

KARTOITTAVAT KOTIKÄYNNIT

”Koti – Kaikilla Oikeus Turvalliseen Ikääntymiseen”

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveystieteiden laitos
Hoitotyönkoulutusohjelma
Sairaanhoitaja
Opinnäytetyö
Kevät 2011
Hiltunen Elina
Sillankoski Jukka

Lahden ammattikorkeakoulu
Hoitotyönkoulutusohjelma

HILTUNEN ELINA & SILLANKOSKI JUKKA:

Kartoittavat kotikäynnit: ”Koti – Kaikilla Oikeus Turvalliseen Ikääntymiseen”

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehdon opinnäytetyö 46 sivua, 16 liitesivua

Kevät 2011

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyömme tavoitteena oli kerätä tietoa kartoittavien kotikäyntien avulla vuonna 1930 syntyneiden lahtelaisten toimintakyvystä ja terveydentilasta. Tarkoituksena oli tuottaa tietoa Lahden sosiaali- ja terveystieteiden vanhuspalvelulle 80-vuotiaista lahtelaisista, jotka eivät kuuluneet kotihoidon piiriin. Opinnäytetyömme avulla saatiin tietoa Lahden vanhuspalvelulle mahdollisista palvelutarpeista.

Tutkimus oli luonteeltaan määrällinen eli kvantitatiivinen. Tutkimusaineisto kerättiin kartoittavilla kotikäynneillä keväällä 2011. Tutkimusaineistomme koostui 17 ikääntyneestä. Kartoittavilla kotikäynneillä arvioitiin asiakkaan kanssa hänen toimintakykyään ja terveydentilaansa sekä kerättiin tietoa vanhuspalvelun kehittämiseen ja suunnitteluun. Tämän tutkimuksen aineiston keruumenetelmänä käytettiin haastattelua. Haastatteluissa käytettiin terveydentilaa kartoittavaa haastattelulomaketta.

Tekemistämme kartoittavista kotikäynneistä voidaan todeta, että ikääntyneet selviävät pääsääntöisesti hyvin omissa kodeissaan omatoimisesti tai omaisen avun turvin. Muutamilla kotikäynneillä ikääntyneen toimintakyky oli heikentynyt kulu-
neen vuoden aikana huomattavasti. Haastattelijat toivat esille, että ikääntyneet kokivat olonsa toisinaan yksinäiseksi, mutta tämä ei kuitenkaan näkynyt myö-
häisiin depressioseuloissa.

Avainsanat: Kartoittavat kotikäynnit, ikääntynyt, terveydentila, toimintakyky, kotona selviytyminen, palvelutarve

Lahti University of Applied Sciences
Degree Programme in Bachelor of Health Care

HILTUNEN ELINA & SILLANKOSKI JUKKA:

Home assessment visits. "Home – everyone has a right to age safely"

Bachelor's Thesis in 46 pages, 16 appendices

Spring 2011

ABSTRACT

The aim of our thesis is to collect information based on home assessment visits about functional mobility and health status of the citizens of Lahti born in the 1930. It is meant to provide information for City of Lahti Social and Health Department's elderly outpatients services about 80-year-old citizens of Lahti who do not currently benefit from home care services. Our thesis could also provide information for Lahti's elderly outpatients' services about possible service needs.

The research method was a quantitative one. The data was collected on the home assessment visits in March and April 2011. During the home assessment visits the clients functional mobility and health status is being assessed and information is collected to develop and plan elderly care. In this thesis an interview was used as a method to collect information. A questionnaire form assessing health status was used in the interviews.

Based on our home assessment visits it can be concluded that the elderly people cope mainly well in their own homes either independently or with a help from a relative. On few home visits an elderly person's functional mobility had deteriorated during the past year significantly. The interviewers brought up that the elderly people experienced loneliness at times, but this did not appear in the depression audits for elderly.

Key words: Home assessment visits, elderly, health status, functional mobility, coping at home, service needs

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	OPINNÄYTETYÖN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	3
2.1	Kartoittavat kotikäynnit	3
2.2	Toimintakykyä koskevat keskeisimmät käsitteet	5
2.2.1	Toimintakyky	5
2.2.2	Fyysinen toimintakyky	6
2.2.3	Psyykinen toimintakyky	7
2.2.4	Sosiaalinen toimintakyky	9
2.3	Terveydentilaa koskevat keskeisimmät käsitteet	10
2.3.1	Lääkehoito	10
2.3.2	Ravitsemus	13
2.3.3	Päihteet	15
3	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	17
3.1	Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävät	17
3.2	Tutkimusmenetelmä	17
3.3	Tutkimusaineiston keruu	18
4	TULOKSET	21
4.1	Haastateltavien taustatiedot	21
4.2	Ikääntyneiden toimintakyky	22
4.3	Ikääntyneiden terveydentila	26
4.4	Haastatteluiden aikana heränneet palvelujentarpeet	33
5	POHDINTA	35
5.1	Tutkimuksen luotettavuus	35
5.2	Tutkimuksen eettisyys	36
5.3	Tutkimuksen tulosten tarkastelu ja pohdinta	38
5.4	Jatkokehityksiä	42
	LÄHTEET	43
	LIITTEET	47

1 JOHDANTO

Ikääntyvän väestön määrän kasvu ja erityisesti kaikkien iäkkäimpien määrän kaksinkertaistuminen kolmessakymmenessä vuodessa on haaste Suomen päättäjille ja koko terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Vaikka väestön terveiden elinvuosi-en määrä lisääntyy, lisääntyy myös niiden henkilöiden määrä, jotka tarvitsevat runsaasti ulkopuolisten henkilöiden apua ja hoitoa. Vanhustenhuollon keskeiset tulevaisuuden haasteet ovat sidoksissa siihen, että miten säilytetään palveluidentaso iäkkäiden tarpeiden kasvaessa. Ikäihmisten avopalveluita ja asumista olisi kehitettävä niin, että iäkkäät henkilöt voisivat selviytyä itsenäisesti omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. (Vaarama & Noro 2005.)

Ikääntyneiden nopea kasvu lisää Lahden ikäihmisten palveluille merkittävän haasteen, sillä tulevaisuutta ei voida rakentaa sen varaan, että ikäihmiset tulevat olemaan terveitä ja toimintakykyisiä. Palvelukokonaisuuteen vaikuttaa paitsi se kuinka moni ikääntynyt tarvitsee palveluja niin myös se, että miten paljon ja millaisia palveluita ikääntyvät lahtelaiset tarvitsevat. (Näränen, Savilahti & Vainio 2003, 1.) Ikääntyneet asettavat tulevaisuudessa korkeita vaatimuksia palveluiden laadulle. Näkemyksenä on, että ihmisen yksilöllisyys korostuu kulutustottumuksissa, koska ihmiset haluavat yhä enemmän henkilökohtaisia palveluja. (Tuominen 2006, 12.)

Päijät-Hämeessä 80 – 84vuotiaiden miesten osuus on noin 1905 ja samanikäisten naisten osuus on 3710 eli yhteensä tämän ikäisiä on 5615 (Tilastokeskus 2010). Lahdessa 80 -vuotiaita on vuonna 2011 vajaa 700 ja väestöennusteiden mukaan vuonna 2020 80 -vuotiaita on lahdessa lähes 800. (Mero 2009, 26.) Väestöennusteiden antamat lukemat kertovat ikäihmisten palveluiden kasvavasta tarpeesta. Sosiaali- ja terveystalouden kysyntä tulee lähivuosina kasvamaan rajusti. Vuoteen 2020 mennessä ikääntyneillä on halua, varallisuutta ja tottumusta hyödyntää erilaisia palveluita. Tulevaisuudessa ikäihmiset ovat tottuneita ja halukkaita käyttämään myös sähköisiä palveluja. (Tuominen 2006, 12.)

Tietoisuus ikääntyvän väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen merkityksestä on kasvanut ja tämä näkyy kuntien ikääntymispoliittisissa strategioissa.

Ikääntyvälle väestölle suunnattuja kartoittavia kotikäyntejä on otettu Suomessa käyttöön 2000 -luvulla. Myönteisestä kehityksestä huolimatta ikäihmisille suunnatut kartoittavat kotikäynnit eivät ole koko Suomen kattavaa toimintaa, eikä kotikäynneistä kerätä säännöllisesti valtakunnallista tilastotietoa. (Hansson, Heinola, Raassina & Seppänen 2009, 46.)

Kartoittavat kotikäynnit on Suomessa suhteellisen uusi kehitteillä oleva toimintamuoto. Tämän opinnäytetyön teoriaosuudessa selvitämme lukijalle, että mitä kartoittavat kotikäynnit ovat, ja miten kartoittavilla kotikäynneillä voidaan edistää ikääntyneen selviytymistä itsenäisesti omassa kodissaan mahdollisimman pitkään.

2 OPINNÄYTETYÖN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Tässä luvussa käsittelemme tämän opinnäytetyön keskeisimpiä käsitteitä. Tarkastelun kohteena ovat kartoittavat kotikäynnit, ikääntyneen fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky sekä terveydentila. Toimintakyky käsitteen valitsimme teoreettiseksi lähtökohdaksi, koska tiedämme sen heikentyvän ihmisen ikääntymisessä huomattavasti. Tutkimuksen teoriaperustaan tutustuessamme huomasimme, että lähes kaikissa ikääntyneitä käsittelevissä teoksissa oli esillä toimintakyky ja toimintakyvyn alakäsitteet: fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky. Tässä tutkimuksessa käytämme fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä toimintakyvyn alaotsikkoina.

Terveydentilaa käsiteltäessä olemme valinneet tähän tutkimukseen keskeisimmin vaikuttavat aihealueet. Aihealueita ovat ikääntyneen ravinto, lääkehoito ja päihteidenkäyttö. Terveydentilaa koskeviin aihealueisiin valitsimme edellä mainitut aiheet, koska haastatteluissa näiltä osa-alueilta tuli paljon erilaisia vastauksia. Muun muassa ikääntyneiden päihteidenkäyttö vaihteli alkoholin käyttämättömyydestä runsaaseen alkoholinkäyttöön. Lääkehoito on keskeinen aihe-alue tarkastellessa kenen tahansa terveydentilaa, mutta ikääntyneiden kohdalla lääkehoidossa korostuivat lääkkeiden runsas määrä, päällekkäiset lääkkeet ja lääkeannosten suuruus. Ravitsemuksesta on tehty paljon erilaisia tutkimuksia ja ikääntyneiden kohdalla ravitsemustilan arviointi on yksi keskeisimmistä asioista. Ikääntynyt voi olla tukevakin, mutta silti kärsiä aliravitsemuksesta.

2.1 Kartoittavat kotikäynnit

Kartoittavat kotikäynnit ovat Suomessa uusi, kehitteillä oleva toimintamuoto. Koikeiluvaiheessa kartoittavat kotikäynnit ovat suunnattu niille ikääntyneille, jotka eivät kuulu kotihoidon piiriin. (Voutilainen, Vaarama, Backman, Paasivaara, Elniemi-Sulkava & Finne-Soveri 2002, 98.) Eri kunnissa kartoittavat kotikäynnit

toteutetaan tietyn ikäisille, useimmiten tiettynä vuonna 80 -vuotta täyttäneille tai täyttävälle (Hansson ym. 2009, 50).

Kartoittavilla kotikäynneillä on tavoitteena arvioida asiakkaan kanssa hänen toimintakykyään, terveydentilaansa, voimavarojaan, asuin- ja elinympäristöään (Hägg, Rantio, Suikki, Vuori & Ivanoff-Lahtela 2007, 28) sekä kerätä tietoa vanhustenhuollon kehittämiseen ja suunnitteluun (Hansson ym. 2009, 50). Kartoitava kotikäynti ei johda suoraan asiakassuhteen syntymiseen, mutta kotikäyntien avulla voidaan kartoittaa ikääntyneen mahdollista palveluntarvetta eli kerätyllä tiedolla voidaan riittävän ajoissa suunnitella, miten ikääntyneiden lisääntyvään palveluntarpeeseen vastataan (Hägg ym. 2007,28). Kartoittavien kotikäyntien esisijaisena tarkoituksena on arvioida ja tukea itsenäistä suoriutumista, selvittää ikääntyneen hyvinvointia ja terveyttä vaarantavia riskitekijöitä, tiedottaa saatavilla olevista palveluista sekä ennakoida yksilöllinen palveluntarve (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 24).

Häkkisen ja Holman (2004) mukaan kartoittavilla kotikäynneillä ehkäistään sellaisten asioiden toteutuminen, joilla voi olla haitallisia vaikutuksia ikääntyvän toimintakykyyn ja elämänlaatuun. Niitä voivat olla esimerkiksi väärä lääkitys tai ravinto, turvaton olo, yksinäisyys, kaatumiset tai tiedonpuute sekä puutteelliset asuinolot (Paaso 2008, 15), asuinympäristöt ja omien tukihenkilöiden puute (Vaarama, Luomahaara, Peiponen & Voutilainen 2001). Kartoittavilla kotikäynneillä voidaan mahdollisesti ehkäistä ikääntyvän joutuminen sosiaali- ja terveystalveluiden runsaaksi käyttäjäksi tai joutumasta ennaikaiseen laitoshoitoon (Häkkinen & Holma 2004).

Kartoittavilla kotikäynneillä saadut kansainväliset kokemukset ovat ristiriitaisia. Osa kotikäynneistä on tuottanut tuloksia esimerkiksi ikääntyneiden elämänlaadun parantumisena, mutta osa kartoittavista kotikäynneistä on todettu hyödyttömiksi. Tutkimusnäyttöä on, että kotikäyntien ansiosta ikääntyneiden sosiaali- ja terveystalveluiden käyttö on vähentynyt huomattavasti. Saatujen tulosten mukaan ikääntyneiden hoidon tarve on pystytty toteamaan kartoittavien kotikäyntien ansiosta aiempaa varhaisemmassa vaiheessa. (Voutilainen ym. 2002, 97.)

Kartoittavilla kotikäynneillä kiinnitetään erityisesti huomiota niihin ikäihmisiin, jotka eivät ole säännöllisten sosiaali-terveyspalveluiden asiakkaita. Ikääntyvässä väestössä on myös riskiryhmiä, joiden tavoittaminen on muuten hyvin haasteellista. Riskiryhmiin kuuluvat muun muassa moni sairaat, syrjäytymisvaarassa olevat, sosioekonomiselta asemaltaan heikossa asemassa olevat, kaatumis- ja muille tapaturmille alttiit henkilöt, hiljattain leskeytyneet sekä yksinäiset ihmiset. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 24.)

2.2 Toimintakykyä koskevat keskeisimmät käsitteet

2.2.1 Toimintakyky

Toimintakyvyn käsite on vakiintumaton ja sitä määritellään monin eri tavoin. Toimintakyvyllä tarkoitetaan lähinnä ihmisen fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten ominaisuuksien suhdetta ikääntyneeseen kohdistuviin odotuksiin. Toimintakykyä arvioidessa vertaillaan ihmisen mahdollisuuksia elää ja toimia hyväksytyjä odotuksia vastaavasti. Toimintakykyyn liittyvät odotukset ovat peräisin esimerkiksi ikääntyneillä kotona pärjäämisen edellytyksistä. (Matikainen, Aro, Huunan-Seppälä, Kivekäs & Kujala 2004, 18.)

Toimintakyvyssä tapahtuu muutoksia terveydentilan ja iän mukaan. Ihmisen kokonaistoimintakykyyn vaikuttavat fyysiset ominaisuudet, psyykkinen terveydentila ja erilaiset sosiaaliset ominaisuudet. (Arokoski, Alaranta, Pohjolainen, Salminen & Viikari-Juntura 2009, 21.) Yksilön, esimerkiksi iäkkään toimintakykyä voidaan tarkastella kuvaamalla jäljellä olevaa toimintakyvyn tasoa tai todettuja toiminnan vajauksia. Puhuttaessa toimintakyvystä puhutaan laajasti hyvinvointiin liittyvästä käsitteestä, josta sairaudet muodostavat vain osan. Yksilö arvioi omaa toimintaansa oman identiteetin, ympäristön ja kulttuurin muodostaman kontekstin avustuksella. Hän voi verrata omaa toimintakykyään esimerkiksi ikätovereihin tai omaan aikaisempaan toimintaansa. (Heikkinen & Rantanen 2008, 261.) Toimintakyky vaihtelee erilaisten tekijöiden vaikutuksesta, jolloin on tärkeää saada tarkka kuva sairautta ja sen jälkiseurauksia edeltäneestä toimintakyvystä. Tämä helpottaa

huomattavasti henkilön nykyisen toimintakyvyn arviointia. (Arokoski ym. 2009, 22.)

Toimintakykyä voidaan pitää itseisarvona, joka näkyy itsenäisen elämisen, itseilmaisun ja läheisten ihmissuhteiden vaalimisena eli yksinkertaisemmin elämänlaatuna. Toimintakykyä voidaan tarkastella yksilön sekä yhteiskunnan kannalta. Ihminen, jolla on hyvä toimintakyky, antaa yhteiskunnan käyttöön lisää potentiaalisia resursseja. Ikääntyneiden kohdalla tärkeänä tavoitteena on toimintakyvyn paraneminen tai ylläpito, joiden seurauksena hoidon ja hoivan tarve siirtyy myöhempään elämänvaiheeseen. (Matikainen ym. 2004, 19.)

Toimintakyvyn ylläpitämiseen ja edistämiseen kuuluvat myös ennaltaehkäisy ja toimintakykyä haittaavan sairauden hoito. Toimintakyvyn edistämiseen ja ylläpitämiseen ei kuulu iäkkään jättäminen yksin etsimään ratkaisuja ja selviytymään hänelle ylivoimaiselta tuntuvista päivittäisistä toiminnoista ilman riittävää apua. (Hägg ym. 2007, 108.)

2.2.2 Fyysinen toimintakyky

Fyysiseen toimintakykyyn vaikuttavat eri fyysisen suorituskyvyn osa-alueet ja niihin liittyvät tekijät. Näitä ovat yleinen fyysinen suorituskyky ja toisaalta myös lihaksiston voima ja kestävyys, liikekoordinaatio, tasapaino ja nivelten vakaus ja liikkuvuus. Sairaudet ja ikääntyminen heikentävät ihmisen fyysistä toimintakykyä, joka on yleensä parhaimmillaan aikuisiässä. (Arokoski ym. 2009, 21.) Fyysisen toimintakyvyn mittaamiseen on olemassa paljon mahdollisuuksia ja monia erilaisia menetelmiä. Sitä on paljon helpompi mitata ja kuvata kuin esimerkiksi sosiaalista tai psyykkistä toimintakykyä. (Heikkinen & Rantanen 2008, 261,262.)

Fyysiseen toimintakykyyn sisältyy kyky suoriutua päivittäisistä toiminnoista (Activities of daily living/ADL), mikä on usein käytetty termi etenkin ikääntyneiden kohdalla. Sitä käyttäessä tulisi olla kuitenkin aiempaa huolellisempi. Esimerkiksi on mahdollista, että ikääntynyt selviää jotenkin peseytymisestä ja pukeutumisesta (Physical or Primary Activities of Daily Living/PADL), mutta vaatehuollon järjes-

täminen tai raha-asioiden järkevä hoitaminen (Instrumental Activities of Daily Living/IADL) ei onnistu mitenkään. Onkin siis hyvä selkokielellä ilmoittaa, mitä ikääntynyt osaa ja mistä hän ei enää selviä. (Arokoski ym. 2009, 21–22.)

Liikunnan ja fyysisesti aktiivisen elämäntavan edistäminen on erityisen perusteltua eläkeikäisen väestön keskuudessa, jossa vanhenemiseen liittyvät muutokset yhdessä pitkäaikaissairauksien lisääntymisen kanssa heikentävät toimintakykyä ja lisäävät ikääntyneen ulkopuolisen avun tarvetta. Vähentynyt fyysinen aktiivisuus heikentää toimintakykyä, mikä puolestaan vähentää liikuntaa. (Heikkinen & Ilmarinen 2001.)

Ikääntyneen kotona selviytymisen edellytyksenä on siis selviytyminen päivittäisistä perustoiminnoista. Tärkeitä asioita kotona selviytymisen kannalta ovat asuimuoto yksin vai läheisen kanssa, muistitoiminnot, liikuntakyky, kotihoitopalveluiden riittävyys, läheishoitajan jaksaminen ja oma tahto. Iäkkäiden henkilöiden mielestä hyvät sosiaaliset suhteet ja kokemus omasta hyvästä olosta edistävät itsestä kotona selviytymistä. Päivittäisistä toiminnoista suoriutumista edistävät myös fyysisen, emotionaalisen ja taloudellisen turvallisuuden kokeminen. (Häkkinen & Holma 2004, 14.)

2.2.3 Psykyinen toimintakyky

Psykkistä toimintakykyä tarkastellaan monesti kognitiivisten kykyjen ja psyykkisten voimavarojen avulla. Kognitiivisilla kyvyillä tarkoitetaan kykyä ottaa vastaan erilaista tietoa, käsitellä saatua tietoa ja muodostaa sen avulla käsityksiä ympäröivästä maailmasta. Ihmisen ollessa psyykkisesti toimintakykyinen hän kykenee suunnittelemaan elämäänsä ja tekemään tietoisia ratkaisuja ja tärkeitä valintoja elämässään. (Kähäri-Wiik, Niemi & Rantanen 2006, 13.) Iäkkäiden kohdalla psyykinen toimintakyky kuvaa sitä, miten iäkkäiden voimavarat riittävät arkielämässä selviytymisessä ja miten he selviytyvät elämän kriisitilanteissa (Ahonen 2007, 19).

Kognitiivisia perustoimintoja ovat havaintotoiminnot, psykomotoriikka, tarkkaavuus, ajan ja tilan hahmottaminen, kielelliset toiminnot, toiminnanohjaus sekä muistaminen ja oppiminen. Monimutkaisemmat ja laaja-alaisemmat kognitiiviset toiminnot rakentuvat näiden perustoimintojen varaan. (Raitanen, Hänninen, Pajunen & Suutama 2004, 76.)

Tiedonkäsittelytoimintojen kehityksestä ja muutoksista ikääntyessä on esitetty paljonkin toisistaan poikkeavia käsityksiä. Nämä käsitykset ovat myös muuttuneet sitä mukaan, kun on karttunut luotettavana pidettyä tutkimustietoa asiasta. (Raitanen ym. 2004, 76.) Kun ikääntyvät ja iäkkäät henkilöt suoriutuvat erilaisista kognitiivisista testeistä tai muista tiedonkäsittelytehtävistä heikommin kuin nuoremmat aikuiset, syitä heikkomuuteen on haettu muiden tekijöiden ohella iän mukana lisääntyvästä aistitoimintojen, erityisesti näön ja kuulon heikentymisestä. Mitä vanhemmasta ihmisestä on kyse sitä todennäköisempää on kuulon ja näön heikkenemisen näkyminen. (Raitanen ym. 2004, 77.)

Nykytiedon valossa iäkkäiden ihmisten tarkkaavaisuus on heikompaa kuin nuorempien aikuisten monimutkaisissa tilanteissa. Nämä ovat tilanteita, jotka vaativat muistiaineksia tietoista mielessä pitämistä ja joihin liittyy huomattavia häiriötekijöitä. Niin ikään aistitoiminnoissa, erityisesti näössä ja kuulossa, tapahtuva heikkeneminen näkyy aiempaa heikompina suorituksina tarkkaavuutta vaativissa tehtävissä. (Raitanen ym. 2004, 79.)

Iäkkäiden toimintakykyä voidaan arvioida selvittämällä esimerkiksi muistihäiriötä, dementiaa tai depressiota. Erilaisilla testeillä pystytään selvittämään ikääntyneen psyykkistä toimintakykyä. Näitä testejä ovat esimerkiksi MMSE- muistitesti ja GDS15-depressioseula. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 25.)

MMSE- kaavake sisältää kysymyksiä orientoitumisesta aikaan ja paikkaan, sekä lyhyitä keskittymistä, muistia ja hahmottamista arvioivia tehtäviä. MMSE- testillä saadaan karkea yleiskäsitys potilaan mahdollisesta kognitiivisesta eli muistin ja tiedonkäsittelyn heikentymisestä. Väestötutkimuskissa on huomattu, että MMSE-pistemäärä (max.30 pistettä) on vielä normaalin rajoissa, vaikka potilaalla tarkemmin tutkittuna olisikin havaittavissa selviä alkuvaiheessa olevan etenevän

muistisairauden merkkejä. (Erkinjuntti, Alhalainen, Rinne & Huovinen 2007, 1.) GDS-15 on karkeahko testi ikääntyneen asiakkaan depressio-tason arviointiin. Mittari sisältää 15 kysymystä, joihin vastataan kyllä/ei-vaihtoehdoilla. Yli 6 pisteen tulos antaa aiheita epäillä depressiota. GDS-15 on ensikartoitukseen tarkoitettu nopea testi, jonka perusteella asiakas ohjataan tarvittaessa tarkempiin tutkimuksiin. (Toimintakykymittarit 2008.)

Yksinäisyyttä on tutkittu paljon väestötutkimuksissa, joissa sen on todettu olevan yhteydessä muun muassa leskeytymiseen, heikentyneeseen toimintakykyyn ja sairasteluun. Yksin asuminen, heikentynyt sosiaalinen asema ja naissukupuoli altistavat ikääntyneen yksinäisyydelle. Yksinäisyys lisää terveystalouden käyttöä, dementoitumista, toimintakyvyn heikkenemistä ja kuolemanriskiä. (Noppari & Koistinen 2005, 19.)

Ikääntyminen ja siihen liittyvät mahdolliset menetykset altistavat yksinäisyydelle. Aiempien tutkimusten mukaan suomalaisista ikäihmisistä noin kolmannes kokee yksinäisyyttä. Yksinäisyys voi olla ikääntyneelle myönteistä, rauhoittumisen ja luovuuden voimavara tai kielteistä, kärsimystä aiheuttavaa. Yksinäisyydellä on läheinen suhde masentuneisuuteen. (Noppari ym. 2005, 19.)

2.2.4 Sosiaalinen toimintakyky

Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan sosiaalinen toimintakyky käsittää kyvyn toimia ja olla sosiaalisessa vuorovaikutuksessa toisten ihmisten kanssa. Sosiaaliin toimintakykyyn sisältyy luonnollinen vuorovaikutus, läheisyys, osallisuus yhteisölliseen elämään, itsestään huolehtimisen taito ja tietoisuus omista oikeuksista (Suvikas, Laurell & Nordman 2006, 88). Suhteet omaisiin ja ystäviin, sosiaalisten suhteiden sujuvuus ja osallistuminen, mutta myös vastuu läheisistä ja elämän mielekkyys määrittävät sosiaalista toimintakykyä (Arokoski ym. 2009, 21). Ihmisellä on usein kaksi sosiaalista tukiverkostoa: virallinen ja epävirallinen. Virallinen edustaa yhteiskunnan palvelujärjestelmää ja epäviralliseen kuuluvat esimerkiksi perhe ja ystävät. (Suvikas ym. 2006, 88.)

Sosiaalisen toimintakyvyn arviointi on vaikeaa (Heikkinen & Rantanen 2008, 264). Sosiaaliseen toimintakykyyn vaikuttavat perhesuhteet, koulutus, ammatti, työ, sosiaalinen verkosto, sosiaalisen verkoston antama tuki ja päihteiden käyttö (Arokoski ym. 2009,21). Iäkkäiden kohdalla päivittäisistä perustoiminnoista selviytymisessä arvioidaan pääasiassa fyysistä toimintakykyä, mutta asioiden hoitamisessa ja kodin ulkopuolisessa toiminnassa, kuten kaupassa käymisessä ja raha-asioiden hoitamisessa, tarvitaan myös psyykkistä toimintakykyä ja etenkin sosiaalista toimintakykyä. Kirjallisuudessa esiintyvillä vaativilla ja laajoilla toiminnoilla tarkoitetaan sosiaalista osallistumista esimerkiksi järjestötoimintaan. (Heikkinen & Rantanen 2008, 264.)

2.3 Terveydentilaa koskevat keskeisimmät käsitteet

2.3.1 Lääkehoito

Iän myötä pitkäaikaiset sairaudet lisääntyvät ja tämä osaltaan johtaa runsaaseen lääkkeiden käyttöön. Yleisempi iäkkäiden käyttämiä lääkkeitä ovat sydän- ja verisuonisairauksien ja keskushermoston lääkkeet. Maailman terveysjärjestön suositus on, että iäkkäällä olisi käytössään 3-4 lääkettä. Monet vanhukset käyttävät tätä enemmän lääkkeitä. Osa iäkkäistä käyttää jopa yli kymmentä lääkettä. Se, että asianmukaiseen lääkitykseen saattaa kuulua monen erilaisen lääkkeen päivittäinen käyttö, voi johtaa ongelmiin. Puhumattakaan oireenmukaisesta lääkehoidosta, jossa iäkkään oireita on hoidettu ilman oireiden syyn asianmukaista selvittämistä. (Kivelä 2004, 11.) Etenkin keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden vaikutus on iäkkäillä paljon voimakkaampi tai ainakin erilainen kuin nuoremmilla. Iäkkäillä etenkin unilääkkeet ja rauhoittavat lääkkeet voivat herkästi aiheuttaa sekavuutta ja muistihäiriöitä. Ongelmat iäkkäiden lääkehoidossa syntyvät monista erilaisista tekijöistä. (Nurminen 2010, 260.)

Ikääntyneiden fyysiset vanhenemismuutokset, sairaudet ja vapina voivat vaikeuttaa käsien toimintaa ja näin hankaloittaa esimerkiksi lääkepakkausten avaamista ja käyttöä. Iäkkään muistin lieväkin heikkeneminen voi vaikeuttaa lääkkeiden ottamista ja aiheuttaa sekaannusta. (Kivelä 2004, 11.) Iäkkään tiedot lääkehoidon to-

teuttamisesta saattavat olla virheellisiä. Tietojen puute voi johtaa esimerkiksi säilytys- tai muihinkin virheisiin lääkehoidon toteuttamisessa. (Kivelä 2004, 12.) Samaan lääkeaineryhmään kuuluvia lääkkeitä saatetaan käyttää samanaikaisesti, jolloin erilaiset haittavaikutukset korostuvat. (Kivelä 2005, 47.)

Iäkkäät käyttävät myös paljon ilman reseptiä saatavia lääkkeitä. Television mainokset ja ystävien ohjeet saattavat johtaa siihen, että iäkkäät ostavat käsikauppa- valmisteita jopa käytössä olevan lääkkeen sivuvaikutusoireeseen. Yksinäisyys ja turvattomuus saattavat johtaa siihen, että iäkäs hakee turvaa lisäämällä omatoimisesti lääkkeen annostusta tai hakee lisää reseptejä esimerkiksi toiselta lääkäriltä. Lääkäriä usein vaihtavat iäkkäät ovat ongelmallisia myös sen takia, että he saattavat jättää paljastamatta käyttämiään lääkkeitä lääkäreille tai eivät muista kertoa kaikista lääkkeistä, joita he käyttävät. (Kivelä 2004, 12.)

Ihmisten vanhetessa lääkeaineiden metabolia eli muuttuminen erittyvään muotoon ja erittyminen elimistössä hidastuvat. Tämän takia iäkkäät tarvitsevat pienempiä lääkeannoksia kuin keski-ikäiset. Kun lääkeaineen otto on aloitettu 55–65 ikävuo- den paikkeilla, saatetaan potilaan vanhetessa unohtaa annoksen pienentämisen tarve. Myös lääkkeiden sietokyky vähenee iän lisääntyessä. Haittavaikutusten vaara kohoaa monista erilaisista syistä johtuen ja haittavaikutukset voivat olla hyvinkin erilaisia kuin keski-ikäisellä. (Kivelä 2004, 13.) Yleisohjeena pidetään sitä, että yli 80-vuotiaiden lääkeannosten koko tulisi olla noin puolet normaalista annostuksesta. Kuitenkin iän myötä potilaiden lääkkeiden sietokyvyn erot kasvavat ja lääkkeiden yksilöllinen annostelu on tärkeää. (Nurminen 2006, 566.)

Usein oireenmukaisten lääkehoitojen johdosta iäkkäällä on paljon lääkkeitä käytössä, jolloin yhteisvaikutusten vaara kasvaa merkittävästi. Yhteisvaikutukset ovat joskus jopa arvaamattomia ja tämä on vakavasti otettava ongelma vanhusten lääkehoidossa. Myös haitallisten sivuvaikutusten oireet voivat iäkkäällä olla hyvinkin erilaisia kuin työikäisellä. (Kivelä 2004, 13.) Esimerkkejä niistä ovat kaatuilu, muistin heikkeneminen, sekavuus, käytösoireet, huimaus ja virtsankarkailu. Mikäli tällainen haitallinen sivuvaikutus jää tunnistamatta, seurauksena voi olla virheellinen uuden oireenmukaisen lääkkeen määrääminen. Oikeana hoitonahan pi-

detään tällöin sivuvaikutusoiretta aiheuttavan lääkkeen annoksen pienentäminen tai lääkkeen poistaminen. (Kivelä 2004, 14.)

Iäkkään hyvä ja onnistunut lääkehoito edellyttää lääkäreiltä, hoitotyön henkilökunnalta ja kaikilta muilta hoitoon osallistuvilta henkilöiltä hyvää tietopohjaa ja vanhusta arvostavia asenteita. Iäkkäillä ja heidän omaisilla tulee olla myös tietoa lääkkeistä, vanhenemisen vaikutuksista lääkehoitoon, lääkkeiden yhteisvaikutuksista ja muista haittavaikutuksista. Yhteistyö eri ammattiryhmien työntekijöiden, iäkkäiden ja omaisten kanssa kesken on hyvin tärkeää. (Kivelä 2004, 14.)

Noudattamalla yleisiä lääkehoitoon liittyviä periaatteita voi kuka tahansa meistä toimia oman tai omaisensa lääkehoitojen onnistumiseksi ja lääkehaittojen ehkäisemiseksi, vaikka ei olisikaan lääketieteen tai hoitoalan ammattihenkilö (Kivelä 2005, 51). Vanhusten lääkehoito aloitetaan mahdollisimman pienellä ja yksinkertaisella annostuksella. Annostelun noudattaminen helpottuu, kun samaan aikaan käytettävien lääkkeiden määrä minimoidaan ja annostusohjeita yksinkertaistetaan. (Nurminen 2010, 260.) Sekaannusten ehkäisemiseksi voidaan ottaa käyttöön lääkelista, johon merkitään jokainen vuorokauden aikana otettava lääkevalmiste. Lääkelista, johon merkitään lääkevalmisteen kauppanimi, vahvuus, käyttötarkoitus ja ottoaika, tulee aina pitää ajan tasalla. Sekaannusten estämiseksi tarvitaan usein myös dosettia eli lääkelaatikkoa. Iäkäs voi jakaa lääkkeet dosettiin itse tai pyytää omaista tai kotisairaanhoidajaa tekemään sen tietyin väliajoin. Iäkkään lääkehoidon onnistumiseen vaikuttavat myös ravitsemustila ja nestetasapaino sekä ei-lääkkeellisiin hoitoihin osallistuminen. Oireiden, mahdollisten käytöshäiriöiden ja muiden ongelmien tarkkailu ja raportointi lääkärille on tärkeää lääkehoidon onnistumisen kannalta. (Kivelä 2005, 51.)

Kotihoidon piirissä on myös paljon iäkkäitä, jotka eivät selviä itsenäisesti lääkehoidostaan. Useimmiten tähän on syynä ikääntymiseen liittyvät muistihäiriöt. Kotisairaanhoidaja opastaa potilasta ja omaisia lääkehoitoon liittyvissä asioissa. Kotona asuvien iäkkäiden ja kotihoidon henkilökunnan apukeinoksi on apteekkeissa käynnistetty lääkkeiden annosjakelupalvelu, jolloin apteekki tai kotihoito toimittaa iäkkäälle kahden viikon lääkkeet annoskohtaisesti muovipusseihin pakattuina. Ennen annosjakelun aloittamista on tärkeää, että lääkäri tarkistaa potilaan koko-

naislääkityksen, jotta vältetään päällekkäisiltä ja tarpeettomilta lääkkeitä sekä tarkistetaan niiden yhteensopivuus. (Nurminen 2010, 22.)

2.3.2 Ravitseminen

Oikea ravitsemustila on terveyden ja hyvinvoinnin ehdoton edellytys kaikissa elämän vaiheissa. Ikääntyneiden kohdalla oikea ravitseminen ylläpitää terveyttä ja toimintakykyä sekä nopeuttaa sairauksista toipumista. Myös kotona asumisen mahdollisuudet paranevat, mikäli ravitsemustila on hyvä. Ruoalla ja erityisesti ruokailulla on myös vahva psykososiaalinen merkitys iäkkäälle. Hyvä fyysinen ja psyykinen terveys sekä riittävä toimintakyky mahdollistavat hyvän ravitsemustilan säilyttämisen. Iäkkäillä hyvän ravitsemuksen tavoitteena voidaan pitää toimintakyvyn säilymisen tukena olevaa yksilöllistä ravitsemushoitoa, painonvaihteluiden ehkäisyä ja lihaskunnon ylläpitoa. (Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010, 12.)

Ikääntyneillä ravitsemukseen liittyvät ongelmat ovat erilaisia kuin työikäisillä. Ravitsemuksen suurimpia riskitekijöitä varsinkin yli 80-vuotiailla ovat liian vähäinen energiansaanti ja laihtuminen. Vaikka ylipaino koetaankin terveysriskiksi, niin 70 vuotta täyttäneillä ylipaino ja joissakin sairauksissa jopa lievä lihavuus näyttäisivät vähentävän ennenaikaisia kuolemia. Ravitsemustila yleensä heikkenee iän ja sairauksien myötä. Eläkeläisistä virheravitsemuksen esiintyvyys on alle 10 %, mutta 80 vuotta täyttäneiden kohdalla sen ilmaantuvuus lisääntyy voimakkaasti. Virheravitsemuksella tarkoitetaan epätasapainoista energian, proteiinien ja suojaravinteiden saantia sekä liiallista energian saantia, joka johtaa ylipainoon. (Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010, 12–13.)

Ikääntymiseen liittyvät fysiologiset muutokset sekä sosiaaliset ja psyykkiset syyt voivat johtaa negatiiviseen energiatasapainoon. Ylipaino on tavallista juuri eläkkeelle jääneillä ihmisillä. Kuitenkin iän karttuessa ja varsinkin sairauksien seurauksena ruokahalu usein heikkenee, syödyn ruoan määrä vähenee ja paino laskee. Ikääntyneiden henkilöiden huonon ravitsemustilan syyt ovat hyvin erilaisia ja ravitsemusongelmat voivat ilmetä monella eritavalla. Selkeimmin havaittavissa on

liian vähäisestä energian ja proteiinin saannista johtuva laihtuminen ja aliravitseminen. Lihavakin ikääntynyt voi kärsiä huonosta ravitsemustilasta. Runsaan rasvakudoksen alla voi olla vaikeaa lihaskatoa, joka heikentää ikääntyneen toimintakykyä. Huono ravitsemustila heikentää ikääntyneen immuunipuolustusta, altistaa erilaisille infektioille ja hidastaa sairauksista toipumista. (Lyyra, Pikkarainen & Tiikkanen 2007, 184.)

Sosiaaliset suhteet ja ikääntyneen ympäristö vaikuttavat myös ravitsemustilaan. Ihmisen jäädessä eläkkeelle hänen päivittäinen rytmensä muuttuu ja fyysinen aktiivisuus vähenee. Iän myötä tapahtuva kuulon ja näön heikkeneminen voi vaikeuttaa päivittäisiä askareita, kuten kaupassa käyntiä, ruuanlaittoa ja ruokailua. Ikääntyneen sosiaalisen verkoston pieneneminen saattaa johtaa eristäytymiseen ja sitä kautta yksipuoliseen ja huonoon ravitsemukseen. (Lyyra ym. 2007, 187.)

Jos iäkkäällä ihmisellä on jokin sairaus, niin hän ei jaksakaan huolehtia riittävästä energiansaannista. Virhe, tai aliravitsemuksen seurauksena voi iäkkäälle henkilölle koitua mielialan laskua, ruokahalun heikkenemistä, lihaksien heikkenemistä, liikkumisen vähentymistä, infektioita, hoidon tarpeen lisääntymistä, hengityksen ja sydämen toiminnan huononemista ja kustannusten lisääntymistä. (Lyyra ym. 2007, 187.)

Kotona asuvan ikääntyneen, jolla on sairauksia, tulisi kiinnittää huomiota energian määrän ja energiankulutuksen suhteeseen. Ruokavalion pitäisi olla monipuolinen ja sisältää riittävästi proteiinia. Etenkin sairauksien aikana tulisi kiinnittää huomiota riittävään ravintoaineiden saantiin. Punnitus olisi suositeltavaa vähintään kerran kuukaudessa ja myös lihaskuntoa ylläpitävää liikuntaa tulisi harjoittaa mahdollisuuksien mukaan säännöllisesti. Myös suunterveydestä huolehtiminen on erittäin tärkeää. (Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010, 21.) Esimerkiksi kartoittavien kotikäyntien yhteydessä voidaan havaita selviä puutteita kotona asuvan iäkkään ravitsemuksessa. Silloin olisi tärkeää järjestää mahdollisimman nopeasti asiakaslähtöinen ruokailun toteutus, mikä turvaa iäkkään riittävän ravinnonsaannin. Kauppapalvelu ja kotiateria ovat monen kotona asuvan iäkkään ainoa mahdollisuus onnistuneelle ravitsemukselle. Iäkkään avun tarve syömisessä tulee myös huomioida ja tarvittaessa häntä muistutetaan syömisestä. Omaisten mukaan

ottaminen ravitsemushoidon suunnitteluun ja toteutukseen on tärkeää, jos sellainen mahdollisuus on olemassa. (Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010, 22–23.)

Ikääntymisen henkilön ravitsemustilan arviointiin ja seurantaan suunnitellun MNA (Mini Nutritional Assessment) – mittarin avulla on mahdollista tunnistaa ne ikäkkäät ihmiset, joiden virhe- tai aliravitsemuksen ja sen vahingollisten seurauksien riski on kasvanut. MNA auttaa ennaltaehkäisevien toimenpiteiden kohdistamisessa ja aloittamisessa. Testin tulosten perusteella ei kuitenkaan voida tehdä päätelmiä esimerkiksi proteiini-aliravitsemuksesta ja sen mahdollisesta riskistä. Edellä mainittujen selvittämiseksi tarvitaan laboratoriotestejä. MNA- testiä voidaan käyttää säännöllisesti avohoidossa tai laitoshoidossa. (Mänty, Sihvonen, Hulkko, & Lounamaa 2007, 1.) Testi koostuu seulonta- ja arviointiosuudesta. Testi on hyvin nopea suorittaa, koska testin suorittamiseen menee alle 15 minuuttia. Jos tutkittava henkilö saa korkean pistemäärän testin seulontaosuudesta (12 pistettä tai enemmän), ei arviointia tarvitse jatkaa. Muissa tapauksissa vastataan kaikkiin kysymyksiin. (Mänty ym. 2007, 2.)

2.3.3 Päihteet

Ikääntyneiden päihteidenkäyttö on noussut vahvasti esille suomalaisessa mediassa muutaman viime vuoden aikana. Siitä käynnistynyt keskustelu toi esiin sen, että asian käsitteleminen on yhteiskunnassamme melko uutta ja vaikeaa. Tärkein näkyville noussut asia on se, että myös ikääntyneen väestön keskuudessa esiintyy päihderiippuvuutta ja päihdeongelmia. Hoitoa ja kuntoutusta onkin tarjolla maassamme iästä riippumatta. Ikääntyvien päihdeongelmat herättävätkin monenlaisia vahvoja tunteita ja asenteita. Sekä päihteidenkäyttäjät että päihdetyöntekijät saattavat kokea häpeää, vihaa, pelkoa ja syyllisyyttä. (Nyky, Heino, Myllymäki & Rinne 2010, 6.)

Suomessa alkoholi on laillistettu, tunnustettu ja hyväksytty päihde eli kulutushyödyke, jota markkinoidaan ja mainostetaan paljon. Alkoholin käyttö koetaankin usein kuuluvan itsestäänselvytenä moniin sosiaalisiin tilanteisiin. Tämän takia ne

ihmiset, joille alkoholin käytöstä tulee ongelma, jäävät helposti ilman minkäänlaista apua. Päihdeongelmat ovat usein ongelmaisen syyllistämisen, vahvojen negatiivisten ja ennakkoluulojen kohteena. Nämä asiat vaikeuttavat omalta osaltaan hoitoon hakeutumista. Yksilön itsemääräämisoikeus tulee aina esille keskusteltaessa päihteidenkäytöstä ja päihdeongelmista. Alkoholi mielletäänkin usein vahvasti yksityisasiaksi, jolloin myös siitä tulevia ongelmia pidetään yksilön itse hoidettavina. Ikääntyneiden päihdeongelmaisten itsemääräämisoikeudesta keskusteltaessa tuo iäkkään oman elämäkokemuksen korostaminen oman leimansa asiaan. Iäkkään kohdalla itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ei kuitenkaan saisi estää hänen oikeutta saada hoitoa. (Nyky ym. 2010, 7.)

Kotona asuvien ikääntyneiden päihdeongelmiin on vaikea puuttua kotihoidon taholta. Häpeää pidetään yleensä syynä siihen, että vanhuksen juomiseen ei puututa. Terveystieteissä ikääntyneiden alkoholiongelmat on sivuutettu. Terveystieteissä on todettu, että ikääntyneiden päihdeongelmat eivät kuulu heille. Kokonaisvastuu moniammatillisten verkostojen välillä on jäänyt vajavaiseksi ja näin vanhus- ja päihdetyö eivät kohtaa. Monesti ohjautuminen vanhustalouden, sosiaalitoimen tai kotihoidon asiakkaaksi ongelmallisten alkoholitottumuksien takia tapahtuu vasta sitten, kun elämäntilanteesta on vakavia puutteita. Kotihoidossa alkoholiongelmaisen iäkkään kanssa toimiessa tavoitteena on tukea ja auttaa arjen sujumista. Auttamisen taustalla on ajatus siitä, että asiakas itse pyrkisi kasvattamaan vastuutaan arjesta ja näin ollen myös juomisestaan heti, kun hänen voimavarojensa riittävät siihen. Ikääntyneiden ongelmallinen alkoholinkäyttö ei siis ratkei pelkästään päihde- tai vanhustyössä kehitetyillä toiminnoilla, vaan siihen tarvitaan vanhus- ja päihdetyön yhdistävää avointa keskustelua sekä vankkaa käytännön asiantuntija tietoa. (Alanko & Haarni 2007, 48.)

3 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

3.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävät

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tuottaa tietoa kartoittavien kotikäyntien avulla vuonna 1930 syntyneiden lahtelaisten terveydentilasta ja toimintakyvystä. Opinnäytetyömme tarkoituksena oli myös arvioida asiakkaan kanssa hänen toimintakykyään ja kotona pärjäämistään. Opinnäytetyömme tarkoituksena oli, että lahden vanhustenpalvelut voivat ennakoida ikääntyneiden mahdollista palveluiden tarvetta opinnäytetyömme avulla. Tutkimukseen osallistuneet ikääntyneet eivät kuuluneet kotihoidon piiriin.

Opinnäytetyömme tutkimustehtävät olivat:

1. Kuvata kartoittavaan kotikäyntiin osallistuvan lahtelaisen terveydentilaa ja toimintakykyä.
2. Kartoittaa, mitä palveluja lahtelaiset ikäihmiset tarvitsisivat kotona selviytymisen tueksi.

3.2 Tutkimusmenetelmä

Tämä tutkimus on kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus, jota käytetään paljon sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuksissa. Se sopi parhaiten meidän opinnäytetyöhömmä, jossa käsiteltiin sellaista havaintoaineistoa, mikä oli sopiva määrälliseen ja numeeriseen mittaamiseen. Määrällisessä tutkimuksessa on tärkeää käsitteiden määrittely, aiemmat tutkimukset sekä johtopäätökset aiemmista tutkimuksista. Huomioitavia seikkoja ovat myös koehenkilöiden tai tutkittavien henkilöiden valinta, taulukkomuotoon muodostuvat muuttujat ja aineiston muokkaaminen tilastollisesti käsiteltävään muotoon sekä päätelmien tekeminen havaintoaineiston tilastolliseen analysointiin perustuen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2006, 130–131.)

Määrällisessä tutkimusmenetelmässä käytetään usein perinteistä survey-tutkimusta. Survey-tutkimuksessa tyypillisesti kerätään tietoa käyttäen kyselylo-

maketta tai strukturoitua haastattelua. (Hirsjärvi ym. 2006, 125, 182.) Opinnäytetyössämme tutkimustieto kerättiin haastattelulomakkeella. Haastattelulomake oli muokattu juuri tätä tutkimusta varten. Tämä lomakehaastattelu on informoitu, jolla tarkoitetaan, että tutkija voi esittää haastattelun aikana vastaajalle myös lisäkysymyksiä (Vilka 2007, 29). Meidän opinnäytetyössä tällä tarkoitetaan erilais-ten testien jatko-osia, joita tarvittaessa otimme käyttöön sekä erilaisia täytekysymyksiä, joilla saimme epäselviin vastauksiin lisäselvyyttä.

Tutkimusaineisto kerättiin kartoittaviin kotikäynteihin osallistuneiden terveystieteen alanopiskelijoiden toimesta. Haastattelulomake sisälsi 46 suljettua ja 35 avointa kysymystä. Lomakkeen lopussa oli varattuna yksi sivu haastattelijan huomioille. Haastattelulomakkeen runko rakennettiin Lahden ammattikorkeakouluun kuuluvassa Oppimiskeskus-optiimissa. Lomake oli mukailtu Reija Heinolan tutkimuksesta ”Apua ja iloa pienellä vaivalla”. Em. tutkimuksessa samanmuotoista lomaketta on käytetty viidessä eri kunnassa tehdyissä ennaltaehkäisevissä kotikäynneissä.

Haastattelulomake on hyvä testata aina ennen varsinaista aineistonkeruuta. Suositeltavaa on, että lomaketta testataan enemmän kuin yhden kerran. (Vilka 2007, 78.) Syksyllä 2010 Oppimiskeskus-Optiimista tehtiin kaksi kartoittavaa kotikäyntiä, joilla suoritettiin lomakkeen esitestaus. Lomakkeen kommentointia ei myöskään saa sekoittaa testaamiseen. Lomakkeen oikeaoppinen testaaminen tarkoittaa sitä, että tehdään koehaastattelu, jossa testaajina voi toimia asiantuntijat, perusjoukkoon kuuluvat tai vastaavat henkilöt. (Vilka 2007, 78.)

3.3 Tutkimusaineiston keruu

Tutkimuslupa saatiin Lahden kaupungin vanhusten avopalveluiden päälliköltä. Tutkimukseen osallistuvilta kysyttiin lupa haastatteluun ajanvaraussoiton yhteydessä. Ennen haastattelua haastattelija pyysi haastateltavalta allekirjoituksen lupalomakkeeseen, jolla asiakas antoi luvan tietojen käyttöön tutkimuksessa. Samalla lomakkeella haastateltava antoi myös luvan viedä tutkimuksen aikana selvinneet tiedot asiakkaan potilastietoihin. Jos haastateltava ei antanut suostumusta tietojen

käyttöön tutkimuksissa, niin kotikäynti tehtiin kaikesta huolimatta. Kukaan haastateltavista ei kieltänyt tietojen käytöstä tutkimuksessa. Ajanvaraussoitot onnistuivat hyvin, koska suurin osa ikääntyneistä halusi kartoittavan kotikäynnin. Muutama ikääntyneet kieltäytyivät kotikäynnistä, koska he kokivat pärjäävänsä omassa kodissaan ilman ulkopuolista apua. Meidän tutkimusaineistomme kerättiin maaliskuussa 2011.

Tutkimusaineistomme koostui Lahden keskustassa asuvista kotihoitoon kuulumattomista vuonna 1930 syntyneistä ikääntyneistä. Haastateltavat asuivat keskustan kotihoidon alueella. Yhteensä keskustan kotihoidon alueella asui 110 kyseisenä vuonna syntynyttä, mutta kotikäyntejä suunniteltiin tehtäväksi kevään 2011 aikana 86. Meidän opinnäytetyömme aineiston oli tarkoitus koostua 21 kartoittavasta kotikäynnistä, mutta määräaikaan mennessä olimme saaneet 17 täytettyä haastattelulomaketta. Meidän opinnäytetyömme on pilottiprojekti tulevasta isommasta kartoittavat kotikäynnit projektista. Kartoitettavia kotikäyntejä oli suorittamassa Lahden ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden sairaanhoitaja- ja fysioterapeuttiopiskelijat. Sairaanhoitaja- ja fysioterapiaopiskelijat tekevät kaikki kartoittavat kotikäynnit koko projektin aikana.

Kartoittavilla kotikäynneillä kartoitimme ikääntyneen toiminta- ja liikuntakykyä sekä mahdollista apuvälineiden tarvetta. Selvitimme myös heidän terveydentilaansa, jotta Lahden vanhusten palvelut voivat ennakoida kohdejoukon mahdollista tulevaa palvelujen tarvetta. Tekemillämme kartoittavilla kotikäynneillä halusimme lisätä ikääntyneiden turvallisuutta sekä antaa neuvoja erilaisista palvelumahdollisuuksista.

Kartoittavista kotikäynneistä lähti koulun toimesta kirje viikolla 10/2011 (liite 1). Seuraavalla viikolla eli viikolla 11/2011 teimme soitot asiakkaille, jotka olivat kirjeen saaneet edellisellä viikolla. Soittamista varten meillä oli nimilista, jossa oli asiakkaan nimi ja osoite. Puhelinnumeron etsimme Eniron kautta. Nimilistalta valitsimme haastateltavat summittaisesti. Osa kartoitettaviin kotikäynteihin merkityistä ihmisistä oli kuollut, muuten tavoittamattomissa tai henkilö ei halunnut osallistua kartoittavaan kotikäyntiin. Kotikäyntiin kieltäytyminen liittyi usein siihen, että ikääntynyt ei kokenut tarvitsevansa kotikäyntiä hyväkuntoisuutensa,

omaisilta saamansa avun vuoksi tai siksi, että kartoittava kotikäynti oli tehty perheeseen aviopuolison luokse aikaisemmin.

Tämän opinnäytetyön tekijöistä toinen suoritti yhdeksän kartoittavaa kotikäyntiä ja loput aineistosta keräsivät muut projektiin osallistuneet opiskelijaparit. Kotikäyntejä suorittaneiden opiskelijoiden tueksi oli järjestetty konsultointiapu opettajaan. Kotikäyntien suorittajilla oli mahdollisuus kertoa välittömästi kotihoidon henkilöille asiakkaista, jotka tarvitsivat välitöntä apua. Kotihoidosta saimme tiedon, että heillä on velvollisuus tehdä kotihoidon taholta kotikäynti yhden viikon kuluttua tiedon saamisesta. Ensimmäisellä kartoittavalla kotikäynnillä oli kartoitettavia kotikäyntejä ohjaava alan ammattilainen mukana.

4 TULOKSET

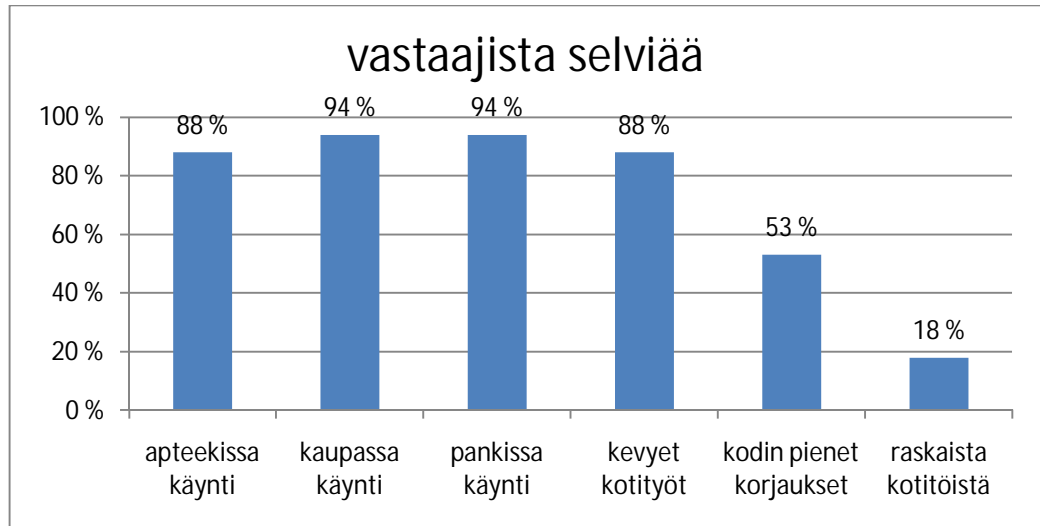
Tutkimuksen tuloksissa kuvataan haastateltavien taustatietoja, toimintakykyä, terveydentilaa ja palveluntarpeita. Tulokset esitetään opinnäytetyön teoreettisiin lähtökohtiin viitaten. Toimintakykyä koskevat tulokset liittyvät ikääntyneen fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Terveydentilaa koskevat keskeiset tulokset liittyvät ikääntyneiden ravitsemukseen, lääkehoitoon ja päihteiden käyttöön. Tutkimustehtävänämmme oli kuvata kartoittavaan kotikäyntiin osallistuvan lahtelaisen terveydentilaa ja toimintakykyä sekä kartoittaa mitä palveluja lahtelaiset ikäihmiset tarvitsevat kotona selviytymisen tueksi.

4.1 Haastateltavien taustatiedot

Kaikki haastatteluun osallistuneet 17 henkilöä olivat lahtelaisia keskustan alueella asuvia 80-vuotiaita. Heistä naisia oli 9 ja miehiä oli 8. Miehistä jokainen asui puolisonsa kanssa ja naisista yhtä lukuun ottamatta kaikki asuivat yksin.

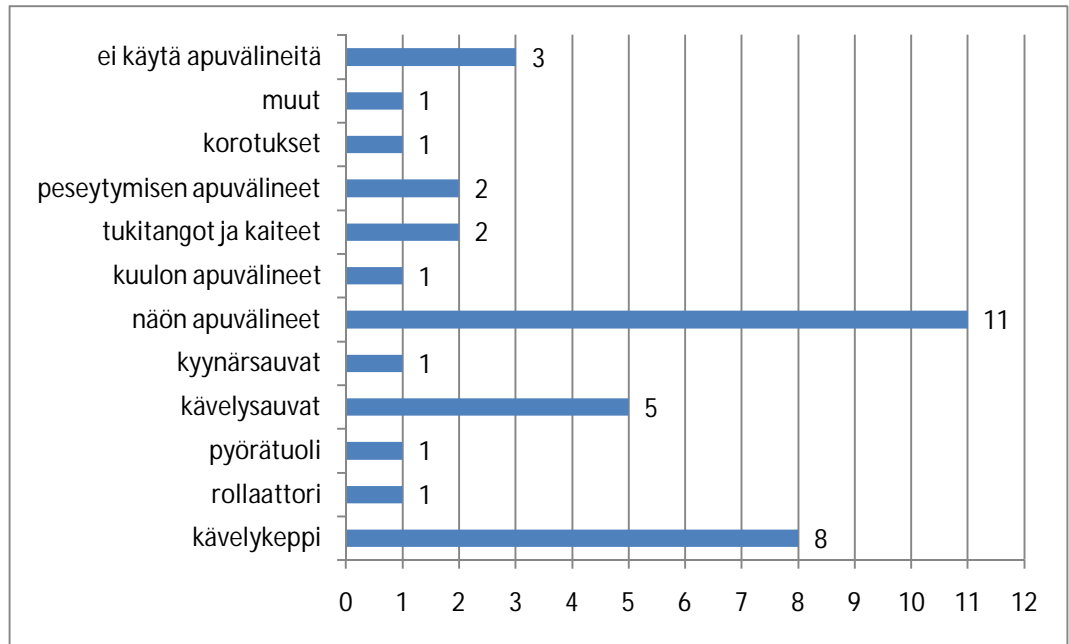
4.2 Ikääntyneiden toimintakyky

Haastateltavista lähes kaikki selviävät arkeen kuuluvista rutiineista, kuten kaupassa, apteekissa ja pankissa asioinnista (kuvio 1). Myös kevyet kotityöt sujuvat lähes jokaiselta. Kodin pienet korjaukset sujuvat noin puolelta vastaajista ja raskaat kotityöt vain alle viidennekseltä.



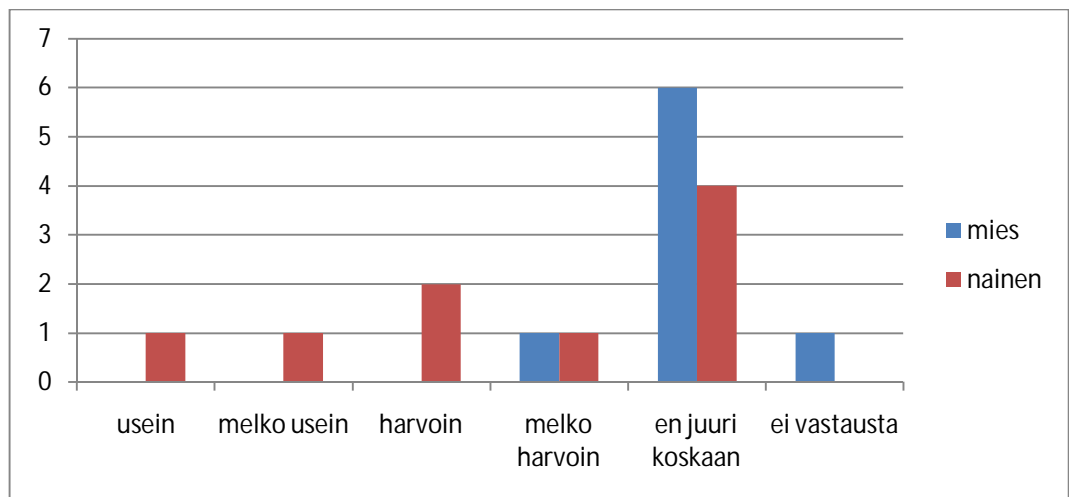
KUVIO 1. Ikääntyneiden selviytyminen arkiaskareista. (n=17)

Ikääntyneiden kotona selviytymistä helpottavien apuvälineiden käytössä ei tullut mitään yllättävää esille (kuvio 2, s.23). Haastateltavista kolme ei käyttänyt mitään apuvälineitä. Yleisempiä apuvälineitä olivat odotetusti näön apuvälineet (11), kävelykeppi (8), kävelysauvat (5).

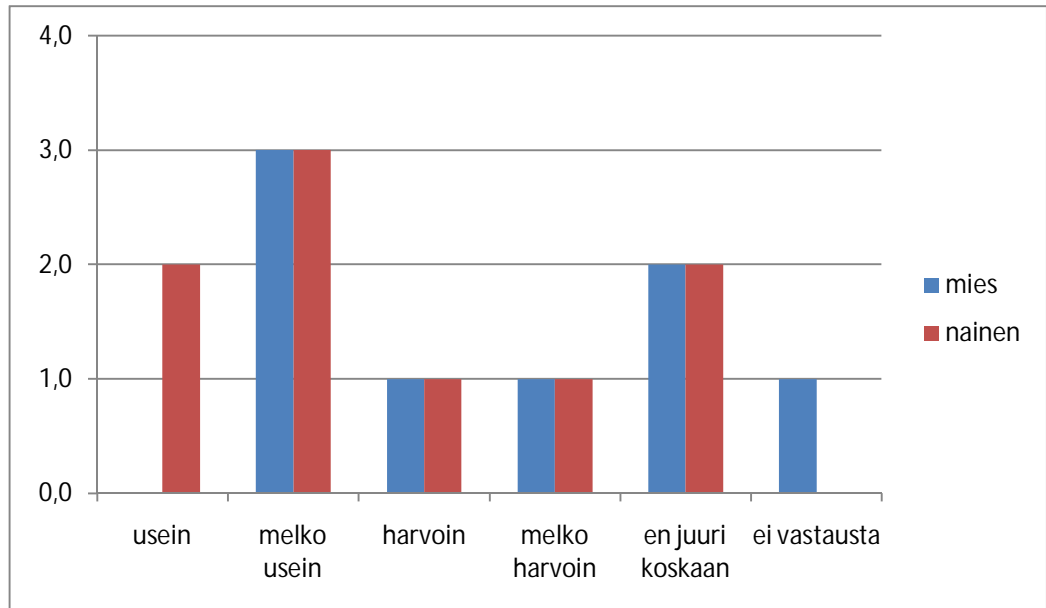


KUVIO 2. Ikääntyneiden apuvälineiden käyttö kotona. (n=17)

Yksinäisyyttä vuoden aikana kokeneita ei ollut monta. Lähes suurin osa ei ollut kokenut yksinäisyyttä juuri koskaan (kuvio 3). Olonsa väsyneeksi tunteneita oli jo huomattavasti enemmän (kuvio 4, s.24). Usein tai melko usein väsyneeksi itsensä tuntevia oli lähes puolet haastateltavista.

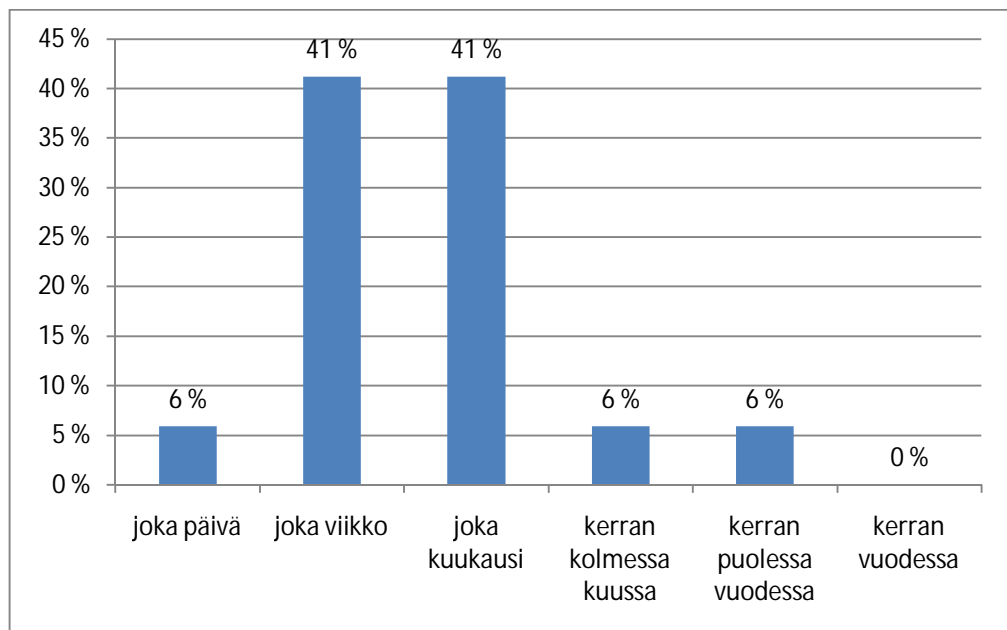


KUVIO 3. Kokemus yksinäisyydestä. (n=17)

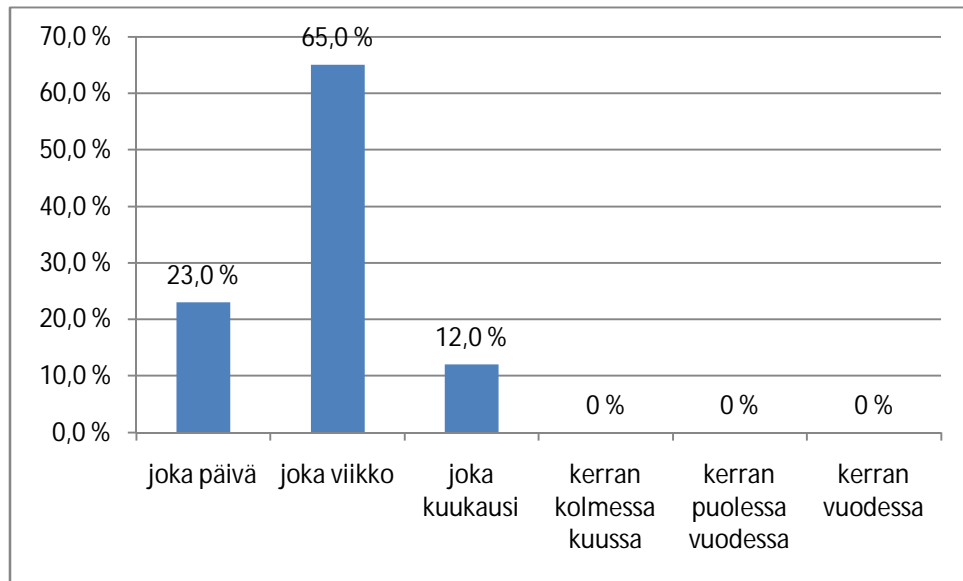


KUVIO 4. Väsyneeksi olonsa kokeneet ikääntyneet. (n=17)

Tutkimuksen mukaan omaiset vierailivat tutkittavien iäkkäiden luona joko joka viikko (41 %) tai joka kuukausi (41 %). Yhdellä vastaajista jopa joka päivä (kuvio 5). Puhelimitse iäkkäät olivat omaisiin yhteydessä joka viikko (65 %), joka päivä (23 %) tai ainakin kuukausittain (12 %). Kaikki haastateltavat pitivät yhteyttä omaisiin (kuvio6, s.26).

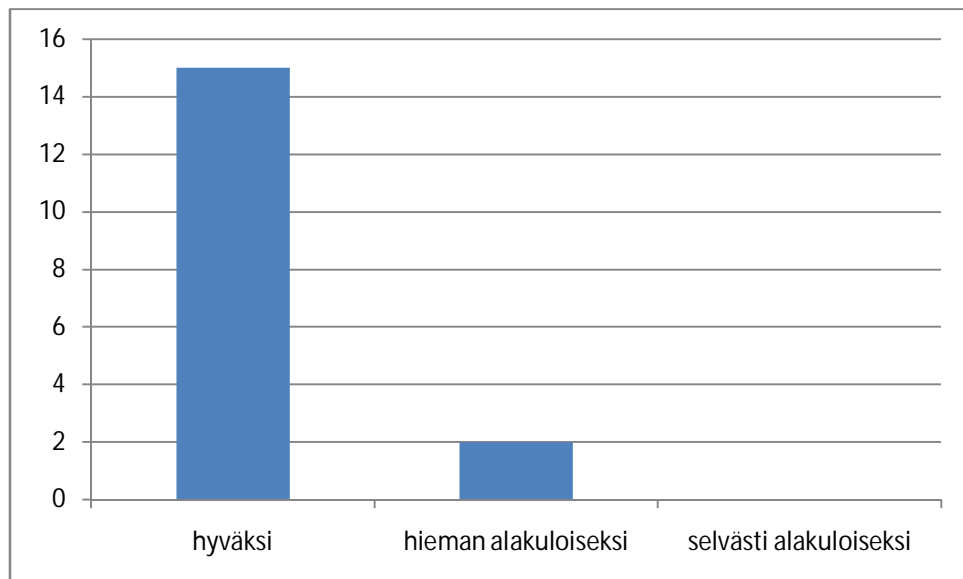


KUVIO 5. Omaisten ja ystävien vierailut. (n=17)



KUVIO 6. Ikääntyneiden ilmoittama puhelinyhteysien määrä. (n=17)

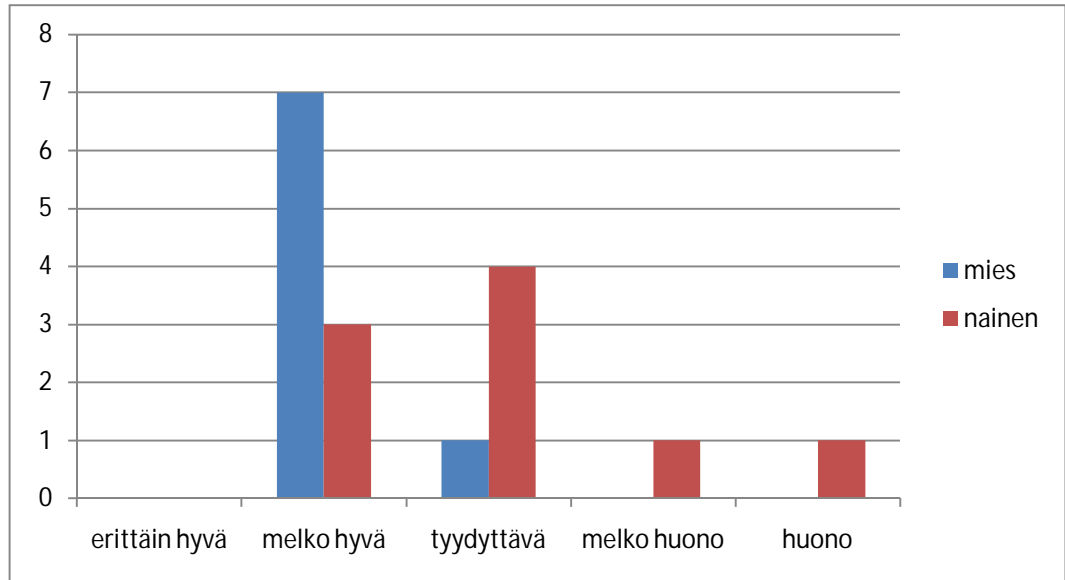
Haastatteluissa tehtiin kolmelle ikääntyneelle GDS15 -testi, vaikka vain kaksi oli vastannut mielialansa hieman alakuloiseksi (kuvio 7).



KUVIO 7. Mielialan kokeminen ikääntyneillä. (n=17)

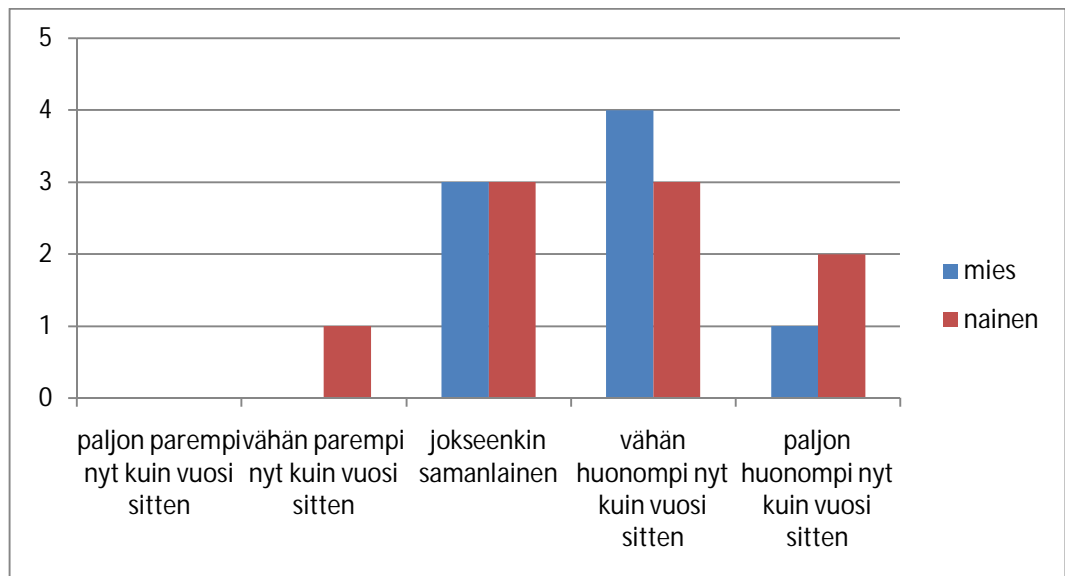
4.3 Ikääntyneiden terveydentila

Kukaan haastateltavista ei kokenut terveydentilaansa erittäin hyväksi, mutta melko hyväksi jo yli puolet vastaajista. Tyydyttäväksi, melko huonoksi tai huonoksi terveydentilansa kokeneiden joukossa oli enemmän naisia (kuvio 8).



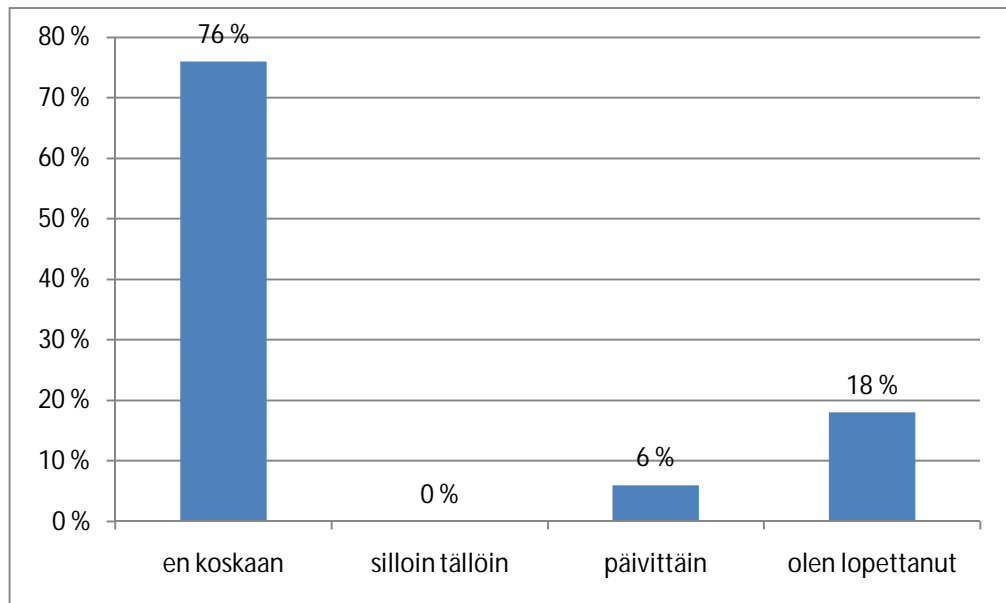
KUVIO 8. Ikääntyneiden kokema terveydentila. (n=17)

Terveydentila viime vuoteen verrattuna yhtä lukuun ottamatta oli pysynyt samanalaisena tai huonontunut (kuvio 9). Kolmella vastaajalla terveydentila oli paljon huonompi nyt kuin vuosi sitten.



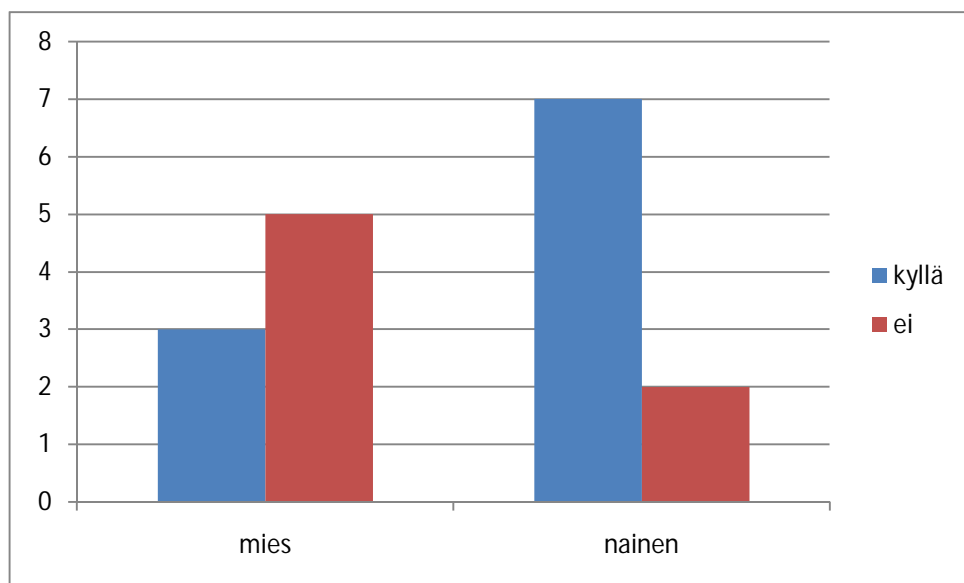
KUVIO 11. Ikääntyneiden kokemus terveydentilastaan viimevuoteen verrattuna. (n=17)

Ikäkkäiden tupakointi oli vähäistä (kuvio 10). Haastatelluista 76 % ei ollut koskaan tupakoinut. Vain yksi vastaajista tupakoi päivittäin.

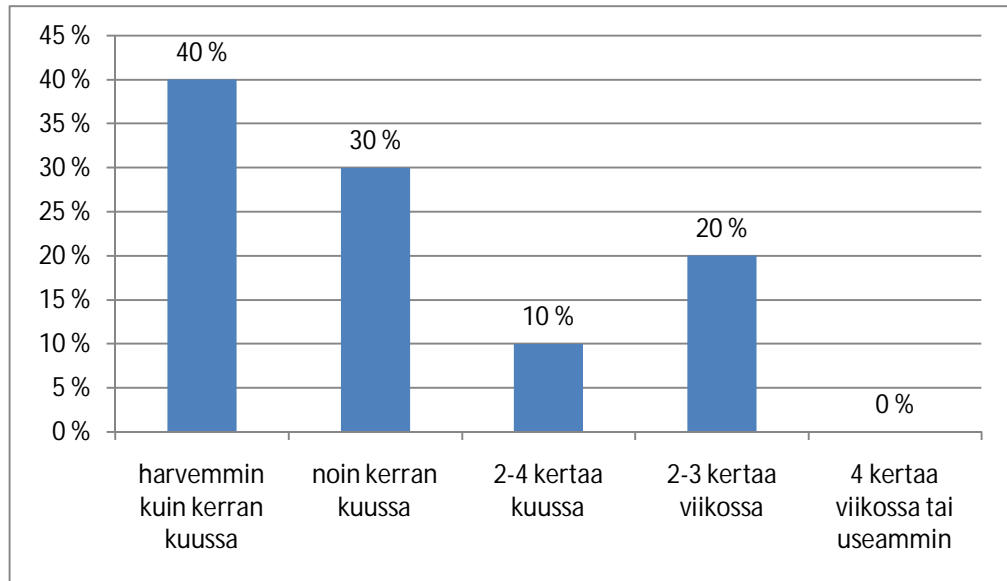


KUVIO 10. Ikääntyneiden tupakointi. (n=17)

Alkoholin käyttö oli myös vähäistä (kuvio 11). Naisista löytyi enemmän alkoholin käyttäjiä kuin miehistä, mutta haastateltavista 70 % käytti alkoholia kerran kuussa tai harvemmin (kuvio 12,s.28).

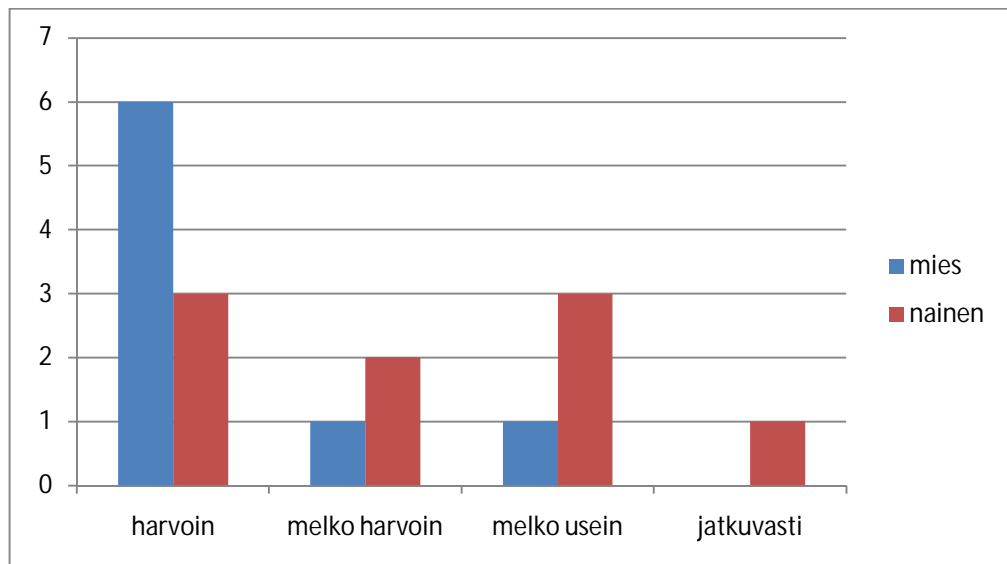


Kuvio 11. Ikääntyneiden alkoholin käyttö. (n=17)



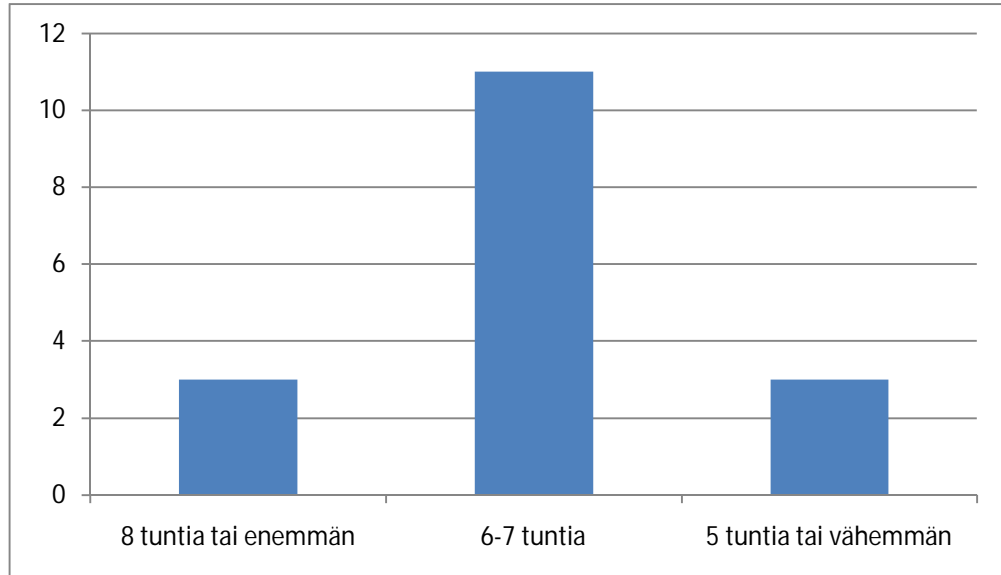
KUVIO 12. Ikääntyneiden alkoholin käytön usein. (n=17)

Haastateltavista vain yhdellä oli vaikeuksia nukahtaa jatkuvasti (kuvio 13). Yli puolella iäkkäistä esiintyi nukahtamisvaikeuksia vain harvoin. Tässä yhteydessä kysyttiin myös unilääkkeiden käytöstä. Ainoastaan kolme tutkittavista käytti unilääkkeitä.

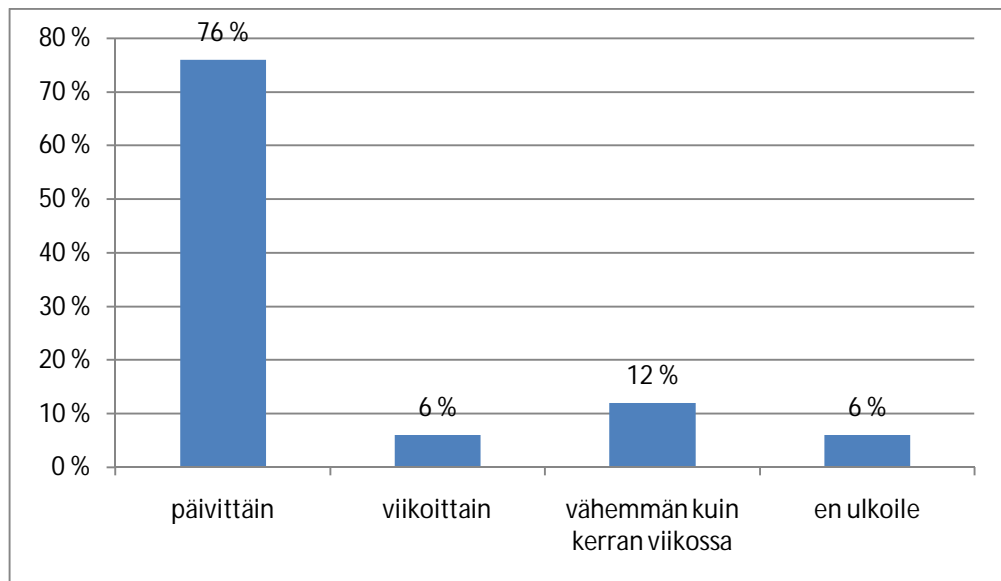


KUVIO 13. Ikääntyneiden kokemus nukahtamisvaikeudesta. (n=17)

Keskimäärin haastateltavat nukkuivat 6-7h vuorokauden aikana. Kenelläkään unen pituudet eivät jääneet huolestuttavan lyhyiksi (kuvio 14). Tutkimukseen osallistuneet iäkkäät harrastivat paljon ulkoilua (kuvio 15) . Päivittäin ulkoilevia oli 76 %.

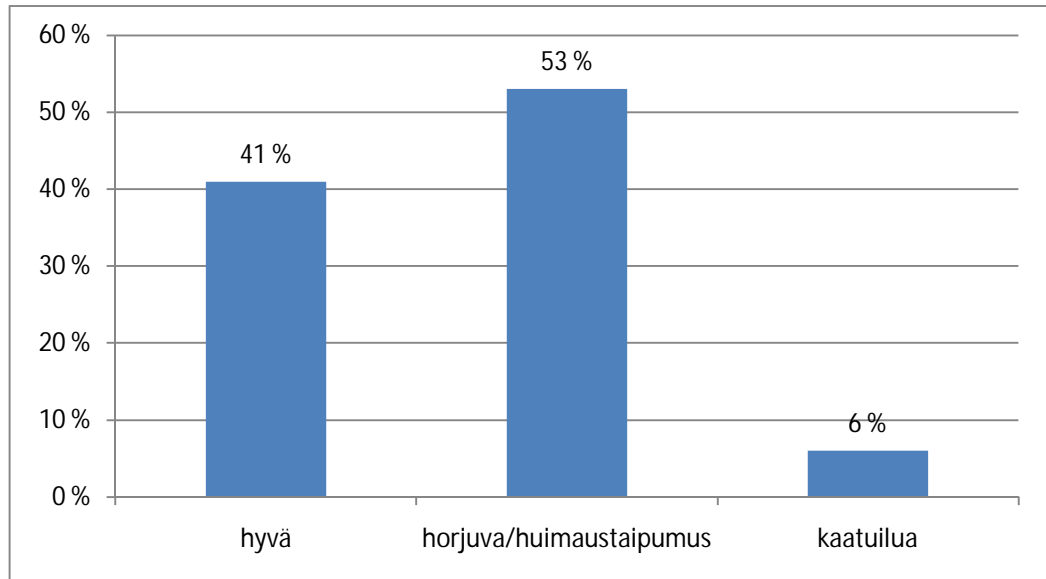


KUVIO 14. Ikääntyneiden yönunien pituus. (n=17)

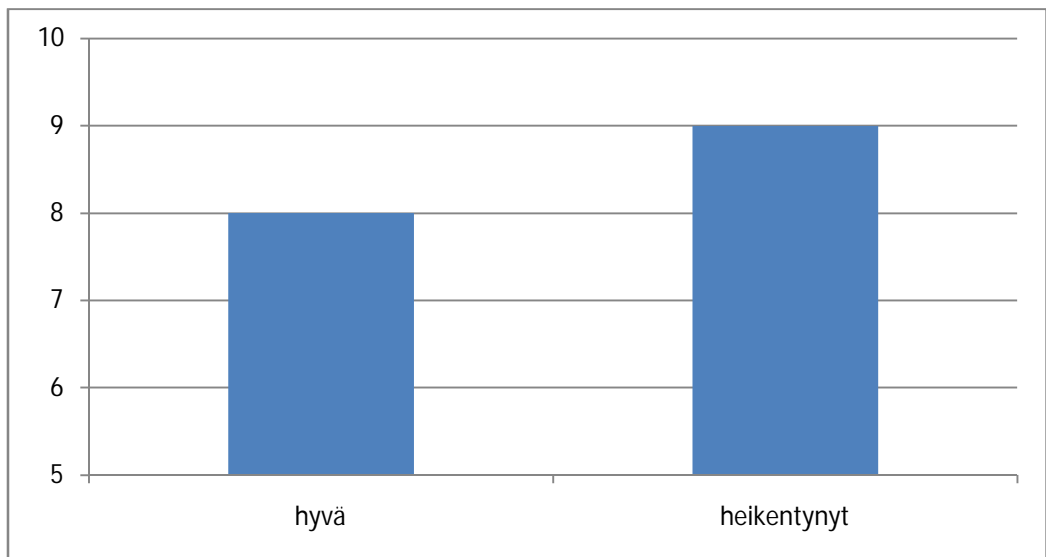


KUVIO 15. Ikääntyneiden ulkoiluaktiivisuus. (n=17)

Haastateltavista tasapainon koki hyväksi 41 %, horjuvaksi 53 %. Yhdellä vastaajista oli kaatuilutaipumusta (kuvio 16). Kuulo oli heikentynyt yli puolella haastateltavista (kuvio 17)

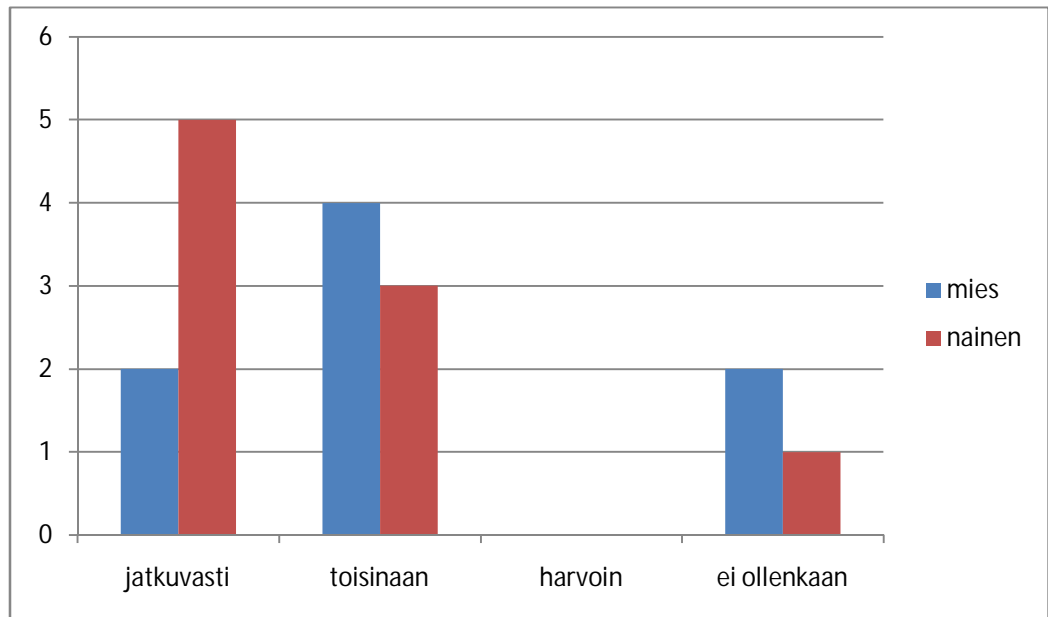


KUVIO 16. ikääntyneiden kokemus tasapainostaan. (n=17)



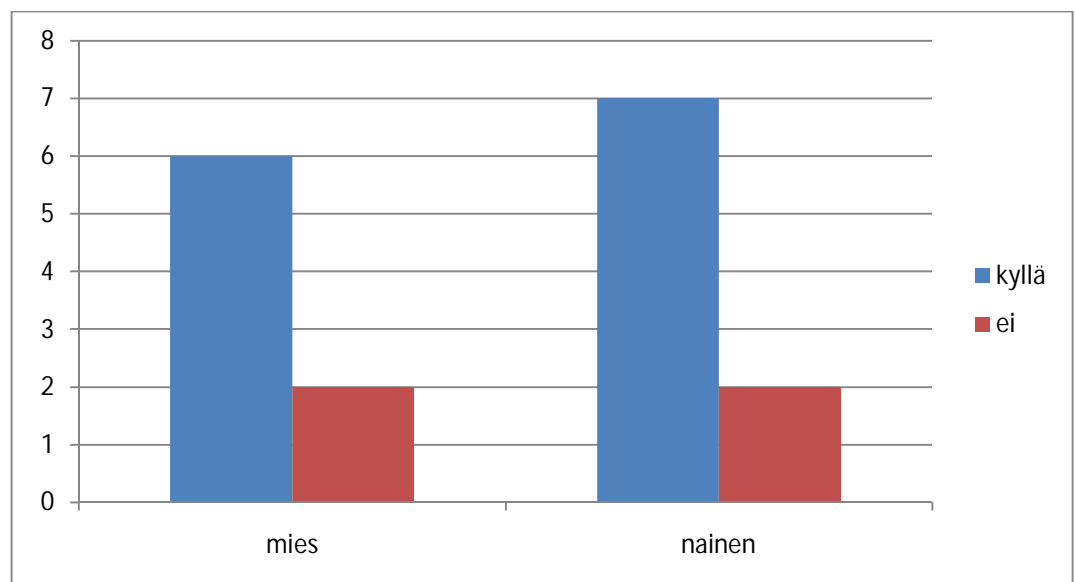
KUVIO 17. Ikääntyneiden kokemus kuulostaan. (n=17)

Haastatelluista kipua ja särky tunti jatkuvasti tai toisinaan 14 vastaajaa. Kivuttomia iäkkäitä oli kolme (kuvio 18, s.31). Suurella osalla haastateltavista oli säännöllinen kipulääkitys.

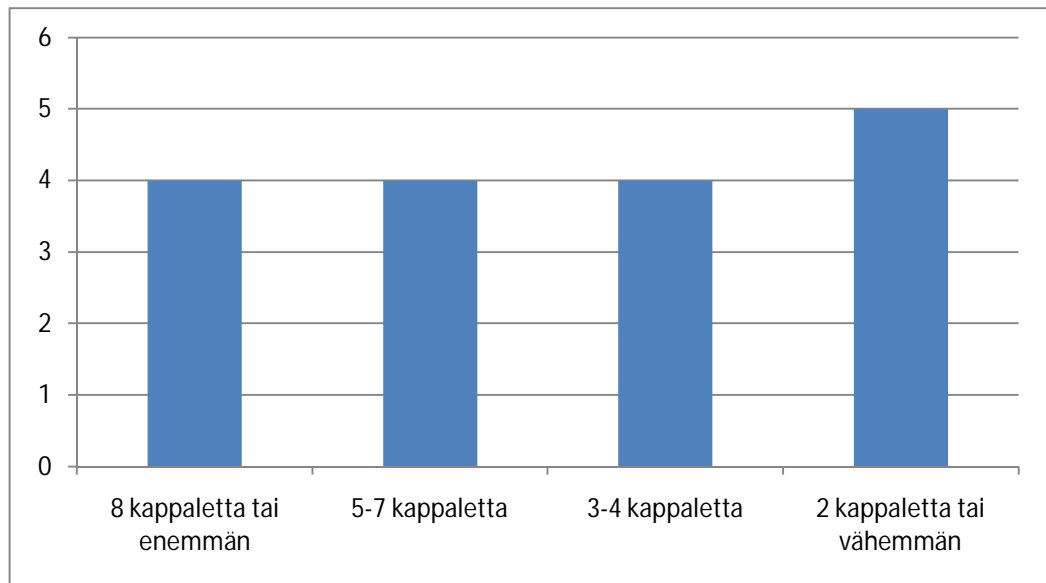


KUVIO 18. Ikääntyneiden kokemus kivusta ja särystä. (n=17)

13 iäkästä koki selviävänsä lääkehoidostaan (kuvio 19). Vain neljä haastateltavaa koki tarvitsevänsä apua lääkehoidossa. Reseptilääkkeiden määrä oli aika tasainen (kuvio 20, s.32). Neljällä haastateltavista oli kahdeksan tai enemmän reseptilääkkeitä ja melkein puolella vastaajista oli yli suositusten mukainen määrä lääkkeitä.



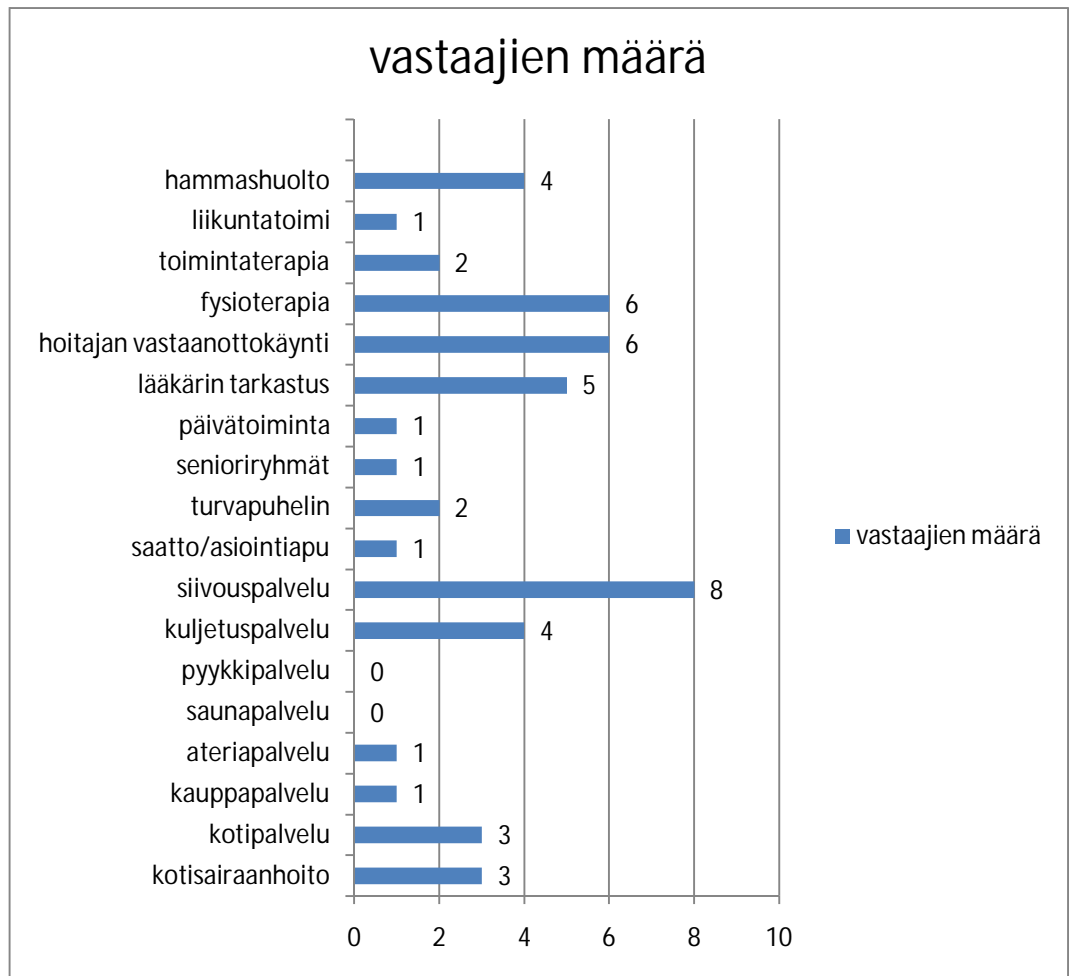
KUVIO 19. Ikääntyneiden selviäminen lääkehoidosta. (n=17)



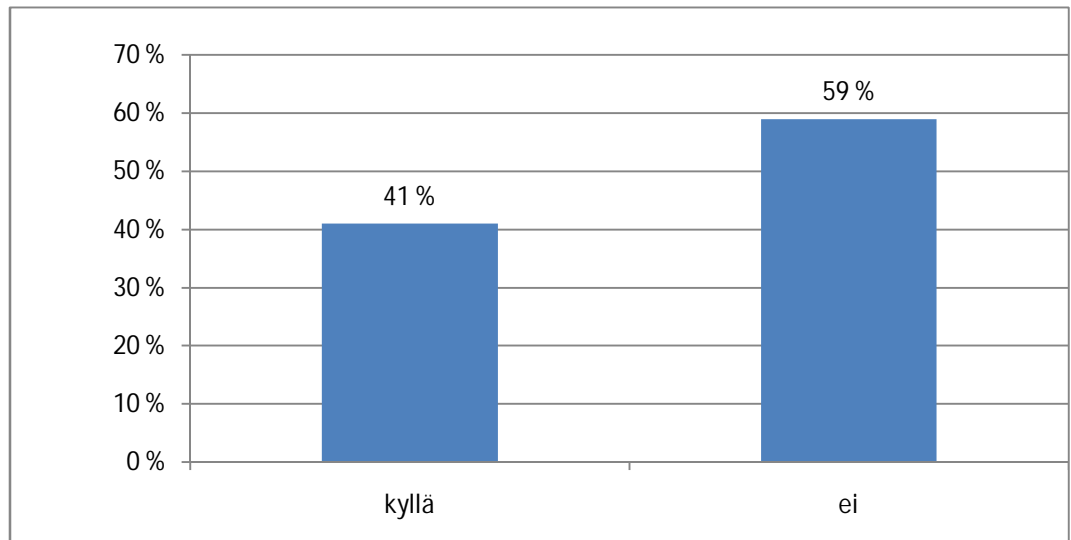
KUVIO 20. Ikääntyneiden reseptilääkkeiden käyttö. (n=17)

4.4 Haastatteluiden aikana heränneet palvelujentarpeet

Haastateltavat kokivat tarvitsevansa seuraavan vuoden aikana eniten siivouspalvelua (8), fysioterapiaa (6) ja hoitajan vastaanottokäyntiä (6). Myös Kuljetuspalvelu (4) ja hammashuolto (4) koettiin tarpeelliseksi (Kuvio 21, s.33). Yli puolella vastaajista ei ollut henkilöä, joka voisi auttaa heitä palveluiden järjestämisessä (kuvio22, s.33).



KUVIO 21. Ikääntyneiden kokemus palveluntarpeistaan. (n=17)



KUVIO 22. Ikääntyneiden kokemus palvelun järjestämisavusta. (n=17)

5 POHDINTA

5.1 Tutkimuksen luotettavuus

Reliaabelius ja validius arvioivat tutkimuksen kokonaisluotettavuutta. Tutkimuksen reliaabelius tarkoittaa tutkimuksen kykyä, jolla saadaan ei-sattumanvaraisia tuloksia. Toisaalta reliabiliteetti arvioi tulosten pysyvyyttä, mittauksista toisiin. Tällä tarkoitetaan tutkimuksen toistettavuutta. Tutkimus on luotettava, kun toistetuissa mittauksissa saadaan samanlaisia tuloksia riippumatta tutkijasta. (Vilka 2007, 149.) Tämän tutkimuksen tuloksissa saatiin paljon samanlaisia tuloksia, vaikka tutkijoita oli useita. Tämän tutkimuksen luotettavuutta heikensi se, että kaikkiin kysymyksiin ei ollut vastattu ja osaan kysymyksistä joihin oli tarkoitus vastata vain yhteen kohtaan, olikin vastattu useampaan. Esimerkiksi kysymyksessä ”mikä olisi paras vaihtoehto asumiselle, jos ette enää pärjäisi kotona”, tässä kohtaa haastateltava oli vastannut useampaan kohtaan. Osassa haastattelulomakkeista haastattelija oli tehnyt merkinnät epäselvästi, joten sellaisissa kohdissa jäi paljon tulkinnanvaraakaan, mikä heikentää tutkimuksen luotettavuutta.

Validius puolestaan kertoo tutkimuksen kykyä mitata sitä, mitä sillä on tarkoituskin mitata. Tässä tutkijan on tärkeä keskittyä teoreettisiin käsitteisiin ja niiden muokkaamiseen arkikieleksi, jotta ajatuskokonaisuus näkyy myös vielä itse mittarissa eli lomakkeessa. (Vilka 2007, 150.) Tämän tutkimuksen haastattelulomakkeella saatiin vastauksia niihin tutkimustehtäviin, joihin oli tarkoituskin saada vastaus. Tulevia palveluiden tarpeita oli tarkoitus saada selville, mutta se jäi hie-man vajaaksi. Uskomme kuitenkin että, kun tulevassa tutkimuksessa haastateltavia on enemmän, niin palveluiden tarpeetkin tulevat näkyvimmin selville.

Tutkimuksen kokonaisluotettavuus on hyvä, jos otos edustaa perusjoukkoa ja itse mittaamisessa on tapahtunut mahdollisimman vähän satunnaisvirheitä. Kokonaisluotettavuutta voidaan arvioida esimerkiksi uusintamittauksen avulla. (Vilka 2007, 152.) Systemaattiset virheet puolestaan johtavat tulokset harhaan ja heikentävät sekä tutkimuksen reliabiliteettia sekä validiteettia. Systemaattinen virhe voi syntyä esimerkiksi siitä, että vastaajat valehtelevat, kaunistelevat tai vähättelevät

vaikeasti lähestyttäviä aiheita. (Vilka 2007, 153.) Osa haastateltavista ei vastannut kaikkiin kysymyksiin, joka saattoi johtua siitä, että aihe oli heille arka. Haastateltava ei myöskään voinut olla aivan varma, että kaunisteleeko haastateltava esimerkiksi pärjäämistään kotona.

Tämä tutkimus oli kartoittavien kotikäyntien ”pilottiprojektin pilottiprojekti”, jossa otos oli hyvin pieni, mutta saadut tutkimustulokset olivat kuitenkin vertailtavissa aikaisempiin samankaltaisiin tutkimuksiin. Tämä tutkimus tukee tulevaa tutkimusta, joka tehdään kaikista vuonna 1930 syntyneistä lahtelaisista. Tämän tutkimuksen aikana haastattelulomakkeita on käytetty sovittujen ohjeiden mukaisesti. Myöhemmin suoritettavissa kotikäynneissä haastateltaville pystytään antamaan ohjeita, että miten haastattelulomakkeiden täyttämässä ei syntyisi virheitä, jotka vaikuttavat tutkimuksen luotettavuuteen.

5.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkittaviin ikääntyneisiin otettiin yhteyttä puhelimitse ja puhelun aikana kerrottiin heille haastattelun luonteesta ja kestosta. Puhelussa korostettiin haastattelijan salassapitovelvollisuutta. Haastateltavilta kysyttiin lupa haastatteluun, jonka jälkeen haastatteluun suostuvien kanssa sovittiin haastattelun ajankohdasta. Haastattelun alussa haastateltavalle kerrottiin vielä toistamiseen haastattelusta saatavien tutkimustulosten käsittelystä. Haastateltavalle korostettiin, että tietoja käsitellään anonymisti siten, ettei kenenkään henkilöllisyys paljastu tutkimusprosessin missään vaiheessa. Kaikilta haastatteluun osallistuvilta pyydettiin myös kirjallinen suostumus tutkimukseen. Lupa opinnäytetyöhön saatiin Lahden vanhusten avopalveluiden päälliköltä. Haastattelun eettisyys ilmeni haastattelun vapaaehtoisuutena ja haastateltavien anonymiteettinä. (Hirsjärvi 2007, 181.)

Jokainen vuonna 1930 syntynyt oli saanut saatekirjeen, jossa kerrottiin, että mihin haastatteluista saatua tietoa käytetään. Soitettaessa asiakkaalle kerrottiin, että kotikäynteihin osallistuminen on vapaaehtoista ja kartoittavaan kotikäyntiin osallistuminen ei tarkoita sitä, että haastateltava tarvitsisi välttämättä tällä hetkellä mitään palveluita. Tutkittavia kohdeltiin kunnioittaen ja rehellisesti. Kunnioitusta ja

rehellisyyttä osoitettiin esimerkiksi sillä, että tutkittavilta pyydettiin lupa tutkimukseen osallistumisesta. Suostuminen tutkimukseen edellyttää sitä, että haastateltavat saivat monipuolista informaatiota tutkimuksesta etukäteen (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 366). Puheluiden aikana oli aistittavissa pelko, että jos kartoittavan kotikäynnin ottaa vastaan, se tarkoittaa automaattisesti sitä, että ikääntynyt ei pärjää kotona.

Fysioterapeuttiopiskelija kysyi aina haastatteluiden aluksi että sopiiko asunnossa kiertää sillä välin, kun sairaanhoitajaopiskelija haastattelee. Useimmiten haastateltavat antoivat luvan kiertää asunnossa, mutta toisinaan haastateltava halusi olla mukana ympäristön arvioinnissa.

Toisen kotiin mentäessä oli otettava huomioon, että kaikki mikä ei tapahtunut haastateltavan nähden, oli hyvä kertoa. Esimerkiksi haastattelun aikana fysioterapeuttiopiskelija saattoi olla tekemässä valmisteluja fyysisen suorituskyvyn testejä varten tai sairaanhoitajaopiskelija teki muistiinpanoja toisessa huoneessa fysioterapiaopiskelijan tehdessä testejä haastateltavalle. Varsinkin muistihäiriöisen haastateltavan luona oli oltava erityisen avoin, koska muistihäiriöinen olisi voinut luulla, että häneltä varastetaan jotain. Osassa käynneistä haastateltavien luona oli paikalla omainen, joten arkaluontoisia kysymyksiä kysyttäessä oli otettava huomioon haastateltavan yksityisyys esimerkiksi virtsanpidätyskyvystä tai masennuksesta kysyttäessä. Omaisen tai puolison paikallaolo toisinaan vaikutti haastateltavan käyttäytymiseen.

Haastattelun aikana oli tärkeää korostaa, että kaikki tieto on tärkeää tutkimuksen kannalta, koska haastateltava saattoi empiä joidenkin kysymyksien kohdalla kysymykseen vastaamista. MMSE- testi aiheutti paljon närkästystä, koska haastateltavat, joilla ei havaittu muistinheikentymistä, kokivat kysymykset vastenmielisiksi ja lapsellisiksi. Yhden asiakkaan luona oli kartoittavan kotikäynnin kohteena samaa vuonna syntynyt pariskunta. Tässä kohtaa oli mietittävä MMSE- testien suorittamista eri huoneissa, koska MMSE- testin tulos olisi ollut virheellinen, jos toinen haastateltavista olisi kuullut aviopuolison vastaukset etukäteen. Pariskunnan haastatteluun emme olleet etukäteen valmistautuneet, joten kävimme pariskunnan kanssa keskustelua, että sopiiko ns. ”yhteishaastattelu”. Pariskunta mietti

ääneen, että jääkö toinen hieman ”vajaalle haastattelulle”, jos haastatteluun on varattu yhtä henkilöä kohden tietty aika ja nyt tehdäänkin samassa ajassa kaksi haastattelua. Tässä kohtaa teimme parini kanssa ratkaisun, että haastatteleminen kummatkin ja emme pitäneet aikataulusta niin tarkkaan huolta, koska kyseessä oli päivän viimeinen haastattelu. Osan testeistä, muun muassa MMSE-, MNA-, ja kellotaulutestin, sairaanhoitajaopiskelija teki sillä aikaa, kun toinen pariskunnasta oli suorittamassa fyysisen toimintakyvyn testejä.

Haastateltava joutui toisinaan vaikeiden tilanteiden eteen esimerkiksi, kun haastattelija huomasi selkeästi, että haastateltava tarvitsee apua kotiin, mutta haastateltava kieltäytyi ottamasta apua vastaan. Tällaisissa tilanteissa jouduimme miettimään että onko oikein informoida kaupungin kotihoitoa, vaikka vanhus ei itse näe tilanteessaan mitään avuntarvetta. Muutamassa paikassa sovimme haastateltavan kanssa, että kirjaamme huolemme asiakkaalle jäävään haastattelunosaan ja näin esimerkiksi omaisen tai asiakas itse tarpeen mukaan. Kaikista 17 haastateltavasta tehtiin ainoastaan yhdestä kiireellinen huolenaiheen ilmoitus kotihoitoon. Muutama asiakas oli itse yhteydessä apuvälinelainaamoon, terveysasemalle, omaan lääkäriin tai omaiseensa kotikäynnin jälkeen.

Haastattelulomakkeista otimme kopiot kaikkien 17 kartoittavan kotikäynnin jälkeen. Haastateltavien yhteystiedot peitettiin, jotta haastatellut pysyivät edelleen anonymoina. Tutkimustulokset veimme Excel-ohjelmaan, jonka jälkeen haastattelulomakkeet tuhottiin asianmukaisesti opinnäytetyön tekijöiden toimesta. Tutkimuksessa saatuja tietoja ei saa luovuttaa ulkopuolisille, eikä tietoja saa käyttää muuhun kuin luvattuun tarkoitukseen. Tutkimukseen osallistuneiden on jätävä anonymoiksi. Tutkijan on noudatettava lupaamiaan sopimuksia. (Tuomi 2008, 145 - 146.)

5.3 Tutkimuksen tulosten tarkastelu ja pohdinta

Tämä tutkimus tarkasteli lahtelaisten 80 -vuotiaiden ikäihmisten terveyttä ja toimintakykyä. Ikäihmisten mielipiteiden avulla tarkasteltiin myös heidän sosiaalista elämäänsä, asumistaan ja mahdollisia palveluntarpeitaan. Haastattelut tapahtuivat

heidän omissa kodeissaan kartoittavien kotikäyntien yhteydessä. Haastattelijoina toimivat sairaanhoitajaopiskelijat. Tähän tutkimukseen osallistui 17 henkilö, joista naisia oli 9 ja miehiä 8. Tämä tutkimus oli tulevan kartoittavan kotikäynnit pilotin pilottiprojekti.

Tutkimustuloksistamme voimme todeta, että 80 -vuotiaiden lahtelaisten toimintakyky on hyvä. Ikääntyneiden arkiaskareet sujuvat ja heillä on voimia ylläpitää sosiaalisia suhteitaan. Useimmilla kohderyhmämme ikääntyneistä kotiympäristö oli toimiva, esteetön ja turvallinen. Kodin hyvät puitteet tukevat varmasti ikääntyneiden omatoimisuuteen, vaikka toimintakyky heikkenisikin lähivuosina. Tutkimuksessamme selvisi, että suurella osalla tutkimukseen osallistuneista ikääntyneistä ei ollut henkilöä joka auttaisi palveluiden järjestämisessä.

Tämän tutkimuksen tuloksia vertaamme yli 90-vuotiaiden terveydentilaa kartoittavien kotikäyntien tilastoon. Kyseisen tutkimuksen kotikäynnit tehtiin vuosina 2007–2008 Lahdessa. Loppuraportin kartoittavista kotikäynneistä olivat tehneet Päivi Holopainen, Päivi Nevalainen, Olkkonen Maren & Ratia Maritta. Meidän tutkimuksen tuloksia tarkasteltaessa tutustuimme myös ”Hyvinvointikertomus; Ikääntyneiden kysely 2009” yhteenvetoraporttiin, joka on Lahden kaupungin julkaisu vuodelta 2010.

Ensimmäisessä tutkimustehtävässä oli tarkoitus kartoittaa iäkkäiden toimintakykyä ja terveydentilaa heidän mielipiteidensä perusteella. Haastatteluun osallistuneiden toimintakyky osoittautui hyväksi. Arkeen kuuluvat apteekissa käynti, kaupassa käynti, pankissa asioiminen ja kevyet kotityöt sujuivat lähes kaikilta. Pienistä korjauksistakin selvisi puolet vastaajista, mitä voidaan pitää hyvänä osuutena. Näiden lisäksi muutamat miehet kokivat selviävänsä myös raskaista kotitöistä. Iäkkäiden apuvälineiden käyttö oli aika vähäistä, mikä osaltaan kertoo heidän hyvästä toimintakyvystään. Näön apuvälineet, kävelykeppi ja kävelysauvat olivat suosituimpia apuvälineitä. Vastaajista vain yksi käytti rollaattoria ja kolme vastaajaa kertoi pärjäävänsä ilman mitään apuvälineitä. Jos tätä vertaa vuonna 2008 valmistuneeseen Lahdessa 90 -vuotiaille tehtyyn vastaavaan terveydentilaa kartoittavaan tutkimukseen huomataan, että rollaattorin käyttötarve lisääntyy voimakkaasti lähestyttäessä 90 ikävuotta. Muuten apuvälineiden käyttö oli hyvinkin

samankaltaista.

Toimintakykyä mitattiin myös väsymyksen ja yksinäisyyden tuntemisen pohjalta. Hieman yllättäen väsymystä esiintyi huomattavasti enemmän. Olonsa väsyneeksi usein tai melko usein tunteneita oli lähes puolet vastaajista. Määrä oli lähes sama kuin 90-vuotiaiden kohdalla. Yksinäisyyttä haastateltavat eivät kokeneet juuri lainkaan. Vain kaksi vastaajaa koki yksinäisyyttä usein tai melko usein. Aikaisemmassa tutkimuksessa 90 -vuotiaiden kohdalla yksinäisyyttä koettiin hieman enemmän. Omaisten aktiivinen yhteydenpito iäkkäisiin osaltaan varmaan vaikuttaa positiivisesti yksinäisyyteen. Tämän tutkimuksen mukaan omaiset vierailivat joko joka viikko tai vähintään joka kuukausi 82 %:lla haastateltavista. Viikoittain puhelimitse omaisiin piti yhteyttä 65 % ja päivittäin 23 % haastateltavista. Kaikki tutkimukseen osallistuneet kertoivat pitävänsä yhteyttä omaisiin. 90-vuotiaille tehdyssä tutkimuksessa yhteydenpito omaisiin oli samaa luokkaa kuin tässä tutkimuksessa. Haastateltavat kokivat mielialansa pääsääntöisesti hyväksi, vain kaksi vastaajista koki mielialansa hieman alakuloiseksi. Heille tehtiin GDS-15 testi, joka kuitenkin kertoi heidän mielialansa olevan normaalilla tasolla.

Terveydentilaa vastaajista yli puolet (59 %) piti melko hyvänä ja 29 % piti tilannettaan tyydyttävänä. Verratessa tätä tutkimusta 90-vuotiaille tehtyyn tutkimukseen, jossa reilut 20 % piti terveydentilaa hyvänä tai melko hyvänä, niin voidaan todeta, että tämän tutkimuksen vastaajat ovat terveydentilaltaan iän määrittämässä kunnossa. Huolestuttavaa tässä tutkimuksessa oli se, että yllättävän moni (59 %) koki terveydentilansa vähän huonommaksi tai paljon huonommaksi kuin viime vuonna, 90-vuotiaiden kohdalla määrä oli vastaava. Tämä voi osittain johtua kysymyksen asettelusta ja vastausvaihtoehtojen puutteesta.

Terveydentilaan vaikuttavien tupakoinnin ja alkoholin käyttö oli vastaajien keskuudessa vähäistä. Tupakoitsijoita oli vain yksi ja kolme kertoi lopettaneensa tupakoinnin. Muut eivät olleet koskaan edes polttaneet tupakkaa. Alkoholia kertoi käyttävänsä 47 % vastaajista, mikä on samaa tasoa kuin 90-vuotiailla (48 %). Alkoholin käyttäjistä 70 % nauttii alkoholia kerran kuussa tai harvemmin, josta on helppo päätellä, että tutkimuksen osallistuneilla ei ole ongelmia alkoholin käytön suhteen.

Haastateltavista vain yhdellä oli vaikeuksia nukahtaa jatkuvasti. Yli puolella vastaajista esiintyi nukahtamisvaikeutta vain harvoin. Tässä yhteydessä selvitettiin myös unilääkkeiden käyttöä. Ainoastaan 18 % käytti säännöllisesti unilääkettä. Vuorokauden aikainen unen määrä oli keskimäärin 6-7h, eikä kenelläkään esiintynyt huolestuttavaa unen puutetta. Haastateltavista 76 % ulkoili päivittäin, mikä voi jopa osaltaan vaikuttaa positiivisesti unen määrään. Tasapainonsa hyväksi vastaajista koki 41 % ja huimaustaipumuksesta kärsi yli puolet vastaajista. 90-vuotiaiden tutkimuksessa tasapainonsa hyväksi koki 37 % vastaajista. Tutkimukseen osallistuneiden kuulo oli heikentynyt noin joka toisella. Näön suhteen lähes kaikki vastanneet ilmoittivat näkevänsä sujuvasti silmälaseilla. Negatiivisella tavalla yllättävintä tutkimuksessa oli kivun ja säryn tunteminen jatkuvasti 41 % ja toisinaan 41 %. Vastaajista lähes kaikilla oli säännöllinen kipulääkitys.

Haastateltavista 76 % koki selviävänsä itse lääkehoidostaan ja vain neljä koki tarvitsevänsä apua siihen. Mainittakoon, että 90 -vuotiaiden tutkimuksessa lääkehoidosta selvisi itse 45 % vastaajista. Reseptilääkkeiden käytön määrä jakaantui aika tasaisesti. Neljällä haastateltavista oli kahdeksan lääkettä tai enemmän. 90 -vuotiaiden tutkimuksesta selviää, että heillä reseptilääkkeiden määrä on alhaisempi, mikä voi johtua tämän tutkimuksen osallistujamäärän niukkuudesta.

Toisena tutkimustehtävänä oli kartoittaa, mitä palveluja haastateltavat tarvitsivat kotona selviytymisen tueksi. Tämä tehtävä osoittautui vaikeammaksi kuin odotimme. Tutkimukseen osallistuneet eivät oikein osanneet vastata tähän tai sitten he eivät kokenut tarvitsevänsä kovinkaan paljon palveluita kotona asumisen tueksi. Vastauksia tuli kuitenkin niukemmin kuin muihin kyselylomakkeen kohtiin. Haastateltavat kokivat tarpeelliseksi ainakin siivouspalvelun (8), fysioterapian (6) ja hoitajan vastaanottokäynnin (6). Myös Kuljetuspalvelu (4) ja hammashuolto (4) koettiin tarpeelliseksi palveluksi. Yli puolet vastaajista ilmoitti, että heillä ei ollut ketään, kuka auttaisi heitä järjestämään kyseisiä palveluita. 90-vuotiaiden tutkimuksesta käy ilmi, että iän myötä ainakin siivouspalvelun, kuljetuspalvelun ja kotipalvelun tarve lisääntyy huomattavasti.

5.4 Jatkokehitysaiheet

Suomessa kartoitettavia kotikäyntejä tai ennaltaehkäiseviä kotikäyntejä on tehty useilla eri tavoilla ja eri-ikäisille kohderyhmille, mikä vaikuttaa tutkimustulosten vertailukelpoisuuteen. Yhtenäistä haastattelulomaketta ei aikaisemmilla tai tällä tutkimuksella ole, joten tulevaisuudessa jatkokehitysaiheeksi voisi ajatella yhtenäisen haastattelulomakkeen käyttöä kartoittavilla kotikäynneillä. Samoin kartoitettavia kotikäyntejä voisi kehittää niin, että ne olisi suunnattu juuri jollekin tietylle ikäryhmälle tai esimerkiksi jollekin riskiryhmälle.

LÄHTEET

- Ahonen, L. 2007. Kotona asuvien vanhusten toimintakyky ja selviytyminen – haastattelu ehkäisevien kotikäyntien yhteydessä. Turku: Turun yliopisto, hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Alanko, A. & Haarni, I. 2007. Ikääntyminen ja alkoholi. Helsinki: Sininauhaliitto.
- Arokoski, J., Alaranta, H., Pohjolainen, T., Salminen, J. & Viikkari-Juntura, E. 2009. Fysiatría.4.painos. Keuruu: Otava
- Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Huovinen, M. 2007. Muistipotilaan perustutkimukset [viitattu 28.2.2011]. Saatavissa:
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=amh00009
- Hansson, A., Heinola, R., Raassina, A. & Seppänen, M. 2009. Neuvonta ja palveluverkosto ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistäjänä. [viitattu 2.4.2011]. Saatavissa:
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-9894.pdf
- Hartikainen, S. & Lönnroos, E. 2008. Geriatria- arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita.
- Heikkinen, E. & Ilmarinen, J. 2001. Liikunta säilyttää työkykyä ja ikääntyneiden toimintakykyä.[viitattu 12.1.2011]. Saatavissa:
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo92160.pdf>
- Heikkinen, P. & Rantanen, T. 2008. Gerontologia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Otava
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2006. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Holopainen, P., Nevalainen, P., Olkkonen, M. & Ratia, M. 2008. Yli 90-vuotiaiden terveydentilaa kartoittavat kotikäynnit 1.10.2007 – 31.5.2008. [viitattu 22.4.2011]. Saatavissa:

www.lahti.fi/.../90%20vuotiaat%20tilastoja%20kartoituskäyntien%20sisällöistä%20271008

Hägg, T., Rantio, M., Suikki, P., Vuori, A. & Ivanoff-Lahtela, P. 2007. Hoitotyö kotona. 1. painos. Helsinki: WSOY.

Häkkinen, H. & Holma, T. 2004. Ehkäisevä kotikäynti – Tuki vanhuksen kotona selviytymiselle. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

Hyvinvointikertomus; Ikääntyneiden kysely 2009 – Yhteenvetoraportti. 2010. Lahden kaupunki.

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu. 2008:3. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

Kivelä, S. 2004. Vanhusten lääkehoito. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Kivelä, S. 2005. Me, ikääntyminen ja lääkkeet. Helsinki: Werner Söderström Oy.

Kähäri, K., Niemi, A. & Rantanen, A. 2006. Kuntoutuksella toimintakykyä. Helsinki: WSOY

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2008. Etiikka hoitotyössä. 5. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Lyyra, T., Pikkarainen, A. & Tiikkanen, P. Vanheneminen ja terveys. 2007. Helsinki: Edita publishing Oy.

Matikainen, E., Aro, T., Huunan-Seppälä, A., Kivekäs, J. & Kujala, S. 2004. Toimintakyky – Arviointi ja kliininen näyttö. 1.painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Mero, P. 2009. Lahden väestöennuste. [viitattu 9.4.2011] Saatavissa:
[http://www.lahti.fi/www/images.nsf/files/04D6F41E0D08B8DEC22576340031C008/\\$file/Lahden_v%C3%A4est%C3%B6ennuste_2009.pdf](http://www.lahti.fi/www/images.nsf/files/04D6F41E0D08B8DEC22576340031C008/$file/Lahden_v%C3%A4est%C3%B6ennuste_2009.pdf)

Mänty, M., Sihvonen, S., Hulkko, T. & Lounamaa, A. 2007. Iäkkäiden henkilöiden kaatumistapaturmat – opas kaatumisten ja murtumien ehkäisyyn. [viitattu: 22.2.2011]. Saatavissa: http://www.ktl.fi/attachments/taty/ikina/oppaan_liitteet/liite7.pdf

Noppari & Koistinen. 2005. Laatu vanhustyöhön. Helsinki: Tammi.

Nurminen, M. 2010. Lääkehoidon ABC. 12. uudistettu painos. Helsinki: WSOY-pro Oy.

Nurminen, M. 2006. Lääkehoito. 6. uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Nykky, T., Heino, T., Myllymäki, E. & Rinne, T. 2010. Ikääntyminen ja päihteettömät ammatillisia kohtaamisia arjessa. Helsinki: Kirjapaja.

Näränen, T., Savilahti, R. & Vainio, P. 2003. Ikäihmisten hyvinvointiohjelma. [viitattu 11.12.2010]. Saatavissa:
[http://www.lahti.fi/www/images.nsf/files/D52F151CAD0F1305C22570760023DE22/\\$file/Ik%C3%A4ihmisten%20hyvinvointiohjelma.pdf](http://www.lahti.fi/www/images.nsf/files/D52F151CAD0F1305C22570760023DE22/$file/Ik%C3%A4ihmisten%20hyvinvointiohjelma.pdf)

Paaso, P. 2008. Kotona asuvan ikääntyvän henkilön selviytyminen päivittäisistä toiminnoista ja sen yhteys elämänlaatuun. Oulu: Oulun yliopisto, terveystieteiden laitos. Pro gradu-tutkielma.

Raitanen, T., Hänninen, T., Pajunen, H. & Suutama, T. 2004. Geropsykologia: Vanhenemisen ja vanhuuden psykologia. Porvoo: WSOY.

Suvikas, A., Laurell, L. & Nordman, P. 2006. Kuntouttava lähihoito. Helsinki: Edita.

Tilastokeskus. 2010. Väestön ikärakenne. [viitattu 12.12.2010]. Saatavissa: <http://www.verkkotietokeskus.fi/index.php/vaeestoe/62-vaeestoen-ikaerakenne?layout=default>

Toimintakykymittarit 2008. Mää itte kotona, itsenäistä ja turvallista elämää Forsan seudun vanhustenhuollon kehittämishanke 2006-2008.

Tuomi, J. 2008. Tutki ja lue – Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. 2. painos. Helsinki: Tammi.

Tuominen, T. 2006. Palvelut 2020 – Osaaminen kansainvälisessä palveluyhteiskunnassa. [viitattu 8.4.2011] Saatavissa: http://www.ek.fi/ek_suomeksi/ajankohtaista/tutkimukset_ja_julkaisut/ek_julkaisuarkisto/2006/18_10_2006_Palvelut2020_loppuraportti.pdf

Vaarma, M., Luomahaara, J., Peiponen, A., Voutilainen P. 2001. Koko kunta ikääntyneiden asialle. Saarijärvi: Stakes.

Vaarama, M. & Noro, A. 2005. Vanhusten palvelut. [viitattu 21.1.2011]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00058

Valtion ravitsemusneuvottelulautakunta – Ravitsemussuositukset ikääntyneille. 2010. Helsinki: Edita Oy.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa: määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Voutilainen, P. Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L. & Eloniemi-Sulkava, U. 2002. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Saarijärvi: Gummerus kirjapaino Oy.

LAHTI

1 (1)

Lahdessa xx.xx.2011

Sosiaali- ja terveystoimiala

TERVEYDENTILAANNE KARTOITAVA KOTIKÄYNTI

Lahden vanhusten palveluiden kotihoito järjestää yhdessä Lahden ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan kanssa kotikäyntejä. Te kuuluttu valittuun kohderyhmään ja haluamme tarjota Teille mahdollisuutta kotikäyntiin, palvelu on vapaaehtoinen ja maksuton.

Käynnillä kartoitamme toiminta- ja liikuntakykyänne sekä mahdollista apuvälineiden tarvettanne. Selvitämme myös terveydentilaanne, jotta voimme ennakoida mahdollista tulevaa palvelujen tarvettanne. Haluamme lisätä turvallisuuttanne sekä antaa neuvoja erilaisista palvelu- ja tukimahdollisuuksista.

Kartoituksen suorittavat Lahden ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan sairaanhoitaja- ja fysioterapeuttiopiskelijat alan ammattilaisten valvonnassa. Ennen kartoitusta heidät on koulutettu juuri Teille tehtäviä lyhyitä testejä ja haastattelua varten. Kotikäynnin suorittavat sairaanhoitaja- ja fysioterapeuttiopiskelijat ovat vaihtolovelvollisia ja tarkoitus on, että voitte ottaa esille terveyteen liittyviä asioita luottamuksellisesti niin halutessanne.

Tulemme ottamaan Teihin lähiaikoina yhteyttä puhelimitse kotikäyntiajan sopimiseksi. Voitte samalla ilmoittaa mikäli jostain syystä haluatte kieltäytyä tästä palvelusta. Mikäli kaipaatte lisätietoja kartoituksesta tai sen sisällöstä, voitte ottaa yhteyttä Lahden ammattikorkeakoulun edustajaan:

Palvelukoordinaattori, sairaanhoitaja AMK Siru Heromaa-Karjalainen
puh. 0505265933 tai siru.heromaa-karjalainen@lamk.fi

Ystävällisin terveisin ja yhteistyöstä kiittäen

Vanhusten palvelujen ja kuntoutuksen johtaja

Ari Kukka

Sosiaali- ja terveysalan koulutuspäällikkö

Tuula A. Kilpinen



TERVEYDENTILAA KARTOITTAVA KOTIKÄYNTI
-HAASTATTELULOMAKE

Haastateltavan nimi	Henkilötunnus	Päivämäärä
Sukupuoli mies <input type="checkbox"/> nainen <input type="checkbox"/>	Osoite, puhelin	
Lähiomainen	Osoite, puhelin	
Sotainvalidi <input type="checkbox"/>	Sotaveteraani <input type="checkbox"/>	

A. Asumis- ja elinolot

<p>1. Miten asutte? 1.1 <input type="checkbox"/> yksin 1.2 <input type="checkbox"/> puolison kanssa 1.3 <input type="checkbox"/> jonkun muun kanssa, kenen? _____</p>
<p>2. Asutteko: 2.1 <input type="checkbox"/> omakotitalossa 2.2 <input type="checkbox"/> rivitalossa 2.3 <input type="checkbox"/> kerrostalossa 2.3.1 <input type="checkbox"/> hissi käytössä 2.3.2 <input type="checkbox"/> ei hissiä</p>
<p>3. Joudutteko käyttämään kotona päivittäin portaita kerrosten väliä kulkiessa? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei</p>
<p>4. Onko asunnossanne seuraavat mukavuudet? 4.1 <input type="checkbox"/> vesijohto sisälle ja ulos 4.2 <input type="checkbox"/> lämmin vesi 4.3 <input type="checkbox"/> WC 4.4 <input type="checkbox"/> suihku 4.5 <input type="checkbox"/> sauna 4.6 <input type="checkbox"/> ei mukavuuksia</p>
<p>5. Onko asunnossanne suositusten mukainen määrä palovaroittimia? 5.1 <input type="checkbox"/> kyllä 5.2 <input type="checkbox"/> ei, monta? _____</p>

6. Pystytttekö itse vaihtamaan paristot palovaroittimeenne?

- 6.1 kyllä
6.2 ei

7. Mikä on oma arvionne asunnon kunnosta?

- 7.1 hyvä
7.2 kohtalainen
7.3 heikko

8. Mitä muutostöitä tai korjauksia asunnossanne mielestänne tarvitaan?

- 8.1 kynnysten poisto
8.2 ammeen poisto
8.3 tukikaiteiden asennus
8.4 luiska portaiden tilalle/viereen
8.5 valaistuksen parantaminen
8.6 ovien levennys
8.7 muu, mikä? _____

- 8.8 en kaipaa muutoksia asuntooni

9. Käytättekö apuvälineitä?

- 9.1 kävelykeppi
9.2 rollaattori
9.3 pyörätuoli
9.4 kävelysauvat
9.5 kyynärsauvat
9.6 turvapuhelin
9.7 näön apuvälineet
9.8 kuulon apuvälineet
9.9 tukitangot ja kaiteet
9.10 ruokailun apuvälineet
9.11 peseytymisen apuvälineet
9.12 korotukset
9.13 muu apuväline, mikä? _____

- 9.14 en käytä apuvälineitä

Mitä mieltä olette tulevaisuudessa käytettävistä teknologista apuvälineistä kuten kännykkäpalveluista, television välityksellä annettavasta neuvonnasta sekä internet- palveluista? Onko Teillä jo jotain vastaavaa käytössä? _____

10. Miten tavallisesti liikutte?

- 10.1 omalla autolla
10.2 julkisilla kulkuneuvoilla
10.3 taksilla
10.4 omaisten / ystävän kyydillä
10.5 kävellen
10.6 helmi-taksi
10.7 muuten, miten? _____

11. Onko teillä käytössä turvalaitteita? (Turvapuhelin, Turvaliesi ym.)11.1 Ei ole

Kyllä, mitä? _____

11.2 Tarvitsetteko tietoa turvalaitteista?12.2.1 kyllä12.2.2 ei**12. Kauanko arvelette pärjääväne nykyisessä asunnossanne? _____ vuotta** en osaa sanoa**13. Jos tilanne muuttuu huonommaksi, mikä olisi sopivin vaihtoehto asumiseen?**

- 13.1 oma koti omaisten avustuksella
 13.2 oma koti kotihoidon avustuksella
 13.3 kaupungin palvelutalo
 13.4 yksityinen palvelutalo
 13.5 vanhainkoti
 13.6 joku muu, mikä?

14. Mikä on taloudellinen tilanteenne?

- 14.1 Rahaa jää säästöön
 14.2 Rahat riittävät sopivasti
 14.3 Rahat riittävät jotenkuten
 14.4 Rahat eivät riitä välttämättömään kulutukseen

15. Syntyykö asumiskustannuksistanne teille taloudellisia ongelmia?

- 15.1 kyllä paljon
 15.2 kyllä, jonkin verran
 15.3 ei juurikaan
 15.4 ei lainkaan

Jos asumiskustannuksistanne syntyy taloudellisia vaikeuksia, niin mistä kustannuksista erityisesti?

B. Sosiaaliset suhteet

16. Oletteko tunteneet itsenne viimeisen vuoden aikana?

	usein	melko usein	harvoin	melko harvoin	en juuri koskaan
16.1 Yksinäiseksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.2 Turvattomaksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.3 Väsyneeksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Oletteko pelänneet turvallisuutenne puolesta viimeisen vuoden aikana?

	usein	melko usein	harvoin	melko harvoin	en juuri koskaan
17.1 kotona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.2 kodin ulkopuolella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jos pelkäätte, niin mitkä asiat luovat pelkoa/epävarmuutta?

18. Kuinka usein omaiset tai ystävät vierailevat/käyvät luonanne?

- 18.1 joka päivä
 18.2 joka viikko
 18.3 joka kuukausi
 18.4 kerran kolmessa kuussa
 18.5 kerran puolessa vuodessa
 18.5 kerran vuodessa
 18.5 harvemmin kuin kerran vuodessa.

19. Oletteko puhelimitse yhteydessä omaisiinne/ystäviinne?

- 19.1 joka päivä
 19.2 joka viikko
 19.3 joka kuukausi
 19.4 kerran kolmessa kuussa
 19.5 kerran puolessa vuodessa
 19.5 kerran vuodessa
 19.5 harvemmin kuin kerran vuodessa

20. Kuinka usein osallistutte harrastetoimintaan kodin ulkopuolella?

20.1 Liikunta

- joka päivä joka viikko joka kuukausi
 kerran kolmessa kuussa kerran puolessa vuodessa kerran vuodessa
 harvemmin kuin kerran vuodessa

20.2 Kulttuuri

- joka päivä joka viikko joka kuukausi
 kerran kolmessa kuussa kerran puolessa vuodessa kerran vuodessa
 harvemmin kuin kerran vuodessa

20.3 Käsityöt

- joka päivä joka viikko joka kuukausi
 kerran kolmessa kuussa kerran puolessa vuodessa kerran vuodessa
 harvemmin kuin kerran vuodessa

20.4 Opiskelu

- joka päivä joka viikko joka kuukausi
 kerran kolmessa kuussa kerran puolessa vuodessa kerran vuodessa
 harvemmin kuin kerran vuodessa

20.5 Henkinen toiminta

- joka päivä joka viikko joka kuukausi
 kerran kolmessa kuussa kerran puolessa vuodessa kerran vuodessa
 harvemmin kuin kerran vuodessa

20.6 Yhdistystoiminta

- joka päivä joka viikko joka kuukausi
 kerran kolmessa kuussa kerran puolessa vuodessa kerran vuodessa
 harvemmin kuin kerran vuodessa

20.7 Matkustaminen

- joka päivä joka viikko joka kuukausi
 kerran kolmessa kuussa kerran puolessa vuodessa kerran vuodessa
 harvemmin kuin kerran vuodessa

20.8 Muu, mikä? _____

- joka päivä joka viikko joka kuukausi
 kerran kolmessa kuussa kerran puolessa vuodessa kerran vuodessa
 harvemmin kuin kerran vuodessa

21. Kuinka usein olette tekemisissä lähinaapureidenne kanssa?

- 21.1 Usein
 21.2 melko usein
 21.3 Harvoin
 21.4 melko harvoin
 21.5 en koskaan (ei ole lähinaapureita)

22. Millaiseksi itse koette pääsääntöisesti mielialanne?

- 21.1 hyväksi
 21.2 hieman alakuloiseksi
 21.3 selvästi alakuloiseksi

Jos haastateltava vastaa ”hieman alakuloinen” tai ”selvästi alakuloinen” niin tehdään GDS- 15 testi.

C. Terveystila ja toimintakyky**23. Millainen on mielestänne oma terveystilanne?**

- 22.1 erittäin hyvä
 22.2 melko hyvä
 22.3 tyydyttävä
 22.4 melko huono
 22.5 huono

24. Millainen terveystilanne on nyt viime vuoteen verrattuna?

- 24.1 paljon parempi nyt kuin vuosi sitten
 24.2 vähän parempi nyt kuin vuosi sitten
 24.3 jokseenkin samanlainen
 24.4 vähän huonompi nyt kuin vuosi sitten
 24.5 paljon huonompi nyt kuin vuosi sitten

25. Huolestuttaako teitä jokin terveystilassanne?

- 25.1 ei
 25.2 kyllä, mikä?

26. Kuinka kauan teillä on aikaa edellisestä lääkärikäynnistänne?

- 26.1 alle vuosi
 26.2 1-3 vuotta
 26.3 yli 3 vuotta
 26.4 kauan sitten, en muista aikaa

27. Mitä terveyspalveluita käytitte viimeisen vuoden aikana?

- 27.1 Vuosittainen influenssarokote kyllä ei satunnaisesti
 27.2 hampaiden hoito
 27.3 silmälääkäri
 27.4 kuntoutus
 27.5 fysioterapia
 27.6 jalkahoito
 27.7 muu,
 mikä?

28. Tupakoitko?

- 28.1 en koskaan
 28.2 silloin tällöin
 28.3 päivittäin savuketta
 28.4 olen lopettanut tupakoinnin

29. Käytättekö alkoholia?

- 29.1 kyllä
 29.2 ei

Jos vastaus on kyllä, määritellä alkoholin käyttönne. Laskekaa mukaan myös ne kerrat kun juotte edes tilkan viiniä, lasi olutta.

- 29.1.1 harvemmin kuin kerran kuussa
 29.1.2 noin kerran kuussa
 29.1.3 2-4 kertaa kuussa
 29.1.4 2-3 kertaa viikossa
 29.1.5 4 kertaa viikossa tai useammin

kerta-annosten määrä?

30. Kuinka usein viimeksi kuluneiden kolmen kuukauden aikana

	harvoin	melko harvoin	melko usein	jatkuvasti
teillä on ollut vaikeuksia herätä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
teillä on ollut vaikeuksia nukahtaa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
teillä on ollut vaikeuksia nukahtaa uudestaan herättyänne kesken unen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
teillä on ollut voimakasta väsymystä vapaa-aikana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. Käytättekö unilääkkeitä?

- 31.1 kyllä, mitä ja kuinka usein? _____
 en

32. Kuinka monta tuntia nukutte keskimäärin vuorokaudessa? _____ h/vrk
 (Lasketaan myös päiväunet)

33. Mikä olisi riittävä unen määrä jotta tuntisitte itsenne virkeäksi? _____ h/vrk

34. Ulkoiletteko? Ulkoilu voi tapahtua ilman apuvälinettä, apuvälineen kanssa. (yliviivaa toinen)

33.1 päivittäin

33.2 viikoittain (1-3 kertaa viikossa)

33.3 vähemmän kuin kerran viikossa

33.4 en ulkoile, miksi? _____

35. Kuinka paljon aikaa käytit keskimäärin istumiseen valvellaoloaikana arkipäivänä (arvioi kuluneen 7 päivän aikana)?

___ tuntia ___ minuuttia päivässä

36. Kuinka paljon aikaa käytit keskimäärin istumiseen valvellaoloaikana viikonloppuisin (arvioi kuluneen 7 päivän aikana)?

___ tuntia ___ minuuttia päivässä

37. Eritystoiminta

37.1 Onko virtsanpidätyskyvyssä ongelmia?

Ei

Kyllä, minkälaisia?

37.2 Onko vatsantoiminnassa ongelmia?

Ei

Kyllä, minkälaisia?

37.3 Onko teillä vaipat käytössä?

Kyllä

Ei

29.4 Selviydyn itse vaipan käytöstä

Kyllä

Ei

38. Onko tasapainonne?

38.1 hyvä

38.2 horjuva/huimaustaipumus

38.3 kaatuilua viimeisen vuoden aikana, kuinka usein? _____

39. Mikä vaihtoehto kuvaa parhaiten tämän hetkistä näkökykyänne?

- 39.1 sujuvasti ilman silmälaseja
 39.2 sujuvasti silmälasien kanssa
 39.3 suurennuslasia tai muuta apuvälinettä käyttämällä
 39.4 vain lehden isot otsikot
 39.5 en pysty lukemaan lehtiä heikentyneen näön vuoksi
 39.6 olen näkövammainen/sokea

40. Millainen kuulonne on?

- 40.1 hyvä
 40.2 heikentyneet
 37.2.1 käytän kuulolaitetta
 37.2.2 kuulen hyvin kuulolaitteella
 37.2.3 kuulen huonosti kuulolaitteella
 37.2.4 en käytä, miksi _____

- 40.3 olen kuuro
 37.3.1 tarvitsen tulkkia

41. Kuuletteko seuraavat äänet?

- | | kyllä | en | ei ole käytössä |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 41.1 ovikello | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41.2 puhelinsoitto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41.3 puhelinkeskustelu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41.4 TV, radio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

42. Onko Teillä kipuja ja särkyjä?

- | | kyllä | ei |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 42.1 jatkuvasti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42.2 toisinaan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42.3 harvoin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42.4 ei ollenkaan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42.5 minulla on säännöllinen kipulääkitys | | <input type="checkbox"/> |

43. Muisti sekä ravitsemustila

- 43.1 MMSE -pisteet: _____
 43.2 Kellotesti: _____
 43.2 MNA- pisteet: _____
 43.3 GDS 15 -pisteet: _____ (tehdään tarvittaessa)

44. Mittaukset (haastattelija mittaa kohdat 1-6)

1. Hb: _____ (tarvittaessa)
 2. RR istuen : _____
 3. Tarvittaessa ortostaattinen RR: Maaten: _____ Seisten: _____
 4. B-gluk: _____ Paastoarvo: kyllä ei
 5. Käden puristusvoima: oikea _____ vasen _____
 6. Paino: _____ (mahdollisuuksien mukaan)

45. Millaiseksi arvelette terveyttenne muuttuvan lähivuosien aikana?

- 45.1 kohenee
 45.2 jonkin verran kohenee
 45.3 pysyy ennallaan
 45.4 heikkenee jonkin verran
 45.5 heikkenee paljon

D. Selviytyminen päivittäisistä toiminnoista**46. Lääkehoito**

- 46.1 selviydyttekö itse lääkehoidosta
 46.2 tarvitsetteko apua, kuka avustaa?

46.3 lääkäryksenne vaatii lisäselvittelyä, mitä? _____

Oletteko saaneet riittävästi opastusta lääkkeiden käytössä?

- 47.4 kyllä
 47.5 en
 47.6 en käytä lääkkeitä säännöllisesti

Reseptilääkkeiden määrä _____ kpl

Päällekkäisiä lääkkeitä kyllä ei

Mitä? _____

48. Aterian valmistus

- 48.5 selviydyttekö itse aterian valmistuksesta
 48.6 tarvitsetteko apua, kuka avustaa?

46. Selviydyttekö seuraavista tilanteista?

	kyllä	apuvälinettä tai tukea käyttäen	en
49.1 Tuolilta/sängyltä ylös?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49.2 Liikkumisesta asunnossa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49.3 Kylvystä/suihkusta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49.4 Saunaan menosta/saunomisesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49.5 Ulos asunnosta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49.6 Portaat ylös toiseen kerrokseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49.7 Pukeutuminen + Riisuutuminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49.8.WC-asiointi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Minkälaista apua tarvitsette? _____

--

50. Selviydtekö itsenäisesti seuraavista toiminnoista?

- | | kyllä | en |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 50.1 Apteekissa käynnistä | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 50.2 Kaupassa käynnistä | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 50.3 Pankkiasioista | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 50.4 Kevyistä kotitöistä
(imurointi, tiskaus, pyykinpesu) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 50.5 Kodin pienet korjaukset | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 50.6 Raskaista kotitöistä
(ikkunan pesu, petivaatteiden tuuletus, mattojen tamppaaminen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- Mitä apua tai apuvälineitä tarvitsette?
-

51. Keneltä saatte apua tarvitessanne?

- 51.1 puolisolta
- 51.1 muulta omaiselta
- 51.2 lapselta/ lapsilta
- 51.3 ystäviltä/ tuttavilta
- 51.4 naapureilta
- 51.5 kunnan kotihoidosta
- 51.6 yksityiseltä yrittäjältä
- 51.7 muualta, keneltä? _____
- 51.8 **Millä tavalla otatte yhteyttä apua tarvitessanne?**
- a. puhelimella b. käymällä c. muuten, miten? _____
-

52. Käytättekö seuraavia viestintävälineitä?

- | | säännöllisesti | silloin tällöin | en koskaan | ei ole käytössä |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 52.1 Lankapuhelin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 52.2 Matkapuhelin (gsm) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 52.3 Tietokone | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 52.4 Sähköposti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

53. Oletteko kokenut jotain seuraavista viimeisen puolen vuoden aikana? (Voitte rastittaa useamman vaihtoehdon)

- 53.1 Muutto uuteen asuntoon / uudelle paikkakunnalle
- 53.2 Tapaturma (kaatuminen tms.)
- 53.3 Sairaus
- 53.4 Kuulon/Näön/Liikuntakyvyn nopea heikkeneminen
- 53.5 Lähiomaisen kuolema
- 53.6 Masentuminen
- 53.7 Omaisten/läheisten liiallinen puuttuminen asioihin
- 53.8 Pahoinpitely
- 53.8.1 henkinen
- 53.8.2 fyysinen

53.9 Mitään yllättävää ei ole tapahtunut

E. Kunnan palvelujen ja virkistystoiminnan tarpeet

54. Onko teillä henkilöä, joka avustaa palveluiden järjestämisessä?

54.1 kyllä, kuka? _____

54.2 ei

55. Mielipiteenne palveluiden tarpeellisuudesta seuraavan vuoden aikana?

55.1 kotisairaanhoido

55.2 kotipalvelu

55.3 kauppapalvelu

55.4 ateriapalvelu

55.5 saunapalvelu

55.6 pyykkipalvelu

55.7 kuljetuspalvelu

55.8 siivouspalvelu

55.9 saatto/asiointiapu

55.10 turvapuhelin

55.11 senioriryhmät

55.12 päivätoiminta

55.12 lääkärin tarkastus

55.12 hoitajan vastaanottokäynti

55.12 fysioterapia

55.12 toimintaterapia

55.12 liikuntatoimi

55.12 hammashuolto

55.13 muu, mikä? _____

56. Oletteko tietoinen tukiasioista?

	kyllä	en
56.1 Kelan hoitotuki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56.2 Asumistuki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56.3 Terveyspalv. asiakasmaksukatto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56.4 Kotitalousvähennys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56.5 Toimeentulotuki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56.6 Kuljetustuki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

56.7 Koetteko tarvitsevanne lisää tietoa tukiasioista? Jos kyllä, niin millaista tietoa?

57. Mikä seuraavista seikoista on teille tärkein valitessanne palveluja, kun ikää tulee lisää?

(Rastittakaa vain yksi vaihtoehto)

57.1 Palvelujen hinta

57.2 Palvelujen laadukkuus

- 57.3 Ammattinsa osaava henkilökunta
57.4 Palvelujen saaminen kotiin
57.5 Joku muu, mikä _____

58. Haluatteko tuoda vielä jotain muuta esille?

Lahdessa _____ / _____ 20 ____

Haastateltavan allekirjoitus

Nimenselvennys

Haastattelijan allekirjoitus

Nimenselvennys

HAASTATTELIJAN HUOMIOT

Kartoittavalla kotikäynnillä sovittiin, että otetaan yhteys

	haastateltava ottaa itse yhteyttä	haastattelija ottaa yhteyttä	läheinen/omainen ottaa yhteyttä
4.1 lääkäriin ta:n aikuisvastaanotto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 kotihoitoon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3 kotihoidon fysioterapeuttiin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4 tukipalveluihin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5 apuvälinetarpeen arviointiin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.6 asunnon muutostöiden arviointiin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.7 seurakuntaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.9 yksityiseen palveluntuottajaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.10 Muuhun, mihin? _____			

Suositus lääkärin vastaanotolle: kyllä ei

Asiakkaat joilla on:

Hb alle 70

B-gluk 15 tai yli (varhainen aamu)

Lääkkeitä 15 tai yli

RR istuen yli 200/100, ei lääkitystä

Kaatuilevilla ja huimailevilla lisäksi ortostaattinen RR (ero yli 20)

ohje: maaten RR, seisotaan 2 min, seisten RR

Alle voi kirjata asiat joiden perusteella suositus laaditaan.

YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET
Haastateltavan osio

1. Haastateltavan nimi:

2. Kartoittavan kotikäynnin päivämäärä

3. Kartoittavan kotikäynnin suorittaja ja puhelinnumero:

4. Kartoittavalla kotikäynnillä sovittiin, että otetaan yhteys

	haastateltava ottaa itse yhteyttä	haastattelija ottaa yhteyttä	läheinen/omainen ottaa yhteyttä
4.1 lääkäriin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 ta:n aikuisvastaanotto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3 kotihoitoon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4 kotihoidon fysioterapeuttiin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5 tukipalveluihin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.6 apuvälinetarpeen arviointiin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.7 asunnon muutostöiden arviointiin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.8 seurakuntaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.9 yksityiseen palveluntuottajaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.10 Muuhun, mihin? _____

Lämmin kiitos osallistumisestanne kartoittavien kotikäyntien ja samalla koko vanhustenhuollon kehittämiseen!