



# **Sosiaaliviraston ennaltaehkäisevät vanhuspalvelut muistisairaille Etelä – Haagan alueella**

Heidi Mäenpänen

Opinnäytetyö  
Toukokuu 2011  
Terveystiedon edistämisen koulutusohjelma  
(ylempi AMK)  
Tampereen ammattikorkeakoulu

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Terveystiedon edistämisen koulutusohjelma  
(ylempi AMK-tutkinto)

MÄENPÄNEN HEIDI: Sosiaaliviraston ennaltaehkäisevät vanhustalpalvelut muistisairaille Etelä-Haagan alueella

Opinnäytetyö, 65 s., 4 s. liitteet  
Toukokuu 2011

---

Opinnäytetyössä selvitettiin, mitä ennaltaehkäisevä työ on muistisairaiden parissa Etelä-Haagan alueella Helsingissä ja miten muistisairauksia pyritään ennaltaehkäisemään kohdeorganisaatioissa. Kohdeorganisaatioita olivat Riistavuoren vanhustenkeskus ja Läntinen sosiaali- ja lähityön yksikkö. Menetelmänä opinnäytetyössä käytettiin teema-haastatteluja, jotka toteutettiin ryhmämuotoisina.

Riistavuoren vanhustenkeskuksen palvelukeskuksessa ennaltaehkäisevä työ muodostuu ryhmätoiminnasta, jonka avulla tuetaan ikääntyneiden itsenäistä kotona asumista ja siirretään pitkäaikaishoidon tarvetta. Ryhmätoiminnalla tuetaan toimintakykyä ja ylläpidetään muistia sosiaalisen kanssakäymisen avulla. Palvelukeskuksessa asiakkaat voidaan jakaa kolmeen ryhmään ennaltaehkäisevän työn näkökulmasta: 1) Itsenäiset ja aktiiviset eläkeläiset, 2) sosiaali- ja lähityön yksikön ja kotihoidon kautta ohjatut asiakkaat ja 3) enemmän apua tarvitsevat, arviointi- ja kuntoutusjaksoilta kotiutuneet.

Sosiaali- ja lähityön yksikössä ennaltaehkäisevä työ on palveluista tiedottamista, varhaisesta puuttumisesta ja toimintakyvyn tukemisesta. Palveluista tiedottavaa toimintaa ovat Heko (hyvinvointia edistävät koti-) käynnit. Toimintakyvyn muutoksiin pyritään reagoimaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Asiakkaiden tilanteita seurataan ja toimintakykyä tuetaan, jotta kotona asuminen voisi jatkua mahdollisimman pitkään.

Ristiriitaisia tuloksia yksiköiden välillä oli asiakkaiden riittävän varhaisen tavoittamisen ja palveluiden piiriin tulon suhteen. Palvelukeskuksen työntekijöiden mukaan asiakkaat eivät tule ajoissa esim. arviointi- ja kuntoutusjaksolle, vaan heidän toimintakykynsä erityisesti muistin osalta on heikentynyt. Sosiaali- ja lähityön yksikössä taas suurin osa asiakkaista on käynyt läpi kaikki palvelutasot ennen pitkäaikaishoitoon siirtymistä.

Ennaltaehkäisevää työtä on tarpeen kehittää siten, että mahdollinen muistisairaus päästään diagnosoimaan varhaisessa vaiheessa. Palvelukeskuksessa on haasteena se, miten asiakkaita (itsenäiset ja aktiiviset eläkeläiset) tulisi lähestyä kun heillä havaitaan muistin alenemista. Opinnäytetyön kehittämisidea on lisätä työntekijöiden valmiuksia ottaa puheeksi muistisairaus ja ohjata asiakkaita esim. muistineuvolaan.

---

Asiasanat: Ennaltaehkäisevä työ, sosiaalityö, vanhustalpalvelut, muistisairaudet

## ABSTRACT

Tampere University of Applied Sciences  
Polytechnic Master's Degree in the Field of Social and Health Care  
Degree Programme in Health Promotion, Health Care of chronic and geriatric patients  
MÄENPÄNEN HEIDI: PREVENTIVE SERVICES IN SOCIAL WORK FOR ELDERLY SUFFERING FROM DEMENTIA IN THE DISTRICT OF SOUTH-HAGA, HELSINKI

Thesis 65 pages, appendices 4 pages  
May 2011

---

The purpose of the study was to gather information about preventive social services used in the elderly care at the South-Haga region in Helsinki. Methodology used in the study was a group interview. The study was carried out by interviewing eight (8) respondents in two groups. Respondents represent the Social service department of Helsinki. The respondents work at the Haga-region, at the Riistavuori Service and Recreation centre, and in the Western unit of Social and contact work. The interviews were in the form of theme interview. Data analysis was completed as qualitative content analysis.

The results indicate that the respondents in Riistavuori emphasize the meaning of the groups as a method for those suffering from dementia. By taking part to groups, the elderly gain knowledge and skills that enable them to continue living at home. This is due to through groups; the elderly are able to maintain the social skills and the memory skills.

The respondents at the Social and contact work consider their preventive services to include counseling, early intervene on dementia and supporting the elderly peoples' ability to act. The social and contact work employees strive to react early to the changes that occur in the elderly clients' ability to act. This is done by organizing services, such as guiding the elderly to the groups at Riistavuori or to an elderly Rehabilitative day activities.

The results show contradiction between two organizations as how early the elderly clients' are reached in terms of dementia and ability to act. In Social and Contact work, the respondents consider that the clients have gone through all the services of the unit before they move into long-term institutional care. However, the respondents at Riistavuori Service and Recreation centre consider that the elderly are not reached early enough and therefore are institutionalized instead of returning to their own homes after a short-term rehabilitative period at Riistavuori.

In the future, it is important to develop and create the preventive methods, which enable to reach the elderly clients earlier. The employees also need to improve their skills of approaching the elderly whom they think are showing early signs of dementia.

---

Key words: Preventive methods, Social Work, Services for the Elderly, Dementia

## SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ.....	2
1 JOHDANTO.....	6
2 OPINNÄYTETYÖN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT.....	8
2.1 Terveyden edistäminen.....	8
2.1.1 Iäkkäiden henkilöiden terveyden edistäminen.....	9
2.1.2 Kaste – ohjelma.....	10
2.1.3 Ikäihmisten palvelujen laatusuositus.....	11
2.1.4 Helsingin kaupungin vanhuspalveluohjelma.....	12
2.2 Ikääntyvien toimintakyky.....	14
2.2.1 Fyysinen toimintakyky.....	16
2.2.2. Psyykinen toimintakyky.....	16
2.2.3 Sosiaalinen toimintakyky.....	17
2.3 Ennaltaehkäisevä työ vanhuspalveluissa.....	18
2.3.1 Ennaltaehkäisevät kotikäynnit.....	19
2.3.2 Vapaaehtoistyö.....	20
2.3.3 Palvelutarpeen arviointi.....	20
2.3.4 Palveluohjaus.....	21
2.4 Muistisairaudet.....	23
2.4.1 Alzheimerin tauti.....	23
2.4.2 Muut muistisairaudet.....	26
3 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN.....	28
3.1 Tutkimuskysymykset.....	28
3.2 Tutkimusmenetelmä.....	28
3.3 Aineistonkeruu ja analysointi.....	29
3.4 Opinnäytetyön kohdeorganisaatiot.....	31
3.4.1 Riistavuoren vanhustenkeskus.....	32
3.4.2 Läntinen sosiaali- ja lähityön yksikkö.....	33

4.1 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET .....	35
4.1.1 Ryhmähaastatteluiden kulku.....	35
4.1.2 Kohdeorganisaatioiden ennaltaehkäisevä työ.....	36
4.1.4 Tavoitetaanko asiakkaat ajoissa? .....	41
4.1.5 Yksiköiden palvelut muistisairaille .....	43
4.1.6 Tulevaisuuden palvelut muistisairaille .....	46
5. POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET .....	49
5.1 Tulosten tarkastelu .....	49
5.1.1 Ennaltaehkäisevä työn vaiheet.....	49
5.1.2 Asiakkaiden varhaisempi tavoittaminen .....	51
5.3 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus.....	52
5.4 Opinnäytetyön johtopäätökset ja jatkokehittämissideat .....	54
LÄHTEET .....	56
LIITTEET	

## 1 JOHDANTO

Muistisairaiden ihmisten määrä Suomessa kasvaa lähitulevaisuudessa. Tämä tulee vaatimaan sosiaali- ja terveyspalveluilta uudenlaisia innovaatioita sekä avo- että laitoshoidossa ja niiden välimaastossa. Kotona asumista suositaan ja monet ikääntyneet haluavatkin asua kotonaan niin pitkään kuin mahdollista. Sairauden edetessä muistisairaana henkilön kotona asuminen voi käydä mahdottomaksi, varsinkin yksin asuvien kohdalla.

Ministeri Risikko sosiaali- ja terveysministeriöstä (STM 2010) on sitä mieltä, että Suomeen tarvitaan kansallinen muistiohjelma, jotta muistisairaiden palvelut voidaan taata. Muistiohjelmalle on Risikon mielestä hyvät lähtökohdat, sillä on jo olemassa suosituksia, mm. vanhuspalveluiden laatusuositus, sekä hyviä käytäntöjä joita voitaisiin levittää.

Helsingin kaupunki on kehittänyt voimakkaasti vanhuspalveluita viime vuosina. Tästä esimerkkejä ovat mm. palvelukeskusten kehittäminen hyvinvointikeskus-pilotin avulla ja monipuolinen vanhustenkeskus-pilotti, jossa kehitettiin ja uudistettiin vanhustenkeskusta kuntouttavaksi ja alueen ikäihmisiä laajemmin palvelevaksi yksiköksi. Mainitsemisen arvoinen on myös Soccan (pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus) Gerontologinen sosiaalityö-hanke, jossa kehitettiin vanhussosiaalityön menetelmiä. Sosiaaliviraston vanhuspalvelujen vastuualueella on kehitetty myös ennaltaehkäiseviä palveluita, kuten ennaltaehkäisevät kotikäynnit (nykyisin Heko<sup>1</sup>-käynnit), jotka sittemmin on vakinaistettu osaksi vanhuspalveluiden sosiaalityötä. Ennaltaehkäisevästä vanhustyöstä kerrotaan lisää alaluvussa 2.3.

Tämän opinnäytetyön aiheena on vanhuspalvelujen ennaltaehkäisevä työ sosiaaliviraston vanhuspalveluissa Helsingin Etelä-Haagan alueella. Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

- A) Mitä ennaltaehkäisevä työ on muistisairaiden parissa kohdeorganisaatioissa
- B) Miten muistisairauksia pyritään ennaltaehkäisemään sosiaali- ja lähityössä sekä palvelukeskuksessa

---

<sup>1</sup> Heko = Hyvinvointia edistävät kotikäynnit

Innoitus aiheeseen nousi työssäni Riistavuoren vanhustenkeskuksessa. Työskentelin Riistavuoren vanhustenkeskuksen palvelukeskuksessa sosiaaliohjaajana. Osana työtäni oli ennaltaehkäisevä työ hyvinvointikeskus-pilotissa (ko. pilotista on kerrottu alaluvussa 3.4.1). Tähän työhön kuului mm. palveluohjaus ja sosiaaliohjaajan vastaanotot Haagan terveysasemalla yli 65-vuotiaille. Asiakkaat hakeutuivat vastaanotolle lääkärin, terveydenhoitajan ja psykiatrisen sairaanhoitajan kautta sellaisissa kysymyksissä, jotka koskivat esimerkiksi palveluasumista, omaishoidontukea, vertaistukiryhmiä tai toimeentulotukea.

Hyvinvointikeskus-pilotissa ennaltaehkäisevää työn tavoitteena oli asiakkaiden saaminen mukaan palvelukeskus-toimintaan. Tätä vaikeutti se, että kohtaamillani asiakkailla oli monenlaisia arjen haasteita, joita ei voitu ratkaista pelkästään ohjaamalla heitä palvelukeskuksen ryhmiin. Joidenkin asiakkaiden kanssa työskentelin useita kuukausia ja tein sosiaaliohjaajan työtä, jossa oli lähityön piirteitä, mm. asioin asiakkaan kanssa poliklinikavastaanotolla, olin yhteydessä toisiin viranomaisiin, tein kotikäyntejä ym. Osin työ oli päällekkäistä sosiaali- ja lähityön yksikön kanssa, sillä joillakin alueilla Helsingissä myös lähityöntekijät ovat pitäneet terveyskeskusvastaanottoja.

Kokeilimme myös tiedottamista osana hyvinvointikeskus-pilottia. Työn tavoitteena oli tiedottaa lähiseudulla asuvia ikääntyneitä palvelukeskus-toiminnasta. Tämä tavoite toteutui mielestäni hyvin. Syksyn 2009 aikana järjestimme kaksi ohjelmallista iltaa joihin osallistui kuhunkin n. 20–30 ikäihmistä. Teimme myös ns. jalkautuvaa työtä Haagan alueella jakaen ikäihmisille palvelukeskus-esitteitä ja kertomalla toiminnasta.

Ennaltaehkäisevä työ on hankalasti määriteltävissä. Mikä vanhuspalveluiden sosiaalityössä on ennaltaehkäisevää, milloin taas tehdään korjaavaa ja kuntouttavaa työtä ennaltaehkäisevän työn sijaan? Päätin valita opinnäytetyöni aiheeksi vanhuspalveluiden ennaltaehkäisevän työn, koska vanhusten osalta ennaltaehkäisevästä työstä on kirjoitettu melko vähän. Tavoitteena on opinnäytetyön kautta saada jäsentyneempi kuva vanhuspalveluiden ennaltaehkäisevästä työstä sosiaalivirastossa.

## 2 OPINNÄYTETYÖN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

### 2.1 Terveyden edistäminen

Terveyttä voidaan edistää joko yksilö- tai yhteisölähtöisesti. Terveyden määritelmästäkin riippuu, millä tavoin terveyden edistämistä lähestytään. Terveyden edistämisessä on kuitenkin nähtävissä kaksi peruslinjaa: Positiivisen terveyden linja ja sairauslähtöinen linja. Positiivisen terveyden edistämisen linjassa yhteisöllä on tärkeä rooli. Orientaation keskiössä on ympäristö, ei niinkään yksilö. Kasvatus ja koulutus, kuten myös politiikka ovat positiivisessa terveyden edistämisessä olennaisia asioita, joilla pyritään vaikuttamaan rakenteellisiin tekijöihin ja lainsäädäntöön. Sairauslähtöisessä linjassa painopiste on jo sairastuneiden hoidossa ja sairauksien ehkäisyssä. Sille tyypillisiä piirteitä ovat mm. yksilöön suunnattu terveystkasvatus, käyttäytymiseen liittyvien vaaratekijöiden korostuminen sekä tutkimuksen kohdistuminen sairauksien aiheuttamiin tekijöihin. (Kauhanen, Myllykangas, Salonen & Nissinen 2007, 246–250)

Terveyden edistäminen ei ole pelkästään sairauksia ehkäisevää toimintaa, vaan yksilön ja yhteisön terveyden edellytyksiin vaikuttavaa ja tietoa lisäävää toimintaa. Terveyden edistämisen on sanottu olevan sukua käsitteille voimallistaminen ja valtaistaminen. Terveyden edistämisen tarkoituksena ei kuitenkaan ole ihmisen käyttäytymisen muuttaminen vaan mahdollisuuksien parantaminen ja yksilön parhaan potentiaalinsa esiin tuominen (Vertio 2003, 29).

Kansainvälisellä tasolla terveyden edistämistä on määritelty Ottawan asiakirjassa vuonna 1986. Tuolloin kokoontui ensimmäistä kertaa kansainvälinen terveyden edistämisen konferenssi. Ottawan asiakirjassa listataan viisi terveyttä edistävää asiakokonaisuutta: Terveellisen yhteiskuntapolitiikan kehittäminen, terveellisemmän ympäristön aikaansaaminen, yhteisöjen toiminnan tehostaminen, henkilökohtaisten taitojen kehittäminen ja terveystpalvelujen uudelleen suuntaaminen. (Vertio 2003, 29–31.) Ottawan asiakirja otettiin käyttöön Kanadassa ja monissa Euroopan maissa terveydenhuoltopolitiikan suunnittelussa. Ottawan asiakirjan valmisteluun osallistui asiantuntijoita lähes kaikista Euroopan maista. Nämä asiantuntijat jatkoivat terveyden edistämistyötä omissa verkostoissaan ja työympäristöissään. Kaksi vuotta Ottawan konferenssin jälkeen kokoontui



Adelainen konferenssi Australiassa. Sen teema oli terveyttä edistävä yhteiskuntapolitiikka ja tarkoituksena oli syventää tätä Ottawan asiakirjan painoaluetta. (Vertio 2003, 31–33.)

Jakartan terveyden edistämisen konferenssissa vuonna 1997 puhuttiin terveyden edistämisestä ihmisten kanssa tehtävänä toimintana eikä vain ihmisiin kohdistuvana toimintana. Lisäksi korostettiin yhteisön toimintakyvyn lisäämistä ja yksilön tukemista. (Vertio, 2003, 83.) Yhteisöillä tarkoitetaan esimerkiksi kouluja ja työpaikkoja eli arjen toimintaympäristöjä.

### 2.1.1 Iäkkäiden henkilöiden terveyden edistäminen

Vanhusväestön terveyden edistämässä on Routasalon mukaan ensisijaisena tavoitteena kotona asumisen jatkuminen niin pitkään kuin mahdollista. Kotona asuminen edellyttää toimintakyvyn sellaista tasoa, että ikääntynyt pystyy asumaan kotonaan omaisten ja kotihoiton apujen turvin. Toisena terveyden edistämisen tavoitteena iäkkäille henkilöille Routasalo listaa fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn säilymisen siten, että henkilö voisi täysipainoisesti elää myös laitoshoidossa ollessaan. (Routasalo 2003, 110, 115.)

Routasalon mukaan kotiin saatava yksilöllinen apu oikeaan aikaan voi tukea ikääntyneen kotona asumista. Akuutissa tilanteessa kotiin saatava ruoka-palvelu esimerkiksi lyhyeksi aikaa on hyvä apu, mutta pidemmän päälle tällainen voi passivoida ikääntynyttä liikaa. Kaikenlainen tuki ja apu, jolla pyritään ikääntyneen oman toiminnan tukemiseen, kannustamiseen ja rohkaisun avulla, edes auttavat ikääntyneen uskoa omaan suoriutumiseen ja itsenäiseen selviytymiseen arjessa. (Routasalo 2003, 111.)

Kotona asumista vaarantavia tekijöitä ovat mm. fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen, muistisairaudet sekä mielenterveysongelmat. Turvattomuuden tunne on myös uhka itsenäiselle kotona selviytymiselle ikääntyneellä. (Routasalo 2003, 111.) Turvallisuuden tunnetta lisää sairaalasta kotiin palanneilla ikääntyneillä se, että he saavat tarvittaessa

yhteyden kotihoitoon ja tuntevat luonaan käyvät kotihoidon henkilöt (Routasalo 2003, 110–111 Luodon 2002 mukaan.)

### 2.1.2 Kaste – ohjelma

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste) on Sosiaali- ja terveysministeriön strateginen sosiaali- ja terveystalouden ohjausväline. Siinä määritellään sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistavoitteet lähivuosille sekä toimenpiteet joilla ne voidaan saavuttaa. Nykyinen ohjelma on voimassa vuosina 2008–2011. (Kaste – ohjelman ensimmäinen...2010, 24)

Kaste – ohjelmalla on kolme päätavoitetta: 1) Osallisuuden lisääntyminen ja syrjäytymisen väheneminen, 2) hyvinvoinnin edistäminen ja terveystalouden kaventaminen ja 3) palveluiden laadun, saatavuuden ja vaikuttavuuden paraneminen. Tavoitteiden saavuttamiseksi on määritelty 39 toimenpidettä jotka on jaettu kolmeen eri kategoriaan: 1) Ongelmien ehkäisy ja varhainen puuttuminen, 2) henkilöstön ja osaamisen riittävyys ja 3) eheät palvelukokonaisuudet ja vaikuttavat toimintamallit. (Kaste–ohjelman ensimmäinen...2010, 24.)

Vanhusten osalta ohjelmassa kiinnitetään huomiota hyvän toimintakyvyn ylläpitämiseen ja tapaturmien estämiseen parantamalla ympäristön turvallisuutta sekä esteettömyyttä. Toimintakyvyn osalta pyritään parantamaan ”ikävakioitua” toimintakykyä. (Kaste – ohjelman valtakunnallinen toimeenpanosuunnitelma...2009, 12) Vanhustenhoidon osalta suositellaan, että laitoshoidossa olevien määrä on enintään 3 prosenttia ja kotihoidon piirissä on enintään 14 prosenttia yli 75-vuotiaista. Myös vanhuspalveluiden tarpeen arvioinnin toteutuminen määräajassa on Kaste – ohjelmassa tavoitteena. (Kaste – ohjelman valtakunnallinen toimeenpanosuunnitelma...2009, 13.)

### 2.1.3 Ikäihmisten palvelujen laatusuositus

Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksia on annettu vuosina 2001 ja 2008. Niiden tarkoituksena on ohjata kuntien ja yhteistoiminta-alueiden päättäjiä kehittämään vanhuspalveluja. Lisäksi tarkoituksena on, että kunnilla olisi käytössään ikääntymispoliittinen strategia, joka on kytköksissä kunnan taloussuunnitelmaan. Ikäihmisten hyvinvointiin halutaan kiinnittää huomiota ja palvelujen vaikuttavuutta pyritään kasvattamaan suositusten avulla. Tavoitteena on, että eri hallintokunnat, kolmas sektori sekä kuntalaiset olisivat mukana strategian laadinnassa. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 3, 8–9, 14–15.)

Vuonna 2008 uusittu laatusuositus ottaa huomioon valtakunnallisen ikääntymispolitiikan, uusimman tutkimustiedon sekä muutokset toimintaympäristössä. Laatusuositus määrittelee ikääntyneiden palveluja ohjaavat arvot ja eettiset periaatteet, sekä antaa linjauksia koskien toiminnan laadun ja vaikuttavuuden parantamista kolmella osa-alueella: 1) hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen, 2) henkilöstön määrä ja 3) asumis- ja hoitoympäristöt. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 3, 8 – 9).

Suosituksessa painotetaan ennaltaehkäiseviä palveluja, hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä sekä kotona asumisen ensisijaisuutta. Neuvontaa antavia palveluja on monipuolistettava ja kaikkien palvelujen on tuettava ikäihmisten kuntoutumista. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 3).

Ennaltaehkäisevä näkökulma tulee esiin palveluista tiedottamisena. Kuntalaisilla on oikeus saada tietoa eri palveluista, niiden myöntämiskriteereistä ja palveluiden maksuista. Palveluista voidaan tiedottaa esimerkiksi kunnan Internet-sivuilla, neuvontapalveluiden kautta, ennaltaehkäisevien kotikäyntien ja palveluoppaiden kautta. Myös esim. asukasilloissa sekä vanhus- ja seniorineuvostoiden välityksellä voidaan kertoa kunnallisista palveluista (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 15).

Laatusuosituksessa mainitaan neuvontakeskukset, joissa ikäihmisten ja heidän omaistensa olisi mahdollista saada matalan kynnyksen palvelua. Palvelu neuvontakeskuksessa muodostuisi mm. liikunta- ja harrastusmahdollisuuksista tiedottamisesta, apuvälineistä

ja asumisvaihtoehtoista tiedottamisesta sekä järjestöjen toiminnasta. Neuvontakeskuksessa voitaisiin myös testata toimintakykyä sekä antaa palveluohjausta. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 23.)

#### 2.1.4 Helsingin kaupungin vanhuspalveluohjelma

Helsingissä on laadittu vanhuspalveluohjelmia vuodesta 1993 alkaen. Vuonna 2006 annettu vanhuspalveluohjelma sisältää strategisia tavoitteita aina vuoteen 2020 saakka. Ohjelmassa esitetään keskeiset kehittämistehtävät vuosille 2006–2009. Helsingin kaupungin vanhuspalveluohjelma on sosiaaliviraston ja terveyskeskuksen yhdessä hyväksymä ohjelma. (Vanhuspalveluohjelma 2006, 3.)

Ohjelman mukaan tärkeintä on edelleen siirtää vanhusten asumisen painopistettä laitoshoidosta kotona asumiseen, lisätä kotihoidon määrää ja supistaa määrällisesti laitoshoitopaikkoja. Lisäksi painotetaan ennaltaehkäiseviä palveluja ja kuntoutuksen lisäämistä sekä avo- että laituskuntoutuksena. (Vanhuspalveluohjelma 2006, 3.)

Pitkän aikavälin strategioina vanhuspalveluohjelma listaa mm.

- a) suuntauksen vanhusten turvalliseen kotona asumiseen kuntouttavien ja ennaltaehkäisevien työmuotojen avulla,
- b) monipuolinen vanhustenkeskus – toiminnan, joka muodostuu pitkäaikaisesta sairaalahoidosta, palveluasumisesta sekä vanhainkotihoitosta, jossa asukkaan ei tarvitse vaihtaa hoitopaikkaa voinnin muuttuessa,
- c) vanhusten hoito- ja palveluketjujen toimivuuden,
- d) vanhusten palvelujen riittävät taloudelliset resurssit,
- e) henkilöstön määrän ja osaamisen riittävyyden suhteessa asiakkaiden tarvitsemiin palveluihin sekä hoitoon.

Ohjelman mukaan vanhuspalvelujen sosiaalityössä keskitytään ennaltaehkäisyyn, etsivään työhön sekä kotona asumisen tukemiseen. Helsingin kaupungin vanhuspalvelut on toteuttanut yhdessä pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskuksen (Socca) kanssa Gerontologisen sosiaalityön kehittämishankkeen vuosina 2005–2007, jossa olivat lisäksi mukana Espoon ja Vantaan kaupungit, Helsingin yliopisto sekä Stakes (nykyinen Ter-

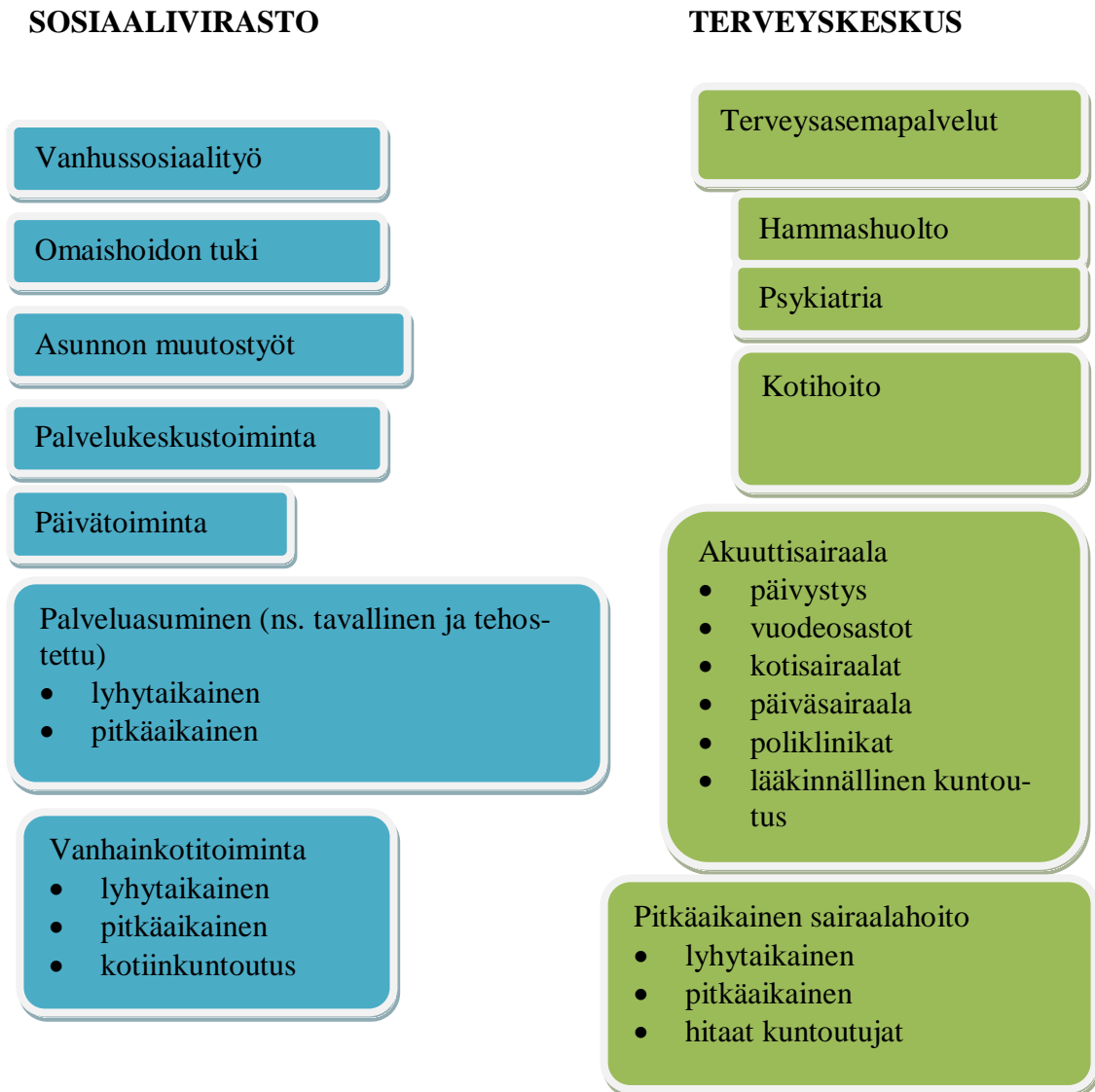
veyden- ja hyvinvoinninlaitos) (Vanhuspalveluohjelma 2006, 12 – 13). Hankkeesta on julkaistu kirja ”Gerontologisen sosiaalityön pioneerit kentällä” (Liikanen, Kaisla ja Viljaranta, 2007).

Hankkeessa kehitettiin vanhussosiaalityötä ja uusia työmenetelmiä sosiaalityöntekijöiden ja sosiaaliohjaajien työhön. Kehitettyihin menetelmiin kuuluivat sosiaalityöntekijöiden työssä mm. asiakasneuvonpito, voimavara- ja huolikartta-työskentely ja kuvastin-työnohjauksellinen menetelmä. Lähityön sosiaaliohjaajien työssä kehitettiin toiminnallisten ryhmien ohjausta. Lähityö myös löysi selkeämmin oman työn rooli sosiaalityön rinnalla. Lähityössä korostuu ennaltaehkäisevä vanhustyö, jossa menetelminä ovat palveluohjaus ja neuvonta. Työtä tehdään laajan, moniammatillisen yhteistyöverkoston kanssa. (Liikanen, Kaisla ja Viljaranta 2007, 108–112)

Kuviossa 1. (ks. seuraava sivu) on eritelty sosiaaliviraston ja terveyskeskuksen vanhuspalveluita (vanhuspalveluohjelma 2006, 6). Aihe on ajankohtainen, sillä Helsingin kaupunki selvittää parhaillaan sosiaali- ja terveystoimen yhdistämistä. Uudessa yhdistetyssä virastossa tulisi työskentelemään n. 15 000 henkilöä. (Helsingin sanomat, 8.4.2011.)

Vanhustenpalveluissa on tällä hetkellä asiakkaan kannalta haasteellista se, että asiakkuus on kahdessa virastossa. Asiakkaat ovat monissa tapauksissa sekä sosiaaliviraston että terveyskeskuksen asiakkaita, erityisesti siirryttäessä ympärivuorokautiseen hoitoon. Hoidon tarve todetaan usein kotihoidossa tai sairaalassa, mutta sosiaalivirasto järjestää hoitopaikan. (Helsingin sanomat, 8.4.2011.)

Toimialoja on jo siirretty terveyskeskuksesta sosiaalivirastolle, mm. pitkäaikaissairaalat, jotka siirron myötä muutettiin vanhustenkeskuksiksi. Vanhainkotitoimintaa on uudistettu myös monipuolinen vanhustenkeskus-hankkeen myötä. Hankkeesta kerrotaan lisää alaluvussa 3.4.1.



Kuvio 1. Sosiaaliviraston ja terveyskeskuksen järjestämät palvelut ikäihmisille Helsingissä vuonna 2005 (Helsingin kaupungin vanhuspalveluohjelma 2006).

## 2.2 Ikääntyvien toimintakyky

Koska ikääntymisen mekanismeista ei vielä riittävästi tunneta, ikääntymisprosessia on helpompaa lähestyä ikääntyvien toimintakyvyn käsitteen ja sen tutkimisen kautta. Toimintakyky jaetaan fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. (Hervonen, Pohjolainen ja Kuure 1998, 126.) Muutos yhdessä toimintakyvyn osa-alueessa vaikuttaa ihmiseen kokonaisuutena. Joskus toimintakykyä alentaa kriisi, elämänmuutos tai sairau-

det, toisinaan muutokset toimintakyvyssä syntyvät pitkän ajan kuluessa (Hietanen & Lyyra 2003, 103–104; Kähärä-Wiik, Niemi, ja Rantanen 2006, 13). Gerontologisessa sosiaalityössä toimintakyky nähdään neljänä eri osa-alueena: Fyysisenä, psyykkisenä kognitiivisena ja sosiaalisena toimintakykenä. (Liikanen, Kaisla ja Viljaranta 2007, 152)

Toimintakyky on myös määritelty kyvyksi vastata jokapäiväisen elämän haasteisiin, ja olla vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa, asettaa ja saavuttaa tavoitteita. Toiminta on mielekästä ja merkityksellistä ja on yhteydessä sen hetkiseen ympäristöön. (Helin 2000, 17)

Helinin (2000, 15) mukaan toimintakyvyn käsitettä käytetään vanhusväestön terveydentilan kuvaajana siksi, ettei pelkkä tieto sairauksien lukumäärästä riitä kertomaan siitä, miten vanhenemisprosessi ja sairastavuuden lisääntyminen vaikuttavat itsenäiseen selviytymiseen ja avuntarpeeseen. Helinin mukaan toimintakyvyn käsite sinänsä viittaa resursseihin ja kyvykkyyteen, mutta monesti sitä lähestytään negaation kautta eli toiminnanvajavuuksista ja toiminnanrajoituksista käsin. (Helin 2000, 15–17.)

Toimintakykyä on yleisesti kuvattu ADL-toiminnoiksi (activities of daily living), jotka pitävät sisällään jokapäiväisen elämän toimintoja ja niistä selviytymistä. ADL-toimintakyvyn mittareita on useita. Näitä ovat esim. BADL (basic activities of daily living), joka kuvaa jokapäiväisiä perustoimintoja (liikkuminen, syöminen jne.) ja IADL (Instrumental Activities of Daily Living), joka mittaa välineellisiä kykyjä (ruuan valmistaminen, ostoksilla käyminen, kotitöistä selviytyminen, raha-asioiden hoitaminen jne.). (Helin 2000 16, 17.)

Suomessa vanhusten laitos- ja avohoidossa ovat RAVA-indeksi sekä RAI-järjestelmä (resident assesment instrument) toimintakyvyn mittareina yleisimmin käytetyt. RAI-järjestelmän hierarkinen toimintakykymittari kuvaa ADL-toimintoja (RAI-arviointijärjestelmät 2008).

RAI-järjestelmä kehitettiin alun perin Yhdysvalloissa parantamaan hoidon laatua kaikissa liittovaltion hoitokodeissa. Sitten järjestelmää on kehitetty alkuperäisestä versiosta, ja muun muassa kotihoidossa oleville potilaille on kehitetty RAI HC-järjestelmä

(RAI-home care). (Finne-Soveri, Noro, Jonsson, Ljunggren, Grue, Jensdóttir, Björkgren, Lindman, Schroll, Wergeland 2008, 8.)

### 2.2.1 Fyysinen toimintakyky

Fyysinen toimintakyky koostuu lihaskunnosta, yleiskestävyydestä ja liikkeidenhallintakyvystä. Lisäksi siihen liittyvät aistitoiminnot, koordinaatio- ja reaktiokyky sekä tasapaino. (Kähäri-Wiik ym. 2006, 13–14.) Liikkumisvaikeudet lisääntyvät iän myötä. Kävelynopeus toimii ikääntyvillä hyvänä indikaattorina toimintakykyisyyteen nähden. Liikkumisongelmien ilmenemisen myötä fyysinen aktiivisuus yleensä vähenee. Kun liikkuminen tuntuu hankalalta, sitä saatetaan vähentää. Tämä vaikuttaa lihasvoimaan ja fyysisen kunnan heikkenemiseen. Kunnan heikkeneminen lisää väsymyksen tunnetta ja siten sisälle jääminen aiheuttaa eristäytymistä sosiaalisesta kanssakäymisestä ja edesauttaa mielialaongelmien syntymistä. (Hietanen ja Lyyra 2003, 104–105, 108–109.)

Vanhusten väsymys on ennakoiva merkki huonosta arjessa selviytymisestä. Väsymyksen lisäksi myös suuri sairauksien lukumäärä ennakoi huonoa arjessa suoriutumista. Väsyneiksi itsensä kokevat ne, joiden toimintakyky on jo alentunut. Kuitenkin huomionarvoista on se, että vaikka arjessa selviytyminen usein heikkenee ajan myötä, se voi myös pysyä samana tai parantua. (Mäkelä, Karisto, Valve ja Fogelholm 2007, 300–309.) Kun toimintakyky heikkenee iän myötä, ihmiset etsivät erilaisia keinoja, joilla arjessa selviytymistä voidaan tukea. Arjessa selviytymisen kompensatiokeinoja ovat mm. tukeutuminen ulkopuoliseen apuun, erilaisen toiminnan kehittäminen tai aiemmin tärkeäksi koetusta toiminnasta kokonaan luopuminen. (Helin 2000, 166.)

### 2.2.2. Psykkinen toimintakyky

Psykkinen toimintakykyyn kuuluvat elämänhallinta, mielenterveys, psykkinen hyvinvointi, itsearvostus ja omien voimavarojen ja haasteiden hallinta (Liikanen, Kaisla ja Viljaranta 2007, 100–101.) Psykkisen toimintakyvyn käsitteessä ovat keskeisiä myös



kognitiiviset eli tiedon käsittelyssä tarvittavat toiminnot. Näitä ovat mm. havainto- ja muistitoiminnot, kielelliset toiminnot, ajattelu, oppiminen, päätöksentekokyky ja ongelmanratkaisu sekä yksilön omat käsitykset, tiedot ja arviot em. toiminnoista. (Hietanen ja Lyyra 2003, 159). Kognitiivista toimintakykyä voidaan mitata MMSE (Mini Mental State Examination)-testeillä.

Kognitiivisten taitojen heikkeneminen voi johtua useista erilaisista sairauksista mm. diabeteksesta, aivojen verenkiertoa vaikeuttavista sairauksista ja mielialuongelmista. Sairauksien ennaltaehkäisyllä ja oikeanlaisella hoidolla ylläpidetään psyykkistä toimintakykyä ja hidastetaan kognitiivisten toimintojen heikentymistä (Hietanen & Lyyra 2003, 161). Kognitiiviseen toimintakykyyn vaikuttavat koko elämän aikana ja etenkin lapsuudessa saavutettu itseluottamus ja usko omiin kykyihin. Myös ravitsemuksella, elintavoilla, väsymyksellä, kivuilla ja muilla toimintakyvyn osa-alueilla on merkitystä siihen, millaisena vanhuksen kognitio mittaushetkellä näyttäytyy (Kähäri-Wiik, ym. 2006, 192). Tästä syystä MMSE-testin ja RAVA-indeksin tulokset saattavat jonkin verran vaihdella tilanteen mukaan. Siksi mittauksia tehdään esimerkiksi vanhuksen tullessa sairaalahoitoon ja myös hänen kotiutuessaan sairaalasta.

Aiemmin otaksuttiin kognitiivisten kykyjen vanhenemismuutosten olevan palautumattomia. Sitten on havaittu, että harjoitus vaikuttaa palauttavasti kognitiiviseen toimintakykyyn niillä vanhuksilla, joilla toimintakyky on alentunut. Myös vanhuksilla, joilla muutoksia kognitiivisissa toiminnoissa ei ole, harjoitus parantaa kognitiivista toimintakykyä (Hietanen & Lyyra 2003, 10).

### 2.2.3 Sosiaalinen toimintakyky

Sosiaalisella toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen kykyä toimia vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa ja hänen aktiivisuuttaan toimia sosiaalisissa suhteissa. Se on myös kykyä suoriutua rooleista eri tilanteissa sekä kykyä selviytyä yhteiskunnassa ja yhteisöissä. Sosiaalinen toimintakyky sisältää myös vastuunoton suhteessa omaisiin ja läheisiin ja liittyy elämän mielekkääksi kokemiseen (Liikanen ym. 2007, 152).

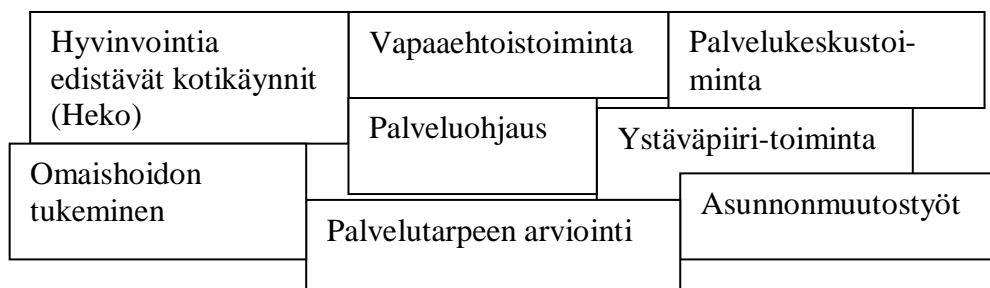
Sosiaaliseen toimintakykyyn kuuluvat harrastukset yksin tai toisten kanssa sekä kotona että kodin ulkopuolella. Laaja sosiaalinen verkosto vaikuttaa sekä fyysiseen että psyykkiseen toimintakykyyn. Ikääntyneet naiset ovat saman ikäisiä miehiä sosiaalisempia. Saman tutkimuksen mukaan kummallakin sukupuolella tärkeimmät ihmissuhteet ovat omiin lapsiin. (Heimonen & Voutilainen 2006, 25). Sosiaalinen ja rakenteellinen ympäristö voi joko olla osallistumista suosivaa tai sitä estävää. (Kähäri-Wiik ym. 2006, 17.)

Vanhusväestöllä sosiaalinen osallistuminen on sidoksissa muuhun toimintakykyyn. Ikääntyvien heikentynyttä fyysistä kuntoa voidaan tukea ja ylläpitää osallistumista helpottamalla, taksiseteleiden tai saattajan avulla, joiden avulla ikääntyvä pääsee päivätoimintaan tai palvelukeskukseen. Pitkäaikaishoidossa asuvilla vanhuksilla erilaiset ryhmätoiminnot, tapahtumat, omaisten vierailut ja vapaaehtoiset ystävät ja ulkoiluttajat ym. ylläpitävät sosiaalista vuorovaikutusta hoitohenkilökunnan lisänä.

### 2.3 Ennaltaehkäisevä työ vanhuspalveluissa

Ennaltaehkäisevään vanhustyöhön kuuluvat mm. palvelukeskustoiminta, ikääntyvien liikunta – ja kulttuuritoiminta, kansalaisopisto, ystäväpalvelut, tukipalvelut (kuten ateriapalvelu), asunnonmuutostyöt ja omaishoidon tukeminen, (Häkkinen & Holma 2004, 20–21). Kuviossa 2 on joitakin ennaltaehkäisevän työn muotoja Helsingin kaupungin sosiaalivirastossa.

KUVIO 2. Ennaltaehkäisevän työn muotoja



Seuraavassa kappaleessa käsitellään ennaltaehkäiseviä kotikäyntejä Suomessa ja muissa pohjoismaissa.

### 2.3.1 Ennaltaehkäisevät kotikäynnit

Ennaltaehkäisevä kotikäynti on ennalta suunniteltu, tietylle ikäryhmälle suunnattu kerta-luontoinen tai esimerkiksi vuoden välein toistettava kotikäynti. (Häkkinen 2002, 16) Ennaltaehkäisevien kotikäyntien tarkoitus on jakaa tietoa kunnan vanhuspalveluista, kotiavusta, siivouspalveluista sekä tuista ja etuuksista. Niiden tarkoitus on myös ennaltaehkäistä ikääntyvien suurempia palvelutarpeita. (Häkkinen 2002, 5, 12.)

Tanskassa on toteutettu vanhusten ennaltaehkäiseviä kotikäyntejä vuodesta 1996 lähtien lakisääteisesti. Lähtökohtana käynneillä ovat vanhusten kunnioittaminen, voimavarat ja elämänarvot. Tanskassa pyritään tapaamaan vanhukset useamman kerran saman työnte-kijän toimesta ja näin tarkoituksena on luoda turvallisuuden tunnetta. Tanskassa käyn-tien tavoitteena on vanhuksen kuunteleminen sekä refleктоiva keskustelu, jossa ei vält-tämättä esitetä ratkaisuja vaan yritetään vaikuttaa siten, että asiakas itse alkaisi miettiä ratkaisuvaihtoehtoja. Tarkoituksena on niin ikään tiedottaa palveluista ja arvioida van-huksen elämäntilannetta. (Häkkinen 2002, 13, 65–66.)

Ruotsissa ennaltaehkäisevillä kotikäynneillä on Tanskaan verraten ohjaavampi ja neu-vovampi ote. Käynneillä pyritään selvittämään vanhusten sosiaalinen ja terveydellinen tilanne mm. käymällä läpi vanhuksen käyttämät resepti- ja vapaakauppalääkkeet sekä rohkaisemalla heitä sosiaaliseen kanssakäymiseen esimerkiksi eläkeläisjärjestöjen kaut-ta. Myös asunnon turvallisuuteen kiinnitetään huomiota mm. turvatarkastusten muodos-sa ja tarkistamalla palovaroittimien toimivuus. (Häkkinen 2002, 75–76.)

Kuntaliiton kyselyn mukaan Suomessa ehkäiseviä kotikäyntejä vanhuksille on tarjottu ainakin vuodesta 1992 Etelä-Pohjanmaalla ja 2000-luvulle tultaessa jo ympäri maata. Kuntaliiton kyselyssä vastaajille oli vielä epäselvää, miten ehkäisevä kotikäynti määri-tellään, ja se oli joskus sekoitettu arviointikotikäyntiin (Häkkinen 2002, 19, 21).

Sosiaalitoimessa on Helsingissä vuodesta 2008 toteutettu ehkäiseviä kotikäyntejä 75 vuotta täyttävillä ikääntyneillä.

Jyväskylässä on päästy Suomen kaupungeista pisimmälle ennaltaehkäisevien kotikäyntien sisältöjen kehittämisessä. Jyväskylässä toteutettiin vuosina 2003–2004 Ennaltaehkäisevä vanhustyö ja palveluohjaus-hanke, jonka pohjalta nykyiset toimintakäytännöt ovat muotoutuneet. Keskeistä Jyväskylässä toteutettavissa kotikäynneissä on niiden voimavara-suuntautunut työote. Ikäihmisiä pyritään tavoittamaan tilanteessa, jolloin he omin voimin voivat vielä vaikuttaa elämänsä kulkuunsa. Ikäihmisiä kohdatessa heidän elämänsä kulusta ja nykytilanteestaan nostettiin esiin voimavarat ja mahdolliset tuen tarpeet, jotka kotikäynnillä kirjattiin ylös ns. palveluvarauksina tai palveluja saatettiin aktivoida saman tien. (Suomi & Hakonen 2008, 185–186, 188)

### 2.3.2 Vapaaehtoistyö

Vapaaehtoistyötä on tehty kautta aikojen, sillä ihmisillä on halu auttaa toisiaan. Vapaaehtoisuus perustuu siihen, että tavallinen ihminen tavallisine taitoineen voi auttaa kanssaihmiä. Suomessa vapaaehtoistyötä tehdään eniten urheilun parissa sekä sosiaalialalla. (Mykkänen–Hänninen, R. 2007, 9.)

Helsingin kaupungin sosiaalivirastossa on vapaaehtoistyön neuvottelukunta, jonka tehtävänä on edistää kaupungin ja vapaaehtoisuhteisöjen välistä yhteistyötä. Neuvottelukunta myös edistää vapaaehtoisuhteisöjen toimintamahdollisuuksia sekä tiedottaa toiminnasta ja kouluttaa vapaaehtoisia. (Halttunen–Sommarahl & Linna 2007, 3.)

Sosiaalivirastolla työskentelee neljä alueellista vapaaehtoistyön ohjaajaa, joiden tehtävänä on mm. käynnistää ja edistää vapaaehtoistoimintaa alueellaan, vapaaehtoisten hankinnasta ja palkitsemisesta huolehtiminen, vapaaehtoistyöstä tiedottaminen ja vapaaehtoisten työnohjaus. Lisäksi ohjaajat ovat perustaneet perhekahviloita, seniorikahviloita ja kerhoja alueilleen. (Halttunen–Sommarahl & Linna 2007, 3–6.)

### 2.3.3 Palvelutarpeen arviointi

Suomessa tuli vuonna 2006 voimaan lakisääteisenä palveluna palvelutarpeen arviointi 75 vuotta täyttäneille henkilöille ja ylintä eläkkeensaajan hoitotukea saaville. Kiireetön

sosiaalipalvelujen palvelutarpeen arviointi tulee tehdä seitsemän arkipäivän kuluessa palvelutarpeen arvioinnin pyynnöstä. Palvelutarpeen arviointi koskee niitä henkilöitä, jotka eivät vielä ole palvelujen piirissä sekä niitä, jotka ovat palvelujen piirissä, mutta joiden tilanne palveluiden tarpeen suhteen on muuttunut. Palvelutarpeen arviointi on maksuton ja sen voi pyytää kunnan sosiaalitoimesta tai muusta ikäihmisiä palvelevasta pisteestä. (STM, palvelutarpeen arviointi 2009)

Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen mukaan kattava palvelutarpeen arviointi nähdään ennaltaehkäisevänä toimena, jossa on otettava huomioon toimintakyvyn eri osat alueet. Palvelutarpeen arviointi tulee tehdä moniammatillisena yhteistyönä, yhteistyössä asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa. Palvelutarpeen arvioinnissa tulee osata hyödyntää toimintakyvyn arviointiin kehitettyjä mittareita ja osattava tulkita niiden avulla saatavaa tietoa. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 3, 26)

#### 2.3.4 Palveluohjaus

Palveluohjaus on asiakkaan tai asiakasperheen tarpeista sekä tavoitteista lähtevää toimintaa. Tavoitteita ei Sauli Suomisen (Suominen, 2008) mukaan kannata määrittää ennen kuin asiakkaan ja palveluohjaajan välille on muodostunut luottamuksellinen suhde.

Työ perustuu asiakkaan voimavarojen varaan rakentamiseen, joustavuuteen, asioiden kokonaisvaltaiseen hahmottamiseen ja asianajoon. Palveluohjaajan roolin Suominen näkee siten, että sen tulee olla itsenäinen palveluohjaajan edustamaan organisaatioon nähden. Etäisyys palveluntuottajiin ei kuitenkaan saa olla niin etäinen, ettei häneen luoteta tai ettei hänellä ole pääsyä näiden yhteistyöverkostoihin (Suominen, 2008.).

Palveluohjauksessa asiakkaalle laaditaan tuki- ja palvelusuunnitelma. (Pietiläinen & Seppälä, 2003, 127). Ikaalisissa palveluohjausta tarkasteltiin Kelan, sosiaalitoimen ja työvoimatoimiston yhteistyönä, jonka lähtökohtana oli nimenomaan asiakkaan kanssa tehtävä toimeksiantosopimus. Asiakkaat olivat Ikaalislaisessa tutkimuksessa työikäistä väestöä. (Reito, 2006, 35.)

Suominen & Tuominen (2007, 31) jakavat palveluohjauksen kolmeen eri malliin: yleiseen, voimavarakeskeiseen ja intensiiviseen palveluohjaukseen. Yleisessä palveluohjauksessa palveluohjaajan rooli on koordinoiva suhteessa muihin palveluntuottajiin. Tässä mallissa työntekijällä voi olla asiakkaita yhtä aikaisesti jopa 50, sillä palveluohjaajan ja asiakkaan suhde on väljempi kuin muissa palveluohjaus-malleissa. (Suominen & Tuominen (2007, 32)

Voimavarakeskeisessä palveluohjauksessa asiakkaan ja palveluohjaajan suhde on tiiviimpi, mistä aiheutuu se, ettei asiakkaita voi olla yhtä aikaa kovin paljon. Voimavarakeskeisessä palveluohjauksen mallissa korostuu asiakkaan itsemääräämisoikeus ja siinä lähtökohtana on asiakkaan omien tavoitteiden toteuttaminen. Palveluneuvojan rooli on tukea ja antaa neuvoja sekä toimia asiakkaan ”edunvalvojana” ja kumppanina. (Suominen & Tuominen, 2007, 32–33.)

Intensiivisessä palveluohjauksessa asiakkaan vaikea elämäntilanne vaatii tiivistä työskentelyä. Tämän mallin toinen nimi on ns. kliininen case management. Palveluohjaajan rooliin kuuluu asiakkaan tukeminen ja motivoiminen sekä palveluiden ja suunnitelmien yhteensovittaminen. Palveluohjaaja toteuttaa yhdessä asiakkaan kanssa myös omia hoito- ja kuntoutustoimenpiteitä (Suominen & Tuominen, 2007, 33).

Suomessa usean sektorin tekemä työ olisi Valokiven ja Ala – Nikkolan (1997) mukaan mielekästä yhdistää siten, että palveluohjaaja hoitaisi asiakkaan asioita viranomaisverkoston suuntaan. Olisi myös tärkeää, että palveluohjaajalla olisi oma budjetti, josta hän voisi tarvittaessa ostaa asiakkaalle eri palveluntuottajien palveluita. (Ala-Nikkola & Valokivi 1997, 26.)

Hännisen mukaan Australiassa palveluohjaukseen on kuulunut rahojen hallinta ja jakaminen asiakkaan tarpeen mukaisesti. Yhteiskunta- ja kulttuurierot selittävät palveluohjauksen sisältöjen muokkautumista, vaikkakin asia on ollut esillä myös Suomessa aika ajoin (Hänninen 2008, 206).

Hännisen mukaan palveluohjauksella voidaan vaikuttaa ennaltaehkäisevästi vanhusten palveluissa. Ennaltaehkäisevyys toteutuu, kun ikäihmisen avun tarvetta kartoitetaan. Palvelun tarpeita voidaan myös ennakoita tilannekartoituksen pohjalta. Samalla palve-

luohjaus voi toimia myös ennaltaehkäisevästi siten, ettei tilanne huonone vaan että vanhus saa oikeanlaiset palvelut oikeaan aikaan. (Hänninen 2008, 206.)

## 2.4 Muistisairaudet

Kaikista eniten sosiaali- ja terveystalveluiden tarvetta ikääntyville aiheuttavat demen-toivat sairaudet. Ne ovat myös suurin yksittäinen syy joutua ympärivuorokautiseen pit-kääikaishoitoon. Yleisin dementiaa aiheuttava sairaus on Alzheimerin tauti.

Suomessa arvioitiin vuonna 2005 olevan n. 120 000 dementiaoireista ihmistä, joista yli puolet asui yksin. (Eloniemi – Sulkava, Sormunen ja Topo 2008, 9–11.) Muita dementi-aa aiheuttavia sairauksia ovat Lewyn kappale-tauti, verisuoniperäinen dementia ja fron-taalityyppinen dementia. Myös Parkinsonin tautiin sekä Suomessa harvinaiseen Hun-tingtonin tautiin liittyy dementiaa. Runsaan alkoholin käytön seurauksena kehittyntä dementiaa arvellaan olevan n. 1 % kaikista dementiataapauksista. Sairastuneet ovat usein muihin muistisairaisiin verraten nuoria, n. 50–60vuotiaita. (Sulkava ja Eloniemi – Sulkava 2008, 88–100.)

### 2.4.1 Alzheimerin tauti

Alzheimerin tauti diagnosoitiin n. 100 vuotta sitten, kun saksalainen lääkäri Alois Al-zheimer kuvasi taudin oireet potilaallaan. Ensimmäiset lääkevalmisteet Alzheimerin tautiin kehitettiin 1900-luvun lopulla, josta lähtien on saavutettu merkittäviä tuloksia. (Erkinjuntti, Alhainen, Rinne & Huovinen 2006, 77.)

Nykyisin korostetaan Alzheimerin taudin varhaista diagnoosia, sillä lääkehoidolla voi-daan hidastaa oireiden etenemistä ja parantaa sairastuneen elämänlaatua. Yleensä ei tiedetä, koska potilas on sairastunut Alzheimerin tautiin, sillä ensimmäisiä oireita on vaikea tunnistaa. Omaisten ja läheisten avulla voidaan selvittää ovatko potilaan muis-

tiongelmat jatkuvia ja miten ne vaikuttavat arkielämään, sairastunut itse ei yleensä osaa näihin vastata. (Erkinjuntti ym. 2006, 74, 77.)

Alzheimerin taudin ensioireena on yleensä uuden asian oppimisvaikeus ja tuoreen muistiaineen unohtaminen. Vähitellen sairastuneen on vaikeaa ilmaista itseään, hahmottaa ympäristöään ja ohjata toimintaansa. Myöhemmin ilmenee vaikeuksia arkisissa toiminna kuten ruuanlaitossa, siivouksessa ja laskujen maksamisessa. (Erkinjuntti ym. 2006, 80, 86.)

Alzheimerin tauti luokitellaan lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan Alzheimerin tautiin. (Telaranta 2001, 43). Telarannan (2001, 79, 89) mukaan esioireita Alzheimerin taudissa ovat käyttäytymisen sekä mielialan muutokset, lisääntyvä unohtelu sekä mahdollisesti unohtelusta aiheutuvat erimielisyydet puolison tai muun läheisen kanssa.

Lievässä vaiheessa Alzheimerin tautia on tärkeää harjoittaa muistia aktiivisesti sekä pitää aivot virkeinä. Tällä tavoin pystytään taistelemaan sairauden etenemistä vastaan, ja hidastamaan taudin kulkua. Mielialan tulisi olla mahdollisimman hyvä, tarvittaessa voidaan aloittaa mielialalääkitys. Tässä vaiheessa sairautta on hyvä sopia siitä, miten raha-asioita hoidetaan jatkossa. (Telaranta 2001, 43–44.) Muistia voidaan harjoittaa esimerkiksi sanaristikoiden ratkomalla tai muistelun avulla. On tärkeää, että sairastunutta rohkaistaan ja tuetaan eikä moitita vaikka jokin muistitehtävä ei onnistuisi. Positiivinen suhtautuminen helpottaa sairastuneen oloa eikä aiheuta omanarvontunnon alenemista. (Telaranta 2001, 91–92.)

Alzheimerin taudin (sekä muidenkin muistisairauksien) edetessä looginen ajattelu vaikeutuu. Jo sairauden toteamisvaiheessa tulisi neuvotella autolla ajamisesta, koska josain vaiheessa siitä joutuu luopumaan. Toisinaan on vaikeaa määritellä, milloin autolla ajamisesta tulisi luopua, mutta kun se otetaan esille riittävän varhain, sairastuneella on aikaa käsitellä asiaa. (Telaranta 2001, 44–46.)

Keskivaikeassa vaiheessa päivittäisistä asioista selviytyminen vaikeutuu ja sairastunut tarvitsee apua ravitsemuksessa, pukeutumisessa, kodin hoidossa sekä henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtimisessa. (Telaranta 2001, 47.) Keskivaikeassa vaiheessa esineiden ja asioiden hahmottaminen vaikeutuu, tämä vaikuttaa mm. ruokailutilanteissa. Vaikka



sairastuneen taito selviytyä ruokailusta on heikentynyt, on tärkeää antaa hänen itsensä tehdä mahdollisimman paljon. Kattausta ja ruokien esille laittoa voidaan yksinkertaistaa mm. tarjoamalla vain yksi ruokalaji ja ateriointiväline kerrallaan. (Telaranta 2001, 83.)

Sosiaalisen seurustelun sekä keskustelun taidot säilyvät sairastuneella usein pitkään, joten lääkärin vastaanotolla on tärkeää olla joko omainen mukana tai riittävästi etukäteistietoa käytettävissä, sillä sairastunut saattaa vakuuttaa uskottavastikin, että hän selviää ilman apuja. (Sulkava 2010, 123.) Vaikka sairaus tuo mukanaan monista asioista ja aiemmista harrastuksista luopumista, on elämässä edelleen paljon hyviä hetkiä. Sairastuneen itsetuntoa voidaan pitää yllä onnistumisten avulla sekä kaikkea mielihyvää tuottavaa harrastamalla. Läheisten ja omaisten avulla keskivaikeassa Alzheimerin taudin vaiheessa sairastunut voi edelleen käydä tapahtumissa ja tilaisuuksissa, kunhan ne eivät ole liian vaativia. Sairastuneen kykyä osallistua mm. ohjattuun liikuntaan väheksytään, ja vaikka sairastunut olisi vastahakoinen osallistumaan, tulisi häntä houkutella mukaan erilaisiin liikunnallisiin harrastuksiin. Liikunta, musiikki, tanssi sekä taidehetket virkistävät mieltä. (Telaranta 2001, 48–49.)

Vaikeassa Alzheimerin taudissa pääosa tuoreesta ja aiemmasta muistiaineksesta unohtuu, ilmenee kävelyvaikeuksia, vaikeutta tuottaa ja ymmärtää puhetta sekä pidätyskyvyn puutteita. Sairastuneen puhe muodostuu yksittäisistä sanoista tai äänneistä. Sairastunut ei enää tunnista puolisoaan tai läheisiään. Tässä vaiheessa sairastunut usein tarvitsee apua kaikissa päivittäisissä perustoimissa. (Telaranta 2001, 50–51.) Kävelykyvyssä tapahtuu muutos siten, että sairastunut vain vaivoin pystyy kävelemään ja ylläpitämään tasapainoa. Lopulta sairastunut menettää kävelykykynsä kokonaan (Telaranta 2001, 102).

Telarannan mukaan (Telaranta 2001, 50–51.) keskustelua sairastuneen kanssa on tärkeää pitää yllä, sillä koskaan ei voida tietää kuinka paljon hän puheesta ymmärtää. On todettu, että sairastuneet aistivat tunnelmia, ilmeitä ja eleitä. Kaikissa Alzheimerin taudin vaiheissa on tärkeää kohdata ja kohdella sairastunutta aikuisena ihmisenä, vaikka henkilö olisi täysin toisten avun varassa. (Telaranta 2001, 50–51.)

Vaikeassa vaiheessa Alzheimerin tautia sairastunut ei enää tunnista ympäristöään, vaan kaikki huoneet ja tilat ovat yhtä vieraita. Läheinen ihminen tai sairastuneen tilanteeseen perehtynyt hoitaja tuovat turvallisuuden tunnetta. (Telaranta 2001, 102).

Alzheimerin taudille altistavia tekijöitä ovat mm. aivoverenkiertohäiriöt, korkea kolesterolitase ja sokeriaineenvaihdintahäiriöt (metabolinen oireyhtymä, diabetes). Myös verenpainetauti ja tietty perinnöllinen alttius (kaikista tapauksista vain 0,5–1 %) nostavat riskiä sairastua Alzheimerin tautiin. Hoitamalla asianmukaisesti näitä sairauksia keski-ikässä ja myöhemminkin, voidaan vaikuttaa keskeisesti myös Alzheimerin tautiin sairastumiseen. (Erkinjuntti, ym. 2006, 78)

#### 2.4.2 Muut muistisairaudet

Muistia voivat alentaa tai heikentää Alzheimerin taudin lisäksi vaskulaarinen dementia, jossa aivojen pienissä ja suurissa valtimoissa on tukoksia. Tavallisesti tukoksia on pienissä, syvällä sijaitsevilla valtimoissa. Oireet vaihtelevat sen mukaan, missä vaurio on tapahtunut. Yleisiä oireita ovat kävelyvaikeudet, depressio ja yöllinen sekavuus. Vaskulaarista dementiaa sairastavalla on enemmän käytösoireita kuin Alzheimerin tautia sairastavalla. Riskitekijöinä vaskulaariselle dementialle ovat diabetes, verenpainetauti, sydämen rytmihäiriöt ja erityisesti eteisvärinä. (Sulkava 2010, 126–127)

Lewyn kappale tauti on kolmanneksi yleisin muistisairaus. Taudin edetessä dopamiinia ja asetyylikoliinia välittäjäaineina käytävissä hermosoluissa tapahtuu muutoksia. Niiden välinen tasapaino muuttuu aiheuttaen oireita. Sairauden alkuvaiheessa kognitiivisen tason heikentyminen on lievää. Etenkin väsyneenä Lewyn kappale – dementiaa sairastavalla on muistivaikeuksia ja loogisen ajattelun vaikeutta. Vireystason vaihtelut vaikuttavat oireiden esiintymiseen. Muina oireina on Parkinsonin taudille tyypillistä lepovapinaa ja kävelyvaikeuksia (joskin lievempinä kuin Parkinsonin taudissa), hidastumista, kasvojen ilmeettömyyttä ja eteenpäin kaatumistaipumusta. Lewyn kappale – tautia sairastavalla esiintyy harhoja, etenkin näköharhoja aamuisin, jotka liittyvät vilkkaisiin uniin ja jatkuvat hetken aikaa vielä heräämisen jälkeen. Näköharhoja alkaa myöhemmässä sairauden vaiheessa olla myös päiväsaikaan ja ne ovat hyvin todentuntuksia. Alkuvaiheessa sairastunut ymmärtää että kyseessä on näköharha mutta myöhemmässä vaiheessa ei. Valaistuksen parantaminen ja heijastavien pintojen peittäminen voi auttaa. (Sulkava 2010, 128–129.)

Frontotemporaalet degeneraatiot tarkoittavat eteneviä muutoksia aivojen otsa- ja ohi-molohkoissa. Sairaudessa on kaksi muotoa: Etenevä afasia ja otsalohkodementia. Otsalohkodementiassa sairastuneen on vaikeaa suoriutua pitkäjänteisyyttä vaativista tehtävistä. Myös impulssien kontrollointi on vaikeaa. Etenevissä afasioissa puheen tuottaminen on työlästä. Otsalohkodementiaan sairastuneet ovat yleensä 60–70vuotiaita. (Sulka-va 2010, 131.)

### 3 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

#### 3.1 Tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää, millaista ennaltaehkäisevä työ on Riistavuoren vanhustenkeskuksen yhteydessä olevassa palvelukeskuksessa ja läntisessä sosiaali- ja lähityön yksikössä liittyen muistisairauksiin sekä millaisia kehittämistarpeita ennaltaehkäisevässä työssä on. Tiedot opinnäytetyötä varten kerättiin haastattelemalla sosiaalivirastossa työskenteleviä henkilöitä. Tutkimukseen osallistuvista organisaatioista on kerrottu lisää seuraavassa kappaleessa. Haastattelut nauhoitettiin ja muutettiin kirjalliseen muotoon. Tiedot käsiteltiin sisällönanalyysillä. Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

- A) Mitä ennaltaehkäisevä työ on muistisairauden parissa kohdeorganisaatioissa
- B) Miten muistisairauksia pyritään ennaltaehkäisemään sosiaali- ja lähityössä sekä palvelukeskuksen toiminnassa

#### 3.2 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyön tutkimusaineisto muodostui kahdesta ryhmähaastattelusta, jotka nauhoitettiin. Haastatteluun osallistuneet henkilöt valikoituivat mukaan tutkimukseen vapaaehtoisesti ja sen perusteella, että he työskentelevät sosiaalivirastossa tutkimuksen kohdealueella Etelä-Haagassa.

Ensimmäiseen haastatteluun osallistujat rekrytoitiin ryhmän luonnollisen kokouksen yhteydessä kertomalla pääkohdat tutkimuksen tarkoituksesta ja tehtävistä. Toiseen haastatteluun osallistujia pyydettiin mukaan tutkimukseen sähköpostin välityksellä. Sähköpostiviesti lähetettiin toimipisteen johtavalle työntekijälle, joka välitti viestin eteenpäin. Johtava työntekijä lähetti tiedot haastatteluun osallistujista takaisin opinnäytetyön laittajalle, joka sittemmin sopi haastatteluajankohdan ja toteutti haastattelun. Haastateltavia

oli yhteensä kahdeksan henkilöä ja haastattelut toteutettiin kahdessa eri ryhmässä. Osallistujat täyttivät haastattelutilanteessa taustatieto-lomakkeen (ks. liite 1) jossa heiltä kysyttiin muun muassa työskentelyaikaa nykyisessä työssä.

Laadullisessa tutkimuksessa käytetään aineistonkeruumenetelmiä, jotka ovat mahdollisimman avoimia (Kylmä & Juvakka 2007, 64). Tässä opinnäytetyössä tiedonkeruun menetelmänä olivat teemahaastattelut. Teemahaastattelu on lomake- ja avoimen haastattelun välimuoto. Teemahaastattelussa on mahdollista päästä keskustelunomaiseen tilanteeseen, sillä kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuvat. (Hirsjärvi ym. 2004, 197.) Avoin haastattelu ja teemahaastattelu eroavat siinä, että avoimessa haastattelussa haastateltavan annetaan puhua vapaasti. Avoin haastattelu vie paljon aikaa. Teemahaastattelussa sen sijaan haastattelun teemat ovat selvillä, mutta niiden esittämisjärjestystä ei ole ennalta lyöty lukkoon. (Hirsjärvi ym. 2004, 197–198.)

### 3.3 Aineistonkeruu ja analysointi

Opinnäytetyön aineisto kerättiin teemahaastattelu-menetelmällä ja toteutettiin ryhmähaastatteluina. Ryhmähaastattelu on tehokas haastattelumuoto, sillä samalla saadaan haastateltua useampaa henkilöä yhtä aikaa. Sen etu on myös, että se saattaa auttaa haastateltavia muistamaan joitakin yksityiskohtia, kun on kyse muistinvaraisista asioista (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2004, 199–200). Ryhmähaastattelun luonne voi vaihdella väljästä ja vapaamuotoisesta haastattelusta rajattuun ja ohjattuun haastatteluun. (Kylmä & Juvakka, 2007, 84.)

Vilkan mukaan laadullisella menetelmällä tehdyn tutkimuksen tärkeä tehtävä on se, että se voi olla emansipatorinen eli hyödyttää myös tutkimukseen osallistuvia. Tämä voi toteutua esimerkiksi siten, että haastateltavien ymmärrys käsiteltävää asiaa kohtaan lisääntyy. Myös työelämän kehittämishankkeissa, joissa tavoitteena on yhteisen kielen luominen, voi ryhmähaastattelusta olla hyötyä tutkimukseen osallistuville (Vilka 2007, 102–103).

Haastattelunauhat purettiin tekstimuotoon eli litteroitiin. Näin kokoon saatu aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä aineistolähtöisesti. Se tarkoittaa, että aineistosta nousevat asiat koodattiin ja aineiston annettiin puhua. Sen jälkeen pystyttiin muodostamaan kokonaiskäsitys aineistosta. Hirsjärven ja Hurmeen mukaan (2008, 143) aineisto olisi luettava kokonaisuutena, mieluummin useampaan kertaan, jolloin aineistosta alkaa löytyä mielenkiintoisia kysymyksiä ja se herättää ajatuksia.

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä aloitetaan aineiston analyysi sitä pelkistämällä. Aineiston pelkistäminen tarkoittaa, että siltä kysytään kysymyksiä tutkimustehtävien mukaisesti. Aineistolta saadut vastaukset, pelkistetyt ilmaisut, kirjataan aineiston termein. (Latvala & Vanhanen – Nuutinen 2003, 26.) Tässä opinnäytetyössä aineiston järjestäminen eteni sitä mukaan kuin aineistoa kertyi. Grönforsin mukaan ”samalla kun *tutkija itse* kirjoittaa puhtaaksi kenttämuistiinpanojaan, hänellä on siinä mahdollisuus jo paitsi palauttaa mieleen ja kerrata kenttäkokemuksiaan myös tehdä alustavaa analyysiä materiaalin pohjalta” (Grönfors 1982, 156). Grönforsin mukaan ensimmäinen vaihe analysoinnissa onkin aineiston järjestäminen (Grönfors 1982, 155–156.). Järjestämisellä hän tarkoittaa muistiinpanojen ja aineiston luokittelemista siten, että tietty aineisto voidaan yhdistää tiettyyn vastaajaan. Käytännössä teksti jaettiin haastatteluteemojen mukaisesti luokkiin, jolloin aineistoa oli helpompi lähestyä.

Aineistoa analysoidessa tehtiin myös indeksointia, joka tarkoittaa tekstin kuvailua. Indeksoinnin avulla voidaan tekstistä helpommin löytää se aineisto, jota seuraavaksi halutaan analysoida. Indeksit toimivat osoitteina ja niiden avulla voidaan myös merkitä, mitä kukin haastateltava on puhunut (Eskola & Suoranta 1999, 156).

Tutkija voi päättää, litteroiko hän koko aineiston vai tekeekö äänitteistä omat lyhyet muistiinpanot. (Grönfors 1982, 156–157, Hirsjärvi & Hurme, 2008, 138). Tässä opinnäytetyössä kaikki haastatteluissa kertynyt aineisto litteroitiin.

Sisällönanalyysissä aineisto jaetaan luokkiin. Luokkien perusteena voi olla mm. teoreettiset mallit, aineisto itse, tutkimusongelma ja ala-ongelmat. Myös esimerkiksi teema-haastattelun teemat voivat toimia luokkina. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 148 – 149.) Sisällönanalyysissä on olennaista erottaa tutkimusaineistosta erilaisuudet ja samanlaisuudet. Näitä voidaan luokitella, mutta luokkien tulee olla yksiselitteisiä ja toisensa poissulkevia (Latvala & Vanhanen – Nuutinen 2003, 23). Opinnäytetyössä haastatteluteemat toi-

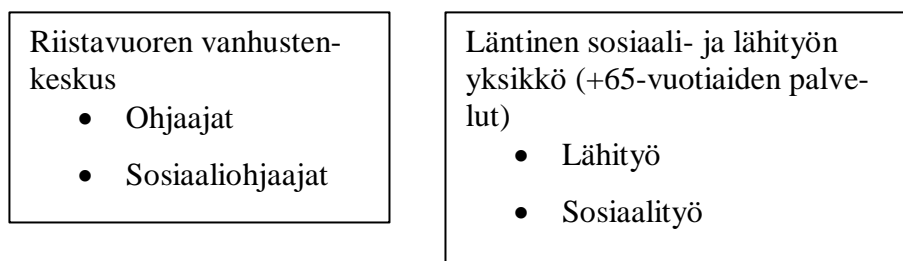
mivat aineiston luokittelussa luokkina. Kun aineisto oli luokiteltu, oli tarpeen uudelleen pohtia olivatko kaikki luokat tarpeellisia. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 149).

Sisällönanalyysissä luokkien yhdistelyvaihe on tärkeä, sillä siinä korostuvat tutkijan ajattelutyö ja ymmärtämisen osuus. Hirsjärven ja Hurmeen mukaan ei riitä, että aineisto luokitellaan ja ryhmitellään vaan tästä vaiheesta jatketaan aineiston deduktiiviseen vaiheeseen. Se tarkoittaa sitä, että tutkija käsittelee aineistoa omasta ajatusmaailmastaan käsin. Tavoitteena on kehittää sellainen malli tai näkökulma, johon luokiteltu aineisto voidaan sijoittaa. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 150.) Grönforsin mukaan sisällönanalyysi tuottaa raaka-aineet teoreettiseen pohdintaan, mutta itse pohdinta tapahtuu tutkijan järjestelmällisen ajattelun keinoin (Grönfors 1982, 161). Myös Hurme ja Hirsjärvi toteavat, että usein tutkimusraporteissa tulkinnan osuus on jäänyt vähäiseksi eli ilmiötä ei ole päästy ymmärtämään syvällisesti. (Hurme & Hirsjärvi 2008, 144.)

### 3.4 Opinnäytetyön kohdeorganisaatiot

Opinnäytetyön tutkimuksen kohteina olivat Helsingissä sosiaaliviraston Läntinen sosiaali- ja lähityön yksikkö sekä Riistavuoren vanhustenkeskuksen palvelukeskus. Nämä yksiköt valittiin tutkimuksen kohteiksi, sillä ne sijaitsevat kumpikin samalla Etelä-Haagan alueella ja niiden työntekijät työskentelevät muistisairaiden vanhusten parissa. Täten myös asiakaskunnan voidaan olettaa olevan sama kummallekin yksikölle. Tutkimuksen aineisto kerättiin haastattelemalla kohdeorganisaatioiden työntekijöitä (ks. kuvio 3).

KUVIO 3. Opinnäytetyön kohdeorganisaatiot sosiaalivirastossa



### 3.4.1 Riistavuoren vanhustenkeskus

Riistavuoren vanhustenkeskus muodostuu viidestä yksiköstä; ryhmäkodeista, palvelutalosta, palvelukeskuksesta, terapiayksiköstä (fysioterapia ja toimintaterapia) sekä päivätoiminta Oravanpesästä. Riistavuoressa oli vuosina 2008–2009 meneillään kaksi pilottia: Monipuolinen vanhustenkeskus-pilotti ja hyvinvointikeskus-pilotti.

Monipuolinen vanhustenkeskus-pilotin toiminta palveli tietyllä postinumero-alueella asuvia (Helsinki 00320) ikäihmisiä ns. arviointi- ja kuntoutusjaksoja järjestämällä. Arviointi- ja kuntoutusjaksojen tavoitteena oli kartoittaa vanhuksen toimintakykyä ja parantaa sitä. Mikäli kuntoutusjaksolla olleen toimintakyky ei palautunut siinä määrin, että hän pystyi palaamaan omaan kotiinsa, etsittiin hänelle tarkoituksenmukainen hoitopaikka Riistavuoresta. Toiminta on jatkunut myös kokeilun jälkeen Riistavuoressa laajentuen muihin vanhustenkeskuksiin. Kotona asuvien ikäihmisten toimintakyvyn säilymistä tuetaan myös lyhytaikaishoito-jaksojen, päivätoiminnan ja palvelukeskuksen toiminnan avulla.

Hyvinvointikeskusten tavoitteena oli ”tukea ja edistää ikääntyvien toimintakykyä, terveyttä ja hyvinvointia sekä yksinäisyyden ja syrjäytymisen ehkäisy mahdollisimman varhaisessa vaiheessa”. Tarkoituksena oli myös keskittää palveluja jo olemassa oleviin palvelukeskuksiin ja yhtenäistää palveluntarjontaa jonka kenttä oli tähän asti ollut kovin hajanainen (Sosiaalivirasto, 7.4.2011). Hyvinvointikeskus-pilotin taustalla oli Helsingin Vanhuspalveluohjelma vuosille 2006–2009, jossa linjataan: ”terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, senioriliikunta, palvelukeskusten toiminta, vapaaehtoistoiminta, ehkäisevät kotikäynnit sekä sosiaalista syrjäytymistä ehkäisevät toimet kootaan toisiaan täydentäväksi kokonaisuudeksi” (Vanhuspalveluohjelma 2006–2009, 47).

Palvelukeskus vastaa kotona asuvien vanhusten toiminnasta (mm. avoimet ryhmät ja liikuntaryhmät) palvelukeskuksen aukioloaikoina. Muina palveluina ovat mm. ruokailu, kirjasto sekä mahdollisuus käyttää tietokonetta ja saada siihen opastusta. Sosiaaliohjaajat antavat neuvoja alueen vanhuspalveluista. Henkilökunta palvelukeskuksissa muodostuu toiminnanohjaajasta, ohjaajista, sosiaaliohjaajista, askartelunohjaajista sekä neuvonnan henkilökunnasta (Sosiaalivirasto, 24.3.2011).



Palvelukeskusten historia alkaa Suomessa 1970-luvulta. (Paulig, 2008, 5–7.) Helsingissä on kaiken kaikkiaan 12 vanhusten palvelu- tai virkistyskeskusta. Lisäksi kaksi palvelukeskusta on toiminnassa kesäisin. Palvelukeskustoimintaa Helsingissä on aiemmin tutkinut Ahonen (2007). Ahosen tutkimuksen kohteena oli Kinaporin palvelukeskus ja asiakkuus palvelukeskuksessa.

### 3.4.2 Läntinen sosiaali- ja lähityön yksikkö

Helsingissä on neljä sosiaali- ja lähityön yksikköä, jotka vastaavat yli 65-vuotiaiden sosiaalipalveluista. Yksiköissä työskentelee toimistosiihteereitä, sas-sijoittajia<sup>2</sup>, omaishoidontuen ohjaajia, lähityöntekijöitä, sosiaalityöntekijöitä ja johtava sosiaalityöntekijä ja/tai aluepäällikkö. Läntisellä sosiaali- ja lähityön asemalla sosiaalityöntekijät ja omaishoidontuen ohjaajat työskentelevät tietyllä maantieteellisellä alueella, joiden lakisääteisistä palveluista he vastaavat.

Sosiaali- ja lähityön yksiköissä työskentelee lähityöntekijöitä. Lähityön sosiaaliohjaajien koulutus pohja on esimerkiksi sosiaaliohjaajan, sosionomin tai geronomin koulutus. Lähityön sosiaaliohjaajan työnkuva muodostuu yksilö-, ryhmä- ja yhteistyöstä. Työmuotoina ovat palveluohjaus ja -neuvonta, kotikäynnit, verkostotyö, moniammatillinen yhteistyö eri tahojen kanssa ja asiakkaan tukeminen käytännön asioissa. Lähityön periaatteita ovat nopea reagointi, joustavuus, suunnitelmallinen ja käytännönläheinen asiakastyö (Pekkala, 2007).

Lähityössä korostuu asiakkaan lähellä työskentely, hänen tukemisensa toimimaan yhdessä verkostonsa kanssa sekä yhteistyö ja uusien ratkaisujen löytäminen asiakaslähtöisesti. Verrattuna sosiaalityöhön lähityö koetaan vähemmän rutiininomaiseksi ja vapaammaksi, sillä työ ei sisällä virallista päätöksentekooikeutta. (Väisänen & Liikanen, 11.9.2008.)

---

<sup>2</sup> Sas=Lyhenne sanoista selvitys, arviointi ja sijoitus. Sas-toiminta on viimesijainen keino löytää vanhusasiakkaalle oikea sijoituspaikka esimerkiksi palveluasumisessa. (Liikanen ym. 2007, 155)

Lähityöntekijä voi erikoistua esimerkiksi muistikoordinaattorin tehtävään tai toimia päivätoiminnan koordinaattorina. Muistikoordinaattori pitää yhteyttä alueensa muistineuvoloihin ja tekee yhteistyötä kotihoidon kanssa. Muistikoordinaattori kulkee asiakkaan rinnalla siitä hetkestä alkaen, kun muistihäiriö on löytynyt, aina siihen asti kunnes hoitotaso-päätös on tehty. (Pekkala 2007.)

Omaishoidon toimintakeskukset ovat hallinnollisesti sosiaali- ja lähityön yksiköiden alaisuudessa, mutta sijaitsevat usein eri yksikössä. Helsingin kaupungin Internet – sivujen mukaan omaishoidon toimintakeskuksissa järjestetään omaishoitajille palveluohjasta, neuvontaa, virkistyspäiviä sekä juhlia. Lisäksi omaishoitajia tuetaan hoitotyössä ja annetaan heille mahdollisuus virkistäytymiseen. Omaishoidon toimintakeskuksia on Helsingissä neljä (Sosiaalivirasto, 24.3.2011).

## 4.1 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

### 4.1.1 Ryhmähaastatteluiden kulku

Riistavuoren vanhustenkeskuksessa haastateltiin viittä tutkimukseen osallistujaa. Haastatelluista neljä työskenteli palvelukeskuksessa ja yksi vastaaja fysioterapiaosastolla. Kolme vastaajaa sijoittui ammattinimikkeeltään sosiaaliohjaajaksi ja loput kaksi valitsivat vaihtoehdon muu, mikä. Koulutustaustaltaan neljä viidestä on valmistunut ammattikorkeakoulusta ja yksi vastaaja opistotasoisesta ammatillisesta koulutuksesta. Kaikki vastaajat olivat työskennelleet Riistavuorella alle viisi vuotta.

Sosiaali- ja lähityön yksiköstä haastateltiin kolmea osallistujaa. Ammattinimikkeeltään vastaajista kaksi on sosiaaliohjaajia ja yksi sosiaalityöntekijä. Heidän koulutustaustansa on vaihteleva; yksi ammattikoulun käynyt, yksi ammattikorkeakoulun käynyt ja yksi korkeakoulussa alemman asteen tutkinnon suorittanut. Osallistujat hajaantuivat myös työskentely vuosien perusteella, sillä yksi vastaajista oli työskennellyt yksikössä yli 10 vuotta, toinen vastaaja 5–9 vuotta ja kolmas alle viisi vuotta.

Haastattelut tehtiin osallistujien työpaikoilla eli tutkimuksen kohdeorganisaatioissa loppuvuodesta 2010. Haastattelujen alussa osallistujille jaettiin tietoa opinnäytetyön tarkoituksesta ja haastateltavien oikeuksista (ks. liite 1.) Haastateltaville jaettiin myös taustatietolomake (ks. liite 2), jossa kysyttiin em. tietoja koulutuksesta sekä työskentelyaika nykyisessä työssä.

Ensimmäinen haastattelu tehtiin Riistavuoren palvelukeskuksessa ja se oli kestoltaan tunnin mittainen. Haastattelun alussa osallistujille esitettiin toive, että he voisivat keskustella keskenään haastatteluteemoista. Tämä siitä syystä, että haastattelu voisi hyödyntää myös osallistujien yhteistä työtä.

Toinen haastattelu tehtiin sosiaali- ja lähityön yksikössä. Tämän haastattelun kulku oli erilainen; osallistujat vastasivat haastattelijan esittämiin kysymyksiin, ja haastatte-

lijoiden kesken ei syntynyt yhtä paljon keskustelua. Haastattelun kesto jäi Riistavuorella tehtyä haastattelua lyhyemmäksi. Tähän voi olla monia syitä. Riistavuorella opinnäytetyön tekijä on henkilönä tutumpi siellä työskentelynsä kautta. Toisaalta haastattelun keston saattoi vaikuttaa se, että sosiaali- ja lähityön yksikössä osallistujat ilmoittivat tilanteen alussa, että käytettävissä oleva aika oli rajatumpi kuin haastattelija oli olettanut. Haastattelija ei muistanut mainita toisen haastattelun osallistujille, että toivoi heidän keskustelevan keskenään haastatteluteemoista.

Analyysin alussa haastattelumateriaali litteroitiin ja yhteensä tekstiä syntyi 21 sivua. Sen jälkeen teksti jaettiin haastatteluteemojen mukaisiin luokkiin. Tämän jälkeen jokaisesta teemasta laadittiin taulukko (ks. liite 4: 2 – 3), johon kirjattiin haastateltavien käyttämät ilmaisut sekä pelkistetyt ilmaisut. Lopuksi ilmaisuista muodostettiin niitä kuvaavia ala – ja yläkategorioita (Ks. liite 4: 1).

#### 4.1.2 Kohdeorganisaatioiden ennaltaehkäisevä työ

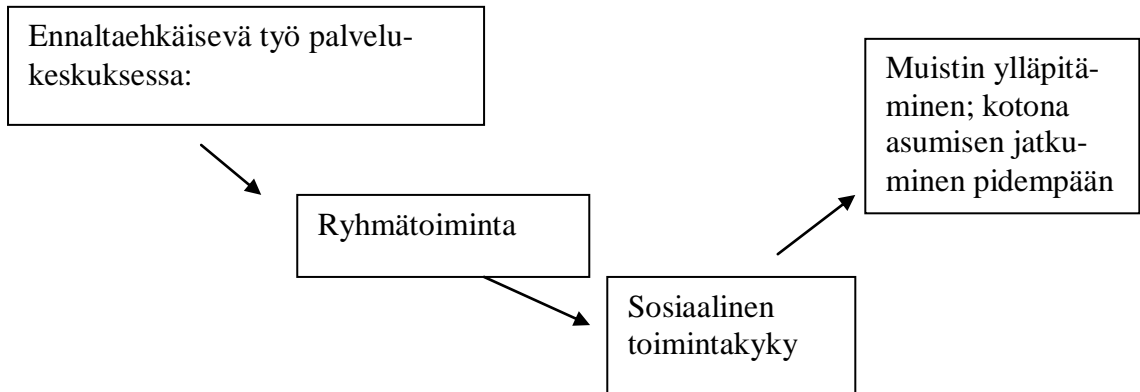
Palvelukeskuksen ennaltaehkäisevässä työssä on erotettavissa kaksi osa-aluetta: Varhaisvaiheen ennaltaehkäisevä toiminta ja ryhmätoiminta. Ennaltaehkäisevä työ pitäisi vastaajien mukaan olla osa sosiaali- ja lähityön yksikön työtä. Toisaalta vastaajat kokevat juuri ryhmätoiminnan palvelukeskus-työssä ennaltaehkäisevänä, sillä se pidentää iäkkäiden kotona asumista ja luo mahdollisuuden ylläpitää sosiaalista toimintakykyä. Vastaajien mukaan sosiaalinen toimintakyky on yhteydessä muistin ylläpitämiseen (ks. Kuvio 4.):

*”Sitten taas ennaltaehkäisee tavallaan sitä yksin jäämistä ja.. – Niin, ja sitten pysyy yksin asumaan pidempään kotona - Voisko sanoa, että ennaltaehkäisee sitä laistumista? – Niin, ja liitännäissairauksia, masennusta ja muuta..*

*– Kyllähän niillä liikuntaryhmilläkin on aikamoinen psyykkinen vaikutus niille ihmisille, kun ne on aika tiivis porukka...siinä ylläpitää koordinaatiota ja muuta.. ja jos ajattelee, että yksi muistin tärkeistä ylläpitäjistä on sosiaalinen kanssakäyminen, niin kyllähän sitä tulee siinä.”*

*”Kaikenlainen toimiminen ehkäisee sitä muistin huononemista siis ihan muistuttaa mieleen että miten tämä tehdäänkään ja kaikki tällainen... Se liittyy noihin ryhmiin, että kunhan tekee niitä päivittäisiä toimia ja kokeilee, minkälaista leipominen olikaan jos on vaikka muistisairas niin kyllähän se tavallaan palauttaa jotain.”*

KUVIO 4. Ennaltaehkäisevä työ palvelukeskuksessa:



Ryhmätoiminnassa olennaista on vastaajien mukaan tarjota virkistystä, sosiaalisen kanssakäymisen mahdollisuuksia sekä tukea kotona asumiseen. Palvelukeskuksessa toimintakykyä ylläpidetään mm. ohjattujen ryhmien avulla, joita pitävät sosiaaliohjaajat. Osa ryhmistä on tarkoitettu niille iäkkäille, jotka ovat olleet arviointi- ja kuntoutusjaksolla. Ryhmätoimintaan liittyen asiakas ottaa joko itse yhteyttä ja hakeutuu palveluihin/ryhmiin tai hänen omaisensa ottaa yhteyttä sosiaaliohjaajaan tai sosiaalityöntekijään:

*”Melkein vois sanoa, että sitten, jos asiakkaan muistin taso alkaa olla sitä luokkaa, että hän ei itse joko saa aikaiseksi tai muuta niin sitten kotihoito tai omaiset ovat ottaneet tänne yhteyttä. Kun miettii tätä tiistairyhmää, niin sillä tavalla se menee. Asiakkaat eivät itse tänne soita, että oon kuullu, että sulla on tällainen ryhmä, että kyllä se on kotihoito tai sitten omaiset.”*

Varhaisvaiheen ennaltaehkäisevään toimintaan kuuluvat ne eläkeläiset, joilla ei vielä ole toiminnanvajavuuksia. Tämä ryhmä ottaa itse selvää ryhmistä ja tapahtumista palvelukeskuksessa:

*”Haastattelija: Mitä kautta he sitten tulee tähän?” ”Ihan itse ovat katsoneet..että on tuo muistijumppa täällä niin itse hakeutuvat... Meillä on siis se kuukausiohjelma, josta voi... osa näistä kävijöistä on aktiivisia, ja katsovat sieltä toimintoja.”*

Muistijumppa on kerran viikossa kokoontuvat ryhmä, jota sosiaaliohjaaja pitää. Ryhmään voi hakeutua, jos on huolissaan muististaan. Liikunnanohjaaja vastaa pääsääntöisesti liikuntaryhmistä palvelukeskuksessa.

*”Sitten on näitä, jotka on todella toimintakykyisiä vielä...jotkut liikuntaryhmissä kävijät, jotka ovat 60 ja vähän päälle, verrattuna sitten esimerkiksi niihin, jotka käyvät täällä palvelukeskuksen ryhmässä ja asuvat kotona, mutta heillä on muistisairautta.”*

Palvelukeskuksen työntekijöiden haastatteluista päätellen kävijät voidaan jakaa kolmeen ryhmään: 1) itsenäisiin ja aktiivisiin eläkeläisiin, 2) paljon apua tarvitseviin, toimintakyvyltään heikompien ryhmään ja 3) ne iäkkäät henkilöt, jotka kotihoito tai sosiaali- ja lähityön yksikkö ovat ohjanneet palvelukeskukseen:

*”Se ajatus lähti siis kotihoidolta, että kun mä oon siellä kokouksissa käynyt, niin he toivoivat, että olisi jotain tämmöistä. Koska päivätoimintaan on pitkät jonot niin olisi semmoinen pieni, lyhyempi kuin päivätoimintapäivä. Joka alkaisi vähän myöhemmin ja loppuisikin vähän aikaisemmin, joku 3-4 tuntia, että asiakkaat on helpompi motivoida osallistumaan ja sitten se on kotihoidollekin kuulemma helpompaa, kun se lähtö ei ole niin aikaisin aamusta. Haastattelija: ja se on nyt sitten se tiistai-ryhmä? – No se on tavallaan se, vaikka se oli alun perin tarkoitettu arviointi- ja kuntoutusasiakkaille, sen oli tarkoitus toimia samalla tyylillä kuin torstai-ryhmä, että se asiakaskunta olisi tullut niistä arviointi- ja kuntoutusasiakkaista, jotka sitten ois lähteny kotia.”*

Alun perin tiistai-ryhmän tarkoitus oli palvella niitä ikääntyneitä, jotka ovat olleet arviointi- ja kuntoutusjaksolla. Tämä tavoite ei toteutunut, sillä haastateltujen mukaan asiakkaiden joukossa ei ryhmän aloittamishetkellä ollut ”otollista asiakaskuntaa”. Sen sijaan ryhmä avattiin kotihoidon piirissä oleville asiakkaille.

*”Sitten on se torstai-ryhmä, missä on fyysiseltä toimintakyvyltään huonompaa porukkaa, siinä on kaikki asiakkaat sellaisia, jotka ovat olleet arviointijaksolla. ”- ja sehän*

*se oli tiistairyhmänkin tavoite alun perin, mutta jotenkin vaan ruvennut tulla kotihoito jo ennakkoon—mutta toisaalta se ehkä lykkää sitä heidän jout...se on niin kuin ennaltaehkäisevää, että he eivät tarteis sitä arviointia... Tai erillä tavalla ennaltaehkäisevää kuin ketkä ovat jo olleet arvioinnissa...”*

Vastaajien mukaan tiistai-ryhmän toiminta on ennaltaehkäisevää toimintaa, sillä kotihoito on valinnut kävijät ennakoivasti asiakkaidensa joukosta. Ryhmään valitut asiakkaat on ollut helpompi saada toimintaan mukaan, sillä verrattuna päivätoimintaan, tiistai-ryhmän päivä on lyhyempi ja alkaa aamupäivällä n. klo 10–11 aikoihin. Päivätoiminta taas alkaa jo klo 8–9 välillä. Torstai-ryhmä on tarkoitettu pelkästään arviointi- ja kuntoutusjakson käyneille ja sieltä kotiutuneille vanhuksille.

Sosiaali- ja lähityössä ennaltaehkäisevä työ muodostuu toimintakyvyn tukemisesta, varhaisesta puuttumisesta ja palveluista tiedottamisesta. Toimintakykyä pyritään tukemaan mm. sosiaalityön keinoin.

*”Tietysti sitä pyritään tukemaan, että asiakkaan toimintakyky säilyisi mahdollisimman pitkään ja mietitään ne konstit joilla se ihminen saadaan pysymään toimintakykyisenä.”*  
 – *”Sosiaalityön kannalta, kun meillä on ne kaikkein raskashoitoisimmat, niin pyrkimys siihen, että yritettäisiin ylläpitää sitä toimintakykyä sen verran, ettei hoitopaikka tulisi ajankohtaiseksi.”*

Sosiaali- ja lähityön yksikön palveluista tiedottavassa työssä tärkeää on kertoa palveluista, vaikkei niiden tarvetta vielä olisi (mm. palvelutarpeen arviointi-käynnit ja Heko<sup>3</sup>-käynnit). Varhainen puuttuminen ongelmiin tarkoittaa niihin tarttumista, esimerkiksi jos asiakas mainitsee, että hän kokee muistinsa heikenneen tai jos työntekijä käynnillään huomaa asioita joihin tulisi tarttua.

*”Hekot on sitä ennaltaehkäisevää ja sitä ennakoivaa, niin että aika vähän niistä on esimerkiksi tullut muistikoordinaattorille, jos miettii tätä vuotta, mutta sitten on Kampin muistineuvolaan ja terveysasemalle. Että on ollut sellaisia; ”kyllä hän haluaisi että vähän sitä muistia selvitellään”.. Sen olen huomannut, että se ei oo mikään, että ois niinku*

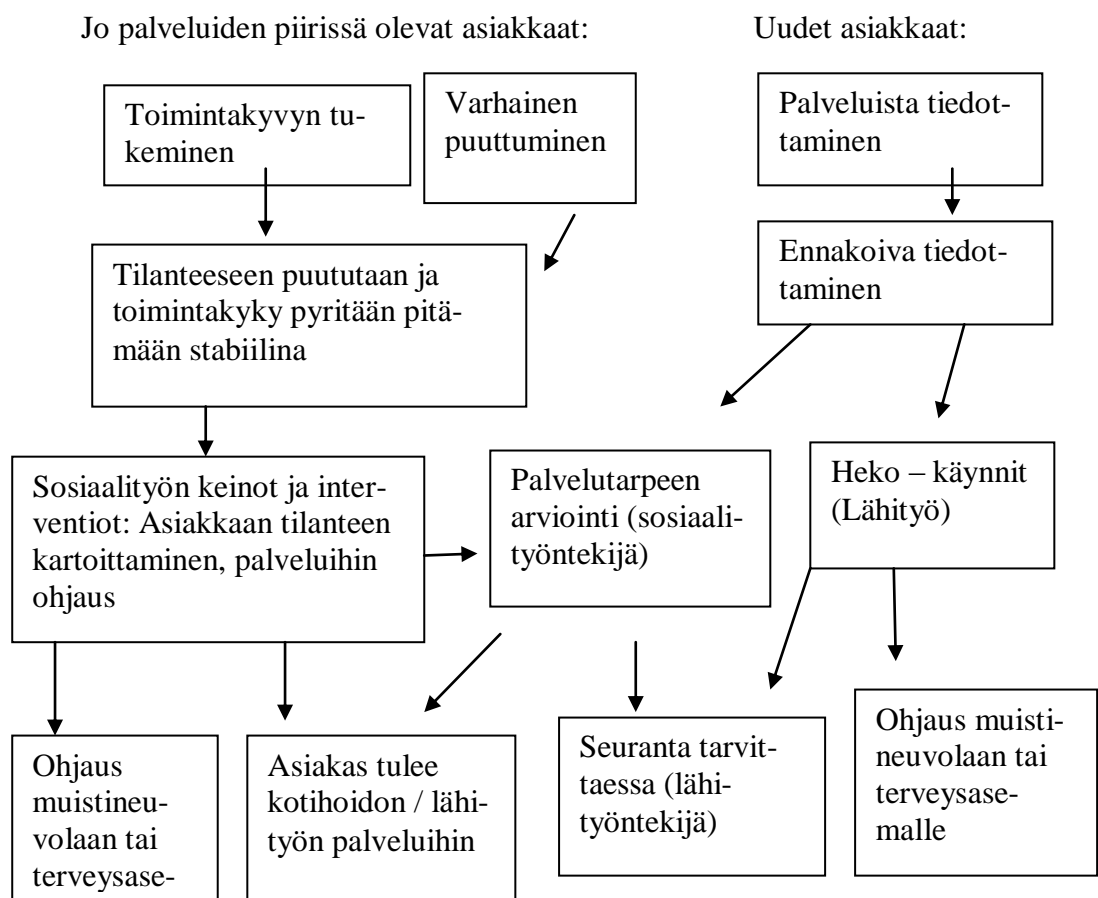
---

<sup>3</sup> Heko – käynnit: Hyvinvointia edistävät kotikäynnit

*mitään muistisairautta. Mutta kuitenkin heillä on ollut sellainen, toimintakyky on hyvä ja pystyy kaikki hoitamaan.. On pystynyt luottamaan, että siihen että he käyvät ihan itsenäisesti siellä, näitä tällaisia on ollut jonkun verran. ”*

Haastateltujen mukaan Heko–käyntien kautta asiakkaiden muistiongelmia on lähdetty selvittämään ja asiakkaita on ohjattu muistineuvolaan tai terveysasemalle (Ks. kuvio 5.).

KUVIO 5. Sosiaali- ja lähityön ennaltaehkäisevä työ



Haastateltujen mukaan palvelutarpeen arvioinneissa asiakkaan seuranta siirtyy tarvittaessa lähityöntekijälle tai asiakas saattaa arvioinnin myötä tulla kotihoidon asiakkaaksi:

*”Sosiaalityöntekijä: En tiää miten lähityössä, eiks teillä oo ollu sillein, että te saatatte soittaa? Lähityöntekijä: Joo, ja mulla on niitä seuranta-asiakkaita.. Sosiaalityöntekijä:*



*Että mä en oo kyllä sen jälkeen, sen palvelutarpeen arvioinnin jälkeen enää niihin sillä lailla... Ellei se liity näihin meidän, että heistä tulee näitä meidän asiakkaita, muuten se jää kyllä kotihoidon tai just, että se menee lähityöhön sitten. Se seuranta.”*

#### 4.1.3 Yksikön erityinen tehtävä

Palvelukeskuksen erityisenä tehtävänä vastaajat pitivät virikkeitä ja harrastuksia mahdollistavaa toimintaa. Harrastuksissa käyville viitattiin aktiivisiin eläkeläisiin, jotka käyvät itsenäisesti palvelukeskuksessa ja ovat hieman yli 60-vuotiaita eli nuorempia ikääntyneitä. Toimintakyvyn ylläpitäminen ja kotona asumisen tukeminen ryhmätöiminnan kautta kohdistuvat niihin kävijöihin, joilla on alkavia ongelmia tai jotka ovat olleet arviointi- ja kuntoutusjaksolla. Aktiivisten, itsenäisesti palvelukeskukseen hakeutuvien ikääntyvien toimintakykyä ei seurata.

Sosiaali- ja lähityössä erityisenä tehtävänä nähdään palveluista tiedottaminen ja palveluihin ohjaaminen. Nämä toimenpiteet kohdistuvat niihin, jotka eivät ole vielä palveluiden piirissä (aktiiviset eläkeläiset), jolloin toiminta on ennaltaehkäisevää (Heko-käynnit, palvelutarpeen arviointi). Vanhuksiin, joilla on ongelmia, kohdistetaan toimenpiteinä mm. ongelmien ja mahdollisuuksien kartoittamista, jotta kotona asuminen voisi jatkua:

*”Tosiaan kartoitetaan se missä ne ongelmat on ja sen jälkeen mietitään että millä konsteilla siitä sitten mennään eteenpäin. Esimerkiksi jos on niin, että asiakas ei pysty enää käymään kaupassa, niin mikä on se ratkaisu siihen. Se voi olla esimerkiksi omaiset vai ottaisiko asiakas sen kauppapalvelun tai... ihan samalla tavalla jotkut pyykinpesut ja ihan se semmoinen arkinen, jotta siinä pärjää.”*

#### 4.1.4 Tavoitetaanko asiakkaat ajoissa?

Palvelukeskuksessa on tilanteita, joissa asiakkaita ei ole tavoitettu ajoissa. Vastaajat ihmettelevätkin, miten asiakkaat ovat ylipäättään tulleet toimeen kotona asuessaan.

*”Sen näkee arviointi- ja kuntoutusasiakkaistakin, ihan hämmästelee, että miten jotkut ihmiset ovat voineet pärjätä kotona”*

Toisaalta vastaajat toivat esiin myös niitä haasteita, joita ennaltaehkäisevä työssä on palvelukeskuksessa. Nämä haasteet liittyvät niihin aktiivisiin eläkeläisiin, joiden kognitiivisessa toimintakyvyssä vastaajat huomaavat heikkenemistä, mutta eivät tiedä kuinka asian voisi ottaa puheeksi:

*”On hyvä, että muista ryhmissä voi ohjata tähän muistijumppaan. Jos joku vähän ilmaiseksi asiasta niin voi sanoa, että meillä on muistijumppa, että siellä sitä voi muistista enemmän puhua ja testatakin...”*

*– niin, että heti tarttuu, jos joku vähänkin pienellä sanalla ilmaiseksi...*

*– Monet nämä liikuntaryhmissä kävijät saattaa olla, että he eivät mainitse mutta käytöksestä ilmenee...mutta se on hirveen noloa mennä...- Mutta mitä sitten tehdään? – No kukaan ei varmaan tee mitään vaan ajattelee seuraavaa tilannetta...*

*– Nii, tää on just se.. se ois just sitä ennaltaehkäisevää, mutta missä menee raja kuinka me voidaan puuttua siihen?”*

Sosiaali- ja lähityössä haastatellut kokevat, että useimmat asiakkaat ovat käyneet läpi koko palveluvalikon ennen kuin siirtyvät ympärivuorokautiseen palveluasumiseen. Harvemmin tilanne haastateltujen mukaan olisi se, että asiakas tulee palveluiden piiriin liian myöhäisessä vaiheessa:

*”Se on sitten vähän vaikea sanoa...tähän sosiaalityöhön ne aika, no jotkuthan saattaa tulla tupsahtaa, että siinä ei ole tehty mitään, mutta ei se ole mitenkään tavallista...että yleensä ne asiakkaat on menneet nämä kaikki meidän instanssit läpi. Siinä on ollut tämä meidän lähityö ensiksi ja kotihoito sekä omaiset. Mutta kyllähän niitä tulee sitten semmoisia, jotka menee melkein suoraan jo sitten hoitopaikkaan. Tulee semmoisia löytöjä, että nehan on tosi ikäviä sitten, että niihin olisi jotain voitu tehdä jo aiemmin...”*

Joidenkin asiakkaiden kohdalla on haastateltujen mukaan asiakkaalla ollut turhaan huoli muistinsa alenemisesta. Näitä asiakkaita on ohjattu muistineuvolaan Kamppiin sekä alueelliselle terveysasemalle. Näissä tapauksissa on lisäksi haastateltavien mukaan voitu luottaa siihen, että asiakkaat itse hoitavat muistineuvolassa tms. käynnit ja asian selvit-

telyt. Myös palvelukeskustyöntekijät kohtaavat asiakkaita, joilla on haastateltujen mukaan turhaan huoli muistinsa heikkenemisestä:

*”Monihan voi olla, että ennen on muistanut 20 tuotteen kauppalistan ulkoa ja nyt ei enää muista kuin kymmenen tuotetta niin sitten ne ovat huolissaan”*

Sekä sosiaali- ja lähityön, että palvelukeskuksen työntekijät korostavat kuitenkin sitä, että muistista huolissaan olevan kannattaa selvittää asia hakeutumalla joko muistineuvo- laan tai terveysasemalle.

Poikkeuksena palveluiden piiriin hakeutumisesta riittävän varhain ovat haastateltujen mukaan sellaiset asiakkaat, jotka ovat eläneet erakkomaisesti tai joiden persoona on joillain lailla poikkeava. Tällaiset asiakkaat eivät useinkaan hakeudu palveluihin omaeh- toisesti:

*”Ne on ehkä just sen tyyppisiä ihmisiä, joilla on jotenkin erikoinen persoona, niin saat- tavat valua kaikkien systeemien läpi.”*

#### 4.1.5 Yksiköiden palvelut muistisairaille tällä hetkellä

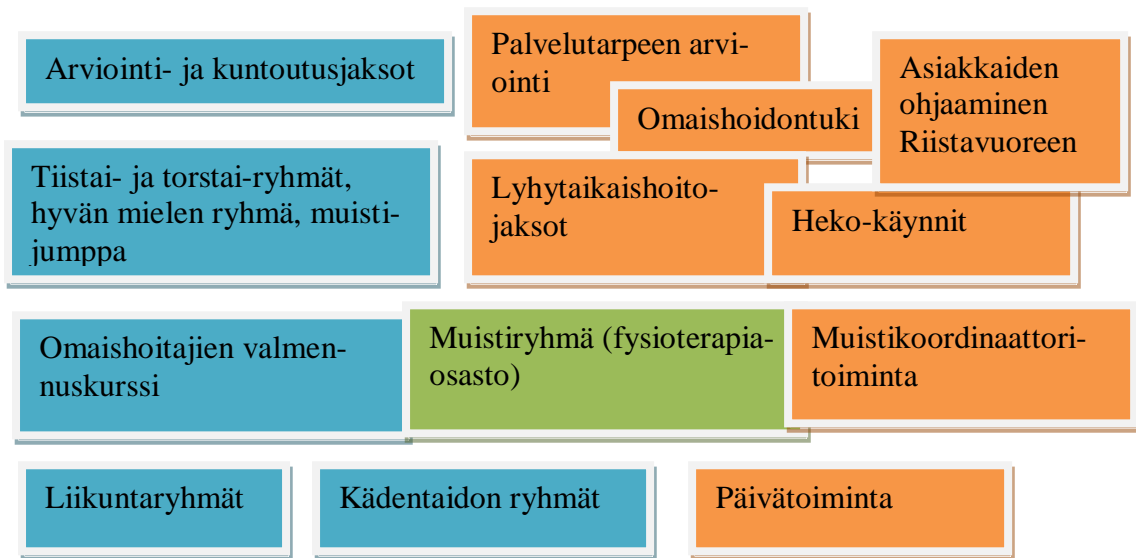
Palvelukeskuksen toiminnassa painottuu tällä hetkellä ryhmätoiminta. Osa ryhmistä on tarkoitettu arviointi- ja kuntoutusasiakkaille ja osa taas on kaikille avointa ryhmätoimin- taa.

*”Mutta onko sitten ihan avointa toimintaa... – Niin, koska se tiistairyhmäkin on taval- laan suljettu. – Niin, se on kuntoutujille, että sinne ei voi kuka tahansa tulla, pitää il- moittautua ja siinä on tietty osallistujamäärä mitä voidaan ajatella. – Mutta periaat- teessa kaikkiin ryhmiin mitä meillä tarjolla on, niin voi tulla”*

Erikseen muistisairaille tarkoitettuja ryhmiä ei ole vaan ryhmät ovat enimmäkseen seka- ryhmiä:

*”Osa ryhmäläisistä tulee osastoilta (ryhmäkodeista) ja osa ulkopuolelta... – että se on aika semmoinen, sekaryhmä... ja samoin miesten ryhmä, sekin on aikamoinen sekaryhmä..kotoa tulevia ja osastolta tulevia. Niin, voi sanoa, että nämä on aika sekaryhmiä, että ei välttämättä pelkästään muistisairaita.”*

Kuvio 6. Haastatteluissa esiin tulleita palveluita



Kuviossa 6. on eritelty oranssilla värillä sosiaali- ja lähityön yksikön koordinoimat palvelut, sinisellä Riistavuoren palvelukeskuksen toiminnot ja vihreällä fysioterapia-yksikön muistiryhmä. Fysioterapia-yksikkö osallistuu myös arviointi- ja kuntoutusasiakkaiden kuntoutusprosessiin sekä torstai-ryhmän ja lyhytaikaisosaston toimintaan. Vaikka sosiaali- ja lähityön yksikkö koordinoi sekä lyhytaikaisjaksolle tulevien että päivätoiminta-yksikköön tulevien asiakkaiden prosessia, palvelut järjestetään Riistavuoreessa.

Riistavuoren lyhytaikaisosasto Tuulenpesässä kävijöitä koetetaan jatkossa saada palvelukeskuksen toimintaan mukaan:

*”Sitten se jatkuvuus vielä, että kuitenkin markkinoidaan heille vielä sitten, kun he lähtevät kotiin niin... Mutta se on varmaan nyt jatkossa, jos me saadaan sosiaalityöntekijän kanssa sitä yhteistyötä. Että sehän on just kantavana linkkinä tänne palvelukeskukseen, mä itse ainakin näen tosi tärkeänä...semmoinen, joka jatkossa tuetaan enemmän ja enemmän.”*

Sosiaali- ja lähityön yksikössä palveluita tällä hetkellä ovat mm. omaishoidontuki, päivätoimintaan ohjaaminen, palvelutarpeen arviointi sekä muistikoordinaattorin palvelut. Palveluna mainittiin myös Riistavuoren ryhmiin ohjaaminen (Ks. Kuvio 6.).

*”Mun mielestä se on hirveen hyvää toimintaa, mitä Riistavuori on nyt aloittanut, nämä ryhmät siellä. Olen kokenut sen tosi hyvänä ja ohjannut sinne sellaisia, joilla on toimintakykyä vielä, jo peräti pystyvät itse menemään sinne, vaikka sen paikan löytäminen voi olla vaikeata. Mutta ihan muutaman kerran avustamalla niin se on onnistunut... kun ajattelee että seuraavan puolen vuoden – vuoden aikana se ei enää onnistu ollenkaan. Niin sitten, kun he pääsevät siihen taloon sisään jo siinä vaiheessa, niin sitten se jatkohoito on helpompaa.”*

Sosiaali- ja lähityön yksikössä haastatellut ovat tyytyväisiä Riistavuoren ryhmiin, jonne he ohjaavat asiakkaitaan pääsääntöisesti, kun asiakkaalla eivät kriteerit täyty päivätoimintaan osallistumisen kannalta. Päivätoiminta eroaa palvelukeskuksen ryhmistä siinä, että se on maksullista toimintaa. Päivätoimintaa on tarjolla useissa sosiaaliviraston ylläpitämissä paikoissa, joista osa on suuntautunut muistisairaiden toimintaan. Sinne päästäkseen vanhuksella täytyy olla diagnoosi muistisairaudesta:

*”Sen omaishoidontuen kauttahan on erilaisia... juttuja, mihin voi sitten osallistua. Tietenkin ne, joilla ei ole sitä omaishoidontukea nehän sitten jää paitsi näistä. Mutta ne ovat sellaisia joita mä olen ohjannu sinne Riistavuoreen. Ja sitten, kun on se diagnoosi tehty, niin silloinhan on nämä, virallisemmat nämä, päivätoiminta ja muut.”*

Vastaajat korostivat sitä, että palveluihin täytyy päästä oikeaan aikaan, jotta asiakas ehtii sopeutua esimerkiksi päivätoiminnassa käymiseen:

*”Että sen oon huomannut päivätoiminnasta, että se onnistuu heille, jotka ovat silloin aikoinaan päässeet varhaisessa vaiheessa, niin he kokevat sen hirveän turvalliseksi. Vaikka on hyvinkin dementoituneita käynyt siellä, koska ne osaa sen ja tietää ja tunnistaa, mutta sitten myöhäisemmässä vaiheessa voi olla, että se ei enää onnistuisi uudelta ihmiseltä tuo.”*

Vastaajat ohjaavat asiakkaita sekä terveysasemalle että muistineuvolaan selvittämään muistinsa tilaa. Haastateltujen mukaan muistipoliklinikan geriatriit ohjaavat asiakkaita myös käyttämään alueella sijaitsevaa yksityistä fysioterapiaa, jotta muistisairaana asiakkaiden toimintakykyä voidaan tukea ja ylläpitää.

#### 4.1.6 Tulevaisuuden palvelut muistisairaille

Osallistujilta kysyttiin, minkälaisia palveluiden tulisi olla tulevaisuudessa ikääntyvien määrän kasvaessa. Haastateltujen mukaan kulttuuripalveluiden kysyntä kasvaa tulevaisuudessa, sillä suuret ikäluokat ovat kulttuurin suurkuluttajia. Samoin tulevien ikääntyneiden odotetaan olevan aktiivisempia ja suuntautuvan harrastuksiin verrattuna tämän hetkisiin ikääntyneisiin, jotka eivät vastaajien mukaan ole tottuneet harrastamaan kodin ulkopuolella. Erityisesti tulevien ikääntyneiden harrastukset kohdistuvat kulttuurin ohella liikuntaan. Tätä haastatellut perustelivat sillä, että on trendikästä pitää yllä itsestä kuvaa aktiivisena ja hyväkuntoisena:

*”Jotain sauvakävelyryhmää.. kun sanotaan, että liikuntakin ylläpitää sitä mieltä... ja nämä alkaa sitten varmaan olla niitä sauvakävelijöitä. – Niin se voi olla, että tulevaisuuden muistisairaat... jospa ne ovatkin paremmassa fyysisessä kunnossa, kun tuntuu, että on trendi pitää yllä semmoista hyvää fyysistä kuntoa”.*

Vastaajien mukaan tulevaisuudessa ikääntyvät asuvat entistä enemmän kotonaan. Myös senioritaloissa asuminen yleistyy. Vastaajien mielestä kotihoidon palveluja tulisikin kehittää ja lisätä, sillä palvelukeskuksen ryhmät ja palvelut eivät voi korvata kotihoitoa vaan kotihoitoa tulee kehittää siten, että se tukee vanhusten kotona asumista:

*”Olisihan se hienoa, että he (kotihoito) kerkeisi siellä kotona tehdä asiakkaitten kanssa kuin, että sinne tulee valmis ateriapalvelu. Ei anneta edes mahdollisuutta tehdä sitä ruokaa itse... Jos olisi aikaa ja resursseja niin kyllähän sellainen toiminta tukisi sitä omatoimisuutta ja muistia.”*

Palvelukeskuksen vastaajat kokevat sekä oman työnsä riittämättömyyttä että toimitilojen riittämättömyyttä suhteessa asiakkaiden palveluiden tarpeeseen:

*”Sitten varmaan tilatkin ovat puutteelliset jo toisaalta... joka paikka on täynnä, joku ryhmä jossain ja sitten pitäisi vielä lisää... Välillä tulee semmoinen tunne, että enemmän pitäisi olla niitä asiakkaita joille voi olla hyödyksi... se on hyppysellinen niitä kotihoidon asiakkaita kenelle se on... Kun tietää että kotona on vielä paljon vanhuksia, jotka tarvitsisivat kaikkea...että siinä mielessä sitä kotihoidon omaakin henkilökuntaa ja kotihoidon ylipäänsäkin kehittämistä.”*

Tulevaisuudessa muistisairaiden määrän kasvu huolestutti vastaajia:

*”Miten henkilökunnan määrä, mä oon miettinyt... Miten meidän resurssit riittää tähän kaikkeen enää kohta; sitten kun asiakaskunta... mahdollisesti vielä toimintakyvyltään heikkenee entisestään.”*

Toisaalta koettu henkilökunnan resurssien riittävyys liittyi arviointi- ja kuntoutusasiakaisiin, joiden kohdalla työ jatkuu, vaikka asiakkaat kotiutuvat jaksoiltaan:

*”Se ei lopu se meidän työ kun arviointi-asiakkaat kotiutuu. Sitten ne vaan puhelimitse, että sitä, tätä ja tuota pitäis...”*

Sosiaali – ja lähityön yksikössä koettiin, että muistikoordinaattorin tekemä työ on lisännyt muistisairaiden parissa tehtävän työn kysyntää:

*”Ainakin mitä on huomattu, että kun meillä on ollut tämä muistikoordinaattori, niin nyt sitten kaksi muuta sosiaalihojaajaa on myös käynyt Cerad-koulutuksen. Eli on huomattu, että tarvitaan lisätyövoimaa, kun muistisairaiden määrä kasvaa niin täytyy jakaa sitten sitä työtä.”*

Sosiaali- ja lähityön yksikössä oltiin myös sitä mieltä, että tulevaisuudessa ikääntyneet ovat vaativampia asiakkaita verrattuna nykyhetkeen:

*”Kyllähän se näin on, että tulee semmoisia sukupolvia, jotka ovat tottuneet palveluihin ja tiettyyn tasoon, että ei heille voi tarjota enää mitä tahansa. En tiedä sitten tiedä miten on kaupungilla varaa, mutta vaatimukset kasvaa.”*

Tällä hetkellä omaishoito on yksi merkittävä vanhusten- ja vammaisten hoitomuoto Suomessa. Vastaajat epäilevät, etteivät ihmiset enää tulevaisuudessa ole yhtä halukkaita sitoutumaan vaativaan omaishoitotyöhön:

*”Niin, ja se on kyllä semmoinen asia, että ei olla niin valmiita enää siihen, koska se ei ole mikään helppo homma. Että se puoliso menee ihan autettavaks.”*

Tulevaisuudessa palveluiden odotetaan olevan joustavia ja toimivan ympärivuorokautisesti:

*”Varmaan sitten sellaista joustoa näihin palveluihin enemmän ja just että on eri vuorokauden aikoihin... varsinkin nämä omaishoitajat voisivat jättää (hoidettavan omaisensa) jonnekin hoitoon ja näin, että kyllähän se nyt jo toimii, mutta enemmän semmoista joustoa vaaditaan tulevaisuudessa.”*



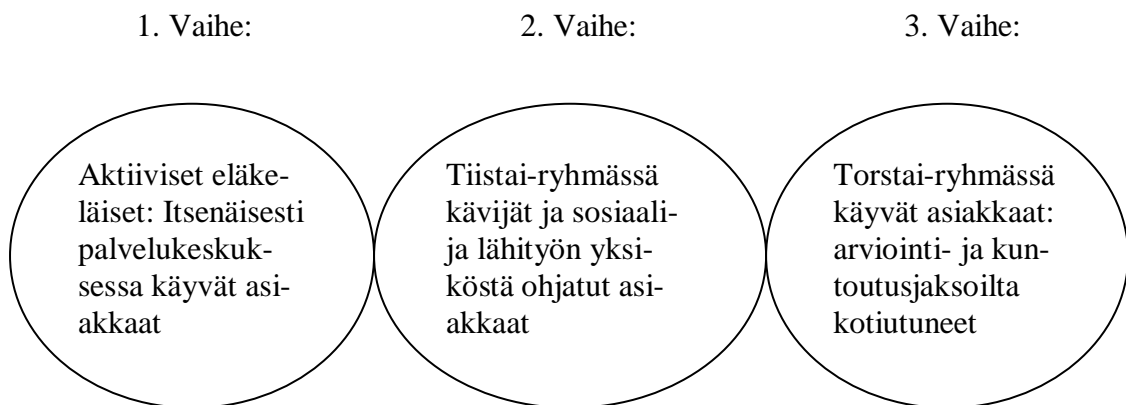
## 5. POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

### 5.1 Tulosten tarkastelu

#### 5.1.1 Ennaltaehkäisevä työn vaiheet

Palvelukeskuksessa käy aktiivisia eläkeläisiä ja niitä ikääntyneitä, joilla on jo avuntarvetta päivittäisissä toimissa (ks. kuvio 7.). Voidaankin sanoa, että palvelukeskus toiminta on ennaltaehkäisevää aktiivisille eläkeläisille ja kuntouttavaa niille, jotka ovat olleet arviointi- ja kuntoutusjaksolla. Jälkimmäinen ryhmä on usein myös kotihoidon palvelujen piirissä. Kolmannen ryhmän muodostavat ns. välivaiheessa olevat tiistai-ryhmäläiset, joita kotihoito on vastaajien mukaan alkanut ohjata ryhmään ennaltaehkäisevästi, jotta välttyttäisiin mahdolliselta arviointi- ja kuntoutusjaksolta. Myös sosiaali- ja lähityön yksiköstä ohjataan asiakkaita palvelukeskuksen ryhmiin sillä ajatuksella, että kun asiakkaat tutustuvat taloon muistisairauden varhaisessa vaiheessa, toiminta on heille myöhemmin tuttua.

Kuvio 7. Palvelukeskuksen asiakkuus ennaltaehkäisevän työn kannalta



Ryhmätoiminnalla on keskeinen asema palvelukeskuksen työssä, sillä ryhmien avulla tuetaan asiakkaiden itsenäistä kotona asumista. Ryhmissä asiakkaat ovat yhteydessä toisiinsa sekä ohjaajiin. Vastaajien mukaan sosiaalisella kanssakäymisellä voidaan vaikuttaa muistitoimintoihin palauttavasti ja säilyttävästi. Kognitiivisten taitojen säilymisellä ja muistin tukemisella voidaan vaikuttaa siihen, kuinka pitkään ikääntynyt voi asua

itsenäisesti omassa kodissaan. Hietasen ja Lyyran mukaan (2003, 10) aikaisemmin on ajateltu kognitiivisten kykyjen vanhenemismuutosten olevan palautumattomia. Nykyään tiedetään, että harjoitusten avulla voidaan vaikuttaa kognitiiviseen toimintakykyyn vanhuksilla, joilla toimintakyky on alentunut ja niillä vanhuksilla, joilla muutoksia kognitiivisissa kyvyissä ei ole.

Sosiaali- ja lähityön yksikössä ennaltaehkäisevä työ on toimintakyvyn tukemista siten, että asiakkaan pitkäaikaishoitoon siirtymistä voidaan hidastaa ja ehkäistä. Lisäksi yksikön ennaltaehkäisevä työ tarkoittaa varhaista puuttumista toimintakyvyn heiketessä ja palveluista tiedottamista silloinkin, kun palveluiden tarvetta ei vielä ole. Myös palvelujen laatusuosituksen mukaan kuntalaisten tulisi saada tietoa oman alueensa palveluista ikääntyneille. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 15)

Tulosten perusteella kummallakin yksiköllä on yhteinen tehtävä ennaltaehkäisevässä työssä: Asiakkaiden kotona asumista pyritään tukemaan mahdollisimman pitkään ja pitkäaikaishoitoon siirtymistä ehkäistään.

Heko-(hyvinvointia edistävät koti-) käynnit ovat vaikuttaneet siihen, että asiakkaiden muistia on lähdetty selvittämään. Yksikössä on koulutettu lisää työntekijöitä Cerad-muistitestin käyttämiseen muistikoordinaattorin lisäksi. Palveluista tiedottamisen voidaan nähdä olevan yhteydessä Jyväskylässä palveluohjaus-kokeilussa tehtyihin palveluvarauksiin, sillä myös Heko-käynneillä sovitaan, että asiakkaille voidaan soittaa esimerkiksi puolen vuoden päästä ja seurata tämän palveluntarvetta. (Suomi & Hakonen 2008, 185–186, 188) Lähityön sosiaaliohjaajilla on Heko-käyntien lisäksi seuranta-asiakkaita, joihin he ovat yhteydessä sovitusti. Myös Hännisen mukaan (2006) ennaltaehkäisevää on työ, jossa vanhusten avun tarvetta kartoitetaan ja ennakoidaan tilannekartoitusten avulla.

Palvelukeskuksessa käy aktiivisia eläkeläisiä, jotka ottavat itse selvää ryhmistä ja tapahtumista. Myös näiden asiakkaiden kohdalla voidaan nähdä yhtäläisyyttä sosiaali- ja lähityön asiakkaisiin, joilla ei vielä ole palveluiden tarvetta (vrt. Heko-käynnit). Ennaltaehkäisevää työtä toteutetaan yksiköissä tiedottamalla ikääntyviä jo ennakkoon sekä tarjoamalla palvelukeskuksessa monipuolisia ryhmiä ja liikuntaa. Palvelukeskuksen kuu-

kausiohjelmassa on sosiaaliohjaajien yhteystiedot ja lisäksi kotihoidon ohjaaja on sovittuina aikoina tavattavissa. (Sosiaalivirasto, 24.3.2011.)

Sosiaali- ja lähityön yksikön palveluista tärkeimpiä ovat lakisääteiset palvelut kuten omaishoidontuki, palvelutarpeen arviointi ja päivätoiminta. Päivätoimintaan pääsyä anotaan hakemuksella ja palvelun piiriin päästökseen asiakkaan on täytettävä tiettyjä kriteerejä (muistisairaus-diagnoosi). Toisenlaista, ei-lakisääteistä palvelua asiakkaat saavat Riistavuoren palvelukeskuksesta, jonne asiakkaita ohjataan esim. niissä tilanteissa, kun ei ole diagnoosia muistisairaudesta. Sosiaali- ja lähityön yksikössä haastatellut ovat olleet tyytyväisiä Riistavuoren palveluihin. Riistavuoren ryhmätoiminnalle on selkeää tilausta juuri asiakaskunnalle, joille ei voida tarjota lakisääteisiä palveluita ja asiakkaille, joille halutaan tarjota toimintaa virallisten, lakisääteisten tukimuotojen lisäksi, helpottamaan esimerkiksi omaishoitajien elämäntilanteita.

Palvelukeskuksessa haastateltujen mukaan tulevaisuuden palvelut poikkeavat jonkin verran nykytilanteesta siinä, että kulttuuripalveluiden sekä liikuntapalveluiden kysyntä tulee kasvamaan. Vaikka vastauksista päätellen tulevaisuudessa ikääntyneet ovat paremmassa fyysisessä kunnossa, ovat vastaajat huolissaan resurssien riittävydestä palvelukeskustyössä. Tilojen ohella työntekijät kokivat riittämättömyyttä, sillä kysyntää palveluille olisi enemmän kuin voidaan tarjota.

Samoin sosiaali- ja lähityön yksikön vastaajat ovat sitä mieltä, että tulevaisuudessa asiakkaat tulevat olemaan vaativampia, eivätkä tule tyytymään tämän hetkisiin palveluihin. Myös nämä haastatellut kokivat tulevaisuudessa tarvitsevansa lisätyövoimaa.

### 5.1.2 Asiakkaiden varhaisempi tavoittaminen

Sosiaali- ja lähityön yksikössä haastateltujen mukaan asiakkaat ovat läpikäyneet kaikki palvelutasot ennen siirtymistä pitkäaikaishoitoon. Riistavuoressa haastateltujen mukaan asiakkaita ei kuitenkaan tavoiteta ajoissa vaan asiakkaat tulevat arviointi- ja kuntoutusjaksoille liian myöhäisessä vaiheessa. Näiden kahden yksikön toisistaan poikkeava käsitys asiakkaiden varhaisesta tavoittamisesta vaatii selvitystä.

Yhtenä selityksenä voi olla se, että asiakkaat ovat melko pitkään kotihoidon palveluiden piirissä ennen siirtymistään arviointi- ja kuntoutusjaksoille. Vastaajat ovat sitä mieltä, että kotihoito tällä hetkellä on melko passivoivaa, sillä asiakkaat saavat usein valmiit ateriat kotiin ja lisänä kauppapalvelun. Pitkä aika passivoivan avun varassa eläen heikentää vanhusasiakkaiden omia voimavaroja osallistua hoitoonsa ja voi sitä kautta heikentää toimintakykyä. Myös Routasalon mukaan (2003, 111) pidemmän päälle ruokapalvelu passivoi ikääntyviä fyysisesti sekä henkisesti.

Vastaajien mukaan kotihoitoa pitäisikin kehittää ja vastaajat toivovat kotihoidolle lisää aika- ja henkilökuntaresursseja, jotta työntekijät voisivat yhdessä asiakkaiden kanssa tehdä ruokaa ja muita kodin askareita.

Palvelukeskuksen työntekijät ja sosiaalityöntekijät sosiaali- ja lähityön yksiköstä pitävät säännöllisesti kokouksia kotihoidon kanssa. Niissä käsitellään kotihoidon asiakkaiden elämäntilanteita ja toimintakykyä sekä annetaan suosituksia siitä, miten hyvinvointia uhkaavaa tilannetta voitaisiin parantaa. Vastaajien mukaan kotihoidolta oli tullut ehdotus, että asiakkaille järjestettäisiin 3 – 4 tuntia kestävää toimintaa, sillä päivätoimintaan on pitkät jonot. Tällä hetkellä tällaista toimintaa on palvelukeskuksen tiistai-ryhmässä, jonka toiminta koetaan ennaltaehkäiseväksi.

### 5.3 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Tuomen mukaan (2007, 143) eettiset kysymykset ovat tutkimuksen lähtökohta eivätkä ne koske pelkästään raportointia ja aineistonhankintaa. Eettiset kysymykset tutkimuksessa alkavatkin jo tutkimusaiheen valinnalla ja sen kartoittamisella, mitä tutkittavasta ilmiöstä jo tiedetään. On paikallaan pohtia, mikä hyöty tutkimuksesta on oman tieteenalan ja yhteiskunnan kannalta.

Opinnäytetyön aihe oli muistisairaudet ja niiden ennaltaehkäisy Etelä-Haagan alueen vanhuspalveluissa. Muistisairaudet ovat kasvava sairausryhmä ja niiden ennaltaehkäisy kuuluu kaikille sosiaali- ja terveysalalla ikääntyvien kanssa työskenteleville. Osallistujille saattoi olla hyötyä siitä, että he haastatteluun osallistuessaan tulivat pohtineeksi muistisairauksia osana vanhuspalveluita. Vilkan mukaan työelämässä tehdyt ryhmä-

haastattelut voivat olla emansipatorisia eli ne voivat hyödyttää osallistujia, sillä niissä jaetaan tietoa työryhmän kesken. (Vilka 2007, 102–103.) Ensimmäisessä ryhmähaastattelussa osallistujia oli viisi henkilöä. Osa haastatelluista oli työskennellyt alle vuoden organisaatiossa, joten heille hyöty lienee ollut juuri edellä kuvatun kaltainen yhteisen pääoman karttumisen liittyen mm. organisaation työ- ja toimintatapoihin, organisaatiokulttuuriin sekä vanhustyöhön ja muistisairauksiin yleisesti. Helsingin sosiaaliviraston kirjastolle jäi myös kopio opinnäytetyöstä. Yhteiskunnalliselta kannalta opinnäytetyön aihe on ajankohtainen, sillä on tärkeää pohtia miten muistisairauksiin voitaisiin varautua jo ennakolta. Suuret ikäluokat vanhenevat tulevina vuosikymmeninä, samanaikaisesti muistisairauksien määrän ennustetaan kasvavan (Koskinen, Aalto, Hakonen ja Päivärinta 1998, 25, 116; STM:n tiedote 266/2010)

Opinnäytetyön eettiset kysymykset liittyivät myös tiedonantajien eli tutkimuksen osallistujien informoimiseen. Tiedonantajina opinnäytetyössä olivat sosiaaliviraston työntekijät. Oli tärkeää kertoa siitä, mistä tutkimuksessa oli kyse (opinnäytetyön tavoitteet, menetelmät ja riskit) ja painottaa sitä, että osallistujat voivat missä tahansa vaiheessa vetäytyä tutkimuksesta jo suostumuksen annettuaankin. Opinnäytetyötä varten haastatellut saivat tiedoksiannon tutkimuksesta (ks. liite 3.) ja heillä oli mahdollisuus lähestyä tutkijaa myös puhelimitse tai sähköpostin välityksellä.

Kylmän ja Juvakan mukaan (2007, 128–129) tutkimuksissa luotettavuus liittyy refleksiivisyyteen, uskottavuuteen, siirrettävyyteen ja vahvistettavuuteen.

Refleksiivisyydellä tarkoitetaan sitä, että tutkimuksen tekijän pitää tietää omat lähtökohdansa ja arvioida miten hän vaikuttaa aineistoonsa ja koko tutkimusprosessiin. (Kylmä ja Juvakka 2007, 129.) Tässä opinnäytetyössä pidän vahvuutena sitä, että haastatteluja tehdessäni en enää työskennellyt palvelukeskuksessa, enkä sosiaali- ja lähityön yksikössä, joten olin saanut riittävää etäisyyttä yksiköiden tehtäviin. Kuitenkin aiempi työkokemus kummassakin tehtävässä (tosin eri kaupunginosassa) lisäsi ymmärrystä haastatteluun osallistuneiden henkilöiden näkemyksistä ja mielipiteistä. Tämä auttoi myös analysoidessani haastattelumateriaalia. Haastatteluaineiston analysointivaiheeseen kului kaksi kuukautta ja sinä aikana tutustuin aineistoon perinpohjaisesti. Tulosten raportointivaihe oli sujuvaa, sillä pystyin muistamaan aineistosta mistä kohdasta käsiteltävänä

olevan teeman mukaisia fraaseja voisi löytyä. Tutkimuksen uskottavuutta lisää mm. se, että tutkimuksen tekijä on riittävän pitkän aikaa tekemisissä tutkimuksen aiheen kanssa.

Opinnäytetyön luotettavuus tietojen siirrettävyyden kannalta liittyy Kylmän ja Juvakan (2007, 129.) mukaan siihen, että tutkimuksen osallistujia ja ympäristöä on kuvailtu riittävän selvästi, jotta lukija pystyy päättämään tietojen siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin. Tämän opinnäytetyön kohdeorganisaatioilla on Helsingin kaupungissa rakenteiltaan vastaavia yksiköitä (muut palvelukeskukset sekä sosiaali- ja lähityön yksiköt). Helsingissä on neljä sosiaali- ja lähityön yksikköä, jotka palvelevat vanhusväestöä omilla alueillaan. Lisäksi palvelukeskuksista osa sijaitsee samalla tavalla vanhustenkeskuksen yhteydessä kuin Riistavuorella. Joiltain osin opinnäytetyön tulokset pätevät myös näiden, rakenteiltaan vastaavien yksiköiden toimintaan.

Vahvistettavuuden kannalta tutkimuksissa viitataan siihen, voisiko toinen tutkija samalla tavoin tutkimusprosessissa toimien päätyä samoihin tuloksiin. Tämä edellyttää esim. muistiinpanoja tutkimusprosessin ajalta, analyttisten oivallusten sekä menetelmällisten ratkaisujen kirjaamista ylös. (Kylmä ja Juvakka 2007, 129.) Opinnäytetyössä muistiinpanoja ja oivalluksia kertyi kahteen viikkoon erilaisten kaavioiden ja kuvien ohella. Analysointi-vaiheessa keräsin isoille papereille leikkaa ja liimaa –tekniikalla haastatteluteemojen mukaisia ilmaisuja. Niistä kunkin teeman mukainen aineisto oli helposti kerralla luettavissa. On luultavaa, että näiden muistiinpanojen perusteella toinen tutkija voisi päätyä samoihin tuloksiin.

#### 5.4 Opinnäytetyön johtopäätökset ja jatkokehittämisideat

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää, mitä ennaltaehkäisevä työ on muistisairaiden parissa kohdeorganisaatioissa ja miten muistisairauksia pyritään ennaltaehkäisemään palvelukeskuksessa sekä sosiaali- ja lähityön yksikössä.

Ennaltaehkäisevä on usein näkymätöntä ja tilastoimatonta työtä, jonka arvo voidaan havaita vasta myöhemmässä vaiheessa. Ennaltaehkäisevässä työssä korostuu asiakkaan omat voimavarat ja resurssit, sillä viime kädessä on asiakkaasta kiinni, mitä palveluja hän ottaa vastaan.

Yksiköiden ennaltaehkäisevälle työlle on yhteistä se, että vanhusasiakkaiden toimintakykyä pyritään tukemaan ja näin edesauttamaan kotona asumisen jatkuvuutta. Ennaltaehkäisevää työtä toteutetaan sosiaali- ja lähityön yksikössä tiedottamalla, ohjaamalla palveluihin ja ryhmiin. Palvelukeskuksen ennaltaehkäisevässä työssä keskiössä on ryhmätoiminta, joka on kotona asumista tukevaa toimintaa. Ryhmätoimintaan osallistuvat vanhuksat voidaan jakaa kolmeen ryhmään: 1) Itsenäisesti palvelukeskuksessa käyvät, aktiiviset eläkeläiset, 2) kotihoidon ja sosiaali- ja lähityön yksikön kautta ohjatut asiakkaat ja 3) arviointi- ja kuntoutusjakson läpikäyneille vanhuksille.

Palvelukeskustyölle on luonteenomaista se, ettei asiakkaiden tietoja kirjata ylös. Tällä hetkellä ei ole keinoja tavoittaa itsenäisesti palvelukeskuksessa asioivia asiakkaita. Tulevaisuudessa on tärkeää pohtia sitä, mitä etua nämä asiakkaat voisivat saada siitä että heidän yhteystietonsa olisivat ylhäällä jossakin Helsingin monista palvelukeskuksista. Voitaisiinko asiakkaita silloin lähestyä helpommin esimerkiksi kampanjoimalla palveluja ja tarjoamalla Heko-käyntejä?

Muistisairauksissa tärkeää on havaita ne ajoissa. Palvelukeskuksessa kävijöillä havaitaan joskus hahmottamisen vaikeuksia esimerkiksi liikuntaryhmien tai kädentaitoryhmien yhteydessä. Haastatellut toivat esiin tällaisissa tilanteissa asiaan puuttumisen vaikeuden. Vaikeus liittyy siihen, että asiakkaat ovat itsenäisesti palvelukeskuksessa asioivia, eivätkä he ole pyytäneet sosiaaliviraston apua tilanteeseensa toisin kuin sosiaali- ja lähityön yksikön asiakkaat. Palvelukeskuksen työntekijät tarvitsevat jatkossa selkeää linjausta siihen, miten tämän tyyppisiin tilanteisiin voidaan puuttua ja kuinka asiakkaita voidaan ohjata hienovaraisesti esimerkiksi muistipoliklinikalle. Kohdeorganisaatioiden työntekijöiden osaamista voitaisiin hyödyntää tulevaisuudessa nykyistä enemmän esim. muistisairauksissa liittyen niiden puheeksi ottoon.

Jatkossa palvelukeskuksen toimintaan mukaan koetetaan saada Tuulenpesä-lyhytaikaisosastolla jaksoilla olleita asiakkaita. Haastateltavat toteavat, että yhteistyössä (sosiaali- ja lähityön yksikön) sosiaalityöntekijän kanssa voidaan lähitulevaisuudessa saada myös lyhytaikaisosaston kävijöitä mukaan vanhustenkeskuksen palvelukeskuksen toimintaan. Näyttääkin siltä, että tulevaisuudessa kohdeorganisaatioiden palvelut kietoutuvat toisiinsa entistä tiiviimmin. Asiakkaat hyötyvät tästä, sillä heitä tuetaan toimintakyvyn ylläpidossa ja erilaisissa elämäntilanteissa entistä monipuolisemmin.

## LÄHTEET

Ahonen, S. 2007 Kolmas ikä palvelukeskuksessa. Helsingin yliopisto, Valtiotieteellinen tiedekunta. Pro gradu-tutkielma.

Ala-Nikkola, M & Valokivi, H. 1997. Yksilökohtainen palveluohjaus käytäntönä. Loppuraportti sosiaali – ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää ja yksilökohtaista palveluohjausta (case management) koskeneesta tutkimuksesta Hämeenkyrössä ja Tampereella. Stakes raportteja 215. Jyväskylä: Gummerus.

Eloniemi – Sulkava, U., Sormunen, S. & Topo, P. 2008. s. 9-11. Teoksessa: Sormunen, S & Topo, P. (toim.) Laadukkaat dementiapalvelut – opas kunnille. Jyväskylä: Gummerus.

Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J & Huovinen, M. 2009. Muistatko? – Muisti ja sen sairaudet. (Perustuu aikaisempaan kirjaan Muistihäiriöt.) Porvoo: WS Bookwell.

Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J & Huovinen, M. 2006. Muistihäiriöt. Jyväskylä: Gummerus.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1999. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus.

Finne-Soveri, H., Noro, A., Jonsson, P.V., Ljunggren, G., Grue, E. V., Jensdóttir, A. B., Björkgren, M., Lindman, K., Schroll, M., Wergeland S.L. Nord RAI Network and Research in the Care for Older People Final Report 1998-2008. Raportteja 27/2008. Stakes: Helsinki.

Grönfors, M. 1982. Kvalitatiiviset kenttätömenetelmät. 2.painos. Helsinki: WSOY.

Halttunen–Sommar Dahl, R & Linna, E. 2007. Vapaaehtoistyö sosiaaliviraston näkökulmasta. Helsingin kaupungin sosiaaliviraston selvityksiä 2007: 4. Pdf - dokumentti. Luettu 31.3.2011. [http://www.kansalaisareena.fi/07\\_selvitys\\_vapaaehtoistyö.pdf](http://www.kansalaisareena.fi/07_selvitys_vapaaehtoistyö.pdf).

Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim.) 2008. Geriatria – arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita Prima.

Heimonen S & Voutilainen P. 2006 Avaimia arviointiin – dementoituvien kuntoutumista edistävä hoitotyö. Helsinki: Edita Prima.

Helin, S. 2000. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn heikkeneminen ja sen kompensatioprosessi. Jyväskylä yliopisto. Jyväskylä: ER-paino.

Helsingin kaupunki, sosiaalivirasto. Vanhusten palvelut, ikäihmisten hyvinvointikeskus–hanke. Luettu 7.4.2011.  
[http://www.hel.fi/hki/sosv/fi/Hankkeet/Vanhusten+palvelujen+hankkeet/Ik\\_ihmisten+hyvinvointikeskus](http://www.hel.fi/hki/sosv/fi/Hankkeet/Vanhusten+palvelujen+hankkeet/Ik_ihmisten+hyvinvointikeskus)



Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. 2011. Vanhusten palvelut, omaishoito. Luettu 24.3.2011. [www.hel.fi/hki/Sosv/fi/Vanhusten+palvelut](http://www.hel.fi/hki/Sosv/fi/Vanhusten+palvelut)

Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. 2011. Vanhusten palvelut, palvelukeskukset. Luettu 24.3.2011.  
<http://www.hel.fi/hki/sosv/fi/Vanhusten%20palvelut/palvelukeskukset>

Helsinkiin luodaan jättivirastoa. Huhtanen, J. Helsingin Sanomat, 8.4.2011.1.painos.

Helsingin vanhuspalveluohjelma vuosille 2006–2009. Helsingin kaupungin hallintokeskuksen julkaisu 4/2006.

Hervonen A., Pohjolainen, P. & Kuure, A.K. 1998. Vanhene viisaasti. Porvoo: WSOY.

Hietanen, A. & Lyyra T-M. (toim.) 2003. Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 2003:2. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus: Helsinki.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu–teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. 10., osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi

Häkkinen, H. 2002 Ehkäisevät kotikäynnit vanhuksille - kuntakyselyn tulokset sekä kotimaisia ja ulkomaisia käytäntöjä. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

Häkkinen, H. & Holma, T. 2004. Ehkäisevä kotikäynti–tuki vanhuksen kotona selviytymiselle. Helsinki: Hakapaino Oy.

Hänninen, K. 2008. Palveluohjaus - Asiakaslähtöistä täsmäpalvelua vauvasta vauriin. Stakes-verkkojulkaisu.<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisu/raportit/R20-2007-VERKKO.pdf>.

Kauhanen, J., Myllykangas, M., Salonen, J. T., Nissinen, A. 2007. Kansanterveystiede. 2.–3. painos. Helsinki: WSOY.

Koivisto, T., Muurinen, S., Peiponen, A. & Rajalahti, E. Hoitotyön vuosikirja 2003 – Terveyden edistäminen. Tampere: Tammi.

Koskinen, S., Aalto, L., Hakonen, S. & Päivärinta, E. 1998. Vanhustyö. Vanhustyön keskusliitto. Jyväskylä: Gummerus.

Kylmä, J & Juvakka, T. 2007 Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kähäri-Wiik, K., Niemi, A. & Rantanen, A. 2006 Kuntoutuksella toimintakykyä. Porvoo: WSOY.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen L. 2003. Laadullisen hoitotieteen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. 23 – 26. Teoksessa Janhonen S. & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Liikanen, H-L., Kaisla, S., Viljaranta, L. 2007 Gerontologisen sosiaalityön pioneirit kentällä. Soccan ja Heikki Waris – Instituutin julkaisusarja nro 12. Helsinki: Yliopistopaino.

Luoto, L. 2002. Kotihoidon laatutekijöiden toteutuminen – asiakkaan ja heidän läheistensä näkökulma. Turun yliopisto, hoitotieteen laitos. Pro Gradu – tutkielma.

Mykkänen – Hänninen, R. Vapaaehtoistyön rajapinnoilla. 2007. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadian julkaisuja. Sarja B: Oppimateriaalit 6. Helsinki: Yliopistopaino.

Mäkelä, T., Karisto, A., Valve, R., Fogelholm, M. 2007. Väsymys on ennakoiva merkki huonosta arjesta suoriutumisesta. Gerontologia 4/2007. 300–309.

Paulig, O. 2008. Helsingin kaupungin sosiaaliviraston palvelukeskustoiminnan kehittämishjelma vuosille 2007–2010. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Selvityksiä 2008:2. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietopalvelu.

Pekkala, L. 2007. Lähityön sosiaaliohjaajan työnkuva lyhyesti. Työpaperi. 25.5.2007.

Pietiläinen E., ja Seppälä., H.(2003) Palveluohjaus asiakastyössä ja organisaatiossa. Kehitysvammaliitto. Helsinki: Painopörssi Oy.

Rai-arviointijärjestelmät. InterRAI. Koulutustilaisuus 17.1.2008. Helsinki.

Reito, S. 2006. Yhteistyöstä yhteiseen työhön. Ikaalilainen palveluohjaus auttaa työikäistä palvelujärjestelmän labyrintissä. Helsinki: Valopaino.

Routasalo, P. 2003. Teoksessa: Koivisto, T., Muurinen, S., Peiponen, A. & Rajalah-ti, E. Hoitotyön vuosikirja 2003–Terveyden edistäminen. Tampere: Tammi. 109–118.

Sormunen, S & Topo, P. (toim.) 2008. Laadukkaat dementiapalvelut–opas kunnille. Jyväskylä: Gummerus.

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Helsinki: Yliopistopaino.

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) 2008. Ikääntyneiden palveluiden uudet konseptit. Selvityksiä 2008/47. Helsinki: Yliopistopaino.

Sosiaali- ja terveysministeriö. (STM) Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:8. Kansallisen kehittämissohjelman (Kaste) arviointi. Ensimmäinen väliraportti. Helsinki: Yliopistopaino.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Tiedote 266/2010. Ministeri Risikko: Muistisairauksia yhä useammalla.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Sosiaali- ja terveyspalvelut, palvelutarpeen arviointi. Luettu 30.3.2011.  
[http://www.stm.fi/sosiaali\\_ ja\\_ terveyspalvelut/ikaihmiset/palvelut\\_ ja\\_ etuudet/palvelutarpeen\\_arviointi](http://www.stm.fi/sosiaali_ ja_ terveyspalvelut/ikaihmiset/palvelut_ ja_ etuudet/palvelutarpeen_arviointi).

Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:9. Kaste – ohjelman valtakunnallinen toimeenpanosuunnitelma vuosille 2008 – 2011. Helsinki: Yliopistopaino.

Sulkava, R. 2010. Teoksessa: Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) 2010. Geriatria. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Sulkava & Eloniemi – Sulkava 2008. Teoksessa: Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim.) Geriatria – arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita Prima. 88–100.

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

Suominen, S. (2008) Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry. Vierailtu 16.4.2008. <http://www.omaisten.org/>

Suominen, S. & Tuominen, T. (2007) Palveluohjaus-portti itsenäiseen elämään. Helsinki: Picaset Oy.

Telaranta, P. 2001. Alzheimerin tauti osana elämää ja elämänosana. Jyväskylä: Gummerus.

Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) 2010. Geriatria. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue - Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Jyväskylä: Tammi.

Vertio, H. 2003. Terveyden edistäminen. Jyväskylä: Tammi

Vilkka, H. 2007. Tutki ja kehitä. Vaajakoski: Tammi.

Väisänen U. & Liikanen H. Työkokous, tehty2-hanke, 11.9.2008.

## LIITE 1.

Tiedote haastatteluun osallistuville:

Opiskelen Tampereen ammattikorkeakoulussa, ylempään AMK-tutkintoon johtavassa koulutusohjelmassa ”terveyden edistäminen, ikääntyvien ja pitkäaikaisspotilaiden hoito”. Osana opiskeluani teen opinnäytetyötä aiheesta ” **Sosiaaliviraston ennaltaehkäisevät vanhuspalvelut muistisairaille Etelä – Haagan alueella**”. Opinnäytetyön tiedonkeruumenetelmänä käytän teemahaastattelua, joka toteutetaan ryhmähaastatteluna. Teemoina tutkimuksessa ovat **ennaltaehkäisevä työ, muistisairaudet ja toimintakyky**. Opinnäytetyöni tarkoituksena on selvittää, millaista ennaltaehkäisevä työ on kohdeorganisaatioissa ja millaisia kehittämistarpeita ennaltaehkäisevään työhön liittyy.

Osallistujiksi haastatteluihin toivon sosiaaliviraston työntekijöitä Etelä – Haagan / Läntisen Helsingin alueelta, joiden työssä toteutuvat edellä mainitut teemat. Tutkimukseen osallistumisen perusteena on vapaaehtoisuus. Osallistujat voivat missä tahansa vaiheessa myös peruuttaa osallistumisensa.

Tutkimukseen osallistuvien nimet tulevat vain opinnäytetyön tekijän tietoon, eikä osallistujien nimiä mainita tutkimusaineiston yhteydessä esimerkiksi haastattelunauhoilla tai puhtaaksi kirjoitetuissa haastatteluissa. Tutkimusaineisto hävitetään opinnäytetyön valmistuttua 31.5.2011 mennessä. Käytän haastatteluissa saamiani tietoja opinnäytetyössä yleisellä tasolla niin, ettei ketään osallistujaa voida tunnistaa.

Kiitän jo etukäteen osallistumisestanne!

Lisätietoja saa tarvittaessa:

Heidi Mäenpänen, xxx-xx xx xxx

## LIITE 2.

## Teemahaastattelun taustakysymykset

**Taustakysymykset:**

- 1) Työyksikkösi sosiaalivirastossa\_\_\_\_\_
- 2) Olen työskennellyt nykyisessä työssäni/tehtävässäni
  - a) Alle vuoden
  - b) 1 – 4 vuotta
  - c) 5 – 9 vuotta
  - d) Yli 10 vuotta
- 3) Ammattinimikkeeni on:
  - a) Sosiaalityöntekijä
  - b) Sosiaaliohjaaja
  - c) Ohjaaja
  - d) Muu, mikä?\_\_\_\_\_
- 4) Koulutukseni on: (Rengasta vain yksi vaihtoehto.)
  - a) Vielä opiskelemassa
  - b) Kansakoulu
  - c) Peruskoulu
  - d) Ammattikoulu
  - e) Lukio tai ylioppilas
  - f) Opistotason ammatillinen koulutus
  - g) Ammattikorkeakoulu
  - h) Korkeakoulu, alemman asteen tutkinto
  - i) Korkeakoulu, ylemmän asteen tutkinto

### LIITE 3.

#### Teemahaastattelun runko

##### **Ennaltaehkäisevä vanhustyö ja muistisairaudet**

- Mitä teille merkitsee vanhuspalveluiden ennaltaehkäisevä työ (yleisesti)?
- Mitä ennaltaehkäisevä työ on palvelukeskuksessa/sosiaali- ja lähityön yksikössä?
- Miten muistisairautta sairastavia voidaan tavoittaa varhaisessa vaiheessa?
- Tulevatko muistisairaat riittävän varhain palvelujen piiriin?

##### **Muistisairaiden palvelut**

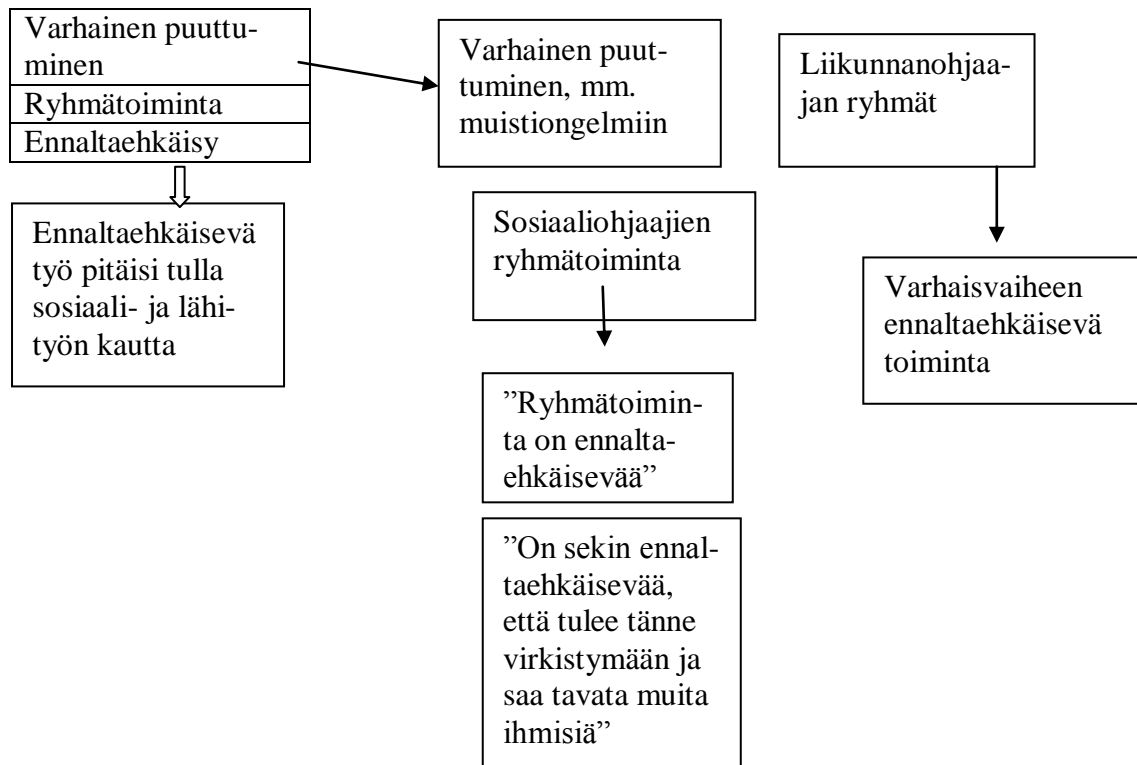
- Millaisia palveluja yksiköllänne on muistisairaille tällä hetkellä?
- Miten näkisit palvelukeskuksen/sosiaali- ja lähityön yksikössä palvelut tulevaisuudessa muistisairautta sairastaville?

##### **Muistisairaudet ja toimintakyky**

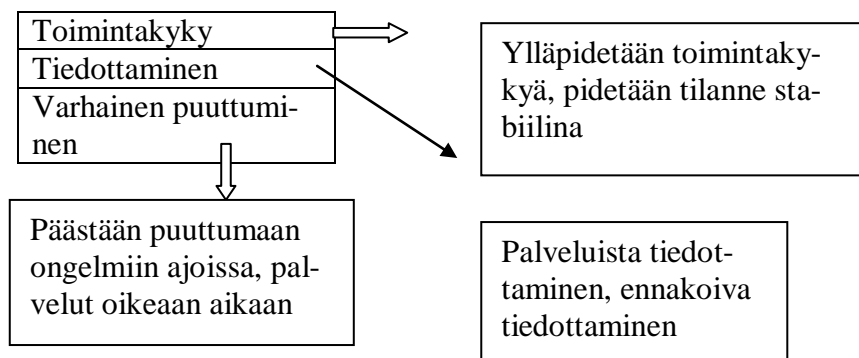
- Mikä on Sinun ja yksikkösi erityinen tehtävä muistisairaiden toimintakyvyn ylläpitäjänä?
- Millaista toimintakykyä ylläpitävää toimintaa yksikölläsi on tällä hetkellä muistisairaille?
- Millaista toimintakykyä kehittävää palvelua yksikölläsi tulisi olla tulevaisuudessa tarjolla muistisairaille?

## LIITE 4.

## 1.A) Ennaltaehkäisevä työ / Ylä – kategoriat /Palvelukeskus



## 1.B) Ennaltaehkäisevä työ / Ylä – Kategoriat / Sosiaali- ja lähityö



(Jatkuu)

## LIITE 4:2 (3)

## 1. Ennaltaehkäisevä työ:

Fraasit	Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria	Ylä-kategoria
Sosiaalityön kannalta pyrkimys ylläpitää toimintakykyä, ettei hoitopaikka tulisi ajankohtaiseksi	Toimintakyvyn ylläpitäminen	Toimintakyvyn ylläpitäminen	Toimintakyky
Ennaltaehkäisevää on kun siihen pyritään puuttumaan, jotta tilanne ei menisi huonommaksi	Tilanteeseen puuttuminen	Varhainen puuttuminen	Varhainen puuttuminen
Saadetaan tiedotettua palveluista hyvissä ajoin	Palveluista tiedottaminen ennakoivasti	Palveluista tiedottaminen	Tiedottaminen
Myös sosiaaliohjaajat pääsevät asiakkaiden ongelmiin kiinni varhaisessa vaiheessa	Varhainen puuttuminen	Varhainen puuttuminen	Varhainen puuttuminen
Ennakoivasti pystytään kertomaan tietoa, kun on ne tarpeet jo, niin ois ennalta kerrottu, niin se sitten helpottaa	Infon jättäminen hyvissä ajoin (vrt. palveluvaraukset)	Palveluista tiedottaminen	Tiedottaminen
Kun tekee kotikäynnin, niin ei ole vaarallista, vaikka ei just sillä hetkellä ole mitään.. jätetään infoa hyvissä ajoin	Infon jättäminen hyvissä ajoin (vrt. palveluvaraukset)	Palveluista tiedottaminen	Tiedottaminen
Sehän on se ensimmäinen vaihe, kun ihminen itse huomaa.Jos siihen pystytään tarttumaan	Varhainen puuttuminen muistiongelmiin	Varhainen puuttuminen	Varhainen puuttuminen
Kun on alkamassa muistisairaus, niin he oppisivat palveluihin varhaisessa vaiheessa. Myö-	Päivätoimintaan meneminen onnistuu, kun sinne päästään riittävän varhain, silloin kun asiakas on	Palvelujen oikea-aikaisuus	Varhainen puuttuminen



hemmin voi olla että”ei, ei”. Silloin on vaikea saada heitä mihinkään	vastaanottavainen		
Yks muistin tärkeistä yllättäjistä on sosiaalinen kanssakäynti	Sosiaalinen toiminta ylläpitää muistia	Ryhmätoiminta	Ryhmätoiminta
Pystyy pidempään asumaan kotona, ehkäisee laitokseen joutumista	Laitokseen joutumisen riski vähenee	Ryhmätoiminta	Ryhmätoiminta
Kaikki nämä ryhmät mitä meillä täällä on, niin onhan ne jollain tavalla ennaltaehkäiseviä	Ryhmätoiminta on ennaltaehkäisevää	Ryhmätoiminta	Ryhmätoiminta
Jotkut jumppalaiset, jotka ovat 60vuotiaita ja vähän päälle, niin kyllä se ennaltaehkäisee heitä, se on vaan pidemmän ajan päässä	Juuri eläkkeelle jääneille toiminta on varhaisvaiheen ennaltaehkäisevää	”Varhaisvaiheen ehkäisevä toiminta”	Ennaltaehkäisy
On sekin ennaltaehkäisyä että tulee tänne virkistymään ja saa sosiaalisia kontakteja	Ryhmätoiminnasta virkistystä ja kanssakäymistä toisten kanssa	Ryhmätoiminta	Ryhmätoiminta
Jos vielä mietitään sitä ennaltaehkäisevää, se pitäisi tulla sieltä sosiaali- ja lähityön kautta	ennaltaehkäisevä työ pitäisi tulla sosiaali- ja lähityön kautta	ennaltaehkäisy sosiaalityön kautta	Ennaltaehkäisy
Tilanteen stabiilina pitäminen	Toimintakyvyn ylläpitäminen	Toimintakyky	Toimintakyky

Punainen teksti: Vastaajina sosiaali- ja lähityöntekijät  
 Musta teksti: Vastaajina palvelukeskuksen työntekijät