



LAUREA - AMMATTIKORKEAKOULU

HYVINVOINTIV[®] VANTAAN KOTIHOIDON ASIAKKAIDEN
ELÄMÄNLAADUN EDISTÄJÄNÄ



Sirpa Nupponen
Anna Saksi

2008 Espoo

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Otaniemi

**HYVINVOINTITV® VANTAAN KOTIHOIDON ASIAKKAIDEN
ELÄMÄNLAADUN EDISTÄJÄNÄ**

Sirpa Nupponen
Anna Saksi
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Marraskuu 2008

Sirpa Nupponen
Anna Saksi

HyvinvointiTV® Vantaan kotihoidon asiakkaiden elämänlaadun edistäjänä

Vuosi 2008

Sivumäärä 36

Väestön ikääntyminen luo uudenlaisia haasteita ikääntyvien elämänlaadun ja hyvinvoinnin turvaamiseksi ja ylläpitämiseksi. Jotta ikääntynyt voisi asua kotonaan mahdollisimman pitkään ja turvallisesti on tärkeää kehittää ikääntyville suunnattuja hyvinvointipalveluja. Teknologian ja osaamisen kehittyminen mahdollistaa uudenlaisien innovaatioiden kehittämisen.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata kotihoidon dokumenttien pohjalta, miten HyvinvointiTV on edistänyt Vantaan kotihoidon asiakkaiden elämänlaatua. Tutkimus suoritettiin osana KOTIIN-hanketta, joka on osa InnoELLI Senior 2006- 2007 -hankekokonaisuutta. Tutkimusaineistona käytettiin kotihoidon työvälineen RAI-järjestelmän MDS-kysymyssarjaa. Kohderyhmänä olivat Vantaan kotihoidon asiakkaat, joilla on HyvinvointiTV käytössään. Kohderyhmän henkilöt olivat keski-ikältään 83-vuotiaita. Elämänlaatua tarkastellaan psykososiaalisten ulottuvuuksien osalta. Tutkimuksessa kuvataan, miten HyvinvointiTV on edistänyt tai ylläpitänyt kohderyhmän henkilöiden kognitiota ja kommunikaatiokykyä sekä mielialaa ja sosiaalista toimintaa.

HyvinvointiTV on edelläkävijä uudenlaisten ja yhä monipuolisempien palvelujen tuottamisessa. Sen avulla voidaan tuoda ikääntyneille suunnatut erilaiset ohjelma- ja palvelukokonaisuudet suoraan kotiin television välityksellä. Opinnäytetyön tulosten mukaan HyvinvointiTV ylläpitää ja tukee ikääntyvien kognitiota ja kommunikaatiokykyä, tarjoaa virikkeellistä toimintaa ja mahdollistaa siten sosiaalisten suhteiden ylläpitämistä sekä vähentää yksinäisyyden kokemusta ikääntyvien keskuudessa. Tulevaisuuden haasteena on kehittää HyvinvointiTV:tä yhä yksilöllisemmäksi ja monipuolisemmaksi eri kohderyhmien tarpeita palvelemaan.

Asiasanat: Ikääntyminen, elämänlaatu, hyvinvointiteknologia, hoitotyön dokumentointi, RAI-järjestelmä

Sirpa Nupponen
Anna Saksi

CaringTV® promoting elderly people`s quality of life in homecare in Vantaa

Year 2008 Pages 36

The aging of the population creates new challenges to secure and maintain the quality of life and the wellbeing within the elderly population. In order for the elderly to live at home securely and for as long as possible it is important to develop welfare services directed for the elderly. Development of technology and knowledge enables fresh innovations.

The purpose of the thesis is to describe how, based on nursing documentation, CaringTV has promoted the quality of life of the elderly within homecare in Vantaa. The thesis was carried out in co-operation with the GOING HOME project which is a part of InnoElli Senior 2006-2007 -programme. The data was collected from RAI (Resident Assessment Instrument) by using the MDS (Minimum Data Set) assessment tool. The selected target group were the elderly patients within Vantaa homecare. The average age within the target group was 83 years.

The quality of life is viewed in terms of psychosocial dimensions. The aim of this thesis is to describe how CaringTV has improved or maintained cognitive performance and communicational skills as well as the mood and social skills of the elderly.

CaringTV is a pioneer in producing fresh and increasingly more versatile services. With CaringTV it is possible to bring different programmes and services directly to homes through television. CaringTV maintains and supports cognition and communicational skills and social relations of the elderly. It also provides stimulating activity and therefore reduces feelings of loneliness within the elderly. In the future it is important to develop CaringTV to be even more individualized and versatile to serve the needs of different target groups.

Keywords: aging, quality of life, welfare technology, nursing documentation, RAI-instrument

SISÄLLYS

1 Johdanto.....	6
2 Opinnäytetyön tausta.....	7
3 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet.....	8
4 Keskeiset käsitteet.....	8
4.1 Ikääntyminen.....	8
4.2 Elämänlaatu.....	10
4.4 Hyvinvointiteknologia.....	11
4.5 Hoitotyön dokumentointi.....	12
4.6 RAI-järjestelmä.....	13
5 Opinnäytetyön menetelmälliset ratkaisut.....	14
5.1 Kvalitatiivinen tutkimus.....	14
5.3 Aineiston keruu.....	15
5.4 Analyysimenetelmä.....	16
6 Tulokset.....	18
6.1 Kognitiivinen kyky.....	19
6.2 Kommunikaatio.....	20
6.3 Mieliala ja käyttäytyminen.....	20
6.4 Sosiaalinen toiminta.....	21
7 Pohdinta.....	22
7.1 Eettiset tekijät.....	23
7.2 Luotettavuus.....	23
7.3 Tulosten tarkastelu.....	25
7.4 Tulevaisuuden haasteet.....	26
LIITTEET.....	32
Liite 1 Lupahakemus.....	33
Liite 2 MDS-kysymyssarjan kattamat alueet.....	34
Liite 3 Esimerkki MDS-kategorialuokista Excel- taulukkolaskentaohjelmassa.....	36

1 JOHDANTO

Väestön ikääntyminen tulee tulevaisuudessa asettamaan haasteita ja kehittämistarpeita ikääntyvien hyvinvointipalveluille. Yleisen hyvinvoinnin lisääntyessä sekä lääketieteen ja teknologian kehittyessä ihmisten elinajanodote on pidentynyt. Tämän vuoksi ikääntyneiden toimintakyvyn säilyttäminen on yksi tulevaisuuden suurimpia haasteita. Siksi on tärkeää kehittää kotona pärjäämistä tukevaa sekä elämänlaatua ja hyvinvointia ylläpitävää ja edistävää toimintaa.

Teknologian ja osaamisen kehittyessä on pystytty tekemään uusia innovaatioita ja toimintamalleja myös hyvinvointiteknologian saralla. HyvinvointiTV on yksi esimerkki hyvinvointiteknologian kehityksestä. HyvinvointiTV on virtuaalinen ja interaktiivinen väline, jonka avulla pystytään vaikuttamaan ikääntyneiden hyvinvointiin ja edistämään terveyttä kotona pärjäämistä tukevasti sekä elämänlaatua edistävästi. Tulevaisuudessa hyvinvointiteknologia mahdollistaa uudenlaisten, yhä yksilöllisempien, hyvinvointipalvelujen tuottamisen, mahdollistaen muun muassa erilaiset etäpalvelut.

Tämä opinnäytetyö on tehty osana KOTIIN-hanketta, joka on osa InnoELLI Senior 2006- 2007 -hankekokonaisuutta. Hankkeen kokonaistavoitteena on edistää ja kehittää ikääntyneille suunnattuja hyvinvointipalveluja. (Suomen Kuntaliitto 2007.) HyvinvointiTV on KOTIIN-hankkeen tavoitteiden kannalta keskeinen osatekijä, sillä sen tarkoituksena on edistää ikääntyneiden hyvinvointia interaktiivista teknologiaa hyödyntäen. Tässä opinnäytetyössä kuvataan HyvinvointiTV:n merkitystä Vantaan kotihoidon asiakkaiden elämänlaatuun.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata kotihoidon dokumenttien pohjalta, miten HyvinvointiTV on edistänyt kotihoidon asiakkaiden elämänlaatua. Tutkimus on hyödyllinen ajatellen hyvinvointiteknologian kehittämistarpeita HyvinvointiTV:n osalta.

2 OPINNÄYTETYÖN TAUSTA

Suomen väkiluvun odotetaan kasvavan vuoteen 2030 asti. Ikääntyneiden, eli yli 65-vuotiaiden, osuuden arvioidaan nousevan nykyisestä 16 prosentista 26 prosenttiin. Yli 85-vuotiaiden osuuden väestöstä on ennustettu nousevan vuosien 2006 ja 2007 vaihteen 1,8 prosentista 6,1 prosenttiin vuoteen 2040 mennessä. (Tilastokeskus 2007.) Ikääntyvän väestön määrän lisääntyminen asettaa tulevaisuudessa uudenlaisia tarpeita ikääntyvän väestön elämänlaadun tukemiseksi ja sen edistämiseksi. Väestön ikääntyessä ja teknologian jatkuvasti kehittyessä, on perusteltua tutkia hyvinvointiteknologian hyödyntämistä ikääntyvien elämänlaadun edistämisen apuvälineenä tai keinona.

Aikaisemmin on tutkittu muun muassa HyvinvointiTV:n mahdollistamia terveyden edistämisen ulottuvuuksia, sekä sen hyödyntämistä ikääntyneille suunnattujen palveluiden tuottamisessa ja laadun kehittämisessä (Piirainen & Sarekoski 2008). Omaishoitajien interaktiivista HyvinvointiTV:ssä käsittelevästä opinnäytetyöstä (Lehtinen 2007) käy ilmi, että HyvinvointiTV mahdollistaa virkistystä ja voimaa antavaa kanssakäymistä omaishoitajille. Siksi on aiheellista tutkia miten HyvinvointiTV on mahdollisesti edistänyt ikääntyneiden kotihoidon asiakkaiden elämänlaatua hoitotyöntekijöiden arvioimana.

Tämä opinnäytetyö on tehty osana KOTIIN-hanketta, joka käynnistyi tammikuussa 2007. KOTIIN-hankkeessa palvelukonseptin ohjelmatuotantoa kehitetään sairaalasta kotiutuville ja korkean sairausriskin omaaville kotihoidon asiakkaille. Hankkeessa HyvinvointiTV:tä on testattu ja tutkittu kohderyhmään kuuluvilla yksityistalouksilla, palvelutalojen asukkailla sekä palvelukeskusten ja sairaalan kuntoutusyksikön asukkailla. Tavoitteena on, että palveluilla voidaan vaikuttaa ikääntyvien kotona selviytymiseen ja laitoshoidon vähentymiseen. (Laurea-ammattikorkeakoulu, Lehto 2008.)

KOTIIN-hanke on osa InnoELLI Senior 2006- 2007 -hankekokonaisuutta, joka on yksi Euroopan aluekehitysrahaston (EAKR) tukemista ohjelmista. InnoELLI Senior 2006- 2007-hankekokonaisuuden tavoitteena on edesauttaa ikääntyville suunnattujen hyvinvointipalvelujen kehittymistä Etelä-Suomessa. InnoELLI Senior -hankekokonaisuuteen kuuluvassa KOTIIN-hankkeessa korkeakoulut, kunnat, yritykset ja kolmannen sektorin toimijat kehittävät yhdessä ikääntyvien kanssa tulevaisuuden palvelukonseptia. Kehitettävä palvelukonsepti perustuu Laurean Well Life Centerissä keväällä 2006 pilotoituun interaktiiviseen HyvinvointiTV:een. (KOTIIN-hanke.) HyvinvointiTV:n on todettu lisäävän kotona asumisen turvallisuutta sekä sosiaalista kanssakäymistä ja edistävän ikääntyneiden toimintakykyä (TDC- Song 2005).

HyvinvointiTV:n tarkoituksena on tukea kotona asumista ja edistää sosiaalista kanssakäymistä muun muassa osallistavien ohjelmien avulla. Ikääntyneellä sosiaaliset suhteet ovat yleensä

rajoittuneet vanhenemisen mukanaan tuomien muutosten myötä. HyvinvointiTV:n avulla sosiaalisia suhteita voidaan lisätä ja ikääntynyt saa mahdollisuuden vertaistukeen. HyvinvointiTV:n ohjelmatarjonta tarjoaa ikääntyneelle monipuolista ohjelmaa, jonka avulla voidaan tukea myös fyysistä sekä psyykkistä toimintakykyä. (Suomen Kuntaliitto 2007.) Monipuolisen ohjelmatarjonnan avulla voidaan siis lisätä sosiaalisia kontakteja ja siten tukea ikääntyneen sosiaalista verkostoa, jolloin myös yhteisöllisyys lisääntyy. HyvinvointiTV:n ohjelmatarjonnan avulla on mahdollista tukea monipuolisesti ikääntyneen voimavaroja.

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata kotihoidon dokumenttien pohjalta, miten kotihoidon asiakkaiden elämänlaatu on edistynyt. Opinnäytetyön tavoitteena on kuvata, miten HyvinvointiTV on mahdollisesti edistänyt tai ylläpitänyt kotihoidon asiakkaiden elämänlaatua. Tutkimusaineistoksi valittiin kotihoidon käyttämä RAI-järjestelmän MDS-kysymyssarja. Tässä opinnäytetyössä kuvataan MDS-kysymyssarjan pohjalta, miten HyvinvointiTV on edistänyt tai ylläpitänyt kohderyhmän henkilöiden kognitiota ja kommunikaatiokykyä sekä mielialaa ja sosiaalista toimintaa.

Opinnäytetyö on rajattu käsittelemään Vantaan kotihoidon asiakkaita, joilla on HyvinvointiTV käytössään ja jotka ovat mukana KOTIIN-hankkeessa. Elämänlaatuun vaikuttavista monista tekijöistä tässä opinnäytetyössä keskitytään psyykkisiin ja sosiaalisiin osatekijöihin. Voidaan olettaa, että psykososiaaliset tekijät ovat yksilötasolla hyvin tärkeitä elämänlaadun kannalta. Työn kannalta rajaus on tärkeää, sillä tutkimusongelmien määrittely sekä johtopäätöksien merkityksellisyys ovat riippuvaisia siitä (Syrjälä ym.1994,129).

4 KESKEISET KÄSITTEET

4.1 Ikääntyminen

Vuodesta 2005 eläkeikäisen väestön määrä Suomessa on ollut kasvussa (Pukkila 2005). Vuoden 2000 lopussa Suomen väestössä 65 vuotta täyttäneiden osuus oli 14,9 % koko väestöstä (Aromaa ym. 2005, 44). Vuonna 2020 yli 65 -vuotiaita arvioidaan olevan 44 % enemmän kuin vuonna 2000 eli vajaat 1,2 miljoonaa. Kasvun voidaan olettaa jatkuvan samaa tahtia myös tulevaisuudessa väestönkehityksen myötä. Yleisen hyvinvoinnin lisääntymisen sekä lääketieteen ja tekniikan kehittymisen myötä, ihmisten elinajanodote on pidentynyt mikä on johtanut ikääntyneen väestöosuuden kasvuun. (Pukkila 2005 28- 29.) Suomalaisten naisten elinajanodote oli 2000- luvun alussa yli seitsemän vuotta pidempi kuin 30 vuotta sitten ja vastaavasti miesten elinajanodote oli pidentynyt yhdeksällä vuodella (Aromaa ym. 2005, 7). Tämän suuntaisen kehityksen myötä vanhuudesta on tullut ajallisesti pidentynyt elämänvaihe ihmisen elinkaa-

ressa, mikä asettaakin haasteita vanhusten hyvinvointipalveluiden kehittämiseksi (Pukkila 2005, 28- 29).

On arvioitu, että vuonna 2025 Suomessa on 65- 75-vuotiaita henkilöitä 50 % nykyistä enemmän ja yli 80-vuotiaiden määrä vuonna 2040 olisi maassamme puoli miljoonaa, mikä on kolminkertainen määrä nykyiseen määrään verrattuna (Väyrynen 2003, 27). Vantaan kaupungin tekemän hyvinvointi katsauksen (2007) mukaan vuoden 2008 alussa 65- vuotta täyttäneitä vantaalaisia oli runsas 10% koko kunnan väestöstä. Väestöennusteen mukaan, joka ulottuu vuoteen 2030, 65- vuotta täyttäneiden määrä ja osuus väestöstä kasvavat Vantaalla nopeasti. Erityisen paljon tulee kasvamaan 75- vuotta täyttäneiden ja sitä vanhempien ikäryhmä.

Ikääntyminen ja ikääntyvä voidaan määrittellä eri tavoin riippuen asiayhteydestä. Kauppa- ja teollisuusministeriön tekemässä VIHMA esiselvityksessä (2003) todetaan, että työelämän näkökulmasta jo yli 45-vuotiaat voidaan nähdä ikääntyvinä ja yli 55-vuotiaita kutsutaan ikääntyneiksi. Tilastonäkökulmasta eläkeikä katsotaan alkavaksi yleensä 65-vuotiaana, mutta käytännössä eläkkeelle siirrytään keskimäärin 59-vuotiaana, jolloin eläkeikäisen väestön välille syntyy useiden vuosien ikäjakauma. Joissakin tutkimuksissa vanhuksiksi kutsutaan vasta 80- vuotta täyttäneitä henkilöitä.

Yhdistyneet kansakunnat määrittelee ikääntyneeksi 60- vuotta täyttäneen tai sitä vanhemman henkilön. Kansaneläkelain mukaan ikäihmiseksi voidaan luokitella yli 65-vuotias henkilö (Kansaneläkelaitos 2008). Ikäihmiset voidaan jakaa kahteen pääryhmään. Seniorit ovat aktiivisia, pääosin terveitä ja yleensä alle 80-vuotiaita, kun taas vanhuksset ovat palveluja ja tukea tarvitsevia yleensä yli 80-vuotiaita henkilöitä (Sonkin ym.1999,1).

Käsitteenä ikä ja vanhuus eivät ole yksiselitteisiä, sillä ne ovat voimakkaasti sidoksissa kulttuuriin sekä sosiaalisiin arvoihin (Koivunen 2000). Eri ikävaiheissa voidaan tunnistaa niille yleispäteviä piirteitä, joille ei kuitenkaan voida asettaa tarkkoja ikärajoja (Väyrynen 2003, 105). Vanhuus on ymmärrettävä osana ihmisen elinkaarta, johon vaikuttavat yksilön menneisyys. Ikääntyneet ovat heterogeeninen joukko, jotka ovat kyvyiltään ja tarpeiltaan yksilöitä. Ihmiset ikääntyvät yksilöllisesti ja sen myötä vanhuus muotoutuu jokaisella omanlaisekseen elämänjaksoksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 1999,17.)

Ikääntyminen tuo mukanaan fyysisiä muutoksia ihmisessä. Muistihäiriöt ja masentuneisuus uhkaavat ikääntyneen psyykkistä hyvinvointia. Sosiaalista maailmaa puolestaan kuvaavat usein yksinäisyys ja turvattomuus sekä sosiaalisen tuen ja huolenpidon vähäisyys. (Heikkinen & Marin 2002, 6.)

4.2 Elämänlaatu

Elämänlaadun yleispätevä määrittely on vaikeaa, koska elämänlaatu liittyy yksilöön persoonana ja sen sisältö on jokaiselle yksilölle erilainen. Yksilön omakin käsitys elämänlaadusta voi vaihdella ajallisesti ja elämäntilanteiden mukaan. (STAKES 2002 11.) Kulttuurilla on myös vaikutusta siihen, miten yksilö määrittelee hyvän elämän ja siten elämänlaadun (Juuti 1996, 16).

Elämänlaatua käsitteenä on hyvin monimuotoinen. Elämänlaatuun voidaan lukea kuuluvaksi sekä konkreettiset asiat kuten elintaso ja elinympäristö että yksilön subjektiiviset kokemukset. Nämä luovat edellytyksiä täysipainoiselle elämälle. Elämänlaadun kokemukseen liittyy läheisesti myös mielihyvää tuottavien ihmissuhteiden omaaminen. (Juuti 1996, 147- 153.) Huomioiden ihmisen kokonaisuutena, yksilön terveys ja yleinen hyvinvointi vaikuttavat osaltaan elämänlaatuun ja sen kokemukseen.

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksestä (1999) käy ilmi, että ikäihmiset kokevat elämänlaadun rakentuvan aineellisesta, sosiaalisesta, henkisestä ja hengellisestä osa-alueesta. Aineellisen osa-alueen muodostaa koti ympäristöineen sekä terveys ja sosiaalisen osa-alueen muodostavat ihmissuhteet sekä osallistuminen.

Hoitotyön ja hyvinvointipalveluiden keinoin on mahdollista tukea yksilön kokemusta elämänlaadusta. Tämän toteuttamiseksi tarvitaan tietoa ja ymmärrystä asiakkaan yksilöllisyydestä. Lisäksi on tärkeää ottaa huomioon yksilön arvomaailma sekä asenteet. Ikääntymiseen liittyvä vanhenemisprosessi yhdessä sairauksien ja toiminnan vajavuuksien kasvavan määrän kanssa on tärkeimpiä elämänlaatua heikentäviä ja autonomista elämää uhkaavia tekijöitä (Heikkinen 2002, 13). Siksi onkin tärkeää ymmärtää vanhenemisprosessin merkitys yksilölle sekä tukea ikääntyneen autonomiaa, ottaen huomioon yksilölliset voimavarat.

4.3 Kotihoito

Kotihoito on sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuus. Sen tarkoituksena on auttaa eri keinoin eri ikäisiä avuntarpeessa olevia henkilöitä, joiden toimintakyky on tilapäisesti tai pysyvästi alentunut. (Ikonen & Julkunen 2007, 14.) Kotihoidolla tarkoitetaan siis hoitoa, jossa asiakas viettää suurimman osan vuorokaudesta kotonaan erilaisten palvelujen tukemana (Mäkinen ym. 1997, 23).

Kotihoitoon kuuluvia palveluita on muun muassa kotipalvelut, kotisairaanhoido sekä erilaiset tukipalvelut, kuten siivous-, ateria-, sekä turvapalvelut. Näiden palveluiden tarkoituksena on auttaa ja tukea yksilöitä sekä perheitä silloin kun sairaus tai alentunut toimintakyky edellyt-

tää ulkopuolista avuntarvetta. (Suomen Kuntaliitto 2006.) Useilla paikkakunnilla sosiaali- ja terveyspalvelut toimivat erillisinä, mutta yhteistyössä (Ikonen & Julkunen 2007, 14).

Palvelukokonaisuuden ja muun hoito- ja huolenpitotyön tavoitteena on mahdollistaa ikääntyneelle mahdollisimman turvallinen ja hyvä elämä omassa kodissa, huolimatta sairauksista tai toimintakyvyn heikkenemisestä. Kotihoidon avulla tuetaan ikääntyneen selviytymistä kotona, jolloin pitkäaikaishoidon tarve laitoksissa vähenee. Kotihoidon palvelujen avulla tuetaan sairaalasta kotiutumista ja turvataan kotiutumisen jälkeinen jatkohoito. (Ikonen & Julkunen 2007, 14-16.)

Lähes puolet kotihoidon asiakkaista on 75- 84-vuotiaita. Säännöllisen kotihoidon asiakkaina on enemmän naisia kuin miehiä. (STAKES 2007, 18.) STAKES:n suorittaman kotihoidon laskennan mukaan (2007) säännöllisen kotihoidon piirissä, marraskuussa 2007, oli yhteensä 80 230 asiakasta. Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon asiakkaista valtaosa (73,3 %) oli 75- vuotta täyttäneitä.

Koti on ihmiselle hyvin henkilökohtainen paikka, missä pätevät ihmisen omat säännöt ja arvot. Erityisesti ikääntyneelle toimintakyvyn alentuminen asettaa rajoitteita, jolloin ikääntynyt voi kokea turvattomuuden tunteita ja elämänhallinnan menettämisen pelkoa. Siksi monille ikääntyneille on tärkeää saada asua kotonaan niin pitkään kuin se vain on mahdollista. Kotonaan ikääntynyt voi kokea olonsa turvalliseksi, kun tuttu ympäristö, tutut esineet ovat lähellä. Kotona, tutussa ympäristössä ikääntynyt voi kotihoidon palvelujen turvin viettää itsenäisempää ja laadukasta elämää, verrattaessa laitosasumiseen, jolloin myös ikääntyneen itsemääräämisoikeutta tuetaan.

4.4 Hyvinvointiteknologia

Hyvinvointiteknologia on tärkeä osa hyvinvointipalveluita. Hyvinvointiteknologia on ihmisläheistä teknologiaa. Sillä tarkoitetaan erilaisia ratkaisuja, joilla ylläpidetään tai parannetaan ihmisen elämänlaatua, hyvinvointia tai terveyttä. Hyvinvointiteknologiassa sovelletaan tekniikan eri osa-alueita, kuten elektroniikkaa, materiaalitekniikkaa, automaatiota tai tuotantotekniikkaa. Lisäksi siihen kuuluu oleellisesti myös muita aloja, kuten kuntoutus, terveys- ja hoitotieteitä. (Jyväskylän ammattikorkeakoulu 2004.)

Hyvinvointiteknologialla pyritään vaikuttamaan ihmisten hyvinvointiin sekä palveluiden parantamiseen, erityisesti ikääntyvän väestön tarpeita ajatellen. Parhaimmillaan teknologian ja hyvinvoinnin innovatiivinen yhdistäminen tuottaa omatoimisuutta ja itsehoidon mahdollistavia innovaatioita, joilla selviydytään kotihoidossa entistä pidempään huolimatta heikentyvästä

terveydestä. (Kuusivaara 2006, 15.) Hyvinvointiteknologialla pyritään palvelemaan hyvinvoinnin edistämistä, sairauksien ennaltaehkäisyä ja hoitoa. Tietotekniikka muuttaa palvelurakenteita, mahdollistaen muun muassa etäpalvelujen käytön. (Nygård ym. 2007, 8.) Teknologiaavusteisia asumissovelluksia senioreille- hankkeessa toteutetut pilotit osoittavat, että teknologian avulla voidaan lisätä ikääntyneiden sosiaalisia kontakteja, luoda turvallisuuden tunnetta ja siten rikastuttaa ikääntyneiden elämää (Aro ym. 2008).

Hyvinvointiteknologia tulee tulevaisuudessa kehittymään niin, että palvelujen painopiste voidaan siirtää laitoshoidosta avohoitoon ja siten kotiin. Monitoroinnin ja langattoman tiedonsiirron kehittyminen mahdollistaa siirtymisen palveluperustaisesta hoidosta oma- ja itsehoitoon, kuten verensokerin omaseurantaan kotona. (Kuusivaara 2006, 16.)

Erityisesti ikääntyneille ja heidän tarpeitaan palvelemaan suunniteltua teknologiaa kutsutaan geronteknologiaksi. Sillä tarkoitetaan sellaista teknologista tutkimusta ja kehittämistä, missä yhdistyvät gerontologia sekä tekninen tutkimus ja osaaminen. Geronteknologialla pyritään ehkäisemään iän mukanaan tuomaa toimintakyvyn heikkenemistä kehittämällä eritasoisia apuvälineitä, teknisiä laitteita, ikääntyvien tarpeita palvelemaan. (International Society for Gerontechnology.)

HyvinvointiTV:n avulla voidaan tuoda ikääntyville ja heidän läheisilleen suunnatut palvelut kotiin television välityksellä. Tämän mahdollistamiseksi asiakas tarvitsee kotiinsa nopean laajakaistayhteyden, television ja pienen kameran. (KOTIIN-hanke.) Ohjelmien valinta kotona tapahtuu televisioon liitettävän kosketusnäytön avulla. Televisioruudulla osallistuja näkee sekä ohjaajan että muut osallistujat. Kanava toimii kaksisuuntaisesti ja reaaliaikaisesti, mikä mahdollistaa keskustelun sekä ohjelman tuottajan kanssa että muiden lähetystä seuraavien henkilöiden välillä. Reaaliaikainen kuvallinen yhteys tarjoaa mahdollisuuden osallistujille jäädä keskustelemaan keskenään ohjelman päätyttyä. HyvinvointiTV mahdollistaa laajan palvelukokonaisuuden, sillä sen avulla voidaan tuottaa monipuolista materiaalia. Keskeisenä tavoitteena on aina ikääntyneen hyvinvoinnin tukeminen ja edistäminen. (KOTIIN-hanke, Lehto 2008.)

4.5 Hoitotyön dokumentointi

Hoitotyön dokumenteilla tarkoitetaan kaikkia niitä potilasaisakirjoja jotka liittyvät potilaan hoitoon, hoidontoteuttamiseen ja arviointiin. Hoitotyön dokumenteiksi luetaan kaikki potilasasiakirjat, ovat ne sitten teknisiä tallenteita, paperitulosteita, käsintehtyjä asiakirjoja tai erilaisia kortistoja. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001.) Keskeistä hoitotyön dokumentoinnissa on kirjata havaintoja kokonaisvaltaisesti, ottaen huomioon asiakkaan henkinen, fyysinen,

sosiaalinen ja toiminnallinen vointi. Hoitotyön kirjaamisella, joka pohjautuu hoitosuunnitelmaan, luodaan edellytykset potilaan hoidon etenemiselle ja jatkuvuudelle. (Hallila 2005, 56-57.)

Hoitotyön dokumenttien tarkoituksena on potilaan hoidon suunnittelun ja toteutuksen sekä hoidon jatkuvuuden edistäminen. Dokumenteista tulee ilmetä niiden käyttötarkoituksen liittyen tarpeelliseksi katsotut tiedot, kuten potilaan hoidon järjestämiseen, suunnitteluun, toteuttamiseen ja seurantaan ja niiden turvaamiseen tarvittavat tiedot. Hoitotyön kirjaamista säätelevät muun muassa laki potilaan asemasta ja oikeuksista, laki terveyden huollon ammattihenkilöistä ja henkilötietolaki. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001.)

Vaatimuksia ja haasteita hoidon dokumentoinnille asettavat muun muassa terveysongelmien monimuotoisuus, hoitoaikojen lyheneminen sekä käytettävissä olevan tiedon määrän lisääntyminen (Sairaanhoitaja liitto 2007, 89-91). Hoitotyön dokumentoinnissa lähtökohtana on edistää laadukasta hoitoa ja saada hoitamisen sisältö hyvin esille. Tärkeä osa dokumentointia on turvata sekä potilaan että hoitajan oikeudet (Sairaanhoitajaliitto 2007, 92).

Hoito- ja palvelusuunnitelman laadinta on tärkeintä kotihoidon dokumentoinnissa. Kotihoidossa tietoja dokumentoidaan myös kotihoitokansioihin, viestivihkoihin ja elektronisiin järjestelmiin, kuten RAI-järjestelmään. (Ikonen & Julkunen 2007, 116-117.)

4.6 RAI-järjestelmä

RAI on lyhenne sanoista Resident Assessment Instrument. RAI-järjestelmä on hoidon ja palvelujen laadun parantamisjärjestelmä, joka sopii monentyyppisten potilas- ja asiakasryhmien tarpeisiin eri palvelumuodoissa. (Finne-Soveri ym. 2006, 24.) RAI koostuu kolmesta osaluueesta, jotka ovat kysymyslomake, hoitosuunnitelman apuvälinelista ja käsikirja (Finne-Soveri ym. 2006, 27). Maailmanlaajuinen huoli vanhusten laitoshoidon sisällöstä ja laadusta aikaansai prosessin, jonka tuloksena laitoshoidon sisällön työkaluksi laadittiin RAI (Finne-Soveri 1998). Suomessa käytössä oleva Kotihoidon RAI on kehitetty 1990 luvun alussa.

RAI koostuu MDS-HC (Minimun Data Set for Home Care) kysymyssarjasta, kotihoidon käsikirjasta ja CAPs-järjestelmästä (Client Assessment Protocols). Kotihoidossa RAI-järjestelmää käytetään asiakkaiden arviointiin sekä hoidon ja palvelujen suunnitteluun sekä seurantaan. RAI-järjestelmän avulla pystytään keskittämään työskentely ja toiminta yksilön tarpeisiin perustuen. (Finne-Soveri ym. 2006, 25-29.)

RAI-järjestelmään kuuluva MDS-kysymyssarja koostu 18:sta kategoriasta, jotka sisältävät ennalta määritellyt numeraaliset koodit koskien fyysisiä, psyykkisiä ja psykososiaalisia toimintoja. MDS-kysymyssarjan avulla pystytään kartoittamaan asiakkaan toimintakykyä fyysisen, psyykkisen, älyllisen sekä sosiaalisen toiminnan alueilta, huomioiden mahdolliset toiminnan vajavuudet. (Finne-Soveri ym. 2006.)

MDS-kysymyssarja on standardoitu mahdollisimman yksiselitteiseksi, jolloin se mahdollistaa vertailun yksilön itsensä suhteen, mutta myös kuntien tai muiden eri yksikköjen suhteen. MDS-kysymyssarja toimii perustana hoidon ja palveluiden päämäärien tukena. Lisäksi kysymyssarjan pohjalta voidaan laatia monipuolisia mittareita eri käyttötarkoituksiin. (Finne-Soveri ym. 2006, 25.)

Asiakkaan moniulotteinen arviointi on perusta yksilölliselle hoidolle ja sen tärkeys korostuu erityisesti ikääntyneiden hoidossa, jolloin oireiden vaikeus ja usein esiintyvät kognitiiviset ongelmat asettavat haasteita hoitotyölle (Hansebo ym. 1998). MDS-kysymyssarjassa arviointi perustuu numeraalisiin koodeihin. Jokainen koodi vastaa tiettyä ennalta määritellyä, osaluueeseen liittyvää asian ilmaantuvuutta tekstimuodossa. Mitä suurempi arvo on, sitä enemmän asiassa on kehitettävää. (Finne-Soveri ym. 2006.)

Kotihoidossa asiakkaan arvioinnin tekee hoitotyöntekijöistä asiakkaan parhaiten tunteva hoitaja. Tietoa asiakkaasta kerätään muun muassa havainnoimalla asiakasta ja hänen läheisiään sekä kysymällä asiakkaalta ja hänen läheisiltään. Lisäksi tiedonkeruun apuna käytetään erilaisia asiakasta koskevia dokumentteja. Arviointi suoritetaan asiakkuuden alkaessa, sovituin määräajoin sekä asiakkaan terveydentilan merkittävästi muuttuessa. (Finne-Soveri ym. 2006,31.)

5 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄLLISET RATKAISUT

5.1 Kvalitatiivinen tutkimus

Heikkilän (2004) mukaan tutkimuksellinen lähestymistapa voi olla kvantitatiivinen tai kvalitatiivinen. Tutkimuksen tarkoitus määrittelee tutkimuksellisen lähestymistavan valinnan eli sen, onko tutkimus määrällinen vai laadullinen tai niitä molempia (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006).

Laadullisessa tutkimuksessa tarkastellaan ilmiöitä ja niiden merkityksiä kuvaamalla todellista elämää, ajatuksena todellisuuden moninaisuus. Tavoitteena on tutkia kohdetta kokonaisvaltaisesti, ottaen huomioon inhimillisen elämän monimuotoisuus. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara

2003, 151-152.) Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tarkoituksena on totuuden löytämisen sijaan tuoda ilmi tutkimisen aikana muodostuneita tulkintoja tutkimuksen kohteesta. (Vilkkä 2005, 98.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen tutkimusmetodeina voidaan käyttää muun muassa kyselyä, haastattelua, osallistuvaa havainnointia, tarkkailua ja valmiita aineistoja, kuten dokumentteja ja elämänkertoja. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2003, 178- 205, Aaltola & Valli 2001.) Tähän opinnäytetyöhön tutkimusaineistoksi valittiin RAI-järjestelmän MDS-kysymyssarja. MDS-kysymyssarjan luonne mahdollistaa laadullisen tutkimusmetodin käytön, sillä siinä sisältö tuottaa laadullista, tekstimuotoista sisältöä.

5.2 Kohderyhmä

Tutkimushenkilöiksi valittiin Vantaan kotihoidon asiakkaita 20 (N=20) henkilöä, joilla on kotonaan HyvinvointiTV käytössään ja jotka olivat mukana KOTIIN-hankkeessa. Tutkimushenkilöiden valinta suoritettiin käyttämällä satunnaisotantaa. Ensimmäiset kohderyhmään kuuluvat henkilöt olivat saaneet HyvinvointiTV:n kotiinsa KOTIIN-hankkeen pilottilähetysten alettua keväällä 2006. Varsinaiset HyvinvointiTV- lähetykset aloitettiin tammikuussa 2007. Tutkimuksen kohteena oli tutkimushenkilöistä laaditut kotihoidon dokumentit. Dokumentteina käytettiin RAI-järjestelmän MDS-kysymyssarjaa.

5.3 Aineiston keruu

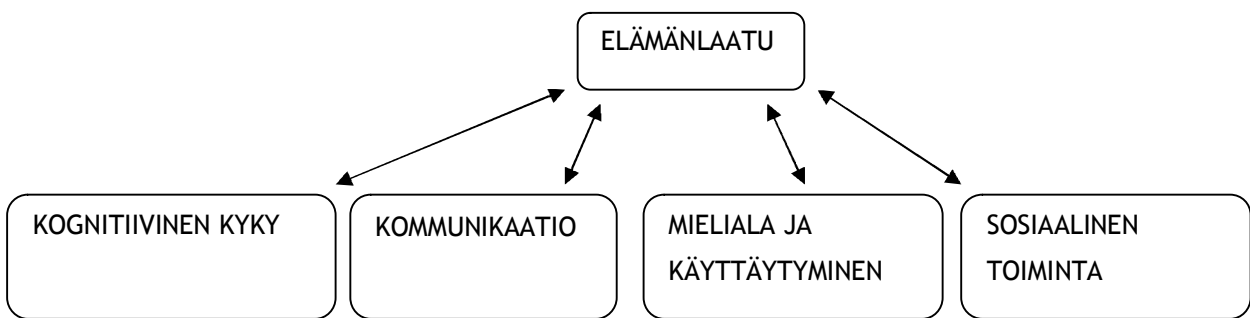
Tutkimusaineisto kerättiin kotihoidon tietojärjestelmistä. Aineiston keruussa keskityttiin RAI-järjestelmään ja siihen kuuluvaan MDS-kysymyssarjaan. Aineiston keruu suoritettiin ajanjaksoilta, jolloin kohderyhmän henkilöillä ei ollut vielä HyvinvointiTV:tä sekä ajalta, jolloin heillä oli ollut HyvinvointiTV kotonaan. Aineiston keruu tarkentui niihin kotihoidon dokumentointeihin, jotka oli kirjattu syksyiltä 2006 ennen KOTIIN-hankkeen alkamista sekä syksyiltä 2007, jolloin hanke oli ollut käynnissä noin puolen vuoden ajan.

Tässä opinnäytetyössä elämänlaatua kuvaamaan on valittu osa Vantaan kotihoidon käyttämän RAI-järjestelmän MDS-kysymyssarjan kategorioista, jotka kuvaavat elämänlaatua. Tässä opinnäytetyössä MDS-kysymyssarjasta nostetaan esiin kategorioita kuvaavat numeraaliset koodit, joista jokainen vastaa tiettyä, MDS-kysymyssarjassa ennalta määriteltyä, sanallista sisältöä (liite 3).

RAI-järjestelmän MDS-kysymyssarjassa mitataan muun muassa älyllistä toimintakykyä, mielialaa sekä sosiaalista toimintaa (Finne- Soveri ym. 2006). HyvinvointiTV:n voidaan olettaa

myös edistävän elämänlaatua psykososiaalisten ulottuvuuksien osalta, monipuolisen, osallistavan ohjelmatarjonnan ja palveluiden myötä. HyvinvointiTV mahdollistaa myös sosiaalisten suhteiden luomisen ja niiden ylläpitämisen. Virikkeellinen ja osallistava ympäristö ylläpitää kognitiota ja lisää mielenvirkeyttä.

RAI-järjestelmän MDS-kysymyssarja kotihoitoa varten sisältää kokonaisuudessaan taulukon (liite 2) esittämät kategoriat. MDS-kysymyssarjasta on valittu tähän opinnäytetyöhön neljä kategoriaa. Valitut kategoriat kuvaavat kognitiivista kykyä, kommunikaatiota, mielialaa ja käyttäytymistä sekä sosiaalista toimintaa ja ne ovat merkittäviä tekijöitä ikääntyneen elämänlaatua ajatellen. (Kuvio 1. Vrt. Finne-Soveri 2006.)



Kuvio 1. Elämänlaatua kuvaavat kategoriat

MDS-kysymyssarjasta tarkastellaan kotihoidon hoitotyöntekijöiden tekemiä merkintöjä. Merkinnoistä huomioidaan asiakkaan sukupuoli, asiakkuuden syy, asuinkumppanin ja aikaisemman pitkäaikaishoidon tarve. Nämä osiot on valittu kuvaamaan tutkimushenkilöitä. Lisäksi MDS-kysymyssarjan kategorioista tarkastellaan päivittäisiin päätöksiin liittyvien kognitiivisten taitojen sujuvuutta, mahdollisia äkillisen sekavuuden merkkejä, ymmärretyksi tulemista ja kykyä ymmärtää muita. Mielialan ja käyttäytymisen osalta tarkastellaan ahdistuksen, masennuksen tai surullisuuden merkkejä. Sosiaalisen toiminnan osalta tarkastellaan muutoksia sosiaalisessa osallistumisessa sekä eristymisessä. Näistä kategorioista nousseiden sisältöjen pohjalta kuvataan elämänlaadun edistymistä yleisesti, joiden perusteella voidaan tehdä olettamuksia siitä, miten HyvinvointiTV osaltaan on edistänyt ikääntyneiden elämänlaatua.

5.4 Analyysimenetelmä

Laadullisen aineiston analysoinnin tarkoituksena on pelkistää aineistoa ymmärrettävämpään muotoon, ja samalla tuottaa tai varmentaa uutta tietoa tutkittavasta asiasta. Päämääränä on aineiston tiivistäminen, kadottamatta sisällöllistä merkitystä. (Eskola & Suoranta 2000, 137.)

Hoitotieteellisessä tutkimuksessa käytetään paljon sisällönanalyysia tutkimusaineiston analyysimenetelmänä. Sisällönanalyysia kutsutaan myös dokumenttien analyysimenetelmäksi. Dokumentti on aina tuote, joka on syntynyt inhimillisen toiminnan ja käyttäytymisen tuloksena ja siksi sisällönanalyysista voidaan käyttää nimitystä dokumenttien analyysimenetelmä. (Kyngäs & Vanhanen 1999.) RAI-järjestelmän MDS-kysymyssarjan analyysimenetelmäksi on valittu dokumenttien analyysimenetelmä. Tällä tavoin analyysissa ei tapahdu tulkintaa, sillä kategoriat tekstimuotoisine sisältöineen ovat valmiina MDS-kysymyssarjassa.

Sisällönanalyysin ensimmäinen vaihe on analyysiyksikön määrittäminen (Kyngäs & Vanhanen 1999). Analyysiyksikköinä tässä opinnäytetyössä toimivat MDS-kysymyssarjaan ennalta määritellyt numeraaliset koodit (liite 3). Berelson (1952) määrittelee sisällön analyysin tieteelliseksi menetelmäksi ja tutkimustekniikaksi, jossa objektiivista, systemaattista ja määrällistä aineistoa voidaan kuvailla. Teschin (1990) mukaan laadullisesta sisällönanalyysista on kyse silloin kun halutaan kuvata tutkittavaa ilmiötä. Laadullinen sisällönanalyysi ei etene enää, kun on saavutettu tieto, kuinka monta kertaa jokin asia ilmenee aineistossa. (Kyngäs & Vanhanen 1999).

Sisällönanalyysilla tarkoitetaan kerätyn aineiston tiivistämistä niin, että ilmiöiden kuvaaminen ja selittäminen saadaan selkeämpinä esille (Janhonen & Nikkonen 2001, 23). Sisällönanalyysillä tarkoitetaan menetelmää, jonka avulla voidaan analysoida ja tehdä havaintoja tutkimusaineistoista. Sisällönanalyysin keinoin voidaan tarkastella asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. Olennaista on erotella aineistosta samanlaisuudet ja eroavaisuudet (Janhonen & Nikkonen 2003, 21-23.)

Sisällön analyysia voidaan lähestyä joko induktiivisesti tai deduktiivisesti. Induktiivinen analyysi tehdään lähtien aineistosta. Deduktiivisessa analyysissa analyysia ohjaa luokittelurunko, joka perustuu aikaisempaan tietoon. (Kyngäs & Vanhanen 1999.) Tässä opinnäytetyössä aineistoa tarkastellaan deduktiivisella lähestymistavalla. Deduktiivinen lähestymistapa pohjautuu jo olemassa olevan tiedon, tietorakenteen tai teorian uudelleen varmentamisessa. Deduktiivista lähestymistapaa käytetään tutkimuksessa, jonka lähtökohtana on aikaisemmin tutkittu tieto ja, jonka todellisuus halutaan varmentaa. Tässä lähestymistavassa johtopäätökset tapahtuvat yleisestä yksityiseen. Deduktiivisen lähestymistapaan perustuva tutkimus varmentaa ja täsmentää aikaisemmin tutkittua tietoa. (Lauri & Elomaa 1999, 77.) Deduktiivisessa sisällönanalyysissa voidaan käyttää valmista viitekehystä, käsittekarttaa tai mallia. Tässä opinnäytetyössä RAI-järjestelmän MDS-kysymyssarjan kattamat alueet toimivat aineiston analyysirunkona (liite 2).

Teoksessa Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä (2001) viitataan Veikko Pietilän teokseen Sisällön erittely (1973). Pietilän mukaan sisällön erittelyä voidaan käyttää doku-

menttjoukon sisällön kuvaamiseen tai päätelmien tekemiseen dokumenttien sisällön perusteella, jolloin dokumenttien sisällön selittäminen tapahtuu muiden ilmiöiden avulla tai ilmiötä selitetään dokumenttien avulla.

RAI-järjestelmän MDS-kysymyssarjasta kerätty aineisto käytiin läpi ja siitä nostettiin esiin ennalta valitut kategoriat. Ne syötettiin Excel-tilukkolaskentaohjelmaan kategoriayksiköittäin helpottamaan aineiston sisällön kuvaamista ja analysointia. Osa kategorioista sisälsi yhden tai useampia alaluokkia. Excel-tilukkolaskentaohjelmaan syötettiin jokaisesta kohdeyhmän henkilöstä tehdyn MDS-kysymyssarjaan tehdyt merkinnät. Numeraaliset koodit, jotka kuvaavat elämänlaadullista sisältöä sekä tutkimushenkilöitä, syötettiin kunkin kategoriayksikön alle ja niiden tulkinta tapahtui kategorioittain. (Syrjälä ym. 1994.) Kategoriayksiköitä selittävien koodien pohjalta kuvattiin ikääntyneiden elämänlaadun edistymistä jokaista numeraalista koodia vastaavan sanallisen sisällön perusteella. Excel-tilukon numeraaliset koodit kuvastavat elämänlaadullista tekstimuotoista sisältöä, joka analysoitiin laadullisella sisällönanalyysillä (liite 3).

6 TULOKSET

Tutkimusryhmään kuului sekä miehiä että naisia. Naisia tutkimusryhmästä oli 12 ja miehiä kahdeksan. Ikäjakama vaihteli siten, että nuorin henkilö oli 64-vuotias ja vanhin 97-vuotias. Keskiarvoltaan tutkimushenkilöiden ikä on 83 vuotta. Henkilöistä 11 oli leskiä, yksi oli naimisissa, yksi naimaton ja yksi oli eronnut. Kuuden henkilön kohdalta puuttui merkintä siviilisäädystä.

Tutkimushenkilöistä suurin osa eli yhdeksän henkilöä oli tullut kotihoiton asiakkaaksi pitkäaikaisen kotisairaanhoidon tai kotipalvelun tarpeen, lisähoidon ja/tai palvelujen tarpeen arvioinnin vuoksi. Neljällä tutkimushenkilöistä kotihoiton asiakkuuden syynä oli kotiutuminen sairaalasta. Yhdellä tutkimushenkilöllä kotihoiton asiakkuuden syyksi oli valittu MDS-kysymyssarjasta vaihtoehto muu asiakkuuden syy.

Tutkimushenkilöistä kaksi oli sairastanut aivohalvauksen ja vain yhdellä henkilöllä oli diagnosoitu Alzheimerintauti. Muilla tutkimushenkilöillä ei ollut diagnoosia Alzheimerintaudista tai muusta demenciasairaudesta eikä aivohalvauksesta. Yksi tutkimushenkilöistä sairasti Parkinsonintautia. Diagnosoidut sairaudet on nostettu esiin siksi, että aivoja rappeuttavat sairaudet haittaavat kognitiota ja siten vaikuttavat myös sosiaaliseen kanssakäymiseen ja ilmaisukykyyn.

Dementiasairauksiin liittyy olennaisesti muistin heikkenemisen ja puheen tuottamisen ja ymmärtämisen vaikeuden lisäksi abstraktin ajattelun vaikeutuminen, eli esimerkiksi vertauskivi-

en ja sananlaskujen ymmärtäminen vaikeutuu (Alzheimer-keskusliitto 2007). Dementiasaira-
uksiin liittyy yleisesti myös masennusta ja ahdistusta, kuten myös parkinsonintautiin.

Muistihäiriöiden ennaltaehkäisyyn hyviä keinoja monipuolisen ja terveellisen ravinnon ja lii-
kunnan ohella ovat muun muassa sosiaalisen verkoston ylläpito ja aivojen käyttäminen esi-
merkiksi muistitehtävien avulla (Alzheimer-keskusliitto 2007). HyvinvointiTV:n lähetystarjonta
kattaa monipuolisesti ohjelmia jotka osaltaan tukevat dementiasairauksien ennaltaehkäisyä,
kuten ravitsemus- ja elämäntapa neuvontaa ja liikunta ohjelmia.

Kroonisten sairauksien vaikeusasteella on todettu olevan merkitystä yksilön sosiaalisiin suhteisiin
ja sosiaalisen verkoston niukkuuteen. Ongelmallisten tai vähäisten ihmissuhteiden ja sosi-
aalisen tuen vähyyden seurauksena ikääntynyt saattaa kokea enemmän ja mahdollisesti voi-
makkaammin sairauden oireita. Ikääntyneen kognitiivisen toimintakyvyn olennaisena edelly-
tyksenä on yksilön psyykkinen terveys. (Lyyra ym. 2007, 73, 107.)

Valtaosa tutkimushenkilöistä asui yksin. Kaksi heistä asui puolisonsa kanssa ja yksi henkilö asui
muun kuin puolisonsa tai lapsensa kanssa. Kuudella tutkimushenkilöllä ei ollut asuinkump-
panista merkintää lainkaan.

6.1 Kognitiivinen kyky

Kognitiivisen kyvyn heikkeneminen johtaa lisääntyneeseen avun- ja palvelutarpeeseen (Finne-
Soveri ym. 2006, 63). Yksilön kyvyn tehdä itsenäisiä päätöksiä ja ratkaisuja johdonmukaisesti
ja turvallisesti voidaan olettaa olevan tärkeä elämänlaatuun vaikuttava tekijä, sillä se lisää
yksilön itsenäisyyttä ja vahvistaa itsemääräämisoikeutta. Kognitiivisen toimintakyvyn heikke-
neminen on suuri ongelma hoivakodeissa ja muissa vanhusten hoitolaitoksissa. Kognitiivisen
toimintakyvyn heikkeneminen vaikuttaa kaikkeen ikääntyneen toimintaan, jolloin hoitohenki-
lökunnan tehtävänä on tukea ja ylläpitää jäljellä olevaa toimintakykyä. (Carnevali & Enloe
1986, Brown 1988, Sandman & Wallblom 1996.)

MDS-kysymyssarjassa kognitiivista kykyä arvioidaan päivittäisiin päätöksiin liittyvillä kognitiivi-
silla taidoilla sekä sekavuuden merkeillä. Ennen HyvinvointiTV:n saantia yli puolet, eli 11
henkilöä kohderyhmästä kykeni itsenäiseen päätöksenteko kykyyn, ratkaisemalla johdonmu-
kaisesti, järkevästi ja turvallisesti päivittäiseen elämään liittyviä asioita. Neljällä henkilöllä
oli useimmiten vähän vaikeuksia itsenäisessä päätöksenteko kyvyssä, puhuttaessa ainoastaan
uusista tilanteista.

HyvinvointiTV:n oltua asiakkailla noin puoli vuotta ilmeni, että puolet eli kymmenen kohderyhmän henkilöistä kykeni itsenäiseen päätöksentekoon. Kuudella henkilöllä itsenäisessä päätöksenteko kyvyssä oli useimmiten vähän vaikeuksia, puhuttaessa ainoastaan uusista tilanteista. Ainoastaan yhden kohderyhmän henkilön kohdalla oli arvioitu, että päätöksentekokyky oli huonontunut edellisestä arvioinnista. Kenelläkään kohderyhmän henkilöistä ei esiintynyt merkkejä äkillisestä sekavuudesta missään vaiheessa.

6.2 Kommunikaatio

MDS-kysymyssarjan osiossa kommunikaatio/kuulo mitataan ikääntyneen ilmaisu- ja käsityskykyä. Valtaosa (14) kohderyhmän henkilöistä ilmaisee asiat vaikeuksitta ja tulee ymmärretyksi. Vain yhdellä henkilöllä oli ajoittaisia vaikeuksia löytää sanoja tai viedä ajatukset loppuun. Käsityskykyä mittaavassa osiossa arvioitiin ymmärtääkö ikääntynyt sanallisesti välitettyä tietoa. Kymmenellä eli puolella kohderyhmän henkilöistä ei ollut vaikeuksia käsityskyvyssä. Viisi henkilöistä ymmärsi yleensä; viestin jokin osa/ tarkoitus saattoi jäädä ymmärtämättä.

HyvinvointiTV:n oltua asiakkailla ilmeni, että 15:sta kohderyhmän henkilöistä ilmaisi asiat vaikeuksitta ja tulivat ymmärretyksi. Kahdella henkilöllä ilmeni ajoittaisia vaikeuksia ymmärretyksi tulemisessa. Käsityskykyä mittaavassa osiossa 11 henkilöä ymmärsi selvästi sanallisesti välitettyä tietoa. Kuusi kohderyhmän henkilöistä ymmärsi yleensä sanallisesti välitettyä tietoa.

6.3 Mieliala ja käyttäytyminen

Mieliala on merkittävästi elämänlaatuun vaikuttava tekijä. Masennuksen tiedetään olevan yhteyksissä moniin ikääntyvillä esiintyviin sairauksiin kuten dementiaan, parkinsonintautiin ja krooniseen kipuun. Hoitamattomana masennus laskee toimintakykyä tai voi lamauttaa sen täysin. (Finne- Soveri ym. 2006,75.) Surun kokemus on yksilöllinen ja sen kohtaaminen ja käsitteleminen vaihtelevat tilanne- ja yksilökohtaisesti (Heiskanen ym. 2007, 68-73).

MDS-kysymyssarjan osiossa mieliala ja käyttäytyminen arvioidaan masennuksen, ahdistuksen ja/tai surullisuuden merkkejä. Kahdeksalla kohderyhmän henkilöllä ei ollut viitteitä edellä mainituista oireista. Seitsemällä henkilöllä oli viitteitä masennuksen, ahdistuksen ja surullisuuden merkeistä, jotka ilmenivät terveyteen liittyvinä toistuvina valituksina ja/tai surullisuuden tai masennuksen tunteena. Ainoastaan yhdellä henkilöllä ilmeni toistuvia ahdistukseen tai huomion tarpeeseen viittaavia valituksia.

HyvinvointiTV:n oltua asiakkailla ilmeni, että yli puolella eli 11:sta kohderyhmän henkilöistä ei ilmennyt viitteitä masennuksesta, ahdistuksesta tai surullisuudesta. Neljällä henkilöllä ilmeni toistuvia terveyteen liittyviä valituksia. Kaksi henkilöistä ilmaisi surullisuuden tai masennuksen tunteita ja näistä henkilöistä toinen ilmaisi myös murheellisuutta, kivuliaisuutta ja/tai huolestuneisuutta kasvojen ilmeistä päätellen. Yhdellä henkilöllä ilmeni toistuvaa itkeskelyä ja/tai kyynelehtimistä ja yhden henkilön kohdalla sosiaalinen kanssakäyminen oli vähentynyt.

6.4 Sosiaalinen toiminta

Suomessa on arvioitu olevan jopa satoja tuhansia yksinäisiä vanhuksia. Muun muassa iän mukanaan tuovat menetykset aiheuttavat yksinäisyyttä ja iän mukanaan tuomat fyysiset muutokset ja rajoitteet kaventavat sosiaalisia suhteita. (Heiskanen ym. 2007, 61-63.) Myös yksinäisyys itsessään ja yksinäisyyden kokemus heikentävät monen ikäihmisen elämänlaatua (STAKES 2007, 43).

Sosiaalinen verkosto ja sosiaaliset suhteet voivat edistää terveyttä ja suojata riskitekijöiltä. Sosiaaliset suhteet ja esimerkiksi vertaistuki auttavat selviytymään muun muassa menetyksistä, sairauksista ja toimintakyvyn heikkenemisestä, jotka liittyvät ikääntymiseen. Sosiaalinen verkosto edistää psyykkistä hyvinvointia ja vähentää muun muassa masentuneisuuden ja eristyneisyyden riskiä. (Lyyra ym. 2007, 70-73.)

MDS-kysymyssarjan osiossa sosiaalinen toiminta arvioidaan ikääntyneen osallistumisesta ja mahdollista eristymistä, sekä ikääntyneen subjektiivista kokemusta yksinäisyydestä. Kaikki kohderyhmän henkilöt seurustelivat luontevasti muiden kanssa ja viettivät mielellään aikaa muiden kanssa. Ainoastaan yksi henkilö oli ilmaissut avoimesti ristiriitaa tai vihaa ystävien tai perheen suhteen.

Eristymistä mittaavassa osiossa arvioitiin, miten kauan asiakas on yksin päivän mittaan. Viisi kohderyhmän henkilöistä oli pidemmän ajanjakson, esimerkiksi koko aamupäivän, yksinään. Valta osa, eli yhdeksän henkilöä oli yksin kokoajan. Ainoastaan yksi kohderyhmän henkilöistä ei joutunut viettämään päivän mittaan aikaa yksinään juuri lainkaan. Puolet kohderyhmän henkilöistä ei ilmaisseet tai viittaneet tuntevansa itseään yksinäiseksi. Viisi henkilöä oli ilmaissut tuntevansa itsensä yksinäiseksi.

HyvinvointiTV:n oltua asiakkailla ilmeni, että kaikki kohderyhmän henkilöt seurustelivat luontevasti muiden kanssa ja viettivät mielellään aikaa muiden seurassa. Ainoastaan yksi henkilö ilmaisi avoimesti ristiriitaa tai vihaa ystävien tai perheen suhteen. Kun arvioitiin ikääntyneen

eristymistä ja sitä miten kauan asiakas on yksin päivän mittaan, yhdeksän henkilöä vietti pidemmän ajanjakson yksinään. Seitsemän henkilöä oli kokoajan yksin. Yksi kohderyhmän henkilöistä ei joutunut viettämään aikaa yksinään juuri lainkaan. Kohderyhmän henkilöistä 12 eivät ilmaisseet tai viitanneet tuntevansa itseään yksinäiseksi ja viisi henkilöä ilmaisi yksinäisyyden tunteita.

Sosiaalisen toiminnan huomiointi on tärkeää, sillä HyvinvointiTV:n on todettu lisäävän sosiaalista kanssakäymistä ja sen kautta myös ikääntyneen elämänlaatua (Lehto 2008, Piirainen & Sarekoski 2008).

7 POHDINTA

Opinnäytetyöprosessi sai alkunsa KOTIIN-hankkeeseen mukaan tulemisen myötä. Koimme aiheen mielenkiintoiseksi, sillä hyvinvointiteknologia ja HyvinvointiTV tulevat olemaan merkittävässä asemassa tulevaisuuden hoitotyössä sekä hyvinvointipalveluiden kehittämisessä. Prosessin alkuvaiheessa mielenkiintoa lisäsi se, että olimme jo aikaisemmin suunnitelleet ja tuottaneet HyvinvointiTV- lähetyksiä. Sen myötä HyvinvointiTV oli jo entuudestaan tuttu ja siten myös kiinnostava valinta opinnäytetyön aiheeksi.

Aineistovalintamme osoittautui haasteelliseksi ja sen työstäminen vaativaksi, sillä alkuperäisesti suunniteltua aineistoa kotihoidon päivittäisistä dokumentoinneista ei ollut hyödynnettävissä tämän opinnäytetyön tarkoitusta ajatellen. Jälkikäteen ajatellen olisi ollut hyvä tutustua tarkemmin valittuun tutkimusaineistoon ennen aineiston keruuta. RAI-järjestelmän MDS-kysymyssarjan valinta tutkimusaineistoksi osoittautui haasteellisuudesta huolimatta hyväksi valinnaksi, sillä sen rakenne helpotti aiheen rajausta sekä sen käsittelyä. RAI-järjestelmän MDS-kysymyssarjan valmista, elämänlaatua kuvaavaa, tekstimuotoista sisältöä kuvattiin ja analysoitiin laadullisin menetelmin.

Elämänlaatu monitahoisena käsitteenä oli haasteellinen aihe, niin työn rajaamisen kuin tutkimuskykyysten asettamisen kannalta. Kvalitatiivinen lähestymistapa tutkimuksessa oli perusteltu valinta kuvaamaan elämänlaatua ilmiönä. Aineiston luonteen vuoksi sisällönanalyysiksi valikoitui deduktiivinen lähestymistapa.

Pitkän prosessin aikana olemme kehittäneet osaamistamme prosessikirjoittamisen ja tutkimuksen suorittamisen osalta. Tämän opinnäytetyön tulokset ovat hyödyllisiä, ajatellen HyvinvointiTV:n kehittämistä ja aiheeseen liittyvien jatkotutkimusten kannalta.

7.1 Eettiset tekijät

Koko opinnäytetyöprosessin ajan noudatettiin tiukasti salassapitovelvollisuutta ja toimittiin hyvän eettisen tavan mukaisesti. Opinnäytetyön suorittamista varten laadittiin tarvittavat lupahakemukset ja luvat hankittiin asiaan kuuluvalla tavalla. Tutkimuksen tekijät sitoutuivat vaitiolovelvollisuuteen hyvän eettisen toimintatavan vaatimalla tavalla. (Lehto 2008.)

Kotihoidon dokumentteja ei näytetty ulkopuolisille ja niitä säilytettiin koko opinnäytetyöprosessin ajan huolellisesti. Dokumenttien sisällöstä ei keskusteltu opinnäytetyöprosessiin kuulumattomien, ulkopuolisten tahojen tai muiden tutkimukseen kuulumattomien henkilöiden kanssa. Eettisten tekijöiden vuoksi kohderyhmä pidettiin anonyymina eikä heidän paljastettu missään tutkimuksen vaiheessa. Tutkimustulokset on esitetty sellaisinaan, eikä niitä ole muokattu tutkimuksen eduksi. Tulokset on esitetty todenmukaisesti ja selkeästi. Tutkimusaineisto on hävitetty asianmukaisesti tutkimuksen päätyttyä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006.)

7.2 Luotettavuus

Tutkimuksen reliabiliteetilla tarkoitetaan mittaustulosten luotettavuutta. Tuloksia voidaan pitää luotettavina muun muassa kahden tutkijan päätyessä samoihin tuloksiin ja johtopäätöksiin. Tutkimuksen luotettavuutta osoittaa myös pätevyys eli validius. Tämä tarkoittaa kvalitatiivisessa tutkimuksessa kuvausten ja siihen liitettyjen selitysten sekä niiden pohjalta tehtyjen tulkintojen yhteensopivuutta. Tarkka selostus tutkimuksen kulusta ja toteutuksesta lisää laadullisen tutkimuksen luotettavuutta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2003, 213-214.)

Laadullisessa aineistossa luotettavuus riippuu siitä, miten tulkinnan avulla löydetyt merkitykset vastaavat teoreettisia lähtökohtia. Laadullisen tiedon luotettavuus riippuu pitkälti tulkintojen validiteetista. Aineiston kohdalla, validiteetti tarkoittaa sen aitoutta. (Syrjälä ym. 1994,129.) Aineistonanalyysiprosessin luotettavuutta lisää se, että kaksi henkilöä on analysoinut yhteistyönä aineiston (Nieminen 1998).

Validiteettia heikentää muun muassa tutkimusaineiston ja tutkimuskysymysten yhteensopimattomuus, aineiston keruu ei onnistu odotetulla tavalla (Brink 1991). Tämän opinnäytetyön validiutta ja reliabiliteettia lisää RAI-järjestelmän MDS-kysymyssarjassa valmiina olevat kategoriat, jotka sellaisenaan toimivat analyysiprosessissa aineistoa kuvaavina sisältöinä. Näin analyysin tarkastelu tapahtuu objektiivisesti, eikä perustu tutkijoiden subjektiivisiin kokemuksiin tai näkemyksiin tutkittavasta asiasta. (Finne- Soveri 2006.)

Opinnäytetyön luotettavuutta lisäsi kohderyhmän satunnainen valinta tutkimukseen arpomalla. Arvonnan suorittaminen varmisti, että tutkimushenkilöt eivät valikoituneet tutkimuksen tarkoituksen edun mukaisesti. Luotettavuutta lisäsi pilotointi, joka suoritettiin ennen varsinaista tietojen keruuta ja analyysiä.

Tutkimuksessa aineistona käytetty RAI-järjestelmä on käytössä useissa eri maissa, jolloin sen käyttö on kansainvälisesti ja kansallisesti testattua (Finne-Soveri 1998). Ruotsissa suoritettussa tutkimuksessa (Hansebo ym. 1998) tutkittiin muun muassa hoitohenkilökunnan näkemyksiä RAI-järjestelmän käytöstä. Tutkimuksen mukaan valtaosa hoitohenkilökunnasta koki, että RAI/MDS:n avulla voidaan parantaa hoidon laatua monitahoisesti, parantaa hoitotyön dokumentointia ja lisätä moniammatillista yhteistyötä. RAI/MDS:n avulla voidaan kerätä tietoa potilaasta systemaattisemmin, jolloin hoidon tarvetta voidaan arvioida paremmin. Negatiivisina tekijöinä pidettiin arvioinnin yksityiskohtaisuutta, jonka vuoksi arviointi oli aikaa vievää. Kuitenkin arviointiin käytetty aika nähtiin vaivan arvoisena.

Luotettavuutta lisää tarkka aiheen rajaaminen ja tutkimusongelman ja sitä kautta tutkimuskysymysten laatiminen selkeiksi. Lisäksi opinnäytetyössä on pyritty lähteiden monipuoliseen hyödyntämiseen sekä lähdekritiikkiin.

RAI-järjestelmän MDS-kysymyssarja kuvaa elämänlaatuun vaikuttavia tekijöitä, mutta se ei suoranaisesti kerro, miten HyvinvointiTV on edistänyt ikääntyneen elämänlaatua. Tässä opinnäytetyössä voidaan olettaa, että HyvinvointiTV:n elämänlaadun edistäminen näkyy epäsuorasti myös MDS-kysymyssarjaan tehdyissä arvioinneissa. Luotettavuuteen vaikuttaa lisäksi se, kuinka perusteellisesti ja täsmällisesti (aikaväli, sisältö) hoitotyön tekijä on asiakasta arvioinut ja onko arvioinnin tehnyt sama henkilö kuin edellisellä arviointikerralla.

RAI-järjestelmän MDS-kysymyssarjan käyttö ei onnistunut kaikilta KOTIIN-hankkeessa mukana olevilta ja kohderyhmäksi arvotuilta henkilöiltä, sillä RAI-järjestelmään tehdyissä merkinnöissä ilmeni puutteita opinnäytetyön kannalta oleellisista asioista tai arviointeja ei ollut suoritettu säännöllisin väliajoin. Osalta tutkimusryhmän henkilöistä arviointi oli tehty ennen HyvinvointiTV:n saamista, mutta vertailu kohteeksi tarvittavaa arviointia ei ollut saatavilla tutkimuksen kannalta sopivalta ajanjaksolta. Lisäksi luotettavuutta heikentää tutkimushenkilöiden vähäinen määrä (N=20).

Arvioidessa asiakkaan subjektiivista kokemusta esimerkiksi yksinäisyydestä, on huomioitava myös hoitotyöntekijän ja asiakkaan vuorovaikutus- ja luottamussuhde. Asiakkaan kokema turvallisuuden ja luottamuksen tunne asiakas-hoitaja-suhteessa vaikuttaa oleellisesti siihen,

kuinka avoimesti ikääntynyt ilmaisee itseään. Lisäksi on otettava huomioon, että asiakkaan mieliala voi vaihdella päivittäin ja päivän mittaan.

7.3 Tulosten tarkastelu

RAI-järjestelmän MDS-kysymyssarjan kognitiivista kykyä ja kommunikaatiota mittaavien osioiden perusteella ei voitu havaita huomattavia muutoksia parempaan tai huonompaan suuntaan. HyvinvointiTV:n oltua asiakkailla kahden henkilön kohdalla kognitiivisissa ilmeni vaikeuksia itsenäisten päätöksiensä tekemisessä, puhuttaessa uusista tilanteista. Koska RAI-järjestelmän MDS-kysymyssarjassa kognitioon vaikuttavia tekijöitä ei tarkemmin selitetä, voidaan tuloksen olettaa osaltaan johtuvan asiakkaiden korkeasta iästä. Lisäksi useimmilla asiakkailla on erilaisia somaattisia sairauksia, jotka vaikuttavat muun muassa kognitiiviseen toimintakykyyn. Sairauksien lisäksi on huomioitava ikääntymisprosessin mukanaan tuomat muutokset, kuten muistin heikkeneminen.

Tulosten perusteella ja ottaen huomioon HyvinvointiTV:n ohjelmatarjonta, voidaan sen ajatella ylläpitävän sekä tukevan ikääntyneen kognitiota ja kommunikaatiokykyä. KOTIIN-hankkeessa tuotettu käsitteellinen malli HyvinvointiTV koettuna merkityksenä tukee myös osaltaan tämän tutkimuksen tuloksia (Lehto 2008).

Mieliala ja käyttäytyminen osiosta käy ilmi, että valtaosalla kohderyhmän henkilöistä mieliala oli kohonnut HyvinvointiTV:n oltua heidän käytössään. HyvinvointiTV:n tarjotessa mahdollisuuden virikkeelliseen toimintaan, vertaistukeen sekä sosiaaliseen kanssakäymiseen on ymmärrettävää, että masennuksen, ahdistuksen ja surullisuuden merkit olivat vähentyneet. Tutkimuksen tulosten perusteella voidaan olettaa, että HyvinvointiTV osaltaan edistää tai ylläpitää ikääntyvien elämänlaatua psykososiaalisilla ulottuvuuksilla.

Muutamalla kohderyhmän henkilöllä ilmeni negatiivisia mielenilmauksia, kuten masennusta tai surullisuutta. Nämä ovat ymmärrettävä luonnollisena osana ihmisen elämää, sillä suru ja alakuloisuus kuuluvat yhtäläillä elämään, kuten ilo ja tyytyväisyys (Heiskanen ym. 2007). RAI-järjestelmän MDS-kysymyssarjan rakenteen vuoksi merkinnöistä ei käy ilmi, mikä on aiheuttanut mielialan laskun.

MDS-kysymyssarjan merkintöjen mukaan niiden asiakkaiden määrä, jotka viettivät pidemmän ajan jakson yksinään, esimerkiksi koko aamupäivän, oli lisääntynyt. Kuitenkin yksinään koko ajan aikaansa viettävien henkilöiden määrä oli vähentynyt. Huolimatta siitä, että yksinolo ajallisesti oli lisääntynyt, sillä ei ollut vaikutusta yksinäisyyden kokemukseen.

Tutkimustulosten mukaan yksinäisyyden subjektiivisen kokemuksen määrä kohderyhmän henkilöiden keskuudessa oli lisääntynyt. Tätä tulosta ei voida kuitenkaan pitää luotettavana, sillä ennen HyvinvointiTV:tä arviointi oli suoritettu 15:sta kohderyhmän henkilön kohdalta ja HyvinvointiTV:n oltua asiakkailta arviointi oli tehty 17:sta asiakkaalta. Niiden kohderyhmän henkilöiden kohdalta joilla oli merkintä ennen HyvinvointiTV:tä ja sen oltua heillä, kävi ilmi, että valtaosa henkilöistä eivät ilmaisseet tai viitanneet tuntevansa itseään yksinäiseksi. Tutkimuksen aikana ei ollut tapahtunut muutosta yksinäisyyden subjektiivisen kokemuksen suhteen.

Sosiaalisen toiminnan osalta tuloksista käy ilmi, että osallistumisessa ei ole tapahtunut muutoksia. Kohderyhmän henkilöt olivat jo ennen HyvinvointiTV:n saamista sosiaalisesti aktiivisia. Tulosten perusteella HyvinvointiTV on mahdollistanut sosiaalisten suhteiden ylläpitämistä. Tähän tulokseen on HyvinvointiTV:n ohella voinut vaikuttaa useat seikat, kuten toimiva perheverkosto tai kotihoidon tuki.

7.4 Tulevaisuuden haasteet

Huomioiden väestökehitys, on iäkkääseen väestöön kohdistuvan ennaltaehkäisevän toiminnan kehittäminen avainasemassa. Hyvinvointitekniikan kehittäminen myös HyvinvointiTV:n osalta, edellyttää eri organisaatioiden ja toimijoiden yhteistyötä. Moniammatillisen yhteistyön keinoin voidaan luoda yhä toimivampia ja monipuolisempia innovaatioita. Lisäksi kehittämissä tulisi osallistaa ikääntyneitä, jotka toimivat palveluiden kohderyhmänä. Ikääntyneet on nähtävä omien tarpeidensa asiantuntijoina. Kotiin kohdistettavien palveluiden kehittämisen osalta, tulisi kehitysohjelmaan ottaa mukaan myös omaiset, sillä omaiset toimivat monissa tilanteissa ikääntyneen äänenä.

HyvinvointiTV:tä tulisi kehittää yhä yksilöllisemmäksi, huomioimalla jokaisen yksilölliset tarpeet ja toiveet. Jotta tarpeisiin voidaan asianmukaisesti vastata, on tehtävä tutkimusta Hyvinvointitekniikan ja HyvinvointiTV:n vaikuttavuudesta sekä kartoittaa kohderyhmän toiveita. Tulevaisuuden haasteena onkin HyvinvointiTV:n soveltaminen ja kehittäminen vastaamaan eri asiakasryhmien tarpeita. Siksi uusien ratkaisujen kehittäminen yhä yksilöllisemmiksi on tärkeää. Mitä toimivammiksi palvelut saadaan kehitettyä, sitä kustannustehokkaammaksi palvelut muodostuvat.

Jatkohaasteena HyvinvointiTV:n kehittämisen osalta, on tehtävä lisätutkimusta siitä, miten ja missä HyvinvointiTV:tä on mahdollista tulevaisuudessa hyödyntää. Tekniikan jatkuva kehitys luo mahdollisuuksia yhä monipuolisempien palveluiden kehittämiseksi. Ajatellen hyvinvointitekniikan ja myös HyvinvointiTV:n kehittämistä, olisi hyvä tutkia, miten RAI-järjestelmää ja sen kaltaisia mittareita voisi hyödyntää uusien innovaatioiden kehittämisessä.

Lisäksi jatkohasteena olisi tehdä tutkimusta HyvinvointiTv:n vaikuttavuudesta ja erityisesti sen kustannuksista. Tätä tietoa tarvitaan, kun tehdään päätöksiä ikääntyvän kotona selviytymistä tukevista ratkaisuista.

RAI-järjestelmän ja MDS-kysymyssarjan käyttö ikääntyneen hyvinvoinnin ja elämänlaadun mittarina on riippuvainen hoitotyöntekijöiden motivaatiosta ja osaamisesta. Jotta RAI/MDS-kysymyssarjaa voidaan käyttää luotettavasti, on henkilökunnan oltava koulutettua arvioinnin toteuttamiseen ja heillä on myös oltava tarpeeksi aikaa tiedon keräämiseen. (Hansebo ym. 1998.) RAI-järjestelmän MDS-kysymyssarjan käytöstä on tehtävä lisää tutkimusta, jotta ymmärrys tämän hoitotyön instrumentin käytettävyydestä ja hyödystä lisääntyy.

LÄHTEET

Aaltola J., Valli R. 2001. Ikkunoita tutkimusmetodeihin osa 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: Gummerus.

Alzheimer-keskusliitto. 2007. Dementia. Viitattu 2.10.2008. [WWW-dokumentti] http://www.alzheimer.fi/fin/muistihairiot_ja_dementia/dementia/.

Aro P., Harmo P., Kainulainen A., Linnavuo M., Pakarinen T., Viitala S. 2008. Teknologia-avusteisia asumissovelluksia senioreille. Teknillinen korkeakoulu. Sosiaali- ja terveydenhuollon tekniikan ja rakentamisen instituutti. Sotera.

Aromaa A., Huttunen J., Koskinen S., Teperi J. 2005. Kansanterveyslaitos & STAKES. Suomalaisen terveys. Helsinki: Duodecim.

Brink P.J. (1991). Kvalitatiivisen tutkimuksen luetettavuus. Teoksessa: Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 2006. Paunonen M., Vehviläinen-Julkunen K. (toim.). WSOY.

Brown M.D. 1988. Functional assessment of the elderly. Artikkelissa Staff views on the Resident Assessment Instrument, RAI/MDS, in nursing homes, and the use of the Cognitive Performance Scale, CPS, in different levels of care in Stockholm, Sweden. Journal of Advanced Nursing. Vol 38 (3). 642-653. Tulostettu 7.10.2008. Blackwell Publishing.

Carnevali D., Enloe E. 1986. Assessment in the elderly. Artikkelissa Staff views on the Resident Assessment Instrument, RAI/MDS, in nursing homes, and the use of the Cognitive Performance Scale, CPS, in different levels of care in Stockholm, Sweden. Journal of Advanced Nursing. Vol 38 (3). 642-653. Tulostettu 7.10.2008. Blackwell Publishing.

Eskola J., Suoranta J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus.

Espoon kaupunki. 2006. Viitattu 28.5.2007. [WWW-dokumentti] <http://www.espoo.fi/hankkeet/?path=1;28;29;1047;1098;47897;49635>.

Finne-Soveri H. 1998. Sesident Assessment Instrument, RAI. Laitoshoidon sisältö, laatu ja kustannukset samassa paketissa- sekä avo-, että laitoshoidon vanhuspalveluihin. Geriatrian kotisivu. Viitattu 9.10.2008. [WWW-dokumentti] <http://www.gernet.fi/artikkelit/rai.html>.

Finne-Soveri H., Björkgren M., Vähäkangas P., Noro A. (toim.) 2006. Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu- RAI- järjestelmä vertailukehittämisessä. STAKES. Vaajakoski: Gummerus.

Hallila L. (toim.) 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Tammi.

Hansebo G., Kihlgren M., Ljunggren G., Winblad B. 1998. Journal of Advanced Nursing. Staff views on the Resident Assessment Instrument, RAI/MDS, in nursing homes, and the use of the Cognitive Performance Scale, CPS, in different levels of care in Stockholm, Sweden. Vol 38 (3). 642-653. Tulostettu 7.10.2008. Blackwell Publishing.

Heikkilä T. 2004. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.

Heikkinen E., Marin M. 2002. Vanhuuden voimavarat. Vammala: Tammi.

Heiskanen T., Salonen K., Sassi P. 2007. Mielenterveyden ensiapukirja. Suomen mielenterveysseura. Helsinki: SMS- tuotanto.

Hirsjärvi S., Remes P., Sajavaara P. 2003. Tutki ja kirjoita. Vantaa: Tammi.

Ikonen E-R., Julkunen S. 2007. Kehittyvä kotihoito. Helsinki: Edita.

InnoELLI Senior- ohjelma 2006-2007. InnoELLI Senior -ohjelman hankkeet. Viitattu 19.12.2007. [WWW-dokumentti] <http://www.innoellisenior.fi/>.

International Society for Gerontechnology. Gerontechnology. September 2001. Vol 1. No 1. Creating adaptive technological environments. Bouma H. Luettu 2.10.2008. [PDF-dokumentti] <http://www.gerontechnology.info/>.

International Society for Gerontechnology. Ikääntymisen tutkimusohjelma. Ohjelmamuistio. Viitattu 2.10.2008. [WWW-dokumentti] <http://www.gerontechnology.info/>.

Janhonen S., Nikkonen M.(toim.). 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Juuti P. 1996. Suomalainen elämänlaatu. JTO- tutkimuksia -sarja 10. Tampere.

Jyväskylän ammattikorkeakoulu. 2004. Hyvinvointiteknologian koulutusohjelma. Viitattu 3.7.2007. [WWW-dokumentti] <http://www.jamk.fi/teli/hyvinvointiteknologianko.htm>. Päivitetty: 13.4.2007.

Kansaneläkelaitos. 2008. Eläkkeelle - Vanhuuseläke 65-vuotiaana. Luettu 25.9.2008. [WWW-dokumentti] <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/220801145724EH>.

Koivunen H. 2000. Elämänviisaus. Kokemustietoa uusille sukupolville. Helsinki: Otava.

KOTIIN-hanke. Ikääntyvän kotona selviytymisen tueksi. Viitattu 15.9.2008. [WWW-dokumentti] www.kotiin.laurea.fi/kotiinhanke.php.

KOTIIN-hanke. KOTIIN-hankkeessa kehitetään HyvinvointiTV:n ohjaus- ja neuvontapalvelukonseptia. luettu 25.9.2008. [WWW-dokumentti] <http://kotiin.laurea.fi/hyvinvointitv.php>.

Kuusivaara, R. 2006. Kotihoitohenkilöstön osaamisen kehittäminen ja hyvinvointiteknologia. Hämeen ammattikorkeakoulu. Tampere: Domus-Offset Oy.

Kyngäs H., Vanhanen L. 1999. Hoitotiede. Sisällönanalyysi. Vol 11, no 1.

Laurea- ammattikorkeakoulu. Tervetuloa KOTIIN-hankkeen internet- sivuille. Viitattu 24.9.2008. [WWW-dokumentti] <http://kotiin.laurea.fi/>.

Lauri S., Elomaa L. 1999. Hoitotieteen perusteet. Juva: WSOY.

Lehtinen P. 2007. Opinnäytetyö. Omaishoitajien interaktio Hyvinvointitelevisiossa. Laurea-ammattikorkeakoulu. Otaniemi.

Lehto P. (toim.) 2008. KOTIIN-hanke. Asiakasvetoiset interaktiiviset ratkaisut ikääntyvän kotona selviytymisen tukena. Vantaa: Laurea- ammattikorkeakoulun julkaisusarja.

Lyyra T-M., Pikkarainen A., Tiikkainen P. (Toim.). 2007. Hoitotieto. Vanheneminen ja terveys. Helsinki: Edita.

Mäkinen E., Niinistö L., Salminen P., Karjalainen P. 1997. Oppimateriaalit. Kotihoito. Porvoo: WSOY.

Nieminen H. 1998. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa PaunonenM., Vehviläinen-Julkunen K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Nygård C-H, Eskola H, Hyttinen J, Savinainen M. (toim.). 2007. Näkökulmia hyvinvointiteknologiaan. Tampere: Tampereen yliopistopaino.

Paunonen M., Vehviläinen-Julkunen K. 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY.

Piirainen A., Sarekoski I. 2008. Client- driven CaringTV concept for elderly family care givers living at home. Final report of the Coping at Home research. Vantaa.

Pukkila T. 2005. Ikävallankumous. Helsinki: Kunnallisan kehittämässätiö.

Sairaanhoitajaliitto. 2007. Toim. Hopia H., Koponen L. Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä: Gummerus.

Sandman P.O. Wallblom A. 1996. Characteristics of the demented living in different settings in Sweden. Artikkelissa Staff views on the Resident Assessment Instrument, RAI/MDS, in nursing homes, and the use of the Cognitive Performance Scale, CPS, in different levels of care in Stockholm, Sweden. Journal of Advanced Nursing. Vol 38 (3). 642-653. Tulostettu 7.10.2008. Blackwell Publishing.

Sonkin L., Petäjäkoski- Hult T., Rönkä K., Södergård H. 1999. Seniori 2000- Ikääntyvä Suomi uudelle vuositukselle. Helsinki: Suomen itsenäisyyden juhlarahasto SITRA.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. Opas terveydenhuollon henkilöstölle. Potilas asiakirjojen laatiminen sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttäminen. Viitattu 29.9.2008. [WWW-dokumentti]
<http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/potilasopas/opas.htm>.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Seetula I. 1999. Selvityksiä 1999:11. Elämäkö eläkkeellä. Ikäihmisten elämänmaku ja elämän kokeminen. Helsinki.

STAKES.2002. Oppaita 49: Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Helsinki. Saarijärvi: Gummerus.

STAKES. 2007. Kotihoidon laskenta 30.11.2007. viitattu 29.9.2008. [WWW-dokumentti]
<https://www.satkes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Sosiaalipalvelut/kotihoido.htm>.

STAKES. 2007. Oppaita 70. Toim. Heinola R. Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Vaajakoski: Gummerus.

Suomen kuntaliitto.2006. Kaunisto, M. Viitattu:6.9.2007. [WWW-dokumentti]
http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;29;353;11124;70074.

Suomen Kuntaliitto.2007. Kuntien hyvät käytännöt. Espoon HyvinvointiTV. Verkkotoimitus Webbredaktion. Viitattu 26.9.2008. [WWW-dokumentti]
http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;29;125487;125511;90918;104131;114514.

Syrjälä L., Ahonen S., Syrjäläinen E., Saari S. 1994. Laadullisen tutkimuksen työtapoja. Helsinki: Kirjayhtymä.

TDC-song. 2005. TDC song uutiskirje- tulevaisuuden hoitotyö kehitty. Viitattu 28.5.2007. [WWW-dokumentti] <http://www.info.tdcsong.se/nicelink/webmail/997004g3DKMJvoXXdUV6JwN2.html>.

Tilastokeskus. 2007. Väestöennuste 2007- 2040. Luettu 25.9.2008. [WWW-dokumentti]
http://www.tilastokeskus.fi/til/vaenn/2007/vaenn_2007_2007-05-31_tie_001.html.

Tuomi J., Sarajärvi A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Valtonen L. 2002. RAVA- toimintakyky mittari- opas sisältöön ja käyttöön. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

Vantaan kaupunki. Hyvinvointikatsaus 2007. Hyvä elämä. Viitattu 30.9.2008. [PDF-dokumentti] http://www.vantaa.fi/i_listasivu.asp?path=1;220;4722&voucher=CD3790e8-5CC7-4056-BE23-8A4D8E764734.

Vilka H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Tammi.

Väyrynen E. 2003. Kauppa - ja teollisuusministeriön tutkimuksia ja raportteja 17/2003. Teknologiaosasto. Väestön ikääntyminen- haaste ja mahdollisuus teknologian ennakoinnille ja innovaatioille- VIHMA.

Åstedt-Kurki P., Nieminen H. 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luetettavuus. Teoksessa: Hoitotieteen tutkimusmetodiikka.2006. 215-221. Paunonen M., Vehviläinen-Julkunen K. (toim.). WSOY.

LIITTEET

Liite 1 Lupahakemus	33
Liite 2 MDS-kysymyssarjan kattamat alueet	34
Liite 3 Esimerkki MDS-kategorialuokista Excel-tilukkolaskentaohjelmassa	36

Liite 1 Lupahakemus

Vantaan kotihoito

Tutkimuslupapyyntö

Kohteliaasti pyydämme lupaa toteuttaa opinnäytetyömme Vantaan kotihoidon kirjaamiin dokumentteihin pohjautuen. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata kotihoidon dokumenttien pohjalta, miten kotihoidon asiakkaiden elämänlaatu on edistynyt. Opinnäytetyön tavoitteena on kuvata, miten HyvinvointiTV on mahdollisesti edistänyt tai ylläpitänyt kotihoidon asiakkaiden elämänlaatua. Kohderyhmänä toimisi Vantaan kotihoidon asiakkaita, yhteensä noin 20 henkilöä, joilla on kotona käytössään HyvinvointiTV.

Tutkimusaineistona käyttäisimme Vantaan kotihoidon hoitotyöntekijöiden laatimia dokumentteja asiakkaistaan. Dokumentteina käyttäisimme RAI-järjestelmän MDS-kysymyssarjaa. MDS-kysymyssarjan pohjalta tarkastelaisimme, miten HyvinvointiTV on mahdollisesti edistänyt tai ylläpitänyt kohderyhmän henkilöiden kognitiota, kommunikaatiokykyä sekä mielialaa ja sosiaalista toimintaa. Tiedot käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti sekä anonyymisti eikä niitä luovuteta ulkopuolisille.

Tutkimuksen toteuttavat Laurea-Ammattikorkeakoulun sairaanhoitaja-opiskelijat Sirpa Nupponen ja Anna Saksi. Mikäli haluatte saada lisätietoja tutkimuksesta, voitte ottaa yhteyttä tutkimuksen tekijöihin tai opinnäytetyötä ohjaavaan tutoriin, yliopettaja Paula Lehtoon. Vastaamme mielellämme tutkimusta koskeviin kysymyksiin.

Ystävällisin terveisin
Laurea- ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijat

Anna Saksi
anna.saksi@laurea.fi

Sirpa Nupponen
sirpa.nupponen@laurea.fi

Paula Lehto
paula.lehto@laurea.fi

Liite 2 MDS-kysymyssarjan kattamat alueet

A. Taustatiedot

- henkilötiedot ja siviilisäät
- arvioimiseen ja hoitavaan yksikköön liittyvät tiedot
- asiakkaan tahdonilmaisut ja edunvalvoja

B. Älyllinen toimintakyky

- muisti
- päätöksentekokyky
- akuutin sekavuuden merkit

C. Kommunikaatio

- kuulo
- ymmärtäminen/ymmärretyksi tuleminen

D. Näkö

E. Mieliala

- masennus ja ahdistuneisuus
- käytösoireet

F. Sosiaalinen toiminta

- osallistuminen
- eristyminen

G. Epävirallinen tukiverkosto

- hoitoon osallistuvien henkilöiden kartoitus ja toiminta
- hoitoon osallistuvien henkilöiden kuormittuneisuus

H. Toimintakyky

- välinetoiminnot (IADL)
- päivittäiset toiminnot (ADL)

I. Pidätyskyky

- virtsan ja ulosteen pidätyskyky
- apuvälineet

J. Diagnosoidut sairaudet

K. Terveystila ja ehkäisevät toimet

- terveydentilan kartoitus
- ehkäisevien toimien kartoitus
- kärsimystä aiheuttavat tai toimenpiteitä edellyttävät oireet
- tasapaino ja kaatuilu
- elämäntavat
- itse arvioitu terveydentila
- kaltoin kohtelu

L. Ravitsemus ja nesteytys

- pituus ja paino
- ravinnon kulutus
- nieleminen

M. Suun terveys ja hampaisto

N. Iho

- ihon kunto, haavat
- hoitotoimenpiteet

O. Ympäristön toimivuus

- koti toimintaympäristönä
- asumisjärjestelyjen muutostarpeet

P. Palvelut

- henkilökunnan käyttö
- tukipalvelujen käyttö
- välineiden käyttö
- päivystys- ja sairaalapalvelujen käyttö
- saavutetut hoidon tavoitteet

- muutokset terveydentilassa
- taloudellinen ahdinko

Q. Lääkitys

- lääkkeet
- lääkärin suorittama lääkityksen asianmukaisuuden arviointi
- lääkemyöntyvyys

Liite 3 Esimerkki MDS-kategorialuokista Excel-taulukkolaskentaohjelmassa

Asiakas	Siviilisääty	Asiakkuuden syy	Asuinkumppani
A	3	1	1
B	3	2	2
C	3	2	1
D	5	1	1
E	2	2	2
F	3	2	1

Siviilisääty

1=naimaton

2=naimisissa

3=leski

4=asumuserossa

5=eronnut

6=avoliitossa

Asiakkuuden syy

1=kotiutunut sairaalasta

2=pitkäaikeinen kotisairaanhoidon/kotipalvelun tarve, lisähoidon ja/tai palvelujen tarpeen arviointi

3=tarkoituksenmukaisen hoitopaikan arviointi

4=arviointi kotihoidon piiriin ottamisesta

5=päivähoito/päivätoiminta

6=muu

Asuinkumppani

1=asui yksin

2=asui vain puolison kanssa

3=asui puolison ja muun henkilöön kanssa

4=asui vain lapsen kanssa

5=asui muun henkilön/muiden henkilöiden kanssa

6=asui yhteisasunnossa/soluasunnossa muiden kuin sukulaisten kanssa