

Mervi Jehkonen ja Anna Mäki-Petäjä-Leinonen

## Neuropsykologinen tutkimus ja Alzheimerin tautia sairastavan testamentintekokelpoisuus

Suomessa ei ole yhtenäistä käytäntöä muistisairaana testamentintekokelpoisuuden arvioimiseksi. Nykykäytännön mukaan asianajaja ja tuomioistuimien voivat pyytää testamentintekokelpoisuuden arviointiin lääkärinlausunnon. Lääkäri voi halutessaan pyytää arvionsa tueksi neuropsykologin tutkimuksen. Testamentintekokelpoisuus koostuu useista tiedonkäsittelyn osa-alueista, jotka voidaan arvioida laajalla neuropsykologisella tutkimuksella. Tutkimus sisältää haastattelun, havainnoinnin ja standardoidut tutkimusmenetelmät, joiden avulla neuropsykologi voi antaa hoitavalle lääkärille tai tuomioistuimelle arvokasta lisätietoa henkilön tiedonkäsittelykyvystä. Neuropsykologinen tutkimus on tarpeellinen erityisesti, kun epäillään muistisairautta tai muistisairas henkilö haluaa laatia testamentin tai muuttaa sitä. Riittävän varhain tehty testamentintekokelpoisuuden arviointi takaisi muistisairaalle paremman oikeusturvan ja vähentäisi perintöriitoihin liittyviä oikeudenkäyntejä.

Väestön ikääntyessä erilaiset oikeustoimet, kuten edunvalvontavaltuutuksen tai testamentin laatiminen, yleistyvät.

Lätkkyys lisää muistisairausriskiä, ja muistisairauden tiedetään voivan heikentää merkittävästi ihmisen oikeustoimikelpoisuutta. Muutokset perherakenteissa, esimerkiksi erilaiset uusioperheet, tekevät perinnönjaon monimutkaisemmaksi, mikä voi lisätä tarvetta laatia testamentteja. Myös jaettavaa varallisuutta on enemmän.

Toistaiseksi Suomessa ei ole yhdenmukaisia käytäntöjä siitä, kenen tai keiden tulisi arvioida muistisairaana testamentintekokelpoisuutta, missä sairauden vaiheessa arviointi on aiheellista ja millaisin menetelmin testamentintekokelpoisuutta tulisi arvioida. Esittelemme keskeiset muistisairaana testamentintekokelpoisuuteen vaikuttavat neuropsykologiset ja juridiset tekijät sekä ehdotamme tapaa arvioida testamentintekokelpoisuutta. Muistisairauksista Alzheimerin tauti on yleisin, joten keskitymme sitä sairastavan henkilön testamentintekokelpoisuuteen.

### Testamentintekokelpoisuuden määritelmä ja edellytykset

Testamentti on oikeustoimi, joka tehdään kuoleman varalta (*mortis causa*). Testamentilla henkilö antaa tahdonilmaisun siitä, kuinka hänen omaisuutensa on jaettava hänen kuolemansa jälkeen. Se laaditaan kirjallisesti kahden esteettömän todistajan ollessa yhtä aikaa läsnä (1). Testamentintekokelpoisuus on pätevän testamentin edellytys, ja sen voi tehdä pääsääntöisesti vain 18 vuotta täyttänyt, riittävän ymmärryskykyinen henkilö (2). Testamentintekijän oikeudellisen toimintakyvyn arvioinnissa ovat merkityksellisiä hänen kykynsä ymmärtää testamentin luonne ja tarkoitus, testamentin tekemisen vaikutukset, omaisuuden määrä sekä perillisten taholta tulevat vaateet (3). Testamentintekokelpoisuus on sekä tilanne- että tehtäväspesifinen: se on sidoksissa testamentin laatimisaikakohtaan ja nimenomaiseen tehtävään, mikä tarkoittaa, että henkilö voi olla kelpoinen laatimaan yksinkertaisen testamentin tilantees-

sa, jossa kyky mutkikkaamman testamentin tekemiseen on menetetty (4–6).

Testamentintekokelpoisuuden puutteeseen voidaan vedota vasta testamentintekijän kuoleman jälkeen nostamalla testamentin moitekanne. Moitekanteen johdosta testamentti on julistettava pätemättömäksi, jos tuomioistui-  
messä on esitetty riittävää näyttöä siitä, että testamentin tekemiseen on vaikuttanut henkilön ”mielisairaus, tylsämielisyys tai muu sielun-  
toiminnan häiriö” (2). Vaikka testamentintekijän oikeudellisen toimintakyvyn puutteesta ei saataisikaan riittävästi näyttöä, saattaa testamenttia kuitenkin rasittaa virheellisyys testamentintekijän tahdonmuodostuksessa. Testamentti on tällöin moitteen johdosta julistettava pätemättömäksi, jos testamentintekijä on ”pakotettu, taivutettu tai petollisesti vietelty tekemään testamentti käyttämällä väärin hänen ymmärtämättömyyttään, tahdonheikkouttaan tai riippuvaista asemaansa” (2). Jotta testamentintekijään kohdistetulla vaikuttamisella on merkitystä, on sen testamenttia tehtäessä täytynyt määrävästi vaikuttaa testamentintekijän tahtoon. Suhteellisen vähäininkin vaikuttaminen saattaa olla epäoikeutettua ja aiheuttaa testamentin pätemättömyyden, jos testamentintekijä on erityisen altis vaikutuksille. Tätä arvosteltaessa on otettava huomioon testamentintekijän ikä, terveys, henkinen tila ja suhde taivuttelijaan (7,8).

Puutteena on pidetty, ettei missään ole annettu ohjeita siitä, miten testamentintekijän ymmärryskykyä – laajemmin määriteltynä kognitiota eli tiedonkäsittelykykyä – voidaan arvioida (3). Erityishaasteen testamentintekokelpoisuuden määrittämiselle asettaa sen arvioiminen, missä vaiheessa etenevää muistisairautta sairastava ihminen ei enää kykene testamentin laatimiseen (9).

## Alzheimerin tauti ja testamentintekokelpoisuus

Alzheimerin tauti on yleisin yksittäinen etenevä muistisairaus, jonka esiintyvyys lisääntyy iän myötä (10). Kaikista etenevää muistisairautta sairastavista noin 70 %:lla on Alzheimerin tauti, ja Suomessa tautia on arvioitu sairastavan vähintään 70 000 henkilöä.

Alzheimerin taudin varhaisin oire on episodisen eli tapahtumamuistin heikentyminen, mikä ilmenee uuden muistiaineksen mieleen painamisen ja erityisesti mieleen palauttamisen vaikeutena. Muistitoiminnot ovat taudin kaikissa vaiheissa laaja-alaisimmin heikentynyt tiedonkäsittelyn osa-alue. Taudin edetessä myös muu tiedonkäsittely heikentyy, käytös-  
oireet vaikeutuvat ja sairastuneen omatoimisuus heikkenee. Kliinisen taudinkuvan perusteella voidaan erottaa viisi vaihetta: oireeton eli prekliininen, varhainen, lievä, keskivaikea ja vaikea Alzheimerin tauti (11). Tauti etenee edellä mainituin tyypillisin vaihein hitaasti ja tasaisesti mutta yksilöllisesti (11). **TAULUKOS-  
SA 1** esitetään Alzheimerin taudin vaiheet sekä niihin liittyvät keskeiset tiedonkäsittelyn ja toimintakyvyn muutokset mukaan lukien testamentintekokelpoisuus (11).

Seurantatutkimusten mukaan henkilöistä, joilla todetaan amnestinen lievä kognitiivinen heikentyminen (mild cognitive impairment, MCI), 10–15 %:lle kehittyy lievä Alzheimerin tauti vuoden seurannassa ja 50–75 %:lle viiden vuoden seurannassa (11). Tämän vuoksi on tärkeää kiinnittää huomiota myös lievään kognitiiviseen heikentymiseen. Sen määritelmän mukaan henkilöllä on subjektiivinen muistioire tai oire muulla tiedonkäsittelyn osa-alueella ja lisäksi objektiivisesti eli neuropsykologisessa tutkimuksessa todettu tiedonkäsittelyn yhden tai useamman osa-alueen selvä heikkeneminen aikaisemmasta suorituskyvystä (11). Joka päiväisistä toimista selviytyminen ei kuitenkaan ole vaikeutunut merkittävästi, eivätkä minkään muistisairauden diagnostiset kriteerit siten täyty (12). Lievä kognitiivinen heikentyminen on merkityksellinen testamentintekokelpoisuutta arvioitaessa, kun se kehittyy Alzheimerin taudiksi.

Muistisairaana henkilön oikeudellinen toimintakyky heikkenee yhtä aikaa hänen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakykynsä kanssa (7). Lewyn kappale -tautia sairastavilla voi esiintyä parempia, niin sanottuja valoisia hetkiä (lucida intervalla), joiden aikana oikeudellisesti toimintakyvytön voi kyetä hetkittäisesti pätevään tahdonmuodostukseen, mutta Alzheimerin tautia sairastavilla tällaisia hetkiä

**TAULUKKO 1.** Alzheimerin taudin vaiheet sekä niihin liittyvät keskeiset kognitiiviset ja toimintakyvyn muutokset (11). Suluissa MMSE-, GDS- ja CDR-pistemäärät Alzheimerin taudin eri vaiheissa.

Alzheimerin taudin vaiheet	Kognitiiviset oireet	Toimintakyvyn muutokset
Oireeton	Joillakin todetaan lievä kognitiivinen heikentyminen. Lievä tapahtumamuistin heikentymistä henkilöillä, joiden riski sairastua Alzheimerin tautiin on suuri.	Ei varsinaisia arjen toimintakykyä haittaavia muutoksia.
Varhainen	Selvää heikentymistä erityisesti kielellisen muistin tehtävissä. Suunnittelukyky ja toiminnanohjaus alkavat vaikeutua, mikä hidastaa toimintaa uusissa ja monimutkaisissa tilanteissa. Vaativampi kirjallinen ilmaisu ja käsitteiden käyttö sekä sanojen löytäminen alkavat heikentyä.	Henkilö itse kuvaa muistivaikeuksia olevan vähän tai vähättelee niitä. Läheisen mielestä muistivaikeudet ovat jatkuvia. Vaativassa työssä alkaa ilmetä vaikeuksia.
Lievä (MMSE 18–26, GDS 3–4, CDR 0,5–1)	Oppiminen heikkenee ja unohtaminen lisääntyy. Toiminnanohjaus on hidastunut ja päättelykyky heikkenee. Vaikeuksia keskittymisessä ja sanojen löytämisessä. Laskemiskyky heikkenee.	Taloudellinen suunnittelu vaikeutuu. Rahankäytössä ja kaupassakäynnissä ilmenee ongelmia. Lääkityksestä huolehtimisessa on vaikeuksia; yksin asuvat tarvitsevat usein kotihoidon palveluja. Työ- ja ajokyky sekä oikeudellinen toimintakyky heikkenevät. Tulee miettiä mahdollisten tahdonilmaisujen, kuten testamentin, hoitotahdon ja edunvalvontavaltuutuksen, järjestämistä.
Keskivaikea (MMSE 10–22, GDS 4–6, CDR 1–2)	Tapahtumamuisti on erittäin heikko. Puheen tuottamisessa on vaikeuksia. Sairaudentunto on selvästi heikentynyt. Hahmotuksessa ja orientaatioissa on huomattavia vaikeuksia.	Tarvitsee muistuttelua päivittäisissä perustoiminnoissa <sup>1</sup> . Monimutkaiset arkitoiminnot <sup>2</sup> eivät onnistu. Henkilökohtaisia tavaroita katoaa. Eksymistä ja pukeutumisasikeuksia. Ei selviydy yksin asumisesta (joissakin tapauksissa selviytyminen mahdollista kotihoiton turvin). Oikeudellinen toimintakyky on osittain tai kokonaan heikentynyt.
Vaikea (MMSE 0–12, GDS 6–7, CDR 2–3)	Muistin toiminta on satunnaista. Puheen tuottaminen ja ymmärtäminen on vähäistä. Keskittämiskyvyttömyyttä ja erilaisia käytös- oireita ilmenee. Vaikea tahdonalaisten liiketoimintojen häiriö eli apraksia.	Päivittäiset perustoiminnot eivät onnistu ilman ulkopuolista apua. Ei ole oikeustoimikelpoinen.

<sup>1</sup> Esimerkiksi ruokailu, pukeutuminen ja peseytyminen

<sup>2</sup> Välineelliset toiminnot, esimerkiksi ostosten tekeminen, kodinkoneiden käyttö tai harrastukset

MMSE = mini-mental state examination (0 = erittäin vaikea häiriö; 30 = normaali); GDS = global deterioration scale (1 = normaali; 7 = hyvin vaikea häiriö); CDR = clinical dementia rating (0 = normaali; 3 = vaikea)

ei juuri esiinny (13). On myös huomioitava, että varhaista tai lievää muistisairautta sairastava henkilö voi olla tavallista herkempi taivuttelelulle ja painostukselle, ja keskivaikean muistisairauden yhteydessä alttius on usein huomattava (3). Yleensä Alzheimerin tautia sairastavan potilaan testamentintekokelpoisuuden mää-

rittäminen liittyy sairauden keskivaikeaan vaiheeseen (9). Karkeasti arvioiden voidaan olettaa, että taudin lievässä vaiheessa henkilö on oikeustoimikelpoinen, mutta ei enää vaikeassa vaiheessa (9). Toisaalta on esitetty, että joskus lievää Alzheimerin tautia sairastava voi olla kykenemätön tekemään (monimutkaista) tes-

## Ydinasiat

- ▶ Väestön ikääntyessä, muistisairauksien ja taloudellisen hyvinvoinnin lisääntyessä sekä perherakenteiden monimutkaistuesssa testamenttien laatiminen ja moitekan-teet lisääntyvät.
- ▶ Testamentintekokelpoisuuden arviointi on hoitavan lääkärin, asianajajan ja neuropsykologin moniammatillista yhteistyötä.
- ▶ Testamentintekokelpoisuus tulee arvioida mahdollisimman varhain, jos henkilöllä epäillään muistisairautta tai se on jo diagnosoitu taikka jos henkilön aikomuksena on laatia testamentti tai muuttaa sitä.
- ▶ Muistisairaana henkilön testamentintekokelpoisuutta arvioitaessa on syytä tehdä laaja neuropsykologinen tutkimus.
- ▶ Muistisairaana ihmisen testamentintekokelpoisuuden arvioimiseen tulee laatia yhtenäiset valtakunnalliset käytännöt.

tamenttia, kun puolestaan keskivaikeaa tautia sairastava voi kyetä tekemään (yksinkertaisen) testamentin (14). Alzheimerin taudin eteneminen on kuitenkin yksilöllistä, joten tarkkaa oikeudellisen toimintakyvyn menettämisen hetkeä ei voida arvioida (15).

## Neuropsykologinen tutkimus keskeinen testamentintekokelpoisuuden arvioinnissa

Muistisairaana ihmisen testamentintekokelpoisuutta arvioitaessa on tarpeen tehdä laaja neuropsykologinen tutkimus, erityisesti jos kyseessä on monimutkainen testamentti. Erikoislääkäri tapaa potilasta tyypillisesti varsin rajallisen ajan, mikä ei riitä kognition laaja-alaiseen arviointiin, joka on välttämätöntä testamentintekokelpoisuuden määrittämiseksi. Tämän vuoksi erikoislääkäri, yleisimmin neurologi tai geriatri, tekee lähetteen neuropsykologiseen tutkimukseen.

Kognitiivisen toimintakyvyn tutkiminen vie aikaa ja vaatii neuropsykologista erityisasiantuntemusta. Laaja neuropsykologinen tutkimus kestää 2–4 tuntia ja voidaan tarvittaessa jakaa useampaan tutkimuskertaan henkilön jaksamisen mukaan. Neuropsykologisessa tutkimuksessa arvioidaan tutkittavan kognitiivista toimintakykyä, käyttäytymistä ja tunne-elämää. Lisäksi neuropsykologilla on taustatietona käytössään tutkittavalle tehtyjen keskeisten lääketieteellisten tutkimusten tulokset. Keskeiset neuropsykologiset tutkimusmenetelmät ovat haastattelu, havainnointi sekä erilaiset testi- ja arviointimenetelmät, jotka kattavat keskeisten kognitiivisten toimintojen tutkimisen.

Testamentintekijän kannalta keskeisimmät kognition osa-alueet ovat toiminnanohjaus, muistitoiminnot, kielelliset toiminnot, tarkkaavuus, päättelytoiminnot, orientaatio ja oireiden tiedostaminen (4,6,9,16,17). **TAULUKKON 2** on koottu suositus keskeisistä kognition osa-alueiden neuropsykologisista tutkimusmenetelmistä.

Keskeisten neuropsykologisten tutkimusmenetelmien lisäksi haastattelussa kysytään henkilöltä sekä yleisiä elämänsisältöön liittyviä kysymyksiä että erityisesti testamentin laatimiseen ja sen syihin liittyviä kysymyksiä (**INTERNETTAULUKKO**) (3,18). Huomioitavaa on, että vaikka tyypillisesti muistisairasta neuropsykologisesti tutkittaessa haastatellaan myös henkilön lähiomaista, testamentintekokelpoisuutta arvioitaessa tähän tulee suhtautua erityisellä varauksella, sillä kysymyksessä oleva omainen voi olla testamentin edunsaaja. Tutkimustilanteessa ei tule olla läsnä muita kuin tutkittava ja tutkija.

Myös henkilön käyttäytymisen havainnointi tutkimustilanteessa antaa merkittävää lisätietoa testamentintekijän tiedonkäsittelykyvystä. Havainnoinnissa kiinnitetään huomiota muun ohella henkilön suoritusten yleisiin laatu- ja vireystilan mahdollisiin vaihteluihin, hätäsiisyyteen, virhealttiuteen ja vaikeuksien korostumiseen vaativuuden lisääntyessä. Lisäksi huomioidaan omaehtoisen keskustelun määrä, keskustelun sisältö ja aiheesta pysyminen tai syrjähtäminen epäolennaisiin asioihin kesken

**TAULUKKO 2.** Keskeiset kognition osa-alueet ja suosittu neuropsykologiset tutkimusmenetelmät testamentintekokelpoisuutta arvioitaessa.

Kognition osa-alue	Tutkimusmenetelmä(t)
Kognitiivinen peruskapasiteetti, päättelykyky	WAIS-IV: kymmenen perusosatestiä
Toiminnanohjaus	Trail Making B Stroop ROCF: kopiointi Sanasujuustehtävät Kellotaulun piirtäminen Go- ja no-go-testit
Muistitoiminnot	WMS-III: kertomukset, sanalista ja visuaalinen reproduktio WAIS-IV: työmuistitehtävät ROCF: välitön ja viivästetty mieleenpalautus
Kielelliset toiminnot	Haastattelu WAIS-IV: kielellisen päättelyn tehtävät Bostonin nimeämistesti Sanasujuustehtävät
Lukeminen, kirjoittaminen ja laskeminen	Lukemis- ja kirjoitusnäyte Peruslaskutehtävät WAIS-IV: laskutehtävät
Näköhavaintotoiminnot	WAIS-IV: visuaalisen päättelyn tehtävät Poppelreuterin kuvat Kreikkalaisen ristin kopiointi Kellotaulut
Tarkkaavuus ja prosessointinopeus	WAIS-IV: prosessointitehtävät Trail Making A Stroop
Orientaatio ja oireiden tiedostaminen	Haastattelu

WAIS-IV = Wechsler Adult Intelligence Scale; WMS-III = Wechsler Adult Memory Scale; ROCF = Rey-Osterrieth Complex Figure Test

keskustelun. Käyttäytymisen hallinnassa ja tunnereagoinnissa voi ilmetä puheen estottomuutta, liiallista tuttavallisuutta, epäolennaisten huomautusten tekemistä sekä vaikeutta hallita omaa turhautumista tai fyysistä välimatkaa toiseen henkilöön.

Tutkimuksen pitkä kesto antaa mahdollisuuden arvioida tutkittavan vireystilan ylläpidon asianmukaisuutta ja vireystilan säätelyä tilanteen vaatimusten mukaisesti. On tärkeää havainnoida sitäkin, kuinka tutkittava ymmärtää kysymykset ja millainen hänen suoritusnopeutensa on. Tiedonkäsittelyn hidastuminen ilmenee tutkimustilanteessa yleisenä suoritusnopeutena ja viiveenä tutkimustehtävien aloittamisessa. Tarkkaavuuden säätelyn ja toiminnanohjauksen muutokset puolestaan voivat ilmetä hätäilynä ja liian nopeina tai impulsiivisina vastauksina. Toiminnanohjauksen vaikeudet voivat tulla tutkimustilanteessa esille

myös oman toiminnan arvioinnin heikkoutena, kyvyttömyytenä huomata virheellisiä suorituksia, juuttumistaipumuksena ja aloitekyvyn heikentymisenä (19).

Alzheimerin taudin edetessä myös sairauden ja sen kognitiivisten liitännäisoireiden tiedostaminen vaikeutuu, mikä tulee huomioida neuropsykologisessa tutkimuksessa. Lisäksi neuropsykologisessa tutkimuksessa on mahdollista todeta myös henkilön lievä kognitiivinen heikentyminen, jonka kehittymistä voidaan arvioida neuropsykologisin seuranta tutkimuksin.

Tähän mennessä tiedonkäsittelyä testamentintekokelpoisuuden kannalta on useimmiten tutkittu lyhyin seulontamenetelmin (6,17). Näistä tavallisimmat ovat MMSE-testi (mini-mental state examination) ja MoCA-testi (Montreal cognitive assessment) (20,21). Seulontamenetelmät eivät kuitenkaan ole riittäviä henkilön kognitiivisen toimintakyvyn katta-

## Tapausesimerkki

**Kysymyksenasettelu ja saatavilla olevat esitiedot.** Seitsemänkymmentäviisivuotias nainen on pyytänyt asianajajaa laatimaan testamentin. Asianajajan ja asiakkaan välisessä keskustelussa on käynyt ilmi, että asiakas on vuotta aiemmin laatinut edunvalvontavaltuutuksen ja määrännyt tyttärensä valtuutetuksi. Edunvalvontavaltuutus on vahvistettu maistraatissa, ja tytär on sen vahvistamisesta lähtien hoitanut asiakkaan taloudellisia asioita, myös osakkeiden myymistä.

Koska edunvalvontavaltuutus on vahvistettu ja asiakkaalla on mittava omaisuus, on asianajaja katsonut tarpeelliseksi pyytää asiakasta hankkimaan ennen testamentin laatimista tätä tarkoitusta varten lääkärintlausunnon. Asiakas on hakeutunut neurologille, joka lähettää hänet laajaan neuropsykologiseen tutkimukseen sen arvioimiseksi, onko hän oikeustoimikelpoinen erityisesti testamentin laatimista varten. Haastattelussa käy ilmi, että asiakkaalla on varsin mittava omaisuus, jonka hän aikoo suurelta osin testamentata nykyiselle miesystävälleen.

Asiakas on edelleen naimisissa pitkäaikaisen puolisonsa kanssa, ja heillä on kaksi tyttärtä. Avioliitto on kestänyt yli 40 vuotta. Asiakas on tutustunut uuteen miesystäväänsä noin puoli vuotta sitten ja muuttanut varsin pian asumaan hänen kanssaan. Tyttäriille tehdyssä kyselyssä (Kysely muistihäiriöpotilaan läheiselle) on käynyt ilmi, että asiakkaan käyttäytyminen on muuttunut kahden viime vuoden aikana. Aiemmin varsin tarkasti omaisuudestaan huolehtivasta henkilöstä on tullut impulsiivinen ja lyhytjänteinen. Hän on myynyt omaisuuttaan ja kärsinyt merkittäviä tappioita. Lisäksi asiakas on alkanut eksyä tutuissa ympäristöissä.

**Laaja neuropsykologinen tutkimus.** Tutkimustilanteessa tutkittava on desorientoitunut ajan suhteen. Kysyttäessä arkisia taloudellisia asioita käy ilmi, että tutkittavan on vaikeaa ymmärtää tavallisia, helppoja lukukäsitteitä, esimerkiksi sadat ja tuhannet menevät sekaisin. Hän ei ymmärrä neuropsykologisen tutkimuksen tarkoitusta, vaikka se selitetään hänelle useaan kertaan yksin-

kertaisin ilmaisin. Keskustelussa hän syrjähtää helposti muihin asioihin ja unohtaa alkuperäisen kysymyksen. Hän ei muista, onko hän aikaisemmin tehnyt testamentin, eikä hän osaa kertoa siitä, miksi hän on nyt sitä tekemässä.

Neuropsykologisessa tutkimuksessa käytetään **TAULUKOSSA 2** esitettyjä tutkimusmenetelmiä. Tutkittavan yleinen kognitiivinen päättelykyky todetaan kohtalaisesti heikentyneeksi. Muistimateriaalin välittömässä mieleen palautuksessa sekä kielellinen että visuaalinen muistisuoriutuminen jäävät selvästi alle keskitason, ja uuden oppiminen on merkittävästi heikentynyt. Viivästetty muistisuoriutuminen jää erittäin heikoksi, eivätkä vihjeet kohenna asiakkaan suorituksia. Todetaan merkittävä ja yleisluontoinen muistitoimintojen heikentyminen, jonka laadulliset piirteet viittaavat aivo-orgaaniseen syytekijään. Suuntien ja ulotteisuuden hahmottamisessa todetaan merkittävät erityishäiriöt. Tarkkaavuuden tahdonalaisessa säätelyssä todetaan huomattavaa häiriöherkkyyttä ja flukтуаatiota tutkimustilanteessa. Toiminnanohjauksessa ilmenee aloitteellisuuden ja suunnitelmallisuuden vaikeutta sekä merkittävä inhibitiivaikeus. Tutkittava ei tiedosta edellä mainittuja kognitiivisia puutosoireitaan eikä niiden vaikutusta arjen toimintakykyynsä.

Laajan neuropsykologisen tutkimuksen löydökset sopivat etenevään prosessiin, jossa korostuvat yleinen kognitiivisen päättelykyvyn heikkeneminen, merkittävät muistitoimintojen vaikeudet sekä aivojen etuotsalohkon vaurion aiheuttaman luonteen muutoksen tyypiset käytösoireet. Lähiomaisten esille tuomat kuvaukset tutkittavan arjen toimintakyvystä sopivat yhteen neuropsykologisten tutkimustulosten kanssa.

**Diagnoosi ja kannanotot.** Neuropsykologisten tutkimustulosten ja neurologisen tutkimuksen perusteella neurologi asettaa tutkittavan diagnoosiksi keskivaikean frontaalisen piirtein ilmenevän Alzheimerin taudin. Tutkittavan ei arvioida kykenevän tekemään testamenttia, sillä hän ei ymmärrä testamentin tekemisen vaikutuksia asianmukaisesti ja kysymyksessä on monimutkainen testamentti.

vaan arviointiin, sillä ne on kehitetty ryhmätason tutkimuksia varten eikä niissä ole huomioitu esimerkiksi koulutustason vaikutusta henkilön suoriutumiseen. Siksi korkeasti koulutetut, lievää tai jopa keskivaikeaa Alzheimerin tautia sairastavat suoriutuvat seulontatyyppisissä tutkimuksissa varsin hyvin.

## Testamentintekokelpoisuuden yhtenäinen arviointikäytäntö tarpeen

Kun tarve laatia ja muuttaa testamentteja lisääntyy, on tärkeää määritellä yhtenäinen käytäntö siitä, kenen tulisi osallistua muistisairaana testamentintekokelpoisuuden arviointiin sekä missä vaiheessa muistisairautta ja millaisin menetelmin arviointi tulisi suorittaa. Yhtenäisen käytännön avulla voitaisiin taata ikääntyneen henkilön oikeusturva ja välttyä usein varsin raskailta oikeudenkäynneiltä. Keskeinen ongelma on se, että asianajajat ja erikoislääkärit joutuvat ottamaan kantaa henkilön testamentintekokelpoisuuteen vähäisin taustatiedoin henkilön kognitiivisesta tilasta.

Usein testamentintekokelpoisuutta arvioitaessa puhutaan yleisluontoisesti lääkärinlausunnon tarpeellisuudesta mutta ei määritellä tarkemmin, miten tiedonkäsittelyä tulisi arvioida. Lyhyet muistin seulontamenetelmät eivät ole riittäviä testamentintekokelpoisuuden arviointiin. Testamentintekokelpoisuus koostuu useista toimivista kognition osa-alueista, jotka kaikki tulee arvioida riittävän tarkasti niin, että toimintojen keskinäinen vuorovaikutus otetaan huomioon. Muistisairaana henkilön kognitiivinen tilanne tulisikin arvioida laajalla neuropsykologisella tutkimuksella.

Nykyisin testamentintekijä ohjataan neuropsykologiseen tutkimukseen usein vasta silloin,

kun huoli taloudellisista asioista on jo syntynyt (**TAPAUSESIMERKKI**). Lisäksi neuropsykologilta tai hoitavalta lääkäriltä pyydetään asiantuntijalausuntoa usein siinä vaiheessa, kun testamentintekijä on kuollut ja hänen tekemästään testamentista on nostettu moitekanne. On huomattavasti vaikeampaa laatia asiantuntijalausuntoa muistisairaana testamentintekijän kuoleman jälkeen pelkästään potilaskertomusten perusteella, sillä niistä voi puuttua olennaista tietoa henkilön kognitiivisesta tilasta.

Onkin suositeltavaa, että neuropsykologi arvioisi testamentintekokelpoisuutta jo silloin, kun muistisairas henkilö haluaa laatia testamentin tai muuttaa aiempaa testamenttia. Tämä koskee erityisesti lievää ja keskivaikeaa Alzheimerin tautia sairastavia henkilöitä, joiden testamentintekokelpoisuus alkaa vähitellen heikentyä, eikä tarkkaa ajankohtaa kelpoisuuden menettämiseksi voida määrittää. Tällöin neuropsykologin arvio antaisi asianajajalle ja hoitavalle lääkärille arvokasta lisätietoa testamentintekijän kognitiivisesta toimintakyvystä. Myös kun henkilöllä epäillään muistisairautta, hänen ohjaamisensa laajaan neuropsykologiseen tutkimukseen on tärkeää, jotta voidaan tarvittaessa arvioida kognitiivista tilannetta seurantatutkimuksin ja saada riittävän ajoissa tietoa henkilön mahdollisista oikeustoimikelpoisuuden rajoituksista.

## Lopuksi

Muistisairaana henkilön testamentintekokelpoisuuden arviointi on parhaimmillaan hoitavan lääkärin, asianajajan ja neuropsykologin välistä moniammatillista yhteistyötä. Suosittelemme kuitenkin testamentin laatimista, kun testamentintekijä on vielä kognitiivisesti toimintakykyinen. ■

**MERVI JEHKONEN<sup>1</sup>, PsT, neuropsykologian dosentti, neuropsykologian erikoispsykologi, oikeuspsykologi**  
Tampereen yliopisto

**ANNA MÄKI-PETÄJÄ-LEINONEN, OTT, vanhuusoikeuden ja perheoikeuden dosentti**  
Itä-Suomen yliopisto

### SIDONNAISUUDET

Mervi Jehkonen: Luento-/asiantuntijapalkkio (Professio Finland Oy)  
Anna Mäki-Petäjä-Leinonen: Ei sidonnaisuuksia

### VASTUUTOIMITTAJA

Perttu J. Lindsberg

<sup>1</sup>Käsikirjoitus on osa kirjoittajan oikeuspsykologian erikoistumisopintoja (Åbo Akademi, 2017–2019).

**KIRJALLISUUTTA**

1. Perintökaari 5.2.1965/40. 10:2. www.finlex.fi.
2. Perintökaari 5.2.1965/40. 9:1 ja 13:1. www.finlex.fi.
3. Mäki-Petäjä-Leinonen A, Kiukkonen M, Juva K. Onko päämies tolkuissaan? – Asianajaja oikeudellisen toimintakyvyn arviointisijana. *Defensor Legis* 2011;5:626–35.
4. Hoffman N. The assessment of testamentary capacity and undue influence in the older adult. Kirjassa: Bush SS, Heck A, toim. *Forensic geropsychology. Practice essentials*. Washington DC: American Psychological Association 2018, s. 213–34.
5. Aarnio A, Kangas U. Suomen jäämistö-oikeus II: testamenttioikeus. Helsinki: Talentum 2015, s. 322–3.
6. Kennedy KM. Testamentary capacity: a practical guide to assessment of ability to make a valid will. *Review. J Forensic Legal Med* 2012;19:191–5.
7. Mäki-Petäjä-Leinonen A. Oikeudellinen toimintakyky. Kirjassa: Erkinjuntti T, Remes A, Rinne J, ym, toim. *Muistisairaudet*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2015, s. 552–60.
8. Aarnio A, Kangas U. Suomen jäämistö-oikeus II: testamenttioikeus. Helsinki: Talentum 2015, s. 887–94.
9. Mäki-Petäjä-Leinonen A, Juva K, Pirttilä T. Dementoituvan ihmisen oikeudellinen toimintakyky ja sen lääketieteellinen arviointi. *Lakimies* 2006;6:942–70.
10. Muistisairaudet. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatriit -yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2017 [päivitetty 27.1.2017]. www.kaypahoito.fi.
11. Remes A, Hallikainen M, Erkinjuntti T. Alzheimerin taudin kliininen kuva ja taudinmääritys. Kirjassa: Erkinjuntti T, Remes A, Rinne J, ym, toim. *Muistisairaudet*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2015, s. 119–36.
12. Seppälä T, Herukka SK, Remes A. Alzheimerin taudin varhaisdiagnoosiikka. *Duodecim* 2013;129:2003–10.
13. Koponen H, Juva K, Hietanen, M. Oikeudellisen toimintakyvyn arviointi hoitavan lääkärin kannalta. Kirjassa: Erkinjuntti T, Remes A, Rinne J, ym, toim. *Muistisairaudet*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2015, s. 561–8.
14. Shulman KI, Cohen CA, Kirsh FC, ym. Assessment of testamentary capacity and vulnerability to undue influence. *Am J Psychiatry* 2007;164:722–7.
15. Mäki-Petäjä-Leinonen A. Dementoituvan henkilön oikeudellinen asema. Väitöskirja. Helsinki: Suomalainen Lakimiesyhdistys 2003.
16. Hietanen M. Oikeudellisen toimintakyvyn arviointi. Kirjassa: Jehkonen M, Saunamäki T, Paavola L, Vilkki J, toim. *Kliininen neuropsykologia*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2015, s. 414–20.
17. Voskou P, Douzenis A, Economou A, ym. Testamentary capacity assessment: legal, medical, and neuropsychological issues. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2018;31:3–12.
18. Jehkonen M, Saunamäki T, Paavola L, Vilkki J, toim. *Kliininen neuropsykologia*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2015.
19. Jehkonen M, Saunamäki T. Neuropsykologinen tutkimus. Kirjassa: Jehkonen M, Saunamäki T, Paavola L, Vilkki J, toim. *Kliininen neuropsykologia*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2015, s. 40–55.
20. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12: 189–98.
21. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, ym. The Montreal cognitive assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Ger Soc* 2005;53: 695–9.

**SUMMARY**

**The role of neuropsychological examination in the assessment of an Alzheimer’s patient’s testamentary capacity**

Finland has no standard procedure to assess the capacity of people with dementia to make a will. An attorney or court of law may request a medical report in order to determine an individual’s testamentary capacity. Doctors have the discretion to request a neuropsychological examination. Testamentary capacity involves several aspects of information processing that can be assessed in an extensive neuropsychological examination, which includes an interview, observation and standardised tests. A timely assessment of testamentary capacity would guarantee greater legal security for individuals with dementia and reduce the need for legal proceedings.