

Ikääntyneiden elämänlaatu – voiko sitä mitata?

Huusko T, Strandberg T, Pitkälä K (toim.). Voiko ikääntyneiden elämänlaatua mitata? Geriatriksen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishankkeen tutkimusraportti no 12. Vanhustyön keskusliitto. Gummerus, Saarijärvi 2006.

Strandberg T, Pitkälä K, Klippi A, Tilvis R, Huuskonen J, Sintonen H, Nuutila A, Korpijaakko-Huuhka AM. Aivohalvauksen jälkeisen afasian kuntoutus- ja elämänlaatatutkimus. Geriatriksen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishankkeen tutkimusraportti 9 Vanhustyön keskusliitto. Gummerus, Saarijärvi 2005.

Strandberg TE, Strandberg A, Rantanen K, Salomaa VV, Pitkälä K, Miettinen TA. Kolesteroli, kuolemanvaara ja elämänlaatu iäkkäänä. Helsingin johtajatutkimuksen 39 vuoden seuranta. Suom Lääkäril 2005;60:4963-7.

Strandberg TE, Saks K, Soots A, Pitkälä KH, Sintonen H, Huusko T, Tilvis RS. Kotona asuvien kaupunkilaisvanhusten terveys ja elämänlaatu Tallinnassa ja Helsingissä. Talsinkitutkimus. Suom Lääkäril 2006;61:1615-19.

Strandberg TE, Strandberg A, Salomaa VV, Rantanen K, Pitkälä K, Miettinen TA. Systolinen verenpaine, kuolemanvaara ja elämänlaatu iäkkäänä. Helsingin johtajatutkimuksen 39 vuoden seuranta. Suom Lääkäril 2006;61:2603-9.

Strandberg TE, Strandberg A, Salomaa VV, Pitkälä K, Miettinen TA. Keski-ikäen mennessä tapahtuneen painonnousun vaikutus kuolemanvaaraan ja elämänlaatuun vanhalla iällä. Suom Lääkäril 2006;61:4203-4207.

Strandberg TE, Strandberg A, Pitkälä K, Salomaa VV, Tilvis RS, Miettinen TA. Cardiovascular risk in midlife and psychological wellbeing among old men. Hyväksytty julkaistavaksi Arch Intern Med lehteen.

Tausta

Kuntoutuksen keskeisin tavoite ikääntyneillä tulisi olla elämänlaadun parantaminen. Sen mittaaminen ja kuntoutuksen tuloksellisuuden osoittaminen sen avulla on kuitenkin ongelmallista. Elämänlaatua on tutkittu jo ainakin 40 vuoden ajan. Elämänlaadun käsitteelle ei ole olemassa yhteisesti hyväksyttyä määritelmää. Nykyään valtaosa elämänlaadun tutkijoista on sitä mieltä, että elämänlaatu koostuu sekä objektiivisesti mitattavista hyvän elämän ehdoista että subjektiivisesta ulottuvuudesta. WHO:n elämänlaatua ja sen mittaamista tutkiva ryhmä määrittelee elämänlaadun ”yksilön käsitykseksi elämäntilanteestaan omassa arvomaailmassaan ja kulttuurisessa kontekstissaan sekä suhteessa omiin tavoitteisiinsa, odotuksiinsa ja huoliinsa”. Elämänlaadun keskeisinä ulottuvuuksina on pidetty aineellista hyvinvointia (esim. tulot, asumistaso, palveluiden saatavuus, ympäristö), läheissuhteita (esim. ihmissuhteet, sosiaalinen hyvinvointi, tuki, yhteisöllinen osallistuminen), terveyttä (fyysinen terveys, kunto, liikuntakyky, oireet, työkyky), emotionaalista hyvinvointia (tunteet, itsearvostus, hengellisyys, kognitiiviset toiminnot) ja tuottavuutta (tyytyväisyys omaan työkykyyn, kompetenssi, autonomia, mielekkäät roolit). Terveysten liittyvä elämänlaatu (HRQOL) tarkoittaa yksilön kokemusta omasta terveydentilastaan ja terveyteen liittyvästä hyvinvoinnistaan. HRQOL:a tarkastellaan yleensä sairauden vaikutuksina yksilöön eli terveyden negatiivisina poikkeamina. Terveysten liittyvä elämänlaatu on arvolutautunut ja

kiinnittynyt terveiden määrittelemiin sosiaalisiin normeihin, joiden mukaan elämänlaatu heikkenee aina kun ihminen sairastuu. HRQOL-mittarit on yleensä käytetty selvittämään hoidon vaikuttavuutta.

Elämänlaadun arviointiin on kehitetty satoja mittareita. Mittaamisessa on edelleen ongelmia, joista tärkeimpiä ovat terveyteen liittyvän elämänlaadun kapea-alaisuus, mittarien heikko kyky ottaa huomioon vammaisten ja ikääntyneiden kykyä sopeutua elämäntilanteeseensa sekä yleisten elämänlaatumittareiden heikko kyky reagoida muutoksiin.

Ikääntyneiden elämänlaadun mittaamiseen on kehitetty vain harvoja mittareita, ja olemassa olevien mittareiden validiteettia ikäihmisillä on selvitetty vain vähän. Ikääntyneiden ihmisten kannalta merkitykselliset elämänlaadun ulottuvuudet ovat kuitenkin erilaisia kuin työikäisten, mikä tulisi ottaa huomioon heidän elämänlaatuaan tarkasteltaessa.

Tavoite

Tutkimuksen tavoitteena oli

1. selvittää kirjallisuuden avulla miten elämänlaatua on tutkittu ikääntyneillä ja mitä pidetään ikääntyneille merkityksellisinä elämänlaadun ulottuvuuksina
2. selvittää 15D –elämänlaatumittarin käyttökelpoisuutta, erottelukykyä ja ennustevaliditeettia ikääntyneessä väestössä sekä verrata sillä saatuja tuloksia RAND-36:lla ja WHOQOL-BREF:illä saatuihin tuloksiin
3. tarkastella helsinkiläisten ja tallinnalaisten ikääntyneiden elämänlaatua 15D:llä mitattuna
4. selvittää riskitekijöiden vaikutusta kuolleisuuteen ja RAND-36:lla mitattuun elämänlaatuun 40 vuoden seurannassa
5. selvittää afasiakuntoutuksen mahdollisuuksia sekä verrata SAQOL-39 mittarin kykyä mitata afaatikkojen terveyteen liittyvää elämänlaatua verrattuna 15D:hen.

Menetelmät

Tutkimusmenetelminä olivat kirjallisuuskatsauksen tekeminen sekä erilaisissa ja erikuntoisilla vanhusväestöillä tehtyjen kyselyjen ja erilaisilla elämänlaadun mittareilla tehtyjen mittausten arviointi (sisällön validiteetti), vertailu (kriteerivaliditeetti, erottelukyky) ja ennustearvo (ennustevaliditeetti). Tutkittavia oli mukana useista erilaisista ikääntyneiden aineistoista, mm. ikääntyneitä sydän- ja verisuonitautipotilaita, aivohalvauksesta ja siitä johtuvasta afasiasta kärsiviä, sekavuusoireyhtymän takia sairaalahoitoa tarvitsevia, vanhainkodeissa asuvia, yksinäisyydestä kärsiviä tai dementoitunutta puolisoaan kotona hoitavia omaishoitajia.. Lisäksi aineistona käytettiin Helsingin johtaja tutkimukseen osallistuneiden sekä helsinkiläisten ja tallinnalaisten ikääntyneiden kyselytutkimusten vastauksia. Käytetyt elämänlaatumittarit olivat 15D, RAND-36 sekä WHOQOL-BREF.

Afasiaprojektissa pyrittiin alkuperäisen suunnitelman mukaan selvittämään satunnaistetulla kontrolloidulla asetelmalla aivohalvauksen jälkeisestä afasiasta kärsivien henkilöiden puheterapian ja ryhmäkuntoutuksen vaikuttavuutta. Puheterapiasta ja kuntoutuksesta hyötyvien määrä osoittautui kuitenkin Uudenmaan kokoisella alueella niin vähäiseksi, että interventiotutkimukseen olisi saatu mukaan vain 23 henkilöä 90 tavoitellun sijasta. Tästä syystä interventiotutkimus jouduttiin keskeyttämään ja tyydyttiin vain elämänlaadun mittaamiseen ja tutkimiseen. Tähän haastattelututkimukseen tuli mukaan yhteensä 88 henkilöä, joiden terveyteen liittyvä elämänlaatu selvitettiin ns. SAQOL-39- ja 15-mittarein.

Tulokset ja pohdinta

1. Elämälaatu on edelleen puutteellisesti määritelty ja sitä arvioivia mittareita on tutkittu varsin vähän ikääntyneillä. Ikääntyneille keskeisiä elämänlaadun ulottuvuuksia ei pystytä kattavasti mittaamaan olemassa olevilla terveyteen liittyvän elämänlaadun mittareilla. RAND-

36 ja 15D ottavat heikosti huomioon esimerkiksi ympäristön vaikutuksen ikääntyneiden hyvinvointiin ja toimintakykyyn, sosiaalisen verkoston merkityksen, sopeutumisen merkityksen tai merkityksellisten roolien vaikutuksen elämänlaatuun ja terveyteen. Yksinäisyys -ryhmäkuntoutuksemme osoitti, että näillä seikoilla on erittäin suuri merkitys henkilön terveyden, hyvinvoinnin ja ennusteen kannalta. WHOQO-BREF on ulottuvuuksiltaan kattavampi mutta sekään ei (edellisten mittareiden tavoin) ota huomioon autonomian ja elämänhallinnan merkitystä, tarpeellisuuden tunnetta tai mahdollisuutta tehdä valintoja, joilla osoitettiin geriatrisen kuntoutushankkeen omaishoitotutkimuksessa olevan erittäin suuri merkitys hyvinvoinnille ja dementoituneiden puolisoitten kotihoidon jatkumiselle.

2. Ikääntyneiden elämänlaadun mittaamisessa tulisi tunnistaa mittareiden rajoitukset ja mahdollisuudet. Terveyteen liittyvissä elämänlaadun mittareissa on mukana vain vähän, jos lainkaan, hyvinvoinnin positiivisia ulottuvuuksia (esim. tyytyväisyys elämään), joiden osalta ikääntyneet voivat saada jopa parempia pisteitä kuin nuoremmat. WHOQOL-BREF on selvästi laaja-alaisin mittari, ja se osoitti myös jonkinlaista muutosherkkyttä intervention vaikutuksille Omaishoito yhteistyönä -tutkimuksessa.

3. Erityisryhmille, kuten dementoituneille sekä hauraille laitoksissa asuville vanhuksille tarvitaan omia mittareitaan, koska ei voida ajatella, että ulkopuoliset ihmiset voisivat määrittellä heidän elämänlaatuun ”objektiivisesti” omasta arvomaailmastaan käsin.

4. 15D-mittari erottelee hyvin toisistaan erilaisen toimintakyvyn ja avuntarpeen omaavia ikääntyneiden ryhmiä sosiaali- ja terveydenhuollon eri hoitomuodoissa (kotona asuvat, sairaala potilaat, vanhainkotien asukkaat) ja sillä on kohtalaista ennustearvoa kuolleisuudelle ja sairaalahoidon tarpeelle. Suuri etu on sen herkkyyden osoittama intervention aiheuttama muutosta. Lisäksi sen kyky näyttää elämänlaatua yhtenä indeksilukuna on etu verrattuna moniin muihin elämänlaadun mittareihin. Sen rajoitukset – kuten tiettyjen ikääntyneille keskeisten elämänlaadullisten ulottuvuuksien puuttuminen – tulisi kuitenkin ottaa huomioon tuloksia tulkittaessa.

5. RAND-36 ja 15D- terveyteen liittyvät elämänlaadumittarit näyttävät tarkastelevan yksinäisyyttä kokevien ikääntyneiden elämänlaatua ja psyykkistä hyvinvointia erilaisesta näkökulmasta. RAND-36 ottaa paremmin huomioon yksilön subjektiivisen käsityksen omasta terveydentilastaan ja siihen liittyvästä elämänlaadustaan. Sillä on myös parempi kyky mitata psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia. RAND-36:n heikkous on ikääntyneiden vaikeus ymmärtää mittaria, ja monissa ulkomaisissa tutkimuksissa sen täyttöaste ikääntyneillä on jäänyt heikoksi. Sama koskee 15D:tä, jossa seksuaalisuuskyvyn täyttöaste on vain 50% suomalaisilla kotona asuvilla ikäihmisillä ja laitoksissa asuvilla vanhuksilla vain 2%.

6. WHOQOL-BREF:n etu näyttää olevan se, että se mittaa elämänlaatua laaja-alaisemmin kuin 15D. Se mittaa hyvin myös psyykkistä hyvinvointia sekä ympäristön vaikutusta elämänlaatuun, minkä esimerkiksi 15D ja RAND-36 näyttävät tekevän heikosti.

7. Tutkimuksessa subjektiivinen terveydentila, psyykkinen hyvinvointi ja terveyteen liittyvä elämänlaatu kokonaisuutena sekä useat terveyteen liittyvän elämänlaadun osatekijät olivat johdonmukaisesti ja selvästi heikommalla tasolla tallinnalaisilla kuin helsinkiläisillä. Eroa kuvastaa se, että terveyteen liittyvän elämänlaadun 15D-keskiarvo 80-86-vuotiailla ikääntyneillä tallinnalaisilla oli paljon lähempänä 90-95-vuotiaiden kuin 80-86-vuotiaiden helsinkiläisten keskiarvoa.

8. Kun Helsingin johtajatutkimuksessa tarkasteltiin 30-40 vuoden takaisia verisuonitautien riskitekijöitä ja RAND-36 -mittarin tuloksia 2000-luvulla eri riskitason ryhmissä vanhuusiässä, RAND-36:n tulokset olivat loogisesti linjassa vastaavien riskiryhmien kuolleisuuden kanssa. Terveyteen liittyvä elämänlaatu heijastelee elämänaikaisia elintapoja ja verisuonitautien riskitekijöitä. RAND-36:n täyttöaste oli erittäin hyvä tässä koulutetussa ikääntyneessä väestössä.

9. Eräät olemassa olevat kuntoutusmuodot ovat niin vahvasti osa palvelujärjestelmää, että niiden vaikuttavuutta on mahdotonta enää tutkia. Hoidon piirissä olevia potilaita ei eettisistä syistä voida arpoa "lume" -ryhmään. Afasiakuntoutustutkimusta ei pystytä edes Uudenmaan kokoisella alueella järjestämään, koska puheterapiasta tai ryhmäkuntoutuksesta potentiaalisesti hyötyviä asiakkaita on liian vähän. SAQOL-39- ja 15D-mittaukset korreloivat afasiapotilailla vahvasti ($r=0.75$) ja molemmat korreloivat hyvin samankaltaisesti toimintakykymittareiden ja masentuneisuutta mittaavan MADRS:n kanssa.

Johtopäätökset

Elämänlaatu on tärkeä kuntoutuksen tuloksellisuuden osoitin ikääntyneillä kuntoutujilla. Mittarit on pääosin kehitetty työikäisille ja niitä on validoitu heikosti ikäihmisille. 15D-, RAND-36- ja WHOQOL-BREF -mittareilla on omat vahvuutensa ja heikkoutensa, jotka tulee tuntea ennen niiden käyttämistä. WHOQOL-BREF on mittareista ulottuvuuksiltaan laaja-alaisin ja näyttäisi omaavan kohtalaista muutosherkkyyttä interventiolle. Sen ennustevaliditeetista ei ole tietoa. 15D on kapea-alaisin mutta sen etuna on yhteen lukuun tiivistyvä indeksi, jolla hoidon vaikuttavuutta voidaan arvioida. RAND-36 on maailmalla eniten käytetty mittari, jonka etuna on mahdollisuus verrata väestöjä kansainvälisiin tutkimuksiin.