

# Kotihoidon ja hiljattain ympärivuorokautiseen hoitoon siirtyneiden suomalaisten muistipotilaiden terveys- ja elämäntilanne

Tässä tutkimuksessa kuvaamme kotihoidossa ja ympärivuorokautisessa hoidossa olevia muistipotilaita ja analysoimme heidän terveys- ja elämäntilannettaan sekä niissä mahdollisia olevia eroja. Tutkimusaineisto kerättiin säännöllisen kunnallisen kotihoidon piirissä olevilta (n=182) ja ympärivuorokautiseen hoitoon hiljattain siirtyneistä muistipotilailta (n=122) haastattelemalla. Aineisto analysoitiin kuvailevan tilastotieteen menetelmin.

Muistipotilaat olivat yli 80-vuotiaita, suurin osa oli naisia ja keskivaikeaa Alzheimerin tautia sairastavia. Kotihoidossa olevat muistipotilaat olivat kognitiivisesti toimintakykyisempiä ja selviytyivät päivittäisistä toiminnoista paremmin kuin ympärivuorokautisessa hoidossa olevat. Lisäksi kotihoidossa olevat muistipotilaat asuivat useimmiten yhdessä läheisensä kanssa. Näyttää siltä, että muistipotilaiden elämän- ja terveystilanne voivat olla yhteydessä muistipotilaan hoitopaikkaan.

**MAIJA HUPLI, JAANA KOSKENNIEMI, JOUKO KATAJISTO, MINNA STOLT,  
RIITTA SUHONEN, HELENA LEINO-KILPI**

## TAUSTA

Etenevät muistisairaudet ovat merkittävä kansanterveydellinen ja -taloudellinen ikääntyneiden palvelutarpeita lisäävä tekijä (1–3). Muistisairauksia sairastavien (jatkossa muistipotilas) määrän on arvioitu lisääntyvän nopeasti (3–5). Dementiaoireita on Euroopassa arviolta 10 miljoonalla ihmisellä (6). Suomessa eteneviin muistisairauksiin sairastuu vuosittain noin 13 000 henkilöä. Vuonna 2010 vähintään keskivaikeaa muistisairautta sairasti arviolta runsaat 95 000 ja lievää noin 30 000–35 000 henkilöä. Vuonna 2020 vähintään keskivaikeaa muistisairautta arvioidaan sairastavan 130 000 henkilöä.

Muistisairautta ei aina tunnisteta. Kansallisen Käypä hoito -suosituksesta (7) huolimatta noin puolet sairastuneista on kuitenkin vailla diagnoosia, ja vain neljännes Alzheimerin tautia sairastavista potilaista on asianmukaisen lääkehoidon piirissä. Kolmella neljästä ympärivuorokautisessa hoidossa olevista on muistioireita tai diagnosoitu

muistisairaus (3). Noin 90 %:lla vanhainkotien, terveyskeskusten vuodeosastojen ja tehostetun palveluasumisen asiakkaista oli kognitiivisen toimintakyvyn alenemaa, mutta dementoiva sairaus oli diagnosoitu vain vähän yli puolella. Kotihoidon ja tavallisen palveluasumisen asiakkaista noin puolella oli kognition häiriö, kuitenkin muistisairaus oli diagnosoitu viidesosalle (8, 9). Yleisimpiä muistisairauksia ovat Alzheimerin tauti (noin 70 %:lla), vaskulaariset demeniat (n. 15–20 %:lla) ja Lewyn kappale -tauti (n. 5 %:lla) (10).

Muistipotilaiden hoito ja palvelut on porrastettu sairauden etenemisen mukaisesti kotihoidosta ympärivuorokautiseen hoitoon. Palvelujen saatavuudessa on eroja niin Suomessa kuin kansainvälisestikin (11). Säännöllinen koti- ja ympärivuorokautinen hoito ovat maassamme suurelta osin julkisen sektorin tuottamaa (9). Muistipotilaat tulevat säännöllisen hoidon piiriin keskimäärin 82–83-vuotiaana (12), jolloin he tarvitsevat

apua muistisairauksien aiheuttamien toimintakyvyn vajeiden vuoksi. Keskeistä on tarjota joustavia, muistipotilaan terveys- ja elämäntilannetta vastaavia ja kustannustehokkaita palveluja (13), joilla tuetaan kotona asumista mahdollisimman pitkään. Ympäri vuorokautiseen hoitoon siirtyminen on ajankohtaista, kun muistipotilaan toimintakyky on alentunut niin paljon, ettei kotihoidossa pystytä vastaamaan potilaan tarpeisiin. Lisäksi hoidosta aiheutuvat kustannukset on huomioitava (3,14).

Muistipotilaiden määrä ja suhteellinen osuus vaihtelevat eri hoitomuodoissa. Säännöllisessä kotihoidossa oli vuoden 2009 lopussa muistipotilaita noin 8 000, kun sosiaali- ja terveyspalveluiden laitospalveluissa, palveluasumisessa ja säännöllisessä kotihoidossa heitä oli yhteensä noin 36 000. Alueellisesti muistipotilaiden määrät Suomessa eroavat toisistaan. Esimerkiksi Varsinais-Suomessa oli vuoden 2009 lopussa ympäri vuorokautisen hoidon sisältävissä palveluissa 52 muistipotilasta tuhatta 75 vuotta täyttäneitä asukasta kohden, kun vastaava luku koko maassa oli 58. (9.)

Britanniassa muistipotilaista joka kolmas asuu yksin (15). Muistipotilaista lähes kolme neljäsosa on naisia, heitä on palvelujen piirissä enemmän kuin miehiä vastaavan ikäiseen väestöön suhteutettuna (4,9). Naisten palvelujen käyttö on miehiä yleisempää erityisesti ympäri vuorokautisen hoivan sisältävissä palveluissa ja vanhimmissa ikäryhmissä (9). Muistipotilaan päivittäisistä toiminnoista selviytyminen on yhteydessä muistisairauden vaikeusasteeseen (16). Eniten muistipotilaat tarvitsevat apua päivittäisistä toiminnoista peseytymisessä ja pukeutumisessa ja vähiten ruokailussa ja liikkumisessa sekä kotihoidossa että ympärivuorokautisessa hoidossa (16–19).

Muistisairauden lisäksi muistipotilailla on erilaisia terveysongelmia, kuten masennus- ja käytösoireita, kipuja, painehaavoja, painon muutoksia ja kaatumistapaturmia. Suomalaisilla muistipotilailla on 5–8 oheissairautta, ja ne ovat usein ali-diagnosoituja (20). Muistipotilaista noin 5–15 %:lla ilmenee vaikeaa ja noin 25 %:lla lievää masentuneisuutta (21). Esimerkiksi vanhainkotiasukkaista noin joka kolmannella on erilaisia masennusoireita (8,22,23). Muistisairauksiin liittyy lähes aina käytösoireita jossain sairauden vaiheessa (19,24,25), oireet ovat kuitenkin usein lieviä (19,25,26). Ne voivat ilmetä masennuksena, apatiana, persoonallisuuden muutoksena ja

vaikeimmillaan näkö- ja kuuloharhoina ja harhaluuloina. Oireet aiheuttavat haasteita muistipotilaan kotona hoitamiseksi, ja hallitsemattomat käytösoireet ovatkin suurin syy ympärivuorokautiseen hoitoon siirtymiselle. (1,24.)

On arvioitu, että vähintään kolmanneksella muistipotilaista on kipuja kehon eri osissa (27–29). Muistipotilaan kivun arviointi on vaikeaa muistisairauden vaikeusasteen edetessä ja kommunikaatiokyvyn heikentyessä, jolloin kipu jää usein huomaamatta ja hoitamatta (29). Muistipotilaan kokonaisterveydentilaan liittyen ravitsemustila, ruokailu ja ravinnonsaanti ovat kiinteästi yhteydessä terveydentilaan ja toimintakykyyn (30). Painon vaihtelevuus tai putoaminen on yhteydessä muistisairauden vaikeusasteeseen (31) ja muistipotilaiden ravinnonsaannissa on todettu puutteita, erityisesti muistipotilaille tarkoitettuisissa hoitokodeissa (32,35). Heikentynyt ravitsemus saattaa olla myös muistipotilaiden painehaavojen syntyminen taustalla. On arvioitu, että muistipotilaista noin joka viidennellä on painehaavoja (34). Muistipotilailla kaatumisriski on suurempi, ja noin kolmannes heistä kaatuu vuoden aikana (35). Kaatumiset ovat yhteydessä heikkoon terveydentilaan ja kykyyn selviytyä päivittäisistä toiminnoista.

Aikaisempia kuvauksia koti- ja ympärivuorokautisessa hoidossa olevien muistipotilaiden tausta- ja terveystiedoista on olemassa jonkin verran, kuten myös suomalaisia väestöpohjaisia tutkimuksia (esim. 36,37). Potilaiden laadukkaan hoidon kannalta on tärkeää tunnistaa sellaisia tilanteita muistipotilaiden terveydessä ja elämässä, jotka mahdollisesti ennakoivat tarvetta siirtyä kotihoidosta ympärivuorokautiseen hoitoon ja joiden suhteen mainitut potilasryhmät todennäköisimmin eroavat. Muistipotilaiden elämän- ja terveystilanteen arviointi on erityisen ajankohtaista nyt, kun iäkkäiden palvelut ovat muutoksessa ja kehittämisen kohteena (38). Tässä tutkimuksessa muistipotilaiden elämäntilanne tarkoittaa muistipotilaan sosiodemografisia tekijöitä ja toimintakykyisyyttä. Ympäri vuorokautisella hoidolla tarkoitetaan tehostettua palveluasumista sekä asumista vanhainkodissa ja pitkäaikaissairaanhoidossa. Kotihoidossa olevilla tarkoitetaan muistipotilailta, jotka ovat kunnallisen säännöllisen kotihoidon piirissä.

## TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata kotihoidossa ja ympärivuorokautisessa hoidossa olevien

muistipotilaiden terveys- ja elämäntilanteita sekä verrata näitä kahta ryhmää keskenään. Tutkimuksessa vastataan seuraaviin kysymyksiin:

1. Millaisia ovat kotihoidossa ja ympärivuorokautisessa hoidossa olevat muistipotilaat terveys- ja elämäntilanteeltaan?
2. Miten kotihoidossa ja ympärivuorokautisessa hoidossa olevat muistipotilaat eroavat toisistaan terveys- ja elämäntilanteeltaan?

Asetelmalla pyrittiin tarkastelemaan siirtymävaiheessa olevien muistipotilaiden terveys- ja elämäntilannetta. Tutkimus on poikkileikkaus ajassa, jolloin ikääntyneiden ihmisten palvelut ovat muutoksessa ja kehittämistoimien kohteena (38).

### TUTKIMUSAINEISTO JA -MENETELMÄT

Tutkimus on osa Euroopan unionin rahoittamaa kahdeksan EU-maan (Englanti, Espanja, Hollanti, Ranska, Ruotsi, Saksa, Suomi, Viro) RightTimePlaceCare -tutkimushanketta (HEALTH-F3-2010-242153). Hankkeessa pyritään kehittämään hyviä käytänteitä siirryttäessä kotihoidosta ympärivuorokautiseen hoitoon sekä luomaan muistipotilaille yhtäläiset mahdollisuudet ohjauksen, tuen ja hoidon saamiselle (39). Tässä artikkelissa raportoidaan suomalaisista muistipotilaita kerätty aineisto.

#### AINEISTON KERUU

Tutkimusaineisto kerättiin haastattelemalla kotihoidossa olevia (n=182) ja ympärivuorokautiseen hoitoon hiljattain (viimeisen kolmen kuukauden aikana) siirtyneitä iäkkäitä muistipotilaita (n=122) keväällä 2011 kolmessa eteläsuomalaisessa kunnassa. Kunnat edustavat tyypillisiä suomalaisia kuntia, ja niiden alueella asuu yhteensä 236 000 asukasta. Muistipotilaiden tuli olla vähintään 65-vuotiaita, heillä tuli olla lääkärin arvioima todennäköinen muistisairausdiagnoosi ja Mini-Mental State Examination (S-MMSE, 40) arvo korkeintaan 24. Kotihoidossa olevien muistipotilaiden tuli lisäksi olla säännöllisen kunnallisen kotihoidon asiakkaita, ja heillä tuli olla terveydenhuollon ammattilaisen, esimerkiksi muistihoitajan, arvioima riski joutua ympärivuorokautiseen hoitoon seuraavan kuuden kuukauden aikana. Ammattilaiset arvioivat riskin potilaan hoitosuunnitelman ja terveydentilan perusteella. Ympärivuorokautisessa hoidossa olevalta muistipotilalta edellytettiin vähintään kuukauden asumista laitoksessa ennen haastattelua. Aineiston koko perustui voima-analyysiin (39), jossa tavoitteena oli rekrytoida 175 kotihoidon ja 115 ympärivuorokautiseen hiljattain siirtynyttä muistipotilasta.

#### MITTARIT

Aineisto kerättiin useilla standardoidulla mittarilla. Tiedonantajina olivat muistipotilas itse (S-MMSE), muistipotilaan läheinen (proxy) tai tieto saatiin muistipotilaan asiakirjoista (muistihäiriöiden ilmestymisvuosi ja kesto, diagnoosit). Kotihoidon osalta tiedonantaja oli muistipotilaan läheinen, ympärivuorokautisen hoidon osalta läheinen tai hoitaja.

Potilaiden sosiodemografisista tiedoista kerättiin sukupuoli, ikä, koulutus, siviilisäätty, asumismuoto ja tulotaso. Terveystilasta kerättiin tietoja diagnostisoidusta sairaudesta, muistioireiden ilmenemisvuodesta ja kognitiivisesta toiminnasta. Kognitiivista toimintaa arvioitiin Standardized Mini-Mental State Examination (S-MMSE) -mittarilla (40,41). Mitä pienempi on mittarista saatava kokonaispistemäärä (0–30), sitä heikompi on muistin tila.

Terveystilasta kartoitettiin myös mahdollisten muiden sairauksien määrä, masennus ja käytösoireet. Masennusta arvioitiin The Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) -testillä (42). Mitä suuremman kokonaispistemäärän (0–38) potilas saa, sitä masentuneempaan häntä voidaan pitää. Käytösoireita mitattiin neuropsykiatriseen arviointiin liittyvällä mittarilla (NPI-Q, Severity) (43,44) tarkoituksena tunnistaa muutoksia, joita muistipotilaassa on tapahtunut viimeisen kuukauden aikana muistioireiden alkuvaiheisiin verrattuna. Mitä suurempi mittarin tuottama summa (0–36) on, sitä enemmän ja sitä vakavampia käytösoireita potilaalla on (43,44). Terveystilasta kartoitettiin lisäksi mahdolliset painon putoaminen, kipu, painehaavat ja kaatumiset. Muistipotilaiden päivittäisistä toiminnoista selviytymistä arvioitiin Katzin ADL (= Activities of Daily Living) -indeksillä (45). Pistemäärä 6 kuvaa itsenäistä selviytymistä, pistemäärä 4 kohtuullista ja pistemäärä  $\leq 2$  vakavaa avuntarvetta (46).

#### AINEISTON ANALYYSI

Aineisto analysoitiin SPSS 20.0 (IBM Corporation) -tilasto-ohjelmalla, ja sitä kuvaillaan frekvensseinä, prosentteina, keskiarvoina, keskihajontoina ja vaihteluväleinä. Lisäksi muodostettiin mittareiden rakenteiden mukaisia summamuuttujia. Kaksiluokkaisten numeeristen muuttujien keskiarvojen vertailu (muistipotilaan kotihoi-

dossa ja laitoshoidossa) tehtiin pareittaisella t-testillä, kategoristen muuttujien vertailu khiin neliötestillä. Tilastollisen merkitsevyyden rajana oli  $p \leq 0.05$  (47).

## TULOKSET

### MUISTIPOTILAIDEN ELÄMÄNTILANNE: SOSIODEMOGRAFISET TEKIJÄT JA PÄIVITTÄISISTÄ TOIMINNOISTA SELVIYTYMINEN

Tutkimukseen osallistui 182 kotihoidossa ja 122 ympärivuorokautisessa hoidossa olevaa muistipotilasta (Taulukko 1). Muistipotilaista suuri osa oli naisia (kotihoidossa olevista 63 % /ympäri-

kautisessa hoidossa olevista 71 %) ja yli 80-vuotiaita (keski-ikä 83 v kotihoidossa ja 84 v ympärivuorokautisessa hoidossa) ja leskiä (45 % ja 58 %, vastaavasti). Kotihoidossa olevista lähes puolet asui yksin, vastaavasti ympärivuorokautisessa hoidossa olevista kaksi kolmasosaa oli asunut yksin ennen laitokseen joutumistaan. Kotihoidossa olevat muistipotilaat olivat nuorempia, useammin naimisissa, asuivat läheisen kanssa ja heidän tulotasonsa oli matalampi kuin ympärivuorokautisessa hoidossa olevilla muistipotilailla.

**Taulukko 1.**

Muistipotilaiden sosiodemografiset tiedot

Muuttuja	Kotihoito (n=182)			Laitushoito (n=122)			p-arvo		
	n	fr	%	ka (kh) vaihteluväli	n	fr		%	ka (kh) vaihteluväli
Ikä/v.	182			82.6 (6.1) 65.3–99.5	122			84.4 (5.7) 71.6–98.3	0.008
Koulutus/v.	181			7.6 (3.3) 1–20	121			7.7 (3.4) 1–20	0.708
Sukupuoli	182				122				
Mies		68	37.4		122	36	29.5		0.176
Nainen		114	62.6			86	70.5		
Siviilisäätö	182				122				
Naimisissa		80	44			36	29.5		<0.001
Leski		81	44.5			71	58.2		
Eronnut		15	8.2			6	4.9		
Naimaton		5	2.7			9	7.4		
Ei		1	0.5						
Asumismuoto	182				122				
Yksin		79	43.4			79	64.8		<0.001
Läheisen kanssa		86	47.3			28	23		
Sukul./yst. kanssa		4	2.2			5	4.1		
Palvelutalossa		10	5.5			10	8.2		
Muualla		3	1.6						
Tulotaso#	177				120				
Alle keskitason		46	26			11	9.2		<0.001
Keskitasoa		92	52			86	71.7		
Yli keskitason		39	22			23	19.2		

fr=frekvenssi

ka=keskiarvo

kh=keskihajonta

\*  $\chi^2$ , Pearson tai T-testi

#Alle keskitason < 750 €

Keskitasoa 750–1 500 €

Yli keskitason > 1 500 €

Kotona ja ympärivuorokautisessa hoidossa olevat muistipotilaat erosivat tilastollisesti merkitsevästi päivittäisistä toiminnoista selviytymisessä (Taulukko 2): kotihoidossa olevat tarvitsivat vähemmän apua kuin ympärivuorokautisessa hoidossa olevat (Katz-indeksin pisteiden ka 3.85 ja 2.21, vastaavasti). Molemmat ryhmät tarvitsivat apua erityisesti peseytymisessä ja pukeutumisessa, vähiten ruokailussa ja liikkumisessa.

#### MUISTIPOTILAIDEN TERVEYDENTILA

Koti- ja ympärivuorokautisessa hoidossa olevilla muistipotilailla oli ollut muistioireita useita vuosia (ka 5.2 v ja 6.6 v, vastaavasti). Muistisairaus oli tavallisimmin Alzheimerin tauti ja tasoltaan keskivaikea (Taulukko 3). Ympärivuorokautisessa hoidossa olevista kuitenkin 12 %:n muistisairaus oli tunnistamaton. Verrattuna ympärivuorokautisessa hoidossa oleviin kotihoidossa olevilla oli ollut muistioireita tilastollisesti merkitsevästi lyhyemmän ajan, heidän kognitiivinen toimintakykynsä oli parempi ja heistä useampi sairasti Alzheimerin tautia.

Muistisairauden lisäksi potilaat sairastivat muita sairauksia, esimerkiksi sydämen vajaatoi-

mintaa, diabetesta ja aivoverenkiertohäiriöitä. Muistipotilaat eivät olleet masentuneita, eikä heillä myöskään ollut paljon käytösoireita. Kotihoidossa olevilla oli muita sairauksia tilastollisesti merkitsevästi vähemmän mutta masennus- ja käytösoireita vastaavasti enemmän kuin ympärivuorokautisessa hoidossa olevilla.

Muistipotilaan terveydentilaan liittyen tarkasteltiin myös painoa, painehaavojen esiintymistä, kipua ja kaatumisia. Muistipotilaiden paino ei ollut pudonnut nopeasti viimeisen vuoden aikana, kotihoidossa olevilla kuitenkin useammalla kuin ympärivuorokautisessa hoidossa olevilla, eikä heillä ollut paljon painehaavoja. Potilaista puolella oli kipuja päivittäin tai harvemmin kuin päivittäin, ja suurimmalla osalla kipu oli lievää. Kotona olevista viidesosa ja ympärivuorokautisessa hoidossa olevista kolmasosa oli kaatunut vähintään kerran viimeisen kuukauden aikana. Suurin osa oli kaatunut 1–2 kertaa, ympärivuorokautisessa hoidossa olevat kuitenkin tilastollisesti merkitsevästi useammin kuin kotihoidossa olevat.

#### Taulukko 2.

Muistipotilaiden päivittäisistä toiminnoista selviytyminen (Katz)

Muuttuja	Kotihoito (n=182)			Laitoshoito (n=122)			p-arvo#
	*1 (%)	2 (%)	3 (%)	*1 (%)	2 (%)	3 (%)	
Peseytyminen	18.1	21.4	60.4	0.8	13.1	86.1	<0.001
Pukeutuminen	39.6	14.3	46.2	12.3	20.5	67.2	<0.001
WC:ssä käynti	68.7	24.2	7.1	24.6	41.0	34.4	<0.001
Liikkuminen	86.8	7.7	5.5	50.8	23.8	25.4	<0.001
Pidätyskyky	42.9	45.6	11.5	13.9	33.6	52.5	<0.001
Ruokailu	63.7	29.7	6.6	47.5	37.7	14.8	0.003
Selviytyminen, kok. **							
Ka	3.85			2.21			<0.001
Kh	1.80			1.80			
Vaihteluväli	0–6			0–6			

\* 1=ei avun tarvetta, 2=vähän avun tarvetta, 3=paljon avun tarvetta

\*\* Mitä korkeampi keskiarvo sitä itsenäisempi selviytyminen, asteikko 0–6

# T-testi,  $\chi^2$  tai Pearson

ka=keskiarvo

kh=keskihajonta

**Taulukko 3.**  
Muistipotilaan terveydentila

Muuttuja	Kotihoito (n=182)			Laitohoito (n=122)			p-arvo#		
	n	fr	%	ka (kh) vv	n	fr		%	ka (kh) vv
Muistioir. kesto/v.	85			5.2 (3.0) 0-15	89			6.6 (4.4) 0-26	0.014
S-MMSE*	159			16.6 (5.7) 0-24	106			13.1 (7.0) 0-24	<0.001
Ka	182				122				
Muistisairaus									
Alzheimerin tauti		156	85.7			84	68.9		<0.001
AD-vaskulaarinen		6	3.3			3	2.5		
Vaskulaarinen		9	4.9			7	5.7		
Frontotemp.		1	0.5			2	1.6		
Lewyn kappale -tauti		5	2.7			6	4.9		
Tunnistamaton		1	0.5			14	11.5		
Muu		4	2.2			6	4.9		
Muistioir.ilm.vuosi	174				121				
Ei tiedossa		16	9.2			10	8.3		0.837
Tiedossa		158	90.8			111	91.7		
Sairaudet (Charlson)	182			1.9 (1.2) 1-7	122			2.5 (1.7) 1-12	<0.001
Masennus (Cornell)**	165			6.9 (5.1) 0-23.3	118			4.9 (4.3) 0-20	<0.001
Käytöshäiriöt (NPI-Q) ***	182			8.2 (5.6) 0-24	122			5.9 (5.2) 0-25	<0.001
Painon putoaminen	167				110				
Ei		141	84.4			104	94.5		0.010
Kyllä		26	15.6			6	5.5		
Kipu, tiheys	182				122				
Ei kipua		85	46.7			63	51.6		0.097
< Päivittäin		47	25.8			22	18.0		
Päivittäin		50	27.5			37	30.3		
Kipu, voimakkuus	97				59				
Lievä		46	47.4			33	55.9		0.163
Keskivaikea		39	40.2			17	28.8		
Sietämätön ajoittain		12	12.4			9	15.3		
Painehaava	182				121				
Ei		180	98.9			115	95.0		0.063
Kyllä		2	1.1			6	5.0		
Kaatuminen	182				122				
Ei		143	78.6			84	68.9		0.061
Kyllä		39	21.4			38	31.1		
Kaatuminen, kerta	37				38				
1		28	75.7			19	50.0		<0.001
2		5	13.5			8	21.1		
3		2	5.4			5	13.2		
4		1	2.7			1	2.6		
5 tai yli 5		1	2.7			5	13.5		
Kaatuminen, vamma	40				38				
Ei		22	55.0			24	63.2		0.498
Kyllä		18	45.0			14	36.8		
Kaatuminen, murtuma	37				38				
Ei		37	100			34	89.5		0.115
Kyllä		0	0			4	10.5		

fr=frekvenssi

ka=keskiarvo

kh=keskihajonta

vv=vaihteluväli

\*Asteikko 0-30, mitä matalampi pistemäärä sitä enemmän kognitiivisia häiriöitä

\*\*Asteikko 0-38, mitä korkeampi pistemäärä sitä enemmän masennusoireita

\*\*\*Asteikko 0-36, mitä korkeampi pistemäärä sitä enemmän käytöshäiriöitä

# T-testi,  $\chi^2$  tai Pearson

## POHDINTA

### TULOSTEN TARKASTELU

Kotihoidossa ja ympärivuorokautisessa hoidossa oleva muistipotilas oli tyypillisesti yli 80-vuotias nainen, hänellä oli koulutusta noin kahdeksan vuotta, hän oli tai oli ollut naimisissa, hän sairasti yleisintä muistisairautta, Alzheimerin tautia (7), ja hänellä oli jonkin verran masennusoireita ja käytösoireita. Kaiken kaikkiaan muistipotilailla oli vähän masennus- ja käytösoireita (23,26). Ympärivuorokautisessa hoidossa yli kymmenellä prosentilla muistisairautta ei ollut diagnosoitu (ks. 9).

Tässä tutkimuksessa kotihoidossa ja ympärivuorokautisessa hoidossa olevien muistipotilaiden välillä oli tilastollisesti merkitseviä eroja terveydentilassa (muistioireiden kestossa, kognitiivisessa toimintakyvyssä, muistisairaudessa, muissa sairauksissa, masennusoireiden ja käytösoireiden määrässä) ja päivittäisistä toiminnoista selviytymisen suhteen. Kotihoidossa olevien muistipotilaiden kognitiivinen toimintakyky parempi, ja heillä oli vähemmän muita sairauksia, mutta enemmän masennus- ja käytösoireita kuin ympärivuorokautisessa hoidossa olevilla. Tulos saattaa kertoa siitä, että masennusoireet on tunnistettu ympärivuorokautisessa hoidossa tehokkaasti.

Tämä poikkileikkaustutkimus vahvisti aiempia havaintoja läheisen merkityksestä muistipotilaan kotihoidon jatkumiselle. Yksinasuminen ja heikkenevä toimintakyky olivat riskitekijöitä ympärivuorokautiseen hoitoon joutumiselle, kuten aiemminkin on todettu (12). Eniten muistipotilaat tarvitsivat apua peseytymisessä ja pukeutumisessa (ks. 16,18), vähiten ruokailussa (ks. 16–18). Onkin tärkeää tunnistaa muistipotilaiden erityistarpeet kotihoidossa ja kehittää interventiota, joilla voitaisiin tukea potilaiden itsenäistä elämää mahdollisimman pitkään. Lisäksi myös potilaan kanssa asuvan läheisen jaksamisesta ja palveluista on huolehdittava. Muistipotilaan kanssa asuvan läheisen rooli on tärkeä myös siksi, että hän tietää ja tuntee potilaan terveys- ja elämäntilanteen. Jos muistipotilas asuu yksin eikä hänellä ole läheisiä, hänen turvaverkostonsa muodostuu terveyden- ja sosiaalihuollon ammattilaisista sekä mahdollisesti vapaaehtoistyötä tekevästä.

Kotihoitoon tarvitaan luotettavia mittareita, joilla voidaan arvioida muistipotilaan terveydentila ja toimintakykyä palvelutarpeen arvioinnin perustaksi (ks. 38) ja oikean hoitopaikan määrit-

tämiseksi. Kotihoidossa on hyvä sopia systemaattisesta mittareiden käytöstä ja huolehtia siitä, että jokainen hoitohenkilökuntaan kuuluva saa asianmukaisen koulutuksen mittarin käyttöön ja mitaustulosten tulkintaan.

### TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS

Tutkimuksen kohdeorganisaatioissa työskentelevät terveydenhuollon ammattilaiset valitsivat muistipotilaat tutkimukseen asetettujen kriteerien mukaisesti. Haastatteluaineisto kerättiin aikaisemmin kehitetyillä, muistipotilaiden tutkimuksessa käytetyillä, valideilla mittareilla (19,48,49). Tiedonantajina olivat muistipotilaiden lisäksi läheiset tai hoitajat. Tässä tutkimuksessa CSDD-mittaria (alfat 0,82 ja 0,79), NPI-Q-mittaria (alfat 0,72 ja 0,74) sekä KATZ-mittaria (alfat 0,83 ja 0,88) voidaan pitää sisäisesti johdonmukaisina. Aineiston keräsivät terveysalan korkeakoulututkinnon omaavat, haastatteluprotokollaan koulutetut haastattelijat. Aineiston koko perustui voima-analyysiin (39), joten sitä voidaan pitää riittävänä.

Tutkimuksen luotettavuutta heikentäviä tekijöitä ovat kotihoidossa olevan muistipotilaan läheisen valintakriteerien väljyys ja aineiston edustavuus. Kotihoidossa olevista muistipotilaista puolet asui läheisen kanssa, jolloin nämä läheiset tiesivät paremmin muistipotilaan terveydentilan ja päivittäisistä toiminnoista selviytymisen kuin ne muistipotilaiden läheiset, jotka tapasivat muistipotilasta harvemmin. Vaikka tutkimusaineisto kerättiin kolmesta eteläsuomalaisesta kunnasta, joiden väestömäärä on melko suuri, aineistoa voidaan pitää alueellisesti rajoitettuna. Tuloksia ei voida yleistää kaikkiin muistipotilaisiin Suomessa. Tutkimukseen osallistuneista muistipotilaista suurin osa oli naisia, kuten kaikista suomalaisista muistipotilaistakin (9). Tältä osin aineistoa voidaan pitää siis edustavana.

### TUTKIMUKSEN EETTISET KYSYMYKSET

Tutkimuksessa noudatettiin kaikissa vaiheissa hyvää tieteellistä käytäntöä. RTPC-projektille saatiin eettinen ennakoarviointi sairaanhoitopiirin eettiseltä toimikunnalta (ETMK:71/180/2010) ja tutkimusluvut tutkimukseen osallistuvien kuntien sosiaali- ja terveyspalvelujohtajilta. Muistipotilaita ja heidän läheisiään informoitiin sekä suullisesti että kirjallisesti tutkimuksen tarkoituksesta, osallistumisen vapaaehtoisuudesta, anonymiteetista, oikeudesta keskeyttää osallistuminen missä tahansa tutkimuksen vaiheessa sekä



siitä, ettei osallistuminen tai osallistumattomuus vaikuta mitenkään muistipotilaan hoitoon tai palveluihin. Heillä oli myös mahdollisuus tehdä lisäkysymyksiä koko haastattelun ajan. Osallistujat allekirjoittivat tietoisesti suostumuksen. Läheinen allekirjoitti suostumuksen potilaan puolesta, jos potilas ei ollut siihen itse kykenevä. Muistipotilaan osalta tässäkin vaiheessa pyydettiin lupa (assent).

## JOHTOPÄÄTÖKSET

Kotihoidossa olevat muistipotilaat olivat kognitiivisesti toimintakykyisempiä ja selviytyivät päivittäisistä toiminnoista paremmin kuin ympärivuorokautisessa hoidossa olevat. Tätä tukee myös

aikaisempi suomalainen ja kansainvälinen tutkimustieto. Muistipotilaiden terveys- ja elämäntilanne ovat kuitenkin muuttuvia ja yksilöllisiä. Palvelujärjestelmän kannalta tämä tarkoittaa joustavia räätälöityjä palveluja ja henkilöstön osaamisen kehittämistä nopeasti kehittyvän osaamisalueen, muistipotilaan kokonaisvaltaisen hoidon osalta. Myös muistipotilaan läheisen tukeminen kaikilla tavoilla on tärkeää. Muistipotilaan terveys- ja elämäntilannetta sekä toimintakykyä tulee arvioida luotettavilla mittareilla säännöllisesti, koska muistisairaus etenee ja aiheuttaa muutoksia potilaan terveydentilaan ja toimintakykyyn.

Hupli M, Koskeniemi J, Katajisto J, Stolt M, Suhonen R, Leino-Kilpi H. The health and life situation of people with memory disorders in Finnish home and long-term care  
*Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine* 2015;52:258–267

The aim of this study is to describe the health and life situation of people with memory (PwMD) disorders in home and long-term care and to compare if there are possible differences between these groups. Interviews were undertaken in a sample of PwMD professional home care (n=122) and institutional long-term care (n=122). Data were analyzed using descriptive statistics.

PwMDs were over 80 years old, most of them were females and they had moderate Alzheimer's

disease. PwMDs in professional home care had better cognitive ability and ability to take care of their daily activities than PwMDs in institutional long-term care. Moreover, PwMDs in professional home care lived more often together with their significant other. It seems that PwMDs' health and life situation could be associated with the place where they are receiving care.

## KIRJALLISUUS

- (1) Suhonen J, Alhainen K, Eloniemi-Sulkava U, ym. Hyvät hoitokäytännöt etenevien muistisairauksien kaikissa vaiheissa. *Suom Laakaril* 2008;63:9–22.
- (2) Muistibarometri. Muistiliiton julkaisu. Helsinki: Muistiliitto; 2010.
- (3) STM Kansallinen muistiohjelma 2012–2020. Tavoitteena muistiystävällinen Suomi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:10. STM, Helsinki. Luettu 18.3.2014. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3224-1>
- (4) OECD Health at a glance: Europe 2012, OECD Publishing. Luettu 18.3.2014. [http://ec.europa.eu/health/reports/european/health\\_glance\\_2012\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/reports/european/health_glance_2012_en.htm)
- (5) Alzheimer's Association. Alzheimer's Association report. 2013 Alzheimer's Disease facts and figures. *Alzheimers Dement* 2013;9:208–245.
- (6) Alzheimer's Disease International. 2010. World Alzheimer Report 2010. Luettu 18.3.2014. <http://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport2010.pdf>
- (7) Muistisairaudet. Käypä hoito -suositus 2010. Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito. Duodecim. Luettu 18.3.2014. [www.kaypahoito.fi, http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50044.pdf](http://www.kaypahoito.fi, http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50044.pdf)
- (8) Noro A, Finne-Soveri H, Björkgren M, ym. Vähäkangas P. Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus – RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus; 2005.
- (9) THL. Muistisairaat asiakkaat sosiaali- ja terveyspalveluissa 2009. Tilastoraportti 12/2011. Helsinki: THL; 2011.
- (10) Viramo P, Sulkava R. Muistihäiriöiden ja dementian epidemiologia. Kirjassa: Erkinjuntti T, Alhainen K, Rinne J, Soinen H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim; 2006, 23–39.
- (11) Hallberg IR, Leino-Kilpi H, Meyer G, ym. dementia care in eight European countries: developing a mapping system to explore systems. *J Nurs Scholarship* 2013;45:412–424.



- (12) STM. Hoitoa ja huolenpitoa ympäri vuorokauden. Ikähoiva-työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:28. Helsinki: STM. Luettu 18.3.2014. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3075-9>
- (13) STM, Suomen Kuntaliitto. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Helsinki: STM. Luettu 18.3.2014. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3415-3>
- (14) Ikonen E-R, Julkunen S. Kehittyvä kotihoito. 1. painos. Helsinki: Edita Prima; 2007.
- (15) Miranda-Castillo C, Woods B, Orrell M. People with dementia living alone: what are their needs and what kind of support are they receiving? *Int Psychogeriatr* 2010;22:607–617.
- (16) Rocha V, Marques A, Pinto M, ym. People with dementia in long-term care facilities: an exploratory study of their activities and participation. *Disabil Rehabil* 2013;35:1501–1508.
- (17) Cotter EM, Burgio LD, Stevens AB, ym. Correspondence of the Functional Independence Measure (FIM) self-care subscale with real-time observations of dementia patients' ADL performance in the home. *Clin Rehabil* 2002;16:8:36–45.
- (18) Shiau M-Y, Yu L, Yuan H-S, ym. Functional performance of Alzheimer's disease and vascular dementia in Southern Taiwan. *Kaohsiung J Med Sci* 2006;22:437–446.
- (19) Rolland Y, Pillard F, Klapouszczak A, ym. Exercise program for nursing home residents with Alzheimer's disease: a 1-year randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2007;55:158–165.
- (20) Löppönen MK, Isoaho RE, Riihinen IJ, ym. Undiagnosed diseases in patients with dementia – A potential target group for intervention. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2004;18:321–329.
- (21) Koponen H, Saarela T. Käyttösoireiden hoito. Kirjassa: Erkinjuntti T, Rinne J, Soininen H. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim; 2010, 485–497.
- (22) Muurinen S, Vaarama M, Haapaniemi H, ym. Vanhainkotiasiakkaiden elämänlaatu, hoidon laatu ja hoidon kohdennustehokkuus. Care Keys -projekti. Helsinki: Helsingin kaupungin sosiaalivirasto, Tutkimuksia: 2006:2. Luettu 18.3.2014. [http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/876f27004a1563d8973ff7b546fc4d01/2\\_ck\\_raportti.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=876f27004a1563d8973ff7b546fc4d01](http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/876f27004a1563d8973ff7b546fc4d01/2_ck_raportti.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=876f27004a1563d8973ff7b546fc4d01)
- (23) Barca ML, Selbaek G, Laks J, ym. The pattern of depressive symptoms and factor analysis of the Cornell scale among patients in Norwegian nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008;23:1058–1065.
- (24) Raivio M. Muistipotilaan perusselvitykset: 1-2-3. *Yleislääkäri* 2010;25:6:19–22.
- (25) Karttunen K, Karppi P, Hiltunen A, ym. Neuropsychiatric symptoms and quality of life in patients with very mild and mild Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry* 2011;26:473–482.
- (26) Nakanishi K, Hanihara T, Mutai H, ym. Evaluating the quality of life of people with dementia in residential care facilities. *Dementia Geriatr Cogn Disord* 2011;32:39–44.
- (27) Mäntyselkä P, Hartikainen S, Louhivuori-Laako K, ym. Effects of dementia on perceived daily pain in home-dwelling elderly people: a population-based study. *Age Ageing* 2004;33:496–499.
- (28) Zwakhalen SMG, Koopmans RTCM, Geels PJAM, ym. The prevalence of pain in nursing home residents with dementia measured using an observational pain scale. *Eur J Pain* 2009;13:89–93.
- (29) McAuliffe L, Brown D, Fatherstonhaugh D. Pain and dementia: an overview of literature. *Int J Older People Nurs* 2012;7:219–226.
- (30) Suominen M, Soini H, Muurinen S, ym. Ikääntyneiden ruokatottumukset, ravinnonsaanti ja ravitsemustila suomalaisissa tutkimuksissa. *Sos Laaketiet Aikak* 2012;49:170–179.
- (31) Albanese E, Taylor C, Siervo M, ym. Dementia severity and weight loss: A comparison across eight cohorts. The 10/66 study. *Alzheimers Dement* 2013;9:649–656.
- (32) Suominen M, Laine A, Routasalo P, ym. The nutrient content of the served food in a nursing home, nutrient intake and nutritional status of the demented elderly residents. *J Nutr Health Aging* 2004;8:234–238.
- (33) Suominen MH, Hosia-Randell HMV, Muurinen S, ym. Vitamin D and calcium supplementation among aged residents in nursing homes. *J Nutr Health Aging* 2007;11:433–437.
- (34) Ahn H, Stachmiller J, Horgas A. Pressure ulcer-related pain in nursing home residents with cognitive impairment. *Adv Skin Wound Care* 2013;26:375–380.
- (35) Salva A, Roque M, Rojano X, ym. Falls and risk factors for falls in community-dwelling adults with dementia (NutriAlz Trial). *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2012;26:74–80.
- (36) Viramo P. Dementia - perusterveydenhuollon ja omaisten näkökulma. *Acta Universitatis Ouluensis Medica* 322. Oulu: University of Oulu; 1994.
- (37) Löppönen M. Elderly patients with dementia in primary health care. A study of diagnostic work-up, co-morbidity and medication use. *Annales Universitatis Turkuensis D* 729. University of Turku, 2006.
- (38) Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>.

- (39) Verbeek H, Meyer G, Leino-Kilpi H, ym. A European study investigating patterns of transition from home care towards institutional dementia care: the protocol of a RightTimePlaceCare study. *BMC Public Health* 2012;12:68, doi: 10.1186/1471-2458-12-68.
- (40) Molloy DW, Alemayehu E, Roberts R. Reliability of a standardized Mini-Mental State Examination compared with the traditional Mini-Mental State Examination. *Am J Psychiatry* 1991;148:102–105.
- (41) Erkinjuntti T, Alhainen K, Rinne J, Soininen H. Muistihäiriöt ja dementia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim; 2006, 616–617.
- (42) Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, ym. Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biol Psych* 1988;23:271–284.
- (43) Cummings JL, Mega M, Gray K, ym. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 1994;44:2308–2314.
- (44) Kaufer D, Cummings JL, Ketchel P, ym. Validation of the NPI-Q, a brief clinical form of the neuropsychiatric inventory. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2000;12:233–239.
- (45) Katz S, Ford A, Moskowitz R, ym. Studies of Illness in the Aged. The Index of ADL: A Standard Measure of Biological and Psychological function. *JAMA* 1963;185:94–99.
- (46) Wallace M, Shelkey S. Monitoring Functional Status in Hospitalized Older Adults. *Am J Nurs* 2008;108:4:64–71.
- (47) Burns N, Grove SK. The practice of nursing research. Conduct, critique and utilization. 5th ed. Philadelphia: WB Saunders Company; 2009.
- (48) Brorsson B, Åsberg KH. Katz index of independence in ADL. Reliability and validity in short-term care. *Scand J of Rehab Med* 1984;16:125–132.
- (49) Kurlowics LH, Evans LK, Strumpf NE, ym. A Psychometric Evaluation of the Cornell scale for depression in dementia in a frail, nursing home population. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002;10:600–608.

**MAIJA HUPLI**  
*THT, esh, lehtori*  
*Turun yliopisto*  
*Hoitotieteen laitos*

**JAANA KOSKENNIEMI**  
*TtM, sb, projektitutkija*  
*Turun yliopisto*  
*Hoitotieteen laitos,*

**JOUKO KATAJISTO**  
*VTM, lehtori*  
*Turun yliopisto*  
*Matematiikan ja tilastotieteen laitos*

**MINNA STOLT**  
*TtT, jalkaterapeutti (AMK), erikoistutkija*  
*Turun yliopisto*  
*Hoitotieteen laitos*

**RIITTA SUHONEN**  
*TtT, sh, professori*  
*Turun yliopisto*  
*Hoitotieteen laitos,*

**HELENA LEINO-KILPI**  
*THT, esh, professori*  
*Turun yliopisto*  
*Hoitotieteen laitos*  
*Sivutoiminen ylihoitaja*  
*Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri*