010. Tiedonkeruuseen käytettiin kaupungin tietokeskuksen omia tietoja ja selvityksiä sekä THL:n hallinnoimia Sotkanet- ja RAI tietokantoja, joista jälkimmäisen peittävyys laitoksissa ja palvelutaloissa oli yli 90%, mutta säännöllisen kotihoidon asiakkailla niukasti 80. Kotihoidon peittävyysprosentti oli laskettu sotkanetin lukuihin perustuen. Yhteensä 72 henkilöä haastateltiin eri hallinnonaloilta.

ASUMINEN. Suomalaisista 10% asuu Helsingissä ja heistä 40 000 oli täyttänyt 75 vuotta vuonna 2010. Kuluva vuosikymmenen aikana Helsingin väestö tulee 75 vuotta täyttäneiden lukumäärän osalta kasvamaan 53 tuhanteen ja 85 vuotta täyttäneiden osalta kymmenestä viiteentoista tuhanteen. tällöin ikääntyminen kuitenkin vasta alkaa. Asumiseen, liikenteeseen ja elinkeinoelämään tarttuminen on yhtä merkittävä osa kaupungissa tarvittavaa vanhuuteen varautumista kuin sosiaali- ja terveysalan muutokset sillä vanheneminen tulee tapahtumaan kaupunginosittain eri tahtiin ja eri suuntiin. Muistisairauksien, näkökulmasta vanheneminen merkitsee joissakin kaupunginosissa suuren asukasmäärän lähimuistin ja avaruudellisen hahmottamiskyvyn sekä huomiokyvyn heikkenemistä. Esimerkkinä on Vuosaari, missä samanaikaisesti on käynnissä myös monikulttuurinen vanheneminen.

Iäkkään väestön kotona asumisen turvaaminen tulee edellyttämään nykyistä tehokkaampaa heidän tarpeidensa mukaista esteettömän asumisen sekä liikenteen ja jalan-kulun mutta myös elinkeinoelämän suunnittelua. Tutun kävelymatkan päässä oleva posti, pankki, apteekki ja kauppa ovat omatoimisen kotona asumisen perusedellytyk-

siä. Iäkstä väestöä asuu yhä hissittömissä taloissa, eivätkä heistä kaikki jaksa liikkua ulkona levähdyspenkkien puuttuessa. Lähipalvelut ovat kuitenkin katoavamassa suuriin kaupakeskuksiin, minne pääsemisen edellyttää julkisten liikennevälineiden käyttöä.

SOSIAALI-JA TERVEYSPALVELUJEN yhteiseksi tunnistettu ongelma oli hallinnonalat ylittävän päätöksenteon ja toimeenpanoprosessien epäyhtenäisyys. Se heijastui tiedonkulun katkonaisuutena ja haastateltujen yksimielisen mielipiteen mukaan moninkertaisena työnä, mitä keskenään yhteen sopimattomat tietojärjestelmät korostivat. Tämän puolestaan arvioitiin näkyvän myös heikkona hallinnonalojen sisäisenä, välisenä sekä asiakasinformaationa. Viime kädessä se näkyi kaupungin epäsuotavana imagona. Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveyspalvelut oli selvitystä aloitettaessa organisoitu erillisiin virastoihin. Selvityksen kuluessa ne päätettiin suosituksen mukaisesti (Deloitte & Touche, 2011) yhdistää vuonna 2013.

TERVEYSASEMIEN asiakasmäärät olivat kasvamassa muuttoliikkeen vuoksi, mutta myös väestön siirtyessä eläkkeelle ja samalla työterveydestä terveysasemien asiakkaaksi. Työtä oltiin järjestämässä vanhenemisen kannalta suotuisaan suuntaan ottamalla käyttöön parityöskentely, terveyshyötymallin mukainen asiakasvastaavan toiminta ja tehostamalla yhteistyötä kaupungin sairaalan kanssa erityisesti muistipotilaan hoitopolun osalta. Haastatellut pitivät pitkäaikaissairauksien, esimerkiksi diabeteksen, osaamista ja hoitoa hyvänä. Lääkäreistä noin joka kuudes oli maahanmuuttaja. Lähi-tulevaisuus nähtiin voimavarojen kannalta haasteellisena, itsehoidon ja omahoidon kehittäminen välttämättömänä.

KAUPUNGINSAIRAALOITA oli viisi (myöhemmin 6) ja niiden 1099 somaattista sairaansijaa käyttäneistä potilaista valtaosa oli iäkkäitä. Toimintaa hidasti, lähes rämpautti, siirtoviivepäivien nopea lisääntyminen vuoden 2010 vaiheilla sekä Uudenmaan ja Helsingin sairaanhoitopiiristä kaupunginsairaalaan siirtyvien että sieltä pitkäaikaishoitoon ja palvelutaloihin odottavien osalta. Keskimääräinen hoitoaika kaupungin sairaalassa oli tuolloin 27 vuorokautta. Haastatellut arvioivat viivettä lisänneen kaupungin pitkäaikaissairaaloiden (Kivelä, Koskela ja Myllypuro) siirtyminen sosiaaliviraston alaisuuteen 2009 lopussa sekä pitkäaikaishoidon paikkojen vähentäminen, vaikka tehostetun palveluasumisen paikkoja oltiin lisäämässä. Välimuotoisen hoidon katsottiin sopivan sosiaaliviraston hallinnoimiin vanhustenkeskuksiin ja kuntoutuksen terveyskeskukseen.

Vaikka kotiutettavien määrä oli kuluneina vuosina lisääntynyt, kotiutusprosentti oli noin 70. Kaupunginsairaalan ja kotihoidon yhteistyön arveltiin sujuvan hyvin eikä kotiin jonotettu. Huonokuntoisille kotiin haluaville ei kuitenkaan ollut erityistä kokonaisvaltaisen geriatrisen arvioinnin mukaista kotiuttamisohjelmaa (Ellis ym. 2011). Kotihoidolta odotettiin enemmän sairaalaosastolle päätyminen ehkäisyä. Huonokuntoisten iäkkäiden jatkosiirtopaikkana pidettiin lähinnä asumispalveluja. Tähän vaikutti

yhteinen käsitys siitä, että kotihoito on keskimäärin kolmen päivittäisen kotikäynnin ylittävältä osalta kalliimpaa kuin laitoshoidon tai asumispalvelut, minkä vuoksi huonokuntoisten edellytettiin joko toipuvan jatkohoitopaikassa tai saavan pysyvän asuinpaikan muualla kuin kotona.

PÄIVYSTYKSEN tukena toimivien kotiutushoitajien (case manager) toimintaa pidettiin onnistuneena. Päivystyksenkin potilaista suuri osa oli iäkkäitä. Sekä Helsingin että HUS:n päivystystä koskeva haastattelu nostivat esiin tarpeen kehittää iäkkäiden asiakkaiden päivystyksessä tapahtuvaa hoitoa ja osaamista. Koihoidon työntekijät kokivat päivystyksen olevan hätävaihtoehto, josta kuitenkin ei aina saanut toivomiaan arjessa tarvittavia vastauksia.

KOTISAIRAALAN kohdeväestönä eivät olleet iäkkäät, mutta heitäkin palveltiin. Toiminta oli keskittynyt saattohoitoon ja sovituilta osin akuuttisairauksiin. Yhteistyö kotihoidon kanssa toimi hyvin mutta erityisesti yöajan vastuutahoista oli erimielisyyttä.

PITKÄAIKAISHOITOA tarjottiin sekä sosiaaliviraston (asuminen, lyhytaikaishoito) että terveyskeskuksen taholta (kotihoito). Yhteistyötä tehtiin virastojen välillä erilaisissa hankkeissa ja iäkkäitä kotiutettaessa. Viimeksi kuluneen kymmenen vuoden aikana laitoshoidon oli purettu, palveluasumista lisätty ja kotiin annettua hoitoa lisätty ja tehostettu. Vaikka suunta oli suotava (Brommels 2005), laitoshoidon ja ylipäätään ympärivuorokautista hoivaa tarjoavia asumispalveluita sai Helsingissä muuta maata ja Sosiaali- ja terveysministeriön suosituksia (2008) runsaammin, kotihoitoa ja omaishoidon tukea muuta maata ja suosituksia vähemmän. Mikäli suosituksia seurattaisiin pitkäaikaishoidon nykyinen volyymi olisi riittävä vielä 2020 ympärivuorokautisen hoidon osalta.

ETSIVÄÄ JA EHKÄISEVÄÄ TOIMINTAA harjoitettiin sekä sosiaali- että terveysvirastossa. Edellisessä palvelukeskuksien kautta sekä kyselyinä ja hyvinvointia edistävinä kotikäynteinä ja yhteistyötä tehtiin palvelukeskuksissa. Yhteistyötä pidettiin hyvänä ja edistettävänä mutta osin hahmottomattomana. Etsivän työn ongelmana pidettiin kohdentamisen vaikeutta. Vastausprosentit jäivät pieniksi ja vastaajat olivat syrjäytyneiden tai muiden riskiryhmien sijasta hyväkuntoisia itsestään huolta pitäviä ja terveellisesti eläviä.

PITKÄAIKAISHOITO jaettiin tarkastelua varten viiteen palvelutyyppiin, joita olivat 1) säännöllinen kotihoito, 2) kaupungin järjestämä palveluasuminen 3) ostopalvelupalveluasuminen 4) kaupungin järjestämä vanhainkoti asuminen vanhustenkeskuksissa ja 5) hoiva aiemmin terveyskeskukseen kuuluneissa pitkäaikaissairaaloissa.

Pitkäaikaishoitoa saavien merkittävin diagnosiryhmä oli muistisairaudet, joiden diagnoosi löytyi hoidon saajista joka kolmannelta säännöllisen kotihoidon iäkkäistä

asiakkaista, palvelutaloista 50-70% ja vanhustenkeskuksista noin 60% mutta hauras kognitio tai kognition vajaus oli yleisempää - säännöllisen kotihoidon asiakkailla lähes 70 ja asumispalveluissa 80-96%. Vanhainkotien ja vanhustenkeskuksen suuntana oli pyrkiä kuntouttamaan takaisin kotiin kaikki ne, joilla vielä oli siihen potentiaalin (10%).

Tarkastelu osoitti ammatillisen hoidon laadun parantuneen jatkuvasti viimeksi kuluneina kolmena vuotena huolimatta keskivaikeasta ja vaikeastakin dementiaasta, ja se merkitsee, että nykyisin laitoshoitoon ja palveluasumiseen tulevilla on vielä paranemisen ja kunnon kohenemisen potentiaalia jäljellä. Nämä asiakkaiden omat voimavarat pitäisi saada nykyistä paremmin haltuun jo ennen pitkäaikaishoittoa tuloa.

VANHUSTENKESKUKSET JA PALVELUTALOT elivät toimintatapojen muutosta, missä suuntana olivat palvelusetelit ja kilpailuttaminen. Palvelusetelitoiminta oli vasta muoutumassa, mutta vaikutti taloudellisesti kestäväälle ja asiakkaan valintaa edistävälle toiminnalle. Ympäri vuorokautisen hoidon palvelusetelitoiminnassa kannattaa jatkossa huomioida asiakkaiden vähintään nelinkertaiset erot palvelutarpeessa silloinkin kun hoito on ympärivuorokautista. Palvelutarpeeseen kiinnitettynä setelitoiminta voidaan kohdentaa nykyistä vieläkin paremmin ja oikeudenmukaisemmin.

SÄÄNNÖLLISEN KOTIHOIDON asiakkaista varmuudella vain 3% piti muualla kuin kotona asumista parempana. 10% oli yhtä mieltä hoivaajansa kanssa muualla asumisen paremmuudesta ja lisäksi 8% hoivaajista piti muualla kuin kotona asumista hoivattavalle parempana vaikka hoivattava ei ollutkaan samaa mieltä. Logistisen regressio-analyysin tulokset osoittivat, että muualle hakeutumiseen syyt olivat hyvin erilaiset iäkkäillä itsellään ja heitä hoivaavilla omaisilla. Omaisen näkemys painoi merkittävimpinä silloinkin kun vanhus ja omainen yhdessä toivoivat pois kotoa.

Hoivaajan näkemykseen kotoa pois muuttamisen tarpeellisuudesta vaikuttivat hoivattavan vähintään keskivaikea dementia, psykiatriset sairaudet suuri avun tarve päivittäisissä toiminnoissa, alkoholin kohtuuden ylittävä käyttö sekä ulosteenpidätyskyvyttömyys, eristymisen ja hänen epävakaa terveydentila. Vaikuttavia olivat myös hoivaajan uupumus ja kodin rakenteelliset puutteet.

Hoivattavan oman näkemyksen mukaan pois kotoa toivottiin yksinäisyyden, masennuksen ja huonon koetun terveydentilan vuoksi. Runsaasti saadut turvapalvelut ja kotihoito kuitenkin suojelivat pois kotoa muuttamisen halukkuudelta.

Asiakkaan palvelutarve luokiteltiin tässä selvityksessä asteikolla 1-5, missä 1 oli erittäin vähäinen ja 5 erittäin runsas palvelutarve. Hoitavan omaisen keskimäärin hoidettavalle kohdentama aika oli erittäin suuren palvelutarpeen ryhmässä lähes 15 tuntia viikossa ja erittäin vähäisen palvelutarpeen ryhmässä 3 tuntia. Kotihoidon henkilöstön vastaavat ajat olivat 6 ja 1 tuntia. Puolisoiden hoidettavalle antama aika oli suurimpaan palvelutarpeen ryhmässä keskimäärin lähes 70 tuntia viikossa, kun kotihoidossa lähihoitajat pääsivät tästä puoleen. Palvelutaloissa roolit vaihtuivat. Siellä lähihoitaja vastasi puolison sijasta suuremman palvelutarpeeseen.

Yksinasuvat saivat hieman vähemmän kotihoidon aikaa osakseen kuin toisen kanssa asuvat. Ero oli vähäinen. Analyysit antavat ymmärtää huonokuntoistenkin iäkkäiden haluavan asua kotonaan. Kompastuskivenä on omaisten jaksaminen ja kotihoidon kohdentuminen keskiraskaisiin asiakkaisiin sekä kotihoidon kaikille lähes samankaltaisena allokoitu aika riippumatta palvelutarpeesta. Kansalliset ja kansainväliset vertailut osoittivat kuntien ja valtioiden valikoivan eri tavoin säännöllisen kotihoidon asiakkaat (Carpenter ym.2004).

Vanhainkotien ja palvelutalojen analyysit osoittivat Helsingistä yhä löytyvän pitkään laitoksessa asuneita. 10% laitosasukkaista oli asunut yli 7,5 vuotta. Toisaalta myös 75-vuotiaita nuoremmat tarvitsivat jossain määrin pitkäaikaishoitoa. Näiden asiakasryhmien tyyppipiireinä nousivat esiin psykiatrisen sairaudet (Styrdom ym. 2010). Psykiatristen oireiden kuormittavuus näkyi myös kotihoidossa.

PSYKIATRISEN alan haastatellut pitivät hyvänä suuntana tukea avohoitoa ja palvelujen jalkauttaminen, mikä on hyvä malli kopioitavaksi myös iäkkäiden hoitoon.

Kesäkuussa 2011 päivätyn Helsingin kaupungin vakanssirekisterin mukaan Sosiaaliviraston vanhuspalveluiden yhteinen vakanssimäärä oli 2593 ja kotihoidon vakanssit terveystieteiden toimintakertomuksen mukaan (2010) yhteensä 1976. Edellisen palkkamenot olivat vuositasolla keskimäärin 100 ja jälkimmäisen noin 65 miljoonaa euroa. Vanhenemiseen varauduttaessa on ensiarvoisen tärkeää päättää miten henkilöstövoimavarat ja siihen tarvittavat varat kohdennetaan.

PÄÄTELMÄT JA AVAUKSET

1. Sosiaali- ja terveystieteiden palveluilla ei enää ole varaa rinnakkaisiin toimintatapoihin. Päätoiminnan ja johtamisen yhdenmukaistaminen selkiyttää työnjakoa ja parantaa informaation kulkua hallinnonalojen ja työntekijöiden välillä. Samalla se yhdenmukaistaa asiakkaille suunnatun viestinnän. Tietojärjestelmien yhteensopimattomuus aiheuttaa moninkertaista turhaa työtä ja uhkaa asiakasturvallisuutta.

2. Kotihoidon roolia tulee selvittää ja syventää. Osa säännöllisen kotihoidon asiakkaista saakoon ympärivuorokautista hoitoa huolimatta laitoshoidon suuremmista kustannuksista (Shepperd ym. 2008 Shepperd ym. 2009). Siirtoviivepäivät ja ympärivuorokautisen hoidon jonot akuuttisairaalassa vähenevät jos voimavarat kohdennetaan kotona asumista haluaville huonokuntoisille sairaalasta kotiutujille tukenaan moniammatillinen tiimi (lääkäri, fysio- ja toimintaterapeutti, sairaanhoitaja ja lähihoitaja), jonka mallina on kotisairaalaan resursointi ja hoitoaika on vähintään kuukausia. Samalla hoitokoordinaattoreiden työtä tuetaan siten, että sairaalan lisäksi päivystyksestä voidaan kotiutua nykyistä tehokkaammin ja turvallisemmin. Päivystyskäyntejä voidaan ehkäistä selvittämällä yleistilan laskun syitä jo kotona.

Asiakkaan halun lisäksi kotona ympärivuorokautista hoivaa saavien asiakkaiden valintaan käytetään arviointimenetelmiä, joilla tunnistetaan kotiutujien kuntoutumisen ja toipumisen potentiaali sekä asiakkaan omaisten ja muun ympäristön voimavarat. Vanhustenkeskusten toipilasosastojen käyttöä hoitoketjujen tukena pitää nykyisestään tehostaa.

3. Kotihoidon kevythoitoisimpien asiakkaiden siirtäminen tilapäisiksi ja sitä kautta terveysaseman asiakkaiksi on välttämätöntä, jolloin noin 5-10% säännöllisen kotihoidon voimavaroista vapautuu sairaalasta ja päivystyksestä kotiutuneiden ja kotihoidon akuutimman toiminnan tukemiseen.

4. Terveysasemien ja gerontologisen sosiaalityön kannattaa kohdentaa etsivää työ ja siihen liittyvä turvaverkko kotihoidosta siirrettyjen erittäin vähäisen palvelutarpeen ryhmän tueksi. Puuttuva kotihoidon resursointi kanavoidaan asteittain laitoshoidon vähennyksestä.

5. Hoitoon pääsyn kriteerit kannattaa tarkistaa uusien tavoitteiden mukaisiksi.

6. Hoitoketjujen ja tiedonsiirron turvaamiseksi kotihoidon ja kaupunginsairaalan akuuttiyksiköiden sekä kuntoutus- tai toipilasyksiköiden kannattaa kuulua samaan alaorganisaatioon.

7. Kaupungin kannattaa pohtia haluaako se tulevaisuudessa olla tilaaja vai tuottaja. Asumispalveluiden kuten palveluasumisen nykyistä laajempi, jopa kokonaisvaltainen kilpailutus on harkinnan arvoista asiakkaan valintamahdollisuuksien lisäämiseksi, mutta myös kustannussyistä. Hoidon laadussa ei ole Suomessa osoitettu eroja (Sinervo ym. 2010). Palvelusetelitoiminta on osoittautumassa käyttökelpoiseksi ympärivuorokautisessa hoidossa (Peiponen 2009). Se tukee asiakkaan valintaa ja soveltuu kaupungin tilaajarooliin. Nykyisten laadun seurantajärjestelmien avulla hoidon laatua ja kustannusvaikuttavuutta voidaan seurata tehokkaasti ja luotettavasti vuosittain tai puolivuositain riippumatta siitä ovatko asumispalvelut itse järjestettyjä, palvelusetelien valittuja, ostopalveluita tai näiden yhdistelmiä. Suuret erot pitkäaikaishoidettavien hoidon tarpeessa puoltavat kuitenkin ympärivuorokautisen hoidon palvelusetelin arvon porrastusta palvelutarpeen mukaan.

Varsinaisen kotihoidon (tukipalvelut pois lukien) ulkoistamiseen ja kilpailuttamiseen liittyy nykyisellään uhkatekijöitä, joista merkittävin on asiakkaan tarpeiden arvioimiseen tarvittavan osaamisen häviäminen kaupungilta. Kotihoito on palveluketjujen solmukohta sekä kotiin sairaalasta palaamisen että muiden palveluketjujen sujuvuuden kannalta (Duodecimin konsensuslausuma 8.2.2012). Kotihoidon hallinta on hyvä pitää kaupungin ohjauksessa. Palveluseteliä kannattaa kuitenkin harkita kotihoidossa omaishoitajan tukena tai henkilökohtaiseen budjettiin (Jenson & Jacobzone 2000).

Yksityisten palvelutalojen ja vanhainkotien lääkärimehitystä ja asukkaiden palvelujen käyttöä varten tarvitaan pelisäännöt.

8. Omaishoito edellyttää lisävoimavaroja ja omaishoitajien aseman sosiaalipolittista aiempaa parempaa turvaamista. Heidän terveydenhuoltonsa kaipaa vahvistamista. Heille voisi järjestää soveltuvin osin työterveyshuollon palveluja. Gerontologisen sosiaalitoimen kehittämää ”tuuraajatoimintaa” kannattaa jatkaa värväämällä systemaattisesti opiskelijoita ja eläkkeelle siirtyneitä tähän toimintaan. Toiminta edellyttää hyvää perehdytysohjelmaa.

9. Laitoshoidon vähentämistä voidaan jatkaa. Monipuoliset vanhustenkeskukset vähentävät kaikkein sairaimpien yhteiskunnasta eristymistä. Niiden avulla voidaan myös lisätä eri ikäryhmien vuorovaikutusta sekä mahdollisuuksia monipuoliseen liikuntaan ja kulttuurielämään. Mikäli toiminnassa hyödynnetään systemaattisen palvelutarpeen arvioinnin suoma etua kohdentaa hoiva asiakkaan tarpeen mukaan, voidaan kustannukset ja hinnoittelu kohdentaa vastaavasti. Muistisairaiden kotiin tukeminen on palvelujärjestelmän sujuvuuden elinehto ja tässä tilanteessa monipuoliset vanhustenkeskukset saattavat olla kehittämisen kulmakivi.

Selvityksen rajoituksina todetaan, että käytettävänä ei ollut väestöpohjaisia tietoja, aika ei sallinut palvelukeskustoiminnan eikä suun hoidon analysointia. Omaishoitajista oli tietoa vain säännöllisen kotihoidon asiakkaiden osalta. Tietoa ei ollut tilapäisistä asiakkaista tai kotihoitoon kuulumattomista.

Sammanfattning

Harriet Finne-Soveri. En åldrande stadsbefolkning kräver framförhållning. Exemplet Helsingfors. Institutet för hälsa och välfärd (THL). Rapport 31/2012. 313 sidor. Helsingfors 2012. ISBN 978-952-245-641-0 (tryckt), ISBN 978-952-245-642-7 (pdf)

BAKGRUND. Det finländska samhället måste nu på allvar bereda sig på att befolkningen åldras. Till kärnfrågorna hör tillgången till personella och ekonomiska resurser och en rationellare användning av resurserna. Det åldrande samhället måste se längre än bara till social- och hälsovården.

TEMA OCH SYFTEN. Utredningen gjordes på begäran av Helsingfors stadsdirektör och genomfördes under perioden 1.4.2011–8.2.2012. Syftet var att göra en tvärsektorieell kartläggning av nuläget inom äldreomsorgen och äldre servicen i Helsingfors och att utifrån ett klientfokuserat perspektiv ta fram hållbara, genomförbara och på vetenskaplig kunskap och beprövad erfarenhet baserade förslag för ordnandet av tjänsterna under de närmaste tio åren.

MATERIAL OCH METODER. Till jämförelseår valdes år 2010, vilket möjliggjorde jämförelser med nationell statistik. Vid uppgiftsinsamlingen användes stadens faktacentrals egen databas och THL:s Sotkanet- och RAI-databaser. RAI-databasen har en täckningsgrad på över 90 % i fråga om institutioner och servicehus, men knappt 80 % i fråga om klienter som fått regelbunden hemvård. Täckningsgraden för hemvården baserar sig på uppgifter i Sotkanet. Därtill har man intervjuat sammanlagt 72 anställda från olika förvaltningssektorer.

BOENDE. Tio procent av landets befolkning bor i Helsingfors, och av dem var 40 000 i åldern 75 år eller äldre 2010. Under det innevarande årtiondet beräknas denna åldersgrupp öka till 53 000 och åldersgruppen 85 år och äldre från 10 000 till 15 000. Detta utgör dock endast början på utvecklingen.

Eftersom utvecklingstakten och -riktningen är olika i olika stadsdelar, är det lika viktigt att satsa på goda boende-, trafik- och näringslivspolitiska lösningar som att genomföra ändringar inom social- och hälsovården. Utvecklingen innebär att allt fler invånare kommer att drabbas av minnessjukdomar och därtill hörande problem med närminne, uppmärksamhetsfunktioner och visuospatial gestaltningsförmåga. I vissa stadsdelar – t.ex. Nordsjö – pågår samtidigt också ett mångkulturellt åldrande.

Förutsättningen för att den åldrande befolkningen ska kunna bo kvar hemma är att det finns behovsanpassade och tillgängliga boendelösningar och effektivare trafik- och fotgängarplanering för att garantera tillgången till post, bank, apotek och butik på tryggt promenadavstånd från hemmet. Flera hus saknar fortfarande hiss, och många äldre

invånare orkar inte röra sig utomhus om där inte finns bänkar att vila sig på. Närservicen är emellertid på väg att försvinna och ersättas av stora affärscentra dit man kan ta sig endast med hjälp av allmänna kommunikationsmedel.

SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSTJÄNSTERNAS gemensamt identifierade problem var avsaknaden av enhetliga tvärssektoriella beslutsfattnings- och genomförandeprocesser. Problemet ledde till brister i informationsgången och enligt de intervjuades samstämmiga bedömning till en mångfaldig överlappning i arbetet, vilket ytterligare förvärrades av att IT-systemen var inkompatibla med varandra. Detta bedömdes i sin tur leda till brister i den intra- och intersektoriella informationsgången samt klientinformationen, vilket i sista hand hade en negativ inverkan på stadens image. När utredningsarbetet inleddes var social- och hälsovårdstjänsterna i Helsingfors uppdelade på två separata verk. Medan utredningsarbetet ännu pågick fattade staden beslut om en sammanslagning av verken i enlighet med en rekommendation från Deloitte & Touche (2011). Sammanslagningen genomförs år 2013.

HÄLSOSTATIONERNAS klientunderlag har ökat på grund av inflyttningen, men också till följd av att många invånare i samband med sin pensionering övergår från att ha använt sig av företagshälsovården till att bli klienter hos hälsovårdscentralen. Vid hälsostationerna pågick införandet av nya arbetsformer (pararbete och klientansvariga) utgående från modellen för hälsoynnta samt effektivisering av samarbetet med stadssjukhuset, framför allt i fråga om vårdgången för patienter med minnessjukdomar. De intervjuade ansåg att personalen hade god kompetens för behandling av olika kroniska sjukdomar (t.ex. diabetes) och att vårdkvaliteten var god. Av läkarna var ungefär en sjättedel invandrare. De intervjuade bedömde att den närmaste framtiden kommer att medföra stora resursutmaningar, och att det brådskar med att utveckla egenvården.

STADSSJUKHUSENS antal uppgick till 5 (senare 6) och av sjukhusens 1 099 somatiska vårdplatser användes största delen av äldre patienter. Verksamheten vid stadssjukhuset hämmades och nästan lamslogs av den snabba ökningen av antalet överanvändningsdagar 2010. Ökningen gällde både patienter som väntade på förflyttning från Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt till stadssjukhuset och patienter som väntade på förflyttning från stadssjukhuset till långtidsvård eller servicehus. Den genomsnittliga vårdtiden vid stadssjukhuset var vid den tidpunkten 27 dygn. De intervjuade ansåg att överföringen av stadens långvårdssjukhus (Stengård, Forsby och Kvarnbäcken) till socialverket i slutet av 2009 och minskningen av antalet långvårdsplatser hade lett till en ökning av överanvändningen av sjukhusplatser, trots att utökningen av antalet platser i serviceboende med heldygnssomsorg var på gång. Den intermediära vården ansågs kunna handhas av socialverkets äldrecentra och rehabiliteringen av hälsocentralen.

Hemgångsandelens år 2010 var inte högre än cirka 70 procent, trots att man under

de föregående åren hade sett en ökning av antalet patienter som kunde skrivas ut till det egna hemmet. Samarbetet mellan stadssjukhuset och hemvården ansågs fungera bra, och patienterna behövde inte vänta på att bli utskrivna. För klienter som var sjukliga men önskade bo hemma fanns emellertid inte något särskilt hemgångsprogram baserat på en integrerad geriatrisk analys och bedömning (Ellis m.fl. 2011). Av hemvården förväntades en större insats för att förebygga sjukhusinläggning. Den lämpligaste platsen för fortsatt vård av sjukliga klienter bedömdes vara boendeservice. Denna bedömning grundade sig på den allmänna uppfattningen att hemvård med över tre hemvårdsbesök per dag blir dyrare än institutionsvård eller boendeservice, varför man förutsatte att sjukliga klienter skulle återhämta sig antingen på platsen för fortsatt vård eller erbjudas permanent boende någon annanstans än hemma.

JOURMOTTAGNINGARNA upplevde det nya systemet med hemgångsskötare (case managers) som lyckat. Även på jourmottagningarna är en stor del av klienterna äldre personer. I de intervjuer som gällde stadens och HNS' jourmottagningar framhövdes behovet att utveckla vårdkompetensen och behandlingen av äldre klienter. Bland hemvårdspersonalen upplevde man jouren som en nödlösning som dock inte alltid kunde erbjuda de svar man behövde.

HEMSJUKHUSET betjänar också äldrebefolkningen, även om den inte utgör hem-sjukhusets egentliga målpopulation. Verksamheten gällde främst terminalvård och till överenskomna delar även behandling av akuta sjukdomar. Samarbetet med hemvården fungerade bra, men meningsskiljaktigheter förekom speciellt i fråga om ansvarsinstansen under natten.

LÅNGTIDSVÅRD erbjöds både av socialverket (boende, korttidsvård) och av hälsovårdscentralen (hemvård). De två verken samarbetade med varandra inom olika projekt och i samband med patienthemgångar. Under de senaste tio åren har man avvecklat delar av institutionsvården, utökat boendeservicen och utvidgat och effektiviserat hemvården. Trots den positiva trenden (Brommels 2005) är andelen platser inom institutionsvården och boendeservice med heldygnsomsorg högre i Helsingfors än i landet i genomsnitt och högre än vad Social- och hälsovårdsministeriet rekommenderar (2008), samtidigt som utbudet av hemvård och stöd för närståendevård är mindre än landsgenomsnittet och rekommendationerna. Om rekommendationerna skulle följas, skulle den nuvarande långtidsvårdsvolymen för heldygnsomsorgens del vara tillräckligt stor ännu år 2020.

UPPSÖKANDE OCH FÖREBYGGANDE VERKSAMHET utövades av både socialverket och hälsovårdsverket. I det första fallet sköttes samarbetet med hälsovården via servicecentren, bl.a. genom enkäter och hälsofrämjande hembesök. Samarbetet upplevdes som positivt men delvis ostrukturerat. Problemet med den uppsökande verksamheten

ansågs vara svårigheten att nå fram till den tilltänkta målgruppen. Svarsprocenterna var låga och svarspersonerna representerade inte utslagna eller riskgrupper, utan friska personer med sunda levnadsvanor som kunde ta vara på sig själva.

LÅNGVÅRDEN indelades för analysen i fem servicetyper: 1) regelbunden hemvård, 2) serviceboende ordnat av staden, 3) serviceboende som köptjänst, 4) av staden ordnat ålderdomshemsboende vid äldrecenter och 5) omsorger vid sjukhus för långtidsvård som tidigare hörde till hälsovårdscentralen.

Inom långtidsvården är patienter med minnessjukdomar den mest betydande klientkategorin. Av de regelbundna hemvårdsklienterna hade en tredjedel minnessjukdomsdiagnos, av servicehusklienterna 50–70 % och av äldrecenterklienterna cirka 60 %. En ännu vanligare diagnos var kognitiv svikt eller nedsättning, som förekom hos nästan 70 % av de klienter som fick regelbunden hemvård och hos 80–96 % av boendeserviceklienterna. Målsättningen på ålderdomshem och äldrecentra var att alla klienter som hade potential för att bo hemma (10 %) skulle rehabiliteras för återflyttning till eget hem.

Analysen visade att den professionella vårdens kvalitet hade förbättrats kontinuerligt under de senaste tre åren, även för de medelsvårt eller svårt dementa. Det betyder att de som i dagens läge kommer till institutionsvård eller serviceboende ännu har potential att uppnå ett bättre hälsotillstånd. Dessa klienters resurser borde tillvaratas bättre, redan innan de kommer till långtidsvården.

ÄLDRECENTRENS OCH SERVICEHUSENS verksamhetsformer förändrades i riktning mot ökad användning av servicesedlar och konkurrensutsättning. Systemet med servicesedlar hade ännu inte funnit sin slutliga form, men föreföll ekonomiskt hållbart och klientvalsfrämjande. När servicesedeln används för att ordna heldygnsomsorg är det viktigt att man i fortsättningen beaktar att klienternas servicebehov också inom heldygnsomsorgen varierar kraftigt, så att vårdbehovet för gruppen med det minsta vårdbehovet är minst fyra gånger så stort som för gruppen med det största vårdbehovet. Genom att gradera servicesedlarna efter servicebehovet kan inriktningen av tjänsterna göras ännu effektivare och rättvisare än för närvarande.

REGELBUNDEN HEMVÅRD gavs till klienter av vilka bara med säkerhet 3 % med säkerhet ansåg att de hellre skulle bo någon annanstans än hemma. 10 % av klienterna höll med sin vårdare om att det skulle vara bättre att bo någon annanstans. Dessutom ansåg 8 % av vårdarna att det skulle vara bättre för den vårdbehövande att bo någon annanstans, trots att denne själv var av annan åsikt. En genomgång av svaren med hjälp av logistisk regressionsanalys visade att anhörigvårdare och vårdbehövande uppgav mycket olika skäl för sin önskan att flytta bort från det egna hemmet. Den anhöriges åsikt tillmättes större vikt även i de fall där både den vårdbehövande och anhörigvårdaren var ense om att det var bättre för den vårdbehövande att flytta bort från sitt hem.

Faktorer som påverkade vårdarnas inställning till en flyttning från hemmet var förekomsten av medelsvår eller svår demens, psykiatrisk sjukdom, stort behov av hjälp med dagliga funktioner, avföringsinkontinens, social isolering, instabil hälsa och att den vårdbehövandes alkoholkonsumtion överskred gränsen för måttligt drickande. Andra faktorer som påverkade vårdarens inställning var vårdarens egen utmattning samt strukturella brister i bostaden.

Till de skäl som den vårdbehövande själv angav för att vilja flytta hemifrån var ensamhet, nedstämdhet och att man upplevde sitt hälsotillstånd som dåligt. God tillgång till säkerhets- och hemvårdstjänster minskade den vårdbehövandes önskan att flytta hemifrån.

Klientens servicebehov har i denna utredning klassificerats enligt en femgradig skala från 1 (mycket litet servicebehov) till 5 (mycket stort servicebehov). Den genomsnittliga tid som anhörgivårdaren använde för att hjälpa den vårdbehövande uppgick till nästan 15 timmar i veckan i gruppen med mycket stort servicebehov och 3 timmar i gruppen med mycket litet servicebehov. Motsvarande tidsåtgång för hemvårdspersonalen var 6 respektive 1 timme. Inom hemvården av klienter med mycket stort servicebehov ägnade klientens make eller maka som mest närmare 70 timmar i veckan åt att hjälpa den vårdbehövande, medan motsvarande tidsåtgång för närvårdarnas del var bara hälften av detta timantal. I servicehusen var rollerna ombytta. Där var det närvårdaren och inte maken/makan som stod för den stora serviceinsatsen.

Ensamboende fick något mindre hemvårdstid än de som bodde tillsammans med någon annan. Skillnaden var dock liten. Analyserna ger vid handen att det även inom gruppen sjukliga klienter finns de som vill bo kvar hemma. Stötestenen är att de anhöriga inte orkar, att hemvården inriktas på medelvårdtunga klienter och att allokeringen av servicetid var närapå densamma för alla klienter oavsett deras servicebehov. Nationella och internationella jämförelser visar att kommunala och statliga beslutsfattare använder sig av olika kriterier för att bestämma vilka klienter som ska ges regelbunden hemvård (Carpenter m.fl. 2004).

Analyserna av verksamheten vid ålderdomshem och servicehus visade att det i Helsingfors fortfarande finns klienter som bott länge på institution. Av institutionsinvånarna hade 10 % bott över 7,5 år på institution. Å andra sidan fanns det ett visst behov av långtidsvård också bland klienter under 75 år, främst på grund av psykiatrisk sjukdom (Styrdom m.fl. 2010). Ökad vårdtyngd på grund av psykiatriska symtom förekom också inom hemvården.

Inom PSYKIATRIOMRÅDET ansåg intervjupersonerna att inriktningen på att stödja öppenvård och hemnära tjänster var en bra modell som gott kunde användas även inom äldrevården.

Enligt Helsingfors stads personalregister fanns det i juni 2011 sammanlagt 2 593 tjänster inom Socialverkets äldreservice, och enligt hälsovårdscentralens verksamhets-

berättelse (2010) fanns det sammanlagt 1 976 tjänster inom hemvården. De genomsnittliga lönekostnaderna för den förstnämnda personalgruppen uppgick på årsnivå till 100 miljoner euro och för den sistnämnda gruppen till cirka 65 miljoner euro. Ett viktigt led i den framförhållning som krävs för svara på en åldrande befolknings behov gäller besluten om fördelning och användning av personella och ekonomiska resurser.

SLUTSATSER OCH FÖRSLAG

1. Social- och hälsovårdsservicen har inte längre råd med två parallella verksamhets sätt. Genom att förenhetliga beslutsfattandet och ledningsarbetet kan man klargöra arbetsfördelningen och förbättra informationsgången mellan förvaltningssektorerna och arbetstagarna, så att också informationen till klienterna förenhetligas. Inkompatibla IT-system är ett problem som orsakar onödigt dubbelarbete och äventyrar klientsäkerheten.

2. Hemvårdens roll bör klargöras och fördjupas. En del av de klienter som får regelbunden hemvård borde erbjudas heldygnsomsorg, trots att denna vårdform är dyrare än institutionsvård (Shepperd m.fl. 2008, Shepperd m.fl. 2009). Man kan minska antalet överanvändningsdagar och förkorta köerna till akutsjukhus inom heldygnsomsorgen genom att fördela resurserna så att sjukliga klienter som vill bo hemma får stöd av ett multiprofessionellt team (läkare, fysioterapeut, ergoterapeut, sjukskötare och närvårdare) efter det att de har skrivits ut från sjukhuset. Modellen bör grunda sig på hemsjukhusresursering och vårdtiden bör kunna omspänna flera månader. Samtidigt underlättas vårdsamordnarnas arbete genom att hemgången från sjukhuset eller jourmottagningen kan ordnas effektivare och tryggare än vad som nu är fallet. Antalet jourbesök kan minskas genom att orsakerna till en försämring av klientens allmäntillstånd kan utredas redan i klientens hem.

Valet av klienter som erbjuds heldygnsomsorg i hemmet bör basera sig på klientens önskan och en systematisk bedömning av den hemgåendes rehabiliterings- och återhämtningspotential samt anhörigas och andra närståendes resurser. Äldrecentralernas konvalescentavdelningar bör användas på ett effektivare sätt inom vårdkedjan.

3. Inom hemvården bör de klienter som har det minsta vårdbehovet överföras till kategorin tillfälliga klienter för vidare omhändertagande vid hälsovårdscentralen. På detta sätt kan cirka 5–10 % av resurserna för den regelbundna hemvården frigöras för användning vid hemgång från sjukhus och jourmottagning och för stödjande av akuta insatser i hemmet.

4. Vid hälsostationerna och inom det gerontologiska socialarbetet lönar det sig att inrikta det uppsökande arbetet och därmed sammanhängande stödnät så att de

fungerar som ett stöd för gruppen med mycket litet servicebehov. Hemvårdens resurser kompletteras gradvis genom överföring av resurser från institutionsvården.

5. Kriterierna för beviljande av vård bör ses över och anpassas till de nya målsättningarna.

6. För att trygga vårdkedjorna och informationsgången lönar det sig att ordna så att hemvården, stadssjukhusets akutenheter samt rehabiliterings- och konvalescentenheter hör till en och samma underorganisation.

7. En fråga som är värd att diskutera är om staden i framtiden vill ha rollen som beställare eller producent. Man bör överväga en övergång till en mer omfattande, eller rentav fullständig, konkurrensutsättning av boendetjänster (t.ex. serviceboende), både med tanke på att öka klienternas valmöjligheter och av kostnadsskäl. Några skillnader i vårdens kvalitet har inte kunnat påvisas i Finland (Sinervo m.fl. 2010). Systemet med servicesedlar har visats vara användbart inom heldygnsomsorgen (Peiponen 2009). Systemet ger klienten större valmöjligheter och passar bra ihop med stadens roll som beställare. Med hjälp av de nuvarande kvalitetsuppföljningssystemen kan vårdens kvalitet och kostnadseffektivitet följas upp effektivt och tillförlitligt på års- eller halvårsbasis, oavsett om boendeservicen ordnas i form av egenproduktion eller köpservice, väljs med hjälp av servicesedlar eller utgör en kombination av dessa olika alternativ. De stora skillnaderna i vårdbehov bland dem som behöver långtidsvård talar dock för en servicebehovsbaserad gradering av värdet på servicesedelns inom heldygnsomsorgen.

Utlokalisering och konkurrensutsättning av den egentliga hemvården (exklusive stödtjänster) är i dagens läge förenat med vissa risker, av vilka den viktigaste gäller förlusten av det kunnande som behövs för att bedöma klienternas behov. Hemvården utgör en knutpunkt för servicekedjorna både vid hemgången från sjukhus och när det gäller de övriga servicekedjornas funktion (Duodecims konsensusutlåtande 8.2.2012). Det är därför bra att hålla kvar hemvården under stadens styrning. Det lönar sig dock att överväga att införa servicesedlar också inom hemvården som stöd för anhörigvårdare eller för den vårdbehövandes personliga användning (Jenson & Jacobzone 2000). I fråga om privata servicehus och ålderdomshem bör man slå fast gemensamma spelregler för läkarbemanningen och de boendes serviceanvändning.

8. Anhörigvården behöver mera resurser och effektivare socialpolitiska insatser för tryggnad av anhörigvårdarnas ställning. Anhörigvårdarnas hälsovård bör förbättras, t.ex. genom att se till att de får tillgång till företagshälsovård i tillämpliga delar. Den avlastningsverksamhet som utvecklats inom det gerontologiska socialarbetet är värd att utveckla genom systematisk rekrytering av studerande och pensionärer. Avlastningsverksamheten behöver också ett bra introduktionsprogram.

9. Det är möjligt att fortsätta minska utbudet av institutionsvård. Mångsidiga äldrecentra minskar den sociala isoleringen för de allra sjukaste. Äldrecentra kan också bidra till att öka interaktionen mellan olika åldersgrupper och erbjuda möjligheter till mångsidiga fysiska och kulturella aktiviteter. Med hjälp av systematisk servicebedömning kan verksamheten inriktas efter klientens behov, vilket ger större utrymme för kontroll över kostnaderna och prissättningen. Att stödja de minnessjukas hemmaboende är ett livsvillkor för servicesystemets funktion. I detta läge kan mångsidiga äldrecentra fungera som en hörnsten i utvecklingsarbetet.

Till utredningens begränsningar hör att det inte har funnits tillgång till befolkningsbaserade uppgifter. Tiden har inte heller räckt till för att analysera servicecenterverksamheten och munhälsovården. Uppgifter om anhörigvårdare finns enbart för de klienter som erhåller regelbunden hemvård, inte för tillfälliga klienter eller för dem som inte omfattas av hemvården.

Summary

Harriet Finne-Soveri. Vanhenemiseen varautuva kaupunki. Esimerkkinä Helsinki. [City preparing for ageing. Case study Helsinki.] National Institute for Health and Welfare (THL). Report 31/2012. 313 pages. Helsinki, Finland 2012. ISBN 978-952-245-641-0 (print), ISBN 978-952-245-642-7 (pdf)

BACKGROUND. Finland needs to prepare for the ageing of her population. The sufficiency and smarter allocation of both human and financial resources are key issues. The ageing society must be seen as a phenomenon with broader impact than just in the social and health care sector.

SUBJECT AND TARGETS. The study Vanhenemiseen varautuva kaupunki (City preparing for ageing) was conducted at the request of the City Manager of Helsinki between 1 April 2011 and 8 February 2012. Its purpose was to survey the present state of care and services for the elderly in Helsinki across administrative boundaries and to present information-based and evidence-based sustainable and feasible customer-oriented proposals on how services should be organised in the next ten years.

MATERIALS AND METHODS. For reasons of national comparability, the study was based on the year 2010. The information and reports possessed by City of Helsinki Urban Facts and data in the Sotkanet and RAI databases of the National Institute for Health and Welfare were leveraged; the coverage of the latter was more than 90% for institutions and sheltered housing, but only just over 80% for regular home care clients. The coverage for home care clients was calculated on the basis of the Sotkanet figures. A total of 72 persons from various administrative sectors were interviewed.

HOUSING. Helsinki is home to 10% of Finland's population; in 2010, 40,000 of them were aged 75 or more. During the current decade, the number of people aged 75 or more in Helsinki will increase to 53,000, and the number of people aged 85 or more will increase from 10,000 to 15,000. And only then does the ageing process really begin. Addressing housing, transport and the economy is just as important in preparing for the ageing of the population in cities as are changes in social services and health care, because ageing will happen at different rates and to different directions in different parts of a city. Memory disorders will lead to a loss of short-term memory and deterioration of visuospatial function and alertness for large numbers of people in some districts. A case in point is the district of Vuosaari, which is also facing multicultural ageing.

Enabling the elderly to continue living at home will require more investments in obstacle-free housing, transport and pedestrian access planning and also business plan-

ning consistent with their needs. Having a post office, a bank, a pharmacy and a local shop within walking distance along a familiar route are basic requirements for an elderly person to be able to continue living at home. There are still elderly people living in multi-storey buildings with no lifts, and not all of them have the energy to go outside in the absence of benches to sit down on. Local services are being swallowed up by large shopping centres, access to which requires using public transport.

The incoherence of decision-making and implementation processes across administrative sectors was a common and acknowledged problem in **HEALTH CARE AND SOCIAL SERVICES**. It manifested itself as interruptions in the flow of information; interviewees were unanimous in declaring that it created redundant work, a situation which is further exacerbated by the incompatibility of IT systems and manifested itself as poor conveying of information within and between administrative sectors and to clients. The ultimate result is an unfavourable image for the city. When the study was begun, the City of Helsinki had separate departments for health care and social services. While the study was in progress, a decision was taken to merge the two departments in 2013 as recommended (Deloitte & Touche 2011).

Numbers of clients at health stations were growing because of migration but also because of an increasing number of people retiring; occupational health care patients were also transferring to **HEALTH STATIONS**. Work at health stations was being reorganised in ageing-friendly ways through pair work, introducing a customer service contact person pursuant to the chronic care model, and enhancing co-operation with the City Hospital particularly with regard to treatment paths for memory disorder patients. The interviewees considered that expertise in and care for chronic disorders such as diabetes was good. About one in six doctors were immigrants. The near future was seen as a challenge in terms of resources available; improvement of self-care and personal care was seen as crucial.

There were five (later six) **CITY HOSPITALS**, and the majority of the patients occupying their 1,099 somatic care beds were elderly. Performance was hampered, almost crippled, by a rapid increase in transfer delay days around 2010 with regard to patients transferring from the Helsinki and Uusimaa Hospital District to the City Hospitals and patients transferring from the latter to long-term care and sheltered housing. The average length of stay at City Hospital units at that time was 27 days. The interviewees considered that the delay had been increased by the transfer of the City's chronic care hospitals (Kivelä, Koskela and Myllypuro) to the Social Services Department at the end of 2009 and the reduction in chronic care beds, even though the number of places in 24-hour service housing was being increased. Intermediate care was considered suitable for service and recreation centres managed by the Social Services Department, while rehabilitation was considered suitable for the Health Centre.

The discharge rate to home was only about 70%, even though the number of discharged patients had increased in recent years. Co-operation between the City Hospital and home care was considered good, and there were no queues for home care. However, a discharge programme based on a comprehensive geriatric evaluation was not available for those who wished to return home but were in a poor condition (Ellis et al. 2011). The expectation was that home care should be more about preventing the patient from having to be hospitalised. The consensus seemed to be that elderly people in a poor condition should be transferred to housing services. This was influenced by the general feeling that home care involving more than three daily house calls is more expensive than institutional care or sheltered housing, and therefore elderly people in a poor condition were expected to recover at a further treatment facility or to gain a permanent place of residence outside their homes.

The function of the case managers supporting EMERGENCY CLINIC services was considered successful. In emergency clinics too, the majority of patients were elderly. Interviews concerning emergency clinic services in the City of Helsinki and in the Helsinki and Uusimaa Hospital District highlighted the need to improve care and expertise in treating elderly patients at emergency clinics. Home care workers saw going to an emergency clinic as a last resort, which did not always provide the answers needed for their day-to-day work.

THE 'HOSPITAL AT HOME' SERVICE was not targeted at the elderly specifically, but elderly patients were cared for also. This service focused on terminal care and on acute disorders as separately agreed. Co-operation with home care was smooth, although there was disagreement as to who is responsible for the night time.

LONG-TERM CARE was provided by both the Social Services Department (housing, short-term care) and the Health Centre (home care). The departments co-operated in various projects and in discharging elderly patients. Over the previous ten years, institutional care had been reduced, sheltered housing increased, and home care both increased and enhanced. Although this trend is in the appropriate direction (Brommels 2005), there was still more institutional care and 24-hour service housing and less home care and informal care support available in Helsinki than in the rest of the country or than recommended by the Ministry of Social Affairs and Health (2008). As far as the recommendations go, at the current level Helsinki would still have a sufficient supply of 24-hour service housing in 2020.

SEEKING AND PREVENTIVE WORK was undertaken by both the Social Services Department and the Health Centre. The former was conducted through questionnaires at service centres and home visits to support wellbeing, and co-operation was undertaken at service centres. Co-operation was considered a good thing worth promoting

but somewhat vague. Seeking work (screening) was seen as problematic because of the difficulty of targeting. The response rates were low, and the respondents were not socially excluded people or members of other at-risk groups but instead in good condition and leading healthy lives.

For the purposes of the study, **LONG-TERM CARE** was divided into five service types: 1) regular home care, 2) sheltered housing provided by the City, 3) outsourced sheltered housing, 4) housing at a centre for the elderly provided by the City (corresponds nursing homes), and 5) care at long-term hospitals which were previously under the Health Centre.

The largest group of diagnoses among patients in long-term care was memory disorders (one in three elderly home care clients, 50% to 70% of residents in sheltered housing, about 60% of residents at centres for the elderly), but fragile cognition or cognitive impairment was far more common (nearly 70% of regular home care clients and 80% to 96% of residents in housing services). Old people's homes and centres for the elderly aimed at discharging home through rehabilitation all those who still had potential to live at home (10%).

The study showed that the quality of professional care had continuously improved over the previous three years even in cases with medium or severe dementia, which means that clients admitted to institutional care or sheltered housing still have potential for improvement and rehabilitation. These resources possessed by the clients should be leveraged better even before the clients ever enter long-term care.

CENTRES FOR THE ELDERLY AND SHELTERED HOUSING facilities were going through a transition in procedures, with the introduction of service vouchers and competitive tendering. The service voucher system was in its infancy but was seen as a financially sustainable system that increased the range of choice available to clients. It should be noted with regard to service vouchers in 24-hour services that clients' service needs are at least four times higher when care is provided around the clock. If linked to actual service needs, the service voucher system can be made even more accurate and fair.

Only 3% of **REGULAR HOME CARE** clients were for sure considering they'd better off elsewhere than home; 10% agreed with their informal care provider's opinion that living elsewhere would be better. Also, 8% of informal care providers considered that living elsewhere would be better for the client, even if the client did not agree with them. A logistic regression analysis showed that the reasons for seeking housing elsewhere were very different for the elderly people themselves and for the family members caring for them. The opinion of a family member was the dominant one even in cases where both the elderly person himself/herself and the family member agreed that the elderly person should move elsewhere.

Reasons for informal care providers considering that the client should move out of his/her home included moderate or more severe dementia, psychiatric disorders, much need for assistance in activities of daily life (ADLs), excessive alcohol use, incontinence, isolation and variable health. Informal care-giver distress and structural shortcomings in the elderly person's home were also cited as reasons.

Reasons for clients wishing to move out of their homes included loneliness, depression and poor perceived health. However, the availability of safety services and home care dissuaded elderly people from moving out of their homes.

The service needs of clients were evaluated on a scale of 1 (very low) to 5 (very high) in this study. The average time spent by informal care providers in caring for the client was nearly 15 hours per week in the 'very high' category and 3 hours per week in the 'very low' category. The comparable figures for home care personnel were 6 hours and 1 hour per week. Care provided by spouses in the 'very high' category amounted to nearly 70 hours per week on average; the figure for practical nurses in home care was about half of this. In sheltered housing, the roles were reversed: the majority of the service needs were fulfilled by a practical nurse instead of the spouse.

Clients living alone received slightly less home care time than those living with someone else. The difference was negligible, though. Analyses indicate that even elderly people in a poor condition wish to continue living at home. The problem here is how well the client's family members can cope and how home care services can be focused on clients with medium or high service needs; the time allocated to home care is largely the same for all clients regardless of their actual service needs. National and international comparisons show that local and central government selection of clients for regular home care can be very different (Carpenter et al. 2004).

Analyses of residents in old people's homes and sheltered housing in Helsinki revealed that there are still clients with a long history of institutional care: 10% of institutionalised clients had been in institutional care for more than 7.5 years. On the other hand, long-term care was required to some extent by clients younger than 75 too, typically because of psychiatric disorders (Styrdom et al. 2010). The high-maintenance effect of psychiatric symptoms was also apparent in home care.

Interviewees in the FIELD OF PSYCHIATRY considered it good that outpatient care was being promoted and services deployed, and that this model could be replicated in care for the elderly.

According to the City of Helsinki vacancy register dated June 2011, the number of spaces in services for the elderly provided by the Social Services Department was 2,593, while according to the Health Centre annual report (2010), the number of home care spaces was 1,976. The average annual payroll costs for these services were EUR 100 million and about EUR 65 million, respectively. In preparing for the ageing of the population, it is crucial to decide how personnel and financial resources are to be allocated.

CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS

1. It is no longer affordable for social services and health care services to maintain parallel organisations. Unified decision-making and management would clarify the division of duties and improve the flow of information between administrative sectors and between individual employees. It would also harmonise communications aimed at clients. The incompatibility of IT systems causes double work and threatens client safety.

2. The role of home care should be clarified and expanded. Some regular home care clients should be given 24-hour care even if its costs are higher than that of institutional care (Shepperd et al. 2008; Shepperd et al. 2009). Transfer delays and queues to 24-hour care at acute care hospitals can be reduced if resources are allocated to discharged patients in poor condition who wish to continue living at home in the form of a multiprofessional team (physician, physiotherapist, occupational therapist, nurse, practical nurses) on the 'hospital at home' care model when the treatment period lasts at least several months. The work of care managers should be supported so as to enable discharging home patients more efficiently and safely not only from hospital but from the emergency clinic too. Indeed, visits to emergency clinics may be prevented by exploring the causes of a decline in a client's condition while still at home.

In addition to taking the client's own wishes into account, the selection of clients for 24-hour care given at home should be based on evaluation methods recognising the rehabilitation and recovery potential of discharged patients and the resources available to the client's family members and immediate environment. The use of recovery wards at centres for the elderly in support of treatment paths should be enhanced further.

3. It is vital for home care clients with the lowest care requirements to be reclassified as temporary home care clients and eventually as health centre clients; this will release an estimated 5% to 10% of home care resources for helping patients discharged home from hospital or from an emergency clinic and for augmenting acute measures in home care.

4. Health stations and gerontological social services should focus seeking work and the related safety net as a tool for supporting clients with very low service needs transferred from home care. The resources needed for home care should be channelled from the gradual reduction of institutional care.

5. The criteria for access to care should be revised to comply with the new targets.

6. To safeguard treatment paths and the conveying of information, home care and the acute units of the City Hospital as well as rehabilitation and recovery units should all belong to the same sub-organisation.

7. The city authorities should consider whether they intend to produce or outsource services in the future. Broader (perhaps comprehensive) competitive tendering in housing services such as sheltered housing should be considered to increase the choice available to clients, but also for cost reasons. No differences in the quality of care have been found in Finland (Sinervo et al. 2010). The service voucher system is proving feasible in 24-hour care (Peiponen 2009). It facilitates client choice and fits in well with the City's role as service outsourcer. Current quality monitoring systems enable efficient and reliable monitoring of the quality and cost-effectiveness of care on an annual or semi-annual basis regardless of whether housing services are provided by the City itself, chosen by clients with service vouchers, outsourced or organised as a combination of the above. However, the vast differences in the service needs of long-term clients favour a gradation in the value of service vouchers for 24-hour care based on service needs.

At the moment, outsourcing and competitive tendering in home care proper (excluding support services) involves threats, the most serious of which is that the City may lose the expertise required for assessing clients' needs. Home care is a nexus for several service chains, including that of patients discharged from hospital to their homes (Duodecim consensus statement, 8 February 2012). The City should retain control of home care. However, the service voucher system should be considered as a support tool for informal care providers in home care or for personal budgeting (Jenson & Jacobzone 2000). Ground rules are needed for physician staffing at private sheltered housing facilities and old people's homes and for the use of services by residents.

8. Informal care needs more resources, and the socio-political status of informal care providers must be improved. They need better health care services and could be given access to occupational health care services as applicable. The 'substitute service' developed by gerontological social services is worth continuing by systematically recruiting students and retirees for the purpose. A good induction programme is required.

9. The reduction of institutional care may be continued. Centres for the elderly are versatile facilities that can prevent the most ill clients from becoming isolated from society. They can also increase interaction between age groups and provide opportunities for a variety of recreational and cultural pursuits. Costs and pricing can be accurately allocated if systematic service needs assessment is employed to focus care according to client needs. Supporting persons suffering from memory disorders in living at home is crucial to the smooth running of the service system, and centres for the older persons may play a key role in this.

Limitations of the study were lack of population-based data and time to analyse mouth care or service centre performance. Data on informal care providers was only available in the cases of regular home care clients. No such data were available on temporary clients or clients not in home care.

Pitkäaikaishoidon käsitteitä ja nimityksiä

Pitkäaikaishoidon termit, käsitteet ja nimitykset voivat tarkoittaa eri maissa tai saman maan eri osissa eri asiaa (Saltman ym. 2006). Tähän on koottu joitain Helsingille ominaisia käsitteitä ja nimityksiä, joiden sisältö ajan kuluessa saattaa muuttua.

Case management

Eri maissa ja kulttuureissa jossain määrin eri tavoin ymmärretty nimitys hoitoon- tai palveluihin ohjaamisesta tai palveluohjauksesta. Käypä hoito työryhmän määritelmä (2007) kuuluu: ”*Case management -toiminnalla tarkoitetaan hoidon järjestämistä siten, että potilaalle on nimetty tietty, hänen kanssaan säännöllisesti kontaktissa oleva ammattihenkilö, ns. case manager (koulutukseltaan esim. sosiaalityöntekijä tai hoitaja), joka arvioi potilaan hoidon ja kuntoutuksen tarpeita, suunnittelee ja koordinoi palveluiden käyttöä ja pitää tarpeen mukaan yhteyttä potilaan perheeseen ja eri hoitotahoihin. Case manager huolehtii myös hoito- ja kuntoutussuunnitelman toteutumisesta.*”

Sosiaaliportin mukaan ”*case management on Suomessa vakiintunut tarkoittamaan yksilökohtaista palveluohjausta tai vain yksinkertaisesti palveluohjausta: olennaista on asiakkaan ja työntekijän luottamussuhde ja asiakaslähtöinen työskentelytapa. Palveluohjaus on työmenetelmä, jolla kootaan palvelut asiakkaan tueksi ja lievennetään palvelujärjestelmän hajanaisuuden haittoja.*”

Hoivaaja

Tässä selvityksessä käytetty nimitys hoivaa, apua tai tukea antavista henkilöistä, jotka eivät ole kaupungin tai muun kotihoitoa tuottavan tahon työntekijöitä. Nimitystä hoivaaja on käytetty myös omaishoitajista. Hoivaajat luokiteltiin neljään kategoriaan: 1) puoliso 2) lapsi tai puolison lapsi 3) muu sukulainen 4) muu kuin sukulainen.

Hoivattava

Apua ja hoivaa saava henkilö riippumatta hoivaajatahosta tai asumisjärjestelyistä.

Kognitio

Äly, tieto (älyllinen toiminta, tiedolliset toiminnat, tiedon prosessointi) käsittää ylempiä aivotoimintojen alueita kuten havaitseminen, muisti, päättely, toiminnan ohjaus, tarkkaavaisuus, joustavuus, priorisointi jne.

Laitoshoito

Ikääntyneiden laitoshoido voi olla lyhyt- tai pitkäaikaista ja se tapahtuu vanhainkodissa tai terveyskeskuksen vuodeosastolla. Lyhytaikaisesta laitoshoidosta peritään hoitopäivämaksu, mutta pitkäaikaishoidon maksuperusteena on pitkäaikaishoidon

päätös. Päätöksen saanut asiakas maksaa enintään 85% nettotuloistaan asumisen ja hoivan kulujen peittämiseksi siihen rahasummaan asti, kunnes todelliset kustannukset on katettu. Ylimenevältä osalta ei veloiteta. Jos henkilön tulot eivät peitä hoidosta ja asumisesta aiheutuvia kuluja, kunta kattaa tarvittaessa puuttuvan osan. Laitoshoidon palvelut käsittävät mm. asumisen, puhtaanapidon, ravinnon, vaatetuksen, lääkityksen sekä terveyspalvelut. Eri kunnissa laitoshoidon voidaan tulkita eri tavoin. Kunta päättää laitoshoidon pääsystä (Hoitoa ja huolenpitoa ympäri vuorokauden. STM 2010).

Palveluasuminen (tavallinen)

Tavallinen palveluasuminen on epäyhtenäinen ja muotoutumaton avohoitoon kuuluva käsite. Asumiseen sisältyvien palvelujen sisältö ja hinta vaihtelevat paikkakunnasta ja organisaatiosta riippuen. Asukkaat hakeutuvat tähän asumismuotoon haluamanaan ajankohtana ja haluamassaan elämänvaiheessa ja huolehtivat asumisensa sekä kaikkien tarvitsemiensa palveluiden kustannuksista itse. Palveluita on tarjolla vaihtelevasti, hoivaa tai apua ei kuitenkaan ole tarjolla ympärivuorokautisesti (Hoitoa ja huolenpitoa ympäri vuorokauden. STM 2010).

Palveluasuminen (tehostettu)

Tehostettu palveluasuminen eroaa tavallisesta palveluasumisesta siten, että tarjolla on hoivaa ympäri vuorokauden. Käsite on yhtä epäyhtenäinen ja muotoutumaton kuin tavallinenkin palveluasuminen. Asukkaat voivat periaatteessa hakeutua tähän asumismuotoon haluamanaan ajankohtana ja haluamassaan elämänvaiheessa. He huolehtivat asumisensa sekä kaikkien tarvitsemiensa palveluiden kustannuksista itse. Palvelun saajalla ei ole pitkäaikaishoidon maksupäätöstä ja hänet luokitellaan avopalveluiden vastaanottajaksi vaikka hän tarvitsisi apua vuorokauden ympäri. Tehostettuun palveluasumiseen pääsystä päättää kunta ainakin silloin kun kunta huolehtii palvelun tarjonnasta itse tai ostopalveluna. Palvelujen saaja huolehtii itse kaikista kuluistaan, mutta voi hakea rahallista tukea KELA:lta ja kaupungilta (Hoitoa ja huolenpitoa ympäri vuorokauden. STM 2010).

Palvelukeskus

Kaupungin asukkaille tarkoitettu kokoontumis- virkistys- ja harrastuspaikka, mistä samalla saa sosiaali- ja terveydenhuoltoon liittyvää informaatiota.

Pitkäaikaishoito

Pitkäaikaishoito tarkoittaa pitkäaikaista hoivaa ja huolenpitoa. Tällaisen tarve iäkkäillä yleensä syntyy etenevien pitkäaikaissairauksien seurauksena tai traumojen jälkitilana. Pitkäaikaishoitoa tarjotaan mm. seuraavien palveluiden asiakkaille: 1) säännöllinen kotihoito 2) tehostettu palveluasuminen (kaupungin järjestämä tai ostopalvelutoiminta) 2) vanhainkodit ja vanhustenkeskukset (kaupungin järjestämä tai ostopalvelutoiminta). Kunnan subventoimaan pitkäaikaishoitoon pääsy edellyttää yleensä toimin-

takyvyn vajausta. Omaiset hoitavat osan pitkäaikaishoidosta kunnan subventoimien palvelujen ulkopuolella.

Vanhainkoti

Nimike on palvelun tuottajan tai asumispalvelujen tilaajan (esimerkiksi kaupunki) valittavissa. Tässä selvityksessä vanhainkodit ovat pääasiallisesti laitoshoidon yksiköitä.

Vanhustenkeskus (tavallinen)

Asumispalveluja ja niihin liittyvää hoivaa tarjoava yksikkö, jossa voi olla muutakin toimintaa. Voi kuulua avo- tai laitospalveluihin.

Vanhustenkeskus (monipuolinen)

Monipuolinen vanhustenkeskus on Helsingin muovaama konsepti avo- ja laitosasumista sekä muita palveluja tarjoavasta palvelukompleksista.

OSA I TAUSTA

1 Johdanto ja tavoitteet

1.1 Vanheneminen, sairaudet ja toimintakyky

Elimistön vanheneminen on yksilöllinen, mutta väijäämätön ja peruuttamaton tapahtuma, jota säätelevät geeniperimän lisäksi yksilön elämänsä varrella omaksumat elämäntavat ja erilaiset elämäntapaukset kuten onnettomuudet. Vanheneminen tapahtuu eri tahtiin eri yksilöillä, minkä lisäksi se tapahtuu eri tahtiin saman yksilön eri elimissä ja kudoksissa. Erihaavaisuuden seurauksena yksilöiden sisäiset ja -väliset erot lisääntyvät. Eletty elämä, kokemukset sekä omaksutut strategiat, tottumukset ja niiden muovaamat mielihalut lisäävät vanhenevan väestön yksilöiden välistä erilaisuutta ja samalla yksilöiden yksilöllisyyttä. Mikä sopii yhdelle, ei sovi toiselle.

Biologinen ikääntyminen altistaa yksilöä uhkille. Toimivan solukon väheneminen ja säätelymekanismien rapautuminen altistavat vanhenevaa elimistöä sairauksille vähentämällä kykyä sietää painetta. Toipuminen hidastuu ja samalla kuoleman ja toiminnanvajausten vaara lisääntyy varakapasiteetin vähetessä.

Palvelujen suunnittelun kannalta merkittävää on ymmärtää ikääntyvien henkilöiden tarpeiden yksilöllisyys ja samalla heidän monipuoliset mahdollisuutensa vaikuttaa itse omaan elämäänsä ja ainakin jossain määrin avun ja huolenpidon tarpeen kehittymiseen.

Kunta voi omalla toiminnallaan edistää tai vaikeuttaa ikääntyvän henkilön yrityksiä ylläpitää terveyttään, toimintakykyään ja hyvinvointiaan. Kunnan vaikutussektori on laaja ja ulottuu rakentamisesta, liikennesuunnittelusta ja palveluiden tarjonnasta niiden sijoitteluun laajuuteen ja hinnoitteluun.

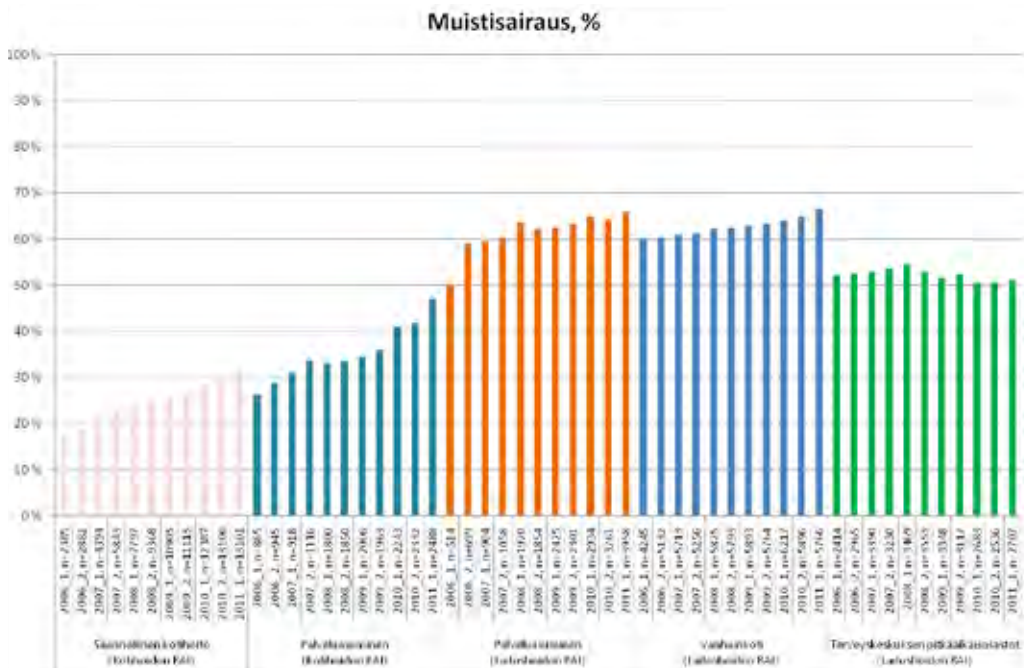
Tärkein vanhenemiseen liittyvä toiminnanvajausta aiheuttava ja sitä kautta ikäihmistien palvelujen kysyntää kasvattava sairausryhmä on muistisairaudet. Niiden vallitsevuus nousee iän karttuessa siten, että 90 vuotta täyttäneistä joka kolmannella voidaan epäillä vähintään keskivaikeaa dementiaa, kun 65-69 vuotiaista näin on asian laita noin kahdella prosentilla. Väestöpohjaiset tutkimukset eri puolilla maailmaa ovat osoittaneet muistisairauksien olevan tärkein laitoshoitoon johtava syy (Aguero-Torres ym.2001 Luppa ym. 2009, Einiö 2010) ja elämän viimeisten vuosien merkittävä palvelujen ja pitkäaikaishoidon käytön ajuri (Forma ym. 2011, Jagger ym. 2009, Aaltonen 2012).

Muistisairauksista puhuttaessa tarkoitetaan yleensä ryhmää eteneviä sairauksia, jotka tavalla tai toisella rapauttavat aivojen älyllistä toimintakykyä, aluksi kapea-alaisesti ja sairauden edetessä laajasti ulottuen fyysisten toimintojen ja säätelyjärjestelmien vajakseen. Muisti on vain yksi osa aivojen ylemmistä älyyn (kognitio) liittyvistä toiminnoista. Muita ovat esimerkiksi ajattelu, päättelykyky ja kielelliset toiminnot. Muistisairaudet voivat olla aivojen rappeumasairauksia kuten esimerkiksi Alzheimerin tauti tai Lewyn kappaletauti tai ne voivat olla verisuoniperäisiä. Lisäksi on olemassa joukko

harvinaisempia, erilaisista syistä johtuvia sairauksia, tai traumojen jälkitiloja, jotka myös aiheuttavat muistipulmia ja dementiaa.

Yhteistä näille sairauksille ja tiloille on niiden pitkäkestoisuus, etenevä toiminnanvauksen kautta kuolemaan johtava sairauden kulku ja suuri palveluiden tarve sairauden loppuvaiheessa. Alzheimerin tauti ja verisuoniperäinen dementia muodostavat valtaosan muistisairauksista ja niiden riskitekijät ovat samat

Toinen eri muistisairauksille yhteinen tekijä on (useimmiten) vähintään kuukausia, mutta tavallisesti useita vuosia kestävä ajanjakso, jolloin täysin itsenäinen tai vain vähäistä tukea edellyttävä arkielämä on mahdollista ja voi jatkua pitkäänkin, jos ympäristön olosuhteet ovat optimaaliset (Habermann ym. 2009). Optimaalisuus merkitsee tässä omatoimisuuden ja itsenäisen päätöksenteon mahdollistamista turvallisesti ja avun nopeaa saatavuutta silloin, kun sitä tarvitaan. Terveystilan ja toimintakyvyn ylläpitämisen kannalta on ensiarvoisen tärkeää hoitaa oheissairaudet hyvin, sillä kaikenlainen fyysinen ja psyykinen kuormitus lisää perussairauden pahenemisen uhkaa. Nopeaan hoitoon pääsyyn liittyy nopea kotiin pääsy riittävin tukitoimin, missä tavoitteena on jäljellä olevan kuntoutuspotentiaalin täysimääräinen saavuttaminen, jotta kotona asuminen tuottaisi sekä hyvinvointia että kaikenpuolista taloudellista hyötyä.



Kuvio 1. Muistisairauden diagnoosi (%) ikäihmisten palveluissa 2006-2011 RAI-järjestelmää käyttävissä organisaatioissa.

Lähde: THL, Ikäihmisten palvelut, RAI-tietokanta, 2011

Kuvio 1 osoittaa muistisairauden diagnoosin yleistyneen ikäihmisten palvelujen asiakkailta Suomessa viimeksi kuluneen viiden vuoden aikana. Kuvion perusteella ei ole pääteltävissä johtuuko noususuuntaus muistisairauksien diagnostiikan yleistymisestä iäkkäillä henkilöillä, iäkkäimpien ikäryhmien lisääntymisestä väestössä vai palvelujen piiriin valikoitumisesta. On mahdollista, että nykyisen teknologiakehityksen vaiheessa on yhä helpompaa tukea monisairaiden henkilöiden omatoimista selviytymistä apuvälinein ja teknologian turvin silloin, kun aivot ovat terveet. Kotona selviytymisen keinoja on vähemmän, kun aivot ovat sairaat.

Olipa muistisairauksien lisääntymisen syy mikä tahansa, kuvio osoittaa palveluihin valikoituvien asiakkaiden muistipulmien runsauden ja mahdollisesti kehityksen suunnan. Kuvion luvut peittävät kunakin vuonna noin 20-25 % Suomen säännöllisen kotihoidon ja ympärivuorokautista hoivaa tarjoavan palveluasumisen asiakkaista ja yli kolmasosan vanhainkotien ja terveyskeskusten pitkäaikaisasukkaista. Luvuissa mukana olevat organisaatiot ovat edustava otos sijaintikuntansa vastaavista palveluista. Luvut osoittavat, ettei hauraan muistin ja älyllisen toimintakyvyn merkitystä voi sivuuttaa suunniteltaessa palveluja iäkkäille.

Palvelujen tarvetta aiheuttavan toiminnanvajauksen taustalla vaikuttavan sairauden lisäksi ikäihmisten palveluja käyttävällä henkilöllä on lähes aina muitakin sairauksia. Muistisairauksien ohella muita ympärivuorokautiseen pitkäaikaishoitoon itsenäisesti johtavia pitkäaikaissairauksia ovat aivohalvaus, diabetes, kuntoutumaton lonkkamurtuma ja vaikeat psykiatriset sairaudet sekä syöpä (Einiö 2010). Sydän- ja verisuonisairaudet ovat yleisiä, vaikka yksinään esiintyessään aivohalvausta lukuun ottamatta johtavat hyvin harvoin laitoshiitoon.

Vanhenemiseen liittyvän haurastumisen, hauraus-raihnaus oireyhtymän, on osoitettu liittyvän sosiaali- ja terveystieteiden runsaaseen käyttöön ilman pitkäaikaissairauksiakin (Rochat ym. 2010). Ilmiön vallitsevuudesta on osin ristiriitaista tietoa, koska on monia tapoja määritellä raihnaus. Linda Friedin (ym.2001) usein käytetyt kriteerit ovat uupumus, tahaton laihtuminen, vähäinen fyysinen aktiivisuus, hitaus ja heikkous. Vähintään kolmen osatekijän toteutumista on ruvettu nimittämään hauraus-raihnaus oireyhtymäksi (frailty) ja yhden tai kahden tekijän esiintymistä sen esiasteeksi. Voidaan karkeasti olettaa kuusikymmentä viisi vuotta täyttäneistä henkilöistä noin joka kymmenennen olevan hauras ja joka kolmannen esihauras (Avila-Funes ym. 2008, Santos-Eggiman ym. 2009, Syddal ym 2010). Haurauden tiedetään liittyvän useammin heikkoon kuin hyvään sosioekonomiseen asemaan (Szanton ym 2010) .

Oikein valitulla ravitsemuksella ja säännöllisellä liikunnalla arvelaan olevan haurautta hidastava vaikutus. Suotuisien olosuhteiden vallitessa hyvän asianmukaisen hoidon ja kuntoutuksen ajatellaan johtavan toimintakyvyn palautumiseen tai sen heikkenemisen hidastumiseen, minkä ajatellaan edesauttavan vanhenevan yksilön elämänhallintaa ja sitä kautta edistävän hyvinvointia ja elämän laatua.

Tulevaisuuden palvelujärjestelmän volyyymiä suunniteltaessa ydinkysymyksiä ovat, miten pitkälle elämän viimeisiin kuukausiin toiminnanvajaus lopulta pakkautuu (Fries

1980, Mor 2005) ja paljonko avun tarvitsijoita lopulta tulee lukumääräisesti olemaan, vaikka iäkkäiden toimintakyky säilyisi nykyistä paremmin ja pitempään.

LaFortune ym. selvittelivät iäkkään väestön toiminnanvajauksen kehitystä OECD:n raportissaan (2007). Selvityksen mukaan iäkkäiden toiminnanvajaus näytti vähenevän vain viidessä tutkituista kahdestatoista maasta. Vaikka Suomi olikin yksi suotuisan kehityksen maista, väestön vanhimpien ikäluokkien nopea kasvu uhkasi joidenkin skenaarioiden mukaan jopa kaksinkertaistaa avun tarvitsijoiden lukumäärän.

Palvelujärjestelmään sisältyvien hyvien toimintatapojen yksi merkittävimmistä yhteiskunnallisista arvoista siinä, miten tehokkaasti ne kykenevät eliminoimaan vältettävissä olevan toiminnanvajauksen suoraan tai välillisesti. Onhan iäkkään kyvyttömyys suoriutua arjesta merkittävin elämän laatua heikentävä ja kustannuksia aiheuttava tekijä.

1.2 Asuminen ja eläminen

Ihmisen toimintakyky on vuorovaikutuksessa hänen ympäristöönsä, joka joko mahdollistaa ja edistää turvallista, omatoimista elämistä tai vaikeuttaa sitä. Ympäristöllä voidaan tarkoittaa kotia, sen välitöntä ympäristöä tai ylipäätään kaupunkia tai seutua. Ympäristöllä voidaan tarkoittaa myös taloudellisia tai sosiaalisia voimavaroja, esimerkiksi omaisia ja ystäviä tai varallisuutta. Koulutustason, perhesuhteiden tai varallisuuden vähittäiset muutokset iäkkäässä väestössä voivat lisätä tai vähentää palvelujen oletettua kysyntää.

ikäkkäiden perhesuhteet ja koulutustaso ovat muuttumassa. Vaikka vanhojen parisuntien avioerojen määrä onkin kasvusuunnassa, miesten eliniän pidetessä puolison kanssa asuvien vanhojen ihmisten osuus näyttää lähivuosikymmeninä kasvavan enemmän kuin ilman puolisoa elävien. Lisäksi vuonna 2030 nykyistä useammilla 75 vuotta täyttäneillä oletetaan olevan elossa olevia lapsia. Koulutustason nousu näkyy iäkkäiden vähänkoulutettujen määrä vähenemisenä erityisesti ei-avioliitossa elävien osalta. Yksinasuva iäkäs on kyllä tulevaisuudessakin mitä todennäköisimmin leskinainen, mutta hän on korkeammin koulutettu kuin tänään (Backes ym. 2006).

Palvelujen kysynnän kannalta muutosten tämänkaltainen suunta on suotuisa ensinnäkin koska naimisissa olevat näyttävät päätyvän harvemmin laitoshoittoon kuin lesket tai muut kuin naimisissa olevat. Toiseksi puolisoitten lisäksi omat tai puolison lapset ovat usein avun antajia tai hoivaajia. Kolmanneksi vapaaehtoistoiminta puolestaan näyttää liittyvän korkeaan koulutustasoon. Kun toiminnanvajauksen odotetaan samalla hitaasti lykkäytyvän kohti elämänkaaren loppupäätä, monet muutkin tekijät tulevat ainakin jossain määrin vähentämään painetta ikäihmisten palveluiden palvelutuotantoon vaikka väestö vanhenee.

Meneillään on myös ajattelun muutos. Kuva vanhenevasta henkilöstä hauraana hoidon ja hoivan kohteena on monipuolistumassa. Iäkäs henkilö nähdään objektin sijasta subjektina. Hänen omat voimavaransa, itsenäinen päätöksentekonsa sekä elämänlaadun ylläpitäminen ovat astuneet kuvaan mm. Ageing in place -ajattelun myötä. Kaikkialla

länsimaissa etsitään mahdollisuuksia auttaa iästä asumaan asunnossaan mahdollisimman pitkään. Esimerkiksi Uudessa-Seelannissa hallitus on vuonna 2001 määritellyt ageing in place käsitteen merkitsevän ihmisten mahdollisuutta valita iäkkäinä, missä asua ja elää ja oikeutta saada tukea valinnan toteutumiseen (”make choices in later life about where to live and receive the support to do so”). Ageing in place - ajatteluun liittyviä arvoja ovat valinta, autonomia ja itsellisyys (Schofield ym. 2006.)

Eläkkeelle siirtymisen vaiheilla väestöllä näyttää esiintyvän muuttohalukkuutta, mikä iän karttuessa kuitenkin vähenee. Tutkimusten perusteella ikäihmiset näyttävät viettävän paljon aikaa asuinalueellaan ja keskusta-asuminen kiinnostaa (Junnto 2010).

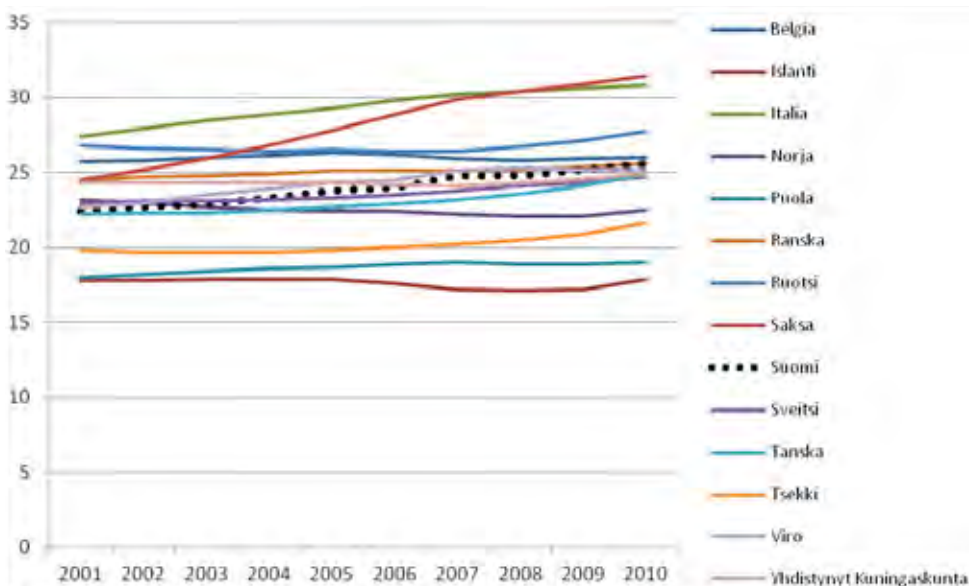
Teknologian käytön oletetaan lisääntyvän arkiaskareissa, ihmisten välisessä yhteydenpidossa, turvajärjestelmissä sekä sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teknologian hyödyntämistä muistisairaiden tukena on tukittu Pohjoismaisessa hankkeessa (Apuvälineet ja dementia Pohjoismaissa). Näyttö teknologiankin vaikuttavuudesta alkaa karttua ainakin turvallisuuteen liittyvän teknologian osalta. Palvelujärjestelmään sisältyviä muita merkittäviä hyviä toimintatapoja ovat kyky edistää toiminnanvajeisen(kin) yksilön omatoimisuutta ja itsemääräämisen mahdollisuutta hyödyntämällä ympäristön ja apuvälineistön mahdollisuudet yksilöllisesti. Helsingin kaupungilla on 2000-luvulla ollut useita omia teknologian käyttöön ja ikäihmisten palveluihin liittyviä hankkeita. Tutkimushankkeista on tuotettu oma selvitys.

1.3 Ikääntymisen aiheuttamat kustannukset ja hoiva-alan työmarkkinoiden haluttavuus

Sosiaali- ja terveysmenojen ennustetaan kasvavan merkittävästi väestön ikääntyessä, huolimatta yksittäisistä päinvastaiseen suuntaan vaikuttavista trendeistä. Suurin haaste on eläkemenojen kasvu. Suomen julkisten menojen mittaluokka on sata miljardia euroa ja näistä menoista yli puolet menee sosiaali- ja terveysmenoihin eli sosiaaliturvaan sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoittamiseen. Se vastaa lähes puolta bruttokansantuotteesta (Moisio 2010).

Ympäri vuorokautisen laitoshoidon keskimääräinen kustannus Suomessa oli päivää kohti 120-150 €. vuonna 2007. Ympäri vuorokautista hoivaa tarjoavan palveluasumisen vastaavan kustannuksen laskettiin tuolloin olleen 93 €, mutta kustannusten vaihtelu eri kuntien välillä oli huomattavaa ja kustannukset riippuivat henkilöstömitoituksesta (Väisänen ja Hujanen 2010). Palveluasumisen kustannustietojen arviointi ei ole yhtenäistä tai vertailukelpoista epäyhtenäisen kirjaamisen ja raportointitapojen vuoksi. Hoivan ja huolenpidon kustannukset ovat kuitenkin merkittävät. STM:n ikähoivaraportin mukaan pelkästään ympärivuorokautiseen hoitoon käytetään Suomessa noin 2,3 miljardia euroa vuodessa (Hoitoa ja huolenpitoa ympäri vuorokauden STM 2010).

OECD:n toukokuussa 2011 julkistaman raportin mukaan Suomi kulutti vuonna 2008 vähän yli kaksi prosenttia (2.2) bruttokansantuotteestaan pitkäaikaishoitoon, mikä osuus jakautui lähes puoliksi sairaanhoidollisen ja sosiaalialan hoivan kesken.



Kuvio 2. Vanhushuoltosuhteen* muutos 14 Euroopan maassa 2001-2010

Lähde: Sotkanet, THL 2012

*Vanhushuoltosuhteella tarkoitetaan 65 vuotta täyttäneen väestön suhdetta 18-65-vuotiaaseen väestöön.

Merkittävää oli jakauma laitoshoidon ja avohoidon välillä: bruttokansantuotteesta 0,9 % kului laitoshoittoon ja 0,1% pitkäaikaishoittoon omassa kodissa (Help wanted OECD 2011). Merkittävää on myös, että bruttokansantuote on pysytellyt kolmisen prosenttia vuoden 2008 puoliväliä alhaisempana (OECD 2012).

Ikääntyneiden pitkäaikaishoidon kustannusten osuuden bruttokansantuotteesta arvioidaan OECD-maissa nousevan nykyisestä noin 1 prosentista jopa 4 prosenttiin vuoteen 2050 mennessä (Fujisawa ja Columbo 2009). Tulonsiirrot, verohelpotukset ja yksityiset sosiaalimenot huomioiden Suomen sosiaali- ja terveysmenojen bruttokansantuoteosuus on toistaiseksi pysytellyt OECD-maiden keskiarvon alapuolella (Moisio 2010), mikä merkinnee, että Suomessa palvelut on tuotettu kohtuullisin kustannuksin - tähän asti.

Koska henkilöstökustannukset muodostavat iäkkäiden pitkäaikaishoidossa noin 70 % menoista, niiden kohtuullisuus on menojen hallinnan kulmakivi. Samalla tarvitaan toimenpiteitä hoiva-alan houkuttelevuuden lisäämiseksi. Väestön vanhetessa ja suurten ikäluokkien siirtyessä eläkkeelle 2010-2017 alaa uhkaa merkittävä työntekijävaje, sillä hoiva-alan houkuttelevuus erityisesti sairaanhoitajien taholla on ollut pitkään laskussa (Buerhaus ym. 2000). Korjaavien toimenpiteiden tulisi olla jo käynnissä kaikilla yhteiskunnan tasoilla.

Huoltosuhteen kiihtyvä muutos (kuvio 2) suurten ikäluokkien työntekijöiden siirtyessä eläkkeelle ja tästä koitua tulojen menetys tapahtuvat samaan aikaan hoivattavien

lukumäärän kasvun kanssa. Näistä syistä johtuva kustannusten nousu tulee edellyttämään monia muutoksia tapoihin turvata henkilöstön riittävyys, järjestää palvelut ja rahoitus (Pekurinen ym. 2011).

1.4 Ikäihmisten palvelut muutoksessa

Pitkäaikaishoitoa tarvitsevan henkilön asuminen ja siihen liittyvä palvelujärjestelmä tukevat nykyisellään vain osittain tai ei ollenkaan samassa paikassa asumista elämän loppuun asti.

Terveystilan ja toimintakyvyn heiketessä kustannustehokkuusajattelu on edellyttänyt iäkkään muuttavan vähemmän resursseja tarjoavasta yksiköstä enemmän tarjoavaan. Henkilön yleistilan ja toimintakyvyn kohennuttua seurauksena on ollut päinvastainen muuttoliike, jotta hyvin resurssoiduissa yksiköissä ei hoidettaisi kevyt- hoitoisia asiakkaita. Edestakaisin muuttaminen on voinut toistua elämän viimeisinä vuosina usean kerran.

Toistuvien muuttojen välttämisyrietykset ovat synnyttäneet toimintamallin, jonka tarkoituksena on ollut suoda ikääntyneille ihmisille mahdollisuuden asua elämänsä loppuun asti paikassa, jossa alun pitäenkin ovat asuneet eli kotona. Tämä sillä varauksella, että kotoa pääsee tarvittaessa laitokseen tai palvelutaloon. Viimeistään tässä paikassa täytyisi saada asua halutessaan elämänsä loppuun asti tarvitsematta enää muuttaa, kävi palveluntarpeen miten tahansa.

Seurauksena on ollut palvelujen porrastuksella aikaansaadun kustannushyödyn menetyt. Kuvion 3 hoidon porrastus on laskettu vuoden 2008 lopun RAI-tiedoista ja siinä havaitaan keskivaikeaa tai sitä vaikeampaa kognition vajausta sairastavia löytyvän lähes yhtä paljon kaikilta asumispalveluja tarjoavilta portailta, jolloin myös käytösoi- reiden ja masennuksen osuus on lähes samanlainen.

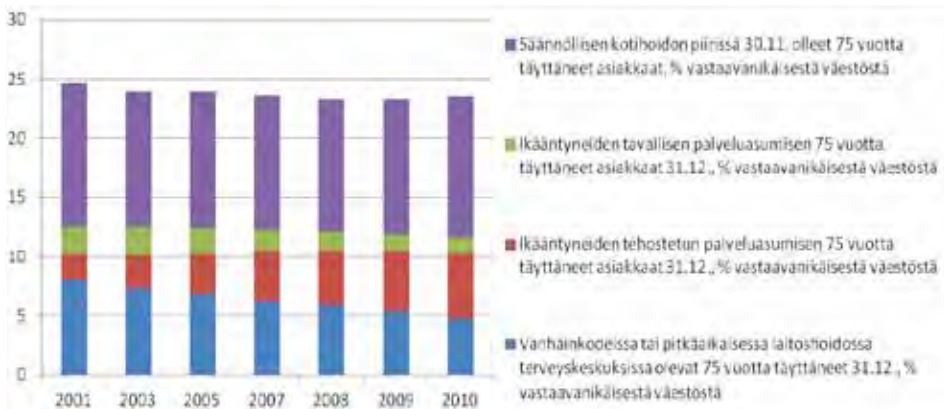


Kuvio 3. Kustannus-laatuportaikko suomalaisessa iäkkäiden pitkäaikaishoidossa 2008

Lähteet:muotoiltu artikkeleista Finne-Soveri ym. 2008, Noro ym. 2008, Noro ym,2009, sekä RAI-tietokanta, Ikäihmisten palvelut, THL:

✦Kotihoidon mitoitustiluku on vuodelta 2007

Näin ei asianlaita ollut vielä 2007. Fyysistä apua tarvitsevien määrä oli vielä vuonna 2008 sitä korkeampi, mitä korkeammalla portaikossa oltiin. Vuoteen 2007 verraten oli kuitenkin tapahtunut muutos, missä palveluasumisen, vanhainkotien ja terveyskeskuk-sen vuodeosastojen asiakkaiden tarpeet olivat lähentyneet toisiaan (Finne-Soveri ym. 2008, Noro ym. 2008, Noro ym. 2009).



Kuvio 4. Ikäihmisten hoivan- ja ympärivuorokautisen hoidon 75 vuotta täyttäneet asiakkaat % samanikäisestä väestöstä

Lähde: Sotkanet, THL

Suomessa on koko 2000-luvun ollut käynnissä palvelurakenteen sisäinen muutos, missä iäkkäiden tehostettu palveluasuminen valtaa alaa laitosasumiselta, mutta ympärivuorokautisen hoidon peittävyys säilyy muuttumattomana (kuvio 4). Kotihoidon peittävyys on vähentynyt samanaikaisesti.

Vuoden 2010 lopussa ympärivuorokautista hoitoa joko vanhainkodeissa tai palvelutaloissa sai Suomessa yhteensä 44 726 henkilöä. Vanhainkotihoitoa sai 75 vuotta täyttäneistä 3,2% ja ympärivuorokautista hoitoa palvelutalossa 5,6%.

Kaikista ympärivuorokautista hoitoa vanhainkodeissa tai palvelutaloissa saaneista 14% oli alle 75-vuotiaita (Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2010). Säännöllistä kotihoitoa sai 68 865 henkilöä. Heistä 61 090 oli täyttänyt 65 vuotta ja 51 820 oli täyttänyt 75 vuotta. 75 vuotta täyttäneistä yhteensä 11,9% sai säännöllistä kotihoitoa. Kotihoidon peittävyys vuonna 2010 oli pienempi kuin vuosina 1995-2001 (Noro ym. 2012).

Omaishoidon tukea saavien osuus oli kaksinkertaistunut vuodesta 1995 ja hoidettavia oli vuonna 2010 lähes 25 000 (Noro ym. 2012).

1.5 Helsingin väkiluku ja organisaatiomalli

Helsingin väkiluku oli vuoden 2010 lopussa Helsingin väestötietojärjestelmän ennakkotiedon (21.4.2011) mukaan 589 549 henkilöä, jotka asuivat yhteensä 34 peruspiirin ja 6 suurpiirin alueella.

Kuusikymmentä viisi vuotta täyttänyt väestö koostui Helsingin tietokeskuksen mukaan vuoden 2010 lopussa yhteensä noin 88 069 henkilöstä, joista lähes puolet (40 044) oli täyttänyt 75 vuotta ja joista puolestaan yli puolet (24 102) oli täyttänyt kahdeksankymmentä vuotta.

Tätä selvitystä aloitettaessa 2.5.2011 ikääntyneiden palvelut Helsingissä oli järjestetty erikseen sosiaaliviraston ja terveystieteiden huolehdittavaksi ja poliittinen päätöksenteko oli vastaavasti jaettu kahden lautakunnan alaisuuteen. Selvityksen loppupuolella Helsingin kaupunginvaltuusto päätti 30.11.2011 kokouksessaan yhdistää sosiaali- ja terveystoimen vuoden 2013 alusta. Vanhuspalveluilta odotettiin kokouspöytäkirjan mukaan riittävyttä ja sujuvuutta.

1.6 Selvityksen tavoitteet

Selvityksen tavoitteena on kartoittaa iäkkäiden hoidon ja palveluiden nykytila Helsingissä sekä tarjota tietoon ja näyttöön perustuvia kestäviä ja toteuttamiskelpoisia ehdotuksia palvelujen järjestämiseksi seuraavan kymmenen vuoden ajaksi. Ehdotukset sovittiin esitettäväksi eritasoisina avauksina, joiden pohjalta haluttaessa voidaan rakentaa kehittämissuunnitelmia.

Tavoitteet purettiin seuraaviksi alakysymyksiksi

- Väestön vanhenemisen vaikutus Helsingin eri alueisiin
- Keitä ovat pitkäaikaishoidon asiakkaat säännöllisessä kotihoidossa, palvelutaloissa sekä vanhustenkeskuksissa ja millaisia ovat heidän tarpeensa
- Miten käytettävissä olevat voimavarat on tunnistettu ja kohdennettu
- Miten asiakaskeskeisyyttä kannattaa kehittää, jotta palvelun sujuvuutta voitaisiin lisätä ja voimavarat saataisiin riittämään

2 Aineisto ja menetelmät

2.1 Helsingin kaupungin rekisterit

Selvityksessä on käytetty Helsingin kaupungin tietokeskuksen, Helsingin sosiaalivieraston ja terveyskeskuksen aineistoja sekä aiempia selvityksiä. Helsingin kaupungin tietokeskus on lisäksi laskenut sovitusti alue- ja peruspiirikohtaisia lukuja. Think-tank tyyppisiä tapaamisia järjestettiin tietokeskuksen kanssa neljä.

Taulukko 1. Tietokeskuksen kanssa järjestettyihin eri tapaamisiin osallistuneet henkilöt

Helsingin kaupungin tietokeskus (TIEKE)	Helsingin kaupungin talouskeskus (TASKE)	Vanhuspalvelujen vastuualue (VAVA), Helsingin kaupunki	Ikäihmisten palvelut (IIPA), THL	Suomen ympäristökeskus (SYKE)
Asta Manninen	Mirjam Heikkinen	Timo Vierelä	Sirpa Andersson	Mika Ristimäki
Pekka Vuori			Harriet Finne-Soveri	
Sini Askelo				
Eija Rauniomaa				
Elisa Haapamäki				
Tea Tikkanen				

2.2 Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen rekisterit

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) hoitoilmoitusrekisterien tietoja vuosilta 2001- 2010 käytettiin palveluiden vertailussa (www.Sotkanet.fi, Kotihoidon laskenta 31.11.2010).

Laitokseen puolivuositain kertyvää RAI-aineistoa käytettiin uusiin analyyseihin säännöllisen kotihoidon, palveluasumisen, vanhainkotihoidon ja terveyskeskuksen pitkäaikaishoidon osalta. Säännöllisen kotihoidon helsinkiläisistä asiakkaista suoritettuja arviointeja oli kaikkiaan 37 793 ja omana toimintana järjestetystä palveluasumistoinnasta arviointeja oli 11 343. Ostopalveluina tuotetusta palveluasumisesta arviointeja oli 3010, ja vanhustenkeskuksista 60 314.

Terveyskeskuksen pitkäaikaishoidosta arviointeja oli kaikkiaan 20 501 vuosina 2000-2009. Vuodesta 2010 alkaen nämä entisten sairaaloiden osastoilla suoritettut arvoinnit sisältyvät vanhustenkeskusten lukuihin. Tässä selvityksessä terveyskeskuksen pitkäaikaishoidon luvut on eroteltu omaksi ryhmäkseen voimavarojen kohdentumista ja muutoksen seuraamista varten.

2.2.1 RAI-järjestelmän yleiskuvaus

RAI järjestelmä on yksilön hoidon ja palveluiden laadun ja kustannustehokkuuden parantamiseksi kehitetty standardoitu ja kansainvälisesti päteväksi ja luotettavaksi osoitettu asiakkaan tarpeiden ja voimavarojen arviointijärjestelmä (Morris ym. 1996, Sgadari ym. 1997). Se on ensisijaisesti kehitetty yksilöllisen hoitosuunnitelman apuvälineeksi. Arviot suoritetaan aina palvelut aloitettaessa ja sen jälkeen vähintään puolivuosittain. Tavoitteena on löytää sellaiset toimintakykyä ja hyvinvointia uhkaavat tekijät, jotka hyvällä hoidolla voidaan korjata sekä auttaa yksilöä hyödyntämään omia voimavarojaan omatoimisuuden turvaamiseksi (Morris ym. 1990, Hawes ym. 1997, Morris ym. 2000). Hoidon ja palvelujen laadun sekä kustannustehokkuuden on osoitettu paranevan käyttöönoton jälkeen (Fries ym, 1997, Hawes ym 1997, Mor ym. 1997, Phillips ym 1997, Hansebo ym. 1999 Landi ym. 2001).

2.2.3 Selvityksessä käytetyt RAI-järjestelmään sisältyvät mittarit

Tässä selvityksessä käytettiin tärkeimpiä sellaisia RAI-järjestelmään kuuluvia mittareita, joita voidaan käyttää yhteismitallisesti sekä kotihoidossa että ympärivuorokautista hoivaa tarjoavissa asumispalveluissa. Mittarit ovat käyttökelpoisia myös palvelutarpeen alku- ja toistoarvioinneissa.

1. Arjesta suoriutuminen

- Arjesta suoriutumista mitataan yleensä päivittäisistä henkilökohtaisista toiminnoista (BADL) suoriutumisena ja/tai kotitalouden hoitoon tai lääkkeiden ottoon sekä välineiden käyttöön liittyvänä suoriutumisena (IADL). Tähän selvitykseen valittiin kaksi BADL-mittaria.
- Pitkän ADL-mittarin (ADL-long) asteikko on 0-28, missä nolla merkitsee itsestä suoriutumista päivittäisissä toiminnoissa ja kaksikymmentä kahdeksan kaikissa toiminnoissa täysin autettavaa. Mitatut osa-alueet ovat liikkuminen sängyssä, siirtyminen tasolta toiselle, käveleminen omssa huoneessa ja osaston käytävällä, liikkuminen yksikön sisätiloissa, liikkuminen ulkona, pukeutuminen, WC:n käyttö, syöminen, henkilökohtaisen hygienian hoito ja kylpeminen. Mittari soveltuu parhaiten yksilötason seurantaan.
- Hierarkkisen ADL-mittarin (ADLh) asteikko on 0-6, missä nolla merkitsee omatoimista ja kuusi täysin autettavaa henkilöä (Morris ym. 1999). Mitatut osa-alueet ovat henkilökohtaisen hygienian hoito, WC:ssä suoriutuminen, liikkuminen ja syöminen. Mittari soveltuu kuntouttavan hoitotyön kohdentamiseen ja kuntatason seurantaan.

2. Kognition vajaus (dementia)

- Kognition, eli älyllisen toimintakyvyn vajaus, on monitahoinen ilmiö. johon liittyy muistin lisäksi monimutkaisia älyllisiä toimintoja.
- Tässä selvityksessä käytetty mittari on Cognitive Performance Scale (CPS), jonka

asteikko 0-6, missä nolla merkitsee normaalia ja kuusi erittäin vaikeaa kognition vajea. Mitatut osa-alueet ovat lähimuisti, päätöksentekokyky, ymmärretyksi tuleminen, tajunnan taso ja kyky syödä itse.

- Koska mittarin käyttö perustuu hoitajan havainnointiin, eikä edellytä arvioitavan omaa erityissuoritusta, sen avulla on mahdollista tarkastella kaikkien ikäihmisten palveluiden asiakkaita yhteismitallisesti, riippumatta kognition vajeuksen vaikeusasteesta (Morris ym.1994).

3. **Terveydentilan vakaus**

- Terveydentilan vakaudella on yhteys pitkäaikaissairauksien asteeseen ja elinennusteeseen.
- Terveydentilan vakautta kuvaava mittari, Changes in Health, End-stage disease and Symptoms and Signs (CHESS) kehitettiin Kanadassa sekä laitos- että kotihoitopotilaiden horjuvan terveydentilan arvioimiseksi. Mittari asteikko on 0–5, jossa arvon nolla saa vakaa terveydentila ja arvon 5 erittäin epävakaa terveydentila. Mittarin osa-alueet ovat oireita (oksentelu, turvotus, hengenahdistus), ravitsemustilaan liittyviä havaintoja (tahaton painon lasku, riittämättömät arteriat, riittämätön nesteiden saanti) toimintakyvyn muutoksia (pätöksentekokyvyn huononeminen, päivittäisen toimintakyvyn huononeminen) sekä kuoleman läheisyys.
- Mitä korkeampi mittarin lukema on, sen heikompi on elinennuste (Hirdes ym. 2003).

4. **Palvelun tarve**

- Palvelutarpeen kokonaisvaltainen arviointi edellyttää muu toimintakyvyn eri ulottuvuuksien sekä niihin liittyvien riskitekijöiden vuorovaikutukseen ja mittaamiseen perustuvaa arviointia (www.toimia.fi).
- Method for Assessing Priority Levels (MAPLe), jossa asteikko on 0-5. Nolla merkitsee erittäin vähäistä palvelujen tarvetta, viisi erittäin runsasta. Mitatut osa-alueet käsittävät hierarkkisen ADL-, ja CPS mittareiden lisäksi lääkityksestä suoriutumiseen, ravitsemukseen, terveydentilaan ja turvallisuuteen liittyviä kysymyksiä. Psykkisen toimintakyvyn alueelta mitataan käytösoireita. Sosiaaliselta alueelta mittari käsittää mm. kotiympäristön vaaratekijöiden arvioinnin.
- MAPLen avulla voidaan hahmottaa sekä tarvittavan hoivan ja palveluiden sisältöä että palveluiden määrällistä tasoa (Hirdes ym. 2008). Palvelutarpeen mittaria on käytetty säännöllisen kotihoidon ja kaupungin toimintana järjestetyn palveluasumisen asiakkaila ja se saadaan käyttöön vuoden 2012 aikana myös vanhustenkeskuksissa. Mittaria käytetään laajasti esimerkiksi Kanadassa asiakkaiden palvelutarpeen arviointiin ja sijoitteluun (case management).

5 **Mieliala**

- Mielialaa, erityisesti alakuloa, on mitattu Depression Rating Scale-mittarilla (DRS), jonka asteikko on 0-14, missä nolla merkitsee alakulon oireiden poissa-

oloa, mutta 3 pistettä tai enemmän merkitsee kliinisen masennuksen epäilyä (Burrows ym. 2000).

6 Kustannuspaino

- Kustannuspaino on hoitoaikaa ja henkilöstön osaamistasoa kuvaava suhdeluku, jota käytetään välillisesti ilmaisemaan hoitoisuutta tai työn kuormittavuutta laitostai kotihoidossa.
- Tässä selvityksessä on käytetty Resource Utilization Groups III luokitukseen (Fries ym. 1994, Björkgren ym. 2000) kuuluvaa 22 alaluokkaa sisältävää mittaria (RUG III/22) ja siihen kuuluvaa kustannuspainoa, jonka asteikko on 0,42 - 2,52. Suhdeluku on laskettu mittaamalla kuhunkin hoivattavaan yksilöön kohdistunut hoito-, hoiva- tai annetun avun aika, minkä keskiarvo on vakioitu luvuksi yksi. Suhdeluku osoittaa, että vanhainkodeissa ja vanhustenkeskuksissa asuvien eniten henkilöstöltä aikaa saaneiden asiakkaiden saama hoiva-aika voi nelinkertainen verrattuna vähiten aikaa saaneisiin.
- Kustannuspainoa hyväksi käyttäen voidaan rakentaa hinnoittelujärjestelmä esimerkiksi palvelusetelin käyttöä varten koti- ja laitoshoitoon.

2.3 Haastattelut

Henkilöstön ja päälliköiden haastattelut suoritettiin taulukoiden 2 - 4 mukaisesti ryhmä- tai yksilöhaastatteluina 5.5.- 22.6. välisenä aikana.

Taulukko 2. Terveyskeskus

Aika	Taho	Nimi
5.5.	Terveysasemat	Antti Iivanainen, terveysasemien johtaja Antti Hemminki, johtava ylilääkäri, Lännen terveysasemat Kari Korhonen, johtava ylilääkäri, Keskustan terveysasemat Nina Ahlblad-Mäkinen, ylihoitaja, Keskustan terveysasemat
13.5.	Muistipoliklinikka	Marja-Liisa Laakkonen, ylilääkäri, Laakson sairaala
13.5.	Ylin johto	Riitta Simoila, kehittämisjohtaja
18.5.	Kotihoito	Lyytinen Anna-Liisa, kotihoiton johtaja Iso-Aho Merja, kotihoiton ylilääkäri Nuorivaara Sarri, kotihoitopäällikkö, etelä Raulos Eeva, kotihoitopäällikkö, itä+kaakko Sandelin Eeva, kotihoitopäällikkö, pohjoinen Tolkki Pirjo, kotihoitopäällikkö, keskinen Väisänen Pirjo, kotihoitopäällikkö, länsi
13.6.	Kotihoito	Lyytinen Anna-Liisa, kotihoiton johtaja
18.5.	Psykiatria	Tuula Saarela, psykiatrian johtaja
3.6.	Suu ja hampaat	Seija Hiekkänen, ylihampaaslääkäri
15.6.	Psykiatria	Eeva Hölttä, ylilääkäri, psykiatria
19.5.	Hoitoketjut	Kristina Backlund, hoitoketjuylilääkäri
27.5.	Kaupungin sairaala	Eeva Ketola, johtajalääkäri, kaupunginsairaala Saija-Riitta Eskola-Manneri, ylihoitaja, Suursuon sairaala Pertti Heikkilä, ylilääkäri, kuntoutusyksikkö Merja Iso-Aho, ylilääkäri, kotihoito Kirsi Kinnunen, apulaisyliääkäri, Laakson sairaala Jani Mononen, osastonlääkäri, Haartmanin päivystys
20.6.	Kotisairaala	Eeva Leppävuori, ylilääkäri, kotisairaala
22.6.	Henkilöstö	Seija Ginström, geriatrian erikoislääkäri, pääluottamushenkilö Mirja Pirskanen, hoitaja, luottamushenkilö

Kaikille haastatelluille esiteltiin selvityksen toimeksianto ja heitä pyydettiin esittämään kokemukseensa tai tutkittuun tietoon perustuvia näkemyksiään iäkkäiden henkilöiden hoidosta

- mikä menee hyvin
- missä on oikea suunta, mutta on vielä kehitettävää
- mikä on pulmallista

Jos toimialueen rajapinnat eivät tulleet ensimmäisten kohtien käsittelyssä spontaani esiin, haastateltuja pyydettiin tarkentamaan arviotaan oman toimintakenttensä tai toimialan sisäisiin sekä toimialojen tai hallintokuntien välisiin rajapintoihin.

Taulukko 3. Helsingin sosiaalivirasto

30.5.	Hoitoketjut	Riitta Aejmelaus, ylläkäri,
31.5.	Ylin johto	Arja Peiponen, vanhuspalvelujohtaja
31.5.	Hyvinvointia edistävät kotikäynnit	Maarit Varis, suunnittelija
31.5.	Vapaaehtoistoiminta	Saara Jäämies, Vapaaehtoistoiminnan koordinaattori, Kustaankartanon vanhustenkeskus ja läntinen suurpiiri
1.6.	Aluepäälliköt	Maarit Rautio, Läntinen sosiaali- ja lähityön yksikkö Riina Lilja, Itäinen sosiaali- ja lähityön yksikkö Sirpa Järnström, Pohjoinen sosiaali- ja lähityön yksikkö Liisa Viljaranta, Eteläinen sosiaali- ja lähityön yksikkö
7.6.	Kehittämiskonsultit	Helena Soini, vanhustyön kehittämisspäällikkö Leila Pitkälho, kehittämiskonsultti Timo Vierelä, suunnittelija Satu Viheraari-Virtanen, hoitotyön asiantuntija Päivi Portin, hoitotyön asiantuntija
8.6.	Palvelukeskukset	Riitta Kauppila, johtaja, Kampin palvelukeskus Sari Hedman, johtaja, Kinaporin palvelukeskus, Kontulan palvelukeskus Marketta Saastamoinen, johtaja, Munkkiniemen palvelukeskus Helena Siltala, johtaja, Töölön palvelukeskus
10.6.	S-info	Pirkko Excell, johtava neuvoja
10.6.	Palvelusetelit	Tuulikki Siltari, ostopalvelupäällikkö
10.6.	Entiset terveyskeskussairaalat	Seija Meripaasi, pitkäaikaishoidon päällikkö Riitta Lahtinen, johtava ylihoitaja, Myllypuron vanhustenkeskus Anneli Wallden, johtava ylihoitaja, Koskelan vanhustenkeskus, Claudia Hellström, ylihoitaja, Kivelän vanhustenkeskus Kirsi Pentikäinen, suunnittelija, Kivelän vanhustenkeskus Hannele Hyvönen, perushoitaja, henkilöstön edustaja, Kivelän vanhustenkeskus
13.6.	Palveluasuminen	Tarja Näkki, johtaja, Itäkeskuksen palvelutalo Erja Lantinen, johtaja, Puistolän palvelutalo Annikka Id, johtaja, Vuorensyrjän palvelutalo Eeva-Liisa Tuominen, vanhainkoti- ja palveluasumispäällikkö
13.6.	Työsuojelu	Satu Pikkainen, työsuojeluvaltuutettu Jari Mäenmaa, työsuojeluvaltuutettu Outi Moilanen, sosiaaliohjaaja, eteläinen sosiaali- ja lähityön yksikkö, henkilöstön edustaja Pirjo Taberman, osastonhoitaja, Kustaankartanon vanhustenkeskus, henkilöstön edustaja
14.6	Maahanmuuttajat	Maija Hyttinen, suunnittelija, Kontulan vanhustenkeskus
15.6.	Vanhustenkeskukset	Malla Hinttala, johtaja, Riistavuoren vanhustenkeskus Leila Koivisto, johtaja, Kontulan vanhustenkeskus Leena Pohjala, johtaja, Kustaankartanon vanhustenkeskus Marja Nurmi-Köngäs, johtaja, Töölön vanhustenkeskus Tiina Halonen, hoitaja, Riistavuoren vanhustenkeskus
15.6.	Ruotsinkieliset	Malena Seppä, johtava sosiaalityöntekijä, Merja Etholen-Rönnberg, sosiaali- ja lähityön päällikkö
16.6.	Alueellinen toiminta	Timo Vierelä, suunnittelija

Kunkin tahon aihepiiriä koskevia kysymyksiä syvennettiin tarpeen mukaan. Haastattelutilanne pyrittiin pitämään stukturoituna mutta joustavana kokemukseen perustuvan tiedon kuulemiseksi.

Haastatteluihin varattiin 1,5-2 tuntia riippuen ryhmän koosta. Kaksi yksilöhaastattelua suoritettiin puhelimitse. Ryhmähaastattelujen kirjaamisen suorittivat Helena Saloniemi Sosiaalivirastosta ja Hanna-Leena Nuutinen terveyskeskuksesta. Haastattelut toteutuivat suunnitellusti.

Taulukko 4. Helsingin työterveyshuolto, liikuntavirasto, kulttuurivirasto sekä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin päivystys

Aika	Taho	Nimi
19.5.	Päivystys, HUS	Raija Malmström, päivystysalueen johtava ylilääkäri
30.5.	Kulttuuri	Jenni Varho, kulttuurisuunnittelija
7.6.	Liikunta, Sosv ja Lv	Minna Ekman, liikunnansuunnittelija
13.6.	Työterveyshuolto	Helena Helko, Työterveyslääkäri, Marja-Liisa Soidinmäki, ylihoitaja, työterveys

HUS=Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiiri

Lv=Liikuntavirasto

Kahta hallinnonalojen yhteistä SWOT-analyysia varten varattiin aikaa elokuulle 2011. Yhteinen keskustelu ei edennyt suunnitelman mukaan, minkä vuoksi ensimmäisen tilaisuuden tehtävää ei suoritettu ja toinen tilaisuus peruutettiin.

2.4 Analyysit

2.4.1 Alueelliset analyysit

Alueellista tarkastelua varten analyysieihin käytetyt aineistot jaettiin suurpiireihin ja kuvion 5 mukaisesti myös peruspiireihin. Postinumeroita käytettiin erilaisista aineistoista johtuvien laskentatapojen yhdistämiseen ja oikean peruspiirin tarkistamiseen. Alueellista tarkastelua käytettiin säännöllisen kotihoidon asiakkaiden analyyseissä.

Pitkäaikaishoito luokiteltiin kotihoitoon, palveluasumiseen ja laitoshoittoon. Palveluasumisesta erotettiin omiksi ryhmikseen kaupungin omana toimintana ja ostopalveluina tuotettu palveluasuminen. Laitoshoidosta erotettiin omaksi ryhmikseen entiset terveyskeskuksen pitkäaikaishoidon sairaalat (Kivelän, Koskelan ja Myllypuron sairaalat), jotka muuttuivat 1.1.2010 alkaen vanhustenkeskuksiksi siirryttyään Helsingin terveyskeskuksen alaisuudesta sosiaalivirastolle.



Kuvio 5. Kuvio 5. Helsingin peruspiirit

Lähde:Helsingin kaupungin Tietokeskus 2011

2.4.2 Tilastolliset analyysit

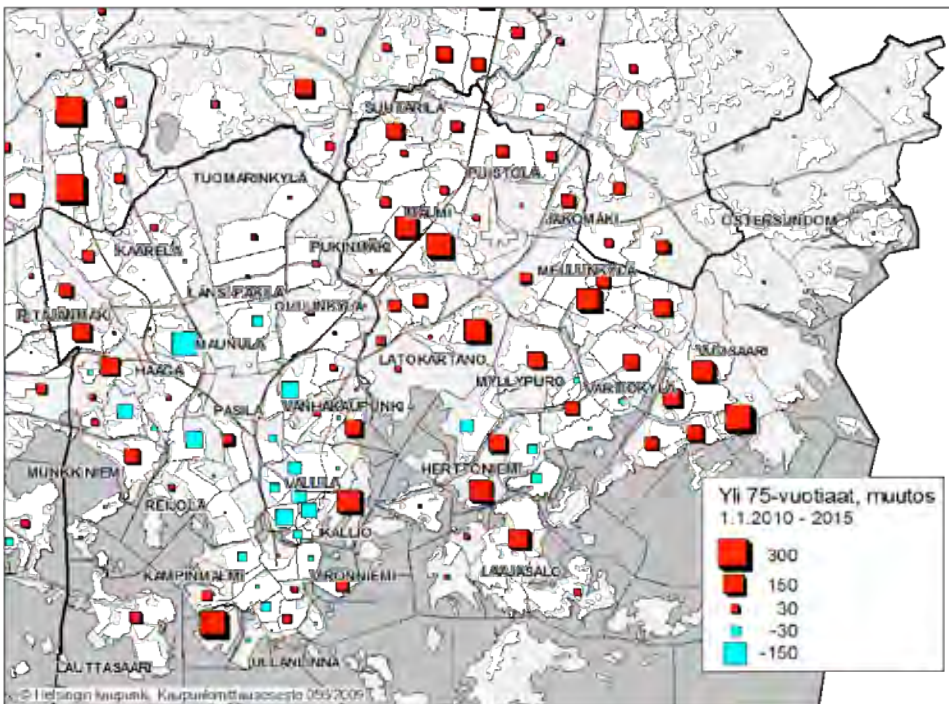
Tilastolliset analyysit tehtiin RAI-aineistosta käyttämällä suoria jakaumia, keskiarvoja, ristiintaulukointia ja Khiin neliön testiä dikotomisille muuttujille. Logistista regressioanalyysiä käytettiin analysoitaessa jatkuvia muuttujia sekä testattaessa eri ilmiöihin liittyviä itsenäisiä tekijöitä. Analyysit tehtiin käyttäen SAS-tilastolaskentaohjelmaa (Copyright (c) 2002-2003 by SAS Institute Inc., Cary, NC, USA). Analyysit esitetään THL:n erikseen toimittamassa julkaisussa.

3 Väestö, asuminen ja esteettömyys

3.1 Helsingin väestön ikääntyminen

3.1.1 Väestön ikääntyminen peruspiireittäin

Helsingin 65 vuotta täyttäneen väestön lukumäärän arvioidaan kasvavan lähes 118 000 henkilöön kymmenessä vuodessa, mikä merkitsee lähes kolmanneksen lisäystä vuoden 2010 tilanteeseen. Tänä aikana 75 vuotta täyttäneen väestön ennustetaan kasvavan 12 805 henkilöllä ja 80 vuotta täyttäneen noin 5 822 henkilöllä. Muutoksen ennustetaan olevan erisuuruinen ja erisuuntainen eri alueilla (Kuvio 6).



Kuvio 6. 75 vuotta täyttäneet. Muutos osa-alueittain 1.1.2010-2015

Lähde:Vuori ja Laakso, Helsingin Väestöennuste 1.1.2011-2050, Helsingin kaupungin Tietokeskus 25.9.2010

Helsingin kaupungin Tietokeskuksen mukaan (2011) muuhun maahan verrattuna Helsingin väestörakenteelle on ollut tyypillistä nuorten aikuisten suuri osuus suhteessa lapsien ja kuusikymmentä viisi vuotta täyttäneiden osuuteen. Suurin Helsinkiin muut-

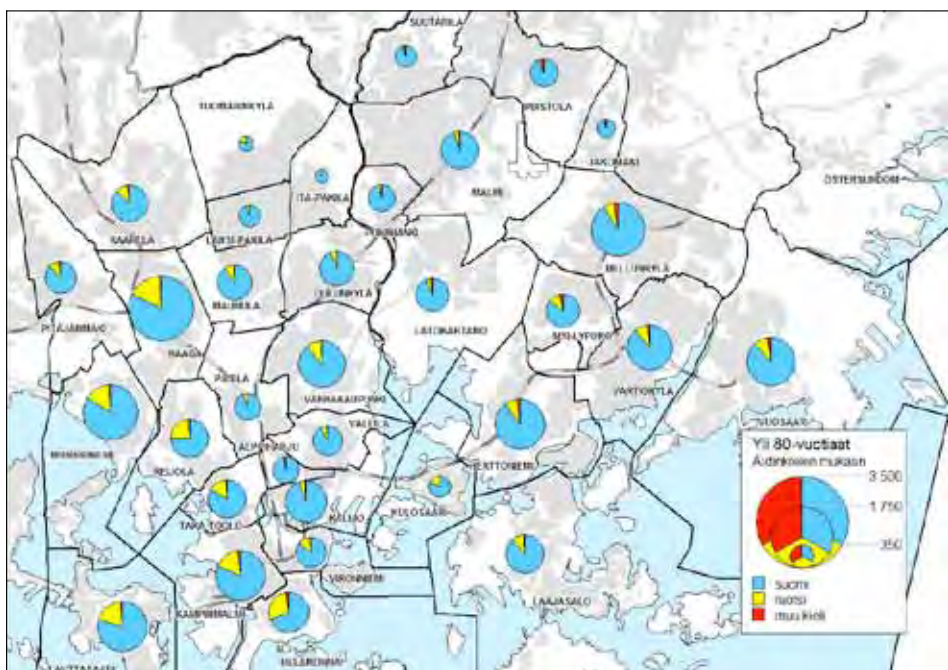
tava ryhmä on ollut 18 - 29-vuotiaat. Muuttovoitto on kohdistunut saman ryhmän nuorimpaan ja -tappio vanhimpaan päähän. Tähän tasapainoon vaikuttavia muutoksia ei ikääntymistä lukuun ottamatta ole tätä kirjoitettaessa tiedossa.

Kahdeksankymmentä vuotta täyttäneestä väestöstä noin joka neljäs on potentiaalinen avun tarvitsija - muut aikuisikäryhmät voidaan nähdä avun tarpeen suhteen neutraaleina, samankaltaisena kuin muu aikuisväestö tai potentiaalisena voimavarana.

3.2. Sosiodemografisia tekijöitä

3.2.1. Äidinkieli

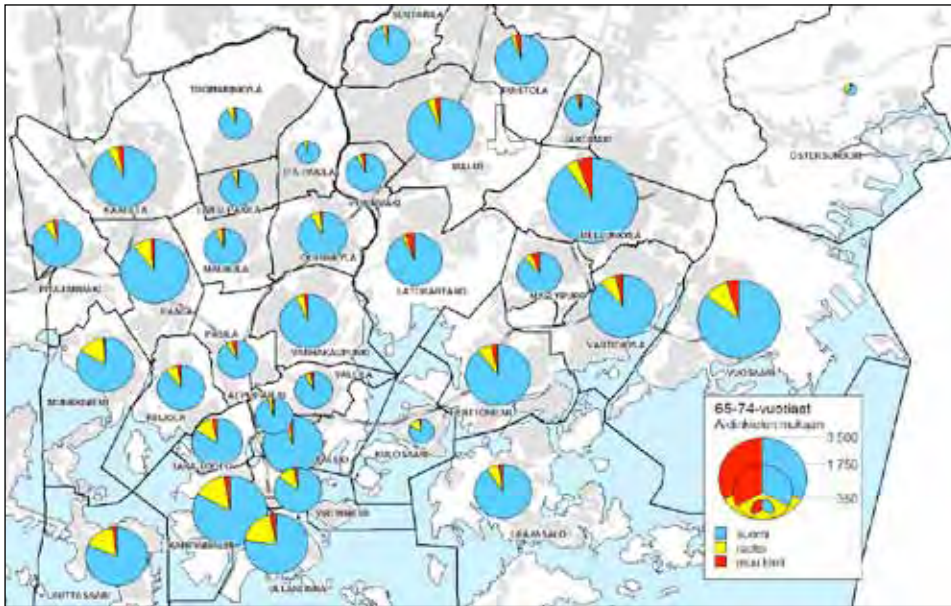
Vuoden 2010 lopussa Helsingissä asui 35493 ruotsinkielistä henkilöä. 80-vuotiaiden ja sitä vanhempien keskuudessa muut kuin suomenkieliset olivat pääosin ruotsinkielisiä ja muita kieliä äidinkielenään puhuvia oli vähän (Kuvio 7).



Kuvio 7. 80 vuotta täyttäneet helsinkiläiset äidinkielen mukaan peruspiireittäin.

Lähde:Helsingin kaupungin Tietokeskus 2011

Nuoremmassa ikäryhmässä (65-74 vuotiaat) muu kuin suomen- tai ruotsinkielisyys oli yleisempää (kuvio 8). Palveluiden järjestämisen kannalta - etenkin seuraavan kymmenen vuoden aikana - merkittävää on äidinkielenään muuta kuin suomen kieltä puhuvien 65 -74-vuotiaiden sirpaloituminen lähes kaikkiin peruspiireihin kuitenkin siten, että painopiste on lännessä ja etelässä.



Kuvio 8. 65-74 vuotiaat helsinkiläiset äidinkielen ja peruspiirin mukaan

Lähde:Helsingin kaupungin Tietokeskus 2011

Vaikka muuta kuin suomen- tai ruotsinkieltä puhuvien 65-74-vuotiaiden prosentuaalinen osuus on peruspiireittäin suurempi kuin 80 vuotta täyttäneillä, se on edelleen muuhun peruspiiriin samanikäiseen väestöön suhteutettuna pieni. Muiden kuin suomen- tai ruotsinkieltä äidinkielenään puhuvien kaupungin asukkaiden painopiste on idässä (Kuvio 8). Niiden raihnautuvien osuus, jotka äidinkielenään puhuvat muuta kuin suomenkieltä, tulee muuttumaan kannanottoa edellyttävällä tavalla tätä selvitystä seuraavan vuosikymmenen aikana.

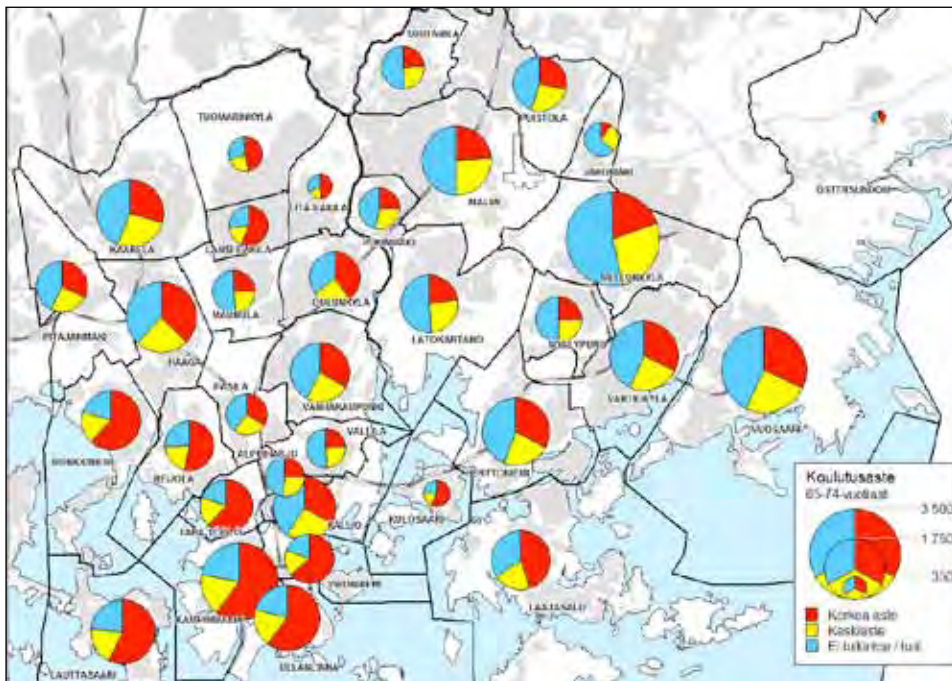
3.2.2. Koulutustaso ja elämäntyyli

Pohjolaisen (ym. 2011) Helsingin keskustassa Kampinmalmin alueella asuvien terveyttä, toimintakykyä ja elintapoja koskevaan selvitykseen vastanneet 75 vuotta täyt-

täneet helsinkiläiset olivat jonkin verran muuta maan väestöä koulutuetumpia ja terveempiä. Heistä vajaa kymmenesosa tupakoi, miehet ja naiset yhtä usein. Noin neljäosa miehistä ja viidesosa naisista harrasti tutkijoiden näkemyksen mukaan riittävästi liikuntaa ja ruokatottumukset näyttivät alkoholin käyttöä lukuunottamatta kehittyneen suotuisaan suuntaan.

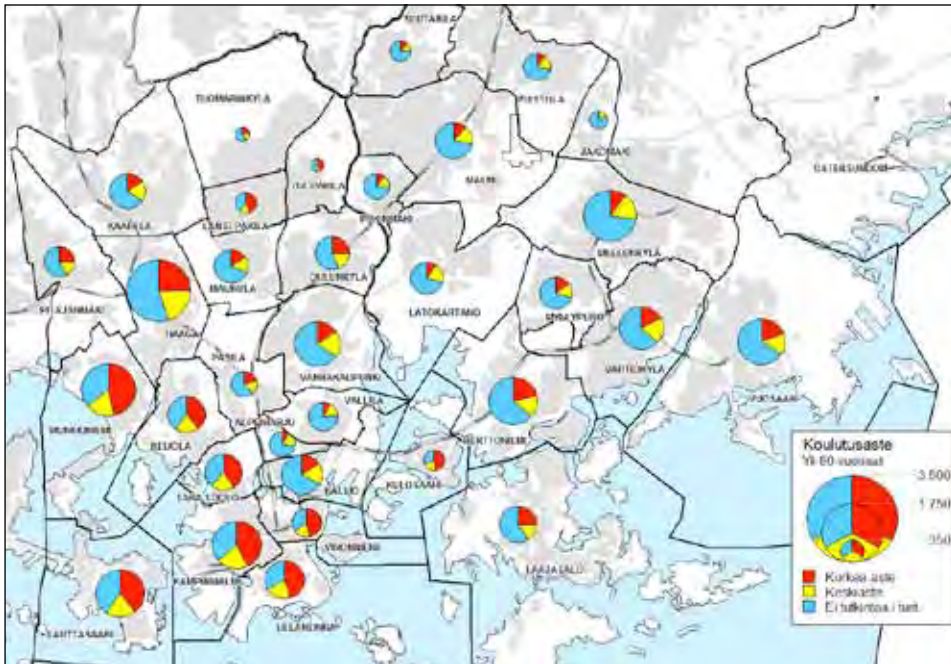
Samoin kuin muissa, vastaavissa tutkimuksissa tässä tutkimuksessa sosioekonomisen aseman yhteys terveydentilan ja elämäntapojen muuttujiin oli vahva sekä miehillä että naisilla. On todennäköistä, että Kampinmalmin alueella tehdyn tutkimuksen tulokset ovat karkeasti sovellettavissa koulutustasoltaan ja sosioekonomiselta asemaltaan samankaltaisiin muihin peruspiireihin, mutta ei varmuudella koko Helsinkiin.

Helsingin Tietokeskus on laskenut peruspiireittäin 65-74 vuotiaan väestön koulutustason kuvioon 9 ja 80 vuotta täyttäneen kuvioon 10. Kaikenkaikkiaan 65 vuotta täyttäneistä nuorimmat olivat vanhimpia paremmin koulutettuja. Kuviot osoittavat korkeimman koulutustason kasaantuvan eteläisiin sekä läntisiin kaupunginosiin ja matalimman itään ja pohjoiseen.



Kuvio 9. 64-74 vuotiaat helsinkiläiset peruspiireittäin koulutustason mukaan.

Lähde: Helsingin kaupunki Tietokeskus



Kuvio 10. 80 vuotiaat helsinkiläiset peruspiireittäin koulutustason mukaan.

Lähde:Helsingin kaupunki Tietokeskus

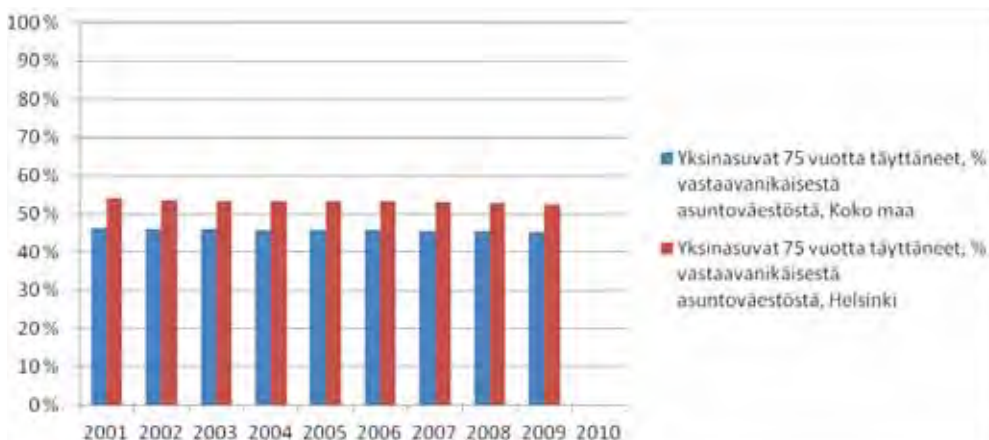
Korkean koulutustason tiedetään olevan vahvasti sidoksissa hyvään sosioekonomiseen asemaan, pitkään terveeseen elämään sekä älyllisen ja fyysisen toimintakyvyn säilymiseen kun taas matala koulutustaso on sidoksissa varhaiseen sairastavuuteen ja toiminnanvajaukseen sekä kuolevuuteen. Asuinkaupunginosa vaikuttaa tähän ennusteeseen suotuisasti tai epäsuotuisasti (Auchingloss ym. 2001). Matalan sosioekonomisen tason alueilla asuvilla kognition ja arjesta suoriutumisen vajaukset ovat yleisempiä kuin muualla riippumatta tutkittavan koulutustasosta ja sosiaalisesta asemasta (Basta ym.2007).

Koulutustaso vaikuttaa myös halukkuuteen tehdä vapaaehtoistyötä. Eri maissa tehtyjen tutkimusten mukaan todennäköinen vapaaehtoistyöntekijä on korkeasti koulutettu terve ja toimintakykyinen - mahdollisesti eläkkeelle siirtynyt henkilö. Tästä näkökulmasta tarkasteltuna Helsingin vapaaehtoisten voimavarapotentialiaali voisi painttua etelään ja länteen.

3.2.3. Asuntokuntien koko

Vuoden 2010 viimeisenä päivänä Helsingin kuusikymmentä viisi vuotta täyttäneestä väestöstä lähes puolet (n=39 406) asui yksin ja yksiasuvista yli puolet (n=21 083) oli täyttänyt 75 vuotta eli 75-vuotta täyttäneestä väestöstä joka toinen asui yksin (kuvio

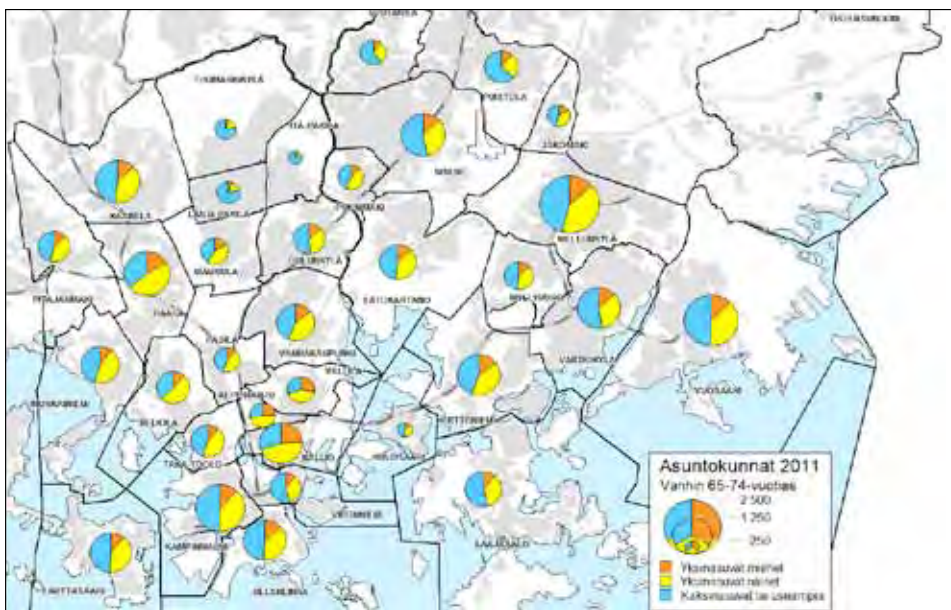
11), Helsingissä hieman useammin kuin muualla maassa. Yksinasumisen prosentuaalinen osuus samanikäisestä väestöstä ei juurikaan ole muuttunut Helsingissä viimeksi kuluneen kymmenen vuoden aikana, eikä näköpiirissä ole syitä, jotka muuttaisivat tilannetta seuraavina vuosina.



Kuvio 11. Yksinasuvat 75-vuotiaat tai sitä vanhemmat, % vastaavanikäisestä väestöstä

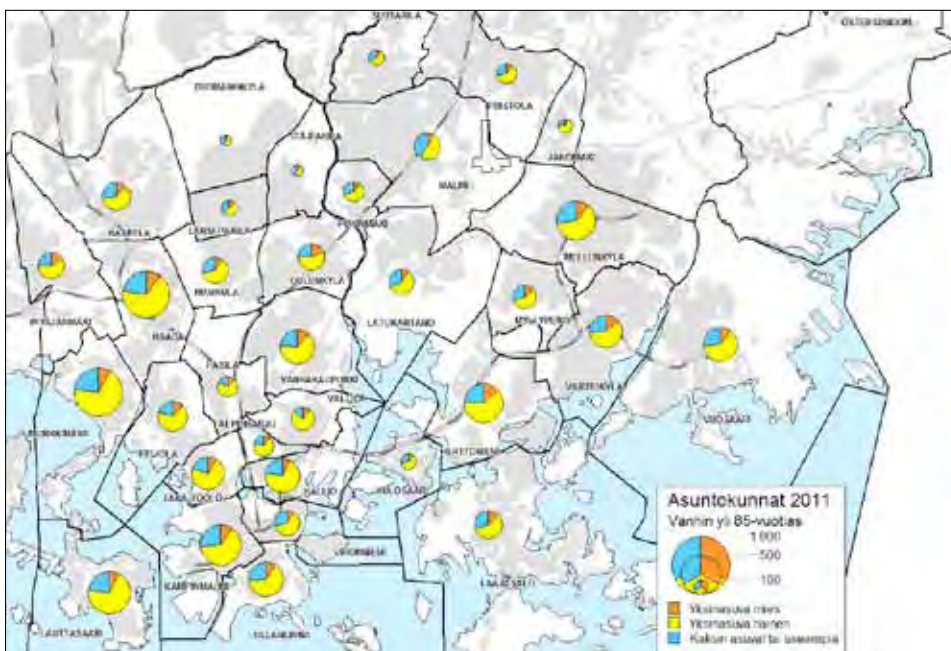
Lähde: Sotkanet, THL

Kahdesta tai useammasta henkilöstä muodostuvia sellaisia asuntokuntia, joissa molemmat olivat täyttäneet 65 vuotta, oli vuoden 2010 lopussa yhteensä 15 977 ja näistä valtaosassa (n=13 130) vähintään toinen oli täyttänyt 75 vuotta.



Kuvio 12. Asuntokunnat, joiden vanhin jäsen on 65-74 vuotias sukupuolen ja asuintalokomppaneiden mukaan peruspiireittäin vuonna 2011

Lähde:Helsingin kaupungin Tietokeskus 2011



Kuvio 13. Asuntokunnat, joiden vanhin jäsen on 85 vuotta täyttänyt sukupuolen ja asuintalokomppaneiden mukaan peruspiireittäin vuonna 2011

Lähde:Helsingin kaupungin Tietokeskus 2011

Lisäksi Helsingissä oli tuolloin 12 043 sellaista muuta asutokuntaa, joissa vähintään yksi oli täyttänyt 65 vuotta, näistä asutokunnista 4162 oli sellaisia joiden vähintään yksi jäsen oli täyttänyt 75 vuotta. Yhteensä usean hengen asutokuntia, joissa vähintään yksi oli 75 vuotta täyttänyt oli noin 17 000.

Kuviot 12 ja 13 esittävät asutokuntia kahdessa eri ikäluokassa asutokunnan vanhimman jäsenen mukaan. Kahdesta tai useammasta henkilöstä muodostuvien asutokuntien osuus on suurempi 65-74 vuotiaiden ikäryhmässä vanhempiin ikäluokkiin verrattuna. Yksinasuvien naisten osuus on vanhoissa ikäluokissa nuorempia ikäluokkia suurempi.

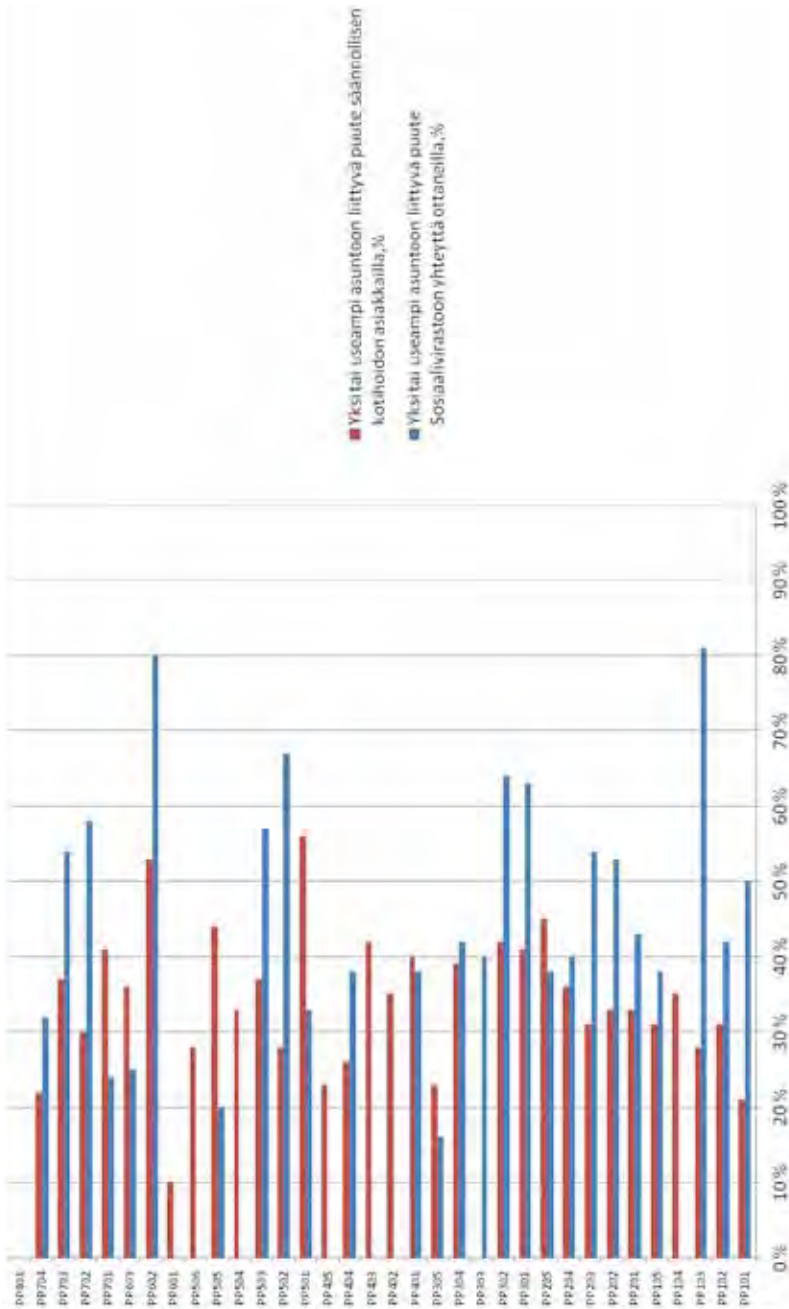
3.2.4. Kodin ja sen lähiympäristön turvallisuus ja esteettömyys

Helsingin sosiaalivirastoon vuosina 2007-2009 yhteyttä ottaneiden 65 vuotta täyttäneiden helsinkiläisten palvelutarpeen arviointi (Finne-Soveri ym. 2010) osoitti koti- ja asuinympäristön puutteiden olleen palvelutarpeen arvioon hakeutuneiden henkilöiden keskuudessa yleisiä.

Yksi tai useampi kodin puute tai vaaratekijä esiintyi lähes joka toisella (46%) yhteyttä ottaneella siten, että yleisimmäksi ongelmaksi nimettiin pääsy kotiin tai sieltä ulos (26%) ja toiseksi yleisimmäksi wc:n ja kylpyhuoneen soveltumattomuus iäkkäälle. Kaikkiaan näistä 408 henkilöstä 219 (54%) oli myös säännöllisen kotihoidon asiakkaita. Niillä henkilöillä jotka eivät saaneet säännöllisen kotihoidon palveluita yksi tai useampi asunnon puutteellisuus esiintyi 39% kun samana ajanjaksona säännöllisen kotihoidon asiakkailla yksi tai useampi kodin puutteellisuus havaittiin joka kolmannella (33%). Kuvioista 14 ilmenee asuntojen puutteiden jakauma peruspiireittäin sekä sosiaaliviraston iäkkäiden asiakkaiden kotihoidon asiakkaita heikompi asuntojen kunto.

Helsingin kaupungin tietokeskus arvioi kolmasosan helsinkiläisistä 65-74 vuotiaista ja joka toisen 80 täyttäneen asuneen 31.12.2010 hissittömässä talossa. Kuviossa 15 on esitetty hissittömässä talossa asuvien jakauma peruspiireittäin ja ikäryhmittäin. Hissittömyys selittää osan kotiin ja sieltä pois pääsyn esteellisyydestä sekä säännöllisen kotihoidon asiakkailla että sosiaalivirastoon vuosina 2008 ja 2009 yhteyttä ottaneilla iäkkäillä henkilöillä.

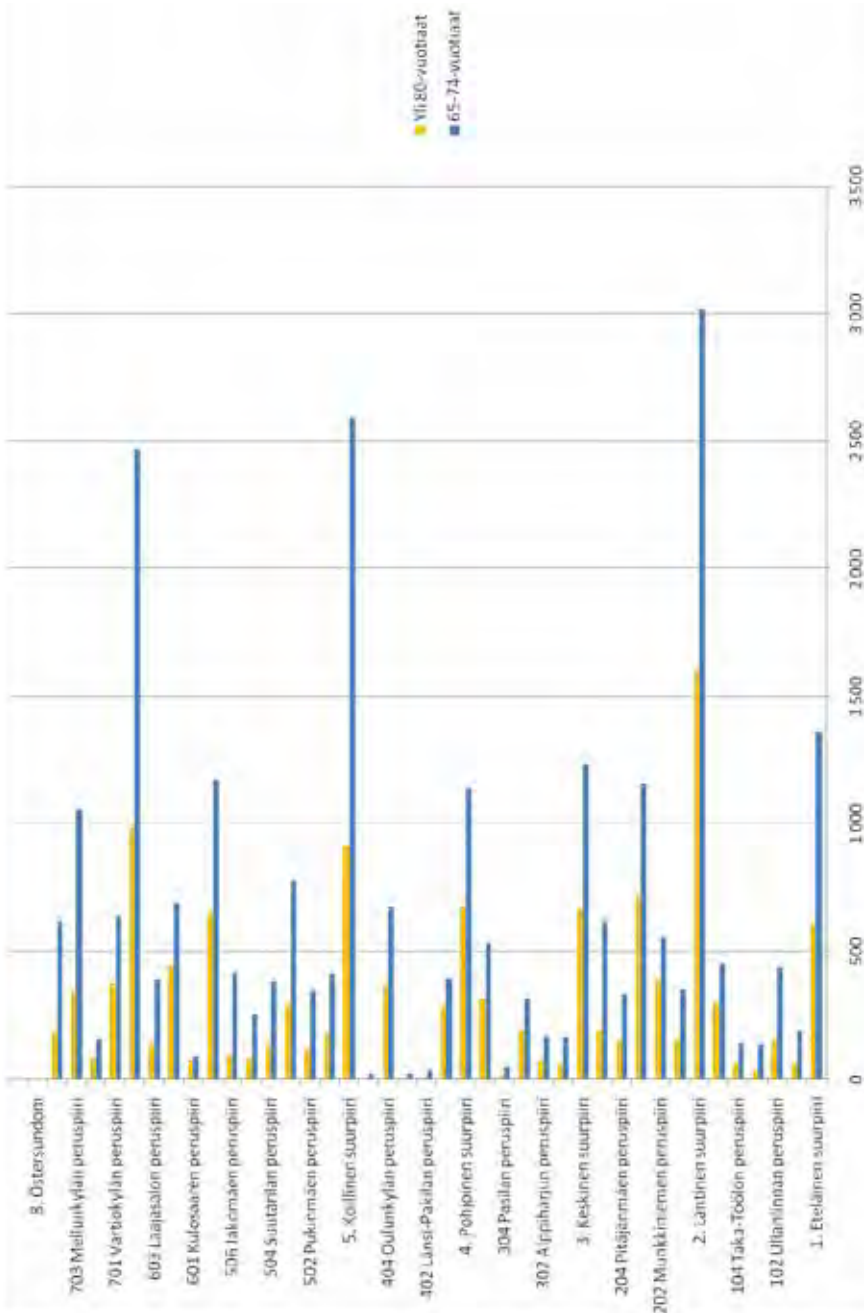
Sosiaalivirastoon yhteyttä vuosina 2007-2009 ottaneilla asunnon ja sen lähiympäristön puutteet heikensivät vähintään joka toisen (56%) hauraan iäkkään mahdollisuuksia liikkua omatoimisesti kotinsa ulkopuolella. Taulukkoon 5 on koottu SosiaaliporrasRAI- hankkeen (Finne-Soveri ym 2010) tuloksia asuinympäristön erilaisten puutteellisuuksien osalta. Liikkumista haittaavien ulkoportaiden (31%) ja liikkumista haittavan mäkinen maaston osuus (33%) muodostivat merkittävän osan kodin ulkopuolella liikkumisen haitasta.



Kuvio 14. Yksi tai useampi kotiin liittyvä puute (%) peruspiireittäin säännöllisen kotihoidon asiakkaina ja sosiaalivirastoon yhteyttä ottaneilla iäkkäillä henkilöillä.

Lähde: 1) SosiaaliporrRASAI-hanke (n=366, Aineistosta poistettu ne, joiden peruspiiriä ei oltu merkitty. Alle viisi arviointia käsitäneet peruspiirit merkitty tyhjiksi)

2) Kotihoidon RAI tietokanta ikäihmisten palvelut, THL, ajanjakso 1.4.-30.9.2010 (n=4718)



Kuvio 15. Hissitömissä taloissa 31.12.2010 asuneet 65 vuotta täyttäneet helsinkiläiset ikäryhmittäin ja peruspiireittäin.
Lähde (Helsingin kaupungin Tietokeskus ja Facta kuntarekisteri)

Palvelujen kohtuuttoman kaukana oleva sijainti tai kulkuvälineiden kohtuuttoman vaikea käyttö häytti joka viidettä (19%). Osa esiin tulleista omatoimista liikkumista häyttävistä ongelmista kuten puuttuvat levähdyspenkit, katukivetysten hankalat reunat tai raskaat ovet ovat ratkaistavissa yksinkertaisin ja kustannuksiltaan vähäisin keinoin.

Taulukko 5. Asunnon lähiympäristöön liittyneet ongelmat sosiaaliviranomaisiin yhteyttä ottaneilla iäkkäillä 2007-2009

	lkm	%
Lähiympäristön palvelujen ja ulkoilalueiden käyttö		
Käyttää asuinalueensa palveluja /ulkoilualuetta itsenäisesti	104	26,1
Käyttää asuinalueensa palveluja /ulkoilualuetta avustettuna	188	47,2
Ei käytä asuinalueensa palveluja /ulkoilualuetta	71	17,8
Palvelujen saatavuus		
Asuinalueella on liikenneyhteydet kohtuuttoman kaukana	43	10,8
Asuinalueella on riittämättömät kaupalliset palvelut	49	12,3
Asuinalueella on riittämättömät julkiset palvelut	41	10,3
Asuinalueella on luonto- ja puistoalueet kohtuuttoman kaukana	8	2
Liikkumisesteet		
Asuinalueella on liikkumista häyttäviä ulkoportaita	123	30,9
Asuinalueella on liikkumista häyttäviä katukivetyksen reunoja	97	24,4
Asuinalueella on liikkumista häyttäviä mäkien maasto	135	33,9
Asuinalueelta puuttuvat levähdyspenkit	110	27,6
Asuinalueella on liikkumista häyttäviä puutteellisia katuvalaistuksia	4	1
Asuinalueella on liikkumista häyttäviä raskaita julkisten tilojen ovia	44	11,2
Asuinalueella on suojatiet liian kaukana	12	3
Asuinalueella on liikkumista häyttäviä muuta esteitä	17	4,3
Asunnon lähiympäristöön liittyvä turvallisuuden tunne		
Kokee asuinalueensa turvattomaksi oman epävarmuutensa vuoksi	44	11,2
Kokee asuinalueensa turvattomaksi, koska ei osaa liikkua alueella	40	10,1
Kokee asuinalueensa turvattomaksi, koska alue on levoton	13	3,3
Kokee asuinalueensa turvattomaksi, koska pelkää iltaisin	16	4
Kokee asuinalueensa turvattomaksi muun syyn vuoksi	4	1

Lähde: SosiaaliporrasRAI-hanke (Finne-Soveri ym. 2010)

Yhdestä tai useammasta syystä asuinalueensa turvattomaksi koki joka viides ja joka toinen heistä piti tärkeimpänä turvallisuuden syynä omaa epävarmuuttaan. Alueen levottomuus vaivasi vain yksittäisiä henkilöitä. Turvallisuuden tunteen herättäjänä omat sisäiset epävarmuustekijät olivat ulkoisia epävarmuustekijöitä kuten asuinalueen levottomuutta merkittävämpiä.

Julkisten ja kaupallisten palvelujen riittämättömyys asuinalueella on pohdinnan arvoinen asia. Asiointi jalan oman asuinalueen missä tahansa arjen sujumisen kannalta merkittävässä palvelupisteessä ylläpitää arjen taitoja, edistää vuorovaikutusta sekä kykyä tehdä valintoja. Tarkasteltaessa iäkkäiden apua tarvitsevien henkilöiden kodin ulkopuolella liikkumista havaitaan, että sosiaaliviraston puoleen kääntyneistä vain 26% liikkui

kodin ulkopuolella itsenäisesti ja 47% autettuna. Säännöllisen kotihoidon asiakkaista joka toinen kykeni liikkumaan kodin ulkopuolella itsenäisesti tai kevyen valmisteluun liittyvän avun turvin.

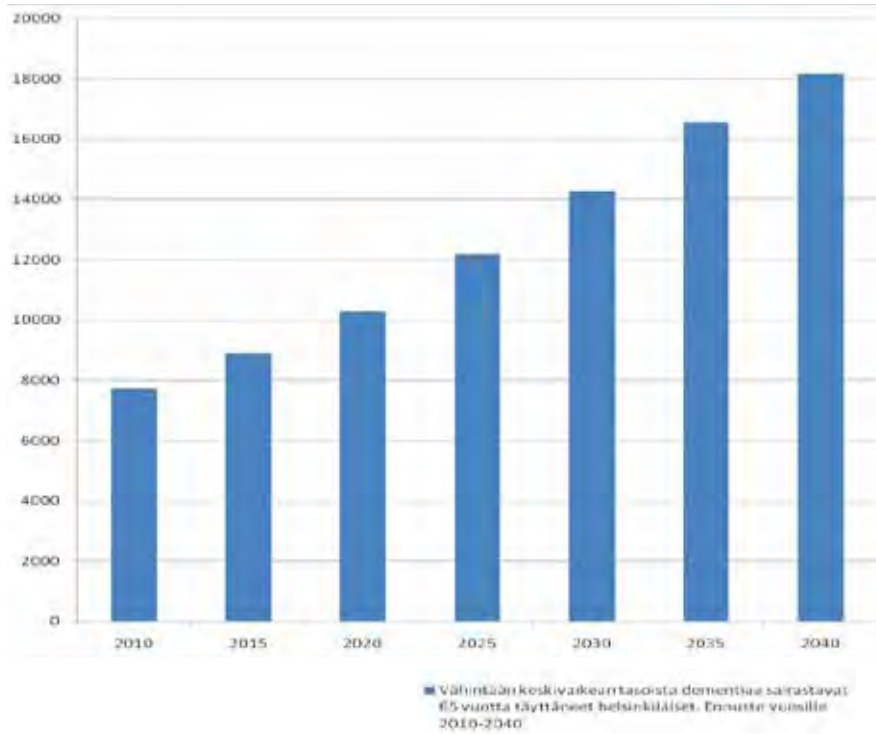
Sosiaaliviraston työntekijät pitivät kaupungin ikääntyvän väestön huomioonottavaa aluesuunnittelua ensiarvoisen tärkeänä omatoimisuuden, sosiaalisen elämän, tiedonkulun ja elämän loppuvaiheen raihnutumisen kannalta. Alueellisuuden kehittämisen tärkeys nostettiin oma-aloitteisesti esiin kuudessa (yhdeksästätoista) keskustelussa. Kehittämistä käsiteltiin sosiaali- ja terveystalvueluita laajempuna ilmiönä. Sen koettiin sisältävän asumis- ja liikennepalveluiden lisäksi kaupan, kulttuuri- ja iikuntapalvelut.

3.3. Katsaus tulevaan

Väestön ikääntymisen ennusteiden avulla voidaan laskea ennusteet palveluiden käyttöön ja huolenpidon tarpeeseen liittyville sairaus- ja oireyhtymäryhmille, joista merkittävin on muistisairaudet. Näiden ikäryhmittäinen esiintyvyys ja ilmaantuvuus suomalaisessa väestössä tiedetään. Sellaista parantavaa hoitoa, jolla olisi vaikutus seuraavan 5-10 vuoden palvelutarpeen ennusteisiin, ei varmuudella ole näköpiirissä.

Muistisairauksiksi nimitettyyn sairauksien ryhmään liittyy viimeistään keskivaikeasta vaiheesta lähtien merkittävä avun ja huolenpidon tarve ja niiden oheisilmiöihin kuten kaatuiluun ja lonkkamurtumiin kalliiden terveystalvuelujen käyttö.

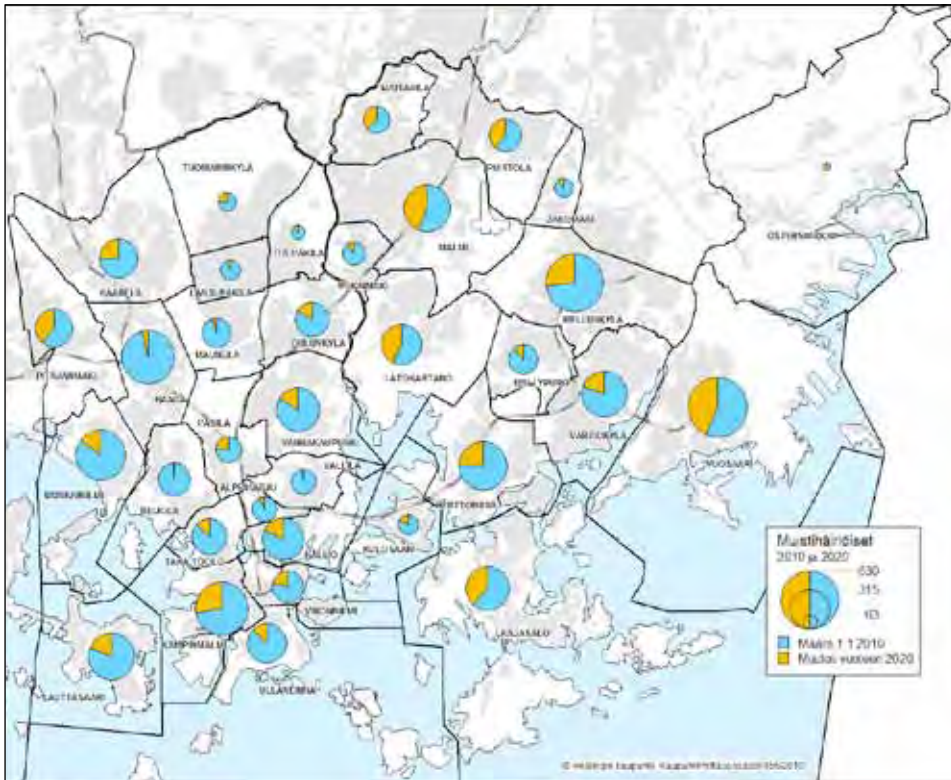
Kuvio 15 kuvaa keskivaikean tai sitä vaikeamman demention esiintyvyyttä Helsingissä vuonna 2010 ja ennustetta ajanjaksolle 2011 - 2040. Luvut on laskettu käyttäen Suomen muistiasiantuntijoiden (www.suomenmuistiasiantuntijat.fi) suosimaa suomalaisiin aineistoihin perustuvaa kaavaa, jonka mukaan 65-69-vuotiaiden ikäluokassa keskivaikean tai sitä vaikeamman demention esiintyvyys on 2,3%, 70-74-vuotiailla 4,2%, 75-79-vuotiailla 8,6%, 80-84-vuotiailla 13,0%, 85-89-vuotiailla 25,3% ja 90-vuotiailla tai sitä vanhemmilla 33,5%.



Kuvio 16. Keskivaikean tai sitä vaikeamman demensian esiintyvyyssennuste vuosille 2010-2040.

Lähde (Helsingin kaupungin Tietokeskus ja Suomen muistiasiantuntijat)

Terveydentilan ja toimintakyvyn ongelmat kasautuvat samoille henkilöille, usein niille, joilla on muistisairaus tai niille, jotka käyttävät päihteitä. Koska muistisairaudet ovat palveluiden järjestämisen kannalta iäkkäiden toiminnanvajauksen tärkein syy, tässä raportissa muita sairauksia tai ongelmia on tarkasteltu muistisairauksia vasten. Palveluiden tarvetta ennustettaessa ja palveluiden volyymia ja sisältöä suunnitellessa kannattaa sairauksien ja toiminnanvajauksen eri ulottuvuuksien kasautumisilmiö huomioida (Björkman ym. 2006).



Kuvio 17. Keskivaikea tai sitä vaikeampi dementia ja muutosennuste peruspiireittäin vuosina 2010 ja 2020.

Lähde: Helsingin tietokeskus ja Suomen muistiasiantuntijat

Helsingin peruspiirien eri tahtiin tapahtuva ikääntyminen ja muistisairauksien esiintyvyyden ennuste korostavat kaupungin peruspiirien välisiä ennestään tiedossa olevia eroja. Kaupunki näyttää jakautuvan muistisairaiden ja väestöennusteen mukaan seuraaviin palvelujen järjestämisen kannalta oleellisiin kategorioihin

1. suuri muistisairaiden osuus vuonna 2010, ennustettu lisäys 10 vuoden aikana suuri
2. suuri muistisairaiden osuus vuonna 2020, ennustettu lisäys 10 vuoden aikana pieni
3. keskikokoinen tai pieni muistisairaiden osuus vuonna 2010, ennustettu lisäys 10 vuoden aikana suuri
4. keskikokoinen tai pieni muistisairaiden osuus vuonna 2010, ennustettu lisäys 10 vuoden aikana pieni

3.4. Väestö ja yhteiskunnan rakenne voimavarana

3.4.1. Liikkumisen mahdollistaminen kävelleen

Koska yhdyskuntarakenne vaikuttaa palvelujen tarpeeseen ja käyttöön, sitä kannattaa tarkastella toimintakyvyn ylläpitämisen näkökulmasta esimerkiksi siten, ylläpitääkö se iäkkään toimintakykyä kannustamalla liikkumaan lähiympäristössä kävelleen. Suomen ympäristökeskuksen raportissa (Ristimäki ym 2011) on analysoitu yhdyskuntarakennetta vyöhykkeinä, joissa alueryhmät on jaettu joukkoliikenteen kannalta edullisiin vyöhykkeisiin, autoilua edellyttäviin vyöhykkeisiin sekä jalankulkua tai pyöräilyä edistäviin vyöhykkeisiin.

Iäkkäiden ja erityisesti muistisairaiden kannattaisi asua, ja palveluasumista tai palvelukeskuksia rakentaa jalankulkua edistäville vyöhykkeille, missä lievästi muistisairailta olisi mahdollisuus käyttää lähipalveluita. Iäkkäimpien liikuntakykyisten kaupunkilaisten, (erityisesti vain lievästi muistisairaiden) jalankulkua ylläpitävä ympäristö edellyttäisi tärkeimpien lähipalvelujen kuten kauppa, apteekki ja pankki olevan vielä lähempänä kotiosoitetta kuin muulla väestöllä, mikä on selvitettävissä SYKE:n aineistoista.

Helsingin tietokeskus on tuottanut sähköisen palvelujen käyttöä edistävän ja helpottavan tietokannan (www.hel.fi/), jonka avulla julkisten palveluiden osoitteet ja saavutettavuus julkisen liikenteen avulla on kaikkien niiden saatavilla, jotka osaavat käyttää Internetiä - ja siis puhelinta ?

3.4.2. Koulut ja opiskelijat voimavarana

Pääkaupunkiseudulla oli useita kymmeniä oppilaitoksia ja kouluja, joista yksin Helsingin yliopiston opiskelijoiden yhteenlaskettu määrä ylitti 65 000 henkilöä vuonna 2011. Muiden yliopistojen ja oppilaitosten opiskelijat huomioiden pääkaupunkiseudulta löytyy ainakin kaksinkertainen määrä opiskelevia nuoria aikuisia, joista vain osa on valmistusmassa sosiaali- tai terveysalalle.

OSA II

PITKÄAIKAISHOITO

4 Pitkäaikaishoidon rakenne ja peittävyys

4.1 Pitkäaikaishoito laitoksessa ja kotona

Pitkäaikaishoidolla tarkoitetaan tässä selvityksessä iäkkäiden käyttämää laitoshoidoa, palveluasumista ja kotihoitoa sekä omaishoidon tukea. Pitkäaikaishoitoon varattuja laitos- tai vanhainkotipaikkoja on voitu käyttää joko vakituisiin tai tilapäisiin asumis- tarkoituksiin (Hoitoa ja huolenpitoa ympäri vuorokauden STM 2010).

Suomen perustuslain 19 § turvaa iäkkäille välttämättömän toimeentulon, huolenpidon ja perusturvan sekä riittävät sosiaali- ja terveystaloudelliset palvelut, mutta huolenpidon ja palveluiden järjestäminen jakautuu monelle lainsäädännön alueelle ja kuntalaki määrittää kunnanvaltuustolle laajan toimivallan (365/1995, 65 §) sekä runsaasti liikkumatilaa talouden ja palvelujen järjestämisen saralla. Jos palvelut järjestetään oman toiminnan sijasta ostopalveluina, palvelujen tuottajat kilpailutetaan julkisista hankinnoista annetun lain mukaan (349/2007).

Sosiaalihuoltolaki (28§) ja -asetus (607/1983, 11§) säätelevät laitoshoidoa. Palveluasumista säätelevät puolestaan sosiaalihuoltolain 22 ja 23 § yhdessä sosiaalihuoltoasetuksen 10 § kanssa. Asumisen perustana on jälkimmäisessä tapauksessa asuinhuoneiston vuokrauksesta annettu laki (481/1995).

Raja palveluasumisen ja laitoshoidon välillä on määritetty asetuksella (1507/2007). Laitoshoidoksi määritettyä on sairaalassa, terveyskeskuksen vuodeosastolla tai vastaavassa sosiaalihuollon laitoksessa annettu hoito. Samoin on asian laita jos hoidosta on päättänyt terveyskeskuksen vastaava lääkäri tai sairaalan lääkäri. Toimintaa pidetään laitoshoidona vain jos laitoshoidon määritelmät toteutuvat.

Avohoidon tunnusmerkkejä ovat vuokra- tai omistusasunnossa asuminen, sosiaali- huoltolain mukaisten asumispalvelujen saanti, perhehoito, omaishoito, kotisairaanhoito, jaksohoitojen tai päivä/yöhoidon välillä kotona olo, palvelujen järjestäminen muualla kuin laitoshoidon yhteydessä ja omaehtoisten vaikutusmahdollisuuksien korostuminen palvelujen suunnittelussa. Avohoitoa voidaan järjestää sellaisillekin, jota sairautensa tai vammansa vuoksi eivät pysty itse osallistumaan päätöksentekoon. Erikoissairaanhoitoon järjestämä hoito potilaan kotona on myös avohoitoa.

Kesäkuun yhdenentoista päivänä 2011 päivätyn Helsingin kaupungin vakanssirekisterin mukaan Sosiaaliviraston vanhuspalveluiden yhteinen vakanssimäärä oli 2593 ja kotihoidon vakanssit terveyskeskuksen toimintakertomuksen mukaan (2010) yhteensä 1976. Edellisen palkkamenot olivat vuositasolla keskimäärin 100 ja jälkimmäisen noin 65 miljoonaa euroa.

4.2 Laitohoito ja palveluasuminen

4.2.1. Kaupungin omana toimintana tuotetut laitospaikat

Laitoshoitoon vuonna 2010 varatusta yhteensä 2553 paikasta 1422 oli järjestetty kaupungin omana toimintana ja 1131 ostopalveluina vuoden 2010 päätyessä. Taulukkoon 6 on koottu omana toimintana tuotettujen laitospaikkojen ja niitä vastaavien käytettävissä olevien RAI-arviointien lukumäärät vuosina 2010-2011.

Taulukko 6. Omana toimintana tuotetut laitospaikat 2010 ja 2011 sekä RAI-arvioitujen asukkaiden lukumäärät laitoksittain 2010

Laitoshoito vanhustenkeskuksissa	Pitkäaikaisen laitoshoidon paikat		Lyhytaikaisen laitoshoidon paikat*		Yhteensä laitoshoidon paikat*		RAI arvioitujen asukkaiden lkm 30.9.2010
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	
Vuosi	2010	2011	2010	2011	2010	2011	30.9.2010
Kivelä	267	161	20	33	287	194	236
Koskela	327	268	25	55	352	323	335
Kustaankartano	457	407	110	110	567	517	420
Myllypuron	175	150	41	35	216	185	198
Yhteensä	1226	986	196	233	1422	1219	1189

vk=vanhustenkeskus

*sisältää arviointi- ja kuntoutuspaikat, kriisipaikat ja muun lyhytaikaishoidon

** D-talo peruskorjauksessa, Kuntokartanosta (lyhytaikaishoito) arvioitu 18 henkilöä

Lähde: Helsingin kaupungin sosiaalivirasto ja THL, ikäihmisten palvelut, RAI-tietokanta, 1.4.2011

Kivelän, Koskelan ja Myllypuron vanhustenkeskukset ovat entisiä terveyskeskus-sairaaloita, jotka vuoden 2010 alusta siirtyivät terveyskeskuksesta sosiaaliviraston alaisuuteen. Yhdessä Kustaankartanon vanhustenkeskuksen kanssa ne muodostavat Sosiaaliviraston omana toimintana tuottaman laitoshoidon.

Taulukko 7. Omana toimintana tuotettujen laitospaikkojen hoitohenkilöstö

	Osastonhoitaja	Sairaanhoitaja	Hoitaja	Hoitoapulainen	Terapia	Ohjaaja	Yhteensä
Kivelä	16	35	96	0	5	2	154
Koskela	29	48	162	0	7	4	250
Kustaankartano	20	92	255	38	23	33	461
Myllypuro	10	33	92	0	5	3	143
Yhteensä							

Lähde: Voimassa olevat vakanssit 10.6.2011

Selitteet: Mukaan laskettu 1) varahenkilöt (jos heitä oli) 2) vain toimintayksiköihin sijoitettu hoitohenkilöstö (ei hallintoon sijoitettua), mutta kaikki ohjaajat ja terapeutit.

Osastonhoitaja = osastonhoitajat, apulaisosastonhoitajat

Hoitaja= perus- lähi- tai mielenterveyshoitaja, vastaava hoitaja (n=35)

Hoitoapulainen= hoitoapulainen tai laitosapulainen

Terapia= fysio-, toiminta-, ravitsemus- tai jalkaterapeutti, kuntohoitaja

Ohjaaja= on ohjaaja, sosiaaliohjaaja, virikeohjaaja.

Taulukkoon 7 on laskettu vakanssien perusteella likiarvo hoivaan ja huolenpitoon todennäköisesti osallistuvasta henkilöstöstä. Työtävät voivat poiketa osastojen ja laitosten välillä. Vakanssilla voi olla jokin muu sovittu työntekijä, tai se ei ole käytössä. Mukana on vain osastoille tai toimintayksiköihin sijoitettu henkilöstö terapiahenkilöstöä ja ohjaajia lukuun ottamatta. Kaikki heidät on laskettu mukaan lukuihin.

Kun hoitohenkilöstöön lasketaan vain sairaanhoitajat ja hoitajat, sairaanhoitajien osuus oli Kivelässä 27%, Koskelassa 23% Kustaankartanossa 26% ja Myllypurossa 26%.

Taulukkoon 8 on koottu ostopalveluina tuotettujen laitospaikkojen lukumäärät vuonna 2010 ja niitä vastaavat RAI-arvioinnit samana vuonna.

Taulukko 8. Ostopalveluina tuotetut laitospaikat 2010 sekä RAI-arvioitujen asukkaiden lukumäärät tuottajaorganisaation mukaan 2010

Tuottajaorganisaatio	Toimipaikka	Paikat, lkm	RAI-arvioitujen lkm 2010
Muistiliitto ry (Yhteensä)	Leenankoti	22	0
Attendo MedOne, Hoiva Oy (Yhteensä)	Apollokoti	26	0
Betesdasäätiö (Yhteensä)	Palvelukoti Jokela	41	0
Esperi Care Oy (Yhteensä)	Tilikka	12	0
Gaiussäätiö (Yhteensä)	Puotilan vanhainkoti	121	0
	Munksnäshemmet	56	0
Helsingin Diakonissalaitoksen Hoiva Oy (Yhteensä)	Scilla	81	112
	Elim		
	HIA		
	Kotikallio		
	Pääskylä		
Helenan Vanhainkodin Säätiö (Yhteensä)	Helenan vanhainkoti	60	0
Helsingin seniorisäätiö (Yhteensä)	Antinkoti	603	610
	Kannelkoti		
	Mariankoti		
	Osmonkallio		
Marian sairaskotisäätiö (Yhteenä)	Pakilakoti	29	29
Lauttasaaren sairaskoti			
Omakotisäätiö (Yhteensä)	Mäntylä	78	80
Yhteensä		1131	832

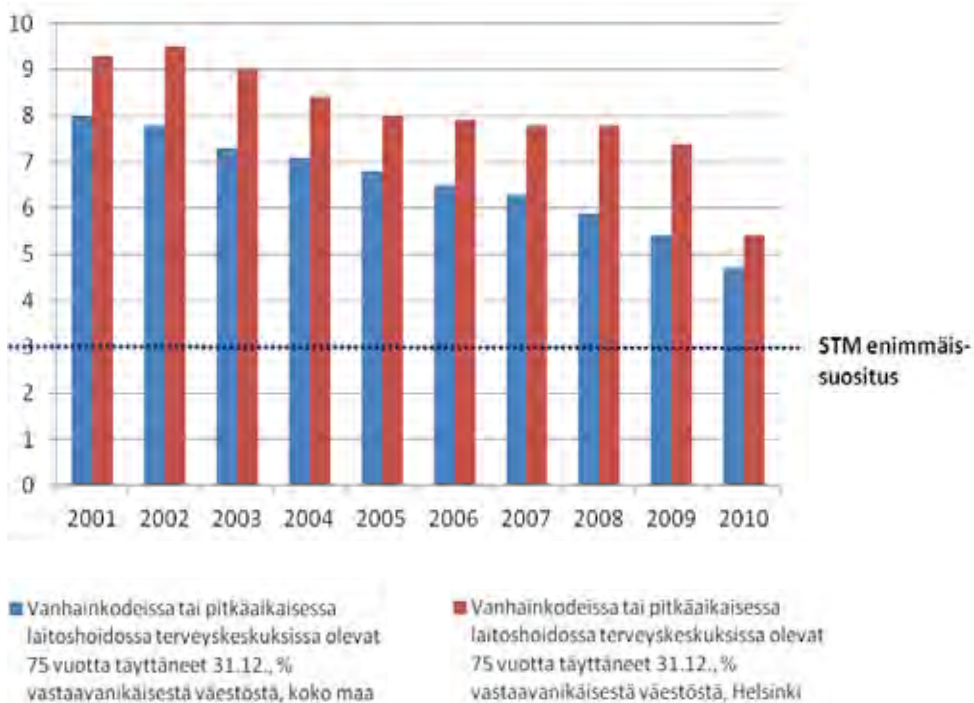
Lähde: Helsingin kaupungin sosiaalivirasto ja THL RAI-tietokanta

Vuonna 2011 toteutuneet paikkamäärät riippuivat pääasiallisesti perusparannustöiden aikatauluista ja saatavilla olevien väistötilojen paikkamäärästä. Ostopalveluna hankittuja vanhainkotipaikkoja oli vuonna 2010 yhteensä 1131 joista merkittävin volyyymi, noin puolet, tuotettiin Helsingin seniorisäätiön viidessä vanhainkodissa, yhteensä. Taulukoiden 6 ja 8 luvut voivat vuoden 2011 osalta osoittautua vuoden päättyessä tässä esitetystä poikkeaviksi.

RAI-arvioinnilla tarkoitetaan kunkin asiakkaan tarpeiden monipuolista ja monialaista laajaa systemaattista arviointia, jota käytetään henkilön yksilöllisen hoito- ja

palvelusuunnitelman perustana sekä annetun hoidon ja palveluiden vaikuttavuuden seurannassa. RAI-arviointien kopiot lähetetään puolivuositain Terveiden ja hyvinvoinnin laitokseen, joka tuottaa jokaiseen arviointeja tehneeseen yksikköön yksilön kannalta tunnisteettoman vertailupalautteen, joka kuvaa asiakasrakennetta, hoidon laatua ja kustannusvaikuttavuutta. Tiedot käsitellään THL:ssä tietosuojalain mukaisesti, palautteet esitetään prosentteina ja keskiarvoina, eikä niistä ole mahdollista tunnistaa yksittäisiä henkilöitä.

Helsingin laitospaikkalukujen peittävyden vertailu valtakunnallisiin vastaaviin lukuihin vuosina 2001 - 2010 on esitetty kuviossa 18 laskettuna prosentteina vastaavanikäisestä väestöstä. Kuvio osoittaa Helsingissä olleen runsaammin laitospaikkoja kuin maassa keskimäärin ja lähes kaksinkertaisen määrän verrattuna STM:n vuonna 2008 antamaan suositukseen vuodelle 2012.

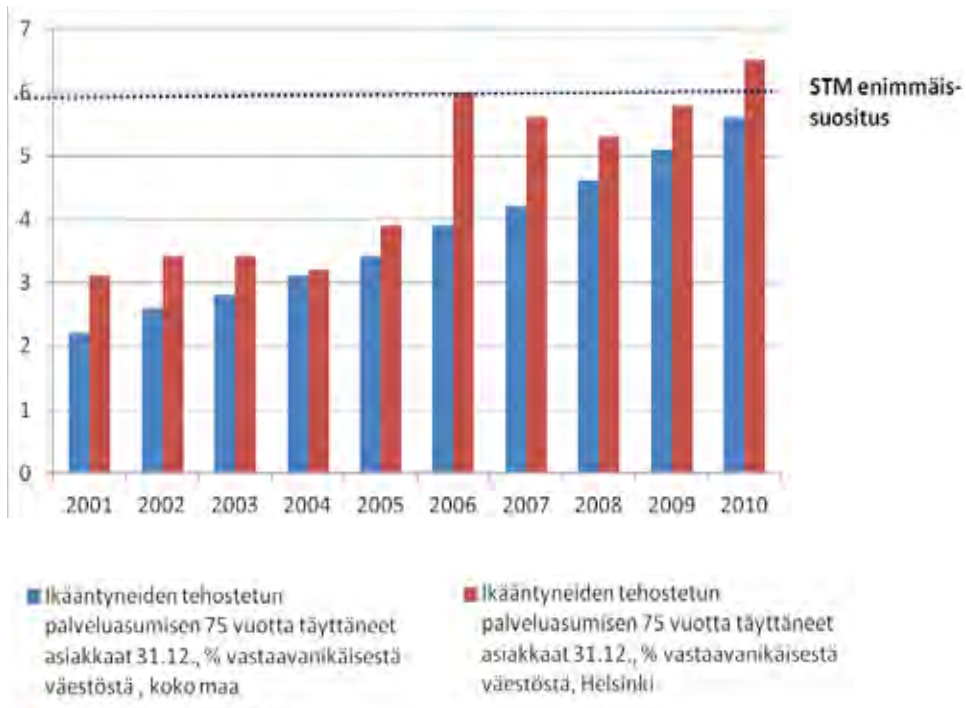


Kuvio 18. Iäkkäiden laitoshoidon asukkaiden prosentuaalinen osuus vastaavanikäisestä väestöstä 2001-2010

Lähde: Sotkanet, THL

4.2.2. Palveluasuminen

Vuonna 2010 kaupungin itse järjestämä palveluasumistuotanto käsitti 1221 paikkaa ja ostopalveluna hankittu palveluasuminen 736 paikkaa, yhteensä 1975 paikkaa. Itse järjestetty palveluasuminen tuotti kokonaisuudessaan vain tehostettua palveluasumista, eli ympärivuorokautista hoitoa ja hoivaa.



Kuvio 19. Iäkkäiden tehostetun palveluasumisen asukkaiden prosentuaalinen osuus vastaavanikäisestä väestöstä 2001-2010

Lähde: Sotkanet, THL

Kuviossa 19 on verrattu helsinkiläisten 75 vuotta täyttäneiden tehostetun palveluasumisen asukkaiden prosentuaalista osuutta vastaavanikäisestä väestöstä muun Suomen vastaaviin lukuihin. Kuvio osoittaa Helsingin runsaan ympärivuorokautisen hoidon tarjonnan verrattuna muuhun maahan.

Taulukoihin 6 ja 8 kerättyjen RAI-arviointien lukumäärien mukaan Helsingin 2553 laitospaikasta 2403 (94%) oli RAI-järjestelmää käyttävissä laitoksissa vuonna 2010. Vastaavasti palvelutalojen 1975 paikasta RAI-järjestelmää käyttäviä oli 1812 (92%), mutta palvelutaloissa ei kaikkia asukkaita ollut tuolloin vielä arvioitu (taulukko 9 ja 10).

Taulukko 9. Kaupungin itse järjestämän palveluasumisen paikkamäärät 2010-2011 ja RAI-arvioitujen asukkaiden lukumäärät laitoksittain 2010

Palveluasuminen	Pitkäaikainen palveluasuminen*		Lyhytaikainen palveluasumisen**		Palveluasuminen, paikat yhteensä		RAI arvioitujen lkm
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010
Vuosi							
Itäkeskuksen pt	95	95	5	5	100	100	90
Itä-Pasilan pt	109	109	0	0	109	109	79
Kannelmäen pt	92	92	5	5	97	97	88
Kinaporin mpvk	74	0	0	0	74	0	1
Kontulan vk	0	150	0	46	0	196	181
Madetojan pt	79	79	0	0	79	79	79
Munkkiniemin pt	35	34	0	2	35	36	23
Myllypuron pt	79	0	9	0	88	0	52
Palvelutalo Rudolf	153	153	0	0	153	153	139
Puistolan pt	119	119	0	0	119	119	104
Riistavuoren mpvk	115	138	0	47	115	185	192
Roihuvuoren vk	0	110	0	37	0	147	121
Syystien pt	97	97	0	0	97	97	90
Töölön vk	63	109	0	6	63	115	62
Vuorensyrjän pt	83	83	9	9	92	92	61
Yhteensä	1193	1368	28	157	1221	1525	1362

Selitteet: pt=palvelutalo
 vk=vanhustenkeskus
 mpvk=monipuolinen vanhustenkeskus

*palveluasunnot ja ryhmäkodit

** LAH+arviointi- ja kuntoutuspaikat sekä kriisipaikat

***luku täydentynyt edelliseltä vuosipuoliskolta

Lähde: Helsingin kaupungin sosiaalivirasto 1.4.2011 ja THL, Ikäihmisten palvelut, RAI-tietokanta, 2011

Nimikkeistö kuvaa palvelurakenteen ja toiminnan muutosta. Kaupungin omana toimintana tuotettu vanhainkotasuminen on muuttumassa palveluasumiseksi, monenlaista toimintaa myös muille kuin talo(i)ssa asuville tuottaviksi vanhustenkeskuksiksi tai useankaltaista asumista ja useankaltaista toimintaa myös muille kuin talo(i)ssa asuville tuottaviksi monipuolisiksi vanhustenkeskukseksi.

Toiminnan muuttuessa jousto ja palveluvalikko kasvavat, mutta laadun ja kustannustehokkuuden yhteismitallinen seuranta vaikeutuu. Henkilöstön nimikkeet kuvaavat työtehtäviä varsin vähän. Taulukkoon 10 on koottu palvelutalojen hoitohenkilöstön tietoja vakanssinimikkeiden mukaan palvelutaloittain. Mukaan ei ole laskettu palvelukeskuksia kuten Kamppi, Kinapori tai Munkkiniemi. Töölön vanhustenkeskuksesta mukaan on otettu vain ryhmäkotien hoitohenkilöstö

Taulukko 10. Kaupungin itse järjestämien palveluasumisen ja tähän toimintaan rinnastettavien palvelukeskusten hoitohenkilöstö 12 palvelutalossa

Palvelutalo tai vanhustenkeskus	Osastonhoitaja	Sairaanhoitaja	Hoitaja	Hoitoapulainen	Terapia	Ohjaaja	Yhteensä
Itäkeskuksen pt	0	5	59	4	4	2	74
Itä-Pasilan pt	0	5	35	1	3	5	49
Kannelmäen pt	0	5	54	5	3	3	70
Kontulan vk	5	34	101	18	12	13	183
Madetojan pt	0	4	45	3	1	5	57
Palvelutalo Rudolf	0	8	61	1	2	4	76
Puistolän pt	0	7	49	3	1	5	65
Riistavuoren mpvk	6	36	68	0	17	16	143
Roihuvuoren vk	6	34	77	8	7	9	131
Syystien pt	0	14	57	8	3	10	92
Töölön vk*	0	7	36	1	3	4	92
Vuorensyrjän pt	0	6	30	2	1	7	46
Yhteensä	17	165	672	54	57	83	1078

Selitteet: pt=palvelutalo, vk=vanhustenkeskus, mpvk=monipuolinen vanhustenkeskus

*Mukana vain ryhmäkodit

Mukaan laskettu 1) varahenkilöt (jos heitä oli) 2) vain toimintayksiköihin sijoitettu hoitohenkilöstö (ei hallintoon sijoitettua), mutta kaikki ohjaajat ja terapeutit.

Osastonhoitaja = osastonhoitajat, apulaisosastonhoitajat

Hoitaja= perus- lähi- tai mielenterveyshoitaja, vastaava hoitaja (n=35)

Hoitoapulainen= hoitoapulainen tai laitosapulainen

Terapia= fysio-, toiminta-, ravitsemus- tai jalkaterapeutti, kuntohoitaja

Ohjaaja= on ohjaaja, sosiaali-ohjaaja, virikeohjaaja.

Lähde: Helsingin kaupungin sosiaalivirasto, voimassa olevat vakanssit vanhuspalvelujen vastuualueella 10.6.2011

Taulukosta 10 on nähtävissä palvelutalojen henkilöstörakenne hoidon ja hoivan kannalta. Sairaanhoitajien osuus hoitajista oli keskimäärin 20%, mutta vaihteli kahdeksasta kolmeen kymmeneen viiteen prosenttiin.

Taulukko 11. Ostopalveluina tuotetut palveluasumispaikat ja RAI-arvioitujen asukkaiden lukumäärät tuottajaorganisaation mukaan 2010

Tuottajaorganisaatio	Toimipaikka	Paikat, lkm	RAI arvioitujen lkm
Suomenkieliset			
Attendo MedOne (Yhteensä)	Hedvig Sofia-koti Palvelutalo Cecilia Viikki Hoitokoti Lassila Hoivakoti Elisa	14	0 (59*)
Gaiussäätiö (Yhteensä)	Heseva-koti Puotilan palvelutalo	163	0
Helenan vanhainkodin säätiö (Yhteensä)	Serafina	11	0
Helsingin Seniorisäätiö (Yhteensä)	Pikku Maria	22	0
Hoitokoti Eskil Oy (Yhteensä)	Hoitokoti Eskil	5	0
Hoiva Sofia Oy.(Yhteensä)	Sofia-koti	14	0
Ilmari Helanderin vanh. säätiö (Yhteensä)	Helmikoti Lehmuskoti Tuomikoti	34	0
Itä-Helsingin lähimmäistyö Hely	Anni&Pentti	32	30
Koillis-Hgin lähimmäistyö Milja	Luhti- ja Riihikoti	14	11
Länsi-Hgin lähimmäispalv. Leevi	Leevikoti	14	15
Käpyrinne Ry	Käpyrinteen palvelutalo	25	2 (48*)
Mainio Vire Oy	Virekoti Käpylä Virekoti Hermann Virekoti Sofia ja Severi	72	62
Mefys	Varpulan pienryhmäkoti	5	0
Omakotisäätiö	Palvelutalo Merilä	52	55
Palvelukoti Rantakartano	Rantakartano	10	35
Patolan vanhainkoti	Olkihattu Pohjantähti	25	0
Vanhusten palvelutaloyhdistys	Poukama Resiina ja Topparoikka	54	0
Yrjö ja Hanna Oy	Hanna-koti/Merikukka	8	0 (16*)
Kantti ry	Kantin Pysäkki	20	26
Ruotsinkieliset			
Attendo MedOne (Yhteensä)	Lilla-Apollo Hedvig Sofia hemmet Hoitokoti Lassila	28	0
Folkhälsan Syd Ab	Seniorhemmet	27	36
Itä-Helsingin lähimmäistyö ry	Artturi ja Ida	19	0
Stiftelsen Blomsterfonden i Helsingfors	Berga- och Helenahemmet	53	0
Stiftelsen Silviahemmet rs	Silviahemmet	17	27
Yhteensä		736	298

*arvio suoritettu, ajoittuu 2011 kevään tietokantaan, ei mukana summassa

Lähde: Helsingin kaupungin sosiaalivirasto ja THL ikäihmisten palvelut, RAI-tietokanta

4.3 Kotihoito

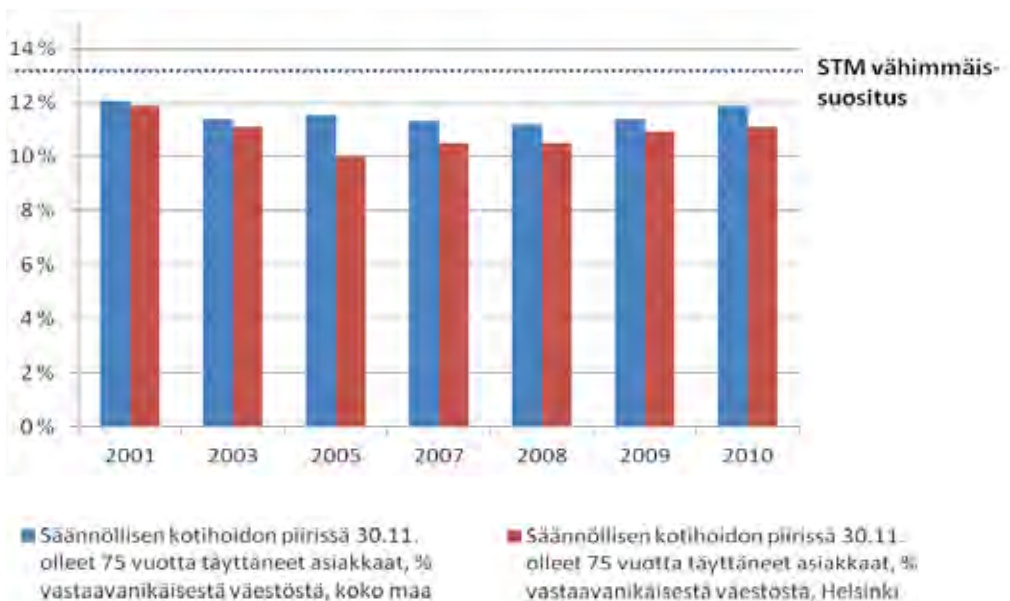
4.3.1. Kotihoidon määrä

Kotihoidossa tehtiin vuonna 2010 yli kaksi miljoonaa kotikäyntiä, jotka jakautuivat säännöllisen ja tilapäisen kotihoidon asiakkaiden kesken lähes puoliksi.

Säännöllisiä asiakkaita oli yhteensä 8795 ja tilapäisiä noin 8296 vuonna 2010 (Terveyskeskuksen, vuositilat 2010). Kotisairaanhoidon käyntejä tehtiin yhteensä yli 16 000 ja kotipalvelun noin 5000 henkilön luokse.

Vertailu valtakunnallisiin lukuihin vuosina 2001-2010 on esitetty kuviossa 20, joka osoittaa palvelun peittävyuden olevan valtakunnallisia vertailulukuja pienemmän ja olleen vuosituhannen alussa nykyistä suurempi.

Kotihoidon tehtäväkenttään kuuluu kaikenikäisiä asiakkaita. Iäkkäiden säännöllistä kotihoitoa saavien asiakkaiden lukumäärä oli hoitoilmoitusrekisterin mukaan 5950 henkilöä (Sotkanet, THL). Tämän perusteella laskettuna RAI-arviointien peittävyys syksyllä 2010 oli säännöllisen kotihoidon iäkkäistä asiakkaista 79% (Taulukko 10). Tilapäisen kotihoidon asiakkaista ei ole tehty arviointeja.



Kuvio 20. Iäkkäiden säännöllisen kotihoidon asiakkaiden prosentuaalinen osuus vastaavanikäisestä väestöstä 2001-2010

Lähde: Sotkanet, THL

Taulukko 12. Säännöllisen kotihoidon asiakkaiden RAI-arvioinnit suurpiireittäin 2010

Suurpiiri	Lukumäärä
Eteläinen	927
Itäinen	663
Kaakkoinen	497
Keskinen	798
Läntinen	982
Pohjoinen	851
Yhteensä	4718

Lähde: THL, Ikäihmisten palvelut, RAI-tietokanta, 2011

Taulukko 13. Kotihoidon asiakaskäynnit v. 2010 ja muutos (%) vuoteen 2009 verrattuna

	2010	Muutos,%
Kotihoitotuotteet (Gentia)	2 044 374	8,9
Kotihoidokäynnit yhteensä	2 043 660	8,9
Itse tuotettu kotihoito	2 027 817	9,7
Kotisairaanhoidokäynnit	1 145 951	18,3
Lääkärikäynnit	14 021	1,1
Hoitohenkilökunnan käynnit	1 131 930	18,6
-yökotihoito	32 590	14,8
-muut hoitohenkilökunnan käynnit	1 099 340	18,7
Kotipalvelukäynnit	881 855	0,1
-yökotihoito	11	-89,2
-muut hoitohenkilökunnan käynnit	881 844	0,1
Kotihoidon ostopalvelut	15 843	-42,3
Kotihoito terveyskeskuksilta	1 001	29,8
Erittelemätön	14 842	-44,4
Hoitopuhelut (lääkärin)	714	-7,3

Lähde: Helsingin terveyskeskus, vuositilasto 2010, perusterveydenhuollon käynnit

Kotihoidon tuottavuus käynteinä oli lisääntynyt vuonna 2010 verrattuna edelliseen vuoteen kotihoidokäyntien ja erityisesti itse tuotetun kotihoidon osalta siten, että lisääntyminen painottui kotisairaanhoidon- tai ylipäätään hoitajien suorittamiin käynteihin. Kotipalvelun käynneissä ei käytännössä ollut lisäystä

4.3.2. Kotihoidon henkilöstö

Kotihoidon koko henkilöstön vakanssien lukumäärä oli maaliskuussa 2011 yhteensä 1976. Varsinaisia hoitohenkilöstön vakansseja oli taulukon 16 mukaisesti 1607, minkä lisäksi henkilökuntaan kuului 6 muistikoordinaattoria, 2 haavanhoitajaa, 1 marevan-

hoitaja ja 1,5 palveluneuvojaa, yhteensä 1618 vakanssia (Yhteenveto Terken hoitohenkilöstöstä 2011).

Taulukko 14. Pitkäaikaishoidon hoitohenkilöstön vakanssit terveyskeskuksessa

	Sairaan- tai terveydenhoitaja	Lähi- tai perushoitaja	Kotivastustaja tai kodinhoitaja
Eteläinen	44	203	44
Keskinen	40	217	20
Läntinen	53	250	20
Pohjoinen	36	182	20
Itäinen	33	169	10
Kaakkoinen	42	180	20
Kotihoito yhteensä	248	1201	158

Lähde Yhteenveto Terken hoitohenkilöstöstä 2011

Vakanssien keskinäinen suhde oli lähihoitajapainotteinen: sairaan- tai terveydenhoitajat 15%, lähi- tai perushoitajat 75% ja kotivastustajat tai kodinhoitajat 10%

4.4 Omaishoito

4.4.1 Omaishoito Helsingin sosiaaliviraston tilastojen mukaan

Helsingin sosiaaliviraston tilastojen mukaan vuoden 2010 aikana 1845 henkilöä oli kirjattu vanhuspalveluissa omaishoitajiksi. Heistä alle kolmasosa (30%) oli alle 65-vuotiaita, noin kolmasosa (32%) oli 65-74-vuotiaita ja yli kolmasosa (38%) oli täyttänyt 75 vuotta.

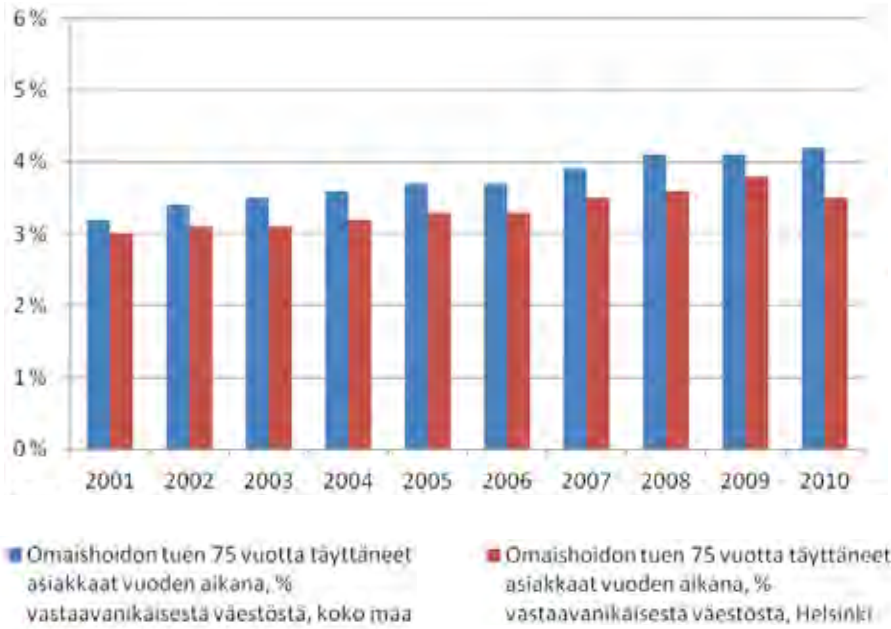
Joka kuudes omaishoitajien hoivattavista tarvitsi jatkuvaa tai lähes jatkuvaa huolenpitoa, minkä lisäksi 4% hoidettavista sai omaiseltaan laitoshoidon korvaavaa hoivaa.

Yksityiskohtaista ajankohtaista tietoa omaishoitajien varassa olevien hoivattavien tarpeista ja näkemyksistä oli saatavissa vain säännöllisen kotihoidon asiakkailta, ja tällaisia henkilöitä löytyi käytetystä tietokannasta 502 (27% omaishoitajien hoivattavista).

Sellaisia kahdesta tai useammasta henkilöstä koostuvia asuntokuntia, joissa vähintään yksi henkilö oli täyttänyt 75 vuotta, oli Helsingissä noin 17 000. Näistä 75 vuotta täyttäneistä noin joka neljännen voidaan arvioida tarvitsevan jonkin asteista tukea tai apua. Pelkästään näiden lukujen perusteella voidaan karkeasti arvioida Helsingissä olleen yli kaksinkertainen määrä potentiaalisia omaishoitajia. Tämän lisänä ovat kaikki ne omaiset ja läheiset, jotka tarjoavat apuaan mutta eivät asu avun tarvitsijan kanssa.

4.4.2 Omaishoidon peittävyys

Omaishoidon peittävyys oli noussut noin yhden prosenttiyksikön kymmenen vuoden kuluessa ja jäi jälkeen sekä koko maan kehityksestä että STM:n laatusuosituksesta, jonka mukaan omaishoidon tukea saavien 75 vuotta täyttäneiden henkilöiden tulisi yltää vähintään kuuteen prosenttiin vastaavanikäisestä väestöstä (Kuvio 21).



Kuvio 21. Omaishoidon tuen 75 vuotta täyttäneet Helsingissä ja koko maassa 2001 -2010
Lähde: Sotkanet, THL

4.5 Muutoksen suunta

Helsingin kaupunki on lopettanut pitkäaikaishoidon terveyskeskuksissa 31.12.2009, jolloin kolme terveyskeskuksen pitkäaikaissairaalaa, Kivelän-, Koskelan- ja Myllypuron pitkäaikaissairaalat muutettiin vanhustenkeskuksiksi niiden siirryttyä 1.1.2010 alkaen Sosiaaliviraston alaisuuteen. Riistavuoren vanhustenkeskuksesta tuli palveluasumista 1.4.2010 ja Roihuvuoren vanhustenkeskus 1.4.2011. Myös Kontulan vanhustenkeskus muuttui kokonaisuudessaan palveluasumiseksi. Palveluasumispaikkojen toteutuva määrä vuoden 2011 kuluessa riippui tarkastelun ajankohdasta. Itä-Pasilan palvelutalon muutto väistötiloihin vähensi käytöstä 12 paikkaa. Myllypuron palvelutalo lakkautettiin 1.6.2011. Syystien palvelutalo oli väistötiloissa syksyyn 2011, minkä jälkeen käytössä Syystiellä on 97 paikan sijasta vähintään 115 paikkaa.

Kokonaisuudessaan iäkkäiden palveluissa korostui ympärivuorokautisten asumispalveluiden runsas käyttö ja laitosvaltaisuus. Vuoden 2010 lopussa laitospaikkojen peittävyys oli suosituksiin verrattuna kaksinkertainen, tehostetun palveluasumisen peittävyys suositusten suuruinen ja kotihoidon alimitoitettu STM:n laatusuositukseen verrattuna. Muutoksen suunta oli kuitenkin suosituksen mukainen, johdonmukainen ja pitkäjänteinen. Verrattuna ikäihmisten palvelujen järjestämiseen vuonna 1985, laitosvaltaisuutta on vuosien saatossa purettu merkittävästi. Tuolloin laitospaikkoja oli tarjolla 6380 henkilölle eli joka viidennelle 75 vuotta täyttäneelle helsinkiläiselle henkilölle (Aalto 1991).

Helsingin palvelurakenne elää kuitenkin perusparannusten ja palveluiden uudelleenjärjestelyn muutosta missä kulloistenkin paikkamäärien tarkka lukumäärä on vähemmän merkityksellistä kuin muutoksen suunta, suuret linjat ja kokonaiskuva.

4.6 Työntekijöiden näkemykset

4.6.1 Laitoshoito ja palveluasuminen

Ympärivuorokautisen hoidon edustajat pitivät nopeasti muuttuvaa palvelurakennetta haasteena. He olivat kaikissa eri haastatteluissa yhtä mieltä siitä, että yksilötason hoivatoiminta oli muuttumassa koko ajan paremmaksi. Entisten kaupungin pitkäaikaissairaaloitten edustajat pitivät viime vuosien suureten linjojen kehitystä hyvänä ja tehtyjä ratkaisuja oikeina. Erilaisten kuntoutus- toipilasosastojen sekä lyhytaikaistoimintojen edustajat olivat sitä mieltä, että iäkkäitä on mahdollisuus kuntouttaa, kotiuttaa ja kotihoitoa tukea paremmin kuin aiempina vuosina. Yhteistyötä kotihoidon kanssa pidettiin välttämättömänä ja hyvänä. Hoidon ja huolenpidon sisällön kehittämistä pidettiin jatkuvana ja innostavana toimintana. Toisaalta henkilöstön todettiin olevan ”kovilla”.

4.6.2 Kotihoito

Kotihoidon toimintaa oli vuoden 2004 jälkeen systematisoitu ja tiimien toimintaa harmonisoitu. Eräs viimeisistä muutoksista oli mielenterveystiimien siirtäminen psykiatriaan, millä poistettiin päällekkäisyyttä ja voimavarojen hukkakäyttöä.

Rajapinnoista yhteistyötä kaupunginsairaalan, terveyskeskuksen ja vanhustenkeskusten kanssa pidettiin hyvänä. Kotihoito koki roolinsa yhteistyöntekijäksi joka suuntaan. Toisaalta - kotihoito sai lähes kaikilta haastatelluilta tahoilta spontaanisti myönteistä palautetta.

Toiminta oli kuitenkin joidenkin - erityisesti yksityisten - palvelutalojen suhteen sikäli selkiytymätöntä, että palvelutalon edustajat odottivat kotihoidon hoitavan yksityisesti taloon muuttaneiden henkilöiden terveydelliset tarpeet heidän vanhetessaan. Näiden palvelutalojen toiminta oli selkiytymätöntä myös terveysasemien suhteen.

4.6.3

Pitkäaikaishoidon edustajien merkittävimmät hallinnonalojen rajapintojen koskevat kommentit liittyivät tiedon kulkuun ja tietojärjestelmien yhteensopimattomuuteen HUS ja terveyskeskuksen kanssa. Tietojärjestelmien yhteensopimattomuuteen liittyvää tietojen metsästämissä koettiin aiheuttavan ylimääräistä työtä, sitä pidettiin turhauttavaa ja potilasturvallisuutta vaarantavana sekä kalliina.

5 Asiakaskunta ja ammatillisen hoidon laatu

5.1 Pitkäaikaishoidon asiakkaiden sukupuoli ja ikä

5.1.1 Sukupuoli

Pitkäaikaishoidon asiakkaista kolme neljästä oli naisia riippumatta annettiin hoitoa asiakkaan kodissa, palvelutalossa vai laitoksessa.

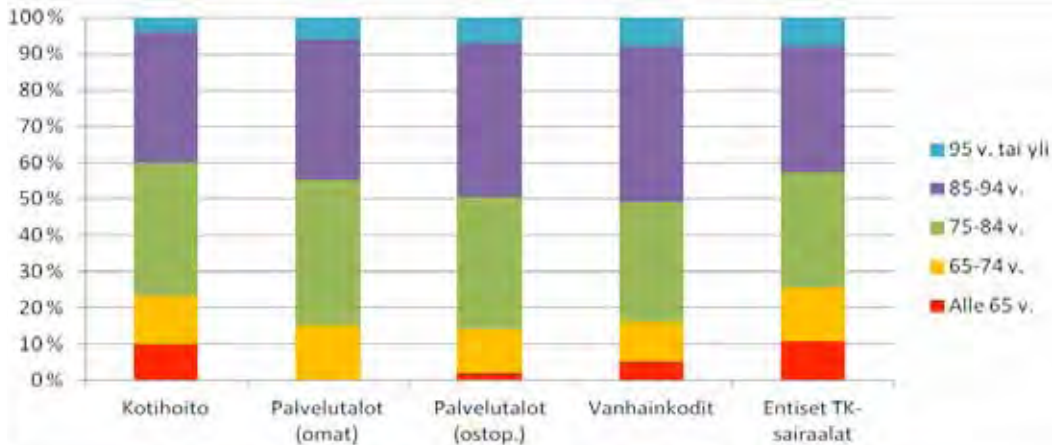
5.1.2 Ikä



Kuvio 22. Ikäihmisten palveluita saavien asiakkaiden keskimääräinen ikä 2006-2011

Lähde: THL, Ikäihmisten palvelut, RAI-tietokanta, 2011

Kuviossa 22 on esitetty pitkäaikaishoidon asiakkaiden keski-ikä vuosina 2006 - 2011 palvelutyyppittäin. Säännöllisen kotihoidon asiakkaat olivat keskimäärin muiden palvelutyyppien asiakkaita nuorempia, mutta lähes kaikissa palvelutyypeissä keskimääräinen



Kuvio 23. Pitkäaikaishoidon asiakkaiden ikäjakauma ikäluokittain ja palvelutyypeittäin

Lähde: THL, Ikäihmisten palvelut, RAI-tietokanta, 2011

Asiakkaiden kuviossa 23 esitetty ikäjakauma osoittaa jopa neljänneksen ikäihmisille suunnattujen palveluiden asiakaskunnasta palvelutyypistä riippuen olevan alle 75-vuotiaita siten että 23% kotihoidon ja 26% entisten terveyskeskussairaaloiden asiakkaista kuului ”nuorten” ryhmään. Nuorimmat yksittäiset arvioidut olivat alle 20-vuotiaita ja vanhimmat yli 100.

5.1.3 Alle 65-vuotiaat pitkäaikaishoidossa

Alle 65-vuotiaiden pitkäaikaishoidon ominaispiirteitä on analysoitu vertaamalla heitä tilastollisesti samaa palvelutyypistä saaviin 65 vuotta täyttäneisiin asukkaisiin. Laitoshoidossa alle 65-vuotiaiden osuus oli 7% ja ostopalveluiden palvelutaloissa 2%. Omana toimintana järjestetyissä palvelutaloissa heitä oli noin puoli prosenttia ja kotihoidon RAI-arvioiduista asiakkaista noin 10% kuului tähän ryhmään (kuvio 23).

Kaikkien palvelutyyppeiden alle 65-vuotiaat olivat vanhempia asiakastovereitaan useammin naimattomia miehiä, joilla oli jokin käytösoire. Laitoshoidossa käytösoire oli useimmiten päämäärätön vaeltelu ja kotihoidossa karkea kielenkäyttö.

Merkittävimmät alle 65-vuotiaiden palveluiden tarvetta selittävät sairaudet olivat useammin kuin vanhemmilla saman palvelun saaneilla psykiatriset sairaudet, aivohalvaus sekä jossain määrin diabetes. MS-tautia heiltä löytyi merkittävästi useammin kuin vanhemmilta asiakaskumppaneilta, joskin sairastavien lukumäärä oli pieni.

Muistisairauksien osuus alle 65-vuotiaiden keskuudessa oli kuitenkin erittäin vähäinen. Alkoholin ongelmakäyttö oli säännöllisen kotihoidon asiakkailla psykiatristen sairauksien rinnalla yhtä merkittävää, laitoshoidon asukkaista alkoholin käyttöä koskeva

tietoa oli vaikeasti löydettävissä. Laitoshoidossa jonkin resistentin bakteerin kolonisaatio tai infektio oli nuorilla asukkailla kolme kertaa todennäköisempi kuin 65 vuotta täyttäneillä. Alle 65-vuotiaat olivat terveydentilaltaan muita asukkaita vakaampia, mutta erityisesti kotihoidossa he olivat useammin toipumassa ja/tai kuntoutumassa akuutista sairaudesta. Asiakkuuden kesto oli alle 65-vuotialla keskimäärin yhtä pitkä kuin 65 vuotta täyttäneillä.

Vaikutti sille, että alle 65-vuotiaat hoidettiin ensisijaisesti kotona. Jos heidän katsottiin tarvitsevan ympärivuorokautista hoitoa, he asuivat merkitsevästi useammin laitoksessa kuin palvelutalossa.

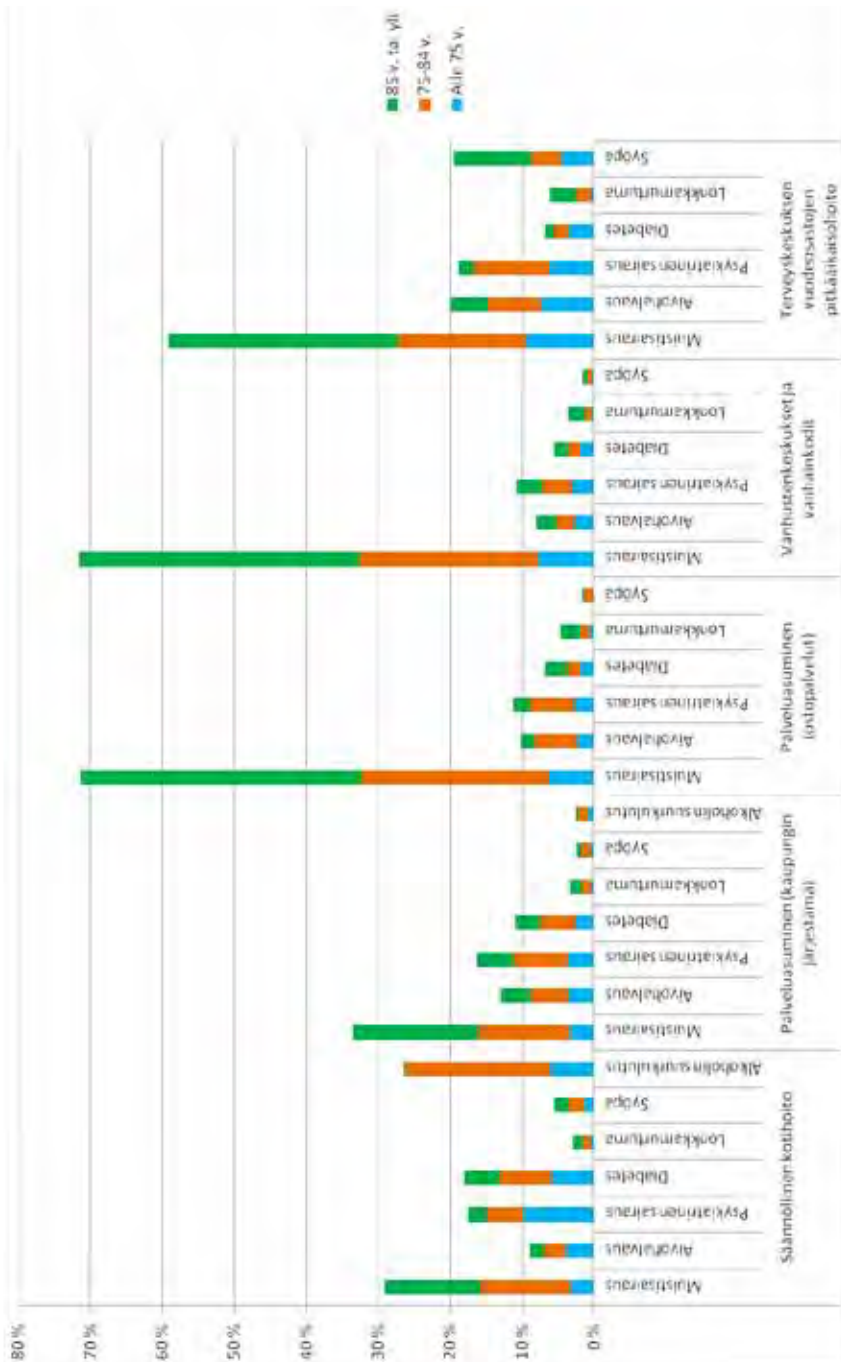
Alle kuusikymmentäviisivuotiaiden avun ja hoivan tarve näytti syntyvän eri perusteiden kuin 65 vuotta täyttäneillä tai sitä vanhemmilla. Palveluiden järjestämisen kannalta huomionarvoista on henkilöstön osaaminen ja resurssitarve. Mielenterveyteen ja alkoholiin liittyvä avun tarve muodostaa yhden sisällöllisen osaamiskokonaisuutensa ja somaattiset pitkäaikaissairaudet toisen.

Alle 65-vuotiaita koskevat tilastolliset analyysit on esitetty liitteissä 1 ja 2.

5.2 Pitkäaikaishoidon asiakkaiden diagnoosit

Pitkäaikaishoitoon pääsyä selittävien diagnoosien yleisyys palvelutyypeittäin on esitetty ikäryhmittäin kuviossa 24.

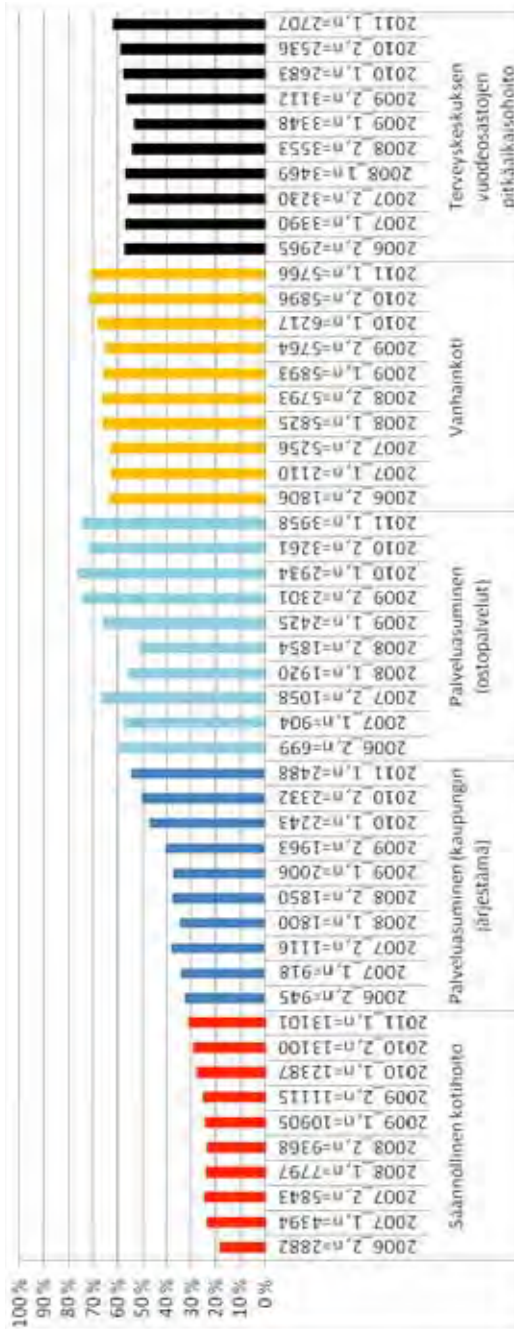
Muistisairauden diagnoosi oli pitkäaikaishoitoon johtaneista diagnooseista kaikissa palvelutyypeissä yleisin ja oli sitä yleisempi mitä vanhemmasta ikäluokasta oli kyse. Kuitenkin muistisairauksia löytyi kaikkien ikäluokkien edustajilta.



Kuvio 24. Pitkäaikaishoitoon pääsyt selittävät diagnoosit ikäryhmittäin ja palvelutyyppittäin

Selitte: Muistisairaus=mikä tahansa muistisairauden diagnoosi kirjattu RAI-järjestelmään, kaikista muista poistettu muistisairausta sairastavat

Lähde: THL, Ikäihmisten palvelut, RAI-tietokanta, 2011



Kuvio 25. Muistisairauden diagnoosi (%) palvelutyypeittäin vuosina 2006-2011

Lähde: THL, Ikäihmisten palvelut, RAI-tietokanta, 2011

Psykiatrinen sairaus ilman muistisairautta löytyi noin joka kuudennelta säännöllisen kotihoidon ja omana toimintana järjestelyn palveluasumisen asukkaalta sekä joka kymmenenneltä ostopalveluna järjestetyn palveluasumisen ja kaiken vanhainkotitasoisen laitoshoidon asukkailta. Aiemmilta terveyskeskusten pitkäaikaisosastoilta psykiatrinen diagnoosi ilman muistisairautta löytyi joka viidenneltä.

Aivohalvaus ilman muistisairautta esiintyi noin joka kymmenennellä kaikkialla muualla paitsi entisillä terveyskeskuksen pitkäaikaisosastoilla, missä aivohalvaus ilman muistisairautta esiintyi joka viidennellä.

Vaikka entisiä terveyskeskuksen pitkäaikaisosastoja luonnehti muita palvelutyyppisiä jonkin verran harvemmin esiintynyt muistisairauden diagnoosi ja useammin ilman muistisairautta esiintynyt syövän osuus, kaikki palvelutyyppit tarjosivat hoivaa samoja pitkäaikaissairauksia sairastaville.

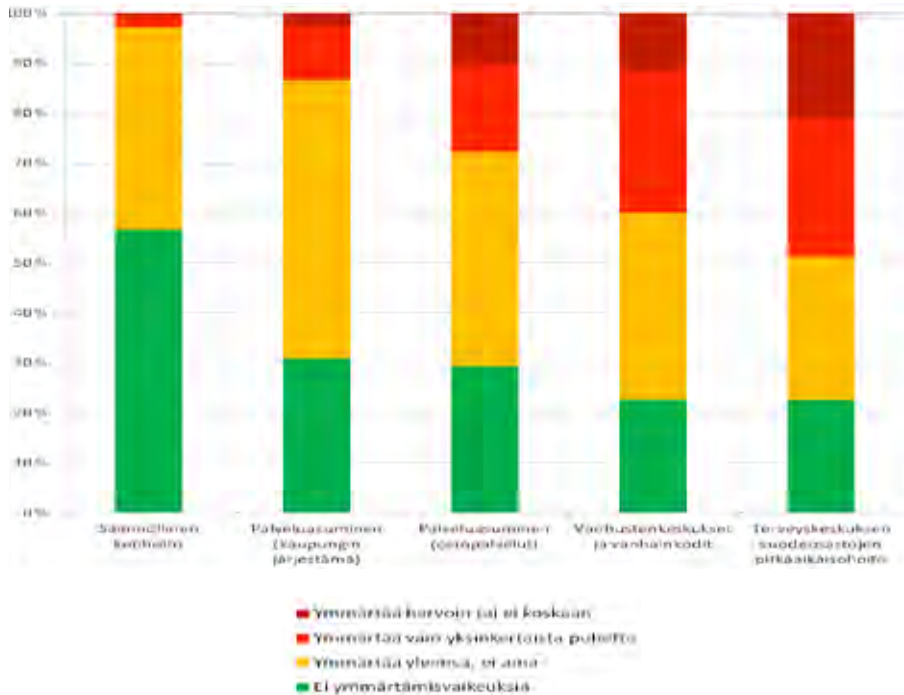
5.3 Pitkäaikaishoidon asiakkaiden toimintakyky

5.3.1 Toimintakyvyn osa-alueet

Tässä selvityksessä toimintakykyä on arvioitu palvelutyypeittäin yhteensä neljän osa-alueen näkökulmasta, joita ovat 1) kognitio (äly), 2) arjesta suoriutuminen, 3) psyyke ja 4) sosiaalinen elämä ja vuorovaikutus.

5.3.2 Älyllinen osa-alue

Toiminnanrajoitteen henkilön omatoimisuus on tavalla tai toisella yhteydessä henkilön apuvälineiden saatavuuteen ja hänen toimintaympäristöönsä sekä erityisesti ikääntyneillä asiakkaan kykyyn ymmärtää ja muistaa annetut ohjeet sekä kykyyn oppia apuvälineiden käyttö. Kuvio 26 kuvaa pitkäaikaishoidon asiakkaiden ymmärtämisvaikeuksien laajuutta.

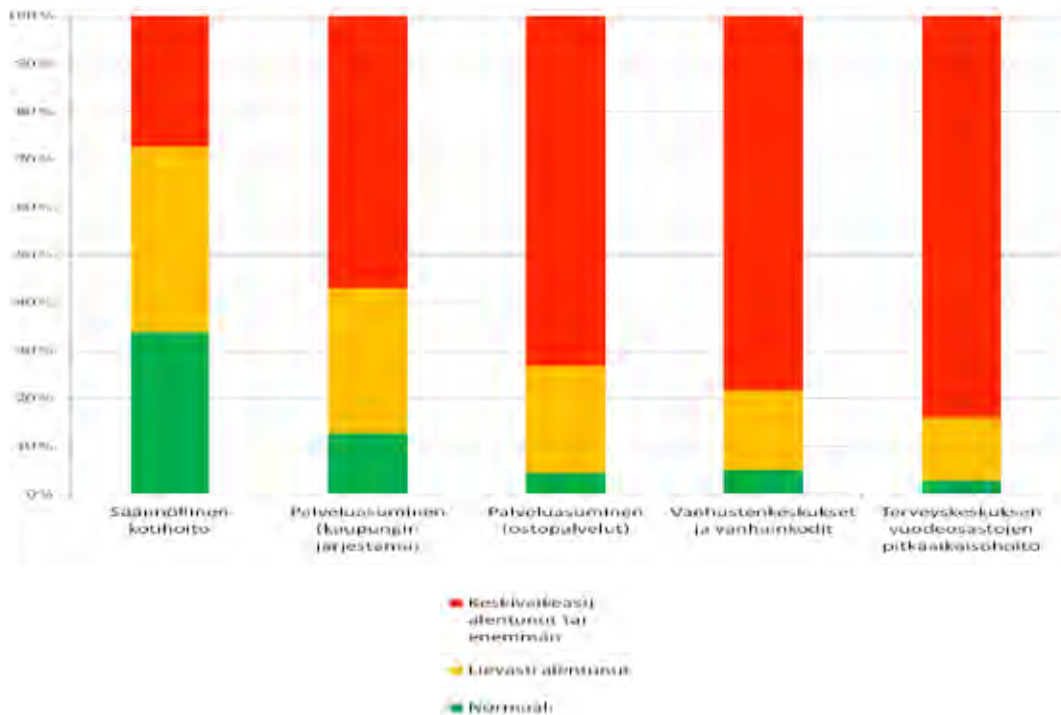


Kuvio 26. Ymmärtämisvaikeudet palvelutyyppin ja ymmärtämisvaikeuden asteen mukaan

Lähde: THL, Ikäihmisten palvelut, RAI-tietokanta, 2011

Rauhallisessa kuormittamattomassa tilanteessa ymmärtämisvaikeudet ovat lähes aina vähäisempiä kuin kuormituksessa kuten akuuttisairausten tai muun stressitilanteen aikana tai muualla kuin kotona. Pääosa tässä selvityksessä käytetyistä arvioista on suoritettu kuormittamattomassa tilanteessa tai asianomaiselle tavanomaisen elämän yhteydessä.

Sanalle kognitio, joka tulee kreikan sanasta cognosco (tiedän), on haettu suomenkielistä yksiselitteistä vastinetta, jota lähinnä on sana äly. Kognitiivisilla toiminnoilla tarkoitetaan ylempiä älyllisiä toimintoja kuten esimerkiksi ongelmanratkaisukyky, päätely, päätöksenteko, käsitteellinen ja kielellinen ajattelu, uskomusten muodostaminen ja muokkaaminen, muisti, ja oppiminen.

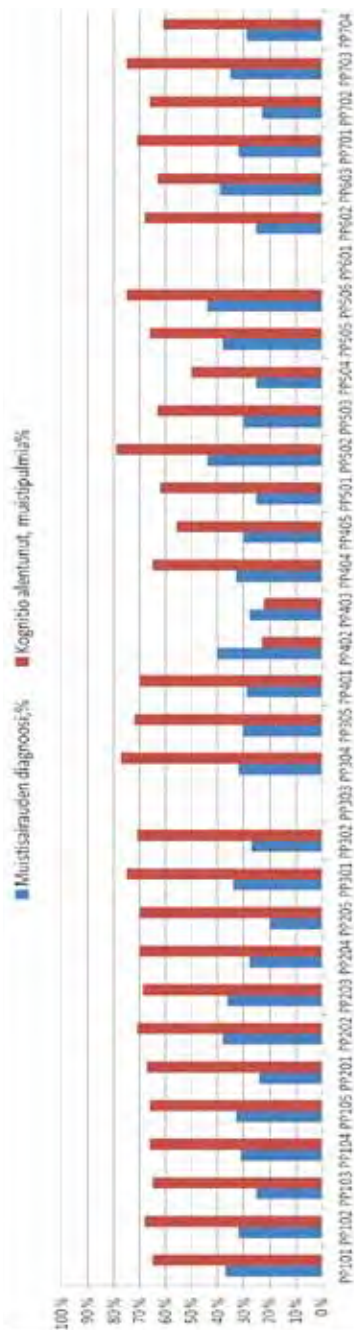


Kuvio 27. kognition vajauksen aste palvelutyypeittäin.

Lähde: THL, Ikäihmisten palvelut, RAI-tietokanta, 2011

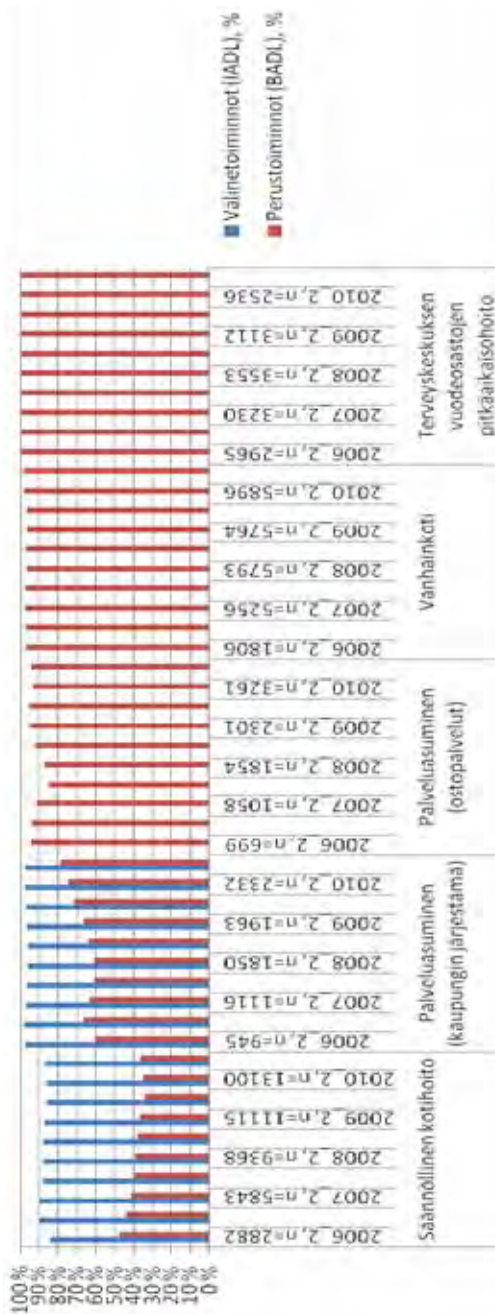
Kognitiiviset toiminnot ovat alentuneet valtaosalla ikäihmisten palveluita saavista asiakkaista ja kuviosta 27 ilmenee pitkäaikaishoidon asiakkaiden hauras kognitio palvelutyypeittäin. Vähintään keskipainoista kognition vajoa oli yleistä ympärivuorokautisen hoivapalveluiden asiakkailla. Kotihoidon asiakkaista vain joka kolmannen kognitio oli normaali. Kognition vajauksen keskipainoista aste näytti merkittäväälle kotona selviytymistä vaikeuttavalle tekijälle.

Kuviosta 28 ilmenee muistisairauksien ja kognition vajauksen jakauma peruspiireittäin säännöllisen kotihoidon asiakkailla vuonna 2010.



Kuvio 28. Muistisairausten diagnoosi ja vähintään lievä kognition vajuus peruspiireittäin säännöllisen kotihoidon asiakkailla.

Lähde: THL, Ikäihmisten palvelut, RAI-tietokanta, 2011. Ne peruspiirit, joissa arvioitujen lukumäärä on viisi tai alle, on jätetty tyhjäksi.



Kuvio 29. Yksi tai useampi väline- ja perustoimintojen vajuus palveluyhteistyön 2006-2011.

Lähde: THL, Ikäihmisten palvelut, RAI-tietokanta, 2011

Loppuvaiheen dementiaa, sairasti 0,2% kotihoidon asiakkaista. Vastaava prosenttiluku oli kaupungin omissa palvelutaloissa 2,3%, ostopalveluiden palvelutaloissa 10,7%, vanhainkodeissa ja vanhustenkeskuksissa 13,9% ja entisillä terveyskeskusosastoilla 33,6%. Loppuvaiheen dementiaalla tarkoitetaan etenevää muistisairautta sairastavan henkilön sairauden kuolemaa edeltävää vaihetta, missä kognition vajaus on suurin mitattavissa oleva, henkilö on pidätyskyvytön ja täysin autettava kaikissa päivittäisissä toiminnoissa. Myös puhekyky on tuolloin menetetty. Loppuvaiheen dementiaa sairastavien suuri osuus entisillä terveyskeskusosastoilla oli yksi merkittävistä perusteista järjestää hoiva muualla kuin terveyskeskuksessa.

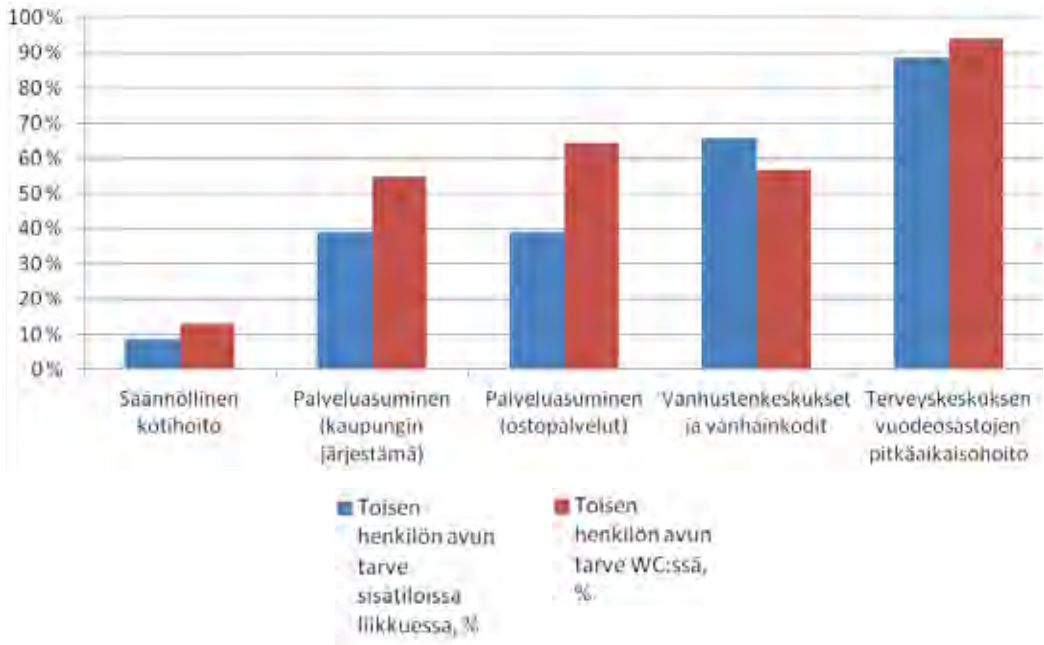
5.3.3 Fyysinen osa-alue, arjesta suoriutuminen (IADL, ADL)

Toimintakyvyn fyysisen ulottuvuuden ilmaisuun on tässä selvityksessä käytetty arjesta suoriutumista. Se jaetaan yleensä henkilökohtaisten toimintojen osioon sekä kotitalouden ja asioiden hoitoon liittyvään osioon. Henkilökohtaisten toimintojen osio koostuu toiminnoista kutensyöminen liikkuminen peseytyminen, pukeutuminen ja WC:ssä asiointi. Niistä käytetään lyhennystä ADL tai BADL (Activities in Daily Living / Basic Activities in Daily Living).

Kotitalouden ja asioiden hoitoon liittyvä osio koostuu välinetoiminnoista kuten ostoksilla käynti, ruuan valmistaminen ja kattamiseen liittyvät työt, raha-asioiden hoito, lääkkeiden otto, siivoaminen ja pyykinpesu. Näistä toiminnoista käytetään puolestaan lyhennystä IADL (Instrumental Activities in Daily Living).

Säännöllisen kotihoidon ja omana toimintana tuotetun palveluasumisen asiakkailta on käytettävissä tietoa sekä päivittäisistä henkilökohtaisista toiminnoista (perustoiminnoista) suoriutumisesta, että kotitalouden ja asioiden hoitoon liittyvistä toiminnoista, (välinetoiminnoista). Laitoshoidon asukkailta ja ostopalveluina tuotetussa palvelutalo-toiminnassa tietoa on vain perustoiminnoista. Yleistäen voidaan sanoa, että niillä, joilla on perustoimintojen vajaus, on aina tai lähes aina myös yksi tai useampi välinetoimintojen vajaus. Tämän perusteella kuvioista 29 voidaan arvioida ostopalveluina tuotetun palveluasumisen, vanhainkotien ja entisten terveyskeskusosastojen asukkailla olleen myös välinetoimintojen vajaus.

Kuvio 30 osoittaa, että säännöllisen kotihoidon asiakkaista vain joka kymmenennellä on toisen henkilön fyysisen tuen tarvetta sisätiloissa liikkua. Avun tarvitsijoita on kolminkertaisesti enemmän ja palvelutaloissa yli kuusinkertaisesti enemmän vanhainkotitasoisessa asumistyyppissä ja yhdeksänkertaa useammin entisillä terveyskeskuksen vuodeosastoilla.



Kuvio 30. Toisen henkilön fyysisen avun tarve (%) sisätiloissa liikkuessa ja WC:ssä palvelutyypeittäin

Lähde: THL, Ikäihmisten palvelut, RAI-tietokanta, 2011

Toisen henkilön fyysisen avun tarve WC:ssä esiintyy lähes kaikissa palvelutyypeissä useammin kuin avun tarve liikkuessa. Pidätyskyvyttömyys ja kyvyttömyys suoriutua wc-käynnistä ovat merkittäviä kuormitustekijöitä omaisille. Erityisesti ulosteen pidätyskyvyttömyys on eräs merkittävistä hoivaajan uupumiseen ja ahdinkoon sekä laitoshoidon johtavista tekijöistä kotihoidon asiakkailta (Finne-Soveri ym. 2007). Pidätyskyvyttömän henkilön avustaminen ja erityisesti sen ajoittaminen on vaikeaa myös kotihoidon henkilöstölle jos hoivattava ei osaa käyttää housunsuojia, vaippoja tai vaippahousuja.

Yksi eniten aikaa vievimmistä päivittäisistä tapahtumista on toistuvat ruokailut. Säännöllisen kotihoidon asiakkaista 63% ruokaili itsenäisesti ilman apua tai valvontaa. Joka viides tarvitsi seurantaa ja joka seitsemäs (13%) yhden tai useamman henkilön apua kuten syöttämistä. Palvelutaloissa (riippumatta järjestäjistä) vain joka neljäs oli ruokailuissaan täysin itsenäinen mutta avun tarvisijoista valtaosalle riitti kevyt silmäläpito tai muistuttelu ja joka neljäs tarvitse ainakin ajoittaista syöttämistä. Vanhainkodeissa tai vanhustenkeskuksissa 8% oli itsenäisesti ruokailevia, jäljellä olevista puolet ruokaili kevyen avustuksen turvin ja loput tarvitsivat ainakin osin syöttämistä. Entisissä terveyskeskuksen pitkäaikaissairaaloissa oli vain 3% täysin itsenäisesti ruokailevia. Kolmasosalle riitti valvonta, muistuttelu ja tavaroiden kuljettaminen saataville. Kaksi kolmannesta oli osin tai kokonaan syötettäviä.

Liikuntakyvyn ja kognition ongelmat vähentävät henkilön mahdollisuuksia toimia asuntonsa ulkopuolella. Kuviossa 31 on esitetty peruspiireittäin niiden säännöllisen kotihoidon asiakkaiden osuus, jotka eivät ole käyneet asuntonsa ulkopuolella arviointia edeltäneen kuukauden aikana. Erityisen haavoittuvassa tilanteessa ovat yksin kotona asuvat huonokuntoiset henkilöt, jotka syystä tai toisesta eivät pääse omin neuvoin pois kotoaan tai sinne takaisin ja joilla ei ole avustavaa kumppania.

Keskimäärin joka neljäs säännöllisen kotihoidon asiakas ja joka kolmas palvelutalojen asukas ei ollut poistunut kotoaan arviointia edeltäneen kuukauden aikana. Mitä enemmän henkilö tarvitsi toisen henkilön apua siirtyessään ulkotiloihin sen todennäköisimmin hän joutui viettämään pitkiä aikoja kodissaan. Eristyminen voi pahimmillaan yltyä myös häntä hoivaavaan henkilöön ja hoivattavan menehtyessä jättää jäljelle jääneen sosiaaliseen tyhjiöön.

Henkilöstövoimavarojen huvetessa on arvioitava, paljonko on mahdollista tarjota ympärivuorokautista hoivaa henkilöille, jotka kykenevät liikkumaan ilman toisen henkilön fyysistä tukea sisätiloissa ja joilla ei ole avun tarvetta wc:ssä.

5.3.4 Psyykkinen osa-alue

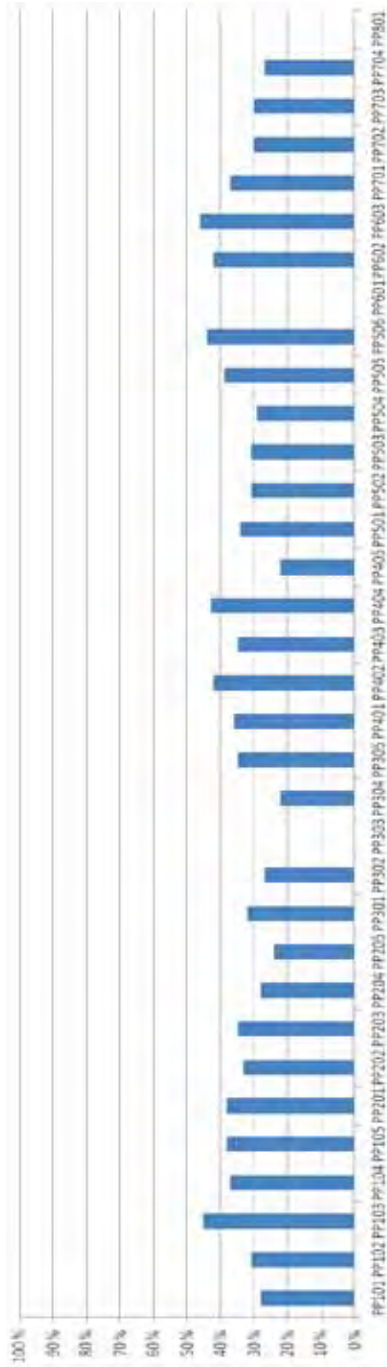
Toimintakyvyn psyykkisen ulottuvuuden indikaattoreina on tässä selvityksessä käytetty masennusta (alakuloa), harhaisuutta ja käytösoireita.

Masennuksen syitä voi olla monia. Tässä selvityksessä tarkoitettuja palveluita saavat henkilöt elävät elämänsä viimeisiä vuosia. Heillä on lukuisia eteneviä sairauksia ja erilaisia oireita tai vaivoja. Osa on menettänyt elämänkumppaninsa, ehkä kotinsa ja elää kriisivaihetta yrittäen sopeutua välttämättömään. Osalla masennus voi liittyä elimellisenä oireena perussairauteen kuten aivohalvaukseen, muistisairauteen tai Parkinsonin tautiin.

Masennus voi ilmetä surullisuutena, aloitteettomuutena ja vetäytymisenä, pelkona, ärtyvyytenä tai vihana. Masennus voi piiloutua monenlaisen ruumiillisen ongelman kuten syömättömyyden tai pitkäaikaisen kivun taakse.

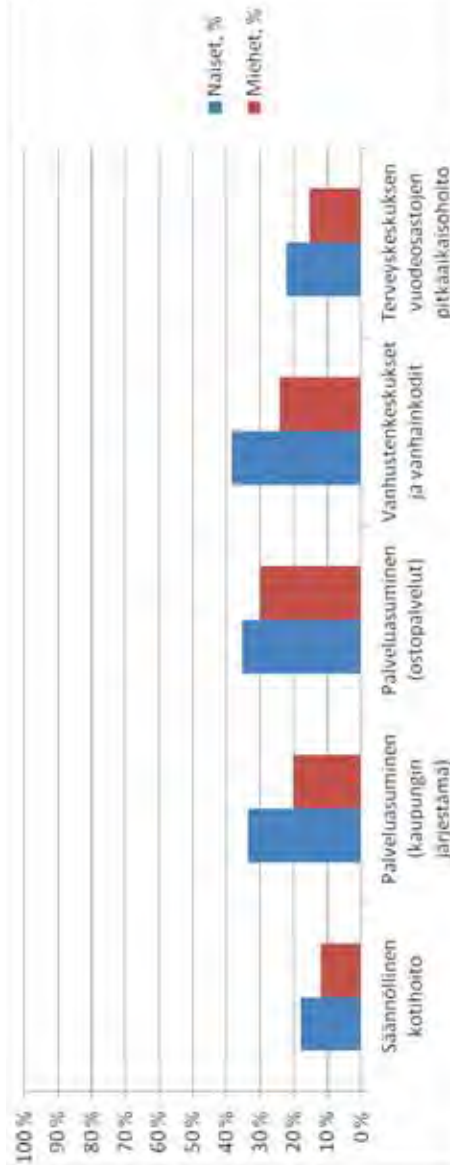
Masennus ilmeni useammin naisilla kuin miehillä (kuvio 32) ja harvimminkin kotihoidossa tai entisillä terveyskeskuksen pitkäaikaisosastoilla. Edellisen taustalla vaikuttanee, että asiakaskunta ei vielä ole yhtä huonossa kunnossa kuin asumispalveluissa tai laitoshoidossa olevat ja jälkimmäiseen se, että asiakaskunta on jo elämänsä aivan loppuvaiheessa ("sun-downing"), missä masennuksen ilmenemät laantuvat.

Palvelu- ja vanhaintiasumisen väliset erot olivat pieniä, ne voivat johtua sattumasta tai valikoitumisesta, eikä niistä voi (ilman tarkempia selvityksiä) vetää johtopäätöksiä hoidon laadusta suhteessa palvelujen järjestäjiin.



Kuvio 31. Ei ole käynyt asuntonsa ulkopuolelle arviointia edeltäneen 30 vrk aikana (%) peruspiireittäin

Lähde: THL, Ikäihmisten palvelut, RAI-tietokanta, 2011



Kuvio 32. Masennusepäily palvelutyyppittäin sukupuolen mukaan Depression Rating Scale (asteikko -14, missä 3 pistettä tai enemmän merkitsee masennusepäilyä)

Lähde: THL, Ikäihmisten palvelut, RAI-tietokanta, 2011

Taulukko 15. Harhaisuus ja käytösoireet palvelutyypeittäin

Oireita	Säännöllinen kotihoito	Palveluasuminen (kaupungin järjestämä)	Palveluasuminen (ostopalvelut)	Vanhustenkeskukset ja vanhainkodit	Terveyskeskuksen vuodeosastojen pitkäaikaishoito*
	%	%	%	%	%
Harhaluuloisuus	6	11	17	15	8
Aistiharhaisuus	4	9	17	18	11
Päämäärätön kävely	4	16	29	25	8
Karkea kielenkäyttö	5	17	29	31	17
Fyysinen pahoinpity	1	6	14	17	12
Sosiaalisesti hämmentävä käytös	3	12	25	31	19
Avun tai hoidon vastustelu	10	22	37	39	33

Lähde: THL, Ikäihmisten palvelut, RAI-tietokanta, 2011

*Entiset terveyskeskuksen osastot

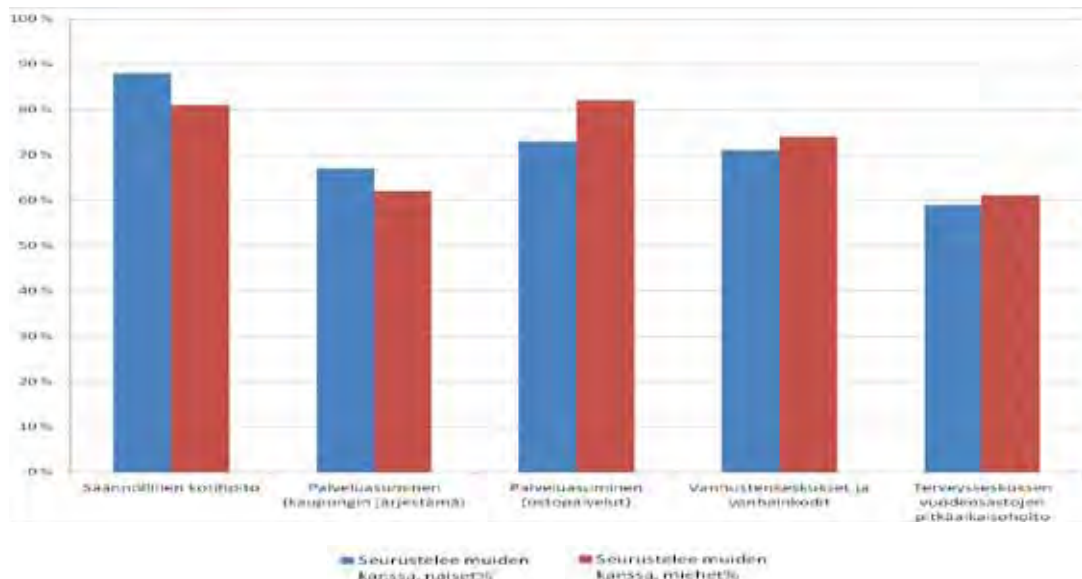
Harhaisuus voi esiintyä harhaluuloisuutena tai aistiharhoina kuten näkö-, kuulo- haju- tai muina virhetuntemuksina. Harha-ajatukset tai aistimukset voivat liittyä dementoivaan sairausprosessiin, akuuttiin sekavuuteen tai esiintyä itsenäisinä ilmiöinä.

Harhaisuudella tarkoitetaan tässä selvityksessä harhaluuloisuutta tai aistiharhaisuutta. Sosiaalisesti hämmentävää käytöksellä tarkoitetaan toimintaa, jota ei pidetä sosiaalisesti hyväksyttävänä ja joka aiheuttaa ympäristössä reaktioita. Tällaista käytöstä on esimerkiksi kiroilu, syljeskely, kovaäänisyys, julkinen riisuutuminen tai muu vastaava toiminta. Käytösoireet olivat yleisempiä ympärivuorokautisen hoidon asukkailla kuin säännöllisen kotihoidon asiakkailta (Taulukko 15).

Käytösoireet liittyvät useimmin joko muistisairauteen tai johonkin psykiatriseen sairauteen. Taulukosta 15 ilmenee kaikkien palvelutyyppien asiakkailta olevan harhaisuutta ja erilaisia käytösoireita, vaikka painopiste palvelutyyppien välillä on jossain määrin erilainen. Yksi tai useampi käytösoire esiintyi vanhainkodeissa ja vanhustenkeskuksissa kuudella kymmenestä, entisissä terveyskeskussairaaloissa joka toisella, kotihoidossa joka kuudennella ja omissa palvelutaloissa neljällä kymmenestä.

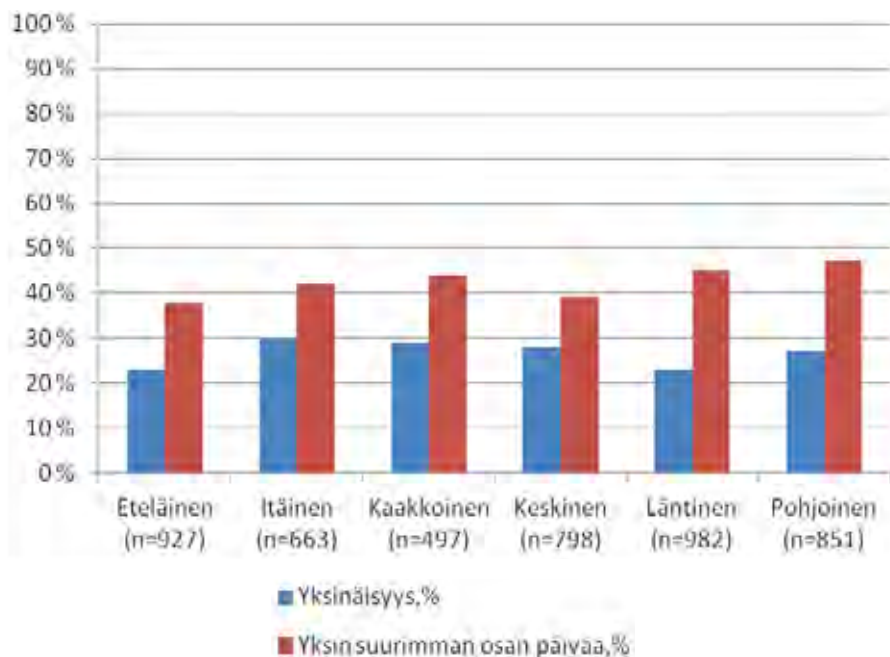
5.3.5 Sosiaalinen osa-alue

Uusien ihmissuhteiden solmiminen ja aiempien ylläpito ovat osa täysipainoista elämää. Se on mahdollista silloinkin kun sanat ovat kateissa, tarvitaan vain riittävästi tilaisuuksia. Kuvio 33 osoittaa, että mahdollisuus sosiaaliseen vuorovaikutukseen on järjestettävissä missä tahansa, riippumatta palvelujen järjestäjätahosta. Kotona asuvilla tärkein sosiaalisen vuorovaikutuksen kynnyks on pääsy kodin ulkopuolelle ja palvelutaloissa tai laitoksissa asuvilla pääsy ylös vuoteesta.



Kuvio 33. Muiden kanssa vuorovaikutuksessa olevien osuus (%) palvelutyypeittäin.

Lähde: THL, Ikäihmisten palvelut, RAI-tietokanta, 2011



Kuvio 34. Yksiolo ja yksinäisyyden tunne suurpireittain säännöllisen kotihoidon asiakkailta

Lähde: THL, Ikäihmisten palvelut, RAI-tietokanta, 2011

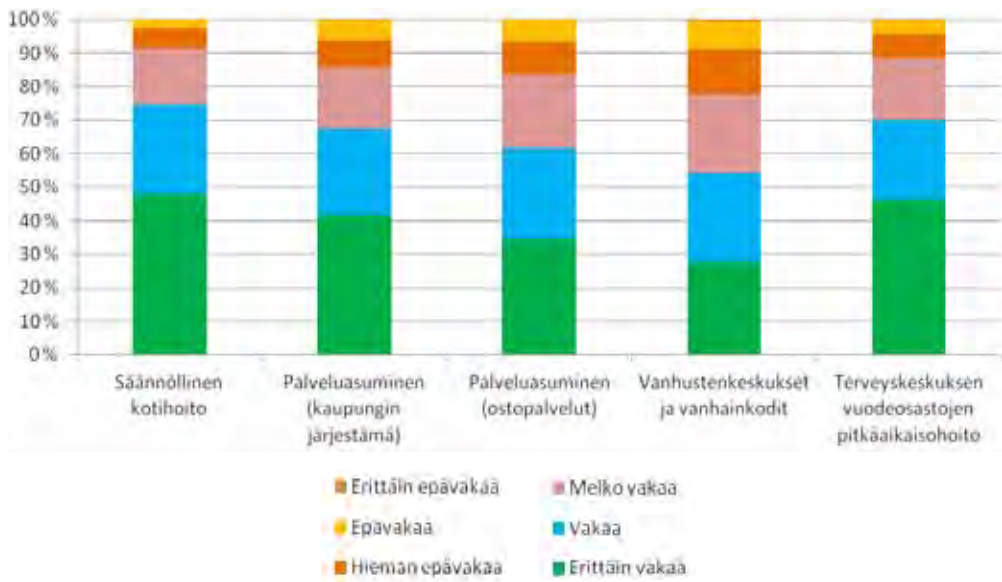
Etenevät sairaudet ja niihin liittyvä toiminnanvajaus voivat vielä nykyisin eristää niitä sairastavan henkilön muista ihmisistä elämän viimeisiksi vuosiksi riippumatta siitä missä henkilö asuu. Tulevaisuudessa Internet, sosiaalinen media ja ylipäätään IT-teknologia voi muuttaa yksinäisyyden ja eristymisen kokemusta ainakin kognitionsa säilyttäneillä iäkkäillä henkilöillä. Teknologian käyttöä vuorovaikutuksen edistäjänä on tutkittu Helsingissä muun muassa INNO-Kustihankkeessa vuosina 2006-2010.

Säännöllisen kotihoidon asiakkaista joka neljäs vietti päivänsä yksin ja joka kolmas koki itsensä yksinäiseksi (kuvio 34). Jos henkilöllä kuitenkin oli hoivaaja, yksinäisyyden tunnetta esiintyi hieman ja yksinoloa huomattavasti harvemmin kuin niillä joilla ei ollut hoivaajaa. Palvelutaloissa päiviään täysin yksin viettäviä oli vain 4%, mutta yksinäisiksi itsensä tuntevia kuitenkin 19%.

Yksinäisyys on epämiellyttävä tunne, jonka taustalla ajatellaan olevan ristiriita saavutettujen ja toivottujen henkilökohtaisten ja sosiaalisten voimavarojen välillä. Sen taustalla vaikuttavat menetykset, kuten leskeytyminen, vähentyneet sosiaaliset suhteet tai heikentynyt toimintakyky, lisääntynyt alakulo sekä tarpeettomuuden tunne (Aartsen ja Jylhä 2011).

5.4 Pitkäaikaishoidon asiakkaiden terveydentilan vakaus

Terveydentilan vakauden jakaumaa on kuvattu CHES-mittarin (asteikko 0-5, missä nolla on erittäin vakaa ja 5 erittäin epävakaa) avulla palvelutyypeittäin kuviossa 35. Vakain tilanne oli kotihoidon asiakkailla ja entisillä terveyskeskuksen pitkäaikaisosastoilla.



Kuvio 35. terveydentilan vakaus palvelutyypeittäin.

Lähde: THL, Ikäihmisten palvelut, RAI-tietokanta, 2011

Arviointiajankohtana akuuttisairaus oli parhaillaan 2-5 prosentilla pitkäaikaishoidon asiakkaista, mutta yli kymmenkertainen määrä oli toipumassa tai kärsi hiljattaisen akuuttisairaudesta jälktilasta..

5.5 Muistisairauksia sairastamattomien kognitioltaan terveiden ominaispiirteet

5.5.1 Muistisairauksia sairastamattomat kognitioltaan terveet laitosasukkaat

Muistisairauksia sairastamattomia kognitioltaan terveitä henkilöitä oli laitosasukkaiden joukossa kaikkiaan 3,9% (n=88). Heistä noin joka viides asui entisissä terveyskeskussairaaloissa ja neljä viidesosaa vanhainkodeissa tai vanhustenkeskuksissa.

He olivat minkä tahansa ikäisiä miehiä tai naisia, joiden laitoksessa asumisaika oli useammin alle 6 kk kuin muistisairauksia sairastavilla verrokeilla. Kognitioltaan terveiden muistisairauksia sairastamattomien arjessa suoriutuminen oli muistisairaita parempi. Heillä oli verrokkeja harvemmin käytösoireita ja he olivat sosiaalisesti aktiivisempia. Diagnoosikirjoltaan he eivät eronneet muistisairauksia sairastavista. He uskoivat muistisairaita useammin kuntoutumiseensa. Heidän päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen oli arviota edeltäneen kolmen kuukauden aikana huonontunut harvemmin kuin verrokeilla.

Muistisairauksia sairastamattomien kognitioltaan terveiden laitosasukkaiden ominaispiirteitä koskevat tilastolliset analyysit on esitetty liitteessä 3.

5.5.2 Muistisairauksia sairastamattomat kognitioltaan terveet palvelutalojen asukkaat (ostopalvelut)

Muistisairauksia sairastamattomia kognitioltaan terveitä asukkaita löytyi ostopalveluina tuotetuista palvelutaloista vain 3,5%. Lukumäärän pienuuden vuoksi aineistoa ei analysoitu tilastollisesti.

5.5.3 Muistisairauksia sairastamattomat kognitioltaan terveet palvelutalojen asukkaat (kaupungin toiminta)

Kaupungin toimintana järjestetyn palveluasumisen asiakkaista 11,9% (n=148) kuului ryhmään joka ei sairastanut muistisairauksia ja joiden kognitio oli normaali. Heistä valtaosa oli naisia. Iällä ei ollut merkitystä.

Muistisairauksia sairastamattomista joka neljäs (27,7%) kuului vähäisimmän palvelutarpeen luokkaan ja 92% kolmen vähäisimmän palvelutarpeen luokkaan viidestä. Muiden diagnoosien kuin muistisairauksien osalta he olivat samankaltaisia kuin muut palvelutaloasukkaat. Heidän terveydentilansa oli vakaampi ja he olivat harvemmin masentuneita tai käytösoireisia kuin verrokkit, Vaikka he olivat yhtä usein yksin ja tun-

sivat yhtä usein itsensä yksinäisiksi kuin muistisairaajat, he olivat sosiaalisesti verrokkeja aktiivisempia.

Muistisairauksia sairastamattomien kognitioltaan terveiden kaupungin omien palvelutalojen asukkaiden ominaispiirteitä koskevat tilastolliset analyysit on esitetty liitteessä 4.

5.5.4 Muistisairauksia sairastamattomien kognitioltaan terveiden säännöllisen kotihoidon asiakkaiden ominaispiirteet

Muistisairauksia sairastamattomia kognitioltaan terveiden säännöllisen kotihoidon asiakkaiden osuus oli 32,7% (n=1532). He suoriutuivat päivittäisistä ja välinetoiminoistaan jokaisen toiminnon osalta keskimäärin verrokkejaan paremmin.

Muistisairauksia sairastamattomista lähes puolet (40%) luokitui vähäisimmän palvelutarpeen ja 91% kolmen vähäisimmän palvelutarpeen luokkaan viidestä. Vain yhdeksän prosenttia kaikista säännöllisen kotihoidon asiakkaista kognitioltaan terveistä säännöllisen kotihoidon asiakkaista kuului niihin kahteen luokkaan, joissa laitokseen päätyminen todennäköisyys on suuri.

Muistisairauksia sairastamattomat olivat verrokkeja nuorempia (alle 85 vuotta) naisia, joilla oli harvemmin psykiatrinen sairaus tai kohtuuden ylittävää alkoholin käyttöä. Vaikka he viettivät verrokkeja useammin päiviään yksin, heidän mielialansa oli parempi ja he kärsivät harvemmin yksinäisyydestä tai sosiaalisen vuorovaikutuksen puutteesta.

Muistisairauksia sairastamattomien kognitioltaan terveiden säännöllisen kotihoidon asiakkaiden ominaispiirteitä koskevat tilastolliset analyysit on esitetty liitteessä 5

5.6 Uloskirjauspotentiaali laitoshoidossa

Laitoshoidon asukkaista joka kymmenes ilmaisi haluavansa pois laitoshoidosta, heitä oli 8% vanhainkotien ja 13% entisten terveyskeskussairaaloiden asukkaista. Noin neljällä prosentilla oli uloskirjaukseen myönteisesti suhtautuva omainen tai läheinen.

Uloskirjausta suunniteltiin noin kuudelle prosentille laitosasukkaita ja noin kahdelle prosentille kolmen seuraavan kuukauden kuluessa.

Uloskirjauksen suunnittelu oli meneillään henkilöillä, jotka verrokkeja harvemmin sairastivat muistisairautta tai masennusta ja useammin sydän- ja verisuonisairauksia tai syöpää. Vaikka heillä oli verrokkeja useammin kipuja, heidän terveydentilansa oli verrokkeja harvemmin epävakaa. He olivat sosiaalisesti aktiivisia, kevythoitaisia mutta kivuliaampia ja kaatuneet kuluneen kuukauden aikana verrokkeja useammin.

Laitosasukkaiden uloskirjauspotentiaalia koskevat tilastolliset analyysit on esitetty liitteessä 6.

5.7 Pitkäaikaishoidon ammatillisen laadun kehitys vuosina 2008 - 2011

5.7.1 Tärkeimpiä hyvinvointia haittaavia oireita ja oireyhtymiä

Merkittävin hyvinvointiin vaikuttava tekijä on jäljellä olevan toimintakyvyn ylläpito. Koska valtaosa asiakkaista sairasti yhtä tai useampaa toiminnanvajausta aiheuttavaa etenevää sairautta, toimintakyvyn heikkenemistä ei voi välttää. Hyvää hoitoa on tarpeettoman toiminnanvajauksen välttäminen ja siten toimintakyvyn menettäminen mahdollisimman myöhään, lähellä omaa kuolemaa.

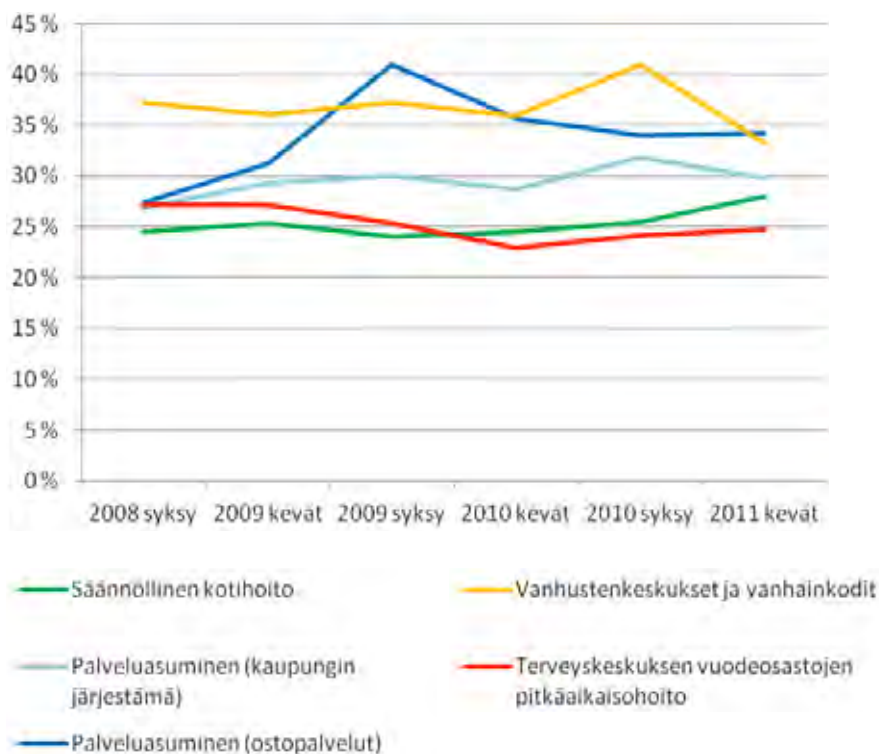
Etenevää sairautta sairastavilla henkilöillä ammatillista hoidon laatua voi pitää hyvänä ja toimintaa kustannusvaikuttavana silloin kun:

- omatoiminen (apuvälinein tai ilman) arjesta suoriutuminen ei tarpeettomasti vähene
- tarpeettomia lääkkeitä ei käytetä
- kärsimystä aiheuttavat oireet hallitaan
- ravitsemukseen kiinnitetään huomiota

Tässä selvityksessä asiakkaiden hyvinvoinnin kehityksen suuntaa vuosina 2008 - 2010 kuvaamaan on valittu joukko kaikista palvelutyypeistä löydettävissä olevaa indikaattoria. Hoidon laatua kuvaava muutos on esitetty kuvioissa 36-40. Monilääkitys on määritetty Zimmermannin ja Karonin (1995) alkuperäisen laatundikaattoriston mukaan yhdeksäksi tai sitä useammaksi lääkkeeksi.

5.7.2 Arjesta suoriutumisen (ADL) muutos

Kuvio 36 osoittaa kuuden mittauskerran ja yhteensä kolmen vuoden ajalta arjessa suoriutumisen huononemisen edeltäneen kolmen kuukauden aikana.



Kuvio 36. Arjesta suoriutumisen (ADL) on huonontunut arviointia edeltäneen 3kk aikana palvelutyypeittäin 2008-2011*.

Lähde: THL, Ikäihmisten palvelut, RAI-tietokanta, 2011

*Vuodepotilaat on poistettu luvuista

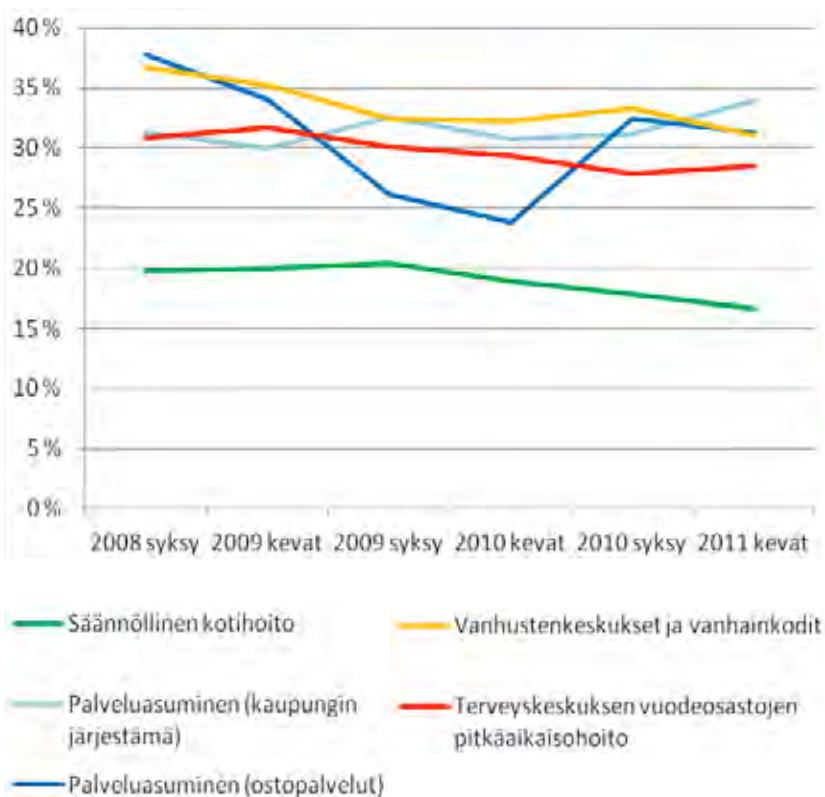
Muutosta huonompaan esiintyi vähiten kotihoidon asiakkailta sekä entisten terveyskeskussairaalaosastojen asukkailla - noin joka neljännellä. Koska edellisten keskuudessa vuodepotilaita ei ollut lähes lainkaan ja jälkimmäisten keskuudessa noin 40%, entisten terveyskeskusosastojen asukkaista enää noin joka toisen toimintakyky saattoi heiketä. Tämän vuoksi taulukon aineistosta poistettiin vuodepotilaiden osuus.

Monilääkitys on yleinen ilmiö eurooppalaisessakin laitoshoidossa ja se näyttää liittyvän pitkäaikaissairauksiin masennukseen ja kipuun mutta käänteisesti kognitiiviseen ja fyysiseen toiminnan vajaukseen (Onder ym 2012).

Palvelutyyppien väliset erot voivat kertoa hoidon laadusta olevista eroista tai asiakkaiden valikoitumista eri tavoin eri palvelutyyppihin. Kunkin palvelutyyppin sisällä tapahtuva muutos kertoo toimintakyvyn ylläpidon onnistumisesta ja sitä kautta hoidon laadusta, edellyttäen, että hoitoon ottamisen kriteerit ovat säilyneet seuranta-ajan ennallaan. Vanhainkotien ja entisten terveyskeskusosastojen suunta näyttäisi olevan tyydyttävällä tolalla, kotihoidon melko vakaa, vain viimeisessä mittauksessa epäsuotuisa.

5.7.3 Psyykenlääkkeiden käyttö

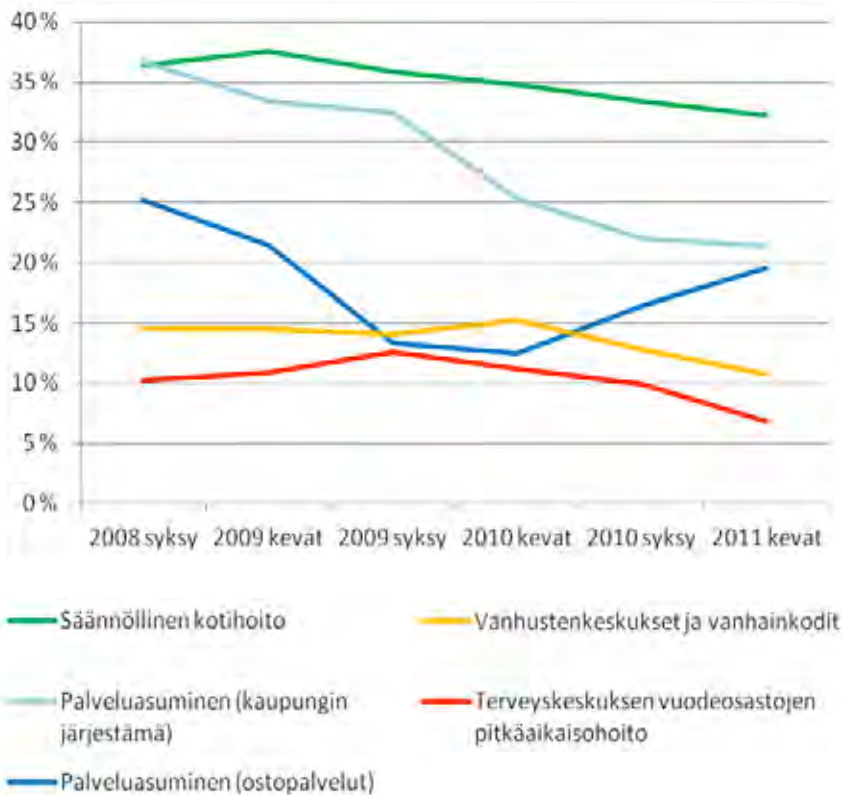
Psyykenlääkkeitä, kuten muitakin lääkkeitä, on tarkoitus käyttää silloin kun niistä on hoidettavalle hyötyä, mutta välttää jos niistä on haittaa tai jos hyöty ei ole osoitettavissa. Turhia lääkkeitä vältetään aina. Alanen osoitti väitöskirjassaan (2007) psykoosilääkkeiden käytön olevan suomalaisessa pitkäaikaishoidossa lähes runsainta maailmassa. Hänen aineistonsa oli kerätty vuosituhannen alkupuoliskolla, minkä jälkeen RAI-järjestelmää käyttävissä yksiköissä on tapahtunut hoitokäytäntöjen monenkaltainen muutos suotuisaan suuntaan (Finne-Soveri ym. 2010). Psykoosilääkkeiden käytön muutos helsinkiläisessä pitkäaikaishoidossa vuosina 2008-2011 on esitetty kuviossa 37 ja unilääkkeiden kuviossa 38. Psykoosilääkkeiden käyttö väheni kolmen seurantavuoden aikana kotihoidossa viisi prosenttiyksikköä, palvelutaloissa 3 ja 7, vanhustenkeskuksissa 6 ja entisissä terveystalossa 3 prosenttiyksikköä.



Kuvio 37. Psykoosilääkkeiden käyttö palvelutyypeittäin 2008-2011

Lähde: THL, Ikäihmisten palvelut, RAI-tietokanta, 2011

Rauhoittavien lääkkeiden käyttö väheni kotihoidossa kolme prosenttiyksikköä, palvelutaloissa yhden, vanhustenkeskuksissa kolme ja entisissä terveyskeskussairaaloissa viisi prosenttiyksikköä.



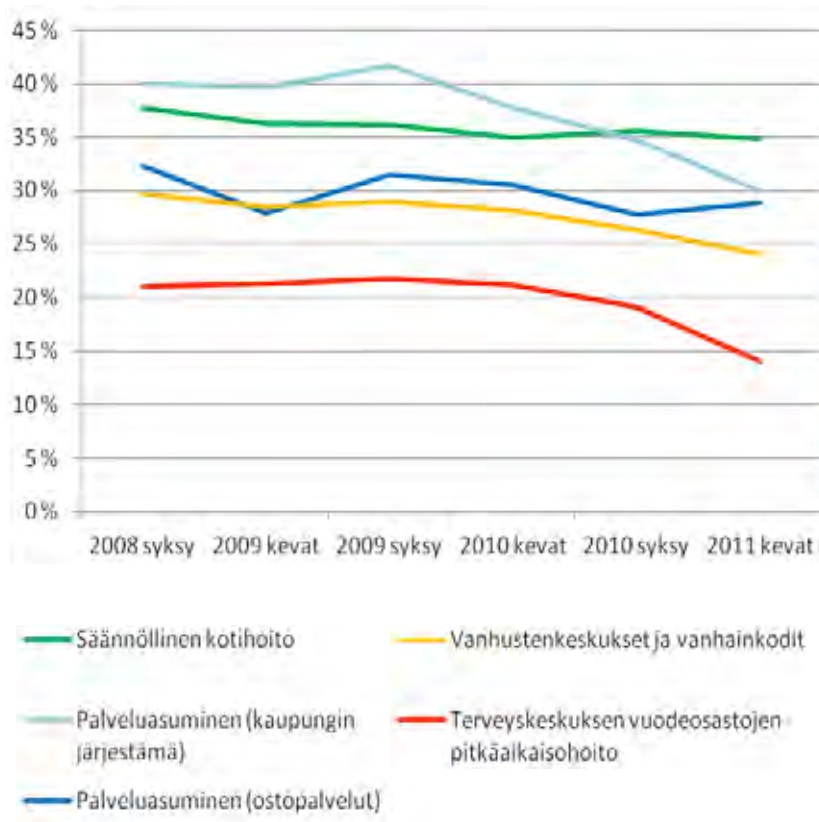
Kuvio 38. Unilääkkeiden käyttö palvelutyypeittäin 2008-2011

Lähde: THL, Ikäihmisten palvelut, RAI-tietokanta, 2011

Unilääkkeiden käyttö väheni kaikissa palvelutyypeissä vuodesta 2008 (kuvio 38). Melatoniinin käyttö sisältyy lukuihin. Unilääkkeiden käyttö oli Helsingissä kaikissa palvelutyypeissä valtakunnallisia verrokkilukuja 3-11 prosenttiyksikköä vähäisempää vuonna 2010 (Noro ym. 2012).

5.7.4 Kivun hallinta

Kivun hallinta on merkityksellistä jo omana itseisarvonaan, mutta myös fyysisen toimintakyvyn ja myönteisen mielialan ylläpitäjänä.



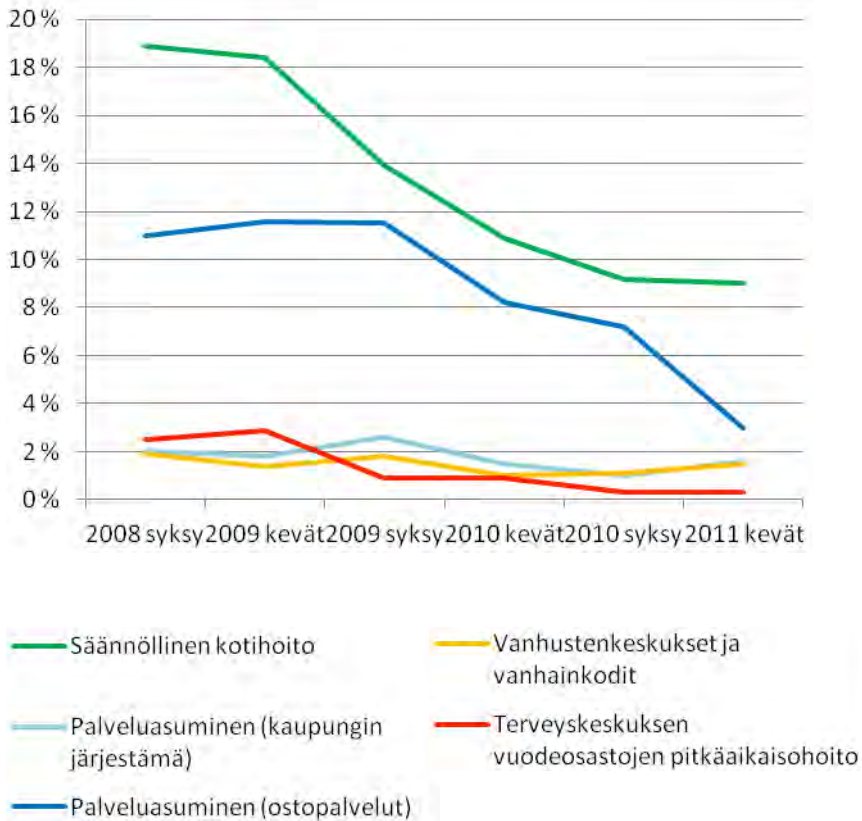
Kuvio 39. Keskivaikean tai sitä vaikeamman kivun esiintyvyys palvelutyypeittäin 2008-2011

Lähde: THL, Ikäihmisten palvelut, RAI-tietokanta, 2011

Kivun asianmukainen hallinta edellyttää huolellista hoidon valintaa haurailta monisairailla iäkkäillä, joilla on suuri sivuvaikutusten riski. Kivun hallinta on parantunut kaikissa palvelutyypeissä (kuvio 39).

5.7.5 Ravitsemuksen seuranta

Painon säännöllinen seuranta on ravitsemustilan arvioinnin ja seurannan tärkein yksittäinen toimenpide. Tärkein ravitsemuksen riittämättömyydestä ja vakavan sairauden uhkasta kertova hälytysmerkki on tahaton painon lasku. Painon laskua esiintyi noin 5% säännöllisen kotihoidon asukkaista ja 5-8% palvelutalojen ja vanhustenkeskusten asukkaista.



Kuvio 40. Punnitsemattomat palvelutyypeittäin 2008 - 2011

Lähde: THL, Ikäihmisten palvelut, RAI-tietokanta, 2011

Painon laskun havaitseminen sen alkuvaiheessa on lähes mahdotonta ilman säännöllistä punnitsemista. Säännöllinen punnitseminen on ravitsemustilan seurantaan liittyvä hyvän hoitokäytännön indikaattori, jonka osuus pitäisi olla mahdollisimman lähellä sataa prosenttia ja vastaavasti punnitsemattomien osuuden tulisi olla lähellä nollaa (Ravitsemussuositukset ikääntyneille. Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010). Punnitsemattomien osuus palvelutyypeittäin on esitetty kuviossa 40.

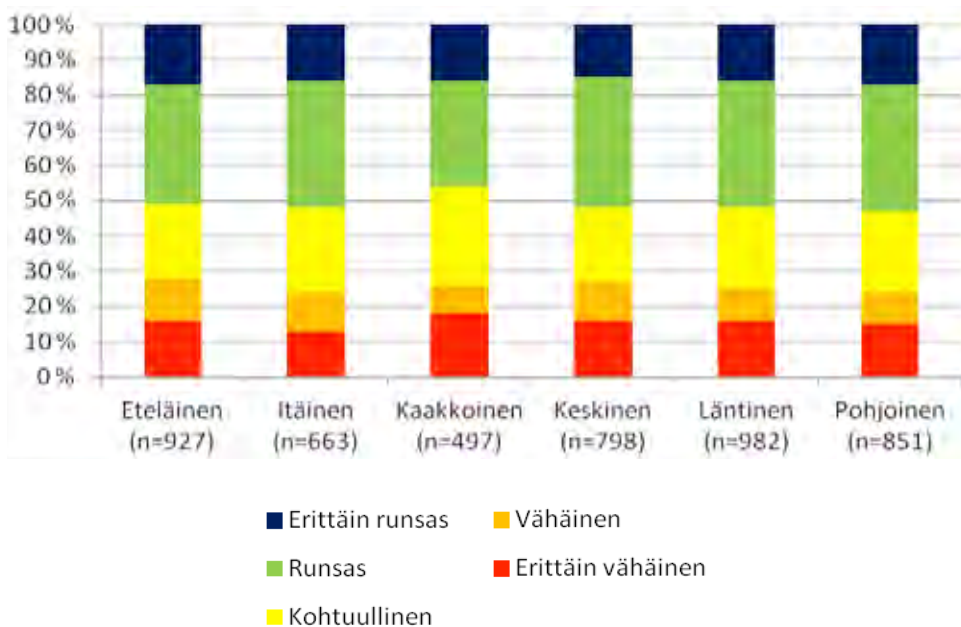
Laitoshoidon ja oman palveluasumisen punnitsemiskäytäntö on seuranta-aikana ollut hyvä. Kotihoidon ja ostopalveluiden palvelutalojen punnitsemishoitokäytännöt ovat parantuneet merkittävästi.

6 Palveluntarve ja kuormitus

6.1 Palveluntarve kotihoidon ja palvelutalojen asiakkailla

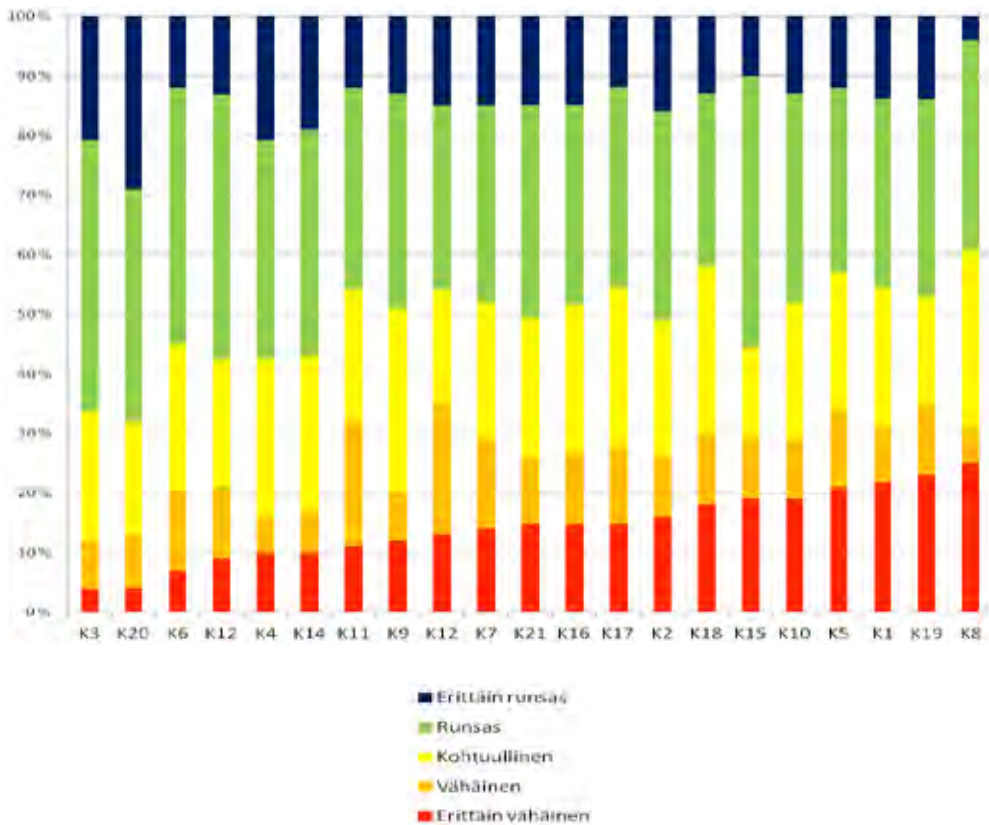
6.1.1 Palveluntarve kotihoidon asiakkailla

Palveluntarvetta on tarkasteltu Kanadassa kehitetyn ja siellä laajasti ”Case-Manager” toiminnassa käytössä olevan MAPLe- mittarin (Mehod for Assessing Priority Levels) avulla.



Kuvio 41. Palvelutarpeen jakauma suurpiireittäin säännöllisen kotihoidon asiakkailla

Lähde: THL, Ikäihmisten palvelut, RAI-tietokanta, 2011



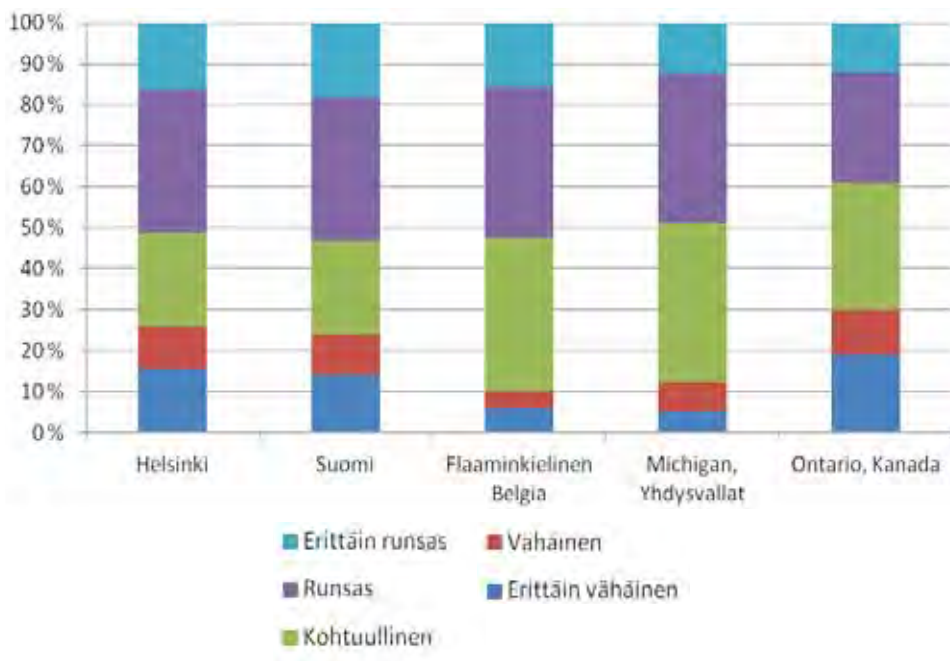
Kuvio 42. Kotihoidon säännöllisten asiakkaiden palvelun tarve 21 paikkakunnalla Suomessa

K=kunta, kuntaliitto, kuntayhtymä

Lähde: THL, Ikäihmisten palvelut, RAI-tietokanta, 2011

Mittari on kehitetty hoitotason määrittämistä varten ja kuvaa palvelutarpeen laajuutta ja intensiteettiä asteikolla 1-5, missä arvo yksi merkitsee erittäin vähäistä ja arvo viisi erittäin suurta palvelun tarvetta. Mittaria on Suomessakin käyttökelpoinen palvelutarpeen ja -tason määrittämiseen palvelurakenteen eri tasoilla koska sen ennusteominaisuudet ovat hyvät (Hirdes ym. 2008, Noro ym 2010).

Säännöllisen kotihoidon asiakkaiden keskimääräinen palveluntarve oli samalla tavoin jakautunut kussakin suurpiirissä (kuvio 42), mutta eri tavoin kuntia vertailtaessa. Kuvion 43 vaativammassa ääripäässä (Kunta 3) olevien asiakkaiden palvelujen tarve ja samalla kotihoidon työn kuormittavuus on huomattavasti suurempi verrattuna kevyemmän ääripään kotihoitoon (Kunta 8). Kuvioon otettu mukaan RAI-tietokannasta niitä kuntia, joiden kaikki tai lähes kaikki säännöllisen kotihoidon asiakkaat oli arvioitu 2010.



Kuvio 43. Säännöllisen kotihoidon asiakkaiden palvelun tarve Helsingissä, Suomessa, Belgiassa, Kanadassa ja Michiganissa

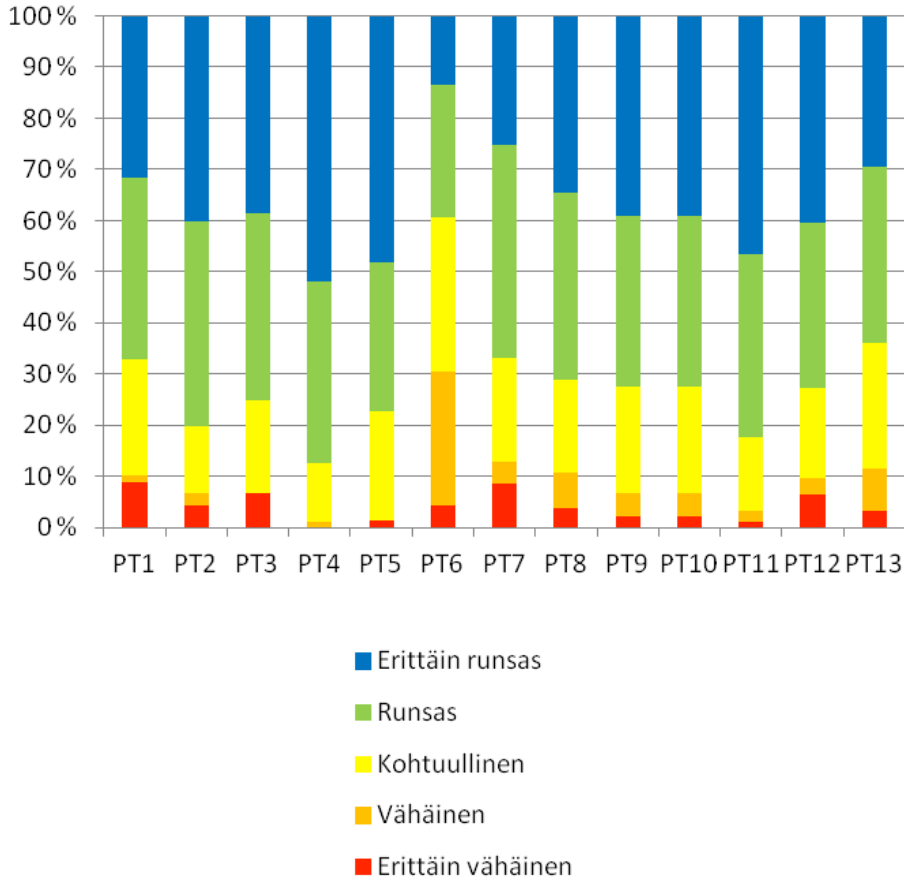
Lähde: THL, Ikäihmisten palvelut, RAI-tietokanta, 2011
 Belgia: prof. Anja DeClerq, LUCAS, K.U. Leuven (2011)
 Michigan: prof. Brant Fries, University of Michigan (2006)
 Ontario: prof. John Hirdes, University of Waterloo (2011)

Kuvion 43 vertailukohteista Michigan ja Belgia hoitavat kotona henkilöitä, joilla on suurempi palvelutarve kuin helsinkiläisillä säännöllisen kotihoidon asiakkaila. Belgiassa huoltosuhteen kehitys on Suomea raskaampi (kuvio 2). Michiganissa puolestaan ryhdyttiin 90-luvun lopulla toimenpiteisiin vanhainkotihoidon vähentämiseksi ja kotihoidon lisäämiseksi laatimalla RAI-pohjaiset kriteerit hoitoon pääsulle. Aiemmat muut vertailut ovat osoittaneet suomalaisen kotihoidon hoitavan haastavampia asiakkaita kuin pohjoismaissa keskimäärin, mutta kevyempiä kuin Keski- tai Etelä-Euroopassa tai Kanadassa (Finne-Soveri ym. 2006). Ontarion luvut vuodelta 2011 on esitetty kuviossa 43.

Erittäin vähäiseen palvelutarpeeseen liittyvät tilastolliset analyysit on esitetty liitteessä 7.

6.1.2 Palveluntarve palvelutalojen asukkailla

Palvelutaloasukkaiden yleinen palvelutarpeen taso oli kotihoitoa vaativampi ja talojen asukkaiden välinen erilaisuus vaikutti suuremmalle, kuin säännöllisen kotihoidon asiakkaiden suurpiirien välillä. Tätä saattaa korostaa koti- ja laitoshoidon vaillinaisemaksi jäänyt arviointien lukumäärä (kuvio 44).



Kuvio 44. Palvelutaloasukkaiden palvelun tarve 13 palvelutalossa (kaupungin järjestämä palveluasuminen)

Lähde: THL, Ikäihmisten palvelut, RAI-tietokanta, 2011

6.2 Hoivan kohdentuminen kotihoidossa ja kaupungin omissa palvelutaloissa

6.2.1 Henkilöstön työn kohdentuminen säännöllisen kotihoidon asiakkaille

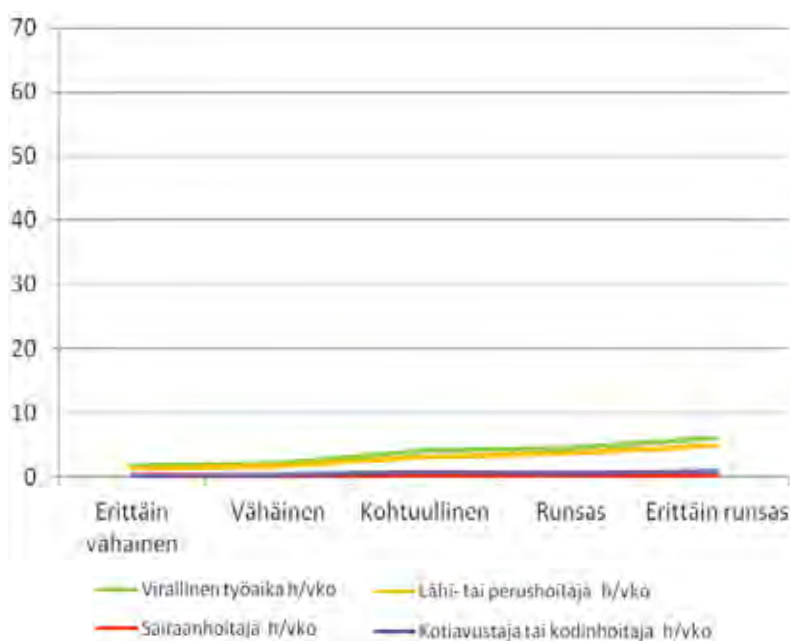
Säännöllisen kotihoidon asiakkaista joka neljäs sai henkilöstön aikaa alle tunnin viikossa ja puolet sai alle 2,2 tuntia. Joka kymmenes (10%) sai viikossa yhdeksän tuntia tai enemmän (vaihteluväli 0-94 h). Viisi prosenttia kotihoidon asiakkaista sai kotihoidon aikaa viikossa 12 tuntia tai enemmän, yksi prosentti (47 henkilöä) enemmän kuin 27 tuntia viikossa.

Taulukko 16. Säännöllisen kotihoidon henkilöstön asiakkailleen kohdentama aika palvelutarpeen mukaan

	Asiakkaita %	Keskimääräinen henkilöstön aika h/vko	Minimi	Maksimi
Erittäin vähäinen palvelutarve	15,7	1,8	0	60
Vähäinen palvelutarve	10,2	2,1	0	17
Kohtalainen palvelutarve	22,9	4,1	0	89
Runsas palvelutarve	35,1	4,5	0	260
Erittäin runsas palvelutarve	16,2	6,1	0	70

Lähde: THL, Ikäihmisten palvelut, RAI-tietokanta, 2011

Henkilöstön asiakkaille antama aika kohdentui palvelutarveluokituksen mukaan siten, että vähäisimmän ja toiseksi vähäisimmän palvelutarpeen luokkaan luokittuneet (26% säännöllisen kotihoidon asiakkaista) saivat keskimäärin kaksi tuntia viikossa henkilöstön aikaa ja kaikkein runsaimman palvelutarpeen ryhmään luokittunut kuudennes asiakkaista sai aikaa keskimäärin kolme kertaa enemmän (6 tuntia viikossa). Henkilöstön asiakkaille allokoima aika on esitetty ammattiryhmittäin palvelutarpeen mukaan kuviossa 45.



Kuvio 45. Kotihoidon henkilöstön työajan allokointi ammattiryhmittäin palvelutarpeen runsauden ja hoivaajan olemassaolon mukaan

*Virallinen työaika=sairaanhoitajien, lähi- ja perushoitajien ja kotiavustajien tai kodinhoitajien yhteenlaskettu työaika viikossa

Lähde: THL, Ikäihmisten palvelut, RAI-tietokanta, 2011

Ammattiryhmistä vain lähihoitajien työaika kohdentuu edes jossain määrin palvelutarpeen mukaan, kotiavustajien ja sairaanhoitajien ei. Sekä sairaanhoitajat, perus- tai lähihoitajat, että kotiavustajat kohdensivat enemmän tunteja viikossa niille asiakkaille, joilla oli hoivaaja kuin niille, joilla ei ollut ketään. Terapiaa ja sairaanhoitajan palveluita oli tarjolla keskimäärin vähän ja ne kohdentuivat kaikenlaisiin asiakkaihin.

Taulukko 17. Kotihoidon henkilöstön työn kohdentuminen palvelutarpeen ja hoivaajan olemassaolon mukaan

	Sairaanhoitaja		Lähi tai perushoitaja		Kotiavustaja tai kodinhoitaja	
	Ei hoivaajaa	hoivaaja on	Ei hoivaajaa	hoivaaja on	Ei hoivaajaa	hoivaaja on
Erittäin vähäinen	0,219	0,322	1,24	1,52	0,13	0,141
Vähäinen	0,18	0,177	1,69	1,62	0,29	0,311
Kohtuullinen	0,24	0,302	2,93	3,22	0,74	0,655
Runsas	0,316	0,3	3,25	3,86	0,43	0,0659
Erittäin runsas	0,177	0,381	5,02	4,9	0,81	0,988

Lähde: THL, Ikäihmisten palvelut, RAI-tietokanta, 2011

Taulukon 17 perusteella on nähtävissä, että ne asiakkaat joilla oli hoivaaja (puoliso, lapsi tai puolison lapsi, sukulainen tai muu henkilö) saivat enemmän kotihoidon henkilöstön aikaa kuin yksin olevat. Tiedossa ei ole saivatko ne, joilla oli hoivaaja enemmän kotihoidon henkilöstön aikaa siksi, että hoivattavat saattoivat sijoittua kunkin palvelutarveluokan vaativampaan päähän vai siksi, että hoivaajat itsekin ovat neuvon ja avun tai henkisen tuen tarpeessa. Hoivaajan tarvitsema aika on pitkäaikaishoidon työntekijöiden tunnistama ilmiö, mutta sitä on vaikea ennakoida eikä sitä yleensä oteta huomioon palveluita suunniteltaessa.

Koska käytettävissä ei ole tietoa säännöllisen kotihoidon ja omaishoidon ulkopuolella olevien hoivattavien palvelun tarpeesta, ei tiedetä valikoituvatko juuri sellaiset henkilöt kotihoidon asiakkaiksi, joiden hoivaajatkin tarvitsevat jotakin tukea. Yksi selitys on myös se, että ilman hoivaajaa olevat vanhuksat voivat jäädä vähemmälle huomiolle puolestapuhujan puuttuessa.

6.2.2 Eniten henkilöstön aikaa saaneet säännöllisen kotihoidon asiakkaat

Taulukossa 16 esitettyyn erittäin vähäisen palvelutarpeen luokkaan luokittuneista 743 henkilöstä kuudella maksimihoitoaika viikossa oli yli 10 tuntia. Nämä henkilöt asuivat eri puolilla kaupunkia, kenelläkään ei ollut muistisairautta, yhdellä oli kohtuun ylittävä alkoholin käyttö ja neljällä psykiatrinen sairaus.

Eniten henkilöstön työaika saaneista kymmenesosasta säännöllisen kotihoidon asiakkaita kolme neljänestä luokitui runsaan tai erittäin runsaan palvelutarpeen luokkiin. Eniten henkilöstön työaika saanut kymmenen prosenttia asiakkaista koostui tyypillisimmillään iäkkäistä (80 vuotta tai yli) leskinaisista, joilla oli vähintään keskivaikea kognition vaje ja seurannan tai avun tarve päivittäisissä toiminnoissa. Muistisairaus heillä oli yhtä usein kuin muillakin kotihoidon asiakkailla, mutta multippeli skleroosi, Parkinsonin tauti, aivohalvaus tai osteoporoosi heillä oli noin kaksi kertaa todennäköisemmin kuin muilla. Runsaan ajan saantia luonnehti terveydentilaan liittyvät tekijät kuten terveydentilan epävakaumus, hiljattainen sairaalahoito, avun tarve katetrin hoidossa tai haavan hoito. Useammin (kuin vähemmän henkilöstön aikaa saaneilla) hoivaaja asui hoivattavan kanssa ja hänen mielestään hoivattavan paikka oli muualla kuin kotona. Eniten henkilöstön aikaa saaneet tunsivat itsensä yksinäiseksi. Heille oli tyypillistä myös fysioterapia-, ateria-, turva-, saatto-, kylvytys- ja kuljetuspalvelujen käyttö.

Eniten henkilöstön aikaa saaneiden säännöllisen kotihoidon asiakkaiden ominaispiirteet on esitetty liitteessä 8.

6.2.3 Hoivaajien työn kohdentuminen säännöllisen kotihoidon asiakkaille

Hoitoon osallistuvaa omaista, läheistä tai tuttavaa nimmitetään tässä raportissa hoivajaksi erotuksena kotihoidon tai muun virallisen tahon ammattilaisesta.

Säännöllisen kotihoidon asiakkaista noin joka toisella (62%) oli jollain tavoin hoitoon osallistuva yksi tai useampi henkilö ja jos tällainen henkilö oli olemassa, yhdessä tapauksessa viidestä (22,5 %) hoivaaja asui asiakkaan kanssa.

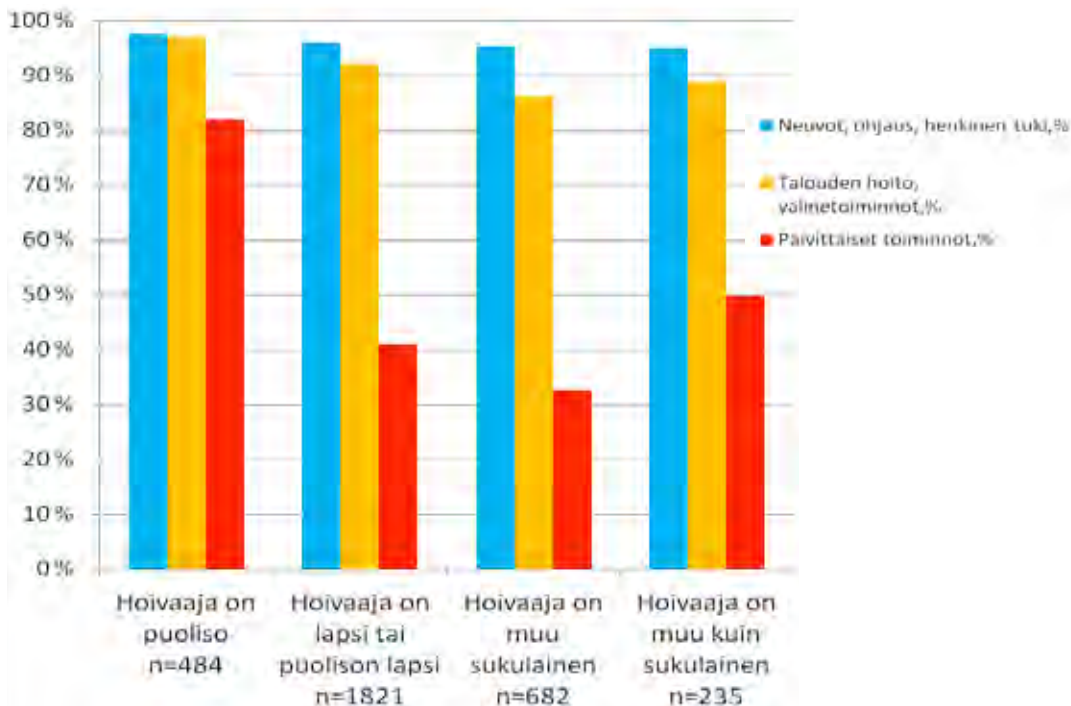
Niistä kuudestakymmenestä kahdesta prosentista, joilla oli joku hoivaaja, tämä oli useimmin lapsi tai puolison lapsi (63%) ja hän useimmin - mutta ei aina - oli myös tärkein ja merkittävin avun lähde.

Toiseksi useimmin hoivaaja oli joku muu sukulainen kuten sisar tai veli (24%) ja vasta kolmanneksi useimmin puoliso (17%). Jos puoliso oli olemassa, hän oli lähes aina ensisijainen avun lähde (97%).

Kahdeksan prosenttia sai apua muulta kuin puolisolta, sukulaiselta tai puolison sukulaiselta.

Avun luonne oli lähes aina vähintään henkistä tukea, neuvoja (96%) tai välinetoiminnoissa avustamista kuten ruoan hankkimista ja valmistamista, ostoksilla käymistä tai kuljetuksia (90%). Alle puolet niistä säännöllisen kotihoidon asiakkaista joilla oli hoivaaja, sai apua myös päivittäisissä toiminnoissa (45%). Näitä toimintoja ovat esimerkiksi pukeminen, peseminen, liikkuminen, WC:ssä asiointi tai syömisessä avustaminen.

Puolisoiden merkitys hoivan ja avun lähteenä on suuri (kuvio 46). Kaikki hoivaajat riippumatta sukulaisuussuhteesta kykenivät tukemaan iäkkästä kotihoidon asiakasta henkisesti ja avustamaan kotitalouteen liittyvissä toiminnoissa, mutta henkilökohtaisissa tarpeissa avustamisessa puolisoiden rooli oli puolet suurempi kuin muiden hoivaajien.



Kuvio 46. Hoivan tyyppi hoivaajan sukulaisuussuhteen mukaan, %

Lähde: THL, Ikäihmisten palvelut, RAI-tietokanta, 2011

Käytössä olleiden rekistereiden perusteella ei ole pääteltävissä miksi lapset ja muut sukulaiset avustavat henkilökohtaisissa toiminnoissa puolisoita harvemmin. Syynä voi olla esimerkiksi toisella paikkakunnalla asuminen, työssä käyminen tai muu este. Lapset tai puolison lapset olivat lukumääräisesti kuitenkin iäkkäiden kotihoidon asikkaiden merkittävin voimavara. Hoivaajista 10-20% arveli voivansa lisätä jotakin apua tarvittaessa.

Taulukkoon 18 on koottu hoivaajien näkemykset mahdollisuuksistaan lisätä apuaan.

Taulukko 18. Hoivan ja avun lisäämismahdollisuudet hoivaajan sukulaissuhteen ja hoivan tyyhin mukaan, %

	Hoivaaja on puoliso n=484		Hoivaaja on lapsi tai puolison lapsi n=1821		Hoivaaja on muu sukulainen n=682		Hoivaaja on muu kuin sukulainen n=235	
	Ensi-sijainen	Tois-sijainen	Ensi-sijainen	Tois-sijainen	Ensi-sijainen	Tois-sijainen	Ensi-sijainen	Tois-sijainen
Kykenee lisäämään henkistä tukea,%	23	22	15	15	11	11	17	17
Kykenee lisäämään avustusta välinetoiminnoissa,%	21	18	13	12	9	8	15	10
Kykenee lisäämään avustusta päivittäisissä toimissa,%	19	12	9	7	6	5	11	8

Lähde: THL, Ikäihmisten palvelut, RAI-tietokanta, 2011

Omaishoitajan status oli virallistettu noin joka kymmenennellä (11%) säännöllisen kotihoidon asiakkaista. Laskettuna niistä, joilla ylipäätään oli mahdollisuus hankkia omaishoitajan status, se oli hankittu noin joka kuudennelle (18%) siten, että yleisemmin omaishoitajuus oli puolisolalla (42%). Lapsi tai puolison lapsi oli virallisesti tai epävirallisesti omaishoitajana lähes yhtä usein (14 vs 13 %).

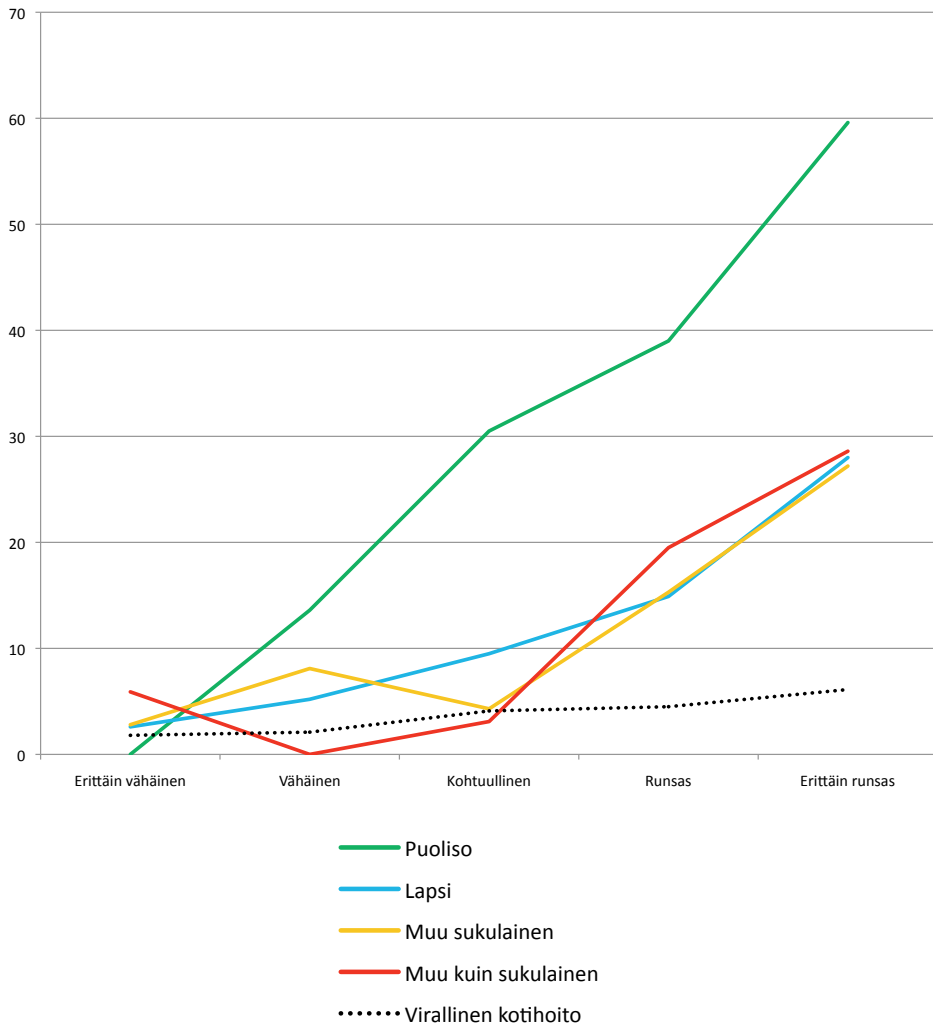
Hoivaajat antoivat aikaansa säännöllisen kotihoidon asiakkaille keskimäärin kymmenen tuntia viikossa. Taulukko 19 esittää hoivaajien kohdentaneen aikaansa hoivattaville sitä enemmän mitä suurempi oli palvelutarve. Taulukosta näkyy myös, että aikaa saivat paljon myös ne, joiden palvelutarve oli vähäinen. Arkielämän ja ammattityötä korvaavan avun erottaminen toisistaan ei ole yksiselitteistä.

Taulukko 19. Hoivaajien säännöllisen kotihoidon asiakkaille kohentama aika palvelutarpeen mukaan

	Asiakkaita %	Keskimääräinen hoivaajan aika h/vko	Minimi	Maksimi
Erittäin vähäinen palvelutarve	15,7	3,1	0	168
Vähäinen palvelutarve	10,2	5,7	0	207
Kohtalainen palvelutarve	22,9	10,9	0	288
Runsas palvelutarve	35,1	12,1	0	336
Erittäin runsas palvelutarve	16,2	15,5	0	500

Lähde: THL, Ikäihmisten palvelut, RAI-tietokanta, 2011

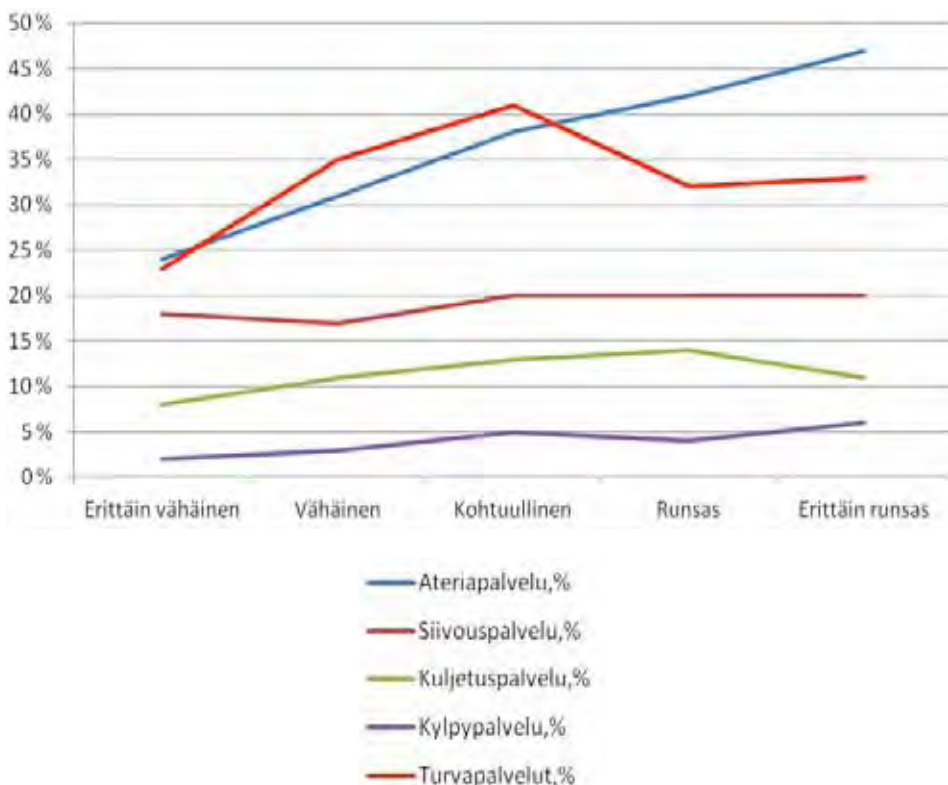
Hoivaajien ja kotihoidon antaman hoivan erot näkyvät selvästi tarkasteltaessa niitä palvelun tarvetta vasten (kuvio 47). Puolisoiden, jotka usein itsekin ovat iäkkäitä, hoivan ja avun aika kohdentuu selkeimmin kaikista apua antavista tahoista hoivattavan tarpeiden mukaan. Muiden ryhmien kyky, halu tai mahdollisuudet lisätä apuaan palvelun tarpeen mukaan ovat puolisoiden rinnalla vaatimattomat.



Kuvio 47. Hoivaajien ja säännöllisen kotihoidon asiakkaalle allokoima aika tunteina viikossa palvelutarpeen* ja hoivaajan mukaan

*Palvelutarve on mitattu käyttäen Method for Assessing Priority Levels (MAPLe) luokitusta, missä asteikko on 1-5 ja 1 merkitsee erittäin vähäistä palvelutarvetta ja viisi erittäin runsasta

Lähde: THL, Ikäihmisten palvelut, RAI-tietokanta, 2011



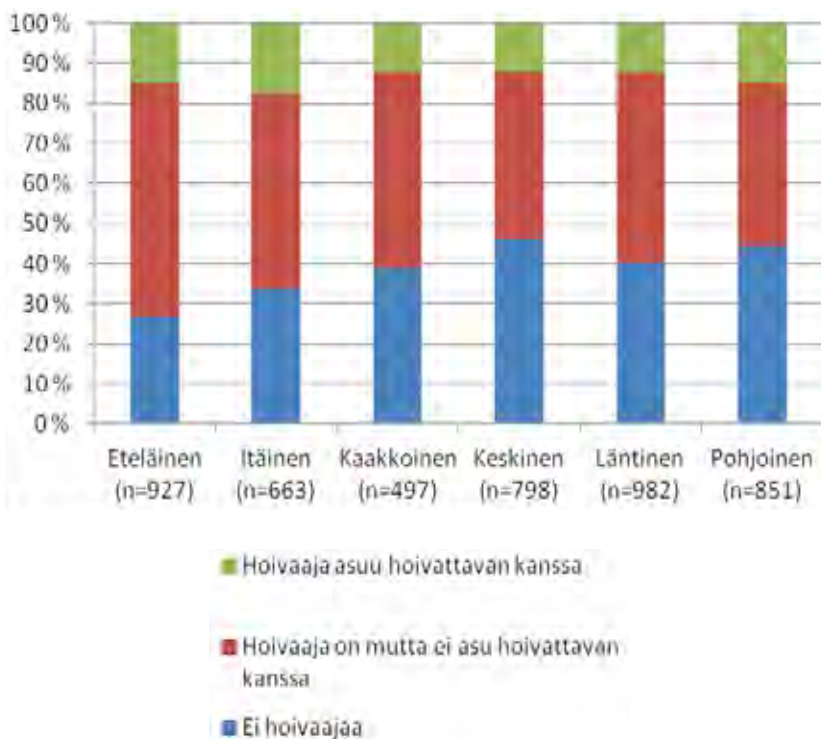
Kuvio 48. Tukipalveluita palvelutarpeen mukaan säännöllisen kotihoidon asiakkailla.

*Palvelutarve on mitattu käyttäen Method for Assessing Priority Levels (MAPLe) luokitusta, missä asteikko on 1-5 ja 1 merkitsee erittäin vähäistä palvelutarvetta ja viisi erittäin runsasta

Lähde: THL, Ikäihmisten palvelut, RAI-tietokanta, 2011

Hoivaa antavista tahoista kotihoidon henkilöstön keskimääräinen aika ”reagoi” vähiten palvelutarpeeseen. Vaikka kotihoidon henkilöstön aikaan laskettiin kokeeksi sosiaalityöntekijöiden ja terapiahenkilöstön aika, näiden työpanos oli ajassa laskettuna vähäinen. Tukipalveluista kuten esimerkiksi ateriapalvelut, lääkkeiden jako tai kylvytys- ja siivouspalvelut muodostuu osa sellaista työtä, mikä näkyy hoivaajien mutta ei henkilöstön työajassa.

Kuvio 48 esittää tärkeimpien tukipalvelujen käyttöä arviointiajankohtana luokiteltuna palvelutarpeen mukaan. Suosituin oli ateriapalvelu (38%), turvapalvelut (33%) ja siivouspalvelut (19%). Kuljetuspalveluja käytti joka kymmenes (12%) ja kylvytyspalveluja alle viisi prosenttia säännöllisen kotihoidon asiakkaista. Apteekkien lääkejakelesta ei ollut tietokantaan yhdistettävää tietoa.



Kuvio 49. Hoivaajan ja hoivattavan asuinkumppanuus suurpiireittäin

Lähde: THL, Ikäihmisten palvelut, RAI-tietokanta, 2011

Jos asiakkaalla oli hoivaaja, hän asui hoivattavan kanssa neljässä tapauksessa viidestä. Suurpiirien välillä oli jonkin verran eroja hoivaajan olemassaolon ja asuinkumppanuuden suhteen (kuvio 50).

6.2.4 Eniten hoivaajan aikaa saaneet säännöllisen kotihoidon asiakkaat

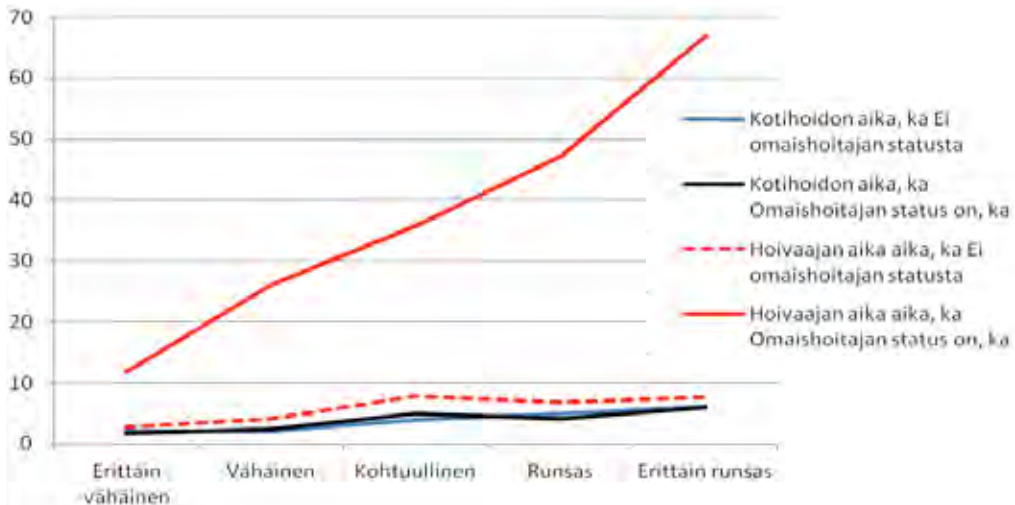
Taulukosta 15 ilmenee säännöllisen kotihoidon asiakkaiden saaneen enimmillään jopa 1-3 henkilön ympärivuorokautisen avun. Ympärivuorokautista hoivaa (168 tuntia tai enemmän viikossa) omaisiltaan tai läheisiltään sai 71 säännöllisen kotihoidon asiakasta (1,5%) ja enemmän kuin yhden henkilön ympärivuorokautista hoivaa saaneita oli kaikkiaan kaksikymmentä kuusi yhteensä 18 peruspiirin alueella.

Kaikkein runsaimmasta avun saannista osa selittynee asutokunnilla, joihin kuuluu hoivattavan lisäksi useampi asukas. Kirjausvirheiden poissulkemiseksi tätä asiakasryhmää tarkasteltiin suorina jakaumina. Kolmea arviointia lukuun ottamatta sairaudet, toiminnanvajaus ja saatavilla oleva apu selittivät runsaan avun saannin. Näiden kaikkein

eniten aikaa saaneiden henkilöiden tärkeimmät hoivaajat olivat puoliso ja/tai lapsi jotka lähes kaikissa tapauksissa (23/26) asuivat hoivattavan kanssa mutta viidellä ei ollut virallista omaishoitajan statusta. Kaikki paljon apua saaneet hoivattavat halusivat asua kotona, mutta kolmen hoivaaja oli sitä mieltä, että olisi parempi asua muualla.

Eniten aikaa saanut kymmenesosa asiakkaista sai apua tai hoitoa 21 tuntia viikossa tai enemmän. Tarkasteltaessa tätä eniten hoiva-aikaa saanutta kymmentä prosenttia säännöllisen kotihoidon asiakkaista (n=485), he osoittautuivat ”keskivanhoiksi” muistisairauksia sairastaviksi, terveydentilaltaan epävakaiksi, käytösoireisiksi ja pidätyskyvyttömmiksi miehiksi, joilla ei ollut halua muuttaa kotoa pois.

Näistä eniten hoivaajan aikaa saaneista asiakkaista joka kolmannen hoivaaja oli tullut hoitamisen ja avunannon osalta jaksamisensa rajoille. Kuitenkin heistä vain osa oli sitä mieltä, että hoidettavan tulisi asua muualla kuin kotona. Omais- tai läheishoitajan runsaan ajan antamisen todennäköisyys oli yli kaksikymmenkertainen jos hoivaaja asui hoidettavan kanssa ja lähes kuusinkertainen jos omaishoitajastatus oli virallistettu. Samalla todennäköisyys yhdelle tai useammalle kuormittumisesta kertovalle oireelle oli kaksinkertainen. Runkas hoitoaika oli todennäköisintä jos hoivaaja oli muu kuin sukulainen, toiseksi todennäköisintä jos hoivaaja oli puoliso ja kolmanneksi todennäköisintä jos hoivaaja oli lapsi tai puolison lapsi. Runsaasti hoiva-aikaa tarvitsevat hoivaajat käyttivät ateriapalveluja harvemmin kuin vähemmän aikaa allokoivat hoivaajat.



Kuvio 50. Kotihoidon henkilöstön ja hoivaajien keskimääräinen aika omaishoitajan statuksen ja palvelutarpeen mukaan säännöllisen kotihoidon asiakkailla

*Palvelutarve on mitattu käyttäen Method for Assessing Priority Levels (MAPLe) luokitusta, missä asteikko on 1-5 ja 1 merkitsee erittäin vähäistä palvelutarvetta ja viisi erittäin runsasta

Lähde: THL, Ikäihmisten palvelut, RAI-tietokanta, 2011

Kuvio 50 varmentaa virallisen erityisesti omaishoitajan roolin suhteessa hoivattavan palvelun tarpeeseen ja kotihoidon keskimääräiseen toimintaan.

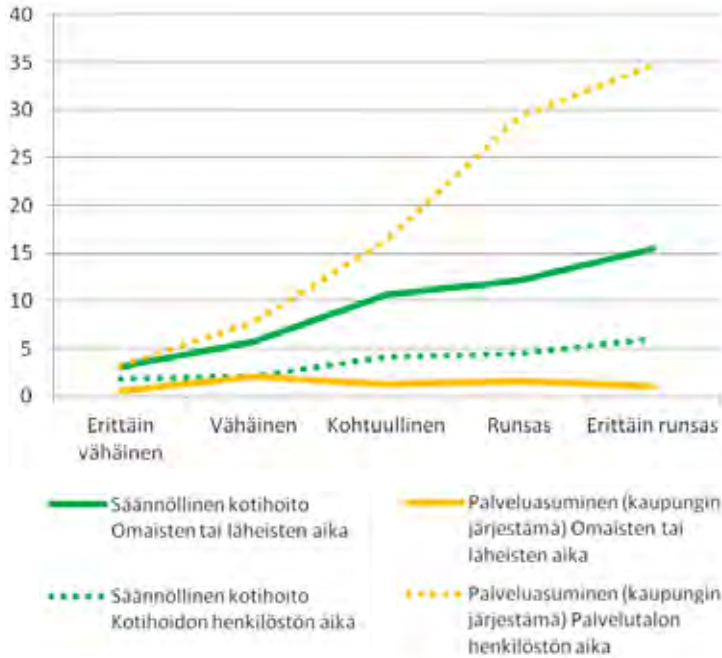
Eniten hoivaajien aikaa saaneiden säännöllisen kotihoidon asiakkaiden ominaispiirteet on esitetty liitteessä 9.

6.2.5 Hoivan kohdentuminen palvelutaloissa

Kaupungin toimintana järjestetyn palveluasumisen asukkaat saivat omaisiltaan ja läheisiltään aikaa keskimäärin 1,3 tuntia, mutta henkilöstöltä 27 tuntia viikossa. Puoliso oli palvelutaloasukkaidenkin keskuudessa tärkein omaisen tai läheisen antaman hoivan lähde ajan määränä laskettuna (11,6 h/viikko). Toiseksi tärkein oli lapsi (2,9 h/viikko) ja kolmanneksi tärkein muu sukulainen (1,6 h/viikko).

Kuvioissa 51 ja 52 on verrattu säännöllisen kotihoidon ja palvelutaloasiakkaiden hoivatahoja toisiinsa. Palvelutarpeen kasvun tarvitsema ajan lisäys jakautui virallisen ja epävirallisen tahon välillä eri tavoin riippuen asuuko hoivattava kotona vai palvelutalossa. Kotona työkuorman lisäyksen kantoi omainen tai läheinen, palveluasunnoissa henkilöstö

Kuviot osoittavat lähihoitajien olevan puolisojen ohella se ammattiryhmä, joka parhaiten vastaa asiakkaan hoiva-ajan tarpeeseen. Tehostetussa palveluasumisessa, toisin kuin kotihoidossa sairaanhoitajien ajankäyttö jakautui jossain määrin myös asiakkaan palvelutarpeen mukaan.

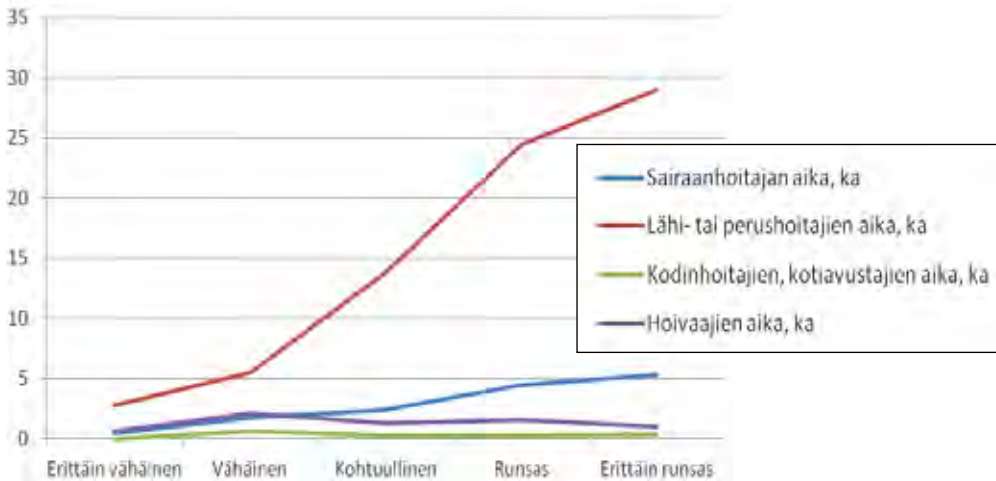


Kuvio 51. Säännöllisen kotihoidon ja palvelutalojen asukkaiden hoivaajiltaan saama aika tunteina viikossa ajan antajatahon mukaan.

*Palvelutarve on mitattu käyttäen Method for Assessing Priority Levels (MAPLe) luokitusta, missä asteikko on 1-5 ja 1 merkitsee erittäin vähäistä palvelutarvetta ja viisi erittäin runsasta

Lähde: THL, Ikäihmisten palvelut, RAI-tietokanta, 2011

Lähde: Kotihoidon RAI tietokanta THL 2011, ajanjakso 1.4.-30.9.2010



Kuvio 52. Hoivaajien ja palvelutalojen henkilöstön työajan jakaumat henkilöstön ammattinimikkeen ja asukkaiden palvelutarpeen mukaan

*Palvelutarve on mitattu käyttäen Method for Assessing Priority Levels (MAPLe) luokitusta, missä asteikko on 1-5 ja 1 merkitsee erittäin vähäistä palvelutarvetta ja viisi erittäin runsasta

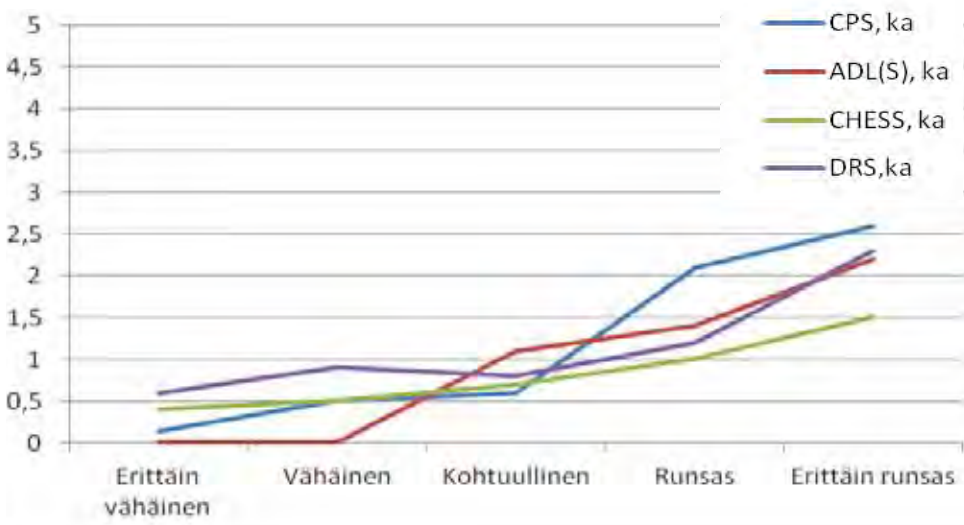
Lähde: THL, Ikäihmisten palvelut, RAI-tietokanta, 2011

6.3 Hoivaajien ahdinko

6.3.1 Hoivaajien ahdinko säännöllisen kotihoidon asiakkailla

Säännöllisen kotihoidon asiakkaiden hoivaajista joka kuudes ilmaisi ahdinkoa (16,2%). Kuormittuminen, uupumus ja ahdinko olivat yleisiä silloin kun hoiva ylsi kotitalouden hoitamisen lisäksi henkilökohtaisissa päivittäisissä toimissa avustamiseen ja oli ympärivuorokautista tai lähes ympärivuorokautista.

Fyysisen, psyykkisen ja kognitiivisen toimintakyvyn vajeus on sitä suurempi mitä merkittävämpi on palvelutarve. Terveystilan epävakausskaala noudattaa samaa linjaa.



Kuvio 53. Toiminnanvajeus (ka) ja terveydentilan vakaus (ka) palvelutyypeittäin säännöllisen kotihoidon asiakkailla

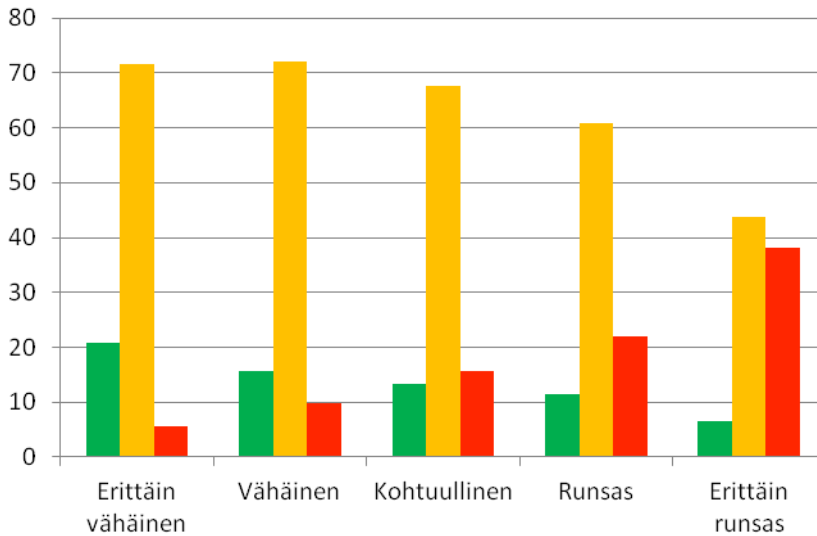
*Palvelutarve on mitattu käyttäen Method for Assessing Priority Levels (MAPLe) luokitusta, missä asteikko on 1-5 ja 1 merkitsee erittäin vähäistä palvelutarvetta ja viisi erittäin runsasta

Lähde: THL, Ikäihmisten palvelut, RAI-tietokanta, 2011

Koska toiminnanvajauksen kaikenpuolinen muutos huonompaan ja kaikentahoinen epävakaas kasautuivat niille, joilla jo ennestään oli toiminnanvajeusta ja suuri palvelujen tarve, ei liene merkillistä, että hoivaajat uupuivat. (kuvio 53 ja 54).

Hoivaajan uupumus ja ahdinko saattoivat ilmetä väsymyksenä tai ärtyvyytenä. Se saattoi tulla esiin hoivaajan kokemuksena siitä, että muut eivät tue häntä kylliksi tässä raskaassa roolissa. Se saattoi näkyä päätöksinä irtautua tyystin hoivanantajan roolista. Joissain tilanteissa hoivaaja oli sairastunut tai kuollut.

Hoivaajasta riippumatta kuormittuminen ja ahdinko olivat sitä yleisempiä mitä runsaampi oli hoivattavan palvelun tarve (kuvio 55).



- Päivittäisistä toiminnoista suoriutumun on muuttunut paremmaksi edeltäneen 90 vrk aikana
- Päivittäisistä toiminnoista suoriutumun on säilynyt muuttumattomana edeltäneen 90 vrk aikana
- Päivittäisistä toiminnoista suoriutumun on muuttunut huonommaksi edeltäneen 90 vrk aikana

Kuvio 54. Toiminnanvajauksen muutos (%) arviointia edeltäneen 3 kk aikana palvelutarpeen runsauden mukaan säännöllisen kotihoidon asiakkailla

*Palvelutarve on mitattu käyttäen Method for Assessing Priority Levels (MAPLe) luokitusta, missä asteikko on 1-5 ja 1 merkitsee erittäin vähäistä palvelutarvetta ja viisi erittäin runsasta

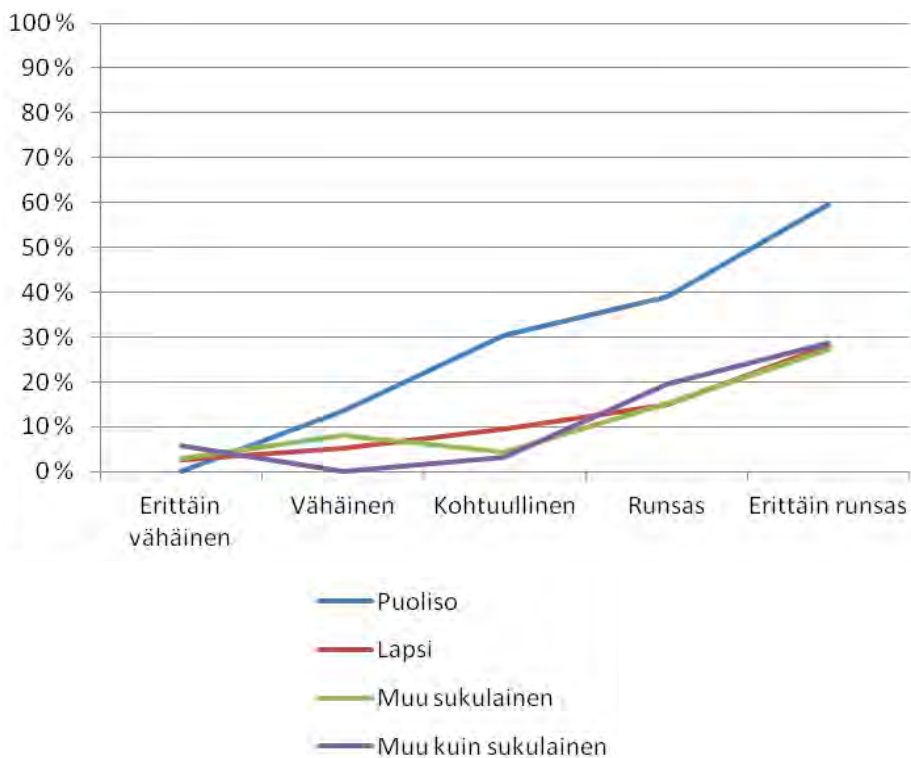
Lähde: THL, Ikäihmisten palvelut, RAI-tietokanta, 2011

Tilastollisin analysein on selvitetty niitä asiakkaaseen ja asumiseen liittyviä tekijöitä, jotka olivat yhteydessä hoivaajien kuormittumiseen ja ahdinkoon. Tärkeimmät hoivattavaan liittyvät tekijät, joilla oli hoivaajaa kuormittava vaikutus olivat tärkeysjärjestyksessä:

- hoivattavan masennus
- hoivattavan miessukupuoli
- hoivattavan hiljattainen akuuttisairauden tai kroonisen sairauden lehdhduksen huonontava vaikutus toimintakykyyn
- hoivattava vaelteli päämäärättömästi
- valvonnan tai avun tarve päivittäisissä toiminnoissa
- virtsanpidätyskyvyttömyys kahdesti viikossa tai useammin
- hoivattavan sosiaaliset suhteet olivat vähentyneet ja hän kärsi siitä
- hoivattavan kognitio oli alentunut vähintään keskivaikeasti

Tärkeimmät muuhun kuin hoivattavaan liittyvät tekijät olivat asumisen, ympäristön ja hoivaajan omia piirteitä. Ne olivat tärkeysjärjestyksessä:

- Hoivaajan mielestä hoivattavan olisi parempi asua muualla kuin kotona
- Hoivaaja asui hoivattavan kanssa
- hoivaaja oli puoliso
- yksi tai useampi asuntoon liittyvä puute
- hoivaan tarvittu aika luokitui suurimpaan 10% (21 tuntia viikossa tai enemmän)
- säännöllinen kotihoito luokitui suurimpaan 10% (9 tuntia viikossa tai enemmän)
- suunnittelematon kotikäynti oli tapahtunut vähintään kerran arviointia edeltäneen 3 kk aikana



Kuvio 55. Hoivaajan kuormittumisen ja ahdingon oireet palvelutarpeen ja hoivaajan mukaan säännöllisen kotihoidon asiakkailta, %#

*Palvelutarve on mitattu käyttäen Method for Assessing Priority Levels (MAPLe) luokitusta, missä asteikko on 1-5 ja 1 merkitsee erittäin vähäistä palvelutarvetta ja viisi erittäin runsasta

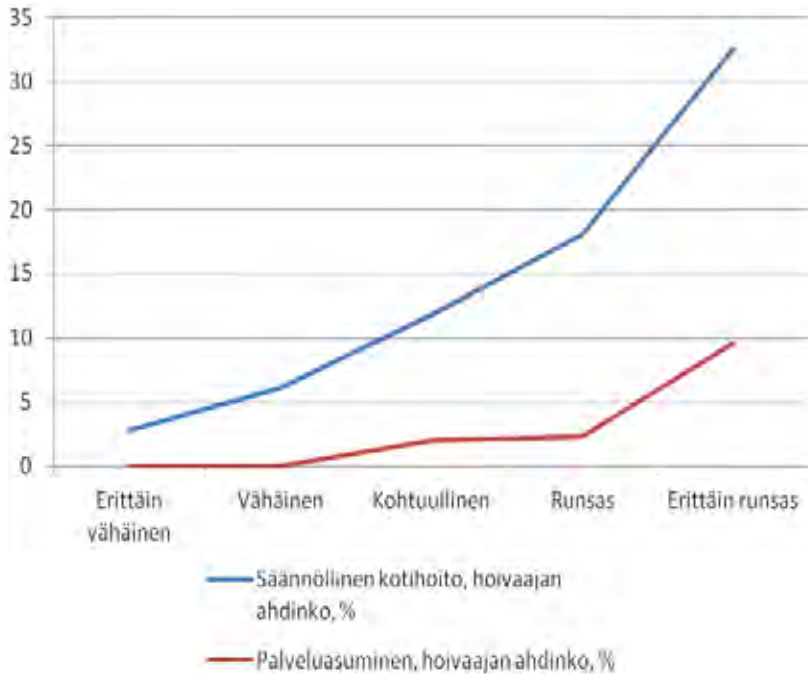
Prosentit laskettu niistä, joilla oli hoivaaja n=2908

Lähde: THL, Ikäihmisten palvelut, RAI-tietokanta, 2011

Säännöllisen kotihoidon asiakasta hoivaavan ahdinkoon liittyvät tilastolliset analyysit on esitetty liitteessä 10.

6.3.2 Hoivaajien ahdinko kaupungin omissa palvelutaloissa

Tehostetun palveluasumisen asukkaiden hoivaajista löytyi tietoa vain omana toimintana järjestetystä palveluasumisesta (n=1241 arviointia).



Kuvio 56. Hoivaajan kuormittumisen ja ahdingon oireet palvelutarpeen mukaan säännöllisessä kotihoitossa ja teostetussa palveluasumisessa, %#

*Palvelutarve on mitattu käyttäen Method for Assessing Priority Levels (MAPLe) luokitusta, missä asteikko on 1-5 ja 1 merkitsee erittäin vähäistä palvelutarvetta ja viisi erittäin runsasta

Prosentit laskettu niistä, joilla oli hoivaaja (kotihoito n=2908, Palveluasuminen n=488)

Lähde: THL, Ikäihmisten palvelut, RAI-tietokanta, 2011

Kuviot 55 ja 56 osoittavat hoivaajien kuormittuneen sitä useammin mitä suurempi hoivattavan palveluiden tarve oli ja hoivaajista puolisoiden kokeneen useimmin ahdingkoa. Omaishoitajan asemansa virallistaneet kokivat useammin ahdinkoa kuin ne, joiden asema ei ollut virallistettu. Hoivattavaan ja ympäristöön liittyvien tekijöiden rinnalla virallisella omaishoitajastatuksella ei kuitenkaan ollut merkitystä kuormittumisen ja ahdingon kannalta.

Noin 40 prosentilla asukkaista oli muukin hoivaan osallistuva tai auttava läheinen kuin palvelutalon henkilöstö. Näillä epävirallisilla hoivaajilla ahdingon oireita esiintyi alle viidellä prosentilla

Tietokannasta löytyi yhteensä kymmenen hoivaajaa jotka olivat joko tyytymättömiä saamaansa tukeen tai eivät syystä tai toisesta kyenneet enää jatkamaan asukkaan tukemista. Hoivaajan ahdinko liittyi lähes kokonaan asukkaan erittäin runsaaseen palvelujen tarpeeseen, ei ollenkaan erittäin vähäiseen ja vähäiseen tarpeeseen. Yksittäisissä tapauksissa ahdinko liittyi kohtalaiseen ja runsaaseen palvelujen tarpeeseen (kuvio 56)

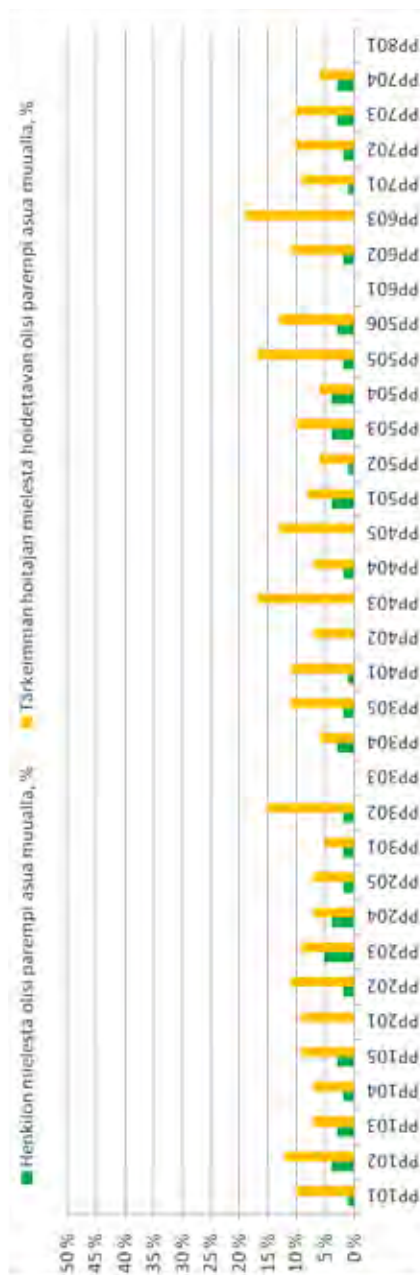
6.4 Parempi asua muualla kuin missä asuu

6.4.1 Kenen tahdosta kotoa pois

Asiakaskeskeisiä palveluja kehittäessä on oleellista tietää haluavatko iäkkäät kotihoidon asiakkaat ylipäättään jatkaa kotona asumista terveydentilan ja toimintakyvyn heikentyessä vai eivät. Jos laitoshoidon tai palveluasumiseen halutaan siirtyä, mitkä syyt edistävät ja mitkä vähentävät siirtymishalukkuutta ja kuka siirtymistä haluaa, asiakas itse vai häntä hoivaava henkilö?

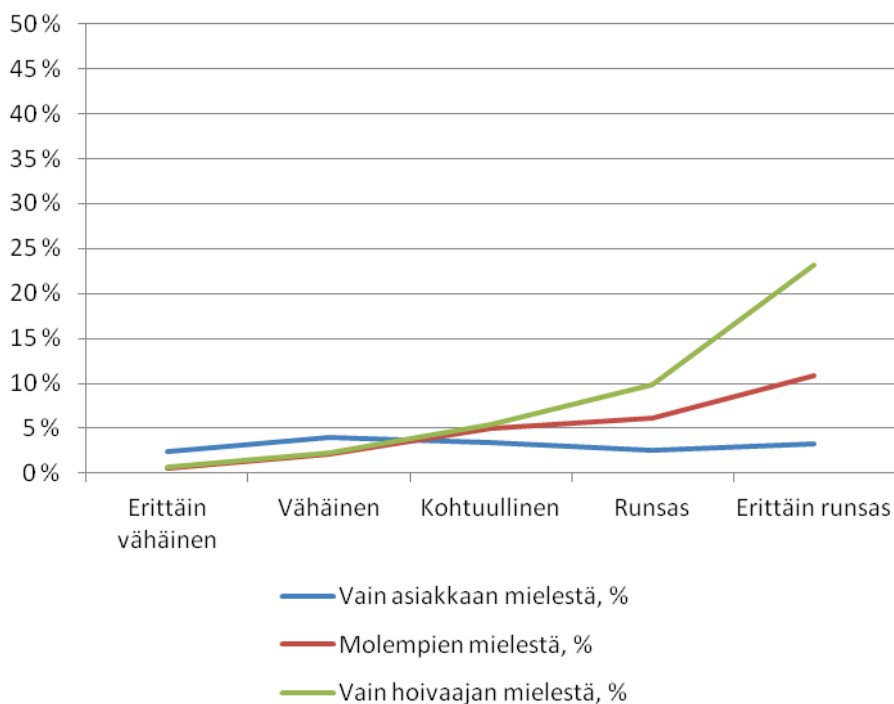
Kotoa pois muuttamiseen oli halukkuutta lähes joka viidennellä (18%) säännöllisen kotihoidon asiakkaista. Asiakkaan omaa halu muuttaa pois kotoa oli varmuudella lähes 3%, asiakkaan ja hoivaajan näkemys pois muuttamisen paremmuudesta oli noin 10% pelkästään hoivaajan näkemys lähes 6%. Hoivaajan ja asiakkaan välinen näkemyseron oli johdonmukainen (kuviot 57).

Kuviosta 58 ilmenee asiakkaan ja häntä hoivaavan henkilön kotona-asumisen jatkamista koskevien näkemysten ja palvelutarpeen suhde. Asiakkaiden halukkuus siirtyä pois kotoa näytti liittyvän palvelutarpeeseen vain vähän tai ei lainkaan.



Kuvio 57. Säännöllisen kotihoidon asiakkaan tai hänen hoivaajansa mielestä hoivattavan olisi parempi asua muualla kuin kotona (%) peruspiireittäin.

Tyhjäksi jätetty peruspiirit, joissa arviointeja on viisi tai vähemmän
Lähde: THL, Ikäihmisten palvelut, RAI-tietokanta, 2011



Kuvio 58. Asiakkaan olisi parempi asua muualla kuin kotona mielipiteen esittäjän ja palvelutarpeen runsauden* mukaan

*Palvelutarve on mitattu käyttäen Method for Assessing Priority Levels (MAPLe) luokitusta, missä asteikko on 1-5 ja yksi merkitsee erittäin vähäistä palvelutarvetta ja viisi erittäin runsasta

Lähde: THL, Ikäihmisten palvelut, RAI-tietokanta, 2011

Tilastolliset analyysit tehtiin kolmena eri analyysinä joista ensimmäinen käsitteli vain asiakkaan omaa käsitystä, toinen asiakkaan ja hoitajan yhteistä käsitystä ja kolmas vain hoitajan käsitystä siitä, että asiakkaan olisi parempi asua muualla kuin kotona.

6.4.2 Vain kotihoidon asiakkaan omasta mielestä olisi parempi asua muualla kuin kotona

Ensimmäinen analyysi koski pelkästään asiakkaita, jotka arvelivat voivansa paremmin muualla kuin kotona tilanteessa, missä hoivaajaa ei ollut tai jos oli, hän oli hoivattavansa kanssa eri mieltä. Muualle kotoa haluavat säännöllisen kotihoidon asiakkaat olivat yksinäisiä, masentuneita, ja kokivat terveydentilansa huonoksi. He käyttivät runsaasti turvapalveluja. Kotihoidon antama runsas aika oli suojeleva tekijä.

Kalenteri-iällä, sukupuolella, objektiivisesti mitatulla terveydentilalla, toiminnanvajauksella, muilla oireilla, kodin kunnolla tai hoivaajan olemassaololla tai hoivattavan kanssa asumisella ei ollut yhteyttä kotoa pois haluamiseen. Asiakkaan muualla muut-

tamisen halu oli pääasiallisesti palvelun tarpeesta riippumatonta kuten kuviosta 59:kin ilmenee.

Ainoastaan asiakkaan näkemykseen muualla asumisen paremmuudesta liittyvät tilastolliset analyysit on esitetty liitteessä 11.

6.4.3 Sekä kotihoidon asiakkaan että hänen hoivaajansa mielestä asiakkaan olisi parempi asua muualla kuin kotona

Toinen analyysi koski niitä asiakkaita, jotka olivat yhtä mieltä hoivajansa kanssa siitä, että hoivattavan olisi parempi asua muualla kuin kotona.

Näitä ”muualla parempi”-asiakkaita luonnehti palvelujen tarpeen määrä ja laajuus (kuvio 59) ja myös jossain määrin subjektiiviset elämykset tai kokemukset. Kotoa poishaluamisen todennäköisyys kaksinkertaistui tai lähes kaksinkertaistui jos:

- asiakas tarvitsi valvontaa tai apua yhdessä tai useammassa päivittäisissä toiminnossa (pukeutumisessa, pesemisessä, liikkumisessa, wc-käynneissä, ja/tai syömisessä)
- asiakkaan älyllinen toimintakyky oli huonontunut arviointia edeltäneen 3 kk aikana
- asiakkaan omatoimisuus oli vähentynyt arviointia edeltäneen 3 kk aikana
- asiakas koki itsensä yksinäiseksi
- asiakas koki terveydentilansa huonoksi
- asiakkaan alkoholin käyttö ylitti kohtuuden

Lisäksi kotoa pois haluaminen liittyi masennusepäilyyn, epävakaaseen terveydentilaan tai kaatumistapaturmaan arviointia edeltäneen 3 kk aikana.

Aineellisen ja aineettoman ympäristön tekijät olivat myös merkittäviä kotoa pois muuttamisen halukkuutta lisääviä tekijöitä. Kolminkertainen tai lähes kolminkertainen kotoa pois haluamisen todennäköisyys esiintyi jos

- asiakas sai 9 tuntia viikossa tai enemmän kotihoidon aikaa
- asiakas oli ollut sairaalahoidossa arviointia edeltäneen 3 kk aikana
- omainen oli tyytymätön, kuormittunut tai kyvytön jatkamaan
- asiakas oli ollut lyhytaikaishoidossa omaisen levon vuoksi
- pesutilat olivat puutteelliset
- asiakas joutui tinkimään tarpeellisesta kuten ruuasta tai lääkkeistä vähävaraisuuden vuoksi

Kuitenkin - jos hoitava omainen oli puoliso, se suojeli kotoa poismuuttamishalukkuudelta.

Hoivattavan kalenteri-ikä ja se, oliko hoivaaja virallisesti omaishoitaja vai ei, olivat sairauksien, oireiden ja toimintakyvyn sekä kohtuuden ylittävän alkoholin käytön rinnalla merkityksettömiä.

Sen sijaan on mahdollista, että runsaan ulkopuolisen avun tarve sekä sairaalahoito- ja lyhytaikaishoitojaksojen aiheuttama taloudellinen lisäpaine saivat sekä hoivaajan että hoivattavan siihen ymmärrykseen, että olisi parempi asua muualla kuin kotona.

Sekä asiakkaan että tämän hoivaajan näkemykseen muualla asumisen paremmuudesta liittyvät tilastolliset analyysit on esitetty liitteessä 12.

6.4.4 Vain hoivaajan mielestä hoivattavan olisi parempi asua muualla kuin kotona

Kolmas analyysi käsitteli niitä asiakkaita, joiden hoivaaja koki asiakkaan voivan paremmin muualla kuin kotona vaikka asiakas itse oli toista mieltä tai ei ottanut kantaa.

Hoivaajan ”parempi muualla”-käsitystä luonnehti asiakkaan

- kohtuuden ylittävä alkoholin käyttö hoivattavilla, jotka eivät sairastaneet muistisairautta
- psykiatrinen sairaus hoivattavilla, jotka eivät sairastaneet muistisairautta
- vähintään keskivaikea kognition vajaus
- avun tai valvonnan tarve yhdessä tai useammassa päivittäisissä toiminnossa (pukeutumisessa, pesemisessä, liikkumisessa, wc-käynneissä, syömisessä),
- päämäärätön vaeltelu (sisältää eksyilyn)
- eristyminen (ei ole poistunut 3 kk aikana asunnostaan)
- Ulosteenpidätyskyvyttömyys vähintään kerran viikossa
- epävakaa terveydentila

Hoivaajan ”parempi muualla”-käsitystä luonnehti lisäksi ympäristön tekijöistä

- hoivattavan laiminlyönnin tai kaltoinkohtelun epäily
- hoivaajan oma henkinen kuormittuminen
- keittön puutteellisuus
- pesutilojen puutteellisuus
- kotiin ja sieltä ulospääsyn esteellisyys
- runsas kotihoidon asiakkaalle antama aika
- suunnittelematon kotikäynti arviointia edeltäneen 3 kk aikana

Jos hoivaaja oli puoliso, se saattoi jossain määrin suojella kotoa poismuuttamishalukkuudelta.

Ainoastaan hoivaajan näkemykseen muualla asumisen paremmuudesta liittyvät tilastolliset analyysit on esitetty liitteessä 13.

6.4.5 Hoivattavan olisi parempi asua muualla kuin palvelutalossa

Kaikkiaan 9% niistä palvelutaloasukkaista, joilla oli joku hoivaaja piti palvelutaloa siinä määrin soveltumattomana, että arveli muualla asumisen olevan parempaa. Palvelutaloissa asuvien henkilöiden hoitoon osallistuvista omaisista tätä mieltä oli 7,3% ja asukkaista 5,5%. Muun paikan arveltu parempi soveltuvuus liittyi suurimman palvelutarpeen ryhmään palvelutaloissakin (MAPLe=5).

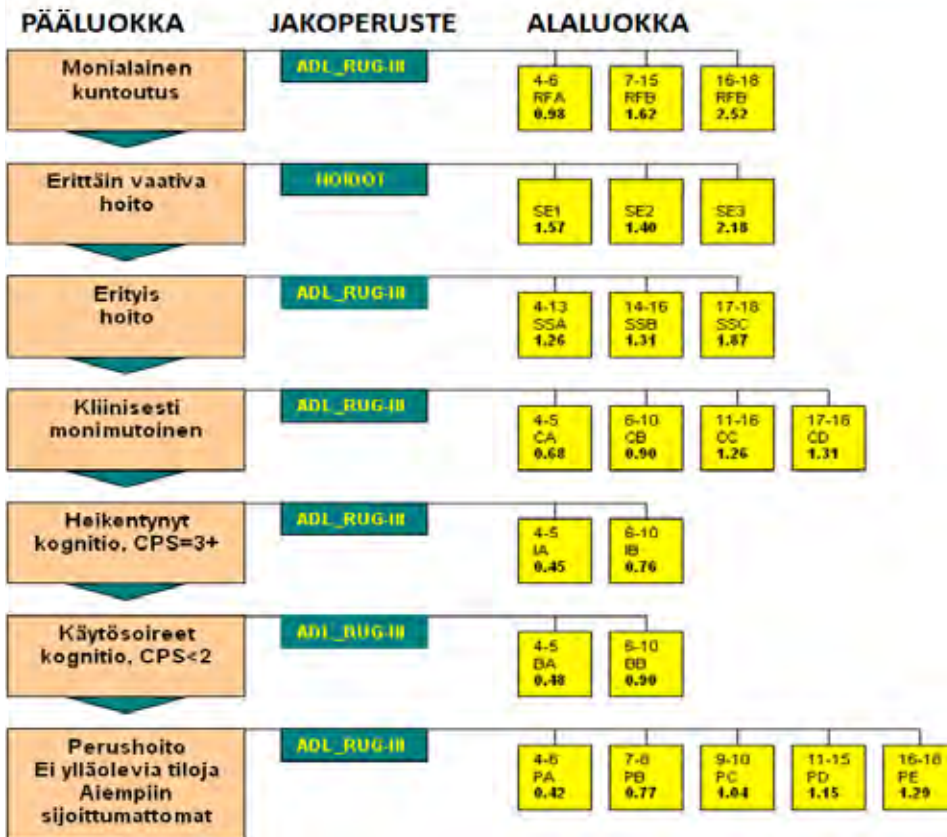
6.5 Kuormitus laitoshoidossa ja palvelutaloissa (ostopalvelut)

6.5.1 Kuormituksen mittaaminen ja kohdentuminen

Kuormitusta voi laitoshoidossakin mitata palvelutarpeen kautta. Tässä selvityksessä on kuitenkin käytetty RAI-järjestelmään sisältyvää kaksikymmentakaksiluokkaista Resource Utilization Groups -luokitusta (RUG III/22, missä henkilöstön ajan kohdentaminen on laskettu luokkiin valmiiksi.

RUG-luokitusta on kehitetty 80-luvulta asti pitkäaikaishoitoon maksujärjestelmän perusteeksi. Samalla kun asiakkaat luokitetaan keskenään samankaltaisiin ryhmiin, RUG-luokituksen avulla voidaan arvioida hoitohenkilöstön kullekin alaluokalle kohdentamaa aikaa. Henkilöstön suorittaman aikamittauksen avulla kullekin alaluokalle määritetään suhdeluku, missä ajamittauksen keskiarvo vakiodaan yhdeksi. Aikamittaus päivitetään sovituin välein, joka on yleensä 5-10 vuotta.

Kustannuspainoksi nimitetty suhdeluku kuvaa hoidon vaativuutta ja RUG III/22 luokitukseen liittyvä suhdeluku on 0,43-2,52, missä alaraja merkitsee 57% vähemmän aikaa tarvitsevaa kuin keskivertoasiakas ja 2,52 puolestaan 152% enemmän aikaa tarvitsevaa asiakasta. RUG-luokituksen rakenne ja kustannuspainon asteikko on kuvattu kuviossa 59.

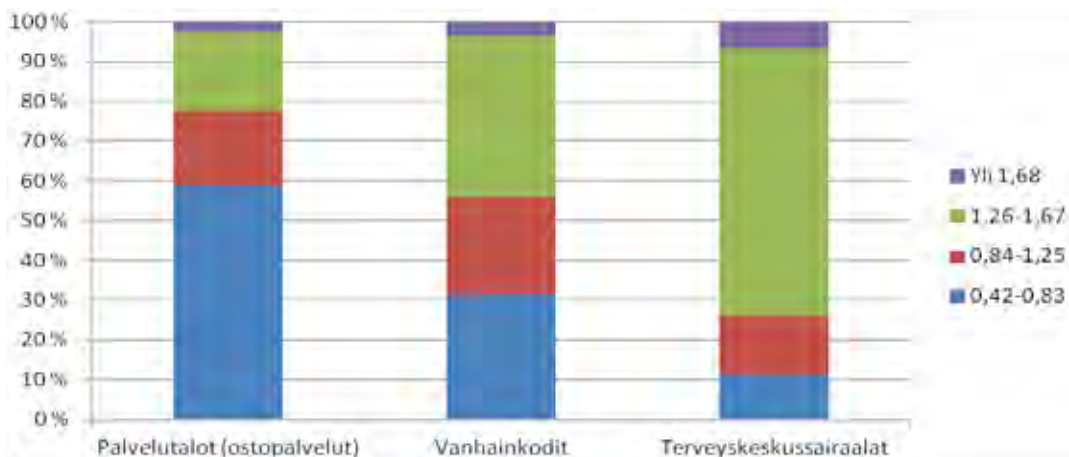


Kuvio 59. RUGIII/22 luokituksen rakenne ja kustannuspaino alaluokittain

Lähde: THL, Ikäihmisten palvelut, RAI-tietokanta, 2011

Muotoiltu Fries ym.1994, Björkgren 2005

RUG-luokitukseen perustuva hinnoittelu on ollut käytössä Yhdysvalloissa vanhainkodeissa 90-luvun alusta ja sitä on Suomessa kokeiltu mm Oulussa ja Helsingissä.



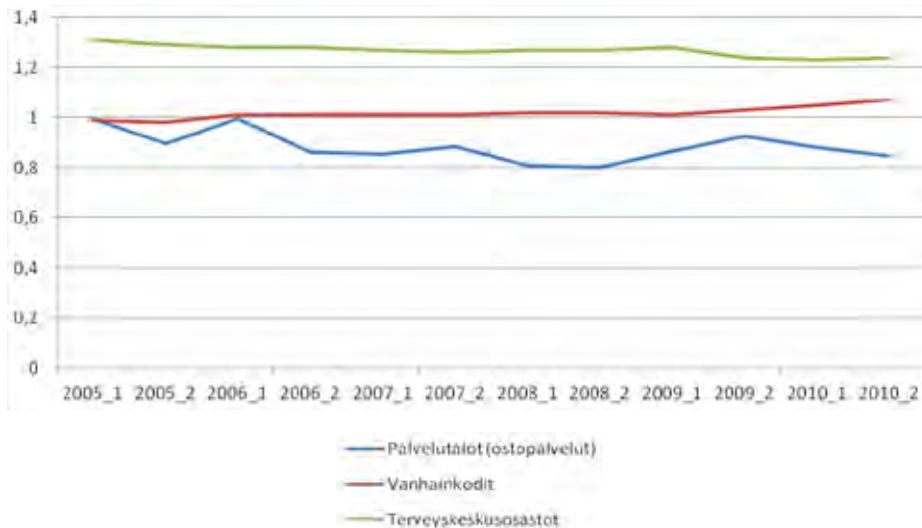
Kuvio 60. Kustannuspaino luokiteltuna vähiten aikaa tarvitsevan luokan kerrannaisina palvelutyypeittäin

Lähde: THL, Ikäihmisten palvelut, RAI-tietokanta, 2011

Ympäri vuorokautista hoivaa antavien laitostyyppien välillä (ja sisällä) voi olla jopa nelikertaiset erot yksilöön kohdistuvan hoiva-ajan tarpeessa Helsingissä (kuvio 60). Lisäksi jokainen palvelutyyppi hoivaa avuntarpeeltaan hyvin kaikenlaisia asiakkaita. Tieto on hyödynnettävissä kilpailutuksessa, sen seurannassa ja palvelusetelitoiminnassa.

6.5.2 Kuormituksen suunta

Viiden vuoden kuormituseurannassa näkyy laitoshoidon alkuperältään kahden erilaisen tason toisiaan lähenevä suunta. Ostopalveluvanhainkotien kuormitusaste on pysytellyt ennallaan (kuvio 61).



Kuvio 61. Kustannuspaino laitoshoidossa ja palvelutaloissa (ostopalvelut).

Lähde: THL, Ikäihmisten palvelut, RAI-tietokanta, 2011

6.6 Pisimpään pitkäaikaishoitoa saaneet

6.6.1 Pisimpään laitoshoidon saaneet

Pisimpään laitoshoidon saanut kymmenesosa laitosasukkaista (n=215) oli asunut laitoshoidossa vähintään 7,5 vuotta (7,5 - 23,5 vuotta). He sairastivat muita useammin loppuvaiheen dementiaa ja psykiatrisia sairauksia kuten skitsofreniaa ja masennusta. He olivat lyhyemmän aikaa laitoksessa asuneita useammin naimattomia tai eronneita ja olivat akuuttisairaalan sijasta tulleet laitokseen kotoa tai psykiatrosasta sairaalasta. Heidän terveydentilansa ja toimintakykynsä olivat tasoltaan samankaltaiset kuin muilla asukkailla keskimäärin, mutta muutoksia oli vähemmän ja he saivat harvemmin fysioterapiaa. Vaikka lääkäri vieraili heidän luonaan yhtä usein kuin muidenkin luona, heidän lääkitystään muutettiin harvemmin.

Pisimpään laitoshoidon saaneiden kustannusten mittaluokka on merkittävä. Lasketuna maan keskimääräisen hoitopäivän kustannusten mukaan vuosituhannen alussa (100 euroa), yhden henkilön hoivan kokonaiskustannukset olisivat inflaatiota huomioiden jo 7,5 vuoden kohdalla niukat kolmesataa tuhatta euroa ja kaikkien kahdensadan viidentoista noin kuusikymmentä miljoonaa euroa ja laskettuna vuoden 2010 hintatason mukaan (Soini ym. 2011) yli sata miljoonaa euroa.

Summassa ei ole mukana hoitopäivän varaamisesta aiheutunut välillinen muiden hoidettavien pakkautuminen akuuttiosastoille tai erikoissairaanhoidon eikä hoitoa saaneiden mahdollisesti itse maksamaa osuutta.

Pisimpään laitoshoidon saaneiden ominaispiirteiden tilastolliset analyysit on esitetty liitteessä 14.

6.6.2 Pisimpään omissa palvelutaloissa asuneet

Pisimpään kotihoitoa kaupungin omissa palvelutaloissa asunut kymmenesosa asiakkaista (n=125) oli ollut asukkaana vähintään 7,6 vuotta (7,6 - 32,9 vuotta). He olivat muiden palvelutaloasukkaiden kanssa muutoin samankaltaisia, mutta heillä oli harvemmin muistisairausten diagnoosi, he viettivät useammin aikaa yksin ja olivat 90-vuotiaita ytai sitä vanhempia.

6.6.3 Pisimpään säännöllistä kotihoitoa saaneet

Pisimpään kotihoitoa saanut kymmenesosa asiakkaista (n=472) oli ollut kotihoidon asiakkaana vähintään 6,3 vuotta (6,3 - 39,5 vuotta). Nämä henkilöt olivat verrokkeja useammin yli yhdeksänkymmentävuotiaita yksinäiseksi itsensä tuntevia kotiinsa eristyneitä henkilöitä, joiden käytös oli sosiaalisesti hämmennystä herättävää ja jotka sairastivat MS-tautia tai jotain psykiatrista sairautta, mutta heillä oli verrokkeja harvemmin muistisairausten diagnoosi. Muilta osin he olivat lyhyemmän aikaa kotihoitoa saaneiden kanssa samankaltaisia.

Pisimpään säännöllistä kotihoitoa saaneiden ominaispiirteiden tilastolliset analyysit on esitetty liitteessä 15.

6.7 Palveluseteli

6.7.1 Palveluseteli

Palvelusetelitoiminta kehitettiin Helsingissä vanhusten palveluasumisen rahoittamisvaihtoehtoksi pilotoimalla sitä vuonna 2006 ja voimaan se astui 2008.

Palvelusetelin tarve voi syntyä kun ympärivuorokautisen hoidon tarve on todettu Selvitys-Arviointi-Sijoittelu (SAS) prosessin yhteydessä tai henkilön muutettua yksityiseen palvelutaloon ja vaikka palvelutarve vuosien kuluessa olisi kasvanut, henkilöllä ei ole halua muuttaa kotoaan.

Palveluseteliä voidaan pitää julkisen vallan osarahoituksena kuntalaisen hankkiessa esimerkiksi siivouspalveluja, kotihoitoa tai hoivapalveluja. Sen tarkoituksena on lisätä asiakkaiden valinnan vapautta. Haastatellut korostivatkin sitä, että palvelusetelin tarkoituksena on ollut luoda nimenomaan ympärivuorokautiselle hoidolle vaihtoehtoja

Toiminnan alkaessa peruseriaatteena oli, että ympärivuorokautista hoitoa tarvitseva iäkäs saattoi ostaa arvoltaan korkeintaan 1500 euron setelillä hoivaa yksityisestä palvelutalosta, jonka piti kuitenkin olla kaupungin hyväksymä asumispalvelupaikka. Seteliarvo riippui tuloista periaatteella mitä pienemmät tulot sen suurempi seteli. Suurin seteli myönnettiin aluksi henkilöille, joiden nettotulot eivät ylittäneet 1600 euroa.

Nettotulosidonnainen setelin arvon porrastus jakoi haastateltujen mielipiteitä.

Palveluseteliasiakkaiden määrä toukokuussa 2011 oli 185 (ruotsinkieliset mukaan lukien), sillä ostettiin kuukauden aikana noin viisi ja puolituhatta asumisvuorokautta, joiden yhteiset menot kaupungille olivat noin 270 000 euroa, mikä merkitsi noin viidenkymmenen kolmen euron vuorokausimenoja per henkilö (Helsingin kaupunki, tietohuolto ja tilastoyksikkö 20.6.2011).

OSA III
PITKÄAIKAISHOIDON
RAJAPINNAT

7 Helsingin terveystakeskus

7.1 Terveystakeskuksen rakenne ja toiminta

Helsingin terveystakeskus tuotti vuoden 2010 lopussa helsinkiläisille perusterveydenhuollon, psykiatrian, sisätautien, geriatrian, neurologian ja fysiatrian erikoissairaanhoidon palvelut yli 90 toimipisteessä noin 8300 työntekijän voimin. Muu erikoissairaanhoido ostettiin Helsingin ja Uudenmaan erikoissairaanhoidopiiriltä (Helsingin terveystakeskuksen toimintakertomus 2010).

Helsingin terveystakeskuksen organisaatio jakautui vuoden 2010 lopussa Hallinto- ja palvelukeskuksen lisäksi viiteen kliniseen hallinnolliseen yksikköön

- Kaupunginsairaala (5 sairaalaa – myöhemmin 6)
- Psykiatria (5 psykiatrian klinikkaa, 1 sairaala)
- Terveystasemat (26 terveystasemaa)
- Kotihoito (6 palvelualueetta)
- Suun terveydenhuolto (39 hammashoitola)

Näistä kotihoito on käsitelty muun pitkäaikaishoidon yhteydessä. Yhteensä kaupungilla oli 1485 omaa sairaansijaa.

7.2 Sairaalapalvelut

7.2.1 Hoito somaattisilla akuuttiosastoilla

Terveystakeskuksen vuoden 2010 toimintakertomuksen mukaan varsinaisten somaattista sairaanhoidoa tarjoavilla akuuttiosastoilla hoidetuista 40% oli täyttänyt 85 vuotta ja kolme neljästä oli täyttänyt 75 vuotta (73%). Kun tähän lisätään 65-74-vuotiaiden osuus (13,9%) voidaan todeta kaupungin oman sairaalahoidon kohdentuvan eläkeikäisiin (86%) ja heistä kaikkein vanhimpiin.

Taulukossa 20 on esitetty vuodeosastojen sairaansijat somaattisen sairaanhoidon osalta vuonna 2010.

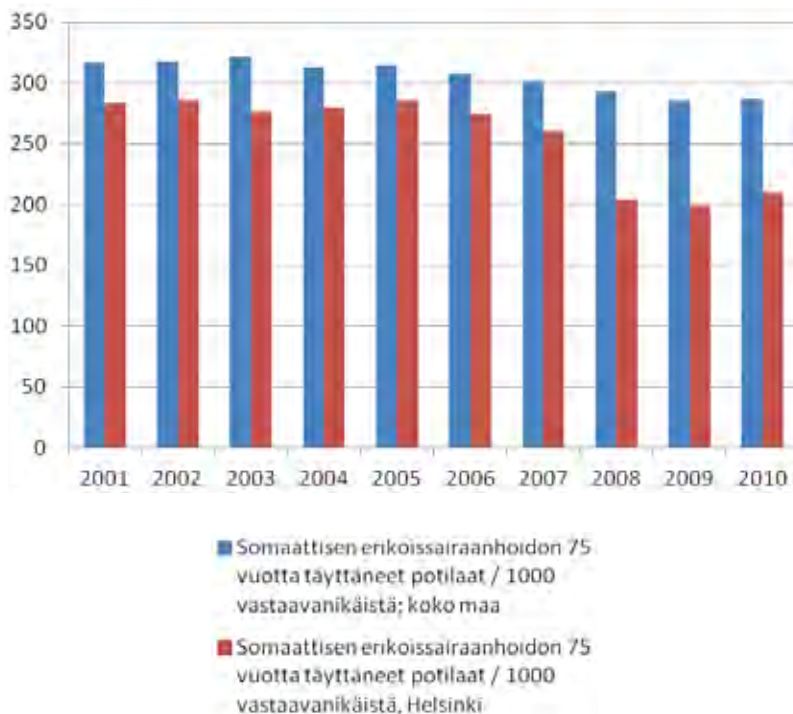
Taulukko 20. Helsingin kaupunginsairaalan vuodeosastojen sairaansijat 2010

Akuuttihoito	506
Päivystys	202
Kuntoutus	131
Jatkokuntoutus (Suursuo)	260
Kotisairaala	93
Vuodeosastojen sairaansijat	1099

Lähde: Perusterveydenhuollon käynnit, vuositilasto 2010

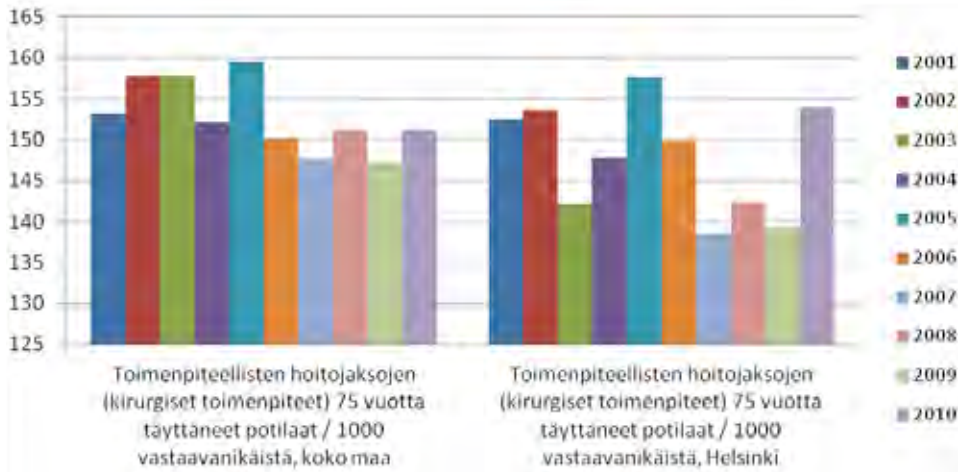
Keskimääräinen hoitoaika kaupungin akuuttiosastoilla oli 26,7 päivää ja kotiutusprosentti oli 71,8. Akuuttiosastojen sairaansijojen lukumäärä oli laskenut viiden vuoden aikana 610 - 506 kun vastaavasti päivystyssairaansijojen määrä nousi 105 - 202. Samana ajanjaksona vuoden aikana hoidettujen henkilöiden lukumäärä on vähentynyt 20% akuuttiosastoilla ja keskimääräinen hoitoajan pituus tulopäivästä laskettuna oli kasvussa. Akuuttisairaansijojen tarpeeksi haastatellut arvelivat noin 2,1-2,2% tuhatta 75-vuotiasta kohti

Kuvio 62 osoittaa iäkkäiden somaattisen erikoissairaanhoidon vähentyneen melko tasaisesti ja johdonmukaisesti kymmenen vuoden aikana. Luvut eivät sisällä psykiatrista sairaanhoitoa eivätkä terveyskeskuksen sairaalahoitoa.



Kuvio 62. Somaattisen erikoissairaanhoidon 75 vuotta täyttäneet potilaat / 1000 vastaavanikäistä Helsingissä ja koko maassa.

Lähde Sotkanet, THL



Kuvio 63. Kirurgisten toimenpiteiden 75 vuotta täyttäneet potilaat / 1000 vastaavanikäisestä väestöstä Helsingissä ja koko maassa

Lähde Sotkanet, THL

Kuvion 62 esittämä muutos oli kaikkiaan suurempi Helsingissä kuin muualla maassa, mutta viimeisten vuosien aikana tilanne on ollut lähes vakaa. Vastaavanlainen muutos näkyy myös kirurgisten toimenpiteiden 75 vuotta täyttäneiden potilaiden lukumäärissä. Muutokset eivät kuitenkaan ole yhtä johdonmukaisia kuin erikoissairaanhoidossa (Kuvio 63).

Vähennemuutos 75 vuotta täyttäneiden sairaalapalvelujen käytössä on löydettävissä myös muussa sairaalahoidossa kuin erikoissairaanhoidossa tai toimenpiteivaltaisilla aloilla, mutta tämän vähemmän selittäjänä voi olla siinä määrin pitkäaikaissairaansijoissa tapahtuneet muutokset, että muutoksen suunta muiden kuin pitkäaikaishoidettavien osalta jää hämäräksi.

Kaupunginsairaalan oman näkemyksen mukaan sairaalan rooli on ”sammuttaa tulipaloja”, minkä sisältönä on valtaosin iäkkäiden potilaiden hoitaminen ja kuntouttaminen.

Odotukset kotihoidon toiminnalle on, että siellä estettäisiin ”tulipalon syttyminen”. Kotiuttamisprosesseista ei esitetty toiveita.

Kotihoidon lääkäreiden kuulumista kaupunginsairaalaan pidettiin hyvänä ja erillisten lääkäreiden saamista arvokkaana, koska lääkäreillä arveltiin olevan paremmat mahdollisuudet kaupunginsairaalan alaisuudessa paneutua iäkkäisiin asiakkaisiin perusteellisemmin, esimerkiksi kotikäynneillä, kuin terveysasemalla. Toisaalta pulmallisena pidettiin kotihoidon kannalta sitä, että yksi ammattiryhmä (lääkärit) oli ulkoistettu ja siten vaarassa jäädä tiimin ulkopuolelle. Lääkärit nähtiin siltana kodin ja sairaalan välillä.

Kotiuttamisen todettiin vuosien varrella lisääntyneen ja SAS selvittelyjen vähentyneen. Enemmän ihmisiä menee kotiin. Kaupunginsairaalan omilla osastoilla ei ollut kotiutushoitajia. Samalla diagnoosilla uudelleen sairaalahoitoon tulevia arveltiin olevan iäkkäistä noin puolet.

Yhteistyössä HUS:n kanssa vaikutti olevan solmukohtia, joista merkittävimmät olivat siirtoviive, siihen liittyvät kustannukset sekä nopean hoitoon pääsyn turvaaminen. Sairaala-aluevision 2030 mukaan jako tullaan tekemään päivystäviin sairaaloihin ja kuntoutussairaaloihin. Tässä ajatellaan katsottavan kokonaisuutta myös sairaanhoitopiiriin (HUS) osalta. Haastatellut kokivat HUS:n ajoin unohtavan olevansa Helsingin keskussairaala. Toisaalta Helsinki kyllä hoitaakin suuren osan alueensa sisätautien erikoissairaanhoidosta. Tällä rajapinnalla koettiin olevan tarkentamista.

Akuuttihoidon jälkeisen hoidon osalta tärkeinä pidettiin hoitoketjun liikkuvuutta ja joustoa sekä välivaiheiden karsimista. Tärkeimpinä ketjuina pidettiin lonkka, kipu, palliaatio, muisti ja haava-nimikkeillä tunnistettuja ketjuja.

Rajapintojen mittavin kehittämiskohde oli potilasohjauksen, neuvonnan ja ylipääntään informaation perillemenon varmistaminen erityisesti silloin, kun kyseessä oli hallinnonalat ylittävä toiminta

Kaupunginsairaalan monipuolisuutta pidettiin houkuttavana tekijänä myös työmarkkinoilla.

7.2.2 Kotisairaala

Kotisairaalan käytössä oli 93 paikkaa, joiden käyttäjäkunta oli selkeästi sairaalaosastoilla hoidettua nuorempi. Vain 12% oli täyttänyt 85 vuotta ja joka kolmas oli täyttänyt 75 vuotta. Kaikkiaan 65 vuotta täyttäneitä oli vain 58% potilaista.

Haastattelujen mukaan ikääntyneet eivät olleet kotisairaalan varsinainen kohde-ryhmä vaikka heitäkin hoidettiin. Kotisairaalan työkenttänä olivat kotona hoidettavat akuuttisairaudet ja eräänä erityisenä painopisteenä oli saattohoito kotona. Yhteistyötä tehtiin kotihoidon henkilöstön kanssa erityisesti yöaikaan tarvittavien palveluiden osalta. Sekä kotihoito että kotisairaala pitivät tätä keskinäistä yhteistyötä toimivana. Haastateltujen mielipiteet jakoutuivat koskien sitä, kannattaisiko kotisairaala ja kotihoito yhdistää.

7.2.3 Päivystys

Päivystyksen vuodeosastojen 202 paikalla hoidettujen potilaiden (taulukko 20) ikäkauma oli puolestaan muiden vuodeosastojen kaltainen: joka kolmas oli täyttänyt 85 vuotta, 64% oli täyttänyt 75 vuotta ja 65 vuotta täyttäneet muodostivat 80% kaikista hoidetuista. Keskimääräinen hoitoaika oli 6,8 vrk ja kotiutusprosentti 73,5. Päivystyksessä hoitojakson pituus vanhimmilla on pisin.

Haastateltujen mukaan päivystyksessä hahmotetaan 75 vuotta täyttäneiden suuri osuus ja heidän erityistarpeensa aiempaa paremmin ja toimintaa on suunnattu toimintakykyä selvittävään suuntaan, mobilisaatiota painotetaan, hoitajia on koulutettu ja työntekijöiksi hankittu myös kotiutushoitaja ja fysioterapeutti. Kolme case manageria koettiin tarpeellisiksi kotiuttamisen tukena.

Geriatrinen asiantuntemus koettiin välttämättömäksi, koska valtaosa yleistilan äkillisestä heikkenemisestä tulee suoraan päivystykseen. Päivystys ei ruuhkaudu kävelykyyksistä vaan - kyvyttömistä potilaista, jotka useimmiten ovat iäkkäitä ja joita ei saada lähetettyä eteenpäin. Kotihoito koki päivystyksen paikkana, jonne asiakas lähetetään silloin kun kotihoito ei enää pärjää.

7.2.4 Kuntoutus

Kuntoutuksen varattujen sairaansijojen määrä oli kasvanut 56 - 131, minkä lisäksi Suursuon sairaalan paikat nähtiin kuntoutuksen voimavarana jatkossa. Kuntoutusosastojen keskimääräinen hoitajakson pituus oli 37,2 vrk ja kotiutusprosentti 76 (ilman Suursuota).

Aivohalvauskuntouksen osalta toiminta koettiin vakiintuneeksi, mutta traumakuntoutus, erityisesti lonkkapotilaiden kuntoutus oli pohdittavana ja kuntoutukseen liittyvä terminologia selvitettävänä.

Kuntoutumisen koettiin sujuvan keskimäärin hyvin, erityisesti mikäli hoitoon pääsy oli nopea. Kuntouttavan hoitotyön kehittämiseen on panostettu kaikkialla, mutta erityisesti kuntoutusosastoilla - ja fysioterapiaa lisätty. Tavoitteena oli saada terapiaa myös viikonloppuihin ja iltaan. Kuntoutuminen nähtiin prosessina missä lääketieteen osuus on alussa suurin ja prosessin mittaan vähenee, jolloin muiden ammattiryhmien kuin lääkäreiden ja fysioterapeuttien osuus kasvaa.

Terveyskeskuksen haastatellut kokivat sairaalahoidon jälkeisen kuntoutuksen kuu- luvan sairaalaan. Sosiaaliviraston haastatellut painottivat hitaasti toipuvien valmiiksi tutkittujen sopivan paremmin vanhustenkeskuksiin lyhytaikaisyksiköihin.

7.2.5 Muistisairaiden diagnostiikka ja hoito

Muistipoliklinikat sijaitsivat erikoislääkärivetoisesti yhtenä kuntoutusalueen polikli- nikoista., yksi kummassakin kaupunginsairaалassa. Prosessin omistajuus oli haasta- teltujen mukaan kuitenkin osoitettu terveysasemille. Haastatellut pitivät muistipoli- klinikoiden aloittamista ja muistikoordinaattoreiden käyttöönottoa välttämättömänä väestön ikääntymiseen liittyvänä uutena toimintana, mutta ketjuissa arvioitiin olevan voimavaravajausta esimerkiksi monialaisen geriatrisen arvioinnin (GAK) mahdollis- tamiseksi tasapuolisesti.

Poliklinikan lääkärit konsultoivat myös vuodeosastoja.

7.2.6 Siirtoviive akuuttiosastoilta ympärivuorokautiseen hoitoon

Taso- ja sijoituspäätöksen saaneista henkilöistä, jotka jonottivat sosiaaliviraston ympäri- vuorokautiseen hoitoon, on pidetty säännöllistä tilastoa. Jonottajia oli vuonna 2010 vähim- millään 122 ja enimmillään 214 henkilöä, kun tilanne vuonna 2008 oli puolet suotuisampi (58 - 149 henkilöä) kuten vuotta aiemminkin (63 - 131 henkilöä). Kotiin ei jonotettu.

Palveluasumiseen jonotettiin keskimäärin 92 ja laitoshoitoon 60 päivää. Kaupunginsairaalaan uloskirjauksen suurimpana ongelmana pidettiin sitä, että asumispalvelut eivät järjestyneet riittävän nopeasti. Potilaiden tilannetta pidettiin riittävän hyvin arvioituna ja arvioimisprosessia jopa pitkänä. Muissa kuin kaupunginsairaalan haastatteluisissa esitettiin myös ajatus näiden perusteellisten tutkimusten ajoittumisesta liian myöhäiseen vaiheeseen, jotta iäkkäälle itselleen tai yhteiskunnalle olisi tutkimuksista hyötyä.

Siirtoviiveestä ympärivuorokautiseen hoitoon oltiin sitä mieltä, että vuonna 2007 tilanne oli hallinnassa ”paisuntasäiliöinä” toimivien sosiaaliviraston toipilas- ja kuntoutusosastojen vuoksi. Viisikymmentäpaikkaisen Kuntokartanon perustaminen sosiaaliviraston hallinnoimaan Kustaankartanon vanhustenkeskukseen on ollut useiden haastateltujen tahojen mielestä hyvä ratkaisu. Psykiatrisesti oireileville ympärivuorokautista hoitoa arveltiin olevan liian niukasti. Pitkäaikaispaikkojen nopea vähentäminen ja hallinnolliset muutokset vuoden 2010 alussa ovat haastateltujen mielestä olleet osasyynä akuuttiosastojen ruuhkautumiseen vuoden 2010 aikana verrattuna vuosiin 2008-2009.

Hoitokoordinaattoritoiminnan (3 henkilöä) perustamista kotiuttamisen tueksi pidettiin hyvänä ratkaisuna ja kotiuttamisprosessin omistajuutta pidettiin tärkeänä asiana. Hoitokoordinaattorien tehtävänä on tehostaa kotiutumista HUS:sta ja he onnistuvatkin tukemaan joka toisen edelleen akuuttisairaalaan lähetettäväksi aiotun henkilön joko suoraan kotiin tai välillisesti Kuntokartanoon toipumaan ennen kotiutusta.

7.2.7 Pitkäaikaishoitoa saaneiden henkilöiden sairaalapalvelujen käyttö

Noin 5% yli kolme kuukautta pitkäaikaishoitoa saaneista laitosasiakkaista oli ollut sairaalahoidossa pitkäaikaishoitoon tulonsa jälkeen. He olivat muita laitosasukkaita nuorempia, useammin miehiä, joiden terveydentila oli epävakaa ja mieliala laskusuunnassa ja joiden lääkitystä lääkäri oli muuttanut vähintään kahdesti arviointia edeltäneen viikon aikana.

Ostopalveluiden palvelutaloissa yli kolme kuukautta asuneista henkilöistä kahdeksan prosenttia oli ollut sairaalahoidossa palvelutaloon muuttamisen jälkeen. Niillä, jotka olivat käyneet hiljattain sairaalassa, oli nelinkertainen todennäköisyys sairastaa sydän- ja verisuonitautia tai kantaa jotain resistenttiä bakteeria ja viisinkertainen todennäköisyys sairasta skitsofreniaa verrattuna niihin, joilla hiljattaista käyntiä ei ollut.

Omissa palvelutaloissa hiljattain sairaalassa käyneitä (3 edeltäneen kk aikana) yli kolme kuukautta palvelutalossa asuneita oli 14%. Heidän tilaansa luonnehti ei-sairaalassa käyneisiin verrattuna mielialan, toimintakyvyn ja painon lasku sekä kaatuminen.

Säännöllisen kotihoidon asiakkaista sairaalapalveluita hiljattain (3 edeltäneen kk aikana) käyttäneet olivat minkä tahansa ikäisiä miehiä tai naisia, joiden toimintakyky, mieliala ja paino olivat edeltäneen kolmen kuukauden aikana laskeneet ei-sairaalassa hoidossa olleita useammin ja he olivat verrokkeja useammin pidätyskyvyttömiä, kaatuneet ja sairastivat sydän ja verisuonitauteja. Heidän luokseen oli verrokkeja useammin tehty suunnittelematon käynti, heidän hoivaajansa oli uupunut, kodissa rakenteellisia

ongelmia ja turvapalvelut käytössä, minkä lisäksi heillä oli virtsakatetrin tai haavan hoitoon liittyviä ongelmia.

Pitkäaikaishoitoa saaneiden sairaalapalveluita käyttäneiden ominaispiirteet on esitetty tilastollisin analysein liitteissä 16-18.

7.2.8 Pitkäaikaishoitoa saaneiden henkilöiden päivystyspoliklinikkapalvelujen käyttö

Laitosasukkaista sellaisia päivystyspoliklinikan palveluita hiljattain käyttäneitä (3 edeltäneen kk aikana), joilla poliklinikalla käynti ei johtanut sairaalaan sisäänkirjaukseen oli noin 7%. Poliklinikalla käyneet laitosasukkaat sairastivat verrokkeja useammin syöpää tai insuliinidiabetestä. He olivat kaatuneet, he kärsivät keskivaikeasta tai sitä vaikeammasta kivusta laskevasta mielialasta useammin kuin muut.

Ostopalveluiden palvelutaloista poliklinikalla kävi kolmen kuukauden aikana noin 11%. Heidän ominaispiirteitään luonnehti kaatuminen, terveydentilan lasku ja lääkärin vähintään kahdesti viikossa muuttama lääkitys.

Omien palveluiden palvelutaloista poliklinikalla kävi kolmen kuukauden aikana noin 13%. Heilläkin kaatuminen terveydentilan ja mielialan lasku, murtumat sekä kaatuminen oli yleisempää kuin verrokiasukkailla.

Säännöllisen kotihoidon asiakkaista 17% kävi kolmen kuukauden aikana päivystyspoliklinikalla. Useammin kuin verrokeilla heidän ominaispiirteissään korostuivat sydän- ja verisuonitaudit, kaatuilu, mielialan lasku, epävakaa terveydentila, kohtuutta runsaampi alkoholin käyttö ja keskivaikeaa vaikeampi kipu. Heidän sosiaaliset suhteensa olivat vähentyneet ja he kärsivät siitä.

Pitkäaikaishoitoa saaneiden päivystyspoliklinikkapalveluita käyttäneiden ominaispiirteet on esitetty tilastollisin analysein liitteissä 19-21.

7.2.9. Ajanvarauspoliklinikan käynnit

Ajanvarauspoliklinikoiden vuonna 2010 toteutuneesta 45 118 ajanvarauskäynnistä noin puolessa tapauksista kävijä oli 65 vuotta täyttänyt, mutta kaikkein vanhimpia oli vain 5,4%. Trauma- ja päivystyskäynneistä sen sijaan alle yksi kolmasosa (32,3%) tapahtui 65 vuotta täyttäneiden toimesta.

7.3 Terveysasemat

7.3.1 Terveysasemat

Toiminta toteutettiin 26 terveysasemalla. Toiminnan lääkäripeittävyys vaihteli asemien välillä ja heistä 18% oli maahanmuuttajataustaisia. Lääkärin vastaanottopalveluja käytti 222 ja terveydenhoitajan 225 tuhatta henkilöä. Jonotusaika terveysasemille oli 2-4 viik-

koa, mitä pidettiin liian pitkänä. Tärkeimpänä kehittämiskohteena haastatellut pitivät hoitoon pääsyä ja puhelimeen vastaamista.

Väestön ikääntymisen aiheuttamat muutospainheet terveysasemien toiminnalle koettiin merkittäviksi pääasiassa siksi, että suuret ikäluokat ovat poistumassa työelämästä ja samalla työterveyshuollosta ja siirtymässä terveysaseman asiakkaiksi.

7.3.2 Terveysasemien rajapinnat

Terveysasemilla on paljon rajapintoja. Tärkein niistä on koti ja asiakkaan itsehoito. Parityöskentelyyn siirtyminen ja STM:n suositaman ”chronic care modelin” mukaisen vastuuhoitajan käyttöönottoa pidettiin tärkeinä toimintatapojen uudistamisasioina (Monisairaat saavat oman vastuuhenkilön terveyskeskuksissa. STM tiedote2011/99.). Kroonisten sairauksien hoito ja jatkuvan laadun kehittäminen koettiin olevan hyvässä eteenpäinmenon vaiheessa ja innovatiivinen suunnittelu oli käynnissä. Työnjakoa henkilöstön eri ammattikuntien välillä oltiin tehostamassa ja kahteen kertaan tekemisestä pyrittiin järjestelmällisesti eroon. Pehdyttämistä pidettiin tärkeänä.

Etsivä työ on terveysasemien toimintaa, joka sivuaa mm. gerontologisen sosiaalityön etsivää osuutta. Seniorien terveystarkastuksia varten hyvinvointia edistävien kotikäyntien tueksi oli yhteistyössä luotu malli. Gerontologisen sosiaalityön ja terveysasemien edustajat olivat yhtä mieltä etsivän työn sudenkuopista, joista kustannustehottomuus ja kyvyttömyys saavuttaa riskihenkilöitä olivat merkittävimpiä. Molemmat osapuolet pitivät kohdennettua etsivää työtä perusteltuna.

Ikääntyneiden kannalta kaupunginsairaalan ja sosiaalityön rajapintoihin kuului huolellisesti ja laajassa yhteistyössä suositusten mukaisesti (Suhonen ym. 2008, Sormunen ja Topo 2009) laadittu muistipotilaan hoitopolku, mitä pidettiin hyvänä. Terveysasemat seuraavat lievän muistivajauksen. Muistisairaana ja puolison omahoitovalmennuksesta ja varhaisesta kuntoutuksesta on tekeillä toimintamalli ja meneillään pilotti, missä katsotaan omaisen masennusta ja uupumusta hänen tilansa tarkemmaksi arvioimiseksi.

Muistikoordinaattoreiden olemassaolon koettiin jäsentävän toimintaa. Muistisairauksien ohjelmaa on alettu valmistella. Monisairaana potilaan hoitomalli on myös valmis ja 75 vuotta täyttäneellä hoitajan osuus korostuu. Toinen rajapinta kaupunginsairaalan kanssa oli päivystys. Työnjakoa pidettiin selkeänä ja toimivana paitsi joidenkin palvelutalojen suhteen.

Työnjakoa koskevia päätöksiä koettiin tarvittavan erityisesti niiden palvelutalojen asukkaiden suhteen, joihin asiakas oli muuttanut omaehtoisesti ja raihnautunut siellä vuosien mittaan. Selkeää päätöksentekoa ja työnjakomallia kaivattiin muillakin tahoilla kuin terveysasemilla sen selventämiseksi, kenellä on näiden henkilöiden hoitovastuu, terveysasemalla, palvelutalolla vai kotihoidon järjestämällä lääkärillä.

8 Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiiri

8.1 Päivystys

HUS päivystyksen pääasiallinen osaamisalue on muualla kuin ikääntyneissä. Nykyistä nopeampi ja mielekkäämpi iäkkäiden akuuttihoito on mahdollinen. Tiedonsiirto kaupungin ja HUS välillä ei täysin ongelmaton erilaisten tietojärjestelmien vuoksi. Kotiutushoitajat on koettu tarpeellisiksi. Heidän tehtävänsä on tuntee kunnan järjestelmä ja mahdollisuudet. Heitä tarvitaan myös viikonloppuisin.

Iäkkään päivystyspotilaan oheissairauksien merkitystä ei aina osata tai ehdota selvittää kiireisessä päivystystilanteessa. Iäkkään yleistilan lasku pitäisi selvittää aina viiveettä -mikä kuitenkin vielä ole haastatellun mukaan (haastattelujankohtana) arkipäivää.

8.2 Siirtoviive

Siirtoviive HUS:sta oli yhteensä 5729 päivää (vaihteluväli 278-696 päivää/kk) vuonna 2010. Se oli kasvanut edellisestä vuodesta merkittävästi. Se oli useita satoja vuorokausia suurempi kuukautta kohti kuin aiemman kahden vuoden aikana (Deloitten selvitystyötä varten luovutetut Helsingin kaupunginsairaalan tilastotiedot 2011).

9 Muiden työntekijöiden näkemykset rajapinnoista

Muiden työntekijöiden näkemykset pitkäaikaishoidon rajapinnoista on sisällytetty aiemmin esitettyihin lausumiin ja tiivistelmään.

OSA IV
YHTEENVETO,
PÄÄTELMÄT JA AVAUKSET

YHTEENVETO JA POHDINTA

Vanhenemiseen varautuva kaupunki -selvitys tehtiin 1.4.2011–8.2.2012 välisenä aikana. Sen tavoitteena oli kartoittaa iäkkäiden hoidon ja palveluiden nykytila Helsingissä sekä tarjota tietoon ja näyttöön perustuvia kestäviä ja toteuttamiskelpoisia asiakaskeskeisiä ehdotuksia palvelujen järjestämiseksi seuraavan kymmenen vuoden ajaksi. Ehdotukset sovittiin esitettäväksi eritasoisina avauksina, joiden pohjalta voidaan haluttaessa rakentaa kehittämisprojekteja.

Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystalvet oli selvitystä aloitettaessa organisoitu erillisiin virastoihin. Selvityksen kuluessa ne päätettiin yhdistää vuonna 2013.

Selvityksen vertailuvuodeksi valittiin vuosi 2010, koska tästä ajankohdasta oli selvitystä aloitettaessa saatavissa myös valtakunnallisia vertailulukuja. Selvityksen tiedonkeruuseen käytettiin kaupungin omia tietoja ja selvityksiä, THL:n hallinnoimia Sotkanet- ja RAI tietokantoja sekä henkilöstön haastatteluja.

Väestön ja asumisen nykytila

Kuusikymmentä viisi vuotta täyttäneen väestön kasvu kohdistuu ennusteiden mukaan seuraavien vuosikymmenien aikana vanhimpiin ikäluokkiin ja se tapahtui eri tahtiin ja eri suuntiin eri perus- ja suurpiireissä. Samalla kaupunginosien välisten erojen ennustettiin kasvavan.

Esimerkkinä omaan tapaansa vanhenevasta kaupunginosasta on Vuosaari. Siellä väestön vanheneminen ja sairastuminen esimerkiksi muistisairauksiin haastaa prosessin nopeuden ja asukkaiden kielisyyden vuoksi koko kaupunkisuunnittelun ja lähialue-urakenteen tukemaan iäkkään väestön kotona asumista jo kuluvan kymmenluvun aikana.

Katseltaessa kaupunkia muistisairaiden ja raihnaiden iäkkäiden silmin, kotona asumisen turvaaminen edellyttää nykyistä tehokkaampaa heidän tarpeidensa mukaista liikenteen ja asumisen suunnittelua. Esteettömän asumisen ja lähiympäristön lisäksi tarvitaan jalankulun mahdollisuuksien, joukkoliikenteen ja toimivien lähialueurakenteen (posti, pankki, apteekki, kauppa) turvaamista. Iäkästä väestöä asuu yhä usein hissittömissä taloissa, eikä jaksa liikkuu ulkona levähdyspenkkien puuttuessa.

Tarvitaan iäkkään väestön omatoimisuutta tukevia toimenpiteitä ja apua tuottavien voimavarojen täysimittainen käyttöönotto.

Helsingin voimavaroina tunnistettiin

- iäkkäiden väestöryhmän koheneva koulutustaso,
- eläkkeelle siirtyvien, hyvävoimaisten henkilöiden suuri lukumäärä,
- nuorten, usein opiskelemaan Helsinkiin tulleiden, 18-29-vuotiaiden suuri osuus riippumatta opiskelualasta,
- kasvava lukumäärä kahdesta tai useammasta henkilöstä koostuvia sellaisia asun-
tokunta, joissa vähintään toinen on täyttänyt 75 vuotta sekä
- tieto ja tietovarannot, tietotaito sekä yhteistyö

Pitkäaikaishoidon nykytila

Helsingin pitkäaikaishoito koostui säännöllisestä kotihoidosta, ostopalvelu- ja omana toimintana tuotetusta palveluasumisesta sekä laitoshoidosta. Laitoshoidon tuotettiin ostopalveluina (vanhainkodit) sekä omana tuotantona vanhustenkeskuksissa, joista osa oli muuttamassa palveluasumiseksi osin tai kokonaan ja osa oli entisiä terveyskeskussairaaloita.

Pitkäaikaishoidon rakenne oli kallis ja laitosvaltainen vaikka muutos oli tapahtumassa STM:n suosittamaan suuntaan, oltiin muuta maata jäljessä. Omaishoito oli vertailulukujen perusteella ja laskennalliseen potentiaaliinsa nähden tarpeettoman vähäistä.

Pitkäaikaishoidon tärkein sairausryhmä oli muistisairaudet. Arjen ymmärtämisvaikeuksia oli 40-80% kotihoidon, palveluasumisen ja laitoshoidon asiakkaita. Muistisairauksien osuus oli kasvussa koko pitkäaikaishoidossa. Kymmenen prosenttia laitoshoidon asukkaista oli ollut asukkaana 7,5 vuotta tai kauemmin. Heidän nykytilaansa luonnehti loppuvaiheen dementia tai pitkäaikainen psykiatrinen sairaus. Kymmenen prosenttia kotihoidon asiakkaita oli saanut palvelua 6,3 vuotta tai kauemmin. Ympäri vuorokautisen hoidon asiakkaita noin joka kymmenes toivoi takaisin kotiin ja kotiutusta suunniteltiin noin kuudelle prosentille asukkaista. Hyvällä kotihoidolla tulevaisuuden pitkäaikaishoito kohdentuu tarkemmin elämän loppupäähän ja osa voimavaroista vapautuu.

Pitkäaikaishoidon asiakkaat olivat kaikissa palvelutyypeissä samankaltaisia sairauskirjoltaan ja tarpeiden tyypiltään, mutta kunkin palvelutyypin sisällä erot henkilöstövoimavarojen tarpeessa olivat nelinkertaiset, vaikka ero palvelutyyppeiden välillä oli kapenemassa ja samalla palvelun porrastukseen liittyvä kustannustehokkuus oli katoamassa.

Ikäihmisten ”pakko” muuttaa voimien muuttuessa oli tämän järjestelyn ansiosta vähenemässä. Koko palvelujärjestelmä eli nopeaa rakennemuutosta, missä henkilöstö kuitenkin oli kyennyt turvaamaan hoidon laadun myönteisen kehityksen kaikissa palvelutyypeissä.

Säännöllisen kotihoidon asiakasrakenne oli muuhun maahan ja kansainvälisesti verrattuna kevyehkö, henkilöstön sairaanhoitajamitoitus matala ja toiminta vastasi runsaasti apua tarvitsevien asiakkaiden tarpeisiin niukasti ja epäsystemaattisesti. Palvelu jakautui suurpiirien välillä yhdenmukaisesti.

Säännöllisessä kotihoidossa henkilöstön työajan jakautuminen ei riippunut asiakkaiden palvelutarpeista lukuun ottamatta lähihoitajia, joiden työaikaa kohdentui jonkin

verran enemmän paljon-, kuin vähän apua tarvitseviin. Ne säännöllisen kotihoidon asiakkaat, joilla oli tukihenkilö tai hoivaaja, saivat hieman enemmän kotihoidon henkilöstön aikaa kuin yksinasuvat ja vailla tukihenkilöä olevat.

Huonokuntoisten säännöllisen kotihoidon asukkaiden kotona asumisen mahdollisti omaishoitaja tai muu apua antava läheinen (hoivaaja). Paine laitoshoidon järjestämiseksi tuli hoivaajan taholta. Vain 3% huonokuntoisistakaan kotihoidon asukkaista halusi kotoa pois ja tuolloinkin tärkeimmät syyt olivat yksinäisyys, masennus ja turvattomuus, ei huono toimintakyky tai terveys. Hoitavan omaisen näkemys muualla asumisen paremmuudesta selitti 16% kaikkien asiakkaiden muualle hakeutumisen paineesta. Kotona asumisen turvaamisen edellytys on omaishoitajien nykyistä parempi tukeminen.

Laitoshoidon kehittäminen edellyttää asiakkaiden voimavarojen tukemista, kuntoutusta ja niiden asiakkaiden tunnistamista, jotka voidaan kotiuttaa. Hoitajajohtoinen, kuntoutumista ja voimaantumista edistävä hoitotyö on tuottanut mitattavissa olevia hyviä tuloksia (RAI-palautteet, Soini ym. 2011). Pitkäaikaissairaiden poliklinikka- ja sairaalapalveluiden käyttöä voi vähentää kehittämällä kotihoidon geriatria osaamista vielä nykyisestä.

Palelusetelitoiminta oli aloitettu 2008. Sen hyödyntäminen kilpailutuksessa ja kaupungin palvelujen suunnittelussa oli hyvässä alussa, mutta edellyttää vielä kehittämistä.

Tulevaisuuden suunnittelua varten oleellisinta tietoa on, että:

- pitkäaikaishoidon asiakkaat sairastavat lisääntyvästi muistisairauksia. Muisti-sairaiden kotona asuminen lisääminen vähentää laitoshoidon tarvetta
- pitkään laitoshoidossa asuneet terveydentilaltaan ja toimintakyvyltään vakaat asukkaat, jotka ovat asuneet laitoksessa pitkään, varaavat huomattavan osan laitoshoidon paikoista, mikä hidastaa mahdollisuuksia tukea palveluketjujen toimintaa. Ympäri vuorokautisen hoidon kohdentuminen elämän loppuvaiheeseen lisää tämän palvelutyyppin kapasiteettia ja tehostasi samalla akuuttipalvelujen toimintaa
- laitoshoidon ja palveluasumisen kustannustehokkuutta on mahdollista parantaa nykyisestä ottamalla käyttöön palvelutarpeen systemaattinen arviointi kokonaisvaltaisen geriatrisen arvioinnin ja kuntoututuksen tapaan (Ellis ym.2011, Lihavainen ym. 2011)
- systemaattiseen arviointiin perustuva hinnoittelujärjestelmä mahdollistaa kilpailutuksen tehostamisen, perustamisen hoidon laatuun, ja sovittuihin tuloksiin pääsemisen seurannan
- säännöllisen kotihoidon asiakaskunnasta viidennes oli kevythoitoisia
- kotihoidon toiminnan kohdentuminen omaishoidon ja hoitoketjujen tueksi oli riittämätöntä. Kotihoidon lääkäriresurssit ovat kohtuulliset, mutta hoitohenkilöstön sairaanhoitaja- ja lähihoitajamiehitys kaipasi vahvistusta
- omaishoidon tuntuva tehostaminen on mahdollista ja välttämätöntä, mutta edellyttää laajojen systemaattisten, asiakaskeskeisten tukijärjestelmien rakentamista.

Pitkäaikaishoidon rajapintojen nykytila

Kaupunginsairaalan akuuttiosastojen potilaat olivat iäkkäitä ja osastot ruuhkautuneita. Pitkähkön keskimääräisen hoitoajan (27vrk) taustalla vaikutti sekä sosiaalivirstoon suuntautuva ja että HUS:sta tuleva siirtoviiveen paine. Se oli vuonna 2010 aiempia vuosia suurempi. Osasyynä haastatellut pitivät pitkäaikaishoidon paikkamäärissä tapahtuneita vähennyksiä.

Kotisairaalan ja kotihoidon yhteistyö toimi, mutta sen mahdollisuuksia oli hyödynnetty vain vähän.

Kaupungin omaa ja HUS:n päivystystä oli tuettu kotiutusta tehostavilla hoitokoordinaattoreilla, joiden avulla toimintaa oli tehostettu. Lisäksi oman päivystyksen toiminnassa oltiin kehittämässä iäkkäiden päivystyksen sisältöä.

Terveysasemien yhteistyössä muiden kanssa suunnittelemat hoitopolut (muistisairaat, monisairaat) ja työtehtävien uudelleen organisointi tukivat vanhuuteen varautumista (Muurinen ja Mäntyranta 2011). Etsivä toiminta ja yhteistyö sosiaalityöntekijöiden kanssa oli tunnistettu ja aloitettu.

Hahmottumatonta oli yhteistyö yksityisten palvelutalojen ja niissä asuvien sellaisten raihnastuvien asukkaiden kanssa, joita ei ollut arvioitu ja jotka käyttivät ennalta ohjaamattomasti ja arvaamattomasti julkisia palveluja. Yhteisymmärrys kotihoidon ja lääkäripalveluiden järjestäjätahosta näille asiakkaille edellyttää selventämistä.

Tulevaisuuden suunnittelua varten oleellisin tieto pitkäaikaishoidon rajapinnoista on se, että:

- kaupungista puuttui systemaattinen, hallinnonalat ylittävä johtaminen ja päätöksenteko sekä päätösten toimeenpano;
- tiedonkulun puutteellisuus ilmeni hallinnonalojen toisilleen vastakkaisina päätöksinä, keskenään yhteen sopimattomina tietojärjestelminä, useina päällekkäisinä kehittämissuunnitelmina ja epäjohdonmukaisena potilas- ja asiakasinformaationa. Kaikki nämä tekijät aiheuttivat ylimääräisiä kustannuksia ja murensivat kaupungin imagoa laadukkaana toimijana;
- kaupungin akuuttisairaaloitten ruuhkautumisen estämisen ja ennakoimisen tulee lyhentää keskimääräistä hoitoaikaa tavoitteeseen 14 vrk. Toipuminen tapahtuu kotona, kuntoutus- tai toipilasosastolla;
- tietoon ei tullut aiempia selvityksiä siitä, millä edellytyksillä ruuhkia voitaisiin purkaa kotihoitoon;
- kaupungin voimavarana oli innovatiivinen sitoutunut henkilöstö ja ”ajan hermolla” oleva kehittämistoiminta, mihin liittyi myös voimavarojen haaskausta yhteisen päätöksentekoprosessin puuttuessa;
- kolmannen sektorin osuuteen ei puututtu tässä selvityksessä ja sen voimavarat ovat tarkentamatta.

Selvitykset rajoitukset

Käytettävänä ei ollut väestöpohjaisia tietoja. Kaikki analysoidut aineistot ovat valikoituneita. Eniten tietoa tarvittaisiin iäkkäiden ja työikäisten omaishoitajien tarpeista sekä palvelujen ulkopuolelle jääneiden iäkkäiden ryhmästä. Käytettävissä ei ollut tietoja tilapäisten kotihoidon asiakkaiden tarpeista.

Aika ei sallinut palvelukeskustoiminnan analysointia.

PÄÄTELMÄT JA AVAUKSET

1. Sosiaali- ja terveystalouden päätöksentekoprosessit ja niiden johtaminen saatetaan kuntoon. Prosessit selkiytetään ja työnjako vahvistetaan, minkä jälkeen on mahdollista parantaa informaation kulkua hallinnonalojen ja työntekijöiden välillä sekä tehostaa asiakkaisviestintää. Lisäksi työn vaikuttavuutta voidaan seurata yhteismitallisesti.
2. Tietojärjestelmät tulee saattaa yhteensopiviksi.
3. Kotihoito tekee annetuissa raameissaan hyvää työtä. Nyt sen roolia tulee selvittää ja syventää. Sen tulee kyetä tarjoamaan ympärivuorokautista hoitoa (enemmän kuin yöpartiot) osalle säännöllisen kotihoidon asiakkaista. Vaikka kotihoidon käyntien kustannukset kipuavat ympärivuorokautisen hoidon tasolle noin neljännen päivittäisen käynnin jälkeen, kustannuksia kannattaa tarkastella säästyneinä siirtoviivepäivinä ja tehostuneena akuuttisairaanhoidona kaupungin sairaalassa sekä säästyneinä investointeina rakentamiseen.
 - Aidon ympärivuorokautisen kotihoidon järjestäminen edellyttää voimavarojen lisäämistä kotihoitoon. Henkilöstöresursseilla tulee turvata lääketieteellinen arviointi, hoito ja kuntoutus (lääkäri, fysio- ja toimintaterapeutti, sairaanhoitaja ja lähihoitaja) ja mallina käyttää kotisairaalaan resursointia.
 - Toiminta kannattaa kohdentaa sairaalasta kotiutuvien ja hoitokoordinaattoreiden tueksi, jotta päivystyksestä ja sairaalasta voidaan kotiutua nykyistä tehokkaammin. Toinen tavoite on ehkäistä päivystyskäyntejä selvittämällä yleistilan laskun syitä kotona.
 - Asiakkaiden valintaan käytetään sellaisia arviointimenetelmiä, joiden avulla tunnistetaan kuntoutumisen ja toipumisen potentiaali sekä asiakkaan omaisten ja muun ympäristön voimavarat.
4. Varsinaisen kotihoidon ulkoistamiseen ja kilpailuttamiseen liittyy nykyisellään uhkatekijöitä (tässä ei tarkoiteta tukipalveluja). Kotihoito on palveluketjujen solmukohta sekä kotona asumisen aidon mahdollistamisen että palveluketjujen sujuvuuden kannalta. Sen hallinta kannattaa pitää kaupungin ohjauksessa. Vanhustenkeskusten toipilasosastojen käyttöä hoitoketjujen tukena pitää nykyisestäkin tehostaa.

-
5. Kotihoidon kevythoitaisimpien asiakkaiden siirtäminen tilapäisiksi ja sitä kautta terveysaseman asiakkaksi on välttämätöntä, jolloin noin 5-10% säännöllisen kotihoidon voimavaroista vapautuu sairaalasta kotiutuneiden ja akuuttitoiminnan tukemiseen. Terveysasemien ja gerontologisen sosiaalityön kannattaa kohdentaa etsivää työtä ja siihen liittyvä turvaverkko kotihoidosta siirrettyjen tueksi. Puuttuva kotihoidon resursointi kanavoidaan asteittain laitoshoidon vähennyksestä.
 6. Hoitoon pääsy kriteerit kannattaa tarkistaa uusien tavoitteiden mukaisiksi.
 7. Hoitoketjujen ja tiedonsiirron turvaamiseksi kotihoidon ja kaupunginsairaalan akuuttiyksiköiden ja kuntoutus- tai toipilasyksiköiden kannattaa kuulua samaan alaorganisaatioon.
 8. Asumispalveluiden kuten palveluasumisen nykyistä laajempi, jopa kokonaisvaltainen kilpailutus on harkinnan arvoista asiakkaan valintamahdollisuuksien lisäämiseksi, mutta myös kustannussyistä. Kaupungin kannattaa pohtia halutaanko tulevaisuudessa olla tilaaja vai tuottaja. Nykyisten laadun seurantarjestelmien avulla kilpailutettujen hoidon laatua ja kustannusvaikuttavuutta voidaan seurata tehokkaasti ja luotettavasti vuosittain tai puolivuosittein.
 9. Pitkäaikaishoidon asiakkaiden välillä on 4-5-kertaiset erot voimavarojen vaativuudessa laskettuna kotihoidon kaikkein vähimmästä palvelun tarpeesta laitoshoidon suurimpaan. Palvelusetelin arvoa kannattaa peilata ensisijaisesti palvelutarpeeseen siten, että ympärivuorokautinen hoitokin jyvitetään tähän tarpeeseen ja vasta toissijaisesti tuloihin tai varallisuuteen.
 10. Lisäresursointia edellyttävä kohde on omaishoito. Omaishoitajien aseman ja terveydentilan vahvistamiseksi ja terveysasemien työtaakan vähentämiseksi heidän siirtämistään työterveyshuollon asiakkaksi kannattaa harkita. Sosiaalityön kehittämää ”tuuraajatoimintaa” kannattaa jatkaa värväämällä systemaattisesti opiskelijoita ja eläkkeelle siirtyneitä tähän toimintaan. Toiminta edellyttää hyvää perehdytysohjelmaa.
 11. Laitoshoidon vähentämistä voidaan vielä joitakin vuosia jatkaa. Nykyinen volyymi on laskennallisesti riittävä vielä 2020. Monipuoliset vanhustenkeskukset vähentävät kaikkein sairaimpien segregatiota. Niiden avulla voidaan myös lisätä eri ikäryhmien integraatiota sekä mahdollisuuksia monipuoliseen liikuntaan ja kulttuurielämään. Monipuolisten vanhustenkeskusten toiminnan vaikuttavuutta ja kustannustehokkuutta voidaan mitata ja seurata RAI-järjestelmän avulla. Mikäli toiminnassa hyödynnetään systemaattisen palvelutarpeen arvioinnin suoma etua kohdentaa hoiva asiakkaan tarpeen mukaan, voidaan kustannukset ja hinnoittelu kohdentaa vastaavasti. Muistisairaiden kotiin tukeminen on palvelujärjestelmän sujuvuuden elinehto ja tässä tilanteessa monipuoliset vanhustenkeskukset saattavat olla kehittämisen kulmakivi.

Lähteet

1. Aalto U. Pitkäaikaishoittoon Helsingissä vuosina 1978-.1985 pyrkineiden laitoshoidon toteutuminen ja eliniän ennuste. Helsingin kaupungin terveystieteiden raportteja. Sarja A Raportti 57. Helsinki 1991.
2. Aaltonen M, Rissanen P, Forma L, Raitanen J, Jylhä M. The impact of dementia on care transitions during the last two years of life. *Age and ageing* 2012;41(1):52-7.
3. Aartsen M, Jylhä M. Onset of loneliness in older adults: results of a 28-year prospective study. *Eur J Ageing* 2011;8:31-8.
4. Alanen H.M. Antipsychotic use among older persons in long-term institutional and home care. Academic dissertation 2001. *Acta Electronica Universitatis Tamperensis* 671. ISBN 978-7138-4 (pdf) ISSN1456-954X.
5. Apuvälineet ja dementia Pohjoismaissa. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä 2008
6. Auchincloss AH, Van Nostrand JE, Rosanville D. Access to health care for older persons in the United States: personal, structural, and neighborhood characteristics. *Journal of aging and health* 2001;13(3):329-54
7. Aguero-Torres H, von Strauss E, Viitanen M, Winblad B, Fratiglioni L. Institutionalization in the elderly: the role of chronic diseases and dementia. Cross-sectional and longitudinal data from a population-based study. *Journal of clinical epidemiology* 2001; 54(8): 795-801.
8. Avila-Funes JA, Helmer C, Amieva H, et al. Frailty among community-dwelling elderly people in France: the three-city study. *J Gerontol A Biol Med Sci* 2008; 63:1089-96.
9. Backes GM, Lash V, Reimann K (Eds). *Gender, health care and ageing. European perspectives on life course issues and social challenges.* Wiesbaden 2006.
10. Basta NE, Matthews FE, Chatfield ME, Brayne C. Community-level socio-economic status and cognitive and functional impairment in the older population. *European Journal of Public Health* 2007;(18)1:48-54
11. Björkgren, M. 2005. RUG. Teoksessa A. Noro, H. Finne-Soveri, M. Björkgren, ja P. Vähäkangas (toim.) *Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus – RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä.* Stakes. Helsinki.
12. Björkgren, M.A., Fries, B.E. & Shugarman, L.R. 2000. A RUG-III case-mix system for home care. *Canadian Journal on Aging* 19 (2), 106-125.
13. Björkman M, Tilvis R, Sund R. Käyvätkö ennusteet toteen. *SLL* 2006;43(61):4493-7.
14. Brommels M. Arvo: Helsingin terveydenhuollon kalleushankkeen arviointiraportti 2005.
15. Buerhaus PI, Staiger DO, Auesbach DI. Implications of an aging registered nurse workforce. *JAMA* 2000; 283:2948-54.
16. Burrows AB, Morris JN, Simon SE, Hirdes JP, Phillips CD. Development of an MDS-based Depression Rating Scale for use in nursing homes. *Age and Ageing* 2000; 29: 165-172.
17. Carpenter GI, Gambassi G, Topinkova E, Schroll M, Finne-Soveri H, Henrard J-C, Garms-Homolova V, Jonsson P, Frijters D, Ljunggren G, Sörby LW, Wagner C, Onder G, Pedone C, Bernabei R. Community care in Europe. The Aged in Home Care project (AdHOC) AGING Clin Exp Res 2004;16:259-269.
18. Case management. Käypä hoito. Näytönastekatsaukset 24.10.2007. www.kaypahoito.fi
19. Deloitte & Touche Oy. Sosiaali- ja terveystoimen kokonaisselvitys. Loppuraportti 2011 (pdf).
20. Deloitte selvitystyötä varten luovutetut Helsingin kaupunginsairaalan tilastotiedot 2011 (pdf).
21. Ellis G, Whitehead MA, Robinson D, O'Neill D, Langhorne P. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomized controlled trials *BMJ* 2011;343:d6553 doi: 10.1136/bmj.d6553
22. Einiö E. Determinants of Institutional Care at Older Ages in Finland. *Finnish Yearbook of Population Research XLV 2010 Supplement.* ISBN 978-952-226-047-5 (PDF).
23. Finne-Soveri H, Björkgren M, Vähäkangas P, Noro A. Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu - RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Stakes. Vaajakoski 2006.
24. Finne-Soveri H, Hammar T, Noro A. Measuring the quality of long-term institutional care in Finland. *Eurohealth* 2010;16(2):8-10.

25. Finne-Soveri H, Helameri T, Noro A, Peiponen A ja Rautio M. SosiaaliporrasRAI –hanke 2007-2009. Gerontologisen sosiaalityön porrastettu palvelutarpeen arviointi. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Tutkimuksia 2010;1:1-78.
26. Finne-Soveri H, Noro A, Heimonen S-L, Voutilainen P. Toimintakyvyn kognitiivisen ulottuvuuden arviointi osana tuen ja palveluiden tarpeen arviointia Gerontologia 2008;4:1-10.
27. Finne-Soveri H; L. W. Sorbye; P. V. Jonsson; G. I. Carpenter; R. Bernabei Increased work-load associated with faecal incontinence among home care patients in 11 European countries The European Journal of Public Health 2007; doi: 10.1093/eurpub/ckm085.
28. Forma L, Rissanen P, Aaltonen M, Raitanen J, Jylhä M. Dementia as determinant of social and health service use in the last two years of life 1996-2003. BMC Geriatrics 2011;11:14 <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/11/14>
29. Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2001;56:M146-56.
30. Fries BE, Hawes C, Morris JN, Phillips CD, Mor V, Park PS. Effect of the National Resident Assessment Instrument on Selected Health Conditions and Problems. Journal of the American Geriatrics Society 1997; 45(8): 994-1001.
31. Fries BE, Schneider DP, Foley WJ, Gavazzi M, Burke R, Cornelius E. Refining a case mix measure for nursing homes: Resource Utilization Groups (RUG-III). Medical care 1994; 32(7): 668-685.
32. Fries J. Aging, natural death and the compression of morbidity. N Engl J Med 1980;303:130-135
33. Fujisawa R, Francesca Colombo F. The long-term care workforce: overview and strategies to adapt supply to growing demand. OECD working papers No 44:1-44.
34. Habermann S, Cooper C, Katona C, Livingston G. Predictors of entering 24-h care for people with Alzheimer's disease: results from the LASER-AD study. Int. J Geriatr Psychiatry 2009; Nov;24(11):1291-8.
35. Hansebo G, Kihlgren M, Ljunggren G. Review of nursing documentation in nursing home wards - changes after intervention for individualized care. Journal of advanced Nursing 1999;29(6):1463-1473.
36. Hawes, C., Morris, J.N., Phillips, C.D., Fries, B.E., Murphy, K. & Mor, V. 1997. Development of the Nursing Home Resident Assessment Instrument (RAI) in the U.S. Age and Ageing 26, 19-25.
37. Hawes C, Mor V, Phillips CD, Fries BE, Morris JN, Fogel B, Hirdes J, Spore D, Steele-Friedlob E, Nennstiel M. The Obra-87 nursing-home regulations and implementation of the Resident Assessment Instrument. Effects on process quality. Journal of American Geriatric Society 1997;45 977-85.
38. Help wanted. Providing and paying for long-term care, OECD 2011. ISBN: 978 92 64 0977 59 (pdf)
39. Helsingin terveystieteiden toimintakertomus 2010.
40. Helsingin terveystieteiden keskus, vuosittainen tilasto 2010
41. Helsinki alueittain 2011. Helsingin kaupungin tietokeskus 2011:1-203
42. Hirdes JP, Frijters DH, Teare GF. The MDS-CHESS scale: A new Measure to Predict mortality in institutionalised older people. Journal of American Geriatric Society 2003;51:96-100.
43. Hirdes JP, Poss JW, Curtin-Telegdi N. The Method for Assigning Priority Levels (MAPLe): A new decision-support system for allocating home care resources. BMC Medicine 2008, 6:9 doi:10.1186/1741-7015-6-9.
44. Hoitoa ja huolenpitoa ympäri vuorokauden. I kahoivatryöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveystieteiden selvityksiä 2010;28:1-92.
45. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2008;30:1-55.
46. Jagger C, Matthews R, Lindsay J, Robinson T, Croft P, Brayne C. The effect of dementia trends and treatments on longevity and disability: a simulation model based on the MRC Cognitive Function and Ageing Study (MRC CFAS). Age and Ageing 2009; 38: 319-325
47. Jenson, J. and S. Jacobzone (2000), "Care Allowances for the Frail Elderly and Their Impact on Women Care-Givers", OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers, No. 41, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/414673405257>
48. Juntto, A. Suhdanteet ja trendit muovaavat asumisen tulevaisuutta. Kirjassa: Juntto, A. (toim.) Asumisen arki ja unelmat. Gaudeamus. Helsinki 2010.
49. Kinnunen K. Postponing institutional long-term care in the patients at high risk of institutionalisation. Academic Dissertation. Yliopistopaino, Helsinki 2002:1-79.
50. Kohti parempaa vanhuutta. Suomen akatemian ja Duodecimin konsensuslausum 8.2.2012
51. Kotihoidon laskenta 30.11. 2010. Suomen virallinen tilasto. Terveysten ja Hyvinvoinnin laitos 2011;22:1-83

52. LaFortune Gaetan, Balestat Gaelle & the Disability Study Expert Group Members. Trends in severe disability among elderly people: assessing the evidence in 12 OECD countries and the future implications. OECD Health working papers 2007;26:1-80.
53. Landi F, Onder G, Tua E, Carrara B, Zuccala G, Gambassi G, Carbonin P, Bernabei R. Silvernet-HC study group Bergamo. Impact of a new assessment system on function and hospitalization of homebound older people: a controlled clinical trial. *J Am Ger Soc* 2001;49(10):1288-93.
54. Lihavainen K, Sipilä S, Rantanen T, Kauppinen M, Sulkava R, Hartkainen S. Effects of comprehensive geriatric assessment and targeted intervention on mobility in persons aged 75 years and over: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil*, 2012.Apr;26(4):314-26. Epub 2011 Oct 17.
55. Lippa M, Riedel-Heller SG, Luck T, Wiese B, van den Bussche H, Haller F, Sauder M, Mösch E, Pentzek M, Wollny A, Eisele M, Zimmermann T, König HH, Maiser W, Bickel H, Werle J, Weyerer S, for the AgeCoDe study group. Age-related predictors of institutionalization: results of the German study on ageing, cognition and dementia in primary care patients (AgeCoDe). *Med Care* 2009 Feb;47(2):191-8.
56. Moisio P. Sosiaali- ja terveystenonjen rakenne ja kehitys. Kirjassa Vaarama M, Moisio P, Karvonen S. Suomalaisten hyvinvointi 2010 (toim) Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Yliopisopaino Helsinki 2010:20-27.
57. Monisairaat saavat oman vastuuhenkilön terveystenonksissa. STM tiedote2011/99. www.stm.fi/tiedotteet
58. Mor V. Compression of morbidity hypothesis: A review of research and prospects of future. *J Am Geriatr Soc* 2005;53:S308-309.
59. Mor V, Intrator O, Fries BE, Phillips CD, Teno J, Hiris J, Hawes C, Morris JN. Changes in hospitalization associated with introducing the Resident Assessment Instrument. *Journal of American Geriatric Society* 1997;45:1002-10.
60. Morris JN, Fries BE, Bernabei R et al. RAI-Home Care [RAI-HC] Assessment Manual for Version 2.0. Marblehead, MA: Opus Communications, 2000.
61. Morris JN, Fries BE, Carpenter GI, Bernabei R. The RAI-HC assessment tool: an international reliability trial. *The Gerontologist* 1996;36 (S1):291
62. Morris JN, Fries BE, Mehr DR, Hawes C, Phillips CD, Mor V. MDS Cognitive Performance Scale. *Journal of Gerontology: Medical Sciences* 1994; 49A(4): M174-182.
63. Morris JN, Fries BE, Morris SA. Scaling ADLs within the MDS. *Journal of Gerontology: Medical Sciences* 1999; 54A(11): M546-M553.
64. Morris, J.N., Hawes, C., Fries, B.E. ym. Designing the National Resident Assessment Instrument for Nursing Homes. *Gerontologist* 1990;30 (3), 293-307.
65. Muurinen S, Mäntyranta T. Kokeneesta sairaanhoitajasta asiakasvastaava. Sairaanhoitaja 2011;1:
66. Noro A, Poss JW, Hirdes JP, Finne-Soveri H, Ljunggren G, Björnsson J, Schroll M, Jonsson PV. Method for Assigning Priority Levels in Acute Care (MAPLe-AC) predicts outcomes of acute hospital care of older persons - a cross-national validation. *BMC Medical Informatics and Decision Making* 2011, 11:39 doi:10.1186/1472-6947-11-39.
67. Noro A, Sinervo T, Finne-Soveri H. Ikääntyneiden palvelujen tulevaisuudesta s.259-268. Kirjassa Kurssin muutos: Kestävään kasvuun ja hyvinvointiin (toim. Taimio H.) Työväen Sivistysliitto, Helsinki 2009.
68. Noro A, Finne-Soveri H. Avo- ja laitoshoidon suhde - katsaus nykytilaan ja tulevaan s.115-140. Kirjassa Hyvinvointipalveluja entistä tehokkaammin (toim. Ilmakunnas S.) Valtion Taloudellinen tutkimuskeskus, Helsinki 2008
69. Noro A, Vilkkö A, Mäkelä M, Väyrynen R, Finne-Soveri H. Ikäihmisten Sosiaali- ja terveyspalvelut. Kirjassa Peruspalvelujen tila 2012. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (painossa)
70. OECD Economic Surveys FINLAND 2012:1-122.
71. Onder G, Liperoti R, Fialova D, Topinkova E, Tosato M, Danese P, Gallo PF, Carpenter I, Finne-Soveri H, Gindin J, Bernabei R, Landi F for the Shelter Project. Polypharmacy in Nursing Home in Europe: Results From the SHELTER Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2012 Jan 4 [Epub ahead of print]
72. Peiponen A. Palvelusetelin kysynnän kehittyminen vanhusten palveluasumisessa Helsingissä vuoteen 2020 mennessä. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Tutkimuksia 2009;1:1-62. ISBN.pdf978-952-223-492-2
73. Pekurinen M, Erhola M, Häkkinen U., Jonsson PM, Keskimäki I, Kokko S, Kärkkäinen J, Widström E, Vuorenkoski L. Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet Raportti 2011;4:1-111.

74. Philips CD Morris JN Hawes C Fries BE, Mor V, Nennstiel M, Iannacchione V. Association of Resident Assessment Instrument with changes in function, cognition and psychosocial status. *Journal of American Geriatric Society* 1997;45:986-93.
75. Pohjalainen P, Sulander T, Karvinen E. Helsingin keskustassa asuvien ikäihmisten terveys toimintakyky ja elintavat. *Gerontologia* 2011;1:3-14.
76. Ravitsemussuositukset ikääntyneille. Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010.
77. Ristimäki M, Kalenoja H, Tiitu M. Yhdyskuntarakenteen vyöhykkeet. Vyöhykkeiden kriteerit, alueprofiilit ja liikkumistottumukset. Liikenne- ja viestintäministeriön julkaisuja 15/2011 ISSN (verkkojulkaisu) 1798-4045
78. Rochat S, Cumming RG, Blyth F, et al. Frailty and use of health and community services by community-dwelling older men: the Concord Health and Ageing in Men Project. *Age Ageing* 2010;39:228-32.
79. Rowe JW, Kahn RL. Human aging: usual and successful. *Science* 1987;237:143-9. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2004;59:1310-7.
80. Saltman RB, Dubois HFW, Chawla M. The impact of aging on long-term care in Europe and some potential policy responses. *International Journal of Health Services* 2006;36 (4):719-746.
81. Santos-Eggimann B, Cuénoud P, Spagnoli J, Junod J. Prevalence of frailty in middle-aged and older community-dwelling Europeans living in 10 countries. *J Gerontol* 2009;64A:675-81.
82. Schofield V, Davey JA, Keeling S, Parsons M. Ageing in place (in the book *Implications of Population Ageing: Opportunities and Risks*) Institute of policy studies. Wellington 2006;275-306
83. Sgadari A, Morris JN, Fries BE, Ljunggren G, Jonsson P, DuPasquier JN, Schroll M. Efforts to Establish the Reliability of the Resident Assessment Instrument. *Age and Ageing* 1997; 26, suppl 2: S27-S30.
84. Shepperd S, Doll H, Angus RM, Clarke MJ, Iliffe S, Kalra L, Ricauda NA, Wilson AD. Hospital at home admission avoidance. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 4. Art. No.: CD007491. DOI: 10.1002/14651858.CD007491.
85. Shepperd S, Doll H, Broad J, Gladman J, Iliffe S, Langhorne P, Richards S, Martin F, Harris R. Hospital at home early discharge. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1. Art. No.: CD000356. DOI: 10.1002/14651858.CD000356.pub3.
86. Sinervo T, Anja Noro, Liina-Kaisa Tynkkynen, Juhani Sulander, Heikki Taimio, Harriet Finne-Soveri, Reija Lilja, Vesa Syrjä. Yksityinen vai kunnallinen palvelu-asuminen? Kustannukset, asiakasrakenne, hoidon laatu ja henkilöstön hyvinvointi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 34/2010, 91 sivua. Helsinki 2010. ISBN 978-952-245-355-6 (painettu), ISBN 978-952-245-356-3 (pdf)
87. Soini H, Hinttala ML, Laakola K, Noro A, Santama K, Peiponen A. Riistavuoren monipuolinen vanhustenkeskus - pilotin kokemuksia. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Tutkimuksia 2011;1:1-37.
88. Sormunen S ja Topo P (toim). Laadukkaat dementiaapalvelut: Opas kunnille. Stakes 2008.
89. Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2010. Suomen virallinen tilasto. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011;26:1-72.
90. Suhonen J, Alhainen K, Eloniemi-Sulkava U, Juhela P, Juva K, Löppönen M, Makkonen M, Mäkelä M, Pirttilä T, Pitkälä K, Remes A, Sulkava R, Viramo P, Erkinjuntti T. Suomalainen asiantuntijasuositus – ”Hyvät hoitokäytännöt etenevien muistisairauksien kaikissa vaiheissa” SLL 2007:2008;10(63):9-22
91. Strydom A, Romeo R, Perez-Achiaga N, Livingston G, King M, Knapp M and Hassiotis A. Service use and cost of mental disorder in older adults with intellectual disability *The British Journal of Psychiatry* 2010 196: 133-138..
92. Syddall H, Robert HC, Evandrou M, Cooper C, Bergman H, Sayer AA. Prevalence and correlates of frailty among community-dwelling older men and woman: findings from the Hertfordshire Cohort Study. *Age Ageing* 2010;39:197-203.
93. Szanton SL, Seplaki CL, Thorpe RJ, Allen JK, Fried LP. Socioeconomic status is associated with frailty: the Woman's Health and Aging Studies. *J Epidemiol Community Health* 2010;64:63-7.
94. Terveyskeskuksen, toimintakertomus 2010
95. Terveyskeskuksen vuositilastot 2010
96. Yhteenveto terken kliinisten osastojen hoitohenkilöstön mitoituksesta 26.4.2011
97. Zimmerman DR, Karon SL. Developing and Testing of Nursing Home Quality Indicators. *Health Care Financing Review* 1995; 16: 107-128.
98. Voimassa olevat vakanssit vanhustenpalvelujen vastualueella 10.6.2011 (VAKAT)
99. Vuori P. Laakso S. Helsingin väestöennuste 1.1.2011-2050. Helsingin kaupungin tietokeskus.
100. Väisänen A , Hujanen T. Sosiaalihuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2007. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Avauksia 1/2010. 35 sivua. Helsinki 2010.

Linkejä

www.kaypahoito.fi

www.finlex.fi

www.suomenmuistiasiantuntijat.fi

www.sosiaaliportti.fi

www.sotkanet.fi

www.thl.fi

www.toimia.fi

LIITE 1.

Alle 65-vuotiaat laitoshoidossa ja ostopalveluiden palvelutaloissa

Finne-Soveri Harriet, Andersson Sirpa, Asikainen Janne, Hammar Teija, Heikkilä Rauha, Jokinen Sari, Mäkelä Matti, Muurinen Seija, Noro Anja, Nieminen Jutta, Sohlman Britta, Vilkkö Anni

Alkusanat

Läikkäiden pitkäaikaishoidon palvelut, erityisesti laitospaikat ja tehostettu palveluasuminen lasketaan usein suhteutettuna 75-vuotiaaseen väestöön. Kuitenkin palvelujen käyttäjistä merkittävä osa on alle 75-vuotiaita ja heistä osa alle 65-vuotiaita. Tässä analyysissä selvitettiin alle 65-vuotiaaseen laitoshoidossa asuvaan väestöön liittyviä tekijöitä.

Menetelmät

Terveyden ja hyvinvoinnin laitokseen Helsingin kaupungin omista vanhainkodeista ja vanhustenkeskuksista sekä ostopalveluina tuotetusta palveluasumisesta 30.9.2010 kootusta RAI-aineistosta (n=2620) analysoitiin ne henkilöt, joiden ikä oli arviointihetkellä alle 65 vuotta (n=166, 6,3%). Analyysiin mukaan otetut käyttivät tiedonkeruumenetelmänä laitoshoidon RAI-järjestelmää.

Taulukko 1. Analyysissä mukana olleet organisaatiot

Vanhainkodit ja vanhustenkeskukset	Palvelutalot
Antinkoti	Kantti ry.
Helsingin Diakonissalaitos	Helykoti (Kontula)
Hoiva Oy:n vanhainkodit	Helykoti (Myllypuro)
Kannelkoti	Käpyrinteen palvelutalo
Kivelän vanhustenkeskus	Länsi-Helsingin Lähimmäispalvelu ry.
Koskelan vanhustenkeskus	Milja ry
Kustaankartanon vanhustenkeskus	Omakotisäätiö
Lauttasaaren kartanon sairaskoti	Palvelukoti Rantakartano Oy
Mariankoti/Pikku Maria	Seniorhemmet (Folkhälsan)
Myllypuron vanhustenkeskus	Silviahemmet (Folkhälsan)
Omakotisäätiö	Virekoti, Käpylä
Osmonkallio	Virekoti Sofia ja Severi
Oulunkylän kuntoutussairaala	
Pakilakoti	
Roihuvuoren vanhustenkeskus	

Alle 65-vuotiaiden asukkaiden ominaispiirteitä, verrattiin 65 vuotta täyttäneisiin laitosasukkaisiin. Analyysissä käytettiin ristiintaulukointia ja Khiin neliön testiä dikotomisille muuttujille. Logistista regressioanalyysiä käytettiin analysoitaessa jatkuvia muuttujia sekä testattaessa nuoriin henkilöihin itsenäisesti liittyviä tekijöitä. Analyysit tehtiin käyttäen SAS-tilastolaskentaohjelmaa (Copyright (c) 2002-2003 by SAS Institute Inc., Cary, NC, USA).

Tulokset

Taulukoihin 2-5 on koottu testatut tekijät ja niiden yhteys alle 65-vuotiaaseen laitoshoidon, sekä ostopalvelujen palvelutaloväestöön. Taulukoissa 6 on esitetty alle 65-vuoden ikäisiin itsenäisesti selittävät tekijät.

Yhteenveto ja pohdinta

Alle 65-vuotiaat olivat useammin kuin vanhemmat asukaskumppaninsa naimattomia miehiä. Vaikka heistäkin joka kolmannella oli muistisairaus, se esiintyi kuitenkin puolet harvemmin kuin 65 vuotta täyttäneillä, joista muistisairaus oli 70 prosentilla. Alle 65-vuotiaiden kognitio ja arjessa suoriutuminen oli keskimäärin parempi kuin 65 vuotta täyttäneiden.

Alle 65-vuotiaat sairastivat harvemmin sydän- ja verisuonitauteja tai osteoporoosia kuin 65 vuotta täyttäneet, mutta heillä oli merkitsevästi useammin MS, epilepsia, aivotrauman jälkitila tai jokin psykiatrinen sairaus. Lisäksi heillä oli useammin jonkin resistentin bakteerin kolonisaatio tai infektio kuin 65 vuotta täyttäneillä.

He olivat terveydentilaltaan jonkin verran muita asukkaita vakaampia ja uskoivat omaan kuntoutumiseensa vaikka kuntoutuivatkin samanvertaisesti kuin vanhemmat asuintoverinsa.

Alle 65-vuotiaat asuivat merkitsevästi useammin laitoksessa kuin ostopalveluiden palvelutaloissa.

Taulukko 2. Sosiodemografisien tekijöiden, diagnoosien ja terveydentilan yhteys alle 65 vuoden ikään

Muuttujat	Kaikki	Alle 65 vuotta	65 vuotta tai yli	p<0,05
	n (%)	n (%)	n (%)	
Nainen	1960 (74,8)	67 (40,4)	1893 (77,1)	0,0001
Mies	660 (25,2)	99 (59,6)	561 (22,9)	0,0001
Naimaton	373 (14,3)	45 (27,1)	329 (13,4)	0,0001
Naimisissa	364 (13,9)	18 (10,8)	346 (14,1)	0,2405
Leski	820 (31,3)	7 (4,2)	813 (33,1)	0,0001
Eronnut	258 (9,9)	23 (13,9)	235 (9,6)	0,0733
Asukkaana alle 6kk ja ensimmäinen arviointi	219 (8,4)	11 (6,6)	208 (8,5)	0,4047
Asukkaana 7,5 vuotta tai kauemmin	260 (9,9)	16 (9,6)	244 (9,9)	0,8990
Diagnoosit ja terveydentila				
Muistisairaus	1780 (67,9)	58 (34,9)	1722 (70,2)	0,0001
Pelkkä muistisairaus*	1511 (57,7)	47 (28,3)	1464 (59,7)	0,0001
Aivotrauma	104 (4,0)	37 (22,3)	67 (2,7)	0,0001
Multippeli skleroosi	19 (0,7)	8 (4,8)	11 (0,5)	(-)
Pelkkä multippeli skleroosi#	15 (0,6)	6 (3,6)	9 (0,4)	(-)
Parkinsonin tauti	134 (5,1)	6 (3,6)	128 (5,2)	0,3647
Pelkkä Parkinsonin tauti#	62 (2,3)	6 (3,6)	56 (2,3)	(-)
Aivohalvaus	493 (18,8)	37 (22,3)	456 (18,6)	0,2369
Pelkkä aivohalvaus#	296 (11,3)	35 (21,1)	261 (10,6)	0,0001
Sydän ja verisuonitauti	1548 (59,1)	44 (26,5)	1504 (61,3)	0,0001
Pelkkä sydän- ja verisuonitauti#	516 (19,7)	33 (19,9)	483 (19,7)	0,9507
Lonkkamurtuma	334 (12,8)	9 (5,4)	325 (13,2)	0,0035
Pelkkä lonkkamurtuma#	96 (3,4)	5 (3,0)	91 (3,7)	0,6440
Syöpä	161 (6,2)	8 (4,8)	153 (6,2)	0,4624
Pelkkä syöpä#	53 (2,0)	3 (1,8)	50 (2,0)	(-)
Diabetes	420 (16,0)	25 (15,1)	395b (16,1)	0,7248
Pelkkä diabetes#	159 (6,1)	16 (9,6)	143 (5,8)	0,0465
Osteoporoosi	381 (14,5)	8 (4,8)	373 (15,2)	0,0002
Pelkkä osteoporoosi#	113 (4,3)	7 (4,2)	106 (4,3)	0,9498
Epilepsia	149 (5,7)	41 (24,7)	108 (4,4)	0,0001
Masennus	330 (12,6)	24 (14,5)	306 (12,5)	0,4549
Pelkkä masennus#	139 (5,3)	20 (12,5)	119 (4,9)	0,0001
Skitsofrenia	168 (6,4)	20 (12,1)	148 (6,0)	0,0022
Pelkkä skitsofrenia	128 (4,9)	17 (10,2)	111 (4,5)	0,0009
Psykiatrinen sairaus	557 (21,3)	51 (30,7)	506 (20,6)	0,0021
Pelkkä psykiatrinen sairaus	288 (11,0)	40 (24,1)	248 (10,1)	0,0001
Keuhkosairaus	123 (4,7)	6 (3,6)	117 (4,8)	0,4966
Jonkin resistentin bakteerin kantajuus tai infektio	224 (8,6)	23 (13,9)	201 (8,2)	0,0115
Jonkin resistentin bakteerin kantajuus tai infektio, pelkkä#	87 (3,3)	19 (11,5)	68 (2,8)	0,0001
Terveydentila on epävaka	1726 (65,9)	81 (48,8)	1645 (67,0)	0,0001
Akuuttivaihe parhaillaan	69 (2,3)	5 (3,0)	64 (2,6)	(-)
Hiljattainen kroonisen sairauden lehdähdys tai akuuttisairaus heikentäneet toimintakykyä	1536 (58,6)	98 (59,0)	1438 (58,6)	0,9117

* Muistisairaus, ei aivohalvausta tai psykiatrista sairautta

Pelkkä = muistisairauden osuus poistettu

(-) tilastollinen menetelmä ei ole pätevä liian vähäisten havaintojen vuoksi

Taulukko 3. Toimintakyvyn, toiminnanvajauksen riskitekijöiden, oireiden ja oireyhtymien yhteys alle 65 vuoden ikään

Muuttujat	Kaikki	Alle 65 vuotta	65 tai yli	p<0,05
Vähintään keskivaikea dementia*	2080 (79,4)	115 (69,3)	1965 (80,1)	0,0009
Vaikea dementia	1091 (41,6)	65 (39,2)	1026 (41,8)	0,5022
Loppuvaiheen dementia	501 (19,2)	25 (15,1)	476 (19,4)	0,1691
Kognitio huonontunut 3kk aikana	705 (26,9)	35 (21,1)	670 (27,3)	0,0804
Valvonnan/ avun tarve ADL toiminnoissa#	2552 (97,4)	157 (94,6)	2395 (97,6)	(-)
Asiakas uskoo kuntoutuvansa	256 (9,8)	29 (17,5)	227 (9,3)	0,0006
Hoitaja uskoo asukkaan kuntoutuvan ainakin joissain toiminnoissa	539 (20,6)	40 (24,1)	499 (20,3)	0,2458
Kävelee kepin/kelkan avulla	994 (37,9)	33 (19,9)	961 (39,2)	0,0001
Kävelee itsenäisesti kepin tai kelkan avulla	520 (19,9)	11 (6,6)	509 (20,7)	0,0001
Asukkaan toimintakyky (ADL) on kohentunut arviointia edeltäneen 3 kk aikana	187 (7,1)	15 (9,0)	172 (7,0)	0,3262
Asukkaan toimintakyky (ADL) on muuttumaton arviointia edeltäneen 3 kk aikana	1480 (56,5)	109 (65,7)	1371 (55,9)	0,0138
Asukkaan toimintakyky (ADL) on heikentynyt arviointia edeltäneen 3 kk aikana	953 (36,4)	42 (25,3)	911 (37,1)	0,0022
Asukas nostetaan vuoteesta	1333 (50,9)	54 (32,5)	1279 (52,1)	0,0001
Yksi tai useampi käyttöoire	1488 (56,8)	111 (66,9)	1377 (56,1)	0,0068
Vaeltelu	535 (20,4)	48 (28,9)	487 (19,9)	0,0050
Karkeakielisuus	693 (26,5)	59 (35,5)	634 (25,8)	0,0061
Fyysinen pahoinpitely	392 (15,0)	28 (16,9)	364 (14,8)	0,4769
Hämmennystä herättävä käytös	695 (26,5)	56 (33,7)	639 (26,0)	0,0297
Hoidon tai avun vastustelu	967 (26,9)	57 (34,3)	910 (37,1)	0,4781
Käyttöoire pahentunut 3kk aikana	478 (18,2)	38 (22,9)	440 (17,9)	0,1092
Harhaluuloisuus	348 (13,3)	17 (10,2)	331 (13,5)	0,2328
Aistiharhaisuus	411 (15,7)	17 (10,2)	394 (16,1)	0,0462
Masennusepäily α	802 (30,6)	60 (36,1)	742 (30,2)	0,1099
Mieliälä huonontunut 3kk aikana	470 (17,9)	29 (17,5)	441 (18,0)	0,8707
Päivittäinen vaikea kipu	638 (24,4)	42 (25,3)	596 (24,3)	0,7682
Kaatonut 3kk aikana	250 (9,5)	20 (12,1)	230 (9,4)	0,2561
Paino laskenut 5% /kk tai 10% /6kk	243 (9,3)	17 (10,2)	226 (9,2)	0,6575
Virtsainkontinenssi viikottain				
Ulosteinkontinenssi viikottain				

*Cognitive Performance Scale on 3 tai enemmän asteikolla 0-6, missä 0=normaali ja 6 erittäin vaikea kognition vajuus. Arvo vastaa MMSE 15 asteikolla 0-30, missä 30 on normaali ja 0 erittäin vaikea kognition vajuus

Yksi tai useampi seuraavista edellyttää valvontaa tai apua: ateriat, kotitaloustyöt, raha-asiat, lääkitys, puhelin, ostokset, kuluvälineet (IADL-capacity>0)

α Yksi tai useampi seuraavista edellyttää valvontaa tai apua: henkilökohtainen hygienia, liikkuminen, WC, syöminen (hierarkkinen ADL>0)

α Depression Rating Scale (DRS, asteikko 0-14) on 3 tai enemmän

(-) tilastollinen menetelmä ei ole pätevä liian vähäisten havaintojen vuoksi

Taulukko 4. Sosiaalisten suhteiden, eristyneisyyden ja yksinäisyyden yhteys alle 65 vuoden ikään

Muuttujat	Kaikki	Alle 65 vuotta	65 vuotta tai yli	p<0,05
Yksi tai useampi sosiaalinen vuorovaikutustapahtuma muun kuin henkilöstön kanssa viikossa	1787 (68,2)	108 (65,1)	1679 (68,4)	0,3685
Yksi tai useampi ristiriitatilanne muiden asukkaiden, perheen, tuttavien tai henkilöstön kanssa	947 (36,2)	84 (50,6)	863 (35,2)	0,0001
Ilmaisee surua/vihaa/tyhjyyttä menetetyn roolinsa/tilanteensa vuoksi	99 (3,8)	5 (3,0)	94 (3,8)	0,5925

Taulukko 5. Hoitoisuuden, hoitokäytäntöjen ja palvelujen käytön yhteys alle 65 vuoden ikään

Muuttujat	Kaikki	Alle 65 vuotta	65 vuotta tai yli	p<0,05
RUG pääluokka 1 (kuntoutus)	67 (2,6)	5 (3,0)	62 (2,5)	(-)
RUG pääluokat 2-4 (kliinisiä ongelmia)	628 (24,0)	47 (28,3)	581 (23,7)	0,1755
RUG pääluokka 5 (vähintään keskivaikea muistisairaus, kliinisiä muita ongelmia vähän)	522 (19,9)	46 (27,7)	476 (19,4)	0,0094
RUG pääluokka 6 (käyttösoireilua, kliinisiä muita ongelmia vähän eikä kognition vajuus ylitä keskivaikeaa dementiaa)	89 (3,4)	12 (7,2)	77 (3,1)	0,0049
Perushoidettavat	1314 (50,2)	56 (33,7)	1258 (51,3)	0,0001
Sairaalahoido edeltäneen 3 kk aikana	201 (7,7)	20 (12,1)	181 (7,4)	0,0286
Päivystyspoliklinikalla käynti edeltäneen 3 kk aikana	191 (7,3)	18 (10,8)	173 (7,1)	0,0688
Kuntoutumista erityisesti edistävä hoitotyö	2174 (83,0)	87 (64,5)	2067 (84,2)	0,0001
Fysioterapia arviointiviikon aikana	527 (20,1)	48 (28,9)	479 (19,5)	0,0035
Lääkärin arvio vähintään kahdesti 2 viikon aikana	60 (2,2)	2 (1,2)	58 (2,4)	(-)
Lääkäri antanut jonkin uuden ohjeen vähintään kerran 2 viikon aikana	198 (7,6)	6 (3,6)	192 (7,8)	0,047
Yhdeksän lääketta tai enemmän	1002 (38,2)	60 (36,1)	942 (38,4)	0,5652
Psykoosilääke käytössä	828 (31,6)	78 (47,9)	750 (30,6)	0,0001
Rauhoittava lääke käytössä	693 (26,5)	96 (57,8)	597 (24,3)	0,0001
Masennuslääke käytössä	1057 (40,3)	67 (40,4)	990 (40,3)	0,9961
Unilääke käytössä	324 (12,4)	40 (24,0)	284 (11,6)	0,0001

(-) tilastollinen menetelmä ei ole pätevä liian vähäisten havaintojen vuoksi

Taulukko 6. Alle 65-vuoden ikään liittyneet itsenäiset selittäjät

	OR	95% luottamusväli	
		Alaraja	Yläaraja
Multippeli skleroosi	16,6	5,90	46,90
Epilepsia	6,2	4,00	9,62
Miessukupuoli	4,4	3,09	6,18
Jonkin resistentin bakteerin kantajuus tai infektio ilman muistisairautta	2,8	1,53	5,13
Jonkin psykiatrisen sairauden diagnoosi ilman muistisairautta	2,5	1,60	3,94
Päämäärätön vaeltelu	2,2	1,48	3,35
Naimaton	2,2	1,46	3,31
Keskivaikea tai vaikeampi dementia	0,6	0,40	0,92
Asuinpaikka on palvelutalo (laitoksen sijasta)	0,5	0,36	0,78
c=0,820			

LIITE 2.

Alle 65-vuotiaat säännöllisen kotihoidon asiakkaat

Finne-Soveri Harriet, Andersson Sirpa, Gerasin Aleksandr, Hammar Teija, Heikkilä Rauha, Jokinen Sari, Mäkelä Matti, Noro Anja, Sohlman Britta, Vilkkö Anni

Alkusanat

Läikkäiden pitkäaikaishoidon palvelut lasketaan usein suhteutettuna 75-vuotiaaseen väestöön. Kuitenkin palvelujen käyttäjistä osa on alle 75-vuotiaita ja heistäkin osa alle 65-vuotiaita. Palvelutarpeeseen liittyvää tietoa ikäkohorttien välisistä eroista on melko vähän. Palveluja suunniteltaessa on mielekästä hahmottaa myös ”nuorien vanhojen” tarveprofiili.

Tässä analyysissä selvitettiin alle 65-vuotiaaseen säännöllistä kotihoitoa saaneeseen väestöön liittyviä tekijöitä vertaamalla heitä 65 vuotta täyttäneisiin säännöllisen kotihoidon asiakkaisiin.

Menetelmät

Terveys ja hyvinvoinnin laitoksen Helsingin kaupungin säännöllisen kotihoidon asiakkaista 30.9.2010 kootusta RAI-aineistosta (n=4817) analysoitiin ne henkilöt, joiden ikä oli arviointihetkellä alle 65 vuotta (n=492, 10,4%). Aineisto edustaa arviolta noin viidesosaa alle 65-vuotiaista kotihoidon asiakkaista.

Alle 65-vuotiaiden asiakkaiden ominaispiirteitä, verrattiin 65 vuotta täyttäneisiin laitosisukkaisiin. Analyysissä käytettiin ristiintaulukointia ja Khiin neliön testiä dikotomisille muuttujille. Logistista regressioanalyysiä käytettiin analysoitaessa jatkuvia muuttujia sekä testattaessa nuoriin itsenäisesti liittyviä tekijöitä. Analyysit tehtiin käyttäen SAS-tilastolaskentaohjelmaa (Copyright (c) 2002-2003 by SAS Institute Inc., Cary, NC, USA).

Tulokset

Alle 65 vuotiaista tehdyissä arvioissa 18 henkilöä oli alle 30-vuotiaita ja joka toinen 58-vuotias tai sitä vanhempi.

Eniten alle 65-vuotiaita oli arvioitu Keskisessä suurpiirissä (15%) ja vähiten Eteläisessä (6%).

Taulukoihin 1-5 on koottu testatut tekijät ja niiden yhteys alle 65-vuotiaaseen säännöllistä kotihoitoa saaneeseen väestöön. Taulukoissa 6 on esitetty alle 65-vuoden ikäisiin itsenäisesti selittävät tekijät.

Yhteenveto ja pohdinta

Alle 65-vuotiaat olivat useammin kuin vanhemmat asiakaskumppaninsa naimattomia miehiä, joiden kognitio ja arjessa suoriutuminen oli keskimäärin parempi kuin 65 vuotta täyttäneiden. Heidän kognitionsa ja arjessa suoriutuminen oli keskimäärin parempi kuin 65 vuotta täyttäneiden ja he olivat useammin kevythoitaisia, akuutisti sairaita tai toipumavaiheessa.

Merkittävimmät palveluiden tarvetta selittävät sairaudet olivat psykiatriset sairaudet, alkoholin ongelmakäyttö, aivohalvaus sekä jossain määrin diabetes. MS-tautia löytyi erittäin merkittävästi useammin kuin vanhemmilta asiakaskumppaneilta, joskin sairastavien lukumäärä oli alhainen. Muistisairauksien osuus oli erittäin vähäinen.

Alle 65-vuotiaat sairastivat harvemmin mm. sydän- ja verisuonitauteja, osteoporoosia kuin 65 vuotta täyttäneet. Heitä löytyi useammin jos säännöllisen kotihoidon kesto oli alle kuusi kuukautta kuin kauemmin asiakkaina olleiden joukosta. Toisaalta pitkäkestoisen asiakkuuden parista löytyi alle 65-vuotiaita yhtä usein kuin 65 vuotta täyttäneitä.

Ympäristötekijöistä merkittävimmät olivat alle 65-vuotiaiden vähävaraisuus ja runsas lääkärin, terapiahenkilöstön sekä päivystyspoliklinikan käyttö.

Taulukko 1. Sosiodemografisien tekijöiden, diagnoosien ja terveydentilan yhteys alle 65 vuoden ikään

Muuttujat	Kaikki	Alle 65 vuotta	65 vuotta tai yli	p<0,05
Mies	1240 (26,3)	227 (46,1)	1013 (24,0)	0,0001
Nainen	3478 (73,7)	265 (53,9)	3213(76,0)	0,0001
Naimaton	1000 (21,2)	257 (52,2)	743 (17,6)	0,0001
Naimisissa	685 (14,5)	50 (10,2)	635 (15,3)	0,0038
Leski	2269 (48,1)	27 (5,5)	2242 (53,1)	0,0001
Kotihoidon asiakas 6 kk tai alle	631 (13,4)	91 (18,5)	540 (12,9)	0,0004
Kotihoidon asiakas 4 vuotta tai yli	1288 (27,3)	140 (28,5)	1148 (27,2)	0,5332
Diagnoosit ja terveydentila				
Muistisairaus	1368 (29,0)	29 (5,9)	1339 (31,7)	0,0001
Pelkkä muistisairaus*	946 (20,1)	11 (2,2)	935 (22,1)	0,0001
Multippeli skleroosi	39 (0,8)	22 (4,5)	17 (0,4)	(-)
Pelkkä multippeli skleroosi	35 (0,74)	19 (3,9)	16 (0,4)	0,0001
Parkinsonin tauti	153 (3,2)	11 (2,2)	142 (3,4)	0,1827
Pelkkä Parkinsonin tauti	116 (2,5)	7 (1,4)	109 (2,6)	0,1169
Aivohalvaus	521 (11,5)	85 (17,3)	456 (10,8)	0,0001
Pelkkä aivohalvaus#	420 (8,9)	80 (16,3)	340 (8,1)	0,0001
Sydän ja verisuonitauti	3732 (79,1)	99 (12,0)	1973 (46,7)	0,0001
Pelkkä sydän- ja verisuonitauti#	2269 (48,1)	151 (30,7)	2118 (50,1)	0,0001
Lonkkamurtuma	189 (4,0)	10 (2,0)	179 (4,2)	0,0183
Pelkkä lonkkamurtuma#	138 (2,9)	7 (1,4)	131 (3,1)	0,0367
Syöpä	328 (7,0)	17 (3,5)	311 (7,4)	0,0013
Pelkkä syöpä#	269 (5,7)	16 (3,3)	252 (6,0)	0,0133
Diabetes	1125 (23,8)	135 (27,4)	990 (23,4)	0,0481
Pelkkä diabetes#	851 (18,0)	128 (26,0)	723 (17,1)	0,0001
Diabetes, insuliini on	118 (2,5)	20 (4,1)	98 (2,3)	0,0189
Osteoporoosi	927 (19,7)	30 (6,1)	897 (21,2)	0,0001
Pelkkä osteoporoosi#	656 (13,9)	29 (5,9)	627 (14,9)	0,0001
Alkoholin ongelmakäyttö	318 (6,7)	101 (20,3)	217 (5,1)	0,0001
Pelkkä alkoholin ongelmakäyttö#	245 (5,2)	89 (18,1)	156 (3,7)	0,0001
Psykiatrinen sairaus	1073 (22,7)	266 (54,1)	807 (19,1)	0,0001
Pelkkä psykiatrinen sairaus	831 (17,6)	255 (51,8)	576 (13,6)	0,0001
Terveydentila on epävaka	2460 (52,1)	184 (37,4)	2276 (53,9)	0,0001
Akuuttivaihe parhaillaan	214 (4,5)	35 (7,1)	179 (4,2)	0,0037
Hiljattainen kroonisen sairauden leuhahdus tai akuuttisairaus heikentäneet toimintakykyä	1456 (30,9)	202 (41,1)	1254 (30,0)	0,0001
Koettu terveydentila on huono	1565 (33,2)	147 (30,0)	1418 (33,6)	0,1012

* Muistisairaus, ei aivohalvausta tai psykiatrista sairautta

Pelkkä = muistisairauden osuus poistettu

(-) tilastollinen menetelmä ei ole pätevä liian vähäisten havaintojen vuoksi

Taulukko 2. Toimintakyvyn, toiminnanvajauksen riskitekijöiden, oireiden ja oireyhtymien yhteys alle 65 vuoden ikään

Muuttujat	Kaikki	Alle 65 vuotta	65 vuotta tai yli	p<0,05
Vähintään keskivaikea dementia*	1294(27,3)	105 (21,3)	1189 (28,1)	0,0014
Kognitio huonontunut 3kk aikana	278 (5,9)	27 (5,5)	251 (5,9)	0,6872
Kevythoitoinen (MAPLe=1)	742 (15,7)	98 (19,9)	644 (15,2)	0,0070
Valvonnan/ avun tarve IADL toiminnoissa#	4067 (86,2)	402 (81,7)	3665 (86,7)	0,0023
Valvonnan/ avun tarve ADL toiminnoissa#	1391 (29,5)	153 (31,1)	1238 (29,3)	0,4066
Asiakas uskoo kuntoutuvasa	825 (17,5)	156 (31,7)	669 (15,8)	0,0001
Hoitaja uskoo asiakaan kuntoutuvan	1002 (21,2)	170 (34,6)	832 (19,7)	0,0001
ADL huonontunut 3kk aikana	1205 (25,5)	69 (14,0)	1136 (26,9)	0,0001
Kevythoitoinen (MAPLe=1)	742 (15,7)	92 (19,9)	644 (15,2)	0,0070
Yksi tai useampi käyttöoire	733 (15,5)	85 (17,3)	648 (15,3)	0,2602
Vaeltelu	185 (3,9)	19 (3,9)	166 (3,9)	0,9429
Karkeakielisuus	247 (5,2)	49 (10,0)	198 (4,7)	0,0001
Fyysinen pahoinpity	40 (0,9)	4 (0,8)	36 (0,9)	(-)
Hämmennystä herättävä käytös	119 (2,5)	26 (5,3)	93 (2,2)	0,0001
Hoidon tai avun vastustelu	483 (10,2)	42 (8,5)	441 (10,4)	0,1885
Käyttöoire pahentunut 3kk aikana	311 (6,6)	33 (6,7)	278 (6,6)	0,9131
Harhaluuloisuus	281 (6,0)	35 (7,1)	246 (5,8)	0,2515
Aistiharhaisuus	171 (3,6)	25 (5,1)	146 (3,5)	0,0677
Masennusepäilyt	767 (16,3)	97 (19,7)	670 (15,9)	0,0280
Mieliala huonontunut 3kk aikana	773 (16,4)	79 (16,1)	694 (16,4)	0,8359
Päivittäinen vaikea kipu	361 (7,7)	43 (8,7)	318 (7,5)	0,3373
Kaatonut 3kk aikana	1112 (23,6)	82 (16,7)	1030 (24,4)	0,0001
Paino laskenut 5% /kk tai 10% /6kk	248 (5,3)	22 (4,5)	226 (5,4)	0,4098

*Cognitive Performance Scale on 3 tai enemmän asteikolla 0-6, missä 0=normaali ja 6 erittäin vaikea kognition vajuus. Arvo vastaa MMSE 15 asteikolla 0-30, missä 30 on normaali ja 0 erittäin vaikea kognition vajuus

Yksi tai useampi seuraavista edellyttää valvontaa tai apua: ateriat, kotitaloustyöt, raha-asiat, lääkitys, puhelin, ostokset, kuluvälineet (IADL-capacity>0)

α Yksi tai useampi seuraavista edellyttää valvontaa tai apua: henkilökohtainen hygienia, liikkuminen, WC, syöminen (hierarkkinen ADL>0)

(-) tilastollinen menetelmä ei ole pätevä liian vähäisten havaintojen vuoksi

Taulukko 3. Sosiaalisten suhteiden, eristyisyyden ja yksinäisyyden yhteys alle 65 vuoden ikään

Muuttujat	Kaikki	Alle 65 vuotta	65 vuotta tai yli	p<0,05
Ei poistunut asunnostaan kuukauteen	1276 (27,1)	59 (12,0)	1217 (28,8)	0,0001
Yksin suurimman osan päivää	2002 (42,4)	178 (36,2)	1824 (43,2)	0,0030
Kokee itsensä yksinäiseksi	1233 (26,3)	111 (22,6)	1122 (26,7)	0,0567
Sosiaaliset suhteet vähentyneet	1298 (27,5)	121 (24,6)	1177 (27,9)	0,1256

Taulukko 4. Hoitoisuuden, hoitokäytäntöjen ja palvelujen käytön yhteys alle 65 vuoden ikään

Muuttujat	Kaikki	Alle 65 vuotta	65 vuotta tai yli	p<0,05
Asiakkaalla on hoivaaja	2908 (61,6)	190 (38,6)	2718 (64,3)	0,0001
Hoivaajalla on omaishoitajan virallinen status	502 (10,6)	33 (6,7)	469 (11,1)	0,0028
Hoivaaja ei voi jatkaa	91 (1,9)	6 (6,1)	85 (2,0)	0,2268
Hoivaaja on tyytymätön	47 ((1,0)	2 (0,4)	45 (1,1)	(-)
Hoivaaja on kuormittunut	390 (8,3)	38 (7,7)	352 (8,3)	0,6442
Hoivaaja on tyytymätön tai kuormittunut	473 (10,0)	42 (8,5)	431 (10,2)	0,2453
Hoivaajan mielestä asiakkaan olisi parempi asua muualla	413 (8,8)	55 (11,2)	358 (8,5)	0,0443
Asiakkaan mielestä hänen olisi parempi asua muualla	140 (3,0)	8 (1,6)	132 (3,1)	0,0639
Hoivaaja asuu asiakkaan kanssa	654 (13,9)	61 (12,4)	593 (14,0)	0,3209
Kaltoinkohtelun tai laiminlyönnin epäily	344 (7,3)	90 (18,3)	254 (6,0)	0,0001
Hoivaaja on puoliso	471 (10,0)	45 (9,2)	426 (10,1)	0,5130
Hoivaaja on lapsi	1679 (35,6)	42 (8,5)	1637 (38,7)	0,0001
Hoivaaja on muu sukulainen	571 (12,1)	74 (15,0)	497 (11,8)	0,0348
Hoivaaja on muu kuin sukulainen	186 (3,9)	29 (5,9)	157 (3,7)	0,0187
Pesutilat /WC ovat puutteelliset	473 (10,0)	29 (5,9)	444 (10,5)	0,0013
Keittiö on puutteellinen	124 (2,6)	18 (3,7)	106 (2,5)	0,1312
Pääsy huoneisiin on esteellinen	116 (2,5)	3 (0,6)	113 (2,7)	0,0051
Pääsy kotiin/sieltä ulos on esteellinen	795 (16,9)	50 (10,2)	745 (17,6)	0,0001
Yksi tai useampi asumisen ongelma	1540 (32,6)	117 (23,8)	1423 (33,7)	0,0001
Tinkinyt välttämättömistä tarpeistaan vähävaraisuuden vuoksi	179 (3,8)	54 (11,0)	125 (3,0)	0,0001

(-) tilastollinen menetelmä ei ole pätevä liian vähäisten havaintojen vuoksi

Taulukko 5. Hoitoisuuden, hoitokäytäntöjen ja palvelujen käytön yhteys alle 65 vuoden ikään

Muuttujat	Kaikki	Alle 65 vuotta	65 vuotta tai yli	p<0,05
Päivystyspoliklinikkakäynti 3kk aikana	785 (16,6)	109 (22,2)	676 (16,0)	0,0005
Sairaalahoito 3 kk aikana	949 (20,1)	91 (18,5)	858 (20,3)	0,3440
Suunnittelematon kotikäynti 3kk aikana	965 (20,5)	95 (19,3)	870 (20,6)	0,5060
Avun tarve lisääntynyt 3kk aikana	908 (19,2)	61 (12,4)	847 (20,0)	0,0001
Ateriapalvelu	1790 (37,9)	108 (22,0)	1682 (39,8)	0,0001
Saattopalvelu	95 (2,0)	8 (1,6)	87 (2,1)	0,5179
Kuljetuspalvelu	567 (12,0)	64 (13,0)	503 (11,9)	0,4754
Siivouspalvelu	906 (19,2)	76 (15,5)	830 (19,6)	0,0254
Vapaaehtoispalvelu	200 (4,2)	15 (3,1)	185 (4,4)	0,1662
Turvapalvelu	1562 (33,1)	64 (13,0)	1498 (35,5)	0,0001
Lääkäri (7 vrk aikana)	499 (10,6)	77 (15,7)	422 (10,0)	0,0001
Fysioterapeutti (7 vrk aikana)	396 (8,4)	88 (17,9)	308 (7,3)	0,0001
Toimintaterapeutti (7 vrk aikana)	68 (1,4)	21 (4,3)	47 (1,1)	0,0001
Liikuntaterapia (7 vrk aikana)	174 (3,7)	15 (3,1)	159 (3,8)	0,4267
Runsas kotihoidon aika (>9 h/vko)	473 (10,0)	38 (7,7)	435 (10,3)	0,0725
Runsas omaishoidon aika (>21h/vko)	485 (10,3)	47 (9,6)	438 (10,4)	0,5748
Turvaranneke	1553 (32,9)	73 (14,8)	1480 (35,0)	0,0001
Avun tarve, virtsakettri	84 (1,8)	18 (3,4)	66 (1,6)	0,0009
Haavan hoito	519 (11,0)	78 (15,9)	441 (10,4)	0,0003

Taulukko 6. Alle 65-vuoden ikään liittyneet itsenäiset asiakasselittäjät

	OR	95% luottamusväli	
		Alaraja	Yläraja
Psykiatrinen sairaus, ei muistisairautta	5,7	4,56	7,09
Naimaton	4,5	3,58	5,54
Alkoholin ongelmakäyttö	3,3	2,40	4,49
Miessukupuoli	2,3	1,79	2,82
Aivohalvaus, ei muistisairautta	2,3	1,70	3,18
Karkea kielenkäyttö	1,9	1,27	2,83
Akuuttisairaus tai kroonisen sairauden akuuttivaihe	1,7	1,12	2,66
Valvonnan/ avun tarve ADL toiminnoissa	1,4	1,09	2,57
Vähintään keskivaikea dementia	0,7	0,51	0,91
Virtsanpidätyskyvyttömyys vähintään kahdesti viikossa	0,4	0,33	0,59
c=0,839			

Taulukko 7. Alle 65-vuoden ikään liittyneet itsenäiset ympäristöselittäjät

	OR	95% luottamusväli	
		Alaraja	Yläraja
Tinkinyt välttämättömistä varojen puutteen vuoksi	3,2	2,25	4,85
Kaltoinkohtelun tai laiminlyönnin epäily	3,1	2,37	4,10
Fysioterapeutin käynti edeltäneen 7 vrk aikana	2,8	2,17	3,70
Lääkärin käynti edeltäneen 7 vrk aikana	1,4	1,06	1,85
Haavanhoito	1,4	1,03	1,78
Päivystyspoliklinikkakäynti arviointia edeltäneen 3kk aikana	1,3	1,02	1,66
c=0,657			

LIITE 3.

Muistisairauksia sairastamattomat kognitioltaan terveet laitosasukkaat

Finne-Soveri Harriet, Andersson S, Asikainen Janne, Heikkilä Rauha, Hosia-Randell Helka, Muurinen Seija, Mäkelä Matti, Noro Anja, Saarikalle Kristiina

Alkusanat

Laitoshoidon asiakkaista valtaosa sairastaa jotain diagnosoitua muistisairautta ja arviolta 10–20% sairastaa näistä sairauksia ilman asianmukaista diagnoosia. Tässä analyysissä selvitettiin kognitioltaan normaalien laitosasukkaiden ominaispiirteet.

Menetelmät

Terveyden ja hyvinvoinnin laitokseen 30.9.2010 kootusta laitoshoidon RAI-aineistosta (n=2620) poistettiin ensin palvelutalojen osuus. Jäljellejääneistä laitoshoitoa edustaneista arvioinneista (n=2219) analysoitiin niiden laitosasukkaiden ominaispiirteet, joilla ei ollut muistisairauden diagnoosia ja joiden kognitio oli normaali (n=88, 4,0%) vertaamalla heitä asukkaisiin, joilla oli joko muistisairauden diagnoosi tai epänormaali kognitio (Cognitive Performance Scale sai nollaa suuremman arvon asteikolla 0-6, missä 0 merkitsee normaalia kognitiota ja 6 erittäin vaikeaa kognition vajausta).

Analyysissä käytettiin ristiintaulukointia ja Khiin neliön testiä dikotomisille muuttujille. Logistista regressioanalyysiä käytettiin analysoitaessa jatkuvia muuttujia sekä testattaessa normaaliin kognitioon ja muistisairaudettomuuteen itsenäisesti liittyviä tekijöitä. Analyysit tehtiin käyttäen SAS-tilastolaskentaohjelmaa (Copyright (c) 2002-2003 by SAS Institute Inc., Cary, NC, USA).

Tulokset

Tulokset on esitetty ristiintaulukoituina taulukoissa 1-4. Taulukossa. Taulukoissa 5 ja 6 esitetyt tulokset ilmaisevat kognitioltaan normaaleihin muistisairaudettomiin henkilöihin itsenäisesti liittyvät piirteet ja ilmiöt.

Yhteenveto ja pohdinta

Muistisairautta sairastamattomat kognitioltaan normaalit laitosasukkaat olivat miehiä tai naisia, jotka muistisairauksia lukuun ottamatta sairastivat samoja sairauksia kuin verrokkinsa. MS-sairauden todennäköisyys oli heillä kuitenkin yli 18-kertainen ja painehaavan yli kolminkertainen. Heillä esiintyi verrokkeja harvemmin ulosteen pidätyskyvyttömyyttä ja he suoriutuivat päivittäisistä toimistaan kaikkiaan paremmin.

He olivat verrokkeja useammin alle 75-vuotiaita ja uskoivat kuntoutuvansa. Heidän laitoksessa asumisaikansa oli verrokkeja useammin alle 6 kuukautta ja uloskirjaus oli edelleen mahdollinen. Lääkkeitä, erityisesti unilääkkeitä, he käyttivät useammin ja hoitajilta he saivat kuntoutusta harvemmin kuin muistisairautta sairastavat.

Taulukko 1. Sosiodemografisien tekijöiden, diagnoosien ja terveydentilan yhteys normaaliin kognitioon

	Kaikki n (%)	Ei muistisairauden diagnoosia ja kognitio normaali n (%)	Muistisairauden diagnoosi tai epänormaali kognitio n (%)	p<0,05
Mies	547 (24,7)	26 (29,6)	521 (24,5)	0,2770
Ikä alle 65 vuotta	111 (5,0)	7 (8,0)	104 (4,9)	(-)
Ikä alle 75 vuotta	383 (17,3)	28 (31,8)	355 (16,7)	0,0002
Ikä 75 vuotta tai yli	1836 (82,7)	60 (68,2)	1776 (83,3)	0,0002
Ikä 80 vuotta tai yli	1553 (70,0)	53 (60,2)	1500 (70,4)	0,0415
Naimaton	299 (13,5)	9 (10,2)	290 (13,6)	0,3626
Naimisissa	337 (15,2)	12 (13,6)	325 (15,3)	0,6792
Leski	705 (31,8)	30 (34,1)	675 (31,7)	0,6334
Eronnut	209 (9,4)	10 (11,4)	199 (9,3)	0,5238
Hoitoaika alle 6kk (3-6kk)	182 (8,2)	29 (33,0)	153 (7,2)	<0,0001
Hoitoaika 7,5 tai kauemmin	215 (9,7)	8 (9,1)	207 (9,7)	0,8465
Mistä tuli: Koti	147 (6,6)	3 (3,4)	144 (6,8)	0,2159
Mistä tuli: Akuuttisairaala, somaattinen	404 (18,2)	31 (35,2)	373 (17,5)	<0,0001
Mistä tuli: Akuuttisairaala, psykiatrinen	51 (2,3)	6 (6,8)	45 (2,1)	(-)
Diagnoosit ja terveydentila				
Muistisairaus	1500 (67,6)	0	1500 (70,4)	<0,0001
Multippeli skleroosi	17 (0,8)	4 (4,6)	13 (0,6)	(-)
Parkinsonin tauti	118 (5,3)	7 (8,0)	111 (5,2)	(-)
Aivohalvaus	444 (20,0)	20 (22,7)	424 (19,9)	0,5154
Aivotrauma	76 (3,4)	0	76 (3,6)	(-)
Sydän- ja verisuonitauti	1304 (58,8)	64 (72,7)	1240 (58,2)	0,0066
Lonkkamurtuma	291 (13,1)	12 (13,6)	279 (13,1)	0,8822
Syöpä	140 (6,3)	3 (3,4)	137 (6,4)	0,2535
Diabetes	345 (15,6)	15 (17,1)	330 (15,5)	0,6923
Diabetes, insuliini on	106 (4,8)	4 (4,6)	102 (4,8)	(-)
Osteoporoosi	327 (14,7)	16 (18,2)	311 (14,6)	0,3521
Masennus	281 (12,7)	10 (11,4)	271 (12,7)	0,7083
Skitsofrenia	133 (6,0)	7 (8,0)	126 (5,9)	0,4291
Psykiatrinen sairaus	471 (21,2)	21 (23,9)	450 (21,1)	0,5369
Epilepsia	117 (5,3)	1 (1,1)	116 (5,4)	(-)
Resistentin bakteerin kantajuus tai infektio	209 (9,4)	11 (12,5)	198 (9,3)	0,3126
Terveydentila on epävaka	1466 (66,1)	47 (53,4)	1419 (66,6)	0,0105
Akuuttivaihe parhaillaan	56 (2,5)	1 (1,1)	55 (2,6)	(-)
Hiljattainen kroonisen sairauden lehdähdys tai akuuttisairaus heikentäneet toimintakykyä	1287 (58,0)	39 (44,3)	1248 (58,6)	0,0080

(-) tilastollinen menetelmä ei ole pätevä liian vähäisten havaintojen vuoksi

Taulukko 2. Toimintakyvyn, toiminnanvajausten riskitekijöiden, oireiden ja oireyhtymien yhteys normaaliin kognitioon

	Kaikki	Ei muistisairauden diagnoosia ja kognitio normaali	Muistisairauden diagnoosi tai epänormaali kognitio	p<0,05
Kognitio huonontunut 3kk aikana	622 (28,0)	0	622 (29,2)	<0,0001
Vaikea heikkonäköisyys	266 (12,0)	3 (3,4)	263 (12,3)	0,0115
Valvonnan/ avun tarve ADL-toiminnoissa#	2178 (98,2)	70 (79,6)	2108 (98,9)	(-)
Runsas avun tarve ADL-toiminnoissa	1847 (83,2)	48 (54,6)	1799 (84,4)	<0,0001
Avun tarve syödessä	1151 (51,9)	6 (6,8)	1145 (53,7)	<0,0001
Asiakas uskoo kuntoutuvansa	216 (9,7)	33 (37,5)	183 (8,6)	<0,0001
Hoitaja uskoo asiakkaan kuntoutuvan	462 (20,8)	43 (48,9)	419 (19,7)	<0,0001
ADL huonontunut 3kk aikana	803 (36,2)	8 (9,1)	795 (37,3)	<0,0001
Yksi tai useampi käyttöoire	1226 (55,3)	18 (20,5)	1208 (56,7)	<0,0001
Vaeltelu	405 (18,3)	0	405 (19,0)	<0,0001
Karkeakielisuus	567 (25,6)	14 (15,9)	553 (26,0)	0,0343
Fyysinen pahoinpity	336 (15,1)	2 (2,3)	334 (15,7)	0,0006
Hämmennystä herättävä käytös	579 (26,1)	7 (8,0)	572 (26,8)	<0,0001
Hoidon tai avun vastustelu	817 (36,8)	7 (8,0)	810 (38,0)	<0,0001
Käyttöoire pahentunut 3kk aikana	385 (17,4)	2 (2,3)	383 (18,0)	0,0001
Harhaluuloisuus	280 (12,6)	2 (2,3)	278 (13,1)	0,0029
Aistiharhaisuus	346 (15,6)	3 (3,4)	343 (16,1)	0,0013
Masennusepäily α	652 (29,4)	16 (18,2)	636 (29,9)	0,0186
Mieliala huonontunut 3kk aikana	386 (17,4)	10 (11,4)	376 (17,6)	0,1277
Päivittäinen vaikea kipu	517 (23,3)	28 (31,8)	489 (23,0)	0,0537
Kaatunut 3kk aikana	202 (9,1)	9 (10,2)	193 (9,1)	0,7084
Paino laskenut 5% /kk tai 10% /6kk	200 (9,0)	8 (9,1)	192 (9,0)	0,9792
Painehaava (I-IV)	170 (7,7)	14 (15,9)	156 (7,3)	0,0030
Painehaava (II-IV)	84 (3,8)	7 (8,0)	77 (3,6)	(-)
Virtsanpidätyskyvyttömyys	1924 (86,7)	52 (59,1)	1872 (87,9)	<0,0001
Ulosteenpidätyskyvyttömyys	1597 (72,0)	20 (22,7)	1577 (74,0)	<0,0001

Yksi tai useampi seuraavista edellyttää valvontaa tai apua: ateriat, kotitalouistyöt, raha-asiat, lääkitys, puhelin, ostokset, kuluvälineet (IADL-capacity>0)

α Yksi tai useampi seuraavista edellyttää valvontaa tai apua: henkilökohtainen hygienia, liikkuminen, WC, syöminen (hierarkkinen ADL>0)

α Depression Rating Scale (DRS, asteikko 0-14) on 3 tai enemmän

(-) tilastollinen menetelmä ei ole pätevä liian vähäisten havaintojen vuoksi

Taulukko 3. Vuorovaikutuksen yhteys normaaliin kognitioon

Muuttujat	Kaikki	Ei muistisairauden diagnoosia ja kognitio normaali	Muistisairauden diagnoosi tai epänormaali kognitio	p<0,05
Yksi tai useampi sosiaalinen vuorovaikutustapahtuma muun kuin henkilöstön kanssa viikossa	1498 (67,5)	86 (97,7)	1412 (66,3)	<0,0001
Yksi tai useampi ristiriitatilanne muiden asukkaiden, perheen, tuttavien tai henkilöstön kanssa	764 (34,4)	29 (33,0)	735 (34,5)	0,7663
Ilmaisee surua/vihaa/tyhjyyttä menetetyt roolinsa/tilanteensa vuoksi	77 (3,5)	3 (3,4)	74 (3,5)	(-)

(-) tilastollinen menetelmä ei ole pätevä liian vähäisten havaintojen vuoksi

Taulukko 4. Hoitoisuuden, hoitokäytäntöjen ja palvelujen saannin yhteys normaaliin kognitioon

	Kaikki	Ei muistisairauden diagnoosia ja kognitio normaali	Muistisairauden diagnoosi tai epänormaali kognitio	p<0,05
Kevythoitoinen (PA, BA CA IA)	265 (11,9)	27 (30,7)	238 (11,2)	<0,0001
RUG pääluokka 1 (kuntoutus)	66 (3,0)	13 (14,8)	53 (2,5)	(-)
RUG pääluokat 2-4 (kliinisiä ongelmia)	566 (25,5)	29 (33,0)	537 (25,2)	0,1019
RUG pääluokka 5 (vähintään keskivaikea muistisairaus, kliinisiä muita ongelmia vähän)	367 (16,5)	0,0	367 (17,2)	<0,0001
RUG pääluokka 6 (Käyttösoireilua, kliinisiä muita ongelmia vähän eikä kognition vajaus ylitä keskivaikeaa dementiaa)	65 (2,9)	5 (5,7)	60 (2,8)	(-)
Perushoidettavat	1155 (52,1)	41 (46,6)	1114 (52,3)	0,2955
Sairaalahoido edeltäneen 3 kk aikana	162 (7,3)	17 (19,3)	145 (6,8)	<0,0001
Päivystyspoliklinikalla käynti edeltäneen 3 kk aikana	146 (6,6)	11 (12,5)	135 (6,3)	0,0223
Kuntoutumista erityisesti edistävä hoitotyö	1892 (85,3)	65 (73,9)	1827 (85,7)	0,0021
Uloskirjauspotentiaali	128 (5,78)	26 (29,6)	102 (4,8)	<0,0001
Fysioterapia arviointiviikon aikana	467 (21,1)	37 (42,1)	430 (20,2)	<0,0001
Lääkärin arvio vähintään kahdesti 2 viikon aikana	58 (2,6)	4 (4,6)	54 (2,5)	(-)
Lääkäri antanut jonkin uuden ohjeen vähintään kerran 2 viikon aikana	189 (8,5)	20 (22,7)	169 (7,9)	<0,0001
Yhdeksän lääketta tai enemmän	828 (37,3)	52 (59,1)	776 (36,4)	<0,0001
Psykoosilääke käytössä	693 (31,2)	19 (21,6)	674 (31,6)	0,0465
Rauhoittava lääke käytössä	547 (24,7)	14 (15,9)	533(25,1)	0,0522
Masennuslääke käytössä	896 (40,4)	40 (45,5)	856 (40,2)	0,3220
Unilääke käytössä	253 (11,4)	37 (42,1)	216 (10,1)	<0,0001

(-) tilastollinen menetelmä ei ole pätevä liian vähäisten havaintojen vuoksi

Taulukko 5. Itsenäisesti normaaliin kognitioon liittyneet henkilön ominaisuudet

	OR	95% luottamusväli	
		Alaraja	Yläraja
Multippeli skleroosi	18,1	3,93	83,60
Yksi tai useampi sosiaalinen vuorovaikutustapahtuma muun kuin henkilöstön kanssa viikossa	8,3	1,89	36,13
I-IV asteen painehaava	3,4	1,68	6,83
Asiakas uskoo kuntoutuvansa	2,5	1,45	4,26
Hoitoaika alle 6kk	2,3	1,26	4,25
Ikä 75 vuotta tai yli	0,5	1,28	0,84
Yksi tai useampi käyttöoire	0,3	1,72	0,53
Ulosteenpidätyskyvyttömyys	0,2	0,12	0,40
Valvonnan/ avun tarve ADL toiminnoissa#	0,1	0,06	0,28
C = 0,903			

Taulukko 6. Itsenäisesti normaaliin kognitioon liittyneet ympäristön ominaisuudet

	OR	95% luottamusväli	
		Alaraja	Yläraja
Uloskirjauspotentiaali	6,5	3,82	11,08
Unilääkkeiden käyttö	5,1	3,20	8,20
Tullut akuuttisairaalasta (somaattinen)	2,4	1,51	3,96
Yhdeksän lääketä tai yli	2	1,22	3,12
Hoitajien antama kuntoutus	0,4	0,25	0,722
c = 0,784			

LIITE 4.

Muistisairauksia sairastamattomat kognitioltaan terveet palvelutaloasukkaat kaupungin omissa palvelutaloissa

Finne-Soveri Harriet, Andersson Sirpa, Gerasin Aleksandr, Heikkilä Rauha, Hosia-Randell Helka, Mäkelä Matti, Noro Anja, Saarikalle Kristiina

Alkusanat

Ikäkkäiden palvelutaloasukkaiden keskuudessa muistisairaudet ja dementia ovat yli-edustettuina dementiaan varattujen ryhmäkotien ja solujen vuoksi erityisesti jos palveluasuminen on tehostettua, eli hoivaa saa ympäri vuorokauden.

Tässä analyysissä selvitettiin kognitioltaan normaalien muistisairauksia sairastamattomien tehostetun palveluasumisasukkaiden ominaispiirteitä.

Menetelmät

Terveyden ja hyvinvoinnin laitokseen Helsingistä 30.9.2010 kootusta kotihoidon RAI-aineistosta poimittiin tehostetun palveluasumisen asukkaat (n=1241). Tästä aineistosta analysoitiin analysoitiin niiden henkilöiden ominaispiirteet, joilla ei ollut muistisairauden diagnoosia ja joiden kognitio oli normaali (n=148, 11,9%) vertaamalla heitä asukkaisiin, joilla oli joko muistisairauden diagnoosi tai alentunut kognitio.

Analyyssissä käytettiin ristiintaulukointia ja Khiin neliön testiä dikotomisille muuttujille. Logistista regressioanalyysiä käytettiin analysoitaessa jatkuvia muuttujia sekä testattaessa muistisairauksia sairastamattomiin itsenäisesti liittyviä tekijöitä. Analyysit tehtiin käyttäen SAS-tilastolaskentaohjelmaa (Copyright (c) 2002-2003 by SAS Institute Inc., Cary, NC, USA).

Tulokset

Taulukoihin 1-5 on koottu testatut tekijät ja niiden yhteys muistisairauksia sairastamattomiin kognitioltaan normaaleihin laitosasukkaisiin. Taulukossa 6 on esitetty monimuuttujamallin tulokset.

Yhteenveto ja pohdinta

Muistisairautta sairastamattomat kognitioltaan normaalit palvelutaloasukkaat kaupungin omissa palvelutaloissa olivat minkä tahansa ikäisiä naisia, jotka muistisairauksia lukuun ottamatta sairastivat samoja sairauksia kuin verrokkinsa. Muistisairauksia sairastamattomat kognitioltaan terveet kuuluivatkin lähes 18 kertaa todennäköisemmin

kevythoitoisimpaan ryhmään (viidestä mahdollisesta ryhmästä). Lisäksi he uskoivat kuntoutuvansa. Asumisajalla ei ollut merkitystä. Lääkkeitä, erityisesti unilääkkeitä he käyttivät muistisairaita useammin.

Taulukko 1. Sosiodemografisien tekijöiden, diagnoosien ja terveydentilan yhteys normaaliin kognitioon

	Kaikki	Ei muistisairauden diagnoosia ja kognitio normaali	Muistisairauden diagnoosi tai epänormaali kognitio	p<0,05
	n (%)			
Nainen	896 (72,2)	125 (84,5)	771 (70,5)	0,0004
Ikä alle 65 vuotta	5 (0,4)	1 (0,7)	4 (0,4)	(-)
Ikä 75 vuotta tai yli	1048 (84,5)	125 (84,5)	923 (84,5)	0,9967
Ikä 80 vuotta tai yli	856 (69,0)	99 (66,9)	757 (69,3)	0,5591
Naimaton	234 (18,9)	35 (23,7)	199 (18,2)	0,1122
Naimisissa	150 (12,1)	14 (9,5)	136 (12,4)	0,2961
Leski	642 (51,7)	74 (50,0)	568 (52,0)	0,6531
Kotihoidon asiakas alle 6kk	149 (12,0)	16 (10,8)	133 (12,2)	0,6335
Kotihoidon asiakas 4 vuotta tai yli	373 (30,1)	53 (35,8)	320 (29,3)	0,1038
Diagnoosit ja terveydentila				
Muistisairaus	625 (50,4)	0	625 (57,2)	<0,0001
Multippeli skleroosi	9 (0,7)	2 (1,4)	7 (0,6)	(-)
Parkinsonin tauti	60 (4,8)	3 (2,0)	57 (5,2)	0,0897
Aivohalvaus	239 (19,3)	28 (18,9)	211 (19,3)	0,9111
Sydän ja verisuonitauti	982 (79,1)	125 (84,5)	857 (78,4)	0,0891
Lonkkamurtuma	70 (5,6)	12 (8,1)	58 (5,3)	0,1656
Syöpä	70 (5,6)	8 (5,4)	62 (5,7)	0,8949
Diabetes	274 (22,1)	28 (18,9)	246 (22,5)	0,3233
Diabetes, insuliini on	47 (3,8)	7 (4,7)	40 (3,7)	0,5222
Osteoporoosi	295 (23,8)	44 (29,7)	251 (23,0)	0,0696
Alkoholin ongelmakäyttö	37 (3,0)	3 (2,0)	34 (3,1)	(-)
Psykiatrinen sairaus	330 (26,6)	41 (27,7)	289 (26,4)	0,7444
Terveydentila on epävaka	722 (58,2)	48 (32,4)	674 (61,7)	<0,0001
Akuuttivaihe parhaillaan	44 (3,6)	3 (2,0)	41 (3,8)	0,2871
Hiljattainen kroonisen sairauden lehdus tai akuuttisairaus heikentäneet toimintakykyä	584 (47,1)	28 (18,9)	556 (50,9)	<0,0001
Koettu terveydentila on huono	454 (36,6)	56 (37,8)	398 (36,4)	0,7357

(-) tilastollinen menetelmä ei ole pätevä liian vähäisten havaintojen vuoksi

Taulukko 2. Toimintakyvyn, toiminnanvajausten riskitekijöiden, oireiden ja oireyhtymien yhteys normaaliin kognitioon

	Kaikki	Ei muistisairauden diagnoosia ja kognitio normaali	Muistisairauden diagnoosi tai epänormaali kognitio	p<0,05
Kognitio huonontunut 3kk aikana	163 (13,1)	2 (1,4)	161 (14,7)	<0,0001
Kevythoitoinen	50 (4,0)	41 (27,7)	9 (0,8)	<0,0001
Valvonnan/ avun tarve IADL toiminnoissa*	1214 (97,8)	125 (84,5)	1089 (99,6)	(-)
Valvonnan/ avun tarve ADL toiminnoissa#	861 (69,4)	37 (25,0)	824 (75,4)	<0,0001
Asiakas uskoo kuntoutuvansa	158 (12,7)	35 (23,7)	123 (11,3)	<0,0001
Hoitaja uskoo asiakkaan kuntoutuvan	449 (36,2)	57 (38,5)	392 (35,9)	0,5291
ADL huonontunut 3kk aikana	396 (31,9)	16 (10,8)	380 (34,8)	<0,0001
Yksi tai useampi käyttöoire	486 (39,2)	12 (8,1)	474 (43,4)	<0,0001
Vaeltelu	192 (15,5)	0	192 (17,6)	<0,0001
Karkeakielisyyys	213 (17,2)	5 (3,4)	208 (19,0)	<0,0001
Fyysinen pahoinpityä	75 (6,0)	0	75 (6,9)	0,0010
Hämmennystä herättävä käytös	150 (12,1)	1 (0,7)	149 (13,6)	<0,0001
Hoidon tai avun vastustelu	276 (22,2)	8 (5,4)	268 (24,5)	<0,0001
Käyttöoire pahentunut 3kk aikana	127 (10,2)	1 (0,7)	126 (11,5)	<0,0001
Harhaluuloisuus	136 (11,0)	5 (3,4)	131 (12,0)	0,0017
Aistiharhaisuus	109 (8,8)	2 (1,4)	107 (9,8)	0,0007
Masennusepäily α	369 (29,7)	18 (12,2)	351 (32,1)	<0,0001
Mieliala huonontunut 3kk aikana	216 (17,4)	10 (6,8)	206 (18,9)	0,0003
Päivittäinen vaikea kipu	430 (34,7)	50 (33,8)	380 (34,8)	0,8136
Paino laskenut 5% /kk tai 10% /6kk	71 (5,7)	1 (0,7)	70 (6,4)	0,0049
Virtsanpidätyskyvyttömyys	755 (60,8)	43 (29,1)	712 (65,1)	<0,0001
Ulosteenpidätyskyvyttömyys	402 (32,4)	10 (6,8)	392 (35,9)	<0,0001
Kaatumat	316 (25,5)	13 (8,8)	303 (27,7)	<0,0001

* Yksi tai useampi seuraavista edellyttää valvontaa tai apua: ateriat, kotitaloustyöt, raha-asiat, lääkitys, puhelin, ostokset, kuluvälineet (IADL-capacity>0)

Yksi tai useampi seuraavista edellyttää valvontaa tai apua: henkilökohtainen hygienia, liikkuminen, WC, syöminen (hierarkkinen ADL>0)

α Depression Rating Scale (DRS, asteikko 0-14) on 3 tai enemmän

(-) tilastollinen menetelmä ei ole pätevä liian vähäisten havaintojen vuoksi

Taulukko 3. Vuorovaikutuksen yhteys normaaliin kognitioon

	Kaikki	Ei muistisairauden diagnoosia ja kognitio normaali	Muistisairauden diagnoosi tai epänormaali kognitio	p<0,05
Ei poistunut asunnostaan kuukauteen	430 (34,7)	29 (19,6)	401 (36,7)	<0,0001
Yksin suurimman osan päivää	51 (4,1)	9 (6,1)	42 (3,8)	0,1980
Kokee itsensä yksinäiseksi	232 (18,7)	21 (14,2)	211 (19,3)	0,1341
Sosiaaliset suhteet vähentyneet	296 (23,9)	18 (12,2)	278 (25,4)	0,0004

Taulukko 4. Kotiympäristön voimavarojen ja puutteiden yhteys normaaliin kognitioon

	Kaikki	Ei muistisairauden diagnoosia ja kognitio normaali	Muistisairauden diagnoosi tai epänormaali kognitio	p<0,05
Asiakkaalla on hoitoon osallistuva hoivaaja	488 (39,3)	59 (39,9)	429 (39,3)	0,8857
Omaishoitajan virallinen status	35 (2,8)	5 (3,4)	30 (2,7)	(-)
Hoivaaja ei voi jatkaa	8 (0,6)	0	8 (0,7)	(-)
Hoivaaja on tyytymätön	2 (0,2)	0	2 (0,2)	(-)
Hoivaaja on kuormittunut	16 (1,3)	0	16 (1,5)	(-)
Hoivaaja ei jatka, on tyytymätön tai kuormittunut	24 (1,9)	0	24 (2,2)	(-)
Hoivaajan mielestä asiakkaan olisi parempi asua muualla	42 (3,4)	3 (2,0)	39 (3,6)	0,3305
Asiakkaan mielestä hänen olisi parempi asua muualla	33 (2,7)	3 (2,0)	30 (2,7)	(-)
Molempien mielestä asiakkaan olisi parempi asua muualla kuin kotona	37 (3,0)	4 (2,7)	33 (3,0)	(-)
Hoivaaja asuu asiakkaan kanssa	13 (1,1)	2 (1,4)	11 (1,0)	(-)
Kaltoinkohtelun tai laiminlyönnin epäily	208 (16,8)	5 (3,4)	203 (18,6)	<0,0001
Hoivaaja on puoliso	44 (3,6)	3 (2,0)	41 (3,8)	0,2871
Hoivaaja on lapsi	344 (27,7)	42 (28,4)	302 (27,6)	0,8487
Hoivaaja on muu sukulainen	82 (6,6)	10 (6,8)	72 (6,6)	0,9379
Hoivaaja on muu kuin sukulainen	18 (1,5)	4 (2,7)	14 (1,3)	(-)
Pesutilat /WC ovat puutteelliset	10 (0,8)	1 (0,7)	9 (0,8)	(-)
Keittiö on puutteellinen	1 (0,1)	0	1 (0,1)	(-)
Pääsy huoneisiin on esteellinen	8 (0,6)	1 (0,7)	7 (0,6)	(-)
Pääsy kotiin/sieltä ulos on esteellinen	20 (1,6)	3 (2,0)	17 (1,6)	(-)
Tinkinyt välttämättömistä tarpeistaan vähävaraisuuden vuoksi	11 (0,9)	4 (2,7)	7 (0,6)	(-)

(-) tilastollinen menetelmä ei ole pätevä liian vähäisten havaintojen vuoksi

Taulukko 5. Hoitoisuuden, hoitokäytäntöjen ja palvelujen käytön yhteys normaaliin kognitioon

	Kaikki	Ei muistisairauden diagnoosia ja kognitio normaali	Muistisairauden diagnoosi tai epänormaali kognitio	p<0,05
Päivystyspoliklinikkakäynti 3kk aikana	158 (12,7)	19 (12,8)	139 (12,7)	0,9671
Sairaalahoito 3 kk aikana	186 (15,0)	18 (12,2)	168 (15,4)	0,3048
Suunnittelematon kotikäynti 3kk aikana	285 (23,0)	33 (22,3)	252 (23,1)	0,8369
Runsas kotihoitoa aika	869 (70,0)	49 (33,1)	820 (75,0)	<0,0001
Runsas hoivaajan aika	11 (0,9)	1 (0,7)	10 (0,9)	(-)
Yksi tai useampi tukipalvelu	1200 (96,7)	148 (100,0)	1052 (96,3)	(-)
Ateriapalvelu	217 (17,5)	26 (17,6)	191 (17,5)	0,9778
Saattopalvelu	3 (0,2)	1 (0,7)	2 (0,2)	(-)
Kuljetuspalvelu	34 (2,7)	6 (4,1)	28 (2,6)	(-)
Siivouspalvelu	164 (13,2)	17 (11,5)	147 (13,5)	0,5082
Vapaaehtoispalvelu	33 (2,7)	6 (4,1)	27 (2,5)	(-)
Kylvetyspalvelu	53 (4,3)	4 (2,7)	49 (4,5)	0,3148
Turvapalvelu	1188 (95,7)	148 (100,0)	1040 (95,2)	0,0062
Lääkäri (7 vrk aikana)	115 (9,3)	13 (8,8)	102 (9,3)	0,8291
Fysioterapeutti (7 vrk aikana)	424 (34,2)	46 (31,1)	378 (34,6)	0,3991
Toimintaterapeutti (7 vrk aikana)	188 (15,2)	17 (11,5)	171 (15,7)	0,1854
Liikuntaterapia (7 vrk aikana)	334 (26,9)	38 (25,7)	296 (27,1)	0,7174
Unilääke	273 (22,0)	54 (36,5)	219 (20,4)	<0,0001

(-) tilastollinen menetelmä ei ole pätevä liian vähäisten havaintojen vuoksi

Taulukko 6. Itsenäisesti normaaliin kognitioon liittyneet ympäristön ominaisuudet

	OR	95% luottamusväli	
		Alaraja	Yläraja
Kevythoitoinen (MAPLe=1)	17,5	8,01	38,29
Nainen	2,2	1,29	3,67
Asiakas uskoo kuntoutuvansa	2,3	1,4	3,83
Kaatonut	0,3	0,16	0,57
Hiljattainen kroonisen sairauden lehdähdus tai akuuttisairaus heikentäneet toimintakykyä	0,4	0,24	0,62
Ulosteenpidätyskyvyttömyys	0,3	0,14	0,54
Yksi tai useampi käyttösoire	0,3	0,13	0,47
C =0,840			

LIITE 5.

Muistisairauksia sairastamattomat kognitioltaan terveet säännöllisen kotihoidon asiakkaat

Finne-Soveri Harriet, Andersson Sirpa, Gerasin Aleksandr, Hammar Teija, Heikkilä Rauha, Hosia-Randell Helka, Mäkelä Matti, Noro Anja, Saarikalle Kristiina

Alkusanat

Säännöllisen kotihoidon asiakkaiden keskuudessa muistisairaudet ja dementia ovat yleistymässä ainakin tarkentuneen diagnostiikan, mutta mahdollisesti myös valikoitumisen vuoksi.

Tässä analyysissä selvitettiin kognitioltaan normaalien muistisairauksia sairastamattomien säännöllisen kotihoidon asiakkaiden ominaispiirteitä.

Menetelmät

Terveyden ja hyvinvoinnin laitokseen Helsingistä 30.9.2010 kootusta kotihoidon RAI-aineistosta poimittiin säännöllisen kotihoidon asiakkaat (n=4718). Tästä aineistosta analysoitiin niiden henkilöiden ominaispiirteet, joilla ei ollut muistisairauden diagnoosia ja joiden kognitio oli normaali (n=1542, 32,7%) vertaamalla heitä asiakkaisiin, joilla oli joko muistisairauden diagnoosi tai alentunut kognitio.

Analyysissä käytettiin ristiintaulukointia ja Khiin neliön testiä dikotomisille muuttujille. Logistista regressioanalyysiä käytettiin analysoitaessa jatkuvia muuttujia sekä testattaessa muistisairauksia sairastamattomiin itsenäisesti liittyviä tekijöitä. Analyysit tehtiin käyttäen SAS-tilastolaskentaohjelmaa (Copyright (c) 2002-2003 by SAS Institute Inc., Cary, NC, USA).

Tulokset

Taulukoihin 1-5 on koottu testatut tekijät ja niiden yhteys muistisairauksia sairastamattomiin kognitioltaan normaaleihin laitosasukkaisiin. Taulukoissa 6 ja 7 on esitetty monimuuttujamallin tulokset.

Yhteenveto ja pohdinta

Muistisairautta sairastamattomat kognitioltaan normaalit säännöllisen kotihoidon asiakkaat olivat verrokkeja useammin alle 75-vuotiaita, jotka muistisairauksia lukuun ottamatta sairastivat samoja sairauksia kuin verrokkinsa, kuitenkin useammin syöpää tai heillä oli lonkkamurtuman diagnoosi. Keskivaikeasta tai sitä vaikeammasta kivusta he kärsivät useammin kuin muistisairaajat tai kognition vajeiset. Kognitioltaan

normaaleilla oli verrokkeja harvemmin aivohalvaus, psykiatrinen sairaus, kohtuun ylittävä alkoholin käyttö tai ulosteenpidätyskyvyttömyyttä. He suoriutuivat päivittäisistä toimistaan verrokkeja paremmin ja kuuluivatkin yli 13 kertaa todennäköisemmin kevythoitoisimpaan ryhmään (viidestä mahdollisesta ryhmästä). Vaikka he viettivät päivänsä verrokkeja useammin yksin, he kokivat harvemmin itsensä yksinäisiksi. Lisäksi uskoivat kuntoutuvansa. Asiakkuuden pituudella ei ollut merkitystä. Lääkkeitä, erityisesti unilääkkeitä he käyttivät muistisairaita useammin. He kuuluivat verrokkeja harvemmin eniten hoivaa tai henkilöstön apua saaviin ryhmiin, asuivat harvemmin hoivaajansa kanssa ja käyttivät myös harvemmin mitään tukipalveluita.

Taulukko 1. Sosiodemografisien tekijöiden, diagnoosien ja terveydentilan yhteys normaaliin kognitioon

	Kaikki	Ei muistisairauden diagnoosia ja kognitio normaali	Muistisairauden diagnoosi tai epänormaali kognitio	p<0,05
	n (%)			
Nainen	3478 (73,7)	1195 (77,5)	2283 (71,9)	<0,0001
Ikä alle 65 vuotta	492 (10,4)	195 (12,7)	297 (9,4)	0,0005
Ikä 75 vuotta tai yli	3607 (76,5)	1116 (72,4)	2491 (78,4)	<0,0001
Ikä 80 vuotta tai yli	2911 (61,7)	883 (57,3)	2028 (63,9)	<0,0001
Naimaton	1000 (21,2)	329 (21,3)	671 (21,1)	0,8693
Naimisissa	685 (14,5)	187 (12,1)	498 (15,7)	0,0012
Leski	2269 (48,1)	755 (49,0)	1514 (47,7)	0,4046
Kotihoidon asiakas alle 6kk	631 (13,4)	227 (14,7)	404 (12,7)	0,0583
Kotihoidon asiakas 4 vuotta tai yli	1288 (27,3)	421 (27,3)	867 (27,3)	0,9979
Diagnoosit ja terveydentila				
Muistisairaus	1368 (29,0)	0	1368 (43,1)	<0,0001
Multippeli skleroosi	39 (0,8)	18 (1,2)	21 (0,7)	0,0717
Parkinsonin tauti	153 (3,2)	38 (2,5)	115 (3,6)	0,0354
Aivohalvaus	541 (11,5)	142 (9,2)	399 (12,6)	0,0007
Sydän ja verisuonitauti	3732 (79,1)	1228 (79,6)	2504 (78,8)	0,5284
Lonkkamurtuma	189 (4,0)	74 (4,8)	115 (3,6)	0,0529
Syöpä	328 (7,0)	131 (8,5)	197 (6,2)	0,0037
Diabetes	1125 (23,8)	392 (25,4)	733 (23,1)	0,0766
Diabetes, insuliini on	118 (2,5)	36 (2,3)	82 (2,6)	0,6100
Osteoporoosi	927 (19,7)	305 (19,8)	622 (19,6)	0,8743
Alkoholin ongelmakäyttö	318 (6,7)	67 (4,4)	251 (7,9)	<0,0001
Psykiatrinen sairaus	1073 (22,7)	307 (19,9)	766 (24,1)	0,0012
Terveydentila on epävaka	2460 (52,1)	634 (41,1)	1826 (57,5)	<0,0001
Akuuttivaihe parhaillaan	214 (4,5)	66 (4,3)	148 (4,7)	0,5565
Hiljattainen kroonisen sairauden lehdähdys tai akuuttisairaus heikentäneet toimintakykyä	1456 (30,9)	303 (19,7)	1153 (36,3)	<0,0001
Koettu terveydentila on huono	1565 (33,2)	520 (33,7)	1045 (32,9)	0,5750

Taulukko 2. Toimintakyvyn, toiminnanvajausten riskitekijöiden, oireiden ja oireyhtymien yhteys normaaliin kognitioon

	Kaikki	Ei muistisairauden diagnoosia ja kognitio normaali	Muistisairauden diagnoosi tai epänormaali kognitio	p<0,05
Kognitio huonontunut 3kk aikana	278 (5,9)	8 (0,5)	270 (8,5)	<0,0001
Kevythoitoinen	742 (15,7)	617 (40,0)	125 (3,9)	<0,0001
Valvonnan/ avun tarve IADL toiminnoissa*	4067 (86,2)	1171 (75,9)	2896 (91,2)	<0,0001
Valvonnan/ avun tarve ADL toiminnoissa#	1391 (29,5)	183 (11,9)	1208 (38,0)	<0,0001
Asiakas uskoo kuntoutuvansa	825 (17,5)	356 (23,1)	469 (14,8)	<0,0001
Hoitaja uskoo asiakkaan kuntoutuvan	1002 (21,2)	338 (21,9)	664 (20,9)	0,4250
ADL huonontunut 3kk aikana	1205 (25,5)	203 (13,2)	1002 (31,6)	<0,0001
Yksi tai useampi käyttöoire	733 (15,5)	76 (4,9)	657 (20,7)	<0,0001
Vaeltelu	185 (3,9)	2 (0,1)	183 (5,8)	<0,0001
Karkeakielisuus	247 (5,2)	27 (1,8)	220 (6,9)	<0,0001
Fyysinen pahoinpity	40 (0,9)	0	40 (1,3)	<0,0001
Hämmennystä herättävä käytös	119 (2,5)	12 (0,8)	107 (3,4)	<0,0001
Hoidon tai avun vastustelu	483 (10,2)	56 (3,6)	427 (13,4)	<0,0001
Käyttöoire pahentunut 3kk aikana	311 (6,6)	31 (2,0)	280 (8,8)	<0,0001
Harhaluuloisuus	281 (6,0)	33 (2,1)	248 (7,8)	<0,0001
Aistiharhaisuus	171 (3,6)	21 (1,4)	150 (4,7)	<0,0001
Masennusepäily	767 (16,3)	174 (11,3)	593 (18,7)	<0,0001
Mieliala huonontunut 3kk aikana	773 (16,4)	177 (11,5)	596 (18,8)	<0,0001
Päivittäinen vaikea kipu	1679 (35,6)	627 (40,7)	1052 (33,1)	<0,0001
Paino laskenut 5% /kk tai 10% /6kk	248 (5,3)	62 (4,0)	186 (5,9)	0,0080
Virtsanpidätyskyvyttömyys	1389 (29,4)	335 (21,7)	1054 (33,2)	<0,0001
Ulosteenpidätyskyvyttömyys	376 (8,0)	61 (4,0)	315 (9,9)	<0,0001
Kaatonut	1112 (23,6)	288 (18,7)	824 (25,9)	<0,0001

* Yksi tai useampi seuraavista edellyttää valvontaa tai apua: ateriat, kotitaloustyöt, raha-asiat, lääkitys, puhelin, ostokset, kuluvälineet (IADL-capacity>0)

Yksi tai useampi seuraavista edellyttää valvontaa tai apua: henkilökohtainen hygienia, liikkuminen, WC, syöminen (hierarkkinen ADL>0)

¤ Depression Rating Scale (DRS, asteikko 0-14) on 3 tai enemmän

Taulukko 3. Vuorovaikutuksen yhteys normaaliin kognitioon

	Kaikki	Ei muistisairauden diagnoosia ja kognitio normaali	Muistisairauden diagnoosi tai epänormaali kognitio	p<0,05
Ei poistunut asunnostaan kuukauteen	1276 (27,1)	335 (21,7)	941 (29,6)	<0,0001
Yksin suurimman osan päivää	2002 (42,4)	752 (48,8)	1250 (39,4)	<0,0001
Kokee itsensä yksinäiseksi	1233 (26,1)	308 (20,0)	925 (29,1)	<0,0001
Sosiaaliset suhteet vähentyneet	1298 (27,5)	309 (20,0)	989 (31,1)	<0,0001

Taulukko 4. Kotiympäristön voimavarojen ja puutteiden yhteys normaaliin kognitioon

	Kaikki	Ei muistisairauden diagnoosia ja kognitio normaali	Muistisairauden diagnoosi tai epänormaali kognitio	p<0,05
Asiakkaalla on hoitoon osallistuva hoivaaja	2908 (61,6)	810 (52,5)	2098 (66,1)	<0,0001
Omaishoitajan virallinen status	502 (10,6)	108 (7,0)	394 (12,4)	<0,0001
Hoivaaja ei voi jatkaa	91 (1,9)	17 (1,1)	74 (2,3)	0,0040
Hoivaaja on tyytymätön	47 (1,0)	3 (0,2)	44 (1,4)	0,0001
Hoivaaja on kuormittunut	390 (8,3)	39 (2,5)	351 (11,1)	<0,0001
Hoivaaja ei jatka, on tyytymätön tai kuormittunut	473 (10,0)	56 (3,6)	417 (13,1)	<0,0001
Hoivaajan mielestä asiakkaan olisi parempi asua muualla	413 (8,8)	45 (2,9)	368 (11,6)	<0,0001
Asiakkaan mielestä hänen olisi parempi asua muualla	140 (3,0)	53 (3,4)	87 (2,7)	0,1852
Molempien mielestä asiakkaan olisi parempi asua muualla kuin kotona	252 (5,3)	46 (3,0)	206 (6,5)	<0,0001
Hoivaaja asuu asiakkaan kanssa	654 (13,9)	147 (9,5)	507 (16,0)	<0,0001
Kaltoinkohtelun tai laiminlyönnin epäily	344 (7,3)	50 (3,2)	294 (9,3)	<0,0001
Hoivaaja on puoliso	471 (10,0)	102 (6,6)	369 (11,6)	<0,0001
Hoivaaja on lapsi	1679 (35,6)	495 (32,1)	1184 (37,3)	0,0005
Hoivaaja on muu sukulainen	571 (12,1)	158 (10,3)	413 (13,0)	0,0065
Hoivaaja on muu kuin sukulainen	186 (3,9)	55 (3,6)	131 (4,1)	0,3557
Pesutilat /WC ovat puutteelliset	473 (10,0)	126 (8,2)	347 (10,9)	0,0031
Keittiö on puutteellinen	124 (2,6)	21 (1,4)	103 (3,2)	0,0002
Pääsy huoneisiin on esteellinen	116 (2,5)	35 (2,3)	81 (2,6)	0,5594
Pääsy kotiin/sieltä ulos on esteellinen	795 (16,9)	270 (17,5)	525 (16,5)	0,3992
Tinkinyt välttämättömistä tarpeistaan vähävaraisuuden vuoksi	179 (3,8)	49 (3,2)	130 (4,1)	0,1226

Taulukko 5. Hoitoisuuden, hoitokäytäntöjen ja palvelujen saannin yhteys normaaliin kognitioon

	Kaikki	Ei muistisairauden diagnoosia ja kognitio normaali	Muistisairauden diagnoosi tai epänormaali kognitio	p<0,05
Päivystyspoliklinikkakäynti 3kk aikana	785 (16,6)	265 (17,2)	520 (16,4)	0,4820
Sairaalaahoito 3 kk aikana	949 (20,1)	307 (19,9)	642 (20,2)	0,8064
Suunnittelematon kotikäynti 3kk aikana	965 (20,5)	306 (19,8)	659 (20,8)	0,4698
Runsas kotihoidon aika	473 (10,0)	77 (5,0)	396 (12,5)	<0,0001
Runsas hoivaajan aika	485 (10,3)	95 (6,2)	390 (12,3)	<0,0001
Yksi tai useampi tukipalvelu	3088 (65,5)	918 (59,5)	2170 (68,3)	<0,0001
Ateriapalvelu	1790 (37,9)	436 (28,3)	1354 (42,6)	<0,0001
Saattopalvelu	95 (2,0)	36 (2,3)	59 (1,9)	0,2740
Kuljetuspalvelu	567 (12,0)	180 (11,7)	387 (12,2)	0,6120
Siivouspalvelu	906 (19,2)	291 (18,9)	615 (19,4)	0,6871
Vapaaehtoispalvelu	200 (4,2)	77 (5,0)	123 (3,9)	0,0731
Kylvetyspalvelu	202 (4,3)	43 (2,8)	159 (5,0)	0,0004
Turvapalvelu	1562 (33,1)	501 (32,5)	1061 (33,4)	0,5303
Lääkäri (7 vrk aikana)	499 (10,6)	155 (10,1)	344 (10,8)	0,4142
Fysioterapeutti (7 vrk aikana)	396 (8,4)	158 (10,3)	238 (7,5)	0,0014
Toimintaterapeutti (7 vrk aikana)	68 (1,4)	14 (0,9)	54 (1,7)	0,0322
Liikuntaterapia (7 vrk aikana)	174 (3,7)	49 (3,2)	125 (3,9)	0,1950
Lyhytaikaishoito mistä tahansa syystä	106 (2,3)	11 (0,7)	95 (3,0)	<0,0001
Lyhytaikaishoito omaisen levon vuoksi	51 (1,1)	5 (0,3)	46 (1,5)	0,0005
Unilääke	1575 (33,4)	583 (37,8)	992 (31,2)	<0,0001
Yhdeksän lääketta tai yli	2604 (55,2)	941(61,0)	1663 (52,4)	<0,0001

Taulukko 6. Itsenäisesti normaaliin kognitioon liittyneet asiakkaan ja ympäristön ominaisuudet

	OR	95% luottamusväli	
		Alaraja	Yläraja
Kevythoitoinen (MAPLe=1)	13,3	10,73	16,47
Keskivaikea tai sitä vaikeampi kipu	1,9	1,59	2,14
Lonkkamurtuman diagnoosi	1,7	1,17	2,31
Syöpä	1,6	1,2	2,06
Viettää päivät yksin	1,4	1,19	1,6
Nainen	1,3	1,11	1,58
Asiakas uskoo kuntoutuvansa	1,3	1,08	1,57
Sosiaaliset suhteet vähentyneet	0,8	0,66	0,93
Kokee itsensä yksinäiseksi	0,7	0,6	0,85
Psykiatrisen sairauden diagnoosi	0,7	0,58	0,84
Epävakaa terveydentila	0,7	0,63	0,85
Ulosteenpidätyskyvyttömyys	0,6	0,47	0,87
Aivohalvaus	0,6	0,47	0,83
Kohtuun ylittävä alkoholin käyttö	0,6	0,42	0,8
75 vuotias tai vanhempi	0,5	0,45	0,65
Hiljattainen kroonisen sairauden lehdus tai akuuttisairaus heikentäneet toimintakykyä	0,5	0,45	0,63
c =0,785			

LIITE 6.

Uloskirjaussuunnitelma laitoshoidossa

Finne-Soveri Harriet, Asikainen Janne, Heikkilä Rauha, Huikuri Nina, Jokinen Sari, Muurinen Seija, Mäkelä Matti, Noro Anja, Saarikalle Kristiina

Alkusanat

Mahdollisuus palata kotiin pitkäaikaisesta laitoshoidosta edellyttää paitsi kodin olemassaoloa usein myös tukihenkilöä sekä avo- ja laitoshenkilöstön yhteistyötä. Tärkeintä on tunnistaa kotiin palaamisen edellytykset vaikka pitkäaikaishoidon päätös olisi jo tehty. Tässä analyysissä selvitettiin niiden laitosasukkaiden ominaispiirteet, joille uloskirjaus oli suunnitteilla tai arvioitu mahdolliseksi.

Menetelmät

Terveyden ja hyvinvoinnin laitokseen 30.9.2010 kootusta laitoshoidon RAI-aineistosta (n=2620) poistettiin ensin palvelutalojen osuus. Jäljellejääneistä (n=2219) analysoitiin niiden henkilöiden ominaispiirteet, joille uloskirjaus oli suunnitteilla (n=128, 5,8%) vertaamalla heitä asukkaisiin, joille uloskirjausta ei suunniteltu. Uloskirjauspotentiaali määriteltiin 90 vuorokauden aikana toteutettavaksi tarkoitetuksi uloskirjaussuunnitelmaksiksi (q1c=1-3).

Analyysissä käytettiin ristiintaulukointia ja Khiin neliön testiä dikotomisille muuttujille. Logistista regressioanalyysiä käytettiin analysoitaessa jatkuvia muuttujia sekä testattaessa uloskirjauspotentiaaliin itsenäisesti liittyviä tekijöitä. Analyysit tehtiin käyttäen SAS-tilastolaskentaohjelmaa (Copyright (c) 2002-2003 by SAS Institute Inc., Cary, NC, USA).

Tulokset

Uloskirjauspotentiaalia löytyi 10 laitoksesta, yhteensä 27 osastolta. Laitoksista yksi oli Kustaankartanon vanhustenkeskuksen Kuntokartano, jonka tehtävänä on toimia kotiin kuntouttajana, minkä vuoksi se on käsitelty omana laitoksena. Tiedonkeruun ajankohtana asiakkaista oli arvioitu vain otos laitoshoidon RAI:lla innokustihanketta varten (n=18). Viidellä osastolla uloskirjattavia oli enemmän kuin kymmenen.

Uloskirjauksen päivämäärä oli sovittu hieman yli 2 % ja päivämäärä oli sopimatta alle 4% uloskirjattavista. Kaikkiaan kotiinlähtöhalukkuutta oli joka kymmenennellä (9,8%) ja tukihenkilö tai muu myönteisesti uloskirjaukseen suhtautuva tukipalvelu oli 4% asukkaista. Taulukoihin 1-4 on koottu testatut tekijät ja niiden yhteys uloskirjattavien ominaispiirteisiin. Taulukoissa 5 ja 6 on esitetty monimuuttujamallin tulokset.

Yhteenveto ja pohdinta

Uloskirjausta suunnittelevien merkittävimmät ominaispiirteet olivat normaali kognitio ja muistisairauden puuttuminen sekä alle 65 vuoden ikä. He sairastivat samoja sairauksia kuin verrokkit, mutta sydän- ja verisuonitauteja verrokkeja useammin.

Uloskirjausta suunnittelevat olivat kevythoitoisempia ja verrokkeja useammin sosiaalisessa vuorovaikutuksessa muunkin kuin henkilökunnan kanssa. Sekä uloskirjausta suunnittelevat itse että henkilökunta uskoivat useammin heidän kuin verrokkien kuntoutumiseen. Uloskirjausta suunnittelevilla oli verrokkeja harvemmin lonkkamurtuma, epävakaata terveydentilaa, ulosteentäydätyssuvaittomuus tai jonkin resistentin bakteerin infektio tai kolonisaatio.

Muita uloskirjaukseen merkitsevästi liittyneitä tekijöitä oli alle kuuden kuukauden laitoksessa asumisaika, arviointiviikon aikana annettu fysioterapia, ja lääkärin usein muuttamat ohjeet. Kuntouttava hoitotyö kohdentui verrokkeja harvemmin uloskirjattaville.

Taulukko 1. Sosiodemografisien tekijöiden, diagnoosien ja terveydentilan yhteys suunniteltuun uloskirjaukseen

	Kaikki	Uloskirjaus suunniteltu	Uloskirjausta ei suunnitteilla	p<0,05
	n (%)	n (%)	n (%)	
Mies	547 (24,7)	38 (29,7)	509 (24,3)	0,1732
Ikä alle 65 vuotta	111 (5,0)	14 (10,9)	97 (4,6)	0,0015
Ikä alle 75 vuotta	383 (17,3)	30 (23,4)	353 (16,9)	0,0568
Ikä 75 vuotta tai yli	1836 (82,7)	98 (76,6)	1738 (83,1)	0,0568
Ikä 80 vuotta tai yli	1553 (70,0)	82 (64,1)	1471 (70,4)	0,1320
Naimaton	299 (13,5)	13 (10,2)	286 (13,7)	0,2574
Naimisissa	337 (15,2)	13 (10,2)	324 (15,5)	0,1023
Leski	705 (31,8)	27 (21,1)	678 (32,4)	0,0075
Eronnut	209 (9,4)	4 (3,1)	205 (9,8)	0,0120
Hoitoaika alle 6kk (3-6kk)	182 (8,2)	72 (56,3)	110 (5,3)	<0,0001
Hoitoaika 7,5 tai kauemmin	215 (9,7)	0	215 (10,3)	0,0001
Mistä tuli: Koti	147 (6,6)	7 (5,5)	140 (6,7)	0,5881
Mistä tuli: Akuuttisairaala, somaattinen	404 (18,2)	37 (28,9)	367 (17,6)	0,0012
Mistä tuli: Akuuttisairaala, psykiatrinen	51 (2,3)	0	51 (2,4)	(-)
	Kaikki	Uloskirjaus suunniteltu	Uloskirjausta ei suunnitteilla	p<0,05
Muistisairaus	1500 (67,6)	58 (45,3)	1442 (69,0)	<0,0001
Pelkkä muistisairaus*	1269 (57,2)	54 (42,2)	1215 (58,1)	0,0004
Multippeli skleroosi	17 (0,8)	1 (0,8)	16 (0,8)	(-)
Pelkkä multippeli skleroosi	14 (0,6)	1 (0,8)	13 (0,6)	(-)
Parkinsonin tauti	118 (5,3)	6 (4,7)	112 (5,4)	0,7434
Pelkkä Parkinsonin tauti	56 (2,5)	4 (3,1)	52 (2,5)	(-)
Aivohalvaus	444 (20,0)	28 (21,9)	416 (19,9)	0,5867
Pelkkä aivohalvaus#	267 (12,0)	22 (17,2)	245 (11,7)	0,0648
Aivotrauma	76 (3,4)	6 (4,7)	70 (3,4)	(-)
Sydän- ja verisuonitauti	1304 (58,8)	89 (69,5)	1215 (58,1)	0,0108
Pelkkä sydän- ja verisuonitauti#	439 (19,8)	54 (42,2)	385 (18,4)	<0,0001
Lonkkamurtuma	291 (13,1)	8 (6,3)	283 (13,5)	0,0178
Pelkkä lonkkamurtuma#	80 (3,6)	5 (3,9)	75 (3,6)	(-)
Syöpä	140 (6,3)	14 (10,9)	126 (6,0)	0,0265
Pelkkä syöpä#	47 (2,1)	8 (6,3)	39 (1,9)	(-)
Diabetes	345 (15,6)	27 (21,1)	318 (15,2)	0,0744
Pelkkä diabetes#	133 (6,0)	16 (12,5)	117 (5,6)	0,0014
Diabetes, insuliini on	106 (4,8)	5 (3,9)	101 (4,8)	0,6342
Osteoporoosi	327 (14,7)	16 (12,5)	311 (14,9)	0,4621
Pelkkä osteoporoosi#	98 (4,4)	8 (6,3)	90 (4,3)	0,2983
Masennus	281 (12,7)	10 (7,8)	271 (13,0)	0,0891
Pelkkä masennus#	118 (5,3)	8 (6,3)	110 (5,3)	0,6282
Skitsofrenia	133 (6,0)	3 (2,3)	130 (6,2)	0,0731
Pelkkä skitsofrenia	100 (4,5)	3 (2,3)	97 (4,6)	0,2243

* Muistisairaus, ei aivohalvausta tai psykiatrista sairautta

Pelkkä = muistisairauden osuus poistettu

(-) tilastollinen menetelmä ei ole pätevä liian vähäisten havaintojen vuoksi

Taulukko 2. Toimintakyvyn, toiminnanvajausten riskitekijöiden, oireiden ja oireyhtymien yhteys suunniteltuun uloskirjaukseen

	Kaikki	Uloskirjaus suunniteltu	Uloskirjausta ei suunnitteilla	p<0,05
Vähintään keskivaikea dementia*	1784 (80,4)	60 (46,9)	1724 (82,5)	<0,0001
Loppuvaiheen dementia	462 (20,8)	1 (0,8)	461 (22,1)	<0,0001
Kognitio huonontunut 3kk aikana	622 (28,0)	9 (7,0)	613 (29,3)	<0,0001
Vaikea heikkonäköisyys	266 (12,0)	4 (3,1)	262 (12,5)	0,0015
Valvonnan/ avun tarve ADL toiminnoissa#	2178 (98,2)	118 (92,2)	2060 (98,5)	(-)
Runsas avun tarve ADL-toiminnoissa	1847 (83,2)	58 (45,3)	1789 (85,6)	<0,0001
Avun tarve syödessä	1151 (51,9)	14 (10,9)	1137 (54,4)	<0,0001
Asiakas uskoo kuntoutuvansa	216 (9,7)	42 (32,8)	174 (8,3)	<0,0001
Hoitaja uskoo asiakkaan kuntoutuvan	462 (20,8)	62 (48,4)	400 (19,1)	<0,0001
ADL huonontunut 3kk aikana	803 (36,2)	15 (11,7)	788 (37,7)	<0,0001
Yksi tai useampi käyttöoire	1226 (55,3)	51 (39,8)	1175 (56,2)	0,0003
Vaeltelu	405 (18,3)	22 (17,2)	383 (18,3)	0,7482
Karkeakielisuus	567 (25,6)	21 (16,4)	546 (26,1)	0,0145
Fyysinen pahoinpityä	336 (15,1)	5 (3,9)	331 (15,8)	0,0003
Hämmennystä herättävä käytös	579 (26,1)	20 (15,6)	559 (26,7)	0,0055
Hoidon tai avun vastustelu	817 (36,8)	31 (24,2)	786 (37,6)	0,0023
Käyttöoire pahentunut 3kk aikana	385 (17,4)	7 (5,5)	378 (18,1)	0,0003
Harhaluuloisuus	280 (12,6)	11 (8,6)	269 (12,9)	0,1578
Aistiharhaisuus	346 (15,6)	9 (7,0)	337 (16,1)	0,0060
Masennusepäily	652 (29,4)	25 (19,5)	627 (30,0)	0,0117
Mieliala huonontunut 3kk aikana	386 (17,4)	11 (8,6)	375 (17,9)	0,0068
Päivittäinen vaikea kipu	517 (23,3)	36 (28,1)	481 (23,0)	0,1833
Kaatonut 3kk aikana	202 (9,1)	27 (21,1)	175 (8,4)	<0,0001
Paino laskenut 5% /kk tai 10% /6kk	200 (9,0)	14 (10,9)	186 (8,9)	0,4335
Painehaava (I-IV)	170 (7,7)	14 (10,9)	156 (7,5)	0,1511
Painehaava (II-IV)	84 (3,8)	8 (6,3)	76 (3,6)	(-)
Virtsanpidätyskyvyttömyys	1924 (86,7)	71 (55,5)	1853 (88,6)	<0,0001
Ulosteenpidätyskyvyttömyys	1597 (72,0)	36 (28,1)	1561 (74,7)	<0,0001

*Cognitive Performance Scale on 3 tai enemmän asteikolla 0-6, missä 0=normaali ja 6 erittäin vaikea kognition vajuus. Arvo vastaa MMSE 15 asteikolla 0-30, missä 30 on normaali ja 0 erittäin vaikea kognition vajuus

Yksi tai useampi seuraavista edellyttää valvontaa tai apua: henkilökohtainen hygienia, liikkuminen, WC, syöminen (hierarkkinen ADL>0)

¤ Depression Rating Scale (DRS, asteikko 0-14) on 3 tai enemmän

(-) tilastollinen menetelmä ei ole pätevä liian vähäisten havaintojen vuoksi

Taulukko 3. Vuorovaikutuksen yhteys suunniteltuun uloskirjaukseen

	Kaikki	Uloskirjaus suunniteltu	Uloskirjausta ei suunnitteilla	p<0,05
Yksi tai useampi sosiaalinen vuorovaikutustapahtuma muun kuin henkilöstön kanssa viikossa	1498 (67,5)	118 (92,2)	1380 (66,0)	<0,0001
Yksi tai useampi ristiriitatilanne muiden asukkaiden, perheen, tuttavien tai henkilöstön kanssa	764 (34,4)	32 (25,0)	732 (35,0)	0,0207
Ilmaisee surua/vihaa/tyhjyyttä menetetyn roolinsa/tilanteensa vuoksi	77 (3,5)	10 (7,8)	67 (3,2)	(-)

(-) tilastollinen menetelmä ei ole pätevä liian vähäisten havaintojen vuoksi

Taulukko 4. Hoitoisuuden, hoitokäytäntöjen ja palvelujen saannin yhteys suunniteltuun uloskirjaukseen

	Kaikki	Uloskirjaus suunniteltu	Uloskirjausta ei suunnitteilla	p<0,05
Kevythoitoinen (PA, BA CA IA)	265 (11,9)	49 (38,3)	216 (10,3)	<0,0001
RUG pääluokka 1 (kuntoutus)	66 (3,0)	25 (19,5)	41 (2,0)	(-)
RUG pääluokat 2-4 (kliinisiä ongelmia)	566 (25,5)	28 (21,9)	538 (25,7)	0,3315
RUG pääluokka 5 (vähintään keskivaikea muistisairaus, kliinisiä muita ongelmia vähän)	367 (16,5)	33 (25,8)	334 (16,0)	0,0037
RUG pääluokka 6 (Käyttösoireilua, kliinisiä muita ongelmia vähän eikä kognition vajaus ylitä keskivaikeaa dementiaa)	65 (2,9)	4 (3,1)	61 (2,9)	(-)
Perushoidettavat	1155 (52,1)	38 (29,7)	1117 (53,4)	<0,0001
Sairaalahoito edeltäneen 3 kk aikana	162 (7,3)	31 (24,2)	131 (6,3)	<0,0001
Päivystyspoliklinikalla käynti edeltäneen 3 kk aikana	146 (6,6)	13 (10,2)	133 (6,4)	0,0927
Kuntoutumista erityisesti edistävä hoitotyö	1892 (85,3)	104 (81,3)	1788 (85,5)	0,1869
Fysioterapia arviointiviikon aikana	467 (21,1)	78 (60,9)	389 (18,6)	<0,0001
Lääkärin arvio vähintään kahdesti 2 viikon aikana	58 (2,6)	11 (8,6)	47 (2,3)	(-)
Lääkäri antanut jonkin uuden ohjeen vähintään kerran 2 viikon aikana	189 (8,5)	39 (30,5)	150 (7,2)	<0,0001
Yhdeksän lääketä tai enemmän	828 (37,3)	63 (49,2)	765 (36,6)	0,0041

(-) tilastollinen menetelmä ei ole pätevä liian vähäisten havaintojen vuoksi

Taulukko 5. Itsenäisesti suunniteltuun uloskirjaukseen liittyneet asukkaan ominaisuudet

	OR	95% luottamusväli	
		Alaraja	Yläraja
Ei muistisairautta tai kognition vajausta	3,1	1,76	5,52
Alle 65 vuotias	2,1	1,07	4,27
Yksi tai useampi sosiaalinen vuorovaikutustapahtuma muun kuin henkilöstön kanssa viikossa	2,1	1,01	4,17
Kevythoitoinen	2	1,28	3,15
Hoitohenkilöstö uskoo asukkaan kuntoutuvan	1,9	1,22	3,03
Asukas uskoo kuntoutuvansa	1,9	1,14	3,14
Sydän- ja verisuonisairaus	1,7	1,08	2,62
Lonkkamurtuma	0,4	0,18	0,86
Epävakaata terveydentilaa	0,4	0,26	0,57
Ulosteenpidätyskyvyttömyys	0,4	0,21	0,54
Jonkin resistentin bakteerin infektio tai kantajuus	0,2	0,07	0,71
c=0,856			

Taulukko 6. Itsenäisesti suunniteltuun uloskirjaukseen liittyneet muut kuin asukkaan ominaisuudet

	OR	95% luottamusväli	
		Alaraja	Yläraja
Laitoksessa asumisaika alle 6kk	13,5	8,55	21,40
Fysioterapia arviointiviikon aikana	4,8	3,16	7,20
Lääkäri muuttanut lääkemääräyksiä 2 viikon aikana	2,1	1,25	3,57
Hoitajan antama kuntoutus	0,6	0,32	0,96
c=0,837			

LIITE 7.

Erittäin vähäinen palvelutarve säännöllisen kotihoidon asiakkaila

Finne-Soveri Harriet, Gerasin Aleksandr, Hammar Teija, Heikkilä Rauha, Mäkelä Matti, Noro Anja

Alkusanat

Yksilöllinen palvelutarpeen arviointi on laadukkaan ja kustannusvaikuttavan hoiva- ja palvelusuunnitelman kulmakivi.

Avun kohdentaminen henkilöille, joiden palvelun tarve on vähäinen, voi olla se ratkaiseva tekijä, joka mahdollistaa totutun elämän jatkamisen. Etenkin jos ongelma on tilapäinen. Varhaisen avun tarjonnan riskinä on toisten varaan jättäytymien ja passivoituminen.

Analyysissä selvitettiin niiden säännöllisen kotihoidon asiakkaiden ominaispiirteitä, joiden palvelutarve oli vähäisin.

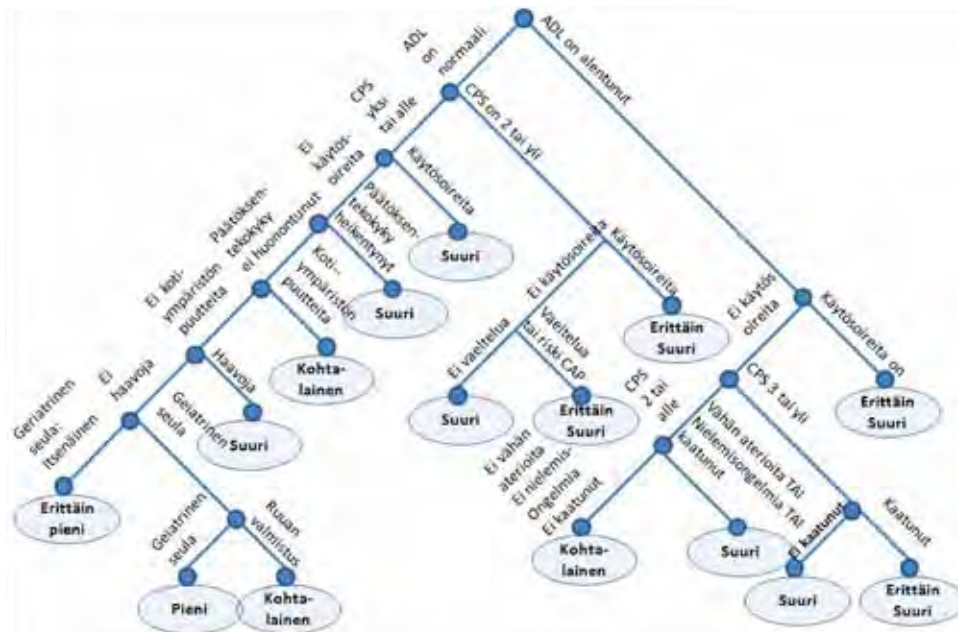
Menetelmät

Terveys ja hyvinvoinnin laitoksen Helsingistä 30.9.2010 kootusta RAI-aineistosta (n=4718) analysoitiin niiden henkilöiden ominaispiirteet, jotka luokittuivat erittäin vähäisen palvelutarpeen luokkaan käytettäessä MAPLe-luokitusta (asteikko 1-5, missä 1 merkitsee erittäin vähäistä palvelutarvetta ja 5 erittäin runsasta palvelun tarvetta).

Erittäin vähäinen palvelujen tarve merkitsee tässä analyysissä päivittäisten toimintojen suhteen itsenäistä henkilöä, joka kykenee suoriutumaan ilman toisen henkilön fyysistä apua pukeutumisesta, peseytymisestä, henkilökohtaisesta hygieniastaan, vuoteeseen ja sieltä pois siirtymisestä, sisätiloissa liikkumisesta, wc:ssä käynnistä ja syömisestä. Heillä saattaa kuitenkin olla avun tarvetta kotitaloustöissä tai kodin ulkopuolella liikkueissa. Kognitio on normaali tai vain lievästi alentunut, muttei sulje pois muistisairaudesta diagnosoia.

MAPLe-luokituksen rakenne on kuvattu kuviossa 1.

Analyysi suoritettiin vertaamalla kaikkein vähäisimmän palvelutarpeen luokkaan luokittuneita kaikkiin muihin säännöllisen kotihoidon asiakkaisiin. Menetelmänä oli ristiintaulukointi ja Khiin neliön testi dikotomisille muuttujille. Logistista regressioanalyysiä käytettiin analysoitaessa jatkuvia muuttujia sekä testattaessa itsenäisesti erittäin vähäiseen palvelutarpeeseen liittyviä tekijöitä. Analyysit tehtiin käyttäen SAS-tilastolaskentaohjelmaa (Copyright (c) 2002-2003 by SAS Institute Inc., Cary, NC, USA).



Kuvio 1. MAPLe-luokituksen rakenne

Tulokset

Joka kuudes säännöllisen kotihoidon asiakas (16%) luokitui erittäin vähäisen palvelutarpeen luokkaan ja heistä 74% oli naisia. Nuori ikä liittyi vähäiseen palvelutarpeeseen sekä miehillä että naisilla (kuvio 2) ristiintaulukoitaessa, mutta ei enää monimuuttujamallissa korjattuna sekoittavilla tekijöillä.

Vaikka erittäin vähäisen palvelutarpeen ryhmään kuuluvat olivat jo määritelmän mukaisesti itsenäisiä kaikissa päivittäisissä toiminnoissaan, heistä joka toisella (54%) esiintyi kuitenkin avun tarvetta yhdessä tai useammassa kodin- ja asioiden hoitoon liittyvässä asiassa. Useimmin esiintynyt avun tarve liittyi lääkkeen ottamiseen.

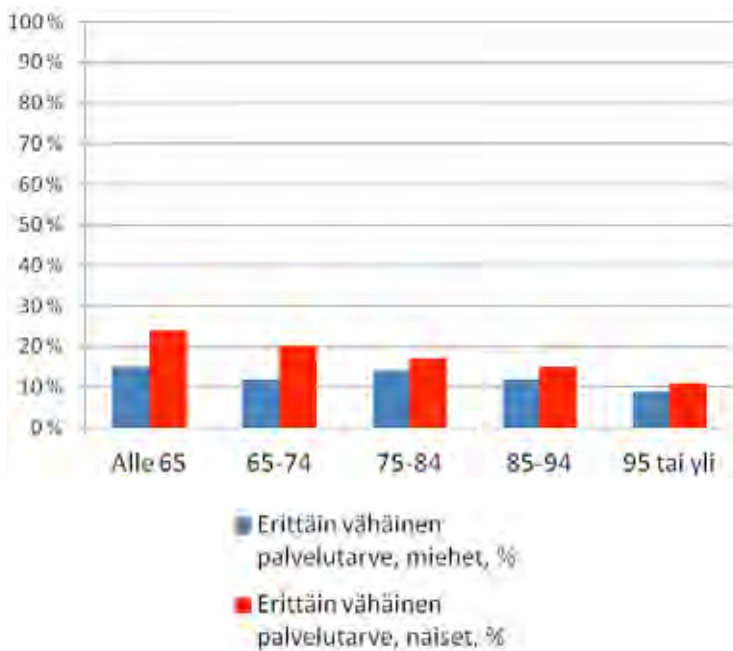
Taulukoihin 1-5 on koottu perustulokset ristiintaulukoituna ja taulukoissa 6 ja 7 on esitetty itsenäisesti erittäin vähäiseen palvelutarpeeseen liittyneitä tekijöitä.

Yhteenveto ja pohdinta

Tärkeimmät ominaispiirteet olivat naissukupuolen lisäksi lyhyt kotihoidon asiakkuus, yksin oleminen kaiket päivät, usko omaan kuntoutumiseen sekä verrokkeja harvemmin esiintyneet omaisia tai terveydenhuoltoa yleensä kuormittaviksi osoitetut sairaudet kuten muistisairaus, aivohalvaus tai ms-tauti. Vastaavasti myös kuormittavia oireita esiintyi verrokkeja harvemmin. Näitä oireita olivat epävanaaksi todettu (mutta

ei koettu) terveydentila, kaatuilu, muu murtuma kuin lonkkamurtuma, kohtuuden ylittävä alkoholin käyttö, ulosteentäydätysskyvyttömyys, masennus, eristyneisyys ja yksinäisyys.

Erittäin kevyen palvelutarpeen ryhmään kuuluvilla voidaan päätellä ryhmänä olevan runsaasti voimavaroja itsenäisen elämän jatkamiseen. Heidän joukostaan löytyy kuitenkin henkilöitä, joilla on yksittäisiä toimintakyvyn menettämiseen tai kuolemanvaraan liittyviä riskitekijöitä.



Kuvio 2. Erittäin vähäinen palvelutarve (%) iän ja sukupuolen mukaan.

Taulukko 1. Iän, sukupuolen, siviilisäädyn, diagnoosien ja terveydentilan yhteys erittäin vähäiseen palvelutarpeeseen

	Kaikki	Erittäin kevythoitaiset	Muut kuin erittäin kevythoitaiset	p<0,05
Nainen	3478 (73,7)	576 (77,6)	2902 (73,0)	0,0084
Ikä 75 vuotta tai yli	3607 (75,5)	542 (73,1)	3065 (77,1)	0,0172
Ikä alle 65 vuotta	492 (10,4)	98 (13,2)	394 (9,9)	0,0070
Naimaton	1000 (21,2)	178 (24,0)	822 (20,7)	0,0425
Naimisissa	685 (14,5)	70(9,4)	615 (15,5)	0,0001
Leski	2269 (48,1)	373 (50,3)	1896 (47,7)	0,1960
Kotihoidon asiakas 6 kk tai alle	631 (13,4)	133 (17,9)	498 (12,5)	0,0001
Kotihoidon asiakas 4 vuotta tai yli	1288 (27,3)	146 (19,7)	1142 (28,7)	0,0001
	Kaikki	Erittäin kevythoitaiset	Muut kuin erittäin kevythoitaiset	p<0,05
Muistisairaus	1368 (29,0)	53 (7,1)	1315 (33,1)	0,0001
Multippeli skleroosi	39 (0,8)	1 (0,1)	38 (0,1)	0,0234
Parkinsonin tauti	153 (3,2)	19 (2,6)	134 (3,4)	0,2531
Pelkkä aivohalvaus#	420 (8,9)	51 (6,9)	369 (9,3)	0,0345
Pelkkä sydän- ja verisuonitauti#	2269 (48,1)	490 (66,0)	1779 (44,7)	0,0001
Lonkkamurtuma	189 (4,0)	25 (3,4)	164 (4,1)	0,3354
Syöpä	328 (7,0)	55 (7,4)	273 (6,9)	0,5913
Diabetes	1125 (23,8)	194 (26,2)	931 (23,4)	0,1091
Diabetes, insuliini on	118 (2,5)	17 (2,3)	101(2,5)	0,6899
Osteoporoosi	927 (19,7)	114 (15,4)	813 (20,5)	0,0014
Alkoholin ongelmakäyttö	318 (6,7)	27 (3,6)	291 (7,3)	0,0002
Psykiatrinen sairaus	1073 (22,7)	166 (22,4)	907 (22,8)	0,7930
Pelkkä psykiatrinen sairaus	831 (17,6)	161 (21,7)	670 (16,9)	0,0015
Terveydentila on epävaka	2460 (52,1)	230 (31,0)	22300 (56,1)	0,0001
Akuuttivaihe parhaillaan	214 (4,5)	26 (3,5)	188 (4,7)	0,1412
Hiljattainen kroonisen sairauden lehdus tai akuuttisairaus heikentäneet toimintakykyä	1456 (30,9)	126 (17,0)	1330 (33,5)	0,0001
Koettu terveydentila on huono	1565 (33,2)	174 (23,5)	1391 (35,0)	0,0001

Pelkkä = muistisairauden osuus poistettu

Taulukko 2. Toimintakyvyn, toiminnanvajausten riskitekijöiden, oireiden ja oireyhtymien yhteys erittäin vähäiseen palvelutarpeeseen

	Kaikki	Erittäin kevythoitaiset	Muut kuin erittäin kevythoitaiset	p<0,05
Asiakas uskoo kuntoutuvansa	825 (17,5)	204 (27,5)	621 (15,6)	0,0001
Hoitaja uskoo asiakkaan kuntoutuvan	1002 (21,2)	166 (22,4)	836 (21,0)	0,4106
ADL huonontunut 3kk aikana	1205 (25,5)	48 (6,5)	1157 (29,1)	0,0001
Yksi tai useampi käyttöoire	733 (15,5)	1 (0,1)	732 (18,4)	0,0001
Käyttöoire pahentunut 3kk aikana	311 (6,6)	4 (0,5)	307 (7,7)	0,0001
Harhaluuloisuus	281 (6,0)	11 (1,5)	160 (4,0)	0,0007
Aistiharhaisuus	171 (3,6)	14 (1,9)	267 (6,7)	0,0001
Masennusepäily α	767 (16,3)	55 (7,4)	712 (17,9)	0,0001
Mieliala huonontunut 3kk aikana	773 (16,4)	57 (7,7)	716 (18,0)	0,0001
Päivittäinen vaikea kipu	361 (7,7)	37 (5,0)	324 (8,2)	0,0029
Kaatonut 3kk aikana	1112 (23,6)	106 (14,3)	1006 (25,3)	0,0001
Paino laskenut 5% /kk tai 10% /6kk	248 (5,3)	17 (2,3)	231 (5,8)	0,0001
Virtsanpidätyskyvyttömyys	1389 (29,4)	93 (12,5)	1296 (32,6)	0,0001
Ulosteenpidätyskyvyttömyys	376 (8,0)	8 (1,1)	368 (9,3)	0,0001

α Depression Rating Scale (DRS, asteikko 0-14) on 3 tai enemmän

Taulukko 3. Sosiaalisten suhteiden, eristyneisyyden ja yksinäisyyden yhteys erittäin vähäiseen palvelutarpeeseen

	Kaikki	Erittäin kevythoitaiset	Muut kuin erittäin kevythoitaiset	p<0,05
Ei poistunut asunnostaan kuukauteen	1276 (27,1)	56 (7,6)	1220 (30,7)	0,0001
Yksin suurimman osan päivää	2002 (42,4)	387 (52,2)	1615 (40,6)	0,0001
Kokee itsensä yksinäiseksi	1233 (26,3)	125 (16,9)	1108 (27,9)	0,0001
Sosiaaliset suhteet vähentyneet	1298 (27,5)	113 (15,2)	1185 (29,8)	0,0001
Sosiaaliset suhteet vähentyneet ja kärsii siitä	429 (9,1)	31 (4,1)	398 (10,0)	0,0001

Taulukko 4. Kotiympäristön voimavarojen ja puutteiden yhteys erittäin vähäiseen palvelutarpeeseen

	Kaikki	Erittäin kevythoitaiset	Muut kuin erittäin kevythoitaiset	p<0,05
Asiakkaalla on hoitoon osallistuva omainen tai läheinen, hoivaaja	2908 (61,6)	330 (44,5)	2578 (64,8)	0,0001
Omaishoitajan virallinen status	502 (10,6)	36 (4,9)	466 (11,7)	0,0001
Hoivaaja ei jatka, on tyytymätön tai kuormittunut	473 (10,0)	9 (1,2)	464 (11,7)	0,0001
Hoivaajan mielestä asiakkaan olisi parempi asua muualla	413 (8,8)	5 (0,7)	408 (10,3)	0,0001
Asiakkaan mielestä hänen olisi parempi asua muualla	140 (3,0)	18 (2,4)	122 (3,1)	0,3437
Hoivaaja asuu asiakkaan kanssa	654 (13,8)	36 (4,9)	618 (15,5)	0,0001
Kaltoinkohtelun tai laiminlyönnin epäily	344 (7,3)	10 (1,4)	334 (8,4)	0,0001
Hoivaaja on puoliso	471 (10,0)	25 (3,4)	446 (11,2)	0,0001
Hoivaaja on lapsi	1679 (35,6)	229 (30,9)	1450 (36,5)	0,0034
Hoivaaja on muu sukulainen	571 (12,1)	60 (8,1)	511 (12,9)	0,0003
Hoivaaja on muu kuin sukulainen	186 (3,9)	16 (2,2)	170 (4,3)	0,0065
Yksi tai useampi asumisen ongelma	1540 (32,6)	47 (6,3)	1493 (37,6)	0,0001
Tinkinyt välttämättömistä tarpeistaan vähävaraisuuden vuoksi	179 (3,8)	11 (1,5)	168 (4,2)	0,0003

*Välttämättömät tarpeet: esimerkiksi ruoka, lääkkeet, vaatus

Taulukko 5. Erittäin vähäiseen palvelutarpeeseen liittyneet erityistarpeet ja muu palvelujen käyttö

	Kaikki	Erittäin kevythoitaiset	Muut kuin erittäin kevythoitaiset	p<0,05
Muu palvelujen käyttö, erityistarpeita				
Päivystyspoliikkikäynti 3kk aikana	785 (16,6)	125 (16,9)	660 (16,6)	0,8684
Sairaalahoito 3 kk aikana	949 (20,1)	115 (15,5)	834 (21,0)	0,0006
Suunnittelematon kotikäynti 3kk aikana	965 (20,5)	131 (17,7)	834 (21,0)	0,0394
Avun tarve lisääntynyt 3kk aikana	908 (19,2)	41 (5,5)	867 (21,8)	0,0001
Ykai tai useampi tukipalvelu	3088 (65,5)	378 (50,9)	2710 (58,2)	0,0001
Lääkäri (7 vrk aikana)	499 (10,6)	67 (9,0)	432 (10,9)	0,1356
Fysioterapeutti (7 vrk aikana)	396 (8,4)	34 (5,6)	362 (9,1)	0,0001
Toimintaterapeutti (7 vrk aikana)	68 (1,4)	5 (0,7)	63 (1,6)	0,0561
Liikuntaterapia (7 vrk aikana)	174 (3,7)	16 (2,2)	158 (4,0)	0,0159
Runsas kotihoidon aika (>9 h/vko)	473 (10,0)	8 (1,1)	465 (11,7)	0,0001
Runsas omaishoidon aika (>21h/vko)	485 (10,3)	18 (2,4)	467 (11,8)	0,0001

Taulukko 6. Erittäin vähäiseen palvelutarpeeseen liittyneet itsenäiset asiakaskohtaiset selittäjät

	OR	95%	
		Alaraja	Yläraja
Asiakas uskoo kuntoutuvansa	1,5	1,24	1,86
Viettää päivänsä yksin	1,5	1,37	1,8
Nainen	1,5	1,22	1,85
Kotihoidon asiakkuus alle 6 kk	1,5	1,17	1,86
Kotihoidon asiakkuus alle 6 kk	1,5	1,18	1,89
Kaatonut	0,7	0,56	0,90
Masennus	0,7	0,52	0,99
Kokee itsensä yksinäiseksi	0,7	0,52	0,83
Hiljattainen kroonisen sairauden leuhdus tai akuuttisairaus heikentäneet toimintakykyä	0,6	0,50	0,78
Epävkaa terveydentila	0,6	0,48	0,70
Muu murtuma kuin lonkan	0,5	0,33	0,86
Kohtuuden ylittävä alkoholin käyttö	0,5	0,33	0,81
Avun tarve lisääntynyt	0,4	0,29	0,58
Aivohalvaus	0,3	0,26	0,59
Ei poistunut asunnostaan kuukauteen	0,2	0,17	0,31
Ulosteenpidätyskyvyttömyys	0,2	0,12	0,50
Muistisairauden diagnoosi	0,2	0,13	0,24
MS-tauti	0,1	0,02	0,84
c=0,809			

Taulukko 7. Erittäin vähäiseen palvelutarpeeseen liittyneet ympäristökohtaiset tekijät

	OR	95%	
		Alaraja	Yläraja
Runsas omaishoidon aika (>21h/vko)	0,9	0,97	0,99
Runsas kotihoidon aika (>9 h/vko)	0,8	0,71	0,78
Hoivaaja on lapsi	0,7	0,61	0,89
Yksi tai useampi tukipalvelu	0,6	0,51	0,72
Hoivaaja on muu sukulainen	0,5	0,40	0,73
Hoivaaja on muu kuin sukulainen	0,5	0,28	0,82
Hoivaaja on puoliso	0,3	0,19	0,51
c=0,773			

LIITE 8.

Eniten säännöllisen kotihoidon henkilöstön aikaa saaneet asiakkaat

Finne-Soveri Harriet, Gerasin Aleksandr, Hammar Teija, Heikkilä Rauha, Mäkelä Matti, Noro Anja, Sohlman Britta

Alkusanat

Läkkäiden kotona asumisen mahdollisuuksien lisääminen edellyttää vahvaa ja joustavaa kotihoitoa, missä joillekin yksilöille on perusteltua allokoida runsaasti aikaa.

Väestön vanhetessa ja erityisesti kaikkein iäkkäimpien osuuden kasvaessa päättäjien, johtajien ja kotihoidon lähiesimiesten on hyvä olla selvillä siitä mitkä tekijät liittyvät runsaaseen voimavarojen käyttöön kotona asuttaessa. Minkä laajuiseksi näiden paljon apua tarvitsevien asiakkaiden osuuden ajatellaan muodostuvan, riippuu palvelurakenteen kokonaisuudesta. Mitä vähemmän laitoshoidoa sitä suurempi on paljon apua tarvitsevien joukko kotihoidossa.

Analyysissä selvitettiin eniten säännöllisen kotihoidon aikaa saaneiden asiakkaiden ominaispiirteitä.

Menetelmät

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Helsingistä 30.9.2010 kootusta RAI-aineistosta (n=4718) analysoitiin eniten kotihoidon aikaa käyttäneen kymmenesosan (n=473) ominaispiirteet vertaamalla heitä vähemmän kotihoidon aikaa saaneisiin (9/10 asiakkaista).

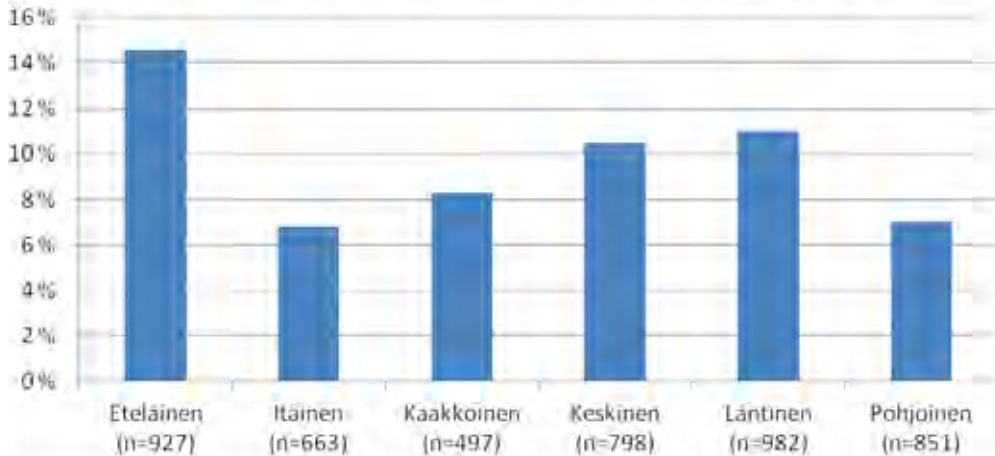
Vertailu suoritettiin käyttämällä ristiintaulukointia ja Khiin neliön testiä dikotomisille muuttujille. Logistista regressioanalyysiä käytettiin analysoitaessa jatkuvia muuttujia sekä testattaessa itsenäisesti runsaaseen ajankäyttöön liittyviä tekijöitä. Analyysit tehtiin käyttäen SAS-tilastolaskentaohjelmaa.

Säännöllisen kotihoidon henkilöstön työajalla tarkoitetaan tässä analyysissä sairaan- tai terveydenhoitajien (tai vastaavien), lähi- tai perushoitajien (tai vastaavien) sekä kotiavustajien tai kodinhoitajien (tai vastaavien) yhteenlaskettua aikaa viikossa. Aika on henkilöstön arvioima, ei mittaama. Terapiahenkilöstön aika ja tukipalvelut analysoitiin erikseen.

Tulokset

Joka neljäs kotihoidon asiakas sai kotihoidon aikaa alle tunnin, joka toinen alle neljä tuntia ja yhdeksän kymmenestä alle yhdeksän tuntia viikossa. Viisi prosenttia kotihoidon asiakkaista sai kotihoidon aikaa viikossa 12 tuntia tai enemmän, yksi prosentti (47 henkilöä) enemmän kuin 27 tuntia viikossa.

Runsaasti kotihoidon aikaa saaneet,%



Kuvio 1. Eniten kotihoidon henkilöstön aikaa saaneet säännöllisen kotihoidon asiakkaat suurpiireittäin.

Runsaasti kotihoidon aikaa saaneet asuivat eri puolilla Helsinkiä. Suurpiirien välillä oli jopa kaksinkertaiset erot (7-15%). Eniten runsaasti aikaa saavia oli Eteläisessä ja seuraavaksi eniten Läntisessä suurpiirissä. Tämä heijastui selkeästi peruspiiritasolta, missä eniten runsaasti aikaa saaneita (15-19%) oli Puistolassa, Lauttasaarella, Ullanlinnassa ja Taka-Töölössä. Vähiten runsaasti aikaa saavia oli Länsi-Pakilassa, Tuomarinkylässä, Mellunkylässä ja Jakomäessä (5% tai alle).

Taulukoihin 1-5 on koottu ristiintaulukoituna ne tietokannasta löytyneet merkittävimmät tekijät, joilla kokemuksen tai tutkimusten perusteella voitiin olettaa olevan yhteys asiakkaan saamaan aikaan. Taulukko 6 ja 7 esittävät runsaaseen työajan käyttöön itsenäisesti liittyviä tekijöitä.

Eniten aikaa vaatineen asiakasryhmän yleisin ongelma oli kyvyttömyys suoriutua arjesta vähintään keskivaikean dementian vuoksi (taulukko 1 ja 2) riippumatta dementian aiheuttaneesta syystä. Näitä henkilöitä oli yli puolet eniten apua tarvitsevien ryhmästä. Toinen merkittävä ryhmä oli ne henkilöt, joilla oli jokin psykiatrinen sairaus ilman muistisairautta.

Noin viidennes runsaimmasta ajankäytöstä kohdentui sairaalasta kotiutuneille ja noin viidennes henkilöille, joiden hoitajat arvelivat kuntoutuvan. Runsaasti aikaa saaneista niistä asiakkaista, joiden hoitajat uskoivat kuntoutuvan joka kolmas oli kotiutunut sairaalasta kolmen kuukauden arviointia edeltäneen kuukauden aikana. Muut yksittäiset sairaudet kuten Parkinsonintauti, multipeliskleroosi tai aikaa vaativat toimenpiteet kuten haavojen hoito tai virtsakatetri olivat lukumäärältään pieniä.

Traumojen osuus runsaimman ajankäytön ajurina oli vähäinen. Lonkkamurtuma oli noin kuudella ja muu murtuma noin seitsemällä prosentilla. Saattohoidettavia oli vain kourallinen - heidät hoiti pääsääntöisesti kotisairaala.

Yhteenveto ja pohdinta

Runsaimmin kotihoidon hoitoa aikaa saaneet asiakkaat olivat kahdeksankymmentä vuotta täyttäneitä, kauan kotihoidon asiakkaina olleita, yksinäisiksi itsensä kokevia naisia, joilla oli vähintään keskivaikea kognition vajuus ja toisen henkilön avun tarve lähes kaikissa välinetoiminnoissa (aterian valmistus, siivous, puhelimen käyttö, kauppoissa asiointi, lääkkeitä ja raha-asioista huolehtiminen, kuljetusvälineiden käyttö) ja vähintään yhdessä seuraavista päivittäisistä toiminnoista: hygieniasta huolehtiminen, WC:ssä käynti, liikkuminen tai syöminen.

Diagnooseista itsenäisiä runsaimman ajankäytön selittäjiä olivat aivohalvaus Parkinsonin tauti ja multipple skleroosi. Muistisairaudet, diabetes ja lonkkamurtuma yleisiä runsaimmin aikaa saaneilla, mutta suoriutumisen arjesta, kognition vajauksen aste ja epävakaa terveydentila olivat vahvempia itsenäisiä ajankäytön ajureita kuin nämä diagnoosit. Lisäksi muistisairaus oli diagnosoitu vain joka kolmannella vaikka vähintään keskivaikeaa kognition vajuusta oli kaksinkertainen määrä. Vaikka muistisairauksien lisäksi kognition vajuusta voi esiintyä esimerkiksi aivohalvauspotilailla, ms-taudissa ja psykiatrisilla potilailla, on mahdollista, että osa muistisairauksista oli jäänyt diagnosoimatta.

Eniten aikaa saaneiden terveydentila oli epävakaa ja he olivatkin usein kotiutuneet sairaalasta arviointia edeltäneen kolmen kuukauden aikana. Lisäksi heillä oli haavojen tai virtsakatettrin hoitoon liittyvää ammattiavun tarvetta. Hoitajan - mutta ei hoidettavan - näkemys siitä, että hoidettavan olisi parempi asua muualla kuin kotona liittyi runsaimpaan kotihoidon ajan käyttöön

Hoitavan omaisen tai läheisen olemassaolo liittyi myös runsaimpaan kotihoidon ajankäyttöön silloin kun hoitava omainen oli hoidettavan tai tämän puolison lapsi. Laki tuntee hoitavan omaisen virkistymisen ja levon tarpeen, mutta ei hänen tiedon ja tuen tarvettaan toista ihmistä - etenkin muistisairasta - hoitaessaan. Omaisten osuus ja tarpeet ajankäytön ajurina jäävät helposti myös palveluja suunniteltaessa huomiotta.

Muut sosiaaliset tekijät kuten ihmissuhteiden väheneminen ja yksin oleminen sekä eristyminen liittyivät myös jossain määrin runsaaseen ajankäyttöön. Näistä kaksi ensimmäistä jäivät samalla tavoin kuin muistisairauden diagnoosi toissijaisiksi fyysisen toimintakyvyn, kognitionvajauksen ja terveydentilan rinnalla. Yksinäisyyttä podettiin harvemmin kuin vähemmän apua saavien joukossa (34 vs 25%). Yksinäisyys nousi kuitenkin monimuuttuja-analyysissä jossain määrin ajankäytön selittäjäksi.

Tässä analyysissä tarkasteltu kotihoidon asiakaskunta oli sen kalleinta; paitsi hoitajien aikaa tämä ryhmä sai fysioterapeutin palveluja useammin kuin ne, joihin hoitohenkilöstö panosti vähemmän. Lääkärin, toimintaterapeutin ja päivystyspoliklinikan palveluja he käyttivät yhtä usein kuin muut. Kaikki mitatut tukipalvelut lukuun ottamatta vapaaehtoistyötä liittyivät myös runsaaseen kotihoidon aikaan.

Taulukko 1. Sosiodemografisien tekijöiden, diagnoosien ja terveydentilan yhteys runsaimpaan henkilöstön ajankäyttöön

	Kaikki	Kotihoidon aika 9 h/vko tai yli	Kotihoidon aika alle 9 h/vko	p<0,05
	n (%)	n (%)	n (%)	
Mies	1240 (26,3)	91 (19,4)	1149 (27,1)	0,0002
Ikä 80 vuotta tai yli	2911 (61,7)	334 (70,6)	2577 (60,7)	0,0001
Naimaton	1000 (21,2)	99 (20,9)	901 (21,2)	0,8817
Naimisissa	685 (14,5)	51 (10,8)	634 (14,9)	0,0150
Leski	2269 (48,1)	259 (54,8)	2010 (47,4)	0,0020
Kotihoidon asiakas 4 vuotta tai yli	1288 (27,3)	200 (42,3)	1088(25,6)	0,0001
Diagnoosit ja terveydentila				
Muistisairaus	1368 (29,0)	211 (44,6)	1157 (27,3)	0,0001
Pelkkä muistisairaus*	946 (20,1)	137 (29,0)	809 (19,1)	0,0001
Multippeli skleroosi	39 (0,8)	12 (2,5)	27 (0,6)	0,0001
Pelkkä multippeli skleroosi	35 (0,74)	10 (2,1)	25 (0,6)	0,0002
Parkinsonin tauti	153 (3,2)	29 (6,1)	124 (2,9)	0,0002
Pelkkä Parkinsonin tauti	116 (2,5)	20 (4,2)	96 (2,3)	0,0088
Aivohalvaus	521 (11,5)	78 (16,5)	463 (10,9)	0,0003
Pelkkä aivohalvaus#	420 (8,9)	53 (11,2)	367 (8,7)	0,0637
Sydän ja verisuonitauti	3732 (79,1)	366 (77,4)	3366 (79,3)	0,3313
Pelkkä sydän- ja verisuonitauti#	2269 (48,1)	156 (33,0)	2113 (48,8)	0,0001
Lonkkamurtuma	189 (4,0)	29 (6,1)	160 (3,8)	0,0130
Pelkkä lonkkamurtuma#	138 (2,9)	17 (3,6)	121 (2,9)	0,3626
Syöpä				
Pelkkä syöpä#	269 (5,7)	26 (5,5)	243 (5,7)	0,8396
Diabetes	1125 (23,8)	102 (21,6)	1023 (24,1)	0,2198
Pelkkä diabetes#	851 (18,0)	60 (12,7)	791 (18,6)	0,0040
Diabetes, insuliini on	118 (2,5)	18 (3,8)	100 (2,4)	0,0555
Osteoporoosi	927 (19,7)	131 (27,7)	796 (18,8)	0,0001
Pelkkä osteoporoosi#	656 (13,9)	70 (14,8)	586 (13,8)	0,5531
Alkoholin ongelmakäyttö	318 (6,7)	19 (4,0)	299 (7,0)	
Pelkkä alkoholin ongelmakäyttö#	245 (5,2)	13 (2,8)	232 (5,5)	0,0115
Psykiatrinen sairaus	1073 (22,7)	110 (23,3)	963 (22,7)	0,7793
Pelkkä psykiatrinen sairaus	831 (17,6)	65 (13,7)	766 (18,0)	0,0198
Terveydentila on epävakaa	2460 (52,1)	345 (72,9)	2115 (49,8)	0,0001
Akuuttivaihe parhaillaan	214 (4,5)	29 (6,1)	185 (4,4)	0,0780
Hiljattainen kroonisen sairauden lehdähdys tai akuuttisairaus heikentäneet toimintakykyä	1456 (30,9)	215 (45,5)	1241 (29,2)	0,0001
Koettu terveydentila on huono	1565 (33,2)	196 (41,4)	1369 (32,3)	0,0001

* Muistisairaus, ei aivohalvausta tai psykiatrista sairautta

Pelkkä = muistisairauden osuus poistettu

Taulukko 2. Toimintakyvyn, toiminnanvajauksen riskitekijöiden, oireiden ja oireyhtymien yhteys runsaimpaan henkilöstön ajankäyttöön

	Kaikki	Kotihoidon aika 9 h/vko tai yli	Kotihoidon aika alle 9 h/vko	p<0,05
Vähintään keskivaikkea dementia*	1294(27,3)	260 (55,0)	1034 (24,4)	0,0001
Kognitio huonontunut 3kk aikana	278 (5,9)	70 (14,8)	208 (4,9)	0,0001
Valvonnan/ avun tarve IADL toiminnoissa#	4067 (86,2)	471(99,6)	3596 (84,7)	0,0001
Valvonnan/ avun tarve ADL toiminnoissa ¤	1391 (29,5)	352 (74,4)	1039 (24,5)	0,0001
Asiakas uskoo kuntoutuvansa	825 (17,5)	58 (12,3)	767 (18,1)	0,0016
Hoitaja uskoo asiakkaan kuntoutuvan	1002 (21,2)	76 (16,1)	926 (21,8)	0,0038
ADL huonontunut 3kk aikana	1205 (25,5)	242 (51,2)	963 (22,7)	0,0001
Yksi tai useampi käytösoire	733 (15,5)	130 (27,5)	603 (14,2)	0,0001
Vaeltelu	185 (3,9)	34 (7,2)	151 (3,6)	0,0001
Karkeakielisuus	247 (5,2)	51 (10,8)	196 (4,6)	0,0001
Fyysinen pahoinpity	40 (0,9)	10 (2,1)	30 (0,7)	0,0015
Hämmennystä herättävä käytös	119 (2,5)	22 (4,7)	97 (2,3)	0,0019
Hoidon tai avun vastustelu	483 (10,2)	86 (18,2)	397 (9,4)	0,0010
Käytösoire pahentunut 3kk aikana	311 (6,6)	67 (14,2)	244 (5,6)	0,0001
Harhaluuloisuus	281 (6,0)	41 (8,7)	240 (5,7)	0,0086
Aistiharhaisuus	171 (3,6)	39 (8,3)	132 (3,1)	0,0001
Masennusepäily¤	767 (16,3)	114 (24,1)	653 (15,4)	0,0001
Mieliala huonontunut 3kk aikana	773 (16,4)	122 (25,8)	651 (15,3)	0,0001
Päivittäinen vaikea kipu	361 (7,7)	49 (10,4)	312 (7,4)	0,0195
Paino laskenut 5% /kk tai 10% /6kk	248 (5,3)	45 (9,5)	203 (4,8)	0,0001
Virtsanpidätyskyvyttömyys vähintään kahdesti viikoittain	1389 (29,4)	280 (59,2)	1109 (26,1)	0,0001
Ulosteenpidätyskyvyttömyys vähintään kerran viikoittain	376 (8,0)	117 (24,7)	259 (6,1)	0,0001

*Cognitive Performance Scale on 3 tai enemmän asteikolla 0-6, missä 0=normaali ja 6 erittäin vaikea kognition vajuus.

Arvo vastaa MMSE 15 asteikolla 0-30, missä 30 on normaali ja 0 erittäin vaikea kognition vajuus

Yksi tai useampi seuraavista edellyttää valvontaa tai apua: ateriat, kotitaloustyöt, raha-asiat, lääkitys, puhelin, ostokset, kuluvälineet (IADL-capacity>0)

¤ Yksi tai useampi seuraavista edellyttää valvontaa tai apua: henkilökohtainen hygienia, liikkuminen, WC, syöminen (hierarkkinen ADL>0)

¤ Depression Rating Scale (DRS, asteikko 0-14) on 3 tai enemmän

Taulukko 3. Sosiaalisten suhteiden, eristyneisyyden ja yksinäisyyden yhteys runsaimpaan henkilöstön ajankäyttöön

	Kaikki	Kotihoidon aika yli 9 h/vko, kyllä	Kotihoidon aika yli 9 h/vko, ei	p<0,05
Ei poistunut asunnostaan kuukauteen	1276 (27,1)	247 (52,2)	1029 (24,2)	0,0001
Yksin suurimman osan päivää	2002 (42,4)	147 (31,2)	1855 (43,7)	0,0010
Kokee itsensä yksinäiseksi	1233 (26,3)	162 (34,3)	1071 (25,2)	0,0010
Sosiaaliset suhteet vähentyneet	1298 (27,5)	172 (36,4)	1126 (26,5)	0,0001

Taulukko 4. Kotiympäristön voimavarojen ja puutteiden yhteys runsaimpaan henkilöstön ajankäyttöön

	Kaikki	Kotihoidon aika 9 h/vko tai yli	Kotihoidon aika alle 9 h/vko	p<0,05
Asiakkaalla on hoivaaja	2908 (61,6)	335 (70,8)	2573 (60,6)	0,0001
Hoivaajalla on omaishoitajan virallinen status	502 (10,6)	61 (12,9)	441 (10,4)	0,0934
Hoivaaja ei voi jatkaa	91 (1,9)	13 (2,8)	78 (1,8)	0,1718
Hoivaaja on tyytymätön	47 ((1,0)	10 (2,1)	37 (0,9)	0,0098
Hoivaaja on kuormittunut	390 (8,3)	61 (12,9)	329 (7,8)	0,0001
Hoivaaja ei jatka, on tyytymätön tai kuormittunut	473 (10,0)	75 (15,8)	398 (9,4)	0,0001
Hoivaajan mielestä asiakkaan olisi parempi asua muualla	413 (8,8)	91 (19,2)	322 (7,6)	0,0001
Hoivaaja asuu asiakkaan kanssa	654 (12,9)	58 (12,3)	596 (14,0)	0,288
Kaltoinkohtelun tai laiminlyönnin epäily	344 (7,3)	23 (4,9)	321 (7,6)	0,0322
Hoivaaja on puoliso	471 (10,0)	38 (8,0)	433 (10,0)	0,1360
Hoivaaja on lapsi	1679 (35,6)	206 (43,6)	1473 (34,7)	0,0001
Hoivaaja on muu sukulainen	571 (12,1)	68 (14,4)	503 (11,9)	0,1100
Hoivaaja on muu kuin sukulainen	186 (3,9)	23 (4,9)	163 (3,8)	0,2743
Pesutilat /WC ovat puutteelliset	473 (10,0)	74 (15,6)	399 (9,4)	0,0001
Keittiö on puutteellinen	124 (2,6)	19 (4,0)	105 (2,5)	0,0466
Pääsy huoneisiin on esteellinen	116 (2,5)	26 (5,5)	90 (2,1)	0,0001
Pääsy kotiin/sieltä ulos on esteellinen	795 (16,9)	110 (23,3)	685 (16,1)	0,0001
Tinkinyt välttämättömistä tarpeistaan vähävaraisuuden vuoksi *	179 (3,8)	13 (2,8)	166 (3,9)	0,2096

*Välttämättömät tarpeet: esimerkiksi ruoka, lääkkeet, vaatus

Taulukko 5. Hoitokäytäntöjen ja palvelujen käytön yhteys runsaimpaan henkilöstön ajankäyttöön

	Kaikki	Kotihoidon aika 9 h/vko tai yli	Kotihoidon aika alle 9 h/vko	p<0,05
Päivystyspoliklinikkakäynti 3kk aikana	785 (16,6)	85 (18,0)	700 (16,5)	0,4122
Sairaalahoito 3 kk aikana	949 (20,1)	145 (30,7)	804 (18,9)	0,0001
Suunnittelematon kotikäynti 3kk aikana	965 (20,5)	127 (26,9)	838 (19,7)	0,0003
Ateriapalvelu	1790 (37,9)	237 (50,1)	1553 (36,6)	0,0001
Saattopalvelu	95 (2,0)	18 (3,8)	77 (1,8)	0,0034
Kuljetuspalvelu	567 (12,0)	87 (18,4)	480 (11,3)	0,0001
Siivouspalvelu	906 (19,2)	122 (25,8)	784 (18,5)	0,0001
Vapaaehtoispalvelu	200 (4,2)	18 (13,8)	182 (4,3)	0,6217
Kylvetyspalvelu	202 (4,3)	38 (8,0)	164 (3,9)	0,0001
Turvapalvelu	1562 (33,1)	254 (53,7)	1308 (30,8)	0,0001
Lääkäri (7 vrk aikana)	499 (10,6)	60 (12,7)	439 (10,3)	0,1160
Fysioterapeutti (7 vrk aikana)	396 (8,4)	85 (18,0)	311 (7,3)	0,0001
Toimintaterapeutti (7 vrk aikana)	68 (1,4)	10 (2,1)	58 (1,4)	0,1955
Liikuntaterapia (7 vrk aikana)	174 (3,7)	33 (7,0)	141 (3,3)	0,0001
Avun tarve, happihoito	17(0,4)	5 (1,1)	12 (0,3)	(-)
Avun tarve, virtsakatetri	84 (1,8)	23 (4,9)	61 (1,4)	0,0001
Avun tarve, avanne	36 (0,8)	6 (1,3)	30 (0,7)	(-)
Avun tarve, suonikatetri	13 (0,3)	2 (0,4)	11 (0,3)	(-)
Haavan hoito	519 (11,0)	79 (16,7)	440 (10,4)	0,0001

(-) tilastollinen menetelmä ei ole pätevä liian vähäisten havaintojen vuoksi

Taulukko 6. Runsaimpaan henkilöstön ajan käyttöön liittyneet itsenäiset asiakaskohtaiset selittäjät

	OR	95% luottamusväli	
		Alaraja	Yläraja
Seurannan tai avun tarve päivittäisissä toiminnoissa	5,8	4,53	7,53
Multippeli skleroosi	2,7	1,23	6,10
Ulosteenpidätyskyvyttömyys vähintään kerran viikossa	2,0	1,49	2,62
Virtsanpidätyskyvyttömyys vähintään kahdesti viikossa	1,9	1,54	2,41
Parkinsonin tauti	1,8	1,10	2,85
Nainen	1,8	1,34	2,30
Osteoporooosi	1,5	1,14	1,86
80-vuotias tai vanhempi	1,4	1,11	1,79
Vähintään keskivaikkea kognition vajuus	1,4	1,12	1,79
Epävakaa terveydentila	1,4	1,10	1,76
Yksinäinen	1,4	1,10	1,73
c=823			

Taulukko 7. Runsaimpaan henkilöstön ajan käyttöön liittyneet ympäristökohtaiset tekijät

	OR	95% luottamusväli	
		Alaraja	Yläaraja
Hoivaajan mielestä asiakkaan olisi parempi asua muualla	2,9	2,22	3,87
Turvaranneke	2,5	2,06	3,10
Avun tarve, virtsakatetri	2,5	1,46	4,35
Fysioterapeutin palvelut	2,1	1,55	2,74
Sairaalahoido 3 kk aikana	1,6	1,31	2,04
Ateriapalvelu	1,5	1,31	1,84
Kylvetyspalvelu	1,5	1,03	2,26
Hoivaaja ei jatka, on tyytymätön tai kuormittunut	1,4	1,04	2,26
Haavan hoito	1,4	1,09	1,90
Kuljetuspalvelut	1,4	1,07	1,83
Hoivaaja on lapsi tai puolison lapsi	1,4	1,11	1,67
Siivouspalvelut	1,4	1,09	1,73
c=0,726			

LIITE 9.

Eniten hoivaajan aikaa saaneet säännöllisen kotihoidon asiakkaat

Finne-Soveri Harriet, Andersson Sirpa, Gerasin Aleksandr, Hammar Teija, Heikkilä Rauha, Mäkelä Matti, Noro Anja, Sohlman Britta, Vilkkö Anni

Alkusanat

Työvoiman vähetessä ja apua tarvitsevan iäkkään väestönosan kasvaessa omais- ja läheisapua antavien henkilöiden tarpeiden ymmärtäminen on välttämätöntä. Yksi tapa hahmottaa omais- tai läheishoitajan tilannetta on tarkastella sitä hoidettavien tarpeiden kautta.

Analyysissä selvitettiin niiden asiakkaiden ominaispiirteitä jotka saivat eniten omais- tai läheisapua tunteina viikossa.

Menetelmät

Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen Helsingistä 30.9.2011 kootusta RAI-aineistosta (n=4718) analysoitiin eniten omaishoidon aikaa saaneen kymmenesosan (n=485) ominaispiirteet vertaamalla heitä vähemmän omaisten aikaa saaneisiin käyttäen suoria jakaumia sekä ristiintaulukointia. Khiini neliön testiä käytettiin dikotomisille muuttujille. Logistista regressioanalyysiä käytettiin analysoitaessa jatkuvia muuttujia sekä testattaessa itsenäisesti runsaaseen ajankäyttöön liittyviä tekijöitä. Analyysit tehtiin käyttäen SAS-tilastolaskentaohjelmaa (Copyright (c) 2002-2003 by SAS Institute Inc., Cary, NC, USA).

Hoivaajan ajalla tarkoitetaan tässä analyysissä hoitoon osallistuvien omaisten (puoliso, lapsi tai puolison lapsi, muu sukulainen) ja muiden henkilöiden kuin sukulaisten säännöllisen kotihoidon asiakkaille allokoimaa aikaa seitsemänä arviointipäivää edeltäneenä vuorokautena. Aika on kotihoidon työntekijän arvioima ja RAI-arvioon kirjaama.

Tulokset

Säännöllisen kotihoidon asiakkaat saivat keskimäärin kymmenen tuntia viikossa muun kuin kotihoidon tai tukipalvelujen henkilöstön hoiva-aikaa ja apua. Joka neljännen saama apu ei yltänyt tuntiin viikossa, puolet sai hoivaajan apua keskimäärin kaksi tuntia tai enemmän. Asiakkaista 38% ei saanut ollenkaan hoivaajan aikaa.

Yksi prosentti sai enemmän kuin yhden henkilön ympärivuorokautisen avun.

Eniten hoivaajan aikaa saaneita löytyi tasaisesti kaikista suurpiireistä (vaihteluväli 9-11%). Sen sijaan peruspiirien välillä oli eroja. Peruspiireistä eniten runsaiten aikaansa antavia omaisia ja läheisiä löytyi Länsi-Pakilasta, Pasilasta, Pitäjänmäeltä ja Tuomarinkylästä (14-22%). Vähiten runsaasti aikaa antavia omaisia tai läheisiä löytyi Alppihar-

justa, Herttoniemestä, Reijolasta, Vanhakaupungista ja Vironniemestä (7% tai alle).

Taulukoihin 1-5 on koottu merkittävimmät käytettävissä olleet muuttujat, joilla kokemuksen tai tutkimusten perusteella voidaan olettaa olevan yhteys asiakkaan tarvitsemaan aikaan. Taulukko 6 ja 7 esittävät runsaaseen hoiva-ajan käyttöön itsenäisesti liittyviä tekijöitä.

Taulukosta 1 ilmenee paljon omais- tai läheisaikaa saaneiden merkittävimmät sairaudet. Vaikka sydän- ja verisuonisairaudet ilman muistisairautta ovat yleisimpiä, tähän ryhmään kuuluvilla oli muustakin syystä johtuvaa hoidon tarvetta kuten diabetes (36%), psykiatrinen sairaus (20%), syöpä (14%) ja Parkinsonin tauti (9%). Tärkeimmäksi yksittäiseksi sairausryhmäksi kohosi muistisairaudet ilman aivohalvausta tai psykiatrinen sairaus (36%).

Omais- tai läheishoidettavien arjessa selviytymisen puutteet sekä välinetoimintojen että päivittäisten toimintojen osalta selittyivät parhaiten kognition vajauksella mutta myös muilla syillä kuten epävakaalla terveydentilalla tai molemmilla. Kroonisen sairauden hiljattainen lehdus tai akuuttisairaus oli vaikuttanut toimintakykyyn lähes joka toisella (taulukko 1 ja 2).

Runsaaseen hoivaajan aikaan liittyvistä tekijöistä dementiaan liittyvät käytösoireet olivat merkittävässä osassa. Joka neljännellä oli jokin käytösoire. Näistä yleisin oli päämäärätön vaeltelu ja siihen liittyvä eksyily. Toiseksi yleisin oli vastahakoisuus vastaanottaa hoitoa tai avustamista päivittäisissä toiminnoissa. Kaikkia mitattuja käytösoireita esiintyi useammin runsaasti apua saaneilla verrattuna vähemmän apua saaneisiin (taulukko 2).

Vaikka runsaasti apua saaneet olivat harvemmin yksin tai yksinäisiä kuin vähemmän apua saaneet, he olivat silti eristyneitä kotiinsa ja heidän sosiaaliset suhteensa olivat vähentyneet (taulukko 3).

Runsaasti apua antavista omaisista ja läheisistä vain joka toinen oli virallistanut omaishoitajan statuksensa. Hoivaajat olivat kuormittuneempia, tyytymättömpiä ja heillä oli useammin vaikeuksia jatkaa kuin vähemmän apua saaneiden ryhmässä. Toisin kuin asiakkaiden, omaisten tai läheisten näkemys oli, että asiakkaan olisi parempi asua muualla kuin kotona. Paljon aikaansa allokoiva henkilö oli useimmiten puoliso mutta varsin usein myös lapsi tai puolison lapsi (taulukko 4).

Paljon omais- tai läheisapua saaneet käyttivät sairaalapalveluja, suunnittelemattomia kotikäyntejä sekä fysioterapeutin ja toimintaterapeutin palveluja enemmän kuin vähän omais- tai läheisapua saaneet. Yhtä paljon kuin muut käytettiin päivystyspoliklinikan ja lääkärin palveluja, saattoapua, kuljetus-, sekä kylvetyspalveluja. Vähemmän kuin muut käytettiin ateria-, turva-, siivous- ja vapaaehtoispalveluja. Runsaalla hoitoajalla oli käänteinen yhteys asiakkaan kanssa asumiseen.

Kodin puutteista vain asiakkaan vaikeutunut pääsy huoneisiin liittyi runsaaseen omaisten tai läheisten antamaan aikaan.

Yhteenveto ja pohdinta

Runsaasti omaisten tai läheisten hoitoaika saaneet säännöllisen kotihoidon asiakkaat olivat ”keskivanhoja” muistisairauksia sairastavia terveydentilaltaan epävakaista käytösoireisia ja pidätyskyvyttömiä miehiä, joilla ei ollut halua muuttaa kotoa pois.

Näistä asiakkaista joka kolmannen runsaasti aikaansa allokoiva hoivaaja oli tullut hoitamisen ja avunannon osalta jaksamisensa rajoille. Kuitenkin näistä vain osa oli sitä mieltä, että hoidettavan tulisi asua muualla kuin kotona. Omais- tai läheishoitajan runsaan aikapanoksen todennäköisyys oli yli kaksikymmenkertainen jos hoivaaja asui hoidettavan kanssa ja lähes kuusinkertainen jos omaishoitajastatus oli virallistettu. Samalla todennäköisyys yhdelle tai useammalle kuormittumisesta kertovalle oireelle oli kaksinkertainen. Runkas hoitoaika oli todennäköisintä jos hoivaaja oli muu kuin sukulainen, toiseksi todennäköisintä jos hoivaaja oli puoliso ja kolmanneksi todennäköisintä jos hoivaaja oli lapsi tai puolison lapsi. Runsaasti hoiva-aikaa allokoivat hoivaajat käyttivät ateriapalveluja harvemmin kuin vähemmän aikaa allokoivat hoivaajat.

Taulukko 1. Sosiodemografisien tekijöiden, diagnoosien ja terveydentilan yhteys eniten hoivaajan aikaan saaneisiin

	Kaikki	Hoivaajan aika 21 h/vko	Hoivaajan aika alle 21 h/vko	p<0,05
	n (%)	n (%)	n (%)	
Mies	1240 (26,3)	205 (42,3)	1035 (24,5)	0,0001
Ikä 75-84 vuotta	2911 (61,7)	1736 (36,8)	1519 (35,9)	0,0001
Naimaton	1000 (21,2)	40 (8,3)	960 (22,7)	0,0001
Naimisissa	685 (14,5)	285 (28,8)	400 (9,5)	0,0001
Leski	2269 (48,1)	107 (22,1)	2162 (51,1)	0,0001
Kotihoidon asiakas alle 6kk	631 (13,4)	86 (17,7)	86 (17,7)	0,0029
Diagnoosit ja terveydentila				
Muistisairaus	1368 (29,0)	187 (38,6)	1181 (27,9)	0,0001
Pelkkä muistisairaus*	946 (20,1)	128 (36,4)	818 (19,3)	0,0002
Multippeli skleroosi	39 (0,8)	8 (1,7)	31 (0,8)	(-)
Pelkkä multippeli skleroosi	35 (0,74)	8 (1,7)	27 (0,6)	(-)
Parkinsonin tauti	153 (3,2)	34 (7,0)	119 (2,9)	0,0001
Pelkkä Parkinsonin tauti	116 (2,5)	25 (5,1)	91 (2,2)	0,0001
Aivohalvaus	521 (11,5)	91 (18,8)	450 (10,6)	0,0001
Pelkkä aivohalvaus#	420 (8,9)	67 (13,8)	353 (8,3)	0,0001
Sydän ja verisuonitauti	3732 (79,1)	398 (82,1)	3334 (78,8)	0,0905
Pelkkä sydän- ja verisuonitauti#	2269 (48,1)	186 (38,4)	2083 (49,2)	0,0001
Lonkkamurtuma	189 (4,0)	17 (3,5)	172 (4,1)	0,5527
Pelkkä lonkkamurtuma#	138 (2,9)	10 (2,1)	128 (3,0)	0,2337
Syöpä	328 (7,0)	44 (9,1)	284 (6,7)	0,0526
Pelkkä syöpä#	269 (5,7)	38 (7,8)	231 (5,5)	0,0324
Diabetes	1125 (23,8)	146 (30,1)	979 (23,1)	0,0006
Pelkkä diabetes#	851 (18,0)	96 (19,8)	755 (17,8)	0,2882
Diabetes, insuliini on	118 (2,5)	10 (2,1)	108 (2,6)	0,5132
Osteoporoosi	927 (19,7)	51 (10,5)	605 (14,3)	0,0228
Pelkkä osteoporoosi#	656 (13,9)	81 (16,7)	846 (20,0)	0,0846
Alkoholin ongelmakäyttö	318 (6,7)	26 (5,4)	292 (6,9)	0,2009
Pelkkä alkoholin ongelmakäyttö#	245 (5,2)	13 (2,7)	232 (5,5)	0,0085
Psykiatrinen sairaus	1073 (22,7)	88 (18,1)	985 (23,3)	0,0108
Pelkkä psykiatrinen sairaus	831 (17,6)	63 (13,0)	768 (18,1)	0,0048
Terveydentila on epävaka	2460 (52,1)	295 (60,8)	2165 (51,2)	0,0001
Akuuttivaihe parhaillaan	214 (4,5)	36 (7,4)	178 (4,2)	0,0013
Hiljattainen kroonisen sairauden lehdus tai akuuttisairaus heikentäneet toimintakykyä	1456 (30,9)	196 (40,4)	1260 (29,8)	0,0001
Koettu terveydentila on huono	1565 (33,2)	171 (35,3)	1394 (32,9)	0,3028

* Muistisairaus, ei aivohalvausta tai psykiatrista sairautta

Pelkkä = muistisairaudesta osuus poistettu

(-) tilastollinen menetelmä ei ole pätevä liian vähäisten havaintojen vuoksi

Taulukko 2. Toimintakyvyn, toiminnanvajauksen riskitekijöiden, oireiden ja oireyhtymien yhteys eniten hoivaajan aikaa saaneisiin

	Kaikki	Hoivaajan aika 21 h/vko tai yli	Hoivaajan aika alle 21 h/vko	p<0,05
Kognition vajuus (CPS>0)	3121 (66,2)	388 (80,0)	2733 (64,6)	0,0001
Kognitio huonontunut 3kk aikana	278 (5,9)	50 (10,3)	228 (5,4)	0,0001
Valvonnan/ avun tarve IADL toiminnoissa*	4067 (86,2)	476 (98,1)	3591 (84,8)	0,0001
Valvonnan/ avun tarve ADL toiminnoissa#	1391 (29,5)	312 (63,3)	1079 (25,5)	0,0001
Asiakas uskoo kuntoutuvansa	825 (17,5)	67 (13,8)	758 (17,9)	0,0246
Hoitaja uskoo asiakkaan kuntoutuvan	1002 (21,2)	97 (20,0)	905 (21,4)	0,4816
ADL huonontunut 3kk aikana	1205 (25,5)	167 (34,4)	1038 (24,5)	0,0001
Yksi tai useampi käyttöoire	733 (15,5)	120 (24,7)	613 (14,5)	0,0001
Vaeltelu	185 (3,9)	49 (20,2)	136 (3,2)	0,0001
Karkeakielisyyys	247 (5,2)	37 (7,6)	210 (5,0)	0,0125
Fyysinen pahoinpity	40 (0,9)	14 (2,9)	26 (0,6)	(-)
Hämmennystä herättävä käytös	119 (2,5)	21 (4,3)	98 (3,2)	0,0074
Hoidon tai avun vastustelu	483 (10,2)	70 (14,4)	413 (9,8)	0,0013
Käyttöoire pahentunut 3kk aikana	311 (6,6)	60 (12,4)	251 (5,9)	0,0001
Harhaluuloisuus	281 (6,0)	23 (4,7)	258 (6,1)	0,2332
Aistiharhaisuus	171 (3,6)	23 (4,7)	148 (3,5)	0,1643
Masennusepäily	767 (16,3)	101 (20,8)	666 (15,7)	0,0040
Mieliala huonontunut 3kk aikana	773 (16,4)	99 (20,4)	674 (15,9)	0,0114
Päivittäinen vaikea kipu	361 (7,7)	42 (8,7)	319 (7,5)	0,3778
Paino laskenut 5% /kk tai 10% /6kk	248 (5,3)	27 (5,6)	221 (5,2)	0,7463
Virtsanpidätyskyvyttömyys vähintään kahdesti viikottain	1389 (29,4)	215 (44,3)	1174 (27,7)	0,0001
Ulosteen pidätyskyvyttömyys vähintään kerran viikottain	376 (8,0)	79 (16,3)	297 (7,0)	0,0001

* Yksi tai useampi seuraavista edellyttää valvontaa tai apua: ateriat, kotitaloustyöt, raha-asiat, lääkitys, puhelin, ostokset, kuluvälineet (IADL-capacity>0)

Yksi tai useampi seuraavista edellyttää valvontaa tai apua: henkilökohtainen hygienia, liikkuminen, WC, syöminen (hierarkkinen ADL>0)

¤ Depression Rating Scale (DRS, asteikko 0-14) on 3 tai enemmän

(-) tilastollinen menetelmä ei ole pätevä liian vähäisten havaintojen vuoksi

Taulukko 3. Sosiodemografisien tekijöiden, diagnoosien ja terveydentilan yhteys eniten hoivaajan aikaa saaneisiin

	Kaikki	Hoivaajan aika 21 h/vko	Hoivaajan aika alle 21 h/vko	p<0,05
Ei poistunut asunnostaan kuukauteen	1276 (27,1)	181 (37,3)	1095 (25,9)	0,0001
Yksin suurimman osan päivää	2002 (42,4)	22 (4,5)	1980 (46,8)	0,0001
Kokee itsensä yksinäiseksi	1233 (26,3)	48 (9,9)	1185 (28,0)	0,0001
Sosiaaliset suhteet vähentyneet	1298 (27,5)	166 (34,2)	1132 (26,7)	0,0005

Taulukko 4. Kotiympäristön voimavarojen ja puutteiden yhteys eniten hoivaajan aikaa saaneisiin

	Kaikki	Hoivaajan aika 21 h/vko	Hoivaajan aika alle 21 h/vko	p<0,05
Hoivaajalla on omaishoitajan virallinen status	502 (10,6)	236 (48,7)	266 (6,3)	0,0001
Hoivaaja ei voi jatkaa	91 (1,9)	23 (4,7)	68 (1,6)	0,0001
Hoivaaja on tyytymätön	47 ((1,0)	6 (1,2)	41 (1,0)	(-)
Hoivaaja on kuormittunut	390 (8,3)	163 (33,6)	227 (5,4)	0,0001
Hoivaaja ei jatka, on tyytymätön tai kuormittunut	473 (10,0)	173 (35,7)	300 (7,1)	0,0001
Hoivaajan mielestä asiakkaan olisi parempi asua muualla	413 (8,8)	63 (13)	350 (8,3)	0,0001
Asiakkaan mielestä hänen olisi parempi asua muualla	140 (3,0)	7 (1,5)	133 (3,1)	0,0440
Hoivaaja asuu asiakkaan kanssa	654 (12,9)	515 (81,3)	261 (6,2)	0,0001
Kaltoinkohtelun tai laiminlyönnin epäily	344 (7,3)	29 (6,0)	315 (7,4)	0,2407
Hoivaaja on puoliso	471 (10,0)	298 (61,4)	173 (4,1)	0,0001
Hoivaaja on lapsi	1679 (35,6)	125 (25,8)	1554 (36,7)	0,0001
Hoivaaja on muu sukulainen	571 (12,1)	35 (7,2)	536 (12,7)	0,0005
Hoivaaja on muu kuin sukulainen	186 (3,9)	27 (5,6)	159 (3,8)	0,0522
Pesutilat ovat puutteelliset	473 (10,0)	49 (10,1)	424 (10,0)	0,9521
Keittiö on puutteellinen	124 (2,6)	14 (2,9)	110 (2,6)	0,7073
Pääsy huoneisiin on esteellinen	116 (2,5)	26 (5,4)	90 (2,1)	0,0001
Pääsy kotiin/sieltä ulos on esteellinen	795 (16,9)	94 (19,4)	701 (16,7)	0,1159
Tinkinyt välttämättömistä tarpeistaan vähävaraisuuden vuoksi	179 (3,8)	17 (3,5)	162 (3,8)	0,7252

(-) tilastollinen menetelmä ei ole pätevä liian vähäisten havaintojen vuoksi

Taulukko 5. Runsaimpaan hoivaajan aikaan liittyneet erityistarpeet ja muu palvelujen käyttö

	Kaikki	Hoivaajan aika 21 h/vko	Hoivaajan aika alle 21 h/vko	p<0,05
Päivystyspoliikkikäynti 3kk aikana	785 (16,6)	93 (19,2)	692 (16,4)	0,1133
Sairaalahoido 3 kk aikana	949 (20,1)	119 (24,5)	830 (19,6)	0,0103
Suunnittelematon kotikäynti 3kk aikana	965 (20,5)	118 (24,3)	847 (20,0)	0,0255
Ateriapalvelu	1790 (37,9)	107 (22,1)	1683 (39,8)	0,0001
Saattopalvelu	95 (2,0)	5 (1,0)	90 (2,1)	0,1038
Kuljetuspalvelu	567 (12,0)	60 (12,4)	507 (12,0)	0,8005
Siivouspalvelu	906 (19,2)	10 (10,3)	856 (20,2)	0,0001
Vapaaehtoispalvelu	200 (4,2)	9 (1,9)	191 (4,5)	0,0060
Kylvetyspalvelu	202 (4,3)	26 (5,4)	176 (4,2)	0,2151
Turvapalvelu	1562 (33,1)	100 (20,6)	1462 (34,5)	0,0001
Lääkäri (7 vrk aikana)	499 (10,6)	60 (12,4)	439 (10,4)	0,1749
Fysioterapeutti (7 vrk aikana)	396 (8,4)	74 (15,3)	322 (7,6)	0,0001
Toimintaterapeutti (7 vrk aikana)	68 (1,4)	12 (4,5)	56 (1,3)	0,0439
Liikuntaterapia (7 vrk aikana)	174 (3,7)	27 (5,6)	147 (3,5)	0,0204
Avun tarve, happihoito	17(0,4)	2 (0,4)	15 (0,4)	(-)
Avun tarve, virtsakatetri	84 (1,8)	26 (5,4)	5,8 (1,4)	0,0001
Avun tarve, avanne	36 (0,8)	11 (2,3)	25 (0,6)	0,0001
Avun tarve, suonikatetri	13 (0,3)	1 (0,2)	12 (0,3)	(-)
Haavan hoito	519 (11,0)	70 (14,4)	449 (10,6)	0,0108

(-) tilastollinen menetelmä ei ole pätevä otos liian vähäisten havaintojen vuoksi

Taulukko 6. Eniten hoivaajan aikaa saaneisiin liittyneet itsenäiset asiakaskohtaiset selittäjät

	OR	95% luottamusväli	
		Alaraja	Yläraja
Seurannan tai avun tarve päivittäisissä toiminnoissa	4,0	3,16	5,03
Parkinsonin tauti	2,2	1,43	3,46
Vaeltelu	2,0	1,32	2,89
Miessukupuoli	1,8	1,49	2,27
Aivohalvaus	1,5	1,11	1,91
Ikä 75-84 vuotta	1,4	1,16	1,75
Aivohalvaus	1,5	1,13	1,94
Vähintään keskivaikkea kognition vajuus	1,3	1,01	1,6
Virtsanpidätyskyvyttömyys vähintään kahdesti viikossa	1,4	1,13	1,73
Yksinäisyys	0,3	0,18	0,34
c=0,781			

Taulukko 7. Eniten hoivaajan aikaa saaneisiin liittyneet hoitajakohtaiset tekijät

	OR	95% luottamusväli	
		Alaraja	Yläraja
Hoivaaja asuu asiakkaan kanssa	22,0	15,2	32,1
Virallinen omaishoitajan status	5,4	4	7,26
Hoivaaja on muu kuin sukulainen	3,8	2,29	6,45
Hoivaaja on puoliso	2,6	1,72	3,89
Hoivaaja ei jatka, on tyytymätön tai kuormittunut	1,9	1,42	2,67
Hoivaaja on lapsi tai puolison lapsi	1,8	1,30	2,41
Ateriapalvelut	0,6	0,44	0,8
c=0,936			

LIITE 10.

Säännöllisen kotihoidon asiakasta hoivaavan ahdinko

Finne-Soveri Harriet, Gerasin Aleksandr, Hammar Teija, Heikkilä Rauha, Jokinen Sari, Mäkelä Matti, Noro Anja, Sohlman Britta, Vilkkö Anni

Alkusanat

Hoivattavan fyysiset ja psyykkiset ongelmat voivat heijastua hoivaajaan ja eristää hänet muusta sosiaalisesta vuorovaikutuksesta ympärivuorokautisen hoivatyöhön.

Tässä analyysissä selvitettiin niitä säännöllisen kotihoidon asiakkaaseen ja hänen ympäristöönsä liittyviä tekijöitä, joilla oli yhteys hoivaajan ahdinkoon. Hoivaajalla tarkoitetaan joko puolisoa, lasta, puolison lasta, muuta sukulaista tai muuta apua antavaa henkilöä kuin sukulaista. Ahdingolla tarkoitetaan hoivaajan itse ilmoittaman uupumuksen lisäksi arvioijan havaitsemaa väsymystä, levon tarvetta, ärtymystä tai muita kuormittumisen ilmenemisiä.

Menetelmät

Terveys- ja hyvinvoinnin laitokseen Helsingin kaupungin säännöllisen kotihoidon asiakkaista 30.9.2010 kootusta RAI-aineistosta (n=4817) erotettiin ne henkilöt, joilla oli säännöllisen kotihoidon lisäksi jokin oma apua tai tukea antava taho (n=2908, 61,6 %). Tätä aineistoa käytettiin analysoitaessa sellaisten asiakkaiden ominaispiirteitä, joiden hoivaajilla ilmeni kuormittuneisuuden tai ahdingon piirteitä vertaamalla heitä asiakkaisiin joiden hoivaajilla ei ilmennyt ahdinkoa.

Analyysissä käytettiin ristiintaulukointia ja Khiin neliön testiä dikotomisille muuttujille. Logistista regressioanalyysiä käytettiin analysoitaessa jatkuvia muuttujia sekä testattaessa ahdinkoon itsenäisesti liittyviä tekijöitä. Analyysit tehtiin käyttäen SAS-tilastolaskentaohjelmaa (Copyright (c) 2002-2003 by SAS Institute Inc., Cary, NC, USA).

Tulokset

Ahdinkoa esiintyi kaikkiaan joka kuudennella hoivaajista. Kolme prosenttia ei kyennyt jatkamaan, alle kaksi prosenttia oli tyytymättömiä muilta saamaansa tukeen ja 13 % ilmaisi uupumusta. Taulukoihin 1-5 on koottu testatut tekijät ja niiden yhteys hoivaajan ahdinkoon. Taulukoissa 6 ja 7 on esitetty ahdinkoa itsenäisesti selittävät tekijät.

Yhteenveto ja pohdinta

Tärkeimmät hoivaajan ahdinkoon liittyneet hoivattavaa koskevat tekijät olivat hoivattavan masennus ja sosiaalisten suhteiden vähentyminen siinä määrin, että hoivattava

kärsi siitä. Muista tekijöitä olivat hoivattavan miessukupuoli, vähintään keskivaikea dementia, valvonnan tai avun tarve päivittäisissä toimissa, hiljattainen akuuttisairauden tai kroonisen sairauden lehdhduksen huonontava vaikutus toimintakykyyn sekä päämäärätön vaeltelu.

Tärkeimmät muuhun kuin hoivattavaan liittyvät tekijät olivat hoivaaja oma rooli (puoliso), asuminen hoivattavan kanssa sekä asuntoon liittyvä yksi tai useampi puute. Näiden lisänä hoivaajan ahdinkoa selitti hoivattavan runsas kaikenkaltaisen tarjolla olevan avun käyttö, sekä tarpeiden jonkinasteinen ennakoimattomuus. Ahdinkoa selitti hoivattavan luokittuminen siihen kymmenesosaan, joka sai eniten sekä kotihoidon työntekijöiden että hoivaajan. Virallinen omaishoitajan status ei liittynyt lisäävästi eikä vähentävästi hoivaajan ahdinkoon.

Taulukko 1. Sosiodemografisien tekijöiden, diagnoosien ja terveydentilan yhteys hoivaajan ahdinkoon

	Kaikki	Hoivaaja ilmaisee ahdinkoa	Hoivaaja ei ilmaise ahdinkoa	p<0,05
Mies	736 (25,3)	170 (35,9)	566 (23,2)	0,0001
Nainen	2172 (74,7)	303 (64,1)	1869 (76,8)	0,0001
Ikä 75 vuotta tai yli	2426 (83,4)	366 (77,4)	2060 (84,6)	0,0001
Naimaton	422 (14,5)	61 (12,9)	361 (14,8)	0,2757
Naimisissa	558 (19,2)	187 (39,5)	371 (15,2)	0,0001
Leski	1527 (52,5)	158 (33,4)	1369 (56,2)	0,0001
Kotihoidon asiakas 6 kk tai alle	366 (12,6)	64 (13,5)	302 (12,4)	0,4985
Kotihoidon asiakas 4 vuotta tai yli	760 (26,1)	112 (23,7)	648 (26,,6)	0,1840
Diagnoosit ja terveydentila				
Muistisairaus	1009 (34,7)	214 (45,2)	795 (32,7)	0,0001
Muistisairaus*	705 (24,2)	141 (29,8)	564 (23,2)	0,0020
Multippeli skleroosi	27 (0,9)	4 (0,9)	23 (0,9)	0,8374
Pelkkä multippeli skleroosi	23 (0,8)	4 (0,9)	19 (0,8)	(-)
Parkinsonin tauti	112 (3,9)	26 (5,5)	86 (3,5)	0,0421
Pelkkä Parkinsonin tauti	81 (2,8)	19 (4,0)	62 (2,6)	0,0753
Aivohalvaus	364 (12,5)	77 (16,3)	287 (11,8)	0,0069
Pelkkä aivohalvaus#	265 (9,1)	44 (9,3)	221 (9,1)	0,8756
Sydän ja verisuonitauti	2381 (81,9)	374 (79,1)	2007 (82,4)	0,0832
Pelkkä sydän- ja verisuonitauti#	1339 (46,1)	161 (34,0)	1178 (48,4)	0,0001
Lonkkamurtuma	123 (4,2)	19 (4,2)	104 (4,3)	0,8016
Pelkkä lonkkamurtuma#	86 (3,0)	12 (2,5)	74 (3,0)	0,5554
Syöpä	204 (7,0)	27 (5,7)	177 (7,3)	0,2239
Pelkkä syöpä#	165 (5,7)	21 (4,4)	144 (5,9)	0,2048
Diabetes	689 (23,7)	119 (25,2)	570 (23,4)	0,4128
Pelkkä diabetes#	485 (16,7)	75 (15,7)	410 (16,8)	0,6003
Diabetes, insuliini on	73 (2,5)	16 (3,4)	57 (2,3)	0,1851
Osteoporoosi	609 (20,9)	80 (16,9)	529 (21,7)	0,0186
Pelkkä osteoporoosi#	415 (14,3)	47 (9,9)	368 (15,1)	0,0032
Alkoholin ongelmakäyttö	153 (5,3)	36 (7,6)	117 (4,8)	0,0124
Pelkkä alkoholin ongelmakäyttö#	101 (3,5)	22 (4,7)	79 (3,2)	0,1262
Psykiatrinen sairaus	567 (19,5)	118 (25,0)	449 (18,4)	0,0011
Pelkkä psykiatrinen sairaus	395 (13,6)	79 (16,7)	316 (13,0)	0,0305
Terveydentila on epävaka	1613 (55,5)	321 (67,9)	1292 (53,1)	0,0001
Akuuttivaihe parhaillaan	127 (4,4)	38,(8,0)	89 (3,7)	0,0001
Hiljattainen kroonisen sairauden lehdus tai akuuttisairaus heikentäneet toimintakykyä	935 (32,2)	246 (52,0)	689 (28,3)	0,0001
Koettu terveydentila on huono	971 (33,4)	196 (41,4)	775 (31,8)	0,0001

* Muistisairaus, ei aivohalvausta tai psykiatrista sairautta

Pelkkä = muistisairauden osuus poistettu

Taulukko 2. Toimintakyvyn, toiminnanvajauksen riskitekijöiden, oireiden ja oireyhtymien yhteys hoivaajan ahdinkoon

	Kaikki	Hoivaaja ilmaisee ahdinkoa	Hoivaaja ei ilmaise ahdinkoa	p<0,05
Vähintään keskivaikkea dementia*	929 (32,0)	240 (50,7)	689 (28,3)	0,0001
Kognitio huonontunut 3kk aikana	196 (6,7)	77 (16,3)	119 (4,9)	0,0001
Valvonnan/ avun tarve IADL toiminnoissa#	2664 (91,6)	461 (97,5)	2203 (90,5)	0,0001
Valvonnan/ avun tarve ADL toiminnoissa¤	1003 (34,5)	264 (55,8)	739 (30,4)	0,0001
Asiakas uskoo kuntoutuvansa	434 (14,9)	58 (12,3)	376 (15,4)	0,0758
Hoitaja uskoo asiakkaan kuntoutuvan	598 (20,6)	107 (22,6)	491 (20,2)	0,2263
ADL huonontunut 3kk aikana	864 (29,7)	194 (41,0)	670 (27,5)	0,0001
Yksi tai useampi käyttöoire	486 (16,7)	162 (34,3)	324 (13,3)	0,0001
Vaeltelu	142 (4,9)	56 (11,8)	86 (3,5)	0,0001
Karkeakielenkäyttö	153 (5,3)	64 (13,5)	89 (3,7)	0,0001
Fyysinen pahoinpity	31 (1,1)	16 (3,4)	15 (0,6)	0,0001
Hämmennystä herättävä käytös	78 (2,7)	32 (6,8)	46 (1,9)	0,0001
Hoidon tai avun vastustelu	315 (10,8)	97 (20,5)	218 (9,0)	0,0001
Käyttöoire pahentunut 3kk aikana	224 (7,7)	94 (19,9)	130 (5,3)	0,0001
Harhaluuloisuus	163 (5,6)	43 (9,1)	120 (4,9)	0,0003
Aistiharhaisuus	112 (3,9)	29 (6,1)	83 (3,4)	0,0049
Masennusepäily§	475 (16,3)	145 (30,7)	330 (13,6)	0,0001
Mieliala huonontunut 3kk aikana	498 (17,1)	124 (26,2)	374 (15,4)	0,0001
Päivittäinen vaikea kipu	229 (8,9)	54 (11,4)	175 (7,2)	0,0018
Kaatonut 3kk aikana	743 (25,6)	156 (33,0)	587 (24,1)	0,0001
Paino laskenut 5% /kk tai 10% /6kk	166 (5,7)	33 (7,0)	133 (5,5)	0,1938
Virtsan pidätyskyvyttömyys vähintään kahdesti viikoittain	970 (33,4)	221 (46,7)	749 (30,8)	0,0001
Ulosteen pidätyskyvyttömyys vähintään viikoittain	279 (9,6)	75 (15,9)	204 (8,4)	0,0001
Avun tarve (Method for Assessing Priority Levels, MAPLe) Asteikko 1-5				
Erittäin vähäinen	330 (11,4)	9 (1,9)	321 (13,2)	
Vähäinen	277 (9,5)	17 (3,6)	260 (10,7)	
Kohtuullinen	696 (23,9)	82 (17,3)	614 (25,2)	
Runsas	1081 (37,2)	194 (41,0)	887 (36,4)	
Erittäin runsas	524 (18,0)	171 (36,2)	353 (14,5)	0,0001

*Cognitive Performance Scale on 3 tai enemmän asteikolla 0-6, missä 0=normaali ja 6 erittäin vaikea kognition vajuus. Arvo vastaa MMSE 15 asteikolla 0-30, missä 30 on normaali ja 0 erittäin vaikea kognition vajuus

Yksi tai useampi seuraavista edellyttää valvontaa tai apua: ateriat, kotitaloustyöt, raha-asiat, lääkitys, puhelin, ostokset, kuluvälineet (IADL-capacity>0)

¤ Yksi tai useampi seuraavista edellyttää valvontaa tai apua: henkilökohtainen hygienia, liikkuminen, WC, syöminen (hierarkkinen ADL>0)

§ Depression Rating Scale (DRS, asteikko 0-14) on 3 tai enemmän

Taulukko 3. Sosiaalisten suhteiden, eristyneisyyden ja yksinäisyyden yhteys hoivaajan ahdinkoon

	Kaikki	Hoivaaja ilmaisee ahdinkoa	Hoivaaja ei ilmaise ahdinkoa	p<0,05
Ei poistunut asunnostaan kuukauteen	890 (30,6)	190 (40,2)	700 (28,8)	0,0001
Yksin suurimman osan päivää	1034 (35,6)	104 (22,0)	930 (38,2)	0,0001
Kokee itsensä yksinäiseksi	713 (24,5)	126 (26,6)	587 (24,1)	0,2415
Sosiaaliset suhteet vähentyneet	858 (29,5)	185 (39,1)	673 (27,6)	0,0001
Sosiaaliset suhteet vähentyneet ja kärsii siitä	286 (9,8)	86 (18,2)	200 (8,2)	0,0001

Taulukko 4. Kotiympäristön voimavarojen ja puutteiden yhteys hoivaajan ahdinkoon

	Kaikki	Hoivaaja ilmaisee ahdinkoa	Hoivaaja ei ilmaise ahdinkoa	p<0,05
Omaishoitajan virallinen status	502 (17,3)	119 (25,2)	383(15,7)	0,0001
Hoivaaja asuu asiakkaan kanssa	654 (22,3)	234 (49,5)	420 (17,3)	0,0001
Kaltoinkohtelun tai laiminlyönnin epäily	169 (5,8)	51 (10,8)	118 (4,9)	0,0001
Hoivaaja on puoliso	471 (16,2)	178 (37,6)	293 (12,0)	0,0001
Hoivaaja on lapsi	1679 (57,7)	196 (41,4)	1483 (60,9)	0,0001
Hoivaaja on muu sukulainen	571 (19,6)	76 (16,1)	495 (20,3)	0,0328
Hoivaaja on muu kuin sukulainen	186 (6,4)	23 (4,9)	163 (6,7)	0,1363
Hoivaajan mielestä hoivattavan olisi parempi asua muualla kuin kotona	278 (9,56)	106 (22,4)	172 (7,0)	0,0001
Pesutilat /WC ovat puutteelliset	310 (10,7)	73 (15,4)	237 (9,7)	0,0002
Keittiö on puutteellinen	70 (4,2,4)	21 (4,4)	49 (2,0)	0,0016
Pääsy huoneisiin on esteellinen	80 (2,8)	23 (4,9)	57 (2,3)	0,0022
Pääsy kotiin/sieltä ulos on esteellinen	537 (18,5)	118 (25,0)	419 (17,2)	0,0001
Yksi tai useampi asumisen ongelma	995 (34,2)	211 (44,6)	784 (32,2)	0,0001
Tinkinyt välttämättömistä tarpeistaan vähävaraisuuden vuoksi	89 (3,1)	23 (4,9)	66 (2,7)	0,0129

Taulukko 5. Hoitokäytäntöjen ja palvelujen käytön yhteys hoivaajan ahdinkoon

	Kaikki	Hoivaaja ilmaisee ahdinkoa	Hoivaaja ei ilmaise ahdinkoa	p<0,05
Päivystyspoliklinikakäynti 3kk aikana	471 (16,2)	103 (21,8)	368 (15,1)	0,0003
Sairaalahoito 3 kk aikana	611 (21,0)	122 (25,8)	489 (20,1)	0,0053
Suunnittelematon kotikäynti 3kk aikana	603 (20,7)	130 (27,5)	473 (19,4)	0,0001
Avun tarve lisääntynyt 3kk aikana	653 (22,5)	140 (29,6)	513 (21,1)	0,0001
Ateriapalvelu	1136 (39,1)	169 (35,7)	967 (39,7)	0,1042
Saattopalvelu	42 (1,4)	4 (0,9)	38 (1,6)	0,2331
Kuljetuspalvelu	353 (12,1)	68 (14,4)	285 (11,7)	0,1035
Siivouspalvelu	515 (17,7)	73 (15,4)	442 (18,2)	0,1564
Vapaaehtoispalvelu	94 (3,2)	14 (3,0)	80 (3,3)	0,7141
Kylvetyspalvelu	123 (4,2)	30 (6,3)	93 (3,8)	0,0126
Turvapalvelu	1067 (36,7)	162 (34,3)	905 (37,2)	0,2284
Lääkäri (7 vrk aikana)	322 (11,1)	69 (14,6)	253 (10,4)	0,0078
Fysioterapeutti (7 vrk aikana)	269 (9,3)	57 (12,1)	212 (8,7)	0,0216
Toimintaterapeutti (7 vrk aikana)	45 (1,6)	10 (2,1)	35 (1,4)	0,2752
Liikuntaterapia (7 vrk aikana)	118 (4,1)	21 (4,4)	97 (4,0)	0,6454
Runsas kotihoidon aika (>9 h/vko)	335 (11,5)	75 (15,9)	260 (10,7)	0,0012
Runsas hoivaajan aika (>21h/vko)	485 (16,7)	173 (36,6)	312 (12,8)	0,0001
Turvaranneke	1081 (37,2)	163 (34,5)	918 (37,7)	0,1822
Lyhytaikaishoito	86 (3,0)	41 (8,7)	45 (1,9)	0,0001
Lyhytaikaishoito omaisen levon vuoksi	47 (1,6)	25 (5,3)	22 (0,9)	0,0001
Päiväsairaala	23 (0,8)	6 (1,3)	17 (0,7)	(-)
Päivätoiminta	372 (12,8)	62 (13,1)	310 (12,7)	0,8224
Haavan hoito	315 (10,8)	79 (16,9)	236 (9,7)	0,0001

(-) tilastollinen menetelmä ei ole pätevä liian vähäisten havaintojen vuoksi

Taulukko 6. Hoivaajan ahdinkoon liittyneet kotihoidon asiakkaan itsenäiset asiakaskohtaiset selittäjät

	OR	95% luottamusväli	
		Alaraja	Yläraja
Masennusepäily	2,0	1,54	2,58
Miessukupuoli	1,9	1,53	2,40
Hiljattainen kroonisen sairauden lehdähdys tai akuuttisairaus heikentäneet toimintakykyä	1,9	1,52	2,35
Päämäärätön vaeltelu	1,8	1,19	2,59
Sosiaaliset suhteet vähentyneet ja asiakas kärsii siitä	1,7	1,24	2,28
Valvonnan/ avun tarve ADL toiminnoissa#	1,7	1,31	2,13
Virtsanpidätyskyvytön vähintään kahdesti viikossa	1,6	1,28	1,20
Vähintään keskivaikkea dementia	1,4	1,12	1,82
c=0,738			

Taulukko 7. Hoivaajan ahdinkoon liittyneet kotihoidon asiakkaan ympäristökohtaiset selittäjät

	OR	95% luottamusväli	
		Alaraja	Yläraja
Hoivaajan mielestä hoivattavan olisi parempi asua muualla kuin kotona	3,5	2,60	4,57
Hoivaaja asuu asiakkaan kanssa	2,7	1,87	4,00
Hoivaaja on puoliso	1,7	1,16	2,45
Yksi tai useampi kotiympäristön puute	1,6	1,28	1,99
Runsas kotihoidon aika	1,5	1,12	2,07
Runsas hoivaajan aika	1,5	1,13	2,06
Suunnittelematon kotikäynti 3kk aikana	1,4	1,09	1,79
c=0,742			

LIITE 11.

Säännöllisen kotihoidon asiakkaan mielestä hänen olisi parempi asua muualla kuin kotona

Finne-Soveri Harriet, Gerasin Aleksandr, Hammar Teija, Heikkilä Rauha, Jokinen Sari, Mäkelä Matti, Noro Anja, Saarikalle Kristiina, Vilkkö Anni

Alkusanat

Laki suojaa asiakkaan näkemystä kotona asumisen jatkamisesta niin pitkään kuin se on mahdollista. Kotona asumisen päättyminen on yksilöllistä.

Kotona asumisen jatkamisen mielekkyyttä voidaan kritisoida silloin, kun henkilön avun tarve on suuri ja häntä uhkaa eristyminen ja yksinäisyys tai riittämättömän lääketieteellisen avun tai hoivan saanti. Ympäri vuorokautista hoivaa tarjoaviin asu-
mispalveluihin pääsy on käytännössä kuntien päätäntävällässä. Sairauksiensa ja toiminnanvajauksiensa vuoksi pois kotoa muuttavilla on harvoin itsellään varaa kattaa ympärivuorokautisen hoivan kustannukset.

Tässä analyysissä selvitettiin mitkä tekijät liittyivät säännöllisen kotihoidon asiakkaiden haluun asua muualla kuin kotona.

Menetelmät

Terveysten ja hyvinvoinnin laitokseen Helsingin kaupungin säännöllisen kotihoidon asiakkaista 30.9.2010 kootusta RAI-aineistosta (n=4718) analysoitiin niiden asiakkaiden ominaispiirteet (n=140, 3.0%), jotka arvelivat olevan parasta asua muualla kuin kotona tilanteessa, jossa omaishoitaja ei ottanut kantaa tai oli eri mieltä asiakkaan kanssa tai apua antavaa läheistä ei ollut (kysymys O2b=1).

”Parasta muualla”-asiakkaisiin liittyviä tekijöitä verrattiin muihin säännöllistä kotihoitoa samana ajanjaksona saaneisiin käyttämällä ristiintaulukointia ja Khiin nelion testiä dikotomisille muuttujille. Logistista regressioanalyysiä käytettiin analysoitaessa jatkuvia muuttujia sekä testattaessa ”parasta muualla” asiakkaisiin itsenäisesti liittyviä tekijöitä. Analyysit tehtiin käyttäen SAS-tilastolaskentaohjelmaa (Copyright (c) 2002-2003 by SAS Institute Inc., Cary, NC, USA).

Tulokset

Taulukoihin 1-5 on koottu merkittävimmät käytettävissä olleet tekijät, joilla kokemuksen tai tutkimusten perusteella voitiin olettaa olevan yhteys asiakkaan näkemykseen siitä, että hänen olisi parasta asua muualla kuin kotona. Ristiintaulukoinnin tulokset on esitetty p-arvoina.

Taulukossa 6 on esitetty ”parasta muualla” näkemystä itsenäisesti selittävät tekijät. Regressioanalyysien tulokset on eritetty riskisuhteina (odds ratio, OR) 95% luottamusvälillä. Vain asiakkaaseen itseensä liittyvät tekijät olivat merkitseviä, ympäristön rakenteisiin ja hoitoon liittyvät eivät.

Yhteenveto ja pohdinta

Muualle asumaan toivoneet asiakkaat olivat minkä tahansa ikäisiä tai -kuntoisia miehiä tai naisia. Asiakkaan arvioimaa muualla asumisen paremmuutta selittivät parhaiten huonoksi koettu terveydentila, yksinäisyys ja masennus. Terveydentilan ja yksinäisyyden kokemukset olivat subjektiivisia eivätkä korreloineet terveydentilan objektiivisesti mitattuun epävakauteen ja heikkouteen tai yksinoloon ja eristymiseen. Heillä oli muita useammin turvapalvelut.

Toimintakyvyllä, sen muutoksilla tai palvelujen käytöllä ei kotihoidon runsasta aikaa lukuun ottamatta ollut merkitystä. Runsa kotihoidon - mutta ei omaishoidon aika - vaikutti suojelevasti näkemykseen siitä että muualla kuin kotona olisi parempi asua.

Taulukko 1. Sosiodemografisten tekijöiden, diagnoosien ja terveydentilan yhteys asiakkaan haluun muuttaa pois kotoa

	Kaikki	Asiakkaan mielestä hänen olisi parempi asua muualla	Asiakkaan mielestä hänen ei olisi parempi asua muualla	p<0,05
Nainen	3478 (73,7)	114 (81,4)	3364 (73,5)	0,0354
Ikä 75 vuotta tai yli	3607 (75,5)	115 (82,1)	3492 (76,3)	0,1072
Naimaton	1000 (21,2)	26(18,9)	974 (21,3)	0,4401
Naimisissa	685 (14,5)	14 (10)	671 (14,7)	0,1234
Leski	2269 (48,1)	71 (50,7)	2198 (48,0)	0,5285
Kotihoidon asiakas 6 kk tai alle	631 (13,4)	20 (14,3)	611 (13,4)	0,7477
Kotihoidon asiakas 4 vuotta tai yli	1288 (27,3)	39 (27,9)	1249 (27,3)	0,8805
Diagnoosit ja terveydentila				
Muistisairaus	1368 (29,0)	36 (25,7)	1332 (29,1)	0,3851
Muistisairaus*	946 (20,1)	22 (15,7)	924 (20,2)	0,1988
Muuttelu skleroosi	39 (0,8)	2 (1,4)	37 (0,8)	(-)
Pelkkä muuttelu skleroosi	35 (0,74)	2 (1,4)	33 (0,7)	0,3364
Parkinsonin tauti	153 (3,2)	3 (2,1)	150 (3,3)	0,4557
Pelkkä Parkinsonin tauti	116 (2,5)	3 (2,1)	113 (2,5)	0,8065
Aivohalvaus	521 (11,5)	15 (10,7)	526 (11,5)	0,7767
Pelkkä aivohalvaus#	420 (8,9)	11 (7,9)	409 (8,9)	0,6594
Sydän ja verisuonitauti	3732 (79,1)	117 (83,6)	3615 (79,0)	0,1866
Pelkkä sydän- ja verisuonitauti#	2269 (48,1)	77 (55,0)	2192 (47,9)	0,0968
Lonkkamurtuma	189 (4,0)	6 (4,3)	183 (4,0)	0,8639
Pelkkä lonkkamurtuma#	138 (2,9)	5 (3,6)	133 (2,9)	(-)
Syöpä	328 (7,0)	10 (7,1)	318 (7,0)	0,9282
Pelkkä syöpä#	269 (5,7)	9 (6,4)	260 (5,7)	0,7065
Diabetes	1125 (23,8)	43 (30,7)	1082 (23,6)	0,0528
Pelkkä diabetes#	851 (18,0)	37 (26,4)	814 (17,8)	0,0088
Diabetes, insuliini on	118 (2,5)	4 (2,9)	114 (2,5)	(-)
Osteoporoosi	927 (19,7)	34 (24,3)	893 (19,5)	0,1609
Pelkkä osteoporoosi#	656 (13,9)	27 (19,3)	629 (13,7)	0,0617
Alkoholin ongelmakäyttö	318 (6,7)	7 (5,0)	238 (5,2)	0,9168
Pelkkä alkoholin ongelmakäyttö#	245 (5,2)	7 (5,0)	311 (6,8)	0,4045
Psykiatrinen sairaus	1073 (22,7)	39 (27,9)	1034 (22,6)	0,1428
Pelkkä psykiatrinen sairaus	831 (17,6)	29 (20,7)	802 (17,5)	0,3282
Terveydentila on epävakaa	2460 (52,1)	85 (60,7)	2375 (51,9)	0,0393
Akuuttivaihe parhaillaan	214 (4,5)	5 (3,6)	209 (4,6)	0,5777
Hiljattainen kroonisen sairauden lehdähdys tai akuuttisairaus heikentäneet toimintakykyä	1456 (30,9)	52 (37,1)	1404 (30,7)	0,1023
Koettu terveydentila on huono	1565 (33,2)	92 (65,7)	1473 (32,2)	0,0001

* Muistisairaus, ei aivohalvausta tai psykiatrista sairautta

Ei muistisairautta, muita oheissairauksia voi olla

(-) tilastollinen menetelmä ei ole pätevä liian vähäisten havaintojen vuoksi

Taulukko 2. Säännöllisen kotihoidon asiakkaan haluun muuttaa pois kotoa liittyneet toiminnanvajausten riskitekijät, toiminnanvaja, oireet ja oireyhtymät

	Kaikki	Asiakkaan mielestä hänen olisi parempi asua muualla	Asiakkaan mielestä hänen ei olisi parempi asua muualla	p<0,05
Vähintään keskivaikea dementia*	1294(27,3)	33 (23,6)	1261 (27,5)	0,2993
Kognitio huonontunut 3kk aikana	278 (5,9)	9 (6,4)	269 (5,9)	0,7844
Valvonnan/ avun tarve IADL toiminnoissa#	4067 (86,2)	1,27 (90,7)	3940 (86,1)	0,1160
Valvonnan/ avun tarve ADL toiminnoissaα	1391 (29,5)	28 (20,0)	1363 (29,8)	0,0125
Asiakas uskoo kuntoutuvansa	825 (17,5)	19 (13,6)	106 (17,6)	0,2157
Hoitaja uskoo asiakkaan kuntoutuvan	1002 (21,2)	41 (29,3)	961 (21,0)	0,0181
ADL huonontunut 3kk aikana	1205 (25,5)	46 (32,9)	25,3)	0,0439
Yksi tai useampi käyttöoire	733 (15,5)	22 (15,7)	711 (15,5)	0,9529
Vaeltelu	185 (3,9)	3 (2,1)	182 (4,0)	(-)
Karkeakielisuus	247 (5,2)	7 (5,0)	240 (5,2)	0,8990
Fyysinen pahoimpitely	40 (0,9)	0	40 (0,9)	(-)
Hämmennystä herättävä käytös	119 (2,5)	2 (1,4)	117 (2,6)	(-)
Hoidon tai avun vastustelu	483 (10,2)	13 (9,2)	470(10,3)	0,7061
Käyttöoire pahentunut 3kk aikana	311 (6,6)	13 (9,3)	298 (6,5)	0,1922
Harhaluuloisuus	281 (6,0)	11 (7,9)	270 (5,9)	0,3346
Aistiharhaisuus	171 (3,6)	4 (2,9)	167 (3,7)	0,6219
Masennusepäily§	767 (16,3)	55 (39,3)	712 (15,6)	0,0001
Mieliala huonontunut 3kk aikana	773 (16,4)	39 (27,9)	734 (16,0)	0,0002
Päivittäinen vaikea kipu	361 (7,7)	19 (13,6)	342 (7,5)	0,0075
Kaatunut 3kk aikana	1112 (23,6)	42 (30,0)	1070 (23,4)	0,0688
Paino laskenut 5% /kk tai 10% /6kk	248 (5,3)	8 (5,7)	240 (5,2)	0,8054
Virtsanpidätyskyvyttömyys vähintään kahdesti viikossa	1389 (29,4)	36 (25,7)	1353 (29,6)	0,3261
Ulosteenpidätyskyvyttömyys vähintään kerran viikossa	376 (8,0)	8 (5,7)	368 (8,0)	9,3174

*Cognitive Performance Scale on 3 tai enemmän asteikolla 0-6, missä 0=normaali ja 6 erittäin vaikea kognition vajuus. Arvo vastaa MMSE 15 asteikolla 0-30, missä 30 on normaali ja 0 erittäin vaikea kognition vajuus

Yksi tai useampi seuraavista edellyttää valvontaa tai apua: ateriat, kotitaloustyöt, raha-asiat, lääkitys, puhelin, ostokset, kuluvälineet (IADL-capacity>0)

α Yksi tai useampi seuraavista edellyttää valvontaa tai apua: henkilökohtainen hygienia, liikkuminen, WC, syöminen (hierarkkinen ADL>0)

§ Depression Rating Scale (DRS, asteikko 0-14) on 3 tai enemmän

(-) tilastollinen menetelmä ei ole pätevä liian vähäisten havaintojen vuoksi

Taulukko 3. Säännöllisen kotihoidon asiakkaan haluun muuttaa pois kotoa liittyneet sosiaaliset suhteet, eristyneisyys ja yksinäisyys

	Kaikki	Asiakkaan mielestä hänen olisi parempi asua muualla	Asiakkaan mielestä hänen ei olisi parempi asua muualla	p<0,05
Ei poistunut asunnostaan kuukauteen	1276 (27,1)	42 (30,0)	1234 (27,0)	0,4243
Yksin suurimman osan päivää	2002 (42,4)	66 (47,1)	1936 (42,3)	0,2524
Kokee itsensä yksinäiseksi	1233 (26,3)	79 (56,4)	1154 (25,2)	0,0001
Sosiaaliset suhteet vähentyneet	1298 (27,5)	61 (43,6)	1237 (27,0)	0,0001

Taulukko 4. Säännöllisen kotihoidon asiakkaan haluun muuttaa pois kotoa liittyneet kodin voimavarat ja puutteet

	Kaikki	Asiakkaan mielestä hänen olisi parempi asua muualla	Asiakkaan mielestä hänen ei olisi parempi asua muualla	p<0,05
Asiakkaalla on hoitoon osallistuva hoivaaja	2908 (61,6)	81 (57,9)	2827 (61,8)	0,3506
Omaishoitajan virallinen status	502 (10,6)	12 (8,6)	490 (10,7)	0,4203
Hoivaaja ei voi jatkaa	91 (1,9)	3 (2,1)	88 (1,9)	(-)
Hoivaaja on tyytymätön	47 (1,0)	1 (0,7)	46 (1,0)	(-)
Hoivaaja on kuormittunut	390 (8,3)	14 (10)	376 (8,2)	0,4495
Hoivaaja ei jatka, on tyytymätön tai kuormittunut	473 (10,0)	17 (12,1)	456 (10,0)	0,3971
Hoivaaja asuu asiakkaan kanssa	2406 (51,0)	71 (50,7)	2335 (51)	0,941
Kaltoinkohtelun tai laiminlyönnin epäily	344 (7,3)	6 (4,5)	338 (7,4)	0,165
Hoivaaja on puoliso	471 (10,0)	7 (5,0)	464 (10,1)	0,0459
Hoivaaja on lapsi	1679 (35,6)	51 (36,4)	1628 (35,6)	0,8328
Hoivaaja on muu sukulainen	571 (12,1)	19 (13,6)	552 (12,1)	0,5885
Hoivaaja on muu kuin sukulainen	186 (3,9)	4 (2,9)	182 (4,0)	0,503
Pesutilat /WC ovat puutteelliset	473 (10,0)	17 (12,1)	456 (10,0)	0,3971
Keittiö on puutteellinen	124 (2,6)	4 (2,9)	120 (2,6)	(-)
Pääsy huoneisiin on esteellinen	116 (2,5)	2 (1,4)	114 (2,5)	0,4243
Pääsy kotiin/sieltä ulos on esteellinen	795 (16,9)	35 (25,0)	760 (16,6)	0,0089
Yksi tai useampi asumisen ongelma	1540 (32,6)	55 (39,3)	1485 (32,4)	0,0887
Tinkinyt välttämättömistä tarpeistaan vähävaraisuuden vuoksi	179 (3,8)	9 (6,3)	170 (3,7)	0,0976

Taulukko 5. Säännöllisen kotihoidon asiakkaan haluun muuttaa pois kotoa liittyneet erityistarpeet ja muu palvelujen käyttö

	Kaikki	Asiakkaan mielestä hänen olisi parempi asua muualla	Asiakkaan mielestä hänen ei olisi parempi asua muualla	p<0,05
Päivystyspoliikklinikakäynti 3kk aikana	785 (16,6)	27 (19,3)	758 (16,6)	0,3932
Sairaalahoido 3 kk aikana	949 (20,1)	31 (22,1)	918 (20,1)	0,5433
Suunnittelematon kotikäynti 3kk aikana	965 (20,5)	26 (18,6)	939 (20,5)	0,5751
Avun tarve lisääntynyt 3kk aikana	908 (19,2)	39 (27,9)	869 (19,0)	0,0087
Ateriapalvelu	1790 (37,9)	67 (47,9)	1723 (37,6)	0,0141
Saattopalvelu	95 (2,0)	5 (3,6)	90 (2,0)	0,1828
Kuljetuspalvelu	567 (12,0)	17 (12,1)	550 (12,0)	0,9632
Siivouspalvelu	906 (19,2)	33 (23,6)	873 (19,1)	0,1828
Vapaaehtoispalvelu	200 (4,2)	12 (8,6)	188 (4,1)	0,0098
Kylvetyspalvelu	202 (4,3)	3 (2,1)	199 (4,4)	0,2045
Turvapalvelu	1562 (33,1)	64 (45,7)	1498 (32,7)	0,0013
Lääkäri (7 vrk aikana)	499 (10,6)	18 (12,9)	481 (10,5)	0,3731
Fysioterapeutti (7 vrk aikana)	396 (8,4)	12 (8,6)	384 (8,4)	0,9385)
Toimintaterapeutti (7 vrk aikana)	68 (1,4)	2 (1,4)	66 (1,4)	(-)
Liikuntaterapia (7 vrk aikana)	174 (3,7)	6 (4,3)	168 (3,7)	0,7032
Runsas kotihoidon aika (>9 h/vko)	473 (10,0)	7 (5,0)	466 (10,2)	0,0444
Runsas omaishoidon aika (>21h/vko)	485 (10,3)	7 (5,0)	478 (10,4)	0,0368
Turvaranneke	1553 (32,9)	60 (42,9)	1493 (32,6)	0,0111
Lyhytaikaishoito omaisen levon vuoksi	51 (1,1)	1 (0,7)	50 (1,0)	(-)

(-) tilastollinen menetelmä ei ole pätevä liian vähäisten havaintojen vuoksi

Taulukko 6. Säännöllisen kotihoidon asiakkaan haluun muuttaa pois kotoa liittyneet asiakaskohtaiset tekijät

	OR	95% luottamusväli	
		Alaraja	Yläraja
Huonoksi koettu terveydentila	2,6	1,78	3,85
Yksinäisyys	2,5	1,74	3,65
Masennusepäily	1,8	1,25	2,72
Turvapalvelut	1,6	1,14	2,3
Runsas kotihoidon työaika	0,3	0,15	0,69

LIITE 12.

Sekä säännöllistä kotihoitoa saavan henkilön että hänen hoivaajansa mielestä hoivattavan olisi parempi asua muualla kuin kotona

Finne-Soveri Harriet, Gerasin Aleksandr, Hammar Teija, Heikkilä Rauha, Jokinen Sari, Mäkelä Matti, Noro Anja, Vilkkö Anni

Alkusanat

Työvoiman vähetessä ja apua tarvitsevan iäkkäimmän väestöosan kasvaessa omais- ja läheisavun mahdollisuuksien ymmärtäminen on välttämätöntä.

Kotona asumisen jatkamisen mielekkyys voidaan kyseenalaistaa silloin, kun henkilön avun tarve on suuri ja häntä uhkaa eristyminen ja yksinäisyys tai riittämättömän lääketieteellisen avun tai hoivan saanti. Kotona asumisen jatkaminen on erityisen kyseenalaista silloin, kun sekä hoivattava että hoivaaja ovat sitä mieltä, että kotona asumisen jatkaminen ei enää syystä tai toisesta ole mielekäästä.

Tässä analyysissä selvitettiin mitkä tekijät liittyivät säännöllisen kotihoidon asiakkaiden ja heidän hoivaajiensa käsitykseen siitä, että hoidettavan olisi parempi asua muualla kuin kotona.

Menetelmät

Terveyden ja hyvinvoinnin laitokseen Helsingin kaupungin säännöllisen kotihoidon asiakkaista 30.9.2010 kootusta RAI-aineistosta (n=4718) analysoitiin niiden asiakkaiden ominaispiirteet (n=252, 5,3%), joista sekä hoivattava henkilö itse että hänen hoivaajansa arvelivat, että hoivattavan olisi parasta asua muualla kuin kotona (muuttuja O2b=3).

”Parasta muualla”-asiakkaisiin liittyviä tekijöitä verrattiin muihin säännöllistä kotihoitoa samana ajanjaksona saaneisiin käyttämällä ristiintaulukointia ja Khiin neliön testiä dikotomisille muuttujille. Logistista regressioanalyysiä käytettiin analysoitaessa jatkuvia muuttujia sekä testattaessa ”parasta muualla” asiakkaisiin itsenäisesti liittyviä tekijöitä. Analyysit tehtiin käyttäen SAS-tilastolaskentaohjelmaa (Copyright (c) 2002-2003 by SAS Institute Inc., Cary, NC, USA).

Tulokset

Muualle asumaan toivotut asiakkaat olivat kumpaa sukupuolta ja minkä ikäisiä tahansa olevia henkilöitä, joilla oli takanaan pitkäaikoinen kotihoidon asiakkuus. Joka toisella oli muistisairaus, lähes joka neljännellä psykiatrinen sairaus ilman muistisairautta ja joka kuudennella alkoholin ongelmakäyttö.

Taulukoihin 1-5 on koottu merkittävimmät käytettävissä olleet tekijät, joilla kokemuksen tai tutkimusten perusteella voitiin olettaa olleen yhteys haluun muuttaa kotoa pois kotoa.

Taulukoissa 6 ja 7 on esitetty ”muualla paras” näkemystä itsenäisesti selittävät tekijät

Yhteenveto ja pohdinta

Heikkenemässä oleva kognitio ja vähenemässä oleva omatoimisuus sekä avun tai valvonnan tarve päivittäin henkilökohtaisissa toimissa liittyivät vahvimmin molempien yhteiseen näkemykseen siitä, että hoidettavan olisi parempi asua muualla kuin kotonaan. Seuraavaksi vahvimpia selittäjiä olivat hoivattavan huonoksi kokemana terveydentila yksinäisyys ja alkoholin kohtuutta runsaampi käyttö. Merkittäviä olivat myös teveydentilan epävakaus, hoivattavan masennus ja kaatuilu.

Taloudellisella tilanteen ja suuren palvelujen käytön välisellä suhteella oli merkitystä. Asiakkaan henkilökohtaisista ominaisuuksista riippumattomista tekijöistä tärkeimpiä olivat erittäin runsas kotihoidon tarve, hiljattainen tai hiljattaiset sairaalahoitajaksot, lyhytaikaishoidot omaisen levon vuoksi sekä käytettävissä olevien varojen riittämättömyys arjen välttämättömiin tarpeisiin. Oma lisämerkityksensä oli kodin puutteilla, erityisesti hankalaksi koettu pääsy huoneisiin ja pesutilojen puutteet. Jos hoitava omainen oli puoliso, se vähensi molempien tarvetta muuttaa pois kotoa.

Hoivattavan kalenteri-ikä ja omaishoitajan status olivat sairauksien, oireiden ja toimintakyvyn rinnalla merkityksettömiä.

Taulukko 1. Sosiodemografisien tekijöiden, diagnoosien ja terveydentilan yhteys kotoa poismuuttamishalukkuuteen

	Kaikki	Molempien mielestä hoivattavan olisi parempi asua muualla	Molempien mielestä hoivattavan ei olisi parempi asua muualla	p<0,05
Nainen	3478 (73,7)	176 (70,,0)	3302 (73,9)	0,1507
Ikä 75 vuotta tai yli	3607 (75,5)	183 (72,6)	3424 (76,7)	0,1405
Naimaton	1000 (21,2)	54 (21,4)	946 (21,2)	0,9258
Naimisissa	685 (14,5)	22 (8,7)	663 (14,9)	0,0073
Leski	2269 (48,1)	111(44,1)	2158 (48,3)	0,1865
Kotihoidon asiakas 6 kk tai alle	631 (13,4)	28 (11,1)	603 (13,5)	0,2780
Kotihoidon asiakas 4 vuotta tai yli	1288 (27,3)	85 (33,7)	1203 (26,9)	0,0185
Diagnoosit ja terveydentila				
Muistisairaus	1368 (29,0)	99 (39,3)	1269 (28,4)	0,0002
Pelkkä muistisairaus*	946 (20,1)	63 (25,0)	883 (19,8)	0,0437
Multippeli skleroosi	39 (0,8)	1 (0,4)	38 (0,85)	(-)
Pelkkä multippeli skleroosi	35 (0,74)	1 (0,4)	34 (0,8)	(-)
Parkinsonin tauti	153 (3,2)	11 (4,4)	142 (3,2)	0,3013
Pelkkä Parkinsonin tauti	116 (2,5)	7 (2,8)	109 (2,4)	0,7367
Aivohalvaus	521 (11,5)	32 (12,7)	509 (11,4)	0,5282
Pelkkä aivohalvaus#	420 (8,9)	20 (7,9)	400 (9,0)	0,5801
Sydän ja verisuonitauti	3732 (79,1)	208 (82,5)	3524 (78,9)	0,1676
Pelkkä sydän- ja verisuonitauti#	2269 (48,1)	108 (42,9)	2161 (48,4)	0,0873
Lonkkamurtuma	189 (4,0)	5 (2,0)	184 (4,1)	0,0925
Pelkkä lonkkamurtuma#	138 (2,9)	4 (1,6)	134 (3,0)	0,1952
Syöpä	328 (7,0)	16 (6,4)	312 (7,0)	0,6989
Pelkkä syöpä#	269 (5,7)	13 (5,2)	256 (5,7)	0,7025
Diabetes	1125 (23,8)	68 (27,0)	1057 (23,7)	0,2294
Pelkkä diabetes#	851 (18,0)	43 (17,1)	808 (18,1)	0,6794
Diabetes, insuliini on	118 (2,5)	8 (3,2)	110 (2,5)	0,4816
Osteoporoosi	927 (19,7)	57 (22,6)	870 (19,48)	0,2225
Pelkkä osteoporoosi#	656 (13,9)	37 (14,7)	619 (13,9)	0,7136
Alkoholin ongelmakäyttö	318 (6,7)	28 (11,1)	290 (6,5)	0,0044
Pelkkä alkoholin ongelmakäyttö#	245 (5,2)	24 (9,5)	221 (5,0)	0,0014
Psykiatrinen sairaus	1073 (22,7)	73 (29,0)	1000 (22,4)	0,0154
Pelkkä psykiatrinen sairaus	831 (17,6)	50 (19,8)	781 (17,5)	0,3400
Terveydentila on epävakaa	2460 (52,1)	191 (75,8)	2269 (50,8)	0,0001
Akuuttivaihe parhaillaan	214 (4,5)	19 (7,5)	195 (4,4)	0,0185
Hiljattainen kroonisen sairauden leuhadus tai akuuttisairaus heikentäneet toimintakykyä	1456 (30,9)	125 (49,6)	1331 (29,8)	0,0001
Koettu terveydentila on huono	1565 (33,2)	140 (55,6)	1425 (31,9)	0,0001

* Muistisairaus, ei aivohalvausta tai psykiatrista sairautta

Ei muistisairautta, muita oheissairauksia voi olla

(-) tilastollinen menetelmä ei ole pätevä liian vähäisten havaintojen vuoksi

Taulukko 2. Toimintakyvyn, toiminnanvajausten riskitekijöiden, oireiden ja oireyhtymien yhteys kotoa poismuuttamisen halukkuuteen

	Kaikki	Molempien mielestä hoivattavan olisi parempi asua muualla	Molempien mielestä hoivattavan ei olisi parempi asua muualla	p<0,05
Vähintään keskivaikea dementia*	1294(27,3)	127 (50,4)	1167 (26,1)	0,0001
Kognitio huonontunut 3kk aikana	278 (5,9)	52 (20,6)	226 (5,1)	0,0001
Valvonnan/ avun tarve IADL toiminnoissa#	4067 (86,2)	243 (96,4)	3824 (85,6)	0,0001
Valvonnan/ avun tarve ADL toiminnoissa#	1391 (29,5)	140 (55,6)	1251 (28,0)	0,0001
Asiakas uskoo kuntoutuvansa	825 (17,5)	29 (11,5)	796 (17,8)	0,0102
Hoitaja uskoo asiakkaan kuntoutuvan	1002 (21,2)	47 (18,7)	955 (21,4)	0,3020
ADL huonontunut 3kk aikana	1205 (25,5)	127 (50,4)	1078 (24,1)	0,0001
Yksi tai useampi käyttöoire	733 (15,5)	75 (29,8)	658 (14,7)	0,0001
Vaeltelu	185 (3,9)	30 (11,9)	155 (3,5)	0,0001
Karkeakielisuus	247 (5,2)	29 (11,5)	218 (4,59)	0,0001
Fyysinen pahoinpity	40 (0,9)	2 (0,8)	38 (0,9)	(-)
Hämmennystä herättävä käytös	119 (2,5)	15 (6,0)	104 (2,3)	0,0004
Hoidon tai avun vastustelu	483 (10,2)	47 (18,7)	436 (9,8)	0,0001
Käyttöoire pahentunut 3kk aikana	311 (6,6)	53 (21,0)	258 (5,8)	0,0001
Harhaluuloisuus	281 (6,0)	32 (12,7)	249 (5,6)	0,0001
Aistiharhaisuus	171 (3,6)	26 (10,3)	145 (3,3)	0,0001
Masennusepäily§	767 (16,3)	95 (37,7)	672 (15,1)	0,0001
Mieliala huonontunut 3kk aikana	773 (16,4)	92 (36,5)	681 (15,3)	0,0001
Päivittäinen vaikea kipu	361 (7,7)	29 (11,5)	332 (7,4)	0,0179
Kaatonut 3kk aikana	1112 (23,6)	101 (40,1)	1011 (22,6)	0,0001
Paino laskenut 5% /kk tai 10% /6kk	248 (5,3)	28 (11,1)	220 (4,9)	0,0001

*Cognitive Performance Scale on 3 tai enemmän asteikolla 0-6, missä 0=normaali ja 6 erittäin vaikea kognition vajuus.

Arvo vastaa MMSE 15 asteikolla 0-30, missä 30 on normaali ja 0 erittäin vaikea kognition vajuus

Yksi tai useampi seuraavista edellyttää valvontaa tai apua: ateriat, kotitaloustyöt, raha-asiat, lääkitys, puhelin, ostokset, kuluvälineet (IADL-capacity>0)

¤ Yksi tai useampi seuraavista edellyttää valvontaa tai apua: henkilökohtainen hygienia, liikkuminen, WC, syöminen (hierarkkinen ADL>0)

§ Depression Rating Scale (DRS, asteikko 0-14) on 3 tai enemmän

(-) tilastollinen menetelmä ei ole pätevä liian vähäisten havaintojen vuoksi

Taulukko 3. Sosiaalisten suhteiden, eristyneisyyden ja yksinäisyyden yhteys kotoa poismuuttamisen halukkuuteen

	Kaikki	Molempien mielestä hoivattavan olisi parempi asua muualla	Molempien mielestä hoivattavan ei olisi parempi asua muualla	p<0,05
Ei poistunut asunnostaan kuukauteen	1276 (27,1)	96 (38,1)	1180 (26,4)	0,0001
Yksin suurimman osan päivää	2002 (42,4)	103 (40,9)	1899 (42,5)	0,6065
Kokee itsensä yksinäiseksi	1233 (26,3)	127 (50,4)	1106 (24,8)	0,0001
Sosiaaliset suhteet vähentyneet	1298 (27,5)	122 (48,4)	1176 (26,3)	0,0001

Taulukko 4. Kotiympäristön voimavarojen ja puutteiden yhteys kotoa poismuuttamisen halukkuuteen

	Kaikki	Molempien mielestä hoivattavn olisi parempi asua muualla	Molempien mielestä hoivattavan ei olisi parempi asua muualla	p<0,05
Asiakkaalla on hoitoon osallistuva hoivaaja	2908 (61,6)	172 (68,3)	2736 (61,3)	0,0264
Omaishoitajan virallinen status	502 (10,6)	22 (8,7)	480 (10,8)	0,3122
Hoivaaja ei voi jatkaa	91 (1,9)	10 (7,5)	72 (1,6)	0,0001
Hoivaaja on tyytymätön	47 ((1,0)	4 (1,6)	43 (1,0)	(-)
Hoivaaja on kuormittunut	390 (8,3)	43 (17,1)	347 (7,8)	0,0001
Hoivaaja ei jatka, on tyytymätön tai kuormittunut	473 (10,0)	57 (22,6)	416 (9,3)	0,0001
Hoivaaja asuu asiakkaan kanssa	2406 (51,0)	151 (59,9)	2255 (50,5)	0,0036
Kaltoinkohtelun tai laiminlyönnin epäily	344 (7,3)	35 (13,9)	309 (6,9)	0,0001
Hoivaaja on puoliso	471 (10,0)	15 (6,0)	456 (10,2)	0,0282
Hoivaaja on lapsi	1679 (35,6)	100 (39,7)	1579 (25,4)	0,1628
Hoivaaja on muu sukulainen	571 (12,1)	46 (18,3)	525 (11,8)	0,0021
Hoivaaja on muu kuin sukulainen	186 (3,9)	10 (4,0)	176 (3,9)	0,9827
Pesutilat /WC ovat puutteelliset	473 (10,0)	53 (21,0)	420 (9,4)	0,0001
Keittiö on puutteellinen	124 (2,6)	12 (4,8)	112 (2,5)	0,0295
Pääsy huoneisiin on esteellinen	116 (2,5)	20 (7,9)	86 (2,2)	0,0001
Pääsy kotiin/sieltä ulos on esteellinen	795 (16,9)	69 (27,4)	726 (16,3)	0,0001
Yksi tai useampi asumisen ongelma	1540 (32,6)	135 (53,6)	1405 (31,5)	0,0001
Tinkinyt välttämättömistä tarpeistaan vähävaraisuuden vuoksi	179 (3,8)	23 (9,1)	156 (3,5)	0,0001

(-) tilastollinen menetelmä ei ole pätevä liian vähäisten havaintojen vuoksi

Taulukko 5. Hoitokäytäntöjen ja palvelujen käytön yhteys kotoa poismuuttamisen halukkuuteen

	Kaikki	Molempien mielestä hoivattavan olisi parempi asua muualla	Molempien mielestä hoivattavan ei olisi parempi asua muualla	p<0,05
Päivystyspoliklinikakäynti 3kk aikana	785 (16,6)	55 (21,8)	730 (16,4)	0,0231
Sairaalahoido 3 kk aikana	949 (20,1)	78 (31,0)	871 (19,5)	0,0001
Suunnittelematon kotikäynti 3kk aikana	965 (20,5)	70 (27,8)	895 (20,0)	0,0030
Avun tarve lisääntynyt 3kk aikana	908 (19,2)	103 (40,9)	805 (18,0)	0,0001
Ateriapalvelu	1790 (37,9)	118 (46,8)	1672 (37,4)	0,0028
Kuljetuspalvelu	567 (12,0)	38 (15,1)	529 (11,9)	0,1245
Siivouspalvelu	906 (19,2)	52 (20,6)	852 (19,2)	0,5531
Vapaaehtoispalvelu	200 (4,2)	12 (4,8)	188 (4,2)	0,6720
Kylvetyspalvelu	202 (4,3)	20 (7,9)	182 (4,1)	0,0032
Turvapalvelu	1562 (33,1)	85 (33,7)	1477 (33,1)	0,8290
Lääkäri (7 vrk aikana)	499 (10,6)	29 (11,5)	470 (10,5)	0,6212
Fysioterapeutti (7 vrk aikana)	396 (8,4)	25 (9,9)	371 (8,3)	0,3688
Toimintaterapeutti (7 vrk aikana)	68 (1,4)	9 (3,6)	59 (1,3)	0,0035
Liikuntaterapia (7 vrk aikana)	174 (3,7)	15 (6,0)	159 (3,4)	0,0500
Runsas kotihoidon aika (>9 h/vko)	473 (10,0)	69 (27,4)	404 (9,1)	0,0001
Runsas omaishoidon aika (>21h/vko)	485 (10,3)	22 (8,7)	463 (10,4)	0,4051
Turvavaranneke	1553 (32,9)	87 (34,5)	1466 (32,8)	0,5768
Lyhytaikaishoito omaisen levon vuoksi	51 (1,1)	15 (5,0)	91 (2,0)	0,0001
Päiväsairaala	36 (0,8)	4 (1,6)	32 (0,7)	(-)
Päivätoiminta	520 (11,0)	27 (10,7)	493 (11,0)	0,8728

(-) tilastollinen menetelmä ei ole pätevä liian vähäisten havaintojen vuoksi

Taulukko 6. Kotoa poismuuttamisen halukkuuteen liittyneet itsenäiset asiaskohtaiset selittäjät

	OR	95% luottamusväli	
		Alaraja	Yläraja
Valvonnan/ avun tarve ADL toiminnoissa	2,3	1,72	2,99
Kognitio huonontunut 3kk aikana	2,2	1,51	3,15
Kokee itsensä yksinäiseksi	2,1	1,58	2,78
Huonoksi koettu terveydentila	1,8	1,31	2,32
Alkoholin ongelmakäyttö, ei muistisairauden diagnoosia	1,7	1,09	2,79
Omatoimisuus vähentynyt merkittävästi 3 kk aikana	1,7	1,25	2,27
Masennusepäily	1,5	1,13	2,08
Kaatunut 3kk aikana	1,5	1,10	1,93
Terveydentila on epävakaa	1,5	1,07	2,06
c=0,775			

Taulukko 7. Kotoa poismuuttamisen halukkuuteen liittyneet itsenäiset asiakaskohtaiset selittäjät

	OR	95% luottamusväli	
		Alaraja	Yläraja
Runsas kotihoidon aika (>9 h/vko)	3,0	2,22	4,14
Tinkinyt välttämättömistä tarpeistaan vähävaraisuuden vuoksi	2,8	1,76	4,56
Hoivaaja ei jatka, on tyytymätön tai kuormittunut	2,8	2,00	3,99
Pääsy huoneisiin on esteellinen	2,7	1,56	4,68
Lyhytaikaishoito omaisen levon vuoksi	2,4	1,30	4,44
Pesutilat /WC ovat puutteelliset	1,9	1,36	2,70
Sairaalahoito 3 kk aikana	1,6	1,18	2,10
Hoivaaja on puoliso	0,3	0,18	0,57
c=0,721			

LIITE 13.

Säännöllistä kotihoitoa saavan henkilön hoivaajan mielestä asiakkaan olisi parempi asua muualla kuin kotona

Finne-Soveri Harriet, Gerasin Aleksandr, Hammar Teija, Heikkilä Rauha, Jokinen Sari, Mäkelä Matti, Noro Anja, Saarikalle Kristiina Sohlman Britta, Vilkkö Anni

Alkusanat

Työvoiman vähetessä ja apua tarvitsevan iäkkäimmän väestönosan kasvaessa epävirallisten hoivaajien vaikeuksien ja voimavarojen ymmärtäminen on välttämätöntä.

Lainasäädäntö tukee toistaiseksi vain heikosti tai ei lainkaan vastuussa olevan omaisen äänen kuulemista. Sen sijaan tätä kirjoitettaessa laki tunnistaa hoitavan omaisen levon ja virkistykseen tarpeet.

Analyysissä tutkittiin niitä tekijöitä, jotka liittyivät siihen, että hoivaajan mielestä hoivattavan olisi parasta asua muualla kuin kotona tilanteessa, jossa hoivattava itse halusi olla kotona tai hänellä ei ollut mielipidettä.

Menetelmät

Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen Helsingistä 30.9.2011 kootusta RAI-aineistosta (n=4718) analysoitiin niihin säännöllisen kotihoidon asiakkaisiin (n=413, 8,8%) liittyvät tekijät, joista hoivaajat arvelivat, että heidän olisi parasta asua muualla kuin kotona.

”Parasta muualla”-asiakkaisiin liittyviä ominaispiirteitä verrattiin kaikkien muiden säännöllisen kotihoidon asiakkaiden ominaispiirteisiin käyttämällä ristiintaulukointia ja Khiin neliön testiä dikotomisille muuttujille. Logistista regressioanalyysiä käytettiin analysoitaessa jatkuvia muuttujia sekä testattaessa itsenäisesti tutkimuskysymykseen liittyviä tekijöitä. Analyysit tehtiin käyttäen SAS-tilastolaskentaohjelmaa (Copyright (c) 2002-2003 by SAS Institute Inc., Cary, NC, USA).

Tulokset

Muualla asumaan toivotut asiakkaat olivat nuorehkoja naimattomia kumpaa sukupuolta tahansa olevia henkilöitä joiden kotihoidon asiakkuus oli yleensä kestänyt pitkään ajan. Joka toisella oli muistisairaus, lähes joka neljännellä psykiatrinen sairaus ilman muistisairautta ja joka kuudennella alkoholin ongelmakäyttöä.

Taulukoihin 1-5 on koottu merkittävimmät käytettävissä olleet tekijät, joilla kokemuksen tai tutkimusten perusteella voidaan olettaa olevan yhteys omaisen näkemykseen siitä, että hoidettavan olisi parasta asua jossain muualla kuin kotonaan.

Taulukoissa 6 ja 7 on esitetty ”muualla paras” näkemystä itsenäisesti selittävät tekijät.

Yhteenveto ja pohdinta

Alkoholin ongelmakäyttö oli vahvimmin sidoksissa hoivaajan näkemykseen siitä, että hoidettavan olisi parempi asua muualla kuin kotonaan. Lähes yhtä vahvoja selittäjiä olivat vähintään keskivaikea dementia, hoivattavan päämäärätön vaeltelu ja avun tarve arjen askareissa.

Muita selittäviä asiakkaaseen liittyneitä tekijöitä olivat asuntoon eristyminen, psykiatrinen sairaus johon ei liity muistisairautta, masennus ja epävakaat terveydentilat.

Omaisien tai läheisten oma runsaskaan ajankäyttö selittänyt hoidettavan muualle siirtämisen houkuttavuutta. Sen sijaan kotihoidon yhdeksän tuntia viikossa ylittänyt ajankäyttö, suunnittelemattomien kotikäyntien tarpeellisuus ja puutteelliset asuinolot selittivät.

Kalenteri-ikä tai omaishoitajan status sairauksien, oireiden ja toimintakyvyn rinnalla olivat merkityksettömiä.

Taulukko 1. Sosiodemografisien tekijöiden, diagnoosien ja terveydentilan yhteys kotoa poismuuttamistoiweeseen

	Kaikki	Hoivaajan mielestä asiakkaan olisi parempi asua muualla	Hoivaajan mielestä asiakkaan ei olisi parempi asua muualla	p<0,05
Nainen	3478 (73,7)	284 (68,8)	1111 (25,8)	0,0167
Ikä 75 vuotta tai yli	3607 (75,5)	293 (70,9)	3314 (77,0)	0,0058
Naimaton	1000 (21,2)	106 (25,7)	894 (20,8)	0,0200
Naimisissa	685 (14,5)	63 (15,3)	622 (14,5)	0,6570
Leski	2269 (48,1)	169 (40,9)	2100 (48,8)	0,0023
Kotihoidon asiakas 6 kk tai alle	631 (13,4)	46 (11,1)	585(13,6)	0,1622
Kotihoidon asiakas 4 vuotta tai yli	1288 (27,3)	141 (34,1)	1147 (26,6)	0,0011
Diagnoosit ja terveydentila				
Muistisairaus	1368 (29,0)	194 (47,0)	1174 (27,3)	0,0001
Pelkkä muistisairaus*	946 (20,1)	122 (29,5)	824 (19,1)	0,0001
Multippeli skleroosi	39 (0,8)	4 (0,1)	35 (0,8)	0,7388
Pelkkä multippeli skleroosi	35 (0,74)	2 (0,5)	33 (0,8)	(-)
Parkinsonin tauti	153 (3,2)	20 (4,8)	133 (3,1)	0,0547
Pelkkä Parkinsonin tauti	116 (2,5)	15 (3,6)	101 (2,4)	0,1070
Aivohalvaus	521 (11,5)	58 (14,0)	483 (11,2)	0,0853
Pelkkä aivohalvaus#	420 (8,9)	39 (9,4)	381 (8,9)	0,6861
Sydän ja verisuonitauti	3732 (79,1)	300 (72,6)	3432 (79,7)	0,0007
Pelkkä sydän- ja verisuonitauti#	2269 (48,1)	122 (29,5)	2147 (49,9)	0,0001
Lonkkamurtuma	189 (4,0)	16 (3,9)	173 (4,0)	0,8863
Pelkkä lonkkamurtuma#	138 (2,9)	10 (2,4)	128 (3,0)	0,5248
Syöpä	328 (7,0)	23 (5,6)	305 (7,1)	0,2473
Pelkkä syöpä#	269 (5,7)	15 (3,6)	254 (5,9)	0,0576
Diabetes	1125 (23,8)	88 (21,3)	1037 (24,1)	0,2052
Pelkkä diabetes#	851 (18,0)	64 (15,5)	787 (18,3)	0,1597
Diabetes, insuliini on	118 (2,5)	16 (3,9)	102 (3,4)	0,0614
Osteoporoosi	927 (19,7)	67 (16,2)	860 (20,0)	0,0666
Pelkkä osteoporoosi#	656 (13,9)	41 (9,9)	615 (14,3)	0,0145
Alkoholin ongelmakäyttö	318 (6,7)	65 (15,7)	253 (5,9)	0,0001
Pelkkä alkoholin ongelmakäyttö#	245 (5,2)	49 (11,9)	196 (4,6)	0,0001
Psykiatrinen sairaus	1073 (22,7)	139 (33,7)	934 (21,7)	0,0001
Pelkkä psykiatrinen sairaus	831 (17,6)	94 (22,8)	737 (17,2)	0,0040
Terveydentila on epävaka	2460 (52,1)	294 (71,2)	2166 (50,3)	0,0001
Akuuttivaihe parhaillaan	214 (4,5)	28 (6,8)	186 (4,3)	0,0218
Hiljattainen kroonisen sairauden lehdus tai akuuttisairaus heikentäneet toimintakykyä	1456 (30,9)	225 (34,5)	1231 (20,6)	0,0001
Koettu terveydentila on huono	1565 (33,2)	171 (41,4)	1394 (32,4)	0,0002

* Muistisairaus, ei aivohalvausta tai psykiatrista sairautta

Ei muistisairautta, muita oheissairauksia voi olla

(-) tilastollinen menetelmä ei ole pätevä liian vähäisten havaintojen vuoksi

Taulukko 2. Toimintakyvyn, toiminnanvajauksen riskitekijöiden, oireiden ja oireyhtymien yhteys kotoa poismuuttamistoiveeseen

	Kaikki	Hoivaajan mielestä asiakkaan olisi parempi asua muualla	Hoivaajan mielestä asiakkaan ei olisi parempi asua muualla	p<0,05
Vähintään keskivaikea dementia*	1294 (27,3)	252 (61,0)	1042 (24,2)	0,0001
Kognitio huonontunut 3kk aikana	278 (5,9)	82 (19,9)	196 (4,6)	0,0001
Valvonnan/ avun tarve IADL toiminnoissa#	4067 (86,2)	399 (96,6)	3668 (85,2)	0,0001
Valvonnan/ avun tarve ADL toiminnoissa‡	1391 (29,5)	260 (63,0)	1131 (26,3)	0,0001
Asiakas uskoo kuntoutuvansa	825 (17,5)	40 (9,7)	785 (18,2)	0,0001
Hoitaja uskoo asiakkaan kuntoutuvan	1002 (21,2)	81 (19,6)	921 (21,4)	0,3979
ADL huonontunut 3kk aikana	1205 (25,5)	194 (47,0)	1011 (23,5)	0,0001
Yksi tai useampi käyttöoire	733 (15,5)	165 (40,0)	568 (13,2)	0,0001
Vaeltelu	185 (3,9)	60 (14,5)	125 (2,9)	0,0001
Karkeakielisyys	247 (5,2)	64 (15,5)	183 (4,3)	0,0001
Fyysinen pahoinpity	40 (0,9)	20 (4,8)	20 (0,5)	0,0001
Hämmennystä herättävä käytös	119 (2,5)	37 (9,0)	82 (1,9)	0,0001
Hoidon tai avun vastustelu	483 (10,2)	107 (25,9)	376 (8,7)	0,0001
Käyttöoire pahentunut 3kk aikana	311 (6,6)	20 (19,4)		
Harhaluuloisuus	281 (6,0)	66 (16,0)	215 (5,0)	0,0001
Aistiharhaisuus	171 (3,6)	40 (9,7)	131 (3,0)	0,0001
Masennusepäily§	767 (16,3)	125 (30,3)	642 (14,9)	0,0001
Mieliala huonontunut 3kk aikana	773 (16,4)	117 (28,3)	656 (15,2)	0,0001
Päivittäinen vaikea kipu	361 (7,7)	42 (10,2)	319 (7,4)	0,0439
Kaatonut 3kk aikana	1112 (23,6)	132 (32,0)	980 (22,8)	0,0001
Paino laskenut 5% /kk tai 10% /6kk	248 (5,3)	31 (7,5)	217 (5,0)	0,0320

*Cognitive Performance Scale on 3 tai enemmän asteikolla 0-6, missä 0=normaali ja 6 erittäin vaikea kognition vajuus. Arvo vastaa MMSE 15 asteikolla 0-30, missä 30 on normaali ja 0 erittäin vaikea kognition vajuus

Yksi tai useampi seuraavista edellyttää valvontaa tai apua: ateriat, kotitaloustyöt, raha-asiat, lääkitys, puhelin, ostokset, kuluvälineet (IADL-capacity>0)

‡ Yksi tai useampi seuraavista edellyttää valvontaa tai apua: henkilökohtainen hygienia, liikkuminen, WC, syöminen (hierarkkinen ADL>0)

§ Depression Rating Scale (DRS, asteikko 0-14) on 3 tai enemmän

(-) tilastollinen menetelmä ei ole pätevä liian vähäisten havaintojen vuoksi

Taulukko 3. Sosiaalisten suhteiden, eristyneisyyden ja yksinäisyyden kotoa poismuuttamistoiveeseen

	Kaikki	Hoivaajan mielestä asiakkaan olisi parempi asua muualla	Hoivaajan mielestä asiakkaan ei olisi parempi asua muualla	p<0,05
Ei poistunut asunnostaan kuukauteen	1276 (27,1)	182 (44,1)	1094 (25,4)	0,0001
Yksin suurimman osan päivää	2002 (42,4)	175 (42,4)	1827 (42,4)	0,9793
Kokee itsensä yksinäiseksi	1233 (26,3)	143 (32,6)	1090 (25,3)	0,0001
Sosiaaliset suhteet vähentyneet	1298 (27,5)	172 (41,7)	1126 (26,2)	0,0001

Taulukko 4. Kotiympäristön voimavarojen ja puutteiden yhteys kotoa poismuuttamistavoitukseen

	Kaikki	Hoivaajan mielestä asiakkaan olisi parempi asua muualla	Hoivaajan mielestä asiakkaan ei olisi parempi asua muualla	p<0,05
Omaishoitajan virallinen status	502 (10,6)	58 (14,0)	444 (10,3)	0,0189
Hoivaaja ei voi jatkaa	91 (1,9)	10 (2,4)	81 (1,9)	0,4461
Hoivaaja on tyytymätön	47 (1,0)	10 (2,4)	37 (0,9)	(-)
Hoivaaja on kuormittunut	390 (8,3)	97 (23,5)	293 (6,8)	0,0001
Hoivaaja ei jatka, on tyytymätön tai kuormittunut	473 (10,0)	106 (25,7)	367 (8,5)	0,0001
Hoivaaja asuu asiakkaan kanssa	2406 (51,0)	220 (53,3)	2186 (50,8)	0,3335
Kaltointkohtelun tai laiminlyönnin epäily	344 (7,3)	91 (22,0)	253 (5,9)	0,0001
Hoivaaja on puoliso	471 (10,0)	47 (11,4)	424 (9,9)	0,3214
Hoivaaja on lapsi	1679 (35,6)	150 (36,3)	1529 (35,5)	0,7448
Hoivaaja on muu sukulainen	571 (12,1)	58 (14,0)	513 (11,9)	0,2055
Hoivaaja on muu kuin sukulainen	186 (3,9)	23 (6,7)	163 (3,8)	0,0753
Pesutilat /WC ovat puutteelliset	473 (10,0)	90 (21,8)	383 (8,9)	0,0001
Keittiö on puutteellinen	124 (2,6)	36 (8,7)	88 (2,0)	0,0001
Pääsy huoneisiin on esteellinen	116 (2,5)	20 (4,8)	96 (2,2)	0,0011
Pääsy kotiin/sieltä ulos on esteellinen	795 (16,9)	120 (29,1)	675 (15,7)	0,0001
Yksi tai useampi asumisen ongelma	1540 (32,6)	223 (54)	1317 (30,6)	0,0001
Tinkinyt välttämättömistä tarpeistaan vähävaraisuuden vuoksi	179 (3,8)	29 (7,9)	150 (3,5)	0,0003

(-) tilastollinen menetelmä ei ole pätevä liian vähäisten havaintojen vuoksi

Taulukko 5. hoitokäytäntöjen ja palvelujen käytön yhteys kotoa poismuuttamistoiweeseen

	Kaikki	Hoivaajan mielestä asiakkaan olisi parempi asua muualla	Hoivaajan mielestä asiakkaan ei olisi parempi asua muualla	p<0,05
Päivystyspoliklinikkakäynti 3kk aikana	785 (16,6)	72 (17,4)	713 (16,6)	0,6497
Sairaalahoito 3 kk aikana	949 (20,1)	91 (22,0)	858 (19,9)	0,3083
Suunnittelematon kotikäynti 3kk aikana	965 (20,5)	115 (27,9)	850 (19,7)	0,0001
Avun tarve lisääntynyt 3kk aikana	908 (19,2)	138 (33,4)	770 (17,9)	0,0001
Ateriapalvelu	1790 (37,9)	191 (46,3)	1599 (37,1)	0,0003
Saattopalvelu	95 (2,0)	44 (10,7)	523 (12,2)	0,3721
Siivouspalvelu	906 (19,2)	70 (17,0)	836 (19,4)	0,2235
Vapaaehtoispalvelu	200 (4,2)	19 (4,6)	181 (4,2)	0,7027
Kylvetyspalvelu	202 (4,3)	29 (7,0)	173 (4,0)	0,0040
Turvapalvelu	1562 (33,1)	117 (28,3)	1445 (33,6)	0,0308
Lääkäri (7 vrk aikana)	499 (10,6)	41 (9,9)	458 (10,6)	0,6534
Fysioterapeutti (7 vrk aikana)	396 (8,4)	35 (8,5)	361 (8,4)	0,9503
Toimintaterapeutti (7 vrk aikana)	68 (1,4)	1 (0,24)	67 (1,6)	0,0323
Liikuntaterapia (7 vrk aikana)	174 (3,7)	17 (4,1)	157 (3,7)	0,6288
Runsas kotihoidon aika (>9 h/vko)	473 (10,0)	91 (22,0)	382 (8,9)	0,0001
Runsas omasihoidon aika (>21h/vko)	485 (10,3)	63 (15,3)	422 (9,8)	0,0005
Turvaranneke	1553 (32,9)			
Lyhytaikaishoito omaisen levon vuoksi	51 (1,1)	12 (2,9)	39 (0,9)	0,0002
Päiväsairaala	36 (0,8)	9 (2,2)	27 (0,6)	
Päivätoiminta	520 (11,0)	47 (11,4)	473 (11,0)	0,8076
Avun tarve, happihoito	17(0,4)	1 (0,2)	16 (0,4)	(-)
Avun tarve, virtsakatetri	84 (1,8)	7(1,7)	77 (1,8)	0,8906
Avun tarve, avanne	36 (0,8)	4 (1,0)	32 (0,7)	(-)
Avun tarve, suonikatetri	13 (0,3)	1 (0,2)	12 (0,3)	(-)
Haavan hoito	519 (11,0)	55 (13,3)	464 (10,8)	0,1152

(-) tilastollinen menetelmä ei ole pätevä liian vähäisten havaintojen vuoksi

Taulukko 6. Kotoa poismuuttamistoiweeseen itsenäisesti liittyvät asiakaskohtaiset tekijät

	OR	95% luottamusväli	
		Alaraja	Yläaraja
Hoivattavan alkoholin ongelmakäyttö , ei muistisairautta	2,9	1,99	5,19
Vähintään keskivaikea dementia	2,7	2,10	3,45
Päämäärätön vaeltelu	2,4	1,56	3,26
Valvonnan/ avun tarve ADL toiminnoissa#	2,2	1,74	2,87
Psykiatrinen sairaus, ei muistisairautta	1,7	1,28	2,23
Ei ole poistunut asunnostaan 3 kk aikana	1,6	1,30	2,05
Masennusepäily	1,6	1,24	2,04
Ulosteenpidätyskyvyttömyys vähintään kerran viikossa	1,5	1,13	2,06
Epävakaa terveydentila	1,4	1,11	1,80
c=0,794			

Taulukko 7. Kotoa poismuuttamistoiveeseen itsenäisesti liittyvät ympäristökohtaiset tekijät

	OR	95% luottamusväli	
		Alaraja	Yläaraja
Laiminlyönnin tai kaltoinkohtelun epäily	3,8	2,87	5,12
Hoivaaja ei jatka, on tyytymätön tai kuormittunut	3,2	2,45	4,13
Säännöllinen kotihoito on yhdeksän tuntia viikossa tai enemmän	2,9	2,21	3,86
Pääsy keittiöön on esteellinen	2,1	1,36	3,35
Pesutilat /WC ovat puutteelliset	1,8	1,31	2,35
Pääsy kotiin/sieltä ulos on esteellinen	1,7	1,33	2,20
Ateriapalvelut	1,5	1,17	1,81
Suunnittelematon kotikäynti 3kk aikana	1,4	1,07	1,75
c=749			

LIITE 14.

7,5 vuotta tai kauemmin laitoksessa asuneiden ominaispiirteet

Finne-Soveri Harriet, Asikainen Janne, Heikkilä Rauha, Huikuri Nina, Muurinen Seija, Mäkelä Matti, Noro Anja, Sohlman Britta

Alkusanat

Pisimpään laitoshoidossa tai muussa ympärivuorokautista apua ja hoivaa tarjoavassa asumisyksikössä asuneiden henkilöiden ominaispiirteistä on vähän tietoa. Laitoshoidon järjestäminen on kallista ja kuntoutumisen ja/tai voimaantumisen potentiaalia ei ole varaa hukata. Pitkään laitoksessa asuminen ei ole kenenkään etu.

Analyysissä selvitettiin pisimpään laitoshoidoa saaneiden asukkaiden ominaispiirteitä.

Menetelmät

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Helsingistä 30.9.2010 kootusta laitoshoidon RAI-aineistosta (n=2534) analysoitiin niiden asukkaiden ominaispiirteet (n=250, 9,9 %), jotka olivat olleet laitoshoidossa pisimpään. Aineistossa yksi henkilö on arvioitu yhden kerran.

Taulukkoon 1. on koottu organisaatioiden nimet aakkosjärjestyksessä. Tietoja läheteistä mukaan otettiin 12 organisaatiota kaikkiaan 15 laitoksesta (taulukko 1), jotka käyttivät laitoshoidon RAI-arviointia. Mukana on koko itse järjestetty toiminta ja merkittävimmät ostopalveluorganisaatiot.

Taulukko 1. Analyysissä mukana olleet organisaatiot

Organisaatio	n
Diakonissalaitos Hoiva Oy	113
Helsingin Diakonissalaitos	42
Lauttasaaren kartanon sairaskoti	29
Helsingin Seniorisäätiö (5 laitosta)	588
Helsingin Sosiaalivirasto (5 laitosta)	1328
Omakotisäätiö	80
Oulunkylän kuntoutussairaala	39
Yhteensä	2219

Pitkään laitoshoidossa asuneet määritettiin tarkastelemalla hoitoajan jakaumaa, joka ulottui nolasta lähes kahteenkymmeneen neljään vuoteen (keskiarvo 3,2 vuotta, keskiluku 2,2 vuotta). Asukkaista 75% on asunut laitoshoidossa alle 4,4 vuotta ja 10% 7,5 vuotta tai kauemmin, mikä otettiin pitkän laitoshoidon rajaksi.

Perusanalyysinä käytettiin ristiintaulukointia ja Khiin neliön testiä dikotomisille muuttujille. Logistista regressioanalyysiä käytettiin analysoitaessa jatkuvia muuttujia sekä testattaessa itsenäisesti laitoshoidossa pitkään asumiseen liittyviä tekijöitä. Analyysit tehtiin käyttäen SAS-tilastolaskentaohjelmaa.

Tulokset

Viisitoista vuotta tai kauemmin asuneita oli 18 kappaletta, minkä lisäksi 27 henkilön asuinaikaa ei ollut osattu löytää. Yli 7,5 vuotta laitoksessa asuneet näyttivät ikäkaumaltaan hyvin samankaltaisilta kuin muukin laitospöestö kuitenkin siten, että he väestönä olivat verrokkejaan useammin alle 80-vuotiaita ja naimattomia tai eronneita. Ristiintaulukoinnin tulokset on esitetty taulukoissa 2-5 ja monimuuttujamalli tulokset taulukossa 6.

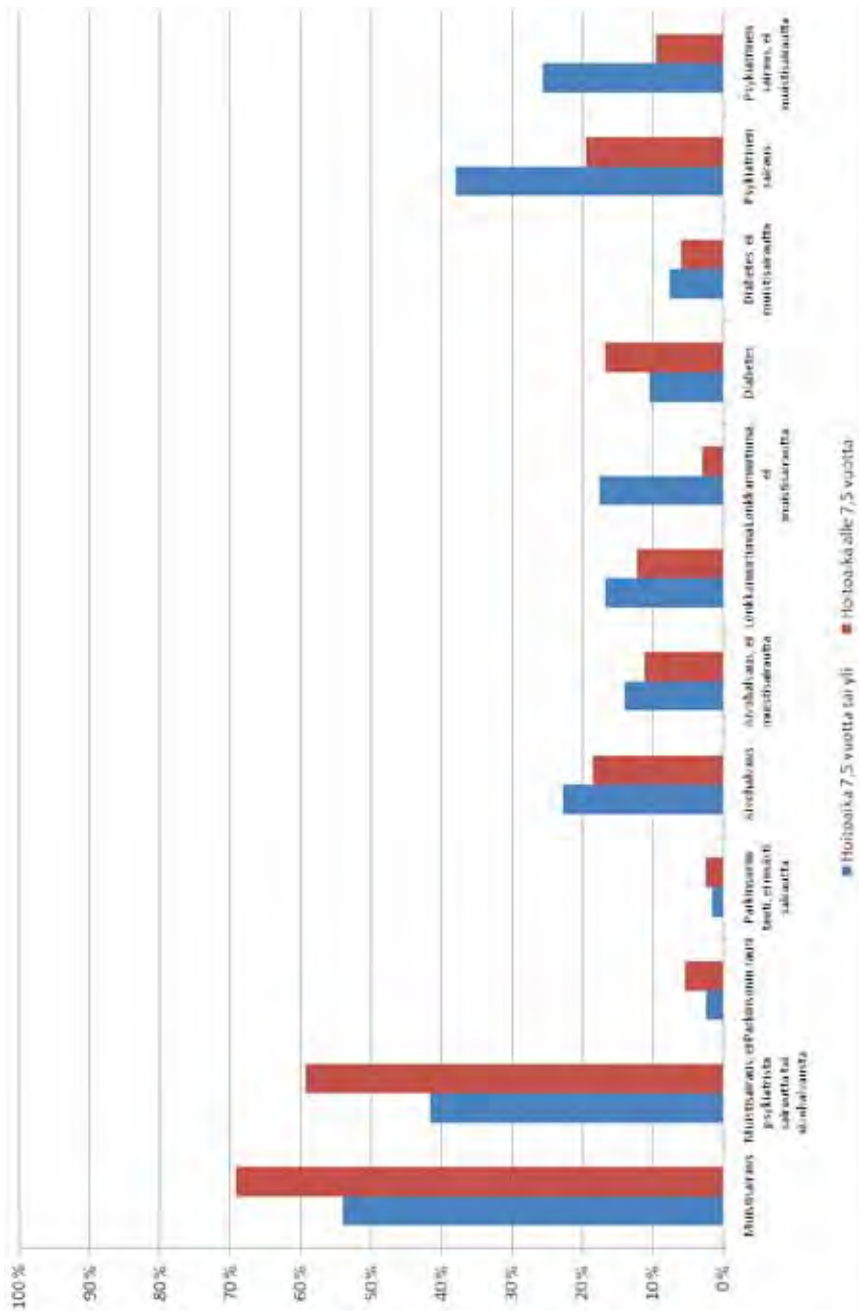
Diagnosiprofililtaan he olivat valtavöestön kanssa lähes samankaltaisia, mutta heillä oli harvemmin sydän- ja verisuonisairausten, mutta useammin psykiatrisen sairauten kuten skitsofrenian tai masennuksen diagnoosi. Vaikka heillä oli lyhyemmän aikaa laitoksessa asuneita harvemmin muistisairausten diagnoosi, he sairastivat verrokkeja useammin loppuvaiheen dementiaa. Kaikesta huolimatta muistisairautsien osuus pitkään laitoshoidoa saaneiden keskuudessa on merkittävä (Kuvio 1).

Yhteenveto ja pohdinta

Tyypillinen pitkään laitoshoidossa asunut väestö oli lyhyemmän aikaa asuneiden kanssa sairautsien ja oireiden kirjoiltaan hyvin samankaltainen. Pitkää asumisaikaa selitti monimuuttujamallin perusteella erityisesti psykiatrisen sairauten kuten skitsofrenian tai masennuksen olemassaolo ja toisaalta loppuvaiheen dementia.

Pitkään laitoshoidossa asuneilla sairautsien diagnostiikka tai diagnoosien dokumentointi on saattanut jäädä myöhemmin tulleita puutteellisemmaksi erityisesti muistisairautsien osalta. Toisaalta psykiatristen sairautsien diagnoosit raskaan psykiatrisen osalta (esim skitsofrenia) ovat lähes aina peräisin erikoissairaanhoidosta, mistä pitkään laitoshoidoa saaneet muita useammin olivat tulleet. Pitkän psykiatrisen sairastamisen puolesta puhuvat myös muita asukkaita yleisempänä siviilisäätynä naimattomuus ja eronneisuus.

Vaikuttaa sille, että vanhustenkeskuksissa on pieni mutta pitkäikäinen populaatio 1) psykiatrisia sairautsia sairastavia henkilöitä, joista osa on saattanut rantautua vanhainkoteihin psykiatrisia sairaaloita suljettaessa ja osa myöhemmin 2) loppuvaiheen dementiaa sairastavia, joiden laitoshoido on ollut epätoivotun pitkä.



Kuvio 1. Yleisimmät yleensä laitoshoidon johtavat sairaudet yli ja alle 7,5 vuotta hoidossa olleilla.

Taulukko 2. Sosiodemografisien tekijöiden yhteys pitkään laitoshoidon aikaan

Muuttujat	Kaikki n (%)	Hoitoaika 7,5 vuotta tai kauemmin n (%)	Hoitoaika lyhyempi kuin 7,5 vuotta n (%)	p<0,05
Mies	547 (24,7)	42 (19,5)	505 (25,2)	0,0670
Ikä alle 65 vuotta	111 (5,0)	14 (6,5)	97 (4,8)	0,2854
Ikä 80 vuotta tai yli	1553 (70,0)	133 (61,9)	1420 (70,9)	0,0062
Naimaton	299 (13,5)	53 (24,7)	246 (12,3)	0,0001
Naimisissa	337 (15,2)	26 (12,9)	311 (15,5)	0,1835
Leski	705 (31,8)	74 (34,4)	631 (31,5)	0,3803
Eronnut	209 (9,4)	48 (22,3)	161 (8,0)	0,0001
Mistä tuli: Koti	147 (6,6)	24 (11,2)	123 (6,1)	0,0049
Mistä tuli: Akuuttisairaala, somaattinen	404 (18,2)	30 (14,0)	374 (18,7)	0,0890
Mistä tuli: Sairaala, psykiatrinen	51 (2,3)	29 (13,5)	22 (1,1)	0,0001

Taulukko 3. Diagnoosien ja terveydentilan yhteys pitkään laitoshoidon aikaan

	Kaikki	Hoitoaika 7,5 vuotta tai kauemmin	Hoitoaika lyhyempi kuin 7,5 vuotta	p<0,05
Muistisairaus	1500 (67,6)	122 (56,7)	1378 (68,8)	0,0003
Pelkkä muistisairaus*	1269 (57,2)	92(42,8)	1177 (58,7)	0,0001
Pelkkä multippeli skleroosi	14 (0,6)	2 (0,9)	15 (0,8)	(-)
Parkinsonin tauti	118 (5,3)	6 (2,8)	112 (5,6)	0,0823
Aivohalvaus	444 (20,0)	54 (25,1)	390 (19,5)	0,0489
Aivotrauma	76 (3,4)	15 (7,0)	61 (3,0)	0,0026
Sydän- ja verisuonitauti	1304 (58,8)	83 (38,6)	1221 (60,9)	0,0001
Lonkkamurtuma	291 (13,1)	35 (16,3)	256 (12,8)	0,1480
Syöpä	140 (6,3)	12 (5,6)	128 (6,4)	0,6442
Diabetes	345 (15,6)	19 (8,8)	326 (16,3)	0,0043
Osteoporooosi	327 (14,7)	22 (10,2)	305 (15,2)	0,0499
Masennus	281 (12,7)	40 (18,6)	241 (12,0)	0,0058
Skitsofrenia	133 (6,0)	34 (15,8)	99 (4,9)	0,0001
Psykiatrinen sairaus	471 (21,2)	80 (37,2)	391 (19,5)	0,0001
Pelkkä psykiatrinen sairaus	240 (10,8)	50 (23,3)	190 (9,5)	0,0001
Epilepsia	117 (5,3)	28 (13,0)	89 (4,4)	0,0001
Jonkin resistentin bakteerin kantajuus tai infektio	209 (9,4)	20 (9,3)	189 (9,4)	0,9510
Terveydentila on epävakaa	1466 (66,1)	136 (63,3)	1330 (66,4)	0,3598
Akuuttivaihe parhaillaan	56 (2,5)	4 (1,9)	52 (2,6)	0,5141
Hiljattainen kroonisen sairauden lehdähdys tai akuuttisairaus heikentäneet toimintakykyä	1287 (58,0)	121 (56,3)	1166 (58,2)	0,5908

* Muistisairaus, ei aivohalvausta tai psykiatrista sairautta

(-) tilastollinen menetelmä ei ole pätevä liian vähäisten havaintojen vuoksi

Taulukko 4. Toimintakyvyn, toiminnanvajauksen riskitekijöiden, oireiden ja oireyhtymien yhteys pitkään laitoshoidon aikaan

	Kaikki	Hoitoaika 7,5 vuotta tai kauemmin	Hoitoaika lyhyempi kuin 7,5 vuotta	p<0,05
Vähintään keskivaikkea dementia*	1784 (80,4)	166 (77,2)	1618 (80,7)	0,2154
Loppuvaiheen dementia	462 (20,8)	78 (36,3)	384 (19,2)	0,0001
Kognitio huonontunut 3kk aikana	622 (28,0)	56 (26,1)	566 (28,2)	0,4955
Vaikea heikkonäköisyys	266 (12,0)	44 (20,5)	222 (11,1)	0,0001
Valvonnan/ avun tarve ADL-toiminnoissa#	2178 (98,2)	207 (96,3)	1971 (98,4)	0,0319
Runsas avun tarve ADL-toiminnoissa	1847 (83,2)	183 (85,1)	1664 (83,0)	0,4373
Avun tarve syödessä	1151 (51,9)	135 (62,8)	1016 (50,7)	0,0007
Asiakas uskoo kuntoutuvansa	216 (9,7)	16 (7,4)	200 (10,0)	0,2328
Hoitaja uskoo asiakkaan kuntoutuvan	462 (20,8)	40 (18,6)	422 (21,1)	0,3998
ADL huonontunut 3kk aikana	803 (36,2)	57 (26,5)	746 (37,2)	0,0019
Yksi tai useampi käyttöoire	1226 (55,3)	125 (58,1)	1101 (54,9)	0,3699
Vaeltelu	405 (18,3)	18 (8,4)	387 (19,3)	0,0001
Karkeakielisuus	567 (25,6)	57 (26,5)	510 (25,5)	0,7343
Fyysinen pahoinpity	336 (15,1)	31 (14,4)	305 (15,2)	0,7555
Hämmennystä herättävä käytös	579 (26,1)	68 (31,6)	511 (25,5)	0,0518
Hoidon tai avun vastustelu	817 (36,8)	80 (37,2)	737 (36,8)	0,9006
Käyttöoire pahentunut 3kk aikana	385 (17,4)	31 (14,4)	354 (17,7)	0,2323
Harhaluuloisuus	280 (12,6)	28 (13,0)	252 (12,6)	0,8507
Aistiharhaisuus	346 (15,6)	37 (17,2)	309 (15,4)	0,4917
Masennusepäily	652 (29,4)	50 (23,3)	602 (30,0)	0,0382
Mieliala huonontunut 3kk aikana	386 (17,4)	25 (11,6)	361 (18,0)	0,0189
Päivittäinen vaikea kipu	517 (23,3)	51 (23,7)	466 (23,3)	0,8775
Kaatonut 3kk aikana	202 (9,1)	12 (5,6)	190 (9,5)	0,0589
Paino laskenut 5% /kk tai 10% /6kk	200 (9,0)	15 (7,0)	185 (9,2)	0,2726
Painehaava (I-IV)	170 (7,7)	15 (6,9)	155 (7,7)	0,6914
Painehaava (II-IV)	84 (3,8)	7 (3,3)	77 (3,8)	0,6685
Asennonmuutos aikataulutettu painehaavan ehkäisemiseksi	900 (40,6)	120 (55,8)	780 (38,9)	0,0001
Virtsanpidätyskyvyttömyys	1924 (86,7)	190 (88,4)	1734 (86,5)	0,4489
Ulosteenpidätyskyvyttömyys	1597 (72,0)	163 (75,8)	1434 (71,6)	0,1866
Vaipat	2044 (92,1)	199 (92,6)	1845 (92,1)	0,7991

*Cognitive Performance Scale on 3 tai enemmän asteikolla 0-6, missä 0=normaali ja 6 erittäin vaikea kognition vajaus. Arvo vastaa MMSE 15 asteikolla 0-30, missä 30 on normaali ja 0 erittäin vaikea kognition vajaus

Yksi tai useampi seuraavista edellyttää valvontaa tai apua: henkilökohtainen hygienia, liikkuminen, WC, syöminen (hierarkkinen ADL>0)

¤ Yksi tai useampi seuraavista edellyttää valvontaa tai apua: henkilökohtainen hygienia, liikkuminen, WC, syöminen (hierarkkinen ADL>0)

¤ Depression Rating Scale (DRS, asteikko 0-14) on 3 tai enemmän

Taulukko 5. Sosiaalisten suhteiden, eristyneisyyden ja yksinäisyyden yhteys pitkään laitoshoidon aikaan

	Kaikki	Hoitoaika 7,5 vuotta tai kauemmin	Hoitoaika lyhyempi kuin 7,5 vuotta	p<0,05
Yksi tai useampi sosiaalinen vuorovaikutustapahtuma muun kuin henkilöstön kanssa viikossa	1498 (67,5)	125 (58,1)	1373 (68,5)	0,0020
Yksi tai useampi ristiriitatilanne muiden asukkaiden, perheen, tuttavien tai henkilöstön kanssa	764 (34,4)	92 (42,8)	672 (33,5)	0,0066
Ilmaisee surua/vihaa/tyhjyyttä menetetyn roolinsa/tilanteensa vuoksi	77 (3,5)	5 (2,3)	72 (3,6)	0,3345

Taulukko 6. Ympäristön aineellisten ja aineettomien voimavarojen yhteys pitkään laitoshoidon aikaan

	Kaikki	Hoitoaika 7,5 vuotta tai kauemmin	Hoitoaika lyhyempi kuin 7,5 vuotta	p<0,05
Kevythoitoinen (PA, BA CA IA)	265 (11,9)	30 (14,0)	235 (11,7)	0,3386
Perushoidettavat	1155 (52,1)	113 (52,6)	1042 (52,0)	0,8754
Sairaalahoido edeltäneen 3 kk aikana	162 (7,3)	5 (2,3)	157 (7,8)	0,0032
Päivystyspoliklinikalla käynti edeltäneen 3 kk aikana	146 (6,6)	11 (5,2)	135 (6,7)	0,3625
Kuntoutumista erityisesti edistävä hoitotyö	1892 (85,3)	177 (82,3)	1715 (85,6)	0,2009
Fysioterapia arviointiviikon aikana	467 (21,1)	20 (9,3)	447 (22,3)	0,0001
Lääkärin arvio vähintään kahdesti 2 viikon aikana	58 (2,6)	6 (2,8)	52 (2,6)	0,8642
Lääkäri antanut jonkin uuden ohjeen vähintään kerran 2 viikon aikana	189 (8,5)	9 (4,2)	180 (9,0)	0,0167
Yhdeksän lääkettä tai enemmän	828 (37,3)	69 (32,1)	759 (37,9)	0,0958
Unilääke	253 (11,4)	12 (5,6)	241 (12,0)	0,0047

Taulukko 7. Pitkään ympärivuorokautisen hoidon aikaan liittyneet itsenäiset asiakaskohtaiset selittäjät. Logistinen regressioanalyysi.

	OR	95% luottamusväli	
		Alaraja	Yläaraja
Eronnut	4,6	3,01	6,88
Naimaton	2,9	2,00	4,27
Epilepsia	2,7	1,65	4,43
Loppuvaiheen dementia	2,7	1,87	3,89
Skitsofrenian diagnoosi, ei muistisairautta	2,2	1,24	3,78
Depression diagnoosi	2,0	1,33	3,00
Erittäin heikkonäköinen	1,7	1,10	2,54
Muistisairaus	0,7	0,47	0,93
Sydän- ja verisuonisairaus	0,5	0,35	0,65
c=0,760			

Taulukko 8. Pitkään ympärivuorokautisen hoidon aikaan liittyneet itsenäiset hoitoon liittyvät selittäjät. Logistinen regressioanalyysi.

	OR	95% luottamusväli	
		Alaraja	Yläaraja
Tuli psykiatrisesta sairaalasta	18,8	10,20	34,70
Asennonmuutos aikataulutettu painehaavan ehkäisemiseksi	2,2	1,58	2,94
Unilääke	0,5	0,27	0,95
Fysioterapia arviointiviikon aikana	0,5	0,30	0,79
Sairaalahoito edeltäneen 3 kk aikana	0,4	0,15	0,95
c=0,690			

LIITE 15.

Pisimpään säännöllistä kotihoitoa saaneet

Finne-Soveri Harriet, Gerasin Aleksandr, Hammar Teija, Heikkilä Rauha, Jokinen Sari, Mäkelä Matti, Noro Anja, Sohlman Britta, Vilkkö Anni

Alkusanat

Säännöllisen kotihoidon asiakkuuden tulisi kohdentua henkilöille heidän tarpeidensa mukaan. Tavoitteena on kyetä lisäämään palvelun saajien omatoimisuutta siten, että kotihoidon palvelua voitaisiin vähentää tai se voitaisiin ainakin tilapäisesti lopettaa. Joissain tapauksissa asiakkaat sairastavat eteneviä sairauksia joiden vuoksi kotihoito on pysyvää, toisissa tapauksissa hoitoa jatketaan vaikka avun tarve on vähentynyt tai poistunut.

Analyysin kohteena oli pisimpään säännöllistä kotihoitoa saaneiden ominaispiirteet.

Menetelmät

Terveyden ja hyvinvoinnin laitokseen Helsingin kaupungin säännöllisen kotihoidon asiakkaista 30.9.2010 kootusta RAI-aineistosta (n=4817) analysoitiin se kymmenesosa henkilöistä, jotka olivat saaneet kotihoidon palveluita pisimpään (n=472, 10%). Heitä verrattiin kotihoidon palveluita lyhyemmän aikaa saaneisiin.

Analyysissä käytettiin ristiintaulukointia ja Khiin neliön testiä dikotomisille muuttujille. Logistista regressioanalyysiä käytettiin analysoitaessa jatkuvia muuttujia sekä testattaessa pitkään hoitoaikaan itsenäisesti liittyviä tekijöitä. Analyysit tehtiin käyttäen SAS-tilastolaskentaohjelmaa (Copyright (c) 2002-2003 by SAS Institute Inc., Cary, NC, USA).

Tulokset

Pisin kirjattu hoitoaika oli 39 vuotta, kuitenkin siten, että yksi prosentti oli saanut kotihoitoa yli 13 vuotta. Puolet hoidettavista oli saanut säännöllistä kotihoitoa 2,2 vuotta tai kauemmin. Pisimpään säännöllistä kotihoitoa saanut kymmenesosa asiakkaista oli saanut hoitoa 6,3 vuotta tai kauemmin.

Taulukoihin 1-5 on koottu ristiintaulukoituna pitkään hoitoaikaan liittyneet tekijät ja. Taulukoissa 6 ja 7 on esitetty logistisen regressioanalyysin tulokset

Yhteenveto ja pohdinta

Pitkään kotihoitoa saaneiden joukossa oli muita asiakkaita enemmän kaikkein vanhimpia ja naimattomia. Merkitsevästi useammin kuin lyhyemmän aikaa hoidossa

olleet he sairastivat psykiatrisia sairauksia, MS-tautia, osteoporoosia, insuliinihoitoista diabetestä sekä sydän- ja verisuonitauteja. Muistisairauksia he sairastivat harvemmin kuin verrokkit. Heidän toimintakykynsä oli verrokkeja huonompi ja he olivat harvemmin päässeet ulos asunnostaan. Heillä esiintyi verrokkeja useammin virtsanpidätyskyvyttömyyttä ja sosiaalisesti poikkeavaa käytöstä ja he uskoivat verrokkeja harvemmin voivansa kuntoutua. He käyttivät verrokkeja useammin kuljetus- siivous- ja turvapalveluja. Lisäksi heillä oli verrokkeja useammin kaltoin kohtelun epäily.

Pitkään kotihoitoa saaneet kuuluivat muita useammin eniten henkilöstön aikaa saaneeseen ryhmään.

Pitkään kotihoitoa saaneiden joukossa yhdistyivät korkeaan ikään ja psyykkisiin sairauksiin liittyvät piirteet.

Taulukko 1. Sosiodemografisien tekijöiden yhteys pisimpään kotihoitoa saaneisiin

	Kaikki	Pitkä hoitoaika	Ei pitkää hoitoaikaa	p<0,05
	n (%)	n (%)	n (%)	
Nainen	3478 (73,7)	982 (76,2)	2496 (72,8)	0,0158
Ikä alle 65 vuotta	492 (10,4)	140 (10,9)	352 (10,3)	0,5432
Ikä 75 vuotta tai yli	3607 (76,5)	966 (75,0)	2641 (77,0)	0,1498
Ikä 80 vuotta tai yli	2911 (61,7)	797 (61,9)	2114 (61,6)	0,8768
Naimaton	1000 (21,2)	311 (24,2)	689 (20,1)	0,0024
Naimisissa	685 (14,5)	119 (9,2)	566 (16,5)	<0,0001
Leski	2269 (48,1)	602 (46,7)	1667 (48,6)	0,2543
Eronnut	14 (0,3)	2 (0,2)	12 (0,4)	(-)

(-) tilastollinen menetelmä ei ole pätevä liian vähäisten havaintojen vuoksi

Taulukko 2. Diagnoosien ja terveydentilan yhteys pisimpään kotihoitoa saaneisiin

	Kaikki	Pitkä hoitoaika	El pitkää hoitoaikaa	p<0,05
Muistisairaus	1368 (29,0)	309 (24,0)	1059 (30,9)	<0,0001
Muistisairaus*	946 (20,1)	196 (15,2)	750 (21,9)	<0,0001
Multippeli skleroosi	39 (0,8)	17 (1,3)	22 (0,6)	0,0218
Pelkkä multippeli skleroosi	35 (0,7)	16 (1,2)	19 (0,6)	0,0141
Parkinsonin tauti	153 (3,2)	34 (2,6)	119 (3,5)	0,1518
Pelkkä Parkinsonin tauti	116 (2,5)	24 (1,9)	92 (2,7)	0,1057
Aivohalvaus	541 (11,5)	188 (14,6)	353 (10,3)	<0,0001
Pelkkä aivohalvaus#	420 (8,9)	150 (11,7)	270 (7,9)	<0,0001
Sydän ja verisuonitauti	3732 (79,1)	1056 (82,0)	2676 (78,0)	0,0028
Pelkkä sydän- ja verisuonitauti#	2269 (48,1)	661 (51,3)	1608 (46,9)	0,0065
Lonkkamurtuma	189 (4,0)	52 (4,0)	137 (4,0)	0,9464
Pelkkä lonkkamurtuma#	138 (2,9)	40 (3,1)	98 (2,9)	0,6519
Syöpä	328 (7,0)	82 (6,4)	246 (7,2)	0,3325
Pelkkä syöpä#	269 (5,7)	73 (5,7)	196 (5,7)	0,9510
Diabetes	1125 (23,8)	333 (25,9)	792 (23,1)	0,0472
Pelkkä diabetes#	851 (18,0)	261 (20,3)	590 (17,2)	0,0148
Diabetes, insuliini on	118 (2,5)	45 (3,5)	73 (2,1)	0,0075
Osteoporoosi	927 (19,7)	301 (23,4)	626 (18,3)	<0,0001
Pelkkä osteoporoosi#	656 (13,9)	224 (17,4)	432 (12,6)	<0,0001
Alkoholin ongelmakäyttö	318 (6,7)	90 (7,0)	228 (6,7)	0,6778
Pelkkä alkoholin ongelmakäyttö#	245 (5,2)	76 (5,9)	169 (4,9)	0,1794
Psykiatrinen sairaus	1073 (22,7)	349 (27,1)	724 (21,1)	<0,0001
Pelkkä psykiatrinen sairaus	831 (17,6)	287 (22,3)	544 (15,9)	<0,0001
Terveydentila on epävakaa	2460 (52,1)	714 (55,4)	1746 (50,9)	0,0055
Akuuttivaihe parhaillaan	214 (4,5)	54 (4,2)	160 (4,7)	0,4875
Hiljattainen kroonisen sairauden lehdus tai akuuttisairaus heikentäneet toimintakykyä	1456 (30,9)	439 (34,1)	1017 (29,7)	0,0033
Koettu terveydentila on huono	1565 (33,2)	505 (39,2)	1060 (30,9)	<0,0001

* Muistisairaus, ei aivohalvausta tai psykiatrista sairautta

Pelkkä = muistisairaudesta osuus poistettu

Taulukko 3. Toimintakyvyn, toiminnanvajausten riskitekijöiden, oireiden ja oireyhtymien yhteys pisimpään kotihoitoa saaneisiin

	Kaikki	Pitkä hoitoaika	El pitkää hoitoaika	p<0,05
Vähintään keskivaikkea dementia*	1294 (27,4)	378 (29,4)	916 (26,7)	0,0699
Kognitio huonontunut 3kk aikana	278 (5,9)	72 (5,6)	206 (6,0)	0,5890
Erittäin vähäinen palvelutarve	742 (15,7)	146 (11,3)	596 (17,4)	<0,0001
Valvonnan/ avun tarve IADL toiminnoissa#	4067 (86,2)	1178 (91,5)	2889 (84,2)	<0,0001
Valvonnan/ avun tarve ADL toiminnoissa#	1391 (29,5)	460 (35,7)	931 (27,1)	<0,0001
Asiakas uskoo kuntoutuvansa	825 (17,5)	140 (10,9)	685 (20,0)	<0,0001
Hoitaja uskoo asiakkaan kuntoutuvan	1002 (21,2)	207 (16,1)	795 (23,2)	<0,0001
ADL huonontunut 3kk aikana	1205 (25,5)	338 (26,2)	867 (25,3)	0,4982
Yksi tai useampi käyttöoire	733 (15,5)	209 (16,2)	524 (15,3)	0,4224
Vaeltelu	185 (3,9)	41 (3,2)	144 (4,2)	0,1095
Karkeakielisuus	247 (5,2)	80 (6,2)	167 (4,9)	0,0652
Fyysinen pahoinpity	40 (0,9)	14 (1,1)	26 (0,8)	0,2723
Hämmennystä herättävä käytös	119 (2,5)	48 (3,7)	71 (2,1)	0,0012
Hoidon tai avun vastustelu	483 (10,2)	135 (10,5)	348 (10,2)	0,7348
Käyttöoire pahentunut 3kk aikana	311 (6,6)	88 (6,8)	223 (6,5)	0,6833
Harhaluuloisuus	281 (6,0)	93 (7,2)	188 (5,5)	0,0245
Aistiharhaisuus	171 (3,6)	61 (4,7)	110 (3,2)	0,0123
Masennusepäily§	767 (16,3)	253 (19,6)	514 (15,0)	0,0001
Mielliala huonontunut 3kk aikana	773 (16,4)	210 (16,3)	563 (16,4)	0,9278
Päivittäinen vaikea kipu	1679 (35,6)	512 (39,8)	1167 (34,0)	0,0003
Paino laskenut 5% /kk tai 10% /6kk	248 (5,3)	63 (4,9)	185 (5,4)	0,4910
Virtsanpidätyskyvyttömyys	1389 (29,4)	487 (37,8)	902 (26,3)	<0,0001
Ulosteenpidätyskyvyttömyys	376 (8,0)	144 (11,2)	232 (6,8)	<0,0001
Kaatonut	1112 (23,6)	312 (24,2)	800 (23,3)	0,5164

*Cognitive Performance Scale on 3 tai enemmän asteikolla 0-6, missä 0=normaali ja 6 erittäin vaikea kognition vajuus.

Arvo vastaa MMSE 15 asteikolla 0-30, missä 30 on normaali ja 0 erittäin vaikea kognition vajuus

Yksi tai useampi seuraavista edellyttää valvontaa tai apua: ateriat, kotitaloustyöt, raha-asiat, lääkitys, puhelin, ostokset, kuluvälineet (IADL-capacity>0)

α Yksi tai useampi seuraavista edellyttää valvontaa tai apua: henkilökohtainen hygienia, liikkuminen, WC, syöminen (hierarkkinen ADL>0)

§ Depression Rating Scale (DRS, asteikko 0-14) on 3 tai enemmän

(-) tilastollinen menetelmä ei ole pätevä liian vähäisten havaintojen vuoksi

Taulukko 4. Sosiaalisten suhteiden, eristyneisyyden ja yksinäisyyden yhteys pisimpään kotihoitoa saaneisiin

	Kaikki	Pitkä hoitoaika	El pitkää hoitoaika	p<0,05
Ei poistunut asunnostaan kuukauteen	1276 (27,1)	443 (34,4)	833 (24,3)	<0,0001
Yksin suurimman osan päivää	2002 (42,4)	608 (47,2)	1394 (40,6)	<0,0001
Kokee itsensä yksinäiseksi	1233 (26,1)	395 (30,7)	838 (24,4)	<0,0001
Sosiaaliset suhteet vähentyneet	1298 (27,5)	344 (26,7)	954 (27,8)	0,4488

Taulukko 5. Kotiympäristön voimavarojen ja puutteiden yhteys pisimpään kotihoitoa saaneisiin

	Kaikki	Pitkä hoitoaika	Ei pitkää hoitoaikaa	p<0,05
Asiakkaalla on hoitoon osallistuva omainen tai läheinen	2908 (61,6)	760 (59,0)	2148 (62,6)	0,0228
Omaishoitajan virallinen status	502 (10,6)	119 (9,2)	383 (11,2)	0,0558
Hoivaaja ei voi jatkaa	91 (1,9)	23 (1,8)	68 (2,0)	0,6615
Hoivaaja on tyytymätön	47 (1,0)	18 (1,4)	29 (0,9)	0,0889
Hoivaaja on kuormittunut	390 (8,3)	86 (6,7)	304 (8,9)	0,0151
Hoivaaja ei jatka, on tyytymätön tai kuormittunut	473 (10,0)	112 (8,7)	361 (10,5)	0,0624
Hoivaaja mielestä asiakkaan olisi parempi asua muualla	413 (8,8)	141 (11,0)	272 (7,9)	0,0011
Asiakkaan mielestä hänen olisi parempi asua muualla	140 (3,0)	39 (3,0)	101 (2,9)	0,8805
Molempien mielestä asiakkaan olisi parempi asua muualla kuin kotona	252 (5,3)	85 (6,6)	167 (4,9)	0,0185
Hoivaaja asuu asiakkaan kanssa	654 (13,9)	132 (10,3)	522 (15,2)	<0,0001
Kaltoinkohtelun tai laiminlyönnin epäily	344 (7,3)	131 (10,2)	213 (6,2)	<0,0001
Hoitava omainen tai läheinen on puoliso	471 (10,0)	84 (6,5)	387 (11,3)	<0,0001
Hoitava omainen tai läheinen on lapsi	1679 (35,6)	435 (33,8)	1244 (36,3)	0,1108
Hoivaaja on muu sukulainen	571 (12,1)	176 (13,7)	395 (11,5)	0,0438
Hoivaaja on muu kuin sukulainen	186 (3,9)	65 (5,1)	121 (3,5)	0,0169
Pesutilat /WC ovat puutteelliset	473 (10,0)	161 (12,5)	312 (9,1)	0,0005
Keittiö on puutteellinen	124 (2,6)	44 (3,4)	80 (2,3)	0,0382
Pääsy huoneisiin on esteellinen	116 (2,5)	38 (3,0)	78 (2,3)	0,1815
Pääsy kotiin/sieltä ulos on esteellinen	795 (16,9)	292 (22,7)	503 (14,7)	<0,0001
Tinkinyt välttämättömistä tarpeistaan vähävaraisuuden vuoksi	179 (3,8)	53 (4,1)	126 (3,7)	0,4795

Taulukko 6. Hoitokäytäntöjen ja palvelujen käytön yhteys pisimpään kotihoitoa saaneisiin

	Kaikki	Pitkä hoitoaika	Ei pitkää hoitoaikaa	p<0,05
Päivystyspoliklinikakäynti 3kk aikana	785 (16,6)	195 (15,1)	590 (17,2)	0,0903
Sairaalahoido 3 kk aikana	949 (20,1)	235 (18,3)	714 (20,8)	0,0497
Suunnittelematon kotikäynti 3kk aikana	965 (20,5)	286 (22,2)	679 (19,8)	0,0676
Runsas kotihoitoa aikana	473 (10,0)	200 (15,5)	273 (8,0)	<0,0001
Runsas hoivaajan aika	485 (10,3)	94 (7,3)	391 (11,4)	<0,0001
Yksi tai useampi tukipalvelu	3088 (65,5)	969 (75,2)	2119 (61,8)	<0,0001
Ateriapalvelu	1790 (37,9)	521 (40,5)	1269 (37,0)	0,0294
Saattopalvelu	95 (2,0)	32 (2,5)	63 (1,8)	0,1582
Kuljetuspalvelu	567 (12,0)	205 (15,9)	362 (10,6)	<0,0001
Siivouspalvelu	906 (19,2)	325 (25,2)	581 (16,9)	<0,0001
Vapaaehtoispalvelu	200 (4,2)	77 (6,0)	123 (3,6)	0,0003
Kylvytyspalvelu	202 (4,3)	62 (4,8)	140 (4,1)	0,2685
Turvapalvelu	1562 (33,1)	563 (43,7)	999 (29,1)	<0,0001
Lääkäri (7 vrk aikana)	499 (10,6)	103 (8,0)	396 (11,6)	0,0004
Fysioterapeutti (7 vrk aikana)	396 (8,4)	112 (8,7)	284 (8,3)	0,6464
Toimintaterapeutti (7 vrk aikana)	68 (1,4)	10 (0,8)	58 (1,7)	0,0189
Liikuntaterapia (7 vrk aikana)	174 (3,7)	51 (4,0)	123 (3,6)	0,5441
Lyhytaikahoito mistä tahansa syystä	106 (2,3)	42 (3,3)	64 (1,9)	0,0040
Lyhytaikahoito omaisen levon vuoksi	51 (1,1)	14 (1,1)	37 (1,1)	0,9805

Taulukko 7. Pisimpään kotihoitoa saaneisiin itsenäisesti liittyneet asiakaskohtaiset tekijät

		Alaraja	Yläraja
Multippeli skleroosi	4,1	0,44	0,72
Sosiaalisesti hämmennystä herättävä käytös	1,9	1,15	3,06
Insuliinidiabetes	1,7	1,01	2,80
Yhdeksänkymmentä vuotias tai yli	1,6	1,25	2,03
Ei poistunut asunnostaan kuukauteen	1,5	1,25	1,91
Psykiatrinen sairaus	1,5	1,17	1,96
Sydän- ja verisuonitauti	1,40	1,19	1,78
Valvonnan/ avun tarve ADL toiminnoissa	1,4	1,11	1,73
Osteoporoosi	1,4	1,07	1,69
Virtsanpidätyskyvyttömyys	1,3	1,03	1,58
Naimaton	1,3	1,04	1,65
Muistisairaus	0,6	0,44	0,71
Asiakas uskoo kuntoutuvansa	0,4	0,29	0,58
c=0,688			

Taulukko 8. Pisimpään kotihoitoa saaneisiin itsenäisesti liittyneet ympäristökohtaiset tekijät

	OR	95% luottamusväli	
		Alaraja	Yläraja
Kuuluu eniten kotihoidon henkilöstön aikaa käyttävään kymmenesosaan	1,8	1,36	2,32
Kaltoinkohtelun epäily	1,7	1,18	2,30
Turvapalvelu	1,6	1,18	2,12
Pääsy kotiin ja sieltä pois esteellinen	1,6	1,27	200,00
Kuljetuspalvelu	1,5	1,17	1,97
Siivouspalvelu	1,4	1,32	1,77
Turvaranneke	1,4	1,01	1,82
Hoivaaja on lapsi	0,70	0,61	0,93
c=0,686			

LIITE 16.

Alle 6 kk säännöllistä kotihoitoa saaneet (uudet asiakkaat)

Finne-Soveri Harriet, Gerasin Aleksandr, Hammar Teija, Heikkilä Rauha, Jokinen Sari, Mäkelä Matti, Noro Anja, Sohlman Britta, Vilkkö Anni

Alkusanat

Säännöllisen kotihoidon asiakkuus voi alkaa monesta syystä. Asiakkaaksi tulisi päästä tarpeen perusteella ja samoin kriteerein riippumatta siitä, missä asuu.

Analyysin kohteena olivat alle 6kk säännöllisen kotihoidon asiakkaana olleiden ominaispiirteet.

Menetelmät

Terveysten ja hyvinvoinnin laitokseen Helsingin kaupungin säännöllisen kotihoidon asiakkaista 30.9.2010 kootusta RAI-aineistosta (n=4817) analysoitiin se kymmenesosa henkilöistä, jotka olivat saneet kotihoidon palveluita pisimpään (n=631, 13,4%). Heitä verrattiin kauemmin kotihoidon palveluita saaneisiin. RAI-arvioinneista erotettiin ne henkilöt, joiden kotihoidon asiakkuus oli kestänyt alle 6kk ja arviointi oli suoritettu heille ensimmäistä kertaa.

Analyysissä käytettiin ristiintaulukointia ja Khiin neliön testiä dikotomisille muuttujille. Logistista regressioanalyysiä käytettiin analysoitaessa jatkuvia muuttujia sekä testattaessa hiljattain asiakkaiksi tulleiden ominaispiirteisiin itsenäisesti liittyviä tekijöitä. Analyysit tehtiin käyttäen SAS-tilastolaskentaohjelmaa (Copyright (c) 2002-2003 by SAS Institute Inc., Cary, NC, USA).

Tulokset

Uusien asiakkaiden lyhin kirjattu hoitoaika oli 0 vrk ja pisin 179. Heistä 25% oli arvioitu ensimmäisen kuukauden aikana (34 vrk) ja puolet 69 vrk kuluessa.

Taulukoissa 1-5 on esitetty ristiintaulukoinnin ja taulukoissa 6 ja 7 logistisen regressioanalyysin tulokset.

Yhteenveto ja pohdinta

Uusia asiakkaita luonnehti muihin asiakkaisiin verrattuna hiljattainen akuuttisairaus siihen liittyvine sairaala- tai päivystyspoliikkikäynneineen tai lääkärin käyntiin. Hoitoa oli hiljattain myös muutettu ja hoitaja uskoi asiakkaan kuntoutuvan.

Asiakkaat olivat pitkäaikaissairauksiltaan, toimintakyvyltään ja sosiaaliselta elämältään hyväkuntoisia ja hyvinvoivia sekä kevythoitaisia. Uusien asiakkaiden joukosta saattaa löytyä paljon toipumis- ja uloskirjauspotentiaalia.

Taulukko 1. Sosiodemografisten tekijöiden yhteys uuteen asiakuuteen

	Kaikki	Alle kuusi kk säännöllistä kotihoitoa	Kuusi kuukautta tai yli säännöllistä kotihoitoa	p<0,05
Nainen	3478 (73,7)	449 (71,2)	3029 (74,11)	0,1164
Ikä 75 vuotta tai yli	3607 (75,5)	437 (69,3)	3170 (77,6)	0,0001
Naimaton	1000 (21,2)	130 (20,6)	870 (21,3)	0,6953
Naimisissa	685 (14,5)	112 (17,8)	573 (14,0)	0,0133
Leski	2269 (48,1)	279 (44,2)	1990 (48,7)	0,0362

Taulukko 2. Diagnoosien ja terveydentilan yhteys uuteen asiakkuuteen

	Kaikki	Alle kuusi kk säännöllistä kotihoitoa	Kuusi kuukautta tai yli säännöllistä kotihoitoa	p<0,05
Muistisairaus	1368 (29,0)	153 (24,3)	1215 (29,7)	0,0047
Pelkkä muistisairaus*	946 (20,1)	111 (17,6)	835 (20,4)	0,0973
Muuttupeli skleroosi	39 (0,8)	7 (1,1)	32 (0,8)	0,3994
Pelkkä muuttupeli skleroosi	35 (0,74)	7 (1,1)	28 (0,7)	0,2477
Parkinsonin tauti	153 (3,2)	20 (3,2)	133 (3,3)	0,9110
Pelkkä Parkinsonin tauti	116 (2,5)	15 (2,4)	101 (2,5)	0,8871
Aivohalvaus	521 (11,5)	59 (9,4)	482 (11,8)	0,0730
Pelkkä aivohalvaus#	420 (8,9)	48 (7,6)	372 (9,10)	0,2197
Sydän ja verisuonitauti	3732 (79,1)	462 (73,2)	3270 (80,0)	0,0001
Pelkkä sydän- ja verisuonitauti#	2269 (48,1)	305 (48,3)	1964 (48,1)	0,8953
Lonkkamurtuma	189 (4,0)	27 (4,3)	162 (4,0)	0,7071
Pelkkä lonkkamurtuma#	138 (2,9)	21 (3,3)	117 (2,9)	0,5185
Syöpä	328 (7,0)	54 (8,6)	274 (6,7)	0,0884
Pelkkä syöpä#	269 (5,7)	49 (7,8)	220 (5,4)	0,0613
Diabetes	1125 (23,8)	124 (19,7)	1001 (24,5)	0,0079
Pelkkä diabetes#	851 (18,0)	97 (15,4)	754 (18,5)	0,0614
Diabetes, insuliini on	118 (2,5)	17 (2,7)	101 (2,5)	0,7386
Osteoporooosi	927 (19,7)	74 (11,7)	853 (20,9)	0,0001
Pelkkä osteoporooosi#	656 (13,9)	58 (9,2)	598 (14,6)	0,0002
Alkoholin ongelmakäyttö	318 (6,7)	56 (8,9)	262 (6,4)	0,0216
Pelkkä alkoholin ongelmakäyttö#	245 (5,2)	44 (7,0)	201 (4,9)	0,0304
Psykiatrinen sairaus	1073 (22,7)	116 (18,4)	957 (23,4)	0,0050
Pelkkä psykiatrinen sairaus	831 (17,6)	92 (14,6)	739 (18,1)	0,0316
Terveydentila on epävaka	2460 (52,1)	319 (50,6)	2141 (52,4)	0,3915
Akuuttivaihe parhaillaan	214 (4,5)	45 (7,1)	169 (4,1)	0,0008
Hiljattainen kroonisen sairauden lehdähdus tai akuuttisairaus heikentäneet toimintakykyä	1456 (30,9)	196 (31,2)	1260 (30,8)	0,9064
Koettu terveydentila on huono	1565 (33,2)	167 (26,5)	1398 (34,2)	0,0001

* Muistisairaus, ei aivohalvausta tai psykiatrista sairautta

Pelkkä = muistisairaudesta osuus poistettu

Taulukko 3. Toimintakyvyn, toiminnanvajausten riskitekijöiden, oireiden ja oireyhtymien yhteys uuteen asiakkuuteen

	Kaikki	Alle kuusi kk säännöllistä kotihoitoa	Kuusi kuukautta tai yli säännöllistä kotihoitoa	p<0,05
Vähintään keskivaikea dementia*	1294(27,3)	141 (22,4)	1153 (28,3)	0,0021
Kognitio huonontunut 3kk aikana	278 (5,9)	35 (5,6)	243 (6,0)	0,6920
Valvonnan/ avun tarve IADL toiminnoissa#	4067 (86,2)	495 (78,5)	3572 (87,4)	0,0001
Valvonnan/ avun tarve ADL toiminnoissa#	1391 (29,5)	166 (26,3)	1225 (30,0)	0,0602
Asiakas uskoo kuntoutuvansa	825 (17,5)	147 (23,3)	678 (16,6)	0,0001
Hoitaja uskoo asiakkaan kuntoutuvan	1002 (21,2)	168 (26,6)	834 (20,4)	0,0004
ADL huonontunut 3kk aikana	1205 (25,5)	174 (27,6)	1031 (25,2)	0,2079
Erittäin vähäinen avun tarve	742 (15,7)	133 (21,1)	609 (14,9)	0,0001
Yksi tai useampi käytösoire	733 (15,5)	93 (14,7)	640 (15,7)	0,5523
Vaeltelu	185 (3,9)	34 (5,4)	151 (3,7)	0,0413
Karkeakielisuus	247 (5,2)	25 (4,0)	222 (5,4)	0,1229
Fyysinen pahoinpity	40 (0,9)	3 (0,5)	37 (0,9)	0,2730
Hämmennystä herättävä käytös	119 (2,5)	9 (1,4)	110 (2,7)	0,0592
Hoidon tai avun vastustelu	483 (10,2)	59 (9,4)	424 (10,4)	0,4296
Käytösoire pahentunut 3kk aikana	311 (6,6)	39 (6,2)	272 (6,7)	0,6548
Harhaluuloisuus	281 (6,0)	36 (5,7)	245 (6,0)	0,7750
Aistiharhaisuus	171 (3,6)	19 (3,0)	152 (3,7)	0,3758
Masennusepäily§	767 (16,3)	78 (12,4)	689 (16,9)	0,0044
Mieliala huonontunut 3kk aikana	773 (16,4)	109 (17,3)	664 (16,3)	0,5163
Päivittäinen vaikea kipu	361 (7,7)	45 (7,1)	316 (7,7)	0,5975
Kaatonut 3kk aikana	1112 (23,6)	196 (31,1)	916 (22,4)	0,0001
Paino laskenut 5% /kk tai 10% /6kk	248 (5,3)	47 (7,5)	201 (4,9)	0,0080

*Cognitive Performance Scale on 3 tai enemmän asteikolla 0-6, missä 0=normaali ja 6 erittäin vaikea kognition vajuus. Arvo vastaa MMSE 15 asteikolla 0-30, missä 30 on normaali ja 0 erittäin vaikea kognition vajuus

Yksi tai useampi seuraavista edellyttää valvontaa tai apua: ateriat, kotitaloustyöt, raha-asiat, lääkitys, puhelin, ostokset, kuluvälineet (IADL-capacity>0)

§ Yksi tai useampi seuraavista edellyttää valvontaa tai apua: henkilökohtainen hygienia, liikkuminen, WC, syöminen (hierarkkinen ADL>0)

⌘ Depression Rating Scale (DRS, asteikko 0-14) on 3 tai enemmän

Taulukko 4. Sosiaalisten suhteiden, eristyneisyyden ja yksinäisyyden yhteys uuteen asiakkuuteen

	Kaikki	Alle kuusi kk säännöllistä kotihoitoa	Kuusi kuukautta tai yli säännöllistä kotihoitoa	p<0,05
Ei poistunut asunnostaan kuukauteen	1276 (27,1)	143 (22,7)	1133 (27,7)	0,0077
Yksin suurimman osan päivää	2002 (42,4)	231 (36,6)	1771 (43,3)	0,0015
Kokee itsensä yksinäiseksi	1233 (26,3)	125 (19,8)	1108 (27,1)	0,0001
Sosiaaliset suhteet vähentyneet	1298 (27,5)	195 (30,9)	1103 (27,0)	0,0404
Sosiaaliset suhteet vähentyneet ja kärsii siitä	429 (9,1)	80 (12,7)	349 (8,5)	0,0008

Taulukko 5. Kotiympäristön voimavarojen ja puutteiden yhteys uuteen asiakkuuteen

	Kaikki	Alle kuusi kk säännöllistä kotihoitoa	Kuusi kuukautta tai yli säännöllistä kotihoitoa	p<0,05
Asiakkaalla on hoitoon osallistuva omainen tai läheinen	2908 (61,6)	366 (58,0)	2542 (62,2)	0,0438
Omaishoitajan virallinen status	502 (10,6)	76 (12,0)	426 (10,4)	0,2190
Hoivaaja ei voi jatkaa	91 (1,9)	14 (2,2)	77 (1,9)	0,5694
Hoivaaja on tyytymätön	47 ((1,0)	4 (0,6)	43 (1,1)	0,3249
Hoivaaja on kuormittunut	390 (8,3)	51 (8,1)	339 (8,3)	0,8570
Hoivaaja ei jatka, on tyytymätön tai kuormittunut	473 (10,0)	64 (10,1)	409 (10,0)	0,9161
Hoivaajan mielestä asiakkaan olisi parempi asua muualla	413 (8,8)	46 (7,3)	367 (9,0)	0,1622
Asiakkaan mielestä hänen olisi parempi asua muualla	140 (3,0)	20 (3,2)	120 (2,9)	0,7477
Hoivaaja asuu asiakkaan kanssa	2406 (51,0)	282 (44,7)	2124 (52,0)	0,0007
Kaltoinkohtelun tai laiminlyönnin epäily	344 (7,3)	39 (6,2)	305 (7,5)	0,2490
Hoivaaja tai läheinen on puoliso	471 (10,0)	75 (11,9)	396 (9,7)	0,0867
Hoivaaja tai läheinen on lapsi	1679 (35,6)	207 (32,8)	1472 (36,0)	0,1168
Hoivaaja muu sukulainen	571 (12,1)	58 (9,2)	513 (12,6)	0,0160
Hoivaajaläheinen on muu kuin sukulainen	186 (3,9)	26 (4,1)	160 (3,9)	0,8049
Pesutilat /WC ovat puutteelliset	473 (10,0)	54 (8,6)	419 (10,3)	0,1872
Keittiö on puutteellinen	124 (2,6)	14 (2,2)	110 (2,7)	0,4896
Pääsy huoneisiin on esteellinen	116 (2,5)	11 (2,6)	105 (2,6)	0,2125
Pääsy kotiin/sieltä ulos on esteellinen	795 (16,9)	68 (10,8)	727 (17,8)	0,0001
Yksi tai useampi asumisen ongelma	1540 (32,6)	149 (23,6)	1391 (34,0)	0,0001
Tinkinyt välttämättömistä tarpeistaan vähävaraisuuden vuoksi	179 (3,8)	19 (3,0)	160 (3,9)	0,2687

Taulukko 6. Hoitoisuuden, hoitokäytäntöjen ja palvelujen käytön yhteys uuteen asiakkuuteen

	Kaikki	Alle kuusi kk säännöllistä kotihoitoa	Kuusi kuukautta tai yli säännöllistä kotihoitoa	p<0,05
Päivystyspoliklinikkakäynti 3kk aikana	785 (16,6)	149 (23,6)	838 (15,6)	0,0001
Sairaalahoito 3 kk aikana	949 (20,1)	212 (33,6)	737 (18,0)	0,0001
Suunnittelematon kotikäynti 3kk aikana	965 (20,5)	146 (23,1)	819 (20,0)	0,0725
Avun tarve lisääntynyt 3kk aikana	908 (19,2)	139 (22,0)	769 (18,8)	0,0567
Ateriapalvelu	1790 (37,9)	196 (31,1)	1594 (39,0)	0,0001
Saattopalvelu	95 (2,0)	8 (1,3)	87 (2,1)	0,1519
Kuljetuspalvelu	567 (12,0)	37 (5,9)	530 (13,0)	0,0001
Siivouspalvelu	906 (19,2)	47 (12,2)	829 (20,3)	0,0001
Vapaaehtoispalvelu	200 (4,2)	14 (2,2)	186 (4,6)	0,0068
Kylvetyspalvelu	202 (4,3)	26 (4,1)	176 (4,3)	0,8300
Turvapalvelu	1562 (33,1)	132 (20,9)	1430 (35,0)	0,0001
Lääkäri (7 vrk aikana)	499 (10,6)	96 (15,2)	403 (9,9)	0,0001
Fysioterapeutti (7 vrk aikana)	396 (8,4)	62 (9,8)	334 (8,2)	0,1633
Toimintaterapeutti (7 vrk aikana)	68 (1,4)	16 (2,5)	52 (1,3)	0,0132
Liikuntaterapia (7 vrk aikana)	174 (3,7)	18 (2,9)	156 (3,8)	0,2316
Runsas kotihoidon aika (>9 h/vko)	473 (10,0)	41 (6,5)	432 (10,6)	0,0015
Runsas omaishoidon aika (>21h/vko)	485 (10,3)	86 (13,6)	399 (9,8)	0,0029
Turvaranneke	1553 (32,9)	147 (23,3)	1406 (34,4)	0,0001
Lyhytaikaishoito omaisen levon vuoksi	51 (1,1)	12 (1,9)	94 (2,3)	0,5298

Taulukko 7. Alle 6 kk hoitoaikaan itsenäisesti liittyneet asiakaskohtaiset tekijät

	OR	95% luottamusväli	
		Alaraja	Yläaraja
Akuuttivaihe parhaillaan	1,8	1,23	2,51
Kaatonut	1,7	1,37	2,01
Alle 75 vuotias	1,5	1,21	1,84
Erittäin vähäinen palvelun tarve	1,5	1,23	1,93
Tahaton painon lasku	1,5	1,10	2,09
Avun tarve lisääntynyt hiljattain	1,3	1,02	1,59
Sydän- ja verisuonitauti	0,8	0,62	0,94
Muistisairaus	0,8	0,64	0,96
Huonoksi koettu terveydentila	0,7	0,57	0,85
Diabetes	0,7	0,59	0,90
Jokin psykiatrinen sairaus	0,6	0,48	0,76
Osteoporoosi	0,5	0,40	0,67
c=0648			

Taulukko 8. Alle 6 kk hoitoaikaan itsenäisesti liittyneet ympäristökohtaiset tekijät

	OR	95% luottamusväli	
		Alaraja	Yläaraja
Sairaalahoito 3 kk aikana	2,4	2,00	2,91
Toimintaterapeutti (7 vrk aikana)	2,0	1,12	3,60
Päivystyspoliklinikkakäynti 3kk aikana	1,4	1,12	1,71
Runsas kotihoidon aika (>9 h/vko)	0,6	0,43	0,84
Yksi tai useampi tukipalvelu	0,5	0,40	0,57
c=0649			

LIITE 17.

Sairaalahoidossa käyneet vanhainkotiasukkaat

Finne-Soveri Harriet, Asikainen Janne, Heikkilä Rauha, Hosia-Randell Helka, Muuri-
nen Seija, Mäkelä Matti, Noro Anja, Sohlman Britta

Alkusanat

Vanhainkodissa asuminen ei korvaa sairaalapalvelujen käyttöä akuuttisairauksien tai traumojen sattuessa. Tiedetään melko vähän siitä millaisia henkilöitä sairaalaan lähetetään, ovatko he tyypillisiä laitosasiakkaita vai kuuluvatko he johonkin erityisryhmään. Esimerkiksi tiedetään vähän loppuvaiheen dementiapotilaiden sairaalaan lähettamisestä.

Analyyseissä selvitettiin niiden vanhainkotiasukkaiden ominaispiirteitä, jotka olivat käyneet sairaalaosastolla hoidossa.

Menetelmät

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Helsingistä 30.9.2010 kootusta laitoshoidon RAI-aineistosta (n=2620) poistettiin palvelutalot ja entiset terveyskeskussairaalat. Jäljelle jääneistä vanhainkodeista (vanhustenkeskuksista) kerätystä aineistosta (n=1243) analysoitiin niiden asukkaiden ominaispiirteet, jotka olivat käyneet sairaalaosastolla hoidossa vähintään yhden yön yli vähintään kerran arviointia edeltäneen kolmen kuu-
kauden aikana (n=56, 4,5 %). Aineistosta oli sairaalasta pitkäaikaishoitoon lähetettyjen eliminoimiseksi suljettu pois kaikki ne, joiden hoitoaika oli 3 kk tai alle.

Taulukkoon 1. on koottu organisaatioiden nimet aakkosjärjestyksessä. Mukaan otettiin arvioinnit kaikkiaan 11 laitoksesta (taulukko 1).

Taulukko 1. Analyysissä mukana olleet organisaatiot

Organisaatio	3kk tai yli asukkaana olleet
Diakonissalaitos Hoiva Oy	96
Helsingin Diakonissalaitos	40
Lauttasaaren kartanon sairaskoti	29
Helsingin Seniorisäätiö (5 laitosta)	457
Helsingin Sosiaalivirasto (2 laitosta)	511
Omakotisäätiö	72
Oulunkylän kuntoutussairaala	38
Yhteensä	1243

Perusanalyysinä käytettiin ristiintaulukointia ja Khiin neliön testiä dikotomisille muuttujille. Logistista regressioanalyysiä käytettiin analysoitaessa jatkuvia muuttujia sekä testattaessa itsenäisesti sairaalakäyntiin liittyneitä tekijöitä. Analyysit tehtiin käyttäen SAS-tilastolaskentaohjelmaa.

Tulokset

Sairaalassa käyneet näyttivät diagnooseiltaan hyvin samankaltaiselta kuin muukin vanhainkotiväestö kuitenkin siten, että he saattoivat sairastaa muistisairauksia hieman harvemmin, mutta aivohalvausta tai masennusta useammin kuin ne, joilla ei ollut sairaalakäyntiä. Painonlaskua ja kaatuilua heillä oli verrokkeja useammin, mutta ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä.

Ristiintaulukoinnin tulokset on esitetty taulukoissa 2-5 ja logistisen regressioanalyysin tulokset taulukossa 6.

Yhteenveto ja pohdinta

Sairaalahoidossa käyneet vanhainkotiasukkaat olivat minkä tahansa ikäisiä miehiä, joiden toimintakyky oli alentunut hiljattaisen sairauden vuoksi. Vaikka heillä esiintyi virtsapidätyskyvyttömyyttä verrokkeja harvemmin, pidätyskyvyttömyys oli kuitenkin pahentunut verrokkeja useammin. Sairaalassa käyneet kuuluivat verrokkeja useammin klinisiin RUG-pääloukkiin 2-4 ja heillä oli muita useammin yhdeksän lääkettä tai enemmän.

Taulukko 2. Sosiodemografisien tekijöiden ja tulotahon yhteys sairaalakäynteihin

Muuttujat	Kaikki	Sairaalahoito arviointia edeltäneen 3 kk aikana	Ei sairaalahoitoa arviointia edeltäneen 3 kk aikana	p<0,05
	n (%)	n (%)	n (%)	
Mies	288 (23,2)	24 (42,9)	264 (22,2)	0,0004
Ikä alle 65 vuotta	26 (2,1)	6 (10,7)	20 (1,7)	(-)
Ikä alle 75 vuotta	161 (13,0)	11 (19,6)	150 (12,6)	0,1271
Ikä 75 vuotta tai yli	1082 (87,1)	45 (80,4)	1037 (87,4)	0,1271
Ikä 80 vuotta tai yli	929 (74,7)	35 (62,5)	894 (75,3)	0,0310
Naimaton	177 (14,2)	6 (10,7)	171 (14,4)	0,4398
Naimisissa	183 (14,7)	10 (17,9)	173 (14,6)	0,4981
Leski	484 (38,9)	19 (33,9)	465 (39,2)	0,4314
Eronnut	161 (13,0)	8 (14,3)	153 (12,9)	0,7611
Hoitoaika alle 6kk (3-6kk)	15 (1,2)	0	15 (1,3)	(-)
Hoitoaika 7,5 tai kauemmin	139 (11,2)	5 (8,9)	134 (11,3)	0,5839
Mistä tuli: Koti	119 (9,6)	4 (7,1)	115 (9,7)	0,5270
Mistä tuli: Akuuttisairaala, somaattinen	173 (13,9)	11 (19,6)	162 (13,7)	0,2053
Mistä tuli: Akuuttisairaala, psykiatrinen	35 (2,8)	2 (3,6)	33 (2,8)	(-)

(-) tilastollinen menetelmä ei ole pätevä liian vähäisten havaintojen vuoksi

Taulukko 3. Diagnoosien ja terveydentilan yhteys sairaalassa käyntiin

Muuttujat	Kaikki	Sairaalahoito arviointia edeltäneen 3 kk aikana	Ei sairaalahoitoa arviointia edeltäneen 3 kk aikana	p<0,05
Muistisairaus	913 (73,5)	37 (66,1)	876 (73,8)	0,2006
Pelkkä muistisairaus*	742 (59,7)	26 (46,4)	716 (60,3)	0,0384
Multippeli skleroosi	3 (0,2)	0	3 (0,3)	(-)
Pelkkä multippeli skleroosi	1 (0,1)	0	1 (0,1)	(-)
Parkinsonin tauti	62 (5,0)	4 (7,1)	58 (4,9)	(-)
Pelkkä Parkinsonin tauti	28 (2,3)	2 (3,6)	26 (2,2)	(-)
Aivohalvaus	204 (16,4)	15 (26,8)	189 (15,9)	0,0320
Pelkkä aivohalvaus#	95 (7,6)	8 (14,3)	87 (7,3)	(-)
Aivotrauma	23 (1,9)	4 (7,1)	19 (1,6)	(-)
Sydän- ja verisuonitauti	777 (62,5)	37 (66,1)	740 (62,3)	0,5732
Pelkkä sydän- ja verisuonitauti#	223 (17,9)	16 (28,6)	207 (17,4)	0,0339
Lonkkamurtuma	182 (14,6)	8 (14,3)	174 (14,7)	0,9385
Pelkkä lonkkamurtuma#	46 (3,7)	3 (5,4)	43 (3,6)	(-)
Syöpä	67 (5,4)	6 (10,7)	61 (5,1)	(-)
Pelkkä syöpä#	18 (1,5)	3 (5,4)	15 (1,3)	(-)
Diabetes	202 (16,3)	8 (14,3)	194 (16,3)	0,6833
Pelkkä diabetes#	69 (5,6)	4 (7,1)	65 (5,5)	(-)
Diabetes, insuliini on	61 (4,9)	3 (5,4)	58 (4,9)	(-)
Osteoporoosi	206 (16,6)	5 (8,9)	201 (16,9)	0,1154
Pelkkä osteoporoosi#	61 (4,9)	2 (3,6)	59 (5,0)	(-)
Masennus	196 (15,8)	16 (28,6)	180 (15,2)	0,0071
Pelkkä masennus#	70 (5,6)	6 (10,7)	64 (5,4)	(-)
Skitsofrenia	84 (6,8)	3 (5,4)	81 (6,8)	(-)
Pelkkä skitsofrenia	60 (4,8)	3 (5,4)	57 (4,8)	(-)
Psykiatrinen sairaus	317 (25,5)	21 (37,5)	296 (24,9)	0,0351
Pelkkä psykiatrinen sairaus	146 (11,8)	10 (17,9)	136 (11,5)	0,1461
Epilepsia	58 (4,7)	5 (8,9)	53 (4,5)	(-)
Jonkin resistentin bakteerin kantajuus tai infektio	110 (8,9)	5 (8,9)	105 (8,9)	(-)
Jonkin resistentin bakteerin kantajuus tai infektio, pelkkä	34 (2,7)	3 (5,4)	31 (2,6)	(-)
Terveydentila on epävakaa	914 (73,5)	50 (89,3)	864 (72,8)	0,0062
Akuuttivaihe parhaillaan	26 (2,1)	7 (12,5)	19 (1,6)	(-)
Hiljattainen kroonisen sairauden lehdähdys tai akuuttisairaus heikentäneet toimintakykyä	792 (63,7)	48 (85,7)	744 (62,7)	0,0005

* Muistisairaus, ei aivohalvausta tai psykiatrista sairautta

Pelkkä = muistisairauden osuus poistettu

(-) tilastollinen menetelmä ei ole pätevä liian vähäisten havaintojen vuoksi

Taulukko 4. Toimintakyvyn, toiminnanvajauksen riskitekijöiden, oireiden ja oireyhtymien yhteys sairaalassa käyntiin

Muuttujat	Kaikki	Sairaalahoito arviointia edeltäneen 3 kk aikana	Ei sairaalahoitoa arviointia edeltäneen 3 kk aikana	p<0,05
Vähintään keskivaikkea dementia*	985 (79,2)	43 (76,8)	942 (79,4)	0,6426
Loppuvaiheen dementia	184 (14,8)	6 (10,7)	178 (15,0)	0,3780
Kognitio huonontunut 3kk aikana	362 (29,1)	17 (30,4)	345 (29,1)	0,8352
Vaikea heikkonäköisyys	138 (11,1)	2 (3,6)	136 (11,5)	0,0664
Valvonnan/ avun tarve ADL toiminnoissa#	1214 (97,7)	55 (98,2)	1159 (97,6)	(-)
Runsas avun tarve ADL-toiminnoissa	996 (80,1)	46 (82,1)	950 (80,0)	0,6991
Avun tarve syödessä	546 (43,9)	24 (42,9)	522 (44,0)	0,8690
Asiakas uskoo kuntoutuvansa	132 (10,6)	8 (14,3)	124 (10,5)	0,3621
Hoitaja uskoo asiakkaan kuntoutuvan	297 (23,9)	14 (25,0)	283 (23,8)	0,8425
ADL huonontunut 3kk aikana	530 (42,6)	35 (62,5)	495 (41,7)	0,0021
Yksi tai useampi käyttöoire	752 (60,5)	35 (62,5)	717 (60,4)	0,7539
Vaeltelu	283 (22,8)	13 (23,2)	270 (22,8)	0,9350
Karkeakielisyys	385 (31,0)	16 (28,6)	369 (31,1)	0,6908
Fyysinen pahoinpity	211 (17,0)	8 (14,3)	203 (17,1)	0,5833
Hämmennystä herättävä käytös	370 (29,8)	17 (30,4)	353 (29,7)	0,9212
Hoidon tai avun vastustelu	497 (40,0)	20 (35,7)	477 (40,2)	0,5045
Käyttöoire pahentunut 3kk aikana	255 (20,5)	23 (41,1)	232 (19,6)	<0,0001
Harhaluuloisuus	189 (15,2)	9 (16,1)	180 (15,2)	0,8534
Aistiharhaisuus	226 (18,2)	17 (30,4)	209 (17,6)	0,0156
Masennusepäilyt	431 (34,7)	31 (55,4)	400 (33,7)	0,0009
Mieliala huonontunut 3kk aikana	247 (19,9)	26 (46,4)	221 (18,6)	<0,0001
Päivittäinen vaikea kipu	309 (24,9)	21 (37,5)	288 (24,3)	0,0251
Kaatonut 3kk aikana	133 (10,7)	11 (19,6)	122 (10,3)	0,0267
Paino laskenut 5% /kk tai 10% /6kk	121 (9,7)	11 (19,6)	110 (9,3)	0,0105
Painehaava (I-IV)	93 (7,5)	11 (19,6)	82 (6,9)	(-)
Painehaava (II-IV)	42 (3,4)	4 (7,1)	38 (3,2)	(-)
Virtsanpidätyskyvyttömyys	1070 (86,1)	43 (76,8)	1027 (86,5)	0,0397
Ulosteenpidätyskyvyttömyys	833 (67,0)	37 (66,1)	796 (67,1)	0,8778

*Cognitive Performance Scale on 3 tai enemmän asteikolla 0-6, missä 0=normaali ja 6 erittäin vaikea kognition vajuus. Arvo vastaa MMSE 15 asteikolla 0-30, missä 30 on normaali ja 0 erittäin vaikea kognition vajuus

Yksi tai useampi seuraavista edellyttää valvontaa tai apua: henkilökohtainen hygienia, liikkuminen, WC, syöminen (hierarkkinen ADL>0)

¤ Depression Rating Scale (DRS, asteikko 0-14) on 3 tai enemmän

(-) tilastollinen menetelmä ei ole pätevä liian vähäisten havaintojen vuoksi

Taulukko 5. Sosiaalisten suhteiden, eristyneisyyden ja yksinäisyyden yhteys sairaalassa käyntiin

Muuttujat	Kaikki	Sairaalahoito arviointia edeltäneen 3 kk aikana	Ei sairaalahoitoa arviointia edeltäneen 3 kk aikana	p<0,05
Yksi tai useampi sosiaalinen vuorovaikutustapahtuma muun kuin henkilöstön kanssa viikossa	896 (72,1)	38 (67,9)	858 (72,3)	0,4706
Yksi tai useampi ristiriitatilanne muiden asukkaiden, perheen, tuttavien tai henkilöstön kanssa	525 (42,2)	30 (53,6)	495 (41,7)	0,0789
Ilmaisee surua/vihaa/tyhjyyttä menetetyn roolinsa/tilanteensa vuoksi	41 (3,3)	0	41 (3,5)	(-)

(-) tilastollinen menetelmä ei ole pätevä liian vähäisten havaintojen vuoksi

Taulukko 6. Ympäristön aineellisten ja aineettomien voimavarojen yhteys sairaalassa käyntiin

Muuttujat	Kaikki	Sairaalahoito arviointia edeltäneen 3 kk aikana	Ei sairaalahoitoa arviointia edeltäneen 3 kk aikana	p<0,05
Kevythoitoinen (PA, BA CA IA)	179 (14,4)	7 (12,5)	172 (14,5)	0,6785
RUG pääluokka 1 (kuntoutus)	31 (2,5)	1 (1,8)	30 (2,5)	(-)
RUG pääluokat 2-4 (kliinisiä ongelmia)	257 (20,7)	36 (64,3)	221 (18,6)	<0,0001
RUG pääluokka 5 (vähintään keskivaikkea muistisairaus, kliinisiä muita ongelmia vähän)	274 (22,0)	9 (16,1)	265 (22,3)	0,2699
RUG pääluokka 6 (Käyttösoireilua, kliinisiä muita ongelmia vähän eikä kongnition vajuus ylitä keskivaikkea dementiaa)	51 (4,1)	0	51 (4,3)	(-)
Perushoidettavat	630 (50,7)	10 (17,9)	620 (52,2)	<0,0001
Sairaalahoito edeltäneen 3 kk aikana	56 (4,5)	(-)	(-)	(-)
Päivystyspoliklinikalla käynti edeltäneen 3 kk aikana	76 (6,1)	20 (35,7)	56 (4,7)	(-)
Kuntoutumista erityisesti edistävä hoitotyö	1097 (88,3)	46 (82,1)	1051 (88,5)	0,1461
Fysioterapia arviointiviikon aikana	258 (20,8)	12 (21,4)	246 (20,7)	0,8990
Lääkärin arvio vähintään kahdesti 2 viikon aikana	21 (1,7)	7 (12,5)	14 (1,2)	(-)
Lääkäri antanut jonkin uuden ohjeen vähintään kerran 2 viikon aikana	78 (6,3)	17 (30,4)	61 (5,1)	(-)
Yhdeksän lääkettä tai enemmän	486 (39,1)	35 (62,5)	451 (38,0)	0,0002

(-) tilastollinen menetelmä ei ole pätevä liian vähäisten havaintojen vuoksi

Taulukko 7. Sairaalakäyntiin liittyneet itsenäiset selittäjät. Logistinen regressioanalyysi.

	OR	95% luottamusväli	
		Alaraja	Yläaraja
RUG pääluokat 2-4 (kliinisiä ongelmia)	6,9	2,84	12,50
Mies	2,8	1,55	5,14
Hiljattainen kroonisen sairauden lehdus tai akuuttisairaus heikentäneet toimintakykyä	2,4	1,1	5,35
Mieliala huonontunut 3kk aikana	2,3	1,23	4,26
Yhdeksän lääkettä tai yli	2,1	1,17	3,81
Virtsanpidätyskyvyttömyys pahentunut	2	1,08	3,76
c=0,845			

LIITE 18.

Sairaalahoidossa käyneet palvelutaloasukkaat

Finne-Soveri Harriet, Asikainen Janne, Heikkilä Rauha, Hosia-Randell Helka, Muuri-
nen Seija, Mäkelä Matti, Noro Anja, Sohlman Britta

Alkusanat

Palvelutalojen akuuttisairauksien hoito voidaan järjestää kotihoidon kautta, käyttä-
mällä terveysasemaa tai hätätilassa (kuten muutkin) sairaalapäivystystä.

Analyysissä selvitettiin niiden ostopalvelupalvelutalojen asukkaiden ominaispiir-
teitä, jotka olivat käyneet sairaalaosastolla hoidossa.

Menetelmät

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Helsingistä 30.9.2010 kootusta laitoshoidon RAI-
aineistosta (n=2620) erotettiin analysoitavaksi ostopalvelupalvelutalot, joista poistet-
tiin alle 3 kk asuneet uudet asukkaat sen varmistamiseksi, että mukaan ei tullut suo-
raan sairaalasta asukkaaksi tulleita. Tästä aineistosta analysoitiin niiden asukkaiden
ominaispiirteet, jotka olivat käyneet sairaalaosastolla hoidossa vähintään yhden yön
yli vähintään kerran arviointia edeltäneen kolmen kuukauden aikana (n=373, 8,1%,
vaihteluväli 0-20% taloittain).

Analyysissä oli mukana 14 taloa.

Taulukko 1. Analyysissä mukana olleet organisaatiot

Organisaatio ja palvelutalo	3kk tai yli asukkaana olleet
Folkhälsan, Seniorhemmet	34
Folkhälsan Stiftelsen Silviahemmet	25
Helsingin Diakonissalaitos	56
Kantti ry/Palvelutalo Kantin Pysäkki	26
Kontulan Helykoti	26
Käpyrinteen palvelutalo	2
Länsi-Helsingin Lähimmäispalvelu ry/ Rumpupolun pt	10
Mariankoti/Pikku-Maria	16
Milja ry	11
Myllypuron Helykoti	19
Omakotisäätiö Palvelutalo Merilä	53
Palvelukoti Rantakartano Oy	35
Vire Koti Käpylä	34
Vire Koti Sofia ja Severi	25
Yhteensä	372

Taulukkoon 1. on koottu organisaatioiden nimet aakkosjärjestyksessä. Mukaan otettiin arvioinnit kaikkiaan 11 laitoksesta (taulukko 1).

Perusanalyysinä käytettiin ristiintaulukointia ja Khiin neliön testiä dikotomisille muuttujille. Logistista regressioanalyysiä käytettiin analysoitaessa jatkuvia muuttujia sekä testattaessa itsenäisesti sairaalakäyntiin liittyneitä tekijöitä. Analyysit tehtiin käyttäen SAS-tilastolaskentaohjelmaa (Copyright (c) 2002-2003 by SAS Institute Inc., Cary, NC, USA).

Tulokset

Ristiintaulukoinnin tulokset on esitetty taulukoissa 2-5.

Yhteenveto ja pohdinta

Sairaalassa 3 kk aikana käyneillä oli muita palvelutaloasukkaita useammin skitsofrenian diagnoosi (OR 4,5, 95% CI 1,67-12,2), jonkin resistentin bakteerin infektiota tai kantajuus (OR 4,1, 95% CI 1,17-14,6) tai sydän ja verisuonitauti. Muilta osin he näyttivät diagnosoitua samankaltaiselta kuin muukin palvelutaloväestö.

Käytetäänkö somaattisia päivystyskäyntejä tilanteissa, joissa ongelmana on psykiatrien konflikti tai kyvyttömyys selviytyä resistentin bakteerin kantajuuteen liittyvästä haasteesta jää erikseen selvitettäväksi.

Taulukko 2. Sosiodemografisien tekijöiden ja tulotahon yhteys sairaalakäynteihin

Muuttujat	Kaikki	Sairaalahoito arviointia edeltäneen 3 kk aikana	Sairaalahoitoa ei arviointia edeltäneen 3 kk aikana	p<0,05
	n (%)	n (%)	n (%)	
Mies	108 (29,0)	10 (33,3)	98 (28,7)	0,5883
Ikä alle 65 vuotta	52 (14,0)	7 (27,3)	45 (13,2)	(-)
Ikä alle 75 vuotta	99 (26,6)	11 (36,7)	88 (25,7)	0,1938
Ikä 75 vuotta tai yli	273 (73,4)	19 (63,3)	254 (74,3)	0,1938
Ikä 80 vuotta tai yli	228 (61,3)	18 (60)	210 (61,4)	0,8797
Naimaton	69 (18,6)	3 (10)	66 (19,3)	0,2090
Naimisissa	25 (6,7)	4 (13,3)	21 (6,1)	(-)
Leski	113 (30,4)	9 (30,0)	104 (30,4)	0,9627
Eronnut	49 (13,2)	5 (16,7)	44 (12,9)	(-)
Hoitoaika alle 6kk (3-6kk)	15 (4)	3 (10,0)	12 (3,5)	(-)
Hoitoaika 7,5 tai kauemmin	45 (12,1)	5 (16,7)	40 (11,7)	(-)
Mistä tuli: Koti	92 (24,7)	5 (16,7)	87 (25,4)	0,2856
Mistä tuli: Akuutissairaala, somaattinen	21 (5,7)	2 (6,7)	19 (5,6)	(-)
Mistä tuli: Akuutissairaala, psykiatrinen	14 (3,8)	2 (6,7)	12 (3,5)	(-)

(-) tilastollinen menetelmä ei ole pätevä liian vähäisten havaintojen vuoksi

Taulukko 3. Diagnoosien ja terveydentilan yhteys sairaalassa käyntiin

Muuttujat	Kaikki	Sairaalahoito arviointia edeltäneen 3 kk aikana	Sairaalahoitoa arviointia ei edeltäneen 3 kk aikana	p<0,05
Muistisairaus	256 (68,8)	16 (53,3)	240 (70 (2)	0,0562
Pelkkä muistisairaus*	222 (59,7)	13 (43,3)	209 (61,1)	0,0570
Multippeli skleroosi	2 (0,5)	0	2 (0,6)	(-)
Pelkkä multippeli skleroosi	1 (0,3)	0	1 (0,3)	(-)
Parkinsonin tauti	15 (4,0)	1 (3,3)	14 (4,1)	(-)
Pelkkä Parkinsonin tauti	6 (1,6)	1 (3,3)	5 (1,5)	(-)
Aivohalvaus	46 (12,4)	5 (15,7)	41 (12,9)	(-)
Pelkkä aivohalvaus#	29 (7,8)	2 (6,7)	27 (7,9)	(-)
Aivotrauma	28 (7,5)	1 (3,3)	27 (7,9)	(-)
Sydän- ja verisuonitauti	225 (60,5)	25 (83,3)	200 (58,5)	0,0076
Pelkkä sydän- ja verisuonitauti#	74 (19,9)	12 (40,0)	62 (18,1)	0,0040
Lonkkamurtuma	42 (11,3)	5 (16,7)	37 (10,8)	(-)
Pelkkä lonkkamurtuma#	16 (4,3)	1 (3,3)	15 (4,4)	(-)
Syöpä	20 (5,4)	2 (6,7)	18 (5,3)	(-)
Pelkkä syöpä#	6 (1,4)	1 (3,3)	5 (1,5)	(-)
Diabetes	68 (18,3)	10 (3,3)	58 (17,0)	0,0261
Pelkkä diabetes#	24 (6,5)	6 (20,0)	18 (5,3)	(-)
Diabetes, insuliini on	19 (5,1)	5 (16,7)	14 (4,1)	(-)
Osteoporoosi	47 (12,6)	5 (16,7)	42 (12,3)	(-)
Pelkkä osteoporoosi#	13 (3,5)	2 (6,7)	11 (3,2)	(-)
Masennus	46 (12,4)	4 (13,3)	42 (12,3)	(-)
Pelkkä masennus#	21 (5,7)	3 (10,0)	18 (5,3)	(-)
Skitsofrenia	34 (9,1)	7 (23,3)	27 (7,9)	(-)
Pelkkä skitsofrenia	28 (7,5)	5 (16,7)	23 (6,7)	(-)
Psykiatrinen sairaus	82 (22,0)	10 (33,3)	72 (21,1)	0,1197
Pelkkä psykiatrinen sairaus	48 (12,9)	7 (23,3)	41 (12,0)	(-)
Epilepsia	30 (8,1)	2 (6,7)	28 (8,1)	(-)
Jonkin resistentin bakteerin kantajuus tai infektio	15 (4,0)	4 (13,3)	11 (3,2)	(-)
Jonkin resistentin bakteerin kantajuus tai infektio, pelkkä	13 (3,5)	4 (13,3)	9 (2,6)	(-)
Terveydentila on epävakaa	243 (65,3)	26 (86,7)	217 (63,5)	0,0104
Akuuttivaihe parhaillaan	11 (3,0)	3 (10,0)	8 (2,3)	(-)
Hiljattainen kroonisen sairauden leuhahdus tai akuuttisairaus heikentäneet toimintakykyä	229 (61,6)	20 (66,7)	209 (61,1)	(-)

* Muistisairaus, ei aivohalvausta tai psykiatrista sairautta
 (-) tilastollinen menetelmä ei ole pätevä liian vähäisten havaintojen vuoksi

Pelkkä = muistisairauden osuus poistettu

Taulukko 4. Toimintakyvyn, toiminnanvajausten riskitekijöiden, oireiden ja oireyhtymien yhteys sairaalassa käyntiin

Muuttajat	Kaikki	Sairaalahoito arviointia edeltäneen 3 kk aikana	Sairaalahoitoa ei arviointia edeltäneen 3 kk aikana	p<0,05
Vähintään keskivaikea dementia*	278 (74,7)	22 (73,3)	256 (74,9)	0,8542
Loppuvaiheen dementia	37 (10,0)	5 (16,7)	32 (9,4)	0,1996
Kognitio huonontunut 3kk aikana	77 (20,7)	6 (16,7)	72 (21,1)	0,5697
Vaikea heikkonäköisyys	25 (6,7)	1 (3,3)	24 (7,0)	(-)
Valvonnan/ avun tarve ADL toiminnoissa#	345 (92,7)	29 (96,7)	316 (92,4)	(-)
Runsas avun tarve ADL-toiminnoissa	227 (61,0)	24 (80)	203 (59,4)	0,0262
Avun tarve syödessä	99 (26,6)	9 (30,0)	90 (26,3)	0,6615
Asiakas uskoo kuntoutuvansa	36 (9,7)	3 (10,0)	33 (9,7)	(-)
Hoitaja uskoo asiakkaan kuntoutuvan	72 (19,4)	6 (20,0)	66 (19,3)	0,9257
ADL huonontunut 3kk aikana	142 (38,2)	16 (53,3)	126 (36,8)	0,0746
Yksi tai useampi käyttöoire	243 (65,3)	17 (56,7)	226 (66,1)	0,2988
Vaeltelu	121 (32,5)	9 (30,0)	112 (32,8)	0,7580
Karkeakielisuus	118 (31,8)	9 (30,0)	109 (31,9)	0,8328
Fyysinen pahoimpitely	53 (14,3)	5 (16,7)	48 (14,0)	(-)
Hämmennystä herättävä käytös	106 (28,5)	10 (33,3)	96 (28,19)	0,5403
Hoidon tai avun vastustelu	137 (36,8)	9 (30,0)	128 (27,4)	0,4187
Käyttöoire pahentunut 3kk aikana	88 (23,7)	8 (26,7)	80 (23,4)	0,6857
Harhaluuloisuus	60 (16,1)	7 (23,3)	53 (15,5)	0,2632
Aistiharhaisuus	61 (16,4)	7 (23,3)	54 (15,8)	0,2846
Masennusepäily§	139 (37,4)	14 (46,7)	125 (36,6)	0,2721
Mieliala huonontunut 3kk aikana	80 (21,5)	9 (30,0)	70 (20,8)	0,2376
Päivittäinen vaikea kipu	113 (30,4)	15 (50,0)	98 (28,7)	0,0148
Kaatonut 3kk aikana	44 (11,8)	5 (16,7)	39 (11,4)	(-)
Paino laskenut 5% /kk tai 10% /6kk	43 (11,6)	6 (20,0)	37 (10,8)	0,1315
Painehaava (I-IV)	24 (6,5)	2 (6,7)	22 (6,4)	(-)
Painehaava (II-IV)	12 (2,3)	1 (3,3)	11 (3,2)	(-)
Virtsanpidätyskyvyttömyys	252 (67,7)	25 (83,3)	227 (66,4)	0,0567
Ulosteenpidätyskyvyttömyys	186 (50,0)	19 (63,3)	167 (48,8)	0,1277

*Cognitive Performance Scale on 3 tai enemmän asteikolla 0-6, missä 0=normaali ja 6 erittäin vaikea kognition vajuus. Arvo vastaa MMSE 15 asteikolla 0-30, missä 30 on normaali ja 0 erittäin vaikea kognition vajuus

#Yksi tai useampi seuraavista edellyttää valvontaa tai apua: henkilökohtainen hygienia, liikkuminen, WC, syöminen (hierarkkinen ADL>0)

§Depression Rating Scale (DRS, asteikko 0-14) on 3 tai enemmän

(-) tilastollinen menetelmä ei ole pätevä liian vähäisten havaintojen vuoksi

Taulukko 5. Sosiaalisten suhteiden, eristyneisyyden ja yksinäisyyden yhteys sairaalassa käyntiin

Muuttujat	Kaikki	Sairaalahoito arviointia edeltäneen 3 kk aikana	Sairaalahoitoa ei arviointia edeltäneen 3 kk aikana	p<0,05
Yksi tai useampi sosiaalinen vuorovaikutustapahtuma muun kuin henkilöstön kanssa viikossa	266 (71,5)	20 (66,7)	246 (71,9)	0,5403
Yksi tai useampi ristiriitatilanne muiden asukkaiden, perheen, tuttavien tai henkilöstön kanssa	175 (47,0)	175 (56,7)	158 (46,2)	0,2707
Ilmaisee surua/vihaa/tyhjyyttä menetetyn roolinsa / tilanteensa vuoksi	20 (5,4)	1 (3,3)	19 (5,6)	(-)

(-) tilastollinen menetelmä ei ole pätevä liian vähäisten havaintojen vuoksi

Taulukko 6. Ympäristön aineellisten ja aineettomien voimavarojen yhteys sairaalassa käyntiin

Muuttujat	Kaikki	Sairaalahoito arviointia edeltäneen 3 kk aikana	Sairaalahoitoa ei arviointia edeltäneen 3 kk aikana	p<0,05
Kevythoitoinen (PA, BA CA IA))	135 (36,3)	6 (20,0)	129 (27,7)	0,0530
RUG pääluokka 1 (kuntoutus)	1 (0,3)	0	1 (0,3)	
RUG pääluokat 2-4 (kliinisiä ongelmia)	59 (15,9)	10 (33,3)	49 (14,3)	(-)
RUG pääluokka 5 (vähintään keskivaikea muistisairaus, kliinisiä muita ongelmia vähän)	143 (38,4)	6 (20,0)	137 (40,1)	0,0303
RUG pääluokka 6 (Käytösoireilua, kliinisiä muita ongelmia vähän eikä kongnition vajuus ylitä keskivaikeaa dementiaa)	20 (5,4)	0,0	20 (5,9)	(-)
Perushoidettavat	149 (40,1)	14 (46,7)	135 (39,5)	0,4408
Sairaalahoito edeltäneen 3 kk aikana	30 (8,1)	(-)	(-)	(-)
Päivystyspoliklinikalla käynti edeltäneen 3 kk aikana	40 (10,8)			(-)
Kuntoutumista erityisesti edistävä hoitotyö	265 (71,2)	23 (76,7)	242 (70,8)	0,4932
Fysioterapia arviointiviikon aikana	56 (15,1)	3 (10,0)	53 (15,5)	(-)
Lääkärin arvio vähintään kahdesti 2 viikon aikana	2 (0,5)	1 (3,3)	1 (0,3)	(-)
Lääkäri antanut jonkin uuden ohjeen vähintään kerran 2 viikon aikana	8 (2,2)	2 (6,7)	6 (1,8)	(-)
Yhdeksän lääkettä tai enemmän	163 (43,8)	20 (66,7)	143 (41,8)	0,0085

(-) tilastollinen menetelmä ei ole pätevä liian vähäisten havaintojen vuoksi

LIITE 19.

Sairaalahoidossa käyneet säännöllisen kotihoidon asiakkaat

Finne-Soveri Harriet, Gerasin Aleksandr, Hammar Teija, Heikkilä Rauha, Hosia-Randell Helka, Mäkelä Matti, Noro Anja, Sohlman Britta

Alkusanat

Akuuttisairauksien havaitseminen säännöllisen kotihoidon asiakkailla voi edellyttää valppautta. Varhaiset oireet pitäisi havaita nopeasti ja hoitoon tarttua ennen kuin tilanne akutisoituu. Sairaalaan palattuaan henkilö on altis aliravitsemukselle ja kaatumiselle ja voi olla epävarma omasta selviytymisestään.

Analyysissä selvitettiin niiden säännöllisen kotihoidon asiakkaiden ominaispiirteitä, jotka olivat käyneet sairaalaosastolla hoidossa arviointia edeltäneen 3 kk aikana.

Menetelmät

Terveyden ja hyvinvoinnin laitokseen Helsingin kaupungin säännöllisen kotihoidon asiakkaista 30.9.2010 kootusta RAI-aineistosta (n=4718) analysoitiin niiden asiakkaiden ominaispiirteet, jotka olivat palanneet sairaalahoidosta arviointia edeltäneen 3 kk aikana (n=949, 20,1). Aineistosta ei suljettu pois uusia asiakkaita (n=631, 13,4%).

Sairaalaan palanneisiin liittyviä tekijöitä verrattiin muihin säännöllistä kotihoitoa samana ajanjaksona saaneisiin käyttämällä ristiintaulukointia ja Khiin neliön testiä dikotomisille muuttujille. Logistista regressioanalyysiä käytettiin analysoitaessa jatkuvia muuttujia sekä testattaessa kotiin palanneisiin asiakkaisiin itsenäisesti liittyviä tekijöitä. Analyysit tehtiin käyttäen SAS-tilastolaskentaohjelmaa (Copyright (c) 2002-2003 by SAS Institute Inc., Cary, NC, USA).

Tulokset

Sairaalaan arviointia edeltäneen 3 kk aikana palanneita oli vähiten Kaakkoisessa suurpiirissä (17%) ja eniten Eteläisessä (23%). Ristiintaulukoinnin tulokset on esitetty taulukoissa 1-5 ja logistisen regressioanalyysin 6-7.

Yhteenveto ja pohdinta

Sairaalassa käyneet olivat minkä tahansa ikäisiä miehiä tai naisia, kuitenkin verrokkeja harvemmin keskivaikeaa tai sitä vaikeampaa dementiaa sairastavia. Heidän arjesta suoriutumisen, mielialansa ja painonsa olivat laskeneet arviointia edeltävästi ja heillä oli verrokkeja useammin syöpä tai sydän ja verisuonisairaus. Lisäksi he kärsivät vaikeista kivusta ja virtsanpidätyskyvyttömyydestä.

Sairaalassa käyneillä oli verrokkeja useammin akuuttisairaus arvioinnin ajankohtana meneillään. Heillä oli avun tarvetta esimerkiksi haavan tai virtsakatetrin hoidossa ja he kuuluivat verrokkeja useammin eniten kotihoidon henkilöstön apua tarvitsevaan ryhmään.

Sairaalassa käyneiden hoivaajat olivat uupuneempia kuin ei-sairaalassa käyneiden. Heidän kotiympäristössään oli verrokkeja useammin yksi tai useampi puute ja useampi heistä kuin verrokeista käytti turvapalveluja.

Tässä analyysissä mukaan otettiin myös uudet asiakkaat, joilla hiljattaisen sairaalajakson todennäköisyys olikin kaksi ja puolikertainen verrattuna kauemmin asiakkaina olleisiin. Kaikkiaan sairaalassa hiljattain olleiden terveydentila oli akuuttisairauspainotteen ja toipuminen kesken.

Kaupunginsairaala saattoi olla merkittävin kotihoidon uusien asiakkaiden lähettäjätho sekä määrällisesti että sisällöllisesti. Mikäli sairaalan hoitokasjoja on tulevaisuudessa tarvetta lyhentää merkittävästi, sairaalasta kotihoitoon lähetettyjen toipuminen voi olla vielä enemmän kesken. Yksi kotihoidon tavoitteista onkin saattaa terveydentila onnistuneesti tasapainoon ilman uuden. sairaalahoidon tarvetta.

Taulukko 1. Sosiodemografisien tekijöiden ja tulotahon yhteys sairaalakäynteihin

	Kaikki	Kotiutunut sairaalasta 3 kk aikana	Ei ollut sairaalassa 3 kk aikana	p<0,05
	n(%)	n(%)	n(%)	
Mies	1240 (26,3)	266 (28,0)	974 (25,8)	0,1713
Ikä 75 vuotta tai yli	3607 (75,5)	730 (76,9)	2877 (76,3)	0,7019
Ikä 90 vuotta tai yli	789 (16,7)	183 (19,3)	606 (16,1)	0,0180
Naimaton	1000 (21,2)	192 (20,2)	808 (20,4)	0,4164
Naimisissa	685 (14,5)	153 (16,2)	532 (14,2)	0,1167
Leski	2269 (48,1)	451 (47,5)	1818 (48,2)	0,6948
Kotihoidon asiakas 6 kk tai alle	631 (13,4)	212 (22,3)	419 (11,2)	0,0001
Kotihoidon asiakas 4 vuotta tai yli	1288 (27,3)	235 (24,8)	1053 (27,9)	0,0497

Taulukko 2. Diagnoosien ja terveydentilan yhteys sairaalassa käyntiin

	Kaikki	Kotiutunut sairaalasta 3 kk aikana	Ei ollut sairaalassa 3 kk aikana	p<0,05
	n(%)	n(%)	n(%)	
Muistisairaus	1368 (29,0)	253 (26,7)	1115 (29,6)	0,0760
Pelkkä muistisairaus*	946 (20,1)	168 (17,7)	778 (20,6)	0,0433
Multippeli skleroosi	39 (0,8)	10 (1,1)	29 (0,8)	0,3873
Pelkkä multippeli skleroosi	35 (0,74)	10 (1,1)	25 (0,7)	0,2103
Parkinsonin tauti	153 (3,2)	39 (4,1)	114 (3,0)	0,0917
Pelkkä Parkinsonin tauti	116 (2,5)	34 (3,6)	82 (2,2)	0,0124
Aivohalvaus	521 (11,5)	110 (11,6)	431 (11,4)	0,8929
Pelkkä aivohalvaus#	420 (8,9)	83 (8,8)	337 (8,9)	0,8502
Sydän ja verisuonitauti	3732 (79,1)	771 (81,2)	2961 (78,6)	0,0694
Pelkkä sydän- ja verisuonitauti#	2269 (48,1)	491 (51,7)	1778 (47,2)	0,0119
Lonkkamurtuma	189 (4,0)	56 (5,9)	133 (3,5)	0,0009
Pelkkä lonkkamurtuma#	138 (2,9)	43 (4,5)	95 (2,5)	0,0010
Muu murtuma kuin lonkan	240 (5,1)	79 (8,3)	161 (4,3)	0,0001
Syöpä	328 (7,0)	90 (9,5)	238 (6,3)	0,0006
Pelkkä syöpä#	269 (5,7)	79 (8,3)	190 (5,0)	0,0001
Diabetes	1125 (23,8)	222 (23,4)	903 (24,0)	0,7148
Pelkkä diabetes#	851 (18,0)	168 (17,7)	683 (18,2)	0,7643
Diabetes, insuliini on	118 (2,5)	25 (2,6)	93 (2,5)	0,7686
Osteoporoosi	927 (19,7)	223 (23,5)	704 (18,7)	0,0008
Pelkkä osteoporoosi#	656 (13,9)	160 (16,9)	496 (13,2)	0,0032
Alkoholin ongelmakäyttö	318 (6,7)	76 (8,1)	242 (6,4)	0,0812
Pelkkä alkoholin ongelmakäyttö#	245 (5,2)	57 (6,0)	188 (5,0)	0,2064
Psykiatrinen sairaus	1073 (22,7)	201 (21,2)	872 (23,1)	0,1989
Pelkkä psykiatrinen sairaus	831 (17,6)	159 (16,8)	674 (17,8)	0,4371
Terveydentila on epävakaa	2460 (52,1)	653 (68,8)	1807 (47,9)	0,0001
Akuuttivaihe parhaillaan	214 (4,5)	80 (8,4)	134 (3,6)	0,0001
Hiljattainen kroonisen sairauden lehdähdys tai akuuttisairaus heikentäneet toimintakykyä	1456 (30,9)	341 (35,9)	1115 (29,6)	0,0002
Koettu terveydentila on huono	1565 (33,2)	371 (39,1)	1194 (31,7)	0,0001

* Muistisairaus, ei aivohalvausta tai psykiatrista sairautta

Pelkkä = muistisairauden osuus poistettu

Taulukko 3. Toimintakyvyn, toiminnanvajausten riskitekijöiden, oireiden ja oireyhtymien yhteys sairaalassa käyntiin

	Kaikki	Kotiutunut sairaalasta 3 kk aikana	Ei ollut sairaalassa 3 kk aikana	p<0,05
	n(%)	n(%)	n(%)	
Vähintään keskivaikkea dementia*	1294(27,3)	273 (28,8)	1021 (27,1)	0,3005
Kognitio huonontunut 3kk aikana	278 (5,9)	88 (9,3)	190 (5,0)	0,0001
Kommunikaatiotaidot huonontuneet 3 kk aikana	429 (9,1)	121 (12,8)	308 (8,2)	0,0001
Näkö heikentynyt 3 kk aikana	323 (6,9)	88 (9,3)	235 (6,2)	0,0009
Valvonnan/ avun tarve IADL toiminnoissa#	4067 (86,2)	871 (91,8)	3196 (84,8)	0,0001
Valvonnan/ avun tarve ADL toiminnoissa§	1391 (29,5)	349 (36,8)	1042 (27,7)	0,0001
Asiakas uskoo kuntoutuvansa	825 (17,5)	188 (19,8)	637 (16,9)	0,0350
Hoitaja uskoo asiakkaan kuntoutuvan	1002 (21,2)	217 (22,9)	785 (20,8)	0,1700
ADL huonontunut 3kk aikana	1205 (25,5)	420 (44,3)	785 (20,8)	0,0001
Yksi tai useampi käytösoire	733 (15,5)	163 (17,2)	570 (15,1)	0,1187
Vaeltelu	185 (3,9)	35 (3,7)	150 (4,0)	0,6790
Karkeakielisyys	247 (5,2)	63 (6,6)	184 (4,9)	0,0299
Fyysinen pahoinpityä	40 (0,9)	4 (0,4)	36 (1,0)	(-)
Hämmennystä herättävä käytös	119 (2,5)	27 (2,9)	92 (2,4)	0,4779
Hoidon tai avun vastustelu	483 (10,2)	110 (11,6)	373 (9,9)	0,1238
Käytösoire pahentunut 3kk aikana	311 (6,6)	82 (8,6)	229 (6,1)	0,0044
Harhaluuloisuus	281 (6,0)	58 (6,1)	223 (5,9)	0,8205
Aistiharhaisuus	171 (3,6)	37 (3,9)	134 (3,6)	0,6128
Masennusepäily§	767 (16,3)	206 (21,7)	561 (14,9)	0,0001
Mieliala huonontunut 3kk aikana	773 (16,4)	252 (26,6)	521 (13,8)	0,0001
Päivittäinen vaikea kipu	361 (7,7)	109 (11,5)	252 (6,7)	0,0001
Kaatonut 3kk aikana	1112 (23,6)	431 (45,4)	681 (18,1)	0,0001
Paino laskenut 5% /kk tai 10% /6kk	248 (5,3)	83 (8,8)	165 (4,4)	0,0001

*Cognitive Performance Scale on 3 tai enemmän asteikolla 0-6, missä 0=normaali ja 6 erittäin vaikea kognition vajuus. Arvo vastaa MMSE 15 asteikolla 0-30, missä 30 on normaali ja 0 erittäin vaikea vajuus

#Yksi tai useampi seuraavista edellyttää valvontaa tai apua: henkilökohtainen hygienia, liikkuminen, WC, syöminen (hierarkkinen ADL>0)

§Depression Rating Scale (DRS, asteikko 0-14) on 3 tai enemmän

(-) tilastollinen menetelmä ei ole pätevä liian vähäisten havaintojen vuoksi

Taulukko 4. Sosiaalisten suhteiden, eristyneisyyden ja yksinäisyyden yhteys sairaalassa käyntiin

	Kaikki	Kotiutunut sairaalasta 3 kk aikana	Kotiutunut sairaalasta 3 kk aikana, ei	p<0,05
	n(%)	n(%)	n(%)	
Ei poistunut asunnostaan kuukauteen	1276 (27,1)	345 (36,4)	931 (24,7)	0,0001
Yksin suurimman osan päivää	2002 (42,4)	367 (38,7)	1635 (43,4)	0,0087
Kokee itsensä yksinäiseksi	1233 (26,3)	275 (29,0)	958 (25,4)	0,0257
Sosiaaliset suhteet vähentyneet	1298 (27,5)	336 (35,4)	962 (25,5)	0,0001

Taulukko 5. Ympäristön aineellisten ja aineettomien voimavarojen yhteys sairaalassa käyntiin

	Kaikki	Kotiutunut sairaalasta 3 kk aikana	Kotiutunut sairaalasta 3 kk aikana, ei	p<0,05
	n(%)	n(%)	n(%)	
Asiakkaalla on hoitoon osallistuva omainen tai läheinen	2908 (61,6)	611 (64,4)	2297 (60,9)	0,0515
Omaishoitajan virallinen status	502 (10,6)	108 (11,4)	394 (10,5)	0,4080
Hoivaaja ei voi jatkaa	91 (1,9)	24 (2,5)	67 (1,8)	0,1326
Hoivaaja on tyytymätön	47 (1,0)	7 (0,7)	40 (1,1)	0,3695
Hoivaaja on kuormittunut	390 (8,3)	105 (11,1)	285 (7,6)	0,0005
Hoivaaja ei jatka, on tyytymätön tai kuormittunut	473 (10,0)	122 (12,9)	351 (9,3)	0,0012
Hoivaajan mielestä asiakkaan olisi parempi asua muualla	413 (8,8)	91 (9,6)	322 (8,5)	0,3083
Asiakkaan mielestä hänen olisi parempi asua muualla	140 (3,0)	31 (3,3)	109 (2,9)	0,5433
Hoivaaja asuu asiakkaan kanssa	2406 (51,0)	497 (52,4)	1909 (50,7)	0,3432
Kaltoinkohtelun tai laiminlyönnin epäily	344 (7,3)	78 (8,2)	266 (7,1)	0,2186
Hoivaaja on puoliso	471 (10,0)	110 (11,6)	361 (9,6)	0,0645
Hoivaaja on lapsi	1679 (35,6)	330 (34,8)	1349 (35,8)	0,5580
Hoivaaja on muu sukulainen	571 (12,1)	125 (13,2)	446 (11,8)	0,2585
Hoivaaja on muu kuin sukulainen	186 (3,9)	46 (4,9)	140 (3,7)	0,1090
Pesutilat /WC ovat puutteelliset	473 (10,0)	114 (12,0)	359 (9,5)	0,0226
Keittiö on puutteellinen	124 (2,6)	20 (2,1)	104 (2,8)	0,2619
Pääsy huoneisiin on esteellinen	116 (2,5)	30 (3,2)	86 (2,3)	0,1179
Pääsy kotiin/sieltä ulos on esteellinen	795 (16,9)	195 (20,6)	600 (15,9)	0,0007
Yksi tai useampi asumisen ongelma	1540 (32,6)	359 (37,8)	1181 (31,3)	0,0001
Tinkinyt välttämättömistä tarpeistaan vähävaraisuuden vuoksi	179 (3,8)	47 (5,0)	132 (3,5)	0,0366

Taulukko 6. Palvelujen käytön yhteys sairaalassa käyntiin

	Kaikki	Kotiutunut sairaalasta 3 kk aikana	Kotiutunut sairaalasta 3 kk aikana, ei	p<0,05
	n(%)	n(%)	n(%)	
Suunnittelematon kotikäynti 3kk aikana	965 (20,5)	387 (40,8)	578 (15,3)	0,0001
Ateriapalvelu	1790 (37,9)	384 (40,5)	1406 (37,3)	0,0730
Saattopalvelu	95 (2,0)	23 (2,4)	72 (1,9)	0,3143
Kuljetuspalvelu	567 (12,0)	125 (13,2)	442 (11,7)	0,2213
Siivouspalvelu	906 (19,2)	206 (21,7)	700 (18,6)	0,0284
Vapaaehtoispalvelu	200 (4,2)	39,4,1	161 (4,3)	0,8247
Kylvetyspalvelu	202 (4,3)	51 (3,4)	151 (4,0)	0,0629
Turvapalvelu	1562 (33,1)	362 (38,2)	1200 (31,8)	0,0002
Lääkäri (7 vrk aikana)	499 (10,6)	127 (13,4)	372 (9,9)	0,0017
Fysioterapeutti (7 vrk aikana)	396 (8,4)	109 (11,5)	287 (7,6)	0,0001
Toimintaterapeutti (7 vrk aikana)	68 (1,4)	17 (1,8)	51 (1,4)	0,3114
Liikuntaterapia (7 vrk aikana)	174 (3,7)	38 (4,0)	136 (3,6)	0,5631
Runsas kotihoitoa aika (>9 h/vko)	473 (10,0)	119 (12,5)	366 (9,7)	0,0103
Runsas omaishoidon aika (>21h/vko)	485 (10,3)	145 (15,3)	328 (8,7)	0,0001
Turvaranneke	1553 (32,9)	359 (37,8)	1194 (31,7)	0,0003
Lyhytaikaishoito omaisen levon vuoksi	51 (1,1)	13 (1,4)	38 (1,0)	0,3356
Avun tarve, happihoito	17(0,4)	7 (0,7)	10 (0,3)	(-)
Avun tarve, virtsakatetri	84 (1,8)	33 (3,5)	51 (1,4)	0,0001
Avun tarve, avanne	36 (0,8)	9 (0,1)	27 (0,7)	0,4629
Avun tarve, suonikatetri	13 (0,3)	5 (0,5)	8 (0,2)	(-)
Haavan hoito	519 (11,0)	166 (17,5)	353 (9,4)	0,0001

(-) tilastollinen menetelmä ei ole pätevä liian vähäisten havaintojen vuoksi

Taulukko 7. Sairaalahoitoon liittyneet itsenäiset asiakaskohtaiset tekijät. Logistinen regressioanalyysi.

	OR	95% luottamusväli	
		Alaraja	Yläraja
Kaatonut	3,0	2,59	3,57
Arjesta suoriutuminen heikentynyt	2,0	1,82	2,52
Parhaillaan akuuttisairaus	1,9	1,41	2,63
Syöpä, ei muistisairautta	1,5	1,13	2,05
Mieliala huonontunut 3 kk aikana	1,4	1,14	1,64
Painon lasku	1,4	1,02	1,85
Virtsainkontinenssi	1,4	1,19	1,64
Vaikea päivittäinen kipu	1,2	1,05	1,44
Sydän- ja verisuonisairaus	1,2	1,04	2,63
Vähintään keskivaikea kognition vajaus	0,7	0,63	0,89
c=0,723			

Taulukko 8. Sairaalahoitoon liittyneet itsenäiset ympäristö- ja palvelukohtaiset tekijät. Logistinen regressioanalyysi.

	OR	95% luottamusväli	
		Alaraja	Yläraja
Suunnittelematon kotikäynti	3,5	3,01	4,14
Avun tarve, virtsakatetri	1,8	1,13	2,94
Haavan hoito	1,6	1,30	2,00
Runsas kotihoidon aika	1,6	1,26	2,00
Hoivaaja on uupunut	1,3	1,01	1,38
Yksi tai useampia kodin puutteita	1,2	1,03	1,40
Turvapalvelujen käyttö	1,2	1,01	1,39
c=0,675			

LIITE 20.

Päivystyspoliklinikalla käyneet vanhainkotiasukkaat

Finne-Soveri Harriet, Asikainen Janne, Heikkilä Rauha, Hosia-Randell Helka, Muuri-
nen Seija, Mäkelä Matti, Noro Anja, Sohlman Britta

Alkusanat

Vanhainkodissa asuminen ei korvaa päivystyspoliklinikkapalvelujen käyttöä akuutti-
sairauksien tai traumojen sattuessa. Tiedetään melko vähän siitä millaisia henkilöitä
vanhainkodeista lähetetään päivystyspoliklinikalla, ovatko he tyypillisiä laitosasiak-
kaita vai kuuluvatko he johonkin erityisryhmään.

Analyysissä selvitettiin niiden vanhainkotiasukkaiden ominaispiirteitä, jotka olivat
käyneet päivystyspoliklinikalla ilman tarvetta jäädä yöksi seurattavaksi.

Menetelmät

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Helsingistä 30.9.2010 kootusta laitoshoidon RAI-
aineistosta (n=2620) poistettiin palvelutalot ja entiset terveyskeskussairaalat. Jäljelle
jääneistä vanhainkodeista (vanhustenkeskuksista) kerätystä aineistosta (n=1243) ana-
lysoitiin niiden asukkaiden ominaispiirteet, jotka olivat arviointia edeltäneen kolmen
kuukauden aikana käyneet päivystyspoliklinikalla vähintään kerran kuitenkin vii-
pymättä yön yli (n=76, 6,1%). Aineistosta oli sairaalasta pitkäaikaishoitoon lähetettyjen
eliminoimiseksi suljettu pois kaikki ne, joiden hoitoaika oli 3 kk tai alle.

Taulukkoon 1. on koottu organisaatioiden nimet aakkosjärjestyksessä. Mukaan otet-
tiin arvioinnit kaikkiaan 11 laitoksesta (taulukko 1).

Taulukko 1. Analyysissä mukana olleet organisaatiot

Organisaatio	3kk tai yli asukkaana olleet
Diakonissalaitos Hoiva Oy	96
Helsingin Diakonissalaitos	40
Lauttasaaren kartanon sairaskoti	29
Helsingin Seniorisäätiö (5 laitosta)	457
Helsingin Sosiaalivirasto (2 laitosta)	511
Omakotisäätiö	72
Oulunkylän kuntoutussairaala	38
Yhteensä	1243

Perusanalyysinä käytettiin ristiintaulukointia ja Khiin neliön testiä dikotomisille muuttujille. Logistista regressioanalyysiä käytettiin analysoitaessa jatkuvia muuttujia sekä testattaessa itsenäisesti poliklinikkakäyntiin liittyneitä tekijöitä. Analyysit tehtiin käyttäen SAS-tilastolaskentaohjelmaa.

Tulokset

Valtaosa poliklinikalla käyneistä oli käynyt siellä kolmen kuukauden aikana vain kerran (87%). Yksittäisillä henkilöillä oli useampi käynti, enintään viisi. Päivystyspoliklinikalla käyneet näyttivät diagnooseiltaan ja toimintakyvyltään samankaltaiselta kuin muukin vanhainkotiväestö. kuitenkin siten, että he saattoivat sairastaa muistisairauksia hieman harvemmin, mutta aivohalvausta tai masennusta useammin kuin ne, joilla ei ollut sairaalakäyntiä. Painonlaskua ja kaatuilua heillä oli verrokkeja useammin, mutta ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä.

Ristiintaulukoinnin tulokset on esitetty taulukoissa 2-6 ja logistisen regressioanalyysin tulokset taulukossa 7.

Yhteenveto ja pohdinta

Poliklinikalla käyneet vanhainkotasukkaat olivat minkä tahansa ikäisiä miehiä tai naisia, joiden fyysinen, kognitiivinen tai sosiaalinen toimintakyky ei poikennut muista vanhainkoti asukkaista. Syöpää heillä esiintyi verrokkeja useammin, mutta muiden pitkäaikaissairauksien osalta he olivat muiden vanhainkotasukkaiden kaltaisia.

Päivystyspoliklinikalla käyneet vanhainkotasukkaat olivat kaatuneet muita useammin ja heidän mielialansa oli laskusuuntainen. Heillä oli verrokkeja useammin kipulääke ja lääkkeiden määrä ylsi yhdeksään tai yli. Lääkäri oli arvioinut tilanteen vähintään kahdesti edeltävien viikkojen aikana.

Päivystyspoliklinikan käyttö ei kohdistunut mihinkään erityiseen asukasryhmään syöpäpotilaita lukuun ottamatta vaan lähinnä tapaturmiin ja lääkkeiden runsaaseen käyttöön.

Taulukko 2. Sosiodemografisien tekijöiden ja tulotahon yhteys päivystyspoliklinikka käynteihin

Muuttujat	Kaikki	Vähintään yksi päivystyspkl käynti arviointia edeltäneen 3 kk aikana	Ei päivystyspkl käyntiä arviointia edeltäneen 3 kk aikana	p<0,05
	n (%)	n (%)	n (%)	
Mies	288 (23,2)	22 (29,0)	266 (22,8)	0,2179
Ikä alle 65 vuotta	26 (2,1)	5 (6,6)	21 (1,8)	(-)
Ikä alle 75 vuotta	161 (13,0)	14 (18,4)	147 (12,6)	0,1428
Ikä 75 vuotta tai yli	1082 (87,1)	62 (81,6)	1020 (87,4)	0,1428
Ikä 80 vuotta tai yli	929 (74,7)	52 (68,4)	877 (75,2)	0,1908
Naimaton	177 (14,2)	8 (10,5)	169 (14,5)	0,3390
Naimisissa	183 (14,7)	7 (9,2)	176 (15,1)	0,1616
Leski	484 (38,9)	25 (32,9)	459 (39,3)	0,2648
Eronnut	161 (13,0)	15 (19,7)	146 (12,5)	0,0691
Hoitoaika alle 6kk (3-6kk)	15 (1,2)	1 (1,3)	14 (1,2)	(-)
Hoitoaika 7,5 tai kauemmin	139 (11,2)	11 (14,5)	128 (11,0)	0,3474
Mistä tuli: Koti	119 (9,6)	3 (4,0)	116 (9,9)	0,0854
Mistä tuli: Akuuttisairaala, somaattinen	173 (13,9)	15 (19,7)	158 (13,5)	0,1304
Mistä tuli: Akuuttisairaala, psykiatrinen	35 (2,8)	3 (4,0)	32 (2,7)	(-)

(-) tilastollinen menetelmä ei ole pätevä liian vähäisten havaintojen vuoksi

Taulukko 4. Toimintakyvyn, toiminnanvajauksen riskitekijöiden, oireiden ja oireyhtymien yhteys päivystyspoliklinikka käyntiin

Muuttujat	Kaikki	Vähintään yksi päivystyspolikäynti arviointia edeltäneen 3 kk aikana	El päivystyspoli käyntiä arviointia edeltäneen 3 kk aikana	p<0,05
Vähintään keskivaikea dementia*	985 (79,2)	55 (72,4)	930 (79,7)	0,1272
Loppuvaiheen dementia	184 (14,8)	5 (6,6)	179 (15,3)	0,0372
Kognitio huonontunut 3kk aikana	362 (29,1)	17 (22,4)	345 (29,6)	0,1810
Vaikea heikkonäköisyys	138 (11,1)	7 (9,2)	131 (11,2)	0,5880
Valvonnan/ avun tarve ADL-toiminnoissa#	1214 (97,7)	76 (100,0)	1138 (97,5)	(-)
Runsas avun tarve ADL-toiminnoissa	996 (80,1)	61 (80,3)	935 (80,1)	0,9758
Avun tarve syödessä	546 (43,9)	27 (35,5)	519 (44,5)	0,1278
Asiakas uskoo kuntoutuvansa	132 (10,6)	10 (13,2)	122 (10,5)	0,4585
Hoitaja uskoo asiakkaan kuntoutuvan	297 (23,9)	25 (32,9)	272 (23,3)	0,0576
ADL huonontunut 3kk aikana	530 (42,6)	42 (55,3)	488 (41,8)	0,0216
Yksi tai useampi käytösoire	752 (60,5)	48 (63,2)	704 (60,3)	0,6246
Vaeltelu	283 (22,8)	25 (32,9)	258 (22,1)	0,0298
Karkeakielisuus	385 (31,0)	26 (34,2)	359 (30,8)	0,5288
Fyysinen pahoinpity	211 (17,0)	12 (15,8)	199 (17,1)	0,7763
Hämmennystä herättävä käytös	370 (29,8)	25 (32,9)	345 (29,6)	0,5382
Hoidon tai avun vastustelu	497 (40,0)	32 (42,1)	465 (39,9)	0,6968
Käytösoire pahentunut 3kk aikana	255 (20,5)	26 (34,2)	229 (19,6)	0,0023
Harhaluuloisuus	189 (15,2)	15 (19,7)	174 (14,9)	0,2562
Aistiharhaisuus	226 (18,2)	16 (21,1)	210 (18,0)	0,5031
Masennusepäily	431 (34,7)	37 (48,7)	394 (33,8)	0,0081
Mieliala huonontunut 3kk aikana	247 (19,9)	29 (38,2)	218 (18,7)	<0,0001
Päivittäinen vaikea kipu	309 (24,9)	29 (38,2)	280 (24,0)	0,0056
Kaatonut 3kk aikana	133 (10,7)	19 (25,0)	114 (9,8)	<0,0001
Paino laskenut 5% /kk tai 10% /6kk	121 (9,7)	10 (13,2)	111 (9,5)	0,2988
Painehaava (I-IV)	93 (7,5)	9 (11,8)	84 (7,2)	0,1359
Painehaava (II-IV)	42 (3,4)	2 (2,6)	40 (3,4)	(-)
Virtsanpidätyskyvyttömyys	1070 (86,1)	60 (79,0)	1010 (86,6)	0,0637
Ulosteenpidätyskyvyttömyys	833 (67,0)	45 (59,2)	788 (67,5)	0,1353

*Cognitive Performance Scale on 3 tai enemmän asteikolla 0-6, missä 0=normaali ja 6 erittäin vaikea kognition vajaus. Arvo vastaa MMSE 15 asteikolla 0-30, missä 30 on normaali ja 0 erittäin vaikea kognition vajaus

Yksi tai useampi seuraavista edellyttää valvontaa tai apua: henkilökohtainen hygienia, liikkuminen, WC, syöminen (hierarkkinen ADL>0)

α Depression Rating Scale (DRS, asteikko 0-14) on 3 tai enemmän

(-) tilastollinen menetelmä ei ole pätevä liian vähäisten havaintojen vuoksi

Taulukko 5. Sosiaalisten suhteiden, eristyneisyyden ja yksinäisyyden yhteys päivystyspoliklinikka käyntiin

Muuttujat	Kaikki	Vähintään yksi päivystyspolikäynti arviointia edeltäneen 3 kk aikana	Ei päivystyspolikäyntiä arviointia edeltäneen 3 kk aikana	p<0,05
Yksi tai useampi sosiaalinen vuorovaikutustapahtuma muun kuin henkilöstön kanssa viikossa	896 (72,1)	54 (71,1)	842 (72,2)	0,8362
Yksi tai useampi ristiriitatilanne muiden asukkaiden, perheen, tuttavien tai henkilöstön kanssa	525 (42,2)	41 (54,0)	484 (41,5)	0,0329
Ilmaisee surua/vihaa/tyhjyyttä menetetyn roolinsa/tilanteensa vuoksi	41 (3,3)	2 (2,6)	39 (3,3)	(-)

(-) tilastollinen menetelmä ei ole pätevä liian vähäisten havaintojen vuoksi

Taulukko 6. Hoitoisuuden ja hoitokäytäntöjen yhteys päivystyspoliklinikka käyntiin

Muuttujat	Kaikki	Vähintään yksi päivystyspolikäynti arviointia edeltäneen 3 kk aikana	Ei päivystyspolikäyntiä arviointia edeltäneen 3 kk aikana	p<0,05
Kevyhoitoinen (PA, BA CA IA))	179 (14,4)	14 (18,4)	165 (14,1)	0,3029
RUG pääluokka 1 (kuntoutus)	31 (2,5)	3 (4,0)	28 (2,4)	(-)
RUG pääluokat 2-4 (kliinisiä ongelmia)	257 (20,7)	28 (36,8)	229 (19,6)	0,0003
RUG pääluokka 5 (vähintään keskivaikea muistisairaus, kliinisiä muita ongelmia vähän)	274 (22,0)	15 (19,7)	259 (22,2)	0,6166
RUG pääluokka 6 (Käyttöoireilua, kliinisiä muita ongelmia vähän eikä kognition vajuus ylitä keskivaikeaa dementiaa)	51 (4,1)	2 (2,6)	49 (4,2)	(-)
Perushoidettavat	630 (50,7)	28 (36,8)	602 (51,6)	0,0127
Sairaalahoido edeltäneen 3 kk aikana	56 (4,5)	20 (26,3)	36 (3,1)	(-)
Päivystyspoliklinikalla käynti edeltäneen 3 kk aikana	76 (6,1)	(-)	(-)	(-)
Kuntoutumista erityisesti edistävä hoitotyö	1097 (88,3)	69 (90,8)	1028 (88,1)	0,4787
Fysioterapia arviointiviikon aikana	258 (20,8)	15 (19,7)	243 (20,8)	0,8211
Lääkärin arvio vähintään kahdesti 2 viikon aikana	21 (1,7)	8 (10,5)	13 (1,1)	(-)
Lääkäri antanut jonkin uuden ohjeen vähintään kerran 2 viikon aikana	78 (6,3)	16 (21,1)	62 (5,3)	(-)
Yhdeksän lääkettä tai enemmän	486 (39,1)	46 (60,5)	440 (37,7)	<0,0001
Kipulääkkeen käyttö	754 (60,7)	61 (80,3)	693 (59,4)	0,0003

(-) tilastollinen menetelmä ei ole pätevä liian vähäisten havaintojen vuoksi

Taulukko 7. Päivystyspoliklinikka käyntiin liittyneet itsenäiset selittäjät. Logistinen regressioanalyysi.

	OR	95% luottamusväli	
		Alaraja	Yläaraja
Lääkärin arvio vähintään kahdesti 2 viikon aikana	5,5	2,02	14,80
Syöpä, ei muistisairautta	5,0	1,56	15,90
Kaatonut 30 päivän aikana	2,5	1,39	4,53
Kipulääkkeen käyttö	2,2	1,22	4,04
Mieliälä huonontunut 3kk aikana	2,1	1,22	3,5
Yhdeksän lääketä tai yli	1,9	1,17	3,18
c=0,718			

LIITE 21.

Päivystyspoliklinikalla käyneet palvelutaloasukkaat

Finne-Soveri Harriet, Asikainen Janne, Heikkilä Rauha, Hosia-Randell Helka, Muuri-
nen Seija, Mäkelä Matti, Noro Anja, Sohlman Britta

Alkusanat

Palvelutaloasukkaiden päivystyspoliklinikalla käynneistä tiedetään melko vähän. Min-
käläiset henkilöt hakeutuvat tai lähetetään päivystyspoliklinikalle silloin kun tarvetta
vuorokauden yli ulottuvaan seurantaan ei ole? Ovatko he tyypillisiä palvelutaloasuk-
kaita vai kuuluvatko he johonkin erityisryhmään.

Analyysissä selvitettiin niiden palvelutaloasukkaiden ominaispiirteitä, jotka olivat
käyneet päivystyspoliklinikalla ilman tarvetta jäädä yöksi seurattavaksi.

Menetelmät

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Helsingistä 30.9.2010 kootusta laitoshoidon RAI-
aineistosta (n=2620) poistettiin vanhainkodit ja vanhustenkeskukset ja entiset terveys-
keskussairaalat sekä kaikki alle kolme kuukautta palvelutalossa asuneet. Jäljelle jääneestä
ostopalveluvanhainkodeista kerätystä aineistosta (n=372) analysoitiin niiden asukkaiden
ominaispiirteet, jotka olivat arviointia edeltäneen kolmen kuukauden aikana käyneet
päivystyspoliklinikalla vähintään kerran kuitenkin viipymättä yön yli (n=40, 10,8%).

Taulukkoon 1. on koottu organisaatioiden nimet aakkosjärjestyksessä. Mukaan otet-
tiin arvioinnit kaikkiaan 11 laitoksesta (taulukko 1).

Taulukko 1. Analyysissä mukana olleet organisaatiot

Organisaatio ja palvelutaloa	3kk tai yli asukkaana olleet
Folkhälsan, Seniorhemmet	34
Folkhälsan Stiftelsen Silviahemmet	25
Helsingin Diakonissalaitos	56
Kantti ry/Palvelutalo Kantin Pysäkki	26
Kontulan Helykoti	26
Käpyrinteen palvelutalo	2
Länsi-Helsingin Lähimmäispalvelu ry/ Rumpupolun pt	10
Mariankoti/Pikku-Maria	16
Milja ry	11
Myllypuron Helykoti	19
Omakotisäätiö Palvelutalo Merilä	53
Palvelukoti Rantakartano Oy	35
Vire Koti Käpylä	34
Vire Koti Sofia ja Severi	25
Yhteensä	372

Taulukkoon 1. on koottu organisaatioiden nimet aakkosjärjestyksessä. Mukaan otettiin arvioinnit kaikkiaan 11 laitoksesta (taulukko 1).

Perusanalyysinä käytettiin ristiintaulukointia ja Khiin neliön testiä dikotomisille muuttujille. Logistista regressioanalyysiä käytettiin analysoitaessa jatkuvia muuttujia sekä testattaessa itsenäisesti poliklinikkakäyntiin liittyneitä tekijöitä. Analyysit tehtiin käyttäen SAS-tilastolaskentaohjelmaa.

Tulokset

Valtaosa poliklinikalla käyneistä oli käynyt siellä kolmen kuukauden aikana vain kerran (77,5%). Yksittäisillä henkilöillä oli useampi käynti, enintään kuusi.

Ristiintaulukoinnin tulokset on esitetty taulukoissa 2-6 ja logistisen regressioanalyysin tulokset taulukossa 7.

Yhteenveto ja pohdinta

Poliklinikalla käyneet palvelutaloasukkaat olivat minkä tahansa ikäisiä miehiä tai naisia, joiden fyysinen, kognitiivinen tai sosiaalinen toimintakyky eivät poikenneet muista palvelutalo asukkaista.

Päivystyspoliklinikalla käyneiltä löytyi samoja pitkäaikaissairauksien diagnooseja kuin muilta palvelutaloissa asuvilta, mutta epilepsiaa he sairastivat useammin. Päivystyspoliklinikalla käyneet olivat kaatuneet yli neljä kertaa todennäköisemmin kuin verrokkit ja heidän terveydentilansa oli epävakaa. Lisäksi päivystyspoliklinikalla käyneet kuuluivat yli kaksi kertaa todennäköisemmin klinisiin RUG pääluokkiin 2-4.

He sairastivat todennäköisesti psykiatrisia sairauksia ilman muistisairautta (kuten masennus ja skitsofrenia) hieman useammin kuin ne, joilla ei ollut poliklinikkakäyntiä. Sama päti painonlaskuun. Otos oli kuitenkin pieni, eikä ero yltänyt tilastolliseen merkitsevyyteen.

Taulukko 2. Sosiodemografisien tekijöiden ja tulotahon yhteys päivystyspoliklinikalla käyntiin

Muuttujat	Kaikki	Päivystys poliklinikka käynti arviointia edeltäneen 3 kk aikana	Ei päivystys poliklinikka käyntiä arviointia edeltäneen 3 kk aikana	p<0,05
	n (%)	n (%)	n (%)	
Mies	108 (29,0)	18 (45,0)	90 (27,1)	0,0185
Ikä alle 65 vuotta	52 (14,0)	11 (27,5)	41 (12,4)	0,0090
Ikä alle 75 vuotta	99 (26,6)	16 (40,0)	83 (25,0)	0,0426
Ikä 75 vuotta tai yli	273 (73,4)	24 (60,0)	249 (75,0)	0,0426
Ikä 80 vuotta tai yli	228 (61,3)	21 (52,5)	207 (62,4)	0,2270
Naimaton	69 (18,6)	4 (10,0)	65 (19,6)	0,1409
Naimisissa	25 (6,7)	6 (15,0)	19 (5,7)	(-)
Leski	113 (30,4)	13 (32,5)	100 (30,1)	0,7572
Eronnut	49 (13,2)	8 (20,0)	41 (12,4)	0,1765
Hoitoaika alle 6kk (3-6kk)	15 (4)	2 (5,0)	13 (3,9)	(-)
Hoitoaika 7,5 tai kauemmin	45 (12,1)	5 (12,5)	40 (12,1)	(-)
Mistä tuli: Koti	92 (24,7)	12 (30,0)	80 (24,1)	0,4136
Mistä tuli: Akuutteisairaala, somaattinen	21 (5,7)	3 (7,5)	18 (5,4)	(-)
Mistä tuli: Akuutteisairaala, psykiatrinen	14 (3,8)	2 (5,0)	12 (3,6)	(-)

(-) tilastollinen menetelmä ei ole pätevä liian vähäisten havaintojen vuoksi

Taulukko 3. Diagnoosien ja terveydentilan yhteys päivystyspoliklinikalla käyntiin

Muuttujat	Kaikki	Päivystys poliklinikka käynti arviointia edeltäneen 3 kk aikana	Ei päivystys poliklinikka käyntiä arviointia edeltäneen 3 kk aikana	p<0,05
Muistisairaus	256 (68,8)	23 (57,5)	233 (70,2)	0,1019
Pelkkä muistisairaus*	222 (59,7)	21 (52,5)	201 (60,5)	0,3273
Multippeli skleroosi	2 (0,5)	0	2 (0,6)	(-)
Pelkkä multippeli skleroosi	1 (0,3)	0	1 (0,3)	(-)
Parkinsonin tauti	15 (4,0)	2 (5,0)	13 (3,9)	(-)
Pelkkä Parkinsonin tauti	6 (1,6)	1 (2,5)	5 (1,5)	(-)
Aivohalvaus	46 (12,4)	6 (15,0)	40 (12,1)	(-)
Pelkkä aivohalvaus#	29 (7,8)	3 (7,5)	26 (7,8)	(-)
Aivotrauma	28 (7,5)	3 (7,5)	25 (7,5)	(-)
Sydän- ja verisuonitauti	225 (60,5)	23 (57,5)	202 (60,8)	0,6828
Pelkkä sydän- ja verisuonitauti#	74 (19,9)	10 (25,0)	64 (19,3)	0,3917
Lonkkamurtuma	42 (11,3)	6 (15,0)	36 (10,8)	(-)
Pelkkä lonkkamurtuma#	16 (4,3)	1 (2,5)	15 (4,5)	(-)
Syöpä	20 (5,4)	1 (2,5)	19 (5,7)	(-)
Pelkkä syöpä#	6 (1,6)	1 (2,5)	5 (1,5)	(-)
Diabetes	68 (18,3)	7 (17,5)	61 (18,4)	0,8926
Pelkkä diabetes#	24 (6,5)	3 (7,5)	21 (6,3)	(-)
Diabetes, insuliini on	19 (5,1)	1 (2,5)	18 (5,4)	(-)
Osteoporoosi	47 (12,6)	3 (7,5)	44 (13,3)	0,3009
Pelkkä osteoporoosi#	13 (3,5)	1 (2,5)	12 (3,6)	(-)
Masennus	46 (12,4)	7 (17,5)	39 (11,8)	(-)
Pelkkä masennus#	21 (5,7)	5 (12,5)	16 (4,8)	(-)
Skitsofrenia	34 (9,1)	4 (10,0)	30 (9,0)	(-)
Pelkkä skitsofrenia	28 (7,5)	3 (7,5)	25 (7,5)	(-)
Psykiatrinen sairaus	82 (22,0)	10 (25,0)	72 (21,7)	0,6330
Pelkkä psykiatrinen sairaus	48 (12,9)	8 (20,0)	40 (12,1)	0,1564
Epilepsia	30 (8,1)	7 (17,5)	23 (6,9)	(-)
Resistentin bakteerin kantajuus / infektio	15 (4,0)	3 (7,5)	12 (3,6)	(-)
Resistentin bakteerin kantajuus / infektio, pelkkä	13 (3,5)	3 (7,5)	10 (3,0)	(-)
Terveydentila on epävaka	243 (65,3)	35 (87,5)	208 (62,7)	0,0018
Akuuttivaihe parhaillaan	11 (3,0)	4 (10,0)	7 (2,1)	(-)
Hiljattainen kroonisen sairauden lehdus tai akuuttisairaus heikentäneet toimintakykyä	229 (61,6)	28 (70,0)	201 (60,5)	0,2454

* Muistisairaus, ei aivohalvausta tai psykiatrista sairautta

Pelkkä = muistisairauden osuus poistettu

(-) tilastollinen menetelmä ei ole pätevä liian vähäisten havaintojen vuoksi

Taulukko 4. Toimintakyvyn, toiminnanvajausten riskitekijöiden, oireiden ja oireyhtymien yhteys päivystyspoliklinikalla käyntiin

Muuttujat	Kaikki	Päivystys poliklinikka käynti arviointia edeltäneen 3 kk aikana	Ei päivystys poliklinikka käynti arviointia edeltäneen 3 kk aikana	p<0,05
Vähintään keskivaikkea dementia*	278 (74,7)	30 (75,0)	248 (74,7)	0,9670
Loppuvaiheen dementia	37 (10,0)	1 (2,5)	36 (10,8)	(-)
Kognitio huonontunut 3kk aikana	77 (20,7)	10 (25,0)	67 (20,2)	0,4773
Vaikea heikkonäköisyys	25 (6,7)	2 (5,0)	23 (6,9)	(-)
Valvonnan/ avun tarve ADL toiminnoissa#	345 (92,7)	37 (92,5)	308 (92,8)	(-)
Runsas avun tarve ADL-toiminnoissa	227 (61,0)	29 (72,5)	198 (59,6)	0,1151
Avun tarve syödessä	99 (26,6)	13 (32,5)	86 (25,9)	0,3725
Asiakas uskoo kuntoutuvansa	36 (9,7)	2 (5,0)	34 (10,2)	(-)
Hoitaja uskoo asiakkaan kuntoutuvan	72 (19,4)	8 (20,0)	64 (19,3)	0,9129
ADL huonontunut 3kk aikana	142 (38,2)	22 (55,0)	120 (36,1)	0,0204
Yksi tai useampi käyttöoire	243 (65,3)	28 (70,0)	215 (64,8)	0,5106
Vaeltelu	121 (32,5)	14 (35,0)	107 (32,2)	0,7238
Karkeakielisyyys	118 (31,7)	11 (27,5)	107 (32,2)	0,5438
Fyysinen pahoinpity	53 (14,3)	5 (12,5)	48 (14,5)	0,7379
Hämmennystä herättävä käytös	106 (28,5)	12 (30,0)	94 (28,3)	0,8233
Hoidon tai avun vastustelu	137 (36,8)	17 (42,5)	120 (36,1)	0,4311
Käyttöoire pahentunut 3kk aikana	88 (23,7)	11 (27,5)	77 (23,2)	0,5448
Harhaluuloisuus	60 (16,1)	4 (10,0)	56 (16,9)	0,2646
Aistiharhaisuus	61 (16,4)	5 (12,5)	56 (16,9)	0,4809
Masennusepäilyt	139 (37,4)	13 (32,5)	126 (38,0)	0,5007
Mieliala huonontunut 3kk aikana	80 (21,5)	12 (30,0)	68 (20,5)	0,1663
Päivittäinen vaikea kipu	113 (30,4)	15 (37,5)	98 (29,5)	0,2997
Kaatunut 3kk aikana	44 (11,8)	12 (30,0)	32 (9,6)	0,0002
Paino laskenut 5% /kk tai 10% /6kk	43 (11,6)	8 (20,0)	35 (10,5)	0,0772
Virtsanpidätyskyvyttömyys	252 (67,7)	32 (80,0)	220 (66,3)	0,0792
Ulosteenpidätyskyvyttömyys	186 (50,0)	24 (60,0)	162 (48,8)	0,1806

*Cognitive Performance Scale on 3 tai enemmän asteikolla 0-6, missä 0=normaali ja 6 erittäin vaikea kognition vajuus. Arvo vastaa MMSE 15 asteikolla 0-30, missä 30 on normaali ja 0 erittäin vaikea kognition vajuus

Yksi tai useampi seuraavista edellyttää valvontaa tai apua: henkilökohtainen hygienia, liikkuminen, WC, syöminen (hierarkkinen ADL>0)

α Depression Rating Scale (DRS, asteikko 0-14) on 3 tai enemmän

(-) tilastollinen menetelmä ei ole pätevä liian vähäisten havaintojen vuoksi

Taulukko 5. Sosiaalisten suhteiden, eristyneisyyden ja yksinäisyyden yhteys päivystyspoliklinikalla käyntiin

Muuttujat	Kaikki	Päivystys poliklinikka käynti arviointia edeltäneen 3 kk aikana	Ei päivystys poliklinikka käyntiä arviointia edeltäneen 3 kk aikana	p<0,05
Yksi tai useampi sosiaalinen vuorovaikutustapahtuma muun kuin henkilöstön kanssa viikossa	266 (71,5)	26 (65,0)	240 (72,3)	0,3346
Yksi tai useampi ristiriitatilanne muiden asukkaiden, perheen, tuttavien tai henkilöstön kanssa	175 (47,0)	22 (55,0)	153 (46,1)	0,2859
Ilmaisee surua/vihaa/tyhjyyttä menetetyin roolinsa/tilanteensa vuoksi	20 (5,4)	2 (5,0)	18 (5,4)	(-)

(-) tilastollinen menetelmä ei ole pätevä liian vähäisten havaintojen vuoksi

Taulukko 6. Hoitoisuuden ja hoitokäytäntöjen yhteys päivystyspoliklinikalla käyntiin

Muuttujat	Kaikki	Päivystys poliklinikka käynti arviointia edeltäneen 3 kk aikana	Ei päivystys poliklinikka käyntiä arviointia edeltäneen 3 kk aikana	p<0,05
Kevythoitoinen (PA, BA CA IA))	135 (36,3)	13 (32,5)	122 (36,8)	0,5977
RUG pääluokka 1 (kuntoutus)	1 (0,27)	0	1 (0,3)	(-)
RUG pääluokat 2-4 (kliinisiä ongelmia)	59 (15,9)	12 (30,0)	47 (14,2)	0,0096
RUG pääluokka 5 (vähintään keskivaikkea muistisairaus, kliinisiä muita ongelmia vähän)	143 (38,4)	11 (27,5)	132 (39,8)	0,1321
RUG pääluokka 6 (Käyttösoireilua, kliinisiä muita ongelmia vähän eikä kongnition vajuus ylitä keskivaikkea dementiaa)	20 (5,4)	0	20 (60,0)	(-)
Perushoidettavat	149 (40,1)	17 (42,5)	132 (39,8)	0,7382
Sairaalahoido edeltäneen 3 kk aikana	30 (8,1)	14 (35,0)	16 (4,8)	(-)
Kuntoutumista erityisesti edistävä hoitotyö	265 (71,2)	25 (62,5)	240 (72,3)	0,1963
Fysioterapia arviointiviikon aikana	56 (15,1)	4 (10,0)	52 (15,7)	0,3441
Lääkärin arvio vähintään kahdesti 2 viikon aikana	2 (0,5)	1 (2,5)	1 (0,3)	(-)
Lääkäri antanut jonkin uuden ohjeen vähintään kerran 2 viikon aikana	8 (2,2)	3 (7,5)	5 (1,5)	(-)
Yhdeksän lääkettä tai enemmän	163 (43,8)	20 (50,0)	143 (43,1)	0,4041

(-) tilastollinen menetelmä ei ole pätevä liian vähäisten havaintojen vuoksi

Taulukko 7. Päivystyspoliklinikalla käyntiin liittyneet itsenäiset selittäjät. Logistinen regressioanalyysi.

	OR	95% luottamusväli	
		Alaraja	Yläraja
Epävakaata terveydentilä	4,3	1,59	21125,00
Kaatonut arviointia edeltäneen 30 vrk aikana	4,1	1,83	9,21
Epilepsia	3,0	1,13	8,09
RUG pääluokat 2-4 (kliinisiä ongelmia)	2,5	1,16	5,52
c=0,746			

LIITE 22.

Päivystyspoliklinikalla käyneet säännöllisen kotihoidon asiakkaat

Finne-Soveri Harriet, Aleksandr Gerasin, Hammar Teija, Heikkilä Rauha, Hosia-Randell Helka, Mäkelä Matti, Noro Anja, Sohlman Britta

Alkusanat

Akuuttisairauksien havaitseminen säännöllisen kotihoidon asiakkailla voi edellyttää valppautta. Varhaiset oireet pitäisi havaita nopeasti ja hoitoon tarttua ennen kuin tilanne akutisoituu. Parhaassa tapauksessa päivystyspoliklinikakäynti ja sitä mahdollisesti seuraava sairaalahoito voidaan välttää. Lehahtaneen pitkäaikaissairauden laantumisen voi kestää kuukausia.

Analyyseissä selvitettiin niiden säännöllisen kotihoidon asiakkaiden ominaispiirteitä, jotka olivat käyneet vähintään kerran päivystyspoliklinikalla arviointia edeltäneen 3 kk aikana.

Menetelmät

Terveys- ja hyvinvoinnin laitokseen Helsingin kaupungin säännöllisen kotihoidon asiakkaista 30.9.2010 kootusta RAI-aineistosta (n=4718) analysoitiin niiden asiakkaiden ominaispiirteet, jotka olivat käyneet päivystyspoliklinikalla arviointia edeltäneen 3 kk aikana (n=785, 16,6%). Aineistosta ei suljettu pois uusia asiakkaita (n=631, 13,4%).

Päivystyspoliklinikalla käyneisiin liittyviä tekijöitä verrattiin muihin säännöllistä kotihoitoa samana ajanjaksona saaneisiin käyttämällä ristiintaulukointia ja Khiin nelion testiä dikotomisille muuttujille. Logistista regressioanalyysiä käytettiin analysoitaessa jatkuvia muuttujia sekä testattaessa poliklinikalla käyneisiin itsenäisesti liittyviä tekijöitä. Analyysit tehtiin käyttäen SAS-tilastolaskentaohjelmaa (Copyright (c) 2002-2003 by SAS Institute Inc., Cary, NC, USA).

Tulokset

Päivystyspoliklinikalla arviointia edeltäneen 3 kk aikana käyneistä 69% (n=548) oli vain yksi käynti, 18% oli kaksi käyntiä ja 13% kolme tai useampia käyntejä. Vähiten päivystyspoliklinikalla käyneitä oli Läntisessä suurpiirissä (15,8%) ja eniten Kaakkosessa (18,9%). Ristiintaulukoinnin tulokset on esitetty taulukoissa 1-5 ja logistisen regressioanalyysin 6-7.

Yhteenveto ja pohdinta

Päivystyspoliklinikalla käyneet olivat miehiä tai naisia, useammin alle 75-vuotiaita

kuin verrokkit. He sairastivat useammin MS-tautia, syöpää sekä sydän- ja verisuonisairauksia ilman muistisairautta. Lisäksi he olivat kaatuneet ja mieliala laskusuunnassa. Vaikka arviointihetkellä heillä oli verrokkeja useammin epävakaata terveydentilaa, vaikeita kipuja ja akuuttisairaus meneillään, heidän huolenpidon tarpeensa oli kuitenkin vähemmän.

Poliklinikalla käyneiden terveydentilan epävakaudesta kuvasi myös palveluiden käyttö. Muita useammin oli tarvittu suunnittelemaan kotikäynti, usein lääkärin arvio. Näillä henkilöillä oli myös muita useammin virtsakettri tai haavan hoito. Hoivaajat olivat uupuneempia kuin ei-poliklinikalla käyneiden hoivaajat. Heidän taloudellinen tilanteensa oli tiukka ja he olivat verrokkeja useammin joutuneet tinkimään välttämättömistä tarpeistaan vähävaraisuuden vuoksi.

Tässä analyysissä mukaan otettiin myös uudet asiakkaat, joilla hiljattaisen poliklinikakäynnin todennäköisyys oli puolitoistakertainen verrattuna kauemmin asiakkaina olleisiin. Poliklinikalla hiljattain olleiden terveydentila oli akuuttisairauspainotteinen ja toipuminen kesken.

Taulukko 1. Sosiodemografisten tekijöiden ja tulotahon yhteys päivystyspoliklinikalla käynteihin

	Kaikki	Vähintään yksi käynti päivystyspoliklinikalla 3 kk aikana	Ei käyntejä päivystyspoliklinikalla 3 kk aikana	p<0,05
	n(%)	n(%)	n(%)	
Mies	1240 (26,3)	212 (27,0)	1028 (26,1)	0,6137
Ikä 75 vuotta tai yli	3607 (75,5)	570 (72,6)	3027 (77,2)	0,0055
Ikä 90 vuotta tai yli	789 (16,7)	117 (14,9)	672 (17,1)	0,1348
Naimaton	1000 (21,2)	153 (19,5)	847 (21,5)	0,2005
Naimisissa	685 (14,5)	122 (15,5)	563 (14,3)	0,3731
Leski	2269 (48,1)	356 (45,4)	1913 (48,6)	0,0922
Kotihoidon asiakas 6 kk tai alle	631 (13,4)	149 (19,0)	482 (12,3)	0,0001
Kotihoidon asiakas 4 vuotta tai yli	1288 (27,3)	195 (24,8)	1093 (27,8)	0,0903

Taulukko 2. Diagnoosien ja terveydentilan yhteys päivystyspoliklinikka käynteihin

	Kaikki	Vähintään yksi käynti päivystys- poliklinikalla 3 kk aikana	Ei käyntejä päivystys- poliklinikalla 3 kk aikana	p<0,05
	n(%)	n(%)	n(%)	
Muistisairaus	1368 (29,0)	186 (23,7)	1182 (30,1)	0,0003
Pelkkä muistisairaus*	946 (20,1)	120 (15,3)	826 (21,0)	0,0003
Multippeli skleroosi	39 (0,8)	13 (1,7)	26 (0,7)	0,0049
Pelkkä multippeli skleroosi	35 (0,74)	11 (1,4)	24 (0,6)	0,0184
Parkinsonin tauti	153 (3,2)	31 (4,0)	122 (3,1)	0,2212
Pelkkä Parkinsonin tauti	116 (2,5)	26 (3,3)	90 (2,3)	0,0908
Aivohalvaus	521 (11,5)	79 (10,1)	462 (11,8)	0,1766
Pelkkä aivohalvaus#	420 (8,9)	67 (8,5)	353 (9,0)	0,6925
Sydän ja verisuonitauti	3732 (79,1)	636 (81,0)	3096 (78,7)	0,1478
Pelkkä sydän- ja verisuonitauti#	2269 (48,1)	423 (53,9)	1846 (46,9)	0,0004
Lonkkamurtuma	189 (4,0)	35 (4,5)	154 (3,9)	0,4787
Pelkkä lonkkamurtuma#	138 (2,9)	28 (3,6)	110 (2,8)	0,2424
Muu murtuma kuin lonkan	240 (5,1)	58 (7,4)	182 (4,6)	0,0013
Syöpä	328 (7,0)	77 (9,8)	251 (6,4)	0,0006
Pelkkä syöpä#	269 (5,7)	67 (8,5)	202 (5,1)	0,0002
Diabetes	1125 (23,8)	196 (25,0)	929 (23,6)	0,4186
Pelkkä diabetes#	851 (18,0)	149 (19,0)	702 (17,9)	0,4154
Diabetes, insuliini on	118 (2,5)	25 (3,2)	93 (2,4)	0,1791
Osteoporoosi	927 (19,7)	167 (21,3)	760 (19,3)	0,2393
Pelkkä osteoporoosi#	656 (13,9)	125 (15,9)	531 (13,5)	0,0733
Alkoholin ongelmakäyttö	318 (6,7)	73 (9,3)	245 (6,2)	0,0017
Pelkkä alkoholin ongelmakäyttö#	245 (5,2)	62 (7,9)	183 (4,7)	0,0002
Psykiatrinen sairaus	1073 (22,7)	188 (24,0)	885 (22,5)	0,3772
Pelkkä psykiatrinen sairaus	831 (17,6)	144 (18,3)	687 (17,5)	0,5562
Terveydentila on epävaka	2460 (52,1)	488 (62,2)	1972 (50,1)	0,0001
Akuuttivaihe parhaillaan	214 (4,5)	71 (9,0)	143 (3,6)	0,0001
Hiljattainen kroonisen sairauden leimahdus tai akuuttisairaus heikentäneet toimintakykyä	1456 (30,9)	296 (37,7)	1160 (29,5)	0,0001
Koettu terveydentila on huono	1565 (33,2)	306 (39,0)	1259 (32,0)	0,0002

* Muistisairaus, ei aivohalvausta tai psykiatrista sairautta

Pelkkä = muistisairauden osuus poistettu

Taulukko 3. Toimintakyvyn, toiminnanvajausten riskitekijöiden, oireiden ja oireyhtymien yhteys päivystyspoliklinikalla käynteihin

	Kaikki n(%)	Vähintään yksi käynti päivystys- poliklinikalla 3 kk aikana n(%)	Ei käyntejä päivystys- poliklinikalla 3 kk aikana n(%)	p<0,05
Vähintään keskivaikea dementia*	1294(27,3)	199 (25,4)	1095 (27,8)	0,1532
Kognitio huonontunut 3kk aikana	278 (5,9)	67 (8,5)	211 (5,4)	0,0006
Kommunikaatiotaidot huonontuneet 3 kk aikana	429 (9,1)	91 (11,6)	338 (8,6)	0,0076
Näkö heikentynyt 3 kk aikana	323 (6,9)	68 (8,7)	255 (6,5)	0,0273
Valvonnan/ avun tarve ADL toiminnoissa#	1391 (29,5)	226 (28,8)	1165 (29,6)	0,6409
Asiakas uskoo kuntoutuvansa	825 (17,5)	160 (20,4)	665 (16,9)	0,0193
Hoitaja uskoo asiakkaan kuntoutuvan	1002 (21,2)	176 (22,4)	826 (21,0)	0,3749
ADL huonontunut 3kk aikana	1205 (25,5)	259 (33,0)	946 (24,1)	0,0001
Yksi tai useampi käyttöoire	733 (15,5)	140 (17,8)	593 (15,1)	0,0516
Vaeltelu	185 (3,9)	37 (4,7)	148 (3,8)	0,2104
Karkeakielisyyys	247 (5,2)	54 (6,9)	193 (4,9)	0,0235
Fyysinen pahoinpitely	40 (0,9)	5 (0,6)	35 (0,9)	0,4803
Hämmennystä herättävä käytös	119 (2,5)	21 (2,7)	98 (2,5)	0,7648
Hoidon tai avun vastustelu	483 (10,2)	93 (11,9)	390 (9,9)	0,1032
Käyttöoire pahentunut 3kk aikana	311 (6,6)	73 (9,3)	238 (6,1)	0,0008
Harhaluuloisuus	281 (6,0)	46 (5,9)	235 (6,0)	0,9009
Aistiharhaisuus	171 (3,6)	29 (3,7)	142 (3,6)	0,9087
Masennusepäily§	767 (16,3)	178 (22,7)	589 (15,0)	0,0001
Mieliala huonontunut 3kk aikana	773 (16,4)	192 (24,5)	581 (14,8)	0,0001
Päivittäinen vaikea kipu	361 (7,7)	96 (12,2)	265 (6,7)	0,0001
Kaatunut 3kk aikana	1112 (23,6)	294 (37,5)	818 (20,8)	0,0001
Paino laskenut 5% /kk tai 10% /6kk	248 (5,3)	56 (7,1)	192 (4,9)	0,0098

*Cognitive Performance Scale on 3 tai enemmän asteikolla 0-6, missä 0=normaali ja 6 erittäin vaikea kognition vajuus. Arvo vastaa MMSE 15 asteikolla 0-30, missä 30 on normaali ja 0 erittäin vaikea vajuus
#Yksi tai useampi seuraavista edellyttää valvontaa tai apua: henkilökohtainen hygienia, liikkuminen, WC, syöminen (hierarkkinen ADL>0)

§ Depression Rating Scale (DRS, asteikko 0-14) on 3 tai enemmän

Taulukko 4. Sosiaalisten suhteiden, eristyneisyyden ja yksinäisyyden yhteys päivystyspoliklinikka käynteihin

	Kaikki	Vähintään yksi käynti päivystyspoliklinikalla 3 kk aikana	Ei käyntejä päivystyspoliklinikalla 3 kk aikana	p<0,05
	n(%)	n(%)	n(%)	
Ei poistunut asunnostaan kuukauteen	1276 (27,1)	193 (24,6)	1083 (27,5)	0,8930
Yksin suurimman osan päivää	2002 (42,4)	309 (39,4)	1693 (43,1)	0,0566
Kokee itsensä yksinäiseksi	1233 (26,3)	208 (26,5)	1025 (26,1)	0,7999
Sosiaaliset suhteet vähentyneet	1298 (27,5)	270 (34,4)	1028 (26,1)	0,0001

Taulukko 5. Ympäristön aineellisten ja aineettomien voimavarojen yhteys päivystyspoliklinikka käynteihin

	Kaikki	Vähintään yksi käynti päivystyspoliklinikalla 3 kk aikana	Ei käyntejä päivystyspoliklinikalla 3 kk aikana	p<0,05
	n(%)	n(%)	n(%)	
Asiakkaalla on hoitoon osallistuva hoivaaja	2908 (61,6)	471 (60,0)	2437 (62,0)	0,3018
Omaishoitajan virallinen status	502 (10,6)	99 (12,6)	403 (10,3)	0,0498
Hoivaaja ei voi jatkaa	91 (1,9)	18 (2,3)	73 (1,9)	0,4164
Hoivaaja on tyytymätön	47 (1,0)	14 (1,8)	33 (0,8)	0,015
Hoivaaja on kuormittunut	390 (8,3)	91 (11,6)	299 (7,6)	0,0002
Hoivaaja ei jatka, on tyytymätön tai kuormittunut	473 (10,0)	103 (13,1)	370 (9,4)	0,0016
Hoivaajan mielestä asiakkaan olisi parempi asua muualla	413 (8,8)	72 (9,2)	341 (8,7)	0,6497
Asiakkaan mielestä hänen olisi parempi asua muualla	140 (3,0)	27 (3,4)	113 (2,9)	0,3932
Hoivaaja asuu asiakkaan kanssa	2406 (51,0)	366 (46,6)	2040 (51,9)	0,0073
Kaltoinkohtelun tai laiminlyönnin epäily	344 (7,3)	57 (7,3)	287 (7,3)	0,9717
Hoivaaja on puoliso	471 (10,0)	97 (12,4)	374 (9,5)	0,0151
Hoivaaja on lapsi	1679 (35,6)	255 (32,5)	1424 (36,2)	0,0467
Hoivaaja on muu sukulainen	571 (12,1)	90 (11,5)	481 (12,2)	0,5486
Hoivaajaan muu kuin sukulainen	186 (3,9)	29 (3,4)	157 (4,0)	0,6956
Pesutilat /WC ovat puutteelliset	473 (10,0)	76 (9,7)	397 (10,1)	0,7253
Keittiö on puutteellinen	124 (2,6)	20 (2,6)	104 (2,6)	0,8773
Pääsy huoneisiin on esteellinen	116 (2,5)	20 (2,6)	96 (2,4)	0,8599
Pääsy kotiin/sieltä ulos on esteellinen	795 (16,9)	142 (18,1)	653 (16,6)	0,3098
Yksi tai useampi asumisen ongelma	1540 (32,6)	268 (34,1)	1272 (32,3)	0,3265
Tinkinyt välttämättömistä tarpeistaan vähävaraisuuden vuoksi	179 (3,8)	46 (5,9)	133 (3,4)	0,0009

Taulukko 6. Palvelujen käytön yhteys päivystyspoliklinikka käynteihin

	Kaikki	Vähintään yksi käynti päivystyspoliklinikalla 3 kk aikana	Ei käyntejä päivystyspoliklinikalla 3 kk aikana	p<0,05
	n(%)	n(%)	n(%)	
Suunnittelematon kotikäynti 3kk aikana	965 (20,5)	358 (45,6)	607 (15,4)	0,0001
Ateriapalvelu	1790 (37,9)	288 (36,7)	1502 (38,2)	0,4285
Saattopalvelu	95 (2,0)	20 (2,6)	75 (1,9)	0,2432
Kuljetuspalvelu	567 (12,0)	114 (14,5)	453 (11,5)	0,0181
Siivouspalvelu	906 (19,2)	167 (21,3)	739 (18,8)	0,1067
Vapaaehtoispalvelu	200 (4,2)	29 (3,4)	171 (4,4)	0,1067
Kylvetyspalvelu	202 (4,3)	35 (4,4)	167 (4,3)	0,7883
Turvapalvelu	1562 (33,1)	274 (34,9)	1288 (32,8)	0,2412
Lääkäri (7 vrk aikana)	499 (10,6)	145 (18,5)	354 (9,0)	0,0001
Fysioterapeutti (7 vrk aikana)	396 (8,4)	86 (11,0)	310 (7,9)	0,0046
Toimintaterapeutti (7 vrk aikana)	68 (1,4)	14 (1,8)	54 (1,4)	0,3784
Liikuntaterapia (7 vrk aikana)	174 (3,7)	24 (3,1)	150 (3,8)	0,3045
Runsas kotihoidon aika (>9 h/vko)	473 (10,0)	85 (10,8)	388 (9,9)	0,4122
Runsas omaishoidon aika (>21h/vko)	485 (10,3)	93 (11,9)	392 (10,0)	0,1133
Turvaranneke	1553 (32,9)	265 (3,8)	1288 (32,8)	0,5827
Lyhytaikaishoito omaisen levon vuoksi	51 (1,1)	11 (1,4)	40 (1,0)	0,3418
Avun tarve, happihoito	17(0,4)	8 (1,0)	9 (0,2)	(-)
Avun tarve, virtsakatetri	84 (1,8)	32 (4,1)	52 (1,3)	0,0001
Avun tarve, avanne	36 (0,8)	12 (1,5)	24 (0,6)	0,0069
Haavan hoito	519 (11,0)	143 (18,2)	376 (9,6)	0,0001

(-) tilastollinen menetelmä ei ole pätevä liian vähäisten havaintojen vuoksi

Taulukko 7. Päivystyspoliklinikka käynteihin liittyneet itsenäiset asiakaskohtaiset tekijät. Logistinen regressioanalyysi.

	OR	95% luottamusväli	
		Alaraja	Yläaraja
Multippeli skleroosi	2,5	1,24	4,97
Kaatunut	2,1	1,77	2,48
Parhaillaan akuuttisairaus	2,1	1,50	2,80
Syöpä, ei muistisairautta	1,5	1,12	2,04
Vaikea päivittäinen kipu	1,5	1,16	1,95
Alakulo lisääntynyt 3 kk aikana	1,5	1,24	1,86
Huolenpidon tarve vähentynyt	1,4	1,11	1,75
Sydän- ja verisuonitauti, ei muistisairautta	1,3	1,14	1,57
Epävakaata terveydentila	1,4	1,14	1,60
Alle 75-vuotias	1,3	1,11	1,61
c=0,658			

Taulukko 8. Päivystyspoliklinikka käynteihin liittyneet itsenäiset ympäristö- ja palvelukohtaiset tekijät. Logistinen regressioanalyysi.

	OR	95% luottamusväli	
		Alaraja	Yläaraja
Suunnittelematon kotikäynti	4,2	3,52	4,94
Avun tarve, virtsakatetri	2,4	1,47	3,89
Lääkärikäynti 7 arviointia edeltäneen päivän aikana	1,8	1,34	2,20
Kotihoidon asiakas 6 kk tai alle	1,6	1,29	1,98
Tinkinyt välttämättömistä tarpeistaan vähävaraisuuden vuoksi	1,6	1,07	2,27
Haavan hoito	1,5	1,22	1,93
Hoivaaja on uupunut	1,3	1,03	1,75
c=0,706			

LIITE 23.

Ympäri vuorokautista hoitoa tarjoavien asumisyksiköiden kustannus-laatu seuranta

Finne-Soveri Harriet, Asikainen Janne, Nieminen Jutta, Sakki Joonas, Gerasin Aleksandr, Heikkilä Rauha, Mäkelä Matti, Noro Anja

Alkusanat

Vanhainkotien ja palvelutalojen toiminnan vertailu sekä kustannusten että laadun suhteen on merkityksellistä erityisesti silloin kun osa palveluista tuotetaan itse ja osa ostetaan, jolloin ostopalvelutoiminta kilpailutetaan. Helsinki ei toistaiseksi ole kilpailuttanut omaa toimintaansa, ainoastaan ympärivuorokautisen hoidon ostopalvelut.

Tilajan velvollisuutena on seurata kilpailutettujen yksiköiden toiminnan asianmukaisuutta ja palvelujen tuottajien puolestaan osoittaa toimineensa lupauksensa mukaisesti antamalla asukkaille hyvää hoitoa - ja tekemässä sen taloudellisesti.

Tässä analyysissä osoitetaan esimerkin avulla miten vanhainkotien ja palvelutalojen kustannusvaikuttavuutta ja hoidon ammatillista laadukkuutta voitaisiin verrata ja käyttää esimerkiksi kilpailutuksen seurannassa.

Menetelmät

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Helsingistä vuoden 2009 aikana kootusta laitoshoidon RAI-aineistosta erotettiin analysoitavaksi vanhainkodeista ja palvelutaloista kerätyt tiedot niistä vanhainkodeista ja palvelutaloista, jotka olivat lähettäneet THL:een RAI-tietojen lisäksi toiminta- ja kustannustiedot (n=16 laitosta/palvelutaloa, 60 osastoa). Yksi osasto pudotettiin pois puuttuvien tietojen vuoksi. Mukaan jäi 4 sairaalatasoista (25 osastoa), 6 vanhainkotitasoista (25 osastoa) ja 6 palvelutaloa (9 osastoa). Laitoksista tai palvelutaloista kahdeksan oli ostopalvelua. Tietosuojasystä analyysiin osallistuneiden organisaatioiden nimiä ei mainita.

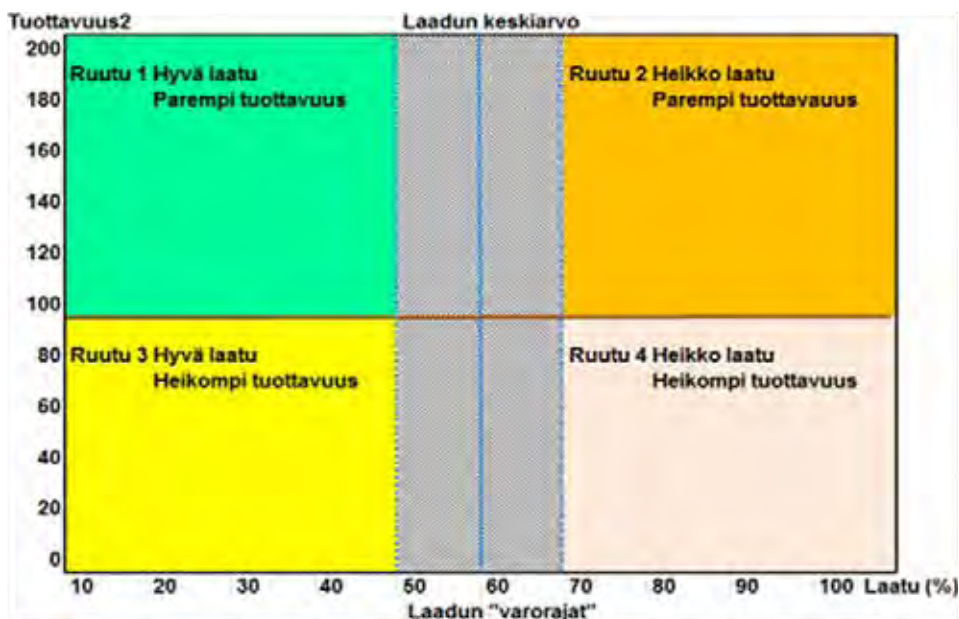
Koska kustannuksista valtaosa muodostuu henkilöstön palkoista ja toisaalta henkilöstöä tarvitaan eniten asukkaiden toiminnanvajauksen vuoksi, kustannusten kannalta tärkein ammatillisen hoidon laadun merkki on henkilöstön kyky ylläpitää tai kohentaa asukkaiden toimintakykyä. Toisaalta toimintakyvyn säilyminen niin pitkään kuin mahdollista on asukkaiden omatoimisen elämän ja elämän laadun yksi tärkeimmistä tekijöistä.

Tämän analyysin ammatillisen laadun ja kustannusvaikuttavuuden mittariesimerkiksi valittiin päivittäisen toimintakyvyn aleneminen seurantavuoden (2009) aikana. Perusmittarina käytettiin ADL-long mittaria, jonka asteikko on 0-28, missä 0 merkitsee

täysin omatoimista ja 28 täysin autettavaa henkilöä seuraavien toimintakyvyn osa-alueiden suhteen: 1) asennon vaihtaminen vuoteessa, 2) siirtyminen, 3) kävely huoneessa, 4) kävely käytävällä, 5) liikkuminen yksikössä 6) liikkuminen yksikön ulkopuolella, 7) WC:ssä asiointi, 8) pukeminen ja riisuminen, 9) henkilökohtaisen hygienian hoito 10) ruokailu ja 11) kylpeminen.

Ammatillisen hoidon laadun indikaattoriin laskettiin mukaan vain ne henkilöt, joista oli olemassa kaksi mittausta. Vertailuarvona käytettiin Koko maan vanhainkotien keskiarvoa. Hyvän ja heikon laadun rajoiksi valittiin 25%. Parasta ammatillisen hoidon laatua tarjosivat ne 25% kaikista vanhainkoti- tai palvelutalo-osastoista, joiden asukkailla päivittäinen toimintakyky oli laskenut vähiten. Heikon hoidon laadun rajaksi valittiin vastaavasti se luku, jonka toiselta puolelta löytyi se 25% vanhainkodeista tai palvelutaloista, joissa asukkaiden päivittäinen toimintakyky oli laskenut eniten. Virhetulkintojen välttämiseksi laadun keskiarvon molemmille puolille laskettiin turvaraja.

Tuotetut hoitopäivät vakioitiin kustannuspainolla (hoitopäivätXRUG-III/34) ja jaettiin henkilöstökustannuksilla. Hyvää tuottavuutta ilmensivät kaikki yli 100:n yltävät osastot (Kuvio 1). Tällä tavoin asiakasrakenne (hoitoisuus) on huomioitu tuottavuusluvussa.



Kuvio 1. Kustannus-laatu nelikenttä vanhainkotien ja palvelutalojen ammatillisen hoidon laadun ja kustannusvaikuttavuuden seurantaan.

Tuottavuus 2= RUG-III/343 painotetut hoitopäivät jaettuna henkilöstökustannuksilla

Tulokset

Analyysiin osallistuneesta yhteensä 59 osastosta kahdeksan (13,6%) sijoittui ruutuun 1, eli maan laadukkaimpaan ja kustannustehokkaimpaan osaan. Tällaisia osastoja löytyi sekä terveyskeskus- vanhainkoti- että palvelutalotasoisista organisaatioista. Parasta laatua tehokkaasti tuottavissa osastoissa oli mukana sekä itse tuotettua että ostopalveluina tuotettua hoitoa.

Yhteensä 18 osastoa ylsi ruutuun 1 tai sen ”varoalueelle” ja 14 osastoa ruutuun 3 tai sen ”varoalueelle” tarkoittaen että hoitoa voi pitää maan keskitasoon nähden laadukkaana. Kun mukaan lasketaan vielä ruutujen 2 ja 4 harmaat alueet (13 osastoa), yhteensä 76% osastoista ylsi hyvään tai riittävään hoidon laatuun. Hyvä ammatillisen hoidon laatu tuotettiin kustannustehokkaasti (ruutu 1 ja 3) yhteensä 32 osastolla (54%).

Viisi yksikköä (8,5%) sijoittui ruutuun 4, missä sekä tuottavuus että laatu kuuluvat maan heikoimpiin. Yksiköistä 10 kappaletta (17 %) ylsi kyllä hyvään tuottavuuteen, mutta laatu sijoittui heikoimpien joukkoon, joten kaikkiaan 23,7% osastoista (14) ammatillisen hoidon laatu jäi selkeästi jälkeen muusta maasta.

Päätelmät ja pohdinta

Analyysi osoittaa, että samaan laitokseen tai palvelutaloon kuuluvat osastot tuottivat eritasoista laatua eri hintaan, tai toisinpäin arvioituna osastot tuottivat samalla hinnalla eritasoista laatua. Ilmiö päti kaikkiin palvelutyyppeihin.

Vaikka tulos painottui hyvään ja kustannustehokkaaseen ammatillisen hoidon laatuun, tämän analyysin perusteella ei voi varmuudella päätellä helsinkiläisen ympärivuorokautisen hoidon laadukkuuden tai kustannustehokkuuden kokonaistilannetta muuhun maahan nähden, sillä tästä nimenomaisesta analyysistä puuttui runsaasti sekä palvelutaloja että vanhainkoteja.

Sen sijaan analyysin perusteella voi päätellä kuvion 1 tyyppisen jaottelun olevan harkinnan arvoisen esimerkiksi kilpailuttamisen seurannassa. Sekä tilaaja että tuottaja voivat käyttää samaa kuviota. Ruutuun 4 sijoittuvat yksiköt (harmaa alue pois lukien) edellyttävät aina tilanteen selvittämistä.

Ruutuun 2 (heikko laatu, parempi tuottavuus) joutuneiden yksikköjen osalta kannattaa ensin selvittää onko tuloksen taustalla johtamis- tai työ hyvinvointi ongelma. Jos ei ole, voidaan neuvotella lisäresursseista laadun kohentamiseksi. Jos tuottajalla on muita yksiköitä ruudussa 3 (hyvä laatu heikompi tuottavuus), voimavarojen siirto voi ensisijaisesti olla mahdollista tuottajan oman organisaation sisällä. Mikäli tällainen ei ole mahdollista, tuottaja voi tarvittaessa neuvotella tilaajan kanssa. Tällöin molemmat voivat valtakunnallisia keskiarvoja apuna käyttäen arvioida onko lisäresurssien kohdentaminen kohtuullista ja perusteltua.

Ruutuun 3 (hyvä laatu, heikompi tuottavuus) joutuneiden yksikköjen tarkastelu myös kuuluu sekä tilaajalle että tuottajalle. Voiko kustannustehokkuutta parantaa heikentämättä hoidon tuloksia?

Jos yksiköt alkavat seurattaessa vuosi vuodelta lipua ruudusta 1 ruutuun 2 tai ruudusta 3 ruutuun 4 voidaan kysyä onko henkilöstö liian tiukoilla.

Koska tässä analyysissä tuottavuus on vakioitu hoitoisuudella, osastot ovat ammatillisen hoidon laadun suhteen samanarvoisia. Ovatko persentileinä 25 ja 75 parhaat mahdolliset, jää vielä tutkittavaksi.

Tässä analyysissä esitetyssä esimerkissä kuvataan ainoastaan toimintakyvyn ja kustannusvaikuttavuuden suhdetta. Tilaajan kannattaisi seurata 3-5 erilaisen ammatillista hoidon laatua kuvaavan indikaattorin suhdetta tuottavuuteen. Indikaattorit voitaisiin valita toimintakyvyn lisäksi esimerkiksi potilasturvallisuuden, kärsimyksen lievittämisen ja kuntoutumista edistävän toiminnan sekä koetun hoidon laadun laatualueilta.