



Satakunnan ammattikorkeakoulu

Leena Ahonen

”TÄMÄ TOIMINTA ON ERITTÄIN TARPEELLISTA”
TUTKIMUS IKÄIHMISTEN KOTONA SELVIYTYMISEN
TUKEMISESTA NEUVOLATOIMINNAN AVULLA

Sosiaali- ja terveysala Pori
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

2008

”TÄMÄ TOIMINTA ON ERITTÄIN TARPEELLISTA”
TUTKIMUS IKÄIHMISTEN KOTONA SELVIYTYMISEN TUKEMISESTA
NEUVOLATOIMINNAN AVULLA

Ahonen, Leena
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Maaliskuu 2008
Kangassalo, Ritva
YKL:37.232
Sivumäärä: 72

Asiasanat: ikääntyneet, vanhukset, vanhusten neuvolat, toimintakyky, kotona asuminen, turvattomuus

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia Porissa vuodesta 2005 toiminutta, Satakunnan Vanhustuki – yhdistyksen ylläpitämän Ikäihmisten neuvolan toimintaa. Kolmivuotinen projekti päättyi vuoden 2007 lopussa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli saada tietoa projektin vaikutuksista henkilöiden kotona selviytymiseen ja vanhusten neuvolatoiminnan tarpeellisuudesta. Kohderyhmänä olivat Satakunnan Vanhustuki ry:n ylläpitämän Ikäihmisten neuvolan asiakkaat, joita oli noin 600 henkilöä vuonna 2007.

Opinnäytetyö tehtiin survey-tutkimuksena; aineisto kerättiin standardoidulla kyselylomakkeella. Lomake jaettiin asiakkaille neivolakäyntien yhteydessä, tai se lähetettiin postissa, mikäli heille ei ollut käyntiä neivolassa kyselylomakkeen jakeluaikana, joka oli marraskuu 2007. Tutkimuksessa käytettiin sekä laadullista tutkimusmenetelmää että määrällistä tutkimusmenetelmää.

Useiden tutkimusten mukaan ikäihmiset haluavat asua kotonaan mahdollisimman pitkään, minkä mahdollistaminen on myös virallisen vanhuspolitiikan tavoite. Myös tässä Ikäihmisten neuvolan asiakkaille suoritetussa opinnäytetyön tutkimuksessa kävi selkeästi ilmi asiakkaiden tyytyväisyys tähän toimintaan, sekä se, että osaltaan neuvolatoiminta tukee ikäihmisten itsenäistä selviytymistä. Erityisen hyvänä koettiin mahdollisuus tulla käynnille neuvolan toimipisteeseen ilman ajanvarausta, ja lisäksi toimipisteen sijainti kaupungin keskustassa koettiin etuna. Neuvolan työntekijöiden suorittamat kotikäynnit koettiin hyvänä palveluna.

Tulevaisuudessa sosiaali- ja terveystalveluiden käytäntöjä joudutaan järjestelemään uudelleen. Tämän opinnäytetyön kyselyn tuloksia voidaan hyödyntää Ikäihmisten neuvolatoiminnan jatkuessa uudessa kolmivuotisessa projektissa (2008 – 2010). Jatkotutkimushaasteena olisi joidenkin alusta saakka neuvolatoiminnassa mukana olleiden toimintakyvyn seuranta tai neuvolatoiminnan vaikutukset toimintakykyyn.

'WHAT WE ARE DOING IS HIGHLY NECESSARY'
A STUDY OF THE SUPPORT IN COPING AT HOME BY THE
MEANS OF ELDERLY PEOPLE'S WELFARE CLINICS

Ahonen, Leena
Satakunta University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing
March 2008
Kangassalo, Ritva
PLC:37.232
Number of Pages:72

Keywords: Elderly people, old people, elderly people's welfare clinics, functional capability, living at home, insecurity

The aim of the Bachelor's thesis was to study the activities of an elderly people's welfare clinic maintained by the Association for Supporting Old People in Satakunta. The three-year project terminated by the end of 2007. The feedback enquiry was designed to obtain information on how the project had affected the persons' coping at home and, in particular, on how necessary elderly people's welfare clinics were. The target group consisted of the clients, about 600 in 2007, of the elderly people's welfare clinic that was maintained by the Association for Supporting Old People in Satakunta.

The Bachelor's thesis took the form of a survey, and the material was gathered by means of a standardized questionnaire. The questionnaire was handed to the clients as they were visiting the welfare clinic, or it was sent to them by post, if they did not happen to visit the clinic during the delivery of the questionnaire, which was the November of 2007. In the study both a qualitative and quantitative method were used.

Several studies show that elderly people want to live at home for as long as possible, and it is also a goal of old age policy to make this possible. The study related to the Bachelor's thesis made among the clients of the elderly people's welfare clinic indicated clearly that clients were satisfied with these activities, and that a welfare clinic, for its part, supports elderly people's independent coping. It was considered a big advantage that one could visit the welfare clinic without booking an appointment, and, moreover, the location of the clinic in the heart of the city was seen as positive. Home visits paid by the welfare clinic employees were regarded as good service.

In future, it will be necessary to reorganize the practices of social and health care services. The results of this Bachelor's thesis can be exploited in the new three-year project of the elderly people's welfare clinic (2008 – 2010). Further research could be done among clients that have participated in the project from the beginning according the progress of their ability to function or the elderly people's welfare clinic's impact on their ability to function.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	VÄESTÖKEHITYS	7
2.1	Ikärakenteen muutos	7
2.2	Muutokset avun tarpeessa ja sen yhteiskunnalliset vaikutukset	8
3	IKÄÄNTYMINEN.....	10
3.1	Ikämääritelmät	10
3.2	Biologinen vanheneminen	11
3.3	Fyysinen ikääntyminen	12
3.4	Psyykkinen ikääntyminen	13
3.5	Sosiaalinen ikääntyminen	13
4	TOIMINTAKYKY	14
4.1	Iäkkäiden toimintakyky	14
4.2	Toimintakyvyn ulottuvuudet.....	15
4.3	Toimintakyvyn mittaaminen.....	16
4.4	Toimintakyky ja ikä	18
4.5	Toimintakyvyn edistäminen	19
4.6	Ikäihmisten selviytymistä ja toimintakykyä uhkaavia tekijöitä.....	20
4.6.1	Yksinäisyys	20
4.6.2	Masennus.....	21
4.6.3	Alkoholi.....	23
5	ENNALTAEHKÄISEVÄ VANHUSTYÖ	24
5.1	Yleistä ennaltaehkäisevästä vanhustyöstä	24
5.2	Iäkkään väestön terveystarkastukset ja seulonnat.....	27
5.3	Ikäihmisten neuvolatoiminta.....	29
5.4	Sosiaalityön näkemys	30
6	IKÄIHMISTEN HOIDON JA PALVELUJEN SUOSITUKSET JA VALTAKUNNALLISET LINJAUKSET	32
6.1	Ikäihmisten palvelujen laatusuositus	32
6.2	Terveys 2015 –kansanterveysohjelma	34
6.3	Terveysten edistämisen laatusuositus.....	34
6.4	Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma (KASTE)	35
6.5	Geriatrisen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Sosiaali- ja Terveysministeriön selvityksiä 2006:30	36
6.6	Tie hyvään vanhuuteen. Vanhusten hoidon ja palveluiden linjat vuoteen 2015. Sosiaali- ja Terveysministeriön selvityksiä 2007:8	37

6.7	Sosiaali- ja terveystalouden strategiat 2015 – kohti sosiaalisesti kestäväää ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa	37
6.8	Muita ikääntyneiden kotona selviytymiseen liittyviä ohjeistuksia	37
7	AIKAISEMPIÄ TUTKIMUKSIA	39
8	OPINNÄYTETYÖN TAUSTAORGANISAATIO SATAKUNNAN VANHUSTUKI RY	41
9	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	42
9.1	Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimustehtävät	42
9.2	Tutkimuksen kohderyhmä	43
9.3	Tutkimusmenetelmä.....	43
9.3.1	Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä	44
9.3.2	Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä	45
9.4	Kyselylomake	45
9.5	Tutkimusaineiston keruu.....	46
9.6	Tutkimuksen eettisyys	47
9.7	Tutkimuksen luotettavuus ja pätevyys.....	47
9.8	Tutkimusaineiston analysointi	48
10	TULOKSET	50
10.1	Taustatietokysymykset.....	50
10.2	Terveystila ja toimintakyky	51
10.3	Hoito- ja palvelutuki	52
10.4	Palveluiden tarve.....	53
10.5	Ikäihmisten neuvolan palvelut	54
10.6	Palvelun laatu.....	57
10.7	Kotona selviytymisen tukeminen.....	58
10.8	Neuvolan tarpeellisuus.....	59
10.9	Toiminnan jatkumisen tarpeellisuus	60
10.10	Projektin kehitys, vertailu vuoden 2006 tutkimukseen.....	61
11	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	65
11.1	Johtopäätökset.....	65
11.2	Pohdinta	66
11.3	Jatkotutkimushaasteet ja kehittämissuhteita	68
	LÄHTEET	69
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Ikäkkäät ihmiset haluavat asua kotonaan mahdollisimman pitkään, tarvittaessa palvelujen turvin (Holma 2003, 9; Lukkaroinen 2002, 22). Ikääntyneiden kotona asumiseen vaikuttavat monet tekijät, kuten elinolosuhteet, ikääntyvän terveys, toimintakyky ja toiminta sekä avun tarve ja palvelujen saanti (Backman 2001, 20). Itsenäistä selviytymistä kotona voidaan tukea muun muassa toteuttamalla ennaltaehkäiseviä kotikäyntejä ja järjestämällä riittävät koti- ja muut palvelut. Vuonna 2000, yli 75-vuotiaista 74 % selviytyi kotona ilman säännöllistä kotipalvelua ja kotisairaanhoidoa. (Holma 2003, 9-10.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia Porissa vuodesta 2005 toiminutta, Satakunnan Vanhustuki – yhdistyksen ylläpitämän Ikäihmisten neuvolan toimintaa. Kolmivuotinen projekti päättyi vuoden 2007 lopussa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli saada tietoa projektin vaikutuksista henkilöiden kotona selviytymiseen ja vanhusten neuvolatoiminnan tarpeellisuudesta. Projektilla on ollut Raha-automaatti – yhdistyksen rahoitus, ja se on toiminut vuosina 2005 – 2007. Neuvolan toimipiste on ollut osoitteessa Mikonkatu 7, Pori. Neuvolaan on voinut tulla asioimaan ilman ajanvarausta niin terveydenhuoltoa kuin sosiaalialaa koskevien kysymysten kanssa. Neuvolan työntekijät ovat myös tarvittaessa suorittaneet kotikäyntejä ja lisäksi neuvolassa on järjestetty erilaisia keskusteluryhmiä ja ohjattua ryhmäliikuntaa.

Tämä opinnäytetyö toteutettiin standardoidulla kyselylomakkeella, kohteena olivat Ikäihmisten neuvolan asiakkaat. Neuvolan asiakkaita oli vuonna 2007 noin 600 henkilöä, joista valittiin satunnaisotoksella 100 (N = 100). Kyselylomakkeen jakeluaika oli marraskuu 2007. Kyselyn avulla pyrittiin saamaan tietoa Ikäihmisten neuvolan toiminnan vaikutuksista asiakkaiden kotona selviytymiseen ja tutkittavien mielipiteistä kyseisestä toiminnasta. Lisätiedon saaminen neuvolatoiminnasta on tärkeää toiminnan jatkamisen kannalta, sillä sen avulla saadaan arvokasta tietoa asiakkaiden toiveista ja mielipiteistä, sekä voidaan havaita mahdollisia puutteita toiminnassa. Opinnäytetyöni tuloksia voidaan käyttää toiminnan jatkon suunnittelussa.

2 VÄESTÖKEHITYS

2.1 Ikärakenteen muutos

Tulevien vuosikymmenten aikana Suomen väestörakenteessa tapahtuu suuria muutoksia, varsinkin ikääntyneiden määrä kasvaa nopeasti. Voimakkain rakennemuutos ajoittuu vuoden 2010 tienoille, kun suuret ikäluokat ovat eläkeiässä. (Holma. 2003, 7.)

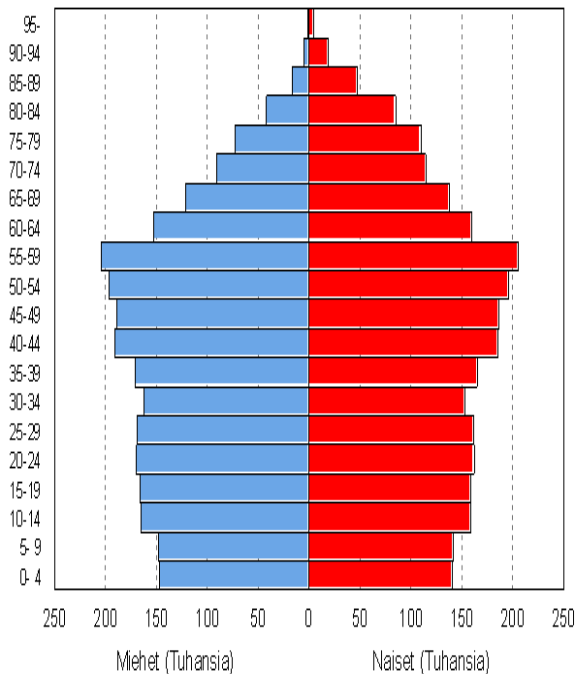
Väestön ikääntyminen on Suomessa lähivuosina nopeampaa kuin useimmissa muissa maissa. Eliniän pidentyminen ja alhainen syntyvyys johtavat siihen, että ikärakenne muuttuu pysyvästi. (Parjanne. 2004, 8.)

Yli 65-vuotiaiden osuuden väestöstä arvioidaan nousevan nykyisestä 16 prosentista 26 prosenttiin vuoteen 2030 mennessä ja pysyvän lähes samana seuraavat kymmenen vuotta. Alle 15-vuotiaiden osuus väestöstä pienenee puolestaan nykyisestä 17 prosentista 15,5 prosenttiin vuoteen 2040 mennessä. Samassa ajassa työikäisten osuus väestöstä pienenee noin 10:llä prosentilla. Työikäisten määrä alkaa vähentyä vuonna 2010, jolloin sotien jälkeiset suuret ikäluokat siirtyvät eläkeikään. Väestöllinen huoltosuhde eli lasten ja vanhusten määrä sataa työikäistä kohden nousee nykyisestä 50:stä 74,6:een vuoteen 2034 mennessä. Yli 85-vuotiaiden osuuden väestöstä, eli niin sanottujen vanhojen vanhusten määrän ennakoidaan kaksinkertaistuvan vuoteen 2030. Vuoteen 2040 mennessä lukumäärän ennustetaan nousevan 6,1 prosenttiin viime vuodenvaihteen 1,8 prosentista. Siten heidän määränsä nousee nykyisestä 94000:sta 349000:een. (Kuvio 1.)

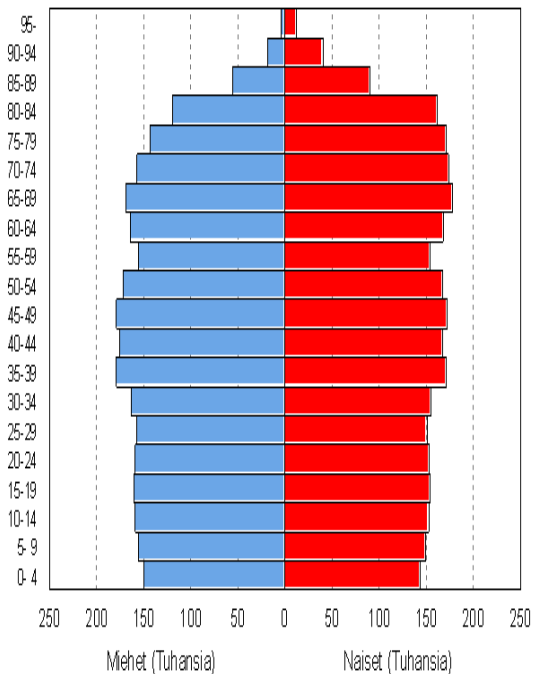
65- vuotiaiden odotettavissa oleva elinikä pysyi 1960- luvulle asti suhteellisen vakaana, mutta siitä lähtien se on pidentynyt noin vuodella vuosikymmentä kohti. Esitettyjen arvioiden mukaan eliniän piteneminen jatkuu edelleen suurin piirtein samaa vauhtia, tai se saattaa jopa kiihtyä. Arviota hyvin iäkkäiden ihmisten lukumäärien kehityksestä on yhä uudestaan korjattu ylöspäin. Tulevaisuudessa yhä useampi saavuttaa 85- 90 vuoden iän,

eikä yli 90- vuotias tule olemaan mikään poikkeus. Arvioiden mukaan Suomen väestömäärä kääntyy laskuun 2020- luvulta lähtien.(Parjanne. 2004, 15.)

Väestö iän ja sukupuolen mukaan 2006



Väestöennuste iän ja sukupuolen mukaan 2030



Kuvio 1. Väestöennuste iän ja sukupuolen mukaan
Päivitetty 31.5.2007 (Lähde: Tilastokeskus)

2.2 Muutokset avun tarpeessa ja sen yhteiskunnalliset vaikutukset

Eniten apua tarvitsevien yli 75- vuotiaiden määrä tulee siis lisääntymään huomattavasti, ja esimerkiksi Lukkaroinen (2002) mukaan julkisen sektorin menokehitys on yhteydessä väestörakenteen muutoksiin. Väestön ikääntyminen kasvattaa terveys- ja sosiaalipalvelujen kysyntää, joka tulee siten J- käyrän muotoiseksi. (Lukkaroinen. 2002, 44- 45.)

Ikääntyneet ihmiset tarvitsevat enemmän hoivaa ja hoitoa kuin nuoremmat ikäluokat, vaikkakin palvelujen tarve ei aivan suoraviivaisesti riipu kalenteri- iästä, vaan on enemmänkin kysymys toimintakyvystä (Parjanne, 2004, 21). Siten iäkkään väestön nopea kasvu lisää sosiaali- ja terveyspalvelujen tarvetta, mutta työikäisten määrän väheneminen voi rajoittaa sosiaali- ja terveysalan työvoiman tarjontaa sekä mahdollisuuksia rahoittaa tarvittavia palveluja (Martelin & Kuosmanen. 2007, 22).

Myöskin kuntien maksama osuus palvelujen rahoituksesta on lisääntynyt valtion-osuusudistuksen (1993) jälkeen. Kainulaisen et al.(2001) tutkimuksen mukaan etenkin maaseutumaisilla ja vanhuspainotteisilla kunnilla on vaikeuksia suoriutua velvoittees-taan järjestää vanhuspalvelut. (Lukkaroinen. 2002, 18.)

Kaikkein iäkkäimpien ihmisten, yli 80- vuotiaiden osuuden on ennustettu kasvavan yli viiden prosentin, mikä merkitsee yli 100000 henkilön lisääntymistä. Vanhimmissa ikä-luokissa terveystalvelujen tarve on suurempaa kuin nuoremmissa ikäluokissa. Vaikka yksilöiden välisiä eroja terveydessä tulee varmasti tulevaisuudessa olemaan, on avun tarvitsijoiden määrä joka tapauksessa lisääntymässä. Tällä hetkellä joka neljäs 85- vuo-tiaista on laitoshoidossa, kirjoittaa Helin (2002). (Hietanen & Lyyra. 2003,15.)

Osaltaan avun tarpeeseen tulee vaikuttamaan myös vanhusväestön naisvaltaisuus, elä-vähän naiset miehiä pidempään ja heillä on havaittu olevan myös enemmän haittaavia pitkäaikaissairauksia, toimintarajoitteisia elinvuosia sekä hoitolaitoksissa eletäviä vuo-sia (Sihvonen 1998). Luoto ym. (2000) mukaan ikääntyneiden henkilöiden hoitopäivien on laskettu lisääntyvän koko maassa vuosina 1996 - 2010 miesten kohdalla 49 % ja naisten kohdalla 26 % käytettäessä osoittimena yleislääketieteen ja vanhainkotien yh-teenlaskettuja hoitopäiviä. (Hietanen & Lyyra. 2003,15.)

Useiden tutkimusten mukaan vanhuksset haluavat asua mahdollisimman pitkään koto-naan, omassa tutussa elinympäristössään (Hirvonen 1995, Malin 1996, Vanhusbaromet-ri 1998, Vaarama ym. 1999, Holma 2003; Lukkaroinen 2002). Hirvosen (1995) mukaan vanhuksilla liittyy kotona asumisen merkitykseen tunne itsenäisyydestä ja vapaudesta olla oma itsensä, sekä saada olla rauhassa (Lukkaroinen. 2002, 22).

3 IKÄÄNTYMINEN

3.1 Ikämääritelmät

Ihmisen elämä on usein mielivaltaisesti jaettu eri ikäkausiin. Ikäkaudet perustuvat ikään, vaikka ihmisten vanhenemisen biologiset muutokset ovat hitaita ja ne vaihtelevat henkilöiden välillä. Virallisesti ihmisestä tulee aikuinen 18-vuotiaana ja vanhuuden usein katsotaan alkavan 65 vuoden iässä. Vanhuutena pidetään ihmisiän lähestymistä keskimääräistä elinikää. Vanhaksi määrittäminen liittyi aikaisemmin kansaneläkelain viralliseksi eläkeiäksi asettamaan 65 ikävuoteen. (Rintala 2005,23.) Koskisen (1998) mukaan ikääntynyt ihminen eli ikäihminen on henkilö, jonka toimintaan alkavat huomattavasti vaikuttaa iän myötä tapahtuvat fyysiset ja psyykkiset muutokset (Koskinen ym.1998,16).

65 ikävuoden raja ei enää puolla paikkaansa vanhuuden määrittäjänä. Useimmat tämän ikäisistä ovat vielä varsin hyväkuntoisia ja kykenevät normaaliin itsenäiseen elämään. (Koskinen, Aalto, Hakonen, Päivärinta 1998,15 – 16.) Tällä vuosituhannella on myös tullut selväksi, että kronologinen ikä ja funktionaalinen ikä eivät todellakaan ole sama asia ja näin ollen siinä voi olla suuriakin eroja ihmisten välillä. Tämä on varsin tärkeä huomio käsiteltäessä ikäihmisiä kohderyhmänä. Kronologisen iän sijaan vanhusväestöön on alettu viitata erilaisilla käsitteillä, kuten esimerkiksi sanalla ikäihmiset. (Rintala 2005, 29.)

Voidaan käyttää myös käsitteitä kolmas ja neljäs ikä, jolloin kolmas ikä alkaisi eläkeiän alkaessa, se on varsin hyväkuntoisten ja aktiivisten ikäihmisten aikaa. Neljäs ikä taas käsittäisi yli 85- vuotiaat, jolloin on suurempi palvelujen ja hoidon tarve. (Holma 2003, 8.)

Neljännelle iälle tyypillistä on hauraus ja tarve turvautua yhä enenevässä määrin toisten apuun ja tukeen selviytyäkseen heikkenevän terveyden ja vanhuuden sairauksien alentaman toimintakyvyn varassa päivittäisestä elämästään (Sosiaali- ja Terveysministeriö 2008:3, 50).

Joskus saatetaan puhua myös viidennestä iästä (mm Koskinen), jolloin tarkoitetaan kaikkein suurimman hoidon ja palveluntarpeen vaihetta eli kaikkein iäkkäimpiä.

Olemme siirtymässä kohti ikääntyneiden yhteiskuntaa. Yli 80- vuotiaat ovat nopeimmin kasvava ihmisryhmä. (Lyyra ym. 2007, 5.)

Tulevaisuuden vanhukset ovat terveempiä, liikuntakykyisempiä, varakkaampia, paremmin asuvia ja paremmin koulutettuja kuin vastaavan ikäiset tänä päivänä. Toisin sanoen vanhusväestön omat voimavarat vahvistuvat. Lähtökohtana on, että ikääntyvää ihmistä arvostetaan ja hänen voimavaransa yhteiskunnan jäsenenä otetaan huomioon. (Holma 2003, 10 – 11.)

Eli samalla kun elämään on tullut lisää vuosia, on lisävuosiin tullut myös terveyttä. Yhä selvemmin nähdään, kuinka terveystyön tavoite ei ole sairauksien ehkäisy, vaan niiden siirtäminen mahdollisimman myöhäiseen vaiheeseen eli terve ikääntyminen. Tämä merkitsee sitä, että kasvavan ikäihmisten joukon terveys ja erityisesti toimintakyky on terveystyön eräs keskeinen tavoite. Se on terveyden ja sosiaalihuollon kustannusten kannalta avainasemassa – puhumattakaan inhimillisestä näkökulmasta. (Martelin, Kuosmanen toim.2006, 11.)

3.2 Biologinen vanheneminen

Biologian oppikirjan mukaan biologinen vanheneminen on ”monisoluisien eliöeläinten yksilöiden ja niiden somaattisten elinten ja solujen vähittäistä muuntumista, joka lopulta johtaa kuolemaan.” Vanhenemisilmiöiden perustana ovat yksittäisten solujen muutokset. Solujen kemialliset reaktiot hidastuvat, ja solujen jakaantumiset tulevat yhä harvinaisemmiksi. (Heikkinen, Rantanen. 2008, 312.)

Biologisen vanhenemisen selittämiseen on kehitetty lukuisia teorioita, joista mikään ei yksinään selitä vanhenemistä. Geneettinen vanhenemisteoria uskoo vanhenemisprosessin etenevän geneihin ajastetun kellon mukaan. Ohjelmoidut muutokset geneissä johtavat soluaineenvaihdunnan sammumiseen. Löytyy lukuisia viitteitä siitä, että periytyvät tekijät vaikuttavat ihmisen elinikään. Hapettumisteorian mukaan solujen rasvat alkavat härskiintyä vapaiden radikaalien vaikutuksesta ja nämä reaktiot johtavat biologiseen vanhenemiseen. Samoilla linjoilla on akkumulaatioteoria, jonka mukaan ikääntyvän so-

luihin kertyy aineenvaihdunnan haitallisia tuotteita. On myös pohdittu hormonien vaikutusta ikääntymiseen, sekä laadittu immuuni- ja autoimmuuniteoria. (Vallejo Medina ym. 2005, 21 – 22.)

3.3 Fyysinen ikääntyminen

Fyysistä vanhenemista ei voi estää ja siksi se tulee nähdä ihmisen kehittymisen luonnollisena osana. Fyysinen vanheneminen on väistämätöntä. Sen aiheuttamat muutokset heikentävät elimistön toimintaa kokonaisuudessaan. Vanha ihminen voi selvitä hyvin tavanomaisessa elämässä, mutta rasituksessa vanha keho on hauras ja haavoittuva. Vanhenemismuutokset ja niiden eteneminen on kuitenkin hyvin yksilökohtaista, eikä biologinen ikä välttämättä vastaa kalenteri- ikää. (Vallejo Medina ym. 2005, 22 – 25.)

Vanhenemista voidaan myös määritellä niin, että se on iän mukana seuraava fysiologisten toimintojen lisääntyvää huononemista, joka johtaa vähentyneeseen stressinsietokykyyn ja kasvavaan sairastumisalttiuteen. Ikääntymisilmiön etenemiseen ja vaikutuksiin eri yksilöillä vaikuttaa perimä ja ympäristötekijät. (Heikkinen & Rantanen. 2008, 312.)

Silmien akkomodaatiokyky huononee, koska mykiön valkuaisaineet muuttuvat iän mukana ja mykiö jäykistyy. Kuulo heikkenee, pääosin korkeiden äänien kuuleminen häiriintyy, matalat kuullaan niin kuin ennenkin. Haju – ja makuaisti tylstyvät usein. (Nienstedt et al. 2000, 596 – 598.)

Myös aistitoiminnat heikentyvät olennaisesti eläkeiässä. Ajokortin myöntämisen kriteerinä olevan näöntarkkuuden saavuttaa 65–74-vuotiaista vielä noin 90 % mutta 85 vuotta täyttäneistä enää neljännes. Kuulontarkkuuden heikkeneminen iän myötä on tätäkin jyrkempää, joskin monet iäkkäät kokevat kuulevansa kaiken tarpeellisen, vaikka heitä ei audiometriatulosten perusteella enää kuuluisi luokitella hyvin kuuleviksi. (Koskinen ym. 2007, 18.)

3.4 Psykkinen ikääntyminen

Psyykkistä vanhenemista voisi kuvata kehittymiseksi, kypsymiseksi tai muuttumiseksi. Se ei suinkaan ole rappeutumista, vaan lähes päinvastoin. Ihmisen suhtautuminen ikääntymiseen ja sen tuomiin muutoksiin liittyy tiivisti hänen persoonallisuuteensa, eli tapaan, jolla hän on koko elämänsä aikana suhtautunut asioihin, ja hänen tapansa käsitellä elämänkriisejä. Kehon rappeutumisen synnyttämä suru on käytävä läpi, jotta voi hyväksyä vanhuuden rajoitukset ja luopumiset. (Vallejo Medina ym. 2005, 25 – 29.)

Persoonallisuudeltaan ihminen on vanhanakin yksilöllinen ja ainutkertainen. Minäkuvan pääpiirteet muotoutuvat nuorena ja pysyvät melko muuttumattomina liki koko aikuisiän. (Koskinen ym. 1998, 107- 108.). Niin sanotussa terveessä vanhenemisessä, eli jos vanheneminen tapahtuu ilman sairauden, vamman tai muun patologisen syyn vaikutusta, säilyvät kognitiiviset toiminnot hyvinä vielä korkealla iällä. Lähtötasolla on kuitenkin merkitystä. (Vallejo Medina ym. 2005, 25 – 29.)

Iän karttuessa kognitiivinen toimintakyky näyttää säilyvän paremmin kuin fyysinen toimintakyky ja aistitoiminnot. Tämä koskee sekä kielellistä sujuvuutta että oppimista ja muistitehtäviä (esim. Koskinen ym. 2002, 80; Pulliainen ym. 2007). Kognitiivinen toimintakyky alkaa heikentyä verkalleen jo keski-ikästä lähtien eikä tämä heikkeneminen näytä kiihtyvän eläkeiässä. 85 vuotta täyttäneidenkin keskimääräiset testitulokset ovat vain hieman yli kolmanneksen heikommät kuin 30–44-vuotiaiden tulokset. (Koskinen ym. 2007, 18.)

3.5 Sosiaalinen ikääntyminen

Sosiaalinen vanheneminen ei ole yksiselitteinen käsite. Sosiaaliset roolit liittyvät eri ikävuosiin, puhutaan sosiaalisesta iästä. Elämään muodostuu eräänlainen aikataulu, jonka mukaisesti ihmisten odotetaan etenevän. Sosiaalisessa vanhenemisessä tarkastellaan ikääntyvän ihmisen ja hänen ympäristönsä tai yhteisönsä välisiä suhteita ja niiden muutoksia. Sosiaalisen vanhenemisen muutoksia voivat olla terveyden ja toimintakyvyn heikkeneminen, työstä luopuminen, vanhempien kuolema, lasten muutto kotoa, isovanhemmuus ja leskeksi jääminen. Nämä tilanteet muokkaavat ihmisen ja hänen lähipiirinsä asenteita ja aiheuttavat muutoksia rooleissa. (Vallejo Medina ym. 2005, 29 – 31.)

Kuten jo on todettu, on vanheneminen yksilöllistä. Siihen vaikuttavat sisäiset eli geneettiset ja ulkoiset tekijät eli elintavat ja elinympäristö. Nykyisin ajatellaan, että geneettinen perimä on merkittävämpi nuoruusiässä, kun taas elämäntapa ja ympäristötekijät vaikuttavat enemmän iäkkäiden terveyteen. (Vallejo Medina ym. 2005, 22.)

4 TOIMINTAKYKY

4.1 Iäkkäiden toimintakyky

Toimintakyvyllä tarkoitetaan yleensä sitä, kuinka hyvin ja itsenäisesti ihminen suoriutuu erilaisista arkielämän tehtävistä, joita ovat esimerkiksi itsestä, kodista ja läheisistä huolehtiminen. Näiden tehtävien laatuun ja niistä suoriutumiseen vaikuttavat sekä yksilön valmiudet, kyvyt ja tavoitteet että ympäristön vaatimukset ja toimintaedellytykset. Toimintakyvyn käsitettä voidaan jäsentää erilaisten mallien avulla. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen luokituksen (WHO 2004) eli ns. ICF-luokituksen mukaan toimintakyky koostuu ruumiin/kehon toiminnoista ja rakenteesta, suorituksista ja osallistumisesta. (Koskinen ym. 2007,15.)

Yksilön toimintakykyä voidaan tarkastella joko kuvaamalla jäljellä olevaa toimintakyvyn tasoa tai todettuja toimintakyvyn vajauksia. Toimintakyvystä puhuttaessa on kyse laajasti hyvinvointiin liittyvästä käsitteestä, josta sairaudet ovat vain osa. Yksilön oma identiteetti, ympäristön määrittelemät normit ja historialliseen aikaan liittyvä kulttuuri muodostavat kontekstin, jossa yksilö arvioi omaa toimintaansa. (Heikkinen, Rantanen 2008, 261.)

Toimintakyvyn katsotaan olevan vuorovaikutuksessa terveydentilan sekä erilaisten yksilö- ja ympäristötekijöiden kanssa. Toimintakyvyn kannalta tärkeitä yksilötekijöitä ovat mm. ikä, sukupuoli ja koulutus, aiempi elämänhistoria, psyykkiset piirteet ja henkilön itselleen asettamat tavoitteet. Ikääntyessään ihmiset usein tarkistavat tavoitteitaan niin,

että ne vastaavat heidän toimintaedellytyksiään (esim. Heikkinen 2003; Pörn 1993.). Toimintakyky tarkoittaa ensisijaisesti sitä, mihin ihminen kykenee omassa elinympäristössään – hyödyntääpä hän näitä kykyjään tai ei (Koskinen ym. 2007,16).

4.2 Toimintakyvyn ulottuvuudet

Usein toimintakyky jäsenetään kolmeksi ulottuvuudeksi, jotka ovat fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky. Fyysisen toimintakyvyn tärkeimpiä osaalueita ovat liikkuminen, yläraajojen toiminnat ja aistitoiminnat. Psykkisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan usein lähinnä kykyä suoriutua kognitiivisista tehtävistä, jotka edellyttävät mm. oppimiskykyä, muistamista ja kielellisiä taitoja. Myös psyykinen hyvinvointi, selviytymiskeinot ja elämänhallinta ovat psyykkisen toimintakyvyn ulottuvuuksia. Sosiaalisella toimintakyvyllä puolestaan tarkoitetaan suoriutumista erilaisten yhteisöjen jäsenyyteen liittyvistä velvoitteista ja odotuksista. (Koskinen ym. 2007, 16 – 23.)

Nämä toimintakyvyn ulottuvuudet nivoutuvat toisiinsa. Esimerkiksi kohtuullinen liikkumiskyky ja muisti ovat suureksi eduksi tai jopa välttämättömiä, jotta ihminen suoriutuu itsenäisesti monista sosiaalisista toimintakykyä edellyttävistä tehtävistä, kuten kaupassa asioimisesta. Elinolojen fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset piirteet voivat olennaisesti vaikeuttaa tai helpottaa suoriutumista edellä luonnehdituista tehtävistä. (Koskinen ym. 2007, 16 – 23.)

Fyysiseen toimintakykyyn kuuluu ihmisen kyky suoriutua päivittäisistä toimista. Ikäänymiseen ja pitkäaikaissairauksiin liittyvä toimintakyvyn heikentyminen on asteittaista. Ensin heikkenevät vaativat päivittäistoiminnot, kuten yhteiskunnallinen harrastustoiminta, minkä jälkeen alkaa ilmetä ongelmia välinetoiminnoissa, kuten pankkiasioiden hoitamisessa, ruuan valmistuksessa ja siivouksessa. Lopulta toimintakyvyn heikentyminen ulottuu päivittäisiin perustoimiin, kuten peseytymiseen, syömiseen pukeutumiseen jne. (Hägg et al. 2007, 70.)

4.3 Toimintakyvyn mittaaminen

Jotta toimintakyvystä saataisiin kattavampi kuva, onkin tarpeen selvittää paitsi se, mihin henkilö kykenisi, myös se, mitä hän arjessaan tekee. Tämä on tärkeää siitäkkin syystä, että toimintakyvyn ylläpitämiseksi on yleensä tarpeen käyttää kykyjään. Monien toimintakyvyn ulottuvuuksien kohdalla kyky ei kehity tai heikkenee, jos sitä ei käytetä, ja säilyy tai kohenee, jos sitä käytetään: ”Use it or lose it” (Cassel 2002). Sekä fyysisen, että kognitiivisen ja sosiaalisen aktiivisuuden on havaittu edistävän toimintakyvyn säilymistä ja kohenemistä (Ball ym. 2002; Sakari-Rantala 2003; Bean ym. 2004; Fratiglioni ym. 2004.).

Henkilön oma ilmoitus siitä, miten hän suoriutuu tai suoriutuisi erilaisista tehtävistä ja mitä hän tekee, antaa varsin hyvän kuvan monista toimintakyvyn ulottuvuuksista (Ferrer ym. 1999, Merrill ym. 1997). Joillakin toimintakyvyn osaalueilla henkilön oma ilmoitus suoriutumisestaan ei kuitenkaan anna luotettavaa tietoa. Selvin esimerkki on kognitiivinen toimintakyky: esimerkiksi dementiaa poteva henkilö ei välttämättä raportoi muistamisongelmistaan. (Koskinen ym. 2007, 16 – 23.)

Toimintakyvyn mittaamiseen on vanhustyössä kehitetty useita erilaisia mittareita. Niitä käytetään toimintakyvyn arvioinnin, kuntoutumisen edistymisen, sekä hoitoisuuden mittaamisen välineenä. Fyysisen toimintakyvyn arviointiin soveltuvat esimerkiksi:

RAVA -järjestelmä

Mittari koostuu 12 kysymyksestä, joilla mitataan päivittäisen avun tarvetta. RAVA sopii sekä avo-, että laitospäivittämiseen. Mittari on alkujaan kehitelty Turun terveydenhuollossa (Rajala & Vaissi). Hyttinen, Vanhustyössä käytettäviä mittareita. (verkkodokumentti). (viitattu 28.3.2008).

RAI -mittaristo (Resident Assessment Instrument)

RAI on hoidon suunnittelun ja arvioinnin apuväline, hoitotyön johtamisen apuväline, laadun ja kustannusten seurannan apuväline, sekä sopimusohjauksen apuväline. Hyttinen, Vanhustyössä käytettäviä mittareita. (verkkodokumentti). (viitattu 28.3.2008).

FIM -mittari (Functional Independence Measurement) on toimintakyvyn arviointi ja dokumentointimenetelmä. Hyttinen, Vanhustyössä käytettäviä mittareita. (verkkodokumentti). (viitattu 28.3.2008).

ADL -mittari

Activities of Daily Living (ADL) mittarilla arvioidaan päivittäisistä perustoiminnoista selviytymistä eli kykyä peseytyä, syödä, pukeutua, käydä wc:ssä, liikkua sekä pidättää virtsaa ja ulostetta. Hyttinen, Vanhustyössä käytettäviä mittareita. (verkkodokumentti). (viitattu 28.3.2008).

IADL -mittari

Instrumental activities of daily living (IADL) mittaa suoriutumista välineellisistä päivittäistoiminnoista. Niillä tarkoitetaan puhelimen käyttöä, kaupassa käyntiä, ruoan valmistusta, taloustöitä, pyykin pesua, liikkumista kulkuvälineillä, rahojen käsittelyä ja lääkkeitä huolehtimista. Mittari antaa käsityksen kognitiivisten kykyjen vaurion asteesta. Hyttinen, Vanhustyössä käytettäviä mittareita. (verkkodokumentti). (viitattu 28.3.2008).

Dementian ja depression haitta-asteen arvioimiseen soveltuvia mittareita ovat:

CDR -testi

The Clinical Dementia Rating Scale (CDR) testillä mitataan kognitiivisten, sosiaalisten, ja toiminnallisten vaurioiden astetta. Arviointi suoritetaan haastattelemalla hoitajaa (omaista) ja tarkkailemalla potilasta. Pistemäärät saadaan vertaamalla suorituskyvyn laskua tavanomaiseen tasoon. Huomioon otetaan vain kognitiivisen tason lasku. Muisti on ensisijainen arvioinnin kohde. CDR- luokitusta on käytetty pitkään. Sen reliabiliteetti ja validiteetti on todettu hyväksi. Hyttinen, Vanhustyössä käytettäviä mittareita. (verkkodokumentti). (viitattu 28.3.2008).

MMSE -testi

Mini Mental Status Examination (MMSE) testiä on Suomessa käytetty paljon. Sitä voidaan käyttää seulontatarkoitukseen ja älyllisen toimintakyvyn muutoksen seurantaan. Testi sisältää 11 kysymystä. Tulos pitää suhteuttaa

vastaajan ikään ja koulutukseen, sillä ne vaikuttavat tämän testin tulokseen. Puhehäiriöt ja depressio heikentävät testin tulosta. Hyttinen, Vanhustyössä käytettäviä mittareita. (verkkodokumentti). (viitattu 28.3.2008).

Ravitsemustilan arviointi voidaan suorittaa *Mini Nutritional Assessment (MNATM)-testillä*. Hyttinen, Vanhustyössä käytettäviä mittareita. (verkkodokumentti). (viitattu 28.3.2008).

4.4 Toimintakyky ja ikä

Toiminnanvajaukset lisääntyvät voimakkaasti iän mukana ja vähäiset vaikeudet päivittäisissä toiminnoissa ennakoivat usein myöhempää avun tarvetta. Ikivihreät- tutkimuksessa vaikeuksista päivittäisistä perustoiminnoista selviytyi 65 – 69- vuotiaista miehistä ja naisista neljä viidestä ja asioiden hoitamiseen liittyvistä toiminnoista alle puolet. Riskiryhmät tulisi tunnistaa ajoissa, jotta huomattaisiin alkava suorituskyvyn häiriö jo ennen kuin vaikeudet ulottuvat toiminnan tasolle päivittäisissä arkiaskareissa. (Heikkinen, Rantanen 2008, 304.)

Ikääntyminen heikentää ihmisen biologisia edellytyksiä suoriutua monista tehtävistä. Sainio ym. (2006) on tutkimuksessaan todennut että väestön liikkumisrajoitukset yleistyvät huomattavasti eläkeiän saavuttamisen jälkeen. (Koskinen ym. 2007, 16 – 23.)

Lyyra ym (2007) viittaa teoksessaan Friesin (1980) sairauksien pakkaantumisteoriaan, jonka mukaan elinajan pidetessä myös sairaudet ja toimintakyvyn vajavuudet pakkautuvat viimeisiin elinvuosiin. Jotkut teoretikot, kuten Gruenberg (1977), ovat ennustaneet, että elinajan pidetessä myös kroonisten sairauksien määrä tulee lisääntymään. Eräässä tutkimuksessa useimmilla 75- vuotiailla oli yli kaksi sairautta, kun 85- vuotiailla naisilla oli keskimäärin 3,8 sairautta ja miehillä kolme. (Lyyra ym. 2007, 18- 19.)

Toimintakyvyn rajoituksista johtuva avun tarve yleistyy merkittävämmiin vasta eläkeiässä. Avun tarpeen yhteys ikään näyttää olevan hyvin samanlainen kuin liikkumisrajoitusten: 65–74-vuotiaista noin neljä viidesosa selviää ilman apua mutta 85 vuotta täytäneistä enää yksi viidesosa. (Koskinen ym. 2007, 18.)

Entistä heterogeenisempi joukko saavuttaa korkean iän, joten vanhenemisen mukana ilmaantuvat sairaudet ja toiminnanrajoitukset ovat myöskin lisääntyneet. (Heikkinen & Rantanen 2008, 51.)

Vakavat sairaudet eivät vaikuta suoraan koettuun terveyteen eivätkä ne ole yksin pysyvän laitoshoidon syynä, vaan laitoshoitoon siirtymiseen vaikuttavat usein myös muunlaiset tekijät, kuten vanhuksen yksinäisyys, depressiivisyys (Karjalainen 1999a, Noro et al. 2000, Roine et al. 2000). Yleinen turvattomuuden tunne on myös usein havaittu asia. Avopalvelut ovat käyneet riittämättömiksi, joka on kunnissa johtanut terveyskeskushoidon lisääntymiseen vanhainkotihoitoon vähentyessä (Leskinen 1999), eikä avopalveluja ole kuitenkaan kehitetty riittävästi. Kinnusen (1999) mukaan laitokseen sijoittumisen syinä ovat myös hoitavan omaisen uupuminen ja ihmissuhteisiin tai ympäristöön liittyvät seikat. (Lukkaroinen 2002, 23.)

4.5 Toimintakyvyn edistäminen

Terveyden edistämisen näkökulma on tärkeää ottaa huomioon nykyistä paremmin kaikissa terveystalouksissa tähän asti vallinneen sairauskeskeisen näkemyksen sijaan. Terveyden edistämiseen kuuluvat kiinteästi yksilöä, yhteisöä ja yhteiskuntaa koskevat tekijät. Yksilötasolla on olennaista elämänlaadun edistäminen ja ylläpitäminen sekä inhimillisen kärsimyksen lievittäminen ja ehkäiseminen. Yhteisön näkökulmasta korostetaan terveyttä edistävien ympäristöjen kehittämistä, hyvien vuorovaikutussuhteiden ylläpitämistä eri tahojen kesken sekä moniammatillinen yhteistyö yksilön tukemisessa terveystalouksissa ja terveydestään vastuun ottamisessa. Yhteiskunnan näkökulmasta tulisi nähdä se etu, mikä varhaisesta toimintakyvyn tukemisesta saadaan. (Hietanen & Lyyra 2003,3-20)

Sairauksien ennaltaehkäisyn mahdollisuuksien heiketessä ovat sairauksien varhaisvaiheen tunnistaminen sekä niiden pahenemisen ehkäisy avainasemassa. Iäkkään ihmisen terveyden näkeminen tasapainotilana hänen resurssiensa, tavoiteprofiilinsa ja sosiaalisen ja fyysisen ympäristön välillä avaa toiminnalle uusia mahdollisuuksia. Ennaltaehkäisevässä tarkoituksessa tehdyt kotikäynnit ovat osoittautuneet hyväksi keinoksi ylläpitää iäkkään väestön terveyttä ja toimintakykyä. Myös erilaisilla liikuntaharjoitusohjelmilla ja ikäihmisille suunnatulla neuvonnalla on tuettu vanhusten toimintakykyä. Aktiivisen

osallistumisen mahdollisuuksia tulee tasavertaistaa sekä taloudellisesti että toimintakyvystä riippumatta. (Hietanen & Lyyra 2003,3)

Kuntalaisten hyvinvointia ja terveyttä edistetään saattamalla entistä iäkkäämmän väestön tarpeisiin vastaaminen eri hallinnonalojen suunnitteluun ja kehittämistoimintaan. Hyvinvoinnin ja terveyden sekä toimintakyvyn ja kotona asumisen mahdollisuuksien kannalta tärkeitä ratkaisuja tehdään paitsi sosiaali- ja terveydenhuollossa myös asumis-, kulttuuri-, liikunta-, ja liikennepalveluissa sekä yhdyskuntasuunnittelussa, kuten kaavoituksessa ja maankäytössä. Rakennetun ympäristön ja liikenteen esteettömyys sekä yleisten palvelujen saatavuus vähentävät sosiaali- ja terveyspalvelujen tarpeita ja kustannuksia. (STM 2008, 20 – 22)

Täytyy myös ottaa huomioon, että jos halutaan sosiaali- ja terveyspalvelujen menojen pysyvän hallinnassa, on tärkeää että kaikilla yhteiskunnan osa-alueilla varaudutaan väestön vanhenemiseen. Tässä keskeistä on ennaltaehkäisevän strategian vahvistaminen, johon kuuluu ikääntyvän väestön toimintakyvystä ja kuntoutuksesta huolehtiminen. (Holma 2003, 10 – 11.)

4.6 Ikäihmisten selviytymistä ja toimintakykyä uhkaavia tekijöitä

4.6.1 Yksinäisyys

Ikääntyneistä ihmisistä yksinäisyyttä kokee jopa 70 prosenttia. Yksinäisyyden kokemista on tutkittu parinkymmenen vuoden ajan. Arviolta kolmasosalle yksinäisyys on jossain määrin ongelma, mutta yhdelle kymmenestä ikääntyneestä se merkitsee vakavaa uhkaa terveydelle ja hyvinvoinnille. (Lyyra ym. 2007, 146.). Vanhusbarometrin (1998) mukaan elämäänsä tyytymättömien joukossa yksinäisyyden tunne oli selvästi yleisempää niillä, joilla oli runsaasti vapaa - aikaa, huono terveys ja vähäiset sosiaaliset kontaktit (Lukkaroinen 2002, 28).

Osana Ikivihreät- projektia haluttiin myös tutkia ennustaako sosiaalinen inaktiivisuus iäkkäiden henkilöiden pitkäaikaiseen laitoshoitoon siirtymistä. Yli 65- vuotiaita tutkittavia seurattiin kahdeksan vuotta. Tuloksena oli, että niillä jotka eivät osallistuneet erilaisiin sosiaalisiin toimintoihin oli lähes kolminkertainen riski sijoittua pitkäaikaiseen laitoshoitoon. Yksinasuminen todettiin myös riskitekijäksi laitoshoitoon sijoittumiselle. (Pynnönen ym. 2007, 27 – 35.)

Yksinäisyys on yksi keskeinen ikääntyneiden ihmisten terveyttä ja hyvinvointia heikentävä tekijä. Ikääntymiseen liittyy monia muutoksia ja menetyksiä, jotka saattavat altistaa yksinäisyyden tunteille. Haavoittuvuus kasvaa 75 ikävuoden jälkeen, riski menettää ihmissuhteita ja kärsiä terveyden ja toimintakyvyn heikkenemisestä on suuri. (Lyyra ym. 2007, 153.)

Subjekttiivisen ja objektiivisen terveyden on todettu olevan yhteydessä yksinäisyyden kokemiseen (Andersson 1998). Fyysisen toimintakyvyn huononeminen ja heikko terveys johtavat riippuvuuteen toisten avusta (Bondevik & Skogstad 1998, Tijhuis ym. 1999), pysymiseen kotona (Ruth ym. 1998b, Holmén ym. 1992a,b, Holmén ym.1993, Holmén 1994, Ryan 1998) ja lisääntyneeseen terveydenhuollon palvelujen tarpeeseen (Berg ym. 1981, Andersson 1998, Ellaway ym. 1999), jotka assosioituvat yksinäisyyden kokemukseen. Masennus (Berg ym 1981, Prince ym. 1997, Cohen 2000), ahdistuneisuus (Rokach 1999, Fees ym. 1999) ja dementia (Holmén ym. 2000) ovat yhteydessä yksinäisyyteen, samoin kuin toivottomuus (Walton ym 1991), tyhjyyden tunne (Holmén ym. 1999), surullisuus ja hiljainen kärsiminen (McInnis 2000) sekä itsemurhat (Waern ym. 2003). Yksinäisyyden kokemisen on todettu olevan yhteydessä myös moniin muihin ikääntyneen elämään liittyviin asioihin, kuten lääkkeiden ja alkoholin käyttö. (Routasalo ym. 2003, 11.)

4.6.2 Masennus

Ihmisen ikääntyessä monenlaiset elämänmuutokset saattavat aiheuttaa masennusoireilua. Eläkkeelle siirtyminen, taloudellisen tilan heikkeneminen tai oman toimintakyvyn heikkeneminen ovat suuria muutoksia. Toimintakyvyn huononeminen saattaa myös vä-

hentää henkilön osallistumismahdollisuuksia, läheisten ja omaisten kuolema kaventaa elämänpiiriä vielä lisää. (Vallejo Medina ym. 2005, 304- 305.)

Masennuksen tunnistaminen ikäihmisellä saattaa joskus olla vaikeaa, koska ikäihmisen masennus voi joskus ilmetä pelkästään ruumiillisina vaivoina tai kognitiivisina oireina, esimerkiksi muistin tai ajattelun ongelmina (Saarela & Granström 1992). Masentunut, iäkäs ihminen ei myöskään välttämättä itse tunnista masennusta pahan olonsa aiheuttajaksi, vaan saattaa esimerkiksi valittaa saamattomuutta tai väsymystä. Toisinaan oireita saattavat olla myös epäluulot tai tunne kiusattuna olemisesta. (Saarenheimo 2003, 60.)

Depressiot kuuluvat vanhusten yleisimpiin mielenterveyshäiriöihin. Masennus on inhimillinen reaktio pettymyksiin, menetyksiin, fyysisiin sairauksiin ja elämänvaikeuksiin ylipäättään. Suomessa yli 65 – vuotiaiden lievät ja keskivaikeat masennukset ovat yleisiä. Miehistä noin yhdeksän prosenttia ja naisista noin kolmetoista prosenttia kärsii tämänasteisesta masennuksesta. Vakavia masennustiloja on sekä miehistä että naisista noin kahdella prosentilla. (Vallejo Medina ym. 2005, 304- 305.)

Depressiosairaus ja oireilu heikentävät usein muita psyykkisiä toimintoja kuten keskittymiskykyä ja muistia. Sekä masennusoireilulle että depressiosairaudelle ovat yhteisiä mielialan ja itsetunnon lasku, kyvyttömyys iloita, sekä päätösten tekemisen ja niiden toteuttamisen vaikeus. Erityinen vaara sairastua on niillä, jotka kokevat olevansa vaikeuksineen ansassa ilman ulospääsyä. Vakavimmillaan masennussairaus on henkeä uhkaava tila. (Lyyra ym. 2007, 130 – 138.)

Tutkimusten perusteella tunnetaan esimerkiksi depression ja yksinäisyyden vaikutukset iäkkään ihmisen fyysiseen, kognitiiviseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn sekä erilaisista somaattisista sairauksista toipumiseen. Vakavat masennustilat voivat johtaa myös itsemurhiin. (Pitkälä ym. 2007, 56 – 59.)

Lyyran ym. (2007) mukaan lievempää masennusoireyhtymää esiintyy jopa 15 – 30 prosentilla iäkkäistä ihmisistä ja vakavaa depressiota 2 – 5 prosentilla. Masennusta esiintyy vanhemmissa ikäryhmissä nuorempia enemmän ja naisilla yleisempänä kuin miehillä. Masennus tulisi käsittää kokonaisvaltaisesti, eikä sen hoitona tule koskaan käyttää pelkästään lääkehoitoa, vaan vähintään yhtä tärkeitä ovat erilaiset lääkkeettömät hoitomuo-

dot. Lääkkeettöminä hoitomuotoina mainitaan muun muassa aktivointi, keskustelut ja liikunta. (Lyyra ym. 2007, 136 – 144.)

4.6.3 Alkoholi

Alkoholiongelmaiset eläkeläiset ovat päihde- ja vanhushuollon uusi asiakasryhmä, jonka erityisongelmiin ei löydy toistaiseksi asiantuntemusta kummaltakaan sektorilta. Vanhusten juominen on yleistynyt ja lisääntynee edelleen, kun suuret ikäluokat, ns. märkä sukupolvi, ehtii eläkeikään. Iäkkäiden juomistapojen muuttuminen seurailee yleistä alkoholinkäytön kehitystä. Muutos on ollut nähtävissä muun muassa Kansanterveyslaitoksen aikuisväestön terveystutkimuksessa jo muutaman vuoden ajan. Esimerkiksi Helsingin selviämisasemalla 70-80-vuotiaiden asiakkaiden määrä lisääntyi selvästi viime vuonna. Huolestuttavaa kehitystä vauhdittivat viime vuoden veronalennukset, mutta muitakin selityksiä on. (Karvinen 2005, 6.)

Päihdeongelmaiset vanhuksat tulevat nykyisin hoitoon useimmiten sairaalan kautta, koska heitä ei osata ohjata avun piiriin perusterveydenhuollosta eikä sosiaalitoimesta. Jotkut eläkeläiset retkahtavat juomaan, kun aikataulut väljenevät ja vapaa-aika lisääntyy. Myöhäisellä iällä aloittaneiden on erityisen vaikea hakea apua, koska he eivät tunne alkoholin vaikutuksia eivätkä päihteidenkäyttäjien tukipalveluita. Alkoholin vaikutus ikääntyneen elimistöön, sairauksiin ja lääkitykseen on erityisalue, joka vaatisi oman huomionsa. (Karvinen 2005, 6.)

Ikääntyvien ja ikääntyneiden, erityisesti naisten, alkoholinkäyttö on lisääntynyt rajusti. Vuonna 2005 aloitettiin ”Liika on aina liikaa” -hanke, jota koordinoi Sininauhaliitto. Hanke jakaantuu kolmeen osahankkeeseen, joissa mm. kerätään tietoa, tehdään käytännön työtä sekä kehitetään koulutusmalleja kohdata alkoholiongelmainen vanhus. Projektipäällikkö Maria Viljasen mukaan ”Liika on aina liikaa” -hankkeen keskeisiä tavoitteita ovat mm. yleisen keskustelun aikaansaaminen, tiedon levittäminen sekä tutkimuksen avaaminen. (Uittomäki 2006.)

5 ENNALTAEHKÄISEVÄ VANHUSTYÖ

5.1 Yleistä ennaltaehkäisevästä vanhustyöstä

Edellä kuvatut muutokset väestörakenteessa ja niiden vaikutukset palveluiden tarpeeseen tulevat aivan lähitulevaisuudessa näyttelemään suurta osaa muun muassa sosiaali- ja terveystarpeiden kohdalla. Tosin palvelutarpeen kasvua voi osin hillitä ikääntyneiden ihmisten toimintakyvyn ja terveyden paraneminen. 65 – 74- vuotiaat, eli kolmannen ikäryhmän ihmiset ovat yhä toimintakykyisempiä ja terveempiä. Huomiota tulisi kiinnittää erityisesti heidän terveytensä ja toimintakykynsä edistämiseen ja vastuunottoon omasta terveydestä. Tämänkaltaisen lähestymistapa antaa ikääntyneille ihmisille voimaantumisen kokemuksia, jotka puolestaan motivoivat omasta itsestä huolehtimiseen. (Lyyra et al. 2007, 5- 6.)

Mitä terveydenhuollon kustannuksiin tulee, ne eivät riipu iästä, vaan sairauksista ja toimintakyvystä. Kansanterveyslaitoksen tutkimukset, erityisesti Terveys 2000 - tutkimuksen tuottamat tiedot, osoittavat, kuinka ikääntyvän väestön terveys ja toimintakyky ovat suuresti parantuneet. (Hietanen, Lyyra toim. 2003, 11.)

Voimavaralähtöinen ja asiakkaan kuntoutumista ja toimintakykyä edistävä työote tulisi ottaa käyttöön entistä laajemmin, jolloin se palvelisi sekä yksilön että yhteiskunnan etua. Voimavaralähtöisyydessä otetaan lähtökohdaksi yksilön, perheen ja yhteisön vahvuudet, niiden tunnistaminen ja kehittäminen sekä uusien vahvuuksien synnyttäminen. Voimavaralähtöisyyteen kuuluvat muun muassa terveyden edistäminen ja toimintakyvyn ylläpitäminen. (Hägg et al. 2007, 20.)

Teoksessaan Lyyra et al. tuovat esille miten tärkeää on lähestyä tätä kysymystä monitieteelliseltä kannalta, ottaen huomioon sekä yksilön, yhteisön, että yhteiskunnallisen tason. Yhteiskunnan tehtävänä on luoda rakenteita ja olosuhteita, jotka tukevat väestön terveyttä, vaikuttavat yhteiskuntapoliittisten päätösten avulla terveyden taustatekijöihin ja tarjoavat ikääntyneille ihmisille yhtäläiset edellytykset terveeseen elämään. Kuntien

tulee omalta osaltaan huomioida kaikessa päätöksenteossa terveyden edistäminen sekä tukea eri tahojen yhteistyötä ja osallistumista terveyttä edistävään toimintaan. (Lyyra et al.2007, 6.)

Koponen ym. korostavat miten yhteistyötä tulee lisätä terveydenhuollon ja erilaisten järjestöjen välillä myös asiakkaiden sosiaalisten verkostojen vahvistamiseksi. Oikeilla terveyttä edistävillä toimenpiteillä ja uusilla työmenetelmillä voitaisiin jopa ehkäistä palveluntarpeen lisääntymistä. (Koponen ym.2002, 122.)

Palvelujärjestelmän voimavaroja tulisi suunnata vanhusikäisille ja jo vanhusikää lähestyville. Vaikuttamalla ikäihmisten voimavaroihin sairauksia ehkäisevästi sekä toimintakykyä ja hyvinvointia edistävällä on mahdollista, että valtakunnallisena tavoitteena oleva 75- vuotiaiden keskimääräisen toimintakyvyn paraneminen jatkuisi odotusten mukaisesti. Tavoitteena on, että 75- vuotta täyttäneistä enintään 7 % on laitoshoidossa.(Porin kaupungin vanhustenhuollon strategia vuoteen 2008- julkaisu)

Professori Sirkka- Liisa Kivelä on toiminut selvityshenkilönä Sosiaali- ja Terveysministeriölle aiheenaan toimenpiteet joilla geriatria hoitoa ja vanhustyötä voidaan laadullisesti kehittää. Tutkimuksessaan hän toteaa että toiminnassa ei pidä pyrkiä pelkästään sairauksien hoitoon ja ehkäisyyn. Keskeisenä tavoitteena on toimintakyvyn, sosiaalisen osallisuuden ja elämänhallinnan parantaminen tai ylläpitäminen. Vanhuksia ei leimata sairauksiksi, eli normaalin vanhenemisen mukanaan tuomia muutoksia ei medikalisoita. Normaalista elämästä ja kanssakäymistä korostetaan. Toiminnan tulee perustua vanhusten voimavaroihin ja myönteisyyteen. (Kivelä 2006, 18.)

Toiminnanvajaus eli selviytyminen omassa elinympäristössä on keskeinen palveluntarpeen määrittäjä. Sosiaali- ja terveysministeriö nimeää vanhuspolitiikan tärkeäksi tavoitteeksi, että mahdollisimman moni voi elää itsenäisesti omassa kodissaan tutussa ympäristössään. Kotona asumista tuetaan sosiaali- ja terveyspalveluilla. Tätä edesauttaa myös esteetön ja turvallinen asuin- ja elinympäristö. (Martelin & Kuosmanen toim.2006, 26 – 28.)

Itsenäinen toimintakyky vanhuudessa on yhteiskunnan yleisesti hyväksymä tavoite. Se on myös lähes kaikkien yksilöiden oma tavoite. Vaikka vanhusten hyvä toimintakyky

on tavoitteena yleisesti hyväksyty, siihen liittyvä kehitystyö ei ole vielä käynnistynyt täysipainoisesti. Toimintakyvyn edistäminen on moniulotteista ja monialaista toimintaa, joten toistaiseksi ei ole syntynyt järjestelmää, jolla eri sektoreiden toimintaa voitaisiin kehittää yhdessä. (Martelin & Kuosmanen toim.2006, 26 – 28.)

Uusien toimintamallien levittäminen on usein haasteellista. Tällä hetkellä tutkimustiedon siirtyminen käytäntöön kestää ainakin 10 vuotta, usein enemmän. Toimintakyvyn edistäminen on useiden ammattiryhmien tehtävä, ja luonteeltaan toiminta on usein moniammatillista. Esimerkiksi liikunta- ja eläkeläisjärjestöjen sekä kulttuurisektorin toiminta voidaan nähdä ns. käynnissä pitävänä toimintana, joka lisää hyvinvointia ja viihtyvyyttä ja jonka voi ajatella kasvattavan ”toimintakykyvarantoa”. Sosiaalinen pääoma, terveyttä edistävät elintavat, aktiivinen elämäntyyli ja liikunnallisuus sekä sairauksien hyvä ja varhainen hoito voidaan ajatella kuuluvaksi tähän kategoriaan. (Martelin & Kuosmanen toim.2006, 26 – 28.)

Gerontologisessa hoitotyössä tuetaan vanhenevan ihmisen terveyttä monitieteistä tietoa käyttäen. Vanheneminen inhimillisenä olemassaolona on joskus herkästi horjuva tasapainotila, jota ei pysty vakioratkaisuilla tukemaan. Vanhenevan ihmisen subjektiivisuus ja itsemääräämisoikeus korostuvat hoitosuhteessa. (Hyttinen 1999, 44.)

Suomessa, kuten muissakin teollistuneissa länsimaissa väestön ikärakenne on vanhentunut viimeksi kuluneiden vuosikymmenien aikana. Iäkkään väestön määrän ja osuuden lisääntymisen vuoksi tämän väestönosan- etenkin vanhimpien ikäryhmien- toimintakyvyn ja terveyden kehitys on entistä tärkeämpää palvelujen tarpeen ja koko väestön terveyden ja hyvinvoinnin kannalta. Toimintakyvyn muutosten seuranta auttaa hahmottelemaan myös tulevaisuudennäkymiä. (Heikkinen & Rantanen 2008, 51.)

Kirjassaan ”Kahdestaan kotona” Sirpa Andersson kuvailee muun muassa 2000- luvun vaihteessa tehtyjä tutkimuksia 100 – vuotiaista suomalaisista. Hervonen (2001) ja Louhija (1998) ovat tutkimuksissaan todenneet että vanhoja naisia on enemmän kuin miehiä ja usein he elävät yksin. Monesti kuitenkin sosiaalipoliittinen vanhuskuva on kovasti yksipuolinen, jossa ikääntyneet nähdään usein yhtenäisenä ryhmänä yhtenäisin ongelmin ja tarpein. Palvelujärjestelmä ei tunnista vanhuksen tarpeita, vaan niistä vallitsee stereotyyppisiä käsityksiä. Esimerkiksi nämä tutkitut satavuotiaat osoittautuivat henki-

löiksi joita yhdistivät pikemminkin käsitteet selviytyminen ja sinnittely kuin palvelut ja hoiva. (Andersson 2007, 15.)

5.2 Iäkkään väestön terveystarkastukset ja seulonnat

Ehkäisevä työ on pitkäjänteistä ja pitää tarkastella koko toimijoiden verkostoa, jonka toimenpiteillä on vaikutusta vanhusten hyvinvointiin ja terveyteen (Tapaninen et al.1999; Vaarama et al. 2001). Myös sairauksien hyvällä hoidolla on tärkeä merkitys, samoin asuntojen kunnolla ja toimivalla apuvälinehuollolla (Vanhuus- ja eläkepoliittisen neuvottelukunnan muistio 2000; Lukkaroinen 2002, 28).

Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmassa 2004- 2007 (STM 2004) painotetaan muun muassa ennalta ehkäisevien kotikäyntien merkitystä. Joissakin kunnissa ennalta ehkäiseviä kotikäyntejä tehdään kaikille yli 75- vuotiaille, mutta joissain niitä ei resurssien puutteen vuoksi tehdä ollenkaan. (Hägg et al.2007, 88.)

Järjestelmällistä preventiota ei ole tähän mennessä ulotettu iäkkäitä ihmisiä koskevaksi ja heidän kohdallaan tarvittaisiinkin konkreettisten toimenpiteiden suunnittelua (Luoto ym. 2000). Erityisesti vanhimpien, yli 75- vuotiaiden seulontatutkimuksista ja heille suunnatuista interventioista on vähän julkaistuja, kontrolloituja tutkimuksia (Tilvis 1998). Vaikka onkin olemassa erilaisia suosituksia siitä, minkälaisia sairauksia tai toimintakyvyn vajavuuksia tulisi seuloa iäkkäiltä henkilöiltä, on kokeellisiin tutkimuksiin pohjautuva näyttö vielä vajavaista (Goldberg ja Chavin 1997; Bloom 2001). Iäkkäiden henkilöiden terveystarkastuksista on havaittu olevan monenlaista hyötyä. Niiden avulla on mm. havaittu piilossa olleita hoitotoimenpiteitä vaativia sairauksia ja myös tutkimukseen osallistuneet ovat itse pitäneet niitä tarpeellisina. Ikivihreät- projektin tutkimusten perusteella on suositeltu terveystarkastuksia tehtäväksi 65-, 70-, 75- , 78-, ja 80- vuotiaille ja sen jälkeen vuoden välein. (Hietanen & Lyyra toim. 2003, 16.)

Ehkäisevän työn tärkeys on korostunut viime vuosina sosiaali- ja terveydenhuollossa. Yksi ehkäisevän toiminnan muoto ikäihmisten parissa on sosiaali- ja /tai terveydenhuollon henkilöstön suorittama käynti ikääntyneen kotona. Ehkäisevän kotikäynnin tavoitteena on antaa tietoja kunnassa olevasta palvelutarjonnasta ja ikäihmistä kiinnostavista asioista. Ehkäisevällä kotikäynnillä myös arvioidaan ikääntyneen toimintakykyä, asun-

to- oloja ja palvelutarvetta. Ehkäisevällä toiminnalla tuetaan terveiden ja toimintakykyisten elinvuosien lisäämistä ja myös säännöllisen palvelutarpeen siirtymistä myöhempään ajankohtaan. Ehkäisevässä työssä vaikutetaan ennalta niihin tekijöihin, jotka voivat huonontaa ihmisen toimintakykyä, elämänlaatua ja elinoloja. Se on palvelujen tarpeen ennaltaehkäisyä. Ikäihmisten hoidon tarve on saattanut kyseisen toiminnan kautta vähentyä ja turvallisuuden tunne lisääntyä. (Voutilainen ym. 2003, 96- 97.)

Ennalta ehkäisevän kotikäynnin tavoitteena on saada palveluorganisaatiolle tietoa siitä, minkälaisia ja millä tavoin järjestettäviä palveluja niiden järjestettäväksi on lähitulevaisuudessa mahdollisesti tulossa. Toinen yhtä tärkeä tavoite on antaa ikääntyneelle tietoja tarjolla olevista sosiaali- ja terveystalvuluista sekä erilaisten järjestöjen ja yhdistysten toiminnasta. Ennalta ehkäisevän kotikäynnin tavoitteena on myös terveyden edistäminen. Ikääntyneelle on tärkeä saada tietoa muun muassa terveyttä edistävästä toiminnoista ja itsehoidosta. Kotona annettava ohjaus ja neuvonta voidaan kohdistaa asiakkaan ja hänen läheistensä sen hetkiseen elämäntilanteeseen ja yksilöllisiin tarpeisiin. (Hägg et al.2007, 28- 30.)

Myös Ikivihreät- projektin puitteissa iäkkäiden henkilöiden luona preventiivisessä mielessä tehtyjen kotikäyntien on todettu vaikuttavan toimintakyvyn ylläpitämiseen, vähentävän kuolleisuutta ja pitkäaikaiseen laitoshoitoon siirtymistä. (Hietanen & Lyyra toim. 2003, 16.)

Hyvinvointipalvelujärjestelmän tärkein tehtävä ikääntyneen väestön keskuudessa on tukea sen toimintakykyä, voimavaroja, hyvinvointia ja elämänlaatua. Näiden käsitteiden analysointi ja selventäminen on välttämätön ehto palvelujen kehittämiseksi. Ikääntymisen uudenlainen ymmärtäminen asettaa hyvinvointipalvelujen kehittämiseksi seuraavia periaatteellisia haasteita: laaja sosio-kulttuurinen vanhenemiskäsitys lähtökohtana, ikääntyvän työvoiman ja kolmannen iän vaatimusten huomioon ottaminen, palvelujen yksilöllisyys, ikääntyneitten ihmisten yksilöllisten elämänvaikeuksien huomioon ottaminen, ehkäisevä ja kuntouttava näkökulma, ikääntyvien omien valintojen, merkitysten ja voimavarojen hyödyntäminen, paikallisuuden, kansainvälisyyden ja monikulttuurisuuden tunnistaminen, moni sukupolviset palvelumallit. Ikääntyneitten palvelutarve tulee arvioida monipuolisesti. Ehkäisevät kotikäynnit ovat osoittautuneet hyväksi. Palvelu-

jen ohella asumis- ja asuinympäristöratkaisuihin on kiinnitettävä huomiota (esteettömyys). (Hietanen & Lyyra toim. 2003, 11.)

Gerontologinen kuntoutus on vasta kehittymässä. Luovilla ja kulttuuripainotteisilla työmuodoilla on saatu rohkaisevia kokemuksia vanhustyössä. Palveluohjauksella (esim. dementiakoordinaattori) voidaan suunnata palvelujen tarkoituksenmukaista käyttöä ja vähentää jopa turhaa käyttöä. Lapin dementia-barometri osoitti, että vasta noin kolmanneksessa kuntia dementoituville suunnattuja palveluja on kohtuullisesti saatavissa. Aito moniammatillinen vanhustyö on välttämätöntä. Eri vanhustyön ammattiryhmien tulee olla sensitiivisiä vanhojen ihmisten yksilöllisille elämänvaikeuksille. Työtä tulee kehittää entistä enemmän voimavaralähtöisen työtteen suuntaan. Geroteknologian mahdollisuudet tulee hyödyntää hyvinvointipalveluissa. (Hietanen & Lyyra toim. 2003, 11.)

5.3 Ikäihmisten neuvolatoiminta

Käytäntöjä hieman vaihdellen on ikäihmisten neuvolatoimintaa toteutettu jo useissa kaupungeissa, usein projektiluonteisesti esimerkiksi Raha- automaattiyhdistyksen rahoittamana.

Lukkaroinen (2002) on teoksessaan todennut, että vanhusten toimintakykyä voidaan parantaa ennalta ehkäisemällä ongelmia (kuten kaatumistapaturmat, epäasiallinen lääkkeiden käyttö) ja kehittämällä vanhusten neuvoloita, joissa tehtävillä terveydenhoidollisilla toimenpiteillä ja neuvonnalla sekä toimintakyvyn eri alueiden seurannalla voidaan vähentää hoitojärjestelmän paineita. Näin voidaan vaikuttaa palvelujen tarpeeseen ja kysyntään ja sitä kautta saada aikaan jopa kustannussäästöjä. (Lukkaroinen 2002, 28.)

Ikäkkäiden kuntoutusneuvola on ehkäisevän kuntoutuksen moniammatillinen toimintamalli. Tavoitteena on edistää ikäkkäiden henkilöiden ja ikääntyvien vammaisten toimintakykyä ja hyvinvointia asiakkaiden tarpeiden ja paikallisen palvelutarjonnan pohjalta. Kuntoutusneuvolan toiminta toteutuu sosiaali-, terveys- ja liikuntatoimen, järjestöjen ja palveluntuottajien yhteistyönä. Paikallinen kuntoutusneuvola kehittää ennaltaehkäiseviä palveluja alueen sosiaali-, terveys- ja liikuntatoimen, järjestöjen ja palveluntuottajien monialaisena yhteistyönä. (Häkkinen 2002, 18.)

Toimintakykyä ja kuntoutumista edistävän toiminnan tavoitteena on selvittää asiakkaan arjen sujumisen kannalta tarkoituksenmukaisia asioita, tukea kotona selviytymistä ja arkielämän muutoksiin sopeutumista. Rohkaista osallistumista aktiiviseen toimintaan, lisätä sosiaalista kanssakäymistä ja täten torjua yksinäisyyttä. Kuntoutuspalvelujen tarve arvioidaan ja ohjataan asiakas asianmukaiseen paikkaan. Kuntoutusneuvolan vastaanotto toiminta tarjoaa asiakkaalle helposti lähestyttävää ohjausta ja neuvontaa. Tarpeen mukaan vastaanotto voidaan toteuttaa asiakkaan kotona tai järjestää ennaltaehkäisevä kotikäynti. Kuntoutusneuvola organisoii ja järjestää kohdennettua ja / tai avointa kuntoutumista edistävää ryhmätoimintaa sekä tilaisuuksia ja teemapäiviä. (Harri – Lehtonen, 2004.) (verkkolähde) (viitattu 20.3.2008.)

Pohjoismaissa on kotihoidolla pitkät perinteet ja eettisiä syitä kotihoidon järjestämiseen on pidetty taloudellisia syitä tärkeämpänä. Suurimpana syynä se, että asiakkaat haluavat mieluummin olla kotona kuin laitoksessa. Esimerkiksi Tanskassa on ajateltu, että asiakas säilyttää hyvinvointinsa ja itsekunnioituksensa paremmin kun hän voi olla kodissaan niin pitkään kuin mahdollista. Työote on ennaltaehkäisevää ja kuntouttavaa varhaisvaiheen tukea. (Hägg et al. 2007, 14- 15.)

Muun muassa Tanskassa, Ruotsissa ja Saksassa ovat ehkäisevät kotikäynnit olleet ko- keilussa jo vuosia. Tulokset ovat osin olleet ristiriitaisia, mutta pääosin myönteisiä. (Voutilainen ym. 2003, 96- 97.)

Pohjoismaisessa vertailussa on katsottu, että Suomi on viime aikoina pudonnut pois hyvin vanhuksiaan hoitavien maiden joukosta. Suomessa vanhusten huoltoon käytetään nykyisin vähemmän rahaa kuin ennen ja esimerkiksi kuntien kotipalvelua annetaan harvemmille kuin kymmenen vuotta sitten. Kotipalvelusta ovat meillä pudonneet pois ne, jotka tarvitsisivat apua vain vähän. Samalla on lopetettu myös ennalta ehkäisevät kotikäynnit. (Hägg et al. 2007, 14- 15.)

5.4 Sosiaalityön näkemys

Vanhustyö ei ole Suomessa kuulunut sosiaalityön ydinalueeseen. Vanhusten parissa työskennelleet sosiaalityöntekijät ovat tähän mennessä nähneet roolinsa lähinnä ”sijoittajina”, viitaten vanhusten sijoittamiseen joko laitokseen tai laitoksesta takaisin kotiin.

Toisaalta valtaosa sosiaalityöntekijöiden ajasta kuluu erilaisissa neuvonta- ja ohjaustehtävissä. Työskentely on keskeisesti vanhuksen elämäntilanteen ja siinä ilmenneiden avuntarpeiden arviointia, mahdollisen sijoituspäätöksen tekemistä, vanhusasiakkaiden, omaisten ja vanhustenhuollon eri työntekijöiden neuvontaa, asiatietojen hankintaa, sekä päivittäistä yhteistyötä omaisten ja muiden ammattiryhmien kanssa. Työskentely on asiakassuuntautunutta, ja siihen liittyvät kannustava työ, edustaminen ja pienimuotoiset huolehtimistyöt. Näiden työkokonaisuuksien hallinta on välttämätöntä gerontologisessa sosiaalityössä. (Salonen 2002, 72-119; myös Milner & O'Byrne 1998.)

Palveluohjaus

Yksilökohtainen palveluohjaus (case management) on prosessi, jolla määritellään asiakkaan yksilölliset palvelutarpeet ja etsitään tarpeisiin soveltuvia tuki- ja palvelumuotoja. Palveluohjauksen avulla työtä jäsennetään, koordinoidaan ja ideoidaan yhdessä asiakkaan kanssa. Palveluohjaus on joustava tapa vastata asiakkaan tarpeisiin, mutta samalla sen puitteet on rajattu poliittisesti ja hallinnollisesti. Palveluohjaus voi ja sen pitääkin ulottua julkisten palvelujen ulkopuolelle yksityisiin ja järjestöjen tarjoamiin palveluihin, mikä vaatii palveluohjaajalta laajaa oman alueensa palveluiden ja tukimahdollisuuksien tuntemusta. Yhdysvalloissa ja Iso-Britanniassa case management on lakisääteinen osa palvelujärjestelmää, Isossa-Britanniassa sitä sovelletaan sekä sosiaali- että terveydenhuoltoon. (Ala-Nikkola & Sipilä 1999.)

Palveluohjauksella tavoitellaan yksilöllisyyttä ja vastuullisuutta. Asta Suomi (2006) mainitsee ennalta ehkäisevät kotikäynnit ennakoivana palveluohjauksena. Palveluohjaaja selvittää yksilöhaastatteluilla arjen voimavaroja ja tuen tarpeita. Tarkoituksena on tukea vanhusta ja luoda turvallisuuden tunnetta. (Häkkinen & Holma 2004.)

Erilaisia toiminnallisia ryhmiä, kuten muistelu-, kirjallisuus-, ja keskusteluryhmiä voidaan myös käyttää sosiaalityön tukena (Seppänen ym 2007, 7 – 85).

6 IKÄIHMISTEN HOIDON JA PALVELUJEN SUOSITUKSET JA VALTAKUNNALLISET LINJAUKSET

Kotona asuminen mahdollisimman pitkään on sekä virallisen vanhuspolitiikan että useimpien iäkkäiden ihmisten tavoite ja toive. Suomen vanhuspoliittinen tavoite- ja strategiatoimikunta on asettanut tavoitteeksi, että 90 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä asuu kotonaan riittävän avun turvin. (Pynnönen ym.2007. 27 – 35.)

Vanhuspolitiikan laatiminen edellyttää vanhenevan väestönosan tilanteen ja tarpeiden tuntemista. Kuntien vanhuspolitiikka julkaistaan vanhuspoliittisessa strategiassa ja se on osa kunnan muuta hyvinvointipolitiikkaa ja kuntastrategiaa. (Holma 2003, 7-8.)

6.1 Ikäihmisten palvelujen laatusuositus

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto antoivat ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen vuonna 2001. Uudet, ajanmukaistetut laatusuositukset on annettu helmikuussa 2008. Uuden strategian laadinnassa on otettu huomioon ikään- tymispolitiikan ajankohtaiset valtakunnalliset linjaukset, laatusuositusten arviointien tulokset, uusin tutkimustieto sekä toimintaympäristön muutokset. (STM, 2008)

Väestön ikärakenteen muuttuessa koko yhteiskunnan on sopeuduttava entistä iäkkääm- män väestön tarpeisiin. Laatusuositus tukee kuntia ja yhteistoiminta-alueita kehittämään ikäihmisten palveluita paikallisista tarpeista ja voimavaroista lähtien yhteistyössä kol- mannen sektorin, yksityisten palveluntuottajien sekä asiakkaiden, omaisten ja muiden kuntalaisten kanssa. Ikärakenteen muutokseen varautumiseksi kuntia ohjataan laatimaan ikään- tymispoliittinen strategia, jonka toimeenpano kytketään kunnan talousarvioon ja - suunnitelmaan. Strategian toteutumista seurataan säännöllisesti. (STM, 2008)

Palvelurakenteen tavoitteellinen muuttaminen lisäämällä kotona asumista tukevia palve- luita ja vähentämällä laitoshoidon hillitsee toteutuessaan sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusten kasvua. Mikäli rakennemuutosta ei tehdä, on kustannuksia vaikea hallita tilanteessa, jossa väestön ikärakenne muuttuu nopeasti ja palvelutarpeet kasvavat Suosi- tus painottaa huolellista varautumista ikärakenteen muutokseen. (STM, 2008)

Ikäihmisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi ja neuvontapalveluiden kehittämiseksi on lainsäädännöllinen perusta. Kansanterveyslaki (66/1972) sisältää velvoitteen huolehtia kunnan asukkaiden terveysneuvonnasta ja terveystarkastuksista sekä seurata kunnan asukkaiden terveydentilan ja siihen vaikuttavien tekijöiden kehitystä väestöryhmittäin. (STM, 2008)

Kunnilla on myös velvollisuus huolehtia terveystarkastusten ottamisesta huomioon kunnan kaikissa toiminnoissa sekä tehdä yhteistyötä terveyden edistämiseksi muiden kunnassa toimivien julkisten ja yksityisten tahojen kanssa. Sosiaalihuoltolain (710/1982) mukaan kunnan on huolehdittava muun muassa ohjauksen ja neuvonnan järjestämisestä, sosiaalihuollon ja muun sosiaaliturvan etuuksista ja niiden hyväksikäyttämistä sekä sosiaalihuoltoa ja muuta sosiaaliturvaa koskevan tiedotustoiminnan järjestämisestä. (STM, 2008)

Kunnalla on velvoite toimia alueellaan sosiaalisten olojen kehittämiseksi ja epäkohtien poistamiseksi. Ikäihmisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen ja kuntoutukseen kannattaa panostaa, koska hyvinvointi ja terveys vaikuttavat ratkaisevammin sosiaali- ja terveyspalvelujen tarpeeseen sekä palvelujen kustannuksiin ja rahoituksen kestävyysasteeseen kuin ikääntyneiden määrän lisääntyminen sinänsä. Ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden koheneminen tukee itsenäistä suoriutumista, kotona asumista ja mahdollisuuksia toimia aktiivisena yhteisön ja yhteiskunnan jäsenenä ja on olemassa tutkimusnäyttöä ennalta ehkäisyyn, riskien hallintaan, varhaisen puuttumisen ja kuntoutuksen vaikuttavuudesta. (STM, 2008)

Ehkäisevällä, toimintakykyä ylläpitävällä toiminnalla voidaan ehkäistä ja siirtää hoidon ja palvelujen tarvetta myöhemmäksi. Kun ikääntyneiden toimintakyvyn ja terveydentilan heikkenemiseen ja sosiaalisiin ongelmiin puututaan mahdollisimman varhain, ehkäistään toimintakyvyn vajausten syntymistä ja ongelmien kasautumista ja kärjistymistä. (STM, 2008)

Lisäksi ohjelmassa mainitaan matalan kynnyksen neuvontakeskuspalvelut, joissa ikäihmisillä ja heidän omaisillaan on mahdollisuus saada tietoja, neuvontaa ja ohjausta. Toiminta tulisi järjestää yhteistyössä erilaisten toimijoiden kanssa. (STM, 2008)

6.2 Terveys 2015 –kansanterveysohjelma

Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta linjaa kansallista terveystoimintaa 15 vuoden tähtäimellä. Strategian pääpaino on terveyden edistämässä. (STM, 2001)

Suomen terveystoiminnan keskeisenä tavoitteena on jatkossakin terveiden ja toimintakykyisten elinvuosien lisääminen sekä väestöryhmien välisten terveyserojen pienentäminen. Yli 75-vuotiaiden keskimääräisen toimintakyvyn paraneminen toivotaan jatkuvan samansuuntaisena kuin viimeisten 20 vuoden ajan. (STM, 2001)

Valtioneuvosto korostaa seuraavia toimintasuuntia:

- *Turvataan ikääntyneiden ihmisten mahdollisuudet toimia aktiivisesti yhteiskunnassa, kehittää omia tietojaan, taitojaan ja itsehoitotaitojaan ja jatkaa mahdollisimman pitkään itsenäistä ja laadullisesti mielekästä elämää riittävän toimeentulon turvin.*
- *Iäkkäille väestöryhmille kehitetään sellaisia asumis-, lähipalvelu- ja liikennenympäristöjä, jotka turvaavat toimintakyvyn alentuessakin itsenäisen elämän edellytykset. Näihin tavoitteisiin pyritään kunnissa muun muassa kuntasuunnitelmaan liittyvässä vanhuspoliittisessa strategiassa, osana hyvinvointipoliittisia ohjelmia, liikennesuunnittelussa sekä lähiöalueiden kehittämässä ja täydennysrakentamisessa.*
- *Yhdessä kuntien kanssa toteutetaan vanhustenhuollon palvelujen kehittämissuunnitelma, jossa kehitetään iäkkäiden henkilöiden arkielämässä ja pitkäaikaishoidossa tarvittavia omaishoitoon, vapaaehtoistoimintaan, yrittäjätuomintaan ja julkisen vallan toimintaan perustuvia hoiva- ja huolenpito- ja palveluja uutta teknologiaa hyödyntäen.*

(STM, 2001)

6.3 Terveystoiminnan laatusuositus

Ohjelmassa painotetaan varhaisen puuttumisen merkitystä ja ennaltaehkäisevien toimien tärkeyttä. Terveystoiminnan tulee tukea ikääntyneiden itsenäistä elämää omassa

kodissa tutussa asuin- ja sosiaalisessa ympäristössä. Sosiaalisen kanssakäymisen lisääminen ja yksinäisyyden vähentäminen mahdollistamalla erilaisiin toimintoihin osallistuminen mainitaan myös ohjelmassa. (STM, 2006)

Hallituksen Terveiden edistämisen politiikkaohjelmaan sisältyy koko maan kattavan ikääntyneiden neuvontakeskusten verkoston luominen. Sosiaali- ja terveysministeriö on asettanut ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä koskevan työryhmän, jonka yhtenä tehtävänä on neuvontakeskustoiminnan hyvien käytäntöjen kehittäminen. (STM, 2006)

6.4 Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (KASTE)

31.1.2008 annettiin esitys vuosina 2008–2011 toteutettavasta kunta- ja palvelurakennemuutoksesta, jonka keskeinen tavoite on väestön sosiaali- ja terveyspalvelujen turvaaminen tulevaisuudessa. Kehittämisohjelma antaa sekä kokonaiskuvan ohjelmakaudella kuntiin suuntautuvasta ohjauksesta että nostaa esiin ne keskeisimmät toimenpiteet, joihin vuosina 2008–2011 suunnataan Stakesin, Kansanterveyslaitoksen, Työterveyslaitoksen ja lääninhallitusten työpanosta ja kehittämistoiminnan resursseja. Kansallisen kehittämisohjelman toimenpiteitä tarkistetaan vuosittain. (STM 2008)

Sosiaali- ja terveysministeriön tavoitteena on turvata kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon jatkuva kehittyminen, jotta se vastaisi asiakaskunnan tarpeita ja jotta toimintaympäristössä tapahtuviin muutoksiin pystytään vastaamaan. Valtioneuvosto suosittaa, että palvelurakenteiden uudistamisen rinnalla luodaan kuntiin pysyvä sosiaalihuollon ja perusterveydenhuollon kehittämisrakenne, ettei kehittäminen ole vain lyhytnäköisen, määräaikaisen rahoituksen varassa. (STM 2008)

Tavoitteena on, että kuntalaisten osallisuus lisääntyy ja syrjäytyminen vähenee. Hyvinvointi ja terveys lisääntyvät, hyvinvointi- ja terveyserot kaventuvat. Vanhusten osalta hyvinvointi paranee kun toimintakyky on hyvä, arkiaskareet sujuvat ja on voimia sosiaalisten suhteiden ylläpitoon. Kodin ja lähiympäristön esteettömyys, toimivuus ja turvallisuus tukevat vanhusten omatoimisuutta kun toimintakyky heikkenee ja se estää myös tapaturmien syntyä. (STM 2008)

Myös palveluiden laadun, vaikuttavuuden ja saatavuuden paraneminen, sekä alueellisten erojen vähentyminen ovat tavoitteissa. Vanhuspalvelujen tarpeen arvioinnin määräajat toteutuvat ja tarpeenmukainen säännöllinen kotihoito on tarjolla 14 %:lle yli 75-vuotiaista. Pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevia yli 75-vuotiaita enintään 3 prosenttia. (STM 2008)

Vielä todetaan, että palvelujen käyttäjän on vaikea itse löytää parhaiten juuri hänen ongelmiinsa sopivaa palvelukokonaisuutta. Esimerkiksi ikääntyneille, päihde- ja mielen-terveysongelmista kärsiville, lapsiperheille ja pitkäaikaissairaille tarkoitettut palvelut ovat usein liian hajallaan. (STM 2008)

Hallintorajat ja eri organisaatioiden eri suuntaiset taloudelliset kannusteet saattavat häiritä eheän palvelukokonaisuuden syntymistä. Asiakkaan tarpeiden tunnistaminen on ammattilaisen ja asiakkaan tai hänen läheisensä yhteinen tehtävä. Tavoitteena on oikea-aikainen asiointi asiakkaan tarpeeseen parhaiten vastaavassa, tarvittaessa hänelle räätälöidyssä palvelussa. Parhaimmillaan asiakkaan käytettävissä on koko palvelukirjo niin, että hän kokee niistä muodostuvan yhden yhtenäisen kokonaisuuden. Tämän tavoitteen saavuttamiseksi kehitetään palveluohjausta ja palvelusuunnitelmien tekoa ja käyttöä. Yhtenäiset prosessit lisäävät yhtä aikaa palvelujen käyttäjien tyytyväisyyttä ja taloudellista tehokkuutta. (STM 2008)

6.5 Geriatriksen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Sosiaali- ja Terveysministeriön selvityksiä 2006:30

Sosiaali- ja Terveysministeriölle tekemässään laajassa selvityshenkilön raportissa Sirkka – Liisa Kivelä kuvaa tapoja, joilla vanhustenhuoltoa voidaan nykyisestäään kehittää, keinoja joilla voidaan taata sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön saanti ja osaaminen, sekä erityisesti vanhusten masennustilojen lääkkeettömien hoitojen kehittäminen. (Kivelä, S – L. STM 2006)

Selvityksessään Kivelä korostaa moniammatillisuuden merkitystä. Toiminnassa ei tule pyrkiä pelkästään sairauksien ehkäisyyn ja hoitoon, vaan keskeisenä tavoitteena on toimintakyvyn, sosiaalisen osallisuuden ja elämänhallinnan parantaminen tai ylläpitäminen. (Kivelä, S – L. STM 2006)

6.6 Tie hyvään vanhuuteen. Vanhusten hoidon ja palveluiden linjat vuoteen 2015. Sosiaali- ja Terveysministeriön selvityksiä 2007:8

Tämän selvityksen on tehnyt Markku Lehto Sosiaali- ja Terveysministeriölle. Selvityksessään hän korostaa toimintakyvyn parantamista, itsenäistä selviytymistä, palvelujen saumattomuutta ja monipuolisuutta. Ympäristö tulisi rakentaa mahdollisimman esteettömäksi, sekä käyttää hyväksi uutta teknologiaa. Kokonaistavoitteena on helpottaa ikääntyvän väestön ja yhteiskunnan sopeutumista ikärakenteen muutokseen. Tarkoituksena on taata hyvä hoito kaikissa elämän vaiheissa, myöhentää hoidon tarvetta ja kaventaa samalla väestön terveyseroja. (Lehto, M. STM 2007)

6.7 Sosiaali- ja terveystalouden strategiat 2015 – kohti sosiaalisesti kestäväää ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa

Toukokuussa 2006 Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisema strategia painottaa nykyisten ja tulevien yhteiskunnallisten haasteiden näkökulmaa. Vanhuspalvelujen saatavuus ja laatu varmistetaan lisäämällä palveluihin käytettäviä voimavaroja vanhusten määrän kasvaessa. Painopiste on kotona ja lähiympäristössä annettavissa palveluissa. Hoito- ja kuntoutuspalvelujen on oltava riittäviä, oikea-aikaisia ja tarkoituksenmukaisia. Ehkäisevän näkökulman tulee olla ensisijainen.

(STM 2006)

6.8 Muita ikääntyneiden kotona selviytymiseen liittyviä ohjeistuksia

Vaikka valtaosa ikääntyvistä ja ikääntyneistä ihmisistä elää itsenäisesti tarvitsematta apua ja hoivaa, tuo pitkä ikä mukanaan myös sairauksia ja avuntarvetta. Laukkanen ym.(2000) ja Parkkinen (2002) ovat osoittaneet, että kotihoidon tukeminen ja laitoshoidon vähäisempi käyttö on hyödyllistä julkisen sektorin menojen kannalta, sillä hoivapalvelumenot lisääntyvät ikääntyvän väestön mukana. (Pynnönen ym.2007. 27- 35.)

Väestön ikärakenteen muuttuminen vaikuttaa läpi koko yhteiskunnan, monin eri tavoin. Sillä on laajakantoisia taloudellisia, sosiaalisia, kulttuurisia ja poliittisia vaikutuksia. Ennen kaikkea muutos on suuri haaste julkisen talouden kestävyydelle. Samalla kun työikäisen väestön määrä pienenee, suurenee paljon hoitoa ja tukipalveluja tarvitsevien

iäkkäiden henkilöiden määrä. (Parjanne. 2004, 13.) Vanhusten kotona selviytymisen tukemista mahdollisimman pitkään on tutkittu ja ohjeistettu laajasti.

Arkea helpottavat välineet. Opas ikäihmisille

Vuosina 2001 – 2004 toteutettiin Sosiaali- ja terveysministeriön rahoittama ITSE - hanke, jonka tavoitteena oli vanhusten ja vammaisten itsenäisen suoriutumisen edistäminen. Hankkeessa tuli esille, että ikääntyvillä henkilöillä ja heidän omaisillaan on tarve saada tietoa jokapäiväistä elämää tukevista teknologisista ratkaisuista, mutta tietoa niistä on vaikea löytää. (STM 2005)

Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman (TATO) mielenterveyden valmistelu- ja seurantaryhmä

Suosituksia ei ole eritelty ikäryhmittäin, vaan esitetyt periaatteet koskevat kaikkia ikäryhmiä. Ajatuksen mukaan mielenterveystyön resursseja ja osaamista tulisi suunnata elämisen ja selviytymisen voimavarojen vahvistamiseen ja ongelmien ehkäisyyn, psykososiaalisten ongelmien selvittelyyn ja niissä tukemiseen. Mielenterveyshäiriöt tulisi tunnistaa varhaisessa vaiheessa, hoitaa tehokkaasti ja kuntouttaa monipuolisesti. Koska mielen-terveyden edellytykset ja myös häiriöt rakentuvat monenlaisista tekijöistä, myös mielenterveystyön haaste koskee monia elämäntiloja ja kaikkia niitä kunnan toimialoja, joilla on toimintansa kautta kontakti kuntalaisiin ja heidän olosuhteisiinsa. (STM 2001)

Ikääntyneiden ihmisten ohjatun terveysliikunnan laatusuositukset

Ikääntyneiden ihmisten ohjattu terveysliikunta tulisi sisällyttää osaksi kuntien hyvinvointipolitiikkaa ja vanhusstrategiaa siten, että terveysliikunta sisältyy hyvinvointitekijänä koko kunnan ja myös eri sektoreiden strategioihin. Sosiaali- ja terveysministeriön ”Ikääntyvien väestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen” - selvityksessä (Hirvensalo,

Huovinen, Kannas, Parkatti & Äijö 2003) painotetaan kuntien liikunta-toimen, sosiaali- ja terveystoimen sekä järjestöjen yhteistyön lisäämistä liikunnan alueella. Lisäksi todetaan, että terveystoiminnalla voi tukea toimintakykyä, itsenäisyyttä ja osallistumista ja että liikunta on edullinen ja tehokas tapa ylläpitää toimintakykyä mahdollisimman pitkään. Lisäksi ryhmäliikunta on edullista järjestää, varsinkin jos eri tahot toimivat yhteistyössä. (STM 2004)

7 AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA

Vanhustenneuvolatoiminta lienee Suomessa niin uutta, että yrityksistä huolimatta ei suomenkielisiä, eikä ruotsinkielisiä aikaisempia tutkimuksia asiasta löydetty. Hakuksena käytettiin useita mahdollisia neuvolatoimintaan liittyviä sanoja ja sanayhdistelmiä, kuten ”vanhustenneuvola”, ”ikäihmisten neuvola”, ”vårdcentral för äldre” ja ”äldringsvård”. Tämän vuoksi oli tarpeellista etsiä laajemmin. Sitä vastoin ikäihmisten kotona selviytymistä ja sen edellytyksiä on tutkittu paljonkin, sekä kotona selviytymiseen tarvittavia tukimuotoja on kartoitettu laajasti.

Koska varsinaista tutkimusta vanhusten neuvolatoiminnasta ei löytynyt, laajennettiin etsintää käsitteillä empowerment ja resources. Bell ja Gilbert (1994; 1996) tarkoittavat voimaantumisen-käsitteellä sisäistä voimantunnetta, johon liittyy vahva vastuullisuus omasta kehittämisestä sekä halu ja kyky toimia tavalla, jonka itse tietää ja katsoo oikeaksi. Grossberg (1995; 1997) liittää empowermentin asioiden mahdollistamiseen, voimavarojen löytämiseen sekä elämänhallintaan, toimintavalmiuksien ja toimintakykyisyyden saavuttamiseen. Empowerment suomennetaan tavallisesti voimaannuttavaksi, valtaistavaksi tai mahdollistavaksi toiminnaksi. Tarkoituksena on, että jokin toiminta paranee ja asianosaisten vaikutusmahdollisuudet lisääntyvät. Resources voitaisiin suomentaa käsitteellä voimavarat.

Hokkanen, Häggman – Laitila ja Eriksson (2006) ovat luoneet tutkimuksen tutkimuskirjallisuuteen. Heidän tutkimuksensa aiheena oli tuottaa iäkkäiden ihmisten voimavaroja kuvaavia käsitteitä ja kuvata voimavarojen tukemisen menetelmiä aiempaan kirjallisuuteen.

teen perustuen. Tutkimuksessa he hakivat vastauksia kysymyksiin miten kotona asuvan iäkkään ihmisen voimavaroja on kuvattu, miten kotona asuvan iäkkään ihmisen voimavaroja on tuettu ja miten vaikuttavia olivat voimavarojen tukemisessa käytetyt menetelmät.

Kotona asuvan vanhuksen voimavarat muodostuvat psyykkisestä, henkisestä ja fyysisestä hyvinvoinnista, sosiaalisista suhteista, palveluista ja yhteistyösuhteesta, mielekkästä tekemisestä, ympäristön toimivuudesta ja taloudellisista voimavaroista. Voimavarojen tunnistaminen on aiheena ajankohtainen, sillä tulevaisuudessa kotihoidon tarve tulee lisääntymään. Tähän tarpeeseen vastaaminen edellyttää sellaisten työmenetelmien kehittämistä, jotka tukevat ja hyödyntävät vanhuksen omia voimavaroja kotona asumisen mahdollistamiseen. (Hokkanen, Häggman – Laitila & Eriksson. 2006, 12-21.)

Jyväskylän seudulla on kehitetty ehkäiseviä kotikäyntejä ja palveluohjausta projekti-
muotoisesti vuosina 2003 – 2004 Salmisen, Suomen ja Hakosen toimesta. Projektia ohjasivat ehkäisevän, ennakoivan ja voimaannuttavan työn näkökulmat. Tarkoituksena oli kehittää seniori- ja vanhustyöhön uusia toimintakäytäntöjä, joiden ydintä ovat voimaannuttavan ja ehkäisevän työn periaatteet, ehkäisevien kotikäyntien toimintamalli ja ennakoiva palveluohjaus.

Salminen, Suomi & Hakonen toteavat raportissaan tämän kaltaisen ennakoivan työn välttämättömyyden ikäihmisten palvelujen turvaamiseksi tulevaisuudessa sekä sen, miten vähän on kiinnitetty huomiota iäkkäiden arjen sujuvuuden tutkimiseen ja arjessa voimaantumiseen. Heidän mielestään on näkökulma vanhustyössä muutettava sairaus – ongelmalähtöisyydestä ihmisten omia voimavaroja tukevaan toimintaan. (Salmi, Suomi & Hakonen 2004.)

Vaikka varsinaista ikäihmisten neuvolatoimintaa koskevaa tutkimusta ei löytynyt, on todettava että näissä edellä mainituissa tutkimuksissa sekä tämän opinnäytetyön kyselyssä on saatu varsin samansuuntaisia tuloksia tämän kaltaisen neuvolatyön tarpeellisuudesta. Päätelmissä ollaan hyvinkin samaa mieltä siitä, että vanhustyössä tarvitaan muutoksia, ja siitä, miten ne tulisi toteuttaa.

8 OPINNÄYTETYÖN TAUSTAORGANISAATIO SATAKUNNAN VANHUSTUKI RY

Tämän opinnäytetyön taustaorganisaatio on 2003 Satakuntaan perustettu ikäihmisille tarkoitettu oma yhdistys, Satakunnan Vanhustuki ry. Yhdistyksen kotipaikkana on Pori ja toiminnan tarkoituksena on vanhusten psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistäminen sekä kaikinpuolisen arvokkaan vanhenemisen turvaaminen.

Monet ikäihmiset joutuvat tehostetun avun tarpeeseen ja siirtymään ennenaikaisesti palvelukoteihin, koska tuntevat itsensä yksinäisiksi ja avuttomiksi omassa kodissaan. He eivät aina saa sitä apua, mitä he tarvitsevat. Esimerkiksi kotiutuessaan sairaalasta heikkokuntoisina tarvittaisiin aluksi paljon käytännön auttamista sekä toisen ihmisen tukea luomaan henkistä uskoa ja luottamusta omaan selviytymiseen. (Satakunnan Vanhustuki ry esitelehtinen)

Yleisesti ottaen ikäihmiset sinnittelevät kodeissaan viimeiseen saakka ennen kuin lähtevät apua kyselemään. Kaikki eivät tiedäkään minkälaisia palveluita on mahdollista saada. Kuitenkin he haluaisivat asua omissa kodeissaan elämänsä loppuun asti. Usein jo tieto tarjolla olevista palveluista rauhoittaa. Väestön ikääntymisen myötä tehostettujen palveluasuntojen tarve on noussut Porissa niin paljon, että tulevana vuosina tarvitaan laskelmien mukaan joka vuosi 60 uutta tehostettua hoitopaikkaa. (Satakunnan Vanhustuki ry esitelehtinen)

Satakunnan Vanhustuki – yhdistys anoi vuonna 2004 Raha-automaattiyhdistykseltä avustusta voidakseen aloittaa neuvolatoiminnan ikäihmisten kotona selviytymisen tueksi. Yhdistys sai avustuksen kolmivuotiseen TURVASSA KOTONA – projektiin vuosille 2005- 2007. Projektin toiminnalla voidaan osoittaa iäkkäiden kotona selviytymisen puutteita ja osoittaa minkälainen uusi palvelumuoto voisi mahdollisesti tukea kotona pidempään selviytymistä. (Satakunnan Vanhustuki ry esitelehtinen)

Projektin päätavoitteena oli porilaisten kotona asuvien ikääntyneiden kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin tukeminen selvittämällä yksilöllisesti toimintakykyä edistävät tekijät. Tavoitteena oli myös neuvoa ja opastaa terveydellisissä ja sosiaalisissa asioissa ja luoda iäkkäille turvallisuutta ja omanarvontuntoa arjen sujumiseksi. Yksinäisyyden poistami-

nen ja sosiaalisen kanssakäymisen edistäminen auttaa merkittävästi kotona selviytymisessä. (Turvassa kotona – projektin esitelehtinen.) Projektilla pyrittiin luomaan vanhus-ten palveluihin uusi käyttökelpoinen, moniammatillinen sosiaali- ja terveystoimen yhteistyöpalvelumalli, jossa toteutuu sosiaali- ja terveyspalveluihin liittyvää palvelunohjausta sekä monipuolisia käytännön toimenpiteitä ikäihmisten tukemiseksi. TURVASSA KOTONA – projekti on toiminut pääosin Ikäihmisten neuvolan muodossa, toimipiste on sijainnut keskellä kaupunkia, osoitteessa Mikonkatu 7, Pori. Sijaintinsa puolesta neuvolaan on ollut helppo tulla. (Turvassa kotona – projektin esitelehtinen.)

9 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

9.1 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimustehtävät

Tutkimuksella on aina jokin tarkoitus tai tehtävä. Tarkoitus ohjaa tutkimusstrategisia valintoja, jotta saataisiin vastauksia siihen mitä kysytään. Tarkoitusta voidaan luonnehtia karkeasti neljällä eri tavalla; se voi olla kartoittava, selittävä, kuvaileva tai ennustava. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 133 – 135.)

Tämä opinnäytetyö on toteutettu yhdessä työelämän kanssa. Opinnäytetyön aihe on syntynyt Satakunnan Vanhustuki ry:n tarjoamana ideana. Opinnäytetyön tarkoituksena oli saada tietoa projektin vaikutuksista henkilöiden kotona selviytymiseen ja erityisen vanhus-ten neuvolatoiminnan tarpeellisuudesta. Lisäksi tarkoituksena oli kuvata vanhus-ten neuvolapalveluiden käyttäjien käsityksiä toiminnasta.

Lisätiedon saaminen neuvolatoiminnasta on tärkeää toiminnan jatkamisen kannalta, sillä sen avulla voidaan mahdollisesti havaita puutteita toiminnassa ja saada jatkon kannalta arvokasta tietoa asiakkaiden toiveista ja mielipiteistä.

Opinnäytetyön tutkimusongelmat olivat:

1. Miten ikäihmiset kokevat ikäihmisten neuvolatoiminnan palvelut?
2. Kuinka tarpeelliseksi ikäihmisille suunnattu oma neuvolatoiminta koetaan?
3. Miten moni on kokenut saaneensa konkreettisesti apua kotona selviytymiseen?

9.2 Tutkimuksen kohderyhmä

Kohderyhmänä olivat Satakunnan Vanhustuki ry:n ylläpitämän Ikäihmisten neuvolan asiakkaat, joita oli noin 600 henkilöä vuonna 2007. Otos oli 100 (N = 100). Kyselytutkimukseen osallistujat valittiin satunnaisotantana Ikäihmisten neuvolan asiakkaiden joukosta.

Koska tämä tutkimus kohdistuu Satakunnan Vanhustuki – yhdistyksen asiakkaisiin, anoi opinnäytetyön tekijä ennen kyselyn toteuttamista lokakuussa 2007 tutkimusluvan (Liite 1) Satakunnan Vanhustuki ry:ltä.

9.3 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyö tehtiin survey-tutkimuksena eli aineisto kerättiin standardoidulla kyselylomakkeella. Termi *survey* tarkoittaa sellaisia kyselyn, haastattelun ja havainnoinnin muotoja, joissa aineistoa kerätään standardoidusti ja joissa koehenkilöt muodostavat otoksen tai näytteen tietystä perusjoukosta (Hirsjärvi ym. 2007, 188). Vastaajien määrän ollessa suuri on yleensä menetelmänä kyselylomake (Vilka 2005, 73).

Kyselytutkimuksen etuna voidaan pitää sitä, että se mahdollistaa laajan tutkimusaineiston keräämisen tehokkaasti. Huolellisesti suunnitellun kyselyn aineisto voidaan nopeasti käsitellä tallennettuun muotoon ja analysoida tietokoneella. (Hirsjärvi ym. 2007, 190) Kyselytutkimuksen haittana saattaa olla suuri kato (Hirsjärvi ym. 2007, 190). Tässä tapauksessa saavutettiin kuitenkin hyvä vastausprosentti, 76 prosenttia, sillä kyselylomakkeita jaettiin 100 kappaletta ja niistä palautui 76.

Kysely on keino saada selville, mitä tutkittavat ajattelevat, tuntevat, uskovat, sekä miten tutkittavat havaitsevat ympärillä tapahtuvat asiat (Hirsjärvi ym. 2007, 201).

Tutkimuksessa käytettiin kuitenkin sekä kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää että kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää. Molemmat tavat olivat käytössä, sillä kyselylomakkeessa oli kahdenlaisia kysymyksiä, niin määrällisiä kuin avoimia. Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimus ovat lähestymistapoja, joita on käytännössä vaikea tarkkarajaisesti erottaa toisistaan, ne nähdäänkin tutkimuksen toisiinsa täydentäviksi lähestymistavoiksi. Käytettäessä rinnakkain kvalitatiivisia ja kvantitatiivisia menetelmiä voidaan intensiivisen kvalitatiivisen tutkimuksen avulla saatuja tuloksia laajentaa koskemaan koko aineistojoukkoa yksinkertaisten laskennallisten tekniikkojen avulla. Lisäksi numerot ja merkitykset ovat vastavuoroisesti toisistaan riippuvaisia. Numerot perustuvat merkityksiä sisältävään käsitteellistämiseen, ja merkitystä sisältäviä käsitteellisiä ilmiöitä voidaan ilmaista numeroin. (Hirsjärvi ym. 2007, 132 – 133.)

9.3.1 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä

Koska tässä opinnäytetyössä haluttiin selvittää Ikäihmisten neuvolan asiakkaiden kokemuksia ja tunteita saamastaan hoidosta ja sen tarpeellisuudesta, on kyselylomakkeessa mukana myös kvalitatiivinen osuus. Kvalitatiivisen (laadullisen) tutkimuksen lähtökohdaksi on moninaisen todellisen elämän kuvaaminen. Kohdetta pyritään tutkimaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti ja luonnollisissa, todellisissa tilanteissa. Tavoitteena onkin ymmärtää ja tulkita jonkin valitun ilmiön esiintymisen syitä ja merkityksiä. Survey- tyyppisellä kyselytutkimuksella saadaan esille vastaajien omia kokemuksia. Tällaista suuntausta kutsutaan fenomenologiaksi. (Kyngäs & Lauri 2005, 24.)

Fenomenologian tutkimuskohteina ovat ihmisen kokemukselliset havainnot, tunteet, arvot ja merkitykset, joita he antavat erilaisille asioille sekä tapahtumille ja ne ovat ainutkertaisia. Fenomenologian pyrkimyksenä on tarkastella maailmaa sellaisena kuin ihmiset sen kokevat ja todellisuutta sellaisena kuin se ihmiselle avautuu. Kokemuksia ei voi havainnoida, vaan tutkimusmenetelmänä käytetään avointa haastattelua, esseitä ja ihmisten kertomuksia. (Kyngäs & Lauri 2005, 24.)

Fenomenologisessa tutkimuksessa valitaan tutkittavaksi ihmisiä, joilla on kokemusta tutkittavasta asiasta ja he ovat halukkaita kertomaan siitä (Åstedt - Kurki 1997, 152 – 155). Laadullista tutkimusta voidaan kutsua ymmärtäväksi tutkimukseksi, koska se joko ymmärtää tai selittää ilmiöitä (Tuomi & Sarajärvi 2002, 27).

9.3.2 Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä

Kyselylomakkeessa suurin osa kysymyksistä on strukturoituja määrällisiä kysymyksiä. Kvantitatiivisen (määrällisen) tutkimuksen alkujuuret ovat luonnontieteissä. Sen avulla on haluttu löytää ilmiöiden tai asioiden välisiä säännönmukaisia yhteyksiä. Määrällinen tutkimus pyrkii keräämään objektiivista tietoa, joka on peräisin suorasta aistihavainnosta ja loogisesta päättelystä, joka perustuu havaintoihin. Tutkimuskohde on yleensä tarkoin rajattu ja havaintoaineiston tulee soveltua määrälliseen, numeeriseen mittaamiseen. Käytössä onkin numeeriset mittaukset ja menetelmät. Tulokset ja johtopäätökset perustuvat havaintoaineiston tilastolliseen analysointiin, mm. kuvailuun prosenttilukoiden avulla ja tulosten merkitsevyyden tilastolliseen testaukseen. Usein tulokset esitetään taulukkoina ja numeerisesti, kuten esimerkiksi prosentteina. (Hirsjärvi ym 2007, 135 – 161.)

9.4 Kyselylomake

Jotta kysely olisi verrattavissa projektin puolivälissä (2006) tehtyyn tutkimukseen, käytettiin tässä tutkimuksessa suurelta osin samaa kyselylomaketta kuin aikaisemmassakin tutkimuksessa (Liite 2), siihen lisättiin muutamia avoimia kysymyksiä kysymysasettelun selventämiseksi vielä lisää. Opinnäytetyön tekijä ei muutoin voinut paljoakaan vaikuttaa kyselylomakkeen sisältöön juuri edellä mainitusta syystä.

Koska kyseinen lomakemalli oli jo ollut käytössä, ei kyselylomaketta esitetä. Lomakkeesta ei myöskään haluttu tehdä liian monisivuista, koska se olisi saattanut vähentää halukkuutta vastata. Lomakkeen tulisi näyttää helposti täytettävältä (Hirsjärvi ym 2007, 199).

Lomakkeessa oli monivalintakysymyksiä, avoimia kysymyksiä joihin vastaaja voi kirjoittaa oman näkemyksensä, sekä näiden välimuotoja, eli valmiin vastausvaihtoehdon jälkeen annetaan vapaa tila vastaajan omalle lisäykselle. Avoimet kysymykset antavat vastaajalle mahdollisuuden sanoa todella oman mielipiteensä, ilman valmiita vastausvaihtoehtoja. Lisäksi avointen kysymysten avulla saatetaan saada esille näkökulmia, joita tutkija ei ole osannut etukäteen ajatella. (Hirsjärvi ym. 2007, 194 – 196.)

Kyselylomakkeen mukana meni saatekirje (Liite 3), missä opinnäytetyön tekijä esitteli itsensä ja kertoi missä opiskelee, mikä on tutkimuksen tarkoitus ja miksi se on asiakkaille itsellekin tärkeä, ei vain tutkimus tutkimuksen vuoksi. Toiminnanjohtaja Roininen lisäsi vielä oman selvityksensä saatekirjelmään.

Tutkittavia kannustettiin vastaamaan mahdollisimman nopeasti, mitään tarkkaa palautuspäivää ei tähän haluttu laittaa. Palautelomakkeiden jakelujaksi sovittiin Ikäihmisten neuvolan työntekijöiden kanssa marraskuu 2007 ja niiden vastaanottaminen lopetettiin 30.11. 2007, jonka jälkeen palautettuja lomakkeita ei enää hyväksytty mukaan. Opinnäytetutkimuksen tekijä haki palautuneet kyselylomakkeet neuvolan toimitiloista viimeisen palautuspäivän iltapäivänä.

9.5 Tutkimusaineiston keruu

Kyselylomakkeen jakeluaikaa oli marraskuu 2007. Lomake jaettiin tutkittaville neuvolakäyntien yhteydessä, joko asiakkaan tullessa neuvolaan, kotikäynnillä, tai se lähetettiin tutkittaville postitse, mikäli heille ei osunut käyntiä kyselyn jakeluaikana. Lomakkeen mukaan liitettiin palautuskuori, tarvittaessa postimerkin kanssa.

Tutkittavat täyttivät lomakkeet itse tai avustajan (omainen) kanssa kotona ja anonyymisti. Koska ikäihmisten neuvolan tilat ovat rajalliset ja työntekijät lähes koko ajan varattuna toimenpiteisiin, suositeltiin lomakkeen täyttämistä kotona vaikka sen neuvolan tiloissa olisi saanutkin. Kotona täyttötilanne oli myös rauhallisempi ja tutkittava ehti paremmin perehtyä lomakkeeseen. Samoin vältettiin neuvolan työntekijöiden mahdollinen vaikutus vastausten laatuun. Kyselylomake palautettiin suljetussa palautuskuoressa joko palautuslaatikkoon neuvolassa tai postitse Ikäihmisten neuvolan toimipisteeseen. Opinnäytetyön prosessin aikataulu ja kulku havainnollistetaan liitteessä 4.

9.6 Tutkimuksen eettisyys

Eettiset kysymykset nousevat esille jo tutkimusaiheen valinnasta. Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää, että opinnäytetyön teossa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Opinnäytetyössä huomioidaan vastaajan anonymisyys, luottamuksellisuus ja aineiston tallentaminen asianmukaisesti. Opinnäytetyön jokaisessa vaiheessa on vältettävä epärehellisyyttä. Tutkimukseen osallistujilla on oikeus saada tietoa tutkimustuloksista ja tulokset tulee antaa niin, että ne eivät loukkaa, leimaa ja hankaloita tutkittavien elämää. (Hirsjärvi ym. 2007, 23 – 27.)

Kyselyn saatekirjelmässä (Liite 3) kerrottiin että vastaukset ovat ehdottomasti nimettömiä ja että ne käsitellään nimettöminä ja luottamuksellisesti koko tutkimuksen ajan. Vaikka kyselyyn vastattiin nimettömänä, antoi opinnäytetyön tekijä liukuvan sarjanumeron jokaiselle lomakkeelle. Näin taattiin vastaajien anonymisyys. Yksittäisen lomakkeen tarkistus jälkikäteen on myös mahdollista tällä tavoin toimittaessa.

Tutkittavien tulee saada riittävästi tietoa tutkimuksesta, johon he osallistuvat. Heidän tulee myös saada tietää että osallistuminen on vapaaehtoista ja että he voivat keskeyttää tutkimuksen milloin tahansa. (Hirsjärvi ym. 2007, 23 – 27.)

9.7 Tutkimuksen luotettavuus ja pätevyys

Tutkimuksessa pyritään välttämään virheiden syntymistä, mutta silti tulosten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta kohentaa tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta. (Hirsjärvi ym. 2007, 226 – 228.)

Tutkimuksen luotettavuus tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta. Mittauksen tai tutkimuksen reliabilisuus tarkoittaa siis sen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Määrällisen tutkimuksen luotettavuuden toteaminen käy helposti tilastollisten menettelytapojen avulla, mutta laadullisessa tutkimuksessa tutkija joutuu pohtimaan koko tutkimusprosessin ajan tekemiään ratkaisuja. (Hirsjärvi ym. 2007, 226 – 228.)

Toinen tutkimuksen arviointiin liittyvä käsite on validius eli pätevyys. Pätevyys tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata sitä, mitä sen pitikin mitata. Esimer-

kiksi kyselylomakkeen kysymykset saatetaan käsittää aivan eri tavalla kuin mitä tutkija ajattelee niiden tarkoittavan. Tulosten tulkintaan pätee myös sama vaatimus, eli tutkijan tulee tarkasti perustella tekemänsä tulkinnat. Lukijaa saattaa myös auttaa, jos tutkimus- selostetta rikastutetaan esimerkiksi pienillä suorilla lainauksilla tutkittavien kommentista. (Hirsjärvi ym. 2007, 226 – 228.)

Mielestäni tämän kyselyn avulla saatiin vastauksia niihin tutkimuskysymyksiin, joita esitettiin. Näin ollen tutkimuksen voisi sanoa olevan validi ainakin pääosin. Tosin kysymykseen siitä, onko neuvolan toiminta tukenut kotona selviytymistä, saatiin ristiriitaisia vastauksia. Vaikka tutkittava oli saamastaan avusta kiitollinen ja muissa kohdissa kiitteli toimintaa, oli tässä kohdassa saatettu valita vaihtoehdoksi, ettei neuvola ollut lainkaan tukenut kotona selviytymistä. Lieneekö kysymyksen asettelussa jotain ongelmaa vai olikohan tämä kohta muuten jotenkin vaikeaselkoinen?

9.8 Tutkimusaineiston analysointi

Aluksi opinnäytetyön tekijä kävi läpi tutkimusaineiston lukemalla vastaukset. Avointen kysymysten osuudet litteroitiin eli kirjoitettiin auki sanatarkasti omiin ryhmiinsä.

Tässä vaiheessa tehtiin myös lomakkeiden tarkistus. Postikyselyä käytettäessä täytyy päättää, onko joitain lomakkeita hylättävä, jos ne ovat puutteellisesti vastattuina. Tässä tutkimuksessa ei tarvinnut hylätä yhtään vastauslomaketta.

Kyselylomakkeita palautui 76 kappaletta sadasta. Vastaajien lukumäärä on kuitenkin 77, sillä yhdessä tapauksessa molemmat puoliset olivat vastanneet samalla lomakkeella ja lomake hyväksyttiin sillä he olivat molemmat neuvolan asiakkaita ja tiedot oli selkeästi eritelty lomakkeelle.

Toinen vastaavalla tavalla täytetty lomake taas tulkittiin yhdeksi vastaukseksi, sillä vain toinen puolisoista käytti neuvolan palveluita ja toisen puolison tiedot olivat myös helposti erotettavissa.

Kyselyaineiston strukturoidut kysymykset käsiteltiin ja tiedot syötettiin Microsoft Office Excel 2003- ohjelman taulukkoon ja käsiteltiin tilastollisesti Tixel WinXP – ohjel-

man avulla. Tulokset esitetään prosentteina ja joiltain osin myös kuvioina ja taulukkoina.

Avoimet kysymykset analysoitiin sisällön analyysia käyttäen. Laadullisen aineiston analyysin tarkoitus on tuoda aineistoon selkeyttä ja siten tuottaa uutta tietoa tutkittavasta asiasta. Analyysin avulla pyritään tutkimuksen aineisto tiivistämään ja selkeyttämään sen sisältöä ja informaatioarvoa. (Eskola & Suoranta 1998, 138.)

Tutkimusaineiston analysoinnilla pyritään luomaan tiivistetty kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Analysoinnilla on tarkoitus saada lisättyä informaatioarvoa selkeyttämällä ja yhtenäistämällä saatua laadullista aineistoa. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110.)

Teorialähtöisessä sisällön analyysissä aineiston luokittelu perustuu joko teoriaan, teoreettiseen viitekehykseen tai käsitejärjestelmään. Analyysin tekoa ohjaa tällöin jonkinlainen malli, erilaiset teemat tai käsitekartta. Lähtökohtana voi olla myös tutkijan oma ennakkokäsitys asiasta. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 99.) Tutkimuksessa Ikäihmisten neuvolatoiminnasta aineisto käsiteltiin tutkimuskysymysten kautta.

Hirsjärvi ym (2007) mukaan aineistoa voidaan analysoida monin tavoin. Karkeasti tavat voidaan jakaa selittämiseen pyrkivään lähestymistapaan ja ymmärtämiseen pyrkivään lähestymistapaan. Selittämiseen pyrkivässä lähestymistavassa käytetään usein tilastollista analyysia ja päätelmien tekoa. Ymmärtämiseen pyrkivässä lähestymistavassa käytetään tavallisesti laadullista analyysia ja päätelmien tekoa. (Hirsjärvi ym 2007, 218 – 219.)

Tutkimus ei ole vielä valmis silloin kun tulokset on analysoitu, eikä niitä tulisi jättää pelkiksi jakaumiksi ja korrelaatioiksi, vaan tutkijan tulisi pohtia analyysin tuloksia ja vetää niistä omia johtopäätöksiä (Hirsjärvi ym 2007, 224.)

Tulosten tulkintaa pyrin perustelemaan suorilla lainauksilla kyselyyn vastanneiden lomakkeista, jotta lukijalle välittyi minkälaisesta alkuperäisaineistosta tulkinnat on tehty. Tutkittavien henkilöllisyys pysyy kuitenkin salassa, eikä heitä voi näistä otteista tunnistaa. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta kohentaa tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta (Hirsjärvi ym 2007, 227).

10. TULOKSET

Kyselylomakkeita palautui 76 kappaletta sadasta. Vastaajien lukumäärä on kuitenkin 77, sillä yhdessä tapauksessa molemmat puoliset olivat vastanneet samalla lomakkeella ja lomake hyväksyttiin sillä he olivat molemmat neuvolan asiakkaita ja tiedot oli selkeästi eritelty lomakkeelle. Vastausprosentti oli 76.

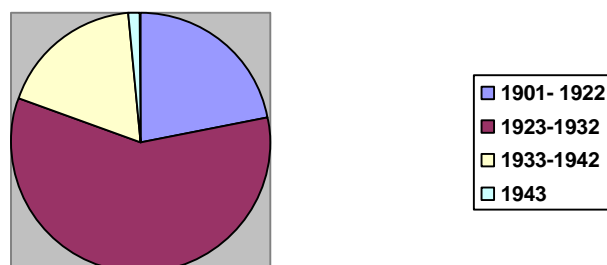
10.1 Taustatietokysymykset

Tutkimuslomakkeen alussa selvitettiin vastaajien syntymävuosi, sukupuoli ja asumismuoto. Vastaajista naisia oli 70 ja miehiä 7 (Taulukko 1).

Taulukko 1. Vastaajien sukupuolijakauma

sukupuoli		
	<i>Lkm</i>	<i>%</i>
mies	7	9
nainen	70	91
Yht.	77	100

Pääosa vastaajista (58 %) oli 76 - 85 – vuotiaita. Yli 85- vuotiaita oli 22 % ja 75 – 66 – vuotiaita 18 % (Kuvio 2).



Kuvio 2. Vastaajien ikäjakauma syntymävuoden mukaan ryhmiteltyinä.

Vaihtoehtoina asumista selvittävässä kysymyksessä olivat yksinasuminen, puolison kanssa tai jollain muulla tavalla. Tässä kyselyssä kaikki ovat kuitenkin kotona asuvia (Taulukko 3).

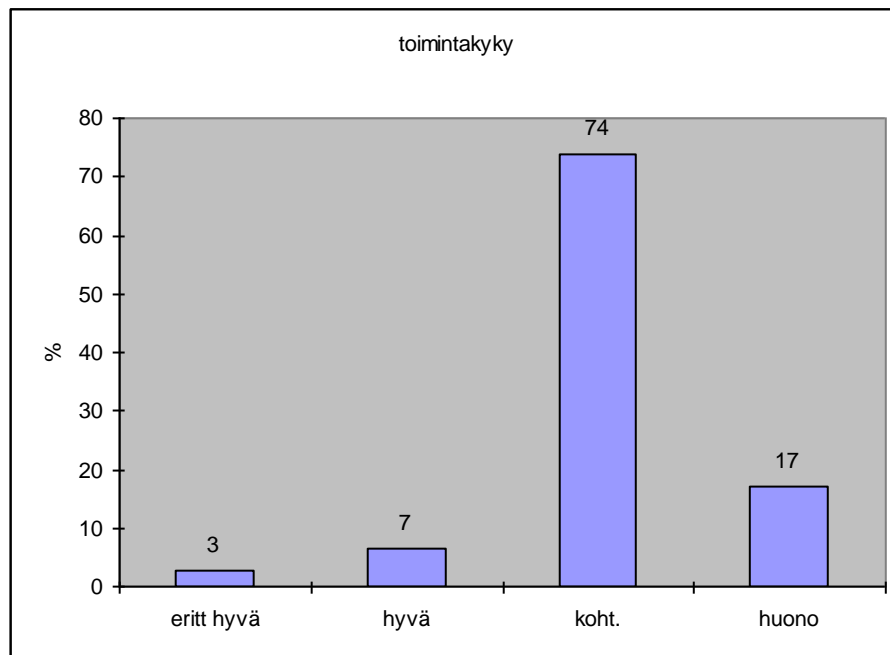
Taulukko 3. Vastaajien asumismuoto

asumismuoto		
	<i>Lkm</i>	<i>%</i>
yksin	62	81
puoliso	13	17
muu	2	3
Yht.	77	100

Vastauksista tulee ilmi että suurin osa on yksin asuvia (81 %), 13 vastaajaa asui puolison kanssa. Kohtaa muu asuminen saattoi tarkoittaa avoimella selityksellä, johon kaksi henkilöä lisäsi asuvansa lapsensa kanssa tilansa huonontumisen vuoksi.

10.2 Terveystila ja toimintakyky

Kohdassa 3 vastaaja sai arvioida omaa toimintakykyään asteikolla erittäin hyvä – hyvä – kohtalainen – huono. Terveystilaansa voi myös selvittää laajemmin avoimessa osuudessa (Kuvio 3).



Kuvio 3. Oman toimintakyvyn arviointi

Erittäin hyväksi toimintakykynsä arvioi kaksi vastaajaa, hyväksi viisi ja kohtalaiseksi suurin osa, eli 56. Huonoksi vointinsa arvioi 13 vastaajaa.

Lisäselvityksinä vastaajat antoivat mm diagnoosejaan, joita saattoi olla todella monia, esimerkkeinä

*- Tähän ei mahdu kaikki Laitan eri lappuun. Sjögreinin Sundooma, Fibromyalkia, osteoporoosi, keliakkia, kilpirauhasen vajaatoiminta, rytmihäiriö, Refluksi = Palleatyrä, Raynandin oireyhtymä, keratosis actinias (otsalla)
Näistä on Diagnoosi (N 4)*

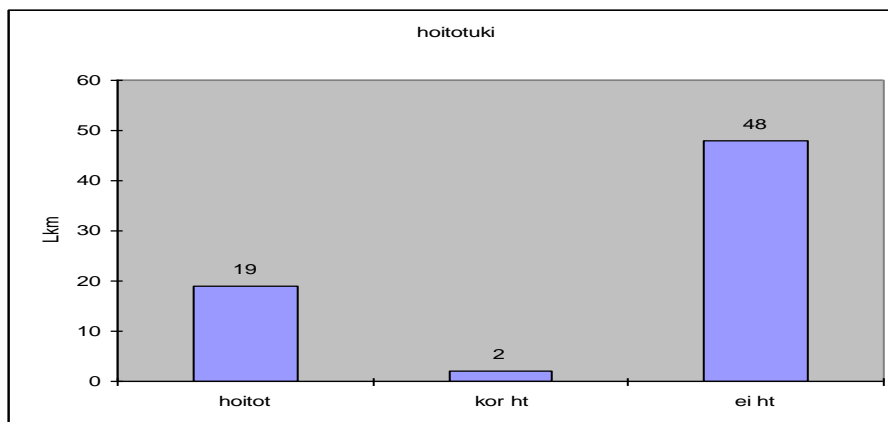
- Olen monisairas hlö (tuki- ja liikuntas., verisuonisair., diabetes nivelreuma ym.) (N 5).

Esiin nousivat erityisesti vastauksissa diabetes ja erilaiset liikkumisvaikeudet ”huonot jalat”.

10.3 Hoitotuki

Vaikka monilla vastaajilla oli useita ongelmia ja sairauksia, kovinkaan monella ei ollut Kansaneläkelaitoksen maksamaa hoitotukea, jota seuraava kysymys koski.

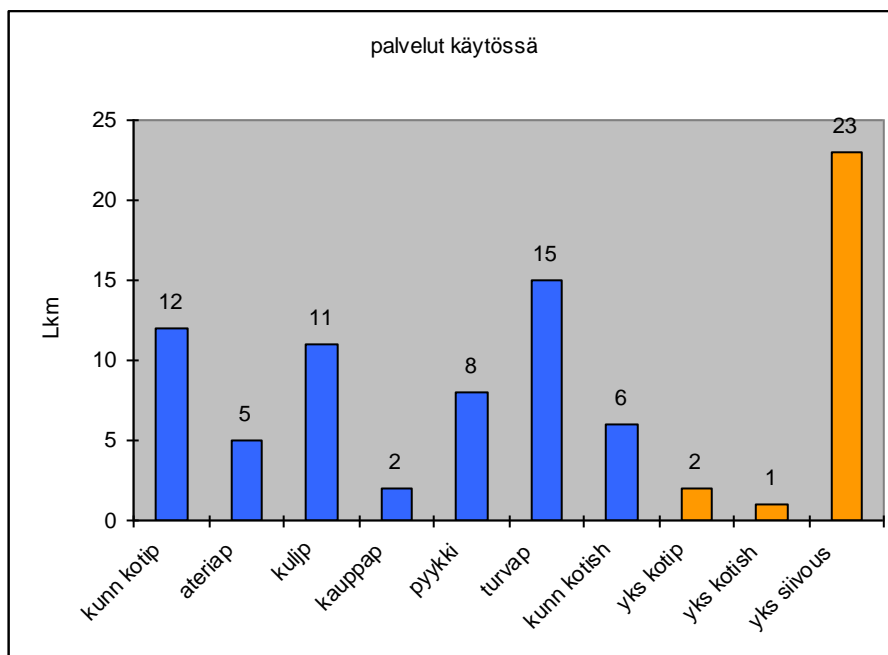
70 % vastaajista (kysymykseen vastasi 69 henkilöä) ei ole lainkaan hoitotukea, alempi hoitotuki on 28 prosentilla, ja vain kolmella prosentilla on korotettu hoitotuki (Kuvio 4).



Kuvio 4. Hoitotukea saavien osuus vastaajista.

10.4 Palveluiden tarve

Seuraavaksi kysyttiin onko vastaajalla käytössä kunnallista tai yksityistä kotiapua tai palvelua. Lisäksi oli avoin kysymys jossa saattoi selvittää, saako apua omaisilta tai tuttavilta (Kuvio 5).



Kuvio 5. Käytössä olevat palvelut.

Kunnallinen kotipalvelu oli 16 %:lla, ateriapalvelut kuudella prosentilla, kuljetuspalvelu 14 %:lla, kauppapalvelu kolmella prosentilla, pyykkipalvelu 10 %:lla, turvapuhelin 19 %:lla, kunnallinen kotisairaanhoido kahdeksalla prosentilla. Yksityistä kotipalvelua käytti kolme %, yksityistä kotisairaanhoidoa yksi %, ja yksityisiä siivouspalveluita kokonaiset 30 % vastaajista. Huomattava on myös että samalla henkilöllä saattaa olla käytössä useita eri palveluita, kuten monesti olikin asian laita. 18. henkilöllä 77:stä oli käytössä yksi palvelumuoto (23 %), 23:lla oli useita eri palvelumuotoja (30 %). Huomattavan monilla ei ollut käytössä mitään palveluja, eli 36 henkilöä 77:stä (47 %) oli vaille palveluja.

Kysymykseen omaisilta tai tuttavilta saatavasta avusta 31 henkilöä vastanneista 76:sta ei saanut minkäänlaista apua ympäristöltään, toisia taas lapset, muut omaiset tai tukihenkilö saattoivat auttaa lähes päivittäin. Muuten vastauksista kävi ilmi, että apua tarvittiin kauppa- pankki- ynnä muussa asioinnissa ja raskaimmissa töissä. Aviopuolisot tukivat toisiaan tehden tehtäviä joihin toinen ei kyennyt.

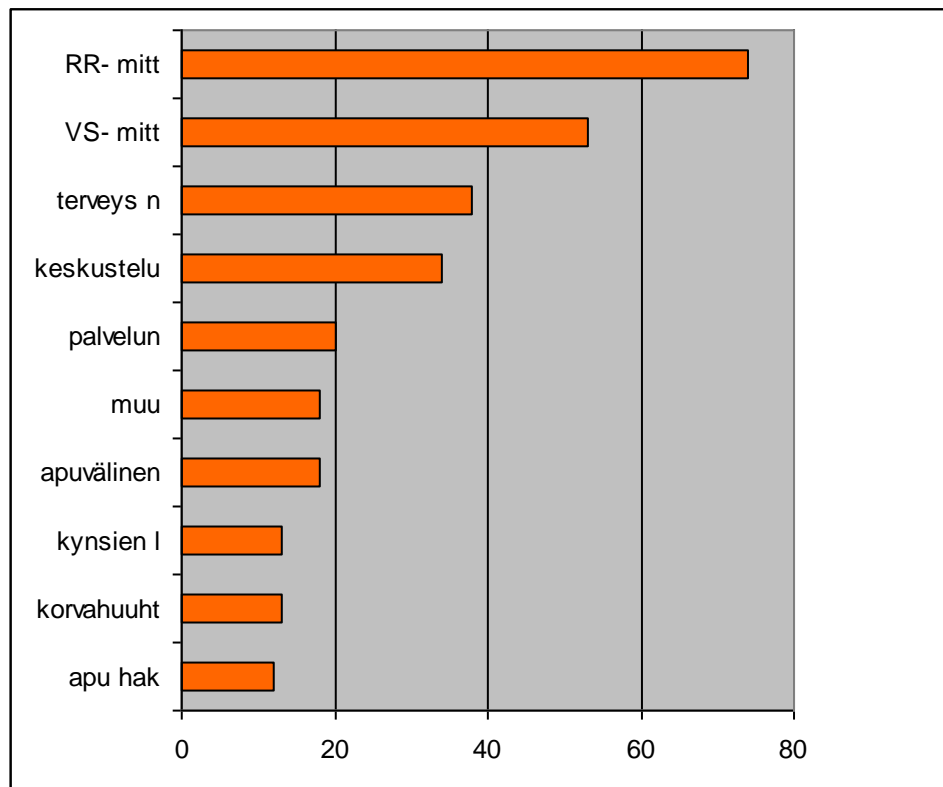
- Omaisilta siivousapua kerran kuukaudessa ja kaupassa käyti silloin kun tarvitsen (N 44)

- siivousapua omaisilta (N 72).

10.5 Ikäihmisten neuvolan palvelut

Seuraavat kysymykset liittyivät Ikäihmisten neuvolan käyttöön, mitä palveluita käytetään ja vastaajien mielipiteisiin tästä toiminnasta. Kysymykseen neuvolakäynneistä / kotikäynneistä vastasi 73 henkilöä. Heistä vain yhdeksän (12 %) käytti sekä koti- että neuvolakäyntejä. Ainoastaan neuvolassa kävijöitä oli 37 kappaletta (51 %) vastanneista ja pelkkien kotikäyntien osuus oli 27 kpl (37 %). Suurin osa siis toteutui neuvolakäynteinä.

Ikäihmisten neuvolan tarjoamia palveluja ihmiset käyttivät seuraavasti (Kuvio 6):



Kuvio 6. Ikäihmisten neuvolan palvelujen käyttö .

Oheisesta kuviosta (kuvio 6) selviävät annettujen palvelujen suhteet, eli tehtäviä joita neuvolassa suoritetaan käyttöasteen mukaan. Ylivoimaisesti eniten tehtiin perusterveydenhuollollisia ja ennaltaehkäisevän terveydenhuollon tehtäviä, kuten verenpaineen- ja verensokerin mittauksia. Terveysneuvonta oli kolmannella tilalla (13 %), sitten keskusteluapu (12 %), palveluneuvonta (seitsemän %), apuvälineneuvonta (kuusi %), ja muut tehtävät (kuusi %). Apu hakemusten täyttämässä, korvien huuhtelut ja kynsien leikkuu olivat kaikki mukana neljällä prosentilla.

Lukumääräisesti erilaisten suoritettujen toimenpiteiden osuudet näkyvät taulukossa 4.

Taulukko 4. Neuvolassa suoritettujen toimenpiteiden lukumäärällinen jakauma.

palvelut	Lkm	%
rr- mitt	74	96
vs- mitt	53	69
kynsien l	13	17
korvah	13	17
terveysn	38	49
palvelun	20	26
apuvälinen	18	23
apu hak	12	16
keskustelu	34	44
muu	18	23
Yht.	293	381
N:	77	

Sama henkilö oli saattanut saada useaa eri palvelua.

Tiedotus ja avustaminen erilaisten apuvälineiden hankinnassa on myös tärkeää kotona selviytymisen kannalta, kuten myös avustaminen erilaisten lomakkeiden täyttämässä. Vanhuksella saattaa olla jo pelkästään näköön liittyviä haittoja, jotka aiheuttavat ongelmia pienellä tekstillä kirjoitettujen lomakkeiden täyttämässä. Koska kyselytutkimuksessa oli pääosin yli 75- vuotiaita saattavat monisivuiset hakemukset tuottaa hankaluutta monella muullakin tapaa. Jo tieto siitä mitä voi kulloinkin hakea ja mistä voi olla vaikeasti saavutettavissa.

Erilaisten fyysiseen terveyteen liittyvien toimien jälkeen heti seuraavalle tilalle nousi keskusteluapu. Jo aiemmissa kohdissa on käynyt ilmi että suurin osa asiakkaista on yksin asuvia ja seuran ja keskustelun tarve on suuri.

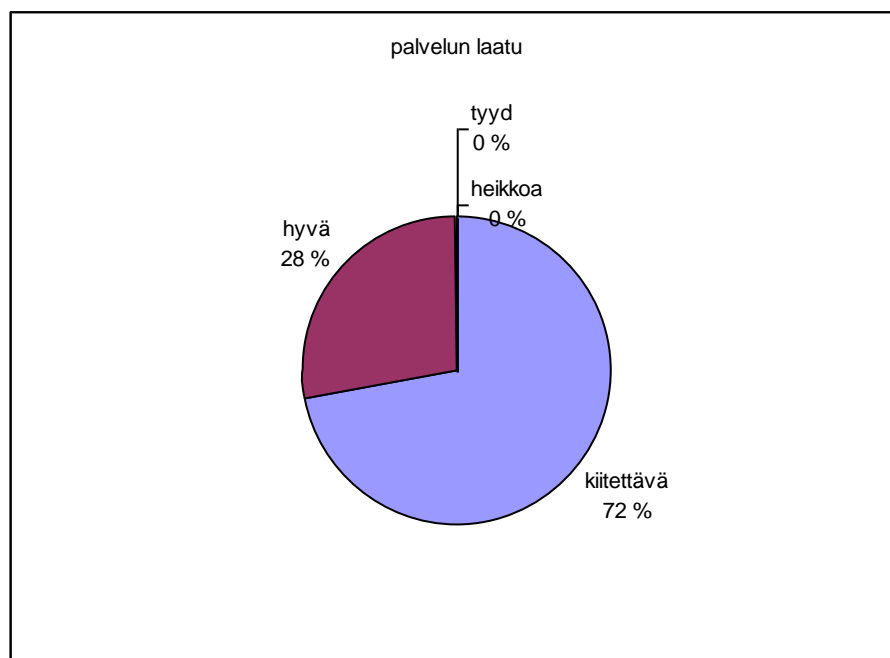
Kohtaa muu apu tutkittavat olivat kommentoineet mm seuraavasti:

- *Kallisarvoista tukea yksinasuvalle henkisestikin. (N 41)*
- *on ihanaa, kun on ihminen, jonka kanssa saa puhua! (N 13)*
- *turvallisuuden tunnetta .(N 8)*
- *Vaikka mitä kiitos. (N 50)*

Lisäksi tässä mainittiin toimenpiteitä, kuten vitamiinipistosten antaminen.

10.6 Palvelun laatu

Palvelun laadusta olivat vastaajat melkoisen yksimielisiä (Kuvio 7). Sitä pidettiin pääosin kiitettävänä (72 %) tai hyvänä (28 %).



Kuvio 7. Vastaajien mielipiteet ikäihmisten neuvolan palvelujen laadusta.

Kysymyksiin mikä on hyvää / mihin toivoisitte muutosta tuli myös kiittäviä lausuntoja. Hyvinä asioina nousivat mm neuvolan sijainti keskeisellä paikalla, sinne on helppo tulla muun asioinnin ohella, toisaalta taas kiiteltiin kotikäyntejä siitä että saa avun kotiin eikä tarvitse vaikkapa aamulla lähteä liikkeelle. Lisäksi muutamia lainauksia:

- Vanhuksen ystävällinen vastaanotto josta saa mielihyvää jaksamiseen, elämäniloa. / kaikki on toiminut hyvin (N 41);
- Ystävällinen palvelu, kuunteleminen ”huolissa” / henkinen tuki / (N 62);
- neuvonta mukavan jutustelun lomassa, mittaukset / - (N 69)

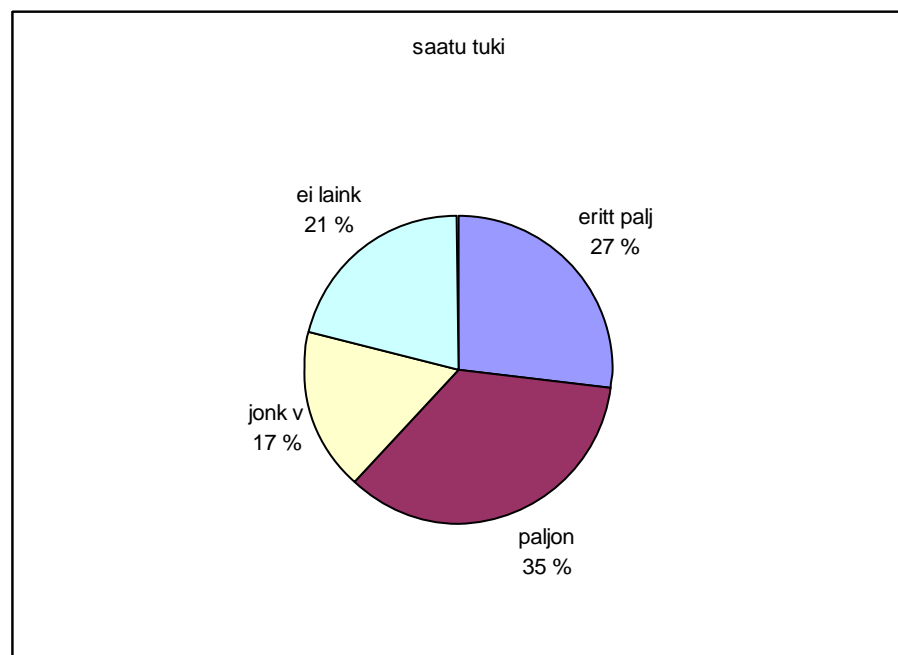
- *auttaminen, neuvonta, keskustelu, ulkoiluttaminen/ kävisi kaksi kertaa kuukaudessa (N 58).*

- *palvelu ja ystävälliset palvelun tuojat./ minulle riittää toistaiseksi (N 8)*

10.7 Kotona selviytymisen tukeminen

Kysymys 9, eli kysymys siitä onko Ikäihmisten neuvola tukenut kotona selviytymistä, antoi ristiriitaisia vastauksia. Lomakkeissa joissa kovastikin kiiteltiin neuvolan toimintaa ja toivottiin toiminnan jatkumista saattoi vastauksena olla, ettei neuvola ollut lainkaan tukenut kotona selviytymistä.

Vastausvaihtoehdot ”tukee erittäin paljon” ja ”tukee paljon” ovat yhteensä 62 %. Sanallisessa osuudessa kiitollisten määrä on huomattavasti paljon suurempi, ollen sataprosenttinen. (Kuvio 8).



Kuvio 8. Kokemus ikäihmisten neuvolasta saadusta tuesta.

Avoimen osuuden kommentteja:

- *jos ei kaikki ole kohdalla, niin neuvotaan mitä, mistä saa seuraavaksi apua (N 10)*

- Olen ”turvassa kotona” projektissa (N 16)

-Käännä! Yksin asuva ihminen kaipaa ”yhteisöön” joukkoon kuulumista;
sitä ovat:

- hyvät, monipuoliset esitelmät

- järjestetyt tutustumis-käynnit mm. ortodoksikirkko, kirjasto,
museot (N 51)

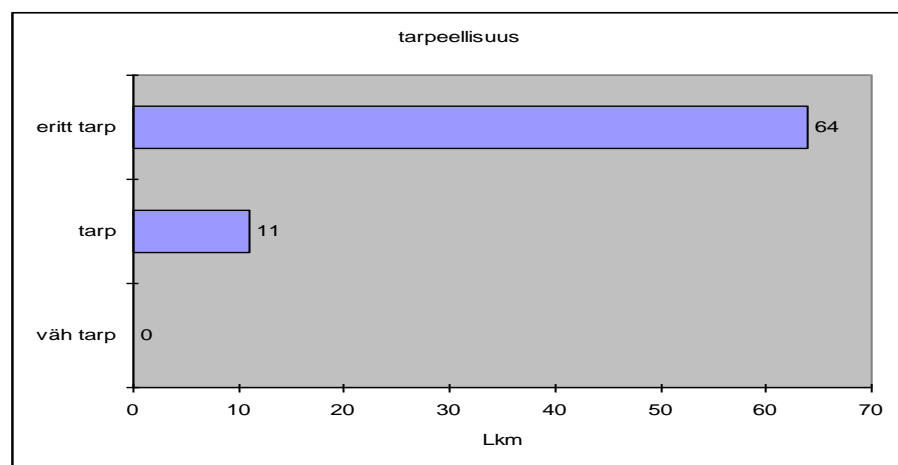
- Opastus, henkinen tuki, terveyden tarkkailu. (N 35)

- ilman ei tule toimeen (N 55)

Tärkeänä pidetään erityisesti sitä että tietää mistä voi kysyä asioita ja saada neuvontaa ja konkreettistakin apua.

10.8 Neuvolan tarpeellisuus

Kysymykseen neuvolan tarpeellisuudesta vastattiin seuraavaa (Kuvio 9):



Kuvio 9. Mieli pide neuvolan tarpeellisuudesta.

75:stä kysymykseen vastanneesta toimintaa piti erittäin tarpeellisena 64, ja 11 vastaajaa tarpeellisena.

Miten olette kokeneet ikäihmisille suunnatun ”oman” palvelun?

- Tärkeää; onhan muillakin ”erikoisryhmillä” ns. omia palveluja. Vanhukset tarvitsevat myös käytännön neuvoja runsaasti. Tv:stä tai radiosta, lehdestä, lapsilta saadut selvitykset eivät mene ”perille” vanhukselle samalla tavoin kuin ns. asiantuntijan/ vieraan selitykset (N 62)
- Se on kuin taivaan lahja. Yhteydenotto tuli juuri oikeaan aikaan, kun olin kaatunut kotonani (N 68)
- On tarpeellista tälle ikäryhmälle, moni yksinäinen kaikki tuki tarpeen (N 69)
- Erittäin myönteiseksi ja ystävälliseksi. On auttanut kotona selviytymään mahdollisimman pitkään.(N 66)
- Virkistävää, antaa myös seuraa. Terveiden seuranta (N 11)

Kaikki tähän avoimeen kysymykseen annetut kommentit olivat saman suuntaisia, asiakkaat tunsivat tullessa monipuolisesti autetuiksi.

Kehittämisaatuksia toiminnalle kysyttäessä nousivat esiin toiveet toiminnan jatkumisesta ja lisäämisestä, myös ohjattua liikuntaa ja ryhmätoimintaa toivottiin lisää. Monessa lomakkeessa todettiin tyytyväisyys jo nykyiseenkin toimintaan.

- Enemmän henkilökuntaa, useampia käyntejä! (N 41)
- Toiminta pitäisi vakiinnuttaa yhdeksi vanhustyön muodoksi. Toiminnasta syntyvä kokemus pitäisi tallentaa jonkinlaiseksi ohjeistukseksi ja standardiksi. (N 68)
- En osaa esittää ajatuksia kehittämiselle. Olisi hyvä, jos tämä saisi jatkua edelleenkin, vaikka meitä vanhoja taitaa olla jo liian paljon autettavina (N 9)

10.9 Toiminnan jatkumisen tarpeellisuus

Vastaukset kysymykseen toiminnan jatkumisen tarpeellisuudesta ovat yksiselitteisiä:

- Olen ehdottomasti jatkumisen tarpeellisuudesta. Haluan asua kotonani mahdollisimman pitkään. (N 8)

- Oli erittäin hyvä, kun tämä ikäihmisten neuvolatoiminta aloitettiin. Ilman sitä moni asia muuttuisi. Ehdottomasti jatkettava. (N 25)

- Erittäin tärkeä tukimuoto, olen oman perheen ja työni ohella hoitanut isääni 9 v. ja todennut kuinka paljon virkistyy vanhus kun ulkopuolinen on tukemassa ja kuuntelemassa. TURVALLISTA VANHUKSELLE KUN SAMA IHMINEN TULEE AINA KATSOMAAN (kotipalvelussa aina uusi ihminen, joka selkeästi lisää turvattomuutta! PYSYVYYS TÄRKEÄÄ !!!) (N 41)

- Tämä on erittäin tarpeellinen täällä syrjäseudulla monesta eri syystä. Älkää ottako tätä meiltä pois, jotka jotenkuten pystymme kotonamme asumaan. Nämä sairaanhoitajan kotikäynnit ovat siinä suureksi avuksi. (N 13)

Aivan yksimielisesti, vaikkakin eri sanoin, oltiin kaikissa lomakkeissa sitä mieltä että toiminnan tulisi jatkua.

10.10 Projektin kehitys, vertailu vuoden 2006 tutkimukseen

Kokonaiskävijämäärän kasvu projektin alusta, eli maaliskuusta 2005 alkaen vuoden 2007 loppuun (Kuvio 10):

v. 2005	(7.3. alk.)	eri asiakkaita	477	yhteydenottoja	1541
v. 2006	„		564	„	3397
v. 2007	”		640	”	3562



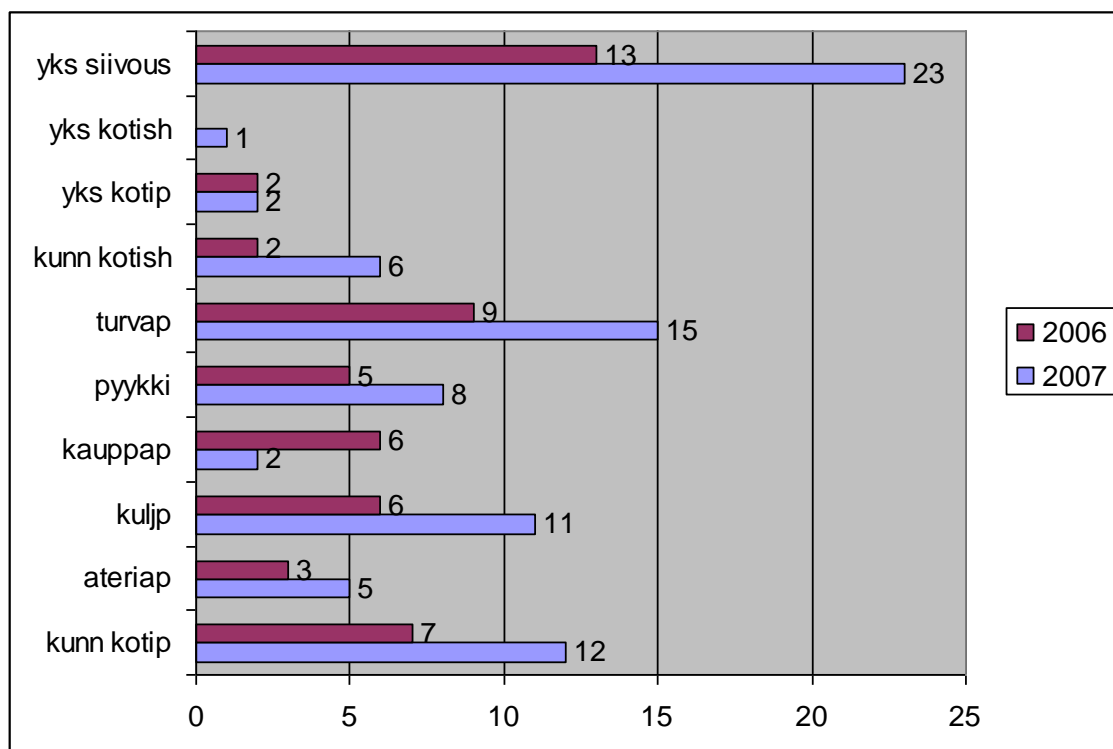
Kuvio 10. Asiakasmäärän kehitys vuosittain.

Verrattaessa projektin puolivälissä tehtyyn kyselyyn huomattiin että niin osallistujien, vastausprosentin kuin sukupuolijakauman osalta tämän kertainen tulos oli saman suuntainen. Vanhimpien, yli 85- vuotiaiden asiakkaiden ikäluokassa oli tapahtunut lisäästä yhdeksän henkilöä, mikä onkin varsin luonnollista avun tarpeen lisääntyessä iän noustessa.

Toimintakykyä koskevassa kohdassa arvioi toimintakykynsä kohtalaiseksi tai huonoksi useampi kuin puolivälin kyselyyn (69 tässä kyselyssä, 56 vuonna 2006).

Ristiriitaista keski- iän kohoamiselle ja toimintakyvyn heikkenemiselle on se, että ei lainkaan hoitotukea saavien lukumäärä oli lievästi kohonnut. Vuonna 2006 hoitotukea ei saanut 46 henkilöä, lukumäärän ollessa nyt 48.

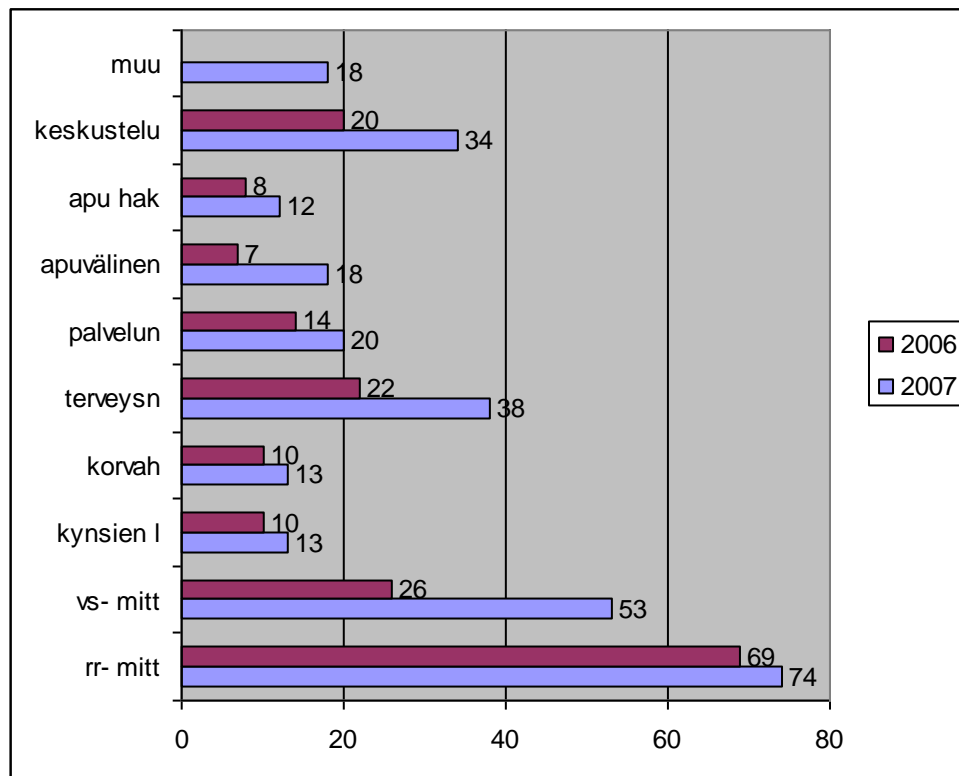
Kunnallista kotipalvelua saavien lukumäärä oli kohonnut viidellä, samoin kuljetuspalvelun ja turvapuhelimen käyttäjien. Yksityistä siivouspalvelua käyttävien osuus oli lähes kaksinkertaistunut (Kuvio 11).



Kuvio 11. Vertailu palveluiden tarpeesta vuosina 2006 ja 2007.

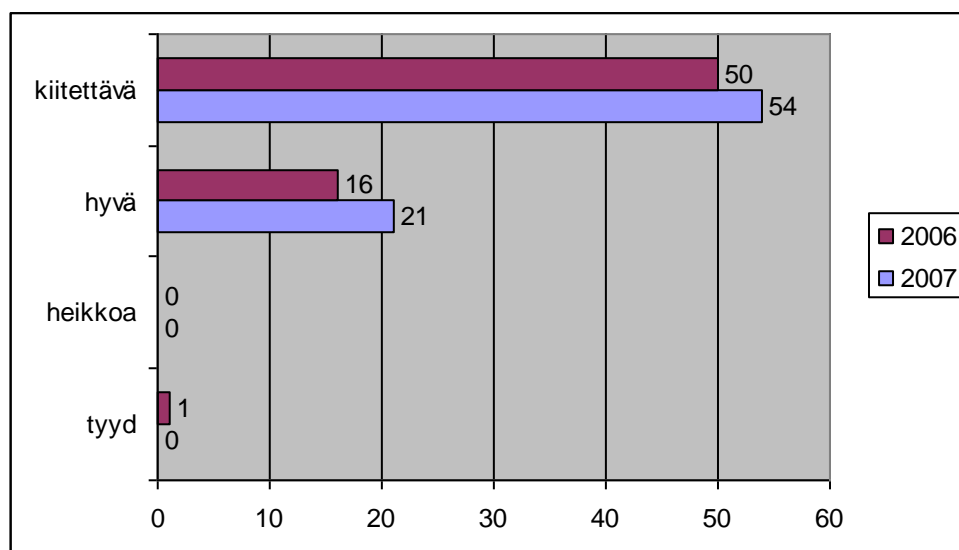
Neuvolakäyntien (54 2006 / nyt 46) osuus oli vähentynyt ja kotikäyntien lisääntynyt (21 2006 / nyt 36).

Neuvolan palveluiden käytössä huomataan, että keskustelun ja terveysneuvonnan osuudet ovat kasvaneet huomattavasti, myös verensokerimittausten lukumäärä (Kuvio 12).



Kuvio 12. Neuvolan palveluiden käytöstä vertailu.

Palveluiden laatuun oltiin erinomaisen tyytyväisiä kummallakin kerralla (Kuvio 13).



Kuvio 13. Vertailu neuvolan palveluiden laadusta.

Arvioitaessa kotona selviytymisen tukemista on lukumääräisesti ”erittäin paljon” tukea saaneiden osuus kaksinkertaistunut (7 / 14) ja ”jonkin verran” vähentynyt (11 / 9), mikä viittaa tyytyväisyyden lisääntymiseen. Kokonaisvastaajamäärät tähän kysymykseen ovat eri kummallakin kerralla. Prosenttiosuuksina erittäin paljon tukea saaneita oli 18 % vuonna 2006, osuuden ollessa 27 % tässä kyselyssä.

Selkeä prosentuaalinen nousu on myös kysymyksen neuvolan tarpeellisuudesta kohdalla. 2006 77 prosenttia on pitänyt neuvolaa erittäin tarpeellisena, 2007 luku on 85 prosenttia.

11. JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

11.1 Johtopäätökset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia Porissa vuodesta 2005 toiminutta, Satakunnan Vanhustuki – yhdistyksen ylläpitämän Ikäihmisten neuvolan toimintaa. Kolmivuotinen projekti päättyi vuoden 2007 lopussa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli saada tietoa projektin vaikutuksista henkilöiden kotona selviytymiseen ja vanhusten neuvolatoiminnan tarpeellisuudesta. Kohderyhmänä olivat Satakunnan Vanhustuki ry:n ylläpitämän Ikäihmisten neuvolan asiakkaat, joita oli noin 600 henkilöä vuonna 2007. Kyselylomakkeita jaettiin 100 kpl, joista palautui 76, joten vastausprosentiksi tuli 76.

Suurimpana ikäluokkana vastaajien keskuudessa oli 76 - 85 – vuotiaat. Tutkittavat saivat itse arvioida toimintakykynsä ja kertoa terveydentilastaan. Vastausten myötä kävi ilmi, että tämän ikäluokan ihmiset ovat useasti monisairaita, asuvat yksin ja tarvitsevat tukea ja neuvontaa monesti hankalassa ”asiointiviidakossa”. Useimmat kuitenkin haluavat asua itsenäisesti omissa kodeissaan, mitä ajatusta tuetaan valtiovallankin taholta. (STM, 2008:3; STM, 2001:4; STM 2008:6.) Tämän mukana ehkäisevän toiminnan merkitys kasvaa.

Kaikki vastanneet pitivät neuvolan toimintaa tarpeellisena ja palveluiden laatua kiitettävänä. Kehittämisaikatuksia toiminnalle kysyttäessä nousivat esiin toiveet toiminnan jatkumisesta ja lisäämisestä, myös ohjattua liikuntaa ja ryhmätoimintaa toivottiin lisää. Monessa lomakkeessa todettiin tyytyväisyys jo nykyiseenkin toimintaan. 62 % vastanneista koki saaneensa tukea kotona selviytymisessään. Tämän yhdistyksen voidaan arvioida löytäneen hyvät ja käytännön läheiset toimintamuodot jotka vastaavat ikäihmisten tarpeisiin. Erityisesti ikäihmisille suunnattuun ennaltaehkäisevään toimintaan neuvolapalvelun muodossa oltiin tyytyväisiä. Asiakkaat tunsivat tulleen monipuolisesti autetuiksi.

Tämän opinnäytetyön kyselyn keskeiseksi tulokseksi saatiin se, että suurin kehittämistarve on saada Ikäihmisten neuvolatoiminta pysyväksi toiminnaksi. Tätä suositellaan myös Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa vuodelta 2008 (STM).

11.2 Pohdinta

Ennaltaehkäisevien toimien suuri määrä tulee hyvin ilmi juuri tässä opinnäytetyön kyselyssä. Ennaltaehkäisevien toimien tärkeyttä ei voi kylliksi korostaa kansantautiemme diabeteksen, korkean verenpaineen ja ylipainon ehkäisyssä ja hoidossa (Vallejo Medina et al 2005). Säännöllisesti toteutetussa terveysseurannassa saatetaan löytää vähäoireisia sairauksia tai huomata muutoksia terveydentilassa jo ennen kuin sairaudentila ehtii pahaksi. Ajoissa toimimalla estetään sairauksien paheneminen ja vähennetään mahdollisia lisäsairauksia. Tosin tässä toiminnassa ei tule keskittyä pelkästään sairauksien hoitoon ja ehkäisyyn, vaan nähdä ihminen kokonaisuutena.

Professori Sirkka- Liisa Kivelä (2006) on toiminut selvityshenkilönä Sosiaali- ja Terveysministeriölle aiheenaan toimenpiteet joilla geriatriasta hoitoa ja vanhustyötä voidaan laadullisesti kehittää. Tutkimuksessaan hän toteaa että keskeisenä tavoitteena on toimintakyvyn, sosiaalisen osallisuuden ja elämänhallinnan parantaminen tai ylläpitäminen. Vanhuksia ei leimata sairauksiksi, eli normaalin vanhenemisen mukanaan tuomia muutoksia ei katsota sairauksiksi. Normaalia elämää ja kanssakäymistä korostetaan. Toiminnan tulee perustua vanhusten voimavaroihin ja myönteisyyteen. Samansuuntaisiin tuloksiin on päädytty muissakin opinnäytetyön lähteissä, kuin myös tässä opinnäytetyössä. Tämän pienimuotoisen kyselyn tuloksia voidaan verrata lähteinä käytettyihin teoksiin

(Hokkanen ym 2006, Holma 2003, Lehto 2007, Salminen ym 2004), ja todeta, että linjaukset ovat yhteneviä. Opinnäytetyössä sama kysely on myös toistettuna, perustuuhan se vuoden 2006 kyselylomakkeeseen. Tässäkin on nähtävissä aivan samansuuntaiset tulokset, jotka ovat vielä vahvistuneet tietyin osin vuoteen 2007.

Niinpä pienilläkin, oikein suunnatuilla toimenpiteillä voitaisiin saavuttaa suuri hyöty yksilöitä ajatellen ja konkreettiset säästöt hoidon tarpeen vähenemisenä vanhusten toimintakyvyn ja elämänhallinnan parantuessa. Puhumattakaan siitä mikä merkitys yksilölle on saada jatkaa elämäänsä haluamallaan tavalla, omassa kodissaan.

Yhteistyötä tulee lisätä terveydenhuollon ja erilaisten järjestöjen välillä myös asiakkaiden sosiaalisten verkostojen vahvistamiseksi. Oikeilla terveyttä edistävillä toimenpiteillä ja uusilla työmenetelmillä voitaisiin jopa ehkäistä palveluntarpeen lisääntymistä.

Ikäihmisten neuvolan kaltainen toiminta, jossa yhdistyy monipuolinen sosiaali- ja terveydenhuollollinen tietämys ja ohjaus sopii juuri edellä kuvattuihin linjauksiin. Ikäihmisten neuvolassa kävijät kuvaavat saaneensa turvallisuuden tunnetta elämäänsä, kun on joku paikka mistä osaa lähteä kysymään neuvoa. Kunnallisen terveydenhuollon parissa ei aina huomata – ehditä ohjata asiakasta esimerkiksi hakemaan sosiaalietuuksia jotka mahdollisesti kuuluisivat asiakkaalle, tai aina ei asiakkaalla ole esimerkiksi tietoa mistä kyseisiä etuuksia voisi hakea jne. Tai joskus voi jokin terveydellinen kysymys olla sen kaltainen että neuvolassa käynti riittää lääkärissä käynnin sijaan.

Kuten joissain vastauksissa myös todetaan, on Ikäihmisten neuvolan kaltaisella toiminnalla myös sosiaalinen ja mielenterveyttä tukeva tehtävä. Erilaiset virkistys-, keskustelu- ja liikuntatilaisuudet sekä retket tarjoavat mahdollisuuksia sosiaaliseen kanssakäymiseen mikä on omiaan virkistämään ja tukemaan mielenterveyttä. Ikäihmisten neuvolassa on noin kaksi kertaa kuukaudessa ollut erilaisia luento- ja keskustelutilaisuuksia tai tutustumiskäyntejä, joilla on ollut varsin korkeat osanottajamäärät.

Porissa on Suomen kaupungeista suurin vanhusten osuus, vanhuksia on väestöstä vuonna 2000 ollut 17,2 prosenttia (Lähde: Tilastokeskus). Suuri ikäihmisten määrä selittyy osin myös sillä että Porista on tapahtunut paljon työikäisten henkilöiden pois muuttamista huonon työllisyystilanteen vuoksi. Palvelujärjestelmän voimavaroja tulisi suunnata van-

husikäisille ja jo vanhusikää lähestyville. Vaikuttamalla ikäihmisten voimavaroihin sairauksia ehkäisevästi sekä toimintakykyä ja hyvinvointia edistävästi on mahdollista, että valtakunnallisena tavoitteena oleva 75- vuotiaiden keskimääräisen toimintakyvyn paraneminen jatkuisi odotusten mukaisesti.

Vuonna 2003 laaditussa Porin kaupungin vanhustenhuollon strategiassa ei vielä ole vanhusten neuvolatoimintaa kirjattuna, koska neuvolatoiminta alkoi vasta myöhemmin. Tulevassa ohjelmassa se on jo mukana, toivottavasti enemmän kuin teorian tasolla, sillä niin meillä kuin muuallakin julkiset kunnalliset palvelut koetaan usein riittämättöminä, minkä vuoksi tämän kaltaisen kolmannen sektorin auttamistoiminnan merkitys korostuu entisestään

11.3 Jatkotutkimushaasteet ja kehittämisehdotuksia

Tätä opinnäytetyötä tehtäessä on havaittu, miten vähän loppujen lopuksi on tutkittu ikäikäiden henkilöiden selviytymistä omassa arjessaan. Näkökulma on useinkin ongelmalähtöinen ja sairauskeskeinen. Tarvitaan lisää tietoa siitä, mikä merkitys on voimavarojen tukemiseen tähtäävillä menetelmillä ja mitä vaikuttavuutta niillä on ikääntyvän ihmisen kotona asumisen mahdollistamiseksi, jotta asiasta saadaan tieteellistä näyttöä. Koska Ikäihmisten neuvolan toiminta jatkuu edelleen – vaikkakin odotettua vähäisemmällä rahoituksella, on seuraavalla neuvolatoimintaa käsittelevällä tutkimuksella jo tietoa pidemmältä aikaperspektiiviltä käytössään kuin tämän opinnäytetyön tekijällä. Jatkotutkimusehdotuksena voisi olla joidenkin alusta saakka neuvolatoiminnassa mukana olleiden toimintakyvyn seuranta tai neuvolatoiminnan vaikutukset toimintakykyyn.

Tutkimuksissa on todettu että uuden tiedon omaksuminen ja uusien menetelmien käyttöön otto käytännön työhön kestää noin kymmenen vuotta. Nykyistenkin tutkimusten valossa on selvää, että terveys- ja sosiaalityön viitekehys tulee muuttumaan. Erilaisten projektien – kuten tämän Satakunnan Vanhustuki ry:n Ikäihmisten neuvolan – luomat hyvät ja käytännössä toimiviksi todetut toimintamallit tulisi saada pysyviksi käytännöiksi. Projektimuotoisuus aiheuttaa asiakkaisissa hämmennystä ja turvattomuuden tunnetta, koska ei voi varmaksi tietää projektin jatkumisesta. Samoin projektimuotoisuus saattaa heikentää osallistujien sitoutumista, koska toiminta on kuitenkin tavallaan epävarmalla pohjalla, ja jatkossa saattaa jäädä ”tyhjän päälle”.

LÄHTEET

Andersson, S. 2007. Kahdestaan kotona. Tutkimus vanhoista pariskunnista. STAKES Tutkimuksia 169. Vaajakoski. Gummerus Kirjapaino Oy.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere. Vastapaino.

Harri – Lehtonen, O. 2004. Ikäihmisten kuntoutusneuvola–projektin käsitteet Kuntoutuksen edistämisyhdistys ry. (verkkojulkaisu) (viitattu 20.3.2008) Saatavissa: <http://www.kuntoutukseney.fi/sivut/ikn.pdf>

Heikkinen, E., Rantanen, T., toim. 2008. Gerontologia. Keuruu. Otavan Kirjapaino Oy.

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

Hirsjärvi, S., Remes, P & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hokkanen, H., Häggman – Laitila, A. & Eriksson, E. 2006. Kotona asuvien iäkkäiden ihmisten voimavarat ja niiden tukeminen – katsaus tutkimuskirjallisuuteen. Gerontologia 1/ 2006. 12 – 21.

Holma, T. 2003. Laatu vanhustyön arkeen – suunta ja välineet kehittämistyöhön. Helsinki. Kuntatalon paino.

Hyttinen, H. 1999. Gerontologisen hoitotyön tietoperusta. Oulun Yliopisto. Oulu University Press.

Hyttinen, H. Vanhustyössä käytettäviä mittareita. (verkkodokumentti). (viitattu 28.3.2008). Saatavissa: http://www.oamk.fi/sote/hankkeita/aktiivinenvanhuus/mittarit/AL OITUSsivu_mittareista.htm

Hägg, T., Rantio, M., Suikki, P., Vuori, A. & Ivanoff- Lahtela, P. 2007. Hoitotyö kotona. Helsinki. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Häkkinen, H. 2002 Ehkäisevät kotikäynnit vanhuksille. Kuntakyselyn tulokset sekä kotimaisia ja ulkomaisia käytäntöjä. Helsinki. Kuntatalon paino.

Karvinen, M. SOCIUS. Sosiaali- ja terveystieteiden aikakauslehti. 1/ 2005, 6. (verkkolehti). (viitattu 19.3.2008). Lehti julkaistaan myös painettuna. Saatavissa: <http://www.stm.fi/Resource.phx/socius/socius-12005/sivu6.htm>

Kivelä, S- L. 2006. Geriatrisen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja Terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 2006:30. Helsinki.

- Koskinen, S., Martelin, T. & Sainio, P. 2007. Iäkkäiden toimintakyky; ulottuvuudet, viimeaikaiset muutokset ja kehitysnäkymät. Teoksessa: Martelin, T., Kuosmanen, N. toim. Ikääntyminen ja toimintakyky: haasteet tutkimukselle. Kansanterveyslaitos, Terveiden ja toimintakyvyn osasto. Kansanterveystieteen julkaisuja B 24/ 2007. Helsinki. Edita Prima Oy.
- Koskinen, S., Aalto, L., Hakonen, S. & Päivärinta, E. 1998. Vanhustyö. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.
- Kyngäs, H. & Lauri, S. 2005. Hoitotieteen teorian kehittäminen. Vantaa. Dark Oy.
- Lehto, M. 2007. Tie hyvään vanhuuteen. Vanhusten hoidon ja palveluiden linjat vuoteen 2015. Sosiaali- ja Terveysministeriön selvityksiä 2007:8. Helsinki. Yliopistopaino Kustannus.
- Lukkaroinen, R. 2002. Vastuunjaon malli vanhusten kotona asumisen mahdollistamiseksi. Yli 75- vuotiaiden kotihoidon asukkaiden asumismuodot sekä palvelurakennemallien kustannukset ja toiminnallinen sisältö. D 698. Oulu. Oulun yliopisto.
- Lyyra, T – M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P., toim. 2007. Vanheneminen ja terveys. Tampere. Tammer- Paino Oy.
- Martelin, T & Kuosmanen, N. toim. Ikääntyminen ja toimintakyky: haasteet tutkimukselle. Kansanterveyslaitos, Terveiden ja toimintakyvyn osasto. Kansanterveystieteen julkaisuja B 24/ 2007. Helsinki. Edita Prima Oy.
- Nienstedt, W., Hänninen, O., Arstila, A. & Björkqvist, S- E. 2000. Ihmisen fysiologia ja anatomia. Porvoo. WS Bookwell Oy.
- Parjanne, M-L. 2004. Väestön ikärakenteen muutoksen vaikutukset ja niihin varautuminen eri hallinnonaloilla. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004: 18. Helsinki.
- Pietilä, A-M., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E- M. & Sirola, K. 2002. Terveiden edistämisen uudistuvat työmenetelmät. Juva. WS Bookwell Oy
- Pitkälä, K., Saarenheimo, M. & Palkeinen, H. 2007. Mielenterveyden ja mielialan ongelmat toimintakyvyn näkökulmasta. Teoksessa: Martelin, T., Kuosmanen, N. toim. Ikääntyminen ja toimintakyky: haasteet tutkimukselle. Kansanterveyslaitos, Terveiden ja toimintakyvyn osasto. Kansanterveystieteen julkaisuja B 24/2007. Helsinki. Edita Prima Oy.
- Porin kaupunki. 2008. Porin kaupungin vanhustenhuollon strategia vuoteen 2008- julkaisu. (verkkodokumentti).(viitattu 7.2.2008).
Saatavissa:<http://www.pori.fi/sosiaalikeskus/>
- Pynnönen, K., Sakari- Rantala, R. & Lyyra, T- M. 2007. Sosiaalinen inaktiivisuus ennustaa iäkkäiden ihmisten laitoshoitoon sijoittumista. Gerontologia 1/2007. 21. vuosikerta. s. 27 - -35.

Rintala, T. Vanhuskuvat muuttuvat miten ja miksi? Gerontologia 1/2005. 19. vuosiker-
ta, s. 23 – 31.

Routasalo, P., Pitkälä, K., Savikko, N. & Tilvis, R. 2003. Ikääntyneiden yksinäisyys,
kyselytutkimuksen tuloksia. Tutkimusraportti 3. Saarijärvi. Gummerus Kirjapaino Oy.

Saarenheimo, M. 2003. Vanhuus ja mielenterveys. Vantaa. Dark Oy.

Salminen, M., Suomi, A. & Hakonen, S. 2004. ”...ETTÄ IHMISELLÄ ON VÄYLIÄ;
VOIMAVAROJA JA HAAVEITA”. Ehkäisevät kotikäynnit ja ennakoiva palveluohjaus
– uusi voimaannuttava toimintamalli seniori- ja vanhustyöhön. Jyväskylän sosiaali- ja
terveyspalvelukeskuksen julkaisuja 1/ 2004.

Satakunnan Vanhustuki ry. 2005. TURVASSA KOTONA – projektin 2005 – 2007 pro-
jektisuunnitelma

Seppänen, M., Karisto, A. & Kröger, T. toim.2007. Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö
avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Juva. WS Bookwell Oy.

STM. 2005. Arkea helpottavat välineet. Opas ikäihmisille. Sosiaali- ja terveysministeri-
ön oppaita 2005:25. Helsinki. Yliopistopaino.

STM. 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali – ja Terveysministeriön jul-
kaisuja 2008:3. Helsinki. Yliopistopaino.

STM. 2006. IKÄIHMISTEN TOIMINTAKYVYN ARVIOINTI OSANA
PALVELUTARPEEN ARVIOINTIA SOSIAALIHUOLLOSSA. Tiedote. (verkkodo-
kumentti). (viitattu 28.3.2008). Saatavissa:
<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2006/06/rt1150108323228/passthru.pd>

STM.2004. Ikääntyneiden ihmisten ohjatun terveysliikunnan laatusuositukset. Sosiaali-
ja Terveysministeriön oppaita 2004:6. Helsinki.

STM. 2001. Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja Terveysministeriön
oppaita 2001:9.Helsinki.

STM. 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE-
ohjelma 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:6. Helsinki. Yli-
opistopaino. (verkkodokumentti). (viitattu 20.3.2008)
Saatavissa:[http://www.keynet.fi/Ajassa/Lists/Uutiset/Attachments/9/Kaste-
ohjelma%202008-2011.pdf](http://www.keynet.fi/Ajassa/Lists/Uutiset/Attachments/9/Kaste-ohjelma%202008-2011.pdf)

STM. 2006. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015 – kohti sosiaalisesti kestävä ja
taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Helsinki.

STM.2006. Terveysten edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkai-
suja 2006:19. Helsinki. Yliopistopaino.

STM. 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 –kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Helsinki. (verkkodokumentti). (viitattu 20.3.2008). Saatavissa: <http://www.terveys2015.fi/terveys2015.pdf>

TILASTOKESKUS. Yli 65- vuotiaiden osuus väestöstä kunnittain (verkkodokumentti). (viitattu 7.2.2008). Saatavissa:

http://www.stat.fi/tup/tietoaika/tilaajat/ta_10_02_vanhukset.html

TILASTOKESKUS. Väestöennuste 2007 – 2040 (verkkodokumentti). (viitattu 23.2.2008). Saatavissa:

http://tilastokeskus.fi/til/vaenn/2007/vaenn_2007_2007-05-31_tie_001.html

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Uittomäki, K. Vanhustenhuollon Uudet Tuulet. 4/ 2006. (verkkolehti). (viitattu. 19.3.2008). Lehti julkaistaan myös painettuna. Saatavissa: http://www.valli.fi/lehti_4_2006.htm

Vallejo Medina, A., Vehviläinen, S., Haukka, U- M., Pyykkö, V. & Kivelä, S – L. 2005. Vanhustenhoito. Helsinki. WSOY.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi- Sulkava, U. & Finne- Soveri, H. toim. 2002. Ikäihmisen hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. STAKES oppaita 49. Saarijärvi. Gummerus Kirjapaino Oy.

Åstedt – Kurki, P & Nieminen, H. 1997. Fenomenologisen tutkimuksen peruskysymykset hoitotieteessä. Teoksessa Paunonen, M & Vehviläinen – Julkunen, K toim. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva. WSOY

Leena Ahonen
Aarnintie 23 as 2
28370 Pori
p. 044- 5458 007

Lupa-anomus
19.10.2007

LIITE 1

Satakunnan Vanhustuki ry
Toiminnanjohtaja Irma Roininen
Mikonkatu 7
28100 Pori

Tutkimuslupa

Opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulun Sosiaali- ja terveysalan Porin yksikössä sairaanhoitajaksi. Opiskeluuni sisältyy 15 opintopisteen laajuisen opinnäytetyön tekeminen. Opinnäytetyöni ohjaajana toimii lehtori Ritva Kangassalo.

Pyydän kohteliaimmin tutkimuslupaa opinnäytetyötäni varten. Opinnäytetyöni toteutan kyselyn muodossa, kysely suunnataan Ikäihmisten neuvolassa ”Turvassa kotona”- projektin puitteissa asioiville henkilöille. Palautekyselyn tarkoituksena on saada tietoa projektin vaikutuksista henkilöiden kotona selviytymiseen ja erityisen vanhusten neuvolatoiminnan tarpeellisuudesta.

Palautetut kyselylomakkeet käsittelen täysin luottamuksellisesti eikä vastanneiden henkilöllisyys ole tunnistettavissa. Tutkimustulokset ja valmiin opinnäytetyön toimitan teille työn valmistuttua.

Kunnioittaen

Leena Ahonen

__ Anomus hyväksytty

__ Anomus hylätty

Porissa __ päivänä _____kuuta 2007

Allekirjoitus

Arvoisa Ikäihmisten neuvolan asiakas!

Opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulun Sosiaali- ja terveystieteiden Porin yksikössä sairaanhoitajaksi. Opiskeluuni sisältyy 15 opintopisteen laajuinen opinnäytetyön tekeminen. Opinnäytetyöni ohjaajana toimii lehtori Ritva Kangassalo. Ritva Kangassalo on myös Satakunnan Vanhustuki ry:n puheenjohtaja.

Opinnäytetyöni aiheena on tutkia täällä Porissa vuodesta 2005 toiminutta Ikäihmisten neuvolaa ”Turvassa kotona”- projektin puitteissa. Palautekyselyn tarkoituksena on saada tietoa projektin vaikutuksista henkilöiden kotona selviytymiseen ja erityisen vanhusten neuvolatoiminnan tarpeellisuudesta. Tutkimusta ja lopputyötä käytetään ”Turvassa kotona” – projektin päättyessä helmikuussa 2008, joten antamanne vastaukset ovat oleellisen tärkeitä tietojen saamiseksi tämän kaltaisesta toiminnasta.

Palautetut kyselylomakkeet käsittelen täysin luottamuksellisesti eikä vastanneiden henkilöllisyys ole tunnistettavissa.

Pyydän Teitä vastaamaan mahdollisimman pian.

Kiitos vaivannäöstä!

Opiskelija Leena Ahonen

Tähän saatekirjelmään toiminnanjohtaja Irma Roininen kirjoittaa oman lisäyksensä. Lopullinen versio minulla on vain paperilla.

Turvassa kotona -projektin palautekysely

marraskuu 2007

Olisitteko ystävällinen ja vastaisitte alla oleviin kysymyksiin joko rastittamalla mielestänne oikean vaihtoehdon tai kirjoittamalla sanallisesti pyydettyä tietoa. Tarvittaessa voitte jatkaa paperin kääntöpuolelle. Kiitos!

1. Vastaajan syntymävuosi _____, sukupuoli: mies____ nainen_____.
2. Asumismuotonne: yksin _____, puolison kanssa _____, muu, miten_____.

Terveydentila ja toimintakyky

3. Onko toimintakykynne: erittäin hyvä _____, hyvä _____, kohtalainen _____, huono _____.

Voitte selittää terveydentilaanne tarkemmin: _____

4. Saatteko Kelan hoitotukea: hoitotuki _____, korotettu hoitotuki_____, ei lainkaan hoitotukea _____.

Palveluiden tarve

5. Onko käytössänne kunnallista tai yksityistä kotiapua tai palvelua?

- kunnallinen kotipalvelu _____
ateriapalvelu _____
kuljetuspalvelu _____
kauppapalvelu _____
pyykkipalvelu _____
turvapuhelin _____
- kunnallinen kotisairaanhoido _____
- yksityinen kotipalvelu _____
- yksityinen kotisairaanhoido _____
- yksityinen siivouspalvelu _____

6. Saatteko apua omaisilta tai tuttavilta, kuinka usein ja minkälaista?

Ikäihmisten neuvolan toiminta

7. Ikäihmisten neuvola aloitti toimintansa maaliskuussa 2005, oletteko käyttäneet palveluamme: neivolakäynnit, Mikonkatu 7 _____

kotikäynnit _____

8. Mitä palvelua olette Ikäihmisten neuvolasta saanut:

- verenpaineen mittaus _____
- verensokerin mittaus _____
- kynsien leikkaus _____
- korvahuuhtelu _____
- terveysneuvontaa _____
- palveluneuvontaa _____
- apuvälineneuvontaa _____
- apua hakemusten täytössä _____
- keskusteluapua _____
- muuta, mitä? _____

8. Palvelun laatu on mielestänne: kiitettävää _____, hyvää _____, tyydyttävää _____, heikkoa _____.

Mikä on hyvää? _____

Mihin toivoisitte muutosta? _____

9. Onko Ikäihmisten neuvolan toiminta tukenut **kotona selviytymistänne**:

erittäin paljon _____, paljon _____, jonkin verran _____, ei lainkaan _____.

Jos on tukenut, niin kerrotteko miten? _____

10. Onko neuvolamme toiminta mielestänne tarpeellinen:

erittäin tarpeellinen _____, tarpeellinen _____, vähemmän tarpeellinen _____.

11. Miten olette kokeneet ikäihmisille suunnatun ”oman” palvelun?

12. Onko teillä toiminnalle kehittämisajatuksia?

13. Mitä mieltä olette tällaisen toiminnan jatkumisen tarpeellisuudesta?

Kiitos!

