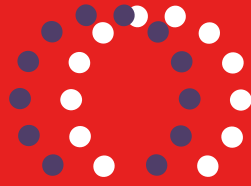


Tanja Laatikainen

Vanhustenhuollon ammattilaisten kokemuksia vanhusten kotona asumisen vaikeutumisesta ja tukemisesta 16 kunnassa

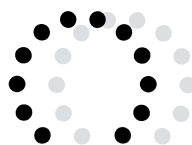


66/2009

Sosiaali- ja terveysturvan selosteita

Tanja Laatikainen

**Vanhustenhuollon ammattilaisten
kokemuksia vanhusten kotona asumisen
vaikeutumisesta ja tukemisesta
16 kunnassa**



66/2009
Sosiaali- ja terveysturvan
selosteita

Kela 

KELAN TUTKIMUSOSASTO | HELSINKI 2009

ISBN 978-951-669-803-1 (nid.)
ISBN 978-951-669-804-8 (pdf)
ISSN 1455-0113

Vammalan Kirjapaino Oy
Sastamala 2009

ALKUSANAT

Koska vanhusten määrä tulee lisääntymään voimakkaasti jo lähitulevaisuudessa, eri alojen toimijoiden pitää kehittää uudenlaisia ja innovatiivisia palveluratkaisuja. Tämä selvitys toteutettiin, koska haluttiin saada tietoa vanhusten kotona asumiseen liittyvistä vaikeuksista ja tuen tarpeista. Jos vanhuksille halutaan tulevaisuudessa tarjota esimerkiksi kuntoutuspalveluita, on näiden suunnittelemiseksi hyvä kartoittaa palveluiden tarve.

Tämä työ rakentuu koti–laitos-kahtiajaon varaan, vaikka tulevaisuudessa myös muunlaisia välimuotoisia asumisratkaisuja tulee olemaan varmasti yhä enemmän tarjolla. Oma koti ei aina välttämättä ole vanhukselle paras asumismuoto esimerkiksi yksinäisyyden vuoksi. Valtaosa heistä kuitenkin toivoo saavansa asua tutussa kodissaan mahdollisimman pitkään.

Haluan kiittää Kelaa hankkeen rahoittamisesta ja hyvästä yhteistyöstä. Kiitos siitä, että nuori maisteri sai mahdollisuuden! Erityinen kiitos kuuluu haastattelemilleni vanhustenhuollon ammattilaisille, sillä ilman heidän myönteistä ja innostunutta suhtautumistaan tämä työ ei olisi ollut mahdollinen. Monet asiantuntijat lukivat käsikirjoitukseni eri versioita ja antoivat rakentavia kommentteja, mistä olen kovin kiitollinen. Turun yliopiston sosiologian laitos ohjasi työtäni sekä tarjosi muuta tukea prosessin aikana. Lämmin kiitos kaikesta! Kiitokset kuuluvat myös Kelan tutkimusosaston julkaisutoimitukselle, joka viimeisteli raporttini painettavaan kuntoon. Lopuksi haluan vielä kiittää tutkimusosaston Turun työyhteisöä monista nauruista ja virkistävästä kahvihetkestä!

Tammikuussa 2009

Tanja Laatikainen

Kirjoittaja

Tanja Laatikainen, VTM, tutkija
Turun yliopisto, sosiologian laitos
tanja.laatikainen@utu.fi

© Kirjoittaja ja Kelan tutkimusosasto
www.kela.fi/tutkimus
tutkimus@kela.fi

SISÄLTÖ

1 Johdanto	3
2 Pitkäaikainen ympärivuorokautinen hoito tilastojen mukaan	4
2.1 Määrittely	4
2.2 Pitkäaikaisen ympärivuorokautisen hoidon asiakasmäärien kehitys	5
3 Aikaisempia tutkimuksia	7
3.1 Kotona asumisen vaikeutuminen	7
3.1.1 Sairaudet ja fyysinen heikentyminen	7
3.1.2 Psykososiaaliset tekijät	9
3.1.3 Omaiset	10
3.1.4 Asuinympäristöön liittyvät tekijät	11
3.1.5 Muut tekijät	12
3.2 Kuntoutus kotona asumisen tukena	13
3.2.1 Dementoitumiseen vaikuttaminen	13
3.2.2 Fyysinen toimintakyvyn tukeminen	14
3.2.3 Psykososiaaliset interventiot	14
3.2.4 Omaishoitajien tukeminen	15
3.3 Kirjallisuuskatsauksen yhteenveto	15
4 Tutkimusaineisto	16
4.1 Tutkimusjoukko	16
4.2 Aineiston keruu	16
4.3 Aineiston analysointi	19
4.4 Luotettavuus	19
5 Vanhusten kotona asumisen tilanne SAS-ryhmien mukaan	20
5.1 Kotona asumista vaikeuttavat tekijät	20
5.1.1 Sairaudet	20
5.1.2 Psykososiaaliset ongelmat	21
5.1.3 Omaisten ja omaishoitajien ongelmat	21
5.1.4 Asumiseen liittyvät tekijät	22
5.1.5 Muut tekijät	22
5.2 Kotona asumista tukevien palveluiden kehittämiskohteet	23
5.2.1 Dementoituvien palvelut	23
5.2.2 Fyysiseen toimintakykyyn ja ympäristöön vaikuttaminen	24
5.2.3 Psykososiaalinen tukeminen	24
5.2.4 Omaishoitajien/omaisten tukeminen	24
5.2.5 Muut tekijät	25
5.3 Yhteenveto kuntatyypeittäin	25
5.3.1 Kotona asumista vaikeuttavat tekijät	25
5.3.2 Kehittämiskohteet	26
6 Pohdinta	27
6.1 Kotona asumista vaikeuttavat tekijät	27
6.2 Kotona asumisen tukeminen	29
7 Johtopäätökset	30
Kirjallisuus	30
Liite 1. Tehdyt haut	39
Liite 2. Kirje kunnille	41
Liite 3. Haastattelurunko 10.8.2007	42

1 Johdanto

Elinajan piteneminen ja syntyvyyden lasku aiheuttavat sen, että vanhusten määrä kasvaa jatkuvasti sekä suhteellisesti että absoluuttisesti (Jyrkämä 2003, 15). Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa asetetaan tavoitteeksi, että kotona asuvien osuus 75 vuotta täyttäneistä on 91–92 % (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto 2008, 45). Tässä luvussa ei ole mukana ympärivuorokautisessa hoidossa olevia. Vuonna 2007 Suomessa asui 75 vuotta täyttäneitä ihmisiä 406 792 (Tilastokeskus 2008a), ja vuonna 2020 heitä arvioidaan olevan 555 558 (Tilastokeskus 2008b). Heidän määränsä tulee siten kasvamaan noin 37 %. Laatusuositukseen vaikuttaa vahvasti ikääntyneiden lukumäärän kasvu, koska laitospaikkoja ei voi lisätä läheskään samassa suhteessa kuin ikääntyneiden lukumäärä tulee lisääntymään. Kotona asumisen tukemista on perusteltu myös inhimillisillä näkökohdilla. Sarolan (1996, 16) mukaan vanhusten toimintakyky säilyy paremmin tutussa kotiympäristössä, johon he ovat emotionaalisesti kiinnittyneitä. Vanhusten voi olla tämän vuoksi vaikeaa selviytyä uudessa ja vieraassa laitospäristössä. Myös vanhus itse toivoo useimmiten voivansa asua kotona.

Väestön ikääntyminen on keskeinen suomalaisen hyvinvointivaltioon ja palvelujärjestelmään kohdistuva haaste. Yhä kasvavasta vanhusväestöstä pitää huolehtia, samalla kun taloudelliset resurssit eivät kuitenkaan lisäänty samassa suhteessa. Valtionhallinnossa on laadittu erilaisia toimenpideohjelmia, joiden avulla pyritään vastaamaan tähän haasteeseen. Niiden keskiössä on toimintakyvyn tukeminen ja sitä kautta kotona asumisen edistäminen. Palvelujärjestelmän laitospainotteisuutta halutaan purkaa ja siirtää resursseja avopalveluihin, joihin myös kuntoutus kuuluu. Palvelut ovat siirtymässä yhä enemmän kotiin.

Sosiaali- ja terveysministeriön KASTE-ohjelman¹ (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 15) tavoitteeksi määritellään, että vanhusten ikävakiointu toimintakyky paranee. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015 -julkaisussa puolestaan todetaan, että vanhusten toimintakyvyn parantamiseksi pitää kehitellä uusia toimintamalleja. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 5). Terveys 2015 -ohjelmassa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 25) taas esitetään, että vanhusten sairauksia voidaan ehkäistä ja toimintakykyä edistää kuntoutuksen avulla, jolloin autonomisen elämän edellytykset parane-

vat. Avopalvelut ja muu kotona asumisen tuki ovat keskiössä, kun halutaan edistää kotona asumista (Heinola ym. 2007, 29; Valtioneuvosto 2007).

Kuntoutus on yksi toimintatapa, jonka avulla voi tukea vanhusten kotona asumista. Sen toiminta on kuitenkin vasta muotoutumassa. Tässä selvityksessä tarkastellaan, mitkä tekijät ylipäätään vaikeuttavat aikaisempien tutkimusten mukaan vanhusten kotona asumista. Toisekseen tarkastellaan, mitkä tekijät vaikuttavat SAS-ryhmäläisten² mukaan toimintavajeiden kehitykseen ja vaikeuttavat vanhusten kotona asumista. Lisäksi tarkastellaan, miten kuntoutus voi kirjallisuuden mukaan tukea vanhusten kotona asumista ja millaisia tukemisen tarpeita SAS-ryhmäläiset näkivät vanhusten arjessa. Kotona asumista vaikeuttavia tekijöitä ja vanhushuolteen kehittämiskohteita peilataan siten SAS-ryhmäläisten käsitysten kautta. Tätä selvitystä voidaan käyttää kuntoutuspalveluiden sekä muiden tukimuotojen kehittämisen apuvälineenä. SAS-ryhmien toimintaa tarkastelevaa selvitystä valitusta näkökulmasta ei ole ennen tehty. Aiemmat SAS-työskentelyä käsitelleet toimintatutkimukselliset tarkastelut ovat keskittyneet vuorovaikutuksen ja päätöksenteon tarkasteluun (ks. Ala-Nikkola 2003; Nikander 2003).

SAS-toiminta on nykyään melko vakiintunut toimintamuoto sosiaali- ja terveydenhuollossa. Pitkäaikaispotilaiden selvittely-, arviointi- ja sijoitustoiminta aloitettiin Helsingissä vuonna 1972 kokeiluluontoisesti. Toiminnan keskeinen päämäärä oli löytää avohoidosta ne henkilöt, jotka olivat kipeimmin laitospaikan tarpeessa, ja sijoittaa heidät mahdollisimman järkevästi pitkäaikaishoitoon. (Aalto 1991, 29.)

Nikanderin (2003) tutkimuksessa kokouksiin (15 kokousta) osallistui sekä sosiaali- että terveydenhuollon ammattilaisia: hieman vaihdellen lääkäri, sosiaalityöntekijöitä, osastonhoitajia, terveydenhoitajia sekä kotipalvelun työntekijöitä, kuten kotipalveluohjaajia ja johtavia kotipalveluohjaajia. Laitoshoitoon haetaan hakemuksella, joka voidaan tehdä sekä kotihoidosta että sairaalasta käsin. SAS-ryhmän keskeinen toimintatapa on säännöllisesti pidettävä SAS-kokous, jossa hakemukset käsitellään. Niiden käsittely tapahtuu yleensä kokouksissa, joihin vanhukset tai omaiset eivät tavallisesti

¹ Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelma.

² SAS-ryhmät (selvitä, arvioi, sijoita) ovat moniammatillisia tiimejä, joiden jäsenet koostuvat koti- ja laitoshoidon ammattilaisista (Ala-Nikkola 2003, 43). SAS-ryhmän tarkoitus on selvittää ja arvioida vanhuksen toimintakykyä, kun kotona asuminen on vaikeutunut ja tehdä esitys asumis- tai laitospaikan tarpeesta.

osallistu. Arviointi pohjautuu sosiaalisen taustan, terveydentilan, toimintakyvyn (hoitoisuusasteet) ja dementian asteen (dementiapisteet) tuntemisen varaan. Näiden tietojen pohjalta ratkaistaan, selviytyykö potilas vielä kotona vai onko hän hoidon – kuten vanhainkotipaikan – tarpeessa (Aalto 1991). Lääkärinlausunto on merkittävässä roolissa pitkäaikaiseen hoitoon haettaessa (Ala-Nikkola 2002, 48).

On esitetty, että asiakkaan ikä ja terveydentila, asuinolot, siviilisäät, hoidon raskaus ja kotihoitoikäntien määrä vaikuttavat SAS-ryhmien tekemisiin sijoituspäätöksiin (Nikander 2003, 286). Suomessa ei ole kuitenkaan ainakaan toistaiseksi käytössä yhtenäisiä kriteereitä vanhusten palvelutarpeen arvioinnissa (Voutilainen ja Vaarama 2005, 33). On myös huomattava, että organisaation resursien tulee sopia yhteen asiakkaan tarpeiden kanssa, jotta tämä voi saada hoitoa. Vaikka kaksi asiakasta olisi määritelty laitoshoidon tarvitseviksi, valintaan vaikuttaa se kumpi sopii paremmin kyseiseen organisaatioon, kuten tehostettuun palveluasumisen yksikköön. (Ala-Nikkola 2003, 62, 51.)

Selvityksen taustoittavia lukuja ovat tilasto-osio ja aiempaa tutkimusta esittelevä kirjallisuuskatsaus. Aineistoluvussa esitellään aineiston keruuta ja analysointia. Haastateltaviksi valittiin 16 erikokoisen kunnan SAS-ryhmää eri puolilta Suomea. Kunnat poikkeavat toisistaan niin yli 75-vuotiaiden määrien, vanhushuoltosuhteiden kuin asumis- ja laitospalveluiden³ kattavuudenkin suhteen. Aineiston keruun metodina käytettiin teemahaastattelua, ja analyysi tehtiin käyttämällä laadullista sisällönerittelyä. Seuraavana on vuorossa tulosten raportointi ja niiden pohdinta. Lopuksi esitetään tulosten pohjalta nousseet keskeisimmät johtopäätökset.

Selvityksen avulla haetaan vastausta seuraaviin kysymyksiin:

1. Mitkä tekijät vaikuttavat toimintavajuuksien kehitykseen ja vaikeuttavat kotona asumista?
 - Kirjallisuuden mukaan
 - Eri kuntien SAS-ryhmien käsitysten mukaan
2. Miten vanhusten kotona asumista voidaan tukea?
 - Mitkä kuntoutuksen mahdollisuudet voivat

olla kirjallisuuden mukaan?

- Millaisia tukimuotoja SAS-ryhmäläisten mukaan pitäisi kehittää?
- Miten kuntien SAS-ryhmäläisten mielipiteet erosivat toisistaan?

2 Pitkäaikainen ympärivuorokautinen hoito tilastojen mukaan

Tässä luvussa kuvataan vanhusten pitkäaikaisen ympärivuorokautisen hoidon tilaa maassamme erilaisten pitkittäis- ja poikittaistilastojen avulla. Osio perustuu suurelta osin Stakesin kesäkuussa 2007 julkaisemaan Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelut 2005 -tilastokatsaukseen (Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus 2007). Uusien asiakkaiden lukumäärät ilmoitettiin Stakesin tilastoissa yli 65-vuotiaiden osalta, ja samaa linjausta noudatettiin myös tässä esityksessä, jotta lasketut prosenttiosuudet olisivat vertailukelpoisia. Osion tarkoitus on antaa määrällinen runko ilmiöstä – eli pitkäaikaisen ympärivuorokautisen hoidon tilanteesta – ja tukea siten muuta aineistoa.

2.1 Määrittely

Pitkäaikaispotilaita ovat sellaiset asiakkaat, jotka ovat olleet hoidossa yli 90 päivää ja joille on tehty päätös pitkäaikaishoidosta (Sosiaali- ja terveysalan ... 2007, 26).

Tavallisessa palveluasumisessa henkilökunta ei ole paikalla ympäri vuorokauden, kuten tehostetussa palveluasumisessa. Tehostetut palveluasunnnot eroavat vanhainkodeista siten, että Kela on määritellyt ne avohoitoa antaviksi (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto 2008, 52). Sosiaalihuoltolain mukaan laitoshuolto tarkoittaa sosiaalihuollon jatkuvan hoidon toimintayksikön järjestämää hoitoa, ylläpitoa ja kuntouttavaa toimintaa (L1982/710). Täyteen ylläpitoon sisältyy ruoka, hygieniapalvelut, lääkkeet, vaatteet sekä sosiaalinen aktivointi. Pitkäaikainen laitoshuolto on tarkoitettu siten vanhukselle, joka ei enää selviydy kotonaan tai palveluasunnossa edes ympärivuorokautisen hoidon turvin. Vanhusten laitoshuolto on kunnan sosiaalitoimen vastuulla (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009), ja siihen lukeutuvat vanhainkodit, terveyskeskusten vuodeosastot sekä erikoissairaanhoidon laitospalvelut (Sosiaali- ja terveysalan ... 2007, 24). Ympärivuorokautinen hoito voi siten olla tehostettua palveluasumista tai edellä mainittua laitoshuotoa.

³ Hankkeen alkuvaiheessa käytettiin käsitettä asumis- ja laitospalvelut, joka korvattiin myöhemmin pitkäaikaisella ympärivuorokautisella hoidolla, koska helmikuussa 2008 ilmestyneessä Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa tavallinen palveluasuminen lasketaan kotona asumiseksi.

2.2 Pitkäaikaisen ympärivuorokautisen hoidon asiakasmäärien kehitys

Vanhusasiakkaiden absoluuttinen määrä kasvaa jonkin verran koko ajan, vaikka suhteellinen osuus ei lisääntynyt, koska vanhimmat ikäluokat suurenevät koko ajan. Laitoshoidon kattavuus on kuitenkin vähentynyt vuosina 1990–2005 ja vastaavasti pal-

veluasumisen kattavuus on kasvanut. (Taulukko 1.) Uusien tehostetun palveluasumisen, vanhainkotien ja terveyskeskusten pitkäaikaisosastojen asukkaiden keski-ikä oli vuonna 1996 81,5 vuotta, ja vuonna 2005 se oli noussut 82,3 vuoteen. Samalla myös asiakkaiden keskimääräinen hoidon tarve oli kasvanut (Sosiaali- ja terveysalan ... 2007, 54).

Taulukko 1. Pitkäaikaisen ympärivuorokautisen hoidon rakenne^a ja peittävyys^b yli 75-vuotiaiden osalta vuosina 1990–2005.

Vuosi (31.12.)	Palvelu- asuminen ^c		Tehostettu palveluasuminen		Vanhain- kodit		Terveyskeskusten pitkäaikaisosastot	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1990	..	..	..	..	22 180	7,8	9 608	3,4
1991	..	..	..	..	21 747	7,6	9 464	3,3
1992	..	..	..	..	21 334	7,4	9 401	3,2
1993	..	..	..	..	20 426	7,0	9 065	3,1
1994	8 014	2,7	..	..	19 491	6,7	9 459	3,2
1995	10 197	3,4	..	..	19 535	6,5	10 312	3,4
1996	11 563	3,8	..	..	19 596	6,4	10 162	3,3
1997	12 831	4,1	..	..	18 603	5,9	10 397	3,3
1998	14 181	4,4	..	..	18 242	5,6	10 591	3,3
1999	15 650	4,7	..	..	18 114	5,5	10 374	3,1
2000	17 226	5,1	5 857	1,7	18 093	5,3	10 360	3,0
2001	17 911	5,1	7 791	2,2	17 755	5,1	10 362	3,0
2002	19 015	5,3	9 127	2,6	17 786	5,0	10 024	2,8
2003	20 270	5,5	10 393	2,8	17 212	4,7	9 640	2,6
2004	20 900	5,5	11 760	3,1	17 246	4,5	9 602	2,5
2005	21 310	5,4	13 554	3,4	16 878	4,3	9 758	2,5

.. Puuttuva tieto.

^a Palvelumuoto.

^b Osuus yli 75-vuotiaista.

^c Ei lasketa varsinaiseksi pitkäaikaiseksi ympärivuorokautiseksi hoidoksi.

Lähde: Suomen virallinen tilasto (2007).

Taulukossa 2 on kuvattu tehostetun palveluasumisen, vanhainkotien ja terveyskeskusten pitkäaikaisosastojen uusien pitkäaikaisasiakkaiden määriä vuosina 1996–2005. Vuoden aikana tulleet uudet asiakkaat tarkoittavat sellaisia asiakkaita, jotka ovat täyttäneet pitkäaikaisen hoidon kriteerit ensimmäisen kerran (Sosiaali- ja terveysalan ... 2007, 26). Vaihtelu voi johtua myös palvelujen tarjonnasta. Esimerkiksi vuoden 1997 tapahtunut 13,6 %:n lisäys uusien asiakkaiden määrässä johtuu todennäköisesti siitä, että on perustettu uusia tehostetun palveluasumisen yksiköjä. Ikääntyneiden palveluissa tapahtui 1990-luvulla selkeä rakennemuutos, kun laitoshoido vähentyi ja palveluasuminen samalla lisääntyi (Sosiaali- ja terveysalan ... 2007, 92).

Tilastojen perusteella voidaan päätellä, että kriteerit tehostettuun palveluasumiseen ja laitoshoidon

pääsemiseksi ovat tiukentuneet. Uusien asukkaiden keski-ikä on noussut, samalla kun hoidon tarve on kasvanut. Voidaan olettaa, että hoitoon pääsy ei tule helpottumaan myöskään tulevaisuudessa, koska yli 75-vuotiaiden lukumäärä tulee lisääntymään huomattavasti. Ennalta ehkäisevien toimien kehittämisen tarve korostuu, kun tilannetta tarkastellaan tilastotietoja vasten. Erityisesti laitoshoidon pitää vielä vähentää tuntuvasti, jotta valtionhallinnon asettama tavoite (yli 75-vuotiaista 3 % laitoshoidossa) voidaan saavuttaa (ks. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto 2008, 45). Laitospaikkojen vähentämisessä olennaista on vanhusten toimintakyvyn tukeminen ja kotona asumisen edistäminen.

Taulukko 2. Tehostetun palveluasumisen, vanhainkotien ja terveyskeskusten pitkäaikaisosastojen uudet yli 65-vuotiaat pitkäaikaisasiakkaat vuosina 1996–2005.

Vuosi	Tehostettu palveluasuminen ja vanhainkoti (N)	Terveyskeskuksen pitkäaikaisosasto (N)	Yhteensä (N)	%-muutos
1996	10 386	10 878	21 264	-
1997	12 064	12 086	24 150	13,6
1998	10 389	11 937	22 326	-7,6
1999	11 500	11 415	22 915	2,6
2000	11 458	11 697	23 155	1,0
2001	12 077	11 521	23 598	1,9
2002	12 365	11 519	23 884	0,9
2003	11 474	11 124	22 598	-4,3
2004	11 823	10 700	22 523	-0,3
2005	12 232	10 614	22 846	1,4

Lähde: Suomen virallinen tilasto (2007).

3 Aikaisempia tutkimuksia

Kirjallisuuskatsauksen laadinnassa käytettiin hyväksi kirjallisuushakua, joka rajattiin vuosiin 2005–2007, jotta saatiin tuorein tutkimustieto. Kansainvälisiä julkaisuja haettiin MEDLINE-, CINAHL- ja CSA-tietokannoista. Yleisimpiä hakusanoja olivat mm.: aged, living adjusted at home, institutionalization, dementia, depression, caregiver burden, loneliness, insecurity, rehabilitation, activities of daily living, frail elderly ja independent living. Suomalaista tutkimustietoa haettiin Arto- ja Linda-tietokannoista mm. seuraavien hakusanojen avulla: vanhus, asuminen, koti, dementia, masennus, omaishoito ja yksinäisyys. Tarkat hakutulokset ovat liitteessä 1. Lisäksi käytiin läpi Stakesin, Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen, Suomen kuntaliiton, Vanhustyön keskusliiton ja Ikäinstituutin julkaisut vuosien 2004–2008 ajalta. Myös yliopistojen aiheeseen liittyvät opinnäytteen (pääasiassa väitöskirjat) käytiin läpi.

Aluksi tarkastellaan asumisen vaikeutumiseen liittyviä tekijöitä, minkä jälkeen siirrytään tarkastelemaan kuntoutusta kotona asumisen tukena. Lopuksi tehdään yhteenveto siitä mitkä ovat sellaisia kotona asumista vaikeuttavia tekijöitä, joihin voidaan kuntoutuksen avulla nykytutkimuksen perusteella yrittää vaikuttaa.

3.1 Kotona asumisen vaikeutuminen

Vanhusten kotona asumista säätelee heidän toimintakykynsä, jonka taustalla on useita tekijöitä. Toimintakyky käsitetään usein pelkästään fyysiseksi, vaikka sillä on myös sosiaalinen ja psyykinen puolensa (Ruoppila ja Heikkinen 1992). Tässä selvitäksessä toimintakyky käsitetään kyvyksi selviytyä päivittäisistä toimista. Kotona asumisen vaikeutumisen taustalla on aina toiminnan vajavuus. Stuck ym. (1999) esittivät kirjallisuuskatsauksessaan, että vanhusten toimintakyvyn heikentymiseen voivat vaikuttaa seuraavat tekijät: kognition väheneminen, masennus, sairaudet, yli- tai alipainoisuus, alaraajojen liikeongelmat, vähäiset sosiaaliset kontaktit, vähäinen fyysinen aktiivisuus, absolutismi verrattuna alkoholin kohtuukäyttöön, heikko itse arvioitu terveydentila, tupakointi ja näkökyvyn ongelmat. Toimintakyvyn heikkenemiseen vaikuttavat siten useat eri tekijät, ja seurauksena on usein avun- tai palvelutarpeen kasvu. Voidaan olettaa, että erityisesti tekijöiden kasautuminen rajoittaa toimintamahdollisuuksia. Verbuggen ja Jetten (1994) mukaan yksilö- ja ympäristötekijät

(elintavat, ulkopuolinen tuki, hoidot ja kuntoutus) puolestaan joko nopeuttavat tai hidastavat toiminnan vajavuuksien etenemistä.

3.1.1 Sairaudet ja fyysinen heikentyminen

Dementoituminen

Dementoituminen voi olla vaikeusasteeltaan lievää, keskivaikeaa tai vaikeaa (Eloniemi-Sulkava ja Pitkälä 2006, 17). Toimintakyky on sitä huonompi, mitä pidemmälle tauti on edennyt. Dementiaa aiheuttavat tavallisemmin seuraavat sairaudet: Alzheimerin tauti, vaskulaariset demenat, Lewy-kappaledementia ja frontaaliset demenat. Tällä hetkellä maassamme arvioidaan olevan vähintään keskivaikeasti tai vaikeasti dementoituvia ihmisiä noin 80 000, ja määrän arvioidaan olevan vuonna 2030 jo 128 000 (Viramo 2008.) Ikääntyvien lukumäärän absoluuttinen lisääntyminen johtaa väistämättä myös dementoituvien määrän lisääntymiseen, ellei ennaltaehkäiseviä toimia onnistuta kehittämään (Eloniemi-Sulkava ja Pitkälä 2006, 16). Dementoitumisen on havaittu olevan merkittävin toimintakyvyn alenemiseen ja avuntarpeeseen johtava tekijä kaikkein vanhimmissa ikäluokissa (Aguero-Torres ym. 1998). Dementoivat sairaudet ovat siten suurin yksittäinen laitostumiseen johtava syy (Sulkava 2006, 86).

Alzheimerin tauti on yleisin dementoiva sairaus (Sulkava 2006, 86). Vähäinen liikunta, vähäinen koulutus, masennus ja passiivinen elämänsäntee lisäävät siihen sairastumisen riskiä (Huusko 2004, 101–102). Dementoituvien itsenäisen asumisen vaikeutuminen voi johtua esimerkiksi liikuntakyvyn heikkenemisestä (Laakkonen ym. 2006, 119). Myös siihen usein liittyvä masentuneisuus voi johtaa ennenaikaiseen ympärivuorokautisen pitkäaikashoidon tarpeeseen (Dorenlot ym. 2005).

Dementoivien sairauksien tarkka määrittäminen ja huolellinen tutkiminen ovat hoidon perusta (Kivelä ja Räihä 2007, 55). Optimaalisen hoidon lähtökohta on diagnosointi sekä sen mukainen hoito (Eloniemi-Sulkava ja Pitkälä 2006, 24). Keskeinen ongelma on kuitenkin se, että dementoivia sairauksia ei ole usein diagnosoitu (Shores ym. 2004). Stakesin RAI-järjestelmän vertailukehittämisaikavälillä (N = 1 232) kotihoidon asiakkaista 43 %:lla oli heikentynyt kognitio ilman diagnosoitua demenatiasairautta. Dementiadiagnoseja oli alueittain 4–35 %:lla kotihoidon asiakkaista, ja aivojen älyllinen toimintakyky oli huomattavasti heikentynyt

59 %:lla. Dementiadiagnooseja oli sitä enemmän, mitä huonompi älyllinen toimintakyky vanhuksilla oli. Yleisesti ottaen voidaan todeta, että dementiaa ei ollut diagnosoitu läheskään kaikilla. (Finne-Soveri ja Noro 2006 59, 66–67.) Ilman asianmukaista diagnoosia vanhus ei voi saada esimerkiksi lääkettä, joka on oleellinen osa dementian hoitoa (Kivelä ja Räihä 2007, 55).

Erilaiset käytöshäiriöt ovat leimallisia dementioiville sairauksille. Käyttösoireet vaikeuttavat kotona selviytymistä merkittävästi (Viramo 2008), koska ne ovat vahvin pitkäaikaisen hoidon tarpeeseen johtava dementoitumisen piirre (Gilley ym. 2004). Alzheimerin tautiin ja vaskulaarisiin dementioihin liittyy muun muassa masentuneisuutta ja ahdistuneisuutta. Ensiksi mainittuun voi liittyä myös varastamisharhaluuloja ja aistiharhoja. Frontaalisten dementioiden eräs oire puolestaan voi olla persoonallisuusmuutokset, kuten estottomuus. (Viramo 2008.)

Fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen ja muut sairaudet

Fyysiset rajoitukset vaikuttavat suuresti siihen, miten vanhus voi selviytyä tehtävistään kotona, ja eri aktiviteetit vaativat erityyppistä toimintakykyä (Nagi 1965, 102). Lihaskuonon heikkeneminen voi johtaa vanhusten toimintakyvyn heikkenemiseen (Meuleman ym. 2000; Sipilä ym. 2008, 105). Myös heikentynyt näkö ja kuulo (Lupsakko 2004) sekä tasapainovaikeudet voivat vaikeuttaa päivittäisistä toimista selviytymistä (Laukkanen 1998, 92). Esimerkiksi kävelemisongelmat ovat yhteydessä vanhusten laitostumiseen ja myös kuolemiin (Verghese ym. 2006). Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan 75–84-vuotiaista noin puolet pystyi kävelemään puoli kilometriä, ja yli 85-vuotiaiden ryhmässä siihen kykeni enää vajaa viidennes (Koskinen ym. 2002, 74).

Vanhusten sairastavuus on yleistä. Vain noin viidenneksellä 65–84-vuotiaista ei ollut mitään sairauksia vuonna 2005 Kansanterveyslaitoksen valtakunnallisen ikävakioidun Eläkeikäisen väestön terveyskäyttämisen ja terveys -aineiston (käytän myöhemmin lyhennettä EVTK) mukaan. Esimerkiksi korkea verenpaine oli 43 %:lla miehistä ja 51 %:lla naisista. Sepelvaltimotautia sairasti 16 % miehistä ja 14 % naisista. (Sulander ym. 2006, 34–35.) Toimintavajauksien riskiä lisääviä sairauksia voivat olla sepelvaltimotauti, aivohalvaus, diabetes, nivelrikko, osteoporoosi, lonkkamurtuma

(Stuck ym. 1999), niveltulehdus ja syöpä (Li 2005). Esimerkiksi aivohalvaukseen sairastuu maassamme vuosittain noin 12 000 henkilöä, ja se on merkittävin aikuisiällä toimintavajautta aiheuttava sairaus (Sivenius 2001). Jyväskylän alueella tehdyssä tutkimuksessa 90 % tutkittavista potilaista oli asunut kotona ennen aivohalvausta, kun vuoden kuluttua sairastumisesta kotona asui vain 76 %. Sairastuneiden miesten keski-ikä oli 68 vuotta ja naisten 74 vuotta. (Rissanen ym. 1995.) Inkontinenssilla on niin ikään havaittu olevan yhteys laitostumiseen (Friedman ym. 2006). Myös kivun tunteminen on itsenäinen riskitekijä toimintavajauksien syntymiselle (Leveille ym. 2007). Niin ikään psyykkisiä sairauksia esiintyy, sillä Alasen ym. (2008) löydösten mukaan 11 % (N = 1 106) kotihoidon asiakkaita käytti antipsykoottisia lääkkeitä vuonna 2004.

Erityisesti monisairastavuus on keskeinen riskitekijä kotona asumisessa (Stuck ym. 1999). Se on kaikkein yleisintä ikääntyneellä väestöllä. Yhdysvalloissa yli kolmanneksella 65–79-vuotiaista ja 70 %:lla yli 80-vuotiaista on vähintään kaksi sairautta (Fried ym. 2004). Vanhuksilla on kuitenkin suuria eroja vanhenemisessä (vrt. Ranta 2004, 118). Haurausraihnausoireyhtymästä (*HRO frailty*) puhutaan sellaisten potilaiden kohdalla, joiden terveydentila on heikko, mutta heillä ei ole diagnosoitua sairautta (Strandberg 2008, 346). HRO voi olla yhteydessä toiminnanvajavuuksiin, kaatumisiin, pitkäaikaiseen avuntarpeeseen ja kuolleisuuteen (Pitkälä 2005a). Mitä hauraampi vanhus on, sitä suurempi on laitostumisen riski (Rockwood ym. 2006).

Kaatuminen

Kaatumiset ovat yhteydessä sairastavuuteen, kuolleisuuteen ja laitostumiseen. Ne ovat keskeinen vanhusten kotona asumista uhkaava tekijä (Shobha 2005.) Tutkimusten mukaan kaatumisriskiä lisäävät lihasheikkous, aiemmat kaatumiset, kävelyongelmat, tasapainohäiriö, liikkumisapuvälineen käyttö, näön ongelmat, artriitti, ongelmat päivittäisissä toiminnoissa (ADL-toiminnot), depressio, kognitiivisen tason lasku, yli 80 vuoden ikä (American Geriatrics Society 2001), lääkkeiden haittavaikutukset, aliravitsemus, käytöshäiriöt, ympäristön vaaratekijät ja aivoverenkierron häiriö (Puisieux ym. 2005). Riskitekijät esiintyvät vain harvoin yksinään, vaan ne kasaantuvat tyypillisesti samoille ihmisille (Pajala ym. 2008, 153). Suurimmalla osalla kaatumisen syynä on siten useat eri tekijät yhdessä (Shobha 2005). Vaikka kaatumisella ei olisi välittö-

miä itsenäistä selviytymistä heikentäviä vaikutuksia, se saattaa aiheuttaa kaatumisten pelkäämistä, mikä taas voi johtaa riskien välttämiseen, toimintakyvyn heikkenemiseen, sosiaalisten kontaktien vähenemiseen ja kasvaneeseen kaatumisriskiin (Pajala ym. 2008, 153). Kaatumisten pelko voi johtaa edelleen masentuneisuuden sekä avuttomuuden ja eristäytyneisyyden kokemuksiin (Shobha 2005).

3.1.2 Psykososiaaliset tekijät

Turvattomuuden kokeminen

Vanhusten turvattomuuden kokemukset ovat varsin yleisiä: vain noin reilulla viidenneksellä 65–84-vuotiaista ei ollut vuonna 2005 EVTK-aineiston mukaan lainkaan turvattomuuden tunnetta (Sulander ym. 2006, 127). Turvattomuuden kokeminen heikentää vanhuksen mahdollisuuksia selviytyä itsenäisestä asumisesta, ja sen on todettu olevan yhteydessä niin palveluasumiseen muuttamiseen (Karjalainen 1999, 37) kuin laitostumiseenkin (Nuutinen ja Raatikainen 2004).

EVTK-aineiston mukaan yleisimmät turvattomuutta aiheuttaneet tekijät vuosina 2003 ja 2005 olivat pelko toisten avun varaan joutumisesta, muistin heikkeneminen, eläketulojen niukkuus ja laitoshoitoon joutuminen tai pelko siitä. Viimeksi mainittua pelkäsi useammin nainen kuin mies. (Sulander ym. 2006.) Tämä voi johtua siitä, että iäkkäät miehet elävät naisia yleisemmin avioliitossa (Vaarama ja Kaitsaari 2002, 126), jolloin he voivat saada tukea vaimoiltaan. Naiset taas ovat useammin leskiä. Myös yksinäisyyden ja yksin jäämisen pelko voivat luoda naisille turvattomuuden tunnetta (Hinkka ym. 2004, 91).

Yksinasuminen / tukiverkoston puute

EVTK-aineiston mukaan vuonna 2005 74–79-vuotiaista miehistä asui yksin 21 % ja 80–84-vuotiaista peräti 25 %. Samanikäisillä naisilla yksin asuvien osuudet olivat puolestaan 54 % ja 55 %. (Sulander ym. 2006, 27.)

Vähäiset sosiaaliset kontaktit ennakoivat heikkoa kotona selviytymistä (Grundy 2006). Samalla kasvaa myös laitostumisen riski etenkin yksin asuvilla, koska heidän on vaikeampi saada apua. (Rozzini ym. 2006). Kotona yksin asuvat, huonokuntoiset ja heikon tukiverkoston omaavat vanhuksat tarvitsevat eniten kotihoidon palveluita (Hammar ym.

2007, 146). Tämä voi johtua siitä, että naimattomat ja lapsettomat joutuvat selviytymään vähällä tuella (Boaz ja Hu 1997). Leskien kokonaistoimintakyky oli EVTK-aineistoissa heikentynyt verrattuna naimisissa oleviin, naimattomiin ja eronneisiin (Sulander ym. 2006, 12). Yksin asuminen ja omien tukihenkilöiden puute lisäävät palvelujen tarvetta (Karvonen-Kälkäjä 2005, 114). Kotona asumista tukevien julkisten palveluiden käyttö taas lisää laitostumisen riskiä (Steverink 2001).

Masennus

Vuonna 2005 EVTK-aineistossa 9 %:lla 65–84-vuotiaista naisista oli diagnosoitu masennus, ja vastaava luku samanikäisillä miehillä oli 6 %. Hieman suurempi joukko sen sijaan kärsi masentuneisuuden oireista, vaikka heillä ei ollut diagnosoitua. (Sulander ym. 2006, 34–37.) Masennus näyttää olevan hieman yleisempää naisilla. Ero voi kertoa tosin myös siitä, että naiset hakeutuvat hoitoon herkemmin. Depressiivisyyden on todettu olevan ikääntyvien yleisin psyykinen ongelma. (Heikkinen 1999, 121.) Masennus on yhteydessä toimintakyvyn heikkenemiseen (Kivelä ja Pahkala 2001), sairastavuuteen (Penninx ym. 1999; Pulska 2001; Constanca ym. 2006), lisääntyneeseen terveyspalveluiden käyttöön ja edelleen kuolleisuuteen (Luber ym. 2001; Pulska 2001; McDonald ja Salzman 2002). Masentunut vanhus joutuu helposti laitoshoittoon (Heikkinen 1999, 129).

Vanhusten masennustilat voivat olla vakavia, keskivaikeita tai lieviä, ja diagnosoit perustuvat samoihin kriteereihin kuin keski-ikäisillä. Masennuksen oireet saattavat vanhuksilla kuitenkin olla moninaisia. Esimerkiksi säryt, kivut, muistin ja kognition heikkeneminen, väsymys ja voimakas tahdon lamaantuminen saattavat oireilla masennusta. Koska vanhusten masennusoireiston selvittely vaatii perusteellisia kliinisiä, laboratorio- ja kuvantamistutkimuksia (Kivelä ja Rähkä 2007, 62), voi olla, että kotona asuvien vanhusten masennusoireita ei useinkaan havaita (Bruce ym. 2002). Masennusta potevan vanhuksen kotona asuminen on puolestaan entistä vaikeampaa, ellei sairauteen ole saatavilla asianmukaista hoitoa.

Fyysinen passiivisuus ja vähäiset sosiaaliset kontaktit selittävät osaltaan masentuneiden toimintakyvyn heikentymisen riskiä. Näiden tekijöiden lisäksi korkea ikä ja heikko sosiaaliekonominen status voivat ennakoita masentumista (Penninx ym. 1999). Masentuneisuus voi haitata esimerkiksi

lonkkamurtumasta toipumista (Mangione ym. 2005), mikä voi heikentää vanhuksen kotona selviytymisen mahdollisuuksia ratkaisevasti. Fyysinen ja sosiaalinen passiivisuus ja masennus näyttävät siis vahvistavan toisiaan. Usein voi olla tosin vaikea tietää, mikä on masentumisen syy ja mikä puolestaan sen seurausta.

Vanhusten masennus liittyy useisiin kroonisiin somaattisiin sairauksiin, kuten aivohalvaukseen, dementoitumiseen ja Parkinsonin tautiin. (Finne-Soveri ja Noro 2006, 77–78.) Masentuneisuus on yleistä etenkin Alzheimerin tautia sairastavien keskuudessa (Regan ym. 2005). Masennuslääkitys oli keskimäärin 26 %:lla kotihoidon asiakkaista, ja 17 % käytti niitä ilman oireita. 10 %:lla ei ollut kuitenkaan lainkaan masennuslääkkeitä merkittävästä oireilusta huolimatta. Lisäksi voidaan epäillä, että 9 %:lla lääkitys oli riittämätön. 64 %:lla kotihoidon asiakkaista ei ollut masennusepäilyä eikä lääkitystä. (Finne-Soveri ja Noro 2006, 77–78.)

Yksinäisyys

Vuonna 2006 itsensä joskus yksinäiseksi koki 75–79-vuotiaista naisista 20 % ja samanikäisistä miehistä 14 % (Vaarama ja Ollila 2008, 124). Vaaraman (2004, 146) tarkastelussa hyvän toimintakyvyn todennäköisyys väheni 71 %, mikäli vanhus koki itsensä yksinäiseksi. Vanhusten yksinäisyys on yksi gerontologian suurimpia haasteita (Pitkälä 2005a), koska yksinäisyyden kokemisen tiedetään olevan yhteydessä heikentyneeseen toimintakykyyn, avuntarpeeseen, sairasteluun ja laitoshoidon tarpeeseen (Routasalo ym. 2003, 11). Yksinäisyys voi johtaa myös palvelutaloon muuttamiseen (vrt. Karjalainen 1999, 37). Se voi aiheuttaa myös elämänlaadun heikkenemistä (Pitkälä ym. 2005, 7).

Yksinäisyys lisääntyy iän myötä, mutta se ei ole kuitenkaan iän karttumisen automaattinen seuraus (Pitkälä ym. 2005, 9). Tiikkaisen (2006, 65) Ikivihreät-aineistoon perustuvassa tutkimuksessa masentuneisuus, leskeys, huonoksi koettu terveys, yksin asuminen ja heikentynyt toimintakyky olivat keskeisimmät yksinäisyyden aiheuttajat. Tunne siitä, että tarvittaessa voi saada apua, oli puolestaan merkittävin yksinäisyyttä vähentävä tekijä.

Alkoholinkäyttö

Eläkeläisten alkoholinkäyttö on lisääntynyt 1990-luvun alusta lähtien. 65–84-vuotiaista miehistä viikoittain vuonna 2005 alkoholia käytti 31 % ja samanikäisistä naisista 16 %. Päivittäisen kulutuksen osuus oli miehillä 6 % ja naisilla 2 %. Vaikka eläkeläisten alkoholinkäyttö on vielä melko vähäistä, kulutus kuitenkin kasvaa koko ajan. (Sulander ym. 2006.) Esimerkiksi masennusoireet voivat johtaa alkoholinkäyttöön (Gilman ja Abraham 2001). Vanhusten alkoholinkäyttö vaikuttaa moninaisiin fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja kognitiivisiin seikkoihin toimintakykyä heikentävästi (O’Connell ym. 2003), kuten muun muassa kaatumisiin, masentuneisuuteen ja sekavuuteen (Reid ja Anderson 1997). Runsas alkoholinkäyttö lisää myös dementoitumisen riskiä (Anttila ym. 2004). Vanhusten lisääntynyt alkoholinkäyttö on siten selkeä kotona asumisen vaarantava tekijä.

3.1.3 Omaiset

Omaishoitajan väsyminen ja omaisten painostus

Omaishoitajan ongelmat ennakoivat vanhainkotiin muuttamista usein enemmän kuin vanhuksen toiminnalliset vajavuudet (Tsuji ym. 1995). Vanhusta hoitavan omaisen jaksaminen voi muodostua monelle vanhukselle eräänlaiseksi kotona asumisen ”pullonkaulaksi”, koska omaishoitajan kuormittamisella on selvä yhteys vanhuksen kotoa pois muuttamiseen (Tsuji ym. 1995; Chenier 1997; Nuutinen ja Raatikainen 2004; Rozzini ym. 2006). Monet omaishoitajat ovat itsekin iäkkäitä, mikä lisää väsymisen riskiä (Eloniemi-Sulkava ja Pitkälä 2006, 15).

Kun vanhuksen kognitiiviset ja neuropsykologiset ongelmat lisääntyvät, hoitajan jaksaminen vähenee merkittävästi. Hoidettavan fyysisen toimintakyvyn rajoitukset eivät johda kuormittumiseen niin todennäköisesti kuin psyykkiset ongelmat. Myös jatkuva avuntarve voi johtaa väsymiseen. (Sherwood ym. 2005.) Käytösoreet voivat usein aiheuttaa hoitajan väsymistä (Coehlo ym. 2007), koska ne ovat hoidollisesti haastavin dementoivien sairauksien piirre. Käytöshäiriöt ovat koko omaishoitoperheen ongelma. (Eloniemi-Sulkava ja Pitkälä 2007, 20). Robinsonin ym. (2001) tarkastelussa etenkin naishoitajat rasituivat Alzheimerin tautia sairastavien käytöshäiriöistä, kuten vainoharhaisuudesta ja hallusinaatioista. Jos hoitaja

ei pysty tukemaan dementoituvaa vanhusta tarpeeksi ADL-toimintojen suorittamisessa, muutto pitkäaikaiseen ympärivuorokautiseen hoitoon tulee ajankohtaiseksi nopeammin (Gaugler ym. 2005). Omaishoitajan kuormittuminen ennakoit merkittävästi etenkin dementoituvien vanhusten laitostumista (Hebert ym. 2001). Toisaalta McCannin ym. (2005) havaintojen mukaan hoitajan kuormittuminen ei ennakoit Alzheimerin tautia sairastavien vanhusten laitostumista.

Myös omaisten painostus vaikuttaa paljon siihen, että vanhus päättää muuttaa vanhainkotiin. He voivat suositella muuttoa, jotta vanhus saisi tarvitsemaansa tukea ja apua (Steverink 2001). Omaisten huoli on yhteydessä myös palvelutaloon muuttamiseen (Karjalainen 1999, 37). He voivat painostaa vanhusta muuttamaan, koska hoitaminen kotona saattaa vaatia liikaa aikaa ja resursseja.

Kaltoinkohtelu

Naisista 7 % ja miehistä 3 % on kertonut joutuneensa perheväkivallan uhriksi täytettyään 65 vuotta. Vastaavasti perheen ulkopuolisen väkivallan uhriksi on joutunut 2 % naisista ja 1 % miehistä. (Kivelä ym. 2001.) Vuosina 2006–2007 2,6 %:a kotona asuvista 66 vuotta täyttäneistä britannialaisista kohdeltiin kaltoin (Manthorpe ym. 2007). Luvut ovat hyvin suurella todennäköisyydellä kuitenkin paljon suurempia, koska on arvioitu, että vain murto-osa tapauksista tulee ilmi (Kleinschmidt 1997).

Kaltoinkohtelu voi olla niin taloudellista hyväksikäyttöä tai laiminlyöntiä kuin fyysistä, psyykkistä tai seksuaalista pahoinpitelyäkin (Kleinschmidt 1997), ja sen uhriksi joutuminen lisää kuolleisuuden riskiä (Baker 2007). Omaisilla ja työntekijöillä on kuitenkin usein erilainen käsitys siitä, mikä on kaltoinkohtelua (Selwood ym. 2007). Useimmiten kaltoinkohtelija on vanhuksen kanssa asuva läheinen (Kleinschmidt 1997), mutta tämä voi olla myös ystävä tai vanhustenhuollon ammattilainen. Naiset ovat kaltoin kohdeltuja todennäköisemmin kuin miehet, ja riski kasvaa iän lisääntymisen myötä. Myös yksinäisyys, masennus ja huono elämänlaatu ovat yhteydessä siihen. (Manthorpe ym. 2007.) Riippuvuus toisten tuesta arkitoiminnoissa lisää niin ikään kaltoin kohdelluksi joutumisen riskiä (Baker 2007). Uhriksi joutuvat etenkin fyysisesti huonokuntoiset ja dementoituvat vanhukset sekä alkoholisoituneen keski-ikäisen poikansa kanssa kahdestaan asuvat vanhat naiset (Kivelä ym. 2001).

3.1.4 Asuinympäristöön liittyvät tekijät

Yli 75-vuotiaiden asunnoista 36 %:ssa oli hankalaa liikkua vuonna 1998 (Vaarama ja Kaitsaari 2002, 126). Vuonna 1998 yli 75-vuotiaiden hyvän toimintakyvyn todennäköisyys puolittui, mikäli heidän asuinympäristössään oli liikuntaesteitä. Asunnon liikuntaesteet vähensivät hyvän toimintakyvyn todennäköisyyttä 40 % (Vaarama 2004, 140, 146).

Kotona selviytymistä määrittävät hyvin pitkälle asuinympäristön puitteet. Vaatimukset asuinympäristöä kohtaan tiukkenevat sitä mukaa kuin fyysinen toimintakyky heikkenee. Vanhuksen toimintakykyä tulee aina arvioida suhteessa elinympäristöön. Esimerkiksi maaseudulla asuminen edellyttää erilaista toimintakykyä kuin kaupungissa asuminen (Laukkanen 2008, 264). Vanhusten on kuitenkin mahdollista esimerkiksi muuttaa toiseen asuntoon tai muuttaa asuntoa toimintakykyään paremmin vastaavaksi.

Arvioilta 10–15 %:lla väestöstä on vaikeuksia portaita liikkumisessa (Olsbo-Rusanen ja Väänänen-Sainio 2003, 20), mistä johtuen kaupungeissa erityinen ongelma on monessa tapauksessa kerrostalojen hissittömyys. Suomessa on noin 50 000 hissittöntä kerrostaloa, joissa on vähintään kolme kerrosta (Castrén 2005, 70). Aktiivisen sosiaalisen elämän viettäminen voi olla vaikeaa fyysisesti heikkokuntoiselle vanhukselle, jos hän joutuu käyttämään vaikeakulkuisia portaita. Hissittömyys voi johtaa myös siihen, etteivät ikätoverit pääse kyläilemään vanhuksen luona. Asuminen hissittömässä talossa rajoittaa siten usein omatoimisuutta ja se voi lisätä yksinäisyyden tunnetta. Äärimmillään hissien puute voi johtaa jopa laitokseen muuttamiseen. (Castrén 2005, 70.)

Vanhusbarometriaineistossa vuodelta 1998 huonoja liikenneyhteyksiä pidettiin ongelmana erityisesti maaseudulla (Vaarama ja Kaitsaari 2002, 126). Moni syrjäseudulla asuva vanhus voi kokea elävänsä sosiaalisesti eristäytyneenä elämää, koska naapureita ei välttämättä enää ole. Iän lisääntyessä terveyspalvelujen käyttö tyypillisesti lisääntyy, mutta palveluja ei ole juurikaan saatavilla. Myös muiden palveluiden tarjonta on hyvin rajallista. Maaseudulla asuminen voi olla vanhuksille hankalaa myös siksi, että se sisältää paljon hyvää fyysistä toimintakykyä vaativia toimia. Väliön fyysinen ympäristö asettaa selviytymiselle monia haasteita. (Ks. Laatikainen 2006.)

3.1.5 Muut tekijät

Ikä ja sukupuoli

Ikivihreät-tutkimuksessa ilmeni, että 65–84-vuotiaiden itse arvioidut vaikeudet selviytyä päivittäisistä toimista lisääntyivät selvästi kahdeksan vuoden seuruun aikana. Eniten vaikeuksia esiintyi vanhimmilla ikäryhmillä eli yli 75-vuotiailla, ja heistä erityisesti naisilla. (Sakari-Rantala ym. 1999, 190.) Vaikeudet pukeutumisessa, peseytymisessä ja varpaankynsien leikkaamisessa lisääntyvät 75–84-vuotiaiden ikäryhmässä verrattuna 65–74-vuotiaisiin, ja edelleen vanhuksen täytettyä 85 vuotta. 65–74-vuotiaista pukemisesta selviytyi vaikeuksitta yli 90 %, mutta yli 85-vuotiasta vain puolet. (Koskinen ym. 2002, 72, 133.) Pitkäaikaisen ympärivuorokautisen hoidon tarve kasvaa vanhuksen täytettyä 80 vuotta (vrt. Sosiaali- ja terveysalan ... 2007, 54). Mitä vanhemmista ikäluokista on kyse, sitä suurempi on kotoa pois muuttaneiden osuus. (Sosiaali- ja terveysalan ... 2007, 58).

Naisia on miehiä enemmän pitkäaikaisessa ympärivuorokautisessa hoidossa, ja osuus on sitä suurempi, mitä vanhemmista ikäluokasta on kyse. Naisia on hoidossa miehiä enemmän, vaikka osuus suhteutetaan ikäluokkaan. (Sosiaali- ja terveysalan ... 2007, 57) Naisten suurta osuutta voi osaltaan selittää se, että monet naiset joutuvat muuttamaan pois kotoa jäätyään leskeksi. Valtaosa ikääntyneistä miehistä on naimisissa tai asuu avoliitossa (Vaarama ja Kaitsaari 2002, 126), mikä näyttää pidentävän heidän kotona asumisaikaansa. He kuolevat kuitenkin naisia nuorempina, minkä vuoksi naiset jäävät miehiä todennäköisemmin yksin. Naissukupuoli muodostaa siten yhden pitkäaikaiseen ympärivuorokautiseen hoitoon siirtymisen riskin.

Lääkitys

Lääkkeiden käyttö lisääntyy ihmisten ikääntyessä ja pitkäkestoisten sairauksien yleistyessä (Kivelä 2008, 354). Esimerkiksi 75 vuotta täyttäneistä kuopiolaisista vanhuksista yli puolet käytti yli kuutta lääkettä vuonna 1999, ja vuonna 2003 vastaava osuus oli kasvanut kahteen kolmasosaan. Lääkkeiden määrä kasvoi eniten yli 85-vuotiailla naisilla, ja laitoshoidossa olleet käyttivät enemmän lääkkeitä kuin kotona asuneet. (Jyrkkä ym. 2006.)

Vanhusten lääkityksessä on monenlaisia ongelmia: ne voivat liittyä lääkkeen liialliseen, liian vähäiseen tai virheelliseen käyttöön tai usean valmiste-

samanaikaiseen käyttöön. Nämä voivat heikentää vanhuksen toimintakykyä hyvin monin eri tavoin. Mikäli lääkehoito ei edistä siitä sairaudesta paraneamista, johon se on tarkoitettu, sitä ei tule käyttää. Jos myönteiset vaikutukset ovat vähäisempiä kuin haittavaikutukset, lääkehoito ei ole perusteltua. (Kivelä 2008, 364.) Ongelmallisimpia haittavaikutuksia ovat muun muassa kognitiivisten kykyjen heikkeneminen, väsymys ja näköhäiriöt (Kivelä ja Räihä 2007, 11). Alilääkitystä voi esiintyä esimerkiksi sydänsairauksia sairastavilla (Kivelä 2008, 364). Yli 84-vuotiaat käyttävät masennuslääkkeitä yleisemmin kuin nuoret, vaikka sivuvaikutuksina voi ilmetä tasapainohäiriöitä, lamaantumista, kognition alenemista, depressiota ja hermostollisia oireita (Linjakumpu 2003). Iäkkäille on tyypillistä myös useiden lääkkeiden samanaikainen käyttö, mikä voi johtaa haitallisiin yhteisvaikutuksiin. Fyysiset vanhenemismuutokset saattavat muuttaa lääkkeiden fysiologisia vaikutuksia. Monisairaiden potilaiden hoidossa tietyn sairauden hoitoon määrätty lääke voi haitata toisen sairauden hoitoa. (Kivelä 2008, 354.)

Aliravitsemus

Aliravitsemuksen riski lisääntyy iän karttumisen myötä. Yli 65-vuotiailla aliravitsemusta on 5–8 %:lla prosentilla, mutta yli 80-vuotiailla sen esiintyvyys on paljon laajempaa. Aliravitsemus voi johtaa mm. lihasten heikkenemiseen (Suominen 2008, 472, 478–479), ja lihaskadon eteneminen saattaa johtaa puolestaan keuhonhallinnan heikkenemiseen ja edelleen kaatumisiin sekä murtumiin. (Pitkälä ym. 2005.) Ravitsemustilan häiriöt voivat aiheuttaa myös mielialan laskua, ruokahalun heikkenemistä ja hoidon tehon huononemista (Suominen 2008, 478). Aliravitsemus kasvattaa sairastavuuden ja kuolleisuuden riskiä sekä heikentää sairauksista toipumista (Suominen 2007, 24).

Vanhusten virhe- tai aliravitsemuksen syyt voivat olla niin fysiologisia (mm. ruokahalun heikkeneminen), psykologisia (mm. depressio), sosiaalisia (mm. yksinäisyys) kuin lääketieteellisiäkin (mm. krooninen sairaus.) Dementoituminen voi aiheuttaa sellaisia muutoksia, joiden vuoksi tuttuakin ruoka saattaa maistua oudolta. Erilaiset infektiot sekä myös psyykkiset syyt (esim. leskeksi jääminen) voivat johtaa tahattomaan painonlaskuun. Vanhenemisen myötä arkiaskareet, kuten ruuanlaitto, voivat vaikeutua samalla kun elinpiiri kapenee, minkä seurauksena voi olla eristäytyminen ja yksipuolinen ruokavalio. (Suominen 2008, 478–479.)

3.2 Kuntoutus kotona asumisen tukena

Vuoden 2002 kuntoutusselonteossa todetaan, että kuntoutus on suunnitelmallista ja monialaista toimintaa, jonka tavoitteena on muun muassa edistää kuntoutujan toimintakykyä, itsenäistä selviytymistä ja hyvinvointia. Kuntoutujan oma osallistuminen on nykyään olennaista kuntoutuksessa, ja se onkin saamassa yhä enemmän sosiaalisia ja psykososiaalisia muotoja. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2002, 3.)

Kuntoutuksella pyritään tukemaan, edistämään tai parantamaan vanhusten toimintakykyä. Vanhuskuntoutuksen tavoitteena on vanhuksen selviäminen jokapäiväisistä toimita itsenäisesti (mahdollisten apuvälineiden turvin). Tutkimusten mukaan tämä tavoite toteutuu parhaiten, kun kuntoutukselta vastaa moniammatillinen tiimi, jonka avaintoimijoita ovat lääkärit, sairaanhoitajat, fysioterapeutit, toimintaterapeutit ja sosiaalityöntekijät. (Cameron ja Kurrle 2002.)

Vaikka kuntoutus on määritelty monissa eri yhteyksissä selkeäksi vanhustenhuollon kehittämiskohdeksi, sen sisällöstä ja toteuttamistavoista ei vallitse selkeää käsitystä. Vanhuksille suunnattu kuntoutus on tällä hetkellä pääosin kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämää lääkinällistä kuntoutusta, joka liittyy kiinteästi sairaanhoitoon. Joillakin harvoilla vanhuksilla voi olla oikeus myös Kelan järjestämään harkinnanvaraiseen kuntoutukseen. (Karvonen-Kälkäjä 2005, 118–119.) Vuonna 2007 yli 64-vuotiaat olivat saaneet Kelan harkinnanvaraista kuntoutusta eniten tuki- ja liikuntaelinten ja verenkiertoelinten sairauksien perusteella (Kansaneläkelaitos 2008, 78).

Vanhusten kuntoutus kohdistuu useimmiten erilaisten sairauksien hoitoon (esim. lonkkamurtumat, hengityselinsairaudet, depressio ja dementia.) Kun kuntoutus kohdistuu jonkin tietyn sairauden hoitamiseen, käytössä olevat toimet ovat spesifimpiä kuin ehkäisevässä kuntoutuksessa, jonka tarkoituksena on kuntoutujan toimintakyvyn vahvistaminen. Keskeisiä keinoja siinä ovat neuvonta ja terveyttä edistävien elintapojen opettaminen. (Hartikainen ja Kivelä 2001, 446–449.) Vanhuksille suunnattava kuntoutus voi olla niin ennalta ehkäisevää toimintaa, sairauksien seurauksia ja toiminnanvajeita korjaavaa fyysistä kuntoutusta kuin psyykkisten, sosiaalisten ja kognitiivisten voimavarojen tukemistakin. Se voi olla laajemmin katsottuna myös ympäristöön ja yhteiskuntaan vaikuttamista. (Pitkälä ym. 2007.) Vanhusten kun-

toutusprosessi tulisi kuitenkin nähdä kokonaisuutena, sillä toimintakykyyn vaikuttavat tekijät ovat kiinteässä yhteydessä toisiinsa. Tästä syystä ennen kuntoutusta tehtävässä geriatrisessa arvioinnissa pitää huomioida ikääntymismuutokset, sairaudet sekä niiden hoito ja lääkitys, fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky, kuntoutuksen mahdolliset rajoitteet, asuinympäristöön liittyvät tekijät sekä avunsaannin mahdollisuudet. (Hartikainen ja Kivelä 2001, 441.)

3.2.1 Dementoitumiseen vaikuttaminen

Vanhus voi yrittää välttää dementoitumista omalla aktiivisuudellaan. Fyysisesti passiivisilla vanhuksilla on suurempi riski kognition alenemiseen ja Alzheimerin tautiin tai muuhun dementoivaan sairauteen sairastumiseen verrattuna fyysisesti aktiivisiin yksilöihin (Laurin ym. 2001). Myös virikkeellinen henkinen toiminta voi ehkäistä kognitiivisten kykyjen heikentymistä (Watanabe 1996; Alagiakrishnan ym. 2006). Erityinen kognitiivisten kykyjen harjoitusohjelma voi parantaa harjoitettavia kognition osa-alueita (Ball ym. 2002). Sosiaalinen aktiivisuus saattaa niin ikään suojata vanhusta dementoitumiselta (Fratiglioni ym. 2000; Alagiakrishnan ym. 2006; Wang ym. 2006). Sairastumisen riski vähenee, koska aktiivinen vapaa-ajan toiminta auttaa vanhuksia säilyttämään kognitiivista toimintakykyään (Verghese ym. 2003). Myös terveellisen ruokavalion, varhaisen diagnosoimisen (Watanabe 1996), vähärasvaisen ruokavalion, vitamiinien ottamisen, stressin vähentämisen sekä verenpaineen ja kolesterolin kontrolloimisen (Alagiakrishnan ym. 2006) sekä aspiriinin käytön (Paganini-Hill ja Clark 2007) on todettu estävän kognitiivisten kykyjen heikkenemistä.

Koska dementoituminen on kuolemaan päätyvä prosessi, kuntoutuksessa pitäisi ottaa huomioon jatkuvuus (Pirttilä 2004). Olennaista on, että kuntoutuksen suunnittelussa otettaisiin huomioon yksilön tilanne ja sairauden vaihe. Käytettävien keinojen pitää toisin sanoen olla oikein ajoitettuja, ja parhaan tuloksen saavuttamiseksi jopa ennakoivia. (Kokkonen ja Heimonen 2004.)

Vanhus, joiden MMSE-pistemäärä (The Mini-Mental State Examination eli dementian kognitiivinen seulontamenetelmä) (Haataja ym. 2001) on 10 tai enemmän, voivat selviytyä hyvin maksimi-voimaharjoittelusta (Littbrand ym. 2006), joka voi parantaa heidän tasapainoaan, kävelyä ja alaraajojen voimaa (Rosendahl ym. 2006). Harjoittelu voi

hidastaa myös dementoitumiseen liittyvää kognition alenemista ja sitä kautta tukea päivittäisten toimintojen säilymistä (Stevens ja Killeen 2006). Säännöllinen harjoittelu saattaa myös estää Alzheimerin tautia sairastavien vanhusten masentumista (Regan ym. 2005), mikä taas voi parantaa osaltaan kotona selviytymisen mahdollisuuksia.

Cochrane-katsauksessa (Clare ym. 2003) tarkasteltiin vuoteen 2003 mennessä ilmestyneiden tutkimusten tuloksia kognitiivisen kuntoutuksen vaikuttavuudesta varhaiseen Alzheimerin tautiin ja vaskulaarisiin dementiaoihin. Havaittiin, että kuntoutusinterventioilla ei ollut merkittävää vaikutusta kognition eri osa-alueisiin, elämänlaatuun tai kotona selviytymiseen. Arvioitavana oli kuitenkin vain kuusi tutkimusta, minkä vuoksi tulokset eivät ole kovinkaan yleistettäviä. Tiedetään kuitenkin, että kognitiivisiin harjoituksiin painottuva neuropsykologinen kuntoutus on kaikkien tuloksellisinta, kun dementoiva sairaus on vielä lievä (Hokkanen 2004). Spectorin ym. (2003) toteuttaman satunnaistetun kontrolloidun tutkimuksen mukaan kognitiivisesta stimulaatiosta voi olla tosin hyötyä vielä keskivaikeassa dementiaassakin.

3.2.2 Fyysinen toimintakyvyn tukeminen

Fyysisesti aktiivinen elämäntyyli voi hidastaa toimintakyvyn heikkenemistä (Hirvensalo ym. 2008, 458), mikä taas saattaa pidentää kotona asumisaikaa. Etenkin elinikäinen liikunnan harrastaminen on vahva toimintavajauksilta suojaava tekijä. Vielä vanhanakin aloitettu liikunnan harrastaminen voi kasvattaa hyvin huonokuntoisten vanhusten lihasmassaa sekä parantaa kävelykykyä, vaikka myöhään aloitetun liikunnan vaikutuksesta toimintavajuuksien ehkäisyssä ei tiedetä niin paljoa. (Pitkälä 2005b.) Liikunta voi hidastaa toimintakyvyn heikkenemistä sellaisilla vanhuksilla, joiden fyysinen suorituskyky on jo heikentynyt. Mikäli vanhuksen fyysinen toimintakyky on selvästi heikentynyt, aktivoinnilla ei kuitenkaan ole merkitystä (Gill ym. 2002.) Liikunnan harrastaminen tehoaa siten parhaiten vanhuksiin, joiden fyysinen toimintakyky on hieman heikentynyt, mutta jotka kuitenkin vielä pystyvät tekemään harjoitteita.

Vanhusten motivointi tulee toteuttaa heidän omista lähtökohdistaan käsin. Ohjaus, joka ei ota huomioon vanhusten tarpeita, on useimmiten melko hyödytöntä. Tavoitteet pitäisikin määritellä selkeästi ja vanhuksia kuunnellen. On hyvä huomata, että liikkumisesta saatavat edut voivat myöhäisellä

iällä olla erilaisia kuin ne olivat nuorena. Tämän lisäksi on oleellista, että vanhuksia ohjeistetaan huomaamaan liikunnasta saatavat hyödyt, jotta he voisivat iloita saavuttamistaan tuloksistaan. (Resnick ja Spellbring 2000.) Kotiliikuntaohjeiden noudattamista voivat kuitenkin haitata mielenkiinnon puute, heikko terveydentila, huono sää, masennus, heikkous, kaatumisen pelko ja hengenahdistus (Forkan ym. 2006).

On havaittu, että kaatumisten ehkäisyohjelma, joka koostui fysioterapiasta, erityisestä harjoitusohjelmasta, kodin vaaratilanteiden kartoituksesta ja koulutuksesta, oli hyödyksi hyvin hauraille vanhuksille. Kuuden kuukauden seuruun aikana 22 % tutkimusryhmään kuuluvista kaatui, kun taas kontrolliryhmän vastaava luku oli 46 %. Interventoryhmäläisten kodin fyysiset esteet, jotka voivat aiheuttaa vaaratilanteita, vähenivät puoleen kontrolliryhmään verrattuna fysioterapeutin avun ansiosta. (Diener ja Mitchell 2005.)

Mikäli vanhuksen toimintakyky on heikentynyt, kotona selviämistä voidaan tukea toimintaterapian keinoin esimerkiksi erilaisilla apuvälineillä. Sopivien apuvälineiden saaminen saattaa pidentää vanhusten kotona asumisaikaa. (Vrt. Nuutinen ja Raatikainen 2004.) Toimintavajauksia on siten mahdollista ikään kuin kompensoida soveltuvilla apuvälineillä. Toimintaterapialla voidaan tukea vanhusten kotona toimimista, sosiaaliseen toimintaan osallistumista ja elämänlaadun säilymistä. Erityisesti kodin vaaratilanteiden kartoitus on hyvä keino, kun halutaan edistää vanhusten itsenäistä kotona asumista. Toimintaterapeutin konsultaatio voi myös vähentää merkittävästi niiden vanhusten kaatumatapaturmia, joilla on suurin kaatumisriski. Tulevat interventiot on aiheellista räätälöidä niin, että ne vastaavat vanhusten yksilöllisiä tarpeita. (Steultjens ym. 2004.) On myös havaittu, että toimintaterapian avulla voidaan helpottaa lievästi tai keskivaikeasti dementoituneiden vanhusten jokapäiväisten toimien suorittamista, vaikka heidän oppimiskykynsä on rajoittunut. Samalla myös omaishoitajien taakka voi helpottua. (Graff ym. 2006.)

3.2.3 Psykososiaaliset interventiot

Sosiaalinen aktiivisuus voi pidentää kotona asumisaikaa. Kun sosiodemografiset tekijät, pitkäaikaisairaudet ja muisti sekä toimintakyky vakioitiin, huomattiin, että passiivisesti erilaisiin sosiaalisiin aktiviteetteihin osallistuvat vanhukset siirtyivät

2–2,5 kertaa todennäköisemmin pitkäaikaiseen laitoshoitoon verrattuna sosiaalisesti aktiivisiin vanhuksiin. (Pynnönen ym. 2007.) Sosiaalinen toiminta voi ehkäistä siten merkittävästi myös toimintavajavuuksien syntymistä, vaikka suoraa syy-yhteyttä näiden asioiden väliltä ei ole löydetty (Mendes de Leon ym. 2003).

Psyykkisten ja sosiaalisten toimintojen ottamisesta mukaan vanhusten kuntoutukseen on viime vuosina lupaavia tutkimustuloksia (Pitkälä ym. 2007). Opetukselliset ryhmätoiminnot ja sellaiset ryhmät, jotka koostuvat jostain tietystä aktiviteetista kiinnostuneista ihmisistä voivat lieventää vanhusten yksinäisyyden ja sosiaalisen eristäytyneisyyden tunteita (Cattan ym. 2005). Masentuneilla vanhuk- silla on niin ikään suuri riski myös fyysisen toiminta- takyvyn heikkenemiseen, joten ADL-toimintojen harjoittaminen ja fyysisten harjoitteiden tekeminen voisi tukea myös heidän kotona asumistansa (Kivelä ja Pahkala 2001).

Vanhustyön keskusliitto on tutkinut, miten psyko- sosiaalisen ryhmäkuntoutuksen avulla voidaan tukea yksinäisyydestä kärsiviä vanhuksia. Interventioyrymiä muodostettaessa otettiin huomioon vanhusten omat toiveet. Havaittiin, että taide- ja viriketoiminta, ryhmäliikunta ja -keskustelut sekä terapeutin kirjoittaminen ja ryhmäterapia voivat parantaa psykososiaalista hyvinvointia, kognitio- ta ja terveyttä. Samalla interventioyrymälaisten yksinäisyys lievittyi ja elämänlaatu parani. Koska heidän sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttönsä väheni, myös niiden kustannukset vähenivät. (Pit- kälä ym. 2005.) Parhaimmillaan psykososiaalinen interventio lieventää siten osallistujien yksinäisyy- den tunteita ja lisää fyysistä, sosiaalista ja henkistä hyvinvointia (vrt. Hytönen ym. 2007).

3.2.4 Omaishoitajien tukeminen

Vuonna 2000 yli 75-vuotiaista omaishoidon tuen piirissä oli 10 000 henkilöä (3,0 % 75 vuotta täyt- täneistä), ja vuonna 2005 heitä oli jo 15 000 (3,7 % 75 vuotta täyttäneistä) (Sosiaali- ja terveysalan ... 2007, 93). Voidaan olettaa, että omaishoito lisääntyy myös tulevaisuudessa. Eri toimijat eli valtio, kunnat ja kolmannen sektorin järjestöt ovat kuitenkin kes- kenään erimielisiä omaishoitajuuden määrittelystä, omaishoitajien tuen määrästä ja laadusta ja siitä, kenen se pitäisi kustantaa (Pietilä ja Saarenheimo 2003, 8).

Tiedetään, että hoidettavan vähäiset terveysongel- mat, oman puolison hoitaminen, omaishoitajan hyvä itse koettu terveys, itsenäisyys ADL-toimin- noissa, tuen ja neuvojen saaminen sekä sosiaalinen tuki lisäävät omaishoitajan tyytyväisyyttä (Savard ym. 2006).

Toimenpiteistä, joiden tavoitteena on ollut omais- hoitajien tukeminen, on ristiriitaisia tuloksia. Kuitenkin palvelujen räätälöinti omaishoitajien tarpeita vastaaviksi tukee heidän selviytymistään parhaiten. (Hyvärinen ym. 2003.) Vanhustyön keskusliiton toimenpiteiden tavoitteena oli tukea perheiden elämänlaatua ja psykofyysistä hyvinvoin- tia ja lykätä laitoshoitoon siirtymistä. Tavoitteisiin pyrittiin omaishoidon koordinaattorin, geriatrin lääketieteellisten tutkimusten sekä tavoitteellisten vertaisryhmien avulla. Lisäksi järjestettiin tietoil- toja, fysioterapiaa sekä ryhmiä, joissa käsiteltiin hankalien kotitilanteiden kohtaamista. (Laakkonen ym. 2006, 120.) Keskeisimpiä toimintatapoja olivat psykologinen tuki, perheiden itsemääräämisoikeu- den kunnioittaminen, käytännön apu, hienovarai- nen ohjaaminen, tuen ja palvelujen jatkuvuus sekä luotettavuus. Interventiolla oli tilastollisesti merkit- sevä kokonaispalveluiden määrää ja kustannuksia laskeva vaikutus, ja kotona asumista pystyttiin siten jatkamaan pidempään kuin muuten olisi ollut mahdollista. (Pitkälä ym. 2006, 146; Saarenheimo ym. 2006, 174.)

3.3 Kirjallisuuskatsauksen yhteenveto

Kuntoutusinterventioilla voidaan vaikuttaa moniin kotona asumista vaikeuttaviin tekijöihin. Van- husten kuntoutus voi olla niin tiettyihin olemassa oleviin sairauksiin (kuten lonkkamurtuma) vai- kuttamista kuin ennaltaehkäisevää toimintaakin.

Fyysisen kuntoutuksen avulla voidaan yrittää ehkäistä fyysisen toimintakyvyn heikkenemistä ja esimerkiksi lonkkamurtumia. Toimintaterapian keinoja voidaan käyttää, kun halutaan muokata vanhuksen asuinympäristöstä paremmin asukkaal- le sopiva, mikä voi puolestaan ehkäistä esimerkiksi kaatumisia. Dementoitumista voidaan yrittää eh- käistä erilaisin keinoin, ja myös dementoituville vanhuksille voidaan tarjota aktivoivaa toimintaa, kuten kognitiivista ja fyysistä kuntoutusta. Psyko- sosiaaliset interventiot voivat puolestaan lievittää ja samalla ehkäistä yksinäisyyttä ja masentuneisuutta. Muiden kuntoutujien joukosta voi löytää vertais- tukea, mikä saattaa paikata myös tukiverkoston puutetta. Psykososiaaliseen kuntoutukseen osal-

listuminen saattaa lievittää myös turvattomuuden tunnetta. Psykososiaaliset kokemukset ovat kuitenkin yksilöllisiä, mikä tekee vaikeaksi kuntoutuksen hyötyjen arvioinnin. Omaishoitajien väsyminen on keskeinen kotona asumista vaikeuttava tekijä, minkä vuoksi omaishoitajien tukeminen on olennainen kuntoutuksen kohde. Tämänhetkisen tutkimustiedon perusteella on vaikea arvioida, miten kuntoutuksen avulla voitaisiin yrittää vaikuttaa lääkitykseen, aliravitsemukseen, alkoholinkäyttöön ja kaltoinkohteluun. Tulevaisuuden haaste on, miten nämä tekijät voitaisiin ottaa huomioon kuntoutuksessa.

4 Tutkimusaineisto

4.1 Tutkimusjoukko

Tutkimusjoukko koostuu erilaisten kuntien SAS-ryhmistä. Tutkittavat kunnat valikoitiin tilastotietoja apuna käyttämällä siten, että mukaan tuli erilaisia kuntia asukasmäärän, sijainnin sekä vanhusten prosentuaalisen osuuden suhteen. Tämän lisäksi huomioitiin asumis- ja laitospalveluissa asuvien vanhusten prosentuaalinen osuus ikäluokasta. Valitut kunnat ositettiin niin, että mukana on kuntia, joissa on joko keskimääräistä enemmän tai vähemmän yli 75-vuotiaita, ja heistä asumis- ja laitospalveluissa asuvia niin ikään joko enemmän tai vähemmän kuin keskimäärin. Mukana on yhteensä 16 kuntaa Pohjois-, Itä-, Länsi- ja Etelä-Suomesta. Tilastokeskuksen kuntaryhmituksen mukaan ne ovat erilaisia seuraavasti: mukana on kuusi kaupunkimaista, viisi taajaan asuttua ja viisi maaseutumaista kuntaa. Yhden kunnan asukasluvu on alle 5 000, seitsemän 5 000–20 000, kolmen 20 000–35 000, kolmen 35 000–50 000 ja kahden yli 50 000. Koska kuntien määrä on pieni, päätelmät ovat suuntaa-antavia.

Tutkittavien kuntien vanhushuoltosuhte vaihteli 13,6:n ja 43,5:n välillä. Koko maassa se oli 24,1 vuonna 2006. Kahdeksassa tarkastelussa mukana olleessa kunnassa vanhushuoltosuhte oli keskiarvoa pienempi ja kahdeksassa suurempi. Suuri vanhushuoltosuhte oli yleisin maaseutumaisissa kunnissa (neljä kuntaa), kun taas pieni vanhushuoltosuhte oli yleisin kaupunkimaisissa kunnissa (neljä kuntaa). Vanhushuoltosuhte laskettiin käyttämällä Tilastokeskuksen vuoden 2006 keskiväkilukutietoja (Tilastokeskus 2007).

4.2 Aineiston keruu

Tiedonkeruun menetelmäksi valittiin ryhmähaastattelu, koska haluttiin saada yleistä tietoa vanhusten kotoa pois muuttamisesta sekä kuntoutuksen mahdollisuuksista vaikuttaa siihen. Tavoitteena oli saada aiheesta valtakunnallinen yleiskatsaus.

Ryhmähaastattelu on soveltuva aineistonkeruun metodi silloin, kun halutaan lähestyä jotakin ilmiötä uudella tavalla, ja samalla löytää uudenlaisia tarpeita (Krueger 1994, 37). Tämän työn tavoitteena oli koota ammattilaisten käsityksiä siitä, mitkä tekijät vaikeuttavat kotona selviytymistä ja miten niihin voitaisiin vaikuttaa. Aineistonkeruutavaksi valittiin ryhmähaastattelu, koska vanhusten hoitoa koskevat arvioinnit tehdään nimenomaan työryhmissä. Jos olisi haastateltu esimerkiksi pelkästään lääkäreitä, aineisto olisi jäänyt liian suppeaksi. SAS-ryhmien haastatteluja voi pitää Välimäen (1994) tapaan myös vertaishaastatteluina, koska tavoitteena oli, että tutkittavat keskustelvat annettujen teemojen pohjalta tasavertaisesti. On kuitenkin hyvä huomata, että ryhmien sisäiset valtasuhteet saattavat vaikuttaa siihen, kuka keskustelua johtaa ja mitä puhutaan.

Ryhmähaastattelu on edullinen aineiston hankintatapa, ja tulokset saadaan nopeasti. Haastattelu-ryhmien kokoaminen saattaa kuitenkin olla vaikeaa. Tutkija ei pysty kontrolloimaan haastattelu-tilannetta niin hyvin kuin yksilöhaastatteluissa, ja haastattelutilanne on vaikeampi luoda puhumista kannustavaksi. Kerätty aineisto on vaikeasti analysoitavissa, koska ryhmiä voi olla vaikea vertailla keskenään. (Krueger 1994, 37–38.) Tutkija onnistui melko hyvin kannustamaan haastatteluun osallistuneita SAS-ryhmäläisiä kertomaan omia kokemuksiaan. Muutamassa kunnassa osa työntekijöistä ei tosin juurikaan osallistunut haastattelun kulkuun, mikä saattoi johtua haastateltavien suuresta määrästä. Aineisto oli keskenään vertailukelpoista, koska SAS-ryhmäläisiä pyydettiin kertomaan samantyyppisistä asioista. Täytyy kuitenkin huomata, että erityyppiset kunnat eivät ole täysin toisiinsa rinnasteisia.

Haastateltaviksi valittiin kunnissa toimivia SAS-ryhmän jäseniä, koska he tuntevat työnsä kautta vanhusten kotona selviytymisen tilanteen. Haastateltaviksi valittujen kuntien edustajia lähestyttiin ensin saatekirjeellä, joka lähetettiin postissa. (Liite 2.) Heihin otettiin yhteys puhelimitse reilun viikon kuluttua sen lähettämisestä. Yksi kunta vaihdettiin tässä vaiheessa tilastollisesti vastaavaan, koska al-

kuperäisessä kunnassa SAS-toiminnasta vastaava henkilö oli virkavapaalla, minkä vuoksi vastuuhenkilön tavoittaminen oli vaikeaa. Kuntien edustajat suhtautuivat positiivisesti haastattelupyynnöön, eikä yksikään kieltäytynyt. Tämä kertonee siitä, että he pitivät aihetta tärkeänä.

SAS-ryhmien jäsenmäärä vaihteli kolmesta yhdeksään. Tapaamistiheys vaihteli viikoittaisesta kuukausittaiseen kokoontumiseen. SAS-toiminta oli melko vakiintunut työskentelytapa. SAS-ryhmien keskimääräinen toimintaikä oli hieman yli 16 vuotta vaihteluvälin ollessa 2–25 vuotta. Työntekijöillä oli keskimäärin 10 vuoden kokemus SAS-työstä (10,2). SAS-toiminnassa mukana olleiden työntekijöiden työurien vaihteluväli oli 1–25 vuotta. Yhteensä 24 työntekijää oli ollut mukana saman kunnan SAS-toiminnassa sen perustamisesta lähtien. Kahdeksalla työntekijällä oli yli kahdenkymmenen vuoden kokemus vanhustyöstä.

Enimmillään osallistujia oli yhdeksän henkilöä (taulukko 3). Kaikki kunnan SAS-ryhmässä toimivat ammattilaiset osallistuivat haastatteluun seitsemässä kunnassa. Kahdessa kunnassa haas-

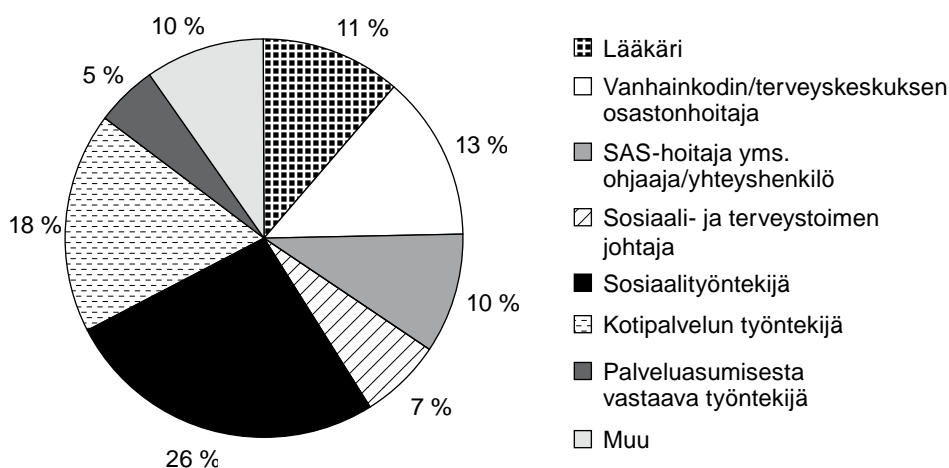
tateltiin vain yhteyshenkilöä, koska muut ryhmän jäsenet olivat kiireisiä. Kaikkiaan haastateltuja henkilöitä oli 62.

Kuviossa 1 esitetään haastateltujen SAS-ryhmien jäsenten ammattialojen jakautuminen. Sosiaalityöntekijä-luokkaan kuuluu myös yksi sosiaalihoitaja. Lääkäreistä kaksi oli geriatrria. SAS-hoitaja yms. ohjaaja/yhteyshenkilö tarkoittaa työntekijää, jonka vastuulla oli nimenomaisesti SAS-asioiden hoitaminen. Sosiaali- ja terveystoimen johtajien ammattinimikkeitä olivat esim. sosiaalijohtaja ja vanhustyön johtaja. Kotipalvelun työntekijät taas edustivat mm. seuraavia ammatteja: kotihoidon terveydenhoitaja, kolme kotipalveluohjaajaa, kolme kotisairaanhoidajaa ja kotihoidon johtaja. Palveluasumisesta vastaavia työntekijöitä olivat puolestaan mm. palveluasumisen esimies ja palvelukeskusjohtaja. Ryhmään muu kuuluivat esim. toimintaterapeutti, toiminnanohjaaja ja kaksi palveluohjaajaa. Haastatteluihin osallistui siten työntekijöitä laaja-alaisesti vanhuspalveluiden eri sektoreilta. Erityisesti sosiaalityöntekijät (26 %) ja kotipalvelun työntekijät (18 %) olivat hyvin edustettuina.

Taulukko 3. Haastatteluihin osallistuneiden ryhmien jäsenmäärät.

Haastateltujen määrä	N
1–3	8
4–6	5
7–9	3

Kuvio 1. Haastateltujen SAS-ryhmien jäsenten ammattialat.



Kaikissa kunnissa kolmea lukuun ottamatta oli käytössä jokin mittari palvelutarpeen arvioinnissa haastatteluajankohtana. Yleisimmin kunnissa käytetty mittari oli RaVa-indeksi. (Taulukko 4.) Se perustuu kahdentoista eri toiminnon (näkö, kuulo, puhe, liike, virtsa, uloste, syöminen, lääke, pukeutuminen, peseytyminen, muisti ja käytös) arvioimiseen. RaVa-mittari on varsin yleisesti käytetty vanhusten palvelutarpeen arvioinnin väline maassamme. (Therapia Fennica 2008.) Toiseksi yleisimmin kunnissa oli käytössä MMSE-testi, jota hyödynnettiin kahdessa kunnassa. Sen avulla saadaan karkea kuva potilaan kognitiivisesta heikentymisestä (Erkinjuntti ym. 2008). Kolmessa kunnassa käytettiin tarvittaessa Cerad-luokitusta kognitiivisen toimintakyvyn testaamiseen. Myöhäsiän depressioseula eli GDS-15-luokitus oli työvälineenä viidessä kunnassa. Muita vähän käytettyjä arvioinnin välineitä olivat: RAI (Resident Assessment Instrument), ravitsemus- ja lihaskuntomittari, arjessa selviytymisen profiili ja vasa-pisteet. RAI-mittaristo on Stakesin kehittämä väline, jota voidaan käyttää mm. hoidon suunnittelussa (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2006). Vasa-mittari pohjautuu henkilöstön käsityksiin siitä, mikä lisää hoitotyön määrää. Se mittaa ADL-toimintoja. (Haataja ym. 2001.) Palvelutyypeille oli määritelty selkeät ohjeelliset pisterajat (yleisin RaVa) yhdeksässä kunnassa.

Kunnissa korostettiin, että mittareita käytetään apuvälineenä palvelutarpeen arvioinnissa. Päätöksiä ei tehdä pelkkien mittaritulosten perusteella,

vaan vanhuksen tilannetta arvioidaan kokonaisvaltaisesti. Yleisesti käytössä ollut toimintamuoto oli hoitoneuvottelut, joihin osallistui asiakas, omaiset ja sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöä esimerkiksi kotipalvelusta, jos kyseessä oli kotipalvelun asiakas. Neljässä kunnassa mainittiin, että palvelutarvetta arvioidaan myös kotikäyntien avulla. Kaikissa kunnissa neljää lukuun ottamatta oli käytössä lomake, jolla haettiin asumis- ja laitospalvelupaikkaa. Lomakkeet poikkesivat hieman toisistaan. Niiden avulla kartoitettiin monipuolisesti arjessa selviytymistä. Lomakkeet sisälsivät vaihtelevasti kysymyksiä asumismuodosta, päivittäisistä toimita selviytymisestä ja avunsaannista. Asumis- ja laitospaikan saamisen yleisenä ehtona kunnissa oli se, että vanhus oli ensin kuulunut kotipalvelun piiriin. Kunnissa, joissa varsinaista lomaketta ei käytetty, hyödynnettiin muita soveltuvia asiakirjoja, kuten hoito- ja palvelusuunnitelmaa. Lisäksi käytettiin hyväksi erityisesti kotihoidon näkemyksiä toimintakyvystä. Kuudessa kunnassa lääkärinlausunto oli pakollinen SAS-työskentelyssä käytetty asiakirja. Kunnissa, joissa sitä ei vaadittu, käytettiin Rava- ja MMSE-testien tuloksia systemaattisen arvioinnin välineinä. Ainoastaan kolme kuntaa ei edellyttänyt lääkärinlausuntoa eikä testituloksia.

Tutkimukseen osallistuneilta SAS-ryhmän jäseniltä pyydettiin kirjallinen suostumus haastatteluun. Tutkittavia kuntia ei mainita raportissa nimeltä, eikä tutkija kertonut haastateltaville muiden mukana olleiden kuntien nimiä.

Taulukko 4. Palvelutarpeen arvioinnin systemaattiset välineet.

Mittari	N
RaVa	13
MMSE	13
Cerad	3
GDS-15	5
Arjessa selviytymisen profiili	1
RAI	1
Vasa-pisteet	1
Ravitsemusmittari	1
Lihaskuntomittari	1

4.3 Aineiston analysointi

Aineiston analysoinnissa keskityttiin sisältöön eikä ryhmädynamiikkaan. Tämän vuoksi haastatteluja ei litteroitu sanatarkasti vaan asiasisällön mukaisesti. Koska työn tavoitteena oli selvityksen tekeminen eli tilanteen kuvailu, analyysimetodina käytettiin sisällön erittelyä. Menetelmän tavoitteena on vertailla laadullista aineistoa niin, että saadaan aikaan sisäisesti kestäviä yleistyksiä (Silverman 1985, 112). Aineistosta etsittiin samankaltaisuuksia, jotka luokiteltiin teemoiksi. Näkökulma oli viranomaiskeskeinen, koska haastateltiin kunnissa toimivia sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia.

Aineisto jaettiin kuntakohtaisesti ensin kahteen osaan eli kotona asumista vaikeuttaviin ja tukeviin tekijöihin. Seuraavaksi kunkin kunnan aineisto käytiin uudestaan läpi ja jaettiin teemakohtaisiin kokonaisuuksiin. Kotona asumista vaikeuttavia tekijöitä olivat esimerkiksi alkoholinkäyttö ja dementia. Mikäli asiaa oli kuvattu runsassanaisesti, tehtiin tiivistelmä. Tämän jälkeen samansisältöiset teemat koottiin yhteen, eli kuntakohtaiset teemoittelut yhdistettiin. Kustakin kirjoitettiin lyhyet kuvaukset (ks. luku 5.1). Kehittämiskohteet teemoitettiin niin ikään ensin kunnittain, jonka jälkeen samansisältöiset teemat, kuten omaishoitajien tukeminen, yhdistettiin. Haastatteluissa esiin tulleista palveluiden kehittämiskohteista kirjoitettiin lyhyet teemakohtaiset kuvaukset (ks. luku 5.2). Lopuksi sekä kotona asumista vaikeuttavat tekijät että palveluiden kehittämiskohteet yhdistettiin kuntatyypeittäin (luku 5.3).

4.4 Luotettavuus

Hankitun tiedon luotettavuutta lisää se, että sama tutkija suoritti niin kysymysrunгон muotoilun, aineiston keruun, auki kirjoittamisen kuin analysoinninkin. Haastattelujen litterointi ja analysointi on selkeämpää silloin, kun koko prosessista vastaa sama henkilö. Toisaalta päätelmät saattavat olla harhaisia, kun ne ovat vain yhden henkilön tekemiä.

SAS-ryhmien työskentelytavat ja palvelutarpeen arviointikeinot poikkesivat toisistaan, minkä vuoksi aineistoa ei voida pitää täysin yhteismittalaisena. Koska suurin osa kunnista käytti jotakin mittaria palvelutarpeen arvioinnissa ja työntekijät olivat kokeneita ja vanhuksen tilannetta selvitettiin yleensä yhteistyössä asiakkaiden ja omaisten kanssa, saatua aineistoa voidaan pitää kyllin luotettavana. On kuitenkin huomattava, että tulokset ovat SAS-

ryhmien käsityksiä. Vanhusten kotona asumiseen saattoi liittyä vaikeuksia, joita ei ollut huomattu.

Kysymysrunkoa (liite 3) muutettiin kuudennessa haastattelussa. Alkuperäisessä rungossa kotona asumisen tukemisen kehittämistarpeisiin siirryttiin yleensä vasta haastattelun loppuvaiheessa. Kokeimus kuitenkin osoitti, että ne kannatti ottaa esille jo muuttamiseen johtavien tekijöiden yhteydessä. Tämä ei kuitenkaan heikennä aineiston luotettavuutta juurikaan, koska kaikissa haastatteluissa kuitenkin tiedusteltiin palveluiden kehittämistarpeita. Tosin saatu aineisto olisin saattanut olla erilaista, jos olisi kysytty, miten jo olemassa olevia palveluita pitäisi parantaa. Aineiston selitysvoima on melko heikko, koska ei tiedetä esimerkiksi, onko kunnassa yhdellä vai kahdellakymmenellä vanhuksella ongelmia ravitsemuksessa. Tämän esityksen perusteella on siten vaikea saada tarkkaa kuvaa ongelmien laajuudesta. Tulosten päätelmät ongelmien laajuudesta perustuvat keskusteluissa esille tulleisiin näkemyksiin, jotka eivät ole täysin systemaattisia ja ovat siten ennemminkin suuntaantavia. Haluttaessa tarkempaa tietoa frekvensseistä esimerkiksi jollain tietyllä maantieteellisellä alueella pitäisi toteuttaa survey-tutkimus.

Haastatteluihin osallistui vain viidessä kunnassa toivottu määrä työntekijöitä eli neljästä kuuteen. Puolessa kunnista osallistujia oli vain yhdestä kolmeen, kun taas kolmessa kunnassa heitä oli seitsemästä yhdeksään. Esimerkiksi kunnassa, jossa haastatteluun osallistui vain kaksi sosiaalialan viranomaista, ei tullut esille niinkään fyysiseen toimintakykyyn ja sen parantamiseen liittyviä seikkoja. Tulos olisi voinut olla erilainen, jos mukana olisi ollut lääkäri. Kunnassa, joissa haastatteluun osallistui yli viisi henkilöä, kaikki eivät saaneet suunvuoroa. Hiljaiset olisivat voineet puhua enemmän pienemmässä ryhmässä. Saatua tietoa olisi niin ikään saattanut olla erilaista, jos olisi haastateltu itse vanhuksia. Mikäli halutaan saada tarkempaa tietoa kotona asumisen vaikeuksista ja tukemisen tarpeista, olisi hyvä kerätä kokemuksia vanhuksilta. Tulokset saattaisivat olla erilaisia, jos samoja ihmisiä olisi haastateltu toiseen kertaan tai jos mukana olisi ollut eri ammattialan edustajia.

Aineistoa ei litteroitu sanatarkasti, mikä heikentää sen luotettavuutta. Tutkijan huomio kiinnittyi herkemmin yllättäviin asioihin, kuten kaltoinkohteluun ja alkoholinkäyttöön, kun taas tavantomaiset vanhusiän sairaudet, kuten aivohalvaus, jäivät vähemmälle huomiolle. Koska tavoitteena oli selvityksen tekeminen, litteroinnin tarkkuutta

pidettiin kuitenkin riittävänä. Mikäli aineistoa halutaan myöhemmin analysoida syvällisemmin, se tulee purkaa tarkemmin.

5 Vanhusten kotona asumisen tilanne SAS-ryhmien mukaan

5.1 Kotona asumista vaikeuttavat tekijät

Vanhusten kotona asumista vaikeuttavat tekijät voivat johtua niin sairauksista (mm. dementias-ta), psykososiaalisista (mm. turvattomuudesta) ja omaisiin liittyvistä ongelmista (mm. omaishoitajan väsymisestä), asuinympäristöön liittyvistä tekijöistä (mm. pitkistä välimatkoista) ja muista tekijöistä (mm. heikosta ravitsemuksesta). Tekijöitä pitää tarkastella rinnakkain, sillä ne vaikuttavat usein toisiinsa. Taulukossa 5 esitetyt kuntakohtaiset frekvenssit ovat suuntaa antavia, mutta ne kuitenkin kuvaavat vallitsevaa tilannetta. Kotona asumista vaikeuttavat tekijät ovat huomattavasti laajempi kokonaisuus kuin asumis- ja laitospalveluihin pääsemisen kriteerit.

5.1.1 Sairaudet

Dementoivat sairaudet

Kaikissa kunnissa todettiin, että dementoivat sairaudet ovat yleisin ja ratkaisevin laitoshoitoon muuttamiseen johtava tekijä (taulukko 5). Ne ovat yleistyneet viime vuosina, ja myös melko nuoret ihmiset voivat sairastua niihin. Vanhus voi selviytyä aika pitkään kotona, jos hänen fyysinen toimintakykynsä heikkenee. Muistin heikkeneminen vaarantaa kotona asumista sen sijaan merkittävämmän, koska muistamattomuuden lisääntyessä vanhus ei osaa toimia yhteistyössä kotipalvelun kanssa. Vanhus, jolla on jokin dementoiva sairaus, voi kuitenkin selviytyä omissa kodissaan melko pitkään, koska tuttu ja turvallinen ympäristö tukee selviytymistä. Myös omaisten panos on tärkeä dementoituvien tukemisessa. Sellaiset dementoituvat, jotka karkailevat kotoaan, täytyy sijoittaa nopeasti esim. ryhmäkotiin. Tilanne voi muuttua akuutiksi hyvinkin nopeasti, mikä voi aiheuttaa tarpeen nopealle sijoitukselle. Yhä ongelmallisempi ryhmä

Taulukko 5. Yhteenvedo kotona asumista vaikeuttavista tekijöistä.

Vaikeuttava tekijä		N	%
Sairaudet	Dementoivat sairaudet	16	100,0
	Muut sairaudet	16	100,0
Psykososiaaliset ongelmat	Turvattomuus	16	100,0
	Masennus	14	87,5
	Yksinäisyys	12	75,0
	Alkoholinkäyttö	9	56,3
Omaisiin liittyvät ongelmat	Omaishoitajan väsyminen	12	75,0
	Omaisten painostus	8	50,0
	Kaltoinkohtelu	7	43,8
Asumiseen liittyvät tekijät	Asunnon puutteet	14	87,5
	Kotipalvelusta kieltäytyminen	8	50,0
Muut tekijät	Pitkät välimatkat	7	43,8
	Heikko ravitsemus	6	37,5
	Ongelmat lääkeshoidossa	4	25,0

ovat 1940–1950-luvuilla syntyneet, runsaasti alkoholia käyttäneet dementikot.

Muut sairaudet

Pitkäaikaiseen hoitoon siirrytään useimmiten osastohoidon kautta. Vanhus tulee osastolle esimerkiksi erilaisten tulehdusten, murtumien (yleisin on lonkkamurtuma), halvaantumisen (yleisin on aivoinfarkti), sydän- ja verenkiertoelimistön sairauksien tai diabeteksen vuoksi. Vanhuksella ei kuitenkaan aina ole mitään spesifiä sairautta osastolle tullessaan, vaan myös yleistilan heikentyminen on yleinen hoitoon ottamisen peruste. Hoitoon hakeutumisen perimmäiset syyt ovat siten yleensä lääketieteellisiä (taulukko 5.) Haastattelussa tuli kuitenkin ilmi, että myös taustatekijät (kuten asunnon soveltuvuus ja omaisten tuki) vaikuttavat hyvin pitkälle siihen, missä määrin sairaudet heikentävät kotona asumisen mahdollisuuksia. Fyysistä rapistumista voidaan yrittää ehkäistä esimerkiksi kuntosaliharjoittelun avulla, mutta SAS-ryhmien edustajien mukaan nykyisistä vanhusikäluokista monet eivät ole tottuneet kuntoliikuntaan. Vanhusta ei yleensä sijoiteta suoraan asumis- tai laitospalveluihin, vaan osastolta tehdään ensin kotiutuskokeiluja.

5.1.2 Psykososiaaliset ongelmat

Turvattomuus

Turvattomuus on hyvin yksilöllinen mutta yleinen kotona asumista usein vaikeuttava kokemus (taulukko 5). Sitä voivat aiheuttaa sairaus tai sen pelko, heikko palvelujen saatavuus, maantieteellinen etäisyys omaisista, kaatumisen pelko, kivut, alkava muistihäiriö, päivien yksitoikkoisuus, väkivallan uhka sekä sosiaalisten suhteiden ja harrastusten puute. Turvattomaksi itsensä kokevilta ei kuitenkaan välttämättä löydetä mitään sairautta tai muuta fyysistä syytä, joka haittaisi kotona asumista. Nämä vanhukset ovat tyypillisesti yksin asuvia naisia. Usean kohdalla todettiin myös, että turvattomuus, yksinäisyys ja masentuneisuus liittyvät tyypillisesti yhteen. Erityisesti yöt koetaan usein turvattomiksi, jos ketään ei ole saatavilla. Turvattomuus voi ilmentyä esimerkiksi turhina turvapuhelinsoitoina tai lisääntyneenä lääkäriissäkäynteinä, ja siihen voi liittyä myös itsetuhoiset ajatukset. Kuntien edustajien mukaan kotipalvelun käynnit eivät useinkaan auta turvattomuuteen, koska työntekijöillä ei ole useimmiten aikaa kohdata vanhusta aidosti. Joitakin tur-

vattomia tosin saattaa helpottaa tieto kotipalvelun työntekijän tulemisesta tiettyyn aikaan. Kunnan vanhuspalvelujen resurssit vaikuttavat kuitenkin siihen, voivatko turvattomat saada hoitopaikan vai pitääkö heidän sinitellä kotona.

Masentuneisuus

Masentuneisuus oli SAS-ryhmien mukaan yleinen kotona asumisen ongelma (taulukko 5). Masentuneisuus voi liittyä leskeksi jäämiseen, fyysisen toimintakyvyn heikkenemiseen ja yksinäisyyteen. Vanhus voi olla pelkästään masentunut, niin ettei hänellä ole muita sairauksia. Masentuneita vanhuk- sia on yleensä vaikeaa saada mukaan esimerkiksi päivätoimintaan, mikä taas ylläpitää masennusta. Joskus voi olla vaikeaa tietää, onko kysymys masennuksesta vai alkavasta muistihäiriöstä. Aina ei voi myöskään tietää, mikä on masentuneisuuden syy ja mikä sen seuraus.

Yksinäisyys

Kolme neljänestä SAS-ryhmästä toi esille, että yksinäisyys voi vaikeuttaa vanhusten kotona asumista (taulukko 5). Se on usein kiinteässä yhteydessä masentuneisuuteen ja turvattomuuteen. Yksinäisyyttä aiheuttaa etupäässä vähäinen tuttavien tapaaminen, joka voi johtua pitkistä välimatkoista.

Alkoholin liiallinen käyttö

Yli puolessa kunnista ilmoitettiin, että vanhusten alkoholinkäyttö on lisääntyvä ongelma (taulukko 5). Se on yhteydessä yksinäisyyteen ja masentuneisuuteen. Jos muuta seuraa ei ole, pullosta voi yrittää hakea mielihyvää. Myös naiset ovat alkaneet juoda. Runsas alkoholinkäyttö voi heikentää vanhuksen yleiskuntoa, etenkin kun lääkkeet saattavat jäädä ottamatta ja ruoka syömättä, mikä taas heikentää kotona asumisen mahdollisuuksia. Dementoituvien alkoholinkäyttö on erityisen ongelmallista, koska he eivät välttämättä muista, paljonko ovat juoneet.

5.1.3 Omaisten ja omaishoitajien ongelmat

Omaishoitajan väsyminen, sairastuminen tai kuolema

Omaishoitajan väsyminen, sairastuminen tai kuolema on tyypillinen asumis- ja laitospalveluihin

muuttamiseen johtava tekijä (taulukko 5). Kaksi viimeksi mainittua voivat aiheuttaa haastateltujen mukaan akuutin paikkatarpeen. Omaishoitajat ovat usein itsekin iäkkäitä puolisoita, mikä lisää kuormittumisen riskiä. Vanhusta hoidetaan kotona tyyppillisesti niin pitkään kuin mahdollista, minkä vuoksi hoidettavat voivat olla hyvinkin huonokuntoisia. He yrittävät tavallisesti sinnitellä jaksamisensa rajoilla, eikä esimerkiksi lomapäiviä aina pidetä. Muu omaishoitajille suunnattu kunnallinen tukitoiminta on varsin suppeaa. Myös seurakunnat ja järjestöt tarjoavat tukea, mutta palvelu on hajanaista. Hoitosuhde saattaa olla niin sitova, ettei siitä haluta tai pystytä irrottautumaan. Hoidettavan kunnan heikentyminen johtaa omaishoitajan väsymiseen, ja erityisesti dementikon tilan huononeminen on hoitajille kuormittavaa.

Omaisten painostus

Puolessa kunnista tuli ilmi, että omaisten rooli on keskeinen etenkin hakeutumisprosessin käynnistämässä (taulukko 5). On tyyppillistä, että vanhus itse haluaisi asua vielä kotona, mutta omaiset painostavat häntä muuttamaan. Omaisten huoli voi estää heitä näkemästä vanhuksen voimavaroja, ja asumis- ja laitospalvelut nähdään tyyppillisesti ainoana selviytymisvaihtoehtona. Niissä palveluasumista saatetaan pitää turvallisena vaihtoehtona, vaikka esimerkiksi kaatuminen on mahdollista myös siellä. Omaisilla ei ole usein myöskään tietoa hoitopaikan saamisen nykykriteereistä. Moni haastateltava toteusi, että omaiset haluavat nykyään vierittää vastuun vanhustenhuollosta yhteiskunnalle. Tämä liittyy usein siihen, että he asuvat kaukana vanhuksista.

Kaltoinkohtelu

Omainen tai omaishoitaja ei välttämättä tue vanhusta. Seitsemässä kunnassa tuli ilmi, että vanhuksen kaltoinkohtelu voi vaikeuttaa itsenäistä asumista (taulukko 5). Kahdessa kunnassa mainittiin, että omaishoitajan alkoholinkäyttö voi heikentää vanhuksen pärjäämistä. Yhdessä kunnassa ilmeni, että omaiset voivat käyttää vanhusta puhtaasti taloudellisesti hyväkseen. Vanhusten avio-ongelmat ovat haastateltujen mukaan tabu, mutta ne mainittiin kuitenkin kolmessa kunnassa. Yhdessä kunnassa mainittiin, että omainen saattaa myös pahoinpidellä vanhusta fyysisesti. On kuitenkin harvinaista, että perheen sisäiset ristiriitatilanteet johtavat hoitopaikan saamiseen.

5.1.4 Asumiseen liittyvät tekijät

Asumisen puutteet

Neljässätoista kunnassa mainittiin, että asuinolosuhteiden rajoitteet johtavat muuttamiseen, mikäli vanhuksen fyysisen toimintakyvyn heikentyminen tekee asumisen kotona mahdottomaksi (taulukko 5). Keskeiseksi asuinolosuhteiden rajoitteeksi mainittiin hissittömät kerrostalot (yhdeksän kuntaa). Hissittömässä kerrostalossa asuminen rajoittaa vanhuksen elinpiiriä hyvin voimakkaasti, sillä kodin ulkopuolella liikkuminen ei ole mahdollista. Myös perusmukavuuksien puute on vielä melko yleistä; sen mainitsivat kuuden kunnan edustajat.

Mikäli vanhuksen asunnossa on esimerkiksi kynnyksiä, liikkuminen siellä jonkun apuvälineen kanssa on hyvin vaikeaa. WC voi olla niin pieni, ettei sinne pääse pyörätuolilla. Asumisen esteitä, kuten liian pieni makuuhuone, voi olla myös vastarakennetuissa taloissa. Vanhuksen voi kuitenkin usein olla mahdollista asua vielä itsenäisesti, mikäli hän muuttaa esteettömään asuntoon.

Pitkät välimatkat

Mikäli vanhus asuu kaukana kunnan taajamasta, kotipalvelun järjestäminen on vaikeaa. Syrjäkylillä ei ole juuri mitään muitakaan palveluita, minkä vuoksi muutto on ennen pitkään väistämätöntä. Tilanne oli tämänkaltaisen seitsemässä kunnassa (taulukko 5). Syrjäkylillä asuvien vanhusten pitää olla fyysisesti vielä varsin hyvässä kunnossa. Taajamaan muuttavat vanukset eivät useinkaan kuitenkaan siirry suoraan asumis- ja laitospalveluihin, vaan esimerkiksi vanhuksille suunnattuihin vuokra-asuntoihin.

5.1.5 Muut tekijät

Kotipalvelusta kieltäytyminen

Puolessa kunnista ilmoitettiin, että vanhusten haluttomuus ottaa vastaan kotipalveluita heikentää kotona asumisen mahdollisuuksia (taulukko 5). Palveluita ei ole helppo tarjota, jos vanhus on vastahakoinen, vaikka tarve olisi objektiivisesti havaittavissa. Niistä kieltäydytään usein hinnan vuoksi. Esimerkiksi kaatumisia voitaisiin ehkäistä hyvin, jos vanhus suostuisi käyttämään apuvälineitä.

Puutteet ravinnossa

Kuudessa kunnassa todettiin, että vanhusten ruokavalio on usein liian yksipuolinen, mikä saattaa johtaa yleiskunnan heikkenemiseen (taulukko 5). Tämä taas voi vaikeuttaa kotona asumista.

Lääkehoidon puutteet

Neljänneksessä kunnista mainittiin, että lääkeshoidon ongelmat saattavat vaikeuttaa vanhusten kotona asumista (taulukko 5). Lääkityksessä olisi paljon parantamisen varaa, sillä kokonaisuuden hahmottaminen on usein puutteellista. Suuresta lääkemäärästä johtuvat ongelmat lisääntyvät koko ajan. Yhden lääkkeen oireisiin saatetaan määrätä jostain toista lääkettä, jolloin ongelma moninkertaistuu. Geriatriin palveluita ei välttämättä ole saatavilla ja rauhattomuuteen annetaan lääkkeitä, jolloin tilanne riistäytyy käsistä. Dementoituvien lääkeshoidossa voi olla puutteita, mutta tilanne saattaa parantua, kun heille saadaan säännöllinen lääkitys.

5.2 Kotona asumista tukevien palveluiden kehittämiskohteet

Taulukossa 6 esitetään yhteenveto esille tulleista palveluiden kehittämiskohteista. Palveluita haluttiin lisää niin sairauksia/fysiologisia (mm. fysioterapia), omaisten/omaishoitajien (mm. omaisten roolin esiinnostaminen), psykososiaalisia (mm. masentuneiden palvelut) ja muita (mm. päihdepalvelut) tarpeita varten.

5.2.1 Dementoituvien palvelut

Neljässätoista kunnassa tuotiin esille, että dementoituville pitäisi kehittää lisää palveluita (taulukko 6). Kuudessa kunnassa mainittiin, että palvelujen piiriin tulee toisinaan keskivaikeaa dementiaa sairastavia vanhuksia, joista ei ole ennen kuultu. Diagnosoinnissa on siten puutteita. Dementoivan sairauden varhainen toteaminen on oleellista, jotta lääkitys ja muut tukitoimet saadaan aloitettua mahdollisimman aikaisessa vaiheessa. Lääkitys tukee dementoituvan toimintakykyä parhaiten silloin, kun se aloitetaan ajoissa. Lääkityksen avulla on mahdollista vähentää esimerkiksi käytöshäiriöitä. Jos tukitoimet, kuten kotipalvelu ja intervallihoito, aloitetaan liian myöhään, vanhus ei totu niihin. SAS-ryhmäläisten mukaan dementoiviin sairauksiin liittyy usein häpeän tunne, eikä sairautta haluta tunnustaa. Haastatteluissa tuli ilmi, että esimerkiksi valtakunnallinen muistiseula saattaisi olla tarpeen, jotta dementoivat sairaudet löydettäisiin nykyistä paremmin. Tällä hetkellä muistitesteihin hakeutuminen on kiinni vanhuksen omasta aktiivisuudesta.

Kuntien edustajien mukaan dementoituneille vanhuksille pitäisi tarjota toimintakykyä ylläpitävää viriketoimintaa. Toimintaan voisi kuulua esimerkiksi yksinkertaisten pelin pelaamista, keskustelua ja yleistä seurustelua. Kahdessa kunnassa mainittiin muistikuntoutus toimivana palveluna, johon pitäisi resursoida lisää voimavaroja. Yhdessä kunnassa oli hyviä kokemuksia dementoituneiden vanhusten yhteisöasumisesta. Dementoituvia oli rauhoittanut toisen ihmisen läsnäolo. Yhteisöperiaatetta ei ole

Taulukko 6. Yhteenveto kehittämiskohteista.

Kehittämiskohde		N	%
Dementoituvien palvelut	Dementoituvien palvelut	14	87,5
Fyysiseen toimintakykyyn ja ympäristöön vaikuttaminen	Fysioterapia	11	68,8
	Fyysisen ympäristön muutokset	5	31,3
Omaisten/omaishoitajien tukeminen	Omaishoitajien palvelut	16	100,0
	Omaisten roolin esiinnostaminen	5	31,3
Psykososiaalinen tukeminen	Masentuneiden palvelut	14	87,5
	Päihdepalvelut	3	18,8
Muut	Kuljetuspalvelu	5	31,3
	Palveluneuvonta	4	25,0

kuitenkaan hyödynnetty vielä juurikaan suomalaisessa vanhustenhuollossa.

Haastatteluissa tuli esille, että vanhuksilla ja heidän omaisillaan ei ole useinkaan vielä tarpeeksi tietoa dementoivista sairauksista, minkä vuoksi niistä tiedottamista tulisi lisätä. Tietämättömyys aiheuttaa sitä, ettei muistitesteihin hakeuduta riittävän ajoissa.

5.2.2 *Fyysiseen toimintakykyyn ja ympäristöön vaikuttaminen*

Fysioterapia

Fyysistä toimintakykyä tukevien palveluiden kehittämisen tarvetta oli yhdessätoista kunnassa (taulukko 6). Kuntosalitoiminnan lisäämistä pidettiin kunnissa tärkeänä, koska lihasvoiman ylläpitäminen voi hidastaa rappeutumista ja ehkäistä kaatumisia. Kuntosalilla harjoittelu voi siten ehkäistä liikuntakyvyn heikkenemistä, mikä taas edistää kotona asumista. Toisaalta todettiin, että vanhusten saattaisi olla helpompi motivoitua liikuntaan, jos sillä olisi jokin selkeä tarkoitus, kuten puiden pilkkominen. Liikunnan pitäisi toisin sanoen olla toiminnallista ja hyödyllistä.

Kotikuntoutukselle eli kotona tehtäville liikunnallisille tai toiminnallisille harjoitteille olisi haastateltavien mukaan selkeästi enemmän tarvetta kuin tällä hetkellä on tarjontaa. Vain kahdessa kunnassa mainittiin, että vanhukset tarvitsivat laitospalveluita. Siihen voisi sisältyä tiedottamista sairauksien ennaltaehkäisemisestä, ravitsemuksesta ja unen merkityksestä. Laitosjakso voisi tuoda kaivattua vaihtelua vanhusten elämään. Se voisi olla tarpeen myös leskeksi jääneille, jotta he saisivat elämänrytminsä takaisin.

Fyysisen ympäristön muutokset

Viidessä kunnassa tuotiin ilmi, että kodin fyysisen ympäristön pitäisi tukea selviytymistä paremmin (taulukko 6). Asunnonmuutostyöt, apuvälineet ja hissien rakentaminen voisivat parantaa vanhusten kotona selviytymisen edellytyksiä. Fyysisten puitteiden muokkaaminen voisi vähentää kaatumisia.

5.2.3 *Psykososiaalinen tukeminen*

Masentuneiden palvelut

Masentuneille vanhuksille suunnattavien palveluiden lisäämistarve mainittiin kaikissa muissa paitsi kahdessa kunnassa (taulukko 6). Kuntien viranomaisten mukaan lääkitys pitäisi saada ensin kuntoon, jotta vanhus pääsisi pahimman masennuksen yli. Masentuneen vanhuksen aktivointi on usein vaikeaa, minkä vuoksi alkuvaiheessa palveluita pitäisi tarjota kotiin. Masentunutta pitäisi aktivoida konkreettisesti, esimerkiksi psykiatristen sairaanhoitajien kotikäynnit voisivat olla tarpeen. Kunnissa esitettiin, että myös järjestösektori voisi tarjota henkilökohtaista tukea. Vanhusten tarpeisiin pohjautuvaa mielekästä ryhmätoimintaa ei ole toistaiseksi tarpeeksi. Tällainen toiminta on tärkeää, koska se voisi lievittää yksinäisyyden kokemuksia ja vähentää myös masentuneisuutta. Siihen voisi sisältyä esimerkiksi käsitöiden tekemistä, liikuntaa tai ruuan laittamista. Ohjatun toiminnan lisäksi vanhukset kaipaivat keskustelutukea ja kuulluksi tulemistä. Nykyisen vanhustenhuollon yksi keskeinen ongelma SAS-ryhmien mukaan on, että kukaan ei juuri ehdi kuuntelemaan vanhuksia. Keskustelu jonkun kanssa voisi purkaa masentuneisuuden tunteita ja toimia siten myös ennalta ehkäisevästi.

Päihdepalvelut

Kolmessa kunnassa tuotiin esille, että vanhuksille ei ole olemassa tällä hetkellä erityisiä päihdepalveluita, vaikka niille olisi tarvetta (taulukko 6).

5.2.4 *Omaishoitajien/omaisten tukeminen*

Omaishoitajien palvelut

Kaikissa kunnissa mainittiin, että omaishoitajia tukevia palveluita pitäisi kehittää lisää (taulukko 6). Haastateltavat totesivat, että omaiset tarvitsevat enemmän tietoa sairauksista ja saatavilla olevista palveluista. Yksi ongelma on se, että omaisilla ei välttämättä ole tarpeeksi tietoa, minkä vuoksi heidän voi olla toisinaan vaikeaa ymmärtää esimerkiksi dementoituvan käyttäytymistä. Dementoituvan omaisille voisi järjestää esimerkiksi sopeutumisvalmennuskursseja. Palvelujärjestelmän tunteminen on myös monin tavoin puutteellista, sillä esimerkiksi kotipalvelun mahdollisuuksista ei kuntien edustajien kokemusten mukaan välttämättä tiedetä paljoakaan.

Haastatteluissa omaishoitajien keskeiseksi ongelmaksi osoittautui se, että hoidettavalle ei ole saatavissa hoitajaa kotiin hoitajan harrastusten tai muiden menojen ajaksi. Kotimiespalvelu eli hoitajan saaminen kotiin olisi tärkeää etenkin dementoituvien omaisille, sillä lyhytaikaishoito esimerkiksi tehostetun palveluasumisen yksikössä voi sekoittaa dementoituvaa vanhusta. Toinen vaihtoehto olisi, että vanhuksen voisi viedä muutamaksi tunniksi kodin ulkopuoliseen hoitopaikkaan. Lyhytaikaishoidon lisäksi tarvitaan joustavia ratkaisuja, jotka antaisivat hoitajalle vapaata. Muuten vaarana on hoitajan väsyminen. Kun vanhuksen hoito on järjestetty, omaishoitajille pitäisi tarjota mahdollisuuksia toistensa tapaamiseen joko virkistyspäivien tai vertaisryhmien muodossa.

Kuntien edustajien mukaan omaishoitotuen kriteereitä pitäisi yhtenäistää niin, että tuen saamisperusteet ja suuruus olisivat samanlaisia joka paikassa. Voi olla niin, että hoitaja ei saa tukea kunnan tiukan taloudellisen tilanteen vuoksi, mikä voi kuormittaa häntä entisestään. Tuen saamiselle on usein hyvin tiukat kriteerit, ja lisäksi sen rahallinen määrä on melko pieni.

Hoidettavalle ja hoitajalle voisi haastateltavien mielestä olla tarjolla yhteisiä virkistyspäiviä, sillä hoidettava ei useinkaan halua osallistua sellaisiin yksin. Kun puolisoista tulee omaishoitaja, kummankin puolison rooli muuttuu. Muutoksen käsittelyssä saattaisi tuki olla tarpeen. Asunnon muutostyöt ovat niin ikään tärkeitä, koska kodin pitää soveltua hoitamiseen. Dementoituvien vanhusten omaishoitajat voivat olla myös erityisen tukihenkilön tarpeessa, joka voisi tukea hoitamisessa ja antaa tietoa palveluista ja sairaudesta.

Omaisten roolin esiin nostaminen

Haastatteluissa ilmeni, että julkinen palvelujärjestelmä ei aina ota omaisia tarpeeksi hyvin huomioon. Heidät pitäisi aktivoida osallistumaan enemmän vanhusten arkeen ja tekemään yhteistyötä julkisten palveluiden työntekijöiden kanssa (taulukko 6.) Yhteistyön lisäämiseksi voisi esimerkiksi kurssi olla sopiva toimintamuoto. Omaisten toiminta saattaa ehkäistä masennusta ja yksinäisyyttä.

5.2.5 Muut tekijät

Kuljetuspalvelu

Haastatteluissa ilmeni, että eräs vanhusten ongelma on kuljetuspalvelujen puute (taulukko 6). Esimerkiksi liukas keli talviaikaan voi estää vanhuksen liikkumisen. Aktivoivat toimet eivät hyödytä, jos niihin ei pääse osallistumaan.

Palveluneuvonta

SAS-ryhmäläisten kokemusten mukaan vanhukset eivät useinkaan tiedä, mihin kunnallispalveluihin he ovat oikeutettuja. Heillä ei ole myöskään aina tietoa niiden sisällöistä. Palveluista tiedottamiseen pitäisi panostaa nykyistä enemmän, jotta vanhukset osaisivat hyödyntää niitä paremmin (taulukko 6.)

5.3 Yhteenveto kuntatyypeittäin

Kotona asumista vaikeuttavat tekijät ja palveluiden kehittämistarpeet yhdistettiin kunnittain, jotta saataisiin selville kuntakohtaisia eroja. Niitä löytyi tarkasteltaessa aineistoa kuntatyypeittäin. Jaottelut väestömäärän, vanhushuoltosuhteen ja tilastollisten taustatekijöiden (yli 75-vuotiaiden osuus väkiluvusta ja asumis- ja laitospalveluissa asuvien yli 75-vuotiaiden osuus ikäryhmästä) mukaan olivat tulkittavissa kuntien rakenteellisten tekijöiden kautta. (Taulukot 7 ja 8, s. 26.)

5.3.1 Kotona asumista vaikeuttavat tekijät

Maaseudun ongelmia olivat erityisesti yksinäisyys ja pitkät välimatkat, joiden voidaan katsoa olevan kiinteässä yhteydessä toisiinsa. Yksinäisyys oli siten yleisintä maaseudulla, jossa välimatkat olivat pitkät. Mikään kotona asumista vaikeuttava ongelma ei ollut yleisin taajamissa. Erityisesti kaupunkien kotona asumisen vaikeuksia olivat puolestaan alkoholinkäyttö, kotipalvelusta kieltäytyminen ja asunnon puutteet.

Heikko ravitsemus, lääkehoidossa ilmenevät ongelmat, alkoholinkäyttö ja kaltoinkohtelu olivat harvinaisimpia maaseudulla. Omaisten painostus, yksinäisyys ja omaishoitajan väsyminen olivat taas vähäisimpiä ongelmia taajamissa. Pitkiä välimatkoja oli vähiten kaupunkimaisissa kunnissa. (Taulukko 7.)

5.3.2 Kehittämiskohteet

Kehittämiskohteiden suhteen yksittäisten kuntatyyppien välillä ei ollut niin suuria eroja kuin kotona asumista vaikeuttavissa tekijöissä. Mitään palvelua ei toivottu selvästi eniten maaseudulla. Omaisten roolin esiin nostamista ja palveluneuvontaa haluttiin suhteessa eniten erityisesti taaja-

missa. Fyysisen ympäristön muutokset olivat taas toivotuimpia kaupungeissa. (Taulukko 8.)

Päihdepalvelua, palveluneuvontaa ja kuljetuspalveluita toivottiin lisää suhteessa vähiten maaseudulla. Fyysisen ympäristön muutoksia haluttiin vähiten taajaan asutuissa kunnissa. Omaisten roolin esiin nostamista toivottiin suhteessa vähiten kaupungeissa.

Taulukko 7. Kotona asumista vaikeuttavat tekijät kuntatyypeittäin.

Vaikeuttava tekijä		Maaseutu (N = 5)	Taajama (N = 4)	Kaupunki (N = 7)
Sairaudet	Dementoivat sairaudet	5	4	7
	Muut sairaudet	5	4	7
Psykososiaaliset ongelmat	Turvattomuus	5	4	7
	Masennus	4	4	6
	Yksinäisyys	5	2	5
	Alkoholinkäyttö	1	2	6
Omaisiin liittyvät ongelmat	Omaishoitajan väsyminen	5	2	7
	Omaisten painostus	3	1	4
	Kaltoinkohtelu	1	2	4
Asuinympäristöön liittyvät tekijät	Asunnon puutteet	3	4	7
	Pitkät välimatkat	4	2	1
Muut tekijät	Kotipalvelusta kieltäytyminen	1	2	5
	Heikko ravitsemus	1	2	3
	Ongelmat lääkähoidossa	1	1	2

Taulukko 8. Kehittämiskohteet kuntatyypeittäin.

Kehittämiskohde		Maaseutu (N = 5)	Taajama (N = 4)	Kaupunki (N = 7)
Dementoituvien palvelut	Dementoituvien palvelut	4	4	6
Fyysiseen toimintakykyyn ja ympäristöön vaikuttaminen	Fysioterapia	4	3	4
	Fyysisen ympäristön muutokset	2	-	3
Omaisten/omaishoitajien tukeminen	Omaishoitajien palvelut	5	4	7
	Omaisten roolin esiin nostaminen	1	3	1
Psykososiaalinen tukeminen	Masentuneiden palvelut	4	3	7
	Päihdepalvelut	-	1	2
Muut tekijät	Kuljetuspalvelu	1	1	3
	Palveluneuvonta	-	2	2

6 Pohdinta

6.1 Kotona asumista vaikeuttavat tekijät

Kotona asumista vaikeuttavia tekijöitä tarkasteltaessa on tärkeää ymmärtää niiden holistinen luonne. Kun arvioidaan yksittäisen vanhuksen kotona selviytymisen tilannetta, on hyvä tiedostaa kotona asumista vaikeuttavien tekijöiden väliset, usein monimutkaiset yhteydet.

Kirjallisuuden mukaan dementoituminen on merkittävin vanhusten kotona asumista uhkaava tekijä (Aguero-Torres ym. 1998). Tämä todettiin myös kunnissa. SAS-työntekijät kertoivat, että dementoituminen vaarantaa kotona asumisen erityisesti siitä syystä, että dementoituva vanhus ei kykene toimimaan yhteistyössä kotipalvelun kanssa eli avunsaanti kotiin vaikeutuu. SAS-ryhmien edustajat totesivat sen sijaan yleisesti, että kotona asuminen on usein mahdollista pitkäänkin fyysisen toimintakyvyn heikkenemisestä huolimatta, vaikka aiempien tutkimusten mukaan heikko suoriutuminen ja avun tarvitseminen ADL- ja IADL-toiminnossa ennakoivat vanhainkotiin muuttamista (Friedman ym. 2006, 460, Laukkanen ym. 2000). Tehokkaasti toimiva kotipalvelu voi SAS-ryhmäläisten mukaan kuitenkin useimmiten kompensoida fyysisiä puutteita, kunhan vain vanhus kykenee yhteistyöhön auttajien kanssa. On kuitenkin kyseenalaista, onko kotona asuminen tehostetun kotipalvelun turvin aina vanhuksen etu, koska tämä ei useinkaan pääse kodistaan ulos vaan on sisätilojen vanki (ks. Tedre 2006).

Mitä vakavampia sairaudet tai oireet ovat, sitä enemmän tarvitaan apua (Laukkanen ym. 2000). Terveyden heikentyminen on siten oleellinen, mutta ei kuitenkaan ainoa laitosasumiseen muuttamiseen johtava tekijä (Steverink 2001). SAS-työntekijät totesivat kuitenkin hyvin yleisesti, että sairaudet ja erityisesti tilanteen kärjistyminen ovat keskeinen muuttamiseen johtava tekijä, koska osastohoito edeltää useimmiten asumis- ja laitospalveluihin siirtymistä. Vaikka heikentyneitä terveydentilaa on mahdollista kompensoida esimerkiksi omaishoitajan avulla, terveydentilan heikentyminen, kuten dementoitumisen eteneminen, johtaa ennen pitkää laitosasumiseen muuttamiseen.

Psykososiaaliset ongelmat tulivat haastatteluissa voimallisemmin esille kuin aikaisemmissa tutkimuksissa. Tämä voi johtua esimerkiksi siitä, että haastatteluihin osallistui eniten sosiaalityöntekijöitä, jotka saattavat olla herkempiä havaitsemaan

tämäntyyppisiä ongelmia. Tosin aikaisempien tutkimusten esiintymisluvut ovat yksilötason frekvenssejä, kun taas tämän selvityksen luvut kertovat kuntatason esiintyvyydestä. Näitä lukuja ei siten voi täysin verrata toisiinsa.

Turvattomuus, masentuneisuus, yksinäisyys ja alkoholinkäyttö olivat usein yhteydessä toisiinsa. Kunnissa tuotiin usein ilmi, että turvattomuutta, masentuneisuutta ja yksinäisyyttä on tyyppillisesti vaikea erottaa toisistaan. Vain viidessä kunnassa oli käytössä myöhäisiä depressioseula eli GDS-15-luokitus, minkä vuoksi SAS-ryhmien arviot ainakaan masentuneisuuden yleisyydestä eivät todennäköisesti aivan vastaa todellisuutta. Psykososiaalisten ongelmien arviointi on kuitenkin vaikeaa, koska niiden mittaamiseen ei ole toistaiseksi olemassa hyviä välineitä. Toisaalta psykososiaaliset ongelmat ovat niin moniulotteisia ja subjektiivisia, että niitä olisi vaikeaa mitata objektiivisen mittarin avulla. Esimerkiksi turvattomuus voi johtua hyvin monista tekijöistä. Raution (1999) Stakesin Palvelurakenteen muutoksenhallinta-aineistoon (n = 4 171) pohjautuvassa tarkastelussa turvattomuutta aiheuttivat heikko fyysinen toimintakyky, huonot aistitoiminnot, yksinäisyys, yksin asuminen, rauhaton ympäristö, riittämätön avunsaanti ja sairaalassa oleminen viimeisen vuoden aikana. Turvattomuuden vakavuuden arviointi on todennäköisesti vaikeaa kokeneellekin SAS-työntekijälle, koska sen ilmenemismuodot voivat olla hyvin erilaisia.

Yksinäisyys oli SAS-ryhmien mukaan ongelma erityisesti maaseudulla. Näissä kunnissa oli keskimääräistä suurempi vanhushuoltosuhte, eli vanhuksia oli paljon. On mielenkiintoista, että yksinäisyys oli paljon yleisempää niissä kunnissa, joissa oli vanhusväestöä enemmän. Ikätovereista ei näin ollen ole toisilleen seuraa. On kuitenkin todettu, että syrjäkylällä matkat naapureihin ovat pitkiä, ja samanikäistä seuraa siellä ei juuri ole (Laitinen ja Pohjola 2001, 93). Aineiston kunnista pitkiä välimatkoja oli niissä, joissa mainittiin myös yksinäisyys. Myös hoivaköyhyys eli sopivien palveluiden puute voi olla yhteydessä yksinäisyyteen. Alkoholinkäyttö oli yleisintä SAS-ryhmien kertoman mukaan kaupungeissa ja harvinaisinta maaseutumaisissa kunnissa, mikä voi johtua siitä, että maaseutu on ollut vanhastaan raitista aluetta. Toisaalta saattaa olla mahdollista, ettei alkoholin ongelmakäyttö aina tule SAS-työntekijöiden tietoon, jolloin heidän käsityksensä ongelman laajuudesta ovat harhaisia.

Aineistossa ei erikseen tuotu esille yksin asumista kotona asumista vaikeuttavana tekijänä, vaikka aiemmissa tutkimuksissa (Rozzini ym. 2006) on havaittu, että laitostumisen riski kasvaa yksin asuvilla. Toisaalta SAS-työntekijät tarkastelivat vanhusten kotona selviytymistä palvelujärjestelmästä käsin, ja he korostivat ennen kaikkea kotipalvelun merkitystä kotona asumisen tukemiseksi. Yksin asuminen liitettiin haastattelussa kuitenkin turvattomuuden kokemuksiin.

Omaishoitajien väsyminen oli SAS-ryhmäläisten mukaan merkittävä kotona asumista uhkaava riskitekijä. Kuormittumisen riskiä lisäsi tukipalveluiden riittämättömyys ja omaishoitajien korkea ikä. Myös aikaisempien tutkimusten mukaan omaishoitajan kuormittuminen on selvä kotona asumisen uhka (ks. Tsuji ym. 1995; Chenier 1997; Nuutinen ja Raatikainen 2004; Rozzini ym. 2006). Omaishoitajalle voi kehittyä fyysisiä ja psyykkisiä ongelmia kuormittumisen seurauksena, ja hän itse voi joutua ulkopuolisen hoidon tarpeeseen (Levine 1999). Toisaalta on havaittu, että terveydenhuollon ammattilaiset pitävät omaishoitajia usein rasittuneempina kuin nämä itse kokevat olevansa (Kinnunen 2002, 31). Tämän selvityksen tulokset ovat tosin viranomaisarvioita vanhusten tilanteesta, ja omaishoitajia haastatteleamalla olisi saatettu saada erilaisia tuloksia.

Steवरink (2001) havaitsi tarkastelussaan, että lähiomaisilla oli ollut suurin merkitys hollantilaisten vanhusten vanhainkotiin hakeutumiseen. Läheisten painostuksen takana on useimmiten huoli vanhuksen selviämisestä (ks. Laatikainen 2006). Omaisten painostus mainittiin puolessa kunnista. SAS-ryhmäläiset toivat esille, että omaiset eivät halua ottaa vastuuta esimerkiksi vanhuksen kaatumisesta kotioloissa vaan he haluavat turvata vanhuksen elinolot. Turvallisuuden maksimointi ei kuitenkaan yleensä ole vanhusten oma toivomus, koska he haluavat useimmiten asua kotona vaikka omainen kannustaisi muuttamaan palveluasumiseen. Ala-Nikkolan (2003) mukaan toisten omaisten näkemykset otetaan huomioon SAS-toiminnassa, kun taas toisten yhteydenottoja pidetään painostuksena. Voi olla, että SAS-työntekijöillä oli hieman väritynyt ja painottunut kuva omaisten painostuksesta.

Asunnon puutteet olivat kaikkein yleisin ongelma kaupungeissa. Hissittömiä kerrostaloja, jotka voivat tehdä itsenäisestä asumisesta mahdotonta, mainittiin olevan vain kaupungeissa. Kaupungeissa asuvilla on usein suuremmat asumista koskevat

vaatimukset etenkin maaseudulla asuviin verrattuna. Puutteellisesti varustetuissa asunnoissa asui vuonna 1998 13 % yli 75-vuotiaista, ja se oli yleisempää maaseudulla kuin kaupungissa (Vaarama ja Kaitsaari 2002, 127). Mikäli ikääntynyt on asunut pitkään samassa asunnossa maaseudulla, hän on todennäköisesti oppinut sopeutumaan puutteellisiin oloihin vuosikymmenien myötä. Tosin aivan uusi-kin taajamassa sijaitseva asunto voi olla ikäihmisen näkökulmasta puutteellinen, kuten erään kunnan SAS-työntekijä totesi. Hänen mukaansa liian pieni makuuhuone voi tehdä asumisesta mahdotonta, ellei siellä pysty käyttämään apuvälineitä.

Vain neljän kunnan SAS-ryhmäläiset toivat esille, että lääkehoidossa ilmenevät ongelmat voivat haitata kotona asumista. Tämä oli hieman yllättävää, koska lääkehoito voi aiheuttaa hyvin monenlaisia ongelmia (ks. Kivelä 2008). Voi kuitenkin olla, että ongelmia oli paljon enemmän, mutta niitä ei tunnistettu, koska Kivelän (2008, 361, 364) mukaan lääkeaineilla voi olla hyvin monenlaisia itsenäistä selviytymistä haittaavia vaikutuksia, kuten sekavuus, käytöshäiriöt, huimaus, unihäiriöt ja kaatuilu. Lääkehaitta voi ilmentyä kuitenkin hyvin monenlaisina oireina (Kivelä 2008, 361, 364). Saattaa olla vaikeaa tietää, mikä oire johtuu nimenomaan lääkityksestä. Toisaalta haastatteluihin osallistui lääkäri vain seitsemässä kunnassa, mikä saattoi vaikuttaa siihen, ettei lääkityksestä puhuttu paljon.

Iän kertymisen ei mainittu olevan kotona asumista vaikeuttava tekijä, vaikka Vaaraman (2004, 146) tarkastelussa hyvän toimintakyvyn todennäköisyys väheni joka vuosi 10 % vanhuksen täytettyä 75 vuotta. Iän lisääntyminen on kuitenkin kiinteässä yhteydessä edellä mainittuihin vaikeuksiin, kuten dementoitumiseen. Sukupuolta ei niin ikään tuotu erikseen esille, vaikka naisia asuu tilastotietojen (Sosiaali- ja terveystieteen ... 2007) mukaan miehiä enemmän asumis- ja laitospalveluissa. Saattaa olla, että kronologinen vanheneminen ja sukupuoli nähtiin kunnissa ikään kuin itsestäänselvyyksinä, joita ei pidetty tarpeellisena erikseen mainita.

Aikaisemmin ei ole tutkittu sitä, miten kotipalvelusta kieltäytyminen vaikuttaa kotona asumiseen. Tämä voi johtua siitä, että ilmiö on vahvasti kulttuurisidonnainen. Tiedetään kuitenkin, että vanhukset voivat laiminlyödä myös itse itseään, jos he ovat kykenemättömiä tai haluttomia ottamaan vastaan hoitoa (Dyer ym. 2005). Kotipalvelusta kieltäytyminen oli SAS-työntekijöiden käsitysten mukaan yleisintä kaupungeissa ja harvinaisinta maaseudulla. Palvelun saaminen voi olla vaikeam-

paa pienillä paikkakunnilla, minkä vuoksi siitä ei haluta kieltäytyä.

Ravitsemustilan häiriö voi Suomisen (2008) mukaan vaikeuttaa kotona asumista hyvin monella eri tavalla. Sen seurauksena esimerkiksi infektioherkkyys lisääntyy ja hoidon teho huononee. Vain viisi haastateltavaa mainitsi, että heikko ravitsemus vaikeuttaa kotona asumista. Toisaalta vain yksi SAS-ryhmä mainitsi, että heillä oli käytössään erityinen ravitsemusmittari, mikä voi vaikuttaa siihen, ettei tätä ongelmaa ollut havaittu laajemmin.

Seitsemän SAS-ryhmän jäsenet kertoivat, että he olivat havainneet työssään epäasianmukaista vanhusten kohtelua. Suoranainen väkivaltainen käytös tuotiin esille kuitenkin vain yhdessä kunnassa. Kaltoinkohtelun esiintyvyydestä Suomessa ei ole kovin tarkkoja lukuja, koska kyseessä on piilossa oleva ja monimuotoinen asia. Ainoastaan perheväkivallasta on saatavilla esiintyvyydelukuja (ks. Kivelä ym. 2001). Palvelujärjestelmän edustajat toivat kaltoinkohtelun, kuten taloudellisen hyväksikäytön ja avio-ongelmat, todennäköisesti voimallisemmin ilmi kuin läheiset itse kertoisivat esimerkiksi lomakekyselyssä.

6.2 Kotona asumisen tukeminen

SAS-ryhmäläisiltä ei kysytty, millaista kuntoutusta vanhukset tarvitsivat (ks. liite 3), vaan millaisin toimin kotona asumista voitaisiin entistä paremmin tukea. Jos olisi kysytty pelkästään, millaista kuntoutusta vanhukset tarvitsevat, saatu aineisto olisi todennäköisesti ollut paljon suppeampi. Tämä ei kuitenkaan kerro kuntoutuksen tarpeen puuttumisesta vaan lähinnä siitä, että käsite on vielä melko tuntematon ja muotoutumaton. Kotiin annettavien palvelujen lisäämistarve tuli korostuneesti esille. Myös tiedon lisäämistä esimerkiksi olemassa olevista palveluista korostettiin.

Vanhusten palvelujen kehittämiskohteissa ei tullut ilmi dementoitumista ehkäiseviä toimia, vaikka esimerkiksi virikkeellinen henkinen aktiivisuus voi edistää kognition säilymistä (Watanabe 1996; Alagiakrishnan ym. 2006). Haastattelussa korostettiin diagnosoinnin tehostamista, jotta mm. dementoituville saataisiin ajoissa lääkitys. Myös aiemmin (Eloniemi-Sulkava ja Pitkälä 2006) on mainittu, että varhainen diagnosointi on erittäin tärkeää dementoituvien hoidossa. Niin ikään kuntoutuksen aloittaminen olisi tärkeää heti taudin alkuvaiheessa (Pirttilä 2004). SAS-ryhmät

mainitsivat, että dementoituvat vanhukset tarvitsivat enemmän viriketoimintaa. Se voisi olla kognitiivisen kuntoutuksen yksi elementti, vaikka haastateltavat eivät sen tyyppisestä kuntoutuksesta puhuneetkaan. Kahdessa kunnassa tosin mainittiin muistikuntoutus toimivana palvelumuotona, joka kaipasi lisää resursseja. Aiemmat tutkimukset eivät kuitenkaan ole toistaiseksi olleet kovin yksimielisiä siitä, millainen vaikutus kognitiivisella kuntoutuksella on toimintakykyyn. Tiedossa kuitenkin on, että kognitiivisiin stimulaatioihin perustuva kuntoutus tulee aloittaa mahdollisimman varhain, jotta se olisi mahdollisimman tehokasta (Hokkanen 2004). Liikunnan merkitystä ei sen sijaan tuotu esille dementoituvien vanhusten kohdalla. Liikkumisen on kuitenkin todettu edistävän myös dementoituvien toimintakykyä (Viramo 2008).

Kuntoutus käsitettiin kunnissa pääosin fyysisen toimintakykyyn vaikuttamiseksi. Liikunnan tärkeyttä toimintakyvyn ylläpidolle korostettiin, ja kunnissa tiedostettiin hyvin liikunnan positiiviset vaikutukset kotona selviytymiseen. Liikuntaa säännöllisesti harrastavilla vanhuksilla on esimerkiksi paremmat lihasvoimat kuin samanikäisillä fyysisesti passiivisilla (Sipilä ym. 2008, 117). SAS-ryhmäläiset pitivät kuntosalilla harjoittelua hyvänä toimintamuotona, mutta samalla he korostivat toiminnallisen liikunnan ja kotikuntoutuksen lisäämisen tarvetta. Oleellista olisi siten heidän mukaansa saada liikunta sidottua osaksi vanhusten arkitoimintoja. Laitoskuntoutusta ei pidetty yleisesti ottaen hyvänä toimintamuotona, koska vaarana on toiminnan lyhytjänteisyys. Vain kahdessa kunnassa mainittiin, että laitoskuntoutus voisi olla hyvä toimintamuoto leskeksi jäämisen jälkeen tai yleisen virkistäytymisen vuoksi.

Fyysisen ympäristön muutoksia toivottiin vain viidessä kunnassa, joista kolme oli kaupunkia. Tämä voi johtua siitä, että vanhusten todettiin usein voivan jatkaa itsenäistä asumista, mikäli he muuttavat sellaiseen asuntoon, jossa toimiminen on vanhalle ihmiselle helpompaa. Maaseudulla asuville vanhuksille muuttaminen on usein ainoa järkevä vaihtoehto jo pitkien välimatkojen vuoksi. Toisaalta voi olla niin, että esimerkiksi apuvälineiden ja teknisten ratkaisujen mahdollisuuksia ei vielä tunnusteta kovin hyvin, minkä vuoksi niitä ei mainittu.

Vanhus, jonka fyysinen toimintakyky on merkittävästi heikentynyt, voi pärjätä kotihoidossa, mikäli tukiverkosto on riittävä (Valvanne ja Noro 1999, 1593). Esimerkiksi puolison kanssa asuminen vä-

hentää merkittävästi laitostumisen riskiä (Nihtilä ja Martikainen 2008). Kaikkein paras tilanne on niillä, joille apua antavat puolison lisäksi myös lapset (Boaz ja Hu 1997). Kunnissa todettiin, että omaishoitaminen on keskeinen vanhusten selviytymistä edesauttava resurssi, jota ei tällä hetkellä tueta läheskään riittävästi. SAS-ryhmäläiset toivoivat omaishoitajien tueksi hyvin monenlaisia toimia, kuten lomituspäiviä, virkistyspäiviä ja rahallisen tuen lisäämistä. Yhtenä ongelmana pidettiin omaisten puutteellisia tietoja esimerkiksi dementoivista sairauksista, mikä voi vaikeuttaa hoitamista. Toivottu toimintamuoto olivat myös erilaiset sopeutusvalmennuskurssit, joita voisi sisällyttää esimerkiksi omaishoitajille suunnattavaan kuntoutukseen. Kuntoutuksesta ei sen sijaan juurikaan puhuttu. Eräässä kunnassa mainittiin kuitenkin omaishoitajien kuntoutusprojekti, josta oli saatu hyviä kokemuksia. Toimintaan oli sisällynyt mm. kuntotestauksia ja psykologin tapaamisia.

Kunnissa tuotiin esille myös, että omaisten roolia voisi ylipäättäen lisätä vanhusten tukemisessa, vaikka kyseessä ei olisi varsinainen omaishoitosuhte. Olisi tärkeää ottaa omaiset mukaan mitä tahansa kuntoutusinterventiota suunniteltaessa. On kuitenkin hyvä tiedostaa, että läheskään kaikkien vanhusten omaisilla ei ole mahdollisuutta toimia omaishoitajana tai muuten osallistua aktiivisesti vanhuksen tukemiseen esimerkiksi pitkän välimatkan vuoksi.

Masentuneille vanhuksille toivottiin lisää keskustelutukea ja ylipäänsä kuulluksi tuleamista. SAS-ryhmäläiset toivat esille, että jo pelkkä keskustelu voisi usein toimia ennalta ehkäisevästi. Myös psykiatristen sairaanhoitajien kotikäyntejä toivottiin etenkin sairauden alkuvaiheessa, koska masentuneiden vanhusten aktivointi voi olla vaikeaa. Psykososiaalista kuntoutusta tukimuotona ei mainittu, vaikka sen mahdollisuudet on tunnistettu alan kirjallisuudessa (ks. Pitkälä ym. 2005). Toisaalta mainitut toimintatavat, kuten mielekäs ryhmätoiminta, voisivat olla yksi kuntoutuksen elementti (ks. Pitkälä ym. 2005).

7 Johtopäätökset

Tämä selvitys tarjosi tietoa siitä, mitkä tekijät vaikeuttavat vanhusten kotona asumista ja miten sitä voitaisiin entistä paremmin tukea. Tutkimuskysymyksiin vastattiin aikaisempien tutkimusten ja SAS-ryhmien haastatteluista koostuneen em-

piirisen aineiston avulla. Vastaavaa kartoitusta SAS-työntekijöiden näkemyksistä ei ole ennen tehty.

Keskeisimmät johtopäätökset olivat seuraavat:

- kotona asumista voivat vaikeuttaa tutkimusten mukaan hyvin monenlaiset eri tekijät, joita olivat sairaudet ja fyysinen heikkeneminen (kuten dementoituminen), psykososiaaliset tekijät (kuten turvattomuus), omaishoitajien ongelmat, asuinympäristöön liittyvät tekijät ja muut tekijät (kuten ikä ja sukupuoli)
- SAS-ryhmien käsitykset kotona asumista vaikeuttavista tekijöistä mukailivat pitkälti aiempien tutkimusten tuloksia
- keskeisimmät (yli puolessa kunnista) kotona asumisen ongelmat SAS-ryhmien mukaan olivat sairaudet (erityisesti dementoituminen), turvattomuus, masentuneisuus, yksinäisyys, omaishoitajan väsyminen/sairastuminen/kuolema ja asunnon puutteet
- yksinäisyys ja pitkät välimatkat olivat erityisesti maaseudulla asuvien vaikeuksia
- alkoholinkäyttö, kotipalvelusta kieltäytyminen ja asunnon puutteet olivat yleisimpiä ongelmia kaupungeissa
- vanhuskuntoutus voi olla aikaisempien tutkimusten mukaan niin dementoitumiseen vaikuttamista, fyysisen toimintakyvyn tukemista, psykososiaalisia interventioita kuin omaishoitajien tukemistakin
- keskeisimmät kehittämiskohteet SAS-ryhmien mukaan olivat dementoituvien, masentuneiden ja omaishoitajien tukeminen sekä fysioterapia
- SAS-ryhmät käsittivät vanhuskuntoutuksen vielä pääosin fyysisen toimintakykyyn vaikuttamiseksi.

Kirjallisuus

Aalto U. Pitkäaikaishoitoon Helsingissä vuosina 1978–1985 pyrkineiden laitoshoidon toteutuminen ja eliniän ennuste. Helsinki: Helsingin kaupungin terveystieteiden tutkimuskeskus, raportti 57/1991.

Aguero-Torres H, Fratiglioni L, Guo Z ym. Dementia is the major cause of functional dependence in the elderly: 3-year follow-up data from a population-based study. *Am J Publ Health* 1998; 88: 1452–1456.

Alagiakrishnan K, McCracken P, Feldman H. Treating vascular risk factors and maintaining vascular health: is this the way towards successful cognitive

- ageing and preventing cognitive decline? *Postgrad Med J* 2006; 82: 101–105.
- Alanen HM, Finne-Soveri H, Noro A ym. Use of antipsychotics in older home care in Finland. *Drugs & Aging* 2008; 24: 335–342.
- Ala-Nikkola M. Vanhustenhuollon käytännössä rakentuva asiakkuus: Palveluiden suunnittelu- ja organisointikäytäntöjen tarkastelua tapaustutkimuksen valossa. Julkaisussa: Lehto J, Natunen K. Vastaamme vanhusten hyvinvoinnista: Sosiaali- ja terveystalvujärjestelmän sopeuttaminen ikääntyneiden tarpeisiin. Helsinki: Suomen Kuntaliitto 2002: 46–56.
- Ala-Nikkola M. Sairaalassa, kotona vai vanhainkodissa? Etnografinen tutkimus vanhustenhuollon koti- ja laitoshuollon päätöksentekotodellisuudesta. Tampere: Tampereen yliopisto, Acta Universitatis Tampereensis 972, 2003.
- American Geriatrics Society AGS, and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panels on Falls Prevention. Guideline for the prevention of falls in older persons. *J Am Ger Soc* 2001; 49: 664–672.
- Anttila T, Helkala E-L, Viitanen M ym. Alcohol drinking in middle age and subsequent risk of mild cognitive impairment and dementia in old age: a prospective population based study. *Br Med J* 2004; 329: 539.
- Baker MW. Elder mistreatment: risk, vulnerability and early mortality. *Am Psychiatr Nurs Assoc* 2007; 12: 313–321.
- Ball K, Berch DB, Helmers KF ym. Effects of cognitive training interventions with older adults: a randomized controlled trial. *J Am Med Assoc* 2002; 288: 2271–2281.
- Boaz RF, Hu J. Determining the amount of help used by disabled elderly persons at home: the role of coping resources. *J Gerontol Ser B: Psychol Sci Soc Sci* 1997; 52: S317–324.
- Bruce ML, McAvay GJ, Raue PJ ym. Major depression in elderly home health care patients. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1367–1374.
- Cameron ID, Kurrle SE. 1: Rehabilitation and older people. *Med J Austr* 2002; 177: 387–391.
- Castrén S. Väestön ikääntymisen vaikutus asuntopolitiikkaan. Julkaisussa: Ritaranta T, toim. Asumistaso: Asuntopolitiikan ajankohtaiset suuntauukset 2004–2005. Helsinki: Suomen asuntoliitto, 2005: 69–72.
- Cattan M, White M, Bond J, Learmouth A. Preventing social isolation and loneliness among older people: A systematic review of health promotion interventions. *Ageing & Society* 2005; 25: 41–67.
- Chenier MC. Review and analysis of caregiver burden and nursing home placement. *Geriatr Nurs* 1997; 18: 121–126.
- Clare L, Woods RT, Moniz Cook ED, Orrell M, Spector A. Cognitive rehabilitation and cognitive training for early-stage Alzheimer's disease and vascular dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; 4: CD003260.
- Coehlo DP, Hooker K, Bowman S. Institutional placement of persons with dementia: what predicts occurrence and timing? *J Fam Nurs* 2007; 13: 253–277.
- Constanca P, Ayis S, Ebrahim S. Psychological distress, loneliness and disability in old age. *Psychol Health Med* 2006; 11: 221–232.
- Diener DD, Mitchell JM. Impact of a multifactorial fall prevention program upon falls of older frail adults attending an adult health day care center. *Topics Geriatr Rehab* 2005; 21: 247–257.
- Dorenlot P, Harboun M, Bige V, Henrard J, Ankri J. Major depression as a risk factor for early institutionalization of dementia patients living in the community. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005; 20: 471–478.
- Dyer CB, Toronjo C, Cunningham M ym. The key elements of elder neglect: A survey of adult protective service workers. *J Elder Abuse Neglect* 2005; 17: 1–10.
- Eloniemi-Sulkava U, Pitkälä K. Dementia inhimillisenä ja yhteiskunnallisena haasteena. Julkaisussa: Eloniemi-Sulkava U, Saarenheimo M, Laakkonen M-L ym, toim. Omaishoito yhteistyönä: iäkkäiden dementiaiperheiden tukimallin vaikuttavuus. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto, 2006: 15–26.
- Erkinjuntti T, Alhainen K, Rinne J. Muistihäiriö- ja dementia potilaan perustutkimukset. Terveyskirjasto (julkaistu 23.11.2007, viitattu 9.9.2008).

- Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=amh00009>.
- Finne-Soveri H, Noro A. Kotihoidon asiakasrakennne. Julkaisussa: Finne-Soveri H, Björkgren M, Vähäkangas P, Noro A, toim. Ikääntyneiden kotihoidon laatu ja asiakasrakennne: RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus, 2006: 61–86.
- Forkan R, Pumper B, Smyth N ym. Exercise adherence following physical therapy intervention in older adults with impaired balance. *Phys Ther* 2006; 86: 401–410.
- Fratiglioni L, Wang HX, Ericsson K, Maytan M, Winblad B. Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study. *Lancet* 2000; 355: 1315–1319.
- Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: Implications for improved targeting and care. *J Gerontol* 2004; 59: 255–263.
- Friedman SM, Steinwachs DM, Temkin-Greener H, Mukamel DB. Informal caregivers and the risk of nursing home admission among individuals enrolled in the program of all-inclusive care for the elderly. *Gerontologist* 2006; 46: 456–463.
- Gaugler JE, Kane RL, Kane RA, Newcomer R. Unmet care needs and key outcomes in dementia. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53: 2098–2105.
- Gill TM, Baker DI, Gottschalk M, Peduzzi PN, Allore H, Byers A. A program to prevent decline in physically frail, elderly persons who live at home. *N Engl J Med* 2002; 347: 1068–1074.
- Gilley DW, Bienias JL, Wilson RS, Bennet DA, Beck TL, Evans DA. Influence of behavioural symptoms on rates of institutionalization for persons with Alzheimer's disease. *Psychol Med* 2004; 34: 1129–1135.
- Gilman SE, Abraham HD. A longitudinal study of the order onset of alcohol dependence and major depression. *Drug Alcohol Depend* 2001; 63: 277–286.
- Graff MJL, Vernooij-Dassen MJM, Thijssen M, Dekker J, Hoefnagels WHL, Olde Rikkert MCM: Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: a randomised controlled trial. *Br Med J* 2006; doi:10.1136/bmj.39001.688843.BE.
- Grundy E. Ageing and vulnerable elderly people: European perspectives. *Age Soc* 2006; 26: 105–134.
- Haataja T, Ahti L, Kaasalainen M ym. Valvonnan avaimet: Selvitys vanhainkotien ja asumispalveluyksiköiden mitoitusperusteista. Helsinki: Etelä-Suomen lääninhallituksen julkaisu 44, 2001 (julkaistu 13.8.2001, viitattu 29.12.2008). Saatavissa: <<http://www.tesory.com/img/file/valvonta.pdf>>
- Hammar T, Perälä M-L, Rissanen P. Kotihoidon asiakkaiden avuntarve, palveluiden käyttö ja kustannukset. *Gerontologia* 2007; 21: 145–146.
- Hartikainen S, Kivelä S-L. Ikääntyvien ja iäkkäiden kuntoutus. Julkaisussa: Kallanranta TRP, Vilkkumaa I, toim. Kuntoutus. Helsinki: Duodecim, 2001: 440–451.
- Hebert R, Dubois MF, Wolfson C, Chambers L, Cohen C. Factors associated with long-term institutionalization of older people with dementia: data from the Canadian Study of Health and Aging. *J Gerontol Ser. A: Biol Sci Med Sci* 2001; 56: M693–699.
- Heikkinen R-L. Iäkkäiden jyvaskyläläisten yleisimmät mielialaongelmat ja niiden kehityssuunta kahdeksan vuoden seuruun aikana. Julkaisussa: Suutama T, Ruoppila I, Laukkanen P, toim. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn muutokset: Havaintoja Ikivihreät-projektin 8-vuotisesta seurututkimuksesta. Helsinki: Kansaneläkelaitos, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 42, 1999: 117–132.
- Heinola R, Kauppinen S, Kattainen E, Finne-Soveri H. Ikäihmistien kotona asuminen ja avopalveluiden ensisijaisuus. Julkaisussa: Voutilainen P, toim. Laatu laatusuosituksella? Ikäihmistien hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen seuranta ja arviointi. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus, Raportteja 2/2007: 29–35.
- Hinkka K, Karppi S-L, Ollonqvist K, ym. Geriatrisen kuntoutuksen arviointi: IKÄ-hankkeen menetelmät ja aineisto. Helsinki: Kansaneläkelaitos, Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 60, 2004.
- Hirvensalo M, Rasinaho M, Rantanen T, Heikkinen E. Liikunta. Julkaisussa: Heikkinen E, Rantanen

- T, toim. Gerontologia. Helsinki: Duodecim, 2008: 458–466.
- Hokkanen L. Kognitiivinen kuntoutus dementoivissa sairauksissa. Julkaisussa: Heimonen S, Voutilainen P, toim. Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus. Helsinki: Tammi, 2004: 22–33.
- Huusko T. Muistihäiriö- ja dementiapotilaan kuntoutus kannattaa. Julkaisussa: Heimonen S, Voutilainen P, toim. Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus. Helsinki: Tammi, 2004: 101–107.
- Hytönen E, Routasalo P, Pitkälä K. Millä tavoin psykososiaalinen ryhmäliikuntainterventio vaikuttaa ikääntyneiden yksinäisyyteen? Gerontologia 2007; 21: 17–26.
- Hyvärinen M, Saarenheimo M, Pitkälä K, Tilvis R. Vanhusten omaishoitajat ja tukitoimet. Duodecim 2003; 119: 1949–1955.
- Jyrkkä J, Hartikainen S, Sulkava R, Enlund H. Vanhusten monilääkitys huolen aiheena. Tuloksia Kuopio 75+ -tutkimuksesta. Suom Lääkäril 2006; 61: 984–986.
- Jyrkämä J. Ikääntyvä yhteiskunta ja vanhusten elinolot. Julkaisussa: Hakonen S, Marin M, toim. Seniori- ja vanhustyö arjen kulttuurissa. Jyväskylä: PS-kustannus, 2003: 13–21.
- Kansaneläkelaitos. Kelan kuntoutustilasto. Helsinki: Kansaneläkelaitos, Suomen virallinen tilasto, 2008.
- Karjalainen E. Palvelutalossa asuvien vanhusten toimintakyky: Tutkimus palvelutaloissa asuvien fyysisen, kognitiivisen ja psyykkisen toimintakyvyn muutoksista. Oulu: Oulun yliopisto, 1999.
- Karvonen-Kälkäjä A. Ikääntyneen henkilön oikeus saada kuntoutuspalveluita. Julkaisussa: Pitkälä K, Savikko N, Routasalo P, toim. Kuntoutuspolun solmukohtia. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto, 2005: 114–121.
- Kinnunen K. Postponing of institutional long-term care in the patients at high risk of institutionalisation. Helsinki: University of Helsinki, Faculty of Medicine, Institute of Clinical Medicine, 2002.
- Kivelä S-L. Lääkkeet ja ikääntyminen. Julkaisussa: Heikkinen E, Rantanen T, toim. Gerontologia. Helsinki: Duodecim, 2008: 354–365.
- Kivelä SL, Pahkala K. Depressive disorder as a predictor of physical disability in old age. J Am Geriatr Soc 2001; 49: 290–296.
- Kivelä S-L, Räihä I. Iäkkäiden lääkehoito: Kapseli 35. Helsinki: Lääkelaitos, Kansaneläkelaitos 2007.
- Kivelä S-L, Hartikainen S, Isoaho R. Iäkkäiden pahoinpitely. Suom Lääkäril 2001; 56: 775–779.
- Kleinschmidt K. Elder abuse: a review. Ann Emerg Med 1997; 30: 463–472.
- Kokkonen S, Heimonen S. Sopeutumisvalmennus kuntoutuksen käynnistäjänä. Julkaisussa: Heimonen S, Voutilainen P, toim. Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus. Helsinki: Tammi, 2004: 74–85.
- Koskinen S, Sainio P, Gould R, ym. Toimintakyky ja työkyky. Julkaisussa: Aromaa A, Koskinen S, toim. Terveys ja toimintakyky Suomessa: Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Helsinki: Kansanterveyslaitos, 2002: 71–87.
- Krueger RA. Focus groups: A practical guide for applied research. California: Sage Publications, 1994.
- Laakkonen M-L, Eloniemi-Sulkava U, Saarenheimo M, ym. Intervention kuvaus. Julkaisussa: Eloniemi-Sulkava U, Saarenheimo M, Laakkonen M-L ym, toim. Omaishoito yhteistyönä: Iäkkäiden dementiaperheiden tukimallin vaikuttavuus. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto, Tutkimusraportti 14, 2006: 119–142.
- Laatikainen T. Muutto syrjäkylältä kirkonkylälle ja siihen sopeutuminen ilomantsilaisten vanhusten kokemana. Pro gradu -tutkielma. Turku: Turun yliopisto, 2006.
- Laitinen M, Pohjola A. ”Ei tää niin syrjässä”. Tutkimus elämisen mahdollisuuksista ja palveluista syrjäkylissä. Rovaniemi: Lapin yliopisto, 2001.
- Laukkanen P. Iäkkäiden henkilöiden selviytyminen päivittäisistä toimista. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, Studies in sport, physical education and health 56, 1998.
- Laukkanen P. Toimintakyky ja ikääntyminen – käsitteestä ja viitekehuksesta päivittäistoiminnoista selviytymisen arviointiin. Julkaisussa: Heikkinen E, toim. Gerontologia. Helsinki: Duodecim, 2008: 261–272.

- Laukkanen P, Leskinen E, Kauppinen M, Sakari-Rantala R, Heikkinen E. Health and functional capacity as predictors of community dwelling among elderly people. *J Clin Epidemiol* 2000; 53: 257–265.
- Laurin D, Verreault R, Lindsay J, MacPherson K, Rockwood K. Physical activity and risk of cognitive impairment and dementia in elderly persons. *Arch Neurol* 2001; 58: 498–504.
- Leveille SG, Bean J, Ngo L, McMullen W, Guralnik JM. The pathway from musculoskeletal pain to mobility difficulty in older disabled women. *Pain* 2007; 128: 69–77.
- Levine C. The loneliness of the long-term care giver. *N Engl J Med* 1999; 340: 1587–1590.
- Li LW. Predictors of ADL disability trajectories among low-income frail elders in the community. *Res Aging* 2005; 27: 615–642.
- Linjakumpu T. Drug use among the home-dwelling elderly: trends, polypharmacy and sedation. Oulu: Oulun yliopisto, Acta Univ. Oul. D, 2003.
- Littbrand H, Rosendahl E, Lindelof N ym. A high-intensity functional weight-bearing exercise program for older people dependent in activities of daily living and living in residential care facilities: evaluation of the applicability with focus on cognitive function. *Phys Ther* 2006; 86: 489–498.
- Luber M, Meyers BS, Williams-Russo PG ym. Depression and service utilization in elderly primary care patients. *Am J Geriatric Psychiatry* 2001; 9: 169–176.
- Lupsakko T. Functional visual and hearing impairment in a population aged 75 years and older in the city of Kuopio in Finland. Associations with mood and activities of daily living. Kuopio: Kuopion yliopisto, Kuopio University Publications D. Medical Sciences 342, 2004.
- Mangione KK, Craik RL, Tomlinson SS, Palombaro KM. Can elderly patients who have had a hip fracture perform moderate- to high-intensity exercise at home? *Phys Ther* 2005; 85: 727–739.
- Manthorpe J, Biggs S, McCreadie C ym. The U.K. national study of abuse and neglect among older people. *Nurs Older People* 2007; 19: 24–26.
- McCann JJ, Hebert LE, Li Y ym. The effect of adult day care services on time to nursing home placement in older adults with Alzheimer's Disease. *Gerontologist* 2005; 45: 754–763.
- McDonald W, Salzman C, Schatzberg AF. Depression in the elderly. *Psychopharmacol Bull* 2002; 36: 112–122.
- Mendes de Leon CF, Glass TA, Berkman LF. Social engagement and disability in a community population of older adults: the New Haven EPESE. *Am J Epidemiol* 2003; 157: 633–642.
- Meuleman JR, Brechue WF, Kubilis PS, Lowenthal DT. Exercise training in the debilitated aged: strength and functional outcomes. *Arch Phys Med Rehabil* 2000; 81: 312–318.
- Nagi SZ. Some conceptual issues in disability and rehabilitation. Julkaisussa: Sussman MB, toim. *Sociology and rehabilitation*. Washington, DC: American Sociological Association, 1965: 100–131.
- Nihtilä E, Martikainen P. Why older people living with a spouse are less likely to be institutionalized: The role of socioeconomic factors and health characteristics. *Scand J Publ Health* 2008; 36: 36–43.
- Nikander P. Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon haasteena. Vuorovaikutuksellinen näkökulma. *Sosiaalilääket Aikakl* 2003; 40: 279–290.
- Nuutinen H-L, Raatikainen R. Omaisten näemyksiä vanhusten pitkäaikaiseen laitoshoitoon siirtymisestä ja sen myöhentämisestä. *Gerontologia* 2004; 18: 140–152.
- O'Connell H, Chin A-V, Cunningham C, Lawlor B. Alcohol use disorders in elderly people – redefining an age problem in old age. *Br Med J* 2003; 327: 664–667.
- Olsbo-Rusanen L, Väänänen-Sainio R. Ikäihmisten asuminen ja palvelut paremmiksi: selvitys ikääntyvien kotona asumisen kehittämiseen liittyvistä toimenpiteistä. Helsinki: Ympäristöministeriö, asunto- ja rakennusosasto, 646, 2003.
- Paganini-Hill A, Clark LJ. Preliminary assessment of cognitive function in older adults by clock drawing, box copying and narrative writing. *Dementia & Geriatric Cognitive Disorders* 2007; 23: 74–81.

- Pajala S, Sihvonen S, Era P. Asennonhallinta ja havaintomotorinen kyvykkyys. Julkaisussa: Heikkinen E, Rantanen T, toim. Gerontologia. Helsinki: Duodecim, 2008: 136–157.
- Penninx B, Leveille S, Ferrucci L, van Eijk J, Guralnik J. Exploring the effect of depression on physical disability: longitudinal evidence from the established populations for epidemiologic studies of the elderly. *Am J Publ Health* 1999; 89: 1346–1342.
- Pietilä M, Saarenheimo M. Omaishoidon tukeminen Suomessa. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto, Tutkimusraportti 2, 2003.
- Pirttilä T. Muistihäiriöisen ja dementoituvan henkilön kuntoutuksen mahdollisuudet. Julkaisussa: Heimonen S, Voutilainen P, toim. Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus. Helsinki: Tammi, 2004: 11–21.
- Pitkälä K. Kuntoutukseen sitoutumisen merkitys. Julkaisussa: Pitkälä K, Savikko N, Routasalo P, toim. Kuntoutuspolun solmukohtia. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto, 2005a: 33–40.
- Pitkälä K. Liikunnan merkitys ikääntyneiden ihmisten toimintakyvylle ja avuntarpeelle. *Suom Lääkäril* 2005b; 60: 3865–3870.
- Pitkälä K, Routasalo P, Kautiainen H, Savikko N, Tilvis R. Psykososiaalisen ryhmäkuntoutuksen vaikuttavuus. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto, Tutkimusraportti 11, 2005.
- Pitkälä K, Eloniemi-Sulkava U, Kautiainen H. Intervention vaikutukset kotona asumisen keston ja palveluiden käyttöön. Julkaisussa: Eloniemi-Sulkava U, Saarenheimo M, Laakkonen M-L ym, toim. Omaishoito yhteistyönä: Iäkkäiden dementiaerheiden tukimallin vaikuttavuus. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto, Tutkimusraportti 14, 2006: 145–154.
- Pitkälä K, Eloniemi-Sulkava U, Huusko T ym. Miten ikääntyneiden kuntoutusta tulisi kehittää? *Suom Lääkäril* 2007; 62: 3851–3856.
- Puisieux F, Pardessus V, Bombois S. Dementia and falls: two related syndromes in old age. *Psychologie et Neuropsychiatrie du Vieillessement* 2005; 3: 271–279.
- Pulskala T. Mortality of the depressed elderly. Oulu: Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos, Oulun yliopisto, Acta Universitatis Ouluensis. Series D, Medica, 625, 2001.
- Pynnönen K, Sakari-Rantala R, Lyyra T-M. Sosiaalinen inaktiivisuus ennustaa iäkkäiden laitoshoidon sijoittumista. *Gerontologia* 2007; 21: 27–36.
- Ranta S. Vanhenemismuutosten eteneminen: 75-vuotiaiden henkilöiden antropometristen ominaisuuksien, fyysisen toimintakyvyn ja kognitiivisen toimintakyvyn muutokset viiden ja kymmenen vuoden seuranta-aikana. Jyväskylä: University of Jyväskylä, Studies in sport physical education and health 100, 2004.
- Rautio N. Yli 75-vuotiaiden turvattomuuden kokeminen ja siihen yhteydessä olevat tekijät. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, 1999.
- Regan C, Katona C, Walker Z, Livingston G. Relationship of exercise and other risk factors to depression of Alzheimer's disease: the LASER-AD study. *Int J Geriatric Psychiatry* 2005; 20: 261–268.
- Reid CM, Anderson PA. Geriatric substance use disorders. *Med Clin North Am* 1997; 81: 999–1016.
- Resnick B, Spellbring AM. Understanding what motivates older adults to exercise. *J Gerontol Nurs* 2000; 26: 34–42.
- Rissanen A, Rajakallio U, Fogelholm R. Aivoverenkiertohäiriön suorat kustannukset Suomessa. *Suom Lääkäril* 1995; 50: 1155.
- Robinson KM, Adkisson P, Weinrich S. Problem behaviour, caregiver reactions, and impact among caregivers of persons with Alzheimer's disease. *J Adv Nurs* 2001; 36: 573–582.
- Rockwood K, Mitnitski A, Song X, Steen B, Skoog I. Long-term risks of death and institutionalization of elderly people in relation to deficit accumulation at age 70. *J Am Geriatrics Soc* 2006; 54: 975–979.
- Rosendahl E, Lindelof N, Littbrand H ym. High-intensity functional exercise program and protein-enriched energy supplement for older persons dependent in activities of daily living: a randomised controlled trial. *Austr J Physiother* 2006; 52: 105–113.
- Routasalo P, Pitkälä K, Savikko N, Tilvis R. Ikääntyneiden yksinäisyys: kyselytutkimuksen tuloksia.

- Helsinki: Vanhustyön keskusliitto, tutkimusraportti 3, 2003.
- Rozzini L, Cornali C, Chilovi BV ym. Predictors of institutionalization in demented patients discharged from a rehabilitation unit. *J Am Med Directors Ass* 2006; 7: 345–349.
- Ruoppila I, Heikkinen E. Iäkkäiden ihmisten toimintakyvyn ja terveydentilan arviointi perusterveydenhuollossa. Julkaisussa: Heikkinen R-L, Suutama T, toim. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn ja terveyden arviointi. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, 1992: 1–19.
- Saarenheimo M, Pietilä M, Pitkälä K, Eloniemi-Sulkava U, Kautiainen H. Intervention vaikutukset omaishoitoperheiden hyvinvointiin ja elämäntilaan sekä omaishoitajien voimaantumiseen. Julkaisussa: Eloniemi-Sulkava U, Saarenheimo M, Laakkonen M-L, Pietilä M, Savikko N, Pitkälä K, toim. Omaishoito yhteistyönä. Iäkkäiden dementiaperheiden tukimallin vaikuttavuus. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto, Tutkimusraportti 14, 2006: 155–175.
- Sakari-Rantala R, Laukkanen P, Heikkinen E. Iäkkäiden jyvaskyläläisten itsearvioitu toimintakyky kahdeksan vuoden seuruututkimuksessa. Julkaisussa: Suutama T, Ruoppila I, Laukkanen P, toim. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn muutokset. Havainnot Ikivihreät-projektin 8-vuotisesta seuruututkimuksesta. Helsinki: Kansaneläkelaitos, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 42, 1999: 171–197.
- Sarola, JP. Vanhukset selviytyjinä. Joensuu: Joensuun yliopisto, Yhteiskuntapolitiikan ja filosofian laitos, 1996.
- Savard JL, N, Beland F, Bergman H. Caregiver satisfaction with support services: influence of different types of services. *J Aging Health* 2006; 18: 3–27.
- Selwood A, Cooper C, Livingston G. What is elder abuse – who decides? *Int J Geriatric Psychiatry* 2007; 22: 1009–1012.
- Sherwood PR, Given CW, Given BA, von Eye A. Caregiver burden and depressive symptoms: analysis of common outcomes in caregivers of elderly patients. *J Aging Health* 2005; 17: 125–147.
- Shobha RS. Prevention of falls in older patients. *Am Fam Physic* 2005; 72: 81–88.
- Shores MM, Ryan-Dykes P, Williams RM ym. Identifying undiagnosed dementia in residential care veterans: comparing telemedicine to in-person clinical examination. *Int J Geriatric Psychiatry* 2004; 19: 101–108.
- Silverman D. Qualitative methodology and sociology. Aldershot: Gower, 1985.
- Sipilä S, Rantanen T, Tiainen K. Lihaskihti. Julkaisussa: Heikkinen E, Rantanen T, toim. Gerontologia. Helsinki: Duodecim, 2008: 107–128.
- Sivenius J. Aivohalvaukseen kuntoutuksen vaikuttavuus ja käytännön periaatteet. *Suom Lääkäril* 2001; 46: 4743–4749.
- Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710.
- Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Rai-järjestelmä on vanhusasiakkaiden hoidon tarpeen ja laadun sekä kustannusten arviointi- ja seurantajärjestelmä. (Julkaistu 25.4.2006, päivitetty 19.10.2007, viitattu 30.12.2008). Saatavissa: <<http://info.stakes.fi/finrai/FI/raijarjestelma.htm>>.
- Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Ikäntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelut 2005. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Suomen virallinen tilasto, sosiaaliturva 2007, 2007.
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisuja 4, 2001.
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Kuntoutusselonteko 2002: valtioneuvoston selonteko eduskunnalle. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, 2002.
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015 – kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisuja 14, 2006.
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Ikäihmisten laitoshoidon (päivitetty 1.8.2008, viitattu 11.2.2009). Saatavissa: <<http://www.stm.fi/Resource.phx/vastt/sospa/shvan/laitoshoido.htm>> .
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma: KASTE-ohjelma 2008–2011. Helsinki: Sosiaali- ja

- terveysministeriö, Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 6, 2008.
- Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen kuntaliitto. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen kuntaliitto, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 3, 2008.
- Spector A, Thorgrimsen L, Woods B ym. Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2003; 183: 248–254.
- Steultjens EM, Dekker J, Bouter LM ym. Occupational therapy for community dwelling elderly people: a systematic review. *Age Ageing* 2004; 33: 453–460.
- Stevens J, Killeen M. A randomised controlled trial testing the impact of exercise on cognitive symptoms and disability of residents with dementia. *Contemp Nurs* 2006; 21: 32–40.
- Steuerink N. When and why frail elderly people give up independent living: The Netherlands as an example. *Ageing Soc* 2001; 21: 45–69.
- Strandberg T. Hauraus-raihnaus-oireyhtymä (HRO) iäkkäässä väestössä. Julkaisussa: Heikkinen E, Rantanen T, toim. *Gerontologia*. Helsinki: Duodecim, 2008: 346–353.
- Stuck AE, Walthert JM, Nikolaus T ym. Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review. *Soc Sci Med* 1999; 48: 445–469.
- Sulander T, Helakorpi S, Nissinen A, Uutela A. Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys keväällä 2005 ja niiden muutokset 1993–2005. Helsinki: Kansanterveyslaitos, Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 1/2006.
- Sulkava R. Dementia. Julkaisussa: Koskinen S, Aromaa A, Huttunen J, Teperi J, toim. *Health in Finland*. Helsinki: National Public Health Institute KTL, National Research and Development Centre for Welfare and Health STAKES, Ministry of Social Affairs and Health, 2006: 86–87.
- Suominen M. Nutrition and nutritional care of elderly people in Finnish nursing homes and hospitals. Helsinki: Helsingin yliopisto, 2007.
- Suominen M. Ravitseminen vanhenemisen tukena. Julkaisussa: Heikkinen E, Rantanen T, toim. *Gerontologia*. Helsinki: Duodecim, 2008: 467–486.
- Tedre S. Asunnon vangit – ulos pääseminen sosiaalisena ongelmana. Julkaisussa: Helne T, Laatu M, toim. *Vääryyskirja*. Helsinki: Kansaneläkelaitos, 2006: 161–171.
- Therapia Fennica. Vanhus potilaana. Jaakko Valvanne: toimintakykymittarit (viitattu 9.9.2008). Saatavissa: <http://www.therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Vanhus_potilaana>.
- Tiikkainen P. Vanhuusiän yksinäisyys: seuruututkimus emotionaalista ja sosiaalista yksinäisyyttä määrittävistä tekijöistä. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, *Studies in sport, physical education and health* 114, 2006.
- Tilastokeskus. Keskiväkiluku iän ja sukupuolen mukaan alueittain 1981–2006 vuoden 2006 aluejaolla (päivitetty 23.3.2007, viitattu 13.6.2007). Saatavissa: <http://pxweb2.stat.fi/Dialog/varval.asp?ma=095_vaerak_tau_109_fi&ti=Keskiv%20E4kiluku+i%20E4n+ja+sukupuolen+mukaan+alueittain+1981+%2D+2006+vuoden+2006++aluejaolla&path=../Database/StatFin/vrm/vaerak/&lang=3&multilang=fi>.
- Tilastokeskus 2008a. Väestö iän (1-v.) ja sukupuolen mukaan alueittain 1980 – 2007. (Päivitetty 28.3.2008, viitattu 12.6.2008). Saatavissa: <http://pxweb2.stat.fi/Dialog/varval.asp?ma=050_vaerak_tau_104_fi&ti=V%20E4est%20F6+i%20E4n+%281%2Dv%20E%29+ja+sukupuolen+mukaan+alueittain+1980+%2D+2007&path=../Database/StatFin/vrm/vaerak/&lang=3&multilang=fi>.
- Tilastokeskus 2008b. Väestöennuste 2007 iän ja sukupuolen mukaan kunnittain (PARAS-hankkeen vuodet ja ikäryhmät). (Päivitetty 31.5.2007, viitattu 12.6.2008). Saatavissa: <http://pxweb2.stat.fi/Dialog/varval.asp?ma=000_vaenn_tau_001_fi&ti=V%20E4est%20F6ennuste+2007+i%20E4n+ja+sukupuolen+mukaan+kunnittain+%28PARAS%2Dhankkeen+vuodet+ja+ik%20E4ryhm%20E4t%29&path=../Database/StatFin/vrm/vaenn/&lang=3&multilang=fi>.
- Tsuji I, Whalen S, Finucane TE. Predictors of nursing home placement in community-based long-term care. *J Am Geriatrics Society* 1995; 43: 761–766.
- Vaarama M. Ikääntyneiden toimintakyky ja hoivapalvelut – nykytila ja vuosi 2015. Julkaisussa:

- Kautto M, toim. Ikääntyminen voimavarana – Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia, 2004: 133–198.
- Vaarama M, Kaitsaari T. Ikääntyneiden toimintakyky ja koettu hyvinvointi. Julkaisussa: Heikkilä M, Kautto M, toim. Suomalaisten hyvinvointi 2002. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, 2002: 120–148.
- Vaarama M, Ollila K. Koettu hyvinvointi ja elämänlaatu kolmannessa iässä. Julkaisussa: Moisio P, Karvonen S, Simpura J, Heikkilä M, toim. Suomalaisten hyvinvointi 2008. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, 2008: 116–139.
- Valtioneuvosto. Pääministeri Matti Vanhasen II hallituksen ohjelma (julkaistu 19.4.2007, viitattu 21.5.2007). Saatavissa: <<http://www.valtioneuvosto.fi/hallitus/hallitusohjelma/pdf/hallitusohjelma-painoversio-040507.pdf>>.
- Valvanne J, Noro A. Milloin laitoshoitoon? Geriatria 1999; 115: 1591–1599.
- Wang JY, Zhou DH, Li J ym. Leisure activity and risk of cognitive impairment: the Chongqing aging study. *Neurology* 2006; 66: 911–913.
- Watanabe Y. The long-term effect of day care rehabilitation on individuals with dementia. *Hokkaido Igaku Zasshi* 1996; 71: 391–402.
- Verbrugge LM, Jette AM. The disablement process. *Soc Sci Med* 1994; 38: 1–14.
- Vergheze JM, LeValley AM, Derby C ym. Leisure activities and the risk of amnesic mild cognitive impairment in the elderly. *Neurology* 2003; 66: 821–827.
- Vergheze J, LeValley A, Hall CB ym. Epidemiology of gait disorders in community-residing older adults. *J Am Geriatrics Society* 2006; 54: 255–261.
- Viramo P, toim. Kuntoutusratkaisuja dementoituneen ihmisen arkeen: Opas ammattihenkilöstölle. Dementiahoitoyhdistys, julkaisu 4/2001 (päivitetty 18.10.2004, viitattu 15.9.2008). Saatavissa: <http://www.dementiahoitoyhdistys.fi/page.php?page_id=34&submit=browseFile&id=2&doc_id=1>.
- Voutilainen P, Vaarama M. Toimintakykymittareiden käyttö ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnissa. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, 2003.
- Välimäki A-L. Vertaishaastattelu: metodinen kuvaus ja arviointi. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Raportteja 132, 1994.

Liite 1. Tehdyt haut

AIKARAJAUS: 2005–2007

MEDLINE (OVID)

aged/ and ((living adj5 home) or (independent\$ adj3 living)).mp. and institutionalization/ and (dementia\$ or depression\$ or function\$ or family member\$ or pressur\$ or caregiver\$ burden\$ or loneliness or insecurity or abuse\$ or alcohol\$ consumption\$ or nutrition\$ or rehabilitation\$ or Alzheimer\$ or physical environment\$ or disease\$ or problems in pharmacy or long distances or refuse to take care).mp.

13 viitettä

(activities of daily living and aged/ and social environment) and ((living adj5 home) or (independent\$ adj3 living)).mp.

4 viitettä

dementia and cognition and exercise and aged/

23 viitettä

”physical activity” and aged/ and (“independent living” or institutionalization/)

4 viitettä

aged/ and caregivers and frail elderly and (social support or rehabilitation)

16 viitettä

aged and exercise and motivation and rehabilitation

25 viitettä

Activities of daily living” and rehabilitation and (“occupational therapy” or “physical therapy”) and aged/ and ((living adj5 home) or (independent\$ adj3 living)).mp.

3 viitettä

Epidemiology and aging and institutionalization

2 viitettä

CINAHL (OVID)

(dementia\$ or depression\$ or function\$ or family\$ member\$ or pressur\$ or caregiver\$ burden\$ or loneliness or insecurity or abuse\$ or alcohol\$ consumption\$ or nutrition\$ or rehabilitation\$ or Alzheimer\$ or physical environment\$ or disease\$ or

problems in pharmacy or long distances or refuse to take care).mp. and aged/ and (assisted living/ or residential facilities/ or residential care/ or housing for the elderly.mp. or institutionalization/) and (home\$ or institution\$).mp. and (living or housing).mp. and (independent or alone or non-institutionalized).mp. 2005–2007

16 viitettä

(activities of daily living and aged/ and social environment) and ((living adj5 home) or (independent\$ adj3 living)).mp.

7 viitettä

dementia and cognition and exercise and aged/

14 viitettä

”physical activity” and aged/ and (“independent living” or institutionalization/)

4 viitettä

aged/ and caregivers and frail elderly and (social support or rehabilitation)

3 viitettä

aged and exercise and motivation and rehabilitation

13 viitettä

Activities of daily living” and rehabilitation and (“occupational therapy” or “physical therapy”) and aged/ and ((living adj5 home) or (independent\$ adj3 living)).mp.

12 viitettä

CSA-tietokannat: Social Services Abstracts & Sociological Abstracts

DE=elderly and KW=(housing or home..) and AB=(alone or independent or non-institutionalized) and KW=(institution.. or residen.. or ”nursing homes” or ”long-term care”) and (dementia.. or depression.. or functioning or ”ability to function” or ”family members” or ”pressure from others” or ”caregiver.. burden..” or loneliness or insecurity or abuse or “alcohol consumption..” or nutrition or rehabilitation or Alzheimer.. or “physical environment..” or disease.. or “problems in pharmacy” or “long distances” or “refuse to take care”)

15 viitettä

Aged and caregivers and frail elderly and (social support or rehabilitation)

13 viitettä

aged and exercise and motivation and rehabilitation
3 viitettä

(dementia or cognition) and (exercise or “leisure activities” or “social environment”) and aged
19 viitettä

Epidemiology and aging and institutionalization
13 viitettä

aged and psychology and loneliness and rehabilitation
1 viite

LINDA

(vanhuks? vanhus? elderly aged old)[in Sanahaku/Fritext/Any Word]AND(asumi? asua asuv? living housing)[in Sanahaku/Fritext/Any Word] AND(koti? kotona home?)[in Sanahaku/Fritext/Any Word]AND(dement? masennu? kunto toimintaky? perhe? painostu? omaishoit? yksinäisy? turvattom? hyväksikäy? alkohol? ravits? ravin?)[in Sanahaku/Fritext/Any Word]
1997–2007
54 viitettä

ARTO

(vanhuks? vanhus? elderly aged old)[in Sanahaku/Fritext/Any Word]AND(asumi? asua asuv? living housing)[in Sanahaku/Fritext/Any Word] AND(koti? kotona home?)[in Sanahaku/Fritext/Any Word]AND(dement? masennu? kunto toimintaky? perhe? painostu? omaishoit? yksinäisy? turvattom? hyväksikäy? alkohol? ravits? ravin?)[in Sanahaku/Fritext/Any Word]
3 viitettä

Liite 2. Kirje kunnille



TURUN YLIOPISTO
SOSIOLOGIAN LAITOS

16.5.2007

Arvoisa SAS-ryhmän jäsen!

Selvitän Kansaneläkelaitoksen toimeksiannosta vanhusten siirtymistä asumaan palveluasuntoihin, vanhainkoteihin ja terveyskeskusten pitkäaikaisosastoille ja kuntoutuksen mahdollista vaikutusta siirtymisajankohtaan. Olen valinnut selvitykseen erilaisia kuntia sijainnin ja asukasmäärän suhteen. Lisäksi olen huomionnut yli 75-vuotiaiden osuuden kunnan asukasmäärästä ja asumis- ja laitospalveluissa asuvien osuuden yli 75-vuotiaiden ikäluokasta.

Työ perustuu suurelta osin haastattelujen varaan, ja siksi haastattelen kuntien SAS-ryhmän jäseniä, jotka käsittelevät työssään vanhusten laitos- ja asumispalveluihin liittyviä asioita.

Toivon, että haastatteluun osallistuu 4–6 SAS-ryhmässä toimivaa henkilöä. Toivon, että voisitte selvittää heidän osallistumismahdollisuuksiaan sekä alustavasti sopivia ajankohtia haastattelulle. Mikäli yhdessä osallistuminen on aikataulullisesti mahdotonta, voin haastatella pelkästään Teitä. Otan Teihin yhteyttä puhelimitse viikon 22 alussa. Varsinaiset haastattelut teen kesälomien jälkeen, elo-syyskuussa. Haastattelu kestää noin tunnin.

Selvitys toteutetaan Turun yliopiston ja Kansaneläkelaitoksen yhteistyönä, ja sitä käytetään Kansaneläkelaitoksen toteuttaman vanhuskuntoutuksen kehittämiseen. Käsittelem aineistoa luottamuksellisesti niin, että yksittäiset kunnat ja työntekijät eivät ole tunnistettavissa loppuraportista.

Edustatte yhtä haastatteluun tulevasta 16:sta tarkkaan valitusta kunnasta. Osallistumisenne on tärkeää, jotta aineisto kuvaa kattavasti ammattilaisten käsityksiä sekä vanhusten muuttamisesta asumis- ja laitospalveluihin että heidän kuntoutustarpeitaan. Vastaan mielelläni mahdollisiin kysymyksiinne. Minut tavoittaa sähköpostilla osoitteesta tanja.laatikainen@utu.fi ja puhelimitse numerosta 020 63 42812.

Ystävällisin terveisin

Tanja Laatikainen
Tutkija
Turun yliopisto

Seppo Pöntinen
Professori
Turun yliopisto

Liite 3. Haastattelurunko 10.8.2007/ Tanja Laatikainen

Toivon, että jokainen kertoo oman työn näkökulmasta mitä on havainnut! Tarkoitus ei ole vertailla eri ammatteja vaan kaikkien kokemukset ovat kokonaisuuden kannalta yhtä tarpeellisia. Tarkoitus on hankkia vanhusten kotona selviytymiseen ja sen tukemiseen liittyvää tietoa.

Toivon, että keskustellette keskenään!

Kysymyksiin ei ole olemassa oikeita tai väärinä vastauksia. Minulla ei ole valmiita vastauksia ennestään, vaan olen kiinnostunut teidän kokemuksistanne. Aihetta ei ole juurikaan tutkittu, ja käytännön tiedon saaminen on ensiarvoisen tärkeää!

Kerro ensin muutamalla sanalla omasta taustasi!

Voisitteko keskustella SAS-ryhmän toiminnasta. Mikä on kunkin ammattinimike + toimenkuva? Miten kauan kukin on ollut ryhmän jäsenenä? Miten usein kokoonnutte? Keitä kokoonpanoon kuuluu?

Tämän osion tarkoitus on selvittää, millaisia vanhuksia siirretään ja millaisiin paikkoihin. Ja minkä seikkojen varjolla päätökset tehdään? (Mitkä tekijät estävät vanhusten kotona selviytymistä?) Tarkastelun kohteena on siirtyminen asumis- ja laitospalveluihin (= palveluasuminen, tehostettu palveluasuminen, vanhainkoti, terveyskeskusten pitkäaikaissosastot)

Mitkä tekijät ovat niitä, joiden avulla vanhuksset pärjäävät kotona? Jos ajattelette vanhusten taustaa ja elämänhistoriaa, niin mitkä asiat tukevat kotona pärjäämistä? Millaiset vanhuksset selviävät kotona pidempään? Onko kotihoidolla jotain tietoa asiasta?

Mitkä ovat yleisimmät tekijät, jotka johtavat laitostumiseen? Ovatko tekijät pelkästään vanhuksista riippuvaisia? (siis vaikuttavatko myös ympäristön esteet, omaishoitajan väsyminen...)

Mitkä seikat vaikeuttavat vanhusten kotona asumista? Miten yleisiä ongelmat ovat?

Miten hoitopaikan hakuprosessi käynnistyy? Kuka ottaa yhteyttä? Keneen otetaan yleensä yhteyttä? (omaisten rooli)

Mitkä tekijät johtavat nopeisiin sijoituksiin? Mitkä voivat odottaa? Miten ”laitospolku” etenee?

Miten nämä tekijät eroavat toisistaan?

Miten hoitopaikka valikoituu? Mitkä kriteerit vaikuttavat kuhunkin (palveluasuminen, tehostettu palveluasuminen, vanhainkoti, terveyskeskuksen pitkäaikaissosasto) pääsemiseen?

Miten hyvin vanhukselle löytyy tarkoituksenmukainen sijoituspaikka, ellei löydy niin miksi ei?

Miten vanhuksen omat toiveet ja arvio selviytymisestä otetaan huomioon? Miten omaisen käsitykset otetaan huomioon?

Kertokaa kolme positiivista ja kolme kehitettävää SAS-ryhmän toimintaan liittyvää seikkaa

Tämän osion tarkoitus on miettiä miten vanhusten kotona asumisaikaa voitaisiin pidentää. Toivon teidän esittävän käytännön työn kautta nousseita ideoita ja kehittämiskohteita. (→ peilaa edellisen osion kautta, mitkä kotona asumista hankaloittavat tekijät tarvitsisivat tukitoimia?)

Mitkä asiat tukisivat parhaiten vanhusten kotona selviytymistä/ toimintakykyä, jos saisitte päättää aivan vapaasti. Voitte ideoida aivan vapaasti, ei tarvitse välittää budjetista ja muista käytännön seikoista.

Tee loppuyhteenvedo! Kiitoksia mielenkiinnostanne. Tuli ilmi, että... (tiivistä lyhyesti sanottu.) Sain teiltä arvokasta tietoa!