

Minna Multisilta

TERVEYSTARKASTUSMALLI IKÄÄNTYVÄN OMAISHOITAJAN
TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN TUKEMISEKSI KESKI-
SATAKUNNAN TERVEYDENHUOLLON KUNTAYHTYMÄÄN

Terveydenedistämisen koulutusohjelma
2016



TERVEYSTARKASTUSMALLI IKÄÄNTYVÄN OMAISHOITAJAN TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN TUKEMISEKSI KESKI-SATAKUNNAN TERVEYDENHUOLLON KUNTAYHTYMÄÄN

Multisilta, Minna

Satakunnan ammattikorkeakoulu

Terveydenedistämisen koulutusohjelma, YAMK

Marraskuu 2016

Ohjaaja: Hirvonen, Eila

Sivumäärä:97

Liitteitä:8

Asiasanat: Omaishoito, omaishoitaja, terveystarkastus, terveyden edistäminen, toimintakyky, toimintakyvyn mittaaminen, toimintakyvyn tukeminen

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymään 65+ vuotiaiden omaishoitajien terveystarkastusmalli. Tavoitteena oli kartoittaa aiempien tutkimuksien ja kirjallisuuden avulla omaishoidon nykytila, omaishoitajan terveystarvikkeet, toimintakyvyn mittaamisen sekä terveyden ja hyvinvoinnin tukemiseen parhaat keinot. Benchmarking menetelmällä selvitettiin muiden kuntien vastaavien terveystarkastusmallien toimivuutta käytännössä ja tätä teoriaan peilaten. Terveystarkastusmalli pilotoitiin ja kyselyllä kartoitettiin omaishoitajien palaute terveystarkastusmallista. Lisäksi palaute mallista kerättiin terveystarkastuksia toteuttaneilta terveydenhoitajilta ryhmäkeskustelulla.

Kehittämistyö toteutettiin syklisenä toimintatutkimuksena. Yli 60:n kirjallisuus- ja tutkimusaineiston tuloksena syntyi jo vahva kuva omaishoitajan terveyden ja hyvinvoinnin uhista ja niiden seulontaan käytettävistä mittareista. Tutkimuksen toisessa syklissä käytiin kahdeksan eri kunnan terveystarkastusmallit läpi, neljän eri kunnan terveydenhoitajaan oltiin yhteydessä. Benchmarking menetelmällä haettiin parhaiten tähän toimintaympäristöön sopivat toimintatavat. Kolmannessa syklissä syntyi malli ja aineisto terveystarkastusten toteuttamiseen. Neljännessä syklissä terveystarkastuksia pilotoitiin. Saatekirjeet, esitietolomake ja palautuskuori lähtivät yhteensä alueen 73:lle omaishoidon sopimuksen tehneelle omaishoitajalle. Esitietolomakkeen palautti 52(71 %) omaishoitajaa ja terveystarkastuksiin osallistui 48(66 %) omaishoitajaa. Näiltä omaishoitajilta pyydettiin asiakaspalautetta strukturoidulla kyselylomakkeella, joka sisälsi myös avoimia kysymyksiä. Kyselyyn vastasi 37(77 %) omaishoitajaa. Palautetta terveystarkastusmallista ja käytännöistä kerättiin myös viideltä terveystarkastuksia toteuttaneelta terveydenhoitajalta yksilö- ja ryhmähaastatteluna. Aineiston triangulaatiolla pyrittiin lisäämään kehittämistyön luotettavuutta ja laatua.

Opinnäytetyön tuloksena syntyi malli terveystarkastuksen toteuttamisen sisällöistä ja käytännöistä. Terveyden ja toimintakyvyn ohella jaksamisen tukeminen näytteli suurta roolia terveystarkastuksissa. Terveystarkastukset koettiin erittäin tervetulleena kaikkien näkökulmasta. Asiakaspalautekyselyyn vastanneet omaishoitajat kokivat terveystarkastusmallin hyväksi, kattavaksi ja kokivat heidät kohdanneet terveydenhoitajat asiantunteviksi. Omaishoitajaa kuultiin, hänen omaa päätöksen tekoa kunnioitettiin. Vastanneet omaishoitajat halusivat osallistua terveystarkastuksiin uudelleen, jatkoa toivottiin. Kutsu tarkastuksiin toivottiin tapahtuvan kirjeitse. Terveydenhoitajat ja kunnan omaishoitoa koordinoivat kokivat mallin ja kutsukäytännöt toimiviksi. Terveystarkastusten toteuttamiseen tulee varata riittävästi aikaa. Omaishoitajille suunnatut terveystarkastukset koettiin kaikkien osalta erittäin tarpeelliseksi ja hyödylliseksi. Jatkokehittämisen haasteita ovat säännöllinen tiedon kerääminen terveystarkastuksista sekä asiakaspalautteen kerääminen ja näiden pohjalta toiminnan kehittäminen. Muita jatkokehittämisen paikkoja ovat omaishoidon sopimuksen ulkopuolelle jäävien omaishoitajien terveyden ja hyvinvoinnin tukeminen sekä terveystarkastukset sekä nuorempien omaishoitajaryhmien terveystarkastukset.

MODEL HEALTH CHECK OF OLDER FAMILY CARERS HEALTH AND WELL-BEING IN SUPPORT OF THE CENTRAL SATAKUNTA HEALTH-CARE FEDERATION OF MUNICIPALITIES

Multisilta, Minna

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Master's Degree Programme in Health Promotion

Month 2016

Supervisor: Hirvonen, Eila

Number of pages:97

Appendices:8

Key words: career, informal care, caregiving, family careers, measurement capability, health promotion, support for informal care, health check model, measurement of functional capacity, supporting capacity

The purpose of this thesis was to develop for Keski-Satakunta Healthcare Federation of Municipalities for caregivers aged 65+ health check model. The aim was to identify previous studies and literature by means of the current state of home care, caregiver health risks, measurement capability and to support the health and well-being of the best ways. Benchmarking method examined the functioning of other similar municipal health models, combined with the theory in practice. The health inspection model was piloted and a survey about health caregivers feedback model. In addition, feedback was collected model health checks carried out the public health nurses group discussion.

The development work was carried out cyclic action research. More than 60 of literature and the resulting research data was already strong on threats caregiver health and wellbeing and the indicators used in the screening. The second cycle of the study took place in eight different municipal health models, through four municipalities nurse were contacted. Based on these benchmarking method was applied best suited to that environment policies. The third cycle is the model and the data for the implementation of health. In the fourth cycle of health checks piloted in all municipalities. Cover letters, initial information forms and the return envelope left a total area of 73 for informal care agreement which took the caregiver. Preliminary information returned 52 (71%) of caregivers and participated in health checks 48 (66%) caregivers. These carers were asked the customer feedback on a structured questionnaire, which included open-ended questions. 37 responded to the survey (77%) caregivers. In addition feedback from health models and practices were collected from five health checks carried out the public health nurse as individual and group interview. Data triangulation aimed at increasing the reliability and quality of development work.

The thesis resulted in the model contents and the practical implementation of the health check. Health and functional capacity in addition to support for coping played a major role in health surveillance. Health checks were considered very necessary and welcome all perspective. Customer feedback responded to the survey felt that health caregivers in favor of the model, a comprehensive and experienced nurses faced them in a professional and family caregivers were consulted, as well as his own judgment and a decision is respected. Responded to caregivers wanted to participate in health checks again, hoped continue. Invitations inspections hoped to take place by mail. Public health nurses and family care coordinated by the municipality experienced a functional model and call practices. The implementation of health inspections should be reserved enough time. Directed health checks for carers was considered very necessary and useful for all. Continuation of development challenges include the regular collection of data for health surveillance and the collection of customer feedback and on the basis of these development activities. Other locations include the further development of support as well as health checks health and well-being excluded from the family care agreement caregivers, as well as the younger groups caregiver health checks.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS	7
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET	9
4 INTEGROIVA KIRJALLISUUSKATSAUS	10
5 OMAISHOITO	13
5.1 Omaishoidon nykytila	14
5.2 Omaishoidon kehittäminen	14
5.3 Omaishoitajan terveysriskit.....	15
5.4 Omaishoitajan kuormittumisen vähentämisen keinoja	20
5.5 Omaishoitajan terveystarkastus.....	22
5.6 Omaishoitajan toimintakyvyn arviointi.....	25
5.6.1 Fyysinen toimintakyky	29
5.6.2 Psykkinen toimintakyky.....	33
5.6.3 Kognitiivinen toimintakyky	37
5.6.4 Sosiaalinen toimintakyky	38
5.6.5 Elintavat ja ympäristötekijät osana toimintakykyä	40
6 TOIMINTATUTKIMUS	42
6.1 Toimintatutkimus kehittämismenetelmänä	42
6.2 Toimintatutkimuksen aineistot ja aineistojen keruu	46
6.3 Toimintatutkijana	46
7 TOIMINTATUTKIMUKSEN TOTEUTUS	49
7.1 Ensimmäinen sykli, katsaus kirjallisuuteen	49
7.2 Toinen sykli, muiden kuntien toimintamallien vertailu keskenään sekä kirjallisuuteen ja aiempiin tutkimuksiin verraten.....	50
7.2.1 Terveystarkastusten totuttaminen ikääntyville ja omaishoitajille muissa kunnissa tai kuntayhtymissä.....	50
7.3 Kolmas sykli, toimintamallin laadinta	58
7.4 Neljäs sykli; Terveystarkastukset omaishoitajille KSTHKY.....	61
7.5 Viides sykli; Pilotointiin liittyvä asiakaspalautekysely.....	63
7.6 Kuudes sykli; toimintamallin muokkaus palautteiden perusteella.....	64
8 TULOKSET	65
8.1 Palautekyselyn tulokset.....	67
8.2 Terveystarkastajien kokemukset	72
8.3 Omaishoitajan terveystarkastus polku.....	74
9 TOIMINTATUTKIMUS JA EETTISYYS.....	76
9.1 Toimintatutkimus ja eettisyys	76

9.2 Toimintamalli ja eettisyys	77
10 POHDINTA JA JATKOHAASTEET KEHITTÄMISELLE	79
10.1 Tulosten tarkastelua	79
10.2 Jatkoasteet kehittämiselle	81
LÄHTEET	84
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Yli 65-vuotiaita hoitavien omaishoitajien määrä Suomessa on kasvanut viimeisen kymmenen vuoden aikana ja tulee edelleen kasvamaan. Omaishoitajien asemasta ja jaksamisesta tulee huolehtia, sillä pitkään kestänyt liiallinen väsymys altistaa omaishoitajan masennukselle ja uupumiselle. (Juntunen & Salminen 2011, 3.) Riittävä lepo ja palautuminen, liikunta, vapaa-aika harrastuksille, ystäville ja sukulaisille, parantaa jaksamista ja sietokykyä (Omaishoitajat ja läheiset liitto RY 2015, 22–24, Salin, Kaunonen ja Åstedt-Kurki, 2008). Monien asioiden yhteensovittaminen, hoivaan liittyvät uudet asiat ja tehtävät, vaativat suunnittelua ja apua, sekä tukea palvelujen löytämisessä ja saamisessa. Omaishoitotilanteiden tunnistamisen avainhenkilöitä ovat sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset. Moni omaishoitaja kaipaa ammattihenkilöstöltä aktiivisuutta ottaa omaishoitaja mukaan yhteistyöhön, antaa ohjausta ja neuvontaa. (Omaishoitajat ja läheiset liitto RY 2015, 3–10.)

Terveyden edistämisen politiikkaohjelman (2007), Hyvinvointi 2015 –ohjelman, Tie hyvään vanhuuteen – vanhusten hoidon ja palvelujen linjat (2007) ja Hyvän ikään-tymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi laatusuosituksen (2013) keskeisimmät sisällöt ovat iäkkään ihmisen terveyden edistäminen kehittämällä terveyttä edistävää yhteiskuntapolitiikkaa, tukemalla terveellistä ympäristöä ja yhteisöjen toimintaa, kehittämällä yksilöiden taitoja sekä suuntaamalla ja kehittämällä palveluja. Tavoite on, että ikääntyneiden ihmisten terveys, toimintakyky ja kyky itsenäiseen elämään säilyisivät ja he voisivat elää mahdollisimman täysipainoista elämää. Sosiaalisten verkostojen merkitystä, osallistumisen edistämistä ja yhteisöllisyyden hyödyntämistä pidetään tärkeinä asioina. Toimintakyvyn heikentyessä tulisi välittömästi panostaa korjaaviin toimiin palveluihin, ohjaukseen, neuvontaan ja ehkäisevään työhön. (Pohjolainen ja Heimonen 2009, 8–9.)

Kansalliseen omaishoidon kehittämisohjelmaan sisältyy yhtenä tavoitteena omaishoitajien jaksamisen tukeminen kehittämällä omaishoitajien säännöllisiä terveystarkastuksia. Omaishoitajan terveystarkastuksissa korostetaan fyysisen terveydentilan lisäksi hyvinvoinnin ja jaksamisen huomiointia ja tukemista. (STM, Kuntainfo 12.2.2015.) Tavoitteena on luoda riskihenkilöiden tunnistuksen, hoitoonohjauksen ja seurannan malli, joka soveltuu osaksi normaalia toimintaa. Tarkoitus on kehittää

tavoitteellinen, terveyttä edistävä toimintatapa yli 65-vuotiaiden omaishoitajien toimintakyvyn arviointiin ja tukemiseen. Sen tulee olla käytännönläheinen, helposti toteutettava, voimavarojen tunnistamista ja hyödyntämistä edistävä tarkastelutapa. Arviointia tehdään yhdessä asiakkaan kanssa, kuunnellen ja arvostaen hänen kokemuksiaan ja yritetään löytää hänelle merkitykselliset ja tärkeät asiat. Yksilötasolla on tarkoitus parantaa fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. (Pohjolainen ja Heimonen 2009, 12, Forsström, Saukkonen & Tuomola 2010, 60–62.)

Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymän yksi tärkeä tavoite on kehittää ikääntyneiden palveluja yhdessä alueen kuntien kanssa. Osana Kaste I ja II hankkeita on palveluja kehitetty asiakaslähtöisempään ja tasa-arvoisempaan suuntaan sekä tuettu kotona selviytymistä. Pyrkimyksenä on tarjota yhtenevät, mutta yksilöllisen tarpeen mukaiset palvelut sekä kehittää edelleen hyvinvointia tukevampaan ja ennakoiivaan suuntaan. Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kehittää Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymään terveyttä ja hyvinvointia tukeva terveystarkastus malli 65 vuotta täyttäneille ja sitä vanhemmille omaishoitajille. Toimintakyvyn arvioinnissa huomioidaan varhaisen puuttumisen näkökulmaa palvelujen tarpeen arvioinnissa ja jatko-ohjannassa. Työikäisien omaishoitajien huomiointia työpaikalla sekä työterveyshuollossa on kehitetty aiemmassa, Johanna Toivolan (2016) Omaishoitajana toimivien työntekijöiden tunnistaminen ja tukeminen tietojen annolla, ohjauksella ja neuvonnalla työterveysyhteistyössä opinnäytetyössä. Tämä malli toimii myös siis jatkumona omaishoitajan eläköityessä.

2 TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS

Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymän jäsenkuntia ovat Harjavallan ja Kokemäen kaupungit sekä Eurajoen, Luvian ja Nakkilan kunnat. Alueen väestöpohja on noin 30 000 asukasta (Tilastokeskus 31.12.2015). Kuntayhtymän terveysasemat sijaitsevat Harjavallassa, Kokemäellä (Keskusta sekä Kauvatsa), Eurajoella, Luvialla sekä Nakkilassa. Neuvolapalvelut tarjotaan lähipalveluna joka terveysasemalla. Neuvolan tehtävänä on edistää ja ylläpitää osaltaan väestön terveyttä ja hyvinvointia, kaventaa terveyseroja väestöryhmien välillä sekä huolehtia palvelujen laadusta ja

asiakaskeskeisyydestä. Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymä tarjoaa aikuisten ja ikäihmisten terveyden edistämispalvelut sekä siihen sisältyvät terveystarkastukset aikuisneuvolassa. Palveluja tarjotaan ”matalan kynnyksen” periaatteella, apua, tukea ja ohjausta annetaan kaikissa mieltä askarruttavissa asioissa.

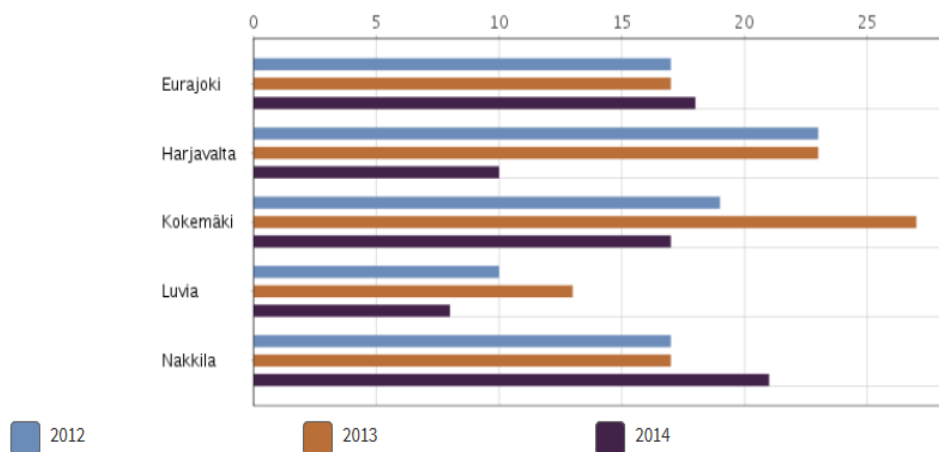
Terveystarkastukseen voi aina asiakas varata itse ajan tai hoitohenkilökunnan tai lähiomaisen kannustamana. Säännöllisiä kutsuntapohjaisia, aikuisille suunnattuja terveystarkastuksia, järjestetään 40-vuotiaille miehille ja 30–65-vuotiaille naisille joukkotarkastusten yhteydessä. 50-vuotiaille naisille tarjotaan seulontaperusteisesti valtimoterveyttä tukeva terveystarkastus, mikäli hänellä on suurentunut riski sairastua valtimotautiin. Työttömien terveystarkastuksia toteutetaan aikuisneuvolassa. Kuntayhtymän kunnissa tarjotaan ikääntyville myös erilaisia palveluita. Aktiivisella yhteistyöllä ja jatkuvalla toiminnan kehittämisellä yhdessä asiakkaiden kanssa turvataan saumattomat ja joustavat palvelut omaishoitajalle ja hänen perheelleen.

Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymässä on aiemmin tarjottu 70 vuotiaille kuntalaisille terveystarkastuksia ja kunnat ovat toteuttaneet 80-vuotiaille hyvinvointia tukevia kotikäyntejä perusturvan toimesta. Kaste II hankkeen toimintakykyisenä ikääntyminen, kehitettiin yhteistyömalleja sekä asiakaslähtöisyyttä. Asiakasraa-deissa ja kotikäynneillä nousi toive ikääntyneiden terveystarkastusten palauttamisesta. Omaishoitajien terveyttä ja hyvinvointia tukevia terveystarkastuksia ei ole järjestetty aiemmin. Terveystarkastukset 65-vuotiaille ja sitä vanhemmille ovat siis aktiivisen kehittämisen kohteena.

65 vuotta täyttäneitä omaishoitajia kuntayhtymän alueella vanhustyön/avopalvelu ohjaajien/omaishoidon koordinaattorien mukaan on noin 99 henkilöä. Luviolla omaishoitajia on 24, joista puolet (12) on yli 65-vuotiaita. Harjavallassa yli 65-vuotiaita sopimusomaishoitajia on 35, Nakkilassa 20, Kokemäellä 20 ja Eurajoella 12 (5/2016). Vuosittain kunnassa allekirjoittaa omaishoidon sopimuksen 9-30 omaishoitajaa, joka on täyttänyt 65-vuotta tai enemmän.

Seuraavassa on Sotkanetin (THL) tilastokaavio omaishoidon sopimuksen solmineista 65-vuotta täyttäneistä kuntalaisista kunnittain vuosina 2012–2014.

Omaishoidon tuesta sopimuksen tehneitä 65 vuotta täyttäneitä hoitajia vuoden aikana yhteensä, kunnan kustantamat palvelut info ind. 2106



Kaavio 1. Omaishoidon sopimuksen tehneet 65-vuotta täyttäneet kuntalaiset vuosina 2012–2014.

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyö toteutetaan kehittämistehtävänä. Kehittämistehtävän tarkoituksena on laatia terveyttä ja hyvinvointia tukeva terveystarkastusmalli 65 -vuotta täyttäneille ja sitä vanhemmille Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymän alueella asuville omaishoitajille, jotka ovat solmineet omaishoito sopimuksen kunnan kanssa.

Tutkimuksen tavoitteena on:

1. Kartoittaa omaishoitajien merkittävimmät terveysuhat sekä niiden tunnistamisen mittarit, omaishoidon nykytila (kirjallisuuskatsaus).
2. Vertailla eri tapoja toteuttaa omaishoitajien terveystarkastuksia.
3. Suunnitella, laatia ja mallintaa omaishoitajien terveystarkastuksen sisältö sekä lomakkeet ja muu materiaali.
4. Pilotoida omaishoitajien terveystarkastusmalli aikuisneuvolan terveydenhoitajien toteuttamana.

5. Arvioida terveystarkastus malli ja laatia juurruttamissuunnitelma (asiakas palaute, terveydenhoitajien palaute)

Tarve palvelujen kehittämiseksi ja terveyttä ja hyvinvointia tukeville terveystarkastuksista nousevat useista suosituksista ja asetuksista; Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja parantamiseksi (2013), Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkään sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012), Omaishoidon tuesta annetussa laissa (937/2005), Terveydenhuoltolaista (1326/2010, 32§), Sosiaalihuoltolaista (1301/2014) ja terveyden edistämisen laatusuosituksista (2006). Yhteinen tarve on kehittää omaishoidon tuen palveluita.

4 INTEGROIVA KIRJALLISUUSKATSAUS

Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli integroimalla saada kattava käsitys aihepiiristä. Tämän avulla voitiin löytää keskeisimmät omaishoitajan terveysongelmat, niiltä suojaavat tai ongelmaa korjaavat tukemisen keinot sekä toimivat toimintakyvyn arvioinnin mittarit ja suositukset ikääntyneen omaishoitajan terveyden ja hyvinvoinnin tukemiseen. Kirjallisuuskatsaus yhdistettynä benchmarking menetelmään muiden kuntien toimivista käytänteistä saatiin luotua sopiva terveystarkastusmalli. Haut toteutettiin useimmista sosiaali- ja terveydenhuollon tietoja sisältävistä tietokannoista: Medici, Arto, Theseus, Melinda, Chinal/Ebesco, Ovid, Finna, Ohtanen, Pubmed ja Google Scholar. Haut rajattiin vuosille 2006–2016, ikääntyneisiin (+65 vuotta) sekä tiivistelmän tuli olla saatavissa sähköisesti. Hakuun valittiin suomen, ruotsin tai englannin kielellä julkaistut teokset. Tutkimus tuli olla toteutettu Euroopan alueella, sillä palvelujärjestelmä Euroopan ulkopuolella on varsin erilainen.

Hakusanoina käytettiin seuraavia sanoja eri yhdistelminä: caregiver, family caregiver, well-being, support, strain index, fatigue, burden, emotional health, endurance potential, family carers of old, family carers of older, older people health care, health promote, health promotion in health care, effective, intervention, ageing family carers, support services, intellectual disabilities, health, health check, performance, measurement capability, supporting of family caregiving, vanhu, vanhus, ikäänt,

ikäntynyt, omaishoi, omaishoitaja, toimint, arviointi, seulonta, terveyden edistäminen, toimintakyky, toimintakyvyn mittaaminen, toimintakyvyn arvioiminen, terveysuhat, terveysriskit, omaishoitaja, terveydenhoito, hyvinvointi ja terveys.

Suoraan ikääntyvän omaishoitajan terveystarkastukseen liittyviä tutkimuksia ei löytynyt kuin kaksi. Ikääntyvän toimintakykyä ja toimintakykyä mittaavia tutkimuksia sen sijaan oli runsaammin. Omaishoitajan kuormituksesta ja terveysriskeistä löytyi runsaasti materiaalia. Omaishoitajan terveysriskien pohjalta etsittiin sopivia tutkimuksia joissa on tietoa miten riskitekijöitä, toimintakykyä ja palvelutarvetta arvioidaan luotettavasti. Terveystarkastusmalleja vertailevia tutkimuksia löytyi vain yksi. Tutkimusaineisto pyrittiin rajaamaan Euroopan alueella tehtyihin tutkimuksiin, sillä omaishoidon käsite ja tuen muodot ja määrät ovat hyvinkin erilaiset eri maissa. Esimerkiksi Saksassa omaishoito on pakollista puolisoille tai täysi-ikäisille lapsille. Arto ja Google Scholar tietokannoista ei löytynyt sopivia tuloksia.

Kartoituksesta hylättiin teokset, jotka eivät suoraan liittyneet ikääntyvien tai omaishoitajien terveysriskeihin tai toimintakyvyn arviointiin. Pois rajattiin teokset, jotka eivät perustuneet tutkittuun tietoon, jotka sisälsivät vain viittauksia toimintakykyyn, omaishoittoon tai käsittelivät enemmän omaishoidettavaa. Viisi tutkimusta poistettiin, koska tiivistelmää ei ollut saatavissa sähköisenä versiona. Pois rajattiin tutkimukset, jotka sijoittuivat laitoshoittoon, palveluasumisen, kotihoidon palvelumuotoihin tai oli toteutettu muissa poikkeuksellisissa oloissa. Osa kirjallisuudesta ja tutkimuksista jätettiin pois, koska ne käsittelivät enemmän muita kuin julkisia palveluita (järjestöt, yksityiset palveluntuottajat). Osa tutkimuksista karsiutui pois, koska tutkimus oli tehty maassa, jossa omaishoito ja palvelut eivät ole lähelläkään suomen olosuhteita (Kiina, Uusi-Seelanti). Mukaan hyväksyttiin kuitenkin Bachnerin & Avalonin tutkimus, joka ei ollut eurooppalainen, mutta soveltui sisällöltään tähän tutkimukseen. Taulukko yksi (Taulukko 1) kuvaa tämän tutkimuksen tietokantahakuja ja niiden rajauksia. Liitteessä yksi (LIITE 1) on avattu tutkimuksen keskeisiä tuloksia ja liitteessä kaksi (LIITE 2) on avattu yksityiskohtaisemmin tietokantahaut sekä niiden tulokset, tutkimukseen hyväksytyt lähteet.

Taulukko 1. Tietokantahaut omaishoitajien terveystarkastusmallin kehittämiseen

Tietokanta:	Hakusanat:	Rajaukset:	osumat:	soveltuvat:
Medic	toimintaky* and ikään* and arvio* and terveystark*	2006–2016	6	3
Medic	ikään* or omaishoi* and terveystar* or toimintaky*	2006–2016	36	29
Arto	omaishoi*	2006–2016	4	0
Pubmed	family caregiver and older people and health care not hospital and health promote	2010–2016	4	2
Theseus	”omaishoi” and ”terve” and ”ikään” and ”arvio”	2006-2016	45	2
Melinda	omaishoi? and terveys? and arvio? not kotihoi?	2006–2016	25	2
Cinahl/ Ebesco	caregiver, alahaula well-being, support, strain index, fatigue, burden, emotional health, endurance potential	2007-2016, English language, ages: 65+ years, Europe, Tiivistelmä saatavissa	3	3
Ovid	family carers of old* and intervention*	2007-2016	86	10
Finna	vanhu* or ikäänt* and omaishoi* and toimint* and arviointi*	2006-2016	5	2

Kirjallisuuden ja tutkimusten etsintä päätettiin kylläntymiseen. Uusia asioita terveystarkastuksen sisältöihin tai omaishoitajien riskitekijöihin ei enää löytynyt. Kirjallisuus katsauksen avulla sosiaali- ja terveydenhuollon tietokannoista löytyi yhteensä 53 teosta. Lisäksi omaishoitajien ja kuntaliiton sivujen kautta löytyi kymmenkunta muuta lähdettä sekä muiden tutkimusten lähteiden pohjalta löytyi vielä muutama lisää. Muiden kuntien malleja löydettiin kirjallisuus katsauksesta löytyneiden tutkimusten pohjalta sekä internetin hakukoneen (Google) avulla löydettiin kuntien internetsivuille, josta löytyi lisää tietoa omaishoitajien terveystarkastuksista ja yhteystiedot, joista kyseltiin tarvittavilta osin lisätietoja.

Valitut teokset kartoittivat ikääntyneen ja/tai omaishoitajan terveystarpeita, omaishoitajuutta, toimintakykyä, terveystarkastuksia. Keskeisimpinä asioina nousi omaishoitajan kuormittumisen ja masennuksen riski (Tamayo, Broxson, Munsell & Cohen 2010, Lehtisalo 2015, Husu 2008, Horel, Stephens & Breheny 2015, Heikkinen 2013, Välimäki 2012), tiedon tarve, terveyden edistämisen ja toimintakyvyn arvioinnin tarve eri toimintakyvyn alueilta (Tikkanen 2015, Eloniemi-Sulkava, Saarenheimo, Laakkonen, Pietilä, Savikko, Pitkälä 2007, Hämäläinen ym. 2010, Kujala & Kari 2015, Niemi 2015), toimintakyvyn mittaamisen mittareita ja menetelmiä käsitteleviä tutkimuksia löytyi runsaasti (Pohjolainen ja Heimonen 2009, Mäkelä ym. 2013, Finne-Soveri, Leinonen, Autio, Heimonen, Jyrkämä, & Muurinen 2011, Juntunen & Salminen 2011). Palvelujärjestelmän kehittäminen yhteistyössä omaishoitajien ja eri toimijoiden välillä oli yleisin kehittämisen tarvetta käsittelevä tavoite (Siira 2006, Moilanen, M., Peuhkurinen, H. 2009, Juntunen & Salminen 2011).

5 OMAISHOITO

Kansainvälisissä tutkimuksissa omaishoitaja on usein määritelty vapaaehtoiseksi, hänestä riippuvaisen henkilön hoitajaksi, joka ei saa palkkaa antamistaan palveluksista. Suomen laissa omaishoidolla tarkoitetaan ”vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön hoidon ja huolenpidon järjestämistä kotiooloissa omaisen tai muun hoidettavalle läheisen henkilön avulla” (L937/2005). Tämän lain mukaan omaishoitaja on tehnyt omaishoitosopimuksen. Laajemmin määritellen omaishoitajana voidaan pitää kaikkia niitä, jotka hoitavat tai avustavat läheistään tämän kotona asumisen mahdollistamiseksi (Juntunen & Salminen 2011, 5).

Omaishoidon tuki on lakisääteinen (Laki omaishoidon tuesta 937/2005) kunnan järjestämisvelvollisuuteen kuuluva palvelu. Omaishoidon tuesta laaditaan yhdessä hoidettavan ja omaishoitajan kanssa hoito- ja palvelusuunnitelma, joka liitetään omaishoitosopimukseen. (STM 27.11.2015 Omaishoito.) Hoitajan terveys ja toimintakyky tulee vastata omaishoidon asettamia vaatimuksia. Hoitajan huonokuntoisuus voi olla sopimuksen purkamisen peruste. Muuttuneet tuen tarpeet tulee huomioida omaishoidon tehtävistä ja tuesta sovittaessa. (STM, Kuntainfo 12.2.2015, THL 20.7.2015

Vammaispalvelujen käsikirja.) Omaishoito yhdessä muiden tarvittavien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kanssa on hoidettavan hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden kannalta oltava riittävää (THL 20.7.2015 Vammaispalvelujen käsikirja). Aluehallintovirasto (AVI) valvoo omaishoidon asiakkaiden oikeusturvan toteutumista (STM 27.11.2015 Omaishoito).

5.1 Omaishoidon nykytila

THL 2012 kuntakyselyn mukaan omaishoidossa olevista 67 prosenttia oli täyttänyt 65 vuotta. Omaishoitajista noin puolet oli puoliso-omaishoitajia ja heistä suurin osa eläkkeellä. Miesten osuus omaishoitajista on kyselyn perusteella n. 30 % ja naisia 70 %. Omaishoidon tukea saavien osuus vuoden 2013 aikana oli noin 42 200 henkilöä, joista 65vuotta täyttäneitä oli 67 %, 18–42-vuotiaita 18 % ja 0–17-vuotiaita 15 %. (kunnat.net 27.11.2015, THL 2012, STM 2014, 21–24.) Omaishoidon tuella tehty hoitotyö on vaihtoehtoisten hoitomuotojen avulla laskettuna vuonna 2014 arviolta 1,3miljardia euroa muita hoitomuotoja edullisempi. Omaishoidon tuen ja tukipalvelujen kustannusten odotetaan kasvavan, mutta toisaalta tällä hillittäisiin merkittävää muiden hoitomuotojen kustannuskasvua. Näin ollen päädyttäisiin 1,5 miljardin euron säästöön vuositasolla vuoteen 2020 mennessä. (STM 2014, 11–14.)

Omaishoitajien saama tuki ja myöntämisen kriteeristöt vaihtelevat merkittävästi kunnissa, eikä yhteistyö eri toimijoiden välillä ole toivotulla tasolla. Omaishoitajille ja hoidettaville suunnattu tuki ja palvelutarjonta eivät ole riittävän kattavaa, monipuolista ja saumatonta. (STM 2014, 31.) Siiran (2006) tutkimuksen mukaan omaishoitajat ovat hoitotyössä usein maallikkoja, minkä vuoksi he tarvitsevat tukea ja apua selviytyäkseen ja jaksakseen. Omaishoitotyön sitovuus ja vastuu rasittavat omaishoitajia henkisesti, mutta omaishoitotyössä on myös myönteisiä ja palkitsevia asioita. Vain harva omaishoitaja oli tilanteessaan yksin ilman ulkopuolista tukea ja apua.

5.2 Omaishoidon kehittäminen

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) on laatinut Kansallisen omaishoidon kehittämisohjelman 2014–2020 vuosille. (Kansallinen omaishoidon kehittämisohjelma.

Työryhmän loppuraportti, Raportteja ja muistioita 2014:2, Omaishoidon tuki – Selvitys omaishoidon tuen palkkioista ja palveluista kunnissa vuonna 2012). Lähtökohtana ovat toimineet pääministeri Kataisen hallituksen aikaiset omaishoitoa koskevat tavoitteet sekä kansallisen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämissuunnitelman (Kaste II) tavoitteet omaishoidon kehittämisestä. (STM 2014, 10–11.)

Hyvin tuetulla omaishoidolla, riittävällä, oikea-aikaisella, joustavalla ja tarpeen mukaan räätälöidyillä palveluilla turvataan omaishoitajan, kuin myös hänen hoidettavansa hyvinvointi. Yhteistyön tulee sujua saumattomasti, turvaten apu myös äkillisissä ja yllättävissä tilanteissa. Esteettömät, kotona asumista tukevat asuin- ja elinympäristöt sekä teknologian hyödyntäminen parantavat omaishoidon edellytyksiä. Omaishoidon osaamiseen liittyvä koulutus lisää omaishoitajien tukemisessa tarvittavia tietoja ja taitoja. (STM 2014, 30–32.) Vuoteen 2020 omaishoidon tavoitteeksi on asetettu omaishoitajien nykyistä vahvempi asema ja yhden vertaisuus. Omaishoitajan asiantuntijuutta hyödynnetään laadittaessa hoidettavan hoito- ja palvelusuunnitelmaa. (Aira 2007, 3023; STM 2014, 37.)

Palvelutarpeita selvittäessä kiinnitetään huomiota kaikille toimintakyvyn osaluille, voimavaroihin, kuntoutumisen mahdollisuuteen, asuin- ja elinympäristön toimivuuteen, hoidettavan hoitoon ja huolenpitoon osallistuvien omaisten ja läheisten tarpeisiin ja voimavaroihin. Räätälöity tuki vähentää terveydenhuollon ennakoimattomia käyntejä. (STM 2014, 37–40, 70.) Preventiivisen (sairauksien ehkäisy) toiminnan kannalta on tärkeää löytää ja arvioida riskit sekä tunnistaa riskiryhmät. Promotiivisella terveyden edistämällä vahvistetaan yksilön ja yhteisön voimavaroja, keinoja ja tapoja, joilla vahvistetaan iäkkäiden terveyttä, toimintakykyä ja voimavaroja. (Lyyra, Pikkarainen & Tiikkainen 2007, 31–33.)

5.3 Omaishoitajan terveystriskit

Ikääntyneillä omaishoitajilla on kaksinkertainen todennäköisyys sairastua fyysisesti tai henkisesti. Omaishoitajilla tutkimusten mukaan merkittävimmät terveysongelmat ovat kuormittumisen ja loppuun palamisen, sekä alakuloisuuden oireet (Tamayo ym. 2010, Lehtisalo 2015, Husu 2008, Horel ym. 2015, Heikkinen ym. 2013, Välimäki

2012, Rutanen 2013). Kuormittumisen seurauksena voi olla myös kohonnut riski fyysisiin tai psyykkisiin sairauksiin, kuten sydän- ja verisuonisairauksiin tai masennukseen, tai vaikeuksiin ylläpitää sosiaalisia suhteita. Omaishoitajuudella on todettu olevan yhteys myös varhaisempaan kuoleman riskiin. (Juntunen & Salminen 2011, 6) Muita merkittäviä oireita ovat tuki- ja liikuntaelin sairaudet (Hämäläinen ym. 2010, Alhqvist 2013, Kehusmaa 2014). Lisäksi tutkimuksista nousi lievä lihavuus (Hämäläinen ym. 2010) ja huono lihaskunto (Rikkonen ym. 2014), T2D, kohonnut kolesteroli ja verenpaine (Heinonen ym. 2011). Huonoksi koettu terveys korreloi huonoksi koettua elämänlaatua. Tätä ennustavia riskitekijöitä ovat raskaista kotitöistä selviytymättömyys, kaatuminen kuuden kuukauden sisällä, vähäinen liikunta, monilääkitys, krooniset sairaudet (Ahlqvist 2013, Heikkinen ym. 2013) ja huono lihaskunto, murtumat (Rikkonen ym. 2014) sekä läheisen ihmisen kuolema (Heikkinen ym. 2013).

Omaishoitajan hyvinvoinnin riskejä ovat parisuhteen kriisit, yhteisymmärryksen puute, suru ja huoli hoidettavan tilanteesta, pettymys palveluihin, vapaa-ajan puute sekä omaan olemukseen liittyvä tyytymättömyys. Eristäytyminen kasvattaa sosiaalisen tuen puutteen riskiä. (Hiekkänen ym. 2013, 2-13, Harmell ym. 2011.) Huonompi terveydentila ja suurempi kuormittuneisuus on yhdistetty omaishoitajiin, joilla ei ole hyvää ja tiivistä perheen tukiverkostoa, naapureita tai ystäviä. Ryan ym. 2014 tutkimuksessa ei tätä tukea raportoitu olleen yli kolmanneksella (36 %) ikääntyneellä omaishoitajalla. Ihmissuhteissa koetut pettymykset vaikuttavat merkittävästi somaattiseen sairastumiseen, psyykkiseen ja fyysisen terveyden heikentymiseen sekä ongelmiin sosiaalisissa suhteissa. (Kelo ym. 2015, 101–102.) Masennus tuplaa riskin nivelreumaan ja astman hoitokustannuksiin, sekä kasvattaa sydän sairauksien riskiä (Setälä-Pynnönen 2016, 285). Omaisiaan hoitavat eivät aina jaksaa, osaa tai halua hakea tukea. Omaishoitajan kuormittuminen suurentaa hoidettavan laitoshoitoon joutumisen riskiä. (Kelo ym. 2015, 101–102.) Taulukossa kaksi (Taulukko 2) on esitetty teorian ja tutkimuksien mukaan yleisimmät omaishoitajan terveysongelmat ja riskit.

Taulukko 2. Ikääntyneen omaishoitajan terveystriskit

Fyysinen toimintakyky	
<ul style="list-style-type: none"> • Heikentynyt toimintakyky, fyysiset sairaudet, tuki ja liikuntaelin sairaudet, kipu • Huono • Sydän- ja verisuonisairaudet, kohonnut verenpaine, kohonnut kolesteroli • Tasapainon ongelmat • Diabetes • aiempi kuoleman riski • monilääkitys, lääkityksen tuomat haitat 	STM, Kuntainfo 12.2.2015 - Näslindh-Ylispangar 2012, 179 – Schulz ja Beach 1999 - Pinquart ja Sörensen 2003 ja 2007 – Lin ja Zebrack 2004 – Von Känel ym. 2008 – Juntunen ja Salminen 2011,6 - Hiekkänen ym. 3 - Hämäläinen ym. 2010, Alhqvist 2013, Kehusmaa 2014, Rikkonen ym. 2014 - Heinonen ym. 2011
Psyykinen toimintakyky	
<ul style="list-style-type: none"> • Kuormittuneisuus, stressaantuminen, loppuun palaminen • Mielialan muutokset • Elämän mielekkyyden, ilon katoaminen • heikentynyt itsetunto • Masennus, ahdistuneisuus • Väsymys, jaksamisen ongelmat • Psyykkiset sairaudet 	Morris 2015, 487–490 – E-mielenterveys 2013 - Schulz ja Beach 1999 - Pinquart ja Sörensen 2003 ja 2007 – Lin ja Zebrack 2004 – Von Känel ym. 2008 – Juntunen ja Salminen 2011,6 – Vitaliano ym. 2003 – Hiekkänen ym. 3 - Kelo ym. 2015, 101–102 - Tamayo ym. 2010, Lehtisalo 2015, Husu 2008, Horel ym. 2015, Heikkinen ym. 2013, Välimäki 2012
Kognitiivinen toimintakyky	
<ul style="list-style-type: none"> • Muistiongelmat 	Schulz ja Beach 1999 - Pinquart ja Sörensen 2003 ja 2007 – Lin ja Zebrack 2004 – Von Känel ym. 2008 – Juntunen ja Salminen 2011,6
Sosiaalinen toimintakyky	
<ul style="list-style-type: none"> • Sosiaalinen eristyneisyys, osattomuus yhteiskunnassa, tukiverkoston puute 	Eurocarers 2013, 1-3 – Kelo ym. 2015, 101–102 – Ryan ym. 2014
Elintavat, ympäristötekijät	
<ul style="list-style-type: none"> • Vajaa ravitsemus • Lihavuus • Tapaturma ja kaatumisen riski • Unen puute, unihäiriöt • Taloudelliset vaikeudet, köyhyys • Tupakoinnin ja päihteiden haitat • Päivittäistoiminnoista selviytymättömyys 	Morris 2015, 487–490 - Eurocarers 2013, 1-3 - Hiekkänen ym. 3 - Kelo ym. 2015, 101–102 – Hämäläinen

Omaishoitajuudessa vaikutukset ovat osaksi yksilöllisiä. Hyvinvointiin liittyviä yhteisiä asioita ovat ergonomia ja unen riittävyys ja laatu. Iäkkäiden omaishoitajien terveyttä uhkaavat oma heikentynyt toimintakyky, huono fyysinen kunto ja pitkäaikaisairaudet. Näissä tilanteissa omaishoitaja tarvitsee jaksakseen enemmän tukea sekä palveluita. Tilanteet muuttuvat myös aina, kun omaishoitajan tai hoidettavan elämäntilanteeseen tai toimintakykyyn tulee muutoksia. (STM, Kuntainfo 12.2.2015,

Näslindh-Ylispangar 2012, 179.) Monet omaishoitajan terveys- ja hyvinvointiriskit kasvavat pitkäaikaisen omaishoitajuuden aikana (Juntunen & Salminen 2012, 4).

Omaishoitajan sairauksiin on helppo puuttua, vaikka hän usein tarvitsee nimenomaisesti huolenpitoa (Morris, King, Turner & Payne 2015, 487–490). Omaishoitajan kuormitukseen yhteydessä olevia tekijöitä on tutkimuksissa löydetty runsaasti. Niitä ovat esimerkiksi hoidettavan henkilön käytösoireet (levottomuus, toistokäyttäytyminen, aggressiivisuus, agitaatio, depressio ja hallusinaatiot), kognitiivisten kykyjen heikentyminen, tyytymättömyys taloudelliseen tilanteeseen ja tunne kielteisestä sosiaalisesta reaktiosta sekä muistisairauden vaikeusaste ja toiminnanvajaukset ADL toiminnoissa (Kumamoto ym. 2006, Pearlin ym. 1990, Mohamed ym. 2010, Eronen 2010, 16). Keskeisimmät omaishoitajien kokemat vaikeudet ovat hoitosuhteen sitovuus, henkinen rasitus, oma ikääntyminen tai oma sairaus sekä hoitotyön vastuu, sosiaalinen eristäytyminen ja uupuneisuus (Linja 2013, 8; Kaivolainen ym. 2011, 106 - 107; Lappalainen 2010, 19; Brodaty & Donkin 2009). Uhkaavia tekijöitä ovat myös hoidettavan päivittäisessä toimintakyvyssä ilmenevät huomattavat vaikeuksia sekä psykososiaaliset tekijät, kuten ongelmat parisuhteessa tai perheen jäsenten kesken. (Yee ja Schulz 2000; Carretero ym. 2009; Salin ym. 2009). Yksi riskitekijä on hoito- ja palvelujärjestelmän riittämättömyys ja kykenemättömyys (Eloniemi-Sulkava ym. 2007, 29–31). Tuki- ja palvelujärjestelmän riittämättömyys voi johtaa taloudellisiin vaikeuksiin ja köyhyyteen, jolloin omaishoitaja voi tinkiä ruoasta, lääkkeistä ja henkilökohtaisista tarpeistaan. Ikääntyneen omaishoitajan masennus näkyy usein myös huonona suoriutumisen kognitiivista suorituskykyä mittaavissa testeissä (Mattila ym. 2015, 599). Puolison sairastuminen varhain saattaa muuttaa suuresti pariskunnan suunnitelmia yhteisten eläkepäivien vietosta ja parisuhde voi muuttua hoitosuhteeksi. (Eronen 2010,17) Joskus omaishoitajat voivat jättää itsestään huolehtimisen kokonaan huolehtiessaan omaisen hoidosta (E-Mielenterveys 2013).

Avustamiseen liittyvä terveyteen vaikuttavat tapaturma- ja kaatumisriski. Tapaturmariski kasvaa sitä mukaa, miten paljon on fyysistä avustamista, sopimaton työskentely-ympäristö, hoitajan ja hoidettavan kokoerot, siirto-taitoa ei ole ohjattu ja harjoiteltu sekä riittämätön apuvälineiden käyttö tai niiden käyttöä ei ole ohjattu tai ne ovat sopimattomat tai rikki. Ahdas asunto, esteet kulkureitillä, portaat, liukkaat lattiat,

sopimattomat jalkineet, sopimattomat huonekalut ja heikko valaistus ovat tapaturmariskejä. (Hiekkanen ym. 2013, 12.)

Omaishoitajan ikääntymisen tuomat terveysriskit

Terveys 2011 tutkimuksen mukaan lihavuus, kohonnut verenpaine ja vähäinen liikunta ovat merkittävimpiä kansanterveydellisistä ja yhteiskunnallisista haasteista (WHO 2009; Mäkinen 2010; Husu ym. 2011). 75 vuotta täyttäneiden fyysinen aktiivisuus oli ikäryhmistä vähäisintä. Suomalaiset harrastavat lihaskunto- ja tasapainoharjoittelu liikuntaa liian vähän. (Koskinen ym. 2012, 58) Vaikeudet liikkumisessa rajoittavat iäkkään henkilön osallistumisen mahdollisuuksia ja heikentävät elämänlaatua. Tutkimuksissa on osoitettu, että heikentynyt liikkumiskyky ja puristusvoima ennustavat vakavampien toimintarajoitteiden ilmaantumista. (Koskinen ym. 2012, 120–124). Kaatuminen ja kaatumisen pelko johtavat usein sairaalaan tai palveluasumisen piiriin. Iäkkäiden tapaturmista 80 prosenttia on kaatumisia, liukastumisia tai putoamisia. Kaatuminen on tavallisin tapaturmaisen kuoleman syy yli 65-vuotiailla. Kaatumistapaturmat tulevat olemaan merkittävä kansanterveydellinen ja taloudellinen haaste, koska iäkkään väestön määrä kaksinkertaistuu nykyisestä vuoteen 2030 mennessä. (Pajala 2012, 7-8.)

Eläkeikäisten suurimmat terveysongelmat ovat sydän- ja verisuonisairaudet, tulesairaudet, dementia, aivoverisuonisairaudet, keuhkojen sairaudet, diabetes ja syöpätaudit (Koskinen ja Martelin 2007, 79). Lihavuus on toimintakykyä heikentävien pitkäaikaissairauksien ja tyypin 2 diabeteksen taustatekijä (Koskinen ym. 2012, 65). Toiminnallisista vaivoista merkittävin on virtsainkontinenssi, josta kärsii 20–25% kotona asuvista ihmisistä sekä kuulon ja näön vaikeuksien esiintyminen (Leinonen 2009, 10). Myös nukahtamisvaikeudet ja unen katkonaisuus olivat yleisimpiä vanhimmissa ikäryhmissä. Tärkeää on kiinnittää huomiota unen kestoon, univaikeuksiin ja seurata muutoksia unen kestossa, riittävydessä ja laadussa. (Koskinen ym. 2012, 59–60.)

Elintapojen, kuten tupakoinnin, liiallisen alkoholinkäytön, epäterveellisten ruokatuotteiden ja vähäisen liikunnan, on todettu olevan yhteydessä toiminnanvajauksiin ja niiden kehittymiseen. Tupakoitsijoilla on todettu olevan enemmän toiminnanvajauk-

sia kuin tupakoimattomilla. Ikääntyneiden suomalaisten alkoholinkäyttö on yleistynyt huomattavasti vuosien saatossa. (Sulander 2009, 2291, Kelo ym. 2015, 80–86.)

Palvelutarvetta ja toimintakykyä arvioitaessa ennakoivia riskitekijöitä toimintakyvyn heikkenemisestä ovat: aistitoimintojen heikentyminen, kaatumisalttius, tapaturmalttius, ulkona liikkumisen väheneminen ja -ongelmat, lihasvoiman väheneminen, tasapaino-ongelmat, luunmurtumat, laihuus, laihtuminen ja ravitsemustilan poikkeamat, päihteiden runsas käyttö, muistin heikkeneminen, mielialan lasku, mielen-terveyshäiriöt kuten masennus, koettu yksinäisyys, runsas sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö ja erilaiset siirtymät, esimerkiksi sairaalasta kotitutumistilanteet, pienituloisuus, puolison/elämäntoverin menettäminen, kaltoinkohtelu, perhe- tai läheisväkivalta tai sen uhka. Myös suuret elämänmuutokset, kuten asuin- ja lähiympäristön muuttuminen tai asuinympäristön liikuntaesteet ja turvattomuus lisäävät osaltaan toimintarajoitteiden riskiä. Terveystilan heikkeneminen, erilaiset pitkäaikaissairaudet ja niihin liittyvä monilääkitys ovat tutkimusten mukaan erityisesti itsenäistä selviytymistä uhkaavia tekijöitä. (Kelo ym. 2015, 80–86; Finne-Soveri ym. 2011, 15.)

5.4 Omaishoitajan kuormittumisen vähentämisen keinoja

Omaishoitoperheitä ja arjen hallintaa voidaan tukea oikea-aikaisella ohjauksella. Se, että omaishoitaja huolehtii itsestään ja tunnistaa omat voimavaransa on myös hoidettavan etu. (Järnstedt ym. 2009, 132 – 133.) Omaishoitajan kuormitusta keventäviä vaikutuksia on todettu olevan päiväkeskustoiminnalla (Mossello ym. 2008, Gaugler ym. 2003, Stakes 2007), kotiin tuotavilla palveluilla ja toimintakykyä ylläpitävällä fysio- ja toimintaterapialla sekä apuvälineillä (Koskinen ym. 2012, 151). Sopeutusvalmennuskurssit sairauden alkuvaiheessa voivat auttaa. Yksi selviytymiskeino on tiedon myötä tuleva sairauden aiheuttaman käyttäytymisen ymmärtäminen (Kelo ym. 2015, 103), oman ajan ottaminen, vertaistuki, sosiaaliset kontaktit, keskusteleminen ja tunteiden purkamisen tai liikunnan keinoin (Pyykkö ym. 2001, Saarenheimo ym. 2007). Omaishoito voi raskaudestaan huolimatta tuoda omaishoitajalle tyydytystä ja hyvän mielen siitä, että auttaa läheistään (Eronen 2010, 18–19).

Ryan ym. 2014 sekä Hiekkasen ym. 2013 tutkimuksien mukaan omaishoitajille kannattaa järjestää ensitietokursseja, johon liitetään ergonomia ja kodin turvallisuustietoa. Tietoa tarvitaan tukivaihtoehtoista, vertaistuesta, kuormitusta vähentävistä teki-
jöistä. Riittävä tieto omaishoitajuudesta, turvallinen työ ja toimintaympäristö, sopivat työ- ja apuvälineet sekä esteetön koti- ja lähiympäristö mahdollistavat osallistavan ja turvallisen arjen. (Hiekkänen ym. 2013, 16–17, Siira 2006, 29.)

Tutkimuksissa tärkeimmiksi omaishoitajien ja iäkkäiden voimanlähteiksi nousivat läheiset ihmissuhteet (Ruoppila ym. 2013, Heikkinen 2013). Toinen useammassa tutkimuksessa noussut voimanlähde on hengellisyys, uskonto (Ruoppila ym. 2013, Kim ym. 2011). Muita jaksamista tukevia asioita oli terveys, psyykkinen hyvinvointi, toimintakyky, omaishoidosta saatu ilo ja arvostus. Omaishoitajat kaipaavat tietoa lääkkeistä ja sairauksista sekä mistä, miten ja mitä apuja saa, jos omaishoitaja estyy hoitamasta läheistään (Husu 2008, Tamayo ym. 2010, Lehtisalo 2015, Salin ym. 2008, Ryan ym. 2014, 217–226). He kaipaavat positiivista tukea ja voimavarojen tukemista (Toljamo ym. 2012, Tan ym. 2014, Horell ym. 2015, 339). Omaishoitajat saavat myös voimaa liikunnasta ja harrastuksista, empatiasta ja stressiä vähentävistä mielenharjoitteista (Salin ym. 2008, Toljamo ym. 2012, Tan ym. 2014). Turvallisuuden tunnetta, kommunikointia ja viihtymistä voidaan parantaa myös hyvinvointitek-
nologialla (Kelo ym. 2015, 88).

Omaishoitajien näkemyksiä elämäntilanteestaan ja tarpeistaan tulisi hyödyntää suunnittelussa sekä päätöksenteossa, jotta palvelut ja tukimuodot vastaisivat paremmin omaishoitajien ja heidän hoidettaviensa tarpeita ja konkreettisemmin helpottaisivat omaishoitotyötä (Siira 2006, 29). Tarvitaan luottamuksellinen yhteistyösuhde, jolloin omaishoitaja uskaltaa avoimesti keskustella tarpeista ja toiveistaan (Särkelä 2001, 87; Kaivolainen ym. 2011, 168–170). Jaksakseen pohtia ratkaisuja kuormittavassa elämäntilanteessa tai kriittisissä hetkissä, tarvitsee omaishoitaja selkeitä neuvoja ja ohjeita sekä tukea. (Linja 2013, 3). Interventiot voivat osaltaan tukea ja parantaa omaishoitajan hyvinvointia ja terveyttä (Eloniemi-Sulkava ym. 2007, 200). Kokonaisvaltainen näkökulma mahdollistaa paremmin yksilön tilanteen kartoittamisen ja antaa rakentavan lähtökohdan suunnitella omaishoitajan kanssa yhdessä niitä muutoksia, jotka hän kokee tarpeellisiksi ja joihin haluaisi muutoksia (Sulander 2009, 2291–2297). Omaishoitajan ja omaishoidettavan hyvinvointi kietoutuu toisiinsa,

joten omaishoitajan terveyden edistämässä on otettava huomioon koko omaishoitoperheen tilanne (Leinonen 2009, 4).

5.5 Omaishoitajan terveystarkastus

Iäkkäiden omaishoitajien hyvinvointi- ja terveystarkastukset perustuvat sosiaali- ja terveystarkastuksista annettuun lakiin (980/2012). Terveystarkastuksien tulee kattaa hyvinvoinnin, terveellisten elintapojen ja toimintakyvyn edistämiseen sekä sairauksien, tapaturmien ja onnettomuuksien ehkäisyyn tähtäävä ohjausta, terveyden ja toimintakyvyn heikkenemisestä aiheutuvien sosiaalisten ja terveydellisten ongelmien tunnistamisen ja niihin liittyvän varhaisen tuen. Sen tulee sisältää sosiaalihuoltoa ja sosiaaliturvaa koskeva ohjausta, sairaanhoitoa, monialaista kuntoutusta ja turvallista lääkehoitoa koskevaa ohjausta sekä ohjausta kunnassa tarjolla olevista hyvinvointia edistävästä palveluista. 25§ asettaa ilmoitusvelvollisuuden sosiaalihuollolle iäkkään henkilön palvelutarpeesta. Hyvinvointi- ja terveystarkastukset ovat asiakasmaksuista annetun lain (734/1992 5§) mukaan asiakkaalle maksuttomia. Omaishoitosopimuksen laatimisen yhteydessä tiedotetaan terveystarkastuksista. (STM, Kuntainfo 12.2.2015.)

Lähes kaikki omaishoitajille ja ikääntyneille tehdyt tutkimukset korostavat terveystarkastusten ja toimintakyvyn kartoitusta hyödyllisenä ja tarpeellisenä (Tikkanen 2015, Eloniemi-Sulkava ym. 2007, Hämäläinen ym. 2010, Kujala ym. 2015, Niemi 2015) ja tapaamisten jatkuvuutta perään kuulutettiin (Lehtisalo 2015, Niemi 2015, Hämäläinen ym. 2010). Terveystarkastus interventiot ovat kustannustehokkaita ja omaishoitajat itse ovat tyytyväisiä palveluun. Alatalon ym. 2014 tutkimuksen mukaan mitä kattavammin toimintakykyä kartoitetaan eri osa-alueilta, sitä monipuolisemmin palvelutarpeen arviointi toteutui ja johti hyvään palvelusuunnitelmaan sekä palveluiden toteutumiseen.

Terveystarkastusten tulisi huomioida ja kartoittaa ikääntyneiden palveluissa koetun terveyden ja toimintakyvyn mahdolliset riskitekijät sekä voimavarat ja sen tulee olla asiakaslähtöistä (Ahlqvist 2013, Kujala ym. 2015, Eloniemi-Sulkava ym. 2007). Jakamisongelmat, sairaudet ja tuen tarve on tärkeä tunnistaa ajoissa omaishoitajan terveyden- ja hyvinvoinnin kannalta kuin myös omaishoidon laadun heikkenemisen

estämiseksi (STM, Kuntainfo 12.2.2015). Terveystapaamisen tärkeimmäksi sisällöksi ja mittariksi nousi omaishoitajan voimavarojen ja jaksamisen kartoitus (Laitinen 2011, Kujala ym. 2015, Bachner ym. 2010, Hytönen 2015). Muita suositeltavia mitattavia asioita ovat liikunnalliset ja fyysistä toimintakykyä mittaavat mittarit; liikunnan määrän arviointi, yksittäiset toimintakykytestit: kyykistyminen, puristusvoimamittaus, yhdellä jalalla seisominen, tasapaino, 10m kävelyaika ja tuolista nousu, kävelynopeustesti ja askelkyky testit (Tikkanen 2015, Rikkonen ym. 2014, Heikkinen ym. 2013, Abellan ym. 2009). Muita suositeltavia mittareita ADL-mittarit (Heikkinen ym. 2013, Tamayo ym. 2010, You ym.2012), näkö, kuulo, elämäntavat, paino, painoindeksi, RAVA, CES-D, IDAL, MMSE, GDS, Verenpaine, kolesteroli, anamneesi ja demografiset tiedot riippuen mitä aluetta korostetaan.

Omaishoitajien hyvinvointi- ja terveystarkastukset suunnataan ensisijaisesti omaishoitosopimuksen kunnan kanssa tehneille omaishoitajille. Ne perustuvat vapaaehtoisuuteen. Terveystarkastuksia voi soveltaa osaksi jo olemassa olevien hyvinvointia ja terveyttä edistävien palvelujen kanssa, esimerkiksi osana ikääntyneille kohdennettuja terveystarkastuksia. Tarkastuksiin suositellaan kutsuttavan pidempään, 2-3 vuotta omaishoitajina toimineita ja tarjotaan noin kahden vuoden välein. Muutosten tunnistamiseen tarvitaan säännöllistä seuranta ja arviointia. Terveystarkastuksia voidaan toteuttaa myös seulontaperusteisesti, omaishoitajille suunnattujen haastattelujen ja kyselyjen pohjalta. Omaishoitaja tai vastuutyöntekijä voi ottaa myös oma-aloitteisesti yhteyttä, mikäli omaishoitajalla ilmenee jaksamis- tai muita omaishoitoon vaikuttavia ongelmia. (STM, Kuntainfo 12.2.2015.)

Omaishoitajalle voidaan lähettää ennen hyvinvointi- ja terveystarkastusta esitieto- tai haastattelulomake, joka täytetään ennen terveystarkastusta. Lomake voi toimia seulontavälineenä mahdollista tarkempaa terveystarkastusta varten tai keskustelun tuen välineenä. Esitietolomakkeena suositellaan käytettäväksi COPE-indeksiä (Carers of older people, COPE Index) ja lisänä itsearviointikysymyksiä omaishoitajan terveydestä, mielialasta ja liikunta-kyvystä. (STM, Kuntainfo 12.2.2015.) Hyvinvointi- ja terveystarkastukset ja tulee toteuttaa luotettavilla, tutkituilla ja tarkoituksenmukaisilla menetelmillä. Neuvonta ja ohjaus pohjautuvat tutkittuun tietoon. Terveystarkastuksen toteuttaa terveydenhuollon ammattihenkilö, joka on saavuttanut riittävän pe-

rehtyneisyyden omaishoitoon liittyviin erityiskysymyksiin. (STM, Kuntainfo 12.2.2015.)

Päähuomio terveystarkastuksissa on omaishoitajan tuen tarpeen tunnistamisessa ja kuormittumisen riskitekijöissä. Tarkastuksessa käsiteltäviä asioita ja muita mahdollisia riskitekijöitä ovat mm. koettu terveydentila, omaishoitajan mieliala, suhde hoidettavaan, hoidon sitovuus, tilanteen myönteiset ja kielteiset puolet, voimavarat ja jakaminen, hoidettavan vaikeat muisti- tai käytösongelmat, toimintakyvyn arviointi, edistäminen ja ylläpito, terveyden edistäminen sekä sairauksien ehkäisy, tunnistaminen ja hoito, voimavarat; selviytymiskeinot, joita omaishoitaja käyttää oman terveyden ja hyvinvoinnin parantamiseksi, muiden perheenjäsenten tilanne, voimavarat sekä muu sosiaalinen tukiverkosto, kodin- ja muun asuin- ja elinympäristön olosuhteet, kodin muutostöiden tarve sekä apuvälineiden ja niiden käyttöön liittyvän opastuksen tarve, tuen ja palvelujen riittävyys ja soveltuvuus omaishoitajan ja hänen perheensä tarpeisiin sekä kuntoutusmahdollisuudet. On tärkeää antaa omaishoitajalle mahdollisuus puhua elämäntilanteestaan ja aroistakin asioista. (STM, Kuntainfo 12.2.2015.)

Olemassa olevien voimavarojen tunnistaminen ja tukeminen ovat tärkeitä joka toimintakyvyn alueen osalta. Vaikeissa tilanteissa pienetkin vinkit ratkaisun löytämiseksi tai positiivisen muutoksen mahdollisuudet antavat toivoa omaishoitajille. Tärkeää on myös ohjata omaisia havainnoimaan millaisia keinoja he ovat aiemmin käyttäneet tilanteen ratkaisemiseksi. (Eloniemi-Sulkava ym. 2007, 139.) Omaishoitajan elämäntilanteen kokonaisvaltainen huomiointi ja parhaan tuen sekä sopivien ratkaisujen löytäminen voivat edellyttää monialaista, moniammatillista osaamista. Terveystarkastuksen jatkotoimena voi olla tarpeellista järjestää yhteinen neuvonpito, johon osallistuvat omaishoitaja, terveydenhuollon edustaja sekä omaishoidon tuen ja tarpeen mukaisesti muiden sosiaalipalvelujen edustaja. (STM, Kuntainfo 12.2.2015.)

Terveydenhoitajan työssä keskeistä on vuorovaikutus asiakkaiden kanssa, asiakkaan yksilöllisten tarpeiden kokonaisvaltainen huomiointi, voimavarojen ja terveyttä tukevien tekijöiden tunnistaminen ja voimavarojen vahvistaminen (Pietilä ym. 2009, 6). Terveyden edistämistyö vaatii näyttöön perustuvaa osaamista sekä kykyä ja rohkeutta varhaiseen puuttumiseen. Terveydenhuollon henkilöstöllä on vastuu omasta am-

matillisesta kehittämisestään sekä työnsä kehittämistä ja laadusta. (Haarala ym. 2015, 15 – 16.)

Hyvinvointi- ja terveystarkastuksen tiedot kirjataan lain mukaisesti potilasasiakirjoihin. Tarkastuksessa esille tulleita tietoja voidaan luovuttaa muille viranomaisille omaishoitajan suostumuksella. Terveystarkastusten suunnittelua ja kehittämistä varten kerätään tietoa tarkastuksiin osallistuneiden omaishoitajien määrästä, suunnitelluista sosiaali- ja terveystarkastusten jatkotoimenpiteistä. Asiakaslähtöisen toiminnan kehittämiseksi kerätään omaishoitajilta palautetta hyvinvointi- ja terveystarkastuksista. (STM, Kuntainfo 12.2.2015.)

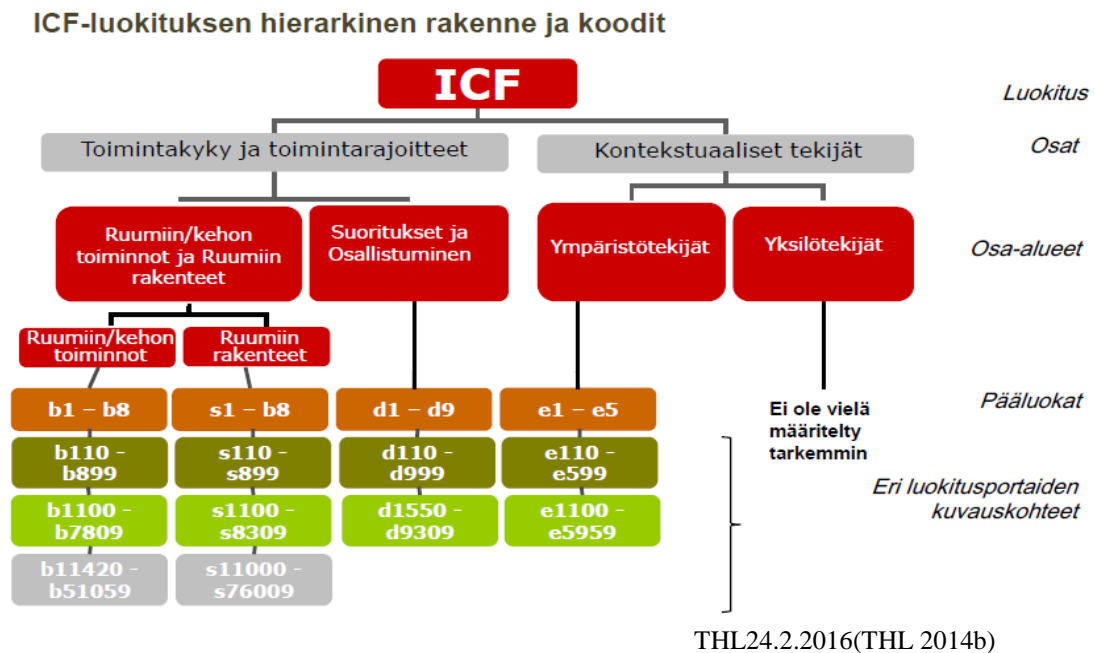
5.6 Omaishoitajan toimintakyvyn arviointi

ICF – luokitus toimintakyvyn arvioinnissa

Maailman terveysjärjestö (WHO) on luonut ICF-luokituksen (International Classification of Functioning, Disability and Health). Se tarjoaa perustan toiminnallisen terveydentilan ja terveyteen liittyvien toiminnallisten tilanteiden tutkimiselle ja ymmärtämiselle ja mahdollisuuden seurata siinä tapahtuvia muutoksia. Se sisältää yhtenäisen ja kansainvälisesti sovitun viitekehyksen kuvaamiseen. (ICF 2004, 8 – 17; Anttila ym. 2015, 4-10.) ICF-luokitus mahdollistaa toimintakyvyn kuvaamisen kokonaisvaltaisena ilmiönä, jonka avulla voidaan järjestää toimintakyvyn kuvaus hierarkkisesti määritettyihin pää- ja alaluokkiin. Se antaa näkemyksen ihmisen pärjäämisestä hänelle tärkeistä arjen toiminnoista siinä ympäristössä, jossa hän elää ja toimii sekä miten sairauden ja vamman vaikutukset näkyvät yksilön elämässä. (THL 2014b.)

ICF koodiston tarkenteiden (numerot) avulla ilmaistaan sijaintia (s), määrää tai luonnetta kehon rakenteissa (b), haitan suuruutta kehon toiminnoissa, suorituskyvyn ja -tason "määrää" suorituksissa ja osallistumisessa (d), tai edistävää tai rajoittavaa tekijää ympäristötekijöissä (e). Seuraavana on esitetty THL:n luoma kuvio ICF luokituksen rakenteesta. (THL 2014b.)

Kuvio 1. ICF-luokituksen hierarkkinen rakenne.



Toimintakyvyn mittaaminen

Terveyden- ja hyvinvointilaitos on kehittänyt kansallisen ICF luokituksen pohjautuvan mittaripankin, Toimia-tietokannan toimintakyvyn mittaamiseen ja arviointiin. Mittaripankista löytyy laaja-alaisesti toimintakyvyn mittareita tavoitteena parantaa toimintakyvyn arvioinnin ja mittaamisen yhdenmukaisuutta ja laatua. Toimintakykyä arvioidaan käyttämällä mittareita, keskustellen ja havainnoiden. (Pohjolainen ja Heimonen 2009, 20.) Tietokannasta löytyy suositukset käytettävistä arviointimenetelmistä henkilön toimintakyvyn ja hyvinvointia edistävien palveluiden tarpeen arvioimisen pohjaksi (STM, Kuntainfo 12.2.2015). Yhtenäinen toimintakyvyn arviointijärjestelmä on tärkeää niin yksilön, organisaation kuin yhteiskunnankin kannalta. Se mahdollistaa työajan järkevämmän käytön ja moniammatillisen yhteistyön onnistumisen yli organisaatorajojen, sekä asiakkaan hoitopolun sujuvuuden varmistamisen. Yhtenäisillä kriteereillä ja käytännöillä varmistetaan tasa-arvoisuus. Nämä mahdollistavat laadun seurannan ja vertailun, tuloksellisuuden. (Siljamäki ym. 2014, 24–27.)

Hyvinvoinninmittarit jaetaan objektiivisiksi ja subjektiivisiksi mittareiksi. Objektiivisiä mittareita ovat yleensä ammattilaisten käyttämät mittarit ja subjektiivisiä puolestaan asiakkaiden tai potilaiden itse arviointi kyselyt, eli oma kokemus. (Valkeinen

ym. 2014, 5, Rajjas 2008, 2.) Hyvän mittarin tulokset on helppo käsittää ja argumendoita ja vaikea manipuloida (Matikainen ym. 2004, 18–20, 376). Mittausmenetelmän tulee olla riittävän herkkä ja erittelykykyinen, koska mittarin tulee tunnistaa muutokset tai osoittaa tilanteen säilyminen ennallaan. On käytettävä keinoja, joilla saadaan mahdollisimman oikea ja toistettavissa oleva näkemys henkilön yksilöllisestä toimintakyvystä suhteessa hänen tavanomaiseen ympäristöönsä tai päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen. (Pohjolainen ja Heimonen 2009, 18–19.) Hyvä kliininen mittausmenetelmä on yksinkertainen ja ilman erityisvälineistöä toteutettavissa (Pohjola 2006, 29). Mittareiden sisältämät osiot antavat arvokasta tietoa asiakkaan tarpeista sekä arjen suoriutumisen asteesta. Raja-arvon ylittävä tulos edellyttää taustalla vaikuttavien sairauksien tai elämänolosuhteiden tunnistamista ja niihin puuttumista. Lopputulos arvioinnissa on yksilöllinen, yhteistyön summa. (toimia www-sivut 2016.)

Toimintakyvyn arviointi on hyvä aloittaa kartoittavilla kysymyksillä ja jos niiden avulla havaitaan toimintakyvyn heikentymistä, tulee tehdä sen osa-alueen tarkempi toimintakyvyn arviointi. Tarvittaessa henkilö tulee ohjata laajempaan palvelutarpeen selvitykseen ja siihen liittyvään monipuoliseen toimintakyvyn arviointiin. Vaikka mikään yksittäinen kysymys, havainto tai testi ei sellaisenaan ole riittävä tunnistamaan kaikkia toimintakyvyn heikkenemisen uhkia, yksinkertaiset kartoittavat kysymykset ja testit voivat ohjata hyvinvointia edistävää keskustelua oikeaan suuntaan. (Mäkelä ym. 2013, 2.)

Toimintakyvyn itsearviointi toimii keskustelun pohjana hyvinvointia edistävissä palveluissa. Asiakasta tuetaan, annetaan neuvoja ja ohjausta oman hyvinvointisuunnitelmansa laadinnassa. (Mäkelä ym. 2013, 5.) Toimintakyvyn arvioinnin tulee olla systemaattista ja selkeästi sovittu käytettävät arviointi menetelmät. Menetelmiin tulee olla tarvittava perehdytys, luotettavan arvioinnin tekemiseen ja mittareiden käyttämiseen tulee olla riittävä osaaminen. Kaikkien ammattihenkilöiden, jotka tekevät hyvinvointia edistävää neuvontaa tulee hallita vähintään asiakkaan toimintakyvyn kartoittava arviointi. Neuvontapalvelua tai kotikäyntejä toteuttavilla ammattilaisilla on oltava myös riittävästi työaika. Asiakkaan toimintakyvyn tason lisäksi on tarpeen saada tietoa henkilön aikaisemmasta toimintakyvystä, terveydentilasta tai terveystotumuksista, jos tällaista tietoa on tiedonsaantioikeuksien puitteissa saatavilla. Mikäli

henkilön toimintakyky on aiempaan verrattuna heikentynyt, tulee tilannetta selvittää tarkemmin ja ryhtyä tarvittaviin toimenpiteisiin ripeästi. (Mäkelä ym. 2013, 6.)

Toimintakykyä arvioitaessa on selvitettävä, miltä osin henkilö pystyy suoriutumaan tavanomaisista elämän toiminnoista asuin- ja toimintaympäristössään, ja missä asioissa hän tarvitsee tukea ja apua (toimia www-sivut 2016). Asuin- ja elinympäristön toimintakykyyn vaikuttavia tekijöitä ovat esim. asuin- ja elinympäristön viihtyisyys/tyytyväisyys ja sen muutosmahdollisuudet, turvallisuus, esteettömyys, sosiaalinen ympäristö, palveluympäristö ja teknologinen ympäristö. Hyvinvointia edistävän palvelun yhteydessä annettavat neuvot on sovittava mahdollisimman hyvin todelliseen elinympäristöön. (Mäkelä 2013, 10.)

Arvioinnissa on otettava huomioon henkilön fyysinen, kognitiivinen, psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky sekä hänen ympäristönsä esteettömyyteen, asumisensa turvallisuuteen ja lähipalvelujensa saatavuuteen liittyvät tekijät. Päivittäisten toimintojen toimintakykyä kuvataan henkilön kyvyllä selviytyä päivittäisistä askareistaan. Arjesta suoriutumisen perusarviointi edellyttää sekä välinetoiminnoista että perustoiminnoista suoriutumisen arviointia, jotta palvelutarpeen määrä ja luonne hahmotetaan. (toimia www-sivut 2016.) Erityisen tärkeää on tunnistaa toimintakyvyssä viime aikoina tapahtuneita muutoksia (Mäkelä ym. 2013, 7-8 ja Pohjolainen ja Heimonen 2009, 20). Kognitio arvioidaan arjen sujumiseen vaikuttavan kognition vajeen havaitsemiseksi ja mahdollisen vaikeusasteen kartoittamiseksi. Psyykkinen tilanne arvioidaan psyykkisten voimavarojen ja niihin vaikuttavien tekijöiden havaitsemiseksi. Sosiaalisen toimintakyvyn arviointiin sisällytetään ainakin henkilön ihmissuhteiden määrä ja luonne sekä hänen osallistumisensa yhteisön ja yhteiskunnan toimintoihin. (toimia www-sivut 2016.) Myös yksilölliset tekijät (ikä, terveydentila, sukupuoli, elintavat) ovat suhteessa toimintakykyyn, suoriutumiseen ja osallistumiseen. Tarkastelukulmana on usein toimintakyvyn ja ympäristön välinen suhde. (Pohjolainen ja Heimonen 2009, 21,23.) Palvelutarpeen arviointi johtaa toimenpiteisiin tai niistä pidättäytymiseen henkilön edun mukaisesti. Arviointi toistetaan määrävälein, tarvittaessa tai yhdessä sovitusti ja tuloksia hyödynnetään monipuolisesti ja laajasti myös palvelujen suunnitteluun. (toimia www-sivut 2016.) Yhdessä laaditun tukiohjelman etenemistä seurataan ja tilannetta arvioida prosessin edetessä uudelleen (Pohjolainen ja Heimonen 2009, 43–44, Juntunen & Salminen 2012, 5).

5.6.1 Fyysinen toimintakyky

Fyysinen toimintakyky on henkilön kyky suoriutua olennaisista fyysisistä toiminnoista omassa toimintaympäristössään. Se käsittää kyvyn suoriutua fyysisesti päivittäisistä perustoiminnoista, kuten syömisestä, juomisesta, nukkumisesta, pukeutumisesta, peseytymisestä, wc-käynneistä, siirtymisistä ja liikkumisesta, arjen askareiden hoitamisesta, kodin laitteiden käyttämisestä ja asioinnista kodin ulkopuolella, mielekkästä vapaa-ajanvietosta ja yhteydenpidosta sosiaaliseen verkostoon. (THL 2014 ja Sarvimäki ym.2010, 127–128.) Liikkumiskyky on keskeinen toimintakykyä ja tulevaa avun tarvetta kuvaava tekijä. Liikkumiskyvyn huonontuminen on usein ensimmäinen merkki toimintakyvyn heikkenemisestä ja ennustavat päivittäistoimien vaikeutumista, kaatumisia sekä laitoshoitoon joutumista. Aiemmat kaatumiset ennustavat uusia kaatumisia. (THL 2012, 13.)

Päivittäisistä toiminnoista selviytymisen mittaaminen

Fyysisen toimintakyvyn mittaamiseen on kehitetty lukuisia erilaisia mittareita. Tunnettuja ovat ns. ADL, IADL-mittarit, Barthelin- ja Katzin indeksi, joilla pyritään arvioimaan selviytymistä päivittäisistä toiminnoista. Suomessa päivittäistoimintojen mittaamiseen käytetään paljon myös FIM-, RAVA-, ja RAI-mittareita (Kelo ym. 2015, 28). ABC (Activity-specific Balance Confidence) -asteikolla selvitetään henkilön tuntemusta, miten varmasti hän uskoo pysyvänsä pystyssä suorittaessaan erilaisia askareita kotona, kodin lähiympäristössä ja muualla ulkona (THL 2012, 110).

Havainnointimenetelmissä katsotaan miten hyvin tutkittava selviytyy jostakin fyysisistä toimintakykyä vaativasta tehtävästä. Arviointi voi perustua tutkittavan havainnointiin tai häntä koskevien erilaisten asiakirjojen perusteella. Toimintakyvyn arvioinnissa ovat yleistyneet viime aikoina toimintatestit. Tunnettuja toimintatestejä ovat Guralnikin ym. (1994) kehittämä SPPB-testi, Riklin ja Jonesin (1999) Senior Fitness Test ja Suomessa Valtiokonttorin laatima Toimiva-testistö (Hamilas ym. 2000). Tähän ryhmään kuuluvat myös monet tasapainotestit (esim. Berg ym. 1992, Tinetti ym. 1988). Ne ovat edullisia ja helpommin toteutettavissa kuin laboratoriomittaukset. RAVA indeksi soveltuu toimintakyvyn mittaamiseen rajoitetusti (Pohjolainen ja Heimonen 2009, 51–52, Finne-Soveri ym. 2011, 15).

Fyysinen aktiivisuus onkin tärkeä ennaltaehkäisy- ja hoito menetelmä. Fyysisen aktiivisuuden ja liikuntaharrasteiden edulliset vaikutukset fyysiseen toimintakykyyn on osoitettu useissa tutkimuksissa (esim. LaCroix ym. 1993, Stuck ym. 1999, Schroll 2003, Sulander 2005). Positiivisia tuloksia on saatu esim. lihasvoiman ja kävelynopeuden osalta jopa yli 90-vuotiailla. Hyvä fyysinen suorituskyky vähentää toiminnan vajauksien syntyä ja elinajan odote on pidempi kuin fyysisesti inaktiivisilla (Heikkinen 2000, Pohjolainen ja Heimonen 2009, 24). Fyysistä toimintakykyä edistetään voima- ja tasapainoharjoittelulla sekä ohjaamalla lisäämään arkiliikuntaa ja muuttamaan ravitsemusta terveellisemmäksi (Forsström ym. 2011, 60–62). Lihasvoiman väheneminen vaikuttaa päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseen, kävelynopeuteen ja tasapainoon sekä sitä kautta kaatumistapaturmien lisääntymiseen (Pohjolainen ym. 2012, 249).

Liikkumiskyvyn, tasapainon ja kaatumisalttiuden arviointi

Helposti toteutettava TUG-testissä (Timed Up-and-Go) havaitut vaikeudet kertovat suurentuneesta alttiudesta kaatua. Testi kuvaa kuitenkin vain liikkumiskyvyn osuutta kaatumisalttiuteen ja niille, joilla TUG testituloksen perusteella havaitaan lisääntynyt alttius kaatumisille, tulee tehdä laaja kaatumisvaaran arviointi. Kaatumisille altistavan liikkumiskyvyn heikkenemisen arviointiin soveltuu lyhyt fyysisen suorituskyvyn testi SPPB (4 metrin kävely, tasapaino ja tuolilta nousu). Heikko tulos SPPB-testistä ennustaa liikkumiskyvyn heikkenemistä tulevaisuudessa. (toimia www-sivut 2016, THL 2012, 108, Mäkelä ym. 2013, 7–8.) Mittareista SPPB, Timed ”Up & Go” – testi sekä Tuolilta nousutesti, 5 tai 10 kertaa on toimija kannassa todettu soveltuvan erittäin hyvin toimintakyvyn arviointiin iäkkään väestön hyvinvointia edistävien palveluiden yhteydessä. Alaraajojen suorituskyky määrittää iäkkään toiminta- ja liikkumiskykyä. Testi auttaa tunnistamaan ne iäkkäät, joilla on kaatumisvaaraa lisäävä liikkumisvaikeus tai heikentynyt tasapaino. (toimia www-sivut 2016.)

Liikkumiskyvyn kokonaisvaltaiseen arvioon kuuluu henkilön oma arvio. Liikkumiskyvyn ja kaatumisalttiuden selvittäminen kannattaa aloittaa kysymällä ”Oletteko kaatunut viimeisen 12 kuukauden aikana? ja ”Pelkäätekö kaatuvanne?” tai ”Oletteko vähentäneet liikkumista kaatumispelon vuoksi?” Kaatumisesta tulee kysyä joka käynnillä. Iäkäs ei välttämättä muista tai halua oma-aloitteisesti kertoa kaatumisesta. (THL 2012, 17.) Mikäli on pelkoa kaatumisesta, tehdään tarkempi kaatumisvaaran

arviointi. Iäkkäälle, joka on kaatunut ja esimerkiksi kertoo kaatumispelosta tai tasapainovaikeuksista, on suositeltavaa tehdä ”lyhyt kaatumisvaaran arviointi”, FROP-Com, tai FRAT (THL 2012, 17). Liikkumisen ongelmien ilmaantumista voidaan kartoittaa haastattelemalla kunnan heikentymisen kokemuksista ja sitä kautta mahdollisesti vähentyneestä liikkumisesta (THL 2012, 13).

Kodin ja ympäristön vaaratekijät kartoitetaan aina kaatumisvaaran arvioinnissa. Kodin ja asumisen turvallisuuden kartoituksessa selvitetään aikaisemmat kaatumiset. Mitkä ulkoiset vaaratekijät vaikuttivat kaatumistapahtumaan? Selvitetään iäkkään oma arvio tekijöistä, jotka vaikeuttavat selviytymistä päivittäisissä toimissa ja ympäristössä liikkumista. Apuvälineen tarpeen arviointi ja tarvittavien apuvälineiden hankkiminen ovat tärkeä osa kaatumisten ehkäisyä. (THL 2012, 50, 57.) Iäkkään itsensä tai omaisen käyttöön soveltuva asuinympäristön turvallisuuden tarkistuslista on verkkopalvelussa www.tapaturmat.fi ja kotitapaturmakampanjan verkkosivustolla www.kotitapaturma.fi.

Erityisesti tulee kiinnittää huomiota riskipotilaisiin. Riskitekijöitä ovat korkea ikä, perimä, aiempi murtuma tai luuston huono kunto, huono ravitsemus, heikentynyt liikuntakyky ja lihasheikkous, tupakointi, runsas alkoholinkäyttö, D-vitamiinin puute, puutteelliset liikkumisen apuvälineet, alhainen painoindeksi, halvaus, Parkinsonin tauti, heikko näkökyky, muistisairaus, lääkkeiden käyttö sekä nivelreuma. (Pajala 2012, 35–40, Käypä hoitosuositus, lonkkamurtumat 2011.)

Aistitoimintojen arviointi

Ikääntyessä näöntarkkuus, kontrastien erottelukyky ja syvyysnäkö heikkenevät. Nämä muutokset vaikeuttavat tasapainon hallintaa, liikkumista ja ympäristön havaitsemista ja siksi lisäävät myös iäkkään alttiutta kaatumisille. Iäkkään henkilön silmissä voi tapahtua muutoksia nopeasti. Siksi silmien ja silmälasien tarkastus tulee tehdä vähintään kerran vuodessa. (THL 2012, 92–93.)

Kuulon ja kaatumisten suoraa yhteyttä ei ole osoitettu, mutta yhteys heikon kuulon ja toiminta- ja tasapainokyvyn välillä on ilmeistä ja iäkkään kuuleminen tarkistetaan aina kaatumisvaaran kartoituksessa. Suomalaistutkimuksessa havaittiin, että iäkkäillä, joilla oli heikentynyt kuulo sekä näkö, oli neljä kertaa suurempi kaatumisalttius kuin iäkkäillä, joilla on hyvä kuulo ja näkö. Iäkkäillä, joilla heikon kuulon ja näön

lisäksi oli huono tasapaino, kaatumisvaara oli lähes 30 kertaa suurempi kuin henkilöillä, joilla näitä ongelmia ei ollut. Huonokuuloisuutta myös peitellään usein. Siksi aina ei riitä, että iäkkäältä kysytään, onko hänellä vaikeuksia kuulemisessa, vaan tarvitaan audiometrasta tutkimusta. (THL 2012, 94.)

Iän myötä tapahtuvien muutosten huomioiminen ja mahdollisten sairauksien vaikutukset fyysiseen toimintakykyyn

Iän myötä elimistössä tapahtuvien muutosten, muun muassa neste- ja rasvapitoisuuden määrä vähenee ja sen seurauksena lääkkeiden vaikutukset ja niiden haitat voimistuvat. Iäkkäiden monilääkitykseen liittyy usein myös huono ravitsemustila, heikentynyt toimintakyky ja muistiongelmia. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus (FIMEA) ylläpitää ammattilaisten käyttöön suunnattua iäkkäiden lääkeyksikön tietokantaa (www.fimea.fi/laaketieto). Siihen on koottu tietoa lääkeaineiden soveltuvuudesta iäkkäille sekä niiden tyypillisiä haitta- ja yhteisvaikutuksia yli 75-vuotiailla (THL 2012, 35).

Merkittävimmät toimintakykyyn haitallisesti vaikuttavat lääkkeet ovat verenpainetta alentavat sydänlääkkeet, psykoosilääkkeet, masennuslääkkeet, nesteenpoistolääkkeet, unilääkkeet, rauhoittavat lääkkeet, vanhemmat allergialääkkeet, hormonivalmisteet. Bentsodiatsepiinilääkitystä käyttävillä yli 65-vuotiailla lonkkamurtumavaara on noin 30 prosenttia suurempi verrattuna muihin iäkkäisiin. Iäkkään lääkitys tulee tarkistaa vuosittain ja aina kokonaisuudessaan, kun terveydentila muuttuu, hänelle aiotaan aloittaa uusi lääkitys tai henkilö on kaatunut. Kun lääkehoitoa suunnitellaan ja tarkistetaan, kiinnitetään erityistä huomiota lääkeaineisiin ja sellaisiin lääkkeiden sivu- tai haittavaikutuksiin, jotka voivat muuttaa kognitiota, vireystilaa ja liikkumis- tai toimintakykyä. On tärkeää ennakoida monien lääkkeiden mahdolliset haitalliset yhteisvaikutukset. Tarpeettomien tai päällekkäisten lääkkeiden saneeraus, sopivien annosten määritys ja lääkehoidon säännöllinen seuranta on tärkeä osa iäkkäiden laadukasta hoitoa ja keskeinen kaatumisten ehkäisyn toimenpide. (THL 2012, 37.)

Virtsankarkailu on merkittävä toimintakyvyn haitta. Anamneesin apuvälineinä käytetään oireiden pisteytys- ja haitta-astelomakkeita. Painonhallinta, lantionpohjan lihaskunnan ylläpito, tupakoinnin lopettaminen, ummetuksen hoito ja erityisesti 65 vuotta täyttäneillä fyysinen aktiivisuus ehkäisevät virtsankarkailua. Lantionpohjan ohjattu

lihasharjoittelu on vaikuttava hoito kaikissa virtsankarkailun muodoissa. Ponnistus- ja sekamuotoista virtsankarkailua voidaan hoitaa myös leikkauksilla. (KÄYPÄ Hoitosuositus, Virtsankarkailu (naiset) 2011.)

Ikääntyneiden seksuaalisuus tulee huomioida terveydenhuollossa. Se tulee ottaa puheeksi yhtä luonnollisena osana kuin mikä tahansa muu terveydenosa-alue. Ikääntynyt itse päättää keskustellaanko aiheesta vai ei ja millä tasolla. Elimistön fyysiset muutokset aiheuttavat usein kysymyksiä seksuaalisuudessa, samoin sairauksien ja lääkkeiden tuomat muutokset. Keskustelun voi avata kysymällä miten asiakas itse kokee seksuaalisuutensa ja onko hän tyytyväinen seksielämäänsä, kuinka teillä sujuu kumppaninne kanssa, oletko huomannut että ikä, lääkkeet, perussairaudet olisivat vaikuttaneet seksuaalisuuteen. (Kelo ym. 2015, 69.)

5.6.2 Psykkinen toimintakyky

Psyykkisen toimintakyvyn käsite on laaja, sille ei ole olemassa yleistä yhtenäistä määritelmää. Psykkisen toimintakyvyn keskeiset osa-alueet ovat tiedolliset ja älylliset toiminnot (muisti, havaitseminen, ajattelu, oppiminen) ja siihen liittyvän tiedon käsittelyssä tarvittavien toiminnot (tavoitteet, tarpeet, arvostukset, odotukset, asenteet, normit). (Pohjolainen ja Heimonen 2009, 56.) Kyse on suurelta osalta, ihmisen voimavaroista, joiden avulla hän kykenee selviytymään arjen haasteista ja kriisitilanteista. Psykkinen toimintakyky liittyy elämänhallintaan, mielenterveyteen ja psykkinen hyvinvointiin ja käsittää tuntemiseen ja ajatteluun liittyviä toimintoja. Näitä ovat kykyä vastaanottaa ja käsitellä tietoa, kykyä tuntea, kokea ja muodostaa käsityksiä omasta itsestä ja ympäröivästä maailmasta, suunnitella elämäänsä ja tehdä sitä koskevia päätöksiä. Psykkiseen toimintakykyyn kuuluvat myös persoonallisuus ja selviytyminen sosiaalisen ympäristön haasteista. Psykkisesti toimintakykyinen ihminen tuntee voivansa hyvin, arvostaa itseään ja luottaa kykyynsä selviytyä arjessa, pystyy harkittuihin päätöksiin ja suhtautuu realistisen, mutta luottavaisesti tulevaisuuteen ja ympäröivään maailmaan. Hän kykenee laatimaan elämälleen suunnitelmia, tekemään tietoisia ja vastuullisia ratkaisuja ja valintoja elämässään. (Kelo ym. 2015, 28–29.)

Psyykkisen toimintakyvyn mittarit

Psyykkisen toimintakyvyn mittarit ovat yleisesti itsearviointiin perustuvia kyselylomakemittareita. Mitattavia asioita voivat olla emotionaalinen toimintakyky; psyykinen kuormittuneisuus General Health Questionnaire (GHQ – GHQ12), masennus Beckin masennuskysely (BDI), ahdistusoireet (mm. Spielberg Anxiety Inventory; STAI), CES-D (The Central for epidemiologic Studies Depression Scale).

Masennusta kartoittaviksi kysymyksiksi soveltuvat kysymykset (Kaksi kysymystä masennuksesta): 1. Oletteko viimeisen kuukauden aikana usein ollut huolissasi tuntemastasi alakulosta, masentuneisuudesta tai toivottomuudesta? 2. Oletteko viimeisen kuukauden aikana ollut usein huolissasi kokemastasi mielenkiinnon puutteesta tai haluttomuudesta? (Pajala 2012, 101.) Vaihtoehtoisesti voidaan myös käyttää kuuden kysymyksen kysymyspatteristoa. 1. Oletteko tyytyväinen elämäänne? 2. Tunnetteko itsenne tarpeelliseksi? 3. Onko teillä elämänhalua? 4. Onko teillä tulevaisuuden suunnitelmia? 5. Kärsittekö yksinäisyydestä? ja 6. Oletteko masentunut? (Eloniemi-Sulkava ym. 2007, 218.)

Toimivia psyykkisen toimintakyvyn mittareita ovat mm. GDS-depressioasteikko, WHOQOL-BREF- mittari, sosiaalisen ulottuvuuden (WHO sosiaalinen) ja ympäristöulottuvuuden (WHO ympäristö), Zaritin – mittari sekä psyykkisen hyvinvoinnin mittari kuudella kysymyksellä (Pitkälä ym. 2001,2004,2005b). Psyykkistä toimintakykyä voidaan mitata myös elämänlaatu 15D mittarilla ja omaishoitajien (Blesa 2000) ajankäytönmittari (Eloniemi-Sulkava ym. 2007, 156–158, Finne-Soveri ym. 2011, 15).

Mielialan arviointiin iäkkäillä käytetään maailmalla laajasti myöhäisiän masennusseulaa Geriatric Depression Scale (GDS) testiä (THL 2012, 101, Finne-Soveri ym. 2011, 15). Se on erityisesti ikääntyneiden masennusoireiden tunnistamiseen kehitetty 15 tai 30 kysymystä sisältävä testipatteristo. Mittarin on todettu olevan muihin verraten ikääntyneen helpompi täyttää. Testi sopii myös ikäihmisen rutiininomaiseen terveystarkastukseen. Seulalla voidaan kartoittaa antaako mittari viitettä lisätutkimuksen ja mahdollisen hoidon tarpeeseen. Mittaria voidaan toistaa, ja tämän perusteella saada viitteitä mahdollisen depression kehityksestä ja hoidon riittävydestä. Palvelun

tarvetta voidaan arvioida suuntaa antavasti. (Eloniemi-Sulkava ym. 2007, 216, toimia.fi 24.2.2016.)

Elämänlaatua mittaavat mittarit

Terveysteen liittyvä elämänlaatua mittaava geneerinen mittari 15D on yleinen 15 ulotteinen mittari. Mittarissa pohditaan 15 eri elämänlaatuun vaikuttavaa ulottuvuutta (liikuntakyky, näkö, kuulo, hengitys, nukkuminen, syöminen, puhuminen, eritystoiminta, tavanomaiset toiminnot, henkinen toiminta, vaivat ja oireet, masentuneisuus, ahdistuneisuus, energisyys sekä sukupuolielämä). Mittari osoittaa johdonmukaisesti elämänlaatuun liittyvän heikkenemisen väestön ikääntyessä.

WHOQOL-BREF ja WHOQOL-100 mittareilla elämänlaatua arvioidaan ulottuvuuksilla fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja ympäristö asteikoilla. Mittarin luotettavuus ja validius on tunnustettu 23 maassa tehdyssä laajassa väestötutkimuksessa. Mittarin käyttö on tarkkaan säädeltyä ja luvanvaraista. (Eloniemi-Sulkava ym. 2007, 217.)

Omaishoitajien ajankäytön mittari kysyy vaatiiko hoidettava puoliso jatkuvaa valvontaa ja mikäli ei, kuinka pitkäksi aikaa voi jättää puolison yksin? Vastaja arvioi, kauanko hän käyttää aikaa puolisonsa avustamiseen kymmenessä päivittäisessä toiminnossa (peseytyminen, pukeutuminen, syöminen, lääkkeenanto, kodinhoitotyöt, wc-toiminnoissa avustaminen, taloudelliset ja juridiset asiat, kuljetus kodin ulkopuolella sekä muissa toiminnoissa)? Mittaria ei ole validoitu, mutta sitä on käytetty eri tutkimuksissa ja on todettu yhteneväksi muiden ajankäytön mittareiden kanssa. (Eloniemi-Sulkava ym. 2007, 218.)

Yksilön ja hänen elin- ja toimintaympäristönsä välinen vuorovaikutussuhde on psyykkisen toimintakyvyn kannalta tärkeä. Psyykkistä toimintakykyä voidaan parhaiten arvioida tuntemalla yksilön elämän olennaisimmat puitteet, asuin- ja elinympäristö sekä virallinen ja epävirallinen sosiaalinen verkosto, jotka voivat tukea päivittäisen elämän asettamista haasteista ja vaatimuksista selviämiseen. (Kelo ym. 2015, 28–29.)

Luottamuksen, turvallisen ja tasavertaisen tunteen rakentuminen on informaation saannin ja haastattelun onnistumisen edellytys. Haastattelijan rooli on keskeinen on-

nistumiseen vaikuttava tekijä. Haastattelijan on osoitettava aitoa kiinnostusta. Haastatteluissa pyritään keskittymään niihin tekijöihin, jotka omaishoitaja kokee itselleen tärkeiksi, kartoitetaan häntä motivoivia asioita, niitä vahvistetaan ja edistetään tavoitteiden toteutumista mahdollisuuksien mukaan ympäristötekijät huomioiden. (Pohjolainen ja Heimonen 2009, 60–62.)

Omaishoitajan kuormittumisen mittaaminen

COPE-indeksin avulla iäkästä omaista hoitavan henkilön tuen tarvetta ja kuormitusta voidaan arvioida. Mittari soveltuu muillekin omaishoitajaryhmille. (STM, Kuntainfo 12.2.2015, Juntunen & Salminen 2012, 5, 10.) COPE-indeksi soveltuu kliiniseen käyttöön eikä vaadi erityiskoulutusta. Menetelmään liittyvään ohjeistukseen tulee kuitenkin perehtyä huolella. (Juntunen & Salminen 2012, 13.) Täydennykseksi on hyvä kysyä avustavan läheisen taustatietoja, joiden kautta käyvät ilmi omaisen hoitoon liittyvät olosuhteet (Juntunen & Salminen 2011, 11).

Koskimäen tutkimuksessa (2013) testattiin COPE indeksin toimivuutta omaishoidon parissa työskentelevien ammattilaisten ja omaishoitajien yhteistyövälineeksi. Tutkimuksen mukaan sen avulla voidaan selvittää helposti omaishoitajien jaksamista ja tuen tarvetta. Se auttaa työntekijää ohjaamaan omaishoitajan oikeanlaisen avun piiriin. Tämänkaltaisen arvioinnin avulla omaishoitajien kuormittumista voidaan helpottaa ja vähentää sekä miettiä tarvittaessa vaihtoehtoja omaishoidolle. (Koskimäki 2013, 2.) Samaan tulokseen päätyi Jönssonin ym. tutkimus vuonna 2011.

Omaishoitotilanteita arvioivat mittarit selvittävät omaishoitotilanteen vaativuutta ja sitovuutta sekä tuen tarvetta. Arvioinnilla määritellään omaishoitajan tai omaishoitoperheen tarvitsemat palvelut sekä omaishoitotilanteentaso. (Omaishoitajat ja Läheiset Liitto ry 2012.) Mittaria valittaessa on luotettavuuden lisäksi otettava huomioon, mitä ulottuvuuksia mittari arvioi ja mihin tarpeeseen sitä käytetään (Whalen ja Buchholz 2010, Juntunen & Salminen 2011, 7).

COPE-indeksiä suositellaan ammattilaisten käyttävän kahdella eri tavalla: keskustelun tukena ja arvioinnin välineenä. Keskustelemalla sosiaali- ja terveysalan ammattilainen ja omaishoitaja käyvät vuoropuhelua omaishoitotilanteesta ja omaishoitajan sekä hoidettavan tarpeista. Arvioinnin välineenä COPE vastaukset antavat selvityk-

sen siitä, miten omaishoitaja itse kokee tilanteensa ja millä osa-alueilla hänellä on tuen tarvetta. COPE-lomake ja käyttöohje ovat saatavissa ja vapaasti tulostettavissa internetistä (www.kela.fi/tutkimus > Julkaisuhaku).

Zarit Burden Interview on omaishoitajan kuormittuneisuutta mittaava mittari (Zarit ym. 1980, modifioitu 1983). Omaishoitajat arvioivat kuinka hoidettavan ongelmat vaikuttavat hänen elämäänsä, ja kuinka usein. Mittarista on kehitetty seulontaan tarkoitettu 12 kysymyksen versio (Eloniemi-Sulkava ym. 2007, 216). ZBI:stä on useampi versio. Arvioijan on tiedettävä, mitä osa-alueita kuormittumisesta halutaan arvioida ja mikä versio vastaa tarpeeseen.

Omaishoitajan psyykkistä kuormitusta voidaan mitata kaksitoistakohtaisella General Health Questionnaire -kysymyslomakkeella (GHQ12), jossa kysytään keskittymiskyvystä, valvomisesta, rasittuneisuudesta ja itseluottamuksesta. GHQ12-kysymyssarjan tuloksiksi voi saada 0-12 pistettä ja kuormituksen osoittajana pidetään neljää tai sitä ylittävää pistemäärää, jota on useissa tutkimuksissa pidetty sopivana rajana kuormituksen osoittamisessa (Leinonen ym. 2002, Eronen 2010, 29.)

5.6.3 Kognitiivinen toimintakyky

Kognitiiviset toimintakyvyn osa-alueet on jaettu ICF-luokituksella osa-alueisiin, ”erityiset mielentoiminnot”, tarkkaavaisuustoimintoihin, muistitoimintoihin, psykomotorisiin toimintoihin, tunne-elämän toimintoihin, havaintotoimintoihin, ajattelu-toimintoihin, korkeatasoisiin kognitiivisiin toimintoihin, kieleen liittyviin mielentoimintoihin, laskemistoimintoihin, monimutkaisten liikkeiden yhteensovittamistoimintoihin, itsen ja ajan kokemistoimintoihin, muihin määriteltyihin ja määrittelemättömiin erityisiin mielentoimintoihin, sekä muihin määriteltyihin ja määrittelemättömiin mielentoimintoihin. (Mäkelä ym. 2013, 8.) Psykkisen toimintakyvyn mittarien ICF luokitukset kattavat ruumiin/kehon toiminnot (b) pääluokasta mielentoiminnot. Suoritukset ja osallistuminen (d) pääluokista psyykkisen toimintakyvyn mittarit käsittävät pääluokat oppiminen ja tiedon soveltaminen, kommunikointi, liikkuminen, itsestä huolehtiminen ja vaateet, kotielämä, henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet, keskeiset elämänalueet, yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä. Ympäristö-

tekijät (e) pääluokat käsittelevät tuotteet ja teknologia sekä tuki ja keskinäiset suhteet alueita. (toimia www-sivut 2016.)

Kognitiivisen toimintakyvyn arviointia tulee tehdä järjestelmällisesti. Huoli kognitiivisen toimintakyvyn heikkenemisestä tai ”sairauden tunnottomuus” kognitiivisen toimintakyvyn heiketessä tulee ottaa vakavana uhkana toimintakyvylle. Tutkimuksissa hyväksi havaittuja kartoitettavia kysymyksiä ovat oma tai läheisen huolestuneisuus asiakkaan huonosta muistista, lukemisen ja laskemisen vaikeudet, saako sanottua puhuen tai kirjoittaen haluamansa sanoma, uusien asioiden oppiminen, koettu epävarmuus kodin ulkopuolella liikkeessa ja onko tästä syystä jättänyt aiempia toimintoja pois. Huolen herätessä tulee tehdä tarkempi arvio, esimerkiksi MMSE-mittarilla (Mini-Mental State Examination) joka soveltuu seulaksi tai laajemmin CERAD-tehtäväsarjalla (Consortium to Establish a Registry for Alzheimer’s Disease). (Mäkelä ym. 2013, 8–9.) MMSE:n avulla saadaan pätevää tietoa etenevissä muistisairauksissa tapahtuvasta kognitiivisen tason laskun etenemisestä (Mäkelä ym. 2013, 8–9, Finne-Soveri ym. 2011, 15).

Kognitiivisen toimintakyvyn vaaratekijöitä ovat valtimotautien yleiset vaaratekijät, kuten kohonnut verenpaine, dyslipidemia, sokeriaineenvaihdunnan häiriöt, tupakointi, ylipaino ja vähäinen fyysinen aktiivisuus. Havaittuihin vaaratekijöihin pitää puuttua ajoissa elintapamuutoksien ja tarvittaessa lääkehoidolla. Terveellisten elintapojen noudattamisen ja aivojen terveydestä huolehtimisen läpi elämän voidaan ajatella olevan myös parasta muistisairauksien ja dementian ehkäisyä. Kohonneen verenpaineen lääkehoidosta on hyötyä myös kognitiivisen toimintakyvyn kannalta pääosin iäkkäillä tehtyjen tutkimusten pohjalta arvioituna. (KÄYPÄ Hoitosuositus, Muistisairaudet, 2010.)

5.6.4 Sosiaalinen toimintakyky

Sosiaalinen toimintakyky muodostuu yksilön sosiaalisista taidoista, temperamentista, motiiveista, tavoitteista, arvostuksista ja sosiaalisen verkoston, ympäristön, yhteisön ja yhteiskunnan välisestä vuorovaikutuksesta, aina niiden tarjoamien mahdollisuuksien ja rajoitteiden puitteissa. Toimintakyky ilmenee toimijuutena mm. vuorovaiku-

tuksessa sosiaalisessa verkostossa, rooleista suoriutumisena, sosiaalisena aktiivisuutena ja osallistumisena sekä yhteisyyden ja osallisuuden kokemuksina.

Usein omaishoitaja on kiinni hoidettavassa eikä ehdi hoitaa riittävästi ihmissuhteitaan ja ystäväverkosto pienenee. Ikääntyneen omaishoitajan ystäväverkosto kapenee entisestään ikätovereiden kuoltua, jolloin omaishoitaja on vaarassa jäädä yksin raskaassa työssään. Yksi tärkeä voimanlähde on järjestöjen tarjoama vertaistuki. Terveyttä ja hyvinvointia edistävissä palveluissa on henkilöstön tiedettävä alueella tarjottavista palveluista ja harrastemahdollisuuksista, mm. ystäväpalvelusta. Jos kartoitavassa keskustelussa esiintyy huoli, asiakas voidaan ohjata sosiaalityöntekijän luo palvelutarpeen arviointiin. (Mäkelä ym. 2013, 9–10.)

Sosiaalisen toimintakyvyn mittaaminen

Sosiaalisen toimintakyvyn mittareita on hyvin vähän. Ainoa palvelutarpeen arviointiin suoraan soveltuva mittari väestötasolla on koetun yksinäisyyden haastattelu/kyselylomake. Sekä objektiivisia että subjektiivisia arvioita tarvitaan. Objektiivista mittareista erityisesti ystävien ja apua antavien henkilöiden määrä ja tapaamistiheys, ovat tärkeitä hyvinvoinnin kannalta. Lisäksi tulee arvioida vuorovaikutussuhteiden laatua. Onko läheisiä, joiden kanssa voi keskustella luottamuksellisesti myös ongelmista tms. Saako tukiverkostoista apua tarvitessa. Yksinäisyyden kokemus, turvattomuuden kokemus, ryhmään kuulumiset, harrastukset yms. kertovat sosiaalisesta toimintakyvystä. (toimia www-sivut 2016.)

Työvälineitä yksinäisyyden tunnistamiseen ovat UCLA- yksinäisyysasteikko, joka arvioi subjektiivista kokemusta sosiaalisesta eristäytyneisyydestä sekä Social Provision Scale (SPS). Mittari kuvaa monipuolisesti subjektiivista arviota olemassa olevista sosiaalisista suhteista ja sitä, miten ne vastaavat omiin odotuksiin ja tarpeisiin. (Kelo ym. 2015, 116.) Asiakasta tyydyttävän yhteydenpito toisten ihmisten kanssa on havaittu merkittäväksi tekijäksi psyykkisen hyvinvoinnin ja pitkäikäisyydenkin kannalta. Yhteys toisiin on suojaava tekijä ja on erityisen tärkeää mielen voimavarojen ja niiden säilymisen kannalta. (Heikkinen 2013, 386–396.)

5.6.5 Elintavat ja ympäristötekijät osana toimintakykyä

Toimintakyvyn lisäksi hyvinvointiin vaikuttavat monipuolinen ravinto ja riittävä nesteiden saanti, turvallinen lääkitys, hyvä suun terveys, uni, harrastukset sekä henkilön taloudellinen turvallisuus, jotka auttavat hyvinvoinnin ylläpitämisessä ja tärkeä osa kaatumisten ehkäisyä. (Mäkelä ym. 2013, 6.) Riittävää ravinnon ja ravintoaineiden saantia voivat heikentää sairaudet, jotka aiheuttavat ruokahaluttomuutta tai pu-remis- ja nielemisvaikeuksia. Suun tai hampaiston ongelmat voivat tehdä syömisen hankalaksi. Masennus ja huono liikkumiskyky voivat johtaa tilanteeseen, jossa iäkäs ei kykene tai ei jaksakaan käydä kaupassa ja laittaa ruokaa. Yksipuolinen tai puutteellinen ravitsemus on yhteydessä sairauksien puhkeamiseen ja niiden ennusteisiin. Heikko ravitsemustila heikentää immuunipuolustuskykyä, altistaen infektioille ja hidastaa sairauksista toipumista. Iän mukana fyysinen aktiivisuus usein vähenee, jolloin energian tarve laskee. Kuitenkaan proteiinien, vitamiinien ja kivennäisaineiden tarve ei pienene. Pienemmästä määrästä ravintoa on usein saatava sama määrä ravintoaineita. Siksi ruoan laatuun on kiinnitettävä erityistä huomiota.

Alipaino BMI <18 ja huomattava ylipaino BMI >30 ovat yhteydessä terveyshaittoihin. Lievä ylipainoisuus (BMI 26–29) on tutkimusten mukaan iäkkään ihmisen terveyden- ja toimintakyvyn kannalta suostuisin tilanne. (Pohjolainen ym. 2012, 235–249.) Vuonna 2010 julkaistuissa ikääntyneiden ravitsemussuosituksissa korostetaan ravitsemuksellisten tarpeiden huomioon ottamista ikääntymisen eri vaiheissa (Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010). Ravitsemustilan voi arvioida Mini Nutritional Assessment eli MNA®- mittarilla, joka on luotettava ja helppokäyttöinen. Iäkkäiden kaatumisten ehkäisyn kannalta tärkeimmät ravitsemukseen liittyvät asiat ovat riittävä energian, proteiinien ja nesteiden saanti sekä ympärivuotinen D-vitamiinin nauttiminen. (THL 2012, 40–41.) Osteoporoosin ehkäisyn ja hoidon kulmakivet ovat riittävä kalsiumin (1 000 mg/vrk) ja D-vitamiinin saanti (800 IU (20 µg) / vrk), säännöllinen liikunta ja tupakoinnin välttäminen (Käypä hoitosuositus, lonkkamurtumat 2011).

Säännöllinen punnitus ja painon seuranta on helpoin tapa havaita virheravitsemus ajoissa. Painon nopeaan putoamiseen ilman erityistä syytä tulee puuttua heti. Iäkkään virheravitsemuksen tunnistamiseksi ja sen syntymisen ehkäisemiseksi huomioitavia asioita ovat kehon painoindeksi on/putoaa alle 23 kg/m², tahaton laihtuminen/nopea

painon aleneminen (yli 3 kg/3 kk), syö erittäin vähän tai hänellä on huono ruokahalu, pystyy syömään pelkästään soseutettua tai nestemäistä ravintoa, on toistuvia infektiota ja toipuminen akuuteista sairauksista on hidasta. (Ravitsemussuositus ikääntyneille 2010.)

Säännöllisellä liikunnalla on terveyttä edistävä vaikutus (WHO 2006). Fyysisesti aktiivisilla on huomattavasti alhaisempi kuolleisuus- ja sairastavuusriski kuin vähän liikkuvilla (WHO 2006, Hame ja Chida 2008, Pohjolainen ja Heimonen 2009, 41). Liikunnan ja lihaskunnan ylläpitäminen on tärkeä toimintakyvyn vajeita ja kotitapaturmia ehkäisevänä tekijä. Se edistää itsenäistä selviytymistä ja kotona asumisen mahdollisuutta mahdollisimman pitkään. Toimintakyvyn ylläpitäminen tai kohentuminen edellyttää säännöllistä liikuntaa, mutta jo vähäisellä liikunnalla voi olla positiivisia vaikutuksia elämänlaatuun. Ryhmäliikuntaan sisältyy myös sosiaalinen kontakti joka tukee ylläpitämään sosiaalista toimintakykyä. (Pohjolainen ja Heimonen 2009, 43.)

Elintapamuutoksilla on hyvin korkeassa iässäkin vaikutusta terveyteen ja toimintakykyyn (Koskinen ym. 2012, 69). Sydän- ja verisuonitautikuolleisuuden pienenemiseen vaikuttavat tupakoinnin ja epäterveellisten ruokatottumusten väheneminen, näin ollen iäkkäässäkin väestössä elintapoja kohentamalla voidaan vähentää toimintakykyä heikentävien sairauksien riskiä (Blomgren ym. 2011). Yhteys tupakoinnin ja toimintakyvyn välillä on kiistaton. Tupakoivien toimintakyky on huonompi kuin tupakoimattomien (Stuck ym. 1999, Arday ym. 2003, Sulander 2005). Tupakointi lisää terveydenhoitomenoja. Tupakoinnilla on selvä yhteys mm. sydän- ja verisuonitauteihin sekä syöpäsairauksiin. Nikotiiniriippuvuutta voidaan mitata Fagerströmin testillä. (Pohjolainen ja Heimonen 2009, 39.)

Alkoholia käyttävien ikääntyneiden määrä on lisääntynyt parin viimeisen vuosikymmenen ajan. Alkoholia viimeisen vuoden aikana käyttäneiden naisten määrä on lähes kaksinkertaistunut tuona aikana. (Pohjolainen ja Heimonen 2009, 39.) Alkoholi ja alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutukset muodostavat myös oman riskinsä toimintakyvyille. Alkoholin riskikäyttö seulotaan useimmiten Audit 10 mittarilla. Ikääntyneillä riskikäytön raja-arvona pidetään neljää, kun se työikäisillä on 8. Yli 65-vuotiaille on oma alkoholi- ja voimavaramittari se on kehitetty työvälineeksi iäkkäi-

den alkoholinkäytön puheeksiottoon, arviointiin, neuvontaan ja palveluohjaukseen. (THL 2012, 114.) Terveelliset elintavat ovat keskeisiä tekijöitä itsenäisen selviytymisen ja laadukkaan elämän ylläpitämisessä. Elintapojen tulisikin olla keskeisessä osassa ikääntyneisiin kohdistuvien tukiohjelmien suunnittelussa. (Sulander 2009, 2291–2297, Pohjolainen ja Heimonen 2009, 38.)

6 TOIMINTATUTKIMUS

6.1 Toimintatutkimus kehittämismenetelmänä

Toimintatutkimus on ryhmien ja yksilöiden systemaattista tutkimusta toimenpiteistä, joilla muutetaan ja kehitetään kohteena olevaa käytäntöä sekä keinoja tavoitteeseen pääsemiseksi. Tavoite on kehittää uusia taitoja, uusia lähestymistapoja johonkin tiettyyn asiaan sekä ratkaista käytäntöihin liittyvät ongelmat. Se soveltuu tilanteisiin, jossa toiminnan avulla pyritään muuttamaan jotakin ja samanaikaisesti lisäämään sekä ymmärrystä että tietoa muutosta kohtaan. (Virtuaali ammattikorkeakoulun www-sivut 2016, Kananen 2014, 9, Metsämuuronen 2009, 234.) Toimintatutkimus on todellisessa maailmassa tehtävää pienimuotoista interventiota ja sen vaikutusten lähempää tutkimista (Metsämuuronen 2009, 234).

Toimintatutkimus on sekoitus tutkimusmenetelmiä. Tutkija kuuluu toimintatutkimuksessa sen organisaatioon, ei ulkopuolelle. Tutkimusprosessi on tyypillisesti syklistä etenevä, ajallisesti rajattu ja perustuu uusien toimintatapojen suunnitteluun, kokeiluun ja arviointiin. Toimintatutkimus voi koostua miten monesta syklisestä tahansa, tavallisesti 5-6 syklistä ja jokaiseen kierrokseen kuuluu useita lisäkierroksia tai sivukierroksia sen mukaan, millaisia lisä- tai tukitoimintoja prosessiin liittyy. (Heikkinen 2006, 16–17, 19, Metsämuuronen 2006, 64, 102–103.)

Tutkimusprosessissa valitaan päämäärät tavoitteet ja ongelmat yhdessä tutkijoiden, systeemissä toimivien henkilöiden ja asiakkaiden kanssa. Tämän jälkeen tehdään katsaus kirjallisuuteen tai muuhun lähdemateriaaliin, jotta nähdään, onko aiemmin kohdattu saman tyyppisiä ongelmia tai saavutettu kuvattua kaltaisia tavoitteita. Tut-

kimusasetelmat, prosessit, arviointi ja mittausmenetelmät määritellään. Samalla kun hankitaan tietoa, ohjataan käytäntöä muuntelemalla jotakin tiettyä, tutkimusprosessin osana olevaa toimintoa. Tutkimusaineistoa voidaan kerätä kyselyllä, haastattelulla tai vaikkapa havainnoimalla. Tämän jälkeen arvioidaan askelia, muotoillaan ja tarkennetaan päämääriä, tehdään käytännön kokeiluja, arvioidaan näitä. Tutkimusprosessissa vuorottelevat suunnittelu, toiminta, havainnointi ja toiminnan arviointi/reflektointi. (Virtuaali ammattikorkeakoulun www-sivut 2016, Kananen 2014, 14, 27–28.)

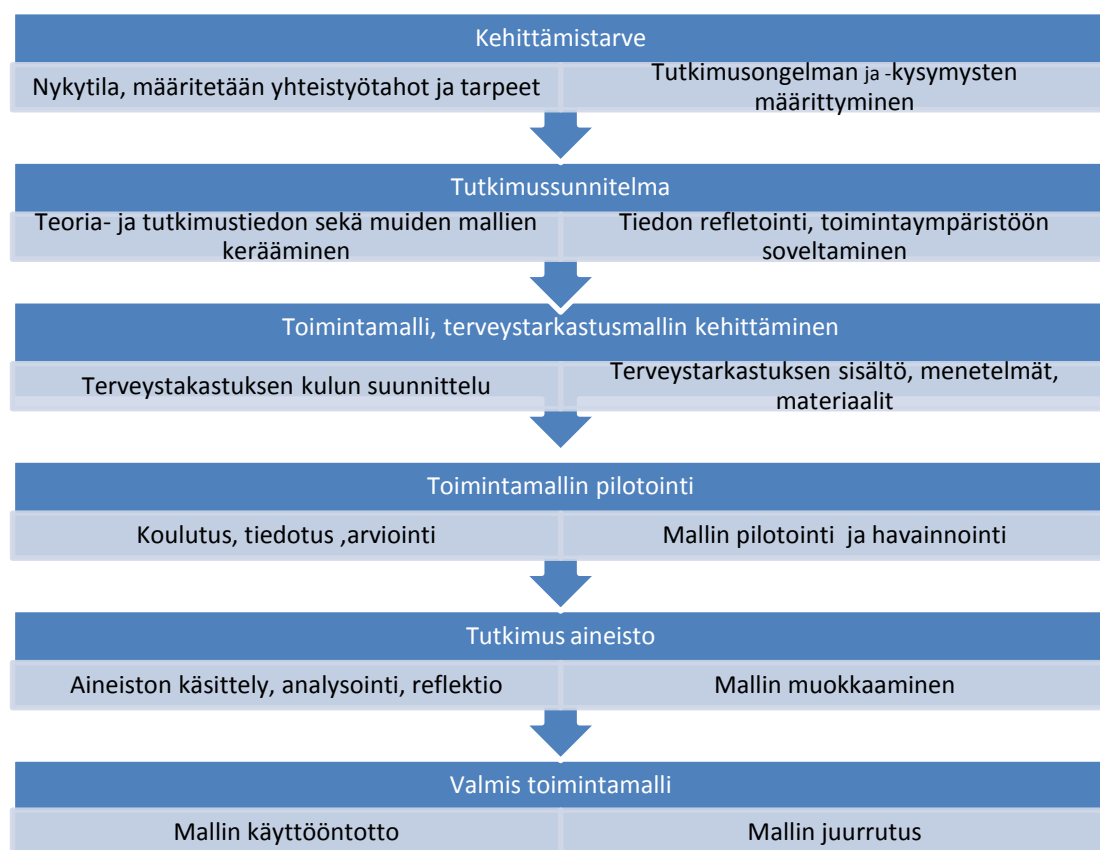
Toimintatutkimus ei pyri yleistettävyyteen, vaan tavoitteena on muuttaa toimintaa parempaan suuntaan, luoda kohderyhmälle soveltuva terveystarkastusmalli. Tutkimus hyödyntää aiempaa teoria ja tutkimustietoa sekä muiden kuntien terveystarkastusmalleja ja näitä sovelletaan toimintaympäristöön sopivaksi, testataan ja muokataan reflektoinnin myötä. Tämän opinnäytetyön osalta taas muut voivat hyödyntää tietoa ja soveltaa sitä omaan toimintaympäristöönsä sopivaksi. Malli soveltuu ainoastaan tähän ikäryhmään. Esimerkiksi nuorilla omaishoitajilla tarvitaan omat soveltuvat mittaristonsa sekä painotuksensa.

Toimintatutkimus on tilanteeseen sidottua, yleensä yhteistyötä vaativaa, osallistuvaa ja itseään tarkkailevaa (Metsämuuronen 2009, 234). Tässä toimintatutkimuksessa tutkijan ja asianomaisten välinen vuorovaikutus liittyy etupäässä tutkimuksen tekniseen toteutukseen. Vuorovaikutuksen alkaessa tutkijalla on jo tiedossa ongelma ja siihen liittyvä ratkaisu, joka useimmiten tähtää toiminnan edelleen kehittämiseen. (Jantunen, S., Naaranoja, M., Piippo, J., Mäkelä, T., Valtanen, E., Sankelo 2014, 5.) Toimintatutkimus etenee, suunnittelun, toiminnan, reflektoinnin kehänä. Reflektoinnilla tarkoitetaan sitä, että otetaan kantaa, pohditaan ja tutkitaan käytännössä erilaisien vaiheiden onnistumista ja tavoitteiden sekä mielikuvien toteutumista. Reflektoinnissa tuodaan esille erilaiset mielipiteet sekä väitteiden ja tietojen perustelut ryhmän kriittisesti tarkasteltaviksi. Se on myös arviointiprosessi, jossa pohditaan toiminnan merkitystä ja arvioidaan tuloksia. Se antaa myös mahdollisuuden oppia ja kehittää näkemystään eteenpäin. Arviointivaihe toimii samalla seuraavan askeleen suunnittelun pohjana. (Virtuaali ammattikorkeakoulun www-sivut 2016.) Osallistujat ovat vastuullisia toiminnassaan niin itselleen kuin muille osallistujille (Metsämuuronen 2009, 235). Toimintatutkimusta on kritisoitu siitä, että teoria jää usein tutkijoiden huoleksi ja sovellus toimijoiden huoleksi (Metsämuuronen 2009, 237). Tätä pyritään

välttämään koko toimintatutkimuksen ajan yhteydenpidolla sekä teorian tiedon välittäminen koulutuksen avulla.

Kehittämistehtävä ikääntyvien omaishoitajien terveystarkastusmalli Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymään toteutetaan kvalitatiivisena toimintatutkimuksena. Kvalitatiivinen toimintatutkimus vastaa kysymyksiin, mitä ja miten. Toimintatutkimuksen myötä kysymyksiin etsitään vastaukset. (Kananen 2014, 32) Se ei pyri yleistämään vaan kehittämään toimintaympäristöön soveltuvan uuden, tutkituun tietoon ja hyvään kokemukseen perustuvaa mallin. Toimintatutkimuksen eteneminen on kuvattu Taulukossa kolme (Taulukko 3).

Taulukko 3. Toimintatutkimuksen eteneminen.



Ensimmäisessä syklissä määritettiin kehittämistarve. Omaishoitajille ei ollut kohdennettua terveystarkastusmallia, joka olisi fokusoinut omaishoitajan terveystarpeisiin ja

jaksamisen tukemiseen. Näille oli selkeä tarve niin omaishoitajajärjestöjen, kuntien kuin Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymän näkökulmastakin. Kirjallisuuskatsauksen avulla selvitettiin nykytilaa, omaishoitajan terveysuhkia ja omaishoitajan terveyden ja hyvinvointiin sekä tukemiseen liittyvän valtakunnallisia tavoitteita, suosituksia ja toimintamalleja terveystarkastuksen toteuttamiseen. Lakimuutosten ja kehittämishankkeiden avulla pyritään parantamaan omaishoitajien tukemista, palvelujen saatavuutta ja yhtenäistämistä. Kunnille on annettu tehtäväksi kehittää näitä palveluita. Kuntien kanssa käytiin keskustelua kehittämistarpeen ja tutkimuskysymysten määrittelyssä. Kirjallisuuskatsaus ja muiden kuntien toimintatapojen vertailu (benchmarking) ikääntyvien (+65-v) ja omaishoitajien terveystarkastuksien totuttamiseksi muodosti toisen syklin. Kolmannessa syklissä suunniteltiin terveystarkastuksen sisältö, mittaristo ja kutsukirjeet, lomakkeet ym. ohjeet. Neljännessä syklissä pilotoitiin terveystarkastusmalli aikuisneuvoloiden terveydenhoitajien toimesta omaishoitajille. Pilottiin osallistuvalla omaishoitajaryhmälle toteutettiin asiakaskysely kokemuksesta, mielipiteistä ja kehittämisehdotuksista sisältöjen ja mallinnuksen suhteen. Tämä oli tutkimuksen viides sykli. Kuudes sykli oli valmistaa lopullinen malli ikääntyvien omaishoitajien terveystarkastuksesta ja laatia juurruttamissuunnitelma käytäntöön.

Toimintatutkimus valittiin koska haluttiin kehittää tutkittuun tietoon, hyviin koettuihin käytäntöihin pohjautuva toimiva terveystarkastusmalli. Omaishoitajien terveysuhista on paljon tietoa ja toisaalta taas toimintakelpoisia mittareita näiden terveysuhkien löytämiseksi on runsaasti, nämä tiedot piti vain yhdistää ja muovata toimivaksi kokonaisuudeksi. Toimintatutkimuksen avulla pyrittiin löytämään, testaamaan, edelleen kehittämään toimiva terveystarkastusmalli yli 65 vuotiaille omaishoitajille. Opinnäytetyössä tutkija, terveystarkastuksia toteuttavat terveydenhoitajat ja terveystarkastuksiin osallistuneet omaishoitajat ovat arvioineet terveystarkastusten tuoman kokemusten perusteella terveystarkastusmallia. Opinnäytetyössä korostui dialogisuus, joka ilmeni tutkijan ja osallistujien avoimella keskustelulla, jokaisen asiantuntijuuden arvostamisena antamalla tilaa näkemyksille ja auttamalla tulkintojen tekemisessä, kun niillä oli ymmärryksen varmistamisen ja jatkokeskustelun kannalta merkitystä. Toimintatutkimuksessa tavoitteena oli saada vastaukset tutkimuskysymyksiin. Tavoitteena oli myös innostaa tutkimuksessa mukana olevaa henkilöstöä sekä omais-

hoitajia kehittämään toimivaa terveyttä ja hyvinvointia tukevaa terveystarkastusmalleja omaishoitajille.

6.2 Toimintatutkimuksen aineistot ja aineistojen keruu

Aineiston keruuta tapahtui koko tutkimusprosessin ajan, jokaisessa vaiheessa. Opinäytetyön aineistot koostuvat tutkimuksista, kirjallisuudesta, kyselystä, benchmarking dokumenteista ja haastatteluista. Tutkimuslupa haettiin Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymän johtoryhmältä, johon kuuluvat muun muassa kuntayhtymä johtaja, johtava hoitaja ja johtavaylilääkäri. Lisäksi lupa pyydettiin myös Satakunnan ammattikorkeakoululta. Tutkimuslupaa ei erikseen tarvinnut pyytää eettiseltä toimikunnalta tai asiakkaalta itseltään, koska aineistossa ei käsitellä mitään potilastietoja. Tutkimusprosessin osallistuminen oli täysin vapaaehtoista. Aineistoa kerättiin asiakkailta kvalitatiivisella menetelmällä, palautelomakkeella, jossa oli sekä avoimia että suljettuja kysymyksiä. Terveystarkastajien palaute kerättiin laadullisena ryhmähaastatteluna. Aineisto analysoitiin teemoittamalla aihepiireittäin ja koodaamalla. Aineiston triangulaatiolla haettiin aiheesta laajaa ymmärrystä ja luotettavuuden lisääntymistä. Arviointia ja analysointia tehtiin tutkimuksen edetessä, kvalitatiivinen aineisto käytiin läpi koodaamalla ja Excel-taulukoinnilla. Terveystarkastajien ryhmähaastattelu käsiteltiin teemoittamalla. Terveystarkastajien ryhmähaastattelussa käytiin läpi myös asiakaspalautteet, ja näiden perusteella suunniteltiin tarkastuksen käytännön kulku jatkossa. Tulokset käytiin läpi myös kuntien ja kuntayhtymän edustajien kanssa.

6.3 Toimintatutkijana

Toimintatutkimus vaatii tutkijalta enemmän tietoa ja perehtyneisyyttä itse ilmiöön, sillä tavoitteena on muutos ja sen kokeilu ja läpivieminen (Kananen 2014, 28). Tutkijan tehtävänä on välittää tietoa saaduista tuloksista projektin jäsenille, jäsentää työskentelyä, esiin tulevia uusia ajatuksia ja ongelmanratkaisumalleja. Näin vältetään toimimasta pelkän arkitiedon varassa. Tutkijan rooli on verrattavissa konsultin rooliin: hän auttaa "toimijoita" tiedostamaan ja ratkaisemaan kehittämisen kohteen ongelmia ja selviytymään ratkaisemattomien ongelmien parissa. Tutkijan rooli on kak-

sinainen. Yhtäältä hän tutkii, toisaalta käyttää saamiaan tietoja suoraan hankkeen hyväksi. (Virtuaali ammattikorkeakoulun www-sivut 2016.) Tavoitteena on, että tutkija huomioi kaikkien mukana olevien käsitykset, jolloin tutkimuksen raportti kuvaa kaikkien osallistujien yhteistä näkemystä toiminnan kehittämisestä (Heikkinen 2007, 205). Toimintatutkimuksen vetäjän tulee hallita tutkimuksellisten seikkojen lisäksi ryhmäkäyttäytyminen (Kananen 2014, 67).

Tässä toimintatutkimuksessa tutkija on osa neuvolan henkilöstöä. Tutkija toimii neuvolatyön esimiehenä sekä terveyden edistämisen yhdyshenkilönä. Yhteistyö kentät ja kumppanit ovat tutut ja toiminta luonteva osa perustyönkuvaa. Tämä helpottaa myös juurruttamissuunnitelman laadinnassa ja toiminnan jatkuvuudessa. Sosiaaliset taidot ovat toimintatutkimuksessa avainasemassa. Mukaan pääsy vaatii yhteisön suostumuksen ja hyväksynnän. Ryhmän vetäjän tulee huolehtia, että ryhmän jäsenet ovat enemmän äänessä kuin tutkija. Tutkija on luotettava kuuntelija ja kannustaja. Ideoiden ja asioiden tulee kummuta asianosaisilta tutkimuskentältä ja tutkijan on hyväksyttävä myös eriävät mielipiteet. (Kananen 2014, 68.) Vaikka tutkijalla on perehtyneisyyttä aiheeseen, tulee välttää sokaistumista uudelle. Työympäristöä ja toimintaa tulee tutkia avoimin silmin. Positiivinen mahdollisuus toimintatutkimuksessa on toimijoiden asiantuntijuus, toimintamallin testaus tutussa ympäristössä on helpompaa. Toinen positiivinen toimintatutkimuksen tuoma asia on verkostoituminen kuntayhtymän eri toimijoiden, kuin omaishoidon muiden toimijoiden kanssa. Aktiivista vuoropuhelua, arviointia ja reflektointia toteutettiin läpi koko tutkimuksen.

Tutkijan on hallittava toimintatutkimuksen prosessi ja sen vaiheet sekä ryhmäkäyttäytyminen. Tarvitaan kykyä kuunnella, ihmisen johtamisen taitoja ja yhteistyötaitoja. Ryhmä ihmisiä ei vielä ole toimiva ilman ryhmäytymistä. (Kananen 2014, 68–70.) Toimintatutkimukselle on ominaista tutkijan ja osallistujien dialogisuus. Dialogisuus tarkoittaa rakentavaa keskustelua, joka synnyttää ymmärrystä. Siinä korostuu läsnä oleminen, avoimuus ja arvostava kuuntelu. Ihmisen osallistuessa asiaan tai toimintaan näkökulma on erilainen kuin asiaa tai toimintaa tarkasteltaessa ulkopuolelta. Tutkijalle on ominaista asettua asioiden, tilanteiden ja ihmisten väliin niihin samaisesti. Tällöin tutkijan ja tutkittavan maailma muotoutuu yhteisestä toiminnasta ja sen merkityksestä. Tutkijan ja tutkittavan vuorovaikutusta ei voi etukäteen suunnitella.

la vaan lopputulos on avoin ja ennalta arvaamaton. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 78–79, Törrönen 2005, 33; Okkonen 2004, 37–38.)

Tässä tutkimuksessa on etuna, että ryhmän jäsenet tuntevat toisensa entuudestaan ja avoimeen keskusteluun on näin totuttu. Omaishoidon koordinaattorit ja sosiaalihuolto on sen sijaan vieraampi yhteistoimintaympäristö aikuisneuvolatyötä tekevillä. Tämän mallin myötä yhteistyön odotetaan lisääntyvän ja vahvistuvan.

Tutkijan on kyettävä osoittamaan tutkimuksen luotettavuus, uskottavuus ja sen siirrettävyys (Kananen 2014, 68). Tässä tutkimuksessa sitä pyrittiin lisäämään aineiston triangulaatiolla. Triangulaation avulla on mahdollista lisätä tutkimuksen luotettavuutta. Triangulaatio on erilaisten menetelmien, tutkijoiden, tietolähteiden tai teorioiden yhdistämistä, jolla voidaan arvioida tutkimuksen luotettavuutta. Kyse on moninäkökulmaisuudesta, yhdistetään useita menetelmiä ja lähestymistapoja. Tutkijoiden käyttämät eri tutkimusmenetelmät tai näkökulmat voivat saada aikaan sen, että samankaltaisesti voi olla voimassa samaa ilmiötä koskevia keskenään ristiriitaisia tutkimustuloksia. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 141–142.) Tutkimuksen luotettavuutta on pyritty kuvaamaan mahdollisimman tarkkaan eri vaiheet ja perusteet. Haut ja niiden tulokset on kirjattu tarkasti (LIITE 2) ja niiden keskeinen sisältö (LIITE 1). Tutkimussyklit pyritään avaamaan mahdollisimman tarkasti.

Tulee myös huomioida, että eri tiedonkeruu menetelmät voivat tuoda eri tuloksen laadullisessa triangulaatiossa. Tutkimuksen siirrettävyys, eli yleistettävyys muissa tapauksissa ja yhteyksissä voi erota. Siirrettävyyttä voidaan parantaa dokumentoinnilla hyvin lähtötilanne ja kaikki vaiheet sekä tehdyt oletukset. (Kananen 2014, 138.) Tutkija omat mielipiteet pyritään pitämään poissa ja osoittamaan mistä aineiston tulokset ovat nousseet. Haastetta voi tuoda tässä tutkimuksessa tiedon keruun osalta se, että tutkija on työyhteisön lähiesimies. Tällöin työntekijän voi olla hankalampi antaa kriittistä palautetta. Tämä pyritään huomioimaan luomalla mahdollisimman neutraali ilmapiiri ja antaa mahdollisuus kysyä, kyseenalaistaa tai kommentoida mallia kaikissa tutkimuksen vaiheissa. Kananen (2014) mukaan tutkimusraportin pitää pystyä osoittamaan aukottomasti, miten tulkinta on tehty ja miten se aineistosta nousee (Kananen 2014, 136–137).

7 TOIMINTATUTKIMUKSEN TOTEUTUS

7.1 Ensimmäinen sykli, katsaus kirjallisuuteen

Toimintatutkimuksen ensimmäinen sykli sisälsi tiedonhaun kirjallisuuskatsauksen sekä erillisen manuaalisen haun avulla. Kirjallisuus katsauksen avulla saatiin tietoa omaishoitajien nykytilanteesta, terveystarpeista, toimintakyvyn mittaamisesta ja sen osa-alueista sekä omaishoitajan hyvinvointia tukevista asioista. Erilaisista hankkeista ja projekteista ikääntyvien ja omaishoitajien terveyden ja hyvinvoinnin tutkimisesta ja tukemisesta löytyi runsaasti tietoa. Hakua on kuvattu kappaleessa 3. Tarkka haun kuvaus ja tulokset löytyvät liitteestä 2 (LIITE 2).

Omaishoitajan keskeisimmiksi terveyttä ja hyvinvointia uhkaaviksi tekijöiksi tutkimuksissa nousi uupuminen, kuormittuminen ja masentuneisuus. Omaishoitajilla on lisäksi ergonomiaa, ympäristöön liittyviä terveystarpeita ja tarve tietoon tukea niin oman kuin omaisen terveyttä. Terveystarkastuksissa voidaan osaltaan parantaa tilannetta, varhaisella puuttumisella, ennakoinnilla, palvelutarpeen arvioinnin yhdessä omaishoitajan kanssa varmistaa oikeiden ja riittävien tukipalveluiden saaminen. Toimintakyvyn ja terveyden tukemisen keskeiset osa-alueet ovat fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja kognitiivinen toimintakyky sekä ympäristötekijät ja elintavat. ICF koodiluokituksella on pyritty varmistamaan oikeiden mittareiden valinta sekä toimintakyvyn yhteinen ”kieli” eri toimijoiden kesken. Terveystarkastuksen pääpaino on omaishoitajan jaksamisen tukemisessa ja palvelutarpeen arvioinnissa ja moniammatillisen, saumattoman yhteistyöverkoston järjestämässä palvelujen saatavuuden parantamiseksi. Opinnäytetyön tavoitteisiin kartoittaa omaishoitajien merkittävimmät terveysuhat sekä niiden tunnistamisen mittarit, omaishoidon nykytila (kirjallisuuskatsaus) saatiin laajasti tuloksia. Liitteessä yksi (LIITE 1) on kuvattu tutkimuksen keskeisimmät tiedot. Toiseen tavoitteeseen vertailla teoriaa ja muiden malleja vastaavan terveystarkastuksen toteutukseen löytyi myös runsaasti tietoa. Lisäksi omaishoitajien terveystarkastuksia jo toteuttavat terveydenhoitajat antoivat toiminnastaan ystävällisesti tietoa. Vertailua on avattu tarkemmin seuraavan syklin kohdalla. Lisäksi liitteessä kolme (LIITE 3) on taulukoimalla kuvattu eri malleja verrattuna teoretietoon. Näiden tietojen perusteella päästiin päätavoitteeseen, suunnitella, laatia ja mallintaa omaishoitajien terveystarkastuksen sisältö sekä lomakkeet ja muu materiaali.

7.2 Toinen sykli, muiden kuntien toimintamallien vertailu keskenään sekä kirjallisuuteen ja aiempiin tutkimuksiin verraten

Toisessa syklissä tutkittiin eri kuntien/kuntayhtymien tapoja järjestää omaishoitajien terveystarkastuksia. Ikääntyvien terveystarkastuksista oli tehty useampia kehittämistyönä ja näistä saatiin tietoa kirjallisuuskatsauksen yhteydessä. Hakupalvelu Googlen avulla hakeuduttiin eri kuntien sivuille ja selvitettiin omaishoitajille terveystarkastuksia totuttavia kuntia/kuntayhtymiä. Muutamaan omaishoitajan terveystarkastuksia toteuttavaan terveydenhoitajaan oltiin yhteydessä, käytännön kokemusten sekä täsmentävien kysymyksien esittämiseksi. Lisäksi oltiin yhteydessä kunnan omaishoidosta vastaaviin koordinaattoreihin/avopalvelu/perusturvajohtajiin. Kannustavan palautteen ja toiveiden kuuleminen kutsumistavoista helpotti siirtymistä kolmanteen sykliin.

7.2.1 Terveystarkastusten totuttaminen ikääntyville ja omaishoitajille muissa kunnissa tai kuntayhtymissä

Eksote

Eksoten alueella yli 65-vuotiaille sopimusomaishoitajille tehdään hyvinvointikartoitus. Omaishoitajien kaikki palvelut tarjotaan ”yhden katon alta” eli omaishoidon palveluohjaaja ja terveystarkastuksen toteuttaja on sama henkilö. Muut terveystarkastuksiin osaltaan osallistuvat hoitajat pitävät palveluohjaajiin aktiivisesti yhteyttä. Näin ollen tietosuojakysymyksiä ei Eksotessa tämän osalta ole tarvinnut pohtia. Omaishoitajille lähetetään kutsu terveystarkastukseen ja mukaan liitetään COPE indeksi. Asiakkaalle soitetaan puhelimitse kirjeen mentyä ja sovitaan tarkastusajankohdasta. Tarkastukset on toteutettu vastaanottokäynteinä, jotta omaishoitaja voi vapaasti puhua mieltään painavista asioista ilman, että hoidettava on kuulemassa. Tarvittaessa tarjotaan hoidettavalle hoitoa tarkastuksen ajaksi. Hyvinvointikartoituksessa omaishoitajaa haastatellaan strukturoidun lomakkeen avulla, lomake kattaa kaikkia toimintakyvyn osa-alueita sekä ympäristö ja elintapoja koskevaa kartoitusta. Kaikille tehdään SPPB-testi, verenpaine, paino, pulssi ja pituus mitataan. Tarvittaessa tehdään MNA, GDS, AUDIT, Kellotesti, ohjataan laboratoriotutkimuksille sekä tarvittaessa rokotukset tehostetaan. Tarkastusten pääpaino on henkisen jaksamisen tukemisessa mutta läpi käydään myös terveydentilaa, ravitsemusta ja liikuntaa. Kartoituksesta saadaan

tietoa laajasti omaishoitajan terveydentilasta ja tuen tarpeesta. Tutkimuksessa käytetään useissa aikaisemmissa tutkimuksissa luotettavaksi todettuja mittareita. Hyvinvointikartoituksista saadaan tietoa omaishoitajien terveydentilasta ja terveysriskeistä, terve ja hyvinvointinen omaishoitaja jaksaa hoitotyössä. Heitä ohjataan terveysasioissa, lääkityksessä ja tarvittaessa ohjata hoitoon. Omaishoitajaa voidaan ohjata myös toimintakykyä ylläpitävään harrastustoimintaan. Yhteistyö omaishoitajien kanssa lisääntyy. Omaishoitajien terveystarkastukseen varataan aikaa noin kaksi tuntia. Omaishoitajat pyritään kutsumaan tarkastuksiin kahden vuoden välein. (Innokylä 2016. Omaishoitajien hyvinvointitarkastukset Eksotessa; Karvonen Marita 8.4.2016.)

Keminmaa

Keminmaan malli käsittää haastattelulomakkeen omaishoitajien terveystarkastukseen. Lomakkeella kartoitetaan henkilötiedot, ikä ja sukulaisuussuhde hoidettavaan, omaishoitajuuden alkamisen ajankohta, asumismuoto, arkielämän sujuminen ja omaiselle hoitamiseen liittyviä ongelmia. Lisäksi kartoitetaan tukipalvelut ja sen riittävyys ja tarpeet, tarvitaanko ergonomiaan tai apuvälineisiin liittyvää tukea. Taloudellinen tuen riittävyyttä selvitetään. Selvitys tehdään päivittäisistä toiminnoista, ja jaksamisesta omaishoitajan näkökulmasta. Lähisuvun sairaudet (valtimotaudit), omat sairaudet, aiemmat terveystarkastukset ja toimintakyvyn kartoitukset selvitetään samoin oma kokemus terveydentilasta ja mahdolliset vaivat. Kartoitukseen kuuluu oma kokemus kotiympäristön turvallisuudesta oman ja hoidettavan kannalta. Selvitetään miten omaishoitoon kuuluvat vapaat ovat toteutuneet ja millaisia asioita tekee sinä aikana, kun on mahdollisuus viettää ns. omaa aikaa. Millä tavalla huolehtii itsestään ja onko riittävää tukiverkostoa. Tulevaisuuden odotuksia ja parisuhteeseen, seksuaalisuuteen tai läheisyyteen liittyvistä asioista keskustellaan. Terveystotumukset; ruokailu, päihteiden käyttö ja tupakointi, liikkuminen, unenlaatu ja riittävyys käydään läpi keskustellen. Käytettävät mittaukset ovat: paino, pituus, BMI, vyötärön ympäryys, verenpaine, lipidit, verensokeri, hemoglobiini, osteoporoosiriskipisteet (MOI), T2D-riskipisteet, masennus-seula MMSE, rokotukset.

Kalliolan malli

Kalliolan Senioripalvelusäätiön/ Kuntokeidas Sandelsin toteuttama omaishoitohankkeen päätavoitteena oli kartoittaa iäkkäiden omaishoitoperheiden tarpeita kotikäynnillä, tukea toimintakykyä, kotona selviytymistä, terveyttä ja kokonaisvaltaista

hyvinvointia ohjauksella (Hiekkanen ym. 2013, 3). Projektissa arvioitiin kokonaistilanne, omaishoitoperheen tarpeet, omaishoitajan toimintakyvyn arviointi, kodin työskentely-ympäristö ja turvallisuus sekä hoidettavan tilaan. Menetelminä arvioinnissa käytettiin voimavarakyselyä, jossa kartoitettiin ympäristö-, sosiokulttuuriset, kollektiiviset ja psyykkis-henkiset voimavarat. Fyysistä suorituskykyä mitattiin SPPB testistöllä sekä puristusvoimaa puristusvoima mittarilla. Elämänlaatua mitattiin WHOQOL-BREF mittaristolla. Aistitoimintoja näkövammaisten keskusliiton näönseulontalomakkeella ja kuuloa kuuloliiton seulontalomakkeella. Ympäristöä arvioitiin KTL-arviointilomakkeilla. Tutkimukseen osallistu 19 eläkeiän ohittanutta omaishoitajaa. Toimintamalli ja mittarit todettiin toimiviksi omaishoitajan toimintakyvyn ja kuormittumisen mittaamisessa. (Hiekkanen ym. 2013, 8-10.)

Kehusmaan malli

Kehusmaan (2014) tutkimuksessa käytettiin itsenäisen toimintakyvyn mittaamiseen perustoiminnoissa FIM-toimintakykymittaria. FIM mittaa 18:aa päivittäistä motorista ja kognitiivista perustoimintoa. Perustoimintojen lisäksi kartoitettiin päivittäisten asioiden hoitamiseen eli välinetoimintoihin (IADL) liittyvää toimintakykyä. Psykkistä toimintakykyä mitattiin myöhäisiän depressioseulalla (GDS-15). Kognitiivista toimintakykyä mitattiin Mini Mental State -asteikolla (MMSE). Terveysteen liittyvän elämänlaadun arvioimiseen käytettiin Suomessa kehitettyä HRQoL 15D -elämänlaatumittaria (Sintonen 2009). Mittarit todettiin toimiviksi ikääntyneen toimintakyvyn mittareiksi. (Kehusmaa, S. 2014, 52–53).

Eloniemi-Sulkavan ym. malli

Eloniemi-Sulkava ym. (2007) toteuttivat tutkimuksen dementoitunutta omaistaan hoitaville omaishoitajalla. Tarkoituksena oli tutkia intervention vaikutuksia ja kehittää toimintamalli joka mahdollistaa dementoituneiden puolisojen kotona asuminen ja tukea puolisojen psyykkistä hyvinvointia ja elämänlaatua. Interventiolla kartoitettiin tausta- ja elämäntiedot, ilmaistut tuentarpeet, voimavarat ja vahvuudet, kuntoutustarve, sosiaalinen verkosto, käytössä olevat palvelut, hoitavat tahot, apuvälineet, sairaudet ja fyysiset vaivat, lääkitys, elämänlaatu, kuormittuneisuuden kokemus, fyysinen toimintakyky, mieliala, psyykinen hyvinvointi, käytösoireiden aiheuttama stressi ja hoidettavan aiheuttama huolenpito. Lisäksi kartoitettiin tiedot nukkumisesta, näöstä ja kuulosta, liikkumisesta ja ulkoilusta, harrastukset: toiveet osal-

listumisesta ja mahdollisuudet. Nämä mittarit todettiin toimiviksi interventioiksi dementoitunutta hoitaville puolisolille (Eloniemi-Sulkava ym. 2007, 123).

Rauman malli

KASTE - hankkeessa Toimintakykyisenä ikääntyminen – vanhuspalveluiden palvelurakenteen ja toimintamallin kehittäminen Länsi-Suomessa 2010 – 2012 osallistui Rauman kaupunki. Osana hanketta kehitettiin toimintakyvyn arviointimalli omaishoitajan terveystarkastuksiin. Terveystarkastukset on pyritty suuntaamaan ensisijaisesti niille omaishoitajille, jotka ovat jo pitkään hoitaneet läheistään. Tiedot kutsuttavista omaishoitajista saadaan omaishoidon palveluvastaavilta. Omaishoitajien terveystarkastuksissa käytettiin samaa mallia kuin 75-vuotiaiden terveystarkastuksissa. Omaishoitajille lähetettiin kutsu saapua tarkastukseen. Kutsun yhteydessä he saivat esitietolomakkeen, jonka he täyttivät etukäteen ennen vastaanotolle tuloa. Hyvinvointikysely sisältää kysymyksiä asumiseen, terveyteen ja toimintakykyyn, ravitsemukseen ja sosiaaliseen osallistumiseen liittyen. Kyselyn vastaukset on ns. riskipisteytetty ja vastausten perusteella kutsutaan henkilöt terveystarkastukseen. Riskipisteytyksen pohjana on osaksi ”Salon malli”. Terveystarkastuksen sisältö vastaa aikaisempien ikäluokkien terveystarkastusten sisältömallia. Esitietolomake toimi vastaanotolla keskustelun pohjana. Myös omaishoitajien terveystarkastuksissa suoritetaan terveydentilaan liittyviä seulontatutkimuksia, fyysisen toimintakyvyn kartoittamiseksi tasapainotesti. Omaishoitajilla on mahdollisuus keskustella erityisesti omaishoittoon liittyvistä haasteista tai muista mieltä askarruttavista asioista. Vuonna 2012 on omaishoitajien kohdalla otettu käyttöön omaishoitajien hyvinvoinnin arviointilomake. Hyvinvointi-kyselyn kautta omaishoitajilla on mahdollisuus arvioida läheisensä hoitamiseen liittyvää tuen tarvetta sekä omaa jaksamistaan. Omaishoitajien palautettua lomakkeen, palveluvastaavat tekevät arviokäynnin ja näiden arviokäyntien perusteella tarvittaessa omaishoitajat ohjataan terveystarkastukseen. (Henriksson-Leivo 2012, 20–21.)

Terveystarkastuksessa ikääntyville tehdään terveydentilaan liittyviä seulontatutkimuksia, mm. pituus ja paino, BMI, verenpaine, hemoglobiini, verensokeri sekä näkö ja kuulo. Fyysisen toimintakyvyn kartoittamiseksi tehdään soveltaen Berg:n Kotioloihin soveltuva tasapainotesti. Lisäksi asiakkaan omista tarpeista tai hoitajan ha-

vaintojen mukaan tehdään tarvittaessa MMSE (Mini-Mental State Examination) muistitesti, Diabetes-riskipisteytys ja Masennusseula (GDS-15). Tarvittaessa voidaan kirjoittaa lähete verikokeita varten. Hoitajan haastattelussa kartoitetaan vielä asiakkaan muiden terveystarveluiden käyttöä (silmälääkäri, hammaslääkäri, gynekologi), kontakteja omaisiin ja läheisiin, toimeentuloa sekä mahdollisuutta Kelan kautta saaviin tukiin. Terveystarkastuskäynnillä on asiakkaalla mahdollisuus kysyä palveluista ja/tai keskustella asioista, jotka askarruttavat mieltä. Käynnin yhteenveto kirjataan potilastietojärjestelmään (Henriksson-Leivo ym. 2012, 19–21.)

Sipoon malli

Sipoon mallissa www.sipoo.fi sivuilla on omaishoitajille hyvinvointikysely, jonka perusteella kartoitetaan riskit asumisen ja ympäristön, terveys ja toimintakyvyn sekä palveluiden ja tiedon saannin osa-alueilta (Sipoo [www](http://www.sipoo.fi) sivut 25.3.2016). Sipoossa on 2016 vuoden alusta aloitettu omaishoitajien hyvinvointiterveystarkastukset. Terveystarkastaja toimii yhteistyössä omaishoidon koordinaattorin kanssa. Omaishoidon koordinaattori ohjaa aina uudet omaishoitajat vastaanotolle, lähettää kutsut ja kyselyt. Kyselyyn voi vastata myös sähköisellä lomakkeella. Tätä mahdollisuutta omaishoitajat käyttävät perin harvoin. Sipoon mallissa omaishoidon koordinaattori seuloa terveystarkastukseen lähetettävät. Tarkastuksiin käytetään aikaa n 1,5 tuntia. Omaishoitajat ovat kiitollisia että heille tarjotaan näitä tarkastuksia. Tarkastuksissa kartoitetaan paino, painoindeksi, verenpaine, valtimotautien riskitekijät ja Score. Tarvittaessa BDI, Audit yms. Omaishoidon koordinaattori tekee pääsääntöisesti kotikäynnit, tarvittaessa yhdessä terveydenhoitajan kanssa. Terveystarkastukset on nyt tarjottu kaikille ja suurin osa tarkastuksiin osallistui. Jatkosuunnitelmaa tehdään jatkotarkastuksien osalta vielä erikseen. (Heikkinen Malin 29.3.2016.)

Eura

Euran kunta on aloittanut omaishoitajien terveystarkastukset 65-vuotiasta ja vanhemmista. Heidän katsottiin alkuun olevan tärkein ryhmä, he ovat iäkkäitä, jotka eivät ole työterveyshuollon piirissä ja jos heidän voimansa ehtyvät; on jatkossa kaksi hoidettavaa yhden sijasta. Lisäksi monella heistä tahtoo jäädä omasta terveydestä huolehtiminen taka-alalle, kun läheisestä huolehtiminen vievät kaikki voimat ja ajatukset. Jatkossa tarkoitus on laajentaa terveystarkastukset myös nuorempien omaishoitajien piiriin.

Tiedot uusista ja vanhoista omaishoitajista terveydenhoitaja saa perusturvan sosiaalityöntekijöiltä, jotka vastaavat omaishoitajien valinnasta ja toimivat heidän yhteyshenkilöinä. Tällä hetkellä on tavoite tehdä tarkastukset 1-2-vuoden välein ainakin yli 65-vuotiaille, soveltaen tapauskohtaisesti. Jos jonkun vointi todetaan tarkastuksessa huonoksi, silloin heidät kutsutaan jo seuraavana vuonna uudelleen. Jokaisen terveystarkastukseen osallistuneen kanssa sovitaan, jos heillä tulee jotain ongelmaa tai vaivaa, he voivat ottaa terveydenhoitajaan yhteyttä ja mietitään yhdessä mitä tehdään seuraavaksi.

Kutsu lähetetään kirjeessä kotiin, jossa pyydetään ottamaan yhteyttä ja varaamaan aika vapaaehtoiseen tarkastukseen. Tarkastuksen voi toteuttaa myös tarvittaessa kotikäyntinä, koska aina ei (hoidettavan terveydentilan vuoksi) omaishoitajan ole mahdollista tulla terveyskeskukseen. Kutsukirjeen mukana lähetetään esitietolomake, jossa kartoitetaan lääkitys ja mahdolliset asiat joita asiakas haluaisi kysyä terveydenhoitajalta. Tämä toimii lähinnä muistilappuna asiakkaalle tarkastustilanteessa – lääkityksiä ja mielessä vaivanneita asioita ei aina muista silloin, kun joku niitä yllättäen alkaa kysellä. Tarkastukseen varataan aikaa 1½-2h – usein keskusteluun menee yllättävän paljon aikaa. Monelle omaishoitajalle on erityisen tärkeää saada purkaa rauhasa tuntojaan. Jo kiireetön keskustelu puolueettomalle ihmiselle voi olla terapiaa.

Tarkastuksessa käydään läpi milloin omaishoitajuus todella alkoi ja milloin virallinen status on saatu sekä hoitotukiluokka. Varmistetaan, että hoidettavalle on haettu hoitotuki kelalta. Vastaanotolla käydään läpi alkuun hoidettavan tilannetta: mitä sairauksia hänellä on, millaista apua tarvitsee, onko kotihoitoa, sukulaisia tai muita apuna aina tarvittaessa? Miten omaishoitaja itse kokee jaksavansa, kaipaako apua? Mitkä asiat kuormittavat eniten? Ovatko intervallijaksot tai palvelusetelit käytössä? Onko omaishoitajalla itsellään harrastuksia? Pääseekö liikkumaan ulkona tai käymään ystävien luona kylässä? Kerrotaan kunnassa olevista harrastusmahdollisuuksista ja palveluista joita on tarjolla ikäihmisille/omaishoitajille. Lisäksi selvitetään asumismuoto ja mietitään onko se sopiva myös tulevaisuutta ajatellen (mukavuudet yhdessä kerroksessa, onko muutostöitä tehty tai onko niille tarvetta, sovitaan apuvälinekartoitus fysioterapian toimesta tarvittaessa). Asuinpaikan osalta selvitetään välimatkat palve-

luihin, miten välimatkat kuljetaan? Onko tarvetta kuljetuspalveluhakemuksen tekoon taksipalvelujen käyttöä varten?

Haastatteleamalla käydään läpi, miten omaishoitaja näkee itse oman terveytensä. Läpi käydään sairausanamneesi, mahdolliset lääkitykset ja viimeaikaiset lääkärikäynnit. Mikäli edellisistä laboratoriotesteistä on aikaa yli vuosi tai on jotain erityistä vaivaa, minkä vuoksi veriarvoja olisi syytä tarkistaa, tehdään laboratorio lähete. Lääkäriaika varataan tarvittaessa. Vastaanotolla mitataan paino, pituus, BMI, vyötärö, verenpaine ja täytätetään Diabetes riskipistekartoitus. Tasapainoa tarkastellaan tekemällä FROP tai SPPB testi. Näkemisen suhteen kartoitetaan apuvälineet ja milloin viimeksi käynyt optikolla/silmälääkärillä, tarvittaessa tarkistetaan näkö tai ohjataan varaamaan aika optikolta. Jos omaishoitaja on havainnut kuulossa laskua, varataan aika kuulontutkimukseen. Suun hoidon lisäksi kartoitetaan onko asiakkaalla proteeseja ja käyttääkö säännöllisesti hammahuollon palveluita. Ravitsemus haastatellaan, MNA tehdään tarvittaessa. Erityisruokavaliot ja vitamiinivalmisteet huomioidaan. Ohjausta oikeaan ravitsemukseen annetaan tarvittaessa. Vatsan toimintaa ja virtsainkontinenssia kartoitetaan ja niihin annetaan tarvittaessa ohjausta muun muassa lantiopohjanlihasen harjoittamiseksi. Mielialaa ja yksinäisyyttä kartoitetaan GDS-15 seulalla sekä keskustellen. Muistia kartoitetaan MMSE ja kellotaulu testein. Jos MMSE jää alle 24 pisteen varataan aika muistihoidajalle lisätutkimuksia varten. Terveystottumuksia, tupakointia ja alkoholin käyttöä kartoitetaan keskustellen ja annetaan terveysneuvontaa. Rokotuksista tarkistetaan tetanus-tehosteen tila ja tehostetaan tarvittaessa. Lopuksi tehdään yhteenveto omaishoitajan tilanteesta ja mahdollisista jatkosuunnitelmista. Vastaanotolla annetaan kotiin mukaan ikäihmisten palveluopas, liikuntaryhmistä esitelehtinen sekä turvallisia vuosia – lehtinen (ikäihmisten tapaturmien ehkäisyä kotona). (Juntunen Heidi 11.4.2016.)

Omaishoitajien terveystarkastuksia tehtiin vuonna 2014 ainakin Taivalkoskella, Kempeleellä, Jyväskylässä, Tohmajärvellä, Keuruulla, Porvoossa, Karjalan sosiaali- ja terveyspiirissä (Eksote), Eurassa ja Turussa. Sipoossa on terveystarkastukset aloitettu tammikuussa 2016. Tarkastukset tehdään yleisemmin vastaanottokäynnillä, jolloin omaishoitaja voi avoimesti kertoa aroistakin asioista. Hoidettavalle tarjotaan hoitoapua tarkastuksen ajaksi. Kokeneet terveydenhoitajat tekevät tarkastukset,

omaishoitaja ohjataan tarpeen mukaan kuntoutusryhmiin ja palvelutarpeen arvioitiin. Tarkastukset ovat yksilöllisiä. (Tuomi & Aalto 2015, 12 -13.)

Kaikissa vertailussa olevista terveystarkastusmalleista ja interventioista sisälsivät jonkin asteisen haastattelu tai esitietolomakkeen. Kalliolan senioripalvelusäätiö oli ainut, joka toteutti tarkastuksen asiakkaan kotona. Rauman ja Sipoon tarkastukset tehdään seulontaperusteisesti. Kaikki mallit olivat kuitenkin todettu toimiviksi. Tosin kotikäyntinä toteutettuna voidaan saada objektiivisempi näkemys elinympäristöstä, sen hyödyistä ja haitoista. Toisaalta taas kotikäynnit sitovat enemmän resurssia, joten on hyvä pohtia milloin on järkevää toteuttaa kotikäynti ja milloin asiakas kutsutaan vastaanotolle. Kaikissa tarkastuksissa pyrittiin saamaan laajaa kuvaa toimintakyvystä. Lähes kaikissa malleissa kognitiivista toimintakykyä kartoitettiin MMSE testillä tai haastattelu/esikysymyksillä omaista tai omaisen/läheisen huolesta asiakkaan muistiin. Toinen yhtä yleinen mittari oli GDS-15, ikääntyneiden depressio seula.

Fyysistä toimintakykyä mitattiin, SPPB testillä kolmessa, Bergin testillä ja puristusvoimalla yhdessä toimintamallissa. Päivittäisiä toimintoja selvitettiin IADL testillä tai sen kysymyksillä useimmissa malleissa. T2D riskiä kartoitettiin Keminmaalla, Eurassa sekä Raumalla. Saman tarkastuksen yhteydessä Keminmaalla ja Raumalla mitattiin kuitenkin myös verensokeri sekä hemoglobiini. Lisäksi Keminmaalla mitattiin lipidit sekä valtimotauti perimäriskiä. Eksote, Eura, Keminmaa, Rauma kartoittivat verenpaineen tason, pulssin, paino, painoindeksi mitattiin lähes jokaisessa tutkimusmallissa. Näkö ja kuulo tarkistettiin tai kartoitettiin seulomalla Kalliolan senioripalvelusäätiö/kuntokeskus Sandels, Eloniemi-Sulkavan, Euran sekä Rauman malleissa. Keminmaalla osteoporoosiriskiä kartoitettiin MOI riskitestillä. Sipoon ja Euran mallissa huomioitiin myös inkontinenssin, terveydellisen tilan, siinä tapahtuneiden viimeaikaisten muutosten ja lääkitysten tilaa.

Psyykkistä toimintakykyä kartoitettiin eniten GDS-15 testillä (Rauma, Eura, Eksote, Keminmaa, Kehusmaa, Eloniemi-Sulkava, Rauma). Jaksamista ja kuormitus Keminmaalla, Eloniemi-Sulkavan tutkimusmallissa, Raumalla. WHOQOL-BREF mittaria käytti Kalliolan senioripalvelusäätiö/kuntokeskus Sandels ja Kehusmaa HRQOL 15 D mittaria.

Kognitiivista toimintakykyä mitattiin MMSE (kaikki) sekä Eksotessa ja Eurassa Kelotaulu testillä. Sosiaalista toimintakykyä kartoitettiin tukiverkoston määrällä, ystävien ja läheisten määrällä ja tapaamistiheydellä. Harrastuksia ja vapaa ajan toimintoja kartoitettiin ainakin Keminmaalla, Eurassa, Sipoossa ja Eloniemi-Sulkavan tutkimusmallissa.

Elämäntapoja kartoitettavia mittareista yleisin oli Audit ja tupakointia kartoittava kysymys. Ravitsemusta kartoitettiin aterioiden syömisen määrällä ja painon vaihtelulla. Tarvittaessa MNA testi tehtiin Euran, Rauman ja Sipoon mallissa. Liikunta määrää ja laatua kartoitettiin lähes jokaisessa. Keminmaa, Eloniemi-Sulkava, Sipoo kartoittivat erikseen unen ja levon määrää.

Palvelujen nykyistä saantia kartoitettiin vain kolmessa ja rajoitetusti yhdessä mallissa. Palvelutarvetta kartoitettiin selvästi enemmän. Asumisympäristöä kartoitettiin kotikäynnillä, kartoittavilla kysymyksillä kolmessa mallissa. Apuvälineet niin myös kolmessa mallissa (Keminmaa, Eloniemi-Sulkava, Sipoo)

Kaikissa malleissa on toimintakyvyn eri osa-alueet huomioitu. Sipoon malli on varsin kattava jo seulonnassa. Kaikki mittarit ovat todettu kirjallisuudessa ja tutkimuksissa hyviksi, osaa mittareita suositellaan Toimia tietokannassa, osaa käytetty paljon tutkimuksissa ja jopa väestötason tutkimuksissa. Kohdentamattoman sokeri ja kolesteroli, sekä hemoglobiinin mittausta jäi sinällään arvoitukseksi tarkoituspäiltään. Näiden merkityksestä palvelutarpeen arvioinnissa ei ole tutkimuksellista hyötyä. Liitteessä neljä (LIITE 4) on eri malleja ja mittareita verrattu teoriaan ja tutkimuksien valossa.

7.3 Kolmas sykli, toimintamallin laadinta

Kolmannessa syklissä kirjallisuuskatsauksen ja eri kuntien toimintamalleja jaotteleamalla sekä vertailemisen pohjalta muodostuivat pääkohdat terveystarkastuksen sisällön teemoiksi, käytettävät mittarit sekä toimintatavat ja mallit. Lähestymistapa oli deduktiivinen, eli tavoitteena ei ollut tuoda suoraan uutta tietoa. Aineistoa haettiin jo olemassa olevasta tiedosta. Olemassa olevista malleista, tutkimuksista ja teorioista

tehdään oletuksia. Sisällön analyysillä pyritään kuvaamaan aineistoa tiiviisti ja yleisessä muodossa. (Kananen 2014, 111.) Tekstimuotoisen aineiston käsitteleminen menetelmällisesti teemoittain, avulla tekstistä saatiin ymmärrettävämpää pyrittäessä löytämään selitystä ilmiölle. Analyysin avulla aineistoa sai järjestelyä, käsittelyä, muokattua ja tiivistettyä. (Kananen 2014, 104–105.)

Tavoitteena oli laatia yhtenevämalli helposti toteutettavaksi, laadukkailla, luotettavilla mittareilla ja jokainen toimintakyvyn osa-alue sekä elämäntavat ja ympäristö huomioiden. Mittareiden valinnassa huomioitiin laadukkuuden ja käyttötarkoituksen soveltuvuuden lisäksi sen aikaisempaa käyttöä kuntayhtymässä ja käyttöä muissa lähialueen kunnissa. Kun mittari on henkilöstölle tuttu ja käyttö osataan, käytetään mittaria varmemmin ja luotettavammin. Lisäksi tuloksia voidaan vertailla mm. eri ikäryhmien tarkastuksiin ja ennakoida terveyttä ja hyvinvointia, paikallisesti, alueellisesti ja jopa valtakunnallisella tasolla. Yhtenevillä mittareilla voidaan asiakkaan siirtyessä muiden palveluiden piiriin turvata jatkuvuutta hoidon seurannassa ja arvioinnissa. Kaikki toimintakyvyn mittaamisessa käytettävät mittarit ovat arvioitu ja hyväksyty myös toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallisessa asiantuntijaverkostossa TOIMIA:ssa. Tietokannassa julkaistut suositukset ja mittarit ovat käyneet läpi arviointiprosessin, jossa niiden validiteettia, reliabiliteettia ja käytettävyyttä tiettyihin tarkoituksiin on systemaattisesti arvioitu.

Kutsumiskäytäntöjä ratkaistaessa pohdittiin paikallinen toimintaympäristö. Jokaisen kunnan omaishoidosta vastaavan/vastaavien edustajien kanssa tavattiin vähintään kerran yhdessä terveystarkastuksia toteuttavan terveydenhoitajan kanssa, samalla keskusteltiin kunnan tarjoamista palveluista ja muista käytännöistä. Myös sähköpostitse ja puhelimitse oltiin yhteydessä. Terveydenhoitajat valmistivat kirjekuoret, jotka sisältävät saatekirjeen, esitietolomakkeen sekä COPE-indeksin, tiedotteen tutkimuksesta ja palautuskuoren osoitettuna terveydenhoitajalle. He toimittivat nämä omaishoidon koordinoijalle/palveluohjaajalle, joka toimitti kuoret sovitusti ikäryhmittäisesti omaishoitajille.

Omaishoitajien terveystarkastuksia tarjotaan omaishoitajille, jotka eivät ole työterveyshuollon piirissä. Työterveyshuolto huolehtii piirissään olevien omaishoitajien terveystarkastuksista. Terveystarkastuksiin kutsutaan kunnan alueella asuvat omaishoi-

don sopimuksen tehneet hoitajat. Omaishoitajien terveyttä ja hyvinvointia sekä jaksamista arvioidaan alkutarkastuksessa omaishoidon alkaessa, ikäryhmittäisissä terveystarkastuksissa ja sen lisäksi 2-3 vuoden kuluttua edellisestä terveystarkastuksesta heille lähetetään toimintakyvyn ja jaksamisen sekä terveydentilaa arvioiva seulontakysely. Terveystarkastuksen tavoite on omaishoitajan hyvinvoinnin, jaksamisen, terveyden ja toimintakyvyn arviointi, ylläpitäminen sekä edistäminen ja sairauksien ehkäiseminen, varhainen tunnistaminen ja hoito. Terveystarkastukset ovat terveydenhuoltolain mukaisia ja asiakkaalle maksuttomia. Pyrkimys on tarjota entistä laadukkaampaa ja tarpeen mukaan kohdennettua palvelua olemassa olevilla resursseilla.

Kaikki omaishoitajat 65-vuotiaasta lähtien kutsutaan 5 vuosittain vastaanotolle ja 68, 73, 78, 83-vuotiaat kutsutaan seulontaperusteisesti. Riskiä kartoitetaan esitietolomakkeen ja COPE-indeksin perusteella. Omaishoitajat kutsutaan, mikäli seulonnan perusteella voidaan arvioida asiakkaan olevan tarkempien tutkimusten, palveluneuvonnan tms. tarpeessa tai mikäli asiakas ilmaisee kokevansa huolen ja terveystarkastuksen tarpeelliseksi. Vastaanotolle kutsutaan, mikäli esitietojen vastauksissa on koettu terveydentila kohtalainen/Melko huono/huono tai terveydentila on huonontunut viimeisen vuoden aikana. Vastaanotolle kutsutaan mikäli näkemisessä tai kuulemisessa on vaikeuksia, omaishoitaja ei koe nukkuvansa riittävästi tai <6 tuntia yössä, alkoholinkäyttöä on usein/>6 annosta, ei syö lämmintä ateriaa tai ruokahalu on huono. Laihtuminen tahattomasti 3kg tai enemmän, kaatuminen 6kk aikana tai koetaan avun tai muutostyön tarpeita selvitä päivittäisistä toiminnoista ovat perusteita kutsumiselle. Tukiverkoston puuttuminen, masennuksen tai muistihäiriön oireet sekä kohonneet COPE-indeksi pisteet ovat lisäarvioinnin peruste ja vastaanotolle kutsumisen aihe. Tutkimuksissa ja kirjallisuudessa nämä tekijät ennustavat uhkaa ikääntyneen ja omaishoitajan terveydelle, hyvinvoinnille ja toimintakyvylle (mm. Ahlqvist 2013, Heikkinen 2013, Juntunen ym. 2011).

65- vuotta täyttävälle kuntalaisille järjestetään kuntayhtymän kunnissa tiedotustilaisuus/syntymäpäiväjuhlat, joissa myös terveyspalveluista tiedotetaan. Heille kerrotaan muun muassa omaishoitajien terveystarkastuksista ja että asukas voi halutessaan itse varata ajan terveystarkastukseen. Keski- Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymässä aikuisneuvolasta kutsutaan kaikki 75- ja 80-vuotiaat säännölliseen terveystarkastukseen. Omaishoitajien ikäkausiterveystarkastukset liitetään osaksi näitä tarkas-

tuksia. Malli rakennetaan molempiin niin että sisällöt ovat yhtenevät, mutta omaishoitajan terveystarkastukseen sisällytetään kuormittumisen ja jaksamisen mittaristoja ja huomioidaan laajemmin omaishoitajuuden riskit ja näiden tuomat mahdolliset tuentarpeet. Tarvittaessa tehdään palveluohjaajan/sosiaaliohjaajan ja terveydenhoitajan toimesta kotikäynti jossa palvelutarve arvioidaan. Mikäli asiakkaalla on todettu palvelutarve jo aiemmin ja säännöllisten palvelujen piirissä seuraa asiakas yksilöllisen tarpeen mukaista hoitopolkua ja terveystarkastuksia. Terveystarkastuksen polku on kuvattu liitteessä kappaleessa 8.3 Omaishoitajan terveystarkastus polku, taulukossa viisi, sivulla 75.

7.4 Neljäs sykli; Terveystarkastukset omaishoitajille KSTHKY

Ennen varsinaista pilotointivaihetta terveydenhoitajat kutsuttiin koolle, heidän kanssa käytiin tutkimuksen kulku, sisällöt, tarkastuksiin varattava aika ja kirjaaminen yhdessä tutkijan kanssa läpi. Terveydenhoitajille tarjottiin mahdollisuus ottaa yhteyttä aina tarvittaessa. Lisäksi he keskustelivat kokemuksistaan ja konsultoivat myös toisiaan jo pilotointivaiheen aikana. Eduksi oli se, että toimijat tunsivat toisensa entuudestaan. Kun terveydenhoitaja oli saanut omaishoitajan palauttamattomat lomakkeet, hän kutsui ohjeiden mukaisesti omaishoitajat terveystarkastukseen. Omaishoitajat jotka kuuluvat seulontaperusteisesti kutsuttavaan ikäryhmään, eivätkä ole riskissä tai tarvetta lisätutkimuksiin tai palvelutarpeen arviointiin, ei kutsuta jatkossa terveystarkastukseen. Tällöin terveydenhoitajat postittavat omaishoitajalle kiitos kirjeen, joka sisältää kannustuksen vaalia terveyttä sekä pyynnön ottaa tarvittaessa yhteyttä, mikäli terveydentilassa, toimintakyvyssä tapahtuu muutoksia ja on tarvetta terveydentilan arviointiin sekä tiedon milloin seuraava kutsu tarkastukseen on tulossa. Terveydenhoitaja soittaa ja/tai lähettää tarkastuksiin kutsuttaville ajat sekä toimintaohjeet ja yhteystiedot. Terveydenhoitaja voi olla yhteydessä myös puhelimitse.

Terveystarkastus eteni seuraavan taulukon (Taulukko 4.) mukaisen rungon pohjalta, yksilölliset tarpeet ja asiakkaan näkemys vahvasti huomioiden.

Taulukko 4. Omaishoitajan terveystarkastusrunko

Perustiedot	<ul style="list-style-type: none"> • Perussairaudet, lääkitykset, toimenpiteet • tapaturmat, oma kokemus terveydestä, perinnölliset sairaudet
Fyysinen toimintakyky	<ul style="list-style-type: none"> • SPPB (tasapaino, kaatumisriski) • RR, PULSSI, PITUUS, PAINO, BMI, VYÖTÄRÖNYMPÄRYS • IADL, Virtsankarkailu, Näkö, Kuulo, Tarv. Lab.kokeet, DXA, Uniapnea.
Psyykinen toimintakyky ja kuormittuminen	<ul style="list-style-type: none"> • COPE ja Karoittavat kysymykset (esitietolomakkeessa) • Huolen herätessä GDS-15
Kognitiivinen toimintakyky	<ul style="list-style-type: none"> • Esitietolomakkeen kartoittava kysymys, uuden oppimisen vaikeudet • MMSE ja tarv. kellotaulu
Sosiaalinen toimintakyky	<ul style="list-style-type: none"> • Kartoittavat kysymykset: Yhteydenpito sukulaisiin/tuttaviin, harrastukset, verkostot, yksinäisyyden ja turvattomuuden tunteet
Ympäristötekijät	<ul style="list-style-type: none"> • Kartoittavat kysymykset: tyytyväisyys asuntoon, turvallisuus, apuvälineet, palevujen sijainti ja tyytyväisyys niihin, valaistus ym. kaatumista lisäävät riskit, taloudellinen pärjääminen
Elämäntavat	<ul style="list-style-type: none"> • Ravitsemus: tarvit. NMA, ruokapäiväkirja, Liikunta, AUDIT, tupakointi: tarv. Fev1 + fagerström, Nukkuminen, lepotaudit

Terveystarkastus painottuu osaltaan myös omaishoitajan toiveisiin ja tarpeisiin. Mitä omaishoitaja kokee merkitykselliseksi terveytensä kannalta ja mihin haluaa ja minkä eteen on valmis tekemään muutoksia. Aroistakin aiheista tarjotaan mahdollisuutta keskustella. Mittareilla, seulonnoilla, lisäkysymyksillä ja tarkemmilla tutkimuksien perusteella pohditaan jatkotutkimuksen ja palvelutarpeen arviota yhdessä omaishoitajan kanssa. Omaishoitaja voidaan ohjata yksilö- tai ryhmätapaamiselle ravitsemusneuvontaan, lääkärinterventille jatkotutkimuksiin, päihdehoitajalla/psykiatriselle sairaanhoitajalle, fysioterapiaan tasapaino-, diagnoosipohjaisiin ryhmiin, Tulppa-

ryhmiin tai yksilöneuvontaan, sosiaalitoimeen, Kelaan tai muuhun vastaavaan palveluun.

Jatkuvuuden, palvelutarpeen arvioinnin tai resurssien riittävyyden ja toiminnan kehittämisen vuoksi tilastointi ja kirjaaminen on suoritettava huolellisesti. Terveystapaaminen kirjattiin potilastietojärjestelmän hoitotyön lehdelle. Ja tilastoitiin Avohimon ohjeiden mukaisesti:

- käynnin syy A98 terveyden ylläpito/sairauden ehkäisy
- palvelumuoto T24 (muut neuvolapalvelut)

- SPAT 1395 opiskelun ja työterveyshuollon ulkopuolelle jäävien terveystarkastus JA
- SPAT 1273 Audit
- SPAT 1246 GDS-15

- SPAT 1341 ohjaus lääkärin tai hammaslääkärin vastaanotolle
- SPAT 1340 ohjaus muulle ammattiryhmälle kuin lääkärille
- SPAT 1339 uusi vastaanottoaika, esim. seurantakäynti th:lle

7.5 Viides sykli; Pilotointiin liittyvä asiakaspalautekysely

Toimintatutkimukseen kuuluva yksi osuus oli terveystarkastusten pilotointi ja palautekyselyn toteuttaminen pilottiryhmään osallistuneille henkilöille. Terveystarkastukset toteutettiin viiden kuntayhtymän kunnan aikuisneuvolan terveydenhoitajan toimesta. Pilottiryhmä koostui jokaisen kunnan osalta vähintään kymmenestä omaishoidon sopimuksen tehneestä kuntalaisesta. Yhteensä vähintään 50 henkilöstä. Pilottiryhmään valittiin kunnan palveluohjaajien toimesta pidempään omaishoitajina toimineet tai kaikki, jos kunnassa oli vähän 65vuotta täyttäneitä omaishoitajia. Kutsuja lähetettiin seuraavasti: Nakkila 19 (kaikki), Eurajoki ja Luvia (kaikki) 12 kutsua, Harjavalta ja Kokemäki 15 kutsua kumpaankin, siltä varalta että kaikki että muutama ei pääsisi aikataulun puitteissa tarkastukseen. Kutsun ja lomakkeen mukana lähetettiin saatekirje, jossa kerrottiin tutkimuksesta, sen tarkoituksesta sekä vapaaehtoisuudesta.

Palautekyselyn avulla kartoitettiin terveystarkastukseen osallistuneiden mielipide tehdystä terveystarkastuksesta ja kokemastaan hyödystä. Kyselyn etuna on tehokkuus, aineisto saadaan kerättyä laajaltakin määrältä ja se voidaan nopeasti käsitellä ja analysoida. Edellyttäen että kysely on huolella suunniteltu ja vastaamisohjeet ovat selkeät. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 195–198.) Palautelomake annettiin terveystarkastuksen päättymisen yhteydessä saatekirjeen ja palautuskuoren kera. Tässä tilanteessa oli vielä mahdollisuus täsmentää ohjeistusta. Omaishoitajat täyttivät palautekyselylomakkeen rauhassa kotonaan ja palauttivat kyselyn postitse. Palaute annettiin nimettömänä. Palautekysely on liitteenä neljä (LIITE 4). Esitietolomakkeet ja palaute terveystarkastuksesta kaavakkeet esitettiin kahden ulkopuolisen henkilön toimesta, heillä ei ollut terveydenhuollollista kokemusta eikä toinen heistä ollut toiminut omaishoitajana koskaan. Muutoksia lomakkeisiin ei tullut kuin yksi, alkoholikysymykseen korjattiin annosta/kerta kun aluksi luki vain kerta. Omaishoitajien asiakaspalaute käsiteltiin Excel taulukkolaskenta-ohjelmalla. Terveystarkastuksen avoin palaute terveystarkastuksen sisällöstä kartoitettiin yhteisessä arviointitilaisuudessa. Palaute analysoitiin teemoittamalla. Palauteanalysointi ja toimintamallin muokkaus muodostavat seuraavat syklit.

7.6 Kuudes sykli; toimintamallin muokkaus palautteiden perusteella

Terveystarkastuksen kanssa käytiin keskustelua koko pilotointivaiheen ajan. Jo heti aluksi vahvistui käsitys tarkastuksen tarpeellisuudesta ja psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tukemisen tarpeesta. Toki fyysinen terveys näyttelee tärkeää roolia terveystarkastuksessa ja omaishoitajat ilmaisivat tämän tarpeelliseksi osaksi terveystarkastuksia. Kognitiivisen toimintakyvyn testaamisen tarvetta tuovat usein myös asiakkaat itse vastaanotoilla. Näin ollen toimintakyvyn kaikkien osa-alueiden mittaaminen on erittäin tärkeää. Painotus vastaanoton sisältöihin perustuu asiakkaan tarpeeseen. Terveystarkastuksen tukeminen ja kannustaminen itsestään huolehtimiseen on oleellista. Terveystarkastuksen edistäminen on prosessi, jonka avulla voidaan vaikuttaa lisävästi ihmisen terveyteen ja siihen vaikuttaviin tekijöihin (Peel, N., Bell, RAR. Smith, K. 2008, 28).

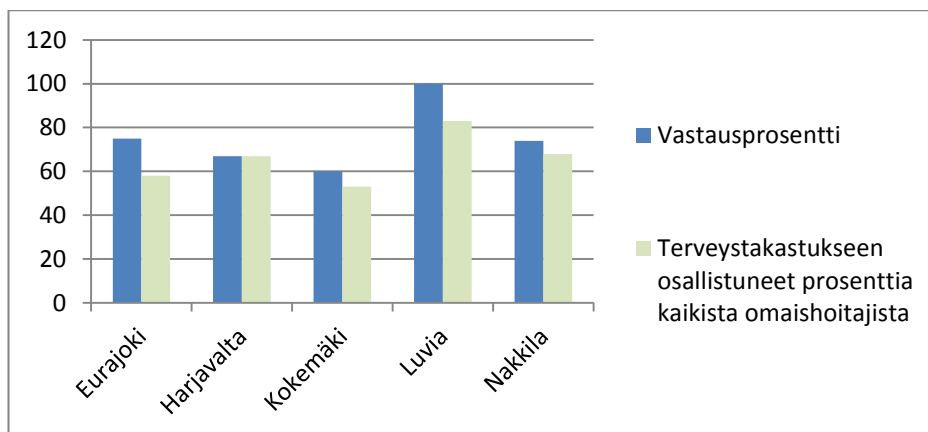
Omaishoitajien ja terveydenhoitajien antaman palautteen perusteella itse terveystarkastusrunkoon ei tehdä muutoksia. Suurin osa omaishoitajista toivoi kirjallista kutsua, suurin osa pilotissa tällä mallilla kutsuttiinkin. Vaikka kutsu ja ajanvaraus toteutettaisiin jatkossa ensin puhelimitse, lähetetään lisäksi vielä kirjallinen kutsu ohjeineen. Kirjallisen kutsuun korostetaan riittävän ajan varaamista sekä maininnasta ottaa yhteyttä omaishoidosta vastaavaan mikäli tarvitsee hoidettavalle hoitajaa tarkastuksen ajaksi.

Terveystarkastuksiin saatekirjeet ja esitietolomakkeet jakavat jatkossa omaishoidon yhdyshenkilöt. Kunnissa, joissa kaikki ryhmän omaishoitajat eivät saaneet kutsua, kutsutaan ensimmäisenä terveystarkastukseen. Tämän jälkeen kutsu annetaan uusille omaishoidon sopimuksen tehneille omaishoitajille ja tästä siirrytään suunnitelman mukaiseen kutsumiskäytäntöön. Terveystarkastuksen saaneet omaishoitajat saavat esitietolomakkeet. Terveystarkastuksista laadittiin lisäksi vielä kirjallinen esite. Omaishoidon yhdyshenkilöt sekä muut mahdolliset toimijat voivat jakaa esitettä omaishoitajille aina kun herää huoli tai tarve ohjata terveydentilan tarkempaan arviointiin. Lisäksi esitettä voidaan tarjota omaishoitajille jotka jäävät omaishoidon sopimuksen ulkopuolelle. Näissä tapauksissa omaishoitaja voi ottaa terveydenhoitajaan suoraan yhteyttä ja varata ajan terveystarkastukseen. Toiminnan juurtumiseksi on hyvä järjestää vuosittain myös tapaamisia. Näissä tilaisuuksissa voidaan käydä läpi yleisiä kokemuksia, tehdä arviointia ja edelleen kehittää toimintaa.

8 TULOKSET

Saatekirje terveystarkastuksesta, saatekirje tutkimuksesta sekä esitietolomake palautuskuorineen lähetettiin kuntien omaishoitoa koordinoivien toimesta 73:lle (12–19 omaishoitajaa/kunta) omaishoidon sopimuksen tehneille omaishoitajille kesäkuussa 2016. Luvialla jouduttiin poikkeuksellisesti lähettämään kutsujen mukana jo terveystarkastusajat ja pyyntö perua aika mikäli ei halua osallistua. Tämä johtui terveystarkastuksen toimipisteen sulkemisesta kesäksi ja tutkimusten toteutuksen tavoitteesta valmistua ennen syyskuun loppua. 52 omaishoitajaa (71 %) vastasi terveystarkastuskutsuun ja terveystarkastuksiin osallistui yhteensä 48 (66 %) omaishoitajaa

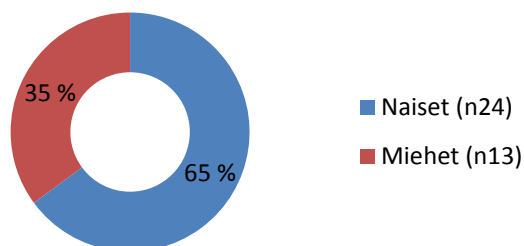
Eurajoen omaishoitajien vastausprosentti 75 % oli ja osallistumisprosentti terveystarkastuksiin 58 % kokonaismäärästä (N=12 lähetettyjä kutsuja/9 kutsuun vastanneita/7 terveystarkastukseen osallistuneita). Luvian omaishoitajien vastausprosentti 100 % oli ja osallistumisprosentti terveystarkastuksiin 83 % kokonaismäärästä (N=12kutsua/12vastaajaa/10osallistujaa). Harjavallan omaishoitajien vastausprosentti 67 % oli ja osallistumisprosentti terveystarkastuksiin 67 % (N=15kutsua/10vastaajaa/10osallistujaa). Nakkilan omaishoitajien vastausprosentti oli 74 % ja osallistumisprosentti terveystarkastuksiin 68 % (N=19kutsua/14vastaajaa/13osallistujaa). Kuvioon kaksi (Kuvio 2.) on kuvattu omaishoitajien vastaus prosentit ja osallistumisprosentit terveystarkastuksiin kaikista omaishoitajista. Kyselyyn vastanneista omaishoitajista 78–100% halusi osallistua terveystarkastukseen. Nakkilassa vastanneista yksi jouduttiin jättämään pois, koska hän asui toisella paikkakunnalla. Luvialla ja Eurajoella kaksi omaishoitajaa koki terveystarkastuksen tarpeettomaksi. Harjavallassa kaikki kyselyyn vastanneet osallistuivat terveystarkastukseen. Kyselyn saaneita, jotka eivät kuitenkaan vastanneet kyselyyn, ei lähdetty erikseen selvittämään, sillä terveystarkastuksiin osallistuminen on vapaaehtoista.



Kuvio 2. Omaishoitajien terveystarkastuskyselyyn vastanneet ja tarkastuksiin osallistuneet.

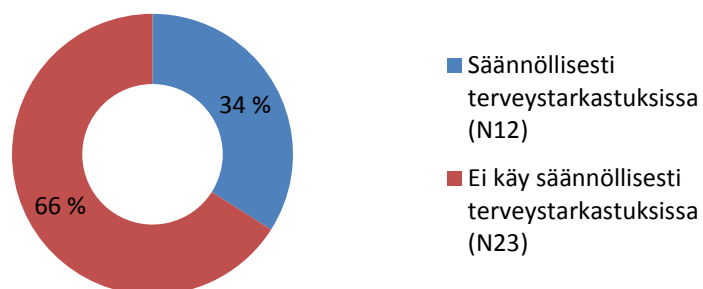
8.1 Palautekyselyn tulokset

Terveystarkastuksiin osallistuneista 48 omaishoitajasta kyselyn palautti 37 (77 %). Kyselyyn vastanneista omaishoitajista miehiä oli 13 (35,1 %) ja naisia oli 24 (64,9 %). Kuviossa kolme (Kuvio 3.) on havainnollistettu sukupuolijakauma.



Kuvio 3. Palautekyselyyn vastanneiden sukupuolijakauma

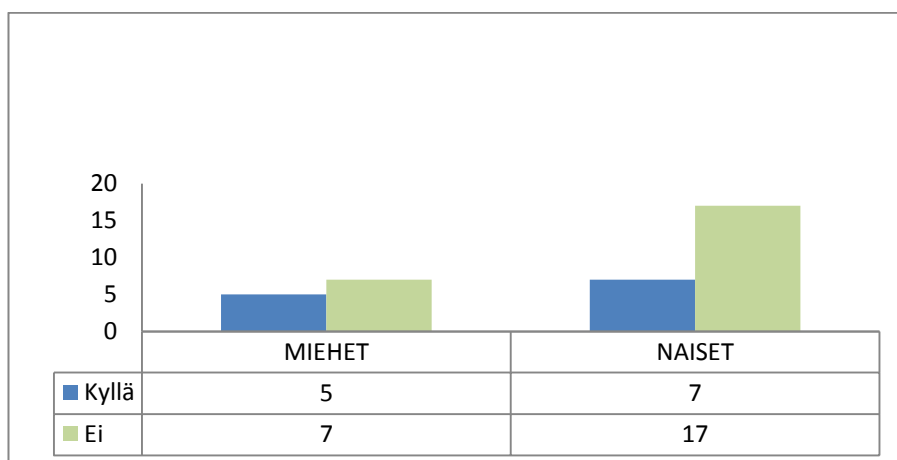
Säännöllisesti terveystarkastuksiin osallistui vain 12 vastaajaa (23 %). Vastaajista 23 (66 %) ei osallistu säännöllisiin terveystarkastuksiin. Tuloksen perusteella on omaishoitajia hyvä kutsua terveystarkastuksiin ja sopia seuraavan tarkastuksen ajankohta terveydentilan ja toimintakyvyn tarpeen mukaan. Kuviossa neljä (Kuvio 4.) on kuvattu omaishoitajien säännöllisiin terveystarkastuksiin osuudet.



Kuvio 4. Omaishoitajan säännöllisiin terveystarkastuksiin osallistuminen

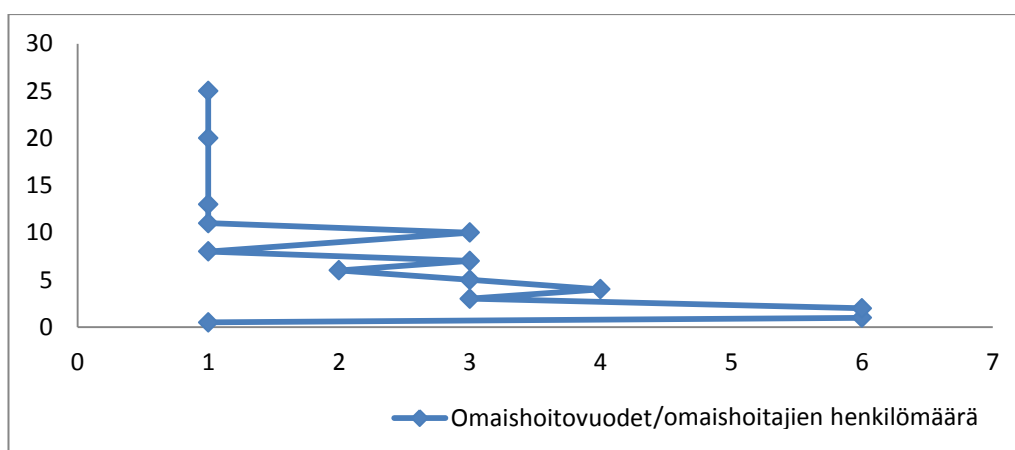
Omaishoitajan sukupuolella ei tämän tutkimuksen mukaan ole vaikutusta säännöllisiin terveystarkastuksiin osallistumisaktiivisuudessa. Tätä on kuvattu kuviossa viisi (Kuvio 5.). Molemmista ryhmistä yli puolet jää säännöllisten terveystarkastuksien ulkopuolelle. Myöskään terveystarkastuksiin osallistumishalukkuuteen ei vaikuttanut

se, onko omaishoitaja säännöllisten terveystarkastusten piirissä, eikä se miten pitkään omaishoitajuus oli jatkunut.



Kuvio 5. Omaishoitajan sukupuolieron merkitys säännöllisiin terveystarkastuksiin osallistumisessa

Omaishoitovuodet vastanneiden kesken vaihtelivat kuudesta kuukaudesta kahteenkymmeneenviiteen vuoteen. Vastajista enemmistö (64 %) oli hoitanut omaistaan yhdestä viiteen vuotta ($n=23/36$). Kuviossa kuusi (Kuvio 6.) on omaishoitajien määrää omaishoitovuosissa.

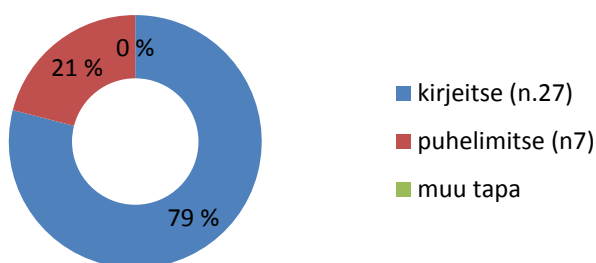


Kuvio 6. Omaishoitajien määrä omaishoitovuosien mukaan

Arvioitaessa omaishoitajan terveystarkastuksiin liittyvää materiaalia, vastanneiden näkemys oli yksimielinen. Vastanneista 100 % ($n=37$) vastasi, että ajanvaraustiedot ja tiedot tarkastusten sisällöstä oli käsitelty ymmärrettävästi ja selkeästi. Esitietolo-

makkeiden määrää sopivana piti 87 % (n=32). Vastanneista 11 % (n=4) ei osannut sanoa mielipidettään. Yksi vastaajista ei ollut jättänyt tähän kohtaan vastaustaan.

Yhteyttä terveydenhoitajaan oli yrittänyt ottaa 28 (n=37). Vastaajista 93 % (n=26) piti yhteyden saamista helppona. Vastaajista 7 % (n=2) piti yhteyden saamista vaikeana. Toiseen vastauksista oli kirjattu syyksi soittoaika. Yhdeksän vastaajaa ei ollut yrittänyt ottaa yhteyttä. Kutsun terveystarkastukseen haluaa vastanneista omaishoitajista jatkossa kirjeitse 79 % (n=27), puhelimitse 21 % (n=7). Tätä on havainnollistettu kuviossa seitsemän (Kuvio 7.). Muilla tavoilla, muun muassa sähköpostitse ei kuitenkaan halunnut kutsua terveystarkastukseen.



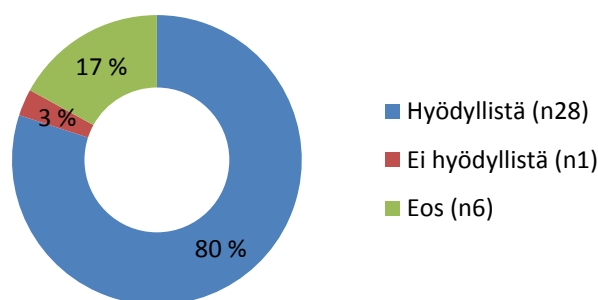
Kuvio 7. Toivottava kutsumuoto omaishoitajan terveystarkastukseen

Kohtelu vastaanotolla oli kaikkien (100 % / n=37) omaishoitajien mukaan hyvää. Samoin terveydenhoitajien asiantuntemusta pidettiin hyvänä kaikkien vastaajien vastauksien mukaan hyvänä.

Tarkastukseen varattu aika koettiin riittävänä 97 prosentissa (n=36) vastauksia ja vain 3 % joka tässä tarkoittaa yhtä vastaajaa, piti terveystarkastusta liian pitkänä. Sanallisessa palautteessa nimenomaan vastaanottoajan riittävyys mainittiin positiivisena kokemuksena. Tarkastuksen sisällöistä vastaajat kommentoivat 100 % (n=37) vastaajasta että tarpeelliset asiat tulivat käydyksi läpi. Odotukset terveystarkastukselle olivat 36/37 omaishoitajista odotusten mukaisia ja yksi vastaajista oli kirjannut vastaukseen; yli odotusten. Asiakkaan ja hänen toiveidensa huomioimista mittavassa kysymyksessä kaikki omaishoitajat (100%/ n=37) kokivat että heidän toiveitaan ja ajatuksiaan päätöksenteossa kuunneltiin ja otettiin huomioon vastaanotolla.

Tarkastusta hyödyllisenä piti vastanneista omaishoitajista kaikki (n=36). Yhden vastaajan viimeinen sivu palautekyselystä puuttui, eikä näin ollen hänen viimeisimpiä vastauksiaan voitu saada. Vastaajista 92 % (n=34) vastasi, että ei kokenut tarkastuksesta jäävän mitään puuttumaan. Vastaajista 8 % (n=3) ei osannut vastata jätkö joltain puuttumaan.

Jaettavaksi materiaaliksi sovittiin kodinturvallisuutta käsittelevä opas. Tarvittaessa terveydenhoitaja jakoi muuta terveyttä ja hyvinvointia tukevaa materiaalia. Materiaalinen hyödylliseksi arvioi 80 % (n=28) vastaajista, 3 % (n=1) ei kokenut hyötyvänsä materiaalista ja 17 % (n=6) ei osannut vastata kysymykseen materiaalin tarpeellisuudesta. Materiaalin hyödylliseksi kokevien osuus on kuvattu kaaviossa kahdeksan (Kuvio 8.).



Kuvio 8. Jaettavan materiaali hyödyllisyys

Omaishoitajista osallistuisi uudelleen terveystarkastukseen 100 % (36). Kaikki vastanneet ilmoittivat tarkastuksesta jääneen hyvän mielen ja he kokivat saaneensa riittävästi tietoa. Kouluarvosanoina 4–10, keskiarvoksi terveystarkastuksesta annettiin 9,5 (n= 36). Arvosanan kymmenen antoi 19 vastaajaa, arvosanan yhdeksän 15 vastaajaa, ja arvosanan kahdeksan antoi kaksi vastaajaa. Arvosanoihin joihin oli kirjattu plus, miinus tai puoli, pyöritettiin lähimpään tasalukuun.

Palautekyselyn kaksi viimeistä kysymystä oli avoimia. Toisessa kysymyksessä pyydettiin selvittämään tapahtuiko jotain yllättävää ja viimeisessä kohdassa sai jättää ajatuksiaan, toiveita ja muuta palautetta.

Yllättävää vastaanotolla oli osallistujien mukaan jo se että he saivat ylipäättään kutsun ja pääsivät terveystarkastukseen (n=2). Lisäksi vastaanotolla koettiin yllätyksiä, kun sai lähetteen jatkotutkimuksiin esimerkiksi verinäytteille (n=2) ja sieltä oli paljastunut muun muassa. kohonnut verensokeri. Edellä mainituista syistä, hoidon jatkuminen lääkärinvastaanotolla tai muulla asiantuntijahoitajalla, hoidon jatkuvuus (n=3) koettiin myönteisenä. Myös puuttuvien rokotteiden saaminen (jäykkäkouristus ja kurkkumätä) oli miellyttävä yllätys (n=2). Kiireettömyys koettiin erittäin myönteisenä (n=2). Kuusi vastaajaa kommentoi käynnin myönteisenä. Kolme omaishoitajaa (n=3) vastasi myönteiseksi aidon kiinnostuksen omaishoitajasta. Alla on lainauksia omaishoitajien muista kommenteista. Yhteensä vastauksensa tähän avoimeen kysymykseen jätti 27 omaishoitajaa.

”Sain kaikki tärkeät asiat hoidettua mikä askarrutti”

”Kuunneltiin eikä mitätöity”

”Myönteistä terveydenhoitajan kiinnostus minua ja hoidettavaani kohtaan”

”Oli tarpeeksi aikaa vastaanotolla”

”Sain jäykkäkouristus pistoksen, jota en osannut odottaa. Joten kiitos siitä”

”Myönteistä että sai myös itse avautua ja kertoa kuinka vaikeaa joskus on, mutta täytyy jaksaa”

Viimeiseen avoimeen kysymykseen vastaajat toivoivat jatkuvuutta terveystarkastuksiin (n=3). Alla lainaus yhdestä vastauksesta.

”Oli niin paljon asiaa, että aika kului nopeasti. Ehdottaisin jatkotapaamista 1-2x vuodessa”

Lisäksi terveystarkastuksien yhteyteen toivottiin lääkäriä, laboratoriokokeita, ravitsemushoitajaa ja fysioterapiaa. Alla lainaukset kommenteista (n=3).

”Ehkä lääkärin läsnäolo voisi olla hyvä - ainakin jos omaishoitajalla on sairauksia.”

”Kyllä, että pääsisi myös labrakokeisiin...”

”Ravitsemushoitajaa, fysioterapia, ennalta ehkäistä kaatumista ja oikeaa nostaminen”

Lisäksi vastaajat jättivät palautteeseen kiitoksia tarkastuksista ja tyytyväisyyttä osoitettiin tarkastuksia kohtaan. Yhdessä vastauksessa toivottiin terveystarkastuksen tuloksia myös kirjallisena.

Kokonaisuudessaan terveystarkastuksiin suhtauduttiin myönteisesti, kokemus vastaanotolla käynnistä ja asiantuntemuksesta oli myönteistä. Materiaalit ja sisällöt ovat riittäviä ja selkeitä sekä tarkastus kattava. Omaishoitajat eivät toivoneet mitään erityistä tarkastuksesta pois tai lisää. Terveystarkastusten toteuttamiseen tarvitaan riittävästi aikaa. Myös terveystarkastuksen tuloksia voidaan kirjata erilliselle lomakkeelle asiakasta varten. Tulokset ovat myös Kanta arkistossa saatavissa, asiakasta kuin hoidon jatkuvuuttakin ajatellen.

8.2 Terveystarkastajien kokemukset

Omaishoitajien terveystarkastusmallia pilotoi viiden kunnan alueelta yhteensä viisi terveydenhoitajaa. He kaikki osallistuivat haastatteluun. Kutsukäytännöt vaativat terveydenhoitajalta perehtymistä, mutta käytännöt olivat selkeitä. Toimintaa selkeytti yhteinen tapaaminen kunnan omaishoidosta vastaavan kanssa. Esitietolomakkeet olivat selkeitä ja antoivat viitteitä tarpeellisista osa-alueista. Ajanvarauskäytännöt jakoivat mielipiteet, osa lähettäisi kutsut kirjeitse ja osa soittaisi ja sopisi suoraan ajan. Sama nousi omaishoitajien toiveissa, selvä enemmistö toivoi kuitenkin kirjallista kutsua, ja on syytä huomioida toiminnan juurrutuksessa. Järkevää voisikin olla, että terveydenhoitajan soittaessa ja sopiessa ajan hän lähettäisi tästä vielä kirjallisen kutsun josta ilmenee tarvittavat tiedot. Riittävän ajan varaaminen niin terveydenhoitajan kuin omaishoitajan kannalta on tärkeää. Alla lainaus yhden terveydenhoitajan kommentista.

”Ongelmana on lähinnä kokenut sen, että monellakaan ei ole ollut riittävästi aikaa varattuna vastaanotolle tullessa, jotenkin selkeämmin kutsuun voisi laittaa, että vähintään puolitoista tuntia pitäisi olla.”

Vastaanotolla menetelmät olivat suurimmaksi osaksi entuudestaan tuttuja, mutta osa toimintakyvyn testeistä oli ollut käytössä harvemmin, ja pidemmän aikaa sitten ja vaati menetelmään perehtymistä. Kaikki terveydenhoitajien näkemys oli että jaksa-

misesta, omaishoitajan kuuleminen jo itsessään vie vastaanotosta niin paljon aikaa että vastaanoton on syytä kestää vähintään puolitoista tuntia, osa toivoi kahta tuntia. Tutkimusten ajan kaivattiin vielä täsmennystä mitä mittauksia tehdään aina ja mitä vain tarvittaessa. Seuraavassa lainauksia terveydenhoitajien kommentteista.

”Runko on ollut monipuolinen. Omaishoitajana jaksamisesta on paljon keskusteltu. Selkeesti liian vähän vapaapäiviä osalla. Suurin osa omaishoitajista ei ole muistanut itsestään pitää huolta. Päivätoimintaa hoidettaville kaivattu kovasti.”

”COPE- indeksistä nousi selvästi esille, että suuri osa omaishoitajista oli kohtalaisen rasittuneita omaishoitajuudesta, toiset fyysisesti ja toiset henkisesti. Isosti vaikutti hoidettavan kunto/ sairaudet.”

”Terveystarkastusaika saa olla mielestäni 1 ½ -2 h, koska tunnin aika liian lyhyt”

Kaikki terveydenhoitajat (n=5) kokivat omaishoitajien terveystarkastusten tulevan todella tarpeeseen. Jo se, että omaishoitajalle annetaan aikaa koettiin tärkeänä. Omaishoitajien ikä ja toimintakyky tuli yllätyksenä. Omaishoitajat olivat iäkkäitä ja monella omat sairaudet ja vaivat toivat haasteen omaishoitajana toimimiselle.

”Tarkastukset oli kyllä mukavia ja tuntui olevan tarpeeseen. Ihmisillä oli paljon puhuttavaa siitä arjesta miten se sujuu! On pettymyksen tunteita, kun elämä ei mennykään niin auvoisesti kun oli kuvitellut!!”

”Antoisaa tehdä tällaista työtä, kun asiakkaat ovat hyvin motivoituneita ja kiitollisia siitä, että heitäkin kuunnellaan.”

”Laskin juuri kuinka monta muuta olen työllistänyt. Olen ohjannut lääkärille, aikuisneuvolan terveydenhoitajalle, psyk. sh:lle, fysioterapeutille, laboratorioon ja kotiavun kanssa keskustellut muutaman asiakkaan asioista.”

”Useita ohjattu laboratoriokokeisiin, lääkärin tai rr-,diabetes-, tai psyk.hoitajan vastaanotolle erilaisten vaivojen vuoksi.”

Omaishoidon vastaaviin oltiin yhteydessä kaikissa kunnissa terveydenhoitajien toimesta. Muutama kotikäynti toteutettiin kodin turvallisuuden sekä turvallisemman ja ergonomisemman toiminnan toteuttamiseksi. Kokonaisuudessaan terveydenhoitajien kokemukset terveystarkastusmalliin ja tarkastuksiin yleensä olivat positiivisia ja ne koettiin tärkeäksi. Toimintakyvyn testaamiseen menee runsaasti aikaa ja riittävästi aikaa tarvitaan myös omaishoitajan kuulemiseen ja jaksamisen tukemiseen. Terveystarkastusten minimipituutena pidettiin 1,5 tuntia, kirjaamisen kanssa kaksi tuntia. Kun omaishoitajat ovat käyneet useamman kerran voi olla, että tuolloin aikaa tarvitaan vähän vähemmän. Tämä on kuitenkin kysymys, johon on syytä palata kun terveystarkastuksia on tehty riittävän pitkään.

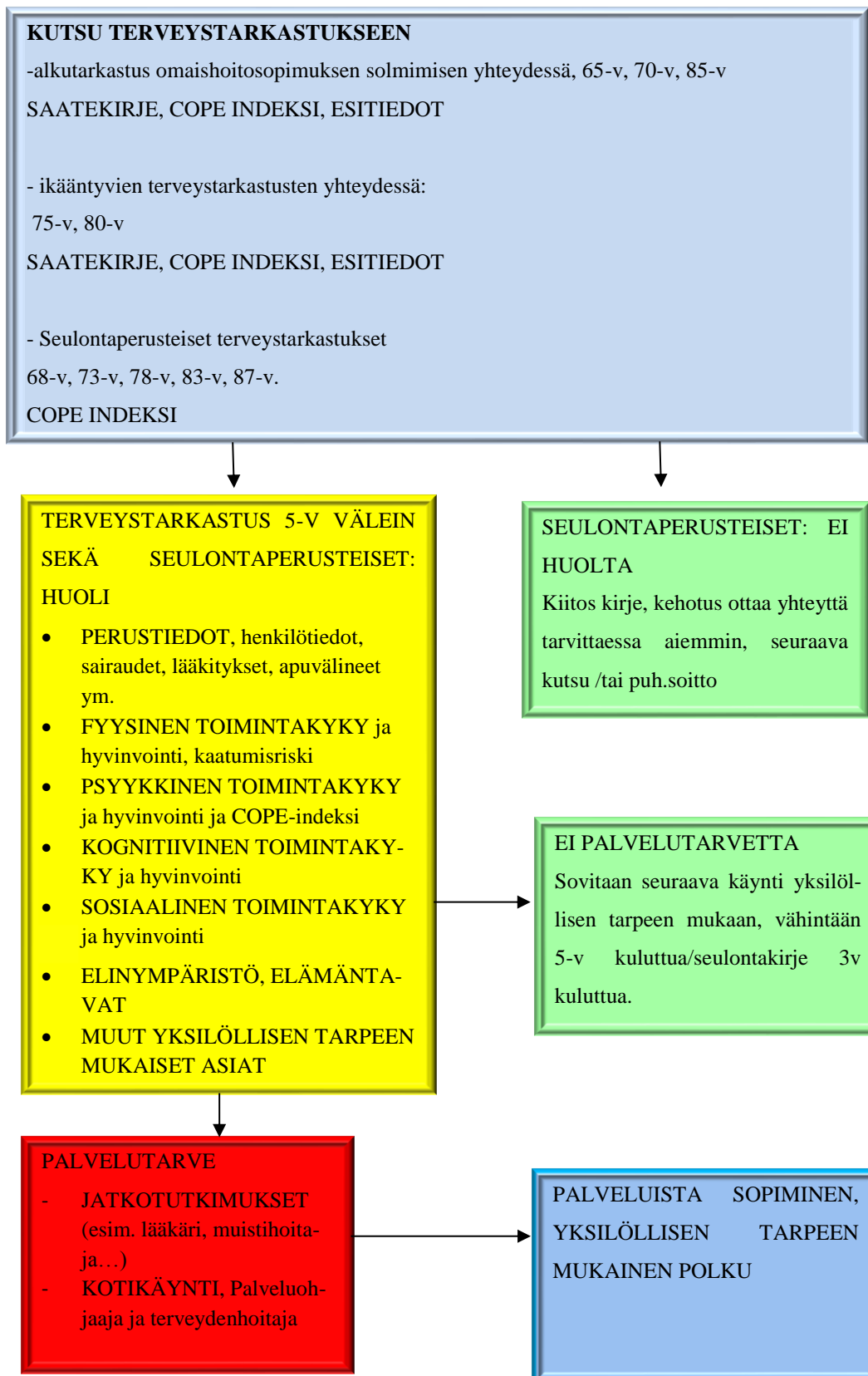
8.3 Omaishoitajan terveystarkastus polku

Omaishoitajan terveystarkastuksen polku etenee taulukon viisi (Taulukko 5.) mukaisesti. Kunnan omaishoidon palveluohjaaja toimittaa ikäryhmittäin saatekirjeen, esitietolomakkeet sekä palautuskuoren terveydenhoitajan tiedoilla varustettuna. Materiaali toimitetaan sähköisenä sekä paperisena versiona palveluohjaajille. Terveydenhoitaja kutsuu vastaanotolle määräaikaivuosiina syntyneet sekä seulontaperusteisina vuosina riskissä olevat. Vastaanotolle kutsutaan kirjeitse ja mahdollisesti myös lisäksi puhelimitse voi sopia omaishoitajan kanssa sopivasta ajankohdasta terveystarkastukseen. Omaishoitaja voi olla tarvittaessa myös suoraan terveydenhoitajaan yhteydessä. Omaishoitajat jotka saavat kutsun seulontaperusteisesti, mutta eivät ole riskissä, eivät koe tarvetta vastaanotolle, saavat kiitos kirjeen vastaamisesta, kehotuksen pitää itsestään jatkossakin huolta, kerrotaan seuraavasta tarkastusajankohdasta ja mahdollisuudesta olla terveydenhoitajaan tarpeen tullessa yhteydessä jo aiemmin.

Varsinainen terveystarkastuksen sisältö on kuvattu kappaleessa 7.4. Taulukossa viisi. Sivulla 62. Tarkastuksen sisältöön ei tehty mitään muutoksia, mutta terveydenhoitajien kanssa vielä täsmennettiin tutkimuksen päätteeksi mitä mittareita käytetään aina ja mitä tarvittaessa. Esimerkiksi masennusseula (GDS-15), toteutetaan vain, mikäli COPE indeksissä on viitteitä masentuneisuuteen, samoin jos esitietolomakkeen kartoittaviin kysymyksiin on vastattu mielialan laskuun viittaavasti. Liitteissä 5–8 on terveystarkastuksessa käytetyt saatekirje omaishoitajien terveystarkastuksista (LIITE

5), kutsulomake (LIITE 6), ei kutsu-lomake (LIITE 7) sekä saatekirje tutkimuksista lomake (LIITE 8).

Taulukko 5. Omaishoitajan terveystarkastuspolku



9 TOIMINTATUTKIMUS JA EETTISYYS

9.1 Toimintatutkimus ja eettisyys

Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää, että tutkimuksenteossa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä (Hirsijärvi ym. 2009, 23). Kriittisyys ja taito lukea informaatiota ovat edellytyksiä laadukkaan tiedon hankinnassa. Tutkijan on osattava arvioida tietoa ja olla puolueeton, sekä erottaa oleellinen tieto epäoleellisesta. Tiedonhankinnassa on hyvä kiinnittää huomiota muun muassa tiedon tuottajaan, ylläpitäjään sekä tiedon ajankohtaisuuteen. (Ojasalo ym. 2014, 31–32.) Tähän tutkimukseen pyrittiin valitsemaan alle 10 vuotta vanhoja tutkimuksia ja kirjallisuutta ja hyödyntämään aiempia kokemuksia vastaavan asian ratkaisemissa. Tutkimuksessa käytettiin useita tietolähteitä ja tiedonkeruu muotoja. Aineiston triangulaatiolla löydettiin merkittävimmät ja käytännön kannalta oleelliset toimintamallit ja mittarit. Arvioinnin tulosten tulee olla valideja eli mitata oikeita asioita. Tähän pyritään kirjallisen ja tutkitun tiedon hyödyntämisellä. Tulosten pysyvyyttä, uskottavuutta ja siirrettävyyttä pyritään vahvistamalla kuvaamalla toimintatutkimuksen kulku mahdollisimman tarkkaan, jotta samoihin tuloksiin on mahdollisuus päästä. (Kananen 2014, 64, 126. Tutkijan näkökulmasta toimintakentän ja toimijoiden tunteminen ja jatkuvan yhteistyön tekeminen on etu. Työntekijöihin on syntynyt luottamuksellinen suhde ja ajatuksia voidaan vaihtaa avoimesti. Toisaalta taas eettistä painetta asettaa esimiesrooli, onko alaisella kuitenkaan täysin uskallusta sanoa rehellistä mielipidettään mahdollisista eriävistä mielipiteistään tai negatiivisista kokemuksista. Luottamuksellista ja avointa ilmapiiriä pyritään luomaan hyväksyvällä, aktiivisella kuulemisella. Jokainen saa kertoa kantansa, antaa palautetta ja kehittämissuhteita. Toisaalta toiminta on entuudestaan terveydenhoitajille tuttua, yhteistyöpalaverien ja toimintaoppaiden yhdessä laatimisen vuoksi avoimeen keskusteluun on totuttu.

Ihmisten itsemääräämisoikeutta pyritään kunnioittamaan antamalla heille mahdollisuus päättää, haluavatko he osallistua tutkimukseen. Heille annetaan tutkimuksen kannalta oleelliset tiedot, hyödyt sekä mahdolliset riskit tehdessään harkintaa osallistuuko tutkimukseen. (Hirsijärvi ym. 2009, 25–26, STM 2013, 10 – 11.) Tutkimukseen pyydetään lupa Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymästä. Asiakkaille tarjotessa terveystarkastukseen aikaa heille kerrotaan toimintatutkimuksesta ja

kulusta, joten he ovat tietoisia osallistuessaan tarkastukseen olevansa mukana pilotissa. Terveystarkastuksissa kertynyttä potilastietoa ei kerätä tutkimukseen, eikä näin ollen erillistä kirjallista lupaa eikä eettisen toimikunnan lupaa. Tarkastukseen osallistuneilta asiakkailta kerättävään palautteeseen voi asiakas jättää niin halutessaan vastaamatta. Tutkija ei tiedä kuka palautekaavakkeen on saanut tai edes tarkastuksissa on käynyt. Palautelomake ei sisällä henkilötietoja, näin ollen anonymiteetti säilyy koko ajan.

9.2 Toimintamalli ja eettisyys

Hoitotyön näkökulmasta terveydenedistämisen keskeiset eettiset periaatteet ovat autonomian, hyvän tekemisen ja pahan välttämisen, oikeudenmukaisuuden ja luotettavuuden periaate. Opinnäytetyön eettisenä lähtökohtana valinnoissa on myös mukana olevien ihmisten oikeudet, tasa-arvoisuus ja kunnioittaminen. (Pohjola 2007, 18, Leino-Kilpi ym. 2014, 61,189.) Ammatilaisen tulee toimia luottamuksellisesti, käsitellä ja puuttuakin ihmisille arkaluontoisiin asioihin (Leino-Kilpi ym. 2014, 14). Asiakkaalla on oikeus omaa terveyttään ja hoitoaan koskevaan tietoon ja eettinen oikeus päättää, miten hän tätä tietoa elämässään käyttää. Toimintamallissa pyritään tarjoamaan tutkittuun tietoon ja näyttöön perustuvia sisältöjä ja toimintamalleja kaikille yhtenevällä toimintatavalla. Yksilölliset toiveet ja tarpeet huomioidaan tarkastuksissa. Yksilöllisyyden periaate korostaa ihmisen ainutlaatuisen ja yksilöllisenä persoonana näkemistä, jolla on vapaus ja valinnanmahdollisuus sekä vastuu omasta elämästään. Tavoitteena on että asiakas osallistuu aktiivisesti omien asioidensa hoitoon, hänelle annetaan tietoa ja myös tietoa, mistä saada luotettavaa tietoa ja varmistetaan riittävä tuki.

Ihminen ei aina ole yksin kykenevä vaalimaan terveyttään. Ihminen voi kokea avuttomuutta, voimattomuutta ja kyvyttömyyttä hoitaa itseään tai tehdä omia päätöksiä tai valintoja. Tällöin tarvitaan terveydenhuollon ammattilaista, joka auttaa, ohjaa ja joskus jopa tekee puolesta. Tällaisia tilanteita saattaa tulla esimerkiksi neuvolassa, jossa terveydenhoitaja havaitsee terveysuhan. Tavoite on kuitenkin, että ihminen kykenee mahdollisimman pian ottamaan vastuuta tilanteestaan. (Leino-Kilpi ym. 2014, 26). Keskeistä on osata valita menetelmät, joiden avulla osoitetaan kunnioitus-

ta asiakkaan ja perheen omille näkemyksille ja toisaalta välitetään tieto perustellusti. Näkemys ei saa olla yksipuolinen työntekijän näkemys, ja mitä ihmisen tulee terveyden eteen tehdä.

Eettisen pohdinnan äärelle joudutaan mm. tilanteissa, joissa omaishoitajan terveys ja toimintakyky eivät vastaakaan omaishoidon tarvetta, mutta omaishoitaja tai hoidettava ei ole halukas tarvittaviin toimenpiteisiin. Lisäksi kuntien talouden heiketessä, myös terveydenhuollossa on tehty supistuksia ja vähennetty kunnan tarjoamia palveluita. (Leino-Kilpi ym. 2014 s.16–17.) Yksittäinen hoitohenkilö joutuu yhä enenevässä määrin pohtimaan mitä palveluja hän voi tarjota hyvinvointia heikentämättä. Vastuu omasta terveydestä on siirtynyt enenevästi asiakkaalle. Toisaalta taas vastuun siirtymisen myötä oikea-aikaisen tuen saanti voi olla vaikeampaa. Kohdennetuilla terveyden- ja toimintakyvyn kartoituksilla pyritään vastaamaan osaltaan tähän haasteeseen.

Terveydenhuollon ammattihenkilön on sovellettava yleisesti hyväksytyjä ja kokemusperäisiä perusteltuja menettelytapoja koulutuksensa mukaisesti, jota hänen on pyrittävä jatkuvasti täydentämään. Terveydenhuollon ammattihenkilöllä on velvollisuus ottaa huomioon, mitä potilaan asemasta ja oikeuksista säädetään (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785).

Tutkimusta tehdessä pohditaan, ketä tutkimuksella palvellaan ja ketkä sen tuloksista hyötyvät (Pohjola 2007, 28). Toimintamallin perimmäisenä tavoitteena omaishoitajan etu, omaishoitaja saa tietoa terveydestään ja toimintakyvystään ja ohjeita, neuvoja ja tukea ylläpitää ja edistää terveyttään ja jaksamistaan. Lisäksi palveluohjaaja voi näin varmentaa hoidettavan omaisen etua kun omaishoitajan terveys ja toimintakyky on omaishoidon tarpeeseen riittävä ja toisaalta taas pystyy kohdentamaan tukipalveluita tarvittaessa.

10 POHDINTA JA JATKOHAASTEET KEHITTÄMISELLE

10.1 Tulosten tarkastelua

Hyvinvointia edistävissä palveluissa toimintakyvyn arvioinnin tulee olla perusteena asiakkaalle annettavalle neuvonnalle ja palveluohjauksen valinnoille. Mikäli toimintakyky ei ole alentunut tai riskissä alentua, neuvonta painottuu yleiseen terveys-, hyvinvointi- ja palveluneuvontaan. Jos toimintakyvyssä taas on viitteitä heikkenemisestä, tulee asiakkaalle tarjota tietoa toimintakykyä uhkaavan ongelman ehkäisemiseksi ja hallitsemiseksi. Tärkeää on, että ammattilainen on tietoinen kunnassa tarjottavista mahdollisuuksista ja palveluista. Aina tilanteeseen ei löydy korjaavaa ratkaisua, mutta puheeksi ottamisen tiedetään jo monesti olevan hyväksi. Jos asiakkaan toimintakyky on merkittävästi alentunut, on ammattihenkilö velvollinen ohjaamaan asiakkaalle sopivia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita. (Mäkelä, M. 2013, 10.)

Kehittämistehtävän tarkoituksena oli luoda toimiva, terveyttä ja hyvinvointia tukeva terveystarkastusmalli Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymään ja samalla luoda kunnan omaishoidosta vastaavien tahojen kanssa toimiva yhteistyömalli. Terveystarkastuksessa kartoitetaan mahdollista tuen ja palveluntarvetta ja toisaalta kannustetaan terveyden ja hyvinvoinnin ylläpitoon. Toimintatutkimuksessa hyödynnettiin aineiston triangulaatiota. Tutkimusongelmien vastaukset saatiin lukuisista tutkimuksista ja tietokirjallisuudesta, toisten kuntien malleista, terveydenhoitajien kokemuksista terveystarkastusmallin toimivuuden ja toteutuksen osalta sekä omaishoitajien antaman palautteen osalta. Samalla keskustelua käytiin myös kuntien omaishoidosta vastaavien kanssa ja heidän kokemuksensa toimivuudesta ja tarpeeseen vastaamisesta.

Tutkimustiedon valossa ja muiden kuntien kokemuksista saadun tiedon pohjalta osatiin terveystarkastuksissa nostaa tärkeitä, jaksamisen ja toimintakyvyn osa-alueita esiin. Omaishoitajilta ja terveydenhoitajilta saatu palaute oli positiivista. Viesti oli selvä, terveystarkastukset tulevat todella tarpeeseen. Omaishoitajat pitivät terveystarkastuksia tarpeellisena, mallia kattavana. Omaishoitajat toivoivat säännöllisille terveystarkastuksille jatkoa. Omaishoitajat arvostivat terveydenhoitajan antamaa aikaa, useassa palautteessa mainittiin positiivisena omaishoitajan kuuleminen. Terveysten-

hoitajien arvostus ja ymmärrys omaishoitajia kohtaan kasvoi pilotointi vaiheen aikana. Terveystarkastajien kokemus tutkimustiedon kanssa oli yhtenevä siltäkin osin, että omaishoitaja huolehtii hoidettavasta ja hänen tarpeistaan tunnollisesti, mutta tinkii helposti omista tarpeistaan. Terveystarkastajien ja jaksamisesta huolehtimisesta sekä terveysongelmien varhaisesta hoitamisesta hyötyy selvästi omaishoitaja, mutta pitkällä tähtäimellä myös omaishoidettava ja kunta. Pilottivaiheessa omaishoitajia ohjattiin paljon jatkotutkimuksiin, mm. muistiterveyden tutkimuksiin, verenpainehoitajalle, psykiatrisen tuen ja hoidon osaamisalueelle, kuulontutkimuksiin. Näiden lisäksi ohjattiin myös kunnan palveluihin ja muihin toimintoihin. Kotihoidon käyntejä toteutettiin muutamia, mm. kodin turvallisuuden, apuvälineiden, ergonomian parantamiseen ja tarvittavien mahdollisten muutostöiden kartoittamiseksi.

Terveystarkastusmalli koettiin toimivaksi ja toimintamallia jatketaan sellaisenaan. Kunnan omaishoidosta vastaava toimittaa tarvittavat lomakkeet kuoressa omaishoitajalle. Omaishoitaja palauttaa esitietolomakkeet terveydenhoitajalle. Terveystarkastaja saa näin tiedon omaishoitajasta, hän voi arvioida terveystarkastusten tarvetta ja terveystarkastuksen sisällön painotusta. Terveystarkastaja kutsuu kaikki 65, 70, 75, 80, 85 vuotta täyttäneet terveystarkastukseen ja 68, 73, 78, 83, 87 syntyneet seulontaperusteisesti mikäli esitietolomakkeiden mukaan omaishoitajalla on kohonnut riski toimintakyvyn heikkenemiseen. Omaishoitajat, joilla ei ole kohonnut riskiä toimintakyvyn heikkenemisestä, saavat kirjeen, jossa heitä kannustetaan terveyden ja hyvinvoinnin ylläpitämiseen ja ottamaan yhteyttä, mikäli tilanteessa tulee muutos ennen seuraavaa terveystarkastuskutsua. Tämän mallin pohjalta tietyin muutoksin toteutetaan myös ikääntyvien hyvinvointia tukevat terveystarkastukset kaikille kuntayhtymän alueella asuville 75- ja 80 vuotiaille.

Omaishoitajien terveystarkastusmallia suunnitellessa huoletti niin tutkijaa kuin kunnan palveluohjaajia tilanne, jossa omaishoitaja todettaisiin terveydeltään ja toimintakyvyltään kykenemättömäksi toimimaan omaishoitajana. Tällaiseen tilanteeseen ei tutkimuksen aikana jouduttu, vaan lisätuella ja riittäväillä apuvälineillä/muutostöillä omaishoitoa voitiin jatkaa. Näitä tilanteita saattaa kuitenkin väistämättä jossain kohdalla toimintaa toteutettaessa tulla vastaan. Näiden tilanteiden varten kunnalla on hyvä olla suunnitelma, miten näissä tilanteissa edetään ja toimitaan.

10.2 Jatkoasteet kehittämiselle

Toiminnan edelleen kehittämistä tukee säännöllinen tiedonkerääminen terveystarkastuksista sekä asiakaspalaute. Säännöllinen yhteydenpito kunnan eri toimijoihin, erityisesti omaishoidosta vastaavien kanssa on tärkeä kanava käsitellä tietoa ja sopia käytännön asioista ja sopia yhteisiä tavoitteita. Laadukas rakenteinen kirjaaminen ja tilastointi ovat tässä erittäin merkittävä tekijä. Tämän turvin voidaan taata asiakkaan hoidon ja palveluiden jatkuvuutta sekä lisätä tietoisuutta, tiedolla johtamista.

Aktiivisen yhteistyön ja tiedon siirtymisen kannalta on toivottavaa, että vähintään kerran tai kaksi vuodessa tavattaisiin yhteistyökumppaneiden kanssa ja omaishoitajan hyvinvointiin liittyviä tavoitteita, tarpeita ja niihin vastaamista. Aktiivisella tiedon vaihtamisella varmistetaan palvelujen toimivuus ja omaishoitajan tarpeisiin vastataan riittävän varhain. Terveystarkastusten näkökulmasta on viisasta kerätä terveystarkastuksista yhteenvedo. Tietoa tulee systemaattisesti kerätä terveystarkastuksiin osallistuneiden määrystä, laatia terveystarkastuksen keskeisimmistä asioista yhteenvedo sekä jatko-ohjannasta eri palveluihin. Säännöllisen palautteen kerääminen omaishoitajilta on tärkeää toiminnan edelleen kehittämiseksi ja tarpeeseen vastaamiseksi. Tätä toimintatutkimusta varten luotua asiakaspalautekyselylomaketta voidaan jatkossa käyttää sellaisenaan palautteen keräämisessä tai muokata niin halutessa.

Tulevaisuudessa omahoitokanavia ja lomakkeita voidaan siirtää sähköisille alustoille, jolloin omaishoitajat voivat ottaa tätäkin kautta aktiivisesti yhteyttä ja huolehtia terveydestään. Sähköisiin vaihtoehtoihin ei tämän kehittämistutkimuksen aikana panostettu, sillä kuntien kokemus joissa näitä sähköisiä palveluita oli, oli se että niitä ei juurikaan vielä käytetty omaishoitajien toimesta. Sähköisten palveluiden kehittymisen, ihmisten tottumisen sähköisien palvelujen käyttöön ja yhteyksien paraneminen oletettavasti luovat kasvavaa tarvetta sähköisten palvelujen kehittämiselle. Myös tuleva sote-uudistus painottaa sähköisten palvelujen ja mahdollisuuksien kehittämiseksi lähitulevaisuudessa.

Terveystarkastusten mittarien osalta tulee tehdä myös säännöllistä arviointia. Erityisesti samaa mittaria käytettäessä useamman kerran. Testivaikutuksessa tuloksia voi vääristää tutkittavan oppiminen mittauksiin, jolloin mittausinstrumentit ovat opitut ja

vastaukset tulevat ulkomuistista. (Kananen 2014, 65–66.) Näin voi käydä joskus, mm. MMSE testin kohdalla. Tulosten luottavuuden varmistamiseksi tulee varmistua myös siitä, että muutos on käytetyn intervention aiheuttama, eikä ulkopuolisen muutujan. (Kananen 2014, 65.) Mittareita väärin käytettäessä voidaan saada myös vääriä tuloksia. Mittareita tulee käyttää eri kerroilla samalla tavalla (Kananen 2014, 66). Hyvä perehdyttäminen on tärkeää työntekijöiden vaihtuessa toiminnan jatkuvuuden ja turvaamisen sekä luotettavien tulosten saamisen vuoksi. Myös yhteistyön parantaminen tukiverkoston, eri palvelutuottajien ja kunnan toimijoiden kanssa on tärkeässä asemassa, jotta omaishoitaja saa riittävän tuen ja riittävän tiedon olemassa olevista vaihtoehdoista.

Osa omaishoitoa koordinoivista kunnan edustajista esittivät jo tutkimuksen alkaessa huolen omaishoitajista jotka jäävät kunnan omaishoidon sopimuksen ulkopuolelle. Tässä ryhmässä on yhtäläistä tarvetta terveyden ja hyvinvoinnin tukemiselle. Yhteisesti päätimme tehdä vielä esitteen omaishoitajien terveystarkastuksista, jota voidaan jakaa eri palveluissa (omaishoitoa koordinoivat tahot, perusturva, sosiaali- ja terveydenhuolto, omaishoidon paikalliset järjestöt...). Tämän mallin luomiseen on hyvä tehdä jatkotutkimusta toiminnan kehittämiseksi. Lisäksi oman tutkimuksensa tarvitsisi nuorempien omaishoitajien terveyden ja hyvinvointia tukevat terveystarkastukset. Tässä opinnäytteessä on tutkittu nimenomaan ikääntyvän omaishoitajan terveysriskejä ja siihen soveltuvia mittareita eivätkä ne sovellu työikäisten ja sitä nuorempien terveydentilan arviointiin. Tämän opinnäytetyön aikana ei myöskään ehditty testaamaan seulontaperusteisten tarkastusten oikeaa kohdentumista ja mallin toimivuutta siltä osin. Tämä jää juurruttamistyön yhdeksi tavoitealueeksi selvittää.

Hyvinvointia ja terveyttä edistävillä palveluilla pystytään edistämään terveyttä ja toimintakykyä, löytämään riskissä olevat varhain, siirtämään palveluntarvetta myöhäisemmäksi tai parhaassa tapauksessa korjaavia palveluja ei tarvita lainkaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 24.) Lähes kaikki omaishoitajille ja ikääntyneille tehdyt tutkimukset korostavat terveystarkastusten ja toimintakyvyn kartoitusta hyödyllisenä ja tarpeellisenä (Tikkanen 2015, Eloniemi-Sulkava ym. 2007, Hämäläinen ym. 2010, Kujala ym. 2015, Niemi 2015). Terveystarkastusmalli omaishoitajille on terveyttä edistävää ja varhaiseen puuttumiseen tähtäävää palvelua jonka tavoitteena on lisätä omaishoitajan elämänlaatua ja tukea kotona pärjäämistä, ja tätä kautta osal-

taan hillitä sosiaali- ja terveystalvelujen menoja. Palvelutarpeen arvioinnin tavoitteena on turvata asiakkaalle oikea-aikaisesti annetut palvelut, tehokkaan ennaltaehkääsyt, varhaisen tuen, sekä riskitekijöihin ja ongelmiin puuttumisen, luoda asiakkaalle edellytykset toimia ja päättää asioistaan itsenäisesti ja turvallisesti. Palvelutarpeen arviointi auttaa ammattilaisia hahmottamaan korjaavien toimenpiteiden sekä tarvittavien palveluiden määrää ja luonnetta. (STM 2006.)

Tutkimusnäyttöä on olemassa muun muassa riskien hallinnan (esim. tapaturmien ja kaatumisen ehkäisy), ravitsemusneuvonnan ja liikunnan lisäämisen vaikuttavuudesta ja varhaisen puuttumisen merkityksestä iäkkäiden toimintakyvyn heikkenemisen kannalta. Ikääntynyt väestö hyötyy omaehtoisesta hyvinvoinnin ja terveyden lisäämisen ohjauksesta. Terveellinen ruoka ja säännöllinen liikunta sekä ulkoilu ovat keskeistä ohjauksessa. Ennakoiva toiminta, kuten tuki tulevan asumisen suunnitteluun on tärkeää hyvinvoinnin kannalta. Riskiryhmien tunnistaminen on tärkeää, sillä riskiin vaikuttamalla voidaan estää tai vähentää palvelujen tarvetta. (STM 2013, 25–26, Finne-Soveri ym. 2011, 1.) Mielenkiintoinen jatkotutkimuksen aihe tässä olisi kerätä tietoa, millainen merkitys ja vaikuttavuus säännöllisillä ehkäisevillä terveystarkastuksilla on omaishoitajille sekä omaishoidettaville. Lisääntykö heidän voimavaransa edelleen, luovatko säännölliset kontaktit ja yhteistyö turvallisuuden tunnetta, paraneeko pärjäävyys kotona ja mahdollistuuko asuminen kotona pidempään. Tällaisella tutkimuksella saataisiin myös lisäinformaatiota kustannussäästöistä. Omaishoitaja tekee arvokasta työtä ja ansaitsee parhaan mahdollisen tuen, tiedon ja avun jaksakseen vaativimmissakin arjen haasteissa. Kaikkien etu ja yhteinen tahtotila on hyvinvoiva omaishoitaja.

LÄHTEET

Abellan van Kan G, ym. 2009. France. Gait speed at usual pace as a predictor of adverse outcomes in community-dwelling older people an International Academy on Nutrition and Aging (IANA) Task Force. *J Nutr Health Aging* 2009; 13: 881–889.

Ahlqvist, A. 2013. Kotona asuvien ikääntyneiden itsenäinen selviytyminen: mitä 75-vuotiaiden ennaltaehkäisevät terveystarkastukset paljastavat. Pro gradu – tutkielma. Hoitotiede. Turun yliopisto.

Aira, M. 2007. Kesäomaisten tarkistuskäyntien sijaan vanhuksillekin säännölliset terveystarkastukset. *Suomen lääkirilehti - Finlands läkartidning* 2007 vol. 62 no. 35, 3023–3024.

Anttila, H. Paltamaa, J. 2015. ICF tulee osaksi tietojärjestelmiä. *Fysioterapia* 2015 Vol. 62. No 3. 4-10.

Alatalo T., Ilvesluoto V., Joonas M., Koistinaho A–M., Kortelainen R., Penttilä, S. ja Vääräniemi I. 2014. ”Näkkeehän ne minkälaista apua tartten”. Kattava palvelutarpeen arviointi Vanhuspalvelulain tavoitteena. Oulun ammattikorkeakoulu Oy ja Lapin yliopisto Yhteiskuntatieteiden tiedekunta Kuntoutuksen sekä Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma, ylempi (AMK), Sosiaalityön koulutusohjelma. Pro gradu -tutkielma/ YAMK ja Sosiaalityö/ YAMK:n alat.

Bachner, YG., Ayalon, L. 2010. Initial examination of the psychometric properties of the short Hebrew version of the Zarit Burden Interview. *Aging & Mental Health*, Aug2010; 14(6): 725-730.

Blomgren J, Martelin T, Sainio P, ym. Ikääntyneiden terveyteen ja toimintakykyyn vaikuttavat tekijät. Kirjassa: Sosiaaliepideemiologia. Väestön terveyserot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät, s. 244–263. Toim. Laaksonen M, Silventoinen K. Gaudeamus, Helsinki 2011

Brodaty H, & Donkin M. 2009. Family caregivers on people with dementia. *Dialogues Clin Neurosci.* 2009 Jun; 11(2): 217–228. Viitattu 01.10.2015.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181916/>

Eurocarers 2013. Enabling carers to use to care. Proposal for EU-level strategy in support of informal care provision. Viitattu 13.1.2016. Saatavissa:
<https://www.eurocarers.org/userfiles/files/policy/Carers%20strat%20dr12%2013Final.pdf>

Eronen, Johanna 2010. Lievää Alzheimerin tautia sairastavien henkilöiden ja heidän omaishoitajiensa sosiaali- ja terveystalveluiden käyttö ja siihen yhteydessä olevat tekijät. Gerontologian ja kansanterveyden pro gradu – tutkielma. Terveystieteiden laitos. Jyväskylän yliopisto.

Eloniemi-Sulkava, U., Saarenheimo, M., Laakkonen, M-L., Pietilä, M., Savikko, N., Pitkälä, K. (Toim.) 2007. Omaishoito yhteistyönä. Iäkkäiden dementiaperheiden tutkimallin vaikuttavuus. Geriatriksen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 14. Vanhustyön keskusliitto. Gummeruksen kirjapaino. Helsinki.

Finne-Soveri, H., Leinonen, R., Autio, T., Heimonen, S., Jyrkämä, J., Muurinen, S. 2011. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn mittaaminen palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä. TOIMIA-tietokanta, suositukset. Saatavissa:
<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/suositus/15/>.

Forsström J, Saukkonen S-M, Tuomola P. 2010. AvoHILMO. Perusterveydenhuollon avohoidon ilmoitus 2011. Määrittelyt ja ohjeistus. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 3/2010. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinninlaitos.

Gehring, S., Heino, M., Kaivolainen, M., Purhonen, M. 2015. Minäkö omaishoitaja? Ensiopas omaishoidosta. Omaishoitajat ja läheiset liitto RY, Lakeuden omaishoitajat ry, Mikkelin seudun omaishoitajat ja läheiset ry, Joensuun omaishoitajat ja läheiset ry. 2015. Plusprint. Ulvila.

Haarala, P. & Mellin, O-K. 2015. Kansanterveystyö ja terveyden edistäminen. Teoksessa P. Haarala, H. Honkanen, O-K. Mellin & T. Tervaskanto-Mäentausta. Terveystyöntekijän osaaminen. 2. uudistettu painos. Helsinki. Edita.

Hamilas, M., Hämäläinen, H., Koivunen, M., Lähteenmäki, L., Pajala, S., Pohjola, L. 2000. Toimiva-testi. Iäkkäiden fyysisen toimintakyvyn mittausmenetelmä. Helsinki. Valtiokonttori.

Heikkinen, R. 2013. Psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia kartoitetaan myös erilaisien mieliala-asteikkojen avulla. Gerontologia 27 (2013): 4, s. 386–396.

Heikkinen E. 2008. Vanhenemisen ulottuvuudet ja onnistuvan vanhenemisen edellytykset. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 402–408.

Henriksson-Leivo, T., Laine, S., Ämmälä, H. 2012. Toimintakykyisenä ikääntyminen – hanke. Rauman osahanke 2.5.2010 – 30.9.2012. Väliraportti. Rauma.

Hiekkanen, N., Pulkkinen, M., Rikberg, L. Elinvoimaa ja elämänhallintaa omaishoitoperheille 2009 -2013 Eteläinen Helsinki Voimavara- arviointi kotikäynnillä. Kalliolan Senioripalvelusäätiö/ Kuntokeidas Sandels.

Hirvonen, P. 2015. Alle 65-vuotiaiden asiakkaiden omaishoidon tuen arviointi ja toimintakykymittarit. Metropolia Ammattikorkeakoulu, YAMK, Sosiaali- ja terveystieteiden alan kehittäminen ja johtaminen Opinnäytetyö 23.12.2015

Hirsijärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Tammi. Helsinki.

Horrell, B., Stephens, C., Breheny, M. 2015. Capability to Care: Supporting the Health of Informal Caregivers for Older People. *Health Psychology*. 34(4):339-348, April 2015.

Husu, P. 2008. Predictive value of health-related fitness tests on mobility difficulties in high-functioning older adults. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta. Terveystieteidenlaitos. Tampere.

Hytönen, P. 2015. Iäkkään kuntoutujan toimintakyvyn ja omaishoitajan jaksamisen tukeminen kotikonseptin avulla. Kuntoutusohjauksen ja – suunnittelun koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu.

Hämäläinen, P., Pitkänen L., Suomalainen, E., Utriainen E. 2010. ”On lupa toisesta huolta kantaa...” Muistisairasta läheistään hoitavan omaishoitajan terveystapaaminen. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Mikkelin Ammattikorkeakoulu.

Jantunen, S., Naaranoja, M., Piippo, J., Mäkelä, T., Valtanen, E., Sankelo, M. 2014. Toimintatutkimuksen laatukriteerit ja niiden soveltaminen osallistuvan innovaatiotoiminnan johtamisen tutkimisessa. Viitattu 6.6.2016. Saatavissa: http://www.osuvafoorumi.fi/files/2014/09/2012_TTP_OSUVA_toimintatutkimuksen_1.pdf

Juntunen, K & Salminen A-L. 2011. Omaishoitajan jaksamisen ja tuen tarpeen arviointi. COPE-indeksi suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon käyttöön. Kelan tutkimusosasto, Juvenes Print. Tampereen yliopistopaino.

Juntunen, K & Salminen A-L. 2012. COPE-indeksin arviointitutkimus. Kelan tutkimusosasto. Nettityöpapereita 38/12.

Järnstedt, P., Kaivolainen, M., Laakso, T. & Salanko-Vuorela, M. 2009. Omainen hoitajana. Saarijärvi: Kirjapaja.

Jönsson, PD., Wijk, H., Danielson, E., Skärsäter, I. 2011. Outcomes of an educational intervention for the family of a person with bipolar disorder. A 2-year follow-up study. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2011; 18 (4): 333–341.

Kaivolainen M., Kotiranta T., Mäkinen E., Purhonen M, Salanko-Vuorela M. (Toim.) 2011. Omaishoito, tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Duodecim.

Kananen, J. 2014. Toimintatutkimus kehittämistutkimuksen muotoa. Miten kirjoitan toimintatutkimuksen opinnäytetyönä? Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Juvenes Print.

Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M., Tiittanen, H. 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. SanomaPro. Helsinki.

Kehusmaa, S. 2014. Hoidon menoja hillitsemässä. Heikkokuntoisten kotona asuvien ikäihmisten palvelujen käyttö, omaishoito ja kuntoutus. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 131. Kelan tutkimusosasto. Juvenes Print. Helsinki.

Kim, S-S., Reed, P., Hayward, R., Kang, Y., Koenig, H. 2011. Spirituality and psychological well-being: testing a theory of family interdependence among family caregivers and their elders. *Research in Nursing & Health*, Apr2011; 34(2): 103-115.

Koskimäki, E. 2013. Omaishoitajien jaksaminen ja tuen tarve Etelä-Karjalan alueella. Saimaan ammattikorkeakoulu. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Terveyden edistämisen koulutusohjelma. Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta.

Koskinen, S., Lundqvist, A., Ristiluoma, N. (toim.) 2012, Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. RAPORTTI 68/2012. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy Tampere.

Koskinen, S ja Martelin, T. 2007. Nykyiset kansanterveysongelmat ja mahdollisuudet niiden torjumiseen. Teoksessa terveydenhuollon menojen hillintä: rahoitusjärjestelmän ja ennaltaehkäisyn merkitys. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 4/2007. Helsinki.

Kujala, A., Kari, H. 2015. Erityisryhmien terveystarkastukset Keminmaan kunnassa. Työttömien, omaishoitajien, ikäihmisten ja aikuisten kehitysvammaisten terveyden edistäminen. YAMK opinnäyte. Lapin AMK.

Kumamoto, K., Arai, Y., Zarit, S. 2006. Use of home care services effectively reduces feelings of burden among family caregivers of disabled elderly in Japan: preliminary results. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006;21:163-170.

Käypä hoitosuositus, lonkkamurtumat 2011. Viitatti 28.2.2016. Saatavissa:
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50040>

KÄYPÄ Hoitosuositus, Virtsankarkailu (naiset) 2011 Viitatti 17.1.2016. Saatavissa:
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50050>

KÄYPÄ Hoitosuositus, Muistisairaudet, 2010. Viitattu 17.1.2016. Saatavissa:
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50044>

Lahtinen, Pirkko 2008. Omaisen auttajana - Omaishoitajan kasvu. Suomen Mielen-terveysseura. Libris Oy.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Finlex 980/2012. Viitattu 28.2.2015. Saatavissa:
http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/ikaihmiset/palvelut_ja_etuudet/ehkai-sevat_palvelut_ / <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>.

Laki omaishoidon tuesta 937/2005. Viitattu 15.1.2016. Saatavissa:
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050937>

Lappalainen M. 2010. Omaishoidontuki omaishoitajan silmin, tutkimus työikäisten vammaispuolen omaishoitajien tuen ja palveluiden tarpeesta. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan laitos. Pro gradu-tutkielma. Viitattu 9.9.2015.
<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/82030/gradu04645.pdf?sequence=1>

Lehtisalo, S. 2015. Rauman kaupungin omaishoidon tukipalveluiden asiakaslähtöinen kehittämisarviointi. Terveiden edistämisen YAMK. Opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu.

Leinonen, K. 2009. Kukkasia vai kantoja polulla? – Terveyden edistäminen ikääntyneiden omaishoitajien näkökulmasta. Terveyden edistämisen YAMK. Opinnäytetyö. Laurea-ammattikorkeakoulu.

Leinonen, E., Korpisammal, L., Pulkkinen, LM., Pukuri, T. 2002. Depressio- ja dementiapotilaiden puolisoitten kuormittuneisuus. *Gerontologia* 2002 16, 3-9.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2014. Etiikka hoitotyössä. SanomaPro. Helsinki.

Linnosmaa, I., Jokinen, S., Vilkkö, A., Noro, A., Siljander, E. 2014. Omaishoidon tuki – Selvitys omaishoidon tuen palkkioista ja palveluista kunnissa vuonna 2012. THL 2014:9. Helsinki.

Linja N. 2013. Lyhytaikaishoito omaishoitajan jaksamisen tukena – kyselytutkimus omaishoitajille lyhytaikaishoidon konkreettisesta tuesta sekä tarvittavista kehittämisskohteista. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradututkielma. Viitattu 28.12.2015. Saatavissa:

http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef20140003/urn_nbn_fi_uef-20140003.pdf

Lyyra, Tiina-Mari, Pikkarainen, Aila & Tiikkainen, Pirjo (toim.) 2007. Vanheneminen ja terveys. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Matikainen, E., Aro, T., Huunan-Seppälä, A., Kivekäs J., Kujala S-T., – Tola S. 2004. Toimintakyky. Arviointi ja kliininen käyttö. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.

Mattila, J., Jousimaa, J. Laurila, J. 2015. Iäkkään potilaan kognitiiviset oireet: toimintakyvyn ylläpito on aina tärkeää. *Duodecim* 2015 vol. 131 no. 6 s. 599–603 Katsausartikkeli. Teema: katsaus - psykiatria perusterveydenhuollossa.

Metsämuuronen, J. 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Helsinki. International methelp Oy.

Metsämuuronen, J. 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä IV. Helsinki. International Methelp Oy.

Moilanen, M., Peuhkurinen, H. 2009. Tarmo-kyselylomake: ikääntyvän omaishoitajan kuntoutustarpeen.

Morris, S., King, C., Turner, M., Payne, S. 2015. Caregivers' three-cornered hats: Their tricornered Family carers providing support to a person dying in the home setting: A narrative literature review. *Palliative Medicine*. 29(6):487–495, June 2015.

Mäkinen E. Omaishoidon arviointimittaristo. Helsinki: Omaishoitajat ja Läheiset-Liitto, 2011. Viitattu 13.4.2011. Saatavissa: <http://www.omaishoitajat.fi/omaishoidonarviointimittaristo>

Mäkelä, M., Autio, T., Heinonen, H., Holma, T., Häkkinen, H., Hänninen, T., Pajala, S., Sainio, P., Schroderus, K., Seppänen, M., Sihvonen, S., Stenholm, S., Valkeinen, H. 2013. Suositus toimintakyvyn arvioinnista iäkkään väestön hyvinvointia edistävien palveluiden yhteydessä. 19.12.2013. TOIMIA. Viitattu 19.1.16. Saatavissa: http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2013/12/19/TOIMIA_suositus_toimintakyvyn_arvioinnista_iakkaan_vaeston_hyvinvointia_edistavien_palveluiden_yhteydessa_20131219.pdf

Niemi, K. 2015. 70-vuotiaiden terveystarkastusmalli Laviaan. Terveyden edistämisen YAMK. Opinnäytetyö. Satakunnan Ammattikorkeakoulu.

Näslindh-Ylispangar, A. 2012. Vanhuksen terveyden, hyvinvoinnin ja hyvän elämän edistäminen. Porvoo. Edita Publishing Oy.

Olshansky, E. 2007. Nurses and Health Promotion. *Journal of Professional Nursing*. Vol 23, sivut 1-2. Viitattu 30.8.2015. Saatavissa: [http://professionalnursing.org/article/S8755-7223\(06\)00197-9/fulltext](http://professionalnursing.org/article/S8755-7223(06)00197-9/fulltext)

Ojasalo, K., Moilanen, T., Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaisia osaamista liiketoimintaan. Uudistettu painos. Sanoma Pro Oy. Helsinki.

Omaishoitajien hyvinvointitarkastukset Eksotessa. Innokylä verstaas. Viitattu 17.1.2015. Saatavissa: <https://www.innokyla.fi/web/verstaas1091169/etusivu/-/verstaas/toteutus>

Omaishoitajat ja läheiset liitto RY 2015. Minäkö omaishoitaja? Ensiopas omaishoitajista. Plusprint. Ulvila.

Pajala, S. 2012. Iäkkäiden kaatumisen ehkäisy. Opas 16, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print, Tampere.

Peel, N., Bell, RAR., Smith, K. 2008. Queensland Stay On Your Feet® Community Good Practice Guidelines – preventing falls, harm from falls and promoting healthy active ageing in older Queenslanders. Queensland Health, Brisbane.

Perrig-Chiello, P., Hutchison, S. 2010. Family Caregivers of Elderly Persons: A Differential Perspective on Stressors, Resources, and Well-Being. *The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*. 23(4):195-206, December 2010.

Pietilä, A-M., Varjoranta, P. & Matveinen, M. 2009. Perusterveydenhuollon henkilöstön näkemyksiä terveyden edistämisestä - arvoperusta toiminnan kehittämiseen. *Tutkiva Hoitotyö* Vol. 7(3), 5-12.

Pohjolainen, P. ja Heimonen, S. (Toim.) 2009. Toimintakyvyn laaja-alainen arviointi ja tukeminen. *Oraita* 1/2009 groddar sprouts. Ikäinstituutti.

Pohjolainen, P., Salonen, E. 2012. Toimintakyky vanhuudessa: mitkä tekijät sitä määrittävät? *Gerontologia* 26 (2012) 4, s. 235–246.

Pohjola, A. 2007. Eettisyyden haaste tutkimuksessa. Teoksessa Viinamäki, L. & Saari, E. (toim.) *Polkuja soveltavaan yhteiskuntatieteelliseen tutkimukseen*. Tammi. Jyväskylä.

Pyykkö R, Backman K, Hentinen M. 2001. Dementoituneiden henkilöiden puoliso-omaishoitajien kokemuksia kotihoidon tilanteista ja niistä selviytymisestä. *Hoitotiede* 2001:13, 266-276.

Raijas, A. 2008. Arjen hyvinvointi ja mahdollisuudet sen mittaamiseen. Kuluttajatutkimuskeskus. Helsinki.

Rikkonen, T., Sirola, J., Sund, R., Honkanen, R., Kröger, H. 2014. Yksinkertaiset toimintakyky-testit ennustavat lonkkamurtumia ja kuolleisuutta postmenopausaalisilla naisilla: 15 vuoden seurantatutkimus. Bone and Cartilage Research Unit, University of Eastern Finland. *Finnish Journal of Orthopaedics and Traumatology*. VOL 37. SP-Paino Oy.

Ruoppila, I., Suutama, T. 2013. Psykkisen toimintakyvyn arviointi. *Gerontologia*, 27 (4), 375-385.

Ryan, A., Taggart, L., Truesdale-Kennedy, M., Slevin, E. 2014. Issues in caregiving for older people with intellectual disabilities and their ageing family carers: a review and commentary. *International Journal of Older People Nursing*. 9(3):217-226, September 2014.

Salin, S., Kaunonen, M. and Åstedt-Kurki, P. 2008. Informal carers of older family members: how they manage and what support they receive from respite care. *Journal of Clinical Nursing*. February 2009. Volume 18, Issue 4. Pages 477–624.

Sarvimäki, A., Heimonen, S., Mäki-Petäjä-Leinonen, A. (Toim.) 2010. Vanhuus ja haavoittuvuus. Edita. Helsinki.

Setälä-Pynnönen, V. 2016. Toisen ihmisen merkitys terveydelle. Kolumni. Kirjoittaja on tutkija (VTT, FL) ja terveysviestinnän viestintäkonsultti. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 2016;132(3):284-5. Viitattu 1.2.2016. Saatavissa: http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinnumero?p_auth=Sg1iWeC8&p_p_id=59_INSTANCE_abc1&p_p_lifecycle=1&p_p_state=normal&p_p_mode=view&_59_INSTANCE_abc1_struts_action=%2Fpolls_display%2Fvote_question

Siira, H. 2006. Ikääntynyttä läheistään hoitavan omaishoitajan terveys, hyvinvointi ja palvelujen käyttö. Gerontologian ja kansanterveyden pro gradu – tutkielma Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos.

Siljamäki, T., Mäkelä, M., Holmlund-Marttila, D., Kaukiainen, A. 2014. TOIMIA-verkosto. Katseet toimintakykyyn. Tesso 2014 vol 6 no 7, 24-27

Stakes 2004. ICF 2004. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Stenholm S, Tiainen K, Rantanen T, ym. Long-term determinants of muscle strength decline: prospective evidence from the 22-year Mini-Finland follow-up survey. *J Am Geriatr Soc* 60: 77–85, 2012.

STM 2006. Terveiden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. Helsinki.

STM 2007. Hyvinvointi 2015 – ohjelma. Sosiaalialan pitkän aikavälin tavoitteita. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:3. Helsinki.

STM 2007. Tie hyvään vanhuuteen. Vanhusten hoidon ja palvelujen linjat vuoteen 2015. Selvityksiä 2007:8. Helsinki.

STM 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Helsinki: STM 11/2013.

STM 2014. Kansallisen omaishoidon kehittämisohjelma. Työryhmän loppuraportti. Helsinki 2014.

STM 2014b. Hyvinvointi on toimintakykyä ja osallisuutta: Sosiaali- ja terveysministeriön tulevaisuuskatsaus 2014:13.

STM 12.2.2015. Kuntainfo: Omaishoitajien hyvinvointi- ja terveystarkastusten toteuttaminen. Viitattu 27.11.2015. Saatavissa:

http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/genomforande-av-undersokningar-av-narstaendevardarnas-valmaende-och-halsa

STM. Sosiaalipalvelut. Omaishoito. Viitattu 27.11.2015. Saatavissa:

<http://stm.fi/omaishoito>

Sulander, T. Ikääntyneiden fyysisen toimintakyvyn kohentumiseen vaikuttavat useat eri tekijät. Suomen lääkirilehti - Finlands läkartidning 2009 vol. 64 no. 25 s. 2291–2297

Tan, K-K., Vehvilainen-Julkunen, K., Chan, S. 2014. Integrative review: salutogenesis and health in older people over 65 years old. Journal of Advanced Nursing. 70(3), 497–510, March 2014.

Tamayo, GJ., Broxson, A., Munsell, M., Cohen, MZ. 2010. Caring for the caregiver. Oncology Nursing Forum, Jan2010; 37(1) .Journal Article research.

THL 20.7.2015. Vammaispalvelujen käsikirja. Omaishoito. Viitattu 27.11.2015. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/itsenaisen-elamantuki/omaishoito>

THL 2014. Tapaturmat. Liikunta ja toimintakyvyn testaaminen. Viitattu 17.1.2016. Saatavissa: <http://www.thl.fi/fi/web/tapaturmat/iakkaat/kaatumisten-ehkaisy/liikkuminen-ja-toimintakyky/liikkumis-ja-toimintakyvyn-kyvyn-testaaminen>

THL 2014b. Toimintakyky. ICF-luokitus. Viitattu 14.4.2016. Saatavissa:

<https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus>

Tikkanen, P. 2015. Uutta tietoa iäkkäiden fyysisen toimintakyvyn edistämisestä. Terveystieteiden tiedekunta / Lääketieteen laitos / Kansanterveystiede ja kliininen ravitsemustiede. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto.

Toljamo, M., Perälä, M-L., Laukkala, H. 2012. Impact of caregiving on Finnish family caregivers. *Scand Journal Caring Sci*; 2012; 26; 211–218.

Tuomi, M. & Aalto, S. 2015. Kuka seuraa omaishoitajan jaksamista? Lähellä. *Lehti omaishoitajille ja läheisille*. 3/2015.

Törmänen, Outi 2011. Malli kunnallisten terveystieteiden arvokeskustelusta. Pehmeä systeemianalyysi kolmen kunnan yhteistoiminta-alueella. Oulun Yliopisto, Lääketieteellinen Tiedekunta, Terveystieteiden Laitos, Terveystieteiden Oulu 2011.

Valkeinen, H., Anttila, H., Paltamaa, J. 2014. Opas toimintakyvyn mittarin arviointiin TOIMIA-verkostossa (1.0) 2014. Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. Viitattu 1.12.2015 Saatavissa http://www.toimia.fi/opas/opas_print.pdf

Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010. Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010. Edita Prima Oy. Helsinki.

Virtuaali ammattikorkeakoulun Ylemmän AMK- tutkinnon metodifoorumi. Viitattu 1.2.2016. Saatavissa: <http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojaksot/0709019/1193463890749/1193464158778/1194360111832/1194360447229.html>

Vuori, I. 2010. Toimintakykyä on painotettava terveyskäytännöissä. *Suomen lääkäri-lehti - Finlands läkartidning* 2010 vol. 65 no. 11, 992

Välimäki, T. 2012. Family caregivers of persons with Alzheimer's disease: focusing on the sense of coherence and adaptation to caregiving - an ALSOVA follow-up study. Väitöskirja. Terveystieteiden tiedekunta / Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto

Whalen ja Buchholz 2010. The reability, validity and feasibility of tools used to screen for caregiver burden: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. Volume 66, Issue 8, pages 1683–1688, August 2010.

You EC, Dunt D, Doyle C, Hsueh A. 2012. Effects of case management in community aged care on client and carer outcomes: a systematic review of randomized trials and comparative observational studies. *BMC. Health services research*. 2012; 12: 395.

Linkkejä:

http://www.thl.fi/fi_FI/web/pistetapaturmille-fi/iakkaat/kaatumisten_ehkaisy/toimintakyky/lyhytlyfyysisen-suorituskyvyn-testisto-sppb

<https://www.thl.fi/fi/web/tapaturmat/iakkaat>

Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto:
www.Toimia.fi – tietokanta

Haastattelu:

Euran aikuisneuvolan terveydenhoitaja Heidi Juntunen

Eksote: Omais- ja perhehoito, Iso apu-palvelukeskus terveydenhoitaja Marita Karvonen

Sipoon aikuisneuvolan terveydenhoitaja Malin Heikkinen

Tekijä, vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto, otos, kohde-ryhmä	Tulokset
<p>Ahlqvist, A. 2013. Suomi. Kotona asuvien ikääntyneiden itsenäisen selviytyminen: mitä 75-vuotiaiden ennaltaehkäisevät terveystarkastukset paljastavat.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata erään kunnan kotona asuvien 75-vuotiaiden itsenäistä selviytymistä. Tavoitteena oli tunnistaa tekijöitä, jotka ovat yhteydessä selviytymiseen tai uhkaavat itsenäistä selviytymistä.</p>	<p>Kunnan 75-vuotiaiden, itsenäisesti asuvien, säännöllisen kotihoidon tai pitkäaikaisen laitoshoidon piiriin kuuluttomien, ikäkohortti (N=388) vuonna 2011. Otos 75-vuotiaista (n=292), jotka kävivät terveydenhoitajan ennaltaehkäisevässä terveystarkastuksessa. Aineisto kerättiin terveystarkastuksen aikana muun muassa kysymällä suoriutumista päivittäisistä toiminnoista, koetusta terveydestä ja elämäntilanteesta, sairauksista, säännöllisesti käytetyistä lääkkeistä, ravitsemustottumuksista, päihteiden käytöstä, muistista ja aistitoiminnoista sekä fysiologisiin mittauksiin.</p>	<p>Kotona asuvat 75-vuotiaat ovat pääosin hyväkuntoisia oman ja terveydenhoitajan arvion mukaan. Huonontuneeksi (huonoksi tai tyydyttäväksi) koettua terveyttä selittivät vaikeus selviytyä raskeista kotitöistä itsenäisesti, kaatuminen viimeisen puolen vuoden aikana, liikumisen vähäisyys, yksinäisyys tai alakuloisuus, monilääkitys ja krooniset sairaudet. Huonontuneeksi koettu terveys ennusti huonompaa arviota kokonaiselämäntilanteesta. Terveydenhuollon ammattilaisten tulee huomioida koettu terveys ja toimintakyky palveluja kohdennettaessa ja kiinnittää huomiota uhkaaviin tekijöihin. Säännölliset, ennaltaehkäisevät terveystarkastukset ovat avainasemassa uhkaavien tekijöiden havaitsemisessa.</p>

<p>Ämmälä, H., Nyfors, H., Ahlqvist, A. 2012. Suomi.</p>	<p>Riskejä ennakoivat terveystarkastukset</p>		
<p>Tikkanen, P. 2015. Suomi. Uutta tietoa iäkkäiden fyysisen toimintakyvyn edistämisestä.</p>	<p>Tavoitteena oli tutkia kotona asuvien 75-vuotiaiden henkilöiden liikunta aktiivisuuteen yhteydessä olevia tekijöitä ja yksilöllisesti räätälöidyn laaja-alaisen geriatrisen intervention vaikutuksia fyysiseen toimintakykyyn ja kuolleisuuteen. Tutkimuksessa selvitettiin keski-ikäisten liikuntaaktiivisuuden ja vanhuuden liikkumiskyvyn yhteyttä sekä liikuntaaktiivisuuden määrää. Lisäksi tutkittiin intervention vaikutuksia liikkumiskykyyn, lihasvoimaan ja kuolleisuuden sekä kuolleisuuden riskitekijöitä.</p>	<p>Kuopiossa vuosina 2004–2007 tehtyä Ikääntyneiden Hyvän Hoidon Strategia - interventiotutkimusta (HHS), jonka yhteensä 1000 vähintään 75-vuotiasta osallistujaa jaettiin interventio- ja verrokkiryhmiin. Väitöstutkimukseen otettiin mukaan 700 interventiotutkimukseen osallistunutta kotona asuvaa henkilöä. Interventio-ryhmäläisille tehtiin 3 vuoden aikana vuosittain geriatrisen arviointi ja heille räätälöitiin yksilöllinen hoito ja kuntoutus. Verrokkiryhmäläiset osallistuivat vuosittaisiin haastatteluihin sekä toiminta- ja liikkumiskyvyn mittauksiin.</p>	<p>Iäkkäiden geriatrisen arviointi ja yksilöllisesti räätälöity hoito ja kuntoutus parantavat liikuntaaktiivisuutta, liikkumiskykyä ja lihasvoimaa erityisesti hauraus-raihnaus-oireyhtymästä (HRO) tai sen esiasiateesta kärsivillä iäkkäillä ihmisillä sekä liikunnallisesti aktiivisilla iäkkäillä naisilla. Fyysisen toimintakyvyn säilyttämiseksi on tärkeää motivoida iäkkäät ihmiset joko lisäämään liikuntaa tai vähintään säilyttämään nykyiset liikuntatottumuksensa. Liikunnan tulisi olla osa päivittäistä rutinaa myös iäkkäillä ihmisillä ja sen vuoksi liikunnan määrän arviointi ja ohjaus pitäisi sisällyttää kaikkiin iäkkäiden ihmisten tutkimus- ja arviointilanteisiin. Geriatrisen arvioinnin ja yksilöllisesti räätälöidyn hoidon ja kuntoutuk-</p>

			sen avulla voidaan auttaa iäkkäitä ylläpitämään fyysistä toimintakykyään ja ehkäisemään tulevia toimintakyvyn ongelmia.
Eloniemi-Sulkava ym. 2007. Omaishoito yhteistyönä. Iäkkäiden dementiaperheiden tukimallin vaikuttavuus. Suomi.	Tavoitteena selvittää voidaanko monimuotoisella, perhekohtaisesti räätälöidyllä toimintamallilla mahdollistaa dementoituneiden puolisojen kotona asuminen ja tukea puolisojen psyykkistä hyvinvointia ja elämänlaatua. Lisäksi selvitettiin intervention vaikutukset sosiaali- ja terveyspalveluiden kokonaiskäyttöön ja kustannuksiin.	Satunnaistettu, kontrolloitu interventiotutkimus sekä laadullinen prosessitutkimus. 125 Helsinkiläistä omaishoitoperhettä jossa puoliso hoiti dementoitunutta kumppaniaan. Dementoituneet puolisoilta mitattiin kotona asumisen aikaa laitoshoitoon asti ja sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttö. Omaishoitajille toteutettiin interventio, jossa mittarit: elämänlaatu (WHOQOL - BREF), kuormittuneisuus (Zarit Burden Scale), masennoireet (Geriatric Depression Scale; GDS) ja sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttö	Perheiden näkökulmasta intervention oleellisimpia toimintatapoja olivat: Perheiden autonomian kunnioittaminen, psykologinen tuki, käytännön apu ja hienovarainen ohjaus, tuen ja palveluiden jatkuvuus ja koordinaattorin luotettavuus. Omaishoitajien interventiossa kaivataan yhteistyötä perhe päättää omista asioistaan, mutta tarvitsee luotettavan ja pysyvän ammattilaisen tueksi. Perheen omat voimavarat ja joustavat palvelut muodostavat kokonaisuuden, joka jättää tilaa perheen arjelle. Interventiot ovat kustannustehokkaita dementoituneen omaishoitoperheen tuke- missa.

<p>Rikkonen, T., Sirola, J., Sund, R., Honkanen, R., Kröger, H. 2014. Suomi. Yksinkertaiset toimintakykytestit ennustavat lonkkamurtumia ja kuolleisuutta postmenopausaalisilla naisilla: 15 vuoden seuranta tutkimus.</p>	<p>Tavoitteena oli tutkia eri toimintakykytestien kykyä ennustaa lonkkamurtumia ja kuolleisuutta 15 vuoden seuranta-aikana postmenopausaalisilla naisilla.</p>	<p>Kuopion Osteoporosisin vaaratekijät ja ehkäisy projekti käynnistettiin toukokuussa 1989 lähettämällä postikysely kaikille silloisen Kuopion läänin v. 1932–41 syntyneille naisille (n=14 200). Tutkimukseen halukaille lähetettiin kyselylomake, jolla kartoitettiin laajasti terveyskäyttäytymiseen liittyviä seikkoja, sekä selvitettiin aiemmat luunmurtumat. Tutkittaville tehtiin DXA-mittaus. Mittauksen yhteydessä suoritettiin vuodesta 1994 alkaen käden puristusvoimamittaus ja toimintakykytestejä. Kysely ja mittaukset toistettiin viiden vuoden välein (1994, 1999, 2004, 2009) ja jatkuvat edelleen. Toimintakykyä mitattiin puristusvoima, kyykistymis- ja seisomistestillä (10s).</p>	<p>Vahvin yksittäinen riskitekijä lonkkamurtumalle oli epäonnistunut yhdellä jalalla seisominen, seuraavana epäonnistunut kyykistyminen ja puristusvoima. Tutkimuksessa todettiin yksinkertaisten toimintakykytestien (kyykistyminen, puristusvoimamittaus, yhdellä jalalla seisominen) ennustavan erityisen voimakkaasti lonkkamurtumia, mutta myös kuolleisuutta ja sekä muita murtumia. Vahvimmin tämä yhteys näkyi yhdellä jalalla seisomisessa. Testit ovat kliinisessä työssä helposti sovellettavia ja yksinkertaisia suorittaa. Huono lihaskunto saattaa johtaa lisääntyneeseen kaatumisalttiuteen ja sitä kautta murtumiin ja lisääntyneeseen kuolleisuuteen.</p>
<p>Heikkinen, E. 2013. Suomi. Päivittäisistä toiminnoista selviytymisen arviointi.</p>	<p>Tutkimustyön tehtävänä on päivittäisistä toiminnoista selviytymisen arviointimenetelmien kehittäminen ja löytää tehokkaita keinoja ylläpitää ja parantaa päivittäisistä toiminnoista selviytymistä.</p>	<p>Vanhat ihmiset yhdessätoista maassa The Elderly in Eleven Countries (Heikkinen ym. 1983, Kozarevic' ym. 1989) ja Ikivihreät-projekti (Heikkinen ym. 1990) ja Geneettisten ja ympäristötekijöiden merkitys toimin-</p>	<p>ADL-testit ovat osoittautuneet käyttökelpoisiksi ennen muuta hoidon ja avun tarpeen arvioimisessa. Testit eivät sen sijaan kerro syitä, jotka ovat johtaneet toimintakyvyn</p>

		<p>nanvajausten kehittämisessä, The Finnish Twin Study on Aging, FITSA (Rantanen ym. 2003) ja Iäkkään väestön liikuntaneuvontatutkimus (Leinonen ym. 2007) Iäkkäiden ihmisten liikkumiskyky ja elinpiiri, Life-space Mobility in Old Age, LISPE (Rantanen ym. 2012) kirjallisuus katsaus ikivihreät projektiin tulokset, eri maiden tutkimuksia.</p>	<p>heikkenemiseen. Yhdistämällä ADL-testien tuloksiin muita tietoja, joita on saatu esim. terveystarkastuksista, fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn mittauksista, näöstä, kuulosta ja tasapainosta sekä elinoloista ja elintavoista voidaan toimintaa suunnata ADL-toimintakyvyn taustalla oleviin tekijöihin sekä ennaltaehkäisyyn että kuntoutuksen ja hoidon näkökulmista. Päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen vaikuttavat myös lukuisat asuin- ja elinympäristöön liittyvät seikat, kuten turvallisuus, ergonomiset kysymykset, liikennejärjestelyt, palvelujen saavutettavuus, ympäristön viihtyisyys, liikkumisen apuvälineet ja avustavat henkilöt. Tulevaisuudessa päivittäisistä toiminnoista selviytymistä arvioiviin menetelmiin joudutaan todennäköisesti tekemään muutoksia ja lisäyksiä, jotka liittyvät kykyyn käyttää in-</p>
--	--	--	---

			formaatioteknologian erilaisia sovellutuksia mm. viestinnässä, palvelujen hankinnassa, ostosten tekemisessä, matkustamisessa, asumisessa, turvajärjestelmissä, terveydentilan seurannassa ja aistitoimintojen, erityisesti kuulon ja näön parantamisessa.
Ruoppila, I., Suutama, T. 2013. Suomi. Psyykkisen toimintakyvyn arviointi	Psyykkisen toimintakyvyn ja hyvinvoinnin mittaamenetelmiä arvioidaan usealta eri kannalta: suhteessa tutkimusten tavoitteisiin; sopivuutta tutkimushenkilöille; psyykkisen toimintakyvyn kattavuutta käytettävissä oleviin tutkimuksen voimavaroihin verrattuna; aikabudjetteihin sekä siihen, missä määrin niillä voidaan replikoida aikaisempia tutkimustuloksia sekä tuottaa uutta reliaabelia ja validia tutkimustietoa.	Tutkimus aloitettiin kirjallisuuskatsauksella psyykkisen toimintakyvyn arvioinnin menetelmistä ja jotka soveltuisivat epidemiologiin tutkimuksiin. Lisäksi tutkimuksessa käytettiin Ikivihreät-projektin 75-vuotiaiden aineiston muita psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn sekä psyykkisen hyvinvoinnin mittareita. Tästä on tehty myös seurantatutkimus. Tutkimuksessa käytettyjä ja arvioituja mittareita olivat WAIS, MMSE, POMS, Mini-D, Wesslerin testistö, Elämänviiva, CES-D	POMS osoittautui faktorirakenteeltaan suhteellisen selkeäksi. Se oli vahvassa yhteydessä CES-D mielialamittariin. Mielialan arviointiin se saattaakin soveltua CES-D testiä paremmin helppoutensa sekä yksinkertaisuutensa että lyhyen suorittamisaikansa takia. Tarkoituksettomuuden tunteen syinä mainittiin useimmin eletty elämä, vanhuus ja kuoleman odotus sekä ihmissuhteiden puuttuminen tai niiden ongelmallisuus. Tärkeimmäksi elämän voimanlähteeksi koettiin uskonto, läheiset ihmissuhteet sekä terveys, toimintakyky ja psyykkinen hyvinvointi. Elämänviivan jatkami-

			nen nykyhetkestä eteenpäin kuvaa sitä, millaisin odotuksin henkilö suhtautuu tulevaisuuteen. Henkilöt, jotka piirsivät viivan nousevana ja korkealle tasolle tulevaisuudessa, olivat terveempiä eivätkä kärsineet yksinäisyydestä tai masentuneisuudesta.
Heikkinen, R-L. 2013. Suomi. Sosiaalinen toimintakyky ja sen arviointikeinot	Tutkimuksissa pyrittiin löytämään uusia sosiaalisen toimintakyvyn mittaamiseen soveltuvia menetelmiä. Tutkimuksessa keskityttiin fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn arviointiin.	Kolmen ikäryhmän miesten toimintakykytutkimuksen aineistonkeruu alkoi vuonna 1981. Tutkimuksen sosiaalisen toimintakyvyn mittaamisessa arvioitiin sosiaalista aktiivisuutta eli osallistumista erilaiseen harrastus- ym. toimintaan. Sosiaalista yhteisyyttä arvioitiin ystävien, naapureiden, sukulaisten, perheenjäsenten ja työtovereiden lukumäärillä ja näihin ryhmiin kuuluvien ihmisten tapaamisen useudella strukturoidun lomakkeen avulla. NORA-tutkimus 1986–1988, ikivihreä tutkimus osana laajaa tutkimusta. CES-D, UCLA, Social Provision Scale ja BIC asteikot.	Sosiaalinen osallistumisaktiivisuus väheni iän myötä. Kaikissa ikäryhmissä korkeimman koulutuksen omaavat olivat alemman koulutustason henkilöitä aktiivisempia. Vanhimman ikäryhmän merkittävimmät ongelmat sosiaaliseen osallistumiseen olivat sairaudet ja läheisen ihmisen kuolema. Luotettavien ystävien olemassaolo, tunnesuhde kumppaniin, sukupuolielämän tyydyttävyys, suhteet naapureihin ja kanssakäymisen sujuminen olivat ne mittarit joiden pohjalta rakennettiin vuorovaiikutussuhteiden sujuvuutta kuvaava indeksi. Yleisimmin ilmenevä mielen oire iäkkäillä on alakuloi-

			<p>suus. Väestön psyykkissosiaalista tilaa voidaan tutkimuksissa arvioida käyttämällä valmiit vastausvaihtoehdot sisältäviä suoria kysymyksiä. Tällainen ”suora” mittaaminen on suhteellisen luotettava tapa määrittellä väestötasolla eri ryhmien psyykkissosiaalista tilaa. Tutkimustuloksissa miesten mielen hyvinvointiin korreloivat sosiaalisen yhteisyyden ulottuvuuksista merkittävästi kiintymysulottuvuus sekä neuvojen ja ohjeiden saamisen mahdollisuus, naisilla kiintymys, luotettavan ystävän (liittolaisen) olemassaolo, mahdollisuus saada tukea ja neuvoja sekä tunne siitä, että muut arvostavat. sosiaali- ja terveydenhuolto-työssä. CES-D-lomake on liitetty TOIMIA tietokantaan soveltuvana mittarina arvioimaan sekä psyykkistä että sosiaalista toimintakykyä</p>
--	--	--	--

<p>Välimäki, T. 2012. Suomi. Family caregivers of persons with Alzheimer's disease : focusing on the sense of coherence and adaptation to caregiving - an ALSOVA follow-up study.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata Alzheimerin tautia sairastavien henkilöiden omaishoitajien koherenssin tunnetta ja siihen liittyviä tekijöitä kolmen vuoden seurannassa. Tarkoituksena oli arvioida psykososiaalisen intervention vaikutuksia koherenssin tunteeseen ja siihen yhteydessä oleviin tekijöihin. Tutkittiin omaishoitajien elämänorientaatiota ja sopeutumista uuteen tilanteeseen omaishoitajana.</p>	<p>Osa ALSOVA tutkimusta, vuosina 2002-2011 Pohjois-Savon, Pohjois-Karjalan ja Keski-Suomen sairaanhoitopiirien alueella. ALSOVA (n=241) tutkimus on prospektiivinen randomoitu interventiotutkimus, jossa tarjottiin psykososiaalista kuntoutusta interventiona Alzheimerin tautia sairastaville henkilöille ja heidän omaishoitajilleen. Kolmen vuoden seurannassa analysoitiin kaikkien tutkimuksessa edelleen olevien 94 puoliso-omaishoitajien tiedot. Aineistona käytettiin lisäksi omaishoitajien kirjoittamia päiväkirjoja (n=83).</p>	<p>Omaishoitajien koherenssin tunne oli yhteydessä depressiivisiin oireisiin ja rasituneisuuteen. Matala koherenssin tunne oli yhteydessä matalaan elämänlaatuun. Kolmen vuoden seurannan aikana kaikkien omaishoitajien koherenssin tunne heikkeni, myös niillä omaishoitajilla, joilla lähtötilanteessa oli ollut korkea koherenssin tunne. Interventio ei voinut estää koherenssin tunteen ja elämälaadun heikkenemistä eikä vähentää depressiivisten oireiden tai rasituksen tunteen kokemista.</p>
<p>Leskinen, K. 2012. Suomi. Toimintakyvyn arvioinnissa käytettävän rava-mittauksen reliabiliteetti.</p>	<p>Tutkimus RAVA mittarin luotettavuudesta toimintakyvyn arvioinnista.</p>	<p>Kvantitatiivinen vertaileva tutkimus. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat FCG:n (Finnish Consulting Group Oy) RAVA-koulutuksiin osallistuvat hoitajat Etelä- ja Keski-Suomessa. Tutkimus toteutettiin syksyn 2011 aikana. Koulutuksen saaneet hoitajat arvioivat RAVA mittarilla samoja potilaita.</p>	<p>Kahden eri hoitajan samasta asiakkaasta tekemien RAVA-mittauksien voidaan todeta olevan yhtenevät eli reliabelit. Reliabiliteettiarvojen riittävyyttä arvioitaessa voidaan niiden katsoa olevan riittävät, koska RAVA-luokkaa tai indeksiä ei ole tarkoitettu käytettäväksi ainoana kriteerinä arvioitaessa ikäihmisten toimintakykyä tai mahdollista avuntarvetta.</p>

<p>Heinonen, H., Absetz, P., Ritsilä, A., Töyli, P., Raivio, R., Mattila, P., Forsström, R. Mäkelä, T., Uutela, A., Fogelholm, M. 2011. Suomi. Uusi toimintamalli ikääntyneiden toimintakyvyn arviointiin ja edistämiseen: yhteistyö julkisen ja kolmannen sektorin kanssa.</p>	<p>Tavoitteena tutkia toimintakyvyn arviointia, ylläpitoa, kehittämistä ja seuranta varten Ikihyvä kehittämishankkeessa 2009–2012.</p> <p>Ennalta ehkäisevää toimintaa yhteistyössä julkisen ja kolmannen sektorin kanssa</p> <p>Operoidaan olemassa olevissa rakenteissa samalla kehittäen ja juurruttaen uutta Paikallistason hyvinvointitoimintaa asiakkaiden toimijaorganisaatioiden ja alueen hyväksi.</p> <p>Tutkimuskysymykset:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mikä on intervention lyhyen (3 kk) ja pitkän (24 kk) aikavälin vaikuttavuus fyysisen toimintakyvyn, ravitsemuksen, sosiaalisen verkoston, psyykkisen hyvinvoinnin ja kognitiivisen suoriutumisen paranemisena mitattuna informaatioryhmään verrattuna? 2) Mitä hyötyjä malli tuottaa terveyskeskuksille ja ikääntyneille? 3) Miten malli soveltuu normaalitoimintaan ja kuinka laajalti se otetaan käyttöön? 4) Mitkä ovat intervention kokonaiskustannukset ja mitä näillä kustannuksilla saavutetaan? 	<p>Hanke toteutettu Hartolassa, Myrskylässä, Pukkilassa, Sysmässä ja Lahdessa. Mallin vaikuttavuutta tutkittiin Terveyskeskus löytää asiakasvirrastaan toimintakyvyn menettämisen riskissä olevat ≥ 70 v henkilöt (n=300); satunnaistetaan (interventio/ informaatioryhmiin), ei kotihoiton asiakkaita.</p> <p>Kolmannen sektorin toimijat tarjoavat interventioita tk:n ohjaamille interventioasiakkaille. Kaksi kertaa viikossa, 12 viikon ajan</p> <p>Interventiosisällöt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sosiaalisten verkostojen vahvistaminen • Lihasvoima- ja tasapainoharjoittelu • Ravitsemus <p>Terveydenhoitaja kartoittaa ja arvioi suorituskykyä seuraavilla osa-alueilla:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Fyysinen toimintakyky; Short Physical Performance Battery, (Guralnik ym. 1994) 2) Ravitsemus; Mini Nutritional Assessment, MNA (Guigoz ym. 1999) 3) Kognitiivinen suoritus; The Mini Mental State Examination, MMSE, (Folstein ym. 1975) 4) Masennus; Geriatric Dep- 	<p>Ikihyvä-hankkeessa käytetty tavoitteellisen toiminnan periaatteisiin pohjautuva elintapaohjaus tuki asiakkaan vastuunottoa ja auttoi vähentämään riskitekijöitä.</p> <p>Ikihyvä-elintapaohjaus on tavoitteellisen toiminnan periaatteisiin pohjautuva asiakkaan vastuunottoa tukeva terveysneuvonnan työtapana, joka sopii paitsi tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn myös ylipainon, veren rasva-arvojen ja kohonneen verenpaineen elintapahoitoon. Ohjaus tapahtuu noin 12 hengen ryhmissä. Ryhmän ohjaajana voi toimia terveydenhoitaja joko yksin tai parina esimerkiksi fysioterapeutin kanssa. Yhteen ohjausjaksoon sisältyy kuusi kahden tunnin mitaista istuntoa, joista viisi ensimmäistä pidetään kahden viikon välein. Tutkimusvaiheen aikana viidennen ja kuudennen istunnon välinen aika oli noin viisi kuukautta, mutta sekä ohjaajilta että ryhmistä saadun palautteen pohjalta sitä</p>
---	--	---	---

		<p>ression Scale, GDS, (Yesavage ym. 1983). Terveystieteen tutkimien testien lisäksi osanottajat täyttävät kotona kyselylomakkeen, jossa taustatietojen lisäksi mitataan henkilön koettua terveyteen liittyvää elämänlaatua (RAND-36), sosiaalisen tuen määrää ja laatua (Measure of social provision) (Cutrona ym. 1987) sekä sosiaalista toimintakykyä (HYVE-mittari). Ryhmillä on myös ollut mahdollisuus tutustua kunnan liikuntatarjontaan.</p>	<p>on pyritty lyhentämään muutamaa kuukauteen. Ryhmäohjauksen avulla voidaan säästää huomattavasti terveydenhuollon resursseja. Tutkimukseen osallistuneilla miehillä ja naisilla sekä painoindeksi että vyötärönympäryksen pienivät tilastollisesti merkitsevästi. Miehillä myös diastolinen verenpaine laski.</p>
<p>Laitinen, E. 2011. Suomi. Omaishoitoon liittyvien palvelujen käyttö ja tarve sekä niihin vaikuttavat tekijät.</p>	<p>Tutkimuksessa selvitetään, millaisia omaishoitoon liittyviä palveluja omaishoitajat ja -hoidettavat ovat käyttäneet ja millaisia palveluja he olisivat tarvinneet. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, mitkä tekijät vaikuttavat omaishoitoon liittyvien palvelujen käyttöön ja tarpeeseen.</p>	<p>2010 omaishoitajille tehty postikysely. Kysely tehtiin yhteensä 3000:lle Helsingin, Turun ja Salon alueella asuvalle yli 65-vuotiaalle henkilölle. Kyselyn vastausprosentti oli 20 %. Tutkimuksessa kriteerinä oli, että omaishoitaja on vähintään 65-vuotias ja hoitaa omaistaan vähintään neljä tuntia viikossa. Kriteerit täyttäviä vastaajia oli 141, eli vain 23 % vastaajista oli omaishoitajia. Tutkimuksen omaishoitajien keskimääräinen ikä oli 77 vuotta ja omaisten 75 vuotta.</p>	<p>Tulosten mukaan omaishoitoon liittyvistä palveluista eniten käytettyjä olivat avoterveydenhuollon palvelut, kuntoutus, päivittäinen hoitoapu, apuvälineet ja sijaispalvelu. Suurin tarve oli erilaisille kotiin annettaville tukipalveluille, kuten päivittäiselle avulle arkisiin askareisiin, siivoukselle ja kuntoutukselle. Lisäksi omaishoitotilanteessa tarvitaan neuvontaa ja tukea. Tutkimustulosten mukaan omaishoitajan ikäänntyminen aiheuttaa lisätarvetta omaishoi-</p>

			<p>toa tukeville palveluille. Omaishoidon tukipalveluja tarvitaan lisää, kun omaishoitajan toimintakyky heikkenee, siksi omaishoitajan jaksamiseen tulisi kiinnittää huomiota jatkossakin erilaisten tukitoimien ja palvelujen avulla. Ikääntyminen yksistään ei lisää tukipalvelujen käyttöä, vaan sen myötä ilmenevät sairaudet ja aleneva toimintakyky, joihin haetaan hoitoa ja apua. Yksilöllinen toimintakyvyn ja voimavarojen arviointi on tärkeää, jotta tarvittava apu voidaan kohdentaa oikein ja tavoitteiden mukaisesti. Omaishoitajien ja hoidettavien tukipalveluja kehitettäessä ja suunniteltaessa tulisi huomioida jokaisen omaishoitotilanteen yksilöllisyys ja tarpeiden vaihtelevuus.</p>
<p>Pohjola, L. 2006. Suomi. TOIMIVA-testit yli 75-vuotiaiden miesten fyysisen toimintakyvyn arvioinnissa</p>	<p>Tavoitteena validoida TOIMIVA testit.</p>	<p>Tutkimus toteutettiin Helsingissä. Koehenkilöinä oli 200 sotainvalidi ja –veteraanimestä, joiden keski-ikä oli 82 vuotta. Kuntoutusjakson alussa mitattiin heidän toimintakykynsä ja kuntoutus-</p>	<p>TOIMIVA- testeistä 10m kävelyaika ja tuolista nousu kuvasivat parhaiten ja luotettavimmin ikääntyneiden fyysistä toimintakykyä. Seuraavaksi parhaiten kuvasivat parhai-</p>

		<p>tarve. TOIMIVA testejä verrattiin FIM-mittariin, valtionkonttorin käyttämään – toimintakykymittariin ja Barthelin indeksiin. Tuloksia mittasivat kaksi eri mittaajaa.</p>	<p>ten käden puristusvoima ja yhdellä jalalla seisominen. Heikoiten ikääntyneen fyysistä toimintakykyä kuvasi VAS-kipujana ja uloshengityksen huippuvirtaus. Valtionkonttorin toimintakykyluokkien erottelukyky oli hyvä ja monipuolinen.</p>
<p>Hämäläinen, P., Pitkänen, L, Suomalainen, E, Utriainen, E. 2010. Suomi. ”On lupa toisesta huolta kantaa...” Muistisairasta läheistään hoitavan omaishoitajan terveystapaaminen.</p>	<p>Tarkoituksena oli selvittää millaiseksi Mikkelin seudulla asuvat muistisairasta läheistään hoitavat omaishoitajat kokevat oman terveydentilansa ja omaishoitajan työssä jaksamisensa. Samalla selvitettiin omaishoidon tukipalvelujen riittävyttä omaishoitajien näkökulmasta. Opinnäytetyön toinen tarkoitus oli valmiin mallin laatiminen omaishoitajien terveystapaamisille</p>	<p>Aineisto on haastatellamalla kerätty Mikkelin seudulla asuvilta muistisairasta läheistään hoitavia omaishoitajilta. Haastatteluun osallistui 21 omaishoitajaa. Haastattelulomake sisälsi avoimia ja puolistrukturoituja kysymyksiä sekä erilaisia terveystapaamisia kuten verenpaineen ja veren-sokerin mittauksen.</p>	<p>Fyysisesti kuormittavaksi omaishoitajan työn koki yli puolet. Yleisimmäksi sairaudeksi omaishoitajilla nousi tuki- ja liikuntaelinten sairaudet. Säännöllisissä terveystapaamisissa kävi noin puolet omaishoitajista. Lievää lihavuutta esiintyi yli puolella omaishoitajista, merkittävää lihavuutta oli kahdella vastaajista. Kolmella omaishoitajalla DEPS-seulan pistemääräksi tuli yli 12 pistettä. DEPS-seulassa 12 pistettä tai enemmän saaneilla, keskimäärin joka toisessa tapauksessa kysymyksessä on ollut diagnostisoitava masennus. Puolen vuoden kuluttua terveystapaamisista kyselimme puheli-</p>

			mitse omaishoitajien kuulumisia. Puhelin yhteydessä omaishoitajien kertomuksista nousi esille henkisen hyvinvoinnin merkitys. He toivoivat saavansa henkiseen jaksamiseensa tukea ja apua. Suurin osa omaishoitajista koki, että tehdyt terveystapaamiset olivat olleet hyödyllisiä ja tarpeellisia. Omaishoitajat olivat tyytyväisiä järjestettyihin terveystapaamisiin heidän kohderyhmälleen ja toivoivat jatkoa tapaamisille.
Kujala, A., Kari, H. 2015. Suomi. Erityisryhmien terveystarkastukset Keminmaan Työttömien, omaishoitajien, ikäihmisten ja aikuisten kehitysvammaisten terveyden edistäminen.	Tarkoituksena oli kuvata erityisryhmien terveystarkastusten prosessit Lean-ajattelun mukaisesti, sekä tuottaa selkeät ohjeistukset terveydenhoitajalle terveystarkastuksiin.	Projekti. Projektiryhmään kuului eri sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia. Terveydenhoitajat suorittivat eri ryhmille terveystarkastuksia. Työ oli YAMK opinnäyte. Työttömien terveystarkastukset toteutettiin mallin mukaisesti. Terveystarkastuksen mallintamista varten suoritettiin kirjallisuus katsaus. Luotiin malli omaishoitajien terveystarkastusten sisällöstä.	Terveystarkastukset eri ryhmille koettiin tärkeäksi ja Omaishoitajat kokevat hoitosuhteen sitovaksi. Terveystarkastukseen, sen vuoksi tarkastuksessa on syytä korostaa asiakaslähteisyyttä. Omaishoitajien jaksaminen sekä avuntarpeen ja tuentarpeen selvittäminen ovat tärkeitä. Palveluohjauksen arviointiin ja sen kehittämiseen pitää kiinnittää huomiota.

<p>Juntunen, K., Salminen, A-L. 2011. Omaishoitajan jaksamisen ja tuen tarpeen arviointi: COPE-indeksi suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon käyttöön. Suomi</p>	<p>Tavoitteena oli kääntää COPE suomen kieleen ja suomalaisille sopivaan muotoon.</p>	<p>Ensimmäinen tutkijaryhmän hyväksymä käännösversio pilotoitiin kelan rahoittamassa ja Suomen MS-liiton toteuttamassa vaikeavammaisten Ms-kuntoutujien moniammatillisen avokuntoutuksen kehittämishankkeen arviointitutkimuksessa kesällä 2010. Aineisto (n = 63) analysoitiin eksploratiivisella faktorianalyysillä (Principal Axis Factoring, PAF), ja kolmen faktorin mallissa käytettiin vinokulmaista rotaatiota (PROMAX). COPEa arvioitiin vuonna 2011 kelan omaishoitajien kursseille osallistuvilta vanhusten omaishoitajilta kerätyllä aineistolla. Tällöin saatiin tietoa menetelmän soveltuvuudesta vanhusten omaishoitajien tuen tarpeen arviointiin.</p>	<p>COPE on kehitetty ensivaiheen seulontavälineeksi ja tarkoitettu käytettäväksi silloin, kun arvioidaan ikääntyneiden henkilöiden omaishoitajien tuen tarvetta. COPEa voidaan käyttää myös silloin, kun halutaan selvittää vammaista henkilöä avustavan läheisen tuen tarve. 11 Omaishoitajan jaksamisen ja tuen tarpeen arviointi COPE:n käyttö ei edellytä ammattilaiselta menetelmän käyttöön liittyvää koulutusta. COPE-lomake on omaishoitajan helppo täyttää myös itsenäisesti. Omaishoitotilanteen arviointi vaatii kuitenkin aina taitoa, huolellisuutta ja ennen kaikkea vastajalta aitoa osallistumishalukkuutta.</p>
<p>Moilanen, M., Peuhkurinen, H. 2009. Suomi. Tarmo-kyselylomake: ikääntyvän omaishoitajan kuntoutustarpeen.</p>	<p>Projektiluonteinen opinnäytetyö, tarkoituksena kehittää luotettava ja helppokäyttöinen kyselylomake, jonka avulla voidaan saada suuntaa antavaa tietoa ikääntyvän, yli 65-vuotiaan puolisostaan huolehtivien fyysisestä, sosiaalisesta ja psyykkisestä toimintakyvystä.</p>	<p>Aineistona luomisessa suoritettiin kirjallisuuskatsaus, jotka liittyivät palveluohjaukseen, ikääntymiseen, toimintakykyyn ja omaishoitajuuteen. Aineiston pohjalta laadittiin kyselylomake. Tarmo -kyselylomaketta pilotoitiin Oulun kaupungin vanhustyön palve-</p>	<p>Asiakkaat pitivät TARMO kyselylomaketta tarpeellisenä ja helppona. TARMO-kyselylomaketta voidaan hyödyntää palveluohjaustilanteissa ja mahdollisesti käyttää apuna omaishoidontuen hakuprosessissa ja päätöksenteossa.</p>

		luohjaajilla. Palveluohjaajat sekä heidän asiakkaansa antoivat palautteen kyselylomakkeesta.	Omaishoitajien palveluohjaukseen tarvitaan uusia työvälineitä kuntoutustarpeen arviointiin ja asiakkaan palveluohjausprosessiin.
Tamayo GJ; Broxson A; Munsell M; Cohen MZ. 2010. USA. Caring for the caregiver.	Kuvata omaishoitajien kokemaa elämänlaatua ja hyvinvointia joka hoitaa leukemiaa sairastavaa omaistaan. Tavoitteena on tunnistaa strategioita ja edistää elämänlaatua ja hyvinvointia.	Eteläisessä osassa USA:ta tehty tutkimus. Otanta 194 omaishoitajaa jotka hoitavat leukemiaan sairastunutta omaistaan. Osallistujien elämänlaatu mittariston, - hyvinvoinnin asteikon ja Oppimistarpeet kyselylomakkeen, joka kehitettiin osana tutkimusta.	Omaishoitajilla tunnistettiin kuormittumista/loppuun palamista ja oli myös heidän tärkein huolenaihe kyselyn perusteella. Tärkeimmät tekijät tunnistaa omaishoitajien hyvinvoinnissa oli tunteiden ilmaisun taidot ja kodinhoidon päätekijöiden sujuminen. Omaishoitajat tarvitsevat lisää tietoa lääkkeistä ja sivuvaikutuksista. Viestintä, myönteinen asenne, tuki ja koulutus olivat merkittäviä edistettäessä omaishoitajien elämänlaatua ja hyvinvointia.
Bachner YG; Ayalon. 2009. Israel. Initial examination of the psychometric properties of the short Hebrew version of the Zarit Burden Interview.	Tarkoitus tutkia Zarit Burdenin haastattelua, Heprean versiolla, psyykkö lyhyt mittari luotettavasti tunnistamaan psyykkistä toimintakykyä.	148 omaishoitajaa vastasivat ZBI mittaristoon. Tutkija haastatteli omaishoitajat heidän kotonaan. Tutkittaville teetettiin myös MMSE, The World Health Organization Well-Being Index (WHO-5) sekä kartoitettiin IDAL toiminnot.	Zarit Burdenin lyhytversio haastattelu on tehokas ja luotettava mittari tunnistamaan omaishoitajan kuormittumista.

<p>Kim, S-S., Reed, P., Hayward, D., Kang, Youngmi, K., Harold, G. Korea. 2010. Spirituality and psychological well-being: testing a theory of family interdependence among family caregivers and their elders.</p>	<p>Perheen hengellisyys-psykkistä hyvinvointia tukevaa mallia kuvailemalla testattiin miten hengellisyys vaikuttaa psyykkiseen hyvinvointiin iäkkäämmillä ja omaishoitajilla Koreassa.</p>	<p>157 Korealaista iästä (65+) vanhempiaan hoitavaa omaishoitajaa. Heidät rekrytoitiin erilaisista yhteisöistä, kirkoista, päiväkeskuksesta yms. Omaishoitajat vastasivat heille lähetettyihin kyselyihin, mm. CES-D joita on käytetty suomalaisissakin tutkimuksissa.</p>	<p>Omaishoitajan hengellisyys vaikutti psyykkiseen hyvinvointiin, heillä oli vähemmän masentuneisuutta. Mutta omaishoitajan vanhempien/ omaishoidettavan ihmisten hengellisyys taas ei vaikuttanut tilastollisesti merkittävästi psyykkiseen hyvinvointiin.</p>
<p>Lehtisalo, S. 2015. Suomi. Rauman kaupungin omaishoidon tukipalveluiden asiakaslähtöinen kehittämisarviointi.</p>	<p>Tavoitteena omaishoidon tukipalveluiden käyttäjälähtöinen paikallinen kehittämisarviointi Raumalla</p>	<p>Bikva-menetelmää hyödyntäen 10 Raumlaisen omaishoitajan teemahaastattelu. Laadullinen tutkimus. Lisäksi tulevaisuustyöpaja/ työyhteistyöpaja omaishoitajien palveluista vastaaville.</p>	<p>Omaishoitajat kantavat huolta terveydentilastaan. Etenkin henkisen jaksamisen ongelmat nousivat esille. Suurta huolta tuottaa epätietoisuus omaisen hoidon järjestymisestä, mikäli omaishoitaja estyy hoitamasta läheistään. Terveystapaamisissa olleet omaishoitajat kaipasivat jatkuvuutta palvelussa. Työntekijöiltä toivottiin myös aktiivisuutta vaikeiden asioiden puheeksi ottamisessa.</p>
<p>Hytönen, P. 2015. Suomi. Iäkkään kuntoutujan toimintakyvyn ja omaishoitajan jaksamisen tukemi-</p>	<p>Selvitettiin tekijät, jotka tukevat ja/tai heikentävät kuntoutujan toimintakykyä ja omaishoitajan jaksamista. Se sisälsi fyysisen, psyykkisen, kognitiivisen ja sosiaal-</p>	<p>Aineisto kerätty kotikäynnillä (strukturoimaton) haastattelun ja havainnoinnin avulla avoimin kysymyksin. Tutkittaviksi otettiin kaikki iäkkäät Vantaa-</p>	<p>Omaishoitajan kokonaistilanteen kartoittaminen ja selvitys hänen kokemanaan omaishoitajana jaksamista tukevista tai heikentävistä asiois-</p>

<p>nen kotikonseptin avulla.</p>	<p>lisen toimintakyvyn sekä elintapojen, terveyden ja taloudellisen tilanteen arvioinnin. Lisäksi arvioitiin myös omaishoitajan jaksamista sekä apuvälineiden ja kotiympäristön merkitystä toimintakyvyn tukemisen ja omaishoitajan jaksamisen näkökulmasta. tietojen perusteella arvioitiin kuntoutujan ja omaishoitajan ensisijaisin/ensisijaisimmat palvelutarpeet.</p>	<p>laiset omaishoitoperheet, jotka tulivat ensimmäistä kertaa Lyyhytaikaishoito-jaksolle. Tutkittavat olivat kaikki naisia, puolisonsa omaishoitajia.</p>	<p>ta, auttaa ennakoimaan ja lisäämään ajoissa tukitoimia myös heidän palvelutarpeisiinsa, ennen kuin on vaara uupua. On kartoitettava omaishoitajan toimintakykyä ja jaksamista kysymyksin. Kotikäynti nostaa esiin tekijöitä, joista ei saataisi tietoa ilman kotikäyntiä.</p>
<p>Niemi, K. 2015. 70-vuotiaiden terveystarkastusmalli Laviaan. Suomi.</p>	<p>Tarkoitus oli suunnitella terveystarkastuksen sisältö ja esitietokaavake Laviaan 70-vuotiaiden terveystarkastuksiin.</p>	<p>Kirjallisuus katsaus (Medic, Ebesco, Google Scholar) ja muiden kuntien mallinnuksien tutkiminen. Pilottiryhmälle toteutettiin terveystarkastus uuden mallin mukaan ja kyselytutkimuksen avulla arvioitiin terveystarkastusmallin toimivuutta.</p>	<p>Ikäihmiset kokivat terveystarkastukset tarpeelliseksi. Vastaajat arvostivat, heidän asioihin paneuduttiin laaja-alaisesti ja aikaa oli varattu terveystarkastusta varten riittävästi. He halusivat tulla uudelleen samanlaiseen tarkastukseen myöhemmin</p>
<p>Husu, P. 2008. . Predictive value of health-related fitness tests on mobility difficulties in high-functioning older adults. Suomi.</p>	<p>Toimintakyvyn mittaamisen kyvykkyys ennustaa liikuntakyvyn vaikeuksia iäkkäillä. Osa Kainuun Elintavat ja Terveys –tutkimusta.</p>	<p>UKK-instituutin toteuttama seurantatutkimus Kajaanin, Sotkamon ja Suomussalmen kunnissa. 490 henkilöä satunnaisotannalla. Tasapainoa arvioitiin yhden jalan seisontatestillä ja takaperin kävelytestillä, alaraajojen toiminnallista lihasvoimaa askelkyykistystestillä, vartalon lihasvoimaa varta-</p>	<p>Testit pystyvät tunnistamaan henkilöt, joiden liikkumiskyky on vaarassa heikentyä. Niitä voidaan hyödyntää myös liikuntaneuvonnassa ja yksilöllisen liikuntaharjoittelun suunnittelussa.</p>

		lon ojentajalihasten dynaamisella toistotestillä, liikkuvuutta selän sivutaivutuksella ja kävelykykyä kuuden metrin kävelynopeudella sekä yhden kilometrin kävelyajalla. Kehon koostumus arvioitiin painoindeksin avulla. Liikunta aktiivisuutta ja liikkumisvaikeuksia selvitettiin kyselyllä.	
Siira, H. 2006. Ikääntynyttä läheistään hoitavan omaishoitajan terveys, hyvinvointi ja palvelujen käyttö. Suomi.	tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää omaishoitajien ja hoidettavien elämäntilannetta, omaishoitajien koettua hyvinvointia ja terveyttä sekä palvelujen käyttöä.	Ikääntynyttä läheistään hoitavat Sotkamolaiset omaishoitajat, joilla on omaishoitosopimus kuntayhtymän kanssa (n=95). Tutkimusaineisto kerättiin postikyselyllä maaliskuuhuhtikuussa 2006. 79 omaishoitajaa (83 %) vastasi.	Omaishoitotyön sitovuus ja vastuu rasittavat henkisesti, mutta löytyy myös myönteisiä ja palkitsevia asioita. Hyvin kohdennetuilla tukitoimilla voidaan lisätä omaisten tyytyväisyyttä. Tieto hoitamisesta ja hoidettavasta vähentää depressiota. Omaishoitajiin kohdennetut tukitoimet ovat onnistuneet jonkin verran vähentämään omaisten kuormittuneisuutta.
Horrell, B., Stephens, C., Breheny, M. 2015. Uusi Seelanti	Tutkii iäkkäämpien omaishoitajien kyvykkyyttä huolehtia terveydestään ja heidän kokemia tarpeistaan terveydenhuollosta.	60 uusi Seelantilaista omaishoitajaa seurattiin 4kk ajan virtuaalisella keskustelupalstalla anonyymisti. Osallistujat pystyivät anonyymisti vastaamaan yhteiselle keskustelualueelle heidän terveydenhuollon tarpeistaan. Laadullinen tutkimus.	Omaishoitajat ovat emotionaalisesti sitoutuneita hoidettavaansa, he tinkivät tarpeistaan. Tämä aiheuttaa loppuun palamista, kuormittuneisuutta, hyvinvoinnin vähenemistä. Omaishoitajat kaipaavat sosiaalista,

			emotionaalista tukea.
Kehusmaa, S. 2014. Suomi. Hoidon menoja hillitsemässä Heikkokuntoisten kotona asuvien ikäihmisten palvelujen käyttö, omaishoito ja kuntoutus.	Tutkimuksessa etsitään keinoja vaikuttaa ikäsidonnaisten menojen kasvuun, mitkä tekijät käytännössä ovat yhteydessä vanhojen ihmisten palvelujen käyttöön ja menoihin.	Aineisto on kerätty Kelan Ikääntyneiden kuntoutuksen vaikuttavuustutkimuksen (IKÄ-hanke 2002–2007) yhteydessä ja täydennetty THL:n Hoitoilmoitusrekisterin tiedoilla terveystalvelujen käytöstä ja Kelan etuusrekisterien tiedoilla. Aineisto koostuu 741:sta eläkkeellä olevasta Kelan hoitotuen saajasta, jotka asuivat 41 erikokoisessa kunnassa eri puolilla Suomea. Tutkittavien toimintakyky oli heikentynyt ja kotona selviytyminen vaarantunut siinä määrin, että he saivat kunnallista kotihoitoa tai vastaavaa apua omaisiltaan tai läheisiltään. Tutkittaville tehtiin alkututkimus ja vuoden seuranta tutkimus, joissa kartoitettiin terveydentilaa, toimintakykyä, fyysistä suorituskykyä, palvelujen käyttöä ja niiden tarvetta sekä sosiaalista tilannetta. Toteutetun kuntoutuksen vaikuttavuutta mitattiin tervey-	Tutkituilla heikkokuntoisilla vanhoilla ihmisillä avun tarvetta aiheuttivat yleisimmin fyysisen ja kognitiivisen toimintakyvyn rajoittuminen, ja demensioireista kärsi kolmannes. Panostamalla riittäviin sosiaalipalveluihin olisi tuloksen mukaan mahdollista vähentää vanhojen ihmisten terveystalvelujen tarvetta ja menoja. Hoidettavan toimintakyvyn heikentyessä, lisääntyy omaishoitajan kuormittuneisuus ja jaksamisen ongelmat. Panostamalla vanhusten sosiaalipalveluihin on mahdollista vähentää terveystalvelujen käyttöä ja menoja

		teen liittyvän elämänlaadun mittarilla (15D) ja itsenäisen toimintakyvyn mittarilla (FIM).	
Alatalo T., Ilvesluoto V., Joonas M., Koistinaho A. – M., Kortelainen R., Penttilä, S. ja Vääräniemi I. 2014. Suomi. ”Näkkeehän ne minkäläistä apua tartten”. Kattava palvelutarpeen arviointi Vanhuspalvelulain tavoitteena.	Tarkoitus oli kuvata Vanhuspalvelulain mukaisen palvelutarpeen arvioinnin toteutumista. Kerättiin kokemuksia iäkkään henkilön monipuolisen palvelutarpeen arvioinnin ja osallisuuden toteutumisesta sekä vastuutyöntekijän tarpeellisuuden määrittämisestä.	Palvelutarpeen arvioinnin tekneet työntekijät Oulun kaupungin palveluohjausyksiköstä, Ylä-Savon Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksesta sekä Kainuun Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksesta. He tekivät yhteensä 239 palvelutarpeenarviointia ja vastasivat jokaisen osalta Webropol-kyselylomakkeeseen 2013. Haastatteluihin vastasi 46 iäkkästä henkilöä Oulusta, Kajaa- nista ja Iisalmesta.	Mitä kattavammin toimintakyvyn eri osa-alueet huomioitiin palvelutarpeen arvioinnissa, sitä monipuolisemmin palvelutarpeen arviointi toteutui ja johti hyvään palvelusuunnitelmaan sekä palveluiden toteutumiseen. Palvelutarpeen arvioinneissa fyysinen ja kognitiivinen toimintakyky painottuivat selvästi eniten ja vastaavasti sosiaalinen sekä psyykinen toimintakyky ja toimijuus jäivät vähemmälle huomiolle. Erityisesti riippuvuudet ja ihmissuhdeongelmat jäivät katveeseen palvelutarpeen arvioinnissa. Palveluiden oikea-aikaisuus nousi haasteeksi molemmissa aineistoissa.
Oremus M, Hammill A, Raina P. Health risk appraisal. 2011. Rockville, MD: Agency for	Kuvata keskeiset piirteet Terveystieteiden arvioinnista (Health risks appraisal, HRA). Tutkia, mitä ominaisuuksia HRA:ssa onnistuvat tunnistamaan riskit,	Kirjallisuuskatsaus vuonna 2010 Medline, Embase, Cochrane, Psycinfo, Social science abstracts. Tietolähteitä 5434, joista 118 käsiteltiin kokonai-	Mittarina voidaan käyttää kyselylomaketta ja yhdistää tarvittaessa eri tutkimuksia kuten käsien puhdistusvoimia, paino, kolesteroli

<p>Healthcare Research and Quality (AHRQ); Technology Assessment Report, 2011.</p>	<p>mittaamisen soveltu- vuus terveydenhuollos- sa ikääntyville (65+)</p>	<p>suudessaan. HRA käsittää demogra- fiset (ikä, sukupuoli), elämäntavat (liikunta, ruokavalio), Henkilö- kohtainen ja lähisuvun sairaushistoria, Fysio- loginen data (paino, pituus, verenpaine, kolesteroli). Asenteet ja halukkuus muuttaa käyttäytymistä. Tiedot- taa ja antaa palautetta, motivoida terveystri- skejä vähentävästi.</p>	<p>Mittari voi tunnistaa terveyden merkittä- viä riskitekijöitä. Voi ennustaa tervey- teen liittyvät kustan- nuksia. Voi olla posi- tiivinen vaikutus terveyteen käyttäy- tymisen muutos ja terveydentila (kole- sterolin ja painon laskua). Soveltuu hyvin 65+, muunnel- tuna/sovellettuna nuoremmille. Tulok- set eivät jää pitkäkes- toiseksi ilman sään- nöllisyyttä.</p>
<p>Salin, S., Kau- nonen, M. and Åstedt-Kurki, P. 2008. Suomi. Informal carers of older family members: how they manage and what support they receive from respite care.</p>	<p>Tavoitteena on kuvata omaishoitajien selviy- tymiskeinoja ja heidän kokemuksensa saamas- taan tuesta tilapäishoi- dosta.</p>	<p>Tiedot kerättiin 143 omaishoitajalta jotka käyttävät säännöllisesti tilapäishoitopalveluita. Kyseessä on survay tutkimus kahdella jä- sennetyllä/strukturoidulla kyselylomak- keella: Omaishoitajan pärjäävyyden indeksi "Assessment of Mana- ging Index (Nolan ym. 1995) ja toinen indeksi tutkijoiden kehittämä.</p>	<p>Nuoret omaishoitajat tarvitsivat vähemmän apua saavuttaakseen paremman elämän laadun. Puolisoi- maishoitajat ja van- hemmat omaishoi- tajat olivat vähemmän tyytyväisiä elämän- laatuunsa. Tilapäis- hoitopalveluilla oli suuri vaikutus omaishoitajan elä- mänlaatuun, mutta he kokivat että heitä ei kuultu ja huomioitu hoitohenkilöstön toimesta. Omaishoi- tajat kaipasivat tietoa ja asiantuntemusta miten he selviytyvät omaishoitajan tehtä- vistä ja sairaanhoi- dollisista tehtävistä. Omaishoitajan ja koko perheen tuke-</p>

			misellä lisätään omaishoitajan hyvinvointia. Stressiä vähentävimpiä keinoja on mielen ”hallinta”, liikkumalla, harrastamalla viedään ajatuksia muualle. Konkreettista apua kaivattiin pärjäämisessä kotona.
Toljamo, M., Perälä, M-L., Laukkala, H. 2012. Suomi. Impact of caregiving on Finnish family caregivers.	Tarkoitus oli tutkia omaishoidon positiivista arvoa ja negatiivista vaikutusta omaishoitajalle.	Omaishoidon kokemusta mitattiin modifioidulla 15-osaisella Omaishoitajat ikäihmisten Euroopassa Indexillä. Kysely tehtiin aloituksessa ja uusittiin 6kk kuluttua.	Omaishoitajat suhtautuivat myönteisesti omaishoitajuuteen ja kokivat iloa ja suhteensa hoidettavaan hyväksi. Suurin osa toivoivat ensisijaisesti apua ja kannustusta perheeltään ja vasta sitten sosiaali- ja terveydenhuollosta. 6kk seurannassa negatiivisuuden kokemukset edelleen vähenivät ja positiiviset ajatukset lisääntyivät. Omaishoitajan positiivisia voimavaroja tulee tukea ja kannustaa heitä, näin vältetään negatiivisia tunteita.
Tan K-K., Vehvilainen-Julkunen, A. & Wai-Chi Chan, S. 2014. Integrative review: salutogenesis and health in older people over 65 years	Tutkitun julkaistun tiedon synteesi salutogeenisen kehyksen esiintymisestä suhteessa yleiseen toimintaan, koherenssin tunne, terveys ja elämänlaatu 65 vuotta täyttäneillä ja sitä vanhemmilla.	Kirjallisuuskatsaus. CINAHL Plus with full text, JSTOR, PsycInfo, PubMed, SCOPUS, Sociological Abstracts and Web of Science tutkimukset on julkaistu 1979–2011. Tarkastelu on suoritettu viiden eri lähestymis-	Vahva koherenssin tunne ikääntyvillä korreloi paremmin fyysisen, sosiaalisen ja mielenterveyden hyvinvointiin. Saadessaan positiivista tukea saa iäkäs parempaa elämänlaatua lisää, selviytymis-

old.		tavan avulla.	keinoja ja sosiaalista tukea, korreloi niiden koherenssin tunne, koettu kokonaisvaltaiseen terveyteen ja elämänlaatuun.
Abellan van Kan G, ym. 2009. France. Gait speed at usual pace as a predictor of adverse outcomes in community-dwelling older people an International Academy on Nutrition and Aging (IANA) Task Force.	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää kävelyn nopeus mittaus/työmenetelmiä luotavuutta ja soveltuvuutta osoitettaessa riskiä vammautumisessa, kognitiivisessa toimintakyvyssä, ennustamisessa laitoshoitoon joutumista, putoamisvaaraa tai kuoleman riskiä.	Kyseessä on kirjallisuuskatsaus, jossa valittiin vain korkean näyttöasteen tutkimuksia, näitä oli 27kpl. Ennalta valittiin 4 kriteeriä teemoista: a) kävelyn nopeus, tavanomaisten vauhtia, mitaus/työmenetelmien arviointi) b) kävelyn nopeuden tulee olla mitattavissa lyhyellä matkalla, c) lähtötilanteessa osallistujia oli oltava itsenäisesti pärjääviä ja asia vanhus yhteisöissä, ja d) arvioinnissa löytyvistä haittavaikutuksista (eli vammautua, kognitiivisesta heikkenemisestä, laitoshoitoon joutumisesta, putoamisvaarasta, tai jopa kuolleisuutta) oli arvioitavat pituusakselilla ajan mukaan.	Kävelynopeus tavallista vauhtia havaittiin ennustavan johdonmukaisesti riskitekijää vammautua, kognitiivisesta heikkenemisestä, laitoshoitoon joutumisesta, putoamisvaarasta, tai jopa kuolleisuutta. Ennustettaessa näitä riskitekijöitä, kävelyajan nopeus oli hyvä, toimiva mittari.
You EC, Dunt D, Doyle C, Hsueh A. 2012. Effects of case management in community aged care on client and carer outcomes: a	Tarkoitus arvioida interventioiden vaikutusta/vaikutavuutta pärjäävyyteen ikääntyneiden asiakkaiden tai omaishoitajien näkökulmasta	Kirjallisuuskatsaus. Haut: Web of Science, Scopus, Medline, CINAHL (EBSCO) ja PsycINFO (CSA) alkuvaiheesta vuoteen 2011 heinäkuussa. Rajoitteet: Englanti kieli, yhteisöllinen ikääntyminen tai	Iäkkäiden omaishoitajien pärjäävyys osana yhteiskuntaa lisääntyi 5/7:stä tutkimuksessa psyykkisen ja yleisen hyvinvoinnin osalta. Sen sijaan fyysisen ja kognitiivisen inter-

<p>systematic review of randomized trials and comparative observational studies. Australia.</p>		<p>hoito, julkaistu vertaisarvioitu lehdissä, satunnaistetut kontrolloidut tutkimukset (RCT) tai vertailevan havainnointitutkimukset tutkimalla asiakasta tai omaishoitajan näkökulmasta.</p> <p>Löydös: 10 RCT ja 5 vertailevaa havaintotutkimuksista. Tutkimuksen tulokset liittyivät kuolleisuus (7 tutkimusta), fyysinen tai kognitiivista toimintaa (6 tutkimusta), sairaudet (2 tutkimusta), käytöshäiriöt (2 tutkimusta), täyttämättömiä palvelutarpeita (3 tutkimusta), psyykinen terveys tai hyvinvointi (7 tutkimusta), ja tyytyväisyys hoitoon (4 tutkimusta), hoitajalla sisältyvät stressin tai taakka oireita (6 tutkimusta), tyytyväisyys hoitoon (2 tutkimusta), psyykinen terveys tai hyvinvointi (5 tutkimusta), ja sosiaalisia seurauksia (kuten sosiaalista tukea ja suhteet asiakkaisiin) (2 tutkimusta). 3740 artikkelia, karsittiin 141 artikkeliin ja näistä hyväksyttiin lopulliseen tutkimukseen yllä olevat.</p>	<p>ventioiden osalta on ristiriitaista näyttöä. Palelutarpeet täyttivät paremmin hoitokontaktien myötä. Yleisimmät mittarit olivat fyysisessä ja kognitiivisessa toimintakyvyn mittamisessa ovat ADL/IADL, MMSE, GDS.</p>
---	--	---	---

<p>Rutanen, L. 2013. COPE-indeksillä mitatun omaishoitajan kuormittumisen tilan yhteys omaishoidettavan käyttämien sijaishoitopalveluiden määrään ja käytön useuteen. Pro Gradu-tutkielma Jyväskylän yliopisto. Gerontologia ja kansanterveys Terveystieteiden laitos.</p>	<p>Selvittää COPE-indeksiä (Carers of Older People in Europe, COPE index) apuna käyttäen, minkälainen on omaishoitajien kuormittumisen tila Jämsä-Kuhmoinen SoTe-yhteistoiminta alueella. Lisäksi tutkimuksessa selvitetään, onko omaishoitajien kuormittumisen tila yhteydessä omaishoidettavan käyttämien sijaishoitopalveluiden määrään ja käytön useuteen.</p>	<p>Tutkimusaineisto koostuu lakisääteisen omaishoidontuen piirissä olevien 65 vuotta täyttäneiden asiakkaiden ja alle 65-vuotiaiden muistisairaiden asiakkaiden omaishoitajien (n=77) COPE-indeksi vastauksista ja omaishoidettavien tutkimusta edeltävän 12 kuukauden aikana käyttämien sijaishoitopalveluiden käyttömäärä ja käytön useus tiedoista. Kysely suoritettiin postikyselynä. COPE-aineistolle tehtiin pääkomponenttianalyysi (PCA). Omaishoitajan kuormittumisen ja hoidettavan käyttämien sijaishoitopalveluiden välistä yhteyttä analysointiin lineaarisella regressioanalyysillä.</p>	<p>Mahdollisesti kuormittuneille (n=36) omaishoitajille kuormittumista aiheutti pääasiassa omaishoidon kielteisten vaikutusten osaluue (94 %), ja erityisesti ystävyyssuhteiden ylläpidon vaikeus. Tässä aineistossa Kuormittuneiden omaishoitajien hoidettavat käyttivät sijaishoitopalveluja tilastollisesti merkitsevästi enemmän ja useammin kuin Eikuormittuneiden omaishoitajien hoidettavat. Omaishoitajan kuormittuminen ja puoliso omaishoitajuus olivat yhteydessä hoidettavan käyttämien sijaishoitopalveluiden kokonaismäärään, ja käytön useuteen. Tutkimus tukee vahvasti sitä käsitystä, että omaishoito on kuormittavaa. Omaishoitajana toimiminen vaikeuttaa monen omaishoitajan kohdalla ystävyyssuhteiden ylläpitoa ja aiheuttaa kuormittumisen kokemista.</p>
--	--	---	---

Haut:

Medic: Haulla toimintaky* and ikään* and arvio* and terveystark*, rajauksella vuosiin 2006–2016, tuotti 6 osumaa, joista tarkemmalla tutkimuksella soveltuvia teoksia 3.

1. Ahlqvist, A. 2013. Kotona asuvien ikääntyneiden itsenäisen selviytyminen: mitä 75-vuotiaiden ennaltaehkäisevät terveystarkastukset paljastavat

2. Ämmälä, H., Nyfors, H., Ahlqvist, A. 2012. Riskejä ennakoivat terveystarkastukset

3. Aira, M.. Kesäomaisten tarkistuskäyntien sijaan vanhuksillekin säännölliset terveystarkastukset. Lääkärilehden artikkeli. Kirjoittaja on kliininen opettaja, Kuopion yliopisto, kansanterveystieteen ja kliinisen ravitsemustieteen laitos, yleislääketieteen yksikkö

Haulla ikään* or omaishoi* and terveystar* or toimintaky*, rajauksella vuosiin 2006–2016 tuotti 36 osumaa, joista tarkemmalla tutkimisella soveltuvia teoksia 29.

1. Mattila, J., Jousimaa, J., Laurila, J. 2015. Iäkkään potilaan kognitiiviset oireet: toimintakyvyn ylläpito on aina tärkeää. Katsaus psykiatria perusterveydenhuollossa. Terveysportti.

2. Tikkanen, P. 2015. Uutta tietoa iäkkäiden fyysisen toimintakyvyn edistämisestä

3. Anttila, H. Paltamaa, J. 2015. ICF tulee osaksi tietojärjestelmiä

4. Rikkinen, T., Sirola, J., Sund, R., Honkanen, R., Kröger, H. 2014. Yksinkertaiset toimintakykytestit ennustavat lonkkamurtumia ja kuolleisuutta postmenopausaalisilla naisilla: 15 vuoden seurantalutkimus.

5. Siljamäki, T., Mäkelä, M., Holmlund-Marttila, D., Kaukiainen, A. 2014. TOIMIA-verkosto. Katseet toimintakykyyn

6. Hyvinvointi on toimintakykyä ja osallisuutta: Sosiaali- ja terveysministeriön tulevaisuus katsaus 2014

7. Heikkinen, E., Era, P., Heikkinen, R-L, Rantakokko, M., Ruoppila, I., Suominen, H. 2013. Ikääntymistä ja toimintakykyä koskevien tutkimusten tavoitteet, asetelmat ja toteuttaminen.

8. Ruoppila, I., Suutama, T. 2013. Psykkisen toimintakyvyn arviointi

9. Heikkinen, R-L. 2013. Sosiaalinen toimintakyky ja sen arviointikeinot

10. Leskinen, E., Lyyra, A-L. 2013. Toimintakykytutkimuksissa sovelletuista tilastollisista menetelmistä.
11. Vanhuspalvelulaki 2013: pykälistä toiminnaksi: laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista 980/2012
12. Ahlqvist, A. 2013. Kotona asuvien ikääntyneiden itsenäinen selviytyminen: mitä 75-vuotiaiden ennaltaehkäisevät terveystarkastukset paljastavat
13. Tuisku, K. 2012. Psykiatrinen työ- ja toimintakykyarvio - miksi, milloin ja miten?
14. Pohjolainen, P., Salonen, E. 2012. Toimintakyky vanhuudessa: mitkä tekijät sitä määrittävät?
15. Välimäki, T. 2012. Family caregivers of persons with Alzheimer's disease: focusing on the sense of coherence and adaptation to caregiving - an ALSOVA follow-up study.
16. Leskinen, K. 2012. Toimintakyvyn arvioinnissa käytettävän RAVA-mittauksen reliabiliteetti.
17. Autio, S., Grönroos, E. 2011. Näönhuolto parantaa toimintakykyä
18. Telakivi, T. 2011. Toimintakyvyn arvioinnin kehittäminen
19. Sainio, P., Peurala, S., H.; Paltamaa, J. 2011. TOIMIA-tietokanta sosiaali- ja terveystalvan työkaluksi
20. Heinonen, H., Absetz, P., Ritsilä, A., Töyli, P., Raivio, R., Mattila, P., Forsström, R. Mäkelä, T., Uutela, A., Fogelholm, M. 2011. Uusi toimintamalli ikääntyneiden toimintakyvyn arviointiin ja edistämiseen: yhteistyö julkisen ja kolmannen sektorin kanssa
21. Laitinen, E. 2011. Omaishoitoon liittyvien palvelujen käyttö ja tarve sekä niihin vaikuttavat tekijät.
22. Välimäki, T., Vehviläinen-Julkunen, K., Pietilä, A-M., Koivisto, A. 2010. Omaishoitajan kokemus Alzheimerin tautia sairastavan läheisen hoitamisesta
23. Vuori, I. 2010. Toimintakykyä on painotettava terveystalvan käytännöissä
24. Sainio, P., Koskinen, S. 2009. Käypä hoito -suositusten kaltaisia suosituksia tarvitaan myös toimintakyvyn mittaamiseen
25. Sulander, T. 2009. Ikääntyneiden fyysisen toimintakyvyn kohentamiseen vaikuttavat useat eri tekijät.
26. Remes-Lyly, T. 2008. Ikääntyminen, terveys ja toimintakyky
27. Heinonen, H. 2007. Ikääntyneiden toimintakykyä voidaan ja kannattaa edistää

28. Häll, H. 2006. Hyvinvointivaltion aliravitut ikääntyneet: ravitsemushoidostako ratkaisu toimintakyvyn ylläpitämiseen?
29. Pohjola, L. 2006. TOIMIVA-testit yli 75-vuotiaiden miesten fyysisen toimintakyvyn arvioinnissa

Arto tietokannasta ei toivottuja tuloksia saatu. Haulla omaishoi*, Rajauksella 2006–2016. Saatiin 4 teosta, joista yksikään ei tarkemmin tutkimalla ollut soveltuva.

Theseus tietokannasta haulla ”omaishoi” and ”terve” and ”ikään” and ”arvio”, rajattuna 2006–2016 haulla saatiin 45 teosta, joista tarkemmin tutustumalla 3. soveltuva.

1. Hämäläinen, P., Pitkänen, L., Suomalainen, E., Utriainen, E. 2010. ”On lupa toisesta huolta kantaa...” Muistisairasta läheistään hoitavan omaishoitajan terveystapaaminen. Opinnäytetyö. Mikkelin ammattikorkeakoulu.
2. Kujala, A., Kari, H. 2015. Erityisryhmien terveystarkastukset Keminmaan kunnassa. Työttömien, omaishoitajien, ikäihmisten ja aikuisten kehitysvammaisten terveyden edistäminen. YAMK opinnäyte. Lapin AMK.
3. Niemi, K. 2015. 70-vuotiaiden terveystarkastusmalli Laviaan. YAMK opinnäyte. Terveyden edistämisen ohjelma. Satakunnan ammattikorkeakoulu.

Melinda tietokannasta haulla omaishoi? and terveys? and arvio? not kotihoi? rajattuna 2006–2016 haulla saatiin 25 teosta, joista tarkemmin tutustumalla 2 soveltuva

1. Juntunen, K., Salminen, A-L. 2011. Omaishoitajan jaksamisen ja tuen tarpeen arviointi: COPE-indeksi suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon käyttöön.
2. Moilanen, M., Peuhkurinen, H. 2009. Tarmo-kyselylomake: ikääntyvän omaishoitajan kuntoutustarpeen.

Chinal/Ebesco haulla caregiver, alahauulla well-being, support, strain index, fatigue, burden, emotional health, endurance potential, rajauksilla: 2007-2016, English language, ages: 65+ years, Europe, Tiivistelmä saatavissa. Löytyi 3 soveltuva artikkelia.

1. Tamayo, GJ., Broxson, A., Munsell, M; Cohen, MZ. 2010. Caring for the caregiver. *Oncology Nursing Forum*, Jan2010; 37(1) .Journal Article – research.

2. Bachner, YG., Ayalon, L. 2010. Initial examination of the psychometric properties of the short Hebrew version of the Zarit Burden Interview. *Aging & Mental Health*, Aug2010; 14(6): 725-730. (6p) (Journal Article - research, tables/charts)
3. Kim, S-S., Reed, P., Hayward, R., Kang, Y., Koenig, H. 2011. Spirituality and psychological well-being: testing a theory of family interdependence among family caregivers and their elders. *Research in Nursing & Health*, Apr2011; 34(2): 103-115. (13p) (Journal Article - research, tables/charts).

Ovid tietokannasta haulla family carers of old* and intervention*, rajauksella vuosiin 2007–2016, löytyi 86, teosta. Osa tutkimuksista karsiutui pois, koska tutkimus tehty maassa jossa omaishoito ja palvelut eivät ole lähelläkään suomen olosuhteita. Lopulliseen otantaan jäi 10 teosta, joista 3 tähän tutkimukseen soveltuva.

1. Toljamo, M., Perälä, M-L., Laukkala, H. 2012. Impact of caregiving on Finnish family caregivers. *Scand Journal Caring Sci*; 2012; 26; 211–218.
2. Salin, S., Kaunonen, M. and Åstedt-Kurki, P. 2008. Perspectives of patients and family carers. Informal carers of older family members: how they manage and what support they receive from respite care. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 492–501.
3. Tan K-K., Vehvilainen-Julkunen, A. & Wai-Chi Chan, S. 2014. Integrative review: salutogenesis and health in older people over 65 years old. *Journal of Advanced Nursing* 70(3), 497–510.

Finna tietokannasta haulla vanhu* or ikäant* and omaishoi* and toimint* and arviointi* kymmenen vuoden sisällä tuotettuja teoksia löytyi 5. Joista 2 opinnäytteitä ja yksi tietokirja.

1. Lehtisalo.S. 2015. Rauman kaupungin omaishoidon tukipalveluiden asiakaslähäinen kehittämisarviointi.
2. Hytönen, P. 2015. Iäkkään kuntoutujan toimintakyvyn ja omaishoitajan jaksamisen tukeminen kotikonseptin avulla.
3. Tiittanen, H., Takaluoma, M., Launiemi, H., Kelo, S., 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö

Ohtanen tietokannasta haulla toimintakyvyn arviointi, englanti tai suomen kieliset tutkimukset, vuosilta 2007–2016, sovellusalueena: seulonta ja terveyden edistäminen tuotti 49 tulosta. Joista yksi hyväksyttiin tarkemman tarkastelun perusteella.

1. Oremus, M., Hammill, A., Raina, P. 2011. Health risk appraisal. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); Technology Assessment Report.

Pubmed: Haku 'family caregiver AND older people AND health care NOT hospital AND health promote, kielet englanti JA suomi, julkaistu 5 vuoden sisällä, +65 vuotiaat. Tuloksia 4, joista 2 soveltuvaa.

1. Abellan van Kan G, ym. 2009. France. Gait speed at usual pace as a predictor of adverse outcomes in community-dwelling older people an International Academy on Nutrition and Aging (IANA) Task Force. *J Nutr Health Aging* 2009; 13: 881–889.
2. You EC, Dunt D, Doyle C, Hsueh A. 2012. Effects of case management in community aged care on client and carer outcomes: a systematic review of randomized trials and comparative observational studies. *BMC. Health services research*. 2012; 12: 395.

LIITE 3

	EKSOTE	KEMINMAA	KALLIOLAN SENIORI PALVELUSÄÄTIÖ	KEHUSMAA TUTKIMUS	EURA	RAUMA	SIPOO	TEORIA
ESITIE TIEDOT	Strukturoitu haastattelu lomake	Haastattelu lomake	Haastattelimalla	Esitietolomake, valmiita lomakkeita	Esitietolomake keskustelun pohjaksi	Esitiedot, riskikartoitus, seulonta perusteinen	Esitiedot, riskikartoitus, seulonta perusteinen	Voidaan käyttää, voidaan käyttää seulontaperusteisesti.
TOEUTUSPAIKKA	Neuvola	Neuvola	Asiakkaan koti	Kyselylomakkeisto sekä seuranta jakso kuntoutusosastolla	Neuvola, tarvittaessa asiakkaan kotona	Neuvola	Neuvola	Vastaanotto/kotikäynti. Ammattilainen
FYYSISIEN	SPPB, Pituus, paino, RR, pulssi, Pituus, Paino, BMI, Vyötärönympäryys. Tarvittaessa laboratoriotestit, rokotus.	IADL T2D-riskipisteet, lähisuvun valtimotauti riski arvio, Sairaudet ja lääkitys, vaivat ja oireet, Rokotukset, verensokeri, lipidit, hemoglobiini, RR, Pituus, Paino, BMI, VY, MOI (osteop.),	SPPB, Puristusvoima, IADL, näön ja kuulon kartoituslomake,	FIM, IADL,	Pituus, Paino, Vyötärönympäryys, verenpaine, T2D riskitesti, rokotus, inkontinenssi. Sairaudet ja lääkitys. Tarvittaessa Näkö, kuulo, laboratoriotestit, MNA.	Bergin tasapainotesti, IADL, T2D-riskipisteet, Sairaudet ja lääkitys, verensokeri, Hemoglobiini, RR, Pituus, Paino, BMI, VY, näkö, kuulo,	IADL, Sairaudet ja lääkitys, Inkontinenssi, vaivat ja oireet	TUG, SPPB, IADL/ADL, Senior Fitness Test, Toimiva-testistö. RAVA rajoittein. CES-D, Tuolilta nousutesti, Näön ja kuulon FIM-, RAVA-, Barthel- ja RAi, ABC mittarit, Lääkityksen arviointi, virtsainkontinenssin kartoitus, Pituus, Paino, painoindeksi, verenpaine ja pulssi (verisuonisairaudet)
PSYKKIEN	GDS-15	GDS-15, Jaksaminen yleisesti,	WHOQOL-BREF	GDS-15 HRQOL 15 D	GDS-15	GDS-15, Jaksaminen yleisesti	Tulevaisuuden toiveet	GDS-15/30, WHOQOL, COPE, GHQ

		tulevaisuuden toiveet						– GHQ12, BDI, STAI, psyykkisen hyvinvoinnin mittari kuudella kysymyksellä, Zarit Burden Interview, 15D hyvinvointimittari, Omaishoitajien ajankäytön mittari
KOGNITIIVINEN	Kellotesti	MMSE	MMSE	MMSE	MMSE	MMSE	MMSE	MMSE, CERAD
SOSIAALINEN	Tukiverkostoista kysyminen	Tukiverkostoista kysyminen sekä parisuhde, vapaiden käyttö, harrastukset	Tukiverkostoista kysyminen		vapaiden käyttö, harrastukset, tukiverkostot haastattelulla		Tukiverkostoista kysyminen, vapaiden käyttö ja harrastukset	UCLA, kartoittavat kysymykset, Social Provision Scale rajoituksin, Seksuaalisuus, parisuhde, tukiverkoston kartoittavat kysymykset miten
YMPÄRISTÖ	Haastattelulla apuvälineet ja ergonomia	Apuvälineet, ergonomia, Palveluiden käyttö, Palveluiden tarve	KTL, Asunto muoto, asunnon mukavuudet, toimivuus		Apuvälineet, Palveluiden käyttö, Palveluiden tarve, hoidettavan sairaudet ja tarvitsema huolenpito, Asuin mukavuudet.	Asunto muoto, asunnon mukavuudet, toimivuus, Palveluiden käyttö, Palveluiden tarve	haastattelu lomake tyytyväisyys, toiveet ympäristöön., kaatumisriski, Asunto muoto, asunnon mukavuudet, toimivuus, Apuvälineet, Palveluiden käyttö, Palveluiden tarve	Kaatumisriskiä kartoittavat kysymykset, Kodin ja ympäristön vaaratekijät
ELINTAVAT	Audit, MNA tarv.	Tupakointi, alkoholin käyttö ky-			Liikunta, Uni ja lepo, Tupakointi	Ravitsemus, Liikunta,	Audit, Ravitsemus, Liikunta,	Audit, Audit C, Audit yli 65-

		symys, ruokailuun, liikuntaan ja uneen ja lepoon liittyvät kysymykset, Liikunta					Uni ja lepo,	vuotiaille, Liikkumisen määrä ja laatu, Ruo- kavalion laatu, MNA tarv., Tupa- kointi, päih- teet, uni ja lepo
TA- LOU- DEL- LINEN		Kysymys pärjäämi- sestä			Tukien ja kuljetuspal- veluiden- saaminen	Kysymys pärjäämi- sestä	Kysymys pärjäämi- sestä	

PALAUTE TERVEYSTARKASTUKSESTA

Palvelumme laadun ja sisällön kehittämiseksi haluaisimme Teidän mielipiteenne siitä, kuinka onnistuimme omaishoitajien terveystarkastuksen toteutuksessa ja sisällöissä.

Toivomme että Teillä on 5-10 min aikaa vastata kyselyyn 30.9.2016 mennessä. Mielipiteenne ja antamanne palaute on meille tärkeitä hoitoa ja palvelua kehittäessä. Palaute kerätään nimettömänä, joten henkilöllisyytenne ei paljastu missään vaiheessa tutkimusta. Palauttakaa lomake palautekuoressa, posti mak-su on maksettu valmiiksi.

Rastittakaa Teille sopivimmat vaihtoehdot tai kirjatkaa vastauksenne viivoille.

Taustatiedot

Sukupuoli: Mies Nainen

Omaishoitovuodet: _____

Käyttökö säännöllisesti terveystarkastuksissa: kyllä ei

1. Kutsukirjeen ajanvaraustiedot

- asiat käsitelty ymmärrettävästi
- asiat käsitelty epäselvästi, Muutosehdotus: _____

2. Kutsukirjeen tiedot tarkastuksen sisällöstä

- riittävät
 - riittämättömät
- Muutos ehdotus: _____

3. Esitietolomakkeiden määrä

- liikaa, jättäisin pois: _____
- sopivasti
- en osaa sanoa

4. Yhteydensaannin helppous tarvittaessa:

- Yhteyden saaminen oli vaikeaa
- Yhteyden saaminen oli helppoa
- En yrittänyt ottaa yhteyttä

5. Miten toivoisitte saavanne kutsun terveystarkastukseen:

- puhelimitse
- kirjeitse
- sähköpostilla
- muu, mikä _____

Terveydenhoitajan vastaanotolla:

6. Kohtelu/palveluasenne oli

- hyvää
- huonoa
- en osaa sanoa

7. Terveydenhoitajan asiantuntemus ja osaaminen oli

- hyvää
- kohtalaista
- huonoa
- en osaa sanoa

8. Tarkastukseen oli varattu aikaa

- riittävästi
- liikaa
- liian vähän

9. Tarkastuksen sisältö

- tarpeelliset asiat käytiin läpi
- liian paljon asioita, mitä ottaisitte pois: _____
- jotain jäi puuttumaan, mitä: _____

10. Vastasiko palvelu odotuksianne

- kyllä, palvelu oli odotuksen mukaista
 - ei, jäin kaipaamaan: _____
-

Päätöksentekoon osallistuminen

11. Toiveitani ja ajatuksiani

- kuunneltiin ja otettiin huomioon vastaanotolla
- kuunneltiin, mutta ei otettu huomioon
- ei kuunneltu

Tiedon ja tuen tarkoituksenmukaisuus

12. Oliko tarkastus mielestänne hyödyllinen,

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

Palvelun kokonaisvaltaisuus

13. Jäikö mielestänne jotain puuttumaan

- Ei
- Kyllä, mi-
tä: _____
- en osaa sanoa

14. Jos teille annettiin materiaalia (esitteitä, lehtisiä), olivatko ne hyödyllisiä

- kyllä
- ei
- en osaa sanoa

15. Osallistuisitteko uudelleen

- kyllä
- en
- en osaa sanoa

16. Jäikö teille tarkastuksesta

- hyvä mieli
- huono mieli
- en osaa sanoa

14. Saitteko riittävästi tietoa

- kyllä
- ei, jäin kaipaamaan: _____

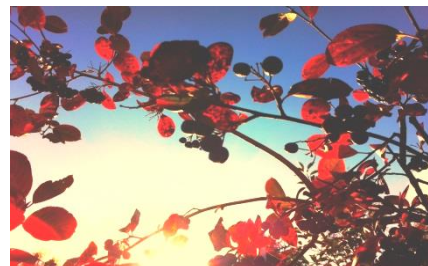
15. Kouluarvosana palvelun kokonaisuudesta (4-10) Asteikolla 4 erittäin huono – 10 kiitettävä. Arvosana: _____

16. Tapahtuiko käyntinne aikana jotain erityisen myönteistä tai kielteistä, mitä ette odottaneet? _____

17. Haluaisitteko esittää vielä ajatuksianne, toiveitanne tai muita kehittämissuhteita terveystarkastukseen liittyen

Kiitos palautteestanne!

KUTSU OMAISHOITAJALLE



Kunnan kaikille omaishoidon sopimuksen tehneille 65 vuotta täyttäneille omaishoitajille tarjotaan säännöllisin väliajoin mahdollisuutta osallistua terveystarkastukseen. Tarkoituksena on edistää omaishoitajan terveyttä ja hyvinvointia ja järjestää tarvittaessa palvelutarpeen kartoitusta. Kutsut lähetetään terveysasemilta kunnan palveluohjaajien välityksellä omaishoitajille. Kaikki 65,70,75,80,85- vuotta täyttäneet kutsutaan terveydenhoitajan vastaanotolle. Lisäksi 2-3 vuoden välein omaishoitajille lähetetään kyselylomakkeet. Vastaanotolle kutsutaan, mikäli vastausten perusteella arvioidaan tarvetta tarkemmille tutkimuksille tai palvelutarpeen arvioon.

Terveystarkastuksessa mitataan mm. verenpaine, paino, pituus, painoindeksi, tarvittaessa: näkö ja kuulo. Riskikartoitukset: masennus, kaatumisriski, muistisairaudet, kuormittuminen sekä asumisen mahdollisia haasteita. Kartoitetaan elämäntapoja, rokotukset, palvelutarpeet yms. Käynnin aikana on mahdollisuus keskustella asioista, jotka askarruttavat mieltä. Terveystarkastuksen toteuttaa terveyskeskuksen aikuisneuvolan terveydenhoitaja. Osallistuminen on vapaaehtoista ja maksutonta.

Mikäli haluatte osallistua, toimikaa seuraavien ohjeiden mukaan: **Täyttäkää kutsun mukana tulleet kyselylomakkeet; Esitietolomake ja COPE-indeksi**, huolellisesti **ja palauttakaa** valmiiksi maksetussa **palautuskuoressa** aikuisneuvolan terveydenhoitajalle. Terveydenhoitaja on teihin yhteydessä saatuaan palautetut lomakkeet.

Mikäli Teillä on aiheeseen liittyen kysyttävää, pyydämme teitä ystävällisesti otta-
maan yhteyttä.

Terveydenhoitaja Nimi, puhelinnumero ja puhelin aika. Sähköposti.

KUTSU OMAISHOITAJALLE



Kiitos! Olemme saaneet täyttämänne esitietolomakkeet omaishoitajan terveystarkastusta varten. Nyt haluaisimme kutsua Teidät terveystarkastukseen.

Terveystarkastuksessa mitataan mm. verenpaine, paino, pituus, painoindeksi, tarvittaessa: näkö ja kuulo. Riskikartoitukset: masennus, kaatumisriski, muistisairaudet, kuormittuminen sekä asumisen mahdollisia haasteita. Kartoitetaan elämäntapoja, rokotukset, palvelutarpeet yms. Käynnin aikana on mahdollisuus keskustella asioista, jotka askarruttavat mieltä. Terveystarkastuksen toteuttaa terveyskeskuksen aikuisneuvolan terveydenhoitaja. Osallistuminen on vapaaehtoista ja maksutonta.

Olemme varanneet Teille ajan terveystarkastukseen x terveysaseman neuvolaan
Päivä: aika: Osoite:

Ottakaa mukaanne viimeaikaisia tietoja terveydestänne, esim. lääkereseptit, verenpaine/sokerimittaustulokset, rokotetiedot tai yksityisvastaanottojen tietoja. **Varatkaa aikaa n. 1,5 tuntia.**

Mikäli Teillä on kysyttävää, ette halua osallistua tarkastukseen tai Teillä on este saapua varattuna ajankohtana, ottakaa yhteyttä:

Terveydenhoitaja:

Nimi, puhelinnumero ja puhelin aika. Sähköposti.

Tervetuloa!

HEI OMAISHOITAJA

Kiitos, olemme saaneet täyttämännne esitetietolomakkeet omaishoitajan terveyden ja hyvinvoinnin kartoitusta varten. Vastaustenne perusteella teillä ei ole suurta huolta terveydentilastanne ja tarvetta tarkemmille tutkimuksille tai palvelutarpeen arvioinnille.

Suosittellemme teitä huolehtimaan omasta hyvinvoinnistanne monipuolisen ravinnon, riittävän liikunnan ja levon avulla. Omaishoitajan arkeen kuuluu niin iloa kuin surua. Arvokkaassa omaishoitajan työssä auttavat myös ystävät, harrastukset ja vertaistuki. Kunnan eri harrastus, järjestö ja vertaistukiryhmistä saat tietoa omalta palveluohjaajaltasi.

Kutsu seuraavaan terveystarkastukseen tulee n. 2 vuoden kuluttu. Mikäli terveydentilassanne tapahtuu muutoksia, ottakaa meihin tai omaishoidon koordinaattoriin yhteyttä. Ajan vastaanotolle ja terveystarkastuksiin saa aina ottamalla yhteyttä.

Ystävällisin terveisin

Terveydenhoitaja:

Nimi, puhelinnumero ja puhelin aika. Sähköposti.



Arvoisa vastaanottaja

Kansalliseen omaishoidon kehittämisohjelmaan sisältyy tavoite omaishoitajien jaksamisen tukemisesta. Tähän tavoitteeseen pyritään vastaamaan kehittämällä mm. omaishoitajien säännöllisiä terveystarkastuksia. Toimin Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymässä neuvolatyön osastonhoitajana (Harjavalta, Nakkila, Kokemäki) sekä terveyden edistämisen yhdyshenkilönä. Opiskelen terveyden edistämisen ylemmässä koulutusohjelmassa Satakunnan ammattikorkeakoulussa. Opintoihin kuuluu opinnäytetyö. Opinnäytetyössä kehitän Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymään terveystarkastusmallia yli 65 vuotiaalle omaishoitajille. Mallissa omaishoitajan toimintakykyä arvioidaan kattavasti yhdessä hänen kanssaan ja tavoitteena on tukea hänen terveyttään ja hyvinvointiaan.

Terveystarkastusmalli on nyt luotu ja valmiina käyttöön. Haluaisimme kutsua teidät terveystarkastukseen ja kuulla myös teidän omaishoitajien mielipiteitä mallista. Lomakkeet ja terveystarkastus kutsut on toimitettu teille omaishoidon koordinoijan välityksellä. Halutessanne terveydenhoitaja toteuttaa teille nyt kehitetyn toimintamallin mukaisen terveystarkastuksen. Terveystarkastuksen lopussa saatte palautekyselyn sekä palautuskuoren. Pyydämme teitä ystävällisesti vastaamaan tähän kyselyyn saadaksemme mahdollisimman kattavan käsityksen terveystarkastuksen tarpeellisuudesta, kokemuksistanne terveystarkastusmallin toimivuudesta ja saamastanne palvelusta.

Kyselyyn vastaamiseen menee aikaa noin 5-10 minuuttia ja kysely tehdään siten, että vastaajien henkilöllisyys ei tule julki missään vaiheessa. Vastauksenne on tärkeää, sillä omaishoitajien vastausten perusteella terveystarkastusmallia kehitetään edelleen. Terveystiedot ovat luottamuksellisia, niitä ei käytetä tutkimuksessa eikä tietoja anneta eteenpäin.

Terveystarkastus on vapaaehtoinen ja maksuton. Terveystarkastukseen liittyvä palautekysely on myös vapaaehtoinen.

Ystävällisin terveisin

Minna Multisilta

Lisätietoja:

Minna Multisilta, Koulukatu 2, 29200 Harjavalta

Puh. 044 – 906 75 15. Sähköposti: minna.multisilta@ksthky.fi