

”Pitää jotakin tehdä itekin”

Ilisalmen kaupungin kotihoidon yli 65-vuotiaiden asiakkaiden toimintakyky ja palveluntarve heidän kokemanaan

**Eevakaisa Martikainen
Minna Väisänen**

Opinnäytetyö

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma Sosiaalialan koulutusohjelma	
Työn tekijät Eevakaisa Martikainen ja Minna Väisänen	
Työn nimi ”Pitää jotakin tehdä itekin” – Iisalmen kaupungin kotihoidon yli 65-vuotiaiden asiakkaiden toimintakyky ja palveluntarve heidän kokemanaan	
Päiväys	28.9.2012
Sivumäärä/Liitteet	43/3
Ohjaaja Markku Viita	
Toimeksiantaja Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä, kotipalvelu	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Opinnäytetyössä tutkittiin Iisalmen kaupungin kotihoidon yli 65-vuotiaiden asiakkaiden palveluntarvetta ja toimintakykyä. Tutkimuksen kohdejoukkoon rajattiin ne asiakkaat, joiden palveluntarve oli RAVA-toimintakykymittauksen perusteella satunnainen, eli RAVA-indeksi oli heillä alle 1,5. Näitä asiakkaita oli 35 henkilöä ja heidän keski-ikänsä oli 81 vuotta.</p> <p>Tutkimuksella selvitettiin syitä siihen, miksi todellinen palveluntarve ylitti toistuvasti arvioidun palveluntarpeen. Tutkimuksen tavoitteena oli antaa toimeksiantajalle tietoa asiakkaiden kokemuksista omasta toimintakyvystään ja palveluntarpeestaan. Tutkimustiedon pohjalta toimeksiantaja voi kehittää kotihoidon palveluja ja kriteerejä vastaamaan paremmin asiakkaiden yksilöllisiin tarpeisiin. Tutkimuksessa tarkasteltiin ikäihmisten palveluja ja kotihoitoa palveluohjauksen ja ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen näkökulmasta. Toimintakykyä kuvattiin sen fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta ulottuvuudesta.</p> <p>Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastatteluin. Haastattelupyynnöt lähetettiin kaikille kohdejoukkoon kuuluville, joista haastateltiin yhdeksää henkilöä. Teemahaastattelun runko muodostettiin kolmesta aihealueesta, jotka olivat palvelut, palveluntarve ja elämäntilanne. Teemahaastatteluilla saatiin syvällistä tietoa tutkittavien omista näkemyksistä aiheesta ja tutkittavien oma ääni pääsi kuuluviin. Haastatteluaineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalysysilla ja siihen sisältyvällä aineiston pelkistämällä ja luokittelulla.</p> <p>Tutkimustulokset osoittivat ikäihmisten palvelutarpeen ylitykseen olevan monia syitä. Osaltaan siihen vaikuttavat tapaturmat, sairaudet ja nopeat muutokset toimintakyvyssä. Tutkimus antoi myös tietoa siitä, miten ikäihmiset itse kokevat oman toimintakykynsä ja palveluntarpeensa. Tuloksissa korostui palveluohjauksen merkitys ja oikeiden palvelujen löytäminen ikääntyville asiakkaille. Työ antaa toimeksiantajalle arvokasta tietoa ikäihmisten palvelujen kehittämisen pohjaksi.</p>	
Avainsanat kotihoito, toimintakyky ja RAVA-toimintakykymittari	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme in Social Services			
Authors Eevakaisa Martikainen and Minna Väisänen			
Title of Thesis Home care service customers' views on their functional ability and need for services in Iisalmi			
Date	28.9.2012	Pages/Appendices	43/3
Supervisor Markku Viita			
Client Organisation Home care services Iisalmi, Ylä-Savon SOTE federation of municipalities			
<p>Abstract</p> <p>This study investigates the functional ability of home care service customers in Iisalmi. The target group of the research was limited to those customers, who were over 65 years old and their RAVA-index was less than 1,5. RAVA indicates the functional ability of a person and a RAVA-index of less than 1,5 means that the persons need for services is random. There were 35 persons in the target group and their average age was 81 years old.</p> <p>The purpose of the study was to examine the reasons why the actual need for services repeatedly exceeded the estimated need for services. The aim of the study was to gather information about customers' experiences of their own functional ability and need for services. With this information home care services and criteria can be developed so that they better correspond to customers' individual needs. We considered the home care services from the perspective of case management and quality recommendations. Functional ability was considered from its physical, psychological and social dimension.</p> <p>We collected material for the study by making theme interviews. Interview requests were sent to the entire target group, of which nine persons were interviewed. The main themes of the interview were services, service needs and life situation. A theme interview was a good method for gathering in-depth information about persons' own views on the subject. The information was analyzed by data-oriented content analysis.</p> <p>The results showed that there were many reasons why the estimated need for services was exceeded. For example accidents, diseases and sudden changes in a person's functional ability had an influence on the need for services. The study also provided information about how older people feel about their own abilities and their need for services. The results highlighted the importance of case management and finding the right services for elderly customers. The study gives valuable information for the client organisation for development of elderly care and home care services.</p>			
Keywords home care service, functional ability and RAVA-indicator of functional ability			

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	7
2	YHTEISKUNNALLISET LÄHTÖKOHDAT TUTKIMUKSELLE.....	8
2.1	Vanhuspalvelulaki.....	8
2.2	Ikäihmisten palvelujen laatusuositukset	9
2.3	Palveluohjaus näkökulmana vanhuspalveluihin	9
3	IKÄIHMISTEN KOTIHOITO JA PALVELUT	11
3.1	Kotihoito lisämessä.....	11
3.2	Kotihoidon kehittäminen lisämessä.....	12
4	TOIMINTAKYKY JA TOIMINTAKYKYMITTARIT	14
4.1	Fyysinen toimintakyky.....	14
4.2	Psyykinen toimintakyky	15
4.3	Sosiaalinen toimintakyky	16
4.4	Toimintakykyä mittaavat mittarit.....	16
4.5	RAVA-toimintakykymittari ja -indeksi	17
5	TUTKIMUKSEN KULKU JA TOTEUTUS.....	18
5.1	Tutkimusmenetelmä ja kohdejoukko.....	18
5.2	Tutkimustehtävä	19
5.3	Haastattelut	20
5.4	Haastattelujen purkaminen ja analysointi.....	21
5.5	Luotettavuus ja eettisyys	22
6	TUTKIMUSTULOKSET	25
6.1	Ikäihmisten kokemukset selviytymisestä kotona	25
6.1.1	Elämänlaatuun vaikuttavat tekijät	26
6.1.2	Kokemukset tämänhetkisestä voinnista	27
6.1.3	Itsenäinen arjessa selviytyminen	27
6.2	Toimintakykyyn ja avuntarpeeseen vaikuttavat tekijät ikäihmisten arjessa....	28
6.2.1	Toimintakyvyn muutokset	28
6.2.2	Toimintakykyä rajoittavat tekijät.....	29
6.3	Ikäihmisten kokemukset sekä toiveet palveluista ja apuvälineistä.....	30
6.3.1	Kokemukset käytössä olevista apuvälineistä	30
6.3.2	Kokemukset nykyisistä palveluista ja niiden määrästä sekä avun tarpeesta	31

7	JOHTOPÄÄTÖKSET.....	33
7.1	Kokemukset toimintakyvystä.....	33
7.2	Kokemukset palveluista ja apuvälineistä.....	35
8	POHDINTA.....	37
8.1	Pohdintaa tutkimustuloksista	37
8.2	Kehittämisaatuksia ja jatkotutkimusaiheita	38
8.3	Pohdintaa toiminnastamme tutkijoina	40
	LÄHTEET	42

LIITTEET

- Liite 1. Tutkimuslupa
- Liite 2. Teemahaastattelurunko
- Liite 3. Haastattelupyyntö

1 JOHDANTO

”Mikään ihmisryhmä ei ole keskenään niin erilainen kuin ikääntyneet ihmiset.” Näin toteaa Vappu Taipale (Nurmilaakso 2011) ja vertaa ikääntyneiden ihmisten keskinäistä erilaisuutta luonnon monimuotoisuuteen. Hän on miettinyt, mitä tarkoittaisi, jos vanhukset erilaisuudessaan olisivat ”yhtä vakaan suojelun ja yhtä suuren kiinnostuksen kohteena” kuin luonnon monimuotoisuus. Tällöin ehkä vanhuksen yksilöllisiä elämäntapoja pyrittäisiin kunnioittamaan mahdollisimman paljon.

Kuten monessa yhteydessä tulee esille, suuri ikäluokka suomalaisia eläköityy ja ikääntyvien palveluilta vaaditaan koko ajan kehittymistä. Suureen ikäluokkaan mahtuu paljon erilaisia ihmisiä erilaisine tarpeineen. Ikäihmisten palvelujen tarpeen kirjo on laajentunut syrjäytymis-, mielenterveys- ja päihdeongelmien sekä dementiaoireisten ihmisten määrän kasvun takia. Olemme kiinnostuneita, miten voimme osaltamme olla mukana kehittämässä ikäihmisten palveluja. Toimivat palvelut, kotihoito yhtenä osana, edistävät ikäihmisen kotona selviytymistä ja sitä kautta vaikuttavat elämänlaatuun.

Sosiaali- ja terveyspalvelut pyritään nykypäivänä järjestämään avohoidon palveluina laitoshoidon sijaan. Tämä asettaa kotihoidon palveluille uudistumisen paineita myös Ylä-Savon alueella. Kotihoidon laatua arvioidaan jatkuvasti ja pohditaan uusia palvelumuotoja ikääntyvälle väestölle.

Toimeksiantajamme on Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän lisälmen kotihoito. Tutkimuksella pyrimme tuottamaan tietoa kotihoidon asiakasryhmästä, joka toistuvasti ylittää toimintakykymittareiden antaman tuloksen mukaisen palveluntarvemäärityksen. Pyrimme selvittämään, miten asiakkaat itse arvioivat toimintakykyään ja jääkö mittauksissa jotain olennaista huomioimatta. Tulisiko kehittää mittaustapoja, palveluja vai sekä että? Tutkimustiedon pohjalta toimeksiantaja voi kehittää kotihoidon palveluita asiakkaidensa palvelutarpeita vastaaviksi sekä kehittää kotihoidon kriteerejä. Sopiva palvelupaketti edesauttaisi asiakasta mahdollisimman pitkään säilyttämään oman elämänsä subjektiivisen ja asumaan pitempään omassa kodissaan.

2 YHTEISKUNNALLISET LÄHTÖKOHDAT TUTKIMUKSELLE

Väestömme ikääntyy ja yhteiskunnassamme pohditaan siihen liittyviä poliittisia ja eettisiä kysymyksiä. Ikäihmisten palvelut ovat nykyään hyvin ajankohtainen aihe julkisessa keskustelussa. Olemassa olevien ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen lisäksi ollaan nyt muotoilemassa vanhuspalvelulakia. Tarkastelemme tutkimusaihetamme laatusuosituksen ja vanhuspalvelulain näkökulmasta.

Nykypäivänä palveluiden järjestämisessä korostetaan yksilöllisyyttä ja palveluohjausta. Laitoshoidon sijasta painopiste on avopalveluissa, jollaisia ovat esimerkiksi matkailan kynnyksen neuvontapalvelut ja ehkäisevät kotikäynnit. Tavoitteena on, että ikäihmiset voisivat asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. Näistä syistä ikäihmisten palveluita kehitetään muun muassa erilaisissa hankkeissa niin, että kasvavaan palvelutarpeeseen pystyttäisiin vastaamaan kotona asumista tukien. (Aejmelaeus, Kan, Katajisto & Pohjola, 2007, 340–341.)

2.1 Vanhuspalvelulaki

Vanhuspalvelulaki on valmisteilla ja sen sisällöstä on käyty paljon julkista keskustelua. Pohdinnan aiheena on ollut muun muassa se, sovelletaanko lakia 75 vai 80 vuotta täyttäneisiin ja onko ikäraja ylipäätään suurta merkitystä, kun suurin huomio tulisi kohdistaa toimintakyvyssä tapahtuviin muutoksiin. Valmisteilla oleva laki on osa sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevan lainsäädännön laajaa uudistusta. Nykyisellään vanhusten palveluja koskevia säädöksiä on useissa eri laeissa. Vanhuspalvelulaki kokoaa yhteen näitä säädöksiä. Lisäksi lakiin otetaan joitakin asioita ikäihmisten palvelujen laatusuosituksista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009; 2011a; 2011b.)

Vanhuspalvelulain tarkoituksena on vahvistaa asiakkaan asemaa ja itsemääräämisoikeutta sekä edistää vanhuspalvelujen laadun valvontaa. Käytännössä laki velvoittaisi siihen, että asiakkaalle tehdään palvelusuunnitelma ja hänelle nimetään vastuutyöntekijä. Laissa säädetään palvelusuunnitelman toteutumisen seurannasta sekä vastuuhenkilölle kuuluvista tehtävistä. Lailla korostetaan henkilön oikeutta sosiaalipalveluihin ja nämä palvelut pyritään näkemään laajana kokonaisuutena, mukaan lukien kotiin tuotettavat palvelut. Lakiluonnosta kommentoineet tahot pitävät tärkeänä muun muassa sitä, että kuntiin asetetaan vanhusneuvostot, jotka vaikuttaisivat päätöksentekoon. Lisäksi lakiin toivotaan selkeitä veloituksia koskemaan muun muassa

kotikäyntejä ja henkilöstömitoitusta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009; 2011a; 2011b.)

2.2 Ikäihmisten palvelujen laatusuositukset

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus on tehty yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön, Kuntaliiton ja Stakesin (nykyinen THL) kanssa. Aiemmat laatusuositukset on tehty vuonna 2001, uusitut suositukset on julkaistu vuonna 2008. Suositukset ovat osa valtion informaatio-ohjausta kunnille, eivätkä ne ole samalla tavalla velvoittavia kuin lait. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2008:3, 3-4.)

Laatusuosituksen kotihoitoa koskevassa osiossa korostetaan kotihoidon kuntouttavaa työtettä. Suosituksen mukaan ikääntyneiden avuntarpeeseen voidaan vastata monipuolisilla koti- ja tukipalveluilla sekä palveluohjauksella. Kuntia ohjeistetaan joustavuuteen palveluvaihtoehtojen etsimisessä niin, että esimerkiksi palveluseleitä käyttämällä voidaan täydentää kunnan omaa palvelutuotantoa. Laatusuosituksessa kehoitetaan kuntia toteuttamaan ennaltaehkäiseviä kotikäyntejä niille ikäihmisille, jotka eivät vielä säännöllisesti ole sosiaali- ja terveyspalveluiden piirissä. Toiminnalla tähdennetään ennaltaehkäisevää ja palveluohjauksellista näkökulmaa palveluihin. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2008:3, 20–28.)

Laatusuosituksissa korostetaan myös sitä, että ikäihmiset voisivat asua kotona mahdollisimman pitkään. Omassa kodissa asuminen tukee ja edistää ikäihmisen toimintakykyä kaikilla sen osa-alueilla. Kotona asumista kunnat voivat tukea kodin muutostöillä ja peruskorjauksilla sekä sinne saatavilla palveluilla. Turvallinen ja esteetön asuinympäristö tukee ikäihmisen itsenäisyyttä, omatoimisuutta ja itsemääräämisoikeutta. Kodin muutostöiden ja palveluiden turvin henkilö voi pidempään kuulua juuri siihen yhteisöön, jonka hän on itse valinnut. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2008:3, 39–40.)

2.3 Palveluohjaus näkökulmana vanhuspalveluihin

Ikääntyvien sosiaali- ja terveyspalveluiden asiakkaiden osallisuus omaan hoitoonsa on arvioiden mukaan kasvamassa. Yleisesti kotihoidon asiakkailta on ilmennyt varovaisuutta omien mielipiteidensä esittämisessä saamiensa palvelujen suhteen, koska he epäilevät, että kannanotosta voisi seurata palveluiden vähentämistä. Tämän arvelaan olevan muuttumassa, koska ikääntyvien toimintakyvyn ennustetaan olevan aiempaa parempi sinä aikana, kun ei vielä tarvita kotihoidon palveluja. Tämä näyttää

suuntaa siihen, että tulevaisuudessa ikääntyneet odottavat palveluiltaan enemmän, ovat aktiivisempia ja ottavat yhä enemmän kantaa saamiinsa palveluihin. (Sanerma 2009, 72–79.)

Kotihoidon toteuttamisessa on tärkeää sekä huolellinen suunnittelu että muutoksiin varautuminen. Kotihoito itsessäänkin on laaja kokonaisuus erilaisia palveluita ja lisäksi kotihoito on osa suurta ikääntyville suunnattujen palveluiden kenttää. Sosiaalinen tuki ja kattava palveluverkosto ovat merkittäviä asioita ikääntyneille kotihoidon asiakkaille. Palveluohjauksen peruseriaatteena on yksilöllisyys, mihin kiinnitetään huomioita palvelukokonaisuutta rakentaessa ja palveluprosessin jokaisessa vaiheessa. Yksilöllisyydellä pyritään joustavuuteen ja jatkuvuuteen. Palveluohjauksellisen työtteen taustalla on käsitys, jonka mukaan asiakkaalla on paras asiantuntemus omasta elämästään ja ammattilainen tuo oman asiantuntemuksensa asiakkaan käyttöön. Ihannetilanteessa asiakkaalle rakennetaan palvelukokonaisuutta jatkuvassa vuorovaikutuksessa. (Sanerma 2009, 72–79.)

Palveluohjauksen prosessiin kuuluu asiakkaalle tiedottaminen eri palveluista, palvelusuunnitelman laatiminen ja toteuttaminen, palveluiden toteutumisen seuranta ja arviointi sekä tarpeen mukaan uusien palveluvaihtoehtojen etsiminen. Kotihoidossa oleellinen työväline on jokaiselle asiakkaalle laadittava hoito- ja palvelusuunnitelma. Suunnitelmaan kirjataan palveluntarpeet, palveluille asetetut tavoitteet ja tavoitteisiin pääsemiseksi käytettävät keinot. Suunnitelman tekemisen ja päivittämisen yhtenä tarkoituksena on yhteistyön edistäminen asiakkaan, työntekijöiden ja asiakkaan omaisten välillä. (Sanerma 2009, 72–79.)

3 IKÄIHMISTEN KOTIHOITO JA PALVELUT

Kotihoidon ajatellaan muodostuvan kotipalvelusta ja kotisairaanhoidosta. Kotipalvelu on kuulunut kunnissa sosiaalitoimen alaiseksi kun taas kotisairaanhoido on ollut osa terveystointia. Kotipalvelu ja kotisairaanhoido on kunnissa ryhdytty yhdistämään kotihoidoksi 1990-luvun alusta alkaen. Kotihoito käsitteenä on saanut kritiikkiä siitä, että se korostaa kotiin tuotettavien palveluiden hoidollisuutta ja näin voi lääketieteellistää kotipalveluita. (Tepponen 2009, 17–18.)

Kotihoito on melko uusi käsite ja siksi sille on olemassa useita erilaisia määrittelytapoja. Keskeisenä ajatuksena on palvelun tarjoaminen kotiin kotona asumista edistävällä tavalla. Kotihoito on perushoivaa, kodinhoidollisia tehtäviä, sairaanhoidollisia toimenpiteitä, psykososiaalista tukea sekä kuntouttavia toimintoja. Käytännössä tämä tarkoittaa apua esimerkiksi henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtimisessa, lääkehuollon toteuttamisessa ja ulkoilussa. Lisäksi kotihoito on asiakkaan voinnin seuranta, palveluohjausta ja neuvontaa, monipuolista toimintakyvyn tukemista sekä omaisten huomioimista. Kotihoito voidaan myös määritellä sen perusteella, mitä ovat kotihoidon tavoitteet, tehtävät, toteuttajat ja toteuttamispaikat. (Kettunen, Ihalainen & Heikkinen 2001, 184; Tepponen 2009, 19–22.)

Ikäihmisten palveluja tarjotaan moniammatillisuutta hyödyntäen. Ikäihmisille tarjottavia sosiaali- ja terveyspalveluita ovat kotihoidon lisäksi muun muassa omaishoidon tuki, päivätoiminta, asunnon muutostyöt, asumispalvelut, laitoshoido sekä perusterveydenhuollon palvelut. Kunnat ja kuntayhtymät järjestävät palveluita joko omana toimintanaan tai ostopalveluina. Lisäksi asiakkaalle voidaan tarjota harkinnanvaraisesti palveluseteleitä, joilla asiakas voi maksaa kunnan hyväksymältä yksityiseltä palveluntarjoajalta ostamansa palvelut. (Aejmelaesus, Kan, Katajisto & Pohjola, 2007, 338–349.)

3.1 Kotihoito lialmessa

lialmen kaupunki kuuluu Ylä-Savon SOTE kuntayhtymään yhdessä Kiuruveden, Sonkajärven ja Vieremän kanssa. Kuntayhtymä järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon sekä ympäristö- ja terveysvalvonnan palvelut näiden neljän kunnan asukkaalle. lialmessa kotisairaanhoido ja kotihoitoyksikkö muodostavat kotihoidon palvelut. Kotihoidon tarkoituksena on auttaa asiakasta selviytymään kotona mahdollisimman pitkään asiakkaan itsenäisyyttä ja toimintakykyä tukien. Kotihoidon palvelujen lisäksi

asiakkaille on tarjolla tukipalveluja, eli ateriat-, turvapuhelin-, asiointi- ja päivätoimintapalveluja. Asiakkaalla on myös mahdollisuus saada kaupungilta palveluseteleitä yksityisten palveluntuottajien kotihoitoa täydentävien palvelujen, kuten siivouspalvelujen, käyttöön. (Huttunen & Marjoniemi 2006, 5.)

Iisalmen alueella kotihoito on jaettu kolmeen vastuualueeseen ja kotihoitoa toteutetaan moniammatillisissa työtiimeissä. Vastuualueilla toimivat kotihoitoyksikön 3 kotipalveluohjaajaa ja 9 kotisairaanhoidtajaa. Välitöntä asiakastyötä tekevät 70 työntekijää, jotka ovat perus-, lähi- ja kodinhoitajia sekä kotiavustajia. (Huttunen & Marjoniemi 2006, 5.)

Iisalmen kaupungin kotihoitoyksikköön on tehty kaksi asiakastyytyväisyystutkimusta yli 65-vuotiaille kotihoidon asiakkaille. Kummassakin tutkimuksessa tulee esille, että asiakkaat ovat pääosin tyytyväisiä saamaansa palveluun ja sen laatuun (Saastamoinen & Siponen 2004; Rönkkö & Suoaro 2010). Nämä tutkimukset ovat valmistuneet opinnäytteinä sosiaalialan koulutusohjelmassa Savonia-ammattikorkeakoulussa. Aiempi opinnäytetöistä on tehty osana Iisalmen kaupungin vanhuspoliittisen strategian kehittämisohjelmaa 2004–2010 ja jälkimmäisessä tutkimuksessa todetaan, että asiakastyytyväisyyttä on tarkoituksenmukaista selvittää säännöllisin väliajoin.

3.2 Kotihoidon kehittäminen Iisalmissa

Kotihoidon asiakasryhmissä on tapahtunut muutoksia, mikä edellyttää myös kotihoidon palveluiden kehittämistä. Kotihoidon painopiste on siirtynyt ikääntyneisiin asiakkaisiin, koska esimerkiksi lapsiperheasiakkuudet ovat vähentyneet. Asiakkaiden palveluntarpeet kasvavat ja muuttuvat, kun kotihoidon asiakkaat ovat yhä monisairaampia, huonokuntoisempia ja iäkkäämpiä. (Aejmelaeus, Kan, Katajisto & Pohjola, 2007, 348; Sanerma 2009, 46–49, 67.)

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä on mukana VASKE-hankkeessa, joka toteutetaan 1.1.2011–31.12.2012 välisenä aikana. Hankkeen tavoitteena on saada aikaan kehittämis- ja arviointiväline sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämiseen väljästi asutuilla alueilla. Kehittämis- ja arviointiväline mahdollistaa kuntia selviytymään nykyisillä resursseilla kotihoidon kasvavasta työmäärästä, asiakastyön kärsimättä. Kehittämis-hanke on Pohjois-Karjalan ELY-keskuksen ESR-rahoittama. (VASKE-hanke 2012a.)

VASKE-hankkeessa tuotettavalla työvälineellä pyritään parantamaan kotihoidon laatua lisäämällä työn tuottavuutta. Kotihoidon tuottavuuden kasvuun pyritään sillä, että työhön käytetystä ajasta suurempi osa kuluisi välittömään asiakastyöhön asiakkaan kotona ja pienempi osa välilliseen työhön, kuten ajomatkoihin, kirjaamiseen ja suunnitteluun. Tällä hetkellä välillinen työ vie työajasta liian suuren osan. Asiakaskäyntien kasaantuminen aamuihin lisää työntekijöiden kiirettä, mikä osaltaan vaikuttaa asiakkaiden ja työntekijöiden tyytyväisyyteen. Kiireettömyys ja yksilöllisyys kotona tapahtuvassa asiakastyössä ovat tärkeitä niin asiakkaan tyytyväisyyden kuin työntekijöiden työmotivaation kannalta. Hankkeessa pyritään löytämään työkaluja ajankäytön ongelmiin sekä huomioimaan muita kotihoidon arjesta nousseita parantamisehdotuksia yhdessä työntekijöiden, johtajien, poliittisten päättäjien ja ulkoisten asiantuntijoiden kanssa. (VASKE-hanke 2012b.)

4 TOIMINTAKYKY JA TOIMINTAKYKYMITTARIT

Toimintakyky on laaja ihmisen hyvinvointiin liittyvä käsite ja se kuvaa sitä, kuinka selviämme jokapäiväisistä arkiaskareistamme. Määrittääkseen omaa toimintakykyään ihminen vertaa omaa toimintaansa joko aikaisempaan kykyynsä toimia tai muiden ikätovereidensa toimintaan. Toimintakyvyn heiketessä kyky suoriutua arkiaskareista alenee. Henkilö itse tai läheiset voivat kokea toimintakyvyn laskun laiskuutena tai aikaansaamattomuutena, mikä vaikeuttaa toimintakyvyssä tapahtuvien muutosten havaitsemista. (Laukkanen 2008, 261.)

Toimintakykyyn eivät vaikuta ainoastaan henkilön ikä ja hänellä olevat sairaudet. Toimintakykyyn vaikuttavat myös hänen sukupuolensa, ammattinsa, saatu kasvatus sekä ympäröivä kulttuuri. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 50.) Toimintakyvyn säilymisellä on tärkeä merkitys ihmisen vapauden ja itsenäisyyden tunteen kokemuksen kannalta. Henkilön ylläpitäessä jäljellä olevaa toimintakykyään hän voi kokea itsensä ja elämänsä arvokkaaksi. (Hirvonen 1999, 38–40.)

Vaikka ikäihmisen toimintakyky heikkenisi, voidaan henkilön kotona asumista tukea kotiin tarjottavilla palveluilla. Tärkeää on huomioida henkilön jäljellä olevat voimavarat ja tukea niitä. Näin voidaan mahdollistaa ihmisen kotona asuminen alentuneesta toimintakyvystä huolimatta. (Laukkanen 2008, 264–268.)

4.1 Fyysinen toimintakyky

Fyysistä toimintakykyä tarvitaan päivittäisistä toiminnoista selviämiseen. Fyysisessä toimintakyvyssä on kyse lihasvoimasta ja notkeudesta. Lihasvoimaa käyttäen ihminen pystyy kävelemään, seisomaan ja nousemaan esimerkiksi sängystä itsenäisesti. Fyysinen toimintakyky mahdollistaa itsestä huolehtimisen ja erilaisiin aktiviteetteihin osallistumisen. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 22–23.)

Vanheneminen vaikuttaa ihmisen fyysiseen toimintakykyyn ja se näkyy esimerkiksi lihasvoiman heikkenemisenä. Yksilön toiminnan nopeuden hidastumiseen on syynä nivelten, hermoston ja lihasten yhteystoiminnan hidastuminen. Äkilliset sairaudet, kuten aivoinfarkti, voivat huonontaa ihmisen toimintakykyä ja arjessa selviytymistä nopeasti. Hitaasti etenevät sairaudet, kuten Alzheimer ja muistisairaudet, taas vaikuttavat fyysisen toimintakyvyn alenemiseen hitaammin. (Kivelä 2009, 14–22.)

Fyysinen toimintakyky voi ikääntyneellä ihmisellä vaihdella päivittäin. Siihen vaikuttavia tekijöitä voivat olla henkilön ikääntymisestä tai sairauksista johtuvat kivut, mahdollinen unettomuus tai ongelmat tasapainossa. Fyysisellä toimintakyvyllä on suuri vaikutus siihen, miten henkilö selviää arkipäivän toiminnoistaan itsenäisesti. Myös aisti-toiminnot muuttuvat ja heikkenevät iän myötä. Aisteilla on suuri merkitys ihmisen toimimiselle elinympäristössään. Kokemus fyysisestä toimintakyvystä ja arjessa selviytymisestä vaikuttaa suoraan kokemukseen elämänlaadusta. (Aejmelaeus, Kan, Katajisto & Pohjola 2007, 31–35.)

4.2 Psyykkinen toimintakyky

Psyykkisellä toimintakyvyllä voidaan tarkoittaa kykyä havainnoida, muistaa ja oppia uutta. Psyykkiseen toimintakykyyn kuuluvat myös yksilön psyykkinen hyvinvointi ja mielenterveys. Psyykkinen toimintakyky muuttuu yksilön kehittyessä ja vanhetessa. Yksilöön kohdistuvat vaatimukset, odotukset, sosiaalinen verkosto sekä asuin- ja elinympäristö vaikuttavat psyykkiseen hyvinvointiin ja toimintakykyyn. (Ruoppila & Suutama 2003, 159.)

Merkittävää psyykkisen toimintakyvyn kannalta on henkilön myönteinen suhtautuminen itseensä. Tähän vaikuttaa osaltaan ihmisen mahdollisuus vaikuttaa oman elämänsä kulkuun. Itsetuntoon ja mielen virkeyteen vaikuttavia tekijöitä ovat myös toisilta ihmisiltä ja yhteiskunnalta saatu hyväksyntä. Hyvä itsetunto sekä kyky joustaa ja olla vastavuoroisessa kanssakäymisessä elinympäristön kanssa vahvistavat psyykkistä toimintakykyä. (Heikkinen 2003, 93–94.)

Psyykkisellä ja fyysisellä toimintakyvyllä on suuri vaikutus toisiinsa. Psyykkinen toimintakyky ei laske merkittävästi ennen 70–80 ikävuotta, ellei ihmisellä ole fyysistä sairautta, joka vaikuttaa siihen. Fyysisillä veri-, sydän- ja aivosairauksilla on tutkimusten mukaan suuri merkitys psyykkisen toimintakyvyn alenemiseen. Psyykkisillä sairauksilla on myös yhteys fyysiseen toimintakykyyn, esimerkiksi masennus voi laskea fyysistä toimintakykyä huomattavasti. (Aejmelaeus, Kan, Katajisto & Pohjola 2007, 15–17.)

4.3 Sosiaalinen toimintakyky

Taitoa toimia erilaisissa sosiaalisissa tilanteissa ja olla vuorovaikutuksessa toisten ihmisten kanssa kutsutaan sosiaalisiksi toimintakyvyksi. Sosiaalisen toimintakyvyn ja sosiaalisen verkoston turvin vanhuksella on parempi mahdollisuus säilyttää oma sosiaalinen identiteettinsä. Sosiaalinen verkosto on tärkeä suoja stressiä ja vastoin käymisiä vastaan. Harrastuneisuus, ihmisen osallisuus yhteisöön ja sitoutuminen ihmissuhteisiin kuvaavat hyvää toimintakykyä. Myös hyvät ja toimivat perhesuhteet ovat tärkeä osa toimivaa sosiaalista verkostoa. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 24–25.)

Ihmisen sosiaalinen verkosto koostuu kaikista hänen ihmissuhteistaan. Sen olemassaolo vaatii henkilöltä jatkuvaa aktiivisuutta ja vastavuoroisuutta. Sosiaaliset suhteet voivat ikäihmisellä harventua aktiivisuuden laskettua tai läheisten ikätovereiden kuoltua. Verkosto voi myös muuttua uusien ystävyysuhteiden ja lastenlasten syntymisen myötä. Sukulaisten ja perheen merkitys kasvaakin ihmisen ikääntyessä. (Aejmelaeus, Kan, Katajisto & Pohjola 2007, 26–27.)

Sosiaalisilla suhteilla on myös selvä yhteys ihmisen terveyteen. Sosiaalisilla suhteilla on havaittu olevan sekä positiivisia että negatiivisia vaikutuksia esimerkiksi sydän- ja verisuonitauteihin. Hyvät sosiaaliset suhteet vähentävät ikäihmisten sairastavuutta ja kuolleisuutta. Vastaavasti ihmistä kuormittavat ja stressaavat ihmissuhteet voivat lisätä henkilön sairastumis- ja kuoleamisen riskiä. (Heikkinen 2008, 336.)

4.4 Toimintakykyä mittaavat mittarit

Erilaisia mittareita on kehitetty, jotta pystytään arvioimaan ikäihmisten toimintakykyä. Paraskaan mittari ei kuitenkaan yksin anna luotettavaa kuvaa ihmisen arjessa selviytymisestä. Arvioinnissa tulee pyrkiä kokonaisvaltaisuuteen ja mittausten tueksi tulee huomioida myös henkilön oma mielipide pärjäämisestään. Toimintakykyä arvioidessa ei keskitytä pelkästään ongelmiin vaan huomioidaan myös henkilön voimavarat. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 52.)

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän alueella on käytössä kolme eri toimintakykyä mittaavaa mittaria. Kotihoidon asiakkaiden muistia arvioidaan MMSE-mittarilla, arjessa selviytymisen arvioimiseksi käytetään ADL-mittaria ja RAVA-mittaria käytetään yleisen avuntarpeen ja toimintakyvyn mittaamiseksi. Mittareita käytetään yksilöllisten tarpei-

den mukaan eli kaikkia mittareita ei käytetä kaikkien asiakkaiden kohdalla. Mittareilla saatuja indeksejä ja pistemääriä hyödynnetään hoidonparrastuksen kriteerien tekemisessä. Kriteerien perusteella valitaan asiakkaalle soveltuvat hoito- ja palvelumuodot. Mittarien lisäksi asiakasta ja hänen läheisiään haastatellaan ja tehdään kotikäynti asiakkaan luokse. Näin saadaan kokonaiskuva ikäihmisen toimintakyvystä ja arjessa selviytymisestä. (Huttunen & Marjoniemi 2006.)

4.5 RAVA-toimintakykymittari ja -indeksi

RAVA-mittari on asiakkaan toimintakykyä mittaava mittari. Mittareilla saadaan tietoa henkilön kyvystä selviytyä päivittäisistä toiminnoistaan ja arkiaskareista, jonka jälkeen voidaan arvioida vastaajan hoitoisuusaste. RAVA-mittari koostuu kolmesta kysymyksestä, joista kymmenen painottuu arvioimaan fyysistä toimintakykyä ja kaksi arvioi muistia ja psyykkistä toimintakykyä. Kolmesta kysymyksestä on lisäksi kysymys, joka on tarkoitettu esitettäväksi kotona asuville henkilöille eikä se vaikuta RAVA-indeksin arvoon. Kysymyksissä on vaihtoehtoja, joista testin tekijä valitsee vanhuksen tilaa parhaiten kuvaavan vaihtoehdon. Testistä saadun indeksin avulla arvioidaan vanhuksen hoidon ja hoivan tarpeen aste. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 60–61.)

Alla olevassa taulukossa (Taulukko 1) esitellään mittarilla saadulla indeksillä määräytyvä palveluntarve. RAVA-indeksin vaihteluväli on 1,29–4,02. Mitä suurempi indeksiluku on, sitä enemmän apua vanhus tarvitsee arjesta selviytyäkseen. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 60–61.)

<i>Indeksiluku</i>	<i>Palveluntarve</i>	<i>Hoitomuoto</i>
1,29–1,49	<i>satunnainen</i>	<i>Kotona asuva vanhus: itsenäinen tai omaisten avulla toimeen tuleva.</i>
1,50–1,99	<i>tuettu</i>	<i>Kotihoito tai tehostettu palveluasuminen.</i>
2,00–2,49	<i>valvottu</i>	<i>Tehostettu kotihoito tai tehostettu palveluasuminen.</i>
2,50–2,99	<i>tehostettu</i>	<i>Tehostettu palveluasuminen, vanhainkoti tai tehostettu kotihoito.</i>
3,00–3,49	<i>tehostettu</i>	<i>Vanhainkoti, dementiahoito, terveyskeskuksen vuodeosasto tai tehostettu kotihoito.</i>
3,50–4,02	<i>täysin avustettava</i>	<i>Terveyskeskuksen vuodeosasto, vanhainkoti tai tehostettu kotihoito.</i>

TAULUKKO 1. RAVA-indeksi kuvaa palveluntarvetta (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 60–61).

5 TUTKIMUKSEN KULKU JA TOTEUTUS

5.1 Tutkimusmenetelmä ja kohdejoukko

Tutkimuksemme oli laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus ja haastattelut teimme teemahaastatteluna. Tutkimuksen kannalta teemahaastattelu antoi meille hyvän mahdollisuuden saada syvällisempää tietoa kohderyhmästä, mitä emme olisi saaneet strukturoituja kysymyksiä käyttämällä. Teemahaastattelu antoi meille mahdollisuuden selventää kysymyksiä haastateltaville sekä esittää lisäkysymyksiä tarkentamaan saatuja vastauksia. Halusimme myös, että haastattelutapahtuma olisi keskustelunomainen ja luonteva tilanne haastateltavalle. Teemahaastattelu myös mahdollisti sen, ettei kaikilta haastateltavilta tarvinnut kysyä kaikkia samoja kysymyksiä, vaan haastattelu-tilanteessa pystyimme etenemään jokaisen kohdalla yksilöllisesti. (ks. Hirsjärvi & Hurme 2010, 34–35.)

Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla ja ymmärtää tutkittavaa ilmiötä syvällisesti. Laadullisella tutkimuksella saatua ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä ei ole tarkoitus yleistää, kuten kvantitatiivisella eli määrällisellä tutkimuksella saatuja tuloksia. Laadullinen tutkimus edellyttää tutkijan henkilökohtaista kanssakäymistä tutkittavan ilmiön kanssa. Tämä voidaan saavuttaa haastattelemalla henkilökohtaisesti kohderyhmää. Haastattelun ohessa tutkija voi käyttää tutkimusmenetelmänä myös havainnointia. Laadullisella tutkimuksella halutaan saada tietoa tutkittavan henkilön omakohtaisista kokemuksista ja tuntemuksista tutkittavasta aiheesta. (Kananen 2008, 24–25.)

Tutkimuksemme kohteena olivat yli 65-vuotiaista Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän lisälmen alueen kotihoitoyksikön asiakkaista ne, jotka toistuvasti ylittävät RAVA-toimintakykymittarilla arvioidun palveluntarpeensa. Asiakkaiden RAVA-indeksi oli alle 1,5, mikä luokittelee heidän palveluntarpeensa satunnaiseksi. Käytännössä kuitenkin palveluntarve ylittyy jatkuvasti. Tutkimusjoukosta oli rajattu pois ne henkilöt, joilla oli todettu toimintakyvyn alenemista muistiongelmiensa takia. RAVA-mittaukset oli tehty kohderyhmälle 19.9.2011, eli käytössämme oli tuoreet mittaustulokset. Pyrimme tuomaan tutkimuksessa esille asiakkaan oman näkökulman toimintakyvystään ja palveluntarpeestaan.

5.2 Tutkimustehtävä

Tutkimuksemme tarkoituksena oli saada systemaattista tietoa siitä asiakasryhmästä, joka toistuvasti ylittää toimintakykymittareiden perusteella määritellyn palveluntarpeen. Tutkittava asiakasryhmä koostuu yli 65-vuotiaista lisäalassa asuvista kotihoidon asiakkaista. Tutkimuksen kohdejoukko rajattiin näistä asiakkaista toimintakykymittausten tulosten perusteella. Tutkimuksella haemme vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Millaisena asiakkaat kokevat toimintakykynsä tällä hetkellä ja mitkä tekijät heikentävät toimintakykyä?
2. Millaisista palveluista asiakkaat kokevat saavansa apua arjessa selviytymiseen?

Ensimmäisellä tutkimuskysymyksellä selvitimme taustoja palveluntarpeen ylittämiseen. Otimme selvää siitä, millä toimintakyvyn osa-alueilla asiakkaiden palveluntarve esiintyi. Toisella tutkimuskysymyksellä selvitimme asiakkaiden omaa näkemystä siitä, millaisia palveluita he tarvitsevat arjessa selviytymisen tueksi. Olivatko he tyytyväisiä tämän hetkisiin palveluihinsa ja mitä muita palveluita heillä oli kotihoidon palveluiden lisäksi.

Tutkimuksella keräsimme tietoa kohdejoukkoon kuuluvien henkilöiden palveluiden määrän ja mittaustulosten ristiriidan selventämiseen. Jatkossa toimeksiantaja pystyy käyttämään tutkimustietoa palvelujen ja kotihoidon kriteerien kehittämiseen sekä oikeiden palvelujen kohdentamiseen asiakkailleen. Samalla toimeksiantajamme saa tietoa siitä, millaisia muita palveluita heidän asiakkaansa saavat samanaikaisesti.

Tutkimuksestamme hyötyvät sekä asiakkaat että toimeksiantaja. Tutkimustiedon pohjalta toimeksiantaja voi arvioida, auttavatko heidän antamansa palvelut näitä asiakkaita, vai olisiko syytä pohtia heille uusia palvelumuotoja tukemaan heidän arjessa selviytymistään. Näin asiakkaille voitaisiin tarjota juuri heidän tarpeisiinsa vastaava palvelukokonaisuus.

5.3 Haastattelut

Tutkimusluvan (liite 1) haimme opinnäytetyötämme varten Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän sosiaalihuollon palveluiden johtajalta. Tutkimusluvan saatuamme ryhdyimme miettimään teemoja haastatteluamme varten. Teemat nousivat RAVA-mittarilomakkeen pohjalta. Osa teemoista oli samoja, joita mittarin kysymyksissä oli käytetty. Teemahaastattelun runko (liite 2) muodostettiin kolmesta aihealueesta, jotka olivat palvelut, palveluntarve ja elämäntilanne. Näitä teemoja halusimme tarkastella tutkimuksessamme syvemmin. Muut haastatteluun mukaan otetuista teemoista oli mittarin ulkopuolelle jääneitä toimintakykyyn vaikuttavia asioita.

Tutkimuksen kohdejoukko oli kokonaisuudessaan 35 ikäihmistä. Alustavasti olimme suunnitelleet haastattelevamme 7–8 henkilöä, joten lähetimme 9 haastattelupyyntöä (liite 3) saatekirjeineen. Saatekirjeessä kerroimme, mihin käytämme haastatteluaineistoa ja minkälaisista asioista keräämme tietoa. Kerroimme haastatteluaineiston tulevan ainoastaan tutkimuskäyttöön opinnäytetyötämme varten. Haastateltavien henkilöllisyyttä ei valmiista tutkimusraportista pysty tunnistamaan eikä haastattelun antaminen näin ollen vaikuttaisi haastateltavien saamiin palveluihin.

Haastattelupyynnot toimitettiin asiakkaille kotihoidon työntekijöiden mukana tavallisten kotikäyntien yhteydessä. Tällä toimintatavalla halusimme varmistaa sen, etteivät haastattelupyynnot jäisi huomiotta, mikä olisi ollut riskinä, jos ne olisi toimitettu esimerkiksi muun postin joukossa. Hirsjärven ja Hurmeen (2010) mukaan ikäihmisiä tutkittaessa kannattaa miettiä, mitä kanavaa pitkin haastattelupyynnot lähetetään. Heitä kannattaa lähestyä haastattelupyynnöllä esimerkiksi jonkin yhdistyksen kautta, joka tietää, miten haluttuun kohderyhmään saa parhaiten yhteyden. Ikäihmiset ovat yleensä innokkaita kertomaan mielipiteitään ja elämäntarinaansa niistä kiinnostuneille. (Hirsjärvi & Hurme 2010,133.)

Haastattelupyynnön saajat arvoimme kohdejoukosta. Aluksi saimme kolme myönteistä vastausta haastatteluun, joten lähetimme uusia pyyntöjä taas seitsemälle arvotulle asiakkaalle. Lopulta haastattelupyynnön sai jokainen kohdejoukkoon kuuluva ja tästä joukosta saimme yhteensä 11 suostumusta haastatteluun. Yhtä suostumuksen antanutta emme haastatelleet, koska emme tavoittaneet häntä puhelimitse yrityksistä huolimatta. Lähetimme haastattelupyynnot pienissä erissä, koska halusimme haastatella kaikkia halukkaita, mutta resurssimme eivät olisi riittäneet 35 henkilön haastatteluun.

Haastattelut teimme vuoden 2012 tammi–kesäkuun välisenä aikana. Haastattelujen tekemiseen käytetty aika venyi useampaan kertaan lähetettyjen haastattelupyyntöjen takia. Haastattelimme jokaista osallistujaa kotonaan. Halusimme paikan olevan jokaiselle henkilölle tuttu ja turvallinen, jotta haastattelutilanteesta syntyisi luonteva ja luotamuksellinen. Haastattelu kesti noin tunnin, mikä tuntui sopivalta ajalta niin meistä kuin haastateltavastakin.

Haastattelijan päätehtävät ovat tiedon hankkiminen ja kommunikaation helpottaminen. Niinpä haastattelijan ammatillisuuteen kuuluu kiinnostuksen osoittaminen, luotamuksellisuus ja puolueettomuus. Haastattelun tapahtuessa henkilön kotona, on tärkeää muistaa kunnioittaa haastateltavan kotia. Haastattelijalla voi myös varautua siihen, että haastateltava tavallisesti vähättelee omaa tietämystään aihealueesta. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 89–98.) Useat haastateltavistamme epäröivät, osaavatko he vastata kysymyksiin ja jaksavatko he ylipäättään keskustella. Korostimme haastateltaville haastattelun keskustelunomaisuutta ja sitä, että aiheet ovat tuttuja haastateltavalle ja että olemme kiinnostuneita juuri hänen kokemuksistaan.

Nauhoitimme keskustelut videonauhurille ilman kuvaa. Käytimme haastattelujen tallinnissa omaa videokameraa. Nauhurin lainaaminen koululta olisi vaikeuttanut haastatteluaikojen sopimista, koska laina-ajat ja haastattelujen aikataulut eivät välttämättä olisi käyneet yksiin. Kysyimme ennen haastattelua jokaiselta suostumuksen keskustelun nauhoittamisesta ja kukaan ei kieltäytynyt. Kananen (2008) mukaan nauhoitettu aineisto antaa tutkijalle mahdollisuuden palata haastattelutilanteeseen uudestaan, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta. Tällöin tutkija voi myös tarkistaa ja syventää tulkintojaan aineistosta. (Kananen 2008, 79.)

5.4 Haastattelujen purkaminen ja analysointi

Haastattelujen jälkeen keskustelimme heti työparina, minkälaisia asioita kummallekin oli jäänyt mieleen haastattelutilanteesta. Haastattelut litteroimme sanasta sanaan jättäen litteroimatta ainoastaan opinnäytetyöhön kuulumattomat asiat, kuten kukkien hoitoon liittyvät muistelut. Litteroitua aineistoa saimme jokaiselta haastateltavalta 3–10 sivua ja yhteensä aineistoa kertyi 48 sivun verran. Aineisto oli mielestämme tutkimuksemme tarpeeksi laaja.

Litteroinnissa on monta tasoa. Tarkin taso on sanatarkka litterointi, jossa ei ole poistettu murrettua tai puhekielen ilmaisuja. Tutkijalle jää ratkaistavaksi, mitä nauhoituksis-

ta litteroi ja mitä jättää litteroimatta. Litteroidessa sanatarkasti voidaan aineiston lauseita käyttää sitaatteina valmiissa tutkimuksessa. (Kananen 2008, 80–81.)

Tutkimusaineistomme koostuu yhdeksästä haastattelusta, jotka analysoimme aineistolähtöisellä sisällönanalyysilla. Tuomen ja Sarajärven (2009, 108–113) teoksessa Miles ja Huberman (1994) ovat kuvanneet sisällönanalyysin kolmivaiheiseksi prosessiksi, jonka vaiheet ovat aineistoin pelkistäminen, aineiston ryhmittely ja teoreettisten käsitteiden luominen. Kuuntelimme nauhoittamamme haastattelut ja litteroimme ne, jonka jälkeen perehdyimme litteroituun aineistoon ja etsimme siitä vastauksia tutkimuskysymyksiimme. Jaoimme ensimmäisen tutkimuskysymyksen kahteen osaan, joten etsimme vastauksia kolmeen aihealueeseen. Valitsimme jokaiselle aihealueelle oman värinsä ja merkkasimme aineistosta kohdat, joissa oli vastauksia tutkimuskysymyksiin. Sen jälkeen pelkistimme haastateltavien ilmaisut. Pelkistettyjä ilmaisuja ryhmittelimme alaluokkiin samankaltaisuuksien ja eroavaisuuksien kautta ja alaluokkia taas jaottelimme yläluokkiin. Näin lopulta muodostimme teoreettisia käsitteitä.

5.5 Luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen luotettavuuteen liittyy reliabiliteetti ja validiteetti, jotka ovat kvantitatiivisesta tutkimuksesta peräisin olevia käsitteitä. Nämä käsitteet eivät välttämättä ole sellaisenaan aivan käyttökelpoisia kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa. Kun tutkimuksen kohteena on ihminen, tutkitaan merkityksiä. Tällöin tärkeiksi tutkimusmenetelmiksi nousevat tulkinta ja ymmärtäminen. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa olennaista on se, että tutkija pystyy perustelemaan sen, miten hän on päätnyt tekemiinsä johtopäätöksiin. Aineiston luokittelun on oltava johdonmukaista. Luotettavuutta voidaan arvioida myös sillä, kuinka hyvälaatuisia haastattelunauhoitukset ovat, onko aineiston litterointi tehty huolellisesti ja onko kaikki haastattelut litteroitu samoilla periaatteilla. (Hirsjärvi & Hurme 2010; 16–19; 184–190.)

Tutkimuksen luotettavuus koostuu muun muassa aineiston luotettavuudesta ja tutkijoiden tasokkaasta ammatillisesta työskentelystä. Tärkeä osa tutkimuksen validiteettia on se, että tutkimusaineisto vastaa tutkimuskysymykseen. Haastattelurungon huolellinen laatiminen on olennainen osa luotettaviin tutkimustuloksiin pääsemistä. Tutkimuksen luotettavuudesta kertoo se, että jos tutkimus toistetaan, päädytään samoihin tuloksiin. On kuitenkin huomioitava, että tutkittavien henkilöiden elämäntilanne ja tutkimustulokset sen myötä voivat muuttua. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 184–190.) Täs-

sä tutkimuksessa luotettavuutta voisi arvioida pikemminkin pohtimalla sitä, olisivatko eri tutkijat päässeet samoihin tuloksiin jos olisivat käyttäneet samaa haastattelurunkoa ja haastatelleet samoja henkilöitä samana ajankohtana. Laajoissa tutkimuksissa tutkija voi käyttää apunaan eri haastatteliijoita, jotka keräävät aineiston tutkijan käsiteltäväksi. Koemme, että tutkimustyöstä saa enemmän irti, kun kerää itse aineiston ja ymmärtää näin syvemmin tutkittavaa aihepiiriä ja tutkimuksen kohteena olevia ihmisiä.

Aloitimme analysointiprosessin seitsemännen haastattelun jälkeen, jolloin aineisto alkoi toistaa itseään ja kun haastattelukirjeiden vastauspyyntöjen määräaika täyttyi. Olimme edenneet analysointiprosessissa jo alaluokkien muodostamisen vaiheeseen, kun saimmekin vielä tietoomme kahden asiakkaan halukkuudesta osallistua tutkimukseen. Päätimme tehdä vielä kaksi haastattelua, koska pidimme asiallisena sitä, että kaikkia ilmoittautuneita käydään haastattelemassa. Nämä kaksi haastattelua tukivat näkemystämme siitä, että saturaatiopiste oli saavutettu, sillä niissä ei tullut esille enää merkittävää uutta tietoa. Tämä vahvistaa tutkimuksen luotettavuutta. Kohdejoukosta lähes neljännes osallistui haastatteluun, mihin olimme tyytyväisiä.

Koimme tärkeäksi sen, että aineiston analysointi tehtiin mahdollisimman pian haastattelujen jälkeen. Näin esimerkiksi ilmaisia pelkistäessä varmistimme sen, että haastateltavan sanoma pysyy samana. Kävimme aineistoa läpi jatkuvasti keskustellen. Rakensimme yhdessä tulkintoja haastattelujen sisällöstä. Johtopäätösten luotettavuutta lisää se, että niihin on päädytty keskustellen ja olemme voineet kyseenalaistaa toistemme tulkintoja.

Haastattelunauhoitukset onnistuivat melko hyvin. Yhden haastattelun kohdalla nauha loppui kesken, joten osa haastattelusta jäi nauhoittamatta. Pyrimme paikkaamaan tilannetta muistiinpanoilla. Ensimmäisissä haastatteluissa kirjoitimme enemmän muistiinpanoja, kun taas myöhemmissä haastatteluissa luotimme lähes täysin nauhoitukseen ja kirjoitimme ylös vain yksittäisiä havaintoja. Tällöin olimme ehkä paremmin läsnä itse haastattelutilanteessa.

Haastatteluaineistoa käytimme ainoastaan tätä tutkimusta varten emmekä luovuta nauhoituksia tai niistä tehtyjä litterointeja muille osapuolille. Kerroimme myös haastateltavillemme aineiston käyttötarkoituksesta ennen haastattelun aloittamista. Hävitämme aineiston sen jälkeen, kun opinnäytetyömme on täysin valmis ja hyväksytty.

Välttääksemme haastateltavien tunnistettavuutta emme kirjoittaneet tutkimukseen lainkaan suoria lainauksia. Hirsjärven ja Hurmeen (2010, 195) mukaan tutkimusraportissa voi kuitenkin käyttää kirjakielisiksi muutettuja otteita haastatteluista, mikäli murteellisen muodon säilyttäminen ei ole olennaista. Osa haastateltavista arveli työntekijöiden tunnistavan heidät lainatuista lauseista, joko puhetavasta tai asiasisällöstä, joten lupasimme olla käyttämättä otteita haastatteluista. Tunnistettavuuden riskiä lisää myös haastateltavien suhteellisen pieni lukumäärä. Tuomen ja Sarajärven mukaan (2009, 22) suorat lainaukset eivät itsessään lisää tutkimuksen luotettavuutta, joten senkään vuoksi niitä ei ole välttämätöntä käyttää. Otteet haastatteluista elävöittäisivät tekstiä, mutta mielestämme on tärkeämpää säilyttää haastateltavien anonymiteetti. Edellä mainituista syistä olemme tutkimustuloksia kirjoittaessamme käyttäneet harkintaa myös pelkistettyjen ilmaisujen käyttämisessä.

Olemme luvanneet tiedottaa tutkimustuloksista haastattelemillemme henkilöille työmme valmistuttua. Aiomme lähettää jokaiselle haastatellulle kirjeen, jossa kerromme pääpiirteittäin tutkimustuloksista ja niiden merkityksestä. Kirjeessä kerromme myös sen, mistä haastateltavat saavat halutessaan työmme luettavaksi. Mielestämme haastateltavilla on oikeus tietää millaisiin tuloksiin tutkimustyössä on tultu ja mitä hyötyä heidän antamastaan haastattelusta on ollut. Samalla voimme myös vielä kiittää haastateltavia heidän osallistumisestaan ja uskomme yhteydenotollamme olevan heille merkitystä. Avoimella tiedottamisella voimme myös lisätä arvostusta tutkimustyötä kohtaan.

Olemme olleet hyvin sitoutuneita tutkimustyöhön ja käyttäneet sen kaikkiin vaiheisiin paljon aikaa. Haastattelurungon laatimiseen, haastattelujen tekemiseen ja aineiston analysointiin on varattava reilusti aikaa, jotta tutkijan ajattelu ja näkökulmat pääsevät kehittymään. Aikaa ei kuitenkaan saa kuluttaa liikaa, jotta asiat eivät unohdu eikä työskentely junnaa paikoillaan. Onnistunut ajankäyttö eri työvaiheissa ja sitoutuneisuus työskentelyyn lisäävät osaltaan tutkimuksen luotettavuutta. (ks. Hirsjärvi & Hurme 2010, 65–67; 135.)

6 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimuksemme kohdejoukkoon kuului 35 henkilöä, joiden keski-ikä oli odotta-
maamme korkeampi, 82 vuotta. Kohdejoukon ikäjakaumassa näkyi suurimpana ryh-
mänä 80–89-vuotiaat. Kohdejoukkoon kuului kolme 60–69-vuotiasta, kuusi 70–79-
vuotiasta, kaksikymmentä 80–89-vuotiasta ja kuusi yli 90-vuotiasta. Kohdejoukosta
haastattelimme yhdeksää henkilöä, joista suurin osa oli naisia. Haastateltavien keski-
ikä oli 81 vuotta ja suurin osa oli yli 80-vuotiaita. Ryhmän korkea keski-ikä osaltaan
vaikuttaa palvelutarpeen määrään ja palveluiden sisältöön.

Esitämme tuloksista tehdyn analyysitaulukon jaottelun kolme viimeistä vaihetta. Tau-
lukolla pyrimme selventämään lukijoille, millä tavoin etenimme sisällönanalyysissä
haastattelun pelkistetyistä ilmauksista alaluokkiin ja sitä kautta seitsemään pääluok-
kaan. Pääluokat jaottelimme kolmen yhdistävän otsikon alle. Kustakin yhdistävästä
otsikosta teimme oman abstrahointitaulukon, mikä helpotti tulosten auki kirjoittamista.
Yhdistävät tekijät vastasivat selvästi asettamiimme tutkimuskysymyksiin.

6.1 Ikäihmisten kokemukset selviytymisestä kotona

Ensimmäisessä taulukossa (Taulukko 2) yhdistävänä tekijänä ovat ikäihmisten ko-
kemukset selviytymisestä kotona. Se sisältää seuraavat kolme pääluokkaa; elämän-
laatuun vaikuttavat tekijät, kokemukset nykyisestä voinnista ja itsenäinen arjessa
selviytyminen. Nämä pääluokat sisältävät kolme alaluokkien ryhmää.

Alaluokka	Pääluokka	Yhdistävät tekijät
<ul style="list-style-type: none"> • Elämänasenne • Kokemukset kotona viihtymisestä • Kokemukset asuinpaikasta • Ajanviete ja harrastukset • Sosiaalinen kanssakäyminen • Arkeen iloa tuovat asiat 	Elämänlaatuun vaikuttavat tekijät	Ikäihmisten kokemukset selviytymisestä kotona
<ul style="list-style-type: none"> • Kokemukset psyykkisestä voinnista • Kokemukset fyysisestä voinnista 	Kokemukset nykyisestä voinnista	
<ul style="list-style-type: none"> • Itsenäinen asiointi kodin ulkopuolella • Itsenäisesti onnistuvat kotiaskareet • Itsenäinen terveydenhoito • Itsenäinen hygieniasta huolehtiminen 	Itsenäinen arjessa selviytyminen	

TAULUKKO 2. Analysointia kotona selviytymisen kokemuksista

6.1.1 Elämänlaatuun vaikuttavat tekijät

Puolella haastatelluista oli selkeästi positiivinen elämänasenne, johon liittyi kiitollisuuden tunnetta. Muutamilla ilmeni sisukkuutta ja halua pärjätä itse. Näille haastateltaville oli tärkeää tehdä itse kaikki minkä pystyy, vaikka se ei olisi helppoa. Yleisesti ottaen kaikki ilmaisivat jollakin tavalla luottavansa tulevaisuuteen, ainakin niin, että ei ole toivoton. Positiivisuutta oli myös se, että suhtauduttiin huumorilla hankaluuksiin, esimerkiksi omiin muistiongelmiin ja pystyttiin nauramaan itselle.

Kaikki haastateltavat asuivat yksin ja suurin osa kertoi tottuneensa olemaan yksin. Puolet haastateltavista ei tuntenut itseään yksinäiseksi eikä aika kotona käynyt pitkäksi. Muutama mainitsi, että yksinoloon tottuu. Yksi haastateltavista ilmaisi olevansa vähän erakoitunut. Suurin osa koki asuinpaikkansa turvalliseksi ja rauhalliseksi. Kaikki asuivat suhteellisen lähellä palveluita. Pari haastateltavaa kehui asunnon sijaintia ja huonejärjestelyjä käytännöllisiksi.

Suurimmalla osalla haastateltavista oli useita harrastuksia ja he luettelivatkin sujuvasti harrastuksiaan. Yleisintä ajanvietettä olivat lukeminen, ohjatuissa ryhmissä käyminen, television katselu sekä kaupungille lähteminen ja siellä ihmisten tapaaminen. Ajanvietettä oli siis sekä kotona että kodin ulkopuolella. Haastateltavista kolme ei sanojensa mukaan harrastanut mitään. Kaksi ei halunnut harrastaa ja kolmas koki huonon kuulonsa vaikeuttavan lähtemistä. Osalla ilmeni enemmän aktiivisuutta kodin ulkopuolelle suuntaaviin harrastuksiin. Osalle ajanvietettä oli ikkunasta ulos katselu ja ohikulkijoiden seurailu, mikä koettiin hyvinkin piristävänä.

Jokainen haastateltavista kertoi olevansa yhteydessä sukulaisiinsa. Sukulaiset olivat useille tärkeitä ja moni halusikin esitellä sukulaistensa valokuvia. Puolella oli myös naapureihin erityisen hyvät välit. Yhteydenpito oli toisilla päivittäistä, toisilla vähemmän aktiivista. Molemminpuolinen kyläily, puhelut ja kirjeenvaihto olivat tärkeitä tapoja hoitaa sosiaalisia suhteita sukulaisten ja ystävien kanssa. Arjen iloja oli muutamille lyhyet sosiaaliset kontaktit, kuten ruokapalvelun käynti tai naapureille ikkunasta vilkuttaminen. Myös kotiaskareet osa koki mukavana puuhana arjessa ja oleellisena osana päivän sisältöä.

6.1.2 Kokemukset tämänhetkisestä voinnista

Toimintakyvyn alenemisesta huolimatta haastateltavat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä omaan vointiinsa. Vain yksi koki elämänsä olevan hyvin ongelmallinen. Yhdellä oli vaikeuksia sopeutua uuteen elämäntilanteeseen.

Älyllinen toimintakyky tuli esille useassa haastattelussa erilaisin sanamuodoin. Kaksi kolmasosaa haastateltavista kertoi, että järki pelaa, mitä pidettiin hyvin tärkeänä asiana. Ymmärryksen toiminta näkyi muun muassa siinä, että haastateltava sanoi osaavansa olla varovainen. Yhdelle haastateltavista oli järjestetty joksikin aikaa yövartiointi, mutta haastateltava koki sen turhaksi. Myös muistin toimintaan liittyvät asiat nousivat kysymättäkin haastatteluissa esille ja herättivät ajatuksia haastateltavissa. Useat mainitsivat lievistä muistiongelmista tai siitä, että toivovat muistin säilyvän.

6.1.3 Itsenäinen arjessa selviytyminen

Haastateltavistamme viisi henkilöä kertoi selviytyvänsä omatoimisesti päivittäisistä asioinneistaan. Suurin osa heistä kertoi itsenäisen asioinnin mahdollistuvan rollaattorin tai kävelysauvojen turvin. Haastateltavistamme neljä henkilöä sai asiointiin apua naapureilta ja sukulaisilta. Sukulaiset ja naapurit tarjosivat heille autokyydin tai toivat ruokatavaroita heille kotiin.

Kotiaskareita jokainen haastateltava pyrki tekemään mahdollisimman paljon itse, vaikka esimerkiksi siivoamiseen saatiin apua joko sukulaisilta tai siivouspalveluilta. Kotiaskareiden teko koettiin yleisesti keinona olla jämähtämättä sohvan nurkkaan. Suurin osa haastateltavistamme selviytyikin itsenäisesti ruuanlaitosta ja pyykin pesusta huolehtimisesta. Ainoastaan kaksi henkilöä koki tarvitsevansa ruokapalvelua ja kotihoidon apua aamupalan laitossa. He kuitenkin kertoivat lämmittävänsä ruokia itsenäisesti mikrossa tarvittaessa. Muutama haastateltavista kertoi käyvänsä satunnaisesti syömässä palvelutalolla tai ulkona. Ruokapalvelu oli aiemmin ollut kahdella haastateltavalla, mutta he kokivat haluavansa tehdä itse kaiken minkä pystyivät ja halusivat luopua palvelusta.

Suurin osa haastateltavista kykeni hoitamaan lääkkeen oton itsenäisesti. Lääkkeet tulivat heille apteekin kuplajakeluna. Osa heistä koki lääkekuplien olevan ”kesken-eräistä toimintaa”, joten he lajittelivat lääkkeet itse lääkekuppeihin tai dosetteihin. Vain yksi henkilö hoiti lääkkeen jaon alusta loppuun itse. Muutama haastateltava to-

tesi verenpaineen ja -sokerin mittaukset ja silmätippojen laiton onnistuvan myös itseenäisesti, mutta yleisesti terveydenhuollollisissa toimenpiteissä luotettiin enemmän kotihoidon ammattitaitoon kuin omiin kykyihin.

Haastateltavat vastasivat napakasti pystyvänsä huolehtimaan peseytymisestään itsenäisesti. Vain yksi henkilö tarvitsi apua peseytymiseen, mutta ainoastaan tilapäisesti tapaturman vuoksi. Haastateltavista kaksi kertoi aikaisemmin saaneensa peseytymiseen apua, mutta he olivat kokeneet selviytyvänsä kuitenkin mieluummin ilman apua.

6.2 Toimintakykyyn ja avuntarpeeseen vaikuttavat tekijät ikäihmisten arjessa

Toisessa taulukossa (Taulukko 3) yhdistävänä tekijänä ovat toimintakykyyn ja avuntarpeeseen vaikuttavat tekijät ikäihmisten arjessa. Se sisältää seuraavat kaksi pääluokkaa; toimintakyvyn muutokset ja toimintakykyä rajoittavat tekijät. Nämä pääluokat sisältävät kaksi alaluokkien ryhmää.

Alaluokka	Pääluokka	Yhdistävät tekijät
<ul style="list-style-type: none"> Negatiiviset muutokset toimintakyvyssä Positiiviset muutokset toimintakyvyssä 	Toimintakyvyn muutokset	Toimintakykyyn ja avuntarpeeseen vaikuttavat tekijät ikäihmisten arjessa
<ul style="list-style-type: none"> Muistia heikentävät tekijät Aistitoimintojen hankaluudet Liikuntakykyä heikentävät tekijät Palveluntarpeeseen vaikuttavat tapaturmat Ongelmat lääkityksessä Muut palveluntarpeeseen vaikuttavat terveydelliset ongelmat Mielialaa laskevat tekijät 	Toimintakykyä rajoittavat tekijät	

TAULUKKO 3. Analysointia toimintakykyyn ja avuntarpeeseen vaikuttavista tekijöistä

6.2.1 Toimintakyvyn muutokset

Toimintakyvyssä oli tapahtunut selkeää heikkenemistä viidellä haastateltavista haastattelun ajankohdasta taaksepäin kuluneen vuoden sisällä. Kolmella toimintakyvyn muutos oli tapahtunut viimeisimmän RAVA-mittauksen jälkeen. Kaikilla heistä toimintakyvyn muutos oli vaikuttanut liikuntakykyyn heikentävästi. Kahdella fyysisen toimintakyvyn muutos oli vaikuttanut liikuntakykyyn heikentävästi. Kahdella fyysisen toimintakyvyn muutos oli vaikuttanut liikuntakykyyn heikentävästi.

takyvyn heikkenemisen taustalla oli tapaturma. Toimintakyvyn muutosten myötä muuttaman haastateltavan palveluntarve oli kasvanut. Heistä osan kohdalla kasvaneeseen palveluntarpeeseen oli vastattu kotipalvelulla ja osalla omaiset olivat tulleet avuksi.

Kolmella haastateltavista oli toimintakyvyssä tapahtunut positiivisia muutoksia, mikä näkyi arjen helpottumisena. Yksi tuli toimintakyvyn paranemisen myötä toimeen aiempaa vähemmällä kotihoidon palveluilla. Yhden kohdalla lääkitysmuutos paransi toimintakykyä ja yhdellä parantuneen toimintakyvyn myötä lääkitystä pystyttiin vähentämään.

6.2.2 Toimintakykyä rajoittavat tekijät

Muistin ja älyn toimiminen koettiin tärkeäksi. Vain yhdellä haastateltavistamme muistin heikkeneminen vaikutti toimintakykyyn. Toinen haastateltava totesi muistin reistaillevan, mutta se toimi vielä sen verran, että hän selviytyy arjesta melko omatoimisesti. Näön ja kuulon heikkenemisestä kertoi viisi haastateltavaa. Heistä yksi totesi kuulon heikkenemisen rajoittavan itsenäisesti asioimista ja harrasteisiin osallistumista. Näön huononeminen vaikutti tuntuvasti yhden henkilön arkea ja selviytymiseen oli haettu apua asiantuntijalta.

Enemmistö haastateltavistamme koki liikuntakykyyn liittyvien ongelmien vaikuttavan arjen toimintoihin. Ongelmia esiintyi pääsääntöisesti selässä ja jaloissa. Lisäksi yhdellä henkilöllä oli ongelmia hartiasseudun alueella, mikä vaikeutti esimerkiksi mattojen kopistelua ja pyykkien kuivumaan laittamista. Haastateltavat kertoivat ongelmien esiintyvän kiputiloina ja jalkojen heikkoutena. Osa mielsi ne vanhuuden tuomiksi vaivoiksi.

Neljän haastateltavan mukaan palveluntarve oli kasvanut tapaturman seurauksena. Kaksi heistä kertoi tapaturman sattuneen jo aikaa sitten, mutta se oli ruvennut vaamaan ajan myötä uudestaan. Yhdellä henkilöllä tapaturma lisäsi avuntarvetta vain tilapäisesti ja hän suunnittelikin, mitä kaikkea pystyy itse tekemään parannuttuaan. Tapaturman takia vain yksi henkilö koki tarvitsevansa jatkuvaa apua kotihoidolta.

Muista palvelutarpeeseen vaikuttavista terveydellisistä ongelmia kertoi neljä vastaajista. Ongelmat liittyivät ruokavalioon, huimaamiseen ja muihin tilapäistä hoitoa vaativiin vaivoihin. Tarkka ruokavalio teetti lisätöitä ruuan hankinnasta tai se oli jätetty ko-

konaan ulkopuolisen avun varaan. Kaksi vastaajaa koki toimintakykynsä alentuneen, koska heille ei ollut vielä löydetty sopivaa lääkitystä. Vastaajista neljä koki kärsivänsä ajoittaisesta mielialan laskusta tai apeudesta. Kaksi heistä tunsivat olonsa yksinäiseksi. Yksi vastaaja kertoi mielialan laskun vaikuttavan hänen aloitekykyynsä.

6.3 Ikäihmisten kokemukset sekä toiveet palveluista ja apuvälineistä

Kolmannessa taulukossa (Taulukko 4) yhdistävänä tekijänä ovat ikäihmisten kokemukset sekä toiveet palveluista ja apuvälineistä. Se sisältää seuraavat kaksi pääluokkaa; kokemukset käytössä olevista apuvälineistä ja kokemukset nykyisistä palveluista ja niiden määrästä sekä avun tarpeesta. Nämä pääluokat sisältävät kaksi alaluokkien ryhmää.

Alaluokka	Pääluokka	Yhdistävät tekijät
<ul style="list-style-type: none"> • Omatoimista liikkumista helpottavat apuvälineet • Aistitoimintojen apuvälineiden käyttö • Apuvälineiden hyödyllisyys muistin tukena 	Kokemukset käytössä olevista apuvälineistä	Ikäihmisten kokemukset sekä toiveet palveluista ja apuvälineistä
<ul style="list-style-type: none"> • Kokemukset nykyisestä avun tarpeesta • Kokemukset nykyisistä kotihoidon palveluista ja niiden määrästä • Kokemukset sukulaisten ja tuttavien antamasta avusta • Kotihoidolta saatu sosiaalinen ja henkinen tuki • Kokemukset tiedonsaannista eri palveluista • Palvelutoiveet nykyisten palveluiden lisäksi 	Kokemukset nykyisistä palveluista ja niiden määrästä sekä avun tarpeesta	

TAULUKKO 4. Analysointia palvelutoiveista ja apuvälineiden käyttökokemuksista

6.3.1 Kokemukset käytössä olevista apuvälineistä

Arkea helpottavia apuvälineitä oli käytössä kaikilla haastateltavillamme. Liikkumiseen käytetyt apuvälineet olivat yleisimpiä. Suurin osa vastaajista tarvitsi ulkona liikkumiseen rollaattoria tai kävelysauvoja. Nämä apuvälineet koettiin hyväksi keinoksi liikkua ulkona itsenäisesti. Yksi vastaaja tarvitsi liikkumiseen tarkoitettua apuvälinettä myös sisätiloissa. Yksi koki apuvälineen käytön sosiaalista toimintakykyä rajoittavana teki-

jänä, mutta hän ei kuitenkaan kokenut sitä rasitteeksi. Yleisesti ottaen apuvälineiden käyttöön suhtauduttiin neutraalisti.

Haastateltavilla oli käytössä myös muita kuin liikkumisen apuvälineitä. Kuulokojetta tarvitsi kolme vastaajaa ja silmälasia neljä henkilöä. Kuulokojetta käytettiin epä-säännöllisesti ja silmälasia säännöllisesti käytti tarvitsijoista kolme. Kuulolaite koettiin pääsääntöisesti hankalaksi ja haastattelutilanteessakin se saattoi olla poissa korvasta. Silmälasit olivat yhden mielestä hankalat. Lisäksi muita apuvälineitä oli muutamalla muistin tueksi käytettävä lääkedosetti tai lääkekipot ja yhdellä henkilöistä oli kuvallinen päiväjärjestys. Neljällä vastaajista oli käytössä hälytysranneke. Haastateltavista suurin osa ei kokenut sitä apuvälineeksi. Yksi henkilö kertoi, ettei tarvitse apuvälineeksi hälytysranneketta, koska koki saavansa apua tarvittaessa puhelimitse.

6.3.2 Kokemukset nykyisistä palveluista ja niiden määrästä sekä avun tarpeesta

Palveluihin ja niiden määrään haastateltavistamme suurin osa kertoi olevansa tyytyväinen. Vain yksi henkilö kaipasi lisäapua kotihoidolta kodin pieniin askareisiin. Melkein kaikki haastateltavat käyttivät siivouspalvelua, joka kävi heillä 1–2 kertaa kuu-kaudessa. Myös sukulaiset ja tuttavat auttoivat heitä tarpeen vaatiessa kodin askareissa. Heiltä saatu apu liittyi useimmiten asiointiin ja kyydityksen. Muutama kuitenkin kertoi asiointiin olevan kokonaan sukulaisten hoidossa. Kaksi vastaajista ei kokenut tarvitsevänsä vielä apua sukulaisilta, mutta he uskoivat sitä saavansa tarpeen tullen.

Vastauksista kävi ilmi, että suurin osa kotihoidon antamasta avusta liittyi jollakin tavalla terveydenhuollollisiin toimenpiteisiin, kuten lääkkeiden jakoon ja verikokeiden ottoon. Pieni osa haastateltavista sai apua peseytymiseen ja kodin askareisiin. Kotihoidon työntekijöiden käynnit vaikuttivat suurimman osan mielestä myös sosiaaliseen hyvinvointiin. Työntekijöiden kanssa oli mukava rupatella silloin, kun työntekijöillä oli aikaa. Työntekijöiden kiire tuli esille kolmen henkilön haastattelussa. Työntekijöiden kanssa keskustelu ja heidän osoittamansa välittäminen koettiin mielialaa nostavaksi tekijäksi.

Kaksi haastateltavista kaipasi kotihoidon palveluiden lisäksi myös muita palveluita. Palveluntarpeet liittyivät kuntoutukseen, esimerkiksi toivottiin hierontaa ja kävelylenkejä avustettuna. Kaikki haastateltavat suhtautuivat myönteisesti palveluihin ja olivat valmiita hankkimaan niitä tarpeen tullen. Ryhmä koki saaneensa tietoa heille kuuluvista palveluista vaihtelevasti. Osa tiesi, mitä palveluita heille kuuluu ja mistä niitä

haetaan tarvittaessa. He luottivat saavansa myös lisätietoa palveluista omalta kotihoitajalta. Pieni osa taas kertoi joutuneensa onkimaan tietoja naapureilta ja tutuilta. Muutammat haastateltavat eivät mieltäneet saamiaan palveluita kotihoidoksi. Myös kotihoiton työntekijälle kuuluvat tehtävät olivat vähän epäselviä yhdelle haastateltavalle.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimustuloksista selvisi ikäihmisten omia kokemuksia toimintakyvystään ja näkemymiä siitä, minkälaisista palveluista he hyötyisivät arjessa selviytyäkseen. Tutkimustuloksissa tuli esille asioita, jotka viittasivat siihen, etteivät palveluiden todellinen tarve ja RAVA-mittauksilla arvioitu palveluntarve vastanneet täysin toisiaan. Mitään yksiselitteistä vastausta tähän ristiriitaan tutkimusaineistosta ei kuitenkaan löytynyt. Tutkimusongelmaa voidaan tarkastella joistakin aineistosta nousseista näkökulmista. Osaltaan palvelujen todelliseen tarpeeseen olivat vaikuttaneet mittausten jälkeen tapahtuneet tapaturmat ja nopeat muutokset toimintakyvyssä.

Tutkimuksemme osoitti suurimman osan haastateltavistamme kokevan toimintakyvynsä melko hyväksi, vaikka ryhmän keski-ikä olikin korkea, 82 vuotta. Vaikka kotona haluttiinkin pärjätä mahdollisimman itsenäisesti, ulkopuolelta saatavaan apuun suhtauduttiin myönteisesti. Suurimmalla osalla oli myös realistinen kuva omasta tämän hetkisestä toimintakyvystään. He myös tiesivät milloin ja mistä apua ja palveluita saisi tarvittaessa lisää. Haastattelemamme ikäihmiset olivat myös ottaneet hyvin käyttöön apuvälineitä omaa arkeaan helpottamaan.

Haastateltavat kokivat kotihoidon käynnit tarpeellisiksi, sillä kaikista arkiaskareista ja terveydenhuollollisista toimenpiteistä ei koettu selviytyvän ilman kotihoitoa. Kotihoidon lisäksi apua kotona selviytymiseen saatiin omaisilta ja ystäviltä, mikä vähensi huomattavasti kotihoidon työntekijöiden työn määrää. Haastateltavien korkeaan ikään nähden heillä oli suhteellisen vähän palveluita.

7.1 Kokemukset toimintakyvystä

Ihmisen oma käsitys toimintakyvystään eroaa yleensä ammattilaisen käsityksestä henkilön toimintakyvystä. Ikäihmiset usein arvioivat terveydentilansa paremmaksi, kuin mitä se todellisuudessa on. (Aejmelaeus, Kan, Katajisto & Pohjola 2007, 35.) Ikääntyminen lisää muistissa ilmeneviä ongelmia. Ikääntyneet ihmiset myös kiinnittävät huomiota muistinsa toimintaan enemmän kuin nuoremmat. Huomion kiinnittäminen muistiongelmiin korostaa sitä, että ikääntyneillä on useimmiten negatiivisempi käsitys muistinsa toiminnasta kuin nuoremmilla. (Suutama 2004, 80–84.) Tutkimuksemme tulokset osoittivat, että ikäihmisillä oli pääosin melko realistinen käsitys toimintakyvystään. Tutkimuksessamme tuli esille, että muistin toimintaan todella kiinni-

tettiin huomiota. Osa kertoi muistiongelmistaan hieman huolestuneena ja osa suhtautui niihin huumorilla. Joka tapauksessa muistin säilymistä pidettiin tärkeänä asiana.

Lähes jokaisessa haastattelussa huomiota herättävää oli henkilön elämänasenteen vaikutus koettuun toimintakykyyn. Positiivinen elämänasenne oli yhteydessä omatoimisuuteen pyrkimiseen, toiveikkuuteen tulevaisuuden suhteen sekä nykyhetken tyytymiseen. Toimintakyvyn rajoitteita ei korostettu vaan esille nostettiin asioita, mitä vielä kyetään tekemään.

RAVA-mittaukset tehdään lisämessä kotihoidon asiakkaille vain kerran vuodessa, joten mittauksen antama tieto ei ole koko ajan täysin ajankohtaista vaan ainoastaan suuntaa-antavaa. Kuitenkin monet asiat perustuvat juuri RAVA-mittauksiin; asiakkaiden saamat palvelut määräytyvät mittaustulosten perusteella ja tilastotietoa asiakkaiden toimintakyvystä käytetään perustellessa kunnille palveluiden hintaa ja määrää. Muutokset asiakkaiden elämäntilanteissa ja toimintakyvyssä voivat tapahtua nopeasti. Tehtyjen toimintakykymittauksen välillä saattaa tapahtua suuriakin palveluntarpeeseen vaikuttavia muutoksia. Esimerkiksi tapaturman seurauksena palveluntarve voi muuttua hetkellisesti tai pidempiaikaisesti. Aejmelaeuksen ym. (2007) mukaan tapaturma-alttius lisääntyy iän myötä etenkin kaatumisten osalta. Tähän ovat syynä muun muassa aistien ja lihaskunnan heikkeneminen sekä refleksien hidastuminen. (Aejmelaeus, Kan, Katajisto & Pohjola 2007, 203–206.) Yhden haastattelun tai yhden RAVA-mittauksen perusteella on hyvin vaikea arvioida asiakkaan elämäntilannetta ja palveluntarvetta kokonaisuutena. Kaikki asiat eivät välttämättä yhdessä RAVA-mittauksessa tule esille, esimerkiksi muistiongelmien. Muistiongelmien saattavat vaikuttaa toimintakykyyn mutta ne eivät ole vielä kuitenkaan niin suuria, että näkyisivät mittauksissa.

Tutkimuksessamme tuli esille, että kotipalvelun alkuvaiheessa neljälle haastateltavista oli tarjottu palvelua, joka sittemmin oli todettu tarpeettomaksi ja jätetty pois. Yhdellä oli kotihoito ollut apuna peseytymisessä, kahdella oli vähän aikaa ollut ruokapalvelu ja yhdelle oli järjestetty joksikin aikaa yövartiointi. Lisäksi yhdelle oli tarjottu ruokapalvelua ja yhdelle peseytymisapua, mutta molemmat olivat kieltäytyneet näistä. Osa haastateltavista kertoi tilanteista naureskellen, sillä he olivat alkuun ihmetelleet sitä, miksi palvelua heille ylipäätään tarjotaan.

Nukkuminen tuli esille ainakin kolmessa haastattelussa, vaikka nukkumisesta ei varsinaisesti kysytty. Nukkuminen tuli esille hyvän arjen yhteydessä ja nämä haastatel-

tavat kokivat nukkuvansa hyvin. Kivelän (2007, 23–31) mukaan ikääntyessä unen määrä ei yleensä muutu, mutta syvän unen jaksot lyhenevät ja vanhemmiten suurempi osa unesta on kevyttä unta. Ikääntymisen myötä nukahtaminen kestää pidempään ja päivällä nukkuminen lisääntyy. Muutokset ovat kuitenkin yksilöllisiä.

Haastateltavista jokainen asui yksin, eivätkä heistä kaikki varsinaisesti harrastaneet mitään, mutta he eivät kuitenkaan erityisesti kaivanneet seuraa tai tekemistä. Haluttomuus lähteä harrastuksiin johtui osalla siitä, että iän myötä ystävät olivat kuolleet, joten harrastusryhmän ihmiset olivat vieraita tai itseä nuorempia. Tätä ei välttämättä koettu rasitteena, vaan se hyväksyttiin omaan elämäntilanteeseen kuuluvana asiana. Haastateltavamme kokivat elämänsä pääsääntöisesti hyväksi ja tasapainoiseksi. Tulokset osoittivat, ettei yksinoloa koettu negatiivisena asiana. Tekemistä kotona riitti ja kotiaskareiden tekemiseen kului päivästä paljon aikaa. Pääsääntöisesti kodin askareet ja kotona tehtävät harrasteet koettiin osaksi hyvää arkea. Pienetkin asiat, kuten puhelu tuttavien kanssa, ikkunasta ulos katselu ja kirjan lukeminen koettiin merkittävinä tapahtumina.

7.2 Kokemukset palveluista ja apuvälineistä

Tutkimus osoitti, että suurin osa haastateltavista otti mielellään vastaan kotihoidon palveluja. Myös muiden palvelutarjoajien palveluita, kuten siivouspalvelua käytettiin mielellään. Tutkimuksesta kävi ilmi, että suurin osa osallistujista oli tyytyväisiä kotihoidon määrään ja sen laatuun. Vain pieni osa mainitsi kotihoidon työntekijöiden kiireestä ja ilmaisi tarvitsevänsä lisää palveluja kotihoidolta. Kun työntekijällä on kiire, se välittyy myös asiakkaalle. Tällöin asiakas voi olla tyytymätön ja työntekijä saattaa kokea, ettei saa tehtyä työtään tarpeeksi hyvin. Juuri tähän SOTE kuntayhtymän alueella pyritään vaikuttamaan VASKE-hankkeella.

Tietoa kotihoidon palveluista lähes jokainen haastateltavamme kertoi saaneensa riittävästi. Palveluohjaus oli asiakkaiden näkökulmasta pitkälti kotihoidon työntekijöiden varassa. He myös luottivat siihen, että saavat tarvitsemansa tiedon jatkossakin niiltä tutuilta työntekijöiltä, jotka heillä kotona käyvät. Pieni osa haastateltavistamme kuitenkin toivoi, että kotihoidon työntekijöillä olisi enemmän tietoa heille kuuluvista palveluista, eikä tietoa tarvitsisi etsiä milloin mistäkin.

Moni ei mieltänyt saamaansa palvelua kotihoidoksi. Todettiin, että joku kyllä käy, mutta ei osattu kuvata mitä henkilö tekee. Kotihoidon työntekijöiden työnkuvaan kuuluu

muun muassa asiakkaan voinnin seuranta. Tämä voi asiakkaalle ilmetä niin, että työntekijä käy juttelemassa mukavia, mutta ei tee mitään sen kummempaa. Etenkin, jos asiakas olettaa että kotihoitoon kuuluu myös siivouspalvelu, saattaa asiakas olla pettynyt saamaansa palveluun. Toisaalta kuitenkin juuri jutteleminen koettiin tärkeänä asiana ja hoitajan käyntejä odotettiin.

Kotihoidon työntekijöiltä koettiin saatavan myös neuvoja. Esimerkiksi haastateltavista kahdella oli ollut ongelmia yöaikaan ovikellojen soittajien kanssa ja toinen heistä oli maininnut asiasta kotihoidon työntekijälle, toinen taas ei. Tällaisissa tilanteissa hoitajalta saatavat neuvot voivat olla tärkeää henkistä tukea. Jo pelkkä kertominen ongelmista toiselle ihmiselle helpotti oloa. Lähdesmäen ja Vornasen (2009, 197) mukaan hoitaja voi antaa monenlaista sosiaalista tukea ikääntyvälle ihmiselle. Parhaimmillaan ikäihminen saa hoitajalta emotionaalista tukea, jolloin hoitaja rohkaisee ja lohduttaa ikäihmistä tarvittaessa ja ilmaisee luottamuksellisuutta. Myös tuki tiedonsaannissa on tärkeää. Asiakas saa hoitajalta esimerkiksi tietoa palveluista sekä neuvoja ja ohjeistusta, kuinka eri tilanteissa toimitaan.

Apuvälineisiin suhtauduttiin myönteisesti ja niitä käytettiin mielellään. Varsinkin liikumisen apuvälineiden oli koettu lisäävän itsenäisyyden tuntua. Suurin osa haastateltavista kertoikin itsenäisen liikumisen olevan kokonaan käytössä olevan apuvälineen ansiota. Muitakin apuvälineitä, kuten silmälaseja käytettiin mielellään. Kuulolaitteiden käyttäjät pitivät niitä pääsääntöisesti hankalina ja hyödyttöminä. Hälytysranneketta ei kukaan sen käyttäjistä mieltänyt apuvälineeksi. Hälytysranneke koettiin varmuudenvaraksi ja moni luottikin apua tarvitessaan enemmän puhelimeen.

Lähdesmäen ja Vornasen (2009) mukaan ihmisen vanhetessa apuvälineiden tarve arjessa selviytymisen tukena kasvaa. Oikeanlaiset ja laadukkaat apuvälineet edistävät ikäihmisen itsenäistä selviytymistä arjen askareista. Uusia apuvälineitä toimintakyvyn tueksi kehitellään koko ajan. Apuvälineet vähentävät ikäihmisen syrjäytymistä yhteiskunnasta. Apuvälineet valitaan yksilöllisesti ja niiden käyttö opastetaan henkilölle itselleen. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 145–148.) Kuulolaitteen käyttö voi tuntua aluksi hankalalta ja siksi kuulolaitte jää käyttämättä, jollei henkilöllä ole motivaatiota sen käyttöön. Kuulolaitteen käyttö vaatii hoitajilta ikäihmisen motivointia ja kannustusta. Vanhustyössä työskentelevien olisi hyvä perehtyä siihen, miten kuulolaitte toimii ja kuinka sitä huolletaan. Näin työntekijä voisi opastaa ikäihmistä huoltamaan kojetta ja laitetta tulisi käytettyä. (Lupsakko & Ikäheimo 2008, 149.)

8 POHDINTA

Tutkimuksemme antaa toimeksiantajalle lisää tietoa ikäihmisten omasta käsityksestä toimintakyvystään ja palveluntarpeestaan. Ennako-olettamuksemme arvioidun palvelutarpeen ylittämisen syistä erosivat todellisista tutkimustuloksista. Oletimme, että yksi palvelutarpeen ylittämisen syistä olisi ikäihmisten kokemana yksinäisyys. Ennako-käsityksemme pohjautui lukemaamme kirjallisuuteen ja siihen, että vanhusten yksinäisyys on ollut laajasti esillä yhteiskunnallisessa keskustelussa. Arvelimme myös muiden sosiaalisen, psyykkisen ja henkisen tuen tarpeiden näkyvän tutkimustuloksissa laajemmin. Nämä seikat eivät kuitenkaan liiemmin nousseet esille tutkimuksemme tuloksissa. Toki kaikki haastatteluun osallistujat ottivat mielellään kotihoidon työntekijät vastaan ja pitivät juttelua heidän kanssaan tärkeänä asiana.

Se, miksi todellinen palveluntarve ylittää mittaustuloksien mukaisen palveluntarpeen, ei ole yksiselitteinen asia. Palveluntarpeeseen vaikuttavat monet tekijät, jotka eivät välttämättä näy mittauksissa. Ikäihmisten toimintakyvyssä voi tapahtua kovinkin nopeasti muutoksia, jotka liittyvät luonnolliseen ikääntymiseen, tapaturmiin tai sairastumisiin. Myös itse mittaustilanne voi aiheuttaa vääristymiä arvioituun palveluntarpeeseen, sillä mittaustilanteessa ei välttämättä tule esille ikäihmisen todellinen kyky toimia itsenäisesti.

Palveluntarpeen arviointi tehdään ensimmäisen kerran palvelusuhteen alussa, jolloin työntekijä ei tiedä realistisesti asiakkaan toimintakyvystä. Myös muistin ongelmat saattavat jäädä näkymättömiksi. Ne voivat ilmetä vasta ajan kuluttua työntekijän seurattessa ikäihmistä arkipuhissaan. Tämä edellyttääkin kotihoidolta kiireetöntä aikaa asiakkaan luona, jolloin työntekijöillä on mahdollisuus havainnoida asiakasta. Nämä seikat huomioon ottaen toteamme, että palveluntarvetta määriteltäessä ei pitäisi liikaa tuijottaa mittareilla saatuja tuloksia vaan tulisi ottaa huomioon kokonaisuus.

8.1 Pohdintaa tutkimustuloksista

Tutkimuksemme kohdejoukko oli kaiken kaikkiaan iäkkäämpää kuin mitä alun pitäen oletimme. Kohdejoukosta suurin osa oli iältään 80–90-vuotiaita. Henkilöt itse kokivat oman toimintakykynsä ikäänsä nähden melko hyväksi ja osa haastateltavista koki, että he pärjäisivät ilman joitakin heillä olevia palveluita. Kuitenkin haastatteluissa tuli ilmi paljon toimintakykyä rajoittavia tekijöitä fyysisen toimintakyvyn alueella. Pohdimme, onko tässä taustalla ammattihenkilön ja henkilön itsensä välillä olevat näke-

myserot toimintakyvystä vai kyseisen ikäluokan elämänhistoria; on totuttu pärjäämään vähemmällä ja selviytymään vaikeammissakin oloissa. Moni haastateltava kertoi oppineensa siihen ajatukseen, että pärjätään itse, eikä kukaan tee asioita puolesta.

Tutkimustuloksissa tuli esille tilanteita, joissa haastateltavat olivat kokeneet heille tarjotut palvelut turhiksi. Haastattelemamme henkilöt olivat jo niin iäkkäitä, että näissä tilanteissa on saattanut olla kysymyksessä ennaltaehkäisevän näkökulman korostaminen. Ikäihmisten toimintakyvyn nopeat muutokset havaitaan ennaltaehkäisevien käyntien ansiosta aikaisemmassa vaiheessa ja niihin voidaan reagoida nopeammin. Pohdimme, tunnistavatko ikäihmiset itse muutoksia toimintakyvyssään ja syitä muutosten taustalla. Jotkin asiat voivat olla luonnollisia ikääntymiseen liittyviä ja joskus voi olla kyse jostakin sairaudesta. Esimerkiksi voimattomuus voi olla syynä palveluntarpeeseen, vaikka voimattomuuden taustalla olevat tekijät olisivat epäselviä. Arjessa selviytymiseen vaikuttavat asiat voivat olla niin fyysisiä kuin psyykkisiäkin.

Ikäihmiset kokivat kotiaskareet ja kotona puuhailun hyvänä ajanvietteenä. Suurimmalle osalle niistä, jotka eivät lähteneet kodin ulkopuolelle harrastamaan mitään, harrastamattomuus oli oma valinta. Pohdimmekin sitä, kaipaavatko ikäihmiset ympärilleen niin paljon muita ihmisiä, harrasteita ja virikkeitä, kuin mitä me nuoremmat olemme heidän kaipaavan. Mietimme, onko hyvä elämä määritelty yhteiskunnassamme sellaiseksi, että on oltava tietyn verran sosiaalisia suhteita ja on vietettävä aktiivista elämää harrasteiden parissa kodin ulkopuolella.

8.2 Kehittämisaatuksia ja jatkotutkimusaiheita

Nykyisin palveluohjauksellinen näkökulma ikäihmisten palveluissa korostuu. Tutkimuksemme osoitti, että asiakkaat luottivat kotihoidon työntekijöiden asiantuntemukseen eri palveluista. Uusia palveluita tarvitessaan haastateltavat kertoivat kääntyvänsä tutun työntekijän puoleen. Vain harva koki saavansa tietoa palveluista muualta kuin kotihoidon työntekijöiltä. Palveluohjausta tulisikin kehittää siihen suuntaan, että kotihoidon asiakkaille kerrottaisiin tarkemmin niistä palveluista, joita he voisivat saada kotihoidon lisäksi. Tällä tavalla huomioitaisiin myös ikäihmisten palvelujen laatusuosituksissa korostettu yksilöllisyys.

Tulevaisuudessa ikäihmiset tietävät enemmän saatavilla olevista palveluista ja osavat olla vailla heille kuuluvia palveluita. Tämä lisää varmaan tulevaisuudessa yksityis-

ten palveluntuottajien tarjontaa. Palvelun laatua kehittämällä voidaan lisätä asiakkaiden halukkuutta osallistua palveluidensa kustannuksiin.

Kotipalvelu keskittyy terveydenhuollollisiin toimenpiteisiin ja kuntouttava näkökulma jää usein toivottua vähemmälle. Kun huomataan, ettei kotipalvelu pysty vastaamaan tiettyihin asiakkaan tarpeisiin, tarjotaanko asiakkaalle tällöin jotain muuta palvelua? Esimerkiksi lääkepalveluja saatetaan tarjota asiakkaalle automaattisesti, vaikka hän kokisi selviytyvänsä lääkehuollosta itse ja kaipaisi mieluummin apua ulkoiluun. Ikäihmistien palveluissa pitäisi olla sekä selkeät rajat että joustavuutta. Kotihoidon työnkuva tulisi olla selkeästi rajattu, jotta asiakkaalle ei jäisi siitä epäselvyyttä. Joustavuutta olisi se, että ei tarjottaisi kaikille asiakkaille tiettyä peruspalvelupakettia, vaan tarkasteltaisiin laajasti koko palvelukokonaisuutta ja poimittaisiin sieltä asiakkaalle sopivimmat palvelut.

Palveluntarjoajien välistä yhteistyötä pitäisi vielä kehittää, että saataisiin monipuolinen ja toimiva palvelukokonaisuus kuntoutusnäkökulmaa korostaen. Tällä vältettäisiin päällekkäiset palvelut ja palvelut vastaisivat yksilöllisiin tarpeisiin. Palvelusuunnitelmaa tehdessä korostaisimme asiakkaan oman näkemyksen kuulemista. Kotihoidon asiakaspalaverihin voisi myös ottaa mukaan muiden palveluiden tarjoajia, esimerkiksi ystäväpalvelun henkilö voisi osata antaa arvokasta lisätietoa asiakkaan toimintakyvystä.

Kehittämishankkeiden merkitys on siinä, että niillä pyritään sekä asiakastyytyvyyteen että työntekijöiden jaksamiseen. Asiakkaan tarpeet voivat olla hyvin monimuotoisia fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja henkisen tuen tarpeita. Työntekijän näkökulma on tärkeä, jotta voidaan toteuttaa asiakaslähtöisyyttä. Siksi onkin hyvä, että nykyään on erilaisin hankkein ruvettu kehittämään kotihoitoa yhä kiireettömämpään ja yksilöllisempään suuntaan. Kiireetön käynti antaa työntekijälle mahdollisuuden havainnoida asiakkaan vointia paremmin ja huomioida asiakkaan omat ajatukset avun tarpeesta. Kiireettömyys parantaa myös työntekijän jaksamista ja motivaatiota työtään kohtaan. Motivoituneet työntekijät ovat avainasemassa pyrittäessä asiakastyytyvyyteen ja hoitomyönteisyyteen.

RAVA-mittaria on yleisesti kritisoitu sen puutteellisuudesta. Yleinen käsitys on, että RAVA-mittari ei yksin riitä toimintakyvyn perusteelliseen arviointiin. On kuitenkin olemassa useita täydentäviä mittareita. Miksi asiakkaan toimintakykyä arvioitaessa ei käytetä useampia mittareita, vaikka tiedetään, että näin saataisiin parempi kuva toi-

mintakyvystä? Mittausten tekeminen on toki aikaa vievää, kun asiakasjoukko on niin laaja mitä se SOTE kuntayhtymän alueella on. Pohdimme myös sopivaa mittausväliä ja sitä, millä tavalla mittausten tekemisessä voitaisiin huomioida toimintakykyyn äkillisesti vaikuttavat seikat, esimerkiksi tapaturmat. Mittauksen tekijän tulisi olla henkilö, joka tuntee riittävän hyvin sekä asiakkaan että käyttämänsä mittarin. Esimerkiksi muistiongelmia ja jopa -sairaudet voivat jäädä RAVA-mittauksessa huomaamatta. Onko RAVA-indeksillä liian suuri painoarvo asiakkaiden palveluntarpeen arvioinnissa?

Tulevaisuudessa voisi tehdä laajempaa jatkotutkimusta siitä, millaisia näkemyksiä asiakkaalla, omaisella ja työntekijällä on asiakkaan toimintakyvystä ja palveluntarpeesta. Näitä eri näkemyksiä voisi vertailla, josko sieltä löytyisi selityksiä toimintakykymittausten ja saatujen palvelujen määrän ristiriitaisuuksiin. Olisi myös mielenkiintoista saada jossakin vaiheessa tutkimustietoa siitä, millaisia vaikutuksia VASKE-hankkeella on ollut kotihoidon työhön. Vaikuttaako VASKE-hanke työntekijöiden ajankäyttöön niin, että asiakkaat saavat enemmän aikaa keskusteluun heille tuttujen ja luotettavien työntekijöiden kanssa? Lisäksi toimintakykymittareiden käytöstä voisi tehdä tarkempaa tutkimusta esimerkiksi siitä, millä tavalla mittauksia tekevät työntekijät kokevat mittareiden hyödyllisyyden ja miten asiakkaat ymmärtävät mittaustilanteen. Näin voitaisiin selvittää myös sitä, mitkä mittarit täydentäisivät RAVA-mittaria parhaiten.

8.3 Pohdintaa toiminnastamme tutkijoina

Mielenkiinnolla olisimme haastatelleet koko 35 hengen kohdejoukkoa, sillä sieltä olisi vielä voinut nousta joitakin asioita, joita nyt ei tullut esille. Emme voi tietää mistä syystä osa asiakkaista jätti osallistumatta haastatteluun. Voimme vain arvailla kertooko haastatteluihin osallistuminen ja osallistumattomuus kohderyhmämme toimintakyvystä. Koko ryhmän haastattelemisen ei kuitenkaan ollut mahdollista näin opinnäytetyönä. Urakka olisi vaatinut paljon aikaa ja muita resursseja, joita meillä ei ollut.

Huomasimme työtä tehdessämme, miten haastatteluihin valmistautuminen on todella oleellinen osa työskentelyä. Emme tarkoita pelkästään hyvän haastattelurungon laatimista, vaan yleensäkin haastattelutilanteisiin orientoitumista. On tärkeää lukea teoriakirjallisuutta haastatteluista ja erityisen antoisaksi koimme kertomukset muiden tutkijoiden haastattelukokemuksista. Tulevaisuutta varten opimme, että kaikkea ei tarvitse kantapään kautta oppia, vaan voi turvautua teoretietoon ja muiden kokemuk-

siin. Haastavinta ja vaativinta koko tutkimusprosessissa kuitenkin oli tutkimustulosten analysointi. Emme olleet aiemmin tehneet vastaavanlaista laajaa analyysia.

Aihe ei ollut meille helppo eikä itsestään selvä valinta. Tutkimuksen tekeminen oli kuitenkin mielekästä ja tutkimuksen edetessä kiinnostuksemme aihetta kohtaan kasvoi. Esille nousi uusia mielenkiintoisia näkökohtia ja jouduimme muuttamaan ennakkokäsityksiämme. Myös haastateltavien elämänasenne opetti meille paljon. Kunnioituksemme positiivista elämänasennetta ja siihen pyrkimistä kohtaan kasvoi. Toivottavasti osaisimme itsekin vuosikymmenten kuluttua ajatella elämästämme yhtä positiivisesti kuin haastateltavamme.

LÄHTEET

Aejmelaus, R., Kan, S., Katajisto, K. & Pohjola, L. 2007. *Erikoistu vanhustyöhön*. Helsinki: WSOY.

Heikkinen, E. 2008. Sosiaalitaloudellisten tekijöiden ja elintapojen yhteys vanhene-
miseen. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.). *Gerontologia*. Helsinki: Kus-
tannus Oy Duodecim, 333–344.

Heikkinen, R.-L. 2003. Mielenterveys ja sen edistäminen. Teoksessa Hietanen, A. &
Lyyra, T.-M. (toim.). *lääkään väestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja edis-
täminen*. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2003:2. Helsinki: Edita Prima Oy,
83–98.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2010. *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja
käytäntö*. Helsinki: Gaudeamus.

Hirvonen, R. 1999. Vanhuksen arki kotona. Teoksessa Laitinen-Junkkari, P. (toim.).
Moninainen vanhusten hoitotyö. Porvoo: WSOY, 36–47.

Huttunen, T. & Marjoniemi, S. 2006. *Iisalmen kaupungin vanhustenhuollon hoidon-
porrastuksen kriteerit*. Iisalmi. Moniste.

Kananen, J. 2008. *KVALI. Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet*. Jyväskylä:
Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kettunen, T., Ihalainen, J. & Heikkinen, H. 2001. *Monimuotoinen sosiaaliturva*. Hel-
sinki: WSOY.

Kivelä, S. 2007. *Voimavaroja unesta. Hyvä uni iäkkäänä*. Helsinki: Kirjapaja.

Kivelä, S. 2009. *Depressiosta tasapainoon*. Helsinki: Kirjapaja.

Laukkanen, P. 2008. Toimintakyky- ja ikääntyminen käsitteestä ja viitekehuksesta
päivittäistoiminnoista selviytymisen arviointiin. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen,
T. (toim.). *Gerontologia*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 261–285.

Lupsakko T, Ikäheimo K. 2008. Iäkkäiden aistiongelmät: kun ei kuule ja näkökin
reistaa. Teoksessa Hartikainen S, Lönnroos E (toim.). *Geriatría arvioinnista kun-
toutukseen*. Helsinki: Edita, 145–164.

Lähdesmäki, L. & Vornanen, L. 2009. *Vanhuksen parhaaksi*. Helsinki: Edita.

Nurmilaakso, T. (toim.). 2011. Vanha ja vireä nainen. Naisen elämää osa 7. *Yle
Akuutti* [verkkosivu]. 26.4.2011 [viitattu 26.9.2011]. Saatavissa:
http://ohjelmat.yle.fi/akuutti/arkisto/vanha_virea_nainen

Ruoppila, I. & Suutama, T. 2003. Kognitiivisen toimintakyvyn tukeminen. Teoksessa
Hietanen, A. & Lyyra, T. (toim.). *lääkään väestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpitä-
minen ja edistäminen*. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2003:2. Helsinki:
Edita, 155–170.

Rönkkö, J. & Suoaro, L. 2010. *”Kaiken takana on asiakas”*. *Asiakastyytyväisyyskysely
Iisalmen kotihoiton yli 65-vuotiaille asiakkaille*. Iisalmi: Savonia-ammattikorkeakoulu,
sosiaali- ja terveysalan koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Saastamoinen, M. & Siponen, S. 2004. *Ikäihmisten asiakastyytyväisyys kotihoitoon lisäalnessa*. Iisalmi: Savonia-ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysalan koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Sanerma, P. 2009. *Kotihoitotyön kehittäminen tiimityön avulla. Toimintatutkimus kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistymisestä*. Tampere: Tampereen yliopisto. Väitöskirja.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Uutiset. Tiedotteet. Vanhusten hoito turvataan lailla, ammattitaidolla, valvonnalla ja rakenneuudistuksilla. Tiedote 319/2009. [verkkosivu]. *Sosiaali- ja terveysministeriö* 29.9.2009 [viitattu 9.10.2011]. Saatavissa: <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/view/1428654>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011a. Uutiset. Tiedotteet. Lailla turvattaisiin iäkkäiden oikeus tarpeenmukaiseen hoivaan. Tiedote 68/2011. [verkkosivu]. *Sosiaali- ja terveysministeriö* 9.3.2011 [viitattu 9.10.2011]. Saatavissa: <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/view/1556083#fi>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011b. Uutiset. Tiedotteet. Lainsäädäntöä iäkkäiden palvelujen turvaamisesta pidetään tarpeellisenä. Tiedote 148/2011. [verkkosivu]. *Sosiaali- ja terveysministeriö* 13.9.2011 [viitattu 9.10.2011]. Saatavissa: <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/view/1566754#fi>

Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen Kuntaliitto. 2008. *Ikäihmisten palvelujen laatusuositus*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Helsinki.

Suutama, T. 2004. Kognitiiviset toiminnot. Teoksessa Raitanen, T., Hänninen, T., Pajunen, H. & Suutama, T. (toim.). *Geropsykologia. Vanhenemisen ja vanhuuden psykologia*. Helsinki: WSOY, 76–108.

Tepponen, M. 2009. *Kotihoidon integrointi ja laatu*. Kuopio: Kuopion yliopisto, yhteiskuntatieteet. Väitöskirja.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Tammi.

VASKE-hanke 2012a. Hankkeen tavoitteet. *VASKE-hanke* [verkkosivu]. [viitattu 22.7.2012]. Saatavissa: <http://vaskehanke.blogspot.fi/p/hankkeen-tavoitteet.html>

VASKE-hanke 2012b. *VASKE-hanke: miksi ja mitä?* *VASKE-hanke* [verkkosivu]. 13.6.2012. [viitattu: 22.7.2012]. Saatavissa: <http://vaskehanke.blogspot.fi/2012/06/vaske-hanke-miksi-ja-mita.html>

Liite 1. Tutkimuslupa

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä

Viranhaltijapäätös

Päätöspvm.
21.12.2011

Viranhaltija	sosiaalihoitaja	Pykälä	114/2011
Palveluyksikkö	Sosiaalihuollon palvelut	Dnro	67/2011
Toimielin	Yhtymähallitus	Päätösluokka	13.00.00
Asiaotsikko	Tutkimuslupa/Eevakaisa Martikainen ja Minna Väisänen		
Päätösteksti (sis. mahdollisen valmistelijan esityksen)	Valmistelija: Hanna Jokinen Sosiaalialan koulutusohjelman opiskelijat Minna Väisänen ja Eevakaisa Martikainen anovat tutkimuslupaa tutkimukselleen Iisalmen kaupungin kotihoidon yli 65-vuotiaiden asiakkaiden palveluntarpeen ja toimintakyvyn tutkiminen. Tutkimuksen tarkoituksena on saada systemaattista tietoa siitä asiakasryhmästä, joka toistuvasti ylittää toimintakyvymittareiden perusteella määritellyn palveluntarpeen. Tutkimus toteutetaan teemahaastatteluna vuoden 2012 aikana. Asiakkaat otantaan löytyvät yhteistyössä kotihoidon kanssa.		
Päätös	Myönnetään tutkimuslupa. Opinnäytetyön suorittamisessa tulee noudattaa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain mukaisia salassapitosäännöksiä. Opiskelijat luovuttavat SOTE kuntayhtymälle maksutta valmiin raportin opinnäytetyöstä.		
Peruste	Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän hallintosääntö § 46		
Nähtävilläolo	Iisalmen terveyskeskus 22.12.2011		
Muutoksenhaku	Oikaisuvaatimus		
Tiedoksi	Hanna Jokinen, Tarja Huttunen, Savonia ammattikorkeakoulu/Markku Viita		
Tiedoksi ltk	Yhtymähallitus		
Saaja	Eevakaisa Martikainen, Minna Väisänen		
Valmistelija ja yhteystiedot	Hanna Jokinen puh. 040 747 0113		
Allekirjoitus ja Nimenselvennys	 Marja-Leena Meriläinen sosiaalihoitaja		

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä
PL 4 (Meijerikatu 2)
74101 Iisalmi

Puhelin
(017) 27 231

Kotisivu: www.ylasavonsote.fi
Sähköposti: kirjaamo@ylasavonsote.fi
etunimi.sukunimi@ylasavonsote.fi

Liite 2. Haastattelupyyntö

lialmessa _____

Hei!

Olemme sosionomiopiskelijoita lialmesta Savonia-ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyönä tutkimusta, jonka aiheena on lialmen kaupungin kotihoidon yli 65-vuotiaiden asiakkaiden palvelutarve ja toimintakyky. Tutkimuksemme toimeksiantaja on lialmen kaupungin kotihoitoyksikkö ja yhteyshenkilönä toimii kotihoidon lähiesimies Hanna Jokinen.

Tutkimusta varten haastattelemme 5-7 kotihoidon asiakasta. Voisimmeko tulla haastattelemaan teitä tutkimusta varten? Haastattelu on keskustelunomainen tilanne, jossa keskustelisimme kanssanne seuraavista asioista:

- teidän saamistanne kotihoidon palveluista ja muista palveluista
- Mihin koette tarvitsevanne näitä palveluita?
- Mistä palveluista kaipaisitte lisää tietoa?
- tämän hetkisestä elämäntilanteestanne.

Käsitlemme tietojanne ja haastatteluaineistoa luottamuksella. Kirjoitamme tutkimuksesta raportin, joka julkaistaan sekä kirjana että internetissä. Teidän henkilötietojanne ja muita yksilöllisiä tietoja ei pysty tunnistamaan kirjallisesta raportista. Myöskään kotihoidon työntekijät eivät saa tietoonsa, kuka on vastannut mitään. Haastatteluun osallistuminen ei vaikuta saamiinne palveluihin.

Saatte tämän kirjeen kotihoidon työntekijältä. Mikäli teille sopii, että tulemme haastattelemaan teitä, täyttäkää mukana oleva lomake. Lomakkeen voitte antaa kotihoidon työntekijälle.

Jos haluatte osallistua haastatteluun, soitamme teille antamaanne puhelinnumeroon ja sovimme haastatteluajasta. Tulemme vierailemaan kotiinne ja haastattelemme teitä kotonaanne. Jos teille sopii, nauhoitamme haastattelun muistimme tueksi. Haastattelu kestää noin tunnin.

Ystävällisin terveisin

Eevakaisa Martikainen Minna Väisänen

Jos haluatte osallistua haastatteluun, olkaa hyvä ja täyttäkää seuraavat tiedot:

Nimi:

Osoite:

Puhelinnumero:

Mihin aikaan teille voisi soittaa:

Antakaa tämä paperi kotihoidon työntekijälle _____ mennessä. Kiitos!

Liite 3. Teemahaastattelurunko

PALVELUT

- Mitä palveluita saatte kotihoidolta?
- Kuinka usein kotihoito käy viikossa/kuukaudessa?
- Saatteko apua muilta palveluntarjoajilta (seurakunta, yhdistykset yms.)
- Auttavatko omaiset teitä?

PALVELUNTARVE

- Mihin tarpeeseen palvelut ovat?
 - liikkuminen kotona
 - liikkuminen ja asiointi kodin ulkopuolella
 - sosiaaliset tarpeet
 - terveydenhoito
- Minkälaista apua tarvitsette lisää?
- Minkälaista tietoa olette saanut palveluista?
- Mistä olette saanut tietoa palveluista?
- Minkälaisista palveluista kaipaisitte lisää tietoa?

ELÄMÄNTILANNE

- Minkälaiseksi koette tämän hetkisen elämänne?
 - turvallisuus
 - mielekkyys
- Koetteko mielenkiintoa arkiaskareisiin, elämään?
- Minkälaisia keinoja teillä on selviytyä arkipäivistänne?
 - murheet
 - ongelmat
 - vastoinkäymiset
 - yksinäisyys
 - alakuloisuus

