



Ennaltaehkäisevät kotikäynnit Itä- Uudellamaalla



Hytönen Jenni

Imjack Etty

Räisänen Elina

Tekijät: Jenni Hytönen, Etty Imjack ja Elina Räisänen

Ennaltaehkäisevät kotikäynnit Itä-Uudellamaalla

Vuosi 2009

Sivumäärä 49

Opinnäytetyömme tavoitteena oli selvittää, millainen on ennaltaehkäisevien kotikäyntien sisältö sekä vaikuttavuus ehkäisevässä vanhustyössä. Tavoitteeseen pääsimme seuraavien opinnäytetyökysymysten avulla: Minkälainen on hyvä ennaltaehkäisevä kotikäynti, mitkä ovat hoitohenkilökunnan näkemykset ennaltaehkäiseviltä kotikäynneiltä ja minkälaisia palveluntarpeita ilmenee kullakin kohderyhmällä.

Opinnäytetyössä käytimme tutkimusmenetelmänä kvalitatiiviseen tutkimusotteeseen kuuluvaa teemahaastattelua. Tämän avulla saimme monipuolista tietoa aiheeseemme liittyen. Haastattelut toteutettiin Porvoossa, Loviisassa ja Mäntsälässä. Haastatteluihin osallistui vanhustyön johtaja, kotihoidon palvelupäällikkö, kotihoidon ohjaaja ja sairaanhoitaja. Teemahaastattelumenetelmä täydensi tieteellisten tutkimusten kautta saatua tietoa. Työn teoreettisen viitekehyksen muodostavat ikäihmisten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä, ennaltaehkäisevä ja terveyttä edistävä vanhustyö, ennaltaehkäisevien kotikäyntien merkitys eri ikäryhmille ja ennaltaehkäisevien kotikäyntien historia Suomessa sekä edelläkävijä maa Tanskassa. Viitekehyksessä tuodaan esille voimavarjoja vahvistavan työtöiden merkitys ikäihmiselle, sekä terveyden ja toimintakyvyn arviointi osana ennaltaehkäisevää kotikäyntiä.

Haastattelutulosten mukaan hyvä ennaltaehkäisevä kotikäynti rakentuu ammattitaitoisen työryhmän yhteistyöstä, tarkasta suunnitteluvaiheesta sekä yhteistyöverkostojen hyödyntämisestä. Ennaltaehkäisevillä kotikäynneillä saatua tietoa pyritään hyödyntämään kuntatasolla. Ne auttavat ikäihmisille suunnattujen palveluiden kehittämisessä sekä auttavat ennakoimaan ikäihmisten tulevaa palvelun tarvetta. Haastattelujen pohjalta ilmeni, että kotikäynneillä tavoitteina on palveluista tiedottaminen, palvelutarpeiden kartoittaminen sekä niiden piiriin ohjaaminen tarpeen vaatiessa. Riskien tunnistaminen on oleellista, jotta niihin voidaan puuttua varhaisessa vaiheessa. Näin tehtäessä päästään ennaltaehkäisevien kotikäyntien päätavoitteeseen, joka on kotona asumisen turvaaminen mahdollisimman pitkään. Ennaltaehkäisevien kotikäyntien työryhmät valitsivat kohderyhmän eriperusteisesti itse asettamiensa tavoitteiden pohjalta. Kohderyhminä olivat sotaveteraanit, 75-vuotiaat sekä yli 80-vuotiaat. Palveluntarpeet liittyivät apuvälineisiin ja ateriapalveluun. Apua toivottiin kodin raskaimmissa askareissa. Lääkärin tarkastus koettiin ajankohtaiseksi ja kiinnostusta oli myös avokuntoutukseen. Tulimme siihen tulokseen, että ikä ei saa olla rajaava tekijä kohderyhmän valinnassa. Näin ollen jatkotutkimusaiheiksi esitämme kohderyhmän valinnan tarkastelun sekä ennaltaehkäisevien kotikäyntien vaikuttavuuden ja hyödynnettävyyden arvioimisen kuntatasolla.

Asiasanat: Ennaltaehkäisevä kotikäynti, ehkäisevä vanhustyö, kohderyhmä, palvelutarpeet

Contributors: Jenni Hytönen, Etty Imjack ja Elina Räisänen

Preventive house visits in Itä-Uusimaa

Year

2009

Pages 49

The objectives of this study was to clarify, what kind of things includes to a preventive house visit and how these home visits affects on preventive elderly care. We accomplished our objectives by our study questions: What kind of things includes in a good preventive house visit, what kind of insights does the nursing personnel and the leaders of elderly care have on preventive house visits, and what kind of needs for different services appears in a certain age group? Our research method was qualitative. In order to use qualitative methods, we used theme interview method in our interviews. With this method we received very comprehensive knowledge regarding our study issues. These interviews took place in Porvoo, Loviisa and in Mäntsälä. We interviewed the leader of the elderly care, the service manager of homecare, the director of homecare and one bachelor of nursing. The interviewees were essential in our study. This comprehensive knowledge concluded with the knowledge we received from all the scientific researches that was used in our study. The theoretic context of our study constitutes from the social- and healthcare service system for elderly people, preventive and health promoting elderly care and the significance of preventive house visits for elderly people. The theoretic context constitutes also the history of preventive house visits in Finland and the history of the pioneer of preventive house visits, Denmark. The meaning of abilities strengthen work methods for elderly people and the evaluation of health and elderly people abilities to function are presented in the theoretic context as a part of preventive house visits.

According to our interview results, we discovered that a good preventive house visit is being made from the co-operation of skilled workgroups, thorough planning phases and benefiting the co-operation parties. The knowledge that is being received from the preventive house visits is used municipally. The received knowledge helps to develop new services for elderly people and with the help of the knowledge cities can be prepared for the future among the elderly. Based on the interview results the objectives of the house visits are to inform elderly people about different services, getting information from elderly people, that is there a need for different services and to guide them to use services if necessary. During preventive house visits it is extremely important to identify risks that could cause problems to elderly people. The identification of different risk groups is very important too, for example widows and depressed people. With this work method, it is possible for the main goal of preventive house visits to come true: providing elderly people to have safe and long lasting living in their own home environments.

Workgroups that completed the preventive house visits chose their target groups according to their own objectives. These target groups consisted of war veterans, over 75 years old, and over 80 years old individuals. Assistive devices and foodservice were the most common need for service among the elderly people. Many people needed help for the hardest chores at home as well. The need for medical examinations and rehabilitation services appeared also in the interview results. In our study, we came to conclusion that age can not be the thing, which defines the group to be chosen in preventive house visits. We think that it is more important to discover different risk groups and provide help to these groups as well, without forgetting other elder people too.

Keywords: Preventive house visit, preventive elderly care, target group, elderly humans need for service

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE.....	6
3	IKÄIHMISTEN SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON PALVELUT.....	6
	3.1 Avoterveydenhuollon palvelut.....	7
	3.2 Kotihoito ikäihmisten palveluiden kulmakivenä.....	9
	3.3 Ehkäisevä vanhustyö terveyden edistämässä.....	11
4	ENNALTAEHKÄISEVÄT KOTIKÄYNNIT ITÄ- UDELLAMAALLA.....	12
	4.1 Tanska edelläkävijänä ennaltaehkäisevissä kotikäynneissä.....	13
	4.2 Ennaltaehkäisevät kotikäynnit Suomessa.....	14
	4.3 Kuntaliiton laatima kysely kunnille.....	14
	4.4 Ennaltaehkäisevät kotikäynnit yli 70 -vuotiaille.....	15
	4.5 Ennaltaehkäisevät kotikäynnit yli 80 -vuotiaille.....	17
	4.6 Ennaltaehkäisevät kotikäynnit yli 85 -vuotiaille.....	19
5	TIEDON HYÖDYNNETTÄVYYS.....	23
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	24
	6.1 Aineistonkeruumenetelmä.....	24
	6.2 Aineiston analyysi.....	25
	6.3 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi.....	26
	6.4 Analyysin vaiheet ja luokittelu.....	26
7	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET.....	28
	7.1 Hyvä ennaltaehkäisevä kotikäynti.....	28
	7.2 Henkilökunnan näkemykset ennaltaehkäisevän kotikäynnin merkityksestä ...	30
	7.3 Kotikäynnin hyöty ikäihmiselle.....	32
8	POHDINTA.....	33
	8.1 Tulosten tarkastelu.....	33
	8.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys.....	41
	8.3 Johtopäätökset.....	43
	8.4 Jatkotutkimusaiheet.....	43
	LÄHTEET.....	45
	LIITTEET.....	49

Liite 1 Teemahaastattelurunko

1 JOHDANTO

Seuraavien vuosikymmenten aikana Suomi ikääntyy nopeasti (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a). Ikäihmisten osuus väestöstä kasvaa voimakkaasti. Vuoden 2004 lopussa yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä oli lähes 16 %. Sen arvioidaan kasvavan lähes 27 %:in vuoteen 2040 mennessä. (Harri-Lehtonen, Isosaari, Laitinen, Luomaranta, Talvenheimo-pesu, Tartia-Jalonen & Viippola 2005, 4.) Tulevaisuuteen varautuminen vaatii kunnilta suunnitelmallista ja aktiivista ikäihmisille tarkoitettujen palveluiden kehittämistä. Yhteistyötä on tehtävä asiakkaiden, järjestöjen ja muiden sosiaali- ja hyvinvointipalveluiden tuottajien kanssa. (Harri-Lehtonen ym. 2005, 4). Sosiaali- ja terveysministeriö teki yhdessä Suomen Kuntaliiton kanssa ikäihmisten hoitoa ja palvelua koskevan laatusuosituksen. Laatusuosituksen yhtenä kehittämisen kohteena on ehkäisevä vanhustyö. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a.)

Ikäihmisille kotona asuminen on tärkeää ja siellä he haluavat myös asua mahdollisimman pitkään. Kotona asuessaan he kokevat saavansa tehdä päivittäisiä asioita omien tapojensa mukaisesti. Kotona asuessaan ikäihmiset kokevat olevansa itsenäisiä. He liittyvät siihen kokemuksen itsemääräämisoikeuden toteutumisesta. Omatoimisuuden säilyttäminen on tärkeää ikäihmiselle. Se mahdollistaa kotona asumisen ja sillä on selkeä yhteys vapauden ja itsenäisyyden kokemiseen. Useimmat ikäihmiset vaalivat terveyttään pyrkimällä huolehtimaan toimintakyvystään, terveydestään, kotiaskareista ja asioiden hoitamisesta. Ikäihmisen elämään saattaa liittyä paljon sairauksia ja toimintakyvyn puutoksia. Siitä huolimatta omatoimisuuden säilyttäminen mahdollisimman pitkään on heille ensiarvoista. (Ollikainen 2004, 5.)

Ikäihmisille suunnatun ennaltaehkäisevän toiminnan tulee olla luonnollinen osa palvelujärjestelmää. Sairauksien varhaisvaiheiden tunnistaminen ja niiden etenemisen ehkäisy ovat avainasemassa. Lupaavaksi keinoksi iäkkään väestön toimintakyvyn ja terveyden ylläpitämiseksi ovat osoittautuneet ennaltaehkäisevät kotikäynnit. (Ollikainen 2004, 5.) Ehkäisevät kotikäynnit ikäihmisille on uusi palvelumuoto, joka auttaa kuntaa ennakoimaan tulevia palvelutarpeita. Ennaltaehkäisevän kotikäynnin aikana arvioidaan muun muassa ikäihmisen toimintakykyä ja selviytymistä elinympäristössään, asunto-oloja ja palvelujen nykyistä ja tulevaa tarvetta. (Häkkinen 2002, 11-12.)

2 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on selvittää, millainen on ennaltaehkäisevien kotikäyntien sisältö sekä vaikuttavuus ehkäisevässä vanhustyössä. Tähän tavoitteeseen pyrimme pääsemään seuraavien opinnäytetyön kysymysten avulla:

1. Millainen on hyvä ennaltaehkäisevä kotikäynti?
2. Mitkä ovat henkilökunnan näkemykset ennaltaehkäisevien kotikäyntien merkityksestä?
3. Mitä palvelutarpeita ilmenee tietyllä kohderyhmällä?

Pyrkimyksenämme on saada vastaukset edellä mainittuihin kysymyksiin tieteellisten tutkimuksien ja teemahaastatteluiden kautta.

3 IKÄIHMISTEN SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON PALVELUT

Valtion ja kuntien yhteisen kiinnostuksen kohteena on ikäihmisten hoidon ja palveluiden jatkuva kehittäminen. Intresseissä on myös suomalaisen vanhustenhuollon pysyttäminen tasoltaan hyvänä ja laadukkaana. Erityistä huomiota on kiinnitettävä muun muassa kotona asumisen tukemiseen. Ikäihmisten hoitoa ja palvelua koskevassa laatusuosituksessa tavoitteena on, että mahdollisimman moni ikäihminen kykenee asumaan itsenäisesti kodissaan, tutussa asuin- ja sosiaaliympäristössään. Tämän tavoitteen saavuttamiseksi jokaisessa kunnassa tulee olla ajantasainen vanhuspoliittinen strategia, joka turvaa ikäihmisten sosiaaliset oikeudet. Aikajänteeltään strategian tulee olla 5-10 vuotta eteenpäinkatsova, investointitarpeiden osalta 20-30 vuotta. Ikäihmisten omatoimisen selviytymisen tueksi tarvitaan yhteistä palvelunäkemyksiä, jossa sosiaalityö, perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoidon, sekä muut palveluja tuottavat tahot tuntevat tehtävänsä ja toimivat saumattomasti. Laatusuositus painottuu myös eri yhteistyötahojen saumattomaan toimintaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001.)

Ikäihmisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi ja neuvontapalveluiden kehittämiseksi on lainsäädännöllinen perusta. Kansanterveyslaki (66/172) sisältää velvoitteen huolehtia kunnan asukkaiden terveysneuvonnasta ja siihen vaikuttavista tekijöistä ikäryhmittäin. (Kansanterveyslaki 66/172.) Ikäihmisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen ja kuntoutukseen kannattaa panostaa, koska heidän hyvinvoinnin ja terveyden koheneminen tukee itsenäistä suoriutumista, kotona asumista ja mahdollisuuksia toimia aktiivisena yhteisön ja yhteiskunnan jäsenenä. On myös olemassa tutkimusnäyttöä ennaltaehkäisy-, riskienhallinnan, varhaisen puuttumisen ja kuntoutuksen vaikuttavuudesta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a.)

3.1 Avoterveydenhuollon palvelut

Palvelutalojen rakentaminen aloitettiin Suomessa vuonna 1967. Suurin rahallinen tuki niiden rakentamiseen saatiin Raha-automaattiyhdistykseltä. Peruste niiden rakentamiseen oli, että haluttiin tarjota ikäihmiselle mahdollisuus elää itsenäistä elämää erilaisten palveluiden turvin. Sosiaali- ja terveydenhuollossa palveluasumisen yksiköt kuuluvat avoterveydenhuoltoon. Tämä erottaa palveluasumisen vanhainkodista. Palveluasuminen on tarkoitettu ikäihmisille, jotka tarvitsevat apua asumisensa järjestämisessä ja tukea itsenäisessä suoriutumisessa. Palveluasuminen tarjoaa kunnan tai muun tahon omistamaa kohdetta, joka mahdollistaa palveluasumisen tarjoamalla asunnon ja yhteisiä tiloja. Ikäihmisillä on saatavilla myös palveluja, esimerkiksi ruokapalvelu. (Andersson 2007, 8.) Palveluasuminen on tarkoitettu paljon apua tarvitseville ikäihmisille, vammaisille, sekä muille, jotka puutteellisen toimintakyvyn vuoksi tarvitsevat jatkuvaa apua ja tukea omatoimisen asumisen mahdollistamiseksi. Palveluasumisen tavoitteena on toimintakyvyltään heikentyneiden ja jatkuvasti apua ja tukea tarvitsevien ikäihmisten itsenäisen asumisen ja oman elämäntyylin ja itsemääräämisoikeuden säilyttäminen mahdollisimman kauan. (Oinonen, Tenho, Savolainen, Turtiainen & Lehtonen 2005, 5.)

Palveluasuminen jaetaan yleensä tavalliseen palveluasumiseen ja tehostettuun palveluasumiseen. Tavallisessa palveluasumisessa henkilökunta on paikalla ainoastaan päivällä. Tehostetussa palveluasumisessa henkilökunta on paikalla vuorokauden ympäri. Vuonna 2007 sosiaalihuolto pyrki selkeyttämään ja yhtenäistämään käytettyjä termejä liittyen palveluasumiseen. Heidän laatiman määrittelyn mukaan palveluasuminen on asumismuoto, johon kuuluu asunnon järjestämisen lisäksi jokapäiväiseen selviytymiseen liittyviä sosiaalipalveluja. Palvelut voivat olla kunnan tarjoamia tai yksityisiä. Tehostetussa palveluasumisessa palvelut ovat saatavilla vuorokauden ympäri. (Andersson 2007, 9; Oinonen ym. 2005, 5.) Stakesin lokakuussa julkaiseman selvityksen mukaan Suomessa tarvittaisiin vuoteen 2025 mennessä vähintään noin 10 000 lisäpaikkaa tehostettuun palveluasumiseen 75 vuotta täyttäneille. Järjestöillä on osaamista ja suunnitelmia toimintansa laajentamiseen. Nykyisessä tilanteessa tähän ei kuitenkaan voida ryhtyä. Ikäihmisten oikeus saada tarvitsemaansa apua ja palveluita vaarantuu vakavasti. (Valkonen 2007.)

Palveluseteliä koskevat lainmuutokset tulivat voimaan vuoden 2004 alussa. Palvelusetelillä kunta sitoutuu maksamaan palvelun käyttäjän kunnan hyväksymältä yksityiseltä palvelujen tuottajalta hankkimat palvelut kunnan päätöksellä asetettuun palvelusetelin arvoon asti. Palveluseteli on yksi palvelujen järjestämistapa muiden vaihtoehtojen rinnalla. Palvelusetelillä kunta myöntää asukkaalleen sitoumuksen maksaa tietyn kunnan päättämän osan yksityisen palveluntuottajan antamasta palvelusta. Kunta antaa asiakkaalle palvelusetelin ja palveluntuottaja laskuttaa kuntaa palvelusetelin arvosta. Palvelusetelin saanut asiakas maksaa palveluntuottajalle palvelusetelin arvon ja palveluntuottajan perimän

palvelujen hinnan välisen erotuksen. Palveluseteli voi käytännössä olla esimerkiksi viranomaispäätös, painettu seteli tai sähköinen kortti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 12.) Palvelusetelilain tavoitteena on lisätä asiakkaan valinnan mahdollisuuksia, parantaa palvelujen saatavuutta, monipuolistaa palvelutuotantoa, sekä edistää kuntien, elinkeinotoimen ja yksityisten palveluntuottajien yhteistyötä. Kotona annettavissa palveluissa käytettävien palvelusetelien arvosta säädettäisiin edelleen sosiaalihoitolaisissa ja kansanterveyslaissa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Palvelusetelin käyttö edellyttää, että kunnassa on tehty päätös palvelusetelin käyttöönottamisesta. Mikäli kunta aikoo järjestää palveluja palvelusetelillä, kunta osoittaa talousarviossaan ja -suunnitelmassaan voimavarat palvelusetelillä järjestettäviin palveluihin. Kunta tiedottaa kuntalaisille, asiakkaille ja mahdollisille palveluntuottajille palvelusetelin käyttöönotosta. Suomen Kuntaliitto on suosittanut, että kunnalla on kunnanvaltuuston hyväksymä strategia palvelutuotannosta. Hyväksytty strategia on samalla myös viesti palveluntuottajille siitä, miten kunta aikoo tulevina vuosina järjestää palveluja. Palvelusetelin käyttöönotto edellyttää, että tarjolla on soveltuvia palveluntuottajia, mutta se voi myös synnyttää uusia palveluntuottajia. Palvelusetelin käyttöönotto voi myös edellyttää, että kunnassa kehitetään ja tuetaan eri tavoin palveluyrittäjyyttä. Kunnassa voidaan esimerkiksi järjestää yrittäjille ja oman yrityksen perustamista suunnitteleville koulutusta yrityksen perustamisesta ja palvelujen laadun kehittämisestä yhteistyössä alueen kuntien, yrittäjäjärjestöjen ja TE-keskuksen kanssa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 17.)

Päiväsairaalan toimintaperiaate on edistää ja ylläpitää asiakkaan kuntoutusta ja hoitoa, asiakkaan kuitenkin asuessa kotonaan. Päiväsairaalan toiminta mahdollistaa asiakkaan yksilöllisen hoidon tukemisen ja esimerkiksi asiakkaan varhaisen kotiutumisen esimerkiksi vuodeosastolta. Porvoon Iloassa toimivan Päiväsairaala Rosan asiakkaat käyvät päiväsairaalassa 1-5 kertaa viikossa ja hoitajaksot ovat määräaikaista. Päiväsairaalan palveluja voi käyttää myös akuuteissa tapauksissa, jolloin esimerkiksi asiakkaan omaishoitaja ei pysty häntä hoitamaan. Kuljetukset Päiväsairaala Rosaan tapahtuu invataakseilla (Sjöström 2009). Suomessa toimii monia päiväsairaaloita, ja niiden toimintaperiaatteet ovat kaikissa lähes samat. Myös esimerkiksi Jyväskylän terveyskeskussairaalan yhteydessä toimiva päiväsairaala tarjoaa kuntoutusta ja hoitoa, silloin kun ympärivuorokautinen hoito ei ole asiakkaalle välttämättömyys. Jyväskylän päiväsairaalan asiakkaaksi pääsemiseksi tarvitaan lääkärin lähete, mutta terveyskeskuksen ylilääkäri tekee lähetteen perusteella lopullisen päätöksen. Päiväsairaaloissa työskentelee moniammatillinen työyhteisö ja esimerkiksi Jyväskylän päiväsairaalan henkilökuntaan kuuluu muun muassa sairaanhoitaja, lääkäri, perushoitaja, fysioterapeutti ja sosiaalityöntekijä. (Jyväskylän kaupunki 2009).

3.2 Kotihoito ikäihmisten palveluiden kulmakivenä

Kotihoito on tänä päivänä sosiaali- ja terveydenhuollon painopistealue kaikissa kunnissa. Ikäihmisten kotona asuminen on kansallinen tavoite. (Larmi, Tokola & Välikkiö 2005, 11.) Tavoitteen saavuttamiseksi, jokaisessa kunnassa tulee olla vanhuspoliittinen strategia. Strategia antaa kokonaisnäemyksen ikääntyvien tarpeista ja elinoloista sekä yhdistää eri sektoreiden yhteisen tavoitteen. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto 2001, 12; Kauppinen, Forss, Säkkinen, Voutilainen & Noro 2003, 21.) Tämän tavoitteen selkeyttämiseksi monet kunnat ovat yhdistäneet sosiaalihuollon kotipalvelun ja terveydenhuollon kotisairaanhoidon uudeksi tehtävä alueeksi, kotihoidoksi. (Larmi ym. 2005, 11). Kotihoidon tulee olla vanhuspalveluiden kulmakivi. Suomessa vanhustenhoidossa ensisijainen vaihtoehto on ollut kotihoito. (Finne-Soveri, Björkgren & Vähäkangas 2006, 19.) Vanhustenhoidon tavoitteena on ollut, että mahdollisimman moni ikäihminen voi elää itsenäisesti kodissaan ja tutussa asuin- ja sosiaalisessa ympäristössään (Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto 2001). Ikäihmisten palvelu ja hoito perustuu ihmisen kunnioittamisen periaatteisiin. Se on ihmissuhdetyötä, jossa yhdistyvät ihmisenä oleminen ja ammatillinen asiantuntijuus. Kotihoidon eettinen ulottuvuus ilmenee siten, että työntekijä ottaa omalta osaltaan vastuun asiakkaan palveluista ja hoidosta. Hän on osallisena asiakkaan hoidon suunnittelussa ja toteutumisessa. (Päivärinta & Haverinen 2003, 5.)

Kotihoitoa tarvitsevat asiakkaat ovat tilapäisesti tai pysyvästi kyvyttömiä selviytymään arjen toiminnoista. Kotihoidon työapu kohdistuu asiakkaan voinnin ja toimintakyvyn tukemiseen ja auttamiseen. Osa kotitalouksista tarvitsee apua myös kodinhoidossa ja virallisten asioiden hoitamisessa. Kotihoidossa tehtävästä työstä 75-80 % on asiakkaan perushoitoa ja -hoivaa. Suuri merkitys on asiakkaan ohjaamisessa ja sosiaalisessa kanssakäymisessä. Kotihoitoon sisältyy edellä mainittujen asioiden lisäksi asiakkaiden neuvonta, psykososiaalinen tuki, ehkäisevä ja ennakkoiva työ sekä kuntoutus ja palveluneuvonta. Kotihoidon niin sanottuun perustiimiin kuuluvat sairaanhoitajat, perus- ja lähihoitajat sekä kodinhoitajat. Kotihoitotyössä voidaan käyttää perustiimin lisäksi fysioterapeuttia, jalkojenhoitajaa, lääkäriä, toimintaterapeuttia ja sosiaalityöntekijää. Kotikäyntien sisältö painottuu asiakkaan tarpeiden mukaan. Esimerkiksi leikkauksen jälkeisenä toipilasaikana korostuu sairaanhoidollisten ja kuntouttamisen toimenpiteiden suorittaminen. (Larmi ym. 2005, 19- 20.)

Säännöllistä kotihoitoa saaneiden osuus 65 vuotta täyttäneistä vähentyi 7,3 prosentista 6,5 prosenttiin vuosina 1995-2005. Samoin 75 vuotta täyttäneiden säännöllistä kotihoitoa saaneiden osuus ikäryhmästä laski 13,8 prosentista 11,5 prosenttiin samana ajanjaksona. Vanhimmassakin, 85 vuotta täyttäneiden ikäryhmässä, säännöllistä kotihoitoa saavien osuus laski 22,3 prosentista 20,9 prosenttiin. Vuoden 2003 jälkeen kotihoitoa saavien osuudet kaikissa ikäryhmissä kääntyivät lievään nousuun. Nykyisessä laatusuositusluonnoksessa esitetään, että säännöllisen kotihoidon kattavuus nostetaan 75 vuotta täyttäneiden ryhmässä

14 prosenttiin. Kotihoidon kattavuus on nykyisellään pieni verrattaessa sitä avun tarvetta ja palvelujen koettua riittävyyttä koskeviin tutkimustuloksiin. Arvioiden mukaan päivittäistä apua tarvitsee noin 30 prosenttia yli 75-vuotiaista ja jo 50 prosenttia yli 85-vuotiaista. (Heinola 2007.)

Säännöllisen kotihoidon asiakaslaskennan mukaan kotihoito kohdentuu yhä iäkkäämmille ja toimintakykyään paljon menettäneille asiakkaille. Vaikka säännöllisen kotihoidon suurin asiakasryhmä on edelleen 75-84-vuotiaat, palveluja kohdennetaan entistä enemmän 85 vuotta täyttäneille. Ehkäiseviä ja toimintakykyä tukevia palveluja tarvitaan nykyistä enemmän ikäihmisten kotona asumisen mahdollistamiseksi. Kotihoidon asiakaskunnan monimuotoisuuden lisääntyessä myös monimuotoisten palvelujen tarve lisääntyy. (Heinola 2007.) Kotikäynti on toimintaa ja tapahtumaa, jolla tarkoitetaan asiakkaan kotiin menemistä sekä asiakkaan tapaamista hänen kodissaan. Kotikäynti on suunniteltu ja tarkoituksenmukainen tapahtuma. Se liittyy monesti yksilön toimintakyvyn kokonaisvaltaiseen arviointiin tai terapiaan. (Mustonen 2001, 32.)

Kotikäynnillä pyritään ehkäisemään sellaisten asioiden toteutumista, joilla on haitallisia vaikutuksia ikäihmisen toimintakykyyn ja elämän laatuun. Tällaisia asioita ovat muun muassa turvaton olo, väärä lääkitys tai ravinto, tiedon puute ja yksinäisyys. Asioihin tulee puuttua ajoissa. Muutoin on mahdollista, että menetetään varhaisen puuttumisen vaikutus ikäihmisen elämään. Varhaisella puuttumisella ehkäistään ikäihmisen ajautumista sosiaali- ja terveyspalveluiden monikäyttäjäksi sekä aikaiseen laitoshoitoon päätymistä. (Häkkinen & Holma 2004, 24.) Kotikäynti kestää tavallisesti 45-90 minuuttia. Käynnin keston vaikuttaa muun muassa se, onko asiakkaalla joitakin erityisiä puheenaiheita, joista hän haluaa käydä keskustelua. Kotikäynnin perusajatuksena on keskustelu ja havainnointi. Keskustelu asiakkaan kanssa pohjautuu asioihin, jotka ovat asiakkaalle tärkeitä. Kodin yleisilmeen havainnointi kertoo asiakkaan fyysisestä kunnosta. Olosuhteiden tarkastelu on tärkeää, koska se viestii elämänhallinnasta ja itsestä huolehtimisesta. (Julkunen & Åberg 2008, 21.)

Olisi suotavaa, jos yhden asiakkaan luona kävisivät samat työntekijät. Tämä tuo haasteita kotikäyntien suunnittelulle. Kotikäynnille on varattava riittävästi aikaa, eikä asiakkaille saa välittyä työntekijän kiire. Tilanne on rauhoitettava. Asiakasta tulee kohdella ystävällisesti ja kunnioittavasti. (Sosiaali- ja terveysministeriö & STAKES 2004, 6.) Kotikäynnillä erityinen painopiste on siinä, että tilanne rauhoitetaan ja luodaan kiireetön ilmapiiri. Työote ikäihmistä kohtaan tulee olla kunnioittava. On myös muistettava kannustaa hänen omien voimavarojen käyttöä. (Häkkinen & Holma 2004, 28.) Kotikäynnin tekevä terveydenhuollon ammattilainen on oikeutettu työhohjaukseen ja perehdytykseen. Ennen ensimmäisen kotikäynnin tekoa, on käynnin suorittajalle kerrottava kotikäynnin sisällöstä, tarkoituksesta ja toteutuksesta. Ennen varsinaista kotikäyntiä, on oltava aikaa käynnin suunnitteluun ja valmistautumiseen. Kotikäynnillä voidaan jakaa erilaista materiaalia, esimerkiksi palveluesitteitä. Kotikäynnin

suorittajan on hankittava itselleen uutta tietoa erilaisista etuuksista. Tällä tavalla osataan kertoa ikäihmisille oikeutetuista etuuksista. Oheismateriaaliin on tutustuttava huolella, jotta osataan vastata ikäihmisten esittämiin kysymyksiin. Suunnittelu ja työstäminen ovat tärkeitä hyvän kotikäynnin saavuttamiseksi. (Häkkinen & Holma 2004, 61.)

3.3 Ehkäisevä vanhustyö terveyden edistämässä

Ehkäisevä vanhustyö ja terveyden edistäminen kulkevat käsi kädessä. Ehkäisevä työ käsitteenä on kuitenkin laajempi, kuin terveyden edistäminen. Ehkäisevä työ sisältää sairauksien ja ihmisen toimintakyvyn heikkenemisen ehkäisemisen. Terveyden edistäminen ja ihmisen voimavarojen vahvistaminen kuuluvat myös olennaisesti ehkäisevään työhön. Ikäihmisten keskuudessa ehkäisevä työ ja sen mukana terveyden edistäminen tulisi olla ensisijaista. Ehkäisevässä vanhustyössä pyritään vaikuttamaan hyvissä ajoin niihin piirteisiin, jotka voivat heikentää ikäihmisten elinoloja ja ympäristöä, elämänlaatua ja elämänhallintaa. Ikäihmisten toimintakyvyn edistäminen, sairauksien torjuminen ja ikäihmisten voimavarojen vähenemisen estäminen kuuluvat ensisijaisesti ehkäisevään vanhustyöhön (Häkkinen 2002, 14).

Ehkäisevän vanhustyön tulee olla moniulotteista ja monipuolista. Vanhenemisen huomioonottaminen asuma-alueita ja elinympäristöjä suunnitellessa on pitkällä aikavälillä ennakoivaa toimintaa. Ikäihmisen käyttämien palveluiden toiminnan parantaminen ehkäisee todennäköisesti useiden ongelmien syntyä myöhemmin. Ikäihmisen voimavarojen ja elämänhallinnan vahvistaminen edistää kotona selviytymistä (Ollikainen 2004, 18). Ehkäisevä työ jaetaan kolmeen ryhmään: Primääriseen, sekundaariseen ja tertiääriseen ryhmään. Ensisijainen eli primääri ehkäisevä työ sisältää terveyden edistämisen ja sairauden estämisen. Primääriin työhön kuuluvia vaikutuskeinoja ovat muun muassa liikunnan lisääminen, hyvän ravitsemustason ylläpito, luuston heikkenemisen estäminen ja sosiaalisten verkostojen ylläpitäminen. (Häkkinen 2002, 14.)

Toissijainen eli sekundaarinen ehkäisevä työ sisältää sairauksien diagnosoinnin sekä hoitamisen. Esimerkiksi hyvä haavojen hoito ja dementian aikainen toteaminen kuuluvat ehkäisevään työhön. Tertiäärinen taso kattaa sairauksien uusiutumisen ja pahenemisen välttämisen. Esimerkiksi geriatrinen kuntoutus ja kotihoito kuuluvat tämän ryhmän auttamiskeinoihin (Häkkinen 2002, 14). Yli 75-vuotiailla alkaa ilmetä enenevästi ongelmia selvitä arkielämän tehtävistä, joskin yksilölliset vaihtelut ovat suuria. Kun palveluntarve arvioidaan jo 75-vuotiaana, voidaan ikäihmisen ongelmia ennaltaehkäistä ja tarjota hänelle tukea ja oikea-aikaista palvelua. Nykyistä alhaisemmasta ikärajusta hyötyvät erityisesti naiset, joiden fyysinen toimintakyky alkaa 75 vuoden iässä heiketä nopeammin kuin samanikäisten miesten. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008b.)

Toiminnanvajavuuksia voidaan ennalta selvittää. Näin ollen voitaisiin ehkäistä tarve turvautua ulkopuoliseen apuun. Ehkäisevä toiminta merkitsee olemassa olevan toimintakyvyn säilyttämistä tai jopa parantamista. Toiminta voi olla oikeiden apuvälineiden löytämistä tai muuttamista selviytymistä tukevaan asuntoon. Selviytymistä arvioidaan itsenäisyyden ja avun saannin/tarpeen perusteella. (Ollikainen 2004, 18.) Varautuminen väestön ikärakenteen muutoksiin, esteettömän ympäristön turvaaminen, ehkäisevä ja kuntouttava toiminta, sekä ikäihmisille tarkoitettujen palveluiden kehittäminen ja rahoitus, ovat olennaisia haasteita vanhustyössä. Vuodelle 2010 on ennakoitu merkittävää ikärakenteen muutosta, koska suuret ikäluokat siirtyvät eläkeikään. Yli 85 -vuotiaiden lukumäärän ennakoidaan kaksinkertaistuvan vuoteen 2030 mennessä. Alueellisia ja kuntakohtaisia eroja ilmenee kuitenkin ikärakenteen muutoksissa. Eroavaisuudet johtuvat alueiden luonnollisesta väestönkasvusta ja suuresta maansisäisestä muuttoliikkeestä. (Häkkinen & Holma 2004, 9)

4 ENNALTAEHKÄISEVÄT KOTIKÄYNNIT ITÄ- JUDELLAMAALLA

Ennaltaehkäisevällä työllä voidaan edistää ikäihmisten terveyttä ja lisätä toimintakykyisiä elinvuosia. Tällöin voidaan siirtää ikäihmisen säännöllistä sosiaali- ja terveyspalvelujen tarvetta. (Häkkinen & Holma, 9). Ehkäisevät kotikäynnit tukevat vanhuspolitiikan tavoitetta: kotona asumista niin pitkään kuin se on mahdollista, jos ikäihminen itse niin toivoo (Matilainen 2005, 45.) Yleisesti ennaltaehkäisevillä kotikäynneillä tarkoitetaan sosiaali- ja/tai terveydenhuollon työntekijän käyntiä kotona asuvan ikäihmisen luona, joka ei ole säännöllisen kotihoidon piirissä. Käynnin vastaanottaminen on täysin vapaaehtoista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a, 24.)

Ennaltaehkäisevät kotikäynnit mahdollistavat varhaisen puuttumisen ikäihmisen toimintakyvyn ja terveydentilan heikkenemiseen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a, 24.) Kotikäynnin päätarkoituksena on tukea ikäihmisen kotona selviytymistä (Holma & Häkkinen 2004, 24.) Käynnin tavoitteena on ennakoida ikäihmisen avuntarve, arvioida asunnon muutostöiden tarve, lisätä ikäihmisen turvallisuuden tunnetta, sekä antaa neuvoja erilaisista toiminnoista ja tukimahdollisuuksista. Tavoitteina ovat myös ikäihmisen itsensä ja hänen omaistensa voimavarojen aktivointi, sekä ikäihmisen tukeminen selviytyä omassa kodissaan ja elinympäristössään mahdollisimman pitkään (Matilainen 2005, 45.) Ikäihmisen tilannetta selvitetään eri näkökulmista ja häntä kannustetaan käyttämään omia voimavarojaan (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a, 24.) Kotikäynnillä kerrotaan kunnassa tarjolla olevista palveluista ja henkilöistä, joihin ikäihminen tai hänen omaisensa voivat ottaa yhteyttä apua tarvitessaan (Kaunisto 2007.)

4.1 Tanska edelläkävijänä ennaltaehkäisevissä kotikäynneissä

Tanskassa vuodesta 1996 lähtien ovat ennaltaehkäisevät kotikäynnit olleet osa kansallista vanhuspolitiikkaa. Käyntien tarkoituksena on tukea ikäihmisen kotona selviytymistä ja lisätä turvallisuuden ja viihtyvyyden tunnetta. (Häkkinen & Holma 2004, 79.) Tanskassa annettiin laki ennaltaehkäisevistä kotikäynneistä (Lov om forebyggende hjemmebesøg til ældre) vuonna 1996. Vuoteen 1998 asti Tanskassa kotikäynnit tuli suunnata kaikille 80-vuotiaille tanskalaisille kaksi kertaa vuodessa. Vuoden 1998 heinäkuusta lähtien käynnit suunnattiin kaikille 75-vuotiaille tanskalaisille kaksi kertaa vuodessa. (Häkkinen 2002, 52-85.) Ennen lain voimaantuloa tehtiin Tanskassa monia kokeiluja ja niiden tulokset olivat lupaavia. Ennaltaehkäiseviä kotikäyntejä saaneiden ikäihmisten tarve käyttää sosiaali- ja terveyspalveluja väheni ja pitkäaikaiseen laitoshoitoon päätyminen siirtyi myöhemmäksi. (Häkkinen & Holma 2004, 79.) Kotikäynneillä on ollut vaikutuksia myös ikäihmisten toimintakyvyn kohenemiseen, kuolleisuuden alenemiseen sekä vähentyneeseen sairaalahoidontarpeeseen (Viippola 2007, 12).

Tanskassa asetettu laki on puitelaki, jolloin kunnille jää vapaus lain soveltamisesta. Puitelain vuoksi ennaltaehkäisevien kotikäyntien käytäntö on kuitenkin kirjava esimerkiksi sen suhteen, missä laajuudessa ennaltaehkäisevät kotikäynnit tarjotaan ja ketkä ne suorittavat. Ennaltaehkäiseviä kotikäyntejä koskevan lain tavoitteita ovat muun muassa priorisoida ehkäisevä ja terveyttä edistävä toiminta vanhustenhuollossa, lisätä turvallisuutta ja viihtyvyyttä, sekä antaa neuvontaa tarjolla olevista toiminnoista ja tukimahdollisuuksista. Laissa painotetaan, että ennaltaehkäisevä kotikäynti on tarjous, josta voi kieltäytyä. (Häkkinen 2002, 52.)

Tanskassa ennaltaehkäisevällä kotikäynnillä tarkoitetaan vapaaehtoisen, mutta ennalta ilmoitettua käyntiä ikäihmisen omassa kodissa. Sen tavoitteena on arvioida keskustelun avulla ikäihmisten silloinen elämäntilanne kiinnittämättä huomiota vain tiettyyn sairauteen tai ongelmaan. Ennaltaehkäiseviä kotikäyntejä koskevan lain perusteluissa sanotaan, että ikäihmisen kanssa keskustellaan muun muassa sosiaalisesta verkostosta, asumisesta, arkipäivästä, viihtymisestä, sekä taloudesta ja terveydestä. Tanskassa ennaltaehkäisevillä kotikäynneillä pääpaino ei ole ikäihmisen mahdollisissa sairauksissa, vaan viihtyvyys, turvallisuus ja terveys korostuvat merkittävämmiin. Painotus on siten sosiaalisissa palveluissa ja sosiaalisessa tuessa. (Häkkinen 2002, 52.) Käynnin tavoitteena on kartoittaa mahdolliset ongelmat ja keskustella tuen tarpeesta, sekä kiinnittää huomio jo olemassa olevaan avun tarpeeseen. Näin voidaan ratkaista ongelmat ennen kuin ne ovat todella suuria. Käynnillä arvioidaan myös yhdessä ikäihmisen kanssa sitä, onko hänellä tarvetta sosiaaliin tai terveyttä koskeviin toimenpiteisiin. Käynnin perusteella ikäihminen voidaan ohjata sosiaali- ja terveyspalveluihin, sekä erilaisiin ehkäiseviin ja aktivoiviin toimintoihin, joita kunta, järjestöt ja muut tahot tarjoavat. (Häkkinen 2002, 52-53.)

4.2 Ennaltaehkäisevät kotikäynnit Suomessa

Tutkimuksien mukaan ikäihmisille mieluisin paikka asua on oma koti, johon tarvittaessa on mahdollisuus saada erilaisia palveluita. Ikäihmisen avohoidossa itsenäinen selviytyminen voimien heikentyessä vaatii palvelujen lisäksi esteetöntä ympäristöä, esteetöntä asumista ja toimivia lähipalveluja. Parantaaksemme ikäihmisten elämänlaatua ja itsenäistä selviytymistä, tulee meidän kuunnella ikäihmisten omia toiveita, sekä kunnioittaa heidän itsemääräämisoikeuttaan. (Häkkinen 2002, 3). Ikäihmisten luokse tehtävät kotikäynnit ovatkin yksi osa kunnan ehkäisevää vanhustyötä. (Häkkinen & Holma 2004,65.) Suomessa kunnat voivat osana sosiaalipalveluja käynnistää ehkäiseviä kotikäyntejä koskevan palvelumuodon kunnan osoittamalle ikäryhmälle. Jokaisen kunnan on itse määriteltävä ennaltaehkäisevien kotikäyntien kohderyhmä, ikä, sekä muut valinnassa painotettavat tekijät oman kunnan tilanteen kannalta kannattavimmiksi (Häkkinen & Holma 2004, 67.) Ennaltaehkäiseviä kotikäyntejä tekevät sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset. Käyntejä tekevät henkilöt ovat saaneet kovinkin erilaisen koulutuksen. Ehkäiseviä kotikäyntejä voi suorittaa muun muassa sairaanhoitajat, terveydenhoitajat, johtavat kodinhoitajat, fysioterapeutit, sosiaaliohjaajat ja toimintaterapeutit. He voivat toteuttaa käynnit joko yksin, pareittain tai moniammatillisina työryhminä. Kunnille ei ole asetettu tavoitteita ennaltaehkäisevien kotikäyntien suhteen, vaan jokainen kunta asettaa ne itse oman kunnan tarpeita ajatellen. (Häkkinen 2002, 22-24.)

Suomessa ennaltaehkäisevät kotikäynnit aloitetaan usein projektina. Projekteista saatujen kokemusten mukaan toiminta on helpompi saada yhdeksi osaksi kunnan normaalia palvelutuotantoa. Tärkeää on, että kunnan oma henkilöstö tekee kotikäyntejä jo projektin aikana, koska näin tieto ehkäisevistä kotikäynneistä yhtenä ehkäisevänä vanhustyön muotona leviää parhaiten työyhteisöön. Tällöin myös ennaltaehkäisevien kotikäyntien liittäminen yhdeksi ikäihmisten palveluketjun osaksi helpottuu. (Häkkinen 2002, 85-86). Ikäihmisen turvallisuuden tunne lisääntyy, kun hän saa enemmän tietoa tarjolla olevista palveluista ja henkilöistä johon ottaa yhteyttä apua tarvittaessa. Ikäihmisen mahdollisuudet selviytyä itsenäisesti kotona lisääntyy, kun hänen avuntarpeensa saadaan selvitettyä ja tarvittavaa apua tai palveluita voidaan järjestää hänelle riittävän ajoissa. (Holma & Häkkinen 2004, 25). Ennaltaehkäisevien kotikäyntien onnistunut toteutus edellyttää, että toiminta toteutetaan osana kunnan ehkäisevää vanhustyötä, se on riittävästi resursoitua, huolellisesti suunniteltua ja valmisteltua, väestö on tietoinen palvelusta, työntekijät ovat asianmukaisesti koulutettuja, sekä seuranta ja arviointi ovat säännöllistä. (Harri-Lehtonen ym. 2005, 15-16.)

4.3 Kuntaliiton laatima kysely kunnille

Kuntaliitto teki vuonna 2006 kyselyn 150 kunnalle. Tarkoituksena oli selvittää, miten ikäihmisten ennaltaehkäiseviä kotikäyntejä toteutettiin eri kunnissa. Aineisto kerättiin kokonaisotantana kyselylomakkeella internetissä joulukuun 2006 ja tammikuun 2007 välisenä

aikana. Kysely lähetettiin 415 kuntaan. Vastauksia saatiin yhteensä 288 kunnasta. Vastausprosentti oli 69, 4 %. Kotikäynnit toteutti pääsääntöisesti kunnan kotipalvelu, kotihoito tai kotisairaanhoido. EHKO- käynnit olivat tavallisesti suunniteltu tietyille ikäluokille. Yli puolet kunnista tarjosi käynnin 80-vuotiaille ja neljäsosa 75-vuotiaille. Kotikäynnistä kieltäytyneiden määrä vaihteli yhdestä useampaan kymmeneen kieltäytyjään kunnittain. Kieltäytymisen syyksi ilmoitettiin yleisimmin, etteivät ikäihmiset koe tarvitsevansa ennaltaehkäisevää kotikäyntiä. (Holma 2007.) Lähes kaikki kunnat käyttivät kotikäynnillä haastattelun tukena strukturoitua haastattelulomaketta. Kuntaliitossa laadittua lomaketta käytti sellaisenaan 52 kuntaa, 48 kuntaa oli laatinut lomakkeesta oman sovelluksen. Täysin itse laadittua lomaketta käytti 31 kuntaa. Puolet kunnista käytti kotikäynnillä ikäihmisen toimintakyvyn arviointiin jotain toimintakykymittaria. Lähes puolella kunnista kotikäynteihin sisältyi myös jokin keskusteluteema. Yleisimpiä teemoja olivat turvallisuuteen, kotitapaturmiin, ravitsemukseen, tasapainoon ja liikuntaan liittyvät teemat. (Holma 2007.)

4.4 Ennaltaehkäisevät kotikäynnit yli 70 -vuotiaille

Naantalın sosiaalitoimi on tehnyt ennaltaehkäiseviä kotikäyntejä vuodesta 1999 lähtien. Vuosina 1999-2000 EHKO- käynnit tehtiin yli 80 -vuotiaille kuntalaisille. Vuonna 2005 Naantalın sosiaalilautakunta teki päätöksen, että ennaltaehkäiseviä kotikäyntejä aletaan tehdä 75- vuotta täyttäneille ikäihmisille. Heitä oli yhteensä 886. Ikäryhmän alenemiseen vaikutti se, ettei kohderyhmä voi olla kovin iäkäs. Tarkoituksenmukaista ei liene tehdä ennaltaehkäiseviä kotikäyntejä ikäryhmässä, joista suurin osa on jo sosiaali- ja terveyspalveluiden piirissä. (Naantalın sosiaalilautakunta 2006.) Ennaltaehkäisevät kotikäynnit suoritettiin vuonna 2007. Kohderyhmäksi valittiin kaikki yli 75-vuotiaat naantalilaiset, jotka eivät olleet säännöllisen sosiaali- ja/tai terveydenhuollon palvelujen piirissä. Väestökisteristä otetun poiminnan mukaan heitä oli vuoden vaihteessa 949 henkilöä, joista 312 oli palvelujen piirissä. Kotikäyntien otannaksi tuli siis 637. Kotikäynteihin osallistui 78,5 % otannasta. Käynnistä kieltäytyi vain 12,9 %, loput olivat joko siirtyneet palvelujen piiriin, muuttaneet, kuolleet tai lupasivat ottaa itse yhteyttä tarvittaessa. (Naantalın sosiaalilautakunta 2006.)

Ikäihmisten hyvä toimintakyky ja omatoiminen selviytyminen yllättivät. Useimmilla oli myönteinen ja positiivinen elämänsenne. Suuri osa ikäihmisistä oli myös aktiivisia liikkumaan tai osallistumaan muihin harrastuksiin. Monessa yhteydessä tuli esille toive saada asua omassa kodissaan niin pitkään kuin mahdollista. Lähes kaikki haastateltavat sanoivat viihtyvänsä hyvin kotonaan ja kertoivat tärkeimmiksi tekijöiksi rauhallisen ympäristön, kauniin luonnon, palvelujen läheisyyden, sekä niiden riittävyyden. Jokaisen kotikäynnin aikana haastattelun lisäksi keskusteltiin myös siitä, oliko heillä juuri nyt tarvetta saada lisä apua tai sosiaali- tai terveydenhuollon palveluita. Heille kerrottiin saatavilla olevista palveluista ja tukimuodoista sekä kolmannen sektorin järjestämistä toiminnoista Naantalissa. Tarvittaessa hakukaavakkeita täytettiin jo kotikäynnin yhteydessä tai jätettiin esitteitä ja kaavakkeita haastateltaville

kotiin tai ohjattiin haastateltava ottamaan itse yhteyttä tiettyyn palveluntuottajaan. Akutteja palvelutarpeita löytyi kotikäynneillä vain vähän. Säännöllisten sosiaalipalvelujen piiriin tuli joitakin asiakkaita, lähinnä palvelusetelien tai omaishoidontuen saajiksi sekä päivätoiminnan asiakkaaksi. Terveyskeskuksesta pyydettiin joitakin apuvälinaurviointeja ja seurakunnalta diakonissan kotikäyntejä yksinäisille henkilöille. (Naantalın sosiaalilautakunta 2007.)

Ikäihmisten suhtautuminen kotikäynteihin oli erittäin myönteinen ja he ottivat haastattelijan mielellään vastaan. Heidän mielestään kotikäynti osoitti, että kaupunki on kiinnostunut myös ikääntyneistä asukkaistaan ja heidän hyvinvoinnistaan. Haastateltavat kokivat ehkäisevät kotikäynnit tarpeellisiksi ja mielekkäiksi toiminnaksi, jonka avulla heidän kotona selviytymistään tuetaan. Kotikäynnin todettiin myös olevan yleisesti piristävä tapahtuma arjen keskellä. Haastatellut olivat tyytyväisiä palveluista saamaansa informaatioon. Käynneille toivottiin myös jatkuvuutta. (Naantalın sosiaalilautakunta 2007.)

Lieksan kaupungissa EHKO-käynnit suunnattiin 70 vuotta täyttävälle vuonna 2007. EHKO-käynnit toteutettiin Seniorineuvola nimisenä -kartoituksena. Kartoitukseen osallistui 42 Lieksan 70 vuotta täyttävää asukasta. Seniorineuvola kartoitukselle asetettiin tavoitteita. Yhtenä kartoituksen tavoitteista oli löytää apukeinoja siihen, että ikäihminen voisi asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. Kartoituksella haluttiin myös tukea ikäihmisten selviytymistä kotona ja sopeutumista muutoksiin arkielämässä. EHKO-käynneillä annettiin ohjausta muun muassa lääkitykseen liittyviin asioihin ja ikäihmisille suunnatuista etuuksista annettiin lisätietoa ja ohjausta (Loppi 2008).

EHKO-käyntien yhtenä tavoitteena oli myös ikäihmisen toimintakyvyn ja terveydentilan kartoitus. Sen avulla haluttiin arvioida haastateltavan kuntoutus- ja liikuntatarvetta. Myös ikäihmisen asumisolot ja kodin varustetaso haluttiin kartoittaa haastattelujen yhteydessä. EHKO-käynneillä haastateltavilta kysyttiin muun muassa alkoholinkäytöstä ja henkisten voimavarojen riittävydestä. Jos niin sanottuja riskiryhmiä oli haastateltavien joukossa, heidät ohjattiin hakeutumaan erikoispalvelujen piiriin. Kunnallisen kehityksen turvaamiseksi, EHKO-käyntien tarkoituksena oli myös koota informaatiota kunnalle ikäihmisten palvelutarpeesta, terveydestä ja toimintakyvystä. Seniorineuvola nimellä toteutettu ennaltaehkäisevä kotikäynti suunniteltiin moniammatillisessa työympäristössä. EHKO-käynnit suoritti kotisairaanhoidon työntekijä ja ikäihmisten toimintakykymittauksen suoritti fysioterapeutti. Haastattelut tehtiin Kuntaliiton kehittämällä kyselykaavakkeella. EHKO-käyntiryhmä tuli käyntien jälkeen siihen tulokseen, että 70-vuotiaille suunnatut ennaltaehkäisevät kotikäynnit olivat kohdennettu sopivaan ikäryhmään. Työryhmän mukaan 70-vuotiaat ovat erittäin sovelias ikäryhmä, kun halutaan tukea ikäihmisten liikuntatottumuksia ja terveellisiä elämäntapoja. Työryhmän mukaan 70-vuotiaat ovat usein fyysisesti ja psyykkisesti niin hyvässä kunnossa, että mahdolliset tarvittavat

elämäntapamuutokset voidaan vielä tehdä. Myös ikäihmisten kasvussa olleeseen masentuneisuuteen haluttiin keskittyä, koska 70 vuotta on oleellinen ikä masennuksen alkamiselle. (Loppi 2008.)

Haastateltavista yli puolet koki terveydentilansa hyväksi tai erittäin hyväksi. Noin kolmasosa vastaajista koki terveydentilansa tyydyttäväksi ja melkein kaikki vastaajista olivat sitä mieltä, että heidän terveydentilansa oli pysynyt suunnilleen samana viime vuoteen verrattuna tai jopa hieman parantunut. Sosiaalinen elämä oli ikäihmisillä hyvin monipuolista ja pirteää. Suurin osa vastaajista kävi perheensä ja tuttavien luona kyläilemässä viikoittain, jotkut jopa päivittäin. Muita ajanviettotapoja olivat muun muassa teattereissa ja konserteissa käyminen ja muun muassa puutarhanhoito ja erilainen ulkoilu. Vastaajista suurin osa pystyi tekemään kotiaskareet vielä itse, mutta osa tarvitsi raskaammissa kotitöissä apua. Apua saatiin yleensä puolisoilta ja myös omilta lapsilta. Raskaampia kotiaskareita olivat muun muassa mattojen tamppaus, ikkunoiden pesu ja jotkin pihatyöt (Loppi 2008).

Vastaajista 36 % koki kuulonsa huonontuneen viimeisen vuoden aikana ja kaksi vastaajista käytti kuulolaitetta. Lähes kaikki vastaajat käyttivät silmälaseja, mutta seitsemän vastaajista pystyi lukemaan hyvin ilmankin. Kolme ikäihmistä koki huonontuneen näkökykynsä haittaavaan arkisia toimintoja. Muutama koki olevansa ajoittain masentunut, väsynyt, ahdistunut ja turvaton. Turvattomuuden tunnetta kuvasi myös se, että viidesosa ikäihmisistä koki pelkäävänsä turvallisuutensa puolesta kotinsa ulkopuolella. 76 % käytti säännöllistä lääkitystä ja usea vastaajista halusi lisätietoa käyttämistään lääkkeistä. Kolmasosalla ilmeni ongelmia muistin suhteen, mutta haastattelujen jälkeen vain muutama ikääntynyt ohjattiin muistihoitajan vastaanotolle. Haastatelluista 30 % kertoi kärsivänsä ajoittain univaikeuksista ja syyksi niihin olivat kipu ja särky. Hyvin moni haastatelluista ohjattiin senkin vuoksi jatkotutkimuksiin, kuten verikokeisiin ja lääkärin vastaanotolle (Loppi 2008).

4.5 Ennaltaehkäisevät kotikäynnit yli 80 -vuotiaille

Laukkaan kunta teki vuonna 2006 ennaltaehkäiseviä kotikäyntejä 80-vuotiaille ikäihmisille. Kotikäynteihin osallistui 41 ikäihmistä. Käynnit toteutettiin sellaisille ikäihmisille, jotka eivät olleet säännöllisen sosiaali- ja/tai terveyspalveluiden piirissä. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata 80-vuotiailta esiinousseita palvelutarpeita. Tutkimustulokset osoittivat, että palvelutarpeet liittyivät mm. omalääkärin vastaanottoon, kotisairaanhoidajan käyntiin, päivätoimintaan, siivouspalveluun ja omaishoidontukeen. Ikäihmisistä 46 % kertoi itse ottavansa yhteyttä tarvitsemaansa palveluun. Haastattelija jäi avun tai palvelun järjestäjäksi 7 tapauksessa. Kenelläkään haastateltavalla ei ollut tarvetta ottaa yhteyttä useampaan paikkaan. (Lerikkanen 2007, 49.)

Ikäihmiset kokivat ennaltaehkäisevät kotikäynnit myönteiseksi. Käynnit lisäsivät luottamusta kunnan vanhustyötä kohtaan. Kotikäynnin aikana saatu tieto lisäsi ikäihmisten turvallisuuden

tunnetta. Keskustelun sisältöä pidettiin asiallisena ja monipuolisena. Kotikäynnit kestivät 1 ½ - 2 tuntia. Kestoa ei koettu liian pitkäksi. Sosiaaliselle kanssakäymiselle oli selkeästi tarvetta. Ennaltaehkäisevistä kotikäynneistä ennakoon tiedottaminen koettiin tarpeelliseksi. Työntekijät olivat yllättyneitä siitä, kuinka hyväkuntoisia ja pirteitä suurin osa 80- vuotiaista oli. Heidän elämäntilanteistaan löytyi paljon myönteisiä, arkea tukevia elementtejä. Onnistuneeseen ennaltaehkäisevään kotikäyntiin tarvitaan muun muassa toimintaan koulutettu henkilöstö, riittävä resursointi, oikea-aikaista tiedottamista, suunnitelmallisuutta, tavoitteellisuutta, mahdollisuuksia ja vaihtoehtoja tarvittaviin jatkotoimenpiteisiin. Ennaltaehkäisevää kotikäyntitoimintaa on myös tärkeä arvioida ja kehittää moniammatillisesti. (Lerkkanen 2007.)

Rauman kaupungin sosiaalitoimen järjestämät ennaltaehkäisevät kotikäynnit aloitettiin 80 vuotta täyttäneille asukkaille lokakuussa 2002. Ennaltaehkäisevät kotikäynnit saatiin päätökseen joulukuussa 2003. Kotikäynnit suunnattiin kotona asuville ikäihmisille, jotka eivät kuuluneet kunnallisen kotipalvelun piiriin. Sosiaalisen, fyysisen ja henkisen hyvinvoinnin kartoituksen lisäksi, Rauman ennaltaehkäisevillä kotikäynneillä pyrittiin vahvistamaan ikäihmisen omia voimavaroja, tukemaan kotona olemista ja pyrittiin myös ennakoimaan kodin tapaturmariskiä. (Ollikainen 2004.) Kotikäynnit suoritti sosiaalitoimen toimintaterapeutti, jolla oli kotikäynneillä mukanaan ikäihmisille tarkoitettu infokansio, jonka avulla haluttiin kertoa ikäihmisille suunnatuista palveluista. Infokansio sisälsi tietoa muun muassa kotihoidon toiminnasta, yleisistä terveyspalveluista ja asunnon mahdollisista muutostöistä. Rauman ennaltaehkäisevät kotikäynnit olivat osana tutkimusta. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää muun muassa se, miten haastateltava ikäihminen kokee senhetkisen terveydentilansa ja toimintakykynsä. Haastattelun perusteella pyrittiin myös kartoittamaan, kokeeko haastateltavat ikäihmiset kykynsä päivittäisistä toimenpiteistä suoriutumiseen hyvinä vai huonoina. Ennaltaehkäisevien kotikäyntien tarkoituksena oli myös selvittää kotona asuvien ikäihmisten asumisolaja. Asumisolokartoitus antoi viitteitä siitä, minkälaisissa olosuhteissa Rauman kaupungin ikäihmiset asuivat. (Ollikainen 2004).

Tutkimuskohteena olivat 80 vuotta täyttäneet kotona asuvat ikäihmiset, jotka eivät kuulu kunnalliseen kotipalveluun, eivätkä olleet laitoshoidossa. Tähän kategoriaan kuuluvia ikäihmisiä oli Raumalla 185, mutta tutkimukseen osallistui 135 ihmistä. Vastausprosentti oli 74, joka kertoo ikäihmisten mielenkiinnosta ennaltaehkäiseviä kotikäyntejä ja kohtaan. Tutkimuksessa perehdyttiin neljään edellä mainittuun tutkimusongelmaan. Tutkimustulosten mukaan Raumalaiset ikäihmiset kokevat toimintakykynsä ja terveydentilansa melko hyviksi. Useimmat ennaltaehkäisevästä kotikäynnistä kieltäytyneet ikäihmiset, eivät halunneet osallistua tutkimukseen juuri sen takia, koska kokivat terveydentilansa hyväksi. Yhtenä tutkimusongelmana oli myös selvittää, miten ikäihminen kokee pärjäävänsä päivittäisissä toimissa. Useimmat kokivat pärjäävänsä hyvin arkisissa askareissa, ja osa koki tarvitsevansa hieman apua. Raskaammat kotityöt ja toimet aiheuttivat kuitenkin usein palveluntarvetta,

jolloin sukulaiset ja ystävät antoivat usein apua. Myös asuinpaikka vaikutti tutkimustulokseen. Ne ikäihmiset, jotka asuivat kauempana palveluista, kokivat tarvitsevansa enemmän apua.

Kolmas tutkimusongelma käsitteli haastateltavien kodin kuntoa ja asuinoloja. Suurin osa haastateltavista asui yksin. Useimmat vastanneista olivat tyytyväisiä asuinoloihinsa, eivätkä kokeneet tarvitsevansa muutostöitä koteihinsa. Suurin osa vastaajista kunnioitti asuinpaikkansa hyviä naapurisuhteita, rauhallisuutta ja palveluiden vaivatonta saatavuutta. Viimeinen tutkimusongelma käsitteli ikäihmisten avun- ja palveluntarvetta. Suurin osa vastaajista koki pärjäävänsä ilman apua useimmissa arkisissa asioissa, mutta avuntarve liittyi enimmäkseen kulkemiseen, siivoukseen ja raskaimpiin kotitöihin. Kokonaisuudessaan haasteltavat ikäihmiset olivat tyytyväisiä kotikäynnin sisältöön. He saivat riittävästi tietoa heille kuuluvista palveluista.

4.6 Ennaltaehkäisevät kotikäynnit yli 85 -vuotiaille

Lahden kaupungin sosiaali- ja terveystoimiala toteutti ennaltaehkäisevät kotikäynnit 1.10.2007 - 31.5.2008 yhteistyössä kaupungin vanhuspalveluiden, sekä vanhusten avopalveluiden ja kotihoidon kanssa. EHKO-käynnit toteutettiin Lahdessa kaikille yli 90-vuotiaille kotona asuville ikäihmisille, jotka eivät olleet säännöllisesti kunnallisten palveluiden piirissä. Haastatteluhetkellä 78,9 % haastateltavista oli yksinasuvia. Puolisonsa tai jonkun muun kanssa asui 21,1 %. Kotikäyntien tarkoituksena oli arvioida ikäihmisten kotona selviämistä ja ennakoitiin tulevia palvelutarpeita. EHKO-käyntejä ja niihin liittyviä haastatteluja tekivät Lahden kotihoidon terveyden- ja sairaanhoitajat. Ikäihmisten terveydentilaa kartoittavilla kotikäynneillä arvioitiin yhdessä heidän ja mahdollisesti mukana olleen omaisen kanssa monipuolisesti ikäihmisen elämäntilannetta. (Holopainen, Nevalainen, Oikonen, Ratia. 2008.)

Ennaltaehkäisevillä kotikäynneillä ikäihmisten terveydentilassa ilmeni erilaisia muutoksia. Tällaisia muutoksia olivat muun muassa huimaus, poikkeamat veriarvoissa ja jalkojen turvotus. Myös erilaiset aistitoimintojen heikentymiset vaikeuttivat ikäihmisten arjessa selviytymistä. Näkövaikeudet ilmenivät erityisesti televisiota katsellessa, lehteä lukiessa ja ulkoillessa. Kuulon aleneminen oli yleistä ja sen koettiin vaikeuttavan erityisesti sosiaalista kanssakäymistä. Myönteistä oli, että useimmilla ikäihmisillä lääkitystä oli vain vähän, ja seitsemällä prosentilla heistä ei lainkaan. Reilulla kolmella prosentilla ikäihmisistä ilmeni päällekkäisiä tai epätarkoituksenmukaisia lääkityksiä. (Holopainen ym. 2008.) Kohderyhmäläisten fyysistä toimintakykyä arvioitiin karkeasti käsien puristusvoimien mittauksella. Mittausten perusteella ikäihmisillä todettiin ikäänsä vastaavaa keskiarvoa heikommat vahvemman käden puristusvoimat. Keskimääräiset tai tätä paremmat puristusvoimat olivat 46 %:lla ikäihmisistä. Käsien puristusvoimanmittaukset eivät kuitenkaan kerro koko totuutta ikäihmisten fyysisestä toimintakyvystä ja kotikäyntien yhteydessä heidän

todettiin elävän pääasiassa fyysisesti hyvin aktiivista elämää ja liikkuvan kodin ulkopuolella säännöllisesti. Joillakin heistä oli ajokortti ja monet osallistuivat toimintakykynsä puitteissa kerhotoimintaan ja kävivät kirkossa. Ikäihmisillä oli myös liikunnallisia ja taiteellisia harrastuksia. Muutama heistä jaksoi edelleen leipoa. Osa heistä vietti talvet etelässä ja olivat hankkineet eurooppalaisen sairaanhoitokortin. EHKO-käynneillä selvisi myös, että 97,1 % kohderyhmäläisistä söi päivittäin lämpimän aterian. Osa heistä valmisti ruoan itsenäisesti, toiset lämmittivät aineksia tai omaisten valmistamia ruokia. Osalle heistä tuli valmisruoka yksityisestä ateriapalvelusta ja jotkut kävivät päivittäin syömässä kodin ulkopuolella. Haastateltavat kertoivat, että siivous järjestyi joko heidän itsensä, omaisten, yksityisen palveluntarjoajan tai eri järjestöjen toimesta. (Holopainen ym. 2008.)

EHKO-käynneillä tehtyjen MMSE-muistitestien perusteella vain yksi prosentti kohderyhmästä todettiin muistamattomaksi ja 60 %:lla todettiin muistin alentumista. 37,6 %:lla kohderyhmäläisistä tehtiin mahdollisen masennuksen selvittämiseksi GDS-15 testi. Siinä ilmeni, että melkein 16 %:lla oli syytä epäillä masennusta. EHKO-käynneillä kävi myös ilmi, etteivät kaikki ikäihmiset tienneet, mitkä palvelut ja sosiaalietuudet heille kuuluu. Eläkkeensaajan hoitotuki, kuljetustuki, kotitalousvähennys sekä asumistuki olivat osalta anomatta. Osa veteraanitunnuksen omaavista ikäihmisistä oli jättänyt hyödyntämättä heille kuuluvia kuntoutus- tai jalkahoitajan palveluita. Joissakin tapauksissa haastateltavat tiesivät mitkä etuudet heille kuuluu, mutteivät tienneet miten ja mistä niitä haetaan. (Holopainen ym. 2008.)

EHKO-käynneillä ilmeni erilaisia seikkoja, joiden vuoksi ikäihminen ohjattiin lääkärille tilanearvioon. Syynä olivat ikäihmisten terveydentilassa havaitut muutokset. Lääkärillä käynti oli myös tarpeellista, jotta ikäihmiselle saatiin tehtyä lääkearviot sekä erilaisiin tukihakemuksiin tarvittavat lääkärinlausunto. Joissakin tapauksissa EHKO-käynneillä ilmenneiden aistivammojen johdosta otettiin yhteyttä kuntoutusohjaajaan. Pääsääntöisesti vastuu yhteydenoton jatkoselvittelyistä jäi ikääntyneelle itselleen tai hänen omaiselleen. Joissakin tapauksissa yhteydenoton teki EHKO-käynnin suorittaja. Jos ikäihmisillä havaittiin jatkotutkimuksen tarvetta muistitilanteen osalta, heidät ohjattiin terveystohtorin tai yksityisen geriatrin vastaanotolle. Jos EHKO-käynnillä tehdyssä GDS-15 testissä ilmeni masentuneisuutta, näiden haastateltujen kanssa keskusteltiin tilanteesta, ja osa ohjautui lääkärin vastaanotolle. (Holopainen ym. 2008.)

Haastatteluista 16:sta ikäihmisellä monet kaatumiset ja liikuntakyvyn heikkeneminen johtivat kotihoidon fysioterapeutin kotikäyntiin ja apuvälineiden tarpeen arviointiin. Apuvälineitä ohjattiin myös hankkimaan suoraan Lahden kaupungin apuvälinelainaamosta. Suurempiin kodin muutostöihin ilmeni vähän tarvetta. EHKO-käynnin jälkeen ikäihmiselle toimitettiin hakemuslomakkeet etuuksista, jotka hän täytti omaisen kanssa. Joissakin hakemukset täytettiin jo EHKO-käynnin yhteydessä. Kaikkia ikäihmisiä, joille eri etuudet kuuluivat,

rohkaistiin hakemaan etuuksia aktiivisemmin. Melkein kaikki kohderyhmäläiset kokivat, että tulevaisuudessa palvelujen tarve, kuten ateriapalvelu, siivousapu ynnä muut sellaiset tulevat korostumaan. Heille annettiin paikallisten palveluntarjoajien yhteystiedot sisältävä PalveluSantra-esite. (Holopainen ym. 2008.) EHKO-käynneillä selvisi, että Lahdessa asuvat ikäihmiset selviävät pääsääntöisesti hyvin omatoimisesti sekä läheistensä avun turvin. Erityisesti omaisten mahdollisimman kiinteä tukiverkosto korostui ikäihmisen kotona selviytymisessä. Tulevaisuudessa useimmat ikäihmiset toivoivat saavansa asua kotona mahdollisimman pitkään tai tarvittaessa voisivat siirtyä palvelutalotyyppiseen asuntoon. Ikäihmiset, joiden luokse tehtiin EHKO-käynti, olivat pääsääntöisesti erittäin tyytyväisiä käyntiin. He arvostivat erityisesti saamaansa tietoa erilaisista tuki- ja palvelumahdollisuuksista sekä tunsivat olonsa turvallisemmaksi tietäessään, kehen voivat ottaa yhteyttä saadakseen apua. (Holopainen ym. 2008.)

Teuvan kunnassa ehkäisevät kotikäynnit suoritettiin vuonna 2006. EHKO-käyntien tarkoituksena oli, selvittää minkälainen on ilman palveluja asuvan teuvalaisen 85 vuotta täyttäneen ikäihmisen toimintakyky ja itsenäinen selviytyminen. Tavoitteena oli myös arvioida ennaltaehkäisevien kotikäyntien hyötyä ikäihmiselle, hänen omaisilleen sekä Teuvan kunnalle. Tärkeää oli myös selvittää EHKO-käyntien optimaalista ajoitusta. Teuvassa EHKO-käynnit suoritettiin kahdessa vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa EHKO-käynnit toteutettiin vuonna 1920 tai sitä aikaisemmin syntyneille, ilman säännöllistä kunnallista palvelua oleville ikäihmisille. Toisessa vaiheessa käynnit toteutettiin 75-85 -vuotiaille henkilöille pilottiprojektina. EHKO-käynneillä ikäihmisiä haastateltiin kyselykaavakkeen avulla. Kyselykaavake koostui kahdeksasta eri kokonaisuudesta ja 51 eri kysymyksestä. Kyselykaavakkeessa ilmeneviä osa-alueita olivat muun muassa haastateltavan terveys, yleinen toimintakyky, sekä sosiaalinen verkosto. Jokainen kotikäynti kesti keskimäärin 1,5 tuntia. (Harjula, Rinta-Säntti, Laaksonen, Tamsi, 2006.)

Ensimmäisessä vaiheessa kohderyhmään kuului 116 ikäihmistä, heistä 79 osallistui tutkimukseen. Kohderyhmässä oli 57 naista ja 22 miestä. Vastaajista 48 asui yksin, 15 puolisonsa kanssa ja 23 jonkun muun omaisen kuten lapsensa luona. Suurin osa eli yli 70 % asui omakotitalossa, noin 20 % asui rivitalossa ja kolme prosenttia kerrostalossa. Vain yhdellä prosentilla vastaajista ei ollut juoksevaa vettä kodissaan. Kohderyhmästä neljällä prosentilla ei ollut lainkaan sisävessaa. Ikäihmiset saivat säännöllistä apua eri tahoilta. 76 % sai avun lapsiltaan, 15 % ystäviltään, ja 10 % puolisoltaan. Apua saatiin myös muun muassa naapureilta, kotipalvelulta ja yksityisyrittäjiltä. (Harjula ym. 2006.)

EHKO-käynteihin osallistuneista suurin osa koki terveydentilansa tyydyttäväksi. Terveydentila oli parantunut kuudella prosentilla, 63 % koki terveydentilansa pysyneen ennallaan sekä 30 % koki terveydentilansa huonontuneen. 52 %:lla, vastanneista oli sydän- ja verisuonisairaus ja 15 %:lla diabetes. Vain neljällä vastanneesta ei ollut mitään mainittavaa sairautta. EHKO-

käynneillä ilmeni myös, että haastateltavat eivät pystyneet tai halunneet keskustella kaikista sairauksistaan haastattelijoiden kanssa. Tällaisia sairauksia olivat muun muassa dementia ja masennus. Haastateltavien mieliala koettiin vastausten perusteella varsin hyväksi. Vain kuusi prosenttia vastanneista koki olonsa usein murheelliseksi, kun taas 76 % koki harvoin olevansa murheellinen. 97 % vastanneista koki usein olonsa tyytyväiseksi. Turvattomuuden tunnetta ilmeni usein 12 %:lla vastanneista, 65 % harvoin ja 23 % ei koskaan. Suuri osa haastateltavista käytti jotain apuvälineitä. Yleisempiä olivat rollaattori, jota käytti 40 % haastateltavista. Kävelykeppiä käytti 38 % vastaajista. Huonon näön vuoksi apuvälineitä käytti 20 % ja alentuneen kuulon vuoksi 13 %. Vain 14 % kohderyhmästä omisti turvapuhelimen. (Harjula ym. 2006.)

EHKO-käyntien jälkeen ikäihmisten jatkoavuntarve vaihteli suuresti. Osa heistä halusi EHKO-käynnin jälkeen saada ajan lääkärin vastaanotolle. Fysikaalisen avun piiriin ohjattiin muutama ikäihminen. Kotipalvelun apua jatkossa koki tarvitsevansa kolme vastaajaa. Ateriapalvelun halusi kaksi ja turvapuhelimen halusi hankkia kaksi vastaajaa. Vain yksi haastateltavista koki tarvitsevansa kunnan palveluasunnon. Yhteensä 24 haastateltavaa halusi itse ottaa yhteyttä kyseisiin paikkoihin, lopussa 55 tapauksessa haastattelija otti yhteyttä jatkoapua tarjoavaan paikkaan. Haastattelijan jatkokäyntiä kotiinsa toivoi 13 haastateltavaa. (Harjula ym. 2006.) Pilottiryhmään kuului 85 kuntalaista, jotka ovat syntyneet vuosien 1921 ja 1939 välisenä aikana. Heistä 18 oli jo kunnan palveluiden piirissä, joten he eivät osallistuneet tutkimukseen. Haastattelusta kieltäytyi 20 henkilöä, koska he eivät kokeneet tarvitsevansa minkäänlaista apua lähitulevaisuudessa. Kieltäytyjistä yli puolet oli alle 80 -vuotiaita. Suurin osa vastaajista asui yksin ja tuli toimeen itsenäisesti ilman palveluja. Tarvittava apu saatiin joko lapsilta tai muilta läheisiltä. Suurin osa koki asuntonsa hyväksi eivätkä suunnitelleet muuttoa. Vastanneista 73 % koki terveydentilansa tyydyttäväksi ja 97 % oli tyytyväisiä elämäntilanteisiinsa. Kuitenkin vastanneista suuri osa koki itsensä yksinäiseksi. Kävelykeppi ja rollaattori olivat yleisimmät käytetyt apuvälineet myös tässä kohderyhmässä. (Harjula ym. 2006.)

Jatkossa apua koki tarvitsevansa vain 21 vastaajista. Heistä seitsemän halusi ottaa itse yhteyttä kyseiseen paikkaan. Haastateltavista kuusi halusi apuvälinekartoituksen. Ensimmäiseen ryhmään verraten, lääkärin halusi tavata vain murto-osa pilottiryhmäläisistä. Lääkärin tapaamiselle koki tarvetta vain kolme haastateltavaa. Myös turvapuhelinhakemuksia tehtiin kolme. Jatkoavuntarve ilmeni lähinnä vain yli 80-vuotiailla pilottiryhmäläisillä. Pilottiryhmäläiset kokivat, että omaan toimintakykyyn ja itsenäiseen selviytymiseen vaikutti suuresti oman asunnon kunto sekä oma terveydentila. Suurimmaksi hyödykseen EHKO-käynneistä, he nimesivät tiedon ja neuvon saamisen. EHKO-käynneillä he kokivat saavansa neuvoa siitä, mihin ottaa yhteyttä eri ongelmien ilmetessä. EHKO-käynneillä kerrottiin muun muassa Kelan maksamasta hoitotuesta sekä apuvälineistä. Ikäihmiset kokivat erityisen tärkeäksi tiedon siitä mistä apuvälineitä saa ja kuinka ne toimivat. (Harjula ym. 2006.)

5 TIEDON HYÖDYNNETTÄVYYS

Ennaltaehkäisevät kotikäynnit antavat kunnalle paljon hyödyllistä tietoa, jota on haasteellista saada muilla menetelmillä. Kunnat voivat hyödyntää saamaansa tietoa vanhustenhuollon suunnittelussa, vanhuspoliittisen strategian valmistelussa, palvelujen kehittämisessä ja yksilöllisten palvelusuunnitelmien laatimisessa. Kunnan saama hyöty ennaltaehkäisevistä kotikäynneistä riippuu esimerkiksi siitä, miten systemaattisesti kokemuksia kerätään, arvioidaan ja tiedotetaan edelleen. (Häkkinen 2002.) Esimerkiksi muistisairauksien varhainen toteaminen mahdollistuu ennaltaehkäisevien kotikäyntien kautta (Woods, Moniz-Cook, Iliffe, Campion, Vernooij-Dassen & Zanetti 2003, 320-324).

Ennaltaehkäisevien kotikäyntien kautta kunnat saavat arvokasta palautetta palvelujen kehittämiseen. Ikäihmiset ovat toivoneet, että asumisen vaihtoehtoja kehitetään ja kuntoutus- ja päivätoimintapalveluja lisätään. Erilaisiin liikuntaryhmiin ja kuntosalipalveluihin toivotaan hinnan alenemista ja tukien ja avustusten lisäämistä pienituloisille. (Savela 2008, 8.) Ennaltaehkäisevät kotikäynnit kartoittavat riskitekijöitä ikäihmisen elämässä. Haastattelujen kautta riskiryhmät ovat löytyneet ja heidät on ohjattu oikeiden palvelujen piiriin. Yksi kuvattu riskiryhmä on ikäihmiset, joiden tasapaino on heikentynyt ja näin ollen kaatumiset ovat lisääntyneet. Oikeiden palveluiden piiriin ohjaamisella, pyritään ehkäisemään kuluja, joita syntyy esimerkiksi kaatumisen kautta (mahdollinen leikkaus ja sairaalassa olo aika). (Pettersson & Nikander 2008, 31.)

Ennaltaehkäisevillä kotikäynneillä on vaikutuksia tulevaisuuteen. Kunnat pystyvät ennakoimaan tulevia ikäihmisten palvelutarpeita ja kehittämään niitä entistä kattavammiksi. Se antaa pohjan luoda uusia toimintastrategioita ja palvelutuotantojen suunnittelua. Kehittämistoiminnalla ja verkostoitumalla kunta saa uutta tietoa vanhustyön kehittämiseksi. Ennaltaehkäisevät kotikäynnit tukevat kuntaa pysymään tavoitteessaan, eli kotona asumista niin pitkään kuin ikäihminen itse haluaa. (Holma & Häkkinen 2004, 25.) Ikäihmisille suunnattujen ennaltaehkäisevien kotikäyntien vaikuttavuudesta on saatu merkittävä löydös. Vuonna 2002 tehtiin Britanniassa laaja tutkimus, johon osallistui noin 13000 yli 65 vuotiasta ikäihmistä. Tutkimustulokset osoittivat, että hoitokotiin joutumisen riski väheni keskimäärin 34 %, kun ennaltaehkäiseviä kotikäyntejä tehtiin useammin kuin 9 kertaa vuodessa. Sen sijaan alle 4 kertaa vuodessa tehdyt ennaltaehkäisevät kotikäynnit, eivät vähentäneet hoitokotiin joutumista. Toimintakyvyn aleneminen hidastui 25 %:lla ja kuolleisuus aleni 73-77 -vuotiaiden ryhmässä, muttei vanhemmilla. Näiden tulosten pohjalta todettiin, että ennaltaehkäisevien kotikäyntien positiivinen vaikutus iäkkäiden kotona selviytymiseen, toimintakyvyn kohenemiseen sekä kuolleisuuden alentumiseen edellyttää riittävän varhain aloitettua, säännöllistä ja riittävän usein toistuvaa toimintamallia. (Stuck, Egger, Hammer, Minder & Beck 2002, 1022-1028.)

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyötämme varten haastattelimme kolmen eri vanhustyön sektorin työntekijää. Haastattelut tehtiin Porvoossa, Loviisassa ja Mäntsälässä. Haastateltavat toimivat eri tehtävissä kotihoidon ja vanhustyön alueilla. Saimme haastatteluiden ansiosta moniammatillisen näkemyksen ennaltaehkäisevän kotikäynnin suunnitteluun, toteutukseen ja arvioimiseen. Haastateltavien ryhmä koostui kotihoidon palvelupäälliköstä, vanhustyön johtajasta, sairaanhoitajasta ja kotihoidon ohjaajasta. Moniammatillisen näkemyksen lisäksi saimme myös kokemukseen pohjautuvaa tietoa. Osassa näistä kaupungeista oli tehnyt ennaltaehkäiseviä kotikäyntejä jo useana vuotena.

6.1 Aineistonkeruumenetelmä

Opinnäytetyössämme käytimme tutkimusmenetelmänä teemahaastattelua. Teemahaastattelu on yksi kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen tutkimusmenetelmistä. Teemahaastattelussa haastattelija suunnittelee tutkimuskohteena olevan kysymyksen rinnalle kysymysaiheita, joiden avulla hän kartoittaa tutkimusongelman luonnetta. Teemahaastattelussa aiheet ovat tarkoin valittuja, mutta haastattelu etenee ilman mitään tiettyä kaavaa (Anttila 2008.) Kaikki aihekysymykset käydään teemahaastattelussa läpi, mutta esimerkiksi kysymysten järjestys voi vaihdella teemahaastattelusta toiseen. Teemahaastatteluun valitut ihmiset ovat aina tarkoin harkittuja ja perusteltuja. Haastateltavat liittyvät tutkittuun ongelmaan tai aiheeseen oleellisesti. (Anttila 2008.) Tässä opinnäytetyössä haastattelemme teemahaastattelun avulla hoitohenkilökunnan työntekijöitä, jotka ovat suorittaneet ennaltaehkäiseviä kotikäyntejä työssään. Teemahaastattelussa on tärkeää, että haastattelija on tutustunut tutkimuksen kohteena olevaan aiheeseen teoriassa ja käytännössä ennen haastatteluja. Olennaista on myös se, että haastattelun tekijä tai tekijät ovat saaneet tutkittua tietoa aiheesta, jotta haastattelujen luotettavuus säilyy. Teemahaastattelun kohteena olevien ihmisten on myös hyvä saada tietää, että haastattelujen sisältö on luottamuksellista ja haastatteluista saatua tietoa ei käytetä väärin, eikä saatua tietoa hyödynnetä haastateltavan yksityisyyttä loukaten. (Hirsjärvi & Hurme 1995, 27.)

Teemahaastattelurunko koostuu teemoista eli aiheista (LIITE 1). Haastattelu etenee aiheittain ja teemojen pohjalta haastattelija esittää kysymyksiä. Kysymykset ovat yksityiskohtaisempia kuin itse tutkimusongelma. Teemahaastattelurungon aiheet toimivat ikään kuin haastattelija muistilistana ja aiheiden perusteella haastateltava muokkaa aiheista kysymyksiä, jotka voivat vaihdella eri haastatteluissa. (Hirsjärvi & Hurme 1995, 41.) Teemahaastattelu alkaa niin sanotuilla yleisillä kysymyksillä, joiden tueksi haastattelija esittää tarkentavia kysymyksiä. Teemahaastattelun edetessä haastattelija pääsee syvemmälle käyttäen tarkentavia kysymyksiä. Harkittujen aiheiden rinnalle nousee usein lisäteemoja, kun haastattelu etenee. Teemahaastattelun kulku on usein ennalta arvaamatonta, ja siksi usein haastattelun

luonteenpiirteet voivat muuttua haastattelun edetessä. Teemahaastattelussa ei haastateltavalta voi kysyä kysymyksiä kuitenkaan aivan päämäärättömästi, vaan haastattelussa yritetään löytää merkityksellisiä vastauksia tutkimuksen tarkoituksensa ja ongelmanasettelun tai tutkimustehtävän mukaisesti. Teemahaastattelun tärkeimpänä elementtinä on se, että tutkimuksen kohteena olevaa aihetta käsitellään kattavasti ja monipuolisesti, ja haastateltavan ehdoilla. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 77.)

6.2 Aineiston analyysi

Sisällönanalyysi on perusmenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa kvalitatiivisen tutkimuksen perinteissä. Sisällönanalyysillä tarkoitetaan kirjoitettujen, kuultujen tai nähtyjen sisältöjen analysointia teoreettisena viitekehyksenä. On olemassa muitakin laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmiä, mutta ne kaikki perustuvat usein sisällönanalyysiin, jos niiden päämäärä on sama kuin edellä mainittu. Sisällönanalyysillä pyritään saamaan tutkitusta aiheesta kuvaus tiiviissä muodossa. Sisällönanalyysillä saadaan tutkimuksen avulla kerätty aineisto kuitenkin vain järjestettyä niin, että se on valmis johtopäätösten tekoa varten. Sisällönanalyysin tavoitteena on siis analysoida erilaisia tutkimuksia varten suoritettuja dokumentteja. Dokumentteja voivat olla esimerkiksi kirjat, kirjeet, puheet, artikkelit, keskustelu, raportit ja melkein mikä tahansa materiaali, joka on kirjallisessa muodossa. Sisällönanalyysi on tekstianalyysiä, kuten myös esimerkiksi historiallinen analyysi. Sisällönanalyysissä tutkitaan tekstin merkityksiä. Analyysin avulla pyritään luomaan tekstistä mielekäs ja kompakti informaatiokokonaisuus. Analyysin avulla tekstistä pyritään luomaan selkeä kokonaisuus, josta voi tehdä ytimekkäitä johtopäätöksiä (Tuomi & Sarajärvi 2003, 105-107.)

Laadullisen tutkimuksen sisällönanalyysi voidaan tehdä eri tavoin. Analyysi voidaan suorittaa aineistolähtöisesti, teoriaohjaavasti tai teorialähtöisesti. Aineistolähtöiseen analyysiin kuuluu muun muassa aineiston pelkistäminen, eli pilkkominen pieniin osiin, jolloin tekstistä etsitään olennaisimmat tekstikokonaisuudet. Aineiston klusteroinnissa, eli ryhmittelyssä, tekstistä etsitään informaatioita, jotka eriyvät toisistaan tai ovat samankaltaisia. Aineistolähtöiseen analyysiin kuuluu myös abstrahointi, eli käsitteellistäminen. Käsitteellistämässä lähdetään liikkeelle alkuperäistiedon käyttämisestä verbaalisista ilmauksista teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. Abstrahoinnissa yhdistellään erilaisia luokituksia niin kauan, kuin se on mahdollista. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä siis yhdistellään erilaisia käsitteitä ja saadaan aikaan johtopäätöksiä ja niiden avulla vastauksia tutkittuihin ongelmiin. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 110-115.)

Analyysissä käytetyt luokittelut liitetään jo aiemmin ilmenneisiin viitekehyksiin, jotka voivat olla muun muassa teorian tai käsitejärjestelmän muodossa. Analyysirungon muodostaminen on ensimmäinen vaihe sisällönanalyysissä. Analyysirunko voi olla hyvinkin väljä kokonaisuus tai strukturoitu. Analyysirungon sisällölle tehdään erilaisia luokituksia tai ryhmiä. Ryhmistä ja luokituksista poimitaan ne asiat, jotka kuuluvat analyysirungon sisältöön. Myös rungon

ulkopuolelle jäävät asiat poimitaan ylös, joista muodostetaan uusia luokituksia. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 116.) Tutkimuksissa, joissa on käytetty sisällönanalyysiä, on usein vaarana se, että itse analyysi on prosessina kuvattu hyvin, mutta johtopäätökset voivat olla epämielikkäitä. Koko analyysiprosessi on melko mekaaninen, jolloin voi olla vaarana, että jotain oleellista tietoa voi jäädä huomaamatta. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 105.)

6.3 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi on tekstiaineistojen analyysimenetelmä. Tekstiaineistoilla tarkoitetaan muun muassa litteroituja haastatteluita, sekä julkisia ja yksityisiä dokumentteja. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä lähtökohtana on alkuperäinen teksti, joka pelkistetään. Aineiston pelkistämässä analysoitava informaatio voi olla muun muassa auki kirjoitettu haastatteluaineisto. Aineisto pelkistetään siten, että siitä karsitaan epäolennaiset asiat pois. Pelkistäminen tarkoittaa siis joko informaation tiivistämistä tai pilkkomista osiin. Pelkistetty aineiston ryhmitellään, josta luodaan luokkia eli kategorioita. Aineiston ryhmittelyssä aineistosta koodatut alkuperäisilmaukset käydään läpi ja siitä etsitään samankaltaisuuksia ja/tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ryhmitellään ja yhdistetään yhdeksi luokaksi. Ryhmät nimetään sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Luokittelussa aineisto tiivistyy, sillä yksittäiset tekijät sisällytetään yleisempiin käsitteisiin. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 111.)

Aineiston pelkistämistä seuraa teoreettisten käsitteiden luominen. Aineiston pelkistämisen katsotaan olevan jo osa teoreettisten käsitteiden luomisprosessia. Käsitteellistämässä erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja valikoidun tiedon perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Käsitteellistämistä jatketaan yhdistelemällä, niin kauan, kuin se on aineiston sisällön näkökulmasta mahdollista. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 114.) Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä yhdistellään käsitteitä ja niin saadaan vastaus tutkimustehtävään. Sisällönanalyysi perustuu päättelyyn ja tulkintaan. Käsitteellistämistä on kuvattu prosessiksi, jossa tutkija muodostaa yleiskäsitysten avulla kuvan selvitetävästä ilmiöstä. Tällöin teoriaa ja johtopäätöksiä verrataan koko ajan alkuperäisaineistoon uutta teoriaa muodostettaessa. Käsitteellistämässä aineisto liitetään teoreettisiin käsitteisiin ja tuloksiin esitetään aineistosta muodostettu malli, käsitejärjestelmä, käsitteet tai aineistoa kuvaavat teemat. Tuloksissa kuvataan luokittelujen pohjalta muodostetut käsitteet tai kategoriat ja niiden sisällöt. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 115.)

6.4 Analyysin vaiheet ja luokittelu

Teemahaastattelumenetelmällä saadun aineiston käsitleminen aloitettiin aineiston purkamisella. Tätä opinnäytetyötä varten tehtiin kolme haastattelua. Jokainen opinnäytetyön tekijöistä käsitteli yhden haastattelun. Haastatteluiden purkaminen aloitettiin niiden

kuuntelemisella. Haastattelut kuunneltiin tarkkaan läpi, kiinnittäen huomiota vastauksiin ja asioiden ilmauksiin. Tämän jälkeen aloitettiin nauhoitetun aineiston litterointi. Litteroinnilla tarkoitetaan audiotallenteen purkamista äänitteeltä kirjalliseen muotoon. Litteroinnin voi tehdä erilaisilla tarkkuustasoilla. (Karasti 2005.) Tämän aineiston käsittelyyn valitsimme sanasta sanaan litteroinnin. Sanasta sanaan litteroinnilla puhe on litteroitu jokaista äännähdystä myöten. Tämä menetelmä on usein käytetty, sillä se välittää kaiken sanallisesti ilmaistun litteraatioon ja sitä kautta analyysi- ja tulkintavaiheeseen. (Karasti 2005.)

Litteroinnin jälkeen seurasi tekstin puhtaaksikirjoitus. Tätä vaihetta kutsutaan aineiston pelkistämiseksi. Pelkistämisen lähtökohtana ovat aineiston alkuperäiset ilmaukset. Tämän vaiheen haasteena on, miten pelkistää aineisto niin, että se kuvaa mahdollisimman luontevasti tutkittavaa ilmiötä. Tässä vaiheessa aineistosta karsitaan epäolennaisia asioita. (Tuomi & Sarajarvi 2003, 111.) Litteroidusta aineistosta jätettiin kaikki äännähdykset pois ja tekstistä tehtiin yhtenäinen kokonaisuus. Jokainen opinnäytetyön tekijöistä kirjoitti yhden haastattelun puhtaaksi. Tässä tekstissä oli ainoastaan haastattelukysymyksiin vastaukset, sekä tutkimustavoitteeseen nojaavia ilmauksia. Turhat ilmaukset jätettiin pois, sillä niillä ei ollut merkitystä aineiston analyysissä, sekä tulosten tarkastelussa. Kolmannessa vaiheessa pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin ja aineistosta etsittiin samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Tätä vaihetta kutsutaan klusteroinniksi. Yhdistimme tekstistä ilmenneitä samankaltaisia käsitteitä pelkistetyiksi ilmauksiksi. Jätimme tarkoituksella taulukosta pois alkuperäiset ilmaukset ja muodostimme suoraan pelkistettyjä ilmauksia ja niistä yläluokan ja lopuksi pääkategorian. Tämä selkeytti taulukon kokonaisuutta. Pelkistetyssä ilmauksessa olevat käsitteet kuvaavat samankaltaista sisältöä. Tämän jälkeen laadimme niille yhtenäisen käsitteen, joka kuvaa ilmiötä kokonaisuudessa. Tämä vaihe tiivistä aineistoa niin, että yksittäiset tekijät sisältyivät yleisimpiin kokonaisuuksiin.

Jäsensimme aineiston alkuperäiset ilmaukset pelkistettyyn ilmaukseen, yläluokkiin ja pääkategoriaan. Tämä luokitus muodostui aineistosta, joka tuki jaottelua ja vastasi pääkategoriaan. Pääkategorian teema vastasi jaottelua, eli se oli yhdenmukainen. Yläluokkien teema kantoi kaikkien luokittelujen läpi. Ne olivat kattavia ja pitivät sisällään kerätyn aineiston. Yläluokkien sisältö antaa vastaukset tutkimuskysymyksiin joko suoraan tai epäsuoraan. Viimeinen vaihe pitää sisällään teoretiedon, kirjallisuuden ja aikaisempien tutkimuksien kytkemisen aineistoon ja omiin tulkintoihin. Laitimamme taulukko antaa yleisen näkemyksen tutkimustuloksista, jotka olemme avanneet lausein. Yläluokkien sisältämät teemat laadittiin omiksi kappaleiksi. Kappaleiden asiasisällöt muodostuivat alaluokkien sisältämistä asioista, jotka ilmenivät haastatteluista. Haastatteluiden tulokset kirjoitettiin puhtaaksi ja niiden yhtäläisyydet ja erot tuotiin esille.

7 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Opinnäytetyötämme varten haastattelimme Porvoon, Loviisan ja Mäntsälän ennaltaehkäisevien kotikäyntien suunnitteluun ja suorittamiseen osallistuneita ihmisiä. Mäntsälässä ennaltaehkäiseviä kotikäyntejä oli tehty kertaluontoisesti projektina. Porvoossa ja Loviisassa kotikäyntejä on tehty jo useampana vuotena. Tässä kappaleessa on kuvattu teemahaastattelussa saadut tulokset. Taulukot etenevät opinnäytetyökysymyksittäin. Haastatteluista on nostettu esiin pelkistetyt ilmaukset ja niistä ovat muodostuneet yläluokat. Yläluokkien perusteella on muodostunut pääkategoria, joka yhdistää luokat toisiinsa.

7.1 Hyvä ennaltaehkäisevä kotikäynti

Taulukko 1 Ennaltaehkäisevän kotikäynnin toimeenpano

Pääkategoria	Yläluokka	Pelkistetty ilmaisu
Hyvä ennaltaehkäisevä kotikäynti	Suunnittelu	<ul style="list-style-type: none"> - Kokoukset - Tavoitteiden määrittäminen - Lisäkoulutuksen mahdollistaminen - Kuntaliiton laatima haastattelulomake - Perustuu vapaaehtoisuuteen - Lehti-ilmoitus - Kirje - Puhelin soitto
	Kohderyhmälle suunnattu materiaali	<ul style="list-style-type: none"> - Info-kansio laatiminen - Käytettävät mittarit esim. MMSE
	Hallinto	<ul style="list-style-type: none"> - Vanhustyön johtaja - Kotihoidon päällikkö - Kotihoidon palvelupäällikkö
	Yhteistyökumppanit	<ul style="list-style-type: none"> - Sosiaali- ja terveystoimi - Kuntaliitto - Seurakunta
	Kotikäynnin suorittajat	<ul style="list-style-type: none"> - Sairaanhoidtaja - Seurakunnan diakoni ja diakonissa - Sosiaaliohjaaja - Kotihoidon ohjaaja

Ennaltaehkäisevien kotikäyntien suunnitteluvaihe oli pitkäkestoinen prosessi. Ennen projektin käynnistymistä vaadittiin useita kokouksia ja seminaareja. Kokouksen aiheina käsiteltiin kohderyhmän valintaa ja tavoitteet määritettiin. Porvoossa, Loviisassa ja Mäntsälässä käytettiin Kuntaliiton laatimaa ennaltaehkäisevien kotikäyntien haastattelulomaketta. Kuntaliitto antoi tallennuspohjan, johon EHKO-käyntien tulokset tallennettiin. Porvoosta on

kahtena vuotena lähetetty käyntien yhteenvedot Kuntaliitolle. Loviisassa ja Mäntsälässä oli käytössä muokattu versio Kuntaliiton haastattelulomakkeesta. Mäntsälässä haastattelulomakkeeseen oli liitetty kysymyksiä uskoon liittyvistä asioista, sekä päihteiden käytöstä. Porvoossa ja Loviisassa on järjestetty koulutusta kotikäynnin suorittajille tarpeen mukaan. Mäntsälässä koulutusta ei ole järjestetty. Koulutuksen tarpeettomuutta perusteltiin sillä, että vankka kokemus vanhustyöstä ja erilaisten ihmisten kanssa työskentely riittää kotikäyntien suorittamiseen.

Porvoossa EHKO-käynnit lähtivät liikkeelle kotihoidon palvelupäällikön osallistuessa koulutukseen, jossa hän suoritti EHKO-käynnit projektina kahden hoitajan kanssa. Myöhemmin kotihoidon päällikkö on myös kouluttanut henkilökuntaa EHKO-käyntien suorittamiseen. Porvoossa EHKO-käyntejä suorittivat kotihoidon sairaanhoitajat. Porvoossa kotihoidon päällikkö sekä sosiaaliohjaaja ovat aiemmin suorittaneet käyntejä. Mäntsälässä kotihoidonpäällikkö osallistui ennaltaehkäisevien kotikäyntien suorittamiseen. Hän osallistui myös projektin suunnitteluun. Mäntsälän kunnassa ennaltaehkäisevien kotikäyntien suorittajia oli monta. He halusivat saada monipuolista kokemusta suunnittelu- ja toteutusvaiheeseen. He myös halusivat jakaa osaamista eri tahojen välillä. Tästä esimerkkinä seurakunnan ja kunnan välinen yhteistyö. Kotikäyntejä suoritti sairaanhoitaja, kotihoidon päällikkö, diakoni ja diakonissa, terveyskeskuksen sosiaalityöntekijä, sekä kotihoidon ohjaaja. Diakoni ja diakonissa eivät suorittaneet haastattelua, vaan kertoivat ikäihmiselle seurakunnan tarjoamasta tuesta ja palveluista ikäihmisen elämässä. Loviisassa EHKO-käyntien vastuuhenkilönä toimi vanhustyön johtaja. Loviisassa käynnit suoritti pääasiallisesti kotihoidon ohjaaja tai kotihoidon sairaanhoitaja. Loviisassa EHKO-käynnit on aina keskitetty yhdelle tai kahdelle henkilölle. Tällä he halusivat varmistaa sen, että ennaltaehkäisevien kotikäyntien suorittaja osaa kertoa kaupungin palveluista.

Tavoitteet kotikäynneille nousivat Sosiaali- ja terveysministeriön ikäihmisten hoitoa ja palvelua koskevasta laatusuosituksista. Haastateltavat olivat laatineet myös omia tavoitteita kohderyhmän mukaan. Yleisimmät tavoitteet liittyivät tiedottamiseen ja neuvontaan palveluista, sekä etuuksista kertomiseen. Porvoossa yksi tavoitteista oli myös se, että sairaanhoitaja saa tietoa alueellaan tulevaisuudessa tapahtuvista muutoksista. Loviisassa ja Porvoossa valitulle kohderyhmälle lähetettiin ensin ennaltaehkäisevistä kotikäynneistä tiedottava kirje. Kirjeen lähettämisen jälkeen heihin otettiin uudestaan yhteyttä puhelimitse. Tässä yhteydessä halukkaiden kanssa sovittiin kotikäyntiaika. Mäntsälässä tiedottaminen tapahtui lehti-ilmoituksen kautta. Tiedottamista tapahtui myös seurakunnan palvelupäivässä sekä veteraaniasiainneuvottelukunnassa. Tämän jälkeen halukkaat ottivat itse yhteyttä ja kotikäyntiajat sovittiin. Ennaltaehkäisevät kotikäynnit perustuivat vapaaehtoisuuteen.

Ennaltaehkäisevissä kotikäynneissä käytettiin hyödyksi Kuntaliiton materiaalia. Kaikki haastatellut käyttivät EHKO-käynneillä MMSE-muistitestiä. Porvoossa ikäihmisten

alkoholinkäyttöä selvitettiin erillisen kyselykaavakkeen avulla. Mäntsälässä käytettiin RAVA-indeksiä. Heillä oli käytössä myös info-kansio. Tämä kansio sisälsi tietoa eri palveluista, joita Mäntsälän kunta tarjoaa ikäihmiselle. Tästä kansiosta oli apua haastattelijoille. Sen avulla he kykenivät kertomaan ikäihmisille kunnan tarjoamista palveluista ja tiedot olivat ajankohtaisia. Osa info-kansion sisällöstä saatiin Kuntaliiton internet sivuilta. Porvoossa on mietitty mahdollisuutta yhteistyöhön muiden sektoreiden kanssa ennaltaehkäisevien käyntien edistämiseksi. Mäntsälässä EHKO-käynneillä yhteistyökumppaneina olivat seurakunta ja sosiaalityöntekijä. Seurakunta antoi tietoa heidän tarjoamistaan palveluista ikäihmisille. Samalla kunnan työntekijät saivat tietoa siitä, mikä on seurakunnan rooli palveluvalikoimassa. Sosiaalityöntekijä koettiin hyväksi valinnaksi työryhmään, sillä hän tapaa avoimuusihmisiä ja hoitaa veteraanien kuntoutusasioita. Näin saatiin laajempaa näkemystä kotikäyntien suunnitteluun ja toteutukseen.

7.2 Henkilökunnan näkemykset ennaltaehkäisevän kotikäynnin merkityksestä

Taulukko 2 Kotikäynnin merkitys ehkäisevässä vanhustyössä

Pääkategoria	Yläluokka	Pelkistetty ilmaisu
Henkilökunnan näkemykset	Hyödynnettävyys kuntatasolla	<ul style="list-style-type: none"> - Palveluiden uudistamisen suunnittelu - Tulosten hyödyntäminen talousarviota tehdessä - Tiedon saaminen
	Tulevien muutosten ennakointi	<ul style="list-style-type: none"> - Alueella tapahtuvien muutosten ennakointi - Tulevaisuuden tuomat haasteet
	Ennaltaehkäisy	<ul style="list-style-type: none"> - Riskien tunnistaminen - Riskiryhmien tunnistaminen - Varhainen puuttuminen
	Hyvinvoinnin edistäminen	<ul style="list-style-type: none"> - Tiedon antaminen - Palvelutarpeiden kartoittaminen - Palvelutarpeiden tunnistaminen - Palveluiden piiriin ohjaaminen
	Tavoitteellisuus	<ul style="list-style-type: none"> - Kodissa asumisen turvaaminen mahdollisimman pitkään - Asiakkaan turvallisuus

Haastattelijat kokivat, että kunta saa tietoa siitä, miten palveluita tulee uudistaa ja kehittää, jotta niiden hyöty ikäihmiselle kasvaa. Kunta voi hyödyntää kotikäynneiltä saatua tietoa

vanhustenhuollon suunnittelussa, vanhuspoliittisen strategian valmistelussa, palvelujen kehittämisessä ja yksilöllisten palvelusuunnitelmien laatimisessa. Ennaltaehkäisevät kotikäynnit antoivat kunnalle tietoa siitä, millä tavalla palveluita tulee järjestää, jotta niiden hyöty ikäihmiselle olisi mahdollisimman suuri. Porvoo, Mäntsälä ja Loviisa saivat arvokasta tietoa palveluiden tarpeesta suunnittelun pohjaksi. Tiedon saaminen edisti ja kehitti uusien palveluiden tuottamista. Ennaltaehkäisevät kotikäynnit olivat ilmaistu kunnan vanhuspoliittisessa strategiassa tai vanhuspoliittisessa suunnitelmassa.

Ennaltaehkäisevien kotikäyntien myötä saatiin paljon arvokasta tietoa ikäihmisten voinnista ja tarvittavista palveluista. Kotikäynnin suorittajat kokivat, että ennaltaehkäisevä kotikäynti antaa kokonaiskuvan ikäihmisen hyvinvoinnista sekä tarvittavista palveluista itsenäisyyden ja omatoimisuuden säilyttämisessä. Ennaltaehkäisevän kotikäynnin jälkeen ikäihminen voitiin tarpeen tullen ohjata esimerkiksi päiväkeskuksen ryhmätoimintaan, sosiaalipalvelujen, kuntoutuksen tai apuvälinetarpeen arviointiin, terveyskeskuksen vastaanotolle tai terveystarkastukseen. Hänet voitiin ohjata myös järjestö- tai vapaaehtoistoiminnan tai seurakunnan järjestämän toiminnan piiriin. Ikäihmisen elämän tilanteen selvittämisessä voitiin tarvittaessa hyödyntää sosiaali- ja terveydenhuollon lisäksi myös muita viranomaisia tai toimijoita. Ehkäisevillä kotikäynneillä kertynyttä tietoa käytettiin varsin vähän hyödyksi kunnan muilla toimialoilla kuin sosiaali- ja terveystoimessa. Kotikäynneillä saatiin moneen elämänalueeseen liittyvä tietoa. Porvoossa, Loviisassa ja Mäntsälässä oltiin sitä mieltä, että ennaltaehkäisevistä kotikäynneistä saadut tulokset auttavat kuntaa talousarvion teossa. Ennaltaehkäisevät kotikäynnit auttavat ennakoimaan ikäihmisten tulevia palvelutarpeita. Haastateltavat kokivat, että tulevaisuuden tuomiin haasteisiin osataan paremmin valmistautua, kun tiedetään tulevat muutokset.

Ennaltaehkäisevien kotikäyntien hyödyiksi katsottiin olevan ikäihmisten saama tieto palveluista ja oikea-aikaisten palveluiden saaminen. Kotikäyntien hyödyiksi koettiin myös se, että kunta palveluineen tuli ikäihmisille tutuksi. Käynnit loivat turvallisuuden tunnetta ikäihmisille. Lisäksi kotikäynneillä katsottiin olevan ennaltaehkäisevää merkitystä ja niiden avulla uskottiin voivan myöhentää raskaampien palvelujen tarvetta. Haastateltavat kokivat, että tiedon antaminen ikäihmiselle on tärkeää. Ikäihmiset eivät olleet tietoisia heille kuuluvista palveluista tai niiden saatavuudesta. Palvelutarpeiden tunnistaminen ja kartoittaminen ilmeni ennaltaehkäisevällä kotikäynnillä tapahtuvan haastattelun aikana. Palvelun tarpeen arvioimisen jälkeen tapahtui palveluiden piiriin ohjaaminen.

7.3 Kotikäynnin hyöty ikäihmiselle

Taulukko 3 Kohderyhmällä ilmenevät palvelun tarpeet

Pääkategoria	Yläluokka	Pelkistetty ilmaisu
Kohderyhmien saama hyöty	Kohderyhmä	- Sotaveteraanit: 56 osallistujaa - 75- vuotiaat: 153 osallistujaa - 80,- 85,- ja 86- vuotiaat: 72 osallistujaa
	Ilmapiiri	- Lämmin - Tervetullut - Avoin - Odotettu
	Palvelutarpeet kotona	- Apuvälineet - Ateriapalvelu - Turvapuhelinpalvelu - Apua kodin askareissa
	Palveluntarpeet kodin ulkopuolella	- Avokuntoutus - Laitoskuntoutus - Lääkärin tarkastus

Porvoon ennaltaehkäisevien kotikäyntien kohderymänä oli 75-vuotiaat Porvoon alueella asuvat ikäihmiset. Ennaltaehkäiseviin kotikäynteihin osallistui 153 ihmistä ja kotikäynnit suoritettiin vuonna 2008. Mäntsälässä tehdyt kotikäynnit suunnattiin sotaveteraaneille ja kotikäynnit suoritettiin vuonna 2007. Mäntsälässä tehtyihin kotikäynteihin osallistui 56 sotaveteraania. Loviisassa ennaltaehkäisevät kotikäynnit suunnattiin hieman varttuneemmalle väestölle. Ikäryhmiä oli kolme, ja käynnit suoritettiin kahtena eri vuotena. Ensimmäiset kotikäynnit suunnattiin 80-vuotiaille ja toisen vuoden käynnit 85- ja 86-vuotiaille. Ikäihmiset, joiden luokse ennaltaehkäisevä kotikäynti tehtiin, olivat käynteihin erittäin tyytyväisiä. Monet halusivat kotikäynnin uudelleen. Ilmapiiri oli tervetullut, lämmin ja avoin. Yksi syy tähän oli se, että kotikäynnit olivat odotettuja tapahtumia ikäihmisten näkökulmasta. Ikäihmiset kokivat saaneensa tarpeellista tietoa kunnan palveluista. He kokivat olonsa turvallisemmiksi, tietäessään, mihin tarvittaessa ottaa yhteyttä. Turvallisuudentunnetta lisäsi myös se, että kotikäynnit välittivät tiedon siitä, että kaupunkien terveystoimet välittävät ikäihmisten hyvinvoinnista.

Ehkäisevien kotikäyntien sisältö oli laaja ja monipuolinen. Kotikäynneillä keskityttiin olennaisesti esimerkiksi päivittäisistä toimista ja kotiaskareista selviytymiseen, apuvälineisiin, terveydentilaan, sekä asumiseen ja ympäristöön. Eniten palveluntarpeita ilmeni apuvälineissä, ateriapalvelussa, turvapuhelinpalvelussa, sekä kodin askareisiin liittyvissä

avuntarpeissa. Palvelutarpeita kodin ulkopuolella olivat muun muassa avo- ja laituskuntoutuksen tarve, sekä lääkärin tarkastukseen meneminen. Iän karttuessa laituskuntoutukseen olisi halukkuutta, mutta se koettiin liian pitkäaikaiseksi ja raskaaksi. Enemmän toivottiin päiväluontoista ikäihmisille suunnattua toimintaa.

8 POHDINTA

Tässä kappaleessa tarkastelemme opinnäytetyömme tuloksia teoreettiseen viitekehykseen peilaten. Tässä kappaleessa pohdimme myös tuloksia ja pyrimme saamaan vastaukset opinnäytetyökysymyksiimme. Analysoimme myös opinnäytetyömme eettisyyttä ja luotettavuutta. Toteamme opinnäytetyömme johtopäätökset ja esitämme jatkotutkimusaiheet.

8.1 Tulosten tarkastelu

Ennaltaehkäisevä kotikäynti on sosiaali- ja terveydenhuollon konkreettinen ja selkeä toimintatapa, kun tuetaan ikäihmisen itsenäistä selviytymistä kotona. Tanska on ennaltaehkäisevien kotikäyntien edelläkävijä. Suomessa kotikäyntejä on aloitettu tekemään 1970-luvulla. Vuosituhannen vaihteessa ennaltaehkäisevissä kotikäynneissä tuli käännekohta, kun Kuntaliitto teki valtakunnallisen projektin kotikäynneistä. Tämän jälkeen yli sadassa Suomen kunnassa on aloitettu tekemään ennaltaehkäiseviä kotikäyntejä. Toimintatapa on vielä uusi, joten sisällöllistä kehittämistä tarvitaan. Kotikäyntien vaikuttavuudesta on saatu tietoa kansainvälisissä tutkimuksissa, silti sen vaikuttavuudesta kiistellään edelleen. Vaikuttavuusnäyttöä on saatu, kun ennaltaehkäisevät kotikäynnit on suunnattu tietyille kohderyhmälle. Vanhuspoliittisen strategian- tai ohjelman tulisi ohjata kuntien vanhustyötä. Lähes kaikissa Suomen kunnissa on voimassa oleva vanhuspoliittinen strategia- tai ohjelma (Voutilainen 2007). Strategian merkitystä ei voi vähätellä ja toivottavaa olisi, että se konkreettisesti toimisi suunnittelun ja työn lähtökohtana.

Yksi varhaisen puuttumisen muodoista on ennaltaehkäisevä vanhustyö, jonka yksi työkalu on ennaltaehkäisevät kotikäynnit. Ne auttavat ennakoimaan tulevia muutoksia kunnassa tietyillä kohderyhmällä. Porvoossa, Loviisassa ja Mäntsälässä koettiin, että ennaltaehkäisevien kotikäyntien avulla kunta sai tietoa siitä, miten sen tulisi uudistaa ja kehittää ikäihmisille suunnattuja palveluita. Palveluiden hyödyn tulisi kasvaa ennaltaehkäiseviltä kotikäynneiltä saatujen tietojen avulla. Näin kunta hyödyntää saatua tietoa vanhuspoliittisen suunnittelussa, vanhuspoliittisen strategian valmistelussa, palvelujen kehittämisessä ja yksilöllisten palvelusuunnitelmien laatimisessa. Vanhuspoliittinen strategia tulisi olla kaiken lähtökohta, johon konkreettinen toiminta nojautuu. Jotta uusi toiminta, kuten ennaltaehkäisevä kotikäynti usein on, saisi oman paikkansa toiminnassa, tulee se jo suunnittelu vaiheessa liittää osaksi kunnan ehkäisevää vanhustyötä. (Häkkinen 2002.)

Kunnan saama hyöty ehkäisevistä kotikäynneistä riippuu esimerkiksi siitä, miten systemaattisesti kokemuksia kerätään, arvioidaan ja tiedotetaan edelleen. (Häkkinen 2002.) Mäntsälässä ennaltaehkäisevät kotikäynnit tehtiin kertaluontoisena projektina. Tämä aiheuttaa sen, että vertailukelpoisia tuloksia kunnan saamasta hyödystä ei ole. Porvoossa ja Loviisassa kotikäyntejä on tehty jo useampana vuotena. Kohderyhmien iät ovat vaihdelleet. Kunnat voivat organisoida ikääntyneiden hyvinvointia ja terveyttä edistävän toiminnan useilla tavoilla. Kuntalain (365/1995) mukaan kunnanvaltuusto päättää kuntapolitiikan suunnasta. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on kuntapolitiikan strateginen linjaus. Kuntastrategiaan sisällytetään tavoitteita, joiden mukaan ikäihmisten hyvinvointia ja terveyttä edistetään ja palveluja järjestetään. Tavoitteet otetaan huomioon kunnan vuotuisissa toiminnan ja talouden suunnitelmissa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Suunnitteluvaiheessa määritellään projektille tavoitteet. Hyvin laaditut tavoitteet ohjaavat projektin etenemistä toivottuun lopputulokseen. Suunnitteluvaiheessa tulisi lähtökohtana olla se, mitä kunta haluaa saada aikaan ennaltaehkäisevillä kotikäynneillä. Kunnan tavoitteet määrittävät muun muassa sen, mille ikäryhmälle EHKO-käynnit suunnataan ja mikä työryhmä käynnit suorittaa. Porvoossa, Loviisassa ja Mäntsälässä ennaltaehkäisevien kotikäyntien tavoitteet laati sama työryhmä, joka toteutti kotikäynnit. Pää tavoitteena oli kotona asumisen turvaaminen mahdollisimman pitkään. Tavoitteina oli myös palveluista tiedottaminen, ikäihmisten palvelutarpeiden kartoittaminen sekä tulevaisuuden tuomien haasteiden tunnistaminen. Loviisassa ja Porvoossa ennaltaehkäisevien kotikäyntien tavoitteita ei kuitenkaan kirjattu ylös. Monissa tutkimuksissa on tullut ilmi, että useissa kaupungeissa ennaltaehkäiseviin kotikäynteihin oli laadittu tavoitteita, jotka pohjautuivat Sosiaali- ja terveysministeriön ja Kuntaliiton tekemään ikäihmisten palveluita koskevaan laatusuositukseen. Sosiaali- ja terveysministeriön tekemän selvityksen (2009) mukaan kunnissa oli asetettu samanlaisia tavoitteita ja kotikäynneillä palveluiden piiriin ohjaaminen tapahtui samalla tavalla. Tavoitteeksi ilmoitettiin yleisimmin palveluja koskeva tiedottaminen ja neuvonta. Ehkäisevissä kotikäynneissä tärkeäksi tavoitteeksi nousi lisäksi toimintakyvyn, terveydentilan ja palvelutarpeen arviointi. Tärkeää oli myös ennakointi, terveyden edistäminen ja ikääntyneen omien voimavarojen tukeminen. (Seppänen, Heinola & Andersson 2009.)

Ennaltaehkäisevät kotikäynnit sovitetaan yhteen neuvontapalvelujen ja kunnan muun hyvinvointia ja terveyttä edistävän ja ehkäisevään toiminnan kanssa, kuten terveyskeskusten toteuttamien ikääntyneiden terveystarkastusten kanssa. Ennaltaehkäisevät kotikäynnit ovat kunnan järjestämiä harkinnanvaraisia palveluja. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.) Ennaltaehkäisevien kotikäyntien hyödyiksi koetaan se, että kunta palveluineen tulee ikäihmisille tutuksi ja että käynnit luovat turvallisuuden tunnetta ikäihmisille. Tutkimuksissa on tullut esiin, että ikäihmisillä on tietoa itselleen kuuluvista etuuksista ja palveluista melko vähän. Lisäksi kotikäynneillä katsotaan olevan ennaltaehkäisevää vaikutusta ja niiden avulla

uskotaan voivan myöhentää raskaampien palvelujen tarvetta. Palveluiden uudistaminen on tärkeää, jotta ne vastaavat ikäihmisten todellisia tarpeita. Tarpeisiin vastaaminen mahdollistaa palveluiden käytön ja todellisen hyödyn ikäihmiselle. Niiden suunnittelu ja kohdentaminen vastaavat ikäihmisten tarpeita parantaa heidän kykyä selviytyä arjessa ja näin ollen asumaan kotona pidempään.

Ennaltaehkäisevien kotikäyntien tärkeänä asiana on riskien tunnistaminen. EHKO-käyntien perusteella kyetään tunnistamaan riskejä, joita on olemassa. Näitä riskejä voivat olla esimerkiksi syrjäytyminen tai kaatumisriski. Kun riskit kyetään tunnistamaan, voidaan niihin puuttua ajoissa. Kotikäynnin päätavoite ohjaa näiden riskien tunnistamista, jotta niihin kyetään löytämään yhdessä oikeat ratkaisut. Riskien kartoittamisen lisäksi, riskiryhmien löytyminen on osa ennaltaehkäisevää vanhustyötä. Riskiryhmien löytämisellä kyetään ajoissa kehittämään toimintatapoja heidän elämänlaadun parantamiseksi ja kotona asumisen turvaamiseksi mahdollisimman pitkään. Se myös antaa mahdollisuuden toimia silloin, kun vaihtoehtoja tilanteen korjaamiseksi on paljon. Ennaltaehkäisevien kotikäyntien suunnitteluvaihe on pitkäkestoinen prosessi. Se on koko prosessin tärkein osa, sillä se ohjaa toimintaa. Tärkeää on muun muassa päättää millaista haastattelulomaketta EHKO-käynneillä käytetään ja käytetäänkö myös toimintakykyä arvioivia mittareita. Suunnitteluvaiheeseen tulisi osallistua sama työryhmä, joka osallistuu EHKO-käyntien toteutukseen. Lisäksi mukana tulisi olla mahdolliset yhteistyökumppanit.

Loviisassa EHKO-käyntien vastuuhenkilönä toimi vanhustyön johtaja ja Porvoossa kotihoidon palvelupäällikkö. Mäntsälässä kotihoidonpäällikkö osallistui ennaltaehkäisevien kotikäyntien suorittamiseen, hän osallistui myös projektin suunnitteluun. Useissa tutkimuksissa on käynyt ilmi, että suurimmassa osassa kuntia EHKO-käyntien vastuuhenkilö ja projektin vetäjä on ollut vanhuspalvelujen johtaja. Joissain kunnissa vastuuhenkilönä on toiminut myös palveluohjaaja tai palveluneuvoja sekä kotihoidon sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja. Muutamissa kunnissa vastuuhenkilönä on toiminut myös sosiaaliohjaaja tai sosiaalityöntekijä. Painopiste on kuitenkin ollut terveydenhuollon koulutuksen saaneissa henkilöissä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 47.) Ennaltaehkäisevän kotikäynnin tekijällä on oma roolinsa. Hän on "kunnan lähettiläs", joka antaa kunnalle kasvot. Tavoitteena ei ole pelkästään olla terveyskasvattaja, arvioitsija, esitteiden jakaja tai tietojen kerääjä. On myös oltava ikäihmisen voimavaroja tukeva sekä heidän on kyettävä luomaan hyvä ja turvallinen olo ikäihmisille. (Suomen Kuntaliitto 2002.)

Porvoossa ja Loviisassa on tehty useampana vuotena ennaltaehkäiseviä kotikäyntejä. Ennen ensimmäisten kotikäyntien toteutusta, kotikäynnin suorittajat saivat koulutusta. Myöhempinä vuosina koulutusta ei ole pidetty tarpeellisenä. Mäntsälässä EHKO-käyntien suorittajat eivät kokeneet koulutusta tarpeelliseksi. Käyntien laajuus asettaa suuria haasteita henkilöstön osaamiselle. Käyntien suorittajilla tulisikin olla kattavasti tietoa hyvinvoinnin ja terveyden eri

osa-alueilta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 54). Kuntaliitto on tehnyt selvityksen ennaltaehkäisevistä kotikäynneistä Suomessa. Selvitykseen osallistui 156 kuntaa. Yhtenä selvityksen kohteista oli koulutuksen mahdollisuus. Selvitykseen osallistuneiden kuntien työntekijöistä lähes puolet (48,1 %) oli saanut lisäkoulutusta. Koulutuksen sisältö oli pääasiassa kotikäynteihin liittyvää yleistä koulutusta. Noin kolmasosa (26,9 %) oli saanut koulutusta kunnan tarjoamista palveluista. Työvälineistä ja vuorovaikutustaidoista oli saatu vähemmän koulutusta. (Viippola 2007, 24.)

Koulutuksella voidaan lisätä EHKO-käyntien suorittajien osaamista ja ammatillisia valmiuksia. Sen lisäksi käynnin suorittajalta edellytetään vankkaa kokemusta ja soveltuvuutta vanhustyöhön. Koulutuksen lisäksi henkilöstön motivointi ennaltaehkäisevien kotikäyntien suorittamiseen on erityisen tärkeää, jotta käynnit onnistuisivat ja niistä saatava tieto tulisi hyödylliseksi. Ikääntyneiden palveluista vastaavalla johtajalla on velvollisuus huolehtia siitä, että henkilöstö saa tarvitsemansa koulutuksen. (Seppänen, Heinola & Andersson 2009.) Mäntsälässä ja Porvoossa perusteltiin koulutuksen tarpeettomuutta sillä, että kokemus vanhustyöstä riittää käyntien suorittamiseen. Kotikäynnin suorittajalta edellytetään vankkaa kokemusta ja soveltuvuutta vanhustyöhön. Hänen tulee tietää kunnan palveluista, jotta osaa tarpeen tullen ohjata ikäihmisen palveluiden piiriin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Mäntsälässä kotikäynnin suorittajia oli useampi. Kotikäynteihin osallistui sairaanhoitaja, kotihoito-ohjaaja, diakoni, diakonissa ja kotihoito-päällikkö. Monet eri tahot pystyvät suorittamaan ennaltaehkäiseviä kotikäyntejä ikäihmisille. Mielestämme paras taho suorittamaan käyntejä on kuitenkin sama kunnan yksikkö, jossa hallinnoidaan kotihoitoa. Toiminta samassa yksikössä kotihoito-kanssa mahdollistaa sen, että EHKO-käynnin jälkeen mahdollinen palvelusuhde jatkuu samojen työntekijöiden kanssa. Kun yksikkö on sama, se varmistaa myös tiedonkulun EHKO-käynniltä palveluntuottajalle. Jos organisaatio ei ole sama, tiedonkulun varmistaa huolellinen kirjaaminen. Mäntsälässä haluttiin hyödyntää moniammatillisen työryhmän näkemyksiä. Moniammatillisessa yhteistyössä pyritään tietojen, taitojen, tehtävien ja kokemusten kautta yhteiseen päämäärään saavuttamiseen. (Pärnä 2007, 5.) Moniammatillinen työryhmä tuo aina tullessaan haasteita, niinpä työryhmässä toimimisen tulee olla hyvin suunniteltua ja vastuun tulee olla selvä. Moniammatilliseen työryhmään olisi hyvä kuulua esimerkiksi fysioterapeutti ja sosiaalityöntekijä. Heidän ei välttämättä ole tarvetta olla mukana jokaisella EHKO-käynnillä. Sairaanhoitajalla tulisi olla mahdollisuus konsultaatioapuun. Näin kyettäisiin varmistamaan ennaltaehkäisevien kotikäyntien laaja-alaisuus ja kuntouttava näkökulma. Ennaltaehkäiseviä kotikäyntejä tekevien työntekijöiden on tärkeää tunnistaa oma roolinsa hyvinvointia ja terveyttä edistävissä työssä. Heidän tulee luoda ja hyödyntää moniammatillisia yhteistyöverkostoja. Henkilöstön ei tarvitse osata kaikkea, mutta on oltava mahdollisuus konsultoida eri alojen asiantuntijoita. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Porvoossa ja Loviisassa kotikäyntejä on suorittanut sairaanhoitajan lisäksi kotihoidon palvelupäällikkö. Kotikäyntejä suorittavalla henkilöllä on oltava laaja tieto -ja taitopohja. On tiedettävä ikäihmisten terveyskäyttymisestä, tunnistettava riskiryhmään kuuluvat ja on kyettävä arvioimaan toimintakyvyn muutokset ja voimavarat. Näiden lisäksi on tunnettava palvelujärjestelmä ja sosiaaliturvan piirteet. Olisi suotavaa, jos työntekijä omaisi hyvät vuorovaikutustaidot. Tällaisia perusvalmiuksia antavia koulutusammatteja ovat sosiaali- ja terveydenhuollon AMK-tasoiset koulutukset. (Seppänen, Heinola & Andersson 2009.) EHKO-käynnin tekijällä tulisi olla hyvä geriatrinen ja gerontologinen osaaminen. Hänen tulisi kyetä tunnistamaan ikäihmisen yleisimmät sairaudet ja määrittää heidän fyysinen, kognitiivinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakykynsä, sekä edistää ikäihmisen kuntoutumista ja toimintakyvyn kohentumista. Tämän vuoksi koemme, että sairaanhoitaja on sopiva suorittamaan EHKO-käyntejä. Sairanhoitaja kykenee arvioimaan ikäihmisen terveydentilaa ja sen mahdollisia muutoksia lähivuosien aikana. Hänellä on myös tietoa kunnan palvelujärjestelmästä.

Porvoossa käyntejä on aikaisempaan vuoteen suorittanut myös sosiaaliohjaaja. Hänen työnkuvansa kuitenkin muuttui, joten ennaltaehkäisevät kotikäynnit eivät kuuluneet enää hänen työnkuvaansa. Porvoossa todettiin myös, että sairaanhoitajan suorittama kotikäynti sai paremman vastaanoton. Sosiaaliohjaajan tehdessä kotikäyntejä, kieltäytyjien määrä oli suurempi. Syynä arveltiin olevan se, että ikäihmiset kokevat sairaanhoitajalta saamansa palvelun terveyteen liittyvänä ja ettei sosiaaliohjaaja kykene tämän kaltaiseen ohjaukseen. Sosiaaliohjaaja-nimike loi mielikuvan siitä, että heidän asuinolojaan tullaan arvioimaan ja kotona pärjäämistä epäillään.

Mäntsälässä suunnittelu- ja toteutusvaiheessa oli yhteistyökumppaneina sosiaali- ja terveystoimi sekä seurakunta. Seurakunta koettiin hyväksi yhteistyökumppaniksi, sillä he antoivat tietoa kunnalle ja ikäihmisille heidän tuottamista palveluista ikääntyvälle väestölle. Sosiaali- ja terveystoimen osallistuminen ennaltaehkäiseviin kotikäynteihin lisäsi palveluiden piiriin ohjaamisen mutkattomuutta. Loviisassa ja Porvoossa yhteistyökumppaneita ei ollut ennaltaehkäisevien kotikäyntien suunnittelu- ja toteutusvaiheessa. Porvoon sosiaali- ja terveystoimen taloussuunnitelmassa vuodelle 2009 on suunniteltu, että vapaaehtoistyötä ja yhteistyötä kolmannen sektorin kanssa aletaan toteuttaa ikäihmisten ennaltaehkäisevien palveluiden edistämiseksi. Keskeisimpiä kehittämisalueita ovat ennaltaehkäisevän työn näkyminen ja kuntouttavan työtteen edistäminen. (Porvoon sosiaali- ja terveystoimi 2009, 28). Yhteistyökumppaneiden hankkiminen on suositeltavaa, jotta eri palveluiden piiriin ohjaaminen olisi helpompaa. Yhteistyökumppaneiden valintaan vaikuttaa se, mitä kunta haluaa saada ennaltaehkäisevillä kotikäynneillä aikaan.

Porvoossa, Loviisassa ja Mäntsälässä on käytetty Kuntaliiton laatimaa haastattelulomaketta. Loviisassa ja Mäntsälässä haastattelulomaketta muokattiin heidän tarpeitaan vastaavaksi.

Mäntsälässä lomakkeeseen lisättiin kysymyksiä liittyen uskontoon. Tämä johtui siitä, että yhteistyökumppanina oli Mäntsälän seurakunta. Kuntaliiton tekemässä selvityksessä, johon osallistui 156 kuntaa, kolmasosalla on ollut käytössä Kuntaliiton kehittämä haastattelulomake. Murto-osa ei käyttänyt haastattelulomaketta lainkaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.) Tulosten vertailu vaikeutuu, kun haastattelulomake on erilainen. Syynä lienevät ennaltaehkäisevien kotikäyntien hyvin erilaiset toteuttamistavat. Tämä aiheuttaa tulosten ristiriitaisuutta. (Seppänen, Heinola & Andersson 2009,9.)

Kaikissa haastateltavissa paikoissa ennaltaehkäisevillä kotikäynneillä käytettiin erilaisia toimintakyvyn arviointimittareita. Mittareiden tarkoituksena on selvittää ikäihmisten toimintakykyä ja hyvinvointia kokonaisvaltaisesti. Niiden avulla kyetään arvioimaan ikäihmisten toimintakyvyn muutoksia, pystytään havaitsemaan riskitekijöiden kehittymistä ja niihin ajautumista. (Pitkälä. n.d., 4.) Tästä esimerkkeinä voidaan pitää MMSE-muistitestiä ja AUDIT-alkoholinkäyttö kyselyä. Kaikki haastateltavat olivat käyttäneet MMSE-muistitestiä EHKO-käynneillä. Mäntsälässä käytössä oli myös RAVA-indeksi. Se mittaa päivittäisen avun ja hoivan tarvetta, sekä ikäihmisen toimintakykyä. Sen avulla voidaan vertailla eri hoitovaihtoehtoja ja se voi olla apuna ikäihmisen hoitopaikan valinnassa. (Lukkaroinen 2002.) Ennaltaehkäisevistä kotikäynneistä tehtyjen tutkimusten mukaan monet kunnat käyttävät erilaisia toimintakyvynarviointimittareita (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 52; Seppänen, Heinola & Andersson 2009, 34). Mittareiden antamien tulosten tulkinta vaihtelee testin tekijästä riippuen. EHKO-käyntien suorittajien tulisikin sopia yhteinen linja mittareiden antamien tulosten arvioimiseen. Näin tuloksista saataisiin luotettavampia ja yhdenmukaiset. Ehkäisevän toiminnan vaikuttavuuden osoittaminen on vaikeaa, joten mittareiden käyttö voi tuoda tähän ongelmaan yhden ratkaisun. On mahdollista, että työntekijät saattavat kaivata konkreettisia lukuja keskustelun ja havainnoinnin lisäksi.

Porvoossa, Loviisassa ja Mäntsälässä ennaltaehkäisevien kotikäyntien kohderyhmä määräytyi eri tavoin. Mäntsälässä kotikäynnit suunnattiin kotona asuville sotiemme veteraaneille. Kohderyhmän valinta lähti liikkeelle Mäntsälän kunnan valtuustoaloitteesta. Valtuustoaloitteessa tuotiin esiin, että veteraaneille piti tehdä henkilökohtainen kotikäynti, jossa arvioidaan heidän toimintakykyään ja avun tarvetta. Ennaltaehkäisevien kotikäyntien suuntaaminen riskiryhmille on ollut vähäistä, sillä ikä on ollut yleensä kotikäyntien perimmäinen syy. Käyntien ulkopuolelle jääviä riskiryhmiä olivat muun muassa leskeksi jääneet, omaishoitajat, monisairaant ikäihmiset, sekä turvapuhelinasiakkaat, joilla ei ole muita palveluita. Perusteluina pidettiin palveluntarpeen lisääntymistä määrättyssä iässä, sekä varhaisen puuttumisen ja ennaltaehkäisyn mahdollista tarvetta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.) Porvoossa ikäryhmäksi muodostui 75-vuotiaat. Loviisassa ikäluokkia oli kolme: 80-, 85- ja 86- vuotiaat. Olemme tulleet siihen tulokseen, että kohderyhmää valittaessa tulisi joustavuutta lisätä ikäryhmän valintaan. Useat tutkimukset puoltavat myös tätä ajatusta. On lähes mahdotonta päättää, mikä ikäryhmä saisi ennaltaehkäisevistä kotikäynneistä eniten

hyötyä. Kun käynnit suunnataan tietylle ikäryhmälle, saadaan tietoa ainoastaan siitä ikäryhmästä ja heidän elämässä tapahtuvista muutoksista. Tämä aiheuttaa sen, että tietoa muista ikäryhmistä ja heidän elämäntilanteesta ei näin ollen saada. Ilmenneet palvelutarpeet kertovat ihmisen yksilöllisyydestä ja palvelutarpeita esiintyy jokaisessa ikäryhmässä. Pohdinnassamme tulimme myös siihen tulokseen, että ennaltaehkäiseviä kotikäyntejä ei tulisi suunnata vain iän perusteella ihmisille, vaan tiettyihin riskiryhmiin tulisi myös kiinnittää huomiota.

Loviisassa ja Porvoossa ensimmäinen yhteydenotto EHKO-käyntejä varten tapahtui kirjeitse. Kirjeen tarkoituksena oli tiedottaa, että ikäihmisten on mahdollisuus osallistua ennaltaehkäisevään kotikäyntiin. Muutama viikko tämän jälkeen heihin otettiin yhteyttä puhelimitse ja kiinnostuneiden kanssa sovittiin aika ennaltaehkäisevän kotikäynnin toteutukseen. Seppäsen, Heinolan ja Anderssonin (2009) selvityksessä ilmeni, että ehkäisevistä kotikäynneistä ilmoitettiin pääsääntöisesti henkilökohtaisella kirjeellä. Tämän jälkeen heihin otettiin yhteyttä puhelimitse. Muina tiedottamisen kanavina toimivat vanhuspalvelujen yleisesite, paikallislehti, kunnan Internet-sivut, sekä paikallisradio. Mäntsälässä tiedottaminen tapahtui paikallislehden ilmoituksen kautta. Kotihoidon ohjaaja kävi seurakunnan palvelupäivässä kertomassa suunnitteilla olevista kotikäynneistä. Hän kävi esittelemässä aiheen myös veteraaniasiainneuvottelukunnassa. Toisessa vaiheessa he ottivat yhteyttä veteraaneihin, jotka olivat siivouspalvelun piirissä. Kotikäynnin suorittajilla oli heidän osoitteensa ja nimitiedot rekisterissä. Näiden tietojen perusteella he lähettivät henkilökohtaisen kutsukirjeen. Muut veteraanit ottivat yhteyttä ilmoituksen lukemisen jälkeen ja antoivat yhteystietonsa kotikäynnin suorittajille. Tämän jälkeen he ottivat yhteyttä veteraaneihin ja kotikäynnin ajankohta sovittiin.

Porvoossa, Loviisassa ja Mäntsälässä kotikäyntien ilmapiiri oli hyvä. Tapahtuma oli odotettu. Ikäihmiset kertoivat mielellään avoimesti omasta elämästään ja keskustelu oli vuorovaikutteista. Ajoittain haastattelu keskeytyi, sillä jotkut kysymyksistä toivat muistoja esiin. Työntekijän oma kokemus vanhustyöstä ja oma persoona edistävät käyntien sujuvuutta ja kehittävät vuorovaikutuksellisuutta (Seppänen, Heinola & Andersson 2009, 8). Vuorovaikutteinen kanssakäyminen edistää kotikäynnin suorittajaa tulkitsemaan asioita rivien välistä. Odotettu ja tervetullut ilmapiiri vaikuttaa myös tulosten luotettavuuteen. Luotettavuutta lisää myös EHKO-käyntien vapaaehtoisuus. Ikäihmisten kokiessa ilmapiirin luontevaksi ja luotettavaksi, he uskaltavat kertoa asioista totuudenmukaisesti. Haastattelijan ja haastateltavan välisen luottamuksen rakentuminen on tiedonsaannin edellytys. Luottamuksellinen suhde syntyy paremmin henkilökohtaisen kohtaamisen avulla. On tärkeää selvittää haastattelun aluksi haastattelun tarkoitus, tavoitteet ja annettujen tietojen luottamuksellinen käyttö. Tämä luo haastateltavalle turvallisen olon ja hän pystyy keskittymään paremmin vastauksiinsa. (Ruusuvoori & Tiittula 2005, 41.) On muistettava, että ikäihmiset eivät ole yhtenäisellä tavalla toimiva ja ajatteleva joukko. Tämän vuoksi ei voi olla

mitään yleispäteviä ohjeita heidän haastattelusta. He ovat yksilöitä ja ikä yksinään kertoo ihmisestä vähän. (Ruusuvoori & Tiittula 2005, 143.) Ikäihmisen sosiaalisia suhteita voi usein olla vain vähän, jolloin tämänkaltaiset tapahtumat tuovat iloa ikäihmisen elämään. He usein nauttivat siitä, että saavat kertoa elämästään jollekin, joka on läsnä heitä varten.

lääkäiden ihmisten terveyden ja toimintakyvyn voimistumisella on oleellinen vaikutus palvelujen tarpeeseen. Porvoossa, Loviisassa ja Mäntsälässä palvelun tarpeet liittyivät eniten ateriapalvelun saamiseen, apuvälineisiin ja turvapuhelimen saamiseen. Kodin suurimpiin siivoustöihin toivottiin myös apua. Seppäsen yms. 2009 selvityksessä suurimmat palveluntarpeet liittyivät myös edellä mainittuihin tarpeisiin. Näiden lisäksi ikäihmisiä ohjattiin kotihoidon piiriin, sekä lääkärin vastaanotolle. Naantalissa ennaltaehkäiseviä kotikäyntejä tehtiin vuonna 2007, ja Lieksassa vuonna 2005. Näissä kaupungeissa kohderyhmänä olivat yli 70-vuotiaat. Kyseisten kaupunkien kotikäyntien tulosten mukaan, tämän ikäryhmän palveluntarpeet liittyivät pääasiassa apuvälineisiin, sekä kodin raskaimpien töiden tekoon. Laukaalla tehtiin kotikäynnit vuonna 2006 ja Raumalla vuonna 2002. Molemmissa paikoissa kohderyhmänä olivat yli 80-vuotiaat asukkaat. Tutkimustulokset osoittivat, että tässä ikäryhmässä palveluntarpeet liittyivät lääkärinvastaanottoon, kotisairaanhoidajan käyntiin, sekä siivouspalveluun. Vuonna 2007-2008 Lahden kaupunki toteutti kotikäynnit yli 90-vuotiaille ikäihmisille. Tässä ikäryhmässä lääkäriille ohjaaminen ja lääkehoidon arvioiminen olivat kotikäynneiltä ilmenevä palveluntarve. Myös apuvälineitä tarvittiin. Oli ikäihmisen ikä mikä tahansa, kotikäynneiltä ilmenneet palvelutarpeet olivat suurimmaksi osaksi samankaltaisia, mutta kuitenkin yksilöllisiä. Esimerkiksi ikäihmisen elämäntavat ja sukupuoli voivat vaikuttaa nykytilanteen palvelutarpeisiin. Usein 65-vuotias tupakoitsija voi olla huonommassa kunnossa, kuin 75-vuotias tupakoimaton henkilö ja vanhempi nainen voi olla fyysisesti paremmassa kunnossa, kuin samanikäinen mies.

Ikäihmiset arvostivat erityisesti saamaansa tietoa erilaisista tuki- ja palvelumahdollisuuksista, koska valitettavan usein ikäihmiset eivät ole edes tietoisia heille kuuluvista etuuksista ja palveluista. Ikääntyneitä on useimmiten ohjattu hakemaan tiettyjä etuuksia, näitä ovat muun muassa omaishoidontuki, sekä muut Kelan etuudet. Monet jatkotoimet otettiin käyttöön konkreettisesti. Usein myös ikäihminen itse ei ole tiedostanut palveluntarvettaan, mutta kotikäynnin ansiosta merkittävillekin ongelmille on löytynyt apu. Palvelutarpeeseen liittyy myös oleellisesti se, että ikäihminen ei usein ole edes tietoinen siitä, minkälaista apua hänen on mahdollista saada. Erilaiset tuki- ja apuvälineet voivat hyvinkin vahvasti vaikuttaa ikäihmisen kotona selviytymisen mahdollisimman pitkään. Tutkimusten mukaan fyysinen aktiivisuus on fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn peruspohja. Siksi on tärkeää, että esimerkiksi monisairas ikäihminen pystyisi sairauksistaan huolimatta liikkumaan ja selviytymään päivittäisissä toiminnoissa esimerkiksi juuri apuvälineiden avulla. Tässä opinnäytetyössä olemme tulleet siihen tulokseen, että nykypäivän ikäihmiset voivat melko

hyvin. Toki palvelutarpeita esiintyy monessa kodissa, mutta yleinen fyysinen ja psyykinen kunto on pääasiallisesti ollut ikäihmisen ikään nähden hyvä.

Sosiaali- ja terveysministeriön tekemässä selvityksessä (2009) tuotiin esille, että kotikäyntien tuottama tieto on käynnistänyt uusia palveluita. Näitä palveluita on esimerkiksi kotikuntoutus, vanhusten päivätoiminta ja viriketoiminta. Näiden lisäksi tuotettiin ikäihmisten palveluopas. Tiedossa oli, että ikäihmiset olivat kiinnostuneita kodin ulkopuolella tapahtuvasta toiminnasta, mutta kynnys toimintaan osallistumiseen tulisi madaltaa. Tämän vuoksi palveluiden jatkuva kehittäminen on tärkeää ikäihmisen hyvinvoinnin edistämiseksi. Mäntsälässä veteraanit olivat kiinnostuneita osallistumaan päivä kuntoutukseen. Laitoskuntoutukseen ei ollut kiinnostusta, sillä kodista ei haluttu olla kauaa poissa. Se koettiin myös liian raskaaksi. Avokuntoutukseen oli mahdollista päästä, mutta monet eivät kokeneet vielä tarvitsevansa kyseistä palvelua. Usein ikäihmisen sosiaalinen verkosto voi olla heikko, jolloin motivaatio virikkeelliseen toimintaan lähtemiseen voi olla lähes olematonta. Siksi kyseisistä palveluista tulisi tiedottaa enemmän ja esimerkiksi tutustumiskäyntejä voisi järjestää. Tulevaisuuden muutoksiin vastaaminen on haastavaa. Siihen vaaditaan palveluiden uudistamista, sekä moniammatillista työryhmää. Muutosten huomioiminen auttaa lisäämään resursseja sinne, missä niitä todella tarvitaan, jotta kotona asuminen onnistuisi mahdollisimman pitkään. On muistettava, että ennaltaehkäisevät kotikäynnit kehitettiin ikäihmisen omien voimavarojen vahvistamiseen ja nimenomaan laajan keskustelun avulla on mahdollisuus yhdessä ikäihmisen kanssa arvioida olemassa olevia voimavaroja ja vahvuuksia.

8.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyön eettisten ratkaisujen tavoitteena on tasa-arvoinen vuorovaikutus, oikeudenmukaisuuden painottaminen ja ihmisten kunnioitus. Eettisen asenteen tulee olla läsnä koko opinnäytetyöprosessin ajan. Sen vaikutus näkyy aiheen valinnassa, sekä työskentelytavoissa. Haastatteluihin osallistuvilta ihmisiltä pitää saada lupa niiden tekemiseen. Yksittäiset henkilöt ja heidän vastauksensa eivät saa olla tunnistettavissa. (Kivirinta, Kuokkanen, Määttänen & Ockenström 2007, 26-28.) Saimme tutkimusluvut Mäntsälästä, Porvoosta ja Loviisasta. Heille kerrottiin, että heidän vastauksensa pysyvät salassa, eikä nimiä tule esiin. Haastatteluajankohdat sovittiin kuukautta aiemmin ja ne sovittiin haastateltavien aikataulujen mukaisesti.

Olemme työssämme käyttäneet eettisiä toimintaperiaatteita. Eettisten toimintaperiaatteiden peruslähtökohta opinnäytetyöme tekemisessä on ehdoton luottamuksellisuus. Työssämme käytetyt menetelmät suojaavat tekemiemme haastattelujen sisällön siten, että emme esimerkiksi mainitse kenenkään nimiä työssämme. Haastateltavat osallistuivat työhöme vapaaehtoisesti. Valitsimme itse ketä haastattelimme. Tähän valintaan vaikutti se, että halusimme monipuolisen näkemyksen työhöme. Tarkoituksenamme oli tehdä kaikki haastattelut pareittain. Kahden haastattelijan tekemässä haastattelussa oli etuna se, että

toinen kykeni tekemään tarkentavia kysymyksiä ja havainnoimaan haastattelutilannetta. Haastattelutallenteet purimme siten, että jokainen meistä litteroi saadun aineiston henkilökohtaisesti. Tällä keinolla pystyimme parhaiten välttämään mahdolliset häiriötekijät, tämä lisäsi opinnäytetyön luottamuksellisuutta. Haastatteluista saadut tiedot ovat luotettavimpia, kun ne perustuvat vapaaehtoisuuteen, luottamukseen ja anonyymiyteen (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 39). Litteroimme tehdyt haastattelut ja tutustuimme haastattelujen sisältöön tarkemmin. Näin ollen, mikään asia ei jäänyt huomaamatta ja haastateltavien sanoja ei vääristelty eikä muutettu. Totuudenmukaisen ja luotettavan tiedon eli informaation tuottaminen on eettisen työskentelyn pohja. Tulosten arviointi, kuvailu, analysointi ja tulkinta ovat tuotettua informaatiota (Karjalainen, Launis, Pelkonen & Pietarinen 2002, 59).

Työmme luotettavuuden ja eettisyyden kannalta oli myös oleellista, että osaamisemme hoitotyön saralla oli kehittynyt. Kertynyt ammattitaitomme auttoi meitä käsittelemään ja tulkitsemaan haastatteluissa saamaamme tietoa paremmin ja syvällisemmin. Tiesimme mistä oli kysymys ja osasimme myös arvioida saatua informaatiota kriittisesti. Opinnäytetyömme aiheen valitsimme sen ajankohtaisuuden ja oman kiinnostuksemme innoittamina. Aiheen valintaan vaikutti myös se, että ennaltaehkäisevistä kotikäynneistä on toistaiseksi vähän kotimaista tutkittua tietoa. Pystyimme käyttämään kokemuksiamme ennaltaehkäisevistä kotikäynneistä hyödyksi haastatteluja tehtäessä. Pystyimme jäsentelemään saatua tietoa paremmin ja kykenimme esittämään tarkentavia kysymyksiä, koska tiesimme, mistä puhuimme. Työssä käytimme tutkimusmenetelmänä kvalitatiivista tutkimusotetta, ja haastattelumalli oli teemahaastattelu. Teemahaastattelun avulla pystyimme saamaan paljon syvällistä materiaalia, jota pystyimme arvioimaan helposti. Saamamme laaja ja monipuolinen informaatio edisti työn luottamuksellisuutta, koska monet pystyimme ottamaan monet asiat siten huomioon. Laadullisen tutkimuksen eettiset vaatimukset edellyttävät tekijöiltä eettistä vastuullisuutta. Se sisältää laadullisen tutkimusaineiston hankinnan ja työn vaiheiden rehellisen ja tarkan toteuttamisen. Tekijöiden on kyettävä tuomaan ilmi työtään koskevat valinnat. Valinnat täytyy myös osata perustella. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2003.) Tässä opinnäytetyössä aineistona ovat kolme teemahaastattelua. Näiden lisäksi olemme käyttäneet tieteellisiä tutkimuksia tulosten tarkastelussa ja teoreettisen viitekehyksen laadinnassa.

Työn eettisyyden ja luotettavuuden kannalta on tärkeää, että työhön on käytetty paljon aikaa (Tuomi & Sarajärvi 2002, 135). Perehdyimme työhömme noin vuoden verran, joka mahdollisti monipuolisen työn ja syvällisemmän työhön paneutumisen. Nykypäivän tutkimusten luotettavuutta mitataan myös sillä, että muut kollegat toimivat myös työn arvioijina (Tuomi & Sarajärvi 2002, 135). Opinnäytetyömme opponoija on samaa vuosikurssia opiskeleva luokkatoveri. Olemme saaneet työmme tiimoilta ohjausta opettajalta, joka arvioi omalta taholtaan myös työn luotettavuutta. Askolan kunnan kotihoito halusi meidän tekevän tämän työn ja he ovat olleet aktiivisesti mukana toiminnassamme. Askolan kunnan kotihoidon

vastuuhenkilöt ovat saaneet ilmaista oman mielipiteensä työstämme, ja heidän mielipiteensä olemme ottaneet työssämme huomioon. Olemme järjestäneet arvioivan väliseminaarin ohjaavalle opettajallemme, opponijallemme ja Askolan kunnan kotihoidon vastaaville. Väliseminaarissa kerroimme, missä vaiheessa olemme työn suhteen ja mitä tulemme seuraavaksi tekemään. Näin ollen, mahdollistimme sen, että he voivat myös arvioida työmme luotettavuutta ja eettisyyttä.

8.3 Johtopäätökset

Ennaltaehkäisevän kotikäynnin suunnitteluvaihe on koko prosessin lähtökohta. Hyvällä suunnittelulla ja selkeästi ilmaistuilla tavoitteilla voidaan saada hyviä tuloksia aikaan. Tavoitteet ohjaavat projektin etenemistä ja niiden saavuttaminen on lopullinen päämäärä. Moniammatillinen työryhmä tekee ennaltaehkäisevästä kotikäynnistä monipuolisemman ja mahdollistaa monien näkemysten kohtaamisen. Toimintakyvyn arviointimittareiden käytön avulla helpotetaan riskiryhmien tunnistamista ja näin ollen palveluiden piiriin ohjaamista. Kunta saa hyödyllistä tietoa tulevaisuuden tuomista haasteista liittyen ikäihmisten terveyteen ja palvelutarpeisiin. Ennaltaehkäisevien kotikäyntien suunnittelussa tulisi kohdistaa huomio kohderyhmään. Kohderyhmän valintaa on perusteltu monella tavalla. Ikä ei saisi olla rajaava tekijä vaan tulisi kiinnittää huomiota riskiryhmiin esimerkiksi monisairaisiin ja leskeksi jääneisiin. On lähes mahdotonta sanoa, mikä ikäryhmä hyötty käynneistä eniten. Ikä ei saa olla rajaava tekijä. Mitkään tutkimukset eivät suoraan osoita, mikä ikäryhmä olisi sopivin ennaltaehkäisevän kotikäynnin kohteeksi.

Ennaltaehkäisevien kotikäyntien suorittajalla tulee olla sosiaali- ja terveydenhuollon AMK-tasoinen koulutus. Tällä tarkoitetaan sairaanhoitajaa tai terveydenhoitajaa. Heillä on tietoa ihmisen terveystyöskäytymisestä, erilaisista sairauksista ja niiden vaikutuksista ikäihmisen toimintakykyyn. Tällä ammattiryhmällä on tietoa kunnan järjestämistä palveluista ikäihmiselle. On tiedettävä ikäihmisten terveystyöskäytymisestä, tunnistettava riskiryhmään kuuluvat ja on kyettävä arvioimaan toimintakyvyn muutokset ja voimavarat. Näiden lisäksi on tunnettava palvelujärjestelmä ja sosiaaliturvan piirteet.

8.4 Jatkotutkimusaiheet

Suomessa ei ole vielä tehty tutkimuksia ennaltaehkäisevien kotikäyntien vaikuttavuudesta. Suomessa kotikäynnit ovat tehty monesti erilaisilla, joten tulosten vertailukelpoisuus on haastavaa. Kotikäyntien suorittaja, kohderyhmä ja haastattelulomake on ollut erilainen, joten saadut tulokset ovat vaihdelleet. Tämä vaikeuttaa tulosten vertailua toisiinsa. Vaikuttavuustutkimuksia on tehty esimerkiksi Tanskassa ja heidän saamat tulokset ovat olleet lupaavia. Niistä voisi ottaa mallia ja tuloksia hyödyntää. Vaikuttavuustutkimukset vaativat paljon resursseja, joka vaikeuttaa tämänkaltaisten tutkimuksien aloittamista Suomessa. Toisena tärkeänä tutkimusaiheena pidämme kohderyhmän tarkastelua. Monessa Suomen

kunnassa on tehty ennaltaehkäiseviä kotikäyntejä vuosituhannen vaihteen jälkeen. Kohderyhmät ovat vaihdelleet paljon. Yhtenä valintakriteerinä on ollut ikä. Myös kunnan resurssit ovat vaikuttaneet kohderyhmän valintaan. Pienillä resursseilla valitaan usein suppeampi kohderyhmä. Tutkimukset ovat osoittaneet, että riskiryhmille on tehty todella vähän ennaltaehkäiseviä kotikäyntejä. Sen vuoksi ehdotamme, että jatkossa voitaisiin tutkia riskiryhmille suunnattuja ennaltaehkäiseviä kotikäyntejä.

LÄHTEET

- Andersson, S. 2007. Palveluasuntoja ikäihmisille. STAKES. Helsinki: Valopaino Oy.
- Anttila, A. 2008. Nuorten teemahaastettujen analyysi (NVivo). Laadullisten aineistojen tietokoneavusteinen analyysi. [WWW-dokumentti].
<http://www.soc.utu.fi/laitokset/sosiologia/konteks/NVivo_kokemus2.html> (Viitattu 30.1.2009).
- Finne-Soveri, H., Björkgren, M. & Vähäkangas, P. 2006. Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu- RAI- järjestelmä vertailukehittämisessä. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Harjula, I., Rinta-Säntti, T., Laaksonen, H. & Tamsi, S. 2006. Ennakoivat kotikäynnit Teuvan kunnassa. [WWW-dokumentti].
<<http://www.teuva.fi/e/images/Ennakoivatxkotikaynnitx2006.ppt#276,17,Pohdintaa>> (Luettu 25.11.2008).
- Harri-Lehtonen, O., Isosaari, I., Laitinen, P., Luomaranta, S., Talvenheimo-Pesu, A., Tartia-Jalonen, A. & Viippola, A. 2005. Voimavaroja etsimässä, ikäihmisten kuntoutusneuvola. [PDF-dokumentti].
<<http://www.keynet.fi/Tuotteet/Materiaalit/Julkaisut/Voimavaroja%20etsim%C3%A4ss%C3%A4.pdf>>. (Luettu 18.11.2008.)
- Heinola, R. 2007. Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Helsinki: STAKES.
- Hieatnen, M. 2007. VALTUUTETTU TUULA HONKASEN YM VALTUUSTOALOITE EHKÄISEVIEN KOTIKÄYNTIEN ALOITTAMISESTA NAANTALILAISTEN IKÄIHMISTEN KODEISSA. [PDF-dokumentti].
<<http://aleksis.naantali.fi/poytakirjat/kokous/2007822-8.PDF>>. (Luettu 3.9.2009).
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2003. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Holma, T. 2007. Ehkäisevät kotikäynnit vanhuksille. Ehkäiseviä kotikäyntejä järjestettiin 150 kunnassa vuonna 2007. [WWW-dokumentti].
<http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;29;353;11124;13937;126712>. (Päivitetty 11.9.2007, luettu 25.1.2009.)
- Holopainen, P., Nevalainen, P., Oikkonen, M. & Ratia, M. 2008. Yli 90-vuotiaiden terveydentilaa kartoittavat kotikäynnit 1.10.2007 - 31.5.2008. [WWW-dokumentti].
<<http://www.lahti.fi/www/bulletin.nsf/mainfin/DCB98DF041ED48BEC22574E50036876A>>. (Luettu 19.11.2008)
- Häkkinen, H. 2002. Ehkäisevät kotikäynnit vanhuksille. Kuntakyselyn tulokset sekä kotimaisia ja ulkomaisia käytäntöjä. Suomen kuntaliitto. Helsinki: Kuntatalon paino.
- Häkkinen, H. & Holma, T. 2004. Ehkäisevät kotikäynnit - tuki vanhuksen kotona selviytymiselle. Valtakunnallisen kehittämishankkeen tulokset ja kokemukset. Helsinki. Suomenkuntaliitto.
- Julkunen, J. & Åberg, H. 2008. "Otan käyttöön kikka B:n" OSA-toimintamahdollisuuksien itsearviointivälineen soveltuvuus A-klinikan asiakkaiden kotikäynnin havainnoinnin tukena. [PDF-dokumentti]. <<https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/38213/stadia-1210861168-8.pdf?sequence=1>>. (Luettu 2.2.2009).
- Jyväskylän kaupunki. 2009. Päiväsairaala. [WWW-dokumentti].
<<http://www.jyvaskyla.fi/sote/terveys/keskussairaala/paivasairaala>>. (Luettu 26.4.2009).

- Kansanterveyslaki 28.1.1972/66. [WWW-dokumentti].
<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>>. (Luettu 25.11.2008).
- Karasti, H. 2005. Tutkimusmenetelmät. [PDF-dokumentti].
<<http://www.tol.oulu.fi/kurssit/tutkimusmenetelmat/TM10AineistonAnalyysi.pdf>>. (Luettu 27.5.2009.)
- Karjalainen, S., Launis, V., Pelkonen, R. & Pietarinen, J. 2002. Tutkijan eettiset valinnat. Helsinki: Gaudeamus.
- Kaunisto, M. 2007. Ehkäisevät kotikäynnit vanhuksille. [WWW-dokumentti].
<http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;29;65;353;11124;13937>. (Päivitetty 11.9.2007, luettu 18.11.2008).
- Kauppinen, S., Forss, A., Säkkinen, S., Voutilainen, P. & Noro, A. 2003. Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelut 2002. STAKES. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Kivirinta, M., Kuokkanen, R., Määttä, J. & Ockenström, L. 2007. Kohti tutkivaa ammatinkäytäntöjä. Opas Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä varten. Kustantajana tekijät.
- Laatikainen, T. 2009. Vanhustenhuollon ammattilaisten kokemuksia vanhusten kotona asumisen vaikeutumisesta ja tukemisesta 16 kunnassa. [PDF-dokumentti].
<<http://dSPACE2.lib.helsinki.fi:8081/dSPACE/bitstream/handle/10250/8156/Selosteita66.pdf?sequence=1>>. (Luettu 2.9.2009.)
- Larmi, A., Tokola, E. & Välkkiö, H. 2005. Kotihoidon työkäytäntöjä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi
- Lerkanen, H. 2007. Ennaltaehkäisevät kotikäynnit laukaalaisten ikäihmisten kotona selviytymistä turvaamassa. [PDF-dokumentti].
<https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/29057/jamk_1193661295_9.pdf?sequence=1>. (Päivitetty 10.9.2007, luettu 18.11.2008).
- Loppi, S. Lieksan vanhustyön seniorineuvolan yhteenvetoraportti. 2008. [PDF-dokumentti].
<<http://www.liekksa.fi/dman/Document.php?documentId=aq08508092218705&cmd=download>>. (Luettu 12.12.2008).
- Lukkaroinen, R. 2002. Vastuunjaon malli vanhusten kotona asumisen mahdollistamiseksi. Yli 75-vuotiaiden kotihoidon asiakkaiden asumismuodot sekä palvelurakennemallien kustannukset ja toiminnallinen sisältö. [PDF-dokumentti].
<<http://herkules.oulu.fi/isbn9514268334/isbn9514268334.pdf>>. (Luettu 3.9.2009).
- Matilainen, I. & Ijäs, E. (toim.) 2005. Iäkkään ihmisen hyväarki kotona. Kotona-hankkeen loppuraportti. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Mustonen, T. 2001. Kotikäynti ja asiakkaan koti - Jyväskyläläisten sosiaalityöntekijöiden näkemyksiä kotikäynnistä ja asiakkaan kodista sosiaalityössä. [PDF-dokumentti].
<<https://jyx.jyu.fi/dSPACE/bitstream/handle/123456789/12760/tiimusto.pdf?sequence=>>>. (Luettu 2.2.2009).
- Naantaliln sosiaalilautakunta. 2006. VALTUUTETTU TUULA HONKASEN YM VALTUUSTOALOITE EHKÄISEVIEN KOTIKÄYNTIEN ALOITTAMISESTA NAANTALILAISTEN IKÄIHMISTEN KODEISSA. [PDF-dokumentti]. <<http://aleksis.naantali.fi/poytakirjat/kokous/2007822-8.PDF>>. (Luettu 15.1.2009.)

Oinonen, T., Tenho, A., Savolainen, M., Turtiainen, P. & Lehtonen, A. 2005. Vanhusten laitohuolto ja palveluasuminen Itä-Suomen läänissä vuonna 2004. Mikkeli: Itäsuomen lääninhallitus.

Ollikainen, M. 2004. Vanhusten kotona selviytyminen. Ehkäisevät kotikäynnit Raumalla. [PDF-dokumentti].
<<http://www.rauma.fi/sosiaali/ikaihmiset/VANHUSTEN%20KOTONA%20SELVIITYMINEN1.pdf>>. (Luettu 25.11.2008).

Pitkälä, K. n.d. Vanhusten toimintakyky mittarit- mitä niistä saa irti? [WWW-dokumentti].
<<http://www.uta.fi/laitokset/tsph/perttu/pdf/Pitkala.pdf>>. (Luettu 3.9.2009).

Päivärinta, E. & Haverinen, R. 2003. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Pettersson, M. & Nikander, L. 2008. Ehkäisevät kotikäynnit ikäihmisille Kirkkonummella 2008. [PDF-dokumentti].
<[http://w3.kirkkonummi.fi/kunnari/intrakun_k.nsf/64436ab8f406db5ac225657c0062b8ac/8eb76ea7e7ce0becc2257528002b8216/\\$FILE/Raportti%20-%20ehk%C3%A4isev%C3%A4t%20kotik%C3%A4ynnit%20ik%C3%A4ihmisille%20Kirkkonummella%2008.pdf](http://w3.kirkkonummi.fi/kunnari/intrakun_k.nsf/64436ab8f406db5ac225657c0062b8ac/8eb76ea7e7ce0becc2257528002b8216/$FILE/Raportti%20-%20ehk%C3%A4isev%C3%A4t%20kotik%C3%A4ynnit%20ik%C3%A4ihmisille%20Kirkkonummella%2008.pdf)>. (Luettu 21.1.2009).

Porvoon Sosiaali- ja terveystoimi. 2009. Talousarvio 2009. [PDF-dokumentti].
<<http://www.porvoo.fi/easydata/customers/porvoo/files/talousarvio2009/09Sosiaali.pdf>>. (Luettu 7.9.2009).

Pärnä, K. 2007. Moniammatillinen yhteistyö varhaisen vastuunoton työskentelyssä. [WWW-dokumentti].
<<http://74.125.77.132/search?q=cache:SebWgHrTSbUJ:www.lastenkuntoutus.net/%40Bin/1756063/P%C3%A4rn%C3%A4,%2BMoniammatillinen%2Byhteisty%C3%B6%2Bvarhaisen%2Bvastuunoton%2Bty%C3%B6skentelyss%C3%A4.ppt+moniammatillinen+yhteisty%C3%B6+k%C3%A4sitteen%C3%A4&cd=1&hl=fi&ct=clnk&gl=fi>>. (Päivitetty 27.11.2007, luettu 3.9.2009).

Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. Haastattelu. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Savela, A-M. 2008. Vanhuspalvelujen suunnanmuutos - ennaltaehkäisevän vanhustyön vahvistaminen. [WWW-dokumentti]. <<http://www.jns.fi/dman/Document.phx/~sivut-vanhuspalvelut/Lomakepankki/hankeet/eva/EVA24loppuraportti.pdf?folderId=-sivut-vanhuspalvelut%2FLomakepankki%2Fhankeet%2Feva&cmd=download>>. (Päivitetty 23.1.2008, luettu 21.1.2009).

Seppänen, M., Heinola, R. & Andersson, S. 2009. Hyvinvointia ja terveyttä edistävää toimintaa käytännössä. Ikäihmisten neuvontakeskuspalvelujen ja ehkäisevien kotikäyntien toteutuminen kunnissa. [PDF-dokumentti]. <<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/1d4031f8-2741-4493-b50a-925ea617c352>>. (Luettu 31.8.2009)

Sjöström, A. 2009. Päiväsairaala Rosa. [WWW-dokumentti].
<<http://www.porvoo.fi/index.php?mid=2460>>. (Luettu 26.4.2009).

Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto. 2001. Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus. [PDF-dokumentti].
<<http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/ikaihminen/ikaihminen.pdf>>. (Luettu 16.1.2009.)

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:4. [WWW-dokumentti].
<<http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/ikaihminen/laatusuositus.htm#ik%E4>>. (Luettu 25.11.2008, päivitetty 9.5.2001).

Sosiaali- ja terveysministeriö. & STAKES. 2004. KOTIPALVELUN/ KOTIHOIDON NYKYTILAN ANALYYSI. [WWW-dokumentti].
 <www.sosiaalihanke.fi/Resource.phx/sosiaalihanke/hankkeet/vanhukset/hanke16.htx.i1081.doc>. (Päivitetty 19.11.2004, luettu 2.2.2009.)

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2005. Palveluseteli. Käyttöopas kotipalveluun. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:1. [PDF-dokumentti].
 <<http://pre20090115.stm.fi/cd1107871197113/passthru.pdf>>. (Luettu 22.4.2009.)

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008a. Ikäihmisten palveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. [PDF-dokumentti].
 <<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2008/02/ka1202801063405/passthru.pdf>>. (Luettu 25.11.2008.)

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008b. Sosiaalipalvelujen tarpeen arvioinnin ikäraja 75 vuoteen. [WWW-dokumentti].
 <<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/16079/index.htm>>. (Luettu 26.11.2008, päivitetty 15.9.2008.)

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Palvelusetelit nykyistä laajempaan käyttöön sosiaali- ja terveyspalveluissa. [WWW-dokumentti].
 <<http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/view/1393903>>. (Päivitetty 5.3.2009, luettu 22.4.2009.)

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Neuvonta ja palveluverkosto. Ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveydenedistäjänä. [PDF-dokumentti].
 <http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-9894.pdf>. (Luettu 31.8.2009.)

Stuck, AE., Egger, M., Hammer, A., Minder, CE. & Beck, JC. 2002. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. *JAMA* 287, 1022-1028.

Suomen Kuntaliitto. 2002. Eväitä kotikäyntitiimeille. [WWW-dokumentti].
 <http://74.125.77.132/search?q=cache:OS0H0v_LgLBj:www.kunnat.net/attachment.asp%3Fpath%3D1%3B29%3B353%3B11124%3B13937%3B14286%3B39500+ehko-k%3%A4yynnit&cd=14&hl=fi&ct=clnk&gl=fi>. (Päivitetty 15.2.2002, luettu 3.9.2009.)

Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2003. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Valkonen, L. 2007. Ikääntyvän väestön palveluasuminen uhattuna. [WWW-dokumentti].
 <<http://www.vanhustyonkeskusliitto.fi/templates/print.php?ID=2&nid=51>>. (Päivitetty 17.12.2007, luettu 22.4.2009.)

Viippola, A. 2007. Ehkäisevä kotikäynti tukemassa ikäihmisen kotona asumista. [PDF-dokumentti].
 <<http://74.125.77.132/search?q=cache:tjSRHYYLmPoJ:www.kunnat.net/attachment.asp%3Fpath%3D1%3B29%3B66354%3B66357%3B128379%3B128382+ehko-k%3%A4yynnit&hl=fi&ct=clnk&cd=38&gl=fi>>. (Laadittu 31.5.2007, luettu 26.1.2009.)

Voutilainen, P. 2007. Laatu laatusuosituksella? Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen seuranta ja arviointi. Stakesin raportteja 2. Helsinki: Stakes

Woods, R.T., Moniz-Cook, E., Iliffe, S., Champion, P., Vernooij-Dassen, M. & Zanetti, O. 2003 Dementia: issues in early recognition and intervention in primary care. *Journal of Royal Society of Medicine* 96, 320-324.

LIITTEET

Liite 1 Teemahaastattelurunko

1 KOHDERYHMÄ

2 YHTEYDENOTTO IKÄIHMISIIN

3 KOTIKÄYNTIEN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS

4 KOTIKÄYNTIEN SISÄLTÖ

5 KIELTÄYTYJIEN MÄÄRÄ

6 TIEDON VAIKUTTAVUUS JA HYÖDYNNETTÄVYYS