

IKÄÄNTYNEIDEN KOKEMUKSIA KOTONA ASUMISESTA,
KOTIIN TUOTETTAVISTA PALVELUISTA JA YKSINÄI-
SYYDESTÄ

Närä Irina
Pietilä Piia
Sipola Marja

Opinnäytetyö
Hyvinvointipalveluiden osaamisala
Vanhustyön koulutusohjelma
Geronomi (AMK)

2019

Hyvinvointipalveluiden osaamisala
Vanhustyön koulutusohjelma
Geronomi (AMK)

Tekijä	Irina Närä, Piia Pietilä, Marja Sipola Vuosi	2019
Ohjaaja(t)	Anne Puro	
Toimeksiantaja	Kemin kaupunki	
Työn nimi	Ikääntyneiden kokemuksia kotona asumisesta, kotiin tuotettavista palveluista ja yksinäisyydestä	
Sivu- ja liitesivumäärä	92 + 5	

Ajan hengen mukaan tavoitteena on mahdollistaa ikääntyneiden kotona asuminen mahdollisimman pitkään erilaisten kotiin tuotettavien palveluiden avulla. Samaa aikaan kuitenkin vähenevät yhteiskunnan rahalliset resurssit tuottaa palveluita kotiin. Tähän vaikuttavina asioina ovat esimerkiksi ikääntyneiden määrän kasvu sekä lisääntynyt palveluiden tarve.

Tämän tutkimuksen keskeisenä tarkoituksena oli tutkia ja tarkastella ikääntyneiden kotipalvelun asiakkaiden kokemuksia kotona asumisesta ja kotiin tuotettavista palveluista sekä siitä, kokevatko he yksinäisyyden tunnetta. Tutkimuksen tavoitteena oli saada ikääntyneiden mielipiteitä kuuluville ja hyödyntää tutkimuksen tuloksia palveluiden kehittämisessä. Tutkimusta varten haastateltiin viittä kemiläistä ikääntynyttä. Tutkimuksessa on käytetty kvalitatiivista eli laadullista lähestymistapaa ja tutkimuksen analysointi suoritettiin aineistolähtöisesti.

Ikääntyneiden elämänlaatu ja turvallinen elinympäristö nousevat esille asiaa tutkittaessa. Kaikki haastatellut halusivat asua kotona mahdollisimman pitkään, mikäli toimintakyky sen sallii ja kotona asuminen on mahdollista kotiin tuotettavien palveluiden avulla. Ikääntyneiden avun tarve kohdistui pääasiallisesti lääkehoidon toteutumiseen, toimintakyvyn puutteeseen ja sen mukanaan tuomiin ongelmiin, kuten kodinhoidollisiin töihin, asiointiin ja ateriointiin sekä yksinäisyyden poistamiseen. Hoitohenkilökunnan vaihtuvuus ja kiire koettiin ongelmallisena. Haastatteluissa nousi esille myös huoli työntekijöiden jaksamisesta. Yleisellä tasolla kaikki haastateltavat olivat tyytyväisiä kotona asumiseen sekä kotiin tuotettaviin palveluihin.

Opinnäytetyön johtopäätöksenä on, että kotiin tuotettavien palveluiden tulee olla asiakaslähtöisiä, laadukkaita ja tarpeen mukaisia. Asiakkaan palveluajan pidentäminen sekä kotiin tuotettavien palveluiden jatkuvuuden turvaaminen mahdollistavat ikääntyneen henkilön asumisen omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. Julkinen, yksityinen ja kolmas sektori sekä ikääntyneen omaiset ja läheiset toimivat ikääntyneen toimijuuden ja osallisuuden tukijoina yhteistyössä.

Avainsanat ikääntynyt, kotona asuminen, toimintakyky, yksinäisyys, palvelut

School of Northern Well-being and Services
Degree Programme in Human Ageing and Social Service
Bachelor of Human Ageing and Elderly Service

Author	Irina Närä, Piia Pietilä, Marja Sipola	Year	2019
Supervisor	Anne Puro		
Commissioned by	City of Kemi		
Subject of thesis	Experiences of Elderly People of Home Living, Home-Produced Services and Loneliness		
Number of pages	92 + 5		

The current goal in the Finnish society is to allow elderly to live at home as long as possible with the help of various home-based services. However, at the same time the financial resources of society are decreasing to produce the needed services at homes. For example, the increase in the number of older people and subsequent multiplied need for services are the reasons for a lack of funds.

The main purpose of this study was to study and examine the experiences of elderly people of home living, home-based services for the elderly, and whether they feel lonely. The goal of the study was to get the opinions of the elderly out in the open and utilise the results when developing home care services. For this purpose, five elderly people from Kemi were interviewed. The study uses a qualitative approach and the data was analysed by using content analysis.

The quality of life of the elderly and a safe living environment stood out in the study. All interviewees wanted to stay at home for as long as possible, as long as their own physical condition and home care services allow it. The need for care for the elderly was focused on medical treatment, lack of physical performance and to the problems that come with it, such as domestic care, assistance, dining and to alleviation of loneliness. It was also important to find out, whether the home service system produces services that actually meet the needs of the elderly. The turnover of nursing staff was perceived as problematic. The interviews also raised a concern for the well-being of the employees. Mainly, all the interviewees were satisfied with home living and home-based services at general level.

The conclusion of the thesis is that the production of home services should be customer-oriented, maintain quality and correspond the needs of the customer. Extending the time of home visits for the customer service and securing the home care services will allow the elderly to live in their own homes for as long as possible. The public, private and third sectors, as well as the relatives of the client, should cooperate in order to support the coping of the elderly.

Key words elderly, living at home, performance, loneliness, services

SISÄLLYS

ALKUSANAT.....	5
1 JOHDANTO.....	6
2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	8
3 SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUIDEN UUDISTUS	9
3.1 Sosiaali- ja terveysalojen uudistus ikääntyneiden osalta	11
3.2 Sote-uudistuksen tavoitteet.....	13
4 IKÄÄNTYNEIDEN TOIMINTAKYKY JA ELÄMÄNLAATU.....	15
4.1 Toimintakyky.....	15
4.2 Elämänlaatu.....	17
4.3 Ravitseminen.....	20
5 IKÄÄNTYNEIDEN TERVEYS JA VOIMAVARALÄHTÖISYYS	22
6 IKÄÄNTYNEIDEN YKSIÄISYYS, SYRJÄYTYMINEN JA MASENTUNEISUUS	25
6.1 Syrjäytymisen ja yksinäisyyden ennaltaehkäisy.....	27
6.2 Ikääntyneiden masennuksen ennaltaehkäisy	28
7 IKÄÄNTYNEIDEN PALVELUT.....	30
8 PALVELUTARPEEN ARVIOINTI JA PALVELUOHJAUS	35
8.1 Hyvän palvelutarpeen arvioinnin merkitys.....	35
8.2 Ikääntyneen palvelutarpeen arviointi	37
8.3 Palveluohjaus ja palvelusuunnitelma	39
9 KOTIHOIDON AVULLA KOTONA	41
9.1 Kotihoidon tavoitteet ja tehtävät.....	45
9.2 Kotihoidon monimuotoisuus.....	48
9.3 Kotihoidon laatu	49
10 KOTIHOITOA TUKEVAT PALVELUT	52
10.1 Etuudet.....	53
10.2 Hyvinvointia edistävät kotikäynnit.....	55
11 APUVÄLINEET JA TEKNOLOGIA KOTONA ASUMISEN TUKENA	57
12 KOTIPALVELUN ASIAKKAAN OMAISET JA LÄHEISET	60
13 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS JA TUTKIMUSMENETELMÄ	63
13.1 Aineiston keruu ja kohderyhmä	63
13.2 Aineiston analyysi.....	67
13.3 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	69
14 TUTKIMUSTULOKSET	71
15 JOHTOPÄÄTÖKSET	76
LÄHTEET	85
LIITTEET	92

ALKUSANAT

“Jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Lailla taataan jokaiselle oikeus perustoimeentulon turvaan työttömyyden, sairauden, työkyvyttömyyden ja vanhuuden aikana sekä lapsen syntymän ja huoltajan menetyksen perusteella. Julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Julkisen vallan on myös tuettava perheen ja muiden lapsen huolenpidosta vastaavien mahdollisuuksia turvata lapsen hyvinvointi ja yksilöllinen kasvu. Julkisen vallan tehtävänä on edistää jokaisen oikeutta asuntoon ja tukea asumisen omatoimista järjestämistä.”

Perustuslaki 11.6.1999 2:19 §

1 JOHDANTO

Väestötämme yli miljoona on yli 65-vuotiaita. Ennusteiden mukaan jo vuonna 2030 yli 65 -vuotiaiden määrä kasvaa noin 1,5 miljoonaan. Arviolta vuonna 2070 heitä on jo yli 1,7 miljoonaa. (Suomen tilastokeskus 2018a.) Taloustaantumien seurauksena julkiset menot suhteessa bruttokansantuotteeseen ovat nousseet. Julkisista menoista yli puolet ovat sosiaali- ja terveystalouksia ja näiden kulujen odotetaan vielä suurenevan tulevina vuosina ikäsidonnaisten sosiaali- ja terveystalouksien kasvaessa. Sosiaalimenojen suurimpia rahoittajia ovat valtio ja työnantajat. Suomessa työeläkkeet rahoitetaan veroluonteisin maksuin. (Vaarama, Karvonen & Kestilä 2014, 192.)

Ikääntyneiden kotona asuminen pyritään mahdollistamaan mahdollisimman pitkään erilaisten kotiin tuotettavien palveluiden avulla. Ikääntyneiden elämänlaatu ja turvallinen elinympäristö nousevat vahvasti esille asiaa tutkittaessa. Samalla kun ikääntyneiden kotona asumisen aikaa pyritään kaikin keinoin jatkamaan, vähenevät kuitenkin yhteiskunnan rahalliset resurssit tuottaa palveluita kotiin. Tähän yhtenä vaikuttavana asiana on ikääntyneiden määrän kasvu. (Suomen tilastokeskus 2012.)

Nykypäivän päättäjät yrittivät rakentaa sosiaali- ja terveystalouksien uudistusta (SOTE) ja sillä olisi tullut olemaan vaikutuksia Suomessa tapahtuvaan hoivaan ja huolenpitoon ikääntyneiden osalta. Hallituksen SOTE-uudistus toimii myös tämän opinnäytetyön innoittajana ja pohjana. SOTE-uudistus nykymuodossaan kuitenkin kaatui ja aika näyttää, otetaanko siitä käyttöön jo toimiviksi osoitettuja osia. (Valtioneuvosto 2019.) Nähtäväksi jää myös, vaikuttaako uudistuksen mahdollinen osittainen voimaantulo ikääntyneiden elämään ja millaisia muutoksia nykyiseen toimintatapaan tehdään.

Valtakunnallisten tavoitteiden mukaan ikääntyneiden kotona asumista pyritään mahdollistamaan oikea-aikaisten palveluiden avulla. Toimintakykyä pyritään ylläpitämään ja ikääntyneen voimavaroja tuetaan. Palveluiden saatavuutta voidaan helpottaa syrjäseuduilla esimerkiksi liikkuvien palveluiden avulla. Myös ikääntyville ihmisille soveltuvat teknologiset ratkaisut ovat tukena kotona asumiselle. (Lyyra, Pikkarainen & Tiikkainen 2007, 259.)

Ikääntyneillä tulisi olla mahdollisuus vaikuttaa omaa elämäänsä koskeviin asioihin ja päätöksiin. Vanhuspalveluiden ja kotiasumisen tukeminen tulisi olla asiakaslähtöistä ja tarpeenmukaista. Opinnäytetyön aiheena onkin ”Ikääntyneiden kokemuksia kotona asumisesta, kotiin tuotettavista palveluista sekä yksinäisyydestä”. Opinnäytetyön kautta pyritään saamaan tietoa kotona asuvien ikääntyneiden kokemuksista kotona asumisesta, turvallisesta arjesta sekä elämän mielekkyydestä. Toimeksiantajana opinnäytetyölle toimii Kemin kaupunki, jonka välityksellä saatiin yhteys kotona asuviin ikääntyneisiin. Kaupungin kautta valikoitui viisi ikääntynyttä tutkimushaastattelua varten. Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisena tutkimuksena ja haastatteluosuus teemahaastatteluna. Opinnäytetyössä käsitellään ikääntyneiden kotona asumista ja siihen liittyviä aiheita yleisesti, mutta huomiota kiinnitetään myös Kemin kaupungin toimintaan palvelutarpeen arvioinnin sekä kotipalvelun ja sitä tukevien toimintojen osalta.

Tietoperusta opinnäytetyöhön on kerätty ikääntyneiden kotona asumiseen liittyvistä käsitteistä. Aihetta pyritään lähestymään moniulotteisesti ja neutraalisti. Esille tuodaan ikääntyneiden mielipiteitä ja kokemuksia palveluista, elämän mielekkyydestä sekä kotona asumisesta. Kotiin tuotettavat palvelut ovat olennainen osa kotona asumista ja niihin, varsinkin kunnan järjestämään kotihoitoon paneudutaan myös tässä opinnäytetyössä. Opinnäytetyön tutkimusosuudessa tuodaan esille tutkimuksen toteuttamismenetelmät ja aineiston keruu- sekä analysointiprosessit. Tutkimuksen luotettavuutta ja eettisyyttä pohditaan omassa luvussaan ja johtopäätöksissä tutkimustuloksia peilataan tutkimuskysymyksiin sekä tietoperustaan.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön keskeisenä tarkoituksena on tutkia ja tarkastella ikääntyneiden kotipalveluiden asiakkaiden kokemuksia kotona asumisesta ja kotiin tuotettavista palveluista sekä siitä, kokevatko he yksinäisyyden tunnetta. Tavoitteena on saada ikääntyneiden mielipiteitä kuuluville ja hyödyntää tutkimuksen tuloksia palvelujen kehittämisessä. Haastatteluiden kautta saadaan selville myös se, ovatko haastateltavat tyytyväisiä nykyisiin kotiin tuotettaviin, heille kohdennettuihin palveluihin ja niiden laatuun sekä riittävyyteen.

Opinnäytetyön keskeiset tutkimuskysymykset voidaan kiteyttää kolmeen kysymykseen:

1. Miten ikääntyneet kokevat kotona asumisen?
2. Mitä ajatuksia kotiin tuotettavat palvelut herättävät ikääntyneissä?
3. Kokevatko ikääntyneet yksinäisyyttä?

3 SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUIDEN UUDISTUS

Käsittelyssä ollut sosiaali- ja terveysalojen uudistus (SOTE) olisi ollut suurin uudistus sosiaali- ja terveysalalla sitten kansanterveyslain. Syitä SOTE-uudistukselle olivat paikoitellen huono pääsy terveyskeskuslääkärille, peruspalveluiden heikko saatavuus sekä väestön ikääntyminen ja tästä johtuva lisääntynyt palveluiden tarve. Yksi SOTE-uudistuksen tavoitteista oli hillitä sosiaali- ja terveyspalveluiden jatkuvasti kasvavia kustannuksia. Lisäksi uudistuksen tarkoituksena oli ihmisten yhdenvertaisen hoitoon pääsyn takaaminen asuinpaikasta riippumatta ja näin turvata perusterveydenhuollon palvelut koko väestölle. (Salminen, Stolt & Suhonen 2017, 8–9.) Uudistuksen mukaan kuntien vastuulle olisi jäänyt oman alueensa asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen ja maakunnille siirtynyt sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestäminen. Uudistuksen tavoitteena oli paremmin yhteensovitettu kokonaisuus, jonka kulmakiviä olisivat olleen yhdenvertaisuus, asiakaslähtöisyys, laatu ja kustannustehokkuus sekä saavutettavuus ja valinnanvapaus. (terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL 2018a.)

SOTE-uudistus kaatui kokonaan 8.3.2019 (yle.fi) perustuslaillisiin ongelmiin, joita ei korjattu perustuslakivaliokunnan pyynnöstä ja joita esiintyi uudistuksessa jo sen alkumetreillä. Ongelmakohtia uudistuksessa oli esimerkiksi maakuntien liikelaitoksen palveluvelvoite, jonka mukaan maakunnan liikelaitoksella olisi velvollisuus turvata sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden saatavuus ja tarvittaessa myös välittömästi puuttua palveluiden saatavuutta hankaloittaviin tilanteisiin. Lisäksi valinnanvapaus muotoutui ongelmalliseksi, sillä palveluita järjestävällä maakunnalla tulisi olla riittävät taloudelliset resurssit sekä henkilökuntaa ja laitteistoa riittävien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämiseen. (Lapintie & Marttunen 2019.) Sosiaali- ja terveysalan palvelu- ja rakenneuudistuksen yksi kulmakivistä oli myös asiakaskeskeisyys ja tavoitteena olikin tuottaa omatoimisuutta tukevia ja asiakaslähtöisiä toimintaprosesseja. (Salminen ym. 2017, 22.)

Yksinkertaisimmillaan SOTE-uudistus tarkoitti julkisten sosiaali- ja terveyspalveluiden palvelurakenteen sekä hallinnon kokonaisuudistusta, jossa huomioon olisi otettu myös yksityinen sektori. Palveluiden järjestämisvastuu olisi siirtynyt 1.1.2020 kunnilta ja kuntayhtymiltä maakunnille, joita olisi ollut 18. Julkiset palvelut olisivat kuitenkin olleet jatkossakin valtion ohjaamia ja verovarolla maksettuja.

Tavoitteena oli turvata väestölle yhdenvertaiset palvelut, joiden avulla eroja terveyden ja hyvinvoinnin saralla olisi pystytty vähentämään. Yhtenä tavoitteena olivat myös sujuvammät ja yksilöllisemmät palvelut. (Salminen ym. 2017, 7.)

Hallituksen suunnitelman mukaan sote- ja maakuntauudistus olisi astunut voimaan vuoden 2019 alussa (Kuvio 1) ja että perustuslakivaliokunnan vaatimat muutokset olisi pystytty toteuttamaan täydentävällä hallituksen esityksellä. Perustuslakivaliokunnan selvityksestä (Perustuslakivaliokunnan selvitys valinnanvapaudesta 2018) käy ilmi, että alkuperäinen hallituksen esityksen mukainen valinnanvapausjärjestelmä (HE 16/2018) ei olisi turvannut yhdenvertaisia palveluita kansalaisille kaikissa tilanteissa. Valiokunta ilmoitti, että on perustuslain vastaista, jos ensisijainen tuottajavastuu olisi yksityisillä yrityksillä, ei maakunnilla. (Honkanen 2017.)



Kuvio 1. Maakunta ja SOTE-uudistuksen aikataulu 2019 (Alueuudistus.fi).

Sosiaalialan ammattilaiset olivat huolissaan SOTE-uudistuksen etenemisestä terveydenhuollon näkökulmasta, sillä useimmat keskustelut liittyivät terveyspalveluihin. Tähän lienee syynä se, että lääkäreiden ammattikunta on vahva ja terveysala suuri, mutta kyse on myös tahojen erilaisesta ajattelutavasta. Julkisella rahalla rahoitettua hoivaa on vaikea jaotella terveys- ja sosiaalipalveluihin, sillä yleensä hoivan tarpeen syynä on jokin lääketieteellinen ongelma, johon ei löydetä ratkaisua, joka palauttaisi toimintakyvyn ennalleen. (Hiilamo 2015, 99, 102.)

Sosiaalipuolen suurimpien kustannusten aiheuttajana ovat ikääntyneiden palveluasumiset ja taustalla on usein muistisairaus. Nämä kustannukset ovat aikaisemmin olleet terveydenhoidon kustannuksia, sillä muistisairaita ikääntyneitä on hoidettu terveyskeskuksen vuodeosastoilla. Nykypäivänä samaiset muistisairaajat ikääntyneet asuvat vanhainkodeissa ja palvelutaloissa ja nämä taas ovat sosiaalipuolelle kuuluvia palveluita. Samanlaisia kustannusten muutoksia on nähtävissä esimerkiksi päihde- ja mielenterveysasioissa, joista toipumiseen tarvitaan molempia palveluita. (Hiilamo 2015, 99, 102.)

Nykyinen palvelujärjestelmä ei kykene tällaisenaan vastaamaan yhä kasvaviin tarpeisiin. Syynä tarpeen lisääntymiselle ovat väestön ikääntyminen sekä kroonisten sairauksien lisääntyminen ja akuuttisairaanhoidosta siirtyminen pitkäaikaissairaanhoidon. Yhtenä tavoitteena SOTE-uudistuksella olikin saada aikaan nykyaikaiset sosiaali- ja terveystalot tasapuolisesti ja kustannustehokkaasti. Tähän pyrittiin integroimalla palveluita enemmän asiakaslähtöisiksi kokonaisuuksiksi, joka taas olisi edellyttänyt turvallista ja toimivaa sekä myönteisiin asenteisiin nojaavaa moniammatillista yhteistyötä eri toimijoiden välillä. Asiakaskeskeisyys, sen esiintuominen ja kehittäminen ja lähtökohdaksi ottaminen vaativat oikeanlaisen lähestymistavan ja arvoperustan sekä ammatti-ihmisten tiedon hyödyntämistä. (Salminen ym. 2017, 22, 28,37).

3.1 Sosiaali- ja terveystalojen uudistus ikääntyneiden osalta

Ikääntyneiden laitoshoidon karsiminen ei ole tuonut lisää resursseja toisille hoidon muodoille. Periaatteena ikääntyneiden hoivassa on se, että hoivattavalla on oikeus tai velvollisuus asua kotona tai kodinomaisessa paikassa mahdollisimman pitkään ja vanhusten palvelutalo on hoivaketjussa viimeisin vaihtoehto. Pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevien tai vanhainkodissa asuvien määrä on puolittunut 2010-luvulla määrän vastaavasta väestöstä ollessa vuonna 2000 8,4 % ja vuonna 2013 3,8 %. Omaisten rooli nousee arvaamattomaan, kun sairaanhoitopiirit pyrkivät lisäämään tehokasta työskentelyä akuutin hoidon hoitojaksoja lyhentämällä. (Hiilamo & Hiilamo 2015, 37.)

Julkisilla palveluilla on perinteisesti pyritty tukemaan palveluita tarvitsevien itsestä selviytymistä ja itsemääräämisoikeutta pyrkimällä vähentämään riippuvuutta läheisistä. Nyt kuitenkin julkisen vallan taloudellisen säästöjen vuoksi ajatus on käännetty pääläelleen. Suomessa kunnat pyrkivät tukemaan ihmisiä, jotka hoitavat läheisiään ja tällainen järjestelmä on kansainvälisesti ainutlaatuinen. Ajatuksena tässä on, että omaishoidon tukemisella säästetään julkisen puolen hoivakustannuksia sekä siirretään tai estetään laitoshoidon tarvetta. Kysymys kuitenkin on, tuleeko hoivan kohteena olevasta oman kotinsa vanki omaishoidon tuen maksamisen vuoksi. Myöskään kaikki omaishoitoon oikeutetut eivät saa kyseistä tukea. (Hiilamo & Hiilamo 2015, 37–38.)

Nykyisessä hyvinvointivaltiossa on siirrytty palveluvaltiosta omaishoitovaltioon, joka kyseenalaistaa ajatuksen siitä, että julkisen vallan vastuulla on huolehtia kaikista toimeentulon ja huolenpidon tarvitsijoista. Korostettaessa omaishoidon muotoa ei tarkoituksena kuitenkaan ole vain omaishoidon tuen korostaminen vaan yleinen malli, jossa omaisilla on entistä suurempi vastuu erilaisista hoivan muodoista, kuten kuntoutuksesta, palveluohjauksesta sekä arkipäivän hoivasta. Terveyspalveluiden osalta omaisten tulee huolehtia hoivattavansa asemasta hoivapalveluissa sekä huolehtia siitä, että kotipalvelun ja sairaanhoidon palvelut täydentävät toisiaan ja vielä esimerkiksi lääkityksen kohdallaan olost. (Hiilamo & Hiilamo 2015, 38–39.)

Ikääntyneiden valinnan vapautta sekä oikeutta määrätä omasta elämästään ja asumisestaan tulee kunnioittaa heidän tilanteensa sallimissa rajoissa. Ikääntyneen tulee halutessaan voida, tarvittaessa tuettuna, osallistua häntä koskevaan päätöksentekoon ja oman elämänsä suunnitteluun. Esimerkkinä valinnan vapauden lisääntyessä sosiaali- ja terveyspalveluissa on neuvontaa ja päätöksentekoon saatavaa tukea lisättävä. (THL 2018a.) Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) tehtävänä on määritellä ikääntyneiden palveluiden kehittämisen suuntaukset, valmistella lainsäädäntöä sekä ohjata uudistusten toteutumista. Kunnat järjestävät ikääntyneiden tarvitsemat sosiaali- ja terveyspalvelut ja ikääntyneiden sosiaaliturva koostu sosiaali- ja terveyspalveluista sekä toimeentuloturvasta. (STM 2017a.)

Mahdollisimman pitkään kotona asumisen mahdollistajia ikääntyneiden tilanteessa ovat helposti saatavilla olevat sosiaali-, terveys- ja kuntoutuspalvelut, joita on oltava saatavilla tarvittaessa myös ympärivuorokautisesti. Lisäksi asuinympäristön tulee olla ikäystävällinen ja asumisratkaisujen esteettömiä. Liikenne- ja kuljetuspalveluiden sekä kauppapalveluiden tulee olla riittäviä sekä toimivia. Omaisten osallistuminen ikääntyneen elämään ja omaishoitajille tarjottavan tuen tulee olla riittävää, jotta ikääntynyt kykenisi selviytymään arjestaan omassa kodissaan. Omaisten tulisi sitoutua ikääntyneen palveluiden suunnitteluun viimeistään hänen itsensä toiveesta tai tilansa heikkenemisen johdosta. Omaishoito saadaan sidottua osaksi ikääntyneen palvelukokonaisuutta, kunhan omaishoitajan tarvittavasta ja tarpeiden mukaisista tukitoiminnoista huolehditaan. SOTE-uudistuksen myötä myös uudenlaiset asumisen ja hoivan muodot olisivat tulleet ajankohtaisiksi. (THL 2018a.)

3.2 Sote-uudistuksen tavoitteet

SOTE-uudistuksella tavoiteltiin keskitettyä palveluiden järjestämistä, joka olisi auttanut palveluiden tarjonnan monipuolistamisessa sekä parantanut osaa vanhustyön saatavuutta. Voimavaroja ja eri ammattialojen osaamista olisi saatu ohjattua palvelujen kokonaiskuvassa sinne, missä niistä saadaan suurin hyöty vanhustyön ja erilaisten toimijoiden välisen sujuvasti toimivan tiedonkulun avulla. Avun saamista äkillisissä ja ennalta-arvaamattomissa tilanteissa olisivat helpottaneet erityistason palveluiden sisällyttäminen lähipalvelukokonaisuuteen sekä erityisosaamisen saattaminen perustasolle. (THL 2018a.)

Jotta palvelut olisivat riittäviä, saatavilla ja saavutettavissa, tulisi ohjauksen palveluihin olla asiantuntevaa ja palveluiden piiriin pääsemisen kriteereiden yhtenäisiä. Lisäksi palvelutarpeen arvioinnissa tulisi käyttää monipuolisia ja erilaisia arviointikäytäntöjä. Henkilöstön tulisi kyetä liikkumaan joustavasti muuttuvissa tilanteissa ja tarpeellisuuden mukaan. Edellytyksenä toimivaan kokonaisuuteen ovat liikkuvat ja sähköiset palvelut, jotka ovat tarpeellisia varsinkin syrjäseuduilla asuvien kannalta. Myös sähköisten palveluiden lisääntyessä tulee huolehtia siitä,

että ikääntyneet joko osaavat itse niitä käyttää tai saavat asiaan tarvitsemaansa tukea. Mikäli ikääntynyt ei halua sähköisiä välineitä käyttää, tulee hänelle olla tarjolla myös vaihtoehto niiden tilalle. (THL 2018a.)

Sote-uudistuksen jälkeen kotiin tuotettavat palvelut olisivat olleet maakuntien liikelaitoksien tuottamia. Sote-palveluita olisi voinut ostaa myös yksityiseltä sektorilta asiakasaseteilla vuodesta 2022 lukien. Henkilökohtaisella budjetilla olisi taattu ikääntyneiden palvelut. Asiakassetelit olivat pääosin tilapäiseen tarpeeseen tarkoitettuja ja henkilökohtainen budjetti taas laajempaan ja pitkäaikaisempaan palvelukokonaisuuteen. (Suomen tilastokeskus 2018b.)

Hallitusohjelman yksi tavoitteista vuodelle 2025 oli toteuttaa kokonaisvaltainen uudistus, jossa painopiste siirtyisi yhteisiin, ennaltaehkäiseviin palveluihin, varhaiseen tukeen ja hoitoon. Hyvinvoinnin ja terveyden ministerityöryhmä oli painunut kehittämään ikäihmisten kotihoitoa sekä vahvistamaan kaikenikäisten omaishoitoa. Kärkihankkeen ”Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa 2016–2018” (STM:n raportteja ja muistioita 2016:32, liite 3, 17) tavoitteena oli löytää iäkkäiden nykyistä yhdenvertaisemmat ja paremmin koordinoitut sekä kustannuksia hillitsevät palvelut.

Hallintotasolla tärkeitä asioita toimivuuden kannalta ovat taitava henkilöstöjohtaminen, hankintajärjestelyt, kilpailutus sekä yhtenäinen tietojärjestelmä. Erityishuomiota tulisi suoda palveluiden saatavuudelle, saavutettavuudelle sekä riittävyydelle erityisryhmien, kuten mielenterveysongelmista kärsivien ja muistisairaiden ikääntyneiden osalta. (THL 2018a.) Tulevaisuudessa strategisella toimintamallilla voidaan auttaa hyvinvointiyhteiskuntaa. Se vaatii kuitenkin uudenlaista näkemystä ikääntyneiden hoidosta sekä rohkeutta ja luottamusta uudenlaisen tulevaisuuden rakentamiseen. (Utti 2012, 35.)

4 IKÄÄNTYNEIDEN TOIMINTAKYKY JA ELÄMÄNLAATU

Tosiasia biologisesti on, että vanhuus ja raihnaisuus kuuluvat yhteen, vaikka toimintakyvyn heikkeneminen onkin yksilöllistä. Elämäntavoilla ihminen voi vaikuttaa omaan terveyteensä. Vanhuuteen kuuluu automaattisesti turvattomuuden tunteen lisääntyminen näön ja kuulon heiketessä, sairauksien lisääntyessä ja voimien ja ketteryyden kadotessa. Muistin heikkeneminen on yleisin syy ikääntyneiden lisääntyneeseen avuntarpeeseen. (Hiilamo & Hiilamo 2015, 26–28.) Ikääntyneen toimintakykyä sekä kotona selviytymistä voidaan edistää ikääntyneen voimavaroja tukien. Ikääntyminen on ainutkertainen elämänvaihe, jonka yksilöllinen toimintakyky, selviytyminen sekä ongelmanratkaisukyky vaihtelee. Ikääntynyt on aina toimiva, tunteva ja tahtova persoona. (Voutilainen ym. 2008, 71.)

Ikäihmisten yksinäisyyteen on syytä kiinnittää erityistä huomiota, sillä se heikentää ikääntyneen elämänlaatua, toimintakykyä ja terveyttä. (Heinola 2007, 43). Ikääntyneen hoitotyössä vaadittava erityisosaaminen auttaa ikääntynyttä hallitsemaan omaa sen hetkistä tilannettaan ja tuntemaan yhtenäisyyden tai koherenssin tunteen (sense of coherence), eli tunteen, jossa elämä tuntuu järkevältä ja ongelmat tuntuvat kohtalaisen hyvin ratkaistavissa olevilta. Ikääntyneen elämäkokemus ja viisaus ovat osa voimavaraisuutta, jolloin voidaan käyttää harkintaa sekä viisautta koherenssin tunteen saavuttamiseksi. (Näslindh-Ylispangar 2012, 110.)

4.1 Toimintakyky

lökkään kokemus omasta toimintakyvystä on tärkeää, eikä sitä tule väheksyä, sillä koettu terveys ja toimintakyky saattavat poiketa kriteereistä. Toimintakyky vaikuttaa oleellisesti elämänlaatuun. Elämänlaatuun vaikuttavia tekijöitä taas ovat esimerkiksi fyysinen terveys, psykologiset tekijät, riippumattomuus, sosiaaliset suhteet sekä ympäristö. (Kan & Pohjola 2012, 32.)

Toimintakyky jaetaan neljään osa-alueeseen, jotka ovat fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen ja kognitiivinen toimintakyky. Voimavaraisuus-käsitteen kautta tarkasteltuna psyykkistä ja fyysistä hyvinvointia ilmentävät voimavarat, kuten elämänhallinta, positiivinen asenne elämään, terveelliset elämäntavat, toimintakykyisyys, turvallisuus sekä terveys. Sosiaaliset suhteet, kuten omaiset ja ystävät voimavarana, sosiaalinen aktiivisuus, perhesuhteet sekä saatu ja annettu tuki ovat merkityksellisiä. Myös taloudellinen turvallisuus ja saadut palvelut, kuten kotipalvelu luetaan voimavaroiksi. Lisäksi ympäristö sekä mielekäs tekeminen voivat toimia voimavarana. (Heinola & Luoma 2007, 36-37.)

Ikääntyneen fyysinen toimintakyky on suoriutumista päivittäisistä perustoiminnoista (basic activities of daily living, BADL). Ikääntyneen psyykkinen toimintakyky taas koostuu elämänhallinnasta, mielenterveydestä sekä psyykkisestä hyvinvoinnista. Psyykkiseen toimintakykyyn kuuluvat myös itsearvostus, mieliala, omat voimavarat sekä haasteista selviäminen. Ikääntyneen psyykkisen toimintakyvyn ylläpitäjänä ja mahdollistajana toimii omaan kotiin liittyvä oman elämän hallinta. (Heinola & Luoma 2007, 36.)

Ikääntyneen sosiaalinen toimintakyky on taitoa toimia toisen henkilön kanssa sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. Suhteet ystäviin ja omaisiin sekä sosiaalisten suhteiden sujuvuus, elämän mielekkyys ja vastuu läheisistä ovat sosiaalisen toimintakyvyn tärkeitä osatekijöitä. Ikääntyneen kognitiivinen (älyllinen) toimintakyky on ikääntyneen kykyä muistaa, oppia, kykyä käsitellä tietoa, toiminnan ohjausta sekä kielellistä toimintaa. (Heinola & Luoma 2007, 36.)

Toimintakyvyn ja samalla elämänlaadun tukemiseen vaikuttavat asunnon toimivuus, esteettömyys, siisteys, lähipalveluiden toimivuus ja esteettömyys, riittävä kotihoito ja muut tukipalvelut sekä hoidon ja palveluiden tarvesaatavuus (Heinola & Luoma 2007, 42). Toimintakyvyn heikentyessä ulkopuolisen avun tarve kasvaa (Kuvio 2) (Voutilainen & Tiikkainen 2008, 187).



Kuvio 2. Ikääntyneen toimintakyky ja voimavarat vaikuttavat palvelujen tarpeeseen ja itsenäiseen selviytymiseen (Ikonen 2013, 150).

Kotihoidon työntekijään pohjautuva yhteistyösuhde lisää voimavaraisuutta silloin, kun yhteistyö tai palvelu on luottamuksellista ja vuoropuheluun perustuvaa. Myös asuinympäristön esteettömyys ja asunto vaikuttavat ikääntyneen toimintakykyyn. (Heinola & Luoma 2007, 37, 43.) Toimintakyky ja voimavarat ovat yhteydessä kotona asuvan ikääntyneen päivittäisiin askareisiin ja sosiaalisten kontaktien ylläpitämiseen (Heinola & Luoma 2007, 36). Toimintakykyä pyritään tukemaan ja ylläpitämään niin, että ikääntyminen tuntuu hyvältä ja arvokkaalta ja niin, että arkielämän haasteista suoriudutaan (Eloranta & Punkanen 2008, 41).

4.2 Elämänlaatu

Laissa ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista, eli Vanhuspalvelulaissa (980/2012 3:13 §) säädetään, että *”lääkkäälle henkilölle tarjottavien sosiaali- ja terveystalvvelujen on oltava laadukkaita ja niiden on turvattava hänelle hyvä hoito ja huolenpito.”* Sosiaalihuoltolain (1301/2014) 20§:n mukaan *”kotitalvveluilla tarkoitetaan asumiseen, henkilökohtaiseen hoivaan ja huolenpitoon, lasten hoitoon ja kasvatukseen sekä muuhun tavanomaiseen ja totunnaiseen elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamista ja niissä avustamista”*. Sosiaalihuoltolain (1301/2014) 21§ mukaan *”kotitalvveluja annetaan alentuneen toimintakyvyn, perhetilanteen, rasittuneisuuden, sairauden, synnytyksen, vamman tai muun vastaavanlaisen syyn perusteella*

niille, jotka tarvitsevat apua suoriutuakseen 20§:ssä tarkoitetuista tehtävistä ja toiminnoista”. (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014.)

Elintasolla ymmärretään ihmisen fysiologiset tarpeet eli ravinto, nesteet, lämpö, ilma ja turvallisuus. Voidaan sanoa, että se on kaikki, mitä ihmiset ikään katso-matta tarvitsevat. Yhteisyys on tärkeä resurssi, sillä se auttaa toteuttamaan muita arvoja. Ihmisellä on tarve olla jäsen sosiaalisten suhteiden verkostossa sekä tarve toveruuteen ja solidaarisuuteen. Itsensä toteuttamisen arvo on laaja ja jopa haasteellisesti mitattavissa. Ihminen, jolla ei ole toimintaa, johon tarttua, voi olla myös sosiaalisesti eristäytynyt. (Allardt 1979, 39–48.)

Paahtaman (2016) mukailee suomalaista sosiologia Erik Allardt:a (1976) kirjoit-taessaan hyvinvoinnista ja siihen liittyvistä käsitteistä. Heidän mukaansa elämän-laatu sisältää ihmisen hyvinvoinnille kaiken tarvittavan. Elämänlaatua he vertaa-vat hyvinvointiin, joka jaetaan omistamiseen (tulot, asuminen, terveys, elintason osatekijät, rakastaminen, ihmissuhteet, perhekiinteys) ja olemiseen (itsensä to-teuttamiseen). (Paahtama 2016.)

Ihmisen käsitys elämänlaadusta voi vaihdella paljon riippuen ihmisen elämänti-lanteesta. Vakavan sairauden seurauksena tai toimintakyvyn heikentyessä elä-mänlaatu heikkenee. Myös elämän muut ulottuvuudet, jotka koostuvat yleisestä elämään tyytyväisyydestä, mielihyvän tunteesta tai onnellisuudesta, tarpeiden tyydyttämisestä ja kaikkien edellä mainittujen yhdistelmistä, vaikuttavat elämän-laatuun. (Voutilainen ym. 2008, 11–12.)

Elämänlaatu ja hoidon laatu ovat kaksi eri asiaa. Ikäihmisen ulkopuolisen avun tarve kasvaa toimintakyvyn heikentyessä ja tällöin korostuvat sekä hoidon että palvelun laatu elämänlaatua tukevana ja ylläpitävänä keinona. Elämänlaatua ar-vioitaessa puhutaan myös objektiivisesta ja subjektiivisesta elämänlaadusta. Kun ”hyvän elämän” kriteerit täyttyvät, puhutaan objektiivisesta elämänlaadusta. Sub-jektiivisesta elämänlaadusta on kyse silloin, kun ihminen tarkoittaa omaa koke-mustaan elämästään. (Voutilainen ym. 2008 12–13.)

Käsitteellä elämänlaatu halutaan kuvata ikääntyneiden edellytyksiä hyvään elämään. Elämänlaatu mielletään monimutkaiseksi käsitteeksi, jossa yksilö ja ympäristö ovat tiiviissä vuorovaikutuksessa. Simo Koskinen, Emeritusprofessori Lapin yliopistosta on perehtynyt asiaan kertoen, että terveys, onnellisuus, hyvät sosiaaliset suhteet ja riittävä toimeentulo ovat elämänlaadun tärkeitä osatekijöitä. Ikääntyneitä koskevissa tutkimuksissa useasti ikääntyneiden elämänlaatua kuvaa elinympäristön laatu, sosio-ekonominen asema, henkilökohtainen itsenäisyys, fyysinen sekä psyykinen toimintakyky, elämän onnellisuus, sosiaaliset suhteet, tietoinen ja järkevä toiminta sekä hoito ja avunsaanti. Näitä osatekijöitä voidaan arvioida objektiivisesti ja subjektiivisesti. Nämä tutkimuksissa käytetyt koetun elämänlaadun ulottuvuudet osoittavat myös sen, mihin kiinnitetään huomiota, kun tuetaan ikääntyneiden voimavaroja ja toimintakykyä. (Koskinen 2006.)

Elämänlaatu ilmenee ikääntyneen elämässä kullekin tyytyväisyytenä omaan elämään. Elämänlaadun kokonaisuus koostuu useista asioista, kuten suhtautumisesta omaan toimintakykyyn ja terveyteen, elämän mielekkyydestä, aineellisesta hyvinvoinnista, tyytyväisyydestä, elinympäristöstä, sosiaalisista suhteista, hengellisyydestä sekä omasta suhtautumisesta hoitoon ja palveluihin. Elämänlaatu muotoutuu ikääntyneen elämässä ympäristön vuorovaikutuksessa ihmisen omassa kulttuurissa ja sosiaalisessa ympäristössä. (Heinola & Luoma 2007, 37.) Elämänlaatu on pyrittävä maksimoimaan niin, että jokaisella on mahdollisuus kehittyä ja kasvaa sopeutumalla ikääntymiseen ja hyvinvointipalveluiden tehtävänä onkin tukea ikääntyneen hyvinvointia kokonaisvaltaisesti (Eloranta & Punkanen 2008, 35; Aaltio 2013, 56).

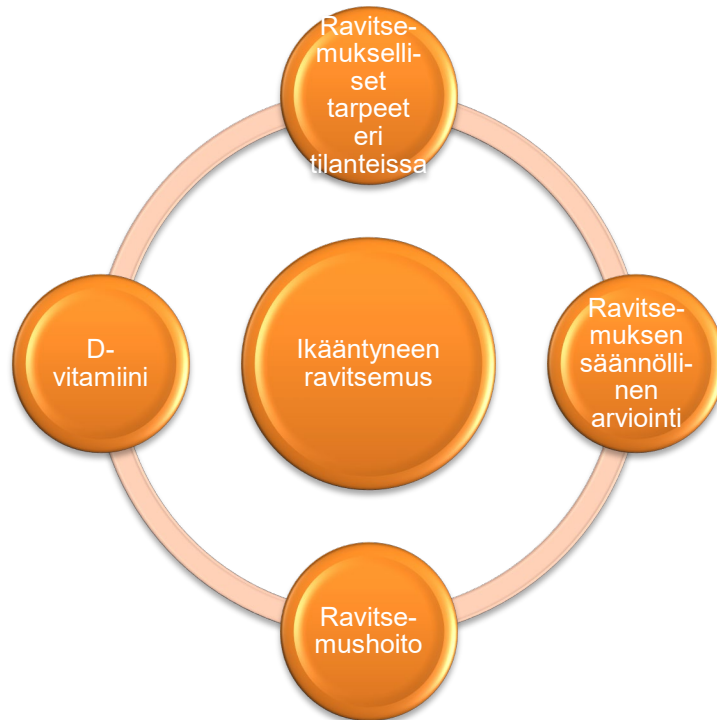
Elämänlaadun tärkeimmät esteet ikääntyneiden kotihoidossa ovat yksinäisyys, huonoksi koettu terveys ja huono toimintakyky, ulkopuolisen avun tarve, riittämättömän apu ja asunnon mahdolliset puutteet. Näitä esteitä voidaan vähentää laadukkaalla kotihoidolla. Laadukas kotihoito on asiakaslähtöistä palvelua, asiakkaan toiveet huomioivaa, asiakasta arvostavaa, ystävällisesti kohtelevaa, ymmärtäväistä, kuuntelevaa, rehellistä, luotettavaa ja kodin siisteydestä huolehtivaa. (Heinola 2007, 44.) Kotihoidon palvelut ja niiden laatu vaikuttavat suoraan ikääntyneen elämänlaatuun. Suurin osa palveluiden käyttäjistä kokee elämänlaatunsa hyväksi (Heinola & Luoma 2007, 38.)

4.3 Ravitsemus

Hyvä ravitsemus edesauttaa ikääntyneiden toimintakykyä, terveyttä sekä elämänlaatua ja osaltaan myös nopeuttaa toipumista sairauksista. Ikääntyneen kotona asuminen on helpompi mahdollistaa myös, mikäli ravitsemustila on kunnossa. Tätä varten on kehitetty ateriapalveluita, joiden avulla ikääntynyt selviytyy kotonaan paremmin. Myös kotihoidon työntekijät auttavat ja tukevat ikääntynyttä ravitsemuksellisissa asioissa sillä virheellisen ravinnon saannin riski kasvaa henkilöillä, jotka tarvitsevat ulkopuolisen apua ruoan hankintaa varten ja sen valmistukseen. (Ikonen 2013, 218.)

Jotta ikääntyneen ravitseminen olisi turvattu, tulee hänellä itsellään, läheisillään tai häntä hoitavalla henkilökunnalla olla tarvittavaa tietoa ravitsemuksesta. Ikääntyneillä ilmeneviä ongelmia ravinnon suhteen tulee ehkäistä, sillä heidän ravitsemustilojaan korjaavaa toimintaa on vaikea saada pysyväksi tilaksi. Usein ikääntyneen ateriat tulevatkin ateriapalvelun kautta, mutta sitä täydentämään on osattava rakentaa hyvää ravitsemusta ylläpitäviä aamu-, väli- ja iltapaloja. (Ikonen 2013, 218.)

Ravitsemuksen ollessa kohdallaan on se hyvinvoinnin ja toimintakyvyn kannalta oleellinen osa ikääntyneen elämässä. Hyvä ravitseminen ehkäisee ja siirtää useiden sairauksien esiintymistä ja tukee sairauksista toipumista sekä niistä kuntoutumista ja niiden kanssa elämistä. Ikääntyneille onkin kehitetty erilaisia oppaita oikeanlaisen ravinnon saamiseksi. Oppaissa otetaan huomioon niin hyväkuntoiset kotona asuvat ikääntyneet kuin myös kotihoitoa tarvitsevat iäkkäät. Keskeisiä painopisteitä ikääntyneen ravitsemussuosituksissa ovat ikääntyneen ravitsemukselliset tarpeet erilaisissa tilanteissa, ikääntyneen ravitsemuksen säännöllinen arviointi, mahdolliset ravitsemushoidot sekä D-vitamiini (Kuvio 3.) (Ikonen 2013, 218–220.)



Kuvio 3. Ikääntyneen ravitsemuksen keskeiset painopisteet (Ikonen 2013, 218–220).

Ikääntyneen, ateriointi ja ravinnonsaanti ovat tiukasti sidoksissa ikääntyneiden toimintakykyyn ja terveydentilaan. Tämän vuoksi ikääntyneiden ravitsemuksen tilaa tulee arvioida säännöllisesti seuraamalla painoa ja sen mahdollisia muutoksia ja käyttämällä sen arviointiin kehitettyjä menetelmiä. Mikäli ikääntynyt tarvitsee ravitsemushoitoa, turvataan sillä riittävä proteiinin ja energian sekä ravintoaineiden ja kuidun ja vielä nesteen saaminen. D-vitamiinin käyttö tulee varmistaa yli 60-vuotiailla ja sen saannin varmistamiseksi suositellaankin D-vitamiinilisää ympäri vuoden. (Ikonen 2013, 201–220.)

5 IKÄÄNTYNEIDEN TERVEYS JA VOIMAVARALÄHTÖISYYS

Terveydellä tarkoitetaan hyvinvoinnin tilaa, johon kuuluu ihmisen oma kokemus hänen omasta terveydestään. Terveyteen liittyy myös kyky toteuttaa itseään, oma toimintakyky ja hyvinolontunne. Terveyttä voidaanakin pitää ihmisen voimavarana. (Rautavaara-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2019, 13.) Terveyttä edistää kokonaisvaltainen ympäristö ja hyvinvointia laaja-alainen toimintakyky (Näslindh-Ylispangar 2012, 108).

Ikääntyminen voidaan kokea myös dynaamisena voimavarana, sillä ikääntymisen mahdollisuudet ovat laajat ja ne heijastuvat yhteiskuntamme kaikkiin rakenteisiin, erityisesti sosiaali- ja terveystalouden kustannuksiin (Eloranta & Punkanen 2008, 7). Ikääntyneen ihmisen näkökulmasta vanhenemisessa on kysymys arki- ja elämäntilanteiden muutoksista, jotka vaikuttavat ikääntyneen toimintaan ja siinä tapahtuviin muutoksiin, sekä odotuksiin omasta itsestä ja loppuelämästä. (Heikkinen ym. 2013, 421).

Elämäntalouden sekä mielekkään elämän ja hyvinvoinnin edellytyksiä ovat esimerkiksi itsenäisen liikkumisen tuottamien haasteiden ratkaiseminen. Henkilön vapauden kokemuksen ja autonomian kannalta merkittäviä kokemuksia ovat omien asioiden itsenäinen hoitaminen, kykenevyys päästä kodin ulkopuolelle ja sosiaalisten suhteiden ylläpitäminen. Myös ikääntyneellä on halu ja tarve toimia itsenäisesti ja aktiivisesti omassa lähipiirissään, kodissaan ja yhteiskunnassa. (THL 2018b.) Aejmelaeuksen, Kanin, Katajiston ja Pohjolan (2008, 21) mukaan ihmisen vanhetessa hän näkee oman rajallisuutensa. Varhainen puuttuminen ikääntyneen toimintakyvyn heikkenemiseen ennaltaehkäisee hoidon ja palvelujen tarvetta. Aktiivisen osallistumisen mahdollistaminen, osallistaminen sekä voimaannuttaminen auttavat edistämään ikääntyneen terveyttä. (Eloranta & Punkanen 2008, 7.)

Toimintakykyä on tutkittu myös terveysterontologiassa. Sekä fyysisen-, psyykkisen- ja sosiaalisen toimintakyvyn mittareita on kehitetty mittaamaan eri tavoin arkipäivän elämää. Esimerkiksi ADL (Activity of daily living) mittaristolla selvitetään ikääntyneiden suoriutumista päivittäisistä toiminnoista. Kokonaisvaltaisempaa ymmärtämistä vaaditaan arvioitaessa ikääntyneen muuttuvia elämäntilanteita, niissä selviämistä ja hyvän arkielämän elämistä. Toimintakyvyn mittaaminen ja arviointi kansallisen asiantuntijaverkoston (TOIMIA) avulla antaa luotettavaa tietoa ikääntyneen toimintakyvystä. Ikääntyneen palvelun tarpeen arvioinnissa vuorovaikutuksellisessa tilanteessa katsotaan tärkeimpinä asioina asiakkaan sen hetkinen elämäntilanne, toimijuus ja tarpeet ja mittaristo toimiikin arvioinnissa vain apuvälineenä. (Jyrkämä teoksessa Heikkinen ym. 2013, 421.) Ikääntyneen terveys kattaa tasapainon yksilön omien voimavarojen, hänen tavoitteidensa ja fyysisen ympäristönsä välillä ja terveys nähdään toiminnallisuutena ja voimavarana toimia normaalisti (Kuvio 4) (Lyyra ym. 2007, 16).



Kuvio 4. Terveys tasapainona. Vanheneminen ja terveys. (Lyyra ym. 2007, 16).

Terveyttä voivat vahvistaa tai heikentää henkilön yksilölliset, sosiaaliset, rakenteelliset ja kulttuuriset taustatekijät. Ihminen tavoittelee valinnoillaan luontaista tasapainoa ja hyvinvointia. Esimerkiksi yksilön toimintakyvyn heiketessä, vaikka lonkkamurtuman jälkeen on hyvinvoinnin kannalta tärkeää pyrkiä nousemaan vuoteesta. Toimintakyvyn parantuessa tavoitteita ja ympäristöä muutetaan, jotta ikääntynyt kokee olevansa tasapainossa näiden osa-alueiden välissä. Positiiviset

kokemukset auttavat kuntoutumisessa, sillä iäkkään terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttaa merkittävästi se, että hän selviytyy arkisista askareista. Ikääntyneen väestön arvostus, ja heitä kohtaan asennoituminen vaihtelee eri kulttuurien välillä. (Voutilainen & Tiikkainen 2008, 57–60.)

Voimavaraisuuskäsitteeseen sisältyy voimaantuminen, voimavarat, voimaistuminen ja valtaistuminen. Toivo, realismi, kyky joustaa, arvostaa, rakastaa sekä elämän tarkoitus liittyvät voimavarakeskeiseen ajatteluun. Ikääntyneen voimavaroja tukevat omien tarpeiden tyydyttäminen, onnistuneet kokemukset, taloudellinen tasapaino sekä riittävät sosiaaliset suhteet ja laadukas asuminen. (Aejmelaeus ym. 2007, 35.)

Vaikka ikääntyneen fyysiset voimavarat heikentyvät, aktiivinen oleminen on mahdollista. Elämän merkityksellisistä asioista ei tarvitse luopua, koska eri aistikanavien kautta oleva yhteys voidaan toteuttaa ikääntyneen merkitykselliseen maailmaan (Suomi & Hakonen 2008, 35, 156). Ikäihmiset kohdataan kukin heidän omien voimavarojensa valossa. Ageing-in-place on uusi ajattelumalli, joka auttaa ikääntynyttä asumaan tutussa elinympäristössä. Tavoitteena tässä ajattelumallissa on nopea reagointi ikääntyneen palvelutarpeeseen asumis- ja hoivatarpeen järjestelyjen avulla. (Kan & Pohjola 2012, 299.)

6 IKÄÄNTYNEIDEN YKSINÄISYYS, SYRJÄYTYMINEN JA MASENTUNEISUUS

Ikääntyneiden yksinäisyys ja eristyneisyys ovat eräitä vanhusväestön suurimpia ongelmia ja yksinäisyyttä voi kokea myös muiden joukossa (Heiskanen & Saaristo 2011, 131). Yksinäisyyteen on haasteellista tarttua, sillä se on hyvin henkilökohtaista ja jokainen kokee yksinäisyyden eri tavalla. Yksinäisyys tarkoittaa läheisten ihmisten puuttumista, yksin asumista ja käytännön sanelemaa pakkoa. Yksinäisyys, jota ihminen ei ole valinnut, voi koitua ylivoimaiseksi taakaksi. (Heiskanen & Saaristo 2011, 9, 111.) Yksinäisyyden voi jokainen kokea eri tavalla. Toisinaan se voi olla myös voimavaraistava tekijä ikääntyneen elämässä. Yksinäisyys voi olla myös oma tahto tai valinta. (Näslindh-Ylispangar 2012, 11–20.) Tunne siitä, että apu on saatavilla, vähentää yksinäisyyden kokemista yksinäisyydestä (Kangassalo & Teeri 2017, 287).

Yksinäisyys tuottaa käsitteenä ongelman ja sitä on yritetty selventää erilaisilla teoreettisilla lähtökohdilla mutta yksimielistä selitystä se ei ole saanut. Karkeasti jaettuna yksinäisyys jaetaan myönteiseen ja kielteiseen yksinäisyyteen, jossa myönteisenä koettu yksinäisyys on rauhoittavaa ja toivottavaa sekä vapaaehtoista ja yksinäisyys koetaan luovuuden antajana. Myönteisessä yksinäisyydessä voi häiriintymättä tarkastella omaa elettyä elämäänsä ja käsitellä elämässä ilmenneitä haasteita sekä luoda uutta ja saavuttaa mielenrauhan. Kielteinen yksinäisyys koetaan pelottavaksi ja ahdistavaksi. Lisäksi kielteinen yksinäisyys aiheuttaa kärsimystä eikä sen kokemuksesta pääse irti. Kun yksinäisyys on kielteinen kokemus, kohdataan siinä elämän haasteet ja menetykset ilman voimavaroja, joiden avulla käsitellä niitä. Kielteisen yksinäisyyden kokemiseen ikääntyneellä liittyy usein myös ihmissuhteiden menetykset ja oman toimintakyvyn heikentyminen. Myös omasta kodista luopuminen laitoshoitoon tai palvelutaloon siirryttäessä ovat kielteisen yksinäisyyden kokemuksia. (Voutilainen & Tiikkainen 2009, 184–185.)

Vanhenemisen yhteydessä puhutaan kehityskriisistä. Tässä vaiheessa eletty elämä ja sen rajallisuus tiedostetaan vahvemmin kuin ennen. Herkästi saattavat nousta menettämiset ja menettämisen pelko päällimmäisiksi tunteiksi, jota aiheuttavat sen, että vanhuus saattaa olla kivuliasta ja yksinäistä. Eksistentiaalinen identiteetti ja sen löytäminen on tärkeää eli se, että näkee oman elämänsä tapahtumissa merkitystä ja on tyytyväinen kokonaisuuteen. Tällöin voidaan tutkia elettyä elämää ja todeta oman elämän olleen erityinen ja ainutlaatuinen maailmassa. (Heiskanen & Saaristo 2011, 134.)

Gerontologisessa hoitotyössä kohdataan mielenterveysongelmia ja psykososiaalisia ongelmia ja varsinkin yksinäisyyden ja turvattomuuden tunteet ovat tuttuja tuntemuksia osalle ikääntyneistä. Iäkkäänä on kokenut menetyksiä ja tukiverkosto on saattanut kaventua olemattomiin. Myös ikätovereiden kuolema on hyvin yleinen kokemus iäkkäälle. (Kanaoja, Lähteinen & Marjamäki 2010, 219.) Heikko terveys, sairastelu ja toimintakyvyn heikkeneminen altistavat yksinäisyydelle. Lisäksi kuulon ja näön heikkeneminen saattavat osaltaan aiheuttaa yksinäisyyden kokemista. Yksinäisyydestä kärsivien henkilöiden on todettu käyttävän alkoholia ja lääkkeitä muita enemmän ja heillä on todettu olevan uniongelmia, ruokahaluttomuutta sekä suurentunut itsemurhariski. Yksinäisyyden on todettu johtavan sairasteluun, toimintakyvyn heikkenemiseen sekä sosiaaliseen eristäytyneisyyteen ja lisäksi se altistaa myös dementialle. Voutilainen & Tiikkainen 2008, 187.)

Yksinäisyys määritellään subjektiivisesti kielteiseksi kokemukseksi, joka johtuu vajaista vuorovaikutussuhteista. Ikääntyneet kokevat yksinäisyyden eri tavoin ja kukin omalla tavallaan. He ovat saattaneet olla yksinäisiä koko elämänsä ajan. Osa saattaa olla yksin, mutta ei koe yksinäisyyttä. Osalle yksinäisyyden tunne voi olla jatkuvaa, kun taas osalle vain väliaikaista. Yksinäisyys voi johtaa laitokseen joutumiseen sillä jatkuvasti yksinäisyydestä kärsivä henkilö saattaa masentua. Yksinäisyys saattaa näyttäytyä väsymyksenä, selittämättöminä pelkoina, epätoivona tai epämääräisinä kipuina ja se saattaa pahimmillaan johtaa jopa itsemurhaan. (Lyyra ym. 2007, 146–154, 159.)

Ikääntyneiden yksinäisyydessä on erotettavissa yksilöllinen ja sosiaalinen puoli. Yksilölliseen puoleen vaikuttavat esimerkiksi ikä, sukupuoli ja siviilisääty. Sosiaalisia tekijöitä ovat sosioekonominen asema, talous, sosiaaliset ja yhteisölliset verkostot sekä vuorovaikutussuhteet. Myös kulttuuriset tekijät vaikuttavat yksinäisyyden kokemiseen ja esimerkiksi yksilökeskeisessä kulttuurissa on perhekeskeistä kulttuuria helpompi asua yksin ja elää itsenäistä elämää. Leskeytyminen on yksi keskeinen yksinäisyyttä aiheuttava tekijä. Miehillä leskeys saattaa johtaa monien sosiaalisten suhteiden katkeamiseen. Puolison menetys voi aiheuttaa fyysisen ja emotionaalisen läheisyyden sekä turvallisuuden tunteen menetyksen. (Lyyra ym. 2007, 148, 150–151.)

Usein sosiaalinen eristäytyneisyys, yksinäisyys sekä masentuneisuus esiintyvät pareittain tai samanaikaisesti, mutta vaikka esiintyvyys on samanaikaista, ovat ne eri asioita. Masentuneisuuden arvioimiseen on kehitetty erilaisia mittareita ja sitä voidaan hoitaa lääkkeellisesti. Sosiaalisten kontaktien määrä, tiheys ja saatava tuki ovat sosiaalisen eristäytyneisyyden arvioimisen työkaluja. Eristäytyneisyyttä voidaan poistaa lisäämällä kontakteja ikääntyneen elämään. Yksinäisyyden osoittaminen ja tunnistaminen on jo vaikeampaa, sillä vaikka henkilöllä olisi laaja sosiaalinen verkosto, saattaa hän silti kärsiä yksinäisyydestä. Usein yksinäisyyteen liittyy myös häpeän tunne siitä, ettei ikääntynyt tunne olevansa kykenevä häntä tyydyttäviin ihmissuhteisiin. Myöskään ulkoiset merkit, kuten alakuloisuus eivät aina ole yksinäisyyden tunnusmerkkejä. (Voutilainen & Tiikkainen 2009, 185.)

6.1 Syrjäytymisen ja yksinäisyyden ennaltaehkäisy

Syrjäytymiseen johtavat syyt eivät aina ole ikääntyneen omia valintoja (Kan & Pohjola 2012, 26–27). Gerontologisen sosiaalityön keskeinen tehtävä on ikääntyneiden hyvinvoinnin ja hyvinvointia edistävien asioiden tukeminen (Kananoja, Lähteinen, Marjamäki 2010, 220). Preventio on syrjäytymisen ennaltaehkäisyä ja varhaista puuttumista asioihin ja sen lähtökohtana on yksinäisyyden ja sen riskien tunnistaminen (Lyyra ym. 2007, 159). Yksinäisyyttä ja syrjäytymistä pyritään

lievittämään ohjaamalla ikääntyneitä päivätoimintoihin, luomalla yhteyksiä vapaaehtoistyöntekijöihin, välittämällä tuki- ja turvapalveluita sekä kartoittamalla kuntoutusmahdollisuuksia (Heikkinen & Rantanen 2010, 445–446).

Dialoginen vuorovaikutussuhde merkitsee ikääntyneille välittämistä ja osallisuutta. Hän tuntee ja kokee arvostusta, luottamusta sekä toivoa. Dialogisuudella tarkoitetaan sitoutumista vuorovaikutussuhteeseen, toisen huomioimista, erilaisuuden hyväksymistä ja sen arvostamista. Dialoginen vuorovaikutussuhde mahdollistaa voimavarojen löytymisen, itsemääräämisoikeuden toteutumisen, oman näköisen elämän elämisen ja lopulta omannäköisen kuoleman hautajaisineen. Sosiaalista toimintakykyä voidaan siis vahvistaa ja tukea dialogisuudella. (Elo-ranta & Punkanen 2008, 134.)

Kunnissa tehdään hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä, jotka osaltaan ennaltaehkäisevät syrjäytymistä. Kotikäynnit kohdistetaan 75 tai 80 vuotta täyttäneille ikääntyneille. Kotikäynnillä keskustellaan mahdollisista palveluiden tarpeista sekä ikääntyneen hyvinvoinnista. (STM:n julkaisuja. Ehkäisevät palvelut iäkkäille ihmisille.) On tärkeää huolehtia ikääntyneiden perussairauksien hoidosta ja fyysisestä kunnosta ja huomiota tulisi myös kiinnittää psykososiaalisiin tekijöihin. Sairaudet johtavat heikentyneeseen fyysiseen kuntoon ja altistavat ulkopuolisen avun tarpeelle, joka aiheuttaa avuttomuuden tunnetta ja saattaa johtaa masennukseen. (Kulmala 2017, 82.)

6.2 Ikääntyneiden masennuksen ennaltaehkäisy

Masennusta voidaan ennaltaehkäistä kolmella eri tasolla. Yksi taso on koko väestölle kohdennettu informaatio kuten mediakampanja. Lisäksi voidaan aktivoida suurentuneen masennusriskin ryhmille tarkoitettua ehkäisytoimet. Kolmantena vaihtoehtona voidaan aloittaa ehkäisytoimet lievästä masennusoireista kärsiville, sillä oireet enteilevät masennukseen sairastumista. Yleisimmin masennukseen sairastunut ikääntynyt kärsii pitkäaikaissairaudesta, hänellä on pieni sosiaalinen verkosto ja/tai hänellä on matala koulutustaso. (Kulmala 2017, 82.)

Van't Veer-Tazelaar (Van't Veer-Tazelaar ym. 2009, 279–304) on kehittänyt vuonna 2009 ennaltaehkäisevän mallin ikääntyneille. Siinä kukin vaihe kestää kolme kuukautta ja vaiheita on yhteensä neljä. Osallistujat kootaan esimerkiksi hyvinvointia edistävien kotikäyntien perusteella. Masennustesti valitaan paikallisen käytännön, geriatrin tai terveyskeskuslääkärin ohjeiden mukaisesti. Ohjelma tulee toteuttaa moniammatillisesti. Ensimmäisessä vaiheessa ryhmä kootaan oireiden ilmettyä tai oirekartoituksen perusteella. Mikäli oireet jatkuvat ja kolmen kuukauden päästä iäkkäällä on edelleen riski sairastua masennukseen, pyydetään häntä osallistumaan masennuksen ehkäisyohjelmaan. (Kulmala 2017, 83–84.)

Toisessa vaiheessa iäkkäälle ehdotetaan sairaanhoitajan kotikäyntiä. Kotikäynnillä käsitellään masennusriskiä ja keskustellaan asiasta. Ikääntynyttä pyydetään perehtymään asiaan. Hoitaja voi palata noin 1,5 kk kuluttua. Tämä vaihe kestää 3kk. Kolmannessa vaiheessa ikääntynyt harjoittelee ongelmanratkaisutaitoja. Nii- den harjoittelu yhdistetään arkitoimintoihin. Hoitaja käy tässä vaiheessa useam- min tai on puhelimella tavoitettavissa. Suosituksena tässä vaiheessa on viisi ko- tikäyntiä kolmen kuukauden aikana. Viimeisessä vaiheessa masennustesti teh- dään jälleen. Tulosten perusteella ikääntynyt ohjataan tarvittaessa lääkärin vas- taanotolle mahdollisen lääkityksen saamisen vuoksi. (Kulmala 2017, 83–84.)

7 IKÄÄNTYNEIDEN PALVELUT

Arkielämän perustoiminnot saavat uuden merkityksen, kun ihminen vanhenee. Aikaisemmin itsestään selvänä pidetyt asiat ja niiden hoitaminen hankaloituu. Jotta kotona asuminen olisi onnistunutta, tulisi henkilön toimintakyvyn ja terveyden sekä sosiaalisten suhteiden olla kunnossa. Myös avun saaminen läheisiltä tai naapurilta ja kotihoidolta vaikuttaa onnistuneeseen kotona asumiseen. Mutta vaikka kotona asuminen tarkoittaa valtaa ja vapautta, tarkoittaa se usein ikääntyneiden kohdalla myös ulkopuolisen avun tarvetta. Omassa kodissa asuessaan ikääntynyt kokee oman elämänsä hallintaa sekä itsenäistä elämää ja kotona asuminen vahvistaa myös vapautta ja omaa päätösvaltaa sekä itsemääräämisoikeuden toteutumista. Ikääntyneen asuinympäristö ja sen tuttuus ja turvallisuus antavat lisää toimintavarmuutta mutta toisaalta heikentynyt toimintakyky vaatii sopeutumiskykyä. (Ikonen 2013, 10–11.)

Nykypäivänä suurin osa ikääntyneistä haluaa asua kotona, mutta kun turvattuuden tunne vie voiton kodin tuomasta onnesta, on aika hakeutua palveluiden piiriin tai palvelutaloon (Räsänen 2018, 16–17). Julkista hoivaa pidetään aiheellisesti itsestäänselvyytenä ja sitä se onkin, sillä ilman julkisen vallan järjestämää hoivaa ja hoivaetiikkaa ei hyvä yhteiskunta ole mahdollinen. Jokaisen ihmisen velvollisuus yhteiskuntaa ja toisiamme kohtaan on huolehtia ympäristöstämme ja toisistamme ja toimia niin, että toimistamme aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa. Julkisesti järjestetty hoiva ja yksityinen hoiva eivät poissulje toisiaan eivätkä ole toistensa korvaajia. Julkisten palveluiden vähentäminen tai niiden puuttuminen lisäävät omaisten ja läheisten merkitystä hoivaamistilanteessa. Julkinen hoiva ei pienennä läheisten solidaarisuutta ja hoivaa vaan tukevat näitä. (Hiilamo & Hiilamo 2015, 33.)

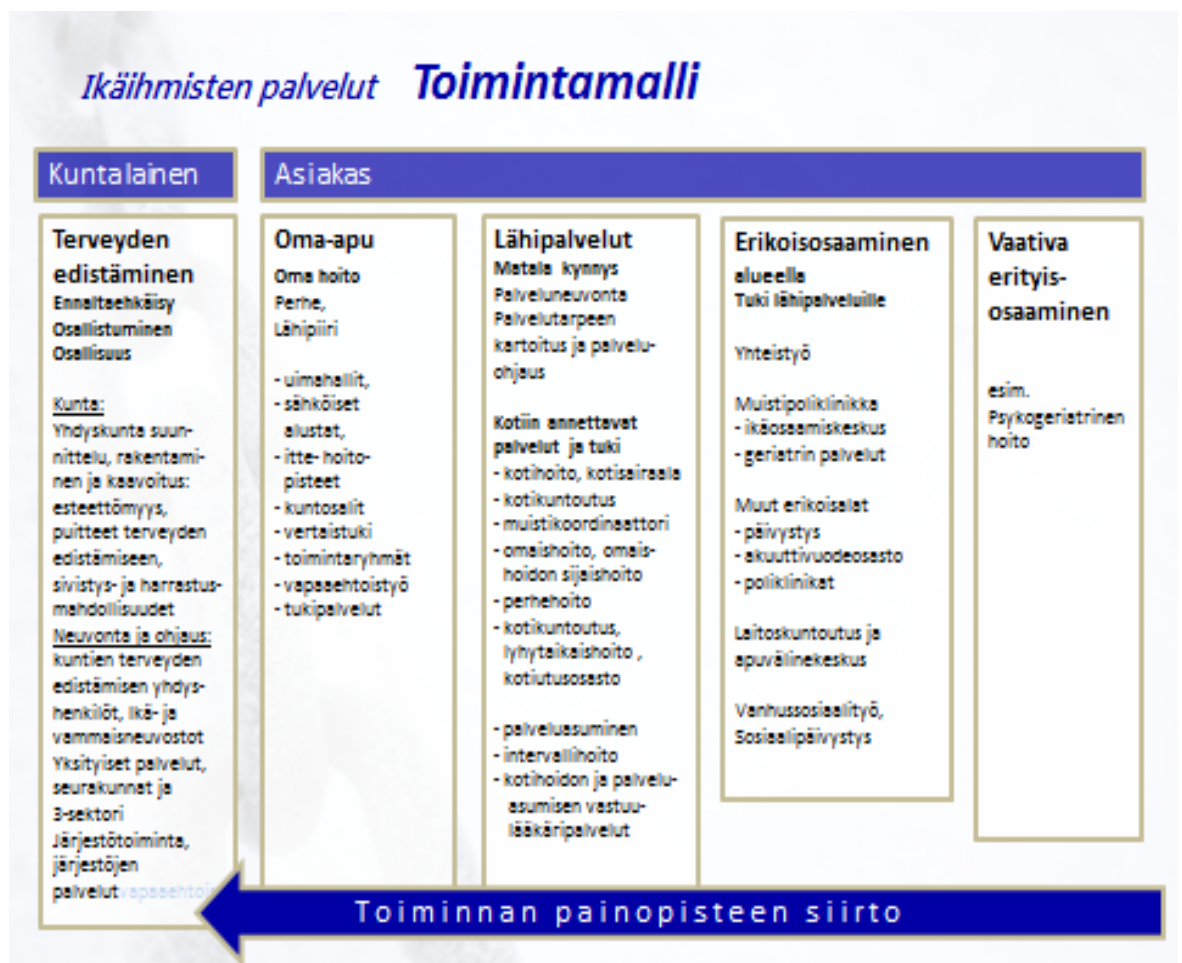
Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystaloudesta, eli Vanhuspalvelulaki (920/2012) täydentää sosiaali- ja terveydenhuollon yleis- ja erityislainsäädäntöä. Laki takaa palveluiden saatavuutta ja laatua, sillä laki asettaa kunnille velvollisuuden huolehtia iäkkäistä ja näin ollen kuntien tulee varata riittävät resurssit ikääntyneiden palveluihin. (Vanhuspalvelulaki 920/2012 1:1.3, 2 §; Vaarama ym. 2014, 252.)

Suomen terveys- ja palvelujärjestelmä on monimutkainen ja tämän vuoksi tarvitaan toimivaa palvelun ohjausta. Monen omaishoitajan ja iäkkään voimavarat eivät riitä etsimään tietoa ja pysymään ajan tasalla mahdollisista saatavista eduista ja palveluista. Valinnanvapaus palveluiden suhteen on haaste ikääntyneille, sillä henkilö ei aina tiedä, mikä olisi hänelle sopivin palvelu. Myös omaisilla saattaa olla jyrkkiäkin näkemyksiä siitä, mikä olisi ikääntyneelle paras vaihtoehto ja lisäksi virkamiehillä on yleensä oma näkemyksensä asioista. Päätöksenteossa palveluiden suhteen voi auttaa esimerkiksi omainen tai edunvalvoja. Joskus paras tarjottava palvelu saattaa olla aito läsnäolo, keskusteleminen ja kuunteleminen. (Räsänen 2018, 11–15, 33.)

Ikäihmisten palveluiden rakennemuutoksen myötä ikääntyneen palveluja on muutettu varhaisen puuttumisen kautta terveyden edistämiseen ja ennaltaehkäiseviin ja kotiin suunnattaviin palveluihin. Palveluohjauksen sekä palvelutarpeen arvioinnin kautta ikääntyneet saavat tietoa palveluista sekä oikea-aikaisia ja oikein kohdennettuja palveluita. (Rousu & Majamäki 2017, 12.) Suunniteltaessa, toteutettaessa ja arvioitaessa ikääntyneiden terveyden edistämistä, keskeisessä roolissa on, että ikääntyneen toimintakyky ja terveys nähdään laajasti niin, että huomioon otetaan fyysinen, psyykinen, kognitiivinen sekä sosiaalinen toimintakyky. Toimintakyvyn tukeminen on tärkeässä roolissa kotona asumisen mahdollistajana. (STM 2006, 19, 69.)

Palvelujärjestelmän tehtävä on luoda perusedellytykset elämänhallintaan ja tukea sitä vaikeissa tilanteissa. Yksilöön tulee luottaa ja häntä tulee vahvistaa selviytymään elämässä. Tärkeää on tukea yksilön elämänhallintaa silloin kun sitä tarvitaan. (Aaltio 2013, 20.) Palveluita suunniteltaessa ikääntynyt asiakas on nähtävä aktiivisena osallistujana eikä vain passiivisena avunsaajana (Heinola 2007, 48). Aaltion (2013, 56) mukaan hyvinvointipalveluiden tehtävänä on tukea kokonaisvaltaisesti ikääntyneen hyvinvointia.

Ikääntyneiden palveluiden painopiste on kotipalveluissa. Kotipalvelut tehdään yksilöllisesti asiakaskeskiössä, asiakkaan parhaaksi ja asiakkaan tarpeiden mukaan. Kaikissa ikääntyneille suunnatuissa palveluissa tärkeää on asiakkaan toimintakyvyn voimaannuttaminen. Aktiivisen osallistumisen mahdollistaminen, osallistaminen sekä voimaannuttaminen auttavat edistämään ikääntyneen terveyttä, jolloin toiminta tukee väestön hyvinvointia. Ikääntyneen näkökulmasta kotiin tuotettavien palveluiden saatavuus ja tarve on määriteltävä yksilöllisesti (Kuvio 5). (Rousu & Majamäki 2017,12.)



Kuvio 5. Ikäihmisten palveluiden toimintamalli/Länsi-Pohjan sote. Ikäihmisten palvelut 2017.

Sairauden tai toimintakyvyn alenemisen johdosta arkielämässä ja henkilökohtaisissa toiminnoissa avustusta tarvitseville henkilöille on kotipalveluiden järjestämisvastuussa kunta. Kotiapuun sisältyvät ruuasta ja ruumiin perustarpeista sekä henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtiminen. Kotiapua tukevia palveluita ovat ateria- ja kuljetus- sekä turvapalvelut. Lisäksi tukipalveluita ovat vaatehuolto- ja kylvytys- sekä saattajapalvelut ja kaikki muut palvelut, joiden tarkoituksena on antaa tukea henkilön arjen sujumiseen ja itsenäiseen elämään. Kyseiset tukipalvelut eivät ole vain kotiin tarjottavia palveluita vaan niitä voidaan tarjota myös esimerkiksi päiväkeskuksissa ja päivätoiminnassa sekä laitoksissa. (Hiilamo & Hiilamo 2015, 43.)

Koti- ja tukipalveluita tuottavat joko kunnat itse, hankkimalla niitä toisilta kunnilta tai kuntayhtymiltä, valtiolta tai yksityiseltä sektorilta. Palveluiden tuottavuutta on pyritty lisäämään erottelemalla palveluita niin, että yhden palveluntuottajan vastuulla on aterioiden toimittaminen, toisen siivous, kolmannella hoiva ja henkilökohtainen hygienia ja niin edelleen. Kotipalveluiden maksut ovat palveluiden mukaisia riippuen siitä, onko avuntarve tilapäistä vai jatkuvaa. Jatkuvan avuntarpeen ollessa kyseessä, määritetään tulojen ja henkilömäärän mukaan kuukausimaksu. (Hiilamo & Hiilamo 2015, 44–46.)

Toimintakyvyn heiketessä korostuu ikääntyneen elinympäristön merkitys. Kotona asumisen mahdollisuus edellyttää asuinympäristön esteettömyyttä ja turvallisuutta. Jotta kotona asuminen olisi mahdollista, tuetaan tätä kodin muutostöillä sekä erilaisilla apuvälineillä ja teknisillä ratkaisuilla. (Ikonen 2013, 12–13.) Vanhuspalvelulain mukaan kotiin tuotettavien palveluiden tulisi olla ensisijainen palvelumuoto ikääntyneille. Lisäksi lain avulla pyritään parantamaan iäkkäiden henkilöiden hyvinvointia, itsenäistä suoriutumista sekä toimintakykyä. (Vanhuspalvelulaki 980/2012 1:1.1,2 §; 3:14 §.) Myös ikääntyneiden mahdollisuuksista vaikuttaa omien elinolojensa päätöksiin ja niiden valmisteluun sekä palveluiden kehittämiseen omassa kunnassaan säädetään kyseisessä laissa (Ikonen 2013, 12–13).

Ympäristöministeriön vuoden 2012 ikääntyneiden asumisen kehittämissuunnitelman (Ympäristöministeriö 2018) tavoitteena oli ikääntyneiden henkilöiden asumisolojen parantaminen, ikääntyneiden oman varautumisen asumiseen ja siihen liittyvien palveluiden tukeminen. Lisäksi kehityssuunnitelman tavoitteena oli vahvistaa kuntien toimintaa ja taloudellista suunnittelua. Kehittämissuunnitelma myös suuntasi asunto- ja rakennusalaan kohti toimintaa, joka kehittäisi ikääntyneiden asumisolojen parantamista ja asumiseen liittyviin tarpeisiin vastaamista. Suunnitelma myös pyrki parantamaan eri toimijoiden välistä yhteistyötä ja luomaan ikääntyneiden kotona asumista tukevia toimintamalleja. (Ympäristöministeriö 2018; Ikonen 2013, 13.)

8 PALVELUTARPEEN ARVIOINTI JA PALVELUOHJAUS

Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä on säännöksiä erilaisista suunnitelmista, esimerkiksi palvelusuunnitelmasta. Laissa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) säädetään, että asiakkaalle on tehtävä hoito- ja palvelusuunnitelma, ellei kyseessä ole vain väliaikainen neuvonta tai ohjaus. (Kähäri-Wiik, Niemi & Rantanen 2007, 35–36; Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000 2:7 §.) Vanhuspalvelulain (980/2012) lisäksi ja siihen liittyvässä laatusuosituksessa tuodaan esiin selkeät perusteet palvelutarpeen arvioinnille (Vanhuspalvelulaki 980/2012 3:15§; Laatusuositus hyvän ikään-tymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017b, 18–19). Ammattihenkilöt voivat myös täydentää osaamistaan palvelutarpeen arvioinnin saralla tutustumalla sosiaali- ja terveysministeriön (STM) sekä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) sivustoihin. Kunnista löytyy myös ohjeita siihen, miten palvelutarvetta koskeviin ensimmäisiin yhteydenottoihin tulee vastata ja siitä, kuka vastaa arvioinneista ja päätöksenteosta. Kunnista löytyy usein myös erilaisia senioripysäkkejä ja palvelupisteitä, joista saa neuvoa palvelutarpeeseen. (Pikkarainen 2016, 31.)

Palvelutarpeen arvioinnin ja päätöksenteon yhteydessä tulee pohtia sitä, mihin erilaisilla palveluilla pyritään. Useimmat ikääntyneet ilmoittavat halustaan asua kotona ja seuraavaksi tulisikin esittää hänelle kysymyksiä, joilla saadaan selville se, miten ikääntynyt toimii itse, jotta kotona asuminen nyt ja tulevaisuudessa olisi mahdollista. Onnistunut kotona asuminen vaatii ikääntyneeltä sitoutumista ja kovaa työtä, jota ulkopuolisella avulla tuetaan. (Pikkarainen 2016, 32.)

8.1 Hyvän palvelutarpeen arvioinnin merkitys

Jotta hoito olisi hyvää, on sen lähtökohtana oltava asiakaslähtöisesti ja yksilöllisesti räätälöidyt palvelut, sillä ikääntyneiden tarpeet ovat aina yksilöllisiä. Tämän vuoksi iäkkään tilanteen ja avuntarpeen arviointi ja hahmottaminen edellyttävät laaja-alaista ja moniammatillista osaamista ja yhteistyötä. (THL 2018b.) Usein palvelutarpeen arvioinnin lähtökohtana ovat organisaation päättämät ajoitukset

ja toimintatavat sekä kestot. Asiakaslähtöisemmin ajateltuna, tuotettavien palveluiden tulisi vastata asiakkaan toiveisiin palvelun ajoituksesta sekä kestosta. Hyvää asiakaslähtöistä palvelutarpeen arviointia on kuunnella asiakkaan ensisijaisia tarpeita ja ne nostetaankin ensisijaisiksi asioiksi palvelutarpeen arvioinnissa ja autetaan niiden järjestelyissä. Kokonaisvaltainen palvelutarpeen arviointi tarkoittaa kaikkien elämän osa-alueiden ja tarpeiden arviointia. Palveluiden järjestäjä ja maksaja on kuitenkin asia erikseen. (Pikkarainen 2016, 33–34.)

Ikääntyneen kattava palvelutarpeen arviointi koostuu toimintakyvyn kaikkien osa-alueiden huomioimisesta. Lisäksi haasteet asuin- ja elinympäristössä sekä omaisten ja läheisten mahdollinen avun antaminen tulee ottaa huomioon. (THL 2018b.) Visio kotihoidon tulevaisuudesta on, että sen tulee perustua toimintakykyä sekä osallisuutta edesauttavaan toimintatapaan, jota toteuttavat kaikki kotihoidon työntekijät. Kotihoidon kiireisyyden vuoksi useat työntekijät sortuvat helpoon ratkaisuun ryhtymällä avustamaan ja näin ollen myös passivoimaan asiakasta, joka apua pyytää ja vetoaa kalliisiin palvelumaksuihin. Lisäksi asiakkaille tulee tehdä tiettäväksi, mitä kyseisen kaltainen kotihoito tarkoittaa ja miten se toimii. (Pikkarainen 2016, 33.)

Mikäli palvelutarpeen arviointia suorittaa kunnassa vain yksi henkilö, saattaa hänen toimintatapansa urautua ja näin ollen arvioinneista voi tulla samankaltaisia ja perusteista vääristyneitä. Palvelun saannin kriteerit saattavat muodostaa rutiinin, josta yksilöllisyys ja vaihtelu puuttuvat. Samaan ongelmaan törmätään myös kotihoidon henkilöstöä tarkasteltaessa. Näistä syistä palvelutarpeen arviointiin osallistuvan henkilön tulisikin säännöllisin väliajoin pyytää oman työnsä seuranta ja arviointia. Näin rutiiniksi muuttuvaan työhön ja arviointeihin saataisiin vaihtelua ja erilaisia muuttujia. (Pikkarainen 2016, 34–35.)

8.2 Ikääntyneen palvelutarpeen arviointi

Ikääntyneen henkilön ollessa kyseessä palvelutarpeen arviointiin tulee varata aikaa, sillä ikääntynyt tarvitsee aikaa tilanteensa kuvaamiseen, jotta kokonaiskuva palveluiden tarpeesta alkaa muotoutua. Nopeat palvelutarpeen arvioinnit johtavat usein virheellisiin tuloksiin, jossa kotiin tarjotaan kaikkia saatavilla olevia palveluita. Toisena mahdollisuutena nopeassa arvioinnissa on, että kotiin tarjottavien palveluiden ja tuen määrä ei vastaakaan tarpeita ja jää vähäiseksi. Asiakkaalle ei myöskään tule suoraan kertoa, millaisia palveluita ja tukia on tarjolla, vaan arvioinnin tulee käynnistyä asiakkaan kertomuksesta omasta tilanteestaan. Näin hän kokee tulevansa kuulluksi ja uskaltaa kertoa myös perimmäisistä tunteuksistaan ja huolenaiheistaan. (Pikkarainen 2016, 35.) Kotihoidon asiakasprosessi on monivaiheinen kokonaisuus (Kuvio 6).



Kuvio 6. Kotihoidon asiakasprosessi (Ikonen 2013, 147).

Ikääntyneen tarpeisiin kyetään vastaamaan paremmin, kun eri toimijoiden voimavarat yhdistetään toimivaksi kokonaisuudeksi. Näin parannetaan myös palveluiden saavutettavuutta ja saatavuutta. Toimiva kokonaisuus edellyttää selkeää tiedonkulkua yhteistyössä ja koordinoituvastuun tarkkaa jakamista. Tällöin palveluketju toimii katkeamattomana ja ikääntynyt voi luottaa saamiinsa palveluihin ja niiden toimivuuteen. (THL 2018b.)

Esitetyt kaavakkeet voivat toimia näennäiskartoituksena, jotka eivät kuitenkaan toimi päätöksen pohjana vaan päätös palveluista tehdään muiden saatujen tietojen pohjalta. Asiakkaan voi saada myös sitoutuneemmaksi kuntouttavaan kotihoitoon, kun hän saa tuoda esiin omia yksilöllisiä näkökantojaan. Näin asiakkaasta saadaan kotiin tuotettavan palvelun toimiva osa, ei vain vastaanottava osapuoli. (Pikkarainen 2016, 35.)

Henkilöllä, joka suorittaa palvelutarpeen arviointeja, tulisi olla ohjeiden ja resursien lisäksi käytössään myös kekseliäisyyttä ja luovuutta siitä, miten ikääntyneen kotona asumisen jatkuvuutta ja siihen liittyviä tarpeita ja toiveita voitaisiin ratkaista. Asiakkaan omaiset ja läheiset voivat löytää oman roolinsa ratkaisusta, jossa ovat yhdistettynä kunnan ja yksityisen sekä kolmannen sektorin palveluita. Ikääntyneen henkilön taloudellinen tilanne ei useinkaan ole este palveluiden monipuolisessa rakentamisessa vaan esteenä saattaa olla käsitys siitä, että on julkisen sektorin vastuulla huolehtia asiakkaan tarpeista. Omaisten rooli saattaa myös saada vähättelyä osakseen, jolloin vedotaan heidän elämäntilanteeseensa ja kiireeseen. Tämän vuoksi palvelutarpeen arvioijan tulisi olla hienotunteinen, asiansa osaava sekä neuvottelutaitoinen. Näin toimimalla saadaan aikaan kokonaisuus, joka vastaa sisällöltään ja ajoitukseltaan asiakkaan tarpeisiin. Myös ikääntyneen asiakkaan on hyväksyttävä annetut ratkaisut sekä asettaa omille toiveilleen rajat. Oman haasteensa palvelutarpeen arviointiin tuovat aviopuolisot, joista toinen ei halua ulkopuolisia palveluja, vaikka selkeästi toinen niitä tarvitsisi. Tällaisissa tilanteissa kyseeseen saattaisi tulla aviopuolisoiden yhteinen arviointi, jossa yhteinen arkinen elämä otetaan huomioon kokonaisuutena. Aviopuolisoiden kesken on saattanut syntyä rutiineja ja sanattomia työnjakoa sekä asenne- ja tunneristiriitoja. Kotihoitoon olisikin hyvä kouluttaa henkilökuntaa, jonka osaamisalana olisi aviopari- ja perhetyö. (Pikkarainen 2016, 39.)

Palvelutarpeen arvioinnit ovat aina erilaisia johtuen asiakkaasta itsestään, hänen tilanteestaan ja tarpeistaan ja siksi työntekijän on mietittävä, kuinka asiakkaan todelliset tarpeet saataisiin esille (Pikkarainen 2016, 40). Elämäkokemus, ikään-tyneen viisaus sekä sosiaaliset taidot ovat vahvuuksia, joista hoito- ja palvelusuhde tulee aloittaa. Perusarvot; ainutkertaisuus, itsemääräämisoikeus ja loukkaamattomuuden kunnioittaminen tulee huomioida ikääntyneen hyvään elämälaatuun pyrkivässä hoidossa, asiakkaan omat voimavarat huomioiden. (Voutilainen ym. 2008, 13–14.) Arviointi, joka on toteutettu hyvin sekä tulosten pohjalta tehty palvelusuunnitelma ja niiden pohtimiseen ja hyväksymiseen annettu aika, ovat asioita, joiden avulla ikääntynyt selviytyy arjestaan paremmin (Pikkarainen 2016, 40).

8.3 Palveluohjaus ja palvelusuunnitelma

Palveluohjaus korostaa asiakkaan etua ja on näin ollen asiakaslähtöistä. Palveluohjaus on kokonaisvaltainen prosessi, jossa palvelut kootaan asiakasta tukeväksi ja jonka tavoitteena on henkilön elämäntilanteen kokonaisvaltainen edistäminen. Palveluohjaus perustuu asiakkaan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen kokonaistilanteen arviointiin hyvinvoinnin näkökulmasta. Oikea-aikaisen arvioinnin ja suunnitelman avulla asiakas saa laadultaan sekä määrältään juuri hänelle soveltuvia palveluita tarpeen mukaan. (Ikonen 2013, 68–69.)

Palvelutarpeen arviointi toteutuu moniammatillisessa tiimissä tai usean eri asiantuntijan tietoa hyödyntämällä. Palveluohjaukseen ja palvelutarpeen arviointiin on mahdollista päästä sairaalan henkilökunnan tai SAS-työryhmän (sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöryhmä) edustajan ottaessa yhteyttä kotihoitoa tuottavaan tahoon kotiuttamista suunniteltaessa. Myös henkilö itse tai hänen omaisensa tai läheisensä voi ottaa yhteyttä kotipalvelun tuottajaan. (Ikonen 2013, 68–69.) Jokaisella 75 vuotta täyttäneellä henkilöllä on oikeus sosiaalihuoltolaissa määriteltujen palvelujen palvelutarpeen arviointiin, kun yhteydenotosta on kulunut seitsemän päivää. Kiireellisissä tapauksissa arviointi tehdään välittömästi. Määräajassa toteutuva sosiaalihuoltolakiin nojautuva palvelutarpeen arviointi koskee

henkilöitä, jotka eivät vielä ole palvelujen piirissä tai henkilöitä, jotka ovat jo valmiiksi palvelujen piirissä mutta heidän elämäntilanteensa ja palvelun tarpeensa on muuttunut. (Ikonen 2013, 68–69.)

Kemin kaupungissa on käytössä keskitetty palvelutarpeen arviointi ja asiakasohjaus-järjestelmä, jonka kautta kaikki uudet asiakkaat tulevat. Arviointia voi pyytää henkilö itse, hänen omaisensa tai viranomainen tai jokin muu tahon. (Kemin kaupunki tiedote. Keskitetty palvelutarpeen arviointi ja asiakasohjaus.) Palvelutarpeen arvioinnissa käytetään apuna RAVA- mittaria ja/tai RAI- Screener-arviointia, joiden avulla arvioidaan ikääntyneen avuntarvetta ja toimintakykyä, jotta henkilölle kyetään tarjoamaan hänelle sopivin hoito- tai palvelumuoto. Palveluntarpeen arviointiin sisältyy myös palveluohjaus mahdollisista etuuksista, sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista ja yksityisen sektorin tuottamista palveluista. (Kemin kaupunki tiedote. Keskitetty palvelutarpeen arviointi ja asiakasohjaus.)

Palvelusuunnitelma on työväline, joka on tarkoitettu jokapäiväiseen käyttöön ikääntyneen hoitoon osallistuvilla. Palvelusuunnitelmasta käyvät ilmi kaikki ikääntyneen avuntarpeen ja hyvinvoinnin kannalta tarvittavat toiminnot sekä näitä toteuttavat tahot. Esimerkiksi terveyden- ja sosiaalihuollon palvelut sekä ikääntyneen oma toiminta oman toimintakykynsä ja hyvinvointinsa edistämiseksi ovat kirjattuina palvelusuunnitelmaan. Palvelusuunnitelma on pidettävä ajan tasalla ja siihen on kirjattava ikääntyneen tarvitsemien palveluiden kokonaisuus sekä hänen tarpeensa ja toiveensa näiden osalta. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2013:11.)

9 KOTIHOIDON AVULLA KOTONA

Ikääntyessä kodin merkitys korostuu, sillä siellä vietetty aika lisääntyy. Myös kodin viihtyisyydellä ja mukavuudella on merkitystä ihmisen vanhetessa. Liikemuis-tista on apua pimeässä liikkussa ja muistin aiheuttaessa ongelmia ja lisäksi ko-din tuttuus lisää turvallisuuden tunnetta. Kodilla on myös sosiaalista- ja psykolo-gista, oikeudellista ja käytännöllistä merkitystä ikääntyneelle. Se on alue, jota hän itse hallitsee. (Hiilamo & Hiilamo 2015, 52–53.)

Kotihoitopalveluiden asiakkaita ovat pääsääntöisesti huonokuntoiset ikääntyneet henkilöt, jotka ovat yleensä myös monisairaita (Ikonen 2013, 42). Ikääntyneiden pitkäaikainen hoiva ja huolenpito toteutetaan nykyään suurelta osin ikääntyneen omassa kodissa tai muutoin kodinomaisessa asuinympäristössä. Tällainen toi-minta onnistuu kotihoidon ikääntyneen omaisten ja erilaisten tukipalveluiden tur-vin. (THL 2018b.) Ikääntyneet kotihoidon asiakkaat ovat usein monen eri palve-lujärjestelmän tai organisaation asiakkaita, jolloin asiakas saattaa esimerkiksi asua osan kuukaudesta kotonaan ja osan lyhytaikaisessa hoitopaikassa. Tällai-sesta asiakkuussuhteesta käytetään nimitystä moniasiakkuus. Asiakasta roh-kaistaan käyttämään erilaisia tarjolla olevia palveluita monipuolisten palveluiden saamiseksi. (Ikonen 2013, 43.)

Nykypäivän kotihoidossa pyritään korostamaan jäljellä olevaa toimintakykyä ja tukemaan sitä hyödyntämällä asiakkaan omia voimavaroja (Ikonen 2013, 43). Kotihoidon henkilökunnan sekä muiden apua antavien tahojen ensisijaisena teh-tävänä onkin auttaa ikääntynyttä ja hänen omaisiaan ja läheisiään niin, että he kykenevät tunnistamaan ja kehittämään sekä käyttämään ikääntyneen vielä ole-massa olevia psyykkisiä ja sosiaalisia sekä fyysisiä voimavaroja. Näitä hyödyn-tämällä ikääntynyt kykenee usein asumaan kotonaan alentuneesta toimintaky-vyistä tai sairauksista huolimatta. Käytännön työssä tämä tarkoittaa, että ikäänty-nyttä tuetaan ja ohjataan sekä rohkaistaan hänen omien toiveidensa ja omien mahdollisuuksiensa puitteissa itsenäiseen ja omatoimiseen elämiseen. (THL 2018b.)

Kotihoito on palvelukokonaisuus, joka muodostuu erilaisista tukipalveluista, sairaanhoitopalveluista sekä kotipalveluista ja näillä elementeillä pyritään auttamaan kotona asuvia henkilöitä, joiden toimintakyky on huonontunut. Kotihoito käsittelee suuren määrän erilaisia käsitteitä, joista kotihoidolla tarkoitetaan kotisairaanhoidosta ja kotipalveluista muodostettua palvelumuotoa. Säännöllinen kotihoito taas on hoitoa, jota asiakas saa vähintään kerran viikossa ja josta peritään kuukausimaksu. Säännöllisen kotihoidon asiakkaalla on oltava voimassa oleva palvelu- ja hoitosuunnitelma. Tilapäisellä kotihoidolla tarkoitetaan palvelua, jossa asiakas saa palvelua harvemmin kuin kerran viikossa ja tällaisesta palvelumuodosta peritään käyntimaksu. (Maksuasetus 912/1992 2:3 §). Myös tässä palvelumuodossa asiakkaalla on oltava voimassa oleva palvelu- ja hoitosuunnitelma. (Ikonen 2013, 16; Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 912/1992.)

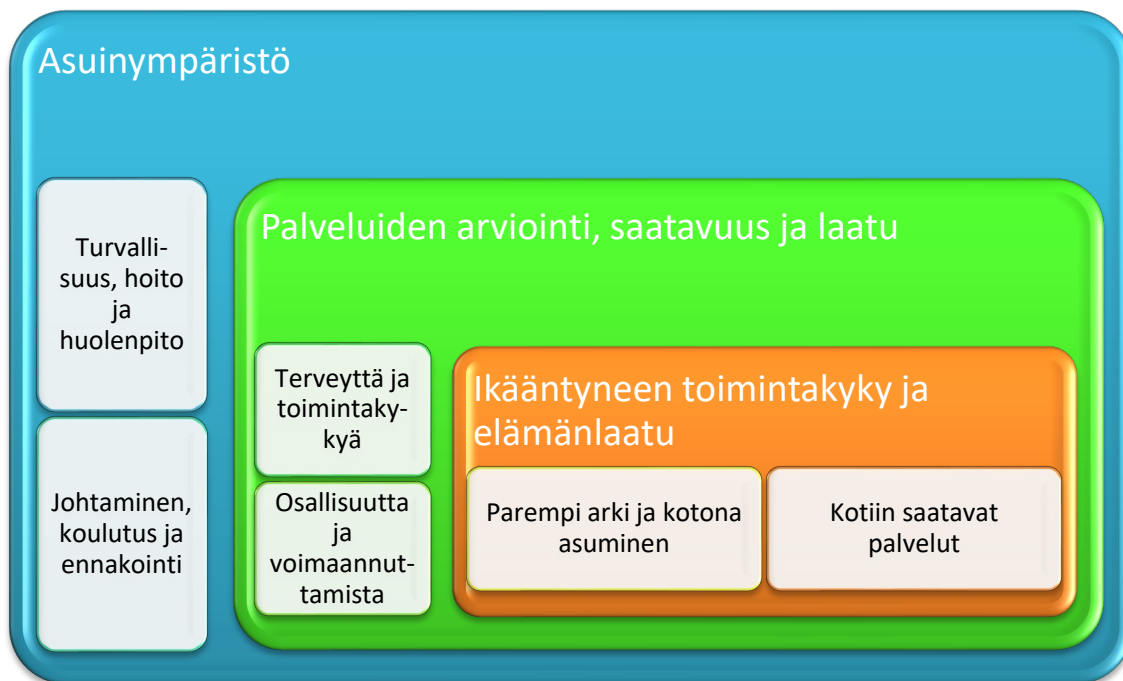
Asiakkaalle voidaan tarjota myös satunnaista kotihoidon palvelua, jolloin asiakkaan luona käydään kertaluontoisesti ja tästä perittävä maksu on käyntimaksu (Maksuasetus 912/1992 2:3 §). Kyseisen palvelumallin asiakkaalla ei ole voimassa olevaa palvelu- ja hoitosuunnitelmaa. Kotipalvelut ovat sosiaalihuoltolain 20§:ssä (1301/2014) säädetyn mukaisesti henkilökohtaiseen hoivaan, asumiseen, lasten kasvatukseen ja hoitoon sekä muuhun tavalliseen ja totuttuun elämään sisältyvien toimintojen suorittamista tai näissä avustamista. (Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 912/1992; Ikonen 2013, 14.)

Sosiaalihuoltolain (1301/2014 3:19 §) mukaan tukipalvelut ovat kotihoitoon liittyviä erilaisia palveluita ja näitä ovat esimerkiksi aterial- ja vaatehuolto- sekä siivous-, turva- ja saattajapalvelut. Tukipalveluihin lasketaan mukaan myös sosiaalista kanssakäymistä edesauttavat palvelut. Kotihoidon tuottama sairaanhoitopalvelu on asiakkaan kotona tapahtuvaa terveydenhuollon ammattilaisen toteuttamaa sairaanhoitoa asiakkaalle, joka ei jostain syystä, esimerkiksi toimintakyvyn heikkenemisen vuoksi kykene käyttämään avoterveydenhuollon palveluita. Tukipalveluita voidaan tuottaa joko kunnan omina palveluina tai ostopalveluina. Tukipalveluista, jotka liittyvät kotihoitoon, peritään maksut, jotka lautakunta on vahvistanut. (Ikonen 2013, 17, 72.)

Sosiaalihuoltolaissa (1301/2014 3:21 §) määriteltyjä sosiaalipalveluja ovat myös asumispalvelut ja niiden järjestämisvastuussa on kunta. Kyseiset palvelut on suunnattu henkilöille, joiden tarve asumisensa järjestelyyn tarvitsee tukea ja palveluja. Ikääntyneiden neuvontapalvelut ovat osa terveellisten elintapojen edistämisen ja tapaturmien ja sairauksien ehkäisyn palvelua. Lisäksi kunta voi järjestää ikääntyneille terveyttä edistäviä terveystarkastuksia sekä kotikäyntejä, jotka pyrkivät edistämään hyvinvointia. (Ikonen 2013, 18.)

Kotisairaanhoido voi olla tilapäistä tai hoito- ja palvelusuunnitelman mukaan asiakkaan kotona tai muussa asuinpaikassa toteutuvaa moniammatillista sairaanhoidon ja terveyteen liittyvää palvelua. Kotisairaanhoido taas on tehostettua määräaikaista kotisairaanhoidoa, joka voi olla joko perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon tai näiden yhteisesti järjestämää tai yksityistä palvelua. (Ikonen 2013, 17.)

Laadukkaiden palveluiden kokonaisuus koostuu asuin- ja lähiympäristöstä, joka luo kehyksen ikääntyneen elämänlaadulle. Turvallisuus, hoito ja huolenpito tukevat ikääntyneiden henkilöiden osallisuutta, terveyttä sekä toimintakykyä ja voimaantuminen tapahtuu osallisuuden kautta (Kuvio 7). Kotipalveluiden tuottajien tehtävänä on huolehtia ikääntyneiden henkilöiden tarpeiden saatavuus ja saavutettavuus, sekä samalla taata laadukkaat, toimivat palvelut. (Suunnitelma ikääntyneen väestön tukemiseksi 2015–2030, 8).



Kuvio 7. Laadukkaiden palveluiden kokonaisuus (Suunnitelma ikääntyneen väestön tukemiseksi 2015–2030, 8).

Kemin kaupunki myöntää ikääntyneelle sosiaalipalveluja yksilöllisesti tehtävän palveluntarpeen arvioinnin perusteella. Arvioinnin perustana on asiakkaan oma näkemys tilanteestaan sekä asiantuntijan arvioon. Mikäli asiakkaan tilanne on kiireellinen, arvioidaan palvelun tarve välittömästi. Kiireettömissä tapauksissa kaikilla kemiläisillä 75-vuotta täyttäneillä on mahdollisuus päästä palvelun tarpeen arviointiin määräajassa, joka on seitsemän päivän kuluessa yhteydenotosta asian tiimoilta. Palvelutarpeen arvioinnin määräaikaisuus koskee niitä henkilöitä, jotka eivät ole sosiaalipalvelujen piirissä ja sellaisia, jotka ovat jo sosiaalipalvelujen asiakkaita, mutta heidän tilanteensa palvelujen tarpeen osalta on muuttunut. Ikääntyneiden palveluiden asiakkaaksi tullaan palveluntarpeen arvioinnin kautta. (Kemin kaupunki 2019. Ikäihmisten palvelut. Kemin kotihoito, 2–3.)

Kemin kotihoitokeskus tuottaa palvelukokonaisuutta, jonka osia ovat kotihoito, kotisairaanhoido, kotisairaaloiminta sekä lapsiperheiden palvelu (Kemin kaupunki. Ikäihmistien palvelut. Kemin kotihoito, 2). Lisäksi kaupunki tarjoaa fysioterapeutin tekemiä maksuttomia kotikäyntejä kotona asuville yli 65-vuotiaille ikäänntyneille, jotka eivät vielä ole kotihoidon palveluiden piirissä. Näiden käyntien tarkoituksena on antaa tukea ikäänntyneen kotona pärjäämiseen fysioterapian avulla esimerkiksi lihasvoima- ja tasapainoharjoittelun, ulkoilun ja apuvälineiden ja asuinympäristön kartoituksen avulla. (Kemin kaupunki 9/2017.)

9.1 Kotihoidon tavoitteet ja tehtävät

Kotihoidolla tavoitellaan asiakkaan turvallista kotona asumista mahdollisimman pitkään. Tähän pyritään tukemalla asiakkaan toimintakykyä sekä elämänhallintaa palvelutarpeen arvioinnilla, ehkäisevillä palveluilla sekä erilaisilla tukimuodoilla, kuten terveystalveluiden ja omaishoidon tuella. Palveluiden lakisääteisessä järjestämisvastuussa on kunta. Kunta voi tuottaa itse palvelunsa tai se voi ostaa palveluita yksityiseltä tai kolmannelta sektorilta ostopalveluina. Asiakas voi myös itse ostaa kotihoitopalveluita suoraan yksityiseltä sektorilta omakustanteisesti. (Ikonen 2013, 18.)

Heikentynyt toimintakyky, sairaus tai vammaisuus ovat asioita, joiden vuoksi kotihoitopalveluita voi saada. Palveluiden avulla pyritään tukemaan asiakkaan selviytymistä kotona, palvelutalossa tai palveluasunnossa, mahdollistetaan kiireetön kotiutuminen sairaalasta sekä turvataan sairaalan jälkeinen jatkohoido. Koska kuntien resurssit ovat rajalliset, on tarjottavien palveluiden sisältö rajattu ensisijaisesti henkilökohtaiseen hoitoon ja huolenpitoon. Ensisijaisesti kotihoito kohdistuu paljon hoitoa tarvitseviin ikäänntyneisiin ja pitkäaikaissairaisiin. Mikäli kunta tuottaa itse sosiaalityön ja perusterveydenhuollon palvelut, on kunnan mahdollista yhdistää sosiaalityötoimintaan (1307/2014 3:20 §) perustuva kotipalvelu sekä kansanterveyslakiin (66/1972 1:1 §) perustuva kotisairaanhoido yhtenäiseksi palvelumuodoksi eli kotihoidoksi. (Ikonen 2013, 19–21.)

Kotihoidon osa-alueet ovat kotipalvelu, sairaanhoitopalvelu ja tukipalvelut sekä erilaiset tulonsiirrot ja muut julkiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut (Kuvio 8). Yksi kotihoidon järjestämismuoto on palveluseteli ja lisäksi omaishoidon tuella mahdollistetaan omaisen toimiminen kotihoitajana. Muita kotihoitoa tukevia sektoreita ovat kolmas ja yksityinen sektori. (Ikonen 2013, 22.)



Kuvio 8. Kotihoidon koostumus (Ikonen 2013, 22).

Kotiin tuotettavien palveluiden saaminen perustuu tarveperiaatteeseen. Palveluita tuotetaan niitä eniten tarvitseville henkilöille ja tämän arvioimisen helpottamiseen on laadittu saantikriteerejä. Näiden tarkoitus on selventää kotihoidon kohdentamista sitä tarvitseville. Erilaisina mittareina käytetään esimerkiksi RAVA- ja MMSE-mittareita, joilla mitataan palvelutarpeen sekä palvelun saannin kriteerejä. Kotihoitoa toteutetaan moniammatillisessa yhteistyössä, jossa korostuvat asiakaslähtöisyys, eri näkökulmien ja tiedon yhteen kokoaminen, verkostoituminen ja vuorovaikutuksellinen yhteistyö sekä rajojen ylitykset. (Ikonen 2013, 28, 30.)

Kokonaisvaltainen geriatrinen arviointi (comprehenssive geriatric assessment) on yleisesti Euroopassa käytetty moniulotteinen arviointimenetelmä, jossa diagnostiikan lisäksi tutkitaan ikääntyneen fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky, ympäristö huomioiden. Hoito- ja kuntoutussuunnitelman sekä jatkoseurannan ansiosta ikääntyneet hyötyvät kokonaisvaltaisesta ja systemaattisesta arvioinnista. Tavoitteena on optimoida ikääntyneen autonomia, toimijuus ja elämänlaatu. (Stuart-Hamilton 2011, 89–90.)

Kotiin tuotettavien palveluiden yksi järjestämismuoto on palveluseteli, joka on sosiaali- ja terveystalouden saajalle järjestämismuotoon olevan kunnan myöntämä. Palvelusetelillä pyritään edistämään palveluiden käyttäjien mahdollisuuksia hankkia palveluita yksityiseltä sektorilta sekä valinnanvapautta. Palvelusetelin avulla kunta sitoutuu korvaamaan palvelun tuottajan kustannukset ennalta määrättyyn arvoon asti ja kunta päättää palvelusetelillä ostettavien palveluiden muodon. Palvelusetelin saanut henkilö on oikeutettu itse valitsemaan haluamansa kunnan hyväksymä yksityisen sektorin palvelun tuottajan. Palvelusetelillä ostettu palvelu kattaa kaikki sosiaali- ja terveystalouden palvelut. Palvelusetelin piiriin eivät kuitenkaan sisälly kiireelliset päivystyspalvelut tai tahdosta riippumattomat hoidot. Palvelusetelillä voidaan kattaa palveluasuminen sekä omaishoitajan laissa säädetyn vapaa-ajan ajaksi annettavat palvelut. (Ikonen 2013, 21, 79–80.)

9.2 Kotihoidon monimuotoisuus

Yksi tapa toteuttaa kotihoitoa ovat asumispalvelut, jotka ovat sosiaalihuoltolaissa (1301/2014) määritellyjä sosiaalipalveluja ja joiden järjestämisestä huolehtii kunta (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014 3:21 §). Palveluasunnossa asuvalle henkilölle järjestetään jokapäiväisestä elämästä suoriutumisen kannalta oleelliset palvelut. Asumispalveluiden tavoitteena on asiakkaan itsenäisen selviytymisen ja kotona asumisen mahdollistaminen mahdollisimman pitkään. Tavoitteena on myös asiakkaan itsemääräämisoikeuden ja oman elämäntyylin ylläpitäminen. (Ikonen 203, 75.) Palveluasuminen on kasvava toiminta-alue ja pitkäaikaista laitoshoidonkin vähennetty merkittävästi. Palveluasuminen jaetaan tavalliseen ja tehostettuun. Erona näissä on se, että tehostetussa palveluasumisessa on ympäri vuorokauden henkilökunta paikalla. (Räsänen 2018, 16–17.)

Uutta palvelumallia kotihoitoon odotetaan perhehoitomuodosta, joka ottaa vasta ensiaskeleitaan ikääntyneiden osalta. Perhehoidon yksi vahvuus on kodinomaisuus, joka tukee ikääntyneen toimintakykyä sekä mahdollistaa osallisuuden kokemuksen. Lisäksi perhehoito mahdollistaa ikääntyneen huomioimisen yksilönä ja tarjoaa mielekästä tekemistä. Perhehoito ei kuitenkaan sovellu säännöllistä yöhoitoa tarvitsevalle, karkailevalle muistisairaalle ikääntyneelle. Perhehoito voi olla hoitoon soveltuvalla ikääntyneelle lyhytaikaista tai jatkuvaa ja kunta päättää, onko perhehoitopaikka soveltuva ikääntyneen hoitopaikaksi. Soveltuvuudessa otetaan huomioon kodin toimivuus, tilojen riittävyys sekä turvallisuus. Hyväksytystä perhehoidosta tehdään kunnan ja perhehoitajan kesken toimeksiantosopimus. (Ikonen 2013, 83.)

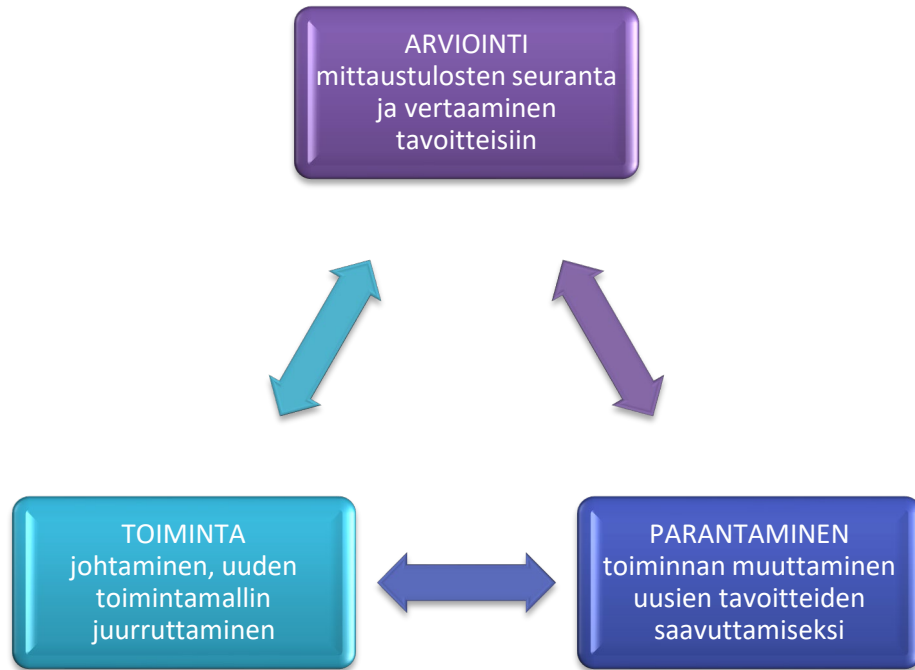
Kotona asumisen yksi mahdollistaja on omaishoito, jolloin kunta tekee sopimuksen hoidosta henkilön omaisen tai läheisen kanssa. Lain omaishoidon tuesta (937/2005 11 §) mukaan henkilön kotikunnalla on omaishoidon järjestämis- sekä valvontavastuu. Omaishoidon tuella katetaan tarvittavat palvelut asiakkaalle sekä omaishoitajan hoitopalkkio. Lisäksi omaishoidon tuen avulla katetaan hoitajan vapaapäivät ja omaishoitoa tukevat palvelut. Päätettäessä omaishoidon tuesta tehdään arvio siitä, onko hoitaja kykenevä selviytymään omaishoitoon sisältyvistä toimista. (Ikonen 2013, 85–87.)

Palveluasumisen ja tavallisen asumisen lisäksi tarjolla on myös senioritaloja, joiden suunnittelussa on huomioitu ikääntyneet, jotka eivät vielä tarvitse ulkopuolista apua. Senioritalot ovat kerrostaloja, joiden asukkaiden ikäraja on määritelty usein +55 vuotta täyttäneeksi. Senioritalot sijaitsevat palvelujen lähetyillä ja ovat usein esteettömiä ja asunnot on varustettu erilaisilla teknisillä turvalaitteilla. (Ikonen 2013, 89.)

9.3 Kotihoidon laatu

Laatu (quality) käsitteenä painottaa hyvin ja erinomaisesti tekemistä. Hoitotyön laadun määrittelyssä korostetaan tavoitteellisuutta ja tarkoituksenmukaista toimintaa edellyttäen sille parhaat mahdolliset toimintaedellytykset. Laatua voidaan tarkastella muun muassa asiakkaan, hoitotyön, yhteiskunnan ja hoitokulttuurin näkökulmasta. (Aejmelaesus ym. 2008, 366.)

Ikääntyneiden hoidon laatu näkyy heitä hoitavien ihmisten ominaisuuksina. Kotihoidon laatua on tutkittu vähän, mutta keskeisemmäksi laatuominaisuudeksi on nimetty turvallisuus, kotipalveluiden saatavuus sekä henkilöstön sopivuus työhön. Vanhustyössä laatu on yhteistyön tulos ja se koostuu laadun kriteerien toteutumisesta ja eri ammattiryhmien yhteistoiminnasta (Kuvio 9). (Aejmelaesus ym. 2008, 367–368.) Valvontavirasto VALVIRA kartoittaa omalla seurantajärjestelmällään vanhustenhuollon palveluiden kokonaistilannetta, ja siinä esiintyviä mahdollisia epäkohtia (Kan & Pohjola. 2012, 316).



Kuvio 9. Laadunhallinnan ja parantamisen elementit (Ikonen 2013, 59).

Vuoden 2008 sosiaali- ja terveysministeriön ikääntyneiden palvelujen laatusuosituksen mukaan tuli kiinnittää erityistä huomiota terveyden sekä hyvinvoinnin edistämiseen ja ehkäisevään toimintaan (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 22). Vuonna 2019 sosiaali- ja terveysministeriö kertoo tiedotteessaan, että ikääntyneiden asumispalvelujen laatua vahvistetaan 25:llä toimenpiteellä (STM 6.2.2019 9.14/Tiedote 20/2019). Tärkeimmät toimenpiteet kohdistuvat ikääntyneiden hoitoon, missä hoitoa tulee tarkastella kokonaisuuden kautta, asiakasnäkökulmasta käsin. Myös ikääntyneiden palvelurakennetta on hyvä päivittää tämän päivän väestön tarpeisiin. (Sosiaali- ja terveysministeriön yhteinen työkokous 2019.)

Vanhuspalveluiden esimiestyötä vahvistetaan ja hoiva- ja hoitajahenkilöstön saatavuutta ja mitoitusta toteutetaan parantamalla niitä. Ikääntyneiden hoitoa koskevat laatusuositukset päivitetään ja määritellään konkreettisemmin ja tavoitteena on hoivan laadun tason nostaminen. Kotihoidon roolin kasvu tunnistetaan ja sitä kehitetään. Lisäksi sitoudutaan ihmisarvoisen ikääntyneen hoivaan sekä huolehditaan henkilöstön hyvinvoinnista. (Sosiaali- ja terveysministeriön yhteinen työkokous 2019.)

Hoidon ja palveluiden laadun kriteeri on, että tuetaan elämänlaatua kaikissa toimintaympäristöissä missä hoitoa ja palveluita tarvitsevat ikääntyneet elävät. Ne toteutuvat työssä, jos edellytykset luodaan käytännön johtamisella. Tyytyväinen asiakas on siis hoidon ja palveluiden tavoitteena. Elämänlaatu voi vaihdella ajallisesti eri elämäntilanteissa. Ikääntyneiden vaikeat elämäntilanteet tulee nähdä haasteina. Laatu hoitotyössä on kohtaamisia asiakkaiden ja heidän omaistensa kanssa, sairauksien hoitoa, elämänhallinnan tukemista sekä oman ammattitaidon ja persoonallisuuden käyttöä näissä tilanteissa. (Voutilainen ym. 2008, 10–14.)

Laadukkaan kotihoidon tavoitteena on kokonaisvaltaisen toimintakyvyn, voimavarojen ja elämänlaadun tukeminen, ei ainoastaan fyysisiin tarpeisiin vastaaminen. Toimintakyvyn ja elämänlaadun osatekijät koostuvat ikääntyneen voimavaroista ja yksilön sekä ympäristön vuorovaikutuksesta sekä hyvinvoinnista. Toimintakykyä ja elämänlaatua tukeva kotihoito on ikääntyneen voimavarojen tunnistamista ja hyödyntämistä. Tarkoituksena on kulkea hetki ikääntyneen rinnalla ja luoda asiakkaan tarpeet ja toiveet huomioon ottava asiakaslähtöinen, yksilöllinen palvelukonsepti. (Heinola 2007, 36, 42.)

10 KOTIHOITOA TUKEVAT PALVELUT

Kunnan vastuulla on järjestää alueensa ikääntyneille terveyttä ja hyvinvointia sekä toimintakykyä edesauttavia neuvontapalveluja, joihin sisältyy sairauksien ja tapaturmien ennaltaehkäisyn neuvontaa sekä terveellisiin elintapoihin ohjaamista. Lisäksi neuvontapalveluihin sisältyy ikääntyneen toimintakyvyn ja terveyden heikkenemisestä johtuvien ongelmien tunnistamista ja niihin liittyvän tuen antaminen. Myös sairaanhoitoon ja turvalliseen lääkehoitoon liittyvä ohjaus sisältyy kunnan järjestämään neuvontapalveluun. (Ikonen 2013, 100–101.)

Kotona asuvien ikääntyneiden määrän kasvaessa tarvitaan apua enemmän myös ennakoimattomissa ja äkillisissä tilanteissa. Vaaratilanteiden ehkäisyssä ja yllättävien tilanteiden aiheuttamissa palvelutarpeen muutoksissa auttavat herkyys havaita pienet muutokset, teknologia sekä ennalta-arvaamattomiin tilanteisiin varautuminen. Lisäksi tilapäisten auttajien ja uusien tahojen sitominen palvelukokonaisuuteen auttaa ikääntynyttä selviytymään erilaisissa elämäntilanteissa. (THL 2018b.)

Päiväsairaalat sekä sosiaalitoimen päivätoiminta tarjoavat ikääntyneille kodin ulkopuolella tapahtuvaa virike- ja hoito- sekä kuntouttavaa toimintaa. Palvelut on kehitetty kunnan omien tarpeiden sekä resurssien puitteissa. Järjestetty päivätoiminta on yksi osa ehkäisevän vanhustyön kokonaiskuvassa ja sen tarkoituksena on tuottaa asiakkaille ohjattu ja toimintakykyä edistävä ja ylläpitävä virikkeellinen päivä, jossa asiakas saa huomiota yksilöllisesti ja kokonaisvaltaisesti. Päivätoiminta pyrkii toiminnallaan vastaamaan ikääntyneiden henkilöiden avun ja hoivan tarpeeseen. Toiminnan avulla tavoitellaan psyykkisen ja sosiaalisen sekä fyysisen hyvinvoinnin edistämistä kuntouttavien ja ennaltaehkäisevien, virkistystoiminnan sekä yhdessä olemisen kautta. (Ikonen 2013, 105–106.)

Lyhytaikainen laitoshoido tukee kotihoitoa ja kotona asumista ja on luonteeltaan ympärivuorokautista, tilapäistä tai määräajoin tapahtuvaa laitoshoido kuntouttamisen periaatteella. Lyhytaikaista laitoshoido tarjoavat terveyskeskusten hoivaosastot sekä vanhainkodit ja hoidolla tuetaan omatoimisuutta. Lisäksi hoitomuoto tarjoaa terveys- ja sairaanhoitopalveluja sekä sosiaalisia kontakteja. Lyhytaikaiselta laitoshoidojaksolta palataan aina kotiin. (Ikonen 2013, 106–107.)

Kemissä kotihoitoa tuetaan edellä mainittujen toimintojen lisäksi esimerkiksi saunapalvelulla, joka on tarkoitettu sairaille, vammaisille ja ikääntyneille, joiden kotona peseytyminen ei suju turvallisesti, tai pesutilat ovat puutteelliset tai ilmenee tarvetta pesuavulle. Saunapalvelusta peritään erillinen maksu ja hintaan, riippuen siitä, onko hinta 11,00 vai 15,00 euroa, sisältyy sauna, pukemisessa ja pesussa avustaminen, kahvi ja pulla tai 15,00 euron hintaan sauna, pesussa ja pukeutumisessa avustaminen sekä lounas. (Kemin kaupunki. Tiedote saunapalveluista.) Lisäksi Kemissä järjestetään ikääntyneille suunnattua päivätoimintaa tukemaan kotona asumista ja vähentämään muiden palvelujen tarvetta sekä järjestämällä omaishoitajille vapaata aikaa. (Kemi tiedote Päivätoiminta.)

10.1 Etuudet

Lakisääteiset sosiaalietuudet ja tulonsiirrot perustuvat sairausvakuutus (1224/2004) -ja kansaneläkelainsäädäntöön (568/2007) ja ne luetaan kotihoitoa tukeviin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin. Etuuksia myönnetään vain hakemuksen perusteella ja etuuksien saamisen ehtona on usein toimintakyvyn heikentyminen, sairaus tai siitä johtuvat erityiskustannukset. Myös henkilön omat tulot sekä tuet esimerkkinä asumistuen saaminen vaikuttavat sosiaalietuuksien myöntämiseen. (Ikonen 2013, 107.)

Eläkettä saavan henkilön hoitotuen tarkoituksena on pyrkiä tukemaan sairaan tai vammaisen eläkeläisen selviytymistä arjessa, toimintakyvyn ylläpitämistä, hoitoa ja kuntouttamista. Eläkettä saavan oikeus hoitotukeen alkaa, kun henkilö täyttää 16 vuotta. Hoitotukea myönnetään, mikäli henkilön toimintakyky on arvion perusteella heikentynyt sairauden tai vamman vuoksi yhtäjaksoisesti vähintään yhden vuoden ajan. (Ikonen 2013, 109–110.)

Eläköityneen asumistukeen on oikeutettu henkilö, joka on täyttänyt 65 vuotta. Asumistuen määrä on 85 prosenttia kohtuulliseksi katsotuista asumismenoista, joista on vähennetty asiakkaan perusomavastuun sekä tulojen mukaan määräytyvän lisäomavastuun yhteismäärä. Tuen määrään vaikuttavat lähes kaikki henkilön ja tämän puolison saamat bruttotulot. Sairausvakuutus taas korvaa tarpeelliseksi koetun sairaanhoidon kuluja, jotka ovat koostuvat yksityisen toimijan palkkioista. Sairausvakuutus korvaa myös sairauden hoitoon osoitettujen reseptilääkkeiden kustannuksia joko osittain tai kokonaan. (Ikonen 2013, 109–110.)

Yleensä kansaneläkelaitokselta eli KELA:lta (kela.fi) saa korvauksen matkakuluista lähimpään julkisen tai yksityisen terveydenhuollon hoitolaitokseen tai lääkäriin. Pääasiassa korvaus muotoutuu halvimman matkustustavan mukaan ja mikäli asiakas käyttää muuta matkustustapaa, tulee hänellä olla terveydenhuollon todistama selvitys sen tarpeellisuudesta. Myös taksimatkan kustannusten korvaus tulee kyseeseen, mikäli esimerkiksi julkisten yhteyksien saaminen on hankalaa tai mahdotonta. Asiakkaan tarvitessa saattajan myös tämän matkakulut korvataan. Tämä vaatii kuitenkin hoitohenkilökunnan selvityksen saattajan tarpeellisuudesta. (Ikonen 2013, 111.)

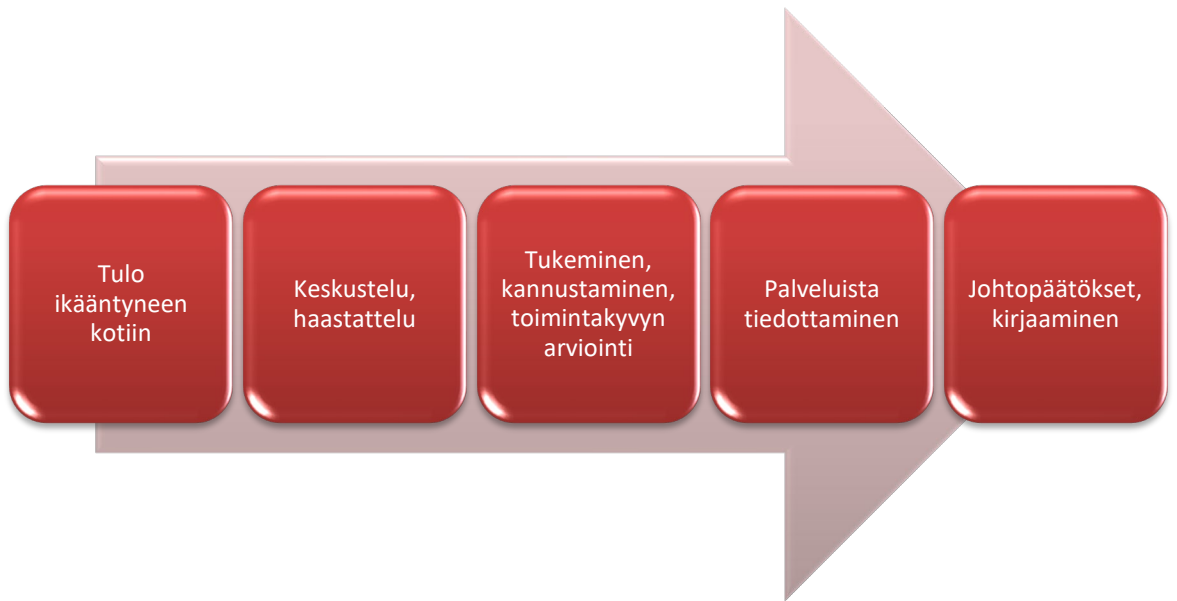
Asunnon muutos- ja korjaustyöt auttavat henkilöä selviytymään kotonaan paremmin. Muutos- remonttitoiden kustannusten korvauksia voi saada sosiaalihoitolain (1301/2014 3:21 §), sotilasvammalain (404/1948 2:6 §), vammaispalvelulain (380/1987 9§) ja liikenne- ja tapaturmavakuutuksen perusteella valtion asuntorahaston (VAR) kautta.

Sosiaalihuoltolakiin (1301/2014) nojaavia asunnon muutostyöavustuksia myönnetään harkinnanvaraisesti eikä niitä myönnetä peruskorjauksia varten. Muutostöille on aihetta, kun asunnon varustaminen ja kunnostaminen on tarpeellista kotona selviytymistä ajatellen. Kotona asuvat kotihoidon piirissä olevat ikääntyneet käyttävät usein valtion asuntorahaston korvausavustuksia asuntonsa muutostöihin. Avustusta voidaan saada esimerkiksi myös hissien rakentamiseen ja kuntoarvion avulla saadaan selville kiinteistön kokonaistilanne sekä mahdolliset korjaustarpeet. Kyseinen tuki on tarkoitettu ikääntyneiden ja vammaisten henkilöiden jatkuvassa käytössä olevien kiinteistöjen korjaamiseen. Vanhustyön keskusliitolla on käytössään alueellisia korjausneuvoja, joilta saa tarvittaessa apua veteraanien ja ikääntyneiden asuntoihin tehtävien korjausten ja muutosten suunnittelussa sekä avustusten hakemisessa. Korjausneuvojat antavat myös tukea muutostöiden suorittajan etsimisessä. (Ikonen 2013, 112–113.)

Suomen Kuntaliitto sekä sosiaali- ja terveysministeriö ovat antaneet yhdenmukaisen ohjeen terveyskeskusten hoitoväline- ja hoitotarvikejakelusta (Häkkinen 2013). Väline- ja tarvikejakelu aloitetaan, mikäli arvioidaan, että tarve on pitkäaikaista, yleensä yli kolme kuukautta jatkuvaa. Palvelu perustuu yksilöllisyyteen ja tarpeen määrittelee hoitava lääkäri tai hoitaja lääkärin kanssa yhteistyössä. Jaettavat välineet ja tarvikkeet vaihtelevat kunnittain ja yleisimpiä jaettavia tarvikkeita ovat esimerkiksi diabetekseen liittyvät tarvikkeet, erilaiset haavanhoitotuotteet ja hapen annon ja hengityksen tarvikkeet sekä lääkeannostelun tarvikkeet. (Ikonen 2013, 116–118.)

10.2 Hyvinvointia edistävät kotikäynnit

Kunta voi järjestää ikääntyneelle väestölleen myös hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä sekä terveyttä edistäviä kotikäyntejä. Kuntien vastuulla on toiminnan järjestäminen, sen suunnitelmallisuus, jatkuvuus ja seuranta. Kehittyvä sekä vanhuspalvelujen tärkeä työmuoto ovat juurikin hyvinvointia edistävät kotikäynnit. Kotikäyntien tavoitteena on tukea ikääntyneen kotona selviytymistä niin, että henkilöllä olisi mahdollisimman hyvät edellytykset asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään näin halutessaan (Kuvio 10). (Ikonen 2013, 101.)

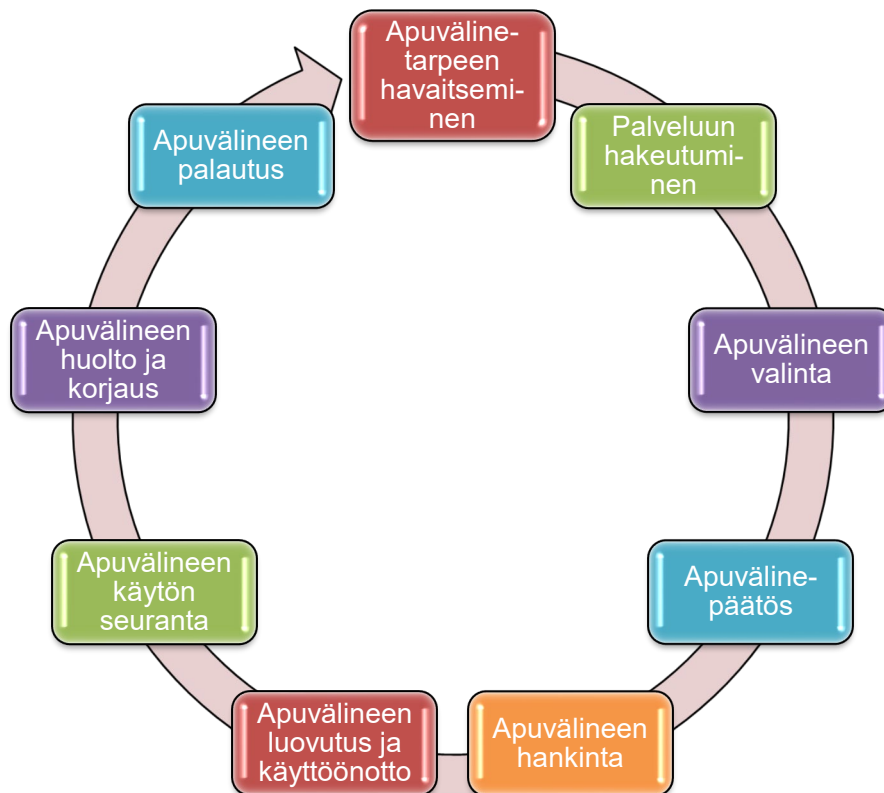


Kuvio 10. Hyvinvointia edistävän kotikäynnin prosessi (Ikonen 2013, 102).

Hyvinvointia edistävän kotikäynnin tekee sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilö, joista yleisimpiä ovat sairaanhoitajat, kotihoidon ohjaajat sekä terveydenhoitajat. Kokonaisuus, jota käynneillä käsitellään, on laaja ja pitää sisällään esimerkiksi apuvälineitä, terveydentilaa ja palvelujen tarvetta sekä kotiaskareista selviytymistä ja asuinympäristöä koskevia aiheita. Myös ravitsemus, sosiaaliset suhteet sekä liikunta ovat kotikäyntien aihealueita. (Ikonen 2013, 101–103.)

11 APUVÄLINEET JA TEKNOLOGIA KOTONA ASUMISEN TUKENA

Apuvälineet ja erilaiset teknologiset ratkaisut ovat nykypäivänä vahvassa roolissa kotona selviytymisen tukijoina. Ne eivät korvaa inhimillistä hoivaa ja hoitoa, mutta lisäävät omalta osaltaan ikääntyneen itsenäistä suoriutumista arjen toiminnoissa. Teknologiasta on hyötyä myös hoitajan tekemässä työssä. Laadukkaasti toteutettu apuvälinepalvelu on käyttäjälähtöistä ja ammattitaitoista, suunnitelmallista sekä tehokasta ja hyvin johdettua. (Ikonen 2013, 121–122.) Apuvälinepalvelujen suosituksen (Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2003:7, 15) mukaan *“asiakkaan tulee saada apuvälineeseen liittyvät palvelut nopeasti ja vaivattomasti heti, kun apuvälinetarve on todettu”* (Kuvio 11).



Kuvio 11. Apuvälineprosessi (Ikonen 2013, 122).

Kunnan järjestämisvastuulla on toimittaa ikääntyneiden apuvälinepalvelut sekä apuvälineet ja järjestää asunnon muutostyöt. Palvelut on porrastettu, mikä tarkoittaa, että perusterveydenhuolto vastaa perusapuvälineistä ja erikoissairaanhoido taas vaativampaa erityisosaamista vaativista apuvälineistä. Apuvälineprosessi toteutetaan yksilöllisesti, moniportaisesti ja on usean tahon yhteistyön taustalla. (Ikonen 2013, 122.)

Apuvälineillä tarkoitetaan laitteita tai välineitä, jotka joko ylläpitävät tai edistävät henkilön osallisuutta tai toimintakykyä sen heikettyä vamman, sairauden tai ikääntymisen johdosta (Ikonen 2013, 128). Apuvälineiden avulla henkilö, jonka toimintakyky on alentunut sairauden, vamman tai esimerkiksi ikääntymisen vuoksi, kykenee toimintaa rajoittavista tekijöistä huolimatta selviytymään mahdollisimman itsenäisesti (Sosiaaliturvaopas). Ongelmia erilaisten apuvälineiden käyttöön ottamisessa tuottaa usein laitteiden nopea toiminta ja niiden vaihtuvuus (Ikonen 2013, 128).

Kotona asuvat ikääntyneet käyttävät erilaisia apuvälineitä sekä teknologisia ratkaisuja arkisessa elämässään. Esimerkkejä tällaisista ratkaisuista ovat turvarannekkeet ja liikkumista avustavat apuvälineet sekä erilaisia ympäristönhallintalaitteita kuten erilaiset muistuttajat ja sivua kääntävä lukuteline sekä porrastin. Myös terveydentilan seuranta teknologian avulla on mahdollista. Esimerkkinä hyvinvointiranneke tarjoaa mahdollisuuden saada apua paikalle, kun sen käyttäjä itse ei kykene enää toimimaan. Erilaiset turvapuhelimet ovat useimmissa ikääntyneiden kodeissa myös tuttuja näkyjä. Teknologiset ratkaisut eivät kuitenkaan aina ole pelkästään toimintakykyä ylläpitäviä koneita tai laitteita vaan niillä voidaan tuoda myös mielihyvää ja iloa ikääntyneen elämään. Teknologia mahdollistaa virikkeellisen toiminnan omassa kodissa. Esimerkiksi SmartCareTV saattaa sisältää erilaisia pelejä ja musiikkia sekä kognitiivisia harjoituksia, joiden parissa aika kuluu mukavasti. (Ikonen 2013, 125–141.)

Teknologiaa käytetään yhä enenevässä määrin ikääntyneiden hoidossa ja hoidossa. Esimerkiksi kotikäynnit kirjataan useimmiten älypuhelimien avulla käynnin yhteydessä. Hyvin toimiessaan ja toteutuessaan oikein teknologia usein parantaa ikääntyneiden elämänlaatua ja helpottaa kotihoitohenkilökunnan työtä, säästää

kustannuksia ja parantaa palvelujen saatavuutta. Ikonen (2013) mainitsee teoksessaan Kehittyvä kotihoito, että ETENE:n eli valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan mukaan teknologiaan liittyvät eettiset kysymykset ovat samantapaisia kuin ylipäättään sosiaali- ja terveystaloudissa. Lähiinnä eettisyyteen liittyvät ongelmat ovat erilaisten tilanteiden monimuotoisuudesta ja erilaisista tulkinnoista johtuvia. (Ikonen 2013, 125–127.)

Teknologiaa pyritään hyödyntämään niin, että sillä pyritään kotihoidossa tukemaan ihmisarvoa, itsemääräämisoikeutta, osallisuutta, hyvää elämää sekä hoitoa ja huolenpitoa. Tarpeellisen teknologian on oltava helposti saatavilla oikeudenmukaisesti ja yhdenvertaisesti ja siihen tulee turvautua vain asiakkaan suostumuksella. Teknologia ei saa haitata asiakkaan arkea, vaan sen tulee olla sujuvasti osa sitä eikä se saa aiheuttaa vaaratilanteita. Kotihoidossa käytettävän teknologian tulee olla luotettavaa ja turvallista käyttää ja sen tulee suojata asiakkaan yksityisyyttä. Lisäksi asiakkaalla tulee olla mahdollisuus tarkistaa itseään koskevia tietoja ja ammattilaisten tulee tässä auttaa asiakasta tarpeen mukaan. (Ikonen 2013, 125–127.)

Teknologiaa käytettäessä apuvälineenä on huomioitava henkilökunnan riittävä koulutus ja perehdyttäminen asiaan. Ikääntyneille suunnatut hyvät teknologiset ratkaisut ottavat huomioon toimintakyvyn heikkenemisen asteittain. Ikääntyneen henkilön avuntarve ilmenee useimmiten ensimmäiseksi välinetoiminnoissa (IADL; Instrumental Activities of Daily Living) sekä myöhemmin myös arkitoiminnoissa ADL; Activities of Daily Living). Kotona asuvan ikääntyneen kannalta katsottuna teknologian tehtävänä on avustaa henkilöä niin, että hän selviytyy arkisissa toimissaan kotonaan. (Ikonen 2013, 125–127.)

12 KOTIPALVELUN ASIAKKAAN OMAISET JA LÄHEISET

Kotipalvelun asiakkaan omaiset ja läheiset ovat tärkeä voimavara asiakkaalle. Omaisten osallistuminen kotihoitoon on vapaaehtoista ja asiakkaan palvelusuunnitelmaa tehtäessä on omaisten osuus kokonaisuudessa otettava huomioon ja puheeksi. Omaisten osuus ja voimavarat otetaan käyttöön asiakassuhteissa, joissa ne ovat käytettävissä. (Ikonen 2013, 40–41.) Kotihoidon jatkuvuutta uhkaavia tekijöitä ovat esimerkiksi ikääntyneen vaikea käyttäytyminen, omaishoitajan väsyminen, ikääntyneen fyysisen toimintakyvyn heikentyminen ja sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän aiheuttamat riskitekijät (Aejmelaeus 2008, 244). Omaishoidon tuella korvataan kotipalveluiden karsimisesta sekä laitoshoidon rajoittamisesta johtuvaa hoivavajetta. Omaishoidon tuki syö vähemmän yhteiskunnan varoja kuin laitoshoidon tai kotipalvelujen järjestäminen. (Hiilamo & Hiilamo 2015, 51–52.)

Kotona annettavan hoidon merkitys korostuu omaishoidon tuen muodossa, mutta tätä ei ole kuitenkaan lisätty kysyntää vastaavaksi, vaikka se olisikin yhteiskunnan varojen kannalta edullista. Toisaalta kyseinen lisääminen lisäisi palvelun painottumista kotihoitoon ja vaarana tällöin onkin ihmisen oikeus kotona vanhene- misen määrittely mekaaniseksi ihmisoikeudeksi sekä ihmisarvoisen vanhuuden perustaksi. Myös omaishoitaja voi uupua turvatessaan vakavien sairastapausten kodinomaisen ja kotikeskeisen hoivan toteutumisen. (Hiilamo & Hiilamo 2015, 52.)

Nykypäivänä yhä useammat työikäiset ihmiset huomaavat tasapainoilevansa oman työnsä, lapsien ja omien vanhempiansa hoidon keskellä. Työssäkävivistä ihmisistä jopa kolmasosa hoivaa tai hoitaa oman työnsä rinnalla omaa läheistään, joka tarvitsee ulkopuolista apua sairauden, korkean iän tai vamman vuoksi ja tällainen toimintamalli kasvaa lähivuosina hoivamenojen säästöpaineen alla sekä väestön ikääntymisen vuoksi. Paineet tähän ovat olemassa sillä ikääntyneiden yksinäisyys puhuttaa ja päättäjät ajavat laitoshoidon vähemmälle ja panostavat kotona tapahtuvaan hoivaan ja hoitoon. Seurauksena ovat uudet ruuhkavuodet, joiden jo luuli olevan takanapäin lasten kasvettua. Tilannetta kutsutaan myös nimellä kahden hoivan loukku. (Hiilamo & Hiilamo 2015, 12–15.)

Useat työikäiset hoivaajat kokevat uupumuksen tunteita ja nämä tunteet heijastelevat myös hoivaajan työelämään aiheuttaen näin ongelmia myös siellä. Yleensä tilanteeseen liittyy myös taistelu ulkopuolisen avun saamiseksi ja kyseessä onkin eräänlainen psykologinen prosessi, jossa aviopuolisosta tulee hoivattava tai lapsesta tulee vanhempansa hoitaja. Läheisen hoivaamiseen ei ole olemassa biologista mallia ja se saattaa aiheuttaa neuvottomuutta, avuttomuutta vihaa ja ärtymystä, tuskaa, epätietoisuutta sekä kyllästymistä. Hoivasuhde läheiseen saattaa olla kuitenkin myös mielekkyyden, ilon ja voiman lähde. Hoivasuhteesta heikkokuntoiseen läheiseen saattaa olla hankala puhua ulkopuolisille ja usein myös unohdetaan kysyä, mitä hoitajalle kuuluu ja kuinka elämä kannattelee. (Hiilamo & Hiilamo 2015, 12–15, 103.)

Yksi ihmisen perimmäisistä toiveista on halu saada rakastaa, tulla rakastetuksi ja ymmärretyksi. Toisten auttaminen ja hoivaaminen ovat välttämättömiä toimia elämän jatkumisen kannalta. Nykypäivänä, toisin kuin ennen vuotta 1970, mikään laki ei velvoita ketään huolehtimaan toisesta aikuisesta vaan ihmistä ohjaa käsitys siitä, miten kunnollinen lapsi ja hyvä puoliso toimivat tilanteessa, jossa oman vanhemman tai puolison toimintakyky heikkenee niin, ettei hän selviä itsenäisesti vaan tarvitsee ulkopuolista apua päivittäisissä toimissaan. (Hiilamo & Hiilamo 2015, 20) mukailevat teoksessaan THL:n vuonna 2013 teettämää tutkimusta, jonka mukaan melkein kaksi kolmasosaa yli 80 vuotiaista henkilöistä sai apua läheisiltään. Hoivaan sisältyy sekä hoivan kohteena olevan henkilön sekä hoivaajan yhteinen pyrkimys hoivattavan hyvinvoinnin parantamiseen. Henkilöiden välisessä hoivasuhteessa korostuvat vuorovaikutus ja ihmisten väliset suhteet. (Hiilamo & Hiilamo 2015, 17–20.)

Hoivan tulisi perustua myönteiselle tunteelle ja sen tunnusmerkkejä ovat esimerkiksi rakkaus ja vastuullisuus sekä sitoutuminen ja kokonaisvaltainen huolenpito. Tällaiset odotukset saattavat luoda erilaisia jännitteitä hoivattavan ja hoivaajan välille siitä, millainen on oikea hoivatapa ja mitä on lapsen ja vanhemman välinen luonnollinen rakkaus. Myös moraaliset vaatimukset ovat yksi hoivasuhteen jännitteiden tekijä. Usein hoivasuhteessa on kyse valtasuhteesta, jossa hoivattava alkaa hallita hoivaajan elämää tai toisin päin. Hoivaaja saattaa tietämättään

omilla toimillaan tehdä hoivattavasta avuttoman ja ulkopuolisesta avusta riippuvaisen, vaikka tällä olisi vielä edellytyksiä itsenäiseen suoriutumiseen. (Hiilamo & Hiilamo 2015, 20–22.)

Hoiva, jota ikääntyneen omaiset ja läheiset antavat ja jossa julkisella vallalla ei ole osaansa, on epävirallista hoivaa. Muita hoivan muotoja ovat virallinen hoiva, joka on julkisen vallan vastuulla sekä puolivirallinen hoiva, jossa läheishoivaa tuetaan julkisella vallalla esimerkiksi omaishoidontuella. Koska hoiva on osa arkielämää, on sen sisältöä usein hankala määritellä. Esimerkiksi kodin siivoustehtävät eivät ole varsinaisesti hoivaa, sillä niiden tekeminen ei varsinaisesti kohdistu hoidettavaan. Asia on toisin, mikäli hoivattava ei enää itse kykene kodin hoitamiseen. Hoivan jatkuessa pitkään, saattaa hoivaamisen ja hoidon raja muuttua epäselväksi, kun hoivaaminen alkaa saada yhä enenevässä määrin sairaanhoidollisia muotoja, esimerkiksi ruokintaa PEG-letkun (pergutaaninen endoskooppinen gastrostooma letku) avulla. (Hiilamo & Hiilamo 2015, 22–23, 24.)

Harva, jos kukaan ihmisistä haluaa olla riippuvainen toisten ihmisten avusta ja avun pyytäminen on usein hankalaa, sillä oma vajavaisuus on hankala puheenaihe. Ihmisiä, jotka tarvitsevat apua, ei ole juurikaan ollut tutkimusten kohteina. Avun tarpeen ilmituleminen liittyy usein jonkin toimintakyvyn osa-alueen tai koko toimintakyvyn heikkenemiseen. Ulkopuolisen hoivan tarpeen laukaisee usein sairastuminen ja ikääntyminen. Hoivan alkamisessa on havaittavissa neljä vaihetta, jotka ovat hoivan tarpeen huomaaminen, vastuun ottaminen hoivaamisesta, hoivatarpeen tyydyttäminen sekä hoivan kohteena olevan henkilön hyvinvoinnin parantuminen hoivan tuloksena. Ikääntyneille, jotka eivät enää pääse omin avuin kodistaan ulos, ulkopuolinen hoiva saattaa olla ainoa mahdollisuus sosiaaliseen kanssakäymiseen (Hiilamo & Hiilamo 2015, 23–25.)

13 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS JA TUTKIMUSMENETELMÄ

Tämän luvun tarkoitus on esitellä opinnäytetyön tutkimuksen menetelmä sekä aineiston keruumenetelmä, tutkimuksen kohderyhmä ja kuvata aineiston analyysimenetelmää. Paneudumme myös opinnäytetyömme luotettavuuteen ja eettisyyteen.

Opinnäytetyötä varten kerättiin ikääntyneiden kotiin tuotettaviin palveluihin liittyvää tutkimusaineistoa sekä kirjallisuutta, jotka vastasivat avainsanoihin: ikääntynyt, kotona asuminen, toimintakyky, yksinäisyys ja palvelut. Aiheeksi valitsimme ikääntyneen kotona selviytymisen, koska vanhenevan väestörakenteen lisääntyessä tarve kotiin suuntautuville palveluille tulee kasvamaan. Tämä luo paineita hoitotyön kehittymiselle ja kehittämiseksi ikääntyneen kotiin suunnatuille palveluille. Kotihoidon tehtävänä on erilaisten palvelujen yhteensovittaminen sekä ikääntyneen yksilöllisten palvelun tarpeiden huomioiminen (Heinola 2007, 9.)

13.1 Aineiston keruu ja kohderyhmä

Tutkimuksia ikääntyneiden palveluista on tehty aiemminkin ja saatujen tuloksien pohjalta ikääntyneet ovat hyvin realistisia arvioimaan omaa toimintakykyään. Ikääntyneet ymmärtävät avun tärkeyden fyysisten voimavarojen vähentyessä sekä sosiaalisen verkoston vähenemisen. Kotona asuva vanhus olisi pääasiallisesti tyytyväinen elämän jatkuvuuteen, mikäli palveluiden saaminen olisi varmempaa. Esimerkiksi tutkimuksessa, joka on osa Yksinäisyydestä aitoon kohtaamiseen – hanketta (2016–2018), käsitellään ikääntyneen yksinäisyyttä. ”Yksinäisyyden kokemuksia kotona asuvien iäkkäiden elämässä” -tutkimuksen tuloksista ilmenee haastateltavien ajatuksia yksinäisyydestä ja sen torjumisesta. Suurin osa haastateltavista toi esille ulkopuolisen avun merkityksen sekä yhteisöllisyyden. (Kangassalo & Teeri 2017, 288.)

Tämän opinnäytetyön tutkimuksen lähtökohtana oli ajatus siitä, että yhteiskunnassamme vallitsevan ikäihmisiä koskevan otsikoinnin negatiivisen sävyn sijaan nostettaisiin esille ikäihmisten toimijuutta, yhteisöllisyyttä ja voimavaroja kotona tarvittavissa arkisissa askareissa. Tutkimuksessa erityisesti kiinnostivat kotona asuvat ikäihmiset, heidän omat kokemuksensa kotona selviytymisestä ja sosiaalisesta verkostosta, sekä millaiseksi arkielämä muotoutuu ja millaisia tulevaisuuden ajatuksia ikäihmisellä itsellään on uusista terveyspalveluista ja uudesta lain-säädännöstä.

Opinnäytetyön haastatteluosuus toteutettiin kvalitatiivisena tutkimuksena, jonka pohjana käytettiin itse luotua haastattelurunkoa. Haastattelut tapahtuivat ikääntyneiden kotona anonyymisti. Apuvälineinä käytettiin muistiinpanoja sekä puhelinta haastatteluiden tallentamiseen. Haastattelut toteutettiin vuoden 2018 loppupuolella.

Opinnäytetyötä varten tehty tutkimus on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Kvalitatiivisen tutkimuksen yksi perusasioista on havaintojen teoriapitoisuus ja tämä tarkoittaa sitä, että tutkimuksen tulokseen vaikuttaa se, millainen käsitys yksilöllä on aiheen ilmiöstä sekä millaisia erilaisia merkityksiä kyseiselle ilmiölle annetaan ja vielä se, millaisia välineitä tutkimukseen käytetään. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei ole olemassa pelkästään objektiivista tietoa, vaan tieto on subjektiivista niin, että tutkija päättää oman ymmärryksensä mukaan tutkimusasetelmasta. Näin ajatellen tutkimuksen lähtökohtana kvalitatiivisessa tutkimuksessa on tutkimuksen perusteluiden korostaminen. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 25.)

Kvalitatiivinen tutkimus on luonteeltaan empiiristä. Havaintoaineiston tarkastelu ja argumentointi empiirisen analyysin kautta on ominaista laadulliselle tutkimukselle. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 25, 27.) Litterointi on kvalitatiivisen tutkimuksen yksi työläimpiä vaiheita, sillä yhden haastattelutunnin purkamiseen menee helposti yksi työpäivä. Litterointi kannattaa kuitenkin tehdä mahdollisimman pian haastatteluiden jälkeen. Suositeltavaa on, että yhden haastattelun litteroimiseen käytetään yksi päivä. (Valli 2018, 47–48.)

Luonteeltaan kvalitatiivinen tutkimus on “kokonaisvaltaista tiedon hankintaa” ja aineiston keruu tapahtuu “luonnollisissa ja todellisissa tilanteissa”. Lisäksi tutkimuskohde valitaan tutkimuksen tarkoitusta silmällä pitäen. Laadullisessa tutkimuksessa käytetään metodeja, joissa tutkittavana olevien mielipiteet ja näkemykset tulevat esille, esimerkiksi teemahaastattelu. Laadullisen tutkimuksen tarkoitus on ymmärtää tutkimuksen kohdetta ja perusajatuksena on, että yksittäistä tapausta tutkimalla saadaan esille myös se, mikä asia toistuu tutkimuksessa usein ja mikä on merkittävää. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 164,182.)

Tutkimusta varten haastateltiin viittä kemiläistä ikääntynyttä. Kontakti heihin saatiin Kemin kotipalvelun kautta. Haastattelut toteutettiin teemahaastatteluna, jotta haastattelutilanne olisi kotoisa ja kyseinen haastattelumalli antaisi haastateltavalle mahdollisuuden myös kertomiseen omin sanoin. Haastattelut suoritettiin asiakkaiden kotona edeltä sovittuina aikoina. Haastattelutilanteissa pyrittiin yhdenmukaiseen haastatteluun ja linjaukseen, jotta analysointi olisi yksinkertaisempaa.

Tutkimuslupa pyydettiin Kemin kaupungin sosiaali- ja terveystoimen johdolta ja lupa saatiin toukokuussa 2018 (LIITE 1). Toimeksiantajaksi (Toimeksiantosopimus, LIITE 2) saatiin Kemin kaupunki ja tutkimussuunnitelma hyväksytettiin kaupungin kotihoidolla, jonka kautta saatiin kontakti kotihoidon piirissä oleviin ikäänntyneisiin. Kaupungin kotihoidon työntekijöille toimitettiin saatekirje (LIITE 3) sekä haastatteluun ilmoittautumislomake (LIITE 4). Kotihoidon työntekijät jakoivat kirjeen Kemin keskustan eteläiselle puolelle ja vastauslomakkeet kerättiin halukailta ja heihin oltiin henkilökohtaisesti yhteydessä. Kaiken kaikkiaan halukkaita haastatteluun ilmoittautui 13, mutta lopullinen määrä putosi viiteen mielenmuutosten vuoksi. Haastattelut suoritettiin vuoden 2018 loppuun mennessä. Kaikki haastateltavat olivat yli 80-vuotiaita, kotipalvelun asiakkaita ja jokainen heistä asui yksin. Haastattelut sujuivat vaivattomasti lukuun ottamatta yhtä, jonka vastaukset esitettiin kysymyksiin olivat suurelta osin epäselviä, rikkonaisia ja asia-yhteyteen liittymättömiä.

Yleisimmät aineistonkeruumenetelmät kvalitatiivisessa tutkimuksessa ovat havainnointi ja haastattelu sekä kysely ja neljäntenä vielä erilaisista dokumenteista löydetty ja etsitty tieto. Tutkimuksessa yhdistettiin havainnointi sekä haastattelu, sillä haluttiin saada tietoa siitä, miten tutkimuksen kohteet kokevat opinnäytetyön aiheet eli kotona asumisen, yksinäisyyden sekä kotiin tarjottavat palvelut. Lisäksi, koska tutkimuskohteena olivat ikääntyneet ihmiset, koettiin, että haastattelu on luontevin tapa kerätä aineistoa tutkimukseen. Haastattelu tutkimustyylinä on joustava ja sen aikana on mahdollisuus esimerkiksi toistaa kysymys, palata aikaisempaan aiheeseen, selventää ongelmakohtia ja oikaista väärinkäsityksiä sekä käydä haastateltavan kanssa avointa keskustelua ja samaan aikaan tutkija kykenee havainnoimaan tutkittavaansa. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 83, 85.)

Haastattelut toteutettiin teemahaastatteluna ja ne suoritettiin yksilöhaastatteluina haastateltavien kotona turvallisessa ja tutussa ympäristössä. Luonteeltaan teemahaastattelu on avoin ja sen vuoksi hyvin lähellä syvähaastattelua. Teemahaastattelu etenee vaiheittain ja teemoja tarkentavilla kysymyksillä. Lisäksi haastateltavan vastauksista riippuen kysymyksiä kyetään tarvittaessa tarkentamaan. Teemahaastattelun tarkoitus on löytää vastauksia tutkimustehtävän ja tutkimuksen tarkoituksen mukaan. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 87, 88.) Haastattelu voi myös tuoda vaihtelua yksin asuvan ikääntyneen arkeen. Se saattaa olla jopa päivän odotetuin hetki. Mikäli haastattelu tehdään ikääntyneen kotona, saattaa haastattelu tuntua enemmän vierailulta kuin haastattelutilanteelta. Ikääntyneillä kuuluu perinteisesti pullakahvit sosiaalisiin kanssakäymisiin. (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 129.)

Haastatteluiden aluksi kysyttiin lupa keskustelun nauhoittamiselle ja anonyymi-teettiä ja luottamuksellisuutta painotettiin. Haastatteluiden apuna käytettiin itse luotua haastattelurunkoa (LIITE 5), jonka avulla haastattelut etenivät teemoittain. Tallennusmenetelmänä käytettiin kirjoittamista sekä nauhoittamista matkapuhelimella. Kaikille haastateltaville esitettiin samat kysymykset, joskin hieman eri järjestyksessä tilanteesta riippuen ja haastateltavat saivat vastata kysymyksiin omaan tahtiinsa, omin sanoin ja henkilökohtaisten mielipiteidensä pohjalta. Haastattelut litteroitiin nopeasti niiden tekemisen jälkeen kirjaimellisesti niin, ettei mitään tietoa jäänyt ulkopuolelle. Litteroinnin aikana aineistoon pääsi sisälle niin,

että erilaiset mielialat tulivat myös esille. Haastattelut tallennettiin tietokoneelle, josta ne sitten tulostettiin jatkokäsittelyä varten. Litteroidun aineiston fonttikoko oli 12 ja riviväli 1,5. Kaiken kaikkiaan litteroidun aineiston sivumäärä on 18. Mukana on paljon asiaa myös aiheista, jotka eivät liity tutkimukseen ja litterointi on tapahtunut puhekielellä, jolloin teksti on paikoitellen sekavan näköistä ja hankalaa luettavaa. Ajallisesti itse haastattelut kestivät noin 25 minuutista 40 minuuttiin. Haastattelutilanteet olivat rauhallisia ja etenivät ikääntyneiden ehdoilla ja heidän vointinsa huomioon ottaen. Näin ollen eettinen puoli huomioitiin tilanteissa myös.

13.2 Aineiston analyysi

Aineiston analyysin tavoitteena on saada selkeä ja kokonaisvaltainen käsitys asiasta, jota ollaan tutkimassa. Sisällönanalyysi on laadullisen tutkimuksen perusmenetelmä. Periaatteessa suurin osa laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmistä perustuvat juurikin sisällönanalyysiin. Laadullista tutkimusta voidaan lähteä analysoimaan aineistolähtöisesti, teoriaohjaavasti tai teorialähtöisesti. Tässä opinnäytetyössä tutkimuksen aineisto analysoitiin aineistolähtöisesti, jossa tutkimusaineisto ensin kuvataan eli olennainen osa aineistosta nostetaan esiin tutkimuskysymysten näkökulmasta katsottuna. Kuvausvaiheen jälkeen aineistosta pyritään löytämään merkityskokonaisuuksia, jotka samanlaisuuden ja yhteenkuuluvaisuuden perusteella muodostavat oman kokonaisuutensa. Samaan aikaan kokonaisuudesta irrotetaan asiaan liittymättömät merkitykset, jotka ovat yhdistyneenä toisiin kokonaisuuksiin oman tarkoituksensa mukaisesti. Tämän kaltaisessa analyysissä pyrkimyksenä on yleistää aineistossa esiintyneet kuvaukset tematisoinnin, käsitteellistämisen tai kerronnallisen eli narratiivisen toiminnan kautta. (Tuomi & Sarajärvi 2010, 107, 112, 114–115.)

Tutkimuksesta saadun aineiston sisällönanalyysi toteutettiin ensin litteroimalla haastattelut, jonka jälkeen litteroidulle aineistolle esitettiin tutkimuskysymykset. Aineistosta poimittiin kysymyksiin vastaavat lauseet ja lausahdukset, jonka jälkeen löydetyt vastaukset pelkistettiin ja muodostettiin samaa tarkoittavia merkityskokonaisuuksia, joiden pääkategorioiksi muodostuivat yksinäisyys, tyytyväi-

syys palveluihin sekä arjen toimiminen palveluiden avulla. Esiin nousseet merkityskokonaisuudet vastasivat sisällöltään myös tutkimuskysymyksissä esiintyviä aiheita. Keskustelu aineiston kanssa kulkee ympyrää, jossa tutkija vertailee omaa tulkintaansa saatuun aineistoon. (Tuomi & Sarajärvi 2010, 115.)

TAULUKKO 1 Esimerkki merkityskokonaisuuden etsimisestä tutkimuksessa

Alkuperäinen lause	Pelkistetty lause	Merkitys
“...sosiaalinen kanssakäyminen ois tieteenki ihan mukavaa”	Sosiaalinen kanssakäyminen olisi suotavaa	Yksinäisyys
“..ootusajat on pitkiä. Häilytyksenki ko antaa, niin siinä menee kauan...”	Palvelun saamisen odottaminen pitkään	Tyytymättömyys palveluiden laatuun
“Hoivahenkilökunta on ystävällistä”	Hoivahenkilökunta on ystävällistä	Tyytyväisyys palveluiden laatuun

Merkityskokonaisuuksien esiintuomisen jälkeen saatuja kokonaisuuksia verrattiin toisiinsa ja yhdistettiin samankaltaisia keskenään. Ulkopuolelle jätettiin kokonaisuudet, jotka eivät vastanneet esitettyihin tutkimuskysymyksiin. Näin saimme kokonaiskuvan siitä, miten tutkimuskohteena olleet kokivat tutkimuskysymyksissä esitetyt kysymykset ja vastaukset olivat valmiina.

13.3 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Haastattelut tehtiin haastateltavan kotona kyselylomakkeen ja nauhurin avulla. Haastateltavien nimet eivät tule julki opinnäytetyössä. Haastattelut tehtiin hyvässä hengessä ja ikääntyneitä kunnioittaen. Heillä oli oikeus olla vastaamatta tai perua halutessaan haastattelu. Pidimme saamamme yhteystiedot vain itselämme tallessa opinnäytetyön ja haastattelujen ajan. Pyrimme toimimaan eettisesti oikein ja luotettavasti.

Noudatimme salassapitolakia (Laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta 621/1999) pitämällä haastateltavien henkilötiedot salassa ja hävitimme kaikki haastateltavien tietoja koskevat tiedot heti, kun niitä ei enää tarvittu. Lisäksi toimimme ammatillisesti ja ikääntyneitä kunnioittaen. Toimimme myös terveydenhuoltolain mukaisesti eli pidimme huolen tietosuojasta ja kunnioitimme yksilöllisyyttä. Noudatamme tekemiämme sopimuksia. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.)

Reliabiliteetti ja validiteetti mittaavat tutkimuksen luotettavuutta ja laatua. Tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan luotettavuuskäsitteiden avulla. (Kananen 2017, 174–175.) Reliabiliteetti tarkoittaa tulosten pysyvyyttä ja validiteetti sitä, että tutkitaan oikeita asioita. Tutkimuksen validiteetti liittyy tutkimuksen suunnitteluun eli tutkimusasetelmaan ja aineiston analyysiin eli syy-seuraussuhteen oikeaan analysointiin. Reliabiliteetti liittyy tutkimuksen toteutukseen. (Kananen 2017, 176.) Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuustarkastelu jää usein arvion varaan, koska luotettavuutta ei voi laskea kuten kvantitatiivisessa tutkimuksessa. Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuus on tutkijan arvioinnin ja näytön varassa. (Kananen 2017, 174–175.) Aineisto kerättiin haastatteluin ja ei näin ollen ole laskettavissa, vaan analysoitavissa.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnista ei ole olemassa yksiselitteistä ohjetta. Tutkimus arvioidaan kokonaisuutena, jolloin sen johdonmukaisuus painottuu. Tutkimuksen kohde ja tarkoitus eli miksi ja mitä tutkitaan, tulee olla perustellusti selvillä. Tutkijan tulee olla sitoutunut tutkimukseen ja hänen kannattaa varata riittävästi aikaa sen tekemiseen. Aineisto tulee kerätä luotettavasti ja

mahdolliset ongelmat haastattelun aikana tulee ennakoida, esimerkiksi nauhurin toimivuus. Myös muistiinpanovälineitä kannattaa varata riittävästi. Tutkimusta tehtäessä tulee pohtia sitä, millä perusteella tutkimuksen tiedonantajat valittiin ja miten heihin otettiin yhteyttä. (Tuomi & Sarajarvi 2018, 126–165.)

Tutkijan tulee huolehtia siitä, että haastateltavien henkilöllisyys ei paljastu missään vaiheessa tutkimusta ja tutkija hävittää kerätyn materiaalin luotettavasti tutkimuksen valmistuttua. Tutkimuksessa tulee myös arvioida tutkija-tiedonantajasuhde, eli miten suhde heidän suhteensa toimi. Haastateltavien sanoja tulee lainata harkiten ja tarkasti sekä olla tarkkana analysoinnissa, jottei haastateltavan mielipiteissä ja sanomisissa tule väärinymmärryksiä. Tutkimuksen kesto kannattaa arvioida. Aineiston analysointiin kannattaa kiinnittää huomiota, jotta se tulee tehtyä luotettavasti ja eettisesti oikein. Tutkimuksessa on oltava raportointi eli selvitys siitä, että miten tutkimusaineisto koottiin ja analysoitiin sekä mihin tuloksiin ja johtopäätöksiin tutkimuksessa päädyttiin. Vastuu tutkimuksen on rehellisyydestä ja vilpittömyydestä on tutkijoilla. Tutkijoiden tulee huolehtia, että tutkimussuunnitelma on laadukas, tutkimusasetelma sopiva ja raportointi on hyvin tehty. (Tuomi & Sarajarvi 2018, 126–165.)

Tutkimuksemme on myös eettisesti oikein toteutettu. Haastateltavat olivat tuntemattomia henkilöitä, joihin kenelläkään meistä ei ollut aikaisempia kontakteja. Myöskään Kemin kaupungin kotihoito ei ole kenenkään oma työpaikka, joten puolueellisuutta tai väärinkäytön mahdollisuutta ei ollut. Haastateltavia ei johdatteltu haluttuun suuntaan, vaan pyrimme kaikin tavoin olemaan neutraaleja ja tuomaan ikääntyneiden omia mielipiteitä esille. Aineiston analyysissä käytimme ikääntyneiden omia kokemuksia kirjaimellisesti tulosten selvittämiseen mitään niistä muuttamatta.

14 TUTKIMUSTULOKSET

Haastatteluiden kautta saatiin paljon tietoa ikääntyneiden tuntemuksista kotona asumisesta. Moni koki itsensä yksinäiseksi, mutta ei halunnut muuttaa kodistaan pois. Havainnoinnin kautta huomattiin, että käsitys palveluasumisesta laitospaikkana on vahvana mielessä. Kaikki haastateltavat mainitsivat työntekijöiden kiireen kotipalvelussa. Kiireeseen voi jokainen työntekijä osaltaan vaikuttaa omalla käyttäytymisellään. Vanhusten kanssa työskennellessä tarvitaan kykyä arvioida ikääntyvän palveluntarvetta kokonaisuutena, johon kuuluu ikäihmisen omien voimavarojen tunnistaminen ja niiden tukeminen.

Haastateltavista kaikki olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä kotona asumiseen eivätkä halunneet muuttaa palvelutaloon. Oman kodin tuomaa rauhaa ja yksityisyyttä pidettiin tärkeinä asioina. Osittaista tyytymättömyyttä koettiin vain oman toimintakyvyn heikkenemisen osalta. Eräs haastateltava oli kuitenkin kiinnostunut palvelutaloasumisesta, sillä hän koki olevansa yksinäinen päivittäin.

“Vanhusten on hyvä asua kotona, jos henkilökunta käy välillä”

“Tämä kotona asuminen on ollu ainaki toistaiseksi hyvä ratkaisu.”

“Minä olen hyvin paljon joutunu olemaan sairaalassa, mutta minä haluan asua yksin.”

“Kyllä minä tykkään, että asutaan kotona. Mulla on kaikki hyvin ku, sukulaisia on niin paljon ja ne hoitaa asioita.”

“Oon tyytyväinen kotona asumiseen, muttako yhteiskunnalla pitäis olla enämpi aikaa ja pitäis olla työntekijöitä enämpi, jokkaiseen piiriin pari työntekijää lissää.”

“Toisinaan tuntuu, että tässä on niin kovin yksinäistä, että pitäis päästä jonneki muualle.”

“Kuulin justiinsa, että on paljon tämmösiä minun kaltasia ihmisiä, että on yksinäisiä, että ne on sitte lähteny sinne asumaan, missä on enemmän ihmisiä.”

Tutkimusta varten haastatellut ikääntyneet selvisivät kotona kotiin tuotettavien palveluiden turvin hyvin. Osalla haastateltavia kotipalvelu kävi vain kaksi kertaa päivässä ja osalla kotipalvelu kävi neljästi päivässä. Lisäksi palveluita saatiin yksityiseltä sekä kolmannelta sektorilta. Tärkein kotiin tuotettava palvelu oli kuitenkin kotipalvelu, jonka tehtävänä on ohjata ikääntyneitä heidän lääkehoidossa, opastaa lääkkeiden oikeanlainen käyttö, taata lääkehoidon onnistuminen sekä seurata lääkkeiden vaikutusta.

“Minä ite laitan ruuan ja kotipalvelu huolehtii lääkkeet kaksi kertaa päivässä. Siivooja käy joka toinen viikko”

“Aika vähän käy muut, ku kotipalvelu”

Kotiin tuotettavista palveluista kotipalvelua pidettiin tärkeimpänä osana, vaikka osittaista tyytymättömyyttä ilmenikin. Tärkeimpänä asiana ikääntyneiden osalta palveluiden heikentyneessä laadussa ilmeni työntekijöiden kiire ja vähäinen määrä. Haastateltavat kokivat, että palveluun varattu aika oli liian lyhyt. Lisäksi avun saaminen hitaasti loi tyytymättömyyden ilmapiiriä.

“Ei saa säännöllisesti ruokia ja ootusajat on pitkiä. Hälytyksenki ko antaa niin siinä menee kauan, ku niitä työntekijöitä on niin vähän.”

“Hoitajilla on aina kiire, ei ole riittävästi aikaa. Ei mene viittätoista minuuttia. Vetasevat tukisukat jalkaan ja kysyvät, onko sinulla jotakin muuta mitä vois tehdä ja minä sanon, että ei niin sillan mene ulos”

“Hoitajilla ei ole ku se 10-15 minuuttia niin ei se ole tarpeeksi.”

Haastateltavien mukaan hälytyspuhelimella soittaminen maksoi liikaa ja avun saaminen paikan päälle kesti liian kauan. Erään haastateltavan mukaan hän joutui olemaan vatsataudista johtuvan sotkun keskellä kolme-neljä tuntia. Eräs haastateltava moitti kotipalvelua luottamuksen puutteesta lääkkeenannon osalta.

“Miten määhän nyt sanosin, määhän oon sanonuki näille tytöille ko ne sanoo, että heillä on ohjeistus että he on vieressä ku mä otan lääkkeitä että ku määhän oon montakymmentä vuotta kotona ensin hakenu ne lääkkeitä apteekista ja sitten määhän olen dosettiin ne jakanu ja vielä ottanu eikä oo koskaan mulle sattunu semmosia virheitä niin miksi minun luotto on menny ihon huonoksi. Ei ne osannu sanoa siihen mitään.”

Tutkimuksessamme ikääntyneet korostavat vuorovaikutussuhteidensa tärkeyttä enemmän kuin sosiaalisen verkoston laajuutta. Keskusteluja kaivattiin niin omaisten kuin hoitotyöntekijän kanssa. Kotiin tuotettavien palveluiden henkilökunta koettiin pääsääntöisesti ystävällisenä ja ammattitaitoisena ja palveluista oltiin hyvin kiitollisia. Tutkimuksessa kävi ilmi merkityksellisten ihmissuhteiden menetykset sekä uusien suhteiden solmimisen vaikeus. Terveystilan muutokset vaikeuttavat sosiaalisten suhteiden ylläpitoa ja aiheuttavat yksinäisyyden tunnetta. Suurimmaksi ongelmaksi koettiin kuitenkin työntekijöiden riittämättömyys ja ainainen kiire.

“Hoivahenkilökunta on ystävällistä”

“Olen hyvin kiitollinen palveluista.”

“Aikaa pitäis olla. Tämmönen sosiaalinen kanssakäyminen ois tietenki ihan mukavaa”

“Olishan se kiva nähdä ihmisiä muttei sitä enää jaksaa.”

“Eipä käy vieraita, vaikka olis kiva nähdä muita.”

Lähes kaikki tutkimukseen osallistuneista ikääntyneistä kokivat yksinäisyyttä. Kaikki haastateltavat asuivat yksin ja useimmilla ainoat vieraat olivat kotipalveluiden työntekijät.

“Minä olen aivan yksinäinen. Minulla oli vaimo mutta ei jääny yhtään lasta.”

“Minulla ei ole ketään omaisia.”

“Ei minulla oo kettään, kelle minä soittasin.”

“Ei kukkaan enää paljon kulje, kun ystäväni on kuolleet.”

“Puhelimella piän yhteyttä, mutta täällä ei käy kyllä kukaan.”

He, joilla oli sukulaisia, kertoivat saavansa heiltä apua, mutta muiden haastateltavien sosiaalinen kanssakäyminen rajoittui kotipalvelutyöntekijöiden pikaiseen käyntiin. Eräs ikääntynyt kertoi olleensa jo niin kauan yksin, ettei enää osannut ajatella koko asiaa.

“Ei sen kummemmin tunnu yksinäiseltä, kun on jo niin kauan ollu tässä yksinään”

Toinen ei kokenut olevansa yksinäinen, vaikka kertoikin lastensa olevan huolissaan, kun hän ei käynyt enää missään. Yksi haastateltavista oli selvästi miettinyt palvelutaloon muuttamista yksinäisyyden poistamiseksi, mutta oman rauhan menettämisen pelko toimi jarruna muuttamisen suhteen.

“En ole pahemmin yksinäinen, ku mää ratkon ristikoita ja luen”

“Poika kyllä sillon ku se on liikkeellä niin tekee minulle kauppareisuja.”

“Tytär kaikesta huolehtii.”

“Minulla on oma poika, joka aina huolehtii ruuan tänne. Se käy joka päivä.”

Tutkimuksesta selvisi, että yksinäisyyden taustalla on fyysisiä (liikkumisen vaikeus), ja sosiaalisia (leskeys, omaisten kaukana asuminen) tekijöitä. Yksinäisyyteen vaikutti suuresti se, miten siihen suhtaudutaan. Oma aktiivisuus, tieto sekä ulkopuolinen kannustus auttoi ikääntynyttä luomaan sosiaalisia suhteita. Erilaiset palvelut kuten päivätoiminta, viriketoiminta sekä vertaistukiryhmät ohjasivat myös ikääntynyttä sosiaaliseen kanssakäymiseen.

“Päivät sujuu hyvin. Kun tulee olo, että pitää päästä ulos, niin vaatteet vain päälle ja ulos”

“Käyn ite tuossa S-Marketissa kaupassa”

“Tuolijumpassa käyn ja se riittää menoiksi”

“Minä tykkään käyä pienempiä lenkkejä ja rannassa istumassa gallerian vieressä, siinä menee tunti toista”

“Ei ole mitään muuta toimintaa, ku ulkoilu.”

“Mää pystyn iteki vähän huushollaamaan.”

“Minä haluaisin jotaki toimintaa.”

“Minä katton televisiota, ku emminä uskalla liikkua ulkona, ku on niin liukas.”

Haastatteluiden aikana kävi myös ilmi ikääntyneiden huoli kotipalvelun työntekijöiden jaksamisesta. Huolta herättivät työntekijöiden vähyys ja raskas työ sekä se, kuinka hoitajat jaksavat ainaista kiirettä. Suoria terveisiä kerrottiin päättäjille siitä, kuinka ikääntyneiden hoitamiseen täytyisi saada lisää rahaa ja muistaa se, että hekin ovat vielä ihmisiä, eivätkä vain taakkana muille.

“Työntekijöitä pittäis saaha enämpi, että ne ei kuluis loppuun, mutta kaupunki pannee muuhun rahhaa ja unohtaa hoitaa vanhoja.”

“Osittain olen tyytyväinen näihin palveluihin mutta sinne pittäis saaha lissää henkilökuntaa se on varma. Ne tytöt on niin väsyneitä, niin väsyneitä. Osa niistä on vähän omalaatuisia mutta on ystävällisiä.”

15 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän tutkimuksen perusteella kotiin tuotettavien palveluiden laadussa olisi kehitettävää eniten palveluajan ja kiireen osalta. Kotihoidon työntekijöiden tulisi pyrkiä luomaan mahdollisimman kiireetön asiakaskäynti, jotta ikääntyvät eivät kokisi omaa hoitoaan stressaavaksi tilanteeksi. Kotihoidon työ voi perustua myös kutsumukseen, jolloin työn tavoitteena on edistää vanhuksen hyvää elämää, mahdollisimman eettisesti auttaen. (Näslindh-Ylipangar 2012, 166).

Yhteiskunnan tulisi luovuttaa enemmän resursseja kotihoitoon, jotta palvelua saataisiin kiireettömämmäksi tapahtumaksi. Erilaisia kotiin tuotettavia palveluita on tarjolla yksityiseltäkin sektorilta, mutta näistä tulee maksaa erikseen ja se saattaa muodostua esteeksi joillekin kotitalouksille. Lisäksi kotihoidon ammattilaisten tulee kiinnittää huomiota toimintakyvyn tilaan ja palveluiden tarpeeseen, jotta asiakkaan toimintakykyä voitaisiin tukea ja parantaa itsenäisen suoriutumisen mahdollisuutta. (Heinola & Luoma 2007, 39).

Palvelusuunnitelman läpikäyminen ja yksilöllinen palvelun tarpeen kartoitus tulisi tehdä jokaiselle kotipalvelua käyttävälle ikääntyneelle niin, että palvelut tukisivat hänen omaa toimintakykyään. Asiakkaille tulee selkeästi kertoa, mikä palvelu kuuluu julkisten palveluiden piiriin ja mikä on asiakkaan itse maksettavaa palvelua. Näin he voisivat ottaa enemmän julkisen vallan ulkopuolisia palveluita käyttöönsä taloudellisen tilanteensa huomioiden.

Vanhustyössä tulee käyttää ikääntyneen voimavaroja enemmän hyödyksi, kun suunnitellaan yksilöllistä hoitoprosessia. Voimavaraistavaan vanhustyöhön kuuluu myös elämäkokemus ja viisaus, joka yksilön ainutkertaisesta tarinasta ja taustasta ilmenee. (Näslindh-Ylipangar 2012, 166.) Hyvällä johtamisella saadaan tyytyväisempiä työntekijöitä ja tyytyväisempiä vanhuksia. Työhyvinvoinnin tukeminen sekä toimivan työympäristön ja työkykyä tukevan ympäristön luominen auttaisi johtoa vanhustyössä valitsemaan uusia toimintatapoja ja tukemaan ikääntyneen voimavaroja (Kulmala 2017, 11.)

Palveluiden saatavuuden helpottaminen ja palvelujen laadun kehittäminen on ikääntyneille tärkeää. Tutkimuksen kautta saatiin selville se, että haastateltavien kannalta katsottuna palveluiden laatuun vaikutti työntekijöiden kiire ja lyhyt hoivaan ja hoitoon käytetty aika, soveltuvuus alalle, ammattitaidon puute sekä joidenkin palveluiden osalta korkea hinta. Sosiaalista kanssakäymistä ja kiireettömyyttä toivottiin useimmissa kohteissa. Vanhukselle olennaisinta on, että hänen sen hetkisiin tarpeisiin vastataan, ei ainoastaan poliittisilla päätöksillä, vaan yksinkertaisesti hoitoa antamalla (Hoppania ym. 2017, 97).

Tutkimus osoitti sen, että ikääntyneet haluavat asua kotona palveluiden turvin. Kuitenkin he kaipaavat inhimillisiä ihmiskontakteja ja pitkät yksinoloajat koettiin kotona asumisen nurjana puolena. Harvalla kävi enää muita vieraita kuin kotipalvelun työntekijöitä ja se koettiin ongelmalliseksi. Ne, joilla on omaisia turvanaan, kokivat kotona asumisen huomattavasti mielekkäämmäksi kuin ne, joilla omaisia tai läheisiä ei ollut. Oma koti oli kuitenkin kyllä kallis jokaiselle haastateltuun osallistuneelle ja palveluista, jotka edesauttoivat kotona asumista, oltiin kiitollisia. Palveluiden toivottiin myös jatkuvan ja niihin oltiin pääsääntöisesti tyytyväisiä.

Viimeaikaisten kirjoitusten mukaan ikääntyneiden palveluiden ja hoidon laatu vaihtelee suuresti eri hoitoyksikköjen välillä. Iäkkäät ovat eriarvoisessa asemassa riippuen hoitoyksiköstä tai siitä missä kunnassa kukin asuu (Kivelä & Vaapio 2011, 208). Vanhustenhoidon ja vanhuspalveluiden määrää ja laatua tulee valvoa ja valvonnan tulisi perustua oma-aloitteisuuteen, kyselyihin sekä tarpeellisuuden arviointiin. Viranomaisten toiminta tulisi olla määrätietoista ja päättävistä. (Kivelä & Vaapio 2011, 235.) Kotona asuvien ikääntyneiden turvallisuudessa, ulkoilun mahdollistamisessa ja asiointipalveluissa on havaittu perustuslaillisia puutteita (Mäki-Petäjä-Leinonen & Karvonen-Kälkäjä 2017, 147).

Vuonna 2014 voimaan tulleeseen vanhuspalvelulakiin eivät sisältyneet palveluoikeudet. Lain tarkoituksena on edesauttaa ikääntyneiden mahdollisuutta vaikuttaa ja osallistua itseään ja omaa elämäänsä koskevan hoivan ja hoidon päätöksiin ja toteuttamistapoihin. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 980/2012 1:1 §.) Kuitenkaan lakiin

ei ole kirjattu esimerkiksi säännöksiä siitä, millaisia hoitajamitoituksia asiakasta kohti tulee käyttää hoivan eri toteuttamismuodoissa kuten laitoshoidossa, palveluasumisessa sekä kotihoidossa. Lakiin jäi kirjaamatta myös sanktiot kunnille, jotka eivät noudata hoitajamitoitussuosituksia, vaikkakin mitoitus onkin vain suositus. (Hiilamo & Hiilamo 2015, 37.)

Tutkimuksemme mukaan ikääntyneet haluavat ja toivovat kotipalvelun henkilökunnan palvelutilanteelta kiireettömyyttä. Ikääntyneiden halu osallistua hoitoonsa voimiensa mukaisesti auttaa yksilöllisen hoidon toteuttamista. Keskeistä on tukea kaikin puolin ikääntyneen asumista itsemääräämisoikeutta kunnioittaen (Voutilainen ym. 2008, 105, 116.) Oman tutkimuksemme mukaan kotona selviytyminen mahdollisimman pitkään on ikääntyneen toive ja tavoite. Eheä Elämän Ehto Hanke toteaa myös kotona asumisen olevan Suomen vanhustenhuollon painopistealueena (Arolaakso & Tervaskanto-Mäentausta 2017, 291).

Arvot ja ihmiskäsitys todentuvat kaikissa vanhustyön palveluprosessin vaiheissa. Ne ilmentävät sitä, minkälaisia vanhuspalveluita määritellään ja miksi, minkälaisia palveluita toteutetaan, miten vanhusten tarpeet huomioidaan ja miten he ovat mukana esimerkiksi kehittämishankkeissa. Vanhustyössä arvot vaikuttavat toimintatapoihin ja päämääriin. Arvot määritellään ihmisen alitajuisen tavoittelun kautta. Ihmiskäsitys näkyy siinä, miten kohtelemme muita ihmisiä ja miten puhumme heistä. Ihmiskäsitykseen vaikuttavat kulttuuriperinteet, ideologiat, uskonnot, erilaiset uskomukset ja kokemukset ja teoreettinen tieto ihmisestä. Eettisesti koskettavat tilanteet ja niihin liittyvä päätöksenteko ovat vanhustyössä jokapäiväisiä asioita, sillä vanhustyössä ollaan jatkuvasti tekemisissä ihmisten kanssa ja useat heistä ovat erittäin haavoittuvassa elämäntilanteessa. (Kulmala 2017, 174–178.)

Ikääntyneen onnistunut vanheneminen vaatii sairauksien ehkäisyä ja tehokasta hoitoa sekä fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn ylläpitämistä (Heikkinen ym. 2013, 397). Jaksamiseen vaikuttavat ikääntyneen fyysinen, psyykinen, ja sosiaalinen toimintakyky. Toimintakyvyn tukeminen ja sen heikkenemisen varhainen ehkäiseminen mahdollistavat ikääntyneen kotona asumisen. (Kan & Pohjola 2012, 314.) Toimintakykyä ylläpitävä toiminta vaikuttaa ikääntyneellä oleellisesti

elämänlaatuun (Aejmelaeus ym. 2007, 35). Toimintakykyä ylläpidetään niin, että ikääntyminen tuntuu hyvältä ja arvokkaalta ja autetaan suoriutumaan arkielämän haasteista (Eloranta & Punkanen 2008, 41).

Aikaisempi tutkimus (Ikonen 2011) aiheella ikääntyvien kokemuksia kotipalvelun laadusta sekä riittävydestä tukee havaintoamme palvelujen korkeista hinnoista, palvelujen laadusta sekä määrästä. Tutkimuksessa ilmeni myös ikääntyneiden halu asua kotonaan mahdollisimman pitkään (Ikonen 2011). Ikonen mukaan huomioimalla ikääntyneen kaikki perustarpeet mahdollistetaan kotona asuminen. Omassa tutkimuksessa havaitsimme, että eräiden palveluiden hintataso koettiin liian korkeaksi. Ongelmaksi kuitenkin muodostuneen resurssien puute tuottaa hintatasoltaan halvempaa palvelua. Tutkimustuloksissaan Ikonen (2011) mainitsee myös tarpeen palvelujärjestelmän kehittämiseen palveluiden tarpeita vastaaviksi. Ikonen (2011) toteaa myös, että työntekijöiden osittainen ammattitaidottomuus ja kiire, heikentää palvelun laatua. (Ikonen 2011, 57–58.)

Hiilamo & Hiilamo (2015, 133–134) mukaillen samaistumme ajatukseen, jonka mukaan henkilökunnan tulisi keskustella läheisten ja omaisten kanssa hoidettavasta sekä hänen hoitonsa ja tukiansa järjestämisestä, sillä he ovat avun tarvitsijan ja hänen tilanteensa parhaita asiantuntijoita ihmisen itsensä jälkeen. Lisäksi olemme Hiilamon ja Hiilamon (2015, 61) kanssa samaa mieltä siitä, että luottamus on tärkein tekijä hoivassa ja hoivasuhteessa. Myöskään hoivan kohteen ei tulisi olla pelkästään toiminnan kohde vaan häneen tulisi suhtautua inhimillisesti ja myötäeläen tilannetta. (Hiilamo & Hiilamo 2015, 61, 133–134.)

Asiakkaiden, joiden itsemääräämisoikeus, yksityisyys sekä oma rauha ja turvallisuuden tunne ovat menetettyjä, kohtelun tulisi olla kunnioittavaa ja ymmärtävää. Mielestämme myös hoivattavan omaishoitajiin ja heidän jaksamiseensa sekä oman elämän sovittamiseen hoitosuhteeseen tulisi kiinnittää erityistä huomiota, sillä ei liene oikein, ettei omaishoitajalle jää aikaa oman työnsä, perheensä ja hoidettavan lisäksi omalle itselleen ja oman hyvinvointinsa ylläpitämiseen. Lienee puhdas mahdottomuus suoriutua täysin pistein ylläpitämällä työuraa, onnistunutta perhe-elämää ja omaa hyvinvointia, jos lisänä on vielä, vaikkakin olisi

kuinka rakas ja tärkeä ihminen, omainen, joka vaatii hoivaa ja huolenpitoa ympärivuorokautisesti. Läheisen rakkautta ei tulisi koskaan käyttää tekosyynä oman elämän kadottamiseen eikä väheksymiseen. (Hiilamo & Hiilamo 2015, 100–101.)

Omaisten osallistuminen ikääntyneen toimintakyvyn ja osallisuuden ylläpitämiseen tulisi olla vapaaehtoista ja ikääntyneen palvelusuunnitelmaa tehtäessä on kokonaisuudessa huomioitava mahdollisten omaisten ja läheisten osuus. Asiakassuhteissa, joissa omaisten ja läheisten tuki on mahdollinen, on tämä vaihtoehto otettava huomioon ja mahdollisesti myös käyttöön heidän omat voimavansa huomioiden (Ikonen 2013, 40–41.)

Tutkimuksessamme tutkittiin myös ikääntyneiden kotipalvelun asiakkaiden kokemuksia yksinäisyyden tunteesta. Yksinäisyydestä aitoon kohtaamiseen – hanke (Kangassalo & Teeri 2017, 282–283) on yhtenevä tutkimustuloksimme kanssa. Yksinäisyydestä aitoon kohtaamiseen - hankkeessa terveyteen ja liikkumiseen liittyvät ongelmat koettiin yksinäisyyttä lisääviksi tekijöiksi. Hankkeen tarkoituksena oli kuvata kokemuksia yksinäisyydestä, sekä keksiä keinoja yksinäisyyden lievittämiseen tähtäävien interventioiden tuottamiseen. Tavoitteena hankkeessa oli ikääntyneiden kotona asumisen turvaaminen, itsenäinen selviytyminen arjen haasteissa sekä kotihoidon kohdentaminen pääsääntöisesti paljon apua ja hoitoa kotona tarvitseville asiakkaille.

Kangassalo & Teerin tutkimuksen pohdinnasta (2017, 16) käy ilmi, että kotona selviytymistä edistäviä tekijöitä oli riittävä toimintakyky sekä riittävät sosiaaliset kontaktit, esteetön asuinympäristö ja kokemus turvallisuudesta ja elämänlaadusta. Tuloksista ilmenee myös se, että sosiaalisten suhteiden muuttuminen ja harveneminen vaikuttavat yksinäisyyden kokemiseen. Tulokset ovat samansuuntaisia oman tutkimuksemme kanssa.

Tutkimus, joka käsitteli yksinäisyyttä (Vasara 2011, 45–46) tukee myös tutkimustulostamme yksinäisyyden kokemisesta. Yksinäisyyden koettiin vaikuttavan toimintakykyyn sekä kotona pärjäämiseen. Vasaran tutkimustuloksissa yksinäisyys koettiin ainoastaan kielteisenä tunteena, kun taas tutkimuksessamme havaittiin hieman eriäviä näkemyksiä yksinäisyydestä. Tutkimuksessamme terveydentilan muutokset aiheuttavat yksinäisyyden tunnetta. Lähes kaikki tutkimukseemme osallistuneista ikääntyneistä kokivat myös yksinäisyyttä.

Kotihoidon jatkuvuutta uhkaavia tekijöitä ovat esimerkiksi ikääntyneen haasteellinen käyttäytyminen, omaishoitajan väsyminen, ikääntyneen fyysisen toimintakyvyn heikentyminen ja sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän aiheuttamat riskitekijät (Aejmelaeus ym. 2008, 244). Ikääntyneen haasteelliseen käyttäytymiseen on vaikea puuttua. Hänen tilannettaan tulisi kuitenkin yrittää ymmärtää ja katsoa hetki hänen elämäänsä hänen oman elämänkokemuksen kautta.

Omaishoitajien väsymiseen tulisi reagoida nopeasti, sillä hoitajan uupuminen saattaa johtaa pahimmassa tapauksessa läheisväkivaltaan (Tampereen Kehitysvammaisten Tuki ry). Ikääntyneen toimintakyvyn heikkenemiseen tulisi vastata sen hetkisten tarpeiden mukaan palveluita lisäämällä ja vastaavasti, mikäli toimintakyky paranee, palveluita vähentämällä. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmän riskitekijöihin pystytään vaikuttamaan aktiivisella hoitajilla ja vanhuksilla. Henkilökunnan hyvä johtaminen, koulutus sekä alalle soveltuvan henkilökunnan varmistaminen ja riittävä hoitajamitoitus pienentävät riskien suhdetta. Myös ajallisesti hyvin kohdennetut ja tarpeenmukaiset palvelut ovat tärkeässä asemassa tuettaessa ikääntyneen kotona asumista ja toimintakykyä sekä itsenäistä selviytymistä. Aktivointia lisäämällä sekä kehittämällä tuetaan ihmisten omatoimisuutta ja yhdessä toimimista. (Hoppaana ym. 2017, 111–115.)

POHDINTA

Tässä tutkimuksessa tutkittiin ja tarkasteltiin ikääntyneiden kotipalvelun asiakkaiden kokemuksia kotona asumisesta ja kotiin tuotettavista palveluista sekä siitä, kokevatko he yksinäisyyden tunnetta. Lisäksi selvitettiin tuottaako kotipalvelun järjestelmä ikääntyneille heidän tarpeitaan vastaavia palveluita. Tutkimuksessa analysoitiin myös sitä, mitä palveluja ikääntyneet tarvitsevat kotona selviytyäkseen ja ovatko he tyytyväisiä kotona asumiseen sekä palveluiden laatuun. Tutkimukseen osallistuneet ikääntyneet olivat erilaisissa tilanteissa toimintakyvyn kannalta asiaa katsottuna. Toiset kykenivät liikkumaan asuinympäristössä itsenäisesti, kun taas toiset kokivat olevansa oman kotinsa vankeja.

Laadullisen aineistomme määrä on riittävä. Kyselyrunгон avulla saimme laadullisella tutkimuksella riittävästi selvitettyä ikääntyneiden kokemuksia kotona asumisesta, kotiin tuotettavista palveluista ja yksinäisyydestä. Myös hoitohenkilökunnan osaamistarpeita kartoitettiin. Palveluiden saatavuus, monipuolisuus, joustavuus ja edullisuus tuovat ikäihmiselle valinnan vapautta, joskin toimintakyvyn rajoitteet ja taloudellinen tilanne tuovat asiaan omat ongelmansa.

Haastateltavien tyytyväisyys kotihoitoon palvelukokonaisuutena, joka ylläpitää ikääntyneiden hyvinvointia ja samalla edistää kotona asumista, ilmeni kaikista. Jokainen halusi asua omassa kodissaan niin pitkään kuin se olisi mahdollista kotiin tuotettavien palveluiden avulla. Ikääntyneiden kotona selviytymiseen tarvitaan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn tukemiseen tarjottavia palveluita ja näitä he saivat niin kunnan kotipalvelun, kuin myös yksityisen sektorin kautta. Osittain palveluita toivottiin kuitenkin lisää, joskaan suoraa selvyyttä siitä, millaisista palveluista on kyse, ei saatu. Neuvonnan ja opastamisen tulisi olla lähempänä ikäihmistä, jotta hän saisi paremmin tietoonsa palveluiden moninaisuuden. Kotiin saatavien palveluiden kehittämiseen voisi olla hyvä soveltaa nykypäivän gerontologista osaamista, jotta toimintakyvyn ylläpitäminen ja sen tukeminen olisi kokonaisvaltaista.

Haastatteluista kävi ilmi, että arkielämässä ikäihmiset pitävät tärkeänä asiana itsemääräämisoikeutta, elämänlaatua, henkistä hyvinvointia, hyviä ihmissuhteita sekä helposti saatavilla olevia palveluja. Tulevaisuudessa osallistuminen ja osallistaminen omaa hyvinvointiaan koskevaan päätöksentekoon lisääntynee. Voimavarojen hyödyntäminen auttaa ikääntynyttä selviytymään kotona ja ikääntyneet haluavat enemmän konkreettista apua kotona tarvittaviin askareihin. Henkilökunnan työ saattaa rutinoitua niin, että vaikka asiakkaan toimintakyky sallisi omatoimisemman elämisen, ei palvelua muuteta sen mukaisesti. Tällaisen toiminnan ehkäisemiseksi olisi hoitohenkilökunnan ammattitaitoa lisätä ja pitää yllä erilaisilla koulutuksilla ja kursseilla.

Ikäihmisten voidaan olettaa olevan tulevaisuudessa vaativampia, aktiivisempia, osallistuvampia ja osaavampia. Tulevaisuudessa tullaan enemmän kiinnittämään huomiota palvelujen laatuun ja sisältöön. Ikääntyneiden palvelujen kehittämisen painopiste on ollut kotona asumisen tukeminen. Laadukkaat ja oikea-aikaiset, hyvin organisoidut, saumattomat palvelut lisäävät ikääntyneen turvallisuutta ja antavat heille mahdollisuuden tasavertaiseen asumiseen muiden kanssa ja auttavat selviytymään jokapäiväisestä elämästä. Ikääntyneen itsenäisen suoriutumisen ja kotona asumisen ehtona ovat joustavasti saatavilla olevat sosiaali- ja terveyspalvelut ja näihin yhteiskunnan tulisi panostaa enemmän, mikäli kotona asumista pyritään tukemaan kaikin tavoin.

Kotiin tuotettavien palveluiden asiakkaan omaiset ja läheiset ovat tärkeä voimavara asiakkaalle. Myös omaisten ja läheisten osuutta ikääntyneen aktivoimisessa sosiaalisen kanssakäymisen saralla olisi hyvä lisätä mahdollisuuksien mukaan. Ikääntyneiden määrällisestä kasvusta johtuva palvelutarve on ohjautumassa yhä enemmän kotihoitoon. Kotona asumista pidetään ennen kaikkea inhimillisistä syistä perusteltuna. Tavoitteena on kotipalveluiden tuottaminen asiakaslähtöisesti, kotipalvelujen laadun parantaminen, asiakkaan palveluajan pidentäminen sekä kotihoidon jatkuvuuden turvaaminen, jolloin mahdollistetaan omassa kodissa asuminen mahdollisimman pitkään. Ikääntyneen kotona asumiseen ja siihen liittyviin tuen tarpeisiin tulee varautua. Ikääntyneiden terveyden edistäminen ja hyvinvoinnin tukeminen on laaja, moniulotteinen kokonaisuus.

Hoivahenkilökunnan työhyvinvointiin tulee kiinnittää erityistä huomiota. Hoivaa työkseen tekevät saattavat olla ikääntyneen ainoa sosiaalinen kontakti ja mikäli henkilökunta ei voi työssään hyvin, heijastuu se myös työn laatuun. Henkilökunnan lisääminen voisi olla yksi ratkaisu niin kuin myös ammattitaitoa ylläpitävä koulutuskin, mutta nämäkin vaativat lisää resursseja ja lisäävät paineita palvelujen hintojen korotuksiin. Tilanne on hankala ja vaatinee suunnitelmallisuutta sekä laskennallisuutta.

Opinnäytetyön aihealue on laaja ja tutkittavaa olisi enemmänkin. Maakunta- ja SOTE-uudistuksen mahdollinen toteutuminen tulevaisuudessa ja se, miten se näkyy ikääntyneiden elämässä, olisi yksi lisätutkimuksen aihe. Lisäksi syrjäseuduilla asuvien ikääntyneiden kokemukset kotiin tuotettavista palveluista olisi mielenkiintoinen lisä omaan tutkimukseemme.

Tutkimuksessamme kävi ilmi ikääntyneiden yksinäisyys. Suomalainen mentaliteetti on yksi hankaloittava tekijä sosiaalisten suhteiden etsimisessä, sillä perusperiaate on, että itse ei vapaaehtoisesti lähdetä tutustumaan uusiin ihmisiin. Siksi esimerkiksi ikääntyneiden oma aktivoituminen vaikkapa oman pihapiirin käyttämisessä ja sitä kautta lähiasukkaisiin tutustuminen voisi olla toiminnallisen opinnäytetyön aiheena. Lisäksi aihetta olisi hyvä lähestyä myös kotipalveluiden henkilökunnan sekä omaisten näkökannalta katsottuna, jotta aiheeseen saataisiin toisenlaista perspektiiviä.

Tutkimuksen antama kokonaiskäsitys ikääntyneiden hoivasta ja hoidosta voidaan kiteyttää muutamalla lauseella: Vanhusten hoitoon ja hoivaan tulee kiinnittää enemmän huomiota, seurata sen laatua ja löytää jostain resursseja kasvavien palvelutarpeiden vastaamiseen. Lisäksi hoivahenkilökunnan jaksamiseen ja työhyvinvointiin sekä ammattitaitoon tulee kiinnittää huomiota ja pyrkiä parantamaan näitä, jotta se kykenisi entistä parempaan palvelutilanteeseen. Vanhus on ihminen, jonka jäljellä olevaa elämää tulee kunnioittaa ja antaa hänelle ihmisarvoinen elämä erilaisten niin kotiin tuotettavien palveluiden kuin myös laitosasumisen saralla.

LÄHTEET

- Aaltio, E. 2013. Hyvinvoinnin uusi järjestys. Gaudeamus Oy. Helsinki: Hakapaino.
- Aejmelaeus, R., Kan, S., Katajisto, K-R. & Pohjola, R. 2008. Erikoistu vanhustyöhön. Osaamista hyvään arkeen. Helsinki: WSOY.
- Allardt, E. 1979. Hyvinvoinnin ulottuvuuksia. Juva: WSOY graafiset laitokset.
- Arolaakso, S. & Tervaskanto-Mäentausta, T. 2017. Toimintakyvyn arvioinnista vanhustyön arjessa –kuvaus Eheä Elämä Ehto –hankkeesta. Gerontologia lehti 4/2017. Kasvun ja vanhenemisen tutkijat ry. Hermes Oy.
- Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 9.10.1992/912 Viitattu 13.2.2019 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920912>
- Eloranta, T. & Punkanen, T. 2008. Vireään vanhuuteen. Helsinki: Tammi.
- HE 16/2018. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi. Viitattu 6.3.2019 <https://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2018/20180016?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=laki%20asiakkaan%20valinnanvapaudesta%20sosiaali-%20ja%20terveydenhuollossa>
- Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. 2013. Gerontologia. Helsinki: Duodecim
- Heikkinen, E. & Rantanen, T. 2010. Gerontologia. Helsinki: Duodecim.
- Heinola, R. 2007. Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneen kotihoidon laatuun. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Heinola, R. & Luoma, M-L. 2007. Asiakaslähtöinen kotihoito. Toimintakyky ja elämänlaatu. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Heiskanen, T. & Saaristo, L. 2011. Kaiken keskellä yksin. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Hiilamo, H. 2015. Hyvinvoinnin vakuutusyhtiö. Mistä SOTE-uudistuksessa on kysymys? Helsinki: Into Kustannus Oy.
- Hiilamo, H. & Hiilamo, K. 2015. Hoivataistelu. Tallinna: Viro.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- Honkanen V. 2017. Valinnanvapauslaki valmistellaan uudestaan: ”Nyt epävarmuustekijöitä ei ole.” Kauppalehti 6.7.2017. Viitattu 18.2.2019 <https://www.kauppalehti.fi/uutiset/valinnanvapauslaki-valmistellaan-uudestaan->

nyt-epavarmuustekijoita-ei-ole/6bea8063-c142-33ba-88c0-be758e73301d?ref=ampparit%3A6bad&ext=ampparit

Hoppania, H-K. Karsio, O., Näre, L., Olakivi, A., Sointu, L., Vaittinen, T. & Zechner, M. 2017. Hoivan Arvoiset, vaiva yhteiskunnan ytimessä. Tallinna: Gaudemus Oy.

Häkkinen, H. 2013. Hoitotarvikejakelu. Kuntaliitto 25.6.2013 Viitattu 15.2.2019 <https://www.kuntaliitto.fi/yleiskirjeet/2013/hoitotarvikejakelu>

Ikonen, E-J. 2013. Kehittyvä kotihoito. Porvoo: Bookwell Oy.

Ikonen, K. 2011. Ikääntyvien kokemuksia kotipalvelun laadusta. Itä-Suomen yliopisto. Sosiaalityö. Pro gradu-tutkielma.

Kan, S. & Pohjola, L. 2012. Erikoistu vanhustyöhön. 3. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kananen, J. 2017. Laadullinen tutkimus pro graduna ja opinnäytetyönä. Jyväskylä: Suomen Yliopistopaino Oy.

Kangassalo, R. & Teeri, S. 2017. Yksinäisyys kotona asuvien iäkkäiden elämässä. Gerontologia 31(4), 278-290 Viitattu 06.03.2019 <https://journal.fi/gerontologia/article/view/63106>

Kananoja, A., Lähteinen, M. & Marjamäki, P. 2010. Sosiaalityön käsikirja. Tietosanoma

Kansaneläkelaitos KELA. Viitattu 10.3.2019 <https://www.kela.fi/matkat>

Kansaneläkelaki 568/2007. Viitattu 28.02.2019 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070568>

Kataja, H-R. 2012. Miten yksinäisyys huomioidaan vanhuspoliittisissa strategioissa? Jyväskylän yliopisto. Sosiaalityö. Progradu-tutkielma.

Kemin kaupunki. Ikäihmisten palvelut. Kemin kotihoito. Palvelut ja yhteystiedot. Viitattu 11.3.2019 <http://www.kemi.fi/wp-content/uploads/2018/09/kemin-kotihoito.pdf>

Kemin kaupunki 9/2017. Fysioterapeutin tekemät kotikäynnit yli 65-vuotiaille. Viitattu 11.3.2019 <http://www.kemi.fi/wp-content/uploads/2018/07/fysioterap-kotikaynnit-tiedote-.pdf>

Kemin kaupunki. Tiedote. Keskitetty palveluntarpeen arviointi ja asiakasohjaus. Viitattu 11.3.2019 <http://www.kemi.fi/wp-content/uploads/2018/03/1-palveluohjaus-ja-arviointi-kemi.pdf>

Kemin kaupunki. Tiedote. Päivätoiminta. Viitattu 11.3.2019 <http://www.kemi.fi/wp-content/uploads/2019/02/paivatoiminta-kemin.pdf>

Kemin kaupunki. Tiedote saunapalvelusta. Viitattu 11.3.2019
http://www.kemi.fi/wp-content/uploads/2014/03/Saunapalvelu_esite_kemi-1.pdf

Kivelä, S. & Vaapio, S. 2011. Vanhana tänään. Eesti: Suomen Senioriliike ry.

Koskinen, S. Emeritusprofessori, Lapin yliopisto. Sosiaalityön laitos. Ikäihmisen voimavarojen ja toimintakyvyn tukeminen. Esitelmä Vanhustyön koulutuksen kehittämisseminaarissa (VakkaVerkostoon) Tampereella 1.9. 2006.

Kulmala, J. 2017. Parempi vanhustyö. Menetelmiä johtamisen kehittämiseen. PS-kustannus.

Kähäri-Wiik, K., Niemi, A. & Rantanen, A. 2007. Kuntoutuksella toimintakykyä. Helsinki: WSOY.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 28.12.2012/980. Viitattu 15.2.2019 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Laki omaishoidon tuesta 2.12.2005/937. Viitattu 24.2.2019 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050937>

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812. Viitattu 24.2.2019 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>

Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 3.4.1987/380. Viitattu 24.2.2019 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870380>

Laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta 621/1999. Viitattu 28.02.2019 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990621>

Lapintie, A. & Marttunen, M. Taustamuistio, maakunta- ja sote-uudistus. Viitattu 9.3.2019 <https://www.eduskunta.fi/FI/lakiensaataminen/valiokunnat/sosiaali-ja-terveysvaliokunta/Documents/PeVn%20taustamuistio.pdf>

Lyyra, T-M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. 2007. Vanheneminen ja terveys. Helsinki: Edita.

Maakunta ja SOTE-uudistuksen aikataulu. 2019. Valtioneuvosto. Viitattu 22.2.2019 <https://alueuudistus.fi/aikataulu>

Mäki-Petäjä-Leinonen, A. & Karvonen-Kälkäjä, A. 2017. Vanhuusoikeuden perusteet. Alma Talent Oy & Lakimiesliiton kustannus.

Näslindh-Ylispangar, A. 2012. Vanhuksen terveyden, hyvinvoinnin ja hyvän elämän edistäminen. Helsinki: Edita.

Paahtama, S. 2016. Hyvinvoinnin edistämisen käsite ja sisältö. Uutta ARTTU2-ohjelmasta. ARTTU2-tutkimusohjelman julkaisusarja 7/2016.

Perustuslakivaliokunnan selvitys valinnanvapaudesta, he 16/2018. Viitattu 01.03.2019

https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/HallituksenEsitys/Sivut/HE_16+2018.aspx

Pikkarainen, A. 2016. Gerontologisen kuntoutuksen käsikirja osa 2. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Rautavaara-Nurmi, H. Westergård, A. Henttonen, T. Ojala, M. Vuorinen, S. 2019. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Rousu, T. Majamäki, J. 2017. Ikäihmisten palvelujen toimintamalli/Länsi-Pohjan sote. Ikäihmisten palvelut. Viitattu 22.02.2019

http://www.lpshp.fi/media/sote_projekti/raportti_ikaihmiset.pdf.

Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. 2005. Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino.

Räsänen, R. 2018. Hyvää elämänlaatua ikääntyneille. Keuruu: Printek.

Salminen, L., Stolt, M. & Suhonen, R. 2017. Uudistuvan sosiaali- ja terveydenhuollon lähtökohtia. Turku: Turun yliopisto.

Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301. Viitattu 20.2.2019

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301>

Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki 2016. Viitattu 9.3.2019

http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74908/Rap_2016_32.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sosiaali- ja terveysministeriö 2017a. Viitattu 22.02.2019 <https://stm.fi/iakkaiden-palvelut>.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. Ehkäisevät palvelut iäkkäille ihmisille. Viitattu 8.2.2019 <https://stm.fi/ikaantyneiden-ehkaisetvat-palvelut>

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. Terveyden edistämisen laatusuositus. Viitattu 28.02.2019 ja 06.03.2019

<https://stm.fi/terveyden-edistamisen-laatusuositus>

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Kuntaliitto. Viitattu 15.1.2019

https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/73379/Julk_2008_3_ikaimiset_verkko.pdf?sequence=1

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Helsinki: Kuntaliitto. Viitattu 28.2.2018

http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/69933/ISBN_978-952-00-3415-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 26.6.2017b. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019. Viitattu 11.1 ja 16.2.2019
http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06_2017_Laatusuositusjulkaisu_fi_kansilla.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sosiaali- ja terveysministeriön muistioita 2016:32. Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa 2016-2018. Kärkihanke.

Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2003:7. Apuvälinepalveluiden laatusuositus. Viitattu 4.2.2019
http://www.jncl.fi/media/apuvälinepalveluiden_laatusuositus.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriön yhteinen työkokous 1.2.2019. Säätytalo Helsinki. Viitattu 28.2.2019
https://valtioneuvosto.fi/artikkeli/-/asset_publisher/1271139/tyokokouksessa-sitouduttiin-25-toimenpiteeseen-joilla-vahvistetaan-vanhusten-asumispalvelujen-laatu

Sosiaaliturvaopas. 9. Apuvälineet. Viitattu 11.3.2019 <https://sosiaaliturvaopas.fi/apuvälineet/>

Sote kaatui ja hallitus erosi - Yle seurasi dramaattisen päivän hetki hetkeltä, tässä herkkupalat. Viitattu 9.3.2019 <https://yle.fi/uutiset/3-10679132>

Sotilasvammalaki 28.5.1948/404 Viitattu 8.2.2019
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1948/19480404>

Stuart-Hamilton, I. 2011. An Introduction to Gerontology. United Kingdom: Cambridge University Press.

Suomen perustuslaki. Viitattu 21.2.2019
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>

Suomen tilastokeskus 2012. Viitattu 01.03.2019
http://www.stat.fi/artikkelit/2012/art_2012-12-10_006.html?s=0#4

Suomen tilastokeskus. 2018a. Viitattu 14.3.2019
https://www.stat.fi/til/vaenn/2018/vaenn_2018_2018-11-16_tau_001_fi.html

Suomen tilastokeskus 2018b. Viitattu 01.03.2019
<http://www.stat.fi/tietotrendit/artikkelit/2018/koteihin-viedaan-hoiva-ja-kotiapua-lahes-15-miljardilla/>

Suomi, A. & Hakonen, S. 2008. Kulueraistä voimavaraksi. Sosiokulttuurinen puheenvuoro ikääntymiskysymyksiin. WS Bookwell Oy.

Suunnitelma ikääntyneen väestön tukemiseksi 2015–2030. Suunnitelmaa ikääntyneen väestön tukemiseksi laativa toimikunta, 10.10.2014 Hyväksytty kunnanvaltuustossa 30.3.2015. Mustasaari. Viitattu 6.3.2019
<https://www.mustasaari.fi/assets/Vard-och-omsorg/SOC/FINSKA-Plan-for-att-stodja-den-aldre-befolkningen-Godkand-30.3.2015-fi-versio1.pdf>

Tampereen Kehitysvammaisten Tuki ry 23.3.2017. Omaishoitajat: Ei saa ravistaa-hanke. Viitattu 11.3.2019
<https://www.kvtukitampere.fi/?x118281=1052226>

Terveystieteiden tutkimuskeskus 30.12.2010/1326. Viitattu 20.2.2019
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2018 a. Sote ja vanhuspalvelut. . Viitattu 31.1. ja 14.2.2019 <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/toimivat-vanhuspalvelut/sote-ja-vanhuspalvelut>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 16.10.2018b. Kotihoito ja muu kotiin tarjottava tuki. Viitattu:11.3.2019 <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/kotona-asumisen-ratkaisuja/kotihoito-ja-muu-kotiin-tarjottava-tuki>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Utti, J. 2012. Tehtävänä hyvinvointiyhteiskunnan pelastaminen. Forssa Trilogia osa 1 Vanhukset. Keuruu: Otava.

Vaarama, M., Karvonen, S., Kestilä, L., Moisio, P. & Muuri, A. 2014. Suomalaisen hyvinvointi. Tampere: Suomen Yliopistopaino Oy.

Valli, R. 2018. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. PS-kustannus.

Vanhusten asumispalvelujen laatua vahvistetaan 25 toimenpiteellä. Sosiaali- ja terveysministeriö 2019. STM 6.2.2019 9.14/Tiedote 20/2019. Ajankohtaista. Vanhusten asumispalvelujen laatua vahvistetaan 25 toimenpiteellä. Viitattu 29.2.2019 https://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/vanhusten-asumispalvelujen-laatua-vahvistetaan-25-toimenpiteella

Van't Veer-Tazelaar, P.J., van Marwijk, H.W.J., van Oppen, P. van Hout, H.P.J., van der Horst, H. E. Cuijpers, P., Smit, F. & Beekman, A. T. F. 2009. Stepped-care prevention of anxiety and depression in late life. A randomized controlled trial. Archives of General Psychiatry 66 (3).

Vasara, H. 2011. Ikääntyneiden yksinäisyys. Pieksämäen kaupungin kotihoidon asiakkaiden kokemuksia yksinäisyydestä ja sen vaikutuksista toimintakykyyn ja kotona pärjäämiseen. Diak Itä, Pieksämäki. Sosiaalialan koulutusohjelma. Opin- näytetyö.

Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. 2008. Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. 2009. Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. 2008. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Helsinki: Gummerrus Kirjapaino Oy.

Yksinäisyydestä aitoon kohtaamiseen 2016-2018 - hanke. Vanhustuki Ry: Satakunta. Viitattu 06.03.2019 <http://vanhustuki.yhteisokeskus.fi/projekti/>

Ympäristöministeriö 19.02.2018. Ikääntyneiden asumisen kehittämisohjelmalle 2013-2017 laadittiin tulevaisuussuunnitelma. Viitattu 4.2.2019 [https://www.ymparisto.fi/fi-FI/Asuminen/Ikaantyneiden_asuminen/Ikaantyneiden_asuminen_kehittamisohjelma\(46080\)](https://www.ymparisto.fi/fi-FI/Asuminen/Ikaantyneiden_asuminen/Ikaantyneiden_asuminen_kehittamisohjelma(46080))

LIITTEET

- Liite 1. Tutkimuslupa
- Liite 2. Toimeksiantosopimus
- Liite 3. Saatekirje
- Liite 4. Ilmoittautumislomake haastatteluun
- Liite 5. Haastattelurunko

Liite 1. Tutkimuslupa

LAPIN AMK¹
Lapland University of Applied Sciences

OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Hakijan / hakijoiden henkilötiedot	Nimi	Irina Närä, Piia Pietilä, Marja Sipola	
	Katuosoite (Koulun osoite)	Postinumero	Postitoimipaikka
	Meripuistokatu 26	94100	Kemi
	Puhelin	Sähköpostiosoite	
	[Redacted]		
	Tutkimuslaitos, oppilaitos tai muu yhteisö	Hakijan tehtävä/virka-asema	
	Lapin ammattikorkeakoulu	Opiskelija(t)	
Opinnäytetyön ohjaaja(t)	Nimi	Anne Puro	
		Oppiarvo ja ammatti	PsM, laillistettu psykologi
		Lehtori	
	Toimipaikka ja osoite	Meripuistokatu 26, 94100 Kemi	
	Puhelin	Sähköpostiosoite	
	[Redacted]		
Toimeksiantaja	Toimeksiantaja	Kemin kaupunki	
	Yhteystiedot	[Redacted]	
		[Redacted]	
Päiväys ja allekirjoitus	Paikka ja päivämäärä	Allekirjoitus	
	Kemi [Redacted]	Irina Närä Piia Pietilä Marja Sipola	
Luvan myöntäminen	<input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuslupa myönnetään	<input type="checkbox"/> Tutkimuslupa evätään	
	Perustelut		
Päiväys ja allekirjoitus	Paikka ja päivämäärä	Allekirjoitus	
		[Redacted]	
Myöntämisen ehdot	Myöntämisen ehdot		
	<input checked="" type="checkbox"/> Hakijan tulee toimittaa valmis raportti ja tarvittaessa tutkimuksen tulokset suullisesti		
	<input checked="" type="checkbox"/> Hakija vastaa kustannuksista itse, ellei toisin sovita		
	<input type="checkbox"/> Muu ehto		
Päätöksestä tiedottaminen	<input type="checkbox"/> opinnäytetyön hakijalle/ hakijoille <input type="checkbox"/> ohjaaville opettajille <input type="checkbox"/> yksiköille, jota luvan myöntäminen koskee <input type="checkbox"/> jokin muu, kuka?		

Liite 2 1(2) Toimeksiantosopimus

LAPIN AMK
Lapland University of Applied Sciences

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIAOTOSOPIMUS

Tämä sopimus soveltuu käytettäväksi ainoastaan sellaisten opinnäytetöiden yhteydessä, jota ei toteuteta ammattikorkeakoulun ulkopuolisen rahoituksen hankkeessa.

Toimeksiantaja	Nimi (esim. yritys) Kemin kaupungin kotihoito Yhteystiedot (yhteyshenkilö, puhelin, sähköposti)	
	Työn aihe Ikäännyneiden kokemuksia kotona asumisesta, kotiin tuotettavista palveluista ja yksinäisyydestä	
Tekijä	Nimi Irina Närä Pia Pietiä Marja Sipilä	Opiskelijanumero A1601189 A1601193 A1601188
	Katuosoit Närä Pietiä Sipilä	Postinumero / Postitoimipaikka
	Puhelin	Sähköpostiosoite
	Suorittava tuki/into Geronomi	Ryhmänumero KAT2G16S
Lapin AMK	Yhteyshenkilön nimi (ohjaaja) Anne Puro	Tehtävänimike Lehtori
	Toimipaikka ja osoite Meripuistikatu	
	Puhelin	Sähköpostiosoite
	Toimeksiantosopimuksen ehdot	
Ohjaus	Ohjaava opettaja valvoo työtä ammattikorkeakoulun puolesta ja antaa työn edellyttämiä ohjeita ja neuvoja. Ammattikorkeakoulu ja opettaja eivät ole konsulttivastuussa työstä.	
Dokumentointi	Ammattikorkeakoulun opinnäytetyöt ovat julkisia. Työstä laaditaan ammattikorkeakoulun opinnäyteohjeen mukainen kirjallinen esitys, josta toimitetaan yksi kansitettu kappale ammattikorkeakoulun kirjastoon tai julkaistaan sähköisessä muodossa Theseus-verkkokirjastossa. Työ arkistoidaan oppilaitoksella sekä tulostettuna että sähköisessä muodossa.	
Oikeudet	Opinnäytetyön tekijänoikeudet kuuluvat tekijälle. Toimeksiantaja saa rinnakkaisen käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin opinnäytetyön valmistuttua. Ammattikorkeakoululla on jatkuvasti voimassa oleva oikeus käyttää tuloksia omassa opetus- ja TKI-toiminnassaan. Sopijapuolilla on mahdollisuus sopia muista opinnäytetyön tuloksia koskevista oikeuksista kuitenkin niin, että tämän sopimuksen nojalla ammattikorkeakoulun saamat oikeudet säilyvät voimassa.	
Keksinnöt	Jos tekijä on osallistunut keksintöön, joka patentoidaan, mainitaan hänet yhtenä keksijöistä. Mahdollisesta keksintökorvauksesta sovitaan erikseen noudattaen ammattikorkeakoulun tai toimeksiantajan keksintöohjeen lisäehtoja. Opinnäytetyön tai sen osan julkaiseminen tai hyödyntäminen ei saa vaarantaa sen tai sen osan suojaamista patentilla tai hyödyllisyyksillä.	
Vastuut	Opinnäytetyön tulos toimitetaan sellaisena kuin se on. Tekijä tai ammattikorkeakoulu eivät anna tulokselle takuuta eivätkä vastaa sen soveltuvuudesta toimeksiantajan tarpeisiin. Sopijapuolet ovat vastuussa toisilleen sopimusrikkomuksen aiheuttamista välittömistä vahingoista. Vastuun syntyminen edellyttää tahallaan tai törkeällä huolimattomuudella aiheutettua sopimusrikkomusta.	
Lisäksi sovitaan		

Liite 2 2(2)

LAPIN AMK
Lapland University of Applied Sciences

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Salassapito	Opettajilla ja opinnäytetyön tekijöillä on salassapitovelvollisuus työn aikana esille tulevan luottamuksellisen aineiston. Toimeksiantajan tulee tarkistaa, että julkaitava opinnäytetyö ei sisällä salassa pidettävää aineistoa. Tarvittaessa käytetään toimeksiantajan erillistä salassapitosopimusta.	
	Tätä sopimusta on laadittu kolme (3) samansisältöistä kappaletta, yksi (1) kullekin sopimuksen osapuolelle. Sopimus perustuu ammattikorkeakoulun hyväksymään opinnäytetyösuunnitelmaan ja se astuu voimaan allekirjoitushetkellä.	
	Paikka ja päivämäärä	Kemi [redacted]
Toimeksiantaja	KEMIN KAUPUNKI [redacted]	
Tekijä		[redacted]
Lapin AMK		

Liite 3. Saatekirje haastatteluun

SAATEKIRJE

HAASTATTELUUN



Hei,

Olemme Lapin ammattikorkeakoulun geronomiopiskelijoita Irina Närä, Marja Sipola ja Piia Pietilä. Teemme opinnäytetyön, jonka aiheena on kuvata ikääntyneiden kotona asumisen kokemuksia ja pärjäämistä.

Haluaisitko auttaa meitä osallistumalla tutkimuksemme antamalla haastatteluluvan? Haastattelu tehdään kotonasi haastatteleamalla Sinua. Haastattelussa Sinun ei tarvitse kertoa nimeäsi eikä yhteystietojasi. Riittää, että vastaat meidän laatimiimme kysymyksiin haastattelun aikana. Voit myös halutessasi jättää vastaa-matta joihinkin kysymyksiin, mutta tutkimuksen kannalta toivomme teidän vastaavan jokaiseen kysymykseen. Kysymykset koskevat kotona asumista, palveluita ja kotona asumisen kokemuksia sekä tuntemuksia.

Osallistuminen on teille täysin vapaaehtoista ja henkilötietonne säilyvät salassa. Haastatteluaineistoa käytetään ainostaan opinnäytetyöhömmme, jonka jälkeen ne hävitetään asianmukaisesti.

Toivomme teidän osallistuvan haastatteluunne. Otamme teihin yhteyttä, mikäli annat meille luvan haastatella. Tarvittaessa voitte pyytää lisätietoja sähköpostitse:

Irina Närä

irina.nara@edu.lapinamk.fi

Marja Sipola

marja.sipola@edu.lapinamk.fi

Piia Pietilä piia.pietila@edu.lapinamk.fi

Liite 4. Haastattelulupa

HAASTATTELULUPA



Suostumus

Minä _____ osallistun geronomiopis-
kelijoiden Irina Närän, Marja Sipolan ja Piia Pietilän opinnäytetyön haastatteluun. Sa-
malla annan suostumksen siihen, että haastattelu nauhoitetaan ja antamani tietoja voi-
daan käyttää heidän opinnäytetyössään.

Nauhoitetut haastattelut hävitetään opinnäytetyön valmistumisen jälkeen. Haastatelta-
van henkilöllisyys ei tule ilmi valmiissa opinnäytetyössä. Opinnäytetyö tehdään Lapin
ammattikorkeakoululle.

Paikka, aika, allekirjoitus ja nimenselvennys

Irina Närä

irina.nara@edu.lapinamk.fi

Marja Sipola

marja.sipola@edu.lapinamk.fi

Piia Pietilä piia.pietila@edu.lapinamk.fi

Liite 5. Haastattelurunko

KYSELYLOMAKE

Ikä

Sukupuoli

Asumismuoto

Onko sinulla toimintakyvyn rajoitteita, fyysisellä, sosiaalisella tai kognitiivisella osa-alueella? (Tätä täytyy selventää, että mitä haetaan, kun ei välttämättä ym-märrä sanoja)

Millaisia palveluita sinulla on kunnalta/kolmannelta sektorilta?

Auttavatko omaiset/läheiset arjessa?

Mitä hoivapalveluita sinulla on?

Oletko tyytyväinen saamaasi palveluun?

Onko hoivalle varattu tarpeeksi aikaa?

Koetko jääväsi liian vähälle palveluiden osalta?

Koetko jääväsi yksin omaisten/läheisten osalta?

Miten päiväsi kuluvat?

Onko sinulla apuvälineitä arjessa selviytymisen tueksi?

Koetko olevasi yksinäinen?

Odotatko palveluasumisen/laitoshoidon piiriin pääsyä?

Jos vastasit edelliseen kyllä, oletko odottanut pitkään?

Jos vastasit kyllä, miten koet odottavan ajan?

Mitä ajattelet pitkään kotona asumisesta?

Onko koti aina paras paikka asua?

Pitäisikö mielestäsi kotona asumiseen panostaa enemmän?

Tulisiko ihmisen halutessaan päästä lyhyellä odottamisella palveluasumisen/laitoshoidon piiriin?

Kerro vapaasti omin sanoin tilanteestasi.