

Minna Laakso

**Kehittyvä teknologia turvaamassa muistisairaana kotona  
 pärjäämistä omais- ja kotihoitossa**

Selvitys osana KULKURIN VALSSI -hanketta

Opinnäytetyö

Syksy 2009

Sosiaali- ja terveysalan yksikkö

Vanhustyön koulutusohjelma



## SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

### Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö  
Koulutusohjelma: Vanhustyön koulutusohjelma

Tekijä: Minna Laakso

Työn nimi: Kehittyvä teknologia turvaamassa muistisairaana kotona pärjäämistä omais- ja kotihoidossa, Selvitys osana KULKURIN VALSSI -hanketta

Ohjaaja: Sirkka-Liisa Palomäki, Anna-Kaarina Koivula

Vuosi: 2009

Sivumäärä: 76

Liitteiden lukumäärä: 5

---

Vanhustenhuollossa valtakunnallisena kehittämistavoitteena on, että vanhukset saavat asua omissa kodeissaan mahdollisimman pitkään. Erityisesti syrjäseuduilla asuvat dementoituvat ikääntyneet ovat haaste kotona hoitamiseksi. Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Etelä-Pohjanmaan Terveysteknologian Kehittämiskeskus ry:n (Eptek) hallinnoiman Kulkurin valssi –hankkeen kanssa. Hankkeessa selvitetään sosiaalisen turvaverkon ja erilaisten kulunvalvontalaitteiden käytettävyyttä dementoituvien kotona pärjäämisen edistämiseksi. Opinnäytetyössä tavoitteena oli selvittää millaisia keinoja vaeltelun hoidossa käytetään kartoittamalla lääketieteellistä ja ei-lääketieteellistä hoitoa, teknologiaa sekä sisään lukitsemista. Luotujen tapauskertomusten kautta pohditaan teknologisten ratkaisujen tarvetta.

Opinnäytetyö tehtiin laadullisella tutkimusmenetelmällä käyttäen etnografisesti painottuvaa teemahaastattelua ja havainnointia. Haastattelut tehtiin kolmelle omaishoitajalle ja kolmelle kotihoidon työntekijälle nauhoittamalla keskustelut. Ennen haastatteluja omaishoitajien koteihin tehtiin tutustumiskäynnit. Kotihoidon työntekijöiden haastattelut tehtiin heidän työpaikoillaan. Nauhoitetut haastattelut ja havainnot litteroitiin. Aineistot analysoitiin laadullisella sisällönanalyysillä.

Tulokset osoittivat, että turvaverkon tiivistäminen ja verkostopalaverit vastasivat palvelutarpeisiin hyvin. Lääkityksellä sairauden eteneminen hidastui. Rauhallisuus ja yhteinen tekeminen korostuivat. Kulunvalvonta- ja muu turvateknologia koettiin hyväksi (GPS-paikannin, paloturva, turvpuhelimet lisälaitteineen, kuten oviturva). Sairaudentunnettomuus oli haaste teknologialle. Uudelleenarviointi on tärkeää, jotta koteihin ei jää toimimattomia laitteita. Teknologian merkittävimpiä vaikutuksia oli omaisten huolen lievitys. Ennaltaehkäisyyn tärkeys korostui. Omaisten ja terveydenhuollon ammattilaisten yhteistyö korostuu, ja tuloksista nousee tarve nimetä teknologia-vastuuhoitajan kuntiin. Tutkimuksesta on hyötyä Kulkurin valssi –hankkeelle sen kehittäessä turvaverkkoa kotona asuvien vanhusten pärjäämiseksi.

Asiasanat: dementia, vaeltelu, eksymisvaara, kulunvalvontateknologia, turvaverkko, omaishoitaja, kotihoito

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

## Thesis abstract

Faculty: School of Health Care and Social Work  
Degree programme: Degree programme in Elderly Care

Author/s: Minna Laakso

Title of thesis: Supporting memory-impaired persons management at home from caregivers and home cares point of view

Supervisor(s): Sirkka-Liisa Palomäki, Anna-Kaarina Koivula

Year: 2009

Number of pages: 76

Number of appendices:5

---

The national goal in developing elderly care is that elderly people can live in their homes for as long as possible. The demented elderly living in remote areas are challenging to for care at home. The thesis was made in co-operation with South Ostrobothnias Health Technology Developing Centres (EPTEK ry) Kulkurin valssi-project. The project aims to clarify the usefulness of social safety-net and different access control devices to promote demented elders managing at home. In this thesis the goal is to examine what kinds of remedies are used by surveying medical and non-medical treatment, technology and locking in the demented. I consider the need for technological solutions through case-stories.

The thesis was made with qualitative research method by using ethnographically emphasized theme interview and observation. Interviews were made to 3 caregivers and 3 home care employees by recording conversations. Introductory visits were made before the interviews to caregivers' homes. Home care employees were interviewed at their working place. Recorded interviews and observations were transcribed. Materials were analyzed with qualitative content analysis.

Findings show that safety-nets compaction and network meetings corresponded well to service needs. Medication delayed the condition from progressing. Access control devices and other safety technology were seen as good tools (GPS-locator, firesafety-device, safety phone with adaptors as door-safety device). One challenging aspect of technology is the demented not understanding their illness. Re-evaluation is important, so that the devices are not left unused at homes. Most significantly technologies relieved the relatives' worry. The importance of prevention was emphasized. Collaboration between health care professionals and relatives was seen important. This research will benefit Kulkurin valssi –project in developing elderly safety-net to ensure managing at home.

Keywords: dementia, wandering, danger to get lost, access control technology, safety-net, caregiver, home care.

## SISÄLLYS

OPINNÄYTETYÖN TIIVISTELMÄ .....	2
THESIS ABSTRACT .....	3
KUVIOLUETTELO.....	6
1 JOHDANTO .....	7
2 DEMENTIA KOTONA PÄRJÄÄMISEN HAASTEENA .....	9
2.1 Alzheimerin tauti .....	9
2.2 Vaskulaariset dementiat.....	11
2.3 Lewyn kappale -tauti.....	12
2.4 Frontaaliset dementiat .....	14
2.5 Dementian ”sosiaalinen malli” .....	15
3 DEMENTIAAN LIITTYVÄT KÄYTÖSHÄIRIÖT .....	17
3.1 Vaeltelu ja levottomuus.....	18
3.2 ”Sundowning” .....	20
4 KULKURIN VALSSI –HANKE JA KULUNVALVONTATEKNOLOGIAN KEHITTÄMINEN .....	22
5 AIKAISEMMAT EPTEKIN HANKKEET.....	26
6 TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TARKOITUS .....	28
7 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	29
7.1 Laadullinen tutkimusmenetelmä.....	29
7.2 Aineiston keruun ja käsittelyn etnografisuus .....	29
7.3 Haastattelu ja havainnointi.....	31
7.4 Tutkimusaineiston analyysi .....	32
8 TUTKIMUSTULOKSET .....	34
8.1 Kuvaukset haastateltavista ja hoidettavista muistisairaista .....	34
8.2 Lääketieteellinen ja ei-lääketieteellinen hoito .....	49
8.3 Käytössä oleva teknologia .....	52
8.4 Vaeltelu ja eksymisvaara .....	60

8.5 Kokemukset vaeltelun ehkäisemiseksi käytetyistä keinoista.....	63
8.6 Yhteistyötahon näkemys: yllätyksiä ja tarkennuksia .....	64
9 JOHTOPÄÄTÖKSET .....	67
10 POHDINTA.....	72
10.1 Eettisyys ja luotettavuus .....	72
10.2 Opinnäytetyön arviointi .....	74
LÄHTEET .....	75
LIITTEET	
LIITE 1: Sopimus opinnäytetyöstä	
LIITE 2: Esitieto-lomake	
LIITE 3: Lupa omaishoitajan haastatteluun	
LIITE 4: Kysymyspohja	

## KUVIOLUETTELO

Kuvio 1. Työkaluna käytetty kotikäyntiprosessi.....	23
Kuvio 2. Esimerkki vaaratilanteiden kulusta (hoidettava 1).....	36
Kuvio 3. Esimerkki vaaratilanteiden kulusta (hoidettava 2).....	39
Kuvio 4. Esimerkki vaaratilanteiden kulusta (hoidettava 3).....	42
Kuvio 5. Esimerkki vaaratilanteiden kulusta (hoidettava 4).....	44
Kuvio 6. Esimerkki vaaratilanteiden kulusta (hoidettava 5).....	45
Kuvio 7. Esimerkki vaaratilanteiden kulusta (hoidettava 6).....	47
Kuvio 8. Yhteenveto haastateltavista ja hoidettavista muistisairaista.....	48
Kuvio 9. Yhteenveto käytössä olleesta teknologiasta haastateltujen kertomina....	53

## 1 JOHDANTO

Dementoituvien ihmisten arjen elämänlaatu on asia, johon tulisi yhteiskunnassamme kiinnittää enemmän huomiota. Kokemuksieni mukaan dementoituvien vanhusten toiveena on kotona asuminen mahdollisimman pitkään. Kuntien vanhusten laitospaikoista on pulaa. Samalla vanhuspoliittiset strategiat pyrkivät siihen, että vanhukset selviytyisivät tukitoimien avustuksella mahdollisimman pitkään omassa kodissaan. Edellytyksenä tälle on kuitenkin turvallisuus. Kulunvalvontateknologia saattaa olla vastaus, sillä tutkimuksien mukaan laitoshoitoon joutumista on pystytty siirtämään vanhuksen tarpeita vastaavan teknologian avulla. Toiminnan eettisyyden tarkastelu teknologian käytössä on tärkeää, jotta ei loukata dementoituneen itsemääräämisoikeutta.

Seinäjoen ammattikorkeakoulussa vanhustyön koulutusohjelman opintojeni aikana mielenkiintoni on suuntautunut yhä enemmän dementoituvien ikäihmisten hoitoon. Valitsin opinnäytetyöni aiheeksi selvittää Kulkurin valssi-hankkeeseen liittyen dementoituneiden vaelteluun liittyvää problematiikkaa omaishoitajan/kotihoidon työssä. Dementoiva sairaus moninkertaistaa vanhuksen laitoshoitoon joutumisen riskiä, sillä sairauden edetessä mahdollisuus itsenäiseen selviytymiseen omassa kodissa on lopulta mahdotonta. Dementoituneiden vaeltelu ja karkaaminen saattavat tuottaa asianomaiselle hengenvaarallisia tilanteita, eikä omaisilla ja kotihoidon henkilöstöllä ole resursseja ympärivuorokautiseen läsnäoloon. Myös eettisesti tarkasteltaessa tilanteet ovat arveluttavia, eikä dementoituneen ihmisarvoa tukevia.

Etelä-Pohjanmaan Terveysteknologian Kehittämiskeskuksen Kulkurin valssi –hanke pyrkii löytämään syrjäseuduilla asuvien dementoituvien eksymisvaaran ehkäisyyn ratkaisuja. Hankkeessa 35:lle asiakkaalle luodaan kokonaisvaltainen turvaverkko, johon sisällytetään kulunvalvontateknologiaa. Tavoitteenani tässä opinnäytetyössä on selvittää millaisia keinoja kentällä käytetään dementoituvien vaeltelun hoidossa. Tulostulokokonaisuuteen tein kuvaukset kuudesta hoidettavasta

muistisairaasta. Lisäksi valotan tuloksissa lääketieteellistä ja ei-lääketieteellistä hoitoa, käytössä olevaa teknologiaa, vaeltelua ja eksymisvaaraa sekä kokemuksia vaeltelun ehkäisemiseksi käytetyistä keinoista. Opinnäytetyöhön haastattelin ja havainnoin kolmea omaishoitajaa ja kolmea kotihoidon työntekijää. Työn teoriaosassa esittelen dementiaa lääketieteellisestä ja sosiaalisesta näkökulmasta sekä yhteistyöorganisaationi muita aikaisempia hankkeita.

Eksymisvaara on kaikkien haastateltavien kohdalla oleellinen riskitekijä. Tärkeää on kuitenkin erottaa normaali halu lähteä pihalle varsinaisesta vaeltelusta käytösoireena. Kokemukset kulunvalvontateknologiasta ovat hyviä, mutta kehittämälle on edelleen tilaa. Käytetyn teknologian etuna on omaisten huolen lievitys hoidettavastaan. Ongelmien ennaltaehkäisy korostuu kulunvalvontateknologiaa hankittaessa.

## 2 DEMENTIA KOTONA PÄRJÄÄMISEN HAASTEEN

Etenevän muistisairauden diagnoosin saa vuosittain yli 13 000 suomalaista. Kaiken kaikkiaan sairastuneita on Suomessa yli 120 000. (Muisti ja muistisairaudet [viitattu 21.10.2009].) Eri tutkimusten mukaan dementia esiintyvyys on ollut 65-69-vuotiaiden keskuudessa 0,8-1,5 % ja yli 85-vuotiaiden joukossa lisääntynyt 35 %:iin. (Alhainen ym. 2008, 9) Dementoituvien kasvava määrä lisää paineita kotona pärjäämiselle ja kotihoidolle. Dementoituvien kotihoitoa on kehitetty esimerkiksi Virtuaalisessa kotihoito-hankkeessa (Holma, Majamaa, Marttala 2004). Hankkeessa testattiin erilaisia teknisiä ratkaisuja dementoituneiden kotihoidon tukemisessa.

Tässä luvussa kuvataan dementoivien sairauksien monimuotoisuutta ja dementian ”sosiaalista mallia”.

### 2.1 Alzheimerin tauti

Alzheimerin tauti aiheuttaa noin 60% kaikista dementioista. Alzheimerin taudin syntyminen on monitekijäinen prosessi. Suuri osuus on altistavien tekijöiden kasaantumisella. Tautia aiheuttaa perinnöllinen geenivirhe, mutta se on todettavissa vain harvoissa tapauksissa. Taudin tunnetuin riskitekijä on apolipoproteiini E:n tyyppi E4. Alzheimerin tauti alkaa hitaasti, tasaisesti edeten. (Vallejo Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö, Kivelä 2006, 276-277) Taudin aiheuttamia muutoksia tapahtuu aivojen ohimolohkossa, ja taudin edetessä muualla kuorikerroksessa – amyloidi- ja tau-proteiinien kertymisenä ja kolinergisten hermosolujen kuolemana, sekä asetyylikoliini-välittäjäaineen puutoksena aivojen kuorikerroksessa. (Sulkava, Viramo, Eloniemi-Sulkava 2006, 6)

Alzheimerin taudin ensimmäinen oire on tuoreen muistiaineksen korostunut unohtaminen ja oppimisen vaikeus (kognitio alentunut). Toiminnan ohjaus, hahmottaminen ja kielellinen ilmaisu vaikeutuvat. (Erkinjuntti, Alhainen, Rinne 2004, 78-79) Lisäksi potilaalla saattaa olla yksi tai useampi seuraavista kognitiivisista oireista: kielellinen häiriö eli afasia, ns. kätevyuden häiriö eli apraksia, joka on tahdonalaisien liikkeiden koordinaatiohäiriö, ns. hahmottamisen häiriö eli agnosia, joka on kyvyttömyyttä tunnistaa objekteja normaalista aistitoiminnosta huolimatta, ja vaikeuksia tuloksiin tähtäävässä toiminnassa, eli eksekutiivisissa toiminnoissa. Laihtumista saattaa tapahtua jo taudin varhaisessa vaiheessa. Muita fyysisiä oireita ovat virtsan pidätyskyvyttömyys sekä yleinen jäykkyys ja kävelyvaikeudet keskivaikeassa-vaikeassa dementian vaiheessa. (Sulkava ym. 2006, 6-7)

Tutkimuslöydösten ja kliinisten oireiden perusteella saadaan diagnoosi Alzheimerin taudista. Aivojen tietokone- tai magneettikuvauksessa nähdään usein tyypillistä aivojen ohimolohkojen surkastumista, vaikka tautia ei voikaan suoraan todeta kuvantamis- tai laboratoriotutkimuksella. Tauti kestää keskimäärin 12-15 vuotta. (Sulkava ym. 2006, 6)

Alzheimerin tautiin liittyy moninaisia käytösoireita. Erityisesti taudin alkuvaiheessa ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta esiintyy joka toisella sairastuneella. Dementoivan sairauden edetessä keskivaikeaan vaiheeseen tavallisia ovat käyttäytymisen muutokset, kuten aggressiivisuus (käytökselle yleensä jokin ymmärrettävää syy) ja motorinen levottomuus. Käytösoireet voivat myös vaikuttaa heikentävästi jäljellä oleviin kognitiivisiin kykyihin. Alzheimer-potilailla esiintyy usein myös ns. varastamisharhoja, jotka johtuvat usein tavaroiden hukkaamisesta. Myös näköharhoja ja unihäiriöitä esiintyy jonkin verran, mutta ne eivät ole yleisimpiä käytöshäiriöitä Alzheimerin tautia sairastavilla. (Sulkava ym. 2006, 6-7)

Alzheimerin taudin ensisijaiseksi lääkkeeksi suositellaan asetyylikoliiniesteraasin estäjää. Näitä ovat donepetsiili (Aricept), rivastigmiini (Exelon) ja galantamiini (Reminyl) (Sulkava ym. 2006, 6-7). Vaikeassa tai kohtalaisen vaikeassa Alzheimerin taudissa hoito voidaan aloittaa memantiinillä (Ebixa). (Alhainen ym. 2008, 9.)

Mikäli lääkkeettömät hoidot eivät auta käytösoireisiin, voidaan pieninä annoksina käyttää psykoosilääkkeitä, mieluiten uusia antipsykootteja. Fyysisen kunnon hoitaminen on tärkeää Alzheimerin tautia sairastavalla toimintakyvyn ylläpitämiseksi. Aktiivisella liikkumisella ja runsasenergisellä ravitsemuksella voidaan oireita myöhentää. Lääkkeettömänä hoitona toimii myös aiemman elämäntavan jatkaminen, tuttu ja turvallinen ympäristö sekä sopivat virikkeet. (Sulkava ym. 2006, 6-7.)

## **2.2 Vaskulaariset dementiat**

Toiseksi yleisin keski-vaikean ja vaikean dementian syy on vaskulaarinen dementia. Niiden osuus on 15-20%:ia kaikista dementioista. Vaskulaarisessa dementiasa eri tyyppiset aivoverenkiertohäiriöt aiheuttavat aivoissa kudostuhoa. (Erkinjuntti ym. 2004, 107.) Tavallisin vaskulaarinen dementia syntyy pienten valtimoiden tukkeutuessa aivojen syvissä osissa. Harvinainen perinnöllinen CADASIL-tauti aiheuttaa vaskulaarista dementiaa. Riskitekijöitä sairastumiselle ovat korkea verenpaine ja kolesteroli, diabetes ja tupakointi. (Vallejo Medina ym. 2006, 278.)

Muistihäiriöiden ja muiden kognitiivisten oireiden lisäksi potilaalla on joko fokaalisia neurologisia löydöksiä ja oireita, kuten jänneheijasteiden korostumista, pseudo-bulbaari pareesi, epänormaali kävely ja raajan heikkous tai sitten löydökset kuvauksissa aivoverenkierron häiriöstä, kuten kortikaalisia tai valkean aineen muutoksia, jotka ovat etiologisesti liitettävissä häiriöön. (Sulkava ym. 2006, 8-9.) Yleisiä ovat kävelyvaikeudet, kuten köpöttäminen ja leveäraiteinen kävely, kömpelyys raajoissa ja halvausoireet (Erkinjuntti ym. 2004, 112). Käytösoireita esiintyy vaskulaarisessa dementiassa yhtä paljon kuin Alzheimerin taudissa. Vaskulaarisessa dementiassa käytösoireet eivät kuitenkaan lisäännä kognitiivisen toimintakyvyn heiketessä. Tavallisimpia käytöshäiriöitä vaskulaarisessa dementiassa ovat masentuneisuus, unihäiriöt ja ahdistuneisuus. Lisäksi potilaalla saattaa esiintyä paranoidisuutta ja erityisesti yöllä sekavuutta. (Sulkava ym. 2006, 8-9.)

Vaskulaarisessa dementiassa tärkeää on sydän- ja verisuonisairauksien ja niiden riskitekijöiden hoito. Lääkkeettömän hoidon keinoja ovat säännöllinen liikunta ja säilyneiden kykyjen hyväksikäyttö. Lisämuutosten estohoidoksi käytetään asetyyli-salisyylihappoa, kuten Aspirin Cardio, Disperin ja Primaspan. Alzheimer-lääkkeitä, kuten Aricept, Ebixa, Exelon ja Reminyl, voidaan käyttää samoin kuten Alzheimerin taudissa, vaikka ne eivät olekaan virallisesti indisoituja. (Sulkava ym. 2006, 8-9.)

### **2.3 Lewyn kappale -tauti**

Kolmanneksi yleisin dementian aiheuttaja on Lewyn kappale –tauti, joka on noin 10-15% kaikista dementioista (Erkinjuntti ym. 2004, 118). Potilaat ovat sairastuessaan verrattain nuoria, monesti 60-70 –vuotiaita. Mikroskooppisia Lewyn kappaleita sijaitsee tyvitumakkeissa ja isoaiivokuorella. Lewyn kappale – tauti muistuttaa Parkinsonin tautia. (Sulkava ym. 2006, 10.)

Oireena Lewyn kappale –taudissa on ekstrapyramidioireiden, kuten jäykistymisen, kävelyhäiriön ja vapinan lisäksi kognitiivisia ja käytösoireita. Mikäli potilaalle tulee vuoden sisään Parkinson-oireiden alkamisesta kognitiivisia tai käytösoireita, on kyseessä Lewyn kappale –tauti. Ekstrapyramidi- ja kognitiivisia oireita voi edeltää vuosikausia monimuotoiset psyykkiset oireet depressiosta psykooseihin. Kolmasosalla kaikista Lewyn kappale – tautia sairastavilla on saman aikaisesti Alzheimerin tauti. Spesifejä löydöksiä ei kuvantamis- tai laboratoriotutkimuksissa ole, lukuun ottamatta havaittavissa olevia Parkinson-tyyppisiä muutoksia SPECT tai PET-tutkimuksissa. (Sulkava ym. 2006, 10-11.) Oireita ilmenee lähinnä potilaan ollessa väsynyt, jolloin looginen ajattelu on muistin pettämisen vuoksi vaikeutunut. Tarkkaavuuden ja vireystilan vaihtelut ovat oireiden keskeisiä piirteitä. (Erkinjuntti ym. 2004, 118.)

Lewyn kappale –tautiin liittyy Parkinsonin taudille tyypillisiä piirteitä. Näitä ovat kävelyhäiriöt, jäykistyminen heikot lihasliikkeet. Tämän lisäksi Lewyn kappale –tautia

sairastavilla esiintyy oireina kaatumisia, pyörtymisiä ja tajuttomuuskohtauksia sekä herkkyyttä psykoosilääkkeille. (Erkinjuntti ym. 2004, 118-119.) Näköharhat ovat Lewyn kappale –dementiaa sairastavalla usein selkeitä kuin filminpätkät. Aggressiivisuus ja äkkipikaisuus on tyypillistä. Sille on yleensä kuitenkin jokin laukaiseva tekijä, mutta reagointi on liian voimakasta. (Vallejo Medina ym. 2006, 278-279.)

Hoidossa on syytä kiinnittää huomiota Lewyn kappale –tautipotilaan fyysiseen kuntoon ja toimintakykyyn. Kävelykyvyn heikkeneminen on tavallisimpia laitoshoidon johtavia syitä, mutta kuntoutuksen avulla laitoshoidon siirtymistä voidaan myöhentää. Heti diagnoosin varmistuttua on syytä aloittaa säännölliset kävelylenkit sekä Parkinson-tyyppinen voimistelu. Viimeistään kun potilaalle tulee toimintakykyä haittaavia liikkumisvaikeuksia tai ekstrapyramidioireita, on syytä lähettää potilas asiantuntevan fysioterapeutin arvioon. Tärkeää Lewyn kappale –taudin hoidossa on jäljelle jääneiden kykyjen hyväksikäyttö. (Sulkava ym. 2006, 10-11.)

Myös Parkinsonin taudissa oireet ja aivomuutokset ovat hyvin samankaltaisia kuin Lewyn kappale –taudissa. Parkinson-dementian käytösoireet ja niiden hoito ovat myös samanlaisia kuin Lewyn kappale –taudissa. Parkinson potilailla on tämän lisäksi kuitenkin yleensä runsas Parkinson-lääkitys, mikä saattaa lisätä käytösoireita. (Sulkava ym. 2006, 10.)

Lewyn kappale –tautipotilaat ovat herkkiä psykoosilääkkeiden sivuvaikutuksille, ja potilaan fyysinen ja psyykinen kunto saattaa romahtaa tavallisistakin annoksista. Tämän vuoksi esimerkiksi potilaan näköharhoja ei ole syytä hoitaa psykoosilääkkeillä, mikäli ne eivät huomattavasti haittaa tai ahdistaa potilasta. Alzheimerlääkkeet galantamiini (Reminyl), donepetsiili (Aricept) ja rivastigmiini (Exelon) saattavat parantaa vireystasoa ja käytösoireita. Lewyn kappale –ja Parkinson-dementia –potilaat ovat herkempiä lääkkeiden vaikutuksille ja haittavaikutuksille kuin Alzheimer-potilaat. Ekstrapyramidioireita saattaa joskus vähentää pienellä annoksella levodopa (Kardopal, Madopar, Sinemet). Mikäli välttämätöntä, voidaan käytösoireisiin antaa epätyypillisiä antipsykootteja pienillä annoksilla alkaen, esimerkiksi risperdoni (Risperdal) tai ketiapiini (Seroquel). (Sulkava ym. 2006, 10.)

## 2.4 Frontaaliset dementiat

Kaikista dementiatapauksista alle viisi prosenttia kuuluu ns. frontaalsiin dementioihin. Kuitenkin ennen 65:tä ikävuotta alkaneista tapauksista noin kymmenesosa kuuluu frontaalsiin dementioihin. (Erkinjuntti ym. 2004, 121.) Frontaalisista dementioista kärsivistä kolmasosalla on Pickin tauti, jossa on tyypilliset neuropatologiset muutokset. Jotkin frontaalisista dementioista ovat autosomissa määräytyvästi periytyviä, kuten harvinainen Hakolan tauti. Kvantamistutkimuksissa (TT/MRI ja SPET/PET) usein nähdään frontotemporaalisesti painottuvia muutoksia. EEG on usein normaali, mikä poikkeaa esimerkiksi Alzheimerin tautista. (Sulkava ym. 2006, 12.)

Frontaalisissa dementioissa potilaalla on oireena persoonallisuuden ja käyttäytymisen muutoksia. Käyttäytyminen muuttuu estottomaksi, levottomaksi ja tunteet latistuvat. Huomattavaa on arvostelukyvyn puute. (Erkinjuntti ym. 2004, 121.) Oireistoon liittyy usein estoton ja usein seksuaalisesti korostunut käytös, toisaalta oireisiin liittyy aloitekyvyttömyys ja apaattisuus (Vallejo Medina ym. 2006, 279). Potilaat eivät tunnu itse kärsivän oireistaan. Päättelykyky on heikentynyt. Eksekutiiviset eli toiminnan ohjaukseen liittyvät toiminnot ovat huomattavasti heikentyneet. Ongelmia ilmenee suunnittelun ja abstrahoinnin toiminnassa, ja potilaalla ilmenee keskittymisvaikeuksia sekä impulsiivisuutta, mutta toisaalta myös aloitekyvyttömyyttä. Lähimuisti on kohtalaisesti säilynyt, verratessa esimerkiksi Alzheimerin tautiin. Frontaalisia dementioita sairastavien puhe saattaa olla joko normaalia tai ympärilyöreää, joskus ilmenee afasiaa. Joskus frontaalisia dementioita sairastavilla ilmenee myös Kluver-Bucy –syndrooma, johon liittyy hyperroraalisuutta, hyperseksuaalisuutta ja visuaalista agnosiaa. (Sulkava ym. 2006, 12-13.)

Frontotemporaalista dementiaa sairastavan potilaan hoidon tulisi perustua oireiden syntymekanismien ymmärtämiselle sekä jäljellä olevien kykyjen hyväksikäyttämiseen. Hoidossa tulee ottaa huomioon, että potilaan lähimuisti ja hahmottamiskyky saattavat olla hyvin säilyneet. Potilaan impulsiivisuutta vähentää selkeä ja rauhallinen ympäristö. Ympäristöstä tulisi minimoida käytösoireita laukaisevat tekijät.

Levotonta ja impulsiivista käyttäytymistä lisäävät kiellot ja rajoitukset, joiden sijaan potilaan toiminnallinen levottomuus tulisi suunnata kiinnostavaan toimintaan. Potilaan positiivinen huomiointi vähentää käytösoireita ja ahdistusta. Asiallinen ja kunnioittava kanssakäyminen käytösoiretilanteessa ei vahvista käytösoiretta. Frontaalisiin demencioihin liittyvien käytösoireiden hoito on huomattava haaste, sillä erityisesti kohdennettua lääkehoitoa ei ole, ja oireenmukaisen lääkehoidon teho jää yleensä heikoksi. (Sulkava ym. 2006, 12-13.)

Pientä annosta antipsykoottia, kuten risperdoni (Risperdal) tai ketapiini (Seroquel) tai masennuslääkettä (esim. sitalopraami, mirtatsapiini) voi kokeilla tasapainottamaan tilannetta. Oireita ei pystytä yleensä kuitenkaan kokonaan poistamaan lääkityksellä. Liian suuria annoksia psykoosilääkkeitä tulee varoa, jotta potilaan jäljellä olevat kyvyt eivät katoa. (Sulkava ym. 2006, 12-13.)

## **2.5 Dementian ”sosiaalinen malli”**

Päivi Topo viittaa (2007, 222-223) Gerontologia-lehdessä julkaistussa artikkelissaan dementian sosiaaliseen malliin. Tällä hän tarkoittaa sitä, miten dementoiviin sairauksiin ja niitä sairastaviin suhtaudutaan. Miten yhteiskunta hahmottaa sairastuneiden tarpeet ja miten niihin vastataan? Miten yhteiskunnallinen muutos vaikuttaa dementoivaa sairautta sairastaviin? Sosiaalisen mallin avulla voidaan irtautua toimintakyvyn puutteiden kartoittamisesta ja sairauskeskeisyydestä. Kuvaa tulee täydentää yksilöllisillä ja sosiaalisen ja fyysisen ympäristön voimavaroilla. Dementoivien sairauksien kohdalla sosiaalinen malli on tärkeä, koska vaikutukset ovat laajoja eikä parantavaa hoitoa ole. Sairastunut voi elää vuosikausia muiden avun varassa. Kielteisesti suhtautuva ympäristö voi heikentää sairastuneen tilannetta ja lisätä syrjäytymistä.

Topon mukaan kognitiivinen ympäristö on tullut modernisaation ja globalisaation myötä vaikeammaksi. Tämän vuoksi jo lievä kognitiivisten kykyjen heikentyminen aiheuttaa suurempia pulmia elämään. Onko erillisten laitteiden avulla mahdollista

lievittää kognitiivisen ympäristön kasvavaa kuormaa dementoituvalle, vai lisätäänkö tätä tahtomatta? Dementiaoireisten riippuvuutta muista on etiikan näkökulmasta katsoen lisätty. Toisenlaisesta muutoksesta esimerkkeinä ovat diagnostiikan ja lääkehoidon kehittyminen, jolla on voitu kasvattaa tietoa sairauksista ja puuttua tiettyyn osa-alueeseen toimintakyvyssä. Dementian sosiaaliseen malliin kuuluu ajatus siitä, että sairastuneen näkemysten kuuleminen on tärkeää, mikäli häntä halutaan tukea. Teknologian kehittäminen on ollut paljon haastavampaa, kun sairastuneiden näkemyksiä on havainnoimalla pyritty valottamaan. Teknologian käytön hyödyllisyys on riippuvainen sairastuneen omista ominaisuuksista, mieltymyksestä, persoonallisuudesta ja motivaatiosta sekä hänen läheistensä näkemyksistä ja toiminnasta sekä hänen tukipalveluidensa toimimisesta. (Topo 2007, 222-223.)

### 3 DEMENTIAAN LIITTYVÄT KÄYTÖSHÄIRIÖT

Syitä dementiaan liittyviin käytöshäiriöihin on useita. Neurokemiallisten (välittäjäainepuutokset) ja –patologisten(hermosolujen valikoiva rappeutuminen) muutosten lisäksi käytösoireiden syntyyn vaikuttavat dementoituneen persoonallisuus sekä merkittävältä osin dementoituneen elinympäristö. Dementoivan sairauden vaikeusaste ja siitä johtuvat kognitiiviset muutokset ovat tärkeimmät käytösoireita selittävät tekijät. Esimerkiksi Alzheimerin taudissa alkuvaiheessa psykologiset oireet kuten ahdistus ja masennus ovat tavallisia, ja käyttäytymisen oireet taudin edetessä vaikeaan vaiheeseen. Frontotemporaalisissa dementioissa tyypillisiä alkuvaiheessa ovat persoonallisuuden muutokset ja sairaudentunnottomuus, empatiakyvyn ja sosiaalisten taitojen menetys, sekä sopimaton leikkimielisyys sekä pakko-oireet. Lewyn kappale –taudissa tyypillisiä ovat yksityiskohtaiset näköharhat, harhaluulot sekä aggressiivisuus. Käytösoireiden syntyyn vaikuttavat myös potilaan persoonallisuudessa ennen sairastumista esiintyneet piirteet. (Sulkava ym. 2006, 14-15.)

Jotkin dementoituneen käytösoireista syntyvät dementiaa aiheuttavan sairauden kognitiivisten häiriöiden pohjalta, kuten käytösoireena esiintyvät virhetulkinnat. Myös yksilön ja ympäristön vuorovaikutuksen häiriöt vaikuttavat käytösoireisiin. Ympäristö muovaa ja saattaa jopa synnyttää käytösoireita, kuten depressiota ja aggressiota. Tutussa ja turvallisessa ympäristössä, yleensä omassa kodissa käytösoireet ovat vähäisempiä. Dementoituneelle tuttuakin ympäristö voi kuitenkin vaikuttaa vieraalta, mikä aiheuttaa harhaluuloja ja eksyksissä olemisen pelkoja. (Sulkava ym. 2006, 14.)

Kanssaihmisten asenteilla sekä ympäristön tunnelmalla on merkitystä dementoituneen käytöshäiriöiden kannalta. Hoitajan pakottava, ymmärtämätön ja epäarvostava suhtautuminen lisäävät monesti käytöshäiriöitä. Ympäristön henkisen ilmapii-

rin ongelmat, kuten ihmissuhdeongelmat ja kiire altistavat dementoitunutta käyttäjäryhmille. Myös muut ympäristötekijät, kuten meluisuus, vaihtuvat ihmiset tai liiallinen ärsykkeiden määrä lisäävät käyttäjäryhmiä. Myös vuorokauden aika vaikuttaa käyttäjäoireiden esiintyvyyteen, ja alkuillasta oireita esiintyy yleensä eniten. Myös muut sairaudet sekä aistien heikentynyt toiminta ja kommunikaatiokyvyt altistavat käyttäjäoireille. Myös dementoituneen tunneherkkyyden lisääntyminen ja puolustusmekanismien heikentyminen toimivat käyttäjäoireita laukaisevana tekijänä. (Sulkava ym. 2006, 14-15.)

Läheisempään tarkasteluun työssä on valittu vaeltelu ja levottomuus sekä sundowning-oireet.

### **3.1 Vaeltelu ja levottomuus**

Levottomuus voi olla dementoituvalla joko verbaalista tai fyysistä. Verbaalinen levottomuus ilmenee toistuvana asioiden kyselemisenä, hokemisena ja esimerkiksi hoitajan jatkuvana kutsumisena. Fyysinen levottomuus ilmenee erilaisena touhutilana, jatkuvana kävelemisenä, hoitajan seuraamisena tai harhailuna. Dementoivan vaeltelun syyn selvittämiseksi täytyy perehtyä hänen taustaansa ja tehdä tilannekartoitus. Tilannekartoituksessa keskeistä on selvittää minkä tyyppistä levottomuus on, koska sitä esiintyy ja missä tilanteissa. Levottomuus voi ilmetä laukkujen pakkaamisena, kaappien availuna ja kuljeskeluna. Dementoitava pyrkii saamaan ympäristönsä hallintaan koskettelemalla ja kuljeskelemalla. Myös hoitajan perässä kulkeminen ja asioiden jatkuva kysely ilmaisevat pyrkimystä ympäristön hallintaan. Levottomuuden todennäköisyyttä lisää toiminnanohjauksen häiriö. Keskittymisen ongelmat, mielen hajanaisuus ja tavoitteisiin liittyvän tietoisuuden puuttuminen ilmenevät jatkuvana haluna lähteä jonnekin ja erilaisena touhuamisena. Ympäristöärsykkeet vaikuttavat dementoituvan käyttäytymiseen. (Sulkava ym. 2006, 34.)

Vaeltelu voi johtua myös dementoituvan ylimääräisen energian purkaantumistarpeena. Vaeltelu voi ilmaista levottomuutta, tylsistymistä tai tarvetta toiminnalle

(Mace & Rabins 2000, 212). Vaeltelu saattaa täyttää aktiivisten henkilöiden tekemisen tarvetta. Liikunnasta saattaa olla apua vaeltelun ehkäisyssä. Sulkavan ym. (2006, 34) mukaan levottomuus saattaa olla seurausta henkisestä tai fyysisestä huonovointisuudesta. Syynä saattaa olla matala verenpaine tai kivut. Levottomuus voi ilmentää dementoituvan wc-tarvetta (Mace & Rabins 2000, 212).

Levottomuuden hoidossa turvallisen tuntuksen ympäristön luominen on tärkeää. Ympäristön yleinen melu, ristiriidat ja yleinen rauhattomuus edistävät levottomuutta. (Sulkava ym. 2006, 34.) Rauhallinen ympäristö voi vähentää dementoituvan vaeltelua. Dementoituvalle voi antaa vaeltelun johtuessa levottomuudesta tehtäviä, kuten pölyjen pyyhintää. (Mace & Rabins 2000, 217-218.) Dementoituvan ahdistuksen purkamiseksi liikunnan ja touhailun salliminen on tärkeää. On kuitenkin huolehdittava ettei dementoituva vaeltelullaan lisää ahdistuksen määrää. Fyysisen turvallisuuden huomiointi on keskeistä. (Sulkava ym. 2006, 34.)

Syynä vaelteluun saattavat olla kivut, joita hoidetaan konservatiivisen hoidon keinoin esimerkiksi fysikaalisella hoidolla sekä lääkityksellä. Matalasta verenpaineesta johtuvaa vaeltelua voidaan vähentää lääkityksen tarkistamisella, mahdollisesti suolan käytön lisäämisellä sekä verenpainetta nostavalla lääkityksellä. Vaeltelu voi johtua myös muusta huonovointisuudesta, jonka hoito lievittää oiretta. Levottomuuden ja vaeltelun hoidossa auttaa toiminnallista levottomuutta salliva elinympäristö sekä käytösoiretta edistävien ympäristöstä johtuvien ärsykkeiden karsiminen. Toimintaa kannattaa ohjata dementoitunutta kiinnostavaan ja rakentavaan toimintaan oireiden lievittämiseksi. Rauhallisen ja turvallisen kanssakäymisen ja ympäristön luominen ovat tärkeitä. Arkielämän rutiinit luovat turvallisuutta. Hoidettavan mahdollisen ahdistuksen syyt tulee selvittää ja hoitaa syynmukaisesti. Ympäristön hahmottamisen vaikeudesta johtuva vaeltelua voidaan lievittää hyvän valaistuksen avulla. Ratkaisujen tuttuus ja ympäristön selkeys ovat eduksi. Vaeltelun johtuessa sairauteen sopeutumattomuudesta, tulee dementoituvan kanssa keskustella avoimesti korostaen elämän hyviä asioita ja taitoja. (Sulkava ym. 2006, 35.)

Vaeltelun lääkehoidossa käytetään erityyppisiä antipsykootteja, kuten risperdonia (Risperdal) tai ketiapiinia (Seroquel). Tarvittaessa voidaan käyttää pientä annosta bentsodiatsepiiniä, kuten tematsepaania (Tenox), oksatsepaania (Opamox, Oxamin, Oxepam) tai loratsepaamia (Temesta). (Sulkava ym. 2006, 35.)

### **3.2 "Sundowning"**

Sundowning tarkoittaa dementoituvan muistisairaudesta johtuvien oireiden, esimerkiksi levottomuuden, harhailun ja sekavuuden lisääntymistä iltaa kohden. Macen ja Rabinsin (2000, 226) mukaan tarkkaa syytä oireiden lisääntymiselle iltaa kohden ei tiedetä. Dementoiva sairaus vaikuttaa dementoituvan ajan orientaatioon (huom. vuorokausirytmii). Dementoituvat eivät välttämättä saa fyysistä räsitusta päivän aikana niin, että olisivat illalla väsyneitä. Syynä voi olla myös päivällä tapahtuva torkahtelu. Syynä saattaa olla myös se, että silmien ikääntyessä dementoituvan on vaikeampi erottaa ympäristöä hämärässä. Dementoituva voi luulla näkevänsä pimeässä ihmisiä tai olevansa vieraassa paikassa. Tästä saattaa seurata katastrofireaktio. Valon päälle jättäminen ja tilanteen selvittäminen dementoituvalle saattavat lievittää oireita. (Mace & Rabins 2000, 222-223.)

Toisaalta koko päivän kestänyt yritys hallita ympäristöstä tulleita hämmentäviä havaintoja voi olla dementoituvalle väsyttävää. Tämän vuoksi dementoituvan stressinsietokyky saattaa olla alhaisempi päivän lopussa. (Mace & Rabins 2000, 227.) Tämä saattaa aiheuttaa dementoituvassa sekavuutta ja levottomuutta, mikä voi ilmetä vaelteluna. Macen ja Rabinsin (2000, 226-227) mukaan illat ovat aktiivista aikaa perheissä, jolloin mm. tehdään ruokaa ja katsotaan televisiota. Väsymys voi tehdä dementoituvalle vaikeaksi ymmärtää mitä tapahtuu, ja tämä aiheuttaa katastrofireaktion. Oireilua voidaan lievittää muuttamalla päiväjärjestystä siten, että iltaisin on vähemmän toimintaa. Yöllistä levottomuutta voidaan lievittää järjestämällä dementoituvan nukkumisolosuhteet mahdollisimman mukaviksi. Dementoituvan wc:ssä asiointi tulee levottomuuden ehkäisemiseksi suorittaa ennen nukku-

maan menoa. Yöllinen levottomuus saattaa ilmetä esimerkiksi vaelteluna ja vaatteiden päälle pukemisena. (Mace & Rabins 2000, 222-223.)

Sulkavan ym. (2006, 44-45.) mukaan sundowning saattaa johtaa vaaratilanteisiin. Lisääntynyt levottomuus ja vaeltelu lisäävät dementoituvan kaatumis- ja tapaturvariskiä. Levottomuus ja vaeltelu saattaa heikentää dementoituvan elämänlaatua. Tapaturmariskiä vähentää valaistuksen lisääminen ja kulkuesteiden poistaminen. Dementoituvan lääkkeet ryhmitellään siten, että esimerkiksi asetyylikoliiniesteraasin estäjät annostelijat annostellaan aamulla. Myös virtsan eritystä lisäävät diureetit kannattaa säännöstellä aamuun. Mikäli dementoituvalla on verenpainelääkitys, myös sen painottaminen aamuun saattaa helpottaa. Sundowningiin käytetään harvoin lääkettä. Lääkityksenä voi tarpeen mukaan kuitenkin olla pieni annos antipsykoottia, kuten risperdonia (Risperdal). Aktivoivat lääkkeet, kuten Alzheimerin taudin lääkkeet tai serotoniiniselektiiviset masennuslääkkeet, annetaan aamulla.

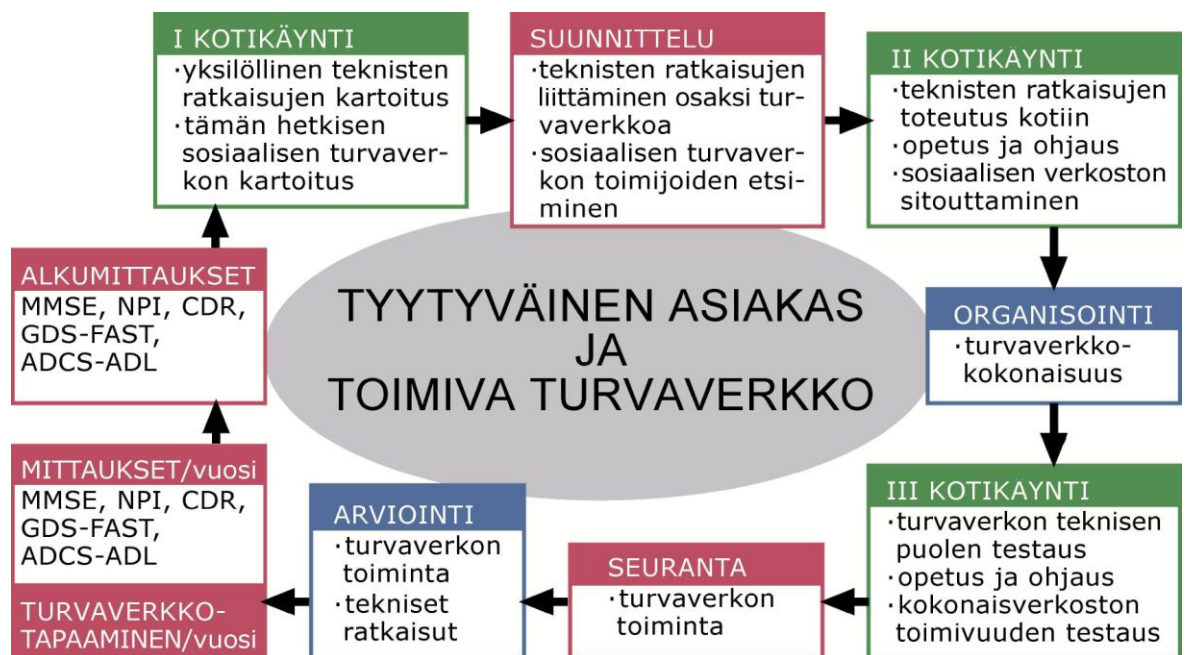
## **4 KULKURIN VALSSI –HANKE JA**

### **KULUNVALVONTATEKNOLOGIAN KEHITTÄMINEN**

Etelä-Pohjanmaan terveysteknologian Kehittämiskeskus ry EPTEK on perustettu vuonna 1997. Sen jäseniä ovat Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, Seinäjoen ammattikorkeakoulu, Seinäjoen kaupunki, TeliaSonera Oyj, Anvia, Lakeuden Lähivakuutusyhdistys sekä Etelä-Pohjanmaan kauppakamari. EPTEK ry on sosiaali- ja terveydenhuollon tietotekniikkaa soveltava alueellinen kehittämisorganisaatio. Yhdistys luo kansainvälisillä, kansallisilla ja maakunnallisilla kehittämishankkeillaan uusia toimintatapoja ja osaamista tietotekniikan tehokkaamman hyödyntämisen kautta. Erilaisia palveluita ovat tekniset tukipalvelut, hankekoordinointi, konsultointi ja koulutus. (Perälä & Ämmälä 2009.)

Etelä-Pohjanmaan Terveysteknologian Kehittämiskeskuksen hallinnoiman Kulkurin valssi –hankkeen tavoitteena on kehittää malli, jonka avulla mahdollistetaan dementoituvien turvallisempi vaeltelu sekä tunnistetaan syrjäseuduilla asuvien dementoituvien vaeltelun vaaratekijät. Hankkeen tavoitteena on myös kokeilla erilaisten kulunvalvontalaitteiden sekä sosiaalisen turvaverkon käytettävyyttä turvallisen kotona asumisen mahdollistamisessa ja tukemisessa vaeltelevilla dementoituville. Tarkoituksena on etsiä dementoituvien sisään lukitsemista korvaamaan teknologisia ratkaisuja, sekä lähipalvelujen syntymistä edistämällä löytää hoivayrityksille uudenlaista toimintaa syrjäkylillä. Hankkeen rahoittajia ovat Manner-Suomen Maaseudun kehittämisohjelma, Etelä-Pohjanmaan TE-keskus, Ilmajoen, Jalasjärven, Nurmon ja Ylistaron kunnat, Seinäjoen, Lapuan ja Kurikan kaupungit, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, Ilmajoen Elektroniikka Oy, Miratel Oy, Exrei Oy, ArctiCare Technologies Oy, Emfit Oy, Videra Oy, Pfizer Oy, Tracker Security Oy, Tunstall Oy, Location Data Systems LDS Oy, Hoivakoti Vuosikas, Hoivakartano Oy, Hoitokoti Tuulikello Oy ja John G. Annalan säätiö. (Kulkurin valssi. Ei julkaisuaikaa. Esite.)

Hankkeen toteutuksessa dementoituville henkilöille suunnitellaan yksilöllinen turvaverkko asiakas- ja omaislähtöisesti, jossa huomioidaan henkilön sosiaalinen, psyykkinen ja fyysinen kokonaisturvallisuus. Turvaverkko koostuu henkilön lähipiirin ihmisistä, ja siihen voi kuulua omaisia, ystäviä, naapureita, kunnan kotihoidon työntekijöitä, palveluyrittäjiä, vapaaehtoisia ym. Turvaverkkoon liitetään olennaisena osana kulunvalvonta. Turvaverkkokokonaisuuden hallintaan käytetään yksilöllisesti laadittua turvaverkkokalenteria. Hankkeesta saatuja tuloksia ja kokemuksia hyödynnetään jatkotutkimuksissa. Työkaluna Kulkurin valssi –hankkeessa käytetään Etelä-Pohjanmaan Terveysteknologian Kehittämiskeskuksen aiemmassa Eeva –hankkeessa kehitettyä kotikäyntiprosessia. (Kulkurin valssi. Ei julkaisuaikaa. Esite.)



Kuvio 1. Työkaluna käytetty kotikäyntiprosessi.

(Ämmälä [viitattu 24.11.2009].)

Käytännössä hankkeen toiminta alkoi siten, että hankkeesta oltiin yhteydessä kuntien yhdyshenkilöihin sekä yrityksiin. Hankkeen projektityöntekijät välittivät pyynnön siitä millaisia asiakkaita hankkeeseen halutaan, jolloin saatiin yhteistyökumppanit. Hankkeen aikana kohderyhmään on tavoitteena saada 35 asiakasta Seinäjoelta, Nurmosta, Ylistarosta, Lapualta, Ilmajoelta, Kurikasta ja Jalasjärveltä. Tällä hetkellä hankkeessa on mukana 32 asiakasta, jotka olivat suurin osa dementian lievässä vaiheessa. Hankkeen kohderyhmä on taajaman ulkopuolisella alueella asuvat dementoituvat henkilöt, joilla on kulunvalvontatarve ja osalla sisäänlukitsemistarve. Kohderyhmään kuuluvat myös dementoituvien asuinkunnissa sijaitsevat hoivayritykset sekä välillisesti dementoituvien koko turvaverkko. Yhdyshenkilöiden kautta hankkeelle saatiin tutkimusluvut ja asiakkaat. Muistihoitaja on tehnyt tarvittavat muistitestit asiakkaille. Muistihoitajan palvelut on hankittu ostopalveluna. Näiden tuloksien pohjalta on tehty kotikäynnit hankkeesta. Käytettyjä muistitestejä olivat MMSE, NPI, CDR, GDS-FAST ja ADCS-ADL.

Hankkeen projektipäällikkö Mirva Ämmälä ja hankkeen asiantuntija Merja Riikonen ovat suorittaneet 1-3 tuntia kestävät kotikäynnit asiakkaiden luo. Käynneillä kartoitetaan asiakkaan vaelteluoiretta, teknologian tarvetta, turvaverkkoa ja sosiaalisuutta. Kaikilla asiakkailla ei ilmene vaeltelua, sillä kunnat ovat valinneet asiakkaat hankkeeseen. Projektityöntekijöiden tekemien kotikäyntien pohjalta nousseen tarpeen mukaan järjestettiin turvaverkkotapaaminen, johon osallistui eri asiakkaan hoitoon osallistuvia tahoja.

Raportoinnin jälkeen hankkeen työntekijät miettivät, mikä laite olisi asiakkaalle sopiva. Laitteen valintaan vaikuttivat asiakkaan koti, liikkuminen sekä kokonaistilanne. Joskus laitteista saatettiin tehdä sovelluksia. Työssä edettiin ensin poissulkeamalla huonot vaihtoehdot. Kun asiakkaan tilannetta ajatellen paras laite oli valittu, ehdotettiin kunnille laitteen asiakkaalle asentamista. Kunnista oli kiinni ostettiinkö, vuokrattiinko vai hylättiinkö ehdotettu palvelu/ laite. Hankkeen työntekijät kokivat haasteelliseksi sen, että kunnissa oli vaihtelua laitteiden ostamisen ja vuokraamisen suhteen. Kunnilla oli myös mahdollisuus osallistua laitteen kustannuksiin osittain, jolloin asiakkaalle jäi omavastuu-osuus.

Hankeen toimijat korostivat asiakkaan turvaverkon tärkeyttä kokonaisuutena (omaiset, vapaaehtoiset, yksityiset palveluntuottajat ym.). Painotuksena oli asiakkaan kokonaisuuden näkeminen, josta teknologia oli vain yksi osa-alue. Asiakkaan kokonaisstatuksen huomiointiin kuului esimerkiksi lääkityksen tarkistaminen geriatrian poliklinikalla sekä KELAn tukien tarkistus. Turvaverkon tekemisessä oli kyse palvelujen järjeistämisestä. Turvaverkosta tuli aina löytyä teknologiasta vastaava taho. Hankkeen vetäjät korostivat, ettei pelkkä laite riittänyt, mikäli muu turvaverkko ei ollut kunnossa. Hoitajan / omaisen tärkeys korostui.

Teknologia-asiantuntijoiden rooli on tärkeä dementoituvien toimivan turvaverkon rakentamisessa. Teknologia-asiantuntijat valitsevat asiakaslähtöisesti räätälöidyt laitteet asiakkaille, huomioiden esimerkiksi omaisten ja kotihoidon näkemyksen. Kustannussyistä teknologia-asiantuntijoiden suunnittelemat laitteet eivät aina pääse käytäntöön asti. Esimerkiksi yhden hoidettavan kohdalla asiakkaalle suunniteltiin sen hetkisten tietojen perusteella tavallinen oviturva laitteeksi. Käytännössä osoittautui kuitenkin, että hoidettava kurkisteli jatkuvasti ovesta ulos. Tähän ratkaisuksi tarjotun älykkään oviturvan lisäykseen ei kuitenkaan oltu valmiita, koska asiakkaan kokonaistilanteen katsottiin olevan hyvin lähellä laitoshoidon tarvetta, kuten myöhemmin kävi. Hankkeessa tavallisimmin asiakkaille asennettuja laitteita olivat GPS-paikannuslaitteet, turvapuhelimet (ja niiden lisälaitteet, kuten esim. oviturva ja älykäs oviturva) sekä paloturva. Päätöstä laitteista odotettiin kunnista, minkä jälkeen hankkeesta suoritettiin laiteasennukset. Laitteita testattiin käytännössä, minkä jälkeen arvioitiin niiden toimivuutta. Asennukset toteutti pääasiassa hankkeen teknologia-asiantuntija Sami Perälä.

Yhteistyö Kulkurin valssi-hankkeen kanssa alkoi työn toivotuista selvitysalueista keskustelemalla. Työn fokuksen selvittyä allekirjoitimme laatimani sopimuksen opinnäytetyöstä (LIITE 1). Opinnäytetyöni ohjaaja hankkeesta on Merja Riikonen. Hänen jäädessä tutkimusvapaalle, siirtyi työni ohjaus Mirva Ämmälälle ja Sami Perälälle. Prosessin aikana tapasin hankkeen yhteyshenkilöt kolme kertaa, ja yhteyttä pidettiin myös sähköpostin välityksellä.

## 5 AIKAISEMMAT EPTEKIN HANKKEET

Kuusiokuntien eKoti –hankkeessa kokeiltiin avohoitotilanteissa ennaltaehkäisevää ikäihmisten hoitomallia, joka käytti hyväkseen ITC–alan palveluja. Kotona pärjäämistä tarkasteltiin kokonaisvaltaisesti, mutta keskeisessä roolissa oli teknologian ja apuvälineiden hyödyntäminen kotona asumisen apuna. Kuusiokuntien eKoti-hankeen vastuuorganisaatioita olivat Alavuden ja Ähtärin kaupungit, Lehtimäen, Kuortaneen, Soinin ja Töysän kunnat sekä Seinäjoen ammattikorkeakoulun sosi-aali- ja terveysalan tutkimus- ja kehitystoiminnan yksikkö. (Hyvä asuminen 2010 [viitattu 24.11.2009].) Tavoitteena oli iäkkäiden laadukas elämä omassa kodissaan sekä laitoshoitoon siirtymisen myöhentäminen. Asiakkaita ja henkilökuntaa ohjattiin teknologian käytössä. Asiakkaat pääsivät tarpeidensa pohjalta osallistumaan apuvälineiden suunnitteluun ja tuotekehittelyyn yhdessä alan yritysten kanssa. Hankkeen tarkoituksena oli luoda kuntien, kotisairaanhoidon ja kotipalvelun ja yksityisen palvelun tarjoajan yhteistyöverkoston. Hanke toteutettiin ajalla 1.1.2003-31.12.2004. (Träsk [viitattu 24.11.2009].)

Eeva –hankkeessa 1.9.2004-28.2.2006 rakennettiin turvaverkko syrjäseuduilla asuville dementoituneille. Hankkeen kautta luotiin kalenterimuotoinen apuväline, jonka tarkoituksena oli yhdistää dementoituneen arjessa toimivat tahot tekemään yhteistyötä yhteisen aikataulutuksen mukaisesti. Hankkeen aikana vietii 33 erilaista tuotetta koteihin (yht. 133 laitetta). Suurin osa laitteista soveltui hyvin osaksi turvaverkkoa. Turvaverkkomallin todettiin hankkeen aikana soveltuvan myös muille ryhmille. (Hedberg, Salo, Perälä 2006, 62-63. [viitattu 25.8.2009].) Asiakkaita olivat 29 dementoitunutta ja heidän omaishoitajaansa Alajärvellä, Alavuudella, Ilmajoella, Jurvassa, Lapualla ja Seinäjoella. Eeva –hankkeessa huomattiin terveysteknologian koko kirjon sopivan dementoituvalle sairauden lievässä vaiheessa (Hedberg & Salo 2006, 32).

Kotipesä- hankkessa päämääränä oli teknologian kehittäminen ja soveltaminen kotona asuvien elämään inhimillisesti. Mukana oli Länsi-Suomen läänin alueen teknologiayrityksiä ja hoivapalveluyrityksiä Suupohjan, Kuusiokuntien, Järviseudun, Eteläisten Seinänaapurien ja eteläisen Seinäjoen alueelta. Tavoitteena oli luoda kotihoidon palvelujen ja yhteistyössä toimivien tahojen oppimisverkosto. Alavuudella Kotipesä –hankkeessa toteutettiin asiakastapauksia. Asiakkaille rakennettiin kokonaisvaltainen turvaverkko kotona asumisen turvaamiseksi. Hanke antoi osallistujille välineitä vanhustenhuollon kehittämiseksi, ja taitoa kohdata uuden teknologian tuomat haasteet ikääntyneiden ja erityisesti dementoituvien muun palveluketjun osana. Koulutuksen aikana syntyi palvelupaketti, jolla varmistettiin ajantasaisen tiedon saaminen jatkossakin uusimmista teknologisista sovelluksista ja niiden käytöstä arjen tilanteissa sekä väylä, jonka kautta kunnat voivat saada laitteita vuokrattua käyttöönsä. Hanke toteutettiin 1.9.2006-31.10.2007 välisenä aikana. (Riikonen [viitattu 25.8.2009].)

## 6 TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TARKOITUS

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää omaishoitajien ja kotihoidon työntekijöiden ratkaisuja dementoituvien vaelteluun käytännössä, sekä tutkia myös yleisemmin dementoituneiden vaelteluun liittyvää problematiikkaa. Tutkimus on osa Kulkuri valssi –hanketta, joka hakee ratkaisuja dementoituvien eksymisvaaran ehkäisyyn.

Tutkimuksen konkreettisena tavoitteena oli selvittää millaisia keinoja kentällä käytetään dementoituvien vaeltelun hoidossa kartoittamalla lääketieteellistä ja ei-lääketieteellisen hoitoa sekä teknologiaa. Keskeistä oli selvittää miten paljon kotioloissa käytetään sisään lukitsemista, ja millaisissa tilanteissa sitä käytetään.

Haastattelujen ja havainnoinnin perusteella luomieni tapauskertomusten kautta pohdin teknologisten ratkaisujen tarvetta. Tuotin työssä todistusaineistoa käytännön kentillä esiintyvistä dementoituneiden vaeltelun ongelmista ja avuntarpeista. Päämääränä oli löytää dementoituvan itsensä ja häntä hoitavien elämään käyttökelpoisia arjen ratkaisuja, ja tutkimuksen avulla parantaa heidän arjen elämänlaatuaan. Tutkimuksen tuloksista nousseisiin ongelmakohtiin tai tarpeisiin on mahdollista vastata Kulkurin valssi –hankkeen myötä kotiin saatavalla kulunvalvonta- ja muulla teknologialla.

## **7 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN**

### **7.1 Laadullinen tutkimusmenetelmä**

Tein opinnäytetyöni laadullisella tutkimusmenetelmällä. Vilkan (2005, 97-102) mukaan laadullisella menetelmällä tehdyssä tutkimuksessa selvitetään ihmisten välisiä ja sosiaalista merkitysten maailmaa. Tavoitteena ovat henkilöiden omakohtaiset kuvaukset kokemastaan todellisuudesta. Tutkimusongelmasta poimitaan keskeiset aiheet tai teema-alueet, joita tutkimushaastattelussa tulee tutkimusongelmaan vastaamisen vuoksi käyttää. Tavoitteena on, että haastateltava voi antaa kaikista teema-alueista omaa kokemustaan vastaavan kuvan.

Käyttäessään laadullista lähestymistapaa, tutkija pyrkii löytämään yleisiä yhtäläisyyksiä keräämästään aineistosta (Janhonen & Nikkonen 2001, 15). Yhteistä eri lähestymistavoille laadullisessa tutkimuksessa on, että tavoitteena on löytää tutkitavasta aineistosta yhteisiä piirteitä, toimintatapoja ja eroja. Laadullisen tutkimuksen perusprosessi on sisällönanalyysi, jonka avulla analysoidaan suullista ja kirjoitettua kommunikaatiota. Sisällönanalyysi mahdollistaa myös tilanteiden merkitysten sekä yhteyksien ja seurausten tarkastelun. (Janhonen & Nikkonen 2001, 21.)

### **7.2 Aineiston keruun ja käsittelyn etnografisuus**

Etnografiselle tutkimukselle luonteenomaista on, että tutkija havainnoi, spekuloi ja arvioi ihmisten käyttäytymistä tietystä näkökulmasta. Ihminen ja hänen kulttuurinsa ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa oman historiansa ja tämänhetkisen muuttuvan prosessinsa kanssa. (Janhonen & Nikkonen 2001, 48.) Etnografiaa soveltamalla pyrin noudattamaan sille tyypillistä toisin näkemisen periaatetta. Etnografi-

assa painottuu eettinen kohtaaminen, eli tutkija kunnioittaa ja kuuntelee haastateltaviensa merkityksenantoja ja tietämystään. Etnografialle keskeistä on havainnoinnin, osallistumisen ja kokemuksen merkitys tutkimusprosessissa. Etnografisessa tutkimuksessa kuvaavaa on alistettujen ja syrjittyjen ryhmien tutkimus. Etnografiselle tutkimukselle on tyypillistä, että aineiston tuottaminen, analyysi, tulkinta tai teoria kulkevat limittäin. Tutkija tekee alustavaa analyysiä jo kentällä, jolloin alustava analyysi suuntaa ja myös tarkentaa haastattelijan fokusta. Tällöin ensimmäisiä luonnoksia raportista kirjoitetaan usein jo kenttätöyövaiheen aikana. (Lappalainen, Hynninen, Kankkunen, Lahelma & Tolonen 2007, 10-13.)

Etnografinen tutkimus perustuu tutkittavien kokemuksille ja kontekstille. Yhdessä teoreettisen tiedon ja tutkijan omien kokemuksen kanssa ne muodostavat tutkimuksen tulkinnan ja johtopäätökset. Etnografisella tutkimuksella on kaksi ehtoa, jotka ovat tutkijan läsnäolo ja osallistuva havainnointi kentällä ja se, että tutkijan läsnäolo tulee häivyttää lopullisesta tekstistä, mikä muodostaa myös etnografisen kuvauksen dilemman. (Janhonen & Nikkonen 2001, 71.)

Haastatteleamalla ja havainnoimalla saadusta teema-aineistosta etsitään merkityksiä. Tärkeää on ymmärtävä tutkimusote ja kuvaava etnografia. Tutkija pyrkii ymmärtämään ja tulkitsemaan näitä merkityksiä haastateltavien itsensä näkökulmasta, ja tätä kautta lisäämään ymmärrystä tutkittavana olevaa ilmiötä kohtaan. Etnografisella prosessilla pyritään lähelle ihmisen elämäkäytäntöjä. (Andersson 2007, 44-45.) Tärkeää on pohtia tutkijan omaa asemaa ja tutkimuksen reflektiivisyyttä. Aikaisemmat taustaoletukset ja ennakkoluulot tulisi huomioida tulkinnassa.

Tutkija tekee havaintoja etnografisessa tutkimuksessa erilaisista tilanteista kenttämuistiinpanoihin. Havainnot on hyvä kirjoittaa esimerkiksi muistilehtiöön mahdollisimman pian tutkimustilanteen jälkeen ja arkistoida päivitettyinä. Tilanteista kannattaa merkitä ylös havainnoijan nimi, paikka, päivämäärä ja aika, kuten myös osallistujat ja heidän suostumuksensa. Kenttämuistiinpanot ovat havainnoitsijan itsensä näköisiä, ja ne voivat sisältää mm. ajatuksia, kokemuksia, tunteita, kysymyksiä ja kuvauksia haastatteluista. (Janhonen & Nikkonen 2001, 67.)

Etnografisessa tutkimuksessa aineistonkeruumenetelminä käytetyimpiä ovat haastattelut, osallistuva havainnointi, kenttämuistiinpanot, elämänkertomukset, valokuvat, filmit sekä monipuolinen kirjallinen materiaali (Janhonen & Nikkonen 2001, 62).

### 7.3 Haastattelu ja havainnointi

Haastattelumenetelmänä käytin etnografisesti painottuvaa teemahaastattelua väljillä teemoilla. Haastattelujen tarkoituksena oli olla vapaamuotoisia, jotta saataisiin monipuolista ja monikerroksellista tietoa. Haastatteluja tein kolmelle omaishoitajalle ja kolmelle kotihoidon työntekijälle nauhoittamalla keskustelut. Haastateltavat henkilöt valittiin yhteistyöorganisaationi Kulkurin valssi –hankkeen kautta. Valintakriteerinä oli saada haastateltavia, joiden luona oli käyty jo tekemässä haastattelua hankkeen puitteissa. Heillä tuli myös olla käytössään hankkeen kautta saatua teknologiaa. Haastateltavien omaishoitajien ja heidän hoidettaviensa luo tein tutustumiskäynnin ennen varsinaista haastattelua, jotta itse haastattelutilanne olisi luonnollisempi ja rentoutuneempi. Aiheen arkaluontoisuuden tähden luottamussuhteen rakentuminen oli tärkeää. Omaishoitajien haastatteluissa pyrittiin siihen, että myös hoidettava oli läsnä haastattelutilanteessa työn eettisyyden takaamiseksi. Yksi haastateltava kuitenkin halusi tehdä haastattelun ilman hoidettavansa läsnäoloa, sillä muutoin tutkimuksen tulokset olisivat vääristyneet. Tutustumiskäynnillä hoidettava oli läsnä, jossa saatiin käsitys hoidettavasta.

Käytin etnografista lähestymistapaa laadullisen tutkimusmenetelmän rinnalla, jotta haastattelutilanteet olivat mahdollisimman avoimia ja luontevia. Tarkoituksena oli havainnoida haastattelutilannetta, haastateltavien reaktioita sekä ympäristöä, ja mahdollisimman pian haastattelun jälkeen kirjata havaintoja ylös ns. havainnointipäiväkirjaan.

Otin Kulkurin valssi –hankkeesta ehdotettuihin asiakkaisiin puhelimitse yhteyttä, ja pyysin saada haastatella heitä opinnäytetyöhöni. Tein kolmen haastateltavan

omaishoitajan kotiin tutustumiskäynnit. Tutustumiskäynnit ja haastattelut toteutettiin keväällä 2009. Tarkoituksena oli, että hoidettava osallistuu tutustumiskäynnille ja haastatteluun. Hoidettavat olivat läsnä kaikilla tutustumiskäynneillä. Tutustumiskäynneillä täytimme laatimani esitieto-lomakkeen (LIITE 2). Tutustumiskäynnin tarkoituksena oli saada käsitystä haastateltavasta ja hänen hoidettavastaan. Tavoitteena oli rikkoa tilanteen tuomaa jännitystä itse haastatteluun, ja luoda tuttuuden kautta avoin ilmapiiri haastatteluun. Yhtä lukuun ottamalla hoidettavat osallistuivat haastatteluun. Yksi haastattelu toteutettiin ilman hoidettavan läsnäolon omaishoitajan toiveesta. Hoidettava ei suhtautunut realistisesti sairauteensa, mikä olisi haitannut keskustelua. Hoidettavan läsnäololla varmistettiin haastattelun eettisyys. Hoidettavilla on myös mahdollisuus osallistua keskusteluun.

Lisäksi otin yhteyttä Kulkurin valssi-hankkeeseen osallistuvien kolmen valitun kunnan kotihoitoon saadakseni ammattilais-näkökulmaa työhön. Haastateltavaksi sain kolme kotihoiton työntekijää, joita haastateltiin hankkeessa mukana olevia hoidettavia silmällä pitäen. Haastattelut toteutettiin kahden haastateltavien kanssa heidän työpaikoillaan. Haastattelun alussa täytettiin laatimani esitieto-lomake (LIITE 2).

Haastatteluiden alussa täytin omaishoitajien kanssa laatimani luvan omaishoitajan haastatteluun (LIITE 3). Kulkurin valssi-hankkeen laatimat luvat kattoivat kotihoiton työntekijöille suorittamani haastattelut. Haastattelut toteutettiin nauhoittamalla keskustelut. Haastatteluissa etenin laatimani kysymyspohjan (LIITE 4) avulla.

#### **7.4 Tutkimusaineiston analyysi**

Janhosen ja Nikkosen (2001, 69) mukaan aineiston keruu ja sen analyysi kulkevat rinnakkain etnografisessa tutkimuksessa. Analyysiä ei tehdä yhdessä prosessin vaiheessa, vaan analysointia tapahtuu pitkin matkaa (Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007, 218). Myös omassa opinnäytetyöprosessissani havainnointipäiväkirjan aineistot jäsentyivät prosessin edetessä. Nauhoitetut haastattelut litte-

roitiin, eli kirjoitettiin paperille sanatarkasti. Kirjoitin myös havainnointipäiväkirjan tekstit auki. Käyttämättä jätettiin aiheeseen kuulumattomat osiot. Yhteensä sivuja tuli n. 80. Menetelmänä käytin sisällönanalyysiä, jolla analysoin molemmat aineistot. Aloitin analyysin ryhmittelemällä aineistot kysymyspohjan teemojen mukaisesti. Ryhmittely oli haasteellista aineistojen laajuudesta johtuen. Käytin apuna erivärisiä kyniä aineistojen ryhmittelyssä. Tämän jälkeen loin litteroidusta aineistosta teemoittain työhöni tulokokonaisuudet. Näitä ovat kuvaukset haastateltavista ja hoidettavista, lääketieteellinen ja ei-lääketieteellinen hoito, käytössä oleva teknologia, vaeltelu ja eksymisvaara sekä kokemukset vaeltelun ehkäisemiseksi käytetyistä keinoista.

## 8 TUTKIMUSTULOKSET

### 8.1 Kuvaukset haastateltavista ja hoidettavista muistisairaista

**Omaishoitaja-vaimo, hoidettavana puoliso (1).** Haastateltavana oli 69-vuotias eläkeläisnainen, joka toimii omaishoitajana 78-vuotiaalle puolisolleen. Haastattelu ja sitä edeltävä tutustumiskäynti tehtiin heidän kodissaan, joissa hoidettava oli mukana. Käyntien aikana suoritettiin havainnointia, jonka tulokset kirjasin havainnointipäiväkirjaan. Aviopari asui lapsenlapsensa kanssa omakotitalossa. Etäisyyttä kodista keskustaan oli noin viisi kilometriä. Lähin omainen(poika) asui n. kolmen kilometrin päässä, ja muut lapset kauempana. Aviopari oli ollut 52 vuotta naimisissa. Vaimo oli toiminut 3-4 vuotta miehensä omaishoitajana. Hoidettavalla oli diagnosoitu Alzheimerin tauti vuonna 2006, eli noin neljä vuotta sitten. Hoidettavan muita toimintakykyä rajoittavia sairauksia olivat verenpainetauti, ja hänelle oli aikaisemmin tehty sydämen ohitusleikkaus. Varsinaisia hoivapalveluita ei ollut vielä käytössä. Vaimo huolehti miehensä lääkkeiden jaon ja ottamisen sekä avusti pesuilla käynnissä. Hän huolehti myös muista kodinhoidollisista asioista. Tarpeen vaatiessa apua oli saatavissa muilta omaisilta.

Puolisoiden keskinäiset välit sekä muut perhesiteet olivat läheiset. Omaishoitaja ei kokenut hoitamista raskaaksi. Hoidettavaa ei varsinaisesti rajoitettu, sillä asiat tavattiin tehdä aina yhdessä. Hoidettava kävi kuitenkin usein yksin lenkkeilemässä, ja ainoastaan tällöin omaishoitaja koki huolta hoidettavansa selviämisestä. Hoidettava ei ollut tavannut kuitenkaan lähteä kovin kauas kotoa lenkille mennessään.

Haastatteluhetkellä hoidettavan muistisairaus näkyi arjessa lähinnä keskittymiskyvyn puutteena, esimerkiksi televisiota katsellessa hoidettava ei välttämättä osannut sanoa mitä ohjelmaa tulee. Hän ei myöskään koko haastattelun aikana kommentoinut omaishoitajan kanssa käytyä keskustelua. Hoidettavan mielipidettä

kysyessäni hän vastasi, ettei ollut kuunnellut keskustelua. Huoneessa ei kuitenkaan ollut muita ihmisiä tai häiriötekijöitä.

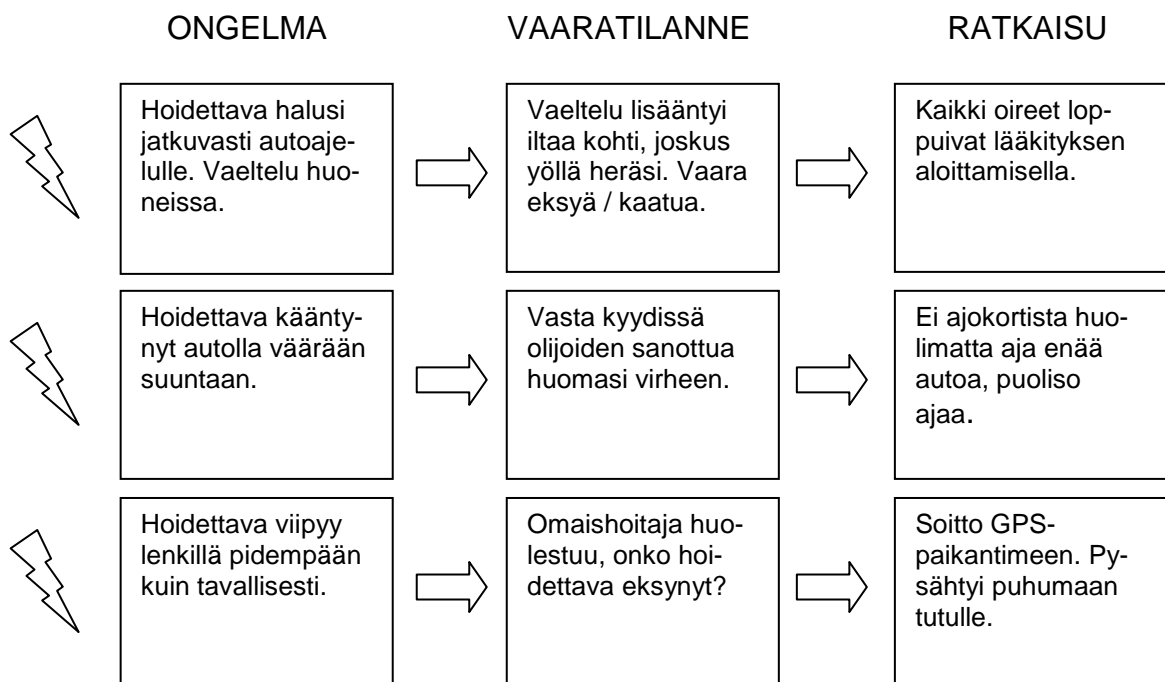
Ennen lääkityksen aloittamista hoidettavalla esiintyi levottomuutta, joka purkautui kodissa huoneesta toiseen vaelteluna ja jatkuvana haluna lähteä autoajelulle. Samalla lisääntyivät iltaa kohden. Yöt olivat tällöinkin yleensä rauhallisia, mutta joskus hoidettava oli saattanut yöllä nousta sängyn laidalle istuskelemaan. Lääkityksen myötä kaikki edellä mainitut oireet olivat loppuneet, eikä hoidettavalla enää esiintynyt levottomuutta ja vaeltelua haastatteluhetkellä. Lääkityksen alkuvaiheessa hoidettavalla oli esiintynyt epäluuloisuutta liiallisesta lääkitsemisestä. Myös tämä piirre oli kuitenkin loppunut.

Muistiongelmia huomattiin alun perin siten, että hoidettava ei enää ollut vieraamissa paikoissa ajaessaan tiennyt mihin suuntaan täytyisi kääntyä päämäärään pääsemiseksi. Haastattelun ajankohtana hoidettava ei osannut enää suunnistaa vieraammassa ympäristössä, mutta koti ja kodin lähiympäristö olivat vielä tuttuja. Ongelmat sijoittuivat eniten tiellä liikkumiseen. Hoidettava oli tullut sairauden myötä hiljaisemmaksi ystävien seurassa. Keskusteluissa mukana pysyminen ei sujunut kuten ennen. Hoidettava oli myös herkempi kuin aikaisemmin, ja hän liikkui helpommin.

Hankkeen myötä hoidettavalle hankittiin GPS-paikannin. Kokemukset laitteen käytöstä olivat myönteisiä, vaikka varsinaisia vaaratilanteita ei ollut ilmennyt. Omaishoitaja kertoi huolen hoidettavansa lenkeillä käymisestä lievittyneen. Hoidettavan lenkille lähtiessä hän pisti merkille lähtemisajan. Mikäli hoidettava viipyi pidempään kuin tavallisesti, hän soitti tällöin GPS-paikantimeen. Jos hoidettava ei vastaisi, ottaisi omaishoitaja yhteyttä pelastuspalvelussa olevaan omaiseensa, jonka kanssa he alkaisivat selvittää hoidettavan olinpaikkaa.

Hoidettava koki laitteen hyväksi, ja otti sen mielellään mukaansa lenkille lähtiessään. Hoidettava oli oppinut laitteen käytön ongelmitta. Pariskunnalla on tulevaisuudessa edessä muutto keskustaan asumaan. GPS-paikantimesta uskottiin ole-

van varmasti tällöin hyötyä. Hoidettavan toivottiin voivan keskustassa asuessa jatkaa itsenäistä lenkkeilyään laitteen avulla. Tämän ajateltiin edellyttävän tietyn lenkkeilyreitien opettelua. Mikäli hoidettava ei enää oppisi uutta lenkkeilyreittiä, omaishoitaja kertoi lähtevänsä säännöllisesti hoidettavansa mukaan lenkkeilemään. Kuviossa on kuvattuna kyseisen hoidettavan vaaratilanteiden kulku.



Kuvio 2. Esimerkki vaaratilanteiden kulusta (hoidettava 1).

**Aviopari omaishoitajina, hoidettava miehen sisko (2).** Haastateltavana oli 58-vuotias mies, joka hoiti yhdessä 55-vuotiaan vaimonsa kanssa 80-vuotiasta siskoaan. Molemmat omaishoitajista olivat työssäkäyviä, mutta nais-omaishoitaja oli osa-aikaeläkkeellä työstään. Tutustumiskäynnillä läsnä olivat hoidettava ja nais-omaishoitaja. Haastattelussa paikalla olivat hoidettavan lisäksi kumpikin omaishoitajista. Heistä lähinnä mies vastasi kysymyksiin, sen sijaan vaimo paikkasi tuomalla omia kokemuksiaan mukaan. Tutustumiskäynti, haastattelu ja havainnointi to-

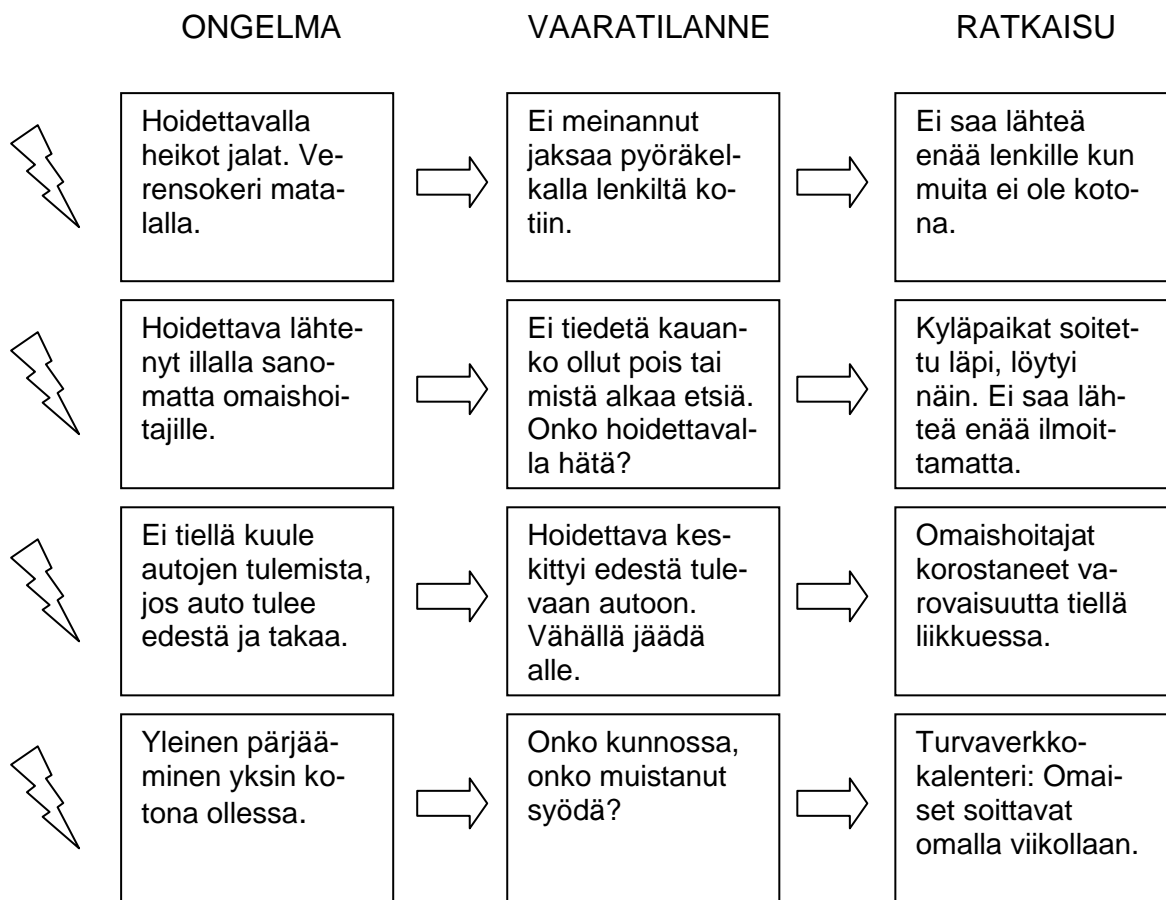
teutettiin heidän kodissaan. Omaishoitajat ja hoidettava asuivat omakotitalossa, jossa asunnot olivat eri päädyissä. Etäisyyttä varsinaiseen keskustaan oli huomattavasti. Yhteisasuminen omaishoitajien ja hoidettavan välillä oli kestänyt lähes kolmekymmentä vuotta. Omaishoitajuus oli kestänyt noin kaksi vuotta. Hoidettavalla diagnosoitiin n. kaksi vuotta sitten Alzheimerin tauti. Lisäksi hoidettavalla oli huono näkö kaihista johtuen sekä jalat olivat heikot. Hoidettava kävi kerran viikossa päivätoiminnassa. Muita ulkopuolisia hoivapalveluja ei ollut käytössä. Hoidettava kävi kuitenkin lähistöllä olevassa seurakunnan järjestämässä vanhustenpiirissä kerran kuukaudessa. Nais-omaishoitaja huolehti lääkkeistä ja antoi pesuapua hoidettavalle. Hän huolehti myös kodinhoidollisista asioista. Lisäksi hän huolehti hoidettavalle aamua varten valmiiksi puettavat vaatteet sekä asetti ruuan tarjolle. Hoidettavan kauempana asuva sisko oli ainakin kerran ottanut hoidettavan luokseen omaishoitajien loman ajaksi.

Omaishoitajien ja hoidettavan välit tuntuivat läheisiltä, ja hoidon järjestelyt tuntuivat hyvin toimivilta. Hoidettavalla ei esiintynyt lainkaan levottomuutta tai vaeltelua, vaan muistihäiriön oireena oli omatoimisuuden heikkeneminen. Omaishoitajat kannustivat hoidettavaa ulkoilemaan ja lenkille. Riskinä olivat väärään suuntaan lähteminen ja siten eksymisvaaraa, jalkojen yhtäkkinen kantamattomuus ja yleinen väsymys. Lisäksi teillä liikkuesssa vaarana oli että hoidettava ei kuullut auton tulemistä, eikä osannut väistää sivummalle. Hoidettava selviytyi pukemisesta itsenäisesti. Tarjolla ei kuitenkaan saanut olla ylimääräisiä vaatteita. Omaishoitajat soittivat usein töistä hoidettavalle muistuttaakseen syömisestä. Hoidettava muisti syömisen melko hyvin, sillä ruoka tavattiin asettaa aina samalle näkyvälle paikalle. Omaishoitajat kokivat pärjäävänsä haastatteluhetkellä olemassa olevan avun turvin.

Haastattelua tehdessä ilmeni, ettei hoidettava enää muistanut minua tutustumiskäynniltä. Haastattelun kulkua hän kuitenkin seurasi ja osallistui asiallisesti kommentoiden keskusteluun. Muistisairaudesta johtuvia käytösoireita ei ollut ilmennyt. Hoidettava tarvitsi kuitenkin pitkät yöunet. Mikäli tavallinen päivärytmi häiriintyi,

seurauksena oli sekavuutta ja tavallisesta poikkeavaa kastelua. Oireita ilmeni esimerkiksi illalla, kun vieraiden poislähteminen kodista pitkittyi.

Hoidettavalle saatiin hankkeen kautta räätälöity radiopuhelin ja GPS-paikannin: GPS-paikantimen sai kiinni pyöräkelkkaan, jonka avulla hän liikkui ulkona. Käytännössä GPS-paikantimen testausta ei vielä ollut tehty, koska hoidettava ei huonojen kelien vuoksi ollut voinut lähteä tielle lenkille. Sen uskottiin kuitenkin toimivan hyvin. Radiopuhelimen kohdalla tilanne oli haasteellisempi, sillä hoidettava ei vielä haastatteluun mennessä ollut oppinut vastaamaan laitteeseen. Vastaamisen oppimisen todettiin vaativan pitkäkestoista harjoittelua. Haastatteluun mennessä opetukset laitteesta olivat unohtuneet lähes saman tien. Hyväksi koettiin kuitenkin se, että hoidettava saattoi kuulla omaishoitajien äänen. Näin hoidettava ei hätäantaisi kun tietäisi hoitajien olevan tulossa etsimään. Hoidettavalle oli haastatteluhetkellä tulossa vielä liiketunnistin-lamppu, minkä haastateltavat kokivat varmasti hyväksi avuksi. Järjestetyssä verkosto-palaverissa mietittiin turvaverkon tiivistämistä ja laadittiin turvaverkko-kalenteri. Kuviossa on kuvattuna kyseisen hoidettavan vaaratilanteiden kulku.



Kuvio 3. Esimerkki vaaratilanteiden kulusta (hoidettava 2).

**Omaishoitaja-tytär, hoidettavana äiti (3).** Haastateltavana oli 59-vuotias osaaikaeläkkeellä oleva nais-omaishoitaja, joka hoitaa 85-vuotiasta äitiään. Hoidettava asui yksin omakotitalossa, johon etäisyyttä omaishoitajan kodista oli n. 1,5 kilometriä. Kaupungin keskusta matkaa on noin 15 kilometriä. Hoidettava sairasti Alzheimerin tautia, joka oli todettu n. kaksi vuotta sitten. Oireita oli ilmennyt kuitenkin jo tätä ennen. Hoitosuhdetta oli kestänyt noin viisi vuotta alkaen pienellä hoitamisella. Hänellä oli muistisairauden ohella masennusta, johon oli lääkitys. Toteutettiin tutustumiskäynnin hoidettavan kotona hänen ja omaishoitajan läsnä ollessa. Omaishoitaja halusi haastattelun toteutettavan hänen kodissaan ilman hoidettavan läsnäoloa, koska hoidettava oli suhteellisen sairaudentunnon ja hänellä oli vaikeuksia hyväksyä muistin ongelmiaan. Havainnointimateriaalia keräsin kummallakin tapaamisella. Arkisin kotisairaanhoido toi hoidettavalle aamulla lääkkeet, ja vii-

konloppuisin niistä huolehti omaishoitaja. Ateriapalvelu oli kuutena päivänä viikossa. Siivous oli jaettu omaishoitajan ja hänen veljensä kesken. Omaishoitaja huolehti asioinnista. Lisäksi hoidettavalle oli palkattu tuttu eläkeläisnainen pitämään seuraa päivisin kolmen tunnin ajan.

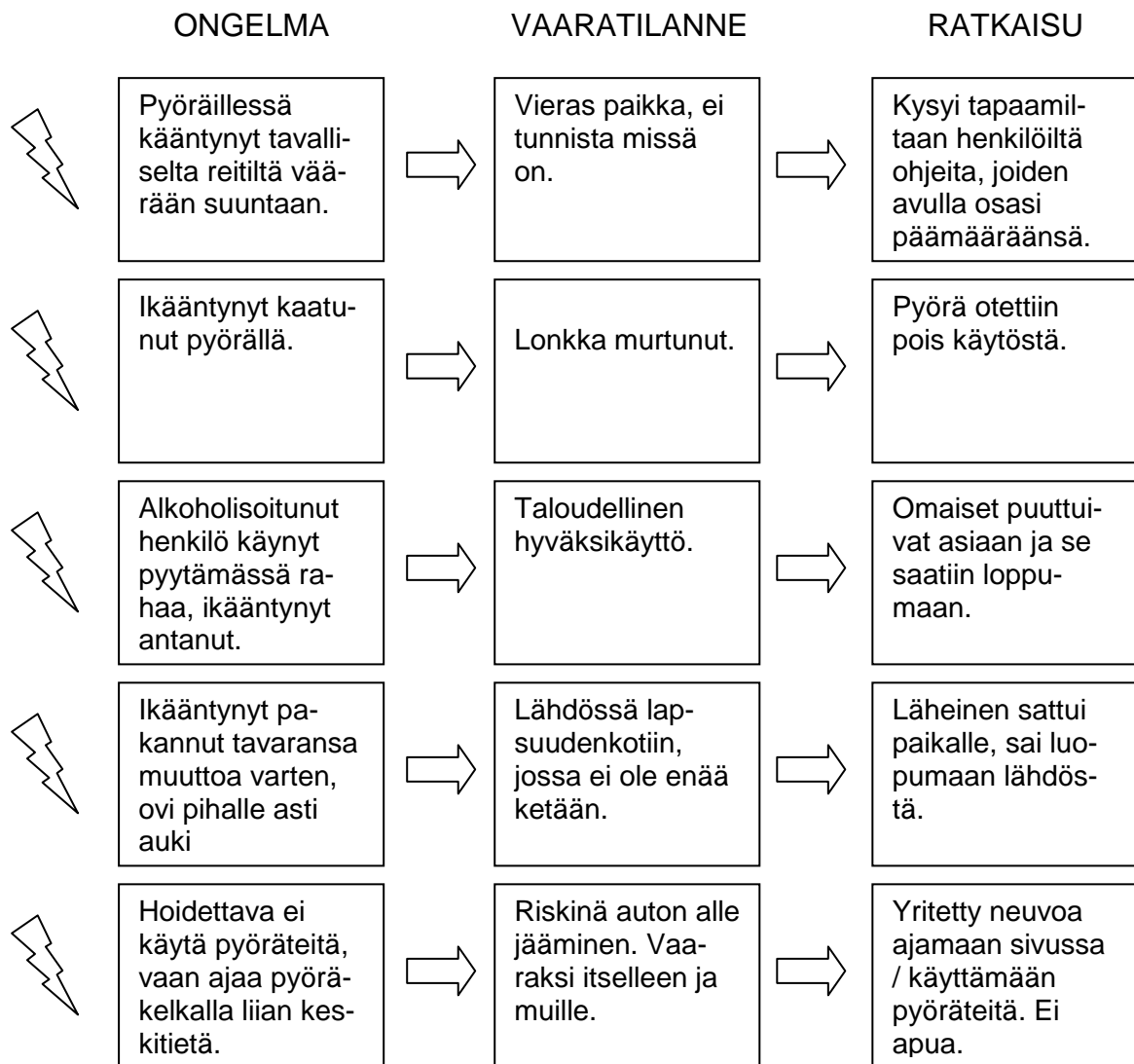
Hoidettavalla oli luottamussuhde omaishoitajaansa, ja heidän keskinäiset välinsä olivat läheiset. Haastateltava kertoi hoidettavansa olleen aina melko levoton luonne, mutta piirre korostui sairauden myötä. Hoidettavan levottomuus ilmeni siten, että hän lenkkeili kotinsa ympäristössä pyöräkelkalla. Lääkityksen aloittamisen myötä tämä oli hieman rauhoittunut. Kodin sisätiloissa vaeltelua ei esiintynyt, mutta ajoittain hoidettava ei tunnistanut omaa kotiaan. Hoidettava ihmetteli usein missä hänen miehensä, äitinsä ja siskonsa olivat, eikä ymmärtänyt heidän kuolleen. Masennuslääkkeen aloittamisen jälkeen edellä mainittuja kahta oiretta ei ilmennyt.

Yleisesti hoidettavan omatoimisuus ja motivaatio olivat heikentyneet, mikä vaati omaishoitajalta läsnäoloa ja yhteistä tekemistä. Hoidettava ei yleensä tehnyt pitkiä lenkkejä, mutta saattoi lähteä lenkeille useamman kerran päivässä. Fyysisesti hoidettava oli hyväkuntoinen. Hoidettava oli tähän mennessä tuntenut tutun ulkoympäristön ja selviytyi siellä liikkueessaan. Kauemmas lähtiessä suunnistaminen vaikeutui. Ongelmaksi liikkumisen suhteen muodostui se, ettei hoidettava osannut käyttää pyöräteitä. Hoidettava liikkui ajotiellä ja vähitellen hän siirtyi potkuttamaan pyöräkelkalla liian keskellä tietä, jolloin syntyi riski auton alle jäämisestä. Omaishoitajalla oli myös pelko hoidettavan mahdollisesta eksymisestä. Hoidettavalta oli otettu polkupyörä pois käytöstä, koska muuten hän lähtisi liian kauas. Polkupyörä poistettiin kun hoidettava kaatui ja sai lonkkamurtuman.

Aikaisemmin alkoholisoitunut mies oli käynyt pyytämässä rahaa hoidettavan luona. Tämä saatiin onneksi loppumaan. Joskus hoidettava ei kotoa lähtiessään muistanut lukita ovia. Hoidettava oli kerran ollut kotona ovet ulos asti auki pakkaamassa ja tekemässä muuttoa pois, mutta omainen oli saanut hoidettavan luopumaan ajatuksesta. Vuodenajan ja päivän hahmotus oli vaikeaa. Tämän vuoksi hoidettava liikkui joskus liian vähillä vaatteilla. Kesäaikana valoisuuden vuoksi hoidettava

saattoi tulla omaishoitajan luokse kylään suhteellisen myöhään. Aamuisin hoidettava oli yleensä rauhallisempi nukutun yön jälkeen. Aamupäivällä levottomuus alkoi jälleen ja kesti iltaan. Hoidettava oli yleensä sekava iltaisin omaishoitajan lähtiessä omaan kotiinsa. Yöt hän kuitenkin nukkui hyvin väsyttyään päivän aikana. Keskittymiskyky oli heikentynyt, eikä jaksanut kauaa keskittyä yhteen asiaan.

Hankkeen kautta hoidettavalle asennettiin liesiturva, pyöräkelkkaan paikanninlaite ja [helppokäyttöinen] puhelin. Laitteista ei ollut vielä saatu varsinaista hyötyä. Niiden tuottama huolen lieventäminen koettiin kuitenkin tärkeäksi. Ennaltaehkäisyn näkökulma mahdollisia tulevia eksymisiä ajatellen korostui. Puhelinta ei oltu otettu käyttöön, koska hoidettava ei hyväksynyt laitetta tai kokenut tarvitsevansa sitä. Hoidettava ei ollut oppinut käyttämään laitetta haastatteluhetkeen mennessä. Tilannetta teknologian näkökulmasta hankaloitti hoidettavan sairaudentunnottomuus. Tästä johtui kielteisyys laitteita kohtaan, koska hoidettava ei koe tarvitsevansa niitä. Kuviossa on kuvattuna kyseisen hoidettavan vaaratilanteiden kulku.

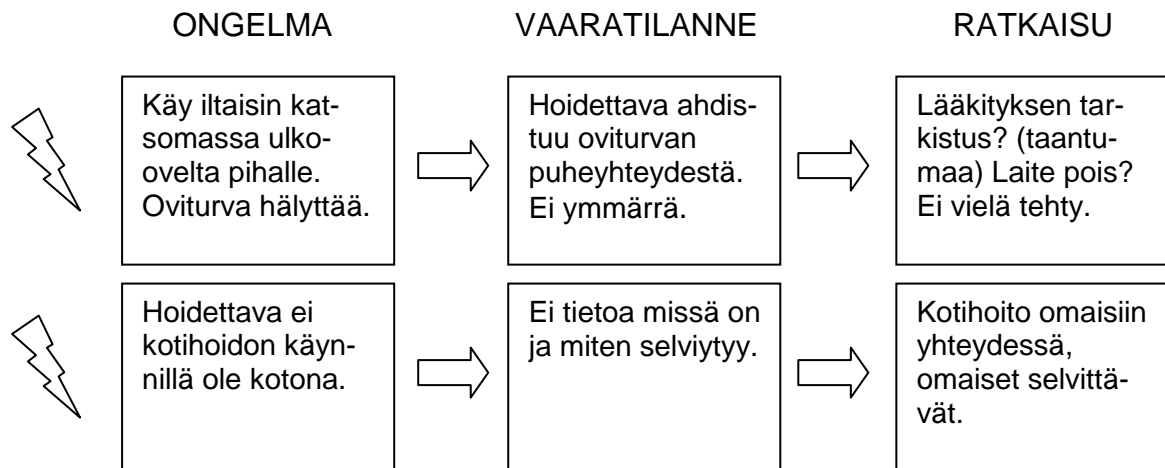


Kuvio 4. Esimerkki vaaratilanteiden kulusta (hoidettava 3).

**Nais-kotihoidontyöntekijä, hoidettava naisasiakas (4).** Haastateltavana oli 45-vuotias lähihoitaja, joka hoiti kotihoidon asiakkaana olevaa 82-vuotiasta naista. Hoidettava asui keskustassa yksin rivitaloasunnossa. Hoidettava sairasti muistisairautena Alzheimerin tautia. Haastateltavan hoitosuhde hoidettavaan oli kestänyt noin vuoden. Tänä aikana muistihäiriötä oli esiintynyt merkittävästi. Haastattelu tehtiin kahden haastateltavan kanssa hänen työpaikallaan. Hoidettavalla oli muistisairauden lisäksi sydänvaivoja, ja hän kärsii flimmeristä. Kotihoito kävi hoidettavan luona kolmesti päivässä ja ateriapalvelu tuli kahdesti viikossa. Hoidettavalla oli taantumaa muistisairauudessaan haastatteluhetkellä. Hoidettavalla esiintyi levottomuutta, mikä korostui illalla aina puoleenyöhön saakka. Valoisana vuodenaikana

levottomuus korostui. Hoidettava saattoi soittaa omaisilleen myöhään illalla. Puutarhan ja pihan hoitaminen oli hoidettavalle erityisen tärkeää, ja hän saattoi työskennellä pihamaalla suhteellisen myöhäiseen iltaan saakka. Puutarhassa työskentely vaikutti olevan pakko-oireen omaista. Hoidettava saattoi myös työskennellä puutarhassa liian vähällä vaatetuksella vuodenaikaan nähden. Naapurit olivat huolissaan hoidettavan asuessa jokirannassa, ettei hän kaadu jokeen pihaa työstäessään. Fyysisesti hoidettava oli hyväkuntoinen. Hoidettava pyöräili ja liikkui paljon, mutta liikenteessä pärjääminen ei välttämättä enää ollut entisen laista. Hän ei kuitenkaan eksynyt.

Hankkeen kautta hoidettavalle hankittiin turvapuhelimen kautta kytketty [tavallinen] oviturva aikavälillä 00.00-06.00, automaattinen palohälytin, Saver-paikannin ja lieksiturva. Lisäksi hänelle tehtiin turvaverkon tiivistys-verkostopalaverissa turvaverkko-kalenteri. Hoidettavalla oli vaikeuksia ymmärtää laitteiden tarkoitusta. Iltaisin hoidettavalla oli tapana käydä ovella pihalle katsomassa. Tällöin turvapuhelimen kautta kytketystä oviturvasta meni hälytys palolaitokselle. Kun palolaitokselta otettiin yhteys hoidettavaan, ei hän ymmärtänyt mistä oli kysymys. Tämä johti hoidettavan ahdistumiseen. Turvapuhelimen suhteen hankalaa oli se, ettei hoidettava välttämättä pitänyt turvaranneketta kädessään. Turvapuhelimen kautta kytkettyä oviturvaa lukuun ottamatta käytössä olleet laitteet koettiin sopiviksi hoidettavalle. Käytännön näyttöä ei kuitenkaan ollut vielä haastatteluun mennessä saatu. Laitteiden suurimmaksi hyödyksi koettiin omaisten huolen hoidettavasta lievittyneen. Kuviossa on kuvattuna kyseisen hoidettavan vaaratilanteiden kulku.

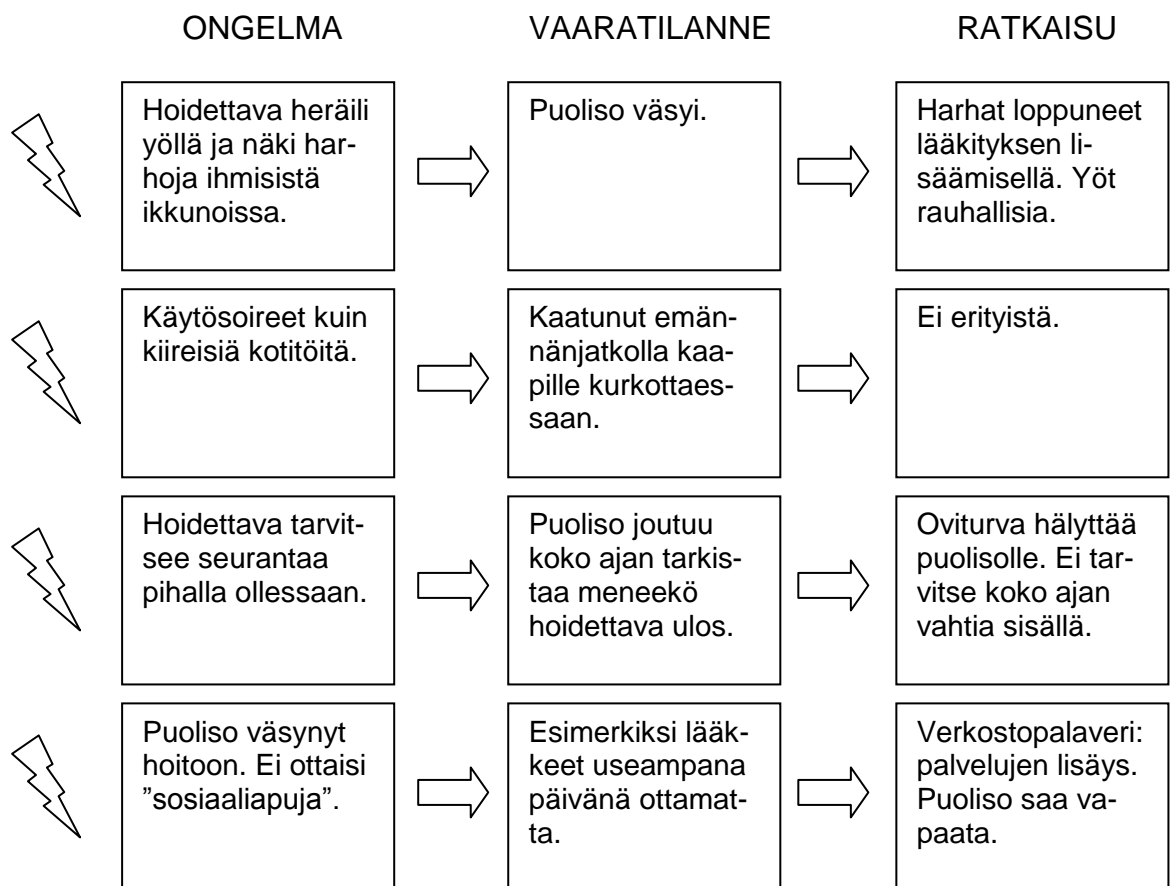


Kuvio 5. Esimerkki vaaratilanteiden kulusta (hoidettava 4).

**Nais-kotihoitontyöntekijä, hoidettava naisasiakas (5).** Haastateltavana oli 54-vuotias kotihoitossa työskentelevä terveydenhoitaja. Hoidettava oli 79-vuotias kotihoiton nais-asiakas. Haastattelu toteutettiin kahden haastateltavan kanssa hänen työpaikallaan. Hoidettava asui omakotitalossa puolisonsa kanssa noin kuuden kilometrin päässä kotihoiton toimistolta. Haastateltavan hoitosuhde hoidettavaan oli kestänyt noin vuoden. Puoliso toimi hoidettavan omaishoitajana. Lisäksi hoitoon oli osallistunut hoidettavan kauempana asuva sisar. Hoidettavalla oli todettu Alzheimerin tauti vajaa vuosi ennen haastattelua. Oireita oli esiintynyt jo 6-12 kuukautta ennen diagnoosia. Hoidettavalla oli muistisairauden lisäksi korkea verenpaine ja kolesteroli. Kotisairaanhoido huolehti lääkehoidosta, ja lisäksi hoidettavalla oli ateriapalvelu. Hoidettava kävi päivätoiminnassa kaksi kertaa viikossa, ja kodissa kävi siivousapu. Tulevaisuudessa hoidettavalla alkavat myös intervallihoitojakso.

Ennen lääkkityksen aloittamista yöt olivat olleet rauhattomia, ja hoidettava oli nähnyt harhoja ihmisistä ikkunoissa. Hoidettavan levottomuus ja käytösoireet näyttivät kiireiseltä kotitöiden teolta. Kerran hoidettava oli tippunut emännänjatkolta kaapille kurkottaessaan. Muita vaaratilanteita ei ollut ilmennyt. Levottomuus ilmeni sisätiloissa. Hoidettava tunnisti oman kodin ja sen pihapiirin. Hoidettava ja hänen puolisonsa olivat tottuneet hoitamaan kaikki arjen asioinnin yhdessä, eikä hoidettava ollut lähtenyt yksin kodin pihaa kauemmas.

Hoidettavalle hankittiin hankkeen kautta kulunvalvontalaite oveen [ei todellisuudessa ollut olemassa]. Hoidettavalla oli myös turvapuhelin. Hankkeen kautta järjestettiin turvaverkon tiivistämiseksi verkostopalaveri, jossa hoidettavalle organisoitiin lisää palveluja. Hoidettavan puoliso ei olisi halunnut aluksi ottaa palveluja vastaan, vaikka tarve oli ollut ilmeinen. Kulunvalvontalaite helpotti huomattavasti puolison omaa jaksamista hoidettavan hoidon osalta. Laitteen myötä puolison ei ollut enää tarvinnut seurata kaiken aikaa milloin hoidettava menee ulos, sillä laite hälytti tällöin. Siivouspalvelun hankkiminen helpotti huomattavasti hoidettavan sisaren vastuuta hoidosta, sillä hän oli aikaisemmin käynyt siivoamassa pariskunnan kodissa. Kuviossa on kuvattuna kyseisen hoidettavan vaaratilanteiden kulku.

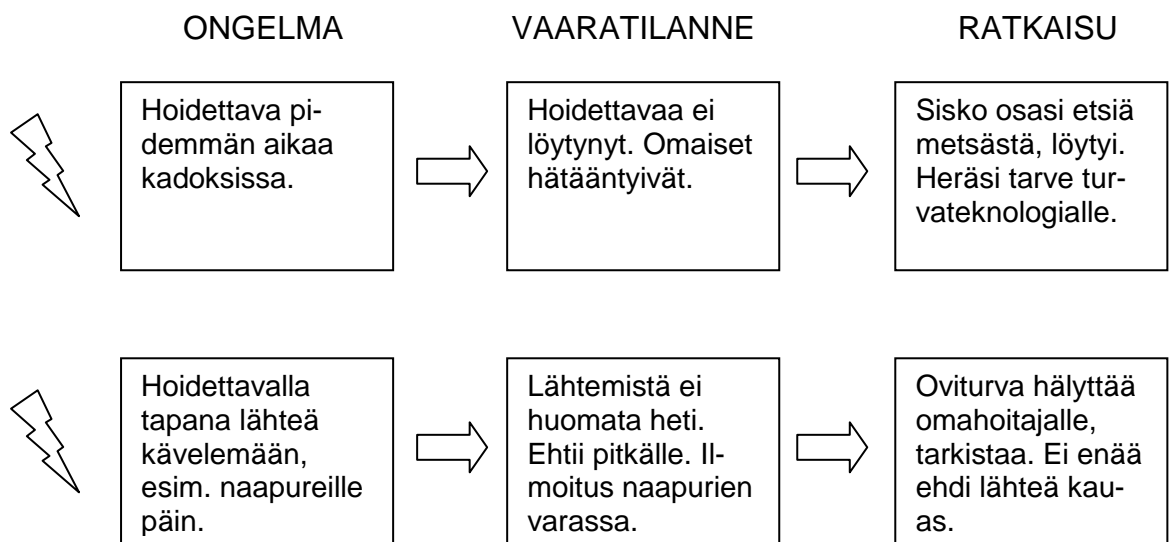


Kuvio 6. Esimerkki vaaratilanteiden kulusta (hoidettava 5).

**Nais-kotihoidontyöntekijä, hoidettava mies-asiakas (6).** Haastateltavana oli 34-vuotias kotihoidossa työskentelevä terveydenhoitaja. Hoidettava oli noin 80-vuotias kotihoidon mies-asiakas. Haastattelu toteutettiin kahden haastateltavan kanssa hänen työpaikallaan. Hoidettava asui yksin omakotitalossa noin seitsemän kilometrin päässä kirkonkylästä. Hänellä oli palkattuna yksityinen omahoitaja, joka asui naapurissa. Haastateltavan hoitosuhde hoidettavaan oli kestänyt noin kolme vuotta. Hoidettavan sairaus oli alkanut vuonna 2002 ja lääkitys aloitettu vuonna 2003. Varsinainen diagnoosi oli saatu vuonna 2005. MMSE oli 10/30 ja dementian taso oli keski-vaikea. Hoidettavalla oli muistisairauden lisäksi sydänlääkitys.

Kotisairaanhoidon huolehti hoidettavan lääkkeitä jaosta, ja hoidettavalla oli ateriapalvelu. Hoidettavalla oli yksityinen hoitaja, joka sai hoidettavasta korotetun omaishoidontuen ja lisäksi palkkalisää hoidettavalta. Hoidettavan sisar osallistui jonkin verran hoitoon. Hoidettavalla oli [älykäs] oviturva-laite, joka hälytti omahoitajalle. Hoidettavalla oli myös GPS-paikannin takin taskussa. Hoidettavalla ei esiintynyt muistihäiriön käytösoireena suoranaista vaeltelua. Uskoakseni kyseessä oli enemmänkin ulkoilun ja liikunnan tarve, mikä muistisairauden vuoksi aiheutti eksymisvaaraa. Hoidettava osasi suunnistaa tuttuihin naapuritaloihin, missä oli aiemminkin tavannut käydä kyläilemässä. Joskus hän oli lähtenyt kävelemään kirkonkylää kohden. Takaisin osaaminen ei välttämättä enää onnistunut. Lähtemistilanteita oli ollut kolme. Yhdellä kerralla hoidettava oli ehtinyt olla pidemmän aikaa kateissa, kunnes hänen siskonsa oli löytänyt hänet. Oviturva laitteesta oli ollut hoidettavan lähtiessä hyötyä omahoitajalle. Ainakin yhden kerran hoidettavan eteneminen pidemmälle oli saatu estettyä laitteesta tulleen hälytyksen avulla. Tapauksen perusteella laitteen voitiin ajatella ehkäisevän eksymistä. Hälytyksiä saattoi joinakin päivinä tulla omahoitajalle useampia. Erityisesti hälytyksiä oli huomattu tulleen omahoitajan tai muun vieraan lähtemisen jälkeen. Hoidettava oli päivisin kodissaan rauhallinen. Hoidettavan levottomuus saattoi lisääntyä iltaa kohden. Omahoitaja sai tavallisesti viimeiset ovihälytykset klo 01.00 aikaan. Yöt olivat muutoin rauhallisia.

Hoidettavan taskuun laitetun GPS-paikantimen ongelmaksi nousi se, ettei hoidettava ymmärtänyt teknologian tarkoitusta. Hän tunsu GPS-paikantimen taskussaan. Laitte oli vieras ja vaikutti hoidettavasta ylimääräiseltä, jolloin hän saattoi ottaa sen pois taskustaan pihalle lähtiessään. Oviturva koettiin hyväksi, ja se toi turvallisuuden tunnetta omahoitajalle ja hoidettavan siskolle. Edelleen ongelmaksi hoidossa nousi se, ettei omahoitajalle ollut sijaista. Omahoitaja ei kuitenkaan kokenut tilannetta vielä kovin raskaaksi. Kotihoito pystyisi ottamaan hoitokäynnit hoidettavakseen, mutta ei pysty vastaamaan oviturva-laitteesta tuleviin hälytyksiin. Kuviossa on kuvattuna kyseisen hoidettavan vaaratilanteiden kulku.



Kuvio 7. Esimerkki vaaratilanteiden kulusta (hoidettava 6).

Olen koennut seuraavaan kuvioon yhteenvedon haastateltavista omaishoitajista ja kotihoidon työntekijöistä sekä hoidettavista muistisairaista.

	Omaishoitaja 1	Omaishoitaja 2	Omaishoitaja 3	Kotihoidon tt 1	Kotihoidon tt 2	Kotihoidon tt 3
<b>Sukupuoli:</b>						
hoitaja	nainen	aviop. M/N	nainen	nainen	nainen	nainen
hoidettava	mies	nainen	nainen	nainen	nainen	mies
<b>Ikä:</b>						
hoitaja	69	M:58 N:55	59	45	54	34
hoidettava	78	80	85	82	79	n.80
<b>Suhde hoidettavaan:</b>	aviopari	Hoidettava omaishoitajille sisko / käly	tytär ja äiti	Kotihoidon asiakassuhde, lähihoitaja	Kotihoidon asiakassuhde, terveydenhoi- taja	Kotihoidon asiakassuhde, terveydenhoi- taja
<b>Asumismuoto:</b>	Yhdessä omakotitalossa lapsenlapsensa kanssa	Omakotitalo, asunnot eri päädyissä	Hoidettava yksin omakotitalossa, hoitaja 1,5km päässä	Rivitalossa keskustassa	Omakotitalossa puolisonsa kanssa	Hoidettava yksin omakotitalossa, yksityinen hoitaja naapurissa
<b>Hoitosuhteen kesto:</b>	3-4 v. omaishoitajana, naimisissa 52 v.	n.2 vuotta omaishoitajina, vuodesta -80 yhteisasuminen	n. 2 vuotta, pientä hoitoa 2004 vuodesta	n. 1 vuosi	n. 1 vuosi	n. 3 vuotta
<b>Hoivapalvelut:</b>	Omaishoitaja hoitaa	Turvaverkko- kalenteri, päivätoiminta	KSH lääkkeet, ateriapalvelu, siivous sisarusten kesken, palkattu seuranpitäjä	Turvaverkko- kalenteri, kotihoito, ateriapalvelu	KSH lääkkeet, ateriapalvelu, siivousapu, päivätoiminta	Yksityinen hoitaja, KSH lääkkeet, ateriapalvelu
<b>Muistisairaus ja sen kesto:</b>	Alzheimer diagnoosi v. 2006. Noin neljä vuotta	Alzheimer diagnoosi n. 2 vuotta sitten	Alzheimer diagnoosi n 2 vuotta sitten, oireita 4 vuotta	Alzheimerin tauti, oireita hoitosuhteen ajan	Alzheimer diagnoosi v. 2008, oireita 6 - 12kk ennen	Alzheimer diagnoosi -05, oireita vuodesta 02, lääkkeet -03
<b>Muut toimintakykyä rajoittavat sairaudet:</b>	Verenpainetauti , sydän ohitusleikattu	kaihi: huono näkö, jalkojen heikkous	Masennus	Sydänvaivoja (flimmeri)	Korkea verenpaine ja kolestroli	Sydänlääkitys
<b>Työssä kotihoidon vanhustyössä:</b>				20 vuotta	18 vuotta	11 vuotta

Kuvio 8. Yhteenvedo haastateltavista ja hoidettavista muistisairaista.

## 8.2 Lääketieteellinen ja ei-lääketieteellinen hoito

Kaikki haastateltavien hoidettavista sairastivat Alzheimerin tautia, ja heidän muisti-sairautensa kesto diagnoosista haastatteluun vaihteli vuodesta neljään vuoteen. Ainoastaan yhdellä hoidettavalla oli keski-vaikea muistisairaus, muilla dementoiva sairaus oli lievässä vaiheessa. Yhdellä hoidettavista oli ainoastaan Reminyl muistilääkkeenä. Kahdella hoidettavalla oli Reminylin ja kalkkitabletin yhdistelmä. Näistä toisella oli kuitenkin rinnalla masennuslääke. Yhdellä hoidettavalla oli Ebixan, Reminylin ja kalkkitabletin yhdistelmä. Yhdellä hoidettavalla oli Ebixan ja Ariceptin yhdistelmä. Keski-vaikeaa muistisairautta sairastavalla oli muistilääkkeenä Ebixan, Ariceptin ja Seroquelin yhdistelmä.

Lähes kaikki haastateltavat kokivat, että hoidettavansa muistisairaus oli pysynyt samanlaisena lääkityksen aloittamisesta. Suurin osa hoitajista koki lääkityksen hidastaneen taudin etenemistä. Monet haastateltavista kuvasivat hoidettavansa muistinhäiriön jääneen samalle tasolle kuin se oli lääkityksen alussa. Lääkityksen aloittamisen jälkeen ei ollut enää tapahtunut muistin nopeaa heikentymistä, mikä oli lääkitystä edeltävänä aikana tyypillistä. Useat haastateltavista totesivat, ettei muistilääkitys pystynyt parantamaan sairautta. Lääkityksen nähtiin kuitenkin jarruttavan sairauden etenemistä. Ainoastaan yhden hoidettavan käytöshäiriöt olivat lisääntyneet viimeaikoina, mikä herätti epäilyksiä lääkityksen oikeasta annostuksesta. Muiden hoidettavien kohdalla sivu- tai haittavaikutuksia ei ollut huomattu. Monet haastateltavista kokivat, että lääkityksen myötä heidän hoidettavansa mieliala oli rauhoittunut. Hoidettavilla aikaisemmin esiintynyt levottomuus oli tasaantunut, vaikka oireita vielä ilmenikin. Hoidettavalla, jolla oli muistilääkityksen rinnalla masennuslääke, mieliala oli kohonnut.

*”Niin, niin kato se meni vähä niinkun niin että kun... Aika rajusti alahapäin.. Se vointi siinä yhres välis niin romahrusmaisesti... Niin jotenkin*

*musta tuntuu että se on niinkun pysähtynyt siihen että ei oo tullut mitään sellaisia häiriöitä tai sellaista...”*

*”Mutta että mun mielestä on tosiaan kyllä lääkitys on vähä niinkun pysähdyttänyt että... Se on niinkun tavallaan nyt jämähtänyt siihen mihiinä on ollu se...”*

*”No kyllä sillälaila mun mielestä huomasi sen että kun siellä lääkäris tuli käytyä että hän niinku rauhoittui, hän oli hirveän levoton. Hän on tietysti edelleen levoton mutta jotenkin se niinkun rauhoitti häntä. En mä tiedä se välttämättä siihen muistiin ehkä vaikuttanut mutta jotenkin siihen omaan olotilaan se vaikutti..”*

Omaishoitajien haastatteluissa korostui se, että he eivät itse kokeneet olleensa täysin päteviä arvioimaan lääkityksen vaikutuksia. Eräs omaishoitaja totesi kokevansa hankalaksi erottaa suoraviivaisesti muistisairaudesta johtuvat oireet, ja vastaavasti lääkityksestä johtuvaksi sivu- tai haittavaikutukseksi luokiteltavat oireet. Yhdellä hoidettavista oli ilmennyt lääkityksen alkuvaiheessa epäluuloisuutta siitä, että häntä lääkittiin liikaa. Myöhemmin epäluuloisuus oli loppunut.

*”Ei niistä tierä ku on näitä muitakin sairautehen perustuvia.. -- Se on niinkun, fyysisellä lailla ei oo varmaan mitään..”*

Viidellä hoidettavalla kuudesta oli muistisairaudesta johtuen käytösoireena levottomuutta. Muutaman hoidettavan kohdalla oireet olivat tuntuneet lisääntyvän illan myötä. Monen kohdalla lääkitys oli huomattavasti helpottanut oireita. Eräällä hoidettavalla oli ollut yöllisiä harhoja, jotka loppuivat lääkityksen aloittamisesta. Yhdellä hoidettavalla levottomuutta tai vaeltelua käytösoireena ei hoitajan mukaan ollut lainkaan. Kaikki haastateltavat hoitajat kokivat eksymisvaaran yhdeksi suurimmaksi riskitekijäksi hoidettavansa kotona selviytymiselle.

*”No levottomuutta ja tällästä niinkö.. Nythän on jonkun verran sitä sellaista vaeltelua ja öisin varsinkin että jos kävi sielä.. Oven välis tämän tuasta ja siitähän oliko, se meneekin sitten hälytykseen ulko-ovesta..”*

*”Se on yks niinkun sellaanen... Että koko aika kun on siellä niin tuota, tämä ihminen.. Teköö jotakin, joko laittaa ruokaa tai hirviästi tiskaa... Tai sitten ettii kaapiista jotakin ja... (Nauraa) -- Jos ihan vieras ihminen astuus ovesta sisälle, niin ihan oikiasti se vois luulla että no, kyllä on ahkera emäntä...”*

*”Ne oli siis se, ihan selkeitä harhoja... Nousi yöllä kattomahan että kattellahan ikkunoosta ja näki siellä jotain...”*

*”Joo, et semmosia, et hän ei varmaan ite koe ollenkaan et hän karkailis, vaan se päättää lähteä naapuriin tai yrittää tänne kirkonkylälle tai.. Niinkun semmosta lähtemistä.. Et siinä on aina niinkun tavallaan synti lähteä.. ”*

Parhaimmiksi keinoiksi kaikkien haastateltavien kohdalla hoidettavansa käytösoireiden rajoittamisessa / hoidossa nousivat rauhallisuus tilanteessa ja kohtaamisessa, tavallisista arjen rutiineista ja tavallisesta päivärytmistä kiinni pitäminen sekä hoidettavan kanssa keskustelu. Eräältä hoidettavalta kyseltiin esimerkiksi päivän kulusta, jotta muisti pysyisi virkeänä. Kotihoidon työntekijät kokivat keinojen kuvaamisen asiakkaansa käytösoireiden lievittämisestä vaikeammaksi kuin omaishoitajat. Syyksi tähän nähtiin asiakkaan luona käytettävissä olevan ajan lyhyys. Yksi haastateltavista työntekijöistä oli lähihoitaja, joka teki hoidettavansa luokse myös iltakäyntejä. Hän painotti illalla nukkumaan mennessä tapahtuvien iltarutiinien ja rauhoittumisen merkitystä, jotta hoidettavalla tyypillistä ilta- ja yöaikaista levottomuutta ei syntyisi. Kaikki haastateltavat kertoivat oman rauhallisuuden ja maltillisuuden olevan tärkeää hoidettavan olotilan kannalta. Yhteisen tekemisen merkitys painottui omaishoitajien haastatteluissa. Lähes kaikkien arjen

asiointien yhdessä hoitaminen korostui. Omaishoitajat olivat rajoittaneet hoidettaviensa levottomuuteen pohjautuvaa liikkumista mm. kieltämällä kauaksi lähtemisen, seuraamalla hoidettavaansa tämän ollessa ulkona sekä rajoittamalla ajoneuvoilla liikkumista. Rajoittaminen perustui eksymisen ja muiden vaaratilanteiden minimointiin. Esimerkiksi hoidettavalta oli kielletty autolla ajaminen, vaikka hänellä oli vielä ajokortti voimassa. Toiselta hoidettavalta oli viety polkupyörä pois, jotta tämä ei lähtisi liian kauaksi kotoa.

*”Niin että se on on semmonen rytmi, samanlainen rytmi päivästä toiseen..”*

*”Paljo kysellähän asioja.. Että yrittääs muistella.-- Käyttää pitää niitä harmaita soluja mitä on..”*

*”Niin, pysyy täs rajoitetus aluees niin..”*

### **8.3 Käytössä oleva teknologia**

Omaishoitajien (3) hoidettavista yhdellä oli käytössään liesiturva, joka sammutti automaattisesti hellan liedet, pyöräkelkkaan asennettu paikanninlaite, jonka apulaite oli hoitajalla sekä radiopuhelin. Toisella hoidettavalla oli GPS-paikannin, johon omaishoitajan oli mahdollista soittaa. Kolmannella omaishoitajan hoidettavalla oli GPS-paikannin, jonka voidaan laittaa pyöräkelkkaan sekä räätälöity radiopuhelin. Hänelle oli haastatteluhetkellä tulossa liiketunnistin-lamppu. Kotihoidon työntekijän yhdellä hoidettavalla oli [älykäs] oviturva, josta hälytykset menivät yksityiselle hoitajalle sekä GPS-paikannin takin taskussa. Toisella kotihoidon työntekijän hoidettavalla oli turvapuhelimen kautta kytketty [tavallinen] oviturva, automaattinen palohälytin, Saver-paikannin ja liesiturva. Kolmannella kotihoidon työntekijän hoidettavalla oli kulunvalvontalaite ovenpielessä [ei todellisuudessa ollut olemassa] ja turvapuhelin. Kuvioon (2) olen koonnut käytössä olleen teknologian haastateltujen kertomana.

Hoidettava 1	GPS-paikannin
Hoidettava 2	GPS-paikannin, räätälöity radiopuhelin
Hoidettava 3	liesiturva, paikanninlaite, puhelin
Hoidettava 4	turvapuhelin, oviturva, automaattinen palohälytin, Saver-paikannin, liesiturva
Hoidettava 5	kulunvalvontalaite ja turvapuhelin
Hoidettava 6	oviturva, GPS-paikannin

Kuvio 9. Yhteenveto käytössä olleesta teknologiasta haastateltujen kertomina.

Kaikissa haastatteluissa teknologian suurimmaksi hyödyksi nähtiin sen merkitys omaisten huolen lievittäjänä hoidettavastaan. Teknologiasta nähtiin olleen apua siihen, ettei omaisten tarvinnut miettiä, seurata ja tarkistaa hoidettavansa tekemisiä kaiken aikaa. Murhe hoidettavan selviytymisestä lievittyi. Yllättäen sekä parhaimmat että huonoimmat kokemukset teknologian hyödyistä liittyivät oviturvalaitteeseen [älykäs / tavallinen].

Kotihoidon työntekijöiden mukaan heidän hoitamansa hoidettavat eivät dementoituvan sairautensa vuoksi ymmärtäneet välttämättä lainkaan heille vietyjen laitteiden tarkoitusta ja merkitystä. Mikäli hoidettavilta kysyisi laitteiden olemassaolosta, he eivät luultavasti tietäisi niistä mitään. Hoidettaville oli ainakin laitteiden tultua kerrottu niiden ominaisuuksista, käytöstä ja asennuksesta. Kerrotut asiat unohtuivat kuitenkin saman tien. Itse laitteiden suunnittelu- ja asennustilanteissa vastustusta ei ollut tullut ilmi. Eräs kotihoidon työntekijä epäili hoidettavansa varmasti vastus-

tavan laitteita, mikäli dementoiva sairaus ei olisi edennyt niin pitkälle. Vaikutti siltä, että dementoivan sairauden myötä hoidettavat eivät kyenneet enää tavanomaisesti ottamaan kantaa laitteisiin. Tästä johtuen mahdollinen laitteiden vastustus tai myönteisyys teknologiaa kohtaan eivät tulleet ilmi.

*”Ei, ei sellaista varsinaasta tilannetta ei mulla ainakaan oo tiedos, mutta tuota niin se hyöty siitä niin kyllä se on ihan varmaan sille miehelle sellaanen että saa olla rauhas... Ei tartte kokoaikaa niinkun työstää ajatuksis että mihinähän se on ja onkohan se pihalla tai..”*

Vastustusta teknologiaa kohtaan ilmeni ainoastaan yhden hoidettavan kohdalla. Kyseisen hoidettavan omaishoitaja halusi tehdä haastattelun ilman hoidettavansa läsnäoloa, sillä hoidettava ei realistisesti hyväksynyt sairauttaan. Hänen käyttämänsä laitteet olivat liesiturva ja pyöräkelkassa oleva paikanninlaite. Hoidettava antoi kyseisten laitteiden olla paikoillaan. Hoidettava ei tutustumiskäynnin aikana juurikaan kommentoinut laitteita. Puhelinta [helppokäyttöinen] hän ei suostunut käyttämään lainkaan, koska ei kokenut tarvitsevansa sitä. Hän ei myöskään ollut suostunut opettelemaan laitteen käyttöä. Hoidettava oma kokemus oli, ettei hän tarvinnut puhelinta. Hoidettava koki selviytyvänsä itsenäisesti ilman apuja. Vastustuksen taustalla oli vaikeus hyväksyä oman muistin heikentyminen. Hoidettava ei halunnut myöntää tarvettaan apuvälineille. Luultavasti taustalla oli myös yleistä teknologia-kielteisyyttä laitteita kohtaan, joita ei ollut aikaisemminkaan tarvinnut.

*”Niin, justiin toi puhelinkin olis yks mikä olis tosi hyvä olla, muttei hän hyväksy sitä ainakaan täs vaihees että osaasko sitten käyttää et se hän olis tosi kätevä sitten.”*

*”No kylhän jotenkin nyt itse myöntää et hän ei muista mut se tosi vaikea asia tavallaan hänen hyväksyä se et hänellä on muistiongelmia.. Niin nyt hän se sanoo et hän myöntää et se hänellä on mut vaikea on näitä kaikkia tällaisia kaikkia apuvälineitä hyväksyä, et se kuitenkin tykkää et minä itte pärjään. ”*

Eräällä toisella omaishoitajan hoidettavalla esiintyi myös yleistä vastenmielisyyttä teknologiaa kohtaan. Tämä johtui siitä että hän koki tekniset laitteet vieraksi, koska ei ollut aikaisemmin elämässään joutunut teknologisia laitteita käyttämään. Varsinaiseen turvateknologiaan hän kuitenkin suhtautui myönteisesti.

*”Sitä nyt tietysti on kun ei oo koskaan mitään teknologiaa käyttäneenkään niin se on vastenmielistä sen takia..”*

Laitteiden käyttöä vaikeutti huomattavasti se, että hoidettavat eivät välttämättä ymmärtäneet laitteiden merkitystä ja tarkoitusta lainkaan. Ongelmaksi nousi kahden hoidettavan kohdalla se, etteivät ikääntyneet tunnistanee laitetta omakseen ja tietäneet mikä laite oli. Valotan tapauksia esimerkkien kautta:

**Esimerkki 1.** Hoidettavalle oli laitettu takin taskuun GPS-paikanninlaite. Laite oli sen verran iso, että hoidettava huomasi sen taskussaan. Dementoituva saattoi ottaa laitteen pois taskustaan, eikä sitä katsottuaan tiennyt mikä käyttötarkoitus esineellä oli. Hoidettava otti esineen pois taskustaan pihalle lähtiessään, koska se vaikutti oudolta ja ns. ylimääräiseltä.

**Esimerkki 2.** Hoidettavalla esiintyi levottomuutta, joka lisääntyi erityisesti iltaa kohden jatkuen puoleenyöhön saakka. Tämän vuoksi hänelle oli asennettu [tavallinen] oviturva ulko-oveen. Hoidettavalla oli tapana käydä ovensuussa katsomassa pihalle melko usein vielä myöhään illalla. Tällöin oviturvasta meni hälytys palolaitokselle, mistä otettiin puheyhteys hoidettavaan. Hoidettava ei ymmärtänyt mistä miehen ääni kuului. Hoidettava ahdistui huomattavan paljon puhuttelusta. Hoidettava ei voinut ymmärtää miksi jokin mies soittelee hänelle.

Kummatkin yllä olevissa esimerkeissä esiintyvistä vanhuksista asuivat yksin omis- sa asunnoissaan. Paikalla ei välttämättä ollut toista ihmistä joka olisi voinut auttaa heitä. Ensimmäisessä esimerkkitapauksessa laitteesta ei saatu hyötyä, koska hoidettava vieroksui sitä ja otti sen pois takkinsa taskusta. Hoidettava ei ymmärtänyt laitteen tarkoitusta ohjeista huolimatta. Hänellä oli myös [älykäs] oviturva käytös-

sään, joten naapurissa asuvalle omahoitajalle meni hälytys hänen poistuessaan talostaan. Tällöin omahoitaja lähti tarkistamaan tilanteen. Haastatteleman kotihoidon työntekijä koki oviturvasta olevan erityisen paljon hyötyä omahoitajalle. Oviturvasta tullut hälytys oli auttanut omahoitajaa hoidettavan lähdettyä kotoaan.

Toisessa esimerkkitapauksessa laitteiden käytöstä ei saatu toivottua tulosta, koska hoidettava ei ymmärtänyt opettamisesta huolimatta, mikä laite oli ja miten se toimi. Kyseisen laitteen pois ottaminen oli ollut keskustelun alla. Haastatteluun mennessä laitetta ei ollut poistettu. Oviturvan hälytysajan myöhentämistä oli myös mietitty. Omaiset ja haastatteleman kotihoidon työntekijä näkivät laitteen muutoin todella hyväksi. Hoidettava ei ollut vielä lähtenyt yöaikaan ovea kauemmaksi. Heidän mielestään puheyhteys olisi todella hyvä, sillä jos hoidettava ei vastaisi mitään puheyhteyden aikana, tiedettäisiin asunnolle lähettää joku katsomaan missä hoidettava on. Aikaisemmin hoidettava ei aina käyttänyt turvapuhelimen ranneketta, vaan hoitaja oli löytänyt sen lipaston laatikosta. Myös tämä nähtiin ongelmalliseksi.

*”Ja siinä olikin täs olisko ollu parisen viikkoa sitten niin mä olin aamulla siellä ja \*\*\*\*\* oli tosi niinkun sellaanen tuskaanen ja... Kun häntä niin aharistaa kun se miäs hänelle soitteloo..”*

*”No tuata niin nyt oli, kun täs on kesäkuus ollu tämä karkaaminen niin on ollu siis tosi paljo hyötyä siitä oviturvasta..”*

Kukaan haastateltavista ei osannut suoraviivaisesti vastata kysymykseen, miten hoidettavan sairauden vaihe oli muuttanut ihmistä ja persoonaa, ja miten se näkyi heidän suhtautumisessaan teknologiaan. Kotihoidon työntekijät kokivat arvioinnin hankalaksi. He eivät kokeneet tuntevansa hoidettaviaan sairautta edeltävältä ajalta siten, että olisivat voineet arvioida sen tuomia muutoksia persoonassa ja suhtautumisessa teknologiaan. Yksi haastateltavista kotihoidon työntekijöistä arveli että hänen hoidettavansa olisi vastustanut laitteita, mikäli nämä olisi tuotu ennen kuin sairaus oli edennyt pidemmälle. Hoidettava ei enää oikein ymmärtänyt laitteiden tarkoitusta. Kotihoidon työntekijöiden arviointia suhtautumisessa teknologiaan

hankaloitti myös se, etteivät heidän hoidettavansa oikeastaan ymmärtäneet laitteiden tarkoitusta ja näin ottaneet niihin kantaa. Haastatelluista omaishoitajista kaksi kolmesta ei nähnyt sairauden vaikuttaneen hoidettavansa persoonaan tai heidän suhtautumiseensa teknologiaa kohtaan. He uskoivat suhtautumisen olevan samanlaista kuin mitä se olisi ollut ennen sairauttakin. Kolmas omaishoitaja arveli olevansa liian lähellä hoidettavaansa huomatakseen tapahtunutta muutosta. Hän kertoi muiden sukulaisten huomioineen hoidettavansa keskittymiskyvyn lyhentyneen, mikä saattoi osaltaan vaikuttaa kielteiseen suhtautumiseen laitteita kohtaan. Hoidettavalla oli myös aikaisemmin ollut masennusta, johon oli lääkitys. Hänellä oli myös vaikeutta hyväksyä muistinsa heikentymistä.

*”No onhan se tietysti sitä muistanu- Muuttanu, mutta tota, se on jotenkin jännä ku täs on niinku lähellä niin itte ettei sitä niin huomaa, että se on niin vähitellen muuttunu se persoona...”*

Omaishoitaja koki paikanninlaitteen apulaitteen käytön hieman hankalaksi. Vaikeutta tuotti laitteen asettaminen siten, että sen sai hakemaan hoidettavan sijainnin. Omaishoitaja koki osaavansa käyttää laitetta melko hyvin, mutta totesi laitteen käytön vaativan harjoittelua. Pyöräkelkkaan asennettavan paikantimen haittapuoleksi omaishoitaja näki laitteen akun lyhyen keston. Laite piti viikon välein käydä hakemassa lataukseen ja viedä takaisin. Omaishoitaja ymmärsi, ettei laitteen pienen koon vuoksi pitempikestoinen akku luultavasti olisi mahdollinen. Räätelöidyn radiopuhelimen kohdalla ongelmia tuotti se, ettei hoidettava osannut vastata tai soittaa sillä opetuksesta huolimatta. Laitteessa hankalaksi nähtiin se, että tarkoitettu painike oli huomaamattomassa kohdassa laitteessa. Laitteessa kehitettäväksi nähtiin vastaamis-/ soittopainikkeen korostaminen. Painikkeen tulisi iskeä paremmin silmään värin ja muodon avulla. Hoitaja koki radiopuhelimessa kuitenkin hyväksi sen, että hoitaja sai puhua hoidettavalleen mahdollisen eksymistilanteen satuessa ja rauhoitella häntä. Yllä mainittuja tapauksia lukuun ottamatta haastateltavat kokivat laitteiden käytön helpoksi, ja sitä verrattiin mm. kännykän käyttöön. Eräässä haastattelussa GPS-paikantimen tärkeys korostui tulevaisuuden

näkökulmasta, sillä omaishoitaja suunnitteli hoidettavansa kanssa muuttoa keskustaan, missä kulkeminen ja lenkkeily saattaisivat vaikeutua.

Haastatteluista nousi hoitajien painottama ennaltaehkäisyn tärkeys laitteiden hankinnan suhteen. Hoitajien mielenrauha hoidettavansa selviytymisestä oli laitteiden suurimpia hyötyjä. Konkreettisia tilanteita, joissa teknologiasta olisi ollut hyötyä, esiintyi vielä melko vähän. Kaikki hankitut laitteet eivät olleet vielä käytössä haastatteluhetkellä. Tärkeäksi nähtiin että laitteet olisivat valmiina sitten, kun hoidettava esimerkiksi lähtee kotoaan ja eksyy. Hoitajat kokivat GPS-paikantimista olevan suurta hyötyä tulevaisuudessa. Haastattelujen pohjalta huomasi, että laitteiden käytön harjoittelu oli osittain vielä kesken.

*”No ei siinä ny muuta ku se nyt jotta se on ainakin sellaanen turva..  
Kun se lähtee että se sitten.. Koskaan tierä että koska se sitten nap-  
sahtaakin vähä enempi...”*

Joissakin tapauksissa laitteiden antaman hyödyn mittaaminen oli hankalaa, koska hoitaja ei välttämättä ollut läsnä seuraamassa laitteen toimivuutta. Esimerkiksi liesiturvan kohdalla hoitajat eivät osanneet arvioida laitteen toimivuutta. He eivät tienneet olivatko hoidettavat kääntäneet hellan levyjä päälle, jolloin laite olisi ne automaattisesti sammuttanut. Kummassakin tapauksessa haastateltavat epäilivät, ettei liesien päälle jäämistä olisi sattunut. Kotihoidon työntekijöiden haastatteluissa ilmeni etteivät työntekijät välttämättä aina saaneet viestiä mahdollisista laitteiden kautta tulevista hälytyksistä. Hälytykset otti vastaan hoidettavan omainen tai muu taho kuten palolaitos. Kotihoidon työntekijät uskoivat saavansa tiedon hälytyksistä niiden vastaanottajilta silloin, kun hoidettava oli esimerkiksi lähtenyt jonnekin eikä häntä löydetty heti. Jos tilanne selvisi heti hälytyksen aikana tai välittömästi sen jälkeen, ei tieto välttämättä tullut kotihoidon työntekijöille asti.

Yksi haastateltavista oli pohtinut laitteiden ja kotiympäristön välistä dilemmaa kodin estetiikkaan näkökulmasta. Haastateltavaa oli mietityttänyt tekisivätkö erilaiset laitteet kodista laitospäristön. Mahdollisten johtojen määrä oli askarruttanut. Haastateltava oli laitteiden saavuttua positiivisesti yllätynyt niiden toimivuudesta. Hän koki laitteiden olevan pieniä ja siistejä, eikä laitteisiin liittynyt suurta johtoviidakkoa.

Ainoastaan yksi kuudesta haastateltavasta mainitsi laitteiden kalliin hinnan huonoksi puoleksi. Hankkeen kautta saadut laitteet eivät kuitenkaan olleet suhteellisesti kalleimpia haastateltavan mukaan. Laitteiden ei koettu tulevan hoidettavalle kalliiksi, vaan hinta tuntui enemmänkin kuntatasolla korkealta.

Lisätarvetta laitteille ei juuri ilmennyt haastatteluissa. Haastateltavat kokivat hankkeen työntekijöiden suorittaman tarvekartoituksen sekä järjestettyjen verkostopalaverien olleen kattavia. Eräälle hoidettavalle oli haastatteluhetkellä tulossa liiketunnistin-lamppu hankkeen kautta. Hoidettava ja hänen hoitajansa kokivat tulevan laitteen erityisen hyväksi, ja uskoivat liiketunnistin-lampusta olevan apua sen saavuttua. Turvapuhelimen kautta kytketyn oviturva-laitteen puheyhteydestä ahdistuneen hoidettavan kohdalla mietittiin voisiko ovimatto-hälytin toimia paremmin käytössä. Ovimatosta saattaisi olla hyötyä, mikäli sen laittaisi ulko-oven ulkopuolelle, mikä ei kuitenkaan käytännössä ole mahdollista. Haastatteluun mennessä kaikki aiemmat hälytykset olivat siinä mielessä olleet väärinä, että hoidettava ei koskaan ollut lähtenyt ovelta pidemmälle ulos.

Haastatteluissa ilmeni, että ns. sisään lukitsemista rajoittamaan dementoituvan liikkumista ei ollut käytetty missään tapauksista. Ajatus sisään lukitsemisesta nähtiin eettisesti arveluttavaksi. Sisään lukitsemisen ei uskottu olevan hoidettavien hyvinvoinnin kannalta eduksi. Omassa kodissa lukkojen taakse joutumisen arveltiin aiheuttavan pakokauhun tunteita hoidettavissa. Vastaavaa hyötyä ei saataisi sillä pakokauhun tunteet lisäävät riskiä muiden vaaratilanteiden syntymiselle. Tarvetta hoidettavien sisään lukitsemiselle ei nähty missään tapauksista. Erityisesti tämä korostui perheensä kanssa asuvien hoidettavien kohdalla.

*”Se on vähä, jotenkin se on kuitenkin... Äiti kuitenkin vielä yrittää olla semmonen minä itte että minä osaan ja mulle se olis aivan kauhia jos jos pannaan lukkojen taakse et ei siitä tulis mitään.. Niinku elää niinku johonkin häkkiin..”*

#### **8.4 Vaeltelu ja eksymisvaara**

Levottomuus oli ensimmäisiä oireita hoidettavien muistin ongelmista. Lähimuistin ongelmien lisäksi esiintyi paikan orientaation heikentymistä. Vieraisissa paikoissa suunnan valitseminen tuotti ongelmia. Kaikki haastateltavat kokivat, että eksymisriski kulki käsi kädessä diagnoosien saamisen kanssa. Haastateltavien hoidettavilla oli esiintynyt eksymisvaaraa vuodesta neljään vuoteen. Haastateltavilla ei niinkään ollut vaeltelua varsinaisena käytösoireena. Kyseessä hoidettavien kohdalla oli enemmänkin levottomuus ja tästä johtuen eksymisvaara. Eksymisvaara kasvoi vieraassa ympäristössä. Oman kodin läheisyydessä pärjättiin paremmin.

Haastateltujen mielestä ainakin neljällä hoidettavalla esiintyi levottomuuden ja vaeltamistarpeen lisääntymistä iltaa kohden. Yleisesti ainakin puolella hoidettavista muistihäiriöstä johtuva sekavuus ja riski eksymiselle lisääntyivät iltaisin. Levolla nähtiin olevan merkitystä käytösoireiden ilmenemisessä. Aamut olivat hoidettavien kohdalla yleensä selkeämpiä. Illalla väsymyksellä oli vaikutusta muistihäiriön pahenemiseen.

Yhdellä haastateltavan hoidettavalla oli esiintynyt ennen lääkityksen aloittamista iltaa kohden lisääntyvää levottomuutta. Yöt olivat jo ennen lääkityksen aloittamista melko rauhallisia, mutta toisinaan hoidettava saattoi yöllä nousta istuskelemaan sängyn laidalle. Levottomuus ilmeni hoidettavan jatkuvana haluna mennä jonnekin, esimerkiksi autolla ajelemaan. Tällöin vaeltelua ilmeni myös sisätiloissa huoneesta huoneeseen kulkemisena. Lääkityksen myötä edellä mainitut oireet olivat loppuneet kokonaan, eikä hoidettavalla ollut enää lainkaan tämänkaltaista levottomuutta. Yöt olivat rauhallisia.

Myös toisella hoidettavalla levottomuus oli tasaantunut lääkityksen aloittamisella. Hänellä oireet ilmenivät jatkuvana pyöräilyllä ja lenkkien kiertämisenä. Hoidettava oli aina ollut kova menemään ja kiireisen tuntuinen ihminen luonteeltaan. Sairauden myötä piirteet tuntuivat edelleen korostuneen. Hoidettavan levottomuuteen vaikutti myös se, ettei kotona ollut ketään hänen lisäkseen. Hoidettavan levon määrä näkyi merkittävästi vaikuttaen käytösoireisiin. Hoidettava nukkui yöt rauhallisesti, ja aamulla herätessään hän oli rauhallinen. Levoton liikkuminen kuitenkin alkaa jo aamupäivällä. Hoidettavalla ei ollut tapana vaellella omassa kodissaan, vaan levottomuus purkautui lenkkeilyä. Kesäaikana valoisuus vaikuttaa illalla ilmenevään levottomuuteen. Hoidettava saattoi kesällä tulla käymään omaishoitajansa luona vielä yhdeksältä illalla keveissä vaatteissa. Iltaisin hoidettavan mielen-tila oli huomattavan sekava päivän jälkeen.

Kolmannen hoidettavan iltaa kohden lisääntyvä levottomuutta näkyi pakonomaisena pihan hoitona vielä suhteellisen myöhään illalla. Lisäksi hoidettava soitteli sis-kolleen myöhään illalla. Hänellä oli tapana käydä iltasin ja puolelta öin ulko-ovella katselemassa pihalle. Oireet tuntuivat edellisen esimerkin hoidettavan tapaan kiih-tyvän valoisisana vuodenaikana. Valoisuuden vuoksi ei synny tunnetta yöstä. Erääl-lä toisella hoidettavalla oli tapana vielä myöhään illalla käydä katsomassa ovesta ulos. Hänellä ei tiettävästi muuten esiintynyt levottomuutta illan aikana. Käytös viittasi siihen, etteivät hoidettavat tunnistanee mikä vuorokaudenaika oli kysees-sä. Tämän vuoksi käytiin ovella ”tarkistamassa” miltä aika vaikutti.

Kolmella hoidettavalla ei ollut varsinaisia viitteitä levottomuuden lisääntymisestä iltaa kohden haastatteluhetkellä. Yksi hoidettava oli aikaisemmin heräillyt yöllä ja nähnyt harhoja ikkunoissa olevista ihmisistä. Lääkityksen myötä harhat olivat lop-puneet, eikä niitä haastatteluhetkellä ollut. Yöt olivat rauhallisia.

Yhden hoidettavan kohdalla oviturva-laitteesta tuli hälytyksiä useammin vierailujen jälkeen. Vieraiden lähdettyä myös hoidettava lähti helposti ulos. Hälytyksiä tuli enemmän myös sen jälkeen, kun omahoitaja oli lähtenyt kotiinsa hoidettavan luo-ta. Kyseisen hoidettavan lähtemiset jakautuivat kausittaisesti. Joskus päivässä tuli

useampi hälytys ja joskus niitä tuli vähemmän. Hoidettava ei myöskään vaellellut sisätiloissa, vaan vaeltelu keskittyi pihalle. Vaeltelu ilmeni kävelemään lähtemisenä joko naapureiden luo tai kirkonkylälle päin. Viimeiset hälytykset saattoivat tulla n. klo 01.00 maissa, minkä jälkeen hoidettava nukkui yön.

Ainakin kahden hoidettavan kohdalla huomattiin se, että hoidettavat yrittivät antaa itsestään ja muistihäiriöstään todellisuutta *paremman kuvan ulkopuolisille*. Vierailujen jälkeen hoidettavat olivat väsyneitä ja tavallista sekavampia vierailujen vaatiman pinnistelyn vuoksi. Yhdellä hoidettavalla *päivärutiinien muuttumisella* oli välitön vaikutus muistihäiriöstä johtuvaan sekavuuteen ja selviytymisen vaikeutumiseen. Mikäli vieraiden käynnit venyivät siten, että tavanomainen nukkumaanmenoaika viivästyi, vaikutti tämä suorasti hoidettavan sekavuuden lisääntymiseen. Nukkumaanmenoajan myöhästymisen aiheutti mm. tavallisesta poiketen kastelua. Yhden hoidettavan huomattiin olevan vierailujen aikana aikaisempaa hiljaisempi. Hoidettava ei osallistunut keskusteluihin enää samalla tavalla kuin ennen sairautta.

Ainakin yhden hoidettavan kohdalla huomattiin, että kodin tavaroita ei saanut siirrellä. Erityisen tärkeäksi näkyi kuitenkin muodostuvan se, että tavarat olivat samoilla paikoilla kun aikaisemmin. Omaishoitaja oli aikaisemmin vaihtanut hoidettavan huonejärjestystä toimivammaksi, mutta hoidettava oli välittömästi itse muuttanut järjestyksen takaisin entiselleen. Esimerkiksi vaatteiden piti olla tietyssä paikassa, johon hoidettava iltaisin vaatteet riisui ja aamuisin taas puki ylleen. Mielestäni tämä viittaa siihen, että hoidettava ei halunnut vastaanottaa maailmaansa mitään uutta, vaan kaiken piti olla kuten ennenkin. Ajattelen käyttäytymisen taustalla olleen jonkinasteista automaatiokäyttäytymistä.

Toisen hoidettavan selviytymisen kannalta oli tärkeää, että tavarat olivat tutuilla paikoillaan. Hoidettavan selviytymiseen vaikutti hänelle *tärkeiden tavaroiden tai toimintatapojen muutokset*. Esimerkiksi hoidettava pystyi itsenäisesti aamuisin pukemaan vaatteet päälleen, mikäli nämä oli aseteltu nojatuolille valmiiksi odottamaan. Tärkeää oli myös se, ettei vaatepinoon ollut laitettu ylimääräisiä vaatteita.

Muutoin hoidettava olisi saattanut pukea esimerkiksi housuja kaksin verroin. Lisäksi ruuan piti olla asetettuna aina samalla lailla esille, jotta hoidettava muisti syödä. Muutoin syöminen unohtui kokonaan. Pukemisen että syömisen kohdalla kyseessä saattoi olla vihjeisiin perustuva selviytyminen.

Yksi hoidettavista osallistui kerhotoimintaan ystäviensä kanssa, mistä hän piti sosiaalisen luonteensa vuoksi. Levottomuus lisääntyi huomattavasti kotiin palatessa. Kerhotoiminta joudutaan tulevaisuudessa luultavasti lopettamaan tämän vuoksi. Päivätoiminnassa tai muussa kerhossa käyneillä muilla hoidettavilla ei levottomuus lisääntynyt toiminnasta johtuen. Haastatteluista tuli ilmi, etteivät hoidettavat välttämättä muistaneet lainkaan tai muistivat huonosti olleensa toiminnassa.

### **8.5 Kokemukset vaeltelun ehkäisemiseksi käytetyistä keinoista**

Teknologiaan turvauduttiin mieluummin vaeltelun rajoittamisessa kuin esimerkiksi ovien lukitsemiseen. Sisään lukitseminen koettiin epäeettiseksi. Hoidettavien itsenäistä ulkona liikkumista ei haluttu kokonaan kieltää. Moni hoidettava nautti ulkoilusta. Mikäli muita keinoja vaeltelun rajoittamiseen ei olisi, hankittaisiin mieluummin jatkohoitoa hoidettavalle. Hoidettavalla ei olisi asunnostaan poispääsemismahdollisuutta esimerkiksi tulipalon syttyessä, minkä takia sisään lukitsemista ei harkittu.

Eräs omaishoitaja koki hoidettavalle hankitun GPS-paikantimen ansiosta kotona pärjäämisen paljon turvallisemmaksi. Laitteen ansiosta hoitaja uskalsi päästää hoidettavansa lenkkeilemään itsenäisesti. Laitteisiin koettiin voivan luottaa. Pyöräkelkkaan laitettava GPS-paikannin koettiin hyväksi. Kaikkia laitteista ei osattu käyttää, kuten radiopuhelinta. Ennaltaehkäisevässä mielessä laitteet koettiin hyväksi.

Pohdinta siitä millaisia laitteet olivat ulkonäöltään ja millaiseksi ne tekivät hoidettavan kodin ympäristön, korostui eräässä kotihoidon työntekijän haastattelussa. Tämän ajateltiin riippuvan laitteista ja niiden määrästä. Laitteet nähdessään totesi

haastateltava niiden olevan siistejä. Ehdottomasti vastustavansa haastateltava kertoi sitä, että asiakkaalle laitettaisiin jokin valvontalaitte kotiin, josta seurattaisiin hoidettavan toimia. Laitteet eivät saaneet korvata ihmisen antamaa hoitoa ja turvaa. Turvaverkon tiivistämiseksi järjestetyssä verkosto-palaverissa oli saatu järjestettyä lisää palveluja merkittävästi ainakin yhdelle hoidettavalle. Turvaverkon tiivistäminen ja verkostopalaverit olivat auttaneet hoidon koordinoinnissa. Kotihoidon työntekijä pelkäsi tulevaisuuden hoitotyön muuttuvan laitteisiin perustuvan hoidon suuntaan. Haastateltava korosti, että kotihoidossa pitäisi olla enemmän työntekijöitä ihmiskontaktin säilymiseksi. Laitteiden ajateltiin olevan hyvä renki, mutta huono isäntä. Kohtuus laitteiden käytössä tuli muistaa.

Ihmiselle ajateltiin olevan parempi mitä kauemmin hän sai olla omassa kodissaan. Tämä korostui kahden kotihoidon työntekijän haastattelussa. Teknologian todettiin olevan hyvä apu kotona pärjäämisen tukemisessa muiden tukitoimien lisänä. Kotiin hoitaminen tarvittavien apujen turvin nähtiin aina laitoshoidoa paremmaksi vaihtoehdoksi. Kokemusten perusteella teknologia mahdollisti tätä osaltaan.

## **8.6 Yhteistyötahon näkemys: yllätyksiä ja tarkennuksia**

Tulosten pohjalta huomattiin yhteistyötahon kanssa keskusteluissa, että haastateltavat käyttivät epätarkkoja nimityksiä laitteista. Eräs haastateltava kertoi kulunvalvontalaitteesta, jota ei ollut olemassa (vertaa kuvio 9.), mutta jota oli suunnitteluvaiheessa ehdotettu tulevaisuuden kannalta mahdolliseksi (turvapuhelimen lisälaite oviturva). Eräältä hoidettavalta taas oli haastatteluhetkellä viety jo turvapuhelimen ranneke pois, mutta haastateltava puhui siitä vielä olemassa olevana. Tuloksiin olen merkinnyt hakasulkeisten sisälle tarkennuksia käytössä olleista laitteista.

Hoidettavalla 1 oli käytössään Verifin GPS-paikannin. Hoidettavalla 2 oli LDS GPS-paikannin, jonka sai kiinnitettyä esimerkiksi pyöräkelkkaan ulos lähtiessä. Hänellä oli lisäksi radioaalloilla toimiva lyhyen kantaman puhelin, joka oli räätälöity

eli yksinkertaistettu. Hänelle oli haastatteluhetkellä tulossa vielä liiketunnistin-valo. Hoidettavalla 3 oli Tracker Saver radioaaltoihin perustuva henkilöpaikannin pyöräkelkkaan asennettuna, liesiturva sekä helppokäyttöinen puhelin. Helppokäyttöisen puhelimen kohdalla oli jo suunnitteluvaiheessa tiedossa, ettei hoidettava välttämättä käyttäisi sitä heti, mutta omaishoitaja halusi kuitenkin hankkia laitteen opeteltavaksi. Hoidettavalla 4 oli käytössään ns. tavallinen oviturva, joka hälyttää 00.00-06.00 välisenä aikana. Hoidettavalle olisi myöhemmin lisätty älykäs osa oviturvaan, mutta kunta ei siinä vaiheessa enää lähtenyt laitteita muokkaamaan. Mikäli hoidettavalle olisi saatu älykäs oviturva, olisi laite toiminut käytännössä todennäköisesti paremmin kuin tavallinen oviturva. Älykäs oviturva mahdollistaa sen, että oven aukaisusta voidaan asettaa viive ennen hälytyksen lähtemistä. Viive voi olla esimerkiksi 5-10 minuuttia, ja jos hoidettava ei palaa tuon ajan sisällä takaisin sisätiloihin, lähtee hälytys. Lisäksi hänellä oli käytössään turvapuhelin (mutta ei ranneketta), jonka kautta toimi oviturva ja automaattinen palohälytys. Hänellä oli käytössään liesiturva, ja toisin kuin haastateltava kertoi, hoidettavalla oli esiintynyt vaaratilanteita, mm. ruuan ollessa uunissa hellan levyt olivat palaneet punaisina kuumina, kun taas uuni oli kylmä. Lisäksi hoidettavalla oli asennettu Tracker Saver henkilöpaikannin polkupyörän lestan alle. Hoidettavalla 5 oli käytössään älykäs oviturva. Oviturvassa oli viive, ja hälytys lähti vasta, mikäli hoidettava ei palannut viiveen sisällä sisätiloihin. Näin hoidettavalla oli mahdollisuutena esimerkiksi laakaista portaat ilman että hälytys lähti välittömästi hoitajalle. Lisäksi hoidettavalla oli LDS GPS-paikannin takin taskussa. Häneltä oli päädytty myös ottamaan sulakkeet pois niin, ettei liesiä saanut päälle.

Huomioitavaa on se, että asiakkaille oli saatettu suunnitella tiettyjä paremmin asiakkaalle sopivia laitteita, mutta niiden saaminen käytäntöön riippui kuntien halukkuudesta osallistua kyseisen laitteen kustannuksiin. Kunta saattoi ostaa halvemman, mutta ominaisuuksiltaan yksinkertaisemman laitteen, mikä ei kuitenkaan antanut välttämättä yhtä hyviä tuloksia käytännössä. Hankkeeseen osallistuvien kuntien välillä oli eroja siinä, miten laitteiden kustannuksiin osallistuttiin. Laitteiden kustannuksiin osallistumisessa ei välttämättä osattu huomioida sitä, miten pian laite maksaisi itsensä takaisin esimerkiksi sairaalan hoitopäivämaksuissa, sillä ko-

tona pystyttäisiin olemaan pidempään laitteiden avulla. Lisäksi laite voidaan antaa seuraavan asiakkaan käyttöön sitten, kun edellinen ei sitä enää tarvitse.

## 9 JOHTOPÄÄTÖKSET

Turvaverkon tiivistäminen ja verkostopalaverit palvelevat hyvin haastateltavien palvelutarpeita. Turvaverkko-kalenterit koetaan toimiviksi. Palvelut koetaan haastatteluhetkellä riittäviksi ja kehitettyyn teknologiaan oltiin pääsääntöisesti tyytyväisiä. Teknologian lisäämiselle ei koeta tarvetta. Joidenkin laitteiden kohdalla uudelleen arviointia tarvitaan niiden toimimattomuuden vuoksi. Laitteiden tuotekehittely on jatkuva prosessi. Hoidettavien muistisairauksien ja yleisen voinnin heiketessä tulevaisuudessa, korostuu ihmisen antaman hoidon tarve laitetarvetta enemmän. Yllätyksenä työn tuloksissa tuli esille, että osa haastateltavista oli tietämättömiä käytössä olevan teknologian suhteen. Omaiset ja työntekijät eivät aina pysy mukana käsiteviidakossa.

Dementoiva sairaus aiheuttaa yllätyksiä, joita on mahdoton ennakoida. Kaikki laitteet eivät välttämättä toimi odotusten mukaisesti. Dementoituva ikääntynyt ottaa pihalle lähtiessään *GPS-paikantimen* pois taskustaan. Teknologian tulee dementian vaikeassa vaiheessa olla sellaista, ettei hoidettava kiinnitä siihen huomiota (Hedberg & Salo 2006). GPS-paikantimen voidaan ajatella kaipaavan kehittämistä kokonsa huomaamattomuuden osalta. Kysymykseen voisi tulla myös laitteen asentaminen takin vuoren sisään. Tällöin hoidettava ei saa otettua paikanninlaitetta pois. Hoidettavan on helppo huomata GPS-paikannin laitteen ollessa takin taskussa.

Räätälöidyn *radiopuhelimen* käyttöä olisi tarpeen edelleen helpottaa. Hoidettavan katseen olisi hyvä kiinnittyä paremmin vastaamis-/ soittopainikkeeseen. Painikkeen sijaintia radiopuhelimessa voisi kehittää. Painike sijaitsee laitteen päällä sivulla, mistä dementoituva ei sitä välttämättä huomaa. Kannattaisi kokeilla suurikoista painiketta laitteen edessä.

Turvapuhelimen kautta kytketty *oviturva*-laite aiheuttaa ahdistusta dementoituvalle, joka ei ymmärrä laitteen olemassaoloa ja merkitystä. Laite saattaa tällöin lisätä kognitiivisen ympäristön kuormittavuutta dementoituvalle (vrt. Topo. 2007). Laitteesta tulee usein hälytyksiä palolaitokselle, mistä miesääni ottaa yhteyttä hoidettavaan. Laiteratkaisu ei ole toimiva, koska hoidettava ahdistuu puheyhteydestä huomattavasti. Hoidettavalla on tapana käydä ovensuussa iltaisin katsomassa ulos, mutta hän ei enimmäkseen lähde kauemmas pihalle. *Kaikki hälytykset ovat tätä ajatellen väärää hälytyksiä.* Laitteen tulisi olla paremmin tarkoitusta palveleva, eikä turhia hälytyksiä tulisi yhtä paljon. Kyseessä on ns. tavallinen oviturva, ja älykäs oviturva olisi toiminut paremmin, mutta kunta ei ostanut laitetta. Mikäli hälytyksiin vastaava taho olisi hoidettavalle tuttu, saattaisi turvapuhelimen kautta kytketty oviturva toimia paremmin. Tällaisen järjestäminen saattaa kuitenkin olla hankalaa. Mikäli oviturva-hälytykset ohjattaisiin hoidettavan omaiselle, hän saattaa väsyä hälytysten määrään. Laite palveli omaista huolen lievityksen merkityksessä enemmän kuin hoidettavaa. Kyseisen hoidettavan kohdalla lääkitystarkistus geriatrician poliklinikalla on tarpeen taantumisen esiintymisen vuoksi. Lääkitystarkistus kannattaa tehdä ennen laitteen pois ottamista. Lääkityksen lisääminen saattaa auttaa laitteesta johtuvaa ahdistusta. Hoidettava ei välttämättä ahdistu laitteen puheyhteydestä lääkityksen ollessa kohdallaan.

Muistisairaus luo ehtoja turvateknologian käyttöönotolle. Hoidettavien *sairauden-tunnottomuus* saattaa aiheuttaa teknologia-kielteisyyttä. Kaikki hoidettavat eivät kykene muistisairauden etenemisen vuoksi *heikentyneen kognition* takia ymmärtämään laitteiden tarkoitusta välttämättä lainkaan. Tuoreen muistiaineksen unohtaminen ja oppimisen vaikeus ovat Alzheimerin taudin ensimmäisiä oireita (Erkinjuntti ym. 2004, 78-79). Tämä on haasteellista teknologian näkökulmasta. Laitteiden esittely ja opetukset niiden käytöstä unohtuvat. Muistisairaudesta johtuen hoidettavan *kyky oppia* uusia asioita on vaikeutunut, mikä lisää haasteellisuutta. Erityisesti tämä näkyy hahmottamista vaativissa asioissa. Tämä vaikutti hoidettavien heikentyneeseen kykyyn oppia laitteiden käyttöä.

Asiakkaiden tarvekartoituksen ja käytössä olevien laitteiden *toimivuuden uudelleen arviointi* on tärkeää. Vaikka hankkeesta on huolellisen selvityksen ja valinnan kautta valittu hoidettaville hankittavat laitteet, ne eivät välttämättä toimi käytännössä. Laitteiden käytössä saattaa ilmetä ongelmia, joita on mahdoton ennustaa ennen laitekokeilua. Huomioitavaa on, ettei asiakkaalle jätetä toimimattomia laitteita. Arviointi mahdollistaa toimimattomien laitteiden vaihtamisen parempaan ratkaisuun. Teknologian hankkiminen on kuitenkin kiinni kuntien osallistumisesta kustannuksiin. Kunnat eivät välttämättä osta paremmin toimivaa, mutta kalliimpaa laitetta suosituksista huolimatta. Haastatteluiden pohjalta voi todeta, että asiakkaan kokonaisuuden eri ulottuvuudet ovat vuorovaikutuksessa toisiinsa. Esimerkiksi mikäli hoidettavan lääkitys ei ole kohdallaan, on laitteiden toimivuuden arviointi hankalaa.

Haasteeksi nousee omaishoitajan vapaan järjestämisen mahdollisuudet. Demen-toituvat ovat kodissa tapahtuvan hoidon näkökulmasta haasteellisia. Intervallihoi-toa ei nähdä hoidettaville hyväksi ratkaisuksi. Heidän uskotaan menevän vuorohoi-tojakson aikana ”sekaisin”. Muistisairaille ympäristön muutokset voivat olla ahdistavia. Omassa kodissa käytösoireet ovat yleensä vähäisempiä (Sulkava ym. 2006, 14). Hoitaja ei hyödy intervallijakson antamasta vapaasta, mikäli hoidettava on takaisin kotiin palatessaan entistä huonomassa kunnossa. Kotihoito pystyy huolehtimaan hoidettavasta käyntien muodossa omaishoitajan loman aikana. Ko-tihoidolla ei kuitenkaan ole resursseja vastata laitteista tuleviin hälytyksiin.

Kysymykseksi nousee, kenelle vastuu turvahälytyksistä omaishoitajan loman ajaksi? Ihanneratkaisu olisi saada hoidettavan kotiin *sijainen* omaishoitajan loman ajaksi. Käytännössä idea vaatii lisäselvittelyä. Turvahälytykset huolehdittavakseen ottavalle palvelutuottajalle omaishoitajan loman ajaksi saattaisi olla kysyntää. Kuntien vanhustenhuollossa tulee olla *nimetty henkilö*, joka vastaa teknologiasta. *Teknologia-vastuuhoitajia* voitaisiin kouluttaa kunnissa teknologian tuntemukseen. Sama tarve näkyi myös Kulkurinvalssi –hanketta edeltävän Eeva –hankkeen joh-topäätöksissä (Hedberg ym. [viitattu 25.8.2009].) Teknologiasta vastaavaan henkilöön on helppo ottaa yhteyttä, ja hän osaa neuvoa laiteongelmissa. Kaikki hoitoon osallistuvat ammattilaiset eivät ymmärrettävästi voi hallita kaikkia esiintyviä laittei-

ta, mikä näkyy myös oman opinnäytetyöni tuloksissa. Laitteista käytettiin epätarkkoja nimityksiä, ja aina ei ollut selvää mitä laitteita hoidettavilla oli käytössä.

*Omaishoitajat tarvitsevat selkeästi taustatukea* hoitoon liittyvässä päätöksenteossa. Omaisilla on tunneside hoidettavaan. He kokevat velvollisuutta huolehtia hoidettavasta oman jaksamisensakin hinnalla. Hoidettavan kielteisyys palveluja kohtaan vaikuttaa omaishoitajan uupumiseen. Hankkeen verkostopalaverin myötä hoidettaville saatiin järjestettyä räätälöityjä tukia / palveluita. Laitteen ja hoivapalveluiden lisäyksen avulla saatiin merkittävästi lievitettyä ainakin yhden uupuneen hoitajan vastuuta. Omaisille annettava *palveluohjaus* on mielestäni erittäin tärkeää. Vaikuttaa siltä etteivät omaishoitajat uupumuksestaan huolimatta hae apua. Omaishoitajat eivät saa aikaan selvittää olemassa olevia palveluita, tai omaishoitaja voi olla liian väsynyt hakeakseen apua. Taustalla saattaa olla ajatus siitä, ettei ”sosiaaliapuja” haluta hakea. Tärkeää on, että ulkopuoliset tahot tarjoavat ja järjestävät palveluita. Lopullinen päätösvalta on aina asianomaisilla itsellään. On tärkeää kartoittaa tilannetta myöhemmin uudelleen, mikäli omaishoitaja ja hoidettava eivät ota vastaan palveluita.

*Yhteistyö* terveydenhuollon ammattilaisten ja hoidettavien omaisten välillä on keskeistä asiakkaan hoidon järjestämisessä. Tavoite on että hoidettava kykenee muistisairaudesta huolimatta selviytymään omassa kodissaan. Omaisilla ei välttämättä ole tietoa ja taitoa erottaa normaalista ikääntymisestä, sairauden etenemisestä ja käytösoireista tai vääränlaisesta lääkityksestä johtuvia oireita toisistaan. Terveydenhuollon ammattilaiset eivät lyhyiden tapaamisten aikana välttämättä pysty muodostamaan oikeaa kuvaa hoidettavan sairauden tilasta. Omaisten kertomat kuvaukset hoidettavan käytöksestä, oireista ja elämisen arjesta ovat keskeisen tärkeitä. Terveydenhuollon ammattilaisella on kuvausten tulkintaan osaaminen. Yhteistyön avulla hoidettavalle saadaan suunniteltua juuri hänen yksilöllistä tarvettaan vastaava lääkitys, hoivapalvelut ja mahdollinen teknologia. Erityisen tärkeää on *kotihoidon ja omaisten välinen yhteistyö*. Mahdollisista uusista laitteista tai laitteiden poistosta tulee tiedottaa kotihoidolle (tieto tavoittaa kaikki hoitoon osallistuvat). Kotihoidolle ei välttämättä myöskään tule tietoa hälytyksistä, mikäli

hälytykset laitteista menevät omaiselle tai muulle taholle kuten palolaitokselle. Kokonaiskuvan saamiseksi hoidosta ainakin aika-ajoin tapahtuva raportointi laitteiden kautta tulleista hälytyksistä on tarpeen. Uusista laitteista tai vanhan laitteen poisotosta tulee tiedottaa kotihoidon henkilökunnalle siten, että kaikki ovat tietoisia ajantasaisesta tilanteesta.

*Ennaltaehkäisy* korostuu merkityksensä. Tällöin laitteiden voidaankin ajatella olevan *oikeaan aikaan* hankittuja. Laitteiden antaman hyödyn uskotaan kasvavan tulevaisuudessa hoidettavien muistisairauksien edetessä. Osalle hoidettavista tulee vielä laitteita, joita odotettiin innolla. Mikäli kotiin annettavat palvelut eivät riitä vastaamaan hoitoon, pidetään jatkohoidonpaikan etsimistä viimeisenä keinona hoidettavien muistisairauksien edetessä. Kunnat valitsivat asiakkaat hankkeelle. Tästä syystä asiakkaat eivät aina vastanneet hankkeen toivomaa kohderyhmää. Laitteiden saaminen koteihin riippui kuntien hyväksymisestä (kustannukset).

Turvateknologia-laitteiden on tärkeää tulla tutuiksi kunnissa jo ennen tarvetta. Kunnissa voitaisiin järjestää päiviä, joissa esitellään laitteita. Erityisen hyvä olisi jos osallistujat pääsisivät kokeilemaan laitteita. Positiivisen markkinoinnin kautta voitaisiin saada aikaan asennemuutosta myönteisemmäksi teknologiaa kohtaan. Ikääntyneet, omaiset ja hoitava henkilökunta pääsisivät tutustumaan teknologiaan. Tämä kenties alentaisi kynnystä kulunvalvonta- ja muun teknologian hankkimiseen tarpeen ilmetessä, ja kunnat sisäistäisivät yhä paremmin teknologian merkityksen kustannussäästöjen ja ennaltaehkäisyn kannalta, sillä hoitopäivämaksuissa säästetään ikääntyneiden pystyessä selviytymään pidempään kodeissaan. Tulevaisuudessa myös ikääntyneet muuttuvat entistä teknologia-myönteisemmiksi, sillä he ovat käyttäneet teknologiaan aiemmassa elämässään enemmän kuin nykypäivän ikääntyneet. Koteihin vietävän teknologian käyttöä tulee harjoitella esimerkiksi *lavastamalla tilanteita*. Laitteiden harjoittelu on keskeistä, jotta esimerkiksi eksymistilanteessa osataan käyttää hankittuja laitteita. Omaisten huolen lievitys korostui teknologian hyötynä. Hoidettavat itse eivät olleet yhtä huolestuneita selviytymisestään muistisairauteen liittyvästä sairaudentunnettomuudesta johtuen.

## 10 POHDINTA

### 10.1 Eettisyys ja luotettavuus

Olen pyrkinyt huomioimaan eettisyyden ja luotettavuuden tärkeyden koko opinnäytetyöprosessin ajan. Opinnäytetyöprosessin alussa allekirjoitin yhteistyöorganisaationi kanssa sopimuksen opinnäytetyöstä. Allekirjoitin jokaisen haastateltavan omaishoitajan kanssa laatimani luvan omaishoitajan haastatteluun. Kotihoidon työntekijöille saatoin tehdä haastattelut Kulkurin valssi –hankkeen kuntien kanssa laatimien lupien perusteella. Haastateltavien omaishoitajien luo tehtyjen tutustumiskäyntien ansiosta työn eettisyys näkyi siinä, että tapasin kaikki hoidettavat henkilökohtaisesti tutustumiskäynneillä. Myös kaksi kolmesta omaishoitajan hoidettavista olivat läsnä haastatteluissa.

Työssäni olen käyttänyt luotettavia ja ajantasaisia lähteitä. Haastateltavat työhön valittiin Kulkurin valssi –hankkeen kautta. Minulle annettiin etukäteen vain vähän tietoa haastateltavista, jotta sain itse haastattelujen ja havainnoinnin kautta muodostaa kuvan kunkin hoidettavan tilanteesta. Näin minulla ei ollut ennakkokäsityksiä haastattelujen kohteena olevista henkilöistä tai heidän tilanteistaan. Otin henkilökohtaisesti yhteyttä kuhunkin haastateltavaan, ja pyysin saada haastatella heitä opinnäytetyöhöni Kulkurin valssi –hankkeeseen liittyen. Varmistin heidän suostumuksensa tutustumiskäynteihin ja nauhoittamalla tehtyyn haastatteluun. Yhteydenoton aikana korostin osallistumisen vapaaehtoisuutta. Korostin omaa vaitiolovelvollisuuttani haastattelijana, ja kerroin haastateltavien ja heidän hoidettaviensa anonyymiteetin suojaamisesta. Haastateltavien tai heidän hoidettaviensa tunnistetietoja ei tule ilmi opinnäytetyöstä. Haastattelu- ja havainnointimateriaalin luotettavuutta lisää se, että tein tutustumiskäynnit ja haastattelut omaishoitajien kodeissa. Tutustumiskäyntien kautta pyrin laukaisemaan mahdollista jännitystä haastattelutilannetta ajatellen, mikä mahdollisti avoimen ilmapiirin muodostamisen. Tutustu-

miskäynnit antoivat minulle mahdollisuuden muodostaa parempi tuttavuuteen perustuva luottamussuhde haastateltavien ja heidän hoidettaviensa kanssa. Haastattelut sovittiin enintään kahden viikon päähän tutustumiskäynnistä, jotta välillä ei kuluisi liikaa aikaa.

Omaishoitaja haastattelun kohteena oleva hoidettava oli mahdollisuuksien mukaan myös itse läsnä haastatteluissa. Yksi haastateltava omaishoitaja halusi tehdä haastattelun ilman hoidettavaansa. Muutoin tulokset olisivat vääristyneet hoidettavan sairautensa hyväksymisen vaikeuden takia, mikä osaltaan taas varmistaa tuloksien luotettavuutta. Tutustumiskäynti toteutettiin kuitenkin hoidettavan luona, jolloin sain luotua kuvan hänestä. Haastatteluissa pyrin antamaan haastateltavien kertomuksille tilaa. Haastattelutilanteen pyrin säilyttämään luonnollisena, ja keskustelun kautta löytämään vastauksia tutkimukseni kohteille. Havainnointimateriaalin luotettavuus näkyy siinä, että kirjasin huomioimani asiat välittömästi tutustumiskäynnin / haastattelun päätteeksi. Itse haastattelun aikana pyrin pitämään havainnointiaineiston kirjaamisen vähäisenä, ettei haastateltava häiriintynyt tästä.

Opinnäytetyössä olen noudattanut laadullisen tutkimuksen sisällönanalyysin periaatteita. Litterointivaiheessa kirjoitin sanatarkasti haastattelu- ja havainnointimateriaali auki. Luotettavuutta lisää se, että olen suorittanut haastatteluiden ja havainnointipäiväkirjan aineistojen litteroinnit itse. Nauhoitetut keskustelut olen hävittänyt asianmukaisesti. Litteroidussa materiaalissa ei näy tunnistetietoja, mikä on tärkeää aiheen arkaluontoisuuden vuoksi. Raporttia laatiessani olin rehellinen aineistoille. Velvollisuutenani on esittää todellisuuteen perustuvia tietoja. Pyrin tarkastelemaan tuloksia tasapuolisesti useista eri näkökulmasta. Työssä yhdistin havainnoinnista ja haastattelusta saatua tietoa. Olen myös poiminut opinnäytetyöhön suoria lainauksia kuvatakseni käsiteltyä aihetta asiakaslähtöisesti.

Opinnäytetyön kriittisyyttä ajatellen tulee huomata, että tulokset kuvastavan haastattelujen tekijän muodostamia tulkintoja tilanteista. Tämä korostuu erityisesti havainnointimateriaalin kohdalla. Tutustumiskäyntien ja erityisesti haastattelujen edessä koin koko ajan kehittyväni haastattelijana. Opinnäytetyötä oli mielenkiintoista

tehdä sen aiheen vuoksi. Opinnäytetyöprosessi oli kokonaisuutena haastava haastateltavien suuren määrän ja selvitetävän alueen laajuuden vuoksi. Uskon opinnäytetyöstäni saatavan runsaasti käyttökelpoista todistusaineistoa Kulkurin valssi –hankkeelle.

## 10.2 Opinnäytetyön arviointi

Opinnäytetyöprosessi oli haasteellinen, mutta myös hyvin mielenkiintoinen. Opinnäytetyön tekeminen oli opettavaista, ja koen saaneeni prosessista paljon aineksia geronomiin ammatilliseen osaamiseen. Dementoituvat vanhustyön asiakasryhmänä ovat kiinnostaneet minua opiskelujeni alusta lähtien, ja siksi halusin tehdä opinnäytetyöni heidän kotona pärjäämisensä tukemiseen liittyen.

Koen kasvaneeni opinnäytetyön aikana haastattelijana, ja prosessi opetti paljon tutkimuksen laatimisesta. Geronomiin ammattitaitovaatimuksia ajatellen vanhusten kotona pärjäämisen tukeminen on keskeinen osaamisalue. Tulevaisuuden työkenttää ajatellen opinnäytetyö antoi paljon aineksia vanhusten hyvän hoidon turvaamiseen kodeissa.

Koen että opinnäytetyön tavoitteet ja tarkoitus toteutuivat, ja sain paljon vastauksia työn kiinnostuksen kohteena oleviin kysymyksiin. Tuloksien pohjalta dementoituvien turvaverkkoa ja siihen kuuluvaa teknologiaa on mahdollista kehittää edelleen. Opin myös tarkastelemaan omaa toimintaani kriittisesti. Työn kriittinen tarkastelu on tarpeen, sillä kokemuksesta rikastuneena voin nähdä prosessissa asioita, jotka olisi mahdollisesti voinut tehdä toisin. Haastattelujen tekeminen väljillä teemoituilla kysymyspohjan avulla tuotti paljon aineistoa. Työn laajuutta ajatellen opinnäytetyössä olisi ehkä ollut hyvä olla toinen henkilö itseni lisäksi. Mikäli aikaa olisi ollut enemmän, olisi työtä voinut kehittää vielä pidemmälle. Olisi ollut hienoa osallistua enemmän ja konkreettisesti Kulkurin valssi –hankkeen prosesseihin ja toimintaan.

## LÄHTEET

- Alhainen, K., Eloniemi-Sulkava, U., Erkinjuntti, T., Juhela, P., Juva, K., Löppönen, M., Makkonen, M., Mäkelä, M., Pirttilä, T., Pitkälä, K., Remes, A., Suhonen, J., Sulkava, R., Viramo, P. 2008. Hyvät hoitokäytännöt etenevien muistisairauksien kaikissa vaiheissa. Suomen Lääkärilehti 63 (10), 9.
- Andersson, S. 2007. Kahdestaan kotona. Tutkimus vanhoista pariskunnista. Tutkimuksia 169. Helsinki: Stakes.
- Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. 2004. Muistihäiriöt. Helsinki: Duodecim: Suomen apteekkariliitto.
- Hedberg, M. & Salo, H. 2006. Vieras laite ei saa ahdistaa. Dialogi (6), 32.
- Hedberg, M., Salo, H., Perälä, S. 2006. Yksilöllinen turvaverkko dementoituneelle EEVA –hanke. Loppuraportti. [verkkojulkaisu]. Seinäjoki: EPTEK. [viitattu 25.8.2009] Saatavana: [http://www.eptek.fi/materiaalit/Eeva/LOPPURAPORTTI\\_kaikki.pdf](http://www.eptek.fi/materiaalit/Eeva/LOPPURAPORTTI_kaikki.pdf)
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13., osin uud. painos. Helsinki: Tammi.
- Holma, K., Majamaa, M-L., Marttala, T. 2004. Virtuaalinen kotihoito-hanke. Loppuraportti. Kemi: Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu. Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun julkaisuja. Sarja A. Raportteja ja tutkimuksia.
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Kulkurin valssi. Ei julkaisuaikaa. Esite.
- Lappalainen, S., Hynninen P., Kankkunen, T., Lahelma, E. & Tolonen, T. (toim.) 2007. Etnografia metodologiana: Lähtökohtana koulutuksen tutkimus. 2007. Tampere: Vastapaino.
- Mace, N. & Rabins, P. 2000. The 36-Hour Day. A Family Guide to Caring for Persons with Alzheimer Disease, Related Dementing Illnesses and Memory Loss in Later Life. 3, p. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Muisti ja muistisairaudet. [verkkosivu] Muistiliitto ry. [viitattu 21.10.2009] Saatavana: [http://www.muistiliitto.fi/fin/muisti\\_ja\\_muistisairaudet/](http://www.muistiliitto.fi/fin/muisti_ja_muistisairaudet/)

- Perälä, S. & Ämmälä, M. 2009. Teknologia muistisairaiden ihmisten ja heidän omaistensa tukena. Powerpoint-esitys. 9.11.2009. Julkaisematon.
- Riikonen, M. Hankkeet: Kotipesä. [verkkosivu]. Seinäjoki: EPTEK. [viitattu 25.8.2009]. Saatavana: <http://www.eptek.fi/kotipesa.html>
- Sulkava, R., Viramo, P. & Eloniemi-Sulkava, U. 2006. Dementoiviin sairauksiin liittyvät käytösoireet. Opas lääkäreille ja muulle ammattihenkilöstölle. 8. uud. p. Espoo: Janssen-Cilag. Dementiapotilaiden hoidon kehittäminen. Julkaisu n:o 3.
- Topo, P. 2007. Dementia, teknologia ja etiikka. Gerontologia (3), 222-223.
- Tutkimus- ja kehityshanketiedostot: Ikääntyneiden asumistarpeet: Kuusiokuntien eKoti-hanke. [verkkosivu]. Hyvä asuminen 2010. [viitattu 24.11.2009]. Saatavana: <http://www.asunto2010.fi/hankkeet/08/14/>
- Träsk, M. Hankkeet: Kuusiokuntien eKoti-hanke. [verkkosivu]. Helsinki: Palvelualuejen kehittämisohjelma. [viitattu 24.11.2009]. Saatavana: <http://www.palveluteema.net/>
- Vallejo Medina, A., Vehviläinen, S., Haukka, U-M., Pyykkö, V., Kivelä, S-L. 2006. Vanhustenhoito. Helsinki: WSOY.
- Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.
- Ämmälä, M. Hankkeet: Kulkurin valssi: Toimintakaavio. [verkkosivu] Seinäjoki: EPTEK. [viitattu 24.11.2009]. Saatavana: <http://www.eptek.fi/materiaalit/Kulkuri/toimintakaavio.jpg>

## LIITE 1: Sopimus opinnäytetyöstä

1(2)

**Liite 1. Sopimus opinnäytetyöstä****Opiskelijan nimi ja yhteystiedot (osoite, puhelin ja sähköposti):**Minna Laakso, Pääjärventie 886, 62200 Kauhavap. 040-7318760 minna.laakso@seamk.fi**Koulutusohjelma:** Vanhustyön koulutusohjelma**Opinnäytetyön ohjaajan nimi ja yhteystiedot (osoite, puhelin ja sähköposti):**Sirkka-Liisa Palomäki**Toimeksiantajan/työn tilaajan/yhteistyöorganisaation edustaja ja asema organisaatiossa**Merja Riikonen, Kulkurinvaalssi-hankkeen asiantuntija**Toimeksiantajan/työn tilaajan/yhteistyöorganisaation edustajan yhteystiedot (osoite, puhelin ja sähköposti):**Etelä-Pohjanmaan Terveysteknologian Kehittämiskeskusra. Koskenalantie 16, 60220 Seinäjoki p.044-3322271 merja.riikonen@eptek.fi**Opinnäytetyön (15 op) alustava nimi/aihe** Dementoituneiden vaelteluunliittyvä problematiikka omaishoitajan/kotihoidon työssä:kulkurinvaalssi-hanke**Opinnäytetyöhön kuuluvat tehtävät:** Omaishoitajien ja kotihoidontyöntekijöiden haastattelu ja tilanteiden havainnointisekä aineistojen analysointi ja tulosten raportointi**Työn tekemisestä aiheutuvien kustannusten korvaaminen:** Tulostus/monistus(3-4 opinnäytettä)**Arvioitu aika opinnäytetyön tekemiseen:** 2 / 5 2008 - 30 / 11 2009

2(2)

Päiväys

21.4.2009

Allekirjoittaneet sitoutuvat siihen, että opinnäytetyön raportti on julkinen asiakirja (rasti ruutuun)

Opiskelijan allekirjoitus:

Minna Laakso

Ohjaajan allekirjoitus:

Juha - M. Kaasinen

Toimeksiantajan/tilaajan/yhteistyötahon edustajan allekirjoitus:

Juha - M. Kaasinen

**HUOMI** Sopimukseen mahdollisesti liittyvistä tekijänoikeuksista ja muista erityisehdoista on sovittava erikseen kirjallisesti.

## LIITE 2: Esitieto-lomake

1(1)

**ESITIETO-LOMAKE**

Ikä: hoitaja \_\_\_\_\_ hoidettava \_\_\_\_\_

Sukupuoli: hoitaja \_\_\_\_\_ hoidettava \_\_\_\_\_

Suhde hoidettavaan: omaishoitaja/kotihoidon työntekijä \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Asumismuoto: \_\_\_\_\_

Hoitosuhteen kesto: \_\_\_\_\_

Hoivapalvelut(myös mahdollinen teknologia): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Kuinka kauan muistihäiriöitä on ilmennyt ja miten niitä on määritelty: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Onko muita toimintakykyä rajoittavia sairauksia: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Kotihoidon työntekijälle: kuinka kauan työskennellyt kotihoidossa vanhustyössä:  
\_\_\_\_\_

## LIITE 3: Lupa omaishoitajan haastatteluun

1(1)

**LUPA OMAISHOITAJAN HAASTATTELUUN**

Teen opinnäytetyötä dementoituvien vaelteluun liittyvästä problematiikasta omaishoitajan / kotihoidon työntekijän työssä. Tutkimus on osa Etelä-Pohjanmaan Terveysteknologiakeskuksen Kulkurinvalssi –hanketta, jossa haetaan ratkaisuja dementoituvien eksymisvaaran ehkäisyyn. Hankkeessa hyödynnetään opinnäytetyön tuloksia. Opiskelen Seinäjoen ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan yksikössä ja valmistun vanhustyön koulutusohjelmasta geronomiksi joulukuussa 2009.

Tavoitteena on tuottaa tutkimusaineistoa käytännössä esiintyvistä dementoituvien vaeltelun ongelmista ja teknologian tarpeesta. Päämääränä on löytää hoidettavan ja hoitajien arkeen käyttökelpoisia elämänlaatua parantavia ratkaisuja, jotta ikääntyneet selviytyisivät tukitoimien avulla mahdollisimman pitkään omassa kodissaan.

Tarkoituksena on haastatella kolmea kotona läheistään hoitavaa omaishoitajaa sekä kolmea kotihoidon työntekijää. Keskustelut nauhoitetaan ja litteroidaan. Tämän jälkeen nauhat hävitetään. Vaitiolovelvollisuus takaa eettisyyden. Haastateltavien tai heidän hoidettaviensa henkilötiedot tai muut tunnistamista helpottavat tiedot eivät tule esille opinnäytetyössä. Haastattelut ovat luottamuksellisia. Asiakkaiden osallistuminen tutkimukseen on vapaaehtoista. Opinnäytetyötä ohjaa vanhustyön yliopettaja Sirkka-Liisa Palomäki.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 2009

\_\_\_\_\_

Opiskelija Minna Laakso

\_\_\_\_\_

Haastateltavan allekirjoitus

## **Dementoituvan vaeltelu: kysymykset**

### **1 Millaista lääketieteellistä hoitoa on käytössä?**

- Minkä tyyppin dementoiva sairaus, mitä lääkitystä käytössä? (millaista viestiä lääkäriltä on tullut)
- Onko lääkityksestä ollut apua aikaisempaan verraten?
- Ovatko käytösoireet muuttuneet lääkityksen myötä?
- Onko lääkityksestä ilmennyt sivu-/haittavaikutuksia?

### **2. Millaista ei-lääketieteellistä hoitoa on käytössä?**

- esim. rentoutumisharjoitukset, rauhallisuus, keskustelut.....

### **3. Millaisia keinoja olette käyttäneet vaeltelun hoidossa / rajoittamisessa?**

- Niksit, tee se itse-ratkaisut

### **4. Onko teknologiaa käytössä?**

- Onko tullut tilanteita, joissa mahdollisesta kulunvalvontateknologiasta tai muusta olisi ollut hyötyä?
- Jos on teknologiaa; onko siitä ollut apua? Minkälaista apua?
- Onko lisätarvetta teknologialle esiintynyt nyt, kun olette käyttäneet laitteita? Mitä tarvetta?
- Mitä pidätte laitteesta/laitteista? Millaisissa tilanteissa ei toimi? Mitä hyvää ja huonoa?
- Miten koette että sopeutuminen on tapahtunut teknologian tuomaan turvaan? Miten sairauden vaihe on muuttanut ihmistä ja persoonaa, ja miten se näkyy suhtautumisessa teknologiaan?( vrt. esim. masennus)

2(3)

**5. (Oletteko joutunut käyttämään ovien lukitsemista rajoittamaan demen-  
toituvan eksymisvaaraa?)**

**Sairauteen liittyy se, että tutussakin ympäristössä voi helposti eksyä.  
Onko teillä esiintynyt vastaavaa? Miten olette pärjännyt jos eksymistä  
esiintyy?**

- Onko dementoituva joskus lähtenyt ulos?
- Onko eksymistilanteita ilmennyt? Onko hoidettava lähtenyt yksin?
- Onko muita vaaratilanteita, läheltä piti -tilanteita tai muita haavereita ta-  
pahtunut?
- Miten niistä selvittiin? **Kuvaa** kerta, kun hoidettava on eksynyt. Millä kei-  
noilla siitä selvittiin? Miten olette ajatellut vastaavien tilanteiden kannalta  
jatkoksa toimia, onko asian suhteen tehty järjestelyjä?

**6. Miten vaeltelu ilmenee ja minkä tyyppistä se on?**

- Koska hoidettavan vaeltelu on alkanut? (kuinka pian diagnoosista) Kuin-  
ka kauan vaelteluoiretta on kestänyt?
- Koska vaeltelua esiintyy eniten? Milloin se on pahimmillaan?
- Lisääntyykö vaeltelu iltaa kohden?
- Vaikuttavatko muutokset tavallisissa rutiineissa, ympäristössä(esim. tau-  
lun paikka) ja vieraat ihmiset vaeltelua lisäten?
- Vaelteleeko hoidettava öisin? Onko kaatumisia tai muita vaaratilanteita  
ilmennyt vaeltelun seurauksena? Miten hoidettava selviytyy yö-aikaan,  
esimerkiksi miten yöllisistä vessareissuista selviydytään?

**7. Miten hoidettavan vaeltelu vaikuttaa teidän arkeenne omaishoitajana /  
kotihoiton työntekijänä? (avaa sisällöt ja merkitykset)**

- miten arki hankaloittuu vaeltelusta?
- huoli? Mikä huolettaa eniten?
- (raskasta, väsyttävää?)
- (rajoittaako menoja?)
- (voiko jättää yksin?)

3(3)

**8. Miten koette vaeltelua ehkäisemään käyttämänne keinot?**

- eettisyys? Hoitajan kokemus suhteessa itse tekemäänsä, esim, sisään lukitseminen, verrattuna teknologiaan, esim. GPS-paikannin.
- Miltä se tuntuu teistä, mitä ajatuksia se herättää? (kumpi ns. pienempi paha)

**9. Onko teillä ajatusta tai ehdotusta siitä, minkä ajattelisitte helpottavan tilannettanne? Hoidettavan, omaishoitajan ja työntekijän kannalta**

- (teknologia?)
- (lääkitys?)
- (intervalli/päivähoito?)
- (erilaiset ryhmät....?)
- (turvaverkon tiivistäminen, viikottaisen turvaverkkokalenteri luonti, jossa on merkitty kuka milloinkin käy ym. )