

# HYVINVOINTIA EDISTÄVÄT KOTI- KÄYNNIT 75 -VUOTIAILLE

Riitta Turunen

Opinnäytetyö  
Marraskuu 2011

Kuntoutusohjauksen ja -suunnittelun koulutusohjelma  
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala





Tekijä(t) TURUNEN, Riitta	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 14.11.2011
	Sivumäärä 76	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus ( ) saakka	Verkojulkaisulupa myönnetty ( X )
Työn nimi HYVINVOINTIA EDISTÄVÄT KOTIKÄYNNIT 75 -VUOTIAILLE		
Koulutusohjelma Kuntoutusohjauksen ja -suunnittelun koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) RÄSÄNEN, Riitta YABAL, Anneli		
Toimeksiantaja(t) Liperin kunta / Ikääntyvien neuvontakeskus		
Tiivistelmä Tutkimukseni selvitti yksin kotona asuvien 75 vuotta täyttävien (vuonna 1936 syntyneet) elämäntilannetta, hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä. Käytännöllisenä tavoitteena oli kehittää hyvinvointia edistävien kotikäyntien käytäntöjä Liperin ikääntyvien neuvontakeskuksessa. Tietoja tullaan hyödyntämään kehitettäessä hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä edistäviä palveluja, varhaisen puuttumisen menetelmiä ja hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä Liperin sosiaali- ja terveydenhuollossa. Toimeksiantajana toimi Liperin kunta / Ikääntyvien neuvontakeskus.  Tutkimusjoukoksi valikoitui Liperin kunnan ja Outokummun kaupungin terveystoimen yhteistoiminta-alueelta kaksitoista yksin kotona asuvaa, jotka eivät saaneet kotihoidon säännöllistä palvelua. Näistä naisia oli yhdeksän ja miehiä kolme. Menetelmänä käytin strukturoitua lomakehaastattelua sekä toimintakyvyn testausta kotioloissa. Tutkimuksessa käytin haastattelulomaketta, jonka olin lähettänyt yhdessä tiedotteen kanssa tutkittaville ja jonka tarkistin henkilökohtaisesti kotikäynnin yhteydessä. Toimintakyvyn testeinä käytin MMSE-testiä täydennettynä kellotaululla, verenpaineen mittausta, RAVA- toimintakykymittaria, THL:n liikkumiskykytestistöä/suorituskyvyn testiä SPPB sekä UKK-instituutin ikääntyvien testeistä kyynärnivelen koukistajalihasten dynaaminen voima testi dominoivalla kädellä ja hartiaseudun liikkuvuus (seisten) tai olkanivelen liikelaajuus (istuen).  Tulosten mukaan pelkästään yksin kotona asuminen ei ole uhka hyvinvoinnille 75 -vuotiailla. Selviytymiseen vaikuttivat elämänhistoria ja vaikeuksista ylipääsy. Sosiaalisen verkoston ja harrastusten vuoksi kukaan tutkituista ei ollut yksinäinen vaikka asui yksin. Vaikka joka toisella osallistuneella tuki- ja liikuntaelin- ja sydänsairaudet rajoittivat liikkumiskykyä ja aiheuttivat väsymystä sekä voimattomuutta, he olivat silti elämään tyytyväisiä. Kolmasosalla oli kognitiivisen ja neljäsosalla fyysisen suorituskyvyn heikkenemistä. Jatkotutkimuksena olisi hyvä uusien hyvinvointia edistävä kotikäynti puolen vuoden päästä niille, joiden toimintakyky oli heikentynyt ja verrata tilannetta aikaisempaan.		
Avainsanat (asiasanat) ikäntyminen, ikääntyneet, toimintakyky, hyvinvointia edistävät kotikäynnit		
Muut tiedot Liitteitä 26 sivua		



Author(s) TURUNEN, Riitta	Type of publication Bachelor's Thesis	Date 14.11.2011
	Pages 76	Language Finnish
	Confidential ( ) Until	Permission for web publication ( X )
Title WELL-BEING –ENHANCING HOME VISITS FOR 75 -YEAR-OLDS		
Degree Programme Degree Programme in Rehabilitation Counselling		
Tutor(s) RÄSÄNEN, Riitta YABAL, Anneli		
Assigned by The municipality of Liperi / Information Centre For the Elderly		
Abstract <p>The study examined the life situation, well-being, health and functional ability of 75-year-old individuals (born in 1936) living alone at home. The practical aim was to develop the well-being -enhancing home visits of Liperi's Information Centre for the Elderly. The results will be used in developing the services that enhance well-being, health and functional ability. The results will also be used in the development of the early intervention methods and well-being -enhancing home visits in the social and health services of Liperi. The study was commissioned by the municipality of Liperi / Information Centre for the Elderly.</p> <p>The target group was chosen among the elderly population in the cooperation area of the health services of the municipality of Liperi and the town of Outokumpu. The sample, nine females and three males, consisted of twelve individuals who lived alone and who did not receive regular home care service.</p> <p>The method used was a structured questionnaire and tests of functional ability in home conditions. The questionnaire was sent to the participants together with a handout, and it was discussed with the author during a home visit. For testing functional ability the MMSE-test added with a clock face was used as well as blood pressure measuring, the RAVA -functional ability scale and the National Institute For Health and Welfare's mobility test / performance test SPPB. In addition, the UKK Institute tests for the dynamic power of the tensor of the elbow joint of the dominant arm and the ones for the mobility of the shoulder area (standing) or for the shoulder joint's range of movement (sitting down) were used.</p> <p>According to the results, living alone at home is, as such, not a threat to a 75-year-olds. Coping was influenced by the person's life history and overcoming difficulties. Because of the social network and activities, none of the participants felt alone despite living alone. Although musculoskeletal disorders and heart diseases set limits to every second participant's mobility and caused fatigue and lack of strength, they were still satisfied with life. One third suffered from deterioration in cognitive and one fourth in physical performance. It would be good, as a further study, to make a well-being -enhancing home visit again in six months with those whose functional ability had deteriorated, and to compare the situation to the previous visit.</p>		
Keywords ageing, the elderly, functional ability, well-being -enhancing home visits		
Miscellaneous Appendices 26 pages		

## SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	3
2 IKÄÄNTYMINEN .....	5
2.1 Ikääntyminen tilastollisesti .....	5
2.2 Ikääntyminen käsitteenä .....	6
3 TOIMINTAKYKY.....	7
3.1 Toimintakyvyn osa-alueet .....	7
3.2 Ikääntyneen toimintakykyyn vaikuttavat riskitekijät .....	9
3.3 Ikääntyvien toimintakyvyn arviointi.....	12
3.4 Ikääntyvien toimintakyvyn mittarit .....	14
3.5 Muistisairaudet ja niiden vaikutus toimintakykyyn .....	18
3.6 Toimintakyvyn arviointi osana palvelutarpeen arviointia .....	20
4 IKÄÄNTYNEIDEN HYVINVOINTIA EDISTÄVÄT KOTIKÄYNNIT.....	21
4.1 Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen.....	21
4.2 Ehkäisevän toiminnan menetelmät .....	22
4.3 Ikääntyvien neuvontakeskuksen palvelut Liperissä.....	25
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET .....	26
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS .....	27
6.1 Tutkimusjoukon ja -menetelmän valinta.....	27
6.2 Valitut mittarit hyvinvointia edistävällä kotikäynnillä .....	30
6.3 Tutkimuksen eteneminen.....	32
7 TUTKIMUSTULOKSET .....	33
7.1 Yhteenveto haastattelulomakkeista .....	33
7.2 Toimintakykytestien yhteenveto .....	36

	2
7.3 Yhteenveto tutkimustuloksista .....	38
8 POHDINTA.....	40
8.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	40
8.2 Johtopäätökset ja kehittämishaasteet .....	41
LÄHTEET .....	46
LIITTEET .....	50
Liite 1. Tiedote asiakkaille .....	50
Liite 2. Haastattelulomake.....	51
Liite 3. Suostumuslomake .....	63
Liite 4. Yhteenvetokooste haastattelulomakkeista .....	64
Liite 5. Toimintakyvyn arviointi yhteenvetokooste ja fyysisen toimintakyvyn mittaustuloste kooste .....	74
Liite 6. Hyvinvointia edistävien kotikäyntien prosessi 75 vuotta täyttävillä Liperissä .....	75

## KUVIOT

KUVIO 1. ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet .....	8
--	---

## TAULUKOT

TAULUKKO 1. Liperin kunnan ja Outokummun kaupungin väestön määrä vuosina 2008 – 2010 .....	6
TAULUKKO 2. Ikääntyneiden kuntalaisten määrä vuonna 2010 tutkimuskun- nissa ja koko maassa .....	6

# 1 JOHDANTO

Opinnäytetyöni tarkoituksena oli selvittää vuonna 1936 syntyneiden eli 75 vuotta täyttävien, yksin kotona asuvien elämäntilannetta, hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä. Käytännöllisenä tavoitteena oli kehittää hyvinvointia edistävien kotikäyntien käytäntöjä Liperin ikääntyvien neuvontakeskuksessa.

Valitsin tämän opinnäytetyön aiheen, koska olen kiinnostunut ikääntyvästä väestöstä sekä heidän selviytymisestään kotona eliniän kohotessa. Olen työssä fysioterapeuttina ikääntyvien neuvontakeskuksessa Liperissä ja hyvinvointia edistävät kotikäynnit 75 -vuotiaille ovat yksi osa työnkuvaani. Asiakkaissa on muistisairautta sairastavia ja sen takia haluan opinnäytetyössäni ottaa myös tämän näkökulman huomioon.

Ikäihmisten uusien palvelujen laatusuositus painottaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä, ehkäisevän toiminnan ja kotona asumisen tukemisen ensisijaisuutta sekä kattavaa yksilökohtaista palvelutarpeen arviointia. Suositukseen mukaan palveluvalikoimaa tulee monipuolistaa neuvonta- ja muilla ennaltaehkäisevillä palveluilla, ja terveyttä, toimintakykyä sekä kuntoutumista on tuettava. Suositus ottaa kantaa henkilöstön riittävään mitoitukseen ja työhyvinvoinnin parantamiseen sekä ammatilliseen osaamiseen ikääntyvien parissa tehtävässä työssä. Siinä mainitaan, että gerontologista osaamista tulee kehittää ja johtamisosaaminen tärkeys korostuu. Gerontologinen osaaminen ottaa huomioon ikääntymisen vaikutukset ihmisen elämään, terveyteen ja toimintakykyyn. Ikäihmisten asumis- ja hoitoympäristössä laatua tulee kehittää panostamalla esteettömyyteen, turvallisuuteen sekä viihtyisyyteen. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 3–4.)

Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa tavoitteena on myös, että jokaisella kunnalla on ajantasainen ikääntymispoliittinen strategia, jonka kunnanvaltuusto on hyväksynyt. Seudun ja kuntien yhteistoiminta-alueella voi olla yhteinen strategia. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 16.)

Liperin kunta ja Outokummun kaupunki yhdistivät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut tammikuussa 2009. Sosiaali- ja terveystoimi on organisoitu isäntäkuntamallin mukaisesti. Isäntäkuntana toimii Liperin kunta ja palvelujen järjestämisestä vastaa yhteinen sosiaali- ja terveyslautakunta. Palvelujen yhdistymisen myötä on laadittu yhteinen vanhuspoliittinen strategia vuoteen 2015 saakka ja tämän tueksi vuosittain on vahvistettu vanhuspalvelujen kehittämisohjelma. (Liperin kunnan vanhuspalvelujen kehittämisohjelma vuosille 2011 – 2015.)

Polvijärven kunta liittyy sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueeseen vuoden 2013 alusta lukien. Vanhuspalvelujen kehittämisohjelma tarkistetaan tämän vuoksi vuosina 2011–2012. Liperin kunnan vanhuspalvelujen kehittämisohjelmaan vuosille 2011–2015 oli kirjattu, että tilastokeskuksen laatimassa ennusteessa 75 vuotta täyttäneiden osuus tulee lisääntymään merkittävästi vuoteen 2025 mennessä niin Liperissä, Outokummussa kuin Polvijärvelläkin ja tämä asettaa toimintaympäristöön haasteita tuleville vuosille. (Liperin kunnan vanhuspalvelujen kehittämisohjelma vuosille 2011–2015.)

Vuonna 2010 Liperin kunnassa oli 948 yli 75-vuotiasta, ja vuonna 2025 määrän arvellaan olevan 1603 henkilöä. Vanhuspalvelujen kehittämisohjelmassa painotetaan kotona asumista, kotihoitoa, omaishoitoa ja tehostettua palveluasumista sekä näiden edellä mainittujen tehostamista. (Liperin kunnan vanhuspalvelujen kehittämisohjelma vuosille 2011–2015.) Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa (2008, 9) korostettiin, että palvelurakenteen tavoitteellinen muuttaminen lisäämällä kotona asumista tukevia palveluita ja vähentämällä laitoshoidon hillitsee toteutuessaan sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusten kasvua. Mikäli rakennemuutosta ei tehdä, niin silloin kustannuksia on vaikea hallita tilanteessa, jossa väestön ikärakenne muuttuu nopeasti ja palvelutarpeet kasvavat.

Opinnäytetyössäni käytin strukturoitua haastattelua eli lomakehaastattelua sekä toimintakyvyn testausta kotioloissa. Kohderyhmä valikoitui yhteistyössä Liperin kunnan ja Outokummun kaupungin terveystoimen kanssa. Toimek-

siantajana opinnäytetyössäni toimi Liperin kunta / Ikääntyvien neuvontakeskus. Ikääntyvien neuvontakeskus kuuluu organisaatiossa vanhuspalveluihin.

## **2 IKÄÄNTYMINEN**

### **2.1 Ikääntyminen tilastollisesti**

Tilastokeskuksen laatiman väestörakennetilaston mukaan Suomessa oli vuoden 2010 lopussa 80 vuotta täyttäneiden osuus viisinkertaistunut viimeisen neljäkymmenen vuoden aikana. Naisia oli selvä enemmistö 80 vuotta täytäneistä. (Tilastokeskus 2011.) Tilastokeskuksen väestöennusteessa todetaan, että yli 65-vuotiaiden määrän väestöstä arvioidaan nousevan nykyisestä 17 prosentista 27 prosenttiin vuoteen 2040 ja 29 prosenttiin vuoteen 2060 mennessä. Työikäisten osuus väestöstä pienenee nykyisestään. Väestöllinen huoltosuhde eli lasten ja eläkeikäisten määrä sataa työikäistä kohden nousee nopeasti lähitulevaisuudessa. (Tilastokeskus 2009.)

Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKA.netin mukaan Liperin kunnan väkiluku 31.12.2010 oli suurempi kuin Outokummun kaupungin. Outokummun kaupungin väestö oli ikäjakautumaltaan iäkkäämpää verrattuna Liperin kuntaan. Liperin kunnan ikääntyneiden prosentuaalinen määrä oli pienempi verrattuna koko maan tilaston kanssa. Tarkemmat tilastolliset merkinnät näkyvät alla olevista taulukoista (ks. taulukot 1-2). (Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKA.net 2005–2011.)



TAULUKKO 1. Liperin kunnan ja Outokummun kaupungin väestön määrä vuosina 2008-2010 (Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKAnet 2005-2011, muokattu.)

	2008	2009	2010
Liperi	12 056	12 133	12 271
Outokumpu	7 551	7 492	7 411

TAULUKKO 2. Ikääntyneiden kuntalaisten määrä vuonna 2010 tutkimuskunnissa ja koko maassa (Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKAnet 2005-2011, muokattu.)

% väestöstä täytäneet	65 vuotta täyttäneet	75 vuotta täyttäneet	85 vuotta täyttäneet
Liperi	16,6	7,5	1,8
Outokumpu	23,5	11,1	2,8
Koko maa	17,5	8,1	2,1

## 2.2 Ikääntyminen käsitteenä

Vanheneminen ja vanhus käsitteen tilalle on nykyisin tullut käsitteet ikääntyminen ja ikääntynyt ihminen tai ikäihminen. Vanhuus- ja vanhussanoissa ei ole mitään vikaa, mutta sana vanhuus on saanut käsitteenä negatiivisen maineen. Tämä johtuu siitä, että siihen liitetään usein fyysisen toimintakyvyn heikentyminen, sairaudet, avun tarve ja riippuvuus toisista ihmisistä. Pelkkä käsitteiden vaihtaminen ei muuta ikäihmisiin kohdistuvia käsityksiä ja asenteita, vaan tulee korostaa ikääntymisen yksilöllisyyttä ja laajempaa ikääntymisen käsitettä. (Ihalainen & Kettunen 2007, 93–94.)

Työelämän jälkeistä aikaa kutsutaan usein kolmanneksi iäksi, joka tarkoittaa 60–80 ikävuoden välisiä vuosia. Myöhempää ikävaihetta kutsutaan taas nel-

jänneksi iäksi. Monesti kolmannessa ikävaiheessa elävät ihmiset ovat tukea ja apua antava osapuoli niin omille vanhemmilleen sekä lapsenlapsilleen. He toimivat omaishoitajina ja tekevät vapaaehtoistyötä eri järjestöjen parissa. Neljättä ikää elävillä yli 85-vuotiailla avun tarve alkaa useimmiten lisääntyä. Iän myötä sairaudet voivat lisääntyä, mutta niiden vaikutus toimintakykyyn ja päivittäiseen selviytymiseen on yksilöllinen. (Mts. 195–196.)

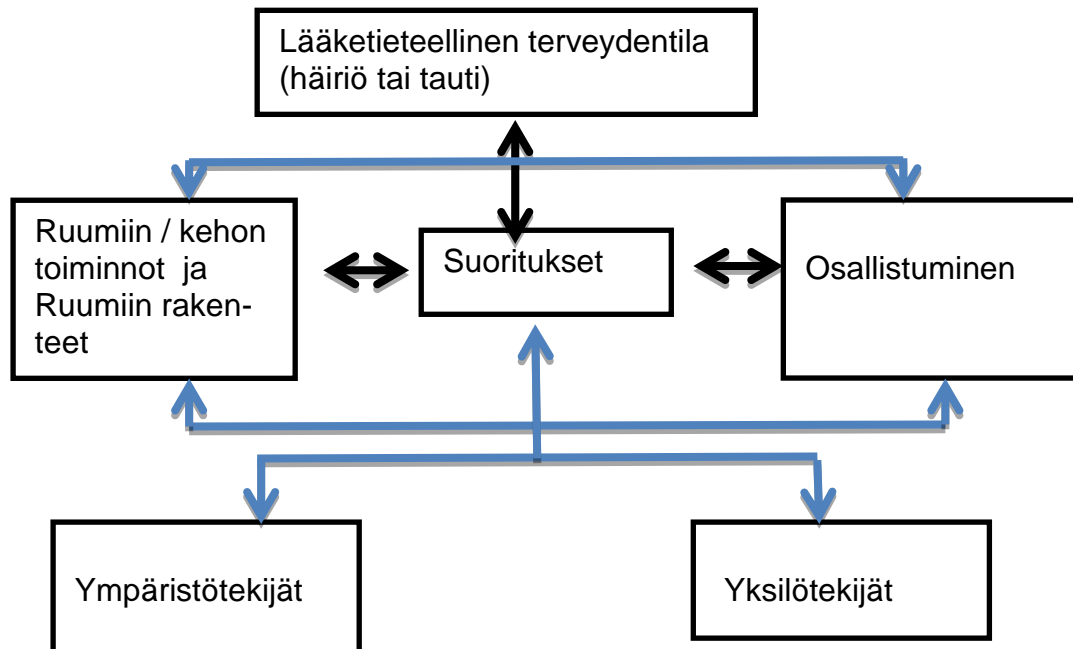
### **3 TOIMINTAKYKY**

#### **3.1 Toimintakyvyn osa-alueet**

Toimintakyky on moniulotteinen käsite, jota perinteisesti tarkastellaan neljän eri osa-alueen kautta, jotka ovat fyysinen, kognitiivinen (älyllinen), psyykinen sekä sosiaalinen toimintakyky. Edellä mainittujen osa-alueiden ja ympäristö ulottuvuuden lisäksi tulisi huomioida oikeudellinen toimintakyky. Muistisairaana ihmisen osalta tämä on tarpeen määrittellä, joka tarkoittaa kyvyn tehdä päätöksiä joilla on oikeudellista merkitystä. (Voutilainen 2009a, 125–128.)

Voutilaisen (2009a, 125) mukaan toimintakyky käsitteenä liittyy ihmisen hyvinvointiin ja se voidaan määrittellä voimavaralähtöisesti, jäljellä olevan toimintakyvyn tasona tai todentuneina toiminnan vajeina. Toimintakyky voidaan määrittellä niin, että ihmisen selviytyminen jokapäiväisistä merkityksellisistä toiminnoista itseään tyydyttävällä tavalla siinä ympäristössä missä hän milloinkin arkeaan elää. Laukkasen (2008, 261) mukaan toimintakyvyssä voidaan kuvata jäljellä olevaa toimintakyvyn tasoa tai todettuja toiminnanvajauksia. Hän muistuttaa, että toimintakyky on laaja hyvinvointiin liittyvä käsite, jossa sairaudet ovat vain osa sitä. Ihalaisen & Kettusen (2007, 196–198) mukaan ikääntyvien toimintakyky jaetaan terveydentilaan ja fyysiseen toimintakykyyn sekä psykososiaaliseen toimintakykyyn.

Maailman terveysjärjestön World Health Organization (WHO) julkaisema kansainvälinen ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) -luokitus jaetaan kahteen osaan: toimintakykyyn ja toimintakyvyn rajoitukseen sekä kontekstuaalisiin, eli ihmisen elämänpiiriä koskeviin tilannetekijöihin. ICF-luokituksen mukaan toimintakyky ja toimintarajoitteet käsittävät ruumiin toiminnot ja rakenteet sekä ihmisen kyvyn suoriutua tehtävistä ja osallistua jokapäiväiseen elämään. Suoriutumiseen vaikuttavat henkilön lääketieteellinen terveydentila ja yksilötekijät sekä mitkä ovat henkilön elinympäristötekijät. (Ks. kuvio 1.)



KUVIO 1. ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet  
(WHO & Stakes 2004, 18.)

Luokitus kuvaa moniulotteista vuorovaikutteista kehitysprosessia, jossa toimintakyky, toimintarajoitteet ja terveys voidaan luokitella vuorovaikutusprosessina. Luokituksessa terveydentilaa ja terveyteen liittyvää toiminnallista tilaa voidaan kuvata kuvauskohdekoodien ja tarkenteiden avulla. Yksilötekijöitä ei ole määritelty ja luokiteltu. ICF -luokituksen avulla halutaan antaa toimintakyvyn käsitteelle ja sen arvioimiselle laajempi ulottuvuus. ICF-luokitus antaa yh-

tenäisen viitekehyksen ja kielen moniammatilliseen yhteistyöhön kansainvälistikin arvioitaessa henkilön toimintakykyä. Se kattaa terveyden biologisen, yksilopsykologisen ja yhteiskunnallisen näkökulman. (WHO & Stakes 2004, 3–20.)

### **3.2 Ikääntyneen toimintakykyyn vaikuttavat riskitekijät**

lääkälle liikkumiskyvyn heikkeneminen ja sitä kautta toimintaympäristön ka-ventuminen niin kodin sisäpuolella kuin ulkopuolellakin aiheuttaa riskin toimintakyvyn heikkenemiseen. Liikkumiskyvyn heiketessä iäkäs ihminen eristäytyy kotiinsa, jolloin liikkuminen kodin ulkopuolelle sekä harrastukset vähenevät. Tämä voi johtaa kierteeseen, joka aiheuttaa lihasvoiman alenemisen ja tasapainon heikkenemisen. Kun lihasvoima ja tasapaino heikkenevät, niin kaatumisriski lisääntyy. Liikkumisen vähenemisen seurauksena voivat sosiaaliset suhteet vähentyä, mikä voi johtaa yksinäisyyteen. Yksinäisyyden myötä voi altistua uusille riskeille, jotka heikentävät lisää toimintakykyä. Yksinäisyyden myötä voi ikäihminen masentua. (Ikäinstituutti 2006.)

Keskustelua on ollut ikäihmisten liiallisesta lääkkeiden käytöstä. Keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet lisäävät ikäihmisen sekavuutta ja vaikuttavat tasapainoon. Liiallinen lääkitys voi lisätä kaatumisriskiä ja johtaa lonkkamurtumiin ja sitä kautta vuodepotilaaksi pitkäksi aikaa. Myös erilaiset muistisairaudet lisäävät kaatumisriskiä. Muistisairaudet altistavat toimintakyvyn alenemiseen. Muistisairauden edetessä kognitiiviset toiminnot heikkenevät ja henkilön liikkeet ja toiminnanohjaus hidastuvat ja sitä kautta voi arkipäivän toiminnot heikentyä ja omatoimisuus vähentyä. (Laukkanen 2008, 262–263.)

Toimintakyvyn tasotietoja voidaan käyttää hyväksi esimerkiksi riskiryhmien etsinnässä ehkäisevien interventioiden suuntaamiseksi oikeille henkilöille. Yksi ryhmä on kaatumisvaarassa olevat henkilöt. Varhaiskuntoutuksen ja ohjauksen kannalta on tärkeää huomata, milloin suorituskyvyssä alkaa esiintyä rajoituksia, koska jo vähäinenskin suorituskyvyn lasku voi ennustaa toimintakyvyn romahtamista muutaman vuoden aikana. Ortostaattisesta hypotoniasta

johtuvat tasapainohäiriöt ja huimaus saattavat pahentuessaan johtaa kaatumiseen ja lonkkamurtumaan, jonka seurauksena jopa joka kolmas henkilö joutuu pitkäaikaiseen laitoshoitoon. (Mts. 262–263.)

Terveyden ja toimintakyvyn paraneminen tukee ikääntyvän itsenäistä selviytymistä ja mahdollisuuksia toimia yhteisössä ja yhteiskunnassa. Vaikuttavuus- tutkimusnäyttöä on riskien hallinnasta (kaatumisriski ja tapaturmien ehkäisy), ravitsemusneuvonnasta, liikunnan lisäämisestä sekä varhaisesta puuttumisesta ikääntyneiden toimintakyvyn heikkenemiseen. (Voutilainen 2009b, 116–117.)

Hyvä sosioekonominen asema on yhteydessä hyvään toimintakykyyn ja sillä on osoitettu olevan ennustusmerkitystä myöhemmän toimintakyvyn kannalta. Huonoilla elintavoilla, jotka ovat fyysinen inaktiivisuus, tupakointi, alkoholin käyttö ja ylipaino on todettu yhteyttä huonontuneeseen suoriutumiseen päivittäisistä toiminnoista. Fyysisen aktiivisuuden on todettu ennustavan parempaa terveydentilaa. Harjoittelun myötä lihasvoima, koordinaatio sekä hapenottokyky parantuvat, joka johtaa toimintakyvyn parantumiseen. (Laukkanen 2008, 267–268.)

Laukkanen (2008, 268) viittaa yhdysvaltalaiseen tutkimukseen nimeltä EPE-SE, jossa heikolla itsearvioidulla terveydellä oli ennustettavuutta toimintakyvyn heikkenemiseen seuraavan kuuden vuoden aikana. Sairaudet ja samaan aikaan useat sairaudet ovat yhteydessä toimintakyvyn heikkenemiseen ja avuntarpeeseen. Dementoivat sairaudet, aivohalvaus, nivelrikko, lonkkamurtuma ja vaikeat sydänsairaudet ovat voimakkaasti toimintakykyyn ja laitoshoidon tarpeeseen vaikuttavia tekijöitä.

Laukkanen (2008, 268) viittaa Iki vihreät projektin tutkimukseen jossa todettiin, että krooniset sairaudet ja niiden vakavuus, alentunut kognitiivinen kyky ja masennusoireiden määrä olivat yhteydessä vaikeuksiin tai avuntarpeeseen päivittäisissä toiminnoissa. Lisäksi yhteys todettiin heikentyneen näön, kuulon, tasapainon sekä fyysinen suorituskyvyn kuten heikon lihasvoiman ja hitaan

kävelynopeuden osalta. Jatkossa on tärkeää kehittää tietoon pohjautuvia toimenpiteitä, joilla pyritään toimintakykyisten elinvuosien lisäämiseen

Liikkumisen kannalta tärkeitä toimintoja ovat lihasvoima, tasapaino, aistitoiminnot ja näitä ohjaileva keskushermoston toiminta. Liikkumiskyvyssä ilmenevät vaikeudet ovat ensimmäinen merkki toimintakyvyn heikkenemisestä. Ikääntyvillä on todettu liikkumisvaikeuksia edeltäviä liikkumisongelmia. Ikivihreät projektin tutkimuksessa todettiin, että 80 -vuotiaista naisista 75 ja miehistä 65 prosentilla oli liikkumiskyvyn ongelmia, kuten ulkona liikkuminen sujui hitaammin tai se aiheutti väsymystä enemmän kuin aiemmin. Arkielämän sujumiseen liittyvien asioiden tekemisen aiheuttama väsymys ennustaa lisääntyntä sosiaali- ja terveystalvelujen käyttöä sekä kuolleisuutta. Väsymisen on todettu olevan yhteydessä huonoon fyysiseen kuntoon. (Rantanen & Sakari-Rantala 2008, 287–288.)

Hauraus-raihnaisuus oireyhtymään (HRO) liittyy hitaus, lihasheikkous, tarmon puute, inaktiivisuus ja tahaton painonlasku. Siinä yhdistyvät toiminnanvaja-us, useat sairaudet ja hauraus sekä raihnaisuus. Yleisimmin oireyhtymän tunnusmerkkeinä pidetään vanhuuden lihaskadon seurauksia, joista yleisimpiä ovat heikentynyt liikuntakyky sekä alentunut lihasvoima. Amerikkalaiseen The Women's Health and Aging Studyn aineistoon perustuvat kriteerit oireyhtymäl-le ovat tahaton laihtuminen, subjektiivinen uupumus, vähäinen fyysinen aktiivisuus, hitaus ja heikkous. Vähintään kolmen osatekijän toteutuminen merkitsee HRO:ta ja 1-2 tekijän jo HRO:n esiaste vaihetta. (Strandberg 2008, 346-348.)

Sipilä ym. (2008, 116) mukaan keski-iässä mitatulla hyvällä puristusvoimalla on ennustettavuutta ikäihmisen toiminnanvajakuksen riskiin. Huonolla puristusvoimalla riski kasvaa kaksin tai kolminkertaiseksi.

Tiikkaisen (2006, 64–65) väitöskirjan mukaan 80- ja 85-vuotiaista lähes kolmasosa koki jossain määrin yksinäisyyttä. Yhdellä kymmenestä yksinäisyyden kokemuksia oli usein tai lähes aina. Vanhuusiän yksinäisyydessä erottuivat

emotionaalinen ja sosiaalinen yksinäisyys. Tärkeimmät emotionaalista yksinäisyyttä määrittelevät tekijät olivat masentuneisuus, leskeys, yksin asuminen, huonoksi koettu terveys ja alentunut toimintakyky. Sosiaalinen yksinäisyys ilmenee puutteellisina vuorovaikutussuhteina, johon johtavat erityisesti vähäiset ystäväkontaktit ja mielialaongelmat sekä huono toimintakyky. Parempi koulutustaso vähentää yksinäisyyttä. Naisilla masentuneisuus ennusti yksinäisyyden tunnetta. Yksinäisyyden tunnetta vähensi, kun tiesi saavansa apua tarvittaessa. Terveiden ja toimintakyvyn heikkeneminen ja ihmissuhteiden menetykset altistavat yksinäisyyden tunteelle.

### **3.3 Ikääntyvien toimintakyvyn arviointi**

Toimintakyvyn mittaamiseen ja arviointiin on useita eri mittareita ja suosituksia. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmä esitti, että eri toimijoiden tulisi kehittää ja yhdenmukaistaa toimintakyvyn, työkyvyn ja toimintaedellytysten mittamenetelmiä ja terminologiaa. Sen vuoksi perustettiin TOIMIA–hanke, joka kokosi yhteen eri asiantuntijat ja toimijat, jotka yhdessä muodostivat asiantuntija verkoston. Toimia-hanke sijoittui neljälle vuodelle 2007 – 2010. Verkoston valmistelutyöstä on vastannut työryhmä Kansanterveyslaitoksen johdolla. Verkosto toimi neljällä eri aihealueella, jotka olivat iäkkäät, väestötutkimus, vaikeavammaiset ja työkyky. (Toimia 2010.) Mittaripankki avautui tammikuussa 2011. Iäkkäiden ryhmän asiantuntijaverkosto laati mittaripankkiin toimintakyvyn arviointiin sopivat suositukset, menettelytapaohjeet ja yhteenvedot. Nämä ovat siellä kaikkien käytettävissä. (Toimia 2011.)

Henkilön toimintakyvyn arvioinnissa käytetään mittareita, keskustellaan ja havainnoidaan. Arviointi käsittää aina vähintään neljä toimintakyvyn ulottuvuutta, niin fyysinen, psyykinen, kognitiivinen kuin sosiaalinen ulottuvuus. Mittareiden sisältämät yksittäiset kysymykset antavat erittäin tärkeää tietoa asiakkaan tarpeista. Niihin liittyvät raja-arvot ja eri mittareiden yhdistelmät antavat tietoa arvioijalle siitä, miten vaikea-asteinen arjesta suoriutumisen vaje on. Raja-arvon ylittävä tulos edellyttää taustalla vaikuttavien elämäolosuhteiden, sai-

rauksien tai tilojen tunnistamista ja niihin puuttumista. Toimintakyvyn arvioinnin lopputulos on aina yksilöllinen. Tulos koostuu arvioijan ja arvioidun sekä hänen läheistensä yhteistyössä muodostuneesta kokonaiskäsityksestä. (Toimia 2011.)

Yli 85-vuotiaista 90 prosentilla on jokin pitkäaikaissairaus ja iän myötä sairauksien lukumäärä voi kasvaa. Sairaudet ja niiden lukumäärät eivät kerro sitä, mikä merkitys niillä on ikäihmiselle. Vaikka ikääntyneellä olisi useita pitkäaikaissairauksia, niin useimmiten hän on tyytyväinen toimintakykynsä niin kauan kuin hän pystyy asumaan kotona, liikkumaan itsenäisesti ja huolehtimaan itsestään. (Ihalainen & Kettunen 2007, 196–198.)

Fyysisen toimintakyvyn arvioinnissa keskeisimmät ovat hengitys- ja verenkiertoelinten sekä aistielinten toimintakyky. Keskeisin on suoriutuminen päivittäisistä toiminnoista, johon liittyy fyysinen, kognitiivinen ja psyykinen toimintakyky sekä ympäristöön liittyvät tekijät. Päivittäisissä toiminnoissa on perinteisesti korostuneet toiminnon vajavuudet eli negatiivinen lähestymistapa toimintakykyyn. Kognitiiviseen (älylliseen) toimintakykyyn vaikuttavat toimintojen ohjaukseen liittyvät tekijät, kuten toimintojen sujuvuus, suunnitelmallisuus ja joustavuus sekä tarkkaavuus, keskittyminen että kontrollin ylläpitäminen. (Voutilainen 2009a, 125–126.)

Psyykinen toimintakyky liittyy elämänhallintaan, mielenterveyteen ja psyykkiseen hyvinvointiin. Psyykinen toimintakyky on otettava aina huomioon arvioidessa kognitiivista toimintakykyä, sillä mieliala ja motivaatio vaikuttavat älylliseen suoriutumiseen. Toisaalta älylliset muutokset ovat osa joidenkin psyykkisten sairauksien oireita. (Mts. 125–126.)

Voutilainen (2009a, 128–129) nostaa esille toimijuus käsitteen, joka antaa toimintakyvyn arvioinnille, tulosten tulkinnalle ja hyödyntämiselle asiakkaan näkökulmasta erityisen tarkoituksenmukaisen ulottuvuuden. Toimijuus viitekehysten avulla voidaan ymmärtää ja analysoida ikäihmistä heidän alkutilanteissaan, heidän elämäntilanteitaan ja vuorovaikutusta suhteessa palvelujärjestelmään.



### 3.4 Ikääntyvien toimintakyvyn mittarit

#### Päivittäiset toiminnot

Päivittäisistä toiminnoista selviytymistä voidaan arvioida käyttämällä erilaisia kysely- ja havainnointimenetelmiä sekä fyysistä toimintakykyä arvioivia mittareita. Useimmat pohjautuvat päivittäisiä perustoimintoja kuvaaviin ADL (Activities of Daily Living) -toimintoihin tai asioiden hoitamista kuvaaviin IADL (Instrumental Activities of Daily Living) -toimintoihin. Tunnetuimpia ADL-mittareita ovat Katzin mittari (kuusi osiota) ja Barthelin indeksi (kymmenen osiota), jotka on kehitetty 1960-luvulla. Katzin asteikko mittaa kuutta osiota; syöminen, peseytyminen, pukeutuminen, liikkuminen, WC-toiminnot ja pidätyskyky. Barthelin indeksiin kuuluu edellä mainittujen osioiden lisäksi siirtyminen vuoteesta ja vuoteeseen, kävely, portaissa liikkuminen ja henkilökohtaisen hygienian hoitaminen. (Ihalainen & Kettunen 2007, 196.)

Ihalainen & Kettunen (2007, 196-197) viittaa Ikivihreät projektiin, jossa yhdistettiin ADL- ja IADL -mittarit. Toimintoja arvioitiin asteikolla yhdestä neljään riippuen omatoimisuuden asteesta ja avuntarpeesta. Ikääntymiseen ja pitkäaikaisairauksiin liittyy, että toimintakyvyn heikkeneminen on asteittaista. Aluksi vähenee liikkuminen kodin ulkopuolelle, seuraavassa vaiheessa voi ilmetä vaikeuksia ja avun tarvetta asioiden hoitamisessa. Fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen sairauden tai vamman vuoksi voi heikentää vähitellen päivittäisiä toimintoja seuraavassa järjestyksessä; kävely, peseytyminen, sängystä ja tuolista siirtyminen, pukeutuminen, WC-toiminnot ja lopuksi syöminen. Tavallisin laitoshoitoon siirtymisen syy on runsas avun tarpeen lisääntyminen päivittäisissä toiminnoissa.

#### RAVA -toimintakykymittari

Ikäihmisten (65-vuotiaat →) toimintakyvyn ja avuntarpeen mittari RAVA on kehitetty kuntien palvelurakennetarkastelua varten. Kehittäjinä ovat olleet Tapio Rajala ja Eero Vaissi. Mittarin omistaa Kuntaliitto ja FCG:llä (Finnish Consulting Group) on mittariin yksinoikeudet ja velvollisuudet. Mittari mittaa pe-

rus- ja välinetoimintoja, mutta ei vaativia päivittäisiä toimintoja. Tiedot syötetään RAVATAR -ohjelmaan. Arvioinnin tuloksena saadaan kullekin asiakkaalle RaVa-indeksi ja RAVA-luokka. Mittari mittaa huonosti sosiaalista toimintakykyä. Rava arvioinnin yhteyteen liitetään MMSE-testi (Mini- Mental State Examination) ja GDS 15-testi (Myöhäisiän depressioseula). RAVA -toimintakykymittari on luotettava ja toistettava. Mittari on lisensoitu ja se ei saa olla ainoa kriteeri päätöksenteossa. Mittaria voivat käyttää vain käyttäjätunnuksen saaneet työntekijät. Käyttäjätunnukset ovat organisaatiokohtaiset. (Klemola 2011.)

Rava -toimintakykymittaria ja -indeksiä käytetään sekä avo- että laitoshoidossa. Toimintakykyä ja päivittäisen avun tarvetta arvioidaan kahdentoista toiminnon avulla. Rava-indeksiä käytetään, kun arvioidaan avun ja palvelun tarvetta sekä tarkoituksenmukaisen hoitopaikan valintaa. Indeksillä on karkea toimintakyvyn mittari. Tietyt kunnat ovat laatineet Rava pisteistä asteikkoja, joita käytetään kun päätetään kotihoitopalvelujen määrästä tai mahdollisuudesta saada palvelutalo- tai vanhainkotipaikka. (Ihalainen & Kettunen 2007, 197.)

### **Fyysinen, psykososiaalinen ja kognitiivinen**

Ikääntyneen toimintakyvyn heikkeneminen saattaa näkyä vain liikkumiskyvyn heikkenemisenä, avuntarpeena ja riippuvuutena toisista ihmisistä. Näkökulma muuttuu toisenlaiseksi, kun siihen lisätään psykososiaalinen toimintakyvyn käsite. Tähän liittyy kokemukset elämän tarkoituksellisuudesta ja tulevaisuuden odotuksista sekä mielialaan että muistiin liittyvät tekijät. (Ihalainen & Kettunen 2007, 198.)

Elämän tarkoitukselliseksi kokemiseen liittyviä asioita on vaikea arvioida ja mitata samalla lailla kuin fyysistä toimintakykyä. Ne ovat ihmisen henkilökohtaisia valintoja, jotka vaikuttavat hänen toimintakykynsä sekä elämänlaatuunsa. Elämän tarkoitukselliseksi kokeminen on kiinteässä yhteydessä mielialaan, jossa tapahtuneita muutoksia voidaan arvioida toimintakyvyn näkökulmasta. Mielialaa selvitetään vapaamuotoisen haastattelun ja havainnoinnin sekä eri-

laisten testien avulla. Muistihäiriöt vaikuttavat ikääntyvän toimintakykyyn. Niitä voidaan arvioida haastattelujen avulla ja käyttämällä muistihäiriöiden tutkimista varten laadittuja seulontamenetelmiä. Tavallisin seulontamenetelmä on kognitiivinen MMSE-testi (Mini- Mental State Examination), joka sisältää kysymyksiä orientoitumisesta aikaan ja paikkaan sekä lyhyitä muistia, keskittymistä ja hahmottamista arvioivia tehtäviä. MMSE on lyhyessä ajassa suoritettu karkea seulontamenetelmä. (Ihalainen & Kettunen 2007, 200–201.)

### **MMSE täydennettynä kellotaululla**

MMSE ja sen tulkinta on standardoitu koko Suomessa samanlaiseksi. Se on yleisimmin käytetty perustason kognitiivinen seula ja sen maksimipistemäärä on 30 pistettä ja perinteisesti 24 pistettä tai alle on viitannut dementiatasoi- seen häiriöön. MMSE testin rinnalla on käytetty lisätehtävänä kellotestiä. Tutkittavaa on pyydetty piirtämään kellotaulu ja asettamaan viisarit tiettyyn kello- lonaikaan. Tulkinnassa on ollut kahdenlaista pisteytystä. Karkeammassa on enintään neljä pistettä ja yksityiskohtaisemmassa ja nykyisin suositeltavam- massa kuusi pistettä. (Juva 2009, 15.)

Kellotesti mittaa sekä toiminnanohjausta että näönvaraista hahmottamista ja on käyttökelpoinen silloin kun kielellinen häiriö aiheuttaa heikon tuloksen MMSE -testissä. MMSE ei kuitenkaan kellotestillä täydennettynä ole riittävä erottelemaan alkavaa Alzheimerin tautia (AT) tai muita muistisairauksia nor- maalista ikääntymisestä tai masennuksesta. Kiinnostuksen kohteena ovat lie- vät tapaukset, jossa MMSE-pisteet voivat olla 25–28, jopa 30 pistettä. (Juva 2009, 15.)

### **CERAD seulontatutkimus**

Muistisairauden ensivaiheen arviointimenetelmäksi on kehitelty tarkempi testi- patteristo CERAD (The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer`s Disease , yhdysvaltalainen yhteistyöhanke Alzheimerin taudin tutkimuksen yhtenäistämiseksi) kognitiivinen tehtäväsarja seulontaan. Tehtäväsarja on suunniteltu käytettäväksi yli 55-vuotiaille. MMSE ja kellotesti sisältyvät CE- RAD tehtäväsarjaan ja niiden lisäksi mukana on laajempia tehtäviä liittyen sa-

nasujuvuuteen, nimeämiseen sekä kielelliseen että näönvaraiseen muistiin. CERAD on tarkoitettu seulontaan diagnostiikan avuksi ja se on käyttökelpoisiin muistisairausten seulontatutkimus, johon voi hakeutua vähäisenkin muisti-huolen takia. (Juva 2009, 15; CERAD -kognitiivinen tehtäväsarja 2011.)

Alzheimerin käypä hoitosuosituksessa vuodelta 2006 on CERAD tehtäväsarjan tekeminen osana perusselvityksiä. Asiantuntijasuosituksessa vuonna 2008 ei katsottu riittäväksi MMSE-testin tekeminen varhaisvaiheen arvioimiseksi vaan siihen tarvitaan CERAD arviointimenetelmää. CERAD tehtäväsarjan tekeminen ei edellytä psykologin koulutusta, vaan sitä tekevät monet terveydenhuollon ammattilaiset, jotka ovat perehtyneet esitysohjeisiin ja tulosten tulkintaan. (Juva 2009, 15; CERAD – kognitiivinen tehtäväsarja 2011.)

### **Hyvinvointi ja elämänlaatu**

Fyysisen toimintakyvyn mittaamiseen on monia menetelmiä, mutta henkisten ja varsinkin sosiaalisten edellytysten mittaamiseen voi vaikeampi löytää arviointimenetelmiä. Toimintakyvyn kuvaamisella syvennetään tietoa henkilön elämänlaadusta ja sairausdiagnooseista yleiseen selviytymiseen toimintaympäristössä. Kuntoutuksen suunnittelun kannalta on tärkeää selvittää mikä on ollut henkilön kunto ennen sairastumista. (Laukkanen 2008, 261–264.)

Oulun kaupungissa on kehitetty ikääntyneiden hyvinvointiprofiili, jonka laatimisen apuna oli käytetty kyselylomaketta, joka koostui 80 kysymyksestä ja turvallinen ympäristö havaintolomakkeesta. Hyvinvointiprofiili oli laadittu hyvinvointia edistävillä kotikäynneillä, joita oli kohdennettu silloin 80 vuotta täyttäneisiin henkilöihin, jotka eivät kuulu koti- tai laitoshoidon piiriin. Siinä oli tarkasteltu vanhusten hyvinvointia ja elämänlaatua sosiaalisen osallistumisen näkökulmasta. (Kokko 2010, 17–21; Manssila & Koistinen 2006, 3–4.)

Hyvinvointiprofiilikyselylomakkeen avulla voidaan määrittää kotona asuvan iäkkään hyvinvoinnin tila yhdeksällä eri elämän osa-alueella. Nämä ovat itse-

näisyys, fyysinen toimintakyky, henkinen toimintakyky, sosiaalinen verkosto, yksinäisyys, turvallisuus, koettu terveys, elämäntavat ja elämänlaatu. Verkko-kuvassa on nähtävissä asiakkaan oma kokemus hyvinvoinnistaan, hoitajan arvio, hyvinvointitavoite sekä alueellinen taso. Hyvinvointiprofiilin tavoitteena on toimia palveluohjauksen kohdentamisen apuna ja lisätä ikääntyneen omaa aktiivisuutta hyvinvointinsa edistämiseksi. Haastattelulomaketta voi käyttää hyvinvointia edistävien kotikäyntien tukena sekä erilaisissa kehittämishankkeissa. (Kokko 2010, 17–21; Kokko 2009.)

### **3.5 Muistisairaudet ja niiden vaikutus toimintakykyyn**

Muisti voi heikentyä monista syistä. Muistiin, keskittymiseen ja tietojen käsitte-lyyn vaikuttavat degeneratiiviset sairaudet, väsymys, stressi, lääkitys, nautin-toaineet, kiputilat, masennus, aistimuutokset ja jännitys. Kaikista etenevää muistisairautta sairastavista yleisin on Alzheimerin tauti. Sitä esiintyy 60-70 prosenttia kaikista sairastuneista. Seuraavaksi tulevat vaskulaarinen dementia ja Lewyn kappale –tauti. Pieni osa on frontotemporaalinen dementiaa. Potentiaalisesti hoidettavia ovat kilpirauhasen vajaatoiminta, B12-vitamiinin puutos. Alzheimerin taudin varhaista toteamista korostetaan, jotta lääkitys voitaisiin aloittaa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Uudella tietämyksellä sairau-desta ja uusilla lääkkeillä voidaan hidastaa oireiden etenemistä ja parantaa näin sekä potilaan että läheisten elämänlaatua. Alzheimer on aivojen rap-peumasairaus, joka etenee hitaasti ja tasaisesti. Tyypilliset vaiheet ovat oiree-ton vaihe, lievä kognitiivinen heikentymisen vaihe (MCI, Alzheimerin taudin vaaratila), varhainen Alzheimerin tauti sekä lievä, keskivaikea ja vaikea Al-zheimerin tauti. (Huovinen 2005, 47–79; Sulkava 2011.)

Sairaus voi alkaa jo keski-ikässä, jopa alle 50-vuotiaana. Mitä iäkkäämmäksi henkilö elää, niin sitä suurempi riski sairastua Alzheimerin tautiin. Yli 85-vuotiaista sairastavia on jo 35 prosenttia. Tyypillisin ensioire on uuden asian oppimisen vaikeus ja tuoreen muistiaineksen korostunut unohtaminen. Muisti-

häiriöitä seuraavat toiminnan ohjauksen, kielellisen ilmaisun ja hahmottamisen vaikeudet. Myöhemmin selviytyminen arkitoimista heikkenee. Vähitellen tulee käytösoireita ja lopulta edessä voi olla laitoshoido. Sairauden edetessä potilaan sairauden tunto heikkenee. (Huovinen 2005, 47–79.)

Muistisairaana ihmisen lähimuisti on huono tai olematon, mutta tunteiden ja tunnelmien muistaminen säilyy kohtalaisen hyvin. Hän voi sanoittaa nykyelämän, kokemuksiaan ja tarpeitaan muistissa olevilla menneisyyden ihmisillä ja tapahtumilla. Orientoituminen aikaan, paikkaan ja henkilöihin heikkenee muistisairauden edetessä. Aluksi päivät ja eri tapahtumien ajankohdat sekoittuvat. Myöhemmin tulee paikkojen tunnistamisen vaikeus. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 102–103.)

Muistisairaus muuttaa sairastunutta ja vaikuttaa huomattavasti hänen ja hänen läheistensä elämään. Iäkäs muistisairas tarvitsee aina vain enemmän huolenpitoa ja hoivaa, joka tapahtuu vuorovaikutuksen kautta. Yhteisen vuorovaikutuskanavan löytäminen hyödyntää niin sairastunutta kuin omaista. Lisäksi sairastunut saa tuntea, että hänen ihmisarvonsa säilyy, vaikka hänen toimintakyvyn muuttuessa tulee yhä enemmän riippuvaiseksi läheisistään. (Kämäräinen 2008, 2.)

Kognitiivisia toimintoja tukevat apuvälineet voivat auttaa ylläpitämään muistisairaiden ihmisten päivittäistä toimintaa ja edistää heidän osallistumistaan yhteiskuntaan. Apuvälineet voivat omalta osaltaan tukea itsenäisyyttä, lisätä turvallisuuden ja varmuuden tunnetta sekä auttaa hoidossa ja huolenpidossa. Ne voivat lisätä toimintamahdollisuuksia ja auttavat ylläpitämään sosiaalisia kontakteja. Apuvälineet voivat helpottaa perheenjäsenten ja avustajien työtä ja tuottaa käyttäjälleen iloa sekä kohottaa itsetuntoa. (Apuvälineet ja dementia Pohjoismaissa 2008, 13–25.)

### **3.6 Toimintakyvyn arviointi osana palvelutarpeen arviointia**

Ikääntyneiden terveys ja toimintakyky vaikuttavat merkittävästi heidän hyvinvointiinsa, palveluiden tarpeeseen sekä palvelumenojen kehitykseen niin sosiaali- kuin terveyspuolellakin. (Voutilainen 2009b, 116). Palvelutarpeen arviointi on kunnan palvelua, johon kaikilla 75 vuotta täyttäneillä ja Kelan ylintä hoitotukea saavilla henkilöillä on lakisääteinen oikeus. Oikeus perustuu sosiaalihuoltolakiin. (lääkäiden neuvontapalvelut ja hyvinvointia edistävät kotikäynnit 2011). Palvelutarpeen arviointiin liittyy vanhuksen toimintakyvyn arviointi. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn mittaaminen palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä on vuorovaikutuksellinen tilanne, jossa asiakkaan elämäntilanne, toiminta ja tarpeet ovat keskipisteenä ja mittarit apuvälineitä. (Toimia 2011.)

Monipuolinen ja systemaattinen tuen ja palveluiden tarpeen arviointi tehdään moniammatillisesti silloin, kun iäkäs henkilö ei selviä arjestaan ilman toisen henkilön apua tai tällainen tilanne on odotettavissa. Sisältö riippuu siitä tuleeko iäkäs ihminen arvioon sosiaali- vai terveyspalvelujen kautta ja siitä, mikä arvioinnin monista syistä on kyseessä. (Toimia 2011.)

#### **Suositukseset ikääntyvän toimintakyvyn arviointiin**

Asiantuntijaverkosto laati kuusi suositusta, jotka liittyivät ikääntyvän toimintakyvyn arviointiin. Ensimmäisessä suosituksessa oli, että palvelutarpeen tulee käsittää toimintakyvyn neljä ulottuvuutta. Nämä ovat fyysinen, psyykinen, kognitiivinen sekä sosiaalinen ulottuvuus. Lisäksi arvioidaan toimintakyvyn heikkenemistä ennakoivat eri ulottuvuuksiin liittyvät riskitekijät kuten terveydentilan epävakaus, heikko ravitsemustila, turvattomuus, sosiaalisten kontaktien vähyyys tai kipu. Arvioidaan myös henkilön voimavarat, taloudellisen tilanteen vakaus, asumisympäristöön liittyvät puutteet, vaaratekijät sekä mahdollisuudet ja vahvuudet. Arvioinnit suoritetaan mittarein, keskustellen ja havainnoiden. Saadun tiedon kautta muodostetaan kokonaiskuva yksilöllisestä palvelutarpeesta. (Toimia 2011.)

Toisessa suosituksessa arjen suoriutumisen perusarviointi edellyttää sekä välinetoiminnoista (IADL) että perustoiminnoista (BADL) suoriutumisen arviointia siten, että palvelutarpeen määrä ja luonne hahmotetaan myös erittäin vähäisen ja erittäin runsaan tarpeen osalta. Kolmas suositus koskee kognitiota ja sen arviointia arjen sujumisen kannalta. Mikäli vaje havaitaan, niin sen vaikeusaste tulee kartoittaa. Neljännessä suosituksessa psyykinen tilanne arvioidaan psyykkisten voimavarojen ja niihin vaikuttavien tekijöiden havaitsemiseksi. (Toimia 2011.)

Viides suositus koskee sosiaalisen toimintakyvyn arviointia ja että arviointiin tulee ottaa huomioon henkilön ihmissuhteiden määrä ja luonne sekä hänen osallistumisensa yhteisön ja yhteiskunnan toimintoihin. Kuudennessa suosituksessa palvelutarpeen arvioinnin tulee johtaa toimenpiteisiin tai niistä kieltäytymiseen henkilön edun mukaisesti. Palvelutarpeen arviointi toistetaan määräajoin, tarvittaessa tai yhdessä asiakkaan kanssa sovitusti. Arvioinnin tuloksia hyödynnetään monipuolisesti ja laajasti palvelujen suunnitteluun. (Toimia 2011.)

## **4 IKÄÄNTYNEIDEN HYVINVOINTIA EDISTÄVÄT KOTIKÄYNNIT**

### **4.1 Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen**

Ikäihmisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämällä sekä neuvontapalveluiden kehittämisellä on lainsäädännöllinen perusta kansanterveyslaissa (1972) ja uudessa terveydenhuoltolaissa (2011). Lait sisältävät velvoitteita kunnalle huolehtia kunnan asukkaiden terveysneuvonnasta ja terveystarkastuksista sekä kunnan asukkaiden terveydentilan ja hyvinvoinnin seurannasta sekä sii-



hen vaikuttavien tekijöiden kehityksestä väestöryhmittäin. Kunnilla on velvollisuus ottaa huomioon terveystieteelliset päätöksissään sekä heidän kuuluu tehdä yhteistyötä terveyden edistämiseksi muiden kunnassa toimivien julkisten, kolmannen sektorin ja yksityisten toimijoiden kanssa. Terveystieteelliselaki korostaa asiakaskeskeisyyttä ja että terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen tulee olla keskeistä kaikessa kunnallisessa päätöksenteossa. Asiakkaan omaa vastuuta korostetaan. Palvelujärjestelmän tehtäväksi jää tukea, ohjata ja moti voida ihmisiä kantamaan vastuuta. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 21–23; Terveystieteelliselaki 2011a; Terveystieteelliselaki 2011b.)

Sosiaali- ja terveystieteelliselministeriössä on valmisteltu lakiluonnos (2011) iäkkään henkilön sosiaali- ja terveystieteelliselpalvelujen saannin turvaamisesta. Lakiluonnos liittyy ikääntyneitä koskevan lainsäädännön (ikälain) vahvistamiseen. Ikälaki on vasta valmistuilla ja se ei ole vielä astunut voimaan. Se varmistaa, että iäkkäiden oikeus sosiaali- ja terveystieteelliselhuollon palveluihin toteutuu ja laki vahvistaa heidän osallisuuttaan omiin asioihinsa vaikuttamisessa. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on huomioitu lakiluonnoksessakin. (STM tiedote 68/2011.)

## **4.2 Ehkäisevän toiminnan menetelmät**

Ehkäisevällä, toimintakykyä ylläpitävällä toiminnalla voidaan ehkäistä ja siirtää hoidon ja palvelujen tarvetta myöhempään ajankohtaan, mutta se edellyttää varhaisen puuttumisen ja oikeiden työmenetelmien käyttöä. Kun toimintakyvyn ja terveystieteelliseltilan heikkenemiseen ja sosiaalisiin ongelmiin puututaan mahdollisimman varhain, niin ehkäistään toimintakyvyn vajauksen syntymistä ja ongelmien kasaantumista ja korostumista. Tämä edellyttää erilaisten ehkäisevien ja kuntouttavien työmenetelmien ja palveluiden käyttöönottamista ja niiden lisäämistä. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 22–23.)

### **Neuvontapalvelut ja hyvinvointia edistävät kotikäynnit**

Terveydenhuoltolaissa (2011) iäkkäiden neuvontapalveluissa painotetaan, että kunnan on järjestettävä alueellaan asuville vanhuuseläkettä saaville henkilöille hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä edistäviä neuvontapalveluja, jota korostaa myös ikälain lakiluonnos. Niiden tulee sisältää terveellisten elintapojen edistämistä sekä sairauksien ja tapaturmien ehkäisyyn liittyvää neuvontaa. Neuvontapalveluihin kuuluu terveydellisten ongelmien tunnistaminen ja niihin liittyvä varhainen tuki sekä sairaanhoidon ja turvallisen lääkehoidon ohjaus. Kunta voi lisäksi järjestää terveystarkastuksia ja hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä kunnassa erikseen sovitulla tavalla, kun taas tuleva ikälain lakiluonnos (2011) korostaa kunnan velvollisuutta. Laissa määritellään, että perusterveydenhuollon on toimittava yhteistyössä sosiaalihuollon kanssa järjestäessään neuvontapalveluja ja hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä. (Terveydenhuoltolaki 2011b; STM tiedote 68/2011.)

Voutilaisen (2009b, 117) mukaan neuvontapalveluilla voidaan lisätä terveyttä ja toimintakykyä sekä sosiaalista turvallisuutta. Ikäihmiset ja heidän omaisensa tarvitsevat neuvontaa ja ohjausta ikääntymiseen liittyvistä sosiaalisista ja terveydellisistä tekijöistä, riskien hallinnasta sekä mistä ja miten voi tarvittaessa saada tukea, apua, palveluja ja hoitoa.

Hyvinvointia edistävät kotikäynnit ovat kunnan järjestämää harkinnanvaraista palvelua, joihin ei muodostu subjektiivista oikeutta. Hyvinvointia edistävät kotikäynnit sekoitetaan monesti palvelutarpeen arviointiin, joka on lakisääteistä. Hyvinvointia edistävä kotikäynti voi sisältää palvelutarpeen arviointia, mutta pääasiallinen tarkoitus on tukea kotona selviytymistä, jotta säännöllistä palvelua ei tarvittaisi. Molemmissa arvioidaan iäkkään henkilön toimintakykyä ja voimavaroja. (Iäkkäiden neuvontapalvelut ja hyvinvointia edistävät kotikäynnit 2011.)

Ehkäisevien kotikäyntien käsite on muutettu hyvinvointia edistäväksi kotikäynniksi, jota terveydenhuoltolaki (2011) käyttää. (Neuvonta- ja palveluverkosto – ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistäjänä raportti 2009, 49; Tervey-

denhuoltolaki 2011b.) Hyvinvointia edistävästä kotikäynneistä käytetään puhekielessä lyhennettä HEHKO käynnit, jota erikoistutkija Anderssonin mielestä tulee välttää, koska se ei ole lain mukaista. (Andersson 2011). Sosiaali- ja terveysministeriössä valmistellussa ”ikälain” lakiluonnoksessa sosiaali- ja terveyspalvelujen saannin turvaamisesta oli säädetty osioita myös kotikäynteihin. Lakiluonnoksessa käytetään termiä hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä edistävät kotikäynnit. (STM tiedote 68/2011.)

Suunniteltaessa neuvontapalveluja ja hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä sisältöön kannattaa kiinnittää huomiota. Hyvinvointia ja terveyttä edistävät toiminnot eivät ole kaikkien saatavilla kehityksestä huolimatta. Kunnat tekevät omia tietojen keräämistä omaan käyttöön ja valtakunnallisesti kuntien välillä tietojen keräämisessä on eroja. (Neuvonta- ja palveluverkosto – ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistäjänä raportti 2009, 33, 49.)

Neuvontapalveluja ja ehkäiseviä kotikäyntejä koskeva kuntakyselyyn vastanneiden kuntien perusteella heillä oli käytössään enemmän ennaltaehkäisevät kotikäynnit kuin neuvontapalvelut. Valtaosassa kuntia kohdentaminen tapahtui iän perusteella. Jatkoa ajatellen monet kunnat nostivat esille erityisesti ennaltaehkäisevien kotikäyntien kohdentamisen. Vaikka ennaltaehkäisevästä näkökulmasta tulisi kotikäyntejä kohdentaa laajalle joukolle, mutta voimavarojen niukkuus asettaa toiminnan suuntaamisen pohtimista tarkemmin tietyille kohderyhmälle. Suomessa on käytössä kertakäyntikohtaiset kotikäynnit, kun taas kansainvälisesti on näyttöä seurantaikäntien tärkeydestä. Tanskalaisissa tutkimuksissa on noussut esille myös sukupuolinäkökulma, jossa naiset hyötyivät miehiä enemmän kotikäynnistä. (Neuvonta- ja palveluverkosto – ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistäjänä raportti 2009, 54.)

Ehkäisevän toiminnan sisältö riippuu henkilöstön koulutustaustasta. Neuvontapalvelut ja ehkäisevät kotikäynnit suorittivat pääasiassa terveydenhuollon ammattilaiset. Ehkäisevä toiminta vaatii laaja-alaista osaamista ja sen takia koulutuksen tulee kattaa hyvinvoinnin ja terveyden eri osa-alueet. (Neuvonta-

ja palveluverkosto – ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistäjänä raportti 2009, 54.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos sekä Kuntaliitto ovat julkaisseet sähköisen oppaan iäkkäiden neuvontapalveluista ja hyvinvointia edistävästä kotikäynneistä. Sivustolta löytyy hyvinvointia edistävien kotikäyntien suositeltavia käytäntöjä sekä esimerkkejä hyväksi koetuista toimintatavoista. Sivusto on jaettu kuuheen eri osaan, joista löytyy työvälineitä ikääntyvien parissa työskenteleville. Sivusto on tarkoitettu ensisijaisesti niille henkilöille, jotka toteuttavat, ohjaavat ja johtavat iäkkäiden terveyttä ja toimintakykyä edistäviä palveluja ja iäkkäille suunnattua varhaista tukea. (Iäkkäiden neuvontapalvelut ja hyvinvointia edistävät kotikäynnit 2011.)

### **4.3 Ikääntyvien neuvontakeskuksen palvelut Liperissä**

Ikääntyvien neuvontakeskus kuuluu organisaatiossa vanhuspalveluiden alle. Ikääntyvien neuvontakeskus tarjoaa ikäihmisten hyvinvointia, terveyttä ja kotona asumista tukevia palveluja sekä Liperin kunnassa että Outokummun kaupungissa. Toiminta on käynnistynyt joulukuussa 2009 ikääntyvien puhelinneuvontapalveluna. Liperin kunnassa on ollut päivätoimintaa vuosina 2004–2005, mutta toiminta on lopetettu määrärahojen puutteesta johtuen. Liperissä päiväkeskustoiminta aloitettiin uudestaan vuoden 2010 alusta. Ennaltaehkäisevän kotikäynnin nimellä tapahtuvia käyntejä on tehty vuodesta 2006 lähtien liperiläisille ja vuodesta 2009 outokumpulaisille kohderyhmää vaihtaen. Nykyinen nimi hyvinvointia edistävät kotikäynnit on otettu käyttöön vuonna 2010. (Ikääntyvien neuvontakeskus 2011.)

Ikääntyvien puhelinneuvonta perustuu yhden numeron periaatteeseen ja sitä tarjotaan arkipäivisin tunnin ajan liperiläisille ja outokumpulaisille. Muina aikoina asiakas voi jättää viestin ja yhteystiedot vastaajaan. Vastaajina toimivat ikääntyvien neuvontakeskuksen henkilökunta vuoroperiaatteella. Neuvontakeskuksen tehtävänä on olla matalan kynnyksen neuvontapalvelupaikka, jos-

sa ikääntyneet ja heidän omaisensa saavat neuvontaa ja ohjausta ikääntymiseen, terveyteen ja sosiaaliin asioihin liittyvissä asioissa. (Ikääntyvien neuvontakeskus 2011.)

Ikääntyvien neuvontakeskus järjestää avoimia tilaisuuksia, sovittuja ryhmiä kutsuperiaatteella (omaishoitajat ja –hoidettavat) sekä päiväkeskustoimintaa. Maksuttomat avoimet tilaisuudet tapahtuvat yhteistyössä kunnan eri sektorien, seurakunnan sekä kolmannen sektorin kanssa. Maksuttomana toimii lisäksi yksi avoin kerho. Päiväkeskustoimintaa on Outokummussa viitenä päivänä viikossa ja Liperissä kolmena päivänä viikossa vuonna 2011. Liperin päiväkeskustoimintaryhmät ovat kohdennettuja ryhmiä tietyille asiakkaille. Kotona asuville muistisairaille on kaksi ryhmää ja muille kotona asuville yksi ryhmä. Päiväkeskustoimintaan valitaan tiettyjen kriteerien mukaan, jotka on hyväksytty sosiaali- ja terveyslautakunnassa. Päiväkeskustoiminta on maksullista toimintaa. Neuvontakeskuksesta on saatavilla muistihoidajan ja sosiaalityöntekijän palveluja. (Ikääntyvien neuvontakeskus 2011.)

Neuvontakeskuksen henkilökuntaan kuuluvat muistihoidajat, sosiaalityöntekijät, vanhuspalveluiden ohjaaja ja fysioterapeutti. Esimiehenä toimii vanhuspalvelujen johtaja. Henkilökunta toimii sekä Liperin ja Outokummun alueella. Hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä tehdään 75 vuotta täyttävillä liperiläisillä sekä outokumpulaisilla, jotka eivät saa kotihoidon säännöllistä palvelua. (Ikääntyvien neuvontakeskus 2011.)

## **5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET**

Tutkimukseni tarkoituksena oli selvittää yksin kotona asuvien 75 vuotta täyttävien (vuonna 1936 syntyneet) elämäntilannetta, hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä. Käytännöllisenä tavoitteena oli kehittää hyvinvointia edistävien kotikäyntien käytäntöjä Liperin ikääntyvien neuvontakeskuksessa. Tietoja tul- laan hyödyntämään kehitettäessä hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä edis-

täviä palveluja, varhaisen puuttumisen menetelmiä ja hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä Liperin sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Tutkimuskysymykset olivat:

1. Mikä on tutkimukseen osallistuvien elämäntilanne, hyvinvointi, terveys ja toimintakyky tutkimuksessa käytettävissä olevilla mittareilla?
2. Mitä hyvinvointia uhkaavia tekijöitä nousee esille yksin kotona asuvilla 75 -vuotiailla?

## **6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS**

### **6.1 Tutkimusjoukon ja -menetelmän valinta**

Tutkimuksen perusjoukko oli vuonna 1936 syntyneet liperiläiset ja outokumpulaiset, joita oli vuonna 2011 Liperissä 75 ja Outokummussa 84 henkilöä. Valintakriteerinä olivat kotona asuvat, jotka eivät saa kotihoidon säännöllistä palvelua. Lopulliseksi perusjoukoksi muodostui liperiläisiä 69 ja outokumpulaisia 78 eli yhteensä 147 henkilöä. Perusjoukosta naisia oli enemmän suhteessa miehiin. Tutkimusjoukko (n=12) koostui yksin kotona asuvista henkilöistä. Vanhuspalveluiden asiakassihteerit merkitsivät listasta ne asiakkaat, jotka he tiesivät varmuudella yksin asuviksi. Tutkimusjoukkoon valitsin sekä naisia että miehiä. Tutkimukseen osallistuneista naisia oli 9 (75%) ja miehiä 3 (25%). Tutkimusjoukon henkilöt olivat minulle entuudestaan tuntemattomia.

Tutkimusmenetelminä käytin strukturoitua haastattelua eli lomakehaastattelua sekä toimintakyvyn testausta kotioloissa. Aineistonkeruussa käytin hyvinvointia edistävän kotikäynnin haastattelulomaketta 75 -vuotiaille. Sen kehittämisessä oli vertailtu Suomen Kuntaliiton kehittämää ehkäisevät kotikäynnit vanhuksille haastattelulomaketta, Joensuun kaupungin haastattelulomaketta, Oulun

hyvinvointiprofiilin haastattelulomaketta sekä Liperin kunnan / Ikääntyvien neuvontakeskuksen muokkaamaa haastattelulomaketta vuodelta 2010. Liperin kunnan haastattelulomaketta on vuosittain muokattu omaan käyttöön sopiva, jonka alkuperäinen versio on Suomen Kuntaliiton haastattelulomake.

Vuoden 2010 Ikääntyvien neuvontakeskuksen haastattelulomaketta olimme työparini kanssa yhteistyössä muokanneet ja käyttäneet 139 (75 vuotta täyttäneelle) asiakkaalle hyvinvointia edistävissä kotikäynneissä vuosien 2010–2011 aikana. Tutkimukseen osallistuminen tapahtui Liperin kunnan ohjeiden mukaan, joissa on huomioitu myös vaitiolovelvollisuus.

Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2004, 126–128) määritteiden mukaan tutkimukseni sijoittuu kvantitatiiviseen eli määrälliseen tutkimusmenetelmään. Heikkilän (2008, 13–16) mukaan lomakekysely määritellään kvantitatiiviseksi tutkimukseksi, kun aineiston keruussa käytetään yleensä standardoituja tutkimuslomakkeita valmiine vastausvaihtoehtoineen. Asioita kuvataan numeraalisten suureiden avulla ja tuloksia voidaan havainnollistaa taulukoin tai kuvioin.

Tavallisessa haastattelussa osapuolet ovat tasa-arvoisia kysymysten asettamisessa ja vastausten antamisessa, mutta tutkimushaastattelussa haastatteli ja ohjaa tilannetta. Tutkimushaastattelun tavoitteena on saada mahdollisimman luotettavia ja päteviä tietoja. (Hirsjärvi ym. 2004, 193–201) Omasta mielestäni haastattellessa iäkästä henkilöä tulee huomioida heidän toimintakykynsä, kuulonsa, näkö- ja puhekyky sekä kognitio. Haastatteluun tulee varata riittävästi aikaa. Melua aiheuttavat tekijät kuten radio ja televisio tulee sulkea haastattelun aikana. Läsnäolo aktiivisen kuuntelun avulla on tärkeää.

Silloin, kun tutkimuksen kohteena ovat ikäihmiset, on tärkeää ottaa huomioon iän erilaiset merkitykset eri yhteyksissä. Kronologinen ikä on tieto, joka on jokaisesta suomalaisesta ihmisestä luotettavasti saatavissa, mutta sen tietoarvo on loppujen lopuksi vähäinen. Ikääntymisen biologinen tapahtuma on hyvin erilainen eri ihmisillä, joten kaikki saman ikäiset eivät ole samalla tavalla vanhoja. Ihmisten oma kokemus iästä vaihtelee eri tilanteissa ja haastattelutilanne

on yksi vuorovaikutuksen tilanne, jossa tuotetaan erilaisia iän merkityksiä. (Lumme-Sandt 2005, 125–126.)

Ikäihmisten haastattelu tulee alkaa haastattelusta sopimisella. Usein ensimmäinen kontakti solmitaan puhelimitse. Tiedote auttaa haastateltavaa muistamaan haastattelun ja välittää haastattelusta tietoa mahdollisille läheisille. Ikäihmisten kohtaamisessa herkkä ja avoin mieli avaavat laajempia näkymiä heidän maailmaan. (Lumme-Sandt 2005, 128–144) Käytin tutkimuksessani yhteydenottoa suoraan kirjeitse ja haastattelulomakkeen keräsin kontrolloituna kyselynä. Hirsjärven ym.(2004, 185–195) mukaan kontrolloitu kysely lähetetään etukäteen tiedotteen kanssa ja se tarkistetaan henkilökohtaisesti kotikäynnin yhteydessä.

Toisen ihmisen mukana olo haastattelussa voi olla ongelma, mutta myös aineistoa rikastuttava tekijä. Ylimääräisen henkilön pois saaminen haastattelutilanteesta saattaa olla vaikeaa, mutta haastattelija voi kääntää tilanteen aineiston rikkaudeksi. Muiden henkilöiden merkitys analyysissä kannattaa ottaa huomioon, eikä poistaa heitä automaattisesti analysoitavasta aineistosta. Haastattelijan pitäisi kyetä hillitsemään itsensä ja jättää sanomatta omasta mielestään tärkeitäkin asioita. Vaikka luottamuksellisuus on tärkeä asia ja sitä kannattaa pohtia tutkimuksen teon aikana, ei siihen kannata syvällisesti puuttua haastattelutilanteessa, jos ei haastateltava itse osoita siihen tarvetta. (Lumme-Sandt 2005, 129–144.)

Tutkimushaastattelulomakkeessa käytin avoimia kysymyksiä, monivalintakysymyksiä sekä asteikkoihin perustuvaa kysymystyyliä. Hirsjärven ym. (2004, 185–190) mukaan avoimissa kysymyksissä on kysymys ja sen jälkeen tyhjä tila vastaamista varten. Monivalintakysymyksissä tutkija on laatinut valmiit, numeroidut vastausvaihtoehdot, joista vastaaja valitsee joko rastittamalla tai rengastamalla. Asteikkoihin perustuva kysymystyyppi, jossa esitetään väittämiä ja vastaaja valitsee niistä sen, miten voimakkaasti hän on samaa mieltä tai eri mieltä kuin esitetty väittäjä.



Vanhemmalle ikäryhmälle tehtävissä tutkimuksissa on todettu jouduttavan kohtaamaan ongelmia, jotka vähentävät tutkimuksen luotettavuutta. Kyselylomakkeisiin vastaaminen huonon näkökyvyn vuoksi voi osoittautua haasteeksi. Ikivihreät -projektin mukaan 15 prosentilla 75–84 -vuotiaista on todettu vaikeuksia sanomalehtitekstin lukemisessa. Luottamuksellisen suhteen saaminen aikaan tutkittavan ja tutkijan välille on tärkeää, koska käsitellään henkilökohtaisia asioita kotikäynnillä. Vanhimmassa ikäryhmässä masentuneisuus ja alakuloisuus ovat yleisiä ja tämä on otettava huomioon tutkimustilanteessa. (Heikkinen 2008, 20–21.)

## **6.2 Valitut mittarit hyvinvointia edistävällä kotikäynnillä**

Tutkimuksessa käytin hyvinvointia edistävät kotikäynnit 75 vuotta täyttävälle (vuonna 2011) haastattelulomaketta. Haastattelulomakkeen avulla sain laajasti tietoa asiakkaiden elämäntilanteesta, hyvinvoinnista, terveydentilasta sekä toimintakyvystä. Mittasin kaikilta asiakkailta verenpaineen.

Kognitiivisena testinä tein kaikille MMSE–testin (Mini- Mental State Examination) täydennettynä kellotaulun piirtämisenä. Kellotaulun piirtämisessä käytin maksimipistemääränä kuutta pistettä, jota suositellaan käytettäväksi. Täytin kaikille Rava –toimintakykymittari lomakkeen, jonka tiedot siirsin tietokoneelle omassa työpisteessäni. Liperin kunnassa ja Outokummun kaupungin sosiaali- ja terveystoimen yhteistoiminta-alueella on Rava –toimintakykymittari ollut käytössä myös 75 vuotta täyttävälle suunnatuissa hyvinvointia edistävissä kotikäynneissä. Psykkisenä testinä olin varautunut tarvittaessa myöhäisiän masennusseula GDS -15 mittarin käyttöön, mutta sitä en tehnyt kenellekään tutkimukseen osallistuville. Tähän vaikutti se, että haastattelulomakkeessa tuli jo tarpeellinen esille, joten koin testin päällekkäiseksi lomakkeen kanssa.

Fyysisenä toimintakykytestinä käytin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) liikkumiskykytestistöä / suorituskyvyn testistöä SPPB (Short physical performance battery). (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. 2011a) Testi oli mu-

kailtu Guralnikin (1994) testeistä. Siihen kuuluu tasapainotestit (Puoli-Tandem, jalat rinnakkain, tandem), tavanomainen kävelynopeus 2,44 metriä ja tuolista ylösnousu viisi kertaa. Tuolista ylösnousu tapahtuu käsivarret rinnan päällä pitäen. Maksimi pistemäärä on kaksitoista pistettä. Jokainen osasuoritus on jaettu neljään pisteeseen. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2011b; Guralnik, Ferrucci, Glynn, Bergman, Blazer, Schierr ja Wallance 1994, 85-94.)

Asiakas on puoli-tandem (takimmaisen jalan isonvarpaan tyvinivel on etummaisen jalan kantapään sisäosaa vasten) asennossa 10 sekunttia ja sen jälkeen siirtyy tandem asentoon (jalat peräkkäin, kantapää ja varpaat kiinni toisissaan) 10 sekunttia. Mikäli asiakas ei pysty olemaan puoli-tandem asennossa 10 sekunttia, niin siirtyy jalat rinnakkain asentoon. Pisteet lasketaan suorituksen perusteella. Kävelynopeudessa on kaksi suoritusta, joista paras valitaan tulokseksi. Tuolista ylösnousussa on yksi esitestaus nousu ja sen jälkeen viisi toistettua ylösnousua tuolista käsivarret rinnan päälle koukistettuna niin nopeasti kuin mahdollista. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. 2011b.)

Valitsin SPPB testiä täydentämään tuki- ja liikuntaelimestön testeistä kyynärnivelen koukistajalihasten dynaamisen voima testin dominoivalla kädellä. Halusin tutkimuksessani mitata käden lihasvoimia ja mittarin edullisuuden vuoksi päädyin tähän, koska käden puristusvoimamittaria ei ollut neuvontakeskuksessa eikä terveyskeskuksessa. Naiset suorittivat testin kahden ja miehet neljän kilon painolla. Asiakas kääntää käden kämmenpuoli eteenpäin ja koukistaa kyynärvartta mahdollisimman monta kertaa 30 sekunnin aikana. Asiakkaan ojentaessa kätensä, niin käsi palaa lähtöasentoon. Kämmenpuoli tulee vartaloon päin suunnattuna. Liikkeessä huomioidaan kyynärnivelen kierto.

Testasin hartiasseudun liikkuvuuden (seisten) ensisijaisesti tai olkanivelen liikelaaajuuden (istuen) riippuen siitä kummalla tavalla asiakas pystyi sen tekemään. Hartiasseudun liikkuvuus seisten tapahtuu seinää selkä seinää vasten, jolloin jalat ovat asettuneet lattialle puolentoista jalan mitan verran eteenpäin. Asiakas nostaa molemmat yläraajansa ylös kohti seinää. Liikerajoitus arvioi-

daan havainnoimalla silmämääräisesti erikseen oikealle ja vasemmalle puolelle. Olkanivelen liikelaajuus tapahtui istuen tuoli seinää vasten. Olkanivelen liikelaajuuden testissä asiakas nostaa yhden yläraajan peukalo edellä etuviistosta ylös (45 asteen horisontaalinen flexio / abduktio) niin pitkälle kuin pystyy. Liikelaajuus arvioidaan ja tulos kirjataan. Testit ovat UKK -instituutin testejä ikääntyville. (UKK -instituutti 2003.)

### **6.3 Tutkimuksen eteneminen**

Aihe-ehdotuksen esitin toukokuussa 2010. Sopimus opinnäyteyhteistyöstä oli tehty toimeksiantajan kanssa heinäkuussa 2010. Aihesuunnitelmaa esittelin syksyllä 2010. Teoriataustan kirjoittamista vuosina 2010- 2011. Tutkimuksen tarkentaminen oli keväällä 2011.

Lähetin tutkimusjoukon asiakkaille kirjallisen tiedotteen (ks. liite 1.) ja strukturoidun haastattelulomakkeen (ks. liite 2.) postitse etukäteen. Tiedotteen ja haastattelulomakkeen olivat tarkastaneet vanhuspalvelujen johtaja ja ohjaava opettaja. Tiedotteessa kävi ilmi haastattelun ajankohdan lisäksi myös haastattelijan yhteystiedot ja haastattelun tarkoitus lyhyesti. Tutkimushaastattelut suoritettiin kesällä 2011. Tutkimushaastatteluihin kuluva aika oli 2,05 – 3,00 tuntia asiakasta kohden. Keskiarvoksi tuli 2,30 tuntia / asiakas. Matkustaminen asiakkaan luokse ei kuulunut haastattelu-aikaan eikä kirjaaminen asiakas- ja potilastietojärjestelmään.

Tutkimuskysymyksiin tein asiakkaasta riippuen tarkentavia kysymyksiä palveluohjauksen kannalta. Haastattelussa kysyin kaikilta ajan kulumisesta ja miten olivat kokeneet yksin asumisen. Lisäksi kysyin miten ero tai puolison kuolema vaikutti hänen tilanteeseensa. Haastattelulomakkeen, toimintakyvyn testausten ja palautteiden jälkeen kysyin asiakkailta suostumusta tutkimukseni asiakkaaksi. Tämä sen takia, jotta pystyin kotikäynnin aikana saamaan asiakkaaseen luottamuksellisen suhteen. Suostumuslomakkeessa (ks. liite 3.) oli kerrottu, että olen fysioterapeutti ja opiskelen nyt kuntoutuksen ohjaajaksi Jy-

väskylän Ammattikorkeakoulussa. Suostumuslomakkeen oli tarkastanut ohjaava opettaja. Tutkimushaastatteluista tein yhteenvedon Mediatri asiakas- ja potilastietojärjestelmään heti käynnin jälkeen. Tein tutkimukseen liittyvän koostamisen, analysoimisen, muokkaamisen ja puhtaaksikirjoittamisen kesän ja syksyn 2011 aikana. Tietojen luovuttamisessa toimimme yleisten ohjeistuksien mukaan ja opinnäytetyössä asiakkaat eivät ole tunnistettavissa.

## **7 TUTKIMUSTULOKSET**

Tutkimustuloksia vedin yhteen keräämällä tiedot haastattelulomakkeista ja eri testauksista. Haastattelulomakkeista tein yhden yhteenvedon haastattelulomakkeen (ks. liite 4.), johon kokosin kaikista lomakkeista tiedot yhteen. Testaukset ja mittaukset kokosin myös omaan taulukkoonsa nimellä toimintakyvyn arviointi yhteenvetokooste ja fyysisen toimintakyvyn mittaustuloste kooste (ks. liite 5.). Tehtyjä yhteenvetoja lähdin analysoimaan ja etsimään vastauksia tutkimuskysymyksiin. Tein opinnäytetyössäni Liperin kunnan ikääntyvien neuvontakeskuksen hyvinvointia edistävän kotikäynnin prosessin 75 vuotta täyttävälle (ks. liite 6.). Tarkastelin prosessia vanhuspalveluluiden ohjaajan kanssa ja tein siihen muutoksia tarpeen mukaan.

### **7.1 Yhteenvedo haastattelulomakkeista**

Kokosin hyvinvointia edistävät kotikäynnit 75 vuotta täyttävälle (v.2011) haastattelulomakkeen yhteenvedot aloittaen lomakkeen esitiedoista edeten yhdeksään (A-I) muuhun eri osa-alueeseen. Näitä osa-alueita käsittelin osittain myös limittäin, mikäli huomasin yhteyttä niissä olevan keskenään. Nämä yhdeksän osa-aluetta olivat asuminen, terveydentila ja toimintakyky, elämänta-

vat, aistit: näkö ja kuulo, sosiaalinen verkosto ja osallistuminen, toimeentulo, viestintäyhteydet, sosiaali- ja terveystalvelujen käyttö, tulevaisuus ja palaute.

Tutkimukseen osallistui yhteensä 12 yksin kotona asuvaa 1936 vuonna synty-nyttä henkilöä, joista naisia oli yhdeksän ja miehiä kolme henkilöä. Heistä liperiläisiä oli kymmenen ja outokumpulaisia oli kaksi henkilöä. Suurimmalla osalla ei ollut ammatillista koulutusta. Lapsia oli kahdeksalla ja neljällä ei ollut ollenkaan lapsia. Tutkimusjoukosta leskiä oli kahdeksan ja eronneita sekä naimattomia molempia kaksi henkilöä.

Tutkimusjoukon lesket olivat jääneet yksin puolison kuoleman vuoksi keski-määrin 13,4 vuotta sitten. Kaikki tutkimukseen osallistuneet lesket kokivat, että leskeksi jäämisen ensimmäiset vuodet olivat vaikeimpia ja selviytymisen arki-elämän sujumisesta oli vaikeaa. Lasten ja läheisten tuen kokivat tärkeäksi. Kaikki lesket olisivat kaivanneet enemmän ulkopuolista apua ensimmäisen vuoden aikana. Ajan kuluessa tilanne oli helpottunut. Yhdellä leskellä oli miehen kuoleman jälkeen runsasta alkoholin käyttöä, vaikka sitä ennen ei ollut juonut ollenkaan alkoholia. Eronneilla puoliset olivat olleet alkoholisteja ja väkivaltaisia, mikä oli vaikuttanut heidän psyykkiseen jaksamiseensa aina näihin päiviin saakka. He näkevät vieläkin painajaisia, jotka vaikuttavat heidän yö-uneensa.

Suurin osa tutkimukseen osallistuneista asui omakoti- tai rivitalossa. Vain yksi henkilö asui kerrostalossa. Kaikki olivat tyytyväisiä asumiseensa, vaikka olo-suhteet kaikilla eivät olleetkaan ihanteelliset. Asuinolosuhteet olivat osalla an-keatkin, mutta silti he olivat tyytyväisiä asumiseensa ja elämäänsä. Sosiaali-sen verkoston tuki oli tärkeä pienissä korjauksissa varsinkin silloin, kun lapset olivat kaukana tai ei ole ollenkaan lapsia. Kolmella tutkituista liittyi ongelmia portaiden käyttöön. Nämä ongelmat liittyivät tuki- ja liikuntaelinvaivoihin tai / sekä sydän- ja verisuonisairauteen.

Terveystilansa ja toimintakykynsä kaikki tutkimukseen osallistuneet kokivat tyydyttävästä erittäin hyväksi ja suurin osa heistä 9/12 koki sen pysyneen jok-

seenkin samanlaisena verrattuna edellisvuoteen. Yksi koki terveydentilansa paremmaksi kuin vuosi sitten. Viisi tutkituista koki terveydentilansa / toimintakykynsä kuitenkin vain tyydyttäväksi. Kukaan tutkituista ei kokenut terveydentilansa olevan melko tai erittäin huono. Kaksi tutkituista koki terveydentilansa ja toimintakykynsä vähän huonommaksi kuin vuosi sitten. He kokivat, että voimat ovat vähentyneet ja väsyvät herkemmin. Näillä kahdella oli ongelmia myös portaiden käytössä.

Tutkituista yhdeksällä oli jokin diagnostinen sairaus ja säännöllinen lääkitys heidän omien sanojensa mukaan. Viidellä tutkituista sairaudet rajoittivat heidän elämää. Viisi tutkituista koki väsymystä ja voimattomuutta ja se oli yhteydessä joko univaikeuksiin, terveydentilaan, heikentyneeseen kuuloon tai masentuneisuuteen. Yksinäisyyttä ei kokenut kukaan tutkituista. Jokaisella tutkituista oli jokin sosiaalinen kontakti joko harrastusten tai muiden yhteyksien kautta. Masentuneisuutta oli kuitenkin kahdella tutkituista naisista. Tutkituista elämäänsä tyytyväisiä oli 11/12. Yksi nainen, joka ei osannut sanoa elämäänsä tyytyväisyyttä, oli psyykkisen vointinsa takia hoidossa. Kolme tutkituista koki muistinsa jonkin verran huonontuneen viimeisen vuoden sisällä. Kognitiivinen testi MMSE tuki naisilla heidän omaa arviotaan muistista, mutta yksi MMSE testissä alentuneen pistemäärän saaja mies koki muistinsa pysyneen samana.

Tutkituista kuudella asiakkaalla oli vaikeuksia raskaimmissa kotitöissä ja viisi näistä tarvitsi jo toisen henkilön apua. Näistä neljällä oli selvä joko yksi tai useampi yhteys tyydyttäväksi koettuun terveydentilaan, masentuneisuuteen, väsyneisyyteen ja voimattomuuteen tai muistin jonkin verran huononemisen tunteeseen. Tutkituista puolella oli käytössään jokin päivittäisiä toimintoja helpottava tai liikkumiseen liittyvä apuväline. Osa tutkituista oli jo ennakkoon itse varautunut tulevaisuuteen hankkimalla apuvälineitä omin kustannuksin. Neljä tutkituista oli kaatunut viimeisen puolen vuoden aikana ja pelkäsivät uudestaan kaatumista talvella. Vähäistä kaatumisriskiä kokivat kahdeksan tutkituista.

Tutkituilla oli kaikilla terveelliset elämäntavat ja suurin osa liikkui säännöllisesti. Liikkumiskyvyn koki kuitenkin vain puolet tutkituista melko hyväksi tai erittäin hyväksi ja loput puolet tyydyttäväksi tai melko huonoksi. Liikkumiskyvyn ongelmat liittyivät tuki- ja liikuntaelinvaikeuksiin. Ajokortti oli puolella tutkituista. Kodin ulkopuolelle liikkumista rajoittavat oman kyydin puuttuminen, terveydentilan ja toimintakyvyn rajoitukset. Kaikki kokivat, että tulevaisuudessa toimeen rahoituksesta kohtalaisesti tai hyvin. Sosiaaliturvaan liittyvistä asioista oli kiinnostunut kolme tutkituista ja nämä asiat liittyivät toimintakyvyn heikkenemiseen sekä erituliin.

Kaikki lukivat sanomalehtiä ja käyttivät puhelinta säännöllisesti. Mutta internetin ja sähköpostin käyttö oli vielä vähäistä tässä ikäryhmässä. Kaikki tutkitut olivat käyneet lääkärin vastaanotolla viimeisen kolmen vuoden sisällä. Osalla lääkärissä käynti liittyi 75 -vuotiaiden ajokorttitarkastukseen. Hammashoidossa käynnistä oli kulunut useammalla yli kolme vuotta. Kunnan / kaupungin järjestämiin palveluihin oli tyytyväisiä kymmenen asiakasta ja kaksi ei ollut tyytyväisiä. Tyytymättömyys näiden kahden kohdalla liittyi Marevan tuloksien vaikeaan saatavuuteen, lääkäripalveluiden puuttumiseen Viinijärven maaseutu-alueella sekä lääkärin ajanvaraus järjestelmään. Kotikäynnin kokivat tarpeelliseksi 11/12. Yksi, joka ei kokenut kotikäyntiä tarpeelliseksi oli harkinnut ajan perumista, mutta ei ollut saanut soitettua. Hän oli jo seurannassa muistihoitajalla ja jatkotutkimuksiin menossa.

## 7.2 Toimintakykytestien yhteenveto

Kognitiivisena testinä käytettävän MMSE -testin ja kellotaulun piirtämisen perusteella kolme sovittiin suoraan jatkoseurantaan testeissä saamien pisteiden perusteella. Heidän pisteensä vaihtelivat 20-24 pisteeseen. Kaksi heistä meni suoraan jatkokseen muistihoitajalle laajempaan Cerad testiin. Yksi henkilö ottaa itse yhteyttä syksyn aikana muistihoitajaan. Kukaan tutkituista ei saanut täysiä pisteitä, joka olisi 30 pistettä. Pisteet vaihtelivat 20–29 välillä ja yksi tutkituista ei halunnut tehdä testiä. Hän oli jo muistihoitajalla seurannassa ja jatko-

tutkimuksiin oli lähete. Yhteensä neljä tutkituista on jatkossa muistin takia jatkoseurannassa muistihoitajalla. Jatkoon ohjatut kaksi naista olivat itsekin arvioineet muistinsa muuttuneen jonkin verran huonommaksi viimeisen vuoden aikana. Jatkoon ohjattu mies koki muistinsa pysyneen samana, vaikka sai MMSE testissä 23 pistettä ja kellotaulun piirtämisestä vain yhden pisteen. Otin huomioon MMSE pisteitä arvioitaessa merkitykselliset kysymykset, joita tarkkailtava testiä tehdessä. Kun MMSE pisteet ovat 24 tai alle, niin se voi viitata muistihäiriöön. Kiinnostuksen kohteena ovat myös lievät 25-28 pisteillä selvinneet.

Rava -indeksi aleni neljällä tutkituista muistin heikkenemisen takia, mutta Rava luokka ei alentunut kenelläkään. Indeksien ja luokan perusteella avun tarve kaikilla tutkituilla voi olla satunnainen. Verenpaine arvot olivat lievästi kohonneet viidellä tutkitulla ja kohtalaisesti kohonnut neljällä tutkitulla. Yhteensä yhdeksän asiakkaiden kanssa sovittu jatkokontrollit joko kotimittarilla, itsehoitopisteessä terveyskeskuksessa tai varaa kontrolliajan terveyskeskuksesta. Verenpaineen mittasin ennen testejä.

Tuki- ja liikuntaelimestön testinä käytin hartiaseudun liikkuvuutta seisten tai olkanivelen liikkuvuutta istuen riippuen tutkittujen notkeudesta. Hartiaseudun liikkuvuus oli alentunut seitsemällä henkilöllä tutkituista, mutta olkanivelen liikkuvuus toiminnallisesti hyvät 11/12. Yhdellä henkilöllä oli voimakas liikerajoitus hartiaseudussa sekä olkanivelissä heikentyneen ryhdin johdosta. Lihasvoimaa ja -kestävyyttä käsissä mitattiin kyynärnivelen koukistajalihasten dynaamisena voimana. Miehet suorittivat neljän kilon ja naiset kahden kilon painolla. Tuloksena kolmella henkilöllä oli keskimääräistä heikompi tulos. Liikkumiskykytestin SPPB testin perusteella suorituskyky oli alentunut kolmella henkilöllä merkittävästi. Tutkimustuloksista on todettavissa, että samoilla kolmella henkilöllä hartiaseudun liikkuvuus, kyynärnivelen koukistajalihasten dynaaminen voima ja SPPB testin tulos oli alentunut.



### 7.3 Yhteenveto tutkimustuloksista

Tutkimuksessa käytetyillä mittareilla pelkästään yksin kotona asuminen ei ole uhka hyvinvoinnille 75 -vuotiailla. Tutkimukseen osallistuneet olivat yksin joko puolison kuoleman vuoksi, eron seurauksena tai olivat naimattomia. Selviytymiseen yksin asumisessa vaikuttaa paljon heidän elämänhistoriansa ja kuinka ovat päässeet yli vaikeuksista. Masentuneisuutta koki kaksi naista, mutta kukaan ei kokenut yksinäisyyttä, vaikka he elivät yksin. Tiikkaisen (2006) tutkimuksen mukaan naisilla masentuneisuus ennusti yksinäisyyden tunnetta. Yksinäisyyden tunteen kokemiseen oli varmaan vaikuttamassa se, kun jokaisella oli jokin sosiaalinen kontakti joko harrastusten tai muiden yhteyksien kautta. Heille oli kertynyt sosiaalista verkostoa elämän aikana.

Tutkimuksessa leskeksi jäämisen ensimmäisenä vuotena tutkitut kaipasivat enemmän ulkopuolista tukea ja apua, jotta selviytyy jatkamaan elämäänsä eteenpäin. Eronneilla puolison alkoholismi ja väkivaltaisuus koettiin vaikeaksi ja se vaikutti heidän elämäänsä aina näihin päiviin saakka. Puuttuminen varhaisessa vaiheessa elämäntapasairauksiin ja perheessä ilmenevään väkivaltaan on tärkeää, ei vaan ihmisen itsensä vaan myös perheen takia. Tilanteessa, kun ihminen jää yksin, niin omien voimavarojen tukeminen ja vahvistaminen ovat tärkeitä, jotta voidaan välttyä hyvinvointia uhkaavilta tekijöiltä. Terveystilansa / toimintakykynsä koki viisi kuitenkin vain tyydyttäväksi, joten jatkossa sen arvioimiseen tulee kiinnittää huomiota. Laukkanen (2008) viittasi aikaisemmin Yhdysvaltalaiseen tutkimukseen EPESE, jossa heikolla itsearvioidulla terveydellä on ennustettavuutta tulevaisuuteen.

Laukkanen (2008) mukaan sairauksilla ja samaa aikaan usealla on todettu olevan yhteyttä toimintakyvyn heikkenemiseen ja avuntarpeeseen. Samanlaista yhteyttä huomasin omistanikin tutkimustuloksista olevan nähtävissä. Lisäksi yhteyden huomasin myös Laukkanen (2008) viittaamaan Ikivihreät projektin tuloksiin, joista kerroin jo aikaisemmin.

Vaikka puolella tutkimukseen osallistuneista tuki- ja liikuntaelinsairaudet ja sydänsairaudet rajoittivat liikkumiskykyä ja aiheuttivat väsymystä ja voimattomuutta, niin siitä huolimatta he olivat elämään tyytyväisiä huolimatta sairauksista. Tutkituilla puolella oli myös päivittäisten toimintojen ja liikkumisen apuvälineitä käytössä, jotka tukivat arjessa selviytymistä eri ympäristössä. Aikaisemmat kaatumiset ja tuki- ja liikuntaelinvaivat vaikuttivat kaatumisenpelkoon ja kaatumisriskin lisääntymiseen. Terveelliset elämäntavat, säännöllinen liikunta, harrastukset ja sosiaaliset suhteet olivat tutkituilla yksi terveyden ja hyvinvoinnin tukipilari.

Henkisen suorituskyvyn alenemaa (MMSE testi) ja fyysisen suoritus- / liikkumiskyvyn (SPPB testi) sekä kyynärnivelen dynaaminen lihasvoiman (UKK-instituutin testi ikääntyville) heikkenemistä oli neljäsosalla (3/12) tutkituista. Yhteensä kolmasosalla (4/12) henkisen suorituskyvyn alenemaa, kun otetaan huomioon myös yksi nainen, joka oli jo seurannassa muistihoidajalla. Liikkumiskykytestistön SPPB testin perusteella suorituskyky oli alentunut kolmella henkilöllä merkittävästi ja sen perusteella heillä voi kaatumisriski olla lisääntynyt. Niillä kahdella naisella, joilla sekä SPPB että MMSE –testien tulokset olivat alentuneet on suurempi kaatumisriski tulevaisuudessa testien perusteella. Oma arvio vähäisestä kaatumisriskistä osoittautui (4/12) samaksi tutkimustulosten kanssa joko liikkumiskykytestistön /MMSE testin tai molempien. Hauraus-raihnaus oireyhtymän (HRO) tunnusmerkkejä oli tutkimustuloksista löydettävissä, josta kerroin tekstissä aikaisemmin. Verenpaine tuloksiin voi vaikuttaa uusi tilanne asiakkaille ja pieni jännitys. Joten jatkoseuranta korostuu, jotta voimme pitää yllä hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä.

Tutkimukseen osallistuneilla tärkeimmäksi tiedotuskanavaksi nousi sanomalehti, joten se tulee ottaa huomioon jatkossa, kun halutaan viestin menevän perille 75 vuotta täyttäneille. Sähköisen verkon käyttö näyttäisi olevan vielä tämän ikäisillä vähäistä. Mahdollisimman varhaisilla ennakoivan toiminnan menetelmillä voidaan välttyä hyvinvointia uhkaavilta tekijöiltä jatkossa.

## 8 POHDINTA

### 8.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Luotettavuutta lisäsi omassa tutkimuksessani, kun kävin haastattelulomakkeen asiakkaiden kanssa henkilökohtaisesti läpi. Lisäksi kaikki tutkimukseen osallistuneet lukivat sanomalehtiä ja saivat hyvin selkää tekstistä. Halusin omassa tutkimuksessa saada asiakkaan välille ensin luottamuksellisen suhteen ja vasta sen jälkeen kysyin suostumusta omaan tutkimukseeni. Luulen, että jos olisin ensin kysynyt suostumuksen tutkimuksen tekoon puhelimitse, niin tutkimukseen kieltäytyjiä olisi voinut ilmetä. Testien luotettavuutta lisää se, että olen aikaisemmalta koulutukseltani kuntohoitaja ja fysioterapeutti sekä käynyt täydennyskoulutukset liittyen UKK-instituutin ikääntyneiden terveystunto- ja liikkumiskykytesteihin sekä Cerad muistitestien toteuttamiseen. Olen perehtynyt Ikäinstituutin VoiTas (ikäntyvien voima- ja tasapainoharjoittelu) koulutusohjelmiin kouluttajan ominaisuudessa. Lisäksi minulla on pitkä työkokemus kuntoutuksen alalta.

Haasteeksi opinnäytetyössäni nousi se, että olen työssä fysioterapeuttina samassa paikassa, jonne tein opinnäytetyön kuntoutuksen ohjaaja opiskelijana. Tietojen kirjaaminen asiakas- ja potilastietojärjestelmään vie tutkimukseen kuluvaan aikaan lisää. Kotikäynnin ja sähköisen yhteenvedon kautta sain kuitenkin tutkimukseen osallistuneihin syvällisemmän kontaktin, koska minulla oli mahdollisuus vielä tiiviissä muodossa prosessoida tilannetta uudestaan. Tutkimukseen osallistuvilta oli kysytty kirjallinen suostumus haastatteluun ja tutkimuksen tekoon kotikäynnin yhteydessä, jossa edellä mainitut asia oli huomioitu. Asiakkailla oli mahdollisuus kieltäytyä kotikäynnillä tutkimukseen osallistuminen, joten asiakkaan kuuleminen ja mielipiteen ilmaisu oli huomioitu joka on eettisesti tärkeää. Tutkimustuloksia käsitellessä ihmiset eivät ole tunnistettavissa, joka on eettisesti tärkeää.

Haastattelulomaketta oli kehitelty ja muokattu yhteistyössä eri tahojen kanssa vuosien varrella ja viimeksi muokattua versiota oli käytetty ja esitettävä. Lomakkeen luotettavuutta lisää se, kun aikaisempaa muokattua versiota oli käytetty jo riittävästi ja että pohdimme lomakkeen toimivuutta työparini kanssa. Lisäksi haastattelulomakkeen ja tiedotteen tarkistaa vuosittain vanhuspalvelujen johtaja, joka antaa oman hyväksymisensä niiden käyttöön. Luotettavuutta lisää sekin, että myös ohjaava opettaja oli lukenut sekä tiedotteen, haastattelulomakkeen että suostumuslomakkeen. Huomasimme kuitenkin, että lomake ei saa olla enää yhtään pitempi, muuten asiakas ei jaksakaan täyttää ja kotikäyntiin varattu aika on kuitenkin rajallinen.

Tutkimuksessani yhden asiakkaan kohdalla oli lähinaapuri mukana haastattelun alun testaus osioon saakka. Asiakas oli itse sen sopinut ja halusi että hänen tärkeä tukensa on mukana. Sovittiin heti alussa, että mihin asti naapuri voi olla mukana asiakkaan suostumuksella. He olivat varautuneet, että voivat molemmat kysyä kunnan palveluista. Aikaa meni kotikäyntiin huomattavasti enemmän kuin muiden kanssa, kun tietoa oli jaettava yhden sijasta myös naapurille tarpeiden mukaan. Tutkittava oli vielä erittäin puhelias, joka sekin vei enemmän aikaa. Naapurin mukana olo oli varmaan tälle ikäihmiselle tärkeä, kun on pitkät etäisyydet palveluihin ja toisen ihmisen tuki auttaa kotona selviytymisessä. Tämä kyseinen asiakas oli fyysiseltä kunnoltaan niitä heikoimpia tutkimukseen osallistuneista, joten sosiaalisen verkoston tärkeys korostuu jatkossakin. Hyvinvointia edistävässä kotikäyntien tiedotteessa sanotaankin, että omaiset voivat olla mukana haastattelutilanteessa. Viittasin aikaisemmin Lumme-Sandtiin, jonka mukaan toisen henkilön mukana olo voi olla ongelma, mutta sen voi ottaa huomioon tilannetta rikastuttavana tekijänä.

## **8.2 Johtopäätökset ja kehittämishaasteet**

Minua kiinnostavat ne kotona asuvat ikääntyneet ja vanhukset, joiden toimintakyky on heikentynyt ja selviytyminen kotona on uhattuna. Monesti myös ne ikääntyneet, joille järjestettävä toiminta olisi erittäin tärkeää jäävät pois toimin-

nasta. Ikäihmisten osuus väestöstä kasvaa koko ajan ja meillä on tulevaisuudessa haasteita vastata lisääntyviin tarpeisiin. Sen takia olemassa olevien palveluiden kohdentaminen ja uusien palveluiden kehittäminen tulevat korostumaan. Uusi teknologia asettaa myös omat haasteensa, niin sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille kuin asiakkaille sekä heidän omaisilleen. Iäkkäiden kotona asumista tuetaan erilaisin toimenpitein (varhainen puuttuminen, ennaltaehkäisevä ja ennakoiva toiminta, apuvälineet) ja laitospaikkoja tullaan vähentämään tulevaisuudessa.

Omassa tutkimuksessani otos oli pieni, joten mitään yleistyksiä ei voi vetää yksin kotona asuvien 75 -vuotiaiden tilanteesta. Nostan kuitenkin tutkimuksessani esille joitakin asioita, joihin hyvä kiinnittää huomiota tavatessa 75 vuotta täyttäneitä sosiaali- ja terveydenhuollossa. Mikäli asiakkaalla on tapahtunut elämässä jokin elämänmuutos kuten puolison kuolema, alkoholin käyttöä tai väkivaltaa perheessä, niin siihen tulee jokaisen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen kiinnittää huomiota. Lisäksi masentuneisuus varsinkin iäkkäillä naisilla on tutkimuksien perusteella todettu ennustavan yksinäisyyttä.

Kaatumisten puheeksi ottaminen ja syiden selvittäminen vastaanotolla ovat tärkeitä, jotta voidaan ohjata oikealle henkilölle jatkoon. Kaatumisten seurauksena on todettu, että kaatumisen pelko lisääntyy ja sitä myöten myös kaatumisriski lisääntyy. Iäkkäältä on hyvä kysymys vaikka, että oletko kaatunut viimeisen puolen vuoden aikana. Kaatumisten takana voi olla heikko lihasvoima ja tasapaino, joihin voidaan vaikuttaa oikein suunnatulla harjoittelulla.

Fyysisellä harjoittelulla ennaltaehkäistään iäkkäiden lonkkamurtumia ja sillä on todettu olevan vaikutusta myös psykososiaalisiin voimavaroihin. Omassa tutkimuksessani käytin THL:n SPPB testiä kuvaamaan liikkumiskykyä, jonka koen jatkossakin hyväksi hyvinvointia edistäville kotikäynneille 75-vuotiaille, joka oli kirjattu myös THL:n ja Kuntaliiton uudessa sähköisessä oppaassa (2011) hyväksi koetuksi toimintatavaksi. Testi tulee olemaan Toimia tietokannassakin ja sitä pidetään hyvänä kaatumisriskin seulontatestinä.

Itse täydensin vielä testejä ottamalla mukaan joitakin UKK-instituutin yläraajojen testejä ikääntyneille. Ne ovat hyviä, mutta seisten tehdessä yläraajojen liiketesti vaatii enemmän ketteryyttä ja joillekin se on vaativa testi. Käden puristusvoima testi olisi hyvä, jos olisi mittareita. Sillä olisi ennustettavuutta tulevaisuuteen tutkimusten perusteella, joihin aikaisemmin viittasin.

Verenpaineen mittaukset koen jatkossakin hyvänä, jos aikaisemmasta mittauksesta on aikaa. Muistisairaudet tuovat myös edetessään liikkumiskyvyn ongelmia, kömpelyyttä ja hitautta, joten varhainen puuttuminen on tärkeää. lääkäältä kannattaa kysyä millaiseksi hän itse arvioi oman terveydentilansa ja mikäli asiakas arvioi terveydentilansa heikoksi, niin se ennusti toimintakyvyn alenemista seuraavien vuosien aikana. Liikkumiskyvyn heikkenemisen ennakoihin merkkeihin vastaanotolla tulee kiinnittää huomiota, koska niillä oli ennustettavuutta tulevaisuuteen. Joten nämä ovat tärkeitä asiakkaita poimia perusterveydenhuollon järjestelmästä ja seurata heidän tilannettaan tarkemmin. Sen vuoksi nostan esille, että omassa työssäni ikääntyvien neuvontakeskuksessa olisi hyvä olla monipuolisempi välineistö ja tilat, jotta voisimme tarjota monipuolisempia palveluja eri-ikäisille ja -kuntoisille asiakkaille.

Tulevaisuutta ajatellen kunnille tulee haasteita vastata uuden terveydenhuoltolain (2011) ja valmisteilla olevan ikälain toteuttamisiin kiristyneiden määrärahojen vuoksi. Lait suosittelit ennaltaehkäiseviä palveluja ja neuvontapalveluiden lisäämistä, joissa tarvitaan laaja-alaista osaamista. Kotikäyntien tekijän osaamisen merkitys on suuri, kun tekijöinä voi olla eri kunnissa eri ammattihenkilöt. Hyvinvointia edistävät kotikäynnit ovat ennaltaehkäisevää työtä ja koen ne tärkeäksi, jotta voimme puuttua mahdollisimman varhaisessa vaiheessa toimintakyvyn heikkenemiseen ja ohjata asiakkaita heille suunnatun toimintojen piiriin. Käynneillä voimme siirtää pysyvää muiden palvelujen tarvetta myöhempään ajankohtaan. Kuntien resurssit rajoittavat toiminnan laajentamista ja käytännöt ovat erilaiset eri kunnissa.

Omassa tutkimuksessa huomasin, että nykyisestä sähköisestä Mediatri järjestelmästä riskiryhmien poimiminen ei olekaan nopeasti toteutettavissa ja järjes-

telmä vaatii vielä kehittelyä sen osalta. Iän perusteella haku onnistuu, mutta esimerkiksi siviilisäädyn perusteella tai yksin asumisen perusteella se ei ole mahdollista. Tästä asiasta on keskusteltu pääkäyttäjän kanssa. Väestörekisteristä tiedot löytyvät, mutta tällaiseen tutkimukseen sekään ei ole mahdollista. Nytkin 75 -vuotiaiden listoilla on sellaisia yksin asuvia, joita ei tiedä ennen kuin kotikäynnillä. Minusta hyvinvointia edistävät kotikäyntien kohdentaminen iän ja riskiryhmään kuulumisen perusteella on jatkossa tärkeää, mutta tästä tulee olla minusta sosiaali- ja terveyslautakunnan päätös. Lisäksi ne asiakkaat, joilla todetaan toimintakyvyn alenemista jonkin syyn vuoksi, niin uusintakäynti puolen vuoden päästä olisi hyvä. Nykyisillä resursseilla se ei kuitenkaan ole mahdollista.

Mielestäni Rava -toimintakykymittaria ei tarvitsisi systemaattisesti käyttää 75 vuotta täyttävien hyvinvointia edistävissä kotikäynneissä vaan tarpeen mukaan. Senkin takia, koska niitä ei oteta mukaan Rava poikkileikkausotantoihin. Sen syöttäminen tietojärjestelmään vie lisää aikaa, kun aikaresurssit on huomioidava. Kuitenkin asiakkaat ovat kotona asuvia ja eivät kuulu kotihoidon palvelujen piiriin. Omassa tutkimuksessani halusin tietoisesti tehdä kaikille MMSE-testin, vaikka sitä normaalisti tehdään tarpeen mukaan. Halusin verrata testiä ja asiakkaan omaa arviota muistista. Sain myös sen kautta Rava -toimintakykymittariin juuri sen lukeman, joka tuli testissä.

Mielestäni jatkossa on aina systemaattisesti tehtävä MMSE täydennettynä kellotaululla, jos asiakas kokee muistinsa muuttuneen jo jonkin verran huonompi. Vaikka asiakas kokee muistinsa pysyneen samana, kannattaa harkita testin tekemistä, koska tutkimukseen osallistuva mies ei tunnistanut ollenkaan mitään ongelmaa muistissa. Mietin vaan, että tunnustavatko naiset miehiä herkemmin muistipulmiaan. Muistisairas ei välttämättä tunnista itse muistipulmiaan, vaan läheinen huomaa tilanteen paremmin.

Jatkossakin kannattaa vuosittain päivittää lomaketta uusien valtakunnallisten käytäntöjen mukaan omaan kuntaan sopivaksi. Jatkossa ikääntyvien ottaminen mukaan lomakkeen päivittämiseen on myös kokeiltava. Tällöin ikääntyvi-

en oma mielipide on otettu huomioon lomakkeita kehitellessä. Tätä oli käytetty Kauhavalla Aijooos kumppanuushankkeessa hankkeessa, johon olin tutustunut elokuussa 2011. Hankkeessa oli kehitetty Ikäihminen kehittäjänä – toimintamalli, joka sai Vuoden vanhusteko 2010 -palkinnon.

Mielestäni iäkkäiden ja vanhusten asioiden hoitoon kaivataan henkilöä perusterveydenhuoltoon, joka tekee päätyönään eri palveluiden koordinoimista ja yhteensovittamista ja on ikäihmisen tukena. Kuntoutusohjaajia on kehitysvalmiiden ja lasten puolella perusterveydenhuollossa, mutta iäkkäille ja vanhukille ei ole omaa kuntoutuksen ohjaajaa tai monesti ammattinimikkeenä kuntoutusohjaaja.

Tutkimuksessani sain selvyyden tutkimuskysymyksiini ja siten pääsin tutkimukseeni asettamiini tavoitteisiin. Sain tutkimuksestani runsaasti tietoa, joita voimme hyödyntää verkostotyössä eri yhteistyötahojen kanssa. Tutkimus oli mielenkiintoinen. Hyvinvointia edistävien kotikäyntien 75 -vuotiaille tapahtuvaan raportointiin tulee jatkossa meidän paneutua työyhteisössämme ja nostaa sieltä ne keskeisimmät asiat esille jatkon kannalta. Haastattelulomakkeista voisi jatkossa nostaa esille raportointiin merkitykselliset, joilla voimme jatkossa vaikuttaa ikäihmisten hyvinvointiin sekä kotona asumiseen.

Jatkotutkimuksena olisi hyvä uusia hyvinvointia edistävä kotikäynti puolen vuoden päästä niille, joiden toimintakyky oli heikentynyt ja verrata tilannetta aikaisempaan. Kiitokset Jyväskylän Ammattikorkeakoulun opinnäytetyön ohjaajilleni, työn toimeksiantajalle Liperin kunnalle / Ikäntyvien neuvontakeskukselle sekä työtovereilleni että perheelleni, jotka ovat tukeneet ja kannustaneet opinnäytetyöni tekemisessä.



## LÄHTEET

Andersson, S. 2011. Erikoistutkija. THL. Aktiivisen ikääntymisen ja ennakoivan toiminnan seminaari. Luento 29.9.2011.

Apuvälineet ja dementia Pohjoismaissa. 2008. Muistia ja muita kognitiivisia toimintoja tukevat apuvälineet dementoituvan ihmisen arjessa. Stakes. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

CERAD – kognitiivinen tehtäväsarja 2011. Tehtäväsarjan taustaa. Viitattu 18.5.2011. <http://www.cerad.fi/fi/taustaa>

Guralnik, J; Ferrucci, L; Glynn, L; Bergman, L; Blazer, D; Schierr, P ja Wallace, R. 1994. Short Physical performance battery reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. Journal of Gerontology, 49:2, 85-94.

Hartikainen, S. & Lönnroos, E. 2008. Geriatria, Arvioinnista kuntoutukseen. 1.painos. Helsinki: Edita.

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. 7., uud. p. Helsinki: Edita.

Heikkinen, E. 2008. Tutkimuskohde, tutkimusmenetelmät, teoriamuodostus. Teoksessa Gerontologia. Toim. E. Heikkinen ja T. Rantanen. 2.uud.p. Helsinki: Duodecim, 16-25.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. 10. osin uud.p. Jyväskylä: Tammi.

Huovinen, M. 2005. Muistihäiriöt. 3 p. Helsinki: Duodecim.

Ihalainen, J. & Kettunen T. 2007. Turvaverkko vai trampoliini, sosiaaliturvan mahdollisuudet. 1.-2.p. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Helsinki.

Ikäinstituutti. 2006. VoiTas –kouluttajakoulutus koulutus 15-17.5.2006 Kuopiossa. Iäkkäiden voima- ja tasapainoharjoittelu. Koulutusmateriaali. Koulutuksen järjestäjä Ikäinstituutti, Kuntokallio-Säätiö.

Ikääntyvien neuvontakeskus. 2011. Tiedotteet. Esitteet. Power Point esitys.

Iäkkäiden neuvontapalvelut ja hyvinvointia edistävät kotikäynnit. 2011. THL ja Kuntaliitto. Viitattu 16.9.2011.

[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/iakkaiden\\_neuvontapalvelut\\_kotikaynnit](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/iakkaiden_neuvontapalvelut_kotikaynnit)

Juva, K. 2009. Muistitesteistä. Muisti 3, 15.

Klemola, L. 2011. RAVA mittari ja RAVATAR -loppukäyttäjä koulutus 6.9.2011 Liperin kunnan valtuustosalissa. Power Point esitys ja luentomateriaali. Koulutuksen järjestäjä Liperin kunta ja kouluttaja Finnish Consulting Group (FCG).

Kokko, J. 2009. Hyvinvointiprofiili Oulu. Haastattelulomake. Viitattu 03.06.2010. <http://www.ouka.fi/kehittamishankkeet/hankekortit/Hankekortti.asp?ID=470>

Kokko, J. 2010. AmIE – Ambient Intelligence for the Elderly. AmIE Oulun kaupunki –projekti. Loppuraportti. Kp 0530. Oulun kaupunki. Keskushallinto. Innovaatiot ja markkinointi. Viitattu 22.06.2010. [http://www.ouka.fi/sote/projektit/hankkeet\\_AmIE.html](http://www.ouka.fi/sote/projektit/hankkeet_AmIE.html)

Kämäräinen, L. 2008. TunteVa - omaistenopas. Miten ymmärtää muistisairasta ihmistä? Tampere: Tampereen kaupunkilähetys ry.

Laukkanen, P. 2008. Toimintakyky ja ikääntyminen –käsitteestä ja viitekehiksestä päivittäistoiminnoista selviytymisen arviointiin. Teoksessa Gerontologia. Toim. E. Heikkinen ja T. Rantanen. 2.uud.p. Helsinki: Duodecim, 261–272.

Liperin kunta. 2011a. Liite 1. Tiedote asiakkaille. Muokkaajina viimeksi Turunen R. & Utriainen L. Päivitetty 16.6.2011.

Liperin kunta. 2011b. Liite 2. Haastattelulomake. Alkuperäinen Suomen Kuntaliiton ehkäisevät kotikäynnit vanhuksille haastattelulomake. Muokattu vuosina 2010- 2011. Muokkaajina viimeksi Turunen R. & Utriainen L. Päivitetty 16.6.2011.

Liperin kunnan vanhuspalvelujen kehittämisohjelma vuosille 2011–2015. Liperin kunnan ja Outokummun kaupungin sosiaali- ja terveystoimen yhteistoiminta-alue. Sosiaali- ja terveystoimialueen hyväksytty ohjelma.

Lumme-Sandt, K. 2005. Vanhan ihmisen kohtaaminen haastattelutilanteessa. Teoksessa Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Toim. J. Ruusuvoori ja L. Tiittula. Tampere: Osuuskunta Vastapaino, 125–144.

Manssila, S. & Koistinen, P. 2006. Kotona asuvien ikääntyvien hyvinvointi-indikaattorit. SENTEK –hankkeen tutkimusraportti. Kp 1950, projekti 1618, Oulun kaupunki. Sosiaali- ja terveystoimi/ Vanhustyön hallinto.

Neuvonta- ja palveluverkosto – Ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistäjänä raportti. 2009. Ikäneuvo- työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveystoimien selvityksiä 2009:24. Viitattu 9.5.2011. [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=DLFE-9894.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-9894.pdf)

Rantanen, T. & Sakari-Rantala, R. 2008. Toimintatestit. Teoksessa Gerontologia. Toim. E. Heikkinen ja T. Rantanen. 2.uud.p. Helsinki: Duodecim, 287–288.

Sipilä, S., Rantanen, .T. & Tiainen, K. 2008. Lihasvoima. Teoksessa Gerontologia. Toim. E. Heikkinen ja T. Rantanen. 2.uud.p. Helsinki: Duodecim, 107–128.

STM tiedote 68/2011. Lailla turvattaisiin iäkkäiden oikeus tarpeenmukaiseen hoivaan. Julkaistu 9.3.2011. Luonnos laiksi iäkkään henkilön sosiaali- ja terveyspalvelujen saannin turvaamisesta. Viitattu 7.9.2011.

<http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/view/1556083#fi>

[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=2664824&name=DLFE-15130.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2664824&name=DLFE-15130.pdf)

Strandberg, T. 2008. Hauraus-raihnaus-oireyhtymä (HRO) iäkkäässä väestössä. Teoksessa Gerontologia. Toim. E. Heikkinen ja T. Rantanen. 2.uud.p. Helsinki: Duodecim, 346–353.

Sulkava, R. 2011. Itä-Suomen Gerontologia päivä 6.4.2011 Savonia Ammattikorkeakoulussa Kuopiossa. Luentomateriaali. Järjestäjä Itä-Suomen Yliopisto, geriatrian yksikkö ja Savonia Ammattikorkeakoulu.

Terveysten- ja hyvinvoinnin laitos. 2011a. Mittarit ja testit. Viitattu 5.11.2011.

[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/neuvontapalvelut/tyovalineet/mittarit](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/neuvontapalvelut/tyovalineet/mittarit)

Terveysten- ja hyvinvoinnin laitos. 2011b. Liikkumiskykytestistö. Viitattu 12.5.2011.

[http://www.ktl.fi/portal/suomi/yhteistyoprojektit/tapaturmat/tapaturmien\\_ehkais\\_y/kaatumisten\\_ja\\_murtumien\\_ehkaisy/ikina-opas/liikkumiskykytestisto/](http://www.ktl.fi/portal/suomi/yhteistyoprojektit/tapaturmat/tapaturmien_ehkais_y/kaatumisten_ja_murtumien_ehkaisy/ikina-opas/liikkumiskykytestisto/)

Terveys- ja huoltolaki 2011a. Viitattu 12.5.2011.

[http://www.stm.fi/vireilla/lainsaadantohankkeet/sosiaali\\_ja\\_terveydenhuolto/terveydenhuoltolaki](http://www.stm.fi/vireilla/lainsaadantohankkeet/sosiaali_ja_terveydenhuolto/terveydenhuoltolaki)

Terveys- ja huoltolaki 2011b. Viitattu 12.5.2011.

[http://www.eduskunta.fi/fakatmp/utatmp/akxtmp/ev\\_244\\_2010\\_p.shtml](http://www.eduskunta.fi/fakatmp/utatmp/akxtmp/ev_244_2010_p.shtml)

Tiikkainen, P. 2006. Väitöskirja. Vanhuusiän yksinäisyys. Seuruututkimus emotionaalista ja sosiaalista yksinäisyyttä määrittävistä tekijöistä. Jyväskylän Yliopisto. Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta. Viitattu 25.1.2011.

<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/9513925374.pdf?sequence=1>

Tilastokeskus 2009. Väestöennuste 2009–2060. Julkaistu 30.9.2009. Viitattu 28.4.2011. [http://www.tilastokeskus.fi/til/vaenn/2009/vaenn\\_2009\\_2009-09-30\\_tie\\_001\\_fi.html](http://www.tilastokeskus.fi/til/vaenn/2009/vaenn_2009_2009-09-30_tie_001_fi.html)

Tilastokeskus 2011. Väestörakenne 2010. Julkaistu 18.3.2011. Viitattu 20.4.2011. [http://www.tilastokeskus.fi/til/vaerak/2010/vaerak\\_2010\\_2011-03-18\\_tie\\_001\\_fi.html](http://www.tilastokeskus.fi/til/vaerak/2010/vaerak_2010_2011-03-18_tie_001_fi.html)

Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet 2005 – 2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 20.4.2011. <http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu/hakusivu/tulossivu?>, Väestö 31.12.

Toimia 2010. Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. Viitattu 20.8.2010. <http://www.toimia.fi/index.html>

Toimia 2011. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn mittaaminen palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä. Viitattu 21.04.2011. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/suositus/15/>

UKK -instituutti. 2003. Testaajan opas. Ikääntyvien terveystunto- ja liikkumiskykytestit.

Voutilainen, P. 2009a. Toimintakyvyn ja voimavarojen arviointi. Teoksessa Gerontologinen hoitotyö. Toim. P. Voutilainen ja P. Tiikkainen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit, 124-144.

Voutilainen, P. 2009b. Ikääntyneiden palvelujärjestelmä. Teoksessa Gerontologinen hoitotyö. Toim. P. Voutilainen ja P. Tiikkainen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit, 109-122.

WHO & Stakes. 2004. ICF – toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus 2004. Ohjeita ja luokituksia 2004:4. Helsinki: Stakes.

## LIITTEET

### Liite 1. Tiedote asiakkaille

LIPERIN KUNTA  
Sosiaali- ja terveyslautakunta



Arvoisa vastaanottaja

16.6.2011

Liperin kunnan ja Outokummun kaupungin sosiaali- ja terveystoimi yhdistyivät vuoden 2009 alusta. Sosiaali- ja terveystoimi on organisoitu isäntäkuntamallin mukaisesti. Isäntäkuntana toimii Liperin kunta ja palvelujen järjestämisestä vastaa yhteinen sosiaali- ja terveyslautakunta.

Liperin kunnan ja Outokummun kaupungin sosiaali- ja terveystoimen yhteistoiminta-alueen vanhuspalveluissa tehdään hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä 75 vuotta tänä vuonna täyttävillä henkilöillä, jotka eivät saa kotihoidon säännöllistä palvelua. Kotikäyntien tarkoituksena on kartoittaa elämäntilannettanne, terveydentilaanne, toimintakykyänne, asumisenne esteettömyyttä ja apuvälinetarvettanne tukemaan arjessa selviytymistänne. Annamme neuvontaa/ohjausta arjessa selviytymiseen sekä tarvittaessa tietoa erilaisista palveluista. Ikääntyvien palveluiden kehittäminen on tärkeää, joten Teidän mielipiteenne ja arvionne ovat arvokkaita.

Kotikäyntiin on varattu aikaa noin 2 tuntia. Toivomme Teidän tutustuvan etukäteen ohessa lähettämäämme kyselylomakkeeseen ja vastaamaan kysymyksiin. Tarvittaessa läheisenne voi auttaa lomakkeen täyttämässä ja olla mukana kotikäyntitilanteissa.

Hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä tekevät vanhuspalveluiden kotona asumista tukevien palveluiden ammattihenkilöt. Kotikäynti on teille vapaaehtoinen ja maksuton. Kotikäynnin yhteydessä kootut tiedot ovat luottamuksellisia eikä niitä ilman Teidän lupanne käytetä muuhun tarkoitukseen.

Olemme varanneet Teille ajankohdan, jolloin tulemme käymään luonanne. Jos ajankohta ei ole Teille sopiva, niin pyydämme ilmoittamaan siitä soittamalla alla olevaan puhelinnumeroon ennen Teille varattua aikaa.

Teille on varattu aika: \_\_\_\_\_

Teidän luonanne tulee käymään: \_\_\_\_\_

Puhelin: \_\_\_\_\_

Ystävällisin terveisin

**IKÄÄNTYVIEN NEUVONTAKESKUS**  
LIPERIN JA OUTOKUMMUN ALUEELLA  
Käsämäntie 113 C, 83100 Liperi

## Liite 2. Haastattelulomake



LIPERIN KUNTA/OUTOKUMMUN KAUPUNKI Päivitetty 16.6.2011  
 Sosiaali- ja terveystoimisto  
 Vanhuspalvelut

### HAASTATTELULOMAKE (muokattu Suomen Kuntaliiton lomakkeesta)

#### HYVINVOINTIA EDISTÄVÄT KOTIKÄYNNIT 75 VUOTTA TÄYTTÄVILLE (v. 2011)

Liperin alue

Outokummun alue

Nimi \_\_\_\_\_ Päivämäärä \_\_\_\_\_  
 Osoite \_\_\_\_\_ Puhelin \_\_\_\_\_

Sukupuoli      nainen       mies

Sosiaaliturvatunnus \_\_\_\_\_

Koulutus ja entinen ammatti  
 \_\_\_\_\_

Siviilisäätö  avioliitto  
 avoliitto  
 naimaton  
 leski  
 eronnut

Onko lapsia? Montako?  
 kyllä \_\_\_\_\_ lasta  
 ei

Missä lapsenne asuvat? \_\_\_\_\_

## A. Asuminen

### 1. Miten asutte?

- 1.1  Yksin  
 1.2  Puolison kanssa  
 1.3  Jonkun muun kanssa, kenen \_\_\_\_\_

### 2. Missä asutte?

- 2.1  Omakoti- tai maalaistalossa  
 2.2  Rivitalossa  
 2.3  Kerrostalossa, hissillinen  
 2.4  Kerrostalossa, hissitön, mikä asuinkerros \_\_\_\_\_  
 2.5  Muu, mikä \_\_\_\_\_

### 3. Liittykö portaiden käyttöön ongelmia?

- 3.1  Ei  
 3.2  Kyllä, millaisia? \_\_\_\_\_

### 4. Onko asunnossanne (sisällä) mukavuudet?

- 4.1 Vesijohto sisälle  
 4.2 WC  
 4.3 Suihku  
 4.4 Sauna

Kyllä

Ei

Onko muualla kuin sisällä? \_\_\_\_\_

### 5. Onko asunnossanne palovaroitin?

- 5.1  Ei  
 5.2  Kyllä

- 5.2.1  Pystyn vaihtamaan paristot itse palovaroittimeen  
 5.2.2  En pysty itse vaihtamaan paristoja palovaroittimeen. Kuka vaihtaa paristot palovaroittimeen?  
 \_\_\_\_\_

### 6. Oletteko tyytyväinen nykyiseen asuntoonne?

- 6.1  Kyllä  
 6.2  En Miksi? \_\_\_\_\_

### 7. Mitä muutostöitä tai korjauksia asuntoonne tarvitaan, jotta liikkumisenne turvallisuus säilyisi / lisääntyisi?

- 7.1  Kynnysten poisto  
 7.2  Ammeen poisto  
 7.3  Tukikaiteiden asennus  
 7.4  Luiska portaiden tilalle / viereen  
 7.5  Valaistuksen parantaminen  
 7.6  Ovien levennys  
 7.7  Muu, mikä? \_\_\_\_\_

7.8  En kaipaa muutoksia asuntooni.

**8. Kuka huolehtii pienistä korjauksista asunnossanne?**

---

**B. Terveystila ja toimintakyky**

**9. Millaiseksi koette terveydentilanne/toimintakykynne?**

- 9.1  Erittäin hyväksi  
 9.2  Melko hyväksi  
 9.3  Tyydyttäväksi  
 9.4  Melko huonoksi  
 9.5  Erittäin huonoksi

**10. Millainen on terveydentilanteenne/toimintakykynne nyt, kun vertaatte edellisvuoteen?**

- 10.1  Paljon parempi nyt kuin vuosi sitten  
 10.2  Vähän parempi nyt kuin vuosi sitten  
 10.3  Jokseenkin samanlainen  
 10.4  Vähän huonompi nyt kuin vuosi sitten, miksi?  
 \_\_\_\_\_  
 10.5  Paljon huonompi nyt kuin vuosi sitten, miksi?  
 \_\_\_\_\_

**11. Onko teillä jokin diagnosoitu sairaus/vamma?**

- 11.1  Ei  
 11.2  Kyllä, mikä?
- 

**12. Rajoittaako sairaus/vamma tai jokin muu asia Teidän jokapäiväistä elämäännne ?**

- 12.1  Ei  
 12.2  Kyllä, miten? \_\_\_\_\_

**13. Koetteko itsenne**

**En**

**Kyllä, miksi?**

13.1 Yksinäiseksi



13.2 Masentuneeksi



13.3 Ahdistuneeksi



13.4 Väsyneeksi ja voimattomaksi



Jos tunnette itsenne esimerkiksi yksinäiseksi, niin mitä toivotte yksinäisyyttenne vähentämiseen?

---



- 14. Oletteko tyytyväinen elämäänne?      Kyllä      En, miksi?**
- 
- 

**15. Onko muistinne muuttunut vuoden sisällä?**

- 15.1 Selvästi paremmaksi        
15.2 Jonkin verran paremmaksi        
15.3 Pysynyt samana        
15.4 Jonkin verran huonommaksi       Millaisissa asioissa huomaatte muistinne heikentymisen?  

---

15.5 Selvästi huonommaksi        

---

**16. Pelkäätekö turvallisuutenne puolesta (mm. väkivallan uhka tai muu häirintä, sairauskohtaus, eksyminen, liikenneturvallisuus tms.)**

**a) kotona?**

- 16.1  En  
16.2  Kyllä, mitä/miksi?
- 

**b) kodin ulkopuolella?**

- 16.3  En  
16.4  Kyllä, mitä/miksi?
- 

**17. Nukutteko yleensä hyvin?**

- 17.1  Kyllä, ilman unilääkettä  
17.2  Kyllä, unilääkkeen kanssa, minkä? \_\_\_\_\_  
17.3  En, millaisia univaikeuksia teillä on?
- 

Mikäli olette käyttäneet unilääkettä, niin miten kauan olette käyttäneet sitä ja kuinka usein?

---

**18. Onko Teillä säännöllinen lääkitys?**

- 18.1  Kyllä, kuinka monta säännöllisesti käytettävää lääkettä on teillä on? \_\_\_\_\_  
18.2  Ei

**19. Onko Teillä ongelmia lääkkeiden käytössä?**

- 19.1  Ei  
19.2  Kyllä, millaisia? \_\_\_\_\_

19.3  Tarvitsetteko opastusta lääkkeiden käytössä? Millaista?

**20. Selviydtekö omin voimin seuraavista toiminnoista? Ympyröi sopiva vaihtoehto**

Toiminta	Kyllä	On jo vaikeuksia, mutta selviän itse	En selviä ilman toisen apua
Raskaat kotityöt ( ikkunoiden pesut, mattojen puistelu, vuodevaatteiden tuuletus, puulämmitys yms.)	x	x	x
Kevyet kotityöt (ruuanlaitto, tiskaus, pyykinpesu yms.)	x	x	x
Ostoksilla yms. asioilla käynnit	x	x	x
Raha-asioiden hoitaminen	x	x	x
Ulkoilu	x	x	x
Peseytyminen (suihku/sauna)	x	x	x

**21. Ellette selviydy edellä mainituista toiminnoista omatoimisesti, niin kuvatkaa mitä apua tarvitsette ja keneltä?**

---

**22. Käytättekö apuvälineitä?**

	Kyllä	Ei
22.1 Kävelykeppi tms.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.2 Kävelyteline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.3 Pyörätuoli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.4 Turvapuhelin tms.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.5 Lääkeannostelija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.6 Näön apuvälineet (ei silmälasit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.7 Kuulon apuvälineet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.8 Tukitangot ja kaiteet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.9 Ruokailun apuvälineet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.10 Peseytymisen apuvälineet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.11 Korotukset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.12 Muu apuväline, mikä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

22.13  En käytä apuvälineitä.

**23. Oletteko kaatunut viimeisen puolen vuoden aikana?**

- 23.1  En  
 23.2  Kyllä, missä (ulkona, sisällä) ja miten usein kaaduitte?
-

23.3 Loukkaannuitteko (satutitteko itsenne) kaatuessanne, miten?

---

23.4 Mikä on oma arvionne kaatumisen syistä?

---

#### 24. Pelkäätekö kaatumista?

24.1  En

24.2  Kyllä

#### 25. Miten arvioitte kaatumisriskinne?

25.1  Ei kaatumisriskiä

25.2  Vähäinen kaatumisriski

25.3  En osaa sanoa

25.4  Suuri kaatumisriski

25.5  Erittäin suuri kaatumisriski

### C. Elämäntavat

#### 26. Tupakoitteko? täin?

26.1  En

26.2  Kyllä

#### Jos tupakoitte; kuinka monta savuketta päivit-

26.4  1-10 savuketta

26.5  11-20 savuketta

26.6  21-30 savuketta

26.7  yli 30 savuketta

26.3 Tupakoin satunnaisesti

#### 27. Käytättekö alkoholia?

27.1  En koskaan

27.2  noin kerran kuussa tai harvemmin

27.3  noin 2-4 kertaa kuukaudessa

27.4  noin 2-3 kertaa viikossa

27.5  4 kertaa viikossa tai useammin

#### Kuinka monta annosta alkoholia käytätte niinä päivinä jolloin käytätte alkoholia?

27.6  1-2 annosta

27.7  3-4 annosta

27.8  5-6 annosta

27.9  7-9 annosta

27.10  10 tai enemmän

#### Yksi alkoholiannos

pullo (33 cl) keskiolutta tai mietoa siideriä

lasi (12 cl) mietoa viiniä

pieni lasi (8 cl) väkevää viiniä

ravintola-annos (4cl) väkeviä

**On tärkeää muistaa, että alkoholi sopii huonosti tai ei sovi lainkaan joidenkin lääkkeiden kanssa!**

**28. Kuinka usein harrastatte liikuntaa (esim. vähintään puoli tuntia kävelyä, pyöräilyä, voimistelua tai näihin verrattavissa olevaa hyötyliikuntaa kuten portaissa kulkemista tai pihatöitä)? Liikunta voi tapahtua ilman apuvälinettä tai apuvälineen kanssa.**

- 28.1  Päivittäin  
 28.2  Viikoittain (1–3 krt/viikko)  
 28.3  Vähemmän kuin kerran viikossa  
 28.4  En lainkaan

Mitä liikuntaa harrastatte?

---

**29. Millaiseksi arvioitte oman liikkumiskykyne?**

- 29.1  Erittäin hyväksi  
 29.2  Melko hyväksi  
 29.3  Tyydyttäväksi  
 29.4  Melko huonoksi  
 29.5  Erittäin huonoksi

**30. Jos liikkumiskykyne on heikentynyt, niin mikä siihen on mielestänne syytä?**

---

**31. Miten tavallisesti liikutte?**

- 31.1  Kävelen  
 31.2  Pyörällä  
 31.3  Omalla autolla Ajokortti Kyllä  Ei   
 31.4  Sukulaisten/tuttavien kyydissä  
 31.5  Julkisilla kulkuneuvoilla  
 31.6  Taksilla  
 31.7  Muuten, miten?
- 

**32. Millainen ruokahalunne on yleensä?**

- 32.1  Hyvä  
 32.2  Huono, syy?
- 

Syöttekö päivittäin lämpimän aterian?

- 32.3  Kyllä yleensä  
 32.4  En yleensä, miksi?
- 

**D. Aistit: näkö ja kuulo**

**33. Näettekö lukea sanomalehtitekstiä?**

- 33.1  Ilman silmälaseja  
 33.2  Silmälasien kanssa  
 33.3  Suurennuslasia tai muuta apuvälinettä käyttämällä  
 33.4  Vain lehden isot otsikot

- 33.5  En pysty lukemaan lehtiä ollenkaan heikentyneen näön vuoksi  
 33.6  Olen näkövammaisen/sokea.

**34. Onko heikentynyt näköne haitannut päivittäistä elämääne muuten?**

- 34.1  Ei  
 34.2  Kyllä, miten? \_\_\_\_\_

**35. Millainen kuulonne on?**

- 35.1  Hyvä  
 35.2  Heikentynyt  
     35.2.1  Ei ole kuulolaitetta  
     35.2.2  Käytän kuulolaitetta  
     35.2.3  Kuulen hyvin kuulolaitteella  
     35.2.4  Kuulen huonosti kuulolaitteella  
     35.2.5  En käytä, miksi en \_\_\_\_\_  
 35.3  Kuuro  
     35.3.1  Tarvitsen tulkkia

**36. Kuuletteko seuraavat äänet?**

	<i>Kyllä</i>	<i>En</i>
36.1 Ovikello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36.2.Puhelinsoitto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36.3 Puhelinkeskustelu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36.4 Palovaroitin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36.5 TV, radio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36.6 Normaali puhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**E. Sosiaalinen verkosto ja osallistuminen**

**37. Kuinka usein ja miten olette yhteydessä läheisiinne, omaisiinne ja tuttaviiinne?**

- 37.1  Päivittäin  
 \_\_\_\_\_  
 37.2  Viikoittain  
 \_\_\_\_\_  
 37.3  Kuukausittain  
 \_\_\_\_\_  
 37.4  Harvemmin kuin kerran kuukaudessa  
 \_\_\_\_\_  
 37.5  En koskaan  
 \_\_\_\_\_

**38. Kuinka usein osallistutte vapaa-ajan toimintaan kodin ulkopuolella, esim. päiväkeskukset, yhdistystoiminta, kerhot, seurakunnan tilaisuudet, elokuvat, teatterit, näytellyt, museot, kirjasto, ohjattu liikunta tms.?**

- 38.1  Päivittäin                      Missä? \_\_\_\_\_  
 38.2  Viikoittain  
 \_\_\_\_\_  
 38.3  Kuukausittain

- 38.4  Harvemmin kuin kerran kuukaudessa  
 38.5  En koskaan

**39. Jos teillä on vaikeuksia päästä osallistumaan toimintaan kodin ulkopuolella, niin millaisia vaikeuksia teillä on?**

---

## F. Toimeentulo

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

- 40.1  Hyvin  
 40.2  Kohtalaisesti  
 40.3  Huonosti

**41. Haluatteko lisätietoa sosiaaliturvaan liittyvistä asioista? (mm. eläkettä saavan hoitotuki, omaishoidon tuki tms.)**

En   
 Kyllä  Mistä? \_\_\_\_\_

## G. Viestintäyhteydet

**42. Käytättekö seuraavia viestintävälineitä?**

	Säännöllisesti	Silloin tällöin	En koskaan	Ei ole
42.1 Lankapuhelin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42.2 Matkapuhelin (kännykkä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42.3 Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42.4 Sähköposti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## H. Sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö

**43. Kuinka kauan aikaa on edellisestä lääkärissä käynnistäne?**

- 43.1  Alle vuosi  
 43.2  1–3 vuotta  
 43.3  yli 3 vuotta  
 43.4  kauan sitten, en muista aikaa

**44. Kuinka kauan aikaa on edellisestä hammashoidossa käynnistäne?**

- 44.1  Alle vuosi  
 44.2  1–3 vuotta  
 44.3  yli 3 vuotta  
 44.4  kauan sitten, en muista aikaa

**45. Toimitteko omaishoitajana?**45.1  En ole omaishoitaja45.2  Kyllä, ketä hoidatte?**I. Tulevaisuus ja palaute****46. Oletteko tyytyväinen kunnan/kaupungin järjestämiin palveluihin?**Kyllä  Mihin erityisesti? \_\_\_\_\_En  Miksi? \_\_\_\_\_**47. Mitä kehittämissuhteita Teillä on ikäihmisten palveluista? esim. sosiaali- ja terveyspalvelut, kulttuuri- ja sivistyspalvelut yms.**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**48. Haastateltavan palaute haastattelulomakkeesta/haastattelusta (tämä kysymys täytetään haastattelutilanteen lopussa)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

***Lämmin kiitos osallistumisestanne hyvinvointia edistävien kotikäyntien ja vanhuspalvelujen kehittämiseen***

***HAASTATTELIJAN HUOMIOT/Arvio henkilön suoriutumisesta lähitulevaisuudessa***

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET (tämä osio jää haastattelijalle)

Haastateltavan nimi \_\_\_\_\_

### Hyvinvointia edistävän kotikäynnin tekijä

\_\_\_\_\_

*Hyvinvointia edistävällä kotikäynnillä sovittiin, että otetaan yhteys*

	Haastateltava itse ottaa yhteyttä	Haastattelija ottaa yhteyttä
Lääkäriin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kotihoitoon (kotisair.h./kotipalvelu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sosiaalityöntekijään	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muistihoitajaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apuvälinelainaamoon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asunnon muutostöiden arviointiin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Järjestöön	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yksityiseen palveluntuottajaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seurakuntaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muuhun, mihin? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## SUOSTUMUS

Suostun siihen, että

- haastateltavan sosiaali- ja terveystalvelujen **tarpeen niin edellyttä-**  
**essä** haastattelija voi ottaa yhteyttä esim. sosiaali- ja terveydenhuol-  
lon viranhaltijaan (esim. lääkäri tai sosiaalityöntekijä)
- tällä kotikäynnillä haastattelu- ja yhteenvetolomakkeeseen kirjattuja  
tietoja voidaan siirtää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilas-  
tietojärjestelmään Teidän omiin tietoihinne
- ja että
- lomakkeen tietoja voidaan käyttää Liperin kunnan vanhuspalvelujen  
toiminnan kehittämiseen, jolloin vastauslomakkeita käsitellään nimet-  
tömänä

\_\_\_\_\_

Paikka ja päivämäärä

\_\_\_\_\_

Haastateltavan allekirjoitus





## YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET (tämä osio jää haastateltavalle)

Haastateltavan nimi \_\_\_\_\_

Hyvinvointia edistävän kotikäynnin tekijä \_\_\_\_\_

ja puhelinnumero \_\_\_\_\_

*Hyvinvointia edistävällä kotikäynnillä sovittiin, että otetaan yhteys*

	Haastateltava itse ottaa yhteyttä	Haastattelija ottaa yhteyttä
Lääkäriin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kotihoitoon (kotisair.h./kotipalvelu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sosiaalityöntekijään	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muistihoitajaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apuvälinelainaamoon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asunnon muutostöiden arviointiin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Järjestöön	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yksityiseen palveluntuottajaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seurakuntaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muuhun, mihin? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*\*\*\*\*

### SUOSTUMUS

Suostun siihen, että

- haastateltavan sosiaali- ja terveystalvelujen **tarpeen niin edellyttäessä** haastattelija voi ottaa yhteyttä esim. sosiaali- ja terveydenhuollon viranhaltijaan (esim. lääkäri tai sosiaalityöntekijä)
- tällä kotikäynnillä haastattelu- ja yhteenvetolomakkeeseen kirjattuja tietoja voidaan siirtää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilas-tietojärjestelmään Teidän omiin tietoihinne.
- ja että
- lomakkeen tietoja voidaan käyttää Liperin kunnan vanhuspalvelujen toiminnan kehittämiseen, jolloin vastauslomakkeita käsitellään nimettömänä

\_\_\_\_\_  
Paikka ja päivämäärä

\_\_\_\_\_  
Haastateltavan allekirjoitus

### **Liite 3. Suostumuslomake**

Jyväskylän Ammattikorkeakoulu  
Kuntoutusohjauksen ja – suunnittelun koulutusohjelma  
Fysioterapeutti ja Kuntoutuksen ohjaaja opiskelija Riitta Turunen

#### **SUOSTUMUS HAASTATTELUUN**

Suostun haastateltavaksi fysioterapeutti ja kuntoutuksen ohjaaja opiskelija Riitta Turusen opinnäytetyöhön. Työn tarkoituksena on kartoittaa yksin kotona asuvien 75 vuotta täyttävien elämäntilannetta, terveyttä ja toimintakykyä. Tavoitteena on, että tiedot auttavat kehittämään toimintaa.

Haastattelu tehdään kotikäyntinä. Haastattelussa käytetään hyvinvointia edistävää kotikäynti 75 vuotta täyttävälle (v.2011) lomaketta. Lomake on lähetetty etukäteen haastateltavalle ja jota täydennämme kotikäynnin yhteydessä. Haastateltava voi myös keskeyttää haastattelun niin halutessaan. Haastattelulomake jää haastattelijalle myöhemmin tehtävää aineiston analyysia varten ja haastattelijä käsittelee haastattelutiedot luottamuksellisesti ja nimettömänä. Opinnäytetyöstä ei voida tunnistaa yksittäisiä osallistujia.

Osallistun haastatteluun sekä annan luvan haastatteluaineiston käyttöön opinnäytetyössä.

---

Paikka ja aika

---

Allekirjoitus ja nimenselvennys

**Kiitos osallistumisestanne**

## Liite 4. Yhteenvedokooste haastattelulomakkeista



LIPERIN KUNTA/OUTOKUMMUN KAUPUNKI Päivitetty 16.6.2011  
 Sosiaali- ja terveystoimisto  
 Vanhuspalvelut

### HAASTATTELULOMAKE

#### HYVINVOINTIA EDISTÄVÄT KOTIKÄYNNIT 75 VUOTTA TÄYTTÄVILLE (v. 2011)

Liperin alue 10

Outokummun alue 2

Sukupuoli nainen 9 kpl.  mies 3 kpl  Yhteensä. 12 kpl

Sosiaaliturvatunnus 75 vuotiaita

Koulutus ja entinen ammatti Koulutus 4 hlöä. Ei koulutusta 8 hlöä

Siviilisäätö  avioliitto  
 avoliitto  
 naimaton 2 hlöä  
 leski 8 hlöä (ka 13,4 vuotta sitten)  
 eronnut 2 hlöä (puolisot alkoholisteja, väkivaltaisia)

Onko lapsia? Montako?  
 kyllä 8hlöä, ka 3 lasta (vaihteluväli 1-5) lasta  
 ei 4 hlöä

Missä lapsenne asuvat? \_\_Lähellä edes yksi lapsi 6 hlöä, kaukana 2 hlöä\_\_

### A. Asuminen

#### 1. Miten asutte?

- 1.3  Yksin 12 hlöä  
 1.4  Puolison kanssa  
 1.3  Jonkun muun kanssa, kenen

## 2. Missä asutte?

- 2.6  Omakoti- tai maalaistalossa **6 hlöä**  
 2.7  Rivitalossa **5 hlöä**  
 2.8  Kerrostalossa, hissillinen  
 2.9  Kerrostalossa, hissitön, **1 hlö** mikä asuinkerros 1kerros  
 2.10  Muu, mikä

## 3. Liittykö portaiden käyttöön ongelmia?

- 3.3  Ei **9 hlöä**  
 3.4  Kyllä **3 hlöä**, millaisia? **Polviongelmat 2 hlöä, kulumat nivelissä, sydänoireet**

## 4. Onko asunnossanne (sisällä) mukavuudet?

- |                       | Kyllä                              | Ei                                |
|-----------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| 4.5 Vesijohto sisälle | <input type="checkbox"/> <b>12</b> | <input type="checkbox"/>          |
| 4.6 WC                | <input type="checkbox"/> <b>11</b> | <input type="checkbox"/> <b>1</b> |
| 4.7 Suihku            | <input type="checkbox"/> <b>10</b> | <input type="checkbox"/> <b>2</b> |
| 4.8 Sauna             | <input type="checkbox"/> <b>5</b>  | <input type="checkbox"/> <b>7</b> |

Onko muualla kuin sisällä? Kellarikerros, taloyhtiön yhteinen sauna, ulkosauna

## 5. Onko asunnossanne palovaroitin?

- 5.3  Ei  
 5.4  Kyllä **12**

5.2.1  **7 hlöä** Pystyn vaihtamaan paristot itse palovaroittimeen

5.2.2  **5 hlöä** En pysty itse vaihtamaan paristoja palovaroittimeen. Kuka vaihtaa paristot palovaroittimeen? Naapuri, lapset, taloyhtiö tarvittaessa

## 6. Oletteko tyytyväinen nykyiseen asuntoonne?

- 6.3  Kyllä **12 hlöä**  
 6.4  En Miksi?

## 7. Mitä muutostöitä tai korjauksia asuntoonne tarvitaan, jotta liikkumisenne turvallisuus säilyisi / lisääntyisi?

- 7.9  Kynnysten poisto  
 7.10  Ammeen poisto  
 7.11  Tukikaiteiden asennus  
 7.12  Luiska portaiden tilalle / viereen  
 7.13  Valaistuksen parantaminen  
 7.14  Ovien levennys  
 7.15  Muu, mikä? **1 hlö** kaipasi suihkua  
 7.16  En kaipaa muutoksia asuntooni. **11 hlöä**

## 8. Kuka huolehtii pienistä korjauksista asunnossanne?

Naapuri, itse, vävy, lapset, tuttavat, lapsenlapset tarvittaessa, huoltomies

## B. Terveystila ja toimintakyky

### 9. Millaiseksi koette terveydentilanne/toimintakykynne?

- 9.2  Erittäin hyväksi **1 hlö**

- 9.2  Melko hyväksi 6 hlöä  
 9.3  Tyydyttäväksi 5 hlöä  
 9.4  Melko huonoksi  
 9.5  Erittäin huonoksi

**10. Millainen on terveydentilanteenne/toimintakykynne nyt, kun vertaatte edellisvuoteen?**

- 10.1  Paljon parempi nyt kuin vuosi sitten  
 10.2  Vähän parempi nyt kuin vuosi sitten 1 hlö  
 10.3  Jokseenkin samanlainen 9 hlöä  
 10.4  Vähän huonompi nyt kuin vuosi sitten, miksi? 2 hlöä , väsy herkemmin, voimat vähentyneet  
 10.5  Paljon huonompi nyt kuin vuosi sitten, miksi?

**11. Onko teillä jokin diagnosoitu sairaus/vamma?**

- 11.1  Ei 3 hlöä  
 11.2  Kyllä, mikä? \_9 hlöä

**12. Rajoittaako sairaus/vamma tai jokin muu asia Teidän jokapäiväistä elämäännne ?**

- 12.1  Ei 7 hlöä  
 12.2  Kyllä, miten? 5 hlöä, polvet, vaikea huimaus, keuhkojen tilanne

**13. Koetteko itsenne**

**En**

**Kyllä, miksi?**

13.1 Yksinäiseksi

12

13.2 Masentuneeksi

10

\_2 , terveydentila, kuulo, univaikeudet

13.3 Ahdistuneeksi

11

1 \_\_\_\_\_

13.4 Väsyneeksi ja voimattomaksi

7

5 \_\_\_\_\_

Jos tunnette itsenne esimerkiksi yksinäiseksi , niin mitä toivotte yksinäisyyttenne vähentämiseen?

**14. Oletteko tyytyväinen elämäännne?**

**Kyllä**

**En, miksi?**

11

\_1, en osaa sanoa

**15. Onko muistinne muuttunut vuoden sisällä?**

- 15.1 Selvästi paremmaksi   
 15.2 Jonkin verran paremmaksi   
 15.3 Pysynyt samana  9 hlöä  
 15.4 Jonkin verran huonommaksi  3 hlöä Millaisissa asioissa huomaatte muistinne heikentymisen ?  
 \_\_\_\_\_ Nimimuisti heikentynyt 3 hlöä \_\_\_\_\_  
 15.5 Selvästi huonommaksi

**16. Pelkäätekö turvallisuutenne puolesta (mm. väkivallan uhka tai muu häirintä, sairauskohtaus, eksyminen, liikenneturvallisuus tms.)**

a) kotona?

- 16.1  En **12**  
 16.2  Kyllä, mitä/miksi?

**b) kodin ulkopuolella?**

- 16.3  En **12**  
 16.4  Kyllä, mitä/miksi?

**17. Nukutteko yleensä hyvin?**

- 17.1  Kyllä, ilman unilääkettä **6 hlöä**  
 17.2  Kyllä, unilääkkeen kanssa, minkä? **\_4 hlöä\_**  
 17.3  En **2 hlöä**, millaisia univaikeuksia teillä on?

**Levottomat jalat, korvat, välillä nukkuu paremmin ja välillä huonommin**

Mikäli olette käyttänyt unilääkettä, niin miten kauan olette käyttänyt sitä ja kuinka usein?

\* **Kauan käyttäneet, iltaisin ottanut**

**18. Onko Teillä säännöllinen lääkitys?**

- 18.1  Kyllä **9**, kuinka monta säännöllisesti käytettävää lääkettä on teillä on? **\_ka 5,1 lääkettä**  
 18.2  Ei **3**

**19. Onko Teillä ongelmia lääkkeiden käytössä?**

- 19.1  Ei **12**  
 19.2  Kyllä, millaisia?  
 19.3  Tarvitsetteko opastusta lääkkeiden käytössä? Millaista?

**20. Selviydyttekö omin voimin seuraavista toiminnoista? Ympyröi sopiva vaihtoehto**

Toiminta	Kyllä	On jo vaikeuksia, mutta selviän itse	En selviä ilman toisen apua
Raskaat kotityöt ( ikkunoiden pesut, mattojen puistelu, vuodevaatteiden tuuletus, puulämmitys yms.)	x <b>6</b>	x <b>1</b>	x <b>5</b>
Kevyet kotityöt (ruuanlaitto, tiskaus, pyykinpesu yms.)	x <b>11</b>	x <b>1</b>	x
Ostoksilla yms. asioilla käynnit	x <b>10</b>	x <b>1</b>	x <b>1</b>
Raha-asioiden hoitaminen	x <b>10</b>	x	x <b>2</b>
Ulkoilu	x <b>12</b>	x	x
Peseytyminen (suihku/sauna)	x <b>11</b>	x <b>1</b>	x

**21. Ellette selviydy edellä mainituista toiminnoista omatoimisesti, niin kuvatkaa mitä apua tarvitsette ja keneltä?**

\*Siivousapu työpajan kautta, veljen perhe auttaa, tytär hoitaa raha-asiat

**22. Käytättekö apuvälineitä?**

	Kyllä	Ei
22.1 Kävelykeppi tms.	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
22.2 Kävelyteline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.3 Pyörätuoli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.4 Turvapuhelin tms.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.5 Lääkeannostelija	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>
22.6 Näön apuvälineet (ei silmälasit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.7 Kuulon apuvälineet	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>
22.8 Tukitangot ja kaiteet	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
22.9 Ruokailun apuvälineet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.10 Peseytymisen apuvälineet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.11 Korotukset	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>
22.12 Muu apuväline, mikä? 1 polvituki, 1 selän tukiliivit		
22.13 <input type="checkbox"/> En käytä apuvälineitä. 6		

**23. Oletteko kaatunut viimeisen puolen vuoden aikana?**

23.1  En 8 hlöä

23.2  Kyllä 4 hlöä, missä (ulkona, sisällä) ja miten usein kaaduitte?  
Lumikeli (liukas), epätasainen maasto, kengän korko jäi kaupan ritilään

23.3 Loukkaannuitteko (satutitteko itsenne) kaatuessanne, miten?  
Ei 2 hlöä, 2 hlöä vähän

23.4 Mikä on oma arvionne kaatumisen syistä? Kömpelyys, polvi petti, kengät ja kaupan ritilä

**24. Pelkättekö kaatumista?**

24.1  En 8 hlöä

24.2  Kyllä Talvella 4 hlöä

**25. Miten arvioitte kaatumisriskinne?**

25.1  Ei kaatumisriskiä 1

25.2  Vähäinen kaatumisriski 8

25.3  En osaa sanoa 3

25.4  Suuri kaatumisriski

25.5  Erittäin suuri kaatumisriski

## C. Elämäntavat

### 26. Tupakoitko? täin?

- 26.1  En **12**  
26.2  Kyllä

### Jos tupakoitte; kuinka monta savuketta päivit-

- 26.4  1-10 savuketta  
26.5  11-20 savuketta  
26.6  21-30 savuketta  
26.7  yli 30 savuketta

26.3 Tupakoin satunnaisesti

### 27. Käytättekö alkoholia?

- 27.1  En koskaan **4**  
27.2  noin kerran kuussa tai harvemmin **5**  
27.3  noin 2-4 kertaa kuukaudessa **1**  
27.4  noin 2-3 kertaa viikossa **1**  
27.5  4 kertaa viikossa tai useammin **1**

### Kuinka monta annosta alkoholia käytätte niinä päivinä jolloin käytätte alkoholia?

- 27.6  1-2 annosta **8**  
27.7  3-4 annosta  
27.8  5-6 annosta  
27.9  7-9 annosta  
27.10  10 tai enemmän

#### Yksi alkoholiannos

pullo (33 cl) keskiolutta tai mietoa siideriä  
lasi (12 cl) mietoa viiniä  
pieni lasi (8 cl) väkevää viiniä  
ravintola-annos (4cl) väkeviä

**On tärkeää muistaa, että alkoholi sopii huonosti tai ei sovi lainkaan joidenkin lääkkeiden kanssa!**

### 28. Kuinka usein harrastatte liikuntaa (esim. vähintään puoli tuntia kävelyä, pyöräilyä, voimistelua tai näihin verrattavissa olevaa hyötyliikuntaa kuten portaissa kulkemista tai pihatöitä)? Liikunta voi tapahtua ilman apuvälinettä tai apuvälineen kanssa.

- 28.1  Päivittäin **9 hlöä**  
28.2  Viikoittain **2 hlöä** (1–3 krt/viikko)  
28.3  Vähemmän kuin kerran viikossa  
28.4  En lainkaan **1 hlö**

Mitä liikuntaa harrastatte? **Liikkumista pt-toiminnoissa, kävelyä ulkona, sauvakävelyä, hyötyliikuntaa, erilaiset ryhmät, kuntosali, uinti, vesijumppa, vertaisryhmä, talvisin potkurilla, puutarhanhoito**

### 29. Millaiseksi arvioitte oman liikkumiskykyenne?

- 29.1  Erittäin hyväksi **1 hlö**  
29.2  Melko hyväksi **5 hlöä**  
29.3  Tyydyttäväksi **5 hlöä**  
29.4  Melko huonoksi **1 hlö**  
29.5  Erittäin huonoksi



**30. Jos liikkumiskykyne on heikentynyt, niin mikä siihen on mielestänne syynä?**

Polvet 3 hlöä, nivelrikko (polvi), oikean alaraajan iskias kipu, huimaus, huono selkä (välilevyn pullistuma)

**31. Miten tavallisesti liikutte?**

- 31.1  Kävelen 11  
 31.2  Pyörällä 4  
 31.3  Omalla autolla 6 Ajokortti Kyllä  6 Ei  6  
 31.4  Sukulaisten/tuttavien kyydissä 1  
 31.5  Julkisilla kulkuneuvoilla 2  
 31.6  Taksilla 1 kuljetuspalvelu  
 31.7  Muuten, miten? 1 talvella potkurilla

**32. Millainen ruokahalunne on yleensä?**

- 32.1  Hyvä 12  
 32.2  Huono, syy?

Syöttekö päivittäin lämpimän aterian?

- 32.3  Kyllä yleensä 12  
 32.4  En yleensä, miksi?

**D. Aistit: näkö ja kuulo**

**33. Näettekö lukea sanomalehtitekstiä?**

- 33.1  Ilman silmälaseja  
 33.2  Silmälasien kanssa 12  
 33.3  Suurennuslasia tai muuta apuvälinettä käyttämällä  
 33.4  Vain lehden isot otsikot  
 33.5  En pysty lukemaan lehtiä ollenkaan heikentyneen näön vuoksi  
 33.6  Olen näkövammaisen/sokea.

**34. Onko heikentynyt näköne haitannut päivittäistä elämääne muuten?**

- 34.1  Ei 11  
 34.2  Kyllä, miten? 1 kaihi silmissä rajoittaa näkemistä → leikkaus tulossa

**35. Millainen kuulonne on?**

- 35.1  Hyvä 9  
 35.2  Heikentynyt 3  
 35.2.1  Ei ole kuulolaitetta 10  
 35.2.2  Käytän kuulolaitetta 2  
 35.2.3  Kuulen hyvin kuulolaitteella  
 35.2.4  Kuulen huonosti kuulolaitteella  
 35.2.5  En käytä, miksi en  
 35.3  Kuuro  
 35.3.1  Tarvitsen tulkkia

**36. Kuuletteko seuraavat äänet? Kyllä En**

36.1 Ovikello	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 3 ei ole ovikelloa
36.2. Puhelinsoitto	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/>
36.3 Puhelinkeskustelu	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/>
36.4 Palovaroitin	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/>
36.5 TV, radio	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/>
36.6 Normaali puhe	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/>

## E. Sosiaalinen verkosto ja osallistuminen

### 37. Kuinka usein ja miten olette yhteydessä läheisiinne, omaisiinne ja tuttaviiinne?

- 37.1  Päivittäin 7 käyvät kylässä, puhelimitse  
 37.2  Viikoittain 7 (sama kuin edellä)  
 37.3  Kuukausittain 1 muihin sisaruksiin puhelimitse  
 37.4  Harvemmin kuin kerran kuukaudessa  
 37.5  En koskaan

### 38. Kuinka usein osallistutte vapaa-ajan toimintaan kodin ulkopuolella, esim. päiväkeskukset, yhdistystoiminta, kerhot, seurakunnan tilaisuudet, elokuvat, teatterit, näytellyt, museot, kirjasto, ohjattu liikunta tms.?

- 38.1  Päivittäin Missä? Seurakunta, yhdistystoiminta, kuntosali, teatterit,  
 38.2  Viikoittain 5 konsertit, kerhot, kirjasto, eläkeläisten toiminta  
 38.3  Kuukausittain 2  
 38.4  Harvemmin kuin kerran kuukaudessa 4  
 38.5  En koskaan 2

### 39. Jos teillä on vaikeuksia päästä osallistumaan toimintaan kodin ulkopuolella, niin millaisia vaikeuksia teillä on?

En ole käynyt aikaisemminkaan, nykyisin ei jaksaa, ei itsellä kyytiä (naapurit auttavat ja kuljetuspalvelu) , polvet rajoittavat liikkumista

## F. Toimeentulo

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

- 40.1  Hyvin 4  
 40.2  Kohtalaisesti 8  
 40.3  Huonosti

### 41. Haluatteko lisätietoa sosiaaliturvaan liittyvistä asioista? (mm. eläkettä saavan hoitotuki, omaishoidon tuki tms.)

- En  9  
 Kyllä  3 Mistä? Tulevaisuutta varten kaikkea, joka liittyy toimintakyvyn heikkene-  
 miseen, hoitotuki, eri tuet

## G. Viestintäyhteydet

42. Käyttekö seuraavia viestintävälineitä? Säännöllisesti Silloin tällöin En koskaan

Ei ole

42.1 Lankapuhelin	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 10 (ei ole)			
42.2 Matkapuhelin (kännykkä)	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1 (ei ole)			
42.3 Internet	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 9 (ei ole)			
42.4 Sähköposti	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 9 (ei ole)			

## H. Sosiaali- ja terveysten palvelujen käyttö

43. Kuinka kauan aikaa on edellisestä lääkärissä käynnistäne?

- 43.1  Alle vuosi 9  
 43.2  1–3 vuotta 3  
 43.3  yli 3 vuotta  
 43.4  kauan sitten, en muista aikaa

44. Kuinka kauan aikaa on edellisestä hammashoidossa käynnistäne?

- 44.1  Alle vuosi 3  
 44.2  1–3 vuotta 3  
 44.3  yli 3 vuotta 5  
 44.4  kauan sitten, en muista aikaa 1

45. Toimitteko omaishoitajana?

- 45.1  En ole omaishoitaja 12  
 45.2  Kyllä, ketä hoidatte?

## I. Tulevaisuus ja palaute

46. Oletteko tyytyväinen kunnan/kaupungin järjestämiin palveluihin?

- Kyllä  10 Mihin erityisesti? Outokummussa hyvät kuntosalit, seniorisali, palvelut yleisesti hyviä kunnassa. Lähellä olevat palvelut, kun tarvitsee.  
 En  2 Miksi? Marevan tuloksia vaikea saada → odotuttaa. Lääkäripalvelut Viinijärvelle esim. 2x vko tai 2 x kuukaudessa

47. Mitä kehittämisehdotuksia Teillä on ikäihmisten palveluista? esim. sosiaali- ja terveysten palvelut, kulttuuri- ja sivistyspalvelut yms.

”Vaikea vastata, kun ei ole tarvinnut vielä. Terveysten palvelut ovat sujuneet ihan hyvin. Lääkäri-ajanvarauksia kehitettävä. Lääkärin vastaanotto saatava Viinijärvelle. Tyytyväinen olen palveluihin. Ei tule mitään mieleen, jota voisi kehittää. Hengellisiä tilaisuuksia enemmän”

**48. Haastateltavan palaute haastattelulomakkeesta/haastattelusta (tämä kysymys täytetään haastattelutilanteen lopussa)**

”Tämä oli hauska kotikäynti. Mukavaa oli rupertella. Koin käynnin tarpeelliseksi ja toivottavasti on resursseja myös jatkossa tehdä kotikäyntejä. Ennaltaehkäisy on tärkeää työtä. Tämä oli hyvä ja positiivinen käynti. Oli mukava tavata. Kiitos käynnistä. Kiva kun kävitte, niin tiedätte missä kunnossa ollaan täällä kotona. Käynti tarpeen, ihan hyvä. Tervetuloa vaan uudestaan. Yllätyin, kun otettiin kirjeitse yhteyttä kunnasta ja ajattelin että vielä ne muistaa minuakin. Mukavaa, kun kävitte. Hän on vaan niin kova puhumaan, joten aikaa teiltä menee. Kiva kun naapurikin sai olla osan ajasta mukana, niin sai hänkin samalla tietoa palveluista (hänellä, kun ei ole vielä kukaan käynytään).”

”Käynti tarpeellinen hänen mielestään, vaikka lapset oli sanoneet, että mitä sie otat sitä käyntiä kun sie oot niin hyvässä kunnossa. Vielä laittavat siut holhouksen alle. Sanoin niille, että kun on aikaa ja varmaan siellä tulee jotain jota ei tiedä ja voi sitten kysyä käynnin yhteydessä. Käynti tarpeellinen ja ihan hyvä kun saisi olla tässäkin kunnossa. Mukava, kun kunto oli hyvä.”

**Yhteenveto:** 11/12 henkilön mielestä käynti tarpeen. Yksi tutkituista meinasi perua ajan. Tämä yksi kertoi, että hän on jo seurannassa muistihoitajan puolelta. Jatkossa tulossa vielä kuvaus ja geriatrin aika.

***Lämmin kiitos osallistumisestanne hyvinvointia edistävien kotikäyntien ja vanhuspalvelujen kehittämiseen***

## Liite 5. Toimintakyvyn arviointi yhteenvedokooste ja fyysisen toimintakyvyn mittaustuloste kooste

### TAULUKKO 3. Toimintakyvyn arviointi yhteenvedokooste

Henkilöt N= nainen M= mies	MMSE testin pisteet max. 30	Kellotaulun piirtäminen max. 6 pistet- tä	RAVA indeksi 1,29-4,03 / RAVA luokka 1-6	RR eli Veren- paine ja pulssi
N1	29	5	1,29 / 1	175/92 p. 64
N2	28	4	1,29 / 1	155/94 p.82
N3	29	6	1,29 / 1	148/75 p. 72
N4	25	4	1,29 / 1	133/80 p. 72
<b>N5</b>	<b>20</b>	<b>3</b>	<b>1,42 / 1</b>	150/72 p. 82
<b>N6</b>	<b>24</b>	6	<b>1,42 / 1</b>	131/82 p.95
N7	26	4	1,29 / 1	118/71 p.65
N8	27	4	1,29 / 1	143/75 p.72
<b>N9</b>	<b>Ei halua testiä, muistihoitajalla jo seurannassa</b>	<b>Ei tehty</b>	<b>1,42 / 1</b>	158 /106 p.78
M1	29	6	1,29 / 1	142/77 p.50
<b>M2</b>	<b>23</b>	<b>1</b>	<b>1,42 / 1</b>	174/96 p. 53
M3	29	6	1,29 / 1	160/80 p.61
<b>Yhteensä 12 tutki- mukseen osallistu- jaa Naisia 9 Miehiä 3</b>	<p>* 3/12 jatkoseurantaan MMSE ja kellotaulu testin perusteella</p> <p>Joista:</p> <p>* 2 suoraan jatkokon ohjaus muistihoitajalle laajempaan Cerad testiin</p> <p>* 1 henkilö ottaa itse yhteyttä syksyn 2011 aikana</p> <p>* 1 henkilö on jo seurannassa muistihoitajalla, ei halunnut muistitestiä. Eikä tarvettakaan nyt tässä vaiheessa, kun seurannassa.</p> <p><b>Yhteensä 4 henkilöä /12 jatko-seurannassa muistin takia.</b></p>		<p>Avun tarve: Kaikilla 12 henkilöllä satunnainen indeksin ja luokan perusteella. Itsenäisesti kotona tai omaisen avulla kotona/ kotihoito vain poikkeustapauksissa.</p>	<p>Verenpaine kontrollit jatkossa sovittiin 9 henkilölle /12. Kontrolli joko kotimittarilla, itsehoitopisteessä terveyskeskussa tai varaa kontrolliajan terveyskeskuksesta.</p> <p><b>Arvot :</b></p> <p>* <b>5 lievästi</b></p> <p>* <b>4 kohtalaisesti kohonnut</b></p>

## TAULUKKO 4. Fyysisen toimintakyvyn mittaustuloste kooste

Henkilöt N= nainen M= mies	Tuki- ja liikunta- elimistö, UKK- instituutin testi ikäntyville/ Not- keus	Tuki- ja liikuntaeli- mistö Lihaskoivu ja – kestävyys UKK –instituutin testi ikäntyville	Liikkumiskykytestistö / suorituskyvyn testis- tö/ THL SPPB (Short physical performance battery) max. 12 pistettä/ Guralnik ym. testistä mukaeltu
	Hartiaseudun liikkuvuus (kun- toluokat 1voimakas liike- rajoitus- 5 ei lii- kerajoitusta) tai Olkanivelen liik- kuvuus istuen (kuntoluokat 1-3)	Kyynärnivelen kou- kistajalihasten dynaa- minen voima / (kuntoluokat 1-3)	*Tasapainotestit (Puol- itandem, jalat rinnak- kain, tandem) *Kävelyn nopeus 2,44m *Tuolista ylös nousu 5 kertaa käsivarret rin- nan päällä max. 12 pistettä
N1	1/5	3	12
N2	5/5	3	10
N3	4/5	3	11
N4	5/5	2	10
N5	3/3	2	11
<b>N6</b>	<b>3/3</b>	<b>1</b>	<b>7</b>
<b>N7</b>	<b>3/3</b>	<b>1</b>	<b>4</b>
N8	5/5	2	10
<b>N9</b>	<b>3/3</b>	<b>1</b>	<b>6</b>
M1	5/5	2	10
M2	3/5	2	10
M3	3/5	2	11
Yhteensä 12 tutkimukseen osallistujaa Naisia 9 Miehiä 3	Hartiaseudun liikkuvuus alen- tunut 7 hlö tutki- tuista, mutta ol- kanivelen liikku- vuus kuitenkin toiminnallisesti hyvät 11 henki- löllä /12 henkilös- tä. Yhdellä henki- löllä / 12 oli voi- makas liikerajoi- tus l.a. Ryhti!	Kyynärnivelen kou- kistajalihasten dynaa- minen voima alentu- nut 3 henkilöllä. Tulos keskimääräistä hei- kompi tulos. <b>*Samoilla 3 henki- löillä koukistajali- hasvoima alentunut sekä SPPB testin tulos! Hartiaseudun liikkuvuutta seisten ei onnistunut.</b>	SPPB testin perusteel- la <b>suorituskyky alen- tunut 3 henkilöllä</b> ja sen vuoksi voi kaatu- misriski olla lisäänty- nyt.
<i>Kaikille ohjattu ja annettu Ikäinstituutin ”kävely kevyemmäksi voimisteluohjelma” kotiohjeeksi ja henkilökohtaisessa ohjauksessa painotusalueet huomioitu erikseen asiakaskohtaisesti. Henkilöillä joilla kaatumisriski lisääntynyt, niin annettu lisäksi esite kaatumisen ehkäisyyn.</i>			

## Liite 6. Hyvinvointia edistävien kotikäyntien prosessi 75 vuotta täyttävälle Liperissä

