

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Vanhustyön koulutusohjelma

Katajainen Ulla

KOKEMUKSIA JA TULOKSIA

SOTAVETERAANIEN KOTIKUNTOUTUKSESTA

HEINOLASSA

Opinnäytetyö 2013

## TIIVISTELMÄ

### KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Vanhustyön koulutusohjelma

KATAJAINEN ULLA

Kokemuksia ja tuloksia sotaveteraanien  
kotikuntoutuksesta Heinolassa

Opinnäytetyö

51 sivua + 6 liitesivua

Työn ohjaaja

Sari Ranta, Yliopettaja, FT

Toimeksiantaja

Heinolan kaupunki, vanhuspalvelut

Joulukuu 2013

Avainsanat

ikäntynyt, kuntoutus, sotaveteraani, toimintakyky, vanhus

Tämän vanhustyön opinnäytteen tarkoituksena on kuvata, millaiseksi heinolalaiset sotaveteraanit kokivat kotikuntoutuksen, miten sitä tuettiin ja minkälainen on veteraanien toimintakyky. Myös veteraanien käyttämät palvelut selvitettiin. Aineistoa työhön on kerätty haastattelemalla kuutta sotaveteraania puolistrukturoidun lomakehaastattelun avulla sekä tekemällä kuudelle veteraanille alaraajojen toimintaa mittaava testi. Tutkimusmenetelminä työssä käytettiin kvalitatiivista ja kvantitatiivista menetelmää. Aihe opinnäytteeseen löytyi Heinolan kaupungin vanhuspalveluiden osallistuessa sotaveteraaneille suunnattuun kotikuntoutusprojektiin. Henkilöt tutkimukseen valikoituivat veteraanien tukihenkilön avustuksella.

Veteraanien mielialan kohentuminen oli merkittävin tutkimustulos. Lisäksi yksi veteraani kertoi hyvinvointinsa parantuneen, kun taas yksi veteraani ei huomannut mitään muutoksia. Haastattelun perusteella veteraanit kokivat kotikuntoutustoiminnan tärkeäksi. Pääasiassa he tarvitsivat apua lääkehuollossa ja kodinhoidossa sekä seuraa ulkoiluun. He kokivat tärkeäksi myös keskustelutuokiot tukihenkilön kanssa. Haastattelun vastauksia analysoitiin luokittelemalla ne fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn.

Fyysisen toimintakyvyn osalta kokonaistulos oli ensimmäisellä kerralla parempi kuin toisella testauskerralla. Alaraajojen toimintakyvyn mittaamiseen käytetty testi on luotettava ja vakioitu mittari, SPPB-testi. Tulosten perusteella kaikki kuusi veteraania tarvitsivat alaraajojen lihasvoiman harjoittamista.

Ikääntyneen ihmisen toimintakyky voi muuttua nopeastikin ja siksi myös veteraanien fyysisen toimintakyvyn muutoksiin vaikuttivat kevään 2012 aikana sairaalaan joutuminen ja kaatumistapaturmat. Kuntoutuksen tarkoitus on edistää veteraanien arjessa selviytymistä, siksi sen on oltava suunnitelmallista, monialaista ja moniammatillista toimintaa veteraanitus huomoiden. Toimintakykyyn ja hyvinvointiin vaikuttavat tekijät ovat kiinteässä yhteydessä toisiinsa, joten kuntoutus tulisi nähdä fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena.

## ABSTRACT

KYMENLAAKSO AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Elderly Care

KATAJAINEN ULLA

Experiences and Results of War Veterans'

Home Rehabilitation in Heinola

Bachelor's Thesis

51 pages + 6 appendices

Supervisor

Sari Ranta, Principal Lecturer, PhD

Commissioned by

City of Heinola, elderly services

December 2013

Keywords

aging, rehabilitation, war veteran, functioning, elderly

The purpose of this thesis on elderly care was to describe experiences of local war veterans from Heinola about home rehabilitation, the ways the rehabilitation project was supported and the state of the current functional capacity of the veterans. The services used by the veterans were also investigated. The project material was gathered by interviewing six veterans with a semi-structured interview form and having them perform a test to measure their lower limb functions. The research is based on qualitative and quantitative methods. The subject for the thesis was found when the elderly services of the city of Heinola participated in a rehabilitation project directed at war veterans. People chosen to participate in the project were selected with the help of their own support person.

The most significant result of the research was improvement in the mood of the veterans. In addition one of the veterans mentioned improvement in their well-being, when another had not noticed any major changes. Based on the interviews the veterans regarded the home rehabilitation activities as important. Mainly they needed help with medical and home care as well as for having someone to accompany them outdoors. They also felt important to have conversations with their personal support people. The interview responses were analyzed by categorizing them into physical, psychological and social functioning. The overall results of the physical functions were better from the first test compared to the second test. The test used to measure the lower limb functional capacity is a very reliable and standardized SPPB-test. Based on the results all of the six veterans would need lower limb muscle strengthening exercises.

Elderly people's functional capacity can change rapidly and therefore the veterans also experienced changes in their physical condition during the spring of 2012 when they were hospitalized and had fall accidents. The purpose of home rehabilitation is to nurture their coping in daily life and that is why the activities must to be kept very systematic, multi-disciplinary and multi-professional while keeping in mind their age. The functional capacity and well-being factors are closely linked to each other so the rehabilitation should be taken as a physical, mental and social entity.

TIIVISTELMÄ	2
ABSTRACT	3
1 JOHDANTO	6
2 TUTKIMUKSEN TAUSTAA	8
2.1 Heinolan Sotaveteraanit	10
2.2 Tutkimuksia	10
3 TOIMINTAKYKY JA VANHENEMISMUUTOKSET	12
3.1 Fyysinen toimintakyky	17
3.2 Psyykkinen toimintakyky	18
3.3 Sosiaalinen toimintakyky	18
4 KUNTOUTUS	19
4.1 Sosiaalinen kuntoutus	20
4.2 Veteraanikuntoutuksen tavoitteet ja periaatteet	21
4.3 Toimintakykyluokat kohdentavat kuntoutusmuodon	22
4.4 Gerontologinen ja geriatrinen kuntoutus	23
4.5 Kuntoutusta tukeva työote	25
5 KOTIIN VIETÄVÄ KUNTOUTUS	26
5.1 Keski-Suomen tuetun kotona kuntoutumisen aluehanke	28
5.2 Uudenmaan tuetun kotona kuntoutumisen aluehanke	29
6 SOTAINVALIDIEN JA -VETERAANIEN ETUUDET	30
6.1 Avopalvelu määräraha ja rintamalisä	31
6.2 Veteraanien neuvottelukunta	32
7 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	32
8 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	33

8.1	Tutkimusmenetelmä ja haastattelulomake	33
8.2	SPPB-testi (SPPB, Short Physical Performance Battery)	34
8.3	Kohderyhmä	35
8.4	Aineiston kerääminen	36
9	AINEISTON ANALYSOINTI JA TULOKSET	36
9.1	Fyysisen toimintakykytestin tuloksia	37
9.2	Palvelujen käyttö	39
10	TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	40
11	POHDINTA	41
	LÄHTEET	46
	LIITTEET	
	Liite 1. Haastattelulomake	
	Liite 2. Haastattelun vastausten luokittelu	
	Liite 3. Haastattelun vastauksia	
	Liite 4. SPPB (Short Physical Performance Battery)	
	Liite 5. Palveluiden jakautuminen	
	Liite 6. Tutkimuslupa	

## 1 JOHDANTO

Itsenäinen selviytyminen ja omassa kodissa asuminen on tärkeää jokaiselle vanhuudenpäiviään viettävälle ihmiselle, niin myös sotaveteraaneille. Hyvinvointi ja toimintakyky on itsenäisen ja vapaan elämän ehto, johon olennaisesti liittyy asiointi kodin ulkopuolella, harrastuksiin pääseminen sekä ystävien ja sukulaisten tapaaminen. Sotaveteraanien määrä vähenee joka vuosi ja osa heistä on jo heikkokuntoisia, joten kuntoutuslaitokseen lähtö ei ole mahdollista, siksi onkin suunniteltu uusi kuntoutumismalli.

Valtio on myöntänyt 34 096 000 euroa rintamaveteraanien kuntoutukseen, josta osa käytetään kuntoutustoiminnan matkakustannuksiin, tutkimushankkeisiin sekä ulkomailla asuvien rintamaveteraanien kuntoutukseen. Kunnassa asuvien rintamaveteraanien määrän suhteessa jaetaan kunnille 30 815 778 euroa. Määräraha maksetaan kunnille ennakkona neljännesvuosittain. (Valtiokonttori 2010.) Tuetun kotona kuntoutumisen malli ikäihmisille liittyy rintamaveteraanien ja sotainvalidien avo- ja kotikuntoutuksen kehittämishankkeeseen, AKU-hankkeeseen. Yhteistyötahoina ovat Sotainvalidien Veljesliitto, josta tulee osittainen rahoitus. Kaunialan Sairaala Oy, Keski-Suomen Sairaskotisäätiön Sotainvalidien Sairaskoti, Jyväskylästä, Valtiokonttori, Sosiaali- ja terveysministeriö, josta myös rahoitus, Kuntaliitto ja lisäksi hankekuntien edustajat. (Valtiokonttori 2012.)

Ihmisen hyvinvointi koostuu monista eri tekijöistä, kuten esimerkiksi terveydestä, toimeentulosta, asumisesta, puhtaasta ympäristöstä, turvallisuudesta, itsensä toteuttamisesta ja läheisistä ihmissuhteista. Hyvinvointia ei voi sanoa yhdellä sanalla tai kuvailla tietyllä indikaattorilla. Hyvinvointi merkitsee eri asioita riippuen siitä, että missä elämänsä vaiheessa ihminen elää. Lapsuudessa suurin merkitys on turvallisilla ihmissuhteilla, leikillä ja koulutuksella. Myöhemmässä vaiheessa huolehtiminen lapsista, työ ja toimeentulo ovat tärkeitä. Ikääntyvän ihmisen hyvinvoinnissa keskeisiä tekijöitä ovat itsenäinen selviytyminen ja toimintakyky. (STM 2007, 11.)

Vuoteen 2020 mennessä 65 vuotta täyttäneiden henkilöiden osuus kasvaa nykyisestä 17,5 %:sta 23 %:iin ja erityisesti iäkkäimpien osuus kasvaa. Ikääntyvän väestön määrän lisääntyessä tarvitaan uusia ja toimivia avo- ja kotikuntoutusmalleja sotiemme veteraaneille, kuten myös muidenkin ikäihmisten kotona asumisen tukemiseen. Laitos-

kuntoutukseen hakeutuvien sotaveteraanien määrä on laskussa eikä myöskään rintamaveteraanien kuntoutuksessa päivä- ja avokuntoutuksen ensisijaisuus toteudu kaikkialla. (Valtiokonttori 2010.)

Opinnäytetyöni aiheeseen minut johdatti työpaikallani vuoden 2012 alussa alkanut tuetun kotona kuntoutumisen malli ikäihmisille, joka liittyy rintamaveteraanien ja so-  
tainvalidien avo- ja kotikuntoutuksen kehittämishankkeeseen, AKU-hanke. Tässä opinnäytetyössäni käsittelen Heinolan kaupungissa toteutettua sotaveteraanien kotikuntoutushanketta sekä siitä saatuja kokemuksia ja tuloksia. Tavoitteena oli saada tietoa kotikuntoutuksen kokemuksista ja siitä, millainen on heinolalaisten sotaveteraanien toimintakyky, millaisia palveluja he käyttävät ja miten toimintakykyä tuetaan. Työni olen rajannut toimintakykytestien tuloksiin ja lomakehaastattelun avulla saatuihin tietoihin veteraanien kokemuksista.

## 2 TUTKIMUKSEN TAUSTAA

Vuoteen 2015 mennessä Heinolan kaupungin vanhustenhuollon strategian tavoitteena on palvelurakenteen muuttaminen avopainotteiseksi. Tarkoituksena on tukea kotona sekä kodinomaisissa olosuhteissa asumista monin tavoin, kuten huomioiden ympäristön esteettömyys, hyvinvointitekniologia ja turvallisuus. Tukemista toteutetaan voimavara- ja palveluohjelmilla. Heinolan kaupungin vanhuspalveluohjelmassa 2010 – 2015 todetaan, että 75 vuotta täyttäneiden ikäihmisten määrän arvioidaan kasvavan 350 henkilöllä (15 %) vuodesta 2010 vuoteen 2015 mennessä. Myös vuodesta 2010 vuoteen 2020 arvioidaan 75 vuotta täyttäneiden määrässä kasvua n. 880 henkilöllä (40 %). Vanhuspalveluohjelmassa todetaan, että perinteisen vuodeosasto- ja vanhainkotihoidon tilalle kehitetään uusi palvelukonsepti. Tarkoituksena on antaa kodinomaista hoitoa niille ikäihmisille, joiden hoito terveyskeskuksen vuodeosastolla ei ole lääketieteellisesti perusteltua. (Heinolan kaupungin vanhuspalveluohjelma 2010, 6.)

Kotihoito voi olla säännöllistä tai tilapäistä. Heinolassa säännöllisen kotihoidon piirissä oli 228 henkilöä, joista 75 v. täyttäneitä oli 164 vuoden 2012 marraskuun lopussa (THL 2013.) Heinolan kaupungin kotihoito tukee asiakkaan toimintakykyä ja selviytymistä kotona ympäri vuorokauden asiakaslähtöisesti kuntouttavalla työotteella yksilöllisen hoito- ja palvelusuunnitelman mukaan yhteistyössä moniammatillisen tiimin, omaisten, yksityispuolen sekä kolmannen sektorin kanssa.

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Valtiokonttori ovat laatineet veteraanipoliittisen ohjelman vuosille 2010-2015, johon liittyy myös pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen veteraanipoliittiset tavoitteet. Tavoitteissa korostetaan sotainvalidien ja –veteraanien vanhuudenhuollon palveluja, joissa erityisenä kehittämiskohteena ovat kuntouttavat kotiin vietävät palvelut. (STM 2012.)

Vanheneminen on biologinen ilmiö, mutta myös sosiaalinenkin. 1900-luvun loppupuolella tapahtunut keskimääräisen eliniän ja eliniänodotteen kasvu on lisännyt 75 ja 85 vuotta täyttäneiden suomalaisten määrää, etenkin naisten kohdalla. Elinajanodote kasvaa koko ajan, vuonna 2000 se oli työillä 81 vuotta ja pojilla 74 vuotta. Sosiaalitaloudellisten tekijöiden vaikutus kuolleisuudessa on Suomessa suurempi kuin läntisen Euroopan maissa. (Nurmi 2010, 207.) Vuonna 2012 Suomessa oli 65 vuotta täyttäneitä henkilöitä 18,8 %



väestöstä. Naisia oli 21,2 % ja miehiä 16,2 %. Vastaavasti Heinolassa oli 65 vuotta täyttäneitä 25,9 % kaupunkilaisista, heistä naisia 29 % ja miehiä 22,7 %. (Sotkanet 2013.) Alla olevasta taulukosta selviää väestöennuste vuosille 2020 - 2060 ikäryhmittäin koko maassa.

	Yksikkö	2020	2030	2040	2050	2060
Väkiluku	1 000	5 631	5 848	5 985	6 096	6 228
0–14 v.	%	16,6	16,0	15,4	15,4	15,2
15–64 v.	%	60,8	58,4	58,4	57,7	56,6
65– v.	%	22,6	25,6	26,2	26,9	28,2

Taulukko 1. Tilastokeskuksen väestöennuste (Tilastokeskus 2012)

Tilastokeskus (2009) on laskenut, että sataa työkäistä kohden eläkeikäisten määrä nousee nopeasti lähitulevaisuudessa. Huoltosuhte oli vuoden 2008 lopussa 50,3. Ennuste vuodelle 2016 on 60,4 ja nousisi 70,5:een vuoteen 2026 mennessä. Vuonna 2060 väestöllinen huoltosuhte olisi 79,1. (Tilastokeskus 2012.) Alla olevasta taulukosta selviää yli 65 -vuotiaiden määrä sekä naisten ja miesten keski-ikä Suomessa vuoden 2012 lopussa.

#### Ikääntyvä väestö iän mukaan, 2012 lopussa

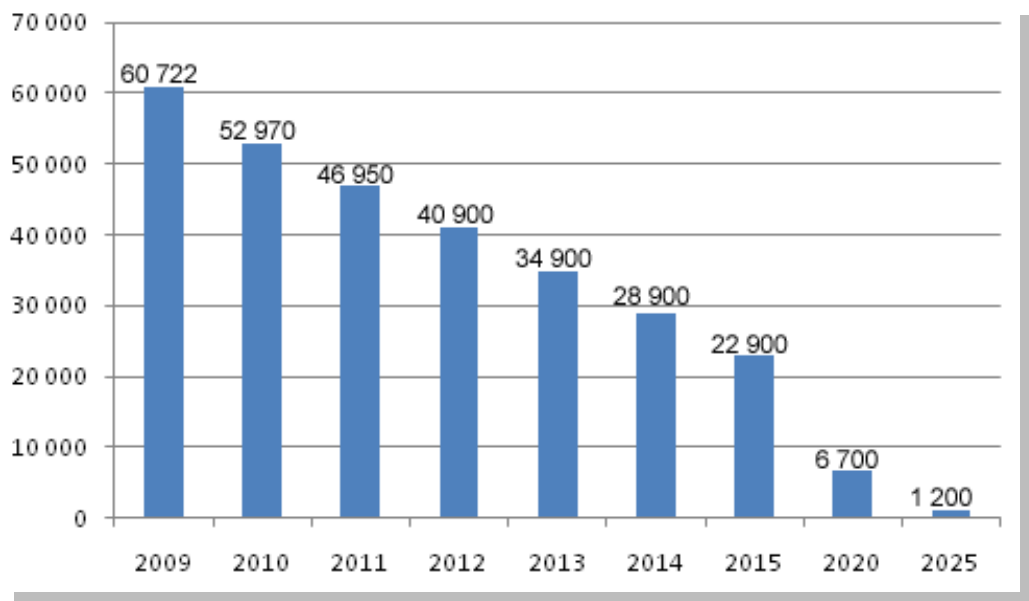
Ikä	Miehet	Naiset	Yhteensä
65–69	158 967	172 561	331 528
70–74	106 568	127 231	233 799
75–79	78 139	105 940	184 079
80–84	53 901	91 302	145 203
85–89	25 782	59 277	85 059
90–	8 412	30 113	38 525
<b>Yhteensä</b>	<b>2 666 622</b>	<b>2 760 052</b>	<b>5 426 674</b>

Vuonna 2012 oli miesten keski-ikä 40,3 ja naisten 43,1 vuotta. 100 vuotta täyttäneitä oli 709 joista miehiä 91 ja naisia 618.

Taulukko 2. Väestö iän mukaan vuoden 2012 lopussa (Tilastokeskus 2013)

Heinolassa sotaveteraaneja on 159 henkilöä, joista rintamaveteraaneja on 54 henkilöä (Keto 2013). Sotainvalidien veljesliiton mukaan viime sodissamme vammautui noin 94.000 henkilöä. Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan vuoden 2012 lopussa sotaveteraaneja oli maassamme noin 36.000 henkilöä. Sotainvalideja on tällä hetkellä 5.300 henkilöä. Veteraanien määrä vähenee vuosittain 10-12 prosenttia. Heidän keski-ikä on nyt 89 vuotta.

Alla olevasta kuvasta selviää sotaveteraanien määrä vuoteen 2025 asti Kelan ennusteen mukaan.



Kuva 1. Veteraanien määrä vuosina 2009 – 2025. (Sotiemme veteraanit.)

## 2.1 Heinolan Sotaveteraanit

Heinolan Seudun Sotaveteraanit on perustettu vuonna 1967. Toiminta-ajatuksena oli yhteenkuuluvuuden tunteen ja yhteisvastuullisuuden ylläpitämiseksi antaa veljesapua, huoltoa ja tukea sosiaalsiin, terveydellisiin ja taloudellisiin vaikeuksiin joutuneille veteraaneille sekä heidän perheilleen. Määrätietoinen tavoite oli myös rakentaa Sotaveteraanitalo veteraanien asuinolojen parantamiseksi. (Veteraanien perintö 2007, 15 – 16.)

## 2.2 Tutkimuksia

Sirpa Korhonen on vuosina 1993 ja 2006 tehnyt seurantatutkimuksen hyvinvointiteorian ja sosiaalityön näkökulmasta pohjoissavolaisten sodan kokeneiden miesten hyvinvoinnista ja palveluista korostaen poliittisten, taloudellisten ja sosiaalisten ratkaisujen sekä gerontologisen sosiaalityön tiedonmuodostuksen kehittämistä. Tutkimuksen mukaan veteraaneille oli tärkeää tasa-arvoinen kohtelu palvelujen ja kuntoutuksen järjestämisen suhteen. Korhosen tutkimus osoitti myös, että kaikki veteraanit eivät käytä kuntoutuspalveluja, vaikka heillä olisi niihin oikeus. Siksi kuntoutuksen laajentaminen avo- ja päiväkuntoutukseen, ehkäiseviin kotikäynteihin ja omaishoitajien tukemiseen

parantaisi yksinäisten, huonokuntoisten ja hankalien kulkuyhteyksien päässä asuvien veteraanien palvelujen saatavuutta, parantaisi kotipalvelujen saatavuutta ja laadun kehittämistä ja kolmannen sektorin toiminnan mahdollistamista. (Korhonen 2011, 6, 130.)

Osa veteraaneista ilmoitti sodan aiheuttamien rasitusten olleen osasyynä heidän sairauksiinsa. Kuulon alenemisen syynä pidettiin sodan melua etulinjassa. Turvattomuuden tunne ja sotakokemusten palaaminen uniin haittasi myös elämää. Korhonen toteaa tutkimuksessaan myös, että vaikka sota oli taaksejäänyttä elämää, sitä kuitenkin muisteltiin ja kerrottiin tarinoita sotakokemuksista. Tutkimus valotti sodan ja pula-ajan sukupolven elämää, toimintakykyä, ikääntyneiden voimavaroja ja arjessa selviytymistä ja gerontologisen sosiaalityön avopalvelujen käytäntöjä. Lopputulos osoitti, että ainoastaan veteraanien koteihin jalkautuminen mahdollistaisi heidän avun ja palvelujen todellisten tarpeiden kartoittamisen. Veteraaniuden huomioiminen oli tärkeää. Elämähistorian ja elämäkokemusten muistelemisella ja niistä puhumisella on myös merkitystä kokonaishyvinvoinnille. (Korhonen 2011, 8, 126-130.)

Katja Nikkasen (2005) sosiologian pro gradututkielmassa nousivat yhteisesti koetut tapahtumat keskeisimmiksi ja merkittävimmiksi tuloksiksi. Kokemukset ovat vaikuttaneet merkittävästi haastateltavien koko elämänsäkulkuun ja käsitykseen maailmankuvasta. Yhteinen kokemushistoria ylittää muistelun mahdolliset esteet. Veteraanikuntoutus antaa terapeuttisia rakennusaineita yksilölle että kollektiiviselle identiteetille. Muistot antavat tunteen eletyn elämän merkityksestä ja arvosta, koska kokemukset voi jakaa toisten saman kokeneiden kanssa. Nikkanen tarkasteli veteraanikuntoutusta sosiaalisena maailmana sekä pohti sen yksilöllisiä, sosiaalisia ja kulttuurisia merkityksiä. Hänen tutkimuksen tavoitteena oli saada kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnille sosiaalisempaa otetta ja tuoda esiin muistelun yksilöllinen sekä kollektiivinen merkitys kuntoutusjaksolla. Kohdejoukkona tutkimuksessa olivat keski-ikältään 80-vuotiaat Peurungon veteraanikuntoutuksessa useiden vuosien ajan käyneet sotaveteraanit. Tutkimuksen aineisto koostuu yhdestä ryhmähaastattelusta ja kahdestatoista yksilöhaastattelusta. Hän totesi myös, että veteraanikuntoutuksella on terapeuttista ja sosiaalista vaikuttavuutta yksilöllisten ja fyysisten seurauksien lisäksi. Muistelu ja yhdessä oleminen toimi veteraaneille itseapu- ja ryhmäterapiana, sekä he saivat aineksia elämänsäkulun yksilölliselle ja kollektiiviselle hallinnalle. (Nikkanen 2005, 102, 62, 63.)

Savolaisen ja Viitalan (2000, 39-40) tekemässä fysioterapian pro gradututkielmassa suurin osa veteraaneista koki henkisen vireytensä hyväksi tai keskinkertaiseksi. Kuntoutuksen jälkeen henkinen vireys kuitenkin parani. Tutkijoiden mukaan se johtui yhteisöllisyyden tunteesta ja sosiaalisista kontakteista. Tutkittavat harrastivat pääasiassa kävelyä, lenkkeilyä ja kotivoimistelua. Liikunta-aika oli puolesta tunnista kahteen tuntiin. Näiden kuntoilumuotojen suosioon vaikutti niiden helppous. Kotivoimistelu lisääntyi ryhmän aikana. Koeryhmä sekä perinteinen ryhmä saivat kirjallisia ohjeita ja he pitivät myös harjoituspäiväkirjaa. Edellä mainituilla seikoilla ja tutkimukseen osallistumisella on tutkijoiden mukaan vaikutusta tutkittavien aktivointiin ja motivointiin.

Ikäinstituutin kolmeosaisessa Kiikun Kaakun -projektissa selvitettiin yli 80-vuotiaiden Hämeenkyrössä ja Ikaalisissa kotona asuvien heikkokuntoisten vanhusten fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä ja kuinka siihen voidaan vaikuttaa eripituisilla liikuntaohjelmilla. Projektissa selvitettiin myös kymmenen viikon mittaisen kuntosaliharjoituksen vaikutusta yli 80-vuotiaiden fyysiseen toimintakykyyn. Liikuntaohjelmat saivat aikaiseksi positiivisia muutoksia psyykkisen toimintakyvyn alueella. Työntekijöiltä toiminta edellyttää kuitenkin lisäkoulutusta iäkkäiden liikuntaharjoitusten ohjaamisessa ja perehtymistä vanhenemiseen liittyviin toimintakyvyn muutoksiin. (Pohjalainen 2008, 40.)

### 3 TOIMINTAKYKY JA VANHENEMISMUUTOKSET

Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa (2008, 22) todetaan, että kun ikääntyneiden toimintakyvyn ja terveydentilan heikkenemiseen ja sosiaalisiin ongelmiin puututaan mahdollisimman varhain, ehkäistään toimintakyvyn vajausten syntymistä ja ongelmien kasautumista ja kärjistymistä. Varhainen puuttuminen edellyttää erilaisten ehkäisevien ja kuntouttavien työmenetelmien ja palvelujen käyttöönottoa sekä lisäämistä. Palvelujärjestelmän tehtävänä on tukea, ohjata ja motivoida ihmisiä kantamaan vastuuta omasta hyvinvoinnistaan ja terveydestään.

Vanheneminen on monimuotoinen ilmiö, jossa tapahtuu toimintojen heikentymistä, mutta toisaalta yksittäisissä toiminnoissa voi ilmetä pysyvyyttä ja toimintojen paranemistakin. Onnistuneelle vanhenemiselle haasteen muodostaakin vanhenemisen vaihtelevuus, palveluiden sekä interventioiden kohdentamisen suhteen, joita useimmiten suunnitellaan keskiarvojen mukaisesti. Tarvitaan toimintatapojen muutosta, ennaltaehkäisyä ja lisätutki-

muksia. Ikääntyvää henkilöä voi rohkaista esimerkiksi liikuntaan ja erilaisiin harjoitteisiin korostamalla vanhenemismuutosten yksilöllisyyttä ja onnistuvaa vanhenemistä. (Ranta 2004, 133 - 138.)

Ikäihmisten liikunnan kansallisen toimenpideohjelman lähtökohtana on pitää ikääntynyt väestö toimintakykyisenä, joka edellyttää jo väestökehityksenkin perusteella terveysliikunnan näkökulmien sisällyttämistä toimintasuunnitelmiin, strategioihin ja talousarvioihin. Ennen kaikkea asiantuntijoiden on myös kuultava ikäihmistä itseään. Toimintakyvyn tukemiseen on sisällyttävä eri hallinnonalojen, asiantuntijaorganisaatioiden ja valtakunnallisten järjestöjen osuus. Sosiaali- ja terveystoimen ja liikuntatoimen yhteistyö onkin tärkeää. Toiminnan koordinointi, työnjako, seuranta ja arviointi ja poikkisektoriaalinen yhteistyö liittyvät oleellisena osana toimenpideohjelmaan, kuten myös liikkumisympäristöt ja -olosuhteet, liikuntaneuvonta ja liikuntatoiminta, yleinen tietoisuus, asenteet ja osaaminen, tutkimuksen ja kehittämistyön vuoropuhelu. (Karvinen 2011, 11-19.)

Ihmisen toimintakyky on kokonaisuus, jonka muutoksiin vaikuttavat fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky. Iäkkään hyvä toimintakyky on edellytys monenlaisen itsenäiseen toimintaan. Keskeistä on kuitenkin elämänaikainen kuormittavuus, esimerkiksi työssä ja miten työiässä toiminta- ja työkykyä on edistetty. (Ranta 2004, 14-16.)

Toimintakykyä säätelevät biologinen vanhenemisprosessi, sairaudet, elinolot, elintavat, ja perinnölliset tekijät. Ihmisen oma toiminta elinaikana vaikuttaa myös vanhenemisprosessiin työn, harrastusten ja arjen askareiden avulla. Hän voi ylläpitää, parantaa tai vaurioittaa toimintakykyään. Sopeutuminen vanhenemismuutoksiin, voimavarojen optimointi ja kompensatiokieinoit vaikuttavat merkittävästi toimintakykyyn ikääntyessä. Etenkin miesten toimintakyvyssä näkyy ikääntyessä elinaikana tehty raskas työ, epäterveet elintavat tai riskialttiit harrastukset. Toimintakyvyn edistämistä eniten muovaavat sosiaalinen tuki, ympäristön vaatimukset sekä ihmisen omat odotukset. Toimintakyky on merkittävä tekijä vanhusten hyvinvoinnin kannalta. Suomalaisen 80-vuotiaiden toimintakyky on kehittynyt parempaan suuntaan, kuitenkin iäkkäiden väestöryhmien väliset erot ovat suuret. Ikääntyvän toimintakyvyn muutokset ja elimistön rapistuminen vaikeuttavat selviytymistä arkipäivän askareista. (Pohjalainen 2012, 235-236.) Toimintakyky on myös vuorovaikutuksessa erilaisten yksilö- ja ym-

päristötekijöiden ja ihmisen terveydentilan kanssa. Kehon rakenteisiin ja toimintoihin liittyvät elinjärjestelmien fysiologiset ja psyykkiset toiminnot, sekä myös anatomiset osat, kuten elimet, raajat ja näiden rakenneosat. (Pohjalainen 2008, 8.)

Biologiseen vanhenemiseen liittyy ruumiinrakenteen ja ruumiin koostumuksen muutokset, luuston heikkeneminen, lihasvoiman, kestävyuden ja nopeuden väheneminen sekä asennonhallinnan heikentyminen. Kestävyuden vähenemiseen vaikuttaa sydän-, verenkierto- ja hengityselimistöön muutokset. Muutokset tapahtuvat yksilöllisesti ja niihin voidaan vaikuttaa liikunnalla ja erityisharjoitteilla. Tiedonkäsittelyyn ja sosiaalisuuteen vaikuttavat olennaisesti fyysiset ja fysiologiset muutokset. Biologiset vanhenemismuutokset liittyvät ravitsemukseen, liikkumisaktiivisuuteen, sairauksiin, lääkkeiden käyttöön ja normaaleihin vanhenemismuutoksiin. (Nurmi 2010, 206.) Biologiset- ja fysiologiset muutokset elimistössä muuttavat ja vähentävät ihmisen vastustuskyvyn lisäksi suoritus- ja sopeutumiskykyä, joihin vaikuttavat perinnöllisten tekijöiden lisäksi kulumat ja vauriot solu- ja molekyylitasolla. (Fogelholm 2011, 89.)

Ikääntymismuutokset aiheuttavat muutoksia, jonka seurauksena lihaskudoksen venyminen ja kimmoisuus vähenevät. Nestepitoisuus vähenee ja side- ja rasvakudos lisääntyy. Ikääntyminen tuo tullessaan myös lihaskatoa eli sarkopeniaa samoin kuin lihasten surkastumista eli atrofiaa, jolloin lihasvoima vähenee. Monipuolinen ravinto ja riittävä valkuaisten saanti turvaavat lihaskudosta. (Kettunen 2002, 217.)

Ikääntyessä heikkenevästä toimintakyvystä tulee merkittävä mittari. Toimintakykyä mitataan erilaisin mittarein, joilla selvitetään iäkkään vointia. Perinteinen lääketiede käsittää terveyden sairauksien puuttumisena. Gerontologiassa terveys käsitetään voimavarana sekä suoritus- ja toimintakyynä. Siinä korostetaan iäkkään toimintakykyisyyttä, ei niinkään sairauksia, vammoja ja puutteita toimintakyvyssä. Vanhenemistä ei luokitella sairaudeksi, vaikkakin sairauksien riski kasvaa ikääntyessä. Avun tarve ja toimintakyvyn heikkeneminen tai paraneminen eivät välttämättä ole jatkuva tila, koska ne muuttuvat eri tekijöiden vaikutuksesta. Sairaudet, elämän kriisit, kuntoutus, itsestä huolehtiminen ja elämänhallinta ja –tarkoitus vaikuttavat toimintakykyyn. Se, miten iäkäs kokee sairastumisen, riippuu sosiaalisen ympäristön vaatimuksista. Paras ta olisikin, että sopusointu ympäristön kanssa toimisi. Toimintakyvyn tavoitteena on onnistunut vanheneminen, joka ei perustu kalenteri-ikään. Toimintakyvyn säilymisen kannalta on tärkeää, että se huomioidaan kokonaisuutena, fyysisenä, psyykkisenä ja

sosiaalisena toimintana. Silloin iäkkään henkilön itsenäisyys säilyy ja hän pystyy huolehtimaan itse omista asioistaan. (Kettunen 2002, 215.)

Iäkkään henkilön toimintakykyä ja itsenäistä selviytymistä edistää ja tukee esteetön sekä virikkeellinen ympäristö. Sosiaalista vuorovaikutusta estää liikkumisen vaikeutuminen ja liikkumisrajoitteet ympäristössä, jolloin kotoa lähteminen vaikeutuu esimerkiksi apuvälineen kanssa. Kunnan tehtävänä on huolehtia ympäristön ja kulkureitien soveltumisesta vanhoille ihmisille. Turvallisuuden tunnetta, liikuntakykyä ja liikunta-aktiivisuutta lisäävät hyvin valaistut kulkureitit, levähdys- ja viheralueet sekä myös autottomat alueet. Järkevät kodinmuutostyöt ja teknologian käyttö tukee kotona asumista. Teknologia on oltava helppokäyttöistä ja integroitu johonkin jo ennestään käytössä olevaan tuttuun laitteeseen. Näkymätön teknologia hyödyttää heikkokuntoisempia ikääntyneitä parhaiten. Ympäristön puutteita voidaan korvata apuvälineiden avulla, mutta ei kokonaan. (Konsensuslausuma 2012, 10.)

Ikääntyneiden henkilöiden terveyden ja toimintakyvyn edistämiseen tarvitaan monitieteistä, gerontologista tietoa vanhenemisestä. Vanhenemisen moniulotteisuuden takia tarvitaan yhteistyötä eri tieteenalojen edustajien kanssa. Vanhenemiseen liittyvät fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset osa-alueet. Vanheneminen on myös monietiloginen tapahtumasarja, johon vaikuttavat elintavat, elinolot, perinnölliset tekijät sekä sosiokulttuuriset tekijät. (Heikkinen 2008, 22). Toimintakykyylähtöisyyden avulla voidaan muokata mielikuvia vanhenemisestä positiiviseen ja kokonaisvaltaiseen suuntaan. Se helpottaa myös interventioita ja edistää gerontologista holistista vanhenemiskäsitystä. (Ranta 2004, 14 – 16.)

Hyvään ja hallittuun vartalon asentoon liittyy hyvä tasapaino. Kaatumisia ja tapaturmariskiä lisäävät liikkumisen, tasapainon ja koordinaation ongelmat. (Kettunen 2002, 147 - 217.) Heikentynyt tasapaino iäkkäällä vaikuttaa kaatumisvaaraan. Myös näkökyvyn heikkeneminen, nivelten ja jalkapohjan toiminnan heikkeneminen sekä lihasvoiman väheneminen edistävät kaatumisvaaraa. Fyysisen toimintakyvyn kannalta on tärkeää selvittää, millaisia ongelmia esimerkiksi lihas- ja luukudoksessa ja nivelten liikkuvuudessa on. Keskushermostossa tapahtuva tiedon prosessoinnin hidastumisella on merkitystä havaintomotoristen toimintojen hidastumiseen. (Pohjalainen 2012, 235 – 236.)

Kaatumisten ehkäisyssä keskeisiä tekijöitä ovat monipuolinen liikunta, tasapaino-, lihaskunto- ja kestävyyskuntoharjoittelu, lääkehaittojen vähentäminen, hyvä ravitsemus, D-vitamiinin saanti ja alkoholin kohtuukäyttö. Huomiota on kiinnitettävä myös mahdollisimman hyvästä kuulon ja näkökyvyn huolehtimisesta sekä liikkumisen ja asumisen turvallisuudesta sekä esteettömyydestä, jalkineiden kuntoon ja liukuesteiden käyttöön, turvallisiin liikkumisen apuvälineisiin, lonkkasuojiin ja turvateknologiaan. Kaatumispelon vähentäminen on myös tärkeää, koska sen myötä liikkuminen vähenee. Kaatumisten ehkäisyn oleelliset toimet ovat hyvä sairauksien hoito ja hoidosta huolehtiminen sekä hyvän terveydentilan säilyminen. Mikäli kotonaan asunut iäkäs henkilö ei kuntoudukaan takaisin kotiin, vaan joutuu pysyvästi laitoshoitoon, ovat hoitokustannukset ensimmäisenä vuotena arvioilta 47 100 euroa/henkilö (v. 2010 kustannustason mukaan). Arvioon sisältyvät hoito ja kuntoutus, kuten leikkaushoito, sairaalahoito, jatkohoito, apuvälineet, kotiapu ja lääkehoito. Pysyvään laitoshoitoon joutuu lonkkamurtuman saaneista iäkkäistä 13 %, ja yli kolmasosa kuolee vuoden sisällä tapahtumasta. Kaatumisista johtuvien seurauksien kaikkia kustannuksia ei pystytä täysin luotettavasti laskemaan, koska kaatumistapaturmien kirjaamisessa on edelleen puutteita, vaikka kirjaamiskäytännöt ja tietojärjestelmät Suomessa ovat melko hyvätasoisia. Monet iäkkäät hoitavat kaatumisista tulleet vammat kotona, joten kustannusten arviointi lisääntyneen avuntarpeen suhteen on siltäkin osin vaikea toteuttaa. (Pajala 2012, 5 – 14.)

Tärkein kotona asuvien iäkkäiden kaatumisten ehkäisykeino on liikuntaharjoittelu, koska hyvä kestävyyskunto ehkäisee sairauksien syntyä. Se on myös keskeistä monen sairauden hoidossa. Harjoittelun on oltava riittävästi elimistöä kuormittavaa ja monipuolista, että harjoitusvaikutuksia saadaan aikaan lihaskunnan ja tasapainon suhteen. Sen tulee sisältää tasapaino- ja liikkumiskykyä sekä lihasvoimaa sisältäviä harjoitteita. Lihaksen voima heikkenee kiihtyvää tahtia ja lihaskudoksen määrä vähenee 30 ikävuodesta lähtien. Viisikymmentä täyttäneillä voima heikkenee noin 1,5 prosenttia vuodessa ja 60 ikävuoden jälkeen heikkeneminen on jo 3 prosenttia vuodessa. Mikäli lihaksia ei säännöllisesti käytetä tai harjoiteta heikkeneminen voi olla suurempaakin. Lihassolujen väheneminen ja lihaksen hermotuksen heikentyminen on lihaskunnan heikkenemisen taustalla. Niillä onkin merkittävä osuus kaatumisiin, koska iän mukana tapahtuva nopeiden lihassolujen kato on hitaiden solujen katoa suurempaa. Myös lihasaktivaatiota ohjaavissa hermojärjestelmissä tapahtuu heikkenemistä, jolloin esime-



riksi iäkkään henkilön horjahtaessa hän ei pystykään riittävän nopeasti korjaamaan asentiaan, vaan horjahdus voi johtaa kaatumiseen. (Pajala 2012, 15 – 29.)

### 3.1 Fyysinen toimintakyky

Hengitys- ja verenkiertoelimistön sekä tuki- ja liikuntaelimistön toiminta liittyvät fyysiseen toimintakykyyn. Vuonna 2004 WHO eli Maailman terveysjärjestö on ICF-luokituksen (International Classification of Functioning, Disability and Health) mukaan luokitellut toimintakyvyn koostuvan kehon toiminnoista, suorituksista, rakenteista sekä pysyvistä tai tilapäisistä ongelmista. (Pohjalainen 2012, 235 – 236.)

Ikääntyessä soluhengitys heikkenee, mikä myös vähentää suorituskykyä ja päivittäistä toimintakykyä. Verenkierto- ja hengityselimistön hyvä kestävyyskunto vähentää liikalihavuutta, johtaa parempiin rasva-arvoihin ja elastisiin verisuoniin sekä vähentää kolesterolin ja verenpaineen nousua, koska vatsaontelossa ja ihonalaiskudoksessa oleva rasvan määrä ovat yhteydessä huonoon kuntoon. Toimintakyvyn heikkenemisellä on seurausta sosiaalisten suhteiden vähenemiseen. (Fogelholm 2011, 34, 88.) Vanhenemis- ja fyysisen toimintakyvyn heikkenemisen ymmärtämiseen vaikuttavat psykososiaaliset voimavarat. (Nurmi 2010, 205.)

Tuolilta ja vuoteesta ylösnouseminen on itsenäisen selviytymisen kannalta välttämätöntä iäkkäälle. Nousemisessa tarvitaan polvien ojennusvoimaa ja tasapainoa. Toimintakyvyä rajoittava polven ojennusvoiman heikentyminen johtaa lisääntyneeseen avun tarpeeseen sekä väsymyksen tunteeseen. Ikääntynyt voi käyttää 97 % maksimivoimastaan tuolilta ylösnousuun, kun nuoremmat käyttävät vain 39 %. Ylösnousua mitataan ylösnousuun kuluneena aikana. Iäkäs, joka ei pysty nousemaan tuolista yhtään kertaa kärsii alentuneesta reisilihaksen voimasta. Viisi kertaa toistettu ylösnousu on luotettavin (reliabiliteetti). Tuolilta ylösnousu on toiminnallinen testi, jonka etuna on hyvä validiteetti subjektiivisen havainnon sijaan. Sillä saadaan tietoa iäkkään polven ojennusvoimasta, onko se riittävä vai riittämätön, sekä tasapainosta. (Hamilas 2000, 9 – 10.)

Askelpituus vaihtelee iän mukaan ja lihasvoiman heikkenemisen myötä se lyhenee. Sitä voi mitata kävelyn aikana oikean jalan kannasta vasemman jalan kantaan. Kantapäiden kohdalta jalkojen sisäreunasta mitataan askelleveys. Askelleveyteen vaikuttavat rakenteelliset tekijät, kuten lantion leveys, lonkka- ja polvinivelen asento, alaraajo-

jen lihasvoima ja tasapainon hallinta. Vaikutusta on myös alustan kaltevuudella ja liukkaudella sekä ikääntymisellä. Lonkanloitontajien heikkous voi aiheuttaa kapeaa askellusta ns. mannekiinikävelyä. Tasapaino-ongelmista, neurologisesta häiriöstä tai jalkapohjien tuntohäiriöistä johtuen voi esiintyä leveää askellusta. Lantio jäykkänä kävelevä ihminen kärsii alaselän kivuista, joka taas pahentaa kipukierrettä. (Kettunen 2002, 163, 164.)

### 3.2 Psyykkinen toimintakyky

Tiedonkäsittelyssä tarvittavat kognitiiviset toiminnot liittyvät psyykkiseen toimintakykyyn, jotka hidastuvat ikääntymisen myötä, joka taas on seurausta keskushermoston toiminnan hidastumisesta. Ikääntynyt tarvitsee enemmän reagointi- ja suositusaikaa nuorempiin verrattuna nopeissa tilanteissa. Toimintojen hidastumisessa on kuitenkin yksilöllisiä eroja. Hidastumiseen vaikuttavat sairaudet, aivojen verenkiertoon liittyvät sydän- ja verisuonitaudit ja mielialaongelmat, joiden ennaltaehkäisyyn onkin kiinnitettävä huomiota. (Pohjalainen 2012, 236.) Hyvän kognitiivisen ja fyysisen toimintakyvyn ylläpitäminen ja kehittäminen estää sairauksia tai myöhentää niitä. Lopputuloksena saadaan aktiivinen, osallistuva ja vuorovaikutuksellinen elämä. Henkinen vireys ja kohtalainen toimintakyky on onnistuneen vanhenemisen merkki. (Ranta 2004, 14 – 16.)

Toisen ihmisen näkökulmien ymmärtämiseen tarvitaan kielellisen ilmaisun lisäksi kognitiivisia, tunne-elämän ja empatian taitoja. Yksinäisyyteen ja vanhemismuutoksiin sopeutumiseen vaikuttavat heikot tai puutteelliset vuorovaikutustaidot. Läheisten ihmissuhteiden menetys lisää yksinäisyyden tunnetta. (Nurmi 2010, 248.)

### 3.3 Sosiaalinen toimintakyky

Ihmisen sosiaalista toimintakykyä säätelevät kirjoitetut ja kirjoittamattomat säännöt ja odotukset. Se on ihmisen julkista ja näkyvää puolta. Sosiaalista toimintakykyä tarvitaan ikääntyneen kohdatessa uusia tilanteita. Ihmisten kehityspolkua ei voi kuvata keskiarvojen mukaan, koska se etenee yksilöllisesti ja vaihtelu on suurta. Ristiriititalanteissa vanhemmat pariskunnat ilmaisevat nuoria enemmän myönteisiä tunteita. Ristiriitoja ja kielteisiä tunnekokemuksia kartetaan myös ihmissuhteita valitessa. Ihmisen

tarvitessa tukea tärkeissä ja isoissa asioissa on koti ja perhe todettu erityisen tärkeäksi paikaksi (Nurmi 2010,190 – 201, Heikkinen 2008, 69.)

Sosiaalisen toimintakykyyn liittyy sosiaaliset suhteet ja vuorovaikutus toisten ihmisten kanssa. Vuorovaikutuksessa toisten ihmisten kanssa ikääntynyt voi vaikuttaa ympäristöönsä ja ottaa myös siitä vaikutteita. Terveysteen ja sosiaaliseen toimintakykyyn vaikuttavat sosiaalinen verkosto ja sosiaalinen tuki, johon oleellisena osana liittyy ikääntyneen perhe. Perhe luo turvaa, läheisyyttä ja rakkautta. Ikääntyneen perheeltä saama arvostus on hänen hyvinvoinnin kannalta erityisen tärkeää. Ikääntyessä perheen merkitys korostuu. (Lyyra 2007, 70.)

Sosiaaliseen osallistumiseen ja hyvinvointiin vaikuttavat erityisesti terveys ja toimintakyky. Harrastuksilla on luova merkitys, jolloin ikääntynyt saa itse valita mieluisimman aktiviteetin. Erityisesti fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä tukee opiskelu- ja taideharrastus, jotka ovatkin lisääntyneet. (Nurmi 2010, 251.)

#### 4 KUNTOUTUS

Lähivuosina veteraanien joukko tulee harventumaan voimakkaasti. Veteraanien kunnan heiketessä, heidän kotona pärjäämisen tuen tarve kasvaa koko ajan ja he tarvitsevat lisää sosiaali- ja terveystalveluja sekä geriatrista kuntoutusta. Sotaveteraaneja arvioidaan vuonna 2015 olevan noin 23.000, joista sotainvalideja noin 3.000. (STM 2012). Suomen Sotaveteraaniliitto muistuttaakin, että avokuntoutuksen, toiminta- ja fysioterapeuttien sekä muiden sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden palveluilla voidaan tukea veteraanien kotona selviytymistä.

Kuntoutuksella parannetaan ihmisten toimintakykyisyyttä ja sosiaalisista tilanteista selviytymistä. Suomalaisen yhteiskunnan muutokset eri aikakausina muuttavat kuntoutuksen tavoitteita, sisältöä ja toimintatapoja. Kuntoutus oli aikaisemmin, kuten 1940- ja 1950-luvulla pääasiassa sodassa ja tapaturmissa tulleiden vammojen ja haittojen korjaamista. Nykyisin kuntoutus on monipuolinen toimintamuoto. Sillä ehkäistään ja kompensoidaan sairauksia, vammoja sekä sosiaaliseen syrjäytymiseen liittyviä ongelmia. Kuntoutuksella myös tuetaan ihmisten ja väestöryhmien voimavaroja, selviytymistä ja arkielämän hyvinvointia elämän eri siirtymävaiheissa. Toimintakokonaisuutena kuntoutus on sisällöltään monialainen. Kuntoutuksen tulokseen vaikuttavat ih-

misten ennakkokäsitykset, kokemukset, kohderyhmä, toimintamuoto, tiedot, elämäntilanne ja ongelmat. (Järvikoski 2011, 8.)

Ikääntyvän väestön määrää, sen muuttuvia tarpeita sekä heterogeenisyyttä ajatellen suomalainen kuntoutusjärjestelmä on vanhentunut ja rikkonainen. Kuntien taloudellinen tilanne rajaa kuntoutuksen ensisijaisesti nuoremmille ikäryhmille. Myös kuntoutuslaitokset kehittävät toimintaansa veteraanikuntoutuksen pohjalle. Gerontologisen kuntoutuksen kehittämiseen tarvitaan työntekijöiden, organisaatioiden sekä järjestelmän eri tasojen panosta, ja etenkin ikääntyneiden itsensä näkemyksiä sekä sukupolvi-historiaa hyödyntäen. (Pikkarainen 2013, 6.)

#### 4.1 Sosiaalinen kuntoutus

Kuntoutus käsittää myös sosiaalisen kuntoutuksen. Ikäihmisten sosiaalityössä käytetään gerontologisen sosiaalityön menetelmiä, jossa on yhdistetty sosiaalityön ja sosiaaligerontologian teorian vanhenemisen tutkimustyöhön. Kuntoutus edellyttää tutkimussuuntautunutta sosiaalityötä, näyttöön perustuvaa toimintaa ja käytäntöjen mallintamista. Mikäli sosiaalinen asiantuntemus jää vaikeasti haltuun otettavaksi, on varauduttava siihen, että se kyseenalaistetaan. Silloin huomioidaan vain medikaalinen, juridinen ja pedagoginen asiantuntemus. Myöskään sosiaalityön perustuminen pelkkään intuitioon ja hiljaiseen tietoon ei riitä, koska sillä ei taata asiakkaalle tarpeeksi hyvää sosiaalityötä tai sosiaalisia oikeuksia. Sosiaalityön menetelmiä ovat yksilökohtainen palveluohjaus, perhetyö, yhdyskuntatyö, kriisityö, verkostotyö ja ratkaisukeskeinen työ. Vuorovaikutukseen ja yksilöllisyyteen perustuvien työmenetelmien kehittymisen seurauksena sekä reflektiivisen sosiaalityötä koskevan koulutuksen myötä ongelmakeskeisestä työotteesta on siirrytty kohti voimavarakeskeisyyttä ja osallisuutta tavoittelevia työmenetelmiä. (Liikanen 2007, 2 – 5.)

Palvelutarpeen arvioinnilla kartoitetaan avohoidon, kotihoidon, palveluasunnon tai laitoshoidon tarvetta. Arvioinnissa käytetään apuna mittareita, joilla määritellään fyysistä toimintakykyä, RAVA-indeksi sekä kognitiivista toimintakykyä mittaavalla testillä, MiniMental State Examination (MMSE). Maailman terveysjärjestö (WHO) on kehittänyt kaksiosaisen kansainvälisen toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokituksen eli ICF-luokitus. Se käsittelee toimintakykyä ja -rajoitteita sekä ympäristöön liittyviä tekijöitä. Sosiaalitoimeen ollaan myös kehittämässä terveydenhuollon

pitkäaikaishoidossa käytettävää Resident Assessment Instrument –tietojärjestelmää (RAI), sekä siihen liittyviä mittareita. Aluksi mittari otetaan käyttöön kotihoidossa ja myöhemmin vanhussosiaalityössä dokumentointiin ja arviointiin. Mittareilla saadaan kuitenkin selville vain osa iäkkään elämäntilanteesta, tukiverkostosta ja pärjäämisestä kotona. (Liikanen 2007, 4.)

Sosiaalityön todellinen haaste vanhuuskuvan uudistamiseksi on se, miten yhdistetään iäkkään ihmisen tarpeet ja toimijuus. Iäkkäiden todelliselta avuntarpeelta ja sosiaalisilta ongelmilta ei tule ummistaa silmiä. Toimijuutta on tarvittaessa vahvistettava ja annettava sille tilaa. Se ei saa hävitä, vaikka vanhus olisi riippuvainen toisen henkilön avusta. Avun tarpeen lisääntyminen ei myöskään tarkoita autonomiasta ja ihmisarvosta luopumista. Ne on määriteltävä uudelleen tilannekohtaisesti. Toimijuus palvelujärjestelmässä voi helposti myös jäädä järjestelmän rakenteen sekä vahvojen ammatillisten toimijoiden jalkoihin. (Kröger 2007, 11)

Sosiaalityön kehittämisen näkökulmasta aito asiakaslähtöisyys palvelujärjestelmässä vaatii luopumista tehokkuusajattelusta, kuten esimerkiksi iäkkään osallisuuden vahvistamisessa. Tarvittaessa iäkkään ihmisen asianajajana ja aloitteentekijänä sosiaalityö voi toimia kotihoidon ja ennaltaehkäisyn laaja-alaisena koordinaattorina. Vanhussosiaalityöhön voi hakea tukea ja voimavaroja myös kulttuuritoiminnasta ja taiteesta. Iäkkään ihmisen kohtaaminen ja elämänhistorian tunteminen on tärkeää vanhussosiaalityössä. Niiden avulla vanhusta autetaan rakentamaan sosiaalista identiteettiään. (Kröger 2007, 13 - 15.)

## 4.2 Veteraanikuntoutuksen tavoitteet ja periaatteet

Ikääntyvien veteraanien yksilöllinen kuntoutustarve lisääntyy. Itsenäisesti jokapäiväisistä toimista selviytymisen edellytyksenä on toimintakyvyn säilyminen ja edistäminen. Näin ollen tarjolla olevien kuntoutusmuotojen ja –jaksojen pitää tukea yksilöllistä ja sen on tuettava veteraanin elinolosuhteita. Kuntoutuksessa on hyödynnettävä psykososiaalisia, geriatrasta ja tutkimuksellista tietoa. (Valtiokonttori 2010.)

Veteraanien ikääntymisestä, terveyden huononemisesta, toimintakyvyn heikkenemisestä, leskeytymisestä ja yksin asumisesta johtuvat muutokset toimintakyvyssä ovat muuttaneet veteraanien kuntoutustarpeita geriatrisen kuntoutukseen päin. Tarkoituk-

senä on muuttaa kuntoutusta pois laitoskeskeisyydestä ja fysioterapiapainotteisuudesta. Kotona tapahtuvaa kuntoutusta ja päiväkuntoutusta lisätään säännölliseksi kuntoutukseksi. Toiminnan lähtökohtana tulee olla tasokas yksilöllinen kuntoutussuunnitelma, jossa otetaan huomioon sekä fyysinen, psyykinen että sosiaalinen kuntoutus ja toisaalta yksilö, lähiyhteisö ja asumisympäristö. Kuntoutuksesta rakennetaan jatkuva prosessi yksittäisten ja irrallisten toimenpiteiden sijaan. Järjestämisessä tukeudutaan kunnallisiin sosiaali- ja terveydenhuollon normaalipalveluihin, jolloin se on myös edullisinta ja joustavinta. Tavoitteena on, että veteraani pystyy asumaan mahdollisimman itsenäisesti mahdollisimman pitkään. Etusija on henkilöillä, joiden toimintakyky on heikentynyt ja joiden oletetaan hyötyvän kuntoutuksesta. Kuntoutuksen tulee muodostua laaja-alaisesta biopsykososiaalisesta kuntoutuksesta ryhmissä ja yksilöllisesti toteutettuna. Terapioiden lisäksi siihen tulee sisällyttää esimerkiksi hoidonopetusta ja omaisten kuntoutuskursseja sekä sopeutumisvalmennusta. (Hanhela 2013.)

#### 4.3 Toimintakykyluokat kohdentavat kuntoutusmuodon

Hakijat ryhmitellään toimintakykyluokkiin, joka auttaa ohjaamaan veteraanit terveydentilan ja toimintakyvyn perusteella sopiviin kuntoutusmuotoihin (Suomen sotaveteraaniliitto 2011).

Ensimmäiseen toimintakykyluokkaan kuuluu henkilö, jolla on vaikea häiriö fyysisessä tai psyykkisessä toimintakyvyssä, kuten esimerkiksi amputaatio, keskivaikea dementia, vaikea halvaus tai Parkinsonin tauti. Suositeltavinta on geriatrinen laitoskuntoutus. Vaihtoehtoisesti soveltuu myös koti- tai päiväkuntoutus. (Hanhela 2013.)

Toiseen toimintakykyluokkaan kuuluu henkilö, joka kärsii lievästä tai keskivaikeasta toimintakyvyn häiriöstä, kuten diabetes, verenkiertoelinten sairaus, obstruktiivinen keuhkosairaus tai vaikea nivelrikko. Hän on pääosin omatoiminen, mutta avun tarvetta voi esiintyä esimerkiksi kotitöissä. Suositeltavana kuntoutusmuotona geriatriseen kuntoutukseen perehtynyt laitos- tai päiväkuntoutus. (Hanhela 2013.)

Kolmas toimintakykyluokka on normaalisti ikääntyneille rintamaveteraaneille. Kuntoutustarve saattaa johtua ikääntymisen aiheuttamasta toimintakyvyn heikentymisestä. Suosituksena pidetään avokuntoutusta tai toimintakykyä ylläpitävää ja ehkäisevää laitoskuntoutusta. (Hanhela 2013.) Laitoskuntoutusta rintamaveteraani saa kalenterivuo-

nessa toimintakykyluokka III:ssa, enintään 10 vuorokautta. Laitoskuntoutusta rintamaveteraanille, jolla on vamma tai sairaus, joka aiheuttaa toimintakyvyn häiriöitä, toimintakykyluokka I tai II, 2 – 4 viikkoa, jos se on kuntoutuksen tavoitteiden kannalta perusteltu. (Valtiokonttori 2012.)

Päiväkuntoutusta rintamaveteraani saa kalenterivuodessa enintään 20 päivää ja muuta avokuntoutusta 30 käyntikertaa. Esimerkiksi toimintakykyluokkaan III kuuluva rintamaveteraani saa avokuntoutusta 2 x 10 hoitokerran sarjaa. Toimintakykyluokkaan I ja II kuuluva rintamaveteraani saa 3 x 10 tai 2 x 15 hoitokerran sarjoina. Kuntoutuksen vaikuttavuus paranee, kun se jakautuu pitkälle aikavälille. Rintamaveteraanien kuntoutuksesta annettu asetus säätelee kuntoutuksien pituudet. (Valtiokonttori 2012.)

Kuntoutukseen pääsemiseksi tarvitaan Valtiokonttorin vahvistama hakemuslomake ja lääkärinlausunto. Hakemus ja lääkärinlausunto eivät saa olla vuotta vanhempia. Hakemukseen kuvataan sairaudet ja vammat, jotka ovat kuntoutusratkaisun perusteena. Myös päivittäisistä toimista selviytyminen kuvataan lomakkeelle sekä mainitaan toimintakykyluokka. Vuoden 2013 talousarviossa valtio on varannut määrärahan rintamaveteraaneille kotiin vietäviin kunnallisiin avopalveluihin. (Hanhela 2013.)

#### 4.4 Gerontologinen ja geriatriinen kuntoutus

Ikääntyneiden, kuten myös veteraanien kuntoutuksessa käytetään gerontologista ja geriatriasta kuntoutusta. Ikääntyminen tapahtuu usealla eri tasolla jolloin se tuo tullessaan haasteita ja vaatimuksia kuntoutukseen. Vanhenemiseen liittyvässä gerontologisessa kuntoutuksessa huomioidaan biologinen, psyykinen ja sosiaalinen vanhenemisprosessi, sekä sairauksien erityispiirteet. Gerontologinen kuntoutus on ajankohtainen aihe, koska väestön ikääntyminen lisääntyy ja ikääntyminen vaatii laaja-alaista ymmärtämistä hoitohenkilökunnalta. Gerontologisella kuntoutuksella pyritään monitieteiseen tarkasteluun. Tärkeimpiä osa-alueita perinteisessä gerontologiassa ovat biogerontologia, psykogerontologia, sosiaaligerontologia ja geriatria. Uudempia osa-alueita ovat kulttuurigerontologia, kasvatusgerontologia ja ympäristögerontologia. Gerontologinen kuntoutus huomioi vanhenemisen laaja-alaisesti, vanhenemisen eri puolet huomioiden. Akuutin sairauden jälkeen, mahdollisimman nopeasti aloitettu gerontologinen kuntoutus on hyödyllisintä, kuten esimerkiksi aivohalvauksen jälkeinen kuntoutus.

Etenkin laitoshoidon joutuminen estetään oikea-aikaisella kuntoutuksella. (Rissanen 2008, 547 – 557.)

Suomessa gerontologisen kuntoutuksen käsite ei vielä ole vakiintunut. Kuntoutuksen ja gerontologian asiantuntijoiden pitäisi yhdessä osallistua määrittelemään gerontologisen kuntoutuksen sisältöjä, menetelmiä ja tutkimusta, koska tulevaisuudessa se voi olla hyvin monimuotoista kuntoutustoimintaa. Gerontologinen kuntoutus ei ole pelkästään sairauksien jälkeistä kuntoutusta, vaan lähtökohtana on pidettävä vanhenemisilmion laaja-alaista ymmärtämistä, iäkkään ihmisen yksilöllistä elämänvaihetta, ikääntymismuutosten ja elämänculun ymmärtämistä. Näistä tekijöistä muodostuu gerontologisen kuntoutuksen erityisyys, jota ei voi verrata aikuisväestön kuntoutukseen. Gerontologinen kuntoutus tulisi nähdä tulevaisuudessa luonnollisena ja laadukkaana osana vanhusten palvelujärjestelmää. Kuntoutustoiminta on parhaimmillaan hyvin monimuotoista gerontologista kuntoutustoimintaa, jossa yhdistyvät gerontologia sekä kuntoutuksen tutkimus, jolloin lopputuloksena kehittyy ikääntyneiden laadukkaita ja vaikuttavia kuntoutuspalveluja (Pikkarainen 2011; Pikkarainen 2013, 6.)

Sairauksista toipumiseen tarvitaan myös geriatriasta kuntoutusta. Sen tavoitteena on ylläpitää ja palauttaa vanhuksen toimintataso, johon liittyy oleellisesti iäkkään elämänlaadun ja omatoimisuuden kohentaminen. Geriatrialla kuntoutuksella saadaan aikaan vanhukselle paras mahdollinen kyky toimia. Tarkoituksena on palauttaa ja ylläpitää vanhuksen toimintakykyä sairauksista ja vammoista huolimatta. Geriatrien kuntoutus edistää ikääntyvän omatoimisuutta ja elämänlaatua. Geriatrien kuntoutuksen keinoja on tärkeä hyödyntää kotihoidossa ja sairaalassa. Hoidon suunnittelu, tiedon keruu ja tiedottaminen, tavoitteet ja järjestelmällinen yhteistyö eri toimijoiden kesken on geriatrien kuntoutuksen perusta. Se onkin kuntoutusprosessi, joka on ammatillisesti vaativaa perustuen moniammatillisen tiimin toimintaan, johon kuuluvat geriatri tai geriatriaan perehtynyt lääkäri, hoitaja, fysioterapeutti, toimintaterapeutti ja sosiaalityöntekijä. Geriatrieseen kuntoutukseen on varattava riittävästi aikaa tulosten saavuttamiseksi. Johtopäätöksiä tehdään vasta sitten, kun kaikki tarpeellinen vanhuksen hyväksi on tehty. Myönteinen asenne ja kannustaminen sekä vanhuksen vahvuuksien löytäminen toimintakyvyn suhteen on erittäin tärkeää hyvien tulosten saavuttamiseksi. (Valvanne) Rissanen (2008, 560.) toteaa, että kuntoutujan ongelmat ja niiden hoito huomi-



oidaan, mutta useimmiten huomiotta jää asiakkaan omat käsitykset, voimavarat ja selviytymiskeinot, joita hän kotioloissa käyttää.

Kuntoutuksen ja hoivan tarve lisääntyvät lähivuosina, vaikka ikääntyneen väestön terveydentila ja toimintakykyisyys ovat paremmalla tasolla kuin ennen. Muistisairauksien ja muiden kognitiivisten oireiden lisääntyminen edellyttää toimintakykyä edistäviä ja ylläpitäviä kuntoutuskursseja, joiden kehittäminen systemaattisesti edellyttää myös tutkimustietoa. Tärkeää on myös edistää ja mahdollistaa sellaisten kuntoutus- ja tukimuotoja, joilla voidaan ylläpitää ja edistää ikääntyneiden ja iäkkäiden omaishoitajien toimintakykyä ja kotona selviytymistä. Omaishoitajan kuntoutus voi olla paitsi omaa jaksamista edistävää, käytännön tietoa sairaan omaisen hoitamisesta kotona. (Kela 2013, 6 – 7)

Kansaneläkelaitos (Kela) on kehittänyt geriatria kuntoutusta Geri-hankkeessa, jossa tutkitaan ikääntyneiden verkostojen toimintaa kuntoutuksessa ja ammatillisten prosessien laatua, kuntoutusmuotojen tuloksellisuutta avo- ja laitospuolisessa kuntoutuksessa sekä kustannusvaikuttavuutta. Kohderyhmään kuuluvat 65 vuotta täyttäneet henkilöt ja aivohalvauksen sairastaneet, tuki- ja liikuntaelinsairauksien vaikeudet sekä Alzheimerin tautiin sairastuneet ikääntyneet, jotka asuvat kotona sekä heidän omaishoitajansa. Kehittämiskohteina hankkeessa ovat uudet kuntoutusmenetelmät, arviointi, mittaaminen ja raportointi, ikääntyneen kohtaaminen ja ohjaaminen kuntoutuksessa, järjestelmässä väliinputoaminen ja kuntoutuksen vaikuttavuustutkimus. (Kela 2012.)

#### 4.5 Kuntoutusta tukeva työote

Moniammatillinen ja tavoitteellinen kuntoutumista edistävä hoitotyö lähtee kuntoutujan, omaisen sekä hoitajan terveystilasta. Lähtökohtana on henkilön terveysongelma sekä hoitotyön terveystilastoisuus ja yhteistyö. Tehtävästä, jonka hoitaja suorittaisi iäkkään henkilön puolesta nopeasti ja tehokkaasti, vaatii hoitajalta kärsivällisyyttä neuvon, kannustaa ja odottaa, että henkilö suoriutuu itse. Kuntoutuminen vaatii iäkkäältä ihmiseltä henkisiä voimavaroja, motivaatiota ja tavoitteellista toimintaa terveyden ja toimintakyvyn saavuttamiseksi, sillä iäkäs joutuu työskentelemään toimintakykynsä ääri rajoilla suunnitellun ohjelman mukaan. Se on myös kuntoutujan ja hoitajan vuorovaikutusta, jossa ammattitaitoinen hoitaja tukee hoitotyön keinoin kuntoutujaa saavuttamaan tavoitteensa. Prosessi alkaa ennaltaehkäisevästä kuntoutukses-

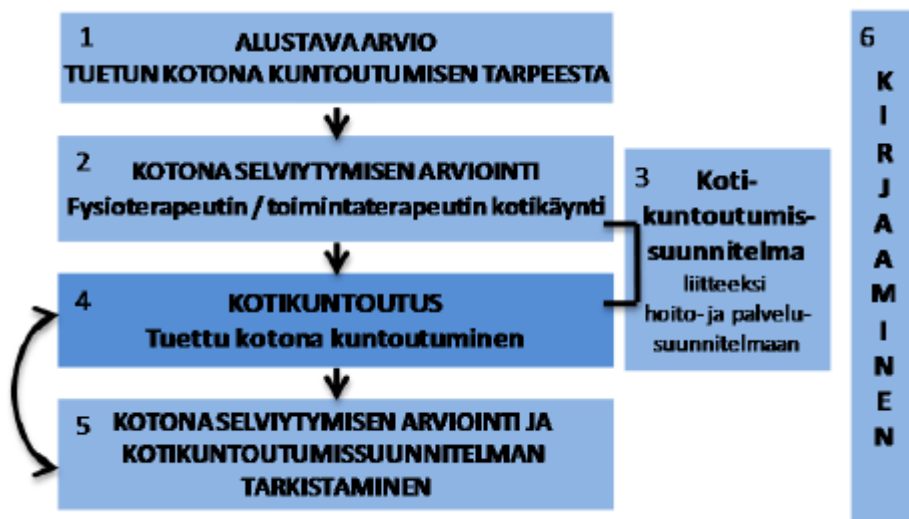
ta, ja jatkuu henkilön tukemisena muuttuneessa tilanteessa. Potilaslähtöisenä toimintatapana se tukee potilaan itsenäistä selviytymistä. Toiminnalla ylläpidetään tai palautetaan toimintakykyä, maksimoidaan elämään tyytyväisyyttä, kohotetaan psyykkistä hyvinvointia ja ylläpidetään iäkkään henkilön sosiaalista statusta. Toimintakykyä voidaan parantaa esimerkiksi jalkojen ja käsien lihasvoimaa tai tasapainoa harjoittamalla. (Routasalo 2001.)

## 5 KOTIIN VIETÄVÄ KUNTOUTUS

Heinolassa on vuoden 2012 alussa aloitettu veteraaneille laituskuntoutuksen vaihtoehtona toteutettu avokuntoutus kotiin, AKU-kuntoutus. Kuntoutuspalvelut sisältävät arviokäynnin, joka sisältää veteraanien tukihenkilön kotikäynnin sekä fysio- tai toimintaterapeutin konsultaation. Palvelut on tuotteistettu ja kotikäynnit tilastoidaan, jolloin ne voidaan laskuttaa Valtiokonttorilta ja sitä kautta saadaan veteraanien tukihenkilön palkka. Kotikuntoutukseen liittyi vaihtoehtoiset valinnat, jolloin veteraani sai valita 10 kertaa kotikuntoutusta puolen vuoden ajan tukihenkilön toimesta, fysikaalinen hoito tai laituskuntoutus. Valtiokonttori on myöntänyt varat kotikuntoutukseen puolivuositain ja tällä hetkellä kotikuntoutus jatkuu vuoden 2013 loppuun asti. Heinolan kaupungin kotihoidosta on nimetty yksi lähihoitaja veteraanien tukihenkilöksi. (Keto 2013.)

Kotikuntoutus käsittää lihasvoimaa ja tasapainoa tukevaa harjoittelua, liikkuvuusharjoittelua, fysioterapiaa, hierontaa, ulkoilua, kotiaskareissa ja asioinnissa tukemista, keskustelemista, kuuntelemista, harrastuksiin ja ryhmiin ohjaamista, kodin ulkopuolisiin tilaisuuksiin ohjaamista ja avustamista, muistiharjoitteita, muistelua, kirjoittamista ja lukutuokioita. Tukihenkilö seuraa veteraanin terveydentilaa ja toimintakykyä sekä tukee yksilöllistä ja kokonaisvaltaista kuntoutusta. Hän neuvoo ja kannustaa, terveyden edistämiseen ja toimintakykyyn liittyvissä asioissa, kuten liikkumisessa, ravinnossa ja hygienian hoidossa. Hän ohjaa omatoimiseen harjoitteluun sekä edistää veteraanin sosiaalisia suhteita. Tarkoitus on, että tukihenkilö ei tee asioita veteraanin puolesta, vaan veteraani on aktiivinen toimija. Tukihenkilö toimii moniammatillisen työryhmän jäsenenä ja pitää yhteyttä eri palveluntuottajiin sekä veteraanin omaisiin. Mahdollisen veteraanin sairaalajakson jälkeinen tukena oleminen ja ohjaaminen menetettyjen taitojen harjoittamiseen liittyvät toimintaan, mm. apuvälineiden käytössä ohjaaminen. (Valtiokonttorin esite.)

Kotikuntoutus alkaa arviointikäynnistä, jonka jälkeen veteraanille tehdään kirjallinen kotikuntoutussuunnitelma, hankitaan tarvittavat apuvälineet, tarvittaessa kodinmuutostyöt, ohjataan tarkoituksenmukaisiin palveluihin tai kuntoutukseen. Kuntoutussuunnitelmassa tulee esille myös veteraanien omat odotuksen kuntoutuksen suhteen ja suunnitelma tehdään aina veteraanin kotona. Veteraani allekirjoittaa suunnitelman. (Valtiokonttorin esite.) Alla olevasta kuviosta näkyy kotona kuntoutumisen suunnitelmallisuus.



Kuva 2. Tuetun kotona kuntoutumisen malli ikäihmisille (Valtiokonttori 2012)

Kotikuntoutustoiminta on suunnitelmallista, monimuotoista, kokonaisvaltaista, tarve- ja asiakaslähtöistä ja verkostoitunutta toimintakyvyn ylläpitämistä ja tukemista. Tuetun kotona kuntoutumisen tavoitteena on tukea rintamaveteraanitunnuksen omaavan asiakkaan kotona selviytymistä kaikilla toimintakyvyn osa-alueilla ja siten ennaltaehkäistä toimintakyvyn laskua ja pienentää laitoshoitoon joutumisen riskiä. Mallin mukainen kuntoutus perustuu kotona tapahtuvaan kokonaisvaltaiseen toimintakyvyn arviointiin ja sen perusteella asiakkaan kanssa yhdessä laadittuun kotikuntoutumissuunnitelmaan. Kotikuntoutuksesta vastaa kuntoutuksen tukihenkilö yhdessä fysio- tai toimintaterapeutin kanssa. (Valtiokonttorin esite.)

Kotikuntoutuksen taustalla on uusi kehittämishanke ja toimintamalli kotona selviytymiseen ja tukemiseen sotiemme veteraaneille sekä saada aikaan uusi kuntoutusmuoto veteraanikuntoutukseen. Mallia on kokeiltu Keski-Suomessa ja Uudellamaalla, kymmenen kunnan alueella. Jatkossa sitä voidaan hyödyntää kaikkien ikäihmisten kuntou-

tuksessa. Tärkeää oli myös kehittää alueellista yhteistyötä kuntoutuslaitosten, kuntien, kolmannen sektorin sekä muiden seudullisten toimijoiden välillä. Toimintamalliin on kuulunut avustajatoimintahanke alkaen v. 1998, joka tukee ikääntyvien sotainvalidien, veteraanien sekä heidän puolisoitensa ja leskiensä kotona selviytymistä. Lähtökohta on, että pitkäaikaistyötön voi kouluttautua avustajaksi kodinhoidollisiin tehtäviin. (Valtiokonttorin esite.)

AKU-hankkeen aikana avustajiksi valitut pitkäaikaistyöttömät opiskelivat työn ohessa osan lähihoitajan tutkintoa. Projektissa tehtiin myös vaikuttavuustutkimus, jossa tutkittiin, miten laitospäästämisen ja kuntoutumista tukevat kotikäynnit vaikuttavat ikääntyneen toimintakykyyn. Tuloksena saatiin avustettavan fyysisen kunnon paraneminen ja oireiden vähäisempi kokeminen laitospäästämisen aikana. Elämänlaadun ja terveyden kokeminen paranivat vuoden kestäneiden kotikäyntien aikana. Kotikäyntien aikana fyysisen kunnon muutokset eivät olleet tilastollisesti merkittäviä, mutta myönteistä muutosta tapahtui kuitenkin. Positiivinen asiakaspalautteen mukaan kotikuntoutus koettiin hyödylliseksi ja se lisäsi päivittäistä aktiivisuutta. (Valtiokonttorin esite.)

## 5.1 Keski-Suomen tuetun kotona kuntoutumisen aluehanke

Keski-Suomen alueella kotikuntoutushanke käynnistyi syyskuussa 2008. Tavoitteena oli saada mukaan AKU-hankkeeseen noin 250 asiakasta. Osallistujia oli 15.9.2008 – 31.12.2009 välisenä aikana kaikkiaan 296 sotaveteraania. Keskeyttäneitä oli yhteensä 65 henkilöä. Keskeytyksen yleisin syy (51 % keskeytyksistä) oli kuolema, 20 henkilöä tai pysyvään laitoshoitoon siirtyminen, 9 henkilöä tai kunnon huonontuminen vaikutti 4 henkilön kohdalla. Tärkeäksi osaksi tukihenkilön toimintaa muodostui neuvonta ja ohjaaminen monenlaisissa asioissa, kuten tietoja etuuksista, apuvälineistä, terveydenhoidosta, ravitsemuksesta, hygieniasta ja lääkehoidosta. Veteraanien toimintakyvyssä näkyi eroja fyysisessä toimintakyvyssä, terveyden kokemisessa, sosiaalisessa toimintakyvyssä, päivittäisissä toiminnoista selviytymisessä, mielialassa sekä muistitoiminnoissa. (Jokinen 2010, 18 – 20.)

Kotikuntoutumishankkeesta ei tehty vaikuttavuustutkimusta eikä tilastollista analyysia alku- ja uusintamittausten tuloksista, mutta asiakaspalautteen mukaan erityisesti mielialan osalta muutokset olivat positiivisia. Myös piristymistä, henkisen vireyden li-

sääntymistä sekä turvallisuuden tunne lisääntyivät asiakkaiden keskuudessa. Turvallisuutta lisäsi se, että kun tietää jonkun tulevan käymään säännöllisesti. Kaksi kolmasosaa vastaajista koki kotona selviytymisen parantuneen jonkin verran tai paljon. Kolmasosa koki tilanteen muuttumattomana. Kotona selviytyminen heikentyi osalla jonkin verran. Asiakkaista viidesosa kertoi fyysisen kuntonsa parantuneen. Asiakkaat kokivat myös kävelyn, tasapainon sekä yleisen jaksamisen paranemista. Kotiaskareiden tekemisen helpottumisen koki muutama asiakas. Asiakastyytyväisyys kartoitettiin hankkeen aikana kaksi kertaa ja molemmilla kerroilla yleisarvosanaksi saatiin yli yhdeksän. Suurin osa vastaajista haluaisi jatkaa kotikuntoutusta ja suosittelisi sitä muillekin ihmisille. Jatkossa lähes puolet asiakkaista valitsisi ensisijaisena veteraanikuntoutumisen muotona uudenlaisen tuetun kotona kuntoutumisen. (Jokinen 2010, 21.)

Hankkeeseen osallistuneiden kuntien edustajat olivat myös tyytyväisiä toimintamuotoon, koska asetetut tavoitteet olivat konkreettisia ja realistisia. Vastaajista yksi oli sitä mieltä, että hankkeessa onnistuttiin keskinkertaisesti, muut vastaajat sanoivat onnistumista hyväksi tai erinomaiseksi. Tuloksellisuutta ja tavoitteiden saavuttamista edisti yhteistyö kunnan sisällä sekä hankkeen ja kunnan välillä, onnistuneet tukihenkilövälinnat sekä uusi toimintamuoto, joka vastasi asiakkaiden tarpeisiin. Tietosuojaa pidettiin jarruttavana tekijänä, kuten myös kunnan työntekijöiden vähäistä panostamismahdollisuutta hankkeeseen ja toiminnan jatkumisen epävarmuutta. Parhaimmat arvostukset annettiin asiakaslähtöisyydestä, henkilöstön toiminnasta ja sitoutumisesta, hankkeen motiivista ja taloudellisista resursseista. Eniten katsottiin parannettavaa olevan hankkeen ulkoisessa tiedottamisessa ja markkinoinnissa. Asiakkaiden psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn sekä yleisen elämäntilanteen katsottiin parantuneen erityisesti hankkeen ansiosta. Hankkeen nähtiin vastanneen kunnan vanhustenhuollon kehittämishaastetta yhtä vastaajaa lukuun ottamatta. Toimivaksi toimintamalli nähtiin, koska se edistää monipuolisesti kotona asumista. (Jokinen 2010, 25.)

## 5.2 Uudenmaan tuetun kotona kuntoutumisen aluehanke

Keväällä 2008 käynnistettiin Uudenmaan aluehanke. Mukana oli viisi kuntaa, Järvenpää, Kirkkonummi, Hyvinkää, Helsinki ja Vantaa. Palaute toiminnasta oli pääasiassa positiivista. Asiakastyytyväisyyskyselyn mukaan 88 % asiakkaista ilmoitti kotona selviytymisen parantuneen, 97 % suosittelisi kuntoutumismuotoa myös muille veteraaneille ja kotikuntoutusta haluaisi jatkaa 94 % veteraaneista. Yleisarvosanaksi asia-

kastyytyväisyyskyselyssä saatiin yli 9,4. Tuetun kotona kuntoutumisen mallia kannatti 53,9 % asiakkaista, 20,2 % kannatti perinteistä avokuntoutusta, 16,8 % haluaisi laitospäiväkuntoutuksen ja 8,9 % päiväkuntoutuksen. Vastaajat toivoivat useampia ja pidempikestoisia kotikäyntejä sekä toiminnan jatkumista toivottiin tulevaisuudessa. Tukihenkilön antamaan apuun oltiin erityisen tyytyväisiä, koska he auttoivat veteraaneja hoitamaan erilaisia henkilökohtaisia asioita, kuten apuvälineiden hankinnassa, asunnonmuutostöiden arvioinnissa ja sosiaaliasioiden hoitamisessa. Yhteistyö kunnan ja hanketoimijoiden kesken sujui myös hyvin. Vastaajien mielestä asetetut tavoitteet olivat konkreettisia ja realistisia. Onnistuminen oli keskinkertaista yhden vastaajan mielestä, muiden mukaan tavoitteissa onnistuttiin hyvin tai erinomaisesti. Ongelmia esiintyi tietosuojaan johtuvista tiedonkulun syistä. Myös kuntoutussuunnitelmien puuttuminen kuntien perusterveydenhuollossa tuotti ongelmia, koska hankkeen puitteissa oli laadittava uudensisältöiset kotikuntoutussuunnitelmat. Hankkeen nähtiin vastanneen kuitenkin kunnan vanhustenhuollon kehittämishaasteisiin, yhtä vastaajaa lukuun ottamatta. Malli soveltui hyvin osaksi eri kuntien kotihoitoa. Tulevaisuudessa mallin toimivuutta olisi hyvä selvittää myös lääkinnällisen kuntoutuksen lähtökohdista. Lopputuloksen kannalta pienempien kuntien eikä suurten kaupunkien välillä ei ilmennyt eroavaisuuksia. (Huuhtanen 2010, 10 – 37.)

## 6 SOTAINVALIDIEN JA -VETERAANIEN ETUUDET

Eduskunta on 28.5.1948 säätänyt sotilasvammalain, jonka mukaan suoritetaan korvausta ruumiinvammasta tai sairaudesta. Korvausta saa asevelvollinen, puolustuslaitoksen työssä ollut työvelvollinen tai puolustuslaitoksen palveluksessa ollut henkilö, joka ei voi saada korvausta valtion viran- ja toimenhaltijain tapaturmakorvauksesta annetun lain mukaan eikä työntekijäin tapaturma-vakuutuslaissa määrättyä korvausta. Lakia sovelletaan myös värvättyyn mieheen ja viran- ja toimenhaltijaan sekä työntekijään. (Sotilasvammalaki 1948.)

Kuntoutusmääräraha maksetaan kunnassa asuvien veteraanien määrän mukaisesti. Kela korvaa kuntoutuksesta aiheutuneet matkakustannukset, myös mukana olleelle puolisolalle. (Suomen sotaveteraaniliitto 2011.) Veteraanikuntoutukseen ovat oikeutettuja rintamaveteraanit, jotka ovat osallistuneet vuosien 1939–1945 sotiin ja joille on myönnetty rintamasotilas-, rintamapalvelus- tai rintamatunnus. Tavoitteena on, että veteraanit saavat suunnitelmallista kuntoutusta. Rintamaveteraanin on mahdollista

saada laitostuntoutusta tai päivä-, koti- ja muuna avokuntoutuksena. (STM 2012.) Laki rintamaveteraanien kuntoutuksesta (1184/1988) määrittää, että kuntoutukseen ovat oikeutettuja myös karjan evakuoititehtäviin sotatoimialueella osallistuneet miehet ja henkilöt, jotka joutuivat Neuvostoliiton partisaani-iskujen kohteeksi ja jotka ovat saaneet Valtiokonttorista kertakorvauksen.

Suomen sodissa vammautuneille tai sairastuneille henkilöille ja heidän puolisoilleen, leskille tai omaisille maksetaan sotilasvammalain perusteella korvauksia sotapalveluksen aikana tulleisiin vammoihin ja sairauksiin Valtiokonttorin kautta. Valtiokonttori korvaa kunnille kustannukset sotainvalidien kotipalveluista, asumispalveluista, omaishoidon tuesta sekä avokuntoutuksesta sotainvalidin laitoshoidosta. Kunnat saavat korvauksen myös rintamaveteraanien kuntoutuksesta aiheutuneista kustannuksista. Valtiokonttori korvaa sotilasvammalain perusteella asunnon muutostyöt ja maksaa elinkorkoa. Vamman tai sairauden perusteella maksettava elinkorko on kuukausittainen peruskorvaus, jonka suuruuteen vaikuttaa työkyvyttömyysaste eli invaliditeetti-prosenti, joka on lääketieteellisesti arvioitu. Elinkoron saaminen edellyttää vähintään 10 prosentin invaliditeettia. Kotihoito ja sen tukimuodot, kuntoutus, kuoleman jälkeiset korvaukset, laitoshuolto, sairaanhoito, sairausapulisä ja täydennyskorko kuuluvat myös korvausten piiriin. (Sotilasvammalaki 1948.)

## 6.1 Avopalvelu määräraha ja rintamalisä

Vuonna 2012 valtio myönsi kunnille erillisen määrärahan, joka on tarkoitettu jaettavaksi rintamaveteraaneille. Tuki on tarkoitettu veteraanien kotona selviytymistä varten. Heinolan kaupunki jakoi veteraaneille 16 626,75 euron summan, joka teki veteraania kohti 150 euroa. Raha on tarkoitettu kodinhoidollisiin tukitoimiin, kuten kausiluontoinen siivous, ikkunoiden ja mattojen pesu, siivous, lumenluonti ja muut piha-työt, halonhakkuu, talonhuoltotyöt, kuljetuspalveluna asiointi- ja virkistysmatka (ei terveydenhuoltoon tai kuntoutukseen liittyvät matkat). (Sosiaali- ja terveystoimi 2012.)

Suomessa asuvalle miehelle tai naiselle maksetaan kansaneläkelaitoksen toimesta rintamalisää 49,22 e/kk (v. 2013). Henkilöllä on oltava rintamasotilastunnus tai naisille myönnetty rintamapalvelustunnus, rintamatunnus tai veteraanitunnus. Miinanraivaajil-

le maksetaan rintamasotilaseläkelain perusteella rintamalisää. Rintamalisä on veroton tulo ja siihen ei vaikuta tulot eikä omaisuus. Myös ylimääräistä rintamalisää maksetaan Suomessa asuville eläkkeensaajille, jotka saavat kansaneläkettä ja rintamalisää. Miinanraivaajille ylimääräistä rintamalisää ei makseta. Se on myös verotonta tuloa ja yleensä se myönnetään kansaneläkkeen yhteydessä. Kela maksaa veteraanilisää, jos henkilö saa ylimääräistä rintamalisää ja korotettua tai ylintä eläkkeensaajan hoitotukea. (Kela 2013)

## 6.2 Veteraanien neuvottelukunta

Heinolassa sotaveteraanien asioita hoitaa veteraanien järjestöjen lisäksi veteraaniasiain neuvottelukunta. Neuvottelukunnassa ovat edustettuina paikalliset sotainvalidit, kaksi veteraanijärjestöä, terveystoimi, sosiaalityö ja kaupunginhallitus. Neuvottelukunnan toiminta on alkanut vuonna 1987 ja pääasiassa käsitellään veteraanien kuntoutusasioita.

Kuntoutuksen painopiste on vuosien saatossa vaihtunut avokuntoutuspainotteiseksi laituskuntoutuksen sijaan. Veteraanit ovat saaneet vapautuksen uimahallin ja kuntosalin käyttömaksuista. Ohjattu kuntosalivuoro on kerran viikossa. Myös Heinolan seurakunta myöntää maksuvapauden veteraaneille, joilla on rintamatunnus hautapaikka- ja hautausmaksuista. Maksuvapaus koskee myös puolisoa ja leskeä. (Heinolan sotaveteraanit 2013.)

## 7 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli saada tietoa heinolalaisten sotaveteraanien toimintakyvystä ja kotikuntoutuskokeilun kokemuksista. Tutkimuksen avulla selvitettiin myös, millaisia palveluja heillä on käytössä.

Tutkimuskysymykset:

Millainen on heinolalaisten sotaveteraanien toimintakyky?

Miten toimintakykyä tuetaan?

Mitä palveluja veteraaneilla on käytössä?



## 8 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

### 8.1 Tutkimusmenetelmä ja haastattelulomake

Tutkimusmenetelmänä tässä tutkimuksessa on sekä kvalitatiivinen, että kvantitatiivinen menetelmä. Ne ovat myös toisiaan täydentäviä menetelmiä. Tutkimusmenetelmän valinnassa on huomioitava se, että minkälaista tietoa etsitään, keneltä ja mistä sitä etsitään. (Hirsjärvi 2010, 136, 184.)

Toimintakykytestin osalta toteutui kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus, jota käytetään paljon sosiaali- ja yhteiskuntatieteissä. Se tavoittelee objektiivista tietoa tosiasioista. Siinä käytetään numeerista menetelmiä ja yleispäteviä syyn ja seurauksen lakeja. (Hirsjärvi 2010, 139.)

Veteraanien kokemuksia kotikuntoutuksen tarpeellisuudesta kerättiin puolistrukturoidulla haastattelulomakkeella (liite 1), jossa oli kolme avointa kysymystä. Lomakehaastattelu oli tutkimuksen kvalitatiivista eli laadullista osaa. Lomakkeessa tiedusteltiin taustatietojen lisäksi veteraanien palvelujen käyttöä, mielipidettä kotikuntoutuksesta ja liikuntatottumuksia. Lomakehaastatteluun päädyttiin, koska haastateltavien vastaukset pysyvät paremmin aiheessa, eikä keskustelu rupea ”rönsyilemään”.

Kvalitatiivisen tutkimuksen piirteenä on tapausten ainutlaatuisuus. Tällaisessa haastattelussa tutkijan ei välttämättä tarvitse etukäteen päättää kuinka monta tapausta hän tutkii. Haastatteluja voidaan tehdä niin kauan kun tutkimusongelmaan saadaan uutta tietoa, mutta kun samat asiat alkavat toistua, on haastatteluja tehty riittävästi. Tutkimusaineiston keräyksessä tulee kylläisyys eli saturaatio, jolloin aineistoa on tarpeeksi. Päätelmistä ei tehdä yleispäteviä, mutta tapausta tarkastellaan niin tarkasti, että merkittävä ilmiö toistuu. Haastattelututkimuksessa on myös vaarana, että haastateltava antaa sosiaalisesti hyviä vastauksia tai haluaa esiintyä hyvänä kansalaisena. Haastattelussa tutkija on suorassa vuorovaikutuksessa haastateltavan kanssa ja kysymysten esittämisjärjestys on ennalta määrätty. (Hirsjärvi 2010, 182 – 206.)

## 8.2 SPPB-testi (SPPB, Short Physical Performance Battery)

Toimintakyvyn mittaamisessa käytettiin lyhyttä fyysisen suorituskyvyn testiä eli SPPB-testiä (SPPB, Short Physical Performance Battery), joka mittaa iäkkäiden henkilöiden alaraajojen suorituskykyä. Testin tekemiseen aikaa menee vähän, keskimäärin yhden ihmisen kohdalla kymmenisen minuuttia.

Testin avulla tunnistetaan henkilöt, joilla on vaikeuksia tasapainossa ja kävelyssä tai heillä on suuri kaatumisvaara. Alaraajojen toimintakyvyllä on suuri merkitys iäkkään henkilön toiminta- ja liikkumiskykyyn. Huono tulos testissä ennustaa liikkumiskyvyn heikkenemistä tulevaisuudessa. Testi soveltuu hyvin kotona toteutettavaksi, kuten hoivapalveluissa ja sairaaloissakin. Testiin perehtynyt sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilainen voi sen suorittaa. (THL 2013.)

SPPB-testin avulla mitataan henkilön tasapainoa seisten, alaraajojen lihasvoimaa tuoliltaylösnousu -testillä ja kävelyä. Testiin tarvitaan sekuntikello, mittanauha, teippiä kävelyradan merkitsemiseen ja tukeva selkänojallinen tuoli (istuinkorkeus 42 – 44 cm, istuinsyvyys 42 – 45 cm). Testissä on kolme osiota ja jokaisesta osiosta saa 0 – 4 pistettä. Kokonaistulos on 0 – 12 pistettä. Mitä suurempi testitulos on, sitä parempi ennuste on liikkumiskyvyn suhteen. Testin tuloksia on hyvä tarkastella osioittain, koska silloin saadaan tietoa missä liikkumisen alueella ikääntyneellä henkilöllä on vaikeuksia ja harjoituksen tarvetta. (THL 2013.)

SPPB-testin tulosten tulkinta perustuu suoritus aikaan. Testin avulla saadaan esiin heikentynyt alaraajojen toimintakyky. Testitulosten perusteella voidaan ennustaa mm. tulevia sairaalajaksoja, laitoshoitoon joutumista, liikuntarajoitteita sekä kuolleisuutta. Kukin osatesti pisteytetään asteikolla 0–4 (0 heikoin suoritus, 4 paras suoritus). Kokonaistulos testistä on 12 pistettä, mutta liikkumiskyvyn heikkenemistä ennustaa jo alle 10 pisteen testitulos. Jos testitulos on 7 pistettä tai vähemmän, iäkkäällä on erittäin suuri vaara liikkumiskyvyn heikkenemiselle lähitulevaisuudessa. (Pajala 2012, 109.)

Tasapainotestillä arvioidaan pystyasennon hallintaa erilaisissa seisoma-asennoissa, kuten puoli-tandem, jalat rinnakkain tai tandemasennoissa (THL 2013.) Testi tehtiin sukat jalassa, ja alkuasentoon sai ottaa tukea lähellä olevasta pöydästä tai tuolista.

Asennon saavutettua kädet olivat vapaasti vartalon vierellä, eikä tukea saanut ottaa. Ajanotto pysäytettiin, jos testattava liikutti jalkoja tai 10 sekuntia oli kulunut.

Kävelytestillä mitataan liikkumiskykyä paikasta toiseen. Testiä ei voinut tehdä henkilölle, joka ei pystynyt kävelemään turvavälineen kanssa. (THL 2013.) Testi tehtiin kengät jalassa. Lattiaan merkittiin 2,44 m:n kävelymatka, jonka päässä oli tilaa vähintään 60 cm. Testattavaa kehoitettiin kävelemään normaalilla kävelynopeudella, kuin olisi kauppaan menossa. Kävelytesti tehtiin kaksi kertaa ja nopeampi tulos merkittiin ylös. Apuvälineen käyttö merkittiin tulokseen.

Tuolilta ylösnousutesti tehtiin kengät jalassa. Testattava istui tuolissa selkä kiinni selkänojassa, käsivarret ristissä rinnan päällä sekä jalkapohjat tukevasti lattiassa pienessä haara-asennossa. Ensin tehtiin yksi harjoitusnousu. Kädet sai olla myös vartalon vierellä, ylösnousutukea sai myös ottaa polvista tai tuolista, joka kuitenkin merkittiin tuloksiin. Testattava nousi tuolista viisi kertaa ylös mahdollisimman nopeasti.

### 8.3 Kohderyhmä

Elokuussa 2011 Heinolan kaupungin kotihoito oli lähettänyt esittelykirjeen 195:lle veteraanille kotikuntoutukseen osallistumismahdollisuudesta. Kyselyyn vastasi 110 henkilöä. Kotikuntoutusta halusi 39 henkilöä, avokuntoutusta 33 ja laituskuntoutusta 27 henkilöä. Useampia kuntoutusmuotoja halusi 7 vastaajista, 3 henkilöä ei halunnut kuntoutusta ja yksi vastaus oli tyhjä. (Keto 2013.)

Tämän opinnäytetyön tutkimuksen kohderyhmäksi valikoitui kaikkiaan yhdeksän sotaveteraania, 39 veteraanista, jotka halusivat kotikuntoutusta. Fyysisen toimintakykytestin osalta miehiä oli viisi ja yksi nainen. Haastatteluosuudessa oli miehiä neljä ja naista kaksi. Haastatteluosuudessa oli mukana kolme veteraania, joille ei tehty toimintakykytestiä. Heidät tapasin haastattelutilanteessa ensi kertaa. Toimintakykytestit ja haastattelut tehtiin veteraanien kotona. Kaikki tutkimuksessa mukana olleet veteraanit liikkuvat omatoimisesti. Kahdella henkilöllä oli käytössä rollaattori. Henkilöiden valintakriteerinä oli, ettei muistisairaus ole esteenä toimintakykytestille eikä haastattelulle.

Osallistujien ikäjakauma oli 87 – 91 v. Kansakoulun lisäksi, yksi veteraani oli suosittanut teknillisenkoulun ja yksi metsätalouskoulun. Yleisimmät sairaudet olivat sydän- ja verisuonitaudit. Yhdellä henkilöllä oli lievä Alzheimerin tauti. Myös tuki- ja liikuntaelinten sairauksia esiintyi.

#### 8.4 Aineiston kerääminen

Aineisto kerättiin tekemällä fyysisen toimintakyvyn testi kuudelle veteraanille tammi- ja toukokuussa vuonna 2012 sekä haastattelemalla kuusi henkilöä strukturoidun lomakehaastattelun avulla. Veteraanien tukihenkilö oli apuna toimintakykytestien teossa. Tässä tutkimuksessa testin tekemiseen aikaa varattiin tunnin verran, koska alkuvalmistelut ja opastus vei oman aikansa, samoin kuin kuulumisten vaihtaminen vei aikaa.

Kolmannella eli haastattelukäynnillä, vuoden 2012 joulukuussa, haastateltiin veteraaneja tarkoituksena saada selville heidän mielipiteitä kotikuntoutuksesta, palveluiden käytöstä ja liikuntatottumuksista. Kolmelle heistä olin tehnyt toimintakykytestin ja toiset kolme tapasin ensimmäisen kerran. Aikaa haastatteluun meni noin kaksikymmentä minuuttia, mutta kahvittelun ja veteraanien puheliaisuuden takia saattoi mennä yli tuntikin.

### 9 AINEISTON ANALYSOINTI JA TULOKSET

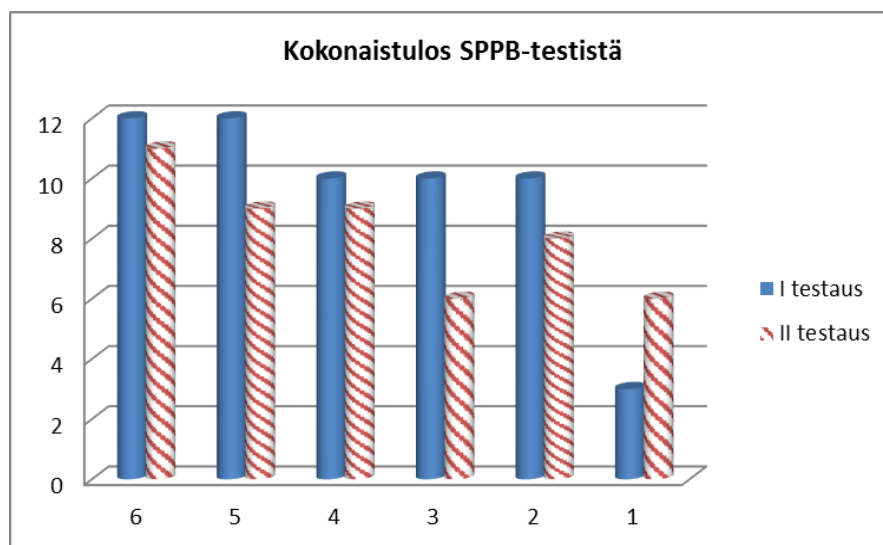
Lomakehaastattelussa saadut avointen kysymysten vastaukset luettiin ja analysoitiin luokittelemalla. Vastauksia verrattiin fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Vastaukset taulukoitiin luokittelemalla tieto alkuperäisen ilmauksen ja pelkistetyt ilmauksen avulla luokkaan ja pääluokkaan. Vastauksissa esiintyi samoja asioita, kuten esimerkiksi liikkuminen ja ulkoilemaan pääseminen oli kolmen veteraanin mielestä tärkeää. Keskustelukumppanin merkitystä korosti neljä ja tukihenkilöä toivoi useammin käymään viisi veteraania. Liitteessä yksi näkyy luokittelu, alkuperäiset vastaukset ja samojen vastausten määrä numeroina.

Strukturoidussa lomakehaastattelussa ilmeni, että kotikuntoutuksen merkitys arjessa selviytymiseen on ollut myönteistä viiden veteraanin mielestä. Ennen kotikuntoutusta terveydentilansa koki kohtalaiseksi kolme ja yksi henkilö hyväksi. Kaksi koki vointinsa huonoksi. Kotikuntoutuksen jälkeen terveydentilan koki paremmaksi kolme vete-

raania. Ennen kotikuntoutusta liikuntaa kerran viikossa harrasti kaksi veteraania ja samoin kaksi 2 – 3 kertaa viikossa. Kolmen veteraanin kohdalla kotikuntoutus lisäsi liikuntaa vähän ja yhden kohdalla paljon. Hyvinvointi parani yhdellä ja mieliala neljällä veteraanilla. Kuntoa paransi yksi veteraani. Liitteessä kaksi ilmenee veteraanien vastauksia ja niiden luokittelu.

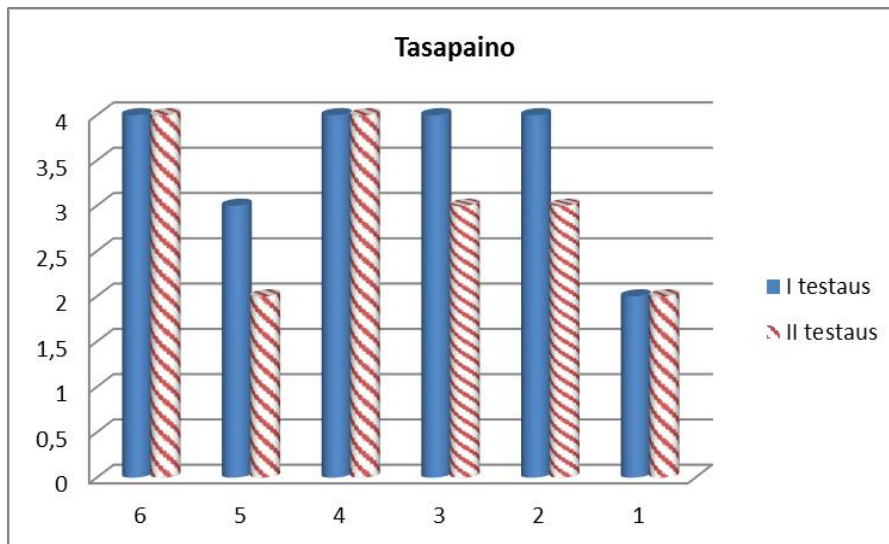
## 9.1 Fyysisen toimintakykytestin tuloksia

Opinnäytetyössä oli mukana kuusi veteraania, jotka suorittivat fyysisen toimintakyvyn alkutestin tammikuussa ja lopputestin toukokuussa 2012. Ensimmäisellä testauskerralla kaksi henkilöä sai täydet 12 pistettä. Kolme sai 10 ja yksi 3 pistettä. Toinen testaus osoitti, että yksi veteraani sai 11 pistettä. Kaksi sai 9, yksi 8 ja kaksi 6 pistettä. Kokonaiskeskiarvo 8,8 pistettä. Ensimmäisen testauskerran keskiarvo 9,5 p. ja toisen 8,1 p. Alla olevasta kuvasta on nähtävillä testin kokonaistulos.



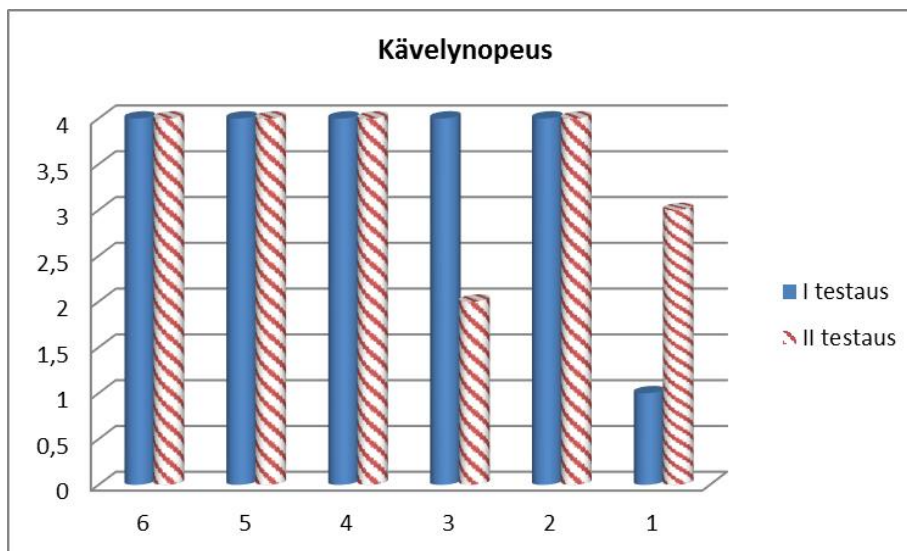
Kuva 3. Kokonaistulos SPPB-testistä (N = 6)

Tasapainotestissä neljä veteraania sai ensimmäisessä mittauksessa täydet 12 pistettä. Yksi sai 3 ja yksi 2 pistettä. Toisella kerralla kaksi veteraania ylsi 12 pisteeseen. Kaksi sai 3 ja kaksi 2 pistettä. Kokonaiskeskiarvo 3,25 pistettä. Ensimmäisen testauskerran keskiarvo 3,5 p. ja toisen 3 p. Tasapainotestin tulokset ovat nähtävillä seuraavalla sivulla olevassa kuvassa.



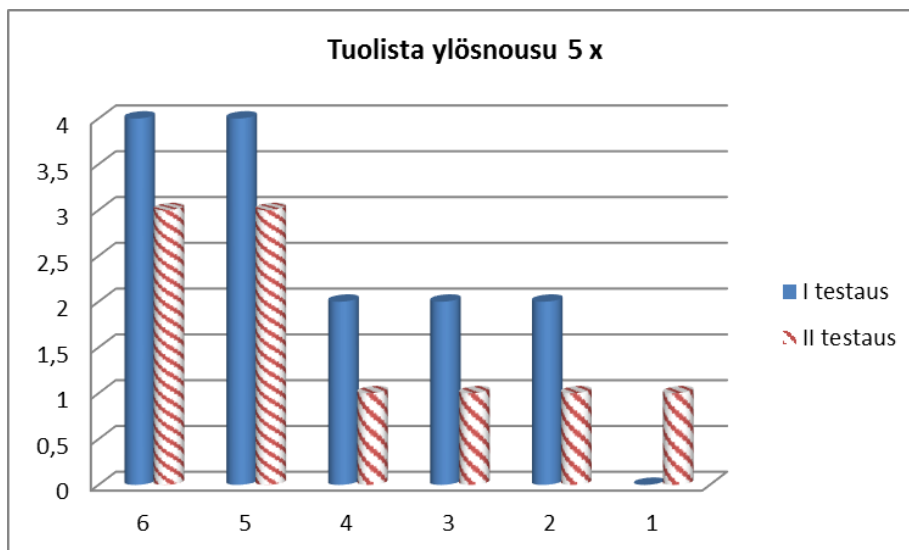
Kuva 4. Tasapainotestin tulos (N = 6)

Kävelynopeustestissä ensimmäinen testikerta osoitti, että viisi veteraaneista ylsi täyteen neljään pisteeseen ja yksi veteraani sai 1 pisteen. Toisella testikerralla neljä ylsi 4 pisteeseen, yksi 3 ja yksi 2 pistettä. Kokonaiskeskiarvo 3,5 pistettä. Ensimmäisen testauskerran keskiarvo 3,5 p. ja toisen 3,5 p. Kävelytestin tulokset ovat alla olevassa kuvassa.



Kuva 5. Kävelytestin tulos (N = 6)

Tuolilta ylösnousu-testissä ensimmäisellä testauskerralla kaksi veteraania sai täydet pisteet. Kolme sai 2 ja yksi 0. Toisella testikerralla kaksi sai 3 ja neljä 1 pisteen. Kokonaiskeskiarvo 2 pistettä. Ensimmäisen testauskerran keskiarvo 2,3 p. ja toisen 1,67 p. Tuolista ylösnousutestin tulos näkyy seuraavalla sivulla olevasta kuvasta 6.



Kuva 6. Tuolilta ylönousu 5 x tulos (N = 6)

## 9.2 Palvelujen käyttö

Veteraanien käyttämät palvelut jakautuivat kunnallisen ja yksityisen sekä kolmannen sektorille osalle. Ennen tutkimuksen alkua haastatelluista henkilöistä yksi veteraani käytti säännöllisesti kotihoidon palveluja (käynnit 3 x vrk:ssa). Hän sai apua henkilökohtaisen hygienian hoidossa ja ruoan lämmittämässä, vaatehuollossa sekä oikea-aikaisessa lääkkeiden ottamisesta. Ateriapalvelua oli käyttänyt kaksi veteraania. Pyykkipalvelu oli yhdellä veteraaneilla. Kahden veteraanin lääkkeidenjaon hoiti omainen. Yksityisistä palveluista veteraanit käyttivät ateria-apua. Ruoka haettiin palvelutalon ravintolasta. Yksityinen siivousapu oli kahdella veteraanilla. Vaatehuollossa käytti yksityistä apua kaksi veteraania ja vapaaehtoisapua yksi. Yhden veteraanin luona käy vapaaehtoistyöntekijä ulkoilussa avustamassa.

Tutkimuksen jälkeen vuoden 2012 lopussa säännöllistä kotihoidon palveluja käytti kuudesta veteraanista kolme. Palvelujen tarvetta esiintyi henkilökohtaisen hygienian hoidossa ja lääkkeiden oikea-aikaisessa ottamisessa. Tukipalveluista käytössä oli ateria-, kauppapalvelu kahdella veteraanilla sekä lisäksi yksi veteraani tarvitsi myös apua vaatehuollossa. Omainen hoiti kahden veteraanin osalta lääkkeidenjaon. Yksityisiä palveluja käytti kolme veteraania siivoukseen ja kaksi vaatehuoltoon. Vapaaehtoistyöntekijä avusti myös vaatehuollossa yhtä veteraania ja kahta ulkoilussa. Palvelujen käyttö ennen ja jälkeen tutkimusjakson (v.2012) on esitetty liitteessä viisi.

## 10 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Toimintakyvyn alkumittaus tehtiin vuoden 2012 tammikuussa ja loppumittaus touku-kuussa. Mittausten välinen aika oli riittävä, jotta mahdolliset muutokset tulivat esille. SPPB-testistö (SPPB, Short Physical Performance Battery) on käytössä vakiintunut ja luotettava testi. Se mittaa iäkkäiden henkilöiden alaraajojen suorituskykyä, joka on perusedellytys selviytymiselle päivittäisistä toiminnoista. Mittarilla saadaan esiin henkilön alaraajojen lihaskuntoon, tasapainoon ja kävelyyn liittyvät vaikeudet. Testi soveltuu hyvin kotona toteutettavaksi. (THL.)

Toiminnallisen testin etuna on hyvä validiteetti (pätevyys, engl. validity) ja reliabiliteetti (luotettavuus, engl. reliability) subjektiivisen havainnon sijaan. Toiminnallinen testi, jossa mitataan suorituskertoja ja aikaa, osoittaa herkemmin tapahtuneen muutoksen. Toimintatestit ovat kuitenkin lihasvoiman kannalta suuntaa-antavia, koska se ei näytä kokonaismäärää lihasvoiman reservistä. (Hamilas 2000, 4.)

Luotettavassa toimintakyvyn arviointimittarissa saadaan esille alkavat muutokset liikumiskyvyssä ja sen edellytyksissä, kuten esimerkiksi lihasvoiman puute tai heikentynyt tasapaino, joita henkilö itse, omainen tai lääkäri eivät ole vielä huomanneet. Ennaltaehkäisyyn kulmakivi onkin varhainen havaitseminen toiminnanvajauksissa ja kaatumisten ennaltaehkäisyssä. Kaatumisvaaran määrittämiseksi ei toistaiseksi tutkimuksissa ole määritelty SPPB-testin tuloksille raja-arvoja, joita voisi käyttää kaatumisvaaran määrittämiseksi. (Pajala 2012, 109.)

Jokaiselta tutkittavalta veteraanilta on veteraanihoitaja kysynyt suostumuksen toimintakykytestien ja haastattelun tekemiseen. Myös henkilötietojen käsittelyssä olen noudattanut vaitiolovelvollisuutta. Niin haastattelujen, kuin toimintakykytestien yhteydessä olen korostanut omaa vaitiolovelvollisuuttani ja tietojen hävittämistä opinnäytetyön valmistumisen jälkeen. Haastattelu- ja testilomakkeissa en ole käyttänyt henkilöiden nimiä, vaan olen numeroinut lomakkeet. Tutkimusluvan olen saanut Heinolan kaupungin vanhus- ja hoitopalvelujen johtajalta.



## 11 POHDINTA

Ikääntyneet ovat heterogeeninen ryhmä. Heidän toimintakykyä kuvaa paremmin vanhenemismuutokset kuin ikävuodet. Arjen sujuminen onkin yksi mittari toimintakykyä ajatellen. Ikääntyneen toimintakyky heikkenee yleensä tietyssä järjestyksessä. Useimmiten ensimmäisenä vähenee liikkuminen, josta seurauksena on sosiaalisten suhteiden, kaupassakäynnin ja raskaampien kotitöiden väheneminen. Siihen pitääkin puuttua ennen kuin pukeutuminen, peseytyminen tai sisällä liikkuminen muuttuvat vaikeaksi. Ongelmat päivittäisissä toiminnoissa johtavat lisääntyneeseen ulkopuolisen avun tarpeeseen ja itsenäisyyden menetykseen sekä laitoshoidon tarpeeseen. Rintamaveteraanien päivä- ja avokuntoutukseen pääsykään ei aina toteudu, koska veteraanit ovat iäkkäitä ja osa heikkokuntoisia. Myös laitostuntoutukseen hakeutuvien veteraanien määrä on laskussa. Onkin hyvä, että uusia toimintamalleja on otettu käyttöön, niin veteraaneille kuin muillekin ikääntyville kotona asumisen tukemiseen ja estämään laitoshoitoon joutumista. Toiminnan tavoitteellisuus on kuitenkin hyvä muistaa. Korhosen (2011, 126-130) tutkimuksen mukaan veteraanien koteihin jalkautuminen mahdollistaisi heidän avun ja palvelujen todellisten tarpeiden kartoittamisen. Veteraaniuden huomioiminen on edelleen tärkeää kokonaisyhyvinvoinnille. Lisäksi Hanhela (2010) toteaa, että kotiin vietävät palvelut ovat edullista toimintaa.

Vanhenemismuutoksiin vaikuttavat mm. perimä ja elintavat. Ikääntyneen veteraanin kuntoutustarve lisääntyy sairauksien ja iän myötä nopeastikin, silloin palvelujen tarve saattaa lisääntyä. Vanheneminen tuo tullessaan myös psyykkisiä haasteita, ikääntyneen omista psyykkisistä voimavaroista on kiinni se, miten hän vanhenemiseen suhtautuu. Tärkeää onkin kohdistaa kuntoutus oikein, jolloin kuntoutujakin hyötyy ja selviytyy omassa kodissaan. Riskitekijöiden huomioiminen on tärkeää ennaltaehkäisyä. Ikäinstituutin Kiikun Kaakun -projektissa (Pohjalainen 2008, 40) todettiin, että työntekijöiltä ohjaus vaatii kuitenkin lisäkoulutusta sekä perehtymistä vanhenemiseen ja sen toimintakyvyn muutoksiin.

Veteraanien toimintakykyä tuettiin monin tavoin. Tutkimuksessani mukana olleet veteraanit asuivat yksin, joten tukihenkilön käynti oli heille viikon kohokohta. Torille ja kauppoihin pääsy koettiin mieleisenä toimintana sekä keskustelukumppanin saaminen kotiin oli myös toiminnan parasta antia. Kotikuntoutuksen toivotaankin jatkuvan mahdollisimman pitkään. Pääasiassa veteraanit halusivat seurata ulkoiluun, seurusteluun

sekä apua kodinhoitoon. Mukana olleista veteraaneista tutkimuksen alussa säännöllistä kotihoitoa sai yksi veteraani. Kahden veteraanien lääkkeidenotossa ilmeni puutteita, joten he tulivat myös kotihoidon palvelujen piiriin. Veteraanit käyttivät kaupungin kotihoidon lisäksi myös yksityisiä- ja kolmannen sektorin hoivapalveluja. Yksityisistä palveluista yleisimmät olivat siivouspalvelu ja vaatehuolto, sekä kolmannen sektorin palveluista ulkoiluapu.

Tutkimuksessa käytetyillä menetelmillä saatiin vastaus tutkimusongelmiin, mutta lisäksi veteraanien henkiseen hyvinvointiin pitäisi kiinnittää huomiota. Sodassa olleet miehet ovat kokeneet vaikeita ja koskettavia hetkiä rintamalla. He ovat sitä ikäluokkaa, jotka eivät ole saaneet kriisiapua. Niinpä heillä saattaa olla läpi elämän mukana kulkevia ongelmia, jotka johtuvat käsittelemättömistä traumaista. Ne saattavat esiintyä masennuksena, alkoholin suurkulutuksena tai sosiaalisina ongelmina, joita tässä tutkimuksessa ei kuitenkaan tullut esille. Sirpa Korhonen toteaaakin, että tärkeä merkitys on elämän historian ja elämäkokemusten muistelemisella ja niistä puhumisella (Korhonen 2011, 126-130).

Savolainen ja Viitala (2000, 39 – 40) sekä (Pohjalainen 2008, 40) toteavat, että kuntoutus ja liikuntaohjelmat saivat aikaan henkisen vireyden paranemista. Myös heinolalaiset sotaveteraanit kokivat kotikuntoutusprojektin mielialaa ja hyvinvointia kohottavaksi. Keski-Suomen ja Uudenmaan tuetun kotona kuntoutumisen aluehankkeissa oli saatu vastaavanlaisia positiivisia tuloksia. Lisäksi niissä yhteistyö kunnan ja hankkeessa toimijoiden kesken oli onnistunut hyvin, mutta kuntoutussuunnitelmien teko ja tietosuoja aiheuttivat ongelmia. Useimmissa kunnissa myös kotona kuntoutumisen malli oli soveltuva kunnan vanhuspalvelustrategiaan, näin voitaisiin myös Heinolassa tehdä.

Tulosten perusteella veteraanien kävelykyky oli hyvä kokonaisuutta ajatellen, mutta liikuntaharjoitteisiin motivoiminen on tarpeellista, koska toisella testauksella kukaan ei saanut täyttä pistemäärää. Tasapaino-ongelmia ilmeni neljällä ja lihaskunnan heikkenemistä tuolista ylösnousutestissä kaikilla kuudella veteraanilla. Liikunta ja fyysinen kotiharjoittelu oli pääasiassa veteraanien oman motivaation varassa, koska tukihenkilö kävi keskimäärin 2 – 4 kertaa kuukaudessa. Veteraanit toivoivatkin käyn- tejä useammin. Tasapainon ja lihasvoiman harjoittamista pitäisi kuitenkin harjoittaa 2 – 3 kertaa viikossa. Silloin sillä olisi vaikutusta esimerkiksi kaatumisten ehkäisyyn.

Haastattelujen yhteydessä havainnoin, että kotikuntoutus koettiin hyväksi, mutta veteraanit mielsivät kuntoutuslaitoksessa annetun kuntoutuksen ”oikeaksi” kuntoutukseksi, ehkä siksi kotivoimistelu ei innostanut kaikkia. Kotikuntoutusta halusivat pääasiassa ne veteraanit, jotka eivät jaksaneet lähteä laitosjaksolle tai he eivät muuten pääse esimerkiksi ulkoilemaan. Kettunen (2002, 139) toteaa, että suorituskykyyn vaikuttaa vuoden- ja vuorokaudenaika sekä ympäristöolosuhteiden asettamat haasteet. Ikääntyneen toimintakyky vaihtelee, toinen päivä voi olla parempi kuin toinen, kuten tutkimuksen aikanakin tapahtui. Talvinen vuodenaika verotti liikkumista, koska liukkaalla kelillä he eivät uskaltaneet yksin ulkoilemaan.

Ikääntyvien kuntoutuksen ja liikunnan edistäminen vaatii yhteistyötä ammattilaisten, yksityisen ja kolmannen sektorin kanssa jatkuvuuden ja vaikuttavuuden turvaamiseksi sekä suunnitellun päämäärään saamiseksi. Yhteistyö eri hallinnonalojen kanssa on tärkeää, mutta myös haastavaa. Työhön tarvitaan vastuhenkilö, joka motivoi, koordinoi toimintaa ja osaa ohjata ikääntynyttä oikein ja oikeanlaiseen toimintaan, kuten esimerkiksi sosiaalsiin ryhmiin, harrastustoimintaan tai liikuntaan. Ikääntyneen kotona asumisen turvaamiseksi säännöllinen ja tavoitteellinen kuntoutus on tarpeellista, koska he kuitenkin haluavat asua kotona mahdollisimman pitkään. Mikäli esimerkiksi kuntoutusjaksolta kotiin tulevaa veteraania ei tueta kotiharjoitteluun, jäävät kuntoutusjakson vaikutukset vähäiseksi. Tärkeää on kuitenkin korostaa kuntoutujan omaa roolia ja aktiivisuutta, koska kuntoutus on jokaisen henkilökohtainen prosessi.

Tutkimuksessa selvisi, että veteraanit pitivät tärkeänä kotikuntoutuksen psyykkistä ja sosiaalista toimintaa. He halusivat keskustella tukihenkilön kanssa asioista, jotka saattoivat olla arkojakin ja joista he eivät ole ennen kenenkään kanssa puhuneet. Myös Katja Nikkanen (2005, 62 – 102) totesi, että veteraanikuntoutuksella on terapeutista ja sosiaalista vaikutusta fyysisten seurausten lisäksi. Vanhustyöntekijän oma arvomaailma ja suhtautuminen ikääntyneisiin on tärkeä huomioida, koska ne määrittävät hänen tekemiään ratkaisuja työssään. Luottamuksen saavuttaminen on tuonut paljon syvällisiä keskusteluja tukihenkilön ja veteraanien kesken. Veteraanit ovat keskustelleet kiipeistäkin asioista, joita he eivät ole kertoneet edes omaisilleen. Eräskin veteraani sanoi, että hän nukkuu paremmin tukihenkilön kotikäynnin jälkeen. Veteraanihoitajalle on myös sanottu, että ihanaa kun tulet, ”olen rukoillut iltarukouksessani puolestasi”.

Myös Kettunen (2002, 39) toteaa, että työntekijän ihmiskäsitys korostuu kuntoutustyössä sosiaali- ja terveysalalla, samoin myös vuorovaikutus ja asiakaslähtöisyys.

Vanhuspalveluiden ohjaaminen ja palvelujen järjestäjien asenne vaatii eettistä osaamista ja tasa-arvoista kohtelua kaikkia ikääntyneitä kohtaan. Esimerkiksi liikunta- ja sosiaalisten ryhmien toiminnan tulee olla ikääntyneen itsetuntoa ja ihmisarvoa tukevaa. Tietosuoja ja salassapitovelvollisuus liittyvät oleellisesti eettiseen toimintaan, kuten esimerkiksi asiakaspalautteen keräämisessä ja raportoinnissa. Eettisyys on myös laatua, samoin kuin arviointi ja tavoitteellinen toiminta. Näkemys vanhenemisestä onkin vanhustyön perusta. Yleensä vanhuksen etu on kaikkien muidenkin etu, ajatellen esimerkiksi liikkumisen esteettömyyttä. Esteettömyydestä hyötyvät myös lastenrattaita ja vaunuja työntävät nuoret perheet ja liikuntarajoitteiset henkilöt. Myös Konsensuslausumassa (2012, 10) viitataan kunnan velvollisuuksiin huolehtia esteettömyydestä. Siihen vaikuttavat kuitenkin poliittiset päätökset ja vallitseva vanhuskäsitys yhteiskunnan tasolla. On hyvä muistaa, että palvelutoiminnan lähtökohta on vanhus eikä palvelujärjestelmä. Vanhan ihmisen kotona asuminen vaatii myös paljon omaisilta, että vanhus pärjäisi päivittäisissä toimissa. Suunnittelulla ja yhteistyöllä kaikkien osapuolten kesken päästään parhaaseen tulokseen. Ikääntyvän ihmisen kunnioittaminen yksilönä on tärkeää hänen erilaisissa elämäntilanteissaan.

Geronomikoulutus antaa hyvät edellytykset ikääntyvän henkilön kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin ja toimintakyvyn kartoittamiseen ja edistämiseen. Koulutuksessa korostetaan ennaltaehkäisyä, gerontologista- ja geriatriasta tietoisuutta, ikääntyvän omien voimavarojen käyttöönottoa sekä hyvinvoinnin ja toimintakyvyn edistämistä liikunnan ja sosiaalisen toiminnan avulla. Koulutuksessa perehdytään myös iäkkäiden sosiaalisiin ongelmiin ja niiden ehkäisemiseen sekä vanhuspalveluiden organisointiin ja palvelumalleihin, jotka tulevat tutuiksi teoriassa ja käytännössä. Kymenlaakson ammattikorkeakoulussa on erityisesti panostettu liikunnan opintoihin, joita opiskellaan Pajulahden urheiluopiston opettajien opastuksessa. Geronomi (AMK) voi koulutuksensa perusteella toimia muistikoordinaattorina, joka toimii muistisairaana tai hänen perheensä tukena. Geronomi voi tehdä myös ikääntyvään väestöön kohdistuvia hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä. Kotikäyntien tarkoituksena on luoda yhteyksiä ikääntyneisiin ja ennakoita heidän avun tarvetta, arvioida asunnon muutostöiden tarvetta, jakaa tietoa kotikunnan palveluista ja toimintamahdollisuuksista, luoda viihtyisyyttä ja tuoda

turvallisuuden tunnetta ikääntyneille. Kotikäynneillä edistetään myös ikääntyvän omien voimavarojen käyttöä. Käynneillä on hyvä olla jokin teema, kuten esimerkiksi ravintoon, lääkitykseen tai liikuntaan liittyvät aiheet.

Tutkimuksen tekeminen on opettanut minua sota-ajoista ja vanhan ihmisen elämästä koko tutkimusprosessin ajan. Aloittaessani tutkimusta kuvittelin kotikuntoutuksen tuovan enemmänkin veteraanien fyysiseen toimintakykyyn parannusta. Tutkimuksen aikana selvisi, että harjoittelu ei ole suosittua kotona toteutettuna. Tässä mielessä kotikuntoutusta pitää vielä ”mainostaa” ja korostaa tavoitteellisuutta.

Kehittämisehdotukseni toiminnalle on, että kotihoidossa hoito- ja palvelusuunnitelmaan lisätään myös liikunta- tai kuntoutussuunnitelma. Se voi olla esimerkiksi reisilihaksen lihaskunnan kohottamista tuoliltaylös nousuharjoitteilla ja tasapainon edistämistä varpailenusuharjoitteilla. Harjoitteet voidaan tehdä hoitajan opastaessa päiväkäynnin aikana, koska on niin ikääntyneen kuin hoitajienkin etu, että vanha ihminen pystyy liikkumaan mahdollisimman pitkään. Lisäksi ehdotan ikääntyneille kohdistetun palveluoppaan laatimista Heinolan kaupungin antamista palveluista ja toiminnasta.

Veteraanien kanssa toimiminen ei ole ollut ryppyotsaista toimintaa. Ilo ja huumori ovat olleet läsnä tapaamisissa. He ovat myös sisukasta joukkoa, jotka eivät vähällä anna periksi. Hyötyliikunnan veteraanit olivat myös omaksuneet päivittäiseen ohjelmaan. Haastatteluissa olen pystynyt aistimaan tunnelman ja tunteet, koska olen nähnyt haastateltavan kasvot, ilmeet ja eleet. Kiitän kaikkia tutkimuksessa mukana olleita heinolalaisia sotaveteraaneja, koska muuten tämä opinnäytetyö ei olisi ollut mahdollista toteuttaa. Lisäksi kiitän työnantajaani ja erityisesti veteraanien tukihenkilöä.

Opinnäytetyön keskusteluissa tuli esiin myös YK:n palvelukseen lähteneet vapaaehtoiset miehet ja naiset, sekä heidän tehtäviin lähdössä esiintyneet erilaiset motiivit. Ehdotankin jatkotutkimusaiheeksi rauhanturvaajien eläkkeellejäämisen jälkeistä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn tutkimista sekä tietoa siitä, mikä sai heidät lähtemään rauhanturvaajaksi ulkomaille.

## LÄHTEET

Alho, A. & Järvinen, E. 2007. Veteraanien perintö – Itsenäinen isänmaa. Heinolan Sotaveteraanit ry ja naisjaosto 40 vuotta, 1967 – 2007. Lahti 2007, EsaPrint.

Fogelholm, M., Vuori, I. & Vasankari, T. (toim.). 2011. Terveysliikunta. Duodecim. UKK-instituutti. 2. uudistettu painos. Keuruu .Otavan Kirjapaino Oy.

Hamilas, M., Hämäläinen, H., Koivunen, M., Lähteenmäki, L., Pajala, S. & Pohjola, L. 2000. Toimiva-testit. Iäkkäiden fyysisen toimintakyvyn mittausmenetelmän internet-sivut. Saatavissa:

<http://www.valtiokonttori.fi/download/noname/%257B7606CF81-DDA4-4A37-8F16-D55D74410EE3%257D/5961> [viitattu 30.9.2013].

Hanhela, H., T. 2013. Rintamaveteraanikuntoutus. Duodecim. Lääkäriin käsikirja. Päivitetty 19.2.2013. Saatavissa:

[www.terveysportti.fi.xhalaxng.kyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=ykt01130&p\\_haku=veteraanikuntoutus](http://www.terveysportti.fi.xhalaxng.kyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt01130&p_haku=veteraanikuntoutus) [viitattu 20.5.2013].

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara P. 2010. Tutki ja kirjoita. 15.-16. painos. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Heikkinen, E. & Rantanen, T., (toim.) 2008. Gerontologia. 2. uudistettu painos. Duodecim. Keuruu. Otavan Kirjapaino Oy.

Heinolan kaupungin vanhuspalveluohjelma 2010 – 2015. Selvitys 18.11.2010. Saatavissa: [http://www.heinola.fi/NR/rdonlyres/65B31AEE-1E09-47A4-9142-2A9899D52B32/0/vanhuspalveluohjelma2010\\_2015.pdf](http://www.heinola.fi/NR/rdonlyres/65B31AEE-1E09-47A4-9142-2A9899D52B32/0/vanhuspalveluohjelma2010_2015.pdf) [viitattu 8.10.2013].

Heinolan sotaveteraanit. Kuntoutus. Päivitetty 23.1.2013. Saatavissa: [http://artos.pp.fi/hsv/aineisto/veteraaniasiain\\_neuvottelukunta.htm](http://artos.pp.fi/hsv/aineisto/veteraaniasiain_neuvottelukunta.htm) [viitattu 25.5.2013].

Huhtanen, M. & Niemelä, K. 2010. Tuetun kotona kuntoutumisen malli ikäihmisille. Uudenmaan aluehankkeen loppuraportti 1.3.2008 – 28.2.2010. Saatavissa:

<http://www.toimisait.com/kauniala/userData/aku-uuudenmaan-alueenloppuraportti.pdf>  
[viitattu 9.10.2013]

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. 2008. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Suomen kuntaliitto. Helsinki. Saatavissa:  
<http://pre20090115.stm.fi/ka1202801063405/passthru.pdf> [viitattu 15.1.2013].

Juujärvi, S., Pessa, K & Salin, O. 2009. Sotiemme veteraanien identiteetti ja arvostus. Tutkimus Espoon Sotaveteraanit ry:n jäsenistä. Laurea-ammattikorkeakoulun julkaisusarja A 69. Helsinki. Edita Prima Oy. Saatavissa:  
[http://www.laurea.fi/fi/tutkimus\\_ ja\\_ kehitys/ julkaisut/ julkaisuarkisto/ Documents/ A69. pdf](http://www.laurea.fi/fi/tutkimus_ ja_ kehitys/ julkaisut/ julkaisuarkisto/ Documents/ A69. pdf) [viitattu 24.8.2013].

Karvinen, E., Kalmari, P. & Koivumäki, K. 2011. Ikäihmisten liikunnan kansallinen toimenpideohjelma. Liikunnasta terveyttä ja hyvinvointia. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 2011:30.

Kela. 2013. Suunnitelma Kelan harkinnanvaraisen kuntoutuksen varojen käytöstä vuosina 2014–2016. Kela 28.1.2013. Saatavissa:  
<http://www.kela.fi/documents/10180/157956/Harkinnanvaraisen+kuntoutuksen+suunnitelma+2014-2016.pdf/3f3cdd74-bbc7-40a4-bd8a-886adb729629>.

Kela. 2013. Eläkeläiset. Rintamalisä. Ylimääräinen rintamalisä. Sivut päivitetty 19.06.2013. Saatavissa: <http://www.kela.fi/rintamalisa> [viitattu 24.9.2013].

Kela. 2012. Geriatrisen kuntoutuksen kehittäminen. Geri-hanke. Päivitetty 24.10.2012. Saatavissa: [http://www.kela.fi/kehittamistoiminta\\_geriatriinen-kuntoutus](http://www.kela.fi/kehittamistoiminta_geriatriinen-kuntoutus) [viitattu 21.5.2013].

Keto, T. Veteraanien tukihenkilö. Haastattelu 18.1.2013. Heinola.

Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K., Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. 2002. Kuntoutumisen mahdollisuudet. WSOY. Porvoo.

Konsensuslausuma. 2012. Kohti parempaa vanhuutta. Suomalainen lääkäriseura. Duodecim. Suomen Akatemia. Päivitetty 8.2.2012. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/kotisivut/docs/f939257006/konsensuslausuma20122.pdf>. [viitattu 20.5.2013].

Korhonen, S. 2011. Veteraanien sotakokemukset ja hyvinvointi. Seurantatutkimus pohjois-savolaisista sodan kokeneista miehistä vuosina 1993 ja 2006. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Social Sciences and Business Studies No 18. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Kuopio 2011. Saatavissa: [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-0381-5/urn\\_isbn\\_978-952-61-0381-5.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0381-5/urn_isbn_978-952-61-0381-5.pdf) [viitattu 15.1.2013].

Kröger, T, Karisto, A. & Seppänen, M. 2007. Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö vanhuuden edessä. Saatavissa: [https://www.ps-kustannus.fi/tiedostot/tuotteiden\\_liite-tiedostot/vanhuus\\_ja\\_sosiaalityo\\_esipuhe.pdf](https://www.ps-kustannus.fi/tiedostot/tuotteiden_liite-tiedostot/vanhuus_ja_sosiaalityo_esipuhe.pdf) [viitattu 7.10.2013].

Laki rintamaveteraanien kuntoutuksesta (1184/1988).

Liikanen, H-L. & Kaisla, S. 2007. Gerontologisen sosiaalityön menetelmistä. Työpapereita 3:2007. Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus SOCCA. Heikki Waris –instituutti. Saatavissa: [http://www.socca.fi/files/95/Gerontologisen\\_sosiaalityon\\_menetelmista.pdf](http://www.socca.fi/files/95/Gerontologisen_sosiaalityon_menetelmista.pdf) [viitattu 8.10.2013].

Lyyra, M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. (toim.) 2007. Vanheneminen ja terveys. Edita. Tammerpaino-Paino Oy. Tampere 2007.

Nikkanen, K. 2005. Veteraanikuntoutus sosiaalisena ja muistelullisena maailmana. Pro gradu –tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Saatavissa: [https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/11603/URN\\_NBN\\_fi\\_jyu-200698.pdf?sequence=1](https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/11603/URN_NBN_fi_jyu-200698.pdf?sequence=1) [viitattu 20.5.2013].

Nurmi, J-E., Ahonen, T., Lyytinen, H., Pulkkinen, L. & Ruoppila, I. 2010. Ihmisen psykologinen kehitys. WSOYpro Oy. 1.-4. painos.



Pajala, S. 2012. Iäkkäiden kaatumisten ehkäisy. Opas 16. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2012. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/923b49af-ca1a-4c44-a14c-505319cac74e> [viitattu 07.10. 2013].

Pikkarainen, A. 2013. Tieteellinen artikkeli. Kuntoutus 1/2013. Saatavissa: [http://www.kuntoutusportti.fi/files/attachments/kuntoutus-lehden\\_artikkelit/2013/tiet\\_art\\_pikkarainen\\_1\\_2013.pdf](http://www.kuntoutusportti.fi/files/attachments/kuntoutus-lehden_artikkelit/2013/tiet_art_pikkarainen_1_2013.pdf) [viitattu 22.5.2013].

Pikkarainen, A., Era, P. & Grönlund, R. 2011 a. Gerontologinen kuntoutus. Saatavissa: [http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/tutkimus/tutkimuskohteita/elamankaari\\_ja\\_ikavaiheet/gerontologinen\\_kuntoutus/](http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/tutkimus/tutkimuskohteita/elamankaari_ja_ikavaiheet/gerontologinen_kuntoutus/) [viitattu 22.5.2013].

Pikkarainen, A., Era, P., Grönlund, R. 2011 b. Kuntoutusportti. Gerontologinen kuntoutus. Tutkimus. Saatavissa: <http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/tutkimus/tutkimuskohteita/> [viitattu 30.1.2013].

Pohjalainen, P. (2008). Liikuntaohjelmat ikäihmisten kotihoidossa. Kiikun Kaakun – projektin loppuraportti. Raportteja 1/2008. Helsinki. Ikäinstituutti.

Pohjalainen, P. & Salonen, E. 2012. Toimintakyky vanhuudessa – mitkä tekijät sitä määrittävät? Gerontologia-lehti 4/2012, s. 235 – 242.

Ranta, S. 2004: Vanhenemismuutosten eteneminen. Seitsemänkymmentäviisi-vuotiaiden henkilöiden antropometrinen ominaisuuksien, fyysisen toimintakyvyn ja kognitiivisen kyvykkyyden muutokset viiden ja kymmenen vuoden seuranta-aikana. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto.

Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) 2008. Kuntoutus. 2. painos. Keuruu. Kustannus Oy Duodecim.

Routasalo, P. & Lauri, S. 2001. Iäkkään henkilön kuntoutumista edistävä hoitotyön malli. Gerontologia-lehti 3/2001.

Savolainen, T. & Viitala, E. 2000. Veteraanien päiväkuntoutus. Veteraanien toimintakyky ennen ja jälkeen päiväkuntoutuksen sekä veteraanien odotukset ja kokemukset päiväkuntoutuksesta. Pro gradututkielma. Jyväskylän yliopisto. Saatavissa: <https://jyx.jyu.fi/dspace/handle/123456789/8205> [viitattu 20.5.2013].

Sotainvalidien veljesliitto.

Saatavilla: <http://www.sotainvalidit.fi/fi/sotainvalidit> [viitattu 9.1.2013].

Sotiemme Veteraanit. Veteraanien määrä 2009 – 2025. Saatavilla: [http://www.sotiemmeveteraanit.fi/veteraanit/veteraanien-maara-2009 – 2025](http://www.sotiemmeveteraanit.fi/veteraanit/veteraanien-maara-2009-2025). [viitattu 9.1.2013].

Sotilasvammalaki, 28.5.1948/404.

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

STM. 2012. Sosiaali- ja terveysministeriön internetsivut. Veteraaniasiain neuvottelukunta. Veteraanipolitiikan ajankohtaiskatsaus. Päivitetty 8.2.2012.

Saatavissa: [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=40880&name=DLFE-17922.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=40880&name=DLFE-17922.pdf). [Viitattu 24.5.2013].

Suomen sotaveteraaniliitto. 2011. Saatavissa: <http://www.sotaveteraaniliitto.fi/sotaveteraanien-tukeminen/rintamaveteraanien-kuntoutus> [Viitattu 24.5.2013].

THL. Piste tapaturmille. Lyhyt fyysisen suorituskyvyn testistö (SPPB)

Saatavissa: [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/pistetapaturmille-fi/iakkaat/kaatumisten-ehkaisy/toimintakyky/lyhyt-fyysisen-suorituskyvyn-testisto-sppb](http://www.thl.fi/fi_FI/web/pistetapaturmille-fi/iakkaat/kaatumisten-ehkaisy/toimintakyky/lyhyt-fyysisen-suorituskyvyn-testisto-sppb) [viitattu 16.1.2013].

THL. 2013, Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet 2005 – 2013.

Saatavissa:

<http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu/hakusivu/tulossivu?currentEvent=swapp&eventParameter=F>.

Sosiaali- ja terveystoimi. Heinolan kaupunki. Tiedote 20.4.2012.

Tilastokeskus. 2012. Väestö iän mukaan, 2011 lopussa. Tilastokeskuksen internetsivut. Päivitetty 16.3.2012. Saatavissa: [http://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk\\_vaesto.html#vaestoitianmukaan](http://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html#vaestoitianmukaan) [viitattu 15.1.2013].

Tilastokeskus 2013. Väestö. Tilastokeskuksen internetsivut. Päivitetty 11.6.2013. Saatavissa: [http://www.stat.fi/tup/suoluk/suoluk\\_vaesto.html#vaestoitianmukaan](http://www.stat.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html#vaestoitianmukaan) [Viitattu: 24.9.2013].

Valtiokonttorin esite. Tuetun kotona kuntoutumisen malli ikäihmisille. Uusi toimintamalli avo- ja kotikuntoutukseen. Rintamaveteraanien ja sotainvalidien avo- ja kotikuntoutuksen kehittämishanke/ Kaunialan Sairaala Oy, Keski-Suomen Sairaskotisäätiö, Sotainvalidien Sairaskoti, Sotainvalidien Veljesliitto.

Valtiokonttori. 2012. Korvaukset ja etuisuudet. Julkaistu 13.12.2012. Päivitetty 11.4.2013. Saatavissa: [http://www.valtiokonttori.fi/fi-FI/Kansalaisille\\_ja\\_yhteisoille/Korvaukset\\_ja\\_etuisuudet/Sotainvalidien\\_ja\\_rintamaveteraanien\\_etuudet](http://www.valtiokonttori.fi/fi-FI/Kansalaisille_ja_yhteisoille/Korvaukset_ja_etuisuudet/Sotainvalidien_ja_rintamaveteraanien_etuudet) [viitattu 31.1.2013].

Valtiokonttorin ohjekirje kuntoutuksesta. 2010. Suomen sotaveteraaniliitto. Päivätty 6.4.2010. Saatavilla: <http://www.sotaveteraaniliitto.fi/ajankohtaista/tiedotteet/valtiokonttorin-ohjekirje-kuntoutuksesta>.

Valvanne, J. Geriatriinen kuntoutus. Therapia Fennica.fi. Saatavilla: [http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Geriatriinen\\_kuntoutus](http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Geriatriinen_kuntoutus) [viitattu 22.1.2013].

**Taustatiedot**

Sukupuoli:                      Ikä:                      Perhesuhteet :  
 Koulutus:                      Ammatti:                      Asunut Heinolassa                      v.  
 Asunto:      omakotitalo   rivitalo      kerrostalo      vuokra-asunto      oma-asunto

1. Mistä saitte tiedon sotaveteraanien kotikuntoutuksesta?

sanomalehdestä                      omaiselta  
 jostain muualta \_\_\_\_\_

**Palvelujen käyttö**

2. Oliko teillä käytössä Heinolan kaupungin palveluja ennen kotikuntoutuksen alkamista?

Kotihoidon palvelut                      Ateriapalvelu                      Pyykkipalvelu

Jokin muu \_\_\_\_\_

Entä nyt kotikuntoutuksen jälkeen

Kotihoidon palvelut                      Ateriapalvelu                      Pyykkipalvelu

Jokin muu \_\_\_\_\_

**Kotikuntoutus kokemuksena**

3. Miksi halusitte kotikuntoutusta?

4. Mikä oli hyvää kotikuntoutuksessa?

5. Mitä parannettavaa kotikuntoutustoiminnassa oli?

6. Onko kotikuntoutus vaikuttanut arjessa selviytymiseenne?

   paljon                      vähän                      ei ollenkaan

7. Millaiseksi koitte voinnin/terveydentilanne ennen kotikuntoutusta?

   hyväksi                      kohtalaiseksi                      huonoksi

8. Koetteko voinnin/terveydentilanne kotikuntoutuksen jälkeen paremmaksi?

   kyllä                      ei

9. Tuntuuko nyt siltä, että jokin seuraavista asioista olisi parantunut kotikuntoutuksen jälkeen?

a) hyvinvointi, b) mieliala, c) kunto, d) jaksaminen, e) kehonhallinta

f) tai jokin muu asia, mikä? \_\_\_\_\_

**Liikunta**

10. Minkä verran harrastitte liikuntaa ennen kotikuntoutusta?

   kerran viikossa                      2-3 kertaa viikossa                      enemmän

11. Kannustiko kotikuntoutus lisäämään liikuntaa?

   paljon                      vähän                      ei ollenkaan

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Luokka	Pääluokka
<input type="checkbox"/> pystyy liikkumaan <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</span>	käveleminen	liikkuminen	fyysinen
<input type="checkbox"/> kivoja tyttöjä tulee käymään	tapaa ihmisiä	sosiaaliset kontaktit	sosiaalinen
<input type="checkbox"/> haluan puhua ihmisten kanssa	keskustelu	vuorovaikutus	sosiaalinen
<input type="checkbox"/> alkaa tuntua, että on vanha, huono näkö	ikäntyminen, näkökyky	vanhenemisprosessi	fyysinen
<input type="checkbox"/> tarjottiin kuntoutusta, seuran vuoksi	kuntoutuminen ja seurustelu	vuorovaikutus	sosiaalinen
<input type="checkbox"/> puhekaveri <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</span>	seurustelu	vuorovaikutus	sosiaalinen
<input type="checkbox"/> piristää	mieliala	henkiset toiminnot	psyyykinen
<input type="checkbox"/> kaikki hyvää, sopivasti, henkinen kuntoutus tärkeää	mieleinen toiminta, mielenterveys	toimintakyky	psyyykinen
<input type="checkbox"/> pääsee kosketuksiin toisten kanssa ja ulkoilemaan	sosiaalinen kanssakäyminen	vuorovaikutus liikkuminen	fyysinen
<input type="checkbox"/> saanut seuraa	seurustelu	vuorovaikutus	sosiaalinen
<input type="checkbox"/> saisi käydä useammin <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5</span>	kiintymys hoitajaan	turvallisuus	psyyykinen
<input type="checkbox"/> ei saa liikaa hyyssätä, tultava toimeen omin voimin	auttaa vasta kun oikeasti tarvitsee apua	itsemääräämisoikeus	psyyykinen

Onko kotikuntoutus vaikuttanut arjessa selviytymiseenne?	<b>Kyllä</b> 5	<b>Ei</b> 1	
Millaiseksi koitte terveydentilanteenne ennen kotikuntousta?	<b>Kohtalainen</b> 3	<b>Hyvä</b> 1	<b>Huono</b> 2
Koetteko terveydentilanteenne kotikuntoutuksen jälkeen paremmaksi?	<b>Kyllä</b> 3	<b>Ei</b> 3	
Minkä verran harrastitte liikuntaa ennen kotikuntoutusta?	<b>Kerran viikossa</b> 2	<b>2-3 x viikossa</b> 2	<b>enemmän</b>
Kannustiko kotikuntoutus lisäämään liikuntaa?	<b>Vähän</b> 3	<b>Jonkin verran</b>	<b>Paljon</b> 1
Tuntuuko nyt siltä, että seuraavat asiat olisivat parantuneet elämässä kotikuntoutuksen jälkeen?  a) <u>hyvinvointi</u> b) <u>mieliala</u> c) <u>kunto</u> d) jaksaminen e) keuhonhallinta f) jokin muu, mikä?	<u>1 henkilöllä</u> <u>4 henkilöllä</u> <u>1 henkilöllä</u>		

**Tasapaino**

a) PuolitanDEM \_\_\_\_\_ s.

b) Jalat rinnakkain \_\_\_\_\_ s. tai c) Tandem \_\_\_\_\_ s.

**Pisteet:**

0 p: ei kykene itsenäiseen tasapainotestiin

1 p: pysyy 10 sekuntia jalat rinnakkain, mutta ei puolitanDEM-asennossa

2 p: pysyy 10 sekuntia jalat puolitanDEM-asennossa, mutta tandem-asennossa alle 3 sekuntia

3 p: pysyy 10 sekuntia jalat puolitanDEM-asennossa, mutta tandem-asennossa 3 – 9 sekuntia

4p: pysyy sekä puolitanDEM- että tandem-asennoissa 10 sekuntia

**Kävelynopeus, 2,44m**

1) oma kävelyvauhti \_\_\_\_\_ s apuväline? \_\_\_\_\_

2) oma kävelyvauhti \_\_\_\_\_ s apuväline? \_\_\_\_\_

**Pisteet:**

Miehet:	71 - 79 v	≥80 v	Naiset:	71 - 79 v	≥80 v
4 p.	≤ 2,8 s	≤ 3,3 s	4 p.	≤ 3,1 s	≤ 3,7 s
3 p.	2,9-3,4 s	3,4-4,2 s	3 p.	3,2-3,9 s	3,8-4,9 s
2 p.	3,5-4,4 s	4,3-5,6 s	2 p.	4,0-5,2 s	5,0-6,9 s
1 p.	≥ 4,5 s	≥ 5,7 s	1 p.	≥ 5,3 s	≥ 7,0 s
0 p.			Ei pysty itsenäisesti suorittamaan testiä		

**Pisteet:****Tuolista ylösnousu 5 krt**

AIKA ilman tukea, käsivarret ristissä rinnan päällä \_\_\_\_\_ s

TAI a) kädet vartalon vierellä \_\_\_\_\_ s

b) kevyt tuki \_\_\_\_\_ s

c) voimakas tuki \_\_\_\_\_ s

**Pisteet:**

Miehet:	71 - 79 v	≥80 v	Naiset:	71 - 79 v	≥80 v
4 p.	≤ 10,5 s	≤ 11,4 s	4 p.	≤ 11,0 s	≤ 12,2 s
3 p.	10,6-12,5 s	11,5-13,9 s	3 p.	11,1-13,6 s	12,3-14,9 s
2 p.	12,6-14,9 s	14,0-17,2 s	2 p.	13,7-16,5 s	15,0-18,6 s
1 p.	≥ 15,0 s	≥ 17,3 s	1 p.	≥ 16,6 s	≥ 18,7 s
0 p.			Ei pysty itsenäisesti suorittamaan testiä		

**YHTEISPISTEMÄÄRÄ****/12**

&lt; 7 pistettä, liikkumiskyky on rajoittunut ja kaatumisriski suurentunut

Allaolevasta taulukosta selviää haastattelun tuloksena saatuja tietoja palveluiden käytöstä. Veteraanien käyttämät palvelut jakautuivat kunnallisen ja yksityisen sekä kolmannen sektorille osalle ennen ja jälkeen tutkimuksen.

Palvelutarve ja tarjoaja	Hygienia		Ateria		Lääkehoito		Kauppa-apu		Siivous-apu		Vaatehuolto		Ulkoilu-apu	
	ennen / jälkeen	ennen / jälkeen	ennen / jälkeen	ennen / jälkeen	ennen / jälkeen	ennen / jälkeen	ennen / jälkeen	ennen / jälkeen	ennen / jälkeen	ennen / jälkeen	ennen / jälkeen	ennen / jälkeen	ennen / jälkeen	
Kotihoidon palvelu	1	1			1	3	1	2			1	1		
Ateria-palvelu			2	2										
Pyykki-palvelu											1			
Omainen hoitaa					2	2								
Yksityinen palvelu			2						2	3	2	2		
Vapaaehtois-palvelu											1	1	1	2
<b>Yhteensä</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>2</b>

Taulukko 5. Palveluiden jakautuminen eri palveluidenantajien kesken. (N = 6)



Heinolan kaupunki  
Sosiaali- ja terveystoimi

Viranhaltijapäätös  
Muu yleispäätös

Vanhus- ja hoitopalvelujohtaja

23.5.2012

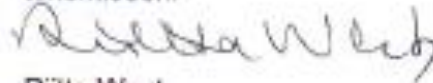
3 §

Dnro 801/01.03.00/2012

Asia **Tutkimuslupa / Kokemuksia sotaveteraanien kotikuntoutuksesta Heinolassa 2012 / Katajainen Ulla**

Perustelut Ulla Katajainen opiskelee Kymenlaakson ammattikorkeakoulussa geronomiksi. Hän pyytää tutkimuslupaa opinnäytetyöhönsä liittyvään tutkimukseen, jonka tarkoituksena on selvittää Heinolassa toteutettavan sotaveteraanien kotikuntoutuksen tuloksia ja kokemuksia.

Päätös Tällä päätöksellä myönnän Ulla Katajaiselle luvan opinnäytetyöhönsä liittyvien haastattelujen ja toimintakykytestien tekemiseen.



Riitta West  
Vanhus- ja hoitopalvelujohtaja

Liite Tutkimuslupahakemus

Tiedoksi Ulla Katajainen, Karjalankatu 33, 18100 Heinola  
Terveystoiminnan johtaja Riitta Honkanen  
Fysioterapian esimies Katja Itänen  
Lähihoitaja Tiina Keto  
Kotihoidon johtaja Marjatta Lahti

Oikaisuvaatimusoikeus Päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen. Oikaisuvaatimuksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianosainen) sekä kunnan jäsen.

Tiedoksi asianosaiselle Annettu postin / lähetin kujelettavaksi 23.05.2012.

Oikaisuvaatimusviranomainen Sosiaali- ja terveystoimintakunta, Rauhankatu 3, 18100 Heinola.

Oikaisuvaatimusaika ja sen alkaminen Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytöä, seitsemän päivän kuluttua kirjeen lähettämisestä, saannitodistuksen osoittamana aikana tai erilliseen tiedoksisaannitodistukseen merkittynä aikana. Kunnan jäsenen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon kun päätös on asetettu yleisesti nähtäväksi.

Oikaisuvaatimuksen sisältö ja toimittaminen Oikaisuvaatimuksesta on käytävä ilmi vaatimus perusteineen ja se on tekijän allekirjoitettava. Oikaisuvaatimus on toimitettava oikaisuvaatimusviranomaiselle ennen oikaisuvaatimusaajan päättymistä.

Päätöksen nähtäväksi asettaminen Tämä päätös on yleisesti nähtävänä 28.05.2012.