



Kun laitoshoidon on saatavilla runsaasti, laitoksissa hoidetaan myös vanhuksia, jotka voisivat asua kotona

Päälöydökset

- Riippumatta siitä oliko kunta laitos- vai kotihoitovaltainen, tehostetussa palvelutalossa, vanhainkodissa tai terveyskeskuksen vuodeosastolla asuttiin jos **sekä** kognitio **että** arkisuoriutumisen oli **huono**.
- Palvelurakenteeltaan laitosvaltaisissa kunnissa mukaan mahtui enemmän myös niitä joilla **sekä** kognitio **että** arkisuoriutumisen oli **hyvä**.
- Palvelurakenteeltaan kotihoitopainotteisissa kunnissa kyettiin verrokkeja useammin hoitamaan kotona vanhuk- sia, joilla kognitio oli **huono** silloin kun arkisuoriutumisen oli **hyvä**.
- Kognitiovajeisten vanhusten mahdollisuus asua kotona näyttää riippuvan ainakin osittain asuinkunnasta.

TAUSTA

Kansallisen laatusuosituksen mukainen tavoite on, että vuoteen 2017 mennessä 92 prosenttia seitsemänkymmentäviisi vuotta täyttäneistä asuisi kotona vuonna 2012 toteutuneen 90 prosentin sijasta. Onnistuakseen tämä edellyttää, että kotona asumista tukevat palvelut ovat uskottavia myös paljon apua tarvitseville. Ympäri- vuorokautisen hoidon tulee olla erityisesti vaikeasti muistisairaille ja arkiavusta riippuville tarkoitettu viimesijainen vaihtoehto.

Suomen kuntien välillä on laajaa vaihtelua siinä, miten suuri osa iäkkäistä saa ympärivuorokautista hoitoa laitoksissa tai tehostetussa asumispalvelussa tai saa koti- hoidon apua useita kertoja päivässä sekä siinä, miten nämä palvelut kohdentuvat.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, toteutuuko koti- ja laitoshoidon tasa- arvoisesti vanhuksen toimintakyvyn mukaan kotihoitoa tai ympärivuorokautista hoitoa painottavissa kunnissa. Toinen tarkoitus oli selvittää millaiseen asiakasrakenteeseen pyrkimällä saavutettaisiin 92 % kotona asuminen.

AINEISTO JA MENETELMÄT

Tutkimuksen kohteena olivat ne kunnat ja kuntayhtymät, jotka vuoden 2013 alussa olivat arvioineet kattavasti sekä koti- hoidon että ympärivuorokautisen hoidon asiakkaidensa palvelutarpeet RAI- järjestelmällä (RAI-alueet). Tällaisia alueita oli 26 (18 kuntaa ja kahdeksan kuntayhtymää), ja niiden yhteenlaskettu osuus Manner- Suomen 75 vuotta täyttäneestä väestöstä on 35 prosenttia.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen HILMO- aineistoista selvitettiin, miten suuri osa kunkin RAI- alueen 75v täyttäneestä väestöstä vuoden 2012 lopussa sai ympärivuorokautista hoitoa. RAI- alueet jaettiin kahteen ryhmään. Ryhmään A kuuluivat alueet (n=19), joissa iäkkäiden palvelurakenne painottui ympärivuorokautiseen hoitoon, ryhmään B kuuluivat alueet, joissa ympärivuorokautista hoitoa oli vähän (n=7). Ryhmän A 75v täyttänyt väestö vuonna 2012 oli 126571, ryhmän B 30091.

Taulukko 1. Alueryhmien palvelurakennepainotus (ikä- ja sukupuolivakioitu osuus 75v täyttäneestä väestöstä)

	Kotona asuvia	Kotihoitoa vähintään 60 käyntiä kk:ssa	Runsaasti apua saavia
	%	%	%
Ryhmä A	90,6	2,5	11,9
Ryhmä B	92,2	3,3	11,2
Manner-Suomi	90,0	3,1	13,1

Selite: 75 täyttäneiden palvelurakenteen painotus

- Runsaasti apua: Laitoshoidon, tehostettua asumispalvelua tai runsasta kotihoitoa
- Ryhmä A: Kotona asuvia enintään 91,9 %
- Ryhmä B: Kotona asuvia yli 91,9 %

Kirjoittajat:

Matti Mäkelä
Ylilääkäri, THL

Harriet Finne-Soveri
Tutkimusprofessori, THL

Anja Noro
Tutkimusprofessori, THL

Taulukossa 1 on kuvattu alueryhmien keskimääräiset palvelurakennepainotukset (ikä- ja sukupuolivakioidut osuudet 75v täyttäneestä väestöstä). Molemmissa vertailtavissa alueryhmissä oli maan keskiarvoa enemmän kotona asuvia.

Näin tutkimus tehtiin

THL:n RAI-tietokannasta poimittiin ne kunnat ja kuntayhtymät, jotka vuoden 2013 alussa olivat arvioineet kattavasti sekä kotihoidon että ympärivuorokautisen hoidon asiakkaidensa palvelutarpeet RAI-järjestelmällä.

Näiden RAI-alueiden asiakkaat jaettiin kognitiivisen toimintakyvyn ja arkisuoriutumisen mukaan tarveryhmisiin. Kognition vajausta mitattiin CPS- mittarilla (asteikko 0-6, missä 0 merkitsee normaalia kognitiota ja 6 erittäin vaikeaa kognition vajausta), arkiavun tarvetta hierarkkisella ADL-mittarilla (asteikko 0-6, missä 0 merkitsee itsenäisyyttä kaikissa neljässä arvioidussa arkitoimessa ja 6 erittäin laaja-alaista avun tarvetta).

THL:n HILMO-aineistoista selvitetiin, miten suuri osa kunkin RAI-alueen 75v täyttäneestä väestöstä vuoden 2012 lopussa sai ympärivuorokautista hoitoa laitoksissa tai tehostetussa asumispalvelussa (ympäri- vuorokautinen hoito) tai sai kotihoidon apua useita kertoja päivässä (runsas kotihoito). RAI-alueet jaettiin kahteen ryhmään. Ryhmään A kuuluivat alueet, joissa ympärivuorokautista hoitoa sai 75 vuotta täyttäneistä useampi kuin koko maassa keskimäärin tai runsasta kotihoitoa harvempi kuin koko maassa keskimäärin. Ryhmään B kuuluivat alueet, joissa ympärivuorokautista hoitoa sai harvempi ja runsasta kotihoitoa useampi kuin maassa keskimäärin

RAI-arvioinnissa asiakkaan toimintakyky arvioidaan monipuolisesti. Tässä tutkimuksessa asiakkaat jaettiin kognitiivisen toimintakykynsä ja arkisuoriutumisen perusteella neljään toimintakykyperusteiseen tarveryhmään.

Arkisuoriutumisen tarkoitetaan tässä kykyä selviytyä tärkeimmistä päivittäisistä toiminnoista (ADL). Välinetoimintoja (IADL) ei ole huomioitu, koska laitoshoidossa niiden arviointi ei ole mielekäs. Ryhmittelyssä ”hyvä” merkitsee normaalia tai lievää vajausta ja ”huono” vähintään keskivaikkea toiminnanvajausta

TULOKSET

Taulukko 2 kertoo, että kun kaikki säännöllisiä palveluita – kotihoitoa, tehostettua asumispalvelua tai laitoshoidoa – saavat asiakkaat jaettiin toimintakykyperusteisiin tarveryhmisiin, jakauma oli hyvin samankaltainen kotihoitoa painottavilla ja ympärivuorokautista hoitoa painottavilla alueilla.

Taulukko 2. Palvelutarveryhmiin osuus kaikista 75 vuotta täyttäneistä asiakkaista, alueen palvelurakennepainotuksen mukaan

	Ryhmä A	Ryhmä B
Hyvä kognitio, hyvä arkisuoriutuminen	49 %	50 %
Hyvä kognitio, huono arkisuoriutuminen	8 %	6 %
Huono kognitio, hyvä arkisuoriutuminen	10 %	11 %
Huono kognitio, huono arkisuoriutuminen	32 %	33 %

Selite:

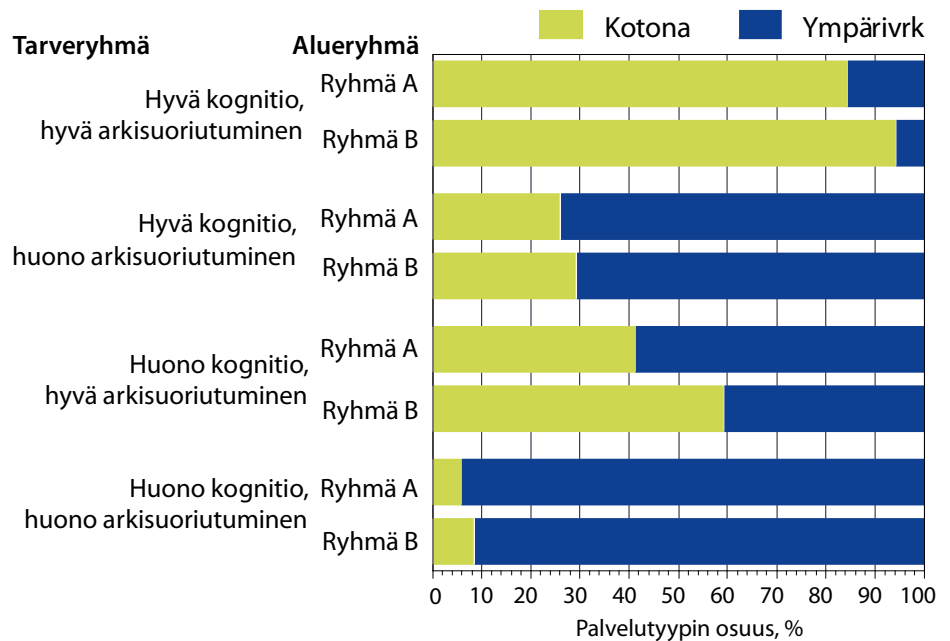
- Hyvä kognitio, hyvä arkisuoriutuminen: CPS enintään 2 ja hierarkkinen ADLh enintään 2
- Hyvä kognitio, huono arkisuoriutuminen: CPS enintään 2 ja hierarkkinen ADLh vähintään 3
- Huono kognitio, hyvä arkisuoriutuminen: CPS vähintään 3 ja hierarkkinen ADLh enintään 2
- Huono kognitio, huono arkisuoriutuminen: CPS vähintään 3 ja hierarkkinen ADLh vähintään 3
- Ryhmä A: Kotona asuvia enintään 91,9 %
- Ryhmä B: Kotona asuvia yli 91,9 %

Kuvio 1 osoittaa, että asiakkailla, joilla oli jäljellä sekä kognitiota että kykyä suoriutua arkitoimista, kotona asumista tukevien palveluiden ensisijaisuus toteutui kotihoitopainotteisilla alueilla hyvin. Ympäri- vuorokautista hoitoa painottavilla alueilla tästäkin tarveryhmästä huomattava osa sai ympärivuorokautista hoitoa.

Oli palvelurakenne mikä hyvänsä, kotihoito ei tahtonut onnistua vaikka kognitiotakin olisi kohtuullisesti jäljellä jos arkisuoriutuminen oli huono.

Huonosta kognitiosta huolimatta kotona asuminen onnistui alueilla, joiden palvelurakenne painottaa kotihoitoa jos arkisuoriutumista oli jäljellä.

Jos asiakkaalla oli sekä heikko kognitiivinen toimintakyky että huono arkisuoriutuminen, oli palveluratkaisu lähes aina ympärivuorokautinen hoito, eikä alueen kotihoitopainotteisuus tähän juurikaan vaikuttanut.



Selite:

- Hyvä kognitio, hyvä arkisuoriutuminen: CPS enintään 2 ja hierarkkinen ADLh enintään 2
- Hyvä kognitio, huono arkisuoriutuminen: CPS enintään 2 ja hierarkkinen ADLh vähintään 3
- Huono kognitio, hyvä arkisuoriutuminen: CPS vähintään 3 ja hierarkkinen ADLh enintään 2
- Huono kognitio, huono arkisuoriutuminen: CPS vähintään 3 ja hierarkkinen ADLh vähintään 3
- Ryhmä A: Kotona asuvia enintään 91,9 %
- Ryhmä B: Kotona asuvia yli 91,9 %

Kuvio 1.

Kotihoidossa ja ympärivuorokautisessa hoidossa olevien 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden osuudet eri palvelutarveryhmissä, alueen palvelurakennepainotuksen mukaan

YHTEENVETO JA POHDINTA

Kaikilla alueilla ympärivuorokautinen hoito laitoksessa (vanhainkoti tai terveyskeskuksen vuodeosasto) tai tehostetussa palveluasumisessa kohdentui voimakkaasti kognition ja arkisuoriutumisen mukaan. Tähän vaikuttanee sekä asiakasvalinta palveluohjauksen kautta, että asiakkaiden vähittäinen toimintakyvyn muutos perussairauksien myötä. Asiakkaat, joiden sekä kognitio että arkisuoriutuminen oli hyvätasoista, asuivat valtaosin kotona, ja asiakkaat, joilla kumpikin oli heikkotasoisista, asuivat valtaosin ympärivuorokautisessa ympäristössä. Palvelurakenteen kotihoitopainotteisuus ei tätä pääsääntöä muuta.

Laitoshoidosta löytyi laitospainotteisilla alueilla enemmän hyväkuntoisia iäkkäitä henkilöitä kuin kotihoitopainotteisilla alueilla. Tällaisten henkilöiden ajautuminen pois kotoa on merkittävä henkilökohtainen päätös heidän elämänsä kannalta. Lisäksi se on yhteiskunnallinen talouspäätös, koska näillä henkilöillä usein on monin verroin elinaikaa jäljellä ja siten yhdenkin päätöksen talousvaihtokukset voivat heijastua jopa kymmeneksi vuodeksi eteenpäin

Arkisuoriutumiseltaan heikkojen mutta kognitioltaan hyväkuntoisten kotihoitoon asiakkaiden vähäinen kotona hoitaminen näytti olevan palvelurakenteesta

KIRJALLISUUTTA

Hirdes JP, Ljunggren G, Morris JN, Frijters DHM, Finne Soveri H, Gray L, ym. Reliability of the interRAI suite of assessment instruments: A 12-country study of an integrated health information system. *BMC Health Serv Res.* 2008 12/30;8:277.

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.

Morris JN, Fries BE, Morris SA. Scaling ADLs within the MDS. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 1999 Nov;54(11):M546-53.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012)
http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantas_a/2012/20120980

Hallituksen päätös rakennepoliittisen ohjelman toimeenpanosta osana julkisen talouden suunnitelmaa 25.3. 2014
<http://valtioneuvosto.fi/tiedostot/julkinen/kehysneuvottelut-2014/paatos/fi.pdf>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
PI 30 (Mannerheimintie 166)
00271 Helsinki
Puhelin: 029 524 6000

ISBN 978-952-302-388-8 (paino)
ISBN 978-952-302-389-5 (verkko)
ISSN 2323-5179 (verkko)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-389-5>

www.thl.fi/rai

riippumatonta. Tällaisten henkilöiden päätyminen laitokseen tai palvelutaloon voi johtua turvallisuudesta tai yhtämittaisesta lääketieteellisen avun ja huolenpidon tarpeesta ja olla siten perusteltua.

Pois kotoa hakeutuminen voi johtua myös yksinäisyydestä, eristyneisyydestä tai asumis- ja kuljetusolosuhteiden vajavuuksista. Tämäntapaisiin asiakastarpeisiin kannattaisi laitoshoidon sijasta vastata käyttämällä tehokkaammin turvateknologiaa, apuvälineitä sekä erityisesti informaatioteknologiaa ja sen interaktiivisia mahdollisuuksia. Tavoitteenahan on iäkkäiden henkilöiden kyky elää elämäänsä itsenäisesti yhteiskunnan osana huolimatta fyysisestä raihnaisuudesta.

Arkisuoriutumiseltaan hyväkuntoisten mutta kognitioltaan vähintään keskivaikeasti vajeisten kotona asumista ei jo määritelmänkään mukaan voi rakentaa hänen muistinsa tai oppimiskykynsä varaan. Usein avun tarvetta leimaa käytösoireisiin liittyvät ennalta arvaamattomat pulmat, vuorokauden ajan sekoaminen ja jatkuvan seurannan pikemmin kuin avun tarve. Nämä muistisairaat henkilöt ajautuvat usein ennenaikaiseen laitoshoittoon joko käytösoireilun seurauksena tai akuuttisairauden jälkeisen kotiutuksen epäonnistuessa. Kuukausien kuluessa kriisi saattaa rauhoittua ja kotona asuminen taas onnistua. Näilläkin henkilöillä on usein vuosien elinaikaa jäljellä.

Jo yhden henkilön ympärivuorokautisen hoidon (tehostetussa palveluasumisessa, vanhainkodissa tai terveyskeskuksessa) keskimääräisillä kustannuksilla (arviolta 150 € x 365 päivää = 54 750 €) rahoitettaisiin internetyhteyden ja taksisetelien lisäksi merkittävästi apuvälineistöä ja palveluita. Vuoden 2013 lopussa ympärivuorokautista hoitoa sai Manner-Suomessa 44 269 yli 75-vuotiasta henkilöä (9,6 % 75 täyttäneistä).

Verrattuna ympärivuorokautisen hoidon tasoon kaksi vuotta aiemmin (10,3 %), oli kustannusten nousua hillitty jo 180 M€. Jos kaikissa kunnissa olisi jo tuolloin päästy tavoitteeseen, jossa 92 % 75 vuotta täyttäneistä asuu kotona, laitostyyppisillä paikoilla olisi hoidettu vielä 7404 henkilöä vähemmän, arvoltaan 405 M€. Resursseja riittäisi siis hyvin siirrettäväksi kotona asumista tukevien palveluiden kehittämiseen – ja silti vanhusten palveluiden kokonaiskustannukset vähenisivät kestävä kehityksen edellyttämällä tavalla.

Selvityksen rajoituksena on palveluita saavan vanhusväestön tarkastelu koko vanhusväestön sijasta sekä rajoittuminen kognitioon ja arkisuoriutumiseen. Omaishoito sisältyy lukuihin niiden henkilöiden osalta, jotka samalla saavat kunnan tai yksityisen palveluntuottajan kotihoitoa, mutta ei järjestelmän ulkopuolista omaishoitoa.

PÄÄTELMÄT

Laitoshoidon kaltaista huolenpitoa tai tehostettua palveluasumista tullaan tarvitsemaan kaikkein huonokuntoisimmille jossain määrin myös lähitulevaisuudessa. Palvelurakennetta on kuitenkin mahdollista uudistaa koko maan osalta siten, että 92 % seitsemänkymmentäviisi vuotta täyttäneistä asuu edelleen kotona. Silloin uudistuksen yhtenä kivijalkana on muistisairaiden kotona asumisen mahdollistaminen.

Tämän julkaisun viite: Mäkelä M, Finne-Soveri H, Noro A. Kun laitoshoidon on saatavilla runsaasti, laitoksissa hoidetaan myös vanhuksia, jotka voisivat asua kotona. Tutkimuksesta tiiviisti 2014_28, marraskuu 2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.