

Satu Soininen

ARVIOINTIYKSIKÖN TOIMINTA JA SEN VAIKUTTAVUUS

Vanhustyön koulutusohjelma
2015



ARVIOINTIYKSIKÖN TOIMINTA JA SEN VAIKUTTAVUUS

Soininen, Satu
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Vanhustyön koulutusohjelma
Syyskuu 2015
Ohjaaja: Majuri- Kylväjä, Marjatta
Sivumäärä: 49
Liitteitä: 4

Asiasanat: toimintakyky, ikääntyminen, geriatrinen arviointi

Tämän työelämälähtöisen opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää Noormarkun lähi-palvelukeskuksen osastolla olevan Luoteisen ja Pohjois-Porin arviointiyksikön toimintaa ja sen vaikuttavuutta. Tarkoituksena oli kartoittaa, mitä tietoa arviointijaksolla tehdyistä testeistä saatiin, mitä toimenpiteitä niiden perusteella tehtiin ja missä arviointijaksolla ollut potilas oli kuukauden kuluttua jakson loppumisesta.

Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisena ja aineisto kerättiin 1.12.2014 -28.2.2015 välisenä aikana. Tutkimusaineistona käytettiin arviointijaksolla tehtäviä ADL, IADL, MNA, MMSE, GDS 30, Barthel ja Audit C – testejä ja niiden tuloksia, kirjauksia Effica – potilastietojärjestelmään ja potilaspapereita.

Tutkimus osoitti, että arviointijaksolla olleet potilaat olivat iäkkäitä, joiden toimintakyky oli jo heikentynyt. Suurin osa tarvitsi ulkopuolista apua päivittäisissä ja henkilökohtaisissa toiminnoissa. Lähes puolella oli riski virheravitsemukseen kasvanut tai he olivat aliravittuja, 88 %:lla oli kognitiivisessa toimintakyvyssä heikkenemistä ja masennukseen viittaava oli noin puolella. Kuukauden kuluttua arviointijakson loppumisesta 35 % tarvitsi pysyvän laitoshoitopaikan. Tutkimuksessa ilmeni, että arviointiin kuuluvia testejä jäi tekemättä ja testaus oli hajanaista.

Tutkimuksessa saatuja tietoja voidaan käyttää arviointiyksikön toiminnan kehittämiseen. Laaja-alaisen geriatrisen arvioinnin tulisi tapahtua nykyistä aikaisemmin ja olla ennaltaehkäisevää toimintaa. Hoitotyöhön kuuluvan arvioinnin pitäisi olla kokonaisvaltaista, yksilöllistä ja suunnitelmallista.

FUNCTION AND EFFECTIVENESS OF THE EVALUATION UNIT

Soininen, Satu

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in care for the elderly

September 2015

Supervisor: Majuri- Kylväjä, Marjatta

Number of pages: 49

Appendices: 4

Key words: ability to function, aging, geriatric assessment

The aim of this working life –based thesis was to find out the function and its effectiveness of the department of Noormarkkus local service center. The aim was also to chart what kind of information was got from the tests which were made during an assessment period, which actions were made based on the results and where the patients were a month after an assessment period.

This thesis was quantitative and the material was collected 1.12.2014-28.2.2015. Research material includes ADL, IADL, MNA, MMSE, GDS 30, Barthel and Audit C –tests and their results, Effica –patient information and medical papers.

The study showed that patients who were in an assessment period were elderly and their ability to function had decreased a lot. Most of them needed help with daily activities. Almost half of them had an increased risk for malnutrition or they already were malnourished, 88% had decreased cognitive ability to function and about half of them had signs of depression. A month after the assessment period 35% of patients needed a full-time place in hospital or nursing home. The study showed also that nurses didn't do all the tests which should have been done during the period and testing was incoherent.

The information based on this study can be used for developing the function of the department. Extensive geriatric assessment should be done earlier and it should be more preventive. The assessment in nursing should be comprehensive, individual and systematic.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT.....	6
2.1 Ikääntyvä Suomi.....	6
2.2 Vanheneminen.....	8
3 TOIMINTAKYKY JA IKÄÄNTYMINEN.....	10
3.1 Fyysinen toimintakyky	11
3.2 Psykkinen toimintakyky	13
3.3 Kognitiivinen toimintakyky	15
3.4 Sosiaalinen toimintakyky	17
4 GERIATRINEN ARVIOINTI	18
4.1 Määritelmä	18
4.2 Arviointiyksikkö ja sen toiminta.....	21
4.3 Geriatriassa arvioinnissa käytettävät mittarit ja testit.....	22
5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	24
6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN.....	25
6.1 Tutkimusmenetelmät.....	25
6.2 Aineiston keruu ja säilytys	25
6.3 Aineiston analysointi.....	26
7 TUTKIMUSTULOKSET	27
7.1 Tutkimukseen osallistujien taustatiedot ja arviointijakson pituus	27
7.2 Arviointipotilaille tehdyt testit ja niiden tulokset.....	29
7.3 Missä olivat kuukauden kuluttua arviointijakson päättymisestä?	38
8 TUTKIMUSTULOSTEN POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	39
8.1 Tutkimustulosten tarkastelua	39
8.2 Tutkimuksen luotettavuus	41
8.3 Tutkimuksen eettinen pohdinta	42
8.4 Tutkimuksen hyödynnettävyys ja jatkotutkimushaasteet	44
LÄHTEET.....	46
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Ikääntyneiden määrä kasvaa Suomessa lähivuosina nopeasti ja samanaikaisesti laitoshoidon vähennetään. Vanhuspalvelulaki korostaa ikääntyneiden toimintakyvyn tukemista ja itsenäistä suoriutumista sekä kotona asumista ja pitkäaikaishoidon tarpeen ehkäisyä. Toimintakyvyn heikentyessä tarvitaan apua päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen. Lain mukaan iäkkään fyysinen, sosiaalinen, psyykinen ja kognitiivinen toimintakyky tulee arvioida luotettavia arviointivälineitä käyttäen. Palvelujen tarve tulee selvittää kokonaisvaltaisesti ja yhteistyössä eri asiantuntijoiden kanssa.

Porin perusturvakeskuksessa on uudistettu toimintatapoja ja panostettu gerontologiseen osaamiseen. Vuonna 2014 perustettiin kolme arviointiyksikköä. Opinnäytetyön tekemiseen Noormarkun lähipalvelukeskuksen osastolla toimivassa Luoteisen ja Pohjois-Porin arviointiyksikössä. Arviointiyksikköön tullaan läheteellä, jonka perusteella geriatri päättää hoidon tarpeen. Arviointijakso kestää 3-5 vuorokautta, sinä aikana potilaalle tehdään moniammatillisesti laaja-alainen geriatrinen arviointi. Geriatrisella arvioinnilla tarkoitetaan terveydentilan, sairauksien, palveluiden sekä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn selvittämistä (Hartikainen & Lönnroos 2008,16). Arviointi tehdään haastattelemalla, kyselylomakkeilla, mittaamalla ja havainnoimalla. Testien ja arvioinnin tarkoituksena on löytää toimintakyvyssä olevat heikkoudet ja löytää keinoja, joilla voidaan parantaa iäkkään ihmisen arjessa selviytymistä.

Arviointiyksiköiden toiminta on uutta ja kerättyä tietoa on vähän. Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää mitä tietoa testien avulla potilaista saadaan arviointijaksolla, miten tietoa pystytään hyödyntämään sekä mikä vaikutus sillä on. Opinnäytetyön tarkoitus on selkeyttää ajatusta siitä, miksi geriatrista arviointia tehdään sekä myös auttaa kehittämään arviointiyksikön toimintaa.

2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Ikääntyvä Suomi

Suomi on Euroopan ikääntynein maa ja myös väestörakenteen muutos on täällä Euroopan nopeinta. Ikääntyminen johtuu eliniän pitenemisestä ja syntyvyyden laskusta. (THL www- sivut 2014). Viimeisen 30 vuoden aikana elinajanodote on pidentynyt, vuonna 2013 miehillä se oli 77,8 vuotta ja naisilla 83,8 vuotta. (Tilastokeskus www – sivut 2014). Vuoteen 2030 mennessä ennustetaan yli 65-vuotiaiden määrän lisääntyvän nykyisestä 18 prosentista 26 prosenttiin ja vuoteen 2060 mennessä 28 prosenttiin. (Tilastokeskus www – sivut 2012). Erityisesti 80 vuotta täyttäneiden osuus kasvaa. Vuonna 1970 heitä oli väestöstä 1 %, mutta vuonna 2045 määrän ennustetaan olevan 11 %. (Heikkinen, Jyrkämä & Rantanen 2013, 32). Väestön vanheneminen vaikuttaa sosiaali- ja terveyspalveluihin, koska niiden käyttö kasvaa iän mukana ja on suurinta eliniän lopussa.

Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa ikäihmisten palveluista ja linjaa ikääntymispolitiikkaa strategiassaan, lainsäädännöllä, laatusuosituksilla, hankkeilla ja ohjelmilla. Ikääntymispolitiikan tavoitteena on edistää ikäihmisten toimintakykyä, itsenäistä elämää ja aktiivista osallistumista yhteiskuntaan. (STM www – sivut 2011). Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategian tavoitteena on yhdenvertainen ja sosiaalisesti kestävä yhteiskunta, jossa edistetään jokaisen terveyttä ja toimintakykyä ja varmistetaan kaikkien osallisuus. (Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. 2011, 3)

1.7.2013 tuli voimaan laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista eli ns. vanhuspalvelulaki. Lain tavoitteena on tukea ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista sekä parantaa iäkkään henkilön mahdollisuutta saada laadukkaita sosiaali- ja terveyspalveluja sekä ohjausta muiden tarjolla olevien palvelujen käyttöön yksilöllisten tarpeittensa mukaisesti ja riittävän ajoissa silloin, kun hänen heikentynyt toimintakykynsä sitä edellyttää. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012, 1 §).

Vanhuspalvelulakia on muutettu 1.1.2015 alkaen ja tarkoituksena on täsmentää ikääntyneille annettavien palveluiden ensisijaisuutta ja laitoshoidon viimesijaisuutta. Lakimuutoksen myötä iäkkäiden henkilöiden arvokasta elämää tukeva hoito ja huolenpito voidaan toteuttaa pitkäaikaisena laitoshoidona vain lääketieteellisillä tai asiakas- tai potilasturvallisuuteen liittyvillä perusteilla. Ennen pitkäaikaista laitoshoidoa on selvittävä kunnan mahdollisuudet vastata iäkkään henkilön palvelutarpeeseen kotiin annettavilla palveluilla tai muilla avopalveluilla. (Vanhuspalvelulain toimeenpano vuonna 2015)

Vanhuspalvelulain mukaan kaikkien ikääntyneille annettavien palveluiden tulee perustua tarpeisiin, jotka selvitetään yhdessä iäkkään henkilön kanssa. Palvelutarpeen selvittäminen on osa palveluprosessia ja se tulisi tehdä oikea-aikaisesti, monipuolisesti ja moniammatillisesti. Iäkkään fyysinen, psyykkinen, kognitiivinen ja sosiaalinen toimintakyky arvioidaan luotettavia arviointivälineitä käyttäen. Keskeistä on selvittää miten iäkäs selviytyy arjessa sekä huomioidaan hänen osallisuus ja voimavarat. Palveluiden tarkoituksena on säilyttää itsenäinen ja aktiivinen elämä sekä hyvä elämänlaatu mahdollisimman pitkään. (STM Kaste hankeraportti 2013, 25- 30)

Rakennepoliittisen ohjelman mukaan avohuollon palveluja (kotipalvelua ja omaishoidon tukea) lisätään ja laitoshoidoa vähennetään. Iäkkäiden säännöllisesti käyttämien palvelujen kustannukset ovat vuositasolla noin 3,8 miljardia euroa, josta yli 70 prosenttia kuluu ympärivuorokautiseen hoitoon tehostetun palveluasumisen yksiköissä ja laitoksissa. Rakennemuutos toteutuu sote- järjestelmälain myötä. (STM www-sivut 2014). Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutos eli Sote- uudistus on vielä kesken ja sen valmistelu jatkuu. Uudistuksen tarkoituksena on yhdistää sosiaali- ja terveyspalvelut ja niiden järjestämisestä vastaavat sote -alueet. Tavoitteena ovat toimivat ja saumattomat peruspalvelut sekä kustannusten hillitseminen. (Sote-uudistus 2015)

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto on antanut vuonna 2013 laatusuosituksen hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Laatusuositus tukee vanhuspalvelulakia ja se on tarkoitettu palvelujen kehittämiseen. Laatusuosituksen mukaan Suomen palvelurakenne on laitosvaltainen verrattuna muihin Euroopan maihin. Palveluja säännöllisesti käyttäviä on noin 140 000. Säännöllis-

tä kotihoitoa tai omaishoidon tukea saa noin 90 000 henkeä ja noin 50 000 saa ympärivuorokautista hoitoa muualla kuin yksityiskodissa. Valtakunnallisena tavoitteena on 75 vuotta täyttäneiden laitoshoidon vähentäminen 4,3 prosentista 2-3 prosenttiin ikäluokasta. (Laatusuositus 2013:11, 22 - 39)

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste) 2012- 2015 korostaa iäkkäiden kohdalla riskiryhmien, tukea ja palveluja tarvitsevien löytämistä sekä kotona asumisen tukemista ja laitoshoidon vähentämistä. Iäkkäiden ihmisten yksinäisyys, ravitsemustila, monilääkitys, mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat huomioitavia asioita. (STM KASTE 2012- 2015)

Sosiaali- ja terveysministeriön asettama työryhmä on laatinut kansallisen muistiohjelman 2012 -2020, jonka tavoitteena on ikäystävällinen Suomi. Vuosittain Suomessa sairastuu muistisairauteen yli 13 000 ihmistä ja määrä tulee kasvamaan väestön ikääntymisen seurauksena. Tavoitteena on aivoterveiden edistäminen, oikeat asenteet, hyvän elämänlaadun varmistaminen oikea-aikaisella tuella, hoidolla, palveluilla ja kuntoutuksella sekä tutkimustiedon ja osaamisen vahvistaminen. (Kansallinen muistiohjelma 2012 -2020, 2)

Riskejä yli 85-vuotiaiden kotona asumisen päättymiselle ja laitoshoitoon siirtymiselle ovat yksin asuminen, päivittäisissä toiminnoissa lisääntyvä ulkopuolisen avun tarve, sosiaalinen eristäytyminen, alhainen tulotaso, asunnon korjauksien ja muutostöiden tarve sekä naapuruston vähentynyt kyky tukea toistensa selviytymistä. Yli 85-vuotiailla erityisesti liikuntakyvyn ongelmat, useat krooniset sairaudet, kuulo- ja näköongelmat sekä kognitiivisten toimintojen heikkeneminen lisäävät riskiä laitoshoitoon siirtymiseen. (Lyyra, Pikkarainen & Tiikkainen, 2007, 61)

2.2 Vanheneminen

Vanheneminen on yksilöllistä ja siihen vaikuttavat mm. geenit, sukupuoli, ikä, elinolot ja elintavat. Ikääntymiseen liittyvät muutokset jaetaan usein normaalista vanhenemisestä johtuviin ja sairauksien aiheuttamiin muutoksiin. Elimistön biologiset ja fysiologiset vanhenemismuutokset aiheuttavat mm. kuulon ja näön heikkenemistä,

lihasmassan vähenemistä, luiden huokoistumista ja kognitiivisen suorituskyvyn heikkenemistä. (Heikkinen ym. 2013, 393- 395)

Vanhuspalvelulaisissa ikääntyneellä väestöllä tarkoitetaan 63 vuotta täyttäneitä. Iäkäs määritellään yli 63-vuotiaaksi, jonka fyysinen, kognitiivinen, psyykinen tai sosiaalinen toimintakyky on heikentynyt korkean iän myötä alkaneiden, lisääntyneiden tai pahentuneiden sairauksien tai vammojen vuoksi taikka korkeaan ikään liittyvän rappeutumisen johdosta. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista 980/2012, 3§)

Eliniän pitenemisen seurauksena vanhuus voi kestää useita vuosikymmeniä, joten se on nykyisin jaettu kolmeen elämänvaiheeseen. Kronologisen iän sijaan puhutaan toimintakykyisestä iästä, joten kolmas, neljäs ja viides ikä eroavat toisistaan lähinnä toimintakyvyn ja palvelutarpeen perusteella. Kolmas ikä (60- 74 v.) tarkoittaa elämänvaihetta, jossa irtaannutaan työelämästä, mutta ollaan edelleen toimintakykyisiä ja hyväkuntoisia sekä asutaan ja eletään omatoimisesti. Ihmisillä on tässä iässä yleensä jokin arkea haittaava sairaus, mutta se on hallinnassa. Neljäs ikä (75- 85-v.) on vaihe, jossa terveys ja toimintakyky heikkenevät sekä palvelutarve kasvaa. Siinä eletään hyvää arkea, mutta usein tarvitaan ulkopuolista apua selviytymiseen ja kotona asumiseen. Toimintakyky voi tässä vaiheessa nopeasti heikentyä esim. äkillisen sairauden, kaatumisen tai tukijärjestelmän pettämisen takia. Viidennessä iässä (86-vuotiaat ja vanhemmat) toimintakyky on usein heikentynyt niin paljon, ettei kotona selviydytä apujenkaan turvin. (Sarvimäki, Heimonen, Mäki-Petäjä-Leinonen 2010, 17- 18)

Paul ja Margret Baltessin (1993) teoria onnistuneesta vanhenemisestä huomioi ikääntyvien toimintakyvyn ja voimien heikkenemisen, mutta korostaa iäkkäiden voimavaroja ja sopeutumiskykyä. Valikoiva optimointi tarkoittaa ikääntyvän kykyä kohdistaa energia sellaiseen toimintaan, josta hän saa lisää voimia ja jonka avulla hän voi elää sitä elämää, jonka on itselleen valinnut. Ikääntyvä pystyy myös kompensoimaan menetettyjä kykyjä esim. apuvälineillä ja aputoiminnoilla. (Sarvimäki ym. 2010, 27- 29) Onnistuvaan vanhenemiseen sisältyy aktiivinen elämänote, johon kuuluu mm. fyysisen aktiivisuuden ylläpito, ajan tasalla pysyminen, sosiaalisten verkostojen ylläpitäminen, harrastukset ja osallistuminen erilaiseen toimintaan. Tutkimusten mukaan

aktiivinen vanheneminen ylläpitää ja parantaa itsenäistä selviytymistä, ehkäisee yksinäisyyttä ja masennusta. (Heikkinen ym. 2013, 396)

Vanhenemista voidaan tarkastella myös kokemuksellisen vanhenemisen eli ihmisten omien arvioiden kautta. Iäkkäät arvioivat oman ikänsä keskimäärin 10 vuotta kalenteri-ikää nuoremmiksi. Kolmasosa 80-vuotiaista myöntää olevansa vanhus, mutta 85-vuotiaista suurin osa kokee tulleen vanhaksi. (Heikkinen ym. 2013, 394). Terveys 2011 – tutkimuksen mukaan suomalaisten terveys, toimintakyky ja hyvinvointi ovat parantuneet 1970-luvulta lähtien. (Terveys 2011,3). Suurin osa ikääntyneistä kokee terveytensä hyväksi ja he ovat itsenäisiä, omissa kodeissa asuvia. Keskimäärin noin 75-vuotiaana alkava terveyden heikkeneminen vaikuttaa elämään ja noin 80-vuotiaana alkaa fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen rapistuminen. (Vanhuusikä muutoksessa 2013, 13)

Ikääntyneet ovat heterogeeninen ryhmä ja korkeassa iässä ihmisten erilaisuus korostuu. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 13). Iän myötä pitkäaikaissairaudet, monitautisuus ja monilääkitys lisääntyvät. 65- 74 – vuotiaista hieman yli puolella ja 75 vuotta täyttäneistä kaksi kolmasosalla on jokin pitkäaikaissairaus, 75 – vuotiailla on keskimäärin kaksi pitkäaikaissairautta ja 90 – vuotiailla naisilla noin viisi ja miehillä noin neljä. (Heikkinen ym. 2013, 51, 393- 395). Kuopiossa vuonna 2006 tehdyn tutkimuksen mukaan 66 % yli 75-vuotiaista käytti vähintään kuutta lääkettä samanaikaisesti. (Fimea www – sivut 2013)

3 TOIMINTAKYKY JA IKÄÄNTYMINEN

Toimintakyky liittyy ihmisen hyvinvointiin ja sitä voidaan tarkastella joko voimavara-lähtöisesti (jäljellä olevaa toimintakykyä) tai toimintakyvyssä jo todettuja vajeita kuvaten. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 24). Erilaiset teoreettiset mallit tarkastelevat toimintakykyä eri tavoin. Ns. toimintakyvyn aleneva malli tarkoittaa toimintakyvyn alenemista iän myötä. Plastisuusmallin mukaan toimintakyky vaihtelee esim. erilaisten elintapojen takia. Optimitasomallin mukaan jokaisella on oma optimaalinen toimintakyvyn taso, joka määräytyy yksilön tai ympäristön asettamien

vaatimusten mukaan. Biologisen iän mallin mukaan vanhenemismuutokset ovat säännönmukaisia. (Pohjolainen 2009, 18- 19)

Laajasti määriteltynä toimintakyky tarkoittaa sitä, että ihminen selviytyy itseään tyydyttävällä tavalla itselleen merkityksellisissä päivittäisissä toiminnoissa omassa elinympäristössään. (Sarvimäki ym. 2010, 20). Vanhuksen toimintakyvyllä tarkoitetaan selviytymistä arkeen liittyvistä toiminnoista, erilaisten kokemusten kokemista ja laadukkaan elämän elämistä. Toimintakyky on tärkeä osa elämänlaatua. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 18)

Perinteisesti toimintakyky on jaettu fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen ja kognitiiviseen osa-alueeseen. (Heimonen & Voutilainen 2006, 25). Nämä yhdessä muodostavat laaja-alaisen kokonaisuuden, jossa osa-alueet vaikuttavat toisiinsa. Ikääntyneillä toimintakyky sekä arjessa selviytyminen vaikeutuvat herkästi jo yhden osa-alueen heikkenemisen seurauksena. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 18)

Vanhusten toimintakyvyn arviointi on vaikeaa, koska siihen liittyy monia eri tekijöitä. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 50). Iäkkään toimintakykyyn vaikuttavat myös ympäristö ja perinnölliset tekijät. Samanikäisten vanhusten toimintakyky voi olla hyvin erilainen, koska muutokset tapahtuvat ihmisillä eri tavalla ja eri nopeudella. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 18). Ikääntyneet itse kokevat asiat erilailla, osaavat ja haluavat erilaisia asioita ja esim. liikkuminen voi olla ilo tai pakko. Myös ympäristön odotukset voivat olla hyvin erilaisia ja ympäristö voi toimia toimintakykyä tukevana tai sitä ehkäisevänä. (Koivula 2009, 32- 34)

3.1 Fyysinen toimintakyky

Fyysinen toimintakyky muodostuu tuki- ja liikuntaelimestöstä sekä hengitys- ja verenkiertoelimestöstä. Sen osa-alueita ovat mm. lihasvoima, hapenottoakyky, tasapaino ja kehon koostumus. (Pohjolainen 2009, 48). Ikääntyneillä fyysiseen toimintakykyyn liittyvät päivittäisten toimintojen lisäksi erityisesti tasapaino ja kävelykyky sekä ravitsemus. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 22). Fyysinen toimintakyky määritellään ihmisen kykyä suoriutua päivittäisistä perustoiminnoista (mm. syömisestä,

pukeutumisesta, peseytymisestä, liikkumisesta ja WC-käynneistä) sekä asioiden hoitamista (mm. lääkkeiden annostelu ja otto, puhelimen käyttö, kodinhoito, raha-asioiden hoito). (Heimonen & Voutilainen 2006, 25)

Ikääntyneillä toimintakyky heikkenee asteittain. Ensin jäävät pois vaativat päivittäistoiminnot kuten yhteiskunnallinen harrastustoiminta, seuraavaksi ilmenee ongelmia IADL – toiminnoissa kuten pankkiasioiden hoitamisessa, puhelimen käytössä ja siivouksessa. Myöhemmin heikkenemistä tapahtuu päivittäisissä ADL- toiminnoissa. (Voutilainen & Vaarama 2005, 6). Päivittäisissä toiminnoissa selviytyminen alkaa merkittävästi heikentyä 70- 75 vuoden iästä lähtien. (Heikkinen ym. 2013, 291- 292)

Riklin ja Jonesin luomaa mallia käytetään usein teoreettisena perustana fyysisen toimintakyvyn mittaamisessa. Mallin mukaan vanhenemismuutokset aiheuttavat perustoimintojen heikkenemistä ja siten vaikeuttavat päivittäisistä toiminnoista selviytymistä. Päivittäiset toiminnot ja arkiaskareet edellyttävät tiettyä reservikapasiteettia, jotta niistä selviytyy. Fyysistä toimintakykyä mittaamalla voidaan jo varhaisessa vaiheessa havaita toimintakyvyn heikkeneminen ja siihen on mahdollista puuttua. (Pohjolainen 2009, 49- 50)

Itsenäisen toimintakyvyn yksi tärkeimmistä perusedellytyksistä on riittävä liikkumiskyky. Iän myötä liikkumiskyky heikkenee ja kaatumiset yleistyvät. Riskitekijöinä on erityisesti heikentynyt lihasvoima ja tasapaino. Minna Mänty on todennut väitöskirjassaan, että ikääntyneillä liikkumiskyvyn heikkenemistä ennakoivat kävelyn hidastuminen ja väheneminen sekä väsyminen. Tärkeää olisi tunnistaa alkuvaiheessa liikkumisongelmat ja liikuntaneuvonnan avulla ylläpitää liikkumiskykyä ja ennaltaehkäistä ongelmia. Iäkkäiden ihmisten liikuntakykyä voidaan ylläpitää ja parantaa intensiivisellä ja säännöllisellä liikunnan harjoittamisella. (Mänty 2010, 76- 77)

Tiina Jääskeläinen on opinnäytetyössään 2014 tarkastellut geriatrian kuntoutus- ja arviointipotilaiden toimintakykyä fysioterapeutin tekemien testien perusteella. Toimintakykytestit osoittivat, että kohderyhmällä oli suurentunut kaatumisriski, liikkumiskyky rajoittunut ja todennäköinen tarve apuvälineiden käytölle. Yli puolella oli heikko reisilihasvoima ja suurimmalla osalla kestävyys ja hapenotto- ja keuhko-olivat olivat heikentyneet. (Jääskeläinen 2014, 2)

Ikääntyneiden suomalaisten yleisin tapaturma on kaatuminen. Kaatumisriski tulisi tunnistaa ja siihen tulisi puuttua. Syyt voivat olla joko yksilöön liittyviä (lääkitys, vähäinen lihasvoima) tai ympäristöön liittyviä (matot, yksin asuminen, tukikahvojen puuttuminen). D-vitamiinin, proteiinipitoisen ruoan ja täydennysravintovalmisteiden käytön on todettu parantavan lihaskuntoa ja kehon hallintaa ja ehkäisevän kaatumisia. Hyvä ravitsemustila on toimintakyvyn ylläpitämisen perusedellytys ja siksi se tulee arvioida toimintakykyarvioita tehtäessä. (Sormunen & Topo 2008, 38)

Ikäikäiden ravitsemushäiriöt ovat yleisiä, koska heillä on useita riskitekijöitä. Riskiryhmään kuuluvat esim. muistisairaat, masentuneet sekä vaikeista infektioista ja leikkauksista toipuvat. Alentunut toimintakyky, sairaudet ja lääkkeiden käyttö altistavat ravitsemusongelmille aiheuttamalla ruokahalun heikkenemistä tai katoamista. Aliravitsemus tarkoittaa riittämätöntä energian tai proteiinin saantia ja virheravitsemus tarkoittaa huonoa tai puutteellista ravitsemusta, jossa energiaa, proteiinia tai muita ravintoaineita saadaan liikaa tai niiden saanti on puutteellinen. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 219- 225)

3.2 Psykkinen toimintakyky

Psykkinen toimintakyky tarkoittaa kykyä tuntea ja kokea, kykyä ottaa vastaan ja käsitellä tietoa sekä muodostaa käsityksiä ympäröivästä maailmasta. (Heimonen & Voutilainen 2009, 55). Sitä voidaan tarkastella persoonallisuuden, elämänhallinnan, mielialan sekä psykkinen oireiden ja mielenterveyshäiriöiden kannalta. (THL www- sivut 2015). Persoonallisuuteen kuuluvat luonteenpiirteet, minäkuva ja itsearvostus. Mielenterveys eli mielen tasapaino rakentuu tunne-elämästä, mielialasta ja ihmissuhteiden toimivuudesta. Mielen tasapaino on itsensä hallintaa, hyvää oloa ja vaikeuksissa jaksamista sekä sopeutumista välttämättömiin rajoihin. (Heimonen & Voutilainen 2009, 55- 57)

Ikääntyneiden mielenterveys on rakentunut pitkän elämän aikana ja siihen ovat vaikuttaneet monenlaiset kokemukset, vuorovaikutussuhteet, onnistumiset sekä ongelmatilanteet ja pettymykset. Ikääntyneiden elämänlaadun ja hyvinvoinnin kannalta on eduksi, jos itse pystyy tekemään valintoja, optimoimaan voimavaransa sekä löytä-

mään korvaavia keinoja jollain alueella heikentyneelle toimintakyvylle. (Heikkinen ym. 2013, 374- 375)

Biologiset tekijät, elämänhistoria, pitkittynyt psyykkinen kuormitus ja usein jokin laukaiseva tekijä ovat yleensä iäkkään ihmisen mielenterveysongelmien taustalla. Laukaisevana tekijänä voi olla esim. suuri muutos, menetys ja yksinäisyys. Masennus ja ahdistuneisuus ovat yleisiä iäkkäillä, mutta niitä ei läheskään aina tunnisteta eikä siten hoideta asianmukaisesti. (Heikkinen ym. 2013, 374- 377). Masennuksen oireina on masentunut mieliala suurimman osan ajasta, kiinnostuksen tai mielihyvän kokemuksen menettäminen niitä asioita kohtaan, joista on ennen ollut kiinnostunut tai on saanut mielihyvää sekä voimattomuuden ja väsymyksen tunne. Iäkkäillä tavallisia oireita ovat lisäksi keskittymis- ja huomiokyvyn heikkeneminen, univaikeudet, painonlasku, erilaiset somaattiset sairaudet, kuolemanajatukset ja ärtyisyys. Masennuksen diagnosointi on haastavaa, koska oirekuva on vaihteleva eikä ikääntynyt itsekkään aina kykene tunnistamaan tai ilmaisemaan masennusta. (Eloranta & Punkanen 2008, 112)

Terveyden – ja hyvinvointilaitoksen teettämän alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (ATH) mukaan puolet iäkkäistä kokee itsensä onnelliseksi, miehillä tämä on iästä riippumatonta ja naisilla onnellisuus heikkenee iän myötä. Elämänlaatu heikkenee iän myötä, koska terveys- ja toimintakykyongelmat lisääntyvät ikääntyneillä. Masennus lisääntyy iän myötä ja 80 vuotta täyttäneistä joka kolmannella oli masennusoireita. Masennus voi heikentää toimintakykyä, koska siihen liittyy usein muita mielenterveysongelmia kuten päihdehäiriöitä ja ahdistuneisuutta. (Noro & Alastalo 2014, 91)

Alkoholin käyttö on nykyään yleistä iäkkäillä ja raittiiden osuus on vähentynyt 1990-luvulta lähtien. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 268). 65- 84 – vuotiaista miehistä vähintään kerran viikossa käytti alkoholia 40 prosenttia ja naisista 18 prosenttia vuonna 2009. (Mäkelä, Mustonen & Tigerstedt 2010, 145). Kaksi kolmasosaa iäkkäistä alkoholiriippuvaisista on ollut jo työikäisenä alkoholiriippuvainen, mutta yksi kolmasosa alkoholisoituu eläkeikäisenä. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 268- 274)

Alkoholin käyttömäärät ovat yleensä kohtuullisia iäkkäillä, mutta he ovat erityisryhmä alkoholin haittavaikutusten suhteen. Sama alkoholimäärä nostaa iäkkäiden veren alkoholipitoisuuden korkeammaksi kuin työikäisen. Keskushermoston kyky sietää alkoholia vähenee ja kaatumiset lisääntyvät. Ikääntyneillä jo yksi annos lisää kaatumis- ja tapaturmariskiä. Suositusten mukaan 65 vuotta täyttäneillä alkoholin maksimumimäärä tarkoittaa kahta annosta kerralla ja viikossa enimmäismäärä on seitsemän annosta. (Mäkelä ym. 2010, 143- 144). Alkoholilla on yhteisvaikutuksia monien lääkkeiden kanssa ja samanaikainen käyttö voi voimistaa toistensa sivuvaikutuksia. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 268- 274)

3.3 Kognitiivinen toimintakyky

Kognitiivinen eli älyllinen toimintakyky muodostuu toiminnanohjauksesta (toimintojen sujavuus, suunnitelmallisuus ja joustavuus) sekä tarkkaavaisuudesta ja keskittymisestä. Varsinaisia kognitiivisia toiminta-alueita ovat päättelytoiminnot, muistitoiminnot, kielelliset toiminnot (puheen ymmärtäminen ja tuottaminen), visuaaliset toiminnot (esim. hahmottaminen) sekä motoriset toiminnot (esim. nopeus ja näppäryys). (Heimonen & Voutilainen 2006, 25)

Terve ikääntyminen ei aiheuta päivittäisiä toimintoja tai itsenäistä selviytymistä haittaavaa kognitiivisen toimintakyvyn heikkenemistä. Ikääntyminen hidastaa keskushermoston toimintaa ja tämä heikentää muistiin tallentamista ja mieleen palauttamista. Arkielämässä hidastuneet tiedonkäsittelytoiminnot näkyvät esim. vaikeutena ottaa pienessä ajassa vastaan paljon uutta tietoa. Toisaalta ikääntyneiden aikaisemmat kokemukset ja tiedot helpottavat jäsentämään uutta tietoa ja olennaisten asioiden poimiminen on helpompaa. Iän myötä uuden oppimiseen tarvitaan enemmän aikaa ja kertausta, mutta kyky oppia uusia asioita säilyy läpi elämän. (Heikkinen ym. 2013, 210- 226)

Kognitiivista heikkenemistä on aiemmin kuvattu dementia-käsitteellä, mutta nykyisin kognitiivista heikentymistä aiheuttavista aivosairauksista käytetään käsitettä etenevät muistisairaudet. (Tilvis, Pitkälä, Strandberg, Sulkava & Viitanen 2010, 120). Yleisimmät muistisairaudet ovat Alzheimerin tauti (60 %), Lewyn kappale – tauti

(15- 20 %) ja aivojen verenkierron häiriö eli vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen (15 %). (Tilvis ym. 2010, 123; Heikkinen ym. 2013, 220). Dementiaalla tarkoitetaan oireyhtymää, jossa useampi kuin yksi kognitiivinen toiminto on heikentynyt aikaisempaan tasoon nähden ja tästä aiheuttaa vaikeuksia selviytyä itsenäisesti jokapäiväisissä toimissa. Syynä voi olla etenevä sairaus, pysyvä tila tai parannettavissa oleva sairaus. Muistisairaus jaetaan vaikeusasteen mukaan lievään, keskivaikeaan tai vaikeaan muistisairauteen (Käypä hoito www- sivut 2010). Iän myötä muistisairaudet lisääntyvät, 60- vuotiaista muistisairautta sairastaa pari prosenttia, mutta 85- 90 -vuotiaista noin kolmasosa. (Heikkinen ym. 2013, 220)

Diagnosoimaton muistipotilas on yhteiskunnalle kaikkein kallein potilas, koska sairaus johtaa hallitsemattomaan sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöön. Tavoitteena on, että muistioireet tunnistetaan ja ohjataan tutkimuksiin sekä tehdään diagnosointi ja aloitetaan asianmukainen lääke- ja muu hoito jo taudin varhaisessa vaiheessa. (Kansallinen muistiohjelma 2012- 2020, 2012, 12- 13). Muistisairauksien mahdollisimman varhainen diagnosointi kannattaa, koska osa sairauksista on parannettavissa ja yleensä sairauden oireita voidaan lievittää vuosien ajan. (Sormunen & Topo 2008, 26 -27). Muistisairaudet vaikuttavat sairastuneen ja hänen läheisten elämään monin tavoin. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 100)

Käypä hoito – suosituksen mukainen muistisairauden mahdollisimman varhain tehty diagnoosi, lääkehoito, muiden sairauksien asianmukainen hoito, tarvittaessa fysioterapia sekä yksilöllisesti ja tilannekohtaisesti räätälöidyt kotona asumista tukevat palvelut ovat sekä taloudellisin että inhimillisin vaihtoehto. (Käypä hoito www – sivut 2010). Kotona asumista tukevat esim. kuntouttavat, selviytymistä ja omatoimisuutta tukevat toimenpiteet, oikea-aikaiset tukitoimet (kotipalvelu, turvapuhelin, ateriapalvelu, kodin turvalaitteet ja apuvälineet), etuuksien varmistaminen ja taloudelliset tukitoimet, perheiden tukeminen sekä turvallisuutta lisäävät ratkaisut. (Sormunen & Topo 2008, 9-12)

Muistisairaudet aiheuttavat ikääntyneille ihmisille eniten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tarvetta ja ovat ympärivuorokautiseen pitkäaikaishoitoon joutumisen pääsyy. Noin 75 % muistisairaista tarvitsee sairauden edetessä laitoshoidon ja 90 %:lla sairastuneista esiintyy käytösoireita jossain vaiheessa. Käytösoireet, kävelyky-

vyn heikkeneminen, muut sairaudet, yksin asuminen ja omaishoitajan väsyminen ovat tärkeimmät riskitekijät laitoshoidolle. (Sormunen & Topo 2008, 9-12)

3.4 Sosiaalinen toimintakyky

Sosiaalinen toimintakyky muodostuu sekä yksilöön että yhteiskuntaan ja yhteisöön liittyvistä tekijöistä. Yksilöön liittyviä tekijöitä ovat mm. sosiaaliset taidot ja vuorovaikutus. Ihmiset ovat erilaisia myös ihmissuhteisiin liittyvissä asioissa, toisille on tärkeää olla muiden ihmisten seurassa ja toiset viihtyvät yksinään. Ikääntyneiden sosiaalinen toimintakyky muodostuu siitä, miten hän toimii arjessa ja miten osallistuu yhteiskunnan ja yhteisöjen toimintaan sekä siitä, miten hän kykenee vuorovaikutukseen sosiaalisen verkoston kanssa, yhteisyyden ja osallisuuden kokemuksina, sosiaalisena aktiivisuutena ja osallistumisena. (Heikkinen ym. 2013, 284- 286)

Sosiaalista toimintakykyä voidaan arvioida tunnistamalla siihen liittyvät voimavarat ja ongelmat. Ikääntyneillä sosiaalisen toimintakyvyn ongelmat näkyvät vaikeuksina selvitä arkielämän edellyttämistä tehtävistä ja rooleista sekä sosiaalisena eristäytymisenä. Yksinäisyys, läheisen tai luotettavan ihmisen puuttuminen, vähäiset kontaktit muiden ihmisten kanssa ja joskus yksin asuminen kuvaavat sosiaalista eristäytyneisyyttä. Terveyttä ja hyvinvointia lisäävät aktiivinen elämäntyyli ja sosiaalinen aktiivisuus, ystävät sekä läheinen ja auttava ihmissuhde. Toimiva sosiaalinen verkosto sekä kuuluminen johonkin yhteisöön tai vertaisryhmään vaikuttavat positiivisesti hyvinvointiin lisäämällä arvostuksen tunnetta, yhteenkuuluvuutta ja kiintymystä. (Heikkinen ym. 2013, 287- 288)

Ikääntyneiden sosiaalinen toimintakyky on keskimäärin hyvä ja sosiaalinen kanssakäyminen on tiheää. Iäkkäillä on nuorempia enemmän sukulais- ja ystävyyskontakteja, erityisesti omat lapset ja lastenlapset ovat tärkeässä asemassa. Toisaalta sosiaaliset kontaktit vähenevät terveyden ja toimintakyvyn heiketessä sekä iän myötä. (Eloranta & Punkanen 2008,16- 18)

4 GERIATRINEN ARVIOINTI

4.1 Määritelmä

Geriatría määritellään lääketieteen sanastossa vanhustenhoito-opiksi (Duodecim). Geriatriassa hoidon kohteena on kokonainen ihminen, ei yksittäinen elin tai elinjärjestelmä (Hartikainen & Lönnroos 2008, 11). Gerontologia tarkoittaa vanhenemisen sosiaalisten, psykologisten ja biologisten näkökohtien tutkimista. Tarkoituksena on selvittää ikääntyessä tapahtuvia muutoksia, vanhenemisen aiheuttamia seurauksia yksilöille ja yhteisöille, mitkä eri tekijät vaikuttavat muutoksiin ja miten niihin voidaan vaikuttaa. (Heikkinen ym. 2013, 16.) Laaja-alainen geriatrinen arviointi (comprehensive geriatric assessment, CGA) sisältää fyysisten ja psyykkisten vaivojen sekä kognitiivisten kykyjen kartoituksen lisäksi toimintakyvyn arvioinnin, elämänlaadun kartoituksen sekä sosiaaliset näkökulmat. Arviointi toteutetaan moniammatillisesti. (Heikkinen ym. 2013, 325)

Vanhustyössä moniammatillinen työskentely tarkoittaa eri ammattilaisten tietotaidon ja osaamisen yhdistämistä vanhuslähtöisesti, kokonaisvaltaisesti ja tavoitteellisesti. Parhaiten moniammatillinen tiimi onnistuu työssään silloin, kun työntekijät arvostavat toistensa työtä sekä pystyvät avoimeen ja tasavertaiseen vuorovaikutukseen. Jokaisen tiiminjäsenen odotetaan tuovan oma osaaminen ja asiantuntijuus tiimin käyttöön, jotta saadaan yhdistettyä laajasti eri ammattiryhmien ammattitaito vanhuksen hyväksi. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 28- 30). Geriatrinen arviointi on ryhmätyötä, johon osallistuu yleensä lääkäri, sairaanhoitaja, fysioterapeutti ja sosiaalityöntekijä. (Tilvis ym. 2010, 87). Ikääntynyt ja hänen läheisensä ovat aktiivisesti ja tasavertaisina mukana arvioinnissa. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 28)

Geriatrisen arvioinnin kohteena on iäkäs, jonka toimintakyky on heikentynyt. Nopean toimintakyvyn heikkenemisen syynä on yleensä sairaus ja hidas toimintakyvyn heikkeneminen voi johtua esim. vanhenemisesta tai alkavasta muistisairaudesta. Arviointi tulisi tehdä aina, kun iäkkään edellytykset asua kotona tai entisessä hoitopaikassa huonontuu. Laaja-alaista arviointia tarvitaan, jos iäkkäällä on heikentynyt tasapaino ja kaatuilua, muistihäiriöitä, sekavuustiloja, monilääkitystä jne. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 20 -21; Tilvis ym. 2010, 87). Monisairaana vanhuksen hoito- ja pal-

velutarpeen muutokset edellyttävät arviointia. Laitoshoitopäätöksiä ei tulisi tehdä ennen kuin kaikki edellytykset selviytyä entisessä asuinpaikassa on tutkittu ja iäkkään omat toiveet on otettu huomioon. (Heikkinen ym. 2013, 325- 329)

Geriatrisen arvioinnin ensisijaisena tavoitteena on iäkkään mahdollisimman hyvän toimintakyvyn ja elämänlaadun turvaaminen. Iäkkäällä jo pieni muutos terveydentilassa voi heikentää toimintakykyä pysyvästi, siksi oireisiin ja muutoksiin tulee suhtautua vakavasti. Sitä paremmat tulokset saadaan, mitä nopeammin kokonaisvaltainen arviointi ja diagnostiikka toteutuu. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 27- 29). Kokonaisarvioinnin avulla sairauden tunnistaminen ja hoidon oikea kohdentaminen paranevat. Tavoitteena on fyysisten ja kognitiivisten toimintojen parantaminen tai ylläpitäminen, terveydentilan ylläpitäminen tai parantaminen ja lääkityksen optimointi sekä turhien toimenpiteiden välttäminen, jotka eivät paranna elämänlaatua. Terveyspalvelujen tarkoituksenmukainen käyttö ja akuuttien sairaalapalveluiden käytön vähentäminen ovat myös tarkoituksena. (Heikkinen ym. 2013, 325)

Kokonaisvaltainen geriatrinen arviointi sisältää ikääntyneen systemaattisen arvioinnin moniammatillisesti toteutettuna. Validoitujen mittareiden avulla arvioidaan fyysinen, psyykkinen, kognitiivinen ja sosiaalinen toimintakyky. Näiden lisäksi arvioidaan sairaudet, oireet, riskitekijät, ravitsemustila ja lääkitys. Vanhuksen kotiympäristön olosuhteet, sosiaalinen tukiverkosto ja omaisten toiveet ja hyvinvointi tulee huomioida. Potilaan omat toiveet, motivaatio ja voimavarat selvitetään myös. (Pitkälä & Tilvis 2012, 564). Tarkoituksena on löytää toimintakyvyn heikkenemisen aiheuttaja ja selvittää sen korjausmahdollisuus. (Tilvis ym. 2010, 87).

Kokonaisvaltaisen geriatrisen arvioinnin vaikuttavuudesta on tehty tutkimuksia ulkomailta ja Suomessa. Vuonna 2011 julkaistussa meta-analyysissä oli mukana kuudessa eri maassa olevista 22 geriatrisissa sairaaloissa tehtyä tutkimusta. Potilaat olivat 65 vuotta täyttäneitä ja heitä oli yli 10 000. Tuloksena oli, että kokonaisvaltainen geriatrinen arviointi lisää potilaiden mahdollisuutta kotiutua sairaalasta, vähentää laitoshoidon tarvetta ja hidastaa muistitoimintojen heikkenemistä. (Ellis, Whitehead, Robinson, O'Neill & Langhorne 2011, 343). Hollannissa vuonna 2011 tehtiin tutkimus laaja-alaisesta geriatrisesta arvioinnissa akuuttisairaalassa. Tulosten mukaan

muistihäiriöitä oli 40 %:lla, masennusta 21 %:lla, vajaaravitsemus 52 %:lla ja yli puolella oli liikkumisvaikeuksia. (Boorman ym. 2011, 3-5)

Suomessa tehdyissä tutkimuksissa Tiina Huusko on todennut kokonaisvaltaisen geriatrisen arvioinnin vähentävän muistisairaiden lonkkamurtumapotilaiden hoitoaikoja ja pienentävän laitoshoidon tarvetta. (Huusko, Karppi, Avikainen, Kautiainen & Sul-kava 2001, 1107). Kirsi Kinnunen on väitöskirjassaan osoittanut kokonaisvaltaisen geriatrisen arvioinnin lykkäävän laitoshoitoon siirtymistä 4,5 kuukautta. (Kinnunen 2002, 41)

Geriatrista arviointia voidaan tehdä vastaanotolla, poliklinikalla, kotona tai sairaalas-sa. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 16) Moniammatilliset geriatriset yksiköt, jotka toimivat akuuttisairaaloiden yhteydessä ovat tutkimuksissa osoittautuneet tehok-kaimmiksi. (Strandberg, & Valvanne 2012, 132). Tutkimusten mukaan geriatriset moniammatilliset yksiköt vähentävät toistuvaa sairaalahoitotarvetta ja pysyvää lai-toshoittoa sekä lisäävät ikääntyneiden tyytyväisyyttä. (Tilvis ym. 2010, 70)

Laaja-alainen toimintakyvyn arviointi edellyttää sitä tekeviltä sosiaali- ja terveysalan ammattilaisilta koulutusta, jotta he pystyvät arvioimaan sekä tukemaan potilaita ja heidän läheisiään. (Virkola 2009, 84). Geriatrinen arviointi tulisi toteuttaa rauhalli-nessa ja meluttomassa tilassa kiireettömästi, riittävästi aikaa varattuna. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 18). Luottamuksellisen suhteen luominen on keskeistä ja se vaatii aikaa. Laaja-alaisen arvioinnin toteuttamiseen tarvitaan riittävästi sekä taloudellisia että henkilöresursseja. Lisäksi käytännön työntekijöiden tulisi hyödyntää paremmin tietojaan asiakkaiden toimintakyvystä ja ongelmista. Laaja-alaisen arvioinnin kehit-täminen edellyttääkin muutoksia palvelujärjestelmiin ja toimintatapoihin. (Virkola 2009, 84)

4.2 Arviointiyksikkö ja sen toiminta

Porin perusturvakeskuksessa toiminnan aloitti vuonna 2014 kolme arviointiyksikköä, jotka ovat Keski- ja Länsi-Porin, Itä-Porin ja Ulvilan sekä Luoteisen ja Pohjois-Porin arviointiyksiköt. Luoteisen ja Pohjois-Porin arviointiyksikkö toimii Noormarkun lähipalvelukeskuksen osastolla, jossa on sairaala-, kuntoutus- ja vanhuspalvelutoimintaa. Arviointipaikkoja on viisi, mutta ne sisältyvät sairaalapaikkoihin ja käytännössä arviointipotilaita on enintään kaksi kerralla. Vanhuspalvelutoiminta tarkoittaa pitkäaikaishoidossa olevaa 18 asukasta.

Arviointijakso on tarkoitettu iäkkäille, joiden toimintakyky tai yleistila on laskenut ja kotona selviytyminen on vaikeutunut. Arviointiyksikköön potilas tulee yleensä lähteen perusteella, mutta myös päivystysluoteisesti soiton perusteella voi tulla. Lähettäjänä voi olla esim. lääkäri, kotihoito tai palveluohjaaja. Osastolla kerran viikossa käyvä geriatri päättää lähetteen perusteella arviointijaksolle kutsuttavat potilaat. Heille lähetetään kotiin kutsukirje, jonka mukaan on liitetty kotona täytettäväksi taustatietolomake, läheisen kaavake muistitoiminnoista ja toimintakykykaavakkeet. Potilas itse ja/tai hänen läheisensä tai esim. työntekijä kotipalvelusta voi täyttää kaavakkeet. Arviointijakson pituus on 3-5 vuorokautta ja sen aikana potilaan kokonaistilanne arvioidaan laaja-alaisesti moniammatillisessa yhteistyössä. (Salonoja 2014).

Porin perusturvakeskuksen arviointiyksiköissä toimitaan yhteisten ohjeiden mukaisesti ja potilaiden arviointi perustuu samoihin käytäntöihin. Geriatrian ylilääkäri Maritta Salonoja on kehittänyt toimintaa ja pitänyt koulutuksia henkilökunnalle geriatriasta arvioinnista. Ensimmäisen vuorokauden aikana hoitajat tekevät potilaalle muistiin, mielialaan, ravitsemukseen ja toimintakykyyn liittyviä testejä. Verikokeet, verenpaine ja syke, ortostaattinen koe ja sydänfilmi otetaan kaikilta. Osastolla lääkäri, sosiaalityöntekijä, fysioterapeutti sekä muut ammattilaiset tarvittaessa osallistuvat arviointiin. Tärkeää on selvittää mitkä asiat ovat ikääntyneen toimintakyvyssä muuttuneet ja miksi sekä kirjata tiedot. (Salonoja 2014)

4.3 Geriatriassa arvioinnissa käytettävät mittarit ja testit

Arvioinnissa käytetään mittauksia, mittareita, kyselyitä ja havainnointia. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 24). Opinnäytetyössä tarkoituksena on selvittää hoitajien tekemien testien (IADL, ADL, Barthel, MNA, Audit C, GDS 30 ja MMSE) sisältöä ja niistä saatuja tuloksia. Tulohaastattelun yhteydessä kotona valmiiksi täytetyt kaavakkeet käydään yhdessä läpi hoitajan ja omaisen/saattajan kanssa.

IADL (Instrumental Activities of Daily Living = päivittäiset toiminnot) ja ADL (Activities of Daily Living = henkilökohtaiset toiminnot) ovat Lawton & Brodyn kehittämia mittareita, jotka sopivat hyvin iäkkäiden fyysisen, psyykkisen ja yleisen toimintakyvyn arviointiin. Mittareiden tarkoituksena on kartoittaa iäkkään toimintakyky ja ulkopuolisen avun tarve sekä toimia palvelujen suunnittelun ja hoidon vaikutusten arviointivälineenä. IADL -kyselylomakkeessa on kahdeksan kohtaa: puhelimen käyttö, ostosten teko, ruoanvalmistus, kodinhoito, pyykinpesu, liikkuminen kulkuvälineillä, lääkkeitä huolehtiminen ja raha-asioiden hoito. (THL toimia www- sivut). ADL- mittarilla arvioidaan selviytymistä henkilökohtaisista perustoiminnoista eli peseytymisestä, ulkonäöstä huolehtimisesta, pukeutumisesta ja riisumisesta, WC-käynneistä ja pidätyskyvystä, liikkumisesta ja ruokailusta. (Eloranta & Punkanen 2008, 21). Porin perusturvakeskuksessa on käytössä ADL- kaavake, jonka pisteytys on 6-31 ja IADL -kaavake, jonka pisteytys on 8-31. Mitä vähemmän on pisteitä, sitä omatoimisemmin selviytyy.

Barthelin indeksi mittaa itsenäistä toimintakykyä päivittäisissä perustoimissa. Mittarilla arvioidaan sitä, mitä arvioitava tekee, ei sitä, mitä kykenisi tekemään. Mittarista on olemassa monia eri versioita, mutta Porin Perusturvakeskuksessa käytetään 10-osioista mittaria, jossa arvioidaan ruokailu, siirtyminen vuoteesta tuoliin, siisteys esim. hiukset ja hampaat, WC:ssä käynti, kylpeminen, liikkuminen, kävely portaissa, pukeutuminen ja riisuminen, suoli ja rakko. Barthelin indeksi on hyvä mittari arvioidessa toimintakyvyn muutosta, laitoshoidon tarvetta sekä palveluohjauksessa. (THL toimia www- sivut)

Ikääntyneiden ravitsemustila arvioidaan MNA (Mini Nutritional Assessment) testillä, jossa on kuusi kysymystä. Testin tavoitteena on löytää vajaaravitut ja vajaaravitse-

musriskissä olevat. Jatkotoimenpiteinä heille on mm. ruokailun seuranta 1-3 päivän ajan, painon seuranta, riittävän energian ja proteiinin saannin turvaaminen (esim. tehostettu tai rakennemuunnettu ruokavalio, täydennysravintovalmisteet, letkuruokinta) ja virheravituilla ravitsemusterapeutin konsultaatio. (Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010, 30- 36, 50)

Audit C on kolme kysymystä sisältävä alkoholin ongelmakäytön tunnistamiseen tarkoitettu testi. Alkoholinkäyttö kartoitetaan kysymällä kuinka usein juo alkoholia, kuinka monta annosta alkoholia ottaa kerralla ja kuinka usein juo yli 6 annosta? Pisteraja miehillä on vähintään kuusi ja naisilla vähintään viisi. (Käypä hoito suositus alkoholiongelmaisen hoito 2011). Arviointiyksikössä Audit C – kysely on potilaan taustatietolomakkeessa ja se täytetään kotona valmiiksi, jolloin vastaajana voi olla potilas itse tai läheinen.

Iäkkäiden masennuksen tunnistamisessa käytetään geriatriasta depressioasteikkoa (GDS 30). Mielialaa arvioidaan viimeksi kuluneen viikon aikana ja kysymyksiin vastataan kyllä tai ei. Testin tekemiseen menee aikaa noin 15 minuuttia. Pisteet 0-10 ovat normaalia, 11- 20 viittaa lievään masennukseen ja 21- 30 keskivaikeaan tai vaikeaan masennukseen. (Suomen muistiasiantuntijat www-sivut)

MMSE (Mini-Mental State Examination) on lyhyt, älyllisen toimintakyvyn arviointiin tarkoitettu testi. Siinä on aikaan ja paikkaan liittyviä kysymyksiä sekä muistia, hahmottamista ja keskittymistä arvioivia tehtäviä. Maksimipistemäärä on 30 ja alle 25 pistettä viittaa yleensä kognitiivisen toimintakyvyn heikkenemiseen. (Eloranta & Punkanen 2008, 26; Lähdesmäki & Vornanen 2009, 79). Se on helppokäyttöinen ja aikaa kuluu testin tekemiseen noin 10 minuuttia. Siitä saadaan helposti dokumentoitava tulos, mutta pisteiden tulkinnassa on huomioitava ikä, koulutus, sukupuoli ja muut sairaudet. MMSE antaa tietoa etenevissä muistisairauksissa tapahtuvasta kognitiivisen tason laskusta, mutta sitä ei voi yksin käyttää dementoivien sairauksien tunnistamiseen. Pisteiden tulkinnassa on huomioitava ikä, koulutus, sukupuoli ja muut sairaudet. (THL toimia www-sivut). MMSE on osa kokonaistoimintakyvyn arviointia ja sen avulla voidaan arvioida sairauden etenemistä, hoidon tarvetta, sosiaalisten etuisuuksien tarvetta ja se ennustaa arkipäivän selviytymistä. (Suomen muistiasiantuntijat www-sivut)

Cerad tehtäväsarja on ollut Suomessa käytössä vuodesta 1999 ja siitä on tehty uudistettu versio vuonna 2010. Tehtäväsarjassa arvioidaan välitöntä ja viivästettyä muistia, nimeämistä, hahmottamista ja toiminnan ohjausta ja sujuvuutta. Sen avulla voidaan perusterveydenhuollossa arvioida potilaat, jotka tarvitsevat tarkempia tutkimuksia tai seurantaa sekä ne, joilla muistihäiriö ei ole todennäköinen. CERAD – tehtäväsarjaa voivat tehdä siihen koulutuksen saaneet henkilöt ja tutkimusaika on noin 45 -60 minuuttia. (Cerad 2015). Tehtäväsarja ottaa huomioon ne keskeiset kognition osa-alueet, jotka heikkenevät erityisesti dementioiden alkuvaiheessa (Eloranta & Punkanen 2010, 23). Tavoitteena on tunnistaa alkavat muistisairaudet mahdollisimman varhain ja saada jatkotutkimukset käyntiin.

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoituksen oli kuvata, mitä tietoa geriatrisella arviointijaksolla olleista potilaista saatiin ja mihin toimiin se johti. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, mitä tietoa hoitajien tekemistä testeistä saadaan ja mitä toimenpiteitä niiden perusteella oli tehty. Arviointijakson vaikuttavuutta arvioitiin selvittämällä, missä potilas oli kuukauden kuluttua arviointijakson loppumisesta. Opinnäytetyön tavoitteena on toimia arviointiyksikön toiminnan kehittämisen apuna.

Tutkimusongelmat ovat:

1. Minkälaisia tuloksia arviointijaksolla tehdyistä testeistä saatiin?
2. Mitä toimenpiteitä saatujen testitulosten johdosta tehtiin?
3. Missä arviointijaksolla ollut oli kuukauden kuluttua jakson loppumisesta?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

6.1 Tutkimusmenetelmät

Tutkimuksen lähestymistapaa valittaessa tärkeintä on tutkittava ilmiö ja se, mitä siitä halutaan tietää. (Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen 2013, 54). Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus kuvaa asioita numeerisesti ja tuloksia voidaan havainnollistaa kuvioin tai taulukoin. (Heikkilä 2014, 15). Määrällisen tutkimuksen tarkoituksena on kuvata muuttujien välisiä suhteita ja eroja. Muuttujalla tarkoitetaan asiaa, josta halutaan tietoa ja se voi olla esim. henkilöä koskeva asia, toiminta tai ominaisuus. (Vilka 2007, 13- 14)

Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisena eli määrällisenä tutkimuksena. Muuttujat opinnäytetyön tekijä valitsi itse ja niitä oli mm. ikä, sukupuoli, tehdyt testit ja niiden tulokset, mihin kotiutui ja missä oli kuukauden kuluttua jakson loppumisesta.

6.2 Aineiston keruu ja säilytys

Aineiston keruu tapahtui Noormarkun lähipalvelukeskuksen osastolla 1.12.2014 - 28.2.2015. Kohderyhmänä olivat kaikki arviointijaksolle sinä aikana tulleet potilaat. Osastonsihteerit antoivat suullisesti ja kirjallisesti tietoa opinnäytetyöstä, jonka perusteella potilaat saivat päättää osallistumisestaan ja allekirjoittivat tutkimussuostumuksen. (LIITE 4). Tavoitteena oli saada vähintään kolmekymmentä potilasta tutkimukseen, mutta monien muiden muutosten samanaikaisuus vaikutti määrään. Osalta jäi tutkimuslupa pyytämättä epähuomiossa ja yksi ei suostunut tutkimukseen. Osa tutkimusluvista oli omaisten myöntämiä ja he allekirjoittivat suostumuksen. Omaiselta tai edunvalvojalta voidaan pyytää suostumus tutkimukseen osallistumisesta, jos aikuinen ei pysty itse antamaan tietoista suostumusta esim. muistisairauden takia. (Kankkunen & Vehviläinen – Julkunen 2013, 222). Tutkimukseen hyväksyttiin kaikki 19 tutkimussuostumuksen antanutta.

Määrällisen tutkimuksen aineistoksi kelpaa kaikki sellainen informaatio, mikä voidaan mitata tai se voidaan muuttaa mitattavaan muotoon joko ennen tai jälkeen ai-

neistonkeruun. (Vilka 2007, 31). Tutkimuksen aineistonkeruu tapahtui Effica- potilastietojärjestelmästä ja potilaspapereista. Tutkimukseen osallistuminen ei edellyttänyt mitään toimenpiteitä potilailta, vaan kaikki tieto saatiin potilastiedoista.

Tutkimuksessa tarvittavat tiedot opinnäytetyön tekijä keräsi itse, tulosti ja säilytti aineistoa lukitussa tilassa sekä tietokoneella salasanan takana. Anonymisointi tarkoittaa henkilötunnisteiden poistamista tai niiden muuttamista tavalla, joka estää yksittäisen henkilön tunnistamisen aineistosta (Vilka 2007, 90). Anonymisointi tehtiin henkilötiedot poistamalla ja numeroimalla aineisto. Aineisto hävitetään opinnäytetyön valmistuttua.

6.3 Aineiston analysointi

Tutkimuksellinen opinnäytetyö pohjautuu yleensä omaan, erikseen hankittuun aineistoon, jota voidaan analysoida kvalitatiivisesti ja/tai kvantitatiivisesti. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa voidaan harvoin käyttää valmiita aineistoja ja niitä joudutaan muokkaamaan ja tarkistamaan. (Heikkilä 2014, 16 -26)

Aineisto syötettiin Excel- taulukko-ohjelman havaintomatriisiin, jossa vaakarivillä olivat tilastoyksiköt (tapaukset) ja pystysarakkeissa muuttujat. Muuttujat koodattiin ja luokiteltiin ryhmiin. Aineiston syöttämävaiheessa tuli ilmi, että osa testeistä oli tekemättä eli oli puuttuvia havaintoja. Puuttuvia havaintoja etsittiin uudelleen potilasasiakirjoista. Tutkija voi päättää miten hän käsittelee puuttuvia havaintoja, joko ne otetaan mukaan analyysiin ja käsitellään omana luokkana tai jätetään ne kokonaan pois. (Vilka 2007, 108). Puuttuvat havainnot otettiin mukaan, koska niistä saatiin olennaista tietoa toiminnan kehittämiseen.

Aineisto tarkastettiin ja sen jälkeen se analysoitiin Tixel9-tilasto-ohjelmalla. Aineistoa analysoinnissa käytettiin mitta-asteikkoja (luokittelu- ja järjestysasteikko) ja ristintaulukointia. Tulosten esittämisessä ja kuvaamisessa käytettiin pylväs- ja ympyräkuvioita.

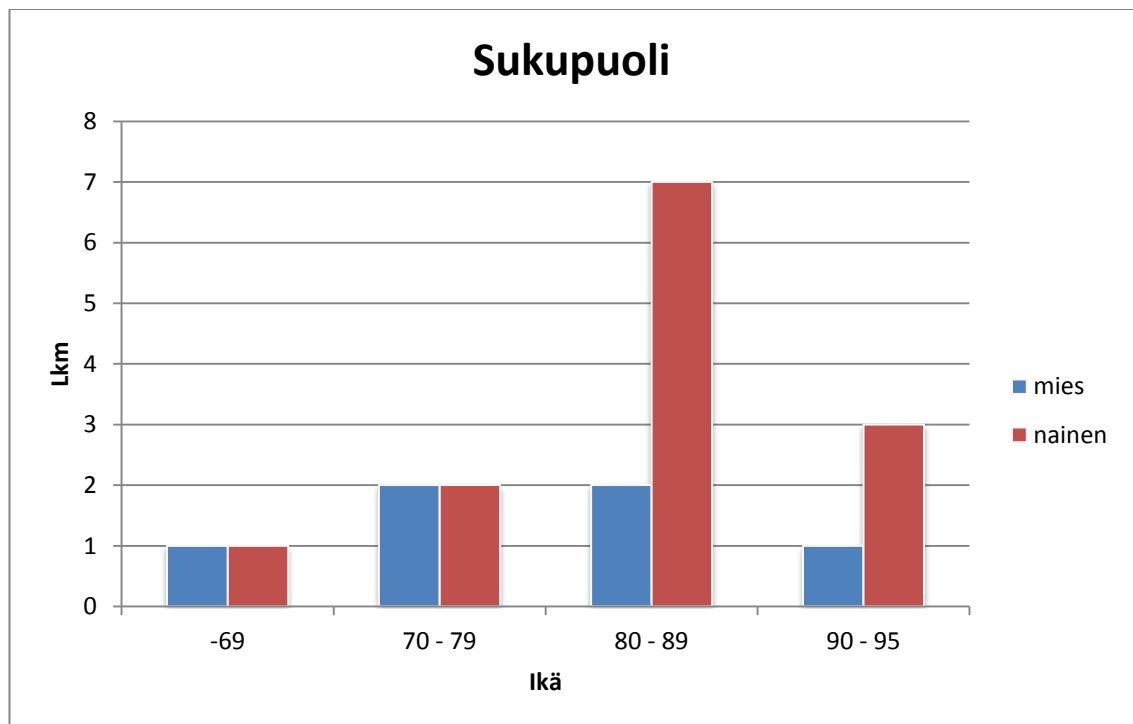
7 TUTKIMUSTULOKSET

Tässä luvussa esitellään tutkimuksen tuloksia. Opinnäytetyöllä haettiin vastauksia seuraaviin kysymyksiin: mitä tietoa arviointijaksolla tehdyistä testeistä saatiin ja mitä toimenpiteitä niiden perusteella tehtiin sekä missä arviointijaksolla ollut oli kuukauden kuluttua jakson loppumisesta.

7.1 Tutkimukseen osallistujien taustatiedot ja arviointijakson pituus

Tutkimukseen hyväksyttiin kaikki tutkimusluvan antaneet potilaat, joita oli 19 (n=19). Naisia oli 68 % (n=13) ja miehiä 32 % (n=6). Nuorin potilas oli 62-vuotias ja vanhimmat olivat 92-vuotiaita (n=3). Iän keskiarvo oli naisilla 83,5 vuotta ja miehillä 77,8 vuotta, yhteensä 81,7 vuotta.

Tutkimukseen osallistuvista alle 70 -vuotiaita oli kaksi ja 70 -79 -vuotiaita oli neljä. Suurin ryhmä oli 80 -89-vuotiaat, joita oli yhdeksän eli lähes puolet (47 %). Yli 90 -vuotiaita oli neljä (21 %). Naisten osuus lisääntyi iän myötä, yli 80 -vuotiaista heitä oli 77 %. (Kuvio 1)

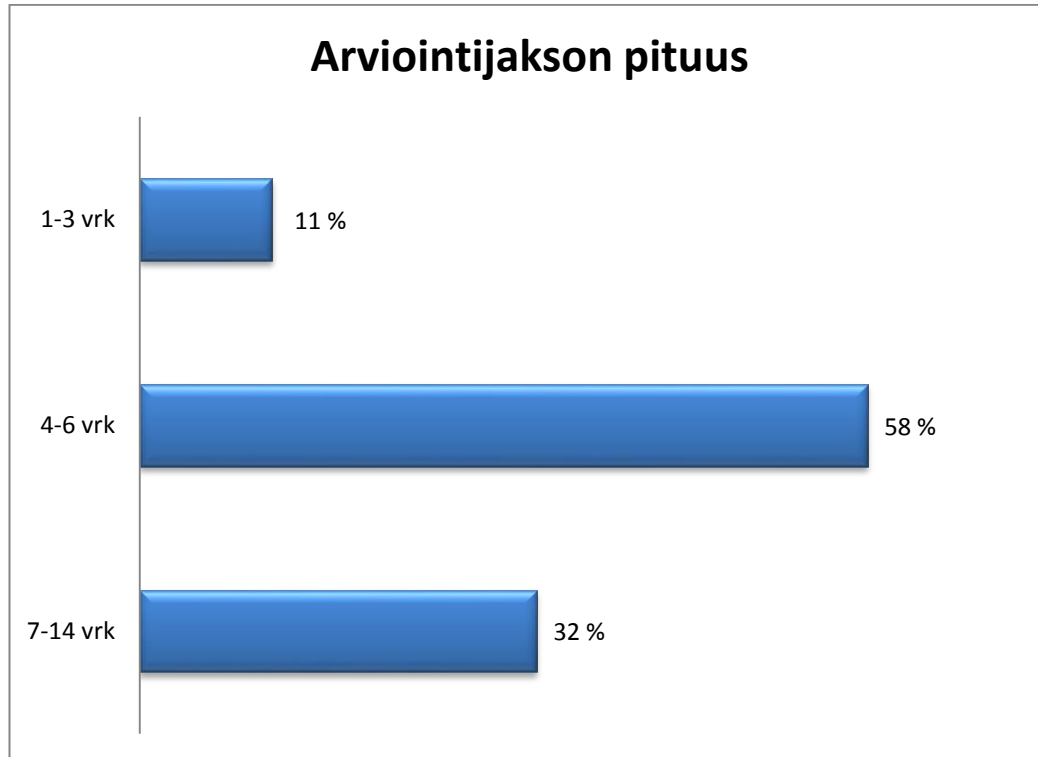


Kuvio 1. Naisten ja miesten lukumäärä eri ikäryhmissä (n=19)

Arviointijaksolle 15 potilasta tuli suoraan kotoa ja neljä siirtyi laitoksesta. Laitossiirrot tapahtuivat toisesta sairaalasta (sairaalapaikalta ja hätäsijoituspaikalta) sekä Noormarkun lähipalvelukeskuksen osastolta (intervallipaikalta). Tutkimukseen osallistuneista kaikilla oli osoite kotona eli he olivat kotona asuvia eikä kukaan tullut pysyvältä laitospaikalta.

Omakotitalossa asui 14, rivitalossa kolme ja kerrostalossa asuvia oli kaksi. Kohde-ryhmässä oli kaksi avioparia. Yhdeksän potilasta (47 %) asui yksin ja kymmenen (53 %) asui puolison tai lapsen kanssa. Yli 90 – vuotiaista 75 % asui yksin. Kotipalvelua oli käytössä 58 % potilaista ja suurin käyttäjäryhmä olivat yli 80-vuotiaat. Yksinasuvista 55 %: la ei ollut kotipalvelua.

Arviointijakson pituus oli keskimäärin 5,4 vuorokautta ja yhteensä he olivat arvioinnissa 103 vuorokautta. Tutkimukseen osallistuneilla kahdella oli 1-3 vuorokauden mittainen arviointijakso, 11 potilaalla (58 %) jakson pituus oli 4-6 vrk ja kuudella (32 %) se oli 7-14 vrk. (Kuvio 2).



Kuvio 2. Arviointijakson pituus

7.2 Arviointipotilaille tehdyt testit ja niiden tulokset

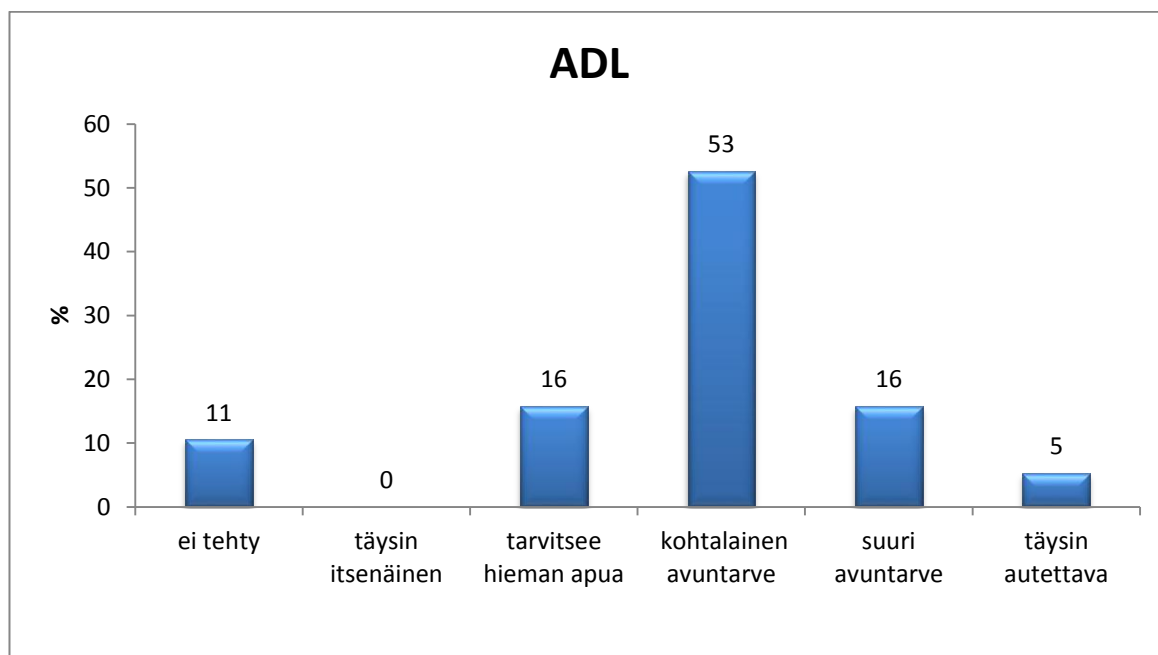
ADL eli kysely henkilökohtaisista toiminnoista (Lawton-Brody)

Henkilökohtaiset toiminnot tarkoittavat WC-käyntejä, ruokailua, pukemista, ulkonäöstä huolehtimista, siirtymistä ja fyysistä liikkumista ja peseytymistä. Jokaisessa toiminnossa on viisi vastausvaihtoehtoa. Kyselyn pistemäärät ovat 6-30.

Luokittelin pisteiden perusteella:

- 6 pistettä on täysin omatoiminen ja itsenäisesti toimiva
- 7-12 pistettä: tarvitsee hieman apua esim. muistutusta
- 13-18 pistettä: tarvitsee kohtalaisesti apua
- 19-24 pistettä: tarvitsee paljon apua
- 25-30 pistettä: täysin autettava

ADL –kysely tehtiin 17 (89 %) potilaalle ja kahdelle ei tehty. ADL –pisteiden vaihteluväli oli 9-28 ja keskiarvo oli 16,1 pistettä. Kohderyhmässä ei ollut yhtään täysin itsenäistä. Kolme potilasta tarvitsi hieman apua. Suurin osa eli 10 (53 %) potilasta tarvitsi kohtalaisesti apua. Suuri avuntarve oli kolmella ja yksi oli täysin autettava. (Kuvio 3)



Kuvio 3. ADL –kyselyn pistejakauma (n=19)

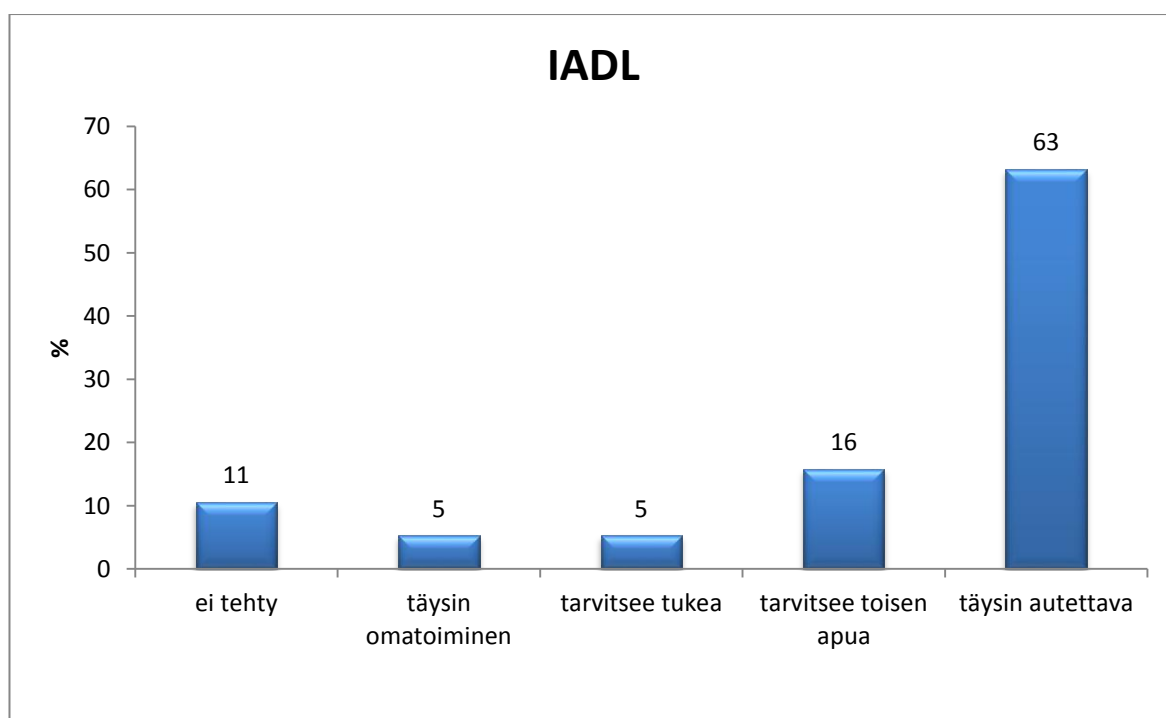
IADL eli kysely päivittäisistä toiminnoista (Lawton-Brody)

Päivittäiset toiminnot tarkoittavat puhelimen käyttöä, ostosten tekoa, ruoan valmistusta, kodinhoitoa, pyykin pesua, liikkumista kulkuvälineillä, lääkityksestä huolehtimista ja raha-asioiden hoitamista. Jokaisessa on kolmesta viiteen eri vastausvaihtoehtoa. Kyselyn pistemäärät ovat 8-31. (THL toimia mittariversio 31)

Luokittelin pisteiden perusteella:

- 8 pistettä: täysin omatoiminen
- 9-16 pistettä: tarvitsee tukea
- 17-24: pistettä. tarvitsee toisen apua
- 25-31 pistettä: täysin autettava

IADL eli kysely päivittäisistä toiminnoista tehtiin 17 potilaalle (89 %) ja kahdelle ei tehty. IADL –pisteiden vaihteluväli oli 9-28 ja pisteiden keskiarvo oli 24,4 pistettä. Yksi potilas oli täysin omatoiminen, tukea tarvitsevia oli yksi ja kolme tarvitsi toisen apua. Suurin osa eli 12 potilasta (63%) sai pisteitä 25-31 eli olivat täysin autettavia päivittäisissä toiminnoissa. (Kuvio 4)



Kuvio 4. IADL kyselyn pistejakauma (n=19)

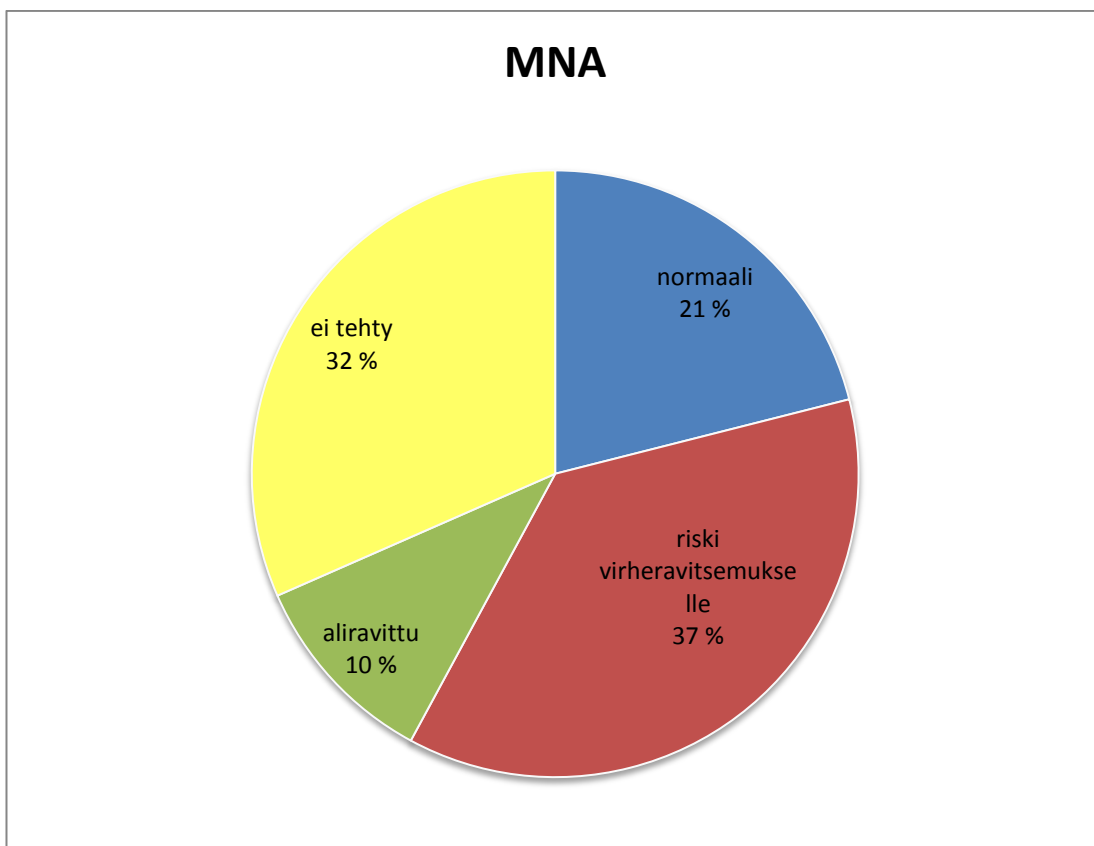
MNA -testi

MNA -testin pisteytys:

- 12 -14 pistettä: normaali ravitsemustila
- 8-11 pistettä: riski virheravitsemukselle kasvanut
- 0-7 pistettä: aliravittu

(Suomen muistiasiantuntijat www-sivut)

MNA –testi tehtiin 13 potilaalle (68 %) ja kuudelle (32 %) se oli tekemättä. MNA –pisteiden vaihteluväli oli 3-14 ja pisteiden keskiarvo oli 10,2. Kohderyhmästä neljällä (21 %) ravitsemustila normaali. Seitsemällä (37%) oli riski virheravitsemukselle ja aliravittuja oli kaksi (10 %). Lähes puolella potilaista oli ravitsemustilassa seuranta- ja jatkotoimenpiteitä vaativia tuloksia. (Kuvio 5)



Kuvio 5. MNA tulokset (n=19)

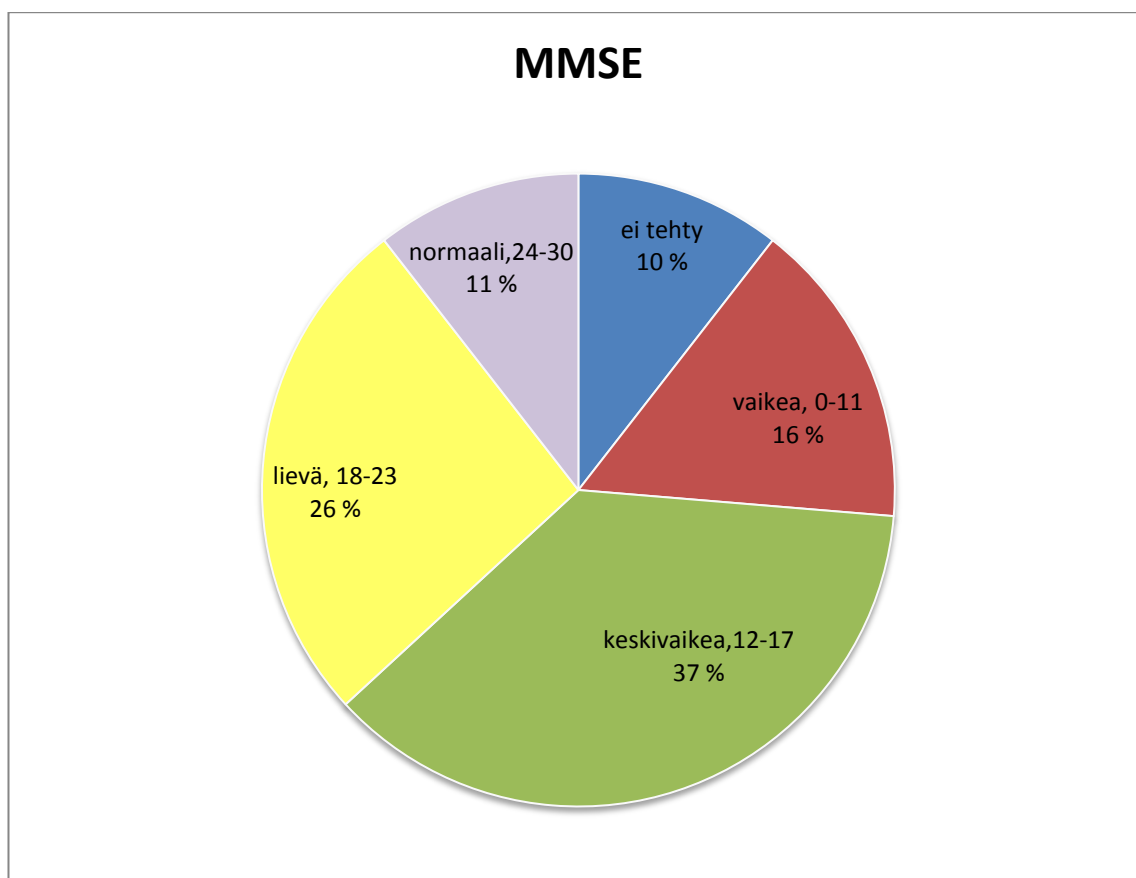
MMSE eli muistitesti

MMSE -pisteiden raja-arvot:

- 24 -30 pistettä: normaali tai lievästi heikentynyt kognitiivinen toimintakyky
- 18 -23: lievä muistisairaus
- 12 -17 keskivaikea muistisairaus
- 0-11 vaikea muistisairaus

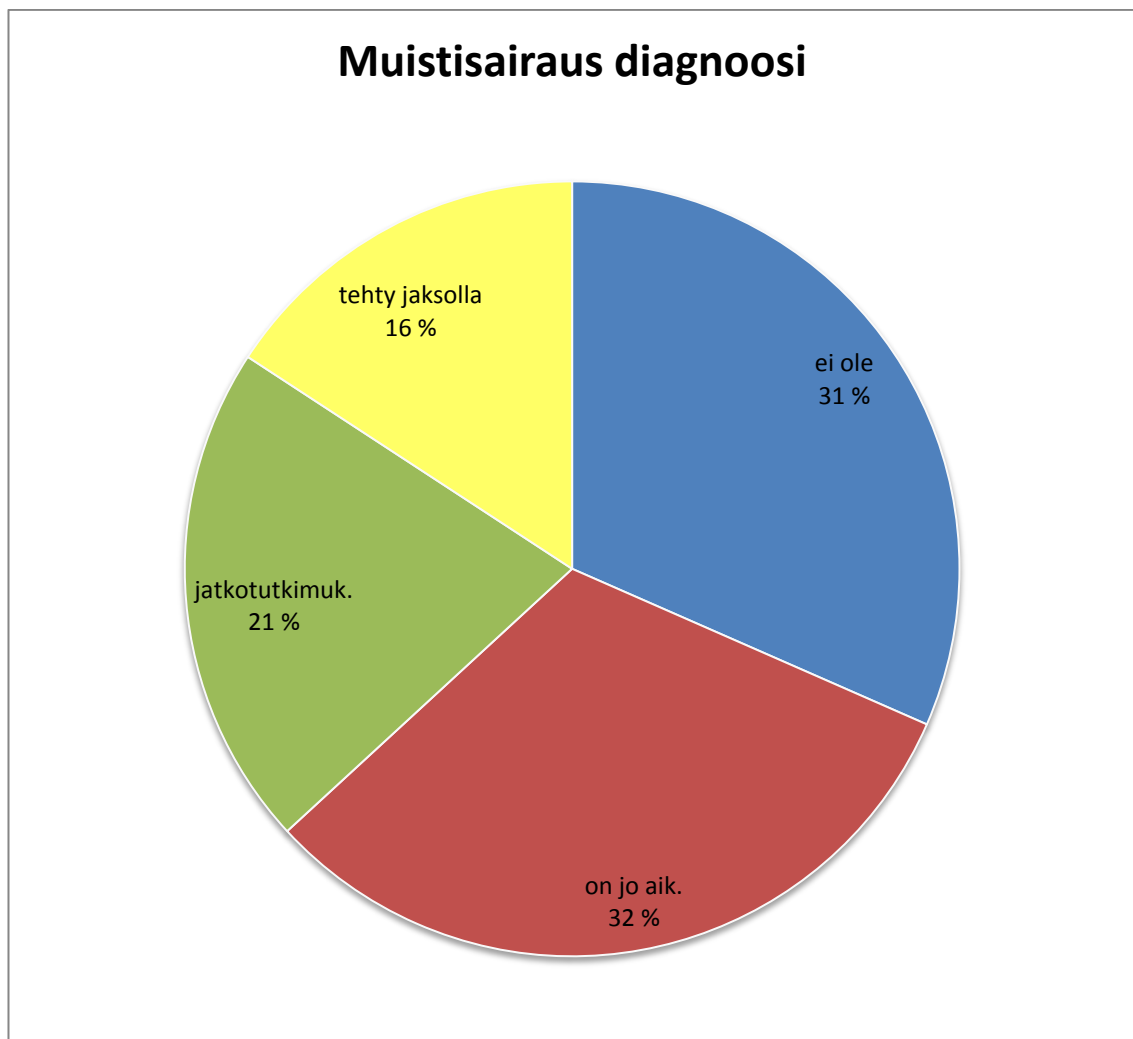
(THL toimia mittariversio 91)

MMSE testi tehtiin 17 potilaalle (90 %) ja kahdelle ei tehty. MMSE pisteiden vaihteluväli oli 10-26 ja keskiarvo oli 17,4 pistettä. Kaksi potilasta (11 %) sai pisteitä yli 24 eli muistitoiminnot oli normaaleja tai heillä oli lievää kognitiivista heikkenemistä. 18 -23 pistettä sai 5 potilasta (26 %), 12 -17 pistettä sai 7 (37 %) ja 0-11 pistettä sai 3 (16 %). (Kuvio 6)



Kuvio 6. MMSE pisteiden jakautuminen (n=19)

Muistisairauteen viittäviä pistemääriä (MMSE-pistemäärä 23 tai alle) tuli yhteensä 88 %:lle eli 15 potilaalle. Kohderyhmässä kuudella (32 %) oli jo aikaisemmin diagnosoitu muistisairaus. Cerad testi tehtiin neljälle arviointijakson aikana. Noin viidesosa (21%) ohjautui jatkotutkimuksiin esim. muistihoitajalle tai geriatrian poliklinikalle. Kolme potilasta sai muistisairausdiagnoosin arviointijakson aikana. (Kuvio 7).



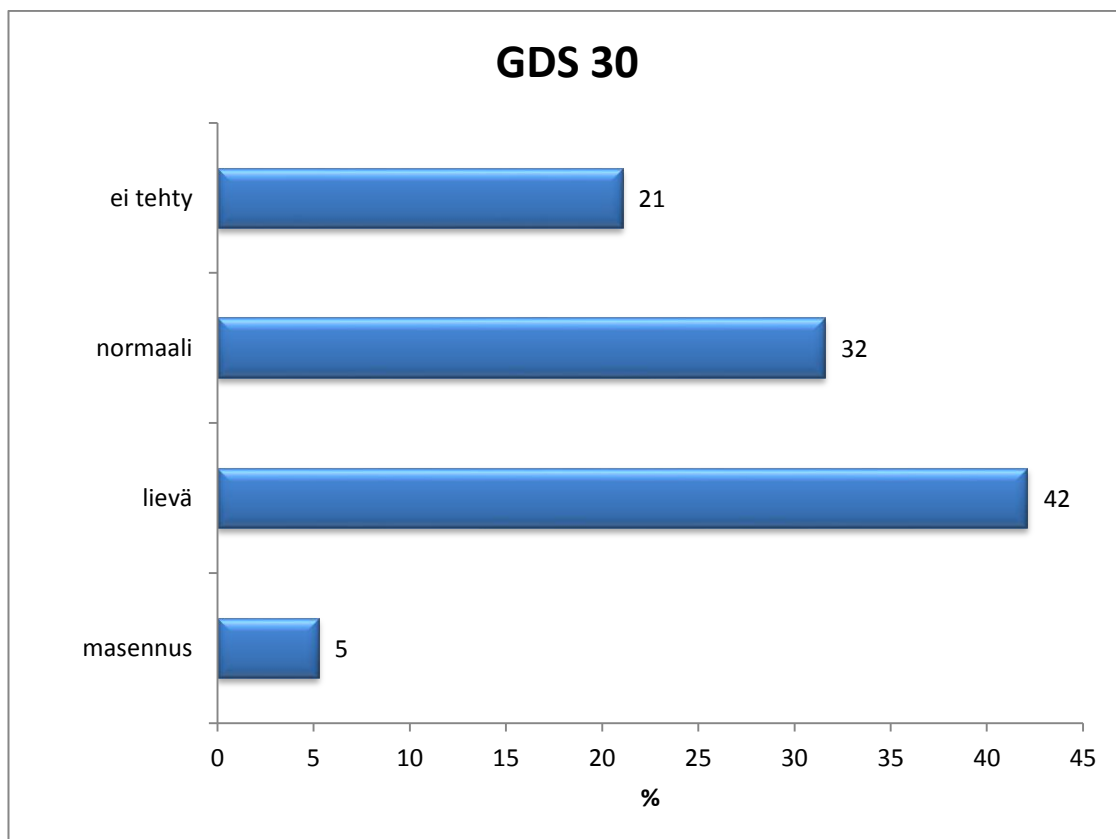
Kuvio 7. Kohderyhmä ja muistisairausdiagnoosi (n=19)

GDS 30 –testi

GDS 30 -testin pisteet:

- 0-10 ovat normaalia
 - 11- 20 lievään masennukseen
 - 21- 30 keskivaikeaan - vaikeaan masennukseen viittaavia
- (Suomen muistiasiantuntijat www-sivut)

GDS 30 –testi tehtiin 15 potilaalle ja neljälle (21 %) ei tehty. GDS 30 –testin pisteiden vaihteluväli oli 1-26 ja keskiarvo oli 10,7 pistettä. Mielialansa hyväksi ja normaaliksi koki 32 % potilaista, lievää masennusta koki 42 % ja masennusta oli 5 % . (Kuvio 8).



Kuvio 8. GDS 30 (n=19)

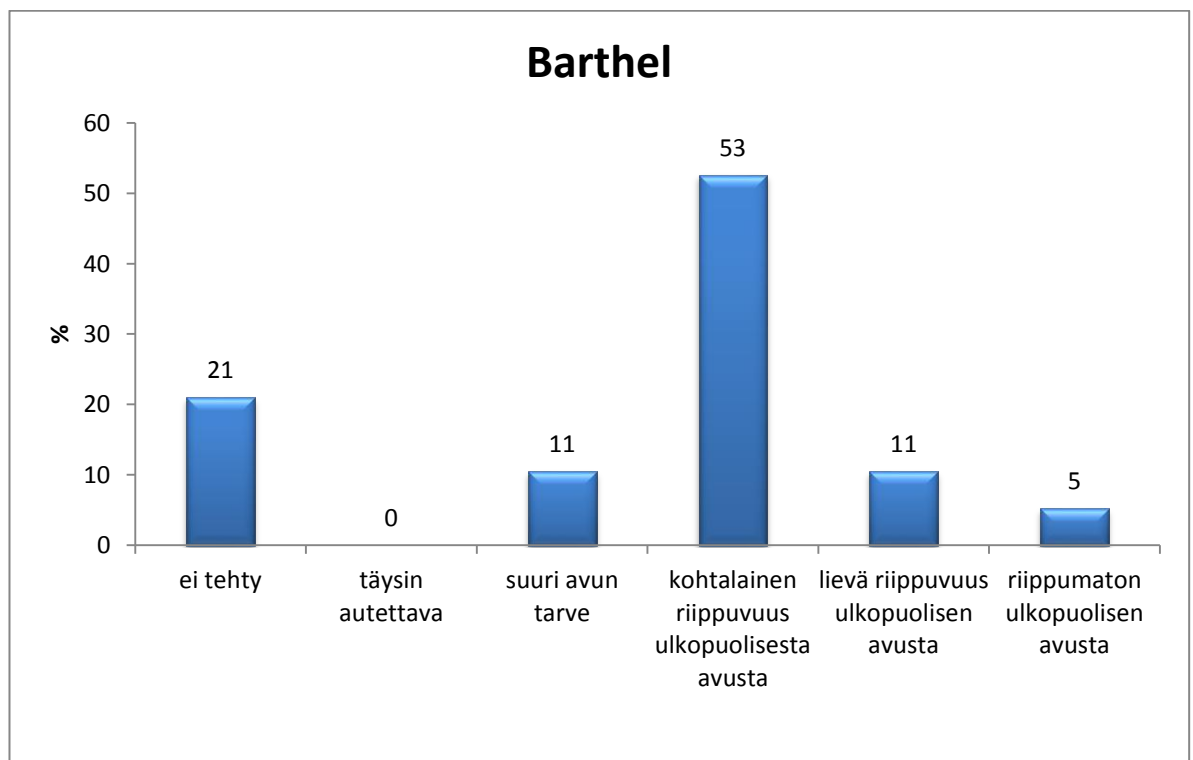
Barthel

Asteikko on 0-100 ja sitä tulkitaan seuraavasti:

- 0 -20 täysin riippuvainen ulkopuolisesta avusta
- 21 -60 suuri riippuvuus ulkopuolisen avusta
- 61 -90 kohtalainen riippuvuus ulkopuolisen avusta
- 91 -99 lievä riippuvuus ulkopuolisen avusta
- 100 riippumaton ulkopuolisen avusta

(THL toimia mittariversio 84)

Barthel tehtiin 15 (79%) ja neljälle (21 %) potilaalle sitä ei tehty. Vaihteluväli oli 30-100 ja keskiarvo oli 75. Täysin autettavia ei ollut yhtään ja kahdella potilaalla oli suuri riippuvuus ulkopuolisesta avusta. Selvästi eniten oli potilaita, joilla oli kohtalainen riippuvuus ulkopuolisesta avusta, heitä oli 10 (53 %). Lievä riippuvuus ulkopuolisesta avusta oli kahdella ja yksi potilaista oli riippumaton ulkopuolisesta avusta. (Kuvio 9).

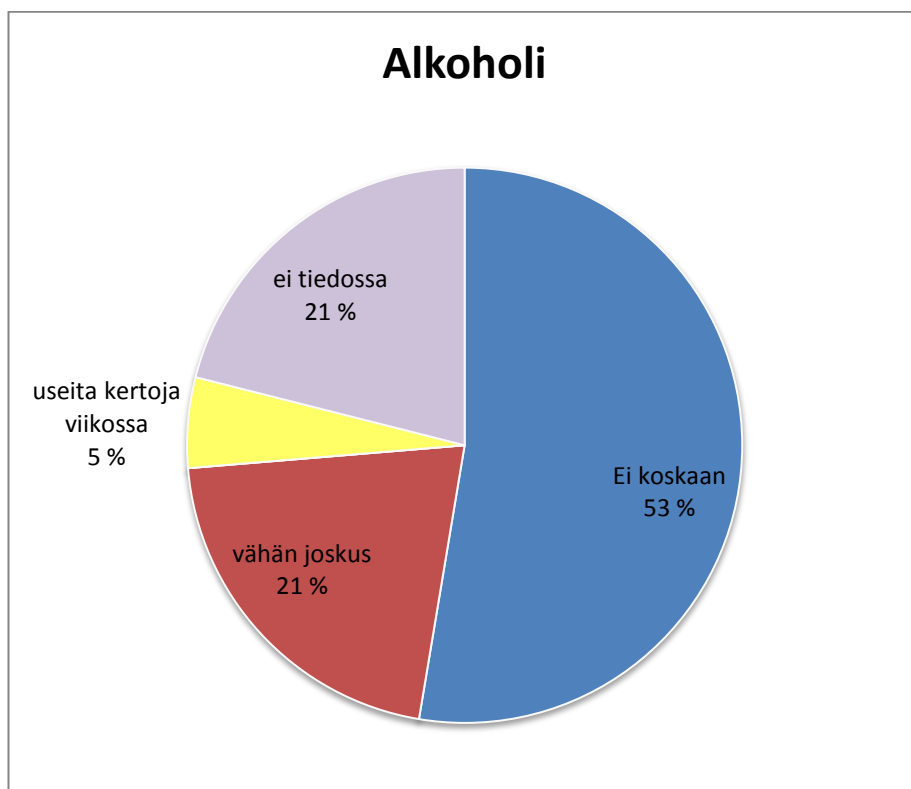


Kuvio 9. Barthel-testin tulokset (n=19)

Audit –C

Kotona täytettävässä taustatietolomakkeessa kysytään alkoholinkäytöstä ja vastaajana voi olla itse tai läheinen. Taustatietolomakkeeseen ei ole kirjattu pisteitä, joten alkoholiriippuvuuteen ja riskikäyttöön viittaavia pisteitä ei voinut laskea. Alkoholinkäytöstä ei ollut juurikaan kirjauksia Efficassa ja viidesosan alkoholinkäytöstä ei löytynyt mitään mainintaa.

Yli puolet (53 %) potilaista ei käyttänyt koskaan alkoholia ja vähän joskus käyttäviä oli noin viidesosa (21 %). Yksi potilaista käytti runsaasti alkoholia ja yhden kohdalla oli maininta, että aikaisemmin ollut runsasta käyttöä, mutta nyt ei lainkaan. (Kuvio 10).

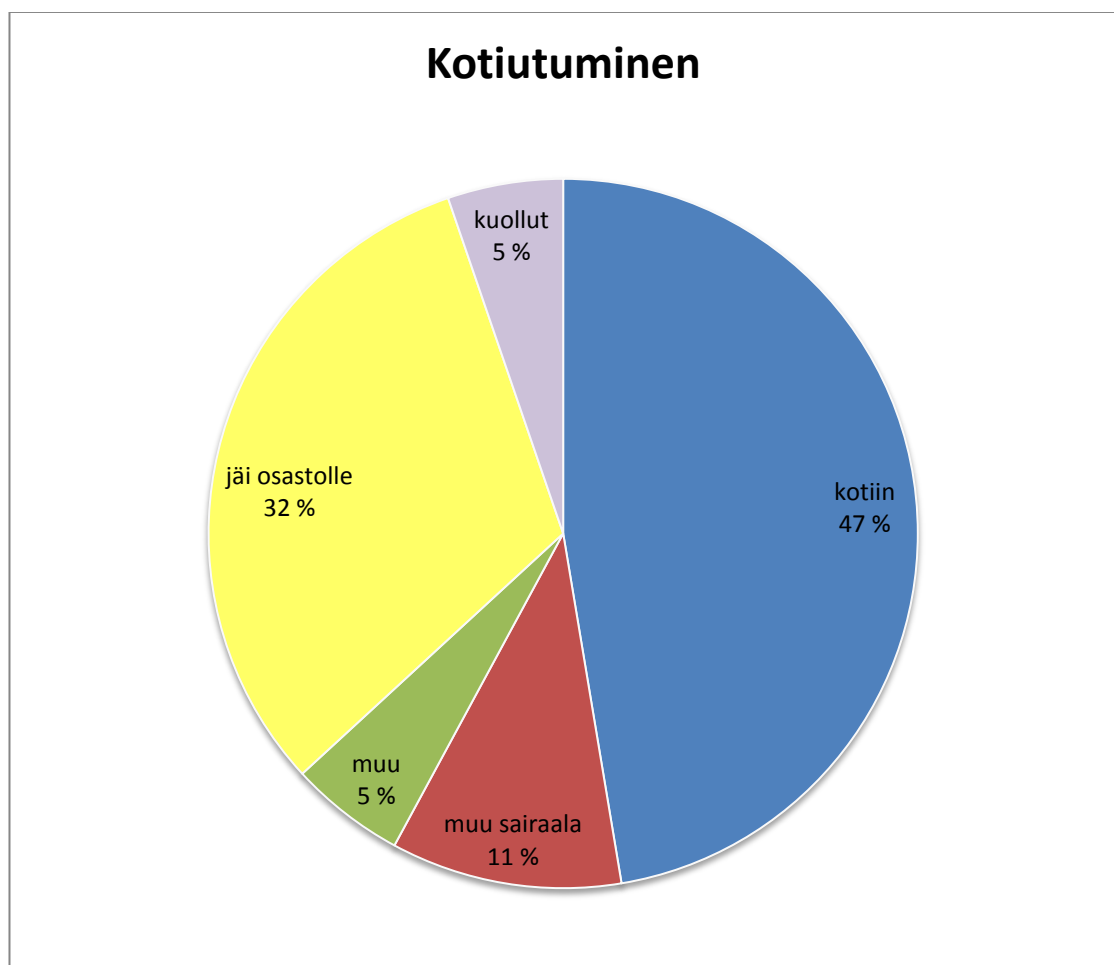


Kuvio 10. Alkoholinkäyttö (n=19)

Arviointijakson loppumiseen liittyvät tulokset

Jokaiselle tutkittavalle oli tehty lääkemuuutos arviointijakson aikana. Arviointijakson aikana tai sen jälkeen pidettiin yli puolella (10) potilaista hoitoneuvottelu. Neuvotteluun osallistuivat yleensä potilas, omainen, geriatri, osastonlääkäri, sairaanhoitajahoitaja, fysioterapeutti, sosiaalihoitaja ja kotipalvelun työntekijä.

Arviointijakson loputtua tutkittavista kotiutui joko omaan kotiin tai omaisen luo yhteensä 10 (52 %) potilasta. Arviointijaksolta siirtyi Noormarkun lähipalvelukeskuksen osastolle 6 potilasta (32 %). Toiseen sairaalaan siirtyi kaksi potilasta ja toisen siirtoon tarvittiin virka-apupyyntö. Yksi tutkimukseen osallistuneista kuoli arviointijakson aikana. (Kuvio 11)

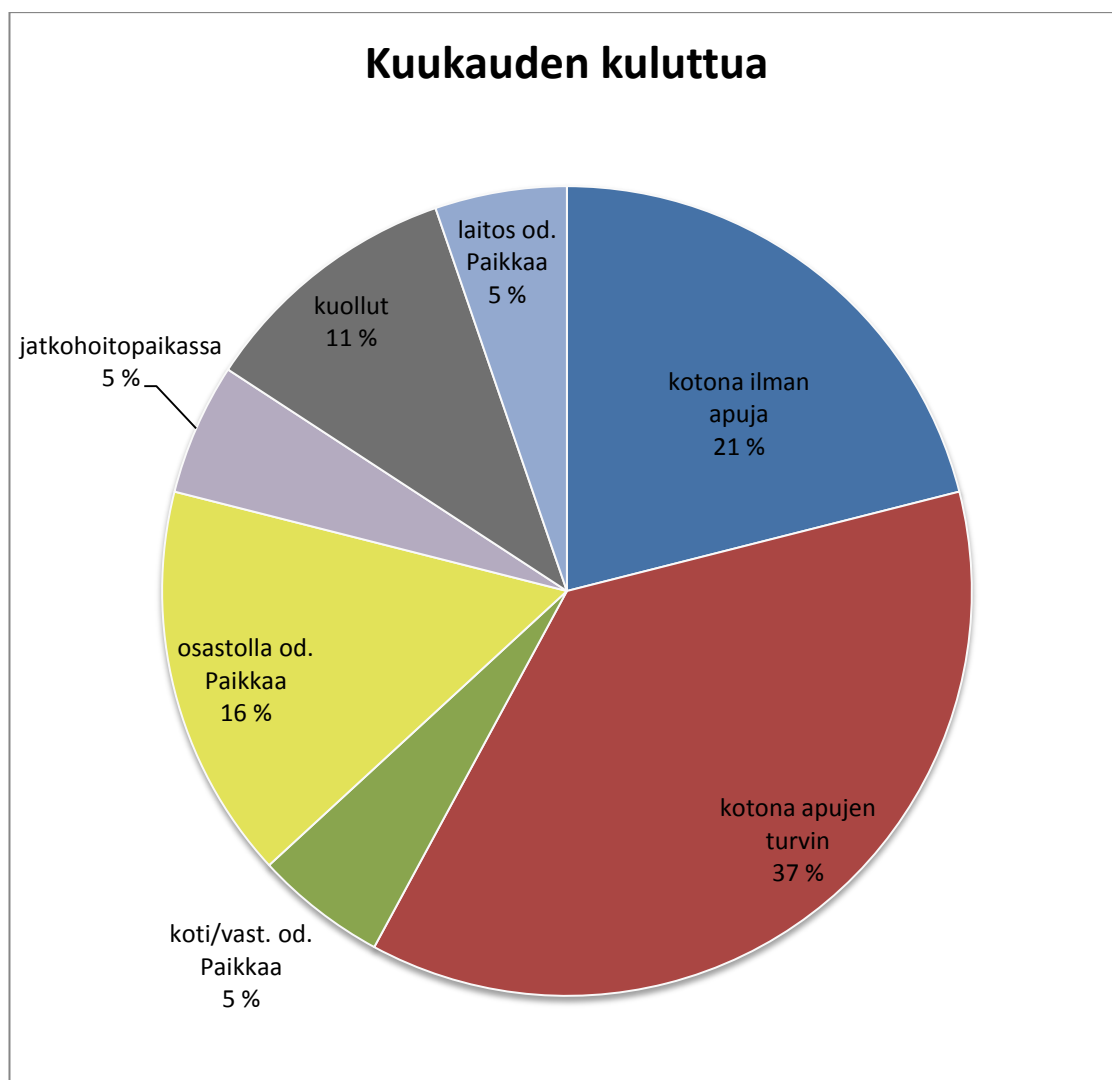


Kuvio 11. Minne potilaat siirtyivät arviointijakson jälkeen? (n=19)

7.3 Missä olivat kuukauden kuluttua arviointijakson päättymisestä?

Tutkimukseen osallistuneista 11 (63 %) oli kotona tai omaisen luona. Arviointijakson loputtua osastolle siirtyneistä kuudesta potilaasta yksi kotiutui, yksi sai jatkohoitoa paikan, yksi siirtyi muuhun hoitolaitokseen odottamaan pysyvää laitospaikkaa ja kolme odotti osastolla jatkohoitoa paikkaa. Yksi tutkimukseen osallistuneista kuoli kuukauden kuluessa jakson loppumisesta. (Kuvio 12)

Arviointijaksolle tulleista 19 potilaasta kuukauden kuluttua arvioinnin loppumisesta oli elossa 17 ja heistä kuusi eli 35 % ei voinut palata kotiin vaan tarvitsi pysyvän laitoshoitoa paikan.



Kuvio 12. Missä potilaat olivat kuukauden kuluttua arviointijakson loppumisesta? (n=19)

8 TUTKIMUSTULOSTEN POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

8.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Tutkimukseen osallistuneiden määrä jäi oletettua pienemmäksi, mutta otos kuvastaa hyvin suomalaisia ikääntyneitä. Tutkimukseen osallistuneet olivat iäkkäitä ja suurin osa oli 80 vuotta täyttäneitä, naisia ja yksinasuvia. Suomessa yksinasuvia on yli miljoona ja määrän ennustetaan kasvavan. Leskeytyminen ja puolison laitoshoido ovat yleisimmät syyt ikääntyneiden yksinasumiseen. (Heikkinen ym. 2013, 33).

Kaikki arviointiin kuuluvat testit oli tehty seitsemällä tutkimukseen osallistuneelle, yhdeltä puuttui yksi ja yhdeltä kaksi testiä. Kolme testiä jäi tekemättä neljälle ja yhdellä oli neljä testiä tekemättä. Paljon jäi testejä tekemättä ja helmikuussa arviointijaksolla olleilla niitä oli eniten.

Toimintakykykaavakkeet ADL (henkilökohtaiset toiminnot) ja IADL (päivittäiset toiminnot) olivat hyvin täytettyjä. Hoitajan tehtävänä on kirjata toimintakyvyssä tapahtuneet muutokset ja syyt, miksi jokin toiminto ei onnistu. Suurin osa tutkimukseen osallistuneista tarvitsi muiden apua sekä henkilökohtaisissa toiminnoissa että päivittäisissä toiminnoissa. Tulos kuvastaa sitä, että toimintakyky heikkenee iän myötä. Suomessa 75-vuotiaista on joka kolmannella päivittäistä avun tarvetta ja yli 85-vuotiaista joka toisella. (Eloranta & Punkanen 2008, 10)

Ravitsemustilan arvioinnissa käytettävä MNA – testin tulos osoitti, että lähes puolella (47 %) riski virheravitsemukselle oli kasvanut tai olivat aliravittuja. MNA oli tekemättä lähes kolmasosalla. Tutkimusten mukaan sairaalassa olevilla vanhuksilla noin puolella on ravitsemustila heikentynyt ja pysyvässä laitoshoidossa vielä useammalla. Sairaudet ja ikääntyminen heikentävät ravitsemustilaa ja erityisesti 80 vuotta täyttäneillä virheravitsemuksen riski kasvaa. (Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010, 12)

Muistitesti MMSE oli tehty lähes kaikille ja tulosten perusteella tutkimukseen osallistuneista 88 %:lla oli kognitiivisessa toimintakyvyssä heikkenemistä. Kuudella potilaalla oli muistisairausdiagnoosi arviointijaksolle tullessa, kolme sai diagnoosin

jakson aikana ja neljä ohjautui jatkotutkimuksiin. Muistisairaudet ovat yleisin laitoshoidon johtava syy. Kuitenkin sekä inhimillisin että taloudellisin vaihtoehto on muistisairauksien mahdollisimman varhainen toteaminen. (Käypä hoito- suositus 2010)

Mieliala eli GDS 30 –testitulosten mukaan noin puolella oli mieliala hyvä ja puolella oli masennukseen viittava pistemäärä. Viidesosalla oli testi tekemättä. Masennuksesta kertominen tai sen tunnistaminen ovat vaikeita asioita. Perusterveydenhuollon henkilökunta kokee iäkkään masennuksen, erityisesti lievän, tunnistamisen hankalaksi. Usein ajatellaan sen olevan luonnollinen seuraus vanhenemisesta ja siihen liittyvästä elämäntilanteesta. Yli 65-vuotiailla on erityisen yleistä lievä masennus, joka ei täytä kliinisen masennuksen kriteereitä. Pitkään jatkuva lievä masennusoireilu on seurauksiltaan samaa luokkaa kuin vakava masennustila. Lievästi masentuneet ikäihmiset käyttävät paljon perusterveydenhuollon palveluita ja ovat suuremmassa riskissä joutua laitoshoidon kuin muut ikäisensä. (Pietilä & Saarenheimo 2011, 165-169)

Barthel- testi tulokset osoittivat, että tutkimukseen osallistuneista suurin osa tarvitsi ulkopuolista apua. Noin viidesosalla oli Barthel tekemättä. Barthel-indeksin keskiarvo oli 75. Tulos on yhtenevä ADL ja IADL tulosten kanssa.

Alkoholin käyttö selvitetään Audit C – kyselyllä esitietolomakkeessa, jossa etukäteen laitetaan rastit oikeille paikoille. Viidesosalla ei ollut mitään mainintaa alkoholin käytöstä ja useimmilla tietoa ei ollut kirjattu Effica- tietojärjestelmään. Vuonna 2005 ikääntyneistä naisista 53 % ja miehistä 78 % oli käyttänyt alkoholia edellisen vuoden aikana. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 268) Alkoholin kulutus on lisääntynyt ikääntyneiden keskuudessa. (Heikkinen ym. 2013, 404). Tutkimukseen osallistuneista vain 26 % ilmoitti käyttävänsä alkoholia, joten epäilen oman arvion olevan todellista käyttöä pienemmän. Alkoholinkäytöstä tulisi keskustella arvioinnin aikana.

Tutkimukseen osallistuneista 32 % jäi arviointijakson loputtua osastolle ja kuukauden kuluttua arviointijakson loppumisesta 35 % (n=6) tarvitsi laitoshoitopaikan.

8.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa tarkastellaan validiteettia ja reliabiliteettia. Validiteetti tarkoittaa sitä, että onko onnistuttu mittaamaan sitä mitä oli tarkoituskin mitata. Reliabiliteetti tarkoittaa tulosten pysyvyyttä eli kykyä tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. (Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen 2013, 189; Heikkilä 2014, 176 -178)

Tutkimuksessa on suositeltavaa käyttää olemassa olevia, standardoituja ja testattuja mittareita. (Kankkunen & Vehviläinen – Julkunen 2013, 190). Tutkimuksessa on tarkasteltu arviointipotilaille tehtyjä testejä ja niistä saatuja tuloksia. Arviointiyksikössä testit ovat etukäteen valittuja ja jokaiselle potilaalle tehdään samat mittaukset. Lähes kaikki mittarit löytyvät THL:n toimia – tietokannasta, jossa niiden pätevyyttä, toistettavuutta ja käyttökelpoisuutta on arvioitu. IADL, MMSE, Barthelin indeksi ja GDS 30 soveltuvat hyvin iäkkäiden henkilöiden palvelutarpeen arviointiin. MMSE on ensisijaisesti tarkoitettu dementoivien sairauksien seurantaan eikä sovellu väestötutkimukseen. Audit – kysely soveltuu alkoholin riskikäytön tunnistamiseen. (THL toimia). MNA on tutkimuksissa validoitu mittari, joka soveltuu yli 65 -vuotiaiden virhe- ja aliravitsemusriskin määrittämiseen.

Mittausvirheitä voi tulla mittaukseen vaikuttavien häiriötekijöiden, mittausmenetelmän tai mitattavien käsitteiden hankaluuden vuoksi. (Heikkilä 2014, 177). Mittaukseen liittyviä häiriötekijöitä arviointiyksikössä ovat mm. hoitajan kiire ja rauhallisen mittauspaikan löytämisen hankaluus. Iäkkäiden ihmisten kohdalla vireystila ja muut sairaudet vaikuttavat mittaustilanteissa. Arviointipotilaiden testauksia ja mittauksia on tehty noin 1, 5 vuoden ajan, joten mittareiden käyttö ja mitattavat käsitteet ovat jo tuttuja ja testien tekijät ovat terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Henkilöstön vaihtuvuus vaikuttaa siihen, että uusia hoitajia tulee arviointiyksikköön ja perehdyttämisen arviointipotilaiden kokonaisvaltaiseen kohtaamiseen on tärkeää.

Aineistoa kerätessä, syötettäessä ja analysoinnissa voi tapahtua virheitä. Tutkijan tulee olla tarkka ja kriittinen sekä osata tulkita tulokset oikein. (Heikkilä 2014, 28). Virheitä on yritetty välttää aineiston keruussa ja siirrettäessä tietoja havaintomatriisiin. Tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että todettuaan puutteellisesti tehtyjä arvi-

ointeja, tutkija kävi potilastiedot uudelleen läpi etsien puuttuvia testauksia. Osa testeistä oli vain potilaspaperissa eikä niitä ollut kirjattu Effica - potilastietojärjestelmään. Nämä tulokset lisättiin havaintomatriisiin.

Tarpeeksi suuri ja edustava otos on tutkimuksen luotettavuuden kannalta erityisen tärkeää. Pieni otoskoko lisää tulosten sattumanvaraisuutta. (Heikkilä 2014, 28, 178). Mitä suurempi otos, sitä luotettavammasta tulokset saadaan (Vilka 2007, 57). Otoskoko jäi kuitenkin oletettua pienemmäksi (19) ja se heikensi tutkimuksen luotettavuutta. Oskoko olisi suurempi, jos kaikki arviointijaksolla olleet potilaat olisivat saaneet tiedon opinnäytetyöstä tai heidän omaisensa olisi tavoitettu. Tutkimusongelmiin saatiin luotettavat vastaukset tutkimuksessa, koska tarkoitus oli kuvata arviointijaksolla kolmen kuukauden aikana olleiden potilaiden tuloksia. Tuloksia ei voi kuitenkaan yleistää kaikkia arviointipotilaita koskeviksi.

8.3 Tutkimuksen eettinen pohdinta

Tutkimus tulee tehdä hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen ja ihmisarvoa kunnioittaen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 23- 25). Tutkimuseettisen neuvottelukunnan antamien ohjeiden mukaan tutkijan tulee olla rehellinen, huolellinen ja tarkka tutkimusprosessin joka vaiheessa. Tiedonhankinnan, tutkimus- ja arviointimenetelmien tulee soveltua tieteelliseen tutkimukseen ja muiden tutkijoiden työtä tulee kunnioittaa mm. lähdeviitteitä käyttämällä. Tutkimuksen tulee tehdä tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaan. Vastuut ja velvollisuudet tulee olla määritelty ja kirjattu. Tutkimuksen suorittamisen kannalta merkitykselliset sidonnaisuudet tulee ilmoittaa tutkimukseen osallistuville. (Kuula 2011, 34- 35)

Opinnäytetyön tekemisestä tehtiin sopimus Satakunnan ammattikorkeakoulun, Porin perusturvakeskuksen ja opinnäytetyön tekijän välillä (LIITE 1). Opinnäytetyön tekemisestä pidettiin 14.11.2014 ja 1.12.2014 palaverit, joihin osallistuivat Porin perusturvan johtava lääkäri Anna-Liisa Koivisto, geriatrian ylilääkäri Maritta Salonoja, osastonhoitaja Hanna Ranta-Viitanen ja opinnäytetyöntekijä. Tutkimussuunnitelman perusteella Anna-Liisa Koivisto myönsi tutkimusluvan 20.11.2014 (LIITE 2). Opin-

näytetyön eettisiä periaatteita pohdittiin hänen kanssaan eikä erillistä eettisen toimikunnan myöntämää lupaa tarvittu.

Arviointijaksolle tulevat potilaat saivat suullista sekä kirjallista tietoa opinnäytetyöstä. Kirjallisesta informaatiosta ilmeni opinnäytetyön aihe, tarkoitus, tutkimusaineiston keräämistapa ja opinnäytetyöntekijän yhteystiedot. Myös luottamuksellisuus, henkilötietojen salassa pysyminen, tutkimusaineiston hävittäminen ja tulosten raportointitapa kerrottiin (LIITE 3). Tutkimukseen osallistuvat allekirjoittivat kirjallisen sopimuksen, jossa kerrottiin osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja oikeudesta keskeyttää osallistuminen milloin vain. Päätöstä olla osallistumatta kunnioitettiin ja luvattiin, ettei se vaikuta kohteluun tai hoitoon. Suostumuksessa annettiin opinnäytetyöntekijälle lupa käyttää potilasasiakirjoja, arvioinnissa täytettyjä lomakkeita ja tuloksia. (LIITE 4)

Tutkimusetiikan mukaan tutkijan on pyrittävä minimoimaan tutkittaviin kohdistuvat haitat ja riskit. (Kankkunen & Vehviläinen – Julkunen 2013, 218). Opinnäytetyö pohjautui arviointijaksolla tehtyihin mittauksiin ja testeihin eli tutkimukseen osallistuneille ei aiheutunut mitään ylimääräisiä toimia. Vaitiolo- ja salassapitovelvollisuus sekä yksityisyyden kunnioittaminen ja suojeleminen huomioitiin. Luottamuksellisuus ja tietosuoja toteutettiin anonymisoimalla aineisto. Sillä tarkoitetaan tunnistetietojen poistamista tai muuttamista niin, ettei yksittäistä henkilöä pystytä tutkimuksessa helposti tunnistamaan. (Kuula 2011, 112). Aineistonkeruun jälkeen nimet, syntymäajat ja henkilötunnisteet poistettiin. Tutkimukseen osallistuvien asuinpaikkoja ei eritelty eikä tietoja yksilöity. Aineisto säilytettiin lukitussa paikassa ja tutkimuksen valmistuttua hävitettiin.

Tutkijalta edellytetään objektiivisuutta eli kykyä tarkastella asioita tasapuolisesti ja puolueettomasti. Mittaustuloksen tulee olla tutkijasta riippumaton. Objektiivisuuden kriteerinä pidetään sitä, että toinen tutkija voi toistaa tutkimuksen samat tulokset saaden. (Hirsjärvi ym. 2009, 309). Opinnäytetyö perustui tehtyjen testien tulosten keruuseen, joten tutkijalla ei ole vaikutusta saatuihin tuloksiin, vaikka työskentelee sairaanhoitajana Noormarkun lähipalvelukeskuksen osastolla. Tutkija on tietoisesti pyrkinyt objektiivisuuteen koko tutkimusprosessin ajan.

Tutkimusprosessin joka vaiheessa on pyrittävä rehellisyyteen. Epärehellisyyttä on mm. aineiston plagiointi, harhaanjohtaminen, tulosten kaunistelu ja puutteellinen raportointi. (Hirsjärvi ym. 2009, 26- 27). Opinnäytetyössä on käytetyt lähteet valittu harkiten ja lähdemerkinnät on tehty huolella. Tutkimusprosessissa pyritään mahdollisimman objektiiviseen tutkimustulosten saantiin ja tulosten tulkintaan. (Vilka 2007, 16). Tutkijan tulee esitellä kaikki tulokset eikä niitä voi rajoittaa esim. niin että esittää toimeksiantajan kannalta edulliset tulokset. (Heikkilä 2014, 29). Tutkimukseen otettiin mukaan kaikki suostumuksen antaneet, vaikka prosessin aikana ilmeni, ettei testejä ole tehty kaikille.

8.4 Tutkimuksen hyödynnettävyys ja jatkotutkimushaasteet

Opinnäytetyö oli työelämälähtöinen ja sen tarkoituksena oli toimia arviointiyksikön toiminnan kehittämisen tukena. Opinnäytetyön perusteella voidaan todeta, että erityisesti potilasaineisto ja hoitajien suorittama arviointitilanne ovat toiminnan kehittämisen kannalta keskeisimmät asiat. Tutkimusten mukaan geriatrinen arviointi vähentää ja siirtää laitoshoidon tarvetta. Toiminnan tehokkuus ja tuloksellisuus saavutetaan intensiivisellä hoidolla, ryhmätyöllä, kokonaisvaltaisella hoidolla sekä erityisesti oikealla potilasaineiston valinnalla. (Tilvis ym. 2010, 70).

Geriatrisesta arvioinnista saadaan paras hyöty sekä yksilölle että yhteiskunnalle, kun se tehdään mahdollisimman nopeasti toimintakyvyn muutoksen tapahduttua. Opinnäytetyössä saatujen tulosten mukaan noin kolmasosa jäi arviointijakson loputtua osastolle ja tarvitsi kuukauden kuluttua jakson loppumisesta laitoshoitopaikan. Geriatrisen arvioinnin tulisi olla nykyistä enemmän ennaltaehkäisevää toimintaa ja arviointijaksolle pitäisi lähettää entistä varhaisemmassa vaiheessa. Arviointijaksolla pitäisi olla sekä alkamis- että loppumispäivä, jolloin arviointijaksoja olisi tehokkaasti käynnissä jatkuen. Toimiiko arviointiyksikkö nykyisin paikkana, jossa odotetaan pysyvää laitospaikkaa kun ei enää kotona pärjää?

Vanhuksen toimintakyvyn arvioinnin tulisi olla kokonaisvaltaista, jolloin saadaan käsitys voimavaroista ja ongelmista sekä kuullaan vanhuksen oma näkemys asioista. Testit ja mittarit toimivat välineinä siihen, että saadaan kokonaisnäkemys iäkkään

toimintakyvystä. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 52). Mittarit ja arviointijärjestelmät ovat vain yksi osa arviointia, kattavaan arviointiin kuuluu havainnointi ja haastattelu. Lähtökohtana on iäkkään ihmisen kohtaaminen. (Heimonen & Voutilainen 2006, 8)

Opinnäytetyö osoitti, että hoitajien tekemässä arvioinnissa osa testeistä jää tekemättä. Saman potilaan arviointiin osallistuu monta eri hoitajaa ja testejä tehdään yksitellen. Mielestäni paras hyöty sekä ajallisesti että työn mielekkyyden kannalta saadaan sillä, että arviointipotilaan ottaa vastaan yksi hoitaja. Hänellä pitäisi olla siihen varattuna riittävästi aikaa ja rauhallinen paikka, jossa hän voisi haastatella sekä potilaan ja hänen läheisen sekä tehdä kaikki arviointiin kuuluvat testit yhdellä kertaa valmiiksi. Hoitaja voisi osallistua moniammatilliselle kierrolle, jolloin hän voisi tuoda tietonsa ja havaintonsa muiden ammattilaisten tietoon. Arviointipotilaan tietojen ja testitulosten kirjaaminen on myös aikaavievää. Vanhuksen arvokas ja kuunioittava kohtaaminen sekä tehokas työajan käyttö ja päällekkäisten toimintojen väheneminen olisivat uudistuksen hyötyjä.

Jatkotutkimuksena voisi selvittää, miten tieto arviointijaksolla tehdyistä testeistä, toimenpiteistä ym. siirtyy kotiin. Saavatko omaiset ja muut hoitoon osallistuvat tarpeellista ja hyödyllistä tietoa? Myös arviointiyksikön hoitajien kokemuksia geriatriesta arvioinnista voisi tutkia. Kokevatko hoitajat sen mielekkäänä, onko heillä tarpeeksi aikaa siihen, kokevatko he ammattitaitonsa riittäväksi sekä miten he kehittäsivät toimintaa?

Luoteisen ja Pohjois-Porin arviointiyksikössä ovat arviointijaksot olleet tauossa alkukesästä asti. Porin perusturvan kaikki arviointijaksot on toistaiseksi keskitetty Keski- ja Länsi-Porin arviointiyksikköön.

LÄHTEET

Boorman, B. M., Hoogerduijn, J. G., de Haan, R. J., Abu-Hanna, A., Lagaay, A. M., Verhaar, H. J., ... de Rooij, S. E. (2011). Geriatric Conditions in Acutely Hospitalized Older Patients: Prevalence and One-Year Survival and Functional Decline. *PLoS ONE*, 6(11), e26951. Viitattu 18.8.2015. doi:10.1371/journal.pone.0026951

Cerad. Viitattu 16.6.15. www.cerad.fi

Ellis, G., Whitehead, MA., Robinson, D., O'Neill, D. & Langhorne, P. 2011. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomized controlled trials. *BMJ* 2011, 343:d6553. Viitattu 2.3.2015. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.d6553>

Eloranta, T. & Punkanen, T. 2008. *Vireään vanhuuteen*. Helsinki. Tammi.

Fimea. Ikäihmisten lääkehoito on taitolaji. Viitattu 23.3.15
http://sic.fimea.fi/2_2013/ikaihminen_laakehoito_on_taitolaji

Hartikainen, S. & Lönnroos, E. 2008. *Geriatría: arvioinnista kuntoutukseen*. Helsinki: Edita.

Heikkilä, T. 2014. *Tilastollinen tutkimus*. Helsinki: Edita.

Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. 2013. *Gerontologia*. 3. uud. p. Helsinki: Duodecim.

Heimonen, S. & Voutilainen, P. 2006. *Avaimia arviointiin*. Helsinki: Edita.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. *tutki ja kirjoita*. 15. uud.p. Helsinki: Tammi.

Huusko, T., Karppi, P., Avikainen, V., Kautiainen, H. & Sulkava, R. 2005. Randomised, clinically controlled trial of intensive geriatric rehabilitation in patients with hip fracture: subgroup analysis of patients with dementia. *BMJ* 2000;321:1107–11. *BMJ* 2000;321:1107–11. Viitattu 11.8.15 www.cebp.nl/vault_public/filesystem/?ID=196

Jääskeläinen, T. 2014. *Iäkkäiden arjen toimintakyky. Geriatrian kuntoutus- ja arviointiyksikön potilaiden toimintakykytestien tulosten tarkastelua*. AMK - opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Viitattu 23.3.15. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201405096843>

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. *Tutkimus hoitotieteessä*. 3. uud. p. Helsinki: Sanoma Pro.

Kansallinen muistiohjelma 2012 -2020. Tavoitteena muistiystävällinen Suomi. STM. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:10 . Viitattu 10.8.2015. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3224-1>

Kinnunen, K. 2002. Postponing of institutional long-term care in the patients at high risk of institutionalisation. Väitöskirja. Helsingin yliopisto.

Koivula, R. 2009. Toimijuus ikääntyessä. Teoksessa Toimintakyvyn laaja-alainen arviointi ja tukeminen. Oraita 1/2009. Helsinki: Ikäinstituutti.

Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. 2. uud. p. Jyväskylä: Bookwell Oy.

Käypä hoito suositus. 2010. Muistisairaudet. Viitattu 23.3.2015. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50044>

Käypä hoito suositus. 2011. Alkoholiongelmaisen hoito. Viitattu 16.6.15 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50028>

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. 2012. L 28.12.2012/980.

Lyyra, T-M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. 2007. Vanheneminen ja terveys. Tampere: Edita.

Lähdesmäki, L. & Vornanen, L. 2009. Vanhuksen parhaaksi. Hoitaja toimintakyvyn tukijana. Helsinki: Edita.

Mäkelä, P., Mustonen, H. & Tigerstedt, C. 2010. Suomi juo. Suomalaisten alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968 -2008. THL. Viitattu 18.8.2015. <https://www.julkari.fi/.../371e1e08-9bc1-47ea-81aa-68b04f27088c.pdf>

Mänty, M. 2010. Early Signs of Mobility Decline and Physical Activity Counseling as a Preventive Intervention in Older People. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto. Studies in sport, physical and health. Viitattu 10.8.2015. <https://jyx.jyu.fi/dspace/.../9789513938826.pdf>

Noro, A. & Alastalo, H. 2014 . Raportti 13/2014 Vanhuspalvelulain 980/2012 toimeenpanon seuranta. Viitattu 7.7.2015. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116792/URN_ISBN_978-952-302-169-3.pdf?sequence

Pietilä, M. & Saarenheimo, M. 2011. Iäkkäiden ihmisten masennus perusterveydenhuollossa. Gerontologia 3, 165 -169. Viitattu 8.6.15. <http://www.gerontologia.fi>

Pitkälä, K. & Tilvis, R. 2012. Geriatriinen asiantuntemus vähentää vanhusten avun tarvett. Lääkärilehti 8, 564.

- Pohjolainen, P. 2009. Toimintakyvyn teoreettisia lähtökohtia. Fyysinen toimintakyky. Teoksessa Toimintakyvyn laaja-alainen arviointi ja tukeminen. Oraita 1/2009. Helsinki: Ikäinstituutti.
- Ravitsemussuositukset ikääntyneille. 2010. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Helsinki: Edita. Viitattu 18.8.15.
<http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/attachments/vrn/ikaantyneet.suositus.pdf>
- Salonoja, Maritta. 18.3.2014. Luento geriatriisesta arvioinnista. Porin Perusturvakeskus.
- Sarvimäki, A., Heimonen, S. & Mäki-Petäjä-Leinonen, A. 2010. Vanhuus ja haavoittuvuus. Helsinki: Edita.
- Sormunen, S. & Topo, P. 2008. Laadukkaat dementia palvelut. Opas kunnille. Jyväskylä: Gummerus.
- Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. 2011. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 18.8.2015 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3106-0>
- Sote-uudistus. 2015. STM. Viitattu 10.8.2015. <http://stm.fi/sote-uudistus>
- STM Kaste hankeraportti 24.10.2013. Väli-Suomen Ikäkaste II Ikälain pilotointi – osahanke. Viitattu 17.8.15.
http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/vanhuspalvelulain_pilotointi-raportti
- STM Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma KASTE 2012 - 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1.
- STM 2011. Viitattu 15.8.2015. <http://www.stm.fi/iakkaiden-palvelut>
- STM 2014. Viitattu 15.8.2015. http://www.stm.fi/toimenpiteet_iakkaiden_laitoshoidon_vahentamiseksi_osana_palvelurakenneuudistusta
- Strandberg, T. & Valvanne, J. 2012. Riskivanhukset tulisi tunnistaa paremmin. Lääkärilehti 3.
- Suomen muistiasiantuntijat. Viitattu 16.6.15. www.muistiasiantuntijat.fi
- Terveys 2011. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Viitattu 3.3.2015. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-769-1>
- THL. 2014. Viitattu 3.3.2015.
<https://www.thl.fi/web/hyvinvointipolitiikka/kehityssuuntia/vaestorakenteen-muutos>
- THL. 2015. Viitattu 24.8.2015.
<https://www.thl.fi/web/toimintakyky/vaeston-toimintakyky/iakkaiden-toimintakyky/psyykkinen-toimintakyky>
- THL. Toimia tietokanta. Viitattu 12.3.2015 www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittarit

Tilastokeskus. 2012. Viitattu 18.8. 2015 [www.stat.fi/til/vaestoennuste 2012.fi](http://www.stat.fi/til/vaestoennuste%202012.fi)

Tilastokeskus. 2014. Viitattu 18.8.2015. <http://tilastokeskus.fi/til/kuol/2013/01/kuol>

Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. Geriatria. 2010. Porvoo: Duodecim.

Vanhuspalvelulain toimeenpano vuonna 2015. 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote. Viitattu 11.8.2015.

<http://stm.fi/artikkeli/vanhuspalvelulain%20toimeenpano%20vuonna%202015>

Vanhuusikä muutoksessa. 2013 Ikihyvä Päijät-Häme –tutkimuksen tuloksia 2002-2012. Viitattu 3.3.15 www.palmenia.helsinki.fi/ikihyva/vanhuusika_muutoksessa.pdf

Vilkkä, H. 2007. Tutki ja mittaa: määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.

Virkola, E. 2009. Muistisairaana ihmisen toimintakyvyn arviointi. Teoksessa Toimintakyvyn laaja-alainen arviointi ja tukeminen. Oraitia 1/2009. Helsinki: Ikäinstituutti.

Voutilainen, P. & Vaarama, M. 2005. Toimintakykykymittareiden käyttö ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnissa. Helsinki: Stakes.

SAMK/ SOPIMUS OPINNÄYTETÖN TEKEMISESTÄ

samk

SATAKUNNAN AMMATTIKORKEAKOULU
SATAKUNTA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OP07A

1/2

SAMK / Sopimus opinnäytetyön tekemisestä

Opinnäytetyön tekijä: Satu Soininen	
Opiskelijanumero: 1301579	Aloitusryhmä: AGE13SP
Koulutusohjelma: Vanhustyön koulutusohjelma	
Opinnäytetyötä ohjaavan opettajan nimi, sähköposti, puhelinnumero ja osoite: Marjatta Majuri-Kylväjä, marjatta.majuri-kylvaja@samk.fi 044 7106224	
Toimeksiantaja, yhteys henkilön nimi, sähköposti, puhelinnumero ja osoite: Porin Perusturvakeskus, Johtava lääkäri Anna-Liisa Koivisto anna-liisa.koivisto@pori.fi p. 0447010273, Maastekatu 31, Pori	
Opinnäytetyön nimi: Arviointiyksikön toiminnan vaikuttavuus	
Työn etenemisaikataulu: Aineistonkeruu alkaa heti lupa-asioiden selvittyä, tavoite 1.12.2014 ja päättyy viimeistään maaliskuussa. Opinnäytetyö valmistuu syksyllä 2015.	
Tarkempi selvitys on sopimuksen liitteenä olevassa hyväksytyssä tutkimus-/projektisuunnitelmassa.	
Tätä sopimusta koskevat erimielisyydet pyritään ratkaisemaan ensisijaisesti neuvottelemalla osapuolten kesken. Mikäli asiasta ei päästä sopimukseen, erimielisyydet ratkaistaan Satakunnan käräjäoikeudessa. Tätä sopimusta on laadittu 3 kappaletta, yksi kullekin osapuolelle.	
Olemme lukeneet sopimusehdot (sivu 2) ja hyväksymme ne.	
Päiväys: 20.11.2014	
Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus, nimike ja nimen selvennys: Anna-Liisa Koivisto - Osk	
Osaamisalueen johtajan allekirjoitus ja nimen selvennys:	Anna-Liisa Koivisto Johtava lääkäri Kuntoutus- ja sairaalapaivalut PORIN PERUSTURVAKESKUS
Opinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus: Marjatta Majuri-Kylväjä	
Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus: Satu Soininen	

TUTKIMUSLUPA

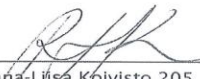


Porin kaupunki
Perusturvakeskus / kuntoutus- ja
sairaalapalvelut

johtava lääkäri

Päätöspöytäkirja
§ 116/2014

Päätöspvm
2.12.2014
Muut (ei valittavissa)

Otsikko	TUTKIMUSLUPA/Soininen Satu
Päätös	Sairaanhoitaja Satu Soiniselle myönnetään lupa 20.11.2014 alkaen tehdä opinnäytetyö aiheena: Arviointiyksikön toiminnan vaikuttavuus Aineistonkeruu toteutetaan Noormarkun arviointiyksikössä potilasasiakirjoista tietoa etsien. Ohjaajana Satakunnan ammattikorkeakoulusta YTL, KM Marjatta Majuri-Kylväjä Ajanjakso joulukuu 2014- maaliskuu 2015
Allekirjoitus	 Anna-Liisa Koivisto 205 johtava lääkäri
Tiedoksi	Soininen Satu Noormarkun arv.yksikön oh 021214sh

TIETOA OPINNÄYTETYÖSTÄ

ARVOISA ARVIOINTIYKSIKÖN POTILAS

Opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulussa vanhustyötä. Opinnäytetyöni teen Noormarkun lähipalvelukeskuksen osaston arviointiyksikössä ja aihe on arviointiyksikön toiminnan vaikuttavuus. Tavoitteena on selvittää arviointijaksolle tulevien potilaiden kokonaistilanne arvioinnissa käytettävien lomakkeiden ja testien avulla, kartoittaa niiden pohjalta tehdyt jatkotoimenpiteet sekä asumispaikka kuukauden kuluttua arviointijakson päättymisestä. Tarkoituksena on käyttää opinnäytetyössä saatua tietoa arviointiyksikön toiminnan kehittämiseen.

Opinnäytetyötä ohjaavat Satakunnan ammattikorkeakoulun lehtori Marjatta Majuri-Kylväjä, Noormarkun lähipalvelukeskuksen osastolta osastonhoitaja Hanna Ranta-Viitanen ja geriatrician ylilääkäri Maritta Salonoja Porin perusturvasta.

Aineistonkeruu tarkoittaa opinnäytetyössä tarvittavan tiedon keräämistä potilaspapereista ja sähköisestä kirjaamisesta. Tutkimusaineiston keruun arvioitu aika on 1.12.2014- 28.2.2015 ja opinnäytetyö valmistuu syksyllä 2015.

Tutkimusaineisto ja tiedot käsitellään luottamuksellisesti ja niin ettei tutkittavien henkilöllisyys tule ilmi missään vaiheessa. Tutkimusaineisto hävitetään, kun opinnäytetyö valmistuu. Tulokset raportoidaan ja julkaistaan Theseus-tietokannassa sekä mahdollisesti muissa julkaisuissa.

Satu Soininen

sairaanhoitaja, Noormarkun lähipalvelukeskuksen osasto

Vanhustyön opiskelija (geronomi AMK), Satakunnan ammattikorkeakoulu

puh. 050 3441146

SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA

SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA

Olen saanut riittävästi tietoa Noormarkun lähipalvelukeskuksen arviointiyksikön toiminnan vaikuttavuuteen liittyvästä opinnäytetyöstä.

Olen tietoinen, että osallistuminen tutkimukseen on vapaaehtoista ja voin keskeyttää tutkimukseen osallistumisen milloin vain. Päätös olla osallistumatta tutkimukseen ei vaikuta millään tavalla kohteluuni tai hoitooni. Tutkimukseen osallistuminen ei aiheuta mitään toimenpiteitä minulle.

Annan suostumuksen, että minua koskevia asiakirjoja, arvioinnissa täytettyjä lomakkeita ja tuloksia voidaan käyttää opinnäytetyössä.

Yhteistyöstä kiittäen
Satu Soininen

Paikka ja päivämäärä

Allekirjoitus ja nimen selvennys