

Satakunnan Ammattikorkeakoulu

Sanna Turunen

” OMA KOTI KULLAN KALLIS ”

- Ennaltaehkäisevät kotikäynnit 80- ja 83-vuotiaille Huittisissa

Sosiaali- ja terveysala, Pori
Kuntoutusohjauksen ja -suunnittelun koulutusohjelma

2007

”OMA KOTI KULLAN KALLIS”- Ennaltaehkäisevät kotikäynnit 80- ja 83- vuotiaille Huittisissa

Turunen Sanna
Satakunnan Ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö
Kuntoutusohjauksen ja – suunnittelun koulutusohjelma
Kuntoutuksen ohjaaja AMK
Lokakuu 2007
Ohjaaja: Kangassalo Ritva, TtL, Saaristo Sirpa, SHO
YKL:37.232
Sivumäärä: 61

Avainsanat: Ennaltaehkäisevät kotikäynnit, toimintakyky

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kerätä tietoa huittislaisten 80- ja 83-vuotiaiden kotonaan asuvien ikäihmisten toimintakyvystä ja terveydestä, asuin- ja elinympäristöstä sekä sosiaalisesta verkostosta ja osallisuudesta toimintaan kodin ulkopuolella. Saatuja tietoja verrataan edellisen vuoden (2005) tuloksiin. Tarkoituksena on tuottaa tietoa Huittisten kaupungille arvioitaessa tulevia ikäihmisten palvelutarpeita.

Tutkimuksen kohdejoukkona olivat 1923 ja 1926 syntyneet huittislaiset ikäihmiset, jotka eivät kuuluneet säännöllisten sosiaali- ja terveyspalveluiden piiriin. Tutkimukseen osallistui 34 henkilöä, joista naisia oli 25 (74 %) ja miehiä 9 (26 %). Tiedot kerättiin ennaltaehkäisevän kotikäynnin yhteydessä haastattelemalla. Haastattelun tekivät kotisairaanhoidon ja kotipalvelutyöntekijä parit väestövastuualueittain. Ennaltaehkäisevät kotikäynnit tehtiin marraskuuhun 2006 mennessä. Haastattelulomake oli mukailtu Suomen Kuntaliiton ja Ehkäisevät kotikäynnit vanhuksille- projektikuntien kehittämästä lomakkeesta. Haastattelulomake sisälsi suljettuja ja avoimia kysymyksiä. Haastatteluista saatu aineisto analysoitiin tilastollisesti yksiulotteisin jakaumin ja ristiintaulukoimalla käyttäen taustamuuttujina sukupuolta, ikää ja väestövastuualueita. Avoimet kysymykset analysoitiin sisällön analyysinä. Tuloksia havainnollistettiin kuvioin.

Haastattelutulosten mukaan haastatelluista 41 % piti terveydentilannettaan melko hyvänä ja verrattessa terveydentilannettaan vuoden takaiseen 15 % piti terveydentilannettaan vähän parempana kuin vuosi sitten ja 44 % piti terveydentilannettaan samanlaisena. Haastatelluista 65 % asui yksin, kun taas vuonna 2005 tehdyssä haastattelussa yksiasujia oli 55 %. Omakotitalossa asui lähes puolet (44 %) vastaajista. Vain yhdeltä haastatellulta puuttuivat mukavuudet asunnosta. Haastatteluun vastanneista lähes kaikki (97 %) ei koskaan tuntenut itseään turvattomaksi. Vuoden 2005 haastattelussa olleista henkilöistä 86 % ei koskaan tuntenut itseään turvattomaksi, eli edelliseen vuoteen oli tullut parannusta. Kukaan vastanneista ei kokenut tarvitsevansa asunnonmuutostöitä kotiinsa. Haastatelluista lähes puolet (44 %) tapaa läheisiään viikoittain. Kodinulkopuoliseen harrastustoimintaan viikoittain osallistuu 41 % haastatelluista ikäihmisistä. Tuloksia voidaan käyttää apuna Huittisten kaupungin vanhustalveluiden suunnittelussa ja kehittämässä.

THERE IS NO PLACE LIKE HOME

Preventive home visits to 80- and 83-year-old senior citizens in Huittinen.

Sanna Turunen

Satakunta University of Applied Sciences

School of Social Services and Health Care in Pori

Degree Programme in Rehabilitation Counselling

October 2007

Tutors: Kangassalo Ritva, LNMc, Saaristo Sirpa, PT

YKL: 37.232

Number of pages: 61

Key Words: Preventive home visits, functional ability

The purpose of this thesis was to gather information about the functional ability and health of 80- and 83-year-old senior citizens in Huittinen who live at home, as well as information about their living environment, social network and participation in activities outside of home. The information received is compared with the results of the previous year (2005). The goal is to provide the city of Huittinen information by assessing the future service needs of the elderly.

The target group of the research was senior citizens in Huittinen born in 1923 and 1926, who were not receiving regular social and health care services. In the research participated 34 persons, of which 25 (74 %) were women and 9 (26 %) were men. The information was gathered through interviews in connection with preventive home visits. The interviews were conducted by pairs of visiting nurses and trained home helpers by population responsibility area. The preventive home visits were carried out by November 2006. The questionnaire was a modified version of the questionnaire developed by The Association of Finnish Local and Regional Authorities and the municipalities that participated in the Preventive home visits to the elderly campaign. The interview questionnaire included closed and open questions. The material from the interviews was analyzed statistically with one-dimensional distribution and by cross tabulation, using gender, age and population responsibility area as background variables. The open questions were analyzed as content analysis. The results were illustrated with pictures.

According to the results of the interviews, 41 % of the respondents considered their health situation fairly good. When comparing their health situation to the previous year 15 % said that their health situation was a little better than a year ago and 44 % thought that their health situation was the same. Of the respondents 65 % were living alone, while the number was 55 % in the interview done in 2005. Almost half (44 %) of the respondents were living in one-family houses. Only one of the respondents did not have modern conveniences in the apartment. Almost all (97 %) of the respondents never feared for their security. In the interview in 2005, 86 % of the respondents said that they never feared for their security, so the situation has improved since last year. None of the respondents felt like they needed apartment changes in their homes. Almost half (44 %) of the respondents meet their relatives weekly. Of the senior citizens interviewed, 41 % participated in weekly hobby activities outside of home. The results of this research can be used in the planning and development of services for the elderly in Huittinen.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 IKÄÄNTYVÄN IHMISEN ASUMINEN	8
2.1 Asuin- ja elinympäristö	8
2.2 Ympäristön turvallisuus	10
2.3 Sosiaaliset verkostot ja sosiaalinen tuki	11
2.4 Osallisuus toimintaan kodin ulkopuolella.....	13
3 IKÄÄNTYVÄN IHMISEN TERVEYS	13
3.1 Ikääntyvän terveys	13
3.2 Ikääntyvän lääkehoidon toteutus.....	14
3.3 Ikääntyvän muistisairaudet ja dementia	15
3.4 Ikääntyvän kuulo ja näkö	16
3.5 Ikääntyvän mieliala ja masennus	18
4 IKÄÄNTYVÄN IHMISEN TOIMINTAKYKY	18
4.1 Ikääntyvän toimintakyky	18
4.2 Toimintakyvyn arviointi.....	22
4.3 Ikääntyvän liikunta.....	23
4.4 Ikääntyvän kuntoutus ja kuntouttava työote	26
5 ENNALTAEHKÄISEVÄT KOTIKÄYNNIT	28
5.1 Ehkäisevä vanhustyö	28
5.2 Ennaltaehkäisevät kotikäynnit iäkkäille.....	29
5.3 Ennaltaehkäisevät kotikäynnit muualla Suomessa ja ulkomailla	31
5.4 Huittisten kaupungin vanhustenhuollon strategia	33
6 TUTKIMUSONGELMAT	34
7 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	35
7.1 Opinnäytetyön tarkoitus	35
7.2 Tutkimusmenetelmä	35
7.3 Tutkimusongelmiin vastaavat kysymykset	36
7.4 Luotettavuus ja pätevyys	37
7.5 Aineiston keruu	37
7.6 Aineiston analysointi	38

8 TUTKIMUSTULOKSIA	38
8.1 Haastateltujen taustatiedot	38
8.2 Terveystila ja toimintakyky	39
8.3 Sosiaalinen verkosto ja osallistuminen	46
8.4 Asuin- ja elinolosuhteet	48
9 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTALU	52
9.1 Tutkimuksen eettiset näkökohdat.....	52
9.2 Tutkimuksen luotettavuus ja pätevyys	52
9.3 Tutkimuksen tarkastelu ja pohdinta	53
LÄHTEET	57
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Suomessa väestön ikärakenne on vanhentunut nopeasti viime vuosina. Sodan ajan jälkeen syntyneet suuret ikäluokat saavuttavat eläkeiän 2010-luvulla ja tällöin yli 65 vuotta täyttäneiden osuus Suomen väestöstä kasvaa jyrkästi. Vuonna 2030 80 vuotta täyttäneiden määrä suurenee nykyiseen verrattuna 2,4-kertaiseksi. Vuonna 2000 oli Suomessa 65 vuotta täyttäneitä 777 198 henkilöä ja vuonna 2030 ennustetaan heitä olevan 1,39 miljoonaa. Väestön vanheneminen tuo kehittämistarpeita sosiaali- ja terveysalalle, asuntopolitiikalle, palveluille ja yhdyskuntasuunnittelulle. (Nieminen, M. & Koskinen, S. 2005:1-10; Koskinen, S., Nieminen, M., Martelin, T. & Sihvonen, A-P. 2003:27-29; Sainio, E. 2005:156)

Ihmisten ikääntyminen tuo usein muutoksia palveluiden tarpeeseen ja käyttöön. Muutokset johtuvat yleensä iän mukanaan tuomaan toimintakyvyn rajoittumiseen. Tämä palvelutarpeiden muuttuminen yhdistettynä väestön nopeaan ikääntyneiden määrän kasvuun, johtaa väistämättä palveluiden riittävyyttä ja kehittämistarpeita selvittelevään työhön. Tuleva palvelutarpeiden lisääntyminen on luonut Suomeen monta kehittämissuunnitelmaa, joiden avulla pyritään hillitsemään palvelutarpeen kasvua, ehkäisemään laitoshoidon tarpeen syntyä, tukemaan ikäihmisten kotona asumista ja ylläpitämään heidän toimintakykyään. Ikääntyneen ihmisen hyvän hoidon perustana tulee olla kuntouttava työote, joka tarkoittaa yksilöllisten voimavarojen ylläpitämistä ja tukemista. (Numminen, H. & Vesala, H. 2006:1)

Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollolla on suurin vastuu ikäihmisten toimintakyvyn ylläpitämisessä ja kuntoutuksessa. Kuntoutus kuuluu osana ikäihmisten saamille hoidoille ja palveluille. Suomen Kuntaliitto ja sosiaali- ja terveysministeriö julkaisivat vuonna 2001 ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen. Suosituksen mukaan kuntouttava työote tulisi ottaa käyttöön kaikessa ikääntyneiden hoito- ja palvelutoiminnassa. Suomen Kuntaliitolla oli ehkäisevien kotikäyntien projekti vuosina 2001- 2003, jonka rahoitti sosiaali- ja terveysministeriö. Kotikäyntien tarkoituksena on arvioida ikäihmisten toimintakykyä ja selviytymistä, asunto-olosuhteita sekä palvelutarpeita. Tämän käynnin pohjalta tehdään tarvittaessa hoito ja palvelusuunnitelma, johon sisältyy myös kuntoutus. (Kuntoutusselonteko 2002:18)

Tämän työn tarkoitus on selvittää huittislaisten 80- ja 83-vuotiaiden ikäihmisten, jotka eivät kuulu säännöllisten sosiaali- ja terveystalveluiden piiriin, kokemuksia omasta terveydentilastaan ja toimintakyvystään, heidän asuin- ja elinolosuhteistaan sekä sosiaalista verkostosta ja osallisuudesta toimintaan kodin ulkopuolella. Kotonaan asuvien ikäihmisten elämäntilanteen kartoittaminen antaa tietoa tulevasta palveluiden tarpeesta. Ikäihmisten omat mielipiteet ja kokemukset auttavat kehittämään vanhustalveluita oikeaan suuntaan. Työn aineisto on kerätty haastattelemalla. Huittisten kaupungin kolme kotisairaanhoidaja-kotitalvelutyöntekijä paria ovat tehneet ennaltaehkäisevän kotikäynnin valituille henkilöille. Ennaltaehkäisevän kotikäynnin aikana ikäihmiset on haastateltu erillisen lomakkeen avulla (Liite 1). Saman käynnin aikana haastatelluille on annettu tietoa, neuvoja ja materiaalia Huittisten kaupungin ja yksityisen sektorin tarjoamista palveluista ikäihmisille. Saatuja tuloksia voidaan käyttää Huittisten kaupungin vanhustalveluiden suunnitteluun ja kehittämiseen

2 IKÄÄNTYVÄN IHMISEN ASUMINEN

2.1 Asuin- ja elinympäristö

Vanhuksen kotona asumisen merkitykseen liittyy monia tekijöitä, joista keskeisimpiä ovat hänen kokemuksensa vapaudesta, itsemääräämisestä ja omatoimisuudesta sekä asuinympäristöstä ja sosiaalisista suhteista. Nämä kokemukset vahvistavat vanhuksen turvallisuuden tunnetta. Kotona asuva vanhus on ainutkertainen omine elämäkokemuksineen. Kotona asuminen on vanhuksille hyvin tärkeää ja he haluavat asua kotonaan mahdollisimman pitkään. Kotona asumisen merkitykseen vanhukset liittävät tunteen vapaudesta olla oma itsensä. Vanhukset kokevat saavansa olla kotonaan omassa rauhassa ja tehdä omia toimiaan omassa tahdissaan. Vanhusten kotona asumiseen liittyy vapauden ohella voimakas kokemus itsemääräämisoikeuden toteutumisesta. Rajoittunut toimintakyky ja sen aiheuttama avun tarve vähentävät vanhusten itsemääräämistä. Vanhalle ihmiselle on tärkeää saada itse päättää omista asioistaan. (Hirvonen, R. 1999:38-40)

Omatoimisuudella ja sen säilymisellä on suuri merkitys iäkkään ihmisen kotona asumisen mahdollistajana. Vanhuksen omatoimisuuden säilymisellä on selkeä yhteys myös vapauden ja itsenäisyyden kokemiseen. Selviytyminen itsensä huolehtimisesta, kotias-kareista ja asioiden hoitamisesta on vanhukselle hyvin tärkeää. Vanhuksen monipuoliset harrastukset ja mahdollisuus ulkoiluun lisäävät hänen kotona asumisen mielekkyyttä. Tarpeelliseksi itsensä tunteva vanhus katsoo itsellään olevan tarpeeksi tekemistä eikä näin ollen tunne itseään yksinäiseksi ja turvattomaksi. (Hirvonen, R. 1999: 40-42)

Ihmisen elämänkaaren aikana elämään mahtuu riippuvuutta toisen antamasta avusta ja huolenpidosta sekä vaiheita jolloin ihminen on itsenäinen tai itse hoivan antajana. Ihminen ei ole koskaan toisista ihmisistä riippumaton vaan itsenäinenkin ihminen tarvitsee vuorovaikutusta ja palvelua. Ihmisen oma usko elämäänsä ja itsetunto liittyvät ensisijaisesti ihmissuhteisiin. Ihmiset keskenään muodostavat vuorovaikutusryhmiä, joissa tapahtuu erilaisia palveluiden vaihtoa. Ihmiset tarvitsevat seuraa, viihdytystä, taloudellista apua ja hoivaa. Suurin osa hoivasta tulee sukulaisilta, ystäviltä, perheeltä, tuttavilta ja naapureilta. (Taipale, V., Lehto, J., Mäkelä, M., Kokko, S., Muuri, A. & Lahti T.2004:36-37)

Vuonna 2000 asui 88 % 75-vuotiaista kotonaan tavallisessa asunnossa. Suurin osa heistä ei tarvinnut säännöllisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Viikoittain kotipalvelua ja kotisairaanhoidoa käytti 13 % yli 75-vuotiasita. Pitkäaikaisessa laitoshoidossa asui 8 % ja 4 % asui palveluasunnoissa vanhuksista. Yleisenä periaatteena vanhustenhuollossa on, että *Vanhuksella tulee olla oikeus ja mahdollisuus asua kuntonsa huonontuessaakin ihmisarvoa vastaavalla tavalla*. Kolmasosa Suomen vanhuseläkkeellä olevista asuu yksin ja kolmas osalla puuttui vesijohto, lämmin vesi, viemäri ja WC tai ainakin yksi näistä. (Tilvis, R.2001:27)

Liian varhaista pitkäaikaista tai pysyvää laitoshoitoon joutumista pyritään ehkäisemään palveluasumista kehittämällä. Palveluasuminen tarkoittaa sitä, kun asukas saa asuntoonsa hänen tarvitsemansa palvelut. Palvelut tulee olla suunnitelmallisia ja säännöllisiä. Palveluasuntoja ylläpitää suurimmaksi osaksi säätiöt ja yhdistykset ja niiden toimintaa tukee usein raha-automaattiyhdistys. Vanhuksilla palvelutarvetta luo muutokset toimintakyvyssä ja terveydessä. Kysyntä palvelujen tarpeeseen riippuu vanhusväestön toiveista ja odotuksista. (Tilvis, R.2001:27-29)

Elin- ja asuinympäristön toimivuus ja viihtyvyys ovat ihmisen selviytymisen edellytys. Vanhuksilla asuinympäristön toimivuus korostuu erityisesti. Vanhusta tukeva ja aktiiviva elinympäristö, jossa yhdistyvät asumisen ja palvelujen verkosto ja jossa asuu erikikäisiä ihmisiä, luo hyvät edellytykset arjen sujumiselle ja mahdollisuudet täyteläiseen elämään kotona. Vanhuksen mahdollisuus asua kotona on yhteiskunnan ja yksilön etu. Ettei ympäristö aiheuttaisi estettä arkipäivän askareista selviytymiselle, täytyy ikääntymisen aiheuttamat suorituskyvyn muutokset ottaa huomioon ympäristön suunnittelussa ja rakentamisessa. (Siitonen, T. 2003:426)

Iäkkäillä ihmisillä yleiset tuki- ja liikuntaelinsairaudet asettavat vaatimuksia asunnon sisällä ja sen ulkopuolella. Esimerkiksi vaikeuksia voi olla portaiden nousussa. Muutto hyvin varustettuun asuntoon uuteen ympäristöön ei välttämättä lisää vanhuksen hyvinvointia varsinkin, jos muutto tapahtuu vasta sitten, kun toimintakyky on jo oleellisesti heikentynyt. Vanhukselle on hankalaa tottua uuteen ympäristöön. Vanhuksilla pitkäaikaiset asumispaikat liittyvät myös identiteettiin ja autonomian kokemuksiin. Nämä ovat puolestaan kytköksissä vanhuksen käsitykseen omasta toimintakyvystä, selviytymisestä

ja hyvinvoinnista. Kiinnittyminen omaan kotiin ja asuinympäristöön voi olla viimeinen autonomista minää ylläpitävä tekijä. (Raassina, A.1994:45,46)

Vireyttä vuosiin- projekti on Vanhustyön keskusliiton kokeiluhanke, jonka tavoitteena oli kehittää ikääntyneen toimintakyvyn ylläpitämisessä hyödyllisiä kuntoutusmuotoja. Tietoja ikäihmisiltä hankittiin haastattelemalla ja kyselyillä. Asumiseen liittyvissä asioissa nousi esiin kallis asuminen. Asuntojen varustelutaso oli hyvä ja vain muutamilta haastateltuilta puuttui sauna tai suihku. Asunnostaan ulkoilemaan tai asioitaan hoitamaan ilmoitti poistuvansa lähes jokainen TerTa- projektiin osallistunut (97 %). Yksin projektiin osallistuneista asui 63 %. (Viramo, P.1997:36,37,liitetaulukko 11)

Vuonna 1994 Porissa tehtiin elinolosuhdetutkimus yli 75-vuotiaille porilaisille. Tutkimuksen mukaan yksin asui 53,2 % tutkituista. Puolisonsa kanssa asui 36,7 %. Haastatelluista 52,06 % asui kerrostalossa ja omakotitalossa asui 37,07 %. Suurin osa (77,49 %) halusi asua nykyisessä asunnossaan myös tulevaisuudessa. Kaikki mukavuudet olivat 90,41 %:lla haastateltujen kodeissa. Asunnon muutostöitä ei pitänyt tarpeellisena 85,3 % haastatelluista. (Koskinen, R. 1994:14-39)

2.2 Ympäristön turvallisuus

Vanhuksen elinympäristön tulee edistää sosiaalista, psyykkistä ja fyysistä toimintakykyä ja sen ylläpitoa. Vanhuksen kotona asumisen mahdollistaa esteettömyys, hissit ja saavutettavissa oleva sopivanhintainen palvelutarjonta. Itsenäistä selviytymistä voidaan tukea myös apuvälineillä ja asunnon muutostöillä. Fyysinen ympäristö vaikuttaa vanhuksen turvallisuuden tunteeseen ja suunnittelun avulla voidaan vähentää ympäristön luomaa tapaturma-alttiutta. Turvallisuutta luovat myös tilojen riittävä valaistus. Tärkeää on muistaa menneisyyden läsnäolo rakennetussa ympäristössä, koska vanhuksille arkielämän tilalliset olosuhteet ovat merkityksellisiä. Oman elämän varrella koettujen asioiden kautta tilat muuttuvat paikoiksi, jotka toimivat muistin kiinnekohtina. Orientoitumiselle tärkeitä ovat paikkojen tunnistettavuus, kulkuväylien havaittavuus ja perusjäsenelyn loogisuus ja opastus. Rakennuksessa käytettävien materiaalivalinnoilla ja tukikaitteilla voidaan vähentää liukastumis- ja kaatumisriskiä. (Siitonen, T. 2003:427-430)

Fyysisesti helposti saavutettavat, sisätiloiltaan toimivat ja turvallisiksi mitoitettut asunnot, joissa on asukkaan tarpeiden mukaan hyödynnetty modernia viestintäteknikkaa, viihtyisät ja turvalliset asuinalueet, hyvät liikenneyhteydet ja helposti saavutettavat julkiset tilat sekä palvelut ovat vanhuksille monessa mielessä erittäin tärkeitä. Ne ovat perusta vanhuksen itsenäiselle selviytymiselle, aktiiviselle elämälle, sosiaalisten verkostojen ylläpitämiselle ja tärkeänä myös tapaturmien välttämiseksi. Erilaisilla teknisillä ratkaisuilla voidaan korvata asukkaiden fyysisiä rajoitteita ja ongelmia, joita aiheuttaa fyysisestä ympäristöstä, joka ei ota huomioon vanhenevien asukkaiden toimintakykyä. (Raassina, A. 1994: 45)

Jyväskylässä vuonna 2004 olleessa projektissa kerättiin tietoa ikäihmisten kokemuksista omasta asuinympäristöstään. Haastateltavien mielestä asuinympäristön viihtyvyyteen vaikuttivat ympäristön rauhallisuus, sosiaalinen ympäristö, luonnonläheisyys ja naapurusto. Turvalliseksi olonsa tunsivat 95 % haastatelluista. Turvattomuutta heihin loi illalla liikkuminen ja ostoskeskuksen ympäristöön liittyvät pelot. (Salminen, M., Suomi, A. & Hakonen, S. 2004:69)

2.3 Sosiaaliset verkostot ja sosiaalinen tuki

Eläkeikäisillä saattaa olla sosiaalisia kontakteja jopa enemmän kuin nuorilla, mutta ihmissuhteet harvenevat vanhempien vanhusten joukossa. Yksinäisyyden ja turvattomuuden tunteen välttämiseksi suhteet lapsiin ja lähisukulaisiin ovat tärkeässä asemassa. Yleensä iäkkäillä naisilla on iäkkäitä miehiä enemmän yhteyksiä lapsiin, sukulaisiin ja ystäviin. (Raassina, A. 1994: 62)

Sosiaaliset suhteet, itseluottamus ja vuorovaikutustaidot kuuluvat sosiaalisiin taitoihin. Vanhusten sosiaalisten suhteiden tasapainoisuus sisältää aktiivisen vuorovaikutuksen ja osallistumisen ihmisryhmän ja yhteiskunnan jäsenenä. Jokaisella vanhuksella on oma, ainutkertainen vuorovaikutussuhteiden verkko. Sosiaalisen verkoston antama tuki auttaa vanhusta selviytymään rasittavissa elämäntilanteissa. (Sunin, A. 1996: 46,47)

Sosiaalisella tuella tarkoitetaan Sunin (1996) mukaan sosiaalisiin suhteisiin liittyvää positiivista, terveyttä edistävää ja stressiä ehkäisevää puolta. Vanhuksilla tukevat ihmissuhteet antavat sellaista, mitä he tarvitsevat pysyäkseen terveinä ja selvitäkseen stressiti-

lanteista. Ikääntyvä ihminen tarvitsee omaistensa tukea voimavaraksi. Tällainen tuki voi olla ihmisten keskinäistä huolenpitoa, jolloin saa tuntea turvallisuutta ja kiintymystä sekä yhteenkuulumisen tunnetta. Tämä mahdollistaa molemminpuolisen huolenpidon ja vanhus voi tuntea itsensä tarpeelliseksi. Tuki ihmisten välisenä huolenpitoa vahvistaa iäkkään arvoa siten, että hän voi tuntea itsensä päteväksi ja hyväksytyksi sosiaalisessa roolissaan. Sosiaalinen tuki toimii puskurina yksinäisyyttä, eristäytyneisyyttä, elämän merkityksettömäksi kokemista, hyödyttömyyden tunnetta, haavoittuvuuden ja hylätyksi tulemisen kokemusta sekä toivottomuutta vastaan. (Suni, A.1996:47)

Sosiaaliset vuorovaikutussuhteet sitovat iäkkään ihmisen sosiaaliseen järjestelmään, jonka hän tuntee tarjoavan huolenpitoa, rakkautta tai kiintymistä arvostettuun sosiaaliseen ryhmään tai suhteeseen. Riittävien sosiaalisten taitojen ylläpitämiseksi ikääntyvä tarvitsee läheisiä ihmisiä, rakkautta, tukea ja mahdollisuutta osallistua. Vanhuksen tulisi saada kokea fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvää oloa. Tällöin iäkäs kykenee nauttimaan elämästään omien resurssiensa mukaan. Vanhus tuntee itsensä tarpeelliseksi ja hyödylliseksi, tuntee elävänsä merkityksellistä ja rikasta elämää sekä haluaa osallistua yhteisön elämään. Jokainen vanhus toivoo tulevansa nähdyksi ja kuulluksi, ei vain pinnalta, vaan myös syvältä. (Suni, A. 1996:47)

Vireyttä vuosiin- projektiin osallistuneista 41 % tunsivat itsensä joskus yksinäiseksi ja 47 % ei tuntenut itseään koskaan yksinäiseksi. Turvattomuutta joskus tunsivat 26 % osallistuneista ja 71 % ei tuntenut itseään koskaan turvattomaksi. (Viramo, P. 1997: Liitetaulukko11)

Vuonna 1994 tehdyn tutkielman mukaan vanhusten sosiaaliset suhteet toisiin ihmisiin ja harrastukset voidaan jaotella sen mukaan, tapahtuvatko ne kodin ulkopuolella vai kodissa. Ikääntyvien suhteet ympäristöön ja lähimmäisiin tapahtuvat yleensä kotona. Ikäihmiset kertovat, etteivät he enää vieraile missään tai ainakin vierailut ovat huomattavasti vähentyneet. Ikäihmiset toivoivat, että heitä käytäisiin katsomassa, mutta toisaalta vierailut väsyttävät ja he kaipaavat myös rauhaa ja yksinoloa. Yleisin tapa yhteydenpitoon haastatetuilla ikäihmisillä oli puhelin. He soittivat melko ahkerasti ja saivat myös puheluita. Kaikilla haastatelluilla oli lankapuhelin. Vastanneet ikäihmiset olivat tyytyväisiä ja iloisia siitä, että selviytyivät jokapäiväisessä elämässään. (Ranta, R.1994:41-43)

Vuonna 2004 Jyväskylän seudulla tehdyn projektin tulosten mukaan haastatelluista ikäihmisistä 72,4 % ei juuri koskaan tuntenut itseään yksinäiseksi ja vastanneista vain 5,8 % tunsu itsensä usein yksinäiseksi. Haastatelluista 84,5 % käytti säännöllisesti lankapuhelinta ja 63,3 % käytti matkapuhelinta säännöllisesti. (Salminen, M ym. 2004:71-73)

2.4 Osallisuus toimintaan kodin ulkopuolella

Iäkkäiden ihmisten erilainen sosiaalinen osallistuminen ja harrastukset ovat lisääntyneet. Iäkkäät käyvät entistä enemmän kulttuuritilaisuuksissa ja muissa tapahtumissa, käyttävät paljon kirjastopalveluja, kuuluvat eläkeläis- ja muihin järjestöihin sekä matkustelevat enemmän. Monissa tutkimuksissa on osoitettu yhteys iäkkäiden sosiaalisen aktiivisuuden ja elämään tyytyväisyyden välillä. Iäkkäiden ihmisten harrastus- ja osallistumismahdollisuudet voidaan yleisesti ottaen pitää suhteellisen hyvinä. Järjestöillä, kunnilla ja seurakunnilla on paljon iäkkäille tarkoitettua toimintaa. Eläkeiän alussa sosiaalinen osallistuminen ja harrastusaktiivisuus eivät sanottavasti vähene. Vasta iän karttuessa ja toimintakyvyn heiketessä sosiaalinen osallistuminen ja harrastaminen vähenevät. (Raassina, A. 1994: 79)

3 IKÄÄNTYVÄN IHMISEN TERVEYS

3.1 Ikääntyvän terveys

Iäkkäiden ihmisten terveydentiloissa on suuria eroja. Jotkut kokevat olevansa elämänsä kunnossa, kun taas toisilla on vaivoja ja sairauksia. Vanhuksen käsitys omasta terveydestään, toisista ihmisistä ja ympäröivästä yhteisöstä kuvastavat hänen tulkintojaan itsestään, elämäntilanteestaan ja ihmissuhteistaan. Terveuden merkitys ei ole yksilölle vakio, vaan se on yhteydessä ihmisen elämän päämääriin ja kokemuksiin näiden päämäärien saavuttamisesta. Iäkkäiden ihmisten arvioinnit omasta terveydestään ovat tutkimusten mukaan läheisessä yhteydessä yleiseen elämäntyytyväisyyteen. Hyvänä pidetty terveys liittyy vanhuksilla siis selvästi yhteen elämään kiinnittymisen kanssa. Arkielämän terveyden kokemukset ilmenevät vanhuksilla hyvänä olona, omaa terveyttä kos-

kevana tietämisenä ja yleisesti terveellisiksi tiedettyjen asioiden soveltamisena omaan elämään. (Parviainen, T. 1996:64,65)

Vanhustyön keskusliiton Vireyttä vuosiin-projektissa mukana olleet henkilöt kokivat oman terveytensä kohtalaiseksi (58 %), 18 % heistä tunsivat olonsa hyväksi ja 16 % melko huonoksi. Osallistuneista vain 4 % tunsivat oman terveytensä erittäin hyväksi. Tyytyväisiksi itsensä tunsivat 41 % vastanneista ja erittäin tyytyväisiksi 16 %. Kohtalaisen tyytyväisiä oli 39 % ja kukaan ei ollut tyytymätön elämäänsä. (Viramo, P. 1997: Liitetäulukko5)

3.2 Ikääntyvän lääkehoidon toteutus

Sirkka-Liisa Kivelän mukaan (2004) vanhusten lääkehoitojen toteuttaminen vaatii paljon erityisosaamista ja kaikkien vanhusten hoitoon osallistuvien yhteistyötä. Vanhuksille toteutettavan lääkehoidon määrää lääkäri. Vanhuksien hoitoon osallistuvat sosiaalitoimen työntekijät ja hoitohenkilökunta jakavat lääkkeitä laitoksissa ja kodissa asuville vanhuksille. Kuitenkin pääasiallisesti vanhukset itse ja heidän omaiset huolehtivat lääkkeiden päivittäisistä annosteluista ja ottamisesta. (Kivelä, S-L 2004:8)

Iäkkäillä pitkäaikaiset sairaudet lisääntyvät iän myötä ja näin ollen lääkkeiden runsas käyttö lisääntyy. Iäkkäiden yleisimmin käytettäviä lääkkeitä ovat sydän- ja verisuonisairauksien sekä keskushermoston lääkkeet. Suositus olisi, että vanhuksien tulisi käyttää enintään 3-4 lääkettä, mutta monilla vanhuksilla saattaa olla käytössä jopa kymmeniä lääkkeitä. (Kivelä, S-L 2004:11)

Ongelmana vanhuksen lääkkeiden otossa voivat olla fyysiset vanhenemismuutokset ja sairaudet voivat muuttaa vanhuksen kätet kömpelöiksi, jolloin lääkepakkausten avaaminen ja lääkkeiden ottaminen pakkauksesta epäonnistuvat. Käsien vapina saattaa aiheuttaa myös samat ongelmat. Vanhuksen muistin lieväkin heikkeneminen voi aiheuttaa sekaannusta lääkkeiden ottamisessa. Iäkkäiden samat tiedot lääkkeiden ottoajankohdasta, vaikutustavoista, säilyttämisestä, yhteisvaikutuksista ja sivuvaikutuksista ovat usein vähäiset. Vanhuksilla saattaa olla virheellisiä käsityksiä ja uskomuksia lääkkeiden otosta. Heidän tietojen puute voi johtaa säilytys- tai muihin virheisiin lääkehoitojen toteutuksessa. (Kivelä, S-L 2004:11,12)

Iäkkäät ihmiset käyttävät myös reseptivapaita lääkkeitä. Tällöin tietojen puute lääkkeiden yhteisvaikutuksista, voi johtaa vaaralliseen tilanteeseen esimerkiksi silloin, kun reseptivapaa lääke madaltaa vanhuksen käyttämää muun lääkkeen pitoisuutta elimistössä. Vanhusten lääkehoidon keskeisiin periaatteisiin kuuluu laatia vanhukselle selkeä ohjekirja hänen käyttämistään lääkkeistä ja lista tulee pitää ajan tasalla. Ohje tulee kirjoittaa selkeällä käsialalla ja isoin kirjaimin. Ohjeesta tulee ilmetä lääkkeiden nimet, annokset ja annostusajankohdat sekä mahdollisesti yleisesti esiintyvistä haittavaikutuksista. Vanhuksen yksinäisyys ja turvattomuus saattavat johtaa siihen, että hän hakee turvaa lääkkeistä. (Kivelä, S-L 2004:12,13)

3.3 Ikääntyvän muistisairaudet ja dementia

Puhuttaessa dementiasta on kyse oireyhtymästä, ei siis erillisestä sairaudesta. Dementiaan liittyy muistihäiriöiden lisäksi laajempi henkisen toiminnan ja muiden korkeampien aivotoimintojen heikentyminen henkilön aiempaan tasoon verrattuna. Vanhuksen toimintojen heikentyminen rajoittaa hänen itsenäistä ammatillista ja sosiaalista selviytymistä. Dementia voi olla etenevä, ohimenevä tai pysyvä tila. Dementian käsite ja käytetyt diagnostiset määritelmät perustuvat Alzheimerin taudin klinisiin ominaispiirteisiin eli varhaiseen muistihäiriöön, laaja-alaiseen kognitiiviseen häiriöön ja huomattaviin rajoituksiin päivittäisissä toiminnoissa. (Erkinjuntti, T. 2001:88,89)

Yli 80-vuotiaista joka kolmas on dementoitunut. Iäkkäiden osalta tuleekin kiinnittää huomiota henkiseen toimintakykyyn ja sen muutoksiin. Erityisessä vaarassa sairastua Alzheimerin tautiin ovat yli 75-vuotiaat. Dementian toteaminen sen varhaisessa vaiheessa, toissijaisesti tilaa huonontavien tekijöiden tunnistaminen ja hoito ja asianmukaiset tukitoimet vanhuksen kotona selviytymisen parantamiseksi ovat tärkeitä. (Soininen, H. 2001: 440)

Dementian riski kasvaa iän myötä ja väestön ikääntyessä siitä on tullut myös yhteiskunnallinen uhka. Muistihäiriöt vaikeuttavat vanhuksen kotona asumista. Dementia onkin usein keskeinen syy laitoshoitoon joutumisessa ja nykyisin valtaosa vanhainkodin asukkaista ovat eriasteisesti dementoituneita. Tavallisimmat dementian muodot ovat Alzheimerin tauti ja verisuoniperäiset dementiat. Nämä kattavat lähes 90 % kaikista de-

mentiatapauksista. Muita dementoivia sairauksia ovat Lewyn-kappale dementia ja frontaali dementia. Dementian ehkäisyssä on iso rooli elintapamuutoksilla kuten liikunnan lisäämisellä, tupakoinnin ja alkoholin käytön lopettamisella, ruokavaliomuutoksilla, painonhallinnalla, diabeteksen ehkäisyllä ja päävammojen ehkäisyllä. (Häkkinen, H. & Holma, T. 2004:16)

3.4 Ikääntyvän kuulo ja näkö

Ikääntymiseen ei välttämättä liity huono näkökyky. Useimpien näkökyky säilyy hyvänä 80-vuotiaaksi ja ylikin, vaikka ikääntymisprosessiin kuuluu joitakin fyysisiä muutoksia, jotka voivat johtaa näkökyvyn asteittaiseen heikentymiseen. Iäkkäät henkilöt tarvitsevat yleensä kirkkaamman valaistuksen ruuanlaittoon, ajamiseen tai lukemiseen. (Hervonen, A., Pohjolainen, P. & Kuure, K. A. 1998: 75)

Yleistä on iän myötä, että kyvyttömyys tarkentaa katse lähellä sijaitseviin kohteisiin tai pieneen tekstiin lisääntyy. Ikänäöstä kärsivä henkilö joutuu pitämään luettavaa tekstiä käsivarrenmitan päässä ja joillekin voi tulla päänsärkyä tai silmät voivat väsyä helposti. Ikänäköä ei pystytä ehkäisemään, mutta tarkennusongelmaa voidaan korjata silmälaseilla. Iäkkäällä voi näkökenttään ilmaantua pieniä pisteitä tai läiskiä. Niistä kärsivä havaitsee ne lähinnä ulkona tai kirkkaassa valaistuksessa. Ne ovat yleensä vaarattomia ja normaaleja ilmiöitä, mutta saattavat kuitenkin olla merkki silmäsaudesta. Iäkkäällä silmien kuivuminen on yleistä. Tämä johtuu siitä, että kyynelkanavat tuottavat liian vähän nestettä. Vaivaan käytetään yleisesti silmänsäätötippejä. Iäkkäiden silmät voivat myös kyynelehtiä. Tämän saattaa johtua silmien lisääntyneestä herkistymisestä valolle tai tuulen ja lämmön vaihteluille sekä syynä voi olla myös silmätulehdus tai tukkeutunut kyynelkanava. Silmäongelmia iäkkäällä voi aiheuttaa myös korkea verenpaine tai diabetes. (Hervonen, A. ym. 1998: 75)

Vanhenemiseen liittyvä verkkokalvon rappeuma voi olla ikäihmisen näkökyvyn haittana. Ensioireena näkökyky muuttuu epätarkaksi ja näkökentän keskeinen osa hämärtyy. Varhaisessa vaiheessa havaittu rappeuma, voidaan tehokkaasti hoitaa laserleikkauksella. Iäkkäiden tulisikin tarkistuttaa näkö noin joka toinen vuosi silmälääkärillä, koska monetkaan silmäsaureista ei anna alkuvaiheessa mitään oireita. Näkökyvyn huononemi-

sesta kärsivät iäkkäät voivat saada apua erilaisilla heikkonäköisten apuvälineillä esim. suurennuslasit, elektroniset apuvälineet. (Hervonen, A. ym. 1998:76)

Huonokuuloisuus aiheuttaa ikäihmisille vaikeuksia sanojen ymmärtämisessä ja kyvyttömyyttä kuulla tietyn korkuisia ääniä. Ongelmana saattaa olla, ettei kuule ovikellon tai palohälyttimen ääntä. Kuulo heikkenee vähitellen ja noin joka neljäs 60- ja 70-vuotiaista kärsii selvistä kuulo-ongelmista. Kuulon heikkeneminen on yksilöllistä. Tärkein huonokuuloisuuden aiheuttaja vanhuudessa on aistijärjestelmän vaurioituminen. Vauriosta on silloin kyse, kun sisäkorvan aistinsolut eivät enää ota vastaan ääniaaltoja. Syy voi olla kuulohermon, keskushermoston tai simpukan vievien hermoratojen vaurioituminen. Koko elämän läpi jatkunut melu voi aiheuttaa simpukan värekarvojen tuhon, jolloin ääniviestit eivät välity enää niin kuin ennen. Kuitenkin tärkein syy ikäihmisen kuulon heikentymiseen on korvavaha, joka tukkii korvakäytävän. Tämä vaiva on helposti hoidettavissa apteekista saatavilla korvavahaa pehmittävillä aineilla tai terveyskeskuksessa suoritettavalla korvahuuhtelulla. (Hervonen, A. ym. 1998:76,77)

Kuulo ei yleensä heikkene äkillisesti ja varoitusmerkit voivat usein jäädä huomaamatta. Kuulo voi heiketä myös verenkiertohäiriöiden, tulehdusten tai lääkkeidenkin takia. Kuulon heikkenemisen ensioireina voi olla, että joutuu pyytämään sanojen toistamista, ei kuule meluisassa ympäristössä, ei pysty erottamaan sanoja esim. autossa tai ravintolassa, ei pysty seuraamaan keskustelua näkemättä suuta ja huulia sekä, kun kanssaihmiset huomauttavat huonosta kuulosta. Kuulon heikkeneminen voi aiheuttaa huonommuuden tunteita tai sekavuutta ja paha olo saatetaan purkaa lähimmäisiin. Kykenemättömyys kuulla hyvin aiheuttaa turhautumista ja kitkaa kanssakäymistilanteissa. Iäkkään lähimmäiset voivat auttaa huonokuuloista monin tavoin. huonokuuloisen tulisi nähdä puhujan kasvot ja huulet ja ääntämisen tulisi olla normaalia. Kasvojen piirteet, ilmeet ja eleet helpottavat ymmärtämistä. Taustamelu tulisi minimoida. Huonokuuloisen tulisi kertoa toisille ihmisille kuulonsa huonontumisesta, jotta nämä osaisivat auttaa häntä kanssakäymisen onnistumisessa. (Hervonen, A. ym. 1998:77-79)

Vireyttä vuosiin- projektissa mukana olleista ilman silmälaseja pystyi sanomalehteä lukemaan 8 %. Silmälasien kanssa luki 75 % ja 5 % ei pystynyt lukemaan edes lasien kanssa. Osallistuneista kuulo ei ollut heikentynyt 61 % ja lievästi kuulo oli heikentynyt 34 %:lla vastanneista. (Viramo, P. 1997: Liitetaulukko5)

3.5 Ikääntyvän mieliala ja masennus

Iäkkäillä ihmisillä merkityksellisin ja yleisin mielenterveydenhäiriö on depressio sinänsä tai yhdistettynä johonkin somaattiseen sairauteen. Iäkkään masentuneisuus saattaa helposti peittyä muiden sairauksien alle. Somaattiset oireet, jotka voivat liittyä ikääntymisen tuomiin muihin ongelmiin ovat yleisiä. Kivut ja unettomuus ilman masennusta ovat myös yleisiä. Iäkkäillä ihmisillä aivohalvaus, sokeritauti, parkinsonismi ja myös tautien hoitoon tarkoitetut lääkkeet aiheuttavat masennusoireita ja saattavat näin ollen sekoittaa kliinistä kuvaa. Masennus voidaan iäkkäillä henkilöillä virheellisesti tulkita dementiaksi. Mutta toisaalta myös muistisairaudet voivat aiheuttaa masennusta. Diagnoosin tekeminen on haastavaa, ja potilaalle on annettava riittävästi aikaa, jotta hän voi parhaalla mahdollisella tavalla omasta puolestaan auttaa lääkäreitä kertomalla adekvaatisti oireistaan ja vaikeuksistaan. (Heikkinen, R-L. 2003:88,89)

Masentuneisuus, jännittyneisyys ja hermostuneisuus sekä väsymys ja voimattomuus ovat yleisiä yli 65-vuotiailla. Depressio on yleisin psyykinen sairaus vanhuus iässä. On arvioitu, että Suomessa yli 65-vuotiaista 15 % sairastaa depressiota. Kansainvälisesti vertaillen Suomen vanhuksien masentuneisuusoireita kuvaavat luvut ovat suhteellisen suuria verrattuna ulkomaalaisiin lukuihin. Masennuksen on todettu liittyvän omaan ja läheisten ihmisten heikkoon terveydentilaan, alhaiseen sosioekonomiseen asemaan, leskeytymiseen, ihmissuhdeongelmiin ja yksinäisyyteen. Masentuneisuus heikentää toimintakykyä ja lisää avuntarvetta ja eristäytymistä. Toisaalta myös sosiaalisen osallistumisen ulkopuolelle jääminen voi myös aiheuttaa masennusta. Masennus katsotaan osittain elämäntapasairaudeksi, jota voidaan ehkäistä mielekkäällä toiminnalla ja toimivilla sosiaalisilla verkostoilla eli keinoilla, jotka pitävät iäkkäät osana yhteiskuntaa ja yhteisöä. (Raassina, A. 1994:66)

4 IKÄÄNTYVÄN IHMISEN TOIMINTAKYKY

4.1 Ikääntyvän toimintakyky

Terveys on ratkaisevimpia toimintakykyyn ja hyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä. Jos halutaan vähentää varhaista eläkeläistymistä, parantaa vanhusten itsenäisen elämänhallinnan edellytyksiä ja vähentää iäkkäiden avuntarvetta, on pyrittävä vaikuttamaan väestön terveydentilaan. Tärkeinä keinoina vois olla terveyspolitiikka, lääketieteen kehityksen hyödyntäminen ja yleinen hyvinvointipolitiikka. (Raassina, A. 1994:51)

Toimintakyky käsitteestä on tullut tärkeä tekijä iäkkään ihmisen terveydentilan kuvaajana, koska vain sairauksien lukumäärä ei riitä yksinään kuvaamaan sitä, miten sairastavuuden lisääntyminen ja vanhenemisprosessi vaikeuttavat iäkkään ihmisen itsenäistä selviytymistä. Toimintakyvyn arvioinnilla voidaan selvittää iäkkäillä ihmisillä miten he samankaltaisista sairauksista huolimatta selviytyvät arkielämänsä toiminnoista eri tavoin. (Helin, S. 2000:15)

Iäkkäitä henkilöitä tutkittaessa keskeisenä käsitteenä on ollut selviytyminen päivittäisistä toiminnoista (ADL eli activities of daily living). Käsitteessä korostuvat toimintavajavuudet, joiden esiintyvyys lisääntyy iän myötä. Liikkumisen ongelmat ja aistitoimintojen heikentyminen ovat yleisiä jo 65-69-vuotialla henkilöillä ja vanhemmissa ikäryhmissä joka toinen kärsii näistä ongelmista. Toimintakyvyn käsite on dynaaminen, sillä ympäristö ja henkilön toimintakyky muuttuvat ajan mukana ja näin ollen iäkkäillä ihmisillä toimintakyvyn taso voi vaihdella päivästä toiseen. (Heikkinen, E. 1997: 9-10)

Osana Ikivihreät- projektia on tutkittu iäkkäiden henkilöiden fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista terveyttä ja toimintakykyä. Haastatteluun osallistui yli 65-vuotiaat henkilöt jyväs kylässä useana vuosien 1988-1996 aikana. Haastattelu suoritettiin haastateltavien omassa kodissa. Haastateltavat itse arvioivat omaa suoriutumistaan päivittäisistä perustoiminnoista (PADL) ja asioiden hoitamisesta (IADL). Saatujen tulosten mukaan huomattavalla osalla haastatelluista oli vaikeuksia suoriutua päivittäisistä toiminnoista. Ensimmäisessä haastattelussa 1988 vajaa puolet haastatelluista 65-69-vuotiaista selviytyi vaikeuksista päivittäisistä perustoiminnoista ja asioiden hoitamisesta kodin ulkopuolella. 80-84-vuotiaista haastatelluista noin joka toinen tarvitsi apua ainakin IADL- toiminnoissa. (Laukkanen, P. 1998:43-57)

Toimintakyky käsite jaetaan klassisesti kolmeen käsitteeseen; fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Runsaasti on selvitetty vanhuksien fyysistä ja psyykkistä

toimintakykyä, mutta sosiaalinen toimintakyky on jäänyt vähemmälle. Syy tähän saattaa olla, että fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä on helpompi tutkia esimerkiksi käden puristusvoimaa tai muistamista. Asiat ja ilmiöt, joihin sosiaalisella toimintakyvyllä viitataan, ovat moniaineksisia ja -kerroksisia ja niitä on vaikea pukea yksinkertaisiin mittareihin. Näitä kolmea toimintakyvyn aluetta ei tulisikaan erottaa erillisiksi ja toisistaan riippumattomiksi, sillä muutos yhdellä alueella vaikuttaa aina myös muihinkin alueisiin. Vanhuksen toiminta ei ole koskaan vain sosiaalista, psyykkistä tai fyysistä vaan näiden eritasoisten säätelyjärjestelmien monimutkainen ja kokonaisvaltainen yhteistuotos. Ihmisen keho, mieli ja ympäristö ovat jatkuvassa keskinäisessä vuorovaikutuksessa. (Jyrämä, J. 2004:157; Häkkinen, H. ym. 2004:11,12)

Sosiaalinen asema, koulutus, elämänsä aikana kohdatut kehitystehtävät, sosiaalinen aktiivisuus, työn laatu ja muut elintavat, elämäkokemukset ja niihin sisältyvät kuormitukset ovat perittyjen ominaisuuksien ohella tärkeitä sosiaaliseen ja psyykkiseen toimintakykyyn vaikuttavia tekijöitä. Yhteiskunnan vallitsevat arvot, asenteet ja eri ikäryhmien konkreettiset toimintamahdollisuudet sekä perherakenteet ja asuin- ja elinolosuhteet luovat rajoja iäkkäiden ihmisten sosiaalisille verkoille ja sosiaaliselle osallistumiselle. (Heikkinen, E. 1997:11)

Fyysisen toimintakyvyn alueella vanhenemiseen liittyvät muutokset vaihtelevat suuresti eri ihmisten välillä ja toisaalta merkittäviä eroja on havaittavissa eri toimintojen välillä suhteessa muutosten alkamisikään, muutosnopeuteen ja muutosten seurauksiin mm. elämää haittaavien toiminnanvajavuuksien näkökulmasta. (Heikkinen, E. 1997:11)

Vanhuksen fyysistä toimintakykyä arvioitaessa voidaan tarkastella yksittäisen elimen suorituskykyä, elimistön kykyä selviytyä ponnistelua edellyttävästä tehtävästä sekä hengitys- ja verenkiertoelinten sekä tuki- ja liikuntaelinten toimintaa. Fyysinen toimintakyky käsittää myös kyvyn suoriutua päivittäisistä toiminnoista (ADL) ja asioiden hoitamisesta (IADL). ADL- toimintoihin kuuluu pukeutuminen ja riisuminen, ulkonäöstä huolehtiminen, peseytyminen, ruokailu, liikkuminen kodin sisällä ja wc-toiminnot. IADL- toimintoihin kuuluu liikkuminen kodin ulkopuolella, ruuan valmistus, ostosten teko, puhelimen käyttö, kotityöt, pyykinpesu, vastuu omista lääkkeistä ja raha-asioiden hoitaminen. (Häkkinen, H. ym. 2004: 12)

Sosiaalisessa toimintakyvyssä ilmenee yleensä yhteisö tai ympäristö ja yksilö, joka kykenee olla vuorovaikutuksessa. Ihminen on kyvykäs huolehtimaan itsestään ja pystyy olemaan mukana toimissa, joita tarvitaan itsenäiseen elämiseen. Sosiaalisessa toimintakyvyssä ihminen on aktiivinen toimija, osallistuja omassa yhteisössään ja yhteiskunnassa. Sosiaaliseen toimintakyvyn arviointiin sisältyy esimerkiksi läheissuhteiden ja sosiaalisen verkoston laadun ja määrän tarkastelu, harrastaminen ja osallistuminen, mutta myös vastuu perheestä, elämän mielekkyys ja voimavarat. (Jyrämä, J.2003:95; Häkkinen, H. ym. 2004:12)

Ikääntyvän ihmisen psyykkinen toimintakyky on käsitteenä hyvin monitahoinen ja sen tutkiminen on ongelmallista. Sitä voidaan arvioida selvittämällä sairauksia, kuten mahdollista masennusta, muistihäiriöitä ja dementiaa. Iäkkään henkilön muistin ja kognitiivisten kykyjen selvittäminen kuuluu aina geriatriseen arviointiin. (Häkkinen, H. ym. 2004: 12)

Ihmisen toimintakykyä voidaan tarkastella joko kuvaamalla jäljellä olevaa toimintakyvyn tasoa tai todettuja toiminnanvajauksia. Toimintakyvystä puhuttaessa on kyse laajasti hyvinvointiin liittyvästä käsitteestä, josta sairaudet ovat vain osa. Vanhuksen oma identiteetti, ympäristön määrittelemät normit ja historialliseen aikaan liittyvä kulttuuri muodostavat kontekstin, jossa henkilö arvioi omaa toimintaansa. Vanhus voi verrata omaa toimintakykyään ikätovereihin tai omaan aikaisempaan toimintaansa. Heikentynyt toimintakyky ja sen seurauksena huonontunut selviytyminen arkiaskareista koetaan enimmäkseen menetykseksi ja voidaan yhdistää saamattomuuteen ja laiskuuteen. Vanhuksen kuntoutuksessa on yksilön omien ja hänen läheistensä tavoitteiden ja toiveiden kartoitus onnistuneen toiminnan perusedellytys. (Laukkanen P. 2003:255)

Vanhenevan ihmisen toimintakyvyn säilyttäminen mahdollisimman pitkään on geriatrisen prevention keskeisiä tavoitteita. Ihmisen vanhenemiseen liittyy jossain vaiheessa päivittäisten toimintojen vaikeutuminen. Toimintakyvyn heikkenemisen taustalla on usein yksi taio useampi pitkäaikaissairaus. Lisäksi toimintakyky voi heiketä myös harjoituksen puutteesta. Tämän lisäksi asunto ja muu elinympäristö vaikuttavat siihen, miten paljon toimintakyvyn rajoitukset hankaloittavat päivittäisistä toiminnoista selviytymistä. (Stranberg T. & Tilvis R. 2001:336)

Ihmisen vanhetessa toimintakykyä voidaan ylläpitää lähinnä toiminnan harjoittamisen avulla ja se voidaan palauttaa ensisijaisesti hoitamalla taustasairaus. Tämä vaikuttaa fyysisen toimintakyvyn lisäksi myös sosiaalista ja psyykkistä toimintakykyä. Toimintakyvyn menettämisen todennäköisyyttä pienentää hyvä sosioekonominen asema, normaalipainoisuus ja tupakoimattomuus. Heikentynyt näkö, kaatuilutaipumus ja tarpeettomuuden tunne taas saattavat viitata nopeasti heikkenevään toimintakykyyn. Tämän lisäksi lääkärin toteama alentunut terveydentila, heikentynyt toimintakyky ja sairauksien runsas määrä ennakoivat tavallista nopeampaa toimintakyvyn heikentymistä edelleen. Päivittäisistä toiminnoista selviytymisen vaikeutta ennakoivat mm. tuki- ja liikuntaelin sairaudet, aivohalvauksen jälkitilat, diabetes ja krooniset keuhkosairaudet. (Stranberg T. ym. 2001:336,337)

Vanhus on yleensä sitä alttiimpi ympäristön vaikutuksille, mitä enemmän hänen toimintakykynsä heikkenee. Tämän vuoksi asuminen tutussa ympäristössä luo edellytykset pidentää autonomista elinaikaa. Tutussa ympäristössä ikääntyvä ihminen kehittää kompensatio- ja selviytymiskeinoja sitä mukaa kun hänen toimintakykynsä heikkenee. Turvallinen, helppokulkuinen ja esteetön ympäristö edistää raihaistuvan vanhuksen kotona selviytymistä. Vanhuksen toimintakykyä ei voida tutkia tai määritellä eikä hänen kuntoutumistaan ja kotona selviytymistä arvioida, ellei tiedetä ja tunneta hänen asuin- ja elinympäristönsä vaatimuksia ja mahdollisuuksia. (Valvanne J. 2001: 343-345)

4.2 Toimintakyvyn arviointi

Toimintakyvyn kuvaamisella syvennetään näkemystä henkilön elämänlaadusta ja sairausdiagnooseista yleiseen selviytymiseen toimintaympäristössä. Valitessa arviointimenetelmiä on otettava huomioon asiayhteys, jossa arviointia tehdään. (Laukkanen P. 2003:255)

Vanhenevan ihmisen terveydentilan arvioinnissa toimintakyvyn selvitys on vakiinnuttanut asemansa perinteisen kliinisen tutkimuksen rinnalla. Vanhuksen toimintakyvyn kartoitus saattaa tuoda esiin myös potilaaseen liittyviä asioita, jotka syventävät hoitavan lääkärin näkemystä potilaan elämänlaadusta ja elinympäristöstä. Tämän lisäksi toimintakykymittarit auttavat sosiaali- ja terveydenhuoltohenkilöstöä yhteisen kielen löytämisessä puhuttaessa potilaan selviytymisestä jokapäiväisessä elämässä. Kuntoutuksen

suunnittelun ja seurannan lisäksi tuloksia toimintakyvyn tasosta voidaan käyttää hyväksi mm. riskiryhmien etsinnässä, sairauksien vaikeuden arvioinnissa, väestötasoa kuvailevissa tutkimuksissa sekä vanhustenhuollon tilan ja tulevaisuuden tarpeiden arvioinnissa. (Valvanne J. 2001:347)

Toimintakyvyn arviointi on tärkeä osa muistihäiriöasiakkaan tutkimusta. Hoidon ja kuntoutuksen seurannassa muutokset päivittäisessä selviytymisessä ovat tärkeitä hoidon vaikuttavuuden merkkejä. Perinteisesti on käytännön kliinisessä työssä toimintakykyä arvioitu kliinisen vaikutelman ja asiakkaan sekä omaisten ilmaiseman avuntarpeen perusteella. Päivittäisen selviytymisen ja sosiaalisen toimintakyvyn arvioinnissa käytetään useita erilaisia asteikkoja. Muistihäiriöitä aiheuttavien sairauksien hoito kehittyy koko ajan, ja toimintakyvyn arvioinnin yhdenmukaistaminen organisaatioiden eri tasoilla ja eri puolilla maata on tullut aiempaa tärkeämmäksi. Vanhuksen toimintakyvyn aste vaikuttaa taloudellisiin tukitoimiin ja sosiaalisiin etuuksiin; näitä etuuksia ovat mm. eläkkeensaajan hoitotuki ja Alzheimeriin taudin lääkkeiden peruskorvattavuus. Toimintakyvyn arviota tarvitaan myös hoitopaikkojen tarpeen arviointiin. ADL- ja IADL- tuloksia voidaan liittää Kansaneläkelaitokselle toimitettaviin C- ja B-lausuntoihin. (Alhainen K. & Rosenvall A. 2001: 378, 383)

4.3 Ikääntyvän liikunta

Ikäihmisten liikunnalla ja fyysisellä aktiivisuudella on vaikutusta terveyteen ja toimintakykyyn. Ikääntyminen, pitkäaikaissairaudet ja näihin liittyvä liikunnan vähentyminen ja fyysisen aktiivisuuden heikentyminen aiheuttavat fyysisen kunnon ja toimintakyvyn huononemisen. Liikunta onkin tärkeää pitkäaikaissairaille, koska sairaus, ikääntyminen ja passivoituminen vaikuttavat kaikki epäedulliseen suuntaan. Ikääntyneelle merkityksellistä liikunta on siksi, että suuri osa toimintakyvyn ongelmista liittyy jollakin tavalla fyysisen aktiivisuuden ja liikunnan vähäisyyteen. Liikunnalla on todettu olevan myönteisiä vaikutuksia ikääntyneen mielialaan, kognitiivisiin toimintoihin ja itseluottamukseen. Ikäihmisten liikunnalla on havaittu positiivisia yhteyksiä myös elämän tarkoitellisuuden kokemiseen, depressiivisten oireiden, ahdistuneisuuden ja jännittyneisyyden vähenemiseen sekä yöunen laatuun. (Järveläinen, I., Numminen, H. & Vesala, H. 2006:1)

Vanhusten liikunta on sidoksissa terveyden paranemiseen ja toiminnanvajauksien vähenemiseen. Liikunnalla on todettu olevan myös laajempi merkitys vanhusten yleiselle hyvinvoinnille, koska säännöllisen liikunnan harrastaminen on yhteydessä lisääntyneeseen elämän tyytyväisyyteen, hyväksi tunnettuun terveydentilaan ja elämän tarkoitukellisuuteen. Vanhukset pitävät terveyttä erittäin tärkeänä motiivina liikkumiseen. Liikunnan terveydellinen merkitys voi olla vanhukselle objektiivista ja subjektiivista sekä aineellista ja henkistä. Vanhus voi konkreettisesti huomata, että hänen kuntonsa ja toimintakykynsä paranevat esimerkiksi voimaharjoittelun jälkeen. Vanhus pystyy esimerkiksi nousemaan tuolista paremmin kuin ennen. Samalla vanhus kokee subjektiivisia elämyksiä. (Häkkinen, H. ym. 2004: 14)

Iäkkään ihmisen kaatuminen johtuu usein sairauksista, lääkkeistä tai huonosta kunnosta. Iäkkään ihmisen liikuntakyvyn parantaminen ja ylläpito on tehokkain ja halvin keino ehkäistä kaatumisia ja niistä johtuvia vammojen syntyä. Säännöllinen liikunta vähentää vanhuksilla kaatumisriskiä noin 40 prosentilla. Lähes jokainen vanhus kykenee harrastamaan liikuntaa omien voimavarojensa ja terveytensä rajoissa. Säännöllisen liikunnan terveysvaikutukset vanhuksilla ovat hyvin vahvat. Vanhusten kuolleisuus pienenee, sydän- ja verisuonitautien, diabeteksen, lonkkamurtumien ja mielenterveyshäiriöiden uhka pienenee, nivelten kulumiseen liittyvät kivut vähenevät sekä jopa dementian puhkeaminen saattaa viivästyä. (Häkkinen, H. ym.2004:14)

Iäkästä ihmistä pitää rohkaista liikkumaan silloinkin, kun väsymys, huimauksen tunne, hengenahdistus ja katkokävely tuntuvat ylivoimaisilta esteiltä. Vanhuksen tulisi päivittäin harrastaa kävelyä, kyykistymistä, portaissa liikkumista sekä yläraajojen monipuolista käyttöä eli toimintoja, joiden heikkeneminen johtaa nopeasti ulkopuolisen avun tarpeeseen. Vanhuksen liikunnan pitäisi tarjota virikkeitä ja elämyksiä sekä liikunnan tulisi tuntua mielekkäältä. Vanhuksen sosiaalinen aktiivisuus estää eristyneisyyden ja vieraantuneisuuden tunteen syntyä sekä ylläpitävän sosiaalista verkostoa ja sen antamaa tukea. Vanhuksen pienikin fyysinen, psyykinen tai sosiaalinen häiriötila voi horjuttaa terveyden tasapainoa niin, että vanhus menettää itsenäisen toimintakykynsä. (Stranberg T. ym. 2001:337)

Karvisen (1996) mukaan tieto liikunnan myönteisestä vaikutuksesta terveyteen ja toimintakykyyn on saavuttanut hyvin iäkkäät ihmiset. Suomessa eläkeläiset suhtautuvat

hyvinkin myönteisesti liikuntaan, ja monella se kuuluu olennaisena osana viikko-ohjelmaan. Nykyään ei enää epäillä liikunnan sopivuutta vanhuksille, vaan pidetään luonnollisena, että he käyvät liikunta- ja kuntosaleissa, uimassa ja lenkkipoluilla. Iäkkäiden suosimia liikuntamuotoja ovat uinti, voimistelu ja kävely. Iäkkäät harrastavat liikuntaa yksin, ystävän kanssa ja ryhmissä. Tärkeimpänä asiana liikunnan harrastamisessa iäkkäät pitävät ilon ja virkistyneen kokemuksen, luonnossa liikkumista ja kunnan hoitoa. (Karvinen, E. 1996: 59)

Iäkkäät harrastavat kunnan kohottamisen kannalta usein melko kevyttä liikuntaa, vaikka liikunnan yleinen merkitys on hyvin tiedossa. Varsinkin naiset usein säästelevät itseään. Kuitenkin on korostettava, että kevyelläkin liikunnalla on suotuista vaikutuksia elimistön toimintaan ja että sen sosiaaliset ja psyykkiset edut voivat olla yhtä merkittäviä kuin raskastavan liikunnan. Tehokkaan liikunnan esteenä on usein tiedon puute ja huoli siitä, miten jotkut pitkäaikaissairaudet ja liikunta sopivat yhteen. Kuitenkin on todettu, että säännöllinen liikunta on eduksi useimpien pitkäaikaissairauksien hoidossa. Liikunta vähentää oireita ja joskus voidaan vähentää lääkityksen määrää. Iäkkäällä ihmisellä harjoituksella saavutettu hyvä fyysinen kunto häviää varsin nopeassa ajassa ilman harjoittelua. Syitä liikkumattomuuteen voi olla esimerkiksi sairauksien aiheuttama vuodelepo. Iäkkään kunnan säilyminen mahdollisimman vakaana edellyttää, että liikunta on säännöllistä. Säännöllinen liikunta toteutuu parhaiten, kun löytää sellaiset liikuntamuodot ja harrastustavat, joista itse nauttii. (Karvinen, E. 1996:59,60)

Suomessa ikääntyvien liikuntaa järjestävät monet organisaatiot, kuten liikunta- ja urheilujärjestöt, kuntien liikunta- ja terveystoimi, eläkeläisjärjestöt, vanhainkodit ja palvelutalot sekä kylpylät ja kuntoutuskeskukset. Useimmissa kunnissa on liikuntatarjontaa pystytty monipuolistamaan ja liikuntaan liittyvä yhteistyö liikuntatoimen sekä sosiaali- ja terveystoimen välillä on saatu toimimaan. (Hirvensalo, M., Huovinen, P., Kannas, S., Parkatti, T. & Äijö, M. 2003:74)

Vanhustyön keskusliiton Vireyttä vuosien projektiin osallistuneet ikäihmiset käyttivät apuvälineinä eniten silmälaseja (93 %). Kävelytelinettä käytti 17 % ja kävelykeppiä 35 % osallistuneista. Sisällä asunnossaan kykeni liikkumaan 66 % osallistuneista ja ulkona 44 % koko ryhmästä. Koko otos sisältää myös palvelukodeissa asuvat henkilöt. TerTa-

ryhmästä ulkona pystyi liikkumaan 96 % ja sisällä 99 % vastanneista. (Viramo, P. 1997: Liitetaulukko 6 & 9)

4.4 Ikääntyvän kuntoutus ja kuntouttava työote

Ikäihmisten kuntoutus alkoi Suomessa 1950- 60-luvun taitteessa muutamassa sairaalassa. Siihen suhtauduttiin aluksi torjuvasti, mutta pian todettiin, että vuodelepo oli vanhuksille vaarallista. Potilaan mobilisoiminen sängystä oli ensimmäinen varsinainen kuntoutusohjelma. Vähitellen tavoitteita laajennettiin ja täsmennettiin. Ryhdyttiin kiinnittämään huomiota toimintakykyyn ja sen häiriöihin. Kuntoutus nähdään ryhmätyönä, johon jäsenenä kuuluu esimerkiksi lääkäri, sairaanhoitaja, sosiaalityöntekijä, toiminta- ja fysioterapeutti sekä puheterapeutti. Ryhmän tehtävänä on vanhuksen tilanteen ja kuntoutustarpeen arviointi kokonaisvaltaisesti kartoittamalla. (Ruikka, I., Sourander, L. & Tilvis, R. 1993: 270,271)

Kuntoutuksessa tavoitteena on ihmisen kuntoutuminen. Kuntoutus voidaan määritellä ihmisen tai ihmisen ja ympäristön muutosprosessiksi, jonka tavoitteena on toimintakyvyn, hyvinvoinnin, itsenäisen selviytymisen ja työllisyyden edistäminen. Kuntoutus on monialaista sekä suunnitelmallista. Sen tavoitteena on auttaa kuntoutujaa hallitsemaan elämäntilanteensa. (Kuntoutusselonteko 2002:3)

Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollolla on suurin vastuu ikäihmisten toimintakyvyn ylläpitämisessä ja kuntoutuksessa. Kuntoutus kuuluu osana ikäihmisten saamille hoidoille ja palveluille. Suomen Kuntaliitto ja sosiaali- ja terveysministeriö julkaisivat vuonna 2001 ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen. Suosituksen mukaan kuntouttava työote tulisi ottaa käyttöön kaikessa ikääntyneiden hoito- ja palvelutoiminnassa. Suomen Kuntaliitolla oli ehkäisevien kotikäyntien projekti vuosina 2001- 2003, jonka rahoitti sosiaali- ja terveysministeriö. Kotikäyntien tarkoituksena on arvioida ikäihmisten toimintakykyä ja selviytymistä, asunto-olosuhteita sekä palvelutarpeita. Tämän käynnin pohjalta tehdään tarvittaessa hoito ja palvelusuunnitelma, johon sisältyy myös kuntoutus. (Kuntoutusselonteko 2002:18)

Kuntoutusselonteossa (2002) nähdään, että tulevana vuosina kunnallisissa sosiaali- ja terveystalouksissa on tärkeää panostaa vanhusväestön toimintakyvyn säilymiseen.

Ikääntyvän väestön hoivan ja hoidon tulee perustua kaikilla toiminnan saralla kuntouttavaan työotteeseen. Uusia kuntoutuksen yhteistyömuotoja ja toimintamalleja tullaan etsimään kuntien sosiaali- ja terveystoimen, järjestöjen ja palveluiden tuottajien yhteistyönä. Kuntoutuslonteon yhtenä tavoitteena oli, että ikääntyvän väestön toimintakykyä edistetään riittävän intensiivisen liikunnan avulla. Tämä toiminta tullaan organisoimaan sosiaali- ja terveydenhuollon, järjestöjen ja liikuntatoimen yhteistyönä. (Kuntoutuslonteko 2002: 22,23)

Ikääntyneellä kuntoutumista edistävän työotteen tavoite on tukea ja edistää toiminta- ja liikkumiskykyä, omatoimisuutta ja elämänhallintaa, itsenäistä selviytymistä hyvinvoinnin ja mielekkään elämän edellytysten parantamiseksi. Ikääntyvä nähdään aktiivisena toimijana. Lähtökohtana ovat iäkkään kuntoutujan ja hänen lähiympäristönsä voimavarat ja niiden hyödyntäminen. Mitä enemmän iäkäs kuntoutuja käyttää voimavarojaan, sitä motivoituneemmin hän ponnistelee kuntoutumisensa hyväksi ja arjesta selviytymiseksi. Kuntoutumista edistävä työote on asiakaslähtöistä, psyykkiseen, fyysiseen ja sosiaaliseen aktiivisuuteen kannustavaa, innostavaa ja rohkaisevaa. (Harri-Lehtonen, O., Numminen, H. & Vesala, H. 2006: 1)

Kuntouttavan työotteen tavoitteena on iäkkään ihmisen omatoimisuuden ja itsenäisen suoriutumisen säilyminen. Kuntouttava työote tarkoittaa iäkkään ihmisen omia voimavaroja ja toiminnan edellytyksiä tukevaa ja aktiivisuuteen kannustavaa toimintaa. Kuntouttavan työotteen käyttö näkyy tavassa kohdata asiakas. Tavoitteena on, että asiakas tekee itse hoitotilanteessa kaiken sen, mihin hän kykenee, hoitohenkilökunnan toimiessa tilanteiden ohjaajana ja asiakkaan motivoijana. Kuntouttava työote edellyttää henkilökunnan omien asenteiden tunnistamista, hyvää ammatillista tietoperustaa ja taitoa toimia ikääntyneen ihmisen kanssa. (Häkkinen, H. ym. 2004:19)

Kuntoutus ja kuntouttava työote ovat eri asioita. Kuntoutusta tarvitaan silloin, kun iäkkään ihmisen toimintakyky ja selviytymisensä on sairauden tai muun syyn takia uhattuna tai heikentynyt. Kuntoutus on suunnitelmallista ja monialaista toimintaa. Se perustuu psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen toimintakyvyn arviointiin, näiden pohjalta tehtyyn kuntoutussuunnitelmaan ja jatkuvaan prosessin arviointiin. Iäkkäiden ihmisten kuntoutus on moniammatillista yhteistyötä. Kuntoutuksen tarve ilmenee vanhuksilla hengityselinsairauden, depression, dementian tai lonkkamurtuman seurauksena. Kuntoutuk-

sen indikaatioita iäkkäillä ovat myös aivoverenkiertohäiriöihin liittyvät haitat ja vajaatoiminnat. Kuntoutus järjestetään yleensä laitos- tai avokuntoutuksena. Avokuntoutusta voidaan järjestää kotona tai päivätoimintakeskuksissa, johon asiakkaat voivat tulla itse. (Häkkinen, H. ym. 2004:19)

5 ENNALTAEHKÄISEVÄT KOTIKÄYNNIT

5.1 Ehkäisevä vanhustyö

Ehkäisevän työn avulla voidaan ylläpitää kansalaisten itsenäistä selviytymistä ja aktiivista kansalaisuutta sekä vaikuttaa myös sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksiin. Ehkäisevän vanhustyön merkitys korostuu ikääntyvän väestön nopeassa kasvussa ja siihen liittyvässä hoiva- ja hoitopalvelujen tarpeen lisääntymisessä. Ehkäisevällä toiminnalla pystytään edistämään vanhusten terveyttä ja lisäämään toimintakykyisiä elinvuosia ja näin ollen siirtämään säännöllisten sosiaali- ja terveystalvelujen tarvetta. 80-vuotiaat ja sitä iäkkäämmät vanhukset tarvitsevat omaisten ja yhteiskunnan apua päivittäisissä toiminnoissa huomattavasti nuorempia kansalaisia useammin. (Häkkinen, H. ym. 2004: 9)

Ehkäisevä toiminta voidaan jakaa kolmeen osaan terveydenhuollon näkökulmasta katsottuna. Ensisijaisesti ehkäisevä toiminta on terveyden edistämistä ja sairauksien ehkäisemistä esimerkiksi liikunnasta ja ravitsemuksesta huolehtimista. Toissijainen ehkäisevä työ on sairauksien diagnosointia ja hoitamista jo varhaisessa vaiheessa. Esimerkiksi mitä aikaisemmin säärihaavaan viittaava muutos ihossa huomataan, sitä aikaisemmin ja tehokkaammin se voidaan hoitaa. Kolmantena ehkäisevänä työnä on sairauksien uusiutumisen ja pahenemisen ehkäisy, esimerkiksi infarktien jälkeinen kuntoutus. (Heinola, R., Voutilainen, P. & Vaarama, M. 2003:7,8)

Ehkäisevä työ voidaan ryhmitellä myös toteuttamisstrategioihin. Ehkäisevä työ voidaan kohdistaa henkilöihin, joilla on suuri riski sairastua, esimerkiksi korkeasta verenpaineesta kärsivät henkilöt. Toisena ehkäisevä työ voi olla suurelle joukolle tai koko väestölle suunnattua terveysneuvontaa. Kolmantena ehkäisevä työ voi olla kohdistettu ym-

päristöön, jota tarvittaessa pyritään muuttamaan esimerkiksi tekemällä asunnon muutostöitä. (Heinola, R. ym.2003:8)

Ikääntyviin ihmisiin kohdistuvassa ehkäisevässä työssä pyritään kartoittamaan elämänlaatua, toimintakykyä ja elinoloja huonontavia tekijöitä ja ehkäisemään palvelujen tarvetta. Ehkäisevällä toiminnalla tuetaan terveiden ja toimintakykyisten vanhusten elinvuosien lisäämistä ja palvelutarpeiden hallitsemista ajoissa, sekä säännöllisen palvelutarpeen siirtymistä pidempään tulevaisuuteen. (Heinola, R. ym. 2003:8)

Ikääntyessä ehkäisevän työn ja terveyden edistämisen tulisi olla ensisijaisia, kun puhutaan sairauden aiheuttaman toimintakyvyn vahvistamisesta ja ylläpitämisestä. Palvelut tulee tarjota vanhusten ehdoilla ja kaikessa toiminnassa on ratkaisevan tärkeää pyrkiä säilyttämään vanhuksen toimintakyky mahdollisimman pitkään. Ennaltaehkäisyllä tarkoitetaan vanhuksen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn ennenaikaisen heikkenemisen estämistä. Tärkeää onkin aloittaa ehkäisevä toiminta ennen kuin vanhuksen selviytymiskyky on selvästi alentunut. Vanhusta on kaikissa tilanteissa arvostettava ihmisenä ja hänen itsetuntoaan on tuettava myös silloin, kun hänen toimintakykynsä on heikentynyt. (Lahti, M. 2004: 15)

5.2 Ennaltaehkäisevät kotikäynnit iäkkäille

Ehkäisevä kotikäynti poikkeaa sosiaali- ja terveydenhuollon perinteisestä kotikäynnistä, mikä tehdään ikääntyneen, hänen omaisensa, naapurin tai työntekijän pyynnöstä. Ehkäisevä kotikäynti on ennalta suunniteltu, ennakoiva, sovitulle ikäryhmälle tarjottu kotikäynti, joka toistetaan tarvittaessa esimerkiksi vuoden välein. (Heinola, R. ym. 2003:8)

Ennaltaehkäisevien kotikäyntien tarkoituksena on fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn arviointi. Siinä kartoitetaan asuin- ja elinympäristöä, jaetaan tietoa palveluista ja erilaisista etuuksista, kuten asunnon korjaus- ja muutostöihin saatavista avustuksista sekä apuvälineistä. Käyntien tavoitteena on ennakoida vanhusten palvelutarvetta ja turvata riittävät palvelut oikea-aikaisella interventiolla ja suunnittelulla. Ehkäisevät kotikäynnit parantavat tiedonkulkua ja lisäävät vanhusten turvallisuuden tunnetta sekä käynnit on koettu sosiaalisesti virkistäviksi. Tämä saattaa edesauttaa vanhuksen asumis-

ta kotona pidempään ja toisaalta vähentää hänen palvelujen tarvetta. Kotikäynnit soveltuvat hyvin ehkäisevän työn menetelmiksi. (Lahti, M. 2004: 15,16)

Iäkkään tilannetta selvitetään eri näkökulmista ja häntä kannustetaan käyttämään omia voimavarojaan. Iäkkäälle kerrotaan kunnassa tarjolla olevista palveluista ja henkilöistä, joihin voi ottaa yhteyttä apua tarvitessaan. Ehkäisevän kotikäynnin aikana haastattelija arvioi muun muassa iäkkään toimintakykyä ja selviytymistään elinympäristössään, asuinoloja ja palvelujen nykyistä ja tulevaa tarvetta. On tärkeää, että vanhuksen avun tarve saadaan selvitettyä ja, että tarvittava apu tai palvelu voidaan järjestää hänelle riittävän ajoissa. Näin voidaan pitkittää vanhuksen kotona selviytymistä ja lisätä hänen turvallisuuden tunnettaan. (Holma, T. 2006)

Ennaltaehkäisevien kotikäyntien avulla on mahdollista tavoittaa palveluja tarvitsevia, mutta niiden ulkopuolella olevia vanhuksia. Asunnon muutostyöt, apuvälineet ja siivous- ja asiointiavun järjestäminen ovat kaikki suhteellisen edullisia palveluja, joiden avulla voidaan mahdollisesti pidentää vanhuksen kotona selviytymistä. (Lahti, M. 2004:16)

Ennaltaehkäisevien kotikäyntien kohderyhmänä ovat yli 75-vuotiaat ikäihmiset, yleensä noin 75-85-vuotiaat. Ennaltaehkäisevillä kotikäynneillä iäkkäille annetaan neuvoja ja tietoja kunnan järjestämistä palveluista. Kotikäynnillä arvioidaan myös monipuolisesti iäkkään kotona selviytymistä ja mahdollisia palvelutarpeita ja kodinmuutostöiden tarvetta. (Heinola, R. 2003:11)

Vuonna 2001 Suomen Kuntaliitto teki kyselyn vanhuksille suunnattujen ehkäisevien kotikäyntien yleisyydestä ja sisällöstä. Kysely lähetettiin kaikkien kuntien sosiaali- ja terveysjohtajille. Kyselyyn vastanneissa kunnissa ehkäisevät kotikäynnit tehtiin yleensä niille 75-85-vuotiaille vanhuksille, jotka eivät olleet säännöllisten kotihoidon, kotisairaanhoidon tai kotipalvelun piirissä. (Häkkinen, H. 2002:19,20)

Kuntaliiton kyselyyn vastannut Porin kaupunki oli huomannut tarpeen ehkäiseville kotikäynneille jo vuonna 2000, jolloin oli valmistunut yli 75-vuotiaiden porilaisten elinolosuhdetutkimus. Silloin haastateltavat olivat halunneet lähettää terveisiä päättäjille ja he olivat halunneet lisää tietoa palveluista ja tuista. Haastateltavien mielestä tiedonsaan-

ti tulisi olla helpompaa ja kaupunki voisi tarjota heille yksityiskohtaisen selostuksen palveluiden tarjonnasta. Edellä mainittujen kommenttien pohjalta Pori kokosi työryhmän, jonka tehtävänä oli suunnitella ennaltaehkäiseviä kotikäyntejä ikäihmisille. Vuonna 2001 porilaisille 80 vuotta täyttäneille tehtiin ennaltaehkäisevä kotikäynti. Käyntien tavoitteena oli välittää tietoa palveluista ja antaa neuvoja, tukea ikäihmistä selviytymään kotonaan, aktivoita haastateltavien voimavaroja, ennakoida ikäihmisen avun tarve sekä kartoittaa kotiympäristön tapaturmariskit. (Koskinen, R. 2002:39,40)

Porissa kohderyhmälle lähetettiin kirje, jossa heille kerrottiin ennaltaehkäisevästä kotikäynnistä ja pyydettiin ottamaan yhteyttä ja sopimaan aika tapaamiselle. Käynnit tehtiin palvelupiireittäin. Ennaltaehkäiseville kotikäynneille rakennettiin keskustelurunko, jonka mukaisista teemoista keskusteltiin. Aiheita oli mm. asuminen, ravitsemus, elämä, terveys, sosiaalinen verkosto ja kaupungin tarjoamat palvelut. Kotikäynnillä annettiin neuvoja ja tietoja julkisista ja yksityisistä palveluista. Heille annettiin opaslehtisiä ja muuta materiaalia. Käynnit kestivät keskimäärin kaksi tuntia. Porilaisista käynneihin osallistuneista ikäihmisistä omatoimisesti kotonaan selviytyi 53 % ja lapset auttoivat 31 % ja puoliso huolehti 16 % haastateltuja. (Koskinen, R. 2002:40,41)

5.3 Ennaltaehkäisevät kotikäynnit muualla Suomessa ja ulkomailla

Ehkäisevien kotikäyntien tekeminen vanhuksille aloitettiin Isossa-Britanniassa ja Tanskassa yli 20 vuotta sitten. Tanskassa tuli vuonna 1996 voimaan laki, joka takaa kaikille yli 75-vuotiaille kaksi kertaa vuodessa ehkäisevän kotikäynnin. Ennen lain voimaan tuloa oli useamman kunnan alueella kokeilu käynneistä. Aluksi käynnit oli suunnattu yli 80-vuotiaille, mutta lain voimaan tulon jälkeen vuonna 1998 se alennettiin koskemaan jo 75-vuotiaita. (Heinola, R. ym. 2003:8)

Ehkäisevien kotikäyntien kokeilu toteutettiin Ruotsissa vuosina 1999-2000. Mukana oli 22 kuntaa. Tavoitteena oli saada tietoa siitä, miten voidaan tukea vanhusten hyvinvointia ja terveyttä, sekä myös miten voidaan ehkäistä sairauksia ja hoidontarvetta. Kokeilussa vanhusten keskeisimmiksi ongelmiksi nousivat kipu, unettomuus ja masennus. Ruotsin kokeilussa mukana olleet vanhuksset olivat halukkaita samaan tietoa liikkumisesta ja ravinnosta, sekä kiinnostuneita säilyttämään terveytensä. (Heinola, R. ym. 2003:8)

Suomessa on tutkittu vasta hyvin vähän ennaltaehkäiseviä kotikäyntejä. Suomen Kuntaliiton vuonna 2000 tekemän kyselyn mukaan vain 36 kunnassa oli tehty ehkäiseviä kotikäyntejä. Tämän kyselyn seurauksena vuonna 2001 Suomen Kuntaliito aloitti projektin ”Ehkäisevät kotikäynnit vanhuksille yhdessä 10 kunnan kanssa. Projektin tarkoitus oli kokeilla, kehittää ja arvioida erilaisia tapoja tehdä ehkäiseviä kotikäyntejä. Hanke loppui vuonna 2003. (Heinola, R. ym. 2003:9)

Ehkäisevät kotikäynnit Karkkilassa käynnistettiin syksyllä 2000. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000-2003, vanhustyön johtajan innostus sekä Karkkilan kuuluminen Kuntokallio-säätiön Mix-projektiin antoivat sysäyksen aloittaa ehkäisevät kotikäynnit vanhuksille. Vanhustyön johtaja ja kotihoidon edustajat vastasivat käyntien käytännön toteutuksesta. Karkkilassa todettiin, että kotikäynnit tulisi tehdä ennen kuin ongelmat kotona selviytymisessä ovat ilmaantuneet. (Heinola, R. ym. 2003:17)

Karkkilassa ehkäisevät kotikäynnit tekivät kotisairaanhoidajat kaikille yksin asuville yli 76-vuotiaille karkkilalaisille vanhuksille. Vanhuksilta saatu palaute oli hyvää ja vanhukset kertoivat tuntevansa, että heistä välitetään. Karkkila varaa myös seuraavien vuosien budjettiin määrärahat seuraaville kotikäynneille. Haastateltavien ikäryhmää korotetaan yli 78-vuotiaisiin, koska todettiin, että nuoremmat ovat niin hyväkuntoisia ja ennaltaehkäisevät käynnit olisi parempi suunnata vanhemmalle väestölle. (Hyötynen P., 2003:10)

Karttulassa ehkäisevät kotikäynnit aloitettiin vuonna 2000 ja haastateltaviksi valittiin 80-vuotiaat karttulalaiset. Kaikkiaan haastateltavia oli 125. Haastattelu tarjottiin kaikille, riippumatta siitä ovatko vanhukset palveluiden piirissä vai ei. Alkususäyksen kotikäyntien tekemiseen antoi kunnassa käynnistynyt sosiaali- ja terveydenhuollon perusselvitys. Huolenaiheena kunnassa oli valtakunnalliset arviot dementoituneiden määrän lisääntymisestä ja tätä haluttiin kartoittaa. 80-vuoden ikä havaittiin liian korkeaksi dementiakartoituksen osalta ja näin ollen vuonna 2002 tehdyt haastattelut kohdentuivat 75- vuotta täyttäneisiin. (Heinola, R. ym. 2003:21)

Salossa 2001 aloitettujen ehkäisevien kotikäyntien ajatuksena oli vahvistaa ikäihmisten uskoa kotona asumiseen antamalla tietoa tarjolla olevista palveluista ja niiden hinnoista. Tämän lisäksi haluttiin selvittää kotona asuvien vanhusten tilannetta. Kohderyhmäksi valittiin yli 80-vuotiaat, jotka eivät olleet palvelujen piirissä. Kaikkiaan heitä oli 600 haastateltavaa. Jatkossa Salossa tullaan tekemään kotikäynnit 80-vuotialle ja käynnit tulee tekemään kolme palveluohjaajaa. (Heinola, R. ym. 2003.33)

5.4 Huittisten kaupungin vanhustenhuollon strategia

Suomen sosiaali- ja terveysministeriö on antanut jokaiselle kunnalle laatusuosituksen, jonka mukaan kunnalla tulee olla vanhuspoliittinen strategia. Sen tulee sisältää palvelurakenteen kehittämisohjelman, jossa hyväksytyt suunnitelmat sisällytetään kuntasuunnitelmaan. (Huittinen 2007)

Vanhuspolitiikassa keskeistä on aktiivisen ja modernin vanhuskäsitteen edistäminen. Keskitytään terveyttä ja toimintakykyä edistäviin voimavaroihin, omatoimisuuteen ja yksilöllisyyteen, sairauksien ja toimintarajoitteiden sijaan. Periaatteina ovat hyvinvointi, tasa-arvoisuus, turvallisuus ja taloudellinen riippumattomuus. (Huittinen 2007)

Huittisten edellinen vanhustenhuollon kehittämisohjelma on vuodelta 1992 ja vuonna 2001 hallituksen antaman suosituksen myötä valmistui vuonna 2002 Huittisten uusi vanhustenhuollon strategia. Strategia työryhmään osallistui sosiaalilautakunnan puheenjohtaja Juha Lehtinen, luottamushenkilöt Leila Koivulehto, Anne Riuttamäki ja Harri Syrjälä, sosiaalijohtaja Timo Kaaja, vanhustyön johtaja Aira Autio, osastohoitajat Pirjo Pitkälampi ja Marja Levola, kotipalveluohjaajat Arja Tasala ja Kirsi Karimäki, ylilääkäri Markku Ellonen sekä johtava hoitaja Hannele Lehtonen. (Huittinen 2007)

Huittisten kaupungin vanhustenhuollon strategian visiona on tarjota ikäihmisille vuonna 2012 laadukkaat ja monipuoliset palvelut, jotka turvaavat kotona asumisen mahdollisimman pitkään ja hoidon tarpeen niin vaatiessa ikääntynyt pääsee halutessaan viivytyksettä asianmukaiseen laitoshoitoon. Vanhuksille tarjotaan asiakaslähtöiset, itsenäistä suoriutumista tukevat palvelut. Hoito-, huolenpito-, kuntoutus-, asumis- ja laitospalveluilla edistetään ikäihmisten hyvinvointia ja elämänlaatua. Hyvässä hoidossa painotetaan yhteistyötä asiakkaan, hänen omaistensa, yhteistyökumppaneiden ja ammattilaisten

välillä. Strategian toiminta-ajatuksen lähtökohtana on ihmisarvoinen ja hyvä elämä kaikille ikäihmisille, jossa toteutuu psyykinen, fyysinen ja sosiaalinen toimintakykyisyys ja hyvinvointi elämänkaaren päättymiseen asti. (Huittinen 2007)

Huittisten vanhustenhuollon tulevaisuuden keskeisiin painotuksiin kuuluu elinkaarirasuminen, joka perustuu asuntojen suunnitteluun. Palveluja järjestämällä tuetaan ikäihmisten kotona asumista ja itsenäistä suoriutumista. Tavoitteena on, että ikäihmisten toimintakyky, terveystietoisuus ja itsehoitovalmiudet parantuvat. Itsehoidon merkitys ja sairauksien ehkäisy nähdään tärkeänä. Kuntoutus ja kuntoutuminen nähdään hyvin tärkeänä ikäihmisen kotihoidossa selviytymiselle. Laitoshoito tulisi olla lyhytaikaista ja kuntouttavaa. Palvelut tuotetaan asiakkaan valintojen mukaan asiakaslähtöisesti. Palvelusuhteen perustana on hoito- ja palvelusuunnitelma. Huittisten vanhuspalveluissa noudatetaan valtakunnallisia hoitosuosituksia ja käytäntöjä. Julkiset ja yksityiset palveluvaihtoehdot vanhuksille tulevat lisääntymään. Kunnan tehtävä on turvata vanhuspalveluiden ammattitaitoisen henkilöstön saanti jatkuvalla täydennyskoulutuksella. Painopiste pysyy edelleen kotihoidossa, mutta samalla palveluyksiköiden huollosta ja uusinvestoinneista. (Huittinen 2007)

6 TUTKIMUSONGELMAT

1. Millainen on haastateltujen Huittisissa kotona asuvien 80- ja 83-vuotiaiden kokemus omasta terveydentilastaan ja toimintakyvystään?
2. Millaiset ovat haastateltujen 80- ja 83-vuotiaiden huittislaisten ikäihmisten asuin- ja elinolosuhteet?
3. Millaisiksi haastatellut 80- ja 83-vuotiaat kotonaan asuvat huittislaiset kuvaavat sosiaalista verkostoaan ja osallistumistaan kodin ulkopuoliseen toimintaan?

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

7.1 Opinnäytetyön tarkoitus

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää 80- ja 83-vuotiaiden huittislaisten ikäihmisten mielipidettä omasta terveydentilastaan, asumisolosuhteistaan, toimintakyvystään sekä sosiaalisesta verkostostaan. Tuloksia verrataan vuoden 2005 haastattelun tuloksiin, jotka on analysoinut Merja Juhala. Tutkimuksen tavoite on tuottaa uutta tietoa Huittisten kaupungille vanhusten palvelutarpeen arviointiin ja palveluiden suunnittelemiseen.

7.2 Tutkimusmenetelmä

Tämä tutkimus on kvantitatiivinen tutkimus, jota käytetään paljon sosiaalialan tutkimuksissa. Keskeistä on käsitteiden määrittely, koehenkilöiden tai tutkittavien henkilöiden valinta, muuttujien muodostaminen taulukkomuotoon ja aineiston saattaminen tilastollisesti käsiteltävään muotoon sekä päätelmien teko havaintoaineiston tilastolliseen analysointiin perustuen (Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2006: 130,131).

Tämä tutkimus tehtiin haastattelemalla valittuja henkilöitä. Haastattelu on ainutlaatuisen tiedonkeruumenetelmä, koska siinä ollaan suorassa kielellisessä vuorovaikutuksessa tutkittavan kanssa. Usein haastatteluun saadaan suunnitellut haastateltavat henkilöt helposti mukaan. Haastattelu on yleensä aikaa vievää ja usein saatetaankin turvautua kyselylomakkeeseen. Strukturoitu haastattelu tapahtuu haastattelulomaketta apuna käyttäen. Haastattelulomakkeen kysymyksien ja väitteiden muoto ja esittämisjärjestys on täysin määrätty. Haastattelu onkin helppo tehdä sen jälkeen, kun kysymykset on laadittu ja saatu järjestettyä. Parihaastattelu toteutetussa haastattelussa on todettu haastateltavien olevan paljon luontevampia ja vapautuneempia, kun useimpia henkilöitä on paikalla. (Hirsjärvi, S. ym. 2006: 193-199)

Tämän tutkimuksen aineisto kerättiin haastattelulomakkeella, joka sisälsi 33 suljettua ja 3 avointa kysymystä. Haastattelulomakkeen runko oli tehty yhteistyössä Suomen Kuntaliiton ja Ehkäisevät kotikäynnit vanhuksille- projektikuntien kanssa. Lomake oli mukailtu versio vuoden 2002 lomakkeesta. Kysymykset oli jaettu kahdeksaan pääkohtaan. Ensimmäinen kohta käsitteli haastateltavien terveydentilaa ja toimintakykyä. Toinen

kohta käsitteli aisteista näköä ja kuuloa. Kolmannessa kohdassa kysyttiin sosiaalisesta verkostosta ja osallistumisesta. Neljännessä kohdassa käsiteltiin kotiaskareista selviytymistä. Viides kohta sisälsi asumiseen liittyviä kysymyksiä. Kuudes kohta käsitteli toimeentuloa. Seitsemäs kohta sisälsi viestintäyhteyksiin liittyviä kysymyksiä. Viimeisessä kahdeksannessa kohdassa kysyttiin tulevaisuuteen liittyviä asioita. Haastattelulomakkeen lopussa oli yksi sivu haastattelijan huomioille varattuna sekä yhteenveto ja johtopäätökset sivut, joista toinen jää haastattelijalle ja toinen haastateltavalle.

7.3 Tutkimusongelmiin vastaavat kysymykset

TUTKIMUSONGELMAT:	NIIHIN VASTAAVAT KYSYMYKSET (Liite 1)
1. Millainen on haastateltujen Huit-tisissa kotona asuvien 80- ja 83-vuotiaiden kokemus omasta terveydentilastaan ja toimintakyvystään?	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 21, 22, 31,
2. Millaiset ovat haastateltujen 80- ja 83-vuotiaiden huittislaisten ikäihmisten asuin- ja elinolosuhteet?	23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36
3. Millaisiksi haastatellut 80- ja 83-vuotiaat kotonaan asuvat huittislaiset kuvaavat sosiaalista verkostoaan ja osallistumistaan kodin ulkopuoliseen toimintaan?	17, 18, 19, 20, 33

7.4 Luotettavuus ja pätevyys

Tutkimusta tehdessä pyritään aina välttämään virheiden tekemistä, mutta silti tulosten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat. Haastattelun virhelähteet, voivat aiheutua haastattelijasta, haastateltavasta tai itse tilanteesta kokonaisuutena. Haastattelussa voi luotettavuutta heikentää se, että haastateltava voi antaa sosiaalisesti suotavia vastauksia. (Hirsjärvi, S. ym. 2006:195, 216)

Mittareilla ja menetelmillä ei aina saada vastauksia niihin asioihin, kuin tutkija oli ajatellut. Vastaja voi ymmärtää kysymykset väärin. Haastatteluun voi vaikuttaa haastattelupaikka ja – aika, häiriötekijät, virhetulkinnat, haastattelijan ja haastateltavan vuorovaikutuksen laatu, melu ja muut ympäristötekijät. Haastateltava voi kokea tilanteen monella tapaa itseään uhkaavaksi tai pelottavaksi. Haastateltava saattaa antaa väärää vastauksia, koska haluaa tuoda itsestään esiin toisenlaista puolta kuin oikeasti on. Mielellään henkilöt vaikenevat taloudellisesta tilanteestaan, sairauksistaan ja vajavaisuuksistaan. (Hirsjärvi, S. ym. 2006: 195-196, 216-218)

7.5 Aineiston keruu

Aineisto on kerätty haastattelemalla huittislaisia 80- ja 83-vuotiaita ikäihmisiä, jotka eivät kuulu säännöllisten sosiaali- ja terveystalouden piiriin. Haastattelu tehtiin ennaltaehkäisevän kotikäynnin yhteydessä. Ennaltaehkäisevän kotikäynnin yhteydessä haastateltaville annettiin erilaista materiaalia, koskien Huittisten tarjoamia palveluita ikäihmisille. Kohderyhmänä oli siis 1923 ja 1926 syntyneet huittislaiset. Haastateltavia oli 34 henkilöä. Haastateltavien henkilötiedot saatiin Tilastokeskuksesta. Haastattelut strukturoituilla haastattelulomakkeilla tekivät kolme kotisairaanhoidon- ja kotipalvelutyöntekijä paria väestövastuualueiden mukaan. Alueet oli jaettu pohjoinen, itä ja länsi alueisiin. Toinen parista haastatteli ja toinen kirjasi vastaukset ylös. Haastattelijat oli koulutettu haastattelua varten Huittisten kaupungin toimesta. Myös tälläkin kerralla haastattelijat käyttivät ammattitaitoaan haastattelun tekemiseen ja korostivat tilanteen avoimuutta ja vuorovaikutuksellisuutta (Juhala, M. 2006).

Haastatteluun valituille henkilöille lähetettiin saatekirjeen kanssa tieto tulevasta haastattelusta. Itäiselle väestövastuualueelle lähetettiin 11 kirjettä, joita tuli 8 haastattelua. Poh-

joiselle alueelle lähetettiin 14 kirjettä, joista haastatteluja tehtiin 12 henkilölle. Läntiselle alueelle lähetettiin 17 kirjettä, joista 14 toteutui haastatteluina. Haastattelut tehtiin joulukuuhun 2006 mennessä. Syitä haastattelujen peruuntumisille olivat sairaalajaksot, lomat ja kieltäytymiset.

7.6 Aineiston analysointi

Analyysin tekijä sai haastattelujen aineiston tammikuussa 2007. Aineiston tutkimustulokset luovutettiin Huittisten kaupungille toukokuussa 2007. Aineisto kirjattiin ylös Exel- ohjelmaan ja analysoitiin Tixel- ohjelmalla. Aineistosta analysoitiin yksiulotteiset jakaumat ja ristiintaulukoitiin, käyttäen muuttujina ikää ja sukupuolta sekä väestövastuualueita. Muutamissa kysymyksissä oli multiresponsemahdollisuus eli vastauksia saattoi olla useampi. Avoimet kysymykset analysoitiin sisällönanalyysinä. Vuoden 2006 tuloksia verrattiin vuoden 2005 tuloksiin. Tekstissä analyysin tulokset osoitetaan prosentteina, lukumäärinä ja kuvioina. Aineiston valmistuttua analyysin tekijä piti esityksen Huittisten kaupungille haastattelun tuloksista. Esitys pidettiin toukokuussa 2007 ja siinä käytettiin powerpoint-esitystä. .

8 TUTKIMUSTULOKSIA

Tämän tutkimuksen tulokset esitetään tutkimusongelmittain. Samassa yhteydessä tuloksia verrataan vuotta aikaisempiin (2005) tehtyihin samanlaisen haastattelun tuloksiin. Tutkimuksen tuloksien yksiulotteiset jakaumat löytyvät työn liitteestä 2.

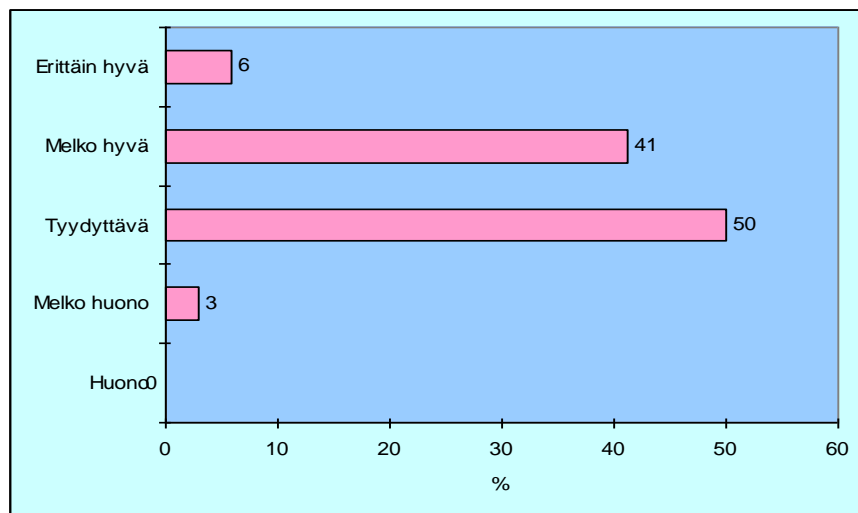
8.1 Haastateltujen taustatiedot

Haastatelluista 53 % oli 80-vuotiaita ja 47 % 83-vuotiaita. Läntisellä väestövastuualueella oli 80-vuotiaita 43 % ja 83-vuotiaita 57 %. 80-vuotiaiden osuus haastatelluista itäisellä alueella oli 75 % ja pohjoisella 50 %. 83-vuotiaiden osuus itäisellä alueella oli 25 % ja pohjoisella 50 %.

Haastatelluista suurempi osa (74 %) oli naisia, kun taas miehiä oli 26 % vastanneista. Vastanneista naisista 52 % oli 80-vuotiaita ja 48 % oli 83-vuotiaita. 80-vuotiaita miehiä vastanneista oli 56 % ja 83-vuotiaita oli 44 %.

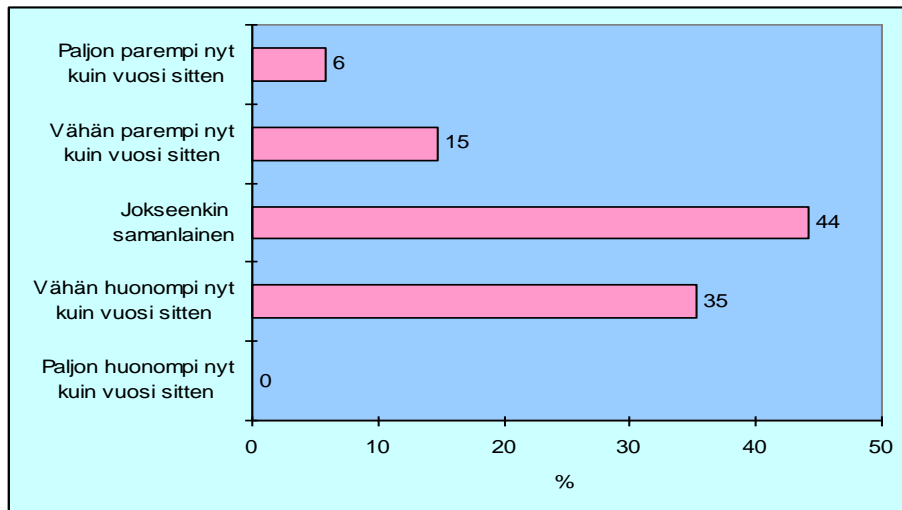
8.2 Terveydentila ja toimintakyky

Haastatelluista kukaan ei pitänyt terveydentilannettaan omasta mielestään huonona (Kuvio1). Vastaajista puolet piti omaa terveydentilannettaan tyydyttävänä, 41 % piti sitä melko hyvänä, 6 % piti tilannettaan hyvänä ja ainoastaan 3 % melko huonona.



Kuvio 1. Haastateltavien mielipide omasta terveydentilastaan (n=34)

Haastatelluista melkein puolet (44 %) piti terveydentilannettaan jokseenkin samanlaisena, kun sitä verrattiin viime vuoteen (Kuvio 2). Vastanneista 15 % piti terveydentilannettaan vähän parempana kuin vuosi sitten ja 35 % piti terveydentilannettaan vähän huonompana verrattuna viime vuoteen. Kukaan vastanneista ei pitänyt terveydentilannettaan paljon huonompana kuin vuosi sitten.

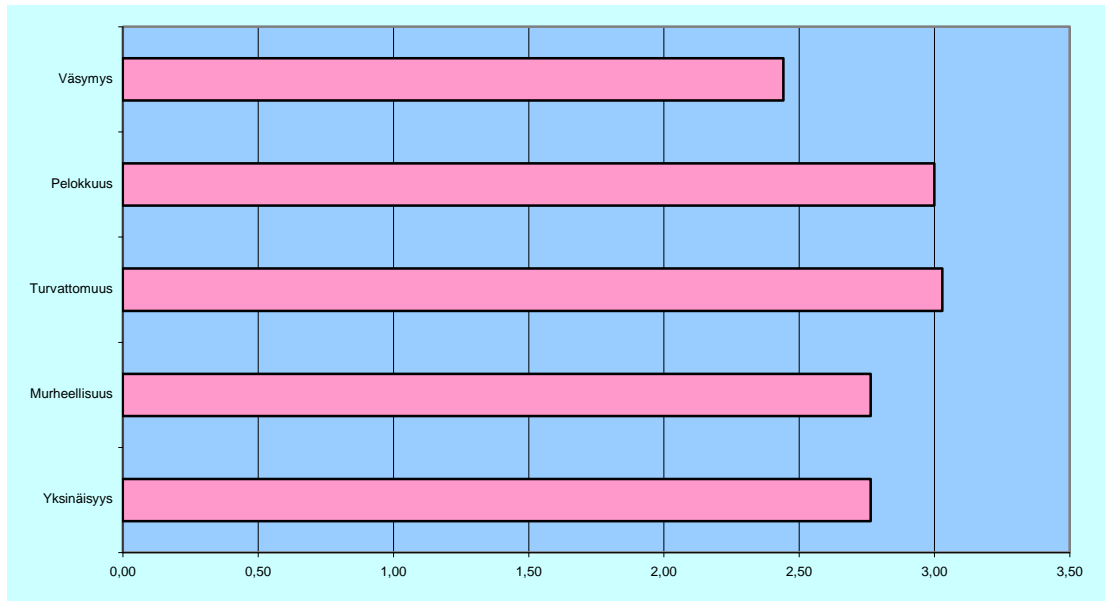


Kuvio 2. Haastateltavien mielipide terveydentilastaan nyt verrattuna viime vuoteen (n=34)

Kysyttäessä haastateltavien huolestumista omasta terveydentilastaan olivat vastaukset jakaantuneet tasan puoliksi. Puolet (50 %) oli huolissaan omasta terveydentilastaan, kun taas toiset 50 % haastatelluista ei ollut.

Huolestuneiden vastaajien terveyshuolista polvivaivat, selkävaivat ja lonkkavaivat olivat suurimpina syinä terveyshuoliin. Muina yksittäisinä syinä olivat huimaus, sydän, voimien huononeminen, syöpä, asbesti, näkö, särky, vatsakipu, jalat, unettomuus sekä huono ajansaatavuus lääkärille.

Kuviossa esiintyvä korkea keskiarvo tarkoittaa tyytyväisyyttä ja sitä, että esimerkiksi turvattomuutta ei koe lähes kukaan vastanneista. Keskiarvon mukaan väsymystä tunneetaan enemmän kuin murheellisuutta ja yksinäisyyttä (Kuvio3).



Kuvio 3. Keskiarvot

Haastateltavista 79 % ei tuntenut itseään koskaan yksinäiseksi, 9 % tunsivat itsensä harvoin yksinäiseksi ja 9 % tunsivat itsensä usein yksinäiseksi.

Haastatteluun vastanneista 74 % ei koskaan tuntenut itseään murheelliseksi, 21 % tunsivat itsensä harvoin murheelliseksi ja ainoastaan 3 % tunsivat itsensä usein murheelliseksi.

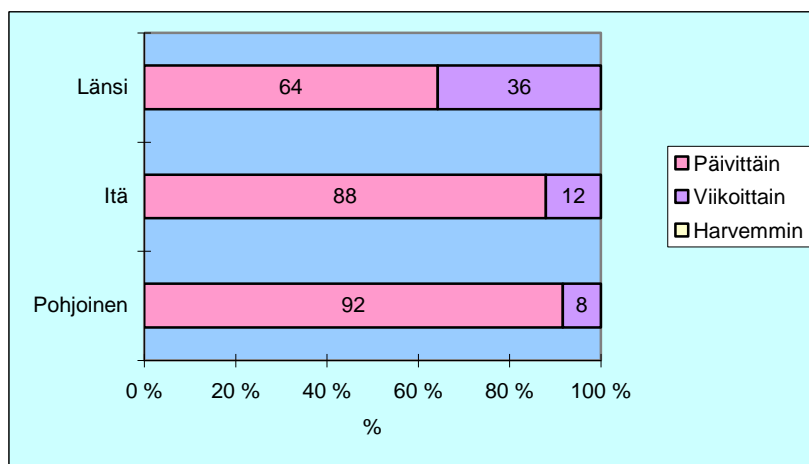
Vastanneista lähes kaikki eli 97 % ei koskaan tuntenut itseään turvattomaksi. Vuoden 2005 haastattelussa henkilöistä 86 % ei koskaan tuntenut itseään turvattomaksi. Eli edelliseen vuoteen oli tullut parannusta. Haastatelluista 94 % ei koskaan tunne itseään pelokkaaksi.

Haastatteluun vastanneista 12 % tunsivat itsensä usein väsyneeksi, 35 % tunsivat itsensä harvoin väsyneeksi ja puolet (50 %) ei tuntenut itseään koskaan väsyneeksi. Väsyneeksi tuntemisessa oli huomattavasti parannusta vuoden 2005 tuloksiin, jolloin ainoastaan 30 % haastatelluista ei tuntenut itseään koskaan väsyneeksi ja usein väsyneeksi itsensä silloin tunsivat 30 %.

Kukaan haastatelluista ei pelännyt turvallisuutensa puolesta kotona ja kodin ulkopuolella ei pelännyt 97 % vastanneista. Yksi henkilö (3 %) koki pelkäävänsä kodin ulkopuo-

lolla turvallisuutensa puolesta. Edellisenä vuonna tulos oli samansuuntainen eli 98 % ei kokenut pelkäävänsä kotona ja kodin ulkopuolella ei pelännyt 92 %.

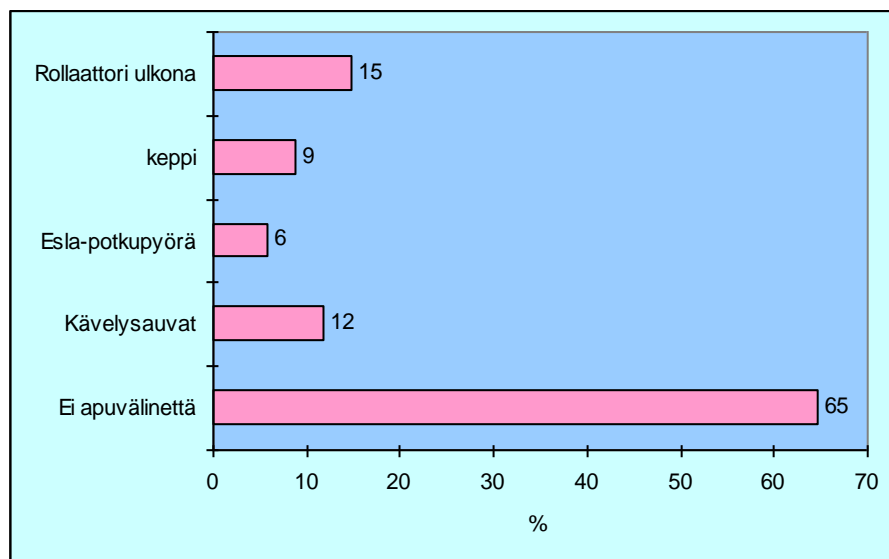
Haastatteluun vastanneista 65 % koki nukkuvansa hyvin ja 35 % koki nukkuvansa huonosti. Univaikeuksien suurin syy eli 35 % oli nukahtamisvaikeus. Muita univaikeuden syitä olivat heräily, jännittäminen, vatsa, lyhyet unet ja ei kunnon yöunta. vastanneista naiset nukkuivat miehiä paremmin. Naisista 72 % vastasi nukkuvansa hyvin, kun taas vastausprosentti miehillä oli 44. Haastatelluista 80-vuotiaista 78 % vastasi nukkuvansa hyvin ja 83-vuotiaista 50 % nukkuu yleensä hyvin.



Kuvio 4. Haastateltujen liikunnan harrastaminen väestövastuualueittain. (n=34)

Haastatteluun osallistuneista 79 % harrastaa liikuntaa päivittäin ja 21 % viikoittain. Läntisellä väestövastuualueella liikuntaa harrasti päivittäin 64 %, itäisellä alueella 88 % ja pohjoisella alueella päivittäin harrasti liikuntaa 92 % vastanneista (Kuvio 4). Vuoden 2005 haastattelussa henkilöistä 66 % harrasti liikuntaa päivittäin. Parannusta viime vuoteen tuli tässä tutkimuksessa 13 %.

Ruokahalun hyväksi koki 94 % vastanneista ja huonona ruokahaluaan piti 6 prosenttia. Lämpimän aterian päivässä nautti 94 % haastatelluista.

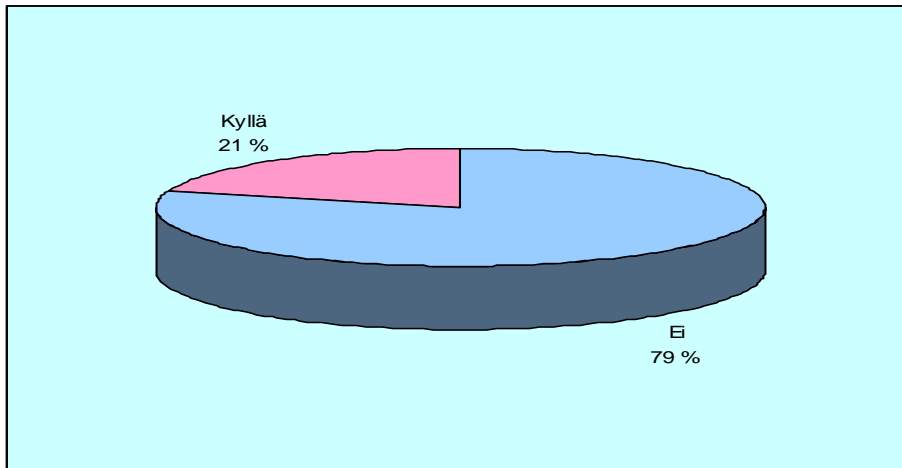


Kuvio 5. Käytetyt apuvälineet päivittäisissä toiminnoissa. (n=34)

Kaikki vastanneista kykenivät nousemaan ylös tuoilta ja sängystä sekä kaikki pystyivät liikkumaan asunnossaan. Jokainen vastanneista suoriutui kylvyssä ja suihkussa käymisestä sekä kaikki haastatellut suoriutuivat myös ulosmenosta. 97 % vastanneista suoriutuu portaiden noususta sekä selviytyi ulkona liikkumisessa apuvälineen kanssa tai ilman. Edellä mainituissa päivittäisissä toiminnoissa suoriutumiseen haastatelluista 65 % ei käyttänyt mitään apuvälineitä (Kuvio 5). 12 % käytti kävelysauvoja ja 15 % käytti rollaattoria ulkona. Muita käytettyjä apuvälineitä olivat keppi ja esla- potkupyörä. Edellisenä vuonna (2005) haastatelluista 70 % ei käyttänyt mitään apuvälineitä eli tulos oli hyvin samansuuntainen.

Haastatelluista tavallisesti liikkui 38 % omalla autolla, 29 % liikkui kävellen ja 26 % käytti polkupyörää. Muita välineitä liikkumiseen olivat julkiset kulkuneuvot, palvelulinja, taksi, esla- potkupyörä, kyyti sekä pitkät matkat lasten kanssa.

Vastanneista 79 % ei ollut kaatunut viimeisen kuuden kuukauden aikana (Kuvio 6). Vastanneista 34 henkilöstä oli seitsemän henkilöä kaatunut. Viisi heistä oli kaatunut yhden kerran kuuden kuukauden sisällä, yksi henkilö oli kaatunut kaksi kertaa ja yksi henkilö oli kaatunut kolme kertaa viimeisen kuuden kuukauden sisällä. Kaatuminen tapahtui kolme kertaa polkupyörällä, kolme kertaa ulkona ja kaksi kertaa sisällä. Kaatumisissa neljälle ei ollut tullut vammaa. Yhden kerran murtui ranne, yhden kerran meni olkapää sijoiltaan, kerran tuli haava ja kerran pintaruhjeita.

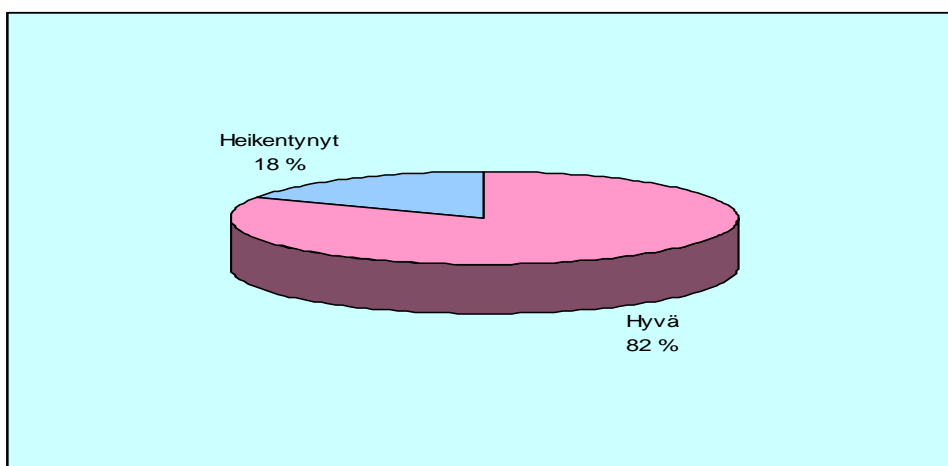


Kuvio 6. Haastateltavien kaatumiset viimeisen kuuden kuukauden aikana (n=34)

Haastatteluun vastanneista 88 % oli saanut opastusta lääkkeisiin ja 6 % ei ollut saanut opastusta lääkkeidensä käyttöön. Vastanneista yhdellä henkilöllä ei ollut lääkkeitä käytössä.

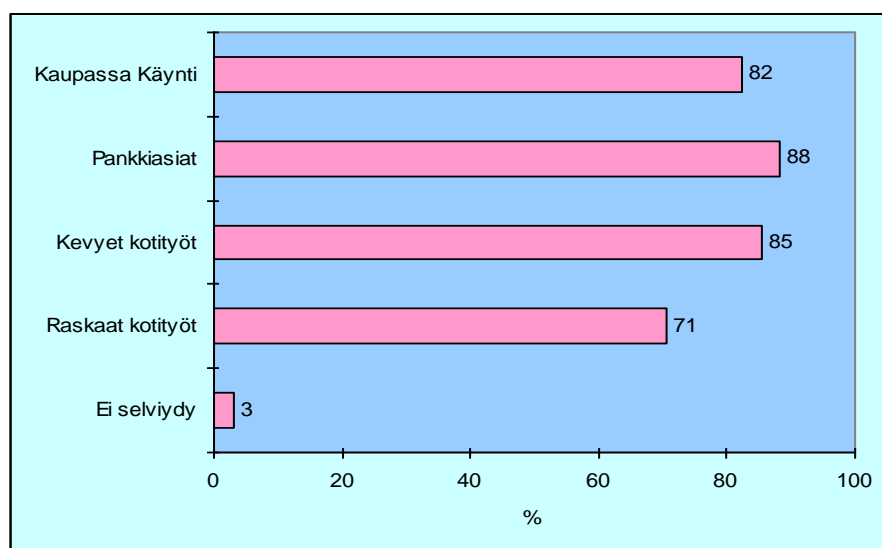
Haastatteluun vastanneista 82 % näki lukea sanomalehteä sujuvasti silmälasien kanssa. Sujuvasti ilman laseja näki lukea 9 % ja 6 % luki lehteä suurennuslasin kanssa. Vastanneista yksi henkilö ei pystynyt lukemaan sanomalehteä heikentyneen näön vuoksi.

Haastatelluista 76 % kertoi, etteivät näköongelmat haittaa heidän elämäänsä. Heikentynyt näkö haittaa päivittäistä elämää 12 %:lla vastanneista. Kysymykseen jätti vastaamatta 12 prosenttia.



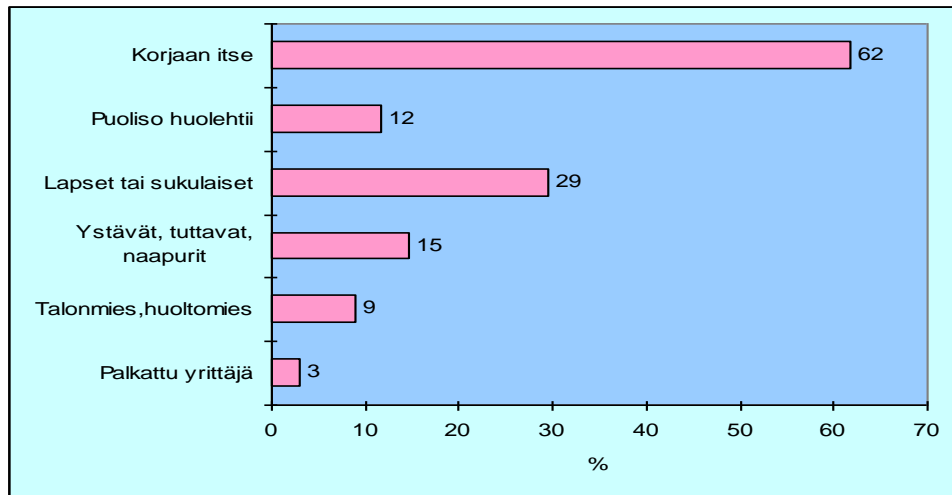
Kuvio 7. Haastateltavien kuulo (n=34)

Haastatteluun osallistuneista 82 % kertoi kuulonsa olevan hyvä ja 18 %:lla kuulo oli heikentynyt (Kuvio 7). Vastaajista kaksi henkilöä käytti kuulolaitetta ja kuuli sillä hyvin. Yksi henkilö vastasi, ettei käytä kuulolaitetta vaikka kuulo onkin heikentynyt. Kaikki vastaajat kuuluivat puhelimensoiton, puhelinkeskustelun, palovaroitin ja tv:n sekä radion. Haastatelluista yksi henkilö ei kuule ovikelloa ja herätyskelloa. Vuoden 2005 haastatelluista vain 66 %:lla oli kuulo hyvä. Tässä näyttäisi olevan merkittävä ero tämän vuoden tuloksiin.



Kuvio 8. Omin voimin selviytyminen päivittäisissä toiminnoissa (n=34)

Haastatteluun vastanneista 82 % selviytyi kaupassa käynnistä, 88 % selviytyi pankkiasioiden hoitamisesta (Kuvio 8). Haastatelluista 85 % selviytyi kevyistä kotitöistä ja 71 % selviytyi raskaista kotitöistä. Yksi henkilö ei selviydy edellä mainituista kotitöistä ja asioinnista. Apua tarvitsevista 60 % tarvitsi apua raskaissa kotitöissä. muuten apua tarvittiin kaupassa ja pankissa käynnissä, kevyissä kotitöissä, kuljetusapua, ikkunanpesuapua sekä lukuapua.

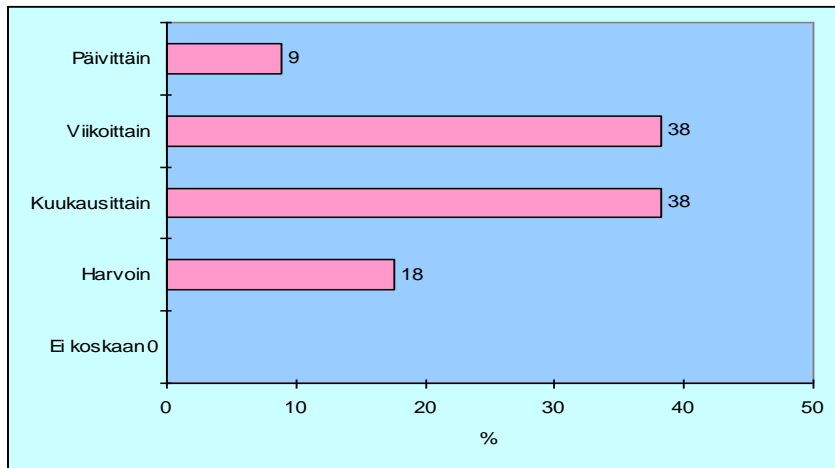


Kuvio 9. Pienistä korjauksista huolehtiminen (n=34)

Asunnon pienistä korjauksista itse pienet viat korjaa 62 % vastanneista ja 29 %:lla auttavat sukulaiset tai lapset (Kuvio 9). Ystävät, tuttavat ja naapurit auttavat 15 % vastanneista ja 12 %:lla puoliso auttaa pienissä korjauksissa. Talonmies ja huoltomies auttavat 9 % vastanneista ja 3 %:lla on ollut palkattu yrittäjä tekemässä korjauksia. Huomattava ero vuoden 2005 tuloksiin oli, että silloin vain 23 % pystyi itse huolehtimaan asunnon pienistä korjauksista.

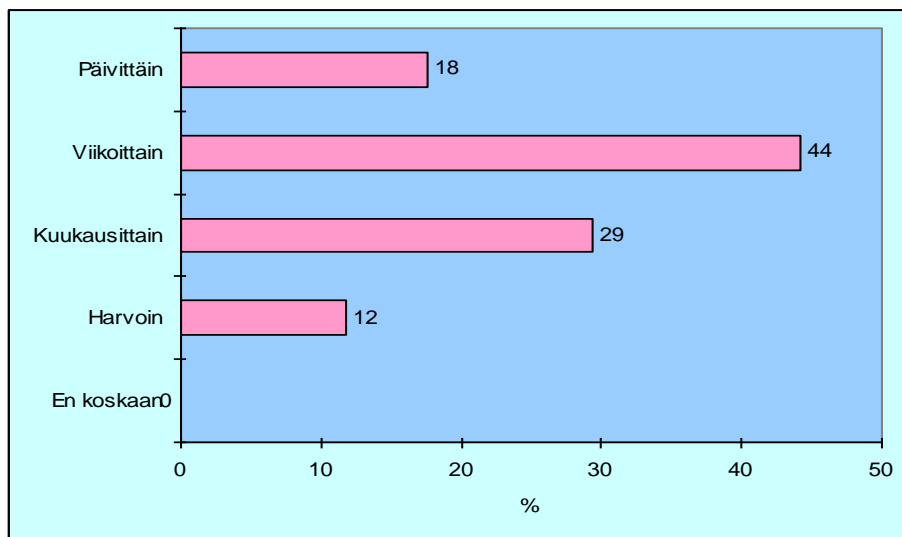
8.3 Sosiaalinen verkosto ja osallistuminen

Haastatteluun osallistuneista 38 %:lla käy tuttavilla kylässä viikoittain ja samalla prosentiosuudella tuttavilla käy kylässä kuukausittain (Kuvio 10). Vastanneista 9 %:lla käy tuttavilla kylässä päivittäin ja 18 %:lla harvoin. Läntisellä väestövastuualueella viikoittain käy kylässä haastateltujen luona 36 %:lla, kuukausittain 50 %:lla ja harvoin 21 %:lla. Itäisellä alueella vierailijoita käy päivittäin 25 %:lla, viikoittain 38 %:lla, kuukausittain 25 %:lla ja harvoin tuttavilla käy 13 %:lla. Pohjoisella alueella tuttavilla käy päivittäin 8 %:lla, viikoittain 42 %:lla ja kuukausittain 33 %:lla haastatelluista.



Kuvio 10. Tuttavien kyläileminen haastateltavien luona (n=34)

Haastatelluista ikäihmisistä 35 % on päivittäin puhelinyhteydessä tuttaviansa ja 38 % on yhteydessä viikoittain. Puhelinyhteydessä kuukausittain on 15 % haastatelluista ja 15 % on yhteydessä harvoin.



Kuvio 11. Läheisten tapaaminen (n=34)

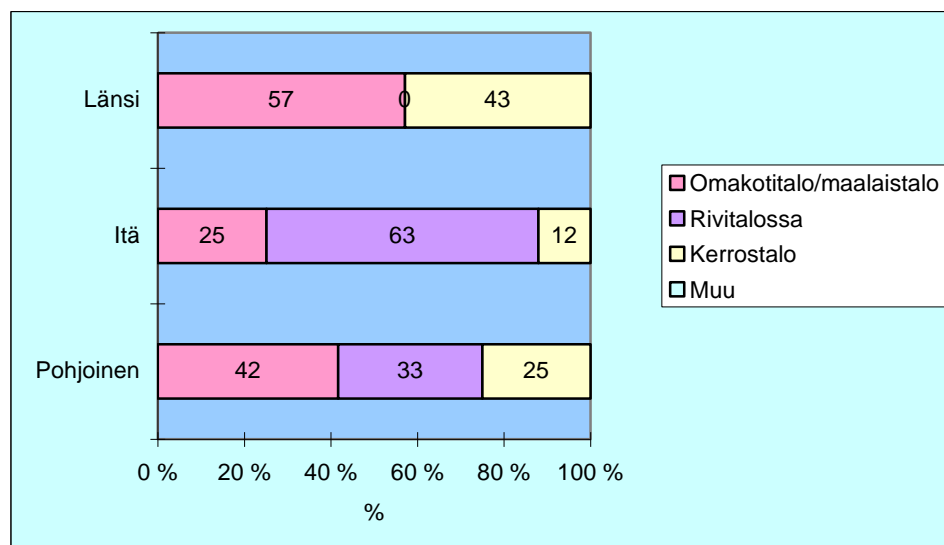
Vastanneista 44 % tapasi läheisiään viikoittain ja 18 % tapasi heitä päivittäin (Kuvio 11). Haastatelluista 29 % tapasi läheisiään kuukausittain ja 12 % harvoin. Edellisen vuoden (2005) haastatelluista viikoittain läheisiään tapasi 60 % ja päivittäin 14 %.

Kukaan haastatelluista ei osallistunut päivittäin vapaa-ajan toimintaan kodin ulkopuolella. Vastanneista 41 % osallistui viikoittain ja 29 % kuukausittain vapaa-ajan toimintaan.

Vastaajista harvoin osallistui 29 % ja kaksi henkilöä ei osallistunut koskaan vapaa-ajan toimintaan kodin ulkopuolella. 80-vuotiaista viikoittain osallistui 56 %, kun taas 83-vuotiaista osallistui vain 25 % vapaa-ajan toimintaan kodin ulkopuolella. 80-vuotiaista kuukausittain osallistui 17 % ja 83-vuotiaista osallistui 44 % toimintaan kodin ulkopuolella. Vuonna 2005 päivittäin vapaa-ajan toimintaan osallistui 2 % ja viikoittain 28 % haastatelluista.

8.4 Asuin- ja elinolosuhteet

Haastatteluun vastanneista 65 % asuu yksin ja 35 % asuu toisen kanssa. Toisen kanssa asuvista asuinkumppanina oli yleensä aviopuoliso (75 %) ja 8 % asui lapsensa kanssa. Vuonna 2005 yksin asui 55 % vastanneista.



Kuvio 12. Haastateltujen asuinmuodot väestövastuualueittain. (n=34)

Vastanneista 44 % asui omakotitalossa, 29 % kerrostalossa ja 26 % rivitalossa. Lähes kaikilla haastatelluiden asunnoissa oli kaikki mukavuudet sisällä eli vesijohto, wc, suihku ja sauna. Vain yhdellä henkilöllä ei ollut asunnossaan mitään mukavuuksia. Saunaa ei ollut 12 %:lla vastanneista. Läntisellä väestövastuualueella omakotitalossa asui 57 % ja kerrostalossa 43 % vastanneista (Kuvio 12). Itäisellä alueella asui 25 % omakotitalossa, 63 % rivitalossa ja 12 % kerrostalossa haastatelluista. Pohjoisella alueella vastanneista 42 % asui omakotitalossa, 33 % rivitalossa ja 25 % kerrostalossa. Edellisenä

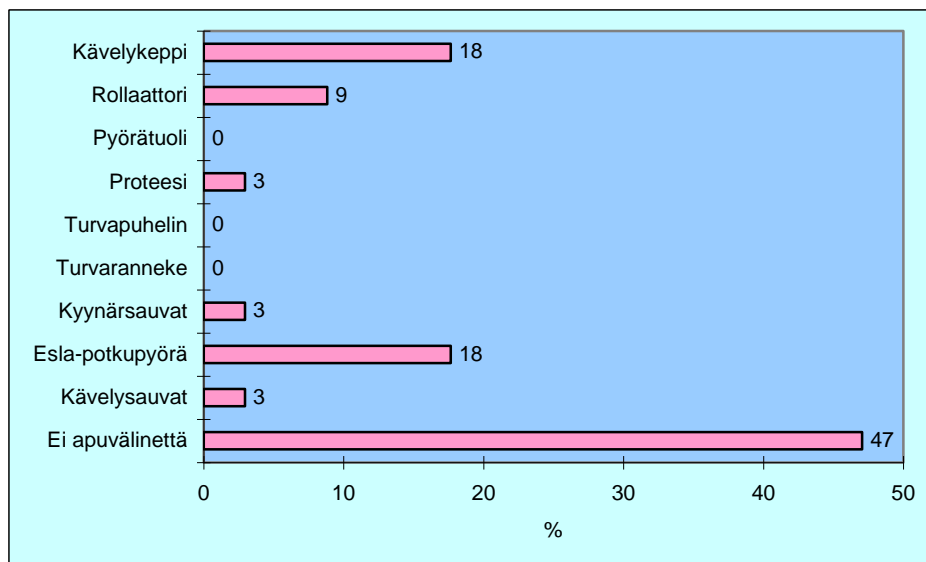
vuonna (2005) vastanneista täysin sama määrä (44 %) asui omakotitalossa ja kerrostalossa asujia oli silloin hieman enemmän (36 %).

Haastatellusta 34 henkilöstä vain yhdellä ei ollut palovaroitinta kotonaan. Haastatelluista 15 henkilöä pystyi itse vaihtamaan patterin palovaroittimeen. Myös viime vuonna vain yhdeltä henkilöltä puuttui palovaroitin asunnostaan.

Kartoitettaessa asunnonmuutostyötarvetta, ei kukaan vastanneista kokenut tarvitsevansa muutostöitä kotiinsa. Viime vuonna 5 % koki tarvitsevansa asunnonmuutostöitä.

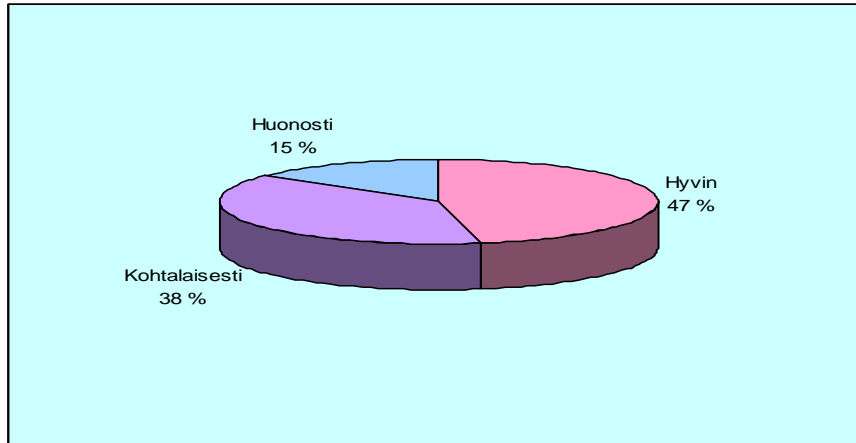
Haastatteluun vastanneista 91 % ei toimi omaishoitajana. Kaksi henkilöä toimi joko puolisonsa tai lapsensa omaishoitajana.

Vastanneet saavat apua sitä tarvitessaan lapselta, naapureilta ja puolisoilta. Harvemmin pyydettiin apua ystäviltä ja tuttavilta, kunnan kotipalvelusta, sukulaisilta ja talonmieheltä. Haastatelluista 59 % sanoo pyytävänsä apua puhelimella, 3 % sanoo odottavansa, että tullaan käymään ja 3 % sanoo käyvänsä kysymässä. Kysymykseen jätti vastaamatta 38 %.



Kuvio 13. Apuvälineiden käyttö (n=34)

Haastatteluun vastanneista 47 % ei käyttänyt mitään apuvälineitä (Kuvio 13), 18 % käytti kävelykeppiä ja toiset 18 % esla- potkupyörää. Vastanneista 9 % käytti rollaattoria sekä muita käytettyjä apuvälineitä olivat proteesi, kyynärsauvat ja kävelysauvat.



Kuvio 14. Tulojen riittäminen elämiseen (n=34)

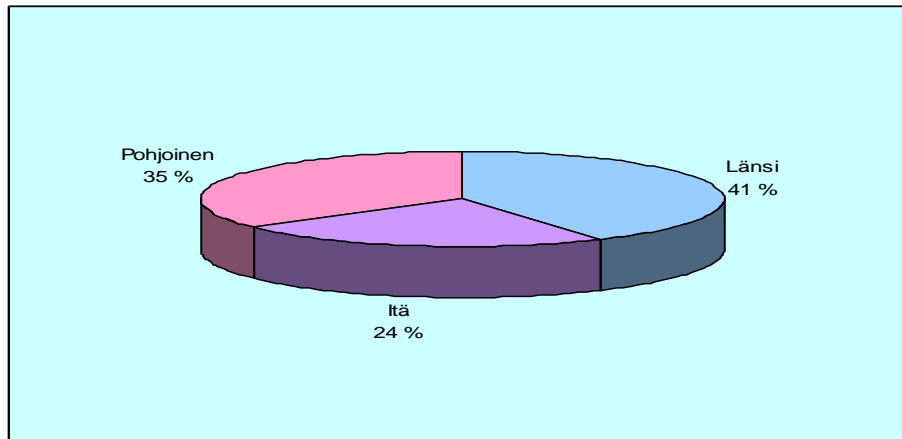
Toimeentuloon liittyvässä kysymyksessä haastatelluista 47 % koki tulevansa hyvin toimeen, 38 % koki toimeentulonsa olevan kohtalainen ja 15 % tunsu toimeentulonsa olevan huono (Kuvio 14). Edellisenä vuonna (2005) vain 4 % koki toimeentulonsa olevan huono.

Haastatteluun osallistuneista 82 % käytti lankapuhelinta säännöllisesti ja 9 % ei käyttänyt lankapuhelinta koskaan sekä 6 % vastanneista sanoi käyttävänsä puhelinta silloin tällöin.

Matkapuhelinta haastatelluista käytti säännöllisesti 35 %, silloin tällöin käytti matkapuhelinta 12 % ja 24 % ei käyttänyt koskaan. Kysymykseen jätti vastaamatta 29 % haastatelluista.

Internetiä säännöllisesti käytti yksi haastatelluista ja yksi haastatelluista käytti internetiä silloin tällöin. 56 % haastatelluista ei käyttänyt koskaan internetiä ja 38 % jätti vastaamatta kysymykseen. Sähköpostia käytti säännöllisesti 3 % vastanneista, 59 % ei käyttänyt koskaan sähköpostia ja kysymykseen jätti vastaamatta 38 % haastatelluista.

Kysyttäessä haluavatko haastateltavat joitakin tarkempia tutkimuksia tulevaisuudessa, haastatelluista kolme henkilöä halusi tarkemman selvityksen terveydentilastaan. Kolme haastateltua halusi tarkemman selvityksen toimintakyvystään. Yksi henkilö halusi selvityksen tilanteen mukaan



Kuvio 15. Haastateltujen sijoittuminen väestövastuualueittain. (n=34)

Haastateltujen sijoittuminen väestövastuualueisiin meni seuraavasti; Pohjoisen alueella asui 35 % haastatelluista, Läntisellä alueella 41 % ja Itäisellä alueella asui 24 % vastaajista (Kuvio 15).

Avoimissa kysymyksissä kysyttiin haastateltavien mielipidettä nykyisestä asuin ympäristöstä. Haastateltavat kertoivat olevansa tyytyväisiä asuin ympäristöönsä. He kuvailivat asuin ympäristöään parhaaksi paikaksi asua tai hyväksi asua. Kukaan haastatelluista ei pitänyt asuin ympäristöään huonona, vain yksi henkilö piti sitä tyydyttävänä. Muita sanoja kuvaamaan vastanneiden mielipidettä asuin ympäristöstään olivat mm. mukava, toimiva, ihanteellinen ja turvallinen.

Haastateltavilta pyydettiin myös lähettämään kunnalle terveisiä. Päällimmäisiksi asioiksi nousivat palveluiden säilyttäminen, siivousapua kaivattiin sekä toivottiin, etteivät verot nousisi. Huitsikan reittiä toivottiin kulkevaksi Torkinkadun kautta ja teitä toivottiin saatavan parempaan kuntoon. Muina terveisinä kunnalle, toivottiin enemmän vapaaehtoisjärjestöille talkootyötä esim. ystävän palvelu, toivottiin, ettei eläke laske, kuljetus palvelunsaantia haluttiin saada helpommaksi, kotiapua veteraaneille sekä pitäisi enemmän ajatella vanhusten asioita.

9 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTALU

9.1 Tutkimuksen eettiset näkökohdat

Ennaltaehkäisevien kotikäyntien haastattelut ovat olleet osallistujille vapaaehtoisia. Heidän kirjallinen suostumus haastatteluun on hankittu ja haastattelusta on kerrottu asianmukaisesti. Haastateltavat ovat antaneet luvan vastaustensa käyttöön suunniteltaessa kunnan palveluja tuleville vuosille ilman, että heidän henkilöllisyytensä paljastuu. Haastattelijat ovat olleet päteviä tekemään haastatteluja. Heidät on koulutettu ja evästetty strukturoidun haastattelun tekoon. Aineiston keräämisessä on otettu huomioon anonyymiuden takaaminen ja luottamuksellisuus. Ennen haastattelujen luovuttamista analysoitavaksi, on niistä poistettu suostumuslomake, yhteenveto ja johtopäätökset sivu. Lomakkeissa ei ole analysoitavaksi menovaiheessa mitään, mistä voisi vastaajan henkilöllisyys paljastua.

Analyysin tekijä on huolehtinut haastattelulomakkeiden asianmukaisesta säilytyksestä ja käsittelystä. Haastatteluaineisto on luovutettu takaisin Huittisten kaupungille, joka säilyttää tai hävittää aineiston asianmukaisesti.

Tutkimusta ja analyysiä tehdessäni en ole plagioinut tekstiä muilta henkilöiltä. Olen esittänyt tulokset realistisina, en ole muuttanut tai kaunistellut tuloksia. Raportoinnissa en harhaanjohda ja tuon esiin myös puutteet.

9.2 Tutkimuksen luotettavuus ja pätevyys

Luotettavuuteen alentavasti vaikuttaneista asioista esiin nousee tässä tutkimuksessa haastattelijoiden lomakkeeseen merkitsemättä jättäneet kohdat sekä mahdolliset virhemerkinnät. On tärkeää katsoa tarkasti vastauksia merkitessä, että rastit tulevat oikeaan kohtaan. Tästä esimerkkinä vastauksien mukaan henkilö, joka ei suoriudu mistään päivittäisistä toiminnoista kulkeekin kauppaan polkupyörällä. Tällaiset virhemerkinnät onneksi voitiin korjata keskustelemalla haastattelun tekijän kanssa. Toisena esiin nousee, ettei haastattelija ole merkinnyt mitään vaihtoehtoa kysymykseen. Kuitenkin oletan, että kysymys on esitetty haastatetulle. Esimerkiksi tämän tutkimuksen kysymyksissä, jotka koskivat viestintävälineitä, puuttui paljon vastauksia. Näin ollen jouduttiin kysymyk-

seen laatimaan kohta; ei vastattu. Tutkimuksen tuloksia voi näin ollen yleistää vain tutkimuksen kohdejoukkoon.

Tulosten luotettavuutta taas tukee positiivinen ja avoin ilmapiiri haastattelua tehtäessä sekä osallistumisen vapaus. Haastattelumenetelmässä voidaan kysymyksiä tarkentaa ja selventää, jos vastaaja ei niitä ymmärrä. Haastatteluajankohta on ollut yleensä haastateltavan päätettävissä ja näin ollen luonut positiivista kuvaa haastatteluun valmistautuessa.

9.3 Tutkimuksen tarkastelu ja pohdinta

Tämä tutkimus tarkasteli huittislaisten 80- ja 83-vuotiaiden ikäihmisten mielipiteitä omasta terveydestään ja toimintakyvystään. Tutkimuksessa tarkasteltiin myös heidän asumisolojaan ja sosiaalista elämää. Tutkimus tehtiin haastatteleamalla ikäihmisiä heidän omissa kodeissaan ennaltaehkäisevän kotikäynnin yhteydessä. Haastattelut suorittivat sairaanhoitaja-kotipalvelutyöntekijäparit. Haastatteluun osallistuneista suurempi osa (74 %) oli naisia ja miehiä oli 26 % haastatelluista.

Ensimmäisessä tutkimusongelmassa kartoitettiin haastateltujen mielipidettä omasta terveydentilastaan ja toimintakyvystään. Vastaajista lähes puolet (41 %) piti terveydentilanaan melko hyvänä ja 50 % piti tilannettaan tyydyttävänä. Jos vertaa tätä tulosta Vanhustyön Keskusliiton Vireyttä vuosiin- projektin tuloksiin, on huittislaisten ikäihmisten kokema terveydentilanne parempi. Vireyttä vuosiin- projektin haastatellut ikäihmiset kokivat oman terveytensä kohtalaiseksi (58 %), 18 % heistä tunsivat olonsa hyväksi ja 16 % melko huonoksi. Huittislaisista vain yksi henkilö piti omaa terveydentilannettaan melko huonona.

Haastatellut huittislaiset ikäihmiset eivät kokeneet vaikeuksia sanomalehdenlukemisessa silmälasien kanssa (82 %). Samaa tulosta osoitti myös Vireyttä vuosiin- projekti, jossa mukana olleista ikäihmisistä silmälasien kanssa luki hyvin 75 %. Eroavaisuuksia tuloksissa oli kuulon osalta. Huittislaisilla haastatelluilla 82 % oli hyvä kuulo, kun taas Vireyttä vuosiin- projektin henkilöillä oli vain 61 % hyvä kuulo. Näyttäisi olevan, ettei Huittisissa olisi kuuloon ja näköön liittyvien palveluiden lisäämisen tarvetta tämän tutkimuksen mukaan.

Haastatellut huittislaiset ikäihmiset pärjäsivät hyvin ADL- ja IADL- toiminnoistaan. 88 % selviytyi pankkiasioiden hoitamisesta, 82 % kaupassa käymisestä, 85 % selviytyi kevyistä kotitöistä ja raskaista kotitöistä selviytyi 71 %. ADL- toiminnoista, joita ovat mm. liikkuminen asunnossa, peseytyminen, huittislaisista vastanneista 97 % selviytyi niistä omatoimisesti. Tämä tulos on huomattavasti parempi, jos tuloksia rinnastetaan Ikivihreät- projektin tuloksiin, jossa 65-69-vuotiaista puolet (50 %) selviytyi IADL- ja PADL- toiminnoista. Vanhemmassa ikäryhmässä, joka käsitti 80-84-vuotiaat noin joka toinen tarvitsi apua IADL- toiminnoissa. Molemmat tutkimukset tehtiin haastatteleamalla, joten ero ei johdu ainakaan luultavammin siitä. Huittisissa oli haastateltavien joukko paljon pienempi kuin Ikivihreät- projektissa ja varmasti se vaikuttaa tuloksiin. Mieleeni tulee, että olisiko tämän kymmenen vuoden aikana ikäihmisten kuntoutus ja kuntouttaminen parantuneet. Käyttöön on tullut laajalti kuntouttava työote ja palveluita on kehitetty. Tärkeänä pidän myös ennaltaehkäisevien kotikäyntien tulemisen kuntiin käytännöksi 2000-luvun puolella.

Toisessa tutkimusongelmassa kartoitettiin huittislaisten ikäihmisten asuin- ja elinolosuhteita. Tämän tutkimuksen mukaan huittislaisten ikäihmisten kodit olivat hyvin varusteltuja ja vain yhdeltä henkilöltä puuttuivat mukavuudet. Samansuuntaista tietoa antoi myös 1994 Porissa tehty elinolosuhdetutkimus, jossa kaikki mukavuudet oli 90,41 %:lla haastatelluista. Tämä pieni ero johtuu luultavammin siitä, että haastatteluiden välillä on 12 vuotta. Tämä haastattelujen vuosi ero saattoi vaikuttaa myös siihen, että tässä tekemässäni tutkimuksessa kukaan haastatelluista ei kokenut asuntonsa tarvitsevan asunnonmuutostöitä, kun taas Porin tutkimuksessa asunnonmuutostöitä halusi 14,7 % vastanneista. Porin tutkimuksen mukaan yksin asui 53,2 % tutkituista ja tekemässäni huittisten tutkimuksessa yksin asui 65 % haastatelluista ja vuoden 2005 tutkimuksessa yksin asui 55 % sekä Vireyttä vuosiin- projektissa yksin asui 63 % haastatelluista. Näiden neljän tutkimuksen tulokset olivat tältä osin samansuuntaisia.

Tässä tutkimuksessa 97 % haastatelluista ei kokenut itseään turvattomaksi ja vuoden 2005 haastateluissa turvalliseksi olonsa tunsu 86 %. Jyväskylässä 2004 olleessa projektissa turvalliseksi olonsa tunsu 95 % haastatelluista. Jyväskylän ja tutkimukseni tulokset olivat hyvin samanlaiset. Huittisten vuoden 2005 tulos poikkeaa hieman näistä tuloksista, mutta on silti samansuuntainen. Olettaisin, että haastateltavat tuntevat oman kotinsa turvalliseksi ja tutuksi asua. He tietävät keitä ympärillä asuu ja mistä saavat tarvittaessa

apua. Turvattomuuden tunne liittyy varmaankin ulkona liikkumiseen ja Jyväskylän tutkimuksessa haastateltavat olivatkin sanoneet, että turvattomuutta heihin toi illalla ulkona liikkuminen ja ostoskeskuksen ympäristö.

Tässä tutkimuksessa 79 % haastatelluista ei koskaan tuntenut itseään yksinäiseksi ja lähes samoilla prosenttiluvuilla Jyväskylän tutkimuksessa koettiin yksinäisyyttä, sillä Jyväskylän haastatelluista 72,4 % ei koskaan tuntenut itseään yksinäiseksi. Aivan toisenlaisia vastauksia oli saatu Vireyttä vuosiin- projektissa, jossa ainoastaan 47 % haastatelluista ei koskaan tuntenut itseään yksinäiseksi. Ero saattaa johtua tutkimuksien laajuudesta ja haastateltavista henkilöistä. Haastateltavien henkilöiden toimintakyky, asuinpaikka ja sosiaaliset suhteet vaikuttavat yksinäisyyden tuntemiseen. Moni huonokuntoinen vanhus voi tuntea itsensä yksinäiseksi, koska ei pääse enää samalla lailla liikkeelle kuin ennen. Samoin, jos vanhus asuu palvelukodissa, missä on muitakin henkilöitä, voi hän silti tuntea itsensä yksinäiseksi.

Kolmannessa tutkimusongelmassa kartoitettiin huittislaisten ikäihmisten sosiaalista verkostoa ja osallisuutta toimintaan kodin ulkopuolella. Haastatelluista huittislaisista ikäihmisistä 82 % käytti säännöllisesti lankapuhelinta ja 35 % käytti matkapuhelinta säännöllisesti. Jyväskylän tutkimuksessa säännöllisesti matkapuhelinta käytti paljon suurempi osa (63,3 %) ja lankapuhelinta käytti lähes sama määrä (84,5 %) kuin Huittisissa. Matkapuhelimen käyttöön voi vaikuttaa kaupungin suuruus. Huittinen on pieni maalaiskaupunki, jossa ikäihmiset ottavat uuden tekniikan hitaammin vastaan. Etäisyydet ystäviin, sukulaisiin ja palveluihin ovat lyhyitä, eivätkä ikäihmiset koe tarvitsevänsä matkapuhelimia.

Tämä tutkimus on osoittanut, että 80- ja 83-vuotiaat huittislaiset ikäihmiset, jotka eivät kuulu säännöllisten sosiaali- ja terveyspalveluiden piiriin pärjäävät varsin hyvin kotonaan. Tutkimuksen mukaan 65 % haastatelluista ei tarvitse minkäänlaisia apuvälineitä selvitäkseen päivittäistoiminnoistaan. Näyttäisi olevan, että haastatellut ikäihmiset olisivat kohtalaisen hyväkuntoisia. Heillä on hyvä sosiaalinen verkosto ympärillään ja he pitävät yhteyttä ystäviin ja sukulaisiin. Asuin- ja elinympäristöt ovat tarkoituksenomaisia ja haastateltavat ovat tyytyväisiä omaan asuinympäristöönsä. Monet toivoivat, että palvelut pysyisivät ennallaan eivätkä ainakaan vähenisi.

Mieleeni nousi ajatus haastatteluiden suorittamisesta. Voisi olla tarkoituksenmukaisempaa, jos haastattelut tekisi joku ulkopuolinen henkilö. Tällöin ikäihmiset saattaisivat vapaammin kertoa asioistaan, eivätkä ainakaan kaunistelisi vastauksiaan. Ikäihmiset ovat niin helposti tyytyväisiä, eivätkä uskalla sanoa todellista mielipidettään peläten, että nykyisetkin palvelut otetaan pois. Ulkopuolinen haastattelija takaisi paremmin anonyymiuden, koska tällöin haastateltavat henkilöt olisivat sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle vieraita. Haastatteluun voisi osallistua esimerkiksi tuleva analyysin tekijä. Yhteistyötä koulujen kanssa voisi lisätä ja analyysin tekijää voisi koululta kysyä jo ennen haastatteluiden aloittamista. Näin analyysin tekijä pystyisi perehtymään syvällisemmin haastattelun tekoon ja kohderyhmään.

Mielestäni haastattelut voisi kohdentaa hiukan vanhemmalle ikäryhmälle. Haastateltavat voisivat tulevaisuudessa olla esimerkiksi 80- ja 85-vuotiaat ikäihmiset. Tuo nykyinen ikäväli on aika lyhyt ja näiden kahden vuoden kyselyiden mukaan on ikäihmisten selviytyminen kotonaan aika hyvää eikä suuriakaan palveluiden tarpeen lisääntymistä ole havaittavissa. Tulevaisuudessa jatkotutkimuksena voisi olla hyödyllistä haastatella tämän tutkimuksen haastatteluun osallistuneet uudestaan esimerkiksi kolmen tai viiden vuoden kuluttua samalla lomakkeella. Tuloksia vertailemalla pystyttäisiin päättelemään palveluiden tarpeen lisääntyminen ja olosuhteiden, toimintakyvyn sekä terveydentilan muutokset aikavälillä.

Jatkotutkimuksena voisi koota yhteen kaikki Huittisissa ennaltaehkäisevien kotikäyntien yhteydessä tehdyt haastattelut ja analysoida ne. Tämä saattaisi tuoda enemmän tietoa palveluiden kehittämiseen, kun mukana olisi kolmen vuoden haastattelut. Samalla voisi tarkastella olisiko haastattelulomakkeessa jotain muutettavaa esimerkiksi kysymyksien lisääminen, poistaminen tai tarkentaminen. Tulevaisuudessa voisi kokeilla syvällisempää haastattelua, jossa haastateltavat voisivat vapaasti ja avoimesti kertoa tulevaisuuden ajatuksistaan ja ikääntymisen vaikutuksista elämäänsä.

LÄHTEET

Alhainen K. & Rosenvall A. 2001: Toimintakyvyn ja vaikeusasteen arvioiminen. Teoksessa Muistihäiriöt ja Dementia: Erkinjuntti T., Rinne J., Alhainen K. & Soininen H. toim. Duodecim. Hämeenlinna: Karisto Oy

Erkinjuntti, T. 2001: Dementian käsite. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J., Alhainen, K. & Soininen, H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Duodecim. Hämeenlinna: Karisto Oy

Harri-Lehtonen, O., Numminen, H. & Vesala, H. 2006: Toimintakykyä ylläpitävä työote. Julkaistu 3/2006. Löytyy: <http://www.verneri.net/yleis/tietopankki/ikaantyyvat/>

Heikkinen, E. 1997: Iäkkäiden ihmisten terveys, toimintakyky ja elämänlaatu. Teoksessa Era, P. (toim.) Ikääntyminen ja liikunta. Jyväskylä: Kopijyvä Oy

Heikkinen, R-L 2003: Mielenterveys ja sen edistäminen iäkkäillä. Teoksessa Hietanen, A. & Lyyra, T-M. (toim.) Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2003:2. Helsinki: Edita Prima Oy

Helin, S. 2000: Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn heikkeneminen ja sen kompensatioprosessi. Jyväskylä: University Printing House, Jyväskylä and ER-Paino Ky

Heinola, R. 2003: Dialogi 4/2003. Stakes.

Heinola, R., Voutilainen, P. & Vaarama, M. 2003: Apua ja iloa pienellä vaivalla. Ehkäisevät kotikäynnit viidessä kunnassa. Stakes: Aiheita 9/2003. Helsinki: Stakesin monistamo

Hervonen, A., Pohjolainen, P. & Kuure, K. A. 1998: Vanhene viisaasti. Porvoo: WSOY

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2006: Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi

Hirvensalo, M., Huovinen, P., Kannas, S., Parkatti, T. & Äijö, M. 2003: Liikunta iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpitämisessä ja edistämisessä. Teoksessa Hietanen, A. & Lyyra, T-M. (toim.) Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2003:2. Helsinki: Edita Prima Oy

Hirvonen, R. 1999: Vanhuksen arki kotona. Teoksessa Laitinen-Junkkari, P.(toim.), Iso-la, A., Rissanen, S. & Hirvonen, R. Moninainen vanhusten hoitotyö. Porvoo: WSOY

Holma, T. 2006: Ehkäisevät kotikäynnit vanhuksille. Löytyy: <http://www.kunnat.net/>

Huittinen 2007: Huittisten Vanhustenhuollon strategia. Löytyy: <http://www.huittinen.fi>

Hyötynen, P. 2003: Dialogi 4/2003. Stakes.

Häkkinen, H. 2002: Ehkäisevät kotikäynnit vanhuksille. Kuntakyselyn tulokset sekä kotimaisia ja ulkomaisia käytäntöjä. Helsinki: Suomen Kuntaliitto

Häkkinen, H. & Holma, T. 2004: Ehkäisevä kotikäynti- tuki vanhuksen kotona selviytymiselle. Valtakunnallisen kehittämishankkeen tulokset ja kokemukset. Suomen Kuntaliitto ja sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki: Hakapaino Oy

Juhala, M. 2006: 80- ja 83- vuotiaiden toimintakyky, ennalta ehkäisevät kotikäynnit Huittisissa. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto. Opinnäytetyö.

Jyrkämä, J. 2003: Ikääntyvä ihmiskunta ja vanhojen elinolot. Teoksessa Marin, M. & Hakonen, S. (toim.) Seniori- ja vanhustyö arjen kulttuurissa. PS-kustannus. Juva: WS Bookwell Oy

Jyrkämä, J. 2004: Ikääntyminen ja ikääntyvien kuntoutus. Teoksessa Karjalainen, V.& Vilkkumaa, I. (toim.) Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen. Stakes. Saarijärvi: Gummerus kirjapaino Oy

Järveläinen, I., Numminen, H. & Vesala, H. 2006: Ikääntyminen ja liikunta. Julkaistu 3/2006. Löytyy: <http://www.verneri.net/yleis/tietopankki/ikaantyyvat/>

Karvinen, E. 1996: Ikääntyminen ja liikunta. Teoksessa Karvinen, E., Koivisto, R., Koponen, P-L., Láner, A., Pohjolainen, P., Ruth, J-E., Sihvola, T. & Suni, A. Ikäänny viisaasti. Gerontologiaa ikäihmisille. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy

Kivelä, S-L 2004: Vanhusten lääkehoito. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy

Koskinen, R. 1994: Yli 75-vuotiaiden porilaisten elinolosuhtetutkimus. Porin kaupungin sosiaalikeskus, vanhustyön ja kotipalvelun toimialue. Porin kaupungin tutkimuksia 96/1994.

Koskinen, R. 2002: Ennalta ehkäisevät kotikäynnit vanhuksille Porissa. Teoksessa Häkkinen, H. 2002: Ehkäisevät kotikäynnit vanhuksille. Kuntakyselyn tulokset sekä kotimaisia ja ulkomaisia käytäntöjä. Helsinki: Suomen Kuntaliitto

Koskinen, S., Nieminen, M., Martelin, T. & Sihvonen, A-P. 2003: Väestön Määrän ja rakenteen kehitys. Teoksessa Heikkinen E.& Rantanen T. (toim.) Gerontologia, Duodecim. Tampere: Tammer-Paino Oy

Kuntoutusselonteko 2002. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:6. Löytyy: <http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/ehosisallys29.htm>

Lahti, M. 2004: Vanhusperheiden kotona selviytyminen ja ennaltaehkäisevät kotikäynnit. Tampereen yliopisto, Pro gradu-tutkielma.

Laukkanen, P. 1998: Iäkkäiden henkilöiden selviytyminen päivittäisistä toiminnoista. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä: Jyväskylä University Printing House and ER-paino Ky
Laukkanen P. 2003: Toimintakyky ja ikääntyminen - käsitteestä ja viitekehuksesta päivittäistoiminnoista selviytymisen arviointiin. Teoksessa Gerontologia: Heikkinen E. & Rantanen T. (toim.). Duodecim .Tampere: Tammer-Paino Oy

Nieminen, M. & Koskinen, S. 2005: Väestö, suomalaisten terveys. Duodecim, terveyskirjasto.18.7.2005.Löytyy:

http://www.terveysportti.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00007

Numminen, H. & Vesala, H.2006: Ikääntyminen Suomessa. 3/2006. Löytyy:

<http://verneri.net/yleis/tietopankki/ikaantyyvat/>

Parviainen, T. 1996: Terveys ja sairaudet ikäännyttäessä. Teoksessa Karvinen, E., Koivisto, R., Koponen, P-L., Láner, A., Pohjolainen, P., Ruth, J-E., Sihvola, T. & Suni, A. Ikäänny viisaasti. Gerontologiaa ikäihmisille. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy

Ranta, R. 1994: ”Mä haluaasin itte pärjätä niin kauan kun mä jaksan.” Vanhuksen kotona selviytymistä tukevat tekijät. Tampereen yliopisto, Pro gradu- tutkielma.

Raassina, A. 1994: Vanhuspolitiikka, lähtökohdat tulevaisuudelle. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1994:6. Helsinki.

Ruikka, I., Sourander, L. & Tilvis, R. 1993: Vanheneminen ja sairaudet. Juva: WSOY

Sainio E.2005: Vanhuksen ääni, Ikääntyvien tulevaisuuden näkökulmia. Teoksessa Kankare, H.& Lintula, H. (toim.) Vanhuksen äänen kuuleminen.Tammi. Vantaa: Dark Oy

Salminen, M., Suomi, A. & Hakonen, S. 2004: ”...että ihmisellä on voimavaroja ja haaveita”. Ehkäisevät kotikäynnit ja ennakoiva palveluohjaus- uusi voimaannuttava toimintamalli seniori- ja vanhustyöhön. Jyväskylän sosiaali- ja terveyspalvelukeskuksen julkaisuja 1/2004.

Siitonen, T. 2003: Elinympäristön kehittäminen. Teoksessa Heikkinen E.& Rantanen T. (toim.) Gerontologia, Duodecim. Tampere: Tammer-Paino Oy

Soininen, H. 2001: Muistihäiriöiden ja dementian ennaltaehkäisy. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J., Alhainen, K. & Soininen, H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Duodecim. Hämeenlinna: Karisto Oy

Starnberg T. & Tilvis R. 2001: Geriatriinen preventio. Teoksessa Tilvis R., Hervonen A., Jäntti P., Lehtonen A. & Sulkava R. toim. Geriatria. Duodecim Hämeenlinna: Karisto Oy

Suni, A. 1996: Sosiaaliset taidot. Teoksessa Karvinen, E., Koivisto, R., Koponen, P-L., Láner, A., Pohjolainen, P., Ruth, J-E., Sihvola, T. & Suni, A. Ikäännny viisaasti. Gerontologiaa ikäihmisille. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy

Taipale, V., Lehto, J., Mäkelä, M., Kokko, S., Muuri, A. & Lahti T.(toim.) 2004: Sosiaali- ja terveydenhuollon perusteet. WSOY. Porvoo: WS Bookwell Oy

Tilvis, R 2001: Vanhukset sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa Tilvis, R., Hervonen, A., Jäntti, P., Lehtonen, A.& Sulkava, R. (toim.) Geriatria. Duodecim.Hämeenlinna: Karisto Oy

Valvanne J. 2001: Geriatriinen kuntoutus. Teoksessa Geriatria : Tilvis R., Hervonen A., Jäntti P., Lehtonen A. & Sulkava R. toim. Duodecim Hämeenlinna: Karisto Oy

Viramo, P. 1997: Kuntoutujan muotokuva. Raportti asumisesta, terveydestä ja toimintakyvystä. Vireyttä vuosiin-projekti. Vanhustyön keskusliitto. Helsinki: Tyyli-paino Oy

LIITE 1

HUITTISTEN KAUPUNKI
HUITTISTEN SEUDUN TERVEYDENHUOLLON KY

Arvoisa vastaanottaja _____

Huittisten kaupunki ja Huittisten seudun terveydenhuollon ky käynnistävät ehkäisevät kotikäynnit hankkeen. Ehkäisevillä kotikäynneillä tarkoitetaan tietyille ikäryhmille suunnattua sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijän käyntiä kotona. Kuulutte ikäryhmään, jolle kotikäynnit suoritetaan.

Tavoitteena on kartoittaa Teidän toimintakykyä, terveydentilaa ja mahdollista tulevaa palveluntarvetta. Toimintakyvyn ja terveyden säilyminen mahdollisimman hyvänä edistävät kotona selviytymistä. Turvallisuutta puolestaan lisää tieto palveluista ja siitä, mihin ottaa yhteyttä, jos avuntarve ilmenee.

Kotikäynnit toteutetaan 9.10.2006- 10.11.2006 välisenä aikana ja sen suorittavat kotipalvelun ja kotisairaanhoidon työntekijä yhdessä. He haastattelevat Teitä. Kotikäyntiin varataan aikaa n. 1,5 tuntia. Haastattelut käsitellään yksilöllisesti ja luottamuksellisina.

Teillä on mahdollisuus saada ehkäisevä kotikäynti luoksenne

_____ klo _____

Ellei tarjottu aika sovi teille, tai ette halua kotikäyntiä ollenkaan, Pyydämme Teitä ottamaan yhteyttä kotisairaanhoidon numeroon 5603269 tai 050-5611 456

Kajja Ala-Hongisto
Sairaanhoitaja

Minna Vesterberg
Kodinhoitaja

_____ (Kunnan nimi)

HAASTATTELURUNKO

EHKÄISEVÄT KOTIKÄYNNIT VANHUKSILLE

Kuntakoodi _____ pvm _____

Asiakasnumero ja nimi _____

Sukupuoli nainen mies

Ikä _____ v.

SUOSTUMUS

Suostun siihen, että

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

ja että

- tällä kotikäynnillä haastattelu- ja yhteenvetolomakkeeseen kirjattuja tietoja voidaan palvelujen tarpeen niin edellyttäessä siirtää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilasasiakirjoihin (esim. hoito- ja palvelusuunnitelma).

Lisäksi annettuja tietoja voidaan käyttää Suomen Kuntaliiton tilastoselvitykseen ja kunnallisen suunnittelun pohjana henkilöllisyyteni paljastumatta.

Päivämäärä

Haastateltavan allekirjoitus

Kuntakoodi _____ pvm _____

Asiakasnumero _____

Sukupuoli nainen mies

Ikä _____ v.

A. Terveystila ja toimintakyky

1. Millainen on mielestänne oma terveydentilanne?

- 1.1 Erittäin hyvä
 1.2 Melko hyvä
 1.3 Tyydyttävä
 1.4 Melko huono
 1.5 Huono

2. Millainen terveydentilanne on nyt viime vuoteen verrattuna?

- 2.1 Paljon parempi nyt kuin vuosi sitten
 2.2 Vähän parempi nyt kuin vuosi sitten
 2.3 Jokseenkin samanlainen
 2.4 Vähän huonompi nyt kuin vuosi sitten
 2.5 Paljon huonompi nyt kuin vuosi sitten

3. Huolestuttaako teitä jokin terveydentilassanne?

- 3.1 Ei
 3.2 Kyllä, mikä _____
- _____

4. Tunnetteko itsenne?

- | | Usein | Harvoin | En koskaan |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 4.1 Yksinäiseksi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.2 Murheelliseksi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.3 Turvattomaksi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.4 Pelokkaaksi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.5 Väsyneeksi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. Pelkäätekö turvallisuutenne puolesta

aj kotona?

- 5.1 En
 5.2 Kyllä, miksi _____
- _____

b) kodin ulkopuolella?

5.3 En5.4 Kyllä, miksi _____

6. Nukkuteko yleensä hyvin?

6.1 Kyllä6.2 En, millaisia univaikeuksia teillä on? _____

7. Harrastatteko liikuntaa (kävelyä, pyöräilyä, voimistelua tai näihin verrattavissa olevaa hyötyliikuntaa kuten portaissa kulkemista)? Liikunta voi tapahtua ilman apuvälinettä tai apuvälineen kanssa.

7.1 Päivittäin7.2 Viikoittain (1-3 krt/viikko)7.3 Harvemmin

8. Millainen ruokahalunne on yleensä?

8.1 Hyvä8.2 Huono, syy _____

Syöttekö päivittäin lämpimän aterian?

8.3 Kyllä yleensä8.4 En yleensä, miksi _____

9. Selviydyttekö omin voimin apuvälineen kanssa tai ilman?

	Kyllä	En	Mitä apua tarvitsette?
9.1 Tuolilta/sängystä ylös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9.2 Liikkumisesta asunnossa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9.3 Kylvystä/suihkusta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9.4 Ulos asunnostanne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9.5 Portaat ylös toiseen kerrokseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9.6 Liikkumisesta ulkona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

10. Miten tavallisesti liikutte?

10.1 Omalla autolla10.2 Julkisilla kulkuneuvoilla10.3 Palvelulinjalla10.4 Taksilla10.5 Muuten, miten _____

11. Oletteko kaatunut viimeisen 6 kuukauden aikana?

11.1 En

11.2 Kyllä, missä (ulkona, sisällä) ja miten usein kaadutte _____

11.3 Loukkaannuitteko (satutitteko itsenne) kaatuessanne?

12. Oletteko saanut riittävästi opastusta lääkkeiden käytöstä?

12.1 Kyllä

12.2 En, koska en ole saanut riittävästi tietoa

12.2.1 Lääkkeiden käyttötarkoituksesta

12.2.2 Lääkkeiden annostuksesta

12.2.3 Muusta, mistä _____

B. Aistit: näkö ja kuulo

13. Näettekö lukea sanomalehtitekstiä?

13.1 Sujuvasti ilman silmälaseja

13.2 Sujuvasti silmälasien kanssa

13.3 Suurennuslasia tai muuta apuvälinettä käyttämällä

13.4 Vain lehden isot otsikot

13.5 En pysty lukemaan lehtiä ollenkaan heikentyneen näön vuoksi

14. Onko heikentynyt näköne haitannut päivittäistä elämääne muuten?

14.1 Ei

14.2 Kyllä, miten _____

15. Millainen kuulonne on?

15.1 Hyvä

15.2 Heikentynyt

15.2.1 Käytän kuulolaitetta

15.2.2 Kuulen hyvin kuulolaitteella

15.2.3 Kuulen huonosti kuulolaitteella

15.2.4 En käytä, miksi en _____

15.3 Kuuro

15.3.1 Tarvitsen tulkkia

16. Kuuletteko seuraavat äänet?	Kyllä	En
16.1 Ovikello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.2 Puhelinsoitto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.3 Puhelinkeskustelu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.4 Herätyskello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.5 Palovaroitin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.6 TV, radio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. Sosiaalinen verkosto ja osallistuminen

17. Käykö luonanne tuttavias kylässä?

- 17.1 Päivittäin
 17.2 Viikoittain
 17.3 Kuukausittain
 17.4 Harvoin
 17.5 Ei koskaan

18. Oletteko puhelimitse yhteydessä tuttavienne?

- 18.1 Päivittäin
 18.2 Viikoittain
 18.3 Kuukausittain
 18.4 Harvoin
 18.5 En koskaan

19. Kuinka usein tapaatte läheisiänne?

- 19.1 Päivittäin
 19.2 Viikoittain
 19.3 Kuukausittain
 19.4 Harvoin
 19.5 En koskaan

20. Kuinka usein osallistutte vapaa-ajan toimintaan kodin ulkopuolella?

(päiväkeskukset, yhdistystoiminta, kerhot, kirkko, elokuvat, teatterit, näyttelyt, museot)

- 20.1 Päivittäin
 20.2 Viikoittain
 20.3 Kuukausittain
 20.4 Harvoin
 20.5 En koskaan

D. Kotiaskareista selviytyminen

21. Selviydettekö omin voimin seuraavista toiminnoista?

	Kyllä	En	Mitä apua tarvitsette?
21.1 Kaupassa käynnistä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
21.2 Pankkiasioista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
21.3 Kevyistä kotitöistä (imuroinnista, tiskauksesta, pyykinpesusta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
21.4 Raskaista kotitöistä (ikkunoiden pesu, tilavaat- teiden tuuletus, mattojen pudistelu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

22. Kuka huolehtii pienistä korjauksista (sähkölampun vaihto, sulakkeet) asunnossanne?

- 22.1 Korjaan itse
 22.2 Puoliso huolehtii
 22.3 Lapset tai sukulaiset
 22.4 Ystävät, tuttavat, naapurit
 22.5 Talonmies, huoltomies
 22.6 Palkattu yrittäjä

E. Asuminen

23. Miten asutte?

- 23.1 Yksin
 23.2 Toisen kanssa, kenen _____

24. Missä asutte?

- 24.1 Omakoti- tai maalaistalossa
 24.2 Rivitalossa
 24.3 Kerrostalossa
 24.4 Muu, mikä _____

25. Onko kerrostalossanne hissi?

- 25.1 Kyllä
 25.2 Ei
 25.3 Kykenettekö käyttämään hissiä?
 25.3.1 Kyllä
 25.3.2 En, miksi ette _____

26. Onko asunnossanne (sisällä) mukavuudet?

- 26.1 Vesijohto sisälle
 26.2 WC

26.3 Suihku

26.4 Sauna

27. Onko asunnossanne palovaroitin?

27.1 Ei

27.2 Kyllä

27.3 Pystyn vaihtamaan patterit itse palovaroittimeen.

28. Tarvitsetteko asuntoonne sellaisia muutostöitä, jotka helpottavat asumistanne?

28.1 En

28.2 Kyllä, mitä _____

29. Toimitteko omaishoitajana ja hoidatteko?

29.1 En ole omaishoitaja

Jos toimitte omaishoitajana, ketä hoidatte?

29.2 Puolisoa

29.3 Lasta

29.4 Lapsenlasta

30. Keneltä saatte apua tarvitessanne?

30.1 Puolisolta

30.2 Lapselta/lapsilta

30.3 Ystäviltä, tuttavilta

30.4 Naapureilta

30.5 Kunnan kotipalvelusta

30.6 Yksityiseltä yrittäjältä

30.7 Muualta, keneltä _____

30.8 Millä tavalla otatte yhteyttä apua tarvitessanne? _____

31. Käytättekö apuvälineitä?

Onko kunnossa?

Kyllä Ei

31.1 Kävelykeppi

31.2 Rollaattori

31.3 Pyörätuoli

31.4 Proteesi

31.5 Turvapuhelin

31.6 Turvaranneke

31.7 Muu apuväline, mikä _____

F. Toimeentulo (Asiakasmaksukatto, asumistuki, hoitotuki, kotitaloustyön verovähennys)

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

- 32.1 Hyvin
 32.2 Kohtalaisesti
 32.3 Huonosti

G. Viestintäyhteydet

33. Käytättekö seuraavia viestintävälineitä?

	Säännöllisesti	Silloin tällöin	En koskaan
33.1 Lankapuhelin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.2 Matkapuhelin (kännykkä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.3 Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.4 Sähköposti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H. Tulevaisuus

34. Mitä mieltä olette nykyisestä asuinympäristöstänne?

35. Mitä terveisiä haluatte esittää kunnalle?

36. Haluaisitteko, että teille tehdään myöhemmin (puolen vuoden sisällä) tarkempi tutkimus tai selvitys?

- 36.1 Terveystilasta
 36.2 Toimintakyvystä
 36.3 Muistista
 36.4 Apuvälineistä
 36.5 Muusta, mistä _____

HAASTATTELIJAN HUOMIOT

A series of horizontal lines provided for handwritten notes.

YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET (tämä osio jää haastattelijalle)

Haastateltavan nimi _____

Ehkäisevän kotikäynnin päivämäärä _____

Ehkäisevän kotikäynnin suoritti _____

Haastattelijan nimi ja puhelinnumero _____

Ehkäisevällä kotikäynnillä sovittiin, että otetaan yhteys

	Haastateltava ottaa itse yhteyttä	Haastattelijalla ottaa yhteyttä
Omalääkäriin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omahoitajaan/kotisairaanhoidon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kotipalveluun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tukipalveluihin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apuvälinetarpeen arviointiin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asunnon muutostöiden arviointiin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunnan päiväkeskukseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eläkeläisjärjestöön	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yksityiseen palveluntuottajaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seurakuntaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muuhun, mihin _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lisäksi sovittiin, että kotikäynnin suorittaja/sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön edustaja soittaa/ei soita haastateltavalle noin kahden kuukauden kuluttua ja tiedustelee sovittujen asioiden toteutumisesta. (tarpeeton yliviivataan)

YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET (tämä osio jää haastateltavalle)

Haastateltavan nimi _____

Ehkäisevän kotikäynnin päivämäärä _____

Ehkäisevän kotikäynnin suoritti _____

Haastattelijan nimi ja puhelinnumero _____

Ehkäisevällä kotikäynnillä sovittiin, että otetaan yhteys

	Haastateltava ottaa itse yhteyttä	Haastattelija ottaa yhteyttä
Omalääkäriin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omahoitajaan/kotisairaanhoidon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kotipalveluun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tukipalveluihin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apuvälinetarpeen arviointiin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asunnon muutostöiden arviointiin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunnan päiväkeskukseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eläkeläisjärjestöön	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yksityiseen palveluntuottajaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seurakuntaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muuhun, mihin _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lisäksi sovittiin, että kotikäynnin suorittaja/sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön edustaja soittaa/ei soita haastateltavalle noin kahden kuukauden kuluttua ja tiedustelee sovittujen asioiden toteutumisesta. (tarpeeton yliviivataan)

Lämmin kiitos osallistumisestanne ehkäisevien kotikäyntien ja samalla koko vanhustenhuollon kehittämiseen!

Muita kunnan yhteystietoja:

LIITE 2

Yksiuotteinen jakauma

Lisenssi: Satakunnan ammattikorkeakoulu

Tiedosto: Analyysi optyo.xls

Työarkki:

Sukupuoli

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>	<i>Kum. lkm</i>	<i>Kum-%</i>
nainen	25	74	25	74
mies	9	26	34	100
Yht.	34	100	34	100

Ikä

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>	<i>Kum. lkm</i>	<i>Kum-%</i>
80	18	53	18	53
83	16	47	34	100
Yht.	34	100	34	100

Millainen on mielestänne oma terveydentilanne?

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>	<i>Kum. lkm</i>	<i>Kum-%</i>
Erittäin hyvä	2	6	2	6
Melko hyvä	14	41	16	47
Tyydyttävä	17	50	33	97
Melko huono	1	3	34	100
Huono	0	0	34	100
Yht.	34	100	34	100

Millainen terveydentilanne on nyt viime vuoteen verrattuna?

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>	<i>Kum. lkm</i>	<i>Kum-%</i>
Paljon parempi nyt kuin vuosi sitten	2	6	2	6
Vähän parempi nyt kuin vuosi sitten	5	15	7	21
Jokseenkin samanlainen	15	44	22	65
Vähän huonompi nyt kuin vuosi sitten	12	35	34	100
Paljon huonompi nyt kuin vuosi sitten	0	0	34	100
Yht.	34	100	34	100

Huolestuttaako teitä jokin terveydentilassanne?

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>	<i>Kum. lkm</i>	<i>Kum-%</i>
ei	17	50	17	50
Kyllä	17	50	34	100
Yht.	34	100	34	100

Terveysuoli

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>
Sydän	1	6
Voinnin huononeminen	1	6
Polvivaivat	3	19

Selkävaivat	3	19
Lonkkavaivat	2	13
Syövän uusiutuminen	1	6
Huimaus	1	6
Asbesti	1	6
Vatsakipu	1	6
Näkö	1	6
Särky	1	6
Jalat	1	6
Huono ajansaatavuus lääkärille	1	6
Unettomuus	1	6
Yht.	19	119
N:	16	

Tunneteko itsenne yksinäiseksi?

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>	<i>Kum. lkm</i>	<i>Kum-%</i>
usein	3	9	3	9
harvoin	3	9	6	18
en koskaan	27	79	33	97
Ei vastattu	1	3	34	100
Yht.	34	100	34	100

Tunneteko itsenne murheelliseksi?

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>	<i>Kum. lkm</i>	<i>Kum-%</i>
usein	1	3	1	3
harvoin	7	21	8	24
en koskaan	25	74	33	97
Ei vastattu	1	3	34	100
Yht.	34	100	34	100

Tunneteko itsenne turvattomaksi?

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>	<i>Kum. lkm</i>	<i>Kum-%</i>
usein	0	0	0	0
harvoin	0	0	0	0
en koskaan	33	97	33	97
Ei vastattu	1	3	34	100
Yht.	34	100	34	100

Tunneteko itsenne pelokkaaksi?

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>	<i>Kum. lkm</i>	<i>Kum-%</i>
usein	0	0	0	0
harvoin	1	3	1	3
en koskaan	32	94	33	97
Ei vastattu	1	3	34	100
Yht.	34	100	34	100

Tunneteko itsenne väsyneeksi?

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>	<i>Kum. lkm</i>	<i>Kum-%</i>
usein	4	12	4	12
harvoin	12	35	16	47

en koskaan	17	50	33	97
Ei vastattu	1	3	34	100
Yht.	34	100	34	100

Pelkäätekö turvallisuutenne puolesta kotona?

	Lkm	%	Kum. lkm	Kum-%
en	34	100	34	100
kyllä	0	0	34	100
Yht.	34	100	34	100

Pelkäätekö turvallisuutenne puolesta kodin ulkopuolella?

	Lkm	%	Kum. lkm	Kum-%
en	33	97	33	97
kyllä	1	3	34	100
Yht.	34	100	34	100

Nukutteko yleensä hyvin?

	Lkm	%	Kum. lkm	Kum-%
Kyllä	22	65	22	65
en	12	35	34	100
Yht.	34	100	34	100

Univaikeus

	Lkm	%	Kum. lkm	Kum-%
Lyhyet yöunet	1	9	1	9
Ei kunnan unta	1	9	2	18
Nukahtamisvaikeus	6	55	8	73
Heräilyä	1	9	9	82
Jännittäminen	1	9	10	91
Vatsa	1	9	11	100
Yht.	11	100	11	100

Harrastatteko liikuntaa?

	Lkm	%	Kum. lkm	Kum-%
Päivittäin	27	79	27	79
Viikoittain	7	21	34	100
Harvemmin	0	0	34	100
Yht.	34	100	34	100

Millainen ruokahalunne on yleensä?

	Lkm	%	Kum. lkm	Kum-%
Hyvä	32	94	32	94
Huono	2	6	34	100
Yht.	34	100	34	100

Syötekö päivittäin lämpimän aterian?

	Lkm	%	Kum. lkm	Kum-%
Kyllä yleensä	32	94	32	94

En yleensä	2	6	34	100
Yht.	34	100	34	100

Selviydyttekö omin voimin tai apuvälineen kanssa tuoliilta/sängystä ylösnousussa?

	Lkm	%	Kum. lkm	Kum-%
Selviydyn	34	100	34	100
En selviydy	0	0	34	100
Yht.	34	100	34	100

Selviydyttekö liikkumisessa asunnossa?

	Lkm	%	Kum. lkm	Kum-%
Selviydyn	34	100	34	100
En selviydy	0	0	34	100
Yht.	34	100	34	100

Selviydyttekö kylvystä/suihkusta?

	Lkm	%	Kum. lkm	Kum-%
Selviydyn	34	100	34	100
En selviydy	0	0	34	100
Yht.	34	100	34	100

Selviydyttekö ulos asunnostanne?

	Lkm	%	Kum. lkm	Kum-%
Selviydyn	34	100	34	100
En selviydy	0	0	34	100
Yht.	34	100	34	100

Selviydyttekö portaiden noususta ylös toiseen kerrokseen?

	Lkm	%	Kum. lkm	Kum-%
Selviydyn	33	97	33	97
En selviydy	1	3	34	100
Yht.	34	100	34	100

Selviydyttekö liikkumisesta ulkona?

	Lkm	%	Kum. lkm	Kum-%
Selviydyn	33	97	33	97
En selviydy	1	3	34	100
Yht.	34	100	34	100

Mitä apuvälineitä tarvitsette?

	Lkm	%
Rollaattori ulkona	5	15
keppi	3	9
Esla-potkupyörä	2	6
Kävelysauvat	4	12
Ei apuvälinettä	22	65
Yht.	36	106
N:	34	

Millä tavallisesti liikutte?

	Lkm	%
Omallalla autolla	13	38
Julkisilla kulkuneuvoilla	4	12
Palvelulinjalla	2	6
Taksilla	4	12
Polkupyörällä	9	26
Esla-potkupyörällä	2	6
Kävellen	10	29
Pitkät matkat lasten kanssa	1	3
Kyydillä	6	18
Yht.	51	150
N:	34	

Onko kaatunut 6 kuukauden aikana?

	Lkm	%	Kum. lkm	Kum-%
Ei	27	79	27	79
Kyllä	7	21	34	100
Yht.	34	100	34	100

Miten usein kaaduitte?

	Lkm	%	Kum. lkm	Kum-%
1xviim.6kk	5	71	5	71
2xviim.6kk	1	14	6	86
3xviim.6kk	1	14	7	100
Yht.	7	100	7	100

Missä kaaduitte?

	Lkm	%
Polkupyörällä	3	50
Ulkona	3	50
sisällä	2	33
Yht.	8	133
N:	6	

Loukkaannuitteko kaatuessanne?

	Lkm	%
Ei vammaa	4	57
Ranne murtuma	1	14
Olkapään sijoiltaan meno	1	14
Haava	1	14
Pintaruhjeita	1	14
Yht.	8	114
N:	7	

Oletteko saanut riittävästi opastusta lääkkeiden käytöstä?

	Lkm	%	Kum. lkm	Kum-%
Kyllä saanut	30	88	30	88

Ei ole saanut	2	6	32	94
Ei lääkkeitä	1	3	33	97
Ei vastattu	1	3	34	100
Yht.	34	100	34	100

Näettekö lukea sanomalehtitekstiä?

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>	<i>Kum. lkm</i>	<i>Kum-%</i>
Sujuvasti ilman laseja	3	9	3	9
Sujuvasti silmälasien kanssa	28	82	31	91
Suurennuslasia tai muuta apuvälinettä käyttämällä	2	6	33	97
Vain lehden isot otsikot	0	0	33	97
Ei pysty lukemaan lehtiä heikentyneen näön vuoksi	1	3	34	100
Yht.	34	100	34	100

Haittaako heikentynyt näkö päivittäistä elämää?

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>	<i>Kum. lkm</i>	<i>Kum-%</i>
Ei	26	76	26	76
Kyllä	4	12	30	88
Ei vastattu	4	12	34	100
Yht.	34	100	34	100

Millainen on kuulonne?

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>	<i>Kum. lkm</i>	<i>Kum-%</i>
Hyvä	28	82	28	82
Heikentynyt	6	18	34	100
Yht.	34	100	34	100

Kuuloni on heikentynyt ja ...

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>
Käytän kuulolaitetta	2	67
Kuulen hyvin kuulolaitteella	2	67
Kuulen huonosti kuulolaitteella	0	0
En käytä	1	33
Kuuro	0	0
Tarvitsen tulkkia	0	0
Yht.	5	167
N:	3	

Kuuletteko seuraavat äänet?

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>
Ovikello	33	97
Puhelinsoitto	34	100
Puhelinkeskustelu	34	100
Herätyskello	33	97
Palovaroitin	34	100
TV,radio	34	100
Yht.	202	594
N:	34	

Käykö luonanne tuttavias kylässä?

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>
Päivittäin	3	9
Viikoittain	13	38
Kuukausittain	13	38
Harvoin	6	18
Ei koskaan	0	0
Yht.	35	103
N:	34	

Oletteko puhelimitse yhteydessä tuttavienne?

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>
Päivittäin	12	35
Viikoittain	13	38
Kuukausittain	5	15
Harvoin	5	15
En koskaan	0	0
Yht.	35	103
N:	34	

Kuinka usein tapaatte läheisiänne?

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>
Päivittäin	6	18
Viikoittain	15	44
Kuukausittain	10	29
Harvoin	4	12
En koskaan	0	0
Yht.	35	103
N:	34	

Kuinka usein osallistutte vapaa-ajan toimintaan kodin ulkopuolella?

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>
Päivittäin	0	0
Viikoittain	14	41
Kuukausittain	10	29
Harvoin	10	29
En koskaan	2	6
Yht.	36	106
N:	34	

Selviydyttekö omin voimin seuraavista toiminnoista?

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>
Kaupassa Käynti	28	82
Pankkiasiat	30	88
Kevyet kotityöt	29	85
Raskaat kotityöt	24	71
Ei selviydy	1	3
Yht.	112	329
N:	34	

Mitä apua tarvitsette?

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>
Kaupassa käynti	3	20
Pankissa	4	27
Raskaat kotityöt	9	60
Kevyet kotityöt	3	20
Kuljetusapua	3	20
Ikkunan pesu	1	7
Lukuapu	1	7
Yht.	24	160
N:	15	

Kuka huolehtii pieneistä korjauksista asunnossanne?

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>
Korjaan itse	21	62
Puoliso huolehtii	4	12
Lapset tai sukulaiset	10	29
Ystävät, tuttavat, naapurit	5	15
Talonmies, huoltomies	3	9
Palkattu yrittäjä	1	3
Yht.	44	129
N:	34	

Miten asutte?

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>	<i>Kum. lkm</i>	<i>Kum-%</i>
Yksin	22	65	22	65
Toisen kanssa	12	35	34	100
Yht.	34	100	34	100

Kenen kanssa asutte?

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>	<i>Kum. lkm</i>	<i>Kum-%</i>
Aviopuoliso	9	75	9	75
Lapsen	1	8	10	83
Ei vastattu	2	17	12	100
Yht.	12	100	12	100

Missä asutte?

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>	<i>Kum. lkm</i>	<i>Kum-%</i>
Omakotitalo/maalaistalo	15	44	15	44
Rivitalossa	9	26	24	71
Kerrostalo	10	29	34	100
Muu	0	0	34	100
Yht.	34	100	34	100

Onko kerrostalossanne hissi?

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>	<i>Kum. lkm</i>	<i>Kum-%</i>
Kyllä	2	6	2	6
Ei	8	24	10	29
Ei vastattu	24	71	34	100
Yht.	34	100	34	100

Onko asunnossanne (sisällä) mukavuudet?

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>
Vesijohto	33	97
WC	33	97
Suihku	32	94
Sauna	30	88
Ei mukavuuksia	1	3
Yht.	129	379
N:	34	

Onko asunnossanne palovaroin ja pystyttekö vaihtamaan patterin itse?

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>
Ei	1	3
Kyllä	33	97
Pystyn itse vaihtamaan patterin	15	44
Yht.	49	144
N:	34	

Tarvitseeko asuntonne sellaisia muutostöitä, jotka helpottavat asumistanne?

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>	<i>Kum. lkm</i>	<i>Kum-%</i>
Ei	34	100	34	100
Kyllä	0	0	34	100
Yht.	34	100	34	100

Toimitteko omaishoitajana ja hoidatteko?

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>	<i>Kum. lkm</i>	<i>Kum-%</i>
En ole	31	91	31	91
Puolison	1	3	32	94
Lapsen	1	3	33	97
Lapsenlapsen	0	0	33	97
Ei vastattu	1	3	34	100
Yht.	34	100	34	100

Keneltä saatte apua tarvitessanne?

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>
Puolisolta	8	24
Lapselta	23	68
Ystäviltä, tuttavilt	6	18
Naapureilta	13	38
Kunnan kotipalvelusta	1	3
Yksityiseltä yrittäjältä	0	0
Sukulaisilta	2	6
Talonmies	1	3
Muu	1	3
Yht.	55	162
N:	34	

Millä tavalla otatte yhteyttä apua tarvitessanne?

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>
Puhelimella	20	59
Odottaa että tullaan käymään	1	3
Käy kysymässä	1	3
Ei vastattu	13	38
Yht.	35	103
N:	34	

Käytättekö apuvälineitä?

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>
Kävelykeppi	6	18
Rollaattori	3	9
Pyörätuoli	0	0
Proteesi	1	3
Turvapuhelin	0	0
Turvaranneke	0	0
Kyynärsauvat	1	3
Esla-potkupyörä	6	18
Kävelysauvat	1	3
Ei apuvälinettä	16	47
Yht.	34	100
N:	34	

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

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>	<i>Kum. lkm</i>	<i>Kum-%</i>
Hyvin	16	47	16	47
Kohtalaisesti	13	38	29	85
Huonosti	5	15	34	100
Yht.	34	100	34	100

Käytättekö lankapuhelinta?

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>	<i>Kum. lkm</i>	<i>Kum-%</i>
Säännöllisesti	28	82	28	82
Silloin tällöin	2	6	30	88
En koskaan	3	9	33	97
Ei vastattu	1	3	34	100
Yht.	34	100	34	100

Käytättekö matkapuhelinta?

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>	<i>Kum. lkm</i>	<i>Kum-%</i>
Säännöllisesti	12	35	12	35
Silloin tällöin	4	12	16	47
En koskaan	8	24	24	71
Ei vastattu	10	29	34	100
Yht.	34	100	34	100

Käytättekö internetiä?

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>	<i>Kum. lkm</i>	<i>Kum-%</i>
Säännöllisesti	1	3	1	3
Silloin tällöin	1	3	2	6

En koskaan	19	56	21	62
Ei vastattu	13	38	34	100
Yht.	34	100	34	100

Käytättekö sähköpostia?

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>	<i>Kum. lkm</i>	<i>Kum-%</i>
Säännöllisesti	1	3	1	3
Silloin tällöin	0	0	1	3
En koskaan	20	59	21	62
Ei vastattu	13	38	34	100
Yht.	34	100	34	100

Haluaisitteko, että teille tehdään myöhemmin tarkempi tutkimus tai selvitys?

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>
Terveystilasta	3	43
Toimintakyvystä	3	43
Muistista	0	0
Apuvälineistä	0	0
Tilanteen mukaan	1	14
Yht.	7	100
N:	7	

Ennalta ehkäisevien kotikäyntien haastattelualue

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>	<i>Kum. lkm</i>	<i>Kum-%</i>
Länsi	14	41	14	41
Itä	8	24	22	65
Pohjoinen	12	35	34	100
Yht.	34	100	34	100

Haastatteluaika

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>	<i>Kum. lkm</i>	<i>Kum-%</i>
1h30min.	1	13	1	13
alle tunti	4	50	5	63
2 tuntia	1	13	6	75
1h10min	1	13	7	88
1h15min.	1	13	8	100
Yht.	8	100	8	100