



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Seniorineuvolatoiminnan vaikuttavuuden arviointi Sipoossa

Heinonen, Inka & Kuningas, Emmi

2014 Porvoo

Laurea-ammattikorkeakoulu
Porvoo

Seniorineuvolatoiminnan vaikuttavuuden arviointi Sipoossa

Heinonen Inka
Kuningas Emmi
STP10SN
Opinnäytetyö
Huhtikuu, 2014

Heinonen Inka & Kuningas Emmi

Seniorineuvolan vaikuttavuuden arviointi Sipoossa

Vuosi 2014 Sivumäärä 65

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää seniorineuvolan vaikuttavuutta Sipoossa. Opinnäytetyö vastaa kysymyksiin miten vaikuttavaa seniorineuvola toiminta on, millä tavoilla yli 65-vuotiaiden omaishoitajien terveydentilaa ja toimintakyvyn säilyttämistä kartoitettiin seniorineuvolan terveystapaamisissa, sekä miten omaishoitajien toimintakykyä ja terveyttä tuettiin terveystapaamisissa.

Seniorineuvolan toiminta on ennaltaehkäisevää ja voimavaralähtöistä ikääntyneille suunnattua etsivää toimintaa. Ennaltaehkäisylle on lainsäädännöllinen tausta. Vuonna 2013 voimaan astuneen vanhustenpalvelulain momentin 12§ mukaan kunnan on järjestettävä ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista tukevia neuvontapalveluita. Kunnan on edistettävä ikääntyvän väestön terveyttä ennaltaehkäisevillä palveluilla vielä työelämästä poistumisen jälkeen. Seniorineuvolan toimintaan kuuluvat terveystapaamiset ja ryhmätapaamiset. Terveystapaaminen koostuu asiakkaan terveydentilan ja toimintakyvyn kartoituksesta ja tukemisesta. Asiakkaan voimavaroja tuettiin ja toimintakykyä heikentäviin tekijöihin etsittiin keinoja puuttua. Ryhmätapaamiset olivat avoimia kaikille ja niissä annettiin terveysneuvontaa tietyistä aihepiireistä.

Opinnäytetyön aineisto kerättiin Sipoon seniorineuvolan pilotoinnissa keväällä 2013 pitämällä terveystapaamisia omaishoitajille sekä kolme kaikille avointa ryhmäohjausta. Pilotoinnin kohderyhmäksi valittiin ennalta tiedetty riskiryhmä, omaishoitajat. Tässä opinnäytetyössä aineistona käytettiin terveydenhoitajan terveystapaamisissa täyttämiä lomakkeita (n=20) sekä asiakkaiden täyttämiä palautelomakkeita terveystapaamisista (n=20). Myös ryhmäohjausten vaikuttavuutta arvioitiin asiakkaiden palautteiden (n=35) perusteella.

Ennaltaehkäisevyyden varsinaiset terveyshyödyt syntyvät pitkän ajan kuluessa. Elintapaohjaus ja voimavarojen vahvistaminen auttavat ikääntyvän elämän tulevia vuosia olemaan laadukkaita. Opinnäytetyön tuloksia viitekehukseen verratessa voidaan todeta seniorineuvolassa annetun ohjauksen ja neuvonnan vaikuttavuus. Välittömiä vaikutuksia olivat terveystapaamisessa asiakkaalle annettu tuki, näyttöön perustuvat ohjaukset, sekä asiakkaan ohjaaminen jatkotutkimuksiin. Tulokset kertovat että omaishoitajilla oli paljon uniongelmia, kohonnutta verenpainetta, puutteita ravitsemustilassa ja tarve keskustella omista asioista. Myös tetanusrokotteen tehosteiden tarve oli suuri. Omaishoitajat kokivat hyötyneensä terveystapaamisista ja pitivät niitä tarpeellisina. Omaishoitajien psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä tuettiin. Tarpeen mukaan omaishoitajat ohjattiin eteenpäin hoitoon, mikäli esimerkiksi verenpaine oli korkea. Tulosten perusteella terveystapaamiset olivat vaikuttavia. Terveystapaamisista annettujen palautteiden mukaan myös omaishoitajat kokivat hyötyneensä terveystapaamisista ja pitivät niitä tarpeellisina.

Ryhmätapaamisten osallistujia määrät vaihtelivat 17 ja 20 osallistujan välillä. Ryhmätapaamisten palautteiden perusteella osallistujat saivat uutta ja hyödynnettävää tietoa ryhmäohjausten luennoista. Suuri osa osallistujista suosittelisi ryhmäohjausta myös ystävälleen.

Seniorineuvolan toimintaa on jatkettu Sipoossa pilotointijakson jälkeen. Opinnäytetyön perusteella seniorineuvolapalvelu on tarpeellista ja toivottua Sipoon kunnassa. Ennaltaehkäisevä palveluna toiminnan vaikuttavuutta kannattaa arvioida myös pidemmän ajan kuluttua. Tule-

vaisuudessa seniorineuvolan ja muiden palvelujen välistä yhteistyötä kannattaa selkiyttää. Seniorineuvolasta hyötyvät kaikki ikääntyvät ja seniorineuvola tuo mahdollisuuden tavoittaa suuren osan ikääntyneestä väestöstä.

Asiasanat, yli 65-vuotiaiden terveys, toimintakyky, tuki, seniorineuvola, vaikuttavuus

Determine the effective seniorclinic in Sipoo

Determining the Effectiveness of Senior Clinics in Sipoo

Year	2014	Pages	65
------	------	-------	----

The thesis was designed to determine the effectiveness of a senior health clinic in Sipoo. The thesis will answer such questions as how effectively the senior clinic functions, how the state of health of over 65-year-old caregivers was monitored and their ability to function preserved in health clinic appointments, and how the appointments supported their state of health and ability to function.

Senior clinics act preventively, and the types of activities offered to the elderly stem from available resources and are investigative. The prevention aspect is dictated in the law, in the subsection §12 of legal services for the elderly. It came into effect in 2013 and states that municipalities are to organize health clinic services to the elderly. Such services are to promote their health, functional capacity, and autonomy. The health of the ageing population must be promoted even after retiring from work life with the preventative services. Senior health clinics' activities include health meetings and group meetings. Health meetings include examining and supporting the client's state of health and ability to function. The clients' resources received support, and reasons for the decreasing functional capabilities were investigated. Group meetings were open to all, and offered health advice on certain subjects.

The data for the thesis was collected in the spring of 2013 from health meetings for the caregivers and from three open-to-all group meetings when the health clinic was being piloted. The most vulnerable group, the caregivers, was chosen as the target group. In this thesis, the material consisted of forms filled by the public health nurse during the meetings (n=20) and feedback forms filled by the clients during their health appointments (n=19). The effectiveness of group counseling was evaluated with client feedback, as well (n=34).

The health benefits of preventive work become visible over a long period of time. Lifestyle counseling and strengthening the resources of the clients will help support the quality of life during the later years of the ageing population. When comparing the thesis results to the framework of the thesis, the effectiveness of senior counseling and support can be determined. The immediate effects on the clients were the support provided in the health meetings, evidence-based redirects, and redirecting the client to further tests. The results showed that the caregivers suffered from sleeping problems, high blood pressure, nutritional deficiencies, and they expressed a need to talk about their own issues. In addition, the need for tetanus vaccines was great. The caregivers considered health appointments beneficial and necessary. The mental and social capabilities of the caregivers were supported. When necessary, the caregivers were ushered to seek further treatment if, for example, their blood pressure turned out to be high. According to the results, the health appointments were impressive. Based on the gathered feedback, the caregivers felt they benefitted from the appointments and considered them necessary.

The amount of participants ranged between 17 and 20 in the group meetings. The feedback implied that the lectures provided the participants with new and useful information on group guidance. A large proportion of the participants would recommend group guidance to their friends.

The senior clinic has continued operating in Sipoo after the piloting period. The thesis results suggest that senior clinic services are necessary and desirable in Sipoo. We recommend that the effectiveness of the preventive service activities should also be evaluated for a longer period of time. In the future, cooperation between the senior child health clinics and other services should be clarified better. Senior clinics will benefit the elderly and senior clinics have the ability to reach a large proportion of the aged population.

Keywords, over 65 years old, health, performance, support, senior clinical effectiveness

Sisällys

1	Johdanto	8
2	Toimintakyvyn muuttuminen ikääntyessä	9
2.1	Fyysinen toimintakyky.....	9
2.2	Psyykinen toimintakyky.....	12
2.3	Sosiaalinen toimintakyky.....	13
3	Terveyden edistäminen seniorineuvolassa	14
3.1	Terveyden edistämisen promotiivinen ja preventiivinen näkökulma	14
3.2	Lakeja seniorineuvolatoiminnan taustalla	15
3.3	Seniorineuvolan toiminta terveyden edistäjänä	16
3.4	Omaishoitajat seniorineuvolan pilotoinnin kohderyhmänä	19
4	Seniorineuvolan vaikuttavuus	20
4.1	Vaikuttavuus hoitotyössä	20
4.2	Terveystapaamisten vaikuttavuus seniorineuvolassa	21
4.3	Ryhmätapaamisten vaikuttavuus seniorineuvolassa.....	25
5	Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset.....	25
6	Opinnäytetyön empiirinen toteutus	26
6.1	Seniorineuvola Sipoon kunnassa	26
6.2	Aineiston keruu	27
6.3	Aineiston analyysi	29
7	Tulokset	31
7.1	Vastaajien taustatiedot	31
7.2	Omaishoitajien toimintakyky ja terveydentila.....	31
7.2.1	Fyysinen toimintakyky.....	31
7.2.2	Psyykinen toimintakyky.....	33
7.2.3	Sosiaalinen toimintakyky.....	35
7.3	Omaishoitajien toimintakyvyn ja terveydentilan tukeminen seniorineuvolan terveystapaamisessa ja ryhmäohjauksissa.....	37
7.4	Omaishoitajien toimintakyvyn tukemisen vaikuttavuus seniorineuvolassa	38
7.5	Ryhmätapaamiset ikääntyneiden toimintakyvyn ja terveyden tukijana.....	40
8	Pohdinta.....	41
8.1	Tulosten tarkastelu	41
8.2	Opinnäytetyön eettiset kysymykset.....	45
8.3	Opinnäytetyön luotettavuus.....	46
	Lähteet	48

1 Johdanto

Ikääntyneiden ihmisten määrä ja osuus on Suomen väestössä kasvussa. Kasvun huippu tulee olemaan vuosien 2015-2030 välillä. Erityisesti ikääntyneille suunnattujen terveydenhuollon palvelujen tarve lisääntyy ja kuntien menot kasvavat (Volk & Nivalainen 2009.) Ikääntyneiden hyvinvointia ja terveyden edistämistä, sekä neuvontapalvelujen kehittämistä ohjataan lainsäädännöllä. Uudella vanhustenpalvelulainalla (2013) pyritään tukemaan kotona asumista ja sen mahdollistamista tehostamalla terveysneuvontaa. Suurin osa ikääntyneistä pystyy asumaan kotonaan, mikäli he saavat apua tietyissä päivittäisissä toiminnoissaan. (Volk & Nivalainen 2009.)

Vanhustenpalvelulain mukaan kunnan on järjestettävä ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista tukevia neuvontapalveluita. Lisäksi niille ikääntyneeseen väestöön kuuluville, joilla arvioidaan tutkimustiedon tai elämäkokemuksen kautta olevan palveluntarvetta lisääviä riskitekijöitä, on tarjottava terveystarkastuksia, vastaanottoja tai kotikäyntejä hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisensuoriutumisen tukemiseksi. (Vanhuspalvelulaki). Omaishoitajat ovat yksi tällainen väestöön kuuluva ryhmä. Kasvava ikääntyvien määrä ja kuntien hoitopalvelujen saannin rajoittaminen lisäävät omaisten hoitovastuuta. Omaishoitajien tukeminen säästää kunnan resursseja keskimäärin 20 000 euroa henkilöä kohden ja tukee kotona asumista (Kehusmaa, Autti-Rämö, Rissanen 2013.)

Muiden Suomen kuntien tavoin Sipoon tulevaisuuden haasteena on iäkkäiden ihmisten määrän kasvu, suurten ikäluokkien eläkkeelle jäänti sekä työelämään tulevien ikäluokkien pieneneminen. Muuttovoittoisessa Sipoossa yli 75-vuotiaiden määrän ennustetaan lähes kaksinkertaistuvan vuoteen 2025 mennessä. Tämä asettaa haasteita ikääntyvälle väestölle suunnatuille ennaltaehkäiseville palveluille. (Sipoon vanhuspoliittinen ohjelma 2013-2016, 2,8.)

Seniorineuvola on yksi malli ikääntyvälle väestölle suunnatusta ennaltaehkäisevistä palveluista. Seniorineuvola on mahdollisuus ennaltaehkäistä sairauksia ja jopa viivyttää mahdollista laitoshoidtoa. Seniorineuvolakonsepti pilotoitiin ennaltaehkäiseviin palveluihin panostavaan Sipooseen Porvoon Laurean opiskelijoiden ja Sipoon toimesta huhtikuussa 2013. Pilotoinnin kohderyhmäksi valittiin omaishoitajat. Seniorineuvolan toiminta on etsivää ja perustuu terveystapaamisiin ja ryhmän ohjauksiin. Terveystapaamisessa kartoitetaan asiakkaan terveydentilaa ja fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. Asiakkaille annetaan tukea sekä neuvontaa oman terveyden ja hyvinvoinnin ylläpitämiseksi kotona. Ryhmän ohjaukset ovat kaikille avoimia. Ryhmän ohjausten tavoitteena on ikääntyneille suunnattu terveysneuvonta ja vertaistuki.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on arvioida seniorineuvolan vaikuttavuutta Sipoossa. Opinnäytetyössä kuvaillaan millä tavoilla yli 65-vuotiaiden omaishoitajien terveenä pysymistä ja toimintakyvyn säilyttämistä kartoitetaan ja tuetaan seniorineuvolan terveystapaamisissa ja miten terveyttä edistetään ryhmätapaamisissa.

2 Toimintakyvyn muuttuminen ikääntyessä

2.1 Fyysinen toimintakyky

Toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen kykyä selviytyä päivittäisistä toimista omassa elinympäristössä itseään tyydyttävällä tavalla. Se määräytyy terveydentilan, yksilöllisten ominaisuuksien ja ympäristön vaikutusten perusteella. Ikääntyminen tuo monia muutoksia ihmiskehoon ja toimintakykyyn. Toimintakykyä voidaan tarkastella muuna muassa fyysisten, psyykkisten, kognitiivisten ja sosiaalisten tekijöiden kannalta. (Aromaa & Koskinen 2002, 119.)

Fyysiseen toimintakykyyn kuuluvat elämän perustoiminnot kuten liikkumiskyky, aistitoiminnot ja hengitys- ja verenkiertoelimistön toiminnot. (Aromaa & Koskinen 2002, 119.) Fyysistä toimintakykyä voidaan kuvata ja tarkastella esimerkiksi lihaskunnon, kehon rakenteiden kuten luuntiheyden, motoristen toimintojen, näön ja kuulon tarkastelulla. (Helin 2000, 17) Hyvä fyysinen toimintakyky tuo turvaa ikääntyville ja auttaa selviytymään päivittäisissä toiminnoissa. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 120.) Lihassoiman heikkeneminen ikääntyessä voi olla keskeinen riskitekijä toimintakyvyssä. Lihassoima on huipussaan 20-30 ikävuoden tienoilla ja pysyy lähes muuttumattomana 50 ikävuoteen asti, mikäli ei tapahdu suuria muutoksia elintavoissa tai aktiivisuudessa. Lihassoima heikkenee noin 1 % vuosivauhtia 50 ikävuoden jälkeen ja 1,5-2 % 65 ikävuoden jälkeen. Naisten lihassoima heikkenee vaihdevuosien tienoilla enemmän kuin miesten. Lihassoiman heikkeneminen johtuu sairauksista, fyysisen aktiivisuuden muutoksista ja hermo-lihasjärjestelmän vanhenemismuutoksista. (Sipilä, Rantanen & Tiainen 2013, 146-149.)

Ikääntymisen myötä kestävyyskunto heikkenee. Kestävyyskuntoa mitataan maksimaalisella hapenkulutuksella. Maksimaalinen hapenkulutus laskee ihmisen ikääntyessä sekä runsaasti että vähän liikkuvilla. Hapenottokyky alkaa laskea 30 ikävuoden tienoilla 5-22 % kymmenessä ikävuodessa. Miehillä ja naisilla ei ole havaittavia eroja aerobisen kunnan laskussa. Maksimaalinen hapenottokyky laskee kuitenkin hitaammin henkilöillä, jotka harrastavat aktiivisesti liikuntaa, kun taas liian vähän liikkuvilla hapenottokyky saattaa alkaa haitata arkiaskareita jo varhaisemmassa vaiheessa. Kestävyysyden ylläpitämiseksi auttaa ainoastaan liikunnan harrastaminen nuoruudesta lähtien. Iäkkäänä kestävyysyttä harjoitetaan tekemällä harjoituksia pieniä määriä ja usein, jotta hyöty on mahdollisimman suuri. (Kallinen & Kujala 2013, 156-157, 159.)

Fyysisen toimintakyvyn ylläpidolle on tärkeää, että liikunnan tavoitteet on asetettu ikääntyneelle realistisiksi ja mielekkäiksi. Tämä auttaa säilyttämään mielenkiintoa ja motivaatiota liikkumiseen. (Krons 2003, 122 -123) Liikunnan on todettu vaikuttavan myönteisesti myös mielialaan, stressiin ja itsetuntoon. Sen hyöty on osoitettu elämänlaadun kohottajana ja sosiaalisen kanssakäymisen edistäjänä. (Routasalo & Hytönen & Pitkälä 2007, 182-183.)

Asentotunto heikkenee ikääntyessä. Asentotunto perustuu reflekseihin, automaattisiin lihas-toimintoihin ja tahdonalaisesti tuotettuihin lihasten toimintoihin, keskushermoston kykyyn yhdistellä sinne saapuvia tietoja sekä monien aistien toimintoihin. Asentotunnon heikkeneminen aiheuttaa suuren kaatumisriskin ikääntyneellä väestöllä yhdessä muiden ikääntymisen tuomien heikkenemisien kanssa. Myös selviytyminen vilkkaassa liikenteessä vaikeutuu, kun asentotunto on heikentynyt. Keskushermoston kyky käsitellä tietoa heikkenee, lihasvoima ja nopeus pienenevät, ongelmia voi olla näössä ja näköinformaation käsittelyssä, tasapainoelimen toiminta heikkenee sekä asento- ja liikeaistin toiminta sekä kosketus- ja asentotunto heikkenevät. Myös havaintomotoriset toiminnat erilaisiin ärsykkeisiin hidastuvat ja tulevat epätarkemmiksi. Asentotuntoa voi kehittää esimerkiksi kävelemällä epätasaisessa maastossa ja muissakin tasapainoa vaativissa lajeissa (Vuori 2010.)

Luukudos uusiutuu koko elämän ajan luuta hajottavien solujen ja luuta muodostavien solujen toiminnan avulla. Vanhenemisen yhteydessä luusto haurastuu, kun luun muodostus ei korvaa täysin poistettua luuta. Näin luun määrä vähenee ja rakenne heikkenee. Luun määrä saattaa alkaa vähentymään jo 35-40 vuotiailla. Selvemmin luusto vähenee ja haurastuu 50 ikävuoden jälkeen, etenkin naisilla, kun estrogeenin tuotanto vähenee. Myöhemmän iän osteoporoosi ilmenee sekä naisten että miesten lisääntyneinä lonkka- ja nikamamurtumina. Osteoporoosi on erityisesti naisten ongelma heikomman lihaskunnan ja huonomman luuston vuoksi. (Suominen 2013.) Luuston vanhenemista voi hidastaa etenkin iskuja, hyppyjä ja tärinää sisältävällä liikunnalla, joka kuormittaa luustoa. (UKK-instituutti 2013.) D-vitamiinin ja kalsiumin riittävä saanti hidastaa luumassan menetystä (Käypä hoito 2008). Tupakoitsijoilla on suhteessa pienempi luumassa tupakoimattomiin verrattuna. (Suominen 2013.)

Ikäkuulon yksi taustatekijä on perinnöllinen alttius, mutta ei kuitenkaan ole yksittäisen geenin aiheuttama sairaus. Myös metaboliset tekijät, ateroskleroosi, autoimmuunitaudit ja vapaat happiradikaalit näyttävät vaikuttavan ikäkuulon syntyyn. Tutkimukset ikäkuulon synnystä ovat vielä kesken. Selvää on, että ihmisen kuuloon vaikuttavat aikaisemmat korvasairaudet ja kuuloa mahdollisesti vaurioittaneet tekijät kuten meluhaitat. Taulukosta 1 voidaan nähdä, kuinka yleinen heikentynyt kuulo ikääntyneillä on. Keskimääräinen 55-vuotias ei siis kuule puiden lehtien havinaa (10dB) ja yli 75-vuotiaalle kovaäänisen keskustelun kuuleminen (60dB) on hankalaa. Yli puolet 75-vuotiaista kärsii kuulon alentumisesta. Ikääntyneen kuulossa voi olla myös muita poikkeavia piirteitä; äänten taajuuden erottelu voi olla vaikeaa, äänten voimak-

kuuserot on hankalampi huomata ja huonontunut suuntakuulo. Sosiaalinen toimintakyky kärsii, jos kuulo on huono. (Aromaa & Koskinen 2002, 119). Huono kuulo vaikuttaa ihmisten väliin kanssakäymiseen ja voi osaltaan aiheuttaa erakoitumista ja masennusta. Keskusteleminen vaikeutuu ja ihminen väsyä ja ärtyä kuulemisen aiheuttaessa ylimääräistä ponnistelua. (Huttunen & Sorri 2009, 186-191.)

Taulukko 1. Kuulovikojen vallitsevuus prosentteina pohjoissuomalaisessa väestötöksessä (N=3518) EU:n asiantuntijatyöryhmän kuulovikamääritelmän mukaan. BEHL (better ear hearing level) on paremman korvan kuulokynnystaso. Alaindeksi kertoo miltä taajuusalueelta keskiarvo on laskettu. (Huttunen & Sorri 2009.)

Ikäryhmä	BEHL (0,5-4kHz) suurempi kuin 20dB
10vuotta	0,2
15	0,9
25	0,8
35	2,0
45	6,6
55	15,9
65	37,2
75	64,5

Ihmisen ikääntyessä verkkokalvon sauva- ja tappisolut vanhenevat eri tavoin. Muutokset ihmisen näkökyvyssä alkavat jo 40 vuoden iässä. Sauvasolut vanhenevat nopeammin kuin tappisolut, mikä selittää hämäränäön heikkenemisen. Kun valaistus on huono ja ärsykekontrasti vähäinen, tulee esille suurimmat näköaistimisen pulmat. Havaitsemisnopeus ja tarkkuus heikkenevät ja myös värien havaitseminen heikkenee. (Ruoppila 2012.) Ikänäkö, eli lähelle tarkentamisen vaikeutuminen, alkaa häiritä lähelle katselua jo 45-vuoden seutuvilla. Näköön vaikuttavia sairauksia ovat diabetes, perinnölliset verkkokalvosairaudet, glaukooma, verkkokalvon verenkiertohäiriöt, harmaakahi, makuladegeneraatio ja aivoverenkiertohäiriöt. (Hyvärinen 2013, 198-204). Sosiaalinen toimintakyky heikentyy, kun päivittäisistä toiminnoista selviytyminen hankaloituu heikon näön takia. (Heikkinen 2005.)

Ikääntyessä näkökyvyn seuranta on tärkeää. Näkökyvyn alentumisesta on huomattavaa haittaa jokapäiväisissä toiminnoissa. Lukeminen, vastaan tulijoiden tunnistaminen ja autolla ajo vaikeutuvat. Näkökykyä kartoitettaessa pystytään havaitsemaan myös tiettyjä näkökykyä heikentäviä sairauksia, joiden hoito on hyvä aloittaa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. (Näkövammaisten keskusliitto ry.)

2.2 Psyykkinen toimintakyky

Fyysisen toimintakyvyn lisäksi ikääntyminen tuo haasteita myös psyykkisen toimintakyvyn ylläpitämiselle. Psyykkistä toimintakykyä voidaan määritellä useilla eri tavoilla. Yleisesti psyykkisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan henkilön kykyä tuntea, kokea, muodostaa käsityksiä omasta itsestä ja ympäröivästä maailmasta, tehdä elämäänsä koskevia ratkaisuja ja valintoja sekä suunnitella elämäänsä. Psyykkistä toimintakykyä ovat myös persoonallisuus ja selviytyminen sosiaalisen ympäristön haasteista. (Aalto 2011.)

Psyykkistä toimintakykyä voidaan mitata ja havainnoida esimerkiksi mielialan, persoonallisuuden ja psyykkisten elämänhallinnan voimavarojen kautta. (Aalto 2011.) Esimerkiksi kaupassa käynti ja pankkiasioista huolehtiminen edellyttävät psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. Psyykkistä toimintakykyä voidaan arvioida parhaiten, kun tunnetaan yksilön elämän keskeiset piirteet, kuten elinympäristö ja sosiaaliset verkostot. Psyykkisen toimintakyvyn kannalta ikääntyminen on haasteellinen elämänvaihe, koska siihen sisältyy luopumisia monista asioista ja menetyksiä. Myös monet sairaudet, kuten muistihäiriöt rajoittavat psyykkistä toimintakykyä. (Pohjolainen & Salonen 2012.)

Psyykkisen toimintakyvyn ylläpitämisessä voimavarat ja voimavarojen heikentävät tekijät ovat keskeisiä. Voimavarat ovat tekijöitä, jotka auttavat välttämään haitallisia kuormittavia tekijöitä ja selviytymään niistä menestyksellisesti. Elämänhallinta ja sosiaaliset suhteet ovat keskeisiä voimavaroja kotona asuvilla iäkkäillä. Elämänhallintaan sisältyy esimerkiksi mahdollisuus vaikuttaa asioihin ja kotona pärjäämisen kokemus. Lisäksi kotona asuvat iäkkäät kokevat voimavaroiksi saadut palvelut kuten terveydenhuollon ja terveystiedon, kuulluksi tulemisen ja dialogisen yhteistyön. Voimavaroja ovat myös toimiva ympäristö, taloudellinen turvallisuus, hengellisyys sekä mielekäs tekeminen, kuten harrastukset. Elämäntapoihin liittyviä voimavaroja ovat taas esimerkiksi hyvä yöuni, hyvä ravitsemus ja painon hallinta. Tulee kuitenkin muistaa että jokaisen voimavarat voivat olla erilaisia ja etenkin miesten ja naisten kuvaamisissa voimavaroissa on osittain erilaisuutta. (Hokkanen, Häggman-Laitila & Eriksson 2006.)

Voimavaroja pystytään tukemaan monin eri keinoin. Voimavarakeskeinen neuvonta mahdollistaa voimavarojen tunnistamisen ja tukee asiakkaan itsemääräämisoikeutta. Kodin muutostyöt ja apuvälineet voivat edistää ympäristön toimivuutta ja taloudellinen tuki ikääntyvän taloudellista turvallisuutta. (Hokkanen, Häggman-Laitila & Eriksson 2006.)

Voimavarojen kartoittaminen ja tukeminen on tärkeää ikääntyneen elämänlaadun säilyttämiseksi ja kohentamiseksi. Elämänlaadun osa ihmisen hyvinvoinnissa on merkityksellinen. Elämänlaatu on subjektiivinen kokemus, jota määritellään muun muassa mielialalla, tyytyväisyydellä ja onnellisuudella. Heikko elämänlaatu ja vähäisempi tyytyväisyys ovat yhteydessä ter-

veyden heikkenemiseen. Elämänlaatuun vaikuttavat myös perheenjäsenet, ystävät, kotona asuminen ja itsenäisyys, joka näkyy mahdollisuutena tehdä omia haluamia asioita, kykynä liikkua kotona ja kodin ulkopuolella. (Kattainen 2010, 191-192.)

Voimavarojen lisäksi kognitiiviset toiminnot ovat keskeinen alue psyykkisessä toimintakyvyssä. Kognitiivista toimintakykyä voidaan tarkastella kielellisen sujuvuuden ja muistiin painamisen osalta. Kognitiivisista tehtävistä suoriutuminen heikkenee iän mukana. (Aromaa & Koskinen 2002, 135.) Ihmisen ikääntyessä eniten heikkenemistä tapahtuu mieleen painamisen ja mieleen palauttamisen vaiheissa. Tiedot ja taidot säilyvät pitkään ja sanavarastossa tapahtuu lisääntymistä ainakin 85 ikävuoteen asti. Sanojen löytäminen säilömuistista voi välillä olla vaikeaa, vireystilasta riippuen. Ongelmia voi olla ääntämisessä, mikä ilmenee, kun puhujalla on sana ”kielen päällä”. Sanojen ”hakeminen” lisääntyy iän myötä. Kyse on fonologisen viihjeen varassa tapahtuvasta mieleen palautuksen yrityksestä, joka ei juuri sillä hetkellä onnistu. (Ruoppila 2012.) Ikkä ei ole yhteydessä oppimiseen, mutta työmuistin laajuus on pienentynyt ja tiedollisen aineiston käsittelynopeus on hidastunut. Yksilölliset erot ovat suuria. Uuden oppiminen tuo elämäniloa ja tuo intoa arkeen. Uuden oppiminen lisää hyvinvointia, elämäntarkoitusta ja mielenterveyttä ja saattaa perustella lääkityksen vähentämistä. (Ruoppila 2012.) Aivosolut uusiutuvat ja niiden yhteydet toimivat helpommin, mikäli aivoja vain käytetään. Ongelmien ratkaiseminen ja aikaisemmin oppimansa tiedon kyseenalaistaminen ovat erinomaisia tapoja harjoittaa aivotoimintaa. (Ruoppila 2012.)

2.3 Sosiaalinen toimintakyky

Sosiaalinen toimintakyky on kykyä toimia läheisissä suhteissa ja erilaisissa yhteisöissä. Tämä edellyttää kykyä vuorovaikutukseen. Monista arkitoiminnoista suoriutuminen, avun saaminen ja avun antaminen edellyttävät sosiaalista toimintakykyä. Sosiaaliseen toimintakykyyn sisältyvät myös suhteet omaisiin ja ystäviin, suhteiden sujuvuus, vastuu läheisistä, harrastukset, yksinäisyys sekä tunne turvallisuudesta. Sosiaalisen toimintakyvyn mittaaminen on haasteellista. Sitä voidaan kuitenkin pyrkiä mittaamaan sosiaalisen verkoston, yksinäisyyden tunteen sekä sosiaalisen aktiivisuuden, kuten harrastusten kautta. Sosiaalinen toimintakyky edellyttää kognitiivisia ja emotionaalisia valmiuksia. Tulee huomioida että myös fyysisillä tekijöillä kuten kuulolla ja näöllä on merkitystä sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitämisessä. Aktiivinen elämäntyyli edistää terveyttä ja kognitiivista kyvykkyyttä, suojelee dementiaalta ja ehkäisee toimintarajoitusten syntyä. (Aromaa & Koskinen 2002, 119; Tiikkanen & Heikkinen 2011.)

Yli 60 - vuotiailla kontaktit sukulaisten ja läheisten ystävien kanssa vähentävät kuolemanvaaraa. Sosiaalinen verkosto tarjoaa voimavaroja ja vaikuttaa terveyteen fysiologisten ja psykologisten mekanismien sekä terveystietämisen kautta. Jos ihmisen odotukset ja tarpeet

vuorovaikutussuhteista eivät täyty hän kokee yksinäisyyttä. Yksinäisyyden syntyyn vaikuttavat monet tekijät. Yksinäisyyden kokemukseen vaikuttavat sekä tilannetekijät että luonteenpiirteet. Se voi jakaantua kokemukseen kiintymystä tuottavan suhteen puutteesta tai epäonnistuneeksi liittymiseksi sosiaaliseen yhteisöön. Yksinäisyyttä ihminen voi arvioida ainoastaan itse ja yksinäisyyttä mitataankin kysymällä kokeeko yksinäisyyttä. Ihminen voi olla yksinäinen suuren joukon keskellä tai olla yksin kokematta yksinäisyyttä. Yksinäisyys ennustaa muun muassa enemmän itsemurhia, kuolleisuutta, terveystalvelujen käyttöä, masennuksen syntyä ja muistin heikkenemistä. Yksinäisyyttä voidaan lievittää ryhmässä tapahtuvan aktiviteetein, kahdenkeskisten tapaamisten tai sellaisen toiminnan avulla, jota ihminen voi tehdä yksin. Ryhmätoiminta perustuu yleensä liikuntaharrastukseen, keskustelumahdollisuuteen, asialuontoihin tai tapaamispaikkoihin. Kahdenkeskistä yksinäisyyttä voidaan lievittää kotikäynnillä, ystävätoiminnalla, omaishoitajille tarkoitetulla tuella, puhelinkeskusteluilla tai kuljetusmahdollisuuspalveluna. (Tiikkanen & Heikkinen 2011; Uotila 2011, 31.)

3 Terveyden edistäminen seniorineuvolassa

3.1 Terveyden edistämisen promotiivinen ja preventiivinen näkökulma

Terveyden edistämisestä puhuttaessa erotellaan usein sairauksien ehkäisy eli preventiivinen työ ja terveydentilan ylläpitäminen ja vahvistaminen eli promotiivinen työ toisistaan. Terveyden edistäminen on sekä riskilähtöistä ongelmanratkaisutyötä että yksilö- ja yhteisötasoisista terveyden vahvistamista. Promotiivinen ja preventiivinen työ limittyvät paljon toisiinsa. Promotiivisella toiminnalla pyritään luomaan terveyttä edistävät elinolot ja mahdollisuudet omasta terveydestä huolehtimiseen ennen sairauksien tai ongelmien syntyä. Keskeistä on voimavarojen kartoitus ja esimerkiksi terveelliset elämäntavat. Myös liikuntapaikat, neuvolapalvelut ja kouluruokailu ovat osa promotiivista terveyden edistämistä. (Hakamäki, Perttilä, Hujanen & Ståhl 2011, 15-16.)

Preventiiviset terveydenhoitopalvelut ovat osa väestönvastuista perusterveydenhuoltoa. Primääripreventiolla tarkoitetaan terveyttä edistäviä terveystalintoja, sekä suojautumista terveysongelmilta ja sairauksilta jo ennen oireiden ja ongelmien ilmaantumista. Primääripreventiota ovat esimerkiksi voimavarojen tunnistaminen terveystalustelun avulla ja voimavarojen vahvistaminen. Sekundaaripreventiossa tunnistetaan terveysongelmia ja sairauksia varhaisessa vaiheessa. Sekundaaripreventioon kuuluvat muun muassa terveystalustelut ja seulontatutkimukset. (Koponen, Hakulinen & Pietilä 2008, 81,83.)

Seniorineuvolassa terveyden edistäminen on sekä promotiivista että preventiivista terveyden edistämistä. Seniorineuvolassa keskitytään muun muassa voimavarojen löytämiseen, palveluihin ohjaamiseen, keskusteluun ja terveydentilan kartoittamiseen, joten palvelu itsessään on promotiivista. Lisäksi seniorineuvolassa annetaan myös preventiivistä palvelua kuten terveysneuvontaa, terveydentilaa kartoittavia mittauksia sekä rokotuksia.

3.2 Lakeja seniorineuvolatoiminnan taustalla

Ikääntyvien terveyden edistämällä on lainsäädännöllinen tausta. Vanhustenpalvelulaki(2013) pyrkii turvaamaan iäkkäiden mahdollisuuden saada itsenäistä suoriutumistaan ja jäljellä olevaa toimintakykyä tukevia palveluja riittävän ajoissa. Lain momentin 12§ mukaan kunnan on järjestettävä ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista tukevia neuvontapalveluita. Lisäksi erityisesti niille ikääntyneeseen väestöön kuuluville, joilla arvioidaan tutkimustiedon tai elämäkokemuksen kautta olevan palveluntarvetta lisääviä riskitekijöitä, on tarjottava terveystarkastuksia, vastaanottoja tai kotikäyntejä hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisensuoriutumisen tukemiseen. (L2012/980; Kattainen 2010,192-194.)

Terveydenhuoltolaki(2010) määrää kuntia perustamaan iäkkäille ihmisille suunnattuja neuvontapalveluja, jotka edistävät kotona selviytymistä, hyvinvointia ja terveyttä sekä tukevat toimintakykyä. Neuvontapalveluiden on annettava sairaanhoidollista ohjausta, tukea itsehoitoon sekä tietoa terveellisistä elämäntavoista, tapaturmien ehkäisystä ja kodin turvallisuudesta. Kunnat päättävät itse millä toimintamallilla nämä ennaltaehkäisevät palvelut toteutetaan. (STM 2011.) Kansanterveyslaki velvoittaa kunnat edistämään yksilön ja yhteisön sairauksia ja tapaturmia. Kunnat ovat vastuussa kansanterveystyön toteutumisesta huomautuksen tai uhkasakon uhalla. (Kansanterveyslaki 28.1.1972/66.)

Seniorineuvolan toiminnassa tulee huomioida asiakkaalle lain määrittelemät oikeudet. Jokainen asiakas on kohdattava ilman syrjintää asiakasta loukkaamatta. Asiakasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan ja asiakkaalla on itsemääräämisoikeus. Asiakkaalla on myös oikeus tarkistaa itseään koskevat potilasasiakirjat, joihin on merkitty asiakkaan hoidon, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi olennaiset tiedot. Potilasasiakirjan tiedot ovat salassa pidettäviä. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.)

Myös Sosiaali- ja terveysministeriön ikäihmisten palvelujen laatusuositukset (2013) ohjaavat terveyttä edistävää toimintaa. Laatusuositukset tukevat lakien toteutumista ja pyrkivät parantamaan palvelujen laatua. Laatusuosituksen kokonaistavoitteena on turvata laadukkaat ja vaikuttavat palvelut kaikille niitä tarvitseville iäkkäille henkilöille sekä turvata mahdollisimman terve ja toimintakykyinen ikääntyminen kaikille ikääntyville. Ikääntyvien määrä Suomes-

sa kasvaa lähivuosikymmeninä. On tärkeää kehittää toimintamuotoja, joilla tuetaan ikääntyvien hyvää elämää. Seniorineuvolan toimintatarkoituksena toimia ikääntyvien hyvän elämänlaadun tukijana ja edistää terveyttä. (L2012/980; Pietilä 2010, 192-194; STM 2013c.)

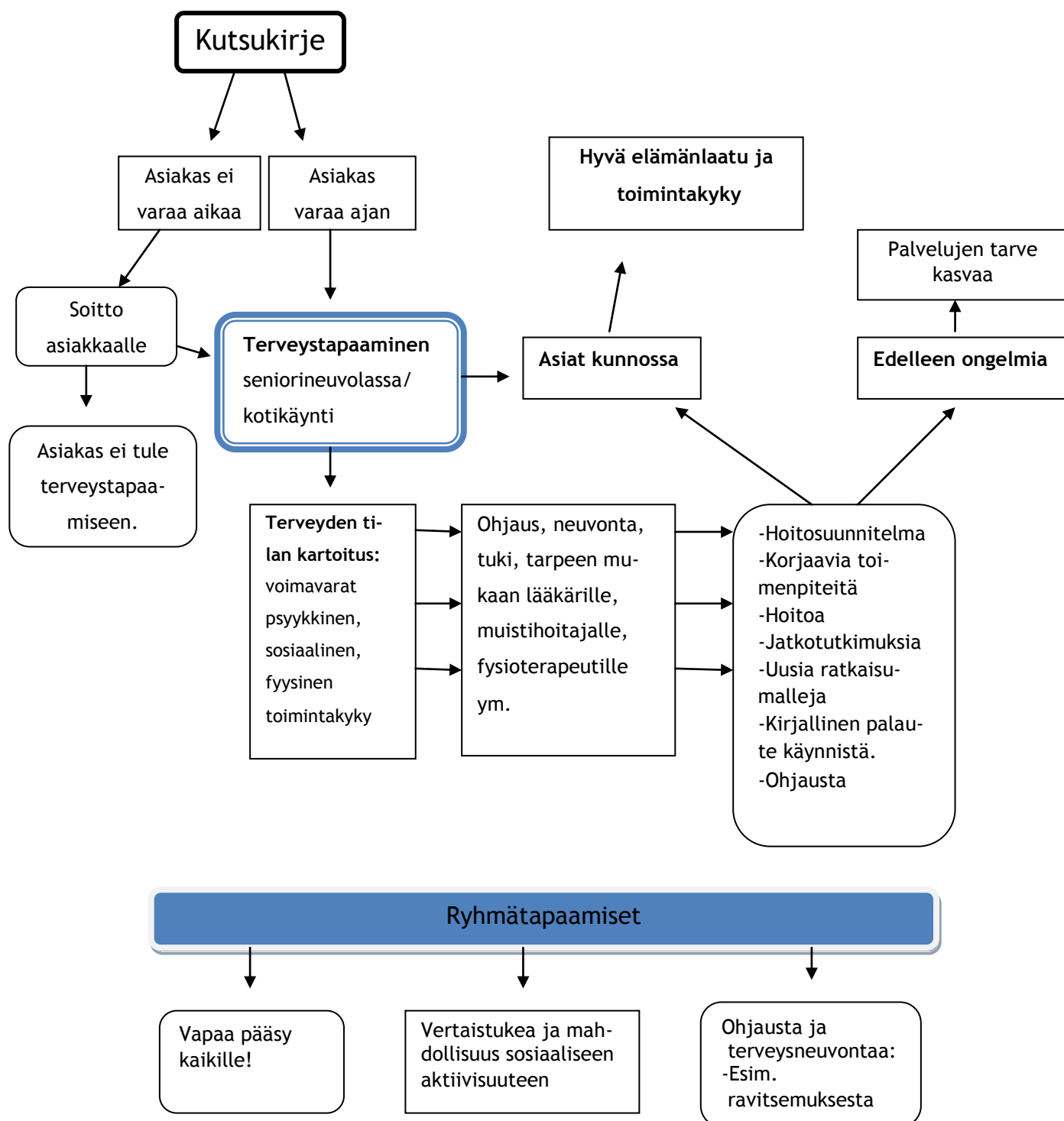
3.3 Seniorineuvolan toiminta terveyden edistäjänä

Seniorineuvolan toiminnan periaatteena on voimavaralähtöinen työ, varhainen puuttuminen, voimavarojen vahvistaminen, sairauksia kartoittava, ennaltaehkäisevä ja seulova työ. Terveystapaamisessa pyritään löytämään myös asiakkaat joilla on puutteita terveydentilassa ja siten korjattavissa olevia asioita. Tavoitteena ikääntyville tarkoitetuissa ennaltaehkäisevissä palveluissa on itsenäisyyden ja omatoimisuuden säilyttäminen, hyvä elämä ja mahdollisuus asua kotona mahdollisimman pitkään. Toimintakyvyn säilyttäminen ja terveydestä huolehtiminen ovat ikääntyneiden kotona asumisen edellytyksiä. (Karjula & Salo 2010, 105; Pietilä 2010, 197-198.)

Seniorineuvolan toiminta perustuu terveystapaamisiin ja ryhmäohjauksiin (Kuvio 1). Seniorineuvolan esteetön saatavuus ja saavutettavuus ovat tärkeitä iäkkäiden henkilöiden osallisuuden varmistamiseksi, joten asiakkaan halutessa terveystapaaminen tapahtuu asiakkaan kotona. (STM 2013.) Terveystapaamisessa terveydenhoitaja pyrkii yhdessä asiakkaan kanssa kartoittamaan asiakkaan terveydentilaa, toimintakykyä, voimavaroja, terveyttä ja elämänlaatua vahvistavia ja heikentäviä tekijöitä, sekä muita mahdollisesti esiin nousevia ongelmia. Terveystapaamisessa mahdollisesti esiin tuleviin riskitekijöihin ja ongelmiin pyritään puuttumaan ja niihin otetaan kantaa. Riskitekijöiden tunnistaminen on tärkeää, koska riskiin vaikuttamalla voidaan estää tai vähentää sairastavuutta ja palvelujen tarvetta. Toimintakyvyn heikkenemistä ennakoivia riskitekijöitä ovat esimerkiksi mielialan lasku, aistitoimintojen heikkeneminen, koettu yksinäisyys ja ravitsemustilan poikkeamat. (STM 2013.)

Seniorineuvolan toiminnasta vastaavat ikääntyneiden palvelujen asiantuntijat. Moniammatillista osaamista hyödynnetään ohjaamalla asiakas tarvittaessa lisäpalveluiden piiriin. Toiminnan perusajatuksena on asiakaslähtöisyys ja asiakkaan kokonaisvaltainen huomioiminen. Ikääntyneen terveyttä ja toimintakykyä tulisi arvioida määräajoin. Liikkumiskyvyn, ravitsemustilan, tasapainon, aistitoimintojen, mielialan, muistihäiriöiden, kognitiivisten toimintojen sekä sosiaalisen verkoston arviointi on tarpeellista. Yksilöiden terveyserot ovat suuria, joten yksilöllinen harkinta on tärkeää. Terveyden arvioinnin tueksi tulisi sisällyttää myös terveystapaamista omaehtoisen terveyden edistämisen tueksi. Seniorineuvolapalvelu ei korvaa terveyskeskuspalvelua. (Liimatainen & Tiikkainen 2007:29-30, 260.)

Seniorineuvola järjestää myös kaikille avoimia ryhmäohjauksia. Ryhmäohjausten tarkoituksena on jakaa hyödyttävää ajankohtaista tietoa ikääntyville. Ryhmäohjaukset ovat myös hieno mahdollisuus ylläpitää sosiaalista kanssakäymistä ja vaihtaa kokemuksia. Seniorineuvola pyrkii tekemään tunnetuksi ja palvelusta tiedotetaan muun muassa paikallislehtien, www-sivujen ja erilaisten esitteiden välityksellä. (Kynäs ym. 2007: 109-110).



Kuvio 1. Terveystapaamisen kulku. (Mukaiillen Karjula & Salo 2010.)

3.4 Omaishoitajat seniorineuvolan pilotoinnin kohderyhmänä

Ennaltaehkäiseviä palveluja tulee tarjota erityisesti riskiryhmille. Iäkkäät omaishoitajat kuuluvat riskiryhmään. Omaishoidon tarkoituksena on tukea hoitoa ja huolenpitoa tarvitsevan henkilön kotona asumista. Tähän sisältyy hoidettavan auttaminen, tukeminen, ohjaus ja valvonta päivittäisissä toiminnoissa. Omaishoitaja toteuttaa tarpeellisten tukien avulla omaishoitoa omaishoidettavalle. Laki omaishoidon tuesta (937/2005, 2§.) määrittelee omaishoitajiksi ne omaistaan hoitavat henkilöt, jotka ovat tehneet sopimuksen omaishoidosta kunnan kanssa. Lain mukaan esimerkiksi perhesuhteisiin kuuluva läheisapu ei ole omaishoitoa. Omaishoidon kansantaloudellinen merkitys on suuri ja se vähentää sosiaali- ja terveydenhuollon menojen kasvupainetta. Omaishoitajien työn on arvioitu säästäneen kuntien sosiaalipalvelujen menoja noin 1,1 miljardia euroa vuonna 2013. (STM 2013b, 7,10,26; Rutanen 2013, 8-10.)

Iäkkäiden omaishoitajien määrä on nousussa. Noin joka toinen omaishoitajista oli omaishoidettavan puoliso ja joka viidennes oli omaishoitajan vanhempi tai lapsi. Muut omaishoitajista olivat muita läheisiä tai sukulaisia. Iäkkäät omaishoitajat ovat erityisessä riskissä työkuormittavuudelle. Iäkkäillä ja omaishoidosta stressiä kokevilla puolisoaan hoitavilla omaishoitajilla on muita ikäisiään korkeampi kuolleisuusriski. Lisäksi puolisoaan hoitavilla iäkkäillä naisilla on löydetty kasvanut riski suoriutua huonosti kognitiivisissa testeissä. Omaishoidon kuormittavuutta lisäävät myös omaishoidettavan tunne-elämän epävakaus ja käytöshäiriöt sekä naissukupuoli. (Rutanen 2013, 8-10). Masentuneisuus ja yksinäisyys ovat omaishoitajilla selkeästi yleisempiä muihin saman ikäisiin verrattuna. Omaishoitajat käyvät muita useammin lääkärissä ja heillä on samanikäisiin nähden enemmän kroonisia sairauksia ja niiden oireita. Dementiapotilaan omaishoitajaa kuormittavat tavallisesti myös muun muassa yö unen keskeytyminen, lihaskivut, oman ajan puute ja krooninen väsymys. (Hyvärinen, Saarenheimo, Pitkälä & Tilvis 2003.)

Omaishoitajan kuormittumiselta suojaavia tekijöitä ovat erilaiset voimavarat ja sosiaalinen tuki. Voimavaroja voivat olla esimerkiksi oman ajan ottaminen tai liikunta. Myös perheeltä ja läheisiltä saatu sosiaalinen tuki voi vähentää omaishoitajan kuormittumista. Lisäksi omaishoitajan selviytymiskeinoja lisäämään pyrkivät palvelut tukevat omaishoitajia. Omaishoitoa voidaan tukea esimerkiksi, intervallihoidoilla, virkistysryhmillä, neuvonnalla ja ohjauksella, päiväkeskustoiminnalla, sekä taloudellisella tuella. (Hyvärinen ym.2003; Rutanen 2013,15.)

Omaishoitajuudessa on paljon kuormittavia tekijöitä, mutta myös lukuisia myönteisiä puolia. Omaishoitajat kuvaavat myönteisiksi puoliksi esimerkiksi itsekunnioitusta, muilta saatua tunnustusta, rakkauden syvenemistä, tunteen omasta tarpeellisuudesta ja tyydytyksen omista taidoista. Myönteisten elementtien tunnistaminen ja tukeminen on tärkeää omaishoitajien kanssa työskennellessä. (Hyvärinen ym.2003.)

4 Seniorineuvolan vaikuttavuus

4.1 Vaikuttavuus hoitotyössä

Yhteiskunta on kiinnostunut terveystalvelujen vaikuttavuudesta. Poliittisten linjausten mukaan terveystalvelujen tulee olla vaikuttavia ja vaikuttavuuden arviointia on tehostettava. 2009 valmistunut Sosiaali- ja terveystministeriön toimintamalli ohjaa erityisesti tavoittelemaan kustannusvaikuttavuutta. (STM 2009; Haarala, Honkanen, Mellin, Tervaskanto-Mäentausta 2008, 339.)

Vaikuttavuus määritellään hyvin eri tavoin lähtökohdista riippuen. Silvennoinen-Nuora (2004: 12,13) määrittelee vaikuttavuuden palveluprosessien tai kokonaisten palvelujärjestelmien kyvyksi saada aikaan haluttuja vaikutuksia. Vaikuttavuus voidaan määritellä myös toiminnalla aikaansaaduiksi tavoitteiden mukaisiksi muutoksiksi. Tämä muutos voi tapahtua esimerkiksi asiakkaan terveydentilassa, elämäntavassa tai elämänlaadussa. Hoitotyössä vaikuttavuus ei kuitenkaan aina vaadi muutosta terveydentilassa vaan vaikuttavuutta voi olla myös asiakkaan terveydentilan vakaana pitämistä ja sairauksien ennaltaehkäisyä. (Haarala ym. 2008,339; Silvennoinen-Nuora 2004,13.)

Vaikuttavuutta voidaan mitata hoitotyössä esimerkiksi asiakkaiden, palvelujen riittävyyden, palvelujen kohdentuvuuden, toimintaprosessien sekä kustannusvaikuttavuuden kautta. Hoitotyön vaikuttavuuden arvioinnissa keskeistä on menetelmien ja menetelmien toimeenpanon vaikuttavuuden arviointi, sekä palveluille järjestettyjen edellytysten ja koko palvelujärjestelmän toimivuus. Myös yksittäisen työntekijän tehtäviä tulisi arvioida. Työntekijä tarvitsee työssään tiedon päivitystä, taitoja ja välineitä joilla tutkimustietoa voidaan toteuttaa. (Haarala ym. 2008,340,358; Silvennoinen-Nuora 2004, 17.)

Kustannusvaikuttavuus on keskeinen mittari kuntien terveystalvelujen vaikuttavuuden arvioinnissa. Terveyden edistämistä on kustannusvaikuttavuudeltaan haasteellinen arvioida. Usein kohderyhmä on suuri ja ryhmän jäsenet hyötyvät eritasoisesti. Varsinaiset hyödyt syntyvät pitkällä aikavälillä, eikä hyödyn saajia voi varmuudella eritellä. Ei ole myöskään yhtä palvelua, joka vastaisi terveyden edistämisestä, vaan terveyden edistäminen on monen tekijän

summa. Yksilön vastuu elintavoistaan on suurempi kuin terveystalvuluilla. (Kiiskinen, Vehko, Matikainen, Natunen & Aromaa 2008; Silvennoinen-Nuora 2012, 81.)

Vaikutavuuden tarkastelemiseksi on asetettava tavoitteita ja osoitettava muutos. Seniorineuvoluassa näitä tavoitteita voivat olla asiakkaan kannalta vaikutukset omaan elämänhallintaan, arjessa jaksaminen, päivärytmin selkiytyminen. Muutoksia toiminnoissa voivat olla terveellisempien valintojen tekeminen ravitsemuksen ja liikunnan suhteen. Voimavaraistumista kuvaavia muutoksia voivat olla esimerkiksi lisääntynyt itseluottamus, vahvistunut itsetunto, muutokset perhesuhteissa (STM 2004.). Tavoite voi olla esimerkiksi asiakkaan elintavan muutoksen omaksuminen, oli se sitten tupakoinnin lopettaminen tai kasvisten lisääminen ruokavalioon. Työn vaikutavuuden saavuttamiseksi käytetään vaikuttavia eli näyttöön perustuvia työmenetelmiä. (Haarala ym. 2008, 342.)

4.2 Terveystapaamisten vaikutavuus seniorineuvoluassa

Ikääntyneiden on tutkittu hyötyvän terveyden lisäämiseen tähtäävästä ja omaehtoisesta hyvinvointiin liittyvästä ohjauksesta. Ruoka, ulkoilu ja säännöllinen liikunta ovat ohjauksen kulmakiviä. Tutkimusnäytön mukaan riskien hallinta, ravitsemusneuvonta ja erityisesti liikunnan lisääminen sekä varhainen puuttuminen on vaikuttavaa ja kannattavaa. (STM 2013, 25) Säännöllisen liikunnan merkittävästä ennaltaehkäisevästä vaikutuksesta kaatumisiin, virtsainkontinenssiin, dementiaan ja sosiaaliseen eristäytymiseen on löydetty kohtalaisia tai korkeatasoisia tutkimusnäyttöä. Ehkäisemällä kaatumisia, virtsainkontinenssia, dementiaa ja sosiaalista eristäytymistä ja niiden riskiä vähentämällä voidaan parantaa kotona asuvien ikääntyneiden terveydentilaa. (Reiman-Möttönen 2010.)

Liikunnan harrastaminen ja fyysinen aktiivisuus ovat keskeisiä myös psyykkisen toimintakyvyn tukemisessa. Muita keinoja vaikuttaa psyykkisen toimintakyvyn heikkenemisen hidastamiseksi ovat kognitiiviset harjoitukset, kuten uusien asioiden opiskelu ja muistitehtävät. Mielekkäät harrastukset ja niihin liittyvä sosiaalinen toiminta sekä keskusteluryhmät, jotka tarjoavat tukea ja kehittymismahdollisuuksia. On hyvä myös muistaa, että esimerkiksi keskushermoston sairauksien, aivojen verenkiertoon vaikeuttavien sydän- ja verisuonitautien sekä mielenterveysongelmien ennaltaehkäisy ja oikea hoito ovat tärkeitä kognitiivisten toimintojen heikkene-
misen hidastamiseksi ja psyykkisen toimintakyvyn ylläpitämiseksi. (Pohjolainen & Salonen 2012.) Verenpaineen seuraaminen on yksi keino sydän- ja verisuonitautien ehkäisyssä. Verenpaineen seurannan vaikutavuutta on osoitettu useissa tutkimuksissa. Finhothan tutkimustieteen julkaisussa Kohtalaisesti kohonnut verenpaine (Mäkinen 2007.) esitetään kohonnut verenpaineen riskejä ja elämäntapamuutoksen aiheuttamaa hyötyä. Kohonnut verenpaine lisää sepelvaltimotautien, aivohalvauksen ja muiden sydän- ja verisuonisairauksien sekä demen-

toitumisen riskiä. Systolisen verenpaineen nousu 20 mmHg:lla tai diastolisen verenpaineen nousu 10 mmHg:lla painetason 115/75 yläpuolella kaksinkertaistaa riskin kuolla sydän- ja verisuonisairauksiin. Riskin nousu on naisilla ja miehillä yhtä suuri ja riippumaton muista verisuonisairauksien riskitekijöistä. Naisten absoluuttinen riski sydän- ja verisuonisairauksiin on pienempi kuin miehillä, mutta verenpaineen hoito vähentää naisten ja miesten suhteellista riskiä yhtä paljon. Elämäntapamuutoksilla voidaan merkittävästi vaikuttaa sydän- verisuonisairauksien riskitekijöihin ja vähentää verenpainelääkityksen tarvetta. Verenpaineen hoidon tulisi aina perustua elämäntapamuutoksille. (Mäkinen 2007; Käypähoito 2009.)

Verensokerin mittauksella terveystapaamisessa pystytään seulomaan asiakkailta patologisen korkeat arvot, vaikka kyseessä ei aina ole paastoarvo. Niiden henkilöiden kohdalla, joilla on heikentynyt sokerin sieto, voidaan yrittää estää diabeteksen puhkeaminen elämäntapamuutoksilla. Diabetesta tietämättään sairastavat on saatava hoidon piiriin. Diabeteksen ja sen aiheuttamien sairauksien hoitoon on arvioitu kuluvan noin 505 miljoonaa euroa vuosittain. (Karjula & Salo 2010.)

Hemoglobiinin mittaus kertoo tiettyjä asioita elimistöstä. Anemiassa hemoglobiini arvo on pienentynyt. Anemiaa voivat aiheuttaa pitkään jatkuva verenvuoto esimerkiksi suolistossa, krooninen tulehdus, munuaissairaus ja B12- tai foolihappovitaminien puute. Yksi puolinen ravitsemus voi olla anemian syynä, joskin se on Suomessa harvinainen. Hemoglobiinia nostavia tekijöitä voivat olla esimerkiksi krooniset keuhkosairaudet, tupakointi ja luuydinsairaudet. (Eskelinen 2012.)

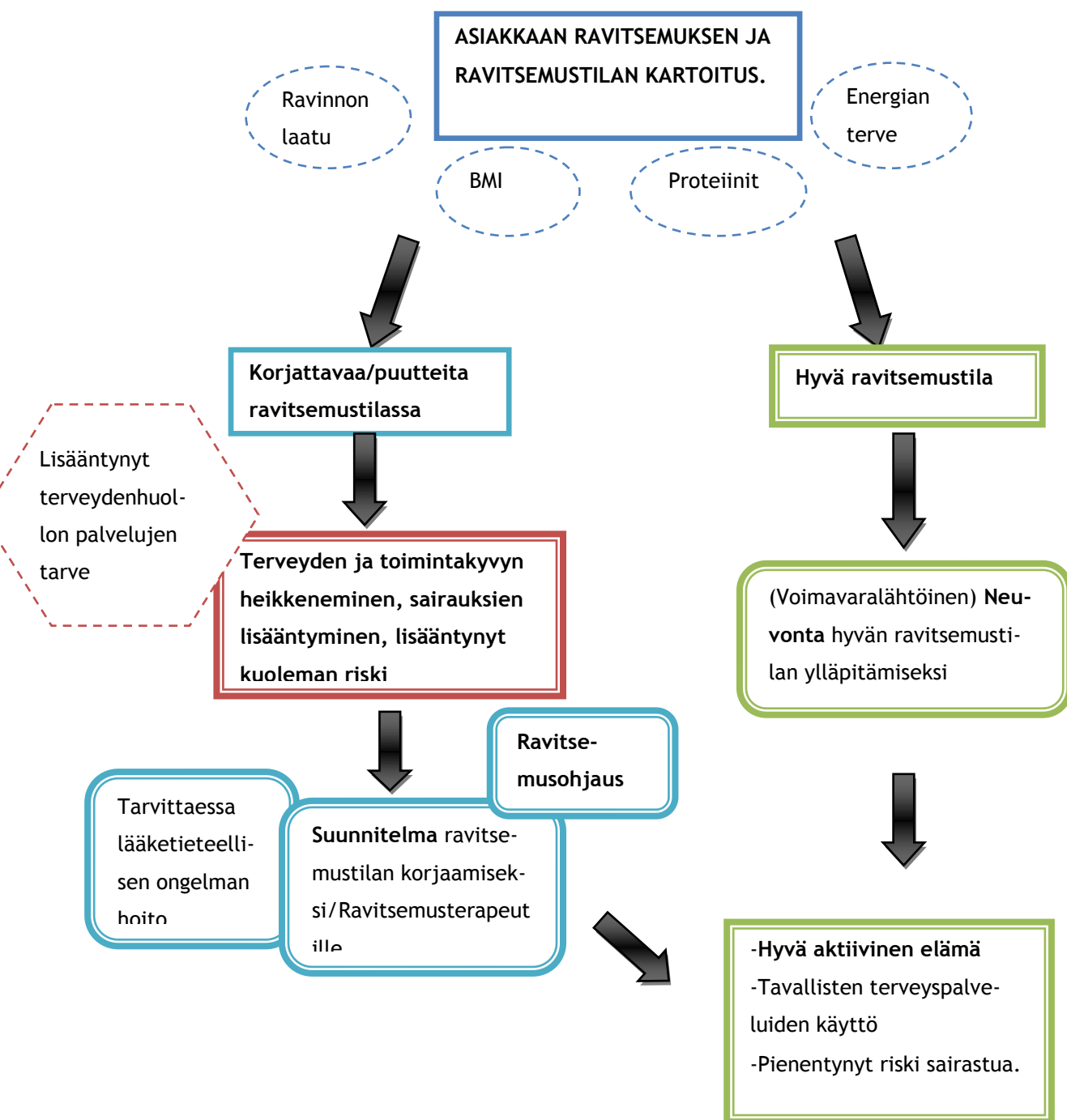
Vaikuttavuutta seniorineuvolassa saadaan aikaan myös erilaisilla ohjauksilla, kuten ravitsemusohjauksella (Kuvio 2.). Muun muassa tyydyttynyttä rasvaa vähentävällä ja hedelmiä sekä kasviksia lisäävällä ravitsemusneuvonnalla on tutkittu vaikuttavuusnäyttö. (Kiiskinen ym. 2008.) Laihtuminen ja riittämätön energian saanti lisäävät luuston haurastumisen ja toiminnan vajausten riskiä. Heikosta ravitsemustilasta seuraa lihaskatoa, jonka tiedetään heikentävän toimintakykyä ja olevan riskitekijä hauraus-raihnaus - oireyhtymään, joka aiheuttaa yleistä terveydentilan heikkenemistä, toimintakyvyn alenemista ja lisääntynyttä kuoleman riskiä. Lihasmassan vähenemisen hidastamiseksi ikääntyneiden on tärkeää kiinnittää huomiota liikunnan lisäksi riittävään proteiinien saantiin. (Pohjolainen & Salonen 2012.)

Seniorineuvolassa vaikuttavaa toimintaa on myös luuntiheysmittaukset ja D-vitamiinin sekä kalsiuminsaannin kartoitus ja tarvittaessa käytön ohjaus. D3-vitamiini ja kalsium - yhdistelmä hidastaa ikääntyneiden luuntiheyden haurastumista. Myös laitoshoidossa olevien iäkkäiden naisten murtumat vähentyvät D-vitamiini ja kalsium - yhdistelmällä. D-vitamiini pienentää myös vaihdevuosi-ikäisten naisten luiden murtumariskiä. Osteoporoosiriski altistaa kaatuessa lonkkamurtumalle, jonka ensimmäisen vuoden hoitokustannukset ovat 18626€. Vuoden kulut-

tua jopa kolmannes menehtyy ja joka kolmas kotona asuvista joutuu laitoshoitoon ja joka toinen ei saavuta entistä toimintakykyä. Kaatumisten ehkäisy on tärkeää kustannusten säästöä. (Jäntti 2011; Kiura, 2008.)

Virtsankarkailun ehkäisy on tärkeää, koska se huonontaa terveyteen liittyvää elämänlaatua selvästi. Virtsankarkailun riskitekijöihin pystytään vaikuttamaan esimerkiksi lihaskunnan ylläpidolla, painonhallinnalla, ummetuksen hoidolla ja tupakoinnin lopettamisella. Muuna muassa lantionpohjalihasten harjoittelulla ja lääkityksellä voidaan vaikuttaa virtsankarkailuun. Virtsankarkailuun puuttuminen on tärkeää ikääntyneen elämänlaadun säilyttämiseksi, mutta myös taloudellisesti. Virtsankarkailusta aiheutuu kustannuksia sekä yhteiskunnalle että potilaalle. (Käypähoito 2011.)

Rokotuskattavuuden seuranta on osa vaikuttavuutta. Influenssarokotusta suositellaan yli 65 -vuotiaille. Rokote saattaa vähentää influenssan ja sen kaltaisten sairauksien riskiä laitosten ulkopuolella asuvilla ikääntyneillä. (Kiiskinen ym. 2008; Mäklin & Roine 2009.)



Kuvio 2. Ohjauksen vaikuttavuus, esimerkkinä ravitsemusohjaus.

4.3 Ryhmätapaamisten vaikuttavuus seniorineuvolassa

Ryhmäohjauksella säästetään useimmiten aikaa ja resursseja yksilöohjaukseen verrattuna. Ryhmän kokoamisessa ja ohjauksessa tulisi huomioida jäsenien erityistarpeet kuten motivaatio ja oppimiskyky. Hyvässä ja toimivassa ryhmässä ryhmäläiset tuntevat toisensa ja kaikilla on jokin yhteinen päämäärä. Ryhmäläisten olisi hyvä tutustua toisiinsa. Ryhmän ohjaajan tulee pyrkiä luomaan hyvä ilmapiiri ryhmään. Ryhmän ohjaaja on oman alansa asiantuntija, joka ohjaa, jakaa tehtäviä ja antaa palautetta. Ohjaajan tulisi hallita ryhmän ohjausta ja hallita taito puhua selkeästi. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006; Kyngäs ym. 2007, 109-110.)

Ryhmän toimintaan vaikuttaa sen koko. Pienessä ryhmässä, johon osallistuu noin 5-12 henkilöä, on tunnusomaista ryhmäläisten aktiivinen osallistuminen ja suuri sisäinen kontrolli. Suurissa yli 20 hengen osallistuminen on vähäisempää ja ohjaajaan kohdistuu suurempia odotuksia. Ryhmät ovat erittäin tehokkaita terveyskasvatuksen näkökulmasta, koska ne mahdollistavat mahdollisuuden keskustella samassa tilanteessa olevien henkilöiden kanssa. Kyseessä on vertaistuki ja ryhmän jäsenten tiedostaminen, etteivät he ole yksin ongelmansa kanssa. (Kyngäs ym. 2007, 106-107.)

Ryhmäohjauksen vaikuttavuuden tarkastelemiseksi ryhmäohjaukselle on asetettava tavoitteita. Seniorineuvolassa järjestettävän ryhmäohjauksen tavoitteita voisivat olla esimerkiksi ikääntyneiden terveydellisen tietämyksen lisääntyminen, vertaistuen kokeminen ja mielen virkistyminen. Terveysneuvonnan on perustuttava tutkittuun tietoon, jotta se voi olla vaikuttavaa. (Haarala ym. 2008, 342.)

5 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Kesällä 2013 astui voimaan uusi vanhustenpalvelulaki, joka velvoittaa kunnan ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista tukevia neuvontapalveluita. Opinnäytetyön tarkoituksena on arvioida lakia toteuttavan seniorineuvolatoiminnan vaikuttavuutta Sipoossa. (L2012/980.)

Tutkimuskysymykset

1. Millä tavoilla yli 65-vuotiaiden omaishoitajien fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä kartoitettiin seniorineuvolassa?
2. Millä tavoilla omaishoitajien toimintakykyä edistettiin seniorineuvolan terveystapaamisissa ja ryhmäohjauksissa?
3. Miten vaikuttavaa omaishoitajien terveyden ja toimintakyvyn tukeminen oli seniorineuvolassa?

6 Opinnäytetyön empiirinen toteutus

6.1 Seniorineuvola Sipoon kunnassa

Sipoo on Uudellamaalla sijaitseva kaksikielinen kunta. Sipoon asukasluku oli vuonna 2012 18 739 henkilöä. Väestötiheys on 55 henkilöä/km². Asukkaista ruotsinkielisiä on 37 % ja suomenkielisiä 61 %. Sipoo on muuttovoittoinen kunta ja asukasluku kasvoi vuodesta 2011 vuoteen 2012 noin 200 asukkaalla. Muiden Suomen kuntien tavoin Sipoon tulevaisuuden haasteena on iäkkäiden ihmisten määrän kasvu, suurten ikäluokkien eläkkeelle jäänti sekä työelämään tulevien ikäluokkien pieneneminen. Muuttovoittoisessa Sipoossa yli 75-vuotiaiden määrän enustetaan lähes kaksinkertaistuvan vuoteen 2025 mennessä, mikäli ikärakenne pysyy samana (taulukko 2). (Åström 2013; Sipoon vanhuspoliittinen ohjelma 2013-2016, 2,8.)

Taulukko 2. Sipoon yli 65-vuotiaiden ja yli 75-vuotiaiden määrä vuoteen 2025 (Sipoon vanhuspoliittinen ohjelma 2013-2016, 8)

Sipoon väestönlisäys ikäryhmittäin vuoteen 2025			
	Asukkaita	yli 65-vuotiaita	yli 75-vuotiaita
2012	18 800	2800(14,9%)	1160 (6,2%)
2015	20 500	3055(14,9%)	1271 (6,2%)
2020	26 500	3949(14,9%)	1643(6,2%)
2025	31 900	4753(14,9%)	1978(6,2%)

Sipoon ikääntyneille suunnattujen palveluiden tavoitteena on laadukkaiden palvelujen tuottaminen, ikääntyvien omaehtoisen vanhenemisen ja kotona asumisen mahdollistaminen sekä ympäröivään yhteiskuntaan osallistuminen mahdollisimman täyspainotteisesti. Sipoossa panostetaan voimakkaasti ennaltaehkäisevään ja etsivään tapaan tuottaa palveluita. Kotona asu-

mista tukevia palveluja ja kotiin annettavia palveluja halutaan kehittää ja laajentaa. Sipoon kunnan arvoihin kuuluukin muun muassa uudistumishalukkuudesta ja ennakkoluulottomuudesta kertova kekseliäisyys. Palvelutuotannon ja - prosessien uudistamista ja kehittämistä pidetään avainasemassa. (Sipoon vanhuspoliittinen ohjelma 2013-2016 ,2,17-20,22.)

Seniorineuvolan pilotointi sopii Sipoon kunnan vanhuspoliittisiin arvoihin ja asenteisiin hyvin. Porvoon Laurean terveydenhoitajaopiskelijat suunnittelivat Sipooseen seniorineuvola konseptin ja toimintaa seniorikeskuksen tiloissa keväällä 2013 yhdessä Sipoon vanhustyön johtajan, palveluohjaajan ja palvelupäällikön kanssa. Seniorineuvola koostui terveystapaamisista, joihin kutsuttiin yli 65-vuotiaita, sipoolaisia omaishoitajia sekä ryhmäohjauksista, joihin kutsuttiin yleisesti kaikkia sipoolaisia ikääntyneitä.

Seniorineuvolan pilotointiin valittiin Sipoossa keväällä 2013 kohderyhmäksi omaishoitajat. Sipoossa on 120 omaishoitajaa, joilla on kunnan kanssa tehty omaishoidon sopimus. Sipoossa omaishoitajuuteen on panostettu. Sipoon omaishoitajan tuen tarpeita kartoittaa omaishoidonkoordinaattori, joka myös hoitaa yhteydenpidon omaishoitajien ja kunnan välillä ja pitää perheisiin säännöllisesti yhteyttä. (Sipoon vanhuspoliittinen ohjelma 2013-2016,24.)

6.2 Aineiston keruu

Aineisto kerättiin Sipoon seniorineuvolan pilotoinnissa huhtikuussa 2013. Opinnäytetyö aineisto koostui kolmesta kirjallisista dokumenteista. Aineistoksi saatiin 20 terveystapaamislomaketta täytettyinä sekä palautekyselyt terveystapaamisista (n=19) ja kolmesta ryhmäohjauksesta, joihin osallistui 17-20 osallistujaa/kerta. Viisi terveystapaamisista toteutui asiakkaan toiveesta kotikäyntinä. Aineistona käytetyt lomakkeet luotiin seniorineuvolan pilotointia varten. Lomake toimi haastattelun pohjana terveystapaamisessa. Haastattelussa keskustellaan järjestelmällisesti tai laseasti tutkimusaiheeseen liittyvistä asioista. Haastattelun ideana on kysyä ihmiseltä itseltään asioista joita halutaan tietää. Haastatteluun tulee aina valmistautua huolellisesti, koska se on ainutlaatuinen vuorovaikutustilanne. Haastateltavan ikä otetaan huomioon. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka.)

Terveystapaamisessa käytettyyn lomakkeeseen täytettiin tietoja asiakkaan terveydentilasta fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta toimintakyvystä, tehdyistä tutkimuksista ja mittauksista, omaishoitajuudesta sekä voimavaroista (Liite1). Lomakkeen loppuun kirjattiin annetut ohjaukset ja asiakkaan lähettäminen toiselle henkilölle, kuten muistihoitajalle. Lomaketta täytettiin keskustelun lomassa, johon oli varattu 1,5 tuntia aikaa. Terveystapaaminen ja asiakastiedot kirjattiin Sipoon potilastietojärjestelmään. Tutkimuslupa ja lupa käyttää terveysta-

paamisessa kevään 2013 aikana täytettyjä lomakkeita saatiin Sipoon vanhustyön johtajalta 23.4.2013.

Terveystapaamisen jälkeen jokainen asiakas sai halutessaan antaa terveystapaamisesta palautetta palautelomakkeelle (Liite 2). Palautelomakkeessa oli seitsemän Likert asteikollista väittämää. Palautelomakkeen väittämät olivat neliportaisella Likert-asteikolla. Likert asteikko on nouseviin tai laskeviin skaaloihin perustuva kysymystyyppi. Vastaaaja valitsee kunkin väittämän kohdalla, miten voimakkaasti hän on samaa mieltä tai erimieltä kuin esitetty väittämä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 200.) Lopuksi palautelomakkeelle oli vielä mahdollisuus antaa vapaamuotoista palautetta avoimiin kysymyksiin. Avoimet kysymykset antavat vastaajalle mahdollisuuden sanoa todelliset ajatukset omin sanoin kahliutumatta vaihtoehtoihin. Avoimien kysymyksien vastaukset voivat olla sisällöltään kirjavaa ja osoittavat vastaajien asiaan liittyvien tunteiden voimakkuuden. (Hirsjärvi ym. 1997, 201.)

Terveystapaamisen jälkeen oli haastattelussa tukena valmis lomake (Liite 1), jonka mukaan hän etenee. Terveystapaamislomake koostui esitiedoista, fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä arvioivista kohdista sekä mittauksista. Esitiedoista selvisi asiakkaan sairaudet, lääkitys ja sen käyttötavat, omaishoitajuuden kesto, asuminen, päihteiden käyttö, sekä rokotukset. Fyysisen toimintakyvyn alla kysyttiin liikkunnasta, tasapainosta, kaatumisista, apuvälineistä, selviytymisestä kotitöistä, sekä liikkumisesta kodin ulkopuolella. Fyysiseen toimintakykyyn kuului myös näkö, kuulo, ravitsemus, erittäminen ja kivut. Psyykkiseen toimintakykyyn kuului mieliala, muisti ja nukkuminen. Sosiaalista toimintakykyä arvioitiin haastattelemalla yksinäisyyden kokemisesta, harrastuksista ja sosiaalisista suhteista. Omaishoitajuuteen liittyen sosiaalisen toimintakyvyn kautta omaishoitajilta kysyttiin myös omaishoitajille suunnattuihin virkistystoimintoihin osallistumisesta ja lomapäivien käyttämisestä.

Ryhmäohjauksia järjestettiin kolme kertaa päiväkeskuksen tiloissa. Tapaamisiin oli varattu 2 tuntia aikaa. Aiheina olivat kodin turvallisuus, voimavarat sekä ikääntyvän ravitsemus. Ryhmäohjaukset etenivät kaikki aiheen mukaan, mutta samalla kaavalla. Aluksi esittäytyminen ja lyhyt kuvaus siitä, mitä ryhmäohjaus pitää sisällään. Sen jälkeen oli noin puoli tuntia kestävä luento, jonka aikana sai kysyä kysymyksiä tai kommentoida aihetta. Luennon jälkeen päiväkeskuksessa työskentelevä fysioterapeutti piti pienen jumppatuokion aiheen tiimoilta. Jumpan jälkeen oli mahdollista osallistua luuntiheysmittaukseen maksutta ja kahvitteluun. Lopuksi kerättiin palaute valmiiksi tehdyillä palautelomakkeilla (Liite 3). Ryhmäohjauksien palautelomakkeessa oli seitsemän likert asteikon väittämää. Lisäksi palautelomakkeessa oli kohta ryhmäohjauksen kouluarvosanalle ja avoimelle palautteelle. Osallistujamäärä vaihteli 17-20 välillä.

6.3 Aineiston analyysi

Aineistoon perehdyttiin ja tutustuttiin lukemalla terveystapaamisen lomakkeet (N=20) ja terveystapaamisesta annetut palautteet(N=19), sekä erottelemalla opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin vastaavat tiedot. Aineisto tiivistettiin kokoamalla terveystapaamisen lomakkeista taulukoitavat asiat taulukoihin ja valikoidut avoimet kysymykset litteroitiin. Aineistosta kerättiin omaishoitajien perustiedot kuten omaishoitajuuden kesto, fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä arvioivat kohdat, tapaamisessa otetut mittaukset sekä tunnistetut voimavarat ja voimavaroja heikentäneet tekijät. Terveystapaamisen lomakkeen lopun sovittua-kohdasta saimme kerättyä tiedot terveystapaamisen vaikutuksista ja jatkotoimenpiteistä. Taulukossa 4. on kuvattu tutkimuskysymyksen 1. ja terveystapaamislomakkeen rakenteen välinen yhteys.

Taulukko 4. Tutkimuskysymysten 1 ja terveystapaamislomakkeen välinen yhteys..

Tutkimuskysymys 1	Mitä kartoitettiin		Miten kartoitettiin
Millä tavoilla omaishoitajien toimintakykyä kartoitettiin seniorineuvolassa?	Fyysinen toimintakyky	Liikkuminen	-Aktiivisuus -Harrastukset -Kaatumiset, apuvälineiden tarve -Liikkuminen kodin ulkopuolella
		Aistit	-Näkö: Edellinen näön tarkastus/ E-taulu -Kuulo: Haastattelu/ audiometri
		Suun hoito	Edellinen hammastarkastus
		Ravitsemus	-BMI -Proteinien saanti, D-vitamiinin käyttö, maitotuotteiden käyttö -Ruokailu tottumukset, säännöllisyys -Luuntiheysmittaus
		Erittäminen	-Virtsan karkailu -Tihentynyt virtsaamisen tarve -Useita wc-käyntejä yön aikana
		Mittaukset	Verensokeri, Verenpaine ja Hemoglobiini
	Psyykinen toimintakyky	Mieliala	Mielialamittari
		Muisti	Haastattelu/MMSE
		Nukkuminen	Haastattelu
		Voimavarat	Haastattelu
	Sosiaalinen toimintakyky	Yksinäisyyden tunne	Haastattelu
		Sosiaaliset suhteet ja kontaktit	Haastattelu
		Osallistuminen	Omaishoitajanäkökuilmasta osallistuminen virkistystoimintaan ja lomapäivien käyttäminen
	Rokotuskattavuus	Tetanusrokotus	Haastattelu

7 Tulokset

7.1 Vastaajien taustatiedot

Seniorineuvolan kohderyhmäksi valittiin Sipoon yli 65-vuotiaat omaishoitajat, joilla on omaishoidon sopimus kunnan kanssa. Omaishoitajien virallinen omaishoitajuus oli kestänyt 2 kuukaudesta 42 vuoteen (taulukko 3.). Taulukosta 3. näkee myös että seniorineuvolan terveystapaamisiin tulleista 7 oli miehiä ja 13 naisia.

Taulukko 3. Vastaajien taustatiedot

Omaishoitajuuden kesto		2kk	1v	2v	3v	4v	5v	6v	8v	10	42v	Yhteensä
Suku­puoli	Nainen	2					6		2	2	1	13
	Mies		1	1	1	2	1	1				7
	Yhteensä	2	1	1	1	2	7	1	2	2	1	20

7.2 Omaishoitajien toimintakyky ja terveydentila

7.2.1 Fyysinen toimintakyky

Seniorineuvolan terveystapaamisessa jokaisen asiakkaan terveydentilaa ja toimintakykyä kartoitettiin haastattelun ja mittauksen avulla. Fyysisen toimintakyvyn tarkastelemiseksi keskeisiä aiheita olivat liikkuminen, ravitsemus, elintavat sekä tehdyt mittaukset (Hemoglobiini, Verenpaine, pulssi, BMI, verensokeri, luuntiheys). Asiakkaan liikuntatottumuksia käytiin läpi haastattelun avulla. 17 asiakkaista kertoi harrastavansa arkiliikuntaa tai muuta suunniteltua liikuntaa säännöllisesti. Asiakkaista 15% ei harrastanut liikuntaa.

Kaatumiset oli yksi keino arvioida fyysistä toimintakykyä, joten mahdollisia kaatumisia viimeisen puolen vuoden aikana tiedusteltiin asiakkailta. Kolme kahdestakymmenestä asiakkaasta oli kaatunut viimeisen puolen vuoden aikana, joista yksi oli kaatunut hiihtäessä. Omaishoitajat olivat tietoisia liukastumisen ja kaatumisen vaaroista ja käyttivät aktiivisesti apuvälineitä ulkoillessaan (kävelysauvoja, tukevia kenkiä ja liukuesteitä kenkien pohjissa.)

Aistitoimintoja kartoitettiin haastatteleamalla asiakkaita. Edellisestä näöntarkastuksesta, sekä asiakkaan omasta näkemyksestä näkökykyynsä kysyttiin. Pääsääntöisesti asiakkaat kävivät säännöllisesti näöntarkastuksissa. Tarvittaessa näkö voitiin tarkistaa terveystapaamisessa E-­taululla. Kuuloa pystyttiin havainnoimaan keskustelun lomassa. Asiakkaat kuuluivat puheen

hyvin. Suunhoidosta ja suuhun liittyvistä vaivoista keskusteltiin asiakkaiden kanssa. Edellinen hammastarkastus tiedusteltiin asiakkaalta kysymällä.

Asiakkaan ravitsemustilaa ja ruokailuun liittyviä elintapoja kartoitettiin haastattelemalla ja erilaisilla mittauksilla. Asiakkaan paino ja pituus mitattiin BMI:n laskemiseksi. Taulukosta 6 näkee että 10 asiakkaan painoindeksi sijoittui ikääntyneiden suositusten sisäpuolelle. Neljällä naisella ja neljällä miehellä painoindeksi oli viitearvojen ulkopuolella ja kahdelta asiakkaalta painoindeksiä ei laskettu. Asiakkaan kanssa käytiin tarkasti läpi päivän ateriat ja tavalliset ruokailutottumukset. Parannettavaa löytyi erityisesti proteiinin saannin lisäämisestä, sekä D-vitamiinilisän käytöstä. 7 asiakkaalla ei ollut D-vitamiinia säännöllisesti käytössä. Aterioiden määrä vaihteli talouksittain yhdestä neljään ateriaan päivässä. Yhdellä asiakkaalla oli ruokapalvelu käytössä.

Luuntiheysmittaus oli normaali kahdeksalla asiakkaalla (Taulukko 5.). Viidellä oli osteopeniaa ja yhdellä asiakkaista osteoporoosiriski. Kuudelta asiakkaalta luuntiheysmittausta ei tehty, koska yksi heistä ei halunnut ja kotikäyntiasiakkaalle mittausta ei voitu tehdä.

Taulukko 5. Luuntiheysmittausten tulokset

Luuntiheysmittaus	Normaali n (%)	Osteopenia n (%)	Osteoporoosiriski n (%)	Ei mitattu n (%)	Yhteensä n
Naiset	4 (31)	2 (15)	1 (8)	6 (46)	13
Miehet	4 (57)	3 (43)	0 (0)	0 (0)	7
Yhteensä	8 (40)	5 (25)	1 (5)	6 (30)	20

Virtsaamiseen liittyviä vaivoja oli neljällätoista. Naisille tyypillistä oli virtsan karkailu. Miehillä oli virtsan karkailun ja tiputtelun lisäksi myös toistuvia wc-käyntejä yöaikaan, jotka valvottivat.

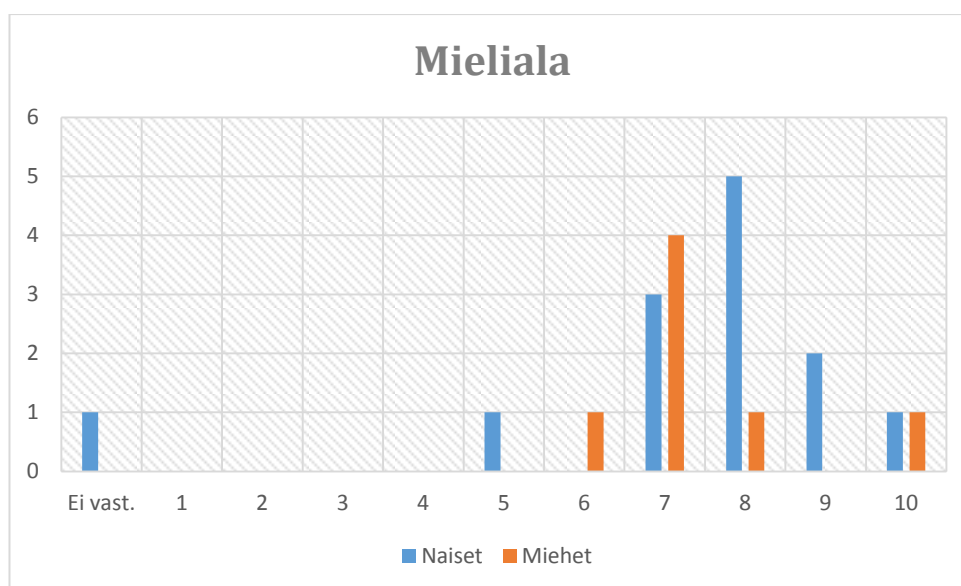
Verenpaine oli koholla kaikilla seitsemällä miehellä ja yhdeksällä naisella. Verenpaine mitattiin yhtä asiakasta lukuunottamatta kaikilta. Yhden asiakkaan verensokeri oli koholla ja häntä kehoitettiin varaamaan aika lääkärille. Hemoglobiini oli neljällä asiakkaalla viitearvoja matalampi. Anemisoituneen asiakkaan ruokavaliota käytiin läpi ja asiakkaalle annettiin ohjeita anemian korjaamiseen ruokavaliolla. Mikäli hemoglobiini oli selkeästi alhainen asiakasta kehoitettiin varaamaan aika lääkärille tai tulemaan kontrollikäynnille rautavalmisteen käytön jälkeen.

Taulukko6. Seniorineuvolan terveystapaamisessa tehdyt mittaukset ja niistä saadut tulokset.

MITTAUKSET (Norm.arvot)		Viitearvojen sisällä n	Viitearvojen ulkop. n	Ei mitattu n
BMI (24-29)	Naiset	7	4	2
	Miehet	3	4	0
Yhteensä		10	8	2
Verenpaine (<140/85)	Naiset	3	9	1
	Miehet	0	7	0
Yhteensä		3	16	1
Verensokeri (<7.8mmol)	Naiset	9	0	4
	Miehet	3	1	3
Yhteensä		12	1	7
Hemoglobiini (N117–155 g/l M134– 167 g/l)	Naiset	6	3	4
	Miehet	3	1	3
Yhteensä		9	4	7

7.2.2 Psyykinen toimintakyky

Psyykkisen toimintakyvyn kartoittaminen koostui mielialan selvittämisestä, muistista, nukkumisesta ja voimavaroista. Psyykkistä toimintakykyä mitattiin pääosin haastattelun avulla. Terveystapaamisessa omaishoitajat arvioivat itse kokonaisvaltaista mielialaansa asteikolla 1-10, jossa 1 on kaikista huonoin mahdollinen mieliala ja 10 paras mahdollinen. Taulukosta 6. näkee vastausten jakauman. Yksi asiakkaista ei osannut vastata kysymykseen. Naisien vastausten mediaani oli 8 ja miesten 7. Asiakkaat kokivat mielialan arvioimisen hankalaksi mielialojen vaihtelevuuden takia.



Kuvio 5. Omaishoitajien mielialamittarin tulokset

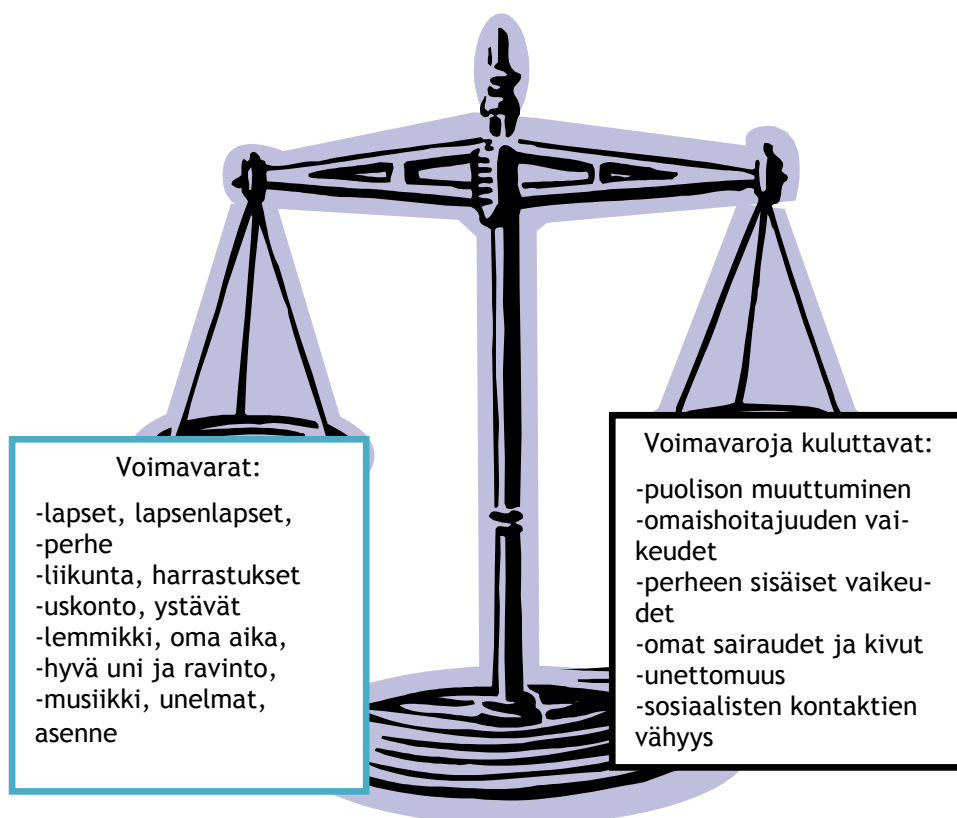
Asiakkaiden muistia havainnointiin terveystapaamisen aikana. Asiakkaan tuli myös itse arvioida oliko hänen muistinsa ikään nähden hyvä tai huonontunut. Asiakkaalta kysyttiin myös olivatko läheiset tuoneet esille hänen muistinsa huonontumista. Tarpeen mukaan asiakaalle tehtiin MMSE- testi. Terveystapaamisiin osallistuneiden omaishoitajien muisti oli pääsääntöisesti hyvä, MMSE -testi tehtiin kahdelle asiakkaalle.

Omaishoitajilla oli paljon uniongelmia. Taulukosta 6. nähdään että kolmella asiakkaalla oli unilääkkeitä käytössä. Kymmenellä omaishoitajalla oli säännöllisesti univaikeuksia, joihin heillä ei ollut lääkitystä (taulukko 7). Univaikeuksia olivat nukahtamisen vaikeudet, yöherääminen, omaishoidettavan wc-käynnit ja unet. Miehillä unta häiritsivät myös eturauhasvaivoihin liittyvä tiheä virtsaamisentarve.

Taulukko 7. Omaishoitajien uni.

Uni	Hyvä uni n	Säännöllisiä uni- vaikeuksia n	Määrätty unilää- kitys n	Yhteensä n
Naiset	5	6	2	13
Miehet	2	4	1	7
Yhteensä	7	10	3	20

Voimavarojen kartoittamisessa apuna toimi voimavaravaaka. Voimavaravaakaa tehtäessä tavoitteena oli löytää jokaiselle asiakkaalle voimavaroja arjessa jaksamiseen. Kuvioon 3. on koottu yleisimpiä voimavaroja ja voimavaroja kuluttavia asioita. Voimavaroja olivat usein esimerkiksi lapset, harrastukset, lemmikit ja uskonto. Voimavaroja kuluttivat omaishoitajuuteen liittyvät haasteet, kuten puolison muuttuminen, hoitamisen fyysinen raskaus ja hoidettavan huonot päivät. Myös omat sairaudet ja murheet kuluttivat omaishoitajien voimavaroja.



Kuvio 3. Asiakkaiden yleisimmät voimavarat ja voimavaroja kuluttavat asiat.

7.2.3 Sosiaalinen toimintakyky

Sosiaalisesta toimintakyvystä kartoitettiin yksinäisyyden kokeminen, sosiaalinen verkosto, harrastukset sekä kohderyhmänä olleiden omaishoitajien suhtautumista omaishoitajuuteen. Omaishoitajuuteen liittyen myös omaishoitajille suunnattuihin virikepäiviin osallistumisesta ja lomapäivien käyttämisestä kysyttiin.

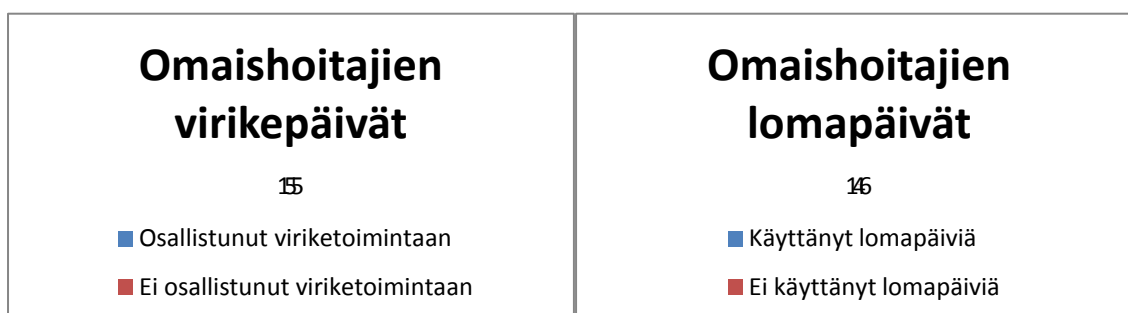
Omaishoitajat arvioivat tuntevatko he yksinäisyyden tunnetta usein, joskus tai eivät koskaan. Yksinäisyyden tunnetta omaishoitajista koki joskus 5. Omaishoitajista 14 ei kertonut koskaan tuntevansa yksinäisyyttä (taulukko 8). Sosiaalisen verkoston määrä ei kertonut yksinäisyyden kokemuksesta. Omaishoitajista 18 piti yhteyttä säännöllisesti tuttaviansa.

Taulukko 8. Omaishoitajien kokemus yksinäisyyden tunteesta

Yksinäisyyden tunne	Ei koskaan (n)	Joskus (n)	Usein (n)	Yhteensä (n)
Naiset	8	4	1	13
Miehet	6	1	0	7
Yhteensä	14	5	1	20

Kahdestakymmenestä asiakkaasta vain kolmella ei ollut säännöllistä harrastusta. Harrastukset painottuivat kuitenkin kodin välittömään läheisyyteen. Kotona harrastettiin kotitöitä, puutarhanhoitoa, musiikkia, lukemista, käsitöitä sekä lenkkeilyä. Viidellä omaishoitajalla oli säännöllinen harrastus kodin ulkopuolella. Harrastuksiin lähteminen kodin ulkopuolelle koettiin sitä vaikeammaksi, mitä huonompikuntoinen omaishoidettava oli.

Omaishoitajat käyttivät vähän omaishoitajille tarkoitettuja lomapäiviä. Seuraavasta kuviosta(4) voi tulkita että lomapäiviä on joskus käyttänyt 4 asiakasta ja 16 ei ole käyttänyt lomapäiviä ollenkaan. Omaishoitajien viriketoimintaan on osallistunut omaishoitajista 5. Omaishoitajien osallistumista viriketoimintaan hankaloitti muun muassa kotoa lähtemisen vaikeus. Omaishoidettavaa ei haluttu jättää yksin kotiin, toisen hoidettavaksi tai omashoidettava ei suostunut lähtemään muualle hoitoon.



Kuvio 4. Omaishoitajien osallistuminen viriketoimintaan ja lomapäivien käyttäminen.

Seniorineuvolassa käyneiden asiakkailla oli tetanusrokotteen tehosteen tarvetta(taulukko8). 8 asiakkaalla ei ollut saanut tetanusrokotteen tehostetta viimeisen kymmenen vuoden aikana. 7:lla asiakkaista ei ollut varmaa tietoa tetanusrokotteen voimassa olost. Sen sijaan 5 asiakasta oli saanut tehosterokotteen viimeisen kymmenen vuoden sisällä.”

Taulukko 8. Tetanusrokotteen tehosteen tarve

Tetanus-rokote	Voimassa n	Vanhentunut n	Ei tietoa n	Yhteensä n
Naiset	3	5	5	13
Miehet	2	3	2	7
Yhteensä	5	8	7	20

7.3 Omaishoitajien toimintakyvyn ja terveydentilan tukeminen seniorineuvolan terveystapaamisissa ja ryhmäohjauksissa

Omaishoitajien toimintakykyä ja terveyttä tuettiin terveystapaamisissa erilaisilla ohjauksilla. Ohjauksessa ja neuvonnassa keskeistä oli näyttöön perustuvan tiedon jakaminen. Aikaa terveystapaamiselle oli rajatusti, joten kunkin asiakkaan kohdalla keskityttiin hänen kohdallaan tärkeisiin asioihin. Taulukkoon 8 on koottu seniorineuvolan pilotoinnin aikana annetut ohjaukset.

Asiakkaille annettiin ohjausta liikunnasta ja kerrottiin ikääntyneiden liikuntasuosituksista. Vähän liikkuvien asiakkaiden kanssa pohdittiin kuinka juuri he voisivat lisätä liikuntaa päiväänsä ja minkälainen liikunta juuri heille sopivaa ja mielekästä. Jo aikaisemmin terveelliset elämäntavat omaksuneita asiakkaita rohkaistiin ja kannustettiin jatkamaan samalla tavalla.

Asiakkaat olivat käyneet hyvin näön ja suun hoidon tarkastuksissa. Asiakkaita kannustettiin jatkamaan samalla tavalla. Yksi asiakkaista ohjattiin näön tarkastukseen lasien uusimisen tarpeen takia ja yksi asiakkaista ohjattiin hammastarkastukseen. Yksi asiakas lähetettiin myös kuulotutkimuksiin, koska seniorineuvolan audiometri ei ollut silloin toiminnassa.

Jokaisen asiakkaan kanssa käytiin tarkasti läpi hänen ruokailutottumuksensa. Varsinaista ravitsemuksellista ohjausta annettiin 15 asiakkaalle. Huomiota kiinnitettiin ruoan laatuun, proteiinien, maitotuotteiden ja kasvien riittävyteen sekä D-vitamiinin käyttöön. Alipainoisten ruokavaliioon kannustettiin lisäämään energiaa ja proteiineja. Ylipainoisten kanssa keskusteltiin yksilöllisin tarpein liikunnasta ja päivittäisestä ruokavaliosta.

Kaikille naisille jaettiin lantionpohjajumpan ohje. Virtsanpidätysvaivoja oli neljällä naisella. Myös muutaman miehen kanssa keskusteltiin virtsaamiseen liittyvistä vaivoista ja heitä kehoitettiin varaamaan rohkeasti aika lääkäriin. Virtsaamiseen liittyviä ongelmia oli jopa neljällätoista kahdestakymmenestä. Asiakkaista kahdeksalla oli virtsan karkailua tai tiputtelua.

Psyykkistä toimintakykyä tuettiin kuuntelemalla asiakkaan huolia, ohjaamalla muistiin ja nukkumiseen liittyvissä asioissa sekä tukemalla voimavaroja. Monen asiakkaan tarve saada puhua itseään koskevista asioista ulkopuoliselle henkilölle näkyi jo heti terveystapaamisen alussa. Puhumiselle annettiin mahdollisuus ja asiakasta kuunneltiin ennen haastattelulomakkeessa oleviin asioihin siirtymistä. Yhtä asiakkaista kehoitettiin ottamaan muistihoidajaan yhteyttä. Uniongelmaisten kanssa pohdittiin yhdessä keinoja yönunen parantamiseksi.

Asiakkaiden kanssa mietittiin yhdessä voimavaroja ja voimavaroja kuluttavia asioita. Jo voimavaroja kartoittamalla tuettiin omaishoitajien terveyttä. Heitä kannustettiin pitämään voimavaroista kiinni.

Sosiaalista toimintakykyä tuettiin kannustamalla asiakkaita yhteydenpitoon läheisiinsä. Asiakkaille, jotka tunsivat itsensä joskus yksinäisiksi, annettiin tietoa erilaisista ryhmistä Sipoossa. Syihin jotka estivät omaishoitajia osallistumasta viriketoimintaan tai käyttämään lomapäiviä pyrittiin etsimään ratkaisuja yhdessä.

Taulukko 8. Seniorineuvolan pilotoinnin aikana annetut ohjaukset.

OHJAUKSET	Ohjaukset naisille (f)	Ohjaukset miehille (f)	Ohjauksia yhteensä (f)
Liikunta	5		5
Ravitsemus	10	5	15
Päihteiden käyttö		1	1
Apuvälineet	2		2
Lääkäriin	2	3	5
Hammaslääkäriin	1	1	2
Kuulon tutkimuksiin	1		1
Silmälääkäriin	1	3	4
Muistihoitajalle		1	1
Lantionpohjajumppa	4		4
Gynekologille	2		2
Muu	2	2	4
Yhteensä	30	16	46

Ryhmäohjauksiin osallistui omaishoitajien lisäksi myös muita ikääntyneitä. Tilaisuudet olivat kaikille avoimia. Ryhmäohjauksissa osallistujien fyysistä toimintakykyä pyrittiin tukemaan liikuntatuokiolla. Liikuntatuokiossa fysioterapeutti ohjasi osallistujia helppoihin kotona tehtäviin lyhytkestoisiiin jumppatuokioihin. Psykkistä toimintakykyä tuettiin asialuennoilla, joiden aiheet koskivat ikääntyneen selviytymistä arjessa kotona. Osallistujat saivat myös kokea verstaistukea keskustelun lomassa sekä tutustua muihin ryhmäläisiin kahvikupposen äärellä.

7.4 Omaishoitajien toimintakyvyn tukemisen vaikuttavuus seniorineuvolassa

Seniorineuvolan vaikuttavuus syntyi terveydentilan ja toimintakyvyn kartoituksen yhteydessä tehdyistä havainnoista ja annetusta näyttöön perustuvasta ohjauksesta. Terveydentilaa kartoitettaessa mahdollisiin ongelmiin ja terveyttä uhkaaviin riskitekijöihin tartuttiin. Asiakkaiden joukosta ne lähetettiin jatkotoimenpiteisiin, joilla oli tarvetta esimerkiksi lääkärin vastaanotolle. Varsinaiset terveyshyödyt syntyvät pitkän ajan kuluessa. Vaikka asiakkaalle ei

terveystapaamisessa todettu esimerkiksi välittömästi hoitoa sairautta elintapaohjauksen ja voimavarojen vahvistamisen vaikutukset parhaimmillaan auttavat elämän viimeisiä vuosiakin olemaan laadukkaita. Seuraavassa taulukossa on esimerkkejä terveystapaamisten vaikuttavuuden havainnollistamiseksi (taulukko 9). Jos terveydenhoitaja huomasi asiakkaan tetanusrokotteen vanhentuneen, hän ohjasi asiakasta uusimaan rokotteen terveyskeskuksessa. Seniorineuvolassa tuettiin omaishoitajien voimavaroja ja etsittiin ratkaisuja voimavaroja kuluttaviin asioihin, kuten yksinäisyyteen ja unettomuuteen.

Taulukko 9. Poimintoja terveystapaamisten vaikuttavuudesta.

Asiakkaalla huomattu ongelma/ korjattavissa oleva asia.../ Annettu tuki???	Sovittu ratkaisu
Tetanusrokote vanhentunut	Kehotettu menemään uusimaan rokote terveyskeskukseen...
BMI 34, voimakasta polvi kipua	Annettu ravitsemusohjausta, kehoitettu varaamaan lääkäriaika polven takia
Kokee omaishoitajuuden raskaaksi, ei osallistunut omaishoitajille tarkoitettuun viriketoimintaan tai käyttänyt lomapäiviä	Tuettu pitämään voimavaroista kiinni(harrastuksien jatkaminen ym.) Annettu tietoa omaishoitajien virkistystoiminnasta
Kokee yksinäisyyttä, ei voi poistua kotoa koska ei halua jättää omaishoidettavaa yksin ja omaishoitaja ei halua omaishoitajan lähtevän kotoa.	Etsitty yhdessä ratkaisua yksinäisyyteen, kannustettu ottamaan sukulaisiin ja ystäviin yhteyttä ja kutsumaan heitä kylään...
Ei käytä d-vitamiinilisää	Annettu ohjeistus D-vit.lisän käytöstä.
Virtsainkontinenssia	Annettu tietoa, lantionpohjalihashyppäyksen ohjeistus
RR korkealla lääkityksestä huolimatta	Kehoitettu tekemään kotimittauksia ja jos edelleen korkealla verenpaineellä lääkityksen tarkistukseen
BMI viitearvojen alapuolella	Ravitsemusohjaus, proteiinien ja energian saantiin huomiota.
Luuntiheysmittauksessa osteoporoosiriski, ei D-vit. käytössä	D-vit., kalsiumin käyttö, kaatumisen ehkäisyyn liittyvä ohjaus.
Korkea verensokeri	Ohjattu terveysasemalle
Asiakkaan oma havainto muistin huononemisesta.	Tehty muistitesti, annettu ohjausta, rohkaistu haakeutumaan muistihoidajalle.

Terveystapaamisista annettujen palautteiden perusteella asiakkaat pitivät terveystapaamisia tarpeellisina ja kokivat tietämyksensä terveydestä kasvaneen. Jokainen asiakkaista suosittelisi seniorineuvolaa ystävällensä. Kohtelua pidettiin asiallisena ja aikaa keskustelulle oli riittävästi. Palautelomakkeissa tulleita kehitysehdotuksia olivat esimerkiksi

” Toinen käynti, jossa testattaisiin miten ”ohjeistus” on mennyt perille”.

Uutta tapaamista jäätiiin kaipaamaan useassa lomakkeessa. Lisäksi yksi asiakkaista olisi kaivannut ruotsinkielistä palvelua. Terveystapaamisen parhaita asioita oli kommentoitu muun muassa

” All få prata”, ”Sain keskittyä vain itseeni”, ”positiivinen luottamuksellinen keskustelu ja kannustava ohjaus” sekä ” Trevligt bemötande, att någon lyssnar, att få dela sina tankar det önsningar”.

Keskustelut mainittiin lähes jokaisessa palautteessa. Lisäksi saatu tuki, mittaukset ja ystävällisyys näkyivät palautteissa.

7.5 Ryhmätapaamiset ikääntyneiden toimintakyvyn ja terveyden tukijana

Ryhmäohjauksissa pyrittiin jakamaan terveyttä ja toimintakykyä koskevaan tietoa. Tavoitteena oli myös tukea ikääntyvien sosiaalisia suhteita. Palautekyselyihin eivät vastanneet aivan kaikki ryhmäohjauksiin osallistuneet. Palautelomakkeissa ei ollut vastattu kaikkiin väittämiin, vaan jotkut kohdat saatettiin jättää arvioimatta. Vastattujen arvioiden määrä näkyy taulukosta 9. Kaikki eivät esimerkiksi osallistuneet jumppatuokioihin, joten jättivät tuokiot arvioimatta. Palautekyselyiden perusteella ikääntyneet saivat uutta, hyödynnettävää tietoa ryhmäohjausten luennoista. Jumppatuokiota pidettiin virkistävänä. Keskiarvo annetuista kouluarvosanoista oli 8,8. Kehitys ja parannusideoina toivottiin mm. voimakkaampaa puhetta.

Ryhmäohjauksissa jaettiin tutkittua tietoa ravitsemuksesta, liikunnasta, turvallisuudesta ja voimavaroista. Palautteiden mukaan suuri osa osallistujista sai uutta tietoa luennon aiheesta ja pystyi hyödyntämään sitä. Tämän perusteella ryhmäohjausten voidaan todeta olevan vaikuttavaa.

Taulukko 9. Ryhmäohjausten palautteet

	Täysin erimielitä			Täysin samaa mieltä 4
	1	2	3	
Luennon sisältö oli riittävä	0	1	6	28
Luento oli sopivan mittainen	0	0	8	31
Jumppatuokio virkisti minua	0	1	5	21
Sain uutta tietoa luennon aiheesta	0	3	15	30
Pystyn hyödyntämään saamaani tietoa	0	2	12	23
Koin luennon mielekkääksi	0	0	11	30
Luennon aihe oli kiinnostava	0	1	7	28
Luennon sisältö vastasi odotuksiani	0	3	9	27
Voisin suositella tuttavilleni	0	1	8	27

8 Pohdinta

8.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli arvioida seniorineuvolan hyödyllisyyttä Sipoossa ja pohtia sen kautta seniorineuvolan vaikuttavuutta. Ennaltaehkäisevänä palveluna seniorineuvolan vaikuttavuutta ikääntyneiden sairastavuuteen, elämänmuutosten tekemiseen tai terveydentilan kohentumiseen on vaikea arvioida, koska vaikutukset syntyvät pitkällä aikavälillä.

Omaishoitajien terveydentilaa arvioitiin haastattelun ja mittausten avulla. Omaishoitajien fyysinen toimintakyky oli pääsääntöisesti hyvä. Omaishoitajat harrastivat paljon arkiliikuntaa kotona. Muutamalla omaishoitajalla oli säännöllinen harrastus myös kodin ulkopuolella. Liikunnan harrastamista kodin ulkopuolella vähensi omaishoidettavan hoitamisen järjestämisen vaikeus. Terveystapaamisessa pohdittiin kullekin omaishoitajille sopivia tapoja liikkumiseen. Asentotuntoa kehittävästä liikuntamuodoista keskusteltiin. Terveystapaamisten aikana oli hyvin liukkaat talvikelit, joten turvallisuus otettiin puheeksi. Monilla omaishoitajilla oli jo käy-

tössä kenkien pohjiin laitettavat nastat tai kävelysauvat liukkauden varalle. Kaatumisten ehkäisy on tärkeää kustannusten säästöä. Säännöllinen liikunnan harrastaminen hidastaa fyysisen toimintakyvyn heikkenemistä, tuo sosiaalisia kontakteja ja parantaa elämänlaatua. Monella omaishoitajalla oli myös korkea verenpainetta, jota liikunnan on tutkittu alentavan. Riittävän hyvä fyysinen toimintakyky on edellytys omaishoitajuudelle, koska huonossa kunnossa toista ihmistä ei jaksakaan hoitaa. (Jäntti 2011; Pohjolainen & Salonen 2012.)

Näkökyvyn ja kuulon kartoittaminen oli tärkeää, koska heikentynyt näkökyky heikentää myös fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. Omaishoitajat olivat hoitaneet hienosti näön tarkastukset ja uusineet silmälaseja säännöllisesti. Myöskään kuulo ei aiheuttanut huolta terveystapaamisissa. (Näkövammaisten keskusliitto ry; Heikkinen 2005.)

Omaishoitajien ravitsemustottumukset vaihtelivat, kuten ihmisillä yleensä. Ateriarytmit vaihtelivat yhdestä ateriasta viiteen ateriaan päivässä. Aterioiden tarkka läpi käyminen yhdessä asiakkaan kanssa auttoi hahmottamaan esimerkiksi energian saantia, proteiinien ja maitotuotteiden käyttöä. Riittävä proteiinien saanti on tärkeää ikääntyneille, jotta lihassmassan vähenemistä voitaisiin hidastaa mahdollisimman paljon. Rasvan laatuun kiinnitettiin huomiota. Omaishoitajia ohjattiin ravitsemussuosituksen mukaiseen ruokavalioon ja ruokarytmiin. Tavoitteena ravitsemusohjauksessa on ravintoaineiden, pehmeän rasvan, riittävän proteiinien saannin, säännöllisen ruokailun ja sopivan energiamäärän tuomat terveyshyödyt. Omaishoitaja tekee ruokaa itsensä lisäksi myös omaishoidettavalle, jolloin ravitsemuksellisesti oikeanlaisen ruoan merkitys korostuu. Toisaalta omaishoitaja saattoi tehdä myös ruokaa ainoastaan sen mukaan mitä omaishoidettava suostui syömään ja joutui näin tinkimään omista mieltymyksistään, sekä laadukkaasta ruoasta. Omaishoitajien kanssa pohdittiin yhdessä ratkaisuja terveellisen ruokavalion toteuttamiseksi. D-vitamiini herätti omaishoitajissa keskustelua ja sen terveyshyödyt eivät olleet kaikkien omaishoitajien tiedossa. (Kiiskinen ym.2008; Pohjolainen & Salonen 2012.)

Luuntiheysmittaus toimi myös D-vitamiinin käytön motivoijana, mikäli mittauksen tulos ei ollut selkeästi normaali alueella. Osteopeniaa oli 5 asiakkaalla ja suurentunut osteoporoosiriski yhdellä asiakkaalla. Luun haurastumisen huomaaminen on tärkeää, koska luumassan vähenemistä voidaan hidastaa ja kaatumisten ennaltaehkäisyyn voidaan pyrkiä vaikuttamaan. (Kiura 2008.)

Tulosten mukaan omaishoitajilla oli virtaamiseen liittyviä vaivoja. Esimerkiksi virtsankarkailu heikentää elämänlaatua. Virtsankarkailu on yleistä naisilla, mutta sitä esiintyy myös miehillä. Suojien käyttö on naiselle tuttua, mutta miehellä se voi aiheuttaa epävarmuutta ja ohjauksen tarvetta. Naispuolisille omaishoitajille jaettiin lantionpohjalihashyökkäys ohjeet. Miehillä virtsaamiseen liittyviä vaivoja olivat myös useat wc-käynnit yön aikana. Tilanteesta riippuen hei-

tä ohjattiin käymään lääkarilla, koska riittävä ja hyvä yöuni ovat tärkeitä. (Reiman-Möttönen 2010.)

Omaishoitajilta mitatut verenpaineet kertovat etenkin miesten kohonneista verenpaineista. Käypähoitosuosituksen mukainen yläraja verenpaineelle osoittautui tiukaksi. Verenpaine mitattiin tarkoituksella käynnin puolella välissä, jotta asiakkaan jännitys ehtisi laantua ja asiakas olisi istunut ennen mittausta. Osalla asiakkaista oli verenpainelääkkeitä käytössä ja oma verenpainemittari kotona. Tilanteesta riippuen asiakkaista ohjattiin tekemään kotiseurantaa ja ottamaan tarpeen mukaan yhteyttä terveysasemalle. Verenpaineen hoito on tärkeää kognitiivisten toimintojen heikkenemisen hidastamiseksi, sairauksien ehkäisemiseksi ja psyykkisen toimintakyvyn ylläpitämiseksi. Koska verenpaineen hoidon tulisi perustua elämäntapamuutoksille ravitsemus- ja liikuntaneuvonta korostui. (Mäkinen 2007; Käypähoito 2009.)

Tulokset kertovat omaishoitajien psyykkisen toimintakyvyn vaihtelevan. Miehet kokivat keskimäärin mielialansa paremmaksi kuin naiset. Palautelomakkeen avoimissa kysymyksissä omaishoitajat toivat esille keskustelumahdollisuuden tärkeyden. Se näkyi tapaamisissakin omaishoitajien tarpeena saada puhua omista asioistaan ja omasta terveydestään. Tämä kiteytyy hyvin yhden asiakkaan mainintaan tapaamisen parhaasta asiasta: ”Sain keskittyä vain itseeni”. Tämän kaltaista emotionaalista ja henkistä tukea, jota omaishoitajille annettiin keskustelun lomassa, ei voida mitata millään mittarilla, mutta merkitys on tärkeä tiedostaa. Ikääntymisen tuoma psyykinen kuormitus näkyi omaishoitajissa. Menetyksiä ja luopumisia oli koettu ja niistä puhuminen koettiin tärkeänä. Omaishoitajat kokivat oman muistin ikään nähden hyväksi. Omaishoitaja on usein omien asioiden lisäksi vastuussa omaishoidettavan asioista, joka lisää muistettavien asioiden määrää.

Uniongelmiä määrä näkyi tuloksissa suurena. Yli puolella omaishoitajista oli uniongelmiä. Uniongelmiä ratkaisu on haasteellista, koska usein heräämiset johtuivat omaishoidettavan avun tarpeesta. Tällöin esimerkiksi unilääkityksen käyttö ei ole aina tarkoituksen mukaista.

Tulokset osoittavat omaishoitajilla olevan tyypillisiä voimavaroiksi tutkittuja asioita. Voimavaroja arjessa jaksamiseen antoivat lapset, harrastukset, lemmikit ja uskonto. Tulosten mukaan omaishoitajuus koettiin vaihtelevasti sekä voimavarana, että voimavaroja kuluttavana asiana. Esimerkiksi omaishoidettavan puolison muuttuminen ja hoidettavan huonot päivät koettiin raskaaksi, mutta vastapainona omaishoitajuuden tuomista hyvistäkin puolista osattiin nauttia.

Tulosten mukaan omaishoitajat pitivät säännöllisesti yhteyttä tuttaviiinsa. Yksinäisyyden tunne koettiin eri tavoin. Omaishoitaja saattoi tuntea yksinäisyyttä useista harrastuksista ja säännöllisistä sosiaalisista kontakteista huolimatta. Toisaalta osalla yksinäisyyden tunnetta ei

ollut koskaan siitä huolimatta että sosiaalisia kontakteja oli omaishoidettavan lisäksi vain harvoin. Yksinäisyyden tunteen kokemiseen vaikuttavat sekä tilannetekijät että luonteenpiirteet. (Tiikkanen & Heikkinen 2011.)

Tuloksista nähdään että omaishoitajien harrastukset painottuvat kodin läheisyyteen. Sitoutuminen omaishoidettavaan vaikeuttaa kodin ulkopuolisia harrastuksia. Kotoa lähtemisen vaikeus vaikutti tulosten mukaan myös omaishoitajille tarkoitettujen virikepäivien ja lomapäivien käyttöön. Seniorineuvolassa pystyy vaikuttamaan ikääntyneiden rokotuskattavuuden ja tietoisuuden parantamiseen. Sairauksien ehkäisyssä eniten huomiota herättänyt terveydentilaan liittyvä puute oli kansalliseen rokotusohjelmaan kuuluvan tetanusrokotteen tehosteen puuttuminen.

Terveystapaamisen sisältöön kuuluu paljon asioita ja terveystapaamisen lomake on laaja. Aikaa terveystapaamiselle on rajallisesti. Terveyden ja toimintakyvyn kartoittaminen on tärkeää, jotta asiakkaille annettu ohjaus ja neuvonta pystytään kohdentamaan yksilöllisten tarpeiden mukaan. Tapaamisissa edettiin asiakkaan ehdoilla ja keskityttiin jokaisen asiakkaan kohdalla yksilöllisesti tärkeisiin asioihin.

Asiakkaan kunnioittava ja arvostava kohtaaminen ovat tärkeitä terveystapaamisen onnistumiselle. Herkistä tai noloista asioista puhuminen vaatii luottamuksen syntymistä ennestään tuntemattomien ihmisten välille. Saatujen palautteiden mukaan asiakkaat kokivatkin vastaanottavan terveydenhoitajan otteet ammatillisiksi ja ystävällisiksi.

Annettujen palautteiden mukaan ryhmäohjaukset olivat tarpeellisia ja siellä saatu tieto koettiin tarpeelliseksi. Ryhmäohjauksissa pyrittiin lisäämään ikääntyneiden terveydellistä tietämystä, virkistämään osallistujien mieliä ja jakamaan vertaistukea. Ryhmäohjauksiin osallistuminen voisi olla aktiivisempaa, mikäli seniorineuvolatoiminta olisi vakituinen ja ryhmäohjaukset tulisivat tunnetummiksi. Mielestämme ryhmäohjauksiin osallistui kuitenkin mukavasti ikääntyneitä.

Seniorineuvolan vaikuttavuus syntyy kuitenkin siitä, että seniorineuvolassa käytetään menetelmiä, joiden vaikuttavuus on osoitettu. Teoreettisessa viitekehyksessä käytiin läpi vaikuttavaksi ja hyödylliseksi osoitettuja menetelmiä ja tutkimuksia, joita seniorineuvolassa käytetään. Näyttöön perustuvaa tietoa ja näyttöä hyödyntämällä ohjauksissa, voidaan odottaa, että seniorineuvolasta saatu hyöty voidaan tulevaisuudessakin nähdä. Joitain välittömiäkin vaikutuksia pystytään lukemaan tuloksista, joita pystytään mittamaan tällä hetkellä. Tulokset näkyivät selvästi seniorineuvolassa tehdyistä mittauksista. Seniorineuvolassa tehdyt mittaukset ovat terveyden edistämistä ja toimintakyvyn kartoittamista. Tulosten perusteella terveystapaamiset olivat vaikuttavia.

Seniorineuvolasta hyötyvät eniten asiakkaat joilla on muutosalttiutta, kykyä ja voimavaroja muutokseen. Voimavaroista saa voimaa muutosta vaativiin seikkoihin ja elämänlaatua. Omaishoitajia, jotka kokivat omaishoitajuuden raskaaksi, tuettiin jatkamaan omia harrastuksiaan ja pitämään kiinni voimavaroistaan, koska voimavarojen tiedetään lisäävän ikääntyneen elämänlaatua.

Tulosten perusteella Sipoon seniorineuvola toteuttaa vuonna 2013 voimaan tullutta vanhus-tenpalvelulakia, joka mukaan kunnan on järjestettävä ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista tukevia neuvontapalveluita. Seniorineuvolassa annetaan myös sairaanhoidollista ohjausta, tukea itsehoitoon sekä tietoa terveellisistä elämäntavoista, tapaturmien ehkäisystä ja kodin turvallisuudesta, kuten terveydenhuoltolais- sa velvoitetaan.

Sipoon seniorineuvolan vaikuttavuutta tulisi pystyä lisäämään tulevaisuudessa moniammatillisella yhteistyöllä. Seniorineuvolan ja muiden palvelujen välistä yhteistyötä kannattaa selkiyttää. Ohjataanko esimerkiksi tetanusrokotteen uusija tai influenssa rokotteen ottaja terveys- asemalle vai annetaanko rokotteet seniorineuvolassa. Vaikuttavuutta olisi välttää palvelujen päällekkäisyys, mutta myös välttää asiakkaan ohjaamista paikasta toiseen. Monia asiakkaita kehoitettiin varaamaan aika terveyskeskuksesta tai käymään hakemassa uuden tetanustehos- teen. Todellisuudessa emme voi olla varmoja, kuinka moni asiakkaista lopulta varasi tarvitse- mansa ajan toisen ammattiryhmän edustajalle. Tulevaisuutta ja toimivaa seniorineuvola- ajatellen olisi tärkeää, että seniorineuvolan terveydenhoitaja pystyisi varaamaan laboratoriotut- kimuksiin ajan, antamaan yleisimmät rokotteet (tetanus, influenssa) sekä konsultoimaan hel- posti lääkäriin ja varaamaan tarvittaessa ajan terveyskeskuslääkäriltä. Seniorineuvolaan voisi sopia erilaiset suljetut ryhmät. Esimerkiksi ylipainoisille tai alipainoisille voisi olla oma suljet- tu ryhmä, jossa terveydenhoitaja antaa ravitsemus ja liikuntaohjausta. Ryhmät voisivat tavata säännöllisesti, jolloin tulisi myös asiakkaiden palautteessa esille tuoma ”uusi tarkastus jossa tarkastetaan ovatko ohjeet menneet perille”. Tärkeänä osana olisi myös vertaistuki, jonka merkitys on valtava. Tulevaisuudessa Sipoon kannattaa asettaa seniorineuvolan toiminnalle tavoitteita ja miettiä keinoja niiden arvioimiseksi ja seuraamiseksi, jotta vaikuttavuutta(eli saavutettuja muutoksia) ja laatua voidaan jatkossakin arvioida.

8.2 Opinnäytetyön eettiset kysymykset

Eettisyys on tutkimusten perusta. Tutkimuksissa on otettava huomioon ihmisarvon kunnioittaminen ja rehellisyys. Ihmisarvon loukkaaminen ja vilpin harjoittaminen on kiellettyä. (Kankunen & Vehviläinen-Julkunen, 172) Tutkittaessa toiminnan tuloksellisuutta otetaan usein tutkimuksen kohteeksi myös asiakkaiden kokemuksia. (Kuula 2006,75.). Lainsäädännöllisesti on merkityksellistä voiko yksittäisen henkilön tunnistaa suoraan esimerkiksi nimen tai henkilö-tunnuksen perusteella tai epäsuorasti helposti ja kohtuuttomitta kustannuksitta. (Kuula 2006,81). Nimettömyys ja tunnistamattomuus ovat lähtökohtia aineiston tutkimusjulkaisuis-sa. (Kuula 2006, 201). Tutkimusaineistoja on käsiteltävä huolellisesti ja lain mukaisesti yksityi-syydensuojaa loukkaamatta. Tutkijan on myös tehtävä kaikkensa tutkittavien henkilöllisyyden suojaamiseksi (Mäkinen 2006 115,147.)

Opinnäytetyön tekoa varten saimme tutkimusluvan 23.2.2013 Sipoon vanhustyön päälliköltä Helena Räsäseltä. Käytimme terveystapaamislomakkeita, joista ole poistettu henkilöiden ni-met ja sosiaaliturvatunnukset. Aineistona oli myös nimettöminä täytetyt palautelomakkeet niin ryhmä- kuin terveystapaamisista.

Tutkimusaineiston myöhempää säilytystä tulee harkita tarkoin. Tutkimusaineiston säilyttämi-nen ei aina ole välttämätöntä tutkimuksen julkaisemisen jälkeen. Tutkimuksen toistettavuus on usein mahdollista keräämällä vastaava aineisto uudelleen. (Mäkinen 2006, 120.)

Terveystapaamisissa huomioitiin asiakaslähtöisyys ja vapaaehtoisuus. Sipoon omaishoitajat saivat päättää itse tulevatko he terveystapaamisiin. Jokaiselle valittiin heille sopiva aika terveystapaamiselle ja tarvittaessa asiakas tavattiin kotonaan. Palautteen antaminen terveysta-paamisesta oli vapaaehtoista. Terveystapaamisessa keskityttiin asiakkaan tärkeäksi kokemiin asioihin ja tilanteita pohdittiin yhteistyössä ja tasavertaisena asiakkaan kanssa. Asiakkaiden yksityisyyttä kunnioitettiin, eikä terveystapaamisissa keskustelluista asioista puhuttu ulkopuo-lisille. Asiakkaiden nimiä tai tietoja, joista heidät voitaisiin tunnistaa, ei mainita opinnäyte-työssä. Lyhyt tiivistelmä terveystapaamisen sisällöstä kirjattiin asiakkaan potilastietoihin, jos-ta asiakasta hoitavat tahot voivat tarvittaessa sen lukea.

8.3 Opinnäytetyön luotettavuus

Opinnäytetyön aineisto kerättiin Sipoossa terveystapaamisen haastattelussa. Haastattelut teh-tiin joko Seniorikeskuksen tiloissa lääkärin huoneessa tai asiakkaan kotona. Aikaa haastatte-luun käytettiin 1,5 tuntia ja asiakkaat kokivat sen riittäväksi. Haastattelun aikana keskityttiin ainoastaan asiakkaaseen. Haastattelussa jokaisen omaishoitajan kanssa käytiin läpi tietyt terveystapaamisen lomakkeessa olevat asiat, jotka kirjattiin lomakkeelle terveystapaamisen ai-

kana ja täydennettiin heti terveystapaamisen jälkeen. Merkintä terveystapaamisesta ja siinä läpi käydyistä asioista kirjattiin myös Sipoon potilastietojärjestelmään.

Terveystapaamisen lomakkeista kerättiin ja taulukoitiin keskeiset vaikuttavuuteen vaikuttavat asiat. Aineiston koosta johtuen(n20) lomakkeisiin pystyttiin perehtymään tarkasti. Opinnäytetyön tulokset tulevat viitekehysten peilaamisesta terveystapaamisesta saatuihin tuloksiin. Terveystapaamisen lomakkeista kerättyjä tietoja peilattiin viitekehukseen. Opinnäytetyön luotettavuutta pyrittiin lisäämään käyttämällä tutkittuun tietoon perustuvaa, luotettavaa ja riittävän tuoretta lähdemateriaalia.

Terveystapaamisessa tehdyn haastattelun luotettavuutta pyrittiin takaamaan asiakkaan hyvällä kohtaamisella ja ilmapiirillä, jossa usein vaiettavistakin asioista voi puhua. Haastattelun luotettavuutta saattaa heikentää haastateltavan taipumus antaa sosiaalisesti suotavia vastauksia kysymyksiin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 206-207.) Saatujen palautteiden mukaan asiakkaat kokivat terveystapaamisen kohtelun ammatilliseksi ja ystävälliseksi, joten voidaan olettaa että asiakkailta saadut tiedot pitävät paikkaansa. Ainoastaan yksi asiakas ei vastannut palautelomakkeeseen.

Lähteet

- Aalto, A-M. 2011. Suositus psyykkisen toimintakyvyn mittaamiseksi väestötutkimuksessa. THL. Toimia. Viitattu 3.12.2013. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/suositus/11/>
- Aging in the community. 2008. Medical Advisory Secretariat. Ministry of Health and Long-Term Car. Viitattu 13.1.2014.
http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/mas/tech/reviews/pdf/rev_aic_suum_20081002.pdf
- Armila, S., Heinonen, I. & Kuningas, E. 2013. Seniorineuvolan pilotointi Sipoossa. Porvoo: Laurea.
- Aromaa, A., Koskinen, S. 2002. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 3/2002. Helsinki: Kansanterveyslaitos. Viitattu 13.1.2014 <http://www.terveys2000.fi/julkaisut/b3.pdf>
- Eskelinen, S. 2012. Hemoglobiini (B-Hb). Senkka ja 100 muuta tutkimusta. Terveyskirjasto. Viitattu 20.2.2014.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk03031
- Haarala, P., Honkanen, H., Mellin, O. & Tervaskanto-Mäentausta. 2008. Terveystoimittajan osaaminen. Helsinki: Edita.
- Hakamäki, P., Perttilä, K., Hujanen, T. & Sahl T(toim.). 2011. Terveystoimittajan edistämisen taloudellinen arviointi kunnissa. TEVA-hanke. Viitattu 1.3.14.
<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/f920b92c-f4e3-4b60-b3e4-69763e1acb30>
- Helin, S. 2000. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn heikkeneminen ja sen kompensatioprosessi. Jyväskylä & Lievestuore: Jyväskylä University Printing House & ER-Paino Ky.
- Heikkinen, E. 2005. Iäkkäiden ihmisten terveys ja toimintakyky. Terveyskirjasto. Viitattu 20.2.2014.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00049
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. Painos 15. 2009. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino.

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

Hyvärinen, M., Saarenheimo, M., Pitkälä, K. & Tilvis, R. 2003. Vanhusten omaishoitajat ja tukitoimet. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 2003;119. Viitattu 12.12.13.
[http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo93845&p_haku=omaishoitajat](http://www terveystoiminta.fi/nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo93845&p_haku=omaishoitajat)

Hyvärinen, M. 2013. *Gerontologia*. Teoksessa Heikkinen, H., Jyrkämä, J., Rantanen, T. & Aromaa, A. Helsinki: Duodecim.

Jäntti, P. 2011. Miten lonkkamurtumapotilas saadaan kotikuntoon. *Osteo* 2/2011. Suomen Osteoporoosiliitto. Viitattu 23.11.2013.
<http://luustoliitto.fi/sites/default/files/tiedostot/Osteo-2011.pdf>

Kallinen, M. & Kujala, U. 2013. *Gerontologia*. Teoksessa: Heikkinen, H., Jyrkämä, J., Rantanen, T. & Aromaa, A. Helsinki. Duodecim.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: Wsoypro.

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66. Finlex. Viitattu 1.3.2014.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>

Karjula, M-L. & Salo, L. 2010. Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymän aikuisneuvolan vaikuttavuustutkimus 2004, 2008-2010. Ainutlaatuinen aikuisneuvola auttaa ammentamaan ajallaan aktiivisuutta.

Kattainen, E. 2010. *Terveiden edistäminen. Teorioista toimintaan*. Pietilä A-M. (toim.) Helsinki: Wsoypro.

Kiiskinen, U., Vehko, T., Matikainen, K., Natunen, S. & Aromaa, A. 2008. Terveiden edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2008:1. Viitattu 7.12.2014.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3712.pdf&title=Terveiden_edistamisen_mahdollisuudet___vaikuttavuus_ja_kustannusvaikuttavuus_fi.pdf

Kiura, E. 2008. D-vitamiinin vaikuttavuus ja turvallisuus luuston terveyden ylläpidossa ja hoidossa. Finohtan tiivistelmä. THL. Viitattu 13.1.2014.

<http://mek.a.thl.fi/ohtanen/ViewReport.aspx?id=1400&q=luuntiheys&i=1&f=255&d=8&r-p=4&o=A0&Result-p=1&Result-s=0>

Koponen, P., Hakulinen, T. ja Pietilä, A-M. 2008. Terveyden edistäminen, uusiutuvat työmenetelmät.

Liimatainen, L. 2007. Terveyden edistäminen. Teoksessa Lyyra, T-M., Pikkarainen, Tiikkanen P (toim.). Vanheneminen ja terveys. Helsinki: Edita.

Kehusmaa, S., Autti-Rämö, I. & Rissanen, P. 2013. Omaishoidon vaikutus ikääntyneiden hoidon menoihin. STM. Julkari. Viitattu 12.3.2014.

<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104425/kehusmaa.pdf?sequence=2>

Krons, M. 2003. Seniorin opas. Helsinki: Tammi.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Tampere: Vastapaino.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Porvoo: WSOY.

Käypähoito 2008. Osteoporoosi. Viitattu 5.2.2014.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/khp00023?hakuana=osteoporoosi>

Käypähoito 2009. Kohonnut verenpaine. Viitattu 5.2.2014

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../hoi04010>

Käypähoito. 2011. Virtsankarkailu (naiset). Viitattu 5.2.2014.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50050#s10>

Laki omaishoidontuesta 2.12.2005/937. Finlex. Viitattu 5.2.2014.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050937>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Viitattu 23.3.2014.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulun yliopistollinen sairaala, Oulun yliopisto, Hoitotieteen

ja terveydenhallinnon laitos. Oulu 2006. Viitattu 23.3.2014.

http://www.ppsph.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf

Lähdesmäki, L. & Vornanen, L., 2009. Vanhuksen parhaaksi. Helsinki: Edita prima.

Mäkinen, O.2006. Tutkimusetiikan ABC. Vaajakoski: Tammi.

Mäkinen, E. 2007.(Tark. Roine R). Kohtalaisesti kohonnut verenpaine. Finohtan tiivistelmä. Viitattu 3.3.2014.

<http://mek.thl.fi/ohtanen/ViewReport.aspx?id=1283&q=verenpaine&i=1&f=903&r-p=6&o=A0&Result-p=1&Result-s=0>

Mäklin S & Roine R. 2009. Influenssarokotteen terveysvaikutukset ikääntyneillä ja pitkäaikais-sairailta. Finohtan tiivistelmä. THL . Viitattu 7.4.2014.

http://mek.thl.fi/ohtanen/ViewReport.aspx?id=2577&q=*rokote&f=255&r-p=2&o=A0&Result-p=1&Result-s=0

Näkövammaisten keskusliitto ry. Viitattu 3.3.2014.

<https://www.nkl.fi/fi/etusivu/nakeminen/julkaisu/esitteet/heikkenee>

Pietilä, A-M. (toim.) 2010. Terveiden edistäminen, teoriasta toimintaan. Porvoo: WSOYpro

Pietilä, A-M., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E-M. & Sirola, K. 2002. Terveiden edistäminen uusiutuvat työmenetelmät. Wsoy. Helsinki.

Pohjolainen, P. & Salonen, E. 2012. Toimintakyky vanhuudessa - mitkä tekijät sitä määrittävät? Gerontologia 26(4) 2012.

Reiman-Möttönen, P. 2010. Sarelähti & Hovi(Tark.).Ikääntyvät yhteiskunnassa. Finohtan tutkimustiivistelmä. Viitattu 3.3.2014.

<http://mek.thl.fi/ohtanen/ViewReport.aspx?id=2612&q=ik%C3%A4%C3%A4ntyneet&i=1&f=903&r-p=11&o=A0&Result-p=1&Result-s=0>

Routasalo, P., Hytönen, E., Pitkälä, K. 2007. Liikunta psykososiaalisena kuntoutuksena. Gerontologia 2/2007. s. 182-183.

Ruoppila, I. 2012. Kognitiivisten toimintojen vanhenemismuutoksista. Gerontologia 3/2012, 199-203.

Rutanen, L. 2013. COPE-indeksillä mitatun omaishoitajan kuormittumisen tilan yhteys omaishoidettavan sijaishoitopalveluiden määrään ja käytön useuteen. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 3.3.2014.

<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/40997/URN:NBN:fi:jyu-201302271276.pdf?sequence=1>

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 3.3.2014.

http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_3.html

Silvennoinen-Nuora L.2004. Hoitoketjut ja vaikuttavuus. Tampereen yliopisto.

Silvennoinen-Nuora L.2012. Vaikuttavuuden arviointi hoitoketjussa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Viitattu 7.12.2013.

<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66667/978-951-44-8251-9.pdf?sequence=1>

Sipilä, S., Rantanen, T. & Tiainen, K. 2013. Lihaskoivu. Gerontologia. Teoksessa: Heikkinen, H., Jyrkämä, J., Rantanen, T. & Aromaa, A. Helsinki. Duodecim.

Sipoon vanhuspoliittinen ohjelma 2013-2016. Suunnitelma ikääntyneen väestön tukemiseksi.

<http://sipoo2.tjhosting.com/kokous/20141649-17-2.PDF>. Viitattu 5.3.2014.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009-2011. Sosiaali ja terveysministeriön julkaisuja 2009:1B. Helsinki.

Sorri, M. & Huttunen, K. 2009. Gerontologia. Heikkinen, Rantanen (toim). Duodecim.

STM 2004. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. STM oppaita 2004:14.

Viitattu 5.3.2014.

<http://pre20090115.stm.fi/pr1098955086116/passthru.pdf>

STM 2008. Kansallinen terveysterojen kaventamisen toimintaohjelma 2008 - 2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:16. Helsinki. Viitattu 12.1.2014.

http://www.stm.fi/julkaisut/julkaisuja-sarja/nayta/_julkaisu/1063837

STM 2011. Terveystuottolaki - pykälästä toiminnaksi. Viitattu 1.3.2014.

<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/677215d6-9126-46f3-8d9c-11a42d84beda>

STM 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. S

osiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Helsinki 2013. Viitattu 1.3.2014.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511564&name=DLFE-26915.pdf

STM 2013b. Kansallinen omaishoidon kehittämisohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:10. Viitattu 2.3.2014.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511574&name=DLFE-26431.pdf

Suominen 2013. Gerontologia. Teoksessa Heikkinen H, Jyrkämä J, Rantanen T ja Aromaa A. Helsinki: Duodecim.

Terveysturvallisuuslaki 2010. Finlex. Viitattu 2.3.2014.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Tiikkanen, P. & Heikkinen, R-L. 2011. Sosiaalisen toimintakyvyn arviointi ja mittaaminen väestötutkimuksessa. THL. Toimia. Viitattu 7.3.2014

http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2011/01/26/S008_suositus_sosiaalinen_vt_110126.pdf

UKK-instituutti. 2013. Ikääntyminen ja liikunta. Viitattu 5.2.2014

http://www.ukkinstituutti.fi/tietoa_terveysliikunnasta/liikkumaan/aloittajan_liikuntaopas/ikaaantymisen_ja_liikunta

Uotila, H. 2011. Vanhuus ja yksinäisyys. Tampere. Viitattu 5.2.2014

<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66801/978-951-44-8553-4.pdf?sequence=1>

Vanhuspalvelulaki. 2013. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Finlex. 7.12.2013.

[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980?search\[type\]=pika&search\[pika\]=ik%C3%A4ntyneen%20v%C3%A4est%C3%B6n](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980?search[type]=pika&search[pika]=ik%C3%A4ntyneen%20v%C3%A4est%C3%B6n)

Volk, R. & Nivalainen, H. Väestön ikääntymiseen varautuminen -alueellinen näkökulma. Valtioneuvoston raportteja 4/2009. Viitattu 5.3.2014. <http://vnk.fi/julkaisukansio/2009/r04-vaeston-ikaantymiseen-varautuminen/pdf/fi.pdf>

Vuori I. 2010. Iäkkäiden liikunta. Osteo 2/2010, 6-9. Suomen osteoporoosiliitto. Viitattu 13.4.14.

http://luustoliitto.fi/sites/default/files/tiedostot/Osteo-2-2010_0.pdf

Åström C. 2013. Sipoon kunta. Avainluvut. viim. muok. 11.09.2013. Viitattu 13.12.2013.

http://www.sipoo.fi/fi/tietoa_sipoosta/avainluvut

Sipoon seniorineuvolan vastaanotto



Senioritapaaminen/Kotikäynti

Pvm:

Nimi ja sotu: _____

Ammatti: _____

Esitiedot

1.Sairaudet: _____

2.Lääkitys: _____

(Jakaako lääkkeet itse? Onko dosetti käytössä? Kokeeko tarvitsevansa apua?)

3.Omaishoitajuuden alkaminen: _____

4.Asuminen yksin/yhdessä? Kenen kanssa? _____

5.Asumismuoto? _____

6.Tupakointi

7.Alkoholin käyttö:

 Tupakoi Askivuodet _____ Ei tupakoi Tupakoinnin kesto(v) x Satunnaisesti monta savuketta/pv
jaetaan 20:llä= askivuodet Kyllä Ei Harvoin

Audit-testi _____

Alkon käyttö saisi olla max:

1 annos/pv tai 7 annosta/vk,
kerralla ei 3 annosta enempää.

8.Influenssa rokotus: _____

(ottaako vuosittain, allergiat, aikaisemman oireet, ennakkoluulot)

9.Edellinen Tetanus –rokote: _____

Fyysinen toimintakyky

10.Liikunnan harrastaminen? _____

11.Onko kyykistyminen tai korkealle kurottaminen vaikeaa? _____

12.Tasapaino? (esiintyykö esim. huimausta?) _____

13.Kaatumisia viimeisen puolenvuoden aikana? _____

14.Apuvälineet/niiden tarve? _____

15.Liikkuminen kodin ulkopuolella? _____

16.Onko hankaluuksia: Kotitaloustöissä, ostoksilla käymisessä, kulkuvälineiden käyttämisessä? _____

17. Näkökyky Näkee lukea normaalisti
 Lukeminen/ tv:n katselu vaikeaa
 Kokee näkökyvyn huonoksi

18. Silmäla 19. Lukula

20. Edellinen silmälääkäri/näöntarkastus: _____

21. Kuu Kuulee hyvin tavallisen puheen Kuuleminen vaikeaa hälinässä
 Puheen kuuleminen vaikeaa Toinen korva kuulee huonosti, O / V
 Ei kuule puhetta Kuulolaite käytössä

22. Korvat tarkistettu edellisen kerran (milloin ja missä): _____

23. Edellinen hammaslääkärikäynti: _____

24. Suussa jotain vaivoja? Mitä: _____

26. Ravitseminen

Valmistaa ruoan itse Joku toinen valmistaa ruoan - kuka?

Ruokapalvelu Eines/valmisruokia

Päivän ateriaritmi/ kuvaile päivän ateriat: _____

27. Proteiinin saanti päivän aterioista/proteiinin lähteet: _____

28. Maitotuotteiden käyttö: _____

29. Ruokahalu: _____

30. D-vitamiinilisä: _____

31. Kalsiumlisä: _____

Halutessaan/tarvittaessa asiakas voi täyttää ruokapäiväkirjaa ja tuoda sen mukanaan tapaamiseen

32. Erittäminen

Virtsaamiseen liittyviä vaivoja?

- Virtsan karkailu Tihentynyt virtsaamisen tarve
 Heikentynyt virtsasuihku Useita wc-käyntejä yön aikana

33. Vatsantoiminta? _____
(Säännöllisyys/ummetus/ripuli?)

Mittaukset

34. Edellinen laboratorio käynti: _____

35. Pituus: _____

36. Paino: _____

37. BMI: _____

(suositus yli 65v 25-29)

38. RR & pulssi: _____

39. Gluk: _____

40. Hb: _____

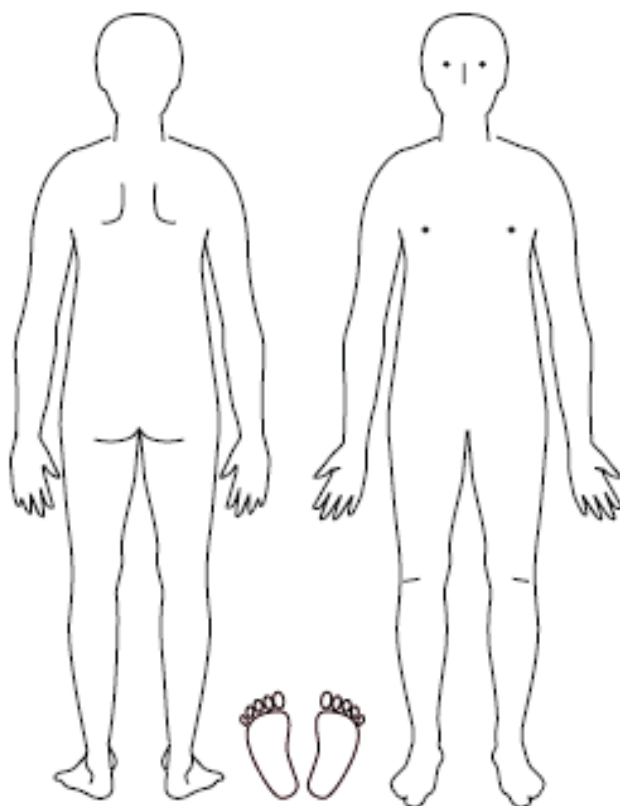
Viitearvot:

Miehet: 134–167 g/l

Naiset: 117–155 g/l

41. Luuntieheysmittaus: _____

42. Kivut:



43. Kipujen hoito: _____

Psyykkinen toimintakyky

44. Mielialan kokeminen?



1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



45. GDS-testi: _____

46. Muist Ikään nähden hyvä

Huonontunut jonkin verran

Huonontunut paljon ->

-> Vaikeuksia tunnistaa tuttuja paikkoja

> Vaikeuksia päätösten teossa

47. Läheiset tuoneet esille muistin huonontumista?

48. MMSE: _____

49. Nukkuminen: _____

50. Talouden raha- ja pankkiasioiden hoitaminen? _____

Sosiaalinen toimintakyky

51. Yksinäisyyden tun Ei koskaan

Joskus

Usein

52. Kanssakäyminen ja yhteydenpito omaisiin ja tuttaviiin?

53. Harrastuksia?

54. Suhtautuminen omaishoitajuuteen: _____

55. Osallistuminen virkistystoimintaan: _____

56. Käyttääkö omaishoitajan lomapäivät: _____

57.Fyysinen ympäristö

Tunnistaako itse vaaran paikkoja kotona

Portaita/hissi

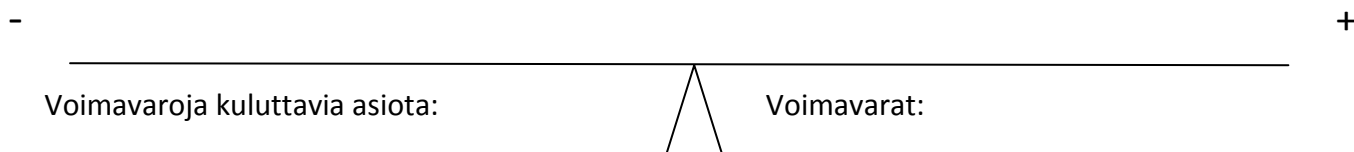
Muutostarpeita?

Löytyykö palohälytin

Onko kuullut turvalaitteista/apuvälineistä

Taloudellinen tilanne/ tietoa saatavilla olevista tuista (Tarvittaessa ohjaus sosiaalineuvojalle)

58.Voimavarat



59.Unelmia, toiveita, tavoitteita:

60.Tapaamisessa sovittu:

Palautekysely seniorineuvola



Ympyröikää jokaisen kysymyksen kohdalla omaa näkemystänne parhaiten vastaavan vaihtoehdon numero.

	Täysin eri mieltä		Täysin samaa mieltä	
Käynti oli tarpeellinen	1	2	3	4
Aikaa keskustelulle oli riittävästi	1	2	3	4
Sain hyödyllisiä vinkkejä	1	2	3	4
Kohtelu oli ammatillista	1	2	3	4
Tila oli viihtyisä	1	2	3	4
Tietämykseni terveydestäni kasvoi	1	2	3	4
Voisin suositella seniorineuvolaa ystävälleni	1	2	3	4

Jäitkö kaipaamaan tapaamiselta jotain?

Mikä oli parasta?

Kiitos palautteestanne!

Sipoon seniorneuvola, ryhmänohjaus

Palautekysely



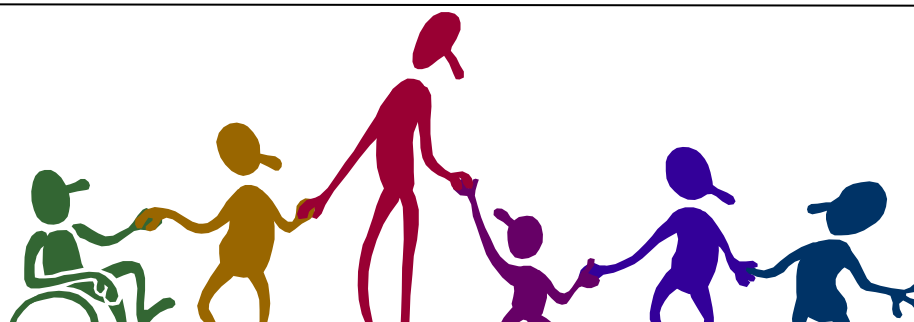
Ympyröikää jokaisen kysymyksen kohdalla omaa näkemystänne parhaiten vastaavan vaihtoehdon numero.

	Täysin eri mieltä		Täysin samaa mieltä		
	1	2	3	4	
Luennon sisältö oli riittävää	1	2	3	4	
Luento oli sopivan mittainen		1	2	3	4
Jumppatuokio virkisti minua		1	2	3	4
Sain uutta tietoa luennon aiheesta	1	2	3	4	
Pystyn hyödyntämään saamaani tietoa	1	2	3	4	
Koin luennon mielekkääksi	1	2	3	4	
Luennon aihe oli kiinnostava		1	2	3	4
Luennon sisältö vastasi odotuksiani	1	2	3	4	
Voisin suositella tuttavilleni	1	2	3	4	

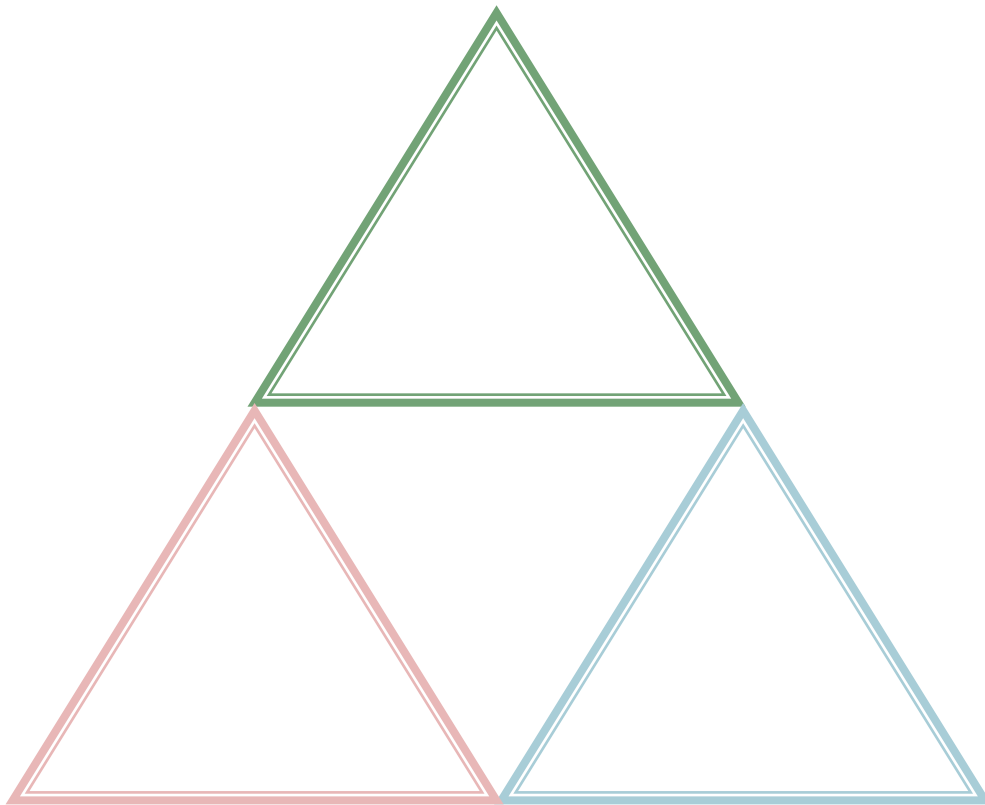
Minkä kouluarvosanan (4-10) annat kokonaisuudelle? _____

Parannettavaa/ kehitettävää: _____

Kiitos! Tack!



Voimavarat



SENIORIKORTTI



Kortin omistaa:



Seniorineuvolakäynti:

Sairaudet:

Paino:

Pituus:

BMI:

Verenpaine:

Hemoglobiini:

Verensokeri:

Huomioitavaa



Sovittua/Suunnitelma:



