



18

SPEK *tutkii*

Tarja Ojala

IÄKKÄIDEN JA MUISTISAIRAIDEN ARJEN TURVALLISUUS

OTE - Osallistava Turvallisuus Erityisryhmille

Tarja Ojala

IÄKKÄIDEN JA MUISTISAIRAIDEN ARJEN TURVALLISUUS

OTE - Osallistava Turvallisuus Erityisryhmille

“Pitää antaa itselle anteeksi pienet kömmähdykset -” ja toivoo ettei tule suuria.”

Kotona asuva muistisairas nainen

18

SPEK *tutkii*

Ulkoasu

Anne Kaikkonen /Timangi Oy

Taitto

Leena Huhmarniemi

SPEK Tutkii 18

ISBN 978-951-797-634-3 (nid.)

ISBN 978,951-797-635-0 (pdf)

ISSN 2242-1645 (nid.)

ISSN 2242-1653 (pdf)

Julkaisija

Suomen Pelastusalan Keskusjärjestö SPEK

Ratamestarinkatu 11, 00520 Helsinki

Puhelin (09) 476 112

spekinfo@spek.fi

www.spek.fi

Sisällys

Tiivistelmä.....	7
1. Hankkeen tausta.....	7
1.1. Tutkimus osana OTE-hanketta.....	7
1.2. Keskeiset käsitteet.....	9
2. Erityisryhmien asumisen tuki ja turvallisuus	14
2.1. Palveluiden käyttö ja kotona asuminen tilastoissa.....	24
2.2. Erityisryhmien asumisturvallisuuden painopisteet.....	18
2.3. Asumisturvallisuuden tutkimus- ja kehityshankkeita	21
3. Asumisen riskitekijät.....	23
3.1. Kaatumiset ja liukastumiset.....	23
3.2. Paloturvallisuus	24
3.3. Erityisesti muistisairauteen liittyvät riskit	25
4. Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite.....	26
4.1. Aineistot ja menetelmät.....	26
4.2. Eettiset periaatteet.....	28
5. Muistisairaiden henkilöiden arjen ja kotona asumisen ongelma- kenttä	31
5.1. Muistisairaiden henkilöiden oma näkemys sairaudesta ja sen vaiku- tuksista.....	31
5.2. Muistisairauden vaikutus turvallisuuteen.....	34
5.3. Kotona asuminen ja palveluiden saatavuus	39
6. Turvallisuusriskit ja riskienhallintakeinot.....	42
6.1. Riskien yksilölliset erot ja riskienhallinnan ongelmat.....	42
6.2. Ymmärretyksi tulemisen vaikeus	44
6.3. Liikkuminen ja liikenne.....	45
6.4. Arki ja asuminen.....	48
6.5. Ruuanlaitto, sähkölaitteet ja paloturvallisuus	49
6.6. Lukitus ja avaimet – huoli, turva ja kustannusriski	51
6.7. Sosiaalinen sekä taloudellinen turvallisuus	52
6.8. Rikosturvallisuus	53
6.9. Aggressiivisuus, väkivalta ja kaltoinkohtelu	55

7. Turvatekniikka, käytön ongelmat, mahdollisuudet ja kehitysehdotukset	58
7.1. Käytössä oleva tekniikka	58
7.2. Turvatekniikkaan liittyvät ongelmat.....	63
7.3. Digitalisaation mahdollisuudet	65
7.4. Turvallisuuden seuranta, mittarit ja digitalisaation hyödyt	68
7.5. Muistisaira osallisuus ja tuki – tekniikka ja oma vastuu.....	70
7.6. Hinta ja rahoitusvaihtoehdot	71
7.7. Turvatekniikan yleistymisen, käyttöönotto ja käytön tuki.....	74
8. Turvallisuuskoulutus – mahdollisuudet ja pelot	76
8.1. Olemassa olevan koulutuksen hyödyntäminen ja uudet ohjausmenetelmät.....	76
8.2. Pelastustoimen järjestämät kotikäynnit ja neuvonta	77
8.3. Kotikäynteihin kohdistuvat ristiriidat ja kehittämismahdollisuudet.....	79
8.4. Muistisairaiden koulutus ja oppimismahdollisuudet	81
8.5. Muistisairaiden turvallisuuskoulutus ja mahdolliset pelot.....	82
8.6. Omaishoitajien koulutus	84
9. Yhteenveto ja pohdinta	87
9.1. Menetelmän arviointi.....	92
9.2. Tutkimuksen tulokset vs. esitieto.....	93
9.3. Rajoittamisen sijasta sallivaa riskienhallintaa ja ymmärrystä	95
9.4. Koulutukselle ja opastukselle tilaus ja hyvät lähtökohdat.....	96
9.5. Osallistava turvallisuus	97
Lähdeluettelo	101
Liitteet	107
Liite 1. 65 vuotta täyttäneiden osuus prosentteina Suomen väestöstä ja osuuden kehitys vuosina 2011–2016.....	108
Liite 2. Hanke-/toimintamalliluettelo	109
Liite 3. Teemahaastattelun runko.....	112
Liite 4. Haastatellut henkilöt	113
Liite 5. Esimerkkejä teknisistä apuvälineistä	114

Tiivistelmä

Tutkimus on tehty osana Osallistava Turvallisuus Erityisryhmille – OTE -hanketta. Tutkimuksen taustalla on huoli kotona asuvien erityisryhmien, ensisijaisesti muistisairaiden ja ikääntyneiden ihmisten asumisen turvallisuudesta. Turvallisuutta tarkastellaan tutkimuksessa laaja-alaisena käsitteenä.

Tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa tietoa erityisryhmien asumisen turvallisuuden parantamiseksi ja OTE-hankkeen toimenpiteiden pohjaksi. Tutkimuksen tavoitteena oli kuvata muistisairaiden arjen ja kotona asumisen turvallisuuteen liittyvää ongelmakenttää, turvallisuutta, turvallisuudentunnetta, riskejä sekä turvallisuuden parantamiseksi käytettävissä olevia työkaluja. Lisäksi arvioitiin koulutusta, teknisten ratkaisujen ja digitekniiikan mahdollisuuksia sekä teknisten ratkaisujen rahoitusmahdollisuuksia.

Tutkimusaineistona käytettiin kahdeksaa haastattelua, joista kaksi oli muistisairaiden henkilöiden ryhmähaastatteluja. Näiden kokemusasiantuntijoiden haastattelujen lisäksi tehtiin kuusi ammatillisen asiantuntijan haastattelua. Teemahaastattelun aineiston analysoinnissa käytettiin menetelmänä laadullista sisällönanalyysiä. Raportti on laadullinen, kuvaileva analyysi sekä muistisairaiden, heidän omaistensa ja omaishoitajien sekä asiantuntijoiden näkemyksistä. Tutkimuksen mukaan muistisairailta ja ikääntyneillä henkilöillä on mielenkiintoa ja halu, mutta vaihteleva kyky ja tahto toimia oman turvallisuutensa varmistamiseksi. Omaisilla ja omaishoitajilla on sama halu, mutta rajalliset voimavarat. Sekä erityisryhmille itselleen että omaisille ja omaishoitajille tarvittaisiin lisää tukea ja opastusta niin turvallisuuteen kuin turvallisuustekniikkaan liittyen.

Tutkimus tuo esiin laajan kirjon turvallisuusriskejä. Tieto haastaa turvallisuustyötä tekevät. Riskit on arvioitava ja toimet priorisoitava niin OTE-hankkeessa kuin turvallisuustyössä yleensä.

Turvallisuustekniikkaan ja digitalisaation mahdollisuuksiin suhtauduttiin kiinnostuneesti. Niitä kuitenkin hyödynnettiin vain harvoin. Merkittävimmiksi ongelmiksi turvatekniiikan käyttöönotossa ja käytössä todettiin tiedon ja osaamisen puute sekä rahoitusmahdollisuuksien niukkuus. Lähtökohtaisesti henkilön tai omaisten odotetaan kustantavan itse tarvitsemansa turvateknii-

ka. Kaikilla ei ole tähän kuitenkaan varaa. Tämän vuoksi tarvitaan uusia rahoitusmahdollisuuksia. Näitä vaihtoehtoja tunnistettiin useita.

Tutkimus muistuttaa kolmesta merkittävästä asiasta: Yhtäältä iäkkäistä ja muistisairaista, samoin kuin omaishoitajista vain pieni osa saa arjen elämään ja asumiseen yhteiskunnan tukea. Kaikki eivät tukea tarvitse, mutta toisaalta tuen ulkopuolelle jää merkittävä määrä tuen tarpeessa olevia. Tämä luo tarpeen paitsi julkisen, myös yksityisen sekä kolmannen sektorin palveluille, koulutuksen ja tuen tarjoamiselle. Toiseksi tutkimus muistuttaa, että kustannusten paineessa moni turvalaite jää hankkimatta, vaikka sen hankkimatta jättämisen kustannukset voivat olla merkittävästi turvalaitteen hankinta- ja käyttökustannuksia suuremmat. Kolmanneksi tutkimus muistuttaa, että erityisryhmien tuessa ei ole kyse pelkästään tekniikasta eikä digitalisaatiosta. Iso osa ihmisistä kaipaa toista ihmistä käymään kodissaan. Turvallisuudentunne syntyy luottamuksesta siihen, että apua saa mihin vuorokaudenaikaan tahansa.

1. Hankkeen tausta

1.1. Tutkimus osana OTE-hanketta

Suomen Pelastusalan Keskusjärjestö SPEK käynnisti vuoden 2017 alusta OTE – Osallistava Turvallisuus Erityisryhmille -hankkeen (SPEK 2016). Hankkeen tarkoituksena on parantaa kotona ja tuetun kotona asumisen piirissä olevien muistisairaiden, omaishoitajien ja heidän hoidettaviensa, samoin kuin muiden erityisryhmien turvallisuutta. Hankkeen painopistealueina ovat erityisryhmiin kuuluvien henkilöiden oman elämänhallinnan, osallisuuden ja turvallisuuden vahvistaminen. Hanke on Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen (STEA) rahoittama ja hanke toteutetaan yhteistyössä Muistiliiton, Omaishoitajat ja läheiset -liiton, Kuntaliiton, TUKESin, Kainuun pelastuslaitoksen, Kainuun omaishoitajat ja läheiset -yhdistyksen, Kainuun muistiyhdistyksen sekä yksityisten yritysten (Innohome Oy, YKE Oy ja Safera Oy) kanssa.

Kainuu on valittu pilottialueeksi yhtäältä sen iäkkäiden korkean väestöosuuden vuoksi (liite 1). Toisaalta Kainuu on tunnustettu paljon palveluita tarvitsevien kotihoidon ansioista (STM 2016).

Hankkeen taustalla on väestön ikääntyminen, ikääntymisen mukanaan tuoma muistisairaiden määrän kasvu, sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelupolitiikan muutos laitoshoidosta kotona asumisen tukemiseen, samoin kuin huoli muutoksen vaikutuksesta erityisryhmien turvallisuuteen. Lisäksi hankkeen taustalla on näkemys erityisryhmien omasta halusta ja kyvystä toimia oman turvallisuutensa varmistamiseksi.

Hankkeen keskiössä on erityisryhmiin kuuluvien, kuten muistisairaiden henkilöiden aktiivinen osallisuus omassa elämässään, niin pitkälle kuin se on mahdollista. Näkökulma on aiemmin melko vähän käytetty. Useissa aiemmissa tutkimus- ja kehityshankkeissa (katso liite 2) on tutkittu tai kehitetty erityisryhmien hyvinvointia, osallisuutta, turvallisuutta, arjen tapaturmia ja niiden syytekijöitä, mutta tutkimus, tieto, koulutus tai toimenpiteet on kohdistettu ensisijaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille. Erityisryhmään kuuluvan henkilön oma, asukkaana, asiakkaana tai potilaana tapahtuva osallistuminen tai aineiston tuottaminen osallistumisen tueksi vaikuttaisi olevan harvi-

naisempaa ja painottuvan kolmannen sektorin hankkeisiin ja toimenpiteisiin.

Merkittävä osa erityisryhmiin kuuluvista haluaa epäilemättä olla omassa elämässään aktiivisena toimijana, ei vain objektina. Tätä omaa toimintaa on tukenut ja tukee toiminnallaan useat yhdistykset ja järjestöt, kuten Muistiliitto, muistiyhdistykset, Omaishoitajat ja läheiset -liitto ja sen alueelliset yhdistykset sekä muun muassa Vanhustyön keskusliitto.

Kun ikääntyneiden ja muistisairaiden henkilöiden määrä kasvaa ja yhteiskunnassa on tarve etsiä kustannustehokkaita tukivaihtoehtoja, asia on nostettu esiin myös hallitusohjelmassa. Ikäihmisten kotihoidon kehittäminen ja omaishoidon vahvistaminen ovat yksi Sipilän hallituksen kärkihankkeista. Kärkihankkeen kehittämissuunnitelma ottaa huomioon myös turvallisuuden, turvallisuuden tunteen ja osallisuuden, samoin kuin kotihoitajien ja omaishoitajien turvallisuuden. Turvallisuus on hankesuunnitelmassa nähty laaja-alaisena turvallisuutena. Turvallisuudessa on otettu huomioon toimintakyvyn ylläpito, palo- ja pelastusturvallisuus, tapaturmien ehkäisy, turvallisuustekniikan edistäminen, varautuminen ja liikenneturvallisuus. (Voutilainen et al. 2016.)

Hallituksen kärkihanke edellyttää yhtäältä eri ministeriöiden hallinnonalan toimenpiteitä. Toisaalta se painottaa kotihoidon ja omaishoitajien roolia ja osaamista, mutta myös iäkkäiden henkilöiden ja muiden kotihoidon asiakkaiden osallisuutta ja aktiivisuutta (mt.) Lisäksi mukaan halutaan muun muassa järjestöjä.

Ikääntymisen ohella kansallisena huomio on kiinnitetty muistisairaiden määrän kasvuun. Kansallisessa muistiohjelmassa kiinnitetään huomio muistisairauksien kasvavaan merkitykseen paitsi kansanterveyden, myös kansantalouden kannalta. Ohjelma asettaa tavoitteeksi rakentaa muistiystävällisen Suomen. Tavoitteeseen pääseminen perustetaan neljälle tekijälle:

- 1) Aivoterveiden edistäminen.
- 2) Oikeat asenteet aivoterveeseen, muistisairauksien hoitoon ja kuntoutukseen.
- 3) Hyvän elämänlaadun varmistaminen muistisairaille ihmisille ja heidän läheisilleen.
- 4) Kattavan tutkimustiedon ja osaamisen vahvistaminen. (STM 2012a)

Tämän raportin tarkoitus on tukea hallituksen kärkihanketta ja kansallista muistiohjelmaa ja tuottaa lisää tietoa erityisryhmien turvallisuuden tukemiseksi, sekä erityisryhmiin kuuluvien henkilöiden että heidän omaistensa turvallisuuden tutkimisen kautta.

1.2. Keskeiset käsitteet

Erityisryhmät

Sosiaali- ja terveydenhuollon, samoin kuin arjen ja asumisen turvallisuuden näkökulmasta erityisryhmiksi tai erityistä tukea tarvitseviksi henkilöryhmiksi on nimetty ikääntyvät, muistisairaat, päihde- ja mielenterveysongelmaiset ja liikuntarajoitteiset henkilöt (STM 2007). Tässä tutkimuksessa arviointi painottuu erityisesti muistisairaiden ja ikääntyneiden asumisen turvallisuuteen. Yhtäältä on muistettava, että valtaosa muistisairaista on ikääntyneitä. Toisaalta molempiin ryhmiin kuuluvien joukossa on sekä liikuntarajoitteisia että päihde- ja tai mielenterveysongelmaisia henkilöitä.

Tutkimuksen yhteydessä on tiedostettu erityisryhmien heterogeenisyys. Ryhmiin kuuluu henkilöitä, jotka pystyvät elämään turvallista arkea itsenäisesti, eivätkä he tarvitse asumisen turvallisuuteen ulkopuolista tukea. Toisaalta ryhmiin kuuluu henkilöitä, jotka tarvitsevat tukea. Osa tuen tarpeessa olevista henkilöistä saa tukea, osa ei sitä saa ja osa ei sitä halua.

Ikääntyneet

Erityisryhmiin kuuluvia ihmisiä on maassamme merkittävä määrä. Pelkästään 65 vuotta täyttäneitä oli vuoden 2016 lopussa noin 1 150 000 henkilöä (Tilastokeskus 2017a). Näistä 75 vuotta täyttäneitä oli noin 500 000 henkilöä ja 85 vuotta täyttäneitä noin 140 000 henkilöä. Iäkkäiden määrän ja osuus väestöstä kasvaa. Kun 65 vuotta täyttäneiden osuus oli vuonna 2015 noin viidesosa väestöstä, sen arvioidaan kasvavan neljäsosaan vuoteen 2030 mennessä ja lähes 30 prosenttiin vuoteen 2060 mennessä. (Tilastokeskus 2015).

Ikäänymiskehitys on samansuuntaista koko maassa, joskin siinä on huomattavia alueellisia eroja. Ikääntyneiden osuus on korkein Etelä-Savon (28,3 %), Kymenlaakson (25,8 %) ja Kainuun (25,7 %) maakunnissa ja alhaisin Uudenmaan (16,8) ja Pohjois-Pohjanmaan (18,0 %) maakunnissa. (Tilastokeskus 2017b; ks. maakuntakohtaiset osuudet liite 1.)

Muistisairaat

Tutkimuksen keskiössä ovat muistisairaat. Muistisairas -käsitettä on käytetty tutkimuksessa yleiskäsitteenä, joka sisältää sekä etenevät muistisairaudet, aivoverenkierron häiriöistä johtuvat tilat että tapaturmien seurauksena syntyneet muistisairaudet. Vaikka muistisairaista käytetään yhtenäistä käsitettä, on muis-

tettava, että he ovat erittäin heterogeeninen joukko ihmisiä. Heterogeenisyyden vuoksi myös eri henkilöiden turvallisuusriskit voivat olla hyvin erilaisia. Lisäksi on muistettava, että sairauden kehittyessä myös yksittäisen henkilön riskit voivat muuttua. Esimerkkinä niin sanottu karkailu, joka voi jossain muistisairaudesta vaiheessa olla merkittävä riski. Sairaudesta kehittyessä edelleen henkilön aloitekyky voi alentua niin, että hän enää lähde kodistaan.

Muistisairaudella tarkoitetaan etenevää, usein dementiaan johtavaa aivojen sairautta. Yleisimmät muistisairaudet ovat Alzheimerin tauti (n. 70 %), aivoverenkierron sairaudet ja aivoinfarktut, Lewyn kappale -tauti, Parkinsonin tauti sekä otsa-ohimolohkorapeumat. (Duodecim 2017; Viramo & Sulkava 2006)

Muistisairaudesta riskiä lisäävät ikä, geneettiset tekijät, alhainen aktiivisuus ja alhainen koulutustaso, yksinäisyys, masentuneisuus, ravintoon liittyvät riskitekijät, alkoholi, tupakointi ja muun muassa aivovammat. Sairaudesta suojaaviksi tekijöiksi on arvioitu hyvä koulutus, henkinen, sosiaalinen ja liikunnallinen aktiivisuus, ravintoon liittyvät tekijät sekä muun muassa verenpainetaudin asianmukainen hoito. (mt.)

Muistisairautta voidaan hoitaa oireenmukaisilla muistisairauslääkkeillä. Lääkkeet ovat keskushermostoon vaikuttavia. Muistisairauksiin voi liittyä myös käytösoireita. Näitä hoidetaan lääkkeettömällä hoidoilla, muistisairauslääkkeillä tai viimekädessä psykeelääkkeillä. (mt.)

Muistisairaita arvioitiin olevan maassamme noin 193 000 henkilöä vuonna 2013. Määrästä noin 93 000 sairastaa vaikeaa tai keskivaikeaa muistisairautta. Heidän lisäksi arvioidaan olevan noin 100 000 henkilöä, joilla on lievä muistisairaus. Lisäksi arvioidaan, että maassamme on noin 200 000 henkilöä, joilla lievä muistin ja tiedonkäsittelyn heikentyminen. (Viramo & Sulkava 2015, Duodecim 2017, vrt. Muistiliitto 2016)

Muistisairaiden määrän arvioidaan kasvavan noin 14 500 henkilöllä vuodessa (Viramo & Sulkava 2015). Arvion perusteella maassamme olisi jo nyt, vuoden 2017 tasolla, noin 220 000–250 000 muistisairasta henkilöä. Toisaalta arvioidaan, että merkittävä osa muistisairauksista jää diagnosoimatta. Tähän ja muistihäiriöiden moninaisuuteen viittaa myös se, että kolmasosa yli 65-vuotiaista ilmoittaa kärsivänsä muistioireista, vaikka suurimmalla osalla heistä ei ole diagnosoitu etenevää muistisairautta (Koivisto et al. 1995).

Ikä on muistisairauksien merkittävin riskitekijä. Työikäisiä muistisairaita arvioidaan maassamme olevan vain noin 7 000 henkilöä (Duodecim 2017). Muistisairaiden osuus kasvaa iän mukana siten, että yli 85-vuotiaista jopa kol-

masosa sairastaa jotain muistisairautta. Iäkkäiden määrän kasvaessa, myös etenevää muistisairautta sairastavien henkilöiden määrä siis nousee.

Muistisairauksia – mukaan lukien Alzheimerin tautia – voidaan nykyisen käsityksen mukaan ehkäistä vaikuttamalla edellä mainittuihin tunnistettuihin riskitekijöihin, kuten kohonneeseen verenpaineeseen. Finger-hankkeessa on puolestaan saatu hyviä tuloksia elämäntapojen, ravinnon, aktiivisuuden ja harjoittelun ennaltaehkäisevästä vaikutuksesta sekä muistisairauksien syntyyn että etenemiseen (Ngandu et al. 2015; THL 2017a).

Muut erityisryhmät

Iäkkäiden ja muistisairaiden henkilöiden ohella erityisryhmiin kuuluu mielen-terveys- ja päihdeongelmaisia sekä liikuntarajoitteisia ja vammaisia henkilöitä. Näistä osa on myös iäkkäitä ja tai muistisairaita. Samoin päihde- ja mielen-terveysongelmat ovat osittain päällekkäisiä (Pirkola et al. 2005). Kuten muistisairaiden määrää, myös näiden erityisryhmien suuruutta voidaan arvioida monenlaisilla mittareilla. Mielen-terveysongelmien vuoksi terveystalveta on arvioitu olevan väestöstä noin kymmenesosa. Naisista mielen-terveyspalveluita on käyttänyt noin 11–12 prosenttia, miehistä 7–8 prosenttia (Viertiö et al. 2017). Masennuslääkkeiden Kela-korvausten perusteella arvioituna maassamme on noin 400 000 mielen-terveysongelmaista henkilöä (Sotkanet 2017). Psykiatrasta erikoissairaanhoidoa sai vuonna 2014 noin 170 000 henkilöä ja laitoshoidossa oli noin 25 500 henkilöä (THL 2016b). Toisaalta THL:n tilastotiedon mukaan laitoshoidossa oli noin 37 000 (THL 2017b, 77). Tällä hetkellä määrä on alle 30 000 (THL 2017c). Psykiatristen asumis- ja palveluiden piirissä on ollut puolestaan vajaa 8 000 henkilöä. (THL 2017b, 80; THL 2017c)

Alkoholin riskikäyttäjiä on arvioitu olevan 300 000 – 600 000 (THL 2014a). Päihdehuollon asumis- ja palveluiden piirissä on ollut noin 6000 henkilöä (THL 2017b, 90).

Erityistä tukea tarvitsevien vammaisten määrää voi arvioida esimerkiksi kuljetuspalvelun piirissä olevien määrällä. Vuonna 2015 kuljetuspalveluja sai noin 100 000 vaikeasti vammaista henkilöä. Näistä kolmasosa oli alle 65-vuotiaita, kaksi kolmasosaa 65 vuotta täyttäneitä (THL 2017b, 70).

Turvallisuus

Turvallisuus nähdään tässä tutkimuksessa laaja-alaisena käsitteenä (vrt. THL 2016c, 10). Tutkimuksessa otetaan huomioon turvallisuuden eri osa-alueet sekä teoria- että aineistolähtöisesti. Turvallisuuden käsite konkretisoituu tutkimuk-

sen tulosten lopussa olevassa taulukossa 2, johon on tiivistetty tutkimuksen aikana kirjallisuudessa ja haastatteluissa esiin tulleet turvallisuuden osa-alueet.

Osallisuus ja osallistaminen

Turvallisuuden ohella tutkimuksen lähtökohtana on muistisairaiden osallisuus ja osallistaminen. Osallisuus on valittu hankkeen keskeiseksi osa-alueeksi siitä syystä, että muistisairaat nähdään ihmisinä, joilla on edelleen kyky, mutta myös mahdollisuus vaikuttaa itse omaan turvallisuuteensa. He eivät ole vain eri toimijoiden ja toimenpiteiden kohteita, objekteja, vaan myös itsenäisiä toimijoita.

Näkökulma on hyvin vähän käytetty, sillä valtaosa johdannossa mainituista tutkimuksista ja hankkeista on kohdistunut tai kohdistettu sosiaali- ja terveystoimen ammattilaisille. Näkökulmina on esiin tullut *asiakasturvallisuus*, henkilöstö ja työturvallisuus, mutta pääsääntöisesti sosiaali- ja terveystoimen ammattilaisten näkökulmasta. Esimerkiksi erityisryhmien paloturvallisuutta käsitelleessä STEP-hankkeessa (THL 2016a) oli lähtökohtana ammatillinen sosiaali- ja terveystoimen toimijoiden näkökulma ja erityisryhmien ohjaaminen. Toisaalta aineiston muotoilu ei estä tiedonkäyttöä myös omaishoitajien tai erityistä tukea tarvitsevien omassa keskuudessa. Koska aineistot ovat vapaasti saatavissa, ne ovat kaikkien hyödynnettävissä.

Toisaalta riskiryhmiin kuuluvien ihmisten oma osallisuus ja vaikutusmahdollisuudet ovat tulleet esiin esimerkiksi Kaste-ohjelmassa. Siinä osallisuudella tarkoitetaan ihmisten kuulemista ja vaikutusmahdollisuuksien lisäämistä heitä itseään koskevassa päätöksenteossa, palveluissa ja niiden kehittämisessä (STM 2012b). THL:n Tiedä ja toimi -korteissa on puolestaan tietoa osallisuuden edistämistä. Osallisuuden sekä ihmisten kokeman hyvinvoinnin ja terveyden välillä todetaan olevan voimakas yhteys. (THL 2015)

Osallisuus ei ole kirjallisuudessa yksiselitteinen käsite. Leeman ja Hämäläinen (2016, 586) ovat pohtineet käsitettä perusteellisemmin: onko kyseessä enemmän asiakkaan osallistuminen (participation) vai osallisuus (involvement). Joka tapauksessa osallisuuden palvelujen suunnittelussa arvioidaan vahvistavan asiakkaan roolia, kohdistumista ja kokemusta osallisuudesta. Asiakkaan osallistumiseen tai osallisuuteen on liitetty myös voimaantumisen (empowerment), sitoutuminen tai jopa velvoite (engagement), yhteistoiminta (collaboration), kumppanuus (partnership) ja vaikuttaminen (influence). Sosiaalinen osallisuus voidaan puolestaan kääntää käsitteeksi social inclusion, kun taas asiakasosallisuus käsitteeksi customer involvement. (mt.)

Tutkimusetiikassa osallistamisen -käsite on puolestaan kytketty toimijuuden ja tasavertaisuuden yhteyteen (Nikander & Zehner 2006, 515). Osallistamisen ja osallistumisen käsitteille on siis useita merkityksiä. Toisaalta käsitteeseen on suhtauduttu kriittisesti ja sitä on pidetty lähinnä julkisella sektorilla politiikassa käyttöön otettuna muotitrendinä (Jyväskylän yliopisto 2016; Nousiainen & Kulovaara 2016).

Tässä tutkimuksessa ja OTE-hankkeessa osallistaminen on Nikanderia ja Zehneriä mukaillen (mt.) muistisairaana tai muun erityistä tukea tarvitsevan ihmisen kannustamista osallistumaan sekä osallisuutta tasavertaisuutta, osallistumista ja aktiivista toimijuutta.

Kotona asuminen

Tutkimuksessa käytetään käsitettä kotona asuminen tilanteista, jossa henkilö asuu omassa tai vuokra-asunnossa joko itsenäisesti, omaishoidon tai kotihoidon tuella. Tutkimuksessa kotona asumisen käsitteen ulkopuolelle on rajattu palveluasuminen, vanhainkodit ja muu mahdollinen laitoshoido, jossa henkilöllä on säännöllinen ohjaus tai hoito.

2. Erityisryhmien asumisen tuki ja turvallisuus

2.1. Palveluiden käyttö ja kotona asuminen tilastoissa

Ikääntyneistä 65 vuotta täyttäneistä valtaosa elää itsenäisesti ja vain murto-osa on sosiaali- ja terveydenhuollon säännöllisten palvelujen piirissä (taulukko 1). Palvelujen käyttö kuitenkin kasvaa iän myötä siten, että 75 vuotta täyttäneistä säännöllisten palvelujen piirissä on neljäsosa, kun 85 vuotta täyttäneistä säännöllisten palvelujen piirissä on jo hieman yli puolet ihmisistä. (THL 2017b, 58–63.)

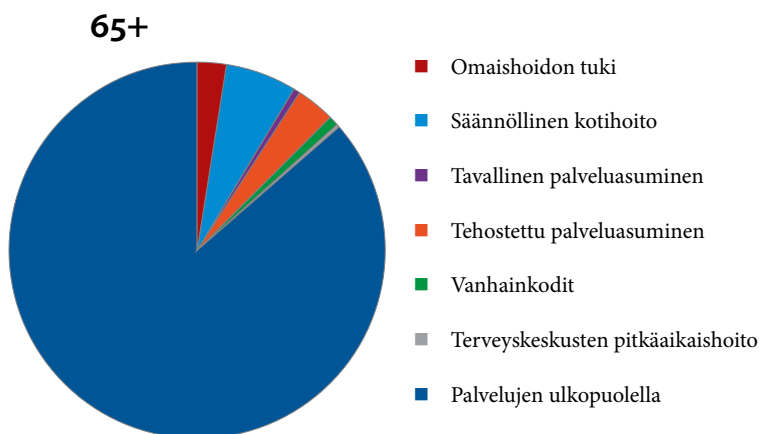
Säännöllistä kotihoitoa saavien osuus kasvaa samoin iän myötä merkittävästi. Säännöllisen kotihoidon saajia 65 vuotta täyttäneistä on 6,0 prosenttia, 75 vuotta täyttäneistä lähes 12 prosenttia ja 85 vuotta täyttäneistä heitä on yli viidennes. (mt.)

Omaishoidon tuella kotona asuvien osuus kasvaa myös ikääntymisen myötä, mutta sen osuus on melko pieni. Omaishoidon tuella kotona asuvia on 2,7 prosenttia 65 vuotta täyttäneistä ja 4,7 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä sekä 6,8 prosenttia 85-väyttäjäneistä. (mt.)

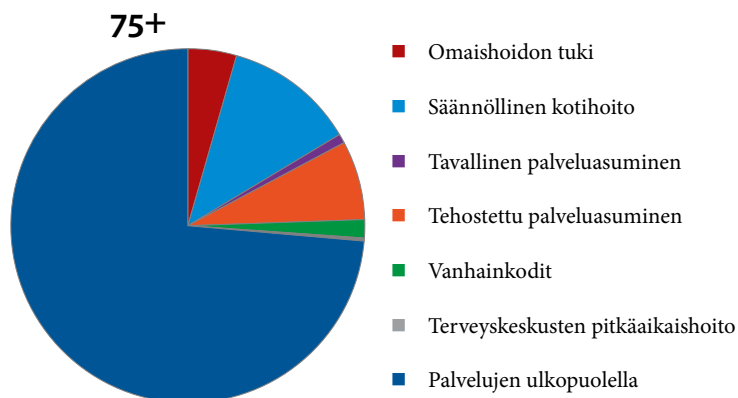
Taulukko 1. Ikääntyneiden laitoshoido ja asumispalvelut palvelutyypeittäin, palveluja saavien ja niiden ulkopuolelle jäävien osuus Suomessa vuonna 2015, prosenttiosuus 65 vuotta, 75 vuotta ja 85 vuotta täyttäneistä (THL 2017b).

Ikääntyneiden palvelujen piirissä vuonna 2015	Ikä		
	65+	75+	85+
Palvelu/asiakkaan ikä	65+	75+	85+
Osuus samanikäisestä väestöstä	%	%	%
Omaishoidon tuki	2,7	4,7	6,8
Säännöllinen kotihoito	6,0	11,8	22,2
Tavallinen palveluasuminen	0,4	0,9	2,0
Tehostettu palveluasuminen	3,5	7,1	15,0
Vanhainkodit	0,8	1,7	3,6
Terveyskeskusten pitkäaikaishoito	0,2	0,4	0,8
Palveluja saavien osuus yhteensä	13,6	26,6	50,4
Säännöllisten palvelujen ulkopuolella	86,4	73,4	49,6
Kotona asuvat (palvelujen ulkopuolella tai omaishoidon tai kotihoito tuella kotona asuvat)	95,1	89,9	78,6

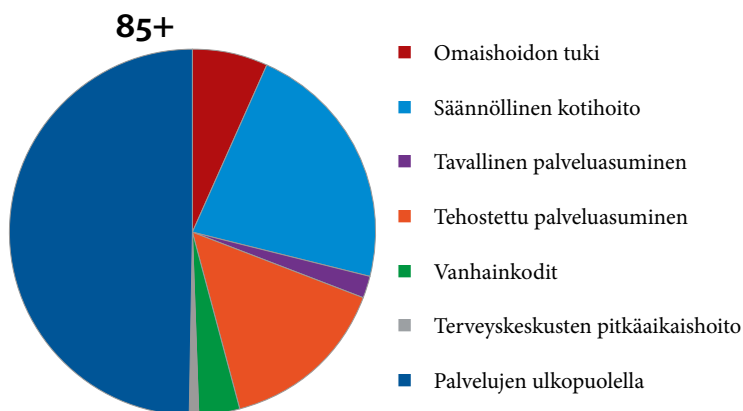
Edellä mainittujen tilastotietojen perusteella merkittävä osa iäkkäistä elää kokonaan sosiaali- ja terveydenhoidon säännöllisten palvelujen ulkopuolella (Kuvat 1-3).



Kuva 1. Ikääntyneiden palvelujen rakenne ja peittävyys vuonna 2015 Suomessa, 65 vuotta täyttäneet (THL 2017b, 58–59).

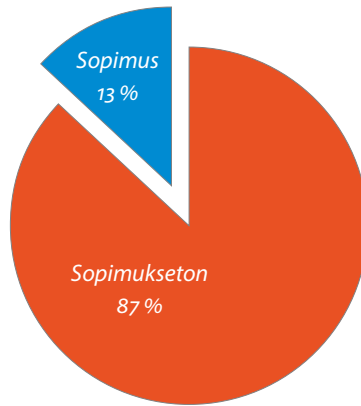


Kuva 2. Ikääntyneiden palvelujen rakenne ja peittävyys vuonna 2015 Suomessa, 75 vuotta täyttäneet (THL 2017b, 58–59).



Kuva 3. Ikääntyneiden palvelujen rakenne ja peittävyys vuonna 2015 Suomessa, 85 vuotta täyttäneet (THL 2017b, 58–59).

Omaishoidon osalta on huomattava, että tilastossa ilmoitetut omaishoidon luvut kuvaavat vain sopimuksen tehneiden omaishoitajien määrää. Kelan mukaan (Mattila 2013) omaishoitajia on Suomessa noin 300 000. Näistä noin 60 000 on arvioitu olevan sitovassa omaishoitotilanteessa. Sopimuksen tehneitä omaishoitajia oli maassamme kuitenkin vain noin 40 000 henkilöä (mt.). Näin ollen omaishoidon tuen ulkopuolelle jää merkittävä osa omaishoitajista. (Kuva 4)



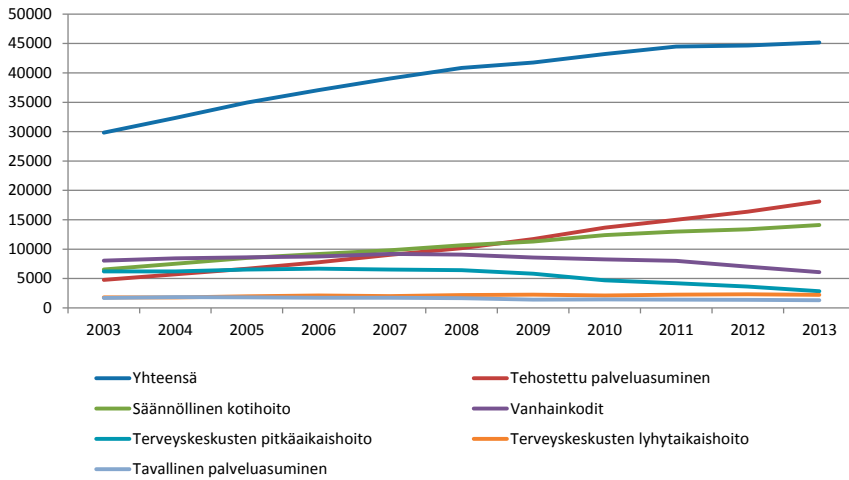
Kuva 4. Omaishoitajat Suomessa 2012. (Mattila 2013).

Omaishoidon luvut ovat vuodelta 2012, mutta tilanteessa ei ole tapahtunut merkittävää muutosta. Tilanne ei ole kehittynyt, vaikka asiaa pohtinut työryhmä arvioi vuonna 2014, että sopimuksen tehneiden omaishoitajien määrä kasvaisi 20 000 omaishoitajalla vuoden 2020 loppuun mennessä (STM 2014).

Tuen piirissä olevien omaishoitajien pienen osuuden voi arvioida olevan erityisryhmien asumisen turvallisuuden kannalta merkittävä ongelma, koska laitoshoidtoa vähennetään, erityistä tukea tarvitsevien odotetaan asuvan entistä pidempään kotona. Osalla ihmisiä ei ole lähisukulaisia eikä tietoa siitä, kuka heitä tulevaisuudessa hoitaa. Osalla on omaishoitaja, jolla ei ole omaishoitajan statusta eikä hän saa välttämättä riittävää tukea, opastusta eikä koulutusta. Kehityksen hitauden syynä ovat ilmeisesti taloudelliset tekijät. Tähän viittaisi STM:n raporttiin liitetty eriävää mielipide ja lausuma. (mt. 78–79)

Tilasto antaa kuitenkin tiedon siitä, että valtaosa iäkkäistä ihmisistä asuu kotona, kun kotona asumiseksi katsotaan tilanne, jossa henkilö ei saa sosiaali- ja terveydenhuollon säännöllistä tukea tai saatava tuki on omaishoidon tukea tai kotihoitoa. Iän perusteella luokiteltuna kotona asuvia on 95 prosenttia 65 vuotta täyttäneistä, lähes 90 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä ja lähes 80 prosenttia 85 vuotta täyttäneistä. Kotona asuvien osuus on siis merkittävä, joskaan se ei vastaa vielä kansallista tavoitetta, jonka mukaan kotona asuvien 75 vuotta täyttäneiden osuus tulisi olla 92 prosenttia (STM 2013a, 39)

Iäkkäiden määrän kasvaessa myös muistisairaiden määrä ja osuus väestöstä kasvaa. Muistisairaista suuri osa tarvitsee säännöllisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Tämä näkyy asiakasmäärään kasvuna tehostetussa palveluasumisessa ja säännöllisessä kotihoitossa (kuva 5).



Kuva 5. Muistisairaiden henkilöiden käyttämät sosiaali- ja terveyspalvelut vuosina 2003–2013. (THL 2017b, 66–67).

Tehostetun palveluasumisen asiakkaiden määrä on ollut voimakkaimmin kasvava. Kasvun taustalla on osittain vanhainkotien ja terveyskeskusten pitkäaikaishoidon paikkojen muuttaminen tehostetun palveluasumisen paikoiksi (ks. kuva 5), osittain asiakasmäärän kasvu. Tehostetun palveluasumisen asiakasmäärän kasvusta huolimatta noin kolme neljäsosaa suomalaisista muistisairaista elää arkeaan sosiaali- ja terveydenhuollon säännöllisten palveluiden ulkopuolella. Kun määrään sisällytetään säännöllisen kotihoidon asiakkaana olevat, kotona asuvia muistisairaita on noin 85 prosenttia kaikista muistisairaista. Vastaavasti valtaosa sekä päihde- että mielenterveysongelmaisista samoin kuin liikuntarajoitteisista henkilöistä asuu kotona.

2.2. Erityisryhmien asumisturvallisuuden painopisteet

Erityisryhmien asumisturvallisuudesta ja turvallisuusriskeistä on olemassa paljon tietoa. Tietoa on tuotettu sekä tutkimuksilla että erilaisilla hankkeilla, joilla on sekä kehitetty sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja että luotu niiden rinnalle täydentäviä vapaaehtoisia järjestelmiä, tuotettu koulutusta ja tuettu erityisryhmiin kuuluvia henkilöitä ja heidän omaisiaan.

Erityisryhmien asumisturvallisuutta ikääntyneiden, vammaisten sekä päihde- ja mielenterveyskuntoutujien näkökulmasta arvioineessa Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksessä (STM 2007) on arvioitu erityisryhmien asumisen turvallisuutta useilla eri tasoilla politiikasta ja lainsäädännöstä arjen käytäntöihin. Raportissa arvioidaan myös riskejä ja turvallisuustoimenpiteitä.

Asumisessa merkittävimmiksi riskeiksi nimettiin muun muassa tapaturmat, kuten kaatumiset sekä tulipalot. Kaatumisten ja liukastumisten osalta keskeisinä turvallisuutta parantavina tekijöinä nähtiin asuinympäristön sekä asunnon sisäisen että pihan ja poistumisteiden turvallisuuden parantaminen, muun muassa esteettömyyden parantaminen. Lisäksi kaatumisten yhteydessä oli todettu lääkkeiden vaikutus kaatumisiin. Paloturvallisuudesta esiin oli nostettu rakennusten paloturvallisuus, sisusteiden ja tekstiilien paloturvallisuus, sähköpalot, tupakointi ja liesiturvallisuus. (mt.)

Keskeinen havainto paloturvallisuuden osalta koskee käyttäjän virheellistä toimintaa. Sen vuoksi keskiöön nousee erityisryhmien toimintakyvyn huomiioon ottava kodintekniikka. Turvallisuuden parantamiseksi edellytetään myös neuvontapalveluja. Raportin mukaan tapaturmien ennaltaehkäisyyn ja turvallisuuden parantamiseen tarvitaan mukaan sekä eri ammattiryhmiä että vapaaehtoistyöntekijöitä.

Turvallisuuden kehittäminen edellyttää myös asuntojen muutostöitä ja turvatekniikkaa. Muutosten aiheuttamien kustannusten rahoitusvaihtoehtoina nähdään erilaiset avustukset, uudisrakentamisessa Raha-automaattiyhdistyksen (nykyisin STEA) rahoitus sekä käytännön tukena Kelan hoitotuki. Uudisrakentamisessa esimerkiksi senioriasunnoissa turvatekniikkaa voi olla järjestelmällisesti jokaisessa asunnossa. Vanhemmissa asunnoissa, niiden kunnossapidossa ja normaalissa kulumisessa tai muistisairauden aiheuttamassa muutostilanteessa rahoituksen riittämättömyys nähdään selkeänä ongelmana. Tarpeellisia muutostöitä jää toteuttamatta, koska asukkaan kannettavaksi jäävät kustannukset ovat hänelle liian korkeat. (mt. 42)

Turvallisuustoimenpiteinä raportissa esitetään huomion kiinnittämistä valtakunnallisiin linjauksiin ja lainsäädäntöön, paikalliseen turvallisuustyöhön, määräysten, ohjauksen ja valvonnan kehittämiseen, asumisratkaisujen kehittämiseen asukkaan toimintakyvyn huomioon ottavaksi, sekä palvelujen ja toimintojen kehittämiseen turvallisuutta tukevaksi. Lisäksi esitetään valtion asuntorahoituksen tukea asuntojen rahoitukseen, asumisturvallisuutta tukevan neuvonnan ja tekniikan sekä välineiden kehittämistä, samoin kuin tutkimuksen, viestinnän ja osaamisen kehittämistä. (mt.)

Tuoreessa Näkökulmia sosiaalihuollon palvelujen turvallisuuteen -julkaisussa (Saarsalmi & Koivula 2017) painottuu toisaalta turvallisuusjohtaminen, toisaalta sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön työturvallisuus, mutta myös asiakasturvallisuus. Julkaisussa on mainittu erityistä tukea tarvitsevien asumisen turvallisuuden vaarantavista tekijöistä toiminta- ja liikkumiskyvyn sekä kognitiivisen toimintakyvyn heikentyminen, kaatumisten ja muiden tapaturmien vaara ja paloriskit, muun muassa tupakointi. Kaatumisten taustalla todetaan olevan muun muassa kognitioon, ravintoon sekä lääkkeisiin liittyviä tekijöitä. (mt.)

Teoksessa todetaan, että turvallisuuden varmistaminen kuuluu jokaisen toimijan vastuulle. Yhtäältä painotetaan asiakkaan osallisuutta turvallisuustyössä. Toisaalta teoksessa todetaan, että asiakkaat eivät aina osallistu riittävästi turvallisuutensa ylläpitämiseen. Asiakkaat ja heidän omaisensa eivät myöskään osallistu heille tarjottuihin koulutustilaisuuksiin (mt., 41). Lisäksi todetaan, että iäkkäiden ihmisten ja heidän omaistensa osallistuminen kaatumisten ehkäisyyn suunnitteluun on tärkeää (mt., 43). Erityisryhmiin kuuluvan ihmisen osallistuminen on mainittu hyödyllisenä lääkeshoidon onnistumisen varmistamiseksi (mt., 58). Muiden riskien arvioinnissa ja hallinnassa painotetaan kaikkien toimijoiden osallistumista. (mt., 14, 16 ja 27)

Kotona paras – Hemma bäst hankkeen perusteella tehdyssä opinnäytetyössä (Tikkakoski 2015) on erityisryhmien asumisen turvallisuutta ja riskejä arvioitu hyvin konkreettisella tasolla. Työssä on turvallisuusriskeiksi nimetty kynnykset ja matot (yleisin), toimivan palovaroittimen puute, tupakointi sisätiloissa, apuvälineiden puute, muistisairaus, liukas lattia, hellat / liedet, heikko tiedonkulku, ahtaat tilat, huono valaistus, epäkuntoiset sähkölaitteet, puuttuvat ajastimet, kaatumiset, turvapuhelimen puute, portaat ja asunnon yleinen epäjärjestys. (mt., 84.) Luettelo on yleisyysjärjestyksessä ja perustuu kotihoidon työntekijöiden tekemiin havaintoihin yhden kaupungin alueella, mutta epäilemättä yleistettävissä jo yleisen kokemustiedon perusteella.

2.3. Asumisturvallisuuden tutkimus- ja kehityshankkeita

Ikäkkäiden ja muistisairaiden turvallisen kotona asumisen tukemiseen on kiinnitetty huomio useissa hankkeissa. Turvallisuutta on arvioitu joko yleisesti kotona asumisen tukemisen näkökulmasta (Suomen muistiasiantuntijat 2011), asumisen turvallisuuden osalta (Hietanen & Fröjdö 2016), asumisen ja kodin muutostöiden tarpeen osalta (Sievänen et al. 2007), kotihoiton työntekijöiden osaamiseen ja turvallisuusajattelun näkökulmasta (Tikkakoski 2015), koti- ja vapaa-ajan tapaturmien (STM 2013b; Kotitapaturma 2017), kaatumisten (Pajala 2016) sekä elintapojen näkökulmasta (Ngandu et al. 2015; THL 2017a). Lisäksi on huomio kiinnitetty muistisairaiden asumisen turvallisuuteen Muistikylä-projektissa, paloturvallisuuteen STEP-hankkeessa (THL 2016a), ikääntyneisiin kohdistettuihin rikoksiin, väkivaltaan ja kaltoinkohteluun (muun muassa Oikeusministeriö 2011). Huomio on kiinnitetty myös muistisairaiden käytösoireisiin, kuten aggressiivisuuteen, ahdistukseen, pelkoihin, erilaisiin aistiharhoihin, levottomuuteen ja masennukseen (Sulkava et al. 1999), mutta myös muistisairaiden käytösoireiden hoidon sijasta kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin kehittämiseen (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2011). Myös turvallisuudentunteeseen ja dementiaperheiden omaishoidon tukeen on kiinnitetty huomiota (Eloniemi-Sulkava et al. 2006).

Turvallisuushankkeiden ohella on muun muassa Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen ja Vanhustyön keskusliiton (VTKL), IkäOte (IkäOte 2017; Kaupila et al. 2017) sekä VTT:n Valmuska-hankkeissa kiinnitetty huomiota teknologian mahdollisuuksiin turvallisuuden ja hyvinvoinnin parantamiseksi (Lounamaa et al. 2013; VTKL 2014a; VTT 2015). Hankkeissa on kerätty tietoa erilaisista apuvälineistä (VTKL 2014b). Vanhustyön keskusliitolla on ikäkkäiden asumisen tueksi myös korjausneuvojia (VTKL 2017).

Myös vapaaehtoistyön puolella on tehty työtä turvallisuuden parantamiseksi. Käytännön työstä esimerkkinä ovat Omaishoitajat ja omaiset -liiton tukitoimet, joilla tarjotaan apua niin työssään omaishoitajia kohtaaville, kuin omaishoitajille (Omaishoitajat 2017a). Samoin käytännön työtä edustaa Suomen Punaisen Ristin (SPR) ystävöiminta ja omaishoitajien tukitoiminta (SPR 2017), jonka tavoitteen on muun muassa ikäkkäiden ja muistisairaiden turvallisen elämän tukeminen.

Myös omaishoitajille on useita tukihankkeita, näistä esimerkkinä Ovet-valmennus ja MuistiOvet (Omaishoitajat 2017b). Valmennuksessa sivutaan myös turvallisuutta. Omaishoitajat ja läheiset -liiton alueellisten yhdistysten koulutuksissa kerrotaan, mitä omaishoito on, mitä palveluita ja tukia yhteiskunnalla tarjolla, eli pyritään tukeaan myös taloudellista turvallisuutta. Lisäksi koulutusta on omaishoidon säädöksistä ja tukea tarvitsevan ja omaishoitajan oikeuksista, omaishoidon epäkohdista ja ongelmista, mukaan lukien päihde- ja mielenterveysongelmista. Niihin liittyen liitolla on meneillään Kuppi nurin-hanke (Omaishoitajat 2017c), jossa kiinnitetään huomio alkoholinkäytön ongelmiin. Hankkeessa otetaan huomioon, että ongelma voi olla hoidettavalla, omaishoitajalla tai molemmilla. Hankkeessa on keskiössä puheeksi ottaminen. Lisäksi vapaaehtoistyön ja omaishoidon ongelmakenttään on paneuduttu tutkimuksessa omaishoitajan näkökulmasta. Tästä esimerkkinä on Tanja Kurosen (2015) väitöskirja Hoivapommin purkajat.

Myös useilla järjestöillä on puhelimitse tai verkon kautta tapahtuvaa neuvontaa, jossa voidaan käsitellä turvallisuusasioita. Lisäksi muun muassa pelastuslaitosten ja sosiaali- ja terveystoimen yhteisissä koulutustilaisuuksissa on kiinnitetty huomio pelastuslain 42 § mukaiseen yhteistyö- ja ilmoitusvelvollisuuteen (ks. Varsinais-Suomen pelastuslaitos 2017).

Järjestöissä on kehitetty erilaisia aineistoja muistisairaiden tueksi ja aivojen aktivoimiseksi (Jaaksonen et al. 2016; Jaaksonen et al. 2017, Muistiasiantuntijat 2017) sekä opas muistisairaahan henkilön kodin muutostöihin (Sievänen et al. 2007).

Eri hankkeiden yhteydessä on kehitetty myös erilaisia mittareita riskien arviointiin, tarkastuslistoja ja ohjeita, kuten Ikinä-malli kaatumisten ehkäisyyn (Pajala 2016). Samoin hankkeissa on kehitetty koulutusaineistoja (THL 2016a) sekä kiinnitetty huomio oppimisympäristöön. Samoin sekä sosiaali- ja terveystoimella, järjestöillä että muun muassa pelastuslaitoksilla on turvallisuuskoulutusaineistoja. Osa aineistoista on kohdistettu muulle kohderyhmälle, kuten lapsille, mutta olisi helposti sovellettavissa myös iäkkäille ja muistisairaille.

Edellä mainittujen hankkeiden lisäksi Kuntaliitto (2017) on Else-hankkeessa arvioinut ikääntyneen väestön palveluja käytön, kustannusten, vaikuttavuuden ja rahoituksen näkökulmasta. Hankkeessa on tuotettu useita julkaisuja. Näissä turvallisuutta on käsitelty potilasturvallisuuden, lääkehoidon turvallisuuden ja iäkkäiden turvallisuudentunteen näkökulmasta. (ks. esimerkiksi Seinelä et al. 2015). Lisäksi julkaisuissa on otettu esiin unilääkkeiden käyttö hoitolaitoksessa potilas- tai asiakasturvallisuuden riskinä (Mikkola 2015, 27).

3. Asumisen riskitekijät

3.1. Kaatumiset ja liukastumiset

STM:n julkaisussa (2007) mainitut kaatumiset ja liukastumiset ovat merkittävien tapaturmaluokka sekä tapaturmiin menehtyneiden määrällä mitattuna että uhritutkimuksen tulosten perusteella. Kaatumiset ovat tyypillisiä erityisesti iäkkäille ihmisille. Kaatumisriski kasvaa merkittävästi jo 55 ikävuodesta alkaen. Iäkkäille tyypillinen kaatuminen tapahtuu kotona. Yli 75-vuotiailla tyypillisin tapaturmatyyppi ovat koti- ja muut vapaa-ajan tapaturmat. Lisäksi iäkkäiden kaatumisille on tyypillistä, että ne johtavat sairaanhoitoa vaativiin vammoihin. Uhritutkimuksen mukaan yli 75-vuotiaista kaatuneista neljä viidestä tarvitsi hoitoa terveydenhuollon vastaanotolla tai sairaalassa. (Haikonen & Lounamaa 2010)

Erityisryhmillä kaatumisten taustalla voi olla esimerkiksi kognition alentuminen tai esimerkiksi lääkkeiden vaikutus. Psykelääkkeiden tiedetään lisäävän kaatumisriskiä. Erityisesti muistisairailta kaatumisriskin tiedetään olevan moninkertainen kognitiivisesti terveisiin verrattuna. Muistisairauksiin käytettävien lääkkeiden on toivottu vähentävän kaatumisia, toisaalta suurin osa muistisairauksien ja niiden oireiden hoitoon käytetyistä lääkkeistä lisää kaatumisvaaraa. (Grönroos 2013)

Kaatumisten ennaltaehkäisemiseksi on julkaistu iäkkäiden kaatumisen ennaltaehkäisyn opas ja kehitetty Ikinä-toimintamalli (Pajala 2016). Oppaassa huomio kiinnitetään sekä henkilön sisäisiin, ulkoisiin, että luuston heikentymisen vaaratekijöihin (mt., 10), mutta myös tilanne- ja käyttäytymistekijöihin, joita ovat esimerkiksi kiire, huolimattomuus, riskinotto tai liiallinen varovaisuus, omien voimavarojen yli- tai aliarviointi sekä levottomuus, väsymys tai viireystilan lasku ja energiataso sekä nestehukka (mt., 16).

Kaatumisten ennaltaehkäisyssä keskeisinä tekijöinä ovat terveyden ylläpitäminen, monipuolinen liikunta / liikkuminen ja tasapainon harjoittelu, lihas-kunnon ylläpito ja lääkehaittojen määrätietoinen vähentäminen, hyvä ravitsemus ja korkeintaan kohtuullinen alkoholinkäyttö. Lisäksi tärkeää on asumisympäristön turvallisuus sekä asianmukaiset jalkineet. (Pajala 2016; ks. myös kotitapaturma.fi)

3.2. Paloturvallisuus

Erityisryhmät on todettu paloturvallisuuden riskiryhmiksi useissa tutkimuksissa (Kokki & Jäntti 2009; Peck 2011; Kokki 2014). Riski perustuu toisaalta erityisryhmiin kuuluvien henkilöiden alentuneeseen toimintakykyyn, joka voi altistaa palojen syttymiselle, hidastaa paloon reagointia sekä häiritä poistumismahdollisuutta.

Erityisryhmien paloriskiä on kuvattu laajasti PaloRAI-hankkeen raportissa (Björkgren et al. 2017). PaloRAI on kehityshanke, jonka tavoitteena on kehittää järjestelmä erityistä tukea tarvitsevien ihmisten asumisen turvallisuuden arviointiin. RAI-tietojen perusteella on kehitetty EVAC-mittari, jolla voidaan arvioida kotihoidon asiakkaan palo- ja poistumisturvallisuutta (mt.)

Raportissa on esitetty erityisryhmien asumisen paloturvallisuuden kolmiportainen arviointimalli. Mikäli asukas selviytyy omatoimisesti, hän ei tarvitse välttämättä vielä turvatekniikkaa. Mikäli hänen toimintakykynsä on alentunut, tarvitaan yksilökohtaisesti arvioiden esimerkiksi liesivahti, erityispalovaroitin tai vastaava tekniikka varmistamaan asumisen turvallisuus. Mikäli henkilön toimintakyky on niin voimakkaasti alentunut, että hän ei enää ymmärrä palovaroittimen äänen merkitystä tai ei pysty poistumaan asunnosta palon sattuessa, edellytettäisiin asuntokohtaista sprinkleriä tai asumisen uudelleenjärjestelyä vastaamaan asukkaan tilannetta. (mt.)

Erityisryhmien paloturvallisuuden parantamiseksi on tuotettu myös koulutusta ja koulutusaineistoja. SPEKin ja Palopäälystöliiton sosiaali- ja terveysalan turvakorttikoulutus (SPEK 2017) on kohdistettu sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen STEP-hankkeessa tuotettu turvallisuuskoulutusaineisto (THL 2016a) on vapaasti saatavissa. Aineistosta on myös tiivistelmä, joka on suunnattu muun muassa vapaaehtoisille ja muille erityisryhmien ja kodin paloturvallisuudesta kiinnostuneille. Myös useilla pelastuslaitoksilla on paloturvallisuuteen liittyviä aineistoja. Esimerkkinä Pirkanmaan pelastuslaitoksen monikulttuurinen videoaineisto (2017), josta suomenkielinen versio on hyvin käyttökelpoinen kenelle tahansa.

3.3. Erityisesti muistisairauteen liittyvät riskit

Muistiliiton mukaan muistisairas ihminen voi sairautensa eri vaiheissa kohdata erilaisia turvallisuusriskejä. Liitto muistuttaa kuitenkin, että sairaus ja sen eteneminen on yksilöllistä. Tämän vuoksi myös riskit, turvallisuustoimenpiteiden tarve ja ohjeet voivat vaihdella. (Muistiliitto 2014)

Muistiliitto on kerännyt luettelon turvallisuusriskeistä. Riskeihin varautumalla voidaan turvallisuutta parantaa ja mahdollistaa muistisairaana itsenäinen elämä mahdollisimman pitkään. Varautumista edellyttäviä riskejä ovat muun muassa lähimuistin vaikeudet, sanojen löytämisen vaikeudet, sosiaalisista suhteista vetäytyminen, itsenäisen selviytymisen vaikeudet, ajan- ja paikantajun hämartyminen, hienomotoriikan vaikeudet, hahmottamisen ongelmat, uni- ja valverytmin häiriintyminen, kehon jäykistyminen sekä liikuntakyvyn heikkeneminen ja hidastuminen, joka puolestaan altistaa muun muassa kaatumisille. (Muistiliitto 2014)

Muistisairauksiin tiedetään liittyvän muitakin riskejä. Näitä ovat esimerkiksi muistisairaana hyväksikäyttö ja muistisairaana oma haasteellinen käyttäytyminen tai väkivaltaisuus, samoin omaishoitajien ylikuormittuminen ja turvallisuusriskit. Lisäksi muistilääkkeiden sivuvaikutukset voivat aiheuttaa kaatumisvaaraa ja siten vaarantaa muistisairaana henkilön turvallisuuden. (Finne-Soveri et al. 2015)

Näiden ohella on muistettava muistisairaiden eksymisten aiheuttama tapaturma ja muun muassa kylmettymis- ja paleltumisriski. Muistisairas ei aina osaa pukeutua tilanteenmukaisesti ulos lähtiessään ja kylmällä ilmalla riski on merkittävä. Riskiä kuvaa myös paleltumiskuolemien uhrien ikäjakauma. Paleltumisissa kuolleista kolmasosa on ollut yli 65-vuotiaita ja paleltumiskuolemien määrä on kasvava. (Korpi 2011; Pakanen 2015, 26–36)

4. Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata muistisairaiden arjen ja kotona asumisen turvallisuuteen liittyvää ongelmakenttää, turvallisuutta, turvallisuudentunnetta, riskejä sekä turvallisuuden parantamiseksi käytettävissä olevia työkaluja. Lisäksi arvioitiin digitekniikan mahdollisuuksia sekä erityisryhmien turvallisuutta parantavien teknisten ratkaisujen rahoitusmahdollisuuksia.

OTE-hankkeen tavoitteena on tuottaa tietoa muistisairaiden ja muiden erityistä tukea tarvitsevien henkilöiden turvallisuuden parantamiseksi sekä edistää erityisryhmien sekä heidän omaistensa ja hoitajiensa pelotonta arkea sekä osallisuutta turvallisuuden varmistamisessa.

Raportti on tarkoitettu OTE-hankkeen pohjatiedoksi sekä vapaasti käytettäväksi erityisryhmien asumisen turvallisuuden parantamiseksi. Hankkeen aineistot ja kehitettävät toimintamallit on tarkoitettu sekä erityisryhmien omaehtoisen toiminnan tukemiseen, omaishoitajille, vapaaehtoistoimijoille ja järjestöille että sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille. Erityisesti toivomme hankkeessa tuotettavien menetelmien ja aineistojen tukevan sosiaali- ja terveydenhuollon säännöllisten palveluiden ulkopuolelle jääviä henkilöitä heidän turvallisuustiedon tarpeessaan.

4.1. Aineistot ja menetelmät

Tutkimusaineisto kerättiin kahdeksassa teemahaastattelussa (liite 3). Näistä kahdessa oli haastateltavana muistisairaita henkilöitä. Kuudessa haastateltiin työssään eri tavoin iäkkäiden ja muistisairaiden sekä heidän turvallisuutensa kanssa tekemisissä olevia asiantuntijoita.

Muistisairaita henkilöitä haastateltiin kokemusasiantuntijoina¹ ja toimijoina. Heidän haastattelunsa toteutettiin kahtena ryhmähaastatteluna. Ensimmäiseen ryhmähaastatteluun osallistui 12 muistisairaasta miestä, toiseen ryhmähaastatteluun seitsemän muistisairaasta naista. Haastateltujen henkilöiden muistisairauden taustalla oli useimmiten sairaus, kuten Alzheimerin tauti. Yksittäisillä haastatelluilla oli muistisairauden taustalla aivoinfarkti- ja tapaturma-peräisiä syytekijöitä. Haastatteluissa ei tullut ilmi, oliko muistisairaus tapaturmaisen päivämman seurausta, vai päivämman johtanut onnettomuus jo alkaneen muistisairauden aiheuttaman toimintakyvyn laskun seurausta.

Haastatellut henkilöt olivat iältään noin 60-vuotiaasta yli 80-vuotiaisiin. Muistisairaus oli ollut haastatelluilla diagnosoituna puolesta vuodesta yli kymmeneen vuoteen. Tyypillisesti se oli ollut tiedossa haastateltujen arvion mukaan noin kaksi vuotta.

Molemmat muistisairaiden henkilöiden ryhmähaastattelut tehtiin Pirkanmaan muistiyhdistyksen tiloissa. Haastateltavat olivat osallistuneet yhdistyksen säännöllisesti järjestämiin vertaistapaamisiin ja haastattelu tehtiin ryhmän normaalin viikkotapaamisen yhteydessä. Toisaalta tapaaminen poikkesi normaalista siten, että se oli kummallekin ryhmälle kevään viimeinen tapaaminen. Muistisairaiden haastatteluissa oli läsnä haasteltavien ohella ryhmän ohjaaja/ohjaajat. Ohjaajat pidättäytyivät haastattelusta muutamaa täydentävää kommenttia lukuun ottamatta.

Ammatillisina asiantuntijoina haastateltujen henkilöiden (liite 4) valinnan perusteena oli laaja-alaisen näkemyksen saaminen tutkimuksen käyttöön. Sen vuoksi haastateltavaksi valittiin muistisairaiden omaishoitajien ja läheisten etujärjestön edustaja, koulutukseen, tutkimus- ja kehityshankkeisiin työssään osallistuneita hoitotyön ja pelastustoimen edustajia sekä Kuntaliiton edustajia. Haastattelut tehtiin yksilöhaastatteluina, lukuun ottamatta Kuntaliiton edustajien yhteishaastattelua.

Haastateltavia pyydettiin arvioimaan erityistä tukea tarvitsevien asumisen turvallisuutta ja turvallisuudentunnetta, riskejä, riskienhallintakeinoja, käytettävissä olevia apuvälineitä ja turvallisuuskeinoja yleisesti sekä digitekniikan käyttömahdollisuuksia. Samoin heitä pyydettiin arvioimaan teknisten apuvä-

1 Haastatelluista muistisairaista henkilöistä käytetään tekstissä käsitettä kokemusasiantuntija. Heillä on omakohtainen kokemus ja sisäistynyt tieto muistisairaudesta ja sen vaikutuksista, halu antaa kokemusperäinen tietonsa haastattelun kautta muiden hyödyksi, mutta ei kokemusasiantuntijan koulutusta.

lineiden saatavuutta, hankinnan mahdollisia esteitä ja turvatekniikan potentiaalisia rahoitusmahdollisuuksia. Lisäksi kerättiin tietoja turvallisuuskoulutuksen tai -keskustelun mahdollisesti aiheuttamista peloista, pelkojen hallinnasta ja turvallisuuskoulutuksen mahdollisuuksista.

Haastatteluissa otettiin huomioon sekä muistisairaiden henkilöiden oma että omaisten ja omaishoitajien näkökulmat. Haastattelujen kokemusten kautta valottui myös järjestöjen, tutkimuksen, palveluntarjoajien, pelastustoimen että julkisen sektorin näkökulmat. Haastattelurunko oli kaikille yhteinen, mutta haastattelujen sisältö vaihteli huomattavasti haastateltavan näkökulman ja kokemuksen mukaan.

Haastattelut tehtiin toukokuussa 2017. Haastattelujen kesto oli keskimäärin yksi tunti. Haastattelut nauhoitettiin, litteroitiin ja litterointi tarkistettiin. Analyysimenetelmänä käytettiin laadullista sisällönanalyysiä, jossa aineistosta poimittiin tutkimuksen teemojen kannalta keskeiset asiat. Nämä teemoitettiin ensin teorialähtöisesti teemahaastattelun rungon mukaan, mutta teemoja täydennettiin aineistolähtöisesti. Teemoitetut kommentit pelkistettiin ja yhdistettiin teemoittain. Yhdistämisen jälkeen teksti tiivistettiin tuloksiksi.

Tuloksissa on esitetty paitsi todetut ilmiöt, myös mahdolliset näkökulmaerot. Tekstissä on esitetty joitakin haastateltujen esittämiä suoria sitaatteja tai käyttämiä käsitteitä. Suorat lainaukset on pääosin muutettu arkikielelle ja ne on esitetty tekstissä sisennettynä ja *kursivoituna*. Käsitteet ovat tekstin sisällä ja myös ne on erotettu muusta tekstistä *kursiivilla*. Valtaosa lainauksista esitetään anonyymeinä. Valinnalla pyritään toisaalta informanttien suojelemiseen, toisaalta huomion kiinnittämiseen asiasisältöön, ei siihen, kenen näkemys on kyseessä.

4.2. Eettiset periaatteet

Tutkimuksen kaikissa vaiheissa otettiin huomioon ihmistieteellisen tutkimuksen yleiset eettiset periaatteet (Tutkimuseettinen neuvottelukunta TENK 2009), sekä erityisesti muistisairailla henkilöt haavoittuvassa asemassa olevina haastateltavina (Nikander & Zehner 2006). Tutkimuksen eettisistä linjauksista käytiin perusteellinen keskustelu sekä SPEKin tutkimuksen edustajien ja tutkijan että tutkijan ja haastateltujen muistisairaiden henkilöiden haastattelun järjestäneen muistiyhdistyksen edustajien kanssa.

Tutkimusasetelma ei sisällä TENK:n (2009, 2) luetteloimia, ennakkolausuntoa edellyttäviä tilanteita. Tutkimuksessa ei myöskään kerätty henkilötietoja, henkilön terveydentilaan liittyviä täsmätietoja eikä muistisairaat haastatellut henkilöt olleet sosiaali- ja terveystoimen asiakas- tai potilasroolissa. Tämän vuoksi haastattelututkimuksen ei katsottu edellyttävän ennakoarviointia eikä Valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan (ks. ETE-NE 2017) ennakkolausuntoa.

Kun myöskään SPEK tai haastattelujen järjestämiseen osallistuneet yhteisöryhmät eivät edellyttäneet eettistä ennakkolausuntoa, lausunnon pyytämiseksi ei arvioitu olevan tarvetta. Tätä puolsi myös haastatteluun osallistuneiden muistisairaiden henkilöiden oma näkemys terveydentilastaan.

Muistisairaat henkilöt arvioivat itse olevansa vielä suhteellisen hyvämuistisia. Haastatellut arvioivat olevansa muistisairaiksi muutenkin poikkeuksellisen hyvässä tilanteessa olevina. Lisäksi etenevää tautiperäistä muistisairautta sairastavat pitivät itseään ja tilannettaan onnekkaana verrattuna tapaturman tai vakavan aivoverenkierron häiriön seurauksena sairastuneisiin: tautiperäinen muistisairaus tulee hitaasti ja antaa aikaa sopeutumiselle. Tapaturma tai äkillinen aivoverenkierron häiriö muuttaa elämän nopeasti. Osa haastatelluista oli puheliaita ja osa hiljaisia. Haastatellut itse totesivat erot ja totesivat niiden johdettavan paitsi muistisairaudesta myös henkilöiden persoonallisuuksien eroista.

Kaikkien haastateltujen osallistuminen oli vapaaehtoista. Muistisairaiden vertaisryhmän tapaamista ohjannut henkilö alusti haastattelun ja kertoi sen vapaaehtoisuudesta. Samoin tutkija muistutti haastattelun vapaaehtoisuudesta vielä haastattelun alussa. Jokaisella muistisairaiden ryhmähaastatteluihin osallistuneella oli mahdollisuus pidättäytyä haastattelusta, pidättäytyä kommentoimasta tai halutessaan heillä oli mahdollisuus poistua haastattelutilaisuudesta. Poistumismahdollisuus oli konkreettinen, koska yhdistyksen toimitiloissa oli käytettävissä vaihtoehtoisia tiloja ja henkilökuntaa. Kaikki haastateltavat henkilöt suostuivat haastateltavaksi.

Muistisairaiden ryhmähaastatteluissa ei kerätty haastateltujen henkilötietoja, vaan kaikki muistisairaisiin liittyneet kommentit on esitetty raportissa anonymieinä. Haastattelun yhteydessä ei myöskään kerätty haastateltujen muistisairaiden henkilökohtaisia, sairauteen liittyviä tietoja. Sen sijaan yksittäisissä kommentteissa tuli esiin muistisairauden syytekijä tai sairauden laatu, kuten Alzheimerin tauti, aivoverenkierron häiriö tai muistisairauden taustalla oleva tapaturma.

Muistisairaiden haastattelujen yhteydessä käytiin läpi myös erillinen eettinen pohdinta, koska ryhmähaastattelussa kävi ilmi, että yksi haastateltavista ja tutkija olivat toisilleen entuudestaan tuttuja. Koska tuttuudessa oli kyse aiemmasta ammatillisesta yhteydestä, ei henkilön osallistumiselle haastatteluun eikä kommenttien käytölle tutkimuksen aineiston osana katsottu olevan estettä.

Sekä muistisairaiden miesten että naisten ryhmässä tuli esiin haastateltujen oma halu osallistua tutkimukseen. Muistisairaamiehet ottivat myös haastattelun aikana esiin, että olivat valmiita jakamaan tietoa, eli auttamaan tutkijaa, jotta tutkija voi vastavuoroisesti tuottaa tietoa – ja auttaa muistisairaita ihmisiä. Muistisairaiden naisten ryhmä kiitti mahdollisuudesta keskustella turvallisuuteen liittyvistä asioista ja siitä, että heiltä itseltään kysyttiin, muistavatko he.

Tutkimuseettisen arvioinnin osana tutkija pyysi kummankin ryhmähaastattelun päätteeksi osallistujia arvioimaan, aiheuttiko haastattelutilanne heille pelkoa tai arvioivatko haastatellut, että läpi käydyt asiat jäävät vaivaamaan. Saadun palautteen perusteella haastattelu oli ollut haastatelluille mielenkiintoinen ja mielekäs tilaisuus, eikä sen arvioitu herättäneen pelkoa tai ahdistusta. Myös ohjaajilta haastattelutilanteen jälkeen saadun palautteen perusteella haastatellut oli koettu mielenkiintoisiksi, ei kuormittaviksi. Ohjaaja / ohjaajat osallistuivat molempiin ryhmähaastatteluihin. Heidän läsnäolollaan pyrittiin sekä haastattelutilanteen turvallisuuteen että haastateltujen oikeuksien turvaamiseen. Lisäksi tutkija ja ohjaaja muistuttivat, että haastatellut voivat halutessaan keskustella turvallisuusasioista ohjaajien kanssa vielä tilaisuuden jälkeen. Naisten ryhmässä ryhmän tapaaminen jatkui vielä haastattelun jälkeen. Miesten ryhmässä tapaaminen päättyi haastattelun päättyessä, mutta sekä ohjaaja että tutkija olivat paikalla ja haastatelluilla oli mahdollisuus vielä puhua haastatteluun tai muistisairauteensa liittyvistä asioista.

Muistisairaiden haastattelussa haastateltujen rooli oli osallistuva ja palaute myönteistä. Kun toisaalta muistisairaamisti on ongelmallinen, jätettiin ohjaajille tutkimuksen saatekirje ja tutkijan yhteystiedot, jotta ohjaaja tai muistisairaamiehet voivat halutessaan ottaa yhteyttä ja palata tarvittaessa haastattelun sisältöön. Lisäksi sovittiin, että haastateltavat saavat myös asiasta palautetta. Tutkimusraportti toimitetaan muistiyhdistykselle ja ohjaajat voivat palata aiheeseen vapaasti oman harkintansa ja ryhmään osallistuvien kiinnostuksen mukaan.

Myös asiantuntijahaastatellut kokivat muistisairaiden ihmisten turvallisuuden kohdistuvan tutkimuksen ja hankkeen erittäin tarpeelliseksi muistisairaiden turvallisuuden, muistisairaiden määrän kasvun ja erityisesti kotona asuvien muistisairaiden määrän kasvun vuoksi.

5. Muistisairaiden henkilöiden arjen ja kotona asumisen ongelmakenttä

Seuraavassa on käyty läpi haastattelun keskeiset tulokset. Jotta muistisairauden aiheuttamia ongelmia voidaan ymmärtää, on luvun alussa ensin kuvattu ryhmähaastatteluihin osallistuneiden näkemyksiä muistisairaudesta ja sen vaikutuksista arkeen, turvallisuuteen ja turvallisuudentunteeseen. Sen jälkeen on kuvattu turvallisuusriskejä ja riskienhallintakeinoja eri näkökulmista. Riskien jälkeen on käyty läpi turvatekniikkaa ja tekniikan ja digitalisaation mahdollisuuksia sekä turvatekniikan rahoitusmahdollisuuksia. Luvun lopussa on yhteenveto, jossa on tiivistetty tutkimuksessa esiin tulleet turvallisuuden osa-alueet ja turvatekniikan rahoitusvaihtoehdot.

5.1. Muistisairaiden henkilöiden oma näkemys sairaudesta ja sen vaikutuksista

Molemmat tutkimukseen haastatellut muistisairaiden henkilöiden ryhmät totesivat, ettei muistisairaus ole muuttanut juuri mitenkään heidän elämäänsä, tai että itselle muistisairaus ei merkitse mitään. Toisaalta molempien ryhmien haastattelussa todettiin, että muistisairauteen sairastuminen voi olla ihmiselle ärsyttävä ja harmittava elämäntilanne. Lisäksi molempien ryhmien haastatelussa tuli esiin selkeästi aika ennen sairastumista ja sen jälkeen. Kokemuksessa oli eroa tautiperäisten ja tapaturmaisen tai äkillisen aivoverenkierron häiriön seurauksena sairastuneiden kommentoissa: Muistisairauden aiheuttama muutos oli tullut useille haastatelluista hitaasti, hiipimällä. Tapaturmien ja aivoinfarktin yhteydessä muutos oli ollut nopea.

Kun ryhmät pohtivat muistisairauden vaikutusta elämään, yksittäinen henkilö totesi, että sairastumisen jälkeen tuli tunne, että pitäisikö pidättäytyä kokonaan kommunikoinnista ja puhumasta. Syynä oli sanojen löytämisen vaikeus, väärät sanat ja kiusallisten tilanteiden välttämisen tarve:

"... puhua töksäytin mitä sattui". (Muistisairas nainen)

Muutamissa kommenteissa tuli esiin myös jonkinlainen häpeä. Yksittäiset henkilöt totesivat, että muistisairaudesta ei kehdata kertoa – ei ainakaan kaikille. Samoin haastatellut arvioivat, että kaikki muistisairaat ihmiset eivät pidä, jos *"heidän töppäyksistään puhutaan"*. Toisaalta haastatteluissa tuli ilmi, että muistisairaat suhtautuvat sairauteensa ja sen tuottamiin tilanteisiin usein myös huumorilla. Samoin haastatellut kokivat, että pienet virheet ja kömmähdykset pitää *"pystyä antamaan itselleen anteeksi – ja toivoa, ettei suuria tule..."*

Muistisairauden seurauksista erityisen harmillisena koettiin muistojen menettäminen, jonka vuoksi elämä koettiin aiempaa köyhemmäksi. Samoin haastatelluista etenkin miehet kokivat harmillisena ennen sairastumista osattujen taitojen heikentymisen tai menettämisen. Muutos harmitti, ärsytti ja haittasi elämää. Autolla ajaminen ja liikkuminen ylipäättään herättivät keskustelua. Samoin todettiin, etteivät tavanomaiset kodin kunnossapitoaskeleet enää suju-neet. Syynä saattoi olla muistisairauden aiheuttama toimintakyvyn lasku ja hie-nomotoriikan heikkeneminen, mutta myös sairauden aiheuttama toinen ongel-ma: työkalut tahtoivat olla hukassa.

Turvallisuusnäkökulmasta arvioituna sairauden todettiin tuoneen erilaisia ajatuksia ja pelkoja, joskaan kukaan ei kertonut pelkäävänsä. Muistisairaiden naisten joukossa pelkojen esiintymistä pidettiin kuitenkin luonnollisena ja nii-tä arvioitiin syntyvän minkä tahansa vakavan sairauden seurauksena.

Pelkäämisen sijasta haastatellut kertoivat suhtautuvansa turvallisuusriskei-hin vakavasti, niihin varauduttiin, varottiin ja pyrittiin toimimaan huolellisesti, ajateltiin ja pinnisteltiin. Asioiden muistamisen tukena käytettiin muistiinpa-noja, kalenteria ja muistilappuja.

Sairauden todettiin tekevän ihmisen myös tarkemmaksi. Esimerkiksi ulos lähtiessään, haastatellut naiset kertoivat irrottavansa sähkölaitteet pistorasiasta, tarkistavansa, että hella on pois päältä ja avaimet ovat mukana. Myös asunnon oven lukkoon meno varmistettiin huolella. Asioita tehtiin hyvin tarkalla rutiinilla. Useimmat haastatelluista kokivat pärjäävänsä kotona juuri säännöllisten rutiinien ansiosta. Asioita tehtiin järjestelmällisesti vaihe vaiheelta samalla ta-voin.

Fyysinen toimintakyky oli joillakin vielä hyvä. Yksittäinen nainen kertoi jopa pesseensä omakotitalon ikkunat ulkoa – tikapuilla seisten – ja koki teke-misen pelkästään iloksi.

”Omaisten sairaus”

Monet haastatelluista miehistä kokivat, että sairaus on omaisten sairaus. Haastatelluista miehistä lähes jokainen eli parisuhteessa ja koki, että sairauden suurin vaikutus kohdistuu puolisoon. Toisaalta moni koki voivansa asua kotona juuri puolison tuen ansiosta.

Parisuhteessa elävillä muistisairailla henkilöillä myös puoliso huolehti turvallisuudesta. Tämä tuli esiin etenkin muistisairaiden miesten haastattelussa. Myös parisuhteessa elävillä naisilla oli tukena puoliso ja muu perhe. Puoliso ja lapset huolehtivat muistisairaasta, hänen hyvinvoinnistaan, turvallisuudestaan, osalla naisista myös laskujen maksamisesta tai rahan hakemisesta pankkiautomaatilta. Lisäksi läheiset kannustivat myös sosiaalsiin suhteisiin, kuten muistiyhdistyksen tilaisuuksiin lähtemiseen.

Myös muut läheiset huolehtivat. Osa haastatelluista totesi, että etäämpänä asuvilla omaisilla on suurempi huoli. Lähellä asuvat pystyvät helpommin käymään katsomassa ja varmistumaan tilanteesta. Osalla yhteydenpito omaisiin oli puhelinsoittojen varassa, osalla esimerkiksi Skypea tai vastaavan yhteyden varassa. Osalla muistisairaista lapsi tai lapset pitivät yhteyttä päivittäin, osalla saattoi mennä viikkoja ennen kuin omaiset ottivat yhteyttä. Osalle päivittäinen yhteydenpito oli luonnollinen, osalle ei. Osa jopa arvioi, että ei sitä edes haluaisi:

”En minä omasta mielestäni vielä niin huonomuistinen ole, että holhousta tarvitsisin.” (Muistisairas nainen)

Etenkin puolison, mutta myös lasten huolenpidosta oltiin kiitollisia. Toisaalta etenkin muistisairaamat miehet olivat huolissaan puolisonsa jaksamisesta. Sekä parisuhteessa elävät miehet että naiset pitivät vertaistapaamisia itselleen hyvänä, mutta myös puolisolle tärkeinä hengähdyshetkinä.

Muistisairaiden miesten ryhmä piti isoa vertaisryhmää (12 henkilöä) ja sen sisällä tapahtuvaa kokemusten jakamista hyvänä. Tapaamisiin on aina tulijoita, juttuseuraa löytyy, vaikka joku joutuisi jäämään satunnaisesti pois. Haastatellut miehet korostivat myös ryhmän jäsenten tasa-arvoisuutta:

”Ei täällä katsota, että joku on lääkäri, joku on insinööri, joku taas joku muu... Kaikki ollaan samanlaisia.” (Muistisairas mies)

Muistisairaajat pyrkivät ylläpitämään muistiaan ja kognitiotaan. Omaiset tukivat heitä tässä. Joitakin haastatelluista omainen oli kehottanut muistelemaan asioita sitkeästi, joillekin omaiset toivat sudokuja tai ristisanatehtäviä. Osa haastatelluista kertoi rakastavansa niitä, osa haastatelluista naisista koki etenkin ristisanatehtävien tekemisen ”*tuskallisena*”, kun ”*ei ole enää sanojen suhteen kartalla*”.

5.2. Muistisairauden vaikutus turvallisuuteen

Vaikka haastatellut muistisairaajat arvioivat, että sairaus ei heidän kodallaan ole vielä muuttanut mitään, sekä kirjallisuuden että haastateltujen ammatillisten asiantuntijoiden mukaan muistisairaahan henkilön omalla terveydentilalla, muistisairaudesta ja kognition häiriöillä voi sairauden edetessä olla merkittävä vaikutus arkeen. Muutoksella on vaikutus myös turvallisuuteen - vaikka henkilö itse tekisi parhaansa. Muutoksen nopeus on yksilöllistä. Haastateltu asiantuntija muistutti, että jokainen dementoituu eri tavalla.

”Miten nopeasti muutos tapahtuu, ei diagnoosi ratkaise. Vammautumisessa tau-dinkuvassa dominoi se, missä kohtaa aivoja vaurio on. Se vaikuttaa siihen, miten käyttäytyy, mitkä asiat ovat vaikeita ja mitkä sujuu”. (Haastateltu asiantuntija)

Samoin muistutettiin siitä, että ihmisen toiminta – myös muistisairaahan ihmisen toiminta on aina loogista. Toiminta riippuu siitä, miten ihminen saa informaatiota, miten hän sen ymmärtää, ymmärtääkö hän, että saadun informaation perusteella tulisi reagoida ja sen, miten tulisi reagoida. Lisäksi keskeistä on reaktio: vastaako muistisairaahan tekemä toimenpide sitä, mitä hän tarkoitti. Jos muistisairas ei kuule tai näe oikein, jos informaatio vääristyy, jos hän ei ymmärrä informaation merkitystä tai ei pysty toimimaan haluamallaan tavalla, voi lopputulos poiketa tarkoituksenmukaisesta. Tällä on myös vaikutus turvallisuuteen.

Hyvänä esimerkkinä tästä on hellan käyttö. Jos muistisairas näkee, että hella on jäänyt päälle, ja hellan levyt ovat punaisena, ymmärtääkö henkilö, että levyt ovat päällä? Entä ymmärtääkö hän, että ne pitää kytkeä pois? Ymmärtääkö hän tulipalon riskin? Ja jos hän yrittää kytkeä ne pois, osaako hän toimia oikein. Osaako hän kytkeä nimenomaan oikean levyn valitsimesta oikean arvon? Entä osaako hän mahdollisen tulipalon syttyessä soittaa hätäkeskukseen?

Muistisairas ihminen voi ymmärtää ja pyrkiä tekemään oikeita asioita, mutta muistisairauden aiheuttaman toiminnanohjauksen heikentymisen vuoksi hän tekeekin vääriä asioita. Hän siis tietää, mitä pitäisi tehdä, mutta tekee vääriä asioita. Hän voi tietää, että hellan levyt pitäisi sammuttaa, yrittää tehdä sen, mutta toimiikin erheellisesti.

Toisaalta muistisairas ihminen voi nähdä liekkejä, mutta kyseessä on ”harha”, ei tulipalo. Vastaavasti hän voi nähdä vaikka varkaita asunnossaan, mutta ei tiedä, että kyse on harhasta. Harhan seurauksena hän saattaa kuitenkin soittaa hätäkeskukseen.

Kaiken kaikkiaan edellä mainitun tyyppiset sekä positiiviset että negatiiviset oireet² voivat synnyttää riskitilanteita, luoda turvattomuutta ja vaikeuttaa kotona asumista tai vaarantaa asumisen turvallisuuden. Pahimmillaan ne voivat romuttaa kokonaan kotona asumisen mahdollisuuden. Kun arjen turvallisuusriskejä arvioidaan, pitää muistisairaana osalta arvioida kaikkia näitä osaluokkia ja arviointi pitää tehdä yksilöllisesti.

Yksilöllinen arviointi sopii yhtä hyvin muistisairaiden, iäkkäiden, kuin päihde- ja mielenterveysongelmaisten asumisen turvallisuuden arviointiin. Arvioinnissa olisi tärkeää kartoittaa paitsi se, mitä ihminen osaa tehdä, mutta myös se, mitä hän haluaa tehdä. Osaamisen ja haluamisen ero on haastatellun asiantuntijan mukaan merkittävä.

Asiantuntijan mukaan muistisairailla on lähtökohtaisesti halu toimia oikein, kognitiivinen kyky ei vain anna kaikille siihen mahdollisuutta. Päihde- tai mielenterveysongelmissa toimintaan voi liittyvä myös välinpitämättömyyttä. Toisaalta taustalla voi olla pohjimmiltaan se, ettei ymmärretä seurauksia. Tähän hallisuus olisi tämän perusteella vähäistä, keskeistä olisi ymmärtämättömyys.

Turvallisuudentunne

Kysymys turvallisuudentunteesta herätti muistisairaiden henkilöiden joukossa keskustelua ”*taudista*”³ ja sen tuomista riskeistä, mutta myös turvallisuudentunteen perustekijöistä. He tunnistivat muistisairauden mukanaan tuomat oman toimintansa heikkoudet, mutta haastattelussa painottui, että he eivät pel-

2 Oire on positiivinen, kun ihmisen kokemuksessa on jotain ylimääräistä, hän kuulee tai näkee tai kokee jotain ylimääräistä kuten liekkejä, vaikka ei ole tulipaloa. Oire on negatiivinen, kun ihmiseltä puuttuu joku tuntemus tai havainto, mahdollisuus havaita, tai reagoida oikein johonkin asiaan, kuten tulipalo, johon ei reagoita.

3 Haastateltujen muistisairaiden henkilöiden käyttämä nimitys sairaudesta.

kää, vaan kokivat pääsääntöisesti elämänsä turvalliseksi. Siitä piti huolen oma huolellinen toiminta ja varmistaminen, mutta myös perhe. Kuten edellä todettiin, valaosa tutkimukseen haastatelluista muistisairaista eli parisuhteessa ja turvallisuudentunnetta lisäsi puoliso ja aikuiset lapset, jotka huolehtivat muistisairaasta.

Ammatilliset asiantuntijat pitivät muistisairaahan henkilön turvallisuudentunnetta perusedellytyksensä, jotta muistisairas tai iäkäs ihminen pystyy ylipäätään asumaan kotonaan. Turvallisuudentunnetta uhkaavina tekijöinä asiantuntijat näkivät muistisairaahan henkilön oman terveydentilan ja tukiverkoston, palvelujen sekä lähiympäristön mahdolliset heikkoudet.

Haastatteluissa siis korostui, että turvallisuudentunteen varmistamiseksi muistisairaalla ihmisellä pitää olla varmuus siitä, että hän saa tarpeen tullen kontaktin toiseen ihmiseen tai apua mihin vuorokauden aikaan tahansa. Jos tämä tunne puuttuu, hän voi pelätä. Parisuhteessa elävien muistisairaiden henkilöiden haastattelussa näkyi hyvin tämä ympärivuorokautisen avun saannin tuoma turva.

Yksin asuvilla haastatelluilla muistisairailta tilanne oli monimutkaisempi. Asiantuntijahaastatteluissa todettiin, että muistisairaiden henkilöiden ei pitäisi joutua olemaan pitkiä aikoja yksin, mikäli he kokevat olonsa yksinäiseksi. Toisaalta todettiin, että vaikka henkilön luona käytäisiin useita kertoja päivässä, muistisairas ei välttämättä muista käyntejä, vaan voi kokea olonsa turvattomaksi. Toisaalta yksittäinen haastateltava muistutti, että osa muistisairaista ei koe yksin asumistaan yksinäiseksi. Osa ihmisistä viihtyy yksin. Tämän vuoksi on tärkeä selvittää ja ottaa huomioon iäkkään tai muistisairaahan yksin olemisen merkitys yksilöllisesti.

Ammatilliset asiantuntijat näkivät turvallisuudentunteen paitsi muistisairaahan tai erityistä tukea tarvitsevan omana, myös omaishoitajan ja omaisten turvallisuudentunteena. Omaishoitajien turvallisuudentunne arvioitiin syntyvän omasta osaamisesta ja riittävästä tuesta. Mikäli omaishoitajalla ei ole riittävää osaamista tai häntä ei ole opastettu riittävästi, hän voi *”hätääntyä ja hätäillä”*. Myös ylikuormittuminen vähentää omaisen tai omaishoitajan turvallisuudentunnetta.

Toisaalta Omaishoitajien ja läheisten -liiton edustaja totesi, että useat omaishoitajat ovat huolissaan läheisensä hoidosta omien vapaapäiviensä aikana. Omaishoitajia kuormittavat huoli kumppanin tarpeiden huomioon ottamisesta ja vaihtuvan hoitohenkilökunnan osaamisen ongelmat, samoin intervallihoidon onnistuminen hoitajan vapaapäivien tai kuntoutuksen aikana. Tämän

vuoksi näyttäisi olevan tilaa paitsi omaishoitajien myös sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten turvallisuuskoulutukselle.

Tutkimukseen haastateltujen muistisairaiden henkilöiden ja asiantuntijainformanttien näkemyksissä oli selkeä yksimielisyys - mutta myös selkeä ero omaishoidon osalta. Asiantuntijainformantit olivat huolissaan sekä omaishoitajien jaksamisesta että osaamisesta. Muistisairaavat olivat samoin huolissaan omaisensa jaksamisesta, mutta eivät kyseenalaistaneet osaamista.

Kotiin saatava tuki nähtiin tärkeäksi. Toisaalta pohdittiin käyntien irrallisuutta. Jos muistisairas saa ulkopuolista tukea, kävijöistä jokainen kävijä hoitaa omaa tehtäväänsä ja kokonaisvaltainen vastuu henkilön hyvinvoinnista ja turvallisuudesta voi jäädä avoimeksi.

Haastatellut asiantuntijat huomauttivat lisäksi, että turvallisuudentunteen kannalta olisi parasta, jos kotihoidon ja muiden palveluiden henkilöstön vaihtuvuus olisi mahdollisimman pieni. Asia on tärkeä kaikilla erityistä tukea tarvitsevilla, mutta korostuu muistisairailla, jotka kärsivät kommunikaatiovaikeuksista. Samoin nähtiin tärkeänä ihmisen mahdollisuus saada palveluja omalla äidinkielellään.

”Että tulee ymmärretyksi omalla äidinkielellään - vivahteineen”. (Haastateltu asiantuntija)

Äidinkieliäyttö tuli esiin sekä maamme perinteisillä kaksikielisillä alueilla että maahanmuuttajien osalta ja sen nähtiin tärkeänä kumpaankin suuntaan.

Sekä omaishoidossa että ulkopuolisessa tuessa koettiin tärkeänä ikäihmisen tai muistisairaahan henkilökohtaisten omien tarpeiden huomioon ottaminen. Asiantuntijainformantit totesivat, että muistisairaiden henkilöiden tarpeissa on yksilöllisiä eroja niin asumisen kuin turvallisuudentunteen suhteen. Haastatelussa muistutettiin, että muistisairasta ei tulisi jättää pitkään yksin, mikäli hän kokee olevansa yksinäinen. Yksinäisyys voi luoda turvattomuudentunteen ja ihminen lähtee kotoaan ulos juuri turvattomuudentunteen vuoksi. Joku toinen muistisairas voi hyvin viihtyä yksin kotona, jolloin myös turvallisuudentunteen voi olla kunnossa.

Samoin asiantuntijainformanttien mukaan turvallisuuden ja turvallisuudentunteen varmistamiseksi tulisi ottaa huomioon yksilölliset erot, muistisairaahan koko elämänsäkaari, elämäkokemukset, persoonallisuus sekä mahdolliset muut sairaudet. Myös näillä on oma vaikutuksensa turvallisuudentunteeseen. Yksilöllisten tarpeiden huomioon ottaminen ei asiantuntijainformanttien mu-

kaan lisää kustannuksia, koska sen tiedetään vähentävän muiden sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden käyttöä.

Muistisairaiden yksilöllistä arviointia tehtäessä on arvioitava myös kotona asumisen turvallisuutta. Haastatellut asiantuntijainformantit totesivat, että jos henkilö ei enää tiedä asuvansa kotona, asumiseen liittyy turvallisuusriskejä, joita voi pitää sietämättömänä, tai yksinäisyys ahdistaa ja laskee muistisairaana henkilön elämänlaatua, pitäisi harkita muita asumisvaihtoehtoja. Samoin kannattaa asumisen vaihtoehtoja pohtia, mikäli omassa kodissa asumisen edellytyksenä olisivat kalliit muutostyöt tai turvatekniikan investoinnit ja niistä saatava lisäaika kotona asumiseen olisi ilmeisen lyhyt.

Turvallisuudentunne puhutti laajasti, mutta ei juurikaan turvatekniikan kautta. Sen sijaan useissa haastatteluissa tuli esiin näkemys, jonka mukaan tällä hetkellä huomiota kiinnitetään aivan liikaa tekniikkaan. Pelkkä turvatekniikka ei pysty korvaamaan ihmistä, ei myöskään pelkät kotihoidon käynnit.

”Moni ikäihmisistä sanoo, että voi kun joku vain tulisi käymään ja kysyisi mitä sulle kuuluu. Ettei tulisi vain suorittamaan jotakin. Tulisi käymään, istuisi hetken ja juttelisi”. (Asiantuntija)

Myös kotihoidon tekniikan käytön lisäys puhutti. Kotihoidossa arvioitiin siirrytyn asiakaskeskeisyydestä tekniikkakeskeisyyteen. Kotihoidon käynnit ovat lyhyitä, kotihoitajan huomio ei kiinnity asiakkaaseen, vaan toimintojen kirjaamiseen:

”Tuijotetaan laitetta. Loggaudutaan sisään ja ulos” (Asiantuntija)

Samoin huomautettiin, että turvallisuudentunteen ylläpitämiseksi kodin turvatekniikan pitäisi olla mahdollisimman näkymätöntä, jotta se ei hämmennä muistisairasta tai muistisairas ei vahingoita turvalaitteita. Muistisairas saattaa esimerkiksi ihmetellä liesivahtia tai vaikkapa palovaroittimen vilkkuvaa merkkivaloa. Jos valo herättää hämmennystä, se kannattaisi yksittäisen haastatellun mukaan peittää. Vaihtoehtoisesti tulisi kehittää palovaroittimia, joissa varoitusvalo ei ole näkyvässä, tai vilkkuu vasta pariston loppuessa, tai pariston loppumisesta tai poistamisesta lähtisi varoitus valvontayksikköön, jolla olisi vastuu paristonvaihdosta ja varoittimen toimintakunnosta.

Viimekädessä pohdittiin myös turvallisuudentunteen, turvallisuuden, hyvän elämän tai elämänlaadun käsitteitä. Kuka pystyy määrittelemään turvalli-

suuden, turvallisuudentunteen riittävyden tai muistisairaana hyvän elämänlaadun? Missä on se raja, että muistisairas voi asua kotona, milloin hän voi ja saa itse päättää asuinpaikkansa tai milloin siihen tulisi puuttua ja sijoittaa henkilö (ulkopuolisten arvion mukaan) turvallisempaan asuntoon. Kuinka pitkään pitää ihmisen antaa itse päättää asioistaan ja missä vaiheessa on kyse siitä, että hänet on ”jätetty heitteille”. Milloin huolehditaan turvallisuudesta ja perustarpeista – milloin rajoitetaan itsemääräämisoikeutta? Haastateltujen asiantuntijainformanttien mukaan näitä kysymyksiä tulisi arvioida yksilöllisesti.

5.3. Kotona asuminen ja palveluiden saatavuus

Jokainen tutkimukseen haastatelluista muistisairaista miehistä asui kotona, samoin naiset yhtä haastateltua lukuun ottamatta. Haastateltujen muistisairaiden henkilöiden näkemys oli selkeästi kotona asumista kannattava. Kotona asumisen arvioitiin ylläpitävän toimintakykyä, koska jokaisella on jotain päivittäistä tehtävää ja ”täytyy itse yrittää”. Toisaalta puolisoilla oli merkittävä rooli kotona asumisen mahdollistajana ylipäätään, mutta myös turvallisuuden ylläpidossa. Joidenkin miesten mukaan ulos lähettäessä nimenomaan puoliso saattoi palata vielä varmistamaan että kaikki on kotona kunnossa.

Iäkkäiden ja erityisryhmien sosiaali- ja terveyspalveluiden politiikan muutokseen laitoshoidosta kotona asumisen tukemiseen oltiin tyytyväisiä erityisesti muistisairaiden naisten ryhmässä:

”Ei ole pitkä aika siitä kun, lykättiin vanhukset noihin kunnalliskoteihin piiloon, ja sitten vain salaa haudattiin” (Muistisairas nainen)

Etenkin haastatellut naiset luottivat siihen, että apua ja tukea saa tarvittaessa. Pitää vain osata kysyä tai pyytää. Samoin luotettiin siihen, että jos oma toimintakyky rapistuu, lapset voivat ohjata ja auttaa. Samoin luotettiin hoivayritysten apuun.

Laitosasuminen nähtiin hyvänä vaihtoehtona, jos henkilöllä on sitä edellyttävä elämäntilanne, heikko terveydentila, eikä hänellä ole perhettä. Muistisairaiden osalta siirtyminen tuettuun asumiseen nähtiin tarpeellisena silloin, kun muistisairas ”ei enää osaa itse päättää”, tai hänellä on muitakin sairauksia.

Näkemyks tuli samansuuntaisena niin muistisairaiden kuin asiantuntijana haastateltujen kommentteissa.

Haastateltujen miesten ryhmässä kotona asuminen uskottiin onnistuvan niin kauan kuin puoliso ymmärtää ja jaksaa. Osa pohti vaihtoehtoisista asumista, mikäli oma tai puolison terveydentila heikentyisi merkittävästi. Jos puoliso ei enää jaksaisi, olisi muistisairaiden miesten mielestä ymmärrettävää mennä laitokseen. Toisaalta yksittäinen henkilö arvioi tarjolla olevia vaihtoehtoja:

”Ei sieltä mitään enää... Se on oikosäärysten paikka seuraavaks”. (Muistisairas mies)

Kotona asumisesta puhuttaessa muistisairaajat miehet mainitsivat kommentteissaan useaan kertaan puolison jaksamisesta. Jaksamista arvioitiin parantavan, jos kotona asuva muistisairas pystyy olemaan osan aikaa itsenäisesti, yksin tai vaikkapa osallistumassa vertaisryhmiin. Myös puolison omat ystävyyssuhteet ja omaehtoinen harrastaminen nähtiin tärkeänä jaksamisen varmistamiseksi.

Muistisairaajat henkilöt luottivat, että saavat tarvittaessa tukea kotiin ja palveluntarjoajia on. Palveluista keskeisinä tulivat esiin kotikäynnit, joiden sisältö voi vaihdella tarpeen mukaan. Sen sijaan ammatillisten asiantuntijoiden kommentteissa nähtiin tuen saatavuudessa ongelmia, jotka voivat linkittyä myös turvallisuuteen.

Erityisesti Omaishoitajien ja läheisten -liiton edustaja totesi, että erityistä tukea tarvitsevien tilanteeseen ja turvallisuuteen ei kiinnitetä huomiota riittävästi eikä riittävän ajoissa. Vaikka henkilöllä on diagnosoitu sairaus, on omaishoidon vaikea saada tukea. Hänen mukaansa tukeen kiinnitetään huomio usein vasta siinä vaiheessa, kun jotain on ehtinyt tapahtua.

Vertaistuen piirissä olevat etuoikeutettuja?

Tutkimukseen haastatellut muistisairaajat henkilöt osallistuivat vertaisryhmään. Osallistumista pidettiin yhtä tärkeänä sairauden hoitona kuin katkenneen jalan hoidattamista. Vertaisryhmään osallistuminen on parisuhteessa oleville myös puolison suosittellemaa.

Muistisairaajat kokivat itsensä etuoikeutetuksi vertaistuen saajina ja olivat huolissaan yksin elävistä ja vertaistuen ulkopuolelle jäävistä muistisairaista. Samoin sekä miesten että naisten ryhmässä pohdittiin parisuhteen ulkopuolelle jäävien yksinäisyyttä. Muistisairaajat miehet laskivat leikkiä sillä, että jos jää yk-

sin, pitää katsoa itselleen uusi kumppani. Naisten ryhmässä yksin elävän naisen huomio oli muistisairaille tarkoitetuissa tilaisuuksissa kiinnittynyt siihen, että tilaisuuksiin osallistuvista miehistä lähes kaikki ovat parisuhteessa.

”Että onkohan jossain muistisairaita yksinäisiä miehiä, jotka ei tule lähteneeksi?”

Osa haastatelluista naisista oli kiinnittänyt huomion yksin elävien muistisairaiden miesten tilanteeseen jo ennen omaa sairastumistaan. Myös ohjaaja vahvisti asian. Hänen mukaansa muistiyhdistysten havaintojen mukaan naiset ovat ehkä aktiivisempia etsimään vertaistoimintaa. Muistisairaita yksin eläviä miehiä on varmasti paljon, mutta heidän arvioitiin jäävän naisia helpommin kotiin. Toisaalta muistisairaat naiset arvioivat, että myös miehet lähtisivät, mikäli heillä olisi joku aktivoimassa mukaan vertaistapaamisiin. Myös suoranaista kotoa hakemista, houkuttelua tai kannustamista pidettiin tärkeänä.

”Jos yhden kerran lähtee, niin huomaa, että sinne voi mennä ja että toisenkin kerran”.

Toisaalta arvioitiin, että osa kokeilijoista voisi saada yhdestä kerrasta tarpeekseen. Valintaa pidettiin persoonallisuuden liittyvänä asiana ja molempia mahdollisena ja hyväksyttävänä vaihtoehtona.

6. Turvallisuusriskit ja riskienhallinta-keinot

6.1. Riskien yksilölliset erot ja riskienhallinnan ongelmat

Riskeistä keskeisenä nähtiin sisäiset riskit, joiden hallinnassa ja yleisesti turvallisuutta parantavana keinona nähtiin hyvän yleiskunnon ja hyvän terveyden ylläpito ja hyvät elämäntavat sekä säännöllinen, hyvin seurattu lääkitys. Näiden sisäisten tekijöiden ohella haastatteluissa tuli esiin useita ulkoisia riskejä ja turvallisuustekijöitä.

Haastatteluissa korostettiin muistisairaiden joukon heterogeenisyyttä, ja sen seurauksena riskien eroja. Yksittäiset haastatellut muistuttivat myös siitä, että vaikka kahdella muistisairaalla olisi sama dementia-aste, heidän tilanteessaan ja riskeissään voi olla huomattava ero. Toisaalta sairauden kehittyessä myös riskit muuttuvat. Tämän vuoksi henkilökohtainen, säännöllinen ja tarvittaessa tilanteenmukainen arviointi ja riskienarviointi ovat välttämättömiä. Haastatellut arvioivat riskien riippuvan asuinympäristöstä, saatavilla olevasta tuesta, sosiaalisista suhteista, perheestä, läheisistä ja ystävistä. Riskit voivat olla ympäristöön liittyviä riskejä ja tuen puutteeseen liittyviä, jotka puolestaan altistavat ympäristön riskeille. Lisäksi riskeihin vaikuttaa henkilön terveydentila ja oma käyttäytyminen. Myös palveluilla, joita henkilö saa - tai ei saa - on vaikutus riskeihin. Sen vuoksi turvallisuuden varmistamisessa ja riskienhallinnassa ongelmana on riskien heterogeenisyys sekä riskien että riskien suuruuden vaihtelu.

Muistisairaajat kokivat riskit luonnollisina muistisairauteen liittyvinä asioita. Asiantuntijahaastatteluissa tuli esiin riskien monimuotoisuus ja varautuminen riskienhallinnan keinona. Monet henkilöt ja perheet ovat varautuneet todella hyvin ikääntymisen tai muistisairauden tuomiin riskeihin. Osa jopa muuttaa senioriasuntoon hyvissä ajoin, ennen kuin se on välttämätöntä. Toisaalta on ihmisiä ja perheitä, mutta myös sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia, joille riskienarvioinnissa on ongelmia ja sen myötä varautuminen on heikkoa.

Haastatellut asiantuntijat olivat havainneet ilmiön sekä tutkimuksissa, työssään että omassa tai läheistensä kokemuksissa.

Haastateltujen asiantuntijainformanttien mukaan etenkin arjen riskit jäävät helposti havaitsematta tai niiden suuruutta ei sisäistetä. Muistisairaana tai iäkään kunnan heikentymisen vaikutusta ei myöskään aina osata arvioida. Kun aiemminkaan ei ole sattunut, ei jatkossakaan voi tapahtua mitään -ajattelumalli on tavanomainen.

Haastatellut arvioivat, että olemassa olevaa teknologiaa alikäytetään. Jopa hankittuja turvavälineitä, kuten turvaranneketta ei hyödynnetä asianmukaisesti, vaan se saattaa jäädä laatikkoon tai pöydälle. Sen vuoksi tarvittaisiin valvutuneisuutta ja turvallisuudesta kertomista.

Muistisairaiden oppimiseen ja heidän turvallisuuteensa vaikuttamisen mahdollisuuden pääsääntöisesti luotettiin. Heidän, sekä omaisten opastaminen ja koulutus koettiin kannattavana. Kannattavuus-käsitettä ei pidetty pelkästään taloudellisena kannattavuutena, vaan tiedon ajateltiin hyödyntävän ihmistä itseään. Lisäksi painotettiin ihmisen omaa vastuuta turvallisuudestaan mahdollisimman pitkälle.

Yksittäisissä puheenvuoroissa tuli esiin epäily muistisairaiden kyvystä oppia tai pitää huolta itsestään. Muissa muistutettiin siitä, että muistisairaus on aina yksilöllinen ja diagnoosin jälkeen voi olla pitkä aika, jopa useita vuosia, jolloin sairaus ei etene. Ihminen voi hyvin pitää vielä huolta itsestään ja turvallisuudestaan.

” Ei saa heittää hanskoja tiskiin”.

Toisaalta useissa asiantuntijahaastatteluissa riskien ja käytettävissä olevien turvallisuustoimenpiteiden pohdinta nosti esiin myös mahdollisuuksien pohdinnan. Haastatteluissa muistutettiin turvallisuuden tarpeen ja itsemääräämisoikeuden mahdollisesta ristiriidasta. Potilaslain mukaan potilasta pitää hoitaa yhteistyössä potilaan kanssa ja tavalla, jota hän itse toivoisi (ks. L 785/1992 § 6). Asiaan puuttuminen voi olla haasteellinen tilanne, jos kotona asuva henkilö ei tunnista turvallisuusriskejä ja hän voi olla toiminnallaan vaaraksi paitsi itselleen myös muille. Asia on otettu huomioon mielenterveyspotilaiden hoidossa, jossa hyväksytään tietyin edellytyksin pakkohoito. Muistisairas ei ole kuitenkaan pääsääntöisesti mielisairas, joten häntä ei voida ohjata pakolla.

Useat asiantuntijahaastatteluista arvioivat, että Suomessa ei ole tällä hetkellä itsemääräämisoikeudesta selkeää lainsäädäntöä. Tämän vuoksi turvallisuustoi-

menpiteitä pohdittaessa joudutaan aina arvioimaan rajanvetoa: mikä on huolenpitoa, mikä on vapauden rajoittamista, mikä heitteillejättöä. Itsemääräämisoikeuden ja huolenpidon välillä olevaan ristiriitaan parannuksena toivottiin lainsäädäntöä, mutta myös toisenlaista vaihtoehtoa: yksittäisessä haastattelussa pohdittiin, pitäisikö oikeustoimikelpoisuuden arvioinnin ohella ottaa käyttöön itsemääräämisoikeuden arviointi.

Seuraavaan on koottu haastatteluissa esiin tulleita riskejä teemoittain.

6.2. Ymmärretyksi tulemisen vaikeus

Kommunikaation ongelmat voivat olla muistisairaille ärsyttäviä, jopa hävettäviä. Ne voivat aiheuttaa sosiaalisista suhteista vetäytymistä, mutta myös turvallisuusongelmia. Ymmärretyksi tulemisen vaikeus puheen köyhtyessä tuli esiin turvallisuusriskinä erityisesti, kun muistisairas ihminen sairastuu, eikä hän pysty kuvaamaan vointiaan tai oireitaan. Lisäongelmaa voi tuoda muistisairauden ja muiden sairauksien päällekkäisyys ja yhteisvaikutus.

Haastateltu asiantuntija käytti esimerkkinä kausiflunssaa, virtsatietulehdusta tai sydänoireita, jotka kaikki voivat muuttaa muistisairaana käytöstä: Kun ihminen on kipeä, eikä ymmärrä, mistä on kyse, eikä osaa selittää toiselle tilannettaan, voi tilanne aiheuttaa valtavaa huolestumista tai ahdistusta tai muistisairas voi pelätä. Näin muistisairaana henkilön käytös voi muuttua rauhattomaksi, jopa aggressiiviseksi. Vaikka sosiaali- ja terveystoimen henkilöstö osaa tunnistaa näitä tilanteita melko hyvin, on asia pidettävä mielessä, eikä vain pohtia niin sanottua häiriökäyttäytymistä.

Puheen tai ilmaisun ymmärtämisen ongelmien ohella asiantuntijahaastattelussa muistisairaana ymmärtämisen esteenä tunnistettiin myös mahdolliset kielierot. Vaikka tukihenkilöllä tai hoitajalla on muistisairaana äidinkielen perusaaminen, voivat kielen nyanssit jäädä oivaltamatta. Asia korostuu ikääntymisen myötä. Asia tuli esiin kaksikielisillä alueilla, mutta se koskee myös tilanteita, joissa muistisairaana tai iäkkään hoitoon osallistuu henkilö, jonka äidinkieli poikkeaa asiakkaan äidinkielestä.

6.3. Liikkuminen ja liikenne

Haastateltujen muistisairaiden miesten ryhmässä esiin nousi ensimmäisenä muistisairauden vaikutus ajokykyyn ja liikkumiseen. Ajokortillisilla miehillä oli ajo-oikeuden menetys tavanomaista. Kahdestatoista haastatellusta seitsemän kertoi menettäneensä ajo-oikeutensa. Yksittäinen henkilö kertoi, että hänellä ei ole koskaan ollut ajokorttia. Osa haastatelluista miehistä kertoi joutuneensa luopumaan ajo-oikeudesta, heistä osa selkeästi vasten tahtoaan.

”Poliisi vei (ajokortin)”.

Myös muistisairaista naisista osa oli menettänyt ajo-oikeutensa, osa oli luopunut siitä oma-aloitteisesti. Naisilla tyypillistä oli luopua ajo-oikeudesta ajokortin uusinnan yhteydessä.

Ajo-oikeuden menettämisen taustalla on tyypillisesti ajokyvyn lasku, jolla oli merkitystä liikenneturvallisuuteen. Toisaalta haastatteluisa tuli esiin, että ajo-oikeuden menettämällä oli selkeästi liikenneturvallisuutta laajempi merkitys: Ainakin kahdella henkilön muistisairaus todettiin työikäisenä ja molemmilla diagnoosin seurauksena oli paitsi ajo-oikeuden menetys, myös työkyvyttömyys. Ajo-oikeuden menettämällä oli siten myös taloudellisia seurauksia, mutta myös ilmeistä elämänlaatua alentava vaikutus. Henkilöt, jotka olivat tottuneet liikkumaan omalla autolla päivittäin, työssä, arjessa, saati lomamatkoilla, kokivat menetyksen merkittävänä luopumisena. Osa parisuhteessa olevista oli ratkaissut ajo-oikeuden menetyksen ongelman jättämällä ajamisen puolisolle.

Haastatteluisa tuli esiin, että muistisairaana oma näkemys sairauden vaikutuksesta ajokykyyn voi olla kaksijakoinen. Yksittäinen mieshenkilö kertoi luopuneensa ajo-oikeudesta oma-aloitteisesti törmäilyään autonsa kanssa. Hän ei pystynyt hahmottamaan liikenneympäristöä, vaan mökkimatkalta kotiin palatessaan kolaroi useampaan esteeseen tutussa ympäristössä. Muistettuaan tilanteen seuraavana aamuna, hän ei ollut varma, oliko tapahtunut totta vai pahaa unta. Käytyään katsomassa autoaan ja nähtyään vahingot, mies päätti viedä ajokorttinsa poliisille oma-aloitteisesti. Muistisairaant naiset puolestaan totesivat, ettei muistisairas, ”*etenkään mies*”, ole aina valmis myöntämään, ”*jos autolla on mennyt vähän heikosti*”.

Mahdollisen autolla ajamisen turvallisuuden heikentymisen ohella tuli esiin muu liikkumisen turvallisuuden heikentyminen. Yksittäinen haastateltu mieshenkilö kertoi olleensa vakavassa pyöräilyonnettomuudessa. Useat naisista kertoivat luopuneensa kokonaan pyöräilystä tai pyöräilevänsä ainoastaan mökillä, ei kaupunkiliikenteessä. Vain yksittäinen naishenkilö kertoi pyöräilleensä edelleen säännöllisesti. Yksittäinen henkilö kertoi saaneensa lahjaksi potkupyörän, ja hän koki sillä liikkumisen turvalliseksi.

Ajamisen ja pyöräilyn sijaan haastatellut kertoivat liikkuvansa kävellen tai käyvänsä kävelyllä päivittäin: ”*Kävelyhän tekee hyvää*”. Sekä muistisairaat miehet että naiset kertoivat liikkuvansa jalan kotinsa läheisyydessä ja asioilla. Lisäksi he kertoivat käyvänsä lenkillä mielellään. Samoin kerrottiin luonnossa liikkumisesta, esimerkiksi marjareissuissa käynnistä.

Jalan liikkuminen koettiin myös selvästi turvallisemmaksi kuin pyöräily. Toisaalta haastateltujen naisten joukossa oli henkilö, joka oli jalankulkijana jäänyt kaupunkiliikenteessä auton alle ja vammautunut. Hänen mukaansa muistisairaus oli onnettomuuden seurausta, ei päinvastoin.

Kävelyssä riskinä tulivat esiin myös eksymiset. Ne mainittiin sekä muistisairaiden että ammatillisten asiantuntijoiden haastatteluissa. Ulkona liikkumisessa ei koettu olevan ongelmaa, jos mukana on kaveri. Omassa asuinympäristössä yksin liikuttaessa koettiin osattavan liikkua, jos henkilö oli asunut pitkään samassa paikassa. Oma asuinalue oli siten tuttu pitkältä aikaväliltä. Yksittäistapauksessa henkilö kertoi kuitenkin eksyneensä myös tutussa ympäristössä. Hän päätti oikaista kotimatalla, mutta joutui paikkaan, josta hän ei osannut pois. Hän pääsi palaamaan takaisin lähtöpaikkaan vasta, kun kysyi reittiä ulkopuoliselta.

Kaupunki tai taajamaliikenteessä liikkumisessa riskinä esiin tuli myös muiden tienkäyttäjien tai ulkopuolisten ihmisten toiminta. Etenkin muistisairaat naiset olivat kohdanneet muun liikenteen, myös nykyään hyvin eri välineillä liikkuvan kevyen liikenteen edustajien välinpitämättömyyttä ja kokivat asenteiden korjaamisen tarvetta:

”eikä ne huomaa, onko siinä mummoa tai ei”.

Luonnossa liikuttaessa muistisairaat henkilöt kertoivat selviytyneensä eksymisestä perinteisten ilmansuuntia koskevien muistisääntöjen, lähellä kulkevan tien liikenteen tuottaman melun ja tuulensuunnan tai ilmansuuntien tiedosta-

misen ansiosta, loogisesti päättelemällä. Yksittäinen henkilö kertoi ottaneensa luonnossa liikkueensa mukaansa kompassin varmuuden vuoksi.

Useat ammatillisista asiantuntijoista näkivät muistisairaiden ulkona liikkumisen monella tavoin merkittävänä riskinä. Ehkä merkittävin riski on siinä, että muistisairas lähtee ulos, mutta ei osaa pukeutua säänmukaisesti. Tällöin on olemassa selkeä kylmettymisen tai jopa paleltumisen riski. Riskin todettiin olevan konkreettinen ja vakava.

Tämän lisäksi todettiin eksymisen riski, joka haastatteluissa tuli esiin kolmesta eri näkökulmasta: Osa asiantuntijahaastatteluuista puhui karkaamisesta, muistisairaavat puhuivat kävelyllä tai lenkillä käymisestä ja eksymisestä. Yksittäinen haastateltu nosti esiin asunnosta poistumisen kolmannen vaihtoehdon. Muistisairas voi poistua asunnostaan siitä syystä, että koti tuntuu pelottavalta. Tilanne voi syntyä esimerkiksi, kun muistisairas näkee harhoja.

Karkaamisen tai eksymisen riskin hallitsemiseksi asiantuntijahaastatteluisa tuli esiin viitteitä liikkumisen rajoittamisesta lukitsemalla ovet. Lukituksen avaaminen voi olla numerokoodilla, joka on aina näkyvässä oven vieressä, mutta vakavasti muistisairas ei osaa sitä hyödyntää. Koodilukitus tiedetään olevan käytössä esimerkiksi hoivayksiköissä. Toisaalta lukitsemista pidettiin vapaudenrajoittamisena ja etenkin kotona asuttaessa turvallisuusriskinä. Lukitus on kuitenkin ristiriidassa poistumisturvallisuuden kanssa paitsi tulipalon sattuessa, myös muissa hätätilanteissa.

Lisäksi asiantuntijahaastatteluissa todettiin, että muistisairaalle voi olla ahdistavaa, jos hänellä on halu liikkua, mutta hän ei pääse liikkumaan oman tarpeensa mukaan. Lisäksi todettiin, että liikunta ylläpitää fyysistä toimintakykyä ja olisi sen vuoksi tärkeää.

Liikkumiseen ja ulkoiluun liittyvänä ongelmana tuli esiin myös uni-valve-rytmi, joka voi muistisairauden vuoksi häiriintyä. Tällöin muistisairas voi lähteä ulos, vaikkapa hoitamaan pankkiasioitaan täysin epärelevanttiin aikaan. Samoin etenkin matkustamaan tottuneet henkilöt voivat päättää matkustaa jonkin. Molemmissa eksymisen riski on merkittävä. Lisäksi asiantuntijahaastateltu muistutti, että sekä sade, lumisade että pimeys vaikuttavat muistisairaahan kognitioon ja eksymisen riski on huonoissa olosuhteissa merkittävästi suurempi kuin hyvässä kelissä.

Liikkumiseen liittyen kaatumiset ja liukastumiset ovat tunnetusti suurin kuolemaan johtaneiden tapaturmien luokka. Muistisairaiden tilanteessa kaatumiset ovat erityinen ongelma, koska muistisairas voi käyttää sairauden etenemistä hidastavaa lääkitystä, joka vaikuttaa keskushermostoon. Lääkkeet al-

tistavat muistisairaana huimaukselle, vähentävät ympäristöön orientoitumista ja voivat unettaa. Samalla lääkkeet altistavat ihmisen kaatumisille. Lääkkeiden hallittuun ottamiseen ja niiden sivuvaikutuksiin kuten kaatumisriskiin pitää sen vuoksi kiinnittää erityistä huomiota.

Kaatumiset ovat merkittävä riski. Toisaalta iäkkäällä ja muistisairaalla henkilöllä on muitakin turvallisuuteen ja terveyteen liittyviä ongelmia. Haastatteluissa tuli kuitenkin esiin, että muut riskit voivat jäädä havaitsematta, vasta kaatuminen pysäyttää. Tämän vuoksi on todella tärkeää, että myös pienemmät riskit tunnistetaan ja niihin reagoidaan

2...ettei käy niin, että vasta kaatuminen pysäyttää ja tekee aiemmat ongelmat ja tuen tarpeen näkyväksi". (Asiantuntija)

6.4. Arki ja asuminen

Kotona asumisessa todettiin olevan tukeen, tuen puutteeseen, asuinympäristöön sekä tekniikkaan liittyviä riskejä. Asuntoon liittyvinä konkreettisin riskeinä haastatellut nimesivät muun muassa tapaturma- ja paloriskin sekä poistumisturvallisuuden ongelmat.

Tapaturmariskin taustalla voi olla asuntojen huonokuntoisia rappusia, kaiteiden puuttumista ja huonokuntoisia kaiteita, jotka altistavat tapaturmille. Kognition ja toimintakyvyn alentuessa myös matot lisäävät tapaturmariskiä.

Samoin riskiksi nimettiin asunnon epäjärjestys ja siivottomuus, jotka altistavat sekä tapaturmille että sairauksille, mutta lisäävät myös paloriskejä ja heikentävät poistumisturvallisuutta. Epäjärjestyksen taustalla arvioitiin olevan ihmisen toimintakyvyn heikkeneminen ja omaishoitajien jaksamisen ongelmat. Haastatteluissa painottui nimenomaan kognition ja jaksamisen ongelmat ja epäjärjestys, ei esimerkiksi iäkkään tai muistisairaana keräilytaipumus. Epäjärjestyksen taustalla arvioitiin olevan erityistä tukea tarvitsevien toiminnanohjauksen ongelmat ja erityisesti heidän omaishoitajiensa uupuminen.

Muistisairaiden ja erityisryhmien asumisen turvallisuudessa muistutettiin myös uudisrakentamisesta, jossa tulisi ottaa huomioon koko elämänkaari - ja turvallisuus. Senioreille suunnatuissa asunnoissa käytetään tällä hetkellä korkeampaa paloturvallisuustekniikan varustetasoa kuin normaalirakentamisessa. Senioriasuntojen rakentamisen keskiössä on nimenomaan asukasturvallisuus.

Asunnon rakenteellisesta turvallisuudesta riippumatta yhtenä merkittävänä riskinä tuli esiin tekstiilien paloturvallisuus. Haastatteluissa huomautettiin, että esimerkiksi julkisella sektorilla perustetaan paloturvallisuus palosuojattuihin materiaaleihin, kuten sänkyvaatteisiin. Kotikäytössä tekstiilien valintaperuste voi olla ulkonäkö, huollettavuus tai hinta. Toisaalta laitoksissakaan ei aina muisteta sitä, että palosuojatun tekstiilin paloturvallisuusominaisuus voi ”*satojen pesukertojen*” jälkeen olla merkittävästi heikentynyt.

6.5. Ruuanlaitto, sähkölaitteet ja paloturvallisuus

Ammatillisten asiantuntijoiden joukossa merkittävimmäksi arjen riskiksi nimettiin ruuanlaitto, kodinkoneet ja sähkölaitteet. Samoin mainittiin veitsien ja muiden terävien esineiden aiheuttamat tapaturmat. Riskien taustalla arvioitiin ensisijaisesti olevan muistisairaahan toiminnanohjauksen ongelmat. Liesi voi jäädä päälle, koska muistisairas ei ymmärrä, että se pitää sammuttaa tai hän voi yrittää sammuttaa liettä, mutta ei sairautensa vuoksi osaa.

Tutkimukseen haastateltujen muistisairaiden henkilöiden kommenteissa ruuanlaitto tai sähkölaitteet eivät korostuneet. Haastatelluista lähes kaikilla oli käytössä perinteinen liesi. Liedessä ei ollut vielä turvalaitteita. Yksittäisellä henkilöllä oli liedessä ajastin, yhdellä oli käytössä induktioliesi. Liesityypin muutos oli epäilemättä ollut haastava, sillä hän kuvasi ensikokemuksiaan induktiolieden ulospäin näkyvästä toiminnasta:

”Milloin se menee tummaksi, ja taas palaa lakkaa ja taas punaisena palaa ja taas sammuu ja taas palaa Ajattelin, että eihän minun perunani kiehu koskaan.”

Yhdellä haastatelluista miehistä oli pitkään ollut käytössä liesi, jossa oli ajastin. Virrankatkaisun automatiikkaa pidettiin laajemminkin yhtenä käyttökelpoisena vaihtoehtona. Muuten liesiturvalaitteita ei ollut asennettu eikä käytössä, eikä niitä juurikaan kaivattu. Haastatellut miehet pitivät kuitenkin liesiturvalaitteita lapsiperheille luonnollisena hankintana.

Muistisairaiden miesten ryhmässä oli tavanomaista, että puoliso oli huolehtinut ensisijaisesti ruuanlaitosta koko pitkän parisuhteen ajan. Koska puoliso hoiti ruuanlaiton, ei keittiön, ruuanlaiton tai sähkölaitteiden käytön turvallisuus korostunut. Ruuanlaiton turvallisuus perustui puolison toimintakykyyn -

ja läsnäoloon. Muistisairaat miehet totesivat, ettei vaimo tai naisystävä voi olla aina läsnä. Toisaalta osa miehistä kertoi keittävänsä kahvia, osa saattoi keittää puuroa tai laittaa muuta ruokaa, mutta koki voivansa tehdä sen vielä turvallisesti.

Ruuanlaiton tai sähkölaitteiden turvallisuusriskit tulivat voimakkaammin esiin muistisairaiden naisten kommentoissa. Heillä suhde ruuanlaittoon oli toisenlainen miehiin verrattuna. Naiset laittoivat edelleen itse ruokaa ja kokivat ruuanlaiton, samoin kuin leipomisen olevan ”ihanaa”. Ruuanlaitto ja leipominen omassa kodissa koettiin hyvin tärkeäksi. Sitä oli aina tehty, siitä nautittiin ja ruokaa haluttiin edelleen laittaa. Ruuanlaitto tehtiin hyvin tarkkojen rutiinien mukaan, eikä siinä ei koettu olevan turvallisuusongelmaa.

Tästä poikkeuksena liikennetapaturmassa vammautunut nainen totesi poltaneensa kattiloita pohjaan nimenomaan vammautumisensa jälkeen. Hän oli kuitenkin kuntoutunut onnettomuudesta merkittävästi ja oppinut varovaisemmaksi. Hän kertoi myös muista vahingoista ruuanlaitossa, kuten astioiden rikkomisesta. Rikkoutuneiden astioiden tilalle hän oli alkanut ostaa muoviasiatioita ja piti ratkaisua hyvänä. Hän myös vakuutti, että lämmittää ruokaa muoviasiatioita vain mikroaaltouunissa, ei missään tapauksessa liedellä tai uunissa.

Haastatellut olivat kuitenkin muuttaneet ruuanlaittotapoja. Ruokaa ei enää laitettu joka päivä, vaan haastatellut naiset valmistivat kahden tai kolmenkin päivän annoksia kerralla ja lämmittivät niitä seuraavana päivänä. Samoin he olivat opetelleet uusia turvallisempia ruuanlaittotapoja, kuten hauduttamisen. Hauduttamiseen yksittäisellä haastatellulla oli erillinen haudutuspaata. Hän piti ratkaisua hyvänä, koska pitkän valmistusajan edellyttämiä ruokia pystyi valmistamaan lyhyemmällä aktiivisella keittoajalla ja seurannalla. Ruoka kypsyi turvallisesti haudutuspadassa ilman huolta ja valvontaa.

Muistisairaiden miesten haastattelussa tuli esiin myös päinvastainen tilanne. Yksittäinen mieshenkilö totesi alkaneensa laittaa ruokaa vasta muistisairauden myötä. Hän kertoi, että vaimo ohjaa ja kehottaa ”*opettelemaan, muistamaan ja muistelemaan*”. Tekeminen on määrätietoista kognition harjoittamista.

Haastateltujen muistisairaiden henkilöiden mukaan heillä ei ole jäänyt esimerkiksi sähköhellan levy päälle ruuanlaiton yhteydessä tai jälkeen pitkäksi aikaa. He totesivat sen sijaan, että ovat tarkkana, skarppaavat ruuanlaitto- ja kahvinkeitto-tilanteissa. He eivät myöskään myöntäneet pelkäävänsä hellan levyn päälle jääntiä. He tunnistivat kuitenkin riskin ja totesivat taudinkuvaansa viitaten:

”No mutta niinhän tulee tapahtumaan! Taudinkuva on selvä. Ei siinä ole mitään epäselvää”.

Yksittäinen mies kertoi laittaneensa väärän levyn päälle ja havainneensa tilanteen, kun levy oli punainen. Tilanteesta selvittiin ilman vahinkoja, mutta hän totesi varmistavansa oikean levyn kytkemisen ja sammuttamisen kokeilemalla varovasti levyä. Hän myös myönsi että jättää hellan päälle ruuanlaiton yhteydessä. Oikean levyn päälle kytkeminen ei siis ollut itsestäänselvyys, vaan edellytti erityistä huomiota. Samaan aikaan toinen haastateltu pohti, että oikean levyn päälle laittaminen tapahtuu luonnostaan, eikä hän ymmärrä muuta vaihtoehtoa.

6.6. Lukitus ja avaimet – huoli, turva ja kustannusriski

Muistisairaat haastatellut henkilöt olivat huolissaan avainten muistamisesta ulos lähtiessään. Osalla asia oli varmistettu niin, että avain oli aina mukana. Se saattoi olla takkiin kiinnitettynä tai lompakossa. Toisaalta muistisairaat miehet pohtivat, että ongelma syntyy, kun ulos lähtiessä ottaakin toisen takin. Naisilla avain saattoi olla laukussa. Osalla oli vara-avain kotona ulkona määrättyssä paikassa. Jos vara-avainta ei ole ja avaimen unohtaa sisälle, keskeisimmäksi ongelmaksi nousivat oven avaamisen korkeat kustannukset.

Osa muistisairaista oli unohtanut avaimensa sisälle, mutta koki, että vastaava unohtus voi sattua kenelle tahansa. Unohtamisen ehkäisemiseksi käytettiin rutiineja ja varmistuksia ja jo hyvissä ajoin ennen ulos lähtöä.

Osa haastatelluista kertoi asuvansa kerrostalossa ja talossa olevan myös ulko-ovet jatkuvasti lukossa. Lukituksen koettiin tuovan turvaa. Lisäksi haastatellut huolehtivat sääntillisesti, että samalla ovenavauksella ei päästetä vieraita ihmisiä rappukäytävään.

Toisaalta pohdittiin lukituksen vaikutusta avun saantiin hätätilanteissa, kuten sairauskohtausten yhteydessä. Ryhmä luotti kuitenkin pelastuslaitosten kykyyn tarjota apua tilanteessa kuin tilanteessa ja tulla apuun tarvittaessa ”*vaikka seinän läpi*”.

Asiantuntijahaastatellut nostivat esiin, että muistisairaiden hoitolaitoksissa on käytössä koodilukot, joiden koodi voi olla näkyvissä, koska valtaosa muis-

tisairaista ei sitä osaa kytkeä lukon toimintaan. Kotihoidossa lukitus katsottiin ristiriitaiseksi tekijäksi. Jos muistisairas ei saa asuntonsa oven lukkoa auki, lukituksella voidaan ennaltaehkäistä karkaamisia, mutta samalla sillä voidaan vaarantaa palo- ja poistumisturvallisuus.

Asiantuntijainformantit totesivat, että myös lukituksessa on kyse liikkumisen oikeuden ja turvallisuuden varmistamiseksi tapahtuvan liikkumisen rajoittamisen välisestä ristiriidasta. Tilanteeseen kaivattiin yhteisesti hyväksytyjä ohjeita ja itsemääräämisoikeuden määrittelevää lainsäädäntöä.

6.7. Sosiaalinen sekä taloudellinen turvallisuus

Muistisairaudesta koettiin olevan haittaa turvallisuudelle monella tavalla. Muistisairas ei pysty ilmaisemaan itseään kuten terveet pystyvät ja se voi altistaa väärinkäsityksille ja ongelmille niin kotona kuin kodin ulkopuolella asioidessa. Sanojen puuttuminen ja ilmaisun köyhtyminen vaikuttavat vuorovaikutukseen, ihmissuhteisiin, sosiaaliseen turvallisuuteen ja turvallisuudentunteeseen.

Muistisairaus voi vaikuttaa myös toimeentuloon ja taloudelliseen turvallisuuteen. Haastateltujen muistisairaiden miesten joukossa oli kaksi henkilöä, jotka olivat menettäneet työkykynsä ja työpaikkansa muistisairauden vuoksi. Molemmat olivat sairastuneet työikäisenä.

Taloudellinen turvallisuus ja etuudet tulivat esiin myös Omaishoitajat ja läheiset -liiton ja sen paikallisyhdistysten tarjoamissa tukipalveluissa. Liiton edustajan näkemyksen mukaan omaiset tai omaishoitajat eivät ole riittävän tietoisia omista oikeuksistaan ja tuen mahdollisuuksista. Keskeisin ongelma on hoitotuen saannissa.

Omaishoitajat ja läheiset -liiton edustaja muistutti, että vain murto-osa on tehnyt omaishoitajasopimuksen. Valtaosa hoitaa omaistaan ilman sopimusta – ja ilman asianmukaista hoitotukea. Tällä voi olla merkittävä vaikutus paitisi omaishoitajan saamaan tukeen, myös perheen toimeentuloon. Tiedonpuute näkyy liiton omaishoitajille järjestämissä tilaisuuksissa, joissa keskustelu kääntyy hyvin nopeasti kysymyksiin ja erilaisiin vinkkeihin tukimahdollisuuksista, tai maksuttomista palveluista, joita joku omaisista on huomannut.

6.8. Rikosturvallisuus

Asiantuntijahaastatteluissa tuli esiin myös muistisairaiden hyväksikäytön ja kaltoinkohtelun riski sekä muu rikosturvallisuus. Jos muistisairas tai ikääntynyt käyttää päihteitä, riskit kasvavat. Päihteiden käytön aiheuttamia riskejä ovat rikoksen uhriksi joutuminen, mutta myös tulipalojen, vesivahinkojen ja tapaturmien kasvanut riski. Lisäksi päihteidenkäyttö altistaa kaveripiirille, joka lisää hyväksikäytön tai rikoksen uhriksi joutumisen riskiä.

Muistisairaavat ovat arjessa alttiita rikoksille. Tästä on hyvänä esimerkkinä muistisairaiden naisten haastattelussa esiin tullut keskustelu. Haastatellut naiset olivat seuranneet tiedotusvälineistä asuinalueellaan iäkkäisiin henkilöihin kohdistuneiden maksukorttirikosten uutisointia. Maksukortteja oli varastettu iäkkäiltä henkilöiltä muun muassa kaupan kassoilla.

Uutisoinnin seurauksena yksittäinen henkilö oli luopunut omasta maksukortistaan. Osa kertoi käyttävänsä maksamiseen aina käteistä. Osa käytti pankkikorttia tai maksukorttia, mutta turvallisuuden varmistamiseksi ei ollut koskaan käynyt, tai ei enää käynyt pankkiautomaatilla, tai ei käynyt automaattilla ainakaan yksin. Automaatilla saatettiin käydä kaverin, puolison tai aikuisen lapsen kanssa, tai nämä hakivat muistisairaalle käteistä.

Rahankäyttöön liittyvien riskien vuoksi osa haastatelluista naisista kertoi antaneensa raha-asioidensa hoidon, laskujen maksun tai käteisen hakemisen läheiselleen, kuten aikuiselle lapselle. Samoin perheessä oli siirrytty verkkomaksamiseen. Osa haastatelluista piti kuitenkin verkkomaksamista itselle liian vaikeana, osalla puoliso tai lapset hoitivat maksuliikenteen. Haastatelluilla muistisairailta henkilöillä tämä oli toimiva tapa, eivätkä he maininneet mahdollisista väärinkäytöksistä.

Muistisairaavat naiset olivat kuitenkin huolissaan varkauden tai ryöstön uhriksi joutumisesta. Yksittäinen haastateltu naishenkilö totesi, että hänen kohdallaan riski ei ole suuri, koska hänellä on pieni eläke. Hän käy kerran kuukaudessa pankissa ja nostaa silloin tarvitsemansa käteisen. Toinen haastatelluista naisista kertoi samoin hakevansa itse rahaa pankista. Hän oli kuitenkin huolissaan noston turvallisuudesta ja oli huomauttanut pankissaan henkilökunnalle toimitilojen avonaisuudesta. Muiden pankkialissa olevien on helppo havaita, mikäli asiakas nostaa käteistä. Tilanne on riskialtis, etenkin iäkkäiden asiakkaiden osalta ja suurempien nostojen yhteydessä.

Haastateltujen joukossa oli myös henkilö, joka oli joutunut rikoksen uhriksi. Hän oli ollut kaupungilla asioimassa, kun hän oli kiinnittänyt huomionsa kahteen siististi pukeutuneeseen nuoreen mieheen. Miehet tuntuivat olevan samoissa paikoissa kuin haastateltukin. Naisen palatessa asioilta, miehet olivat yllättäen tulleet naisen kotitalon edustalla kysymään reittiohjeita täysin uskottavalta kuulostavaan kohteeseen. Toinen miehistä oli levittänyt kartan naisen eteen keskustelun ajaksi. Toinen seisoskeli hieman etäämmällä. Kontakti sujui asiallisesti.

Nainen huomasi seuraavana aamuna, että hänen lompakkonsa oli kadonnut laukusta. Hän osasi kytkeä lompakon katoamisen miesten tapaamiseen ja teki asiasta rikosilmoituksen. Kaksikko oli kuitenkin ehtinyt jo viedä naisen pankkitililtä huomattavan summan rahaa. Poliisilta saadun palautteen mukaan kyse oli ulkomaalaisista ammattirikollisista, joiden arvioitiin jo poistuneen seudulta.

Naisella oli tapana käyttää ostosten maksamiseen maksukorttia, mutta hänellä oli lompakossaan kaiken varalta myös käteistä. Hän oli aiemmin yksittäisessä maksutilanteessa unohtanut kortin PIN-koodin. Tämän jälkeen hän oli kirjoittanut koodin lappulle ja säilytti lappua lompakossaan kaiken varalta. Kun lompakko vietiin, sekä kortti että koodi olivat varkaiden käytettävissä.

Lompakon varkaus oli taloudellisesti merkittävä menetys, mutta se tuotti myös muuta harmia. Varkauden kohteeksi joutunut henkilö joutui asioimaan poliisilaitoksella, pankissa ja muun muassa Kelassa ja hankkimaan uuden busikortin. Kaikki asiointi ja rahattomana myös ruokaostosten teko olisi ollut kenelle tahansa muistisairaalle merkittävä ongelma. Haastateltu henkilö oli kuitenkin onnekas, sillä hänen tyttärensä oli mukana asioimassa ja maksoi ruokaostokset.

Ryhmä piti tämän tyyppistä rikollisuutta merkittävänä riskinä ja totesi että tällaiseenkin pitää varautua. Sen sijaan maahanmuuttajiin yleisesti ei suhtauduttu varauksella, heistä ei koettu olleen häiriötä.

"Ei ne tule lainkaan, eikä yritä tykö millään lailla." (Muistisairas nainen)

6.9. Aggressiivisuus, väkivalta ja kaltoinkohtelu

Asiantuntijahaastatteluisissa puhuttiin rikosturvallisuuden ohella muistisairaiden omasta aggressiivisuudesta ja heihin kohdistuvasta kaltoinkohtelusta tai suoranaisesta väkivallasta. Samoin esille tuli yhteiskunnallisesti laajempi muistisairaiden henkilöiden väärinkohtelu.

Kaikki alla esitettävät väkivaltaan liittyneet näkemykset ovat asiantuntijanaäkemyksiä. Haastatellut muistisairaajat henkilöiden kommentoissa väkivaltaa ei mainittu. Sen sijaan useissa puheenvuoroissa painottui toive, että ”*puoliso jaksaa ja jaksaa ymmärtää*”.

Muistisairauteen voi liittyä aggressiivisuutta ja tilanne voi olla omaiselle haastava. Muistisairaahan omaishoitajaan tai omaiseen kohdistamasta väkivallasta ei ole tiettävästi tehty rikosilmoituksia. Muistisairaahan väkivaltaisuutta ei sen perusteella siis nähtäisi ensisijaisesti rikoksena, vaan se koetaan muistisairauden oireena. Omaishoitajien ja läheisten liitto kannustaa kuitenkin omaishoitajia puuttumaan tilanteeseen.

”Väkivaltaa ei tarvitse vastaanottaa”.

Jos muistisairas on väkivaltainen, omaishoitaja voi saada lisää palveluja tai muistisairaahan lääkitystä voidaan lisätä. Viimekädessä muistisairas henkilö voidaan sijoittaa laitokseen. Toisaalta laitokseen sijoittaminen ei poista väkivaltaa, vaan helpottaa ongelmaa vain omaishoitajan osalta.

Toinen näkökulma väkivaltaan on omaisen tai omaishoitajan oma väkivaltainen käytös, kaltoinkohtelu tai suoranainen väkivalta muistisairasta henkilöä kohtaan. Asia on ongelmallinen, koska osa omaishoitajista ei uskalla puhua väkivallasta tai kaltoinkohtelusta muuten kuin hyvin luottamuksellisissa tilanteissa.

Asiantuntijahaastateltavat näkivät kaltoinkohtelun taustalla omaisen tai omaishoitajan uupumuksen ja tuen puutteen. Omaishoitajien väsymys on hoidettavan henkilön muistisairauden edetessä hyvin tavanomaista. Kuormittumista lisää omaishoitajien mahdollinen yksinäisyys. Omaishoitajan yksinäisyys voi kasvaa sitä mukaa kun vuorovaikutteisuus hoitajan ja hoidettavan välillä vähenee. Ongelma korostuu, jos muistisairauteen liittyy käytöshäiriöitä tai suoranaisista aggressiivisuutta.

Omaishoitajan kuormittuminen ja huoli vaikuttaisikin olevan jonkinlainen noidankehä. Haastatellun asiantuntijan mukaan omaishoitajalla voi olla huo-

lia, jotka hän pyrkii peittämään. Vaikka huoli pyrittäisiin salaamaan, muistisairas henkilö voi aistia omaistensa ja läheistensä huolen ja huolestua itse. Kun muistisairas ei pysty ilmaisemaan itseään normaalisti, hänen ahdistuksensa voi linkittyä käyttäytymiseen ja purkautua käytöshäiriöinä. Tämä taas kuormittaa lisää omaista tai omaishoitajaa.

Omaisten ylikuormittuminen nähtiin merkittävänä riskinä sekä hoitajalle että muistisairaalle, mutta myös yhteiskunnalle. Jos omaisten kuormitus kasvaa kohtuuttomaksi, se voi johtaa laitospaikan vaatimiseen ja omaishoidon kustannuksia korkeampiin hoitokustannuksiin. Toisaalta Omaishoitajat ja läheiset -liiton edustaja muistutti, ettei omaishoitajaksi voida ketään velvoittaa. Asiasta on selkeä oikeuden ennakkopäätös.

Omaishoitajien kuormittumisen ja sen seurausten riskin vuoksi koettiin vertaisryhmät ja yhteiskunnan ja järjestöjen tuottamat tukipalvelut erittäin tarpeellisena tukena omaishoitajalle ja muistisairaana perheelle. Omaishoitajat ja läheiset -liiton alueyhdistykset myös kannustavat omaishoitajia hakemaan apua ongelmallisiin tilanteisiin ja väkivaltaan. Apu on ensisijaisesti tukea.

Väkivallan ja kaltoinkohtelun tekee ongelmalliseksi kuitenkin se, että niitä voi olla vaikea havaita, eikä niistä puhuta. Väkivaltaisuuteen ja kaltoinkohteluun puuttumisessa keskeisenä nähtiin tunnistaminen ja puheeksi ottaminen, jotta väkivaltaisuuteen saisi apua. Apuna voivat toimia muun muassa järjestöjen neuvot puhelimit, tapaamiset ja vertaistuki. Menetelmiä kehitetään myös aihealueesta käynnissä olevassa hankkeessa.

Tilanne on ongelmallinen vapaaehtoistenkin näkökulmasta: Jos vapaaehtoinen tai järjestötoimija saa tietää väkivaltaisuudesta tai muusta turvallisuusongelmasta, hän ei tiedä, mitä tehdä. Vapaaehtoisauttajilta puuttuu vielä selkeä kansallinen toimintamalli asiassa. Samoin heiltä voi puuttua riittävä osaaminen tilanteen arvioimiseksi. Väkivallasta ja turvallisuuspuutteista ilmoittamiseen kaivattiinkin konkreettista toimintamallia, jotta niihin päästään puuttumaan ajoissa.

Omaishoitajat ja läheiset -liitolla on käytössä toimintatapa, jonka mukaan turvallisuusongelmia tai väkivaltaisuutta esiin tullessa soittajalta pyydetään lupa ottaa yhteys kunnan sosiaalitoimeen tilanteen arvioimiseksi ja avun saamiseksi. Luvan pyytämällä halutaan pitää vuorovaikutus luottamuksellisena. Yhteydenotolla ilmaistaan huolestuminen omaishoitajan ja hoidettavan tilanteesta ja tilanteen arviointi jää sosiaalitoimelle.

Yksittäisessä haastattelussa toivottiin ensisijaisen havaitsijan ilmoitusvelvollisuutta tämän roolista riippumatta. Jos joku muu kuin havaitsija ilmoittaa

asiasta, on hänellä tilanteesta vain toisen käden tieto. Käytännössä tieto kuitenkin siirretään useissa organisaatiossa tai vapaaehtoisorganisaatiossa ylöspäin, ilmoittamisesta keskustellaan ja tilannetta arvioidaan ennen ilmoittamista. Viranomaisilla ja myös kotihoidon työntekijöillä on lakisääteinen velvollisuus ilmoittaa turvallisuuden vaarantavista tekijöistä. Kotihoidossa ilmoitusmekanismi on usein rakennettu sellaiseksi, että työntekijä ilmoittaa asiasta esimiehelleen, joka tekee ilmoituksen.

Ilmoitusvelvollisuudesta kouluttaminen koettiin tärkeäksi, koska tilanne voi aiheuttaa tukihenkilölle ristiriitaisia tunteita. Nyt koulutusta järjestetään sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille, mutta sitä kaivattiin myös eri organisaatioiden vapaaehtoistoimijoille.

Muistisairaiden väärin kohtelu ja väärin ymmärtäminen ylipäättään ovat merkittäviä riskejä. Riskin pienentämiseksi yhteiskunnassamme tarvittaisiin lisää ymmärrystä muistisairaita kohtaan. Järjestöillä on käynnistynytkin kehityshanke, jonka tavoitteena on lisätä kansalaisten ymmärrystä muistisairauksista ja -sairaista. Arjen turvallisuuden parantamiseksi asiantuntijahaastattelut näkivät myös tässä asiassa hyvänä keinona perinteisen naapuriavun.

7. Turvatekniikka, käytön ongelmat, mahdollisuudet ja kehitysehdotukset

7.1. Käytössä oleva tekniikka

Haastatteluissa tuli esiin hyvin monentyyppistä turvatekniikkaa, kuten turvarannekkeet, turvapuhelimet, vuorovaikutteiset tietokone- tai tablettityyppiset kuvalliset laitteet / kuvaturvapuhelimet, valvontakamerat, paikannus- ja seurantalaitteet, turvaliedet, liesivahdit, palovaroittimet, sammutuspeitteet ja asuntokohtainen sprinkleri.

Sekä muistisairaat että ammatilliset asiantuntijat suhtautuivat turvatekniikkaan myönteisesti, avoimesti ja kiinnostuneesti. Haastatteluun osallistuneilla muistisairailta henkilöillä ei ollut kuitenkaan käytössä arjen turvallisuutta tukevaa turvatekniikkaa yksittäisiä poikkeuksia lukuun ottamatta. Toisaalta tekniikkaa oltiin valmiita hyödyntämään, mikäli oma terveydentila sitä edellyttäisi. Toisaalta pohdittiin tekniikan, laitteiden tallessa pitämisen tai käytön opettelun ja osaamisen mahdollisuuksia, koska muistisairauteen liittyy myös tavaroiden kadottaminen, löytämisen vaikeus ja osaamisen rapautuminen.

Haastatellut ammatilliset asiantuntijat totesivat, että turvatekniikkaa ei ole lakisääteistä palovaroitinta lukuun ottamatta järjestelmällisesti käytössä. Vapaaehtoiseen käyttöön perustuvista laitteista yleisin on turvaranneke. Teknisten laitteiden käytön vähäisyyden syyksi arvioitiin, että harvalla on riittävää tietoa olemassa olevasta turvatekniikasta. Lisäksi kaikissa haastatteluissa pohdittiin turvatekniikan kustannuksia ja rahoitusmahdollisuuksia, josta lisää tekniikka- ja digitalisaatioluvun jälkeen.

Turvatekniikan käyttöönotossa voi olla hidasteena myös omaishoitajan ikä ja uupumus: ”*Hän ei jaksaneutua uuteen asiaan*”. Haastateltujen mukaan tarvittaisiinkin helppokäyttöistä tekniikkaa, opastusta ja koulutusta. Myös opastuksen tulisi olla selkokielistä ja käsitteiden yleiskäsitteitä, jotta tieto olisi omaksuttavissa. Haastatellut näkivät kuitenkin merkittäviä kehittämismahdollisuuksia sekä tekniikassa että sen markkinoinnissa, käyttöönotossa ja käytössä.

Turvaranneke, turvapuhelin ja kameravalvonta – ja yksityisyyden suoja

Muistisairaahan turvallisuuden varmistamiseksi oli tavanomaisimmin käytössä turvarannekkeita. Sitä pidettiin hyvänä, mutta niukkana turvayhteytenä. Lisäksi oli tiedossa, että sen käyttöä voidaan laiminlyödä, se ei toimi tai henkilö ei hätätilanteessa osaa tai pysty käyttämään sitä. Tämä on puolestaan riski avun saannille.

Rannekkeen rinnalle kaivattiin vuorovaikutteisempia keinoja turvallisuuden varmistamiseen. Etä- tai kameravalvontaa tai -yhteyttä tai turvakuvapuhelinta ei kukaan haastatelluista muistisairaista henkilöistä kokenut tällä hetkellä tarpeelliseksi, mutta oman terveydentilan muutoksen myötä sitä ei myöskään poissuljettu. Sekä turvarannekkeen tapaiset hälytyslaitteet, mutta myös interaktiiviset laitteet koettiin hyvinä ja niitä tiedettiin käytettävän. Toisaalta muistutettiin, että etävalvonta ei korvaa ihmisen läsnäoloa.

Valvonnan mahdollisuus herätti kuitenkin kaikilla osapuolilla välittömän huomion yksityisyyden tuojasta. Yksityisyyden suojan ja valvonnan välillä koettiin olevan ristiriita. Valvontakameroiden tai interaktiivisen valvontajärjestelmän käytölle ei katsottu olevan estettä, mikäli muistisairas tai iäkäs henkilö sen itse hyväksyy. Kameran käyttö voisi perustua johonkin sovittuun indikaattoriin, kamera voisi olla nauhoittava ja sitä käytettäisiin vain hätätilanteessa. Vaihtoehtoisesti henkilö voisi itse kytkeä sen päälle, kun kokee tarvitsevansa sitä. Joka tapauksessa haastatellut ovat yhtä mieltä siitä, että mahdollinen interaktiivinen tai kameravalvonta edellyttäisi hyvää yhteisymmärrystä muistisairaahan henkilön ja seurannasta vastaavan tahon välillä.

Joidenkin ammatillisten asiantuntijoiden joukossa pohdittiin, ymmärtääkö muistisairas kuvayhteyden tai kameran merkityksen ja muistaako hän sen olemassaolon. Yksittäinen haastateltu totesi, että kotona asuva muistisairas pystyy päättämään kameravalvonnasta. Jos hän ei enää siihen pysty, hänen ei ole myöskään turvallista asua kotona ainakaan yksin.

Kameravalvonnan mahdollisuuksia ja oikeutusta pohdittiin myös vertaamalla muistisairaahan tilannetta muihin sairauksiin. Esimerkiksi pohdittiin, miksi muistisairasta ei voisi seurata etävalvonnalla, mutta sydänsairasta voidaan. Muistisairaajat arvioivat itse, että sydänvalvonta on perusteltua, koska sairaus voi johtaa nopeaan kuolemaan. Keskustelussa ei tullut esiin, että myös muistisairaus voi johtaa nopeaan tapaturmaiseen kuolemaan.

Kameravalvonnan puolesta puhuu se, että valvontaa käytetään tarvittaessa mielenterveysongelmaisten turvallisuuden varmistamiseen. Kameravalvonta auttaa ennakoimaan kehittyvää ongelmatilannetta tai ahdistusta ja tukemaan

tilanteessa riittävän ajoissa. Mielenterveystyössä valvontamahdollisuus perustuu lainsäädäntöön ja se on tarkasti ohjeistettu ja rajattu. Siihen pitää olla asiakkaan oma hyväksyntä tai lääketieteellinen peruste. Esimerkiksi jos henkilö on vaaraksi itselleen, kameravalvonta on hyväksytty. Sen sijaan iäkkäiden ja muistisairaiden tuessa kameravalvontaa ei tiettävästi käytetä, eikä siihen ole haastateltujen mukaan vastaavaa lainsäädännön tukea.

Vapaan liikkumisen tuki

Muistisairaiden henkilöiden ulkona eksymisen estämiseksi käytetään liikkumisen rajoittamista. Liikkumisen rajoittamisen sijasta hyvänä turvallisuuskeinona nähtiin liikkumisen salliminen turvatekniikan tuella, kuten seuraamalla henkilön sijaintia seuranta- tai paikannuslaitteen avulla. Nyt laitteen käyttö on selkeästi alimitoitettua. Myös osa muistisairaista voi vieroksua laitetta.

Haastateltu asiantuntija totesi, että jos laitetta olisi miellyttävä pitää, muistisairas voisi kantaa sitä mielellään. Jos laitteeseen olisi säädetty hyväksytty kulkualue, piha tai vastaava, laite voisi hälyttää alueelta poistuttaessa. Näin eksymiset havaittaisiin helposti ja nopeasti, eksynyt muistisairas pystyttäisiin paikantamaan helposti ja tarkasti ja hänet voitaisiin hakea takaisin kotiinsa ilman isoja etsintäpartioita. Laitteen voi arvioida vähentävän etsintään kuluva aikaa ja etsintäkustannuksia ja huolta, mutta myös vähentävän eksymisistä syntyviä menetyksiä.

Vapaan liikkumisen tukena ovat myös asunnon oveen kytkettävät ovihälyttimet. Laitteet voivat tunnistaa kulkusuunnan ja ne voidaan asentaa tietylle viiveelle, joka mahdollistaa pihalla käynnin. Jos asukas poistuu asunnosta, eikä palaa oletusajan sisällä, käynnistyy hälytys.

Molemmat laitteet ovat eksyville muistisairaille hyödyllisiä. Ovihälyttimen oikein säädetty viive vähentää tarpeettomia hälytyksiä ja paikannustieto nopeuttaa ja helpottaa muistisairaana löytämistä. Liikkumisen mahdollistavan turvatekniikan tarve kannattaisikin arvioida yksilöllisesti. Samoin laitteet pitää säätää yksilöllisesti, maksimaalisen hyödyn saavuttamiseksi.

Molempien laitteiden käyttö on haastateltujen mukaan vielä vähäistä. Yhtenä syynä pidetään kustannuksia. Kyse ei ole pelkästä hankintahinnasta, vaan myös ylläpitokustannuksista, joka voi olla käyttäjälleen merkittävä kuukausittainen kustannuserä.

Vähäisen hyödyntämisen syynä voi olla myös tietämättömyys. Vaikka kunnille tulee turvatekniikasta paljon mainoksia, laitteiden aktiivinen markkinointi on muuten ollut yksittäisten haastateltujen mukaan ilmeisen vähäistä. Mark-

kinointia on kohdistettu ensisijaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille ja tällä hetkellä myös kouluikäisten lasten vanhemmille. Kun valtaosa iäkkäistä ja muistisairaista on sosiaali- ja terveydenhuollon säännöllisten palvelujen ulkopuolella, markkinointi ei ole heitä tai heidän läheisiään tavoittanut. Sen vuoksi yksittäinen haastateltu kaipasi markkinoinnin laajentamista potentiaalisten omaishoitajien lukemiin viikkolehtiin ja käyttämiin muihin medioihin.

Paloturvallisuus

Asumisen paloturvallisuutta voidaan parantaa kunnossa olevilla sähköasennuksilla ja sähkölaitteilla, liesiturvatekniikalla sekä palovaroittimella ja sammutuspeitteellä. Palovaroitin on lakisääteinen, mutta siitä huolimatta sitä ei ole jokaisessa asunnossa, tai se ei ole toimintakunnossa.

Palovaroittimien osalta toivottiin teknistä kehitystä. Nyt tavallisimmin käytössä olevat varoittimet asennetaan kattoon, jolloin varoittimen testaaminen, saati pariston vaihto on työläs. Ongelma korostuu korkeissa asunnoissa ja tilanteissa, jossa asukkaan toimintakyky on alentunut. Erityisesti ongelma korostuu perheettömillä henkilöillä, joilla ei ole paristonvaihtoon tukea. Haastatelussa tuli esiin, että vaikka henkilö olisi kotihoidon asiakas, kotihoidon työntekijät eivät välttämättä vaihda paristoja joko tehtävärajoituksiin tai esimerkiksi työturvallisuuteensa vedoten.

Nyt paristonvaihdon ongelmaa on helpotettu pitkäikäisillä paristoilla. Kattoon sijoitettavan yksikön tilalle pitäisi ehdottomasti saada laite, jonka testaus ja pariston vaihto olisi kohtuullisella työkorkeudella, jotta ikäihminenkin voisi kohtuudella testata laitteen toiminnan tai vaihtaa pariston. Seinälle sijoitettavalla paristokoteloilla varustetut laitteet ovat kuitenkin vielä harvinaisia.

Samoin palovaroittimen seurannassa tulisi ehdottomasti lähteä toimintamallista, jossa palovaroittimen toimintakunto ei olisi erityistä tukea tarvitsevan, kuten muistisairaana omalla vastuulla. Yhtenä ratkaisuvaihtoehtona olisi, että palovaroittimen pariston hiipuessa tai paristoa poistettaessa ilmoitus pariston tilasta lähtisi etävalvontaan, joka huolehtisi pariston vaihdon.

Turvaliesi, liesivahti, ajastin tai erillinen virtakytyn ovat käytössä vain harvoin. Ne saivat myös kritiikkiä ja niiden osalta esitettiin merkittäviä teknisiä kehitysehdotuksia. Kaikkien liesin pitäisi olla turvallisia ja laitteiden kehitystä pitäisi ohjata ihmisen tarpeet.

Liesitekniikassa kehityksen tavoitteena pitäisi olla liesi, jossa käyttäjän ei tarvitse kohdistaa kattilaa tai paistinpannua tietylle levyille ja osata vääntää oikeasta napista, vaan astia laitettaisiin hellalle ja painettaisiin virtanappia. Lie-

si analysoisi, millä kohdalla astia on ja kytkeytyisi lämpenemään vain astian kohdalta. Tämä olisi merkittävä esitysaskel, koska muistisairaana voi olla vaikea hahmottaa mistä kytkimestä pitää vääntää, jotta saa oikean levyn lämpenemään. Vastaavasti liesi voisi tunnistaa kattilassa olevan ruuan määrän ja laadun ja toimia sen mukaan ohjelmoituna. Samoin liesi voisi sammuttaa itse itsensä ruuan valmistuttua. Uunien valmistuksessa automatiikkaa on kehitetty, liesien osalta ei tällaista tietävästi ole tehty. Nykytekniikalla liedien päälle unohtuminen on tavallista. Sähköliesi, etenkin sillä ruuanlaiton erheet ovat merkittävä asuntopalojen sytymissyys ja siihen pitää löytää haastatellun asiantuntijan mukaan kestävä tekninen ratkaisu, ei lisälaitteita.

Paloturvallisuudessa huomio kiinnittyi paitsi turvatekniikan vaatimiseen, myös turvallisuuden valvontaan. Asuntokohtainen paloturvallisuus perustuu asunnon ja sen sisustuksen paloturvallisuuteen, asukkaan asumiseen, sähkölaitteiden käytön, kuten ruuanlaiton turvallisuuteen, avotulen käsittelyyn ja muun muassa palovaroittimen toimintaan. Asuntokohtainen turvallisuus ja paloturvallisuus ovat asukkaan vastuulla – myös silloin, kun hänen toimintakykynsä on alentunut. Erityisryhmien, iäkkäiden ja erityisesti muistisairaiden asumisen paloturvallisuuden osalta tähän pitäisi saada lainsäädännöllinen muutos. Pelastustoimi on esittänyt kerros- ja rivitaloille omavalvontaa, mutta sitä ei ole pelastuslakiin (379/2011) säädetty. Koska omavalvonta ei ole pakollista, pelastustoimi on esittänyt toiveen, että taloyhtiöt ottaisivat vapaaehtoisesti vastuulleen kerran vuodessa ainakin palovaroitinten tarkastuksen ja tarvittaessa uusinnan. Myös asuntokohtaisen sammutuspeitteen hankinta voisi olla taloyhtiön vastuulla. Taloyhtiöillä on hyvä mahdollisuus asukasluettelon ja asukkaiden iän perusteella arvioida riskitekijöitä ja tarvittaessa kohdistaa toimenpiteet tukea tarvitseville, esimerkiksi yli 70-vuotiaille.

”Se on kuitenkin taloyhtiön yhteinen asia. Jos jonkun asunnossa se tulipalo tulee, niin se on kaikkien murhe!” (Pelastuslaitoksen edustaja)

Turvallisuusteknisenä innovaationa haastatteluissa tuli esiin myös asuntokohtainen sprinkleri. Sen käyttö on vielä vähäistä. Myös sen osalta pohdittiin kustannuksia ja rahoitusvaihtoehtoja. Samoin pohdittiin, onko asuntokohtaisen sprinklerin tarpeessa oleva henkilön enää perusteltua asua yksin kotona. Samoin pohdittiin muistisairaana tai iäkkään kykyä toimia, mahdollisten sprinklerin käyttöhäiriöiden yhteydessä.

Sprinkleri-keskustelun keskiössä oli selkeästi hinta. Toisaalta paloturvallisuuden tekniset ratkaisut eivät ole aina suuria eivätkä kalliita. Joskus ne ovat äärimmäisen halpoja ja vähemmän teknisiä. Esimerkkinä esiin tuli tulitikkujen sijaan kaasusyöttäjän osto muistisairaalle. Tupakoivan henkilön paloriski on kohonnut. Pelastustoimessa tiedetään tapauksia, jossa muistisairas on heittänyt palavan tikun roskeen tupakan syöttämisen jälkeen ja tikku on sytyttänyt roskat ja asuntopalon. Kaasusyöttäjän liekki sammuu saman tien, kun se laskeaan kädestä.

7.2. Turvatekniikkaan liittyvät ongelmat

Useat ammatilliset asiantuntijat kertoivat turvatekniikkaan liittyvistä ongelmista. Ongelmissa ei korostunut käyttöhäiriöt, vaan kustannukset, tiedon puute ja käytön osaamisen ongelmat. Turvalaitteita ei useinkaan hankita ennakoiden vaan viiveellä. Kun turvalaite tai -sovellutus on hankittu, se voi edellyttää myös muistisairaana omaa tai omaisen toimintaa ja osaamista. Jos laitetta ei osata käyttää, niin se on hyödytön.

”On niitä turvapuhelimia ja hälyttimiä, että vaikka sellainen roikkuisi kaulassa, kun hätätilanne tulee, niin osaako sitä muistisairas ihminen sitten käyttää?”

Käytön oppimisen ohella turvatekniikan ongelmaksi mainittiin toistuvasti turvatekniikan mahdollistaman tiedon ja yksityisyyden suojan tai henkilön itsemääräämisoikeuden välinen ristiriita sekä itsemääräämisoikeutta säätelevän lainsäädännön puute. Nämä korostuivat erityisesti kameravalvonnan ja seurantalaitteiden käytössä.

Jos kameravalvontaa käytettäisiin, pitäisi haastateltujen mukaan pohtia monia asioita. Miten ihminen itse suhtautuu tai miten kameravalvonta toimii. Onko valvonta jatkuvaa vai käynnistyykö se vasta esimerkiksi levottoman liikkumisen seurauksena tai elintoimintojen perusteella. Pitää määritellä syy, jonka perusteella kuvayhteys aukeaa, jotta ei ole jatkuvaa valvontaa. Turhaa valvontaa pidetään eettisesti hyvin ongelmallisena, koska sillä loukataan yksityisyyttä. Mahdolliset ratkaisut ovat aina kompromisseja. Yksittäisen haastatellun mukaan olisi tärkeää, että ihmiset pysyisivät etukäteen ilmaisemaan, onko valmis kameravalvontaa vai ei. Lisäksi asia pitäisi kertoa myös omaisille tiedoksi.

Ulkona liikkumisen seurantalaitteet helpottavat ja nopeuttavat henkilön paikantamista hätätilanteissa, mutta sekä liikkumisen rajoittaminen / ovien lukitus että seurantalaitteen käyttö herättivät samoin keskustelun yksityisyyden suojasta ja itsemääräämisoikeudesta. Joissakin kunnissa on ulkoilun yhteydessä aiemmin eksyneille muistisairaille suositeltu paikannuslaitteen hankintaa. Sen käyttöönotto perustuu kuitenkin muistisairaahan henkilön omaan hyväksyntään.

Käytön osaamisen puutteet ja yksityisyyspohdinta koskivat muistisairasta ja omaisia. Toisaalta sosiaali- ja terveystoimen ja kotihoidon ammattilaisten osaamisessa todettiin myös olevan kehitettävää. Kaikki kotihoidon ammattilaiset eivät osaa käyttää turvatekniikkaa, tai erityistä tukea tarvitsevan kotihoidossa käytettyjä apuvälineitä. Tällöin asiakas itse tai omainen voi joutua opastamaan. Tämä voi luoda riskejä ja kuormittaa sekä kotona asuvaa tukea tarvitsevaa ihmistä että hänen omaisiaan tai omaishoitajaa.

Myös palovaroitintekniikkaa pidettiin ongelmallisena. Haastatteluissa pohdittiin palovaroittimen kehittämistä paremmin muistisairaalle sopivaksi ja hänen turvallisuuttaan tukevaksi. Vaihtoehtona esitettiin muun muassa kamera-valvonnan kytkeminen palovaroittimeen. Jos savuun tai lämpötilaan reagoiva palovaroitin hälyttää, se voisi avata vuorovaikutteisen kamerayhteyden, jolla hälytyksen syy voitaisiin selvittää. Asukas voitaisiin tarvittaessa opastaa asunnosta ulos. Erheellisissä hälytyksissä asukas voitaisiin opastaa korjaamaan hälytyksen aiheuttanut tekijä. Samoin apua voitaisiin hälyttää tilanteen mukaisesti.

Olipa turvalaite mikä tahansa, oveen, liikkumiseen tai vaikka hellan turvallisuuteen liittyvä, sen tulisi tukea muistisairaahan tai ikäihmisen jäljellä olevaa toimintakykyä. Jos esimerkiksi ruuanlaitto on ollut ihmiselle hyvin merkityksellinen asia, kuten haastatelluille muistisairaille naisille on ollut, niin asiaan kannattaa satsata. Haastateltujen mukaan ihminen pystyy silloin säilyttämään itselleen merkityksellisiä asioita, hän voi paremmin, turvallisuudentunne lisääntyy ja palvelujen tarve vähenee. Samalla syntyy myös yhteiskunnalle säästöjä.

7.3. Digitalisaation mahdollisuudet

Kysymys digitalisaation mahdollisuuksista herätti kysymyksen, mitä digitalisaatiolla tarkoitetaan. Digitalisaatiolla arvioitiin tarkoitettavan valvontaa, joka tuottaa tietoa jonnekin verkkoon tai pilveen, muistutuksia, tai Internetin kautta saatavaa koulutusta tai pelejä, kuten Muistikko-hankkeessa. Kaikki tämän tyyppiset ratkaisut nähtiin hyvinä. Asukkaan, kodin, mutta myös vaatteiden digitekniikan arvioitiin olevan kehittyvä osa-alue. Myös käytössä olevan tekniikan kehittäminen, digitaalisen seurannan, reagoinnin ja ohjauksen opastus nähtiin potentiaalisena kehityskohteenä. Esimerkkinä edellä mainittu vuorovaikutteinen kameravalvonta ja palovaroitin yhdistämällä saatava turvallisuus, jonka avulla olisi mahdollista palon sattuessa opastaa muistisairas tarvittaessa turvaan ulos kodistaan.

Jo käytössä olevasta tekniikasta tuli esiin muun muassa elintoimintojen ja aktiivisuuden seuranta. Jos henkilö ei ole liikkunut pitkään aikaan, seurantalaitte voi lähettää ilmoituksen hoitoyksikölle. Tämän tyyppisten ratkaisujen käyttö ei ole haastateltujen mukaan kotihoidossa vielä tavanomaista. Yksi haastatelluista muistisairaista naisista totesi, että hänellä on ”sydänsairaalaan menevä data”. Sydämen seurannassa dataa voidaan käyttää, koska ”sydänsairaus voi aiheuttaa äkkikuoleman”. Muistisairaana osalta vastaavassa seurannassa keskustelu siirtyi yksityisyyteen.

Lääkkeiden ottamisen ja ruokailun seuranta on jonkin verran käytössä. Molemmat tosin koettiin ongelmallisena, sillä tekniikalla pystytään seuraamaan lääkedosetin käyttöä, mutta ei lääkkeen ottoa. Samoin jääkaapin oveen kytketty seurantalaitte seuraa oven avaamista, mutta ei pysty arvioimaan sitä, syökö henkilö ruokaa, vai jääkö se pöydälle.

Samoin digitalisaation mahdollisuutena tuli esiin sairauksien havaitseminen ja tiedon välittäminen. Eri sairauksien tunnistamiseen voitaisiin käyttää älyranneketta, josta tieto välittyisi hoitajalle tai omaisille. Tieto nopeuttaisi sairautteen reagointia etenkin tilanteissa, jossa ihminen ei itse osaa kuvata esimerkiksi kipua, vaan oireilee käytöshäiriöillä. Näin ei ”jäätäisi jumiin” muistisairaana käyttäytymisen kanssa, vaan osattaisiin auttaa häntä. Myös tämä lisäisi turvallisuutta ja turvallisuudentunnetta. Samoin edellä mainitut henkilön seuranta- ja jäljityslaitteet, samoin kuin oven avaamisen seuranta ja näihin kytketyt hälytysjärjestelmät pidemmälle kehitettynä ovat perusteltuja.

Turvarannekkeitä nähtiin tärkeäksi kehittää paitsi miellyttäväksi, myös entistä älykkäämmiksi liikkuvan muistisairaana näkökulmasta. Ranneke voisi arvioida ulkoilmaa, lämpötilaa ja ilmankosteutta ja lisäksi kellonaikaa ja sen perusteella peilata muistisairaana kohtuullista ulkona oloaika. Ranneke voisi tunnistaa ulkona oloajan, ulkoilman lämpötilan ja kantajansa ruumiinlämmön tai vuorokaudenajan perusteella avun tarpeen ja hälyttää automaattisesti apua, mikäli henkilön omien viitearvojen perusteella asetetut raja-arvot tulisivat vastaan. Esimerkiksi ruumiinlämpö laskee liian alas, tai henkilö lähtee ulos yöllä, vaikka hänen pitäisi olla nukkumassa, tai hän lähtee itselleen vieraalle alueelle, edeltä asetetun turvallisen liikkumisalueen ulkopuolelle.

Ruumiinlämpöä mittaavaa turvatekniikkaa on jo käytössä ja muistisairaiden eksymisen varalta tekniikka olisi arvokasta hyödyntää myös turvarannekeissa. Laite voisi arvioida, mikäli kävely hidastuu, syke nousee tai ihminen esimerkiksi kaatuu. Hälytykset lähtisivät yksilöllisesti ja riippumatta siitä, osaa-ko muistisairas henkilö mieltää tilanteensa vakavuuden tai ei ja osaisiko hän toimia tilanteessa vai ei. Hälytys voisi mennä sopimuksen mukaan sosiaali- ja terveystoimen päivystävään yksikköön tai nimetylle omaiselle, joka lähtee itse hakemaan muistisairaana pois tai pyytää tarvittaessa viranomaisapua.

Yhtenä digitalisaation hyödyntämättömänä mahdollisuutena tuli esille vesivahinkojen minimointi. Muistisairaille tapahtuu vesivahinkoja, koska he eivät muista aina sulkea hanaa. Sen vuoksi käyttöön toivottiin sekoittajia, jotka tunnistaisivat liikkeen tai astian ja sulkeutuisivat, jos vesi jää itsekseen juoksemaan. Innovaatio on jo olemassa: kosketusvapaat / elektroniset sekoittajat ovat melko tavanomaisia julkisissa tiloissa, mutta kotikäytössä vielä melko harvinaisia.

Tablettien ja kannettavien laitteiden kehittyessä, samoin kuin tietoverkkojen laajentuessa digitekniikan arvioitiin tavoittavan jatkossa entistä useamman. Muistisairaille soveltuvien verkkosivujen ja palveluiden kehittymiseen uskottiin. Myös kotikuntoutukseen digitekniikka nähtiin toimivana. Ohjaus on tärkeä, koska kuntoutus ja lihaskunto ovat tärkeitä myös turvallisuuden näkökulmasta. Lihaskunto on avainasemassa niin kaatumisten ennaltaehkäisyssä kuin poistumisturvallisuudessa. Digitaalisella sovellutuksella voidaan hyvin ohjata myös omaishoitajaa kuntoutuksen osalta.

Digitalisaation mahdollisuuden nähtiin hyvin laajoina. Haastatteluissa tuli esiin turvallisuuden ja hyvinvoinnin osana digitaalinen jumppa, omaishoitajien digi-infot ja muita virkistytymiseen ja jaksamiseen liittyviä sovellutuksia.

Digitalisaatiota haluttiin hyödynnettävän myös aivan uudella palvelulla. Monella huonokuntoisen omaishoitajalla on huolena, että kun he lähtevät ko-

toa asioille, heille voi tapahtua jotakin. Tällaisessa tilanteessa kukaan ei välttämättä tiedä hoidettavasta ja esimerkiksi kotihoitajalle sattuvassa vakavassa tapaturmassa hoidettava jää kotiin ilman turvaa ja ilman, että kukaan tietää hänestä. Tämän vuoksi jokaisen potilastietoihin pitäisi saada mainita siitä, onko henkilöllä omaishoidettavaa. Tiedon tulisi olla yhtä tärkeä kuin lähin omainen. Lisäksi pitää luoda digitaalinen hälytysjärjestelmä, jonka kautta asia tulee esiin ja hoidettavalle järjestetään apua tällaisessa tilanteessa.

Samaa asiaa ajava ranneke on jo käytössä SPR:n ja Omaishoitajien ja läheisten -liiton tukemilla perheillä, mutta ranneke kattaa vain pienen osan omaishoitotilanteista. Tieto tarvittaisiin jokaisen ihmisen ja koko maan kattavana sekä hoitajan että hoidettavan potilastietoihin ja nimenomaan sovellutuksena, joka myös reagoisi tietoon.

Haastatteluissa tuli ilmi, että asia on otettu esiin Kaste-kehittämissohjelmassa (STM 2017), mutta se ei ole tiettävästi edistynyt. Toisaalta yksittäisissä kaupungeissa on alueellisesti sovittu merkintätapa, jolla pystytään viestimään hätätilanteissa sekä omaishoitajan että hoidettavan olemassaolosta. Yksittäisessä haastattelussa heräsikin jopa kysymys, miksi lemmikkieläimistä on olemassa asunnon oveen tarkoitettuja tarroja pelastuslaitokselle tiedoksi hätätilanteita kuten asuntopaloja varten. Omaishoidettavasta tai liikuntarajoitteisesta ihmisestä ei vastaavaa ole tiettävästi vielä käytössä. Toisaalta tiedostettiin, että rikosturvallisuuden näkökulmasta tarran pitää olla oven sisäpuolella tai sisemmässä ovessa, jotta tietoa ei voi käyttää väärin.

Kaiken kaikkiaan tekniikkaa ja digitaalisia sovellutuksia todettiin olevan ja niitä kehitetään koko ajan. Samalla on kuitenkin muistettava, ettei tekniikka korvaa ihmistä. Innovaatioista huolimatta tarvitaan edelleen läheisiä, ammattilaisia ja vapaaehtoisauttajia. Samalla muistutettiin, että tekniikan ja digitekniikan käyttöönotto edellyttää myös sen käyttäjän, omaisten ja hoitohenkilökunnan koulutusta.

Toisaalta huomautettiin, että digitekniikan kehittyessä voimavaroja voidaan esimerkiksi paikannuslaitteiden hankinnan jälkeen siirtää eksyneen henkilön etsinnästä hänen kohtaamiseensa. On nimittäin mahdollista, että henkilö voi olla eksymisestään hyvin hätäntynyt. Toisaalta hän voi olla hyvin hämmentynyt etsijöistä ja tilanteestaan, koska hän ei välttämättä tiedä olevansa eksynyt tai vaarassa, vaan on omasta mielestään vain ulkoilemassa.

Olipa käyttöön otettava turvatekniikka mitä tahansa, sen käyttöönoton ajoituksen arvioitiin olevan merkittävä tekijä käytön onnistumisessa. Turvallisuuksratkaisut tulisi ottaa käyttöön mahdollisimman aikaisessa vaiheessa, jol-

loin niiden käytön vielä oppii. Näkökulma tuli esille sekä asiantuntijoiden että kokemusasiantuntijoiden haastattelussa.

Digitalisaation tai tekniikan hyödyistä toivottiin lisää tietoa, mutta myös luotettavaa tutkimusta. Samoin toivottiin digitaalisten ratkaisujen asiakasläh- töistä kehitystä. Muistisairaille tämä tarkoittaa muistia ja fyysistä aktiivisuut- ta tukevaa teknologiaa. Digitekniikan mahdollisuudet nähtiin erittäin laajoina. Järjestöt olivat myös kiinnostuneita välittämään tietoa digipalveluista. Ainoa- na rajoituksena digitekniikan osalta nähtiin hinta. Tekniikan toivottiin olevan kohtuuhintaista ja sovellutusten mielellään jopa maksuttomia, kuten 112 Suomi -mobiilisovellus (ks. Hätäkeskuslaitos 2015).

7.4. Turvallisuuden seuranta, mittaristot ja digitalisaa- tion hyödyt

Haastatellut asiantuntijat toivoivat kotikäynteihin järjestelmällistä seurantaa, esimerkiksi lomaketta, jossa kuvattaisiin mitä asioita kotikäynnillä on käyty läpi ja mitä turvallisuuspuutteita mahdollisesti todettiin. Nyt seuranta ja tiedot ovat hajanaisia ja tilalle toivottiin yhtenäistä digitaalista ratkaisua.

Kotihoidon asiakkaiden tilanteen seuraamiseksi on sosiaali- ja terveystoi- messa käytössä useita työkaluja. Yleisesti käytettyinä vaihtoehtona on RAI- ja Rava-mittarit, jotka asianmukaisesti hyödynnettynä antavat järjestelmällistä tietoa kotihoidon asiakkaan tilanteesta. Toisaalta yksittäiset haastatellut totesi- vat, että kumpikaan mittari ei ole käytössä joka kunnassa, eikä niissä oteta vielä riittävästi huomioon turvallisuutta. Lisäksi seuranta kattaa vain laitoshoidon ja kotihoidon. Seurannan ulkopuolelle jää merkittävä joukko erityistä tukea tar- vitsevia henkilöitä, koska he eivät ole kotihoidon asiakkaita.

Käytettävissä olevista mittareista RAI:n hyödyntäminen kotona asuvien eri- tyistä tukea tarvitsevien turvallisuuden arvioinnissa on ehkä laajin. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan RAI-järjestelmä on käytetty noin kolmas- osalla kotihoidon asiakkaiden ja puolella pitkäaikaishoidossa olevien olevia asiakkaiden arvioinneista. Vanhainkodeissa RAI on käytössä jopa 60 prosen- tissa (THL 2017d).

RAI-järjestelmä on hyvä esimerkki turvallisuuden seurannasta ja digitaal- lisista mahdollisuuksista. RAI-järjestelmässä seurataan useita eri muuttujia. Turvallisuuden osalta seurantatiedoissa kysytään muun muassa kaatumisista ja

väkivallan uhasta. Jos RAI-seurantajärjestelmää käytettäisiin järjestelmällisesti kotona asumisen mahdollisuuden ja turvallisuuden arviointiin, turvallisuutta tulisi yksittäisen haastatellun asiantuntijan mukaan painottaa nykyistä enemmän. Toisaalta on mahdollista, että jo olemassa olevia muuttujia voitaisiin hyödyntää entistä paremmin myös turvallisuuden kannalta.

Lisäksi on otettava huomioon, että mittareiden hyötykäyttö edellyttää asiakkaan arviointia, tietojen tallentamista, tallennetun tiedon seuranta ja muutoksiin reagointia. Vasta tällöin seurantaohjelma hyödyntää sekä asiakasta että turvallisuutta. Osassa kuntia tämä on kunnossa, mutta osassa seurantaan ei ole varattu riittävästi resursseja. Jos seurantaan ei ole nimetty henkilöä ja varattu työaika, ei järjestelmää todennäköisesti myöskään hyödynnetä.

Mittaria on kuitenkin kehitetty turvallisuuden suuntaan. Kehitystyönä toteutetussa PaloRAIssa (Björkgren et al. 2017) on arvioitu asukkaan poistumis-turvallisuuden arviointi asuntopalon sattuessa. Arvioinnissa on käytetty aiemmin kerättyjä tietoja, joten PaloRAI ei tuo lisätyötä toimijoille.

Nyt kehitetty malli erottelee turvallisesti asuvat henkilöt riskiasujista ja ehdottomasti toimenpiteitä tarvitsevista asukkaista. Malli ilmaisee, mikäli asukkaan turvallisuus on vaarantunut, mutta jättää tämän jälkeisen toimintamallin vielä avoimeksi. PaloRAIsta onkin suunniteltu jatkohanketta, jossa seurantajärjestelmään kehitettäisiin digitaalinen ilmoitus- tai varoitusjärjestelmä, mikäli poistumisturvallisuus on seurantatietojen perusteella vaarantunut.

RAI-järjestelmä on hyvä esimerkki kehityksestä ja digitaalisaation mahdollisuuksista, mutta toisaalta järjestelmää on myös kritisoitu. Arviointiin ja tietojen tallentamiseen menee sosiaali- ja terveystoimen henkilöstöltä, kuten kotihoitajilta työaika. Lisäksi todettiin, että ohjelma on maksullinen ja tämän vuoksi kaikki kunnat eivät ole ottaneet sitä käyttöön, vaan käytössä on muita järjestelmiä. Toisaalta järjestelmä kattaa vain kotihoidon asiakkaat, ei kotona asuvia, kotihoidon ulkopuolella eläviä henkilöitä.

Tulevaisuuden kehitys mittareissa on avoin. Osa haastatelluista arvioi järjestelmien tulevan uudelleenarviointiin sote-uudistuksen myötä. Iäkkäiden hoidon laatusuosituksen on myös esitetty indikaattoreita RAI-järjestelmästä. Toisaalta esitys on vasta lausuntokierroksella.

7.5. Muistisairaan osallisuus ja tuki – tekniikka ja oma vastuu

Muistisairaan tulisi olla osallinen omassa elämässään. Tämä on otettu huomioon myös seurantajärjestelmissä. Muun muassa RAI-arvioinnin lähtökohtana on se, että arviointi tehdään sosiaali- ja terveystoimen ammattilaisen, tukea tarvitsevan henkilön ja hänen omaisensa tai omahoitajansa kanssa yhteistyössä. Yksittäisen haastattelun mukaan on kuitenkin tiedossa, että kolmikantaisesta lähtökohdasta saatetaan tinkiä. Tilanne voi korostua etenkin muistisairaiden arvioinnissa, kun henkilöllä on kognitiossa häiriöitä, ja arvioijalla on kiire, eikä asiakasta aina ehditä ottaa huomioon. Miettimiseen ja muistelemiseen voi muistisairaanta kulua aikaa.

Teknisten ja digitaalisten apuvälineiden ja sovellutusten osalta useat haastatelluista muistuttivat, että turvatekniikan kehityksessä ja hankinnassa pitää ottaa huomioon loppukäyttäjät. Tekniikan, laitteiden ja ohjelmien pitää vastata käyttäjän henkilökohtaisia tarpeita. Muistisairaat henkilöt puolestaan muistuttivat, että vaikka tekniikka ja digitalisaatio antaa mahdollisuuksia, on hyvä, ettei kotona olekaan kaikkea. Näin muistisairas henkilö pystyy itse ajattelemaan – ja on pakko. Näkemyksellä viitattiin omaan aktiivisuuteen toimijana, mutta myös muistisairaan kognition ja toimintakyvyn tietoiseen ylläpitämiseen. Näkemys vahvistui myös asiantuntijahaastatteluissa, joissa muistutettiin, ettei omaishoitajan pidä tehdä kaikkea. Kun hoidettava kuormittaa itseään, hän pysyy myös fyysisesti toimintakykyisempänä.

Kun muistisairas, omainen tai omaishoitaja perustaa turvallisuuden tekniikkaan tai digitekniikkaan, niiden tulisi olla luotettavia. Haastatteluissa nousi esiin pohdinta, miten todellista, missä tai miten kaukana eri teknisten tai digitaalisten apuvälineiden kautta saatava apu todellisuudessa on. Teknisillä apuvälineillä voidaan hälyttää apua tai saada viesti avuntarpeesta, mutta viime aikoina on tullut esille useita tapauksia, joissa tekniikka ei ole toiminut, tieto ei ole tullut perille tai apu on hälytyksestä riippumatta viivästynyt⁴. Myös tähän osa-alueeseen tulisi kiinnittää huomiota. Erityisesti siitä syystä, että osa muistisairaista ei pysty ilmaisemaan itseään riittävästi. Vasta varmuus palvelun saatavuudesta tuo turvallisuudentunteen mutta myös konkreettisen turvallisuu-

4 Katso esimerkkinä raportin viimeistelyvaiheessa esiin tullut tapaus: Aamulehti 30.7.2017.

den niin muistisairaalle kuin omaishoitajalle tai omaisille. Käytännössä epävarmuus, epäluottamus tai tekniikan epäluotettavuus painottavat muistisairaana oman ja tai omaisen tai omaishoitajan osaamisen ja oman toiminnan merkitystä - kaikesta tekniikasta huolimatta.

7.6. Hinta ja rahoitusvaihtoehdot

Turvatekniikkaan suhtauduttiin haastatteluissa myönteisesti, mutta tekniikka herätti välittömästi keskustelun teknisten apuvälineiden ja palveluiden hinnasta ja rahoituksesta. Osa piti turvatekniikkaa halpana. Osa piti puolestaan turvatekniikkaa yleensä tai yksittäisiä laitteita hintavana. Haastateltavan oma tausta vaikutti hinnan kokemukseen, sillä osa haastatelluista piti esimerkiksi liesivah-tia hankinta- ja asennuskustannuksineen halpana, osa kalliina. Joitakin ratkaisuja pidettiin järjestelmällisesti kalliina, tästä esimerkkinä asuntokohtainen sprinkleri. Jotta turvatekniikka otettaisiin käyttöön, hinnan edellytettiin olevan edullinen tai kohtuullinen.

Turvatekniikan hintaa arvioitiin paitsi absoluuttisina hintoina, myös suhteutettuna laitteen tuomaan taloudelliseen hyötyyn tai säästöihin. Esimerkkinä paikantavan seurantalaitteen hankkimisen ja käytön kustannukset, joita verrattiin muistisairaana toistuvien eksymisten ja etsintöjen aiheuttamiin kustannuksiin:

”Jos tämmöistä on sattunut ihmisille vaikka kolme kertaa, niin eikö sen kolmannen - tai jo toisenkin kerran jälkeen yhteiskunnan jo kannattaisi hankkia.”

Turvatekniikan hintaa arvioitiin myös käyttö- ja ylläpitokustannusten kautta. Useisiin laitteisiin liittyy paitsi hankinta tai aloitusmaksu myös ylläpitomaksu. Jo 20 euron kuukausittainen lisäkustannus turvalaitteesta, kuten turvarannekkeesta voi olla jollekin halpa, toisella kallis. Mikäli hinta on käyttäjälle liian korkea, laite tai palvelu voi jäädä hankkimatta, vaikka se olisi hyödyllinen. Tämä luo tarpeen erilaisille rahoitusvaihtoehdoille.

Turvatekniikan ensisijaisena ja luonnollisena maksajana pidettiin erityisryhmään kuuluvaa ihmistä itseään. Toisaalta muistisairaavat kertoivat, että perhe tai lapset olivat hankkineet joitakin turvalaitteita tai välineitä, kuten edellä mainittu haudutuspatat. Myös moni asiantuntijahaastatelluista suositteli turva-

laitteiden lahjoittamista esimerkiksi iäkkäille ja muistisairaille. Lahja voi olla yhtä hyvin palovaroinin, sammutuspeite, liesivahti, turvaliesi tai uusi vikaantuneen tai vanhaa tekniikkaa edustavan laitteen tilalle ostettu sähkölaite, kuten uusi televisio. Lahjoitus on tärkeä vaihtoehto, sillä erityisesti iäkkään tai muistisairaana eläke voi olla pieni ja tai sairaanhoito- ja lääkekulut korkeat.

Mikäli henkilöllä itsellään ei ole varaa välttämättömään turvatekniikkaan, se voitaisiin haastateltujen mukaan kustantaa myös toimeentulotuesta. Haastatellut eivät kuitenkaan arvioineet, tulisiko kustannus Kelan maksamasta toimeentulotuesta vai kuntien maksamasta harkinnanvaraisesta toimeentulotuesta.

Näiden ohella usean asiantuntijan haastattelussa esitettiin vaihtoehtona, että kunta kustantaisi turvatekniikkaa. Haastatteluissa tuotiin kuitenkin esiin, että turvatekniikan ajatellaan säästävän jotakin, joten kulut tulisi maksaa sieltä, minne säästö kohdistuu.

Kunnan rahoitusta tai toimintamallia verrattiin kunnissa käytössä olevaan apuvälinepalvelun tyyppiseen toimintaan. Pienet laitteet henkilö hankkisi itse. Hintavamman turvalaitteen, kuten liesivahdin tai asuntokohtaisen sprinklerin voisi lainata turvavälinepalvelusta, se asennettaisiin asuntoon, olisi käytössä niin pitkään kuin on tarve ja siirrettäisiin sen jälkeen seuraavalle tarvitsijalle. Lainaustalouden ohella tuli esiin malli, jossa kustannukset jaettaisiin ja ihmisellä olisi omavastuu. Haastateltujen mukaan kustannukset tulisi kuitenkin jakaa siten, että omavastuu on jokaiselle kohtuullinen. Mallia on muun muassa liesivahtien osalta käytetty kotihoidon asukkaiden osalta ainakin Tampereen seudulla.

Haastatteluissa ehdotettiin vaihtoehtoisina rahoituslähteinä myös taloyhtiöiden osallistumista turvatekniikan rahoitukseen, erilaisia keräys- ja lahjoitusmahdollisuuksia, vakuutusyhtiöiden osallistumista tai kokonaan uusia yksityisiä vuokrauspalveluita.

Samoin asuinrakennusten ja turvatekniikan osalta potentiaalisina rahoittajina pidettiin sekä sisäministeriön, ympäristöministeriön että sosiaali- ja terveysministeriön omaa että yhteisrahoitusta. Myös STEA ja valtio asuntorahoituksellaan, muun muassa ARA voisi olla osaltaan tukemassa erityisryhmien asumisturvallisuutta. Kodinmuutostöitä kustannetaan jo nyt sekä elinikäisen asumisen että esteettömyyden näkökulmasta, mutta vastaavaa rahoitusta toivottiin laajemmin myös turvallisuusinvestoinneille.

Rahoituspaineita lieventämään ehdotettiin myös yhteiskunnan vastaantuloa verotuksen kautta ja kotitalousvähennyksen käyttöönottoa turvalaitteiden osal-

ta. Vähennyskelpoisuus pitäisi olla sekä laitteesta, asennuksesta että käytöstä. Näin erityistä tukea tarvitsevan läheiset, kuten aikuiset lapset voisivat hankkia helpommin vanhemmilleen turvateknologiaa.

Rahoituksen odotettiin tukevan nimenomaan muistisairasta tai muuta erityistä tukea tarvitsevaa henkilöä itseään. Sitä ei haluta käyttää asunnon kunnan tai tason parantamiseen. Käytännössä turvatekniikan rahoitustilanne on kuitenkin avoin. Jos asukkaalla tai hänen läheisillään ei ole mahdollista itse kustantaa turvalaitteita, se voi jäädä hankkimatta.

Apuvälinelainausta käytetään tällä hetkellä jo kuulovammaisten erikoispa-lovaroitimissa. Pelastustoimi on jo aiemmin esittänyt, että vastaavaa periaatetta voitaisiin laajentaa koskemaan paloturvallisuutta koskevaa tekniikkaa, kuten liesivahteja ja jopa asuntokohtaisia sprinklereitä. Vastaavasti apuvälinepalvelusta voisi olla saatavissa paikannuslaitteita, vaikka niiden hankintahinta on melko alhainen, mutta palvelu voisi madaltaa hankintakynnystä.

STEA (aiemmin Raha-automaattiyhdistys) on muistisairaiden ja erityistä tukea tarvitsevien henkilöiden palveluiden kehittämisessä merkittävä rahoituslähde. STEA ei kuitenkaan yksittäisen haastatellun mukaan pääsääntöisesti rahoita hankkeita, joihin liittyisi kotihoidon toiminnan tyyppisiä kotikäyntejä. Kotikäyntejä pidetään kuitenkin tärkeänä turvallisuuden edistämisen muotona ja myös niille tulisi löytyä riittävä rahoitus.

Haastatelluista ainoastaan Kuntaliiton edustajat kyseenalaistivat mahdollisen turvallisuustekniikan kuntarahoitteisen apuvälinepalvelun. Erityisryhmien tuki kuormittaa jo nyt kuntataloutta. Pelkästään turvarannekkeet ovat kunnan kotihoidolle kustannuskysymys. Lisäksi Kuntaliiton edustajat totesivat, että palvelupolitiikan muutos laitoshoidosta kotona asumisen tukemiseen on nostanut kuntien apuvälinepalvelujen kustannuksia merkittävästi.

Julkisen sektorin osallistumista turvatekniikan rahoitukseen perusteltiin muissa asiantuntijahaastatteluissa yhtäältä sosiaali- ja terveystaloudella, toisaalta ihmisten tasa-arvoisuuden periaatteella. Jos politiikalla ohjataan erityisryhmiä laitosasumisesta kotiin annettaviin palveluihin ja laitoksissa on turvatekniikka kunnossa siten, että asukkaita pystytään suojelemaan, samaa pitäisi edellyttää kotona asumiselta. Nyt kaikki vastuu on asukkaalla itsellään, riippumatta siitä kykeneekö hän vastuun kantamaan.

Julkisen rahoituksen vaatimuksen taustalla on myös näkemys yhdenvertaisuudesta. Nyt taloudellisen tuen puuttuessa kaikilla tarvitsijoilla ei ole käytettävissä turvatekniikkaa. Tämä johtaa asukkaan arjen toimintojen rajoittami-

seen. Tästä on esimerkkinä liesiturvallisuus. Jos liedien käytössä on ollut turvallisuusongelmia, eikä asukas pysty hankkimaan siihen liesivahtia tai vaihtamaan liettä turvalieteen, on tavanomaista, että liedien sulakkeet irrotetaan ja asukkaalle järjestetään ruokapalvelu. Sulakkeiden irrottaminen varmistaa liesiturvallisuuden, mutta ruuanlaiton lopettamisella voi olla heikentävä vaikutus henkilön elämänlaatuun ja toimintakykyyn. Ruuanlaitto on useille ihmisille merkityksellinen asia. Siihen kannattaisi satsata, koska ihminen voi paremmin, jos saa tehdä sitä mistä pitää.

7.7. Turvatekniikan yleistyminen, käyttöönotto ja käytön tuki

Turvatekniikan yleistymiseen ja kehitykseen luotettiin. Toisaalta kehityksen arvioitiin tuovan apua myös kustannuksiin. Tekniikan kehittymisestä ja hinnan laskusta on hyvänä esimerkkinä paikannuslaitteet, joissa sekä tekniikka että hinta ovat tulleet asiakasystävällisiksi. Ne alkavat olla kooltaan pieniä ja ainakin osa hyvin edullisia ja helppokäyttöisiä. Niitä on myös otettu käyttöön entistä useammin.

Vastaavaa kehitystä odotettiin myös muille laitteille. Samoin toivottiin, että turvatekniikasta tulisi trendi. Liesivahdin tai turvalieden, kosketusvapaan sekoittajan tai älyjäakaapin käyttäjä voisi olla kuka tahansa ja hinta samalla tasolla kuin vanhan tekniikan laitteilla. Älykkään tekniikan yleistyminen olisi yksittäisen haastatellun mukaan tervetullut myös siitä syystä, että turvatekniikan hankintaa ei tarvitsisi välttää myöskään leimautumisen pelosta. Sitä käytetään kyllä senioriasunnoissa, mutta ei vielä tavanomaisessa rakentamisessa.

Hinnan ja rahoitusvaihtoehtojen ohella pohdittiin turvatekniikan käyttöönoton ja käytön ongelmia sekä osaamista, opastusta tai koulutusta ja näiden kustannuksia. Jotta turvatekniikan hankintakynnystä alennettaisiin ja laitteet saataisiin hyötykäyttöön, tarvitaan ehdottomasti käyttöönottoon tukea. Sitä varten palveluketjuun ja vapaaehtoistyöhön toivottiin enemmän ”härräkeasiantuntijoita”, joilla olisi kyky selittää laitteiden toimintaa selkeästi, ilman ammattisanastoa. Samoin toivottiin tekniikan kehittämistä käyttäjäystävälliseksi. Tähän luotetaan päästävän tekniikan ja digitekniikan osaajien, käyttäjien, käytännön hoitotyötä, omaishoitoa ja järjestöjä edustavien kanssa yhteistyössä. Koulutusta

toivottiin niin sote-ammattilaisille, järjestöjen edustajille, omaishoitajille kuin erityisryhmillekin, ja nimenomaan heidän omalla kielellään.

Yhtenä huolenaiheena mainittiin turvatekniikan käytön aikaiset mahdolliset ongelmat. Vaikka kyse ei olisi mistään merkittävästä ongelmasta, voi muistisairas hätäntyä, koska ei tiedä, mistä on kyse. Pelkästään palovaroittimen pariston vaihtaminen tai erheellinen hälytys voivat olla iäkkäälle saati muistisairaalle ylivoimaisia ja apu voi olla hintavaa.

Ongelma on vielä suurempi, jos apua ei ole saatavilla. Esimerkiksi yhteydenpitoon käytettävä tabletti on käyttökelpoinen ja voi olla edullinen, mutta mistä käyttäjä saa apua, mikäli hänellä tulee joku ongelma?

“Voidaanhan me ostaa sinne ikäihmiselle tietokoneita ja tabletit, mutta kuka sitten auttaa ja antaa sitä tukea käytössä?” (Haastateltu ammatillinen asiantuntija)

Koulutuksen ja ohjauksen vaihtoehtoina tulivat esille erilaiset hankkeet, palkatut työntekijät, mutta myös vapaaehtoistyö. Käyttöönoton tuen ja koulutuksen rahoitus voi olla laitteiden hintaan kuuluvaa, tulla järjestöiltä tai hankkeilta. Lisäksi opastusta ja neuvontaa tarjotaan messuilla ja muissa tilaisuuksissa.

Esimerkiksi Omaishoitajat ja läheiset -liitto pyrkii määrätietoisesti omaishoitajien tukemiseen myös koulutuksella. Omaishoitajana tuetaan myös niitä henkilöitä, joilla omaisen hoito ei perustu sopimukseen. Omaishoitajien ja läheisten -liiton edustaja totesikin, että nämä henkilöt jäävä helposti kaiken tuen ulkopuolelle. Asia on myös merkittävä riski sekä osaamisen että muun tuen kannalta.

Vaikka tekniikka yleistyisi, haastatteluissa todettiin yksiselitteisesti, että erityisryhmiin kuuluvat ihmiset tarvitsevat myös toista ihmistä, ei vain tekniikkaa.

8. Turvallisuuskoulutus - mahdollisuudet ja pelot

8.1. Olemassa olevan koulutuksen hyödyntäminen ja uudet ohjausmenetelmät

Asiantuntijainformantit totesivat, että Suomessa on sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille tarjolla turvallisuuskoulutusta. Järjestöt järjestävät puolestaan erilaisia koulutustilaisuuksia omaishoitajille ja omaisille. Toisaalta haastattelussa todettiin, että sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten turvallisuuskoulutuksessa ja täydennyskoulutuksessa on edelleen kehitettävää. Samoin todettiin, että lisää koulutusta tarvittaisiin myös erityisryhmille, kuten muistisairaille, iäkkäille, heidän omaisilleen ja omaishoitajille. Osaaminen arvioitiin parantavan sekä turvallisuutta että turvallisuudentunnetta ja tukevan kotona asumista.

Samalla todettiin, että turvallisuus on moniulotteinen käsite ja vastaavasti käytössä on monenlaisia koulutusaineistoja. Monet turvallisuuskoulutuksen teemat ja jopa aineistot soveltuisivat pienellä muokkauksella myös erityisryhmille - niin pitkään kuin itse kunkin kunto oppimisen mahdollistaa. Aineisto voi olla järjestöjen aineistoja, sosiaali- ja terveydenhuollon aineistoa pelkistettynä, mutta ne voivat olla myös pelastuslaitosten aineistoja, jotka on tuotettu esimerkiksi lapsille tai nuorille, tai ne voivat olla eri hankkeiden aineistoja, jotka on voitu tuottaa hoitotyön ammattilaisten tueksi (ks. liite 2). Osa aineistoista on jo muokattu arkikäyttöön soveltuvaan muotoon.

Yksi esimerkki koulutuksen soveltuvuudesta on Novian ja SPEKin Kotona paras- Hemma Bäst hankkeen sisältö ja oppimisympäristö. Hankkeessa koulutettiin sosiaali- ja terveystoimen opiskelijoita ja ammattilaisia. Oppimisympäristönä käytettiin simuloitua asuntoympäristöä, joka kuvasti aivan arkisia kodin turvallisuusriskejä, jotka tuli tunnistaa. Opetus oli toiminnallista, koulutettavat olivat läsnä tilassa, josta heidän tuli havaita riskejä. Sosiaali- ja terveystoimen opiskelijoiden ja ammattilaisten koulutuksen ohella menetelmä ja oppi-

misympäristö soveltuisivat mahdollisin pienin rajoituksin myös erityisryhmien ja omaishoitajien koulutukseen.

Toinen esimerkki yhteisestä koulutustarpeesta ja koulutuksen sovelletavuudesta on ilmoitusvelvollisuus. Sosiaali- ja terveystoimi ja pelastustoimi ovat järjestäneet yhteistyössä koulutusta pelastuslain 42 § mukaisesta yhteistyö- ja ilmoitusvelvollisuudesta. Koulutus on koettu sosiaali- ja terveystoimessa tärkeäksi. Myös haastatteluissa tuli esiin, etteivät kotihoidon työntekijät ole aina olleet tietoisia ilmoitusvelvollisuudestaan, vaikka se on lakisääteinen. Palveluketjussa ei ole aina valmiita toimintamalleja, joita käytettäisiin, jos erityistä tukea tarvitsevan asumisen turvallisuus on vaarantunut. Erityisinä ongelmina ovat tilanteet, joissa asukas ei ole itse valmis tekemään ongelmille mitään. Samoin ongelmana ovat tilanteet, joissa toimijana on vapaaehtoistoimija, ei viranomainen.

Edellä mainitun tyyppiset ristiriitatilanteet luovat myös tarpeen niin järjestöjen, vapaaehtoisten, kuin omaishoitajien ja omaisten koulutukselle tiedon ja ymmärryksen lisäämiseksi. Samoin ne luovat tarpeen tarjota vastaavaa tietoa turvallisuusriskeistä erityisryhmiin kuuluville henkilöille itselleen, jotta he voisivat itse vaikuttaa turvallisuuteensa mahdollisuuksiensa mukaan. Tieto voisi siten tukea asumista niin, ettei ilmoitusvelvollisuuden pohdinnalle, saati viranomaisille ilmoittamiselle tule tarvetta.

8.2. Pelastustoimen järjestämät kotikäynnit ja neuvonta

Sosiaali- ja terveydenhuollon puolella on koulutusmenetelminä käytetty luentoja, mutta myös käytännön harjoituksia ja konkreettista, kädestä pitäen opettamista ja yhteispohdintaa, kuten kotihoidon työntekijän kanssa asiakkaan luokse tehtyjä kotikäyntejä. Toimintatapaa pidettiin haastatteluissa hyvänä turvallisuustiedon välitysmenetelmänä myös erityisryhmille, niin erityistä tukea tarvitseville itselleen kuin heidän omaisilleen ja omaishoitajilleen.

Menetelmää on myös testattu. Pirkanmaalla pelastustoimen edustajat ovat tehneet kotikäyntejä kotihoidon asiakkaiden luokse. Käynnit ovat osa laajempaa kokonaisuutta, jossa pelastustoimi kouluttaa kotihoidon työntekijöille paloturvallisuutta ja pelastuslain 42 § mukaiseen ilmoitusvelvollisuuteen liittyviä asioita. Ilmoitusvelvollisuus edellyttää tietoisuutta ja riskienarviointitaitoja.

Kotihoidolla on mahdollisuus jokaisella käynnillä arvioida asiakkaan asumisen turvallisuutta.

Pelastuslaitoksen edustaja kiertää kotihoidon työntekijän kanssa asiakkaiden luona ja arvioi asumisen turvallisuutta ja paloturvallisuutta. Hän arvioi turvallisuutta asukkaan ja mahdollisen omaisen tai omaishoitajan kanssa yhdessä keskustellen. Asukas osallistuu arviointiin itse omien voimavarojensa mukaan. Kotihoitaja osallistua keskusteluun, tai voi tehdä omaa työtään ja kuunnella toisella korvalla.

Käynnit ovat sekä asukkaan opastusta ja ohjausta että kotihoidon henkilöstön opastusta turvallisuuden arviointiin. Toisaalta kotikäynnit voivat liittyä pelastuslain 42 § mukaisen ilmoitusvelvollisuuden perusteella saatuun yhteydenottoon. Tällöin syynä on henkilön asumisen turvallisuuteen liittyvä riski, josta kotihoito tai joku muu on ollut huolissaan. Myös näissä tilanteissa on kyse paitsi asumisturvallisuuden arvioinnista, myös asukkaan opastamisesta turvallisuuteen liittyvissä asioissa.

Oleellista on, että asukas on itse tilanteessa osallinen. Asiat käydään läpi asukkaan kanssa aina hänen kuntonsa sen salliessa. Asukas voi itse, omaishoitajan tai kotihoidon tuella parantaa asumisensa turvallisuutta. Tarvittaessa ongelmista ilmoitetaan asukkaan luvalla lähiomaiselle, mikäli sellainen henkilöllä on. Kaikilla henkilöillä ei tällaista lähiomaista ole ja silloin asia jää sosiaalitoimen vastuulle.

Käynnit ovat vuorovaikutteisia. Kyse ei ole virallisesta palotarkastuksesta, vaan opastuksesta ja neuvonnasta. Käyntien yhteydessä varmistetaan, että asunnossa on palovaroitin ja samalla testataan sen toiminta. Jos asunnossa ei ole palovaroitinta, pelastuslaitoksen edustaja kiinnittää saman tien palovaroittimen asunnon kattoon. Palovaroittimen ovat hankittu pelastuslaitoksen kustannuksella, eikä niistä laskuteta.

Käynnillä kiinnitetään huomio avotulen käyttöön, kynttilöiden polttamiseen ja tupakanpolttoon sekä hellan seudun paloturvallisuuteen. Lisäksi huomio kiinnitetään sähkölaitteisiin ja niiden käyttöön. Jos muistisairas ihminen haluaa tehdä ruokaa, pelastuslaitoksen edustaja voi puhua turvaliedestä tai liesivahdista, mutta ei voi niitä määrätä. Ruuanlaiton turvallisuutta arvioidaan muun muassa keittoastioiden kunnan perusteella ja mikäli keittoastiat viestivät toistuvasta ylikuumenemisesta ja pohjaan palamisesta, ruuanlaitto on riski. Haastavimmissa tilanteissa voidaan tarvittaessa irrottaa hellan sulakkeet: paloriskiä pienentää, jos asukas ei tällaisessa tilanteessa laita itse ruokaa, vaan hänelle tulee valmisruoka, joka lämmitetään mikroaaltouunissa.

Opastuksen ja tiedon ohella käyntien yhteydessä tulee paloturvallisuuden perusasia, palovaroitin tarkastettua ja kuntoon. Koska pelastustoimen edustajan käynti voi olla ainutkertainen ja kotihoito käy asiakkaalla säännöllisesti, palovaroittimen toimivuuden seuranta on toivottu otettavan kotihoidon tehtäviin. Mikäli kotihoito ei sitä tee (ei kuulu tehtäviin), havaituista ongelmista kuten pariston loppumisesta tulee ilmoittaa omaisille tai esimerkiksi huoltomiehelle. Turvallisuuden varmistaminen edellyttäisi toimintamallien edelleen kehittämistä, koska vastuu palovaroittimesta on asiakkaalla - joka ei siitä välttämättä pysty vastuuta ottamaan.

Kotikäynnit ovat uusi toimintatapa, mutta samalla hyviä, toiminnallisia opastustilanteita. Omaishoitajat ja läheiset -liiton edustaja kaipaisi tämän tyyppistä lähestymistapaa. Siitä olisi hyötyä sekä asukkaalle itselleen että kävijälle. Teemahaastatteluihin osallistuneet muistisairaat henkilöt suhtautuivat malliin neutraalisti. Kummassakaan muistisairaiden haastateltujen ryhmässä ei ollut yhtään henkilöitä, joiden kotona pelastuslaitoksen tai kotihoidon henkilö olisi käynyt arvioimassa tai opastamassa turvallisuusasioissa. Sen sijaan yhdellä haastatelluista naisista oli käynyt kotona fysiatri vastaavan tyyppisellä kotikäynnillä ja arvioinut tarvikkeet ja tarpeet. Kyseinen muistisairas henkilö, samoin kuin hänen puolisonsa ovat yli 80-vuotiaita.

8.3. Kotikäynteihin kohdistuvat ristiriidat ja kehittämismahdollisuudet

Kotikäynteihin on liittynyt myös ristiriitoja. Kotihoidon kaikki työntekijät eivät ole etukäteen halunneet asiantuntijaa mukaansa kotikäynnille. Turvallisuusasiantuntijan käyntiä ja turvallisuuden kartoitusta ei ole joko pidetty tarpeellisenä tai on vedottu tiukkaan työtahtiin. Käynnin toteuduttua kotihoidon työntekijät ovat kuitenkin olleet pääsääntöisesti tyytyväisiä. Asukkaista vain harva on torjunut kotikäynnin, valtaosa on ollut tyytyväisiä käyntiin.

Kotikäynneille kaivattiin jonkinlaista turvallisuuden tarkistuslistaa. Toisaalta jotkut haastatelluita totesivat tällaisia tarkistuslistoja olevan käytössä useilla pelastuslaitoksilla.

Toinen merkittävä kehityskohde on kotikäyntien tavoitavuus. Kun toiminta on kytketty nimenomaan kotihoitoon, toimintamalli tavoittaa tällä hetkellä vain pienen osan tukea tarvitsevista. Erityisryhmiin kuuluu varmasti merkit-

tävä määrä henkilöitä, jotka pärjäävät hyvin ilman ulkopuolista apua. Toisaalta kotihoidon ulkopuolelle voidaan arvioida jäävän huomattava joukko ilman ulkopuolista tukea asuvia, yksin eläviä henkilöitä tai pariskuntia, jotka *sinnittelevät* omin voimin kotonaan. Heidän toimintakykynsä on alentunut, mutta he eivät ole minkään palvelun piirissä, koska eivät itse, eivätkä heidän omaisensa ole sitä hakeneet, tai eivät sitä saa tai halua.

Sekä pelastustoimen että Omaishoitajat ja läheiset -liiton edustajat pitivät kuitenkin kotikäyntejä erittäin hyvinä ja tärkeinä tilaisuuksina. Niillä voidaan tukea turvallisesti asuvan henkilön turvallisuudentunnetta. Samoin niillä tullaan konkreettisesti tietoiseksi ja päästään nopeasti tarttumaan asioihin tai tilanteisiin, jotka ovat vaarallisia. Omaishoitajat ja läheiset -liiton edustajan mukaan myös liiton paikallisjärjestöjen työntekijät ovat hankkeissa tehneet aiemmin kotikäyntejä. Myös järjestölle niillä on ollut suuri merkitys. Niitä on pidetty arvokkaana tiedonsaantiväylänä kotihoidon todellisesta tilanteesta. Samalla on saatu tuntumaa kotona asuvien turvattomuudesta:

"Gäppi on aika iso. Kuvittelemme, että kaikki asuu kuin jossain sisustuslehdessä.

*Luullaan, että kaikilla on siellä jokaisessa huoneessa palohälyttimet ja muut, mutta sitten kun saa sen kotikäynnin tehdä, niin sitten se totuus vasta tulee ilmi". (Asian-
tuntija)*

Kotikäynnit näyttäisivät olevan yksi iäkkäiden ja muistisairaiden opastamisen tai koulutuksen toimiva muoto. Kotikäynnit nähtiin tärkeänä myös siitä syystä, että niiden avulla tavoitetaan ihmisiä, joita ei muuten tavoiteta. Ihmisiä, jotka eivät osallistu kodin ulkopuolella järjestettäviin tilaisuuksiin, vaan ovat *"jääneet sängynpohjalle"*. Haastateltujen mukaan kotiinsa jääneitä pystytään aktivoimaan, kunhan heidät saadaan mukaan ensimmäisen kerran. Kun henkilö tutustuu ohjaajiin ja vertaisryhmään, hän voi kiinnostua tulemaan uudelleen. Näkemys oli yhtenäinen sekä muistisairaiden että omaishoitajien ja läheisten edustajan kommentteissa.

Tee-mahaastatteluissa yksittäinen haastateltu pohti kotikäyntien tekijöiden pätevyysvaatimuksia. Pirkanmaalla kotihoidon työntekijöiden kanssa kotikäyntejä tekevät aiemmin palotarkastajana ja ensihoidossa toimineet henkilöt, joilla on pitkä työkokemus. Kotihoidon henkilöstöllä on tarvittava sosiaali- ja terveydenhuollon osaaminen. Pelastustoimen henkilöillä on hyvä turvallisuusosaaminen. He ovat tottuneet kohtaamaan työssään erilaisia ja eri elämäntilanteissa olevia ihmisiä. Henkilöt on valikoitu tehtävään ja valikointia pidettiin hyvin tärkeänä kotikäyntien onnistumisen varmistamiseksi.

8.4. Muistisairaiden koulutus ja oppimismahdollisuudet

Muistisairaiden koulutukseen ja opastukseen liittyneissä puheenvuoroissa tuli esiin kaksi näkökulmaa. Yhtäältä muistisairaajat olivat kiinnostuneita turvallisuudesta ja turvallisuustiedosta. Lisäksi muistisairaajan kykyyn oppia vielä hyvin pitkään sairastumisen jälkeen luotettiin. Oppimiskykyyn luottivat niin muistisairaajat kuin osa asiantuntijahaastatelluista. Toisaalta yksittäiset haastatellut näkivät tilanteen huomattavasti haastavampana ja kyseenalaistivat kyvyn omaksua uutta. Samalla muistutettiin, että muistisairaajan suhtautuminen turvallisuusasioihin voi olla myönteinen, mutta ”*jos hän ei muista, hän ei muista*”. Ja kun sairaus on edennyt pitkälle, *muistisairaille ei voi antaa ohjeita, koska he eivät muista*”. Myös kirjallisten viestien tai ohjeiden merkityksen todettiin hiipuvan sairauden myötä.

Haastatelluista valtaosa arvioi muistisairaiden oppivan vielä hyvin pitkään – jopa useita vuosia sairastumisen jälkeen. Jos muistisairaus on edennyt, tarvitaan kuitenkin erilaisia menetelmiä ja useita toistoja, jotta henkilö pystyy toimimaan turvallisella tavalla tai esimerkiksi käyttämään turvatekniikkaa. Lisäksi todettiin, että on tärkeä tietää, minkälaisesta muistisairaudesta on kunkin muistisairaajan kohdalla kyse ja ottaa tämä huomioon opastuksessa.

Haastatteluun osallistuneet muistisairaajat suhtautuivat oppimiseen myönteisesti. He kokivat, että he pystyvät oppimaan asioita ja haluavat yrittää. Vaikka lyhytkestoinen muisti on huono ja esimerkiksi nimet unohtuvat nopeasti, on mahdollista opetella uusia asioita. Esimerkkinä opettelusta ja oppimisesta yksi haastateltava totesi opetelleensa muistisairauden myötä laittamaan ruokaa. Puoliso kannusti opettelemaan ja kuormittamaan muistia.

Samoin yksi asiantuntijahaastateltu kertoi laitoshoidossa olleesta muistisairaasta naisesta, joka ei ollut koskaan käyttänyt astianpesukonetta, mutta seurattuaan toistuvasti sen käyttöä hoitoyksikössä, hän osasi sitä käyttää. Samoin muistisairaajat ovat haastateltujen mukaan oppineet käyttämään sähköisiä yhteyksiä kuten Skypeä, ilman tarpeettomia ihmettelyitä. Muistisairas henkilö ei pohdi, eikä hänen tarvitse tietää, miten laite toimii, mutta hän osaa sitä käyttää. Asia on merkittävä etu, koska erilaisista sähköisistä kuva- ja äänyhteyksistä voi olla muistisairaalle merkittävä hyöty ja ilo.

Samoin pohdittiin liesiturvallisuuden ja liesiturvalaitteiden käyttöönottoa ja käytön opettelemista. Haastateltujen muistisairaiden miesten joukossa ollut

turvalieden haltija koki uuden lieden käytön oppimisen olleen helppoa, mutta hän painotti, että käyttöönotosta oli jo kauan. Hän arvioi, että käytön oppiminen oli silloin helppoa. Jos liesi vaihdettaisiin vasta muistisairautensa tässä vaiheessa, uuden tekniikan oppiminen voisi olla vaikeaa.

Toisaalta muistisairauden aiheuttamia ongelmia ja turvallisuushaasteita kuvaa yksittäisen haastatellun kertoma tapausesimerkki vaaratilanteesta: Muistisairaahan henkilön asunnossa soi palovaroitin yöllä. Naapurit soittivat hätäkeskukseen. Pelastuslaitoksen yksiköt tulivat paikalle. Pitkän kolistelun jälkeen iäkäs asukas avasi oven. Hän ihmetteli, minkä vuoksi palomiehet ovat hänen ovellaan. Kävi ilmi, että palovaroitin soi siksi, että sähköhellan kaikki levyt olivat päällä ja aivan punaisina. Asukas selitti, että hän on niitä kyllä yrittänyt sammuttaa. Pelastuslaitoksen edustaja sammutti levyt, poisti hellan sulakkeet sähkötaulusta ja asukas pääsi takaisin nukkumaan. Pelastuslaitos oli yhteydessä kotihoitoon ja omaisiin ja pelastuslaitoksen edustaja kävi aamulla asunnolla tekemässä riskiarvion. Asukas ihmetteli myös tätä käyntiä. – Hän ei muistanut edellisen yön tapahtumista mitään.

Tapaus ei ole ainutkertainen, mutta se osoittaa muistisairauden aiheuttamat riskit ja kognition ongelmallisuuden. Esimerkissä käytetty toimintatapa, sulakkeiden irrottaminen, on tällä hetkellä tavanomainen. Jos asukkaan hellaan ei asenneta liesivahtia, hellan sulakkeet poistetaan.

Koulutussisältöjä muistisairaille ei haastattelussa tullut suoranaisesti esille. Iäkkäille on kuitenkin jo olemassa Ikinä-mallin mukaista kaatumisten ennaltaehkäisevää koulutusta. Lisäksi todettiin, että jo olemassa olevilla toimintamalleilla voitaisiin kouluttaa myös iäkkäitä ja muistisairaita asumisen turvallisuuden ja paloturvallisuuden parantamiseksi, esimerkiksi edellä mainittu Hemma bäst – hankkeen aineistot ja menetelmä.

8.5. Muistisairaiden turvallisuuskoulutus ja mahdolliset pelot

Ikääntyneiden ja muistisairaiden turvallisuuskoulutukselle nähtiin olevan tilaa. Keskeisenä ajatuksena oli, että turvallisuuskoulutusta pitää lisätä ja kehittää, mutta nimenomaan muistisairaus huomioon ottaen.

Koulutukseen ja tiedottamiseen tulisi löytää kaikki väylät, niin aiemmin käytetyt kuin uudet mahdolliset. Nyt toimijoina olevien kuntien ja pelastustoi-

men, Muistiliiton, Omaishoitajat ja läheiset -liiton ja sen paikallisten yhdistysten, SPEKin ja Vanhustyön keskusliiton rinnalla toimijoina nähtiin kansalaisopistot, harrasteryhmät ja eläkeläisjärjestöt, jotka jo nyt järjestävät erilaisia koulutuksia. Haastatelluilla oli tiedossa useita toimijoita, muun muassa Eläkeliitto, jonka vapaaehtoiset kouluttajat voivat viedä viestiä eteenpäin. Samoin muut uudet ja perinteiset toimijat, kuten esimerkiksi Martat nähtiin potentiaalisena toimijana. Lisäksi yhteistyö I&Q-kärkihankkeen maakunta-agenttien kanssa todettiin olevan paikallaan.

Turvallisuuskoulutusyhteistyölle on jo hyvä pohja, koska esimerkiksi Eläkeliitolla on jo kokemusta turvallisuuskoulutuksesta. Eläkeliitolle on Ikinä-hankkeen yhteydessä koulutettu vertaiskouluttajia, jotka kouluttavat edelleen muita liiton jäseniä. Toiminta on onnistunut ja saanut hyvää palautetta. Samoin Muistiliitolla ja Omaishoitajat ja läheiset -liitolla on valmiit alueelliset toimijat, koulutus- ja ohjausosaamista sekä palkattuja että vapaaehtoisia ohjaajia.

Turvallisuuskoulutuksen järjestämistä varjostaa kuitenkin epäily koulutuksen muistisairaille aiheuttamista peloista. Pelko on ymmärrettävää muistisairaus huomioon ottaen. Pelosta tuli haastatteluissa esiin kolme erilaista näkökulmaa. Koko tutkimuksessa painottuu yksilön oman tilanteen arviointi ja huomioon ottaminen. Näistä kolmesta näkökulmasta kouluttajan tulisi kuitenkin epäilemättä löytää se oikea linjaus.

Pelastuslaitoksen edustaja arvioi, että toimintamallin mukaiset koulutustilaisuudet tai kotikäynnit voivat saada ihmisiä ajattelemaan ja arvioimaan. Ne voivat olla havahduttavia, mutta ne eivät herättäisi pelkoa. Sen lisäksi hän arvioi, että koulutus pitäisi kohdistaa koko ajan nuorempiin: riskeihin pitäisi ihmisten varautua ajoissa, koska kaikista meistä tulee aikanaan vanhoja.

Asiantuntijainformantin kertoma tapausesimerkki avaa vaihtoehtoista näkökulmaa ja kuvaa sitä, miten viesti voi vääristyä: Muistiyksikössä rouva tuli yleiseen tilaan ja kertoi, että hän epäilee, että häneltä on varastettu laukku. Paikalla ollut muistihäiriöinen mies luuli, että rouvalta oli varastettu laukku ja hän tuli kertomaan hoitajille. Hoitajat ottivat asian esille. He tiesivät, että rouvalla on suurin piirtein aina laukku hukassa ja lupaavat hoitaa asian. Ehkä viiden toista minuutin jälkeen tämä mies muistaa, *”että joltain on varastettu jotain, mutta hän ei muista enää, varastettiinko minulta vai joltain toiselta. Vai syytettiinkö minua varkaudesta”*. Tai asia voi muuttua vielä niinkin paljon, että mies muistaa, että *jotain* ikävää tapahtui, mutta hän ei tiedä, liittyikö hän itse siihen mitenkään. Tästä kasvaa lopulta iso ahdistus, ja levottomuus lisääntyy. Tämän

vuoksi on tärkeä arvioida tilannetta ja saada tapahtumamuisti tietoon, jotta voidaan ennaltaehkäistä kierre tai katkaista se.

Kolmanneksi tutkimukseen haastatellut muistisairaat henkilöt suhtautuivat turvallisuuskoulutukseen ja turvallisuutta sivuavaan keskusteluun myönteisesti. Muistisairaat miehet kokivat, että muistisairaiden turvallisuuskoulutukselle olisi tilaa.

”Ei se olisi pahitteeksi”.

Haastatellut naiset kokivat turvallisuudesta puhumisen tarpeellisena. He kokivat, että pitää pysyä kartalla. Toisaalta he kommentoivat menetelmiä, ja totesivat, että ei heille tarvitse kertoa, että tee noin. Sen sijaan he vertasivat tilannettaan lasten oppimiseen ja arvioivat, että puhumalla ihminen ymmärtää asiat ja oppii muistamaan. Koulutuksesta tai opetuksesta ei oltu kiinnostuneita, vaan nimenomaan puhumisesta, asioiden pohtimisesta, keskustelemisesta ja oppimisesta. Näkemys oli yksimielinen.

Muistisairaat kertoivat muutenkin puhuvansa itse kullekin tapahtuneista sattumuksista – myös turvallisuuteen liittyvistä asioista vertaistapaamisessa ja jopa huumorilla. Asia tuli esille sekä miesten että naisten ryhmässä. Toisaalta naiset arvioivat, että naisten olisi helpompi puhua ”kömmähdyksistään” kuin miesten. Lähtökohtana ajatukselle esitettiin yksittäisten henkilöiden parisuhteessa kokemia tilanteita. Yleisemmin ero ei miesten ryhmähaastattelun perusteella näyttäisi pitävän paikkaansa, sillä myös he kertoivat itselleen sattuneista kömmähdyksistä.

Turvallisuuteen liittyvä haastattelu koettiin hyväksi. Asiaa kuvannee hyvin naisten ryhmässä esitetty kommentti:

”Kun ne on sellaisia asioita, jotka itselläkin päässä pyörii. Ja onneksi pyörii. Se pyörii sittenkin... Kuka se olikaan, joka sanoi. Oliko se Keppler vai kuka?”

8.6. Omaishoitajien koulutus

Haastatellut asiantuntijat totesivat, että omaiset ovat kiinnostuneita turvallisuustiedosta. Omaishoitajille tukea ja koulutusta tarjoavat muun muassa kunnat, Omaishoitajat ja läheiset -liitto, Vanhustyön keskusliitto ja SPR. Tuki ei

kuitenkaan tavoita kaikkia omaishoitajia, koska sopimusomaishoitajia on vain murto-osa kaikista omaishoitajista, valtaosa jää sopimusten ja järjestöjen jäsenkunnan ulkopuolelle. Omaishoitajista ei ole myöskään yhtenäistä rekisteriä, joka helpottaisi tiedottamista. Käytännössä vastuu tiedon ja tukipalveluiden saannista jää omaishoitajalle.

Lisäksi todettiin, että omaishoitajille järjestetyissä tilaisuuksissa keskustelu kääntyy helposti erilaisten arjessa helpottavien käytäntöjen, apuvälineiden ja sosiaalietuuksien vinkkien jakamiseen. Tämä puolestaan viittaa selkeästi tiedontarpeeseen, mutta myös tuen niukkuuteen tai suoranaiseen puutteeseen. Toisaalta spontaanit keskustelunaiheet antavat viestin potentiaalisista, tarpeellisista koulutussisällöistä: Sisällöt voivat olla tietoa apuvälineistä, etuisuuksien hyödyntämiseen ja taloudelliseen turvallisuuteen. Samoin sisällöt voivat olla muistisairaana tai ikäihmisen, mutta myös omaisen ja omaishoitajien omaan jaksamisen tukimahdollisuuksiin liittyvää koulutusta ja turvallisuuskoulutusta.

Koulutuksen järjestämisessä yksittäiset haastatellut näkivät keskeisenä ongelmana muistisairaiden ja omaishoitajien mukaan saamisen. Jonkinlaisena varoituksena todettiin, että koulutusta ei tulisi järjestää koulutuksen nimellä. Osa omaishoitajista on niin uupuneita, että he eivät lähde koulutustilaisuuksiin. Heille pitää olla sisältö, joka houkuttelee, ja jossa turvallisuustieto on vain yhtenä osa-alueena.

Järjestöjen edustajien kokemuksen mukaan muistisairaavat ovat kokeneet myönteisenä tilanteet, joissa on ollut useita järjestäjiä ja samalla siis useita näkökulmia. Ohjelman sisällä voi ja saa olla vakavaa asiaa, mutta tilaisuuksien lähtökohtana pitäisi olla jotain hauskaa.

"kun niitten elämästä puuttuu nauru aika usein". (Asiantuntija)

Menetelminä arvioitiin toimivan niin alustukset kuin esimerkiksi draama. Liian pitkän asiapuheen arvioitiin johtavan vain tilanteeseen, jossa omaishoitaja nukahtaa, koska heistä iso osa on uupuneita tai loppuun uupuneita.

Lisäksi huomautettiin, että omaishoitajien tilaisuuden ajaksi muistisairaalle tai muuten erityistä tukea tarvitsevalle hoidettavalle pitää järjestää sijaistoimintaa, sijaishoitaja tai -hoito, päivätoimintakeskuksen tuki, naapuri tai kotihoito. Asiasta suositeltiin sopimaan kunnan kanssa. Näin ainakin puolet omaishoitajista voi irrottautua jopa neljäksi tunniksi. Osalle tämäkin voi olla vaikea järjestää.

Omaishoitajien tiukkaa sidonnaisuutta kuvaa sekin, että yksittäinen haasteltu kehotti sijoittamaan painavan asian nimenomaan tilaisuuden keskiosaan.

”Osa omaishoitajista tulee myöhässä, osa joutuu lähtemään aiemmin, ja jos tilaisuus kestää vähänkään pidempään, puhelimet soi.” (Asiantuntija)

Koulutukseen osallistumisen mahdollistamiseksi huomautettiin, että omaishoitajille pitää järjestää myös kuljetus, koska osalla ei ole kulkumahdollisuuksia. Toisaalta kuljetuksen järjestäminen voidaan yhdistää hoidettavan kuljetukseen esimerkiksi päivätoimintakeskukseen. Kuljetus on tärkeä myös siitä syystä, että hoidettavan ”*saaminen pieneen autoon voi olla työlästä*”. Päivätoimintakeskusten puuttuessa tilat voidaan järjestää seurakunnalta tai muusta paikasta. Kuljetus tuli esiin haastatteluissa, mutta se on mainittu myös muun muassa Lapissa toteutetussa Kylässä hyvä – Kotona paras -hankkeessa.

Omaishoitajien ja omaisten koulutus nähtiin siis tärkeänä, samoin koulutuksen monikanavaisuus. Tietoa pitää tuottaa useista eri näkökulmista ja useilla eri menetelmillä, jotta se tavoittaa mahdollisimman laajan joukon erityisryhmiin kuuluvista ja omaisista.

Koulutus tai opastus voidaan viedä kotiin tai se voidaan tarjota yhteisissä tilaisuuksissa. Näiden ohella yhtenä mahdollisena koulutusmuotona ovat erilaiset toimipisteet, joista kuka tahansa saa tarvitsemaansa informaatiota turvatekniikasta ja palveluista. Infopisteitä on erityyppisiä, esimerkkinä Tampereella toimiva Kotitori (Tampereen kotitori 2017).

9. Yhteenveto ja pohdinta

Haastatteluissa tuli esiin useita muistisairaiden ja iäkkäiden arkeen ja asumiseen liittyviä riskejä. Käsitys riskeistä vaihteli jonkin verran näkökulman mukaan. Se mikä omaishoitajan tai ulkopuolisen silmissä voi olla karkailua, voi muistisairaana näkökulmasta olla kävelyllä käymistä. Osa riskeistä on sisäisiä. Muistisairaana heikentynyt kognitio luo virheellisiä havaintoja ja seurauksena on esimerkiksi harha tai ahdistus, joka voi johtaa muistisairaana karkailuun ja sitä kautta oman turvallisuuden vaarantumiseen. Osa riskeistä on sisäisiä, mutta voi aiheuttaa vaaraa ulkopuoliselle, kuten muistisairaana aggressiivisuus. Osa riskeistä on ulkoisia, mutta kytkeytyvät muistisairaana erheelliseen toimintaan, kuten ruuanlaiton ja sähkölaitteiden erheellisen käytön aiheuttama paloriski. Toisaalta jotkut riskeistä ovat muistisairaana omasta toiminnasta riippumattomia, selkeästi ulkopuolelta muistisairaaseen kohdistuvia, kuten rikoksen uhriksi joutuminen.

Riskien kirjon kuvaamiseksi haastatteluissa ja kirjallisuudessa esiin tulleet riskit tai turvallisuuden osa-alueet on tiivistetty taulukkoon 2. Lisäksi taulukossa on mainitun tiedon lähde.

Taulukko 2. Haastatteluissa eri näkökulmista esiin tulleet turvallisuuden osa-alueet/riskit ja lähde.

Näkökulma/nimetty turvallisuusriski	Muisti-saira	Ammatilliset asiantuntijat	Kirjallisuus
Ajan ja paikan hämartyminen		X	X
Arjen ja asumisen turvallisuus	X	X	X
Eksyminen, vrt. karkailu	X	X	X
Erheelliset toiminnot	X	X	X
Hahmottamisen ongelmat	X	X	X
Harhat		X	X
Henkilöturvallisuus Muistisairas ja omaiset	X	X	X
Hienomotoriikan vaikeutuminen	X	X	X
Ikääntyminen	X	X	X
Itsenäisen selviytymisen vaikeudet	X	X	X
Kaatumiset, liukastumiset	X	X	X
Karkaaminen, vrt. eksyminen		X	X
Kehon jäykistyminen		X	X
Kustannukset	X	X	X
- henkilölle itselle aiheutuvat	X	X	X
- omaisille aiheutuvat		X	X
- yhteiskunnalle aiheutuvat		X	X
Liikenne ja liikkuminen	X	X	X
- Autolla ajaminen	X	X	X
- Pyöräily	X		
- Kävely	X	X	X
Liikuntakyvyn heikkeneminen ja hidastuminen	X	X	X
Lihaskunnon heikkeneminen		X	X
Lähimuistin vaikeudet	X	X	X
Lääkkeet		X	X
Omaisten ja omaishoitajien jaksaminen	X	X	X
Palo- ja pelastusturvallisuus, poistumisturvallisuus	X	X	X
Rahankäyttö, raha-asioiden hoidon ongelmat	X	X	X

Näkökulma/nimetty turvallisuusriski	Muisti-saira- raat	Ammatilli- set asian- tuntijat	Kirjallisuus
Rikosturvallisuus	X	X	X
- Aggressiivisuus		X	X
- Kaltoinkohtelu hoitosuhteessa		X	X
- Lähisuhdeväkivalta			X
- Ulkopuolisten aiheuttamat	X	X	X
Riskienarviointitaidon puutteet	X	X	X
Sanojen löytämisen vaikeus	X	X	X
Tapaturmat	X	X	X
Taloudellinen hyväksikäyttö		X	X
Taloudellinen turvallisuus	X	X	X
- Tiedon puuttuminen etuisuuksista ja etuisuuksien puuttuva hyödyntäminen		X	X
- Pankki- ja raha-asoiden hoito	X	X	
- Työpaikan menetys, työkyvyttömyys työ-ikäisenä sairastuttaessa	X	X	X
- Unohdusten kustannukset	X		
- Hoitokustannukset		X	X
Tiedon ja osaamisen puute	X	X	X
- Turvatekniikan käyttö	X	X	X
Toimintakyvyn heikkeneminen	X	X	X
Turvallisuuden tunne	X	X	X
Varautumisen heikkoudet	X	X	X
Vesivahingot		X	
Vetäytyminen sosiaalisista suhteista	X	X	X
Vuorokausirytmien ja unen häiriöt		X	X
Yksinäisyys	X	X	X
Ymmärretyksi tulemisen vaikeudet	X	X	X
- Arjessa	X	X	
- Eksyttäessä	X	X	
- Sairauksien yhteydessä	X	X	
Ympäristön turvallisuus	X	X	X
Ympäri- vuorokautisen tuen puute	X	X	X

Käytössä olevina riskienhallintakeinona korostuvat selkeästi rajoitukset ja kiellot, kuten ruuanlaittomahdollisuuksien rajoittaminen, ulkona liikkumisen rajoittaminen, ajokielto tai esimerkiksi asunnossa sisällä tupakoinnin kieltäminen. Sallivat, toiminnan mahdollistavat tekniset ja digitaaliset apuvälineet ja sovellutukset, sekä muut sallivat riskienhallintakeinot ovat vielä harvinaisia.

Riskienhallinta näyttäisi olevan muutenkin reaktiivista. Tästä on esimerkiksi mahdollinen paloturvallisuuteen reagoiminen vasta ruuanlaitossa tapahtuneen vaaratilanteen jälkeen, tai jäljittävän tekniikan hankkiminen vasta eksymisten jälkeen. Ilmiö on mielenkiintoinen, koska samaan aikaan kaikki haastatellut totesivat, että muistisairaudesta ja ikääntymisen mukanaan tuomiin muutoksiin tulisi varautua. Varautumisen tai proaktiivisen riskienhallinnan arvioidaan kuitenkin aiheuttavan kuluja, joiden maksajaa ei ole määritetty. Yhtäältä ensisijainen maksaja on aina henkilö itse, toisaalta potentiaalisia vaihtoehtoisia maksajia on useita (taulukko 3). Muiden maksajien vastuuta perusteltiin myös niille proaktiivisen riskienhallinnan tuomilla säästöillä.

Taulukko 3. Turvatekniikan potentiaaliset rahoittajat ja rahoittajatahon ehdottaja (numeroidut tahot ensisijaisia maksajia tärkeysjärjestyksessä).

Rahoittaja	Muistisairaat	Asian-tuntijat	Huom.
1. Henkilö itse	X	X	
2. Perhe tai lapset	X	X	
3. Sukulaiset, tuttavat / lahjoittajat	X	X	
4. Kunta	X	X	Kuntaliitto ei kannata
Apuvälinepalvelu		X	
Kaupallinen apuvälinepalvelu		X	
Lahjoitukset		X	
Taloyhtiöt		X	
Toimeentulotuki		X	
SM, STM, YM yhteistyössä		X	
ARA		X	
Verottaja/kotitalousvähennus		X	
STEA		X	Hanke-rahoitus
Järjestöt		X	Koulutus ja opastus
SOTE-alueet		X	

Muistisairaiden riskien arvioinnissa vaadittiin yksilökohtaista arviointia. Arvioinnissa on muistettava, että muistisairas voi jossakin muistisairauden vaiheessa käyttäytyä täysin epärelevantisti. Hän voi esimerkiksi leikata sähköjohtoja lyhyemmäksi tai tupakoidessaan sytyttää sänkynsä palamaan. Riskikäyttäytymistä kuvaa myös esimerkkitapaukset, joissa muistisairas on kokenut asuntonsa kylmäksi ja yrittänyt lämmittää sitä avaamalla uuninluukun ja unohtamalla lieden päälle. Yksittäisen asiantuntijainformantin mukaan kuka tahansa voi tehdä saman. Ero on vain siinä, että muistisairas voi unohtaa asian, tai ei tunnista riskiä.

Kotona asumista pidettiin toimivana vaihtoehtona niin kauan kuin koti on muistisairaalle merkityksellinen ja kun tuttu ympäristö tukee arkipäivässä selviytymistä. Kun kotona asuminen ei enää ole positiivisessa mielessä merkityksellinen, muistisairas ei enää tiedosta asuvansa kotona, tai kotona asumien pelottaa niin, että muistisairas ei halua olla kotona, on tilanne toinen. Samoin jos kotona asumiseen liittyy merkittäviä turvallisuusriskejä. Kotona asumisen turvallisuutta arvioitaessa haasteena on myös se, että on vaikea arvioida, miten dementoitunut henkilö toimii yllättävässä tilanteessa, kuten tulipalon sattuessa.

Kotona asumisen katsottiin edellyttävän kuitenkin yksilöllistä arviointia ja turvallisuuskatselmusta muistisairaana asunnossa. Sen yhteydessä pitäisi arvioida, mitä esineitä on esillä, miten sähkölaitteet toimivat ja miten turvallista niiden käyttö on. Myös mahdollisten vesivahinkojen riski pitäisi arvioida ja poistaa. Toisaalta turvalaitteiden toivottiin olevan huomiota herättämättömiä, jotta ne eivät herätä muistisairaassa huolta tai mielenkiintoa.

Riskien tunnistaminen ja toimenpiteet edellyttävät koulutusta ja osaamista. Myös koulutus ja ohjaus ovat vielä alimitoitettuja kaikilla osapuolilla. Samoin kehitettävää on koulutuksen ja ohjauksen tavoitavuudessa. Osa hoitoalan ammattilaisista ja merkittävä osa erityisryhmistä ja omaishoitajista jää tuen ulkopuolelle. Osa selviytyy hyvin ilman tukea, mutta tuen tarpeessa oleville tilanne on haastava.

Riskien tunnistamiseen ja riskienhallintaan kuitenkin luotettiin. Vain yksittäisten haastateltujen mukaan muistisairaana henkilön arjen ja asumisen riskejä ei voida kokonaan poistaa, vaikka asumisessa hyödynnettäisiin turvatekniikkaa. Näkemys on riskienhallinnan periaatteiden mukainen. Aina on olemassa jäännösriski, mutta onko riski hyväksyttävällä tasolla vai ei, on arvioitava tapauskohtaisesti.

9.1. Menetelmän arviointi

Tämän raportin empiirinen tieto on perustettu sekä muistisairaiden kokemusasiantuntijoiden että ammatillisten asiantuntijoiden haastatteluihin. Valinta oli tietoinen ja sillä tavoiteltiin hankkeen lähtökohtien mukaisesti paitsi laaja-alaista kuvailevaa tietoa, myös muistisairaiden henkilöiden osallisuutta. Näkökulmien voi arvioida täydentävän toisiaan. Samalla aineisto antaa mahdollisuuden verrata näitä kahta näkökulmaa keskenään.

Haastateltavaksi valitut muistisairaajat henkilöt vastaavat OTE-hankkeen kohderyhmää, kotona asuvia muistisairaita henkilöitä, joten heiltä saatua tietoa voi pitää relevanttina. Toisaalta on muistettava, että haastateltujen muistisairaiden määrä oli melko pieni. Lisäksi molemmat haastatellut ryhmät arvioivat olevansa muistisairaiden joukossa etuoikeutettuja. He ovat etuoikeutettuja, koska sairaus ei ole vielä edennyt pitkälle ja he osallistuvat ja pystyvät osallistumaan vertaisryhmän tapaamisiin. Valtaosa haastatteluun osallistuneista miehistä elää parisuhteessa ja he voivat siten olla paremmassa tilanteessa kuin yksin asuvat muistisairaajat miehet. Naisten joukossa oli sekä yksin asuvia että parisuhteessa eläviä henkilöitä. Parisuhteessa elävillä puoliso kannusti aktiivisuuteen. Sekä parisuhteessa elämisen että vertaisryhmiin osallistumisen arvioitiin tuovan merkittävää etua yksin asuvien ja vertaisryhmien ulkopuolelle jääviin verrattuna. Samoin muistisairauden kehitysvaihe oli varhainen, joten henkilöt olivat etuoikeutettuja vakavasti muistisairaisiin henkilöihin verrattuna.

Haastatteluun osallistuneet muistisairaajat henkilöt voivat erota keskiverto muistisairaasta myös siitä syystä, että he asuvat kaupunkiympäristössä, jolloin riskit poikkeavat epäilemättä jonkin verran haja-asutusalueella asuvien riskeistä. Keskeisenä erona voidaan nähdä ainakin kaupunkiympäristössä tai haja-asutusalueella eksymisen ero, koska kaupungeissa muistisairaalla on suurempi mahdollisuus kohdata muita ihmisiä ja tulla havaituksi. Haja-asutusalueella huolenpito ja tunteminen voivat puolestaan olla etu. Haastatteluissa tuli eroista joitakin viitteitä, koska osalla haastatelluista oli kesäasunto maalla, ja he joutuivat kesäasunnolla ollessaan tilanteisiin, joka vastaa haja-asutusalueella asumista ja sen riskejä.

Myös päivittäisten sosiaalisten kontaktien mahdollisuus ja etenkin vertaisryhmän kokoontumismahdollisuus saattavat kaupunkiympäristössä olla huomattavasti paremmat kuin haja-asutusalueella, jossa pitkät etäisyydet voivat olla hidaste muiden ihmisten kohtaamiselle. Asia tuli esille haastatteluissa,

joissa yhtenä tukitoimien lähtökohtana edellytettiin kuljetuksen järjestämistä mahdollisiin muistisairaahan kodin ulkopuolisiin tapahtumiin. Samoin asia on todettu aiemmissa hankkeissa, kuten Kylässä hyvä – Kotona paras -hankkeessa.

Ammatillisina asiantuntijoina haastatellut ovat tietoisesti valittu näyte potentiaalisista haastateltavista. Haastatellut ovat erikoistuneet omassa työssään muistisairaiden ja ikääntyvien turvallisuuden ja hyvinvoinnin osa-alueisiin eri näkökulmista ja heidän valinnassaan haluttiin nimenomaan tuoda esiin erilaisia näkökulmia. Haastatellut henkilöt valittiin tietoisena siitä, että maassamme on useita muita asiantuntijoita, jotka jäivät nyt valitettavasti paitsioon. Samoin joitakin näkökulmia kuten vakuutusnäkökulma ja vakuutusyhtiöiden edustajat rajattiin tietoisesti haastateltavien joukosta. Rajausten syynä oli tutkimushankkeen aikataulun ja resurssien rajallisuus.

9.2. Tutkimuksen tulokset vs. esitieto

Tulokset osoittavat, että muistisairaajat osaavat ja kantavat huolta turvallisuudestaan, samoin tekevät heidän läheisensä. Toisaalta kyky ja taito ovat rajalliset. Muistisairaajat ovat heterogeeninen ryhmä, jossa ihmisten kyvyssä ja taidossa huolehtia turvallisuudestaan on isoja eroja. Samoin eroja on yksittäisellä henkilöllä eri aikoina ja eri tilanteissa.

Tutkimuksen tulokset vahvistavat ennakkokäsitystä, jonka mukaan kotona asuvien muistisairaiden turvallisuusriskit vaihtelevat. Turvallisuusriskien kirjo on erittäin laaja-alainen ja osa riskeistä jää tunnistamatta. Riskien arviointi ja riskeihin puuttumisen priorisointi on tämän vuoksi tärkeä tehdä jokaisen muistisairaahan tai perheen osalta erillisenä ja yksilöllisenä. Myös yksin asumisen merkitys ja mahdollinen yksinäisyys pitää arvioida yksilökohtaisesti.

Arvioinnissa on otettava huomioon, että riskit voivat olla niin sanottuja sisäisiä riskejä, kuten henkilön oma fyysinen kunto, lihaskunto ja elämäntavat, sekä ulkoisia riskejä, kuten asunnon varustelu, sähkölaitteet ja ruuanlaitto. Turvallisuudesta puhuttaessa sisäiset ja ulkoiset tekijät tulisi pitää tasapainossa eikä unohtaa kumpaakaan.

Toisaalta on muistettava, että riskejä ei hallita, eikä turvallisuutta saavuteta pelkästään ihmiseen itseensä kohdistuvilla toimenpiteillä. Toisaalta turvallisuutta ei saavuteta myöskään pelkällä teknologialla. Myös näiden kahden tekijän pitää olla tasapainossa. Teknologia antaa paljon mahdollisuuksia, mutta

muistisairaat ja heidän omaisensa haluavat ja tarvitsevat elämäänsä vuorovai-
kutusta toisten ihmisten kanssa, ei pelkkää teknologiaa.

Tutkimuksessa tuli esille useita riskienhallintakeinoja, joita on kuvattu tar-
kemmin tulososassa. Toisaalta haastatteluissa muistutettiin, että riskejä ei voida
kokonaan poistaa. Huomautus on perusteltu, sillä jäännösriski on riskienhal-
linnan perusteorian mukaan aina olemassa. Riskit pitää kuitenkin tunnistaa ja
niihin pitää puuttua, jotta jäännösriski olisi hyväksyttävällä tasolla.

Puuttumiseen tarvitaan tietoa, osaamista ja erilaisia toimijoita. Erityisryh-
mään kuuluva ihminen tai hänen läheisensä ei aina yksin osaa tai pysty tilan-
teeseen puuttumaan. Kotihoito ja omaishoito tavoittavat vain pienen osan eri-
tyisryhmiin kuuluvista ihmisistä. Tämän vuoksi tarvitaan monipuolista toimi-
jakenttä ja yhteistyötä. Hyväksyttävä turvallisuus pystytään saavuttamaan yh-
teistyössä iäkkään / muistisairaana, hänen omaistensa, sosiaali- ja terveystoimen
ammattilaisten ja vapaaehtoisten toimijoiden kanssa. Tuen pitää olla yhteistyö-
tä. Viipalointia toiminto- tai toimenpidekohtaisesti pitää varoa.

Riskienhallintakeinojen osana voidaan hyödyntää tekniikkaa. Ikääntynei-
den ja muistisairaiden arjen turvallisuuden varmistamiseksi käytettävissä ole-
va turvatekniikka on kasvava alue. Uusia tuotteita kehitetään koko ajan niin
paljon, että ihmisten on vaikea pysyä tekniikan kanssa ajan tasalla. Tutkimus
osoittaa selkeästi, että maassamme tarvitaan turvatekniikan asiallista koulutus-
ta ja tuotevertailuja, härpäkeasiantuntijoita ja puolueetonta tietoa ilman mark-
kinointitarkoitusta. Samoin on etsittävä mahdollisuuksia hankkia turvatekniik-
kaa joko kohtuullisilla tai ilman säännöllisiä ylläpitomaksuja. Lisäksi on tehtä-
vä kustannusten vertailua, jotta löydetään edullisia vaihtoehtoja.

Tekniikan käytölle ovat esteet pitää poistaa. Turvatekniikan esteenä eivät
tutkimuksen mukaan ole asenteet vaan tiedon puute ja ehkä eniten kustannuk-
set. Turvallisuus ja turvatekniikkamyönteisyys sekä kustannukset ovat tulleet
esiin aiemminkin muun muassa Kotona paras - Hemma bäst hankkeessa sekä
STEP-hankkeessa (Hietanen & Fröjdö 2016, THL 2016a).

Keskeistä kustannusten osalta on, että maksukykyisillä henkilöillä on mah-
dollisuus turvatekniikan hankintaan, vähävaraisilla vastaava mahdollisuus on
hyvin rajallinen. Kyseessä on selkeä eriarvoistumisen riski turvallisuuden suh-
teen. Eriarvoistumisen välttämiseksi turvatekniikka nähdään paitsi erityisryh-
mään kuuluvan oman ja perheen, tarvittaessa myös yhteiskunnan vastuuseen
kuuluvana. Vaikka yksittäisiä edelläkävijöitäkin on, tähän mennessä kunnat tai
yhteiskunta ei sitä ole suoranaisesti ottaneet vastuulleen. Linjaus johtunee sii-
tä, että sosiaali- ja terveystoimen kustannuksia pidetään kuntanäkökulmasta jo

nyt sietämättömänä. Sote-uudistus tuo tilanteeseen uusia vaihtoehtoja, mutta periaatetasolla ongelma odottaa ratkaisua.

Turvallisuuden edistäminen tekniikan avulla edellyttäisi myös lainsäädäntöä. Tutkimus vahvistaa, että tekniikan käyttömahdollisuuksien ja itsemääräämisoikeuden välillä on ristiriitaa. Itsemääräämisoikeus on tärkeä, valtaosa muistisairaista ei tarvitse holhousta, mutta hyötyisi tuesta. Mikä sitten on huolenpitoa, mikä yksilönvapauden rajoittamista? Tilanteeseen pitää saada kansallinen linjaus.

Tekniikan ohella haastattelututkimuksessa tuli selkeästi esille tiedon tarve ja turvatekniikan käytön osaamisen ja opastuksen tarve. Osaamista edellytettiin sekä hoitohenkilökunnalta, omaisilta että iäkkäältä tai muistisairaalta ihmiseltä itseltään ylipäätään erityisryhmien turvallisuudesta, mutta myös teknisten apuvälineiden käytöstä. Pelkkä teknisten laitteiden olemassaolo ei siis riitä, vaan tarvitaan riittävää opastusta. Opastuksessa ja tiedonjakamisessa tuli hyvin voimakkaasti esiin, että koulutusotetta ja -käsitettä kannattaa välttää. Sen sijaan on painotettava pohtivaa keskustelua, ryhmäkeskusteluja ja toistoja.

9.3. Rajoittamisen sijasta sallivaa riskienhallintaa ja ymmärrystä

Yksittäisistä riskeistä muistisairaiden haastattelussa korostui voimakkaimmin liikkumisen turvallisuus liikkumismuodosta riippumatta. Asiantuntijahaastattelussa korostuivat muistisairaiden eksymiset ja paloturvallisuus. Liikkumisen turvallisuutta on etenkin liikenneturvallisuuden osalta tutkittu, mutta heikentyneen kognition vaikutuksista muuhun kuin ajamiseen tarvittaisiin epäilemättä tarkempaa tutkimusta. Paloturvallisuusriskeistä tietoa on melko paljon.

Vaikka aiempaa tietoa on, tutkimus ikään kuin herätti huomaamaan sekä liikkumisen että paloturvallisuuden riskienhallintakeinojen ongelmallisuuden erityisryhmään kuuluvan ihmisen näkökulmasta. Niin liikkumisessa kuin paloturvallisuudessa, kuten ruuanlaiton turvallisuudessa, riskiä pyritään hallitsemaan ensisijaisesti yksilön toimintaa rajoittamalla. Liikkumisessa riskiä hallitaan ajokielloilla, tai pyöräilyn lopettamisella tai kävelyllä käynnin rajoittamisella. Ruuanlaitossa paloriskiä hallitaan irrottamalla tai kytkemällä pois sulakkeet ja tukeutumalla ruokapalveluun. Keinot ovat välittömän turvallisuuden näkökulmasta todella tehokkaita, mutta yksilön kannalta rajoittavia, jopa

elämää köyhdyttäviä ja edellyttäisivät epäilemättä uudenlaista ajattelumallia ja toimintatapaa.

Haastattelut osoittivat nimittäin luopumisen tai menetyksen suuruuden, joka jää usein huomiotta. Liikkumisen osalta ollaan todella haastavassa tilanteessa, jos ihminen joutuu luopumaan liikkumisesta, Ruuanlaitossa tilanne on sama. Jos ruuanlaittoa rakastetaan, luopuminen kaventaa elämään. Ruuanlaiton osalta salliva turvallisuus on kuitenkin järjestettävissä. Turvaliedestä tai lie-siturvalaitteista voidaan saada nopea apu tilanteeseen. Samoin jalan liikkumisen osalta salliva turvallisuus on mahdollista.

Nykyisen toimintamallin osalta haastattelut vahvistivat myös joidenkin toimenpiteiden monijakoisuuden. Esimerkiksi määräaikaiset lääkärintarkastukset ajokyvyn seuraamiseksi ovat yksilön näkökulmasta joillekin harmillisia. Joidenkin henkilöiden osalta ne ovat ilmeisen tarpeellisia, jopa välttämättömiä. Toisille ne voivat olla jo etukäteen hyviä pysähdyskohtia oman tilanteen arvioinnille.

Tutkimus muistuttaa, että muistisairauksista tarvitaan ymmärrystä. Ymmärrystä tarvitaan muun muassa siitä, että muistisairas ei karkaa, vaan hän joko pakenee kodin ahdistusta tai lähtee kävelylle, koska niin haluaa. Samoin muistisairas ihminen voi laittaa ruokaa, koska niin haluaa ja nauttii siitä. On tärkeä ymmärtää ilon ja riskin ristiriita. Molemmissa riskiä voidaan hallita sallivalla turvatekniikalla. Samoin on tärkeä ymmärtää, että muistisairaana tavoite voi olla oikea, mutta turvallisuusriskit syntyvät väärästä toiminnasta. Tieto ja tuki voivat kuitenkin suojella ”*isommilta virheiltä*”.

9.4. Koulutukselle ja opastukselle tilaus ja hyvät lähtökohdat

Tämä tutkimus tarjoaa lukijalle kaksi näkökulmaa. Yhtäältä se tuo esiin muistisairaiden ja heidän omaistensa ja omaishoitajien ongelmia ja turvallisuusriskejä, sekä turvallisuuden parannuskeinoja ja työkaluja. Toisaalta haastattelu tuo esille ajatuksia eri toimijoiden, mutta erityisesti OTE-hankkeen toimenpiteiden pohjaksi.

Tutkimuksen perusteella koulutukselle, opastukselle ja tuelle on selkeä tilaus. Erityisesti turvallisuusnäkökulmalle, turvallisuusaineistolle ja turvallisuutta edistävälle toiminnalle näyttäisi olevan tilaus. Tarjolla on myös aineisto-

ja: Osa raportin johdannossa esitettyjen hankkeiden tuotoksista on laadittu Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia varten. Aineistoista osa voi olla käytökelpoisia tai niistä voidaan muokata vaihtoehtoisia versioita myös iäkkäille ja muistisairaille, tai muille erityisryhmille sekä heidän omaisilleen ja omaishoitajille. Osa on tuotettu suoraan erityisryhmille, omaishoitajille tai omaisille soveltuviksi. Samoin järjestöillä on muistisairaille ja iäkkäille henkilöille soveltuvaa aineistoa. Esimerkiksi STEA:n (aiemmin RAY) rahoituksella on toteutettu merkittävä määrä sosiaalitointa sivuavia kansallisia ja alueellisia hankkeita, joista osassa kohderyhmänä ovat olleet myös muistisairaavat tai ikääntyneet henkilöt. Nämä tuotokset tulisi ottaa määrätietoisesti käyttöön.

Omaishoitajien koulutuksessa voitaisiin hyödyntää kotihoidon työntekijöiden turvallisuusosaamisen koulutusaineistoja. Osviittaa omaishoitajien turvallisuuskoulutuksen sisältöihin antaa myös Tikkakosken (2015) kotihoidon turvallisuustiedontarpeesta tekemä luokittelu. Hän oli jakanut kotihoidon työntekijöiden tiedontarpeen kuuteen osa-alueeseen. Osa-alueet ovat sisäisen ja ulkoisen viestinnän kehittäminen, turvallisuusajattelun omaksuminen, esimiestyö, työntekijöiden osaamisen vahvistaminen, moniammatillisen yhteistyön hyödyntäminen sekä toimintakykyä ylläpitävän työotteen käyttö asiakastyössä (mt.). Näistä esimiesosaamista lukuun ottamatta jokainen osa-alue sopisi myös omaishoitajalle.

9.5. Osallistava turvallisuus

Tutkimuksen taustalla on huoli muistisairaiden ja muiden erityistä tukea tarvitsevien henkilöiden kotona asumisen turvallisuudesta. Kotona asuminen on asetettu ensisijaiseksi politiikaksi erityisryhmien asumisessa. Toisaalta erityisryhmien tiedetään olevan turvallisuuden riskiryhmiä, toisaalta erityisryhmiin kuuluvien henkilöiden, kuten iäkkäiden ja muistisairaiden henkilöiden määrä kasvaa. Jos tuen mitoitus pyritään pitämään ennallaan tai sitä pyritään leikkaamaan, yhä useampi jää sen ulkopuolelle ja erityisryhmään kuuluva henkilö vastaa entistä useammin yksin, omaishoitajan tai perheensä kanssa arkensa turvallisuudesta.

Erityinen huoli on henkilöistä, jotka asuvat joko yksin tai jonkun omaisen hoivaamana. Valtaosa näistä omaisista ja omaishoitajista toimii epävirallisena

omaishoitajana, eikä siten ole taloudellisen eikä ohjaavan tuen piirissä. Kun lisäksi valtaosa iäkkäistä ja muistisairaista on kotihoidon ulkopuolella, muille toimijoille tai tukitoimille, kuten OTE-hankkeessa kehitettävälle tuelle ja toimenpiteille on selkeä tilaus.

Valtaosa iäkkäistä pärjää hyvin kotona, ja iäkkäillä ja muistisairailta on runsaasti omaehtoisia keinoja arjesta ja sen ongelmista, jopa eksymisistä selviytymiseen. Tästä huolimatta osa heistä ja erityisesti muistisairaant henkilöt tarvitsevat tukea arjen ja asumisen turvallisuuden varmistamiseksi. Omaishoitajien tuelle, opastukselle ja koulutukselle on tilaus, sillä heidän kuormittumisensa on haastattelujen perusteella merkittävää. Myös turvallisuusriskit ovat merkittävät ja tuen niukkuus, mutta myös omaishoitajien sekä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten erityisosaamisen puutteet ovat omiaan vaikuttamaan sekä turvallisuuteen että turvallisuudentunteeseen heikentävästi.

Toisaalta on muistettava, että muistisairaant ovat heterogeeninen joukko ja sekä tuen tarve että halu ottaa vastaan ulkopuolista tukea vaihtelevat. Samoin turvallisuudentunne vaihtelee yksilöiden välillä jopa samanlaisissa tilanteissa. Lisäksi muistisairaus luo omat nyanssinsa turvallisuuteen ja turvallisuudentunteeseen. Taitojen menettämisen myötä sairaudella on kasvava merkitys arkeen, arjen turvallisuuteen ja turvallisuudentunteeseen. Muistisairaudent taudinkuvaan voi liittyä pelkoja, jotka voivat olla todellisia, tai jotka voivat olla muistisairaalle todellisia, mutta jotka ovatkin harhoja. Pelkoihin suhtautumista tulisi myös opetella. Tämän vuoksi ympäristön tietoisuus muistisairauksista ja muistisairaasta tukee hänen turvallisuuttaan.

Muistisairaiden ja ikääntyvien sekä heidän läheistensä ja omaishoitajien osallistuminen oman turvallisuutensa varmistamiseen on tiettyyn rajaan saakka mahdollista. He ovat myös kiinnostuneita osaamisesta ja turvallisuudesta. Toisaalta etenkin muistisairaalla on muistettava kognition rajoitukset, oikean tarkoituksen, mutta väärin tekojen, tai mahdollisesti väärintulkinnan seurauksesta tapahtuvien vahinkojen mahdollisuus, mutta myös pelkojen mahdollisuus. Pelkojen mahdollisuus ei saa kuitenkaan estää turvallisuustiedon jakamista ja henkilöiden omaa osallistumista asumisensa turvallisuuden aktiivisena osapuolena.

Tutkimus muistuttaa kolmesta merkittävästä asiasta: Yhtäältä erityisryhmistä, kuten iäkkäistä ja muistisairaista, samoin kuin omaishoitajista vain pieni osa saa arjen elämään ja asumiseen yhteiskunnan tukea. Tuen ulkopuolelle jää merkittävä määrä sen tarpeessa olevia. Vaikka iäkkäillä ja muistisairailta on halu pitää huolta turvallisuudestaan ja asumisen turvallisuudesta ja henkilö

haluaa toimia oikein, keskeistä on, että kognitiiviset kyvyt ei anna aina mahdollisuutta toimia oikein.

Tämä luo tarpeen paitsi julkisen, myös yksityisen sekä kolmannen sektorin palvelujen, koulutuksen ja OTE-hankkeen tyyppisen tuen tarjoamiselle. Tuki voi olla opastusta, ohjausta tai koulutusta, ei kuitenkaan koulutuksen nimellä. Sisällöt voivat olla teemoitettuna mitä tahansa aihealueeseen liittyvää. Kodin ulkopuolella järjestettävälle tilaisuuksille on selkeät reunaehdot, jotka pitää ottaa huomioon. Toisaalta vaihtoehtona ovat kotikäynnit, jotka tulivat tutkimuksessa esiin selkeän myönteisinä ja tarpeellisina, jopa välttämättöminä.

Kotikäyntien katsottiin tukevan kaikkia osapuolia ja ne antavat osapuolille realistisen kuvan todellisuudesta. Tästä hyvänä esimerkkinä on palovaroitin-tilanne. Vaikka palovaroitin on lakisääteinen kaikissa asuinhuoneistoissa (SM asetus 239/2009), ei palovaroitinta aina ole, tai se ei ole käyttökunnossa. Asia on tullut esiin sekä kotihoidossa että palotutkimuksissa. (Tikkakoski 2015, 84; Kokki & Jäntti 2009, 58–59; Kokki 2014, 19)

Toiseksi tutkimus muistuttaa siitä, että kustannusten paineessa moni turvalaite jää hankkimatta, vaikka sen hankkimatta jättämisen kustannukset voivat olla merkittävästi turvalaitteen hankinta- ja käyttökustannuksia suuremmat. Tilanne on tavanomainen, mutta huolestuttava. Turvalaitteiden looginen hankinta-aika olisi jo silloin, kun henkilö ei niitä vielä välttämättä tarvitse. Etenkin muistisairaiden osalta hankintojen ennakoiva aikataulutus on tärkeä, jotta henkilöllä on vielä mahdollisuus oppia turvatekniikkaa.

Kolmanneksi tutkimus muistuttaa, että erityisryhmien tuessa ei ole kyse pelkästään tekniikasta eikä digitalisaatiosta. Pelkkä tekniikka ei pysty korvaamaan ihmistä. Iso osa ihmisistä kaipaa toista ihmistä käymään kodissaan. Samoin odotetaan, että hätätilanteissa tekniikan sijasta tavoitetaan ihminen. Turvallisuudentunne syntyy luottamuksesta siihen, että apua saa mihin vuorokaudenaikaan tahansa.

Koska tutkimuksen perusteella muistisairaiden turvallisuusriskit ovat laaja kirjo, joudutaan sekä turvallisuustoimenpiteissä että OTE-hankkeessa epäilemättä priorisoimaan toimenpiteitä. Kotona asuvien muistisairaiden osalta riskien arviointi ja sen perusteella tehtävät turvallisuustoimenpiteet joudutaan epäilemättä arvottamaan. Viimekädessä on arvioitava turvallisen kotona asumisen mahdollisuudet, mutta myös asumismuodon muutoksen tarve on otettava arvioitavaksi säännöllisesti - ja aina muutostilanteissa.

Muistisairaat ja heidän omaisensa ovat kiinnostuneita omasta turvallisuudesta ja ovat valmiita yhdessä samoin kuin vertaisryhmässä pohtimaan tur-

vallisuusriskejä ja turvallisuuden parannusehdotuksia. Turvallisuuden edistämässä koulutuskeinoina pitää käyttää yhteispohdintaa. Koulutuksen käsitettä pitää välttää.

Opastuksessa ja koulutuksessa pohdinnan kohteeksi pitää ottaa yhtä hyvin isoja asioita, kuin pieniä, arjessa huomaamatta jääviä riskitekijöitä. Sekä hankkeen kohdistettujen toimenpiteiden sisältöön että kotona asumisen turvallisuuden arviointiin on otettava mukaan niin asukas itse kuin hänen omaisensa, olipa arvioinnin työkalut mitkä tahansa.

Lähdeluettelo

- Aamulehti 30.7.2017. Muistisairas Leo Ilomäki, 78, karkasi hoitokodista kolmesti viikon aikana, eikä henkilökunta huomannut mitään. <https://www.aamulehti.fi/kotimaa/muistisairas-leo-ilomaki-78-karkasi-hoitokodista-kolmesti-viikon-aikana-eika-henkilokunta-huomannut-mitaan-200294622>. [30.7.2017]
- Björkgren M, Borg F, Kokki E, Mäkinen L, Männikkö S, Oksanen T & Suoja J. 2017. PaloRAI ja EVAC-mittari. Kuopio: Pelastusopisto. http://info.smedu.fi/kirjasto/Sarja_B/B3_2017.pdf.
- Duodecim 2017. Käypä hoito. Muistisairaudet. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50044>. [8.5.2017]
- Eloniemi-Saulkava U, Saarenheimo M, Laakkonen M-L, Pietilä M, Savikko N & Pitkälä K (toim.) 2006. Omaishoito yhteistyönä. Iäkkäiden dementiaiperheiden tukimallin vaikuttavuus. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto. http://www.vtkl.fi/document/1/1898/5efafa1/Omaishoito_yhteistyona_Iakkaiden_dementiaperheiden_tukimallin.pdf. [18.4.2017]
- Eloniemi-Sulkava U & Savikko N (toim.) 2011. MielenMuutos pitkäaikaishoidossa. Käytös- oireiden hoidosta muistisairaahan ihmisen kokonaisvaltaiseen tukemiseen. Vanhustyön keskusliitto: Helsinki. https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=http://www.vahvike.fi/sites/default/files/dokumentit/mielenmuutos_raportti_3_indd.pdf. [26.6.2017]
- Eskola J, Jyrkämä J & Saarela T. 2012. MielenMuutos -hankkeen arviointi. Yhteiskuntapoli- tiikka 77 (2012): 3, 282–289. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/102929/eskola.pdf?sequence=1> [22.5.2017]
- ETENE 2017. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta. Verkkosi- vut. <http://etene.fi/>. [12.4.2017]
- Finne-Soveri H, Kuusterä K, Tamminen A, Heimonen S, Lehtonen O & Noro A. 2015. Muis- tibarometri 2015 ja RAI-tietoa kansallisen muistiohjelman tueksi. Terveyden ja hyvin- voinnin laitos 2015. <https://www.julkari.fi/handle/10024/129706>. [9.6.2017]
- Grönroos E. 2013. Lisäävätkö lääkkeet iäkkäiden kaatumisriskiä? SIC! Lääketietoa Fimeasta 2/2013. <http://julkari.fi/handle/10024/120711>. [26.6.2017]
- Haikonen K & Lounamaa A (toim.) 2010. Suomalaiset tapaturmien uhreina 2009. Kansalli- sen uhritutkimuksen tuloksia. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Helsinki. <http://julkari.fi/handle/10024/80294>. [26.6.2017]
- Hietanen A & Fröjdö M (toim.) 2016. Hemma bäst – Kotona Paras: Tähtäimessä ikääntynei- den ihmisten turvallinen kotona asuminen. Yrkeshögskolan Novia; Vaasa. <http://www.theseus.fi/handle/10024/121219> [14.6.2017].
- Hätäkeskuslaitos 2015. 112 Suomi -mobiilisovellus hätäpuhelujen paikannukseen nopeuttaa avunsaantia hätätilanteissa. Tiedote. http://www.112.fi/ajankohtaista/uutiset/2/0/112_suo- mi_-mobiilisovellus_hatapuhelujen_paikannukseen_nopeuttaa_avunsaantia_hatatilan- teessa_60636.
- Jaaksonen S, Jonuks A & Jaakkola U. 2017. Harjoituksia aivojen aktivointiin 2. Suomen muis- tiasiantuntijat. http://www.muistiasiantuntijat.fi/media-files/ETNIMU_Harjoitus_2_FI.pdf. [26.5.2017]

- Jaaksonen S, Rönkkö E & Jaakkola U. 2016. Harjoituksia aivojen aktivointiin. Suomen muistiasiantuntijat. http://www.muistiasiantuntijat.fi/media-files/ETNIMU_Harjoitusopas_fi_LRI.pdf. [26.5.2017]
- Jyväskylän yliopisto 2016. Osallistaminen on uusi muotitrendi julkisella sektorilla. Tiedote. <https://www.jyu.fi/ajankohtaista/arkisto/2016/07/tiedote-2016-07-25-09-42-58-765514>. [18.4.2017]
- Kauppila PA, Kärnä E, Pihlainen K & Koskela T (toim.) 2017. Teknologia ikäihmisen tukena – Kettelän kokeilukulttuurin ytimessä. Itä-Suomen yliopisto. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-2410-0/. [26.5.2017]
- Koivisto K, Reinikainen KJ, Hänninen T, Vanhanen M, Helkala EL, Mykkänen L, Laakso M, Pyörälä K & Riekkinen PJ. 1995. Prevalence of age-associated memory impairment in a randomly selected population from eastern Finland. *Neurology* 1995; 45: 741-747. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7723964>.
- Kokki E & Jäntti J 2009. Vakavia henkilövahinkoja aiheuttaneet tulipalot 2007–2008. Kuopio: Pelastusopisto. http://info.smedu.fi/kirjasto/Sarja_B/B2_2009.pdf. [10.4.2017]
- Kokki E. 2014. Palokuolemat vähentyneet. Kuopio: Pelastusopisto. https://www.pelastusopisto.fi/wp-content/uploads/2016/12/52749_B2_2014.pdf. [10.4.2017]
- Korpi H. 2011. Sauna ja pakkanen ovat vaarallisia päihtyneille. Tilastokeskus. http://www.stat.fi/artikkelit/2011/art_2011-05-30_008.html. [27.6.2017]
- Kotitapaturma 2017. Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisyhankkeen verkkosivut. <http://www.kotitapaturma.fi/>. [10.5.2017]
- Kuntaliitto 2017. Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus. Else-hanke. <https://www.kuntaliitto.fi/asiantuntijapalvelut/sosiaali-ja-terveysasiat/ikaantyneen-vaeston-palvelut-kaytto-kustannukset>.
- Kuronen T. 2015. Hoivapommin purkajat. Väitöskirja: Helsingin yliopisto. Gaudeamus.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. <http://www.finlex.fi/fi/laki-smur/1992/19920785>. [14.6.2017]
- Leeman L & Hämäläinen R-L. 2016. Asiakasosallisuus, sosiaalinen osallisuus ja matalan kynnyksen palvelut. Pohdintaa käsitteiden sisällöstä. *Yhteiskuntapolitiikka* 81 (2016):5. <http://www.julkari.fi/handle/10024/131350>. [18.5.2017]
- Lounamaa A, Matikainen K & Kantorovitch J. 2013. Teknologioiden mahdollisuudet iäkkäiden tapaturmien ehkäisyssä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Työpaperi. <http://www.julkari.fi/handle/10024/104480>. [22.6.2017]
- Mattila Y. 2013. Omaishoito – puutteellisesti tuettu hoitomuoto. Kela. Tutkimusblogi. <http://blogi.kansanelakelaitos.fi/arkisto/1306>. [27.6.2017]
- Mikkola T. 2015. Hoivakodin kulttuuria muuttamassa. Helsinki: Kuntaliitto. http://shop.kunnat.net/product_details.php?p=3141. [10.5.2017]
- Muistiasiantuntijat 2017. Harjoituksia aivojen aktivointiin. (Julkaisu on useilla eri kielillä.) <http://www.muistiasiantuntijat.fi/lomakkeet.php?udpview=lataa-julkaisuja>. [26.6.2017]
- Muistiliitto 2014. Muistisairauteen liittyviä turvallisuusriskejä. <http://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/erityiskysymyksiä/turvallisuus/turvallisuusriskejä/>. [17.5.2017]
- Muistiliitto 2016. Muistisairaudet Suomessa. http://www.muistiliitto.fi/files/5214/8051/9431/Muistisairaudet_Suomessa_-infograafi_2016.pdf. [12.5.2017]

- Ngandu T, Lehtisalo J, Solomon A, Levälähti E, Ahtiluoto S, Antikainen R, Bäckman L, Hänninen T, Jula A, Laatikainen T, Lindström J, Mangialasche F, Paajanen T, Pajala S, Peltonen M, Rauramaa R, Stigsdotter-Neely A, Strandberg t, Tuomilehto J, Soininen H & Kivipelto M. 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2015 Jun 6;385(9984):2255–63.
- Nikander P, Zechner M. 2006. Ikäetiikka – elämäntapojen ääripäät, haavoittuvuus ja eettiset kysymykset. *Yhteiskuntapolitiikka* 715: 515–526.
- Nousiainen M & Kulovaara K. (toim.) 2016. Hallinnan ja osallistamisen politiikat. SoPhi. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/50502/978-951-39-6613-3.pdf?sequence=1>. [18.7.2017]
- Oikeusministeriö 2011. Ikääntyneisiin kohdistuvat rikokset ja niiden ehkäiseminen. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/76325>.
- Omaishoitajat 2017a. Omaishoitajat ja läheiset -liiton verkkosivut. <https://omaishoitajat.fi/>. [13.5.2017]
- Omaishoitajat 2017b. Ovet-valmennus omaishoitajille. <https://omaishoitajat.fi/omaishoitajalle/ovet-valmennus/>. [13.5.2017]
- Omaishoitajat 2017c. Kuppi nurin – hankkeen verkkosivu. <https://omaishoitajat.fi/liiton-toiminta/liiton-toimintamuodot/kuppi-nurin-hanke/>. [13.5.2017]
- Pajala S. 2016. Iäkkäiden kaatumisten ehkäisy. *Opas. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*. <http://julkari.fi/handle/10024/79998>. [12.5.2017]
- Pakanen L. 2015. Thrombomodulin and catecholamines as postmortem indicators of hypothermia. Väitöskirja. Oulun yliopisto. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526208251.pdf>. [18.7.2017]
- Peck MD. 2011. Epidemiology of burns throughout the world. Part I: Distribution and risk factors. *Burns* 2011: 37, 10987–1100.
- Pelastuslaki 379/2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2011/20110379>. [3.4.2017]
- Pirkanmaan pelastuslaitos 2017. Paloturvallisuusvideot ja tukimateriaali. <http://www.pirkanmaanpelastuslaitos.fi/Pirkanmaa-680>.
- Pirkola SP, Isometsä E, Suvisaari J, Aro H, Joukamaa M, Poikolainen K, Koskinen S, Aromaa A & Lönnqvist JK. 2005. DSM-IV mood-, anxiety- and alcohol use disorders and their comorbidity in the Finnish general population - results from the Health 2000 Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005; 40 (1), 1-10.
- Saarsalmi O & Koivula R. 2017. Näkökulmia sosiaalihuollon palvelujen turvallisuuteen. Helsinki: THL. <http://www.julkari.fi/handle/10024/134849>. [10.5.2017]
- Seinelä L, Lehto V, Vanttaja K, Lehmus A & Valvanne J. 2015. Elämän loppuvaiheen hyvä hoito tehostetussa palveluasumisessa. Esimerkinä Tampereen kehittämistyö. Kuntaliitto. http://shop.kunnat.net/product_details.php?p=3157.
- Sievänen L, Sievänen M, Välikangas K & Eloniemi-Sulkava U. 2007. *Opas ikääntyneen muistioireisen kodin muutostöihin*. Helsinki: Ympäristöministeriö. http://www.muistiasiantuntijat.fi/media-files/Opas_ikaantyneen_muistioireisen_kodin_muutostoihin.pdf. [12.6.2017]
- Sisäministeriön asetus palovaroittimien sijoittamisesta ja kunnossapidosta 239/2009. <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2009/20090239>. [10.4.2017]

- Sotkanet 2017. Depressiolääkkeistä korvausta saaneet, koko maa vuonna 2016. <https://www.sotkanet.fi/>
- SPEK 2016. OTE – Osallistava Turvallisuus Erityisryhmille. Hankehakemus ja verkkosivut. <http://www.spek.fi/Suomeksi/Kehittaminen/Osallistava-Turvallisuus-Erityisryhmille>. [7.6.2017]
- SPEK 2017. Sosiaali- ja terveysalan turvakorttikoulutus. <http://www.spek.fi/Suomeksi/Koulutus/Sosiaali-ja-terveysala>. [12.6.2017]
- SPR 2017. SPR Ystävöiminta. <https://rednet.punainenristi.fi/ystavatoiminta>. [3.7.2017]
- STM 2007. Erityisryhmien asumisturvallisuuden parantaminen. <http://julkari.fi/handle/10024/112044>. [18.5.2017]
- STM 2012a. Kansallinen muistiohjelma 2012–2020 –Tavoitteena muistiystävällinen Suomi. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:10. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/72532>. [18.4.2017]
- STM 2012b. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012–2015. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/112146/STM_2012_%20KASTE_FI_uusi.pdf?sequence=3. [18.5.2017]
- STM 2013a. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. <http://www.julkari.fi/handle/10024/110355>. [12.6.2017]
- STM 2013b. Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisyn tavoiteohjelma vuosille 2014–2020. Sosiaali- ja terveysministeriö. <https://www.julkari.fi/handle/10024/129899>. [10.5.2017]
- STM 2014. Kansallinen omaishoidon kehittämisohjelma. Työryhmän loppuraportti. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116146/URN_ISBN_978-952-00-3483-2.pdf?sequence=1. [25.4.2017]
- STM 2016. Kainuu on edelläkävijä paljon palveluja tarvitsevien kotihoidossa. Uutinen 26.10.2016. http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/kainuu-on-edellakavija-paljon-palveluja-tarvitsevien-kotihoidossa. [10.4.2017]
- STM 2017. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma – Kaste. <http://stm.fi/kaste>.
- Sulkava R, Viramo P & Eloniemi-Sulkava U. 1999. Dementoiviin sairauksiin liittyvät käytösoireet. Opas lääkäreille ja muulle ammattihenkilöstölle. Helsinki: Suomen dementiahoitoyhdistys. <http://www.muistiasiantuntijat.fi/media-files/Dementoiviin%20sairauksiin%20liittyvat%20kaytosoireet%20-opas.pdf>. [17.5.2017]
- Suomen muistiasiantuntijat 2011. Muistisairaana ihmisen kotona asumisen tukeminen. Opas toimeenpanijoille. <http://www.muistiasiantuntijat.fi/media-files/Muistisairaana-ihmisen-kotona-asumisen-tukeminen.pdf>. [17.5.2017]
- Tampereen kotitori 2017. Kotitorin verkkosivut. <https://www.tampereenkotitori.fi/>. [29.6.2017]
- THL 2014. Päihde- ja riippuvuusongelmat. <https://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/paihdehoito/paihdehaitat-kayttajalle-laheisille-ja-yhteiskunnalle/paihde-ja-riippuvuusongelmat>. [10.5.2017]
- THL 2015. Osallisuutta edistämällä vähennetään eriarvoisuutta. <http://www.julkari.fi/handle/10024/128983>. [26.6.2017]
- THL 2016a. STEP-hanke. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. www.thl.fi/step. [23.5.2017]

- THL 2016b. Psykiatrinen erikoissairaanhoido 2014. <http://julkari.fi/handle/10024/130535>. [28.7.2017]
- THL 2016c. Paloturvallisuuden varmistaminen sosiaali- ja terveysalalla ja tuetussa asumisessa. STEP-koulutusaineisto. <https://www.thl.fi/documents/10531/696233/STEP-koulutusaineiston+kalvot+2015.pdf/d67bcfdb-e0af-4796-b29a-334c0042d233>. [14.4.2017]
- THL 2017a. Finger-tutkimushanke. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/finger-tutkimushanke>. [10.5.2017]
- THL 2017b. Sosiaali- ja terveysalan tilastollinen vuosikirja 2016. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://www.julkari.fi/handle/10024/131969>. [12.5.2017]
- THL 2017c. Mielenterveyspalvelut. THL. <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut>. [23.5.2017]
- THL 2017d. RAI-vertailukehittäminen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. www.thl.fi/rai. [23.5.2017]
- Tikkakoski M. 2015. Turvallisuusajattelun kartoittaminen ja implementoinnin kehittäminen ikääntyneiden kotihoidossa: Tarkastelussa Vaasan kaupungin kotihoidon työntekijöiden turvallisuusosaaminen. Vaasan ammattikorkeakoulu. <https://www.theseus.fi/handle/10024/92317>. [11.5.2017]
- Tilastokeskus 2015. Liitetaulukko 1. Väestö ikäryhmittäin koko maa 1900–2060 (vuodet 2020–2060: ennuste). http://www.stat.fi/til/vaenn/2015/vaenn_2015_2015-10-30_tau_001_fi.html. [7.6.2017]
- Tilastokeskus 2017a. 65 vuotta täyttäneet koko maa. Väestöennuste 2015 iän ja sukupuolen mukaan 2015 - 2065, koko maa. Haettu 6.7.2017.
- Tilastokeskus 2017b. 65 -vuotta täyttäneiden osuus prosentteina Suomen väestöstä vuosina 2011–2016. Tilastokeskuksen PX-Web-tietokannat, Väestöllisiä tunnuslukuja alueittain 1990 – 2016. Alue, vuosi ja tunnusluku. Haettu 6.7.2017.
- Tilastokeskus 2017c. Väestö. Väestörakenne 31.12.2016. http://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html. [6.7.2017]
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi. <http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/eettisetperiaatteet.pdf>. [12.4.2017]
- Varsinais-Suomen pelastuslaitos 2017. 42§-seminaari. <http://www.vspelastus.fi/42-seminaari>. [26.4.2017]
- Viertiö S, Partanen A, Kaikkonen R, Härkänen T, Marttunen M & Suvisaari J. 2017. Palvelujen käyttö mielenterveyteen tai päihdeiden käyttöön liittyvien ongelmien vuoksi Suomessa vuosina 2012 – 2015. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 2017; 133(3), 292–300. <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2017/3/duo13545>. [27.7.2017]
- Viramo P & Sulkava R. 2006. Muistihäiriöiden ja dementian epidemiologia. Kirjassa: Erkinjuntti T, Rinne J, Alhainen K, Soininen H. Muistihäiriöt ja dementia. Kustannus Oy Duodecim.
- Viramo P & Sulkava R. 2015. Muistisairauksien epidemiologia. Teoksessa: Muistisairaudet. Duodecim.
- Voutilainen P, Noro A, Karppanen S & Raassina A-M. 2016. Kärkihanke: Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa – hankesuunnitelma. STM: Helsinki. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75191/STM_RA-

- PORTTI.pdf?sequence=1. [12.5.2017]
- VTKL 2014a. KÄKÄTE – Käyttäjälle kätevä teknologia -hankkeen verkkosivut. Vanhustyön keskusliitto. <http://www.ikateknologia.fi/fi/>. [22.6.2017]
- VTKL 2014b. Teknologiatuotteet ja ratkaisut. Vanhustyön keskusliitto. <http://www.ikateknologia.fi/fi/teknologiatuotteet-ja-ratkaisut.html>. [22.6.2017]
- VTKL 2017. Korjausneuvontaa jo yli 25 vuotta. Vanhustyön keskusliitto. <http://www.vtkl.fi/fin/toimimme/korjausneuvonta/>. [18.7.2018.]
- VTT 2015. Muistisairaiden kotona asumisen ja hoivapalvelujen tueksi uusia ratkaisuja. Uutinen 12.5.2017. <http://www.vtt.fi/medialle/muistisairaiden-kotona-asumisen-ja-hoivapalvelujen-tueksi-uusia-ratkaisuja>. [30.5.2017]

Liitteet

Liite 1. 65 vuotta täyttäneiden osuus prosentteina Suomen väestöstä vuosina 2011–2016 maakunnittain

Liite 2. Hanke- / toimintamalliluettelo. Hankkeen nimi, tavoite, toimija ja verkkosivu

Liite 3. Teemahaastattelun runko

Liite 4. Haastatellut henkilöt

Liite 5. Esimerkkejä teknisistä apuvälineistä muistisairaiden turvallisuuden tukemiseksi

Liite 1. 65 vuotta täyttäneiden osuus prosentteina Suomen väestöstä ja osuuden kehitys vuosina 2011–2016. (Tilastokeskuksen PX-Web-tietokannat, alue, vuosi ja tunnusluku %. Tilastokeskus 6.7.2017)

Alue/Vuosi	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Uudenmaan maakunta	14,6	15,1	15,7	16,1	16,5	16,8
Varsinais-Suomen maakunta	19,2	19,9	20,6	21,1	21,7	22,1
Satakunnan maakunta	21,8	22,6	23,4	24,1	24,8	25,3
Kanta-Hämeen maakunta	19,7	20,5	21,1	21,8	22,5	23,2
Pirkanmaan maakunta	18,1	18,7	19,3	19,8	20,2	20,6
Päijät-Hämeen maakunta	20,5	21,4	22,3	23,1	23,9	24,6
Kymenlaakson maakunta	22,0	22,8	23,6	24,4	25,2	25,8
Etelä-Karjalan maakunta	22,1	22,9	23,6	24,3	25,0	25,5
Etelä-Savon maakunta	24,2	25,1	26	26,8	27,6	28,3
Pohjois-Savon maakunta	20,2	20,8	21,5	22,1	22,6	23,2
Pohjois-Karjalan maakunta	20,6	21,3	22,0	22,8	23,5	24,1
Keski-Suomen maakunta	18,8	19,4	20,2	20,8	21,4	21,8
Etelä-Pohjanmaan maakunta	20,3	20,9	21,6	22,2	22,9	23,4
Pohjanmaan maakunta	19,7	20,2	20,6	21,1	21,5	21,9
Keski-Pohjanmaan maakunta	18,5	19,2	19,9	20,6	21,1	21,6
Pohjois-Pohjanmaan maakunta	15,3	15,8	16,3	16,9	17,4	18,0
Kainuun maakunta	21,7	22,4	23,4	24,1	24,9	25,7
Lapin maakunta	19,6	20,3	21,1	21,9	22,6	23,2
Ahvenanmaa	18,9	19,4	19,9	20,4	20,8	21,1
Koko maa						20,9

Liite 2. Hanke-/toimintamalliluettelo

Nimi	Tavoite tai sisältö, toimija, toiminta-aika ja yhteystieto
Ei saa ravistaa	Hankkeen tarkoituksena on auttaa omaishoitajana toimivia henkilöitä tunnistamaan itsessään väkivaltainen käytös tai sen uhka, tunnistaa ja tunnustaa väkivalta, luoda toimintamalli väkivallan tunnistamiseksi sekä väkivaltaisten omaishoitajien tukeminen vertaisryhmissä ja koulutuksella. Tampereen Seudun Omaishoitajat. 2017–20210. http://www.treomaishoitajat.fi/omhravistus.php
Else	Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus. Tutkimus- ja kehityshanke. Kuntaliitto. 2014–2017. https://www.kuntaliitto.fi/asiantuntijapalvelut/sosiaali-ja-terveysasiat/ikaantyneen-vaeston-palvelut-kaytto-kustannukset
Finger	Muistitoimintojen heikentymisen ehkäisy tutkimus. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, voidaanko monipuolisella elintapaohjelmalla ehkäistä muisti- ja ajattelutoimintojen heikkenemistä ikääntyvässä väestössä. Lisäksi tutkimuksessa selvitetään elintapaintervention vaikutusta mm. osallistujien toimintakykyyn, elämänlaatuun, masennusoireisiin, terveyspalveluiden tarpeeseen sekä sydän- ja verisuonitautien riskitekijöihin. THL, Helsingin, Itä-Suomen ja Oulun yliopistot. 2009–2018. https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/finger-tutkimushanke
Hemma bäst – Kotona paras	Hemma bäst – Kotona paras -hankkeen tavoitteena oli löytää ratkaisuja, joiden avulla ikääntyneiden ihmisten olisi mahdollista asua kotona mahdollisimman pitkään. Hankkeessa rakennettiin raskaan ajoneuvon perävaunusta asuntosimulaattori, jossa oli simuloitu asumisen tavomaisia tapaturmariskejä, kuten palo- ja kompastumisriskejä. Simulaattorissa järjestettiin kotihoidon henkilöstölle sekä sosiaali- ja terveysalan opiskelijoille turvallisuuskoulutusta. Yrkehögskolan Novia, Vaasan Ammattikorkeakoulu ja Suomen Pelastusalan Keskusjärjestö SPEK. http://hemmabast-kotonaparas.novia.fi/
Ikinä	Kaatumisten ehkäisyyn kehitetty toimintamalli. Malli on ennakoiva ja sen mukaan pyritään tunnistamaan kaatumisille altistavat tekijät ja poistamaan mahdollisimman moni riskitekijä. THL. https://www.thl.fi/fi/web/tapaturmat/iakkaat/kaatumisten-ehkaisy ja www.thl.fi/ikina . Iäkkäiden kaatumisen ehkäisyn opas: http://www.julkari.fi/handle/10024/79998
I&Q-kärkihanke	Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa. I&O-kärkihankkeessa kehitetään iäkkäiden sekä omais- ja perhehoitajien palveluja nykyistä yhdenvertaisemmiksi ja paremmin koordinoituiksi. Palveluja uudistetaan kahdeksassa eri kokeiluhankkeessa, jotka ovat maakunnallisia kokonaisuuksia. Jokaiseen kokeiluhankkeeseen osallistuu useita eri toimijoita, muun muassa kuntia ja järjestöjä. I&O-kärkihankkeen alueellisia avainhenkilöitä ovat maakunnissa toimivat muutosagentit. STM. http://stm.fi/hankkeet/koti-ja-omaishoito
IkäOte	Ikääntyneiden oppiminen ja hyvinvointitekniikat hanke, jossa tutkitaan ja kokeillaan teknologisia ratkaisuja ikääntyvien muistisairaiden henkilöiden hyvinvoinnin ja kotona asumisen tukemiseksi. Hankkeen keskiössä ovat turvallisuuteen ja vuorovaikutukseen liittyvät hyvinvointitekniikat. Itä-Suomen yliopisto, Joensuun kaupunki, Karelia-ammattikorkeakoulu. 2014–2020. http://www.ikaote.fi/ . Katso myös Kauppila et al. (toim.) 2017. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-2410-0/
Kaste	Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma, jonka tavoitteena on kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja sekä järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteet ja palvelut asiakasta kuunnellen. STM. http://stm.fi/kaste

Nimi	Tavoite tai sisältö, toimija, toiminta-aika ja yhteystieto
Kotitapaturma	Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisyhanke. http://www.kotitapaturma.fi/ . Aineistoon liitetty kodin turvallisuuden tarkistuslista: http://www.kotitapaturma.fi/aineistopankki/alle-1-vuotiaiden-tarkistuslista/
Kotiturva	Kotiturva -hankkeen tavoitteena on, että ikääntyneet ihmiset osaavat hyödyntää teknologiaa aiempaa paremmin ja ottaa käyttöön erilaisia laitteita. Hankkeessa tuetaan ja opastetaan ikääntyneitä ihmisiä sekä ikääntyneiden ihmisten kanssa työskenteleviä ammatillaisia teknologisten ratkaisujen käyttöönotossa ja käytössä. Vanhustyön keskusliitto. 2015–2017. http://www.vtkl.fi/fin/kehitamme/kotiturva_hanke/
Kuppi nurin	Hanke, jonka tavoitteena on päihdeongelmaisten omaishoitoperheiden tunnistaminen ja tukeminen. Omaishoitajat ja läheiset -liitto. 2017–2020. https://omaishoitajat.fi/liiton-toiminta/liiton-toimintamuodot/kuppinurin-hanke/
Kylässä hyvä – Kotona paras	Ikäihmisten huomioiva palveluohjauksen kehittäminen, teknologian hyödyntäminen sekä liikunnan, sosiaalisuuden ja hyvinvoinnin edistäminen. Sodankylän vanhustenkotiyhdistys. 2014–2016. http://www.missaparas.fi/
KÄKÄTE	Käyttäjälle kätevää tekniikkaa -hankkeen tavoitteena oli selvittää, miten helpokäyttöinen teknologia voi tukea ikäihmisten elämää. Vanhustyön keskusliitto. 2010–2014. http://www.ikateknologia.fi/fi .
MielenMuutos	Ikäihmisten psyykkistä hyvinvointia, erityisesti ikäihmisten masennusta ja muistisairaiden käyttäytymisoireita koskeva tutkimus ja interventio-projekti. Vanhustyön keskusliitto. 2008–2010. Ks. Eloniemi-Sulkava U. & Savikko N. (toim.) 2011. MielenMuutos pitkäaikaishoidossa. Käyttösoireiden hoidosta muistisairaana ihmisen kokonaisvaltaiseen tukemiseen. Vanhustyön keskusliitto. http://www.vahvike.fi/fi/kirjallisuus/kirja/mielenmuutos-tutkimus-kehittamishanke-tutkimusraportti-3 . Katso myös Eskola et al. 2012. MielenMuutos-hankkeen arviointi. Yhteiskuntapolitiikka 77(2012):3. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/102929/eskola.pdf?sequence=1 .
Muistikko	MUISTIKKO-hankkeessa kehitetään ja testataan terveydenhuollon ammattilaisille työkaluja muistisairauksien ennaltaehkäisyyn. Hanke pohjautuu FINGER-tutkimukseen, jossa osoitettiin, että elintapamuutoksilla on mahdollista tukea muisti- ja ajattelutoimintojen säilymistä ikääntyneillä ihmisillä. THL. 2016–2018. https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/finger-tutkimushanke/muistikko
Muistikylä	Hankkeen tavoitteena on vaikuttaa ihmisten asenteisiin ja kehittää muistiasteettömyyttä. Salon Muistiyhdistys. 2016–2018. http://www.vspelastus.fi/sites/default/files/atoms/files//haapakoski_maija_muistikyla-projekti.pdf
Omaishoiva	Toimintamuoto, jossa kehitetään, toteutetaan ja juurrutetaan erilaisia toimintamalleja, joiden avulla lisätään omaishoitajien hyvinvointia, osaamista ja jaksamista. Omaishoitajat ja läheiset -liitto. https://omaishoitajat.fi/liiton-toiminta/liiton-toimintamuodot/omaisoiva-toiminta/
Ovet-valmennus	Omaishoitajia tukeva valmennus. Myös Muistiovet, muistisairaiden omaisten tukemiseen. Myös verkkokurssina. Omaishoitajat ja läheiset -liitto. https://omaishoitajat.fi/omaishoitajalle/ovet-valmennus/ .
STEP	Sosiaali- ja terveydenhuollon paloturvallisuuteen liittyvät hyvät käytännöt ja pelastuslaki. Tutkimus- ja kehityshanke, jonka tuotoksena on maksuton koulutusaineisto. THL 2012–2016. https://www.thl.fi/step
Turvallisesti kotona	Tavoitteena on muistiasiakkaiden arjen turvallisuuden ja turvallisuuden tunteen vahvistuminen kotona. Pyrkimyksenä on lisätä muistiasiakkaiden arjen turvallisuusriskien tunnistamista ja ennaltaehkäisyyn liittyvää osaamista laajasti. Varsinais-Suomen Muistiyhdistys. 2017-

Nimi	Tavoite tai sisältö, toimija, toiminta-aika ja yhteystieto
Valmuska	Hankkeessa kehitetään teknologia-avusteisia menetelmiä muistisairaiden itsenäisen kotona asumisen ja lääkkeettömän hoidon tueksi. VTT, Oulun ja Itä-Suomen yliopistot. 2016–2020 (2015–2017). http://www.vtt.fi/medialle/muistisairaiden-kotona-asumisen-ja-hoivapalvelujen-tueksi-uusia-ratkaisuja
Ystävätoiminta	Toiminta-ajatuksena on lievittää yksinäisyyttä ja lisätä turvallisuutta. Perustuu vapaaehtoistyöhön, jossa tavoitteena on myös vapaaehtoistyön mielekkyys, palkitsevuus ja merkityksellisyys. Ystävänä voi toimia niin iäkkäille, nuorille, mielenterveysongelmaisille, vangeille kuin muun muassa maahanmuuttajille. Suomen Punainen Risti. https://rednet.punainenristi.fi/ystavatoiminta

[Luettelon linkit tarkistettu 21.7.2017]

Liite 3. Teemahaastattelun runko

OTE – OSALLISTAVA TURVALLISUUS ERITYISRYHMILLE –TURVALLISUUSHANKKEEN TEE-MAHAASTATELU

Olemme kiinnostuneita erityistä tukea tarvitsevien, kuten muistisairaiden, iäkkäiden ja muiden tukea tarvitsevien arjen ja asumisen turvallisuudesta, riskeistä, turvallisuuden parantamiseksi käytettävissä olevista keinoista, apuvälineistä, tukihenkilöistä, ohjauksesta ja koulutuksesta, turvallisuudentunteesta, sekä koulutuksen että arjen mahdollisesti aiheuttamista peloista ja pelon hallinnasta. Samoin pyydämme arvioimaan erityistä tukea tarvitsevien asumisessa käytetyn ja tarvittavan turvallisuustekniikan (sähkölaitteet muun muassa ruuanlaitto) tarvetta, ajantasaisuutta, mahdollisia puutteita, hankinnan esteitä, rahoitusta ja potentiaalisia rahoitusmahdollisuuksia. Haastatteluissa otetaan huomioon sekä asukkaan että omaisten näkökulmat.

Pyydämme Teitä kuvailemaan edellä mainittuja asioita oman kokemuksenne, koulutuksenne ja työenne perusteella.

TURVALLISUUS JA TURVALLISUUDENTUNNE

Kuvatkaa erityisesti muistisairaiden mutta myös muiden erityistä tukea tarvitsevien asumisen turvallisuutta, turvallisuudentunnetta ja koettuja tai muuten tunnistettuja turvallisuusriskejä.

RISKIENHALLINTAKEINOT JA TURVATEKNIikka

Kuvatkaa erityistä tukea tarvitsevien asumisessa turvallisuuden parantamiseksi käytössä olevia riskienhallintakeinoja, turvallisuusratkaisuja, kuten apuvälineitä ja teknisiä laitteita.

Arvioikaa asumisen turvallisuuden / turvatekniikan ajantasaisuutta, mahdollisia puutteita ja kehitystarpeita, hankinnan esteitä, rahoitusta ja potentiaalisia / mahdollisia uusia rahoitusmahdollisuuksia.

OSAAMINEN JA SEN KEHITTÄMINEN

Arvioikaa erityistä tukea tarvitsevien henkilöiden omaa osaamista ja kognitiivisia kykyjä / taitoja tai niiden ongelmia tai oppimisen esteitä turvallisuuden varmistamiseksi.

Kuvaillkaa käytettävissä olevia koulutus- ja ohjausmahdollisuuksia sekä niiden etuja ja mahdollisia haittoja kuten turvallisuuskoulutuksen aiheuttamia mahdollisia pelkoja.

Pohtikaa, miten digitalisaatiolla voitaisiin parantaa turvallisuustiedon omaksumista tai turvallisuutta.

Kiitos haastattelusta!

Liite 4. Haastatellut henkilöt

Henkilö	Arvo tai ammatti ja osaamisalue	Toimipaikka
Hietanen Anne	Projektitutkija, Kotona paras – Hemma bäst -hankkeen koordinaattori	Yrkeshögskolan Novia
Häkkinen Hannele	Erityisasiantuntija	Kuntaliitto
Järnstedt Pia	Aluekoordinaattori / aluevastaava	Omaishoitajat ja läheiset -liitto ry
Koivuranta-Vaara Päivi	Hallintoylilääkäri	Kuntaliitto
Pajala Satu	Kehittämispäällikkö, tapaturmat, Ikinä-, Finger- ja RAI-asiantuntija	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos / läkkäät, vammaiset ja toimintakyky -yksikkö
Pukkila Kari	Osastonhoitaja Turvallisuuskouluttaja	Vanhan Vaasan sairaala SPEK
Suominen Markku	Palotarkastaja	Pirkanmaan pelastuslaitos
Ryhmähaastattelut:		
Muistisairaat miehet 12 henkilöä*	Kokemusasiantuntijat	Pirkanmaan Muistiyhdistys ry:n vertaisryhmä
Muistisairaat naiset 7 henkilöä*	Kokemusasiantuntijat	Pirkanmaan Muistiyhdistys ry:n vertaisryhmä

*Kummassakin muistisairaiden ryhmähaastattelussa oli läsnä myös ryhmän ohjaaja / ohjaajat, mutta he pidättäytyivät haastattelusta yksittäisiä perustellusta syystä annettuja kommentteja lukuun ottamatta.

Liite 5. Esimerkkejä teknisistä apuvälineistä



Kuva 1. Kaksi esimerkkiä GPS-turvapaikanninlaitteesta. Vasemmanpuoleisessa laitteessa SOS-turvanappi. Laitteiden seuranta tapahtuu älypuhelimella



Kuva 2. Paikantava kengänpohjallinen ja sen latausyksikkö.



Kuva 3. Esimerkki kuvaturvapuhelimesta.



Kuva 4. Suomi 112 -mobiilisovellus, jonka voi tallentaa tavalliseen matkapuhelimeen. Käyttö edellyttää vain normaalia matkapuhelinliittymää, eikä mahdollisesta käytöstä aiheudu muita kuluja kuin tavanomaiset puhelinliittymän maksut.

Ikäihmisten kotihoidon kehittäminen ja omaishoidon vahvistaminen ovat yksi Sipilän hallituksen kärkihankkeista. Se painottaa erityisesti kotihoidon ja omaishoitajien roolia ja osaamista, mutta myös iäkkäiden henkilöiden ja muiden kotihoidon asiakkaiden omaa osallisuutta ja aktiivisuutta. SPEKin Osallistava Turvallisuus Erityisryhmille – OTE-hanke tarjoaa tietoa kotihoidon kehittämiseen ja omaishoidon tuen vahvistamiseen turvallisuuden ja turvallisuudentunteen osalta.

Tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa tietoa erityisryhmien asumisen turvallisuuden parantamiseksi ja OTE-hankkeen toimenpiteiden pohjaksi. Tutkimuksen tavoitteena oli kuvata muistisairaiden arjen ja kotona asumisen turvallisuuteen liittyvää ongelma-
kenttää, turvallisuutta, turvallisuudentunnetta, riskejä sekä turvallisuuden parantamiseksi käytettävissä olevia työkaluja. Lisäksi arvioitiin koulutusta, teknisten ratkaisujen ja digitekniikan mahdollisuuksia sekä teknisten ratkaisujen rahoitusmahdollisuuksia.

Tutkimukseen haastateltiin muistisairaita henkilöitä, omaishoitajien, sosiaali- ja terveydenhuollon, pelastustoimen sekä turvallisuushankkeiden ja -koulutuksen asiantuntijoita.

SPEK Tutkii -sarja on Suomen Pelastusalan Keskusjärjestö ry:n julkaisusarja, jossa julkaistaan turvallisuuteen liittyviä tutkimuksia ja selvityksiä.

