

Anne Eronen & Tanja Tähti

Ikäihminen lyhytaikaishoidossa

Lyhytaikaishoidon asiakasprofiilit ja tarpeisiin vastaavuus
Helsingin kaupungilla

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Geronomi (AMK)

Vanhustyö, SXC15S1

Opinnäytetyö

10.11.2017

Tekijät Otsikko Sivumäärä Aika	Anne Eronen, Tanja Tähti Ikäihminen lyhytaikashoidossa. Lyhytaikashoidon tarpeisiin vastaavuus ja asiakasprofiilit Helsingin kaupungilla. 110 sivua + 4 liitettä 10.11.2017
Tutkinto	geronomi (AMK)
Tutkinto-ohjelma	vanhustyön tutkinto-ohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	vanhustyö
Ohjaajat	tutkintovastaava, lehtori, Mari Heitto yliopettaja, Tuula Mikkola
<p>Opinnäytetyömme tavoitteena oli selvittää Helsingin kaupungin ikääntyneiden lyhytaikashoidon (lah) ajankohtainen tila. Tutkimme, millaiset asiakkaat käyttävät lyhytaikaishoitoa ja miten lyhytaikaishoito palvelee näitä asiakkaita. Vanhuspalvelujen laatusuosituksat ja I&O-kärkihanke painottavat ikääntyneiden kotona asumista ja palvelujen kehittämistä sen tueksi. Helsingin kaupungin linjaukset ovat samansuuntaiset. Tarveharkintainen lyhytaikaishoito tukee ikääntyneiden kotona asumista, erityisesti omaishoitoa. Työelämän yhteistyökumppanimme Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimi kaipasi uudistustyönsä tueksi ajantasaista tietoa lah-asiakkaista.</p> <p>Tulokset perustuvat verkkokyselyyn, johon vastasivat lah-sijoituspäätöksiä tekevät työntekijät toukokuussa 2017. Tutkimuskohde oli lah-yksiköiden asiakkaat Helsingissä. Poikkileikkauseineisto koottiin toukokuussa päättyneistä lah-jaksoista. Tietoa kertyi 465 asiakkaasta ja vastaajia oli 54. Aineisto edustaa hyvin toukokuun ja koko vuoden lah-asiakkaita. Aineisto analysoitiin pääasiassa kvantitatiivisin menetelmin ja kuvailevalla tutkimusotteella. Näkemystä rikastivat kyselyn avovastaukset.</p> <p>Kokonaistutkimus paljasti, että aiemmin havaittuja ns. remonttipakolaisia ja alle 65-vuotiaita asiakkaita oli vähän. Pitkittyneellä, yli kolmen viikon jaksolla oli 4 %. Sen sijaan tuloksissa korostui lah-asiakkaiden hauraus ja haavoittuva asema. Toukokuun asiakkaista 85 vuotta täyttäneitä oli 39 %. Valtaosalla (71 %) asiakkaista oli jonkinasteinen muistisairaus. Merkittäviä käytösoireita oli asiakkaista 30 %:lla, pääosin yhdistyneenä muistisairauksiin. Useita palveluja oli käytössä 27 %:lla ja erityisen paljon 12 %:lla. Asiakkaista joka viides oli sas-prosessissa, jossa heille haettiin pitkäaikaissijoituspaikkaa. Osa asiakkaista oli vastaajien mukaan jo liian huonokuntoisia lah-jaksolle. Asiakkaiden vaihtuvuus oli suurta: tammi-toukokuussa aloittaneita oli 22 %. Jaksoista peruuntui 8 %, eniten sairaalaan joutumisen vuoksi. Lah-asiakkaista merkittäväällä osalla oli selviä psykososiaalisen tuen tarpeita. Masennusoireita oli havaittu 22 %:lla – ison osan psykkistä tilaa ei osattu arvioida. Tuloksista välittyi ikääntyneiden yksinäisyys. Asiakkaista 29 % asui yksin. Läheissuhteet olivat vähäisiä 40 %:lla asiakkaista. Lyhytaikashoidon käyttäjistä 65 % oli omaishoidossa. Sopimusomaishoitajista 62 %:lla ja muista omaistaan hoitavista vielä useammalla, 72 %:lla, oli merkittävä uupumisriski. Osa asiakkaista kieltäytyi lyhytaikashoidosta tai muista palveluista.</p> <p>Lyhytaikaishoitoa on kehitettävä osana muita vanhuspalveluja. Asiakaskuntaan vaikuttaa mm. kotihoidon varassa pidentynyt asuminen kotona ja asiakkaan muut palvelut. Asiakkaiden tarpeet ovat moninaiset, joten laitospainotteisen lyhytaikashoidon rinnalle tarvitaan perhehoitoa, yöhoitoa ja turvattuuteen kotihoidon monipuolisia käyntejä. Koko omaishoitoperheen hahmottaminen asiakkaana ja heidän toiveidensa huolellinen kartoitus on tärkeää. Muistiosaamista, käytösoireiden ihmislähtöistä kohtaamista ja kuntouttavaa työtä on vahvistettava edelleen.</p>	
Avainsanat	lyhytaikaishoito, jaksottaishoito, omaishoito, kotihoito, palveluohjaus, asiakaslähtöisyys, vanhuspalvelut

Authors Title Number of Pages Date	Anne Eronen, Tanja Tähti Short-term Elderly Care. Client Segments and Perceived Response to the Needs of Clients in Helsinki. 110 pages + 4 appendices November 2017
Degree	Bachelor of Social Services and Health Care
Degree Programme	Elderly Care
Specialisation option	Elderly Care
Instructors	Mari Heitto, Senior Lecturer Tuula Mikkola, Principal Lecturer
<p>The aim of our Bachelor's Thesis was to find out the current state of short-term elderly care in Helsinki. We studied the aged clients: what kind of clients are using short-term care and how short-term care responds to the needs of these people. The Elderly Quality Recommendation, as well as one of the Government's key projects, emphasize home-living of elderly and developing the services provided at home. The aims of our cooperation partner, the City of Helsinki's Social Services and Health Care Sector, are quite similar. Short-term care supports the home-living of the aged, especially in cases of family care. Our partner needed up-to-date information on short-term clients to develop the elderly care.</p> <p>The results are based on 54 responses to an online survey directed to the social workers and social instructors who make the decisions on the service. The data was collected in May-June 2017 and consists information on 465 clients and their completed care episodes in May. The data collected represents well the current short-term elderly care in Helsinki. The data was analyzed by quantitative methods and descriptive research approach. The perspective was widened by open questionnaire replies.</p> <p>Our overall study revealed that there were very few representing the groups mentioned in previous reports: elderly escaping house renovations and people under the age of 65. Four percent of care episodes were prolonged to over three weeks. Instead, the fresh results highlighted the fragility and vulnerability of the clients. 39 percent of clients were over 84 years of age. The majority of clients had some kind of memory disorder. 30 percent of clients suffered from significant behavioral symptoms, mostly associated with memory disorders. Every fifth client was already in the process of applying for long-term care. According to the respondents, some of the clients had already too poor a physical health for short-term care. Eight percent of the care episodes were cancelled, mostly due to the hospitalization. Many of the clients had clear needs for psycho-social support. 22 percent of them had depressive symptoms. The results showed the loneliness of the elderly. 29 percent of the clients lived alone. 41 percent lacked close relationships. 65 percent of the short-term care users were in informal care in family. Family caregivers had a significant risk of exhaustion. Some clients refused to accept short-term care or other services.</p> <p>Short-term care has to be developed as part of other elderly care services. The needs of the short-term clients are varied, thus alongside institutional short-term care professional family care, night care and flexible home care services are needed. It is important to understand the entire family as a client and to map carefully their needs and wishes. Strong emphasis on rehabilitative work in facilities, as well as memory skills and a person-centered approach when meeting behavioral symptoms are needed to be further strengthened by the staff.</p>	
Keywords	short-term elderly care, informal care in family, home care services, person-centered approach, service coordination, elderly care

Sisällys

I TAUSTA	1
1 Johdanto	1
2 Valtakunnalliset linjaukset ikääntyvien palvelujen kehittämisessä	3
3 Ikäihminen asiakkaana	6
3.1 Ikääntyneen palvelutarpeet	7
3.1.1 Terveys ja toimintakyky	7
3.1.2 Muistisairaudet ja masennus	8
3.1.3 Yksinäisyys	9
3.1.4 Pienituloisuus	10
3.2 Itsemääräämisoikeus	11
3.3 Palvelujen asiakaslähtöisyys	12
3.4 Palveluohjaus keino sovittaa tarpeet ja palvelut	15
4 Helsingin vanhuspalvelujen nykytilanne	18
4.1 Vanhuspalvelujen tavoitteet Helsingissä	18
4.2 65 vuotta täyttäneet	19
4.3 Kotona asumista turvaavien sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö	20
4.4 Kotihoito	23
4.5 Omaishoito	23
5 Ikääntyneiden lyhytaikaishoito	26
5.1 Mitä on lyhytaikainen hoito?	26
5.2 Lyhytaikaishoidon piirteet Helsingissä	27
5.3 Lyhytaikaishoidon kehittämishaasteet Helsingissä	29
6 Tutkimusasetelma ja työn toteutus	32
6.1 Tavoite ja tutkimusongelmat	32
6.2 Tiedonkeruun menetelmä ja aineistonkeruun toteutus	33
6.3 Kyselyyn vastanneet ja kertyneen aineiston piirteet	35
6.4 Aineiston muokkaus	36
6.5 Käytetyt analyysimenetelmät	38

II TULOKSET	42
7 Lyhytaikaishoidon asiakkaiden profiilit	42
7.1 Yleiskuva lyhytaikaishoidon asiakkaista ja hoitajaksoista	42
7.1.1 Asiakkaiden taustatiedot	42
7.1.2 Kotona asumista tukevat palvelut	45
7.1.3 Lyhytaikaishoidon myöntämisperusteet	46
7.1.4 Tyypillinen lyhytaikaishoitojakso	48
7.2 Asiakastyypittelyt	53
7.2.1 Kotona asumista tukevien toimien kasautuminen	53
7.2.2 Omaishoidossa olevat asiakkaat	56
7.2.3 Palvelun myöntämisperusteet eri asiakasryhmille	60
8 Lyhytaikaishoito ja iäkkään asiakkaan tarpeet	63
8.1 Asiakkaiden toiveet	63
8.2 Moniammatillinen arvio	63
8.3 Peruuntuneet jaksot	65
8.4 Tarpeiden ja palvelujen yhteensopivuus	65
8.5 Keinot kotona pärjäämisen tukemiseen	69
III PÄÄTELMÄT	73
9 Kiteytyksiä tuloksista	73
9.1 Hauraat asiakkaat	74
9.2 Asiakkaiden psykososiaalisen tuen tarpeet	75
9.3 Uupuneet omaiset ja käytetyt palvelut	77
9.4 Palvelun haasteena ennakoitavuus ja monimuotoiset asiakkaat	79
9.5 Tieto asiakkaan tarpeista palvelun perusta	81
10 Toimenpide-ehdotuksia	84
10.1 Yhteiset asiakkaat ja asiakkaan tarpeet palvelun perusta	84
10.2 Palveluvalikoiman monipuolistaminen	85
10.3 Katse myös omaiseen	86
10.4 Osaaminen ja työn kehittäminen	87

11	Arviot opinnäytetyön toteutuksesta ja tuloksista	89
11.1	Opinnäytetyön eettiset periaatteet	89
11.2	Tutkimusprosessin toteutus	92
11.3	Tulosten laatu ja luotettavuus	94
11.4	Jatkotutkimusehdotukset	99
	Lähteet	101
	Liitteet	
	Liite 1. Kyselyn saatekirje	
	Liite 2. Kysely	
	Liite 3. Analyseissa käytetyt muuttujat mitta-asteikon laadun mukaan	
	Liite 4. Tietoja lyhytaikaishoidon jaksoista	

I TAUSTA

1 Johdanto

Opinnäytetyömme lähtölaukaus oli vuoden 2016 syksyllä kolmen opiskelijan voimin toteutettu Ovi elämään -projekti Riistavuoren monipuolisen palvelukeskuksen yhdellä osastolla. Tuon projektin tavoite oli vahvistaa asukkaan yksilöllisen elämänkaaren ja siitä kumpuavien voimavarojen tunnistamista ja hyödyntämistä osaston arjessa. Tarkoituksena oli tuoda asukkaiden tarinat näkyviksi hoitotyön arjessa. Tämä toteutettiin tuunamalla asukkaiden omien huoneiden ovet mieleisin kuvin, lausein ja esinein. Projekti kylvi kipinän pohtia ikäihmisten tarpeita, toiveita ja osallisuutta vielä laajemmin.

Ehdotimme yhteistyötä Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimelle. Vastaanotto oli avoin, sillä ikääntyneiden palveluja kehitetään parhaillaan voimakkaasti. Aiheeksi valikoitui ikääntyneiden lyhytaikaishoito, josta sosiaali- ja terveystoimi kaipasi ajantasaista tietoa uudistustyön tueksi.

Helsinginkin vanhuspalvelujen kehittämistä suuntaavat ja rytmittävät lainsäädännön ohella vanhuspalvelujen laatusuositukset, hallitusohjelmaa konkretisoivat kärkihankkeet ja sosiaali- ja terveystoimien uudistus -hanke. Helsingin sosiaali- ja terveystoimi määrittelee vuosittain toimiala- ja osastokohtaiset tavoitteet käyttösuunnitelmassa. Sote-uudistuksen myötä kuntien erilaiset palveluratkaisut korvautuvat maakunnittain yhtenäisillä palveluilla vuoden 2020 alusta alkaen. Palveluissa korostuu entistä pidempi kotona asuminen ja käyttöön on tarkoitus ottaa keskitetty asiakas- ja palveluohjaus. Rakenteiden ohella palveluissa pyritään lisäämään asiakaslähtöisyyttä.

Lyhytaikaishoito on yksi omaishoitoa ja laajemmin kotona asumista tukevista palveluista, joten sen käytöstä oli tärkeää saada ajantasainen kokonaiskäsitys toimivan palvelukokonaisuuden hahmottamiseksi. Selvitämme opinnäytetyössämme, millaisia ihmisiä käy lyhytaikaishoidossa ja miten lyhytaikaishoito palvelee näitä asiakkaita. Tulokset perustuvat verkkokyselyyn, johon vastasivat lyhytaikaishoidon sijoituspäätöksiä tekevät työntekijät touko-kesäkuussa 2017. Lopputuloksena on kokonaistutkimus Helsingin lyhytaikaishoidon ikääntyneistä asiakkaista.

Opinnäytetyö jakautuu kolmeen osioon: tausta, tulokset ja päätelmät. Jäsentely on valittu niin, että se palvelee myös työelämän kehittämistarpeita. Pidimme tästä syystä keskeisenä Helsingin vanhuspalvelujen nykytilanteen ja niiden kehittämistä suuntaavien valtakunnallisten linjausten kuvaamista, tulosten varsin laajaa esittelyä sekä kiteytettyjä tulosyhteenvedoja, joista esitämme toimenpide-ehdotukset erikseen. Työn toteutusta ja jatkotutkimushaasteita arvioimme lopuksi.

2 Valtakunnalliset linjaukset ikääntyvien palvelujen kehittämisessä

Sosiaali- ja terveysministeriön strategiassa *Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020* kiinnitetään erityistä huomiota väestön vanhenemiseen Suomessa. Suomi ikääntyy nopeammin kuin väestö keskimäärin monessa muussa maassa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011: 5.) Yli 65-vuotiaita oli vuoden 2016 lopussa 1,15 miljoonaa, mikä on 20,9 prosenttia väestöstä. Osuus on kasvanut ripeästi, sillä vuonna 1990 yli 65-vuotiaita oli koko väestöstä 13,5 prosenttia ja vuonna 2000 15,0 prosenttia. (Tilastokeskus 2017a.) Väestöennusteen mukaan vuonna 2030 65 vuotta täyttäneitä on väestöstä jo 25,6 prosenttia (Tilastokeskus 2017b).

Ikääntymisen vaikutukset tulevat näkymään koko suomalaisessa yhteiskunnassa. Yhteiskuntapolitiikan keskeisimpinä haasteina on pidetty sitä, kuinka paljon kasvavan iäkään väestön palvelutarve suurenee ja miten tätä palvelutarpeen kasvua voidaan vähentää (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011: 218). Sosiaali- ja terveyspalvelut sekä sosiaaliturva on kuitenkin tarjottava lähtökohtaisesti kaikille, vaikka paineet taloudellisista säästöistä kasvavat (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011: 5).

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (ns. Vanhuspalvelulaki 2012/980) painottaa ikääntyneiden palveluissa kotona asumista ja kuntoutumista. Vanhuspalvelulaki edellyttää, että laitoshoidon järjestetään vain silloin, kun hoitoa, huolenpitoa tai kuntoutusta ei ole mahdollista järjestää kotiin. (Vanhuspalvelulaki 2012/980 § 5.) Kunnan eri toimialoilta edellytetään yhteistyötä ikääntyneiden hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi (Vanhuspalvelulaki 2012/980 § 4). Myös kehittämisenäkökulma mainitaan laissa, sillä kuntien tulee kerätä säännöllistä palautetta palvelujen laadun ja riittävyyden arvioimiseksi palvelunkäyttäjiltä, heidän omaisiltaan ja läheisiltään sekä kunnan henkilöstöltä. (Vanhuspalvelulaki 2012/980 § 6).

Sosiaali- ja terveyspolitiikkaa linjaava strategia kehottaa lain mukaisesti tukemaan ikääntyneiden toimintakykyä ja osallisuutta heidän kotiympäristössään, myös uuden teknologian avulla. Iäkkäiden palveluiden pitää olla helposti saavutettavat, yhdenvertaiset ja asiakaslähtöiset. Suomalaiset kokevat sosiaali- ja terveyspalvelut pirstaleisina ja järjes-

telmäkeskeisinä. Palvelut suositellaankin järjestettävän tarpeeksi suurina kokonaisuuksina, jolloin ne voidaan järjestää saumattomasti ja laatu edellä. Suuremmissa yksiköissä pystytään ylläpitämään myös riittävän korkeatasoista ammattitaitoa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011: 12.)

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto julkaisivat kesällä 2017 laatusuosituksen hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi. Uusi laatusuositus keskittyy parantamaan ikääntyneiden toimintakykyä ja ikäihmisten kanssa työskentelevien ammattitaitoa. Asiakas- ja palveluohjaus kehoitetaan laittamaan keskiöön ja kehittämään ylipäänsä ikäystävällisiä palvelurakenteita teknologiaa unohtamatta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017a.) Moniammatillinen työ nähdään keinona vastata asiakkaiden tarpeisiin (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019 2017: 23).

Palveluntuottajia ohjataan kehittämään erityisesti palveluja, jotka lisäävät ja turvaavat ikäihmisten toimintakykyä ja terveyttä. Ikäihmisten asumisen vaihtoehtoja tulisi edistää ja lisätä neuvonta-, ohjaus- ja kuntoutuspalveluita. Omais- ja perhehoitoa kannustetaan suosimaan. Kotihoidon määrää ja sisältöä tulisi lisätä, muun muassa tarjoamalla ensihoidon päivystyspalveluja ja kuntoutusta kotiin. (Laatusuositus... 2017: 25.)

Sipilän hallituksen kärkihankkeet vievät lähemmäksi käytäntöä laatusuosituksia ja toteuttavat samalla sosiaali- ja terveyspalvelu-uudistukseen liittyvää palvelurakenteiden uudistamista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017b). Sote-uudistuksella on tarkoitus turvata julkiset palvelut ja lisätä ihmisten mahdollisuuksia osallistua, vaikuttaa ja valita. Sosiaali- ja terveyspalveluista tavoitellaan toimivaa kokonaisuutta, jossa ihmiset saavat palveluja nykyistä yhdenvertaisemmin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017c.)

Lokakuussa 2017 tiedossa olevan perusteella sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen siirtyy kunnilta ja kuntayhtymiltä 1.1.2020 alkaen maakuntien vastuulle. Kunnille jää vastuu asukkaiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä. (Toimijat uudessa maakunta- ja sote-rakenteessa n.d.) Rinnalla on tarkoitus lisätä asiakkaiden valinnan mahdollisuuksia palvelujensa tuottajasta (Valinnanvapausmallin pääpiirteet 2017). Uudistus vaikuttaa tuntuvasti myös Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveyspalveluihin, sillä jatkossa mm. kotona asumista tukevat palvelut määrittyvät koko maakunnassa samantasoisiksi maakuntahallinnon päättäessä asiasta. Tällä hetkellä mm. omaishoidosta maksettavat korvaukset vaihtelevat kunnittain (vrt. Helsingin kaupunki 2017a, Lyly 2017: 72).

Käytännössä jokaiseen maakuntaan muodostetaan alueellinen, yhteensovitettu palvelukokonaisuus *kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa* (I&O) -kärkihankkeessa (Sosiaali- ja terveysvirasto 2016: 19–20). Lähtökohta on turvata terve ja toimintakykyinen ikääntyminen. Keskiössä on kotona asumisen ja kuntouttavan otteen ohella pyrkimys asiakaslähtöisiin, yhdenvertaisiin ja kustannustehokkaisiin palveluihin. Iäkkään palvelut pyritään sovittamaan toimintakyvyn ja palvelutarpeiden mukaan ja toteuttamaan koordinoitusti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017d.) Omaishoidon houkuttelevuutta ja omaisten jaksamista tuetaan lisäämällä heille suunnattuja palveluja ja mahdollisuutta käyttää vapaita (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016b).

3 Ikäihminen asiakkaana

Ikääntyessä palvelujen ja tuen tarpeet kasvavat. Vaikeudet selviytyä päivittäisistä toimista lisäävät erityisesti 75 vuotta täyttäneiden avun tarvetta. Suurin osa suomalaisista ikäihmistä on hyväkuntoisia, mutta haavoittuvilla vanhuksilla on paljon erityistarpeita ja he myös käyttävät paljon sosiaali- ja terveyspalveluja. (Hammar & Luoma 2014: 1.) Vanheneminen koskettaa kuitenkin jokaista ihmistä yksilöllisesti, joten erot ikääntyneiden toimintakyvyssä ovat suuret. Toimintakyky mielletään tässä laaja-alaisesti: se sisältää fyysisen, psyykkisen, kognitiivisen ja sosiaalisen ulottuvuuden sekä ympäristötekijät, joskin viimeksi mainittu rajataan tarkastelusta pois.

Ikäihmisten erityisyyttä asiakkaina käsitellään aluksi ikääntyessä tyypillisesti esiin tulevien palvelutarpeiden kautta. Vanhuspalvelujen laatusuosituksessa (2017) mainitaan erityistä tukea tarvitsevat, paljon palveluja käyttävät ja riskiryhmät. Riskitekijöitä ovat muun muassa liikkumisen ongelmat, laihtuminen, luunmurtumat, lihaskato, muistihäiriöt, masennus, päihteiden käyttö ja yksinäisyys. (Laatusuositus... 2017: 16.)

Palvelujärjestelmä pyrkii vastaamaan ikääntyneiden tarpeisiin yhdenvertaisesti ja oikeudenmukaisesti. Suuria kuntien välisiä eroja pyritään tasaamaan sote-uudistuksella. Kriteereihin ja niiden soveltamiseen sekä varsinkin tarveharkintaisiin palveluihin jää kuitenkin väistämättä ammattilaisten tulkinnanvaraa. Palvelu on usein standardimainen, jolloin se ei välttämättä sovellu erilaisissa elämäntilanteissa eläville ikääntyneille. Toisaalta monia palveluja tarvitseva ikääntynyt törmää usein palvelujärjestelmän vaikeaselkoisuuteen ja pirstaleisuuteen. Tässä yhteydessä laajaa tematiikkaa lähestytään asiakaslähtöisyyden kautta. Palvelujen ja asiakkaan tarpeiden parempaan vastaavuuteen johtavina näkökulmina kuvataan erityisesti ikääntyneen asiakkaan itsemäärämisoikeutta, työntekijän veloitetta kuulla asiakasta ja palveluohjausta monisyisenä työmenetelmänä.

3.1 Ikääntyneen palvelutarpeet

3.1.1 Terveys ja toimintakyky

lääkkäiden suomalaisten toimintakyky on parantunut selvästi 1970-luvulta alkaen ja viime vuosiin asti. Tästä huolimatta monet toimintarajoitteet heikentävät ikäihmisten toimintakykyä. (lääkkäiden toimintakyky 2016.) Hyvää toimintakykyä rakennetaan koko ihmiselämän ajan. Myös vanhusten toimintakykyä voidaan edistää ja eri väestöryhmien välisiä hyvinvointieroja kaventaa. (Sainio & Koskinen 2010.) Erot sosioekonomisen aseman mukaan ovat vieläkin Suomessa suuret: toimintakyky on ylemmässä sosioekonomisessa asemassa muita ryhmiä parempi. (Terveys...2012: 204). Jos koko väestö olisi yhtä toimintakykyistä kuin korkeimmin koulutetut, jopa puolet vanhusten päivittäisen hoivan tarpeesta poistuisi. Väestön toimintakykyä edistävää toimintaa tulisikin keskittää etenkin matalasti kouluttautuneille, työntekijäammateissa työskenteleville ja pienituloisille. (Sainio & Koskinen 2010.) Kaikki eivät hakeudu palvelujen pariin itse aktiivisesti, vaan myös etsivälle ja löytävälle vanhustyölle on paikkansa. Eloisa ikä -hankkeissa etsivän työn vapaaehtoiset kaipasivat yhteiskuntaan lisää löytävää työtä niiden ikäihmisten tavoittamiseksi, jotka syystä tai toisesta jäivät kotiinsa (Pietilä & Saarenheimo 2017: 58).

Kansainvälisen elämänlaatumittarin (EuroHIS-8) mukaan suomalaisista 63–69-vuotiaista lähes 60 prosenttia kokee elämänlaatunsa hyväksi. 80 vuotta täyttäneistä tyytyväisiä on alle 40 prosenttia. Myös koettu terveys heikkenee iän karttuessa. 80 vuotta täyttäneistä suomalaisista lähes kolme neljäsosaa arvioi terveytensä enintään keskimääräiseksi (Murto ym. 2014: 91, 100).

Normaalin vanhenemisen ja sairauksien aiheuttamien muutosten välistä rajaa on vaikea määrittää. Ikääntyessä lihasmassa vähenee, eikä sitä voida kokonaan estää. Sama koskee muun muassa aivojen neuronien vähenemistä tai vaikkapa näön hämärtymistä ja kuulon heikkenemistä. Toimintakyvyn heikkeneminen on vanhuuteen liittyvä ilmiö, jossa kyse ei ole niinkään siitä, tapahtuuko se, vaan pikemminkin siitä, milloin toiminnanvajauksia syntyy. lääkkäiden ihmisten terveyttä voidaan kuvata tasapainona tavoitteiden, voimavarojen ja elinympäristön ominaisuuksien kesken. Sairauksien ehkäisyn ja tehokkaan hoidon lisäksi fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn ylläpitäminen on keskeistä, kun edistetään onnistuvaa vanhenemista. (Heikkinen 2010: 403–406.)

Liikkumiskyky mittaa osaltaan iäkkään toimintakykyä. Liikkumiskyvyn ongelmat ovat selvästi yleisempiä iäkkäillä naisilla kuin miehillä. (Murto ym. 2014: 96.) Rungas puolet 75 vuotta täyttäneistä naisista ja yli 40 prosenttia saman ikäisistä miehistä ei harrasta liikuntaa. Tämän ikäryhmän naisista lähes puolet ja miehistä noin kolmannes koki, että heillä on ongelmia suoriutua puolen kilometrin kävelystä tai yhden kerroksen portaiden noususta. (Terveys...2012: 55, 121)

Ikääntyneen ruokavalio vaikuttaa suuresti toimintakykyyn ja elämänlaatuun. Satu Jyväskylän väitöskirjassa (2016) on tutkittu iäkkäiden ravitsemusta. Tutkimuksen mukaan sekä kotona asuvilla että pitkäaikaishoidossa olevilla ikääntyneillä on usein huonolaatuinen ruokavalio. Ikääntyneet saivat vähän proteiinia ja muita suojaravintoaineita. Niiden liian niukka saanti lisää haurastumisen riskiä, kiihdyttää lihaskatoa ja heikentää vastustuskykyä. Tutkimuksen mukaan pitkäaikaishoidon ikääntyneistä 17 prosenttia oli virheravittuja ja 68 prosenttia oli virheravitsemusriskissä. Kotona asuvista luku oli pienempi: virheravitsemuksesta kärsi 0–3 prosenttia ja riskissä oli puolestaan 7–60 prosenttia. (Jyväskylä 2016: 9–10.) Hyvä ravitsemus ehkäisee sairauksia, nopeuttaa toipumista ja mahdollistaa kotona asumisen. Erityisen tärkeää olisi kiinnittää huomiota ikäihmisen painonlaskuun, joka voi johtaa aliravitsemukseen. (Hakala 2015.)

3.1.2 Muistisairaudet ja masennus

Etenevät muistisairaudet rappeuttavat aivoja ja ovat merkittävä iäkkään toimintakykyä heikentävä tekijä. Suomessa on noin 193 000 eri tasoisesti muistisairasta ihmistä. Yleisimmät etenevät muistisairaudet ovat Alzheimerin tauti, verisuoniperäinen muistisairaus, muistisairauden ns. sekamuoto, Lewyn kappale -tauti, otsa-ohimolohkorappeumasta johtuva muistisairaus sekä Parkinsonin tauti, joka voidaan laskea muistisairauksiin sen aiheuttamien tiedonkäsittelyvaikeuksien vuoksi. (Muistisairaudet 2017.) Muistisairaudet vaikuttavat vahvasti myös sairastuneen läheisten arkeen ja hyvinvointiin (Heimonen 2010: 60).

Vanhuudessa monet elämää kohtaavat muutokset, sairaudet, menetykset ja toimintakyvyn heikentyminen saattavat aiheuttaa masennusta. Se on ikääntyneiden yleisin mielen-terveyden häiriö. Ikäihmisten mielen-terveyden häiriöt eivät ole Suomessa sen yleisempiä kuin muualla maailmassa ja vanhuuteen ei automaattisesti liity masennusta. (Suni 2010: 90.) THL:n mukaan 63–69-vuotiaista suomalaisista noin joka kuudes kärsii masennusoireista

ja 80 vuotta täyttäneistä noin 30 prosenttia. Naisilla ja matalasti kouluttautuneilla masennus on yleisempää. (Murto ym. 2014: 101.)

Muistisairauksien ja psyykkisten sairauksien välillä on havaittu yhteyksiä. Vakavan masennuksen ja alkavan muistisairauden oireet voidaan sekoittaa keskenään. Toisaalta masennus on tavallinen Alzheimerin taudin ensioire: muistioireet tulevat esille vasta 1–3 vuotta myöhemmin. (Hallikainen 2014: 46; Vataja 2014: 46–47.) Muistisairas ihminen voi niin ikään olla masentunut. Vatajan (2014: 49) mukaan vähintään kolmannes heistä kärsii masennuksesta. Masennus myös vauhdittaa muistisairauden etenemistä.

Uusi psyykkinen oire, kuten masennus, vetäytyminen sosiaalisista kontakteista tai luonteen muutos, indikoi usein ikäihmisellä piilevää muistisairautta. Muistisairauden edessä ilmenee usein käytösoireita. Näitä ovat mm. levottomuus, poikkeava motorinen käytös, unihäiriöt, aggressiivisuus ja aistiharhat. Käytösoireet olisi tunnistettava ja hoidettava, sillä ne lisäävät alttiutta somaattisiin sairauksiin sekä heikentävät muistisairaan ja omaisten elämänlaatua. (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2010: 232; Hallikainen 2014: 46; Vataja 2014: 47.)

3.1.3 Yksinäisyys

Yksin oleminen on Tilastokeskuksen mukaan lisääntynyt koko väestössä. Se näkyy sekä miehillä että naisilla ja kaiken ikäisillä. 65 vuotta täyttäneet naiset viettävät eniten aikaa yksin. (Tilastokeskus 2014: 1.)

Suomessa on yhä enemmän yksin asuvia vanhuksia. 75 vuotta täyttäneistä naisista runsas 150 000 asuu yksin ja miehistä yli 50 000. Yksinasuvien miesten määrä on kaksinkertaistunut reilussa kahdessa vuosikymmenessä. (Tilastokeskus 2017c.) Helsingissä yksin asuvien osuus on muuta maata suurempi. Asuntokunnista lähes puolet oli vuodenvaihteessa 2016–2017 yhden hengen asuntokuntia ja helsinkiläisistä asui yksin neljännes. Yksin asuminen lisääntyy iän myötä: 70 vuotta täyttäneistä yksin asuu 47 prosenttia ja 80 vuotta täyttäneistä jo 56 prosenttia. (Mäki & Vuori 2017: 23.)

Yksin asuminen altistaa yksinäisyyden kokemukselle, varsinkin, mikäli ihminen ei halutessaan voi siirtyä yksin olostta muiden seuraan (Uutela 2011: 20–21, 26). Yksinäisyyden kokemukset yleistyvät, kun ikää karttuu. Suomalaisista 63 vuotta täyttäneistä miehistä seitsemän prosenttia ja naisista 11 prosenttia kokee itsensä yksinäiseksi jatkuvasti tai

melko usein. 80 vuotta täyttäneistä miehistä osuus on 13 prosenttia ja naisista 19 prosenttia. (Murto ym. 2014: 92–93.)

Elisa Tiilikaisen (2016) laadullinen väitöstutkimus ikääntyvien yksinäisyydestä keskittyi yksinäisyyden syihin. Tutkimuksen kohteena oli kymmenen 70- ja 80-vuotiasta ihmistä, jotka potivat yksinäisyyttä (Tiilikainen 2016: 41). Tutkimuksessa mukana olleet kokivat yksinäisyyttä suhteessa läheissuhteisiin, laajempiin yhteisöihin ja toisinaan myös ympäröivään yhteiskuntaan. Nämä vanhukset kaipasivat rakkautta ja kiintymystä sekä tunnetta yhteenkuulumisesta, sen sijaan he kokivat arvottomuutta ja tarpeettomuutta. Tiilikaisen mukaan ikääntyneistä huonokuntoisimmille yksinäisyys ei ole vain seuran kaipuuta, vaan myös kokemus yhteiskunnallisesta osattomuudesta ja oman elämän merkityksettömyydestä. (Tiilikainen 2016: 181.)

Myös Hanna Uotila on tutkinut väitöskirjassaan (2011) vanhusten yksinäisyyttä. Uotilan mukaan ikä ei itsessään aiheuta yksinäisyyden tunnetta, vaan ikään yhteydessä olevat tekijät kuten vähentyneet sosiaaliset suhteet, leskeytyminen, yksin asuminen, heikentynyt terveys ja toimintakyky, eläkkeelle jääminen ja menneisyyden haavat. Mielekäs tekeminen ja turvattomuuden tunteen lievittäminen vähentävät yksinäisyyden kokemusta. Suuri merkitys on myös ikääntyneiden arvostavalla kohtelulla ja palvelujen saatavuudella. (Uotila 2017; Uotila 2011: 26–28, 51–54.)

3.1.4 Pienituloisuus

Viime vuoden lopussa 93 prosenttia kaikista eläkkeensaajista sai työeläkettä ja 41 prosenttia Kelan eläkettä. Oma vanhuuseläkettä saavien miesten keskimääräinen eläke oli 1957 euroa kuukaudessa ja naisten selvästi pienempi, 1336 euroa. (Tilasto Suomen eläkkeensaajista 2016, 2017: 24, 29.)

Eläkeläisten köyhyysriski nousi 2000-luvulla koko väestön köyhyysriskiä nopeammin. Erityisesti yksin asuvien köyhyysriski oli suuri. (Murto ym. 2014: 89.) Perusturvaetuuksiin ja asumistukeen ei ole tehty takuueläkettä lukuunottamatta indeksikorotuksia kolmeen viime vuoteen. Perusturvan taso on matala. Eläkkeensaajien perusturvan tason ennakoidaan laskevan vuonna 2017: takuueläke ja eläkeläisten korkeampi asumistuki eivät enää riitä kattamaan kohtuullista vähimmäiskulutusta. (Mukkila, Ilmakunnas, Moisio & Saikkonen 2017: 7.) Niukka toimeentulo koskettaa monia ikääntyneitä. Eläkkeensaajien

tilastosta ilmenee, että noin joka kuudes (17,1 %) vanhuuseläkettä saava sai kokonaisuudessaan alle 1000 euroa eläkettä vuonna 2016, ja 35,4 prosentilla eläke jäi alle 1250 euron (Tilasto Suomen eläkkeensaajista 2016, 2017: 113).

3.2 Itsemääräämisoikeus

Asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeus on sosiaali- ja terveydenhuollon johtava periaate. Ihmistä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Ihminen voi hakeutua vapaaehtoisesti hoitoon tai asiakkaaksi sekä erilaisiin hoito- tai muihin toimenpiteisiin. Itsemääräämisoikeuden mukaan potilaalla on oikeus osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon, ja häneltä on saatava suostumus terveydellisiin toimenpiteisiin. (Valvira 2015.) Myös sosiaalipalveluissa on otettava jopa ensisijaisesti huomioon asiakkaan etu, hänen toivomuksensa ja näkemyksensä sekä kunnioitettava asiakkaan itsemääräämisoikeutta (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000/812 § 4, 8). Tämä tarkoittaa sitä, että sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävällä tai niihin vasta hakeutuvalla ihmisellä on oikeus myös kieltäytyä hänelle tarjotuista palveluista ja toimenpiteistä.

Ammattilaisia askarruttavat tilanteet, joissa ikääntynyt kieltäytyy palveluista, vaikka objektiivisesti hänellä olisi ilmeinen palvelun tarve. Kieltäytymisen syy tulisi selvittää, onko kyseessä esimerkiksi sairaus. Tuen tarjoaminen pohdituttaa myös silloin, kun kriteerit palvelun, esimerkiksi omaishoidon tuen, tarjoamiseen eivät täyty. Näissäkin tilanteissa tavoite olisi löytää jokin muu ratkaisu ihmisen tukemiseksi. (Palveluohjauksen käsikirja n.d.: 17.)

Itsemääräämisoikeuden toteutuminen ei ole ikääntyessä ja varsinkin muiden avun tarpeen lisääntyessä itsestänselvyys. Sanna Järnström on tutkinut asiakkuutta ja asiakaslähtöisyyttä geriatrisilla sairaalaosastoilla Etelä-Suomessa. Järnströmin tutkimuksessa (2011) nousi esiin useita kielteisiä seikkoja. Ikääntyneet kokivat, että he eivät tule kuuluisiksi, heidän toiveitaan ja mielipiteitään ei kysytä, eikä niistä olla kiinnostuneita. Myös jatkohoitosuunnitelmat tulivat muiden päättäminä ja vanhus ei ollut osallisena asioissaan. (Järnström 2011: 6, 201.)

Myös muistisairaalla ihmisellä on oikeus tehdä päätöksiä ja vaikuttaa saamiinsa palveluihin. Vaikka esimerkiksi raha-asioista huolehtisi joku toinen, on paljon muita asioita, joista muistisairas ihminen voi itse päättää. Tällöin ikääntyneen omat ratkaisut ovat ensisijaisia laillisen edustajan tai muun läheisen sijaan. (Valvira 2015.) Tämä edellyttää

työntekijältä taitoa selkeyttää valintoja. Omaishoitotilanteissa on kiinnitettävä huomiota omaishoitajan ja hoidettavan vuorovaikutukseen, ettei sivuuteta hoidettavan näkemyksiä ja oteta huomioon ainoastaan omaishoitajan näkemyksiä (Järnström 2011: 114; STM 2014: 31). Käytännössä työntekijältä vaatii herkkyyttä ja huolellista asiakkaan arviointia, jotta pystytään päättämään, minkä luonteisista asioista muistisairas ihminen pystyy päättämään itse, oman etunsa mukaisesti (Valvira 2015).

3.3 Palvelujen asiakaslähtöisyys

Sosiaali- ja terveydenhuollossa on alettu viime vuosina korostaa asiakkaan asemaa. Tähän on vaikuttanut yleisen tietotason ja odotusten kasvu, valinnanvapauden lisääntyminen, sähköisten palvelujen yleistyminen sekä yksilön oman vastuun kasvaminen terveyttä ja hyvinvointia koskevissa kysymyksissä. (Aalto, Vehko, Sinervo, Sainio, Muuri, Elovainio & Pekurinen 2017: 1.) Asiakaslähtöisyys toistuu myös Juha Sipilän hallitusohjelman kärkihankkeissa. Asiakaslähtöisyys määrittyy näissä linjauksissa asiakkaiden kokemustiedon hyödyntämistä lukuun ottamatta pitkälti palvelujen tavoitettavuuden, valinnanvapauden sekä palvelun tehostamisen ja kustannussäästöjen kautta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017e–f).

Vanhuspalvelujen laatusuosituksissa lähtökohtana on enemmän ikääntynyt ihminen. Suomessa kaivataan laatusuositusten (2017) mukaan erityisesti yksilöllisiä palveluita, jotka edistävät ikäihmisen toimijuutta. Palvelut tulisi tarjota lähellä ihmistä ja oikea-aikaisesti. Päätöksenteossa on kuunneltava iäkästä itseään. Ikäihminen on nähtävä kokonaisuutena ja edistettävä laajasti hänen terveyttään ja elämänlaatuaan itsemääräämisoikeutta kunnioittaen. (Laatusuositus... 2017: 13.)

Tässä työssä asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan palvelun tarpeessa olevan tai sitä hakevan ihmisen kohtaamista niin, että ihminen kokee tulleen kuulluksi ja ymmärretyksi, ja hänellä on aito mahdollisuus osallistua asiansa käsittelyyn ja vaikuttaa saamaansa palveluun sen kaikille yhtäläisten myöntämiskriteerien rajoissa (Aalto ym. 2017: 1; Järnström 2011: 46–48). Tällöin asiakaslähtöisyys sisältää asiakkaan itsemääräämisoikeuden, yhdenvertaisen kohtelun sekä asiakkaan yksilöllisten tarpeiden huomioon ottamisen.

Asiakslähtöisyyteen kuuluu oleellisesti ihmisen itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen (Järnström 2011: 48). Asiakkaan näkemysten kysyminen ja huomioon ottaminen on tärkeää myös silloin, kun häntä avustaa omainen tai muu läheinen. Pirhonen (2017: 9) tiivistää asiakslähtöisyyden palvelujen räätälöinniksi yksilön arvojen ja tarpeiden mukaisesti ihmisen itsemääräämisoikeutta kunnioittaen. Aalto ym. (2017: 1) kytkevät de Silvaa (2004) ja OECD:ta (2015) mukaillen asiakslähtöisyyteen myös oikea-aikaisen hoidon pääsyn ja hoidon koordinaation.

Ympäri vuorokautisissa asumispalveluissa asiakas- tai ihmislähtöisyys nähdään vasta kohtana perushoito- tai tehtäväsuuntautuneelle työotteelle (Semi 2015: 8–10). Asiakslähtöisyyttä on ihmisen hahmottaminen kokonaisvaltaisena: hänen kulloiseenkin elämäntilanteeseen vaikuttaa fyysisen toimintakyvyn ohella psyykkinen, kognitiivinen ja sosiaalinen toimintakyky (Sarvimäki & Heimonen 2010: 19, 21–22.). Asiakslähtöinen toimintatapa näkee jokaisessa asiakkaassa yksilöllisen ihmisen, jolla on oma elämänsä ja sairauksista huolimatta monenlaisia voimavaroja ja taitoja. Tällöin asiakasta myös käytännössä tuetaan ja rohkaistaan käyttämään jäljellä olevia voimavarojaan kaikissa arkisissa tilanteissa. (Mönkäre, Hallikainen, Nukari, Forder 2014: 8; Semi 2015: 8–10, 32, 46, 48–49.) Tämä johtaa luontevaan kuntouttavan työotteen soveltamiseen.

Asiakslähtöisyyden edellytyksenä on ikääntyneen ihmisen kommunikaation ja liikkumisen esteettömyys. Tarvittaessa asiakkaalle varataan apuvälineitä tai mahdollisuus tulkin tai muun avustajan käyttöön palvelussa tai asiaansa käsiteltäessä. Neuvotteluissa asiakkaalle varataan tila, jossa hänen asiaansa voidaan käsitellä luottamuksellisesti ja muiden kuulematta. Asiakkaalle on varattava myös riittävästi aikaa asiansa käsittelyyn (Kohdaten 2013: 3). Asian käsittelytapa valitaan niin, että pyritään kompensoimaan asiakkaan mahdolliset kognitiiviset rajoitteet, vaikeus ymmärtää sosiaali- ja terveystalvelujen käsitteitä tai puheen tuottamisen vaikeudet (Aalto ym. 2017: 1). Asiakkaan oikeuksien toteutumiseen vaikuttaa myös ammattilaisen taito kohdata ne ihmiset, joiden vuorovai- kutukseen ja päätösvaltaisuuteen heijastuvat erilaiset riippuvuudet tai mielenterveyden häiriöt. Asiakastilanteen ennakovalmistelu, selkeä eteneminen sekä sovittujen asioiden toistaminen tukevat asiakslähtöistä otetta ja asiakkaan aitoa kuulemistä.

Asiakslähtöisyyttä edistää ammattilaisen asianmukainen osaaminen tehtävään ja eettinen toimintatapa: ammattilainen tarjoaa parhaan asiantuntemuksensa ja huolellisen

tarpeiden kartoituksen perusteella asiakkaalle soveltuvia palveluja ja muuta tukea yhteistyössä muiden ammattilaisten kanssa. Ammatilainen jakaa tietoa vaihtoehtoista, neuvoo ja ohjaa asiakasta, mutta ei painosta asiakasta ratkaisuihin.

Palvelujen saatavuuden heikentyminen on yleinen ikääntyneiden ongelma. Palveluiden luokse ei enää päästä. Samoin palveluiden lisääntyvä siirtyminen internetiin tuottaa ongelmia, sillä kaikki eivät vielä käytä internetiä. Vuonna 2016 internetiä käytti päivittäin 52 prosenttia 65–74-vuotiaista ja 21 prosenttia 75–89-vuotiaista (Tilastokeskus 2016). Hoidon saantia haittaavat eri palvelujen yhteensovittamiseen ja sujuvuuteen liittyvät vaikeudet. Joka toinen terveystalouden käyttäjä on joutunut joskus selvittämään tilannettaan terveystalouksissa useaan kertaan ja yli kolmannes koki tulleen pompotelluksi palvelujärjestelmässä (Aalto ym. 2017: 4).

Eläkeläiset kokivat saaneensa kunnioittavaa kohtelua useammin kuin työssäkäyvät. Sen sijaan taloudellisia vaikeuksia kokeneilla oli muita enemmän negatiivisia kokemuksia palveluihin pääsystä, kohtelusta ja osallistumismahdollisuuksista omaan hoitoonsa. Niin ikään pitkäaikaissairailta ja masentuneilla oli muita kielteisempiä kokemuksia kohtelusta ja he olivat päässeet harvemmin osallistumaan omaan hoitoonsa, masennusoireista kärsivien oli myös vaikeampi päästä hoitoon. Ylipäänsä paljon palveluita käyttävien kokemukset terveystalouksista olivat negatiivisempia kuin muilla. (Aalto ym. 2017: 2.)

Asiakaslähtöisyyden kannalta haastavimpana palveluna näyttäytyy ikääntyneillä ympärivuorokautinen hoito. Järnströmin (2011) tutkimuksen mukaan vanhusten asiakkuudelle ja asiakaslähtöisyydelle geriatrisella osastolla loivat haasteita palvelujärjestelmän tehokkuusajattelu, järjestelmän joustamattomuus, työntekijälähtöisyys, hierarkkisuus, rutiininomaisuus ja medikalisaatiopainotteisuus, kaikkinaisen resurssien puute, omaisten vahva rooli sekä joidenkin vanhusten oma passiivisuus. Asiakaslähtöisyyden ideaa vastaan soti myös se, että strategiat ja linjaukset tulivat muiden määrittelemänä ja kaikkien vanhusten olisi pitänyt sopia samoihin linjauksiin. (Järnström 2011: 7.)

Järnströmin tutkimus kertoo, että työntekijöiden mielestä vanhusten toimintakykyä arvioidaan jatkuvasti ja kullekin vanhukselle tehdään jatkohoidon suunnitelma. Tutkimuksen mukaan suunnitelmat tehdään kuitenkin liian myöhään ja toisinaan tehdyt suunnitelmat jäävät huomaamatta. Tärkeäksi nähtiin yhteistyön tiivistäminen kotihoidon kanssa. Silloin iäkkäitä saataisiin kotiutettua aikaisemmin tai vaihtoehtoisesti heille haettaisiin

varhaisemmin pitkäaikaishoitopaikkaa. Osastoilla oli myös tarjolla vähän virikkeitä. (Järnström 2011: 113–114.)

Asiakaslähtöisyytenä voidaan nähdä myös valinnanvapaus. Tällä hetkellä valinnanvapaus toteutuu palvelusetelinä sekä mahdollisuutena valita terveysasema, erikoissairaanhoidon yksikkö ja hoitoa antava terveydenhuollon ammattihenkilö (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä 2009/569; Terveydenhuoltolaki 2010/1326 § 47–49). Valinnanvapautta on tarkoitus laajentaa sote-uudistuksen yhteydessä mm. ikääntyneille keskeisiin kotihoitoon ja asumispalveluihin (Valinnanvapausmallin pääpiirteet 2017). Vanhuksilla ja runsaasti palveluja tarvitsevilla edellytykset valintojen tekemiseen ovat muita heikommalla tasolla. Tällöin oleellista on oikea tieto ja tuki valintojen tekemiseksi. Silti valintoja rajoittaa se, missä määrin asiakas kykenee ottamaan vastaan tietoa. Näille asiakkaille tarvittaisiin tuettua päätöksentekoa, jolloin käytännössä omaisten ja muiden läheisten merkitys korostuu. (Melakari 2017: 19–20.)

3.4 Palveluohjaus keino sovittaa tarpeet ja palvelut

Hallituksen *Vahvistetaan ikäihmisten kotihoitoa ja kaiken ikäisten omaishoitoa* -kärkihankkeen tavoitteena on, että sen päättyessä vuonna 2019 käytössä on keskitetty asiakas- / palveluohjaus. Sen avulla voidaan kohdentaa nykyistä paremmin iäkkäiden palvelut, sillä palvelut sovitetaan arvioituja tarpeita vastaavasti yhteen, ja muodostavat asiakkaan kannalta kokonaisuuden. Näitä palveluja tuottavat julkiset ja yksityiset palveluntuottajat, järjestöt, seurakunnat ja erilaiset vapaaehtoiset. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016b.) Käytämme tässä työssä jatkossa käsitettä palveluohjaus.

Palveluohjauksella on kirjallisuudessa monia määritelmiä. Pietiläinen ja Seppälä (2003) ovat määritelleet käsitteen seuraavasti:

Palveluohjauksella kuvataan niitä toimintoja, joilla asiakkaan ja palveluohjaajan yhteistyötä suunnitellaan, organisoidaan, yhteensovitetään ja arvioidaan palveluja, joita asiakas ja hänen perheensä tarvitsevat nykyisessä elämäntilanteessa elämänhallintansa tueksi. (Pietiläinen & Seppälä 2003: 14.)

Palveluohjaus on menetelmä asiakastyön tekemiseen, mutta se voidaan ymmärtää myös palveluhallinnon harjoittamisena. Tällöin palveluohjausajattelu johtaa kunnan

kehittämään koko palvelujärjestelmäänsä ja sen toimintakäytäntöjä sen sijaan, että puuttaisiin yksittäisten työntekijöiden käyttämästä työmenetelmästä. (Palveluohjauksen käsikirja n.d.: 10.)

Palveluohjaus sisältää asiakkaan kanssa tehtävän työn (case management) sekä asiakkaan saamien palveluiden ja tukimuotojen koordinoinnin ja yhteen sovittamisen (service coordination) (Pietiläinen & Seppälä 2003: 15). Todellinen asiakaslähtöinen malli toimia lähtee siitä, että asiakas ja hänen tilanteensa nähdään kokonaisvaltaisesti. Asiakas on oman elämänsä asiantuntija, joka tuntee omat tarpeensa parhaiten. Työntekijä puolestaan on asiantuntija, jolla on kokemusta siitä, millaiset ratkaisut toimivat missäkin tilanteessa. (Pietiläinen & Seppälä 2003: 25.)

Yhden tai useamman työntekijän, asiakkaan ja mahdollisen omaisen dialogissa laaditaan suunnitelma asiakkaan tarvitsemista palveluista ja muusta tuesta. Palvelusuunnitelmassa näkyvät kaikki oleelliset asiakkaan saamat tuen ja palveluiden muodot, niin viralliset kuin epäviralliset (Pietiläinen & Seppälä 2003: 76). Kunnan on lain mukaan vastattava, että iäkkään ihmisen palvelujen tarve selvitetään kokonaisvaltaisesti. Palvelutarpeita selvitetessä ikääntyneen toimintakyky arvioidaan monipuolisesti ja käytetään luotettavia arviointivälineitä. (Vanhuspalvelulaki 2012/980 § 15.)

Maakunnallisesti yhtenäisten ikääntyneiden palvelujen rakentamiseksi on käynnissä koikeiluja. Niissä luodaan mm. koti- ja omaishoidon toimintamalleja sekä kehitetään alueellisesti keskitettyä asiakas- ja palveluohjausta (KAAPO). (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017d.) KAAPO-mallissa halutaan soveltaa aiempia myönteisiä keskitetyn asiakasohjauksen malleja alueellisesti laajemmin, jotta kyetään parantamaan palvelujen saataavuutta ja vastaamaan yhdenmukaisesti neuvonnan ja palveluohjauksen tarpeisiin (Hammar 2016). Keskitetystä palveluohjauksesta ei toistaiseksi ole voimassaolevaa lainsäädäntöä (Laatusuositus... 2017: 18).

Varsinkin paljon palveluja tarvitsevat ikäihmiset hyötyvät koordinoitusta palvelujen ja muun tuen yhteensovittamisesta, jossa palvelut tarjotaan asiakkaan jäljellä olevan toimintakyvyn ja palvelutarpeiden näkökulmasta sopivan laajuisina ja oikeaan aikaan. Palvelut perustuvat huolelliseen asiakkaan tarpeiden kartoitukseen asiakkaan ja mahdollisen läheisen kanssa. KAAPO:n ennakoitaan hillitsevän palvelujen kustannusten kasvua. Ikääntyneille keskittäminen merkitsee neuvonnan ja koordinoitujen palvelujen saamista samasta pisteestä ympäri vuorokauden sekä avoimia ja kaikille yhtäläisiä palvelujen

myöntämiskriteereitä, mikä on omiaan lisäämään luottamusta palveluihin. Organisaatiolta keskitetty asiakasohjaus edellyttää selkeitä työnjakoja ja moniammatillista verkosto- maista työtettä, mutta mahdollistaa samalla yhteiset kirjaukset, sujuvamman tiedonku- lun ja asiakkaan tilanteen johdonmukaisen seurannan. (Hammar 2016; Laatusuositus... 2017: 17–18.) Helsingissä käynnistyy ikääntyneiden keskitetty asiakasohjausyksikkö, HelppiSeniори vuoden 2017 lopulla (Lyly 2017: 179; Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2016:20).

4 Helsingin vanhuspalvelujen nykytilanne

Luvun aluksi kuvataan Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoiminnassa olevia tavoitteita, ikääntyneiden määrää ja keskeisimpien kotona asumista tukevien palvelujen käyttöä, erityisesti kotihoitoa ja omaishoitoa. Ne ovat oleellisia lyhytaikaishoidon käytön ymmärtämisen kannalta.

4.1 Vanhuspalvelujen tavoitteet Helsingissä

Helsingissä on laadittu vanhuspalvelulain mukainen toimintasuunnitelma ns. Stadin ikäohjelma ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemiseksi. Ohjelma oli voimassa vuoden 2016 loppuun ja seuraava on työn alla uuden kaupunkistrategian 2017–2021 vanaveudessa (Helsingin kaupunki 2017b). Ikäohjelmalla halutaan kohentaa ikäihmisten mahdollisuuksia saada tietoa, vaikuttaa ja osallistua aktiivisesti. Lisäksi ohjelma pyrkii parantamaan ikääntyneiden asumista ja lisäämään mahdollisuuksia asua kotona. (Stadin ikäohjelma 2015–2016: 5.)

Koko kaupungin strategian tasolla ohjelman tavoitteiden toteutumista arvioidaan yli 75-vuotiaiden kotona asuvien osuudella (Helsingin kaupunki 2014). Helsingissä ei ole kuitenkaan määritetty prosentuaalista tavoitetta kotona asuville ikääntyneille (Soini 2017). Vuoden 2016 lopussa 75 vuotta täyttäneistä helsinkiläisistä aiempaa useampi, 92,1 prosenttia asui kotona (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2017).

Helsingissä vanhuspalvelut sijoittuvat sosiaali- ja terveystoiminnassa sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalvelujen osastolle. Osasto vastaa kotihoidosta, iäkkäiden sosiaali- ja lähityöstä sekä omaishoidon tuesta, palvelukeskustoiminnasta, iäkkäiden päivätoiminnasta ja lyhytaikaishoidosta sekä iäkkäiden ja monisairaiden tehostetusta palveluasumisesta ja laitoshoidosta. Osasto huolehtii lisäksi lyhytaikaisesta ja kuntouttavasta sairaalahoidosta, fysiatrian, geriatrian, neurologian ja kuntoutuspoliklinikkapalveluista sekä fysio-, toiminta- ja puheterapiapalveluista ja veteraanikuntoutuksesta. (Helsingin kaupunki 2017c.) Vakansseja osastolla on noin 5500 (Sosiaali- ja terveystoiminta 2016). Sosiaali- ja terveystoiminta on jaettu viiteen palvelualueeseen, jotka ovat eteläinen, itäinen, läntinen, pohjoinen ja ruotsinkielinen.

Vuoden 2017 käyttösunnitelmassa sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalvelujen osaston yleinen tavoite on parantaa palvelujen saatavuutta, tuottavuutta, vaikuttavuutta sekä

asiakas- ja henkilöstökokemusta. Kotona asuminen ja kuntoutus ovat ensisijaisia. Laitoshoidon puretaan entisestään ja korvataan tehostetulla palveluasumisella. Kotihoitoa kohdennetaan eniten tukea tarvitseville. Kotihoidon asiakkaiden akuuttihoitoa kehitetään erillisessä hankkeessa, etähoitopalveluja laajennetaan sekä otetaan käyttöön kotihoidon etäkuntoutusmalli koko kaupungissa. Palveluissa tehostetaan nykyisten teknologioiden käyttöä ja kokeillaan uusia digitaalisia palveluja. Ikääntyneiden keskitetty neuvonta, palvelutarpeen arviointi ja palveluohjaus otetaan käyttöön, ja kehitetään asiakkaan tarpeiden arvioinnin osaamista ja toimintatapoja. Palvelujen kehittämisessä lähtökohta on monipuolinen palvelukeskus -toimintamalli sekä yksikkö- ja aluerajoja ylittävän moniammatillisuuden vahvistaminen. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2016: 19–20.)

4.2 65 vuotta täyttäneet

Helsingissä ikääntyneiden osuus on koko maata pienempi (ks. taulukko 1). 65 vuotta täyttäneitä oli vuoden 2016 lopussa noin 106 000 eli kuudennes Helsingin väkiluvusta. Eläkeiän saavuttaneista 58 prosenttia oli 65–74-vuotiaita, 30 prosenttia 75–84-vuotiaita ja 85 vuotta täyttäneitä oli 13 prosenttia. Naisten osuus on kaikissa ikääntyneiden ikäryhmissä miehiä suurempi, ja naisten osuus kasvaa 65–74-vuotiaiden 57 prosentista 85 täyttäneiden 74 prosenttiin. Kaikista eläkeikäisistä naisten osuus on 61 prosenttia.

Taulukko 1. Helsingin 65 vuotta täyttäneet 31.12.2016 sukupuolen ja siviilisäädyn mukaan.

	65–74-vuotiaat		75–84-vuotiaat		Yli 84-vuotiaat		Yhteensä 65–	
	lkm	%	lkm	%	lkm	%	lkm	%
Sukupuoli								
Naiset	34 917	57,1	19 845	62,8	9 709	73,5	64 471	60,8
Miehet	26 256	42,9	11 766	37,2	3 499	26,5	41 521	39,2
Yhteensä	61 173	100,0	31 611	100,0	13 208	100,0	105 992	100,0
Osuus 65 täyttäneistä, %		57,7		29,8		12,5		100,0
Osuus Helsingin väestöstä, %		9,6		5,0		2,1		16,7
Siviilisäätty								
Naimaton	9 513	15,5	3 637	11,5	1 414	10,7	14 564	13,7
Naimisissa	31 725	51,9	13 712	43,4	2 907	22,0	48 344	45,6
Eronnut	14 407	23,6	6 408	20,3	1 836	13,9	22 651	21,4
Leski	5 528	9,0	7 854	24,8	7 051	53,4	20 433	19,3
Yhteensä	61 173	100,0	31 611	100,0	13 208	100,0	105 992	100,0

Lähde: Tilastokeskus 2017d. Statfin. Väestö 31.12.2016.

Perhetilanteet jakavat eri ikäisiä ikääntyneitä (ks. taulukko 1). 65–84-vuotiaista useimmat ovat naimisissa, mutta tätä iäkkäämmistä jo hieman yli puolet on leskiä. Huomiota kiinnittää ikääntyneiden sosiaalisten verkostojen ja palvelujen järjestämisen kannalta se, että 65 vuotta täyttäneistä 14 prosenttia on naimattomia ja 21 prosenttia eronneita.

4.3 Kotona asumista turvaavien sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö

Kustannusten kannalta keskeisimpien¹ sosiaali- ja terveyspalvelujen piirissä oli Helsingissä vuonna 2016 neljännes 75 vuotta täyttäneistä ja lähes puolet (47,3 %) 85 vuotta täyttäneistä. 65–74-vuotiaista helsinkiläisistä näitä sosiaali- ja terveyspalveluja käytti neljä prosenttia. (Lyly 2017: 7, 22, 115.)

Ikääntyneiden määrä on kasvanut, joten asiakkaiden määrän kasvusta huolimatta palvelujen kattavuus on Helsingissä hieman pienentynyt vuodesta 2012 vuoteen 2016. Asiakastytyväisyyden ei katsota valtakunnallisesti kuitenkaan heikentyneen, mihin arvioidaan vaikuttavan ikääntyneiden toimintakyvyn paranemisen, epävirallisen läheisavun lisääntymisen ja kotona asumisen edellytysten kohenemisen. Vanhuspalvelujen edellisten laatusuositusten tavoitteet vuoteen 2017 mennessä laitoshoidon ja tehostetun palveluasumisen vähenemisestä on tavoitettu, mutta vastaavasti säännöllisen kotihoidon ja omaishoidon tuen käyttö eivät lisääntyneet suositusten² tasolle. (Lyly 2017: 7, 10.)

Ikääntyneet käyttävät palveluista eniten kotihoitoa. Vuoden 2016 aikana Helsingissä oli yhteensä noin 16 000 65 vuotta täyttäneitä kotihoidon tukipalvelujen asiakasta. Kotihoidon asiakkaista 8,5 prosentilla (1369 henkilöllä) oli käytössään pelkästään tukipalvelu. (Lyly 2017: 67.) 65 vuotta täyttäneiden palvelujen käytöstä noin puolet on Helsingissä kotihoitoa (Lyly 2017: 104).

¹ Tiedot perustuvat ns. Kuusikkokuntien raporttiin, jonka tarkastelu kohdentuu 65 vuotta täyttäneiden kotihoitoon, osavuorokautiseen hoitoon, omaishoidon tukeen, keskiraskaaseen ja tehostettuun palveluasumiseen, vanhainkotihoitoon, perusterveydenhuollon avohoitoon, terveyskeskussairaalaan, kotisairaalaan ja erikoissairaanhoidon.

² Lyly (2017: 10) suhteuttaa palvelujen käyttöä edellisen vanhuspalvelujen laatusuosituksen (STM 2013: 59) antamiin viitearvoihin. Tavoitteena oli, että vuoteen 2017 mennessä 75 vuotta täyttäneistä 91–92 % asuu kotona, 13–14 % on säännöllisen kotihoidon piirissä, 6–7 % käyttää omaishoidon tukea, 6–7 % asuu tehostetussa palveluasumisessa ja 2–3 % vanhainkodeissa tai pitkäaikaishoidossa terveyskeskuksen vuodeosastolla.

Kaikista Helsingin 65 vuotta täyttäneistä vuonna 2016 säännöllistä³ kotihoitoa käytti 6,3 prosenttia, osuus 75 täyttäneistä oli 12,5 prosenttia (Lyly 2017: 109–110). Viimeisin virallinen tilasto marraskuulta 2016 kertoo, että vähintään 60 käyntiä kuukaudessa saavien kotihoidon asiakkaiden osuus on 2000-luvulla lisääntynyt, ja on nyt jo lähes kolmannes (31 %) säännöllisen kotihoidon asiakkaista. Helsingissä osuus oli 32,2 prosenttia (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2017: 1, 19).

65–74-vuotiaiden helsinkiläisten toiseksi yleisin palvelu on omaishoidon tuki (taulukko 2). Tätä iäkkäämmillä kotihoidon jälkeen tyypillisin palvelu on tehostettu palveluasuminen. Omaishoito korvautuu selkeämmin ympärivuorokautisella hoidolla 84 ikävuoden jälkeen, jolloin kolmanneksi yleisin palvelu on laitoshoido. (Lyly 2017: 110–111.)

Omaishoidossa olevien ikääntyneiden määrä on kasvanut Helsingissä parin vuoden notkahdusta lukuun ottamatta tasaisesti vuoden 1993 538:sta ikääntyneestä, jolloin omaishoidon tuki tuli lakisääteiseksi sosiaalipalveluksi (SOTKANet. n.d.). Vuoden 2016 aikana omaishoidon tukea käytti 2184 65 vuotta täyttäneitä helsinkiläistä. Palvelun käytössä on kuitenkin runsaasti vaihtelua, sillä vuoden lopun poikkileikkaustieto kertoo 1724 sopimusomishoidossa olevasta ikääntyneestä. (Lyly 2017: 71.) Koko vuoden asiakkaiden osuus Helsingin 65 vuotta täyttäneistä oli siten 2,1 prosenttia – samanaikaisesti omaishoidossa olevia oli joulukuussa 2016 1,6 prosenttia vastaavan ikäisistä (Lyly 2017: 111).

Lyhytaikaishoitoa käytti Helsingissä koko vuoden 2016 aikana 2725 asiakasta. Laitosmuotoisessa lyhytaikaishoidossa oli asiakkaista kaksi kolmasosaa (67 %). (Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimi, tilastopalvelut 2017 c-d.) Luvussa eivät ole mukana arviointi- ja kuntoutusosastojen asiakkaat, joten määrä ei ole suoraan verrattavissa taulukon 2 poikkileikkaustietoihin. Joulukuun 2016 tieto kertoo yhteensä 1063:sta säännöllistä lyhytaikaishoitoa käyttäneestä 65 vuotta täyttäneestä. Laitosmuotoista lyhytaikaishoitoa heistä käytti valtaosa, 863. Loput 200 sijoituivat tehostettuun palveluasumiseen. (Auri 2017: 80, 82.)

Ikääntyneiden tavoitteellista kuntoutumista tukee päivätoiminta, jota haetaan sosiaali- ja lähityöstä. Palvelutarpeen arvioinnin perusteella myönnettäviä päivätoimintapaikkoja on

³ Säännöllisen kotihoidon piiriin lasketaan ne asiakkaat, joilla on voimassa olevan palvelu- ja hoitosuunnitelma tai muu peruste saada kotihoidon säännöllisiä käyntejä vähintään kerran viikossa (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2017: 2).

kaupungin omana toimintana 272 ja ostopalveluna 47 (Lyly 2017: 179). 65 vuotta täyttä-neitä asiakkaita oli vuonna 2016 noin 2500 (Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimi, tilastopalvelut 2017a).

Taulukko 2. 65 vuotta täyttäneiden kotona asumista tukevien palvelujen käyttö Helsingissä vuonna 2016.

	Yhteensä 65 täyttäneet	65–74 -vuotiaat	75–84 -vuotiaat	85 vuotta täyttäneet
Säännöllinen ja tilapäinen kotihoito (asiakkaita vuoden aikana)	16 150	3 221	6 108	6 821
Säännöllinen kotihoito (asiakkaita 31.12.2016) (% ikäryhmästä)	6 669 6,29 %	1083 1,77 %	2480 7,85 %	3106 23,52 %
Säännöllinen kotihoito enintään 10 tuntia/kk (asiakkaita, % ikäryhmästä)	3 010 (2,93 %)	577	1 233	1 200
Säännöllinen kotihoito yli 80 tuntia/kk (asiakkaita, % ikäryhmästä)	110 (0,11 %)	24	33	53
Kotihoidon säännölliset tukipalvelut (asiakkaita vuoden aikana)	1 369	341	534	494
Omaishoidon tuki (asiakkaita vuoden aikana)	2184	561	968	655
Omaishoidon tuki (asiakkaita 31.12.2016) (% ikäryhmästä)	1 724 1,63 %	470 0,77 %	778 2,46 %	476 3,60 %
Lyhytaikaishoito (asiakkaita 31.12.2016, laitos- ja palveluasuminen)	1063	199	396	468
Päivätoiminta (hoitopäivät vuoden aikana) (hoitopäivät/ikäryhmä)	88 185 0,83	11 990 0,20	36 520 1,16	39 675 3,00
Palvelukeskustoiminta (asiakkaita, pake-kortin perusteella vuonna 2016)	12 642	7005	4665	972

Lähde: Mukaeltona Lyly 2017: 65–67, 70–71, 80, 82, 110–111; Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimi, tilastopalvelut 2017a-b.

Ikääntyneiden kotona asumista tukevat sosiaali- ja terveyspalvelujen lisäksi asumista, asuinympäristöä ja liikennejärjestelyitä koskevat ratkaisut. Keskeisiä ovat myös matalan kynnyksen toiminnot, omaisten ja läheisten apu sekä muiden tahojen, kuten järjestöjen ja seurakunnan järjestämä toiminta. (Sote ja vanhuspalvelut 2017.)

Helsingissä ikääntyneet voivat hyödyntää vapaasti palvelukeskustoimintaa ja kaupungin järjestämää vapaaehtoistoimintaa, kuten liikunta- ja kulttuurikummeja. Monipuolisia palvelukeskuksia on 13; muilla alueilla toimintaa kehitetään ns. kivijalkatoimintana (Lyly 2017: 174, 179). Palvelukeskusten pääosin maksuttomat harrastukset, vertaistukiryhmät

ja sosiaaliset kontaktit ehkäisevät syrjäytymistä ja yksinäisyyttä. Tarjolla on myös sosiaaliohjaajien neuvontaa ja palveluohjausta. (Helsingin kaupunki 2017d.) Vuonna 2016 palvelukeskus-toimintaan osallistui säännöllisemmin 12 600 ikäihmistä (Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimi, tilastopalvelut 2017b).

4.4 Kotihoito

Kotihoito sisältää sosiaalihuoltolain 19 §:n kotipalvelun ja terveydenhuoltolain 25 §:n kotisairaanhoidon tehtävät. Kotihoidon palveluilla avustetaan kotona asuvaa asiakasta niissä päivittäistoiminnoissa, joista asiakas ei suoriudu itsenäisesti. Kotihoidon tehtävänä on tarjota hoito ja palvelut niin, että ikääntynyt voi elää kotonaan turvallisesti myös silloin, kun toimintakyky heikkenee. Kotihoito huolehtii hoivasta ja sairaanhoidollisista toimenpiteistä, lääkkeistä, perushoidosta ja toimintakyvyn ylläpidosta. (Helsingin kaupunki 2017e.) Kotihoitoa toteutetaan säännöllisesti tai tilapäisesti asiakkaan asuinpaikassa, kotona tai vastaavassa paikassa. Säännöllinen kotihoito perustuu voimassaolevaan palvelu- ja hoitosuunnitelmaan. Kotihoitoa toteutetaan moniammatillisesti. (Laatusuositus... 2017: 34.)

Kotihoidon kautta voi saada myös erilaisia tukipalveluja, turvapuhelimen, apuvälineitä sekä palvelusetelin kotisiivoukseen (Helsingin kaupunki 2017e; THL 2017: 19). Tukipalveluja ovat mm. ateriapalvelu, siivous, vaatehuolto, kauppa- ja muut asiointipalvelut, sosiaalista kanssakäymistä edistävät palvelut sekä liikkumista mahdollistavat kuljetus- ja saattajapalvelu (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017g). Nämä ovat usein ensimmäisiä itsenäisen asumisen tueksi tarvittavia palveluja.

4.5 Omaishoito

Omaishoito tarkoittaa ikääntyneiden kannalta tulkittuna kunnan kanssa tehtävään sopimukseen perustuvaa ikääntyneen muistisairaana tai toimintakyvyltään sairauden, vammun tai muun syyn vuoksi jatkuvaa huolenpitoa tarvitsevan ihmisen kotona tapahtuvaa hoitoa (Laki omaishoidon tuesta 2005/937 § 2–3, 8). Useimmiten omaishoitaja on puoliso, iäkkäiden omaishoidettavien kohdalla itsekkin eläkeikäinen (Linnosmaa, Jokinen, Vilkkonen, Noro & Siljander 2014: 18; Sosiaali- ja terveysministeriö 2014: 23).

Omaishoidon tuki on puolestaan sosiaalipalvelu, joka sisältää hoidettavan hoito- ja palvelusuunnitelmassa määritellyt hoitopalkkion, vapaat ja palvelut (Laatusuositus... 2017: 36). Palvelun piiriin pääsy edellyttää arviota hoidettavan palvelutarpeista ja omaishoitajaksi aikovan läheisen soveltuvuudesta tehtävään. Mikäli hoidon tarve on riittävän vaativa ja hoitaja kykenee tarjoamaan hoidon, laaditaan hoito- ja palvelusuunnitelma sekä toimeksiantosopimus omaishoidosta. (Laki omaishoidon tuesta 2005/937 § 3, 5, 7, 8.) Sopimuksen tehneet omaishoitajat saavat lakisääteiset vapaat ja omaishoitajan päivittäistoiminnoissa antaman hoidon määrän ja sitovuuden perusteella hoitopalkkion (Helsingin kaupunki 2017a). Lisäksi omaishoitoa tuetaan muilla palveluilla. Helsingissä omaishoitajille ja hoidettaville tarjotaan päivätoimintaa, omaishoidon toimintakeskuksen ja palvelukeskusten toimintaa, sähköinen terveys- ja hyvinvointitarkastus ja sen pohjalta teemoittaiset sähköiset valmennukset. Osa palveluista on vaihtoehto lakisääteisille vapaapäiville. (Helsingin kaupunki 2017f.)

Sopimuksen tehnyt omaishoitaja saa hoidon sitovuuden perusteella 2 tai 3 vapaapäivää. Kunta voi lisäksi myöntää alle vuorokauden pituisia virkistysvapaita. Kunnan on kuitenkin järjestettävä hoidettavalle sijaishoito hoitajan vapaiden ajaksi. Vapaat sekä omaishoitaja ja hoidettavaa tukevat palvelut määritellään hoito- ja palvelusuunnitelmassa. (Laki omaishoidon tuesta 2005/937 § 4). Helsingissä omaishoitajalla on oikeus alle vuorokauden kestäviin virkistysvapaisiin levon, virkistyksen tai omien asioiden hoitamiseksi, joskin sijaistukset ovat 8 tunnin kuukausittaista kotiavustaja-apua lukuun ottamatta maksullisia (Helsingin kaupunki 2017f).

Omaisien lakisääteisten ja muiden vapaiden aikana hoidettavalle tarjotaan lyhytaikaishoitoa, päivätoimintaa, sijaisomaishoitaja tai kotiavustaja (Helsingin kaupunki 2017f). Vuonna 2012 yleisimmin, lähes kaikissa kunnissa, omaisen vapaiden sijaishoitomuotona palveluvalikoimassa oli lyhytaikainen laitoshoido. Siihen sijoittui noin 40 prosenttia hoidettavista. Palveluasumismuotoista lyhytaikaishoitoa oli vaihtoehtona 42 prosentissa kuntia ja omaishoidettavista sitä käytti joka kuudes. Omaisets tai muut läheiset huolehtivat sijaisuuksista noin viidenneksen, kun taas perhehoitoon tai kunnallisiin kotihoitopalveluihin turvautui vain muutama prosentti asiakkaista. (Linnosmaa ym. 2014: 30–31.)

Monet omaiset ja muut läheiset huolehtivat iäkkäästä ihmisestä ilman omaishoidonsopimusta, vaikka säännöllisestä auttamisesta on voitu sopia hoito- ja palvelusuunnitelmaa kotihoidon kanssa laadittaessa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014: 22). Koska Helsingin kaupunki tukee palveluin myös näiden ihmisten jaksamista, erotellaan jatkossa tekstissä

sopimusomaishoitajat ja muut omaishoitajat (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014: 11–12). Kun käytetään käsitettä omaishoitajat, viitataan molempiin ryhmiin eli tarkoitetaan kaikkia niitä asiakkaita, joille on myönnetty lyhytaikaishoitajakso omaisen levon perusteella.

Omaishoitajien jaksamisen kannalta on hälyttävää, että noin puolet ei pidä lakisääteisiä vapaitaan. Syynä on useimmiten epäily muiden kyvystä hoitaa omaista ja hoidettavan vastustus. Sopivaksi koetun hoitopaikan puute oli vuonna 2012 esteenä 12 prosentilla. Epäsopiva hoitopaikka ja sijaishoidon maksullisuus johtivat kuitenkin aiempaa harvemmin sijaishoidosta kieltäytymiseen. (Linnosmaa ym. 2014: 30.) Kaikilla omaista hoitavilla ei ole aiempaa tietoa tai kokemusta hoitotyöstä, mikä entisestään altistaa omaishoitajan terveyden heikentymiseen ja uupumiseen. Tällöin lisääntyy myös riski hoidettavan kaltoinkohtelusta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014: 31.) Omaishoitajien tehtävään valmennus tulee lakisääteiseksi vuoden 2018 alusta (Laki omaishoidon tuesta 2005/937).

5 Ikääntyneiden lyhytaikaishoito

5.1 Mitä on lyhytaikainen hoito?

Lyhytaikaishoito (lah) on ensisijaisesti laitos- tai palveluasumisyksikössä ja harvemmin perhehoidossa tarjottavaa tilapäistä hoitoa ja huolenpitoa, jolla tuetaan asiakkaan kotona asumista ja pyritään lykkäämään laitoshoitoon siirtymistä (Kan & Pohjola 2012: 282; Salin 2008: 21). Se on tarkoitettu ihmisille, jotka tarvitsevat sairauden, vamman, sosiaalisten tekijöiden tai ikääntymisen vaikutusten vuoksi tilapäistä seuranta- tai avustamista päivittäisissä toiminnoissa tai toimintakykyään edistävää, kuntouttavaa palvelua. Lyhytaikaishoitoa voidaan käyttää myös asiakkaan toimintakyvyn seurantaan ja systemaattiseen arviointiin, jolloin selvitetään ihmisen jäljellä olevat voimavarat, palvelutarpeet ja kyky selviytyä sairaalan akuuttihoiton jälkeen kotona. (Kan & Pohjola 2012: 282–283.)

Ikääntyneiden lyhytaikaishoitoa käytetään yleisimmin omaishoidossa oleville ikääntyneille hoitajan lakisääteisten vapaapäivien tai muun vapaan aikana sijaishoitona tai omaishoitoa tukevana palveluna (Linnosmaa ym. 2014: 29, 31). Lyhytaikaishoito tukee omaishoitajan jaksamista (Tikkanen 2016: 14). Sitä ei ole tarkoitettu pitkäaikaishoitopaikan odottamiseen, sijaisasumiseen kodin remontin aikana, päihdeongelman ratkaisuun tai toimintakyvyn heikkenemisen syyn selvittämiseen (Kan & Pohjola: 282).

Lyhytaikaishoito on tarveharkintainen palvelu. Sitä tiedustellaan kunnan sosiaalitoimistosta (Palveluopas 2017–2018 omaishoitajille ja läheisille: 21). Asiakkaan, hänen omaisensa tai viranhaltijan aloitteesta tehdään tarpeiden kartoitus, jonka perusteella määritellään hoitajakson pituus (Rautio & Haapaniemi 2012: 4). Useimmiten kyse on ympärivuorokautisesta hoidosta, joka kestää muutamasta päivästä pariin viikkoon. Palvelussa vietetystä ajasta käytetään nimitystä *jakso*.

Lyhytaikaishoito voi olla kertaluonteinen, satunnaista tai toistua säännöllisesti esimerkiksi kahden tai kolmen viikon välein, 1–2 viikkoa kerralla. Helsingissä säännöllisesti toistuvasta ympärivuorokautisesta lyhytaikaishoidosta käytetään intervalli- tai vuorotteluhoiton sijaan nimitystä *jaksottaishoito*. Asiakas on yleensä lah-jaksolla kerran kuukaudessa. (Kan & Pohjola 2012: 282; Työntekijäohje jaksottaishoidosta 2016.)

Hoitojakson aluksi asiakkaan ja hänen omaisensa kanssa laaditaan hoitotyön suunnitelma, josta ilmenevät lyhytaikaishoidon tarpeet, tavoitteet sekä keinot saavuttaa tavoitteet. Jakson päätyttyä laaditaan hoitoyhteenveto, josta ilmenevät tavoitteiden toteutuminen ja arvio asiakkaan toimintakyvystä. Hoitoyhteenveto välitetään asiakkaalle, omaiselle ja kotihoitoon. (Kan & Pohjola 2012: 283; Rautio & Haapaniemi 2012: 2-4.)

Tässä työssä käytetään satunnaisempaan ja jaksottaishoitoon viitattaessa yleiskäsitettä lyhytaikaishoito, koska se on palvelulle Helsingissä vakiintunut nimitys. Palvelun käyttäjää nimitetään asiakkaaksi, ikääntyneeksi, ikäihmiseksi tai vanhukseksi.

5.2 Lyhytaikaishoidon piirteet Helsingissä

Helsingin kaupungin verkkosivuilla (2017e) lyhytaikaishoidon kuvataan olevan “ennaltaehkäisevää ja toimintakykyä tavoitteellisesti ylläpitävää ja edistävää toimintaa.” Palvelun edellytyksenä on yli 65 vuoden ikä ja tilapäisen ympärivuorokautisen hoidon tarve. Paikat on tarkoitettu helsinkiläisille, ja palvelua tarjotaan suomen ja ruotsin ohella venäjäksi. (Helsingin kaupunki 2017g.)

Ikääntyneet asiakkaat hakeutuvat palveluun sosiaali- ja lähityön sosiaalityöntekijän tai omaishoidon tuen sosiaaliohjaajan kautta, jotka arvioivat palvelutarpeen ja tekevät lyhytaikaishoidon sijoituspäätöksen. Aloitteen jaksosta voi tehdä myös omainen tai viranomainen. Mikäli ikääntyneellä arvioidaan tarve säännölliseen lyhytaikaishoitoon, tekee SAS-työpari hoitotasoratkaisun. Edellytyksenä on asiakkaan muiden kotona asumista tukevien palvelujen ja kuntouttavien toimien selvittäminen sekä omaishoitotilanteissa omaisen jaksamisen huomioiminen. Jaksottaishoitoasiakkaiden sijoituspäätökset tekee aina sosiaalityöntekijä ja jakso on enintään 14 vuorokautta. (Rautio 2017; Rautio & Haapaniemi 2012: 2–3; Työntekijäohje jaksottaishoidosta 2016.) Tiedon välittymiseksi asiakkaan tilasta sijoituspäätöksen tehneelle työntekijälle on yksiköt ohjeistettu välittämään jakson hoitoyhteenveto myös hänelle. Jaksottaishoitoasiakkaista hoitoyhteenveto tehdään vain tilan muuttuessa tai pyydettyäessä. (Rautio & Haapaniemi 2012: 4.)

Kan ja Pohjola (2012: 282) rajaavat lyhytaikaishoidon käyttötarkoituksista pois ikääntyneen turvallisuuden tukemisen. Helsingissä lyhytaikaishoitoa tarjotaan myös yksinasuville kotihoidon asiakkaille, joilla on somaattinen sairaus, usein yksinäisyyttä ja heikko ravitsemus. Omaishoidossa olevien ikääntyneiden osuus on kuitenkin suurin.

(Haapaniemi & Rautio 2012: 2; Klemetilä 2013:9.) Sopimusomaishoitajien ohella lyhytaikaishoito palvelee muita omaishoidossa olevia, jos hoitaja esimerkiksi uupuu tai koti-
lanne on hyvin haastava. (Rautio & Haapaniemi 2012: 2.)

Ympäri vuorokautisen hoidon rinnalla käytetään *osavuorokautista* hoitoa. Osavuorokauti-
nen hoito mahdollistaa asiakkaan avustamisen hygienian hoidossa ja esimerkiksi har-
vakseen tarvittavassa lääkityksessä tai hoitotoimenpiteessä. Sitä tarjotaan esimerkiksi
kerran viikossa tai kahdessa, päivä- tai yöaikaan. (Rautio 2017; Rautio & Haapaniemi
2012: 2.) Osavuorokautista hoitoa käytti vuonna 2016 29 ikääntynyttä (Helsingin kau-
pungin sosiaali- ja terveystoimi, tilastopalvelut 2017c-d).

Vuoden 2017 toukokuussa Helsingissä tarjottiin ikääntyneille lyhytaikaishoitoa 19 eri yk-
sikössä ja 213 asiakkaalle kerralla. Laitosmuotoista lyhytaikaishoitoa on 12 osastolla ja
7 yksikköä on palveluasumismuotoisia. (Rautio 2017.) Lah-jaksoja järjestetään monipuoli-
sissa palvelukeskuksissa, vanhustenkeskuksissa ja ostopalveluyksiköissä sekä palve-
lusetelien kautta muissa yksityisissä palveluissa (Helsingin kaupunki 2017g). Ostopalve-
lua hankitaan kolmen yksityisen tuottajan seitsemästä yksiköstä. Palvelusetelien käyttö
on vähäistä: vuonna 2016 vain 9 ikääntynyttä valitsi yksityisen palveluntuottajan lah-jak-
solleen palvelusetelillä (Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimi, tilastopalvelut
2017e).

Kuudessa yksikössä on alle 10 asiakaspaikkaa. Näihin kuuluvat myös muutaman asiak-
kaan kriisiosasto ja mrsa-asiakkaita vastaanottava osasto. Lyhytaikaishoidon yksiköt si-
joittuvat eri palvelualueille. Pääsääntöisesti asiakas sijoitetaan oman palvelualueen yk-
siköihin. Kriisi- ja mrsa-yksiköiden ohella kolmeen ostopalveluyksikköön sijoitetaan
useamman alueen asiakkaita. Alueittain nimetyt lah-koordinaattorit huolehtivat paikkojen
täyttämisestä myös peruuntuneiden jaksojen osalta. Asiakkaan tarpeet ja toimintakyky
määrittävät sijoitusyksikön, ja valinnassa käytetään apuna pitkäaikaishoidon hoitoonoh-
jauskriteereitä, kuten MMSE ja RAVA. (Rautio 2017; Rautio & Haapaniemi 2012: 2–3.)

Selkeyden vuoksi jatkossa sekä laitos- että palveluasumismuotoiseen lyhytaikaishoitoon
viitataan sanalla yksikkö. Lyhytaikaishoidoksi voidaan mieltää myös määräpituiset toi-
mintakyvyn ja kotona selviytymisen arviointijaksot arviointi- ja kuntoutusosastoilla. Orga-
nisoinniltaan ja kriteereiltään erilaista arviointi- ja kuntoutusyksiköiden toimintaa ei käsi-
tellä tässä osana lyhytaikaishoitoa.

5.3 Lyhytaikaishoidon kehittämishaasteet Helsingissä

Lyhytaikaishoidon valtakunnallinen tilastointi on puutteellista. Kokonaiskartoitusta lyhytaikaishoitoa tarjoavien yksiköiden toiminnasta Suomessa ei ole. Toiminnan organisointitapa ja myöntämiskriteerit vaihtelevat tutkimusten mukaan eri kunnissa, mikä vaikeuttaa kokonaiskuvan hahmottamista (Hokkanen 2011: 10; Kan & Pohjola 2012: 282). Vaikka lyhytaikaishoito katsotaan ikääntyneiden kotona asumista tukevaksi palveluksi, se ei ole erityisenä kehittämiskohteenä esimerkiksi tuoreissa vanhuspalvelujen laatusuosituksissa (Laatusuositus... 2017) tai ikääntyneiden kotihoitoa ja kaikenikäisten omaishoitoa kehittävässä kärkihankkeessa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016b). Syynä lieenee se, että suuntaus on laitospainotteisten palvelujen purkaminen sekä palvelujen ja kuntoutuksen vieminen yhä enemmän ikäihmisten kotiin ja etäpalvelujen lisääminen (vrt. Helsingin sosiaalivirasto 2016). Lyhytaikaishoito on useimmissa kunnissa laitospainotteista (Linnosmaa ym. 2014: 30). Kehittämistä kuitenkin tarvittaisiin, jotta laitospainotteisen lyhytaikaishoidon rinnalle saataisiin koko maahan erilaisia vaihtoehtoja esimerkiksi omaishoidettavien tilapäishoitotarpeisiin.

Lyhytaikaishoitoa on tarkasteltu 2000-luvulla joko asiakkaiden tai yksiköiden vastuuhenkilöiden näkökulmasta mm. Kaakkois-Suomessa (Hokkanen 2011) ja Helsingissä (Klemmtilä 2013; Muurinen ym. 2004; Rautio & Haapaniemi 2011). Lyhytaikaishoitoa käsittelevissä väitöskirjoissa aihetta on lähestytty aineistotriangulaation kautta: omaishoitajien ja hoitohenkilöstön haastattelujen sekä omaishoitajille tehdyn kyselyn pohjalta on rakennettu laitospainotteisen lyhytaikaishoidon reaalityppi (Salin 2008) tai punnittu lyhytaikaishoidon laatua ja kustannuksia eri henkilöstörakenteilla toimivissa yksiköissä asiakkaiden haastattelujen ja toimintakykymittausten sekä omaiskyselyin ja asiakastietojärjestelmätietoja analysoimalla (Muurinen 2003). Näissä tutkimuksissa on todettu, että näytöt lyhytaikaishoidon vaikutuksista ikääntyneiden toimintakykyyn ja pitkäaikaishoitoon siirtymisestä vaihtelevat. Erot johtuvat menetelmien vaihtelun ohella asiakkaiden sekä yksiköiden ja niiden toimintatapojen eroista.

Helsingissä aiemmin tehtyjen lyhytaikaishoitoa käsittelevien selvitysten ja tutkimusten, asiantuntijatapaamisten ja työharjoittelun pohjalta lyhytaikaishoidossa on havaittu haasteina ensisijaisesti seikkoja, jotka koskevat asiakasrakennetta, toiminnan koordinaatiota ja lyhytaikaishoidon nivoutumista kaupungin muihin vanhuspalveluihin. Joitakin kehittämishaasteita on nostettu esille lisäksi lah-yksikön erityispiirteistä tai tavasta toimia.

Asiakasrakennetta koskevat kehittämistarpeet liittyvät siihen, että lyhytaikaishoitoon ohjautuu myös asiakkaita, jotka voisivat hyötyä enemmän jostain muusta palvelusta. Klemetilä (2013: 12) kuvaa näitä asiakasryhmiä jumittajiksi, remonttipakolaisiksi tai liian hyväkuntoisiksi, omatoimisiksi ja nuoriksi. Mukana on myös sairaalasta palaavia ikääntyneitä, jotka eivät ole tarpeeksi hyvässä kunnossa kotiutuakseen. Pahimmillaan sijoitus voi kestää useita kuukausia.

Kokemustiedon perusteella tunnistetaan, että lyhytaikaishoitoon sijoittuu tällä hetkellä kuitenkin myös liian huonokuntoisia asiakkaita, joiden tilanteet pitkittyvät tai jopa kärjistyvät lyhytaikaishoidossa. Heidän tilanteeseensa soveltuvampi menettely olisi moniammatillinen arviointi ja muun tyyppisen palvelun tarjonta. (Iso-Aho 2017.) Paikoin pulmana koetaan käytösoireisten ikääntyneiden sijoittaminen lyhytaikaishoitoon. Kaikki yksiköt eivät ota heitä vastaan. Edellisessä Helsingin lyhytaikaishoitoa käsitelleessä selvityksessä haastavien asiakkaiden ja omaisten kohtaamiseen on esitetty henkilökunnan lisäkoulutusta. (Klemetilä 2013: 12.)

Toiminnan koordinaatiota koskevia kehittämistarpeita esitettiin vuoden 2011 kartoituksessa. Siinä kaivattiin päätöksenteon vastuiden selkeyttämistä ja käytännön työn koordinointiin riittävää resurssia. Lah-hoidon seuranta pidettiin vaikeana, koska parista sadasta lah-asiakaspaikasta päätöksiä tekevät viiden eri palvelualueen sosiaalityöntekijät ja omaishoidon tuen sosiaaliohjaajat, joita on yhteensä useita kymmeniä. Vastaavasti heillä on lukuisia eri esimiehiä. Lyhytaikaishoidon prosessin omistajuus on osa lännen palvelualueen sosiaali- ja lähityön päällikön työnkuvaa. (Rautio & Haapaniemi 2011: 3, 11; Rautio 2017).

Yhdenmukaiset työkäytännöt ja ohjeistukset eri tahojen yhteistyöhön puuttuvat tai henkilöstö tunnistaa niitä puutteellisesti. Koska lah-yksikössä risteytyy usean sosiaali- ja terveydenhuollon toimijan työkentät, keskinäinen tiedonvaihto ja yhteisesti tunnistetut sujuvat työkäytännöt ovat ehdoton edellytys palvelulle, jolla tuetaan ikäihmisten kotona asumista. (Klemetilä 2013: 13; Meripaasi & Soini 2017; Muurinen 2003: 133; Rautio & Haapaniemi 2011: 10–11.) Käytännöt lisäksi vaihtelevat jossain määrin eri palvelualueilla (Rautio 2017). Asiakasvalintojen kriteerien tulisi olla yhdenmukaiset, mutta samalla tarvitaan osaamista ja toimintatapojen joustamismahdollisuutta, jotta voidaan ottaa huomioon asiakkaan ja/tai omaishoitajan yksilölliset tarpeet. Tämä edellyttää osaavaa henkilökuntaa. (Klemetilä 2013: 13.)

Kehittämistarpeita on nähty laajemminkin *lyhytaikaishoidon nivoutumisessa kaupungin muihin vanhustalveihin*. Esimerkiksi Kustaankartanon erään yksikön asiakkaista noin 70 prosenttia on toistuvasti lah-jaksoilla. Erityisesti näiden asiakkaiden toimintakyvystä, voimavaroista ja niiden muutoksesta kertyy runsaasti kokemustietoa henkilökunnalle. Tätä tietoa ei käytetä kuitenkaan systemaattisesti asiakkaan ohjaamiseen hänelle sopivampaan palveluun – tai lah-yksikössä ei voida tilanteen niin vaatiessa itsenäisesti toteuttaa esimerkiksi toimintakykymittauksia. (Eronen 2016: 4.)

Kuntoutus- ja palvelusuunnitelmia laaditaan monesti samalle asiakkaalle eri organisaatioissa, koska esimerkiksi kotihoidon ja lah-yksikön henkilöstö käyttävät eri asiakastietojärjestelmiä (Effic, Pegasos). Tämä on resurssien haaskausta ja asiakkaan kannalta huonoa palvelua. (Eronen 2016: 3; Meripaasi & Soini 2017.) Ikääntyneiden sujuvan palvelun kannalta heikkoutena näyttäytyy myös se, että lah-yksiköissä ei ole omaa lääkäriä, vaan lääkäripalveluista vastaa kotihoidon vastuulääkäri tai terveyskeskuksen avosairaanhoito (Meripaasi & Soini 2017; Rautio & Haapaniemi 2011: 8).

Lah-yksikön erityispiirteitä tai toimintakäytäntöjä koskevana kehittämishaasteina esille nousi kuntoutumiseen, paikkojen peruuntumiseen ja asiakkaan äidinkieleen liittyviä seikkoja. Jotta lyhytaikaishoitajakso palvelisi mahdollisimman hyvin ikäihmisen kotona asuamista, tulisi hoidossa olla vahva kuntouttava työote. Tämä toteutuu puutteellisesti lah-jaksoilla. (Eronen 2016: 3; Klemettilä 2013: 13.)

Lyhytaikaishoitopaikkojen täysimääräistä hyödyntämistä kotona asuvien ikäihmisten tukemisessa heikentää se, että sovittuja jaksoja peruuntuu. Tämä johtuu asiakkaiden terveydentilan äkillisistä muutoksista – tai asiakkaasta johtuvista muista syistä. (Iso-Aho 2017.) Haasteena on paikoin palvelun saaminen erityisesti ruotsin- ja venäjän kielellä (Klemettilä 2013: 14). Vuorovaikutusta ikäihmisten ja osin omaisten kanssa haastaa havaintojen perusteella paikoin myös hoitohenkilökunnan puutteellinen kielitaito.

6 Tutkimusasetelma ja työn toteutus

6.1 Tavoite ja tutkimusongelmat

Aiemmin Helsingissä on tutkittu ikääntyneiden lyhytaikaishoitoa vuosina 2004, 2011 ja 2013. Vuonna 2004 lah-yksiköiden henkilöstöä pyydettiin täyttämään sivun mittainen kysely jokaisesta tietyn päivän asiakkaasta. Vuonna 2011 selvitettiin yksittäisten asiakkaiden sijaan lah-toimipisteiden ja -yksiköiden eroja. Menetelminä olivat tilastotiedot ja perustietokartoitus, johon vastasivat lah-yksiköiden vastaavat. Vuoden 2013 kartoitus käsiteli lyhytaikaishoitopaikkojen asiakasprofiileja, ja se perustui seitsemään teemahaastatteluun, jotka tehtiin lah-koordinaattoreille ja omaishoidon tuen sosiaaliohjaajille.

Lyhytaikaishoidon haasteista on aiempien selvitysten ja asiantuntijatapaamisten pohjalta hyvä esiyymmärrys (ks. luku 5.3). Selvitykset ovat nostaneet esille kehittämistarpeita, joiden pohjalta toimintaa on myös kehitetty. Asiantuntijatapaamisten ja selvitysten perusteella toiminta eri yksiköissä vaihtelee suuresti (Klemettilä 2013; Rautio & Haapaniemi 2011). Koska aiemmista selvityksistä on jo aikaa, puuttuu ajantasainen kokonaiskuva lyhytaikaishoidossa Helsingissä olevista asiakkaista. Lyhytaikaishoitoa käyttävien asiakkaiden profiloimiseksi ja palvelujen edelleen kehittämisen pohjaksi tarvitaan riittävän kattava ja aiempaa tarkempi analyysi lyhytaikaishoitoa käyttävistä ikääntyneistä.

Ikääntyneiden lyhytaikaishoidossa palvelun ikäraja on 65 vuotta. Vaikka ennakkotietojen perusteella jaksoilla on jossain määrin tätä nuorempiakin asiakkaita, kohdentuu opinäytetyö palvelun ikärajan mukaisesti. Lah-jaksolla toukokuussa olevia tätä nuorempia ei kuitenkaan poisteta aineistosta, sillä tavoite on kuvata lyhytaikaishoidon kokonaisuutta.

Opinäytetyön tavoite on selvittää Helsingin kaupungin lyhytaikaishoitoa tarjoavien yksiköiden ikääntyneiden asiakkaiden segmentit toukokuussa 2017. Mukana tarkastelussa ovat kaupungin omat ja ostopalveluna hankittavat lah-jaksot. Tutkimusongelmat ja niitä avaavat tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Millaisia ikäihmisiä lah-yksiköissä on asiakkaana?

- Asiakkaiden taustatiedot ja elämäntilanne: sukupuoli, ikä, terveys ja toimintakyky, perhetilanne, asuminen, arviot masennusoireista ja läheisverkostoista sekä omaisen uupumisriskistä.
- Millä perusteella asiakas on lyhytaikaishoidon asiakkaana?
- Mistä lähtien ja kuinka usein asiakas on käynyt jaksoilla, onko toistuvaa ja millä jaksotuksella?
- Millaista muuta tukea asiakkaalla on käytössä kotona asumiseen: omaishoito, omaishoidon kotiavustaja, päivätoiminta, kunnallinen kotihoito, palvelukeskus-toiminta, muut ml. yksityiset palvelut. Onko asiakas sas-prosessissa?

2. Miten lyhytaikaishoito palvelee näitä asiakkaita?

- Kuunneltiiniko asiakkaan tai omaisen toiveita sijoituksesta?
- Peruuntuiko tai keskeytykö jakso ja mistä syystä? Saatiinko tilalle uusi asiakas?
- Arvio siitä, miten lyhytaikaishoito vastaa asiakkaan tarpeita ja miten muuten asiakkaan kotona pärjäämistä voitaisiin tukea. Kuinka asiakkaan tarpeiden ja palvelujen yhteensopivuutta voitaisiin parantaa?
- Katsotaanko asiakkaan kannalta hyödylliseksi moniammatillinen arvio?

6.2 Tiedonkeruun menetelmä ja aineistonkeruun toteutus

Opinnäytetyö toteutettiin empiirisenä tutkimuksena, jonka tarve perustui käytännön kehittämistyöhön sovellettavan tiedon hankintaan. Työ tehtiin survey-tutkimuksena, eli kyseessä oli suunnitelmallinen, lomakkeella toteutettava kyselytutkimus (ks. liite 2). Kerättyä aineistoa analysoitiin pääasiassa kvantitatiivisin menetelmin, ja tutkimusote oli ensisijaisesti ajankohtaista tilannetta kuvaileva. (Holopainen & Pulkkinen 2008: 20–21.) Verkkokysely on edullinen ja nopea menetelmä, josta jäävät pois postituskulut ja postin ja tallennuksen edellyttämät viiveet (Kananen 2014: 156; Valli & Perkkilä 2015: 109). Sillä myös tavoitetaan kvantitatiivisen analyysin edellyttämä riittävän suuri aineisto, jolla varmistetaan tulosten tarkkuus (Simpura & Melkas 2013: 97).

Kyselyyn vastasivat lyhytaikaishoidon sijoituspäätöksiä tekevät Helsingin sosiaali- ja terveystoimen sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalvelujen osaston palvelualueiden sosiaali- ja lähityön sosiaalityöntekijät ja omaishoidontuen sosiaalihoitajat. Informanteiksi valittiin

lah-sijoituspäätöksiä tekevät, koska siten oli mahdollista saada tutkimusongelman edellyttämän asiakastyypittelyn pohjaksi tuore asiakaskohtainen aineisto vaivaamatta suoraan iäkkäitä asiakkaita tai työllistämättä lyhytaikashoidon yksiköiden esimiehiä. Vastaajat valikoituivat viranhaltija-aseman mukaan, jolloin kyselyyn vastaaminen ja siten toiminnan kehittämiseen osallistuminen kuuluivat työtehtäviin. Esimiehet informoivat kyselystä ja kannustivat vastaamaan.

Varsinainen tutkimuskohde, tutkimuksen perusjoukko, ovat lyhytaikashoidon asiakkaat Helsingissä. Kyselytutkimus tuotti poikkileikkausaineiston toukokuussa 2017 Helsingissä päättyneistä lah-jaksoista. Määrällisesti vähäiset palveluseteliasiukkaat sekä luonteeltaan erilaiset jaksot arviointi- ja kuntoutusosastoilla rajattiin pois kyselystä työelämäkumppanin kanssa käydyn keskustelun pohjalta. Kyseessä on kokonaistutkimus toukokuussa lah-jakson päättäneistä asiakkaista, mutta harkinnanvarainen otanta eli tiukasti tulkiten näyte koko vuoden asiakkaista (Holopainen & Pulkkinen 2008: 36). Valittu ajankohta edustaa Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimen asiantuntijoiden näkemysten mukaan hyvin lyhytaikaishoitoa. Kohdentuminen päättyviin lah-jaksoihin mahdollisesti peruutettujen tai keskeytyneiden jaksosten tarkastelun. Aineisto kattaa myös ne asiakkaat, joille oli tehty jaksottaishoidosta pitkäaikaispäätös.

Työelämän yhteistyökumppani kokosi ajantasaiset tiedot vastaajista ja heidän yhteystiedoistaan huhtikuussa. Yhteistyökumppani myös informoi ennakkoon sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalvelujen osaston johtoryhmän, esimiehinä toimivat palvelualueiden päälliköt (4) ja johtavat työntekijät (6). Ennakkotiedotus jakoi tietoa kyselyn tavoitteista ja motivoi vastaamaan. Opinnäytetyön tekijät eivät itse kontaktoineet suoraan vastaajia, vaan kyselylinkin sisältävän saatekirjeen välitti sähköpostitse työelämän yhteistyökumppani. Kyselyn saateviesti muotoiltiin yhdessä (liite 1). Aineisto kerättiin 2.5–9.6.2017. Vastaajat saivat alkuperäisen viestin lisäksi kaksi muistutusviestiä yhteisesti sovitusti suoraan työelämän kumppanilta ennen kyselyn sulkemista.

Kysely tehtiin sähköpostiin upotettuna verkkokyselynä Excel-taulukkolaskentaohjelman kyselytyökalulla (liite 2). Näin saatiin vastaajien kannalta selkeä lomake ja turvattiin kyselyn aineiston kertyminen vaiheittain, jakso kerrallaan. Vastaukset tallentuivat verkkopalvelimelle, jolloin vältettiin työläs yksittäisten vastausten yhdistämisvaihe. Vastaajat täyttivät tiedustellut seikat erikseen jokaisesta asiakkaasta, jolle he olivat tehneet sijoitus-

päätöksen toukokuussa päättyvälle jaksolle. Mukana tarkastelussa olivat myös päätökset, jotka oli tehty ennakkoon pidemmälle ajanjaksolle (säännöllinen jaksottaishoito) tai vasta toukokuussa ilmaantuneen peruutuspaikan täyttämiseksi.

Kysely sisälsi taustatiedot mukaan lukien yhteensä 42 kysymystä, strukturoitujen kysymysten ohella rajatusti avoimia kysymyksiä. Kuudesta tekstiä sisältävästä avoimesta kysymyksestä kaksi täsmensi strukturoitua kysymystä ja yksi auttoi seuraamaan vastausten karttumista. Valmiiksi luokitelluilla kysymyksillä vältetään virheitä vastaamisessa, ne ovat nopeampia vastaajien täyttää ja tutkijan analysoida (Holopainen & Pulkkinen 2008: 42).

Opinnäytetyössä hyödynnettiin taustatietona Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystalveluja koskevia tilastoja, aiempia Helsingissä tehtyjä lah-selvityksiä ja asiantuntijatapaamisia. Talveluja koskevat kaupungin sisäiset tilastotiedot on osittain saatu käyttöön suullisesti työelämän yhteistyökumppanilta. Säännölliset työkoukukset työelämän yhteistyökumppanien kanssa tukivat tutkimusprosessin etenemistä erityisesti työstettäessä kyselyä sekä tulosten ja tulkintojen kommentoinnissa. Oppilaitoksen ohjaus auttoi suuntaamaan ja rajaamaan tutkimusta sekä kannusti tulosten monimuotoiseen hyödyntämiseen työn valmistuttua.

Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimi täydensi kesällä 2017 tutkimusasetelmaa kokoamalla lah-yksiköistä vastaavan ajankohdan asiakkaiden hoitoyhteenvedot. Tätä tutkimusaineistoa ei analysoitu tässä työssä, eikä tietoja ole yhdistetty kyselyllä kerättyyn tutkimusaineistoon.

6.3 Kyselyyn vastanneet ja kertyneen aineiston piirteet

Linkin verkkokyselyyn sai 60 lyhytaikaishoidon päätöksiä tekevää työntekijää. Heistä vastasi 54. Vastaajista 20 oli omaishoidon tuen sosiaaliohjaajia ja 34 sosiaalityöntekijöitä. Jokainen otti kantaa 1–21 asiakkaan lyhytaikaishoitojaksoon tekemiensä päätösten määrän mukaisesti.

Tietoa kertyi yhteensä 465 asiakkaasta. Vastauksista 60 prosenttia on sosiaalityöntekijöiltä ja 40 prosenttia omaishoidon tuen sosiaaliohjaajilta. Jälkimmäiset vastasivat pelkästään sopimusomaishoidettavien lyhytaikaishoitoon, jossa perusteina olivat pääasiassa omaishoitajan lakisääteinen vapaa (79 %) tai muu lepo (17 %), ja lähinnä

yksittäisissä tapauksissa omaishoitoperheen hätätilanne tai asiakkaan kuntoutus. Sosiaalityöntekijöiden vastaukset kattoivat eri myöntämisperusteet, joskin sopimusomaishoitettavien jaksoista vain noin neljänneksen. Kertynyt tutkimusaineisto kattaa 2,2-kertaisesti Helsingin lyhytaikaishoidon asiakaspaikat. Aineiston määrä vastaa ennakoarviota kuukauden asiakasmäärästä: 213 lyhytaikaishoidon paikan 2–2,5-kertainen käyttö (Rautio 2017).

Aineistossa on vastauksia jokaiselta palvelualueelta ja jokaista lah-yksikköä koskien. Eri palvelualueilta vastauksia tuli vastaajan alueen perusteella 38:sta (ruotsinkieliset yksiköt) 134:ään (itäinen palvelualue). Etelän (105), pohjoisen (104) ja lännen palvelualueen vastaukset jäivät tälle välille. Mikäli vastaukset kohdennetaan asiakkaalle osoitetun yksikön sijainnin mukaan, korostuvat etelän palvelualueen vastaukset (130). Etelän palvelualueella sijaitsevat yhteisessä käytössä olevat yksiköt kahta pientä pohjoisen palvelualueella sijaitsevaa erityisosastoa lukuunottamatta. Tällöin lopuista vastauksista 114 koski idän, 110 pohjoisen ja 72 lännen yksiköitä.

Yksiköittäin tarkasteltuna vastauksia tuli 4–48. Yksiköiden paikkamäärä, asiakkaiden jaksojen pituus ja osin toiminnan luonne vaihtelevat, joten myös asiakaspaikkojen käytöaste vaihtelee. Aineiston kertymää verrattiin laskemalla suhdeluku yksikön asiakaspaikkojen määrän ja aineistoon sisältyvien jaksojen kesken. Suhdeluku vaihtelee 1,0:n ja 3,1:n välillä. Kyselyssä ei kuitenkaan pyydetty arvioimaan lyhytaikaishoidon yksiköiden toimintaa suoraan. Tutkimus kohdentui arvioihin näihin yksiköihin sijoitetuista asiakkaista ja heidän jaksostaan.

Aineiston toukokuussa päättyneet lyhytaikaishoidon jaksot ovat pääosin (65 %) kaupungin tuottamissa palveluissa ja laitosten muotoisissa yksiköissä (62 %). Kun mukaan lasketaan myös erityiset yksiköt (kriisiosasto, mrsa-kantajien osasto), sijoittuu alle 10 asiakaspaikan yksiköihin aineiston asiakkaista 12 prosenttia ja loput 88 prosenttia tätä suurempiin yksiköihin. Aineisto sisältää rajauksesta huolimatta lisäksi kaksi palveluseteli asiakasta (0,4 % koko aineistosta).

6.4 Aineiston muokkaus

Kerätty tieto muokattiin kesäkuussa ennen varsinaista tilastollista analyysia: tarkistettiin virheet, arvioitiin vastauskato ja jalostettiin muuttujia (Simpura & Melkas 2013: 99). Vastaukset kyselyyn tallentuivat Excel-tiedostoksi, johon ensin lisättiin jaksoa/asiakasta

identifioiva havaintotunnus juoksevilla numeroinnilla. Siten asiakasta ei voi yksilöidä aineistosta. Käsittelemättömästä aineistosta laskettiin vastaajien lukumäärä ja tarkistettiin nimikirjainmuuttujasta mahdolliset tuplavastaukset, jonka jälkeen nämä muuttujat poistettiin.

Numeerinen aineisto siirrettiin tilastolliseen tietojenkäsittelyohjelmistoon (SPSS), jolla tehtiin aineiston analyysi huolellisen virheiden tarkistuksen ja korjausten jälkeen. Vastajakatoa ei korjattu painokertoimin, vaan sen laajuus ja vaikutus arvioitiin ja raportoidaan luvussa 11.3 (emt.: 99–100). Aineiston analysointia joudutettiin valmistelemalla ennakoon muuttujamäärittelyt ja alustavat muuttujamuunnokset. Niiden toimivuutta testattiin osa-aineistolla ennen kokonaisaineiston valmistumista. Muuttujista määriteltiin tässä vaiheessa myös mitta-asteikko.

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa analyysit valitaan käytettyjen muuttujien laadun mukaan: onko kyse luokittelu-, järjestys-, välimatka- vai suhdelukuasteikollisesta muuttujasta. Muuttujat voi jaotella karkeammin kolmeen ryhmään, jossa sekä tekstiä sisältävät avovastaukset että luokitteluasteikolliset muuttujat ovat laadullisia muuttujia. Muut ryhmät ovat järjestysominaisuuden omaavat ja määrälliset muuttujat. Viimeksi mainittu sisältää välimatka- ja suhdelukuasteikolliset muuttujat. (Karjalainen 2010: 20–21.) Analyysissä käytetyt muuttujat kuvataan tältä pohjalta liitteessä 4.

Ristiintaulukointien mahdollistamiseksi laadittiin varsinaisessa analyysivaiheessa lukuisia uusia muuttujia: mm. luokiteltiin jatkuvat muuttujat, tiivistettiin luokitteluja poistamalla lukumäärältään vähäiset ei osaa sanoa -vastaukset tai yhdistettiin jakaumaltaan tai sisällöltään mielekkäitä luokkia (Kananen 2014: 175; Karjalainen 2010: 121). Luokittelut on kuvattu liitteessä 3. Diskreetteistä muuttujista luokiteltiin tiiviimmiksi terveys, läheissuhteet, uupumisriski, jakson myöntämisperuste ja tarpeisiin vastaavuus sekä dikotomisiksi muuttujiksi ei osaa sanoa -vaihtoehdon sisältävät käytösoireita ja palvelujen käyttöä koskevat muuttujat. Jatkuvista muuttujista luokiteltiin ikä, toukokuun jakson pituus, lyhytaikaishoidon aloituspäivämäärä, MMSE-testin ajankohta sekä päivämäärämuuttujista muodostettu koko asiakkuuden kesto kuvaava muuttuja ja palvelujen käytön kasautumista kuvaava summamuuttuja. Lah-yksiköitä koskevista tiedoista tutkimusaineistoon luokiteltiin muuttujat, jotka kuvasivat yksikön palvelualueita ja palveluntuottajaa (kaupunki vai ostopalvelu) sekä onko kyse laitos- vai palveluasumisyksiköstä.

Samasta muuttujasta tehtiin useita luokitteluja käyttötarkoituksen mukaan. Muuttujan jakauman ohella pohdittiin sisältöä. Siten esimerkiksi syntymävuodesta tehtiin tutkittuun tietoon ja tilastoihin perustuen ikäryhmät, jossa tärkeitä rajapyykkejä ovat 75 vuotta ja 85 vuotta. Eläkeiän saavuttaneiden toimintakyky ja palvelujen tarve vaihtelevat suuresti. Näissä ikävaiheissa on huomattu palvelujen tarpeen kasvavan selkeästi (vrt. Lyly 2017: 115). Ennen tulosten raportointia verrattiin huolellisesti eri luokittelujen tuottamia tuloksia.

Kysely sisälsi kolme laajaa ja kaksi muu, mikä -tyyppistä avointa kysymystä. Ne koskivat asiakkaiden tarpeiden ja palvelujen yhteensovittamista käsittelevää tutkimusongelmaa. Avovastausaineiston laajat vastaukset käsiteltiin ja luokiteltiin Word-tekstinkäsittelyohjelmassa, ja suppeat suoraan Excelissä. Avovastauksissa mainitut jaksojen peruuntumisten muut syyt otettiin mukaan luokiteltuun jakson myöntämisperusteet -muuttujaan SPSS:ssa (Kananen 2014: 124).

Tutkimusaineisto sisälsi ennen luokitteluja ja muita muuttujamuunnoksia 36 numeerista muuttujaa ja analyysin päättyessä 79 numeerista ja viisi tekstimuotoista muuttujaa. Kesäkuussa koottiin työelämäkumppanille yhteisen keskustelun pohjaksi tuoreen aineiston ensijakaumat ja alustava tulosyhteenvedo. Muuttujien jatkojalostus ja analyysi toteutettiin elo-syyskuussa, ja opinnäytetyön tekstit viimeisteltiin lokakuussa.

6.5 Käytetyt analyysimenetelmät

Tutkimusaineiston analysoinnin tarkoitus on arvioida kerätyn aineiston edustavuutta, tiivistää tietoa, kuvata aineistoa ja mahdollisuuksien mukaan paljastaa aineiston ilmentämiä syy-seuraussuhteita (Simpura & Melkas 2013: 100). Tässä yhteydessä keskeisin tehtävä oli tuottaa kuvailevaa tietoa, eli kertoa lyhytaikaishoidon asiakkaista toukokuussa 2017 (Holopainen & Pulkkinen 2008: 21). Yksittäisissä kysymyksissä asiakkuutta voitiin lisäksi arvioida mittaushetkestä taaksepäin. Näitä olivat asiakkuuden kesto ja jaksojen käyttö vuoden aikana. Koska kyseessä on poikittaistutkimus, ei asioiden väliltä ole juurikaan mahdollista esittää suoria syy-seuraussuhteita, vaan lähinnä niiden keskinäistä yhteyttä (Vastamäki 2015: 122). Valmis tutkimusaineisto kuvattiin siten ensisijaisesti frekvenssijakaumina ja keskeisimmät muuttujat ristiintaulukoiden pohjalta. Ne antavat yleiskuvan mitattujen ilmiöiden jakaumasta, ristiintaulukot lisäksi muuttujien välisestä riippuvuudesta (Holopainen & Pulkkinen 2008: 52). Tulosten esittely jakaumatietoina

varmistaa samalla sen, että yksittäisen asiakkaan tai vastaajan vastaukset eivät ole tunnistettavissa. Myös tulosten lomaan poimitut avovastauslainaukset on valittu niin, ettei niistä pysty tunnistamaan vastaajaa tai asiakasta.

Perusanalyysivaihe tehtiin ensin huolellisesti suorien jakaumien pohjalta kokonaisuudesta. Kaikki jakaumatiedot⁴ työstettiin työelämän yhteistyökumppanin käyttöön, mutta tulosluvuissa käsitellään tutkimusongelmien kannalta keskeiset tulokset. Osa kyselyn muuttujista kuvaa ja luokittelee tutkittavan ilmiön rakennetta (ns. taustamuuttujat), osa puolestaan ilmentää varsinaisia tuloksia (Simpura & Melkas 2013: 100). Käytännössä oli tärkeää kuitenkin kuvata suhteelliset osuudet myös taustamuuttujista, kertovathan ne lyhytaikaishoidon koko asiakasjoukosta.

Muuttujan asteikkotyyppi huomioon ottaen jatkettiin numeeristen muuttujien pelkistämistä tilastollisilla tunnusluvuilla: moodi, mediaani, keskiarvo, keskihajonta, vaihteluvälit ja fraktiilit (Kananen 2011: 62). Moodi kuvaa tyypillisintä vastausta, joten se soveltui aineistossa useimpien, jo luokitteluasteikollisten muuttujien kuvaamiseen (Karjalainen 2010: 93). Jatkuvien muuttujien jakaumia tarkasteltiin keskilukujen ja histogrammin avulla, ja niiden luokittelussa hyödynnettiin keskihajontaa, vaihteluvälejä ja fraktiileja. Keskilukuja käytettiin ikää (vuosiluku), toukokuun jakson pituutta (hoitovuorokaudet), koko asiakkuuden kestoa (kk) ja MMSE-pisteitä tarkasteltaessa. Parhaaksi keskimääräisen tilan kuvaajaksi näissä todettiin jakauman vinouden vuoksi mediaani, joka jakaa aineiston kahteen yhtä suureen osaan. Likertin asteikollisiin muuttujiin, kuten tarpeisiin vastaavuus, keskilukuja ei käytetty, koska sitä ei suositella yksittäisiin järjestysasteikollisiin muuttujiin (Karjalainen 2010: 22).

Kyselyssä tiedusteltujen seikkojen keskinäisiä yhteyksiä eli muuttujien välistä riippuvuutta tarkasteltiin ristiintaulukoinneilla, joita voi käyttää jo luokitteluasteikollisilla muuttujilla (Karjalainen 2010: 42, 121). Riippuvuuden ja erojen merkitsevyyden testaamisessa käytettiin Khiin neliötestiä. Se kuvastaa jo luokitteluasteikollisilla muuttujilla suhteellisen vaivattomasti, ovatko ristiintaulukossa havaitut erot satunnaista vaihtelua vai todellisia, sekä minkä asteisesta ryhmien erosta on kyse (Kananen 2011: 80; Karjalainen 2010: 224). Khiin neliötesti soveltui käsillä olevaan aineistoon hyvin myös siksi,

⁴ Tähän liitettiin myös yksikkökohtaiset jakauma- ja keskilukutiedot. Yksiköiden vertailua vaikeutti niiden suuri määrä ja asiakaspaikkamäärän iso vaihtelu. Tämä huomioitiin koostetta työstettäessä niin, että verrattiin ensin keskenään asiakaspaikkamäärältään pieniä ja suuria yksiköitä, ja sen jälkeen vain suuria yksiköitä keskenään.

että kyse on ns. nonparametrisesta testistä: se ei edellytä, että tarkasteltava muuttuja noudattaa normaalijakaumaa (Erätuuli, Leino & Yliluoma: 1994: 73–74).

Khiin neliötestien merkitsevyyttä tarkastellaan ns. p-arvoista. Ristiintaulukoinneista käsitellään ensisijaisesti erittäin merkitsevät ($p < 0,001$) ja merkitsevät ($0,001 \leq p < 0,01$) erot, sekä harkinnanvaraisesti melkein merkitsevät erot ($0,01 \leq p < 0,05$), ellei jakauman kuvaamiseen ole muuta, perusteltua syytä (vrt. Holopainen & Pulkkinen 2008: 177). Tällainen on esimerkiksi ominaisuuden kuvaaminen sinänsä tai ryhmien vertailussa ilmenevä silmiinpistävä yksittäinen ero. Tulosten tulkinnassa käytettiin harkintaa ja tutkimusaiheesta kertynyttä tietoa, jotta pystyttiin arvioimaan, onko ristiintaulukointien tilastollisen testauksen tuottama havainto mielekäs, ja onko kyseessä syy-seuraussuhde, muuttujien keskinäinen vaikutus vai voisiko havaittuun yhteyteen vaikuttaa jokin muu seikka (Karjalainen 2010: 121, 224).

Ristiintaulukoinnit tehtiin tutkimusongelmien kannalta keskeisimmistä muuttujista: lahjakson myöntämisperuste, jakson tarpeisiin vastaavuus, onko asiakas omaishoidossa, onko asiakas jaksottaishoidossa, kotona asumista tukevien palvelujen kasautuminen (summamuuttuja), moniammatillisen arvion hyödyllisyys sekä jakson peruuntuminen tai keskeytyminen. Ristiintaulukoinnit tehtiin perustaustamuuttujien lisäksi useilla kymmenillä aineiston muilla, sisällöllisesti relevanteilla ja ristiintaulukointiin soveltuvilla luokitelluilla muuttujilla. Muita muuttujia ristiintaulukoitiin rajatumminkin.

Keskeisin tutkimusongelma työssämme on lyhytaikaishoidon asiakkaiden tyypittely. Tähän vastaamiseksi aineistossa on runsaasti palvelujen käytön kannalta perusteltuja kysymyksiä asiakkaiden elämäntilanteesta, kotona asumista tukevien palvelujen käytöstä ja toisaalta itse lyhytaikaishoidon perusteista ja käytön tiheydestä. Edellä kuvatuilla menetelmillä ilmiötä pystytään kuvaamaan monipuolisesti. Kun kokonaisuutta halutaan pelkistää ja samalla hahmottaa asiakastyypit käsitteellisesti yleisemmällä tasolla ja teoreettisesti ymmärrettävästi, on runsas ja yksityiskohtainen muuttujamäärä tarpeen supistaa (Erätuuli ym. 1994: 45–46).

Asiakassegmenttejä kuvaavien muuttujien asteikot ovat erimitallisia, eikä käytössä ole suoraan teoriasta tai aiemmasta tutkimuksesta johdettua kysymyspatteristoa ryhmittelyn teoreettisen pätevyyden todentamiseksi, joten lähtökohtana tässä on ns. eksploraatiivinen ryhmittely: kohteen rakenteen ja perustekijöiden hahmottaminen. Tähän soveltuisi faktori-

analyysi tai asiakkaiden samankaltaisuuksien kautta ryhmittelyn muodostava klusterianalyysi. (Erätuuli ym. 1994: 46–47.) Aineiston analysointiin soveltuvat menetelmät varmistuivat konkreettisissa kokeiluissa. Ryhmittelevät analyysit eivät tuottaneet tilastollisesti ja sisällöllisesti perusteltavissa olevaa tulosta, joten aineistosta laadittiin muilla menetelmillä asiakastyypittelyjä. Niiden perustana on käytetty luokiteltuja muuttujia, yksi- ja moniulotteisia ristiintaulukoita sekä muodostettu ns. lukumäärämuuttuja kotona asumisesta tukevien palvelujen käytön kasautumisesta. Muodostetut muuttujat on kuvattu tuloslukujen alaviitteissä.

Avovastausaineisto analysoitiin luokittelemalla vastaukset aineistolähtöisesti (Kananen 2014: 114). Osan avovastauksista olisi voinut sijoittaa useampaan luokkaan, mutta luokittelussa valikoitiin ilmeisin luokka. Huolellisen perehtymisen jälkeen syntyneestä luokittelusta käytiin opinnäytetyöntekijöiden keskinäisen reflektoinnin ohella keskustelua työelämän yhteistyökumppaneiden kanssa. Laadullisen aineiston analyysia syvennettiin tältä pohjalta tarpeesta huolimatta palveluista kieltäytyneiden osalta. Näitä asiakkaita tarkasteltiin kyselyn strukturoitujen muuttujien antaman informaation valossa, mutta ei liitetty luokiteltuna kvantitatiiviseen aineistoon (Valli 2015: 106).

Tulosten kuvaamisessa ja tiivistämisessä hyödynnetään taulukoita ja tilastografiikkaa (Simpura & Melkas 2013: 101). Taulukoiden ja tekstin numeeristen tietojen ymmärrettävyyden lisäämiseksi tulokset esitetään pääasiassa kokonaisprosentteina. Tämä taso on yleensä riittävä ihmistieteiden kysymysten sisällön ja mittaustarkkuuden kannalta (Erätuuli ym. 1994: 35–37). Tilastotiedoista poimitut, väestörakennetta ja palvelujen käyttöä koskevat taulukot sisältävät tarkempia arvoja. Tilastografiikkana käytetään histogrammia ja pylväsdiagrammia. Tekstiä elävöitetään avovastauksin, kuitenkin varmistaen vastaajan anonymiteettiä. Osa tuloksia kokoavista taulukoista on sijoitettu liitteeksi, jotta teksti olisi helppolukuisempaa. Taulukot mahdollistavat samalla lukijoille omien tulkintojen tekemisen kootusta tiedosta (Simpura & Melkas 2013: 102).

II TULOKSET

Tässä osuudessa käsitellään lyhytaikaishoitoa koskevan kyselyn tulokset tutkimusongelmittain. Luvussa seitsemän keskitytään kuvaamaan, millaiset ikääntyneet käyttävät lyhytaikaishoitoa ja miten he sijoittuvat lyhytaikaishoitoon. Luvussa kahdeksan analysoidaan vastaajien näkemykset lyhytaikaishoidon asiakkaiden tarpeisiin vastaavuudesta ja mahdollisuuksista tukea asiakkaita muilla keinoilla. Tekstin tiivistämiseksi käytetään kyselyn tuloksia kuvatessa käsitteitä asiakkaat tai lyhytaikaishoidon asiakkaat. Tällä viitataan 465 ikääntyneen asiakkaan toukokuussa päätyneeseen lyhytaikaishoitojaksoon.

7 Lyhytaikaishoidon asiakkaiden profiilit

Luvun aluksi kuvataan lyhytaikaishoidon asiakkaita ja heidän toukokuussa päätyneitä jaksoja koskevat perusjakaumat. Tämän jälkeen havaintoja tiivistetään ja tarkastelua monipuolistetaan hyödyntämällä luokitteluja, ristiintaulukointeja ja muuttujien summauksia. Mukaan poimitaan kokonaiskuvan selkeyttämiseksi vain tilastollisesti merkitsevät ja tutkimusongelmien kannalta keskeiset tulokset.

7.1 Yleiskuva lyhytaikaishoidon asiakkaista ja hoitojaksoista

7.1.1 Asiakkaiden taustatiedot

Lyhytaikaishoidon asiakkaista lievä enemmistö, 52 prosenttia, on naisia. Osuus on tuntuvasti pienempi kuin 65 vuotta täyttäneiden naisten osuus Helsingissä, joka oli vuonna 2016 60,8 prosenttia vastaavan ikäisistä (Tilastokeskus 2017d).

Asiakkaat ovat keskimäärin⁵ 82-vuotiaita eli syntyneet vuonna 1935. Keskihajonta on 3,5 vuotta. Ikäryhmittäin tarkasteltuna asiakkaat ovat enimmäkseen 75–84-vuotiaita (42 %) ja 85–94-vuotiaita (34 %). Eläkeiän juuri ylittäneitä, 65–74-vuotiaita, asiakkaista on lähes viidennes (19 %) ja yli 94-vuotiaita viisi prosenttia. Sen sijaan aiemmassa selvityksessä (Klemettilä 2013: 12) epätarkoituksenmukaisena sijoittumisena pidettyjä eläkeikää nuorempia oli päätyneillä jaksoilla vain yksi. Pääsääntöisesti alle 65-vuotiaiden lyhytaikaishoito organisoidaan Helsingissä vammaispalveluissa. Lyhytaikaishoitojaksolla olevista

⁵ Asiakkaiden syntymävuoden mediaani ja keskiarvo ovat 1935.

alle 65-vuotiaista suuri osa on työikäisiä muistisairaita. (Rautio 2017.) Lyhytaikaishoidon asiakkaiden ikäjakauma painottuu odotetusti koko Helsingin ikääntyneeseen väestöön verrattuna enemmän 75 vuotta (12 %-yksikköä enemmän) ja erityisesti 85 vuotta täyttä-neisiin (26 %-yksikköä enemmän) (vrt. taulukko 1).

Tutkituista asiakkaista suurin osa, 63 prosenttia, on parisuhteessa ja asuu puolison kanssa. Seuraavaksi yleisimmin asiakkaat asuvat yksin (29 %). Jonkun muun sukulaisen tai läheisen kanssa asuu vajaa kymmenesosa (8 %). Leskiä asiakkaista on 23 prosenttia ja eronneita 8 prosenttia. Loput kuusi prosenttia ovat naimattomia. Helsingin koko ikään-tyneeseen väestöön verrattuna asiakkaissa on kaikissa ikäryhmissä selvästi enemmän parisuhteessa, käytännössä avioliitossa eläviä (vrt. taulukko 1).

Palvelun luonteen vuoksi oli tärkeää haarukoida palvelun todellisen kohdentumisen ar- vioimiseksi yleisellä tasolla asiakkaiden terveydentilaa, mahdollisia käyttäytymisen muu- toksia (käyttöoireita), masennusta ja ihmissuhteita. Tiedot perustuvat päätöksen lyhyt- aikaishoidosta tehneiden arvioihin. Lisäksi lyhytaikaishoidon asiakkailla yleisiä muistioireita kartoitettiin MMSE-testin⁶ pisteiden kautta. Huomioon otettiin vain kahta vuotta tuoreemmat tulokset.

Muistisairausdiagnoosi on yhteensä 71 prosentilla asiakkaista – heistä suurella osalla (31 %) on lisäksi diagnosoitu somaattinen sairaus. Pelkästään somaattinen sairaus oli vastaushetkellä tiedossa neljänneksellä asiakkaista. Psykiatrinen sairaus oli harvinaisin, 3,4 prosentilla asiakkaista. Lopuilla 1,3 prosentilla oli muu tilanne, käytännössä usean diagnoosin yhdistelmä. Merkittävistä käyttöoireista raportoitiin peräti 30 prosentilla asi- akkaista. Lisäksi asiakkaista kymmenesosan käyttöoireisiin ei osattu ottaa kantaa. Käy- töoireista suurin osa, 86 prosenttia, yhdistettiin muistisairaisiin asiakkaisiin.

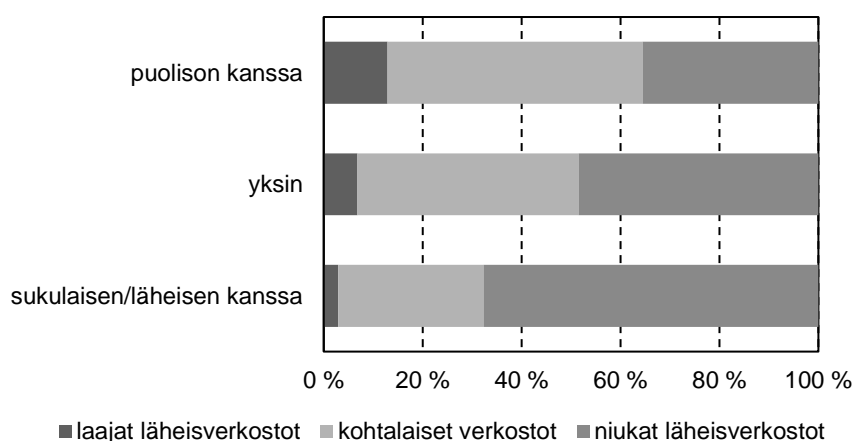
Kognition mittaamisessa yleisesti käytetystä, suhteellisen nopeasti toteutettavissa ole- vasta MMSE-testistä (Mini Mental State Examination) tiedusteltiin kahta vuotta tuoreem- paa pistemäärää. Testin enimmäispistemäärä on 30. Alle 24 pistettä on poikkeava suo- ritus. Sitä korkeampi pistemäärä merkitsee koulutustaustasta riippuen normaalia tai

⁶ Kyselyn esitestausvaiheessa kysymyksistä karsiutuivat pois muut Helsingissä yleisesti käytetyt asiakkaan toimintakykyä kuvaavat mittarit, kuten Rava ja Rai. Perusteluna oli, että näiden tietojen selvittäminen olisi vienyt kohtuuttoman paljon vastaajien aikaa, sillä heillä ei useimmiten ole käy- tettävissä näitä tietoja asiakkaasta asiakastietojärjestelmässä, jonne viranomaispäätökset palve- luista kirjataan.

lievästi heikentynyttä kognitiota. 18–23 pistettä tulkitaan lieväksi dementiaksi, 12–17 pistettä keskivaikeaksi ja sitä matalammat pistemäärät vaikeaksi dementiaksi. (TOIMIA-tietokanta 2014a.)

MMSE-pisteistä saatiin myös mittausajankohdan sisältävä tieto vain 41,5 prosentista asiakkaita. MMSE oli näillä asiakkailla keskimäärin 19 (mediaani). Muistisairausdiagnoosin saaneilla mediaani oli 17 ja muilla asiakkailla 24. Muistikuntoutujista MMSE-pisteet olivat kuitenkin käytettävissä vain alle puolesta (45 %). Tämän vuoksi pistemäärää ei käytetä laajemmin analyyseissa. Koska asiakkaista valtaosalla on muistisairausdiagnoosi, on ilmeistä, että syynä puuttuviin tietoihin on ensisijaisesti se, ettei MMSE-testitulokset olleet vastaajan välittömästi asiakastietojärjestelmästä löydettävissä. Osa pisteistä oli myös yli kaksi vuotta vanhoja, joiden ei voi enää katsoa kuvaavan luotettavasti ikääntyneen ajantasaista tilannetta. On myös mahdollista, ettei kaikkien asiakkaiden kanssa, erityisesti somaattisia sairauksia potevien, ole tehty MMSE-testiä.

Lyhytaikaishoidon asiakkaista joka kymmenennen läheissuhdeverkostot arvioitiin laajoiksi ja 46 prosentin kohtalaisiksi. Huolestuttava havainto oli, että peräti 39 prosentilla läheissuhteet arvioitiin suppeiksi ja kahdella prosentilla niitä ei katsottu olevan lainkaan. Kaikentyyppisissä asumisratkaisuisissa arvioitiin niukkoja läheissuhteita (kuvio 1). Puolison kanssa asuvista läheissuhteet olivat vähäisiä 36 prosentilla, yksin asuvista puolella (49 %) ja muun sukulaisen tai läheisen kanssa asuvista 68 prosentilla.



Kuvio 1. Lyhytaikaishoidon asiakkaiden läheisverkostojen laajuus asumismuodon mukaan.

Ikääntyneillä yleisimpään mielenterveyden häiriöön (Kan & Pohjola 2012: 234), masennukseen, kyselyyn vastanneiden oli vaikeinta ottaa kantaa. Vajaa puolet (46 %) vastaajista ei osannut arvioida asiakkaan masennusoireita. Vastaajan tai vielä yleisemmin jonkun toisen havaitsemia masennusoireita ilmeni 22 prosentilla lyhytaikaishoidon asiakkaista. Kolmanneksella asiakkaita ei vastaajan mukaan ole viime aikoina ollut masennusoireita.

7.1.2 Kotona asumista tukevat palvelut

Toukokuussa päättyneellä lyhytaikaishoidon jaksolla olleista asiakkaista 65 prosenttia on omaishoidossa. Yli puolella (53 %) hoito perustuu omaishoitosopimukseen ja loppuilla puoliso tai muu läheinen hoitaa ikääntynyttä ilman sopimusta.

Lyhytaikaishoidon asiakkaista puolella⁷ kotona asumisen arvioitiin olevan uhattuna omaisen kohtalaisen tai suuren uupumisriskin vuoksi. Uupumisriskiä ei havaittu asiakkaiden läheisistä noin viidenneksellä lainkaan ja noin neljäsosalla vain vähän. Erityisen merkittävä riski uupua on ilman sopimusta omaistaan hoitavilla, joista lähes kolme neljästä (73 %) on kohtalaisessa tai suuressa riskissä. Sopimusomaishoitajista uupumisriski arvioitiin yhtä hälyttäväksi 62 prosentilla. Uupumisriski on korkeampi, jos hoidettavalla omaisella on merkittäviä käytösoireita. Uupumisriski on omaishoitajista tällöin suuri tai kohtalainen 83 prosentilla ja muussa tapauksessa 53 prosentilla.

Lyhytaikaishoidon asiakkaiden kotona asumisen muusta tuesta tiedusteltiin omaishoidon kotiaavustaja, kunnallinen kotihoito, päivätoiminta, palvelukeskustoiminta sekä muut, mukaan lukien yksityiset palvelut (taulukko 3). Muista kotona asumista tukevista palveluista selvästi tyypillisimpiä ovat kunnallisen kotihoidon palvelut. Niitä käyttää 71 prosenttia asiakkaista. Päivätoiminnassa käy 37 prosenttia, ja omaishoidon kotiaavustajan palvelua käyttää viidennes. Muita, erityisesti yksityisiä palveluja, kuten siivous tai hoitoapu, käyttää varmuudella 14 prosenttia toukokuun asiakkaista. Todellinen yksityisiä palveluja käyttävien osuus lienee hieman suurempi, sillä viidenneksestä asiakkaita ei tiedetty, käyttävätkö he yksityisiltä palveluntuottajilta hankittavia palveluja. Mahdollisuutta yksityisten palvelujen käyttöön kaventavat monilla asiakkailla pienet eläkkeet.

⁷ Alkuperäinen jakauma sisälsi lisäksi 4 prosenttia (19 vastausta) en osaa sanoa -vastauksia ja kantaa ei ollut ottanut vajaa kolme prosenttia (12 vastaajaa). Ristiintaulukoinneissa ei osaa sanoa -vastaukset tiputettiin analyysistä pois. Tämä vaikuttaa jakaumaan 1 %-yksikön verran.

Palvelukeskustoimintaan osallistuu vastaajien tiedon mukaan viisi prosenttia asiakkaista. Osuuden pienuutta selittää se, että palvelukeskuksen toimintaan osallistutaan itsenäisesti ja sinne on myös päästävää kulkemaan itse, toisin kuin päivätoimintaan, jonne järjestetään kuljetus. Kaikilta asuinalueilta julkiset yhteydet palvelukeskuksiin eivät ole yhtä sujuvat. Erityisen haastavaa palvelukeskusten hyödyntäminen, varsinkin määrättyinä aikoina kokoontuvat ryhmät, on saattajan puuttuessa yksin asuvalle muistisairaalle. Heitä toukokuun asiakkaista oli lähes joka viides (18 %).

Taulukko 3. Lyhytaikaishoidon asiakkaiden kotona asumista tukevien palvelujen käyttö.

Tukimuoto	Käyttää %	Ei käytä %	Ei tietoa %
Omaishoito yhteensä	65	35	-
- sopimus	52,9		-
- ei sopimusta	12,5		-
Kunnallinen kotihoito	71	28	1
Päivätoiminta	37	62	1
Omaishoidon kotiavustaja	20	76	4
Muut, ml. yksityiset palvelut	14	66	20
Palvelukeskustoiminta	5	88	7

Lyhytaikaishoidon asiakkaista joka viides on ns. sas-prosessissa, eli he hakevat pitkäaikaishoitopaikkaa. Kaikkiaan 2,6 prosentilla on ns. ehdollinen ratkaisu, muilla pitkäaikaishoitopaikan hakuprosessi on vireillä. Ehdollinen ratkaisu merkitsee sitä, että asiakkaan pitkäaikaissijoitus päätös on valmisteltu niin pitkälle, että asiakas voi siirtyä suhteellisen lyhyellä varoitusaajalla pitkäaikaishoitopaikkaan.

7.1.3 Lyhytaikaishoidon myöntämisperusteet

Ikääntyneiden lyhytaikaishoidolla pyritään kotona asuvien ikääntyneiden tavoitteelliseen toimintakyvyn ylläpitoon ja edistämiseen. Lähtökohta on siis kuntouttava. Palvelua ei ole elokuussa 2017 rajattu useiden muiden kaupunkien tavoin pelkästään omaishoidon asiakkaille, vaikka esimerkiksi kaupungin verkkosivuilla lyhytaikaishoidon todetaan kohdentuvan ensisijaisesti 65 vuotta täyttäneille, tilapäistä hoitopaikkaa tarvitseville omaishoidon asiakkaille. (Ikääntyneiden lyhytaikainen laitoshoido 2016.) Painotus näkyy kuitenkin käytännössä niin, että tyypillisin peruste lyhytaikaishoidon jaksolle oli toukokuussa 2017 omaisen lepo, joko lakisääteinen omaishoidon tuen vapaa (36 %), muu omaisen lepo tauko (29 %) tai lähinnä omaisen sairastumisesta johtuva hoitopaikan tarve (3 %). Näitä asiakkaita oli yhteensä 68 prosenttia (taulukko 4).

Taulukko 4. Lyhytaikaishoitajakson pääasiallinen myöntämisperuste⁸.

Peruste	Lukumäärä	%
Omaishoidontuen lakisääteinen vapaa	165	35,5
Muu omaisen lepo	151	32,5
Kuntoutus	100	21,5
Turva ja virkistys	29	6,2
Hätä	20	4,3
Yhteensä	465	100,0

Toiseksi yleisimmin lyhytaikaishoitoon päädyttiin asiakkaan kuntoutumisen ja toimintakyvyn ylläpidon perusteella. Muutamissa avovastauksissa mainittiin tässä yhteydessä tarve selvittää asiakkaan toimintakykyä. Näitä asiakkaita oli runsas viidesosa (22 %). Kuudella prosentilla asiakkaista perusteena oli turvallisuuden tukeminen, yksinäisyyden lievittyminen tai virkistyminen. Vaikka nämä perusteet vaikuttavat käytetyn palvelun intensiteettiin nähden muita perusteluja kevyemmiltä, on kokonaistilanne monisyisempi: kotona asumista saattaa vaikeuttaa merkittävästi esimerkiksi yksin asuminen ja pitkälle edennyt muistisairaus. Vastaajat kuvasivat asiakkaiden elämäntilanteita avovastauksiinsa lisää:

Asiakkaan yksinäisyys, josta johtuva seuran hakeminen ja harhailu öisin rappukäytävässä.

Asiakas on turvaton ja häiriöksi talossaan. Asiakkaalla ei ole lainkaan sosiaalista verkostoa.

Asiakas sairastaa muistisairautta, joten jaksoilla on pyritty tukemaan toimintakykyä. Hän on jaksojen jälkeen ollut virkeämpi.

Hätä oli perusteena neljällä prosentilla asiakkaista. Useimmiten kyseessä on kriisisijoitus. Aiemmissa Helsingin lyhytaikaishoitoa käsitelleissä selvityksissä pulmallisina koettuja ns. remonttipakolaisia oli toukokuussa päättyneistä jaksoista vajaa prosentti (kolme asiakasta). Lyhytaikaishoitajakso voi tosin venyä asunnon mittavan remontin ohella asunnottomuuden vuoksi, tai asiakas ei enää pärjää mahdollisista toistuvista kotiutusyrityksistä ja kotihoidosta huolimatta kotonaan.

Asiakas on käytännössä asunnoton, ei voi palata kotiin, vuosikausien väkivalta-kierre taustalla; tarjottu useita asuntoa, joita ei ole ottanut vastaan.

⁸ Kyselyssä vastaajille annettiin 9 valmista vaihtoehtoa ja avoimen vastauksen mahdollistava muu, mikä -vaihtoehto. Analyysia varten luokittelu tiivistettiin seuraavasti: 1= omaishoidontuen lakisääteinen vapaa, muu omaisen lepotauko; 2= asiakkaan kuntoutus tai toimintakyvyn ylläpito; 3= asiakkaan turvallisuuden tukeminen, asiakkaan virkistyminen, asiakkaan yksinäisyyden lievittyminen; 4= remontti kotona, kriisisijoitus tai asiakas ei voi kotiutua lah-jaksolta ja tehtävä uusi päätös. Avovastaukset (4,7 %) luokiteltiin mukaan tiivistettyyn luokitteluun.

Vaikka kyselyssä lyhytaikaishoitoon pääsyn perusteluja pelkistettiin, on selvää, että asiakkaiden ja heidän perheidensä tai muiden läheisten elämäntilanteissa on usein monta perustetta tämän tyyppiselle palvelulle. Turvallista kotona asumista voi haastaa puolison alkoholin käyttö, heikko ravitsemus tai omaishoitajan uupuminen ja vakava sairastuminen. Avovastauksissa lyhytaikaishoitajaksoa perusteltiin paikoin laajoilla elämäntilannekuvauksilla, joissa lyhytaikaisjakso palveli eri tavoin sekä asiakasta että omaista. Asiakkaiden elämäntilanteita kuvaavat lisää luvun 8 tulokset.

Asiakkaan toimintakyvyn arviointi, omaisten jaksamisen tukeminen sekä mahdollisuus saada kokemus siitä, millaisia hoivayksiköt ovat.

Asiakas huonokuntoinen. Omaishoitaja myös iäkäs ja huonokuntoinen, epäily myös muistisairaudesta. Kotona myös putkiremonttia samaan aikaan. Jaksottaishoitoa haetaan myös.

Yksinasuvia oli toukokuun asiakkaista varsin paljon, 29 prosenttia. Turvan ja virkistyksen (86 %) tai kuntoutuksen (76 %) perusteella jakso myönnettiin valtaosaltaan yksinasuville. Osuus hätätilanteista oli myös suuri (35 %).

7.1.4 Tyypillinen lyhytaikaishoitajakso

Toukokuun lyhytaikaishoidon jaksoista suurin osa (65 %) toteutui kaupungin omissa lahyksiköissä ja oli laitosmuotoista (62 %). Loput jaksot toteutuivat ensisijaisesti kuudessa ostopalveluyksikössä⁹ (liite 4, liitetaulukko 1). Palvelusetelillä hankittavia jaksoja on vähän, niistä kyselyyn päätyi kaksi. Palveluasumisyksiköissä lyhytaikaishoitajakso tarjottiin 38 prosentille asiakkaista. Palvelualueiden yksiköiden määrä vaihtelee. Eniten asiakkaita (28 %) sijoittui etelän palvelualueen yksiköihin, missä sijaitsevat myös yhteiset lahyksiköt. Idän ja pohjoisen alueella lyhytaikaishoitoa tarjottiin noin neljännekselle asiakkaita kummassakin. Lännen palvelualueelle sijoittui 16 prosenttia ja ruotsinkielisiin yksiköihin 8 prosenttia asiakkaista.

Tutkimushetkellä viimeisimmästä, toukokuun lyhytaikaishoidon jaksosta, tiedusteltiin kestoa vuorokausina (taulukko 5). Mediaanilla tarkasteltuna asiakas vietti lyhytaikaishoidossa keskimäärin 8 vuorokautta: puolet ikääntyneistä oli jaksolla tätä lyhyemmän aikaa ja puolet pidempään. Yleisimmin lyhytaikaishoito kestääkin noin viikon (6–8 vrk). Näitä

⁹ Ostopalveluyksiköihin lasketaan mukaan myös Helsingin Seniorisäätiö, vaikka se on kaupungin omistama.

asiakkaita on kaikista toukokuussa päättyneistä jaksoista 39 prosenttia. Noin neljänneksellä lyhytaikaishoidon jakso oli kaksi viikkoa (13–15 vrk). Toukokuussa päättyneistä jaksoista yli kahden viikon mittaisia oli kahdeksan prosenttia. Haasteellisimpia tilanteita ilmentävät tästä joukosta erityisen pitkät, vähintään 21 vuorokauden mittaiset jaksot, joita toukokuussa päättyneistä jaksoista oli 4 prosenttia. Pisin toukokuussa päättyneistä jaksoista oli 2,5 kuukautta, muut enintään kuukauden kestoisia.

Taulukko 5. Toukokuussa 2017 päättyneiden lyhytaikaishoidon jaksoiden kesto (vrk).

Toukokuussa päättyneen jaksoiden kesto	Lukumäärä	%
Alle 6 vrk	69	14,8
6–8 vrk	183	39,4
9–13 vrk	55	11,8
13–15 vrk	120	25,8
Yli 15 vrk	38	8,2
Yhteensä	465	100,0

Lyhytaikaishoidon asiakkuuden kokonaiskestoa tarkasteltiin tiedustelemalla, milloin asiakas on tullut ensimmäiselle lah-jaksolle (liite 4, liitetaulukko 2). Vuoden 2017 viiden ensimmäisen kuukauden aikana asiakkuus on alkanut useammalla kuin joka viidennellä (22 %) lyhytaikaishoidossa toukokuussa olleista asiakkaista. Vuonna 2016 lyhytaikaishoidon aloittaneita asiakkaita oli 27 prosenttia. Sen jälkeen osuudet vähenevät vuosittain.

Aloituspäivämäärän perusteella laskettiin koko asiakkuuden kesto¹⁰ toukokuuhun 2017 saakka tarkemmin, kuukausitasolla. Asiakkaiden vaihtuvuus lyhytaikaishoidossa on mitattavaa. Laaditun jatkuvan muuttujan tarkastelu osoittaa, että puolella asiakkaista lyhytaikaishoito on ollut käytössä enintään 1,5 vuotta (mediaani 18 kk). Jaksoiden hajonta¹¹ on kuitenkin suuri: pisimmät asiakkuudet ovat 1990-luvun lopulta, eli kestäneet lähes kaksi vuosikymmentä (liite 4, liitekuvio 1).

Edellä kerrottiin asiakkaista 22 prosentin aloittaneen lyhytaikaishoidossa vuoden 2017 alkupuoliskolla. Puolesta vuodesta 11 kuukauteen lyhytaikaishoidon asiakkaana on koko

¹⁰ Mikäli tiedossa oli pelkkä lyhytaikaishoidon aloitusvuosi, laskettiin asiakkuuden kestoksi kyseisen vuoden keskiarvon (heinäkuu) mukaiset kuukaudet. Pelkkiä aloitusvuosilukuja aineistossa oli vain 15, ja ne jakautuivat eri vuosille. Kyselyn toteutuskuukautena, toukokuussa 2017 alkaneet jaksot on luokiteltu 1 kk:n mittaisiksi. Muiden asiakkuuksien kesto on laskettu tästä eteenpäin täysinä kuukausina.

¹¹ Mediaani kuvaa lyhytaikaishoidon asiakkuuden koko kestoja tässä tapauksessa keskiarvoa paremmin, sillä jakauma on vino. Keskiarvo on 28,4 kuukautta ja keskihajonta 32,8 kuukautta.

asiakasmäärästä ollut 15 prosenttia (taulukko 6). Näin ollen merkittävä osuus asiakkaista, 37 prosenttia, on käyttänyt lyhytaikaishoitoa enintään vuoden ajan. Lähes neljännes (24 %) on käyttänyt lyhytaikaishoitoa 1-2 vuotta ja 29 prosenttia 2-5 vuotta. Yli viisi vuotta kestäneitä asiakkuuksia on 11 prosenttia. Näissä asiakas on tullut ensimmäiselle lyhytaikaishoidon jaksolle viimeistään vuoden 2012 kesäkuussa. Erityisen pitkiä, yli 10 vuotta kestäneitä asiakkuuksia on kaksi prosenttia (9 asiakasta).

Taulukko 6. Lyhytaikaishoidon asiakkuuden kesto ensimmäisestä jaksosta toukokuuhun 2017.

Asiakkuuden koko kesto	Lukumäärä	%
Alle 6 kk (1-5/2017)	101	22,1
6-11 kk	68	14,8
1-2 vuotta	109	23,8
2-5 vuotta	131	28,6
Yli 5 vuotta	49	10,7
Yhteensä	458*	100,0

* Puuttuvaa tietoa 7.

Kun lyhytaikaishoito toteutetaan ennalta sovitussa, säännöllisessä rytmissä, puhutaan Helsingin kaupungin vanhuspalveluissa jaksottaishoidosta. Jaksottaishoidosta tehdään useaksi kuukaudeksi kerralla viranomaispäätös, jonka perusteella lyhytaikaishoitoa tarjotaan joka kuukausi ja yleensä samassa yksikössä, ellei asiakkaan tarve muutu. Tarjolla on myös osavuorokautista hoitoa, joka mahdollistaa esimerkiksi asiakkaan säännöllisen avustamisen saunomisessa ja peseytymisessä. (Rautio 2017; Rautio & Haapaniemi 2012: 2–3.)

Toukokuussa 2017 päättyneistä jaksoista on nähtävissä, että vain joka viides asiakas (20 %) on säännöllisesti toistuvassa jaksottaishoidossa. Osavuorokautisia asiakkaita on 7 prosenttia. Jaksottaishoidossa yleisin (68 %) jaksotus on kaksi viikkoa lyhytaikaishoidossa ja kaksi viikkoa kotona. Tämä vastaa karkeasti puolikasta pitkäaikaishoitopaikkaa. Viikko lyhytaikaishoidossa – kolme viikkoa kotona -rytmillä lyhytaikaishoitoa käyttää 14 prosenttia jaksottaishoidon asiakkaista. Vajaalla viidesosalla (18 %) jaksottaishoidon asiakkaista on jokin muu rytmitys, esimerkiksi neljä kertaa vuodessa. Seuraavasta taulukosta ilmenee, että jaksottaishoidossa olevat ikääntyneet ovat käyttäneet lyhytaikaishoitoa keskimäärin muita asiakkaita pidempään, tiuhempaan ja pidempiä jaksoja kerrallaan.

Jaksottaishoidossa olevat ikääntyneet ovat muita enemmän omaishoidossa, erityisesti sopimukseen perustuvassa, ja heillä on muita useammin sas-prosessi vireillä tai valmiina ehdollinen ratkaisu (liite 4, liitetaulukko 3). Tämä johtuu siitä, että jaksottaishoidon tarpeessa oleville asiakkaille tehdään hoitotasoratkaisu (Rautio & Haapaniemi 2012: 3).

Kotona asumista tukevien palvelujen – kotihoito, päivätoiminta, omaishoidon kotiavustaja, palvelukeskus-toiminta ja muut palvelut – käytössä ei ilmennyt tilastollisesti merkitseviä eroja jaksottaishoito- ja muiden lyhytaikaishoitoasiakkaiden kesken. Tämä on hieman yllättävää, sillä ohjeistuksissa jaksottaishoitoasiakkaiden kotona asumista ja kuntoutumista tukeviin palveluihin kiinnitetään erityistä huomiota (Työntekijäohje jaksottaishoidosta 2016).

Lyhytaikaishoidon käytön intensiteettiä tarkasteltiin tiedustelemalla vastaajilta edeltävän vuoden (1.5.2016–30.4.2017) hoitovuorokausien ja jaksojen kokonaismäärä (liite 4, liitetaulukko 4). Vuoden hoitovuorokausista pyydettiin arvio valmiin luokittelun¹² avulla. Vähintään vuoden lyhytaikaishoidon asiakkaina olleista ikääntyneistä lyhytaikaishoitoa käytti niukasti, alle kaksi viikkoa vuodessa, noin kymmenesosa (9 %). Tuntuvasti, vähintään 100 hoitovuorokautta kertyy viidesosalle asiakkaista. Suurin osa (40 %) asiakkaista käyttää 15–49 vuotuisia hoitovuorokautta, mikä vastaa lähinnä omaishoitajien lakisääteisiä vapaapäiviä. Muut 31 prosenttia asiakkaista on ollut vuoden aikana lyhytaikaishoidossa 50–99 vuorokautta.

Myös vuotuisia jaksoja kertyy vaihteleva määrä. Kun tuloksista poistetaan alle vuoden kestäneet asiakkuudet (37 %), ovat lyhytaikaishoidon asiakkaat käyttäneet keskimäärin (mediaani) seitsemän jaksoa vuoden aikana (liite 4, liitekuvio 2).

¹² Vuoden aikaisten hoitovuorokausien täsmällisen määrän tiedustelu osoittautui kyselyn esitetauksessa liian haastavaksi. Asiakaskohtaisten hoitovuorokausien kertymää ei saa suoraan tietojärjestelmistä, vaan määrä olisi pitänyt laskea käymällä läpi vuoden aikana tehdyt lyhytaikaishoidon päätökset. Silti runsaasti aikaa vaatineeseen lopputulokseen olisi jäänyt tulkinnanvaraisuutta, koska asiakastietojärjestelmästä eivät ilmene suoraan jaksojen peruutukset. Luokittelu rakennettiin sisällöllisen pohdinnan päätteeksi niin, että se erottelee asiakkaat, jotka ovat lyhytaikaishoidossa 1) hyvin vähän (alle 15 vrk), 2) lähinnä omaishoitajien lakisääteisten vapaiden ajan (15–49 vrk), 3) esimerkiksi viikon kuukaudessa (50–99 vrk) ja 4) tätä useammin tai 2 viikkoa kuukaudessa lyhytaikaishoitoa käyttävät (100 vrk tai enemmän).

Pitkäkestoisissakin asiakkuuksissa hoitajaksojen intensiteetti vaihtelee. Asiakkuudet polarisoituvat hoitajaksojen määrän¹³ mukaan: erittäin vähäistä tai vähäistä lyhytaikaishoidon käyttö on 35 prosentilla, runsasta tai erittäin runsasta puolestaan 39 prosentilla (taulukko 7). Lopuilla noin neljänneksellä jaksoja on keskimääräinen määrä, 6–8 vuodessa. Huomionarvoista on, että vähintään vuoden kestäneistä asiakkuuksista noin kymmenesosalla (11 %) hoitajaksoja oli erittäin vähän, enintään kaksi edeltävän vuoden aikana.

Taulukko 7. Alle vuoden ja vähintään vuoden lah-asiakkaana olleiden jaksoiden kokonaismäärä toukokuun jaksoa edeltävänä vuonna (1.5.2016-30.4.2017).

Vuoden jaksoiden lukumäärä	Lah-asiakkuuden kokonaiskesto					
	Alle vuosi		Yli vuosi		Yhteensä	
	lkm	%	lkm	%	lkm	%
Erittäin vähän (alle 3 jaksoa)	97	57,4 %	33	11,5 %	130	28,6 %
Vähän (3–5 jaksoa)	45	26,6 %	67	23,4 %	112	24,6 %
Keskimääräinen (6–8 jaksoa)	20	11,8 %	74	25,9 %	94	20,7 %
Paljon (9–12 jaksoa)	6	3,6 %	80	28,0 %	86	18,9 %
Erittäin paljon (yli 12 jaksoa)	1	0,6 %	32	11,2 %	33	7,3 %
Yhteensä	169	100,0 %	286	100,0 %	455*	100,0 %

* Puuttuvaa tietoa 10.

Alle vuoden lyhytaikaishoidon asiakkaana olleita on suuri joukko. Heilläkin on jo näkyvissä lyhytaikaishoidon käytön variaatio, kuten edellä olevasta taulukosta 7 ilmenee. Paljon tai erittäin paljon jaksoja vuodessa käyttävien asiakkaiden osuus lisääntyy selkeästi 2–5 vuoden ja erityisesti yli 5 vuoden lyhytaikaishoidon asiakkuuden jälkeen (liite 4, liitetaulukko 5). Yli 5 vuotta lah-asiakkaina olleista 60 prosenttia käyttää paljon tai erittäin paljon jaksoja. 2-5 vuotta asiakkaina olleista osuus on 40 prosenttia, ja 1–2 vuotta lah-asiakkaina olleista 29 prosenttia. Tulos ei kuitenkaan yllätä, sillä asiakkaat päätyvät useimmissa tapauksissa lyhytaikaishoittoon merkittävien toimintakyvyn rajoitteiden johdosta.

Vastaava suuntaus on havaittavissa suhteutettaessa vuoden hoitovuorokausien määrää lyhytaikaishoidon asiakkuuden keston (liite 4, liitetaulukko 6). Vähintään 100 vuotuista hoitopäivää käyttää yli 5 vuotta asiakkaana olleista 27 prosenttia, 2–5 vuoden asiakkaista 23 prosenttia ja 1–2 vuotta lah-asiakkaana olleista enää 14 prosenttia. Pisimmät asiakkuudet erottuvat selkeimmin, kun huomioidaan mukaan myös 50–99 vuotuista hoitovuorokautta käyttävät asiakkaat. Vähintään 50 hoitovuorokautta vuodessa käyttää 71

¹³ Jatkuva jaksoiden määrä -muuttuja luokiteltiin muuttujan jakaumaan (liite4, liitekuvio 2) ja sisällölliseen pohdintaan perustuen viiteen luokkaan.

prosenttia yli 5 vuotta kestäneistä asiakkuuksista, kun vastaava osuus 2–5 vuoden asiakkaista on 48 prosenttia ja 1–2 vuotta kestäneistä lähes sama, 45 prosenttia.

Hoitovuorokausien kokonaismäärä ja jaksojen vuotuinen määrä ovat luonnollisesti sidoksissa toisiinsa. Näistä ääripäät ovat kiinnostavat. Kaikista lyhytaikaishoidon asiakkaista 12 prosentilla on vuodessa runsaasti (yli 9) jaksoja ja yli 100 hoitovuorokautta. Vastavasti niukasti hoitovuorokausia (alle 15 vrk) ja jaksoja (0-5) käyttää 21 prosenttia kaikista asiakkaista. Niukasti jaksoja ja hoitovuorokausia käyttävistä suurin osa on suhteellisen tuoreita asiakkaita: 63 prosenttia on käyttänyt lyhytaikaishoitoa alle puoli vuotta, lisäksi 10 prosenttia puolesta vuodesta vuoteen. Yli vuoden asiakkaana olleista lyhytaikaishoitoa käyttää siten vähän useampi kuin joka neljäs (27 %). Runsaasti jaksoja käyttäviä alle vuoden kestäneissä asiakkuuksissa on kaksi prosenttia.

7.2 Asiakastyypittelyt

7.2.1 Kotona asumista tukevien toimien kasautuminen

Luvussa 7.1.2 esiteltiin, missä määrin lyhytaikaishoidon asiakkaat ovat sopimusomais- hoidossa, ja onko heillä käytettävissä kotihoitoa, omaishoidon kotiavustajan palveluita, päivätoimintaa, palvelukeskustoimintaa ja muita, erityisesti yksityisiä palveluja. Lisäksi kerrottiin, kuinka monella heistä on ehdollinen pitkäaikaishoidon ratkaisu ja jaksottais- hoito. Näistä lyhytaikaishoidon asiakkaan kotona asumisen tukimuodoista muodostettiin summaus¹⁴, jotta päästään tarkastelemaan, millaisia asiakasryhmiä syntyy palvelujen käytön intensiteetin perusteella.

Lyhytaikaishoidon asiakkaista valtaosalla, 61 prosentilla, on käytössään enintään kaksi muuta kotona asumista tukevaa palvelua. Määrä jakautuu tasan yhtä ja kahta palvelua käyttävien kesken. Kolme palvelua on runsaalla neljänneksellä (27 %) ja tätä enemmän

¹⁴ Kyselyssä tiedustelluista seikoista valittiin mukaan ne, jotka tukevat kotona asumista. Muuttu- jien soveltuvuutta tarkasteltiin frekvenssijakaumien perusteella ja testaamalla eri muuttujista teh- tyjä summauksia. Kotona asumisen tuen kasautumista kuvaava summamuuttuja muodostettiin laskemalla mukaan kunkin asiakkaan käytössä olevat kyselyssä tiedustellut palvelut, sopimus- omaishoidossa ja jaksottaishoidossa olevat sekä ehdolliset sas-ratkaisut. Tulokseksi muodostui jatkuva muuttuja, joka sai arvoja 0–6. Jatkuvan muuttujan sisältöä tarkasteltiin histogrammin ja keskilukujen avulla sekä ristiintaulukoimalla saatu uusi muuttuja käytettyihin alkuperäisiin ja muu- tamiin muihin tuloksen mielekkyyttä kuvaaviin muuttujiin. Lisäksi tarkistettiin, millaisia ovat tulok- sen mukaan täysin ilman näitä palveluja olevat asiakkaat (6). Jatkuva muuttuja luokiteltiin sisäl- löllisesti ja jakauman suhteen mielekkäisiin luokkiin: 0–1 palvelua, 2 palvelua, 3 palvelua sekä 4–6 palvelua käyttäviin asiakkaisiin. Luokiteltua muuttujaa tarkasteltiin suhteessa muuhun aineis- toon ristiintaulukoiden ja niiden erottelevuutta kuvaavan khiin neliötestin valossa.

palveluja on käytössä joka yhdeksännellä asiakkaalla (12 %). Taulukkoon 8 on kuvattu erityisen runsaasti ja niukasti palveluja käyttävien piirteitä. Esille on nostettu näitä asiakasryhmiä erottelevat piirteet. Lisäksi sulkeissa on mainittu muut isot prosenttiosuudet.

Taulukko 8. Niukasti ja erityisen runsaasti kotona asumisen tukimuotoja käyttävät asiakkaat.

Niukasti tukimuotoja käyttävät (30 % kaikista lah-asiakkaista)	Erityisen runsaasti tukimuotoja käyttävät (12 % kaikista lah-asiakkaista)
<ul style="list-style-type: none"> • asuu yksin 43 % (puolison kanssa 48 %) • (75–84-vuotiaita 45 %, yli 85-vuotiaita 39 %) • somaattinen diagnoosi 31 % (somaattinen ja muistisairaus 33 %, muistisairaus 28 %) • niukat läheisverkostot 49 % • myöntämisperuste kuntoutus 34 % (omaisen lepo 53 %, josta 30 % muu omaisen lepo) • lah-asiakkuus kestänyt alle 6 kk, 30 % • vuoden hoitovuorokaudet alle 15, 31 % (15–49 vrk, 44 %) • vuoden jaksojen määrä: erittäin vähän (0-2) 44 % (vähän 25 %, keskimääräisesti 20 %) • kertaluontoinen tai epäsäännöllisesti toistuva jakso 86 % 	<ul style="list-style-type: none"> • asuu puolison kanssa 95 % • 65–74-vuotiaita 29 % (75–84 v. 38 %, yli 85 v. 34 %) • muistisairausdiagnoosi 55 % (somaattinen 21 %, somaattinen ja muistisairaus 23 %) • koko joukosta muistisairaita yhteensä 79 % • laajat läheisverkostot 20 % (niukat läheisverkostot 35 %) • omaisen uupumisen riski suuri 39 % (kohtalainen 32 %) • myöntämisperuste omaisen lepo 91 %, josta 48 % muu omaisen lepo • lah-asiakkuus kestänyt 1-2 vuotta 27 %, 2–4 vuotta 29 %, yli 4 vuotta 26 % • vuoden hoitovuorokaudet 50–99 41 %, 100 tai enemmän 30 % • vuoden jaksojen määrä: paljon (9–12) 39 %, erittäin paljon (yli 12) 21 %

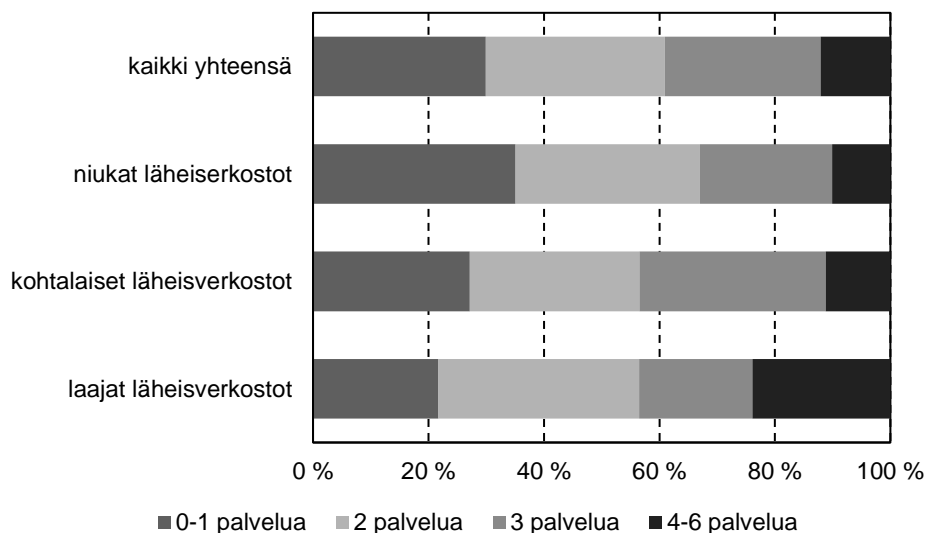
Yksittäisenä erona näkyy, että niukasti palvelua käyttävissä on enemmän naisia (61 %). He asuvat muita asiakasryhmiä useammin yksin ja lähes puolella on niukat läheisverkostot. Terveystilassa korostuvat somaattiset diagnoosit. Heille myönnetään keskimääräistä useammin lyhytaikaishoitoa kuntoutusperusteella, joskin runsas puolet käyttää lyhytaikaishoitoa myös omaisen levon aikana. Lyhytaikaishoidon asiakkaana niukasti kotona asumisen muuta tukea käyttävät ovat olleet vasta lyhyen aikaa, jaksoja ja hoitovuorokausia on toistaiseksi ollut vähän.

Runsaasti kotona asumisen erilaista tukea käyttävistä lähes kaikki asuvat puolisonsa kanssa. Tässä ryhmässä onkin muita palvelun käyttäjäryhmiä enemmän niitä, joilla on laajat läheisverkostot. Silti tästäkin lyhytaikaishoitoa käyttävästä iäkkäiden ryhmästä yli kolmasosan läheissuhteet arvioidaan niukoiksi. Joukko jakautuu eri ikäryhmien kesken, mutta suhteellisesti eniten on juuri eläkeiän ylittäneitä, alle 75-vuotiaita. Keskeisiä piirteitä ovat muistisairausdiagnoosin yleisyys ja suuri omaisen uupumisriski. Lyhytaikaishoidon jaksolle valtaosa onkin päätyneet omaisen levon tarpeen vuoksi, erityisesti muun kuin

lakisääteisten vapaapäivien ajaksi. Runsaasti kotona asumisen erilaista tukea käyttävien asiakkuuden kesto ylittää vuoden. Jaksoja ja hoitovuorokausia kertyy yleisimmin paljon.

Palvelujen käytön intensiteetti ei erottele tilastollisesti merkitsevästi masennusoireiden esiintymistä, palvelun tuottajaa tai palvelualueetta. Kuitenkin näissä näkyy yksittäisinä eroina paljon palveluja käyttävien korostuminen etelän palvelualueella (39 % ilman ruotsinkielisiä yksiköitä) ja ostopalveluyksiköissä (46 %). Yli puolelta (54 %) runsaasti palveluja käyttävistä asiakkaista ei osattu arvioida masennusoireita. Koska nämä ikäihmiset tapaavat useita sosiaali- ja terveyspalvelujen ammattilaisia, herää kysymys, onko kyse pelkästään siitä, ettei lyhytaikaishoidon päätöksen tekijä ole päässyt käsiksi psyykkistä tilaa koskeviin havaintoihin tietojärjestelmissä, vai eikö asiakkaan mielenterveyden tilan arviointivastuu kuulu kenellekään hänet kohtaavista monista ammattilaisista.

Läheisverkostojen ja kasautuvan palvelujen käytön yhteys on tilastollisesti melkein merkitsevää (kuvio 2). Laajojen läheisverkostojen asiakkaissa on suhteellisesti enemmän runsaasti palveluja käyttäviä kuin niitä niukasti käyttäviä. Vastaavasti suppeiden läheisverkostojen asiakkaista tuntuvasti suuremmalla osuudella on näitä palveluja niukasti kuin runsaasti. Kyse voi osaltaan olla siitä, että niukkojen läheissuhteiden ikääntyneet usein asuvat yksin, jolloin heiltä puuttuu yleisemmin omainen tai muu läheinen, joka voisi auttaa ja rohkaista ikäihmistä hakeutumaan palvelujen piiriin.



Kuvio 2. Kotona asumista tukevien palvelujen kasautuva käyttö läheissuhteiden laajuuden mukaan. ($p=0,028$)

Laajojen ja suppeiden läheissuhteiden asiakkaista ei pystytä käytettävissä olevan aineiston puitteissa toteuttamaan toimintakykyyn pohjautuvaa tyhjentävää vertailua, koska MMSE-pisteet ovat käytettävissä vain osalta asiakkaista. Kuitenkin läheisverkostojen peilaus asiakkaiden ikään, muistisairauteen ja muihin diagnooseihin, käytösoireiden ja masennuksen yleisyys ja sas-prosessi antavat viitteitä siitä, johtuuko palvelujen käytön erilaisuus erilaajuisissa ihmissuhteissa aidosti erilaisista palvelutarpeista.

Tarkastelluista seikoista laajojen ja suppeiden läheissuhteiden ikääntyneet erosivat lähinnä asumisen ja diagnoosin pohjalta: laajat ihmissuhteet ovat varsinkin puolison kanssa asuvilla ikääntyneillä, joilla on keskimääräistä useammin somaattisen sairauden diagnoosi. Suppeiden ihmissuhteiden ikääntyneistä keskimääräistä useampi, kolmannes, asuu yksin. Heillä yhdistyy useammin muistisairaus ja somaattinen sairaus, myös psykiatrinen tai muu sairaus on muita asiakasryhmiä yleisempi. Tältä pohjalta voi karkeasti päätellä, ettei vähäisten läheissuhteiden ikääntyneillä näytä olevan merkittävästi pienempää palvelutarvetta, jonka johdosta heillä olisi perustellusti tarve saada vähemmän palveluja kotona asumisensa tueksi.

Kaikista lyhytaikaishoidon asiakkaista 14 prosenttia asuu yksin ja heillä on niukat läheisverkostot. Kun tarkastellaan yksinasuvia, joilta näyttää käytettävissä olevan tutkimusaineiston puitteissa puuttuvan sekä virallinen että epävirallinen tuki, on osuus kaikista lyhytaikaishoidon asiakkaista 6 prosenttia. Heillä on niukat läheisverkostot ja käytössä vain yksittäinen kotona asumista tukeva palvelu, useimmiten kotihoito.

7.2.2 Omaishoidossa olevat asiakkaat

Aiemmin kuvattiin, että suuri osa lyhytaikaishoidon asiakkaista on omaishoidossa: 53 prosenttia sopimusomaishoidossa ja 12 prosenttia asiakkaista hoitaa muu omainen tai läheinen. Sopimusomaishoidettavista valtaosa on parisuhteessa eläviä miehiä (taulukko 9). Leskiä on noin kymmenesosa. Sen sijaan iäkkäät naiset ovat enemmistönä, kun on kyse muusta omaishoidosta. Heistä kaksi kolmesta on parisuhteessa ja lähes kolmannes leskiä. Yksinasuvia on sopimusomaishoidon asiakkaista neljä prosenttia ja muista omaishoidossa olevista 22 prosenttia.

Sopimusomaishoidettavat ja muut omaishoidettavat eroavat selvästi iältään. Sopimusomaishoidettavat painottuvat nuorempiin ikäryhmiin. Heistä yli 84-vuotiaita on 29 prosenttia, kun muista omaishoidossa olevista osuus on yli puolet (53 %). Huomiota kiinnittää se,

että näistä muista omaishoidossa olevista asiakkaista 12 prosenttia on täyttänyt 95 vuotta. Omaishoidossa olevilla asiakkailla on muita asiakkaita selvästi useammin muistisairaus: 76 prosentilla omaishoidossa olevista ja 60 prosentilla muista asiakkaista. Somaattiset sairaudet ovat yleisimmät ikääntyneillä, joiden omaishoitajalla ei ole sopimusta (60 %).

Taulukko 9. Lyhytaikaishoidon asiakkaat omaishoidon käytön mukaan.

	Sopimus- omaishoito %	Muu omaishoito %	Ei omais- hoidossa %	Kaikki asiakkaat %
Mies	60	38	33	48
Nainen	40	62	67	52
Yhteensä	100	100	100	100
Asuu yksin	4	22	69	29
Asuu puolison kanssa	87	66	24	63
Asuu muun sukulaisen tai läheisen kanssa	9	10	6	8
Muu asumismuoto	0	2	1	1
Yhteensä	100	100	100	100
65–74-vuotias	22	9	17	19
75–84-vuotias	49	38	33	42
85–94-vuotias	26	41	44	34
Yli 94-vuotias	3	12	6	5
Yhteensä	100	100	100	100
Muistisairaus	44,7	37,9	34,2	40,2
Muistisairaus ja somaattinen sairaus	31,7	37,9	26,1	30,5
Somaattinen sairaus	22,0	22,4	29,2	24,5
Psykiatrinen sairaus tai muu	1,6	1,7	10,6	4,7
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0

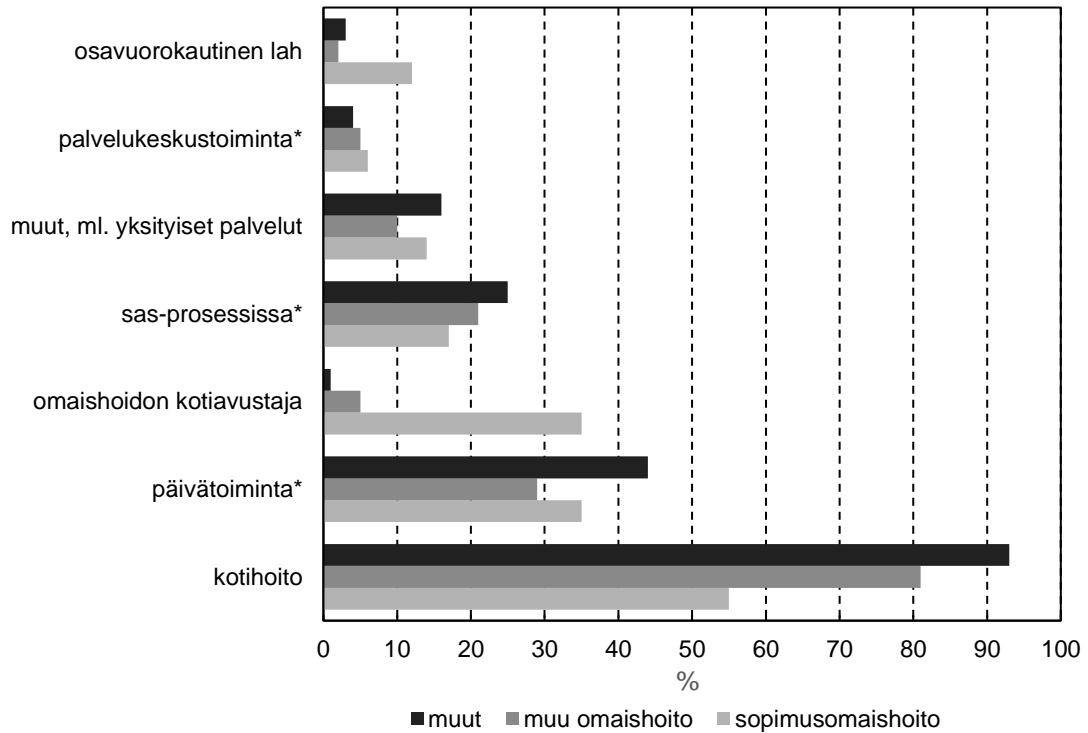
Omaishoidossa olevien asiakkaiden lyhytaikaishoidon myöntämisperusteet ja jaksojen käyttö poikkeavat toisistaan sen mukaan, onko omaishoidosta tehty sopimus. Sopimus-omaishoitajat käyttävät lyhytaikaishoitoa painokkaimmin lakisääteisiin vapaapäiviin (66 %). Omaisen muu lepo on perusteena heistä 28 prosentilla. Muilla omaishoitajilla lakisääteisiä vapaapäiviä ei ole käytössä, joten 83 prosentilla asiakkaista jakso myönnetään omaisen muun levon vuoksi ja noin kymmenesosalle kuntoutumiseen (9 %). Muilla kuin omaishoitoperheillä yleisin jakson peruste on asiakkaan kuntoutus (56 %), joskin myös näistä asiakkaista viidenneksellä (21 %) jakson perusteena on omaisen lepo. Turva tai virkistys on perusteena heistä 16 prosentilla.

Jaksottaishoidon käyttö on suhteellisesti yleisempää muilla kuin sopimukseen perustavassa omaishoidossa (liite 4, liitetaulukko 3). Heistä kolmannes on jaksottaishoidossa, kun osuus sopimusomaishoidossa olevista on noin neljännes (24 %). Muista asiakkaista jaksottaishoitoa käyttää 9 prosenttia ja heistä omaishoidon asiakkaita selvästi suurempi osuus on käyttänyt lyhytaikaishoitoa alle puoli vuotta (34 %). Sopimusomaishoidon asiakkaista alle puoli vuotta lyhytaikaishoitoa käyttäneitä oli vähiten, 14 prosenttia, kun muista omaishoidettavista osuus oli 24 prosenttia. Sopimusomaishoitoa käyttävien asiakkaiden jaksojen myöntämisperusteiden painotus näkyy siinä, että jaksot ovat lyhyempiä: toukokuun jakso oli kahdella kolmesta enintään noin viikko. Muista omaishoidon asiakkaista lyhyitä jaksoja oli harvemmalla, 38 prosentilla. Näillä asiakkailla näkyi jaksottaishoidon yleisyys: tavanomaisin jakso kesti noin kaksi viikkoa (38 %:lla). Yksittäisenä erona näkyy, että vastaajat arvioivat lyhytaikaishoidon tarpeisiin vastaavuuden hyväksi sopimusomaishoitajien omaisista 55 prosentilla ja muista omaishoidossa olevista 45 prosentilla.

Omaishoitajien ja heidän läheisensä kotona asumisen kannalta tärkeitä ovat muut kotiin tarjottavat palvelut. Edellisessä luvussa esiteltyä palvelujen käytön kasautumista ei voi suoraan verrata omaishoitajilla, koska sopimusomaishoito ja omaishoidon kotiavustajan palvelu sisältyvät näihin tukitoimiin. Mikäli omaishoidon tuki jätetään palveluista huomioidatta, kiinnittyy palvelujen samanaikaista käyttöä verratessa huomio siihen, että vastaajien tietojen mukaan sopimusomaishoitoperheissä 15 prosentilla ei ole omaishoidon tuen lisäksi muita kyselyssä tiedusteltuja palveluja käytössä, ei edes omaishoidon kotiavustajan palvelua. Muista omaishoitoperheistä osuus on viisi prosenttia ja lopuista asiakkaista kaksi prosenttia. Vähintään kolmea tukimuotoa omaishoidon tuen lisäksi sopimusomaishoidon perheistä käyttää puolestaan 21 prosenttia, muista omaishoitoperheistä 19 prosenttia ja lopuista lyhytaikaishoidon asiakkaista hieman harvemmat, 14 prosenttia.

Omaishoitoperheiden palvelujen käyttöä verrattiin myös palvelu kerrallaan (kuvio 3). Tilastollisesti merkitseviä eroja oli kotihoidon, omaishoidon kotiavustajan, osavuorokautisen lyhytaikaishoidon ja muiden, ml. yksityisten palvelujen käytössä. Kotihoito on kaikilla kolmella asiakasryhmällä yleisin palvelu, mutta sopimusomaishoitoperheissä käytetään selvästi muita harvemmin kotihoitoa (55 %). Muista omaishoidon asiakkaista valtaosa (81 %) käyttää kotihoitoa. Vähiten (51 %) kotihoitoa käyttävät ne sopimusomaishoitoperheet, joissa lyhytaikaishoitoa käytetään lyhyitä jaksoja kerrallaan, omaishoitajan lakisääteisiin vapaapäiviin. Sen sijaan lyhytaikaishoidon osavuorokautinen hoito (12 %:lla) ja

omaishoidon kotiavustajan palvelut (35 %:lla) ovat muita yleisempiä sopimusomaishoitoperheissä. Sopimusomaishoitoperheistä sekä kotihoitoa että omaishoidon kotiavustajan palvelua käytti joka viides, vain toista näistä palveluista puolet¹⁵ ja ei kumpaakaan 28 prosenttia. Lopuista (2 %) ei tiedetty palvelujen käyttöä.



Kuvio 3. Lyhytaikaishoidon asiakkaiden palvelujen käyttö omaishoidon käytön mukaan.
(*=ei tilastollisesti merkitsevä ero)

Eri ryhmien päivätoimintaan osallistuminen ei eroa tilastollisesti merkitsevästi. Kuitenkin omaishoidon asiakkaat kokonaisuutena osallistuvat muita asiakkaita harvemmin päivätoimintaan. Omaishoidon asiakkaista päivätoiminnassa käy 34 prosenttia, muista asiakkaista 44 prosenttia. Muita, eli lähinnä yksityisiä palveluja tiedetään käyttävän 14 prosenttia sopimusomaishoitoperheistä, 10 prosenttia muista omaishoitoperheistä ja 16 prosenttia muista asiakkaista. Ero ei liene todellisuudessa suuri, sillä yksityisten palvelujen käyttö tunnetaan sopimusomaishoitoperheistä selvästi parhaiten. Muista ryhmistä yli neljänneksen mahdollista yksityisten palvelujen käyttöä ei tiedetä.

¹⁵ Pelkästään kotihoitoa käytti 35 prosenttia ja pelkästään omaishoidon kotiavustajan palvelua 15 prosenttia sopimusomaishoitoperheistä.

7.2.3 Palvelun myöntämisperusteet eri asiakasryhmille

Lyhytaikaishoidon myöntämisperusteet erottelevat voimakkaasti asiakkaita kyselyssä tarkasteltujen tekijöiden mukaan. Jotta kokonais käsitys myöntämisperusteista olisi helpompi hahmottaa, on liitetaulukoihin 7 ja 8 pelkistetty ne asiakkaita, heidän palveluun tai lah-jaksoja koskevat piirteet, jotka erottelevat¹⁶ myöntämisperusteita ja ovat keskimääräistä selvästi korostuneempia. Koska omaisen lepo sisältää sekä omaishoidon tuen lakisääteiset vapaat että muut omaisen vapaat, on tarkastelussa huomioitu lisäksi tilastollisesti merkitsevät erot näiden kahden ryhmän kesken. Tässä yhteydessä ei ole siis verrattu sopimusomaishoitajia ja muita omaishoitajia, vaan toukokuulle myönnetyn lyhytaikaisjakson myöntämisperustetta joko omaishoitajan lakisääteisen vapaan tai muun levon vuoksi.

Omaisen levon vuoksi lyhytaikaishoitoa saavat asiakkaat erottuvat selvästi kaikista muista asiakasryhmistä. He elävät valtaosin parisuhteessa ja ovat keskimääräistä useammin miehiä. Lyhytaikaishoidon asiakkuus on kestänyt muita asiakasryhmiä kauemmin. Huomiota kiinnittää se, että noin puolesta (52 %) omaisen levon vuoksi lah-jaksolla olevista asiakkaista ei tunnusteta, onko heillä masennusoireita. Muistisairausdiagnoosi on muita asiakasryhmiä yleisempi, kun vertailukohtana ovat somaattiset ja psykiatriset sairaudet. Vielä selkeämmin muistisairaudet erottelevat asiakkaita, kun verrataan, onko asiakkaalla diagnosoitu muistisairaus vai ei. Kaikista lyhytaikaishoidon asiakkaista muistisairausdiagnoosi on 71 prosentilla, isolla osalla muitakin diagnooseja. Painokkaimmin muistisairaudet näkyvät kaikilla omaisen levon vuoksi lyhytaikaishoitoon tulevilla (75 %) ja hätätilanteissa (70 %). Turvan ja virkistuksen (55 %) ja kuntoutumisen perusteella (62 %) jaksolla olevista muistisairausdiagnoosi on puolestaan harvemmalla, joskin se on silti yleinen.

Lakisääteisten omaishoidon vapaiden ja muun omaisen levon vuoksi lyhytaikaishoitoa käyttävät asiakkaat eroavat toisistaan sikäli, että lakisääteisiä vapaita käyttävillä omaisilla on sopimus omaishoidosta ja he käyttävät useammin omaishoidon kotiavustajan

¹⁶ Tulos perustuu ristiintaulukointeihin, joissa erot ovat tilastollisesti vähintään melkein merkitseviä. Liitetaulukoon on selkeyden vuoksi poimittu vain keskimääräistä selvästi enemmän korostuvat piirteet (ero vähintään 5 %-yksikköä). Tekstiin on nostettu lisäksi muita sisällöllisesti keskeisiä huomioita. Useita luokkia sisältävissä kysymyksissä taulukosta ei välttämättä ilmene kunkin myöntämisperusteen suurin absoluuttinen prosenttiosuus, mikäli se ei poikkea koko jakaumasta.

palvelua, mutta selvästi muita vähemmän kotihoitoa (51 %). Lakisääteisiä vapaita käytävien hoidettavista keskimääräistä useampi on 75–84-vuotias, ja lah-jaksot ovat muita omaisen vapaita käyttäviä lyhyempiä ja epäsäännöllisempiä.

Omaisen muun levon vuoksi myönnetyt jaksot ovat puolestaan keskimääräistä useammin jaksottaishoitoa, jaksoja on vuodessa runsaasti ja ne ovat korostuneesti noin kahden viikon mittaisia. Näistä omaistaan hoitavista on varsinainen omaishoidontuen sopimus alle puolella (46 %). Omaisen muun levon vuoksi jaksoilla olevien asiakkaiden omaisilla arvioidaan olevan hyvin usein suuri uupumisriski. Omaisen levon vuoksi lyhytaikaishoitojaksolla olevilla on muihin asiakkaisiin verrattuna enemmän muitakin kotona asumista tukevia palveluja tai toimia käytössä.

Kuntoutuksen, turvan ja virkistykseen tai hädän vuoksi lyhytaikaishoitoa käyttävät ikäihmiset ovat tyypillisemmin yksin asuvia naisia ja 85–94-vuotiaita. Masennusoireet ovat yleisiä. Näillä asiakasryhmillä on lähes kauttaaltaan käytössä kotihoito, mutta muutoin keskimääräistä suuremmalla osuudella on vähän palveluja käytössä, erityisesti kuntoutusperusteella jaksolle tulevilla. Sas-prosessi on usein vireillä. Lyhytaikaishoidon asiakkuutta leimaa lyhytkestoisuus ja jaksosten vähäisyys. Tämä kertoo lyhytaikaishoidon kohdentumisesta painokkaimmin omaishoitoon. Lyhytaikaishoidon asiakkaina nämä asiakkaat ovat olleet usein alle vuoden ja jaksoja on pääosin vähän, 42–47 prosentilla ainoastaan 1–2 jaksoa vuoden aikana. Jakson kesto eroaa näissä myöntämisperusteissa. Kuntoutukseen tulleista puolella viimeisin jakso on ollut 9–15 vuorokautta, turvan ja virkistykseen perusteella viikon tai kaksi. Hätätilanteissa jaksot kestävät selvästi muita perusteita pidempään, ja noin joka kolmas on saanut peruutuspaikan.

Lyhytaikaishoitoa käyttävistä asiakkaista hauraimmilla vaikuttavat turvan ja virkistykseen sekä hädän perusteella palveluun päätyvät. Näissä ikääntyneissä arvioidaan olevan eniten niitä, joilta puuttuvat täysin läheissuhteet ja masennusoireet ovat kaikkein yleisimpiä. Läheissuhteiden vähyys johtanee osaltaan siihen, että näillä ikääntyneillä on useammin yksityisiä palveluja käytössään. Hätätilanteissa olevista ikääntyneistä asiakkaista 45 prosenttia on omaishoidossa, yleisimmin omaishoidon sopimuksella. Omaisen uupumisriski on näillä asiakkailla korkein.

Hädän tai turvan ja virkistykseen perusteella lyhytaikaishoitoa käyttävistä muistisairauksia on muita ryhmiä harvemmallalla, mutta psykiatrisia ja muita sairauksia useammin. Turvan ja virkistykseen perusteella lyhytaikaishoitoa käyttävillä on lisäksi muita ryhmiä useammin

somaattisia sairauksia. Joka kuudes heistä on täyttänyt 95 vuotta ja lähes kaikki ovat yksin asuvia naisia. Noin kolmanneksella tästä ryhmästä on useita palveluja käytössä.

Tarkastelussa lyhytaikaishoidon myöntämisperusteet on tiivistetty neljään eri syyhyn. Kokonaisuutena ne näyttävät yhdessä tavoittavan erilaisissa elämäntilanteissa olevia ihmisiä. Mikäli lyhytaikaishoitoa käytettäisiin joidenkin kaupunkien tavoin lähes pelkästään omaishoidon tuen rinnalla, jäisi tavoittamatta moni yksinasuva ja hyvin iäkäs nainen, jolla on monessa tapauksessa masennusoireita ja osalla olemattomat läheissuhteet.

8 Lyhytaikaishoito ja iäkkään asiakkaan tarpeet

Toinen tutkimuskysymyksemme liittyi palvelujen ja tarpeiden yhteensopivuuteen. Kysyimme, miten asiakkaiden tarpeiden ja palvelujen yhteensopivuutta voitaisiin parantaa. Miten lyhytaikaishoito ylipäänsä vastaa asiakkaiden tarpeita? Sekä millä muulla tavalla asiakkaiden kotona pärjäämistä voitaisiin tukea? Selvitimme myös, kuinka usein lah-jaksot peruuntuvat ja mistä syystä sekä kuinka montaa lah-asiakasta hyödyttäisi moniammatillinen arvio.

8.1 Asiakkaiden toiveet

Vastaajien mukaan asiakkaan toiveita kuunneltiin sijoituspäätöstä tehdessä. 82 prosenttia vastaajista (379 vastausta) kertoi, että joko asiakkaan, omaisen tai molempien toivetta oli kuultu.

Omaisen toiveita kuunneltiin lah-jakson tarpeesta.

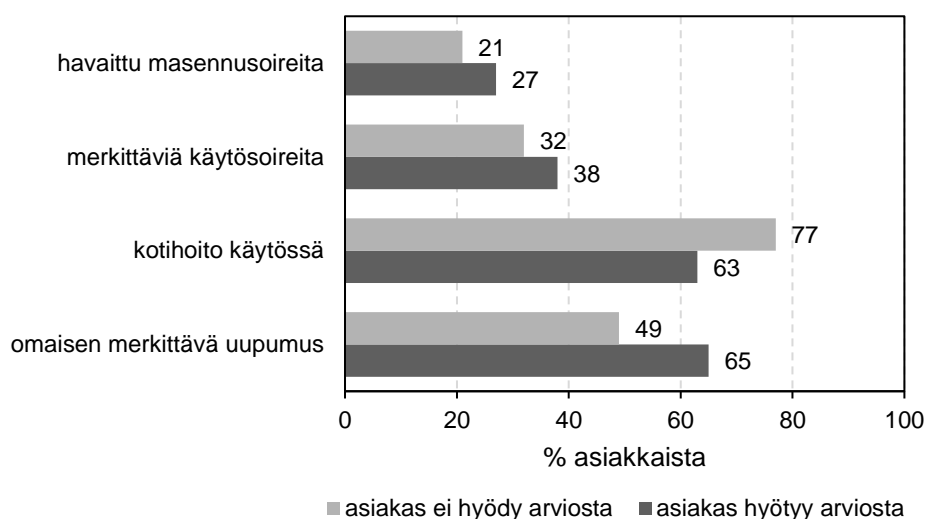
Sijoittamisen suhteen kyllä. Paikan osalta ei erityisesti voitu neuvotella, vaan paikka otettiin sieltä, missä oli tilaa.

Vain kuudessa vastauksessa sanotaan suoraan, että toiveita ei kuunneltu tai toive oli lähtöisin kotihoidosta. Kuitenkin vastauksissa on huomattava määrä tyhjiä vastauksia, 86, kappaletta, joka on 18 prosenttia kaikista jaksoista, joten tältä osin emme voi suoraan todeta, että asiakkaan tai omaisen toiveita kuunnellaan lähes aina. Jos palveluista päättävä työntekijä ei tapaa asiakasta, niin asiakkaan omat toiveet jäävät helposti välittymättä, jos toiveita ei erikseen kirjata ylös. Kysely ei myöskään tarkemmin kerro, onko toive esitetty jakson ajankohdasta, itse paikasta vai molemmista.

8.2 Moniammatillinen arvio

Moniammatillisesta arviosta hyötyisi vastaajien mukaan 24 prosenttia eli noin neljännes tutkituista asiakkaista. Kysely ei kuitenkaan paljasta, kuinka monelle koko joukosta moniammatillinen arvio on lähiaikoina jo tehty. Helsingin kaupungin ohjeistusten mukaan sopimusomaihoidossa oleville hoito- ja palvelusuunnitelma on tehtävä, samoin säännöllistä kotihoitoa saaville (Rautio 2017). Palvelusuunnitelmaan tulisi myös kirjata, miten usein suunnitelmaa tarkistetaan.

Nykyistä laajemmasta moniammatillisesta arviosta hyötyjistä 59 prosenttia on sopimusomaishoidossa ja 63 prosenttia kotihoidon asiakkaita. Kuitenkin kotihoidon asiakkaista arvioitiin vielä useammin, että he eivät hyötyisi moniammatillisen arvion tekemisestä (77 %, kuvio 4). Tulos kertonee siitä, että säännöllisen kotihoidon asiakkailla tulisi jo olla tai on jo eri tahojen yhdessä laatima hoito- ja palvelusuunnitelma. Moniammatillisesta arviosta hyötyisivät vastaajien mukaan keskimääräistä enemmän sellaiset asiakkaat, joilla on masennusta (27 %) tai käytösoireita (38 %). Moniammatillisen arvioinnin hyödyllisyys korostui myös asiakkailla, jonka omaisella on selkeä uupumisriski: suuressa uupumisriskissä siitä hyötyisi 27 prosenttia ja kohtalaisessa vielä useampi, 38 prosenttia (kuviossa 4 yhteenlaskettuna 65 %).



Kuvio 4. Moniammatillisesta arviosta hyötyvät asiakkaat elämäntilanteen mukaan.

Peräti 28 prosenttia vastaajista ei osannut ottaa kantaa, hyötyisikö asiakas nykyistä laajemmasta moniammatillisesta arviosta. Vähiten osattiin ottaa kantaa sopimusomaishoidossa oleviin asiakkaisiin: yli puolesta (53 %) ei tunnustettu, hyödyttäisikö nykyistä laajempi moniammatillinen arvio. Myös masennusoireiden arviointi oli vastaajille yhtä vaikeaa sopimusomaishoidossa olevista asiakkaista. Kaikista lyhytaikaishoidon asiakkaista noin kuudesosasta (16 %) ei osattu ottaa kantaa moniammatillisen arvion hyötyyn eikä masennusoireisiin. Sopimusomaishoidossa olevista osuus oli hieman suurempi (19 %).

8.3 Peruuntuneet jaksot

Selvitimme kyselyssä jaksojen peruutusten määrää ja niihin johtaneita syitä. Toukokuun asiakkaista 36:n jakso peruuntui tai keskeytyi. Se on noin 8 prosenttia kaikista tutkituista jaksoista. Ylivoimaisesti eniten jakso peruuntui sairaalaan joutumisen vuoksi. Avovastauksien perusteella 12 asiakasta oli jakson aikana toukokuussa sairaalassa tai joutui sairaalahoitoon. Tämä kertoo osaltaan lah-asiakkaiden toimintakyvystä ja fyysisestä kunnosta.

Seuraavaksi eniten jaksot kuitenkin peruuntuivat siitä syystä, että asiakas ei halunnut tulla, toisin sanoen kieltäytyi jaksolle tulemisesta (6 tapausta). Tarkempi syy tähän vastahakoisuuteen ei avovastauksista aukea. Toisaalta yhtä usein, 6 kertaa, jakso peruuntui omaisesta johtuvasta syystä, esimerkiksi läheinen haki asiakkaan pois suunniteltua aiemmin. Asiakkaan tai omaisen haluttomuuden vuoksi jakso peruuntui tai keskeytyi noin kolmessa prosentissa myönnettyistä jaksoista. Lisäksi osa asiakkaista kieltäytynee ehdotetusta jaksosta jo ennen sijoituspäätöksen tekemistä. Muut syyt olivat yksittäisiä, kuten psyykkinen oireilu.

Asiakas joutui sairaalahoitoon.

Jakso keskeytyi, koska asiakkaan puoliso kotiutui sairaalasta ja kykeni jälleen ottamaan hoitovastuuta asiakkaasta kotihoidon kanssa.

Asiakas itse perui jakson eikä halunnut lähteä.

Asiakas halusi kotiutua jo samana iltana kun hän meni hoitoyksikköön.

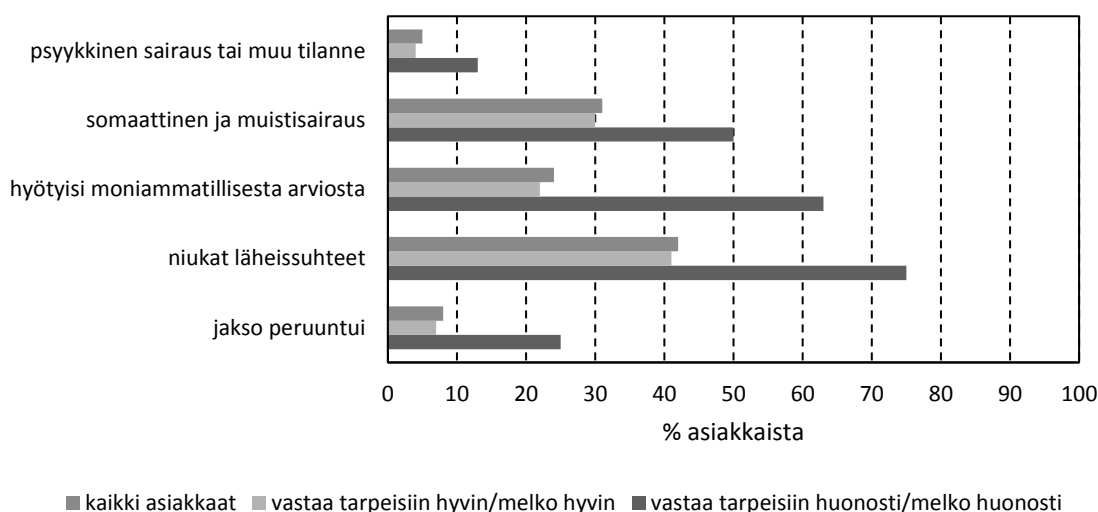
Kyselyn mukaan jakso keskeytyi huomattavasti useammin puolison kanssa asuvilta kuin yksin asuvilta. Peruutukset olivat yleisempiä lyhytaikaishoitoa muita harvemmin ja lyhyemmän aikaa kerralla käytävillä, erityisesti alle kuuden vuorokauden mittaiset jaksot peruuntuivat hieman pidempiä jaksoja useammin. Peruuntuneen jakson peruutuspaikalle pääsi kuitenkin 7 prosenttia toukokuun jaksoille tulijoista, joten vapautuneet paikat saatiin täytettyä hyvin.

8.4 Tarpeiden ja palvelujen yhteensopivuus

Vastaajien mukaan lyhytaikaishoito palvelee asiakkaan tarpeita hyvin puolessa tapauksia (51 %) ja melko hyvin 38 prosentin kohdalla. 465 vastauksesta näihin kahteen kategoriaan sijoittui yhteensä 414 vastausta, mikä on 89 prosenttia vastauksista. Vain yhtä prosenttia lah-jakson arvioitiin palvelevan huonosti, ja kahta prosenttia melko huonosti. Muille kahdeksalle prosentille asiakkaita jakson arvioitiin vastaavan tarpeisiin *ei hyvin*

eikä huonosti. Vaatimattomammin lyhytaikaishoito vastasi yhteensä 11 prosentin eli 51 asiakkaan tarpeisiin. Lah-osastojen voi sanoa onnistuvan tehtävässään tältä osin erinomaisesti.

Aineiston tarkempi¹⁷ tarkastelu osoittaa (kuvio 5), että lah-jakso palvelee asiakkaita keskimääräistä useammin huonosti tai melko huonosti, jos asiakkaalla on sekä muistisairaus että somaattinen sairaus tai psykiatrinen sairaus sekä varsinkin niukat läheisverkostot. Nämä asiakkaat hyötyisivät moniammatillisesta arviosta. Huomionarvoista on myös se, että jakso keskeytyi useimmiten niillä henkilöillä, joilla jakso vastasi tarpeisiin huonosti tai melko huonosti.



Kuvio 5. Lyhytaikaisjakson arvioitu asiakkaan tarpeisiin vastaavuus.

Selvitimme lyhytaikaishoidon asiakkaiden tarpeisiin vastaamista myös avointen kysymysten avulla. Avoimet kysymykset toisaalta täydensivät ja vahvistivat muiden kysymysten sanomaa, mutta toisaalta ne toivat esiin monia näkökulmia ja haasteita, jotka eivät suoraan paljastuneet muista tuloksista. Etenkin tarvelähtöisyys nousi vastauksissa esiin monessa kohtaa.

¹⁷ Kyselyn alkuperäisen tarpeisiin vastaavuus -muuttujan jakauma on vino. Tämän vuoksi testattiin ristiintaulukoinneissa kolmea erilaista luokiteltua muuttujaa. Pääosin eri luokittelut tuottivat yhtäläiset tilastollisesti merkitsevät tulokset. Teksti perustuu ensisijaisesti tasaväliseen luokitteluun, jossa on yhdistetty hyvä ja melko hyvä -luokat sekä huono ja melko huono -luokat. Pulmana on, että osa luokista sisältää ristiintaulukointien kannalta niukasti havaintoja. Tämän vuoksi tekstissä on nostettu esille tuloksia (masennus ja käytösoireet) myös toisesta luokittelusta, jossa on yhdistetty huono, melko huono ja ei huono-ei hyvä -vastaukset. Tekstissä selvennetään, mitä luokittelua on käytetty.

Kysymykseen tarpeiden ja palveluiden yhteensopivuudesta saimme 156 avovastausta, joista seitsemän oli tyyppiä *en osaa sanoa*. Jätimme nämä pois luokitteluista, joten jäljelle jäi 149 vastausta palvelujen ja tarpeiden yhteensopivuudesta. Asiakkaista 130:n (28 % kaikista lah-asiakkaista) lyhytaikaishoidossa tai muissa asiakkaan kotona asumista tukevissa palveluissa mainittiin parannettavaa suhteessa asiakkaan tarpeisiin. Avovastauksissa tuli esille monenlaisia näkökantoja mm. palveluiden riittävydestä.

Eniten eli 16 prosenttia avovastauksiin vastanneista antoi palautetta sopivan hoitopaikan ja/tai palvelun valinnasta. Näissä 24 vastauksessa ilmaistiin huoli siitä, että joku toinen hoitomuoto tai toinen hoitopaikka saattaisi olla asiakkaalle sopivampi.

Sopivaa lyhytaikaishoitoyksikköä tulisi jatkossa pohtia.

Nuorehko, kevythoitoinen, somaattisesti sairas asiakas tarvitsee hoitopaikan, jossa on asiallisia, fyysisesti parempikuntoisempia asiakkaita.

Asiakas on vielä varsin toimintakykyinen, mutta lähimuisti on heikko ja puoliso on todella väsynyt. Asiakas on aika "hyväkuntoinen" meidän lah-paikoille. Tarvittaisiin paikka sellaisille, joilla toimintakykyä on vielä enemmän jäljellä.

Asiakkaan tarpeeseen on vaikea löytää sopivaa palvelua

Tarvittaisiin osittain tuettu palveluasumisvaihtoehto, jos ei mahdollisuutta yksityisiin palveluihin ja sas-kriteerit eivät täyty.

Haastavaksi avovastauksissa asiakkaan tilanteen koki lähes yhtä usea eli 15 prosenttia (22 vastausta) vastaajista. Näillä asiakkailla omainen on uupunut ja kotiin tuodaan jo paljon palveluja. Osa asiakkaista ei ota tarjottuja palveluja vastaan tai palvelua ei ole myönnetty.

Ei tällä hetkellä mitenkään, puolisohoitaja on uupunut, ei jaksa enää kauan hoitaa.

Omaishoitaja on hakenut jaksottaishoitoa, mutta siihen tuli kielteinen päätös.

Palveluja kotiin lisäämällä, mutta omaishoitaja on kieltäytynyt niitä vastaanottamasta.

Kaikki mahdolliset tukimuodot on kokeiltu.

Ei enää mitenkään.

Yhdeksässä prosentissa vastauksia tilanteen odotettiin ratkeavan vain ympärivuorokautisen hoitopaikan saamisen jälkeen. Osalle oli jo jakson aikana tehty hoitopaikkapäätös.

Asiakas tarvitsee ympärivuorokautisen hoitopaikan.

Tarvitsee ympärivuorokautisen hoitopaikan. Mies ei enää kykenevä omaishoitajaksi.

SAS-prosessi jo käynnissä. Sen aikana omaisen jaksamista yritetään tukea lah-jaksoilla ja osavuorokausihoidolla. Kotihoidon palvelut jo maksimissaan käytössä.

Ehdollinen SAS.

Kysely kertoo kuitenkin myös sen, että osalla lah-asiakkaista tilanne on varsin hyvä: 13 prosenttia kokee, että asiat ovat kutakuinkin mallillaan (19 vastausta). Joko omainen tai asiakas itse tai molemmat ovat tyytyväisiä saatuihin palveluihin.

Asiakkaalle on pystynyt mielestäni räätälöimään hyvin palveluja ja yhteistyö eri toimijoiden välillä toimii ja yhteydenpito on tiivistä (lah-yksikkö, oht ohjaaja, stt ja päivätoiminta + omainen, asiakas).

Heillä on nyt palvelut, joita he haluavat.

Heillä on omien toiveiden mukaiset palvelut.

Tämän lisäksi kolmessa vastauksessa lah-jaksojen katsottiin tukevan tilannetta, vaikka palvelumuoto ei paras mahdollinen ollutkaan.

Asiakkaalla vain vähäisesti hoidon tarvetta päivittäisissä toimissa, ahdistus ja yksinäisyys kotona ollessa voimakasta. Lah-jaksot eivät täysin oikea palvelu, mutta tukevat asiakasta ja omaisia.

Vastaajat parantaisivat palvelujen ja tarpeiden yhteensopivuutta myös lisäämällä kotiin tuotavia palveluja asiakkaan ja hänen omaisensa kannalta järkevällä tavalla: 11 prosenttia vastaajista lisäisi kotiin tuotavia palveluja asiakkaalle. Vastaajat peräänkuuluttivat sitä, että kotihoidolla tulisi olla riittävästi aikaa näille ihmisille ja yhteistyö toimijoiden välillä voisi olla tiivistä ja jouhevaa.

Yhteiset palaverit kotona tarpeen jatkossakin.

Kotihoidon osuvuutta omaisen jaksamisen tukena tulisi pohtia laajemmin, miten kotihoito voisi tukea perhettä.

Asiakkaan tilanteesta selvitellään yhdessä kotihoidon kanssa.

Läheisen tukemista ja neuvonnan lisäämistä kannatti seitsemän prosenttia kysymykseen vastanneista.

Pohdittava omaisen ja kotihoidon keskinäistä työnjakoa, tytär ottaa nyt ison roolin asiakkaan hoitamisessa, vaikka on hyvin väsynyt.

Keskustelemalla yhdessä asiakkaan, omaishoitajan ja kotihoidon kanssa.

Lisäksi viidessä vastauksessa lah-jaksolle tai kotiin toivottiin lisää kuntoutusta ja asiakkaiden aktivointia.

Somaattisesti sairaiden asiakkaiden virkistysmahdollisuuksien monipuolisempi huomioiminen lah-jaksojen aikana.

Moniammatillisen arvioinnin nimeen vannoi suoraan pieni määrä, noin kolme prosenttia, avovastauksiin vastanneista.

Todellisen toimintakyvyn kartoitus.
 Tilannetta on arvioitu moniammatillisesti.
 Uudella palvelutarpeen arvioinnilla.

Jaksottaishoidon lisäämistä asiakkaan parhaaksi kannatettiin samoin kolmessa prosentissa vastauksista. Yksittäisissä avovastauksissa mainittiin osavuorokautinen hoito, päivätoiminta ja mielenterveys -näkökohtien parempi huomioiminen.

Sosiaalityöntekijä mukaan. Jaksottaishoidon lisääminen.
 Jaksottaishoidon aloittamisesta on keskusteltu.

8.5 Keinot kotona pärjäämisen tukemiseen

Avoimeen kysymykseen *Miten muuten asiakkaan kotona pärjäämistä voidaan tukea* saimme 181 vastausta. Se vastaa 38 prosenttia tutkituista asiakkaista.

Kaksi eniten mainittua tapaa tukea kotona asumista olivat lah-jaksojen, osavuorokautisen hoidon tai jaksottaishoidon lisääminen tai jatkaminen (17 %, 30 vastausta) sekä kotiin tuotavien palveluiden lisäämistä (17 %, 31 vastausta). *Lisäämällä kotihoitoa* oli ehdottomasti suosituin yksittäinen vastaus. Joissain vastauksissa tarkennettiin auttamisen tapaa kuten *Kotihoito aloittamassa suihkuavun*. Itse lyhytaikaishoito katsottiin monen kohdalla pelastukseksi ja hoidon muuttamista epäsäännöllisestä säännöllisen jaksottaishoidon suuntaan oltiin harkitsemassa.

Lyhytaikaisjaksoja voisi olla useammin.
 Lah-jaksojen tihentäminen.
 Jaksottaishoitojaksojen hakeminen vireillä.

Kolmanneksi eniten vastauksissa kerrottiin, että palvelusta olisi vastaajan mukaan hyötyä, mutta sitä ei haluta ottaa vastaan ja/tai palvelun ei koeta vastaavan asiakkaan tai omaisen tarpeita (14 %, 25 vastausta). Vastauksen yleisyys haastaa pohtimaan keinoja, joilla palveluiden houkuttelevuutta ja oikea-aikaisuutta voidaan lisätä ja pohtimaan myös syitä, miksi palveluja ei halua ottaa vastaan. Avovastauksia tarkastelemalla ei voi sanoa tyhjentävästi, kuka kieltäytyy palveluista. Avovastaukset antavat kuitenkin viitteitä siitä, että omaistaan ilman omaishoidon tuen sopimusta hoitavat eivät kieltäydy lisäpalveluista.

Kotihoidon palveluilla, mutta omaishoitaja ei niitä ole halunnut, vaikka niitä on useasti tarjottu.

Osavuorokausihoitoa on myönnetty, muttei ole käyttänyt sitä. Kotihoito on arvioinut tilanteen, mutta eivät puolison kanssa löytäneet sellaisia asioita, missä apua tarvittaisiin tai apu ajallisesti osuisi oikeaan aikaan.

Palveluja kyllä olisi antaa ja on tarjottu, mutta ei halukkuutta käyttää niitä: sekä omaishoitaja että hoidettava ovat nuukia ja karsivat palveluja, koska maksavat heidän mielestään liikaa, vaikka taloudellisia ongelmia ei ole.

Kotihoidon palvelut olisivat tärkeitä. Omaishoitaja kokee että kotihoidon käynneistä ei ole hyötyä heidän tilanteessa.

Neljänneksi eniten vastauksissa (11 %, 20 vastausta) tuli ilmi tilanteen vaativuus tai jopa toivottomuus. Vastauksissa tilannetta kuvailtiin sanoilla *maksimaaliset palvelut ovat jo käytössä. Ei mitään tehtävissä ja kaikki on jo tehty*, ja ne toistuivat vastausfraaseina useasti.

Kaikki mahdollinen tuki on jo kokeiltu.

Asiakkaalla on tällä hetkellä maksimaaliset palvelut.

Tarvitsee apua ympärivuorokauden, joten kotiin tuotava apu ei enää riittävä millään tavoin.

Nämä vastaukset vahvistivat kyselyn muista tuloksista saatavaa tietoa siitä, että lahosastolla hoidetaan osin jo hyvin huonokuntoista väkeä ja osa heistä ikään kuin odottaa sas-prosessin lopputulosta. Vastaukset mietityttävät: mitä lopulta tarkoittaa, että kaikki on jo tehty ja onko jokaisen näiden ihmisen kohdalla todella jo tilanne, että mitään ei ole enää tehtävissä. Osassa vastauksista pystyi lukemaan vastaajan jonkinlaisen hieman lohduttoman tilanneanalyysin, mikä haastaa pohtimaan keinoja juuri näiden asiakkaiden ja heidän omaistensa tukemiseksi.

Avovastauksissa oli 15 asiakkaan kohdalla erikseen mainittu, että toukokuun jakson aikana tehtiin joko sas-päätös tai sas-prosessi oli kesken tai ajankohtainen (13 %). Osa siirtyi toukokuun aikana ympärivuorokautiseen hoitoon, joten kysymys kotona pärjäämisestä ei enää heidän kohdallaan ollut relevantti.

Asiakas odottaa pitkäaikaispaikkaa, on jo saanut myönteisen hoitotasoratkaisun.

Ei enää mitenkään. Asiakas on otettu pitkäaikaishoitopaikkajonoon XX.5.17.

Sas-ratkaisu olisi tarpeellinen.

Ei voida tukea. Ympärivuorokautinen paikka on tärkeä hänelle tässä vaiheessa.

Haastavien tilanteiden vastapainoksi vastaukset kertovat myös toisenlaista tarinaa: osalla asiakkaista kaikki on hyvin ja nykyiset palvelut tukevat hyvin kotona pärjäämistä.

Näissä vastauksissa (8 %, 15 vastausta) näkyy sekä asiakkaan että omaisen tyytyväisyys saatuihin ja tarjottuihin palveluihin. Toisaalta vastauksissa kuvataan nykyhetkeä ja otetaan huomioon, että tilanne voi muuttua.

Lah-jaksot yhdistettynä kotihoitoon tukevat asiakasta hyvin.

Hoitaja tyytyväinen nykyiseen tilanteeseen.

Palvelut ovat kohdillaan. Jaksottaishoito ja kotijaksoilla kohon käynnit 3krt/vrk. Omaishoitaja on hyvin motivoitunut hoitamaan miehensä kotona.

Toistaiseksi palvelut riittävät.

Omaisten tukeminen nähtiin vastaajien mielestä myös yhtenä keinona tukea kotona asumista (6 %, 11 vastausta). Tämä toisaalta vastaa osin samaan kysymykseen palveluiden tarpeista ja niiden kohtaamisesta. Omaisten kuuntelu ja heidän entistä parempi tukeminen ja ohjaaminen tulevat esiin rivien välistä monessa kohtaa, mutta suoria vastauksia tähän oli verrattain vähän.

Aktivoimalla, tukemalla tytärtä, joka hoitaa tiiviisti.

Puolisoa tukemalla.

Omaishoitajan henkinen tukeminen. Parisuhdeneuvonta.

Kuntoutusta, ohjaamista, liikkumista (10 vastausta) ja apua yksinäisyyteen sekä turvattomuuteen (10 vastausta) peräänkuulutti molempia 6 prosenttia vastaajista.

Asiakas tarvitsisi nykyistä enemmän ohjausta arjen toimissa.

Fysioterapiaa, kotihoidon ja omaisen kuntouttavaa työtettä.

Riittävät apuvälineet.

Asiakas tarvitsisi jatkuvasti seuraa kotiin. Ahdistuu yksin ollessa.

Kaipaisi seuraa kotiin, turvallisuuden tunnetta ja aktiivointia lisäämällä.

Hyötyisi enemmän sosiaalisista kontakteista kotona.

Kotihoidon palvelut eivät auta yön levottomuuteen ja pelokkuuteen.

Vain muutama vastaajista (3 vastausta) kertoi mielenterveysnäkökulmien paremman huomioimisen edesauttavan kotona pärjäämistä. Tämä on yllättävän harvoin siinä mielessä, että lyhytaikaishoidon asiakkailla on muiden tulosten valossa usein masennusoireita sekä yksinäisyydestä ja turvattomuudesta kieliviä niukkoja läheisverkostoja.

Lisäksi saimme yksittäisiä muita vastauksia. Huomionarvoista on, että päivätoiminta mainittiin näissä avovastauksissa vain kaksi kertaa. Päivätoimintaa käyttää lah-asiakkaista

kuitenkin 37 prosenttia, mutta päivätoiminta ei näytä enää olevan avovastausten perusteella varteenotettava vaihtoehto niille, jotka ovat toimintakyvyltään hyvin huonokuntoisia. Päivätoiminnan lisäämiseen nykymuodossaan ei vastausten perusteella näytä olevan merkittävää mahdollisuutta lyhytaikaishoidon asiakkaana jo olevilla.

III PÄÄTELMÄT

9 Kiteytyksiä tuloksista

Tarkastelimme opinnäytetyössämme, millaisia asiakasryhmiä on Helsingin ikääntyneiden lyhytaikaishoidossa, ja miten lyhytaikaishoito palvelee näitä asiakkaita. Tavoitteena oli ajankohtaisen kokonaiskuvan muodostaminen Helsingin 65 vuotta täyttäneiden lyhytaikaishoidosta. Ikääntyneiden asiakkaiden analysoinnin, palvelun tarpeisiin vastaavuuden ja kotona asumista tukevien palvelujen käytön kautta päästiin pohtimaan myös sitä, miten lyhytaikaishoitoa voisi kehittää.

Tutkimusongelmiin haettiin vastausta ammattilaisilta, lyhytaikaishoidosta päätöksen tehneiltä sosiaalityöntekijöiltä ja omaishoidon tuen sosiaaliohjaajilta. Aineisto kerättiin tiedon tarpeen kiireellisyyden sekä vastaajien paremman tavoittamisen vuoksi verkkokyselyllä 2.5–9.6.2017. Kyselyssä oli lyhytaikaishoidon asiakasta, lyhytaikaishoitoa ja muita palveluja koskevien strukturoitujen kysymysten ohella avoimia kysymyksiä palvelujen tarpeisiin vastaavuudesta. Yhdessä työelämän yhteistyökumppaneiden kanssa arvioitiin, että koko lyhytaikaishoitoa kuvaa edustavasti harkinnanvarainen otanta: poikkileikkaus-tutkimus toukokuun päätyneistä lyhytaikaishoitojaksoista. Asetelmasta rajattiin pois lukumäärältään vähäiset palveluseteliasiakkaat ja jaksot arviointi- ja kuntoutusosastoilla. Lopullinen tutkimusaineisto ja tulokset perustuvat 54 vastaajan antamiin fakta- ja näkemystietoihin 465 ikääntyneen asiakkaan lyhytaikaishoitojaksosta.

Opinnäytetyömme tietoperusta kytkeytyy ikääntyneiden palveluihin ja niiden kehittämiseen, erityisesti toimiin, jotka tukevat ikäihmisten kotona asumista. Keskeisimmät käsitteet ovat lyhytaikaishoito ja siihen liittyvä jaksottaishoito, sekä muista palveluista omaishoito ja kotihoito. Lyhytaikaishoitoa käytetään eniten omaishoitajan vapaiden sijaishoitona. Kotihoito tavoittaa puolestaan yleisimmin ikääntyneet asiakkaat, myös lyhytaikaishoitoa käyttävät. Lyhytaikaishoito on tarveharkintainen palvelu, joten näkökulmia avautuu myös asiakkaan tarpeisiin ja palvelupolkuun. Näitä lähestytään käsitteellisesti palveluohjauksen ja asiakaslähtöisyyden avulla.

Määrällisen ja laadullisen tutkimusaineiston analysointi tuotti monipuolisen käsityksen lyhytaikaishoidon tilasta. Aineiston runsas anti on kiteytetty viiteen asiakassegmenttejä ja palvelun tarpeisiin vastaavuutta koskevaan näkökulmaan. Ne esitellään seuraavissa

luvuissa. Jokaisen luvun päätteeksi on listattu yhteenveto osiota koskevista tuloksista yksityiskohtaisia jakaumatietoja kaipaavan lukijan tarpeisiin.

9.1 Hauraat asiakkaat

Lyhytaikaishoidon asiakkaissa on paljon hauraita tai haavoittuvassa asemassa olevia ikääntyneitä. Ikääntyneiden sairastavuus ja palvelujen tarve lisääntyvät yli 74-vuotiailla ja vielä selkeämmin yli 84-vuotiailla (Lyly 2017; Sainio, Koskinen, Sihvonen, Martelin & Aromaa 2013: 51–54, 56, 59, 63). Toukokuun asiakkaista 85 vuotta täyttäneitä oli 39 prosenttia. Korkeaa ikää oleellisempaa on, että asiakkailla on kognitiivista, psyykkistä ja fyysistä toimintakykyä tuntuvasti rajoittavia sairauksia. Lyhytaikaishoito voidaan mieltääkin viimesijaisena kotona asumista tukevana palveluna (Tikkanen 2016: 14). Lyhytaikaishoitoon sijoittuu tällä hetkellä aiempiin vuosiin verrattuna oletettavasti jopa enemmän toimintakyvyltään huonokuntoisia ikääntyneitä, koska yhä useampi ikääntynyt asuu kotona (Lyly 2017: 26–27). Kotihoitoa on lisätty, mutta se ei näytä täysin riittävän kompensoimaan vanhusväestön kasvaneesta määrästä ja vähentyneistä pitkäaikaishoitopaikoista syntynyttä tarpeen kasvua.

Lyhytaikaishoidossa ei sen sijaan ole juurikaan haastatteluihin perustuvan edellisen Helsingin lyhytaikaishoidon selvityksen (Klemetilä 2013: 12) esille nostamia liian hyväkuntoisia, nuoria tai kodin remonttia väistäviä asiakkaita. Kodin remontin vuoksi lyhytaikaishoitajakso myönnettiin vain 0,6 prosentille asiakkaista.

Keskeistä palvelun kehittämisen kannalta on, että valtaosalla (71 %) asiakkaista on jonkinasteinen muistisairaus. Muistisairaus vaikeuttaa asiakkaiden omaa päätöksentekokykyä ja osallisuutta hoitoonsa. Se haastaa kehittämään lyhytaikaishoidon toimintakäytäntöjä niin, että niissä toteutuvat muistisairaiden ihmisten kannalta keskeiset tutuus ja turvallisuus sekä henkilökunnan vankka osaaminen toimia muistisairaiden kanssa, erityisesti käytösoireita havaitessa (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2009: 243; Kan & Pohjola 2012: 217, 220; Mönkäre ym. 2014: 8–9). Merkittäviä käytösoireita on asiakkaista 30 prosentilla, ja ne liittyvät valtaosin muistisairauksiin. Käytösoireiset asiakkaat on huomattu jo aiemmin (Klemetilä 2013: 12), joskin osuus asiakkaista jopa korostui kokonais-tutkimusotteella.

Sairaalajaksot ovat lah-asiakkaille tyypillisiä. Vaikka sairaalahoitoa ei tässä tiedusteltu erikseen, tulivat ne esille yleisimpänä jakson keskeytymisen tai peruuntumisen syynä.

Asiakkaiden kotona asumista tuetaan erilaisin palveluin. Useita palveluja on käytössä reilulla neljänneksellä (27 %) ja erityisen paljon 12 prosentilla. Lyhytaikaishoitoa käyttää vähintään 10 jaksoa ja yli 100 hoitovuorokautta vuodessa 12 prosenttia asiakkaista. Joka viides asiakas on sas-prosessissa, jossa heille haetaan pitkäaikaissijoituspaikkaa.

Hauraimmilla näyttävät ne ikäihmiset, jotka ovat päässeet lyhytaikaisjaksolle hädän tai turvan ja virkistykseen tarpeen vuoksi. Nämä asiakkaat ovat usein hyvin iäkkäitä, yksin asuvia naisia, joilla on niukat läheisverkot ja usein masennusoireita.

Hauraita asiakkaita kuvaavat tulokset:

- Lyhytaikaishoidon asiakkaista yli 84-vuotiaita 39 %.
- Asiakkailla usein kognitiivista ja fyysistä toimintakykyä tuntuvasti rajoittavia sairauksia.
- Muistisairausdiagnoosien osuus korkea (71 %).
- Merkittäviä käytösoireita 30 %:lla, valtaosin muistisairailta (86 %).
- Kotona asumista tukevia toimia käytössä kolme 27 %:lla, useampia 12 %:lla.
- Asiakkaista 12 %:lla on runsaasti (yli 9) jaksoja ja hoitovuorokausia (yli 100).
- Asiakkaista 20 % sas-prosessissa.
- Lah-jakson keskeytymisessä tärkein syy asiakkaan sairaalaan joutuminen.
- Jakson perusteena 4 %:lla hätä: kriisisijoitukset, asunnottomuus, asunnon remontti tai kotona pärjäämättömyys tehostetusta kotihoidosta huolimatta.
- Jakson perusteena 6 %:lla turva ja virkistys.

9.2 Asiakkaiden psykososiaalisen tuen tarpeet

Lyhytaikaishoitoa käyttävistä merkittäväällä osalla on selviä psykososiaalisen tuen tarpeita. Näyttää siltä, että lyhytaikaishoito kohtaa ja osin paikkaa ikäihmisten niukkoja mielenterveyspalveluja (Sainio ym. 2013: 56). Palvelua ei ole kuitenkaan suunniteltu kohtaamaan mielenterveyden häiriöitä, eikä kaikissa yksiköissä välttämättä ole tähän riittävää osaamista. Ainoana diagnoosina psykiatrinen sairaus mainittiin kolmella prosentilla asiakkaista. Masennusoireita oli havaittu 22 prosentilla asiakkaista. Isolla osalla psyykkistä tilaa ei oltu arvioitu tai tieto ei ollut vastaajan käytettävissä. Ikääntyneiden masennuksen onkin todettu olevan alidiagnosoitu (Sunni 2010: 90). Tulos kertoo myös siitä, että vastaajilla ei aina ole suoraa asiakaskontaktia, jotta he pystyisivät ottamaan kantaa masennukseen – tai ikääntyneiltä asiakkailta ei systemaattisesti tiedustella mielialasta. Asiakas saattaa myös tiedusteltaessa kieltää ilmeisen masennuksen. Masennuksen testaamiseen on olemassa ikääntyneille soveltuva käytännönläheinen ja suhteellisen nopeasti toteutettavissa oleva testi, myöhäisiän depressioseula GDS-15 (TOIMIA-tietokanta 2013).

Helsingissä myös yksin asuvilla on mahdollisuus päästä lyhytaikaishoitajaksolle. Osuus asiakkaista on peräti 29 prosenttia, vaikka osuus onkin Helsingin yksinasuviin eläkeikäisiin verrattuna pieni: 70 vuotta täyttäneistä lähes puolet asuu yksin (Mäki & Vuori 2017: 23). Lyhytaikaishoitajako yksinasuville myönnetään erityisesti turvan ja virkistyksen tai kuntoutuksen perusteella. Yksinasuvien osuus hätäsijoituksista on noin kolmannes.

Tuloksista välittyi ikääntyneiden asiakkaiden yksinäisyys. Läheissuhteet ovat vähäisiä 40 prosentilla asiakkaista. Vaikka yksin asuminen ei suoraviivaisesti merkitse kokemusta yksinäisyydestä, on kuvaavaa, että yksinasuvilla on usein myös niukasti läheisiä ihmisiä. Kaikista lyhytaikaishoidon asiakkaista 14 prosenttia on yksin asuvia ikäihmisiä, joilla on vähäiset läheissuhteet. Hyvät sosiaaliset suhteet edistävistä ja fyysisestä terveyttä sekä ehkäisisivät masennusta (Tiikkainen & Lyyra 2007: 72–73). Koko asiakasjoukosta huolta herättävätkin erityisesti ne yksin asuvat ikääntyneet, joilla on vähäiset läheissuhteet ja niukasti kotona asumista tukevia palveluja käytössä. Näillä ikääntyneillä korostuu erityisesti kotihoidon laatu, sillä he kohtaavat arjessaan useimmiten kotihoidon.

Tulokset viittaavat laajemminkin siihen, että ikääntyneillä, joilla on vähän läheissuhteita, on myös useammin vähän kotona asumista tukevia palveluja käytössään. Ikääntyneillä ja varsinkin heistä haavoittuvimmilla, omaisten ja läheisten merkitys palvelujen ja muun tuen hakemisessa näyttää olevan suuri. Tiikkaisen (2007) mukaan sosiaalisen verkoston ja terveyden yhteys tulee esille usein juuri stressitilanteissa. Tällöin sosiaalinen verkosto tuottaa sosiaalista tukea ja voimavaroja vaikuttamalla terveyskäyttäytymiseen ja edistämällä sitoutumista ja osallistumista. (Tiikkainen 2007: 153.) Ikääntyvien kanssa työskentelevien ammattilaisten tulisi kiinnittää erityistä huomiota tähän ryhmään, jotta tuettaisiin heidän osallisuuttaan ja tarjottaisiin palveluja oikea-aikaisesti turvallisuuden tunteen ja toimintakyvyn säilyttämiseksi. Tämä edellyttää palvelutarpeiden huolellista arviointia, sillä ikääntynyt ei välttämättä itse vaadi tai edes nosta palvelutarpeitaan aktiivisesti esille.

Psykososiaalisen tuen tarpeista kertovat tulokset:

- Vähäiset läheissuhdeverkot 41 %:lla asiakkaista, laajat 10 %:lla, kohtalaiset 46 %:lla.
- Vähäiset läheissuhdeverkot yhteydessä vähäisiin palveluihin.
- Masennusoireita on havaittu 22 %:lla, isolla osalla (46 %) psyykkistä tilaa ei osattu arvioida.
- Psykiatrinen sairaus tuli esille 3 %:lla.
- Helsingin 70 vuotta täyttäneistä 47 % asuu yksin, lah-jaksoille osallistujista 29 %.

- Pääasiassa yksinasuvia lah-jaksojen myöntämisperusteista palvelivat turva ja virkistys (86 %) sekä kuntoutus (76 %). Osuus hätätilanteissa jaksolle päätyneistä suuri (35 %).
 - Kaikista lah-asiakkaista 18 % yksinasuvia muistisairaita ikääntyneitä.
 - Kaikista lah-asiakkaista 14 % yksinasuvia, joilla niukat läheisverkostot.
 - Kaikista lah-asiakkaista 6 % yksinasuvia, joilla sekä epävirallinen että virallinen tuki niukkaa.

9.3 Uupuneet omaiset ja käytetyt palvelut

Lyhytaikaishoidon jaksoja myönnetään Helsingissä muiden kaupunkien tavoin eniten omaishoidon tuen lakisääteisiin vapaapäiviin tai muuhun omaisen lepoon. Lyhytaikaishoidon käyttäjistä 65 prosenttia on omaishoidossa, sopimusomaishoidossa on 53 prosenttia. Tulosten perusteella tuki on erittäin tarpeellista. Hoiva on vaativaa ja omaishoitajat ovat useimmiten ikääntyneitä puolisoita, jolloin monilla heistä on oletettavasti pitkäaikaissairauksia (Tikkanen 2016: 30–32). Tämä altistaa omaishoitajia fyysisesti, psyykkisesti ja sosiaalisesti kuormittavassa ympärivuorokautisessa hoitotilanteessa uupumiselle ja sairastumiseen.

Tulosten mukaan omaisen uupumisriski on merkittävä sopimusomaishoitajista 62 prosentilla, ja ilman sopimusta omaistaan hoitavista vielä useammalla, 72 prosentilla. Korkeampaa uupumisriskiä selittää jälkimmäisten omaishoidettavien tuntuvasti korkeampi ikä, muisti- ja somaattisten sairauksien yleisyys ja se, että yli viidennes asuu yksin, jolloin huolta pitävä omainen ei asu samassa taloudessa. Kaikista omaishoidettavista kolmella neljästä on muistisairaus. Mikäli hoidettavalla on käytösoireita, on uupumisriski suurempi. Tämä on havaittu aiemmissakin tutkimuksissa (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2010: 232).

Uupunut ja kyynistynyt omaishoitaja ei pysty pitämään huolta itsestään eikä hoidettavastaan, jolloin riskinä ovat hoidettavan ravitsemuksen, lääkityksen ja muun perushoidon laiminlyönti sekä jopa hoidettavan kaltoinkohtelu. Sitova omaishoitotilanne johtaa helposti myös sosiaalisten suhteiden kapenemiseen.

Lyhytaikaishoitajakso tarjoaa onnistuessaan omaisen levon ohella asiakkaalle mahdollisuuden kuntoutumiseen. Silti palvelussa on kehitettävää: lyhytaikaishoidon tarpeisiin vastaavuus arvioitiin hyväksi sopimusomaishoitajien omaisista 55 %:lla ja muista omaishoidettavista 45 %:lla. Lyhytaikaishoidon jaksoista tai muista kotona asumista tukevista palveluista ajoittain myös kieltäydytään. Varsinkin parisuhteessa elävillä asiakkailla jakso paikoin keskeytyy tai jää käyttämättä.

Aiemmissa tutkimuksissa on huomattu, että omaista ei haluta viedä lyhytaikaishoitoon, jos hänen toimintakykynsä on koettu heikentyneen aiemmillä jaksoilla. Salinin (2008) haastattelemista omaishoitajista 10 prosenttia arvioi hoidettavan toimintakyvyn jakson jälkeen heikommaksi (Salin 2008: 48–49). Omaishoidon sijaishoitotarpeisiin on kaivattu laitosvaltaisen lyhytaikaishoidon rinnalle myös muita vaihtoehtoja (Kehusmaa 2014: 86). Vastaajat pitivät yhtenä asiakkaan tarpeiden ja palvelujen yhteensopivuutta parantavana seikkana omaisten neuvontaa ja muuta tukea.

Omaishoitoperheiden kotona asumista tuetaan muita lyhytaikaishoidon asiakasryhmiä hieman enemmän myös muilla toimilla. Jos omaishoidon tuki huomioidaan, on omaishoitoperheillä selvästi enemmän useita palveluja. Huomiota kiinnittää kuitenkin, että sopimuksen tehneistä omaishoitoperheistä 15 prosentilla on ainoastaan omaishoidon tuki käytössä, ei muita tiedustelluista palveluista. Kyse voi olla tiedon puutteesta: pelätään toimeentulon kannalta tärkeän omaishoidon tuen palkkion heikkenevän, mikäli perhe käyttää palveluja.

Sopimusomaishoitoperheistä noin kolmannes käytti omaishoidon kotiavustajaa. Kotihoitoa sopimusomaishoitoperheet käyttävät muita omaishoitoperheitä vähemmän. Lyhytaikaishoito on muita asiakkaita useammin osavuorokautista tai jakso on lyhyt. Eniten lyhytaikaishoitoa käytetäänkin omaishoitajan lakisääteisiin vapaapäiviin. Muut omaishoitiasiakkaat ovat jaksolla yleisimmin omaisen muun levon vuoksi. Heillä on käytössä selvästi useammin jaksottaishoito ja jaksot ovat pidempiä.

Tulosten pohjalta erityistä huomiota kaipaavat sopimusomaishoidon ulkopuolelle jäävät sekä ne sopimusomaishoitoperheet, joilla näyttää olevan riski vetäytyä kotiin virallisen ja epävirallisen tuen ulkopuolelle. Parisuhteessa elävistä ikääntyneistä asiakkaista noin kolmanneksen läheissuhteet arvioitiin vähäisiksi.

Omaishoitoa koskevat tulokset:

- Lyhytaikaishoidon asiakkaat ovat tyypillisesti omaishoidossa (65 %): sopimusomaishoidossa on 53 % ja läheinen hoitaa ilman sopimusta 12 %:lla.
 - Yksinasuvista asiakkaista omaishoidossa on joka kuudes (17 %).
- Sopimusomaishoidossa olevat asiakkaat ovat yleisimmin parisuhteessa (87 %) eläviä miehiä (60 %). Yli 84-vuotiaita on 29 %, muistisairausdiagnoosi on 76 %:lla ja somaattinen sairaus 54 %:lla. Jakson peruste on useimmiten lakisääteinen vapaa 66 %:lla ja muu omaisen lepo 28 %:lla.

- Muut omaishoidettavat useammin naisia (62 %), joista 66 % on parisuhteessa ja 31 % leskiä. Yksin asuvia on 22 %. Yli 84-vuotiaita on 53 %, jossa 12 % 95 vuotta täyttäneitä. Muistisairausdiagnoosi on 76 %:lla ja somaattinen sairaus 60 %:lla. Jakson peruste muu omaisen lepo 83 %:lla ja kuntoutus 9 %:lla.
- Omaisen uupumisriski on merkittävä sopimusomaishoitajista 62 %:lla, ja ilman sopimusta omaistaan hoitavista 72 %:lla. Mikäli hoidettavalla on merkittäviä käytösoireita, on omaishoitajista 83 %:lla merkittävä uupumisriski, ilman käytösoireita 53 %:lla.
- Lah-jakson tarpeisiin vastaavuus hyvä 55 %:lla sopimusomaishoidossa olevista, 45 %:lla muista omaishoidettavista.
- Omaisen levon tai lakisääteisen vapaan perusteella myönnettyjä jaksoja käyttävillä asiakkailla on muita useammin käytössä useita palveluja.
- Runsaasti kotona asumisen erilaista tukea käyttävistä lähes kaikki asuvat puolisonsa kanssa. Läheissuhteet ovat keskimääräistä useammin (20 %:lla) laajat, silti heistäkin 35 %:lla läheissuhteet arvioidaan niukoiksi.
- Sopimusomaishoitoperheistä 15 %:lla ei ole omaishoidon tuen lisäksi muita kyselyssä tiedusteltuja palveluja käytössä. Sopimusomaishoitoperheistä kotipalvelu on käytössä 55 %:lla, muista omaishoitoperheistä 81 %:lla. Lyhytaikaishoitoa lakisääteisiin vapaisiin käyttävillä on kaikkein harvimminkin kotihoitoa (51 %). Omaishoidossa olevat asiakkaat käyvät muita asiakkaita (44 %) harvemmin (34 %) päivätoiminnassa.
- Sopimusomaishoidossa olevilla muita useammin osavuorokautista hoitoa (12 %) ja omaishoidon kotiaavustajan palveluja (35 %). Jaksottaishoidossa on 24 % ja jakson pituus useimmiten alle 6 vrk (23 %) tai noin viikon (43 %).
- Muut omaishoidossa olevat asiakkaat käyttävät kotihoitoa (81 %) ja jaksottaishoitoa (33 %) keskimääräistä useammin. Osavuorokautista hoitoa (2 %) ja omaishoidon kotiaavustajan palvelua (5 %) käyttää sopimusomaishoitajia harvempi. Jakson pituus useimmiten noin 2 viikkoa (38 %) tai noin viikko (29 %).

9.4 Palvelun haasteena ennakoitavuus ja monimuotoiset asiakkaat

Mikäli lyhytaikaishoidon tarkoituksenmukaisuutta arvioidaan palvelun ja sitä tuottavan organisaation näkökulmasta, nousee tuloksista esille ennakoinnin haasteellisuus. Se vaikeuttaa palvelun järjestämistä kustannustehokkaasti. Lyhytaikaishoidossa on runsaasti rotaatiota: yli viidesosa asiakkaista tuli ensimmäiselle jaksolle tammi-toukokuussa 2017. Toisaalta lyhytaikaishoidon asiakkaista varsin harvalla, viidenneksellä, on säännöllinen jaksottaishoito.

Lyhytaikaishoidon asiakkaat ovat usein fyysiseltä toimintakyvyltään hauraita ja useimilla on alkava tai jo pitkälle edennyt muistisairaus. Tämä vaikuttaa keskeisesti ikääntyneiden kykyyn ja halukkuuteen käyttää palvelua sekä samalla alttiuteen päätyä jaksolla tai sitä ennen sairaalahoitoon. Sairaalahoito on yleisin syy jakson keskeytymiseen tai peruutukseen. Jaksoja keskeytyy tai peruuntuu kuukausitasolla noin 8 prosenttia. Kun huomioidaan sekä peruuntuneet että näille paikoille sijoitetut uudet asiakkaat, on osuus

kuukauden jaksoista 15 prosenttia. Järjestelmä, toisin sanoen lah-koordinaattorit, kykenevät tulosten perusteella paikkaamaan varsin hyvin peruutuksia, sillä kuukausitasolla peruuntuneita paikkoja ja uusia sijoituksia oli lähes yhtä paljon.

Kokonaisaineisto lyhytaikaishoidon asiakkaista paljasti, että ikääntyneiden lyhytaikaishoito palvelee erilaisissa elämäntilanteissa eläviä ikäihmisiä, ei pelkästään omaishoidossa olevia asiakkaita. Varovaisesti voi myös arvioida myöntämisperusteiden laventuneen, sillä suhteellisen tuoreista, alle vuoden kestäneistä asiakkuuksista, omaishoitoperheitä oli vain puolet.

Jaksoja käytetään omaisen levon ohella turvan, virkistuksen ja hyvän perushoidon tarjoamiseen. Sen sijaan askarruttaa, missä määrin lah-jaksolla kyetään tarjoamaan kuntoutumista ja osallisuuden tunnetta vahvistavaa ohjattua toimintaa. Tähän aineisto ei suoraan vastaa. Lah-jaksojen kuntouttava vaikutus on kuitenkin tärkeä näkökulma, onhan palvelun yksi tavoite kohentaa asiakkaiden toimintakykyä. Tällä perusteella jaksoa käyttää joka viides asiakas.

Kapeasti palvelusta käsin arvioituna epätarkoituksenmukaisena lyhytaikaishoidon käytönä voi pitää äärimmäisiä tilanteita, kuten monenkirjavan sopeutumattomuuden vuoksi käytetyt jaksot, pitkittyneet jaksot, omaishoitoasiakkaiden satunnainen jaksojen käyttö tai kahden viikon jaksoilla kerran kuussa käytännössä puolikkaan pitkäaikaishoitopaikan käyttävät asiakkaat. Jaksojen myöntämisperusteissa tuli esille myös ikääntyneiden asumisen ongelmia: pitkäkestoinen remontti, sopivan asunnon puute tai kyvyttömyys asua toistuvista kotiutuksista huolimatta omassa kodissa. Näiden asiakkaiden määrä ei ole suuri, mutta tilanteet edellyttävät erityistä paneutumista.

Lyhytaikaishoidon tarkoituksenmukaisuutta on mahdotonta arvioida tyhjentävästi tai kehittää irrallaan ikääntyvien muista palveluista. Lyhytaikaishoito on osa laajempaa palvelupakettia, jolla tuetaan ikääntyneen kotona asumista ja ikääntynyttä ympärivuorokautisesti hoitavaa omaista. Samalla tulee myös tiedostaa, että eri palveluilla on inhimillinen leikkauspinta: yhteinen asiakas. Mikäli edellä kuvatut asiakkaat eivät sijoittuisi lyhytaikaishoitoon, missä ja miten heidän tilannettaan ratkaistaisiin?

Lyhytaikaishoidon ennakoitavuutta koskevat tulokset:

- Lyhytaikaishoidossa runsaasti rotaatiota: 22 % asiakkaista tammi-toukokuussa 2017 ensimmäiselle jaksolle tulleita.
- Asiakkaista 20 %:lla säännöllinen jaksottaishoito.
- Jaksoista 8 % peruuntuu, paikat täytetään varsin hyvin (7 %).
- Lyhytaikaishoidon asiakkaiden elämäntilanteiden iso kirjo:
 - 8 % toukokuun jaksoista kesti yli kaksi viikkoa, 4 %:lla 21–75 päivää.
 - Vähintään vuoden kestäneet asiakkuudet:
 - 0–2 jaksoa 11 %:lla; vuodessa alle 15 hoitovuorokautta 9 %:lla.
 - hyvin runsaasti, yli 12 jaksoa, vuoden aikana lah:a käyttäviä 11 %
 - yli 99 hoitovuorokautta vuodessa 20 %:lla.
 - Käytössä useita jakson myöntämisperusteita, 4 %:lla perusteena hätä.
- Alle vuoden asiakkaana olleista 51 % omaishoidossa, sopimusomaishoidossa 39 %.

9.5 Tieto asiakkaan tarpeista palvelun perusta

Tuloksista syntyy toisenlainen kuva, kun lähdetään liikkeelle asiakkaista. Tarpeisiin mahdollisimman hyvin vastaava palvelukokonaisuus perustuu asiakkaan tarpeiden huolelliseen kartoittamiseen. Tässä työvälineenä on palvelusuunnitelma, joka on parhaimmillaan laadittu yhdessä asiakkaan, hänen läheisensä ja relevanttien ammattilaisen dialogissa. Lyhytaikaishoidon asiakkailla on usein tarvetta moniin palveluihin. Jotta palvelujen ja muun tuen kokonaisuus soveltuisi kulloiseenkin elämäntilanteeseen, on eri palveluja tarjoavien ammattilaisten keskinäisen yhteistyön toimittava saumattomasti. Työ perustuu tällöin yhteisesti sovittuihin käytäntöihin ja ajantasaiseen, jaettuun tietoon. Hauraiden asiakkaiden tilanteet voivat muuttua nopeasti. Palvelunkin tulisi reagoida silloin joustavasti. Palvelusuunnitelmaa päivitetään vastaamaan uutta tilannetta: asiakkaalle voidaan tarjota lisää tai uudenlaisia tukimuotoja tai jättää pois uuteen tilanteeseen soveltuva palvelu. Lah-asiakkaan vastuutyöntekijällä on tässä iso rooli.

Kyselyä laadittaessa ja tuloksista ilmeni, että eri tietojärjestelmiä käyttävillä ammattilaisilla ei ole käytettävissään kaikkia asiakkaan hyvinvoinnin kannalta oleellisia tietoja, eivätkä he siten kaikissa tapauksissa pysty arvioimaan asiakkaan tilannetta kokonaisuutena. Lyhytaikaishoidon sijoituspäätöksen tekevillä ei esimerkiksi ole suoraan saatavilla kognition testaamisessa yleisesti käytettyä, ajantasaista MMSE-pistemäärää, vaikka valtaosalla asiakkaista on muistisairaus. Niin ikään ikääntyneillä tyypillinen masennus näyttää jäävän osittain piiloon. Erityisesti runsaimmin palveluja käyttäviltä – ja siten eniten sosiaali- ja terveyspalvelujen ammattilaisia tapaavilta – masennusoireita ei osattu arvioida. Asiakkaan kannalta on tärkeää, että määrättyllä ammattilaisella on vastuu palveluista ja että eri sektoreiden ammattilaisilla on vastuista yhteinen käsitys varsinkin asiakkaan siirtyessä palvelusta toiseen.

Vanhuspalvelulain (2012/980) mukaan palveluja suunniteltaessa tulee kuulla asiakkaan ja/tai omaisen näkemyksiä. Vastaajien mukaan asiakkaita, heidän omaisiaan tai molempia yleensä kuullaan lyhytaikaishoidosta päätettäessä. Vastauksista ei kuitenkaan selvinnyt, tarjotaanko asiakkaalle erilaisia vaihtoehtoja tilapäishoidon tarpeissa ja pystyykö asiakas vaikuttamaan esimerkiksi jakson ajankohtaan tai yksikköön. Vastaajilla on varsin vahva luottamus lyhytaikaishoidon kykyyn vastata asiakkaiden tarpeisiin: nykymuotoisen lyhytaikaishoidon katsottiin vastaavan tarpeisiin hyvin puolella ja 38 prosentilla melko hyvin. Heikoksi palvelun tarpeisiin vastaavuus arvioitiin vain kolmelle prosentille asiakkaita.

Näkemyksissä hyvä ja melko hyvä -arvioiden välillä näyttää olevan kuitenkin suurehko ero. Avovastauksissa ammattilaiset tunnistivat selvästi strukturoitua kysymystä laajemmin lyhytaikaishoidon puutteita. Ikääntyneiden asiakkaiden tila ja palvelun tarpeet voivat muuttua nopeasti. Tällöin myöskään lyhytaikaishoito ja muut kotona asumista tukevat palvelut eivät enää samassa muodossa vastaa asiakkaan tarpeisiin. Vastaajat arvioivat, että yli neljännekselle asiakkaista olisi mahdollisuuksia parantaa asiakkaan tarpeiden ja lyhytaikaishoidon tai muiden kotona asumista tukevien palvelujen yhteensopivuutta. Useimmiten esitettiin toista lah-yksikköä tai muuta palvelua.

Ikääntyneiden asiakkaiden kotona asumista tukee vastaajien mielestä ennen kaikkea lyhytaikaishoidon intensiteetin tai kotiin tuotavien palvelujen lisääminen. Eniten todettiin tarvittavan lisää kotihoidon käyntejä. Muina asiakasta palvelevina ratkaisuinä pidettiin omaisten tukemista eri keinoin, asiakkaan kuntoutuksen, ohjauksen tai liikunnan lisäämistä sekä avun tarjoamista asiakkaan turvattomuuteen, yksinäisyyteen ja muuhun mielen tasapainoon. Välillä asiakkaiden kerrottiin suhtautuvan lisäpalveluihin kuitenkin pensästi. Yksittäisinä syinä palveluista kieltäytymiselle mainittiin korkeat kustannukset ja palvelun väärä ajoitus. Jaksoja keskeytyi tai peruuntui varsinkin sairastumisen ja asiakkaan haluttomuuden vuoksi. Kaikista asiakkaista avovastausten perusteella palveluista kieltäytyy karkeasti arvioituna kymmenesosa.

Osa asiakkaista on vastaajien mukaan jo liian huonokuntoisia lah-jaksoille. Lyhytaikaishoidon asiakkaat ovat usein fyysiseltä toimintakyvyltään hauraita ja useimmilla on alkava tai pitkälle edennyt muistisairaus. Viidesosa kaikista asiakkaista on sas-prosessissa, osalla on jo ehdollinen ratkaisu. Siirtymät kotoa lah-yksikköön ja takaisin ovat heikompi-kuntoisille rasite. Tämä vaikuttaa ikääntyneiden kykyyn ja halukkuuteen käyttää palvelua sekä samalla alttiuteen päätyä jaksolla tai sitä ennen sairaalahoitoon. Lyhytaikaishoito saattoi vastata tarpeisiin huonosti myös päivävästaisesta syystä: asiakas saattoi olla liian

hyväkuntoinen nykymuotoiseen lyhytaikaishoitoon tai lah-yksikköön. Nämä asiakkaat hyötyisivät toisen tyyppisestä seurasta ja vireämmästä toiminnasta.

Haastavimmissa tilanteissa tukea ammattilaiselle ja sitä kautta asiakkaalle tuo huolellisesti ja moniammatillisesti toteutettu palvelusuunnitelma (Muurinen 2003: 123). Noin neljänneistä lah-asiakkaista hyödyttäisi vastaajien mukaan laaja moniammatillinen arvio. Kun asiakkaan ja hänen omaisensa kanssa syntyy luottamus ja sitä kautta hyvä vuorovaikutus, on helpompi perustella ja etsiä yhdessä ratkaisuja myös monimutkaisiin elämäntilanteisiin. Hyvässä vuorovaikutuksessa olisi mahdollista myös selvittää tarkemmin, miksi asiakkaat kieltäytyvät palveluista sekä tarjota tietoa eri palveluista ja muusta tuesta.

Lyhytaikaishoidon asiakkaiden tarpeisiin vastaavuutta koskevat tulokset:

- Avoimissa vastauksissa kerrottiin asiakkaista 82 %:n toiveita kuullun sijoituksesta.
- Lyhytaikaishoito vastaa tarpeisiin hyvin 51 %:lla, melko hyvin 38 %:lla ja huonosti tai melko huonosti 3 %:lla asiakkaista. Muut sijoittuvat ei hyvin – ei huonosti -ryhmään.
- Avovastauksissa 130:n asiakkaan (28 % kaikista lah-asiakkaista) tarpeiden ja lyhytaikaishoidon tai muiden kotona asumista tukevien palvelujen yhteensovittamisessa mainittiin parannettavaa suhteessa asiakkaan tarpeisiin.
- Asiakkaista 42 %:lta käytettävissä lah-päätöksiä tekevällä alle 2 vuotta vanha MMSE-tulos, vaikka 71 %:lla todettu muistisairaus.
- Masennusoireita ei osattu arvioida 46 %:lta asiakkaita; runsaimmin palveluja käyttävistä 54 %:lta.
- Moniammatillisesta arviosta hyötyisi 24 % asiakkaista (28 % ei osaa sanoa).

10 Toimenpide-ehdotuksia

Monipuolisen tutkimusaineiston tulokset herättivät meissä paljon ajatuksia siitä, miten ikääntyneiden lyhytaikaishoitoa voisi kehittää niin, että se vastaisi entistä paremmin erilaisten ikääntyneiden palvelutarpeisiin. Seuraavassa on kuvattu tiiviisti edellä esitettyihin tulosnostoihin perustuvat kehitysajat.

Lyhytaikaishoitoa tulee tarkastella ja kehittää osana muita ikääntyneen kotona asumista tukevia palveluja. Pienimuotoisia toimintakäytäntöjen parannuksia on mielekästä toteuttaa yksiköiden arjessa henkilöstön kehittämisehdotusten ja asiantuntemuksen pohjalta. Kaupungin strategisten tavoitteiden näkökulmasta palvelun kehittämiseen tarvitaan kuitenkin laajempi näkökulma ja kaikkia yksiköitä koskevat yhteiset toimintakäytännöt.

10.1 Yhteiset asiakkaat ja asiakkaan tarpeet palvelun perusta

Kun ikääntyneiden kotona asumista tukevia palveluja tarkastellaan kokonaisuutena, on helpompi hahmottaa palvelut asiakkaan tarpeista lähtien, eikä asiakasta kohdata palvelukohtaisista sektoreista käsin. Eri palvelujen yhtäaikainen kehittäminen mahdollistaa niiden välisten rajapintojen havaitsemisen. Tällöin voidaan yhteisesti sopia käytännöt siilojen ylittämiseen, jotta ikääntynyt asiakas saa saumattomasti hänen tarpeisiinsa räätälöidyn palvelukokonaisuuden. Keskitetyn asiakas- ja palveluohjauksen käyttöönotto antaa tähän mahdollisuuden (Laatusuositus... 2017: 17–18, 31).

Eri palveluilla – lyhytaikaishoidon ikääntyneillä asiakkailla erityisesti kotihoito, päivätoiminta, omaishoidon tuki ja kaupunginsairaala – tulisi olla käytössä yhteinen palvelu- ja hoitosuunnitelma. Erityistä huomiota on kiinnitettävä siihen, että palvelusuunnitelma on ajan tasalla ja sitä päivitetään välittömästi, kun asiakkaan elämässä tapahtuu muutoksia. Asiakkaan tilannetta tulisi seurata ja arvioida säännöllisesti palvelusuunnitelmassa määriteltynä ajankohtina.

Tiedon on välityttävä lah-yksikön sisällä ja yhteistyötahojen kesken, vaikka tietojärjestelmät eivät keskustele tällä hetkellä keskenään. Tiedon kulkuun on löydettävä hoitotyön arjessa toimivia keinoja. Lah-yksiköissä voitaisiin täsmentää ohjeistusta siitä, millaisia

tietoja asiakkaasta kirjataan ja miten ajantasainen tieto saadaan palvelemaan entistä sujuvammin kaikkia osapuolia.

10.2 Palveluvalikoiman monipuolistaminen

Lyhytaikaishoito ottaa nykymuodossaan vastaan hyvin vaihtelevissa elämäntilanteissa eläviä ikääntyneitä. Asiakkaiden erilaiset tarpeet haastavat monipuolistamaan sekä nykymuotoista lyhytaikaishoitoa että ikäihmisille ja heidän perheilleen tilapäishoidon tarpeissa tarjottavien palvelujen valikoimaa (vrt. Laatusuositus... 2017: 24–25; Muurinen 2003: 122). Lisäksi monia lyhytaikaishoidon asiakkaiden tilannetta kohentavia toimia voidaan toteuttaa muissa palveluissa, kuten palvelukeskus- ja päivätoiminnassa, kotihoitossa tai järjestöjen ja vapaaehtoisten toimesta.

Helsingissäkin laitospainotteisen ympärivuorokautisen lyhytaikaishoidon rinnalle tulisi ikääntyneille kehittää perhehoitoa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017d). Toistaiseksi vähän käytettyä osavuorokautista hoitoa olisi perusteltua laajentaa ja mahdollistaa lisäksi asiakkaan kotiin yöhoidon saatavuus.

Lyhytaikaishoidon vaikutusta kotona asumisen ja omaishoidon tukena vahvistaisi se, että lah-asiakkaiden perushoidon rinnalla hyödynnettäisiin entistä määrätietoisemmin kuntouttavaa työtettä. Lyhytaikaishoidossa voisi kokeilla parhaiden päivätoimintayksiköiden kaltaista, asiakkaiden toimintakyvyn mukaan sovellettavaa kuntouttavaa päiväohjelmaa (vrt. Laatusuositus... 2017: 21, 24). Toiminnallisen päivän jälkeen asiakkaat siirtyisivät rauhallisempaan iltaohjelmaan ja yöpyisivät yksikössä. Kevennettyä päivätoimintaa voisi soveltaa myös huonokuntoisemmille ja muistisairaille asiakkaille pienryhmissä.

Yksinäiset ja turvattomuutta kokevat hauraat ikääntyneet tulisi tunnistaa ajoissa jo muissa sosiaali- ja terveystalveissa, ja suunnata heille ehkäiseviä toimia. Turvattomuuden väheneminen ja sitä lievittävät palvelut sekä ikääntyneen mielekkäiden toimien mahdollistaminen vähentävät yksinäisyyden kokemusta (Uotila 2011: 28, 53, 71). Tulosten mukaan yksinäisillä ikääntyneillä on lähes poikkeuksetta käytössä kotihoito, jolla on siten paras kontakti tähän ryhmään. Näille ihmisille tulisi taata kotihoidon kiireettömät käynnit. Yksinäisyyden lievittämiseksi tulisi tehostaa myös heidän ohjaamistaan palvelukeskustoimintaan käyttämällä esimerkiksi vertaisten, toisten ikääntyneiden, henkilökohtaista rohkaisua ja aluksi yhteisiä palvelukeskuskäyntejä. Myös järjestöjen kehittämien

toimintamuotojen on todettu lievittävän ikääntyneiden yksinäisyyttä (Pietilä & Saarenheimo 2017: 163). Ryhmämuotoisten toimintojen lisäksi tarvitaan muitakin toimintamuotoja, kaikki eivät viihdy isossa joukossa (Pietilä & Saarenheimo 2017: 160–161; Uotila 2011: 74). Turvattomille yksin asuville tulisi selvittää myös perhehoidon mahdollisuutta osana palvelukokonaisuutta.

Ikääntyneiden asiakkaiden psykososiaalisen tuen tarpeisiin tulisi kiinnittää huomiota. Masennuksesta voi tiedustella suoraan ja systemaattisesti, mutta asiakasta arvostaen. Psykososiaalista tukea tulisi tarjota niin asiakkaalle kuin hänen läheiselleenkin.

Asuntotoimen tai yksityisen sektorin toimijoiden (ml. järjestöt ja säätiöt) kanssa olisi tarpeen toteuttaa yhteistyössä tuettua asumista esimerkiksi niille päihde- tai väkivaltataustaisille ikääntyneille, joilla ei ole perusteita pitkäaikaishoitopaikkaan, mutta jotka eivät halua siirtyä tai eivät selviydy tavanomaisessa vuokra-asunnossa. Tämän tyyppisen palvelun tarve näyttää kasvavan tulevaisuudessa ikääntyneiden yleistyneen päihteiden käytön seurauksena (Holstila, Helakorpi & Uutela 2012: 17–18).

Lah-yksiköissä on oltava hyvä valmius kohdata muistisairaita ihmisiä. Suurissa yksiköissä toiminta tulisi jakaa pienempiin osastoihin, jotta yksikön koko ja ihmisten lukumäärä jaksolla ei nousisi muistisairaalle ihmiselle liian suureksi. Toisaalta myös parempikuntoiset asiakkaat hyötyisivät omasta ohjelmasta, jolloin hekin saisivat mieleistään seuraa jaksoilla ja tuntisivat olevansa oikeassa paikassa.

10.3 Katse myös omaiseen

Lyhytaikaishoitoa käytetään eniten omaishoitajien vapaiden sijaishoitona ja jaksamisen tukena. Silti kaikki omaishoitoperheet eivät käytä lyhytaikaishoitoa. Omaishoitotilanteissa kuten myös muistisairaiden asiakkaiden kohdalla asiakkaana tulisi entistä vahvemmin nähdä koko perhe, jotta lyhytaikainen hoito tukisi iäkkään kotona asumista mahdollisimman hyvin (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2010: 222; Salin 2008: 81). Omaishoitoperheisiin on tärkeää luoda pitkäjänteinen kontakti ja rakentaa luottamusta: kun ilmapiiri on luottamuksellinen ja kannustava, uskalletaan tuoda paremmin esille tuen tarpeita ja toiveita. Omaishoitoperheen autonomian kunnioittaminen ja kuuleminen helpottavat tuen vastaanottamista, sillä palvelut voidaan kokea uhkaksi perhe-elämälle, omille tavoille toimia ja itsemääräämisoikeudelle (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2010: 228). Omaishoitajalta ja hoidettavalta tulisi kysyä tarkemmin, miten he voivat ja mitä palveluja perhe todella

tarvitsee. Perheelle tulisi myös kuvata selkeästi muiden palvelujen vaikutus omaishoidon tukeen, jotta he uskaltavat käyttää kotihoitoa ja omaishoidon kotiavustajaa ilman pelkoa tukien menetyksestä.

Kotona asumista tukeviin muihin palveluihin on kiinnitettävä enemmän huomiota. Palveluja pitäisi tarjota ja myös muuttaa joustavasti, sillä tarpeet muuttuvat usein ja jopa äkillisesti. (Shemeikka, Bucher, Pitkänen, Pehkonen-Elmi & Kettunen 2017: 28; Eloniemi-Sulkava & Savikko 2010: 222, 228.) Omaishoitajien palveluja ja neuvontaa kannattaa järjestää ja lisätä kotioloissa. Omaisten jaksamista tukee ajantasainen tieto ikääntyneen terveydentilasta, hoidosta ja ergonomiasta hoidettavaa siirtymisissä avustettaessa (Kan & Pohjola 2012: 283). Lyhytaikaishoidon monipuolistaminen parantaa sijaishoidon tarpeisiin vastaavuutta myös omaishoitotilanteissa (Linnosmaa ym. 2014: 45–46).

Omaishoitajan uupumus tulisi tunnistaa entistä paremmin ja varhemmin. Kaikilla mahdollisilla tavoilla tulisi ehkäistä tilannetta, joka saa omaishoitajan nääntymään velvollisuuksiensa alle. Heti muistisairausdiagnoosin jälkeen omaishoitajille on hyödyllistä suositella omaishoitovalmennusta. Osavuorokautisen lyhytaikaishoidon tai muiden, joustavien lyhyiden sijaisjärjestelyjen lisääminen toisi omaishoitajalle jaksamisen kannalta arvokkaita hengähdystaukoja keskelle arkea. Pidempien lahjaksojen aikana omaishoitajaa voisi tukea osallistumismahdollisuus ohjattuun vertaistukiryhmään.

10.4 Osaaminen ja työn kehittäminen

Lah-yksiköissä tulisi varmistaa, että kaikilla lyhytaikaishoidossa työskentelevillä on riittävä asiantuntemus muistisairauksista ja valmiudet kohdata käytösoireita. Muistisairaana ihmisen kuntoutus edellyttää erityisosaamista, joka sisältää kuntoutujan voimavarojen tunnistamisen ja tukemisen (Savikko, Routasalo ja Pitkälä 2014: 9). Muistisairaiden ikääntyneiden hyvä hoito tarkoittaa käytännössä kuntouttavan työotteen käyttöä kaikessa toiminnassa ja kaikilla elämän osa-alueilla: se ei ole vain yksittäisiä hoitotoimenpiteitä. Aktiivisen elämän mahdollistaminen ja kuntouttava työote ylläpitävät toimintakykyä ja parantavat elämänlaatua. (Mönkäre ym. 2014: 8.)

Muistisairaana ihmisen käytösoireiden ymmärtäminen ja toimintamallit näiden tilanteiden asiakasta arvostavaan käsittelyyn lisäävät samalla henkilöstön pätevyyden kokemusta ja työssä jaksamista. Ymmärrystä ja käytännön työkaluja muistisairaana ihmisen ja hänen

käyttösoireidensa ihmislähtöiseen kohtaamiseen saa esimerkiksi validaatioon perustuvasta TunteVa-toimintatavasta (Kämäräinen 2011 & Onko tänään eilen – TunteVa® - opas muistisairaita hoitaville 2012).

Kuntouttavan työotteen toteuttaminen edellyttää esimiehiltä valppautta varata työhön määrällisesti riittävä ja sisällöltään tarkoituksenmukainen moniammatillinen osaaminen (Laatusuositus... 2017: 23). Kuntouttavan työotteen korostaminen ei vähennä yksiköiden hoitotyön merkitystä. Lyhytaikaishoitoa tarvitseville asiakkaille tärkeä perusta on jatkossakin päivittäisissä toiminnoissa avustaminen, puhtaus, ravitsemus ja asianmukainen lääkehoito. Entistä enemmän pitkäaikaisesti sairaiden ikääntyneiden hyvä hoito ja kuntouttava työote edellyttävät henkilöstöltä vankkaa ammattitaitoa, jotta lyhytaikaishoidolla kyettäisiin tukemaan ikääntyneen kotona asumista (Muurinen 2003: 133).

Ammattilaiset kaipaavat työssään tunnetta, että asioihin voi vaikuttaa ja työtä voidaan kehittää palautteen perusteella. Henkilökunta tulee ottaa mukaan kehittämään lahjaksojen toimintaa asiakaslähtöisemmäksi siten, että uudenlaisia tekemisen tapoja kokeillaan, kehitetään edelleen ja onnistuneiksi havaitut opit jaetaan laajemmin käyttöön. Toimintaa voidaan kehittää esimerkiksi uusien ketterien johtamistapojen avulla, jolloin uusia käytäntöjä kehitetään työn ohessa ja kokeilujen kautta yhdessä oppien. Kehitystyössä henkilöstöä – ja asiakkaita – voidaan osallistaa myös palvelumuotoilun keinoin.

11 Arviot opinnäytetyön toteutuksesta ja tuloksista

11.1 Opinnäytetyön eettiset periaatteet

Perusta tutkimustulosten luotettavuudelle ja käyttökelpoisuudelle on koko tutkimusprosessin huolellinen ja eettisesti kestävä toteutus tutkimuksen suunnittelusta tulosten julkistamiseen saakka. Noudatimme työssä yleisesti hyväksyttyä hyvää tieteellistä käytäntöä ja eettisiä sääntöjä. Olimme työssämme rehellisiä ja huolellisia sekä käytimme eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, analysointi- ja raportointimenetelmiä. Tämä tarkoittaa mm. sitä, että viittasimme asianmukaisesti eri kanavista käyttämiimme lähteisiin, kirjoitimme opinnäytetyömme kaunistelematta tuloksia, mutta tutkittavia suojelevalla ja kunnioittavalla tavalla. (Vilka 2007: 90–91, 164–166.) Tutkimusaihetta taustoittamaan on pyritty löytämään asianmukaiset ja mahdollisimman tuoreet lähteet. Osaan lähteistä ei päästy käsiksi suoraan tai niistä ei ole kirjallista dokumentaatiota; erityisesti lyhytaikaishoitoa Helsingissä koskevia käytäntöjä saatiin suullisesti. Nämä on tuotu lähdeviitteissä esille. Suullisina tiedonantoina viitatut henkilöt saivat myös mahdollisuuden lukea ja täydentää kyseisiä kohtia ennen tulosten julkistamista.

Eettiset valinnat ulottuvat tutkittaviin, tiedeyhteisöön, mahdollisiin yhteistyötahoihin ja tutkimusta tekevien keskinäiseen suhteeseen (Vilka 2007: 90–91). Uusitalo (1998) laventaa tutkijan eettistä vastuuta yhteiskuntaan ja ns. suureen yleisöön. Tulosten väärinkäyttöä tulisi ehkäistä jo ennakkoon. Hän muistuttaa säilyttämään hyvät tutkimuskäytännöt myös toimeksiannosta tutkimusta tehtäessä niin tiedonkeruussa kuin sen raportoinnissakin, vaikka ymmärtää tarpeen suojella organisaatioitakin. Tutkijalla on myös poliittinen vastuu: hän ei voi raportoida vain omia ideologisia näkemyksiä tukevia tuloksia, toisaalta on tarpeen pohtia ennakkoon tulosten käyttöä politiikassa. (Uusitalo 1998: 30–31, 33.) Koska tuloksia oli tarkoitus käyttää ikääntyneiden palvelujen kehittämiseen, koimme sen lisäävän entisestään tarvetta työn vastuuntuntoiseen toteutukseen, jotta toimintaa kehitettäisiin puolueettoman ja asiantuntevasti toteutetun tutkimustiedon pohjalta. Työelämän yhteistyökumppaneilla on kehittämisorientoitunut työote, minkä uskomme kestävän myös kriittiset tulokset.

Tulokset kertovat haavoittuvan ryhmän, ikääntyneiden palveluista. Otimme työssämme vakavasti tutkittavien henkilöiden suojaamiseen liittyvät seikat ja kunnioitimme tutkittavien asiakkaiden tietosuojaa. Olennaista on, että tuotetuista aineistoista ei kukaan ulkopuolinen pysty päättämään, keitä yksityisiä ihmisiä tutkittavat ovat (Kuula 2013: 112). Kerätty tutkimusaineisto ei sisällä asiakkaan nimeä, osoitetta tai henkilötunnusta. Asiakkaiden yksilöintitietona (ns. havaintotunnus) käytettiin tutkimusaineistossa juoksevaa numerointia. Opinnäytetyön tekijöillä ei ollut omaa kontaktia tutkittaviin: Emme tiedä, ketkä olivat toukokuussa lah-jaksoilla. Emme myöskään työskennelleet tutkimuksen toteutus-aikaan Helsingin kaupungin palveluksessa, joten meillä ei myöskään ollut pääsyä asiakas- tai potilastietojärjestelmiin.

Asiakkaita ei lähestytty suoraan, vaan aineisto kerättiin Lah-sijoituspäätöksiä tekeville viranhaltijoilta. Informantit olivat kaupungin työntekijöitä. Vastaajia ei kontaktoitu suoraan, vaan työelämän yhteistyökumppani välitti kyselyn. Vastaajilta ei tiedusteltu henkilökohtaisia kysymyksiä, eikä työn tarkoitus ollut arvioida heidän työnsä tai yksittäisen yksikön työn laatua. Tutkimus kohdentui ensisijaisesti asiakkaiden tyypittelyyn ja palvelun tarpeisiin vastaavuuteen. Vastaajien asiantuntemuksen hyödyntäminen esitestausvaiheessa ja kyselyn tavoitteiden ennakkoinformointi loi luottamusta sekä edisti vastausaktiivisuutta ja laadukkaan aineiston kertymistä. Kyselystä tiedotettaessa ja kyselyn saatekirjeessä tuotiin selkeästi esille tutkimuksen tarkoitus ja tulosten käyttö kehittämistyöhön.

Yksittäisen asiakkaan tunnistettavuutta suojasi myös se, että kyselyssä tiedusteltiin lah-päätöksen saaneista asiakkaista jaksoa ja kotona asumisen muuta tukea koskevia asioita strukturoituina kysymyksinä. Avoimina kysymyksinä tiedusteltiin vain vastaajan käsitystä jakson soveltuvuudesta asiakkaalle, asiakkaiden toiveiden huomioimista ja syytä jakson peruuntumiseen. Taustatietoina koottiin epäsuorina tunnistetietoina ikä, sukupuoli, asumismuoto, toimintakykypisteytys, yleinen terveydentila sekä jakson peruste. Ne oli luokiteltu valmiiksi tai luokiteltiin ja kuvattiin opinnäytetyössä niin, ettei yksittäinen asiakas ole tunnistettavissa (vrt. Vilka 2007: 95–96). Oleellista asiakkaiden tietosuojan kannalta oli myös se, että vastaajat ottivat kantaa käyttämänsä, päätökset sisältävän asiakastietojärjestelmän puitteissa. Heillä ei pääsääntöisesti ole pääsyä asiakkaan tietoja laajemmin sisältäviin tietojärjestelmiin, kuten Effica tai Pegasos.

Tutkimusaineiston kerääminen edellytti tutkimusluvan Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimelta (Helsingin kaupunki 2017h). Tutkimuslupa haettiin huhtikuussa 2017.

Lääketieteelliseltä tutkimukselta edellytetään lisäksi tutkimuseettiseltä toimikunnalta ennakkoarviointia ja lausuntoa (Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 1999/488). Lääketieteestä käytäntö on levinnyt muillekin aloille, vaikka laki ei niiltä edellytä eettistä ennakkoarviointia (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009: 5). Puntaroimme, onko kyselymme psyykkiseen koskemattomuuteen puuttumista. Käytyjen keskustelujen pohjalta eettistä ennakkoarviointia tai asiakkaiden suostumuksen tiedustelua ei tarvittu, koska kyse oli kyselytutkimuksesta, jossa ei syntynyt vuorovaikutusta suoraan asiakkaiden kanssa (emt.: 20). Asiakkaita ei haastateltu tai heiltä ei mitattu esimerkiksi toimintakykyä. Emme myöskään tutkineet yksittäisiä asiakkaita, vaan lyhytaikaishoidon kokonaisuutta.

Sosiaali- ja terveystoimen tutkimuslupaamme sisällytettiin mahdollisuus tehdä syventäviä haastatteluja kyselyyn vastanneille tai muille lah-toiminnan kannalta relevanteille Helsingin kaupungin työntekijöille. Tätä optiota ei kuitenkaan käytetty, koska aineistosta tuli muutenkin muhkea. Opinnäytetyöstä laadittiin Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimen kanssa yhteistyösopimus. Siinä sovittiin työnjako aineiston keräämisessä sekä aineiston säilytystä, salassapitoa ja oikeuksia koskevat kysymykset. Opinnäytetyön valmistuttua tutkimusaineisto hävitetään. Tutkimusluvassa sitouduimme pitämään salassa tutkimusta laadittaessa saamamme luottamukselliset tiedot (ks. Helsingin kaupunki 2017h).

Eettiset valinnat ulottuvat myös siihen, miten tutkimuskohteista puhutaan. Ikääntyneistä nostetaan julkisessa keskustelussa esille usein kielteisiä, ongelmalähtöisiä piirteitä. Yksi tapa käsitellä vanhuutta on haavoittuvuus. Vanhuudessa toimintakyvyn heikkeneminen, sairaudet, muutokset ja menetykset tekevät ikääntyvistä erityisen haavoittuvia. Käsite tarkoittaa, että joko ihmistä on helppo loukata tai hän on altis loukkaantumaan fyysisesti, psyykkisesti tai sosiaalisesti. Ihminen on silloin hauras ja puolustuskyvytön. Erityisen haavoittuvia ikääntyneitä ovat muistisairaat, liikuntarajoitteiset ja masentuneet ihmiset. (Sarvimäki, Stenbock-Hult & Heimonen 2010: 5–6.) Toinen tapa käsitellä ikääntyneitä on keskittyä ihmisen jäljellä oleviin voimavaroihin. Työorientaationa voimavaralähtöisyyttä kaivattaisiin lisää. Aktiivisuuden ylikorostaminen synnyttää kuitenkin kahtiajakautuneen käsityksen ikääntyneistä: joko he ovat yltiöaktiivisia teräsvaareja tai raihnaisia vuodepotilaita (Pietilä & Saarenheimo 2017: 7–10).

Tutkimusongelmana oli hahmottaa asiakastyyppejä. Pohjola (2003) muistuttaa, että tyyppittelyt kuvaavat asiakkaita pelkistämällä ja yhdenmukaistamalla heidät. Tyyppittelyn tuottamien luokkien, kuten tutkimusaineiston muidenkin luokittelujen, nimeämisessä pyrittiin

olemaan sensitiivisiä, jotta vältettäisiin sosiaalitutkimukselle tavanomaiset “ongelmankantajien lajityypit”. Nimikkeet leimaavat helposti varsinkin marginaalissa olevia ja ruokivat itsensä toteuttavaa tulevaisuutta. (Pohjola 2003: 64–65.)

Tästä tietoisina käytimme gerontologista ajattelutapaamme hiertäviä käsitteitä *muistisairaat (ihmiset)* ja *käytösoireet*, jotta teksti olisi ensisijaiselle kohderyhmälle ymmärrettävämpää ja linkittyisi suoremmin käyttämäämme kirjallisuuteen. Toisaalta ikäänntyneiden palvelut on rakennettu ehkäisemään tai kompensoimaan fyysisen, psyykkisen tai sosiaalisen toimintakyvyn puutteita. Tutkijan verbaalisia taitoja haastaa tällöin tarve tasapainotella ilmeisten pulmien riittävän selkokiehisen esille nostamisen sekä tutkittavien ihmisten ainutlaatuisuuden ja voimavarojen ilmentämisen välillä. On kuitenkin muistettava, ettei tätä opinnäytetyötä olisi tehty ilman työelämän yhteistyökumppanin tarvetta kehittää lyhytaikaishoitoa. Tulokset hyödyttävät siten Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimen ja sen henkilökunnan lisäksi suoraan asiakkaita ja heidän omaisiaan tarpeisiin paremmin vastaavina palveluina.

11.2 Tutkimusprosessin toteutus

Opinnäytetyöprosessi on ollut vuoden kestänyt, silti vauhdikas matka ensimmäisestä ideasta työn valmistumiseen. Toteutusympäristökin on samassa ajassa muuttunut niin nopeasti, että taustoittavia tekstejä on jouduttu työstämään useaan otteeseen. Tutkimusasetelmaan ja kyselyn laatimiseen käytetty aika tuntui aikanaan pitkältä, mutta sen arvo on avautunut täysimittaisesti analyysivaiheessa: työ perustuu määrällisesti laajaan ja sisällöltään mielekkääseen kokonaisuuteen.

Opinnäytetyöntekijöiden suurin kasvu lienee tapahtunut kärsimättömyyden voittamisessa: tutkimusideaa muotoiltiin opinnäytetyön tekijöiden, ohjaajien ja työelämän kumppaneiden kanssa moneen kertaan. Tämä synnytti kuitenkin luottamusta ja hyvän keskusteluyhteyden työelämän kumppaneiden kanssa. Yhteyttä pidettiin säännöllisesti koko prosessin ajan, ensi-ideoinnista työn julkistamiseen saakka. Pyrimme toimimaan joustavasti: joudutimme opinnäytetyön aineistonkeruuta ja analysointia, jotta tulokset olisivat käytettävissä ajoissa Helsingin vanhuspalveluja kehitettäessä.

Työn aikataulu oli napakka, mutta mahdollinen toteuttaa kahden opiskelijan työpanoksella ja aikaisemman, tehtävän suorittamista tukevan pitkän työkokemuksen avulla. Kes-

keinen työn toteuttamista ohjaava seikka oli huolellinen ja kokemukseen pohjautuva tutkimusprosessin aikataulut. Opinnäytetyön tekstit ja analyysit valmistuivat vaiheittain, mikä helpotti työhön keskittymistä ja joudutti sen valmistumista. Opinnäytetyön eri vaiheissa käytettiin kummankin opiskelijan osaamista. Tulosten analysointivastuista sovittiin jouhevasti työn edetessä. Pidimme säännöllisesti yhteyttä sähköisin välinein ja henkilökohtaisissa tapaamisissa. Tavoitteena oli mahdollisimman tasapuolinen työnjako. Lisäresurssia saimme työelämän yhteistyökumppanilta sisältö- ja tutkimusasiiantuntemuksen sekä kyselyn välittämisen muodossa. Työn etenemiseen ja yhteistyökumppanin tarpeisiin rytmitetyt kokoukset jäntevöittivät työprosessia, sillä valmistelimme joka kokoukseen uusia aineistoja. Työssä hyödynnettiin oppilaitoksen asiantuntemusta ja monipuolista ohjausta.

Pidämme prosessia ja opinnäytetyötämme onnistuneena. Työn etenemiselle on ollut tärkeää keskinäinen tuki, sitoutuminen työn suunnitelmalliseen edistämiseen ja aito kiinnostus ikääntyneiden palvelujen kehittämiseen. Työn toteutustapaa ja sisältöä emme karttuneella tietämykselläkään muuttaisi merkittävästi, rajoittaahan etenemistä käytännössä tekijöiden ja yhteistyökumppaneiden muut toimet ja ajankäyttömahdollisuudet. Mikäli muut samanaikaiset opinnot olisivat mahdollistaneet, olisimme voineet työstää ennen aineistonkeruuta laajemmin taustoittavia osuuksia ja tavata lisää alan asiantuntijoita esiyymmärryksen laajentamiseksi. Yksittäisiä kyselyn kysymyksiä olisi voinut muotoilla toisin. Tarkentavia kysymyksiä esimerkiksi toimintakyvystä vastaajilta ei olisi kuitenkaan ollut juuri mahdollisuutta tiedustella, sillä heillä ei ollut suoraan näitä tietoja käytettävissä.

Suurimmat riskit opinnäytetyön läpiviemisessä olivat työn liiallinen laajeneminen ja tiukka aikataulu. Tuloksia analysoitaessa näkökulmia lisätarkasteluille avautui lukuisiin suuntiin, ja meidän oli ajoittain vaikeaa irrottautua näiltä vietteleviltä harhapoluilta. Tässä auttoi keskinäinen reflektointi, ohjauksen hyödyntäminen ja käsittelyn palautus valittuihin tutkimusongelmiin. Tarkastelusta myös tiputettiin kokonaisuuteen nähden irrallinen yksikkökohtainen osuus. Toisaalta aineiston tarkastelu monista näkökulmista paljasti yhteenkietoutuvia, toisiaan tukevia havaintoja, jolloin nämä sivupolut paikoin jopa helpottivat kokonais kuvan syntymistä. Opinnäytetyö oli oppimisprosessi. Se mahdollisti käsitellyn teeman syvällisen haltuunoton ja loi synteesin lukuisista aiemmin opinnoissa käsitellyistä sisällöistä.

11.3 Tulosten laatu ja luotettavuus

Tutkimuksen on tarkoitus tuottaa uutta tietoa, jonka avulla kehitetään toimintaa tai ymmärretään tutkittua asiaa aiempaa paremmin. Tulosten hyödynnettävyyden kannalta tulosten laatua arvioidaan tulosten luotettavuuden, yleistettävyyden ja käytettyjen muuttujien selitysvoiman avulla. (Erätuuli ym. 1994: 17–19.) Määrällisen tutkimuksen luotettavuus nojaa validiteettiin ja reliabiliteettiin, joiden pohjalta voidaan arvioida koko tutkimuksen luotettavuutta. Validi tutkimus kertoo siitä, että on mitattu tutkimusongelman kannalta oikeita asioita. Tämä edellyttää, että tiedontarpeet on kyetty operationalisoimaan sisällöltään tarkoituksenmukaisesti ja arkikielelle ymmärrettävästi. (Vilka 2007: 149, 150–151.) Reliabiliteetilla tarkoitetaan puolestaan pysyvyyttä eli sitä, että eri tutkijat päätyvät samaan tutkimustulokseen käytetyllä menetelmällä. Toisin sanoen tuotettu tieto ei ole sattumanvaraista. (Vilka 2007: 149.)

Satunnaisvirhettä voi syntyä siitä, että vastaaja muistaa asiat väärin, ymmärtää kysymyksen toisin kuin on tarkoitettu tai tallennusvaiheessa tapahtuu lipsahdus (Uusitalo 1998: 84). Satunnaisvirheitä vähensi tässä tutkimuksessa se, että kyselyyn rakennettiin kysymysvaihtoehdoille ns. alasvetolaatikot ja kyselyn aineisto kertyi valmiiksi Excel-tiedostona, jolloin vastauksia ei tarvinnut tallentaa erikseen (Valli & Perkkilä 2015: 110). Vastaajat ovat suhteellisen homogeeninen joukko, sosiaalialan ammattilaisia, joiden voi olettaa ymmärtävän kysymykset yhtenäisesti. He myös pystyivät tarkistamaan asiakasta koskevat tiedot hiljattain itse tekemistään lyhytaikaishoidon päätöksistä.

Validiteettia arvioidaan kuvaamalla, miten onnistuneita teoreettisten käsitteiden operationalisoinnit, kysymysten ja vastausvaihtoehtojen sisällöt ja muotoilut sekä asteikkojen toimivuus ovat, ja ilmeneekö kyselyssä epätarkkuuksia (Vilka 2007: 150). Validiteettia vahvistettiin varaamalla riittävän pitkä aika kyselyn laatimiseen ja pyytämällä kyselyyn asiantuntijakommenteja ja esitestausvastauksia. Palautteita saatiin lyhytaikaishoitoon syvällisesti perehtyneiltä työelämän yhteistyökumppaneilta, ohjaavalta opettajalta sekä vastaajina itsekin toimivilta lah-koordinaattoreilta. Esitestausvastauksesta saatiin palautetta mm. vastausvalikoiden toimivuudesta. Palautteet otettiin huomioon ja ne paransivat kysymysten muotoilua ja kohdentumista. Operationalisoinnissa hyödynnettiin asiantuntijanäkemyksen ohella aiempia lyhytaikaishoitoa koskevia tutkimuksia siinä määrin kuin se oli käytetyn menetelmän ja vastaajien kannalta mahdollista (Erätuuli ym. 1994: 105–106). Haasteellisinta oli ammattilaisilta vastauksia kysyttäessä operationalisoida

sitä, miten lyhytaikaishoito palvelee asiakkaiden tarpeita. Tilanne ratkaistiin hyödyntämällä sekä määrällisiä että laadullisia arvioita, jolloin vastaajat pystyivät tuomaan monipuolisesti esille alan vankkaan asiantuntemukseen perustuvia näkemyksiään.

Aineiston virheettömyyttä arvioitiin ennen analyysin aloittamista (Vilka 2007: 150). Koko aineistosta tarkistettiin ja korjattiin epä johdonmukaiset vastaukset. Vaikeimmaksi osoittautui MMSE-pistemäärä, johon oli ohjeesta huolimatta kirjattu kahta vuotta vanhempia tuloksia. Pisteytystä ei juuri käytetty analyyseissa. Analyysivaiheessa tuli esille, että joi-tain kysymyksiä olisi voinut muotoilla toisin – tai tarkentaa asiaa toisella kysymyksellä. Esimerkiksi moniammatillisen arvion hyödyllisyyden tulkintaa olisi syventänyt tieto, onko asiakkaalle jo tehty moniammatillinen arvio ja kuinka kauan aiemmin se oli tehty. Tosin kaikilla vastaajilla ei välttämättä olisi ollut mahdollisuutta vastata tähän. Laajoista avoimista kysymyksistä palvelujen ja tarpeiden yhteensovittamista sekä asiakkaan kotona pärjäämisen muuta tukea koskevat kysymykset osoittautuivat vastaajien kannalta liian samankaltaisiksi. Nämä kysymykset tukivat kuitenkin toisiaan ja vahvistivat analyysissa kuvaa siitä, mitä vastaajat pitivät tärkeänä. Vastausten samankaltaisuus kertoo myös siitä, että ongelmat eri yksiköissä ovat hyvinkin samankaltaisia.

Tulosten yleistettävyys

Reliabiliteettia arvioitiin jo tutkimusprosessin aikana. Lähtökohtana on, miten hyvin kerätty aineisto, yleisimmin otos, edustaa perusjoukkoa. Kyselyssä sitä voidaan testata tiedustelemalla samaa asiaa kahdella eri tavalla, jolloin vastausten yhdenmukaisuus voidaan tarkistaa korrelaatiokertoimella. Tulosten tulkinnassa ja niitä yleistettäessä tulee puolestaan muistaa, että mittaustulokset ovat päteviä tietyssä ajassa ja paikassa. (Vilka 2007: 149.) Kyselymme pyrittiin vastaajien motivoimiseksi pitämään kohtuullisen pituisena, joten kysely ei sisällä useita samaa asiaa mittaavia kysymyksiä. Vastausten johdonmukaisuutta pystyttiin kuitenkin arvioimaan mm. vertaamalla jaksoa koskevia kysymyksiä keskenään tai esimerkiksi jakson myöntämisperustetta omaishoidossa oleviin asiakkaisiin. Näiden perusteella vastaajat olivat ottaneet kantaa kysymyksiin varsin johdonmukaisesti.

Tutkimuksen tavoitteena oli ajantasaisen kokonaiskäsityksen muodostaminen lyhytaikaishoidon ikääntyneistä asiakkaista. Asiakkaita ei lähestytty siksi suoraan esimerkiksi haastatellen. Tavoitteen saavuttamiseksi päädyttiin kokoamaan verkkokyselyllä mahdollisimman kattava poikkileikkausaineisto, joka kuvaisi laajemmin lyhytaikaishoitoa. Aineistonkeruumenetelmäksi valittiin nopeasti ison vastausmäärän tuottava menetelmä, sillä

tulokset tarvittiin ripeästi käyttöön, jotta ne hyödyttäisivät kaupungin vanhuspalvelujen akuutteja kehittämistarpeita. Menetelmä toimi hyvin tällä vastaajajoukolla ja tähän tarkoitukseen. Kokonaistutkimusotteella pystyimme myös osoittamaan joitakin aiempien selvitysten esille nostamia havaintoja marginaalisiksi.

Toukokuussa lyhytaikaishoidon jakson lopettavista asiakkaista kerätty aineisto edustaa asiantuntijanäkemyksen mukaan hyvin Helsingin kaupungin lyhytaikaishoitoa. Muista ajankohdista poikkeavat kuukaudet, jolloin on juhlapyhiä, kuten joulukuusi ja pääsiäinen. Toukokuussa vastaajat olivat vielä tavoitettavissa ennen vilkkainta kesälomakautta ja aineisto saatiin koottua napakassa aikataulussa. Kuukauden ajalta aineistoa kertyi riittävän suuri määrä, jotta se edustaa koko vuoden asiakkaita ja että siitä pystyttiin laatimaan tarkasteluja tilastollisin menetelmin.

Kokonaistutkimuksen kattavuuden haasteeksi ennakoitiin peruuntuvat, keskeytyvät ja uudelleen täytettävät jaksot. Lisäksi jaksottaishoitoasiakkailta on päätös kuukautta pidemmälle ajanjaksolle, joten vastaajia ei voinut ohjeistaa vastaamaan toukokuun päätösten pohjalta. Tutkimus kohdennettiin toukokuussa päättyneisiin lah-jaksoihin. Näin tavoitettiin kaikki tietyn ajanjakson asiakkaat yhteismitallisesti ja lyhyessä ajassa. Rajaus tarjosi vastaajille selkeän kriteerin ja kohtuullisesti vastaamiseen käytettyä työpanosta.

Arvio vastauskadosta

Reliabiliteettia arvioitiin aineistonkeruun päätyttyä aineiston kadon perusteella (Vilkkala 2007: 150). Ennakoon vastausten katoa pyrittiin vähentämään kyselystä esimiehille tiedottamalla, hyvin muotoillulla kyselyn saatekirjeellä ja vastausten karhuamisella. Vastanneille luvattiin tietoa tuloksista tutkimuksen valmistuttua.

Kerätty tutkimusaineisto kertoo 465 asiakkaan toukokuussa päättyneestä lyhytaikaishoidon jaksosta. Päättyneiden jaksosten kokonaismäärä ei ollut tiedossa, joten spesifiä vastausprosenttia ei pystytty laskemaan. Puuttuvia jaksosia eli katoa arvioitiin välillisesti, vastaamatta jättäneiden työntekijöiden ja päättyneiden jaksosten arvioidun kokonaismäärän näkökulmasta. Kyselyn saaneista 60 vastaajasta 54 vastasi kyselyyn. On mahdollista, että vastaamatta jättäneillä ei ollut tiedusteltuja lah-päätöksiä. Yksittäisissä tapauksissa toinen työntekijä oli vastannut päätöksentekijän sijaan kyselyyn.

Kertyneen aineiston määrää verrattiin ennakoarvioon lah-paikkojen käyttöasteesta, työelämän yhteistyökumppanin keräämien lyhytaikaishoidon hoitoyhteenvetojen määrään

ja Helsingin kaupungin sisäiseen tilastointiin. Kuukauden asiakasmääräksi arvioitiin enakkoon 2–2,5-kertaa asiakaspaikat, eli 426–533 ikäihmistä (Rautio 2017). Tavoitettu vastausmäärä asettuu tähän hyvin: se on 2,2-kertainen 213:een lah-paikkaan nähden.

Työelämäkumppani kokosi omaan käyttöönsä toukokuun hoitoyhteenvedot. Niiden avulla verrattiin suuntaa-antavasti yksikkökohtaisia vastausmääriä, kun vastausten määrä alitti kaksinkertaisen täyttöasteen (5 yksikköä). Näissä tapauksissa hoitoyhteenvetoja oli muutama enemmän.

Helsingin kaupungin tilastointi ei sisällä suoraan tietoa päättyvistä jaksoista. Vuoden 2016 lah-asiakkaiden kokonaismäärä oli 2725 ja palveluseteliasiakkaita oli heistä yhdeksän (Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimi, tilastopalvelut 2017 c-d). Toukokuussa 2017 oli yhteensä 714 lah-asiakasta (Soini 2017). Määrä sisältää kuitenkin päättyneiden jaksoiden ohella toukokuussa alkaneet ja kesäkuulle ulottuvat jaksot, sekä palvelusetelillä hankittavat paikat, jotka rajattiin pois aineistonkeruusta. Mikäli palveluseteleiden käyttö arvioidaan yhtä suppeaksi kuin aiemmin ja toukokuun jälkeen päättyvien jaksoiden määräksi paikkojen kokonaismäärä, puuttuu kolmisenkymmentä vastausta. Kyselyllä on tavoitettu siis erittäin hyvin toukokuussa päättyneellä lyhytaikaishoitajaksolla Helsingin kaupungin omissa ja ostopalveluissa olleet asiakkaat. Aineisto on edustava ja siitä voidaan tehdä laajemmin lyhytaikaishoitoa koskevia päätelmiä.

Vastaajat ja tulosten hyödyllisyys

Tutkimuksen kokonaisluotettavuutta arvioidaan edellisten lisäksi valitun vastaajajoukon, analyysimenetelmän, tulosten uutuuden ja hyödyllisyyden sekä koko tutkimusprosessin huolellisen toteuttamisen kannalta (Vilka 2007: 152–153). Tutkimuksen suunnitteluvaiheessa tehtiin yhdessä työelämän kumppanin kanssa tietoisia rajoituksia. Tulokset perustuvat sijoituspäätöksen lah-jaksosta tekevien vastauksiin, minkä tiedettiin jossain määrin rajoittavan sitä, miten yksityiskohtaisia kysymyksiä vastaajille voidaan esittää. Vastaajien käytössä on pääsääntöisesti yksi asiakastietojärjestelmä, jossa ei ole esimerkiksi kotihoidon tai lyhytaikaishoidon asiakaskirjauksia mukana. Kaikilla päätöksentekijöillä ei ole myöskään henkilökohtaista kontaktia lah-asiakkaisiin.

Tulosten luotettavuutta voi heikentää myös ns. systemaattinen virhe, joka johtuu aineiston vinoudesta tai vastaajien asioiden kaunistelusta (Vilka 2007: 153). Kukin vastaaja

otti kantaa 1–21 asiakkaan lyhytaikashoidon jaksoon, joten joidenkin vastaajien näkemykset korostuvat. Vastaajia ja jaksokuvauksia on kuitenkin määrällisesti paljon, mikä tasoittaa näkemyksiä. Kysely koostui pääosin faktatiedoista, eivätkä kysymykset kohdistuneet vastaajaan henkilönä. Ainoastaan muutamat kysymykset kartoittivat vastaajan mielipiteitä. Mukaan lisättiin mielipiteeseen perustuvissa kysymyksissä en osaa sanoa -vaihtoehto, jolloin ne, joilla ei ole kysytystä asiasta tietoa, eivät vastaa kysymykseen (Kananen 2014: 149). Tämän vuoksi on oletettavaa, ettei vastauksiin sisälly juurikaan vastaamistavasta johtuvaa systemaattista virhettä.

Kysymysmuotoiluja, vastausvaihtoehtoja ja saatuja tuloksia punnittiin monipuolisesti ja avoimesti koko tutkimusprosessin ajan. Niitä refleктоitiin myös työelämän kumppanien kanssa. Tutkimusprosessin toteuttamiseen otetaan kantaa luvussa 11.1. Käytetyt analyysimenetelmät valittiin huolella kyselyn muuttujien mitta-asteikkojen mukaisesti. Tuloslukujen alaviitteissä ja osin liitteessä on esitelty käytettyjä muuttujia ja tarkat jakaumatiedot, jotta lukija voi halutessaan muodostaa asiasta oman tulkintansa. Menetelmät on perusteluineen kuvattu luvussa 6.4.

Survey-tutkimuksia epäillään usein sosiaalitutkimuksessa kapeiksi ja ihmisten moninaiset elämäntilanteet latistaviksi. Tälle lienee monissa kyselyyn pohjautuvissa tutkimuksissa perusteita. Tematiikkaan ennakkoon perehtymällä ja kysymysten huolellisella valmistelulla pystytään kuitenkin laventamaan vastausten tuottamaa kirjoa ja niiden kykyä kuvata todellisuutta. Vahvuutena on, että tuloksista voi vetää koko vastaajajoukkoa koskevia päätelmiä – ovathan kaikki vastaajat ottaneet kantaa yhdenmukaisesti kysymyksiin.

Käsillä olevassa työssä rikastimme ymmärrystä aiheesta avoimilla kysymyksillä. Avovastauksia saatiin lukumääräisesti paljon, joten vastauksista pystyi havaitsemaan samankaltaisuuksia ja tekemään luokitteluja. Tulosten tulkinnassa oli oleellista tutkimusongelmiin vastauksia etsiessä palata koko tutkimusaineistoon – kvantitatiivisiin ja kvalitatiivisiin osuuksiin. Kumpikin yksinään olisi kertonut vain tietyn tarinan lyhytaikashoidosta ja ikääntyneistä asiakkaista: prosenttiosuudet tarkan tiedon tietystä temasta kerrallaan tai kenties liiankin myönteisen kuvan palvelun toimivuudesta – laadullinen aineisto puolestaan rönsyilevän ja paikoin kokonaisuuteen peilattuna tarpeettoman kärkevän näkymän helsinkiläisvanhusten palveluihin ja elämään. Molempia aineistoja rinnakkain tarkastelemalla pääsimme hyvin käsiksi varsinkin asiakkaiden monisyyisiin elämäntilanteisiin ja palvelutarpeisiin.

Tulokset nostivat esille uusia näkökulmia, lisätutkimustarpeita ja jo aiemmissa Helsingin lyhytaikaishoitoa koskevissa tutkimuksissa ja selvityksissä esille tulleita tuloksia. Tämä kertoo siitä, että opinnäytetyömme on tuottanut lyhytaikaishoidosta relevanttia tietoa. Koska tuloksista avautuu useita näkökulmia laajemmin ikääntyneiden palveluihin, esimerkiksi omaishoitoon ja kotihoitoon, on niitä tarkoitus käsitellä teemakohtaisesti eri kanavissa. Viime kädessä tulosten hyödyllisyys punnitaan siinä, voidaanko niitä käyttää apuna sosiaali- ja terveystoimen kehittäessä palvelujaan.

11.4 Jatkotutkimusehdotukset

Tutkimusaineiston analysointi synnytti lukuisia uusia kysymyksiä, joihin ei tässä yhteydessä ollut mahdollista paneutua tai joihin kerätty aineisto ei antanut suoraan vastausta. Uudet näkökulmat kytkeytyvät neljään teemaan: asiakkaiden ja omaisten omat kokemukset, omaishoitajien tukeminen, haluttomuus käyttää palveluja ilmeisestä tarpeesta huolimatta sekä lyhytaikaishoito osana vanhuspalveluja.

Lyhytaikaishoitoa tarkasteltiin tässä tutkimuksessa työntekijöiden näkökulmasta. Erityisesti tarpeeseen vastaavuudesta saisi uutta tietoa haastatteleamalla riittävän monta, esimerkiksi tuloksissa esiteltyjä eri asiakassegmenttejä edustavaa ikäihmistä. Näin selkiytyisi, miten asiakas tai hänen omaisensa itse kokee olevansa osallinen saamassaan palvelussa: onko hän voinut omasta mielestään vaikuttaa sijoituspaikkaan, kokiko hän tulleen kuulluksi, otettiin hänen tarpeensa huomioon ja miten hän kokee lyhytaikaishoidon vaikuttavan toimintakykynsä.

Tuloksissa ilmeni jossain määrin asiakkaiden tai omaisten haluttomuutta ottaa vastaan lyhytaikaishoitopaikkaa tai omaishoitajan tueksi suunniteltua muuta apua, kuten kotihoitoa. Tässä jäi askarruttamaan, miten asiakkaiden ja omaisten tarpeet ja lyhytaikaishoidon toiveet on kartoitettu. Missä määrin on kyse vuorovaikutuksen vähyydestä ja sitä myöten puuttuvasta luottamuksesta tai tiedon puutteesta? Palvelujen torjumisen syistä on käytettävissä työntekijöiden asiakastyökokemukseen perustuvia arvioita. Asiakkaiden haastattelut helpottaisivat kuitenkin käytännönläheisten ratkaisujen löytämistä näihin tilanteisiin ja siten asiakkaita myös tältä osin paremmin palvelevan palvelukokonaisuuden rakentamista. Jos tarpeet ja palvelut eivät kohtaa, niin pohdinnan arvoista on myös se, millaisia palveluja puuttuu palveluvalikoimasta.

Lyhytaikaishoidon tulisi olla tavoitteellista ja kuntouttavaa. Jakson vaikutuksia ei tarkasteltu kyselyssä, sillä se ei kuulunut tutkimusongelmiin. Toisaalta on avoinna, missä määrin esimerkiksi tämän kyselyn vastaajille, lyhytaikaishoitojakson sijoituspäätöksen tehneille, käytännössä välittyy jakson toteutumisesta tietoa, esimerkiksi hoitoyhteenvetoja. Tästä näkökulmasta olisi tarpeellista selvittää, missä määrin lyhytaikaishoidossa sovelletaan kuntouttavaa työtettä ja miten jakso vaikuttaa ikääntyneen toimintakykyyn. Seurataanko vaikutuksia asiakaskohtaisesti? Lyhytaikaishoidon kuntouttava vaikutus on erityisen tärkeä omaishoitajille: kun ikääntyneen aktiivisuutta tuetaan jaksolla kykyjen mukaan, voi omainen levätä huolehtimatta hoidettavasta ja kotiin palaa jopa aiempaa virkeämpi hoidettava. Tämä kannustaisi käyttämään lyhytaikaisjaksoja omaishoitajan jaksamisen tukena. Entäpä mikä on sosiaalisen kuntoutuksen osuus lah-jaksoilla ja miten sitä voisi tuoda mukaan enemmän?

Merkitykselliset jatkotutkimusaiheet riippuvat lopulta siitä, miten lyhytaikaishoitoa kehitetään nykytilanteesta eteenpäin, osana muita vanhuspalveluja. Tällöin tärkeäksi näkökulmaksi nousee kokonaisasiakkuus. Sitä voisi purkaa näkyväksi kuvaamalla palveluprosesseja ja pohtimalla esimerkiksi palvelumuotoilun keinoin työryhmissä lyhytaikaishoidon jaksoja osana palvelurkokokonaisuutta. Jos asiakkaan ajatellaan olevan keskiössä, kokonaisasiakkuusajattelu kannustaa miettimään, miten ikääntyneen helsinkiläisen polku eri palveluissa kulkee mahdollisimman jouhevasti siten, että hänen tarpeensa tulevat kuulluksi, huomioiduksi ja toteutetuksi mahdollisimman yksilöllisesti ja oikea-aikaisesti.

Lähteet

Aalto Anna-Mari; Vehko, Tuulikki; Sinervo Timo; Sainio, Salla; Muuri, Anu; Elovainio, Marko & Pekurinen, Markku 2017. Terveysthuollon asiakaslähtöisyys. Tutkimuksesta tiiviisti 2017: 12. Helsinki: Terveysthuollon ja hyvinvoinnin laitos. Saatavana verkossa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134728/URN_ISBN_978-952-302-880-7.pdf?sequence=1>. Luettu 18.9.2017.

Ala-Nikkola, Merja & Sipilä, Jorma 1996. Yksilökohtainen palveluohjaus – uusi ratkaisu palvelujen yhteensovittamisen ikuisiin ongelmiin. Teoksessa Anna Metteri (toim.) Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Helsinki: Sosiaalityöntekijäin liitto & Edita.

Ala-Nikkola, Merja & Valokivi, Heli 1997. Yksilökohtainen palveluohjaus käytäntönä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Ala-Nikkola, Merja & Valokivi, Heli 1996. Yksilökohtaisesta palveluohjauksesta apua tehokkuuden ja laadun ristikkäispaineissa kamppaileville sosiaalipalveluille. Sosiaaliturva.

Eloniemi-Sulkava, Ulla & Savikko, Niina 2010. Käyttösoireista kärsivän muistisairaana ihmisen hyvinvoinnin ja mielenterveyden tukeminen. Teoksessa Gerontologinen hoitotyö 2010. Voutilainen, Päivi & Tiikkainen, Pirjo (toim.). Helsinki: WSOYpro Oy. 1.–2. painos. 232–246.

Eronen, Anne 2016. Hyvää hoitoa – entä kuntouttava ote? Ikäihmisten hoito LAH-osastolla noviisin silmin. Harjoittelun loppuraportti. Helsinki: Metropolia ammattikorkeakoulu.

Erätuuli, Matti; Leino, Jarkko & Yli-Luoma, Pertti 1994. Kvantitatiiviset analyysimenetelmät ihmistieteissä. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Hakala, Paula 2015. Ikääntyneiden ravitsemus. Terveyskirjasto. Kustannus Oy Duodecim. Saatavana osoitteessa: <https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01086>. Luettu 17.9.2017.

Hammar, Teija & Luoma, Minna-Liisa n.d. Ikääntyneet. Saatavana osoitteessa: <<https://www.thl.fi/documents/2616650/2646346/ik%C3%A4%C3%A4ntyneiden+palvelut.pdf/9ecd3c0f-d7ad-4769-8391-da0b9272db45>>. Luettu 15.9.2017.

Hammar, Teija 2016. Neuvonta – palveluohjaus – seuranta & koordinointi. Keskitetty alueellinen palvelu- ja asiakasohjauksen toimintamalli (KAAPO). Alustus 6.10.2016 RAI-seminaarissa. Helsinki. Saatavana osoitteessa: <<https://www.slideshare.net/THLfi/neuvonta-palveluohjaus-koordinointi-seurantakeskitetty-alueellinen-asiakas-ja-palveluohjauksen-toimintamalli-kaapo>>. Luettu 12.8.2017.

Heimonen, Sirkkaliisa 2010. Muistisairaiden ihmisten haavoittuvuus. Teoksessa: Vanhuus ja haavoittuvuus. Sarvimäki, Anneli; Heimonen, Sirkkaliisa & Mäki-Petäjä-Leinonen, Anna (toim.) Helsinki: Edita Publishing. 60–89.

Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimi, tilastopalvelut 2017a. Päivätoiminnan asiakkaat vuonna 2016. Poiminta 18.1.2017.

Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimi, tilastopalvelut 2017b. Vanhusten palvelukeskusten asiakkaat vuonna 2016. Poiminta 26.10.2017.

Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimi, tilastopalvelut 2017c. Lyhytaikainen laitosauminen vuonna 2016. Poiminta 26.10.2017.

Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimi, tilastopalvelut 2017d. Lyhytaikainen palveluasuminen 2016. Poiminta 17.1.2017.

Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimi, tilastopalvelut 2017e. Lyhytaikaishoito palveluasumisessa palvelusetelillä 2016. Poiminta 27.10.2017.

Helsingin kaupunki 2017a. Omaishoidon tuen myöntämiskriteerit yli 18-vuotiaille 1.2.2017 lukien. Sosiaali- ja terveysvirasto. Saatavana osoitteessa: <<http://www.hel.fi/static/sote/omaishoito/vamty/kriteerit-yli-18-vuotiaat.pdf>>. Luettu 24.3.2017.

Helsingin kaupunki 2017b. Maailman toimivin kaupunki: Kaupunkistrategia 2017–2021. Päivitetty 13.9.2017. Saatavana osoitteessa: <<https://www.hel.fi/Helsinki/fi/kaupunki-ja-hallinto/strategia-ja-talous/kaupunkistrategia>>. Luettu 24.9.2017.

Helsingin kaupunki 2017c. Sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalvelut. Päivitetty 12.10.2017. Saatavana osoitteessa: <<https://www.hel.fi/sote/fi/esittely/organisaatio/skh>>. Luettu 27.10.2017.

Helsingin kaupunki 2017d. Palvelukeskustoiminta. Päivitetty 18.10.2017. Saatavana osoitteessa: <<https://www.hel.fi/helsinki/fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/ikaantyneiden-palvelut/palvelukeskukset/>>. Luettu 20.10.2017.

Helsingin kaupunki 2017e. Kotihoito tukee kotona asumista. Saatavana osoitteessa: <<http://www.hel.fi/www/Helsinki/fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/ikaantyneiden-palvelut/kotihoito/>>. Luettu 22.3.2017.

Helsingin kaupunki 2017f. Tukipalveluja yli 65-vuotiaan omaishoitajille. Saatavana osoitteessa: <<http://www.hel.fi/www/helsinki/fi/kaupunki-ja-hallinto/hallinto/palvelut/palvelukuvaus%26current=true%26id=2933>>. Luettu 24.3.2017.

Helsingin kaupunki 2017g. Ikääntyneiden lyhytaikainen laitoshoido. Saatavana osoitteessa: <<http://www.hel.fi/www/sote/fi/palvelut/palvelukuvaus?id=3247>>. Luettu 3.2.2017.

Helsingin kaupunki 2017h. Tutkimusluvut. Saatavana osoitteessa: <<http://www.hel.fi/www/sote/fi/paatoksenteke/tutkimus-ja-kehittamishankeluvat/tutkimusluvut/tutkimusluvut>>. Luettu 6.3.2017.

Helsingin kaupunki 2014. Ikääntyvistä huolehditaan. Helsingin strategiaohjelma 2013–2016. Saatavana osoitteessa: <<http://www.hel.fi/www/helsinki/fi/kaupunki-ja-hallinto/strategia-ja-talous/strategiaohjelma/hyvinvoiva/ikaantyvista-huolehditaan>>. Luettu 26.3.2017.

Hokkanen, Heli 2011. Ikääntyneiden lyhytaikaishoidon nykytila ja kehittämistarpeet Kaakkois-Suomessa. Opinnäytetyö. Saimaan ammattikorkeakoulu. Saatavana osoitteessa: <https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/32741/Hokkanen_Heli.pdf?sequence=1>. Luettu 3.2.2017.

Holopainen, Martti & Pulkkinen, Pekka 2008. Tilastolliset menetelmät. 5.-6. painos. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Holstila, Anna-Leena; Helakorpi Satu & Uutela, Antti 2012. Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys keväällä 2011 ja niiden muutokset 1993–2011. Raportti 2012:56. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavana osoitteessa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104397/URN_ISBN_978-952-245-716-5.pdf?sequence=1>. Luettu 18.9.2017.

Hänninen, Kaija 2007. Palveluohjaus. Asiakslähtöistä täsmäpalvelua vauvasta vaariin. Helsinki: Stakes.

Ikääntyneiden harkinnanvaraisen lyhytaikaishoidon palveluseteli 2016. Helsingin kaupunki. Päivitetty 17.2.2016. Saatavana osoitteessa: <<https://www.hel.fi/helsinki/fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/ikaantyneiden-palvelut/muut-palvelut/palveluseteli/lyhytaikais-hoito/>>. Luettu 11.8.2017.

Iso-Aho, Merja 2017. Hoitoketjulääkäri. Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimi. Suullinen tiedonanto 17.3.2017.

lääkäiden toimintakyky 2016. Päivitetty 10.5.2016. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavana osoitteessa: <<https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/vaeston-toimintakyky/iakkaiden-toimintakyky>>. Luettu 17.9.2017.

Jyväkorpi, Satu 2016. Nutrition of older people and the effect of nutritional interventions on nutrient intake, diet quality and quality of life. Doctoral dissertation. Helsinki: University of Helsinki, Faculty of Medicine. Saatavana osoitteessa: <<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/160518/NUTRITIO.pdf?sequence=1>>. Luettu 1.11.2017.

Järnström, Sanna 2011. ”En tiedä, mitä ne ajattelee mun kohtalokseni”. Etnografinen tutkimus asiakkuudesta ja asiakslähtöisyydestä geriatrisessa sairaalassa. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto.

Kan, Suvi & Pohjola, Leena 2012. Erikoistu vanhustyöhön. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kananen, Jorma 2011. Kvantti: Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulu: Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 118.

Kananen, Jorma 2014. Verkkotutkimus opinnäytetyönä. Laadullisen ja määrällisen verkkotutkimuksen opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulu: Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 187.

Karjalainen, Leila 2010. Tilastotieteen perusteet. Keuruu: Pii-Kirjat.

Kehusmaa, Sari 2014. Hoidon menoja hillitsemässä. Heikkokuntoisten ikäihmisten kotona asumista tukevat palvelut, omaishoito ja kuntoutus. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 131. Helsinki: Kela.

Klemettilä, Minna 2013. Vanhuspalvelujen lyhytaikaipaikkojen (LAH) käyttäjien asiakasprofiilien tarkastelu. Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveyspalvelut. Hoitotyön johtamisen asiantuntijuus -harjoittelun loppuraportti. Itä-Suomen yliopisto, hoitotieteen laitos.

Kohdaten 2013. Opas vuorovaikutukseen muistisairaahan ihmisen kanssa. Helsinki: Tiko-teekki. Saatavana osoitteessa: <<http://papunet.net/sites/papunet.net/files/materiaalia/Julkaisut/Kohdaten%20NETTI.pdf>>. Luettu 25.10.2017.

Kuula, Arja 2013. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Vantaa: Hansa Print Oy.

Kämäräinen, Liisa 2011. TunteVa® -omaisten opas. Miten ymmärtää muistisairasta ihmistä? Tampere: Tampereen Kaupunkilähetys ry.

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019 2017. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2017:6. Saatavana osoitteessa: <<http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/80132>>. Luettu 15.9.2017.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000/812. Annettu Helsingissä 22.9.2000. Saatavana osoitteessa: <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>>.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä 2009/569. Annettu Helsingissä 24.7.2009. Saatavana osoitteessa: <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090569>>.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 2012/980. Annettu Helsingissä 28.12.2012. Saatavana osoitteessa: <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>>.

Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 1999/488. Annettu Helsingissä 9.4.1999. Saatavana osoitteessa: <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990488>>.

Laki omaishoidon tuesta 2005/937. Annettu Helsingissä 2.12.2005. Saatavana osoitteessa: <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050937>>.

Linnosmaa, Ismo; Jokinen, Sari; Vilkkö, Anni; Noro, Anja & Siljander, Eero 2014. Omaishoidon tuki. Selvitys omaishoidon tuen palkkioista ja palveluista kunnissa vuonna 2012. Raportti 2014: 9. Helsinki: THL. Saatavana osoitteessa: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125550/URN_ISBN_978-952-302-144-0.pdf?sequence=1>. Luettu 20.10.2017.

Lyly, Auri 2017. Kuuden suurimman kaupungin vanhusten sosiaali- ja terveyspalvelujen ja kustannusten vertailu vuonna 2016. Kuusikko-työryhmän julkaisusarja 2017: 2. Helsinki. Saatavana osoitteessa: <<https://www.hel.fi/hel2/tietokeskus/julkaisut/pdf/Vanhuspalvelujen%20raportti%202016.pdf>>. Luettu 15.10.2017.

Melakari, Aino 2017. Palvelusetelijärjestelmä – yhdenvertaisuutta vai jakolinjoja? Palvelusetelitutkimuksen yhteenvetoraportti. Tutkimuksia ja raportteja 2017: 7. Helsingin kaupunki: Sosiaali- ja terveysvirasto. Saatavana osoitteessa: <<https://www.hel.fi/static/sote/julkaisut/raportti-7-2016.pdf>>. Luettu 18.10.2017.

Meripaasi, Seija & Soini, Helena 2017. Muutosagentti, erikoissuunnittelija. Helsingin sosiaali- ja terveystoimi. Suullinen tiedonanto 26.1.2017.

Muistisairaudet 2017. Päivitetty 8.2.2017. [Muistiliitto](http://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/). Saatavana osoitteessa: <<http://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/>>. Luettu 15.9.2017.

Mukkila, Susanna; Ilmakunnas, Ilari; Moisio, Pasi & Saikkonen, Paula 2017. Perusturvan riittävyys ja köyhyys. Tutkimuksesta tiiviisti 31/2017. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavana verkossa: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135425/THL_2017_TUTI031_SST4.pdf?sequence=1>. Luettu 1.11.2017.

Murto, Jukka; Sainio, Päivi; Pentala, Oona; Koskela, Timo; Luoma, Minna-Liisa; Koponen, Päivikki; Kaikkonen, Risto & Koskinen, Seppo 2014. Ikääntyneen väestön hyvinvointi, terveys, toimintakyky ja palveluiden saanti ennen vanhuspalvelulain voimaantuloa: ATH-tutkimuksen tuloksia. Teoksessa: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014. Vanhuspalvelulain 980/2012 toimeenpanon seuranta. Tilanne ennen lain voimaantuloa vuonna 2013. Noro, Anja & Alastalo, Hanna (toim.). Raportti 13/2014. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 86–118. Saatavana verkossa: <(https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116792/URN_ISBN_978-952-302-169-3.pdf?sequence=1)>. Luettu 17.9.2017.

Muurinen, Seija; Valvanne, Jaakko; Sahi, Ilkka; Peiponen, Arja; Tolkki, Pirjo & Soveri, Maarit 2004. Vanhusten lyhytaikaishoidon (LAH) nykytila ja kehittämissuosituksat. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Selvityksiä 2004:9.

Muurinen, Seija 2003. Hoitotyö ja hoitohenkilöstön rakenne vanhusten lyhytaikaisessa laitoshoidossa. Akateeminen väitöskirja. Acta Electronica Universitatis Tamperensis 259. Tampere: Tampereen yliopisto. Saatavana verkossa: <<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67302/951-44-5683-1.pdf?sequence=1>>. Luettu 13.3.2017.

Mäki, Netta & Vuori, Pekka 2017. Helsingin väestö vuodenvaihteessa 2016/2017 ja väestömuutokset vuonna 2016. Helsinki: tilastoja 2017:1. Helsingin kaupunki, kaupunginkansia, kaupunkitutkimus ja -tilastot.

Mönkäre, Riitta; Hallikainen, Merja; Nukari, Toini & Förder, Marjo 2014. Kuntoutumisen merkitys ja lähtökohdat muistisairaudessa. Teoksessa Hallikainen, Merja; Mönkäre, Riitta; Nukari, Toini; Förder, Marjo (toim.). Muistisairaantunut kuntouttava hoito. Helsinki: kustannus Oy Duodecim. 8-9.

Onko tänään eilen – TunteVa® -opas muistisairaita hoitaville 2012. Pohjavirta, Hillervo (toim.) Tampere: Tampereen kaupunkilähetys ry.

Palveluohjauksen käsikirja. Kanta-Hämeen Pitsi-hanke 2011-2013 n.d. Väli-Suomen Ikäkaste – Äldre Kaste II -hanke 2011–2013 & Hämeenlinnan kaupunki. Saatavilla osoitteessa: <<http://www.socca.fi/files/4303/Palveluohjaus.pdf>>. Luettu 20.8.2017.

Palveluopas 2017–2018 omaishoitajille ja läheisille. Helsinki: Omaishoitajat ja läheiset -liitto ry. Saatavana osoitteessa: <<https://omaishoitajat.fi/omaishoidon-tietopaketti/kirjoja-ja-oppaita/>>. Luettu 3.11.2017.

Pietilä, Minna & Saarenheimo, Marja 2017. Ilmeikäs arki. Tutkimus ikääntyneistä ihmisistä järjestöjen kehittämistoiminnassa. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto. Saatavana osoitteessa: <<https://elois aika-fi-bin.directo.fi/@Bin/fe251d3ba1b8ce8cb39d539783a4ec4e/1509446738/application/pdf/295588/Ilmeik%C3%A4s%20arki%20julkaisu.pdf>>. Luettu 30.10.2017.

Pietiläinen, Erja & Seppälä, Heikki 2003. Palveluohjaus asiakastyössä ja organisaatiossa. Kehitysvammaliitto. Painopörssi Oy.

Pirhonen Jari 2017. Good Human Life in Assisted Living for Older People. What the residents are able to do and be. Academic Dissertation. Acta Universitatis Tamperensis 2272. Tampere: Tampere University Press. Saatavana osoitteessa: <<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/101042/978-952-03-0416-4.pdf?sequence=1>>. Luettu 20.9.2017.

Pohjola, Anneli 2003. Tutkijan eettiset sitoumukset. Teoksessa Pohjola, Anneli (toim.): Eettisesti kestävä sosiaalitutkimus. Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja C. Työpapereita 47. Rovaniemi: Lapin yliopiston yhteiskuntatieteiden tiedekunta. 53–67.

Rautio, Maarit & Haapaniemi, Hannele 2012. Pysyväisohje, vanhustenpalvelut. Päivitetty 25.9.2012. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto, vanhusten palvelujen vastuualue.

Rautio, Maarit & Haapaniemi, Hannele 2011. Vanhuspalvelujen lyhytaikaishoitopaikat (LAH). Tilannekatsaus 29.12.2011.

Rautio, Maarit 2017. Vs palvelualueen johtaja. Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimi. Suullinen tiedonanto 17.3.2017.

Sainio, Päivi & Koskinen Seppo 2010. Sosioekonomiset erot eläkeikäisten toimintakyvyssä. Pääkirjoitus. Lääkärilehti 2010:41. 3280. Saatavana osoitteessa: <<http://www.laakarilehti.fi/ajassa/paakirjoitukset/sosioekonomiset-erot-elakeikaisten-toimintakyvyssa>>. Luettu 1.11.2017.

Sainio, Päivi; Koskinen, Seppo; Sihvonen, Ari-Pekka; Martelin, Tuija & Aromaa, Arpo 2013. Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn kehitys. Teoksessa Heikkinen, Eino; Jyrkämä, Jyrki & Rantanen, Taina (toim.): Gerontologia. Helsinki: Duodecim. 3. uud. painos. 50–65.

Salin, Sirpa 2008. Lyhytaikaisen laitoshoidon reaalityyppi vanhuksen kotihoidon osana. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos, Tampereen Yliopisto. Acta Electronica Universitatis Tamperensis 1346. Saatavissa osoitteessa: <<http://tampub.uta.fi/handle/10024/67880>>.

Sarvimäki, Anneli; Stenbock-Hult, Bettina & Heimonen, Sirkkaliisa 2010. Ikääntyminen ja mielen haavoittuvuus: haavoittuvuus riskinä ja voimavarana. Gerontologia 24 (2010): 2. Saatavana osoitteessa <<http://www.doria.fi/handle/10024/70703>>. Luettu 20.9.2017.

Sarvimäki, Anneli & Heimonen Sirkkaliisa 2010. Ikääntymisen, vanhuuden ja vanhusten palvelujen nykytila. Teoksessa: Vanhuus ja haavoittuvuus. Sarvimäki, Anneli; Heimonen, Sirkkaliisa & Mäki-Petäjä-Leinonen, Anna (toim.) Helsinki: Edita Publishing. 14–32.

Semi, Taina 2015. Mieleen tatuoitu minuus. GeroArt muistityön käsikirja 1. T & J Semi Oy / GeroArtist.

Simpura, Jussi & Melkas, Jussi 2013. Tilastot käyttöön! Opas tilastojen maailmaan. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.

Shemeikka, Riikka; Bucher, Ulla; Pitkänen, Sari; Pehkonen-Elmi, Tuula & Kettunen, Aija 2017. Omaishoitajien tarvitsemat tukitoimet tehtävässä selviytymiseen. Helsinki: Valtioneuvoston tutkimus- ja selvitystoiminnan julkaisusarja 2017: 37. Saatavana osoitteessa: <https://omaishoitajat.fi/wp-content/uploads/2017/03/37_Omaishoitajien-tarvitsemat-tukitoimet-teht%C3%A4v%C3%A4ss%C3%A4-selviytymiseen_.pdf>. Luettu 16.10.2017.

Soini, Helena 2017. Erityissuunnittelija. Helsingin sosiaali- ja terveystoimi. Suullinen tiedonanto 19.6.2017.

Sosiaalihuoltolaki 2014/1301. Annettu Helsingissä 30.12.2014. Saatavana osoitteessa: <<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301>>.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2017a. Uusi laatusuositus kannustaa terveeseen ja toimintakykyiseen ikääntymiseen. Tiedote 93: 2017. Julkaistu 26.6.2017. Saatavana osoitteessa: <http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/uusi-laatusuositus-kannustaa-terveeseen-ja-toimintakykyiseen-ikaantymiseen>. Luettu 15.9.2017.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2017b. STM ja hallituksen kärkihankkeet. Saatavilla <<http://stm.fi/karkihankkeet>>. Luettu 19.6.2017.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2017c. Mikä on sote-uudistus. Saatavana osoitteessa: <<http://alueuudistus.fi/mika-on-sote-uudistus>>. Luettu 20.6.2017.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2017d. I&O-kärkihanke: Tavoitteena yhdenvertaiset, hyvin koordinoitujen ja kustannusten kasvua hillitsevät palvelut. Saatavana osoitteessa: <<http://stm.fi/koti-ja-omaishoito/kuvaus>>. Luettu 24.9.2017.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2017e. Tavoitteena jokaiselle palveluja ajasta ja paikasta riippumatta. Saatavana osoitteessa: <<http://stm.fi/hankkeet/asiakaslahtoisuus/hankkeen-kuvaus>>. Luettu 19.6.2017.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2017f. Edistetään terveyttä ja hyvinvointia sekä vähennetään eriarvoisuutta. Saatavana osoitteessa <<http://stm.fi/hankkeet/terveys-ja-hyvinvointi>>. Luettu 20.6.2017.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2017g. Kotihoito ja kotipalvelut. Saatavana osoitteessa: <<http://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>>. Luettu 22.3.2017.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2016b. Kärkihanke. Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja kaikenikäisten omaishoitoa. Hankesuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016: 41. Saatavana osoitteessa: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75191/STM_RAPORTTI.pdf?sequence=1>. Luettu 1.2.2017.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2014. Kansallinen omaishoidon kehittämisohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2014:2. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavana osoitteessa: http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70270/URN_ISBN_978-952-00-3483-2.pdf?sequence=1. Luettu 20.10.2017.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto. Saatavana osoitteessa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110355/ISBN_978-952-00-3415-3.pdf?sequence=1>. Luettu 15.10.2017.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategia. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2011:1. Saatavana osoitteessa: <<http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/73418>>. Luettu 20.9.2017.

Sosiaali- ja terveysvirasto 2016. Käyttösuunnitelma 2017. Saatavana osoitteessa: <<https://dev.hel.fi/paatokset/media/att/0d/0d526b2fa379da692b9944160928052e8a99a233.pdf>>. Luettu 16.10.2017.

Sote ja vanhuspalvelut 2017. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 24.7.2017. Saatavana osoitteessa: <<https://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/toimivat-vanhuspalvelut/sote-ja-vanhuspalvelut>>. Luettu 20.10.2017.

SOTKANet. Ikääntyneiden omaishoidon tuki. Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi 2005-2017. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <<https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/haku?g=358>>. Poimittu 24.3.2017.

Stadin ikäohjelma 2015–2016. Saatavana osoitteessa: <http://www.hel.fi/static/sote/stadinikaohjelma/materiaali/Stadin_ikaohjelma_ltk_10032015_Kh_muutokset_01092015.pdf>.

Suni, Arja 2010. Masentuneet vanhukset haavoittuvana ryhmänä. Teoksessa: Vanhuus ja haavoittuvuus. Sarvimäki, Anneli; Heimonen, Sirkkaliisa & Mäki-Petäjä-Leinonen, Anna (toim.) Helsinki: Edita Publishing. 90–125.

Terveydenhuoltolaki 2010/1326. Annettu Helsingissä 30.12.2010. Saatavana osoitteessa: <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>>.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017. Kotihoidon asiakkaat marraskuussa 2016. Tilastoraportteja 2017: 19. Julkaistu 2.6.2017. Saatavana osoitteessa: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134680/Tr19_17.pdf?sequence=3>. Luettu 24.9.2017.

Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011 2012. Koskinen, Seppo; Lundqvist, Annamari & Ristiluoma, Noora (toim.) Raportti 2012: 68. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavana osoitteessa: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068_2012_netti.pdf?sequence=1>. Luettu 15.9.2017.

Tilastokeskus 2017a. Väestörakenne. Päivitetty 3.4.2017. Saatavana osoitteessa: <http://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html>. Luettu 15.10.2017.

Tilastokeskus 2017b. Väestöennuste. Päivitetty 14.1.2017. Saatavana osoitteessa: <http://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html>. Luettu 15.10.2017.

Tilastokeskus 2017c. Asunnot ja asuinolot 2016. Julkaistu 22.5.2017. Saatavana osoitteessa: <http://www.stat.fi/til/asas/2016/asas_2016_2017-05-22_fi.pdf>. Luettu 16.9.2017.

Tilastokeskus 2017d. Statfin. Väestö 31.12.2016. Poimittu 15.10.2017.

Tilastokeskus 2016. Väestön tieto- ja viestintätekniikan käyttö -tutkimus 2016. Helsinki: Tilastokeskus. Saatavana osoitteessa: <http://www.stat.fi/til/sutivi/2016/sutivi_2016_2016-12-09_tie_001_fi.html>. Luettu 23.9.2017.

Tilastokeskus 2014. Ajankäyttötutkimus 2009. Julkaistu 6.2.2014. Saatavana osoitteessa: <http://www.stat.fi/til/akay/2009/06/akay_2009_06_2014-02-06_fi.pdf>. Luettu 16.9.2017.

Tilasto Suomen eläkkeensaajista 2016. Eläketurvakeskuksen tilastoja 11/2017. Helsinki: Eläketurvakeskus ja Kela. Saatavana osoitteessa: <<http://www.etk.fi/wp-content/uploads/tilasto-suomen-elakkeensaajista-2016.pdf>>. Luettu 1.11.2017.

Tiikkainen, Pirjo & Lyyra, Tiina-Maria 2007. Sosiaaliset suhteet. Teoksessa Lyyra, Tiina-Mari; Pikkarainen, Aila & Tiikkainen, Pirjo (toim.) Vanheneminen ja terveys. Helsinki: Edita Publishing Oy. 70–86.

Tiikkainen, Pirjo 2007. Yksinäisyys ja yhteisyys. Teoksessa Lyyra, Tiina-Mari; Pikkarainen, Aila & Tiikkainen, Pirjo (toim.) Vanheneminen ja terveys. Helsinki: Edita Publishing Oy. 146–168.

Tiilikainen, Elisa 2016. Yksinäisyys ja elämäntilanne. Laadullinen seuranta tutkimus ikääntyvien yksinäisyydestä. Akateeminen väitöskirja. Valtiotieteellisen tiedekunnan julkaisu 4 (2016). Helsinki: Helsingin Yliopisto, sosiaalitieteiden laitos. Saatavana osoitteessa: <<https://helda.helsinki.fi/handle/10138/161065>>. Luettu 16.9.2017.

Tikkanen, Ulla 2016. Omaishoitajan arki. Tutkimus hoivan sidoksista. Väitöskirja. Sosiaalitieteiden laitos, Helsingin yliopisto. Valtiotieteellisen tiedekunnan julkaisu 5. Helsinki: Unigrafia. Saatavana osoitteessa: <<https://helda.helsinki.fi/handle/10138/160970>>.

TOIMIA-tietokanta 2014. Mini Mental State -asteikko. Päivitetty 10.1.2014. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavana osoitteessa: <<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/91/>>. Luettu 23.9.2017.

TOIMIA-tietokanta 2013. GDS-15, Myöhäsiän depressioseula. Päivitetty 15.1.2013. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavana osoitteessa: <<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/87/>>. Luettu 23.9.2017.

Toimijat uudessa maakunta- ja sote-rakenteessa n.d. Valtioneuvosto. Saatavana osoitteessa: <<http://alueuudistus.fi/rakenne>>. Luettu 23.10.2017.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käytäytieteen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi. Helsinki.

Työntekijäohje jaksottaishoidosta 2016. Päivitetty 1.6.2016. Helsingin kaupunki: sosiaali- ja terveystieteiden laitos, sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalvelut.

Uotila, Hanna 2017. Alustus kotihoidon asiakasohjaajille. Koulutustilaisuus 23.10.2017. Avo - ja asumispalvelut. Asiakasohjausyksikkö, Tampere.

Uotila, Hanna 2011. Vanhuus ja yksinäisyys. Tutkimus iäkkäiden ihmisten yksinäisyyskokemuksista, niiden merkityksistä ja tulkinnoista. Akateeminen väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 1651. Tampere: Tampereen Yliopisto, terveystieteiden yksikkö. Saatavana osoitteessa: <<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66801/978-951-44-8553-4.pdf?sequence=1>>. Luettu 20.9.2017.

Uusitalo, Hannu 1998. Tiede, tutkimus ja tutkielma. Johdatus tutkielman maailmaan. Juva: WSOY.

Valinnanvapausmallin pääpiirteet 2017. 19.10.2017. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Valtiovarainministeriö. Saatavana osoitteessa: <<http://alueuudistus.fi/documents/1477425/5440271/3+Valinnanvapausmallin+p%C3%A4%C3%A4piirteet.pdf/4e8658d5-3ebe-4574-9d80-7f98366bba16>>. Luettu 23.10.2017.

Valli, Raine 2015. Paperinen kyselylomake. Teoksessa Valli, Raine & Aaltola, Juhani (toim.): Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. 4., uudistettu ja täydennetty painos. Jyväskylä: PS-Kustannus. 84–108.

Valli, Raine & Perkkilä, Päivi 2015. Nettikyselyt ja sosiaalinen media aineistonkeruussa. Teoksessa Valli, Raine & Aaltola, Juhani (toim.): Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. 4., uudistettu ja täydennetty painos. Jyväskylä: PS-Kustannus. 109–120.

Valvira 2015. Potilaan itsemääräämisoikeus. Päivitetty 2.6.2015. Saatavana osoitteessa: <<http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet/potilaan-itsemaaraamisoikeus>>. Luettu 20.9.2017.

Vastamäki, Jaana 2015. Kyselylomaketutkimus: tutkimusasetelman ja mittareiden valinta. Teoksessa Valli, Raine & Aaltola, Juhani (toim.): Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. 4., uudistettu ja täydennetty painos. Jyväskylä: PS-Kustannus. 121–132.

Vilka, Hanna 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Kyselyn saatekirje

Hyvä sosiaalityöntekijä / omaishoidon tuen sosiaaliohjaaja,

Olet yksi Helsingin lyhytaikaishoidon asiakaspäätöksiä tekevistä ammattilaisista. Linkissä oleva kysely selvittää kokonaiskuvaa lyhytaikaishoidon asiakkaista. Pyydämme asiantuntemustasi ja aikaasi tuoreen tiedon kokoamiseksi ja LAH-toiminnan kehittämiseksi. Vastaavaa tietoa ei ole muutoin saatavissa.

Kyselyllä kootaan tiedot **kaikista asiakkaista, joiden lyhytaikaisjakso päättyy toukokuussa 2017**. Tavoitteena on selvittää, millaisia asiakkaita LAH-jaksoilla on, poikkeavatko eri toimipisteiden asiakkuudet toisistaan ja miten lyhytaikaishoidon arvioidaan vastaavan asiakkaan tarpeisiin. Kysely koskee sekä kaupungin omaa että yksityisiltä ostettua palvelua. Kyselyn avovastauksissa voit kertoa näkemyksiäsi laajemmin.

Linkki kyselyyn: <http://bit.ly/2p6jrth>

VASTAUSOHJE:

1. Täytä linkistä avautuva kysely kaikista toukokuussa 2017 päättyvistä LAH-jaksoista, joille olet tehnyt sijoituspäätöksen. Vastaa kyselyyn, kun jakso päättyy.
2. Vastaa kyselyyn yhdestä asiakkaasta kerrallaan. Lähetä vastaus ("submit") ja avaa kyselylinkki uudelleen, kun vastaat seuraavasta asiakkaasta.
3. Päällekkäisyyksien välttämiseksi kaikista **jaksottaishoitoasiakkaista kyselyyn vastaa sosiaalityöntekijä**, vaikka asiakas olisi myös omaishoidontuen sosiaaliohjaajan asiakas.
4. LAH-yksikkö on veloitettu ilmoittamaan Sinulle, jos jakso peruuntuu tai keskeytyy. Vastaa myös näistä jaksoista kyselyyn.
5. Asiakasta koskeviin kysymyksiin vastataan yhdellä kertaa. Annettuihin tietoihin voi enää palata.
6. Ota yhteyttä erityissuunnittelija Helena Soiniin, mikäli linkin tai kyselyn kanssa on ongelmia.
helena.soini@hel.fi

Yhden asiakkaan tietojen täyttäminen vie esitestauksen mukaan noin 15 minuuttia. **Vastaathan viimeistään 5.6.2017**. Kyselyn tulokset raportoidaan niin, että vastaajat tai yksittäiset asiakkaat eivät ole tunnistettavissa. Tuloksia esitellään jo syksyllä viraston tilaisuuksissa ja käytetään palvelujen kehittämisessä.

Kiitokset vaivannäöstäsi,
Arja Peiponen
vs osastopäällikkö, SKH-osasto, Helsingin kaupunki

Kysely on laadittu Helsingin sosiaali- ja terveysviraston ja Metropolia ammattikorkeakoulun kahden geronomiopiskelijan yhteistyönä. Tutkimusaineiston analysoinnista ja raportoinnista vastaavat geronomiopiskelijät Anne Eronen ja Tanja Tähti. Tuloksista syntyy vuoden loppuun mennessä opinnäytetyö. Vastaajat saavat työn valmistuttua sähköpostitse julkaisulinkin.

Kysely

Kysely on toteutettu Microsoft Office 365:n Exceliin sisältyvällä kyselytyökalulla. Se mahdollistaa verkossa jaettavan kyselyn laatimisen ja lähetyksen suoraan vastaanottajille. Opinnäytetyössämme työelämän yhteistyökumppani lähetti kyselylinkin vastaajille saattekirjeen mukana. Alkuperäinen linkki lyhennettiin Bitly-nimisellä verkon ilmaistyökalulla. Kyselyyn annetut vastaukset tallentuivat Excel-tiedostoksi.

Strukturoitujen kysymysten vastausvaihtoehdot eivät näy liitteessä, koska ne toteutetaan sovelluksessa ns. alasetelätkoilla. Sukupuoli- ja siviilisäätükysymyksissä näkyvät valmiit vaihtoehdot ovat ohjelman valmiiksi ehdottamia tyypillisimmiksi ennakoituja vastauksia. Vastausvaihtoehdot ilmenevät liitteestä 3.

Lyhytaikaishoidon asiakasprofiilit -kysely - toukokuussa 2017 päättyvät LAH-jaksot

Täytä kysely yhdestä tekemästäsijoituspäätöksestä kerrallaan.
Lähetä vastaus ja avaa linkki uudelleen, kun vastaat seuraavaan.

I TAUSTATIEDOT

Asiakkaan nimikirjaimet

isot alkukirjaimet, esim. ES (Etnimi Sukunimi) [Tieto poistetaan tutkimusaineiston virheiden tarkistuksen jälkeen.]

Asiakkaan syntymävuosi

neljä merkkiä, esim. 1927

Asiakkaan sukupuoli

Asiakkaan siviilisäätük

Asiakkaan asuminen

Asiakkaan terveydentila

Onko asiakkaalla merkittäviä käytösoireita?

Asiakkaan MMSE-pisteet

pelkät testipisteet, numeroina; esim. 18; HUOM! 99= ei ole mitattu, ei tietoa [Vain 1.5.2015 jälkeen testatut mukaan.]

Milloin MMSE-testi on tehty?

Muotoa pppkvvv, esim. 08112016. Jos päivä ei tiedossa, merkitse sen tilalle 15. [Vain 1.5.2015 jälkeen testatut mukaan.]

Millaiseksi arvioit asiakkaan läheissuhdeverkoston?

Onko asiakkaalla havaittu viime aikoina masennusoireita?

II ASIAKKAAN LYHYTAIKAISHOITO

Milloin asiakas ollut ensimmäisellä jaksolla?

kk ja vuosi, 6 merkkiä, muotoa 052009

Onko asiakas jaksottaishoidossa?

Onko asiakas kertaluontoisella tai epäsäännöllisesti toistuvalla jaksolla?

Monellako jaksolla asiakas on ollut edeltävän vuoden aikana (1.5.2016-30.4.2017)?

lukumäärä numeroina

Kuinka monta hoitovuorokautta arvioit asiakkaalla olleen edeltävän vuoden aikana (1.5.2016-30.4.2017)?

esim. n. 40 vuorokautta kertyy omaishoidon tuen lakisääteisistä vapaista. Jos jakson pituus on viikko/kk, kertyy 84 vuorokautta.

Jaksottaishoidon jaksotus**Tämän LAH-jakson aloituspäivämäärä?**

päivä, kuukausi, vuosi, 8 merkkiä, muotoa 08052017 (EI PISTEITÄ VÄLIIN!)

Tämän LAH-jakson pituus vuorokausina?

lukumäärä numeroina

Mikä on LAH-jakson pääasiallinen peruste?**Mikäli vastasit edelliseen "muu syy": Täsmennä, mikä muu syy on perusteena?****Onko asiakas päässyt ns. peruutuspaikalle (tarkasteltava jakso)?****Onko asiakkaalle myönnetty jakso jäänyt käyttämättä tai keskeytynyt (tarkasteltava jakso)?**

Mikäli vastasit edelliseen kyllä: Miksi toukokuun 2017 LAH-jakso jäi käyttämättä tai keskeytyi?

Kuunneltiinko asiakkaan tai omaisen toiveita sijoituksesta?

III ASIAKKAAN MUU KOTONA ASUMISEN TUKI

Onko asiakas omaishoidossa?

Käykö kotona omaishoidon kotiavustaja?

Onko asiakkaan kotona asuminen mielestäsi uhattuna omaisen uupumisen vuoksi?

Käykö asiakas tällä hetkellä päivätoiminnassa?

Käykö asiakas tällä hetkellä palvelukeskustoiminnassa?

Onko asiakas tällä hetkellä kunnallisen kotihoidon asiakkaana?

Onko asiakkaalla jotain muuta, esimerkiksi yksityistä palvelua?

Onko asiakas osavuorokautisessa lyhytaikashoidossa?

Miten muuten asiakkaan kotona pärjäämistä voitaisiin tukea?

Onko asiakas sas-prosessissa?

IV VASTAAJAN NÄKEMYKSET

Miten lyhytaikaishoitajakso vastaa näkemyksesi mukaan asiakkaan tarpeita?

Hyötyisikö asiakas nykyistä laajemmasta moniammatillisesta arviosta?

Kuinka asiakkaan tarpeiden ja palvelujen yhteensopivuutta voitaisiin mielestäsi parantaa?

V YKSIKKÖ JA OSASTO

Mille LAH-osastolle asiakas sijoitettiin?

VI KYSELYN VASTAAJA

Millä palvelualueella työskentelet?


Mikä on ammattinimikkeesi?

Vastaajan nimi

Tieto poistetaan aineistosta ennen analyysia.

Submit

Never give out your password. Don't give your personal information to someone you don't trust.

 Powered by Microsoft Excel

[Terms of Use](#) | [Privacy and Cookies](#) | [Help Improve Office](#)

Analyyseissa käytetyt muuttujat mitta-asteikon laadun mukaan

LAADULLISET MUUTTUJAT	
Asiakkaan sukupuoli	1=mies, 2=nainen
Asiakkaan siviilisääty	1= naimaton, 2= avio- tai avoliitossa tai rekisteröity parisuhde, 3=eronnut, 4=leski
Asiakkaan asuminen	1=asuu yksin, 2=asuu avo-/aviopuolison kanssa, 3=asuu sukulaisen tai muun läheisen kanssa, 4=muu
Asiakkaan terveydentila	1=somaattinen sairaus, 2= muistisairaus, 3= somaattinen ja muistisairaus, 4= psykiatrinen sairaus, 5= muu tilanne Luokiteltu: 1=somaattinen sairaus, 2=muistisairaus, 3=somaattinen ja muistisairaus, 4=psykiatrinen tai muu Luokiteltu: 1=muistisairaus, 2=ei muistisairautta
Onko asiakkaalla merkittäviä käytösoireita	1 =ei, 2=kyllä, 3=en osaa sanoa Luokiteltu: 1=ei, 2=kyllä (eos puuttuva tieto)
Onko asiakkaalla havaittu masennusoireita viime aikoina?	1=ei, 2=kyllä, olen havainnut itse, 3=kyllä, joku muu on havainnut, 4=en osaa sanoa Luokiteltu: 1=ei, 2=kyllä, 3= en osaa sanoa
Onko asiakas jaksottaishoidossa	1 =ei, 2=kyllä
Onko asiakas kertaluontoisella tai epä säännöllisesti toistuvalla jaksolla	1 =ei, 2=kyllä
Onko asiakas osavuorokautisessa lyhytaikaishoidossa	1 =ei, 2=kyllä, 3=en osaa sanoa Luokiteltu: 1=ei, 2=kyllä (eos puuttuva tieto)
Jaksottaishoidon jaksotus	1=kaksi viikkoa jaksolla, kaksi viikkoa kotona, 2=yksi viikko jaksolla, kolme viikkoa kotona; 3= muu
Tämän lah-jakson pääasiallinen peruste	1=omaishoidontuen lakisääteinen vapaa, 2=muu omaisen lepotauko, 3=asiakkaan kuntoutus tai toimintakyvyn ylläpito, 4=asiakkaan turvallisuuden tukeminen, 5=asiakkaan virkistyminen, 6=asiakkaan yksinäisyyden lievittyminen, 7=remontti kotona; 8=kriisisijoitus, 9=asiakas ei voi kotiutua lah-jaksolta, tehtävä uusi päätös, 10=muu syy Luokiteltu, avovastaukset mukana: 1=omaisten lakisääteinen vapaa, 2=omaisten muu lepo, 3=kuntoutus, 4=turva/virkistys, 5=hätä Luokiteltu, avovastaukset mukana: 1=omaisten lepo, 2=kuntoutus, 3=turva/virkistys 4=hätä
Onko asiakas päässyt ns. peruutuspaikalle (toukokuun jakso)	1 =ei, 2=kyllä
Keskeytykö tai jäikö asiakkaalle myönnetty jakso käyttämättä (toukokuun jakso)	1 =ei, 2=kyllä
Onko asiakas omaishoidossa	1 =ei, 2=kyllä, omaishoitosopimus, 3= kyllä, läheinen hoitaa, ei sopimusta Luokiteltu: 1=ei, 2=kyllä
Käykö kotona omaishoidon kotiavustaja	1 =ei, 2=kyllä, 3=en osaa sanoa Luokiteltu: 1=ei, 2=kyllä (eos puuttuvaa tietoa)
Käykö asiakas tällä hetkellä päivätoiminnassa	1 =ei, 2=kyllä, 3=en osaa sanoa Luokiteltu: 1=ei, 2=kyllä (eos puuttuvaa tietoa)
Onko asiakas tällä hetkellä kunnallisen kotihoidon asiakkaana	1 =ei, 2=kyllä, 3=en osaa sanoa Luokiteltu: 1=ei, 2=kyllä (eos puuttuvaa tietoa)

Käykö asiakas tällä hetkellä palvelukeskustoiminnassa	1 =ei, 2=kyllä, 3=en osaa sanoa Luokiteltu: 1=ei, 2=kyllä (eos puuttuvaa tietoa)
Onko asiakkaalla jotain muuta, esim. yksityistä palvelua	1 =ei, 2=kyllä, 3=en osaa sanoa Luokiteltu: 1=ei, 2=kyllä (eos puuttuvaa tietoa)
Onko asiakas sas-prosessissa	1=ei, 2=kyllä, vireillä, 3=kyllä, ehdollinen ratkaisu Luokiteltu: 1 =ei, 2=kyllä
Hyötyisikö asiakas nykyistä laajemmasta moniammatillisesta arviosta	1 =ei, 2=kyllä, 3=en osaa sanoa
Vastaajan palvelualue	1=Etelä, 2=Itä, 3=Länsi, 4=Pohjoinen, 5=ruotsinkielinen
Vastaajan ammattinimike	1=omaishoidon tuen sosiaaliohjaaja, 2=sosiaalityöntekijä
Mihin lah-yksikköön asiakas sijoitettu	1= Kivelän mpk, osasto 5, 2= HDL Hoiva Oy, Leenan- koti, 3= Pakila 1A, 4= Pakila 1C, 5= Pakila 1D, 6= Kon- tulan mpk, Vaskooli, 7= Myllypuron mpk, osasto 4, 8= Myllypuron mpk, osasto 6, 9= Roihuvuori mpk, Vaah- terämäki, 10= Helsingin Seniorisäätiö, Kannelkoti, osasto E 11= Riistavuoren mpk, Tuulenpesä, 12= Kustaankar- tanon mpk, osasto F3, 13= Kustaankartanon mpk, osasto G1, 14= Syystien mpk, Viljakoti, 15= Kivelän mpk, osasto 4, 16= Folkhälsan, Seniorhemmet, 17= Kustaankartanon mpk, osasto H2, 18= Kustaan- kartanon mpk, osasto F2, 19= Töölön mpk, Palmu, 20=palveluseteliasiakas (analyysissa lisätty) Luokiteltu: 1=laitosmuotoinen yksikkö, 2=palveluasumisyksikkö Luokiteltu: 1=Helsingin kaupungin tuottama palvelu, 2=ostopalvelu Luokiteltu: 1=asiakaspaikkamäärältään pienet yksi- köt (alle 10 paikkaa), 2=suuret yksiköt (palveluseteli- paikat puuttuva tieto; toinen luokittelu: ilman kahta eri- tyisosastoa) Luokiteltu yksikön palvelualue: 1=Etelä, 2=Itä, 3=Länsi, 4=Pohjoinen, 5=Ruotsinkielinen
Mikä muu syy oli jakson perusteena?	Avovastaus, tekstiä.
Miksi toukokuun 2017 jakso jäi käyttä- mättä/keskeytyi?	Avovastaus, tekstiä.
Kuunneltiin asiakkaan tai omaisen toiveita sijoituksesta?	Avovastaus, tekstiä.
Miten muuten asiakkaan kotona pärjää- mistä voitaisiin tukea?	Avovastaus, tekstiä.
Kuinka asiakkaan tarpeiden ja palvelu- jen yhteensopivuutta voitaisiin mieles- täsi parantaa?	Avovastaus, tekstiä.
JÄRJESTYSOMINAISUUDEN OMAAVAT MUUTTUMAT	
Arvio asiakkaan läheissuhde- verkostosta	1=laaja, 2=kohtalainen, 3=suppea, 4=ei lainkaan, 5=en osaa sanoa Luokiteltu: 1=laaja, 2= kohtalainen, 3= niukka (eos puuttuva tieto)
Onko asiakkaan kotona asuminen uhattuna omaisen uupumisen vuoksi	1=ei riskiä, 2=vähäinen riski, 3=kohtalainen riski, 4=suuri riski, 5=en osaa sanoa Luokiteltu: 1= ei juuri riskiä, 2=kohtalainen riski, 3=suuri riski (eos puuttuva tieto)

Näkemyks lah-jakson vastaamisesta asiakkaan tarpeisiin	1=hyvin, 2=melko hyvin, 3=ei hyvin/ei huonosti, 4=melko huonosti, 5=huonosti Luokiteltu: 1=hyvä/melko hyvä, 2=ei huono/ei hyvä, 3=melko huono/huono Luokiteltu: 1=hyvä, 2=melko hyvä, 3=vaatimaton; Luokiteltu: 1=hyvä, 2=muu tilanne
Arvio asiakkaan hoitovuorokausista edeltävän vuoden aikana (1.5.2016–30.4.2017)	1= alle 15, 2= 15-49, 3= 50-99, 4= 100 tai enemmän
MÄÄRÄLLISET MUUTTUJAT	
Asiakkaan syntymävuosi	Jatkuva muuttuja. Luokiteltu: 1=alle 65, 2= 65-74v, 3=75-84v, 4=85-94v, 5=yli 94v. Luokiteltu: 1=65-74v, 2=75-84v, 3= yli 84 vuotta
Asiakkaan MMSE-pisteet (1.5.2015 ja tuoreemmat)	Jatkuva muuttuja.
Milloin MMSE tehty (päivämäärä)	Jatkuva muuttuja. Luokiteltu: 1=2015, 2=1-6/2016, 3=7-12/2016, 4=1-5/2017 (poistettu 2 vuotta vanhemmat pisteet)
Tämän (toukokuu 2017) lah-jakson pituus vuorokausina	Jatkuva muuttuja. Luokiteltu 1= alle 6 vrk, 2=6-8 vrk, 3= 9-13 vrk; 4= 13-15 vrk, 5= yli 15 vrk
Milloin asiakas ollut ensimmäisellä jaksolla (päivämäärä)	Jatkuva muuttuja. Laskettu asiakkaan lah-asiakkuuden kokonaiskesto (kk) 5/2017 asti. Luokiteltu: 1=alle vuosi, 2=yli vuosi; Luokiteltu: 1= alle vuosi, 2=1-5 vuotta, 3= yli 5 vuotta Luokiteltu: 1= alle 6 kk. 2=6-11 kk, 3=12-24 kk, 4=25-60 kk, 5= yli 60 kk
Asiakkaan jaksot edeltävän vuoden aikana (1.5.2016-30.4.2017)	Jatkuva muuttuja. Luokiteltu: 1=0-5 jaksoa, 2=6-8 jaksoa, 3= 9 tai enemmän Luokiteltu: 1=0-3, 2=4-5, 3=6-8, 4=9-12, 5=yli 12 jaksoa Luokiteltu: 1=0-2, 2=3-5, 3=6-8, 4=9-12, 5=yli 12 jaksoa
Kotona asumista tukevien palvelujen ja muiden toimien kasautuminen	Jatkuva muuttuja. Muodostettu 8 muuttujasta: käyttääkö asiakas kunnallista kotihoitoa, omaishoidon kotiavustajaa, päivätoimintaa, palvelukeskustoimintaa tai muita palveluja, sekä onko asiakas sopimusomaishoidossa, jaksottais- hoidossa tai saanut ehdollisen sas-ratkaisun. Luokiteltu: 1=0-1 palvelua, 2=2 palvelua, 3=3 palvelua, 4=4-6 palvelua

Tietoja lyhytaikaishoidon jaksoista

Liitetaulukko 1. Lah-yksikön muoto, palvelun tuottaja ja palvelualue toukokuun lyhytaikaisjaksoilla.

Yksikkö	Lukumäärä	%
Laitosmuotoinen yksikkö	286	61,5 %
Palveluasumisyksikkö	178	38,4 %
Yhteensä	464*	100,0 %
Helsingin kaupungin yksikkö	300	64,5 %
Ostopalveluyksikkö	165	35,5 %
Yhteensä	465	100,0 %
Etelän palvelualue	130	28,0 %
Idän palvelualue	114	24,6 %
Lännen palvelualue	72	15,5 %
Pohjoisen palvelualue	110	23,7 %
Ruotsinkieliset yksiköt	38	8,2 %
Yhteensä	464*	100,0 %

* Puuttuvaa tietoa 1.

Liitetaulukko 2. Toukokuun 2017 asiakkaiden ensimmäisen lyhytaikaishoidon jakson aloitusvuosi.

Ensimmäisen jakson aloitusvuosi	Lukumäärä	%
2017	101	22,1
2016	123	26,9
2015	83	18,1
2014	46	10,0
2013	40	8,7
2012	23	5,0
2011 tai aiemmin	42	9,2
Yhteensä	458*	100,0

* Puuttuvaa tietoa 7.

Liitetaulukko 3. Palvelut jaksottaishoidossa olevilla ja muilla lyhytaikaishoidon asiakkailla.

Jaksottaishoidon asiakkaat (20 %)	Muut lyhytaikaishoidon asiakkaat (80 %)
<ul style="list-style-type: none"> lyhytaikaishoito keskimäärin (mediaani) <ul style="list-style-type: none"> hoitovuorokaudet toukokuu 2017 14 vrk edeltävän vuoden jaksot 11 asiakkuuden kesto 32,5 kk omaishoidossa 85 % <ul style="list-style-type: none"> sopimusomaishoidossa 64 % läheinen hoitaa, ei sopimusta 21 % sas-prosessi <ul style="list-style-type: none"> vireillä 21 % ehdollinen hoitopaikkaratkaisu 8 % 	<ul style="list-style-type: none"> lyhytaikaishoito keskimäärin (mediaani) <ul style="list-style-type: none"> hoitovuorokaudet toukokuu 2017 7 vrk edeltävän vuoden jaksot 4 asiakkuuden kesto 16 kk omaishoidossa 60 % <ul style="list-style-type: none"> sopimusomaishoidossa 50 % läheinen hoitaa, ei sopimusta 10 % sas-prosessi <ul style="list-style-type: none"> vireillä 17 % ehdollinen hoitopaikkaratkaisu 1 %

Liitetaulukko 4. Hoitovuorokausien arvioitu kokonaismäärä vuodessa alle ja yli vuoden asiakkuuksissa.

Hoitovuorokaudet edeltävän vuoden aikana	Lah-asiakkuuden kokonaiskesto					
	Alle vuosi		Yli vuosi		Yhteensä	
	lkm	%	lkm	%	lkm	%
Alle 15 vrk	68	42,5 %	27	9,4 %	95	21,2 %
15–49 vrk	74	46,3 %	115	39,9 %	189	42,2 %
50–99 vrk	15	9,4 %	88	30,6 %	103	23,0 %
100 tai enemmän	3	1,9 %	58	20,1 %	61	13,6 %
Yhteensä	160	100,0 %	288	100,0 %	448*	100,0 %

* Puuttuvaa tietoa 7.

Liitetaulukko 5. Asiakkuuden kesto ja lah-jaksojen vuoden kokonaismäärä toukokuun jaksoa edeltävänä vuonna (1.5.2016-30.4.2017).

			Lah-asiakkuuden kokonaiskesto					Yhteensä
			alle 6kk	6-11 kk	1-2 vuotta	2-5 vuotta	yli 5 vuotta	
Vuoden jaksosten lukumäärä	erittäin vähän (0-2)	lkm	81	16	15	15	3	130
		%	80,2%	23,5%	14,0%	11,5%	6,1%	28,6%
	vähän (3-5)	lkm	15	30	28	32	7	112
		%	14,9%	44,1%	26,2%	24,6%	14,3%	24,6%
	keskimääräinen (6-8)	lkm	2	18	33	31	10	94
		%	2,0%	26,5%	30,8%	23,8%	20,4%	20,7%
	paljon (9-12)	lkm	2	4	25	39	16	86
		%	2,0%	5,9%	23,4%	30,0%	32,7%	18,9%
	erittäin paljon (yli 12)	lkm	1	0	6	13	13	33
		%	1,0%	0,0%	5,6%	10,0%	26,5%	7,3%
Yhteensä		lkm	101	68	107	130	49	455
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

p = 0,000

Liitetaulukko 6. Asiakkuuden kokonaiskesto ja vuoden hoitovuorokausien kokonaismäärä touku-kuun jaksoa edeltävänä vuonna (1.5.2016-30.4.2017).

		Lah-asiakkuuden kokonaiskesto					Yhteensä	
		alle 6kk	6-11 kk	1-2 vuotta	2-5 vuotta	yli 5 vuotta		
Arvio asiakkaan	alle 15 vrk	lkm	58	10	13	11	3	95
		%	63,0%	14,7%	11,9%	8,5%	6,1%	21,2%
hoitovuorokausista	15-49 vrk	lkm	28	46	47	57	11	189
		%	30,4%	67,6%	43,1%	43,8%	22,4%	42,2%
edeltävän vuoden aikana	50-99 vrk	lkm	4	11	34	32	22	103
		%	4,3%	16,2%	31,2%	24,6%	44,9%	23,0%
Yhteensä	100 vrk tai enemmän	lkm	2	1	15	30	13	61
		%	2,2%	1,5%	13,8%	23,1%	26,5%	13,6%
		lkm	92	68	109	130	49	448
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

p = 0,000

Liitetaulukko 7. Lyhytaikashoidon myöntämisperusteita erottelevat* tekijät ja suurimmat erot asiakkaiden piirteiden mukaan.

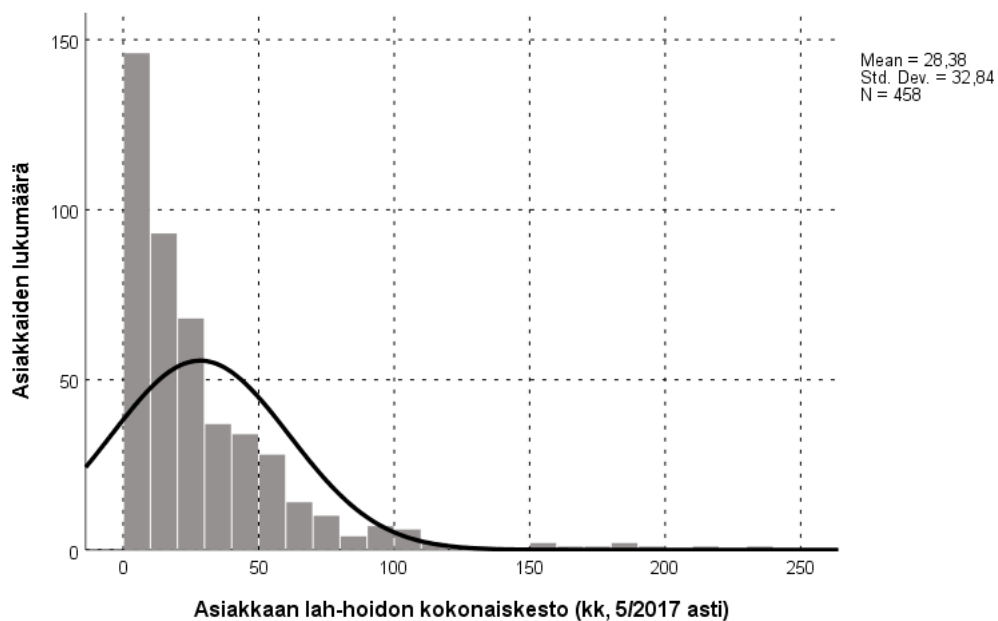
Muuttuja ja merkitsevyystaso	Omaisien lepo % tästä perusteesta	Kuntoutus % tästä perusteesta	Turva ja virkistys % tästä perusteesta	Hätä % tästä perusteesta
Sukupuoli (p=0,000)	mies (57%)	nainen (66%)	nainen (93%)	nainen (60%)
Ikä ^{1,2} (p=0,018 ja 0,010)	75–84v (49%, lakis.)	85–94v (39%)	yli 94v (17%) 85–94v (45%)	85–94v (45%)
Asuminen ^{2,3} (p=0,000)	puolison kanssa (86% lakis.) puolison kanssa (79% muu)	asuu yksin (77%)	asuu yksin (86%)	asuu yksin (37%)
Terveys, eri diagnoosit ⁴ (p=0,000)	muistisairaus (45%)		somaattinen sairaus (31%) psyk.tai muu (14%)	psyk. tai muu (15%)
Muistisairaus (p=0,027)	kyllä (72%, lakis.) kyllä (78%, muu)			
Läheissuhteet ⁵ (p=0,006)			ei lainkaan (7%)	ei lainkaan (10%)
Masennusoireet (p=0,000)	ei osaa sanoa (52%)	kyllä (29%)	kyllä (45%)	kyllä (40%)
Omaisien uupumisriski ² (p=0,000)	suuri riski (39%, muu)			suuri riski (50%)

*Liitetaulukoissa 7-8 on esitetty vähintään 5 %-yksikön suuruiset erot koko jakaumaan verrattuna. Ks. muut viitteet liitetaulukon 8 jälkeen.

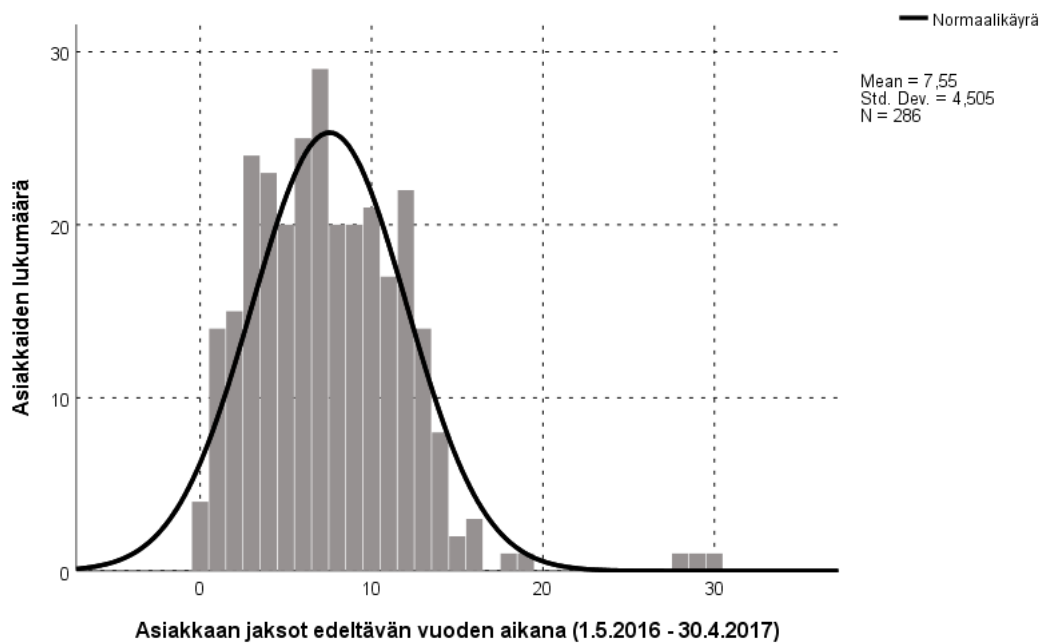
Liitetaulukko 8. Lyhytaikaishoidon myöntämisperusteita erottelevat* tekijät ja suurimmat erot palvelujen käytön ja lyhytaikaishoidon piirteiden mukaan.

Muuttuja ja merkitsevyystaso	Omaisen lepo % tästä perusteesta	Kuntoutus % tästä perusteesta	Turva ja virkistys % tästä perusteesta	Hätä % tästä perusteesta
Palvelujen käyttö Omaishoito ² (p=0,000)	omaishoidossa 100% ja sopimus 99%, (lakis.) omaishoidossa 78% ja sopimus 46% (muu)			
Omaishoidon kotiaavustaja ⁵ (p=0,000)	kyllä (34%, lakis.)			
Kotihoito ⁵ (p=0,000)	kyllä (51%, lakis.)	kyllä (95%)	kyllä (96%)	kyllä (90%)
Muut, ml. yksityiset palvelut (p=0,005)		ei osaa sanoa (27%)	kyllä (31%)	kyllä (30%)
Sas-prosessissa (p=0,000)		kyllä (26%)	kyllä (38%)	kyllä (50%)
Palvelujen käytön kasautuminen (p=0,000)	3 palvelua (37%, lakis.) 4–6 palvelua (18%, muu)	0-1 palvelua (48%) 2 palvelua (41%)	0–1 palvelua (36%) 3 palvelua (36%)	0–1 palvelua (40%)
Lyhytaikaishoito Asiakkuuden kokonaiskesto (p=0,001)	1–5 vuotta (58%)	alle vuosi (48%)	alle vuosi (52%)	alle vuosi (68%)
Jaksojen lkm/vuosi ^{2 6} (p=0,000)	runsas (44%, muut)	vähäinen (68%)	vähäinen (65%)	vähäinen (74%)
Jaksottaishoito ² (p=0,025 ja 0,000)	kyllä (39%, muut)			
Kertaluontoinen / epäsäännöllinen jakso ² (p=0,039 ja 0,000)	kyllä (86%, lakis.)		kyllä (90%)	kyllä (95%)
Toukokuun jakson kesto ² (p=0,000)	alle 6 vrk (33%, lakis.) 6-8 vrk (52%, lakis.) 13-15 vrk (42%, muut)	9–13 vrk (17%) 13–15 vrk (33%)	6–8 vrk (45%) 13–15 vrk (35%)	yli 15 vrk (65%)
Onko toukokuun jakso peruutuspaikka (p=0,000)				kyllä (35%)

¹ Käytetty kahta eri ikäluokittelua. ² Omaisen lepo -perusteita verrattu lakisääteisten vapaapäivien (lakis.) ja muun levon (muu) kesken. Jälkimmäinen p-arvo viittaa tähän. Jos toista p-arvoa ei ole kerrottu, ovat p-arvot yhtä suuret. ³ Asumisluokittelusta tiputettu pois muu tilanne -luokka, jossa vain 3 havaintoa. ⁴ Yhdistetty lukumääräisesti vähäiset luokat: psykiatrinen sairaus (16) ja muu tilanne (6). ⁵ Muuttujaa tarkasteltu ilman ei osaa sanoa -vastauksia. ⁶ Kolmiluokkainen muuttuja, jossa vähäinen on 0–5, keskimääräinen 6–8 ja runsas 9 tai useampi jakso.



Liitekuvio 1. Lyhytaikaishoidon asiakkuuden kesto (kk) ensimmäisestä jaksosta toukokuuhun 2017.



Liitekuvio 2. Vähintään vuoden asiakkaana olleiden ikääntyneiden lyhytaikaishoidon jaksosten lukumäärä edeltävänä vuonna.