

Hyvinvointia edistävät kotikäynnit 75- vuotiaille

ja kotikäynneistä kieltäytymisen syitä

Mirja Asikainen

Opinnäytetyö

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma Sosiaalialan koulutusohjelma	
Työn tekijä(t) Mirja Asikainen	
Työn nimi Hyvinvointia edistävät kotikäynnit 75-vuotiaille ja kotikäynneistä kieltäytymisen syitä	
Päiväys	20.12.2012
Sivumäärä/Liitteet	49/4
Ohjaaja(t) Kalevi Paldanius	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Liikelaitos Siiliset-peruspalvelukeskus, vanhuspalvelut	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Opinnäytetyössä toteutettiin hyvinvointia edistävät kotikäynnit (HEHKO-käynnit) 75-vuotiaille siilinjärveläisille ja maaninkalaisille sekä selvitettiin syitä, miksi osa 75-vuotiaista ei ottanut kotikäyntiä vastaan. Opinnäytetyön toimeksiantaja oli Liikelaitos Siiliset-peruspalvelukeskus, vanhuspalvelut. Kunta toteutti HEHKO-käynnit nyt toisen ja molemmilla kerroilla kotikäynnin vastaanottaneiden määrä oli oletettua vähäisempi. Toimeksiantaja halusi selvittää syitä alhaiseen kotikäynnin ottaneiden määrään. Tulosten perusteella toimeksiantajalla on mahdollisuus kehittää HEHKO-käyntejä ikääntyvien kuntalaisten tarpeita vastaavaksi.</p> <p>HEHKO-käynneillä haastattelun runkona käytettiin Suomen Kuntaliiton sekä eri kuntien lomakkeista muokattua valmista haastattelulomaketta. HEHKO-käynneillä kartoitettiin haastateltavien asumista, terveydentilaa, toimintakykyä, aisteja, sosiaalista verkostoa, toimeentuloa, viestintää ja tulevaisuutta sekä annettiin palveluohjausta. HEHKO-käyntien tarkoituksena on tukea ikääntyvien kotona pärjäämistä nyt ja tulevaisuudessa. Palvelutarpeen ilmetessä haastateltavia ohjattiin ottamaan yhteyttä sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöihin tai sovitusti haastattelijaa välitti viestin sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöille.</p> <p>HEHKO-käynnistä kieltäytyneille tehtiin puhelinhaastattelu ja kartoitettiin syitä miksi käyntiä ei haluttu ottaa vastaan. Suurin syy kieltäytymiseen oli, että haastateltavat kokivat olevansa niin hyväkuntoisia, ettei kotikäynnille ollut tarvetta. Osa haastateltavista ei ymmärtänyt kirjeestä HEHKO-käynnin tarkoitusta. Heidän vastauksiaan on tarkemmin analysoitu tuloksissa ja on havaittu, että syynä voi olla muistisairaus, sekä psyykkiset syyt tai sosiaaliset syyt.</p> <p>HEHKO-käyntien määrää voidaan lisätä toimivalla yhteistyöllä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa, asiakkaille tiedottamisella ja pitkäjänteisellä toiminnan suunnittelulla. Toimivat HEHKO-käynnit tuovat taloudellisia säästöjä kunnille pitkällä aikavälillä tarkasteltuna, koska ikääntyvät voivat asua omissa kodeissaan entistä pidempään.</p>	
Avainsanat	
hyvinvointia edistävä kotikäynti (HEHKO-käynti), ehkäisevä vanhustyö, palveluohjaus	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme in Social Services			
Author(s) Mirja Asikainen			
Title of Thesis Welfare home visits by the age of 75 and the reasons for the refusal			
Date	20.12.2012	Pages/Appendices	49/4
Supervisor(s) Kalevi Paldanius			
Client Organisation /Partners Liikelaitos Siiliset –peruspalvelukeskus, services for senior citizens			
<p>Abstract</p> <p>The purpose of this thesis was to carry out welfare conducive house calls (abbreviation HEHKO-käynnit in Finnish) for 75-years-old people living in Siinlinjärvi and Maaninka. In addition the reasons why some of the 75-year-olds did not want to receive the welfare conducive house calls were examined. This study was carried out for the Liikelaitos Siiliset -peruspalvelukeskus (services for senior citizens). The welfare conducive house calls were now carried out for the second time by the municipality and on both occasions the amount of people receiving welfare conducive house calls were lower than expected. With the results of this study the applicant Liikelaitos Siiliset has the opportunity to develop the welfare conducive house calls for the senior citizens' needs.</p> <p>As a body for interviews forms of the Association of Finnish Local and Regional Authorities and of municipalities were used in this study. Living, state of health, capacity of action, senses, social network, subsistence, communication and the future of interviewees were examined during the welfare conducive house calls. Service guidance was also given during the house calls. The purpose of the welfare conducive house calls was to support senior citizens' coping in their own home now and in the future. When the need for services appeared interviewees were instructed to take contact to the social and health care employees or when agreed the interviewer delivered the message to the social and health care employees.</p> <p>A phone interview was done for the senior citizens who declined welfare conducive house calls in order to find out why they did not want to receive welfare conducive house calls. The biggest reason for refusal was that interviewees experienced themselves as so healthy that there was no need for the welfare conducive house call. Some of the interviewees did not understand the purpose of the welfare conducive house calls. Their answers are analyzed in more detail in the results of this study and it was observed that the reason for refusal might be memory illness, psychic or social reasons.</p> <p>The amount of welfare conducive house calls can be increased by a working cooperation in social and health care services, by informing clients and by persistent planning of action. Working welfare conducive house calls bring economical savings for the municipalities in the long run and senior citizens can live in their own homes longer.</p>			
Keywords			
welfare conducive house calls, preventive geriatric care, case management			

SISÄLTÖ
TIIVISTELMÄ
ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	6
2	OPINNÄYTETYÖN KESKEISET KÄSITTEET JA TEORIA	8
	2.1 Ehkäisevä vanhustyö.....	9
	2.2 HEHKO-käynti, hyvinvointia edistävä kotikäynti	10
	2.3 Palveluohjaus	12
3	HEHKO-KÄYNTIEN LÄHTÖKOHDAT.....	13
	3.1 HEHKO-käyntien yhteiskunnalliset lähtökohdat.....	13
	3.1.1 Aikaisemmat tutkimukset ulkomailla.....	14
	3.1.2 EHKO-kehittämishanke	15
	3.2 Toimeksiantajan lähtökohdat	18
	3.2.1 Projekteina toteutetut HEHKO-käynnit Siilinjärvellä ja Maaningalla.....	18
	3.2.2 HEHKO-käynnit vuonna 2010	19
	3.3 HEHKO-käynnit ikääntyvän asiakkaan näkökulmasta	19
	3.4 Tutkijan perustelut opinnäytetyön aihevalinnalle.....	21
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TOTEUTTAMINEN	22
	4.1 Tutkimusaineisto	22
	4.2 Hyvinvointia edistävän kotikäynnin toteutus.....	23
	4.3 Puhelinkyselyn toteutus.....	24
	4.4 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	25
	4.5 Tutkimusluvut	27
5	HYVINVOINTIA EDISTÄVIEN KOTIKÄYNTIEN SEKÄ PUHELINKYSELYIDEN TULOKSIA	28
	5.1 Hyvinvointia edistävien kotikäyntien tuloksia	29
	5.2 Puhelinkyselyn tulokset	36
6	JOHTOPÄÄTÖKSET	39
7	POHDINTA	44
	LÄHTEET	47

LIITTEET

- Liite 1 Kirje 75-vuotiaille
- Liite 2 HEHKO-käynti haastattelulomake
- Liite 3 Puhelinkysely
- Liite 4 Tutkimuslupa

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveystalitiikan tavoitteisiin Suomessa kuuluu edistää ikääntyvien terveyttä ja hyvinvointia sekä tukea heidän itsenäistä kotona selviytymistään mahdollisimman pitkään ja ehkäistä raskaampiin hoitomuotoihin siirtymistä (STM 2010, 11–12). Tilastokeskuksen tietojen mukaan vuonna 2012 Suomessa on yli 75-vuotiaita noin 450 000 ja kymmenen vuoden kuluttua heitä on yli 620 000 (Tilastokeskus 2012). On selvää, että valtiolla ja kunnilla tulee olemaan haasteita vastata sosiaali- ja terveystalitiikan tavoitteisiin ikääntyvien palveluiden ja hoidon järjestämisessä. Valmisteilla oleva Vanhuspalvelulaki on syksyn 2012 aikana ollut poliittisen keskustelun aiheena. Lain tarkoituksena on tukea ikääntyvän väestön hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä, sekä parantaa ikääntyvien vaikutus mahdollisuuksia kunnissa. (STM 2012, 15.)

Yhtenä menetelmänä sosiaalihuoltolakiin on kirjattu HEHKO-käynnit ikääntyvien luokse. Kotikäyntejä tekevät sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset. Työntekijöiden koulutus vaihtelee kunnittain, samoin ikäryhmät, joille kotikäyntejä tarjotaan. Kotikäynnit ovat maksuttomia ja ikääntyville vapaaehtoisia. Kotikäynnillä arvioidaan ikääntyvän fyysistä, psyykkistä, kognitiivista ja sosiaalista toimintakykyä yhdessä ikääntyvän kanssa. Samalla pohditaan keinoja ikääntyvän toimintakyvyn, terveyden ja hyvinvoinnin ylläpitämiseksi ja edistämiseksi. Palveluohjaus, neuvonta ja palveluita tiedottamien ovat oleellinen osa kotikäyntiä. HEHKO-käynnit antavat tietoa myös kunnalle ikääntyvien tulevasta palvelutarpeesta. (Häkkinen & Holma 2004, 23.)

Ehkäisevät kotikäynnit (EHKO) otettiin Suomessa käyttöön 2000-luvun alussa. Viime vuosien aikana käyntejä on alettu kutsua nimellä hyvinvointia edistävät kotikäynnit (HEHKO-käynnit), mutta käytännöt vaihtelevat edelleen kunnittain. (Häkkinen & Holma 2004, 73.) Tässä opinnäytetyössä käytän nimitystä HEHKO-käynti kaikista tehdyistä kotikäynneistä käsitteiden selvyden ja yhtäläisyyden vuoksi, vaikka lähteissä käsitteistö vaihtelee.

Tämän opinnäytetyön toimeksiantaja on Liikelaitos Siiliset -peruspalvelukeskuksen vanhuspalvelut. Opinnäytetyön alkuperäisenä tarkoituksena oli tehdä HEHKO-käynnit ja selvittää syitä, miksi kotikäyntiä ei mahdollisesti oteta vastaan. Opinnäytetyön edessä ja saatujen tutkimustulosten perusteella haluttiin tarkentaa kieltäytymisen syitä kotikäynneistä. Saatujen tulosten perusteella on ollut mahdollista analysoida myös sitä, olisivatko käynnistä kieltäytyjät juuri heitä, jotka sitä eniten ehkä tarvitsisivat. Saatuja tutkimustuloksia voivat hyödyntää vanhuspalveluiden työntekijät ehkäiseväs-

sä vanhustyössä sekä kuntien poliittiset päättäjät ja virkamiehet vanhuspalveluiden kehittämistyössä.

Tein vuonna 2011 HEHKO-käynnit 75 vuotta täyttäneille siilinjärveläisille ja maaninkalaisille. Kotikäynneillä haastattelun runkona käytin Suomen Kuntaliiton ja eri kuntien käyttämästä lomakkeesta muokattua valmista lomakepohjaa. Lisäksi haastateltavilla oli mahdollisuus tehdä kolmen sanan muistamis- ja mieleenpalauttamistehtävä sekä kellotaulun piirtämistehtävä. Syitä HEHKO-käynnistä kieltäytymiselle selvitin puhelinhaastatteluin.

2 OPINNÄYTETYÖN KESKEISET KÄSITTEET JA TEORIA

Keskeisiä käsitteitä opinnäytetyössäni ovat ehkäisevä vanhustyö, HEHKO - hyvinvointia edistävä kotikäynti, ja palveluohjaus. HEHKO-käynti on tällä hetkellä käytössä oleva lyhenne aiemmin käytössä olleelle EHKO-käynnille, ennaltaehkäisevälle kotikäynnille. Sosiaali- ja terveystieteiden painopistettä siirretään ehkäisevään toimintaan myös vanhustyössä. Ehkäisevän vanhustyön työmenetelmiä ovat HEHKO-käynnit ja palveluohjaus.

HEHKO-käynnit ja palvelutarpeen arviointikäynnit sekoitetaan joskus keskenään. Seuraavasta 1. kuvista on nähtävissä kotikäyntien eroja. HEHKO-käynneillä tehdään myös palvelutarpeen arviointia, mutta pääpaino on kotona selviytymisen tukemisella, niin ettei säännöllisiä kotona asumista tukevia palveluita tarvita. Palvelutarpeen arviointiin on sosiaalihuoltolain mukaan lakisääteinen oikeus yli 75-vuotiailla ja palvelutarpeen arviointi on sosiaali- ja terveystieteiden myöntämisperuste. (THL 2012 b)



KUVIO 1. Iäkkäiden palvelutarpeen arviointikäynnin ja HEHKO-käynnin eroja (THL, 2012 b)

2.1 Ehkäisevä vanhustyö

Ehkäisevä vanhustyö sisältää sairauden ja toimintakyvyn heikkenemisen ehkäisyä, terveyden edistämisen sekä terveyttä ja toimintakykyä edistävien voimavarojen vahvistamista. Ensimmäisellä, primääritasolla edistetään terveyttä ja ehkäistään sairauksia muun muassa liikunnalla, oikealla ravitsemuksella ja sosiaalisten suhteiden ylläpitämisellä. Toisella, sekundaaritasolla, pyritään sairauksien varhaiseen diagnosointiin ja hoitoon riittävän ajoissa, esimerkiksi muistisairauksien toteaminen ja hoidon aloittaminen. Kolmannella, tertiääritasolla, pyritään ehkäisemään sairauksien uusiutuminen tai paheneminen esimerkiksi kuntoutuksen keinoin. Ehkäisevässä vanhustyössä pyritään vaikuttamaan ennalta ikääntyvän elinoloihin, elämänlaatuun ja elämänhallintaan. Ehkäisevä työ tulisi aloittaa ennen kuin ikääntyneen toimintakyky on selvästi alentunut ja palvelut tulisi tarjota ikääntyneen ehdoilla. Ikääntyvää on arvostettava ihmisenä ja hänen itsetuntoaan on tuettava myös toimintakyvyn alentumisessa. (Häkkinen 2002, 14.)

Tilastokeskuksen väestöennusteen mukaan yli 75-vuotiaiden määrä lisääntyy Suomessa lähes 200 000 kymmenessä vuodessa. Vuonna 2012 Suomessa on 453 349 yli 75 -vuotiasta ja vuonna 2022 yli 75-vuotiaita on 622 101 ja 2032 vuonna heitä on 855 537, eli 75-vuotiaiden määrä lähes kaksinkertaistuu 20 tulevan vuoden aikana. Siilinjärvellä ja Maaningalla on vuonna 2012 yhteensä 1 350 yli 75-vuotiasta ja vuonna 2022 heitä on 2 305 ja vuonna 2032 yli 75-vuotiaita arvioidaan olevan 3 450. (Tilastokeskus 2012.)

Sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen kuntaliiton Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa 2008 on esitetty, että vuoteen 2012 mennessä yli 75-vuotiaista 91–92 % asuu kotona itsenäisesti tai oikein kohdennettujen ja tarkoituksenmukaisten sosiaali- ja terveystalvelujen turvin. Ikääntyneistä 5 – 6 % on tehostetun palveluasumisen piirissä ja 3 % laitoshoidossa vanhainkodissa tai terveyskeskuksessa. (STM 2008, 30.)

Vanhusten määrän lisääntyessä ehkäisevän toiminnan tärkeys korostuu sosiaali- ja terveydenhuollossa. STM:n mukaan ehkäisevää toimintaa ja palveluita tulisi lisätä kunnissa. Lisäksi ennaltaehkäiseviä palveluita tulisi monipuolistaa ja uudistaa tukemaan ikääntyvien hyvinvointia ja terveyttä. (STM 2008, 29.) Ehkäisevällä toiminnalla tuetaan toimintakykyisten vuosien lisääntymistä ja säännöllisten palvelutarpeiden siirtymistä mahdollisimman myöhäiseen ajankohtaan ikääntyvien keskuudessa. Val-

tioneuvosto korostaa Terveys 2015 -ohjelmassa, että ikääntyville turvataan mahdollisuus aktiiviseen toimintaan yhteiskunnassa, omien tietojen ja taitojen kehittäminen ja mahdollisuus jatkaa mahdollisimman pitkään itsenäistä ja laadullisesti mielekästä elämää riittävän toimeentulonturvin. Asumis-, lähipalvelu- ja liikenneympäristöjä tulisi kehittää itsenäistä selviytymistä tukeviksi toimintakyvyn alentuessakin. (STM 2001, 25–26.) Häkkisen ja Holman (2004, 86) mukaan ikääntyvän kotona selviytymistä tukevia tekijöitä ovat hyvä kunto ja terveys, positiivinen elämänasenne ja huumori, sitkeys ja peräänantamattomuus, omaisten ja ystävien apu, perhe, ystävät ja harrastukset, kohtuullinen taloudellinen tilanne, toimivat ja riittävät apuvälineet, turvallinen elinympäristö ja asunnon esteettömyys.

Pohjois-Savon alueella on käynnistynyt Ikäinnovaatio 2012–2014 -hanke. Hankkeessa ovat mukana Itä-Suomen yliopisto, Savonia-ammattikorkeakoulu, Pohjois-Savon kunnat sekä ikääntyvien järjestöt. Ikäinnovaatio hankkeen kohderyhmänä ovat 60+ kansalaiset, mutta hankkeessa kehitettävän toimintakykyisyyden mallin uskotaan hyödyntävän myös vanhempia ikäryhmiä. Hankkeen tavoitteena on yhdistää eri toimijoita suunnittelemaan väestön ikääntymiseen liittyviä palvelumuutoksia, edistää ikääntyvien aktiivisuutta ja toimintakykyä. Hankkeen kautta ikääntymiselle luodaan myönteinen ilmapiiri ja nähdään ikääntyminen voimavarana ja korostetaan yksilön omaa roolia hyvinvoinnissa. Hankkeessa selvitetään kuntien palvelutarpeet tulevaisuudessa ja luodaan alueelle edellytykset asiakaslähtöisille palveluille. (Itä-Suomen yliopiston www-sivut.)

2.2 HEHKO-käynti, hyvinvointia edistävä kotikäynti

Kunta voi halutessaan järjestää HEHKO-käyntejä ja ne ovat osa kunnan sosiaali- ja terveydenhuollonpalveluita. Kotikäynnit voidaan toteuttaa kunnan omana toimintana, yhdessä muiden kuntien kanssa tai kunta voi ostaa kotikäynnit järjestöiltä, säätiöiltä tai yhdistyksiltä. Kunta valvoo ja organisoii ostopalveluina järjestettyjä kotikäyntejä. (THL 2012a.)

Hyvinvointia edistävä kotikäynti on yksi työkalu ennaltaehkäisevässä vanhustyössä. HEHKO-käynti tarkoittaa sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijän tekemää kotikäyntiä ikäihmisen kotiin. Käynnillä arvioidaan yhdessä asiakkaan kanssa hänen hyvinvointiaan, terveyttään ja toimintakykyään monipuolisesti ja mietitään ratkaisuja tilanteen parantamiseksi sekä tiedotetaan palveluista ja ohjataan niiden käytössä. (Sepänen, Heinola & Andersson 2009.) HEHKO-käynti antaa mahdollisuuden varhaiseen puuttumiseen ikäihmisen toimintakyvyn ja terveydentilan heiketessä ja tukee kotona

asumista. HEHKO-käynnillä voidaan ennakoida ikääntyvän tulevaa palveluntarvetta. Erityisesti tulisi huomioida sosioekonomisesti heikoimmassa asemassa ja syrjäytymisvaarassa olevat ikääntyvät. Riskiryhmään kuuluvat myös monisairaat, sairaalakierteessä olevat, hiljattain leskeytyneet ja yksinäiset ikäihmiset. (STM 2008, 24.)

Suomessa HEHKO-käyntejä on alettu tekemään 2000-luvun alussa. Suomen Kuntaliitto ja sosiaali- ja terveysministeriö toteuttivat valtakunnallisen kehittämishankkeen vuosina 2001 – 2003. Hanke oli merkittävä HEHKO-käyntien kehittämisessä ja edistämässä. Hankkeessa oli mukana kymmenen kuntaa ja hankkeen aikana saatiin materiaalia ja kokemuksia hyvistä käytännöistä. Hankkeen aikana pohdittiin myös toiminnan nimeä ja ehkäisevä-käsitteen vaihtoehtoina mainitaan arvioiva, ennakoiva, etsivä kotikäynti. Oulun seudulla kotikäyntien painopisteenä ovat olleet sosiaalinen hyvinvointi, sosiaaliset verkostot ja ikäihmisten oma aktiivisuus ja näin ollen toimintaa on kutsuttu hyvinvointia edistäväksi kotikäynniksi. (Seppänen ym. 2009.)



KUVIO 2. Porrasteinen HEHKO-käynti malli Jyväskylässä

Jyväskylän kaupungin kotihoidon palveluohjaajat ja (ESKO) Esteetön koti ikääntyneiden ja erityisryhmien asumiseen -hankkeen toimijat ovat suunnitelleet porrastetun HEHKO-käyntimallin vuonna 2010. Mallissa on tehty puhelinhaastattelut kaikille ikäryhmään kuuluville (77-vuotiaille) ja puhelinhaastattelun perusteella ikääntyvät on jaoteltu kolmeen ryhmään. Ryhmässä 1 ovat ikääntyvät, jotka eivät tarvitse kotikäyntiä, eivätkä palveluohjausta, ryhmässä 2 olevat on ohjattu päiväkeskuksen infotilaisuuteen palveluista ja ryhmässä 3 oleville on tehty HEHKO-käynti. (THL 2012a)

2.3 Palveluohjaus

Yksilökohtaisen palveluohjauksen tavoitteena on saavuttaa kompromissi asiakkaan tarpeiden, palvelujen ja toimintaehtojen välillä asiakasnäkökulmaa korostaen. Onnistuneella palveluohjauksella lievitetään hajanaisten palveluiden vaikutusta, yhteensovitetään eri toimijoiden työtä ja aktivoidaan asiakasta, omaisia ja vapaaehtoisia toimijoita. Yksilökohtaisen palveluohjauksen tarkoituksena on taata palveluiden saatavuus tarpeita vastaavasti. Onnistuneella palveluohjauksella vähennetään palveluiden päälekkäisyyttä ja vähennetään syntyviä kustannuksia. (Valppu-Vanhainen 2002, 10–14.)

Yksilökohtaista palveluohjausta on käytetty työmuotona Iso-Britanniassa ja Yhdysvalloissa. Iso-Britanniassa haluttiin tuottaa vanhusten palveluja tehokkaasti ja halvalla kun haluttiin saada yksityiset palveluntuottajat ja vapaaehtoiset mukaan kehitykseen. Yhdysvalloissa yksilökohtaisen palveluohjauksen keinoin haluttiin tiivistää hajanaista palveluverkostoa ja korjata puutteellista palvelutarjontaa. Suomessa yksilökohtainen palveluohjaus on nostettu keskusteluun, kun etsitään joustavuutta staattiseen palvelurakenteeseen. Suomessa halutaan suosia korjaavia, sopeuttavia, passiivisuutta ja syrjäytymistä ehkäiseviä toimintoja. Sosiaali- ja terveysministeriön ehdotuksen mukaan paikallisen ja asiakaskohtaisen arvioinnin pohjalta voidaan palveluja sovittaa yhteen vastaamaan yksilöllisiä tarpeita kohtuullisin kustannuksin. (Valppu-Vanhainen 2002, 10–14.)

Palveluohjauksessa asiakas nähdään aktiivisena, osallistuvana ja jatkuvasti kehittyvänä subjektina. Asiakkaan tukiverkosto muodostuu kolmesta osasta, joita ovat asiakkaan kyvyt omatoimisuuteen, asiantuntijoiden toteuttamat palvelut ja asiakkaan sosiaalisen tukiverkoston tarjoama tuki ja huolenpito. Yksilökohtaisessa palveluohjauksessa selvitetään asiakkaan ainutkertaista tilannetta ja etsitään tarvetta vastaava palvelupaketti. Yhteiskunnan asettamat taloudelliset ja hallinnolliset puitteet luovat raamit toiminnalle ja tavoitteena on taloudellisuus ja tehokkuus. Asiakkaan ja omaisen etu tulisi näkyä ja toteutua palvelukokonaisuudessa, mikä tukee arjessa selviämistä. Onnistuneessa yksilökohtaisessa palveluohjauksessa asiakkaalle haetaan sopiva palveluntuottaja eikä olemassa olevaan palveluun sopivaa asiakasta. (Valppu-Vanhainen 2002, 10–14.)

3 HEHKO-KÄYNTIEN LÄHTÖKOHDAT

Tässä opinnäytetyössä toteutettiin HEHKO-käynnit 75 vuotta vuonna 2011 täyttävillä siilinjärveläisille ja maaninkalaisille ja selvitettiin syitä, miksi kaikki eivät tätä tarjottua kotikäyntiä ottaneet. Vuonna 2010 tarjotun kotikäynnin Siilinjärvellä ja Maaningalla otti vastaan noin kolmannes ikäluokasta ja oli oletettavaa, että käynnin vastaanottavien määrä olisi vuonna 2011 samaa luokkaa. Käynnin vastaanottaneiden määrää voidaan pitää varsin alhaisena ja näin ollen toimeksiantaja halusi saada tietoa, miksi käyntiä ei oteta vastaan.

Saatujen tutkimustulosten perusteella on mahdollista kehittää toimintaa niin, että se palvelisi mahdollisimman laajalti ikääntyviä kuntalaisia. Erityisasiantuntijoiden Holman ja Häkkisen mukaan syy kieltäytyä HEHKO-käynneistä on, että osa ikääntyvistä on niin hyväkuntoisia, etteivät he koe kotikäyntiä tarpeellisena. Osaa ikääntyvistä ei ole tavoitettu ja heidän tilanteestaan ei näin ollen ole tietoa. Häkkinen ja Holma (2004, 85) kysyvätkin, olisivatko nämä ikääntyvät juuri heitä, jotka olisivat eniten yhteiskunnan palvelujen ja avun tarpeessa.

3.1 HEHKO-käyntien yhteiskunnalliset lähtökohdat

Sosiaali- ja terveysministeriön strategian mukaisesti sosiaali- ja terveyspalveluiden painopistettä siirretään enenevässä määrin ennaltaehkäisevään toimintaan. Palvelujärjestelmältä odotetaan tehokasta ja varhaista toimintaa sekä eri ammattiryhmien ennaltaehkäisevän työn osaamista. Lisäksi ennaltaehkäisevien palvelujen saatavuutta on lisättävä. Asiakkaille tarjottu ajantasainen ja puolueeton tieto palveluista ja hoivavaihtoehtoista parantaa asiakkaan sitoutumista huolehtimaan omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan. (STM 2010.) Ennakoivalla ja hyvinvointia edistävällä toiminnalla pyritään vahvistamaan ikääntyvän omia voimavaroja. Ennakoiva toiminta määräytyy väestön tarpeiden ja paikallisen tilanteen mukaan. HEHKO-käyntien painopiste voi olla ehkäisevässä tai etsivässä työssä. Etsivässä työssä toimintakyvyn alenemista ehkäistään ohjauksen, tuen ja palveluiden keinoin. (Muurinen ym. 2009, 18–19.)

Ikääntyvien HEHKO-käynnit ottavat huomioon erilaiset ennaltaehkäisevän työn strategiat, kuten korkean riskin strategian, joukkostrategian ja ympäristöstrategian. HEHKO-käynneissä ikää pidetään korkeana riskinä, joka voi tuoda mukanaan sairauksia ja muutoksia toimintakykyyn. Joukkostrategian mukaisesti tarjotaan terveysneuvontaa tai palveluohjausta tietyille ikäryhmälle. Asunnon ja asuinympäristön es-

teettömyyttä ja turvallisuutta voidaan tarkastella ympäristöstrategian mukaisesti. (Häkkinen 2002, 15–16.)

Sosiaali- ja terveysministeriön Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa on kirjattu, että HEHKO-käynnit lisätään kunnan palveluvalikoimaan. Kuntien vastuulla on kotikäyntien toiminnan järjestäminen, suunnitelmallisuus, jatkuvuus ja seuranta. HEHKO-käynnit kohdennetaan ei sosiaali- ja terveyspalveluiden piirissä oleville ikääntyville asiakkaille, jotka kuuluvat riskiryhmiin. Ikäihmisille olisi myös turvattava matalankynnyksen neuvontapisteitä neuvonnan ja ohjauksen saamiseksi. Hyvinvointia ja terveyttä edistetään muun muassa varhaisella puuttumisella terveydentilan ja toimintakyvyn heikkenemiseen sekä tuetaan itsenäistä suoriutumista ja turvallisuutta. (STM 2008, 20.)

Terveydenhuoltolain mukaan kunnan on järjestettävä vanhuuseläkettä saaville henkilöille hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä edistäviä neuvontapalveluja. Neuvontapalveluihin sisältyvät terveellisten elintapojen edistäminen, sairauksien ehkäisy, toimintakyvyn heikkenemisestä aiheutuvien terveydellisten ongelmien tunnistaminen ja niihin liittyvä varhainen tuki. Lain mukaan kunta voi lisäksi järjestää ikääntyville asukkaalleen terveystarkastuksia ja HEHKO-käyntejä. Kunnan perusterveydenhuolto ja sosiaalihuolto toimivat yhteistyössä neuvontapalveluiden ja HEHKO-käyntien järjestämisessä. (Terveydenhuoltolaki 2010.)

Sirpa Kärnän (2009, 226–227) väitöskirjan mukaan ikääntyvät ennakoivat elämänsä muutoksia ja varautuvat niihin asumiseen liittyvillä muutoksilla sekä palveluiden ja tuen saannin varmistamisella. Ikääntymisen on ajateltu olevan luonnollinen osa elämänsä kulkua ja ikääntyvät toivovat, että voivat asua omassa kodissaan palveluiden turvin. Kärnän mukaan vain ani harvat ikääntyvät toivovat asumista vanhainkodissa vaan haluavat olla aktiivisia toimijoita omassa asuinympäristössään. Tulevaisuudessa ikääntyvät luottavat kunnallisiin palveluihin ja ammattihenkilöstön apuun.

3.1.1 Aikaisemmat tutkimukset ulkomailla

Ensimmäiset kokeilut HEHKO-käynneistä on aloitettu Tanskassa jo 30 vuotta sitten. Tanskassa tuli voimaan vuonna 1995 laki vanhusten ehkäisevistä kotikäynneistä. Lain mukaan kunnilla on ollut velvollisuus tarjota HEHKO-käyntejä kaksi kertaa vuodessa 80 vuotta täyttäneille kuntalaisille ja vuoden 1998 jälkeen 75 vuotta täyttäneille kuntalaisille. Lain tavoitteena on ollut ehkäisevä ja terveyttäedistävä toiminta, turvallisuuden lisääminen, neuvonta palveluista, omien voimavarojen hyödyntäminen ja tä-

senhetkisen avuntarpeen selvittäminen. Laissa painotetaan käynnin vapaaehtoisuutta. (Häkkinen 2002, 52.) Häkkisen mukaan tanskalaiset vanhukset ovat olleet iloisia kotikäynneistä ja kokeneet elämänlaatunsa parantuneen ja tarpeettomuuden ja yksinäisyyden tunteen vähentyneen. Kotikäynnillä on tärkeää muistaa, että suurin osa vanhuksista kokee itsensä hyväkuntoiseksi ja että kotikäynnit tehdään vanhuksen ehdoilla hänen kotonaan. (Häkkinen 2002, 53.) Tanskassa saatujen kokemusten perusteella kotikäynnin vastaanottaneiden ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttö väheni ja kotona asuminen mahdollistui pidempään. (Häkkinen & Holma 2004, 79).

Vuonna 2000 Tanskassa 40 % yli 75-vuotiaista otti käynnin vastaan. Tanskassa saatujen kokemusten mukaan kotikäynnistä kieltäytyminen ei ole välttämättä merkki vanhuksen hyvästä pärjäämisestä kotona. Kieltäytymisen taustalla voi olla myös muistisairaus, psyykkiset tai sosiaaliset ongelmat. Tarjottua kotikäyntiä ei ole välttämättä selitetty riittävän hyvin tai sitä ei ole tehty oikealla tavalla, jolloin on syytä arvioida toiminta tapaa uudelleen kunnissa, jotta palvelusta tulisi kattavampi. (Häkkinen 2002, 55–56.)

HEHKO-käynnejä on tehty myös Isossa-Britanniassa, Ruotsissa, Norjassa, Sveitsissä ja Saksassa. Ruotsin Vaxholmissa toteutetun projektin aikana kotikäynnin otti vastaan 64 % ikääntyvistä ja Norjan Drammenissa 98 % ikääntyvistä otti tarjotun kotikäynnin vastaan. Myös Norjassa ja Ruotsissa saadut kokemukset HEHKO-käynneistä ovat positiivisia niin asiakkaiden, omaisten kuin työntekijöidenkin kokemusten perusteella. (Häkkinen 2002, 75–79.)

3.1.2 EHKO-kehittämishanke

Suomen Kuntaliitto ja sosiaali- ja terveysministeriö toteuttivat vuosina 2001–2003 Ehkäisevät kotikäynnit vanhuksille -kehittämishankeen (EHKO-hanke). Hankkeessa oli mukana kymmenen kuntaa ja hankkeen tavoitteena oli kehittää, kokeilla ja arvioida ikääntyville kohdennettujen ehkäisevien kotikäyntien toimintamalleja. Hankkeen tavoitteena ei ole ollut tutkia kotikäyntien vaikuttavuutta vaan kerätä kokemuksia toteutuksesta ja kehittää toimintatapoja. (Häkkinen & Holma 2004, 65.)

Ikääntyvän luo tehtävä HEHKO-käynti on osa kunnan ehkäisevää vanhustyötä. Kotikäyntien lisäksi kunnilla on tarjolla henkistä ja sosiaalista toimintakykyä aktivoivia työmuotoja, kuten päivätoiminta, kansalaisopisto ja harrastuspiirit. Fyysistä toimintakykyä ylläpitävää toimintaa ja kuntouttavaa toimintaa ovat liikuntaryhmät, fysioterapia

piapalvelut, kuntoutusryhmät ja kuntouttavan työotteen käyttö vanhuspalveluissa. Terveyttä edistetään ja sairauksia ehkäistään terveystarkastuksilla, lääkärintarkastuksilla ja rokotuksilla. Psykkistä hyvinvointia lisäävät vertaisryhmät, seurakunnan palvelut ja järjestötoiminta. Kotona asumista tukevat muut palvelut ovat vuorohoito, tukipalvelut, kuten siivous, ateriapalvelu, turvapuhelinpalvelu, asuntojen peruskorjaus avustukset, asunnon muutostyöt, apuvälinepalvelut ja omaishoito. (Häkkinen & Holma 2004, 20–21.)

Häkkinen ja Holma näkevät HEHKO-käyntien toiminnan suunnittelun osana kunnan vanhustenhuollon kokonaissuunnittelua. Suunnittelussa tulee ottaa huomioon kotikäyntien tarve ja tarkoitus, toiminnan suhde muuhun vanhustyöhön, kohderyhmä sekä tarvittavat resurssit. Suunnittelulla varmistetaan tarvittavat voimavarat kotikäyntien tekemiseen sekä kotikäyntejä suorittavan henkilöstön riittävä osaaminen ja ammattitaito. Kotikäyntien sisältöön vaikuttaa työntekijän ammatti. Sosiaalityöntekijän tekemät kotikäynnit painottuvat enemmän taloudellisiin asioihin ja terveydenhoitajan tekemät kotikäynnit sairauksiin. Hankkeesta saatujen kokemusten perusteella kotikäynnit rikastuttavat parhaimmillaan kotihoidon työntekijöiden työtä ja kotikäyntejä voidaan pitää työkykyä ylläpitävänä voimana. Useimmiten kotikäynneille tarvitaan lisäresursseja, mutta on tärkeää arvioida myös sitä, voidaanko töiden uudelleen järjestelyllä ja toimintakäytäntöjä muuttamalla ehkäisevä työ sisällyttää osaksi perustyötä. Kotikäyntien toteuttajan tulee tuntea kunnan palvelut ja häneltä vaaditaan kykyä lähestyä ja kuunnella ikääntyvää. Työntekijän tulee pystyä havainnoimaan ja ymmärtämään ikääntyvän tilannetta ja toimimaan kotikäynnillä tavoitteellisesti ja tuloksellisesti. (Häkkinen & Holma 2004, 65–67.)

EHKO-hankkeessa kotikäyntejä tehtiin 74-vuotiaista yli 85-vuotiaisiin. Kunnissa vanhusväestön määrä, sairastavuus, ikääntyvien toimintakyky ja palvelutarjonta vaihtelevat. Kohderyhmää tulisikin kunnissa miettiä pitkäjänteisesti, mikä on vuosittain tehtävien kotikäyntien määrä, mistä ikäryhmästä käynnit aloitetaan ja kuinka toimintaa tullaan jatkamaan. EHKO-hankkeessa saatujen kokemusten mukaan monet 75-vuotiaat pitivät itseään hyväkuntoisina ja nuorina, eivätkä kokeneet kotikäyntiä tarpeellisena. Kotikäyntien tavoitteiden puolesta 80-vuotiaat sopivaa ikäryhmää. Yli 85-vuotiaiden kohdalla on mietittävä, onko ehkäisevällä työllä enää riittävästi vaikutusta. (Häkkinen & Holma 2004, 67–68.) Lerkkasen opinnäytetyö on osa Laukaan kunnan ikäihmisten ennaltaehkäisevän työn kehittämistä. Laukaassa HEHKO-käynnit on tehty 80-vuotiaille ja 41 kotikäynnistä 26 on johtanut jatkotoimenpiteisiin. Lerkkanen toteaa johtopäätöksissään, että 80 vuotta on varsin korkea ikä ja että kotikäynnit tulisi-kin tehdä 75-vuotiaille, mieluiten jo 70-vuotiaille. Palveluohjauksesta hyötyisivät 70–

75-vuotiaat ja terveydenedistämisen vaikuttavuutta voitaisiin lisätä näissä ikäryhmissä. Myös liikunnallisten, sosiaalisten ja hengellisten tarpeiden tukemiseen pystyttiin vastaamaan varhaisemmassa vaiheessa. (Lerkkanen 2007, 82.)

EHKO-hankkeessa käynnit tehtiin kertaluonteisesti ja mietittäväksi jäi kuinka seuranta ja uusintakäynnit tulisi tehdä, mikäli tarvetta palveluihin ja hoitoon ilmenee. Voisivatko terveystarkastukset, ryhmätapaamiset tai puhelinhaastattelut toimia jatkoseuranta-menetelminä? Tärkeää kuitenkin on, että jatkoseuranta tapahtuu ikääntyvän omassa elinympäristössä, jotta kotona selviytymisestä saadaan parempi näkemys. (Häkkinen & Holma 2004, 67–68.)

HEHKO-käynneistä tiedottamisessa kirjeet on hyväksi koettu tapa. Lisäksi kotikäynneistä tulisi tiedottaa esimerkiksi paikallislehdissä ja kunnan internetsivuilla, jolloin tieto saavuttaisi myös omaiset ja muun kunnan henkilöstön. Tiedottaminen tulisi olla selkeää ja tapahtua hyvissä ajoin ennen käyntien toteuttamista. Käynnistä on sovittava vielä puhelimitse ikääntyvän kanssa. (Häkkinen & Holma 2004, 68.) EHKO-hankkeessa käynneistä kieltäytymisprosentti vaihteli Rautavaaran 0 %:sta Helsingin 43,5 %:iin. Syynä kieltäytymiselle on ollut ikääntyvän kokemus hyvästä kunnosta. Osaa ikääntyvistä ei ole tavoitettu, joten voidaan pohtia, ovatko he juuri niitä, jotka käyntiä eniten tarvitsisivat. (Holma & Häkkinen 2004, 85).

Terveyden- ja hyvinvointilaitos teki vuonna 2010 kuntakyselyn ikääntyneiden palveluista. Tulosten mukaan vuonna 2007 kyselyyn vastanneissa kunnissa 54,3 %:ssa tehtiin HEHKO-käyntejä ja 26,9 %:ssa ei tehty ja loput 18,8 % kunnista suunnitteli käyntejä. 64,6 % vastanneista kunnista teki vuonna 2010 hyvinvointia edistävät kotikäyntejä, 13,3 % kunnista ei tehnyt ja 22,1 % kunnista suunnitteli käyntejä. (Väyrynen 2010, 6.)

Hytönen, Imjack ja Räisänen ovat tutkineet opinnäytetyössään HEHKO-käyntien sisältöä ja vaikuttavuutta ehkäisevässä vanhustyössä Itä-Uudellamaalla. Johtopäätöksissään he toteavat, että ikä ei saisi olla rajaava tekijä, vaan kotikäynnit tulisi kohdistaa riskiryhmiin, esimerkiksi monisairaisiin ja leskeksi jääneisiin. Toimintakykymittareita käyttämällä riskiryhmiä voidaan tunnistaa paremmin ja Itä-Uudellamaalla muun muassa MMSE, RaVa ja Audit ovat olleet käytössä. He toteavat, että kotikäynnit tulee suunnitella hyvin ja tavoitteet tulee määritellä selkeästi, jotta saadaan tuloksia aikaan. Kotikäyntien kautta kunta saa hyödyllistä tietoa ikäihmisten terveydestä ja palvelun- tarpeesta. (Hytönen, Imjack & Räisänen 2009, 43–44.)

3.2 Toimeksiantajan lähtökohdat

Opinnäytetyön toimeksiantaja on Liikelaitos Siiliset -peruspalvelukeskuksen vanhuspalvelut. Maaningan, Nilsian ja Siilinjärven kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueen toiminta on alkanut 1.1.2010. Liikelaitos Siiliset -peruspalvelukeskus järjestää sosiaali-, terveys-, varhaiskasvatus- ja vanhuspalveluita Nilsian kaupungin, Maaningan ja Siilinjärven kuntien alueella. Vuoden 2013 alusta toiminta organisoidaan uudelleen Nilsian kaupungin liittyessä Kuopion kaupunkiin, Maaningan ostaessa sosiaali- ja terveyspalvelut Kuopion kaupungilta ja Siilinjärven järjestäessä palvelut omana kuntana.

HEHKO-käynnit toteutettiin vuonna 2011 kaikkien kolmen kunnan alueella samansäiltöisinä ja samalla tavalla. Tässä opinnäytetyössä tarkastelussa ovat Siilinjärvellä ja Maaningalla toteutetut kotikäynnit ja Nilsian kotikäyntien tulokset ovat näkyvissä yhteisessä toimeksiantajalle toimitetussa raportissa. Nilsissä ei tehty puhelinkyselyä. HEHKO-käyntien toimintamalli ei ole vakiintunut kuntien vanhuspalveluiden toimintaan, vaan toimintaa toteutetaan vuosittain eri tavoin.

3.2.1 Projekteina toteutetut HEHKO-käynnit Siilinjärvellä ja Maaningalla

Mumpapat-projekti käynnistyi syksyllä 2000 Maaningalla ja Siilinjärvellä. Projektin tarkoituksena oli selvittää kaikkien yli 80-vuotiaiden ei palveluiden piirissä olevien kotona asuvien kuntalaisten toimintakykyä, terveydentilaa ja kotona selviytymistä. Maaningalla ja Siilinjärvellä heitä oli alustavan tiedon mukaan 225 ehdot täyttävää henkilöä. Projektin edetessä selvisi, että osa heistä on jo palveluiden piirissä ja henkilöiden määrä laski huomattavasti. Mumpapat-projektin kokemuksia pohdittaessa on mietitty, kuka tekee jatkossa kotikäynnit ja mistä tarvittavat resurssit otetaan. Kokemukset kotikäynneistä olivat positiivisia. Projektin myötä mietittäväksi tuli myös kohderyhmän rajaaminen esimerkiksi tietynä vuonna syntyneisiin kuntalaisiin. (Häkkinen 2002, 45.)

Siilin-Selma projekti on toteutettu Palvelukeskus Akuliinan toimesta vuosina 2004–2006. Projektin myötä tehtiin HEHKO-käynnit 1925–1929 syntyneille, ei palveluiden piirissä oleville siilinjärveläisille. Kyseiseen ikäryhmään kuuluvia henkilöitä oli 460, kirjeitä lähetettiin 416 ja kotikäyntejä tehtiin 193. Osa ikäryhmään kuuluvista oli parisuntia, jolloin haastattelu tehtiin samalla kotikäynnillä. Käynteihin osallistumisprosentti oli 42,6. Ikäryhmästä 113 ilmoitti, ettei halua kotikäyntiä ja seitsemän kirjettä palautui takaisin. (Jokela 2007, 7–10.) Siilinjärvellä Siilin-Selma -projektin aikana tehdyt koti-

käynnit otettiin hyvin vastaan ja haastateltavat kokivat, että on hyvä kun heistä pidetään huolta ja että on mukava kun joku käy. (Jokela 2007,43).

Raportissaan Jokela pohtii syitä, miksi käyntejä ei otettu vastaan. Oliko ikääntyvien joukossaan sellaisia, jotka olisivat jo silloin tarvinneet jotain tukea ja apua kotona pärjäämisen tueksi? Jokela toteaaakin, että ne jotka todella tarvitsisivat kotikäyntiä, eivät mahdollisesti tunnista tarvetta joko muistisairauden tai jonkin muun syyn takia tai häpeävät omaa selviytymättömyyttään. (Jokela 2007, 43–44.)

3.2.2 HEHKO-käynnit vuonna 2010

Vuonna 2010 Siiliset -yhteistoiminta-alueella HEHKO-käynnit teki vanhuspalveluiden työntekijät. Siilinjärvellä ja Maaningalla kotikäyntiä tarjottiin yhteensä 158 75-vuotiaalle ja käyntejä tehtiin 49, eli 31% tarjotuista kotikäynneistä toteutui. Kirjeiden lähettämisen jälkeen maaninkalaisille vielä soitettiin, koska näytti, että kotikäyntien määrä Maaningalla jäisi vähäiseksi. Kirjeiden ja puhelinyhteydenottojen jälkeen 29:stä 75-vuotiasta maaninkalaista 20 ottikin tarjotun kotikäynnin vastaan. Siilinjärvellä työntekijä ei tarjonnut käyntiä puhelimitse. (Haatainen, Hoffren & Hyvärinen 2010.)

Lähes kaikki haastateltavat kokivat itsensä hyväkuntoisiksi ja selvisivät arjen askareista omatoimisesti ja vain raskaimmissa kotitöissä käytettiin ulkopuolista apua. Haastateltavista 14 ei onnistunut kellotaulun piirtämistehtävässä ja heidät ohjattiin omahoitajalle tai muistihoitajalle. Vuoden 2010 raportin mukaan HEHKO-käynnit koettiin erittäin tärkeinä ja toivottiin, ettei niitä lopetettaisi. Haastateltavat kokivat saaneensa paljon tietoa vanhuspalveluista ja mahdollisuuksista tulevaisuutta varten. (Haatainen, Hoffren & Hyvärinen 2010.)

3.3 HEHKO-käynnit ikääntyvän asiakkaan näkökulmasta

Yleiset terveydenhuollon ja sosiaalitoimen ammattieettiset periaatteet, yleinen yhteiskuntaetiikka ja yleiset ihmisoikeudet määrittävät vanhuspalveluita ja ikääntyvien hoitoa. Itsemääräämisoikeus tarkoittaa, että ikääntyvällä on oikeus tehdä tietoisia valintoja ja päätöksiä hoidostaan ja palvelustaan. Ikääntyvän omien voimavarojen tunnistaminen ja vahvistaminen tukee itsemääräämisoikeuden toteutumista. Palvelut tulee kohdentaa oikeudenmukaisesti ja myöntämisperusteet tulee olla samanlaiset kaikille. Epäoikeudenmukaisuuteen on puututtava ja syrjintää on estettävä oikeudenmukaisuusperiaatetta noudatettaessa. Turvallisuusperiaatteen tulee toteutua fyysisellä, psyykkisellä ja sosiaalisella tasolla ja jokaisella on oltava mahdollisuus turvalliseen

vanhuuteen. Turvallista vanhuutta tuetaan saatavilla olevilla laadukkailla palveluilla ja turvallisella elinympäristöllä. Ikääntyvällä on oikeus yksityisyyteen ja loukkaamattomuuteen, jotka lisäävät ikääntyvän turvallisuuden tunnetta ja oman elämän hallintaa. Ikääntyvän arvoja, näkemyksiä, tarpeita ja toiveita tulee kunnioittaa ja iäkkäiden erilaisuus tulee hyväksyä. Yksilöllisyys tulee ottaa huomioon palveluissa ja hoidossa. Ikääntyvä tulee nähdä ainutlaatuisena ja yksilöllisenä persoonana, jolla on vapautta ja valinnanmahdollisuuksia, mutta myös vastuuta elämästään. Ihmisarvoiseen ikääntymiseen kuuluu osallisuus ja vaikuttaminen yhteisössä ja yhteiskunnassa. (Kivelä & Vaapio 2011, 17–21; STM, 2008, 12–13.)

Kirjassa *Vanhuksen äänen kuuleminen* Paasivaara mainitsee haasteena vanhuspalveluiden kehittämiseksi asiakaslähtöisyyden. Palveluiden tulisi ottaa huomioon ikääntyvien muuttuva elämäntilanne ja yksilölliset tarpeet, eikä ikääntyviä tulisi nähdä yhtenäisenä ryhmänä, jolla on samanlaiset tarpeet ja voimavarat. Asiakaslähtöiset palvelut huomioivat ikääntyvien voimavarat ja itsensä toteuttamisen mahdollisuudet kannustavat toimintaan ja tukevat omatoimisuutta. Ehkäisevä toiminta ja kuntoutus korostuvat palveluissa. (Paasivaara 2004, 31–32.)

Heinolan, Voutilaisen ja Vaaraman (2003, 46) raportissa HEHKO-käynneistä todetaan, että kieltäytymisprosentti käynneistä on 10–20. Syinä on ikääntyvien hyväkuntoisuus, mielenterveysongelmat ja se etteivät ikääntyvät halunneet kunnan työntekijöitä ”nuuskimaan” kotiinsa. Raportin mukaan ehkäisevillä kotikäynneillä on myönteisiä vaikutuksia. Kotikäynneillä onnistuttiin tiedottamaan palveluista ja lisäämään ikääntyvien turvallisuuden tunnetta, mikä pidentää ikääntyvän kotona asumisaikaa. Kotikäyntien todetaan sopivan etsivän työn menetelmäksi. Palvelujen ulkopuolella olevia, mutta niitä tarvitsevia ikääntyviä löydettiin. Raportissa todetaan, että tarvitaan lisää tutkimuksia selvittämään toiminnan vaikuttavuutta sekä kehittämään prosessia seuranta- ja arviointia. (Heinola, Voutilainen & Vaarama 2003, 49.)

Toljamo ym. ovat tutkineet ehkäisevien kotikäyntien vaikutusta iäkkäiden toimintakykyyn. He toteavat tutkimustuloksissaan, että vuosina 1982–2001 tehdyt satunnaiset kansainväliset vertailututkimukset eivät pysty selvästi osittamaan ehkäisevien kotikäyntien vaikutusta ikääntyvien toimintakykyyn, palvelujen käyttöön, laitoshoitoon joutumiseen, kuolleisuuteen tai kustannuksiin. Tutkijat arvioivat, että tarkoin valittu kohderyhmä sekä käyntien sisältö voisivat vaikuttaa myönteisiin tuloksiin. Tutkimuksissa ei ole osoitettu käynneillä olevan kielteisiä vaikutuksia. Kansainvälisten tutkimusten vertailua vaikeuttaa eripituiset seuranta-ajat, kohdemaiden erilaiset palvelu-

järjestelmät, käyntien sisältö ja toimintakykyymmittareiden erilaisuus. (Toljamo ym. 2005, 48–49.)

Seppäsen, Heinosen ja Andessonin kuntakyselyssä ehkäisevien kotikäyntien tavoitteeksi ovat nousseet palveluista tiedottaminen, neuvonta, toimintakyvyn, terveydentilan ja palvelutarpeen arviointi, ennakointi, terveyden edistäminen ja ikääntyvien voimavarojen tukeminen. Käyntejä tehtiin 50–90 %:lle ikäryhmistä. Syynä kieltäytymiseen oli hyväkuntoisuus. Tutkijat pohtivat, tavoitetaanko ehkäisevällä toiminnalla ne, jotka siitä hyötyisivät. He asettavatkin tavoitteeksi löytää keinoja, joilla myös huonosaiset ikääntyvät löydetään. (Seppänen, ym. 2009, 40–43.)

3.4 Tutkijan perustelut opinnäytetyön aihevalinnalle

Osallistuin vuonna 2010 HEHKO-käynnteihin vanhustyön projektiopintoja suorittaessani ja innostuin silloin aiheesta. Siilinjärven kunta ei ole aikaisemmin tehnyt HEHKO-käyntejä ja vuoden 2010 kotikäyntien jälkeen oli vielä epävarmaa kuinka jatkossa toimitaan ja kuinka kotikäynnit toteutetaan. Itselleni jäi positiivinen kuva käynneistä ja koin, että ikäihmiset hyötyvät palvelusta ja opin myös itse palveluohjauksesta, toimintakyvyn arvioinnista ja ikääntyvien tarpeista palveluiden tuottamisessa. Mietinkin, että olisi harmi ikääntyvien kannalta jos käyntejä ei jatkossa enää tehdä. Ajattelin, että ainakin seuraava vuosi olisi turvattu, mikäli voisin tehdä käynnit opinnäytetyönä. Aluksi koin, että olisin ollut valmis tekemään käynnit omalla ajalla. Vanhuspalveluiden tulosaluejohtaja suhtautui opinnäytetyön aiheeseen myönteisesti ja tarjosi minulle mahdollisuutta tehdä käynnit palkallisena työnä.

Pohdin, että opinnäytetyön tekeminen HEHKO-käynneistä antaisi minulle uusia haasteita sekä tukisi ammatillista kasvua palveluohjauksen näkökulmasta ja vanhustyön kehittämisestä. HEHKO-käynneillä voisin hyödyntää aikaisempaa osaamistani vanhustyöstä. Olen työskennellyt kymmenen vuotta kotihoidossa, laitoshoidossa ja tehostetussa palveluasumisessa lähihoitajana. Olen ollut mukana monissa muutoksissa vanhuspalveluissa ja palvelujärjestelmä on minulle varsin tuttu. Ollessani työssä vanhuspalveluissa olen tehnyt yhteistyötä sosiaali- ja terveystieteiden henkilökunnan kanssa sekä kolmannen sektorin kanssa, joten yhteydenotot yhteistyökumppaneihin on ollut helppo toteuttaa tarvittaessa. Vanhuspalveluiden työntekijänä olin ”luottettava” vanhuspalveluiden edustaja, en pelkästään opiskelija, joka teki opinnäytetyötään. Ajattelin, että sillä on olevan myönteinen vaikutus asiakkaiden luottamuksen saamiseen koko prosessin aikana.

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TOTEUTTAMINEN

Tutkimuksella on aina jokin tarkoitus tai tehtävä. Tutkimus voi olla kartoittava, kuvai-leva, selittävä tai ennustava ja tiettyyn tutkimukseen voi sisältyä useampia tarkoituk-
sia ja tarkoitus voi muuttua tutkimuksen edetessä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara
2003, 128–129.) Tämä opinnäytetyönä tehty tutkimus on sekä kartoittava, että selit-
tävä. Kotikäynneillä on kartoitettu 75-vuotiaiden elämäntilannetta ja mahdollista pal-
veluiden tarvetta tällä hetkellä. Puhelinkyselyillä on myös selvitetty syitä kotikäynneis-
tä kieltäytymiselle.

Tutkimus on kotikäyntien osalta kvantitatiivinen tutkimus ja kokoamiseen on käytetty
survey-tutkimuksen menetelmää. Survey-tutkimuksessa kerätään tietoa standar-
doidussa muodossa joukolta ihmisiä. Tutkimuksessa käytetään tavallisesti kyselylo-
maketta tai strukturoitua haastattelulomaketta. Saadulla aineistolla pyritään ilmiötä
kuvailemaan, vertailemaan ja selittämään. (Hirsjärvi, ym. 2003, 125.)

Puhelinkyselyiden osalta tutkimus on kvalitatiivinen, eli laadullinen tutkimus. Kvalita-
tiivisessa tutkimuksessa kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti, ei satun-
naisotoksena ja aineisto kootaan luonnollisessa tilanteessa. Kvalitatiivisessa tutki-
muksessa tutkija luottaa omiin havaintoihinsa ja keskusteluihin tutkittavan kanssa ja
tutkittavan ääni pääsee esille. (Hirsjärvi, ym. 2003, 155.)

Triangulaatiolla tarkoitetaan erilaisten menetelmien, tutkijoiden, tietolähteiden tai teo-
rioiden yhdistämistä tutkimuksessa. Menetelmätriangulaatiossa käytetään useita tie-
donhankkimismenetelmiä, kuten haastattelut ja kyselyt. Menetelmätriangulaatiolla
voidaan parantaa tutkimuksen luotettavuutta ja laajentaa ja syventää tutkimuksella
saatavaa tietoa. (KvaliMOTV.)

4.1 Tutkimusaineisto

Tutkimuksen kohdejoukko oli vuonna 1936 syntyneet maaninkalaiset ja siilinjärveläi-
set. He täyttivät 75 vuotta vuonna 2011 ja HEHKO-käynnit kohdennettiin heille. Tut-
kittavien yhteystiedot saatiin sosiaali- ja terveydenhuollon ylläpitämästä väestöluette-
lost. Väestöluettelo tulostettiin toukokuussa 2011, jolloin tutkimusaineiston tiedonke-
ruun suunnittelu aloitettiin.

Väestöluettelon tiedoista seulottiin tutkimusaineistoksi ei palveluiden piirissä olevat 75-vuotiaat. Tässä tutkimuksessa palveluiden piirissä olevilla tarkoitetaan säännöllisen kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tuottamien vanhuspalveluiden piirissä olevia asiakkaita. Seulonnassa hyödynnettiin osoitetietoja sekä kotiutushoitajan, kotihoiton tiimivastaavan ja tutkijan asiakastuntemusta ja tietämystä. Mikäli asiakkaan osoitteena oli palvelukeskus tai muu hoitopaikka, hänet luokiteltiin palveluiden piirissä olevaksi osoitetiedon perusteella. Yksityisten sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuuksista ei ollut tietoa. Tehdyillä kotikäynneillä ei tullut esille yhtään haastateltavaa, jolla olisi ollut säännöllinen asiakkuus yksityisiin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin. Puhelinkyselyssä asiakkuutta ei kysytty.

Työskentelin kesän 2011 ajan palvelu- ja ohjaustiimissä kotiutushoitajan ja palveluohjaajan sijaisena. Lähetin kirjeet (liite 1) heinäkuun alussa asiakkaille ja heillä oli mahdollisuus varata kotikäyntiaika heinäkuun loppuun mennessä. Jo kotikäyntiä varatessaan asiakkaat olivat ensimmäisen kerran yhteydessä minuun ja tiesivät samalla kuka kotikäynnille tulee. Eli ensimmäinen kontakti haastateltavaan luotiin puhelimesta hänen varatessaan kotikäyntiaikaa.

4.2 Hyvinvointia edistävän kotikäynnin toteutus

Tein HEHKO-käynnit syyskuun ja lokakuun aikana 2011. Haastattelussa käytin jo olemassa olevaa puolistrukturoitua haastattelulomaketta, jossa on sekä vaihtoehtokysymyksiä että avoimia kysymyksiä. Puolistrukturoidun haastattelulomakkeen avoimet kysymykset antavat sellaista tietoa, jota tukija ei ole osannut ennalta ajatella (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2003). HEHKO-käynneillä oli tiedonkeruun lisäksi myös palveluohjauksellinen tarkoitus ja tehtävä, jolloin puolistrukturoidun lomakkeen käyttö on täysin perusteltua. Haastattelulomakkeessa on 48 kysymystä. Haastattelulomakkeella selvitettiin haastateltavan asumista, terveydentilaa ja toimintakykyä, aisteja, sosiaalista verkostoa, kotiaskareista selviytymistä, toimeentuloa, sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttöä sekä tulevaisuuden näkymiä. Haastattelulomake on muokattu Suomen Kuntaliiton, Jyväskylän, Kaavin ja Nilsiän laatimista lomakkeista vuonna 2010 Liikelaitos Siiliset -peruspalvelukeskuksen käyttöön (liite 2). Kirjasin ylös haastattelun aikana tekemiäni havaintoja ja esitin tarkentavia kysymyksiä, jos esille nousi esimerkiksi erilaista palvelun tarvetta.

Lisäksi haastateltavalla oli mahdollisuus tehdä kellotaulun piirtämistehtävä sekä yksinkertainen kolmen sanan muistamis- ja mieleen palauttamistehtävä. Näitä molempia tehtäviä käytetään muistitutkimusten alkuvaiheessa. Kellotaulun piirtämistehtä-

vässä pyysin haastateltavaa piirtämään kellotaulu kaikkine numeroineen ja viisarit osoittamaan kymmenen yli yksitoista.

Kotikäynnillä annoin myös palveluohjausta kunnan vanhuspalveluista, yksityisten tuottamista palveluista sekä ikääntyville tarkoitettuista kolmannen sektorin toiminnasta ja palveluista. Keskustelimme haastateltavan kanssa kotona asumista tukevista palveluista ja mietitimme yhdessä olisiko palveluille tarvetta jo nyt vai mahdollisesti tulevaisuudessa. Annoin haastateltavalle yhteystietoja ja esitteitä hänen haluamistaan ja mahdollisesti tarvitsemistaan palveluista yksilöllisesti. Koko käytössäni ollut tietopakettia en automaattisesti jättänyt kaikille haastateltaville, vaan yksilöllisesti ja asiakkaan tarvetta vastaavasti. Jos kotikäynneillä tuli esille asioita esimerkiksi omaishoittoon tai muistitutkimuksiin liittyen, ohjasin haastateltavan palveluohjaajalle tai muisti-palveluohjaajalle asioiden eteenpäin viemiseksi.

Kotikäynntejä oli varattu pääsääntöisesti kaksi päivässä ja joinakin päivinä tein kolme kotikäyntiä. Kotikäynnit olivat kestoltaan 1,5–2,5 tuntia. Asiakkaan potilastietoihin kirjasin yhteenvedon haastattelulomakkeen mukaisesti. Lisäksi kirjasin muut käynnillä esille tulleet asiat ja mahdolliset asiakkaan kanssa sovitut jatkotoimenpiteet. Tulokset tilastoin hyödyntäen SPSS-ohjelmaa ja Exel-taulukko-ohjelmaa. Laadin toimeksiantajalle tuloksista raportin, joka valmistui marraskuussa 2011. Tulosaluejohtaja Kati Kantanen esitteli raportin ja saadut tulokset tammikuussa 2012 Liikelaitos Siiliset -peruspalvelukeskuksen johtokunnalle.

4.3 Puhelinkyselyn toteutus

Syitä, miksi kaikki tutkittavat eivät halunneet ottaa käyntiä vastaan selvitin puhelinkyselyllä. Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran mukaan kvantitatiivisessa tutkimuksessa voidaan käyttää hypoteeseja ja niiden tulee olla perusteltuja. Perustelujen tulee olla teoriasta, teoreettisista malleista tai aikaisemmista tutkimuksista. He antavat tilaa myös tutkijan mielikuvitukselle ja keskustelulle ohjaajien kanssa (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2003, 149.) Puhelinkyselylomakkeen (liite 3) laadin alustavasti omien hypoteesien mukaisesti, mitkä mahdolliset syyt ovat vaikuttaneet, ettei käyntiä ole otettu. Lisäksi pohdimme mahdollisia syitä vielä kotiutushoitajan ja palveluohjaajan kanssa yhdessä. Halusin hyödyntää heidän osaamistaan ja tukeaan lomakkeen laadinnassa, koska molemmilla on kokemusta palveluohjauksesta ja näin he pystyivät arvioimaan mahdollisia syitä, miksi käyntiä ei haluttu ottaa vastaan. HEHKO-käynneistä

tehdyistä raporteista löytyi samansuuntaisia arvioita syyille miksi käynnejä ei oteta kuin mitä itse olin pohtinut.

Puhelut soitin lokakuussa 2011 kahden päivän aikana. Puhelun aluksi esittelin itseni, mistä soitan ja mihin asiani liittyy. Hyvin pian keskustelussa tuli selville syyt miksi asiakas ei ole käyntiä ottanut, ja näiden esille tulleiden asioiden perusteella merkitsin itse kunkin tutkittavan lomakkeelle syyn tai syyt. Puhelinkyselyn tulokset tilastoin samalla tapaa kuin kotikäyntien tulokset, hyödyntäen SPSS tilastointiohjelmaa ja Excel-taulukko-ohjelmaa. Tarkemmassa analyysissä olen vielä manuaalisesti tarkastellut vastauksia ja luokitellut niitä ristiintaulukoinnilla.

4.4 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksissa pyritään välttämään virheitä ja arvioimaan luotettavuutta. Tutkimuksen reliaaabelius tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta eli kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Validius eli pätevyys tarkoittaa tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä mitä on tutkimuksessa tarkoitus mitata. (Hirsjärvi, Remes, & Sajavaara, 2003, 216–217.) Tutkimuksen kohdistuessa ihmisiin on selvitettävä miten henkilöiden suostumus hankitaan, millaista tietoa heille annetaan ja mitä riskejä osallistumiseen sisältyy. Osallistuminen tutkimukseen tulee olla vapaaehtoista. Aineiston keräämisessä on huomioitava anonyymiyden takaaminen, luottamuksellisuus ja aineiston tallentaminen asianmukaisesti (Hirsjärvi, Remes, & Sajavaara 2003, 25–28.)

Tutkimusaineisto on tarkasti rajattu syntymävuoden perusteella ja kotikunnan perusteella. Tutkimuksen ulkopuolelle on jätetty jo säännöllisten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden piirissä olevat asiakkaat. Mikäli kotikäynnillä tai puhelinhaastatteluisissa on selvinnyt asiakkuus vanhuspalveluihin, asiakkaan tietoja ei ole käytetty tutkimuksessa, vaan hänet on luokiteltu jo palveluiden käyttäjäksi.

HEHKO-käynneillä on käytetty haastattelulomakkeena Liikelaitos Siiliset -peruspalvelukeskuksen käyttöön muokattua lomakepohjaa. Tutustuessani ennalta ehkäiseviä kotikäynnejä koskeviin raportteihin ja tutkimuksiin huomasin, että sama lomakepohja on ollut käytössä lähes kaikissa kunnissa, joissa HEHKO-käynnejä on tehty. Lomake on sama kuin vuonna 2010 ja näin ollen mahdollistaa tulosten vertailun tarvittaessa. Samaa kyselylomaketta käytettäessä tutkimus on toistettavissa ja tulokset ovat luotettavia ja vertailukelpoisia.

Haastateltavan potilastietoihin on tehty haastattelusta yhteenveto samana tai viimeistään seuraavana päivänä ja sen jälkeen haastattelulomakkeet on koottu yhteen kirjekuoreen odottamaan tilastointia. Potilastietoihin koottua yhteenvetoa käynnistä on mahdollista ja tarkoituksenmukaista hyödyntää esimerkiksi haastateltavan kotiutusessa sairaalasta. Tilastoinnin jälkeen lomakkeet on säilytetty kirjekuoressa suljetussa paikassa. Haastattelulomakkeissa on vain asiakkaan nimi, ei henkilötunnusta. Haastattelulomakkeet on koodattu tilastointia varten erikseen eikä haastateltavan nimeä ole käytetty tilastoinnissa. Tilastoinnit on tarkastettu kahteen kertaan mahdollisten virheiden tarkistamiseksi ja poistamiseksi. Opinnäytetyön valmistumisen jälkeen haastattelulomakkeet arkistoidaan vanhuspalveluissa asianmukaisesti lukittuun tilaan ja myöhemmin ne tuhotaan.

Puhelinkyselylomakkeiden kanssa on toimittu samalla tapaa kuin kotikäynneillä tehtyjen lomakkeiden kanssa, mutta ne tuhotaan opinnäytetyön valmistumisen jälkeen, eikä niitä arkistoida. Puhelinkyselyistä ei myöskään kirjata mitään haastateltavien potilastietoihin. Puhelinkyselyn tuloksia ja tietoja hyödynnetään ainoastaan opinnäytetyön tutkimuksessa. Mikäli puhelinkeskustelussa on tullut esille tarvetta palveluohjaukselle tai kotikäynnille, näiden kirjaamisesta vastasi palvelun toteuttanut palveluohjaaja.

Tässä tutkimuksessa olen käynyt läpi koko koko ikäryhmän ja jokainen ikäryhmään kuuluva on huomioitu, joten kattavuuden kannalta tarkasteltuna tutkimus on luotettava. Olen pyytänyt ja saanut tutkimukseen tarvittavat luvat ja tutkimukseen osallistuminen on ollut vapaaehtoista. Osallistujille on jo kirjeessä kerrottu, että tietoja käytetään opinnäytetyössä ja tietojen käytön ymmärtäminen on vielä keskusteluissa varmistettu. Haastateltavien tietoja on käsitelty ja säilytetty asianmukaisesti. Kotikäynneillä vastaukset on kirjattu tarkasti sen mukaan mitä haastateltava on halunnut kirjata tavan enkä ole tehnyt vastauksiin omia tulkintoja tai johtopäätöksiä. Puhelinkyselyssä en ole luetellut vastausvaihtoehtoja haastateltavalle, vaan on olen poiminut vastaukset haastateltavan kertomasta. Puhelinkyselyssä on siis mahdollista, että olen tehnyt omia tulkintoja tai johtopäätöksiä. En ole aiemmin tehnyt vastaavaa puhelinkyselyä. Kyselyiden edetessä huomasin, että toimintatapani asian esittämisessä vakiintui ja puhelun kulku muodostui samanlaiseksi ja esitin asian samalla tavalla haastateltaville.

4.5 Tutkimusluvut

Opinnäytetyön tutkimusluvan on myöntänyt Liikelaitos Siiliset - peruspalvelukeskuksen vanhuspalveluiden tulosaluejohtaja Kati Kantanen viranhaltija päätöksensä syyskuussa 2011 (liite 4). Vanhuspalveluiden työntekijänä käyttöoikeudet Effica-potilastietojärjestelmään ovat olemassa, joten uusia erillisiä lupia asiakastietojen kirjaamiseen ei ole tarvittu. Hyvinvointia edistävällä kotikäynnillä haastateltavat ovat allekirjoittaneet luvan käsitellä potilastietoja (liite 2), luvan olla yhteydessä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötahoihin tarpeen vaatiessa sekä antaneet luvan käyttää henkilöllisyyden paljastumatta haastatteluissa tulleita tietoja opinnäytetyöhön. Haastateltaville on heti kotikäynnin aluksi selvitetty mitä edellä mainitut luvat tarkoittavat käytännössä ja mitä tietoja ja miten niitä tullaan opinnäytetyössä käyttämään. Haastattelu tehtiin vasta lupapaperin allekirjoittamisen jälkeen.

5 HYVINVOINTIA EDISTÄVIEN KOTIKÄYNTIEN SEKÄ PUHELINKYSELYIDEN TU- LOKSIA

Taulukossa 1 on nähtävissä 75-vuotiaiden jakautuminen kunnittain sekä jakautuminen sukupuolen mukaan. Sukupuolijakauma on esillä vain tässä taulukossa, koska sukupuolella ei ole merkitystä tulosten tarkastelussa myöhemmin. Vuonna 2011 Siilinjärvellä ja Maaningalla oli 75-vuotiaita yhteensä 168. Siilinjärveläisiä on lähes 80 % koko tutkittavasta ikäryhmästä.

TAULUKKO 1. 75-vuotiaiden jakautuminen kunnittain

	Maaninka			Siilinjärvi		
	yht.	naisia	miehiä	yht.	naisia	miehiä
Kaikki 75-vuotiaat vuonna 2011	35	19	16	133	84	49
Vanhuspalveluiden piirissä olevat	10	8	2	11	6	5
Tarjotut HEHKO-käynnit /lähetetyt kirjeet	25	11	14	122	78	44
HEHKO-käynnin vastaanottaneet	9	4	5	34	25	9
Puhelin yhteydet	16	7	9	87	50	35
Ei saatu yhteyttä/	1	0	1	4	2	2
Kuollut tutk. aikana	1	0	1	0	0	0
Toteutetut puhelinhaastattelut	14	7	7	83	50	33

Maaninkalaisista tutkittavista 37,5 % otti vastaan HEHKO-käynnin ja puhelinkyselyyn osallistui 87,5 % ei käynnin ottaneista. Maaningalla kato koko tutkittavasta joukosta oli 0,5 %. Siilinjärvellä 27,01 % tutkittavista otti HEHKO-käynnin ja puhelinkyselyyn osallistui 95,4 % ei käynnin ottaneista. Siilinjärvellä kato koko tutkittavasta joukosta oli 3,28 %. Kuntajakaumaa ei ole analysoitu tässä tutkimuksessa tarkemmin, vaan kuntakohtaisia vastauksia voidaan tarvittaessa hyödyntää palveluiden kehittämis-työssä myöhemmin. Kotikäynneillä ei ole kysytty koulutusta. Keskusteluissa tuli kuitenkin esille, että haastateltavat ovat tehneet elämäntyönsä pääosin maatalouden parissa. Siilinjärveläisistä haastateltavista osa on tehnyt työuransa sairaaloissa erilaisissa tehtävissä tai teollisuustyössä.

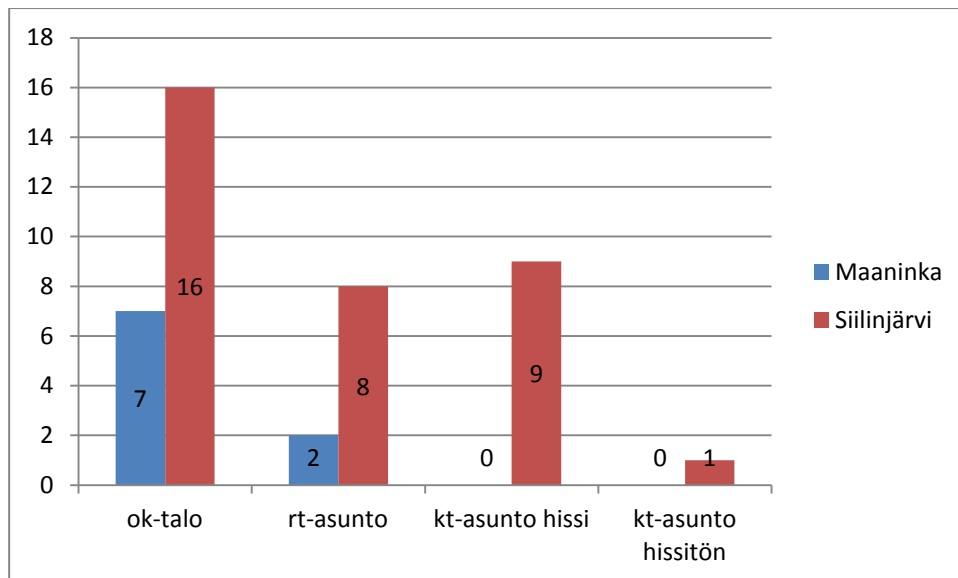
Huomioitavaa taulukossa 1 on, että maaninkalaisia ja siilinjärveläisiä 75-vuotiaita on lähes yhtä monta palveluiden piirissä, vaikka siilinjärveläisiä 75-vuotiaita on noin neljä

kertaa enemmän. Siilinjärvellä 75-vuotiaita naisia on hiukan alle kaksi kertaa enemmän kuin miehiä kun taas Maaningalla sukupuolijakauma on tasaisempi.

5.1 Hyvinvointia edistävien kotikäyntien tuloksia

HEHKO-käynneistä toimeksiantajalle tehtyä raporttia on käytetty lähteenä seuraavien tulosten esittelyssä (Asikainen 2011). Raporttiin on taulukoitu kaikki haastatteluissa saadut vastukset sekä koonti avoimiin kysymyksiin tulleista vastauksista. Raportissa on mukana myös Nilsin tulokset, koska hyvinvointia edistävät kotikäynnit toteutettiin yhteistoiminta-alueella. Kuntien yhteisessä raportissa ovat tulokset kunnittain sekä tulokset yhteensä. Seuraavassa esiteltävät tulokset ovat Maaningan ja Siilinjärven lukuja. Joitakin tuloksia on tärkeää esitellä tarkemmin mahdollisten jatkotutkimusten ja ennalta ehkäisevän työn näkökulmasta. Asuminen, asuolosuhteet, apuvälineiden tarve, avun tarve päivittäisissä toimissa, kokemus terveydentilasta, mieliala, sosiaalinen toimintakyky ja kokemus taloudellisesta tilanteesta sekä tulokset tehdyistä muisti-tehtävistä kuvaavat haastateltavien toimintakykyä ja kotona selviytymistä pääpiirteis- sään.

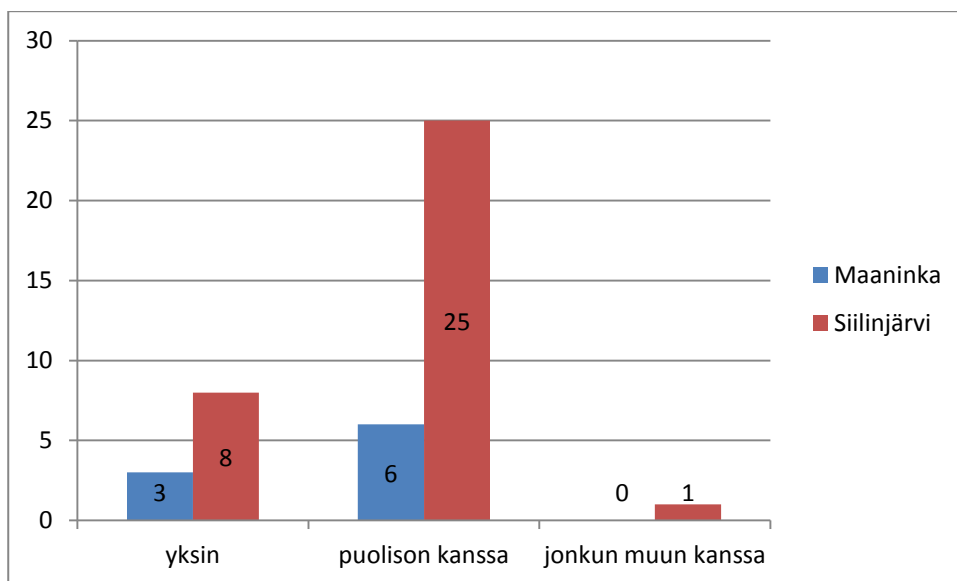
KUVIO 2. Asumismuoto



Omakotitalo asuminen on selkeästi yleisin asumismuoto. Hiukan yli puolet haastateltavista asuu omakotitalossa, joista suurin osa on taajama-alueella. Vain kahdeksan haastateltavaa asuu omakotitalossa taajaman ulkopuolella. Loput haastateltavat asuvat rivitalossa tai kerrostalossa. Kerrostalossa asuvista vain 1 asuu hissittömässä kerrostalossa. Maaningalla kerrostaloja on vain 1, kun taas Siilinjärvellä kerrostaloja

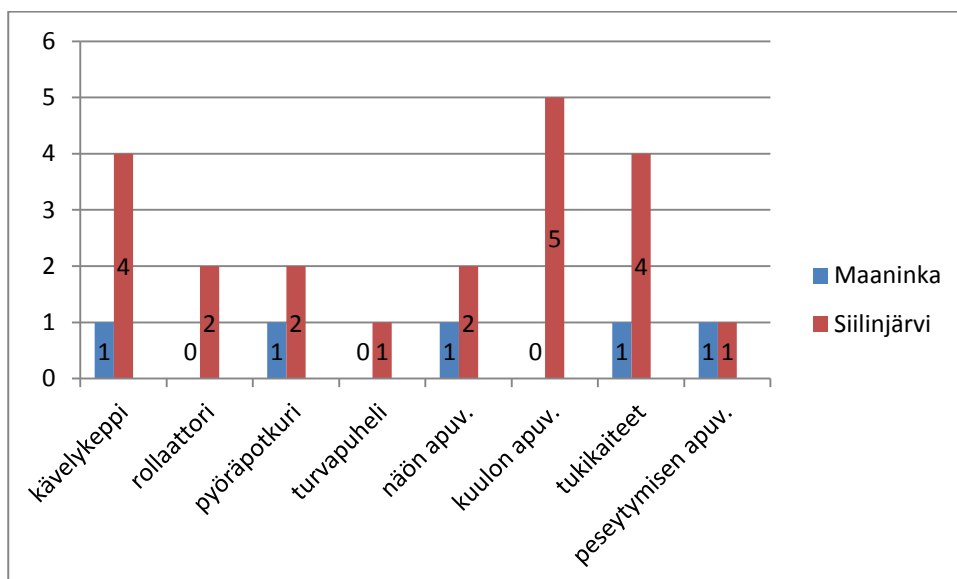
on lähes jokaisella asuinalueella. Kaikissa haastateltavien asunnoissa on perusmu-
kavuudet. Kuudessa asunnossa ei ole omaa saunaa, mutta taloyhtiön sauna on käy-
tössä poikkeuksetta. Asunnon muutostöiden tarve on hyvin vähäistä ja pienimuotois-
ta. Tarvetta on kaiteiden ja liuskojen asentamiseen asunnon esteettömyyden paran-
tamiseksi.

KUVIO 3. Asuminen yksin tai yhdessä



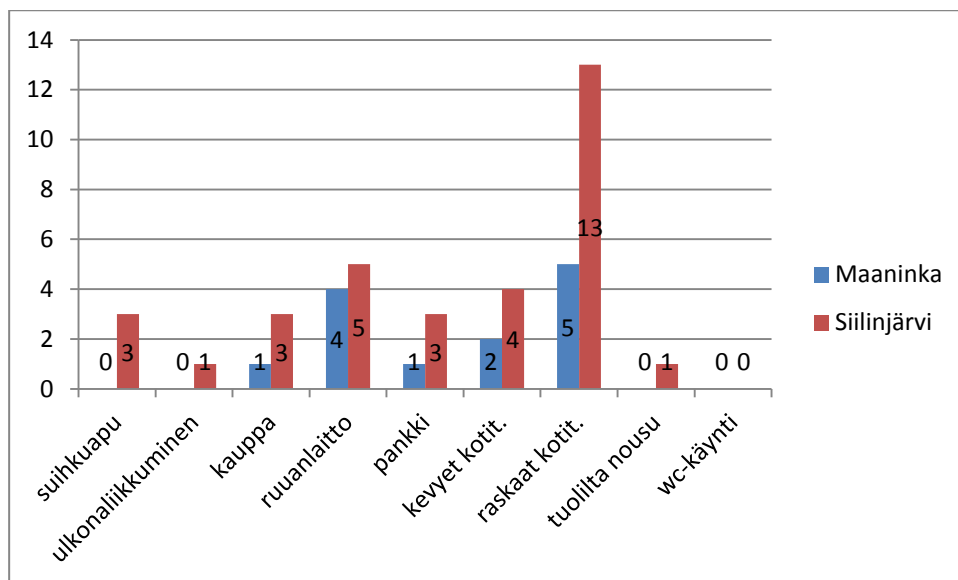
Haastateltavista noin neljännes asuu yksin ja muut haastateltavat puolison tai jonkun
muun kanssa. Keskusteluissa kävi ilmi, että suurin osa yksin asuvista on jäänyt les-
keksi ja osa haastateltavista on eronnut. Yksin asuvista suurin osa on naisia.

KUVIO 4. Käytössä olevat apuvälineet



Kuulolaite, kävelykeppi ja tukikaiteet ovat yleisimmin käytössä olevat apuvälineet. Liikkumisen apuvälineitä, kuten kävelykeppi, rollaattori ja pyöräpotkuri on käytössä vain alle kymmenellä haastateltavalla. Huomioitavaa on, että samalla haastateltavalla voi olla useita erilaisia apuvälineitä käytössä, joten todellisuudessa liikkumisen apuvälineiden käyttäjiä on vain muutamia. Kukaan haastateltavista ei käytä pyörätuolia. Haastateltavista vain yhdellä on turvapuhelin. Näön apuvälineiksi ei ole huomioitu silmälaseja, vaan ainoastaan suurennuslasit tai lukutelevisiot. Tukikaiteita tai vuoteesta nousutukia on käytössä viidellä haastateltavalla ja suihkutuoli on kahdella haastateltavalla.

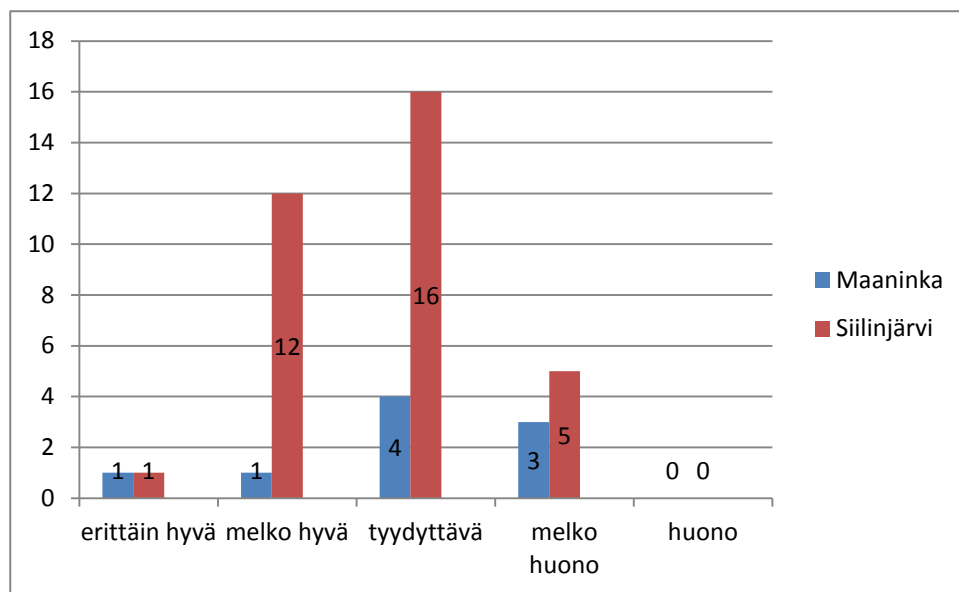
KUVIO 5. Avuntarve päivittäisissä toimissa



Haastateltavilla on eniten avuntarvetta raskaissa kotitöissä, kuten ikkunoiden ja mattojen pesussa ja suursiivouksessa. Osa tutkittavista käyttää mukavuussyistä esimerkiksi siivouksessa yksityistä palveluntuottajaa. Ruuanlaitossa apua tarvitsee yhdeksän haastateltavaa, useimmat ovat miehiä ja syy avuntarpeeseen on tavallisimmin osaamattomuus, ei alentunut toimintakyky. Ruuanlaitto on ollut perinteisesti perheissä naisten vastuulla. Vaimot kertoivat tekevänsä valmista ruokaa pakastimeen, jos ovat pois kotoa. Osa miehistä kertoi käyvänsä ulkona syömässä vaimon poissa ollessa, elleivät he itse osaa laittaa ruokaa. Suihkussa ja saunassa apua tarvitsee kolme haastateltava ja wc-käynneissä kaikki ovat omatoimisia. Asioinnissa apua tarvitsevat vain muutamat ja asioinnin hoitaa näissä tilanteissa puoliso. Haastateltavat kertovat saavansa tavallisimmin apua puolisolta, lapsilta tai lastenlapsilta. Haastateltavaa 17 käyttää palkattua yrittäjää kotona selviytymisen tukena. Palkattua yrittäjää käytetään pihatöihin, ikkunan pesuun ja suursiivouksiin. Ystäviltä ja naapureilta apua kertoo

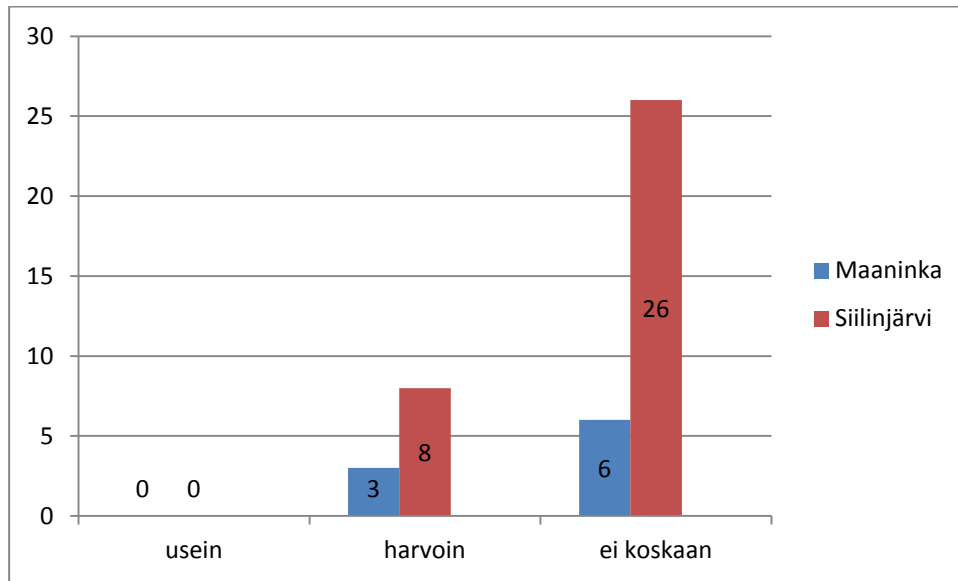
saavansa 20 haastateltavaa. Naapuriapu on yleensä satunnaista ja molemminpuolista. Näissä vastauksissa on mukana myös ne haastateltavat, jotka kokevat, että naapuri auttaa tarvittaessa, mutta apua ei ole vielä juurikaan tarvittu. Naapurien ja ystävien antamana apuna mainitaan esimerkiksi kyyditysapu tai kotimiehenä olo matkan aikana. (Asikainen 2011.)

KUVIO 6. Kokemus omasta terveydentilasta



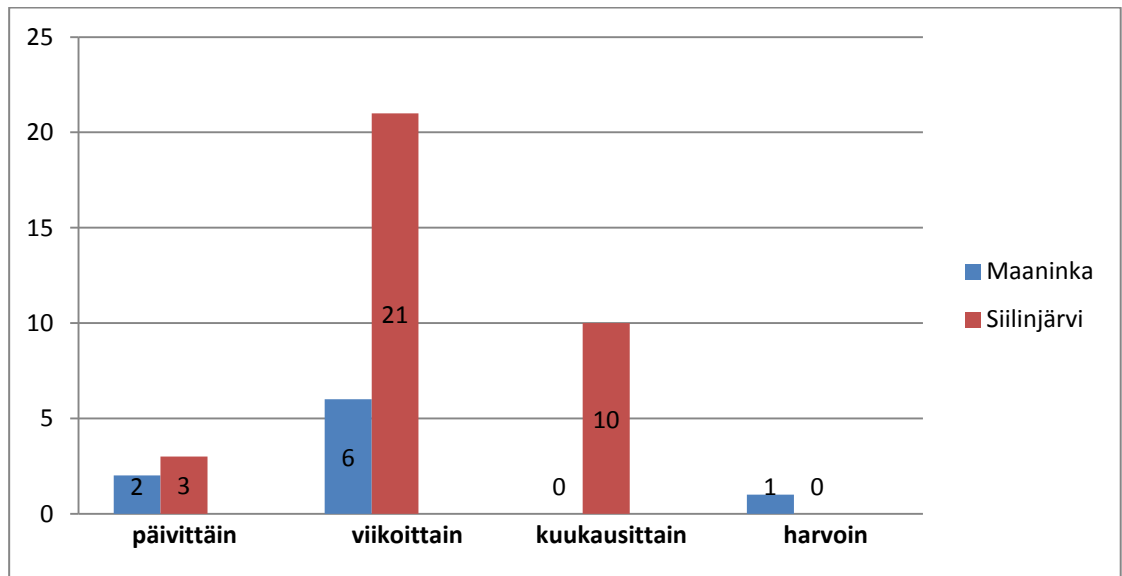
Lähes puolet haastateltavista kokee terveydentilansa tyydyttävänä. Kaksi haastateltavaa kokee terveydentilansa erittäin hyvänä ja eikä kukaan koe terveydentilaansa huonona. Terveydentilan kokeminen on selkeästi subjektiivinen kokemus eikä välttämättä ole suoranaisesti sidoksissa sairauksiin tai toimintakykyyn. Yli puolet haastateltavista kokee terveydentilansa säilyneen samanlaisena viime vuoteen verrattuna. Kaksi kokee terveydentilansa parempana kuin vuosi sitten, yksi paljon huonompana ja loput haastateltavat kokevat terveydentilassaan jonkin verran huononemista. Ne haastateltavat, jotka kokivat jonkin verran huononemista terveydentilassaan, kertovat tavallisimmin syyksi iän mukanaan tuomat vaivat. Viimeisen vuoden aikana sairaalassa on ollut yhdeksän haastateltavaa ja sairaalajaksot ovat olleet pääosin vain muutamien päivien mittaisia. Yhtä haastateltavaa lukuun ottamatta kaikki ovat käyneet lääkärissä viimeisen vuoden aikana. Suurin osa lääkärikäynneistä on 75-vuotiaille tarkoitettuja vuositarkastuksia. Osa haastateltavista kertoi käyneensä lääkärissä useita kertoja kuluneen vuoden aikana, mutta lääkärissäkäyntimääriä ei ole erikseen tilastoitu. (Asikainen 2011.)

KUVIO 7. Kokemus yksinäisyyden tunteesta

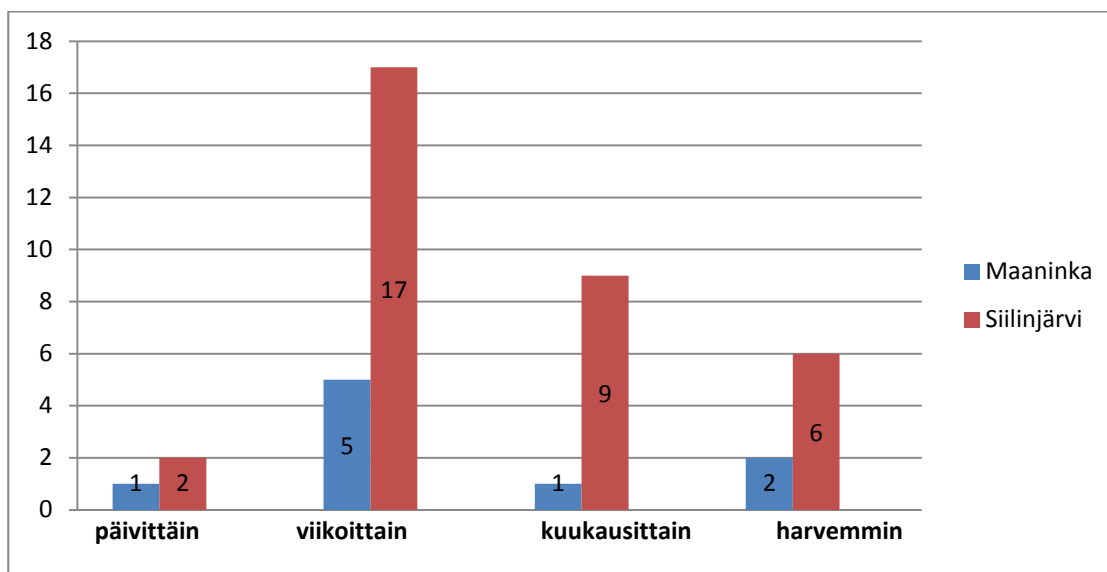


Itsensä usein yksinäiseksi tuntevia ei haastateltavista ole yhtään ja harvoin yksinäisyyttä kokee neljännes haastateltavista. Kolmannes haastateltavista ei koe koskaan itseään yksinäiseksi. Murheellisuuden ja väsymyksen tunnetta koetaan harvoin. Vain kaksi haastateltavaa kokee murheellisuutta tai väsymystä usein. (Asikainen 2011.)

KUVIO 8 Kuinka usein haastateltavan luona vierailaan

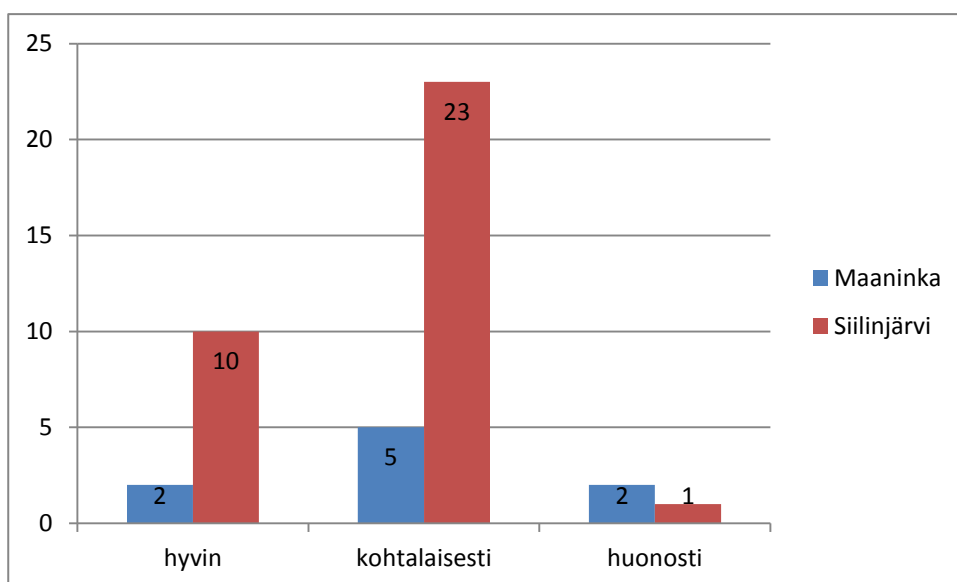


KUVIO 9. Kuinka usein haastateltava vierailee



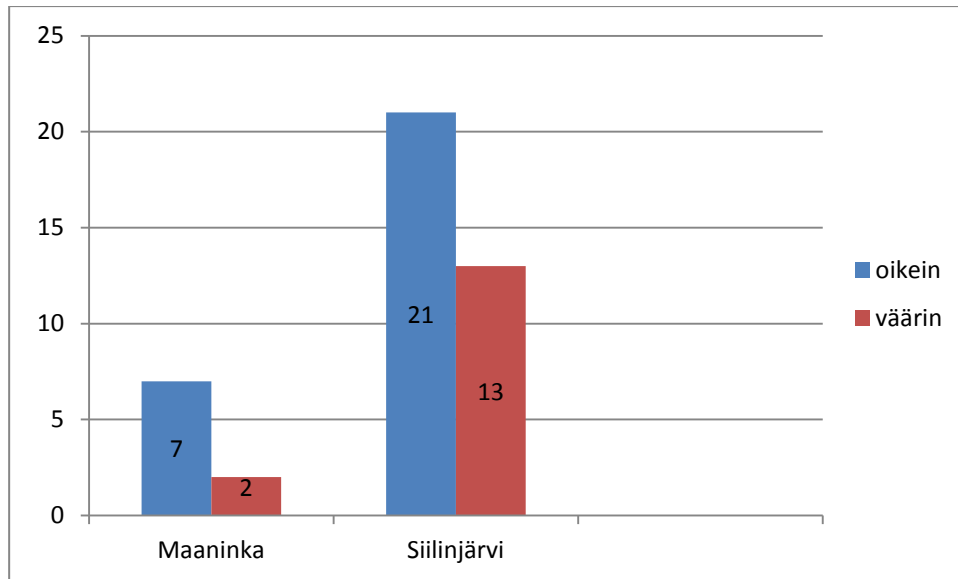
Kuvioista 8 ja 9 on nähtävissä, kuinka usein haastateltava vierailee omaisen, sukulasien tai ystävän luona. Päivittäisiä tapaamisia on vain muutamalla haastateltavalla ja suurin osa haastateltavista vierailee itse tai hänen luonaan vierailaan viikoittain. Haastateltavista vain yhden luona vierailaan harvemmin, edes joka kuukausi ei käy kukaan.

KUVIO 10. Tulojen riittäminen elämiseen



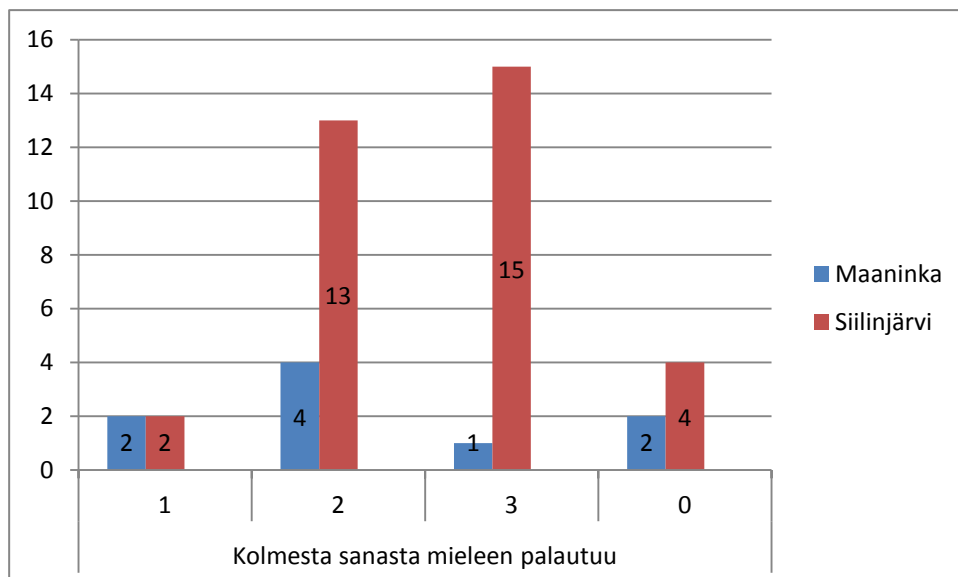
Haastateltavista yli puolet koki tulojen riittävän elämiseen kohtalaisesti ja vain kolme haastateltavaa koki toimeentulonsa huonoksi. Kuusi haastateltavaa sai Kelan maksamaa eläkkeensaajan hoitotukea ja eläkkeen saajan asumistukea sai kaksi haastateltavaa.

KUVIO 11. Kellotaulun piirtäminen



Kellotaulun piirtämistehtävä hyväksyttiin oikeaksi vain, jos kaikki numerot olivat oikein, kellotaulun sisäpuolella, molemmat viisarit osoittivat oikein annettua aikaa ja viisareista oli erotettavissa lyhyt ja pitkä viisari. Kaksi kolmasosaa haastateltavista onnistui kellotaulun piirtämistehtävässä yksi kolmasosa ei. (Asikainen 2011.)

KUVIO 12. Sanojen mieleen palauttaminen

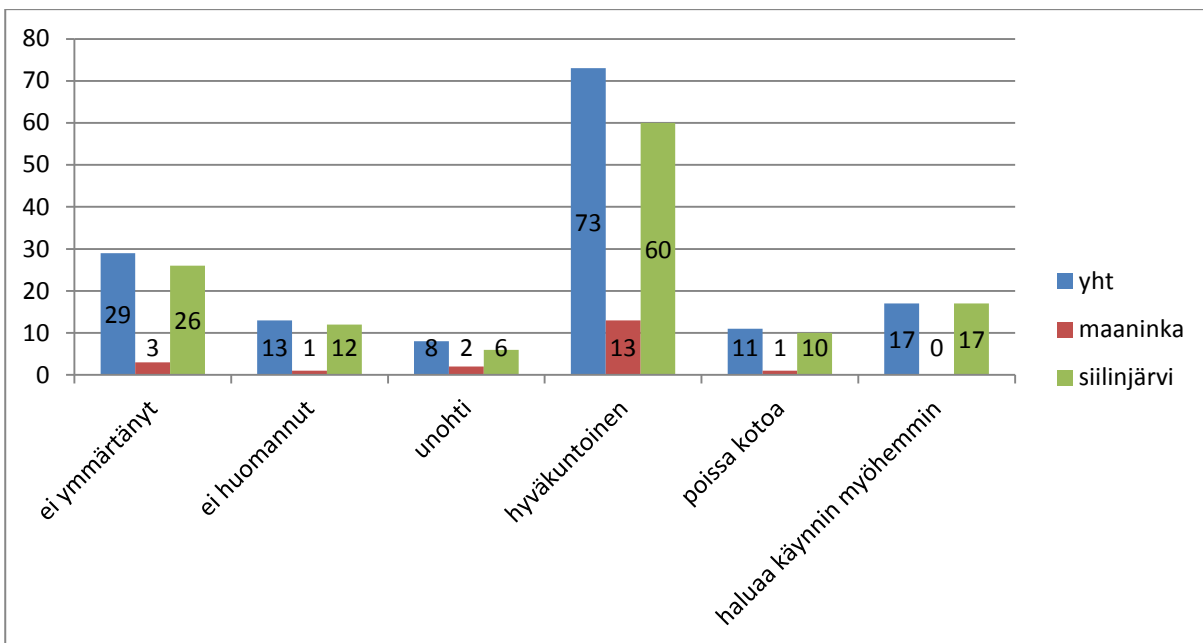


Haastateltavista 40 kykeni toistamaan kaikki kolme pyydettyä sanaa. Kaikkien kolmen sanan mieleen palauttaminen hetken kuluttua onnistui 16 haastateltavalta ja 6 haastateltavaa ei muistanut yhtään sanaa.

5.2 Puhelinkyselyn tulokset

Puhelinkyselyn tuloksista on koottu kaksi kuviota. Kuvioon 12 on koottu haastatteluis-
sa esille tulleet syyt miksi käyntiä ei ole otettu. Kuviossa 13 on tarkastelussa se haas-
tateltavien joukko, joka ei ollut ymmärtänyt HEHKO-käynnistä lähetettyä kirjettä. Pu-
helinkyselyssä osa haastateltavista kertoi käynnistä kieltäytymiselle useita syitä, jotka
kaikki kirjattiin tuloksiin. Esille tulleiden syiden yhteenlaskettu määrä on siis suurempi
kuin vastaajien määrä.

KUVIO 12. Puhelinkyselyn tuloksia



Kuviossa 12 ovat kaikki puhelinhaastatteluissa esille tulleet syyt, miksi haastateltava
ei ole ottanut HEHKO-käyntiä vastaan. Vastausmäärät on nähtävissä yhteenlaskettu-
na sekä kunnittain eriteltynä. Taulukkoon on koottu myös ne haastateltavat, jotka
halusivat, että palveluohjaaja tekee kotikäynnin myöhemmin tai kokivat, että tarvitse-
vat tietoa kunnan vanhuspalveluista. Heille annettiin palveluohjaajan tiedot tai puhe-
lussa sovittiin, että asiakkaan tiedot annetaan palveluohjaajalle ja palveluohjaaja ot-
taa yhteyttä asiakkaaseen. Mikäli haastateltavan palveluntarve vaikutti kiireelliselle,
sovittiin, että palveluohjaaja ottaa yhteyttä. Näin varmistettiin, ettei asiakas jää vaille
yhteydenottoa ja arviointikäyntiä. Kiireisissä yhteydenottotarpeissa esille tuli omais-
hoidontarve tai sairauden aiheuttama lisääntynyt avun tarve. Ei ymmärtänyt -
vastukset tarkoittavat niitä vastaajia, jotka eivät saamansa kirjeen perusteella olleet

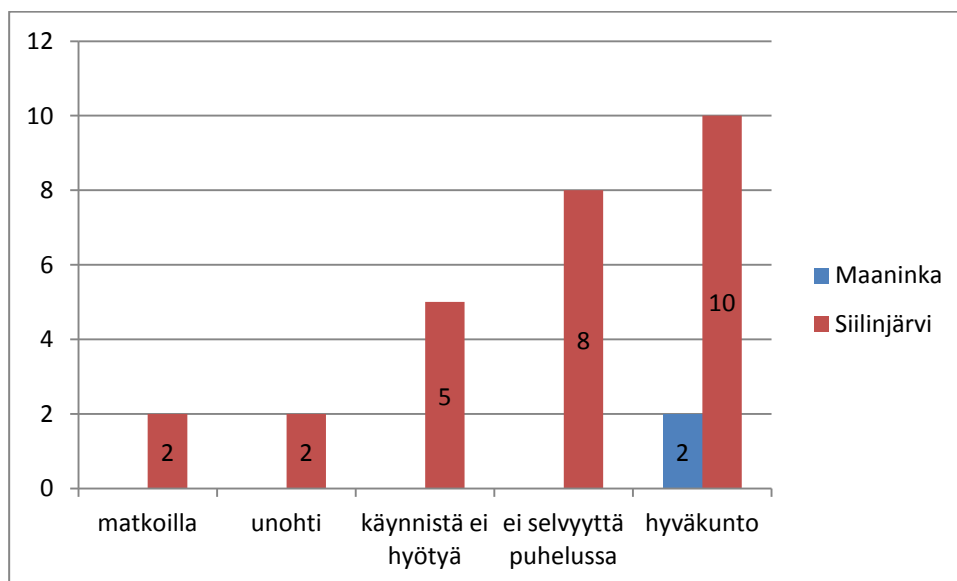
ymmärtäneet HEHKO-käynnin merkitystä ja tarkoitusta. Tämä vastaaja joukko on tarkemmassa tarkastelussa taulukossa 13.

Kuviosta 12 käy ilmi, että 73 haastateltavaa 97:stä koki itsensä niin hyväkuntoiseksi, nuoreksi tai terveeksi, ettei ole tarvetta HEHKO-käynnille. He kertoivat selviävänsä omatoimisesti päivittäisistä askareista ja kertoivat vielä auttavansa lasten perheitä tai ystäviä. Osa haastateltavista vastasi puhelimeen marjametsässä, joku oli jänismetsällä ja joku mökillä. Näistä 61 haastateltavaa toi hyvin selvästi esille perustelut hyväkuntoisuudesta ja käynnin tarpeettomuudesta. Loput 12 kertoivat olevansa hyväkuntoisia eikä kotikäynnille ollut tarvetta, mutta he eivät olleet ymmärtäneet saamastaan kirjeestä kotikäynnin tarkoitusta.

Haastateltavista 13 ei ollut huomannut kirjeen saapumista tai ei ainakaan muistanut sitä puhelun aikana. Muutamat haastateltavat kokivat, etteivät olleet saaneet kirjettä lainkaan. Haastateltavista 8 kertoi syyksi unohtaneensa vastata kirjeeseen ja 11 sanoi olleensa matkoilla, lomalla tai sairaalassa kirjeen saapuessa ja vastaaminen oli näin ollen jäänyt. Puhelinhaastattelun jälkeen muutamat omaiset ottivat yhteyttä haastattelijaan tai kotiutushoitajaan ja pyysivät palveluohjaajan käyntiä. Näitä myöhempiä yhteydenottoja ei ole tilastoitu.

Puhelinkyselylomakkeella yhtenä olettamuksena oli, että omainen, ystävä tai tuttava on mielipiteellään vaikuttanut siihen, ettei haastateltava ole ottanut käyntiä. Haastateltavista kukaan ei vastannut, että omainen tai tuttava olisi vaikuttanut valintaan.

KUVIO 13 Syytä, joilla haastateltavat selittivät ymmärtämättömyyttään



Puhelinkyselyssä selvisi, että 29 haastateltavaa ei saamansa kirjeen perusteella ollut ymmärtänyt mistä HEHKO-käynnillä on kyse ja mikä on sen tarkoitus. Kuvi-oon13 on näiden haastateltavien kanssa käydyistä keskusteluista poimittu tarkempaan analyysiin syitä, miksi nämä haastateltavat eivät HEHKO-käyntiä ottaneet. Heistä kaksi kertoi olleensa matkoilla ja kaksi kertoi unohtaneensa asian. Yksi vastaaja selkeästi selitteli ymmärtämättömyyttään keskustelussa unohtamisella. Viisi vastaajaa koki, ettei käynneistä ole mitään hyötyä jos ei ole oikeaa toimintaa. Keskusteluissa muun muassa toivottiin puolisolle ulkoiluttajaa tai polttopuiden tekijää. Muutamat olivat ymmärtäneet käynnin olevan maksullisen. Yksi haastateltavista koki, että kaikki valtion rahat menevät vain Kreikkaan eikä mitään anneta ikääntyville. Haastateltavista 8 eivät puhelinkeskustelussakaan ymmärtäneet tarjotun käynnin merkitystä ja tarkoitusta. Näissä keskustelutilanteissa voitiin havaita muistamattomuutta ja mahdollista päihteiden käyttöä. Haastateltavista 12 toivat keskustelussa esille, että ovat hyväkuntoisia ja pärjäävät hyvin vaikka itse HEHKO-käynnin tarkoitusta ei ehkä oltu ymmärretty. Näistä 12:sta 3 ei ole huomannut kirjeen saapumista tai ei ainakaan muistanut sitä puhelimesta.

Kaikkiaan 147 haastateltavalle lähetettiin kirje HEHKO-käynnistä, saamansa kirjeen merkitystä ei ymmärtänyt 29 ja 6 haastateltavaa ei tavoitettu. Ne haastateltavat, jotka ottivat HEHKO-käynnin vastaan olivat ymmärtäneet kirjeen merkityksen. Prosentteina 76 % haastateltavista teki tietoisin valinnan HEHKO-käynnin ottamisesta tai kieltäytymisestä.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET

HEHKO-käynnin vastaanottaneiden määrä on Maaningalla ja Siilinjärvellä pienempi verrattaessa käyntien määrää valtakunnallisesti ja kansainvälisesti. Tämän tiedon perusteella oli syytä selvittää syitä kotikäynneistä kieltäytymiselle ja miettiä jatkossa keinoja kotikäyntien vastaanottamisen lisäämiseksi. Syyt kieltäytymisille ovat hyvin samansuuntaisia kuin aiemmissa tutkimuksissa on esitetty. Suurin syy, ettei käyntiä otettu vastaan, oli haastateltavien oma kokemus hyvästä toimintakyvystä ja kotona pärjäämisestä. Näistä haastateltavista ei noussut puhelinkeskustelun perusteella huolta ja he ovat selkeästi virkeitä, omatoimisia, hyväkuntoisia ikääntyviä, jotka ovat tehneet tietoisien valinnan jättäessään ottamatta vastaan tarjotun kotikäynnin. Muina syinä haastatteluissa nousivat esille sosiaaliset syyt sekä psyykkiset syyt ja näiden haastateltavien tilannetta ja kotona pärjäämistä olisikin syytä selvittää tarkemmin.

Hiukan yli 3/4 haastateltavista ymmärsi saamansa kirjeen perusteella HEHKO-käynnin merkityksen. Tämä tieto antaakin aihetta pohtia jatkossa kirjeen sisältöä tarkemmin. Kirjeen tulisi olla niin ymmärrettävä ja selkeä, että ymmärtämävakeuksien vuoksi kotikäynnit eivät jää ottamatta. Yhdeltä omaiselta tulikin myöhemmin palautetta kirjeen vaikeaselkoisuudesta. Jyväskylän porrasteinen HEHKO-käyntimalli, jossa kaikille ikäryhmään kuuluville soitetaan poistaisi kirjeen sisällön ymmärtämisiongelman. Toisaalta pelkkään puhelinhaastatteluun ikääntyvä saattaa vastata, ettei ole tarvetta kotikäynnille, koska ei ehdi puhelimesta harkita asiaa. Kirjeen lähettäminen ja sen jälkeen puhelinyhteyden ottaminen on varmin tapa saada yhteys ikääntyvään.

Maaninkalaiset ja siilinjärveläiset 75-vuotiaat on luokiteltu tutkimuksessa säännöllisten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden piirissä oleviin, HEHKO-käynnin ottaneisiin, puhelinkyselyyn osallistuneisiin, tutkimuksen aikana kuolleisiin ja heihin, joita ei tutkimuksen kuluessa tavoitettu. Kato tutkimuksessa oli varsin alhainen ja sitä kautta tarkasteltuna tutkimustuloksia voidaan pitää luotettavina. Kahta haastateltavaa ei tavoitettu puhelinkyselyyn, kolmen haastateltavan numero ei ollut käytössä ja yksi kuoli tutkimuksen aikana. Puhelinkysely tehtiin kahtena päivänä ja ellei haastateltava saatu tuolloin kiinni, yhteyttä ei enää yritetty ottaa. Edellä kuvatun jakauman perusteella voidaan todeta, että koko ikäluokka on käyty mahdollisimman tarkasti läpi.

Tutkimusjoukon jakautumista tarkasteltaessa havaittiin, että Maaningalla ja Siilinjärvellä oli lähes yhtä monta 75-vuotiasta palveluiden piirissä, vaikka Siilinjärvellä väestöpohja oli noin neljä kertaa suurempi. Tällä ei ole suoranaisesti merkitystä tämän tutkimuksen kannalta, mutta havainto oli mielenkiintoinen. Ovatko syyt palveluiden

saatavuudessa, ympäristötekijöissä, perimässä vai onko kysymyksessä vain sattuma tässä ikäluokassa. Vertailua tulisi tehdä muissakin ikäryhmissä, jotta syy tai syyt voitaisiin selvittää.

Tuloksia tarkastelen henkilölukuina, en prosentteina. Henkilöluku kuvaa tarkemmin haastatteluissa tulleiden vastausten määriä ja niiden jakautumista. Tulokset ovat konkreettisempia ja helpommin tulkittavissa kun käytetään henkilölukuja. Taustamuuttujana on vain kotikunta ja sukupuoli ja mielestäni ne ovat olleet riittäviä tietoja tässä tutkimuksessa. Ennen sotia syntyneiden koulutus on yleisesti ottaen varsin vähäistä ja koulutuksen selvittämisellä ei mielestäni olisi ollut lisäarvoa tutkimuksen kannalta. Sukupuolikaan ei noussut tutkimuksen vastauksissa esille merkittävästi, vaan vastaukset jakaantuivat varsin tasaisesti miesten ja naisten välille.

Tehtyjen HEHKO-käyntien perusteella selvisi, että kaikilla haastateltavilla oli asunnoissa perusmukavuudet ja suuria asunnon muutostöitä ei tarvittu. Monet haastateltavat olivat jo muuttaneet maaseudulta lähemmäksi keskustan palveluita ja näin ennakoineet ikääntymistä ja mahdollista lisääntyvää palvelun tarvetta. Kaikki haastateltavat kertoivat, että haluavat asua kotona mahdollisimman pitkään. Ikääntyvien oma toive on hyvin samansuuntainen kuin valtakunnallinen sosiaali- ja terveystieteellinen tavoite tukea kotona asumista. Tehdyillä kotikäynneillä oli havaittavissa tulevaisuuden ennakointi palveluiden saatavuudessa, kuten Kärnäkin (2009) väitöskirjassaan toteaa. Taajaman ulkopuolella asuvat olivat hyväkuntoisia. He ajoivat itse autoa tai puoliso ajoi, joten asiointi ei tuottanut ongelmia. Lisäksi on huomioitava, että palveluita on tarjolla Maaningalla, Siilinjärvellä ja Vuorelassa, jolloin välimatkat palveluihin jäivät suhteellisen lyhyiksi. Pisimmillään matkat palveluihin olivat noin 15 km. Palveluliikenne liikennöi Siilinjärven alueella ja helpottaa asioilla liikkumista kauempana asuvien osalta.

Ikääntyvän hyvä fyysinen toimintakyky ja asumisolosuhteet eivät kuitenkaan pelkääntään riitä turvaamaan kotona asumista. On huomioitava myös psyykkiset ja sosiaaliset voimavarat. Tehtyjen HEHKO-käyntien perusteella ikääntyvät olivat pääosin tyytyväisiä elämäänsä ja moni totesikin elävänsä ”elämänsä parasta aikaa” ja sanoi ”elämän olevan kuin silkkiä vaan”. Vain hyvin harvat kokivat itsensä yksinäiseksi tai murheelliseksi ja yhteydet ystäviin ja sukulaisiin olivat pääosin viikoittaisia. Paljon julkisuudessa puhuttua vanhusten yksinäisyyttä ei tehdyillä HEHKO-käynneillä tullut esille. Monilla haastateltavilla oli paljon kodin ulkopuolisia harrastuksia viikoittain. Toisaalta tuli myös ilmi, että harrastuksista ja menoista oli luovuttu tai ne olivat vähentyneet viime vuosien aikana ja odotettavaa luonnollisesti on, että harrastukset

edelleen vähenevät ikääntymisen myötä. Ikääntyvien omatoimisten koodin ulkopuolisten harrastusten väheneminen olisikin huomioitava vanhuspalveluiden suunnittelussa lisäämällä päivätoimintaa.

Aikaisemman kokemuksen perusteella HEHKO-käynneistä lisättiin haastatteluun kaksi muistiin liittyvää tehtävää, jotka antavat tietoa haastateltavan mahdollisesta muistisairaudesta tai hahmottamisen ongelmasta. Tällä tiedolla on merkitystä asiakkaan kotona selviytymisen kannalta. Asiakkaalla on mahdollisuus jatkotutkimuksiin ongelmien ilmetessä ja muistisairauden vuoksi hoitoon ohjautumisessa. Muistiin liittyvien tehtävien liittäminen kotikäynteihin koin hyvänä ratkaisuna. Haastattelun aikana saattoi näyttää siltä, että haastateltava selviytyy kaikista päivittäisistä toimistaan hyvin ja kokee muistinsa olevan hyvä, mutta sanojen mieleen palauttaminen tai kellotaulun piirtäminen ei onnistunutkaan. Muistiin liittyvien tehtävien jälkeen oli helpompaa ottaa keskustelussa esille muistiin liittyvät asiat. Haastateltavat saattoivat todeta, että ovat itse huomanneet vaikeuksia ja ajatelleet muistitutkimuksiin menemistä. Joukossa oli myös heitä, jotka selkeästi hämmästyivät itsekkin, ettei kellotaulun piirtäminen onnistu ja olivat halukkaita muistitutkimuksiin. Osa luonnollisesti koki edelleen, ettei muistissa ole mitään vikaa eivätkä halunneet jatkotutkimuksia ja totesivat, että olisi tutkittava huonomuistisempia. Haastateltavia, joilla oli vaikeuksia kellotaulun piirtämisessä, huomattiin varsin paljon. Kotikäynnin ottaneiden kotona pärjääminen oli kaiken kaikkiaan hyvää ja avuntarve vähäistä. Kun arvioidaan sitä joukkoa, jotka eivät käyntiä ottaneet tai eivät ymmärtäneet kirjeestä kotikäynnin tarkoitusta, voisi olettaa, että koko ikäryhmässä on varsin paljon muistiin liittyviä ongelmia. Kattavammilla HEHKO-käynneillä olisi suuri merkitys muistisairauksien varhaisessa toteamisessa ehkäisevän vanhustyön näkökulmasta tarkasteltuna.

Puhelinhaastatteluiden perusteella voidaan todeta, että osa haastateltavista on hyväkuntoisia ja tietoisia valinnoistaan. Riskiryhmiin kuuluviksi voidaan luokitella ne, jotka eivät kirjeen perusteella ymmärtäneet HEHKO-käynnin tarkoitusta. Tarkemmassa analyysissä tästä joukosta voidaan erotella vielä ne, jotka eivät tunnista käynnin hyötyä tai joiden tilanne jäi keskustelussa täysin auki. Viisi haastateltavaa toi esille, ettei pelkistä käynneistä ole mitään hyötyä, jos ei ole toimintaa, ei saa puunhakkaajaa tai miehelle ulkoiluttajaa. He olivat pettyneitä kunnan järjestämiin palveluihin ja toivat sen puheluissa myös esille, mutta eivät selkeästi olleet ymmärtäneet myöskään käynnin tarkoitusta, että kotikäynnillä tilannetta voitaisiin arvioida ja palveluja mahdollisesti järjestää tarvetta vastaavaksi. Nämä viisi vastaajaa tarvitsisivat haastattelun perusteella kotikäynnin, tilanteen arvioinnin ja mahdollisesti tukea kotona pärjäämiseen. Kahdeksan vastaajan tilanne jäi haastattelussa täysin epäselväksi eikä puhelinkes-

kustelu tuottanut mitään tulosta. Palveluohjaajan yhteydenottoa ei haluttu ja haastateltavan tilanne ei selvinnyt haastattelijalle. Yhden haastateltavan omainen otti myöhemmin yhteyttä ja tätä kautta tilanne selvitettiin ja todettiin asioiden olevan kunnossa, koska omaiset auttavat.

Toteutetuilla HEHKO-käynneillä kysyttiin haastateltavilta kokemuksia käynnistä. Poikkeuksetta kaikki kokivat, että kotikäynti on hyvä ja tarpeellinen. Haastateltavat kokivat saavansa tieto palveluista, vaikka palvelut eivät juuri nyt olisikaan ajankohtaisia. Todettiin, että on hyvä kun heistä pidetään huolta ja heillä on tieto, että heitä ei ole vanhuspalveluissa unohdettu. Varsin yleinen mielipide oli myös, ettei käyntejä saa lopettaa. Lisäksi toivottiin seurantakäyntejä. Tavatessani työssäni eri ikäluokkiin kuuluvia ikääntyviä he ovat tuoneet esille toiveen kotikäynneistä ja ihmetelleet käyntien puutetta. Tehdyillä kotikäynneillä valtaosa oli hyväkuntoisia ja hyvin kotona pärjääviä. Eli he ovat juuri niitä aktiivisia ikääntyviä, jotka muutenkin pitävät huolta itsestään ja ottavat osaa kaikkeen, mitä ikääntymiseen liittyen on kunnalla tarjota. Kotikäynti voi tuntua silloin hiukan turhalta, mutta ei tarpeettomalta. Nämä aktiiviset ikääntyvät omalta osaltaan tiedottavat ystäviään ja ohjaavat palveluihin niitäkin, jotka eivät ehkä palveluita itse hakisi. HEHKO-käynti on juuri sitä yksilöllistä palveluohjausta, jota ikääntyvä tarvitsee. Ikääntyvä saa tietoa tarjolla olevista palveluista ja kotikäynnillä voidaan paneutua juuri kyseessä olevan ikääntyvän tilanteeseen yksilöllisesti. Ikääntyvä voi itse vaikuttaa palveluihin, joita kokee tarvitsevansa. Samalla mietitään ikääntyvän omia voimavarojen kokonaisvaltaista käyttöön ottamista ja voimavarojen tukemista. Myös ystävien ja omaisten antama tuki kartoitetaan.

Opinnäytetyön aihevalinnan koen olevan onnistunut oman oppimisen ja mielenkiinnon kannalta tarkasteltuna. Haastattelut ja kyselyt olisi voinut tehdä joku muukin, mutta koko prosessin läpi vieminen itse antaa laajan ja kokonaisvaltaisen kuvan HEHKO-käynneistä. Kotikäynneillä ja kyselyissä olen voinut esittää tarkentavia kysymyksiä, jotka sitten autoivat tulosten analysoinnissa. Projektiopinnoissa olin tehnyt HEHKO-käyntejä, joten haastattelumenetelmä oli tuttu ja pystyin hyödyntämään aikaisempaa kokemusta. Puhelinkyselyn olisi voinut toteuttaa myös avoimena haastatteluna, jota pohdin suunnitteluvaiheessa. Tutkimusjoukko oli varsin suuri ja haastateltavat olisi pitänyt nauhoittaa ja se jälkeen litteroida. Koin, että aineiston analysointi olisi ollut liian iso työ yksin toteutettuna. Mikäli puhelinkyselyssä olisi tullut sellaisia vastauksia, joita ei lomakkeella ollut, olisi ne olleet mahdollista lisätä tuloksiin. Näin ei kuitenkaan käynyt vaan, vaan muutamia oletettuja vastauksia ei edes tullut. SPSS-tilastointiohjelman käyttö ei olisi ollut välttämätöntä, vaan Exel-taulukoilla olisin voinut tehdä myös tulosten yhteenvedon. Kysymysten muokkaaminen SPSS-ohjelmaan

syöttämistä varten aiheutti lisätyötä ehkä hiukan tarpeettomastikin. Puhelinkyselyn tuloksia olen ristiintaulukoinut ihan manuaalisesti, koska määrät ovat varsin pieniä. Samalla mieleen on palautunut haastateltavan kanssa käyty keskustelu ja olen voinut vielä tarkemmin pohtia haastateltavan esittämiä syitä.

7 POHDINTA

Kuntien tiukassa taloudellisessa tilanteessa ennalta ehkäisevästä työstä säästetään helposti ja rahat ja työpanos kohdennetaan korjaavaan toimintaan. Joulukuussa 2011 Siilinjärven paikallislehti Uutis-Jousi uutisoi isoin otsikoin: ”Ennaltaehkäisevät käynnit pois, syynä on rahapula”. (Kaasinen 2011, 5). Juuri edellisenä päivänä olin saanut toimeksiantajalle tehtävän raportin valmiiksi ja paikallislehden uutinen sai minut miettimään, kuinka vasta kehitteillä oleville HEHKO-käynneille käy.

Ennaltaehkäisevästä työstä saatavan hyödyn mittaaminen on vaikeaa. Työn tulokset näkyvät vasta pitkällä aikavälillä tarkasteltuna eikä säästöjä voida tarkasti ennustaa. Oletettavaa kuitenkin on, että panostaminen ennaltaehkäisevään työhön nyt, säästää tulevaisuudessa. Palveluasumis- tai laitoshoitopaikka maksaa noin 3 000–3 500 euroa kuukaudessa, mikä tekee vuodessa yli 36 000 euroa yhden ikääntyvän kohdalla. (Kantanen 31.11.2012.) Jos kotona asumista voidaan jatkaa kymmenen ikääntyvän asiakkaan kohdalla vuodella, säästö on 360 000 euroa. Konkreettisenä esimerkkinä voisi olla muistisairaahan ohjautuminen tutkimuksiin ja hoitoon mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, jolloin kotona asumista voidaan jatkaa ja laitoshoitoon siirtymistä ehkäistä.

Apuvälinehankinnoilla ja kiinnittämällä huomioita kodin turvallisuuteen ehkäistään esimerkiksi lonkkamurtumia. Lonkkamurtumapotilaan hoito vaatii keskimäärin 50 sairaala hoitovuorokautta ja ikääntyneistä lonkkamurtumapotilaista noin kolmannes jää pysyvään laitoshoitoon (Hurri 2006.) Mikäli vapaita palveluasumispaikkoja ei ole, voi asiakas joutua tarpeettomasti, ilman sairaalahoidon tarvetta odottamaan vapautuvaa paikkaa vuodeosastolla. Vuodeosaston täytyminen puolestaan kuormittaa tarpeettomasti erikoissairaanhoidoa, joka on vielä huomattavasti kalliimpaa kuin palveluasuminen. Sikäli kun HEHKO-käynneillä voidaan ehkäistä tai siirtää yhdenkin ikääntyvän palveluasumiseen siirtymistä vuodella, on työntekijä ansainnut palkkansa. Lisäksi on huomioitava, ettei yhden työntekijän koko vuoden työpanos mene kotikäynteihin.

HEHKO-käynnin vastaanottaneiden määrä tässä tutkimuksessa oli oletetun kaltainen, eli käynnin vastaanotti noin kolmannes ikäluokkaan kuuluvista. Käyntien määrä on alhaisempi kuin monessa muussa kunnassa. Käynnin vastaanottaneiden määrä on kuitenkin hiukan suurempi kuin edellisenä vuonna, joten voisi ajatella tietoisuuden kotikäynneistä ikääntyvien keskuudessa vähitellen lisääntyvän. Vuonna 2010 Maa-ningalla toteutettu soittokierros lisäsi käyntejä, joten kirjeiden lisäksi tarvitaan myös muita yhteydenotto tapoja. Puhelinkyselyn perusteella voin myös todeta, että puheli-

messa selviää varsin paljon ikääntyvän tilanteesta. Mikäli vastaaja voi heti todeta olevansa hyväkuntoinen, pärjäävänsä hyvin eikä palvelulle ole tarvetta, hän on tietoinen palvelutarpeistaan. Vastaaja, joka ihmettelee soittoa ja käyntiä eikä yhteistä ymmärrystä puhelimesta löydy, on mielestäni se, joka käyntiä tarvitsee.

HEHKO-käyntien kohdejoukon ikä vaihtelee kunnittain, joissakin kunnissa käyntejä tehdään 80-vuotiaille tai kaikille yli 75-vuotiaille. Oman kokemukseni perusteella 75 vuotta on kuitenkin ennaltaehkäisevän toiminnan kannalta hyvä ikä. Kotikäynti määrää voidaan myös rajata, kun ne tehdään vuosittain tietylle ikäryhmälle, tällöin kotikäynnit voidaan sisällyttää osaksi esimerkiksi palveluohjaajan työtä. Ikä ei tietysti ole ainoa mittari kotikäynneille. Tarpeen vaatiessa HEHKO-käynnin mallilla voi toteuttaa kotikäynnin muihinkin ikäryhmiin kuuluville.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli toteuttaa HEHKO-käynnit ja selvittää syitä käynnistä kieltäytymisille, eikä tutkia käyntien vaikuttavuutta eikä varsinaisesti kehittää käyntejä tai toimintamallia. Kotikäyntien vaikuttavuuden tutkiminen ja toiminnan kehittäminen voisivatkin olla jatkotutkimusten aiheita. Vaikuttavuutta olisi hyvä tutkia paikallistasolla seurantatutkimuksilla. Seurantatutkimuksen kohderyhmänä voisivat olla riskiryhmiin kuuluvat, esimerkiksi mahdollista alkavaa muistisairautta sairastavat ikääntyvät.

Koko opinnäytetyön tekeminen on ollut yli vuoden mittainen prosessi, jonka aikana on herännyt monia ajatuksia HEHKO-käynneistä. Olen myös huomannut kehittämistarpeita ja työssä on eteen tullut asiakastilanteita, joissa HEHKO-käynneistä olisi ollut hyötyä. Työskennellessäni palveluohjaajan sijaisena olen tavannut uudelleen kotikäynneillä tapaamiini ikääntyviin ja todennut, että HEHKO-käynnillä on ollut merkitystä ikääntyvän tarvitsemille ja saamille palveluille.

Olen pohtinut Sinisen meren strategian (BOS) ja ongelmapuu-ratkaisupuu menetelmän avulla keinoja toimivan HEHKO-käyntien työmenetelmän luomiseksi. Mielestäni HEHKO-käynnit tulisi vakiinnuttaa osaksi vanhuspalveluiden toimintaa, ennaltaehkäisevä työ tulisi tunnistaa ja tunnustaa paremmin ja käyntien määrää tulisi voida lisätä tai ainakin riskiryhmiin kuuluvat ikääntyvät tulisi löytää entistä paremmin.

Riskiryhmiin kuuluvien ikääntyvien löytämiseksi voisi yksi keino olla omahoitajien kanssa tehtävä yhteistyö. Omahoitajia tulisi tiedottaa vuosittain HEHKO-käyntien kohteena olevasta ikäryhmästä, tällöin omahoitaja voisi arvioida asiakkaan tilannetta tarkemmin ja ohjata kotikäynnin ottamisessa. Lähes kaikki 75-vuotiaat olivat käyneet

kuluvana vuonna lääkärin vastaanotolla. HEHKO-käynti olisikin hyvä tehdä ennen lääkärin tekemää vuositarkastusta, jotta kotikäynnillä esille tulleet asiat olisivat lääkärin tiedossa. Tämä käytäntö nopeuttaisi tarvittaessa hoitoon ohjausta ja päällekkäisiltä lääkärikäynneiltä välttyttäisiin esimerkiksi muistiin liittyvissä asioissa. Asiakkaat, joilla on paljon yhteydenottoja sosiaali- ja terveystalouteihin, ovat yleensä huolissaan omasta pärjäämisestä, mutta tilanteet eivät aina tule selville vastaanottokäynillä. Tällaisissa tapauksissa kotikäynti palvelisi kysyntää ja tarvetta. Mielestäni omahoitajien seuloma joukko on hyvä rajata tietyksi vuonna syntyviin, muutoin on vaarana, että kotikäyntien määrä nousee mahdottomaksi toteuttaa. Palveluohjaaja tekee palvelutarpeen arviointikäyntejä kaikille ikääntyville tarpeen mukaan, mutta tarkemmin voisi vuosittain seuloa kunakin vuonna 75-vuotta täyttäviä.

HEHKO-käyntien vakiinnuttaminen osaksi vanhustaloutien työtehtäviä mahdollistaisi toiminnan suunnittelun ja kehittämisen entistä paremmin. HEHKO-käynnit tässä mittakaavassa toteutettuna vaativat vain vähän lisää työaikaa. HEHKO-käyntejä on mahdollista jakaa tasaisesti pitkin vuotta. Esimerkiksi yksi HEHKO-käynti viikossa tekisi noin 50 käyntiä vuodessa ja se on määrällisesti jo enemmän kuin mitä tehtiin vuonna 2010 tai vuonna 2011. Kirjeet voisi lähettää 75-vuotiaille ja tarjota kotikäyntiä syntymäpäivän aikoihin. Mikäli ikääntyvä ei vastaa kirjeeseen, hänelle voisi soittaa ja puhelinkeskustelun perusteella arvioida kotikäynnin tarpeellisuutta, aiemmin mainitun Jyväskylän porrasteisen HEHKO-käyntimallin mukaisesti.

Lopuksi haluan kiittää vanhustaloutien tehostetun palveluasumisen tiimiä ja tuki- ja ohjaustaloutien tiimiä suuresta avusta ja ennen kaikkea kannustuksesta koko opintojeni sekä opinnäytetyön tekemisen aikana. Erityiskiitos kuuluu tulosaluejohtaja Kati Kantaselle, joka on omalla kannustavalla asenteellaan mahdollistanut opiskeluni monimuoto-opiskelijana työn ohessa.

LÄHTEET

- Asikainen, M. 2011. *Hyvinvointia edistävät kotikäynnit 75-vuotiaille*. Raportti. Siilinjärvi.
- Haatainen, R., Hoffren, S. & Hyvärinen, K.-L. 2010. *Ehkäisevät kotikäynnit Siiliset yhteistoiminta-alueella 2010*. Raportti. Siilinjärvi.
- Heinola, R., Voutilainen, P. & Vaarama, M. 2003. *Apua ja iloa pienellä vaivalla Ehkäisevät kotikäynnit viidessä kunnassa*. Helsinki: Stakes.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2003. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Tammi.
- Hurri, S. 2006. *Liike on lääke lonkkamurtumissa*. Sairaanhoidajaliitto [verkkolehti]. 6–7/2006 [viitattu 3.11.2012]. Saatavissa: http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidajalehti/6-7_2006/kaypa_hoito/liike_on_laake_lonkkamurtumassak/
- Hytönen, J., Imjack, E. & Räisänen, E. 2009. *Ennaltaehkäisevät kotikäynnit Itä Uudellamaalla* [verkkopublication]. Laurea ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö [viitattu 11.11.2012]. Saatavissa: http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/4598/Imjack_hytonen_raisanen.pdf?sequence=1
- Häkkinen, H. & Holma, T. 2004. *Ehkäisevä kotikäynti – tuki vanhuksen kotona selviytymiselle*. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Häkkinen, H. 2002. *Ehkäisevät kotikäynnit vanhuksille*. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Kivelä, S.-L. & Vaapio, S. 2011. *Vanhana tänään*. Helsinki: Suomen Senioriliike ry.
- Itä-Suomen yliopiston www-sivu [viitattu 11.11.2012]. Saatavissa: <http://www.uef.fi/ikainnovaatio/etusivu>
- Jokela, H. 2007. *Ennaltaehkäisevät kotikäynnit kotona itsenäisesti asuville 1925–1929 syntyneille siilinjärveläisille*. Tyytyväisenä kotona-Siilin-Selma projekti 2004–2006. Siilinjärvi.
- Kaasinen, A. 2011. Ennaltaehkäisevät kotikäynnit pois. *Uutis-Jousi* 4.12.2012.
- Kantanen, K. 2012. Vanhuspalveluiden tulosaluejohtaja. Siilinjärvi 31.11.2012. Haastattelu.
- Kivelä, S.-L. & Vaapio, S., 2011. *Vanhana tänään*. Helsinki: Suomen senioriliike.
- KvaliMOTV. Triangulaatio [verkkosivu]. Tampereen yliopisto [viitattu 1.12.2012.] Saatavissa: http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L2_3_2_4.html
- Kärnä, S. 2009. *Hyvinvoinnin pysyvyyttä ja muutosta kolmannessa iässä* [verkkopublication]. Kuopion Yliopisto, Sosiaalityön ja sosiaalipedagogiikan laitos. Väitöskirja [viitattu 27.10.2012]. Saatavissa: <http://www.uku.fi/vaitokset/2009/isbn978-951-27-1225-0.pdf>
- Lerkkanen, H. 2007. *Ennaltaehkäisevät kotikäynnit laukaalaisten ikäihmisten kotona selviytymistä turvaamassa* [verkkopublication]. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Opinnäytetyö [viitattu 11.11.2012]. Saatavissa:

https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/17887/jamk_1193661295_9.pdf?sequence=2

Muurinen, S., Finne-Soveri, H., Sinervo, T., Noro, A., Andersson, S., Heinola, R. & Viikko, A. 2009. *Ikähorisontti – uudet palvelukonseptit* [verkkodokumentti]. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos [viitattu 8.10.2012]. Saatavissa: <http://www.stakes.fi/NR/rdonlyres/CE05A09E-5F01-4FC3-8D85-85393A3B9F63/15167/Uudetkonseptit8920094.pdf>

Paasivaara, L. 2004. Kuuleeko palvelujärjestelmä vanhuksia. Teoksessa Kankare, H. & Lintula, H. (toim.). *Vanhuksen äänen kuuleminen*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 19–34.

Seppänen, M., Heinola, R. & Andersson, S. 2009. *Hyvinvointia ja terveyttä edistävää toimintaa käytännössä, Ikäihmisten neuvontakeskuspalvelujen ja ehkäisevien kotikäyntien toteutuminen kunnissa*. [verkkojulkaisu]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 29.9.2012]. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/1d4031f8-2741-4493-b50a-925ea617c352>

STM. 2008. *Ikäihmisten palvelujen laatusuositus* [verkkodokumentti]. Sosiaali- ja terveysministeriö [viitattu 8.10.2012]. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3672.pdf&title=Ikäihmisten_palvelujen_laatusuositus_fi.pdf

STM. 2010. *Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020 Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategia* [verkkodokumentti]. Sosiaali- ja terveysministeriö [viitattu 30.9.2012]. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-14357.pdf

STM. 2001. *Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 kansanterveysohjelmasta* [verkkojulkaisu]. Sosiaali- ja terveysministeriö [viitattu 6.10.2012] Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42733&name=DLFE-6214.pdf

STM. 2012. *Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista* [verkkojulkaisu]. Sosiaali- ja terveysministeriö [viitattu 1.12.2012] Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5065240&name=DLFE-19627.pdf

Terveydenhuoltolaki. 2010. Finlex [viitattu 22.10.2012]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

THL. 2012a. *Kotikäyntien organisointi* [verkkosivu]. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos [viitattu 16.11.2012]. Saatavissa: http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/neuvontapalvelut/kotikaynnit/suunnittelu/organisointi

THL. 2012b. *Hyvinvointia edistävät kotikäynnit* [verkkosivu]. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos [viitattu 11.11.2012] Saatavissa: http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/neuvontapalvelut/kotikaynnit

Tilastokeskus. 2012. *Väestöennuste 2012 iän ja sukupuolen mukaan 2012–2060, koko maa*. Tilastokeskus [viitattu 6.10.2012] Saatavissa: http://pxweb2.stat.fi/database/StatFin/vrm/vaenn/vaenn_fi.asp

Toljamo, M., Haverinen, R., Finne-Soveri, H., Malmivaara, A., Sintonen, H., Voutilainen, P. & Mäkelä, M. 2005. *Ehkäisevien kotikäyntien vaikutukset iäkkäiden toimintakykyyn. Systemaattisiin kirjallisuuskatsauksiin perustuva menetelmäarvio*. Helsinki: Stakes.

Valppu-Vanhainen, A. 2002. *Paremmiin palveluohjauksella Yksilökohtaisella palveluohjauksella joustavuutta hyvinvointipalveluihin*. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Väyrynen, R. 2010. *Ikääntyneiden palvelut - Kuntakyselyn osaraportti* [verkkajulkaisu]. Terveystieteiden tutkimuskeskus [viitattu 4.10.2012]. Saatavissa: http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr36_11.pdf



SIILINJÄRVI



HYVINVOINTIA EDISTÄVÄT KOTIKÄYNNIT SIILINJÄRVELLÄ JA MAANINGALLA

Suomen sosiaali- ja terveyspolitiikan tavoitteisiin kuuluu edistää ikääntyvien ihmisten terveyttä ja hyvinvointia sekä tukea heidän itsenäistä kotona asumistaan mahdollisimman pitkään. Hyvinvointia edistävien kotikäyntien menetelmä otettiin Suomessa käyttöön 2000-luvun alussa. Menetelmän käyttö perustuu sosiaalihuoltolakiin. Hyvinvointia edistävien kotikäyntien tavoitteena on ennakoida ikääntyvän ihmisen avun tarve, arvioida asunnon muutostöiden tarvetta, antaa neuvoja erilaisista palveluista ja tukimahdollisuuksista. Lisäksi tavoitteena on asiakkaan omien sekä myös omaisten voimavarojen aktivointi tukemaan ikääntyvän ihmisen selviytymistä omassa elinympäristössään mahdollisimman pitkään. Hyvinvointia edistävät kotikäynnit tukevat valtakunnallista vanhuspolitiikan tavoitetta: ***”Kotona niin pitkään kuin mahdollista”***.

Hyvinvointia edistäviin kotikäynteihin on mahdollisuus kaikilla vuonna 2011 75 -vuotta täyttävillä siilinjärveläisillä ja maaninkalaisilla , jotka eivät ole säännöllisten sosiaali- ja terveyspalvelujen piirissä. Kotikäynnit toteutetaan syys - lokakuussa 2011.

Hyvinvointia edistävä kotikäynti on vapaaehtoinen ja maksuton. Saatuja tietoja käsitellään luottamuksellisesti. Kotikäynnin suorittaa Liikelaitos Siiliset - peruspalvelukeskuksen vanhuspalveluiden henkilökuntaan kuuluva hoitaja, joka tekee aiheesta myös opinnäytetyön Savonian -ammattikorkeakoulun sosionomiopinnoissa. **Halutessanne kotikäynnin, voitte varata sen 29.7.2011 mennessä kotiutushoitajan numerosta 044-7401646**

Ystävällisin terveisin

Marja Pentikäinen
osastonhoitaja
p. 044-7402828

Mirja Asikainen
sij. kotiutushoitaja
p. 044-7401646

EHKÄISEVÄT KOTIKÄYNNIT

HAASTATTELURUNKO

Kunta _____ Pvm _____

Asiakkaan nimi _____

Osoite _____ Puh _____

Sukupuoli nainen mies Syntymävuosi _____

SUOSTUMUS

Suostun siihen, että

- sosiaali- ja terveyspalvelujen tarpeen niin edellyttäessä haastattelija voi ottaa yhteyttä esim. sosiaali- ja terveydenhuollon viranhaltijaan (esim. omalääkäri tai sosiaalityöntekijä).

ja että

- ehkäisevästä kotikäynnistä tehdään merkintä ja yhteenveto sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilasasiakirjoihin.

ja että

- ehkäisevästä kotikäynnistä saatuja vastauksia saa käyttää Savonia ammattikorkeakoulun sosionomiopintojen opinnäytetyössä henkilöllisyyteni paljastumatta.

Lisäksi annettuja tietoja voidaan käyttää kunnallisen suunnittelun pohjana henkilöllisyyteni paljastumatta.

Päivämäärä

Asiakkaan allekirjoitus

A. ASUMINEN JA KOTI

1. Miten asutte?

1.1 Yksin1.2 Puolison kanssa1.3 Jonkun muun kanssa, kenen _____

2. Missä asutte?

2.1 Omakotitalossa2.1.1 Talossa on puulämmitys.2.2 Rivitalossa2.3 Kerrostalossa, hissillinen2.3.1 Kykenettekö käyttämään hissiä? Kyllä Ei 2.4 Kerrostalossa, hissitön2.5 Muu, mikä _____

3. Kuinka pitkä matka on

3.1 Kunnan/kaupungin keskustaan? _____

3.2 lähimpään kauppaan? _____

4. Onko asunnossanne (sisällä) mukavuudet? Kyllä Ei

4.1 Vesijohto sisälle 4.2 WC 4.2 Suihku 4.4 Sauna

5. Onko asunnossanne Paristo vaihdettu _____

5.1 palovaroitin? Kyllä Ei _____5.2 häkävaroitin? Kyllä Ei _____5.3 Pystyn vaihtamaan paristot itse palovaroittimeen/häkävaroittimeen.5.4 En pysty itse vaihtamaan paristoja palovaroittimeen/häkävaroittimeen.

6. Mitä muutostöitä tai korjauksia asuntoon tarvitaan?

6.1 Kynnysten poisto6.2 Ammeen poisto6.3 Tukikaiteiden asennus6.4 Liuska portaiden tilalle/viereen6.5 Valaistuksen parantaminen6.6 Ovien levennys6.7 Muu, mikä? _____6.8 En kaipaa muutoksia asuntooni.

7. Toimitteko omaishoitajana?

7.1 En ole omaishoitaja7.2 Kyllä, ketä hoidatte _____

8. Käytättekö apuvälineitä?

Kyllä

Ei

8.1 Kävelykeppi

8.2 Rollaattori

8.3 Pyöräpotkuri

8.4 Pyörätuoli

8.5 Turvapuhelin

8.6 Näön apuvälineet

8.7 Kuulon apuvälineet

8.8 Tukitangot ja kaiteet

8.9 Ruokailun apuvälineet

8.10 Peseytymisen apuvälineet

8.11 Korokkeet (esim. wc-istuin, sängynjalat)

8.12 Muu apuväline, mikä _____

8.13 En käytä apuvälineitä

B. SOSIAALINEN VERKOSTO JA KOTIASKAREET

9. Kuinka usein luonanne vierailaan/käydään?

9.1 Päivittäin9.2 Viikoittain

9.3 Kuukausittain

9.4 Harvoin

9.5 Ei koskaan

10. Kuinka usein vieraillette tai käytte jonkun toisen luona?

10.1 Päivittäin

10.2 Viikoittain

10.3 Kuukausittain

10.4 Harvoin

10.5 En koskaan

11. Käyttekö seuraavia viestintävälineitä?

	Säännöllisesti	Silloin tällöin	En koskaan	Ei ole
11.1 Lankapuhelin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.2 Matkapuhelin (kännykkä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.3 Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.4 Sähköposti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Kuinka usein olette puhelimitse yhteydessä omaisiinne/tuttaviinne?

12.1 Päivittäin

12.2 Viikoittain

12.3 Kuukausittain

12.4 Harvoin

12.5 En koskaan

13. Kuinka usein osallistutte vapaa-ajan toimintaan kodin ulkopuolella, esim. päiväkeskukset, yhdistystoiminta, kerhot, seurakunnan tilaisuudet, elokuvat, teatterit, näyttelyt, museot, kirjasto?

13.1 Päivittäin

13.2 Viikoittain

13.3 Kuukausittain

13.4 Harvoin

13.5 En koskaan

14. Mitä harrastatte?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Lukeminen | <input type="checkbox"/> Liikunta, hyötyliikunta |
| <input type="checkbox"/> TV:n katselu | <input type="checkbox"/> Mökkeily |
| <input type="checkbox"/> Radion kuuntelu | <input type="checkbox"/> Puutyöt/ nikkarointi |
| <input type="checkbox"/> Musiikin kuuntelu | <input type="checkbox"/> Käsityöt |
| <input type="checkbox"/> Musiikin soittaminen | <input type="checkbox"/> Puutarhanhoito |
| <input type="checkbox"/> Laulaminen | <input type="checkbox"/> Marjastus, sienestys |
| <input type="checkbox"/> Kirjoittaminen | <input type="checkbox"/> Metsästys |
| <input type="checkbox"/> Piirtäminen, maalaaminen | |
| <input type="checkbox"/> Sanaristikot | <input type="checkbox"/> Kalastus |
| <input type="checkbox"/> Teatteri | <input type="checkbox"/> Internetissä surffailu |
| <input type="checkbox"/> Elokvat | <input type="checkbox"/> Matkailu |
| <input type="checkbox"/> Konsertit | |
| <input type="checkbox"/> Taidenäyttelyt | |
| <input type="checkbox"/> Muuta, mitä? _____ | |

15. Miten tavallisesti liikutte?

- 15.1 Omalla autolla (alleviivaa: itse ajaen/sukulainen/ystävä ajaa)
- 15.2 Julkisilla kulkuneuvoilla
- 15.3 Palvelulinjalla
- 15.4 Kimppakyydillä
- 15.5 Taksilla
- 15.6 Pyörällä
- 15.7 Kävelen
- 15.8 Muuten, miten? _____

16. Oletteko kaatunut viimeisen vuoden aikana?

- 16.1 En
- 16.2 Kyllä, missä (ulkona, sisällä) ja miten usein olette kaatunut?
-

16.3 Loukkaannuitteko (satutitteko itsenne) kaatuessanne, miten?

17. Oletteko loukannut itseänne muulla tavoin viimeisen vuoden aikana (esim. palovamma tms.) ?

17.1 En

17.2 Kyllä, miten? _____

18. Selviydyttekö omin voimin seuraavista tilanteista/toiminnoista?

	Kyllä	En	Mitä apua tarvitsette?
18.1 Tuolilta/sängystä ylös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
18.2 Wc:ssä käynnistä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
18.3 Kylvystä/suihkusta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
18.4 Liikkumisesta ulkona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
18.5 Kaupassa käynnistä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
18.6 Ruoan laittamisesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
18.7 Pankkiasioista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
18.8 Kevyistä kotitöistä (imuroinnista, tiskauksesta, pyykinpesusta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
18.9 Raskaista kotitöistä (ikkunoiden pesu, tilavaat- teiden tuuletus, mattojen pudistelu, puulämmitys)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

19. Keneltä saatte apua tarvitessanne?

19.1 Puolisolta

19.2 Lapsilta tai sukulaisilta

19.3 Ystäviltä, tuttavilta, naapureilta

19.4 Talonmieheltä, huoltomieheltä

19.5 Palkatulta yrittäjältä

19.6 Joku muu, kuka _____

C. TERVEYDENTILA JA TOIMINTAKYKY

20. Millainen on mielestänne oma terveydentilanne?

20.1 Erittäin hyvä

20.2 Melko hyvä

20.3 Tyydyttävä

20.4 Melko huono

20.5 Huono

21. Millainen terveydentilanne on nyt viime vuoteen verrattuna?

21.1 Paljon parempi nyt kuin vuosi sitten

21.2 Vähän parempi nyt kuin vuosi sitten

21.3 Jokseenkin samanlainen

21.4 Vähän huonompi nyt kuin vuosi sitten

21.5 Paljon huonompi nyt kuin vuosi sitten

22. Huolestuttaako teitä jokin terveydentilassanne?

22.1 Ei

22.2 Kyllä, mikä _____

23. Oletteko ollut viimeisen vuoden aikana sairaalahoidossa?

23.1 Ei

23.2 Kyllä. Kuinka pitkän aikaa? _____

24. Käytättekö lääkkeitä säännöllisesti?

24.1 En käytä lääkkeitä säännöllisesti

24.3 Kyllä, käytän lääkkeitä seuraaviin sairauksiin:

24.3 Jos käytössänne on lääkkeitä, oletteko saanut riittävästi opastusta lääkkeittenne käytöstä?

Kyllä En

24.4 Käytättekö itsehoitolääkkeitä/ luontaistuotteita?

25. Onko teillä virtsankarkailua?

25.1 Ei

25.2 kyllä

26. Kuinka kauan aikaa on edellisestä lääkärisäkäynnistänne?

- 26.1 Alle vuosi
 26.2 1–3 vuotta
 26.3 Yli 3 vuotta
 26.4 Kauan sitten, en muista aikaa

27. Kuinka kauan aikaa on edellisestä hammashoidossa käynnistänne?

- 27.1 Alle vuosi
 27.2 1–3 vuotta
 27.3 Yli 3 vuotta
 27.4 Kauan sitten, en muista aikaa

28. Käyttökö säännöllisesti

- 28.1 omahoitajalla?
 28.2 jalkahoitajalla?
 28.3 diabeteshoitajalla?
 28.4 fysioterapeutilla?
 28.5 muualla, missä? _____

29. Tunnetteko itsenne

	Usein	Harvoin	En koskaan
29.1 yksinäiseksi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.2 murheelliseksi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.3 väsyneeksi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29.4. Jos vastasitte ”usein”, mitä toivoisitte kyseisen tunteen vähentämiseksi?

30. Pelkäätkö turvallisuutenne puolesta

a) kotona?

30.1 En

30.2 Kyllä, miksi _____

b) kodin ulkopuolella?

30.3 En

30.4 Kyllä, miksi _____

31. Nimetkää asioita, jotka ovat teille merkityksellisiä ja tärkeitä tällä hetkellä.

32. Mitkä asiat tuottavat teille iloa?

33. Mitkä asiat aiheuttavat teille huolta tai mieliharmia?

34. Nukutteko yleensä hyvin?

34.1 Kyllä, ilman unilääkettä

34.2 Kyllä, unilääkkeen kanssa, minkä? _____

34.2.1 Kuinka kauan olette käyttänyt unilääkettä? _____

34.3 En, millaisia univaikeuksia teillä on? _____

35. Millainen ruokahalunne on yleensä?

35.1 Hyvä

35.2 Huono, syy _____

36. Syöttekö päivittäin lämpimän aterian?

36.1 Kyllä yleensä

36.2 En yleensä, miksi _____

37. Käytättekö alkoholia?

37.1 En

37.2 Päivittäin

37.3 Viikoittain

37.4 Kuukausittain

37.5 Harvemmin

38. Tupakoitko?

38.1 En

38.2 Kyllä

39. Näettekö lukea sanomalehtitekstiä?

39.1 Sujuvasti ilman silmälaseja

39.2 Sujuvasti silmälasien kanssa

39.3 Suurennuslasia tai muuta apuvälinettä käyttämällä

39.4 Vain lehden isot otsikot

39.5 En pysty lukemaan lehtiä ollenkaan heikentyneen näön vuoksi

40. Milloin näköne on viimeksi tarkastettu?

40.1 Alle vuosi

40.2 1–3 vuotta

40.3 Yli 3 vuotta

40.4 Kauan sitten, en muista aikaa

41. Millainen kuulonne on?

41.1 Hyvä

41.2 Heikentynyt

41.2.1 Ei ole kuulolaitetta

41.2.2 Kuulen hyvin kuulolaitteella

41.2.3 Kuulen huonosti kuulolaitteella

41.2.4 En käytä kuulolaitetta, koska _____

41.3 Kuuro

41.3.1 Tarvitsen tulkkia

42. Milloin kuulonne on viimeksi tarkastettu?

42.1 Alle vuosi

42.2 1–3 vuotta

42.3 Yli 3 vuotta

42.4 Kauan sitten, en muista aikaa

D. TOIMEENTULO (Asiakasmaksukatto, asumistuki, hoitotuki, kotitaloustyön verovähennys)

43. Riittävätkö tulonne elämiseen, kun otatte huomioon kaikki saamanne tulot ja tuet?

43.1 Hyvin43.2 Kohtalaisesti43.3 Huonosti

44. Saatteko työeläkettä?

44.1. Kyllä44.2 Ei

45. Saatteko seuraavanlaisia tukia ja etuuksia?

45.1 Eläkettä saavan hoitotuki, tuen taso _____45.2 Omaishoidontuki45.3 Eläkkeensaajan asumistuki45.4 Kuljetuspalvelut45.5 Muu, mitä _____

E. TULEVAISUUS

46. Minkälaiden asioiden ja palveluiden avulla arki ja elämäne sujuisi paremmin?

	Tarvitsen tällä hetkellä	Palvelusta kerrottu asiakkaalle
Asunnon muutostyö		
Asunnon vaihto		
Pihatyö		
Apuvälineet		
Turvapalvelu		
Siivouspalvelu		
Vaatehuolto		
Kuljetuspalvelu		
Asiointiapu		
Ateriapalvelu		
Kotihoito/Kotipalvelu		
Kotisairaanhoito		
Avokuntoutus		
Pesuapu		

Päiväkeskus		
Apua ulkoiluun		
Juttuseuraa		
Muuta, mitä?		

47. Mitä mieltä olette nykyisestä elämäntilanteestanne?

48. Mitä mieltä olette nykyisestä asuinympäristöstänne?

49. Mitä terveisiä haluatte esittää kunnalle?

HAASTATTELIJAN HUOMIOT

Asuminen, koti ja lähiympäristö

Terveys ja toimintakyky:

Sosiaaliset voimavarat:

Liikunta ja harrastukset:

Muuta huomioitavaa:

YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET (tämä osio jää asiakkaalle)

Asiakkaan nimi _____ Pvm _____

Ehkäisevän kotikäynnin suoritti

Haastattelijan nimi, työtehtävä ja puhelinnumero

Ehkäisevällä kotikäynnillä sovittiin, että

asiakas ottaa itse yhteyttä _____

haastattelijaa ottaa yhteyttä _____

Muuta huomioitavaa _____

SUOSTUMUS

Suostun siihen, että

- sosiaali- ja terveyspalvelujen tarpeen niin edellyttäessä haastattelijaa voi ottaa yhteyttä esim. sosiaali- ja terveydenhuollon viranhaltijaan (esim. omalääkäri tai sosiaalityöntekijä)
- ehkäisevästä kotikäynnistä tehdään merkintä ja yhteenveto sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilasasiakirjoihin.
- ehkäisevästä kotikäynnistä saatuja vastauksia saa käyttää Savonia ammattikorkeakoulun sosionomiopintojen opinnäytetyössä henkilöllisyyteni paljastumatta.

Lisäksi annettuja tietoja voidaan käyttää kunnallisen suunnittelun pohjana henkilöllisyyteni paljastumatta.

Päivämäärä

Asiakkaan

allekirjoitus

YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET (tämä osio jää haastattelijalle)

Asiakkaan nimi _____

ja puhelinnumero _____ Pvm _____

Ehkäisevän kotikäynnin suoritti _____

Ehkäisevällä kotikäynnillä sovittiin, että

asiakas ottaa itse yhteyttä _____

haastattelija ottaa yhteyttä _____

Muuta huomioitavaa _____

Puhelinkyselylomake, niille 75-vuotiaille, jotka eivät ottaneet HEHKO-käyntiä

Vastaaja haluaa osallistua puhelinkyselyyn		kyllä	ei
Vastaajan sukupuoli		nainen	mies
Vastaajan kotikunta	Siilinjärvi		Maaninka
Puhelinyhteyden saaminen vastaajaan onnistui		kyllä	ei
Vastaaja ymmärsi saamastaan kirjeestä mistä Hehko – käynnillä on kyse		kyllä	ei
Vastaaja unohti vastata kirjeeseen		kyllä	ei
Vastaaja kokee tarvitsevansa tietoa kunnan vanhuspalveluista		kyllä	ei
Vastaaja haluaa käyttää kunnan vanhuspalveluita		kyllä	ei
Vastaaja kokee olevansa liian nuori tai liian hyväkuntoinen		kyllä	ei
Vastaaja kokee tarvitsevansa kunnan vanhuspalveluita kotona pärräämisen tueksi		kyllä	ei
Omaiset ja tuttavat ohjasivat vastaajaa valinnassa		kyllä	ei
Vastaaja oli matkoilla/mökillä/lomalla kun kirje tuli		kyllä	ei
Vastaaja sai yhteyden kirjeessä olevaan numeroon		kyllä	ei
Vastaaja haluaa HEHKO-käynnin / palveluohjaajan käynnin myöhemmin		kyllä	ei

**Siilinjärven kunta /
Liikelaitos Siiliset-peruspalvelukeskus**
tulosaluejohtaja (vp)

Viranhaltijapäätös
Yleispäätös

12.09.2011

6 §


Asia **TUTKIMUSLUPA / EHKO 75 VUOTTA TÄYTTÄVILLE
SIILINJÄRVELÄISILLE JA MAANINKALAISILLE**

Asianosaiset Mirja Asikainen

Selostus asiasta Savonian ammattikorkeakoulun sosionomiopiskelija Mirja Asikainen on hakenut tutkimuslupaa Liikelaitos Siiliset-peruspalvelukeskuksen vanhustalveluiden EHKO käyntien (ennalta ehkäisevät kotikäynnit) toteuttamiseksi sekä raportoimiseksi. Opinnäytetyön tarkoituksena on haastatella ennalta ehkäisevän kotikäyntien vastaanottajat ja raportoida käynnit sekä selvittää miksi ennalta ehkäisevää kotikäyntiä ei vastaanoteta. Tutkimuksen ohjaajana oppilaitoksen puolella Savonia amk:n lisälmen yksiköstä Kalevi Paldanius ja Liikelaitos Siiliset-peruspalvelukeskuksen osalta vanhustalveluiden tulosaluejohtaja Kati Kantanen.

Perustelut Liikelaitos Siiliset-peruspalvelukeskuksen johtosääntö

Päätös Myönnän tutkimusluvan EHKO 75 vuotta täyttävälle Siilinjärveläisille ja Maaninkalaisille opinnäytetyön tekemiseksi Liikelaitos Siiliset-peruspalvelukeskuksen vanhustalveluiden tulosalueella. Liikelaitos Siiliset-peruspalvelukeskus edellyttää opinnäytetyöstä yhden kappaleen saamista organisaation käyttöön.

Allekirjoitus 
Kati Kantanen
tulosaluejohtaja (vp)

Jakelu Mirja Asikainen
Kotipalveluiden päällikkö Marja Kavilo
Osastonhoitaja Marja Pentikäinen

