



Muistisairaana hyvää elämää kotona?

Päälöydökset

- Kotona asuvan palvelut eivät rajoitu vain mieleltään toimintakykyisille. Keskivaikea tai sitä vaikeampi kognition häiriö löytyy monilta säännöllistä kotihoitoa saavilta iäkkäiltä.
- Kolme viidestä kotihoitoa saavasta muistisairaasta saa arkiapua myös läheisiltään.
- Fyysisen ja psykososiaalisen kuntoutuksen tukiohjelmia saa yksi kolmesta kotihoitoa saavasta muistisairaasta, sitä useammin mitä enemmän arkiapua saavat.
- Tukiohjelmiin osallistuvilla on muita harvemmin elämän ankeutta, turvattuutta tai syrjäytymistä.

TAUSTA

lääkäiden palveluita halutaan Suomessa kehittää niin, että mahdollisimman monen elämä voisi jatkua kotona toimintakyvyn heikkenemisestä huolimatta. Muistisairaana henkilön hoitaminen kotona edellyttää häntä auttavilta kykyä huolehtia autettavan tarpeista yhtä hyvin kuin ympärivuorokautisessa hoivassa huolehdittaisiin (Finne-Soveri ym. 2014). Aina tämä ei ole mahdollista, mutta jo nykyisin kotihoidon ja läheisavun tuella moni vaikeastikin muistisairas asuu kotona elämänsä loppuun asti. Selvitimme, millaisia hyvän elämän tunnuslukuja kotona asumisen ratkaisuihin liittyy.

TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tavoitteena on kuvata muistisairaana elämää kotona asuvan palveluissa (säännöllinen kotihoito, tavallinen palveluasuminen).

Tutkimuskysymykset ovat

1. Minkälaista on muistisairaana elämä kotona asuvan palveluissa?
2. Minkälaisia avun ratkaisuita (vaikeasti) muistisairaille kotona asuville on nykyisin järjestetty?
3. Miten avun ratkaisu liittyy muistisairaana hyvään elämään?

AINEISTO JA MENETELMÄT

Tutkimuksessa käytettiin RAI-vertailukehittämisen kotihoidon (RAI-HC) aineiston keskivaikeasti ja sitä vaikeammin muistisairaiden viimeisimmän RAI-arvioinnin tietoja. Tällaisia henkilöitä oli 2713, mikä on 13 % kaikista säännöllistä kotihoidon saajista. Heistä sai ammattiavun lisäksi läheisapua 62 %, kun kognitioltaan paremmista kotihoidon saajista läheisavun saajia oli 57 %.

Taulukossa 1 on kuvattu kotona asuvan palveluiden muistisairaiden taustatiedot ja läheisapu.

Kirjoittajat:

Matti Mäkelä
Yli lääkäri, THL

Rauha Heikkilä
Kehittämispäällikkö, THL

Taulukko 1. Muistisairaiden asiakkaiden taustatiedot ja läheisapu kotona asuvan palveluissa

		Ei läheisapua	Läheisapu
Naisia	%	61,7	65,1
Ikä vuosina	k.a	80,5	82,8
Hoitoaika vuosina	k.a	4,5	3,4
Arkiarvotilainen ADL-H (0-6)	k.a	1,7	1,8
Terveystilan vakaus CHESS(0-5)	k.a	1,7	1,6
Jokin käyttöoire	k.a	0,5	0,4

TULOKSET

Kotona asuvat, pitkäaikaista palvelua saavat muistisairaat (n=2 713) ryhmiteltiin saadun avun ja määrän mukaan neljään luokkaan. Noin joka kuudennella muistisairaalla oli alle seitsemän tuntia viikossa vain ammatillista apua. Noin joka kolmannella muistisairaalla oli viikossa seitsemän tuntia tai sitä enemmän ammatillista ja läheisapua (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Muistisairaana saama apu ja avun määrä, osuus (ja lukumäärä)

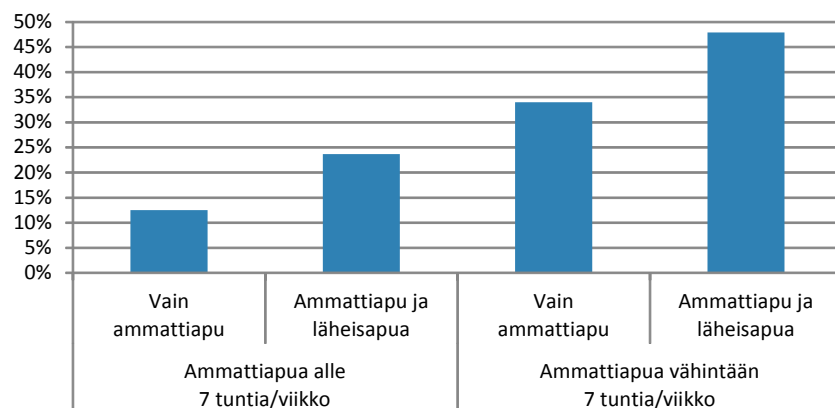
	Ammattiapua alle 7 tuntia/viikko	Ammattiapua vähintään 7 tuntia/viikko
Vain ammattiapua	14.7 % (399)	23.1 % (626)
Ammattiapua ja läheisapua	25.3 % (687)	36.9 % (1001)

Muistisairaista 33.4 %:lla oli saadun avun lisäksi erilaisia fyysisen ja psykososiaalisen kuntoutuksen tukiohjelmia ja muita palveluja, jotka voivat tukea heidän elämistään kotona. Taulukossa 3 on esitetty osuus muistisairaista, joilla on fyysisen ja psykososiaalisen kuntoutuksen tukiohjelmia ja muita palveluja.

Taulukko 3. Muistisairaana saama fyysinen ja psykososiaalinen kuntoutus ja muut palvelut.

	Osuus muistisairaista, joilla yksi tai useampi tukiohjelma
Jokin ohjelma	33,4 %
Liikuntaterapia	4,2 %
Toimintaterapia	1,3 %
Fysioterapia	9,0 %
Päiväsairaala	0,4 %
Päivätoiminta	18,1 %
Saattohoito	0,3 %
Lyhytaikaishoito omaisen levon vuoksi	5,6 %
Muu lyhytaikaishoito	3,9 %

Kuviossa 1 on esitetty muistisairaat, joilla on jokin fyysisen ja psykososiaalisen kuntoutuksen tukiohjelma saadun avun määrän ja osuuden lisäksi.



Kuvio 1. Muistisairaana saama avun määrä, osuus ja jokin tukiohjelma

Näin tutkimus tehtiin

THL:n RAI- tietokannasta poimittiin ajalta 1.10.2015- 31.3.2016 säännöllisen pitkäaikaisen kotihoiton ja tavallisen palveluasumisen asiakkaat, joiden kognitio oli keskivaikeasti tai sitä vaikeammin alentunut (CPS 3+). Kognition vajausta mitattiin CPS-mittarilla. (asteikko 0-6, missä 0 merkitsee normaalia kognitiota ja 6 erittäin vaikeaa kognition vajausta).

Muistisairaat (n=2 713) ryhmiteltiin saadun avun ja määrän mukaan neljään luokkaan:

- Ammattiapu (lähi-/perushoitajat, sairaanhoitajat/terveydenhoitajat, fysio-/toimintaterapeutit)
 - avun määrä alle 7 tuntia viikossa
 - avun määrä vähintään 7 tuntia
- Läheisapu (omaishoidon tuella tai ilman)
 - läheisapua on
 - ei läheisapua

Muistisairaiden taustatiedot: Arkisuoriutumista arvioitiin ADL -mittarilla (asteikko 0-6, missä 0 merkitsee itsenäistä suoriutumista toiminnoista (liikkuminen, syöminen, wc-käynti ja henkilökohtainen hygienia) ja 6 toiminnoissa täysin autettavaa), terveydentilan vakaata arvioitiin CHES -mittarilla (asteikko 0-5, missä 0 merkitsee erittäin vakaata ja 5 erittäin epävakaa terveydentilaa, jokin käytösoire arvioitiin vaeltelu, karkea, uhkaava kielenkäyttö, fyysinen pahoinpity, sosiaalisesti sopimaton/häiritsevä käyttäytyminen, kielteinen suhtautuminen hoitoon).

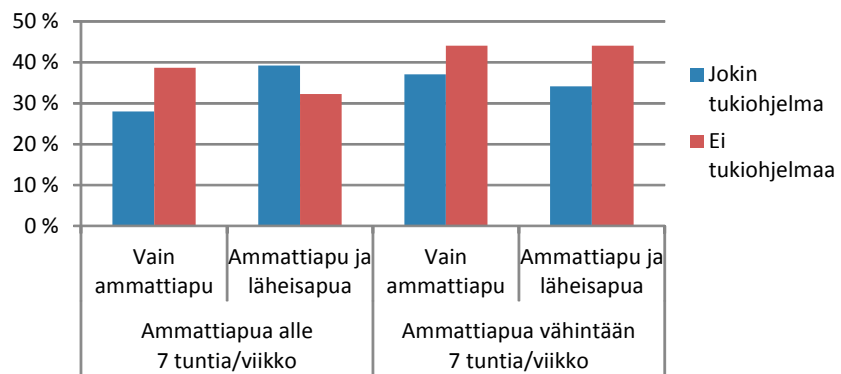
Hyvän elämän indikaattorit: Ankeutta oli niillä, joilla oli päivittäinen kova tai häiritsevä kipu TAI masennusmittarin (DRS) arvo oli 3 sitä enemmän

Turvattomuutta oli niillä, joilla oli kaatumisia TAI sairaalakäyntejä TAI poliklinikkakäyntejä edeltävien 3kuukauden aikana

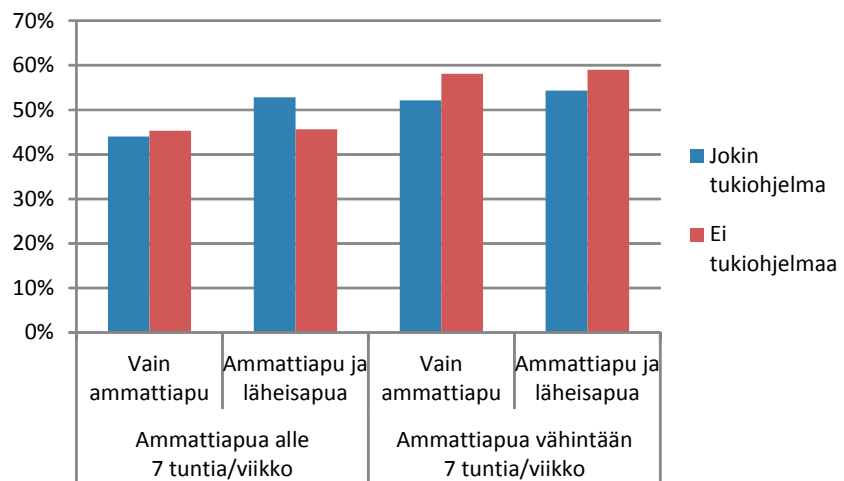
Syrjäytymistä oli niillä, jotka ulkoilivat enintään kerran viikossa TAI joiden arvioitiin olevan sosiaalisesti eristyneitä.

RAI-mittareista tarkemmin:
www.thl.fi/finrai

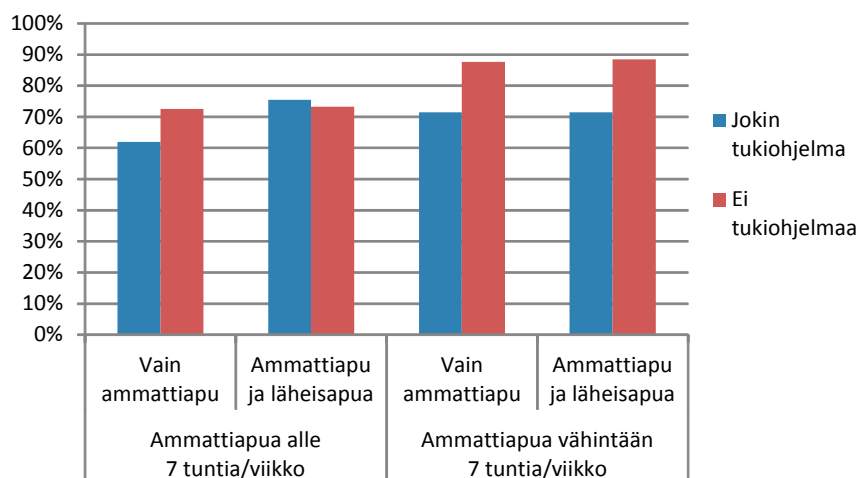
Muistisairaahan saaman avun määrän ja fyysisen ja psykososiaalisen kuntoutuksen vaikutusta kotona asumiseen tarkasteltiin laatuindikaattoreiden Ankeutta, Turvattomuutta ja Syrjäytymistä avulla (kuvio 2, kuvio 3, kuvio 4).



Kuvio 2. Indikaattori Ankeutta: muistisairaahan saama avun määrä, osuus ja jokin tukiohjelma.



Kuvio 3. Indikaattori Turvattomuutta: muistisairaahan saama avun määrä, osuus ja jokin tukiohjelma.



Kuvio 4. Indikaattori Syrjäytymistä: muistisairaahan saama avun määrä, osuus ja jokin tukiohjelma.

YHTEENVETO JA POHDINTA

Tässä aineistossa ei ollut mukana pelkän läheisavun varassa eläviä; heistä ei tehdä säännöllisiä RAI-arviointeja. Aineistossa ei myöskään ole muistisairaita, jotka eivät saa mitään säännöllistä apua. Valittu kognitiovajeen taso, CPS 3 tai enemmän, on kuitenkin niin vaikea, että kokonaan ilman apua eläminen on varsin epärealistista.

Tässä emme myöskään tarkastele muistisairaita, joiden kohdalla on jo päädytty ympärivuorokautiseen hoivaan, vaan tarkoituksemme oli nimenomaan selvittää, millaisilla ratkaisuilla muistisairaana kotona asumista tuetaan, ja miten se liittyy hyvän elämän tunnuslukuihin. On huomattava, että muistisairaana tuki ei aina ole pysyvä ratkaisu, vaan tämän tutkimuksen aineistoon ovat jääneet vain sitkeimmin kotona asumiseen sitoutuneet.

Kolmella viidestä kotona asuvasta muistisairaasta sai ammattiavun lisäksi läheisapua arjessa selviytymisessä. Läheisapu ei ole muistisairaallakaan ehdoton edellytys kotona asumiselle. Sen olemassaolo kuitenkin vaikuttaa siihen, millaisten ongelmien kanssa kotona asuva voi tulla toimeen.

Fyysisen ja psykososiaalisen kuntoutuksen tukiohjelmaa käytetään laajalti muistisairaana kotona asumisen edistämiseksi. Yleisintä on päiväohjelma, mutta myös liikunta- ja fysioterapiaa käytetään. Näitä tukiohjelmaa on käytössä sitä useammin, mitä enemmän apua kotona asuva muistisairas muutoinkin tarvitsee.

Käytämme tutkimuksessamme kolmea ei-toivotun ilmiön indikaattoria, joten pienemmät luvut kertovat hyvästä elämästä. Kotona asuvalla muistisairaalla henkilöllä, joka sai tarvitsemansa päivittäisavun lisäksi jotakin tukiohjelmaa, oli selvästi harvemmin heikentynyt elämän laatu. Sen sijaan muun avun määrä, oli se sitten läheisapua tai ammattiapua, näytti liittyvän huonompaan elämään. Tämä johtunee siitä, että toimintakyvyltään heikot tarvitsevat ja saavat enemmän apua, ja heillä on usein myös muita ikäviä ilmiöitä.

Muistisairaana itsensä kokemaa elämän tai hoidon laatua ei tässä selvitetty. Myös THL:n laajassa tutkimuksessa vanhuspalvelujen asiakkaan kokemasta hoidon laadusta (Kehusmaa ym. 2016) henkilön itsensä antamat vastaukset rajattiin henkilöihin, joilla ei ollut vaikeaa kognition häiriötä.

Muistisairaille on raihnutta ja toimintakyvyn alenemista, joka usein vaatii ympärivuorokautista hoitoa. Muistisairaana hyvään elämään kotona voidaan kuitenkin vaikuttaa riittävän ammattiavun ja läheisavun lisäksi fyysisen ja psykososiaalisen tukiohjelmien ja lyhytaikaishoidon avulla.

Tämän julkaisun viite: Mäkelä M, Heikkilä R. Muistisairaana hyvää elämää kotona?. Tutkimuksesta tiiviisti 18, lokakuu 2016. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

KIRJALLISUUTTA

Finne-Soveri H, Heikkilä R, Hammar T, Saarikalle K, Andreasen P, Mäkelä M, Sohlman B, Asikainen J, Noro A. 2014. Muistisairaudet vanhuspalveluissa. Julkaisussa Noro, A ja Alastalo, H (toim.) Vanhuspalvelulain 980/2012 toimeenpanon seuranta. Raportti 13/2014, THL, Helsinki.

Kehusmaa S., Vainio S., Alastalo H. Ikääntyneet palvelun käyttäjät tuntevat olonsa turvallisiksi mutta hoidon suunnitteluun osallistumisessa on kehitettävää. Tutkimuksesta tiiviisti 13, heinäkuu 2016. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

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

ISBN 978-952-302-723-7 (painettu)
ISSN 1798-0070
ISBN 978-952-302-724-4 (verkko)
ISSN 2323-5179

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-724-4>

www.thl.fi/finrai