



# MITÄ ASIAKKAAT ODOTTAVAT 80-VUOTISTARKASTUKSILTA

Laukkanen Airi

Viskari Raili

Opinnäytetyö  
Huhtikuu 2011  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto  
Tampereen ammattikorkeakoulu

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

LAUKKANEN, AIRI & VISKARI, RAILI:  
Mitä asiakkaat odottavat 80-vuotistarkastuksilta  
Opinnäytetyö 54 s., liitteet 6 s.  
Huhtikuu 2011

---

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää 80-vuotistarkastuksessa vuonna 2010 olleiden toivomuksia tarkastuksista. Opinnäytetyön tavoite oli kehittää tarkastuksia asiakkaiden toivomaan suuntaan ja samalla kerätä tietoa heidän toiveistaan Kotihoidon sairaanhoitajille. Aineisto kerättiin haastattelemalla kahdeksaa ikääntynyttä heidän omista kodeistaan. Haastattelulomakkeet lähetettiin heille etukäteen, ja puhelimitse varmistettiin haastatteluun osallistuminen ja sovittiin haastattelun ajankohta. Osa vastauksista käsiteltiin kvalitatiivisesti ja osa kvantitatiivisesti.

Haastatelluista miehiä oli kolme ja naisia viisi. Ikääntyneistä kuusi koki terveydentilansa kohtalaiseksi, yksi huonoksi ja yksi hyväksi. Kuuden haastatellun mielestä 80-vuotistarkastukset olivat hyödyllisiä, kaksi ei hyötynyt niistä. Kaiken kaikkiaan ikääntyneet kokivat tarkastukset hyödyllisiksi ja olivat valmiita osallistumaan niihin uudelleen.

Haastatelluista osa kaipasi kirjallista palautetta 80-vuotistarkastuksesta. Lisäksi he toivoivat kirjallista materiaalia kunnan tarjoamista palveluista. Terveyskeskuksessa usein asioivan selviytyminen kotona tulee tarkastaa. Asiakkaille kerrotaan kokeiden ja tarkastusten tuloksista. Vuosittain otettavat laboratorioskokeet ja lääkärin tarkastukset koetaan tarpeellisiksi.

---

Asiasanat: Ikääntyminen, toimintakyky, asiakaslähtöisyys, terveyden edistäminen, ehkäisevät kotikäynnit

## ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Tampere University of Applied Sciences  
School of Health Care  
Degree Programme in Nursing and Health Care

LAUKKANEN, AIRI & VISKARI, RAILI:  
What Do Clients Expect of 80-Year Checks?  
Bachelor's thesis 54 pages, appendices 6 pages  
April 2011

---

The purpose of this thesis was to figure out what kind of wishes clients examined in 2010 had as for the 80-year checks. The aim was to develop the checks in the direction the clients desired, and at the same time provide home care nurses with information on older people's hopes for the checks. The data was collected by interviewing eight elderly people in their own homes. Questionnaires for the interviews were sent to interviewees beforehand, and they had a call for agreeing on the interview date and time. Some of the answers were handled qualitatively and some quantitatively.

Three of the interviewees were men and five of them were women. Six of the interviewees felt that their health was moderate, one considered it being bad and one said healthy. Six elderly persons found the 80-year check useful and two thought it was useless. Mainly the examination was considered useful and the elderly thought that they will attend a new examination.

Some of the interviewed wanted to have written feedback on their 80-year checks and a summary of the results. In addition, they hoped for a written list of services provided by the municipality. If a client often has to visit the health centre, it is worth checking his/her ability to cope at home. The results of the tests and examinations should be told to the clients. Annual laboratory tests and medical checks are considered necessary.

---

Keywords: Aging, functional ability, client orientation, promoting health, preventive home visits

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	5
2 TAVOITE, TARKOITUS JA TEHTÄVÄT .....	7
3 TEOREETTINEN LÄHTÖKOHTA .....	8
3.1 Toimintaa ohjaavat lait ja asetukset.....	8
3.2 Ikääntyminen .....	10
3.3 Toimintakyky.....	11
3.3.1 Yksinäisyyden vaikutus toimintakykyyn .....	13
3.3.2 Toimintakyvyn heikkenemisen estämisen keinot ikääntyneillä .....	15
3.4 Asiakaslähtöisyys .....	16
3.5 Laatu .....	17
3.6 Terveys.....	18
3.6.1 Terveysten edistäminen .....	19
3.6.2 Terveysten kokeminen .....	20
3.7 Ennaltaehkäisevät kotikäynnit .....	22
3.7.1 Ehkäisevien kotikäyntien aloitus Suomessa .....	24
3.7.2 Ehkäisevien kotikäyntien mallit ulkomailla .....	25
4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS .....	26
4.1 Kohderyhmän kuvaus ja tietojen keruu .....	26
4.2 Haastattelulomake .....	27
4.2.1 Haastattelulomake aineistonkeruumenetelmänä .....	28
4.2.2 Haastattelun toteutus .....	29
4.3 Aineiston käsittely ja analyysimenetelmä .....	30
5 TULOKSET .....	32
5.1 Tutkimusjoukko .....	32
5.2 Tarkastusten hyödyllisyys .....	33
5.3. Asiakkaiden kehittämissuhteita 80-vuotistarkastuksiin .....	35
5.4. Aineiston koko ja edustavuus .....	37
6 POHDINTA.....	39
6.1 Käytetty menetelmä.....	39
6.2 Tulosten tarkastelu .....	40
6.3 Eettisyys ja luotettavuus .....	41
7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET .....	44
LÄHTEET .....	45
LIITTEET.....	49

## 1 JOHDANTO

Ikäihmisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen keskeiset asiat Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen mukaan ovat onnistuvan ikääntymisen turvaaminen, terveellisten elintapojen edistäminen, sairauksien ehkäisy, hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen, itsenäisen suoriutumisen sekä turvallisuuden tukeminen, varhainen puuttuminen, sairauksien tehokas hoito, kuntoutussuunnitelmaan perustuva kuntoutus ja gerontologisen asiantuntijuuden vahvistaminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 2008:3.) Sosiaali- ja terveyspalvelujen tarpeeseen vaikuttaa ikääntyvän väestön toimintakyky ja terveys ratkaisevamminkin kuin ikääntyneiden määrän lisääntyminen. Tulevaisuuden ikääntyneet ovat terveempiä, toimintakykyisempiä ja samalla myös vaativampia asiakkaita. 80 vuotta täyttäneiden osuus vuonna 2000 oli 3,4 % väestöstä. Vuonna 2025 sen ennustetaan olevan 6,7 %, ja vuonna 2050 väestöennusteen mukaan se olisi jo 10,8 % väestöstä. (Voutilainen, Routasalo, Isola & Tiikkainen 2009, 13.)

Uudessa, keväällä 2011 voimaan tulevassa terveydenhuoltolaissa säädetään, että kunnan on järjestettävä alueensa vanhuseläkettä saaville hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä edistäviä neuvontapalveluja. Kunnassa voidaan järjestää iäkkäille hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä ja tarkastuksia erikseen sovitulla tavalla. Kunnan perusterveydenhuollon on yhteistyössä sosiaalihuollon kanssa järjestettävä iäkkäiden neuvontapalveluja ja hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä. (Vanhustyö 2011:1,45.)

Ehkäisevän kotikäynnin tärkeys on viime vuosina korostunut, sen tarkoituksena on antaa tietoa kunnassa olevista palveluista sekä ikäihmisiä kiinnostavista asioista. Näillä käynneillä arvioidaan ikääntyneen toimintakykyä, palvelujen tarvetta ja asumisolosuhteita. Ehkäisevän kotikäynnin voi suorittaa sosiaali- ja/tai terveydenhuollon henkilöstö. Se on ennakolta suunniteltu, tietyille ikäryhmälle tarkoitettu kotikäynti, joka voidaan toistaa tietyin väliajoin. Ikääntynyt voi myös kieltäytyä tästä palvelusta. Ehkäisevän kotikäynnin tarkoitus on mahdollistaa toimintakykyisten elinvuosien lisääntyminen ja palvelutarpeen siirtyminen myöhäisempään ajankohtaan sekä kotona asumisen mahdollistaminen mahdollisim-

man pitkään. Ehkäisevän toiminnan ensisijainen tarkoitus on terveyden edistäminen ja sairauksien ehkäiseminen kertomalla ravitsemuksen ja liikunnan hyödyistä. Seuraavaksi tulee sairauksien varhainen toteaminen ja hoitaminen sekä sairauksien uusiutumisen ja pahenemisen ehkäisy. (Häkkinen 2002, 96.)

Terveydenhuolto kohdentaa omat ennaltaehkäisevät käyntinsä 70 vuotta täyttävälle. Säännöllisen kotihoidon piirissä oleville on tehty tyytyväisyyskyselyjä vuonna 2006 ja 2008. Saimme opinnäytetyön aiheita vanhustyön johtajalta, ja niistä ehdotuksista valitsimme kiinnostavimman aiheen eli 80-vuotistarkastukset. Ennaltaehkäiseviä kotikäyntejä 80-vuotiaille on tehty aikaisemmin kunnassa terveydenhuollon toimesta. Vuoden 2009 alusta tarkastukset siirtyivät Kotihoidon sairaanhoitajien suoritettaviksi.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on kehittää 80-vuotiaille tehtäviä tarkastuksia asiakaslähtöisemmiksi. Tarkoitus on, että tästä opinnäytetyöstä hyötyvät 80-vuotiaat, jolle tarkastus tehdään. Kiinnitetään huomiota heille tärkeisiin asioihin. Opinnäytetyöstä hyötyvät myös tarkastuksia tekevät Kotihoidon sairaanhoitajat, näin heillä on parempaa tietoa ikääntyneiden toiveista ja odotuksista.

## 2 TAVOITE, TARKOITUS JA TEHTÄVÄT

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on kehittää 80-vuotiaille tehtäviä tarkastuksia asiakaslähtöisemmiksi. Nykyisin kunnassa ovat käytössä terveyskeskuksen laatimat lomakkeet, joihin Kotihoidon sairaanhoitajat ovat tehneet tarpeelliseksi katsomiaan muutoksia. Tarkoitus on, että tästä opinnäytetyöstä hyötyvät 80-vuotiaat, joille tarkastus tehdään. Kiinnitetään huomiota heille tärkeisiin asioihin. Tarkastuksia voidaan sitten muuttaa vastaamaan paremmin ikääntyneiden tarpeita.

Opinnäytetyöstä hyötyvät myös tarkastuksia tekevät Kotihoidon sairaanhoitajat, näin parempaa tietoa ikääntyneiden toiveista ja odotuksista. Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat

1. Mitä asiakkaat odottavat 80-vuotistarkastuksilta?
2. Mitä kehittämissuhteita tarkastuksiin liittyen tulee esille?

### 3 TEOREETTINEN LÄHTÖKOHTA

#### 3.1 Toimintaa ohjaavat lait ja asetukset

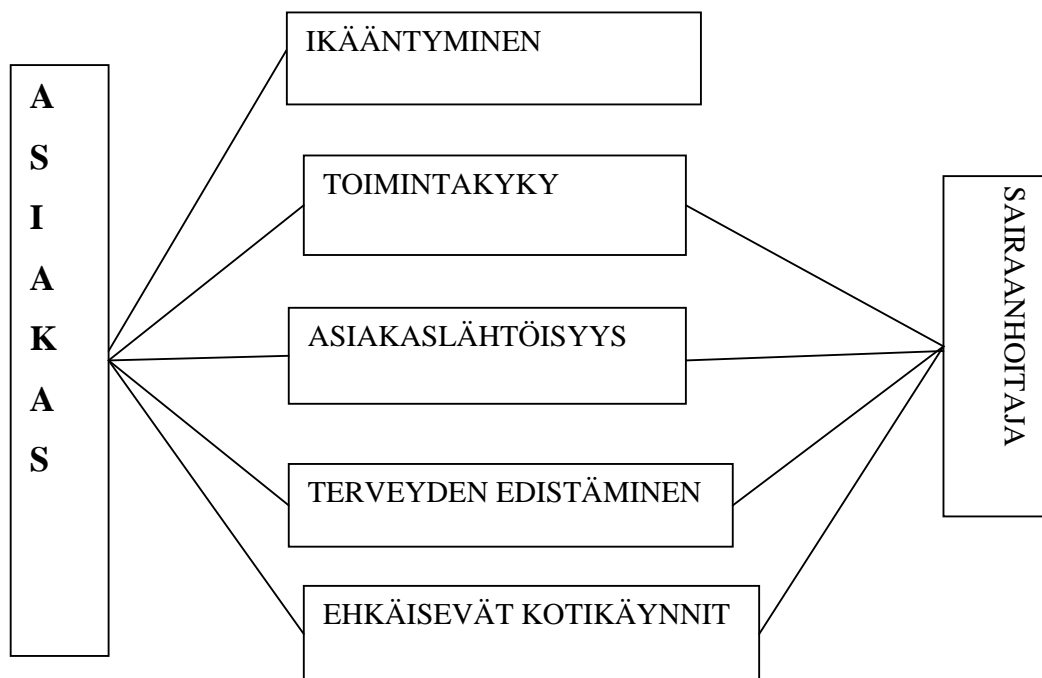
Suomen ja EU:n lait sekä asetukset velvoittavat kuntia järjestämään asukkaidensa terveydenhuollon tasapuolisesti koko kunnan väestölle asukkaiden asuinpaikasta ja iästä riippumatta. Sosiaali- ja terveysministeriö on asettanut Suomen kansalliset terveystavoitteet v. 2001 valtioneuvoston hyväksymässä Terveys 2015 kansanterveysohjelmassa ja laatinut terveyden edistämisen laatusuosituksen ikäihmisten hoidoista ja palveluista. (Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:4.)

Terveys 2015 – kansanterveysohjelman yksi keskeinen tavoite on, että yli 75-vuotiaiden keskimääräisen toimintakyvyn paraneminen jatkuu samansuuntaisena kuin viimeisten 20 vuoden aikana. Iäkkäiden odotettavissa oleva elinikä on viime vuosikymmeninä huomattavasti pidentynyt. Iäkkäiden sairauksia voidaan ehkäistä, edistää toimintakykyä ja samalla tukea itsenäisen elämän edellytyksiä. Haasteena nähdään sosioekonomisten ryhmien välisten terveyserojen pienentäminen sekä sosiaalinen syrjäytyminen ja huono sosiaalinen asema, jotka liittyvät suurempaan sairastavuuteen ja aiemmin heikentyvään toimintakykyisyyteen. Valtioneuvosto on korostanut Terveys 2015 – kansanterveysohjelmassa seuraavia toimintasuuntia: ikääntyneiden mahdollisuus toimia aktiivisesti yhteiskunnassa, kehittää omia tietojaan, taitojaan sekä itsehoitovalmiuksia. Mahdollistetaan itsenäisen ja laadullisesti mielekkään elämän jatkamista riittävän toimeentulon turvin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001:4.)

Kunta- ja palvelurakennemuutoslain tarkoituksena on kehittää palvelujen tuotantotapoja ja organisointia sekä luoda edellytykset kuntien järjestämien palveluiden ohjauksen kehittämiseksi. Lain tavoitteena on asukkaiden laadukkaiden palveluiden saamisen mahdollistaminen. Lakia toteutettaessa on otettava huomioon palvelujen saatavuus, kunnan asukkaiden osallistumis- ja vaikutusmahdollisuudet, perusoikeudet ja yhdenvertaisuus palvelujen saamisessa. (Laki kunta- ja palvelurakennemuutuksesta 1 §.)



Kunnan tulee huolehtia asukkaiden terveysneuvonnasta ja terveystarkastuksista sekä seurata asukkaidensa terveydentilan ja siihen vaikuttavien tekijöiden kehitystä väestöryhmittäin. Kunnan on velvollisuus ottaa huomioon terveysnäkökohdat kaikissa toiminnoissaan sekä tehdä yhteistyötä terveyden edistämiseksi. (Kansanterveyslaki 14 §.) Eri kunnat noudattavat omalla laillaan suosituksia tarkastuksista. Muutamaan kuntaan tekemämme puhelinkyselyn perusteella kaikissa kunnissa ei ole minkäänlaisia tarkastuksia ikääntyneille. On kuntia, joissa tehdään terveystarkastuksia, ja sitten on myös kuntia, joissa on eläkeläisten neuvola. Joissakin kunnissa tehdään asiakkaan kotona selviytymisen kartoitus, ei niinkään terveystarkastusta.



KUVIO 1. Viitekehys

### 3.2 Ikääntyminen

Ikääntyvistä ihmisistä puhuttaessa käytetään monenlaisia ilmauksia kuten vanhus, seniori, eläkeläinen ja ikäihminen. Ikääntymisestä puhutaan kolmantena ja neljäntenä ikänä. Kolmas ikä on noin 65–80 vuotta ja neljäs ikä tästä eteenpäin. Neljäs ikä on vanhuutta, jolloin riippuvuus muista ihmisistä lisääntyy. Ikääntyminen tuo tullessaan muutoksia, joihin on mukauduttava niillä voimavaroilla, joita on siihenastisen elämän aikana kerännyt. Ikääntyminen on kokonaisvaltainen muutosprosessi. Ikääntymistä voidaan tutkia fyysisenä, psyykkisenä ja kognitiivisena tapahtumana, johon myös vaikuttaa kulttuuri ja sosiaalisuus. (Hyttinen 2009, 43–44.) Tässä opinnäytetyössä käytämme 80-vuotiaista nimitystä ikääntynyt.

Ihmisten tullessa vanhemmiksi heidän suhtautumisensa tulevaisuuteen tulee varovaisemmaksi. Tulevaisuuden tavoitteet asetetaan ajallisesti lähemmäs nykyhetkeä. Vanheneminen kuuluu osaksi elämää, eikä sitä voi erottaa elämän kokonaisuudesta. Muistot ja tapahtumat nousevat esiin ja muodostavat ketjun solmukohtineen. (Heikkinen 2001, 199.)

Ikääntyneet ovat sosiaali- ja terveydenhuollon suuri ja kasvava asiakaskunta. Keskimääräinen elinajanodote kasvaa jatkuvasti ja yli 80-vuotiaat ovat nopeimmin kasvava ikäryhmä. Haasteena onkin turvata terve ja aktiivinen ikääntyminen, sillä terveys ja toimintakyky vaikuttavat olennaisesti ikäihmisten hyvinvointiin sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen tarpeeseen. Terveet ja toimintakykyiset elinvuodet ovat lisääntyneet eliniän pidentyessä. (Voutilainen, Tiikkainen 2009, 7.)

Ikääntymiseen liittyy sairauksien lisääntyminen, ja siitä johtuen ikääntyminen onkin usein nähty sairautena. Jyväskylässä tehdyssä tutkimuksessa 75–84-vuotiailla miehillä oli noin 1,9 pitkäaikaissairautta ja vastaava luku naisilla oli 2,2. Kaikkien sairauksien ennaltaehkäisy ei ole mahdollista niiden pitkän kehityshistorian vuoksi. Sairauksien riskitekijöitä pyritään poistamaan sekundaari-prevention avulla ja sairauksien pahenemista tertiaari-prevention avulla. Iäkkäillä ihmisillä kuntoutus on tuottanut tuloksia. Sairauksien aiheuttama vuodelepo ai-

heuttaa kunnan huononemisen, jolloin kuntoutuksella voidaan kohentaa toimintakykyä ja palauttaa se iän mukaiselle tasolle. Iäkkäiden sairauksien erityispiirteitä ovat yksi oire ja useita sairauksia, yksi sairaus ja useita hoitoja, yksi potilas ja monenlaisia tuntemuksia sekä yksi potilas ja useita lääkäreitä. (Heikkinen 2002, 17–19.)

### 3.3 Toimintakyky

Ikäihmisten terveyden ja elämänlaadun edistäminen sekä ikääntyneiden asiakkaiden palvelujen laadun ja vaikuttavuuden parantaminen on gerontologisen hoitotyön lähtökohtana ja tavoitteena, mahdollistaa ikäihmisten osallisuus sekä tunnistaa ikäihmisten erilaisuus ja muuttuvat tarpeet. Normaaleiksi ikääntymisen muutoksiksi voidaan luonnehtia lieväasteinen fyysinen toimintakyvyn heikkeneminen, psyykkisen haavoittuvuuden lisääntyminen, ulkoisten vaikutteiden omaksumisen vaikeutuminen, yksilöllisten luonteenpiirteiden korostuminen sekä lähimuistin ja mieleen painamiskyvyn heikkeneminen. Aistitoiminnot heikkenevät. Normaali ikääntyminen ei haittaa toimintakykyä normaaleissa elämäntilanteissa. (Hyttinen 2009, 42–43.) Toimintakykyyn kuuluu terveys ja hyvinvointi, jotka vaikuttavat ikääntyneen selviytymiseen jokapäiväisestä elämästään (Lyyra, Tiikkainen 2008, 60).

Vanhenemista ja vanhuutta koskevassa tutkimuksessa on tärkeäksi käsitteeksi noussut toimintakyky. Ikivihreät-projektin 10-vuotisseurannassa tuli ilmi, että 75-vuotiaiden hyvä lihasvoima, kävelynopeus ja hengityskapasiteetti sekä sosiaalinen aktiivisuus ja psyykkinen toimintakyky ennustivat pienempää kuolleisuutta. Arvioitaessa terveyttä, elämänlaatua ja elämän tarkoituksellisuuden tunnetta toimintakyky on tärkeä kriteeri. Ikääntyminen voidaan nähdä dynaamisena prosessina, jolloin ikääntymistä ei arvioida ainoastaan kronologisen iän perusteella. Verrattaessa 1900-luvun alussa syntyneitä muutamia vuosikymmeniä myöhemmin syntyneisiin iäkkään väestön toimintakyky on parantunut. (Heikkinen 2002, 24.)

Riski pitkäaikaisesta hoidosta on suurempi niillä ikääntyneillä, joilla on liikkumisen rajoituksia tai kognitiivisen toimintakyvyn alenema verrattuna ikääntyneisiin, joilla ei ole rajoituksia (von Bonsdorff 2009). Toimintakykyä voidaan tarkastella kuvaamalla toiminnanvajauksia tai jäljellä olevaa toimintakykyä. Ikääntyvä voi suhteuttaa oman toimintakykynsä arvioimalla toimintakykyään samanikäisiin tai omaan aikaisempaan toimintaansa. Heikentynyt toimintakyky yhdistetään usein saamattomuuteen tai laiskuuteen, koska heikentynyt toimintakyky koetaan menetykseksi. Riskiryhmien etsinnässä voidaan käyttää tietoja toimintakyvyn tasosta. (Laukkanen 2003, 255.)

Vanhuspolitiikan ja vanhustyön näkökulmasta keskeistä on toimintakyky. Suomessa on vanhuspolitiikan peruslinjaus, jonka mukaan ikääntynyt saa asua kotona mahdollisimman pitkään. Tämä kotona asuminen mahdollistuu hyvän toimintakyvyn ansiosta eli ikääntyneen kyvystä selvitä arjen askareista. Toimintakykymittareilla tarkastellaan ikääntyneen toimintakyvyn tasoa, ja esimerkiksi laitokseen sijoittaminen tapahtuu näiden mittareiden tulosten perusteella. (Jyrämä 2007, 196–197.)

Toimintakyvyn heikkenemisen takana on useimmiten sairaus. Kuntoutus voi olla ennalta ehkäisevää tai akuutin sairauden sekä vamman aiheuttaman toimintakyvyn laskun kohentaja. Toimintakyky on jokapäiväisestä elämästä selviytymistä ja se voidaan jakaa fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen. Fyysistä toimintakykyä voidaan mitata ikääntyneen liikkumisella ja kotiaskareista selviytymisellä. Psyykkistä toimintakykyä ovat kognitio, masennus ja ahdistuneisuus. Sosiaalista toimintakykyä ovat yksinäisyys ja sosiaalinen eristyneisyys. Ikääntymiseen liittyy toimintakyvyn asteittaista heikkenemistä, mikä ilmenee ensin vaativien päivittäisten toimintojen heikkenemisenä. Esimerkiksi kutsujen järjestäminen, yhteiskunnallinen osallistuminen ja aktiivinen liikunta vaikeutuvat. Tämän jälkeen toimintakyky heikkenee asioiden hoitamisessa eli välinetoiminnoissa kuten taloustyöt, kaupassa käynti, autolla ajo, lääkkeiden ja puhelimen käyttö. Seuraavassa vaiheessa toimintakyvyn heikkeneminen vaikeuttaa päivittäisiä perustoimintoja kuten kävelyä, peseytymistä, sängystä ja tuolista nousemista, pukeutumista sekä WC-käyntiä ja syömistä. Toimintakykyyn vaikuttaa yksilö

itse, elämäntavat, sosiaalinen ja kulttuurinen järjestelmä, sosiaaliset suhteet ja ympäristö. (Pitkälä, Valvanne, Huusko 2010, 438–440.)

Liikuntakyvyn huonontuminen johtaa siihen, että asunnosta ulos meno vaikeutuu ja sosiaaliset suhteet vähenevät. Toimintakyvyn heikentyminen ja sairaudet vähentävät myös ikääntyneen henkisiä voimavaroja. Käsitys itsestä muuttuu ja se voi johtaa masennukseen, jolloin ihminen saattaa alkaa kokea elämän merkityksettömänä. Elämän kokeminen ikääntyneillä on yksilöllistä. Hyvä taloudellinen tilanne on tärkeä mielen hyvinvoinnille. Kriisit ja elämänmuutokset kuten jääminen leskeksi, vakavasti sairastuminen, liikkumisvaikeudet, muistin heikkeneminen ja vanhenemisen mukanaan tuomat vaikeudet aiheuttavat tuen ja palvelujen tarvetta. Terveiden kokeminen, elämään tyytyväisyys ja elämän tarkoituksellisuuden tunne ovat yhteydessä psyykkiseen hyvinvointiin. Sosiaalisen tuen puute lisää sairastavuutta ja kuolleisuutta. Fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin vaikuttaa sosiaalinen tuki positiivisesti. Terveen ja hyvinvointiin vaikuttaa positiivisesti sosiaalinen pääoma, johon kuuluu yhteisöllisyys, keskinäinen luottamus ja me-henki. Iän myötä elämä muuttuu kotikeskeiseksi, kun liikkuminen huonontuu ja arki rutinoituu päivittäisistä toiminnoista. Usein ikääntynyt unohtuu omaan kotiinsa, kun yhteyksien pitäminen jää ikääntyneen omille harteille. (Tenkanen 2007, 183–188.)

### 3.3.1 Yksinäisyyden vaikutus toimintakykyyn

lökkäiden keskuudessa yksinäisyyden tunteet ovat yleisiä. Joka kuudes 70 vuotta täyttänyt nainen tuntee itsensä yksinäiseksi, vastaava luku miesten kohdalla on joka kymmenes. 85 vuotta täyttäneet tuntevat itsensä vielä useammin yksinäiseksi kuin nuoremmat. Yksinäisyyden tunteet ovat yleisiä leskien, äskettäin leskeksi jääneiden tai ystävänsä menettäneiden keskuudessa. Yksin asuvat, sosiaalisesti eristäytyneet, vaikeasti sairaat, vajaakuntoiset ja iäkkäät, jotka asuvat vaikeasti sairaan omaisen kanssa, tuntevat myös yksinäisyyttä. Elämänlaatua heikentävät ja kärsimystä aiheuttavat voimakkaat yksinäisyyden tunteet. (Kivelä 2009, 46–48.)

Sairauden oireet voivat voimistua ikääntyneellä, joka tuntee itsensä yksinäiseksi. Ikääntyneet saattavat jopa hakeutua lääkärin vastaanotolle yksinäisyyden aiheuttamien fyysisten oireiden perusteella. Heillä on runsas psyykenlääkkeiden käyttö yleistä. Lääkehoito ei auta yksinäisyyteen ja eristäytyneisyyteen, mutta voi aiheuttaa monia haittavaikutuksia kuten muistin ja kognitiivisten kykyjen ja lihasvoimien heikkenemisen sekä tasapainon huonontumisen ja kaatumisia. Iäkkään fyysinen kunto voi heikentyä virheellisestä hoidosta. Yksinäisyys myös altistaa masennustilan puhkeamiselle ja/tai alkoholin käytölle sekä huonontaa ruokahalua, mistä on seurauksena aliravitsemus ja laihtuminen. Yksinäisyys voi johtaa taloudelliseen kaltoin kohteluun, kun häikäilemätön henkilö ystäväysty iäkkään kanssa ja petollisin keinoin ottaa ikääntyneen varoja omaan käyttöönsä. (Kivelä 2009, 46–48.)

Aistitoimintojen heikkeneminen vaikeuttaa sosiaalista kanssakäymistä. Kognitiivisen tason lasku johtaa myös sosiaalisten suhteiden vähenemiseen, ja seurauksena on yksinäisyyden tunteen lisääntyminen. Ikääntyneen kokemat menetykset voivat heijastua yksinäisyytenä, masentuneisuutena, terveydentilan kokemisena huonoksi ja epätydyttävinä vuorovaikutussuhteina. Yksinäisyyteen on myös yhdistetty huonoksi koettu taloudellinen tilanne sekä alhainen koulutustaso. (Tiikkainen 2007, 149–152.)

Yksinäisyyden kokemiseen vaikuttaa asuinpaikka, maalla ollaan yksinäisempiä kuin kaupungissa ja laitoksissa asuvat tuntevat itsensä yksinäisemmiksi kuin omassa kodissa asuvat. Tutkimusten mukaan ikääntyvät, jotka asuvat Suomessa, ovat vähemmän yksinäisiä kuin vastaavan ikäiset Etelä-Euroopassa. Yksinäisyys voi olla kielteistä tai myönteistä ja suomen kielessä on vain yksi yksinäisyyttä ilmaiseva sana, kun taas englannin kielessä löytyy useita eri sanoja kuvaamaan yksinäisyyttä sen eri vivahteissa. Kielteiseen yksinäisyyteen ikääntyneillä liittyy luopuminen jostakin, esimerkiksi oman toimintakyvyn heikentyminen, läheisten kuoleminen tai asuinpaikan muuttaminen olosuhteiden pakosta. (Routasalo 2009, 184–188.)

### 3.3.2 Toimintakyvyn heikkenemisen estämisen keinot ikääntyneillä

Monien tutkimusten mukaan liikunta, fyysinen aktiivisuus ja uusien asioiden oppiminen ylläpitävät ja parantavat toimintakykyä riippumatta ikääntyneen sairauksista. Sosiaalinen verkosto sekä sosiaalinen tuki parantavat elämänlaatua ja auttavat toimintakyvyn säilymisessä. Maailman terveysjärjestö ja Euroopan unioni ovat kannattaneet strategiaa aktiivisena ikääntymisestä. Tähän on vaikuttanut huoli iäkkään väestön terveydestä ja palvelujen kasvusta. Osana terveyttä on hyvä toimintakyky. Toimintakykyä arvioitaessa on tärkeässä roolissa fyysinen ja psyykinen toimintakyky sekä selviytyminen arjen askareista. Toimintakyvyn heikkenemistä pyritään estämään kuntoutuksen avulla, fyysisen ympäristön muutosten avulla, lisäämällä sosiaalista tukea tai yhdistelemällä näitä. Itsehoito on muuttunut yhä tärkeämmäksi osaksi selviytyä jokapäiväisessä elämässä. Tämä edellyttää parempaa koulutustasoa sekä parempia taloudellisia olosuhteita. (Heikkinen 2002, 28–29.)

Sosiaaliseen vuorovaikutukseen kuuluu sosiaalinen tuki, johon voidaan lukea kuuluvaksi luottamuksellisuus, huolenpito, rakkaus, empatia, läheisyys, arvostus ja vastavuoroisuus, ja siihen voi kuulua myös materiaallinen tuki esimerkiksi raha ja erilainen avustaminen. Sosiaalinen verkosto koostuu ihmissuhteista, jotka voivat antaa sosiaalista tukea tai olla antamatta sosiaalista tukea tai voivat kuluttaa ikääntyneen voimia. Perinnölliset temperamenttitekijät, sosiaalisuus ja kehitykselliset tekijät vaikuttavat ihmisen kykyyn solmia ystävyyssuhteita sekä rakentaa ja ylläpitää sosiaalisia verkostoja. Sosiaalisen tuen osa-alueet voidaan jakaa emotionaaliseen tukeen, arvostusta välittävään tukeen, tiedolliseen tukeen ja välineelliseen tukeen. Useimmille ihmisille sosiaalisella tuella on terveyttä edistävä vaikutus. Sosiaalisen tuen heikkeneminen menetykskokemuksen johdosta voi vaikuttaa haitallisesti immuunipuolustusjärjestelmään. Sosiaalisen tuen puute ja eristyneisyys voivat johtaa lisääntyneeseen kuolleisuuteen ja sairastavuuteen, ja sitä voidaan pitää akuuttien ja kroonisten sairauksien riskitekijänä kaikissa ihmisen elämänvaiheissa. (Heikkinen 2003, 883–885.)

### 3.4 Asiakslähtöisyys

Vanhustyön perustana on valtakunnallisten suositusten mukaan asiakslähtöisyys. Ikääntynyt ymmärretään yksilönä, jolla on yksilölliset tarpeet ja henkilökohtainen käsitys tarvitsemastaan hoidosta. Ikääntyneen hoidon eettinen velvollisuus on antaa riittävästi tietoa, jotta ikääntynyt voi tehdä häntä itseään koskevia päätöksiä. (Lahtinen 2006, 54.)

Asiakslähtöisyys on yksi palvelujen ja hyvän hoidon osatekijä. Asiakslähtöinen suunnittelu ja toteutus perustuvat asiakkaan tarpeiden, voimavarojen ja elinympäristön huolelliseen sekä monipuoliseen arviointiin. Tämä arviointi edesauttaa toimintakykyä ja kuntoutumista edistävän toiminnan luomiseen, mikä on laatutekijä kaikissa ikääntyneiden palveluissa. (Voutilainen 2009, 109–111.)

Jokaisella ihmisellä on oma henkilökohtainen alueensa, johon kuuluu määräysvalta omasta kehosta, omien ajatusten ja tunteiden yksityisyys, oikeus elää oman vakaumuksen mukaan ja määrätä omista asioista. Ihmisen oikeus itsemääräämisoikeuteen ja integriteettiin perustuu tähän. Laissa on säädetty, että hoito ja palvelu niin sosiaali- kuin terveydenhuollossa tulee toteuttaa yhteisymmärryksessä asiakkaiden kanssa. Heillä on oikeus ymmärrettävään tietoon ja oikeus kieltäytyä hoidosta. Myös muissa sosiaali- ja terveydenhuollon sekä vanhustyön linjauksissa on itsemääräämisoikeuden merkitystä korostettu. (Sarvimäki 2009, 33.)

Asiakkaan vakaumus ja yksityisyys on otettava huomioon ja niitä on kunnioitettava. Sosiaalihuoltoa toteutettaessa on otettava huomioon asiakkaan toivomukset, mielipide, etu ja hänen yksilölliset tarpeensa. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 4§.) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrää, että asiakasta on kohdeltava vakaumusta ja yksityisyyttä kunnioittaen ihmisarvoa loukkaamatta, ottaen huomioon asiakkaan äidinkieli, kulttuuri ja yksilölliset tarpeet. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 3 §.)



Gerontologisen hoitotyön tavoitteita ovat terveys, toimintakyky, onnistunut vanheneminen ja hyvä elämänlaatu. Autonomia, omatoimisuus ja yhteisöllisyys ovat arvoja, jotka löytyvät hoitotyön tavoitteiden taustalta. Yleisen etiikan ja hoitotyön keskeisiä arvoja ovat hyvän tekeminen, vahingon välttäminen, oikeudenmukaisuus, ihmisarvon, itsemääräämisoikeuden ja yksityisyyden kunnioittaminen. Arvot ja eettiset periaatteet ovat haasteellisia ikääntyneitä hoidettaessa, mihin vaikuttavat ikääntyneen muistisairaudet, riippuvuus, fyysinen raihnahtuminen, kuoleman kohtaaminen sekä ikääntyneen läheisten huoli. Voimavarojen tukeminen, lisääntynyt hauraus ja haavoittuvuus yhdistyvät ikääntyneen ihmisen hoitotyössä. Ihmisarvoa kunnioittavaa on, että ihminen on eheä ja loukkaamaton kokonaisuus, hänellä on oikeus omaan elämään ja ihmisarvoiseen kohteluun. Eettisesti hyvän hoitotyön toteuttaminen vaatii hoitajalta herkkyyttä, ymmärrystä ja osaamista. (Sarvimäki 2009, 28, 39.)

### 3.5 Laatu

Laatu-sanaa pidetään yleisesti positiivisena ilmaisuna. Laatu on ominaispiirre, joka liittyy palvelun tai toiminnan kykyyn vastata siihen kohdistuviin odotuksiin ja vaatimuksiin. Laadulle annetut vaatimukset voivat olla peräisin lainsäädännöstä tai asiakkaiden tarpeista. (Holma 2003, 13.) Palvelun tuloksiin vaikuttaa asiakkaan kokemus palvelujen ja toimintatapojen laadusta. Asiakas on tärkein osa laatuajattelussa ja laadunhallinnassa. Viime vuosina on korostettu asiakkaan osallisuutta ja vaikutusmahdollisuuksia laadun arvioijana. (Holma 2003, 41.)

Laadukas palvelu on asiakaslähtöistä sekä mahdollistaa asiakkaan omaisten osallistumisen suunnitteluun, päätöksentekoon ja arviointiin. Laadukkaassa palvelussa ihmisen fyysiset, kognitiiviset, psyykkiset, sosiaaliset, kielelliset sekä kulttuuriset tarpeet ja voimavarat ja ympäristötekijät arvioidaan. Laadullisessa palvelutoiminnassa ikääntyneen toimintakykyä ja kuntoutumista edistetään. Olemassa olevaa tutkimustietoa sekä tietoa hyvistä käytännöistä hyödynnetään. Näin saavutetaan yhteiskunnalliset ja yksilölliset tavoitteet. Laadukas palvelutoiminta on oikea-aikaista ja turvallista. (Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 2008:3.)

### 3.6 Terveys

Rauha, turvallisuus, tasapainoinen ekosysteemi, ihmisoikeuksien kunnioittaminen, tasa-arvo ja sosiaalinen oikeudenmukaisuus ovat terveyden perusedellytyksiä. Tulot, ravinto, koulutus ja ihmissuhteet ovat tärkeitä terveyden voimavaroitekijöitä. Nämä ovat myös ehtona terveyden edistämiseksi. Terveyden merkittävin uhka on köyhyys sekä yhteiskunnalliset muutokset: kaupungistuminen, ikääntyneiden määrän lisääntyminen, terveydelle haitallinen käyttäytyminen, vastustuskyvyn kehittyminen antibiooteille sekä muille lääkkeille, lisääntynyt huumeiden käyttö ja väkivalta. Myös mielenterveyden ongelmien tehokas hoito ja niiden tunnistaminen varhaisessa vaiheessa edistää terveyttä. Viestintäteknologian kehittyminen on myös edesauttanut terveyden edistämistä. (Koskenvuo, Mattila 2003, 16.)

Terveyteen vaikuttavat aikaisemmat elinolot, tapahtumat ja valinnat, kuten siirtyminen elämänvaiheesta toiseen. Kriittisillä tapahtumilla on vaikutusta myöhäisempiin elämänvaiheisiin. Lapsuudessa ja nuoruudessa hankittu sosiaali- ja terveystapa-oma vaikuttaa myöhäisempään terveyteen ja toimintakykyyn. Koulutustaso voidaan suhteuttaa elinajan odotteen suhteen mitä koulutetumpi: sitä iäkkäämmäksi elää. Elinajan pituuteen vaikuttavat perimätekijät neljänneksen ja saman verran on vaikutusta lapsuuden ja nuoruuden elinoloilla sekä elintavoilla. Aikuisiän elinolot ja elintavat vaikuttavat noin 50 prosenttia elinajan pituuteen. (Heikkinen 2002, 30–31.)

Heikkenemistä tapahtuu ikääntyessä sekä fyysisessä että psykomotorisessa toimintakyvyssä: lihasvoima heikkenee, kestävyys vähenee, tasapaino horjuu, reaktiokyky hidastuu, hengitysfunktio ja nopeus hidastuvat. Fyysisten ja psykomotoristen toimintojen ominaisuuksiin voidaan harjoittelun avulla vaikuttaa. Harjoittelun määrän tarve on yksilöllistä. Sama pätee myös henkiseen suorituskäyttöön, paitsi dementiaoireyhtymän ennaltaehkäisy on vielä melko vähäistä. Ehkäiseviä tekijöitä dementiaoireyhtymälle ovat pitkä koulutus ja vaativa henkinen työ. Tasapainoinen ikääntyminen vaatii myös fysiologisen homeostaasin, johon vaikuttavat fyysinen aktiivisuus, ravinnon terveellisyys, työn ja levon tasapaino. Henkisellä puolella vaikuttavat tasapaino virkistykseen ja keskushermost-

ton kuormituksen välillä, kuten omien tavoitteiden realistisuus ja kohtuullisuus, sopivasti virikkeitä sekä tulevaisuuden toivo. Sosiaalisella puolella taloudellinen turvallisuus, läheisten olemassaolo ja kuuluminen johonkin yhteisöön tuovat tasapainoa elämään. (Heikkinen 2002, 30–31.)

Ikääntyneen voimavarojen huetessa ja reservikapasiteetin vähetessä löytyy keinoja, joilla voidaan negatiivisia tapahtumia torjua ja vähentää: kyky adaptoitua. Tämä on mahdollistanut sen, että eletään pitkään ja terveyttä sekä toimintakykyä voidaan ylläpitää, vaikka ikääntymisen prosessit vaikuttavat elimistössä. Adaptaation avulla elimistö pyrkii säilyttämään tasapainoa ja ylläpitämään tarvittavaa toimintakykyä sekä edesauttaa elimistöä sopeutumaan fyysiseen kuormitukseen iästä riippumatta. Psykkisesti sopeudutaan ikääntymiseen, hyväksytään terveyden ja toimintakyvyn heikkeneminen normaaliin vanhenemiseen kuuluvaksi. Terveyden arviointi iäkkäillä tapahtuu vertaamalla ikätovereihin. 80-vuotiaista suurin osa arvioi terveytensä hyväksi, vaikka täysin terveitä heidän joukostaan on harva. Eletään enemmän nykyhetkessä päivä kerrallaan, kun elämän jatkuminen muuttuu epävarmemmaksi. Keinoja ja prosesseja, joilla voidaan ylläpitää ja parantaa toimintakykyä, ovat adaptaatio, valikointi, optimointi ja kompensatio. (Heikkinen 2002, 25–26.)

### 3.6.1 Terveyden edistäminen

Useissa eri sosiaali- ja terveystaloudellisissa tavoitteissa on ikääntyneiden palvelujärjestelmän ja palvelujen sisällön kehittämisen tavoitteet, joita ovat hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen, ennaltaehkäisy ja varhainen puuttuminen toimintakyvyn ja terveydentilan heikkenemiseen sekä sosiaalisiin ongelmiin. Tällainen tavoite on myös kotona asumisen tukeminen turvaamalla riittävät ja oikea-aikaiset palvelut sekä muut tukimuodot. 2000-luvulla on korostunut ikäihmisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen, ehkäisevien, etsivien ja kuntouttavien palvelujen kehittäminen sekä ikääntyneen oman aktiivisen osallistumisen painottaminen. (Voutilainen 2009, 109–111.)

Ennaltaehkäisyyn tavoitteena on toimintakykyisten elinvuosien lisääminen, sairauksien tai toiminnan vajauksien ehkäisy, itsenäisyyden tukeminen, hoitotarpeen pienentäminen sekä ennenaikaisen kuoleman siirtäminen. Ennaltaehkäisy voidaan jakaa kolmeen eri asteeseen. Ensimmäinen on primaaripreventio eli sairauksien synnyn ehkäisy, esimerkiksi rokotukset tai elintapaohjeet. Toisena on sekundaaripreventio eli sairauksien varhainen toteaminen ja hoito esimerkiksi seulontatutkimusten yhteydessä. Kolmantena tulee tertiaaripreventio eli jo kehittyneen sairauden pahenemisen ehkäiseminen hoidon ja kuntoutuksen avulla. Terveystarkastuksia on suositeltu tehtäväksi 65-, 70-, 75-, 78- ja 80-vuotiaille sekä sitä vanhemmille vuoden välein. Brittiläinen ehdotus yli 75-vuotiaille tehtävistä seulontatesteistä on kuulon testaus kuiskaamalla, näön testaus lukutestillä, mahdollisten suonikohjujen tai säärihaavojen toteaminen, paino, pituus, MNA-testi, verenpaineen mittaaminen, plasman glukoosiarvo, hemoglobiiniarvo, T4- ja TSH-arvot (kilpirauhasen toiminnan toteamiseksi), jalkojen tilan tarkistus sekä ennakoivat kotikäynnit. (Strandberg, Tilvis 2010, 425–427.)

Kliinisiin diagnooseihin keskittyessä voivat jäädä huomiotta muut ongelmat. Fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn sekä asuinympäristön selvitys on vakiintunut kliinisen tutkimuksen rinnalla. Sosiaali- ja terveydenhuoltohenkilöstö käyttää iäkkään toimintakykyä arvioitaessa erilaisia toimintakykymittareita. Toimintakykymittarit mittaavat yksilön fyysisiä ominaisuuksia sekä kykyä suoriutua arkiaskareista. Muistia mitataan MMSE- tai CERAD-testillä, tasapainoa voidaan testata TOIMIVA-testistöllä, masentuneisuutta voidaan testata GDS- tai BASDEC-testillä ja ravitsemustilaa MNA-testin avulla. Riskiryhmien etsinnässä, sairauksien vaikeusasteen arvioinnissa, väestötasoa kuvailevissa tutkimuksissa ja vanhustenhuollon tilan sekä tulevaisuuden tarpeiden arvioinnissa käytetään hyväksi tietoa ikääntyneen toimintakyvyn tasosta. (Pitkälä, Valvanne, Huusko 2010, 442–444.)

### 3.6.2 Terveiden kokeminen

Maailman terveysjärjestö WHO on määritellyt terveyden täydelliseksi psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaksi. Nykyisin terveyttä pidetään toi-

minnallisuutena, voimavarana toimia optimaalisesti. Terveyden tasapaino on tasapainoa yksilön resurssien, tavoitteiden sekä fyysisen ja sosiaalisen ympäristön kesken. Terveys merkitsee iäkkäille arjen sujumista, vapautta, vaivattomuutta, sosiaalista yhteisyyttä ja mielen terveyttä. Subjektiiivinen terveys on itse koettu arvio omasta terveydestä. Sen on useissa tutkimuksissa todettu ennustavan parhaiten jäljellä olevan eliniän. Subjektiiivisella terveydellä on myös yhteys koettuun elämänlaatuun, terveystyöskentelyyn ja terveyspalvelujen käyttöön. Ikääntyneen itse arvioidessa terveyttään voidaan kysyä, pitääkö hän sitä erittäin hyvänä, hyvänä, keskitasoisena, huonona vai erittäin huonona. Ikivihreät-tutkimuksen 80-vuotiaista suurin osa tunsu itsensä terveiksi, vaikka korkeintaan joka kuudennella ei ollut kliinistä sairautta. Ikääntyneet kokevat subjektiiivisen terveytensä paremmaksi kuin objektiiivinen terveys on. Omaa terveydentilaa verrataan samanikäisten terveyteen, ja muiden terveydentilaa pidetään huompana kuin omaa terveydentilaa. Objektiiivista terveyttä voidaan katsoa sairastavuutena ja elinajan odotteena. (Lyyra 2007, 16–20.)

Ihmisen käsitys terveydestä syntyy perinteen, kulttuurin, filosofian, henkilökohtaisen vakaumuksen ja tavoitteiden pohjalta. Terveydestä ei ole yhtä kaiken kattavaa määritelmää. Sukupuoli, sosiaaliluokka ja sosiokulttuuriset tekijät vaikuttavat subjektiiivisen terveyden kokemiseen. Negatiivinen lähestymistapa terveyteen on sairauden puuttuminen. Positiivinen lähestymistapa taas käsittää terveyden laaja-alaisemmin, jolloin tunnetuin on WHO:n terveystyöskentely. Terveyden kokemista voidaan mitata: koetut oireet, lääkkeiden ja terveyspalveluiden käyttö, psyykinen hyvinvointi, elämään tyytyväisyys ja itse arvioitu terveys. Itse arvioidulla terveydentilalla on vaikutusta elämänlaatuun, tyytyväisyyteen ja terveyspalvelujen käyttöön. Subjektiiivisen terveyden kokeminen ennustaa jäljellä olevaa elinaikaa paremmin kuin objektiiiviset terveystyöskentelymittarit. Kysymyksellä koetusta terveydentilasta on hyvä aloittaa keskustelu ikääntyneen terveydentilasta. (Leinonen 2010, 223–224.)

Iäkkäiden omat arviot terveydestä eivät ole suoraviivaisessa suhteessa sairauksiin, esimerkiksi 83–92-vuotiaista vain 2-3 % arvioi terveytensä erittäin huonoksi. Huomattaviksi toiminnanvajavuutta ennustaviksi tekijöiksi ovat osoittautuneet alaraajojen heikkous, huono itse arvioitu terveys, kognitiivisen kyvykkyyden hei-

kentyminen, liikunnan vähäisyys, lisääntynyt tai vähentynyt kehon massaindeksi, masentuneisuus, näön heikentyminen, raittius suhteessa alkoholin kohtuukäyttöön, sosiaalisten kontaktien vähäisyys, tautien aiheuttama kuormitus ja tupakointi. (Heikkinen 2002, 22.)

### 3.7 Ennaltaehkäisevät kotikäynnit

Ihmisten eliniän pidentyessä ovat terveet ja toimintakykyiset elinvuodet lisääntyneet. 75-vuotiaista joka neljäs on säännöllisten sosiaali- ja terveystalvelujen piirissä. Tässä ikäluokassa myös sosioekonomiset erot toimintakyvyssä ja terveydessä ovat merkittäviä. Ikääntyneiden terveelliset elintapamuutokset vaikuttavat hyvinvointiin positiivisesti. Hyvinvointia ja terveyttä edistävät palvelut eivät ole kaikkien ikääntyneiden ulottuvilla. Vuoden 2007 lopussa vanhus- tai seniorineuvoloita oli 84 kunnassa ja ehkäiseviä kotikäyntejä tehtiin puolessa Suomen kunnista. Vuoden 2007 lopussa Suomessa oli 416 kuntaa. Ehkäiseviä palveluja tulee olla koko eliniän saatavilla, vauvasta vaariin. Nykyisin ehkäiseviä palveluja ovat äitiys- ja lastenneuvolat, koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto sekä työterveyshuolto. Ikääntyneet tarvitsevat koko maan kattavan neuvonta- ja palveluverkoston. Ikäneuvo-työryhmä ehdottaa, että ikääntyvien neuvontapalvelut olisivat maksuttomia, matalan kynnyksen lähipalveluja. Ehkäisevien kotikäyntien nimi muutettaisiin hyvinvointia edistäviksi kotikäynneiksi. Nämä käynnit tulee kohdistaa 70–85-vuotiaille, jotka ovat ilman säännöllisiä palveluja. (Voutilainen 2009, 19–21.)

Heikkokuntoisuuden ja toimintakyvyttömyyden sekä sairauksien puhkeamisen ehkäiseminen ovat terveyden edistämisen tavoitteena ja laadukkaan elämän edellytys iäkkäillä. Tavoitteiden saavuttamiseen vaikuttavat perintötekijät, eletty elämä ja sattumat. Ennalta ehkäisevät toimenpiteet vaikuttavat ikääntyneiden kohdalla, tämä on myös käynyt ilmi monissa tutkimuksissa. Yksilökohtainen harkinta on tärkeä yli 75-vuotiaiden primaari- ja sekundaaripreventiossa, koska terveyserot ovat huomattavat. Vuonna 1999 Yhdistyneiden kansakuntien laatimassa raportissa Euroopan komissiolle suositellaan laaja-alaisia ikääntyneiden terveyttä edistäviä toimenpiteitä, korostaen yhteiskunnallisten päätösten merki-

tystä, yksilöllisiä valintoja ja riskiryhmille suunnattuja toimenpiteitä. 65-, 70-, 75-, 78- ja 80-vuotiaille on suositeltu tehtävän terveystarkastuksia ja 80 ikävuoden jälkeen terveystarkastuksia vuosittain. Tutkimukset tulisi suunnitella yksilöllisesti ja etsien niitä sairauksia, joihin on hoitoa tarjolla. (Tilvis 2003, 811–812.)

Ennalta ehkäisevällä kotikäynnillä arvioidaan asiakkaan ja hänen läheisensä kanssa asiakkaan toimintakykyä, voimavaroja, asuin- ja elinympäristöä. Kiinnitetään huomiota mahdollisesti ilmenevään palvelujen tarpeeseen. Ennalta ehkäisevän kotikäynnin avulla sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatio saa tietoa tulevaisuuden palveluiden tarpeesta. Samalla asiakas saa tietoa terveyden edistämisestä ja saatavissa olevista palveluista. 80 vuotta täyttäneillä on järjestettävä palvelutarpeen arviointi seitsemän päivän kuluessa, kun hän tai hänen läheisensä on ottanut yhteyttä kuntaan. Ennalta ehkäisevän kotikäynnin avulla saadaan tietoa, minkälaisia palveluja tulevaisuudessa tarvitaan. Käynnillä voidaan jakaa kirjallisia itsehoito-ohjeita ja esitteitä sekä tietoa eri palvelujen tarjoajista ja kunnassa olevista mahdollisuuksista. Ennalta ehkäisevällä kotikäynnillä annetaan ohjausta ja neuvontaa asiakkaan senhetkisen elämäntilanteen mukaan. (Hägg, Rantio, Suikki, Vuori, Ivanoff-Lahtela 2007, 28–29.)

Suomen Kuntaliitto on tehnyt projekteja monien kuntien kanssa, joissa on kehitetty, kokeiltu ja arvioitu eri käytäntöjä tehdä ehkäiseviä kotikäyntejä (Häkkinen 2002, 5). Suomessa ehkäisevät kotikäynnit vanhuksille – kehittämishanke ajoitettiin vuosille 2001- 2003 ja siinä oli mukana 10 kuntaa. Kuntien lisäksi mukana oli Sosiaali- ja terveysministeriö, Stakes ja Suomen Kuntaliitto. Projektin tarkoituksena oli kehittää, kokeilla ja arvioida erilaisia toimintamalleja ikääntyneiden ennalta ehkäisevien kotikäyntien toteuttamiseksi. Projektin aikana ehkäiseviä kotikäyntejä tarjottiin 75- ja 80-vuotiaille. Projektissa laadittiin haastattelurunko haastattelujen pohjaksi. (Häkkinen 2002, 84.)

### 3.7.1 Ehkäisevien kotikäyntien aloitus Suomessa

Vuonna 1999 Svenska yrkeshögskolan, Närpiön, Kristiinankaupungin, Kaskisten ja Suupohjan hoitotyön tutkimusasema aloitti iäkkäämpien hoidon kehittämisen, haasteena alueen kaksikielisyys. Ehkäisevät kotikäynnit 80-vuotiaille aloitettiin Inarissa vuonna 2000, ja samana vuonna aloitettiin ehkäisevät kotikäynnit Oulussa, 85-vuotiaille. Mumpapat-projekti käynnistyi syksyllä 2000 Siilinjärvellä ja Maaningalla, tarkoituksena kartoittaa yli 80-vuotiaiden kotona asuvien toimintakykyä, terveydentilaa sekä kotona selviytymistä. Mumpapat-projekti sai alkunsa KKI-hankkeesta. Vuosina 2000–2001 Varkaudessa oli ehkäisevien kotikäyntien kokeilu, jossa kotikäynnit teki kotisairaanhoitaja. Keväällä 2001 aloitettiin Vantaalla ennalta ehkäisevät kotikäynnit vuonna 1916 ja 1921 syntyneille. Ennalta ehkäisevät kotikäynnit aloitettiin 2001 Porissa, jossa mallina käytettiin ns. Tanskan mallia, valtakunnallisen suosituksen puuttuessa. Salossa aloitettiin ehkäisevät kotikäynnit 2001, jolloin kotipalvelun ohjaaja suoritti kotikäynnin jokaisen yli 80-vuotiaan luona. Kaarinassa, Paimiossa ja Piikkiössä oli 80-vuotiaille suunnattu KOKKA-projekti vuosina 2001–2003. (Häkkinen 2002, 31–51.)

Jyväskylässä ehkäisevät kotikäynnit ja ennakoiva palveluohjaus-projekti oli vuosina 2003–2005. Projektiin osallistuivat Jyväskylän kaupungin sosiaali- ja terveystalokeskus, Jyväskylän maalaiskunnan sosiaalitoimi ja Jyväskylän ammattikorkeakoulu sekä ohjausryhmään Keski-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus ja Jyväskylän yliopisto. Projektin kohderyhmä oli 70-vuotiaat, koska sitä vanhemmille ryhmille oli jo tehty palvelutarvekartoituksia. Projektin tarkoitus oli kiinnittää huomiota työtapoihin ja ideologioihin, jotka tuottavat ehkäisevää työtä. Ennalta ehkäisevien kotikäyntien lomakkeet olivat aikaisemmin keskittyneet sairauksiin ja ongelmiin. Tarkoitus oli työskennellä voimavaraisella ja voimaannuttavalla työotteella sekä painottuen arjen ja sosiaalisen elämän arviointiin ja tukemiseen. Pilottivaiheen jälkeen ehkäiseviä kotikäyntejä jatkettiin voimaannuttavan yksilökohtaisen ja yhteisöllisen palveluohjauksen mallein. (Salminen, Suomi, Hakonen 2004, 5.)



### 3.7.2 Ehkäisevien kotikäyntien mallit ulkomailla

Vuonna 1995 tuli Tanskassa laki ehkäisevistä kotikäynneistä ikääntyneille. Tämä tarkoitti, että ehkäiseviä kotikäyntejä oli 80 vuotta täyttäneille tarjottava kaksi kertaa vuodessa. Kokeiluprojektissa 1980-luvun alussa saatiin tulokset, joiden mukaan sairaalajaksot vähenivät ja hoitokotiin siirtyminen myöhentyi, lääkärissä käynnit vähenivät ja ikääntyneiden tarve käyttää sosiaali- ja terveystalouksia väheni. Vuonna 1998 ehkäisevät kotikäynnit ulotettiin 75 vuotta täyttäneille kuntalaisille. Tanskan laki on puitelaki, joten kuntien käytäntö poikkesi toisistaan: kuka tekee kotikäynnit ja missä laajuudessa kotikäyntejä tehdään. Tanskan lain tavoitteena on priorisoida ehkäisevä työ ja terveyden edistäminen vanhustenhuollossa. Ehkäisevästä kotikäynnistä ikääntynyt voi kieltäytyä eli se on vapaaehtoista, mutta ennalta ilmoitettua. Lain mukaan ehkäisevällä kotikäynnillä keskustellaan: arkipäivästä, viihtymisestä, sosiaalisesta verkostosta, asumisesta, taloudesta, terveydestä sekä näissä mahdollisesti ilmenneistä puutteista. Näiden perusteella ikääntynyt ohjataan sosiaali- ja terveystalouksien piiriin tai ehkäiseviin toimintoihin. Tanskan lain pääpaino on ikääntyneen viihtyvyydessä, turvallisuudessa ja terveydessä, painottuen sosiaalipalveluihin ja sosiaaliseen tukeen. (Häkkinen 2002, 52–70.)

Ruotsissa ehkäisevien kotikäyntien malli toteutettiin 1999–2002, jolloin kokeilussa oli mukana 22 kuntaa, ja sen rahoitti hallitus. Ruotsissa kokeilussa mukana olevat ikääntyneet olivat kunnasta riippuen eri-ikäisiä. Osallistuneet olivat 65, 70 tai 75 vuotta täyttäneitä sekä Rinkebyn ikääntyneet maahanmuuttajat. Kaikille oli yhteistä, että he eivät olleet säännöllisen kotipalvelun tai kotisairaanhoidon piirissä. Ehkäisevien käyntien määrä oli yhdestä neljään kertaa vuodessa. Ehkäisevissä käynneissä hyväksi koettiin säännölliset käynnit, teemoitetut keskustelut, keskusteluissa tietojen vaihto, kotona asumisen riskin arviointi sekä yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön kanssa. Kotikäynneistä seurasi, että ikääntyneiden turvallisuuden tunne lisääntyi sekä tieto terveyden edistämisestä ja sairauksien ennaltaehkäisystä lisääntyi. Kaksi kolmesta ennalta ehkäisevästä kotikäynnistä johti toimenpiteisiin. Kokeilun jälkeen monet muut Ruotsin kunnat ovat aloittaneet ikääntyneiden ehkäisevät kotikäynnit, ja kiinnostus niitä kohtaan on ollut suuri. (Häkkinen 2002, 71–77.)

## 4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

### 4.1 Kohderyhmän kuvaus ja tietojen keruu

Tässä opinnäytetyössä ollaan kiinnostuneita henkilöistä, jotka ovat täyttäneet 80 vuotta vuoden 2010 aikana ja osallistuneet Kotihoidon sairaanhoitajien tekemään tarkastukseen. Haastattelulomaketutkimukseen on valittu kymmenen henkilöä kyseisestä ikäryhmästä. 80-vuotistarkastukset tehdään niille kuntalaisille, jotka eivät ole säännöllisen kotihoidon piirissä, mutta he voivat käyttää tukipalveluja kuten ateriapalvelu tai turvapalvelu. Kohderyhmäksi Kotihoidon sairaanhoitajat olivat valinneet sattumanvaraisesti kymmenen henkilöä. Kunnan Kotihoito on jaettu viiteen eri tiimiin. Jokaisessa tiimissä työskentelee sairaanhoitaja. Toiveenamme esitimme, että jokaisen tiimin alueelta tulisi kaksi haastateltavan nimeä. Heille lähetettiin etukäteen haastattelulomake, jossa kerrottiin milloin heille soitetaan, että tällöin voidaan sopia haastattelun ajankohta. Samaisessa kirjeessä oli myös mukana saatekirje, joka kertoi asiasta enemmän.

Saatekirje on tärkeä osa tutkimusta, se kertoo mitä tutkitaan, kuka tutkii, miten vastaajat on valittu sekä mihin tutkimustuloksia käytetään. Saatekirje myös vaikuttava siihen, vastataanko kyselyyn vai ei. Saatekirje ei saa olla epämääräinen tai ylimalkainen. Hyvin laadittu saatekirje herättää vastaajan kiinnostuksen, ja vastauksista tulee luotettavampia. (Vehkalahti 2008, 47–48.)

21.1.2011 postitimme haastattelulomakkeet (Liite 2) ja saatekirjeet (Liite 1) kymmenelle 80 vuotta täyttäneelle, ja kirjeiden lähetyksestä viikon kuluttua 28.1.2011 soitimme heille sopiaksemme haastattelun ajankohdan. Kaksi kieltäytyi haastattelusta, vaikka yritimme hienovaraisesti heitä suostutella. Yksi ei ollut saanut kirjettämme, koska oli hiljattain muuttanut. Siitä huolimatta hän suostui haastateltavaksi ja saikin kirjeemme ennen haastattelun tekoa. Yhteensä kahdeksan ikääntynyttä haastateltiin (n=8). Kaikki olivat täyttäneet 80 vuotta vuoden 2010 aikana. Kaikki haastattelut teimme seuraavan viikon aikana.

Tulostimme saatekirjeet ja haastattelulomakkeet Kotihoidon toimistolla. Kotihoito kustansi myös kirjekuoret ja postimaksut. Puheluista aiheutuvat kustannukset jaoimme puoliksi, kumpikin soitti viidelle ikääntyneelle. Matkat teimme ikääntyneiden luokse omilla autoillamme ja omin kustannuksin. Matkaa kertyi joidenkin haastateltavien luokse useita kymmeniä kilometriä, kunnan laajuuden vuoksi.

#### 4.2 Haastattelulomake

Mielipiteiden tutkiminen asettaa haasteita tutkijoille: edustavatko haastateltavat tutkimuksen perusjoukkoa, onko vastauksia tarpeeksi, olivatko kysymykset tarpeeksi kattavia, oliko mittarit luotettavia ja oliko haastattelujen ajankohta sopiva. Haastattelututkimus on keino kerätä tietoa ja aineistoa ihmisten mielipiteistä, asenteista ja arvoista. Mittausvälineenä toimii haastattelulomake, haastattelija esittää kysymyksensä vastaajalle. Mielipiteiden tutkiminen ei ole helppoa. Haastattelututkimuksessa mittarina ovat kysymykset, joilla mitataan arvoja, asenteita tai mielipiteitä. (Vehkalahti 2008, 11–12.) Ikääntynyttä haastateltaessa ei enää ole mahdollista muuttaa haastattelulomakkeen kysymyksiä.

Haastattelulomakkeessa voi olla sekä avoimia kysymyksiä että monivalintakysymyksiä. Avoimet kysymykset sallivat vastaajan sanoa mitä hän haluaa ja mitä vastaaja tietää asiasta. Monivalintakysymyksien vastauksia on helpompi vertailla, vastaukset eivät ole niin kirjavia, vastaaminen on helpompaa ja vastauksia on helpompi käsitellä ja analysoida. (Hirsijärvi, Remes, Sajavaara 2007, 201.)

Haastattelulomakkeen (Liite 2) tekemisen aloitimme taustakysymysten luomisella, suurin osa taustakysymyksistä on monivalintakysymyksiä. Kysymyksessä 1 kysyimme vastaajan sukupuolta, kysymyksessä 2 kysyimme asuuko yksin vai toisen kanssa. Kolmas kysymys koski asumisen muotoa: kerrostalo, omakotitalo tai rivitalo. Taustakysymyksistä koulutusta ja ammattia ennen eläkkeelle jäämistä kysyimme avoimina kysymyksinä. Kysymyksessä 6 kysyimme, mikä on terveydentila tällä hetkellä. Se on ainut Likert-asteikollinen kysymys koko haastattelulomakkeessa.

Avoimia kysymyksiä on suurin osa muista kysymyksistä. Kysymykset 7a, 9a, 10, 11a ja b olivat haastattelulomakkeessa kysymyksiä, joissa vastausvaihtoehto oli kyllä tai ei. Haastattelulomake oli sekä opinnäytetyötä ohjaavalla opettajalla että työelämäohjaajan arvioitavana ennen kuin lähetimme sen haastateltaville.

#### 4.2.1 Haastattelulomake aineistonkeruumenetelmänä

Tutkimusaineisto kerätään haastattelujen avulla. Haastattelun etu on joustavuus. Kysymys voidaan toistaa, oikaista väärinkäsityksiä, selventää sanamuotoa ja käydä keskustelua tiedonantajan kanssa. Myös kysymysten järjestystä voidaan muuttaa tilanteen mukaan. Tärkeintä on saada mahdollisimman paljon tietoa haastattelun avulla. Kun haastattelukysymykset lähetetään etukäteen haastateltavalle, niin hänellä on mahdollisuus tutustua kysymyksiin ja haastattelun aiheeseen. Jos haastateltavat eivät tiedä mistä on kyse, eivät he lupaudu tutkimukseen. Haastateltaessa voidaan kirjata, miten asia sanotaan. Kun on etukäteen sovittu haastattelusta, haastateltavat harvoin kieltäytyvät tai kieltävät aineiston käytön tutkimusaineistona. (Tuomi, Sarajärvi 2009, 73–74.)

Ikääntyneet ovat yleensä kiinnostuneita, jos joku on kiinnostunut heidän asioistaan ja voinnistaan. Ikääntyneiden haastattelut saattavat viedä enemmän aikaa, koska ensin pitää luoda hyvä suhde haastateltavaan. Haastattelun alussa on hyvä huomioida rajoittavia tekijöitä, kuten haastateltavan huono kuulo tai näkö. Ikääntyviä teititellään, ellei heidän kanssaan ole sovittu toisin. (Hirsjärvi, Hurme 2010, 133–134.)

Haastatteluun valittujen päätökseen osallistua haastatteluun vaikuttavat useat asiat: mahdollisuus vaikuttaa tutkimuksen kautta, kertoa omia kokemuksia ja näkemyksiä tai tilaisuus kokea jotain uutta ja erilaista. Haastattelun aihe koetaan tärkeäksi, kun haastateltavalla on siihen jotain sanottavaa tai kokemuksia asiasta. On myös sellaisia jotka kokevat, että heidän on osallistuttava, ettei haastattelijalle tule paha mieli. (Kuula, Tiitinen 2010, 447.)

Luottamuksellisuutta, aineiston käyttötarkoitusta ja säilyttämistä koskevat asiat kerrotaan haastateltavalle haastattelun alkaessa. Tämä tarkoittaa, että aineistoa käytetään, käsitellään ja säilytetään, kuten on haastateltavalle luvattu. Kerättyä aineistoa ei saa käyttää haastateltavia koskevaan päätöksentekoon. Yksittäisistä ihmisistä koskevista tiedoista ei voida puhua tai kirjoittaa niin, että ikääntynyt siitä tunnistetaan, ellei asiasta ole toisin sovittu. Tuomittavaa on puhua haastateltavista halventavassa mielessä tai muuten epäasiallisesti. (Kuula, Tiitinen 2010, 450.)

Kysymykset eivät saa olla johdattelevia ja kysymysten tekemisessä pitää olla huolellinen. Kysytään kaikki olennainen ja vältetään turhia kysymyksiä. Useimmiten haastattelulomake aloitetaan taustakysymyksillä, kuten kysymällä vastaajan sukupuolta ja koulutusta. Niiden avulla on myös hyvä lämmitellä, ennen varsinaiseen aiheeseen siirtymistä. Taustakysymykset toimivat selittävinä muuttujina, joiden kautta tutkittavaa asiaa tarkastellaan. Taustakysymysten jälkeen jatketaan helpoilla kysymyksillä, ja niiden jälkeen tulee vaikeammat kysymykset. On myös huomioitava haastattelulomakkeen pituus, liian pitkää haastattelulomaketta ei jaksakaan lukea loppuun. Aihealueen merkitys vastaajalle vaikuttaa vastaamisinnostukseen. Haastattelulomakkeessa käytetty kieli on tarkoin harkittava, kielen pitää olla miellyttävää lukea. On myös huomioitava kohderyhmä, tässä tapauksessa ikääntyneet. (Valli 2007, 102–105.)

#### 4.2.2 Haastattelun toteutus

Haastatteluja varten saimme satunnaisesti kymmenen 80-vuotiaan nimeä, jotka asuivat eripuolilla kuntaa. Heille lähetimme haastattelulomakkeen etukäteen tutustumista varten. Saatekirjeessä kerroimme soittavamme heille seuraavalla viikolla ja että haastattelu on vapaaehtoinen. Soitimme heille sovitus ja kerroimme ikääntyneille haastattelun vapaaehtoisuudesta ja tarkoituksesta sekä tiedustelimme olivatko he saaneet saatekirjeen. Haastatteluajankohdat sovimme seuraavalle viikolle. Kaksi kieltäytyi haastattelusta, vaikka yritimme hienovaraisesti suostutella.

Haastattelut suoritimme ikääntyneiden kotona, samassa paikassa missä heille oli tehty 80-vuotistarkastus. Koska heillä oli jo näin paljon ikää, ei mikään muu paikka ollut sopiva, matkaa olisi tullut haastattelupaikalle ja sopivan haastattelupaikan löytäminen olisi ollut hankalaa. Aikaa yhteen haastatteluun kului vähimmillään 40 minuuttia ja enimmillään tunti ja kolmekymmentä minuuttia. Haastattelu aloitettiin yleensä puhumalla muista asioista kuten säästä tai muista yleisistä asioista. Haastatteluja teimme maksimissa kaksi päivässä, useimmiten vain yhden haastattelun päivää kohti. Ennen ensimmäistä haastattelua oli melko hankala arvioida haastattelun viemä aika, joten tästäkin syystä oli helpompi sopia vain yksi tai kaksi haastattelua päivää kohti.

#### 4.3 Aineiston käsittely ja analyysimenetelmä

Opinnäytetyössämme on kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen tutkimuksen piirteitä. Määrällisellä tutkimuksella tutkitaan lukumääriin liittyviä kysymyksiä. Kvantitatiivista tutkimusta voidaan myös tehdä pienistä ryhmistä, mutta aineisto on kyettävä muuttamaan numeeriseen muotoon. Frekvensseihin ja peruskäsitteisiin voidaan tyytyä, kun aineisto on pieni. Määrällisessä tutkimuksessa on tarkat otantasuunnitelmat ja aineisto käsitellään tilastollisesti. (Tuomi 2007, 95–96.) Excel-ohjelman avulla tehtiin taulukoita ja koottiin tuloksia. Taustamuuttujana käytettiin vastaajan sukupuolta. Tekstin tukena käytettiin tulostaulukoita ja -kuvioita.

Haastattelulomakkeen (Liite 2) kysymykset 1 sukupuoli, asumista koskevat 2 ja 3 ovat määrällisiä kysymyksiä. Ne on käsitelty määrällisin menetelmin. Kysymykset 7a, 9a, 10, 11a ja b ovat kyllä tai ei vaihtoehtokysymyksiä. Muut kysymykset paitsi kysymys 6 ovat avoimia kysymyksiä ja ne on analysoitu sisällönanalyysin menetelmällä.

Laadullisen tutkimuksen piirteitä on kokonaisvaltainen tiedon hankinta. Aineisto kerätään luonnollisissa ja todellisissa tilanteissa, valitaan kohdejoukko tarkoituksenmukaisesti sekä käsitellään tapauksia ainutlaatuisina. (Hirsijärvi, Remes, Sajavaara. 2007, 160.) Laadullisen tutkimuksen tutkimuskohteena ovat ihmisten

luomat merkitykset. Laadullisessa tutkimuksessa aineiston keruuta ei eroteta aineiston analyysistä. Laadullisen tutkimuksen piirteitä ovat, että tieto liittyy aina ihmisen tuottamiin merkityksiin, tiedonantajat ja tietolähteet valitaan tarkoituksella. Tiedonantajien eli haastateltavien joukko on pieni ja tulokset koskevat vain tätä aineistoa, eikä tuloksia voida yleistää. (Tuomi 2007, 97.)

Laadullinen aineisto analysoidaan sisällönanalyysin menetelmin. Haastattelujen jälkeen aineisto pelkistetään aineiston tutkimusongelman kysymyksen mukaan, jonka jälkeen nämä ryhmitellään yhtäläisten ilmaisujen joukoiksi. Samaa tarkoittavat yhdistetään samaan luokkaan ja annetaan joukolle sisältöä kuvaava nimi. Samansisältöisiä alakategorioita yhdistetään toisiinsa ja muodostetaan yläkategorioita, joille annetaan sisältöä kuvaava nimi. (Tuomi, Sarajärvi 2009, 101.)

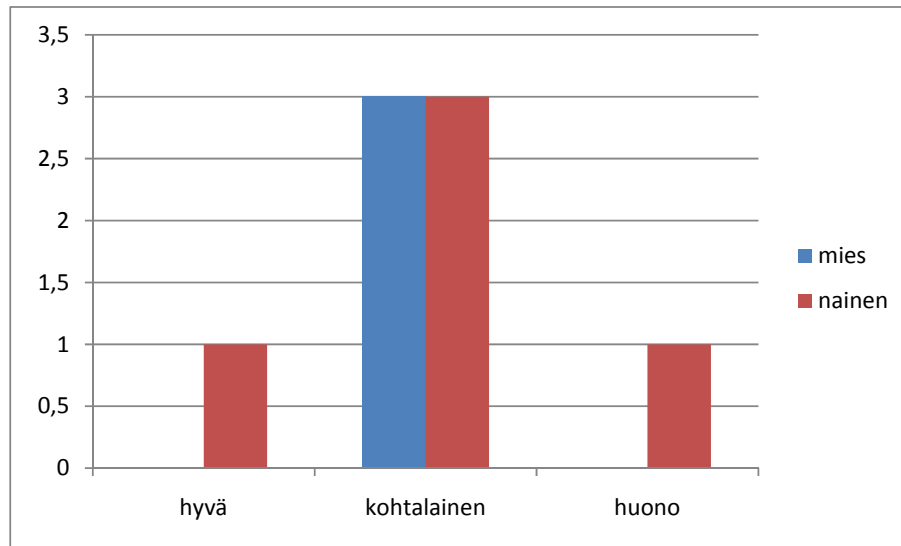
## 5 TULOKSET

### 5.1 Tutkimusjoukko

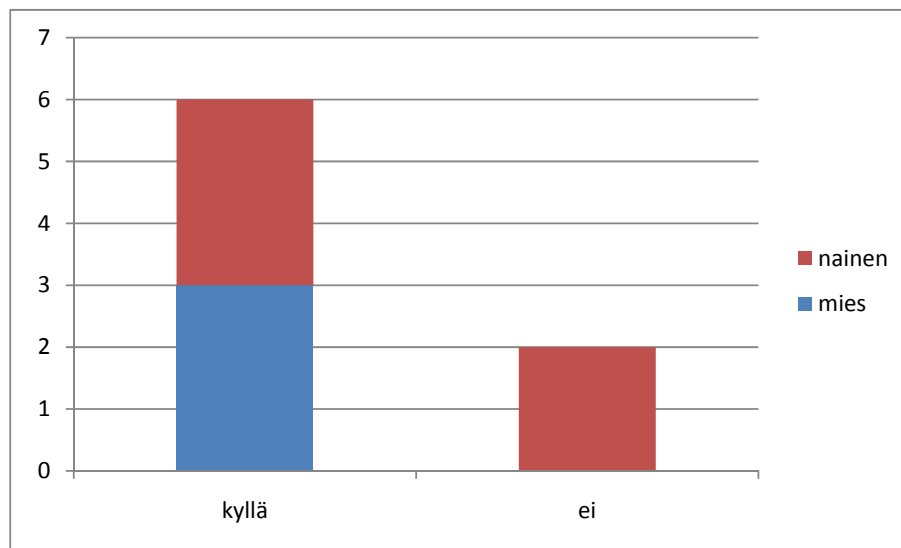
Vastaajista kolme oli miehiä ja viisi naisia (Liite 3). Kaikista haastatelluista yksin asuvia oli viisi ja toisen kanssa asuvia oli kolme. Kaksi naista ja yksi mies asuivat toisen kanssa, ja näistä molemmat naiset asuivat omakotitalossa. Kaikista vastanneista kolme henkilöä asui kerrostalossa, neljä omakotitalossa ja yksi asui rivitalossa. Kahdella oli koulutuksena kansakoulu supistetusti ja kuusi oli käynyt kansakoulun kokonaan. Kahdella oli ammatillinen tutkinto suoritettuna, yksi oli suorittanut keskikoulun, ja yksi oli kansakoulun lisäksi käynyt talouskoulun. Tämän tiedot yhdistettiin samaan ryhmään ammatillisen tutkinnon suorittaneiden kanssa.

Kuudella vastaajalla terveydentila oli kohtalainen, huonoksi sen koki yksi vastaaja samoin kuin yhden terveydentila oli hyvä. Kaikki kolme miestä kokivat 80-vuotistarkastuksen hyödylliseksi, myös naisista kolme tunsi hyötynensä tarkastuksesta. Kahden naisen mielestä tarkastus ei ollut heille hyödyllinen. Heillä molemmilla oli ammatillinen koulutus taustalla.





KUVIO 2. Terveydentilan kokeminen sukupuolen mukaan.



KUVIO 3. 80-vuotistarkastuksen hyödylliseksi kokeminen sukupuolen mukaan.

## 5.2 Tarkastusten hyödyllisyys

Kysymyksessä 7 a kysimme, oliko käytetty kotihoidon palveluja. Jos oli käytetty, vastaajalla olisi paremmin kokemuksia kotihoidon palveluista. Kaksi ikääntyneistä vastasi tähän kysymykseen kyllä, toisella oli itsellä kokemuksia kotihoidon palveluista, ja toisella vastaajista puolison hoidossa oli ollut kotihoito avus-

tamassa. He molemmat halusivat tarkastukset tehtäväksi terveyskeskuksessa. Molemmat heistä kokivat 80-vuotistarkastuksen hyödylliseksi. Kuudella ikääntyneellä ei ollut aikaisempaa kokemusta kotihoidon palveluista.

Kysymyksessä 8 kysyimme, mitä 80-vuotishaastattelussa oli kysyty/tehty/tarkastettu. Näin ikääntyneet pääsivät kertaamaan sekä muistelemaan tarkastustilannetta, mikä helpottaisi muutosehdotuksien tai toiveiden esille tuloa. Parhaiten muistettiin verenpaineen mittaus, korvien tarkastaminen ja terveydentilasta keskusteleminen. Lääkityksestä, painon mittauksesta, näön tarkastuksesta, kotona pärjäämisestä ja asunnon apuvälinetilanteesta saimme jokaisesta vain yhden merkinnän koontiin. Ikääntyneille jäi mieleen parhaiten sairaanhoitajan suorittama konkreettinen toimenpide.



KUVIO 4. Mitä ikääntyneet muistivat 80-vuotistarkastuksesta.

Kaksi naisvastaajaa koki, ettei 80-vuotistarkastus ollut heille hyödyllinen. (Liite 3: taulukko 5) Kuusi vastaajaa koki tarkastuksen hyödylliseksi. Erään vastaajan mukaan

*”on hyvä, että otetaan yhteyttä ja käydään katsomassa kotona, että kuinka voidaan”.*

Hyödylliseksi koettiin, että saatiin tietoa siitä, mitä palveluja ja apuja on mahdollista saada. Hyödyllistä on myös, että joku ottaa yhteyttä ja tulee katsomaan miten voidaan. Huonosti liikkuvat kokivat tarkastuksen suorittamisen kotona tärkeäksi. Tämä tarkastus myös mahdollisti sen, että voi kysyä asioita, joista on epätietoisuutta. Verenpaineen mittaus koettiin erityisesti hyödylliseksi, varsinkin niiden taholta, jotka joutuvat sen takia säännöllisesti käymään terveyskeskuksessa.

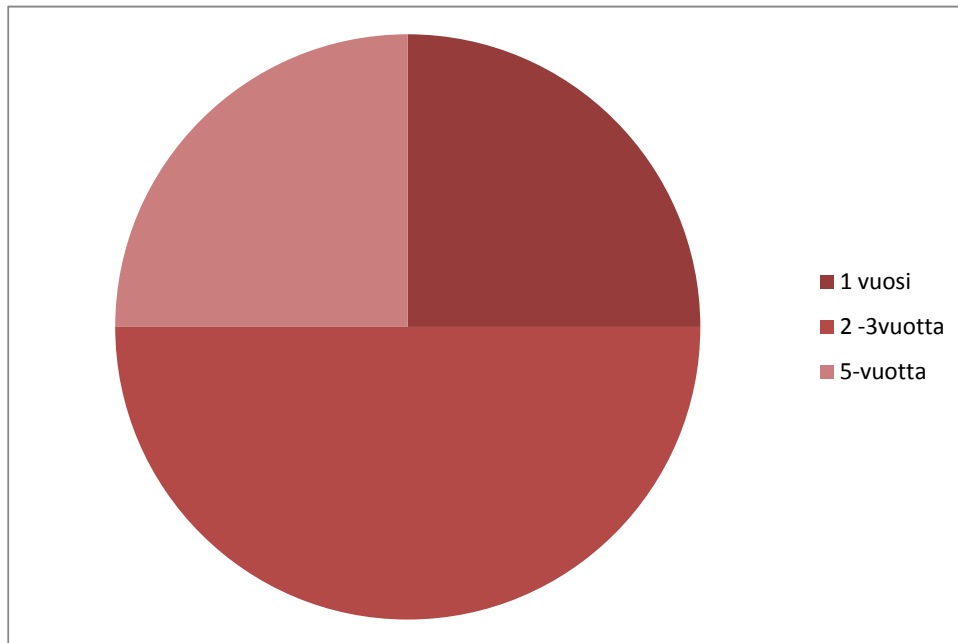
Kysymyksessä 10 kysyimme, saivatko asiakkaat haluamaansa tietoa tarkastuksessa. Kaksi vastaajaa ei ollut saanut haluamaansa tietoa, toinen oli nainen ja toinen mies. Kuusi vastaajaa oli saanut haluamaansa tietoa.

Ne, joille terveystarkastus ei ole ollut hyödyllinen, tunsivat, etteivät saaneet tarkastuksesta mitään uutta, ja heidän terveydentilansa sekä elämäntilanne olivat heidän mielestään hyvät. Molemmat olivat naisia ja asuivat yksin sekä heillä oli ammatillinen koulutus. Toinen heistä koki terveydentilansa kohtalaiseksi ja toinen hyväksi. He olivat halukkaita uuteen tarkastukseen kahden - kolmen vuoden kuluttua tai aikaisemmin, jos terveydentila muuttuu.

### 5.3. Asiakkaiden kehittämisehdotuksia 80-vuotistarkastuksiin

Kysymyksessä 12 kysyimme, mikä olisi vastaajan mielestä sopiva aikaväli tehdä tarkastuksia 80-vuotistarkastuksen jälkeen. Vastaajista kahden mielestä vuosi oli sopiva aikaväli. Yksi oli sitä mieltä, että kaksi vuotta oli hyvä aikaväli, yksi vastaajista vastasi kaksi - kolme vuotta, ja kolmen vuoden välein terveystarkastuksia halusi myös kaksi vastaajaa. Kaksi tai kolme vuotta vastanneiden

vastaukset yhdistimme samaksi ryhmäksi. Viiden vuoden välein tarkastusta halusi kaksi vastaajaa.



KUVIO 5. Mikä olisi sopiva aikaväli tehdä tarkastuksia 80-vuotistarkastusten jälkeen.

Neljä vastaajista halusi, että tarkastukset tehdään terveyskeskuksessa. Myös neljä ikääntynyttä halusi, että tarkastukset tehdään kotona. Yksi vastaajista halusi, että tarkastukset tehdään kotona, jos kuljetusta ei ole järjestetty terveyskeskukseen. Hänen vastauksensa yhdistimme kotona tehtäviin terveystarkastuksiin. Tarkastukset haluttiin tehtävän terveyskeskuksessa, koska siellä on mahdollista ottaa kaikki laboratoriokeet. Yhden vastaajan mukaan huomiota olisi kiinnitettävä terveyteen sekä kotona asumisen mahdollisuuteen.

Kysymykseen 14 ”Mihin haluaisitte kiinnitettävän huomiota tarkastuksissa”, yhdellä vastaajalla ei ollut mitään ehdotusta. Suurimmalla osalla vastaajista tärkeimmäksi asiaksi nousi huomion kiinnittäminen terveyteen. Muita esille tulleita asioita olivat verenpaine, jalkojen lihaskunto, terveyskeskuksen palveluista tie-

dottaminen, yleiskunnon ja näön sekä muistin tarkempi tutkiminen. Kysymykseen 15 ”Mitä haluaisitte tarkastuksissa tehtävän toisin”, vastaajista viidellä ei ollut mielipidettä tai kehittämisehdotuksia. Yksi halusi tarkastuksista asiakaslähteisempiä, yhden mukaan tarkastukset olisi tehtävä terveyskeskuksessa. Myös maininta perusteellisesta terveystarkastuksesta tuli ilmi.

Kysymyksessä 16 tiedusteltiin mitä kehittämistä tai muutoksia toivotaan järjestettäviin ikääntyneiden terveystarkastuksiin. Saimme seuraavanlaisia vastauksia.

*”toivomus olisi, että pysyis terveenä, ettei tarviis palveluita”*

*”tarkastusten tulokset asianosaisten tietoon”*

*”kotihoidosta voisi tiedottaa, jotta tietäisi mitä mahdollista apua saada ja mitä maksaa”*

*”käytäis kotona kattomassa kotona selviytymistä, ainakin usein terveyskeskuksessa asioivien kotona”*

Vastauksista tuli esille myös luottamuksellisen juttuseuran puute, lääkärin lausunnon perusteella sairaanhoitajan kotikäynti/suunnittelu ja kokeiden otto. Lisäksi asiakkaat kaipasivat kirjallista materiaalia palveluista.

#### 5.4. Aineiston koko ja edustavuus

Ensin on mietittävä, mitä ja miksi tutkii ja seuraavaksi metodia, millaista tietoa halutaan. Jo neljä tai viisi haastateltavaa riittää, kun tekee harvalukuisen aineiston hyvin. Jos aineistosta tulee liian laaja, voi helposti tyytyä pintapuoliseen aineiston tarkasteluun. Haastattelun tulokseen vaikuttavat haastattelijan persoonalliset ominaisuudet, vuorovaikutustaidot, aitous ja kyky mukautua erilaisiin tilanteisiin. Haastateltaviin pitäisi luoda luottamuksellinen suhde, jolloin haastateltavat voivat kertoa oman mielipiteensä vapaasti. Haastattelijalla voi olla asioista omat näkemyksensä, ja niiden tehtävä on stimuloida haastateltavaa eikä olla pääroolissa. (Siekkinen 2007, 50–52.)

Haastattelulomakkeet lähetettiin kymmenelle, ja heistä kahdeksan suostui haastatteluun. Kunnassa tehtiin tarkastuksia 80-vuotiaille vuoden 2010 aikana noin 120 ikääntyneelle. Haastatteluun osallistuneiden osuus tarkastukseen osallistuneista oli noin seitsemän prosenttia.

## 6 POHDINTA

### 6.1 Käytetty menetelmä

Ennen haastattelujen tekemistä tutustuimme ikääntyneitä koskevaan teorialietoon, haastattelun toteuttamiseen ja eettisiin ohjeisiin. Kun käydään henkilökohtaisesti haastattelemassa, ei haastateltavia voi olla kymmeniä. Opinnäytetyötä tehdessä tulee vastaan sekä taloudelliset että aikaresurssit. Ikääntyneitä ei voi haastatella puhelimen välityksellä, sillä heillä voi olla kuulon alenema ja tulee vääristyneitä vastauksia.

Haastattelutilanteessa istuimme haastateltavan kanssa pöydän vastakkaisilla puolilla, katsekontaktissa. Yritimme olla haastattelutilanteessa johdattelematta haastateltavia. Pyrimme kirjoittamaan haastattelun kuluessa kaiken oleellisen. Etukäteen lähetetty saatekirje ja haastattelulomake mahdollistivat kysymyksiin tutustumisen ennalta. Pari vastaajaa oli kirjoittanut haastattelulomakkeeseen valmiiksi vastauksensa, joita he hieman muuttivat haastattelun aikana.

Yksin asuvien kohdalla ei häiriötekijöitä ollut, mutta pariskuntien kohdalla myös puoliso oli paikalla, ja hän kertoi omat mielipiteensä käsiteltävistä asioista. Kennelläkään ei puhelin soinut tai kukaan tullut soittamaan ovikelloa. Haastattelun aikana useasti puhe rönsyili ihan muihin asioihin, ja oli usein palautettava haastateltava haastattelukysymyksiin takaisin.

Yhden haastattelusta kieltäytyneen kohdalla huomasimme, ettei hän halunnut haastattelijoina omaan kotiinsa. Monen ikääntyneen kohdalla oma koti on ”pyhä paikka”, eikä sinne haluta vieraita ihmisiä. Haastateltava kertoi puhelimesta syventyneensä kysymyksiin ja vastasi osaan niistä. Hänen haastattelulomakettaan ei huomioitu vastauksia tarkasteltaessa.

## 6.2 Tulosten tarkastelu

Haastattelulomakkeiden täyttö sujui kohtalaisesti, ikääntyneet vastasivat kysymyksiin, mutta joihinkin avoimiin kysymyksiin ei saatu kaikilta vastauksia. Osa vastauksista saatiin, kun kysymys oli toistettu useampaan kertaan ja asiaa tarkennettu. Ikääntyneet halusivat myös keskustella muistakin asioista, useasti täytyi haastateltava johdattaa takaisin haastattelun kysymyksiin. Kaikilla tuntui olevan paljon keskusteltavaa asiaa haastattelijan kanssa. Yksi naisvastaaja kertoi kaipaavansa luotettavaa keskustelukumppania. Kaikki haastattelut tehtiin viikon kuluessa, vaikka emme tehneet kuin yhden tai kaksi haastattelua päivässä.

Olimme tyytyväisiä, kun enempää kuin kaksi ei kieltäytynyt haastattelusta. Haastatteluun suostui osallistumaan 80 prosenttia haastattelulomakkeen saajista. Vastaajista kolme oli miehiä ja naisia oli viisi, sama kuin sen ikäisten jakauma sukupuolen mukaan Suomessa. Kaikki miehet kokivat terveydentilansa kohtalaiseksi, vastaavasti naisilla oli jakauma hyvästä huonoon terveydentilaan. Käytettävissämme ei ollut todellista tietoa vastaajien objektiivisesta terveydentilasta.

Kysymyksiä oli sopiva määrä, koska ikääntyneet ja haastattelijat jaksoivat hyvin käydä koko haastattelulomakkeen läpi. Haastattelun aikana muutama ikääntynyt kysyi haastattelijalta, kuinka paljon haastattelijalla on aikaa. Tarkastusten ja haastattelujen onnistumiseksi on tärkeää luoda kiireetön ja lämmin ilmapiiri. Meillä oli varattuna riittävästi aikaa haastattelun tekemiseen.

Haastattelulomakkeessa ja sen toteutuksessa huomasimme haastattelujen tekemisen jälkeen puutteita. Emme pyytäneet ketään ikääntynyttä testaamaan etukäteen haastattelulomakkeen kysymyksiä, selvittääksemme saadaanko kysymyksillä haluttua tietoa tarkastuksista. Kysymyksessä 10 kysyttiin, saivatko vastaajat haluamaansa tietoa. Sen jälkeen olisi pitänyt olla kysymys, minkälaisista tiedoista he olisivat halunneet tarkastuksessa saada. Kaksi vastaajaa koki, ettei saanut tarkastuksessa haluamaansa tietoa. Mutta ei ollut jatkokysymystä, jolla olisi voinut selvittää asiaa tarkemmin. Haastateltavat, joilla on ennestään tietoa



ja koulutusta, ovat yleensä muutenkin aktiivisia ja etsivät tietoa kaipaamistaan asioista itsenäisesti eivätkä välttämättä koe hyötyvänsä tarkastuskäynnistä.

Haastattelujen ja aineiston kokoamisen jälkeen olimme Kotihoidon sairaanhoitajan mukana, kun hän teki 80-vuotistarkastusta. Syynä tarkastukseen mukaan menoon olivat haastateltujen vastaukset, joissa he kertoivat sairaanhoitajan ottaneen tarkastuksessa verenpaineen, tarkastaneet kuulon ja korvat, sekä heillä oli ollut keskustelua. Tämän perusteella päätimme, että heillä oli joko vähänlaisesti muistia tarkastuskäynnistä tai sairaanhoitaja oli arvioinut keskustelun perusteella paljolti asiakkaan vointia ja pärjäämistä. Todellisen tarkastuskäynnin sisällön selville saamiseksi pääsimme näkemään, mitä tarkastuksessa todella tapahtui. Tarkastus sisälsi mittauksia, kuulon ja näön testauksen, keskustelua lääkityksestä, sairauksista, ravinnosta, ruuanlaitosta, siivoamisesta, pyykinpesusta, asioinnista, asumisen turvallisuudesta ja monesta muusta päivittäisestä asiasta. Sairanhoitaja oli varannut tarkastukseen reilusti aikaa, ja tarkastus kestitkin yli kaksi tuntia.

### 6.3 Eettisyys ja luotettavuus

Asiakkaalla on oikeus hyvään sosiaalihuoltoon sekä kohteluun ilman syrjintää. Asiakkaan vakaumus ja yksityisyys on otettava huomioon ja niitä on kunnioitettava. Sosiaalihuoltoa toteutettaessa on otettava huomioon asiakkaan toivomukset, mielipide, etu ja hänen yksilölliset tarpeensa. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 4§.) Haastatteluja käytettäessä tutkimuksessa tulee monia eettisiä ongelmia. Miten valitaan haastateltavat, voidaanko haastattelut nauhoittaa, ovatko vastaukset luotettavia, välttävätkö kysymykset johdattelun.(Mäkinen 2006, 92–93.)

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella suhteessa vastanneiden määrään: mitä useampi vastaus, sitä luotettavampi tutkimuksen tulos (Vehkalahti 2008, 44). Mittauksen luotettavuus jaetaan validiteettiin ja reliabiliteettiin. Validiteetti on pätevyyttä, ja reliabiliteetti on luotettavuus tai toistettavuus. Luotettavuus on liian laaja käsite ja toistettavuus taas liian suppea. Validiteetin voi sa-

noa kertovan, mitattiinko sitä mitä piti, ja reliabiliteetti kertoo kuinka tarkasti on mitattu. (Vehkalahti 2008, 40–41.)

Tutkimukseen osallistuvilla on kerrottava tutkimuksen tavoitteet ja menetelmät sekä vastaamisen vapaaehtoisuus. Jokaisella on mahdollisuus kieltäytyä tutkimuksesta tai keskeyttää tutkimus milloin haluaa sekä kieltää itseään koskevan aineiston käyttö tutkimustarkoitukseen. Nämä asiat on myös kerrottava haastattelutavalle, että hän on tietoinen oikeuksistaan. Kaikki tutkimuksen aikainen tieto on luottamuksellista, sitä ei voi luovuttaa ulkopuolisille tai käyttää missään muussa tarkoituksessa. Kaikissa vaiheissa tutkimukseen osallistuvien nimettömyys on taattava ja tutkijan pidettävä lupaamansa sopimukset. (Tuomi 2007, 145–146.)

Reliabiliteetti eli luotettavuus kertoo mittarin luotettavuudesta ja pysyvyydestä sekä siitä mittaako mittari tutkittavaa ominaisuutta. Reliabiliteetti toteutuu, kun saadaan sama mittaustulos riippumatta mittauksen suorittajasta. Validiteetti kertoo, mittaako mittari sitä mitä sen on tarkoitettu mittaavan. Haastattelulomaketta käytettäessä on varmistettava, vastaako haastattelulomake kysymykseen josta halutaan tietoa, ymmärtääkö haastateltava kysymyksen ja ovatko kysymykset yksiselitteisiä. Haastattelija pyrkii ohjaamaan haastattelua haastattelukaavakkeen mukaan, mikä helpottaa aineiston analysointia myöhemmissä vaiheissa. Haastattelija ei voi pakottaa haastateltavaa vastaamaan jokaiseen kysymykseen vaan pitää korostaa vapaaehtoisuutta. Haastattelutilanteessa haastateltava on huomion keskipisteessä, ja useat ihmiset nauttivat, kun heitä kuunnellaan ja kysytään heidän mielipiteitään. Haastatteluun osallistuvat eroavat toisistaan, mm. arvot, asenteet, tavat, uskonto, sukupuoli, koulutus, ammatti ovat erilaisia. Nämä kaikki vaikuttavat sekä haastattelutilanteeseen että tutkimuksen lopputulokseen. Sukupuoli ja sosiaaliluokka vaikuttavat eniten yksilön tapaan suhtautua ympäristöönsä ja vuorovaikutukseen toisten kanssa. (Mäkinen 2006, 87, 96, 103–104.)

Saatekirjeessä kerroimme osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Soittaessamme kysyimme suostumusta tutkimukseen ja vielä ennen haastattelulomakkeen täyttämisen aloitusta kerroimme vapaaehtoisuudesta. Täytimme haastattelulomak-

keen ikääntyneen kerronnan mukaan, haastattelutilanne on luontevampi ilman nauhoitusta. Haastateltavat ymmärsivät haastattelulomakkeen kysymykset, mutta joihinkin avoimiin kysymyksiin emme saaneet vastausta. Emmekä voineet pakottaa ikääntyneitä vastaamaan kysymyksiin, koska haastattelulomakkeeseen vastaaminen oli vapaaehtoista.

Huomasimme aineistoa kootessamme, ettemme olleet maininneet haastateltaville, mistä heidän olisi mahdollista lukea opinnäytetyömme tuloksia. Tämä ei tullut kenenkään vastaajan kanssa puheeksi haastattelutilanteessa, vaikka he tiesivät meidän tekevän opinnäytetyötä. Tutkimusaineisto on opinnäytetyöntekijöiden käytettävissä vain tähän työhön ja se hävitetään, kun opinnäytetyö on hyväksytty. Tutkimusaineisto on salaista. Omasta mielestämme eettisyys toteutuu kokonaisuudessaan hyvin.

Marraskuussa 2010 lähetimme tutkimuslupahakemuksen kaupungin perusturvajohtajalle. Joulukuun puolenvälin jälkeen saimme tutkimusluvan. Kun olimme saaneet luvan, ilmoitimme asiasta työelämän ohjaajalle Kotihoitoon. Tammi-kuun alussa saimme kymmenen nimeä, joille sitten lähetimme kirjeet.

## 7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET

Kaikki haastattelemamme ikääntyneet olivat erittäin tyytyväisiä 80-vuotistarkastuksiin ja näitä tehneisiin Kotihoidon sairaanhoitajiin. Useimmat kokivat tarkastukset hyödyllisiksi ja olivat tulevaisuudessakin valmiita tarkastuksiin osallistumaan. Muutama kaipasi laboratorionkokeiden ottamista ja lääkärin vuosikontrollia sekä tietoa heille tehtyjen tarkastusten ja tutkimusten tuloksista. Haastatelluista osa kaipasi palautteen antamista kirjallisena 80-vuotistarkastuksesta ja tiivistelmää sen tuloksista. Lisäksi he toivoivat kirjallista materiaalia kunnan tarjoamista palveluista. Tarkastuksia tekevä sairaanhoitaja antaa puhelinnumeronsa tarkastusten yhteydessä, mutta muitakin puhelinnumeroita ikääntyneet kaipaavat.

Muutamien haastateltavien kohdalla tuli ilmi, että tarkastus olisi voinut olla jo aikaisemmin. Kenellekään vastaajista ei ollut tehty 70-vuotistarkastusta, koska ikäkausitarkastuksia ei silloin vielä suoritettu kyseisessä kunnassa. Vastaajista osa halusi, että tarkastuksia olisi tehty 75- vuoden iässä. Vastaavanlainen haastattelututkimus olisi hyvä tehdä 70-vuotistarkastuksen jälkeen: mitä haastateltavat toivoisivat tarkastuksissa tehtävän, ja mitä siinä tehdään ja milloin olisi hyvä tehdä seuraava tarkastus.

Terveyskeskuksessa usein asioivien luona olisi hyvä käydä tarkistamassa heidän kotona selviytymistään. Tällainen asia tuli ilmi erään haastateltavan luona. Tämä vaatisi sekä terveyskeskuksen että Kotihoidon lisääntyvää yhteistyötä. Vaihtoehtoisesti terveyskeskus antaisi alueen Kotihoidon sairaanhoitajan puhelinnumeron, ja näin asiakas voisi itse ottaa yhteyttä Kotihoitoon.

## LÄHTEET

Von Bonsdorff M. B. 2009. Physical Activity as a Predictor of Disability and Social and Health Service Use in Older People. Väitöskirja.

Heikkinen, E. 2002. Sairauksista toimintakykyyn. Teoksessa Heikkinen, E., Marin, M.(toim.) Vanhuuden voimavarat. Helsinki: Tammi, 17–19, 22, 24–26, 28–31.

Heikkinen, M. 2003. Sosiaaliset tekijät ja terveys. Teoksessa Koskenvuo, K. (toim.) Sairauksien ehkäisy. Helsinki: Gummerus, 883–885.

Heikkinen, R-L. 2001. Elämä, tunteet ja vanheneminen. Teoksessa Heikkinen E. ja Tuomi J. (toim.) Suomalainen elämänkulku. Helsinki: Tammi, 199.

Hirsjärvi, S., Hurme, H. 2010. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Gaudeamus Helsinki University Press, 133–134.

Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi, 160,201.

Holma, T. 2003. Laatu vanhustyön arkeen. Helsinki: Suomen kuntaliitto, 13, 41.

Hyttinen, H. 2009. Ikäihminen hoitotyön asiakkaana. Teoksessa Voutilainen P. ja Tiikkainen P.(toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY, 42–43.

Hägg, T., Rantio, M., Suikki, P., Vuori, A., Ivanoff-Lahtela, P. 2007. Hoitotyö kotona. Helsinki:WSOY, 28–29.

Häkkinen, H. 2002. Ehkäisevät kotikäynnit vanhuksille. Kuntakyselyn tulokset sekä kotimaisia ja ulkomaisia käytäntöjä. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 31–51.

Häkkinen, H. 2002. Palvelujen ulottuville? Ehkäisevät kotikäynnit etsivän toiminnan muotona. Teoksessa Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U., Finne-Soveri, H. (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes. Oppaita 49. Saarijärvi: Gummerus, 31–77, 84, 96.

Jyrkämä, J. 2007. Toimijuus ja toimijatilanteet – aineksia ikääntymisen arjen tutkimiseen. Teoksessa Seppänen, M., Karisto, A. & Kröger, T.(toim.) Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Jyväskylä: PS-kustannus, 196–197.

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66. [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi). Luettu 26.9.2010.

Kivelä, S-L. 2009. Depressiosta tasapainoon. Hyvä elämä iäkkäänä. Helsinki: Kirjapaja, 46–48.

Koskenvuo, M., Mattila, K. 2003. Terveysten edistämisen ja sairauksien ehkäisy periaatteet. Teoksessa Koskenvuo, K. (toim.) Sairauksien ehkäisy. Helsinki: Gummerus, 16.

Kuula, A., Tiitinen, S. 2010. Eettiset kysymykset ja haastattelujen jatkokäytäntö. Teoksessa Ruusuvuori, J. & Nikander, P. & Hyvärinen, M. (toim.) Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino, 447, 450.

Lahtinen, M. 2006. Välittämisen etiikka vanhustyön lähtökohtana. Teoksessa Kankare, H., Lintula, H. (toim.) Vanhuksen äänen kuuleminen. Helsinki: Tammi, 54.

Laki kunta- ja palvelurakennemuutoksesta 9.2.2007/169. [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi). Luettu 20.3.2011.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi). Luettu 7.4.2011.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812. [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi). Luettu 26.9.2010.

Laukkanen, P. 2003. Toimintakyky ja ikääntyminen – käsitteestä ja viitekehiksestä päivittäistoiminnoista selviytymisen arviointiin. Teoksessa Heikkinen, E., Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Helsinki: Duodecim, 255.

Leinonen, R. 2010. Terveysten kokeminen. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R., Viitanen, M. (toim.) Geriatria. Helsinki: Duodecim, 223–224.

Lyyra, T-M. 2007. Terveysten ja toimintakyky. Teoksessa Lyyra, T-M., Pikkarainen, A., Tiikkainen, P.(toim.) Vanheneminen ja terveysten. Helsinki: Edita, 16–20.

Lyyra, T-M., Tiikkainen, P. 2008. Terveysten ja toimintakyky. Teoksessa Voutilainen P. ja Tiikkainen P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY, 60.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan A B C. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 87, 92–93, 96, 103–104.

Pitkälä, K., Valvanne, J., Huusko, T. 2010. Geriatriksen kuntoutus. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R., Viitanen, M. (toim.) Geriatria. Helsinki: Duodecim, 438–440, 442–444.

Routasalo, P. 2009. Yksinäisyyden lievittäminen. Teoksessa Voutilainen, P., Tiikkainen, P. Gerontologinen Hoitotyö. Helsinki: WSOY, 184–188.

Salminen, M., Suomi, A., Hakonen, S. 2004. "...että ihmisellä on väyliä, voimavaroja ja haaveita". Ehkäisevät kotikäynnit ja ennakoiva palveluohjaus – uusi voimaannuttava toimintamalli seniori- ja vanhustyöhön. Jyväskylä: Jyväskylän sosiaali- ja terveystalvakeskuksen julkaisuja 1/2004, 5.

Sarvimäki, A. 2009. Gerontologisen hoitotyön arvot ja eettiset periaatteet. Teoksessa Vuotilainen, P. ja Tiikkainen, P. Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY, 28, 33, 39.

Siekinen, K. Syvähaastattelu. 2007. Teoksessa Aaltola, J & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä:PS-kustannus, 50–52.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös. Terveys 2015 – kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 2008:3.

Strandberg, T., Tilvis, R. 2010. Ennaltaehkäisy geriatriassa. Teoksessa Geriatria. Porvoo: Duodecim, 425–427.

Tenkanen, R. 2007. Sosiaalityö ja kotona asuvien vanhusten ongelmat. Teoksessa Seppänen, M., Karisto, A. & Kröger, T.(toim.) Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Jyväskylä:PS-kustannus, 183–188.

Tiikkainen, P. 2007. Yksinäisyys ja yhteisyys. Teoksessa Lyyra, T-M., Pikkarainen, A., Tiikkainen, P.(toim.) Vanheneminen ja terveys. Helsinki: Edita, 149–152

Tilvis, R. 2003. Eläkeikäiset ja vanhukset. Teoksessa Koskenvuo, K. (toim.) Sairauksien ehkäisy. Helsinki: Gummerus, 811–812.

Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Helsinki: Tammi, 95 – 97, 145–146.

Tuomi, J., Sarajärvi, A., 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 73–74,101.

Valli, R. 2007. Kyselylomaketutkimus. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R.(toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä:PS-kustannus, 102–105.

Vanhustyö 2011:1. Vanhustyönkeskusliitto, 45.

Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 11–12, 40–41, 47–48.

Voutilainen, P. 2009. Ikääntyneiden palvelujärjestelmä. Teoksessa Voutilainen P. ja Tiikkainen P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY, 109–111.

Voutilainen, P. 2009. Terveyttä ikäihmisille. Sairaanhoitaja 9:2009, 19–21.

Voutilainen, P., Tiikkainen, P. 2009. Johdanto. Teoksessa Voutilainen P. ja Tiikkainen P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY, 7.

Voutilainen, P., Routasalo, P., Isola, A., Tiikkainen, P. 2009. Gerontologisen hoitotyön tietoperusta. Teoksessa Voutilainen P. ja Tiikkainen P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY, 13.



## LIITE 1

## ARVOISA VASTAANOTTAJA

Teille on tehty 80-vuotistarkastus vuonna 2010 Keuruun kaupungin Kotihoidon sairaanhoitajien toimesta. Teemme opinnäytetyönä haastattelututkimusta terveystarkastuksissa mukana olleille, koskien heidän kokemuksiaan ja toiveitaan terveystarkastuksiin liittyen. Tarkoituksena on kehittää 80-vuotistarkastuksia asiakaslähtöisemmiksi. Haastateltavat ovat valikoituneet sattumanvaraisesti.

Haastattelussa käymme läpi kysymyksiä, jotka lähetämme tässä Teille etukäteen, jolloin Teillä on mahdollisuus tutustua kysymyksiin. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Haastatteluun osallistuneiden henkilötietoja ei julkaista missään vaiheessa ja antamianne tietoja käytetään vain 80-vuotistarkastusten kehittämiseen. Otamme Teihin yhteyttä puhelimella 28.1.2011 ja sovimme haastattelun ajankohdan.

Ystävällisin terveisin

Airi Laukkanen, sairaanhoitajaopiskelija ja Raili Viskari, sairaanhoitajaopiskelija  
Tampereen Ammattikorkeakoulu.

## LIITE 2:1 (3)

## HAASTATTELULOMAKE

1. Sukupuoli:                   mies                                   nainen
2. Asutteko:                   yksin                                   toisen kanssa
3. Asuminen: kerrostalo                                   omakotitalo                                   rivitalo
4. Koulutus:\_\_\_\_\_
5. Ammatti ennen eläkkeelle jäämistä:\_\_\_\_\_
- 

6. Mikä on terveydentilanne tällä hetkellä?                   Erittäin hyvä  
  Hyvä  
  Kohtalainen  
  Huono  
  Erittäin huono

7a) Oletteko te tai aviopuolisonne käyttänyt kotihoidon (kotisairaanhoidon/kotipalvelu) palveluja?                   Kyllä                                   Ei

7b) Jos kyllä, minkälaisia?\_\_\_\_\_

---

---

---

---

8. Mitä terveystarkastuksissa kysyttiin/tehtiin/tarkastettiin?\_\_\_\_\_

---

---

---

(jatkuu)

## LIITE 2: 2 (3)

9a) Koitteko 80-vuotis tarkastuksen hyödylliseksi? Kyllä En

9b) Jos koitte tarkastuksen hyödylliseksi, niin mikä siinä oli hyödyllistä?

---

---

---

---

9c) Miksi ette kokenut tarkastusta hyödylliseksi? \_\_\_\_\_

---

---

---

10. Saitteko tarkastuksissa haluamaanne tietoa? Kyllä En

11a) Onko teille tehty 70-vuotistarkastus? Kyllä Ei

11b) Jos on, niin onko 10 vuotta sopiva väli tehdä tarkastuksia?

Kyllä Ei

11c) Mikä olisi teidän mielestä sopiva aikaväli tehdä tarkastuksia 70-vuotistarkastuksen jälkeen? \_\_\_\_\_

---

12. Mikä olisi teidän mielestä sopiva aikaväli tehdä tarkastuksia 80-vuotistarkastuksen jälkeen? \_\_\_\_\_

---

13. Missä haluaisitte tarkastusten tehtävän? \_\_\_\_\_

---

14. Mihin haluaisitte kiinnitettävän huomiota tarkastuksissa? \_\_\_\_\_

---

---

---

(jatkuu)

## LIITE 2:3(3)

15. Mitä haluaisitte tarkastuksissa tehtävän toisin? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

16. Mitä kehittämistä tai muutoksia toivotte järjestettäviin ikääntyneiden terveys-  
tarkastuksiin? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## LIITE 3:1(2)

TAULUKKO 1. Taustatieto vastaajien sukupuoli.

	Kpl
Mies	3
Nainen	5
Yhteensä	8

TAULUKKO 2. Taustatieto vastaajien asuminen sukupuolen mukaan.

	Mies kpl	Nainen kpl
Yksin	2	3
Toisen kans- sa	1	2

TAULUKKO 3. Taustatieto vastaajien asunto sukupuolen mukaan.

	Mies kpl	Nainen kpl	Yhteensä kpl
Omakotitalo	2	2	4
Rivitalo	0	1	1
Kerrostalo	1	2	3

(jatkuu)

## LIITE 3:2 (2)

TAULUKKO 4. Taustatieto vastaajien koettu terveydentila sukupuolen mukaan.

Koettu terveydentila	Mies kpl	Nainen kpl	Yhteensä Kpl
Hyvä	0	1	1
Kohtalainen	3	3	6
Huono	0	1	1
Yhteensä	3	5	8

TAULUKKO 5. Koitteko 80-vuotistarkastuksen hyödylliseksi.

	Mies kpl	Nainen kpl	Yhteensä kpl
Kyllä	3	3	6
Ei	0	2	2
			8