

Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta
Hoitotyön koulutusohjelma
Terveystenhoitaja

Mirka Pitkänen

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystiimin asiantuntijoiden näkemykset kotona-asuvien ikääntyneiden palvelutarpeista

Opinnäytetyö 2018

Tiivistelmä

Mirka Pitkänen

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden asiantuntijoiden näkemykset kotona-asuvien ikääntyneiden palvelutarpeista, 43 sivua, 3 liitettä

Saimaan ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta

Hoitotyön koulutusohjelma

Terveydenhoitaja

Opinnäytetyö 2018

Ohjaajat: Yliopettaja TtT Kristiina Helminen, Saimaan ammattikorkeakoulu,

Muistikoordinaattori Eeva-Liisa Kiero, Etelä-Karjalan Sosiaali- ja terveystieteiden

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden (Eksote) asiantuntijoiden näkemyksiä kotona-asuvien ikääntyneiden palvelutarpeista, toiveista ja ongelmista kotona-asumisen suhteen. Tutkimuksella kartoitettiin myös omaisten tarpeita ja toiveita. Tutkimus pohjautuu teoria- ja tutkimustietoon, jonka perusteella haastateltiin ikääntyneiden parissa työskenteleviä sosiaali- ja terveysalan asiantuntijoita. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää Hope For You-hankkeessa, jonka tarkoituksena on, että korkeakoulutuksessa olevat nuoret voisivat jo opiskeluaikana toimia yrittäjänä sosiaali- ja terveysalalla. Myös Eksote voi hyödyntää saatuja tutkimustuloksia kehittäessään ikääntyneiden kotona-asuvien ja kotihoidon asiakkaiden palveluita.

Tutkimusaineisto hankittiin ryhmähaastattelulla, jossa haastateltavat olivat Eksoten työntekijöitä. Heistä yksi oli muistikoordinaattori ja viisi palvelutarpeen arvioijaa, jotka työskentelevät kotona-asuvien ikääntyneiden parissa. Haastattelu toteutettiin teemahaastatteluna, jonka teema ja aihealueet määräytyivät teoretietiedon perusteella. Tutkittua tietoa aiheesta on jonkin verran, mutta tällä tutkimuksella haluttiin vielä tarkempaa ja konkreettisempaa tietoa kotona-asuvien ongelmista ja palvelutarpeista. Tutkimusaineisto on analysoitu induktiivisella sisällönanalyysillä. Saadun tiedon avulla, Hope For You-hankkeen kautta, on mahdollista luoda kotona-asuville ikääntyneille uusia palveluratkaisuja sekä korjata nykyisissä palveluissa ja apuvälineissä ilmeneviä ongelmia.

Tutkimuksessa selvisi, että ikääntyneillä on uudenlaisia palvelutarpeita ja ongelmia kotona-asumisen suhteen. Ihmisten tarpeet ja elämäntavat ovat kuitenkin yksilöllisiä, joten myös tuotteiden ja palveluiden. Älytekniikan käyttö näkyy muun muassa älypuhelimien lisääntyneenä hyödyntämisenä terveydenhoitopalveluiden käytössä ja ratkaisujen etsimisessä, mutta niiden käytössä on paljon ongelmia. Todella moni ikääntynyt kotona-asuva on myös yksinäinen, ja yksin asuessa turvattomuuden tunne korostuu. Omaisilla on iso huoli yksin kotona-asuvista läheisistään, ja he toivovat ratkaisuja muun muassa yhteydenpidon ja turvallisuuden parantamisessa sekä kotona että kodin ulkopuolella.

Asiasanat: ikääntyminen, muistisairaudet, palvelutarve, turvattomuus, yksinäisyys

Abstract

Mirka Pitkänen

South Karelia Social and Health Care District, 43 pages, 3 appendices

Saimaa University of Applied Sciences

Health Care and Social Services Lappeenranta

Degree Programme in Nursing

Public Health Nursing

Bachelor's Thesis 2018

Instructors: Ms Kristiina Helminen, Senior Lecturer, Saimaa University of Applied Sciences, Ms Eeva-Liisa Kiero, Memory Care Coordinator, South Karelia Social and Health Care District

The purpose of the thesis was to find out the authorities visions at South Karelia Social and Health Care District (Eksote) regarding the service needs, wishes and problems the elderly living at home experience. This is a theoretical study based on information about gathered studies. The main focus of the project was to create for the students at the university of applied sciences the ability to utilize this thesis and results in order to connect to the social and health care markets as entrepreneurs.

The study was conducted by interviewing the memory coordinator and serviceneed evaluators at Eksote by group interviewing. This study was used to get even more accurate and concrete information about the elderly living at home and their problems and service needs for the Hope For You project. The interview material was gathered from six social and health care professionals. The material has been analysed by qualitative analysis. With this collected information there is a possibility through Hope For You project to create new service solutions for the homeliving elderly people and solve problems occurring in existing services and help equipment.

Findings of this study show that elderly people have new service needs, and they also face problems regarding living at home. Today the elderly have needs for new kinds of services and the ability to function has become more important. The usage of smart phones in health care services has increased, but there are lots of problems using these. Furthermore, many elderly persons living at home are lonely and the feeling of insecurity is high.

Keywords: aging, dementia, service need, insecurity, loneliness

Sisällys

1	Johdanto.....	5
2	Tiedonhaku.....	7
3	Vanheneminen ja siihen kuuluvat muutokset.....	8
3.1	Fyysinen vanheneminen.....	8
3.2	Sosiaalinen vanheneminen.....	8
3.3	Psyykinen vanheneminen.....	10
3.4	Ikääntymiseen liittyvät muistisairaudet.....	10
4	Ikääntyneet sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttäjinä.....	16
4.1	Etelä-Karjalan Sosiaali- ja terveyspiirin strategia 2014-2018.....	16
4.2	Eksoten palvelutarpeen arviointi ikääntyneille.....	17
4.3	Asiakaskeskeisyys ja osallisuus vanhustenhoidossa.....	18
4.4	Ikääntyneet palvelunkäyttäjät.....	18
5	Opinnäytetyön tarkoitus.....	22
6	Opinnäytetyön toteutus.....	23
7	Tutkimustulokset.....	26
7.1	Ikääntyneiden ongelmat päivittäisissä toiminnoissa kotona.....	26
7.2	Kotona-asuvien ikääntyneiden turvallisuus ja turvallisuudentunne.....	26
7.3	Ikääntyneiden sosiaalisten suhteiden ylläpito.....	27
7.4	Kotona-asuvien ikääntyneiden ongelmat lääkehoidossa.....	28
7.5	Ikääntyneiden käytössä olevat apuvälineet ja niiden ongelmat.....	28
7.6	Omaisten näkökulma ikääntyneiden palvelutarpeista.....	29
8	Eettisyyteen ja luotettavuuteen liittyvät näkökohdat.....	31
9	Yhteenveto ja pohdinta.....	34
	Taulukot.....	37
	Lähdeluettelo.....	38

Liitteet

- Liite 1 Tutkimuslupahakemus
- Liite 2 Suostumuslupa
- Liite 3 Saatekirje

1 Johdanto

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on selvittää Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden asiantuntijoiden näkemyksiä ikääntyneiden, yli 65-vuotiaiden, kotona-asuvien ihmisten palvelutarpeista, toiveista ja ongelmista kotona-asumisen suhteen. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää Hope For You-hankkeessa, jonka tarkoituksena on, että korkeakoulutuksessa olevat nuoret voisivat jo opiskeluaikana toimia yrittäjänä sosiaali- ja terveysalalla. Hankkeen aikana on tarkoitus luoda ikääntyneille, yli 65-vuotiaille, kotona-asuville ihmisille asiakaslähtöisiä innovaatioita ja palveluita. Hope For You-hankkeen tavoite on tuottaa kolmessa vuodessa vähintään 45 opiskeluaikaista matalan kynnyksen yritystä Etelä-Saimaan 4H-yhdistyksen kautta. Nämä ns. hyvinvointiyrittäjät osallistuvat kesällä 2018 yhteensä kahdeksan viikkoa kestävään LUT Entrepreneurship Society (myöhemmin LUTES Ry) järjestämään *Summer Launchpad* -valmennukseen, jossa pyritään löytämään innovatiivisia ratkaisuja ikääntyneiden, kotona-asuvien, palvelutarpeisiin (Etelä-Saimaan 4H-yhdistys 2016; LUTES Ry 2016.) Hyvinvointiyrittäjällä tarkoitetaan yrittäjää, joka tuottaa ennaltaehkäiseviä palveluja, vanhus- tai vammaispalveluja, avo- tai laitospalveluja, mielenterveys- tai kuntoutuspalveluja, erilaisia terapiapalveluja sekä lasten, nuorten tai perheiden palveluja (Ahopalo 2016.) Tätä opinnäytetyötä varten haastatellaan teemahaastatteluin Eksoten asiantuntijoita, kuten palveluohjaajia ja muistikoordinaattoreita, joilla on kattavaa ja luotettavaa tietoa ikääntyneiden ihmisten palvelutarpeista. Saatuja tutkimustuloksia voivat hyödyntää hankkeeseen osallistuvat hyvinvointiyrittäjät omaa liiketoimintasuunnitelmaansa ja uusia innovaatioita luodessaan.

Myös Eksote voi hyödyntää tutkimustuloksia kehittäessään organisaation sisäisiä palveluita ikääntyneille kotona-asuville ja kotihoidon asiakkaille. Tutkimus tukee myös Eksoten uutta strategiaa ja visiota. Eksoten tavoitetilä eli visio tiivistyy kahteen sanaan: "Toimintakykyisenä kotona". Vision taustalla on sosiaali- ja terveystieteiden toimintamallien ja rakenteiden uudistushalu. Eksote haluaa myös vastata kestävyysvajeeseen ja väestön ikääntymisestä johtuvaan palvelutarpeen kasvuun. Eksote haluaa kohdistaa osaamisensa asiakkaiden toimintakyvyn parantamiseen kaikilla palvelualueilla. Eksoten mielestä ihmisen paras paikka on kotona. Tästä syystä Eksote haluaa varmistaa, että asiakkaan on helppo palata kotiin ja

hänen on tarvittaessa vaivatonta saada kotoa käsin tarvitsemansa palvelut. Käytännössä tämä tarkoittaa, että Eksoten asiakkaat huolehtivat omatoimisesti toimintakyvystään ja omasta hyvinvoinnistaan. Eksoten hoito- ja palvelumallit ovat kevyitä, kuntouttavia ja kotilähtöisiä. Eksoten kanssa asiointi on helppoa käyttämällä sähköisiä ja matalan kynnyksen palveluja. Asiakkaat ohjataan oikeaan paikkaan ja oikeaan aikaan. Kiireellisen avun ja hoidon elämän kriisitilanteissa tulee olla helposti saatavilla. Eksoten asiakaslähtöisten palveluiden ja prosessien strategiset tavoitteet ovat asiakkaan omatoimisuuden tukeminen, palvelujen saatavuuden helpottaminen ja sosiaalisen osallisuuden lisääminen. Jotta näihin tavoitteisiin päästäisiin, tulee muun muassa kehittää palveluohjausta, vahvistaa kotiin suunnattuja palveluita ja hyödyntää mobiili- ja sähköisiä ratkaisuja (Eksote strategia 2014, 4-10).

2 Tiedonhaku

Opinnäytetyöprosessin alkuvaiheessa määriteltiin, mitä lähdetään tutkimaan. Aihe valikoitui hankkeen kautta. Tiedonhaku alkoi katsauksella olemassa olevaan kirjallisuuteen ja tutkimuksiin. Ikääntyneiden palvelutarvetta koskevia tutkimuksia löydettiin melko vähän, mutta ikääntymisestä ja muistisairauksista löytyi paljon tutkimuksia ja kirjallisuutta. Aihe rajattiin kotona-asuviin ikääntyneisiin, jotka eivät ole kotihoidon asiakkaita. Aiheen rajaamisen jälkeen laadittiin tutkimuskysymykset. Lisäksi pohdittiin tutkimuskysymysten kannalta olennaiset hakusanat. Opinnäytetyöhön haluttiin mahdollisimman tuoretta aineistoa. Tiedonhakua päätettiin kokeilla suppeammalla ja laajemmalla aikavälillä. Hakutulosten määrän perusteella nähtäisiin, kuinka suppeaksi aikaväli voitaisiin asettaa. Lähteiden ei tulisi olla viittä vuotta vanhempia, koska tätä vanhemmat lähteet heikentävät tutkimuksen luotettavuutta (Metsämuuronen 2009, 28-29).

Suunnitteluvaiheessa mietittiin käytettäviä hakutietokantoja. Oli tärkeää, että tietokantoja osattaisiin käyttää hyvin. Tällöin tiedonhausta tulisi onnistunut ja luotettava. Tietokantojen käyttöä Nelli-portaalin kautta oli harjoiteltu jo opintojen aiemmassa vaiheessa, joten sitä päädyttiin käyttämään tiedonhaussa. Ensimmäistä aineistonhakua tehtäessä tuloksia saatiin useita satoja. Haku oli rajattu vuosille 2010-2017, hakusanoina käytettiin ikäänty? palvelutar? ja muistisair? Kun haku oli suoritettu, luettiin läpi kaikki hakutulosten otsikot. Osa tutkimuksista jätettiin pois otsikon perusteella, jos siitä ilmeni, etteivät kaikki sisäänottokriteerit täyttyneet. Tämän jälkeen otsikoiden perusteella valituista tutkimuksista luettiin tiivistelmät, joiden perusteella sisäänottokriteerit täyttävät tutkimukset valittiin. Osa tutkimuksista oli luettavissa elektronisina versioina, ja kirjalähteet lainattiin kirjastoista. Tutkimusten lähemmässä tarkastelussa ja laadun arvioinnissa jätettiin vielä pois joitakin tutkimuksia. Lopulliseksi aineistoksi valittiin tutkimusartikkeleja, pro graduja, kirjallisuutta ja luotettaviksi arvioituja verkkosivuja, esim. Käypä hoito ja Terveysportti.

3 Vanheneminen ja siihen kuuluvat muutokset

3.1 Fyysinen vanheneminen

Fyysisellä vanhenemisellä tarkoitetaan biologista tapahtumasarjaa, jossa ihmisen eri elinten toimintakyky heikkenee. Fyysinen vanheneminen voi siis olla haitallinen ja kielteinen ilmiö, kun taas psyykinen ja sosiaalinen vanheneminen voi saada aikaan positiivisia muutoksia ja kehittää ihmistä. Fyysinen vanheneminen alkaa ihmisen kasvukauden päättymisen jälkeen, hieman 20. ikävuoden jälkeen. Se on siis hidas prosessi, ja fyysistä vanhenemistä säätelee perimä. Yksilölliset erot vanhenemisessä ovat isoja ja eri elimet vanhenevat eri nopeudella. Perimän lisäksi vanhenemiseen vaikuttaa elämäntavat ja elinympäristön muutokset. Geneettisen perimän merkitys fyysisessä vanhenemisessä on nykykäsityksen mukaan suurimmillaan nuoruusiässä ja elämäntavat sekä elinympäristö vaikuttavat elinikään ja terveyteen eniten vanhemmalla iällä. Fyysisen vanhenemisen vaikutukset arkielämään alkavat yleensä vaikuttaa arkielämän sujumiseen vasta myöhemmällä iällä, vaikka vanhenemismuutokset alkavatkin jo kolmannella vuosikymmenellä. Normaalista fyysisestä vanhenemisestä johtuva suorituskyvyn heikkeneminen alkaa yleensä näkyä ihmisen arkielämässä vasta 75. ikävuoden jälkeen. Vanhenemismuutosten vuoksi elimistön liikkumisvara kaventuu, minkä vuoksi elimistön on vaikeampi suoriutua tavanomaista suuremmasta rasituksesta. Tästä syystä vanha ihminen sairastuu nuoria herkemmin (Aejmelaeus, Kan, Katajisto & Pohjola 2007, 29-30).

3.2 Sosiaalinen vanheneminen

Sosiaalisella vanhenemisellä, eli sosiaaligerontologialla, tarkoitetaan ikääntymisen tarkastelua yhteiskunnassa yksilön tai ryhmän näkökulmasta. Sosiaaligerontologia tarkastelee muutoksia ikääntyvän ja hänen ympäristönsä suhteessa ja sitä, miten ikääntyminen vaikuttaa yksilön kulttuuriseen ja yhteiskunnalliseen asemaan. Ikääntyessä sosiaaliset roolit muuttuvat. Esimerkiksi vanhemman rooli muuttuu isovanhemmaksi ja työntekijän rooli eläkeläiseksi. Sosiaalinen toimintakyky koostuu psyykkisestä ja fyysisestä toimintakyvystä ja on moniulotteinen ja -kerroksinen kokonaisuus. Vanhenemismuutosten vaikutuksista ihmisen sosiaali-

seen toimintakykyyn on niukasti tietoa. Ikääntyneet kuitenkin pystyvät sovittamaan nuoria paremmin käyttäytymisensä muiden mukaan. Sosiaaliset taidot ja vuorovaikutussuhteet jopa vahvistuvat ikääntyessä, vaikka yleinen toimintakyky huononeekin. Ikääntyneiden vähäeleinen ja rauhallinen tapa reagoida asioihin on usein tyyneyden, eikä esimerkiksi tylsyyden merkki. Ikääntyneen sosiaalinen aktiivisuus ja yhteiskunnallinen osallistuminen riippuvat myös käytettävissä olevista osallistumismahdollisuuksista. Usein naiset ovat aktiivisia epävirallisessa osallistumisessa (mm vierailut, ystävien tapaaminen) ja miehet virallisessa osallistumisessa, esimerkiksi järjestötoiminta. Ikääntyneen voimavaroissa merkityksellistä on se, millaiseksi ihminen kokee toimintakykynsä. Toimintakyvyn perustana ovat psyykkiset, fyysiset ja sosiaaliset voimavarat. Ihminen selviytyy elämäänsä liittyvistä asioista omakohtaisen kokemusten kautta kehittyneiden voimavarojen avulla, minkä vuoksi ihmiset voivat kokea oman selviytymisensä hyvinkin eri tavalla. Toinen kokee, ettei hän selviydy, ja toinen kokee kaikkien asioiden olevan hyvin ja selviytyy omin keinoin. Vanhustyön suuri haaste on ottaa huomioon ikääntyneiden voimavarat ja oppia pitämään vanhustyön perustaa lääketieteellistä näkökulmaa laajempaan kulttuurisena ja sosiaalisena voimavarana. Huomiottaamalla ikääntyneiden voimavarat monipuolisesti, lisätään sekä heidän toimintakykyään että koko yhteisön voimavaroja (Aejmelaeus ym. 2007, 23-26).

Ikääntyneen sosiaaliset voimavarat ovat muodostuneet hiljalleen vuorovaikutuksessa hänen henkilökohtaisen verkostonsa kanssa. Sosiaalinen verkosto muodostaa ikääntyneen arkielämän perustan. Se kuvaa tuttuuden, ystävyysuhteiden ja sukulaisuuden kautta syntyneitä ihmissuhteita, ja sosiaalinen verkosto koostuu yksikön kaikista sosiaalisista suhteista. Sosiaalinen verkosto rakentaa myös ikääntyneen itsearvostusta ja sosiaalista identiteettiä. Hyvä sosiaalinen verkosto toimii tukiverkkona, kun ikääntyneen avuntarve kasvaa, mutta se myös turvaa ihmisen itsemääräämisoikeutta. Ikääntymisen myötä ihmisen sosiaalinen verkosto saattaa harveta, koska monet ikätoverit kuolevat. Lasten ja lastenlasten sukupolvien laajentuminen saattaa tasapainottaa tätä muutosta. Perheen ja suvun merkitys korostuu ikääntyessä, ja ne antavat voimia arkeen sekä tuottavat tyydytystä. Ikääntyneet tarvitsevat sosiaalisen verkoston ylläpidossa tukea ja apua muilta ihmisiltä (Aejmelaeus ym. 2007, 26-27).

3.3 Psyykinen vanheneminen

Ihmisen elämänkulku voidaan jakaa kahdeksaan, toisistaan selvästi erottuvaan vaiheeseen, joita luonnehtivat erityiset, niille ominaiset, kehitystehtävät. Vanhuuden kehitystehtävä on oman minän eheytyminen. Sillä tarkoitetaan oman elämän hyväksymistä sellaisenaan kaikkine huonoine ja hyvine puolineen. Oman elämänkulun suhteuttamista laajempaan ihmisyyden perspektiiviin ja kokonaisnäemyksen saavuttamista omasta elämästä pidetään vanhuuden tärkeimpänä psykologisena haasteena. Ikä ei vaikuta ihmisen älyllisiin toimintoihin niin paljon, kuin on aiemmin oletettu. Ihmisen älyllisten kykyjen muutoksiin vaikuttaa psyykkisten ja fyysisten toimintojen välillä oleva tiivis vuorovaikutus. Esimerkiksi vaikea fyysinen sairaus vaikuttaa usein myös ihmisen psyykkiseen toimintakykyyn. Nykytiedon mukaan vanheneminen ei aiheuta älykkyyden heikkenemistä ennen 70.-80. ikävuotta. Älykkyyden eri osatekijöiden välillä on kuitenkin merkittäviä eroja; esimerkiksi ihmisen päättelykyky heikkenee iän myötä, mutta kielellinen kyky kehittyy vielä vanhuudessakin (Aejmelaeus ym. 2007, 14-17).

3.4 Ikääntymiseen liittyvät muistisairaudet

Muistisairaudella tarkoitetaan sairautta, joka heikentää sekä muistia että muita tiedonkäsittelyn alueita. Useimmiten etenevät muistisairaudet johtavat muistin ja tiedonkäsittelyn dementia-asteiseen heikentymiseen. Yleisimmät muistisairaudet ovat Alzheimerin tauti (AT), aivoverenkiertosairaudet (AVH), Lewyn kappale -patologiaan liittyvät sairaudet, esim. Lewyn kappale -tauti (LKT) sekä Parkinsonin taudin muistisairaus (PT-muistisairaus) ja otsa-ohimolohkorappeumat (Käypä hoito 2017).

Yli 65-vuotiaista joka kolmas ilmoittaa kärsivänsä muistioireista, vaikka suurimmalla osalla heistä ei ole etenevää muistisairautta. Suomessa on arviolta jopa 200 000 henkilöä, joilla kognitiivinen toiminta, eli tiedonkäsittely, on lievästi heikentynyt. Vuonna 2013 lievästä dementiaoireista kärsi arviolta 100 000 henkilöä ja vähintään keskivaikeista demencian oireista 93 000 henkilöä. Lisäksi noin 7000 työikäistä sairastaa jotakin muistisairautta. Suomessa muistisairauteen sairastuu vuosittain noin 14500 henkilöä ja merkittävä osa muistisairauksista jää diagno-soimatta. Dementia on todettu suurimmalla osalla pysyvässä pitkäaikaishoidossa

olevista asiakkaista (Käypä hoito 2017). Riippumatta häiriön mekanismista, muistihäiriö voi olla ohimenevä, hoidettavissa oleva, etenevä tai pysyvä. Muistisairaudesta puhutaan, kun muistihäiriö on etenevä ja johtaa dementiaan. Dementia ei ole yksittäinen sairaus, vaan oireyhtymä, johon kuuluu muistihäiriöiden lisäksi korkeampien aivotoimintojen ja henkisen toiminnan heikentyminen (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 47.)

Alzheimerin tauti

Alzheimerin tauti (AT) on yleisin etenevä muistisairaus (vähintään 70% sairastuneista). Se etenee hitaasti ja tasaisesti ja siihen liittyy aivoalueiden, niiden välisten yhteyksien ja neurokemiallisten järjestelmien selektiivinen vaurioituminen. Sairaus alkaa tyypillisesti muistioireella, joka on koko sairauden ajan vaikeimmin heikentynyt tiedonkäsittelyn (kognition) osa-alue. Tämä näkyy uuden muistiaineksen mieleen painamisen ja erityisesti mieleen palauttamisen vaikeutena. Taudinkuvaa hallitsee tiedonkäsittelyn lisääntyvä heikentyminen. Muistin ja tiedonkäsittelyn heikkeneminen ovat kiinteästi yhteydessä omatoimisuuden heikentymiseen. Alzheimerin tautiin kuuluu myös käytösoireet, jotka vaihtelevat taudin eri vaiheissa. Sairauden edetessä käytösoireiden käytösoireet vaikeutuvat, niiden esiintyvyys lisääntyy ja omatoimisuus heikkenee. Kliininen oirekuva voidaan jakaa oireettomaan, varhaiseen, lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan asteeseen. Lievän vaiheen taudinkuvan oireita ovat esimerkiksi unohtamisen lisääntyminen, sanojen löytämisen vaikeutuminen, ongelmat lääkityksestä huolehtimisessa, vetäytyminen, laihtuminen, lisääntynyt ärtyvyys ja harhaluuloisuus. Keskivaikean vaiheen oireita ovat muun muassa lähimuistin heikkous, puheentuottamisen, ruoanlaiton ja asianmukaisen pukeutumisen vaikeudet, tavaroiden kadottaminen, eksyminen ja uni-valverytmin häiriöt. Vaikean vaiheen taudinkuvan oireita ovat esimerkiksi rajoittunut puheentuotto, huomattavat vaikeudet puheen ymmärtämisessä, inkontinenssi, levottomuus, aggressiivisuus, karkailu, masennus tai apatia sekä apraktinen, töpöttävä kävely (Käypä hoito 2017).

Aivoverenkiertosairauden muistisairaus

Aivoverenkiertosairauden muistisairaudet (vascular cognitive impairment, VCI; vanha termi: vaskulaariset muistisairaudet) liittyvät aivojen verisuonivaurioihin ja aivoverenkiertohäiriöihin. Aivoverenkiertosairauden muistisairaus on toiseksi yleisin etenevä muistisairaus (15-20% sairastuneista). VCI on oireyhtymä, joka liittyy aivomuutoksiin ja erilaisiin verisuoniperäisiin tekijöihin ja jolla on toisistaan poikkeavia kliinisiä taudinkuvia ja syitä. Sairauden keskeisiä alatyyppejä ovat pienten suonten tauti, suurten suonten tauti ja tiedonkäsittelyn kannalta kriittisellä alueella olevan infarktin aiheuttamat tilat. Sairaus käsittää tiedonkäsittelyn yhdellä tai useammalla osa-alueella ilmenevät rajalliset oireet ja oirekuvaltaan vaikeaan muistisairauteen johtavat, laaja-alaiset ja etenevät tilat. VCI-ryhmään kuuluvat myös AT-potilaat, joilla on kliinisesti merkittävä aivoverenkiertosairaus (AT + AVH, eli aivoverenkiertohäiriö). Aivohalvauksen jälkeen tiedonkäsittelyn oireet ja muistihäiriöt ovat yleisiä. Esimerkiksi 85%:lla aivohalvauksesta toipuneista ja 71 %:lla kliinisesti hyvin toipuneista 55–85-vuotiaista potilaista on todettu tiedonkäsittelyn jonkin osa-alueen heikentyminen. Aivohalvauksen jälkeen 25%:lla potilaista esiintyy laajempialaista tiedonkäsittelyn heikentymää, dementiaa. Aivoverenkiertosairaus on syynä 15-20%:ssa etenevistä muistisairauksista, ja näistä pienten suonten taudin osuus on noin 70 %. Suomessa on noin 250 000 oireista pienten suonten tautia sairastavaa. Aivoverenkiertosairauden muistisairauden riskiä lisäävät hypertensio, veren suuri kolesterolipitoisuus, vähäinen liikunta, ylipaino, tupakointi ja diabetes. Myös matalan koulutustason on todettu suurentavan muistisairauden riskiä (Käypä hoito 2017).

Aivojen pienten suonten tauti

Aivojen pienten suonten taudin tyypillinen varhainen oire on tiedonkäsittelyn hidastuminen ja toiminnanohjauksen heikentyminen. Muistioireet ovat usein vähemmän korosteisia kuin Alzheimerin taudissa. Sairaus aiheuttaa myös käytösoireita, kuten persoonallisuuden muutoksia, masennusta ja psykomotorista hidastumista. Oireet alkavat vaihtelevasti ja usein potilaista on kliininen taustatieto vain hetkellisestä kävelyvaikeudesta, sekavuudesta tai ohimenevästä aivoverenkierron häiriöstä (transient ischemic attack, TIA) ilman selvää aivohalvaukseen viit-

taavaa paikallista neurologista löydöstä tai oiretta. Oireiden laatu saattaa kuitenkin vaihdella ja päivien välillä on eroa. On yleisempää, että oireet alkavat vaivihkaa, kuin äkillisesti, ja oireet etenevät tasaisesti suurella osalla potilaista ilman portaittaista pahenemista (Käypä hoito 2017).

Suurten suonten tauti

Oireet alkavat yleensä nopeasti, tunneissa tai päivissä, ja ne pahenevat portaittain ja vaihtelevat. Vaaratekijöiden ollessa hallinnassa, potilailla on usein jopa vuoden mittaisia tasaisia vaiheita. Tiedonkäsittelyn oireet vaihtelevat tapauksittain. Yleensä havaitaan muistin ja toiminnanohjauksen oireita ja esimerkiksi näönvaraisen hahmottamisen ongelmia, huomiotta jäämisiä (neglect) sekä kielellisiä ongelmia. Infarktien sijainnista riippuen, kliinisinä löydöksinä voidaan todeta toispuolihalvaus, suupuolien roikkuminen, kävelyn muutos (hemipleginen tai apraktis-ataktinen) tai näkökenttäpuutos (Käypä hoito 2017).

Lewyn kappele -tauti

Solunsisäisiä Lewyn kappaleita nähdään tyypillisesti Parkinsonin taudissa tyvitumakkeissa, mustatumakkeessa (substantia nigra) ja vaihtelevassa määrin myös aivokuoressa. Lewyn kappale -taudissa (LKT) niitä esiintyy runsaasti erityisesti aivokuoressa ja limbisen järjestelmän rakenteissa (mm. amygdala). Sairauden alkuvaiheessa ei välttämättä ole merkittäviä muistihäiriöitä, mutta niitä ilmaantuu taudin edetessä. 50% potilaista on aivoissa myös Alzheimerin taudin -muutoksia. Herkkyys psykoosilääkkeille ja rem-unen aikaiset käytösoireet ovat LKT:hen viitattavia piirteitä. Potilaat saattavat muuttua jo pieniestä annoksista psykoosilääkkeitä sekaviksi ja kävelykyvyttömiksi. Lewyn kappale -tauti alkaa hitaasti, ja sen oireita ovat toistuvat yksityiskohtaiset näköharhat, tiedonkäsittelyn, vireyden ja tarkkaavuudenvaihtelu sekä ekstrapyramidaalioireet, eli Parkinson-tyyppiset oireet (kävelyvaikeus, hitaus, jäähmeys ja joskus vapina). Diagnoosia varten edellä mainituista oireista vähintään kahden on täytyttävä (Käypä hoito 2017).

Parkinsonin taudin muistisairaus

Suomessa arvioidaan olevan noin 3 000 Parkinsonin taudin muistisairautta (PT) potevaa. Etenevien tiedonkäsittelyoireiden esiintyvyys on Parkinsonin taudissa 4-6 kertaa suurempi normaaliväestöön verrattuna. 60-70%:lla Parkinson-potilaista esiintyy tiedonkäsittelyn oireita. Sairauden syynä ovat aivojen kuorikerroksen Lewyn kappaleet, eri välittäjäainejärjestelmien vauriot ja Alzheimer-muutokset tai näiden prosessien yhdistelmä. Varhain ilmenevät muistioireet, kävelyvaikeus, vaikea ja hidaskävyinen parkinsonismi, korkea ikä ja tasapainon epävarmuus altistavat PT-muistisairaudelle. Tiedonkäsittelyn oireina ovat muistitoimintojen ja visuospatiaalisten toimintojen, toiminnanohjauksen ja tarkkaavuuden hidastuminen ja heikkeneminen ja hidastuminen. Käyttöoireina ovat näköharhat, harhaluulot, aloitekyvyn heikentyminen, liiallinen päiväkainen väsymys ja persoonallisuuden muutos. Näköharhat ja tiedonkäsittelyoireet ovat yhteydessä kolinergeisen järjestelmän heikentymiseen. Dementoituneista neuropatologisissa tutkimuksissa 30–70 %:lla Parkinson-potilaista on havaittu huomattava Alzheimer-patologia (Käypä hoito 2017).

Otsa-ohimolohkorappeumat

Otsa-ohimolohkorappeumissa aivojen kuorikerroksessa on kuduskato (atrofia), joka painottuu otsalohkoihin ja ohimolohkojen etuosiin. Otsa-ohimolohkorappeumien tyypillisiä oirekuvia ovat otsalohkodementia ja primaarinen etenevä afasia. Tämä jaotellaan edelleen logopeniseen etenevään afasiaan, semanttiseen dementiaan ja etenevään sujumattomaan afasiaan. Noin puolet otsa-ohimolohkorappeumista käsittää otsalohkodementian ja nämä arviolta 5 % kaikista etenevistä ja 10 % työikäisten muistisairauksista. Otsalohkodementian klinisiä ominaispiirteitä ovat oireiden alkaminen usein persoonallisuuden ja käyttäytymisen muutoksella (apatia, tahdittomuus, estottomuus, arvostelukyvyyttömyys), hidaskävyisyys ja vähittäinen eteneminen, toiminnanohjauksen vaikeudet (tarkkaavuus, suunnitelmallisuus, keskittymiskyky), empatia- ja sympatiakyvyn heikentyminen ja sosiaalisten taitojen varhainen heikentyminen, puheentuottovaikeudet, sairautentunnon heikentyminen, stereotyyppinen toistava käyttäytyminen, ongelman-

ratkaisu- ja päättelykyvyn heikkeneminen, spatiaalisten taitojen ja muistin säilyminen sairauden alkuvaiheessa ja niin sanottujen primitiiviheijasteiden esiintulo (Käypä hoito 2017).

Primaariset etenevät afasiat alkavat yleensä 50-70 vuoden iässä, noin 75% alle 65 vuoden iässä. Sen keskeisiä piirteitä ovat kielelliset vaikeudet sairauden alkussa ja oireiden edetessä sekä sairauden hidas eteneminen ja hiipivä alku. Persoonallisuus- ja käyttäytymismuutokset ja tapahtumamuistin vaikeudet eivät ole tyypillisiä. Etenevä sujumaton afasia alkaa Alzheimerin tautia nuoremmalla iällä. Tapauksista noin puolet alkaa alle 65 vuoden iässä. Sairaus alkaa hiipivästi ja etenee vähittäin. Sen kliinisiä ominaispiirteitä ovat yksinkertainen lauserakenne ja lyhyet lauseet, työläs puheentuotto, fonologiset ja kielioppivirheet sekä mahdolliset kirjoittamis- ja lukuvaikeudet. Sairauden alkuvaiheessa muut tietojenkäsittelyn alueet säilyvät ja yksinkertaisen puheen ymmärtäminen sujuu arkikeskustelussa. Semanttista dementiaa sairastavilla potilailla puhe etenee sujuvasti, mutta sen sisältö on tyhjää ja heillä on vaikeuksia nimetä asioita ja ymmärtää puhetta. Kielellisten ilmausten merkitys häviää ja sisällön ymmärrys katoaa, mutta lukeminen, puheen toistaminen ja sanelusta kirjoittaminen säilyvät. Esineiden ja kasvojen tunnistamisessa sekä visuaalisessa havainnoinnissa on vaikeuksia. Logopenista etenevää afasiaa sairastavat potilaat eivät kykene toistamaan lauseita, ja heillä on vaikeuksia sekä nimeämisessä että spontaanissa puhumisessa. Esineiden ja kasvojen tunnistamiskyky ja yksittäisten sanojen ymmärtäminen on säilynyt, eikä kielioppivirheitä esiinny (Käypä hoito 2017.)

4 Ikääntyneet sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttäjinä

Vuonna 2013 Etelä-Karjalan alueella asui noin 11 000 yli 75-vuotiasta, joista kotona tai kodinomaisessa ympäristössä yli 90%. Vuonna 2025 Etelä-Karjalassa elää 75-vuotiaita jopa 76 % enemmän kuin vuonna 2003 ja yli 65-vuotiaita 52 % enemmän. Työikäisen väestön osuus vähenee samaan aikaan lähes 20 %. Tämä edellyttää palvelujärjestelmän kehittämistä. Vuonna 2013 Eksoten Muistipoliklinikalla kävin noin 1300 asiakasta, joista diagnosoitiin noin 240 uutta muistisairasta (Etelä-Karjalan suunnitelma ikääntyneen väestön tukemiseksi 2015, 5-8).

4.1 Etelä-Karjalan Sosiaali- ja terveystieteiden strategia 2014-2018

Eksoten uusimpaan strategiaan kuuluu sosiaali- ja terveysalalla vallitsevien megatrendien huomioonottaminen. Megatrendeillä tarkoitetaan maailmanlaajuisia ilmiöitä ja muutoksia, jotka vaikuttavat monilla tavoin sekä ihmisten arkeen, että tapaan toimia nyt ja tulevaisuudessa. Eksoten toimintaan keskeisimmin vaikuttavat megatrendit ovat väestön ikääntyminen, yksilöllisyyden kasvu ja asiakaslähtöisyys, sosiaalisten ja henkisten tarpeiden korostuminen sekä älyteknologian käyttö ja virtuaaliympäristöjen yleistymisen arjessa. Erityisesti Suomessa väestö ikääntyy nopeasti, mikä luo paljon haasteita yhteiskunnalle. Vanhuksilla on uudenlaisia palvelutarpeita ja toimintakyvyn merkitys korostuu. Myös sukupolvien välinen oikeudenmukaisuus herättää kysymyksiä. Koska ihmisten tarpeet ja elämäntavat ovat yksilöllisiä, tätä vaaditaan myös tuotteilta ja palveluilta. Osallisuus, sosiaalinen pääoma, onnellisuus, mahdollisuudet ja hyvä elämä ovat uusimpia hyvinvoinnin tarpeita. Tästä syystä tarvitaan uusi ja laajempi käsitys hyvinvoinnista ja ratkaisukeinoja hyvinvointiongelmien ratkaisemiseksi. Työperäinen pahoinvointi ja mielen-terveysongelmat johtavat aiempaa nopeampaan syrjäytymiseen työelämästä. Älyteknologian käyttö näkyy muun muassa älypuhelimien lisääntyneenä hyödyntämisenä terveydenhoitopalveluiden käytössä ja ratkaisujen etsimisessä (Eksote strategia 2014.)

4.2 Eksoten palvelutarpeen arviointi ikääntyneille

Eksoten alueella asuvien ikäihmisten kotona selviytymistä tuetaan järjestämällä heille kotiin erilaisia palveluja. Näitä ovat kotikuntoutus, kotihoito, tehostettu kotisairaanhoido ja kotihoidon tukipalvelut (Etelä-Karjalan suunnitelma ikääntyneen väestön tukemiseksi 2015, 25). Eksote tarjoaa alueensa asukkaalle moniammatillista palvelutarpeen arviointia. Palvelutarpeen arvioinnin tavoitteena on turvata oikea-aikaiset palvelut ja parantaa ikääntyneiden mahdollisuuksia asua omassa kodissaan. Palvelutarpeen arviointi toteutetaan kotikäyntinä ja sitä voi pyytää henkilö itse, omainen, viranomainen tai jokin muu taho (Kotihoito ja kotihoidon tukipalvelut 2017.) Ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnit hoidetaan Iso apu - palvelukeskuksen kautta, josta he saavat myös muuta ohjausta ja neuvontaa (Etelä-Karjalan suunnitelma ikääntyneen väestön tukemiseksi 2015, 24). Palvelutarpeen arviointi on yhdenmukaista, tasalaatuista ja keskitettyä. Eksoten palvelutarpeen arviointitiimi koostuu kahdeksasta (8) palveluohjaajasta, jotka ovat sosionomeja, sairaanhoitajia, fysioterapeutteja ja geronomeja.

Palvelutarpeen arvioinnin avulla asiakas saa tarpeenmukaiset ja toimintakykyään vastaavat palvelut. Sen avulla ennakoitaan riskitekijät ja tunnistetaan kuntoutumisen mahdollisuudet. Asiakkaan tarpeen vaatiessa, hänelle järjestetään neljän viikon kuntouttava arviointijakso. Tällä lyhennetään säännöllisen asiakkuuden kestoa, vähennetään palvelutarvetta ja siirretään myöhemmäksi ympärivuorokautisen hoidon tarvetta. Palvelutarpeen arvioinnin jälkeen, 30% asiakkaista siirtyy Eksoten kotihoidon kuntouttavalle arviointijaksolle, ja näistä 50% jää kotihoitoon säännöllisiksi asiakkaiksi. Palvelutarpeen arvioinnin jälkeen 50% asiakkaista pärjää kotona ilman päivittäistä apua, 10% yksityisen palveluntuottajan turvin ja 10% kuntoutuksen tai vertaistoiminnan tukemana (Tepponen 2015, 11-12). Palvelutarpeen arviointi suoritetaan ikääntyneen kotona vakioidulla työohjeella ja yhtenäisillä lomakkeilla sekä mittareilla. Asiakkaan omat näkemykset ja mielipiteet selvitetään ja ne kirjataan. Palvelutarpeen arvioinnista jää asiakkaalle yhteenveto ja sovitut toimenpiteet (Viitikko 2017, 18.)

4.3 Asiakaskeskeisyys ja osallisuus vanhustenhoidossa

Sairaanhoito- ja terveystalvelujen keskeinen toimintaperiaate on, että asiakas voi omalla toiminnallaan, päätöksillään ja valinnoillaan vaikuttaa omaan terveyteensä tai sosiaaliseen pärjäämiseensä. Asiakkaalla on mahdollisuus tehdä valintoja ja vaikuttaa saamiinsa palveluihin. Asiakkaan oma näkemys hoidon tarpeesta ja merkityksestä tulee ottaa huomioon, ja hänen asiantuntijuuttaan oman elämäntilanteensa ja terveytensä tuntijana tulee kunnioittaa. Vuorovaikutus hoitohenkilökunnan ja potilaan sekä hänen läheistensä ja omaistensa kanssa on hoitosuhteen perusta. Hoitotyön suhteen asiakaskeskeisyys on ammatillista potilaan odotuksiin, toiveisiin ja tarpeisiin vastaamista (Terveydenhuollon laatuopas 2011, 6.)

Uuden vanhuspalvelulain säädökset korostavat asiakkaan mahdollisuuksia osallistua valintojen tekemiseen ja itseään koskevien asioiden käsittelyyn. Tämä koskee myös ikäihmiselle suunnattuja palveluja. Tarvitaan asenteiden muutokseen johtavaa kehitystä ja palvelujärjestelmän toimintakulttuurin uudistamista. Palveluiden käyttäjiltä tarvitaan tietoa ja näkemyksiä, jotta nykyisen palvelujärjestelmän palvelut kehittyisivät asiakaslähtöisemmiksi. Ikääntyneet tulisi nähdä voimavarana tulevaisuuteen ja heitä tulee ottaa mukaan muutettaessa jo olemassa olevaa toimintamallia tai uusia palveluja suunniteltaessa. Osallisuuden suhteen heikommassa asemassa ovat mm muistisairaat ja ilman läheisverkostoa elävät ikäihmiset. (Etelä-Karjalan suunnitelma ikääntyneen väestön tukemiseksi 2015, 14-15.)

4.4 Ikääntyneet palvelunkäyttäjät

Tärkeimpiä varautumistoimia ikääntyvässä Suomessa on mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaaminen. Tämä osaltaan parantaa iäkkäiden elämänlaatua ja vaikuttaa sosiaali- ja terveystalveluiden tarpeeseen sekä mahdollistaa iäkkäiden täysivaltaisen osallisuuden yhteiskunnassa. Tätä kautta ikäihmisten hyvinvointi myös vaikuttaa julkisen talouden kestävyuteen. Kustannusten kasvua on vaikea hillitä palvelutarpeiden kasvaessa ja väestön ikärakenteen nopeasti muuttuessa, mikäli palvelurakenteita ei uudisteta. Tavoit-

teeksi asetettu palvelurakenteen muutos hillitsee toteutuessaan sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusten kasvua. Ei riitä, että rakenteita uudistetaan, vaan myös palveluprosesseja on kehitettävä (STM & Kuntaliitto 2013, 5). Vaikuttavilla ja oikea-aikaisilla sosiaali- ja terveyspalveluilla on merkittävä itsenäisen suoriutumisen tuki. Mahdollisuus asua kotona iäkkäänä edellyttää kuntoutuspalvelujen huomattavaa lisäämistä ja monipuolisuutta. Riskienhallinta, esimerkiksi tapaturmien ja kaatumisten ehkäisy, liikunnan ja ravitsemusneuvonnan lisääminen sekä varhainen puuttuminen ikääntyneiden toimintakykyyn kannattaa. Suurimmalla osalla yli 90-vuotiaista on toimintakyvyn rajoitteita. Muun muassa muistisairaudet ja muistin heikkeneminen ovat riskitekijöitä, jotka ennakoivat toimintakyvyn heikkenemistä (STM & Kuntaliitto 2013, 25). Etenevät muistisairaudet, sosiaalisten verkostojen puute, asuin- ja lähiympäristön esteellisyys, puutteelliset lähipalvelut ja yksin asuminen lisäävät palvelujen tarvetta (STM & Kuntaliitto 2013, 29). Palvelutarpeiden selvittämisessä on kiinnitettävä huomiota erityisesti seuraaviin kokonaisuuksiin: turvallinen lääkehoito, iäkkään henkilön sosiaalisten verkostojen ylläpito, potilasturvallisuus, toimintakyky, kuntoutus, ravitsemus, suun terveys sekä omaisten ja läheisten tarpeet ja voimavarat (STM & Kuntaliitto 2013, 32.)

Moni muistisairas asuu kotona niin kauan kuin mahdollista, joko itsenäisesti, kotiavun, omaishoitajan tai hoitavan omaisen turvin. Muistisairas ihminen selviytyy parhaiten tutussa ympäristössä ja tuttujen rutiinien keskellä. Turvallisuus ja miellyttävyys ovat tärkeitä, jotta muistisairaana kotona-asuminen onnistuisi mahdollisimman pitkään. Täytyy muistaa, että sekä muistisairas että hänen hoitajansa tarvitsevat tukea ja kuntoutusta. Jos muistisairas asuu yksin, hän tarvitsee usein tukea ja apua jo sairauden varhaisemmassa vaiheessa. Muistisairaalla ja hänen läheisillään on mahdollisuus hakea erilaisia sosiaalietuuksia ja sosiaaliturvaa, kuten palveluita ja rahallisia etuuksia. Sairastuneen käyttäytymisen muutokset ovat suurin laitoshoidon siirtymistä ennakoiva tekijä. Kotihoidosta luopumista ennakoivat myös sairauden nopea eteneminen lisääntyvine avuntarpeineen, turvattomuutta aiheuttavat tekijät sekä kävely- ja pidätyskyvyn menettäminen. Täytyy muistaa, että jokainen tilanne on kuitenkin yksilöllinen, ja laitoshoidon siirtymistä ei voida ulkopuolelta määritellä. Siihen vaikuttavat muun muassa läheisten mahdollisuus omaishoitoon, perheen sisäiset suhteet sekä saatu tuki ja apu (Muistiliitto 2016.)

Tämän vuoksi on mielestäni erittäin tärkeää kartoittaa ikääntyneiden ihmisten tarpeita ja toiveita, jotta he pystyisivät elämään kotonaan mahdollisimman pitkään onnellista ja turvallista elämää. Ideaalilanteessa tutkimukseni avulla saadaan yhteistyössä Lappeenrannan teknillisen yliopiston (myöhemmin LUT) ja Saimaan ammattikorkeakoulun (myöhemmin Saimia) opiskelijoiden kanssa yhteistyössä luoduksi innovatiivisia ja uusia palveluratkaisuja ikääntyneille, kotona-asuville, ihmisille, esimerkiksi hyödyntäen älyteknologiaa ikääntyneen kotona.

Muistihäiriötä sairastavien määrän arvioidaan kasvavan voimakkaasti Suomessa, koska ihmisten elinikä kasvaa, mikä taas tulee lisäämään muistisairaiden palvelutarvetta. Eurooppalaisten ennusteiden mukaan, muistisairaiden lukumäärä tuplaantuu vuoteen 2050 mennessä. Muistisairauksia esiintyy enemmän alueilla, joilla on paljon iäkästä väestöä (THL 2014a.) Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset kasvavat muistisairaiden määrän lisääntyessä. Kustannusten suuruus riippuu sairauden vaiheesta. Ympäri vuorokautisen hoidon osuus muistisairauksiin liittyvistä kustannuksista on arviolta 85 %. Pohjois-Euroopassa yhden muistisairaahan asiakkaan hoidon suorat ja epäsuorat kustannukset olivat vuonna 2008 keskimäärin noin 36000 euroa (THL 2014b.)

Muistisairaiden terveystalouden järjestämisessä keskeinen tavoite on varmistaa heille hyvä elämänlaatu. Tällä hetkellä muistisairaiden ihmisten elämänlaatu koti- ja ympärivuorokautisessa hoidossa on kohtalainen (Hupli, Jartti, Katajisto, Koskeniemi, Leino-Kilpi, Stolt & Suhonen 2015, 62). Kotihoidossa olevien muistisairaiden ihmisten elämänlaatuun on yhteydessä itsearvioinnin perusteella ainoastaan päivittäisistä toiminnoista selviytyminen. Itsenäisesti tai hieman avustettuna päivittäisistä toiminnoista selviävillä on parempi elämänlaatu (Hupli ym. 2015, 70). Muistisairaiden toimintakykyä tulisi tukea monin keinoin, jotta kyky selviytyä itsenäisesti kotona säilyisi mahdollisimman kauan, minkä avulla muistisairaahan elämänlaatu voidaan säilyttää hyvänä (Hupli ym. 2015, 71.) Oikea-aikaisella hoidolla, kuntoutuksella, palveluilla ja tuella varmistetaan muistisairaille ja heidän läheisilleen hyvä elämänlaatu (STM 2012, 2.) Muistipotilaan optimaalinen palvelukokonaisuus muodostuu seitsemästä pääteemasta: hoidon sujuvuus ja palvelurakenteen selkeys; sovitut tehtävät ja vastualueet; osaaminen ja ammattitaito; vuorovaikutus, palveluasenne ja kohtelu; tiedonkulun sujuvuus; hoitoa koskevan

päätöksenteon avoimuus ja osallisuus; ja resurssien riittävyys (Hupli, Koskeniemi, Leino-Kilpi, Röberg, Stolt & Suhonen 2015, 265.)

5 Opinnäytetyön tarkoitus

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on selvittää Eksoten asiantuntijoiden näkemyksiä ikääntyneiden, yli 65-vuotiaiden, kotona-asuvien ihmisten palvelutarpeista, toiveista ja ongelmista kotona-asumisen suhteen. Tätä opinnäytetyötä varten haastatellaan teemahaastatteluin Eksoten asiantuntijoita, kuten palveluohjaajia ja muistikoordinaattoreita, joilla on kattavaa ja luotettavaa tietoa ikääntyneiden, kotona-asuvien ihmisten, palvelutarpeista. Saatuja tutkimustuloksia on tarkoitus hyödyntää, kun lähdetään luomaan ikääntyneille, kotona-asuville ihmisille, innovatiivisia palveluratkaisuja kesällä 2018 LUTES Ry:n kanssa yhteistyössä järjestettävässä hyvinvointiyrittäjien Summer Launchpad-valmennuksessa. Saatuja tuloksia voivat käyttää hyödyksi hankkeeseen osallistuvat hyvinvointiyrittäjät omaa liiketoimintasuunnitelmaansa ja uusia innovaatioita luodessaan sekä Eksoten organisaatio suunnitellessaan ikääntyneille kotihoidon asiakkaille uusia palveluratkaisuja.

Tutkimuskysymykset

1. Millaisia ongelmia ikääntyneillä on kotona-asumisessa ja selviytymisessä?
2. Millaisia palveluratkaisuja, apukeinoja tai -välineitä ikääntyneet tarvitsevat kotiin?
3. Millaisia palveluratkaisuja ikääntyneiden omaiset haluavat?

6 Opinnäytetyön toteutus

Tämän opinnäytetyön tutkimuksen kohderyhmänä olivat Eksoten työntekijät, jotka työskentelevät päivittäin kotona-asuvien ikääntyneiden kanssa. Asiantuntijat valittiin organisaation yhdyshenkilön, muistikoordinaattori Eeva-Liisa Kieron, avustuksella. Hän keräsi haastatteluun hänen mielestään parhaiten soveltuvat henkilöt, ja kartoitti työntekijöiden halukkuuden osallistua tutkimukseen. Haastatteluun valituilla on kattavaa ja luotettavaa tietoa ikääntyneiden, yli 65-vuotiaiden, kotona-asuvien ihmisten palvelutarpeista, koska he kohtaavat näitä ihmisiä päivittäin heidän omissa kodeissaan työnsä puolesta. Tutkimuslupa haettiin kirjallisena Eksoten omalla tutkimuslupahakemuksella (Liite 1), ja hakemukseen liitettiin opinnäytetyön suunnitelma. Yhdyshenkilö lähetti palveluohjaajille tutkimuksen saatekirjeen (Liite 3) sähköpostitse. Saatekirjeestä haastateltavat saivat tiedon käsiteltävistä teemoista etukäteen ennen haastattelua. Yhden muistikoordinaattorin lisäksi viisi (5) palveluohjaajaa ilmaisi halukkuutensa osallistua tutkimukseen. Tutkija sopi sähköpostilla yhden yhteisen ryhmähaastatteluajan teemahaastattelua varten. Haastateltavien työnantaja oli luvannut työntekijöille, että haastattelu voidaan suorittaa työajalla ja aikaa haastatteluun varattiin yksi tunti. Tutkimukseen osallistuneet kuusi asiantuntijaa haastateltiin elokuussa 2017 Eksoten Iso Apu -palvelukeskuksessa heidän omalla työpaikallaan.

Tutkimusmenetelmänä opinnäytetyössä käytettiin teemahaastattelua, jonka aihe ja teema-alueet olivat osallistujilla tiedossa etukäteen. Haastattelu toteutettiin ryhmähaastatteluna, koska siten saatiin tehokkaasti tietoja usealta henkilöltä yhtä aikaa (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004b, 199). Haastattelun aiheena oli ikääntyneiden kotona-asuminen ja käsiteltäviä teema-alueita ovat turvallisuus, sosiaalisten suhteiden ylläpito, päivittäiset toiminnot ja lääkehoito. Ryhmähaastattelu nauhoitettiin, ja nauhoitettu tutkimusaineisto litteroitiin tekstimuotoon. Haastattelu litteroitiin sanasta sanaan pian haastattelun tekemisen jälkeen. Tällöin tauot, äänenpainot ja päällekkäisyydet olivat tutkijalla tuoreessa muistissa (Kankkunen ym. 2009, 132), vaikka non-verbaalista viestintää ei tässä tutkimuksessa analysoidukaan. Haastatteluaineistoa kertyi 11 sivua A4 kokoiselle sivulle fonttikoolla 12 rivivälin ollessa 1,5. Haastatteluaineisto luettiin moneen kertaan läpi litteroin-

nin jälkeen, ja siitä pyrittiin löytämään ne asiat, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin ja tutkimuksen tarkoitukseen. Analyysiyksikkönä käytettiin sanayhdistelmiä (Hirsjärvi ym. 2004a, 143; Kyngäs & Vanhanen 1999, 135).

Analyysin ensimmäisessä vaiheessa aineisto koodataan, eli käytetyt analyysiyksiköt kategorisoidaan (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 132). Tässä tutkimuksessa analyysiyksiköt muodostuivat tutkimuskysymysten teemojen perusteella. Koodaus tapahtui alleviivaamalla eri väreillä tekijät, jotka liittyivät ikääntyneiden turvallisuuteen, sosiaalisten suhteiden ylläpitoon, päivittäisiin toimintoihin, lääkehoitoon ja omaisten näkökulmaan. Tämän jälkeen alleviivatut sanayhdistelmät kopioitiin erilliseen tiedostodokumenttiin. Seuraavassa vaiheessa samaa asiaa tarkoittavat lausumat ryhmiteltiin omiin nimettyihin ryhmiinsä, ja muodostetut ryhmät nimettiin asiasisältöjen mukaisesti. Muodostuneet alakategoriat yhdistettiin, ja ne siirrettiin teemojen mukaisesti ryhmiin. Näin saatiin muodostettua ja nimettyä viisi yläkategoriaa tutkimuskysymysten ohjaamana (Kankkunen ym. 2009, 132-137). Taulukossa 1 on esitetty esimerkkejä siitä, miten aineisto muodostui alkuperäisilmauksesta yläkategoriaksi.

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria
Lääkkeiden ottaminen voi unohtua tai niitä otetaan liikaa.	Lääkkeiden ottamisessa on ongelmia.	Lääkkeiden ottaminen	Lääkehoito
Yksinasuvat vanhukset ovat yksinäisiä ja turvattomia.	Vanhukset ovat turvattomia.	Vanhusten turvattomuus	Turvallisuus
Vanhusten sosiaaliset suhteet ovat hyvin vähissä.	Vanhuksilla on vähän sosiaalisia suhteita.	Vanhusten sosiaaliset suhteet	Sosiaalisten suhteiden ylläpito
Suihkussa käymisessä ongelmana on turvattomuus ja kaatumisen pelko.	Suihkussa käyminen tuottaa ongelmia.	Päivittäisten toimintojen ongelmat	Päivittäiset toiminnot
Omaiset kaipaavat turvallisuuden tunnetta vanhuksen kotona pärjäämisestä.	Omaiset ovat huolissaan vanhuksen kotona pärjäämisestä.	Omaisten huoli vanhuksesta	Omaisten näkökulma

Taulukko 1. Esimerkki sisällönanalyysistä.

Muodostuneet viisi yläkategoriaa olivat turvallisuus, sosiaalisten suhteiden ylläpito, päivittäiset toiminnot, lääkehoito ja omaisten näkökulma. Aineisto analysoitiin induktiivisella, eli aineistolähtöisellä, sisällönanalyysillä. Tutkimuskysymykset

ohjasivat analyysin tekemistä. Kankkusen ym. mukaan, ennen analyysia tulee päättää, tarkastellaanko materiaalin piilo- vai ilmisisältöä. Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin vain ilmisisältöä, koska piilosisällön analyysi perustuu tutkijan tulkin-
taan, ja se vaikuttaa siten merkittävästi tutkimuksen totuudenmukaisuuteen (Kankkunen ym. 2009, 136).

7 Tutkimustulokset

Tämän tutkimuksen mukaan kotona-asuvat ikääntyneet kokevat erityisesti turvattomuutta ja yksinäisyyttä. Erilaisten apuvälineiden käytössä on myös ongelmia ja lääkkeiden ottaminen voi olla haasteellista, etenkin muistisairailla. Omaiset pelkäävät muun muassa, että yksinasuvalle läheiselle sattuu kotona jotain, esim. tapaturma tai eksyminen kotoa poistuttaessa, ja he ovat huolissaan, jos ikääntyneeseen ei saa yhteyttä.

7.1 Ikääntyneiden ongelmat päivittäisissä toiminnoissa kotona

Tutkimuksen perusteella kotona-asuvilla ikääntyneillä on monia ongelmia mm kotona selviytymisessä ja päivittäisissä toiminnoissa. Haastateltavien mielestä päivittäiset toiminnot luovat haasteita ikääntyneen kotona-asumiselle. Pelkästään asuinympäristö ja kodinkoneet lisäävät turvallisuusriskiä ikääntyneen kotona. Haastateltavien mukaan ikääntyneet tarvitsevat apua esim. peseytymisessä, ruoanvalmistuksessa ja muissa kotitöissä. Ruoka saattaa olla yksipuolista tai ikääntynyt ei muista syödä, esim. muistisairauden vuoksi. Haastateltavien mukaan peseytymisessä ikääntyneelle tuottaa eniten ongelmia kaatumisen pelko suihkussa ja sen mukaan tuoma turvattomuuden tunne.

”Päivittäisissä toiminnoissa varmaan ensimmäisenä rupee toi lääkehoito tökkimään ensimmäisenä. No, ehkä sit se ateria on ja yks ja sitten ei jaksa enää käydä suihkussa.”

7.2 Kotona-asuvien ikääntyneiden turvallisuus ja turvallisuudentunne

Tutkimuksen mukaan ikääntyneet kotona-asuvat kokevat usein turvattomuudentunnetta, jota erityisesti yksinäisyys lisää. Haastateltavat olivat sitä mieltä, että säännölliset käynnit ikääntyneen luona luovat ikääntyneille turvallisuudentunnetta. Haastateltavien mukaan etenkin iltaisin ikääntyneiden turvattomuudentunne kotona lisääntyy, ja ikääntyneet saattavat soitella hädissään omaisille. Toisaalta, kun ikääntyneen puhelimenkäyttö vaikeutuu, yhteydenpito läheisiin vähenee. Sekä turvattomuudentunteeseen että yksinäisyyteen auttaa muun muassa virtuaalinen etälaitte, jolla ikääntynyt saa kuva- ja puheyhteyden läheisiin ja ystä-

viin. Haastateltavat kokivat kuitenkin, että laitteen pitäisi olla nykyistä helppokäyttöisempi, koska esimerkiksi pitkälle edennyt muistisairaus tekee laitteen käyttämisestä haastavaa.

” Toisaalta miusta on tänä päivänä hyvä siis se virtuaalinen etälaitte, mikä voi saada ja omaisen ja asiakkaan kanssa yhteys eli kuvayhteys sit asiakkaan luokse, et jos se on sit semmoinen asiakas, mikä soittelee sille vaik tyttäreille monta kertaa, niin tavallaan, et voi saada kuvayhteyden, et rauhottaako se sitä tilannetta sitten?”

Haastateltavat kokivat hellavahdin hyvänä keinona ehkäistä tulipaloja, mikä vähentää myös omaisten huolta ikääntyneen kotona pärjäämisestä. Haastateltavat kokivat, että ikääntyneiden kaatumisten ehkäisyssä apuvälineiden kartoitus on tärkeää. Heidän mielestään pelkkä kartoittaminen ja apuvälineiden toimittaminen ikääntyneille ei kuitenkaan riitä, vaan ikääntyneille pitäisi ohjata apuvälineiden käyttöä. Kuitenkaan heidän mukaansa (Lappeenrannassa) ei ole olemassa palvelua, joka kävisi asentamassa ja opastamassa ikääntyneelle apuvälineiden käyttöä. Jos ikääntynyt tarvitsee esimerkiksi suihkutuolin, ei ole palvelua, joka kävisi hakemassa sen ja asentamassa kotiin. Kaikilla ikääntyneillä ei ole omaisia, jotka voisivat apuvälineet heille hankkia ja asentaa.

7.3 Ikääntyneiden sosiaalisten suhteiden ylläpito

Haastattelussa ikääntyneiden kotona-asuvien yksinäisyys nousi vahvasti esille. Haastateltavat kokivat ongelmaksi, että ei ole tarpeeksi palveluntarjoajia, jotka esim. ulkoiluttaisivat ikääntyneitä ja olisivat heille seurana. Heidän näkemys on, että ikääntyneiden sosiaaliset suhteet saattavat olla hyvin vähissä, omaiset voivat asua toisella paikkakunnalla tai jollain ei ole ketään läheistä ihmistä tai ystävää. Yksinäisyys saattaa johtaa ikääntyneen masentuneisuuteen tai alkoholin käytön lisääntymiseen.

” No ihan ensimmäisenä tulee mieleen se, että aika monella ne sosiaaliset suhteet on hyvin vähissä. Et monella meidänkin asiakkaalla saattaa olla, että ei ole ketään. Ei oo esimerkiksi perustietolomakkeellakaan ei oo ketään omaista nimetty, että siinä on sitten vähän mieltävä sitten aina, että ja monesti ne kenellä

ei oo ketään, niin on hirmu hankala edes saada myöskään lähtemään mihinkään päivätoimintaan tai kerhotoimintaan tai yhtään mihinkään.”

” Esimerkiks toi just mikä on toi tavallaan toi lääkekello, niin se on jotekin vähän sellainen kolho ja haastava käyttää, et sen puoleen sitä ei oo itekään tietysti täytyy tunnustaa, et hirveesti oikeen markkinoinnukaan kun ei sen päälle sillei ymmärrä, et ne on aina sit vähän haastavia.”

7.4 Kotona-asuvien ikääntyneiden ongelmat lääkehoidossa

Tutkimus toi esille myös ikääntyneiden lääkehoitoon liittyvät epäkohdat. Ikääntyneet eivät ehkä muista ottaa lääkkeitään tai niitä otetaan liikaa kerralla. Esimerkiksi silmätippojen laittaminen on ikääntyneille haastavaa. Haastateltavat kokivatkin, että ikääntyneiden päivittäisissä toiminnoissa juuri lääkkeiden ottamisessa alkaa ilmaantua ongelmia ensimmäisenä. Lisäksi ikääntyneen lääkitystä ei myöskään välttämättä ole tarkastettu vuosikausiin. Haastateltavat kokivat ongelmia myös ikääntyneiden lääkehoitoon tarkoitetuissa apuvälineissä. Hälyttävien dosettien käyttö on haastavaa ja vaikeaa, minkä vuoksi ikääntyneet eivät halua käyttää niitä. Toisaalta heidän mielestään ikääntyneet osaavat ottaa lääkkeensä tavallisesta dosetista melko pitkäänkin, jos vaan joku jakaa lääkkeet sinne.

” Niin, ikääntyneiden lääkehoidossa on aika paljon semmoisia riskitekijöitä ja yks iso on se, että sitä lääkitystä ei oo välttämättä tarkistettu vuosikausiin tai sit et siellä jää esimerkiksi unilääkkeitä tai rauhoittavia lääkkeitä vuosiksi pyörimään, mitkä aiheuttaa taas sitä kaatumisriskiä ja muuta tällaista”

7.5 Ikääntyneiden käytössä olevat apuvälineet ja niiden ongelmat

Haastateltavien mukaan ikääntyneillä on käytössään monenlaisia apuvälineitä, esim. turvaranneke, turvapuhelin ja ovivahti. Niiden käytössä ilmenee kuitenkin ongelmia. Yksi ongelma on se, etteivät kaikki ikääntyneet halua turvarannekettä. Haasteltavien mukaan yksi syy tähän on, että turvarannekkeet ovat todella isoja ja miehisiä, minkä vuoksi moni ikääntynyt on leikannut turvarannekkeen poikki,

koska ei pidä sen ulkonäöstä. Turvarannekkeen puuttuminen taas aiheuttaa ongelmia, jos ikääntynyt esimerkiksi lähtee kotoaan ja eksyy. Oviin asennettava ovihälytín, turvaranneke ja turvapuhelin eivät myöskään ole yhteydessä toisiinsa, koska ne tulevat eri toimittajilta. Haastateltavien mukaan tämä on iso ongelma, niin laskutuksen kuin ikääntyneen eksymistilanteen kannalta.

*” Monihan on leikannutkin poikki, kun ei tykkää niistä.
Ne kaipais vähän päivittämistä.”*

7.6 Omaisten näkökulma ikääntyneiden palvelutarpeista

Haastateltavien mukaan omaiset ovat todella huolissaan yksinasuvan ikääntyneen omaisensa turvallisuudesta ja selviämisestä yksin kotona, ja omaiset kaipaavat turvallisuudentunnetta ikääntyneen kotona pärjäämisestä. Lisäksi he kokevat, että omaiset ovat huolissaan ikääntyneen kokemasta turvattomuuden tunteesta yksin kotona. Heidän mukaan omaiset toivoisivat, että joku kävisikin katsomassa päivittäin, että ikääntyneellä on kotona kaikki hyvin. Haastateltavien mukaan omaiset pelkäävät eniten ikääntyneiden kaatumisia ja tapaturmia. Lisäksi heidän mielestään omaisia huolettaa, että ikääntynyt syyttää kotonaan tulipalon esimerkiksi päälle jääneestä liedestä. Omaiset myös huolestuvat, jos eivät saa ikääntyneeseen yhteyttä esimerkiksi puhelimella. Haastateltavien mukaan kuitenkin osa omaisista suhtautuu negatiivisesti esimerkiksi ovihälyttimeen, kaatumishälyttimeen ja hellavahtiin. Toisaalta osa omaisista saa ovihälyttimistä mielenrauhaa. Lisäksi omaiset ovat huolissaan ikääntyneen päivittäisten asioiden, esimerkiksi raha-asioiden hoitamisesta.

” Se, ehkä se ristiriita tavallaan tai semmoinen, että kun omaisilla on se huoli siitä ihmisestä, asiakkaasta, mut sillä asiakkaalla ei o kuiteskaan mitään päivittäistä avuntarvetta, niin monesti tulee se ristiriita siinä, että omaiset haluis, et se kotihoito kävis vaan katsomassa, että sillä asiakkaalla on kaikki hyvin.”

” Yleensä tulee esille se omaisten hätä siitä sen ihmisen turvattomuudesta ja siitä, et monella on se, et sit ne ikääntyneet soittaa niille, varsinkin iltaisin niille omaisille, ja sit ne on omaiset kauheen väsyneitä siihen tilanteeseen.”

” Toikin on jotenkin harmi sit kun omaisille kertoo näistä, et on ovihälytintä, on kaatumishälytintä ja nää hellavahdit, niin niitten negatiivinen suhtautuminen, et eihän se mitään auta.”

8 Eettisyyteen ja luotettavuuteen liittyvät näkökohdat

Tämän tutkimuksen luotettavuutta lisää tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta (Hirsjärvi ym. 2004b, 216). Tutkimuksen tulokset ja aineisto pyrittiin kuvaamaan mahdollisimman loogisesti, selkeästi ja objektiivisesti ilman ennakkoluuloja tai -odotuksia tutkimuksen aihetta, tuloksia tai haastateltavia kohtaan (Metsämuuronen 2009, 253). Laadullisen tutkimuksen objektiivisuus on kuitenkin myytti, koska tutkija tuo tutkimukseen mukaan aina omat näkökulmansa, tiedon ja koulutuksen, jotka kietoutuvat tutkimuksen kaikkiin vaiheisiin. Tästä syystä tulee puhua tutkimuksen sensitiivisyydestä. Sensitiivisyys edellyttää tutkijan kykyä poimia aineistosta oleelliset asiat, mennä tutkimukseen ”sisälle” sekä kykyä esittää aineistosta tutkittavien näkökulmat (Corbin & Strauss 2008, 41-43), missä muun muassa tutkijan sosiaali- ja terveydenhuoltoalan opinnot auttoivat. Tutkimuksessa käytetyt lähteet olivat pääsääntöisesti uusia, alkuperäisiä sekä tieteen vaatimukset täyttäviä, ja ne arvioitiin tutkijan toimesta luotettaviksi ja monipuoliksi (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 70-71). Aineiston hankintaa voidaan täten pitää luotettavana. Tutkija lähetti ennen haastattelun tekemistä saatekirjeen Eksoten organisaation yhteyshenkilölle, joka lähetti tämän edelleen kaikille osallistujille. Tutkimukseen osallistuminen oli täysin vapaaehtoista ja siitä sai kieltäytyä. Haastateltavat palveluohjaajat ja muistikoordinaattori, pysyivät anonyymeina muille paitsi tutkijalle (Hirsjärvi ym. 2004a, 20; Kankkunen ym. 2009, 177-179). Tutkimukseen saatiin mukaan kuusi haastateltavaa. Määrää voidaan pitää riittävänä, koska aineisto alkoi toistaa itseään, eikä mitään uutta enää ilmaantunut tutkimuskysymysten kannalta (Kankkunen ym. 2009, 84).

Haastattelut noudattivat teemahaastattelurunkoa. Nauhoituksen laatu oli pääasiallisesti hyvä ja haastateltavien puhe selkeää. Tässä tutkimuksessa tutkija purki ja tutki haastattelut itse, jolloin voidaan olla varmoja siitä, että haastattelut on purettu sanasta sanaan mitään lisäämättä tai pois jättämättä (Hirsjärvi & Hurme 2004a, 139-140). Haastateltaville kerrottiin saatekirjeessä tutkimuksen tarkoitus, aihe sekä teemahaastattelurunko. Teemat kerrattiin haastateltaville ennen haastattelun alkua, ja ne olivat selkeitä. Tutkija varmisti, että haastateltavat käsittivät kysymykset ja teemat samalla tavalla, ja niiden pohtimiseen etukäteen oli varattu reilusti aikaa. Tämä mahdollistaa sen, että haastateltavat ovat muistaneet kertoa

kaiken, mitä ovat aiheesta ajatelleet (Silverman 2001, 229-230). Teemahaastattelussa pitää edetä etukäteen valittujen teemojen mukaisesti. Haastattelu eteni teemahaastattelurungon mukaisesti, ja tutkija huolehti siitä, että kaikki teemat käsiteltiin. Haastattelut suoritettiin vapautuneessa ja luottamuksellisessa ilmapiirissä ilman häiriöitä. Tutkijan haastattelukokemuksen vähäisyys on saattanut vaikuttaa haastatteluun (Hirsjärvi & Hurme 2004a, 124-125; Tuomi & Sarajärvi 2002, 75).

Tutkimuksen siirrettävyyden edellytyksenä pidetään, että toinen tutkija tai lukija pystyvät seuraamaan koko tutkimusprosessia (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160). Tässä tutkimusraportissa on pyritty kuvaamaan selkeästi otanta, aineiston hankinta, tapahtumapaikat, haastattelun ilmapiiri sekä tulosten muodostuminen. Kategorioiden muodostuminen on raportissa kuvattu esimerkein, sillä raporttiin ei ollut mahdollista liittää kaikkien kategorioiden muodostumisprosessia. Tutkimuksen siirrettävyys on voinut heikentyä tästä syystä, koska toinen tutkija ei pysty seuraamaan, miten koko tutkimusaineisto on käsitelty. Tulokset on pyritty kertomaan selkeästi tutkimuskysymykset huomioiden. Tutkimuksen uskottavuus paranee, kun tutkimustulokset kuvataan niin selkeästi, että lukija ymmärtää aineistoin eri kategoriatasojen käsittelyistä muodostuneet johtopäätökset (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160-161). Tässä tutkimuksessa tutkimusprosessi pyrittiin kuvaamaan siten, että lukijan on helppo ymmärtää johtopäätösten muodostuminen. Tuloksissa on tuotu esiin myös haastateltavien alkuperäisiä lausumia tukemaan tulosten tulkintaa. Asiantuntijoiden arviot tuloksista lisäävät luotettavuutta (Kankkunen ym. 2009, 160), mutta tässä tutkimuksessa asiantuntijoita ei ollut käytettävissä. Tätä tutkimusta voidaan pitää perusteltuna, koska se vahvistaa aiempaa tietoa ikääntyneiden kotona-asumiseen liittyvistä tekijöistä ja antaa aiheesta lisätietoa. Saatua tietoa voidaan hyödyntää, kun mietitään keinoja, miten ikääntyneet ihmiset voisivat asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään.

Koko tutkimusprosessi eteni ilman tutkijan omia ennakko-olettamuksia (Kankkunen ym. 2009, 166). Tutkimuksen kaikissa vaiheissa noudatettiin tieteellisen tutkimuksen periaatteita, ja lähdemateriaalit olivat tieteellisiä ja ajanmukaista. Tutkimuslupa haettiin kirjallisena organisaation omalla tutkimuslupahakemuksella

(Liite 1), ja hakemukseen liitettiin opinnäytetyön suunnitelma (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6). Tutkimusluvan myönsi Eksoten organisaation esimies. Eettisen toimikunnan lupaa ei tutkimukseen tarvittu, koska tutkimus ei kohdistunut potilaisiin tai asiakkaisiin, eikä aiheuttanut kenellekään riskejä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 181). Tutkimuslupa myönnettiin 3.7.2017. Tutkimukseen osallistuvia informoitiin tutkimuksesta sähköpostitse tutkijan saatekirjeellä (Liite 3). Ennen varsinaista haastattelua haastateltavilta pyydettiin haastateltavan tietoisuuteen perustuva kirjallinen lupa (Kankkunen ym. 2009, 184). Haastateltavalle kerrattiin myös tutkimuksen tarkoitus ja perusteet tutkimuksen teolle ennen haastattelun toteuttamista (Kankkunen ym. 2009, 178). Tutkimus pyrittiin raportoimaan kattavasti ja yksityiskohtaisesti säilyttäen haastateltavien anonymiteetti (Kankkunen ym. 2009, 179). Tutkimuksessa otettiin huomioon muiden tutkijoiden saavutukset asianmukaisilla lähdeviitteillä (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6) Tutkimusmateriaali pidettiin koko ajan tutkijan hallussa, eikä ulkopuolisilla ollut mahdollista päästä siihen käsiksi. Paperiaineisto tuhottiin tutkimuksen valmistuttua tutkijan toimesta asianmukaisesti (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 184).

9 Yhteenveto ja pohdinta

Tässä opinnäytetyössä selvitettiin, millaisia ongelmia kotona-asuvilla ikääntyneillä on kotona-asumisessa ja arjessa selviytymisessä sekä millaisia palveluratkaisua, apukeinoja tai -välineitä he tarvitsevat kotiin. Tutkimuksella pyrittiin myös selvittämään, millaisia palveluratkaisuja ikääntyneiden omaiset tarvitsevat ja toivovat läheistensä tueksi. Asiantuntijoiden haastattelulla saatiin tärkeää tietoa kotona-asuvien ikääntyneiden kokonaistilanteesta ja palvelutarpeista. Tutkimustulokset nostavat esiin muun muassa ikääntyneiden kotona-asuvien avuntarpeen päivittäisissä toiminnoissa. Lappeenrannan teknillisessä yliopistossa tehty tutkimus (Vanhala, Sintonen, Immonen, Kytölä & Pynnönen 2010) vahvistaa näiltä osin samat tutkimustulokset. Hupli ym. (2015) tutkimuksen tulokset osoittavat muistisairailta olevan heikentymistä päivittäisissä toiminnoissa. Vanhalan ym. tutkimuksessa (2010) on tutkittu kotona-asuvia yli 75-vuotiaita ja heidän palvelutarpeitaan. Kyseisen tutkimuksen mukaan ikääntyneet tarvitsevat apua kotitöissä, peseytymisessä ja ruokailuun liittyvissä asioissa. Tämän tutkimuksen tulokset ovat osittain samansuuntaisia. Ikääntyneet eivät ehkä muista syödä, tai liesi jää päälle ruoan laittamisen jälkeen.

Tämän tutkimuksen mukaan kotona-asuvat ikääntyneet kokevat turvattomuuden tunnetta, ja sama tulos kävi ilmi Vanhalan ym. (2010) tutkimuksesta. Turvattomuuden lievittämiseksi tulisi löytää uusia ratkaisukeinoja esim. älyteknologiasta. Tämän tutkimuksen mukaan kaatumisen pelko saattaa rajoittaa esimerkiksi ikääntyneen suihkussa käymistä ja aiheuttaa turvattomuuden tunnetta. Puustisen (2015) mukaan ikääntyneiden kaatuilemisen taustalla voi olla myös alkoholin käyttö. Tutkimuksen mukaan yksinäisyys ja yhteydenpidon vaikeutuminen omaisiin lisää ikääntyneen turvattomuuden tunnetta kotona. Ikääntyneiden turvalliseen kotiympäristöön ja turvallisuuden tunteen lisäämiseen pitäisi kiinnittää nykyistä enemmän huomiota. Turvattomuus on ikääntyneille ja heidän omaisilleen henkisesti raskasta ja aiheuttaa omaisissa huolta ja pelkoa siitä, tuleeko ikääntynyt toimeen kotona. .

Tutkimuksen mukaan ikääntyneiden sosiaaliset suhteet ovat vähissä, koska esimerkiksi ystävät ovat kuolleet tai omaiset saattavat asua kaukana. Puustisen

(2015) mukaan yksinäisyys voi johtua myös ikääntyneen liikuntakyvyn heikkene-
misestä, koska ikääntynyt ei pääse lähtemään pois kotoaan. Tämän tutkimuksen
mukaan ikääntyneiden yhteydenpito omaisiin vaikeutuu esimerkiksi, kun puheli-
men käyttö käy mahdottomaksi ja etälaitteiden käyttäminen on, etenkin muistisai-
raille, haastavaa. Yksinäisyys voi johtaa myös ikääntyneiden alkoholin liikakäyt-
töön ja syrjäytymiseen, jopa masennukseen. Ikääntyneiden lisääntyneestä alko-
holin käytöstä ja sen tuomista ongelmista on useita tutkimuksia, jotka vahvistavat
tätä tietoa (Ström 2009, Vesa 2016, Puustinen 2015, Luukkonen 2015). Kotiin
tarjottavia palveluita suunniteltaessa, olisikin tärkeää ottaa huomioon henkisen
tuen ja läheisyyden merkitys. Ikääntyneet kaipaavat seuraa ja toisen ihmisen ai-
toa läsnäoloa. Tällä voitaisiin myös vähentää ikääntyneiden kokemaa turvatto-
muuden tunnetta.

Tässä tutkimuksessa kävi ilmi, että ikääntyneillä on edellä mainittujen asioiden
lisäksi ongelmia muun muassa erilaisten apuvälineiden käytössä ja lääkkeiden
ottamisessa. Tästä aiheesta ei löytynyt aiempaa tutkimustietoa. Tutkimuksen mu-
kaan lääkehoidon avuksi on olemassa erilaisia lääkekelloja yms. mutta niiden
käyttö on ikääntyneille, etenkin muistisairaille, haastavaa. Täytyisi kehittää toimi-
via ja helppokäyttöisiä apuvälineitä lääkkeiden ottamisen tueksi, jolloin lääkehoito
olisi myös turvallisempaa. Myös ikääntyneiden lääkityksen tarkastamiseen tulisi
kiinnittää nykyistä enemmän huomiota. Kivelän & Rähän (2007) mukaan muun
muassa ikääntyneiden väärä lääkehoito tai päällekkäiset lääkitykset voivat ai-
heuttaa myös kaatumisia. Sama asia nousi esiin myös tässä tutkimuksessa.
Ikääntyneet tarvitsevat kotiin erilaisia palveluja ja apuvälineitä, jotta pystyisivät
asumaan omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. Vanhalan ym. (2010) tut-
kimuksen mukaan ikääntyneet tarvitsevat esimerkiksi kotihoidon palveluita, mutta
tulevaisuudessa teknologisia ratkaisuja voisi hyödyntää enemmän ikääntyneiden
kotona. Tämä tutkimus osoittaa samaa, mutta ei riitä, että ikääntyneille toimitte-
taan apuvälineitä ja teknologisia laitteita, vaan jonkun täytyy asentaa ne ja opet-
taa ikääntyneitä ja omaisia käyttämään näitä laitteita. Käytössä olevat apuväli-
neet, esimerkiksi turvaranneke, ovat usein hankalia käyttää tai muuten epäkäy-
tännöllisiä. Esimerkiksi turvaranneke on isokokoinen ja miehekäs, eikä moni
ikäntynyt halua sitä tästä syystä käyttää. Täytyisi kehittää siro ja naisellisempi
ranneke, joka olisi samalla helppokäyttöinen.

Omaisten näkökulmasta ei löytynyt aiempaa tutkimustietoa. Kuitenkin tämän tutkimuksen mukaan omaisilla on huoli kotona-asuvan ikääntyvän turvallisuudesta, päivittäisistä toiminnoista ja asioinneista selviämisestä ja ikääntyneen yksinäisyydestä. Tutkimustulosten avulla Hope For You-hanke pääsee ideoimaan ja luomaan kotona-asuille ikääntyneille heidän tarvitsemiaan palveluita ja palveluratkaisuja. Tämä tutkimus on vain pintaraapaisu ikääntyneiden kotona-asuvien ongelmiin yhdestä näkökulmasta. Aiheesta voisi tehdä jatkotutkimuksen, jossa haastateltaisiin kotisairaanhoidajia, fysioterapeutteja, kotona-asuvia ikääntyneitä ihmisiä ja heidän omaisiaan. Tällöin saataisiin kattavampaa ja luotettavampaa tietoa ikääntyneiden palvelutarpeista ja ongelmista kotona-asumisen suhteen useasta eri näkökulmasta.

Taulukot

Taulukko 1. Esimerkki sisällönanalyysistä, s. 24

Lähdeluettelo

Aejmelaeus, R. Kan, S. Katajisto, K. & Pohjola, L. 2007. Erikoistu vanhustyöhön. WSOY.

Ahopalo, J. 2016. Hyvinvointiyrittäjyys, laatu ja markkinointi. Hyvinvointiyrittäjyyden toimintaympäristö. Saimaan ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Verkkomateriaali. Luettu 16.3.2017.

Corbin, J. & Strauss, A. 2008. Basics of Qualitative Research. Sage Publication: Los Angeles.

Eksote strategia. 2014. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän strategia 2014-2018. <http://www.eksote.fi/eksote/strategia-ja-johtamisen/Documents/Eksoten%20strategia%202014%e2%80%932018.pdf>. Luettu 16.11.2016.

Erkinjuntti, T. & Huovinen, M. 2008. Kun muisti pettää. Porvoo: WSOY.

Etelä-Karjalan suunnitelma ikääntyneen väestön tukemiseksi. 2015. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. <http://kokoushallinta.lappeenranta.fi/dynastyweb/kokous/20154602-5-1.PDF>. Luettu 24.1.2017.

Etelä-Saimaan 4H-yhdistys. 2016. Hankepäätös (ei saatavilla). Luettu 16.11.2016.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2004a. Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino: Helsinki.

Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2004b. Tutki ja kirjoita. Gummerus Kirjapaino Oy: Jyväskylä.

Hupli, M., Jartti L., Katajisto, J., Koskenniemi, J., Leino-Kilpi, H., Stolt, M. & Suhonen, R. 2015. Muistihäiriöitä sairastavien iäkkäiden henkilöiden elämänlaatu kotihoidossa ja ympärivuorokautisessa hoidossa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 52, 62-77.

Hupli, M., Koskenniemi, J., Leino-Kilpi, H., Röberg, S., Stolt, M. & Suhonen, R. 2015. Muistipotilaiden optimaalisen palvelukokonaisuuden ominaisuudet. Hoitotiede 27(4), 259-273.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. WSOYpro: Helsinki.

Kivelä, S. & Räihä, I. 2007. Iäkkäiden lääkehoito. https://www.fimea.fi/documents/160140/753095/17702_julkaisut_Kapseli35.pdf

Kotihoito ja kotihoidon tukipalvelut. 2017. Eksote. <http://www.eksote.fi/terveyspalvelut/kotiin-annettavat-palvelut/kotihoito-ja-kotihoidon-tukipalvelut/Sivut/default.aspx>. Luettu 24.1.2017.

Käypä hoito. 2017. Käypä hoito -suositus. Muistisairaudet. <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50044>. Luettu 16.3.2017.

LUT Entrepreneurship Society. 2016. Hankepäätös (ei saatavilla). Luettu 16.11.2016.

Luukkonen, P. 2015. Ikääntyneet alkoholin riskikäyttäjät sosiaalityön asiakkaina. Pro gradu-tutkielma. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20151195/urn_nbn_fi_uef-20151195.pdf

Metsämuuronen, J. 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 4. laitos. International Methelp Oy: Helsinki.

Muistiliitto. 2016. Kotona-asuminen. <http://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/hoito-ja-kuntoutus/kotona-asuminen/>. Luettu 24.11.2016.

Puustinen, J. 2015. Tampereen päihdepalvelu ja kotipalvelu ikääntyneiden ja kotihoidon työntekijöiden kokemana. Pro gradu-tutkielma. <https://tam-pub.uta.fi/bitstream/handle/10024/97984/GRADU-1441980553.pdf?sequence=1>

Silverman, D. 2001. Interpreting Qualitative Data. 2.edition. SAGE Publications: London.

STM. 2012. Kansallinen muistiohjelma. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111919/URN%3aNBN%3afi-fe201504226359.pdf?sequence=1>. Luettu 17.3.2017.

STM & Kuntaliitto. 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/69933/ISBN_978-952-00-3415-3.pdf?sequence=1. Luettu 17.3.2017.

Ström, A. 2009. Ikääntyneet ja alkoholitoimijuus. Pro gradu-tutkielma. https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/20044/URN_NBN_fi_jyu-200905071544.pdf?sequence=1

Tepponen, M. 2015. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen kotikuntoutusmalli ja ikääntyneiden kotona-asumisen tukeminen. <http://docplayer.fi/25073830-Eksoten-kotikuntoutusmalli-ja-ikaantyneiden-kotona-asumisen-tukeminen-merja-tepponen-ttt-kehitysjohtaja-eksote.html>. Luettu 10.5.2017.

Terveydenhuollon laatuopas. 2011. Kuntaliiton verkkojulkaisu. <http://hoidonvai-kuttavuus.fi/wordpress/wp-content/uploads/2014/02/Tlaatuopas.pdf>. Luettu 20.9.2016.

THL. 2014a. Muistisairauksien yleisyys. <https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet/muistisairauksien-yleisyys>. Luettu 20.3.2017.

THL. 2014b. Muistisairauksien kustannukset. <https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet/muistisairauksien-kustannukset>. Luettu 20.3.2017.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi: Helsinki.

Turunen, H. 2015. Potilas- ja asiakaskeskeisyys tutkimuksen lähtökohtana. *Hoitotiede* 27(4), 257-258.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanta>. Luettu 25.3.2015.

Vanhala, A. Sintonen, S. Immonen, M. Kytölä, O. & Pynnönen, M. 2010. Segmentointimalli vanhusten ennakoivien kotikäyntien pohjalta. Lappeenranta University of Technology. Technology Business Research Center. Digipaino: Lappeenranta. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-214-972-5>. Luettu 7.11.2017.

Vesa, E. 2016. Kun ikääntynyt nainen juo... Miten tukea ikääntyneitä päihdeongelmaisia naisia? Pro gradu-tutkielma. <https://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/62349/Vesa.Eila.pdf?sequence=2>

Viitikko, T. 2017. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Ikääntyneiden palvelutarpeen arviointi. http://www.eksote.fi/eksote/tutkimus-ja-kehittaminen/seminaarit/Documents/20.4.2017%20Ik%C3%A4%C3%A4ntyneiden_palvelutarpeen_arviointi_Eksotessa_Connect_sem_Viitikko.pdf. Luettu 10.5.2017.

Liitteet

Liite 1. Tutkimuslupahakemus

Liite 2. Suostumuslupa

Liite 3. Saatekirje

Sosiaali- ja terveysala

Suostumuslupa

**Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen näkemykset ikään-
tyneiden, yli 65-vuotiaiden, kotona-asuvien ihmisten palvelutarpeista,
Mirka Pitkänen**

Olen saanut riittävästi tietoa kyseisestä opinnäytetyöstä ja olen ymmärtänyt saamani tiedon. Minulla on ollut mahdollisuus esittää kysymyksiä ja olen saanut kysymyksiini riittävät vastaukset. Tiedän, että minulla on mahdollisuus keskeyttää osallistumiseni missä tahansa vaiheessa ilman että se vaikuttaa saamaani hoitoon tai kuntoutukseen. Suostun vapaaehtoisesti osallistumaan tähän opinnäytetyöhön liittyvään tutkimukseen.

Aika ja paikka

Työntekijä

Opiskelija

Sosiaali- ja terveysala

Hei!

Olen terveydenhoitajaopiskelija Mirka Pitkänen Saimaan ammattikorkeakoulusta. Opinnäytetyöni aihe on ”Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirin asiantuntijoiden näkemykset ikääntyneiden, yli 65-vuotiaiden, kotona-asuvien ihmisten palvelutarpeista”, ja sitä varten haastattelen Eksoten asiantuntijoita, kuten palveluohjaajia. Tutkimukseen osallistujat on valinnut Eksoten muistikoordinaattori Eeva-Liisa kiero perustuen hänen arvioonsa siitä, että valituilla on paras kokonaiskäsitys ikääntyneiden kotona-asuvien ihmisten palvelutarpeista. Osallistuminen tutkimukseen on vapaaehtoista ja se on mahdollista keskeyttää missä vaiheessa tahansa.

Opinnäytetyön tarkoitus on selvittää Eksoten asiantuntijoiden näkemyksiä ikääntyneiden, yli 65-vuotiaiden, kotona-asuvien ihmisten palvelutarpeista, toiveista ja ongelmista kotona-asumisen suhteen. Tutkimuksessa pyritään selvittämään, millaisia, elämänlaatua heikentäviä, ongelmia ikääntyneillä, kotona-asuvilla ihmisillä on, ja millaisia palveluja he kotiin toivovat ja tarvitsevat. Saatuja tutkimustuloksia on tarkoitus hyödyntää, kun lähdetään luomaan ikääntyneille, kotona-asuville ihmisille, innovatiivisia palveluratkaisuja kesällä 2017 LUTES Ry:n kanssa yhteistyössä järjestettävässä hyvinvointiyrittäjien Summer Launchpad-valmennuksessa. Saatuja tuloksia voivat käyttää hyödyksi valmennukseen osallistuvat hyvinvointiyrittäjät omaa liiketoimintasuunnitelmaansa ja uusia innovaatioita luodessaan sekä Eksoten organisaatio suunnitellessaan ikääntyneille kotihoidon asiakkaille uusia palveluratkaisuja.

Pyydän Teitä ystävällisesti ottamaan osaa tutkimukseeni. Tutkimus suoritetaan teemahaastatteluna, jonka aiheena on ikääntyneiden kotona-asuminen. Käsitteltäviä teema-alueita ovat ikääntyneiden kotona-asuvien turvallisuus, sosiaalisten suhteiden ylläpito, päivittäiset toiminnot ja lääkehoito. Haastattelu suoritetaan ryhmähaastatteluna Iso Apu-palvelukeskuksessa erikseen ilmoitettavana ajan-kohtana. Ryhmähaastattelu nauhoitetaan. Osallistujien nimiä tai henkilötietoja ei mainita tutkimusraportissa. Tutkimusaineisto hävitetään analyysin jälkeen asianmukaisesti, eikä sitä arkistoida.

Lisätiedot ja kysymykset
Mirka Pitkänen
Terveydenhoitajaopiskelija
p. 0452741274
m-pitkanen@student.saimia.fi