

TURVALLISUUS JA TEKNOLOGIA

muistisairaiden kotihoidossa

Roya Farzaneh Kari, Samira Fathulla
ja Indira Pandey- Aryal

TURVALLISUUS JA TEKNOLOGIA

muistisairaiden kotihoidossa

Roya Farzaneh Kari, Samira Fathulla
ja Indira Pandey- Aryal
Opinnäytetyö, kevät 2012
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Diak Etelä, Helsinki
Hoitotyön koulutusohjelma
Maahanmuuttajataustaisten
sairaanhoitajien pätevyitysmiskoulutus
Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Farzaneh Kari, Roya; Fathulla, Samira & Pandey- Aryal, Indira. Turvallisuus ja teknologia muistisairaiden kotihoidossa kotihoitotyön näkökulmasta. Diak Etelä, Helsinki, kevät 2012, 50 s. 2 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma
Maahanmuuttajataustaisten sairaanhoitajien pätevyitysmiskoulutus
Sairaanhoitaja (AMK)

Ikääntyvien lukumäärän kasvaessa yhteiskunnalla on suuria haasteita vastata lisääntyvään palvelun tarpeeseen. Suomessa on ollut tavoitteena vähentää laitoshoidon ja lisätä kotiin annettavia palveluja. Ikääntyneiden kotona asumista voi tukea apuvälineteknologialla hyödyntämällä.

Opinnäytetyössämme kuvataan sairaanhoitajien näkemyksiä teknologian vaikutuksesta muistisairaiden elämänlaatuun ja työntekijöiden työskentelyyn. Tavoitteena oli selvittää, miten paljon teknologiset apuvälineet ovat helpottaneet hoitotyötä sekä auttaneet dementoituneita selviytymään pidempään turvallisesti kotona.

Opinnäytetyömme on kvalitatiivinen eli laadullinen. Aineisto kerättiin yksilöhaastatteluilla. Yksilöhaastatteluun osallistui kolme sairaanhoitajaa, jotka työskentelevät pääkaupungin kotihoidossa. Tutkimusaineisto analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin menetelmällä. Haastattelun avulla pyrittiin saamaan esille käytännön tietoa ja ideoita muistisairaiden parempaan kotihoitoon, erityisesti teknologian käytössä.

Tutkimustulosten mukaan voidaan todeta, että teknologisten apuvälineiden käyttöönotto on helpottanut hoitotyötä ja vaikuttanut positiivisesti asiakkaiden arkielämään, mutta kaikki on sidoksissa muistisairaana tilanteeseen. Lähes kakkien sairaanhoitajien mukaan turvalaiteista on enemmän hyötyä silloin, kun tauti on alkuvaiheessa.

Asiasanat: muistisairaudet, ikääntyneet, teknologia, turvallisuus, dementia

*Minä olen unohtanut eilisen,
en tunne tätä päivää.
Tuntemattomien sukulaisteni joukko lisääntyy,
Poiikani muuttuneet vieraiiksi, tunnistamattomiiksi,
Yöllä nousen, etsin eilistä.
En löydä kotiani,
omaisiani, jostain.
Kauhu täyttää sydämeni.
Tarvitsen turvallisuutta, ymmärtämistä,
rohkeisua murheeseeni.
Haluan tehdä jotain hyödyksi.
Kulje kanssani.
Ota minua kädestä.*

Terttu Varjo 1998

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 MUISTIHÄIRIÖT JA DEMENTIA.....	9
2.1 Alzheimerin tauti.....	9
2.2 Verisuoniperäinen dementia.....	10
2.3 Lewyn kappale -tauti	11
2.4 Otsalohkorappeutumasta johtuva muistisairaus	12
2.5 Hoito ja kuntoutus.....	12
2.6 Muistisairauden ennaltaehkäisy	13
3 KOTIHOITO	15
4 MUISTISAIRAAN KOTONA SELVIYTYMINEN	17
4.1 Kotona asuva muistisairas.....	17
4.2 Kotiympäristön turvallisuus.....	18
5 TURVATEKNOLOGIA MUISTISAIRAAN KOTIHOIDOSSA	20
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	22
6.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet	22
6.2 Tutkimusmenetelmä	22
6.4 Aineiston analyysi.....	25
7 TUTKIMUKSEN TULOKSET	27
7.1 Miten teknologia auttaa muistisairasta kotihoidon asiakasta asumaan turvallisesti kotona?.....	27
7.1.1 Hyvät kokemukset.....	27
7.1.2 Huonot kokemukset	29
7.2 Miten kotihoidon henkilökunta hyödyntää teknologiaa muistisaira- asiakkaan hoidossa?.....	33
7.2.1 Hyvät kokemukset teknologian hyödyntämisestä	33
7.2.2 Huonot kokemukset teknologian hyödyntämisestä	34
7.3 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset	35

8 TUTKIMUKSEN EETISYYS.....	38
9 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS.....	39
10 POHDINTA	40
10.1 Indiran pohdinta.....	40
10.2 Samiran pohdinta	41
10.3 Royan pohdinta	41
LÄHTEET	44

Liite 1: Haastattelukysymykset

Liite 2: Kotihoidossa käytössä olevia turvateknologia

1 JOHDANTO

Kotona asuminen on dementoituneiden ja myös heidän omaistensa toive. Tuttu ympäristö ja rakkaat esineet luovat turvallisuuden tunnetta ja toimintakyky säilyy paremmin. Kotona asuvien muistisairaiden ihmisten määrä on suuri.

Suomalainen väestö ikääntyy tuntuvasti lähivuosisikymmeninä, mikä lisää hoidon tarvetta. Vuonna 2004 jopa 16 % suomalaisesta väestöstä koostui yli 65-vuotiaista ja 7 % yli 75-vuotiaista. On ennustettu, että vuonna 2030 yli 65-vuotiaiden osuus lisääntyy lähes 26 % ja yli 75-vuotiaiden osuus 14 %. (Vaarama & Noro 2005.)

Muistisairaudet yleistyvät väestön vanhenemisen myötä. Suomessa joka vuosi diagnosoidaan yli 13 000 etenevää muistisairautta ja sairastuneita on Suomessa jo yli 120 000. (Muistiliitto i.a.) Muistisairastuneella on suurempi tukipalveluiden tarve sekä pitkäaikaisen laitoshoidon riski. Dementoituneiden määrä kasvaessa laitospaikoista tulee pulaa ja kotihoidon merkitys kasvaa entistä enemmän, varsinkin kun laitoshoidon on kotihoitoa huomattavasti kalliimpaa. Kotona asumisen edistäminen on ajankohtainen ja tärkeä haaste inhimillisen ulottuvuuden lisäksi myös taloudellisesta näkökulmasta. (Juva 2007, 6.)

Opinnäytetyössämme kuvataan dementoituneiden käytössä olevia yleisempiä turvalaitteita ja niiden vaikutuksia asiakkaiden elämänlaatuun ja työntekijöiden työskentelyyn, kotihoidon näkökulmasta. Tarkoituksena oli selvittää, miten paljon ne auttavat sekä dementoituneita että työntekijöitä.

Valitsimme aiheen ELDEM-projektin teemoista. ELDEM-projekti on vuosina 2011–2013 Suomessa ja Virossa toteutuva yhteistyöprojekti, jonka aihe on muistisairaitten henkilöiden hyvinvointi ja turvallinen ympäristö. Projektin päätavoitteet ovat seuraavat: lisätä sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden tietoa ja ymmärrystä muistisairauksista Virossa ja Suomessa ja tukea muistisairaiden

ja heidän omaistensa osallisuutta sekä tehdä palvelujen kehittämiseen liittyviä ehdotuksia alan toimijoille ja päättäjille. (Diakonia-ammattikorkeakoulu, 2011). Aiheemme on mielestämme ajankohtainen, koska ikääntyvien lukumäärän kasvaessa yhteiskunnalla on suuria haasteita vastata lisääntyvään palvelun tarpeeseen. Suomessa on ollut tavoitteena vähentää laitoshoidon ja lisätä kotiin annettavia palveluja (Vaarama & Noro 2005). Laitoshoidon vähennettäessä on löydettävä ratkaisuja, miten ylläpitää muistihäiriöistä kärsivä ikääntyneen omaa toimintakykyä niin, että hän selviytyisi omassa asunoympäristössään mahdollisimman pitkään. Laitoshoidon tarvetta voi siirtää myöhäiseen vaiheeseen, tukemalla ja edistämällä muistisairaiden kotona asumista. (Alaharju 2009, 3.)

Muistisairaana ihmisen kotihoito on laaja ja erittäin vaativa kokonaisuus, jossa tarvitaan monipuolisia, innovatiivisia ratkaisuja ja toimintamalleja. Asiakkaan yksilöllisyyden ja itsemääräämisen kunnioittaminen on työn eettinen perusta. (Juva 2007, 6.)

Ikääntyneiden kotona asumista voi tukea apuvälineteknologiaa hyödyntämällä. Tekniset apuvälineet voivat helpottaa muistisairaana ihmisen ja hänen omaisensa arkea ja auttaa pärjäämään pidempään kotona. Apuvälineet tukevat itsenäisyyttä ja lisäävät turvallisuuden ja varmuuden tunnetta. Lisäksi ne voivat luoda iloa ja kehittää itsetuntoa. (Alaharju 2009, 3.)

Olemme suorittaneet sairaanhoitajan tutkinnon ja meillä on työkokemusta terveydenhoitoalalta kotimaissamme. Opinnäytetyö on osa koulutusta, joka pätevoittää meidät sairaanhoitajiksi Suomessa. Koulutuksen aikana tutustuimme suomalaiseen terveydenhuoltoon, johon kotihoito kuuluu. Kotihoito oli meille kaikille uusi asia, koska kotimaissamme ei ollut samanlaisia terveyspalveluja, ainakaan tässä laajuudessa. Se kiinnosti meitä ja halusimme tietää siitä enemmän. Opinnäytetyön aihe on mielenkiinnon kohteemme ja lisäksi se kehittää ammatillisia taitojamme. Tämän työn kautta tietomme turvateknologiasta lisääntyy ja voimme hyödyntää näitä tietoja muistisairaiden hoitotyössä.

Opinnäytetyön teoria haettiin hakusanoilla: muistisairas, turvallisuus, dementoituneet, selviytyminen, kotisairaanhoido ja yhdistelmiä: ikääntyneiden kotihoito, turvallinen kotihoito, ikäteknologia, kotona asuminen sekä teknologiaturvallisuus.

Opinnäytetyössä termillä *kotihoito* tarkoitetaan sekä kotipalvelua että kotisairaanhoidoa. Termejä *muistisairas* ja *dementoitunut* käytetään rinnakkaisina, samoin kuin termejä *muistisairaudet* ja *dementoivat sairaudet*.

2 MUISTIHÄIRIÖT JA DEMENTIA

Muisti on tärkeä osa ihmisen olemista. Muistitoiminnassa on monta eri osaluuetta ja ajallista vaihetta, joten muistihäiriöiden ilmiöt voivat olla hyvin erilaisia. (Juva 2011b.) Muistisairauksia diagnosoidaan vuosittain yli 13 000 suomalaisella ja sairastuneita on Suomessa yli 120 000 (Muistiliitto i.a.).

Dementia tarkoittaa tilaa, jossa ihmisillä on muistivaikeuksien lisäksi myös jonkin muu älyllisen toimintakyvyn heikkenemisen oireita. Nämä kognitiiviset oireet vaikeuttavat itsenäistä selviytymistä jokapäiväisissä toiminnoissa sekä työssä ja sosiaalisessa kanssakäymisessä. Siis dementia on oireyhtymä, johon liittyy muistihäiriöiden lisäksi yksi tai useampi seuraavista oireista: kielelliset häiriöt, kätevyyden heikkeneminen, hahmotushäiriö ja monimutkaisten älyllisten toimintojen kuten toimintojen suunnittelu ja toteutus heikkeneminen. (Juva 2007, 8.).

Dementiaa aiheuttavat yleisimmät muistisairaudet ovat Alzheimerin tauti (noin 60–70 %), verisuoniperäinen muistisairaus (noin 15–20 %), Lewyn kappale - tauti ja otsalohkorappeumasta johtuva muistisairaus. Monilla läkkäillä ihmisillä on verenkiertohäiriöiden ja Alzheimerin taudin yhdistelmänä sekamuotoja. (Muistiliitto i.a.).

2.1 Alzheimerin tauti

Alzheimerin tauti on hitaasti ja tasaisesti etenevä aivoja rappeuttava sairaus. Se on myös yleisin dementiaa aiheuttava sairaus, joka saanut nimensä saksalaisen neurologin, Alois Alzheimerin mukaan. Hän oli ensimmäinen joka kuvaili Alzheimerin taudin oireita ja neuropatologisia ominaisuuksia vuonna 1907. (Alzheimer Europe, 2010)

Alzheimerin taudin esiintyvyys lisääntyy iän myötä ja se on naisilla yleisempi kuin miehillä. Arvioiden mukaan sitä sairastaa Suomessa yli 70 000 potilasta.

(Alzheimerinfo i.a.) Sairaus etenee yksilöllisesti, tasaisesti ja vaiheittain. Toimintakyvyn ja avun tarpeen perusteella taudin oirekuva on jaettu neljään eri vaiheeseen: varhainen, lievä, keskivaikea ja vaikea. (Juva 2007, 9.)

Alzheimerin taudissa ilmenee monia kognitiivisia oireita, ensimmäinen ja merkittävin oire on muistin heikentyminen. Erityisesti lähimuisti ja uusien asioiden oppiminen ja nimien muistaminen vaikeutuvat. Sairastuneen on vaikea painaa mieleen tapahtumia ja puhuttuja asioita, hän esimerkiksi unohtaa uuden kodinkoneen käytön. Vanhat taidot säilyvät paremmin. (Juva 2011a.)

Sairauden edetessä heikentyvät myös toimintakyky, kielelliset toiminnat sekä näönvarainen hahmottaminen, minkä seurauksena paikan ja ajan taju heikkenee, sanojen hakeminen ja puheen ymmärtäminen vaikeutuu sekä ihmisten, ympäristön tai esineiden tunnistaminen heikkenee. Monilla ilmenee taudin jossain vaiheessa käytösoireita. Myöhemmin kotona selviytyminen tuottaa ongelmia monin tavoin, kuten ostosten teko, ruoanlaitto, päivittäisten raha-asioiden hoito ja lopulta heikentyvät myös päivittäiset perustoiminnat, kuten pukeminen, peseytyminen, tarpeilla käyminen ja aivan loppuvaiheessa myös kävely- ja puhekyky. (Juva 2011a.)

Vaikka parantavaa hoitoa sairauteen ei ole löydetty, mutta taudin toteaminen varhaisessa vaiheessa ja ajoissa aloitettu lääkitys voivat vähentää käytösoireita, kohentaa keskittymis- ja toimintakykyä sekä pidentää selvästi kotona selviytymisen aikaa. Potilaan ja hänen läheistensä elämänlaatua voidaan kuitenkin parantaa merkittävästi varhain aloitetulla ja yksilöllisellä hoidolla. (Alzheimerinfo i.a.)

2.2 Verisuoniperäinen dementia

Verisuoniperäinen eli vaskulaarinen dementia liittyy erityyppisiin aivoverenkiertohäiriöihin, jotka johtuvat suurten aivoverisuonten, pienten aivoverisuonten tai sydämen sairauksista. Se on toiseksi yleisin etenevä

muistisairaus (noin 15–20 % sairastuneista). Useimmilla sairastuneilla on sekamuotoisia dementiaa, jossa mukana on sekä aivoverenkiertohäiriöiden aiheuttamia muutoksia että jokin degeneratiivinen aivosairaus, lähinnä Alzheimerin tauti. (Juva 2007, 13.)

Verisuoniperäisessä muistisairaudessa oireet riippuvat siitä, missä kohtaa aivoja vaurioita on syntynyt. Taudin oireisiin kuuluvat usein lievä muistihäiriö, kielellisiä vaikeuksia, virtsainkontinenssi, kävelyvaikeudet ja hahmotushäiriöt. Sairastuneilla on vaihteleva mieliala, helposti itkusta nauruun. Oireet alkavat äkillisemmin ja vaihtelevat päivittäin tai kausittain. (Muistiliitto i.a.)

Verisuoniperäisten muistisairauksien ennaltaehkäisyssä on tärkeää hoitaa verenkierröllisiä riskitekijöitä kuten kohonnut verenpaine, eteisvärinä, koronaaritauti, diabetes, kohonneet veren rasva-arvot ja tupakointi, jne. Alzheimerin taudin lääkkeitä voi myös olla apua. (Juva 2007, 14.)

2.3 Lewyn kappale -tauti

Lewyn kappale -tauti on degeneratiivinen aivosairaus, joka on saanut nimensä Lewyn kappaleiden kertymisestä aivojen kuorikerroksen alueelle. Tauti alkaa tavallisesti 50–80 vuoden iässä ja sen esiintyvyys on jopa 10–15 % kaikista dementiaa. Se esiintyy usein yhdessä Alzheimerin taudin kanssa. (Juva 2007, 15.)

Lewyn kappale -taudissa merkittävät muistihäiriöt ilmenevät vähitellen sairauden edetessä. Tauti aiheuttaa älyllisten toimintojen, vireydetason ja tarkkaavuuden vaihtelua. Sairastunut voi myös nähdä selkeitä harhoja, jotka hän pystyy hyvin yksityiskohtaisesti kuvailemaan. Toistuvat kaatumiset, pyörtyilyt ja tajunnanhäiriökohtaukset ilmenevät usein. (Juva 2007, 15.)

Parkinsonismin oireita kuten lihasjäykkyyttä, kävelyvaikeuksia, hitautta tai eteenpäinkaatumistaipumusta, esiintyy noin 40–90 %:lla sairastuneista. Lewyn kappale -tautia sairastuneet ovat herkkiä neuroleptilääkitykselle, joten

lääkityksessä on oltava tarkkana. Kolinergiset Alzheimer-lääkkeet ovat taudin hoidon kulmakiviä. Pieniä annoksia Parkinson-lääkkeitä voi joskus kokeilla näihin oireisiin. Liikuntakyvyn ylläpitämiseksi tuloksellisempaa on kuitenkin säännöllinen kävely ja voimistelu sekä jaksottainen fysioterapia. (Juva 2007, 15–16.)

2.4 Otsalohkorappeutumasta johtuva muistisairaus

Otsalohkorappeutumasta johtuva muistisairaus on oireyhtymä, johon kuuluu ominaisia aivojen etuosien vauriot sekä otsalohkojen toiminnan heikkeneminen ja siitä johtuvat oireet. Sairaus alkaa yleensä 45–64 ikävuoden välillä. (Juva 2007, 16.)

Taudin keskeisiä oireita ovat toiminnanohjauksen vaikeudet, varhainen persoonallisuuden ja käyttäytymisen muutos, itsestä huolehtimattomuus, arvostelukyvyyttömyys, aloitekyvyttömyys sekä apaattisuus. Muistihäiriöt ja kielelliset vaikeudet ilmenevät taudin myöhemmässä vaiheessa. (Juva 2007, 16–17.)

Otsalohkorappeutumasta johtuvat persoonallisuuden ja käyttäytymisen muutokset ovat haastavia ja kuormittavia sekä omaisille että hoitajille (Aejmelaeus ym. 2007, 223). Otsalohkodemencioihin ei tunneta parantavaa hoitoa. Alzheimer-lääkkeestä ei ole apua. Hoidossa on tärkeintä sairauden tunnistaminen ja oireiden sietäminen sekä omaisten tukeminen ja turvallisuuden takaaminen. (Juva 2007, 17.)

2.5 Hoito ja kuntoutus

Muistisairauden diagnosoinnin jälkeen potilaalle luodaan yksilölliset tavoitteet, joissa sairastuneella ja hänen läheisillään on ensisijainen rooli niiden toteuttamisessa ja onnistumisessa. Muistisairaahan ihmisen hoito tähtää sairastuneen hyvinvointiin ja toimintakyvyn ylläpitämiseen. Lääkehoidon lisäksi

on hyvä pitää mielessä, että myös lääkkeetön hoito on tärkeää ja usein ensisijaista. (Muistiliitto i.a.)

Suunnitelmallinen kuntoutus on osa muistisairaahan ihmisen hyvää hoitoa. Kuntoutuksella on monia mahdollisuuksia etenevien muistisairauksien hoidossa. Aktiivisen elämäntyylin merkitys arkipäivässä on tae hyvistä tuloksista. (Erkinjuntti, Heimonen & Huovinen 2006, 36.)

Kuntouttava toimintamalli on muistisairauteen sairastuneiden hoidon kulmakivi. Kuntoutuspalveluiden kokonaisuuteen kuluu muun muassa kuntoutusohjaus, neuvonta, ensitieto- ja sopeutumisvalmennuskurssit, erilaiset terapiat sekä kuntouttava päivätoiminta. (Erkinjuntti ym. 2006, 36.) Kuntoutuksella pyritään sairastuneen voimavarojen ja omatoimisuuden sekä hallinnan tunteen ylläpitämiseen ja kuntoutukseen kuuluu myös sairastuneen läheisen voimavarojen tukeminen ja lähiympäristön muokkaaminen sairastuneen toimintakykyä tukeväksi esimerkiksi apuvälineiden avulla (Muistiliitto i.a.).

2.6 Muistisairauden ennaltaehkäisy

Alustavat tiedot osoittavat, että henkisesti aktiivisena pysyminen voi liittyä kognitiivisten toimintojen säilyttämiseen. Asteittain haastavammaksi käyvien kirjojen, soittimen oppiminen, uuden kielen opiskelu, taide, shakki ja osallistuminen sosiaaliseen toimintaan kaikki auttavat mielen terveyden edistämistä ja voivat puskuroida ihmisiä kognitiivista heikkenemistä vastaan. (Alzheimer's disease research, 2012)

Kuten edellä mainittiin, on olemassa monia toimintoja, jotka voivat ehkäistä muistihäiriöitä. Riittävää aivojen lepo eli kahdeksan uni vuorokaudessa on tärkeä keino ehkäistä muistisairautta. Henkisesti virkistävät harrastukset, ulkoa opetteleminen, sanaristikoiden tekeminen, strategiapelejä pelaaminen vanhoja asioita uudella tavalla tekeminen jne. ehkäisevät muistisairautta. Sosiaalinen kanssakäyminen sekä mielekkäisiin harrastustoimintoihin osallistuminen ja ystävyys-suhteita ylläpitäminen korostavat muistia. (Erkinjuntti ym. 2006, 57.)

Terveellinen ruokavalio, säännöllinen liikunta, alkoholia ja tupakan välttäminen ehkäisevät muistisairautta. Varhaisessa vaiheessa hoidon saaminen eli aivoverenkierronhäiriön ja ylipainon hoitaminen, sydän ja verenpaine taudin hoitaminen, kolesterolitaso vähentäminen ja sokeriaineenvaihdunnan häiriön hallinta ehkäisevät muistisairautta. (Erkinjuntti ym. 2006, 57.)

3 KOTIHOITO

Kotihoidolla tarkoitetaan kotipalvelua, kotisairaanhoidoa ja muita kotona selviytymisen tueksi tarkoitettuja tukipalveluita. Kotihoito kuuluu sosiaalihuollon avopalveluihin ja sitä ohjaavat sosiaalihuoltolaki ja kansanterveyslaki (Aejmelaeus 2007, 343.)

Kotihoidon tehtäviin kuuluu järjestää vanhusten, pitkäaikaissairaiden terveydentilan ja toimintakyvyn tukea ja sairauksien hoitoa sekä palvelut niin, että eläminen kotona on turvallisesti mahdollista. Kotihoitoon on yhdistetty kotipalvelua ja kotisairaanhoido terveystieteiden alaiseksi kotihoidoksi ja se muodostuu sosiaali- ja terveyshuollon palvelukokonaisuudesta. Kotihoito pyrkii asiakkaan kokonaisvaltaiseen hoitamiseen asiakasta aktivoivalla tavalla. (Helsingin kaupunki terveystieteiden keskus 2011.)

Tavoite on ehkäistä ikä-ihmisten syrjäytymistä ja vakuuttaa asiakkaat siitä, että hänelle tarjotaan paras mahdollinen moniammatillisen hoito ja hoivapalvelut, että asiakas voi asua kotona mahdollisimman pitkään. Kotikäynti on kotihoitotyön tärkein muoto, ja sen määrittelee käytännössä pitkälti hoito- ja palvelusuunnitelma, eli asiakkaan fyysisen, psyykkisen, hengellisen ja sosiaalisen toimintakyvyn arvioinnin mukaan. (Engeström ym. 14–15.)

Omahoitaja laati asiakkaalle yhdessä asiakkaan ja omaisten kanssa palvelusuunnitelman. Suunnitelmaa tarkastetaan yleensä vuosittain tai tarpeen tullen jolloin palveluita voidaan muuttaa, vähentää tai lisätä. Kotihoito voi olla tilapäistä tai jatkuvaa. Tilapäistä äkillisiin muutoksiin tapahtuvaa hoitoa ja palvelua annetaan harvemmin kuin kerran viikossa, ja jatkuvaa kotihoitoa vähintään kerran viikossa asiakkaan kotiin. (Helsingin kaupunki terveystieteiden keskus 2011.)

Päämäärä on kehittää ikäihmisten selviytymistä, tukea itsenäisyyttä, ylläpitää heidän terveyttään ja toimintakykyään, heidän itsemääräämisoikeutta ja yksilöllisyyttä kunnioittaen (Helsingin kaupunki terveystieteiden keskus 2011).

Kotihoidon tehtäviin kuuluu toteuttaa lääkärin määräämiä toimenpiteitä kuten lääkehoito, haavahoito, avannehoito, katetrointi ja terveydentilan seuranta ja asiakkaan arjessa selviytymisen tukeminen. Sen osa-alueita ovat mm. ruokailussa ja ruoanlaitossa avustaminen, peseytyminen, hygienia, vaatehuolto, lääkehuolto, terveyden- ja sairaanhoitoon liittyvät toimenpiteet. (Aejmelaeus 2007, 343–344.)

Kotihoitoa voivat saada henkilöt, joiden toimintakyky on huonontunut tai heillä on joku sairaus, minkä vuoksi he tarvitsevat apua kotona selviytyäkseen arki askareissa. Kotihoito painottuu yleensä yli 75 vuotiaisiin. Kotihoidon tarvetta arvioitaessa asiakkaan kykyä selviytyä seurataan RAVA-mittarilla ja tarpeen vaatiessa muillakin testeillä, kuten MMSE-muistitestillä. Kotihoito realisoidaan yhteistyönä koti-palveluohjaaja, terveydenhoitaja, sairaanhoitaja, lähihoitaja, perushoitaja, kodinhoitaja tai kotiavustaja, fysioterapeutti ja lääkäri. (Helsingin kaupunki terveystakeskus 2011.)

4 MUISTISAIRAAN KOTONA SELVIYTYMINEN

4.1 Kotona asuva muistisairas

Ensimmäinen periaate kotona asuvan muistisairaahan ihmisen kohtaamisessa on muistisairaahan itsenäisyyttä ja hänen arvokkuutta kunnioittaminen. Potilas ehkä tarvitsee apua jossain sairauteensa liittyvässä ongelmassa, mutta kuitenkin hän on oman elämänsä herra. Ikääntyville on tärkeää kokea elämänsä mielekkääksi ja itsensä tarpeelliseksi. Omassa kodissa asuminen ja siellä pärjääminen on tärkeää ja pitää hyvää elämänlaatua yllä. (Eloniemi, Sulkava, Juva & Mäkelä 2010, 506.)

Muistisairaahan tilan huonotessa, toimintakyky laskee ja apua tarvitaan päivittäisissä toiminnoissa. Muistisairaahan auttamiseen liittyvissä toiminnoissa tulee huomioida muistisairaahan arvokkuutta myös silloin, kun joudutaan itsenäisyyttä rajoittamaan. Dementoituneiden turvallisuudesta on huolehdittava heidän itsenäisyyttä kunnioittaen. Se on joskus vaikea. Esim. sairastuneita ei voi päästää yksin kodin ulkopuolelle, jos kotona selviytyminen on ollut vaikea. (Stengård 2011,16.)

Vaikka kaikkea dementian liittyviä ongelmia ei pystytä hoitamaan, hoitaja ei saa mennä asiakkaan ja omaisen epätoivoon mukaan. Hoitajan on löydettävä voimavaroja jaksamiselle. Hänen on korostava hoidon mahdollisuuksia ja erilaisia tukimuotoja. (Stengård 2011,17.)

Hoito- ja palvelusuunnitelma on kotona asumista tukevien palveluiden lähtökohta. Sen tulee olla asiakaslähtöinen ja kuntoutumista kasvattava. Muistisairaahan henkilön toimintakyky, voimavarat ja kuntoutuksen tarve tulee arvioida ja selvittää ennen hoito- ja palvelusuunnitelman tekemistä. Jos hoito- ja palvelusuunnitelma tehdään ilman näitä tietoja, on riskinä, että palvelut eivät takaa asiakkaan tarpeita. (Stengård 2011, 20–21.)

4.2 Kotiympäristön turvallisuus

Muistisairaiden kotiympäristö on luotava mahdollisimman turvallinen ja toimintakykyä tukeva. Tutut ympäristö ja tarvikkeet ohjaavat ja tukevat päivittäistoimintaan. Asuinympäristö on tärkeä hyvinvoinnin lähtökohtia. Jos on tarkoitus muutostyötä tai käyttää uusia apuvälineitä ja teknologia, niitä pitää tehdä mahdollisimman hyvissä ajoin. Näin muistisairaalla on mahdollisuus sopeutua uuteen ympäristöön tai mahdollisesti uusiin apuvälineisiin ja oppia käyttämään niitä varhaisessa vaiheessa. Sairauden edetessä joskus vieraat esineet ja outo ympäristö aiheuttavat ahdistusta ja rauhattomuutta. (Kotilainen, Topo & Hurnasti 2008, 106–112.)

Muistisairauksiin liittyy useasti hahmottamiskykyyn heikkeneminen ja askeleen mataloitumista ja niiden seurauksena kaatumisen riski lisääntyy. Kaatumisriskiä vähentämiseksi tulee kiinnittää huomiota esim. portaat ja muut tasoerot helposti hahmotettaviksi ja poista ylimääräisten mattoja tai esineitä. Ikäännytyt ihminen tarvitsee selvästi ennemaan valoa nähdäkseen verrattuna nuoreen ihmiseen. Myös tukikahvoista ja kaiteista voi sopivissa paikoissa olla apua ja erilaisten liikkumiseen liittyvien apuvälineiden kuten kepin ja rollaattorin käyttö, tulee olla helppoa ja esteetöntä (Kotilainen, Topo & Hurnasti 2008, 106–112.)

Muistisairaus tuottaa paljon hankaluksia jopa vaaratilanteita, joten kotona asuminen käy turvattomaksi varsinkin yksin asuvalle. Vesihana voi unohtua auki, liesi voi jäädä päälle, avain sisälle, ovi unohtua lukita jne. Näihin asioihin voidaan vaikuttaa teknologian avulla. Monet apuvälineet, kuten seuranta- ja turvateknologia ovat sellaisia, että niitä voi ottaa avuksi omainen tai hoitaja.

Erilaisia teknologian apuvälineitä on kehitetty paljon. Esimerkiksi, lääkkeiden ottamisesta muistuttava lääkerasia, kosketusnäytöllä toimiva tietokone, muistuttavat kalenterit ja kirkasvalolamput ym. voivat olla monelle avuksi mutta on kuitenkin tärkeää muistaa että muistisairas itse on motivoitunut käyttämään näitä apuvälineitä tai ainakin hän on hyväksynyt ja suostunut niiden tuomisen kotiinsa. (Kotilainen, Topo & Hurnasti 2008, 106–112.)

Kotona asumista voidaan tukea niin suurilla kuin pienilläkin muutoksilla. Tärkeää on asioihin ajoissa puuttuminen. On otettava huomioon muistisairaana omat mielipiteet ja kunnioitettava hänen yksityisyyttään, koska kyseessä on hänen oma kotinsa.(Stengard, 2011. 18.)

5 TURVATEKNOLOGIA MUISTISAIRAAN KOTIHOIDOSSA

Turvateknologian avulla pyritään ennaltaehkäisemään vaarallisia tilanteita kotona. Turvateknologia on suunniteltu muistisairaana hyväksi ja sen käyttö auttaa sekä dementiaoireista henkilöä että hänen hoitajiaan. (Kalliomaa 2010,8.)

Tyypillinen kotiin hankittava turvateknologiaan kuuluva apuväline on turvaliesi joita on olemassa useita erilaisia. Toiset mallit sammuttavat virran tietyn ajan jälkeen, toiset aistivat lieden ylikuumentumisen ja sammuttavat sen. (Kalliomaa 2010,8.)

Makuhuoneen lattialle sängyn viereen voi hankkia turvamaton, joka herättää omaisen silloin, kun muistisairas nousee keskellä yötä ylös ja tarvitsee apua esimerkiksi vessassa käymisessä.

Myös turvaranneke ja turvapuhelin kuuluvat monen yksin asuva muistisairaana turvalliseen arkeen. Turvapuhelimeen kuuluu itse turvapuhelin ja kädessä tai kaulassa pidettävä radiohälytin. Turvaranneke (radiohälytin) on vedenkestävässä kuoressa oleva pieni vastaanotin, jota on helppo käyttää. Paristohälytykset toimiva automaattisesti, käyttäjän ei tarvitse niistä huolehtia. Turvarannekkeen nappia painamalla saadaan puheyhteys kohteeseen, kuten omaiselle tai kotihoitoon tai turvapalveluun. Nämä sopivat erityisesti sairauden alkuvaiheisiin, kun sairastunut muistaa sen käyttötarkoituksen ja käyttää sitä tarvitessaan. (Kalliomaa 2010, 8.)

Lääkemuistuttaja tai lääkekello, muistuttaa ja ilmoittaa lääkkeenotosta, hälyttää turvapuhelimelle jos lääke jää ottamatta. Joissakin tapauksissa voidaan myös hyödyntää turvakameroita, liiketunnistimia ja ovihälyttimiä turvamaan se, ettei sairastunut pääse lähtemään yksin ulos silloin, kun hän ei enää välttämättä löydä takaisin kotiin. (Kalliomaa 2010, 9.)

Nykyteknologia on myös tuonut paikannuslaitteet kotikäyttöön. Teknologia mahdollistaa ihmisen liikkeiden seuraamisen ja hänen löytämisensä GPS-paikantamisen avulla. Tämä kuitenkin edellyttää, että ihmisellä on mukanaan paikannuslaite. Nykyään paikannuslaitteita saa myös kellon muodossa, jolloin voidaan paremmin taata se, että muistisairas ihminen muistaa ottaa laitteen mukaansa ulos lähtiessään. (Kalliomaa 2010, 8.)

Hyvä ravitsemus tukee toimintakyvyn säilymistä ja parantaa kotona asumisen mahdollisuutta. Helsingin kaupungin kotihoito tarjoaa yksin asuville ikäihmisille turvallisen ja vaihtoehtoisen ratkaisun päivittäiseen ateriointiin kotona, eli Menu-mat-automaatin. Menu-mat-ateriapalvelun käyttö on yksinkertaista. Sen avulla asiakas voi itse valita päivittäiset ateriat vaihtuvalta ja monipuoliselta listalta. Käyttäjä itse pystyy valmistamaan päivittäiset ateriat ja lämmintä ruokaa on saatavilla aina silloin kun itse halua. (Menu-mat i.a.)

Helsingin kaupungin kotihoidossa vuosittain tehdään monenlaisia projekteja joiden tavoitteina on kehittää uusia työkaluja vanhusten kotihoidon ja itsenäisen elämisen edistämiseen, sekä uudistaa terveydenhuollon palveluprosesseja asiakaslähtöisemmiksi ja innovatiivisemmiksi. Virtuaalitekniikka-hankeessa (KOVI pilottiprojekti) testataan videotekniikkaa vanhusten turvapalveluiden tukena ja tarkastellaan, voidaanko kotiin tuotavalla videovalvonnalla parantaa ikääntyneiden kokemaa turvallisuuden tunnetta sekä korvata kotikäyntiä. Pilottiin osallistuvilla asiakkailla on turvapuhelin, jonka avulla asiakkaat voivat tehdä hälytyksen turvapalveluun tai kotihoitoon. (Kotihoidon esite i.a.)

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

6.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet

Meidän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien näkökulmia teknologian vaikutuksesta muistisairaiden elämänlaatuun ja työntekijöiden työskentelyyn. Tavoitteena oli selvittää, miten paljon teknologia on helpottanut hoitotyötä sekä auttanut dementoituneita selviytymään pidempään turvallisesti kotona.

Tutkimuksen kysymykset olivat:

1. Miten teknologia auttaa muistisairasta kotihoidon asiakasta asumaan turvallisesti kotona?
2. Miten kotihoidon henkilökunta hyödyntää teknologiaa muistisairaasi asiakkaan hoidossa?

6.2 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyömme on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Laadullisen tutkimuksen tekeminen on monivaiheinen prosessi. Lähtökohtana on ihminen, hänen elämänpiirinsä sekä niihin liittyvät merkitykset. (Kylmä & Juvakka 2007,23.)

Laadullisen tutkimuksen alueella on käytössä erilaisia aineistonkeruu menetelmiä, esimerkiksi haastattelu, kysely, tai videointi. (Kylmä & Juvakka, 2007, 23.) Edellä mainittuja menetelmiä voidaan käyttää yksinään tai yhdisteltynä riippuen tutkittavasta ongelmasta ja tutkimusprosessista (Tuomi & Sarajärvi 2003, 73).

Haastattelumenetelmä soveltuu sekä laadullisen että määrällisen tutkimukseen. Haastattelua käytetään erityisesti terveysalalla myös käytännön työssä. Haastattelumenetelmiä voidaan luokitella osallistuvien ihmisten määrän mukaan; eli yksilöhaastattelu ja ryhmähaastattelu. (Kylmä & Juvakka 2007, 76–77.)

Teemahaastattelumenetelmä on joustava ja väljä haastattelumuoto. Tutkijalla on aina mahdollisuus tarkentaa tai selventää tiedonantajalle kysyttyä kysymystä. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 77.)

Tutkimuksen tekijä valitsee muutamia avainkysymyksiä tai aihepiirejä, joiden ympärille haastattelu rakentuu. Avoimessa haastattelussa myös haastateltavalla on aktiivisempi rooli, koska pohjimmiltaan kyse on tarinan kertomuksen luomisesta. Teemahaastattelussa omat näkemykset, mielipiteet ja ajatukset on pystyttävä pitämään sivussa, vaan korostetaan haastateltavien tulkintoja ja heidän asioille antamia merkityksiä. Keskeisiä ovat tutkimuksen toimijan vastaukset esitettyihin kysymyksiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 78-79.)

Haastateltavia kannattaa perehdyttää etukäteen haastattelun teemoihin ja kysymyksiin sekä informoida kuluva ajasta ja haastattelun nauhoittamisesta. Tutkimuksen tekijän on saatava lupa haastattelun nauhoitukseen. On kiinnitettävä huomioita haastattelutilaan, jonka on oltava häiriötön ja rauhallinen. Myös riittävän turvallinen ja luottamuksellinen ilmapiiri syntyy osittain tilan luonteesta. (Kylmä & Juvakka 2007, 90–92.)

Laadullisessa tutkimuksessa haastattelun tavoitteena on saada monipuolisia ja riittäviä vastauksia tutkimuksen kysymykseen. Haastattelun ensimmäisessä vaiheessa kerrotaan tutkimuksen toteutuksesta ja annetaan haastateltavalle mahdollisuus kysyä tutkimuksen liittyviä asioita. Varsinaisen tutkimushaastattelun vaiheessa kerätään aineisto. Laadullista tutkimusta tehtäessä pyrkimyksenä on mahdollistaa tutkimukseen osallistuvien ihmisten näkökulman esille tulo. Ennen haastattelun lopettamista kannattaa kysyä haastateltavalta, onko hänen mielestään käsitelty kaikki aiheen kannalta tärkeät näkökulmat vai onko hänellä vielä mielessään jotain ehdottoman tärkeää. (Kylmä & Juvakka 2007, 92–94)

6.3 Aineiston keruu

Opinnäytetyön lähestymistavaksi valittiin laadullinen lähestymistapa, koska tutkimuksen kohteena olivat työntekijöiden kokonaisvaltaiset kokemukset hyvinvointiteknologiasta. Tutkimusmenetelmäksi valitsimme yksilöhaastattelun. Yksilöhaastattelu tuntui luoteltavalta tutkimusaineiston hankintaan. Työ on rajoitettu vain muistisairauteen koskeviin turvallisuus teknologioihin.

Tutkimuksen aineiston keräämiseksi hankimme luvan Helsingin kaupungilta. Sen jälkeen etsimme vapaaehtoisia sairaanhoitajia kotihoidon harjoittelun aikana. Keskustelimme heidän kanssa tutkimuksen aiheesta ja kysyimme heidän halukuutta osallistumaan haastatteluun.

Yksilöhaastatteluun osallistui kolme sairaanhoitajaa, jotka työskentelevät pääkaupungin kotihoidossa. Haastateltavilla on työkokemusta kotihoidossa 3–11 vuotta. Kaikki kolme haastateltavaa pitivät aihetta ajankohtaisena ja tärkeänä.

Viikkoa ennen haastattelua lähetimme haastateltaville tutkimuksen suunnitelman sekä tutkimuksen luvan, että haastateltavalla olisi riittävästi aikaa tutustua aiheisiin sekä kysymyksiin. Haastattelu suoritettiin haastateltavien kanssa yhteisesti sovittuna aikana työpaikassa, jossa voi keskustella rauhassa. Alussa lyhyesti kerroimme tutkimuksen toteutumisesta ja aikataulusta. Kysyimme avainkysymyksiä, joissa sairaanhoitajat vapaasti toivat esille monia tapauskokemuksia ja omia näkökulmia turvateknologian käyttäessä muistisairaiden kotihoidossa.

Ennen haastattelun alkua haastateltavilta kysyttiin lupa haastattelun nauhoittamiseen. Haastattelu nauhoitettiin myöhempää käsittelyä varten. Haastateltavat haastateltiin jokainen erikseen ja niihin osallistui kaikki tutkimuksen tekijät. Haastattelut tehtiin joulukuussa 2011 ja ne kestivät vaihtelevasti noin 30- 45 minuuttia. Teemahaastattelun nauhoittamiseen käytimme erään nauhuria ja nauhoitukset onnistuivat hyvin.

6.4 Aineiston analyysi

Opinnäytetyön tutkimusaineisto analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin menetelmällä, koska sisällönanalyysi perustuu ensisijaisesti induktiiviseen päättelyyn, jota tutkimuksen tarkoitus ja kysymyksenaseteltu ohjaavat.

Haastattelu nauhoittamisen jälkeen litteroimme aineiston, eli kirjoitimme ne puhtaaksi tekstiksi. Kuuntelimme nauhoitetut haastattelut moneen kertaan ja vastaukset kirjoitettiin sanasta sanaan. Litteroitua tekstejä kertyi 20 sivua 1,5 rivivälillä.

Haastattelun kokonaisuuden hahmottaminen mahdollistaa aineiston yksityiskohtaisemman analyysin. Yksityiskohtaisessa analyysissä on kolme vaihetta: pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi. Alkuperäisilmaukset voidaan merkata esimerkiksi haastatteluaineistoon värisellä korostuksella. Ne ilmaisut ovat pohjana pelkistämislle eli koodaukselle. (Kylmä & Juvakka, 2007, 116–117.)

Analyysissä aineisto tiivistettiin kokonaisuudeksi liittämällä kolmen haastateltavan vastaukset saman kysymyksen alle. Vastaukset käytiin läpi useaan kertaan. Lihavoimme alkuperäistekstistä ne sanakokonaisuudet, jotka parhaiten kuvailivat haastateltavien ajatukset tiettyyn teemaan. Pelkistettäessä merkitykselliset ilmaisut tiivistettiin niin, että niiden olennainen sisältö säilyy. Joskus kannatti käyttää samoja sanoja kuin alkuperäisilmauksessa. Pelkistetyt ilmaukset koottiin toiselle paperille ja vertailtiin ja etsittiin sisällöllisesti samankaltaisia ilmauksia. Pelkistettyjä ilmauksia ryhmiteltiin niin, että samanlaiset ja erilaiset yhdistettiin samaan luokkaan ja annettiin niille sisältöä kuvaava nimi.

Aineiston pelkistämävaiheessa ja ryhmittelyssä on jo mukana aineiston abstrahointia. Sisällön analyysin kolmas vaihe asettuukin limittäin edellisten vaiheiden kanssa. Aineiston abstrahoinnissa kannatta muistaa, että ei pyri liian nopeasti ja voimakkaasti nostamaan aineistonsa abstraktitasoa. (Kylmä & Juvakka 2007, 119.)

Pelkistämisen, ryhmittelyn ja abstrahoinnin avulla rakennettu synteesi antoi vastaukset tutkimuksen kysymyksiin.

7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Apuvälineitä ja teknologiaa on saatavilla laaja valikoima. Tutkimuksen tuloksista kävi ilmi, että niistä yleisimmät kotihoidon käytössä ovat turvapuhelin, hellavahti, ovihälytysvalvonta, muistuttava lääkeautomaatti, MenuMAT ja yksi kokeilussa oleva virtuaalisen kuvayhteyden tuoma teknologia, jota kutsuttiin Tunstalliksi.

Sairaanhoitajien kokemus aiheesta oli monipuolinen, joten vastausten käsittelyssä syntyi jokaiselle tutkimuskysymykselle kaksi ryhmää: hyvät ja huonot puolet. Tutkimuksen raportoinnissa kuvataan teknologian vaikutusta asiakkaiden elämän laatuun sekä hoitajien työskentelyyn ryhmitellen hyviä ja huonoja kokemuksia.

7.1 Miten teknologia auttaa muistisairasta kotihoidon asiakasta asumaan turvallisesti kotona?

Kokemukset teknologiasta olivat vaihtelevia riippuen siitä, miten paljon heidän tiimissään olevat asiakkaat käyttävät laitteita.

7.1.1 Hyvät kokemukset

Kaikilla haastateltavilla oli positiivisia kokemuksia käytössä olevista teknisistä apuvälineistä ja he olivat sitä mieltä, että ne ovat parantaneet muistisairaiden elämänlaatua lisäämällä itsenäisyyttä ja vähentämällä yksinäisyyden tunnetta sekä ovat lisänneet turvallisuuden tunnetta. On muistettava, että jokaisella teknisellä laitteella on omat ominaisuudet ja tavat parantaa muistisairaiden elämän laatua ja luoda ja kehittää turvallisuutta.

Esimerkiksi haastateltavien mielessä MenuMATilla on omat etunsa. Se on yksi vaihtoehto, kun vielä asiakas pystyy jonkin verran osallistumaan ruoan laittamiseen. MenuMATin selkeät ohjeet ja käytön helppous parantavat

mahdollisuuksia oman elämän hallintaan. Siinä tilanteessa ei tarvitse käyttää muita esineitä, jotka voisivat vahingoittaa käyttäjää ruuan laittamisen prosessissa. Asiakkailla on mahdollisuus syödä mitä haluaa ja silloin kun on näläntunne.

Menukat se on joo yksi kotihoidon vaihtoehto ruuan toimittamiseen, se on periaatteessa näppärä, se laite antaa selkeät ohjeet.

Valitaan semmoiset ruuat mitkä niinkuin siihen asiakkaille sopii

Virtuaalisen kuvayhteyden tuoma tekniikka (Tunstall) auttaa tilanteessa, kun asiakas tuntee itsensä yksinäiseksi ja kaipaa seuraa.

muistisairautta ketkä hälyttää kun kokee itsensä yksinä ja sit ne ottaa tänne yhteyttä ja sit täällä on henkilö kenelle hän saa jutella hän saa siinäkin semmosta henkistä tukea.

hän soittaa ja kertoo mitä hän on syönyt ja onko ottanut lääkettä sekä mihin on menos, elikä se on asiakkaan turvallisuuden takia, tiedetään missä hän voi olla,

Turvallisuuden tunne lisääntyi erityisesti yksin asuvalla dementoituneella.

tää tunstal ollut siinä mielessä hyvä näille asiakkaille näkee hoit kasvot, se ollut kivaa kun he juttelevat niin he näkevät, niin se ollut heille semmoinen tosi kiva juttu, turvalisemmin ollo

hän soittaa ja kertoo mitä hän on syönyt ja onko ottanut lääkettä sekä mihin on menos, elikä se on asiakkaan turvallisuuden takia, tiedetään missä hän voi olla,

Tutkimuksen tulosten mukaan käyttöhelppous on tärkeä ominaisuus, joka hoitajien mielessä oli osa hyvistä kokemuksista, varsinkin silloin kun muistisairaiden toimintakyky heikkenee ja uusien asioiden oppiminen vaikeutuu. Hoitajien mielessä teknologia on uusi ilmiö ikääntyneiden elämässä. Kun on helppoa, käyttö onnistuu pidempään.

Turvanappia painamalla tulee kotiin apua

Turvapuhelin on sellainen mistä ne saa hälytettyy apua ja monet ne dementoituneetkin pystyy sitä käyttämään sitä turvapuhelinta ja heillä on ollut monia vuosia niitä.

koska tän ikäluokan ihmiset niillä sitä teknologiaa ei paljon ollut heidän elämänsä aikana eli heidän on ollut vaikea sitten osalla ihmisellä on nyt vaikea oppia sitä uutta eli miten asia toimii se eli helppokäyttöisyys

Haastateltavien mukaan turvateknologia on auttanut dementoituneita asumaan turvallisesti kotona.

Lääkekello muistuttaa lääkkeitä eli muistuttaa aina samaan aikaan josta asiakas saa turvallisesti samana aikana oikeat lääkkeet.

Muistisairaita asiakkaita, jotka karkailee ja tahtovat lähtee yölläkin pois kotoa, semmosessa tilanteessa hälytys menee turvapalvelulle ja sieltä tulee soitto jos asiakas ei ole yhteydessä puhelimen kautta sitten turvapalvelu ihmisiä lähtee etsimään asiakasta.

helloissa saattaa olla ajastimia systeemiä että hellat eivät jää päälle, että sammu

kun asiakas paina turvaranneketta ja niinku hän heti saa apua.

7.1.2 Huonot kokemukset

Huonot kokemukset liittyivät siihen, että teknologiaa käyttäessä pitää huomioida dementoituneiden tilanne. Jos sairaus on edennyt pidemmälle, teknologia ei kovin paljon auta.

jos on oikein pitkälle edennyt dementia ja taipumus halua lähteä ulos niin semmosessa tilanteessa ovivahditkaan ei pidätä niitä, sitten se tulee paljon hälytyksiä.

Hyvin edennyt dementikolle on tosi vaikea opettaa eli jos opetetaan sen käyttöä ensimmäinen viikko menee hyvin mutta toinen viikko, he taas unohtavat käyttää niitä tai unohtaa käyttää tekniikka.

Jos asiakas asu yksin ja on hyvin dementoitunut, vaikka teknologia on käytössä ja kotihoito käy kolme kertaa päivässä, ei se paljon auta

Sairaanhoitajien kokemuksen mukaan vaikka teknologia on tehnyt positiivisia muutoksia muistisairaiden elämässä, niiden käyttöönotto vaati hieman asiakkaiden osaamista, oppimiskykyä sekä jonkin verran toimintakykyä. Se tuo ongelmia, kun sairauden edetessä oppiminen vaikeutuu ja toimintakyky heikkenee.

jollakin asiakkaalla sit ne täytyy jolla lailla hallita teknologia, monesti uuden teknologian oppiminen on vaikeita. Niillä ei edes välttämättä oppiskaan sitä

Täm mosille iäkkäille muistisairauksille voi olla tosi haastavaa. Niiden uuden teknologian oppiminen.

Lääkekello, koska siinä kuitenkin vaaditaan vähän että sä osaat avaa vasta sen luukun ja sitten kaadat ne lääkkeet.

lääkkäällä ihmisellä ei ollut heidän elämässä teknologia siksi heillä on vaikea ymmärtää teknologian systeemiä, vaikka on helppo.

nii turvapuhelin jo sekin asiakkaan täytyy ite pystyy hälyttämään apua.

Haastateltavien mukaan muistisairauksiin liittyvät käytöshäiriöt ja harhaluulot vaikuttavat huonoon kokemukseen. Jossain tapauksissa se aiheutti ahdistusta tai pelkoa, jolloin turvateknologian käyttö ei onnistu.

että jos häntä ahdistaa lisää ja enemmän tuo semmoista hankaluutta ei kauheesti järkeä

joku asiakas, en tiä mikä se syy on, ehkä se syy on että he pelkäävät painaa vahingossa ja tulee vahinkohälytyksiä, he kokevat sen isona ongelmana.

Se piipitys se voi joitaki häiritä se aiheutti problematikka ei muistin takia vaan muiden asioiden ja harhauksien takia

jos vaikka yöllä se rupea täriseämään se laite sitten, kysyy mikä hätänä, sitt säikähtää ja siinä on kaikkia tämmöisiä. Ehkä se on se melkein suurin ja tietysti se että vedetään nämä johdot pois ja ei anneta näitten johtojen olla seinässä

Kieltäytyminen aiheutti ongelmia, silloin kun turvallisuuden varmistaminen oli ristiriidassa dementiapotilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittamisen kanssa:

yleensä iän myötä on vaikeaa hyväksyä uusi laiteteknologia. asiakas ei välttämättä ajattele että se on sitten hänen parhaaksi vaan on ylimääräinen juttu. Monet sanoo sen että eivät halua sitä edes kokeilla.

Hänelle oli puhelinturva hommattu, sen niin hän oli vaan kauniisti laittanut ja kierittänyt siihen näin ja se oli pöydän alla.

Asiakkaat ei pitää turvaranneke kaulassa eikä pitää ranteessa. Esimerkiksi jos hän kaatu kylpyhuoneessa ja ranneke on tyynynalla sitten asiakas ei saa apua tarvittaessa.

Haastattelussa ilmeni että teknologia ei palvele kaikkia ja niiden käytöllä on rajansa:

ei kaikille muistisairaille, ei välttämättä toimi. ensin kokeillaan sitten jos on hyötyä otetaan käyttöön, kaikkiahan nämä ei palvele, näilläkin on rajaa

Lääkekello , Se on joilleki sopii ja joilleki ei, se on vähän mietittävä ketä asiakas palvelee. Ei se tämäkään kaikille on hyvä.

on tavallaan ottaa huomion että palveleeko se asiakasta vai onko asiakas yhteistyökykyinen, pystytään näitä asioita sopimaan ja järjestämään sitten se miten sen käyttö, että oppiko asiakas käyttämään jotakin.

Haastattelussa selvisi, että asiakkaiden tarvitsemia turvateknologiavälineitä on saatavilla kotihoidon kautta, mutta asiakas itse ja hänen omainenkin voivat myös suoraan tilata niitä turvapalvelusta. Kun kotihoito tilaa, se tapahtuu kotihoidon ohjaajan kautta. Hän kysyy terveyden- tai sairaanhoitajan mielipidettä, he tekevät arviointikäynnin. Tarpeen mukaan keskustellaan

laitteiden tärkeydestä ja tarpeellisuudesta asiakkaiden ja omaisen kanssa. Kun asiakas suostuu, niitä tilataan:

Tapahtuu ohjaajan kautta, kysyy terveyden- tai sairaanhoitajien mielipidettä kenelle sopi mitä eli laite tai turvaranneke, me teemme arviointi käyntiä.

Yleensä kun olen terveyden-sairaanhoidaja teen näitä ensikäyntejä niin yleensä mä heille kerronkin ja aika monet siinä ottaa, eli jos kaatu kotona voisitte painaa siitä turva nappia saa sitten yhteyttä joku turvapalveluun

Ongelmana tuli esille, että jotkut laitteet ovat kalliita ja lisäävät kustannuksia. Siinä tapauksessa joku muistisairas asiakas ei suostu niiden käyttöön. Muutamien laitteiden hankkimisessa, esimerkiksi turvapuhelimen, Helsingin kaupunki auttaa.

Asiakkaalla ei ole varaa ostaa niitä

Sairaanhoitajien mielessä laitteiden koko ja muoto sekä asiakkaiden kotiympäristö joskus aiheuttavat epäonnistumisen:

Menumat, se on iso, monet kokee pienessä asunnossa , että tuo vie liikaa tila.

Lääkekello, jossa on paljon lääkkeitä päivässä sit se jää hirveän pieneksi aina se, niinkuin aamulle pieniä, päivälle ja näin.

Lääkekellokin on tosi hyvä mutta sen alussa oli lääkkeiden ottamisessa tullut hankaluutta.

Noiden luona esim. käy lapsenlapsia ja se vielä on mielenkiintoista mitä sen mummon kaulalla on esim., jos turvapuhelin kaulassa ja tai jos asiakkaalla on monitori käytössä, se on mielenkiintoista sekä asiakkaalle että omaisille. Ongelmia esimerkiksi, jos on todella utelias ja halua kokeilla kaikkia kaikista.

7.2 Miten kotihoidon henkilökunta hyödyntää teknologiaa muistisairaana asiakkaan hoidossa?

Teknologialla on myös vaikutusta hoitajien työnkuvaan ja työolosuhteisiin. Haastatteluissa selvisi, että kotihoidon työntekijöillä oli monipuolisia kokemuksia asiasta. Haastateltavien mukaan suurin osa turvateknologia laiteista, palvelee vain asiakkaita.

Turvapuhelin, ranneke, hellavahdit ja ovihälytin, ne kaikki palvelee asiakasta, nämä kyllä asiakasta varten.

7.2.1 Hyvät kokemukset teknologian hyödyntämisestä

Muistisairaiden turvallisuuden parantamisen lisäksi teknologia voi vaikuttaa positiivisesti hoitajien työskentelyyn. Keventää työntekijöiden työstä johtuvaa rasitusta, vähentää kotikäyntien tarvetta ja helpottaa hoitotyötä sekä huolenpitoa.

Sairaanhoitajat esittivät, että pitää kokeilla kakkia mahdollisuuksia, jotta muistisairas asuisi turvallisesti kotona.

Yritetään sitten kaikkea mahdollista kokeilla, mikä auttais, että asiakkaat, heillä olisi vielä turvallista asua.

Kun dementoitunut asuu turvallisesti kotona, se vähentää hoitajien huolenpitoa.

Ovihälytin se ollut tosi hyvä juttu että sillä nähdään mitä asiakas sielä touhuile., ovivahdit on semmoisille muistihäiriön asiakkaille jotka harhaile ja usein pääse yöllä ulos, semmoisille asiakkaille ovivahdit on hyvin helpottanut.

Turvateknologian avulla hoitaja saa tietoa muistisairaana asiakkaan tilanteesta, avun tarpeesta ja samalla pystyy antamaan neuvoja ja ohjeita.

No sit ne turvapuhelimet on hyvä siinä mielessä että jos kaatu kotonakin sit hälyttyy apua.

Lääkekello sit se tiedämme että nyt asiakas ei ole saanut lääkkeitä, ja pitää mennä antamaan lääkkeet.

Tunstall, jos lääkkeitä tarvii muistuttaa missä asiakkaan lääkkeet on että hoitaja kattoo sen kautta että asiakas ottaa ne lääkkeet tai missä voi sattua semmoita vahinkoa, semmoiset kohdat.

Että taas tunstallin, hoitaja pystyy näkee sinne sen ympäristöön mihin sen kamera näyttää sen kotona, pystyy sitten kiinnittää joihin asioihin, että tää ollut tosi kiva ja hyvä juttu.

Muistisairaskin hän vois hälyttää tänne kotihoitoon ja sano nyt mä en pääsee sängystä voisko joku tulla auttamaan sit se tieto tulee tänne meille ja mä koen ton itse asiassa hyvänä tämän tunstallin.

7.2.2 Huonot kokemukset teknologian hyödyntämisestä

Sairaanhoitajien mukaan turha hälytys oli ongelma ja kuormitti heidän työtä:

hoitajat joutuu sitten tekemään tietyt jutut

jos on semmonen ovihälytin joka on jatkuvasti päällä ja hoitajat joutuvat painaa tietyt napit että ei tule turhia hälytyksiä.

Lähes kaikki haastateltavat olivat sitä mieltä, että teknologia auttaa, kun tauti on alkuvaiheessa ja asiakas pystyy käyttämään ja muistaa käyttää teknologiaa.

joskus me saimme paljon apua, kun hän muistaa käyttää on hyödyllistä

Kun tauti on ihan alussa se varmaan auttaa meitä, koska asiakkaalla on kuitenkin muisti vielä.

jos asiakas asu yksin ja on hyvin dementoitunut ei enää autta

jos asiakas ei muistaa mitään ja hyvin muistamaton, se ei auttaa yhtään.

7.3 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Turvallisuus on ihmisen oikeus, jota joudutaan käsittelemään kaikissa elämänkulun vaiheissa. Vastakohtana on turvattomuus, joka vaikuttaa heikentävästi ihmisen hyvinvointiin. Turvattomuuteen liittyviä käsitteitä ovat esimerkiksi uhka, riski ja pelko, joista riski liittyy läheisemmin ikääntyvien selviytymiseen kotona. Nykyään pyritään riskienhallinnalla lisäämään turvallisuuden tunnetta kotona. (Helttunen & Korhonen 2010, 9.)

Kun vanhus ei enää pärjää kotona yksin, hänen elämänlaadun parantamiseen voidaan hankkia erilaisia palveluja (Helttunen & Korhonen 2010,10.). Dementiaoireista kärsivä ikäihminen joutuu käyttämään erilaisia apuvälineitä, jotta sopeutuisi uuteen elämäntilanteeseen.

Suurin osa haastateltavista oli sitä mieltä, että teknologia hyödyttää hoitotyötä sekä muistisairaiden arkielämää. Teknologiaa hyödyntävät työ- ja apuvälineet voivat haastattelujen perusteella osaltaan edistää dementoituneiden kotihoidon asiakkaan turvallisuutta ja hyvää hoitoa sekä kotihoidossa työskentelevien jaksamista vähentämällä rutiiniväilyä. Yksinasuville ikääntyneille se tuo iloa, itsetuntoa ja turvallisemman olon, mikä on tärkeä yksinäisyyden turvaamiseen.

On todettava että kokemukset eivät olleet pelkästään positiivisia. Tutkimuksessa nousi esiin, että turvatekniikalla on sekä hyviä että huonoja puolia. Haastatteluista selvisi, vaikka teknologisten apuvälineiden käyttöönotto on helpottanut hoitotyötä ja vaikuttanut positiivisesti asiakkaiden arkielämään, ne kaikki ovat sidoksissa muistisairaana tilanteeseen. Lähes kakkien sairaanhoitajien mukaan, näistä on enemmän hyötyä, silloin kun tauti on alkuvaiheessa. Sairauden etenemisen myötä kun muisti pettää ja toimintakyky heikkenee, ongelmia ilmaantuu entistä enemmän, kun ei osaa käyttää eikä muista hälyttää.

Tuloksien mukaan helppokäyttöisyys oli vaikuttanut hyvän kokemuksen luomiseen, mutta silti kun dementia on edennyt pidemmälle, se ei voi enää paljon auttaa. Asia menee monimutkaisempaan suuntaan, kun teknologian

apuväline, joka pitäisi tuoda turvallisuutta, toistuvan epäonnistumisen ansioista tuottaa ahdistusta ja pelkoa. He painottivat sitä, että teknologiaan liittyvien apuvälineiden on oltava mahdollisimman yksinkertaisia ja helponkäyttöisiä.

Apuvälineissä ei saisi olla mitään irrotettavia osia, mitkä olivat tuoneet huonoja kokemuksia haastateltavien mielestä. Kun apuväline palvelee muistisairaita, ei saa vaatia muistamista eikä päättelykykyä.

Suomessa on tehty erilaisia tutkimuksia ja hankkeita, joiden tavoitteena oli selvittää, miten teknologia voisi toimia ikäihmisten kotona asumisen ja hyvän arjen tukena. Käsittelimme aikaisempia tutkimuksia kriittisesti ja niistä otettiin esille vain tähän tutkimukseen liittyvät keskeiset asiat.

Teknologia on nähty Armannon mukaan kotona selviytymisen tukijana ja mahdollistajana sekä henkilökunnan resurssina ja myös todettu sen olevan tärkeänä osana erityisesti suunniteltaessa erilaisia turvallisuutta lisääviä ratkaisuja kuten turva- ja hälytystoimintoja. (Armanto 2006, 201.) Mainitut asiat ovat tulleet meidän tutkimuksessammekin esille.

Pohjoismaiden hankkeessa Apuvälineet ja dementia (Stakes 2008) oli mukana Suomen lisäksi, Tanska, Norja, Ruotsi ja Islanti. Hankkeessa todettiin, että apuvälineiden käyttö voi omalta osaltaan tukea itsenäisyyttä, lisätä turvallisuuden ja varmuuden tunnetta sekä auttaa hoidossa ja huolenpidossa. Tutkimuksessa todettiin, että apuvälineistä olisi enemmän hyötyä, kun sitä hankitaan sairauden mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Näin muistisairas oppii tuntemaan apuvälineet silloin, kun se on vielä mahdollista, ja apuvälineitä voidaan käyttää pitempään kognitiivisten toimintavaikeuksien ilmaantumisesta huolimatta. (Stakes 2008, 30.) Samaan tulokseen tulimme omassa tutkimuksessa. Meidän tutkimuksessamme selvisi, että laitteiden käyttökelpoisuus vaihtelee eri vaiheessa oleva sairastuneiden mukaan. Teknologia laite, joka sopi erityisesti joillekin, samalla voi aiheuttaa ongelmia toisille. On tärkeä tarkistaa koko ajan asiakkaiden pärjäämistä laitteiden kanssa. Niitä myös Stakes (2008) totesi, että käytössä olevien apuvälineiden sopivuus ja niiden käyttöönotto pitää tarkistaa säännöllisesti.

Teknologian käyttö vaihtelee huomattavasti eri kunnissa esimerkiksi taloudellisesta syystä johtuen. (Armanto 2006., 212.) Vaikka muistisairaana kotona asumisen tueksi kehitetään koko ajan lisää teknologiaa, tutkimuksen tuloksista selvisi, että taloudellisesta syystä ne eivät ole laajasti kaikkien ulottavilla. Jokaisella muistisairaalla on oikeus sairastuneen toimintakykyä ja hänen tarpeitaan vastaaviin kuntoutuspalveluihin. Jos halutaan tukea ja edistää kotona asumista kannatta etsiä ratkaisua taloudellisiin ongelmiin.

Meidän opinnäytetyömme tulokset eivät kuitenkaan ole yleistettävissä, mutta se voisi kannustaa ja herättää kiinnostuksen jatkotutkimuksen tekemiseen. Teknologian vaikutusta voisi tutkia entistä syvällisemmin ja laajemmin, myös laitteiden käytön jatkuvuuden ja tottumisen puolesta, mikä rakentaa turvallisuuden tunnetta. Olisi hyvä tutkia erityisesti vain epäonnistumisen tekijöitä, varsinkin pidemmälle menneen sairauden vaiheessa, jotta selviäisi, millä keinoin voi ehkäistä niitä. On myös hyvä tutkia, miten paljon käyttäjän mielipide tai hoitajien kokemus ja näkökulma vaikuttaa teknisten laitteiden valmistamisen prosessiin. Kun koko ajan kehitetään uusia käytännöllisiä laitteita, tie on aina auki uudelle tutkimukselle. Tulevaisuudessa voidaan tutkia ja selvittää Tunstallin vaikutusta. Se oli tuonut kaikista mainituista laitteista eniten hyvää kokemusta.

Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää muistisairaiden hoitotyössä. Kun muistisairaus on diagnosoitu, pitää hankkia hänelle sopiva tekninen apuväline, jotta hän ehtii tutustua ja oppia sen käytön varhaisessa vaiheessa. Muistisairauden aste ja sen vaikutus hänen arkielämäänsä on selvitettävä arviointikäynnillä ja laitteita valitessa. Tekniset apuvälineet ovat asiakaslähtöisiä, kun heidän mielipiteet ja tarpeet on otettu huomioon. Jos kovin dementoitunut ei pysty ilmaisemaan tarpeitaan, pitää kysyä omaisilta sekä tehdä tarkkaan hoitosuunnitelma, mikä kuuluu sairaanhoitajien kokonaisvaltaiseen hoitotyöhön. On tärkeää tarkkailla koko ajan asiakkaiden pärjäämistä laitteiden kanssa.

8 TUTKIMUKSEN EETISYYS

Opinnäytetyössä tulee noudattaa tutkimuksen yleisiä eettisiä pelisääntöjä ja tulemme olemaan vastuussa eettisestä ohjeesta. Eettisyyden tulee näkyä opinnäytetyön aiheen, työprosessin ja tuloksien välillä. Opinnäytetyön prosessin aikana tekijän on oltava rehellinen, osattava rajata opinnäytetyön aihetta sekä nojaututtava työssään luotettaviin lähteisiin (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010, 12).

Yleiset rehellisyyden periaatteet kuuluvat opinnäytetyön prosessin jokaiseen vaiheeseen. Eettisten periaatteiden mukaisesti tutkijan on selkeästi kerrottava tutkimukseen osallistuville tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja mistä tutkimuksessa on kyse. On myös kerrottava, että osallistuminen tutkimukseen on vapaaehtoista ja mukanaolon voi keskeyttää milloin tahansa. Tutkimuksen osallistujilla on oikeus kieltää tutkijaa käyttämästä hänen antamiaan tietoja jälkikäteenkin. Tutkimukseen osallistuvilla on oikeus tietää edellä mainitut oikeutensa. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 128.)

Tutkimustietojen on oltava luottamuksellisia. Tutkimuksessa saatua aineistoa ei saa luovuttaa ulkopuolisille. Tutkimukseen osallistuvilla on oikeus odottaa ja vaatia, että kaikkia luvattuja sopimuksia ja tutkimukseen liittyviä eettisiä periaatteita ehdottomasti noudatetaan. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 129.)

Haastattelun osallistuminen oli vapaaehtoista. Kysyimme haastateltavilta halukuutta osallistua tutkimukseen. Kuvasimme tutkimuksen tavoitteet ja tarkoitus ja se että sitä suoritetaan haastattelu menetelmällä. Kerroimme kaikille haastattelun osallistuville, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja he osallistuvat nimettöminä tutkimuksen haastatteluun. Lisäksi kerrottiin meidän salassapitovelvollisuudesta, että saatua aineistoa käytetään ainoastaan opinnäytetyöhön ja huolehditaan, että aineistolla ei ole mahdollisuutta joutua ulkopuolisten käsiin.

9 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavat tutkija ja tutkijan taidot, aineiston laatu, aineiston analyysi ja tutkimustulosten esittäminen. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta parantaa tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteutumista. Tarkkuus koskee tutkimuksen kaikkia vaiheita. Laadullisessa aineiston analyysissä on keskeistä luokittelujen tekeminen ja lukijalle tulisi kertoa luokittelun syntymisen alkujuuret ja luokittelujen perusteet. (Hirsijärvi 2007, 226–227.)

Opinnäytetyö on luotettava silloin kun tutkija on objektiivinen ja puolueeton. Tutkija on puolueeton silloin kun hän pyrki ymmärtämään ja kuuntelemaan tiedonantajan kertomusta ilman omaa asennetta asiaan. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 133.)

Opinnäytetyön luotettavuuden arvioinnissa on muistettava, että opinnäytetyö arvioidaan kokonaisuutena. Tutkimuksen sisäinen johdonmukaisuus ja tasapainoinen työn rakenne ovat tärkeitä. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 135.)

Olimme olleet tarkka tutkimuksen kaikissa vaiheissa, eli tiedon hankkimisessa, haastattelussa, aineiston analyysissä sekä tutkimustulosten esittämisessä.

Teoreettisen tiedon keräämiseksi, haettiin tietoa kirjoista ja eri tietokannoista, Muistiliitosta ja Helsingin kaupungin internetsivuilta. Nauhoitetun haastattelun vastaukset kuunneltiin moneen kertaan ja litteroitiin sanatarkasti, muuttamatta sanaakaan. Pelkistämisen ja ryhmittelyn vaiheessa säilytimme tarkasti haastateltavien ajatukset. Aineiston analyysin aikana olimme rehellisiä ja puolueettomia, eivätkä omat näkemykset, mielipiteet ja ajatukset vaikuttaneet asiaan, vaan haastateltavien vastauksien tulokset.

10 POHDINTA

10.1 Indiran pohdinta

Olen valmistunut sairaanhoitajaksi Nepalissa. Meidän maassa sairaanhoitajan opintokokonaisuuteen ei kuulu opinnäytetyötä, siksi aikaisemmin minulla ei ollut yhtään hahmoa opinnäytetyöstä. Opinnäytetyön tekeminen oli meille mielenkiintoinen ja haastava tehtävä. Olemme kotoisin eri maista ja kulttuurimme ovat erilaisia. Välillä ajattelimme samaa asiaa eri näkökulmista.

Toisaalta olen ollut kotihoidossa lähihoitajana ja sairaanhoitajan sijaisena kaksi vuotta työssä. Työkokemuksestani minulla oli tuttu asia muistisairaiden kotihoidossa käytössä oleva turvateknologia, jonka vuoksi valitsin tämän aiheen. Opinnäytetyötä tehtäessä olen oppinut paljon asioita, esimerkiksi aineiston hakeminen, kerääminen, sanamuotojen vaihtaminen, lähdemerkintä ja lähdeluettelon laatiminen jne.

Opinnäytetyön tehtäessä minun tietoni muistisairauksista ja niiden hoidosta sekä kuntoutuksesta päivittyi ja lisääntyi. Opinnäytetyö on lisännyt minun ammatillista osaamistani eli sain tietoa uudesta teknologiasta. Ymmärsin syvästi, miten kotihoidon henkilökunta ja muistisairaat asiakkaat ovat hyötäneet turvateknologiasta; tiesin myös niiden vaikuttavia tekijöistä. Opin laadullisesta tutkimuksesta ja sen etenemisestä. Haastattelun litteroiminen oli mielenkiintoista. Opinnäytetyö on kasvattanut ja kehittänyt tietojana eli se helpottaa minua hoitamaan tulevaisuudessa muistisairaita asiakkaita kotihoidossa.

Tämän tutkimuksen tulokset hyödyttävät kotihoidossa työskenteleviä hoitajia sekä laitteiden kehittäjiä, kun he saavat tietoa turvateknologian hyvistä ja huonoista puolista.

10.2 Samiran pohdinta

Opinnäytetyön tekeminen on lisännyt minun ammatillista osaamista apuvälineiden merkityksestä ja hyödyllisyydestä muistisairaana hoidossa kotihoidon asiakkaiden hoitotyöstä. Tutkimuksen aikana olen oppinut ymmärtämään, että pitää hoitaa asiakasta kokonaisena yksilönä fyysisesti, psyykkisesti ja henkisesti hoitotyön aikana, kun asiakkaat tarvitsevat apua sairauden tai toimintakyvyn vähäisyyden vuoksi selviytyäkseen arkipäivän toiminnoissa.

Opin etsimään ja käyttämään luotettavia lähteitä opinnäytetyöhön eli ottamaan selvittämään kirjan tai artikkelin sisällön kelvollisuuden. Haasteena oli opinnäytetyön aiheeseen liittyvän kirjallisuuden löytäminen. Sen piti olla hyödyllistä ja ajankohtaista. Aihe oli haastava, koska kotimaassani minulla ei ollut kokemusta apuvälineiden käytöstä muistisairaiden hoidossa.

Opinnäytetyön prosessissa olen oppinut, että asiakkaan itsemääräämisoikeus ja osallistuminen oman hoitoprosessin päätöksen tekoon on jokamiehenoikeus ja inhimillinen vuorovaikutus ja arvokas kohtelu on sairaanhoitajien tärkein ammattietiikan ohje. Apuvälineiden hankintaprosessissa on todella tärkeää noudattaa asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja asiakkaan pitää tulla kohdelluksi aikuisena. Asiakkaan tahto ja mielipide on otettava ensisijaisesti huomioon. Kuitenkin on tärkeää miettiä tarkasti etuja ja haittoja. (Potential solution, whether it be technological or otherwise).

10.3 Royan pohdinta

Aloitimme työmme keväällä 2011, kun valitsimme aihe ELDEM-projektin teemoista. Aihe oli myös minun oma kiinnostuksen kohde. Halusin tietää minkälaista turvateknologiaa on kotihoidon käytössä ja millaisia kokemuksia on tullut esille. Aihe oli mielenkiintoinen ja laaja, mikä vaati rajoittamista.

Opinnäytetyön tekeminen pitkän opiskelutauon jälkeen vaati uusia taitoja ja osaamista, jotka uskon saaneeni vähitellen työn prosessien etenemisen myötä. Hyvä ohjauksen ja ATK-opastuksen ansioista perehdyin oman koulun vaatimukseen opinnäytetyön tekemiseen. Suomenkielen opettajan antama erinomaisen opetuksen ansioista sain paljon apua raportin kirjoittamiseen, mikä alussa tuntui haasteelliselta. Teoria keräämisen aikana minun tietoni muistisairauksista ja niiden hoidosta sekä kuntoutuksesta päivittyi ja lisääntyi.

Ikääntyneiden turvallisuutta tukeva teknologiaa on laaja valikoima ja tiedon saaminen välineiden ominaisuuksista oli työlästä, koska kirjoista ei saatu paljon apua. Kävimme Toimivassa kodissa, keskustelimme kirjaston hoitajien kanssa ja usean kerran yhdessä etsimme aiheeseen liittyviä lähteitä, jotka auttaisivat meitä tiedon hankittamisessa. Saimme paljon apua Muistiliiton Internetsivulta ja myös kotihoidon ohjaajan antamista linkeistä sekä esitteistä. Ne kaikki lisäsivät minun oppimiskokemuksiani. Työn tekemisessä opin arvostamaan ammattilehtiä sekä luotettavia Internetsivuja tiedonlähteenä, kun kirjan löytäminen sekä lainaaminen toivat epäonnistumista.

Aineiston analyysivaiheessa saimme paljon apua ohjaajilta sekä heidän suosittelemistaan kirjoista. Työn etenemisen myötä minun kiinnostus aiheeseen nousi entistä enemmän. Aihe oli ajankohtainen ja ammattilähtöinen, koska tulen tapaamaan muistisairaana ja hänen tarpeensa tulevassa työssäni. Tutkimustuloksista opin, mihin asioihin tulisi kiinnittää huomiota teknologiaa käytettäessä muistisairaana hoidossa. Opinnäytetyö tukee hyvin ammatillista kehittymistäni. Minun mielestä tutkimuksen tekeminen on ollut tavoitteellista ja antoisaa.

Tämän opinnäytetyö tehtiin ryhmänä ja työprosessin aikana tuli esiin, että ryhmätyö ei aina ole helppoa, kun pitää sovittaa aikaa ja tehdä työtä aikataulun mukaisesti. Jokaisella oli oma tavoite ja taito, joka vaikutti joskus esteenä työn etenemiseen. Yhteistyötä tehdessämme olemme käyttäneet yhteisenä kielenä suomea. Uskon, että työn haasteista huolimatta olemme onnistuneet ja saavuttaneet tavoitteita.

Olemme hyvin kiitollisia kaikille työn prosessin aikana mukana olleille, opettajille, kotihoidon ohjaajille sekä haastateltaville, jotka oman työn kuormituksesta huolimatta vastasivat meidän kysymyksiin ja auttoivat meitä avoimesti.

LÄHTEET

- Aejmelaeus, Riitta; Kan, Suvi; Katajisto, Kaija-Riitta & Pohjola, Leena 2007. Erikoistu vanhustyöhön. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.
- Alaharju, Anne 2009. Lääkekelloprojektin loppuraportti. Viisari ry. Viitattu 2.8.2011. http://www.viisaankivi.fi/filebank/8245-L%C4%K4KEKELLOPROJEKTIN_LOPPURAPORTTI.pdf)
- Alzheimer Europe, 2010. Alzheimer's disease. Viitattu 12.2.2012. [http://www.alzheimer-europe.org/Dementia/Alzheimer's disease](http://www.alzheimer-europe.org/Dementia/Alzheimer's_disease)
- Alzheimer's disease research, 2012. Healthy Living with Alzheimer's disease. <http://www.ahaf.org/alzheimers/livingwith/healthyliving.html>
- Alzheimerinfo i.a. Alzheimerin tauti. Viitattu 14.7.2011. <http://alzheimerinfo.fi/alzheimerin-tauti/>
- Armanto, Annukka 2006. Teknologia Ikääntyneiden kotona selviytymisen tukijana. Teoksessa Jari Helminen (toim.) Hyvinvoinnin rakentajat. Näkökulmia hyvinvoinnintyön ja sen edellyttämän ammatillisen osaamisen kehittämistarpeisiin Uudellamaalla. 199–216.
- Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010. Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä. Opas Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetyön tekijöille.
- Diakonia-ammattikorkeakoulu 2011. Muistisairaiden henkilöiden hyvinvointi ja turvallinen ympäristö. ELDEM–esite. Viitattu 10.2.2012. <http://www.eldemproject.eu/fin/g21s25>
- Eloniemi- Sulkava, Ulla, Juva, Kati & Mäkelä, Matti. 2010. Kotona asuvan muistisairaanhoido. Teoksessa Erkinjuntti, Timo, Rinne, Juha & Soininen, Hilikka (toim.) 2010. Muistisairaudet. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim, 505-513.
- Engeström, Yrjö; Niemelä, Anna-Liisa; Nummijoki, Jaana & Nyman, Juha 2009. Kotihoito murroksessa. Teoksessa Yrjö Engeström, Anna-Liisa Niemelä, Jaana Nummijoki & Juha Nyman (toim.) Lupaava kotihoito – uusia toimintamalleja vanhustyöhön. Jyväskylä: PS-kustannus, 11–24.

- Erkinjuntti, Timo; Heimonen, Sirkkaliisa & Huovinen, Maarit 2006. Hyviä päiviä kotona, muistisairaudet. Miten voit. Helsinki: WSOY.
- Helsingin kaupunki terveystieteiden keskus 2011. Apua kotiin. Helsingin kotihoidon palvelupaletti. Kotihoidon johtotiimi. Esite.
- Helttunen, Erja & Korhonen, Sirpa 2010. Lääkekellon käyttöohje ikääntyvän kotona selviytymisen tukena. Opinnäytetyö. Kajaani: Kajaanin ammattikorkeakoulu. Saatavana verkkojulkaisuna:
<https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/24425/HelttunenErja.pdf?sequence=1>.
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Huttunen, Matti 2010. Dementia. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 2.7.2011.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00358.
- Juva, Kati 2007. Pehdy muistisairauksiin. Teoksessa Ulla Vuori & Sirkkaliisa Heimonen (toim.) Tue muistisairaana kotona asumista – opas ammattihenkilöstölle. Helsinki: Suomen muistiasiantuntijat, 6–19.
- Juva, Kati 2011a. Alzheimerin tauti. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 7.11.2011.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00699.
- Juva, Kati 2011b. Muistihäiriöt. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 6.1.2012.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00706.
- Kallioma, Satu 2010. Teknologia jokaisen ulottuvilla. Muisti 2/2010, 23. vuosikerta. 2/2010 Muistiliitto, 8–9.
- Kotilainen, Helinä; Topo, Päivi & Hurnasti, Tuula 2009. Asuinympäristö, apuvälineet ja teknologia. Teoksessa Saila Sormunen & Päivi Topo (toim.) Laadukkaat dementiapalvelut. Opas kunnille. Helsinki: Stakes, 105–118.
- KOVI-pilottihanke i.a. Kotihoidon virtuaalitekniikkaohjelma, osatutkimussuunnitelma. Tuloste.
- Kylmä, Jari & Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki, Edita MenuMAT i.a. Itsenäistä elämää kotona. Viitattu 3.1.2012. <http://www.menuMAT.fi/>

- Muistiliitto i.a. Muisti ja muistisairaudet. Hoito ja kuntoutus. Viitattu 30.10.2011.
http://www.muistiliitto.fi/fin/muisti_ja_muistisairaudet/
- Mäki, Outi; Topo, Päivi; Rauhala, Marjo & Jylhä, Marja 2000. Teknologia dementiahoidossa. Eettinen näkökulma päätöksentekoon. Helsinki: Stakes.
- Stakes 2008. Apuvälineet ja dementia Pohjoismaissa: muistia ja muita kognitiivisia toimintoja tukevat apuvälineet dementoituvan ihmisen arjessa: haastattelututkimus Suomesta, Islannista, Norjasta, Ruotsista ja Tanskasta. Helsinki: Stakes
- Stengård, Mari 2011. Muistisairaiden kotihoito ja sen kehittäminen. Satakunnan ammattikorkeakoulu, Sosiaalian koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Viitattu 10.7.2011.
https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/29151/Stengard_Mari.pdf?sequence=1
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2003. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi
- Vaarama, Marja & Noro, Anja 2005. Vanhusten palvelut, Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 7.11.2011.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00058&p_haku=kotihoito

LIITE 1

HAASTATTELUN KYSYMYKSET

1. Millä keinoin teknologia on auttanut dementoituneita asumaan pitempään turvallisesti kotona?
2. Miten teknologia on helpottanut muistisairaiden kotihoitoa?
3. Mitä asioita olisi parempi ottaa huomioon teknologian käytettäessä? Mitä ongelmia on tullut esille?
4. Miten asiakkaat saavat tarvitsemansa laitteet?

LIITE 2



Turvapuhelin



Turvaranneke

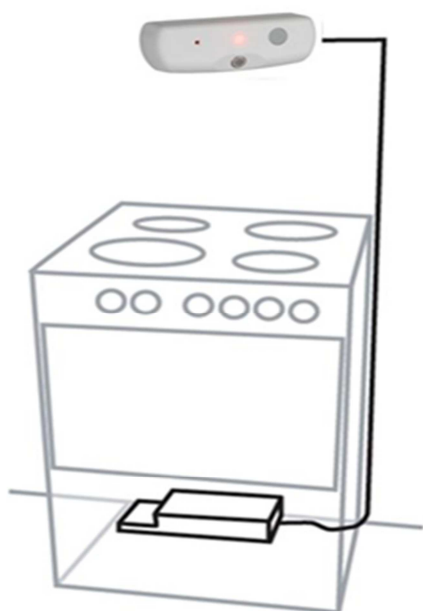


Turvapuhelimeen voidaan liittää useita rannekkeita



Lääkekello

LIESIVAHTI



MENUMAT



VIRTUAL HOME CARE

Yhteys Kotiin - Yhteys Ihmisiin



OVIVAHTI

