

Piia Hyytiä

Päivätoimintaan osallistuvien ikääntyneiden omaishoidettavien toimintakyvyn kartoitus RAVA-mittarilla

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sosionomi (YAMK)

Sosiaali- ja terveysalan

kehittäminen ja johtaminen

Opinnäytetyö

19.11.2013

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Piia Hyytiä Päivätoimintaan osallistuvien ikääntyneiden omaishoidettavien toimintakyvyn kartoitus RAVA-mittarilla 41 sivua + 3 liitettä 19.11.2013
Tutkinto	Sosiaali- ja terveystieteiden ylempi ammattikorkeakoulututkinto, sosionomi (ylempi amk)
Koulutusohjelma	Johtamisen ja kehittämisen koulutusohjelma
Ohjaaja(t)	TtT, yliopettaja Anneli Sarajärvi
<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa omaishoidettavien, päivätoiminnassa käyvien ikäihmisten toimintakykyä ja sen muutoksia RAVA-mittarin avulla. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää MMSE-muistitestituloksen yhteyttä toimintakyvyn säilymiseen päivätoimintaan osallistuneiden ryhmässä. Tutkimuksessa verrattiin päivätoiminnassa käyvien ja päivätoiminnassa käymättömien omaishoidettavien toimintakyvyn muutoksia. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa työelämän tarvitsemaa tietoa palvelun kohdentamiseksi oikealle kohde-ryhmälle.</p> <p>Lähestymistapa oli määrällinen. Aineistona käytettiin tilastoitua tietoa omaishoidettavista asiakkaista: kahden RAVA-toimintakykymittauksen tulokset sekä MMSE-testin pisteet. Tutkimukseen osallistui kaksi ryhmää. Toinen koostui omaishoidettavista, säännöllisesti vuonna 2012 päivätoimintaan osallistuneista 58 asiakkaasta (N=58). Toiseen ryhmään kuului 34 omaishoidettavaa (N=34), jotka eivät käyneet päivätoiminnassa. Aineisto analysoitiin tilastollisesti SPSS-ohjelmaa apuna käyttäen. Tuloksia kuvailtiin taulukoiden, kuvioitten ja ristiintaulukoinnin avulla. Tulosten merkitsevyyttä testattiin tilastomenetelmin.</p> <p>Tutkimustulosten mukaan omaishoidettavien toimintakyky oli keskimäärin heikko, ja heillä oli tarve valvottuun hoitoon. Päivätoimintaan osallistuneiden ja osallistumattomien ryhmien välillä ei ollut eroa ensimmäisessä RAVA-toimintakykymittauksessa, mutta toisella mittauksella ero oli merkitsevä. Päivätoimintaan osallistuneista omaishoidettavista toimintakyky oli parantunut noin 40%, heikentynyt noin 40% ja lopuilla pysynyt samana. Verrokki-ryhmäläisistä taas yli puolella toimintakyky oli heikentynyt mittausten välillä ja vain alle viidenneksellä se oli parantunut. Tutkimuksen mukaan päivätoimintaan osallistuminen vaikutti positiivisesti toimintakyvyn säilymiseen ikääntyneillä omaishoidettavilla. MMSE-tuloksella ei ollut yhteyttä toimintakyvyn muutoksiin, joten päivätoimintaan osallistuvat todennäköisesti hyötyvät päivätoiminnasta riippumatta kognitiivisesta toimintakyvystään.</p> <p>Tuloksia voidaan hyödyntää suunnattaessa palveluja asiakasryhmille. Toimintakyvyn heikkeneminen on riski kotona asumiselle ja omaishoitosuhteen jatkumiselle, joten päivätoimintaan osallistuminen olisi tärkeää toimintakyvyn säilymisen kannalta. Jatkotutkimuksia tarvitaan siitä, minkä palveluyhdistelmän avulla omaishoidettavan toimintakyky parhaiten säilyy, omaishoitaja jaksaa hoitaa ja kotona asuminen näiden kahden keskeisen tekijän ansiosta onnistuu mahdollisimman kauan.</p>	
Avainsanat	päivätoiminta, omaishoidettava, RAVA-toimintakykymittari

Author(s) Title Number of Pages Date	Piia Hyytiä RAVA-meter Study on the Functional Capacity of Elderly People Taking Part in Senior Day Center Activities 41 pages + 3 appendices 19.11.2013
Degree	Master of Social Services
Degree Programme	Development and Leadership in Health Care and Social Services
Instructor(s)	Anneli Sarajärvi, Phd., Principal Lecturer
<p>The purpose of the study was to identify functional capacity and its changes using the RAVA – meter among the elderly people who were care recipients at home and took part in activities in a senior day center. Another purpose was to examine the connection between the MMSE memory test results and changes in the functional capacity of the participants in the day center group. The study compared the changes among the care recipients who did not take part in activities in the day center and the ones who did. The aim of the study was to provide data required for targeting the service for the right target group.</p> <p>The study was based on quantitative research methods. The data concerning the care recipients were: two measurement results of the RAVA-meter and a MMSE test score. The study included two groups. The first one consisted of 58 clients (N=58) who were care recipients and took part in day center activities in year 2012. The second group included 34 care recipients (N = 34) who did not engage in day care center activities. The data were analyzed statistically using the SPSS program. The results were described using tables, figures and cross-tabulation. The results were tested using statistical significance methods.</p> <p>The results showed that the care recipients had a decreased functional capacity and a need for supervised care. Day center participants and non-participants did not differ in the first RAVA functional measurement, but the second time the difference was significant. Among the day center participant group the functional status was improved in about 40 % of the participants, decreased about 40% of the participants, and for the rest it remained the same. However more than half of the control group members' functional ability had decreased between the measurements and among less than one fifth of them it had improved. According to this study the participation in the activities in elderly people's day center had a positive effect on functional capacity among care recipients. The MMSE score did not have a connection to the changes in functional capacity, so it seems that participating in day center activities is beneficial regardless of the cognitive ability.</p> <p>The results can be used for targeting services to customers. The deterioration of functional capacity is a risk for living at home, so participation in activities in a day center would be important for the preservation of functional ability. Further research is needed on the combination of the service that enables the care recipient's living at home and ensures the care giver's ability for the care at home for as long as possible.</p>	
Keywords	day center, care recipient, RAVA- functional meter

Sisällys

1 Johdanto	1
2 Päivätoiminta ikääntyneen omaishoidettavan toimintakyvyn tukena	2
2.1 Päivätoiminnan tarve omaishoidon tukitoimena	2
2.2 Päivätoiminnan mahdollisuudet tukea toimintakykyä nykypäivänä	4
2.3 Ikääntyvän ihmisen toimintakyvyn arviointi	7
2.3.1 Rajala-Vaissi-toimintakykymittari välineenä toimintakyvyn tarkastelussa	10
2.3.2 MMSE:n eli Mini-Mental State Examination-asteikon avulla tutkitaan yksilön muistia ja kognitioita	12
2.4 Omaishoidon ja ikääntyneiden palveluiden tulevaisuuden näkymiä	13
3 Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset	17
4 Tutkimuksen toteuttaminen	17
4.1 Metodologiset lähtökohdat	17
4.2 Tutkimusaineiston keruu	18
4.3 Aineiston analyysi	19
5 Tulokset	20
5.1 Tutkimukseen osallistujat	20
5.2 Päivätoimintaan osallistuneiden omaishoidettavien RAVA-tulokset ensimmäisessä mittauksessa	20
5.3 Verrokkiryhmän RAVA-tulokset ensimmäisessä mittauksessa	22
5.4 Toimintakyvyn muutokset seuraavaan RAVA-mittaukseen mennessä	23
5.5 MMSE:n ja RAVA-toimintakykymittausten eron väliset yhteydet	29
6 Pohdinta	30
6.1 Tulosten tarkastelua	30
6.2 Luotettavuus	32
6.3 Eettisyys	33
6.4 Johtopäätökset ja kehittämishaasteet	34
Lähteet	37
Liitteet	
Liite 1: Tiedonhaku kirjallisuuskatsausta varten	
Liite 2: Tutkimustuloksia omaishoitajuudesta ja päivätoiminnasta	
Liite 3: Toimintakyvyn muutosta kuvaava kuvio	

1 Johdanto

Suomalaisten 65 vuotta täyttäneiden määrän on laskettu lähes kaksinkertaistuvan vuosien 2009 ja 2060 välillä. (Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestöennuste 2009.) Ikääntyvän väestön määrän lisääntyminen näkyy jatkuvasti kasvavana palvelutarpeena. Valtakunnallisesti painopiste kehittämisessä on nyt kotona asumisen tukeminen. Omaishoitajuutta pidetään tärkeänä, jotta ympärivuorokautisen hoidon tarpeeseen pystyttäisiin vastaamaan, eikä raskaiden ja kalliiden laitospalvelun tarve merkittävästi lisääntyisi. Omaishoitoperheiden monimuotoista tukea kehitetään parhaillaan. Kaste-ohjelman keskeisiä periaatteita ovat osallisuus ja asiakaslähtöisyys. Ihmisiä tulee kuulla sosiaali- ja terveyspalveluita tarjottaessa ja heillä tulee olla vaikutusmahdollisuuksia palveluissa, niiden kehittämisessä ja heitä koskevassa päätöksenteossa. (STM Kaste 2012 – 2015, 19, 24-25; Toimeenpanosuunnitelma: 21-22.)

Vanhusten päivätoimintaa on lisätty monella paikkakunnalla viime vuosina, mutta siitä huolimatta esimerkiksi Helsingissä päivätoimintaan jonotti vuonna 2010 noin 200 ikäännyttä. Valintaa ja rajausta joudutaan jatkossakin tekemään, jotta ne omaishoidettavat ja muistisairaat, jotka päivätoimintaa eniten tarvitsevat ja siitä hyötyvät, pääsisivät palvelun piiriin. (Säilä – Nevalainen – Järnström – Soini 2010: 36.) Helsingin kaupungin ohjeistuksessa omaishoidettavat ovat yksi etusijalla olevista kohderyhmistä. Siksi he ovat tämän opinnäytteen tarkastelukohteena. Päivätoiminnan tavoitteena on tukea ensisijaisesti muistisairaiden asiakkaiden ja/tai omaishoidettavien kotona asumista, edistää omatoimisuutta ja itsenäistä tai tuettua selviytymistä kotioloissa ja tukea omaishoitajan jaksamista (Helsingin kaupunki, pysyväisohje 2012.) Päivätoiminnan yhteydestä toimintakykyyn ei ole tehty tutkimuksia, lukuun ottamatta joitakin laadullisia ja toiminnallisia opinnäytteitä ja erilaisia suppeahkoja kartoituksia (Nelli-portaali 2013).

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa omaishoidettavien, päivätoiminnassa käyvien ikäihmisten toimintakykyä ja sen muutoksia RAVA-mittarin avulla. Lisäksi tarkoituksena on selvittää MMSE-tuloksen yhteyttä toimintakyvyn säilymiseen päivätoimintaan osallistuvien ryhmässä. Tutkimuksessa verrataan päivätoiminnassa käyvien ja päivätoiminnassa käymättömien omaishoidettavien toimintakyvyn muutoksia.

2 Päivätoiminta ikääntyneen omaishoidettavan toimintakyvyn tukena

2.1 Päivätoiminnan tarve omaishoidon tukitoimena

Omaishoidon tuen kattavuus väestöstä on kasvanut ja kasvaa edelleen. Vuonna 2008 4 % 75 vuotta täyttäneistä oli tuen piirissä. Laatusuosituksen mukaan vuoteen 2012 mennessä tavoitteena oli 5-6% kattavuus 75 vuotta täyttäneistä. Arvioiden mukaan se mahdollisesti on saavutettu. Omaishoitajien lakisääteisten vapaiden määrä on kolme vuorokautta kuukaudessa. Haasteena on tarjota monipuolisia palveluvaihtoehtoja hoidettavalle omaishoitajan vapaapäivien ajaksi perheiden toiveet huomioiden. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus 2010: 78.)

Helsingissä omaishoidontuen asiakkaiden määrä on jatkuvasti kasvanut. Vuonna 2000 yli 65-vuotiaita omaishoidontuen asiakkaita oli alle 700. Kymmenen vuotta myöhemmin heitä oli jo lähes 1600. Myös päivätoiminnassa asiakasmäärä on ollut noususuhdanteinen. Vuonna 2000 päivätoimintojen omissa toimipaikoissa ja ostopalveluna hankituissa palveluissa asiakkaiden määrä oli reilut 500. Vuoteen 2010 mennessä ikääntyneiden päivätoiminnan asiakkaiden määrä oli yli kaksinkertaistunut. (Helsingin tilastollinen vuosikirja 2011: 165). Päivätoiminta on yksi omaishoidettaville ja heidän omaishoitajilleen tueksi tarkoitettuista palveluista. Sitä annetaan omaishoitajan jaksamisen tueksi ja myös korvaamaan omaishoidon lakisääteistä vapaata. (Helsingin kaupunki, pysyväisohje 2012.)

Päivätoiminta lisää omaisten tyytyväisyyttä ikääntyneiden saamaan hoidon kokonaisuuteen. Vanhusten palvelujen käyttäjien omaisista noin kolmannes kokee, ettei läheisellä ole sopivaa palvelukokonaisuutta. Tyytymättöimpiä palvelukokonaisuuksiin ovat omaishoitajat, joiden läheisellä ei ole päivätoimintaa. Päivätoiminnan asiakkaiden omaisista yli puolet pitää läheisen palvelukokonaisuutta sopivana. Yleisin toive tyytymättömien joukossa on saada päivätoimintaa useammin, 2-3 päivänä viikossa. Omaiset kaipaavat myös ulkoiluttajia ja kotiapua lisää sekä lyhytaikaishoitajaksoja tai pysyvää hoitopaikkaa. Palvelutarpeen syyksi omaiset arvioivat väsymisen, loman tarpeen tai nykyisten palvelujen riittämättömyyden läheisen kunnan heikettyä. (Soini ym. 2012: 32, 35-37.)

Pariskunnat haluavat asua kotona niin pitkään kuin mahdollista. Puoliso on usein ensisijainen hoivan antaja niin kauan kuin hän siihen kykenee. Mikkolan (2009) mukaan hoiva vaikuttaa arjen käytäntöihin ja muuttaa kummankin puolison roolia, oikeuksia ja velvollisuuksia. Omaishoidontuen ja hoivapalvelujen käyttäminen pohjautuu yhteiseen sopimukseen. Puolisot haluavat itsemääräämisoikeutta omaan elämäänsä, ja toisen puolison sairaus koetaan yhteisenä asiana, josta halutaan selvittää yhdessä. Hoivapalveluiden tulisi tukea molempien puolisoitten kotona asumista, sillä puolisot eivät suostu mielellään erillään asumiseen, eikä yhdessä asumista esimerkiksi palveluasumisessa ole useinkaan tehty mahdolliseksi. Ikääntyvät pariskunnat ovat oppineet tulemaan toimeen itsenäisesti, joten hoivapalvelut saatetaan kokea ristiriitaisiksi itse selviytymisen ihanteen kanssa. Jos tueksi tarkoitettuja palveluita myönnetään nihkeästi, niiden hakeminen koetaan nöyryyttäväksi. Kotiin tulevat vieraat toimijat voidaan myös kokea uhkana. Omaishoidon ongelmakohtaksi voi muodostua omaishoitajan lomapäivien pitäminen. Toinen puolisoista tai molemmat kokevat lomahoidon ristiriitaiseksi kotona asumisen tavoitteiden ja omien oikeuksien kanssa. Hoivan saaja ei välttämättä halua lähteä kodin ulkopuolelle hoitoon, eikä hoivan antaja voi pakottaa häntä pois kotoa. Hoitopaikan olosuhteet ovatkin tärkeässä osassa lomahoitoon sopeutumisessa. (Mikkola 2009: 3-4, 189-199.)

Monitekijäisen tukitoiminnan on todettu vaikuttavan positiivisesti omaishoitoperheissä, joissa puoliso hoitaa muistisairasta kumppaniaan. Perhekohtaisesti suunnitellulla tukitoiminnalla voidaan viivästyttää muistisairautta sairastavien puolisoitten siirtymistä laitoshoidon, tukea omaishoitajien psyykkistä hyvinvointia ja elämänlaatua sekä edistää hoidettavan psyykkistä ja fyysistä hyvinvointia. Interventioilla on suuri vaikutus myös sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttöön ja kustannuksiin, joiden on tutkittu pienenevän tukitoiminnan ansiosta. Tyytyväisyys palveluihin lisääntyy, kun tukitoimet räätälöidään perheen tarpeiden mukaan. Tutkimuksen pohjalta kehitetyn tukimallin avulla on voitu pitkittää kotona asumista noin puoleentoista vuoteen asti, mikä tuottaa säästöä kustannuksissa. Ennakoiva, kuntouttava toiminta on tärkeää, jotta kotona asumista uhkaavat tekijät voidaan tunnistaa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja puuttua tilanteeseen. (Eloniemi-Sulkava – Saarenheimo – Laakkonen – Pietilä – Savikko – Pitkälä (toim.) 2007: 5, 11-12, 194-196, 203-206.)

Huonokuntoisten kotihoidon asiakkaiden kotona asumisen mahdollistaa yleensä omaishoitaja tai muu apua antava hoivaaja. Vain hyvin pieni osa säännöllisen kotihoidon asiakkaista haluaa kotoa pois. Yleensä syynä kotoa pois haluamiselle on yksinäi-

syys, masennus tai turvattomuus, ei esimerkiksi toimintakyky tai terveys. Kotihoito on melko kevyesti rakentunutta verrattuna omaishoitoon. Puolisoiden hoidettavalle antama aika on keskimäärin noin 70 tuntia viikossa kaikkein eniten palvelua tarvitsevien joukossa, kun kotihoidossa lähihoitajat antavat vain puolet tästä ajasta. Ongelmaksi voikin muodostua omaisten jaksaminen ja kotihoidon kohdentuminen keskiraskaisiin asiakkaisiin sekä kotihoidon antama sama aika riippumatta asiakkaan todellisesta palvelutarpeesta. Kotona asuminen voidaan turvata tulevaisuudessa vain tukemalla omaishoitajia nykyistä paremmin. Omaishoito mahdollistaa kotona asumisen ja valtakunnallisena tavoitteena olevan laitospaikkojen vähentämisen ja kustannuksien hallinnan. (FinneSoveri 2012: 10-11, 13, 159.)

2.2 Päivätoiminnan mahdollisuudet tukea toimintakykyä nykypäivänä

Päivätoiminnan sisältö vaihtelee paikkakunnittain, sillä palvelun sisältöä ei ole tarkasti säädetty lailla. Toimintakyvyn tukemisen mahdollisuudet ja keinot voivat siten olla jonkin verran poikkeavia eri paikkakunnilla. Esimerkiksi Helsingissä päivätoiminnassa on moniammatillinen henkilöstörakenne. Päivätoiminnassa työskentelee hoitajia, ohjaajia, sairaanhoitajia, sosiaalihoitajia ja fysio – ja toimintaterapeutteja. Päivätoiminta on kuntouttavaa ja toimintakykyä ylläpitävää, tavoitteellista toimintaa, joka pohjautuu asiakkaan tarpeisiin. Jokaiselle asiakkaalle laaditaan hoitosuunnitelma, jota arvioidaan säännöllisesti. Asiakkaalle tehdään myös RAVA-mittarilla (Rajala-Vaissi-toimintakykymittari) toimintakyvyn arviointi. Päivätoiminta ehkäisee asiakkaan syrjäytymistä ja tukee hyvää elämää ja kotona asumista. Toimintakykyä pidetään yllä säännöllisellä liikunnalla, ulkoilulla ja sosiokulttuurisella toiminnalla. Myös arkiaskareisiin osallistuminen, kuten pöydän kattaminen voi olla osa asiakkaan päivätoiminnan sisältöä. (Helsingin kaupunki, pysyväisohje 2012.)

Interventiotutkimukset alkavat kokonaisuutena antaa näyttöä siitä, että fyysisen, sosiaalisen ja kognitiivisen aktiivisuuden lisäämisellä voidaan hidastaa kognitiivista heikentymistä ikääntymisessä. Todennäköisesti tämä vaikutus ulottuu myös muistisairauksien alkuvaiheisiin. Tieteellisten näyttöjen pohjalta liikunnallisen ja kognitiivisen aktiivisuuden ylläpitäminen olisi hyvin tärkeää ikääntyville. Aktiivisuus on aivoille yhtä tärkeää kuin liikunta lihaksistolle. Virikkeelliset harrastukset, aktiivinen sosiaalinen kanssakäyminen ja liikunta näyttäisivät ehkäisevän muistisairauksien puhkeamista ja etenemistä. (Hänninen - Heimonen 2012: 215-219.)

Suomessa päivätoiminnan vaikuttavuutta toimintakykyyn ei ole tutkittu. Tutkimustietoa löytyy esimerkiksi asiakastyytyväisyydestä. Asiakkaiden tyytyväisyyttä päivätoimintaan selvitettiin vuonna 2010, jolloin haastatellut asiakkaat olivat pääasiassa hyvin tyytyväisiä päivätoimintaan, tiloihin, ruokailuun ja henkilökunnan toimintaan. He olivat tyytyväisiä myös ryhmäkokoon ja kuljetuspalveluun. Asiakkaat osallistuvat päivätoiminnassa eniten toiminnallisiin ryhmiin ja liikuntaan sisällä ja ulkona, mutta lähes kolmasosa haluaisi kuitenkin osallistua enemmän liikuntaan ja ulkoiluun, mikä olisikin toteutettavissa lisäämällä lisää liikuntaa, ulkoilua ja toiminnallisia ryhmiä päiväohjelmaan. Havainnoitujen asiakkaiden pistemäärä QUALID-elämänlaatumittarilla mitattuna oli asiakastyytyväisyystutkimuksessa 17,6, mikä kertoo hyvästä elämänlaadusta. Tarkastelun kohteena olivat esimerkiksi asiakkaan ilmeet ja eleet ja kanssakäyminen muiden kanssa. Asiakkaiden kokemusten pohjalta on saatu hyviä kehittämissuhteita, jotka liittyvät esimerkiksi yhteistyön kehittämiseen omaisten, omaishoitajien ja kotihoiton kanssa. Aukioloaikojen laajentaminen asiakkaiden tarpeiden mukaan on yksi sellainen kehittämisen kohde, jota on ainakin Helsingissä kokeiltu. Osa asiakkaista haluaa osallistua päivätoimintaan myöhemmin arkipäivinä ja jotkut taas lauantaisin. Erityisesti omaishoitajien jaksamisen ja omien harrastusten ja asioinnin tukeminen päivätoiminnan avulla on kannattavaa. Asiakasjonotilanteen vuoksi myös asiakasrajausta on tarpeen tehdä ja tarkentaa. Toimintakyvyn ja muutosten arvioimiseksi tärkeitä ovat säännölliset RAVAMittaukset, lisäksi muistipisteiden seuranta ja mahdollisesti muut testejä (esim. TUG eli timed up and go- testiä) ja tarvittaessa MNA (ravitsemusarvio). (Säilä – Nevalainen – Järnström – Soini 2012: 1, 6, 13, 35-39.)

Psykososiaalisella ryhmäkuntoutuksella on merkittäviä vaikutuksia ikääntyneiden psykososiaaliseen hyvinvointiin, kognitioon ja koettuun terveydentilaan. Ammattiveterinääriparin ohjaamissa ryhmissä on mahdollista edistää osallistujien kanssakäymistä, voimaantumista ja rajojen ylittämistä esimerkiksi taide- ja viriketoiminnan, ryhmäliikunnan ja -keskustelun, ryhmäterapien ja terapeuttista kirjoittamisen keinoin. Psykososiaalinen kuntoutus aktivoi ikääntyneitä hyvin monella tavalla ja tutkitusti kohentaa psyykkistä hyvinvointia sekä lisää tarpeellisuuden tunnetta. Kognitio paranee merkittävästi verrattuna niihin, jotka eivät osallistu psykososiaaliseen kuntoutukseen. Psykososiaaliseen kuntoutukseen osallistuvat kokevat ryhmätoiminnan jälkeen terveydentilansa paremmaksi kuin vertailuryhmä, mikä näkyy myös vähäisempänä terveystilana ja merkittävästi vähäisempänä sosiaali- ja terveystilana. (Pitkälä ym. 2005.)

Muistikuntoutuksen avulla pyritään vaikuttamaan henkilön toimintakyvyn parantamiseen ja omatoimisuuden ja itsenäisyyden lisäämiseen arkielämässä. Kognitiivisilla harjoitteilla ja sosiaalista osallisuutta lisäämällä yritetään ehkäistä muistin huononemista ja psyykkisiä seurannaishaittoja ja parantaa edellytyksiä muusta kuntoutuksesta hyötymiselle. Muistisairaana hoidossa se voi olla käytännössä muun muassa totutun elämäntyylin jatkamista, kannustamista kiinnostavien toimintojen toteuttamiseen sekä sosiaalisten suhteiden vahvistamista esimerkiksi päivätoiminnassa. Sairauden edetessä tärkeää on itsetunnon vahvistaminen, onnistumisen kokemusten luominen, sosiaalisten suhteiden ja omaishoitajan jaksamisen tukeminen. (Erkinjuntti – Huovinen 2008: 107, 176,178.)

Päivätoiminnassakin menetelmänä käytettävästä ryhmämuistelusta on hyötyä ikääntyneiden masennustilojen hoidossa. Huonokuntoisille ikääntyneille tarjottavissa liikunta-aktiiviteeteissa ja sosiaalisissa toiminnoissa on edelleen puutteita. Iäkkäillä tulisi olla riittävästi mahdollisuuksia harrastaa ja liikkua. Masentunut ikääntynyt ei jaksaa tai halua oma-aloitteisesti osallistua tai liikkua, joten hän tarvitsee rohkaisua ja kannustusta toimintakyvyn vahvistamiseen. Sosiaalisen toiminnan ja tuen sekä fyysisen harjoittelun ja ryhmäliikunnan myönteiset vaikutukset vähentävät vaikeaa, keskivaikeaa tai lievää masennusta sairastavien iäkkäiden masennusoireita. Sosiaalisten toimintojen, liikunnan ja ruokailun on havaittu edistävän masennustilojen paranemista päiväpalveluihin osallistuvilla. (Kivelä 2006: 86-87,91-92.)

Maailmalla on tutkittu psykososiaalisen tuen ja erilaisten kognitiivisten terapioiden vaikutusta muistisairaiden päivätoiminnan kävijöiden elämänlaatuun ja käyttäytymisoiroiisiin. Alzheimerintautiin ja muihin muistisairauksiin liittyviä yleisiä oireita voivat olla aggressiivisuus, ahdistuneisuus, itkuisuus, passiivisuus ja sisäänpäin kääntyneisyys. Jos asiakkaat lakkaavat ilmaisemasta itseään emotionaalisella tasolla, eivät käytä enää luovuuttaan tai sosiaalisia taitojaan, seurauksena on tylsistymistä, epäsosiaalista käyttäytymistä ja yleisesti tyytyväisyyden ja elämänlaadun heikkenemistä. Musiikin, laulamisen ja tanssin on todettu erityisesti tuottavan positiivisia vaikutuksia, lisäävän asiakkaiden tyytyväisyyttä, sosiaalista aktiivisuutta ja vähentävän häiritseviä käyttäytymismalleja. Tavanomaisten aktiviteettien (puutarhan hoito, laulu, soitto, musiikin kuuntelu, lautapelit, voimistelu) lisäksi kognitiivisen toimintakyvyn, kommunikaatiotaitojen ja elämänlaadun on todettu kohentuneen tavoitteellisen kognitiivisen terapian avulla. (Vespa – Gori – Spazzafumo 2002 ; Spector ym. 2003.).

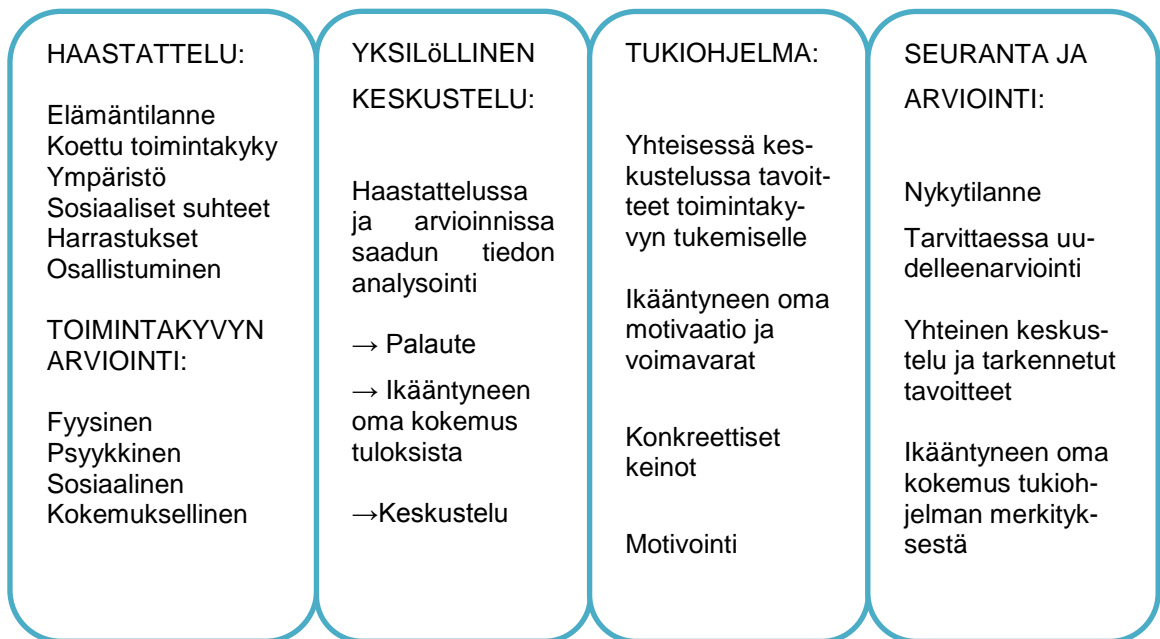
Dienerin ja Mitchellin (2005) mukaan vanhusten päivätoimintaan osallistuvat, heikkokuntoiset ikääntyneet hyötyvät monesta osa-alueesta koostuvasta, kaatumisia ehkäisevästä ohjelmasta. Ohjelma koostuu fysioterapeutin ohjauksesta, 3 kuukauden harjoitusohjelmasta, kodin vaaratekijöiden arvioinnista ja kaatumisen ehkäisykoulutuksesta. Ohjelman avulla kaatumisten ja kotitapaturmien määrä vähenee huomattavasti. Lihaskunto paranee myöskin aktiivisen harjoittelun seurauksena. Ikääntyneiden lihaskunnan parantamiseen, kaatumisriskien huomiointiin ja ehkäisyyn sekä ikääntyneiden opastamiseen kannattaa panostaa, sillä se parantaa elämänlaatua, toimintakykyä ja pidentää mahdollisuutta asua kotona. (Diener – Mitchell 2005.)

2.3 Ikääntyvän ihmisen toimintakyvyn arviointi

Toimintakyvyn arviointia voidaan tehdä kahdesta lähtökohdasta: objektiivisesti tai subjektiivisesti. Objektiivisessa toimintakyvyn arvioinnissa ammattilaiset käyttävät erilaisia toimintakyvyn arviointimittareita ja –menetelmiä. Subjektiivisessa toimintakyvyn arvioinnissa taas ikääntynyt arvioi itse omaa toimintakykyään. Hänellä on kokemus siitä, kuinka hän omasta mielestään selviytyy arjessa. Toimintakykyä arvioidaan, jotta tiedetään, millaisia voimavaroja ikääntyneellä on selvitä päivittäisistä toiminnoista ja missä asioissa hän tarvitsee tukea. (Lähdesmäki – Vornanen 2009: 259.)

Ikäinstituutin toiminnassa yhtenä neljästä painopisteestä on ollut vuosina 2007-2012 ikäihmisten toimintakyky. Toimintakykyä selvitetään laaja-alaisesti, ja sen käsitettä ja arviointimenetelmiä kehitetään. Laaja-alaisella toimintakyvyllä tarkoitetaan fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja kokemuksellista toimintakyvyn osa-aluetta. Ikäinstituutti toteuttaa teoreettisia ja empiirisiä tutkimuksia ja erilaisia kehittämishankkeita ja projekteja. Näiden tuloksia tullaan hyödyntämään myös koulutuksissa. Laaja-alaisen toimintakyvyn ohjelmissa on tavoitteena löytää keinoja ikäihmisten voimavarojen säilyttämiseen ja saada heitä motivoitua toimintakyvyn ylläpitämiseen. (Ikäinstituutti 2011.)

Ikäinstituutti on kehittänyt laaja-alaisen toimintakyvyn arviointi- ja tukimallin, joka huomioi ihmisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn yhteydessä fyysiseen ja sosiaaliseen ympäristöön ja ihmisen kokemukseen omasta toimintakyvystään ja voimavaroistaan arkiympäristössä. Mallia on käytetty useissa kehittämishankkeissa viime vuosina. (Heimonen 2009: 12,14.) Prosessi etenee kuvion 1. mukaisesti.



Kuvio 1. Laaja-alainen toimintakyvyn arviointi- ja tukimalli. Muokattu Heimosen tekstistä ja kuviosta (Heimonen 2009: 11-14.)

Suomeen on otettu käsitteitä myös maailmalta kuvaamaan toimintakykyä. Yhdysvalloissa esimerkiksi National Institute on Aging-laitos käyttää BADL-lyhennettä (basic activities of daily living), jolla tarkoitetaan yksinkertaisista päivittäisistä perustoiminnoista ja henkilökohtaisesta hygieniasta selviytymistä. Tällaisia toimintoja ovat esimerkiksi pukeutuminen, peseytyminen, syöminen ja wc:ssä käynti. Liikuntakyvyn käsitteen alle kuuluvat esimerkiksi vuoteesta tai tuoilta nousu ja ulkona liikkuminen. IADL-toimintojen (instrumental activities of daily living, higher functionin) nimikkeeseen taas sisältyy esimerkiksi ruuanlaitto, kaupassa käynti tai puhelimen käyttö. (Laukkanen 2008: 264-265.) Erilaisia toimintakyvyn ja kognitiiviseen suoriutumiseen vaikuttavia interventioita tutkittaessa käytetään usein kansainvälisesti vertailukohtana monimutkaisten päivittäistoi-
mintojen (IADL-toiminnot) säilymistä/muutosta. (Hänninen – Heimonen 2012: 216.)

Ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnissa käytetään toimintakyvyn arvioinnin ja mittaamisen menetelmiä. Näiden menetelmien kehittämistä varten perustettiin kansallinen asiantuntijaverkosto, joka on koonnut TOIMIA-hankkeen aikana yhteiseen tietokantaan arvioita ja suosituksia eri mittamenetelmistä. TOIMIA-hankkeen (2007-2010) tavoitteena oli parantaa toimintakyvyn arvioinnin yhdenmukaisuutta ja laatua ja yhdenmukaistaa terminologiaa. (Sosiaali- ja terveystietokeskus 2010: 79.) TOIMIA-tietokantaan on koottu kuvaukset ja asiantuntijoiden arviot noin 60 toimintakykymittarista sekä suosituksia

mittareiden soveltuvuudesta eri käyttötarkoituksiin. Työ jatkuu edelleen, ja uusia suosituksia julkaistaan aina kun eri alueiden asiantuntijaryhmät saavat uusia mittareita arvioitua. (TOIMIA-tietokanta 2012.)

Voutilaisen ja Vaaraman (2005) mukaan palvelujen saantiin liittyvät päätökset kunnissa perustuvat vain osittain toimintakyvyn arviointiin. Toimintakyvyn arviointia käytetään eniten palvelutarpeen arvioinnin pohjana omaishoidon tuen asiakkaiden kohdalla ja vähiten päivätoiminnan ja päiväsairaalan palvelujen kohdalla. Kaikkia toimintakyvyn osa-alueita arvioidaan eniten omaishoidon tuessa. Sen myöntämisen kriteerit olivat siis tiukemmat kuin muiden palveluiden, vaikka omaishoito on kunnalle erittäin edullista verrattuna laitoshoitoon. Suomessa ei ole käytössä yhtenäistä toimintakykymittaripatteristoa, jossa ikääntyneen avun tarvetta, voimavaroja ja toimintakykyä arvioitaisiin riittävän kattavasti fyysinen, kognitiivinen, psyykinen ja sosiaalinen ulottuvuus huomioiden. Erityisesti psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä ja ympäristötekijöitä arvioidaan riittävästi. Laaja-alaisen toimintakyvyn ja palvelutarpeen arvioinnin tulisi olla pohjana asiakkuudelle ja hoito- ja palvelusuunnitelmalle. Palveluiden vaikuttavuuden ja kustannustehokkuuden kannalta on ensiarvoisen tärkeää ohjata asiakas oikeaan aikaan hänen tarvitsemiensa palveluiden piiriin. (Voutilainen - Vaarama 2005: 2, 7, 30, 32, 34-35.)

Ikähyvä Päijät-Häme –tutkimus- ja kehittämishankkeessa kehitetään uutta toimintaa tavoitteena tuottaa toimintamalli 70 vuotta täyttäneiden henkilöiden toimintakyvyn parantamiseksi julkisen ja kolmannen sektorin yhteistyöllä. Terveystoimintajärjestelmän tasolla tavoitteena on kehittää riskihenkilöiden tunnistuksen, hoitoonohjauksen ja seurannan malli osaksi terveysasemien toimintaa. Yhteistyöjärjestöjen tasolla tavoitteena on kehittää yhteistoimintaa terveystoimen kanssa. Yksilötasolla on tarkoitus parantaa fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. Fyysistä toimintakykyä edistetään voima- ja tasapainoharjoittelulla sekä ohjaamalla lisäämään arkiliikuntaa ja muuttamaan ravitsemusta terveellisemmäksi. Sosiaalista toimintakykyä edistetään tukemalla sosiaalisen verkoston vahvistamista. Niin fyysinen harjoittelu kuin sosiaalisen toimintakyvyn edistäminenkin kohentavat psyykkistä toimintakykyä. Hanke toteutetaan Hartolassa, Myrskylässä, Pukkilassa, Sysmässä ja Lahdessa. Mallin vaikuttavuutta arvioidaan interventioasetelmassa, jossa 300 ryhmäläistä osallistuu kolmannen sektorin toimijoiden järjestämiin toimintakykyryhmiin 3 kk ajan, jonka jälkeen toimintakyvyn muutoksia seurataan terveydenhuollossa eri mittarein. Voima- ja tasapainoharjoitteluun liitetään luoviin menetelmiin perustuvat ryhmätapaamiset, joiden sisällöt on suunniteltu

yhteistyössä hankkeeseen osallistuvien järjestöjen ja niiden palkkaamien ryhmänohjaajien kanssa. Ikääntyvä kartoittaa itse tilannettaan sekä asettaa omista tarpeistaan lähteviä liikuntaan, ravitsemukseen ja sosiaaliseen verkostoon liittyviä tavoitteita sekä seuraa niiden toteutumista. Alustavat kokemukset hankkeesta olivat kannustavia. Ikääntyneet ja ohjaajat ovat antaneet positiivista palautetta. (Heinonen ym. 2011.)

Toimintakyvyn arvioinnin yleisimpiä tilanteita ikääntyvän elämässä on SAS-ryhmän toiminta. SAS (selvitä, arvioi, sijoita)-toiminta on melko vakiintunut toimintamuoto kunnissa päätettäessä pitkäaikaishoidon tarpeesta. Vanhuksen toimintakyvyn arviointiin osallistuu yleensä SAS-ryhmä, joka koostuu sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisista (esim. lääkäri, kotihoidon ohjaaja, sosiaalityöntekijä, sosiaaliohjaaja, terveydenhoitaja). Laatikaisen (2009) tutkimuksessa kävi ilmi, että SAS-ryhmien mukaan keskeisimmät kotona asumiseen liittyvät ongelmat ovat sairaudet (erityisesti muistisairaudet), yksinäisyys, masentuneisuus, turvattomuus, omaishoitajan väsyminen, sairastuminen tai kuoleminen ja asunnon puutteet. Yksinäisyys ja pitkät välimatkat ovat erityisesti maaseudulla asuvien vaikeuksia, kun taas kaupunkilaisilla korostuvat alkoholin käyttö, kotihoidosta kieltäytyminen ja asunnon puutteet. SAS-ryhmien mukaan keskeisimmät kehittämiskohteet ovat muistisairaiden, masentuneiden ja omaishoitajien tukeminen sekä fysioterapia. (Laatikainen 2009: 3, 28, 30.)

2.3.1 Rajala-Vaissi-toimintakykymittari välineenä toimintakyvyn tarkastelussa

RAVA™ -mittari on ikäihmisten toimintakyvyn ja avuntarpeen mittari, jonka omistaa Suomen Kuntaliitto ja on lisensoinut FCG Finnish Consulting Group Oy. Yli 65-vuotiaiden toimintakykyä voidaan arvioida seuraavien toimintojen avulla: kuulo, näkö, puhe, rakon ja suolen toiminta, liikkuminen, syöminen, lääkitys, peseytyminen, pukeutuminen, muisti sekä psyyke. Arvioinnin tukena suositellaan käytettäväksi MMSE-testiä ja tarvittaessa GDS -15 seulaa, jonka avulla kartoitetaan masennusta. RAVA™ :n saa käyttöönsä hankkimalla maksullisen lisenssin ja kouluttamalla arvioinnin tekijät. (RAVA-mittari 2012.)

RAVA-toimintakykymittari toimii työvälineenä, kun arvioidaan yksittäisen vanhuksen toimintakykyä ja päivittäisen avun tarvetta. Saadaan käsitys siitä, missä asioissa asiakas toimii itsenäisesti ja missä hän tarvitsee apua. Kun asiakkaalle myönnettäviä palveluita harkitaan, tarvitaan toimintakyvystä luokiteltavissa olevaa tietoa hoidon tarpeen arvioinnin tueksi, jotta asiakas tulisi ohjatuksi tarkoituksenmukaiseen hoitopaikkaan.

RAVA- indeksin lisäksi toimintakyvyn vaikuttavat muut tekijät tulee ottaa huomioon, esimerkiksi omaisen apu tai kotiolosuhteet. Hoidon tarvetta arvioidaan aina paikallisella tasolla yksilöllisesti. (Holma 2003: 73.)

Mittaria käyttäen asiakkaalle voidaan laskea ns. RAVA-indeksi ja RAVA-luokka. Nämä ovat viitteellisiä arvoja, kun arvioidaan ikääntyneen asiakkaan toimintakykyä ja mahdollista avuntarvetta. (RAVA-mittari 2012.) Alla taulukko RAVA-luokista ja indekseistä.

Arvioitu avun tarve				
RAVA-luokittain				
RAVA	luokka	RAVA	indeksi	Avun tarve
RAVA	luokka 1	1,29	1,49	Satunnainen
RAVA	luokka 2	1,50	1,99	Tuettu hoito
RAVA	luokka 3	2,00	2,49	Valvottu hoito
RAVA	luokka 4	2,50	2,99	Valvottu hoito
RAVA	luokka 5	3,00	3,49	Tehostettu hoito
RAVA	luokka 6	3,50	4,03	Täysin autettava

Taulukko 1. Arvioitu avun tarve RAVA-luokittain (taulukon tiedot peräisin RAVA-mittarin kotisivuilta www.rava-mittari.fi).

RAVA-mittaria käytetään usein iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn mittaamiseen palvelutarpeen kartoituksen yhteydessä. Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansainvälisen asiantuntijaverkoston Toimia-sivuilla on arvioitu RAVA:n käyttömahdollisuuksia. Arvioinnin mukaan RAVA-mittari soveltuu hyvin huonokuntoisten ikääntyvien henkilöiden päivittäisten perustoimintojen (BADL) arviointiin. Sen sijaan se ei ole hyvä mittari muiden toimintakyvyn osa-alueiden kartoittamiseen, jotka palvelutarpeen kartoituksen yhteydessä täytyisi myös arvioida. Sen toistettavuus on todennäköisesti riittävä, mutta toistettavuutta heikentää mittaustuloksen manipulointiriski. (Autio 2011.)

Kuntaliiton organisoimassa suurten kaupunkien RAVA-tutkimuksessa selvitettiin vanhustalouksia käyttävien ikääntyneiden toimintakyvyn eroja eri kaupunkien ja eri hoito-
muotojen välillä. RAVA-indeksin keskiarvo aineistossa oli 2,42. Kotona asuvilla RAVA:n keskiarvo oli 2,04, hieman yllättäen palvelutaloissa asuvien tätä hiukan pienempi, eli 1,96, tehostetuissa palvelutaloissa 2,41, vanhainkotien asukkaiden keskiarvo 3,07 ja

terveyskeskussairaaloissa asuvien RAVA-indeksien keskiarvo 3,65. RAVA-indeksien keskiarvot olivat nousseet vuodesta 2000 kaikissa muissa paitsi tehostetun palveluasumisen yksiköissä. Kotihoidon RAVA-indeksien keskiarvo oli 1,97, ja keskimääräinen käyntimäärä kuukaudessa kotisairaanhoidon ja kotipalvelu yhteen laskettuna oli 29 käyntiä. Mitä suurempi asiakkaan RAVA-indeksin arvo oli, sitä enemmän hänen luokseen tehtiin kotikäyntejä. Omaishoidon tukea saavien asiakkaiden RAVA-indeksien keskiarvo oli 2,49. Mitä suurempaa hoitopalkkiota maksettiin, sitä korkeampi oli asiakkaiden RAVA:n keskiarvo. Helsingissä omaishoidon tukea sai yli tuhat asiakasta, ja määrä oli lähes kaksinkertaistunut vuodesta 2000 vuoteen 2002, mutta RAVA-indeksien keskiarvot olivat pysyneet lähes samoina. (Mukkila – Tolkki – Valvanne – Linden – Sahi 2003: 1-3, 30.)

Toimintakyvyn mittareita käytetään palveluohjauksen tukena. Palvelun tarjoamisen perusteena tulee aina olla osoitettavissa oleva avun tarve. Kun kotihoitoon ohjataan vain sellaisia henkilöitä, joilla päivittäiset perustoiminnot ovat heikentyneet, myös RAVA-kriteerit täyttyvät. Esimerkiksi kotihoitoa saadakseen henkilön RAVA-indeksin tulisi suosituksen mukaan olla suurempi kuin 1,50. Kuitenkaan suositukset eivät anna oikeutta tiettyyn hoitoon. Ympäri vuorokautiseen hoitoon ei voida ottaa enempää asiakkaita kuin paikkoja on vapaana. Tämä johtaa siihen, että esimerkiksi päivätoiminnassa ja kotihoidossa on yhä enemmän paljon apua tarvitsevia ikääntyneitä. (Mukkila ym. 2003, 5-6.)

2.3.2 MMSE:n eli Mini-Mental State Examination-asteikon avulla tutkitaan yksilön muistia ja kognitioita

Dementoivissa sairauksissa oireet ilmenevät yleisimmin kognitiivisten toimintojen heikentymisenä. Vaikka motorisia vaikeuksia ei olisi, muistisairaalle ilmaantuu yleensä laaja-alaisia vaikeuksia muistissa, päättelyssä, hahmottamisessa, kielellisessä toiminnassa ja keskittymisessä. Jotta kognitiivista toimintakykyä voidaan arvioida, erilaiset mittarit ja seulontatellit ovat tärkeitä. MMSE on lyhyt seulontatesti, jolla ei ole rakennetta eikä sisältövaliditeettia. Se ei siis ole älykkyystesti tai muistitesti, vaan seulontatesti, jolla ei voida diagnosoida kognitiivista erityishäiriötä. MMSE:llä on sen sijaan kriteerivaliditeettia erotella keskivaikeaa dementiaa. Se heijastaa tutkitusti kognitiivista toimintakykyä ja arkipäivän selviytymistä henkilöillä, joilla muistisairaus on edennyt ja vaikuttaa laajasti toimintakykyyn. (Sulkava – Vuori – Ylikoski 2007: 3.)

MMSE:n avulla voidaan seurata Alzheimerin taudin etenemistä, erityisesti sairauden keskivaikeassa vaiheessa. Pistemäärästä voidaan tehdä karkeita johtopäätöksiä henkilön toimintakyvystä. Testi on epätarkempi lievää ja vaikea-asteista sairautta tutkittaessa. Myös muiden muistisairauksien seurannassa MMSE:tä käytetään, mutta tulokset eivät aina kuvasta todellista arkipäivän selviytymistä. MMSE:tä käytetään usein muistisairauksien seulontaan, mutta testi on epäherkkä löytämään alkavaa Alzheimerin tautia, eikä korkea pistemäärä (esimerkiksi 28-30 pistettä) sulje pois alkavaa muistisairautta. (Sulkava ym. 2007: 3.)

MMSE-tulosta voidaan tarkastella hieman eri näkökulmasta, jos tiedetään, millaiset poikkeamat ovat yleisiä muistisairauksissa. Alzheimerin taudin alkuvaiheessa MMSE-tulos on usein normaalin rajoissa, mutta sairauden edetessä tulos heikkenee tasaisesti. Verisuoniperäisessä muistisairaudessa tulos on alkuvaiheessa usein myöskin normaalin rajoissa, mutta joissain osioissa on vaikeuksia. Lewyn kappale-taudissa piirrostehtävä tuottaa yleensä vaikeuksia. Otsalohkorappeumissa ei välttämättä ole alkuvaiheessa huomattavaa heikkenemistä. Herkin osio yleensä taaksepäin laskeminen. MMSE-tulos yhdistettynä diagnoosiin antaa viitteitä siihen, millaisesta muistikuntoutuksesta asiakas hyötyy. MMSE:n avulla saadaan karkea käsitys älyllisen toimintakyvyn muutoksesta, joten testi uusitaan säännöllisesti. (Erkinjuntti – Huovinen 2008: 110, 176.)

2.4 Omaishoidon ja ikääntyneiden palveluiden tulevaisuuden näkymiä

65 vuotta täyttäneiden määrä ylitti Suomessa ensimmäistä kertaa miljoonan henkilön rajan kesällä 2012. Heistä selvä enemmistö on naisia. Ikääntyneen väestön määrän kasvu on ollut nopeaa viime vuosikymmeninä, sillä 65 vuotta täyttäneiden määrä ylitti puoli miljoonaa vuonna 1975. (Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestön ennakkotilasto heinäkuu 2012.) Väestöennuste vuosille 2009-2060 arvioi, että yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä kasvaisi 17 prosentista 27 prosenttiin vuoteen 2040 mennessä. Työikäisten osuuden taas arvioitiin pienenevän 66 prosentista 58 prosenttiin samana ajanjaksona. Vuonna 2009 julkaistun väestöennusteen mukaan väestöllinen huoltosuhde eli lasten ja eläkeikäisten määrä sataa työikäistä kohden nousee nopeasti. Vuonna 2008 väestöllinen huoltosuhde oli 50,3. Ennusteen mukaan vuonna 2016 huoltosuhde olisi 60,4, ja sen on arvioitu nousevan 70,5:een vuoteen 2026 mennessä. Suomalaisten 65 vuotta täyttäneiden määrän on laskettu lähes kaksinkertaistuvan vuoteen 2060 mennessä. (Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestöennuste 2009.)

Sitran eli Suomen itsenäisyyden juhlarahaston tuottaman vuoden 2012 trendilistan mukaan megatrendejä ovat esimerkiksi seuraavat: Suomi ikääntyy muiden edellä, länsimaat velkaantuvat, kaupungistuminen kiihtyy ja monipuolistuu ja sosiaaliset ja henkiset tarpeet korostuvat. Kaikki nämä viittaavat siihen, että yhteiskunnallisia palveluja tullaan karsimaan velkaantumisen pysäyttämiseksi. Lisäksi yhteisesti rahoitettavia palveluja täytyy järjeistää ja monipuolistaa samanaikaisesti. Ikääntyvä väestö osaa vaatia laadukkaita, ennalta ehkäiseviä palveluita, koska ihmisen sosiaaliset ja hengelliset tarpeet nähdään tärkeinä. Toisaalta työikäistä väestöä muuttaa kaupunkiin, ja etenkin pienet kunnat ovat taloudellisissa vaikeuksissa, mikä hankaloittaa julkisten palvelujen järjestämistä. (Sitra - tulevaisuus 2012.)

Dementiaa aiheuttavat sairaudet, kuten alzheimerin tauti ja vaskulaarinen dementia, yleistyvät sitä mukaa kuin väestö ikääntyy. Muistisairauksia sairastaa oletettavasti noin 4 % 65-74-vuotiaista, noin kymmenesosa 75-84-vuotiaista ja yli kolmannes 85 vuotta täyttäneistä. Palvelujen tarvetta lisäävistä yksittäisistä tekijöistä yleisin on dementian aiheuttama toimintakyvyn aleneminen. Muistisairaudesta johtuva toimintakyvyn heikkeneminen johtaa ensin kasvavaan kotihoidon palveluiden ja omaishoidon tarpeeseen ja myöhemmin myös tehostetun palveluasumisen ja pitkäaikaisen laitoshoidon tarpeeseen. Laskelmien mukaan joka neljäs 75 vuotta täyttänyt tarvitsee todennäköisesti tulevina vuosina muistisairauden vuoksi hoitoa. He vievät tulevaisuudessa valtaosan laatusuositusten mukaisesta julkisen hoivan kapasiteetista. Jotta laitoshoidon vähentäminen onnistuu hallitusti, erityisesti dementiaoireisten kuntoutuspalveluihin tulisi panostaa. Lisäksi kotihoidon kattavuutta tulee parantaa, palvelujen sisältöä kehittää ja monipuolistaa ja tukea omaishoitoa. (Sosiaali- ja terveystietokeskus 2010: 39, 77-78.)

Ikäihmisten palveluiden laatusuosituksessa on tavoitteena, että enintään 3 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä on pitkäaikaisessa laitoshoidossa vanhainkodeissa tai terveyskeskusten vuodeosastoilla vuoteen 2012 mennessä. Pitkäaikaisen laitoshoidon hallittu vähentäminen edellyttää esimerkiksi asiakaslähtöisyyden lisäämistä, kotihoidon kattavuuden parantamista, palvelujen sisällön kehittämistä ja omaishoidontuen tukipalvelujen kehittämistä sekä sujuvia palveluketjuja. Toimintakykyä ja kuntoutumista edistävä työote lisää mahdollisuuksia asua kotona pidempään. Kuntien tulee lisätä ehkäisevää ja toimintakykyä parantavaa toimintaa, jota on kotihoidon lisäksi esimerkiksi kuntouttava päivätoiminta ja lyhytaikainen ympärivuorokautinen hoito. Ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen ja kuntoutukseen kannattaa panostaa, koska ihmisten kokema hyvinvointi ja terveydentila vaikuttavat enemmän sosiaali- ja terveystietokeskusten palvelujen

tarpeeseen sekä palvelujen kustannuksiin kuin ikääntyneiden määrän kasvu sinänsä. Terveyttä ja hyvinvointia tukemalla voidaan myös parantaa itsenäistä suoriutumista arjessa, kotona asumista ja mahdollistaa aktiivisuus yhteisön ja yhteiskunnan jäsenenä. Tutkimusnäyttöön perustuen ennalta ehkäisyllä, riskien hallinnalla ja kuntoutuksella on vaikuttavuutta. (STM 2008:21, 27-31.)

Ihmisen toimintakyky on yhteydessä hänen ympäristöönsä, joka joko edistää turvallista elämistä tai vaikeuttaa sitä. Ympäristöllä voidaan käsittää kodin ja sitä ympäröivän tilan lisäksi myös taloudellisia ja sosiaalisia voimavaroja, jotka joko lisäävät tai vähentävät palvelujen oletettua kysyntää. Miesten eliniän pidentyessä myös puolison kanssa asuvien vanhojen ihmisten osuus kasvaa enemmän kuin ilman puolisoa asuvien. Naimisisä olevat näyttävät päätyvän harvemmin laitoshoitoon kuin lesket tai naimattomat. Puolison lisäksi omat tai puolison lapset ovat usein hoivan antajina. Koska kotona asuminen on merkittävästi edullisempaa kuin laitoshoidon, palveluiden tuottamisen kustannukset eivät todennäköisesti tulevaisuudessa kasva samassa suhteessa ikääntyvän väestön määrän lisääntymisen kanssa. (Finne-Soveri 2012: 40.)

Kaste-ohjelma tavoittelee hyvinvointi- ja terveyserojen kaventumista ja sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden ja palvelujen järjestämistä asiakaslähtöisesti. Ohjelman tavoitteisiin vastataan kuudella osaohjelmalla, joista yksi keskittyy ikäihmisten palveluiden rakenteen ja sisällön uudistamiseen. Kaste-ohjelman avulla halutaan siirtää painopistettä fyysisen, henkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin aktiiviseen edistämiseen ja ongelmien ehkäisemiseen koko väestössä sen sijaan, että ainoastaan ratkottaisiin jo syntyneitä ongelmia. (STM Kaste 2012 – 2015 Toimeenpanosuunnitelma: 3, 7-8.)

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto julkistavat ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen, joka sovitetaan yhteen valmisteilla olevan vanhuspäätöslain kanssa. Kunnat toimeenpanevat ikäihmisten palvelujen rakennemuutoksen ja edistävät palveluketjujen sujuvuutta esimerkiksi tukemalla omais- ja läheishoitoa monipuolistamalla heidän saamaansa tukea ja turvaamalla kotona asumisen mahdollisuuksia neuvontapalvelujen, apuvälinepalveluiden, kodin muutostöiden, päivätoiminnan ja lyhytaikais- ja jaksottaishoitopalvelujen sekä vertaistukiverkon avulla. Ohjelmaan sisältyy myös ympärivuorokautisen hoidon rakenteiden muuttaminen, kuten luopuminen nykyisestä kolmiportaisesta asumisesta (tehostettu palveluasuminen, vanhainkodit, terveyskeskussairaaloiden osastot) sekä luopumalla sairaalassa järjestettävästä laitoshoidosta. (STM Kaste 2012 – 2015 Toimeenpanosuunnitelma: 21-22.)

Suomessa on tällä hetkellä noin 38 000 kotona asuvaa omaishoidettavaa, joista noin kaksi kolmasosaa on yli 65-vuotiaita. Sitralla on meneillään palvelusetelihanke, jonka tarkoituksena on auttaa ja ohjata kuntia luomaan toimivia palvelusetelijärjestelmiä. Sitra on julkaissut palvelusetelioppaan palvelujen järjestämisestä vastaaville tahoille. Henkilökohtainen budjetti tarjoaisi tulevaisuudessa omaishoidettaville ja -hoitajille päätösvaltaa ja itsemääräämisoikeutta palvelujen hankintaan. Tämä on eräs visio tulevaisuuden palveluiden tuottamisen muodoksi. Asiakas valitsee mallissa itse käyttämänsä palvelut ja niiden tuottajat. Tavoitteena on siirtää raskaampien laitospalvelujen tarvetta jopa useilla vuosilla eteenpäin pitämällä yllä toimintakykyä. (Mäki 2012.) Henkilökohtaisessa budjetissa asiakkaan avuntarve muutetaan rahaksi, eli lasketaan budjetti, joka myönnetään hoidon, hoivan tai apuvälineiden hankintaan. Julkisella sektorilla budjettimallia pidetään erittäin kustannustehokkaana. Lisäksi se karsii byrokratiaa ja antaa asiakkaalle vaikutusmahdollisuuksia. (Patronen ym. 2012, 6-7, 9.)

Henkilökohtaisesta budjetista on jo useamman vuoden kokemus esimerkiksi Englannissa. Siellä on 2000-luvulla kehitetty palveluiden järjestämismalleja, jotka lisäävät asiakkaan aktiivisuutta ja valinnan mahdollisuuksia. Sosiaalipalveluissa uudistusten keskeisiä osa-alueita ovat olleet henkilökohtaisen palvelujärjestelmän rakentaminen, asiakaskohtaiset budjetit ja niiden maksujärjestelmän kehittäminen. Palvelunkäyttäjä saa valita tarvitsemansa palvelut ja hallita niiden käyttöä, millä tavoitellaan ihmisten pitempää kotona asumista. Englannissa kansalainen voi joko itse huolehtia maksuista ja tai antaa kunnan hoitaa maksut perinteiseen tapaan. Toimiva, riittävä asiakasohjaus ja tukiryhmän apu on tärkeää, jotta asiakas voi hankkia tarvitsemansa palvelut ja käyttää budjettiaan. Vuonna 2008 tehdyn selvityksen mukaan henkilökohtainen budjetti säästää noin 10 prosenttia perinteisesti tuotettuihin palveluihin verrattuna. (Patronen ym. 2012, 22-24.)

Mikäli henkilökohtainen budjetti otetaan Suomessakin käyttöön, se tuottaa uutta elinkeinotoimintaa ja kehittää palveluja. Hoivayrittäjyyden ja asiakasmäärän lisääntyminen sekä kilpailu pitäisivät hinnat kohtuullisina ja palvelun laadun korkeana. Uusien innovaatioiden syntyminen olemassa oleviin palveluihin olisi mahdollista. Valinnanvapaus mahdollistaisi esimerkiksi päivätoiminnan käsitteen laajentamisen vaikkapa teatterikäynniksi omaishoidon tukea saaville perheille. Perheet olisivat oikeutettuja hankkimaan itsensä näköisiä ja omalle perheelle räätälöityjä palveluita. Lisäksi se säästäisi yhteiskunnallisesti suuria rahasummia, sillä Hollannissa henkilökohtaisen budjetin kus-

tannukset ovat muodostuneet 25 prosenttia oman palvelutuotannon kustannuksia pienemmiksi. Englannissa vastaava säästö on ollut 10 prosenttia. (Patronen ym. 2012, 45, 48.)

3 Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa omaishoidettavien, päivätoiminnassa käyvien ikäihmisten toimintakykyä ja sen muutoksia RAVA-mittarin avulla. Lisäksi tarkoituksena on selvittää MMSE-tuloksen yhteyttä toimintakyvyn säilymiseen päivätoimintaan osallistuvien ryhmässä. Tutkimuksessa verrataan päivätoiminnassa käyvien ja päivätoiminnassa käymättömien omaishoidettavien toimintakyvyn muutoksia. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa työelämän tarvitsemaa tietoa palvelun kohdentamiseksi oikealle kohderyhmälle.

Tutkimuskysymykset:

1. Miten suuri osuus tutkimukseen osallistuvista päivätoiminnassa käyvistä kuuluu ensimmäisessä mittauksessa kuhunkin RAVA-luokkaan?
2. Miten suuri osuus verrokkiryhmän ihmisistä kuuluu ensimmäisessä mittauksessa kuhunkin RAVA-luokkaan?
3. Millaisia toimintakyvyn muutoksia ihmisillä tapahtuu seuraavaan mittauskertaan mennessä?
4. Millainen yhteys on ikääntyneen MMSE-testituloksen ja RAVA-mittarilla tehtyjen toimintakyvyn mittaustulosten muutosten välillä?

4 Tutkimuksen toteuttaminen

4.1 Metodologiset lähtökohdat

Tutkimuksen lähestymistapa on määrällinen, koska menetelmällä saadaan parhaiten vastaus tämän tutkimuksen tutkimuskysymyksiin. Tutkimuskysymyksiin on mahdollista vastata tilastollisia menetelmiä käyttäen. Kerättävä aineisto on numeerisessa muodossa, mikä on tyyppistä määrälliselle tutkimukselle. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2010: 124, 137.) Mielenkiinnon kohteena ovat asioiden väliset riippuvuudet ja toimintakyvys-

sä tapahtuneet muutokset. Tutkimuksen avulla kartoitetaan tilannetta ja tehdään riippuvuus päätelmiä. Tutkimuksen kaikissa vaiheissa pyritään objektiivisuuteen. (Heikkilä 2008: 14-17; Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2009: 60-61.)

4.2 Tutkimusaineiston keruu

Kvantitatiivisen lähestymistavan etuna on valmiin aineiston käyttö. Tutkimuksessa käytettiin aikaisemmin kerättyä sekundääriaineistoa asiakkaiden toimintakyvystä ja kognitiosta. Päivätoiminnan ja omaishoidontuen asiakkaille tehdään säännöllisesti RAVA-toimintakykymittaus, ja yleensä tehdään myös MMSE, joten tutkimuksessa tarvittavat tiedot ovat jo olemassa. Kerätty tieto ei ole kuitenkaan tähän tutkimukseen sopivassa muodossa, joten tuloksia yhdisteltiin aineistoksi. (Heikkilä 2008: 14, 18-21; Hirsjärvi – Remes - Sajavaara 2010: 186.)

Tutkimuksen toisena tutkimusjoukkona olivat sellaiset kyseisen kaupungin erään alueen omista vanhusten päivätoimintayksiköissä käyvät omaishoidettavat asiakkaat, joille oli tehty vähintään kaksi toimintakyvyn mittausta RAVA-mittarilla marraskuun 2011 ja maaliskuun 2013 välillä ja jotka olivat käyneet säännöllisessä päivätoiminnassa vähintään puolen vuoden ajan vuonna 2012. Lisäksi heille oli useimmiten tehty muistitesti MMSE-asteikolla mitaten. RAVA-mittauksia ei yleensä tehdä useammin kuin puolen vuoden välein, joten kahden RAVA-mittauksen välinen aika oli useimmilla 6-12 kuukautta. Otantaa ei tässä joukossa tarvittu, sillä kaikki sellaiset alueella päivätoiminnassa käyvät omaishoidettavat, joista oli saatavissa tarvittavat tiedot, osallistuivat tutkimukseen. Näiden henkilöiden lukumäärä tarkentui tutkimusluvan saannin jälkeen, kun päivätoimintayksiköt ilmoittivat asiakkainaan vuoden 2012 ajan olleiden omaishoidettavien nimet omaishoidontuen ohjaajille.

Toisena tutkimusjoukkona, eli verrokkiryhmänä oli samalla alueella asuvia omaishoidettavia ikääntyneitä, jotka eivät käyneet päivätoiminnassa. Näillä ihmisillä saattoi olla muita tukipalveluja, kuten lyhytaikaishoitojaksoja tai kotihoitoa, mutta tässä tutkimuksessa ei selvitetty muiden tukipalvelujen osuutta eikä mahdollista vaikutusta toimintakykyyn. Otannan suorittivat omaishoidontuen ohjaajat, jotka olivat asiakassuhteissa omaishoitoperheisiin. He etsivät omista asiakastiedoistaan asiakkailta kaksi toimintakyvyn mittausta RAVA-mittarilla. Tutkimuksen verrokkiryhmän tietojen keräämiseksi oli tarkoitus käyttää harkinnanvaraista otantaa, josta oli tarkoitus ottaa näyte. (Holopainen - Pulkkinen 2002: 27-28, 34.)

Päivätoimintayksiköt toimittivat nimiluettelon vuoden 2012 aikana päivätoiminnan asiakkaina olleista omaishoidettavista, minkä jälkeen omaishoidontuen ohjaajat etsivät omista asiakastiedoistaan omaishoidettavien RAVA-tulokset ja MMSE-testin tulokset. Omaishoidontuen ohjaajat merkitsivät tulokset valmiiseen taulukkopohjaan siten, ettei asiakkaan nimi, henkilötunnus, päivätoimintapaikka tai muu tunnistetieto tullut näkyviin. Taustamuuttujina tutkimuksessa on sukupuoli ja ikä. Omaishoidontuen ohjaajien oli sovittu toimittavan myös 50 verrokkiryhmään kuuluvan omaishoidettavan asiakkaan tiedot samalla tavalla valmiina taulukkona.

Aineiston keruu tapahtui tutkimusluvan myöntämisen jälkeen, heinä-elokuussa 2013. Omaishoidontuen sosiaalihoajaajat toimittivat valmiin aineiston analysointia varten. Aineiston kokoajat havaitsivat, että verrokkiryhmän otoskoko jäi pienemmäksi kuin oli sovittu, sillä tutkimukseen osallistumisen ehtona oli se, että pitää olla tehtynä kaksi RAVA-mittaus marraskuun 2011 ja maaliskuun 2013 välillä. Koska sellaisia omaishoidettavia, jotka eivät osallistu päivätoimintaan on tilastojen mukaan huomattavasti suurempi osuus kuin niitä jotka osallistuvat päivätoimintaan, aineiston keruun yhteydessä havaittiin, että päivätoiminnassa käyville on tehty säännöllisemmin RAVA-mittauksia kuin heille, jotka eivät käy päivätoiminnassa.

4.3 Aineiston analyysi

Muuttujat muodostettiin taulukkomuotoon, ja aineistosta tehtiin tilastollisesti käsiteltävä. Havaintoaineistoa analysoitiin tilastollisesti PASW-ohjelmaa (SPSS 18.0) apuna käyttäen syyskuussa 2013. Aineistosta laskettiin ohjelman avulla keskiarvot, keskihajonta, prosentit ja frekvenssit. Aineistosta muodostettiin Word-ohjelmaan käsiteltäväksi taulukkoja. Tuloksia kuvailtiin prosenttitaulukoiden, kuvioiden ja ristiintaulukoinnin avulla. Taustamuuttujina olivat tutkittavien ikä ja sukupuoli. Tulosten merkitsevyyttä testattiin 5% merkitsevyytasolla t-testiä käyttäen. (Heikkilä 2008: 143-169, 194-195, 210.)

5 Tulokset

5.1 Tutkimukseen osallistujat

Tutkimukseen hyväksyttiin mukaan yhteensä 58 omaishoidettavan päivätoiminnan kävijää (n=58), jotka täyttivät tutkimuksessa asetetut ehdot: käynyt päivätoiminnassa säännöllisesti vähintään puolen vuoden ajan vuonna 2012 ja tehty kaksi RAVA-mittausta ajalla marraskuu 2011-maaliskuu 2013. Päivätoiminnassa käyneiden ryhmän keski-ikä oli 80,6 vuotta, iän vaihteluväli 69-94 vuotta ja iän keskihajonta 6,55 vuotta. Tutkittavista päivätoimintaan osallistuneista reilulla enemmistöllä (n= 46, 79%) oli MMSE-muistitestin tulos käytettävissä tähän tutkimukseen. Miehiä oli 59% (n=34) ja naisia 41% (n=24).

Verrokkiryhmään hyväksyttiin mukaan 34 omaishoidettavaa (n=34). Tulosten analysointivaiheessa hylättiin yksi tutkittava pois siksi, että hänen RAVA-mittaustuloksensa olivat 2 viikon välein tehtyjä. Mikäli mittaukset tehdään ajallisesti lähekkäin, ei voida olettaa saatavan näkyviin luotettavasti toimintakyvyn muutosta, jota tässä tutkimuksessa haettiin. Tutkimukseen valikoituivat mukaan kaikki sellaiset omaishoidettavat, jotka täyttivät tutkimuksessa asetetut ehdot ja olivat asiakassuhteessa aineiston kokoajiin, eli harkinnanvaraista näytettä ei tarvinnut tässä tutkimuksessa ottaa. Verrokkiryhmään kuului vähemmän ihmisiä kuin ennalta odotettiin johtuen siitä, ettei kahta RAVA-mittaustulosta ollut saatavilla läheskään kaikilta omaishoidettavilta sovitulta aikaväliltä. Verrokkiryhmän keski-ikä oli 77 vuotta, iän vaihteluväli 65-93 vuotta ja iän keskihajonta 7,41 vuotta. MMSE-muistitestin tulos oli käytettävissä 24 tutkittavalla (n=24, 71%). Verrokkiryhmäläisistä oli miehiä 59% (n=20) ja naisia 41% (n=14). Sukupuolijakauma oli siten molemmissa tutkimusryhmissä sama.

5.2 Päivätoimintaan osallistuneiden omaishoidettavien RAVA-tulokset ensimmäisessä mittauksessa

RAVA-tulosten keski-arvo oli päivätoimintaan osallistuvilla omaishoidettavilla 2,70 (n=58) ensimmäisessä RAVA-mittauksessa. Keskiarvon perusteella tutkittavien toimintakyky oli huomattavasti alentunut. Päivätoimintaan osallistuneita omaishoidettavia oli kaikissa RAVA-luokissa, eli toimintakyvyn vaihteluväli oli hyvin suuri. Päivätoiminnan kävijöistä kaksi kolmasosaa (72%) kuului RAVA-luokkiin 4-6. Taulukossa 2 on esitetty jakaumat luokkiin ensimmäisessä mittauksessa. RAVA-luokkaan 1 kuuluvilla on paras

toimintakyky ja RAVA-luokkaan 6 kuuluvilla heikoin. Kertymä % ilmaisee, montako prosenttia tutkituista on kunkin luokan ylärajaan mennessä mukana kertymässä.

Taulukko 2. Päivätoiminnassa käyvien omaishoidettavien RAVA-tulokset luokittain 1. mittauksessa

RAVA-luokka	n	%	kertymä %
1 (1,29-1,49)	5	8,6	8,6
2 (1,50-1,99)	6	10,3	19,0
3 (2,00-2,49)	5	8,6	27,6
4 (2,50-2,99)	24	41,4	69,0
5 (3,00-3,49)	12	20,7	89,7
6 (3,50-4,03)	6	10,3	100,0
Yhteensä	58	100,0	

Päivätoiminnassa käyneiden omaishoidettavien ensimmäisen RAVA-mittauksen tulokset osoittivat luokiteltuna RAVA-luokkiin sen, että keskimäärin heidän toimintakykynsä oli alentunut huomattavasti, koska yli 70 % tutkituista kuului ensimmäisessä mittauksessa RAVA-luokkiin 4, 5 tai 6 (RAVA vähintään 2,50). RAVA-tulosten tyypillinen luokka oli RAVA-luokka 4, jossa toimintakyky on selvästi alentunut ja ihmisellä on todennäköisesti valvotun hoidon tarve. Tähän luokkaan kuului ensimmäisessä mittauksessa peräti 41% tutkituista (n=24). Vain alle viidesosa (19%) kuului ensimmäisessä mittauksessa RAVA-luokkiin 1 tai 2, mikä merkitsee sitä, että päivätoimintaan osallistuneista omaishoidettavista vain hyvin pienellä osalla oli ajoittaisen tai tuetun hoidon tarve.

Päivätoiminnassa käyneiden tunnusluvut osoittivat, että tutkittavien toimintakyky vaihteli normaalista huomattavasti alentuneeseen. RAVA-pisteiden keskihajonta oli myös suuri (df=0,69). Toimintakyvyn keskiarvo sijoittui luokkaan, jossa on yleensä tarvetta valvotulle hoidolle.

Taulukko 3. Päivätoiminnan kävijöiden Rava 1-mittauksen tunnuslukuja

	n	Min.	Max.	ka	df
RAVA 1	58	1,29	4,02	2,6978	,68785

Aineiston alin RAVA-tulos oli 1,29, mikä vastaa RAVA-luokituksessa luokan 1 pienintä mahdollista pistemäärää, eli toimintakyky on hyvä ja avun tarve satunnaista. Ensimmäisen

mäisen mittauksen korkein RAVA-tulos päivätoiminnassa käyvien ryhmässä oli 4,02, mikä vastaa RAVA-luokituksessa luokkaa 6, eli toimintakyky on hyvin heikko ja avun tarve jatkuvaa (taulukko 3).

5.3 Verrokkiryhmän RAVA-tulokset ensimmäisessä mittauksessa

Verrokkiryhmäläisten RAVA-tulosten keskiarvo oli 2,63 ensimmäisessä RAVA-mittauksessa (n=34). Päivätoiminnassa käyvien ja käymättömien välillä ei siten ollut keskiarvon perusteella suurta eroa toimintakyvyssä ensimmäisellä mittauksella. Verrokkiryhmäläisten keskimääräinen toimintakyky oli lukujen perusteella hiukan parempi kuin päivätoiminnassa käyneiden. Verrokkiryhmäläisten toimintakyky oli keskimäärin alentunut, kuten päivätoimintaan osallistuneidenkin. Verrokkiryhmäläisiä kuului kaikkiin RAVA-luokkiin, eli heilläkin toimintakyvyn vaihteluväli oli suuri.

Taulukko 4. Verrokkiryhmän RAVA-tulokset luokittain 1. mittauksessa

RAVA-luokka	n	%	Kertymä %
1 (1,29-1,49)	1	2,9	2,9
2 (1,50-1,99)	6	17,6	20,6
3 (2,00-2,49)	10	29,4	50,0
4 (2,50-2,99)	4	11,8	61,8
5 (3,00-3,49)	8	23,5	85,3
6 (3,50-4,03)	5	14,7	100,0
Yhteensä	34	100,0	

Luokkiin jaettujen RAVA-tulosten mukaan verrokkiryhmäläisten toimintakyky oli alentunut (taulukko 4). Tulosten jakautuminen luokkiin poikkesi jonkin verran päivätoiminnan osallistujien RAVA-tulosten jakaumasta, sillä verrokkiryhmäläisten tyypillisin RAVA-luokka oli 3, johon kuului liki kolmannes (29,4%) tutkituista verrokkiryhmäläisistä (n=10). Myös RAVA-luokka 3:een toimintakykynsä puolesta kuuluva tarvitsee yleensä valvottua hoitoa. Päivätoiminnan kävijöistä yli 70 % kuului RAVA-luokkiin 4-6 ensimmäisessä RAVA-mittauksessa, mutta verrokkiryhmäläisistä vain tasan puolet (50%) kuului näihin luokkiin.

Luokittelun perusteella verrokkiryhmäläisillä oli siten keskimäärin jonkin verran parempi toimintakyky, vaikkei kaikkien RAVA-tulosten keskiarvossa ollut suurta eroa ryhmien

välillä. Tunnuslukujen perusteella verrokkiryhmän tulosten hajonta oli hiukan suppeampi, ja sekä parhaan mahdollisen että heikoimman mahdollisen toimintakyvyn omaavat puuttuivat.

Taulukko 5. Verrokkiryhmän Rava1-mittauksen tunnuslukuja

	n	Min.	Max.	ka	df
RAVA 1	34	1,42	3,66	2,6338	,66923

Verrokkiryhmäläisten alin RAVA-tulos oli 1,42, mikä sijoittuu RAVA-luokkaan 1. Korkein RAVA-tulos oli 3,66, mikä sijoittuu RAVA-luokkaan 6, jossa toimintakyky on huomattavasti heikentynyt ja avun tarve jatkuvaa (taulukko 5). Verrokkiryhmän RAVA-tulosten keskihajonta oli 0,67, eli lähes sama kuin päivätoiminnan kävijöillä.

5.4 Toimintakyvyn muutokset seuraavaan RAVA-mittaukseen mennessä

Toisessa RAVA-mittauksessa sekä päivätoiminnassa käyneiden omaishoidettavien että verrokkiryhmäläisten RAVA-tulosten keskiarvo oli noussut, mikä tarkoittaa keskimääräisen toimintakyvyn heikentymistä. Päivätoiminnassa käyneiden toisen mittauksen RAVA-tulosten keskiarvo oli 2,77 (n=58). Edellisessä mittauksessa tulosten keskiarvo oli 2,70 (n=58), joten toimintakyky oli keskiarvon mukaan heikentynyt hieman. Verrokkiryhmäläisten RAVA-tulosten keskiarvo oli toisella mittauksella 2,84 (n=34), kun se ensimmäisessä mittauksessa oli 2,63 (n=34). Verrokkiryhmäläisten toimintakyky oli heikentynyt keskiarvon perusteella enemmän kuin päivätoimintaan osallistuneiden.

Päivätoimintaan osallistuneilla tapahtui jonkin verran muutoksia sijoittumisessa RAVA-luokkiin toiseen mittaukseen mennessä. Yksilötasolla tutkittavien toimintakyky parani ja heikkeni lähes yhtä usein, mutta kokonaisuutena katsoen sijoittuminen luokkiin muuttui siten, että toimintakyvyltään heikkokuntoisimpien osuus kasvoi. Jopa lähes puolet kuului toisessa RAVA-mittauksessa luokkiin 5 tai 6 (RAVA-pisteet yli 3,00). Näihin luokkiin kuuluvilla on yleensä tehostetun hoidon tarve tai he ovat täysin autettavia.

**Taulukko 6. Päivätoiminnassa käyvien omaishoidettavien toisen RAVA-mittauksen tulokset luokit-
tain**

RAVA-luokka	n	%	Kertymä %
1 (1,29-1,49)	4	6,9	6,9
2 (1,50-1,99)	4	6,9	13,8
3 (2,00-2,49)	6	10,3	24,1
4 (2,50-2,99)	18	31,0	55,2
5 (3,00-3,49)	19	32,8	87,9
6 (3,50-4,03)	7	12,1	100,0
Yhteensä	58	100,0	

Toisella mittauskerralla päivätoiminnan kävijöistä noin kolmasosa kuului toimintakyvyllään RAVA-luokkaan 4 ja noin kolmasosa RAVA-luokkaan 5, joten luokka 4 ei enää ollut yleisin, kuten ensimmäisessä RAVA-mittauksessa. (Taulukko 6). Suurin muutos toimintakyvyn luokittaisissa muutoksissa liittyikin siihen, että RAVA-luokkaan 5 kuuluneiden lukumäärä nousi 12:sta 19:ään, ja RAVA-luokkaan 4 kuuluneiden lukumäärä taas väheni 24:sta 18:aan. Mikäli tutkittavat eivät olisi omaishoidettavia, heillä olisi mahdollisesti pitkäaikaishoidon tarve, sillä avun tarpeen määrä lisääntyy toimintakyvyn heiketessä.

Verrokkiryhmäläisten sijoittuminen toimintakykyluokkiin oli muuttunut vielä enemmän toisessa mittauksessa kuin päivätoimintaan osallistuneiden. Paremman toimintakyvyn omaavien määrä oli pienentynyt. Yllättäen RAVA-luokkiin 5-6 kuuluvien määrä oli toisessa mittauksessa molemmissa ryhmissä suunnilleen sama, eli liki puolet tutkituista oli toimintakyvyn arvion mukaan tehostetun hoidon tarpeessa tai jopa täysin autettavia. Tästä voi vetää sellaisen karkean johtopäätöksen, että vaikka päivätoiminnassa käyneiden ryhmässä ensimmäisessä mittauksessa heikoimman toimintakyvyn omaavien määrä oli suurempi kuin verrokkien ryhmässä, toiseen mittauskertaan mennessä ero oli tasoittunut. Toimintakyky oli siten heikentynyt enemmän verrokkiryhmäläisillä. Myös parhaimman toimintakyvyn omaavien määrä oli vähentynyt, eli heidänkin toimintakykynsä oli heikentynyt mittausten välillä.

Taulukko 7. Verrokkiryhmän toisen RAVA-mittauksen tulokset luokittain

RAVA-luokka	n	%	Kertymä%
1 (1,29-1,49)	1	2,9	2,9
2 (1,50-1,99)	2	5,9	8,8
3 (2,00-2,49)	6	17,6	26,5
4 (2,50-2,99)	10	29,4	55,9
5 (3,00-3,49)	9	26,5	82,4
6 (3,50-4,03)	6	17,6	100,0
Yhteensä	34	100,0	

Verrokkiryhmään kuuluneilla toisessa RAVA-mittauksessa olivat yleisimpiä luokkia RAVA-luokat 4 ja 5. Suurin muutos oli se, että ensimmäisessä mittauksessa hallitseva luokka 3, johon kuului tuolloin lähes kolmasosa tutkituista, oli toisella mittauksella vasta kolmanneksi yleisin. Alle kymmenesosa verrokkiryhmäläisistä kuului toisessa mittauksessa RAVA-luokkiin 1 ja 2, vaikka näiden henkilöiden osuus oli ensimmäisellä mittauksella yli viidesosa.

Ristiintaulukoimalla selvitettiin tarkemmin, millaisia muutokset olivat yksilötasolla. Vertaamalla muutoksia ensimmäisen ja toisen RAVA-mittaukserran välillä saatiin selville, kuinka sijoittuminen luokkiin oli muuttunut. Ristiintaulukoimalla saatiin näkyville, kuinka monella tutkituista päivätoiminnan kävijöistä toimintakyvyn RAVA-luokka oli pysynyt samana (taulukossa 8 keltainen väri), parantunut (harmaa väri) ja huonontunut (sininen väri). Taulukossa 8 parhaan toimintakyvyn omaavilla on pienimmät pisteet (RAVA-luokka 1) ja heikoimman toimintakyvyn omaavilla taas suurimmat pisteet (RAVA-luokka 6).

Taulukko 8: Ristiintaulukointi PÄIVÄTOIMINTAAN OSALLISTUNEET

		RAVA-luokka ensimmäisessä mittauksessa						
		1,29 - 1,49	1,50 - 1,99	2,00 - 2,49	2,50 - 2,99	3,00 - 3,49	3,50 - 4,03	Yht.
RAVA-luokka toisessa mittauksessa	1,29 - 1,49	n 3	n 1	n 0	n 0	n 0	n 0	4
		% 60,0%	% 16,7%	% 0,0%	% 0,0%	% 0,0%	% 0,0%	6,9%
	1,50 - 1,99	n 1	n 2	n 1	n 0	n 0	n 0	4
		% 20,0%	% 33,3%	% 20,0%	% 0,0%	% 0,0%	% 0,0%	6,9%
	2,00 - 2,49	n 0	n 0	n 2	n 4	n 0	n 0	6
		% 0,0%	% 0,0%	% 40,0%	% 16,7%	% 0,0%	% 0,0%	10,3%
	2,50 - 2,99	n 0	n 2	n 1	n 11	n 3	n 1	18
		% 0,0%	% 33,3%	% 20,0%	% 45,8%	% 25,0%	% 16,7%	31,0%
	3,00 - 3,49	n 1	n 1	n 1	n 8	n 7	n 1	19
		% 20,0%	% 16,7%	% 20,0%	% 33,3%	% 58,3%	% 16,7%	32,8%
	3,50 - 4,03	n 0	n 0	n 0	n 1	n 2	n 4	7
		% 0,0%	% 0,0%	% 0,0%	% 4,2%	% 16,7%	% 66,7%	12,1%
Yhteensä		n 5	n 6	n 5	n 24	n 12	n 6	58
		% 100,0%	% 100,0%	% 100,0%	% 100,0%	% 100,0%	% 100,0%	100,0%

Päivätoiminnassa käyneistä toimintakyvyn mukaan parhaaseen RAVA-luokka 1:een ensimmäisessä mittauksessa kuuluneista 60%:lla RAVA-luokka oli pysynyt samana toiseen mittaukseen mennessä. RAVA-luokka oli muuttunut suuremmaksi eli toimintakyky heikentynyt 40 %:lla. RAVA-luokka 2:een ensimmäisessä mittauksessa kuuluneista kuudesosalla toimintakyky oli parantunut, puolella tutkituista heikentynyt ja lopuilla pysynyt samana. RAVA-luokka 3:een ensimmäisessä mittauksessa kuuluneista viidenneksellä toimintakyky oli parantunut, 40 %:lla pysynyt samassa RAVA-luokassa ja 40 %:lla RAVA-luokka vaihtunut suuremmaksi. Ensimmäisen mittauksen yleisimpään RAVA-luokka 4:een kuuluneista kuudesosalla toimintakyky oli parantunut. Toimintakyky oli pysynyt samassa luokassa lähes puolella ja heikentynyt yli kolmasosalla. RAVA-luokka 5:een ensimmäisessä mittauksessa kuuluneista neljäsosalla toimintakyky oli parantunut ja yli puolella säilynyt samassa luokassa, lopuilla heikentynyt. RAVA-luokka 6:een ensimmäisessä mittauksessa kuuluneista kolmasosalla toimintakyky oli parantunut ja RAVA-luokka muuttunut pienemmäksi. Toimintakyky oli samassa luokassa kahdella kolmasosalla.

Verrokkiryhmän ristiintaulukoinnissa (taulukko 9) ilmenee, että huomattavasti pienemmällä osalla RAVA-luokka on pienentynyt ja toimintakyky parantunut kuin päivätoiminnan kävijöillä (taulukko 8). Taulukossa harmaa osoittaa toimintakyvyn mahdollisen parantumisen luokittain, sininen väri heikentymisen ja keltainen väri RAVA-luokituksen säilymisen ennallaan.

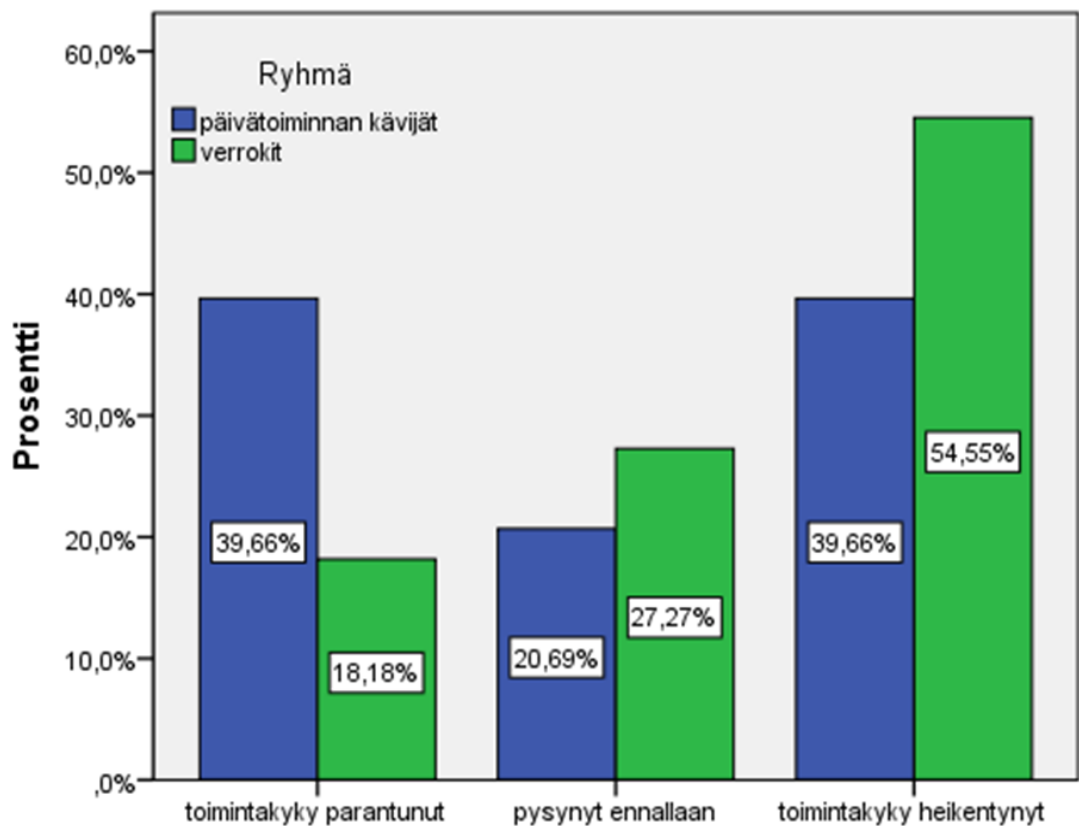
Taulukko 9. Ristiintaulukointi verrokkiryhmä

		RAVA-luokka ensimmäisessä mittauksessa								
		1,29 - 1,49	1,50 - 1,99	2,00 - 2,49	2,50 - 2,99	3,00 - 3,49	3,50 - 4,03	Yht.		
RAVA-luokka toisessa mittauksessa	1,29 - 1,49	n	1	0	0	0	0	0	1	
		%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,9%	
	1,50 - 1,99	n	0	1	1	0	0	0	2	
		%	0,0%	16,7%	10,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,9%	
	2,00 - 2,49	n	0	0	5	1	0	0	6	
		%	0,0%	0,0%	50,0%	25,0%	0,0%	0,0%	17,6%	
	2,50 - 2,99	n	0	4	3	3	0	0	10	
		%	0,0%	66,7%	30,0%	75,0%	0,0%	0,0%	29,4%	
	3,00 - 3,49	n	0	1	1	0	7	0	9	
		%	0,0%	16,7%	10,0%	0,0%	87,5%	0,0%	26,5%	
	3,50 - 4,03	n	0	0	0	0	1	5	6	
		%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	12,5%	100,0%	17,6%	
	Yhteensä		n	1	6	10	4	8	5	34
			%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

RAVA-luokka 1:een ensimmäisessä mittauksessa kuuluneen tutkittavan toimintakyky oli pysynyt samana. RAVA-luokka 2:een ensimmäisessä mittauksessa kuuluneista tutkittavista kuudesosan toimintakyky oli pysynyt samana ja kaikilla muilla heikentynyt. RAVA-luokkaan 3 ensimmäisessä mittauksessa kuuluneista joka kymmenennen toimintakyky oli parantunut, puolella tutkittavista se oli pysynyt samana ja 40 %:lla RAVA-luokka oli suurentunut. RAVA-luokkaan 4 kuuluneista yhdellä, eli neljänneksellä toimintakyvyn RAVA-luokka oli pienentynyt toiseen mittaukseen mennessä. Muilla RAVA-luokka oli pysynyt samana. RAVA-luokkaan 5 ensimmäisessä mittauksessa kuuluneista yhdenkään toimintakyvyn luokitus ei ollut pienentynyt toiseen mittaukseen mennessä. Toimintakyvyn luokka oli pysynyt samana 87,5%:lla ja suurentunut yhdellä tutkittavalla. RAVA-luokkaan 6 kuuluneista kaikki kuuluivat samaan RAVA-luokkaan myös toisella mittauksella.

Ristiintaulukointien tuloksissa oli huomattavia eroja. Esimerkiksi RAVA-luokkaan 6 kuuluneista verrokkiryhmäläisistä yhdenkään toimintakyky ei ollut parantunut, mutta päivätoiminnassa käyneistä RAVA-luokkaan 6 ensimmäisessä mittauksessa kuuluneista kolmasosan toimintakyky oli parantunut. Ristiintaulukointien mukaan toimintakyky oli säilynyt paremmin tai parantunut päivätoiminnassa käyneillä, joten eroa tarkasteltiin tilastollisen merkitsevyyden kannalta.

Toimintakyvyn muutoksen keskiarvossa oli eroa päivätoiminnassa käyvien ja verrokki-ryhmän välillä. Toimintakyky oli heikentynyt keskimäärin 0,0716 RAVA-pistettä päivätoiminnassa käyvillä ja 0,2094 RAVA-pistettä verokkiryhmäläisillä. Kuviossa 2 toimintakyvyn muutosten eroja on havainnollistettu vertailemalla, kuinka isolla osalla tutkimukseen osallistuneista toimintakyky oli heikentynyt, parantunut tai säilynyt ennallaan.. Verokkiryhmäläisistä enemmistöllä (54,55%) toimintakyky oli heikentynyt, vain alle viidesosalla (18,18%) se oli parantunut. Päivätoiminnassa käyneistä taas noin 40% toimintakyky oli parantunut ja yhtä monella heikentynyt.



Kuvio 2. Toimintakyvyn muutoksen ero ryhmittäin

Tuloksia analysoitaessa todettiin, että ryhmien toimintakyvyn muutoksissa oli eroa, joten aineistolle tehtiin riippuvien otosten T-testi. T-testillä selvitettiin, oliko päivätoiminnassa käyneiden ja verokkiryhmän toimintakyvyn muutosten ero tilastollisesti merkitsevää. Riippuvien otosten T-testin mukaan toimintakyvyn mittaukset eivät poikenneet toisistaan ensimmäisellä mittauksella ($p=0,265$). Mittaukset poikkesivat toisistaan toisella mittauksella ($p=0,008$). P-arvon merkitsevyystasoksi on tässä tutkimuksessa

määritelty 0,05. Alkutilanteessa ryhmien välillä ei siten ollut tilastollisesti merkitsevää eroa toimintakyvyssä ensimmäisessä RAVA-mittauksessa, mutta toisessa RAVA-mittauksessa oli toimintakyvyssä tilastollisesti merkitsevä ero. Mitä lähempänä nollaa p-arvo on, sitä suurempi on todennäköisyys sille, että kahden ryhmän muutokset olivat tilastollisesti merkitseviä, joten tämän tutkimuksen mukaan toimintakyvyn muutokset olivat hyvin selkeästi toisistaan poikkeavat ryhmien välillä.

5.5 MMSE:n ja RAVA-toimintakykymittausten eron väliset yhteydet

Tutkimuksessa etsittiin tietoa siitä, löytyykö toimintakyvyn muutosten ja tutkittavan henkilön MMSE-muistipisteiden väliltä yhteyttä esimerkiksi siten, että paremmat muistipisteet omaavilla säilyisi toimintakyky keskimääräistä paremmin tai vastaavasti alhaisemmat muistipisteet omaavalla säilyisi toimintakyky paremmin tai kohenisi, jos hän käy päivätoiminnassa. Lineaarista yhteyttä ei löytynyt MMSE-pisteiden ja toimintakyvyn muutoksen välillä.

Tähän tutkimukseen osallistuneiden muistipisteet vaihtelivat 0-30 välillä. Kaikilla ei ollut MMSE-pisteitä tiedossa, sillä testausta ei välttämättä tehdä, mikäli muistin ei ole epäilty alentuneen. Pisteiden perusteella pitkälle edennyttä muistisairautta sairastavien määrä kaikista tutkimukseen osallistuneista oli suuri, sillä molemmissa ryhmissä 26% tutkituista muistipisteet olivat alle 12 (vaikea dementia).

MMSE:n ja toimintakyvyn välisistä muutoksista tehtiin sellainen huomio, että erojen vaihtelu suurenee, mitä suuremmat ovat MMSE-pisteet. Korkeat MMSE-pisteet tarkoittavat yleensä karkeasti arvioiden sitä, että henkilöllä ei ole toimintakyvyn vaikuttavaa muistisairautta. Sama ilmiö oli havaittavissa molemmissa tutkimusryhmissä. Niiden henkilöiden, joilla oli normaali muisti ja oli siksi korkeat MMSE-pisteet, toimintakyvyn vaihtelut eri yksilöiden välillä kahdessa RAVA-mittauksessa olivat tässä tutkimuksessa suuret. Tätä ilmiötä selittänee se, että somaattiset asiakkaat ovat usein erilaisten syiden ja sairauksien vuoksi päivätoiminnassa, mikä vaikuttanee myös heidän toimintakykyynsä.

6 Pohdinta

6.1 Tulosten tarkastelua

Päivätoimintaan osallistumisella oli suotuisia vaikutuksia toimintakykyyn riippumatta toimintakyvyn lähtötasosta. Yllättävää tuloksissa oli se, kuinka voimakkaasti alentunut omaishoidettavien toimintakyky keskimäärin oli. Päivätoimintaan osallistuneista yli 70% kuului ensimmäisessä RAVA-mittauksessa luokkiin 4-6, mikä tarkoittaa sitä, että omaishoidettavien toimintakyky oli keskimäärin heikompi kuin päivätoiminnan suosituksissa oletetaan.

Tässä tutkimuksessa päivätoimintaan osallistuneiden RAVA-indeksien keskiarvo oli 2,70 ensimmäisessä RAVA-mittauksessa. He olivat siis keskimäärin jonkin verran huonompikuntoisia kuin suurten kaupunkien laajassa RAVA-tutkimuksessa, jossa omaishoidon tukea saavien asiakkaiden RAVA-indeksien keskiarvo oli 2,49. (Mukkila ym 2003.) On mahdollista, että toimintakyvyltään parempikuntoiset omaishoidettavat eivät hakeudu päivätoimintaan tai eivät tiedä mahdollisuudesta osallistua siihen.

Päivätoimintaan sijoittumista ohjaavista RAVA-suosituksista ei tämän tutkimuksen tulosten perusteella näyttäisi olevan hyötyä, koska ainakin omaishoidettavat päivätoiminnan kävijät ovat pääsääntöisesti toimintakyvyltään heikkokuntoisia, ja he silti hyötyvät päivätoimintaan osallistumisesta. Tässä tutkimuksessa ei myöskään löytynyt yhteyttä MMSE-pisteiden ja toimintakyvyn muutosten välillä, eli ei löytynyt ryhmää, joka hyötyisi muita enemmän päivätoiminnasta, eikä toisaalta ryhmää, joka ei hyötyisi päivätoiminnasta. Somaattisista syistä päivätoimintaan tulevat hyötyvät toimintakyvyn mittauksen mukaan päivätoiminnasta, mutta niin hyötyvät muistisairaat asiakkaatkin

Tämän tutkimuksen mukaan päivätoiminta tukee ikääntyneiden omaishoidettavien toimintakyvyn säilymistä, joten omaishoidettavien kannalta on erittäin tärkeää turvata päivätoimintapalvelujen saatavuus. Tutkimuksessa ei kartoitettu muita palveluita, kuten omaishoidettavien saamaa kotihoitoa, asiointiapua tai lyhytaikaishoitajaksoja (LAH), jotka ovat hyvin yleisiä tukitoimia runsaasti hoivaa tarvitseville omaishoidettaville. Todennäköisesti tähän tutkimukseen osallistuneista omaishoidettavista monet saavat esimerkiksi lyhytaikaishoitajaksoja riippumatta siitä, osallistuvatko he myös päivätoimintaan vai eivät. Tutkimuksessa olisi ollut hyvä tilaisuus kartoittaa sitä, millainen vaikutus lyhytaikaishoitajakoilla on toimintakykyyn, mutta silloin olisi tarvittu suurempi

otoskoko, sillä vain pieni osa kaikista omaishoidettavista käyttää lyhytaikaishoitajaksoja säännöllisesti. Erilaisia tukimuotoja käyttävien keskinäinen vertaileminen toimintakyvyn perusteella saattaa olla haasteellista myös siksi, että säännöllisiä RAVA-mittauksia ei ole tehty kaikille, jolloin tutkittavien määrä saattaa lopulta jäädä pieneksi

Eloniemi-Sulkavan ym. (2007) mukaan interventioilla oli suuri vaikutus sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttöön ja kustannuksiin, jotka pienenivät tukitoiminnan ansiosta. Tutkimuksen pohjalta kehitetyn tukimallin avulla voitiin pitkittää kotona asumista noin puoleentoista vuoteen asti, mikä tuotti säästöä kustannuksissa. Ennakoiva, kuntouttava toiminta oli tärkeää, jotta kotona asumista uhkaavat tekijät voitiin tunnistaa varhain ja puuttua tilanteeseen. Päivätoiminta yhdessä muiden tukitoimien kanssa on ennakoivaa ja kuntouttavaa toimintaa. Tämän tutkimuksen tulokset vahvistavat sitä käsitystä, että kuntouttavilla interventioilla on vaikutusta toimintakykyyn ja sitä kautta kotona asumiseen.

Monenlaisten virikkeiden, liikunnan ja sosiaalista osallisuutta lisäävien toimintojen on todettu parantavan toimintakykyä monella osa-alueella. Tämän tutkimuksen tulokset ovat samansuuntaisia näiden tutkimusten kanssa. Päivätoimintaan sisältyy monen-tyyppistä mielekästä ja osallisuuden kokemusta lisäävää toimintaa, esimerkiksi jump-paa, kuntosaliharjoittelua, käden taitojen vahvistamista käsitöiden ja askartelujen avulla, musiikin kuuntelua, laulamista, lautapelien pelaamista, muistitehtäviä, keskustelua, ulkoilua, kulttuuritapahtumiin osallistumista, mahdollisesti kirjoittamista tai maalaamista. Päivätoiminnassa on mahdollista ilmaista monipuolisesti luovuutta, käyttää sosiaalisia taitoja ja harjoittaa lihasvoimaa ja tasapainoa, joiden on todettu vahvistavan toimintakykyä myös useissa aiemmissa tutkimuksissa. (vrt. Diener – Mitchell 2005 ; Vespa – Gori – Spazzafumo 2002 ; Spector ym. 2003.)

Omaishoidon tukeminen on järkevää paitsi kustannusten hallinnan myös inhimillisten tekijöiden kannalta. Kuten Finne-Soveri (2012) totesi, ongelmaksi voi muodostua omaisten jaksaminen, joten omaishoitajien tukeminen on tärkeää. Omaishoitoperheiden olisi tärkeää saada itse vaikuttaa siihen, kuinka lakisääteisiä omaishoitajan vapaa-päiviä järjestetään (päivätoiminta, yöhoito, muu lyhytaikaishoito, hoitaja kotiin). Omaishoitoa on tuettava myös siksi, että pystytään vastaamaan laitoshoitopaikkojen vähentämisen vaateeseen ja hoitamaan tulevaisuudessa yhä lisääntyvä määrä muistisairaita ikääntyneitä. Tämän tutkimuksen mukaan päivätoiminnalla on toimintakykyä ylläpitävä ja joidenkin asiakkaiden osalta jopa parantava vaikutus riippumatta asiakkaiden kogni-

tiivisesta toimintakyvystä, joten päivätoiminta soveltuu hyvin kaikkien omaishoidettavien ja –hoitajien tukimuodoksi, mikäli perheet itse sitä haluavat.

6.2 Luotettavuus

Tutkimuksessa käytettävä RAVA-mittari on yleisesti käytössä oleva, virallisesti tunnustettu toimintakykymittari ikääntyneiden henkilöiden toimintakyvyn arvioimiseksi. Tässä tutkimuksessa RAVA-tulokset otetaan valmiista aineistosta ja niitä vertaillaan, joten mikäli mittaustuloksessa esiintyy virheitä, ne todennäköisimmin aiheutuvat mittauksen tekijän virheestä. RAVA-mittarin avulla toimintakykyä kartoittava henkilöstö on aina koulutettu mittarin oikeaan käyttöön ja toimintakyvyn arvioimiseen. Jokaisella koulutuksen käyneellä on käytössään kirjalliset ohjeet, kuinka kysymyksiä RAVAA tehtäessä tulkitaan, mikä vähentää arviointivirheitä. RAVA-mittausta ei myöskään tee sellainen henkilö, joka ei ole henkilökohtaisesti asiakassuhteessa arvioitavaan henkilöön. Tämä vähentää virhearviointin riskejä toimintakyvyn arvioinnissa. Toisaalta RAVA-mittarin käyttöön voi liittyä tulosten manipulointiriski RAVA-mittausta tehtäessä. (RAVA-mittari 2012; Autio 2011; Heikkilä 2008: 186-188.)

MMSE on usein käytetty, lyhyt seulontatesti, jolla ei ole rakenne- eikä sisältövaliditeettia. Se heijastaa tutkitusti kognitiivista toimintakykyä ja arkipäivän selviytymistä henkilöillä, joilla muistisairaus on edennyt ja vaikuttaa laajasti toimintakykyyn. Pistemäärästä voidaan tehdä karkeita johtopäätöksiä henkilön toimintakyvystä. (Sulkava – Vuori – Ylikoski 2007: 3.)

Päivätoiminnassa käymättömien otoskooksi oli etukäteen sovittu 50 henkilöä, joiden RAVA-mittaustuloksia tarkasteltaisiin. Omaishoidontuen ohjaajat valitsivat osallistujat omista asiakkaistaan mahdollisimman kattavasti ja hyvää eettistä toimintatapaa noudattaen. Kaikki vuonna 2012 idän alueella kaupungin omaan päivätoimintaan osallistuvat omaishoidettavat olivat mukana tutkimuksessa. Näiden henkilöiden lukumäärä ei ollut tiedossa ennen tutkimusluvan saamista, sillä päivätoimintayksiköt toimittivat tiedot omaishoidontuen sosiaaliohjaajille tutkimusluvan myöntämisen jälkeen. Määrä jäi 34 verrokkiryhmäläiseen, koska aineiston kerääjät eivät löytäneet omista asiakkaistaan enempää niitä, joille olisi tehty kaksi RAVA-mittausta sovitulta aikaväliltä. (Heikkilä 2008: 188.)

Tutkimuksen tulokset analysoitiin PASW- tilasto-ohjelman (SPSS) avulla. Tulosten tulkinnassa auttoi Metropolian tilastotieteen asiantuntija. Luotettavuuteen vaikuttavia virheitä voi syntyä tietoja kerätessä, tilasto-ohjelmaan syötettäessä tai tilastollisesti tulkittaessa, joten tutkimuksessa pyrittiin kiinnittämään erityistä huomiota aineiston käsitteelyyn. (Heikkilä 2008: 30-31.)

Tutkimukseen osallistuneiden määrä jäi ennakkoarvioita pienemmäksi, millä voi olla vaikutusta tulosten yleistettävyyteen. Tutkimus suoritettiin ainoastaan yhden kaupungin päivätoimintayksiköissä. Luotettavuutta parantaa se, ettei tutkittavia valittu. Tulokset on pyritty esittämään siten, että lukijalle tulisi sama tulkinta tuloksista kuin tutkija on tarkoittanut. Tulokset esiteltiin kokonaisuudessaan, eikä mitään oleellista jätetty kertomatta. Tutkija pyrki omassa toiminnassaan objektiivisuuteen. (Heikkilä 2008:30-31.)

Tämän tutkimuksen tuloksissa vertailtiin toimintakyvyssä tapahtuneen muutoksen eroja ryhmien välillä käyttämällä t-testiä, koska se sopii sellaisten ryhmien vertailuun, jotka ovat riittävän samanlaisia, kuten tässä tutkimuksessa oli. T-testiä tulkitaan siten, että mitä lähempänä nollaa tulos on, sitä varmemmin on kahden ryhmän välillä tilastollisesti merkitsevä ero. T-testi osoitti toisessa mittauksessa olevan hyvin suurella todennäköisyydellä tilastollisesti merkitsevä ero ryhmien välillä ($p=0,008$). Tulos vahvistaa siten varmuutta, että päivätoiminnassa käyneiden omaishoidettavien toimintakyky todella säilyi keskimäärin paremmin kuin verrokkiryhmäläisten, eikä kyseessä ollut esimerkiksi sattuma. (Hazard Munro 1997: 122-137.)

6.3 Eettisyys

Tässä tutkimuksessa noudatettiin eettisesti hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkimukseen osallistuvat valikoituvat mukaan siten, että tutkimusryhmään 1 kuuluvilla tuli olla vähintään kaksi RAVA-tulosta marraskuun 2011 ja maaliskuun 2013 väliltä, vuoden 2012 aikana vähintään puolen vuoden asiakkuus kaupungin päivätoiminnoissa ja MMSE-tulos, mikäli se oli saatavilla. Lisäksi heidän tuli virallisesti omaishoidettavia. Toiseen ryhmään omaishoidontuen ohjaajat ottivat näytteen omaishoidettavista asiakkaistaan, jotka muutoin olivat samanlaisia ikääntyneitä omaishoidettavia kuin tutkimusryhmä 1, mutta eivät osallistuneet päivätoimintaan. Tutkija ei ole tavannut tutkittavia henkilökohtaisesti, eikä ole kerännyt mitään muita kuin tutkimuksessa tarvittavia tietoja. Tutkijan tietoon ei tullut missään vaiheessa, mikä RAVA-toimintakykymittauksessa saatu tulos

kuuluu kenellekin päivätoiminta-asiakkaalle, eikä se, missä päivätoimintayksikössä kukin asiakas on käynyt. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2010: 23-25.)

Tutkimus tuotti uutta tietoa omaishoidettavien toimintakyvystä ja toimintakyvyn muutoksista. Tietoa voidaan käyttää päivätoiminnan kehittämiseksi ja palvelun kohdentamiseksi oikeille kohderyhmille. Tutkimuksesta ei ole mitään haittaa päivätoiminnan asiakkaille tai muille tutkimukseen valikoituville omaishoidettaville.

Tutkimuslupa anottiin koulun ja tutkimuksen tilanneen kaupunkiorganisaation ohjeiden mukaisesti. Suunnitelman hyväksyivät opinnäytetyön ohjaaja ammattikorkeakoulusta ja tutkimusluvista päättävät henkilöt kaupungilta. Tutkimuslupa myönnettiin hakemuksen mukaisesti kesällä 2013. Tutkimuksessa käytettävä aineisto tuhotaan silppurin avulla tutkimuksen jälkeen. Tunnistetiedot eivät tule tutkijan tietoon.

6.4 Johtopäätökset ja kehittämishaasteet

Päivätoimintaan osallistuvien ikääntyneiden omaishoidettavien toimintakyky säilyy tämän tutkimuksen mukaan paremmin kuin heidän, jotka eivät osallistu päivätoimintaan. Päivätoiminta on omaishoidettavien kokonaiselämäntilanteen kannalta tärkeä palvelu myös siksi, että hoitava puoliso saa päivätoimintapäivän aikana mahdollisuuden levähtää. Päivätoiminnan henkilöstön työn sisältöön liittyy myös omaishoidon tukeminen. Riippumatta siitä, missä päivätoimintayksikössä omaishoidettava käy, kaikilla omaishoitajilla tulisi olla mahdollisuus samanlaisiin tukipalveluihin ja ohjaukseen niitä tarvitessaan. Kehittämishaasteena saattaakin tulevaisuudessa olla yhtenäisen omaishoidon tukimallin luominen päivätoimintaan.

Kunnat ovat vastuussa ikääntyneiden hoivan järjestämisestä, ja omaishoito tulee edullisemmaksi kuin esimerkiksi tehostettu palveluasuminen tai laitoshoido. Mikäli päivätoiminnan avulla saadaan pidennettyä kotona asumisen aikaa, se kannattanee taloudellisesti. Hyviä jatkotutkimusaiheita olisi useita. Olisi tärkeää tietää, vähentääkö päivätoimintaan osallistuminen omaishoidettavien pitkäaikaishoidon tarvetta ja jos vähentää, niin kuinka paljon (päiviä, viikkoja vai kuukausia). Pitkäaikaishoito on kallista, eivätkä monet ikääntyneet toivo sitä, jos vaihtoehtona on kotona asuminen. Tässä tutkimuksessa toimintakyvyn muutoksia seurattiin pieneltä aikaväliltä. Olisi hyvä saada tietoa, millaisia päivätoimintaan osallistuneiden ryhmän ja verrokkiryhmän erot ovat vaikkapa vuoden kuluttua tästä tutkimuksesta.

Osalla ikääntyneistä omaishoidettavista päivätoimintaan osallistumisen aika saattaa jäädä lyhyeksi, jos päivätoiminnan piiriin tullaan niin myöhään, että toimintakyky on jo voimakkaasti alentunut. Jatkossa päivätoimintaa suunniteltaessa kannattanee pohtia, kuinka päivätoimintaan osallistumista voitaisiin tukea mahdollisimman kauan, jotta siitä olisi hyötyä toimintakyvyn ylläpitämisessä. Päivätoimintaan tulisi myös päästä ajoissa, mikä tarkoittaa toiminnan resurssointia ja suuntaamista siten, ettei palvelun jonotusaika muodostu kohtuuttoman pitkäksi.

Tärkeä jatkotutkimusaihe olisi myös omaishoidettavien asiakkaiden ja omaishoitajien kokemus siitä, mitkä tukimuodot helpottavat eniten arkea, tukevat omaishoitajan jaksamista ja parantavat toimintakykyä monipuolisesti siten, että kotona selviydytään mahdollisimman pitkään. Omaishoitajien ja –hoidettavien omien kokemusten avulla voisi kehittää uudenlaisen tukimallin, joka koostuisi tehokkaimmiksi koetuista tukipalveluista. Päällekkäisiä palveluita ja monimutkaista palveluverkostoa ikääntyneet tuskin haluavat. Mikäli omaishoidettava ei käytä lyhytaikaishoitajaksija (LAH) omaishoitajan lakisääteisten vapaapäivien vuoksi, on hyvä vaihtoehto tarjota lisäpäiviä päivätoimintaan ja tukea siten jaksamista.

Päivätoiminta tukee toimintakykyä laaja-alaisesti huomioiden sosiaalisen, fyysisen, psyykkisen ja kognitiivisen toimintakyvyn osa-alueet. Moniammatillisuus tuo päivätoimintaan vahvaa osaamista. Päivätoiminnassa työskentelevät tarvitsevat myös vankkaa yhteistyöosaamista, sillä jokaisen asiakkaan asioissa on tärkeää olla yhteydessä asiakkaan verkostoon. Jatkokehittämis ehdotuksena onkin yhteistyön laadun parantaminen. Yksi yhteinen toimintakyvyn ylläpitämisen suunnitelma kaikkien hoitoon osallistuvien sekä asiakkaan itsensä laatimana voisi olla ratkaisu päällekkäisyyksien karsimiseen ja yhteisten tavoitteiden kirkastamiseen. Toimintakyvyn arviointia tekee nykyisellään moni taho (esim. omaishoidon ohjaaja, päivätoimintayksikkö ja lyhytaikaishoitoyksikkö). Olisi järkevämpää, että toimintakyvyn arvion tekisi vain yksi taho säännöllisesti, ja tieto jaettaisiin kaikkien hoitoon osallistuvien kesken.

Tämä tutkimus osoitti, että päivätoimintaan osallistuu runsaasti sellaisia omaishoidettavia, joiden toimintakyky on voimakkaasti alentunut. Monet saattaisivat olla pitkäaikais-hoidossa, mikäli omainen ei hoitaisi heitä kotona. Toisaalta pieni osa omaishoidettavista oli sellaisia, joiden toimintakyky oli vain vähän alentunut. Tämä luo päivätoiminnan suunnittelulle haastetta, sillä yleensä päivätoiminta on tukipalveluna niin kauan kuin

omaishoitaja ja –hoidettava sitä haluavat. Jatkossa saattaa päivätoiminnassa olla sellainen tilanne, että jotkut omaishoidettavista osallistujista eivät jaksaa tai kykene osallistumaan ryhmätoimintaan, vaan tarvitsevat runsaasti yksilöllistä hoivaa ja lepoa päivän aikana. Päivätoiminnan kehittämishaasteena lieneekin se, kuinka saada toimintakyvyttään suunnilleen samankuntoiset samoihin ryhmiin, jotta kaikki saavat osallistua päivän aikana heitä hyödyttävään toimintaan.

Tutkimuksen tulokset tullaan esittelemään tutkimuksen tilanneessa kaupungissa kyseisen alueen johtoryhmälle. Lisäksi tutkimuksesta toimitetaan kirjallinen tiivistelmä tutkimukseen osallistuneiden päivätoimintayksikköjen käyttöön sekä alueen sosiaali- ja lähityön yksikölle. Tutkimusluvan ehtona oli yhden kirjallisen julkaisun toimittaminen lopullisesta työstä organisaation kirjastoon. Mahdollisesti tuloksia tullaan esittelemään luentomuotoisesti myös päivätoimintayksikköjen kehittämispäivässä tai vastaavassa tilaisuudessa vuonna 2014. Työ toimitetaan kokonaisuudessaan myös Theseustietokantaan julkisesti luettavaksi ja esitellään YAMK:n julkaisutilaisuudessa. Keskustelu päivätoiminnan merkityksellisyydestä omaishoitoperheiden tukena jatkuu.

Lähteet

Autio, Tiina 2011. RAVA-mittarin soveltuvuus iäkkäiden henkilöiden palvelutarpeen arviointiin. Julkistettu Toimia-tietokannassa 26.1.2011. Luettavissa sähköisesti <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/arviointi/64/>. Luettu 30.9.2012.

Diener, Denise – Mitchell, Judith 2005. Impact of a Multifactorial Fall Prevention Program Upon Falls of Older Frail Adults Attending an Adult Health Day Care Cent. Topics in Geriatric Rehabilitation 21 (3). 247-257. Tutkimusartikkeli luettavissa sähköisesti osoitteessa <http://web.ebscohost.com.ezproxy.metropolia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&hid=123&sid=3ddf5929-c1d9-4914-a97e-6d4963fd9fc7%40sessionmgr104>.

Eloniemi-Sulkava, Ulla – Saarenheimo, Marja – Laakkonen, Marja-Liisa – Pietilä, Minna – Savikko, Niina – Pitkälä, Kaisu (toim.) 2007. Omaishoito yhteistyönä: iäkkäiden dementiaperheiden tukimallin vaikuttavuus. Vanhustyön keskusliiton geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Helsinki: Gummerus kirjapaino oy.

Erkinjuntti, Timo – Huovinen, Maarit 2008. Kun muisti pettää – muistihäiriöt ja etenevät muistisairaudet. Helsinki: WSOY.

Finne-Soveri, Harriet 2012. Vanhenemiseen varautuva kaupunki: Esimerkkinä Helsinki. Raportti 31/2012. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Hazard Munro, Barbara 1997. T-tests: Measuring the Differences Between Group Means. Teoksessa Hazard Munro, Barbara (toim.): Statistical Methods for Health Care Research. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers. 122-137.

Heikkilä, Tarja 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.

Heimonen, Sirkkaliisa 2009. Ikääntymisen haasteet toimintakyvylle. Toimintakyvyn arviointi ja tukeminen. Teoksessa Pohjolainen, Pertti – Heimonen Sirkkaliisa (toim.): Toimintakyvyn laaja-alainen arviointi ja tukeminen. Helsinki: Ikäinstituutti. 6-16.

Heinonen, Heikki – Absetz, Pilvikki – Ritsilä, Anu – Töyli, Pasi – Raivio, Risto – Mattila, Pekka – Forström, Raija – Mäkelä, Tiina – Uutela, Antti – Fogelholm, Mikael. 2011. Uusi toimintamalli ikääntyneiden toimintakyvyn arviointiin ja edistämiseen: yhteistyö julkisen ja kolmannen sektorin kanssa. Gerontologia 1/2011, 60-62. Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa <http://elektra.helsinki.fi.ezproxy.metropolia.fi/se/g/0784-0039/25/1/uusitoim.pdf> Luettu 17.11.2012.

Helsingin kaupunki, sosiaalivirasto, vanhusten palvelujen vastuualue, pysyväisohje 5.1.3. Päiväys 16.3.2012, voimassa 1.4.2012 lukien. Moniste.

Helsingin tilastollinen vuosikirja 2011. Helsingin kaupunki, tietokeskus. Porvoo: Bookwell Oy.

Holma, Tupu 2003. Laatu vanhustyön arkeen – suunta ja välineet kehittämistyöhön. Helsinki: Suomen Kuntatalon paino.

Holopainen, Martti – Pulkkinen, Pekka 2002. Tilastolliset menetelmät. Helsinki: WSOY.

Hänninen, Tuomo – Heimonen Sirkkaliisa 2012. Kognitiiviset toiminnot – kuntoutuksen ja tuen mahdollisuudet normaalissa ikääntymisessä ja muistisairauksissa. Teoksessa Heimonen, Sirkkaliisa – Pajunen, Hannu (toim.): Mielen terveys vanhuudessa. 211-227.

Ikäinstituutti 2011. Toiminnan painopisteet. Verkkodokumentti. <http://www.ikainstituutti.fi/ikainstituutti/toiminnan+painopisteet/>. Luettu 16.12.2012.

Kalliomaa-Puha, Laura 2007 Vanhoille ja sairaille sopivaa? Omaishoitotosopimus hoivan instrumenttina. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.

Kivelä, Sirkka-Liisa 2006. Geriatrisen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:30. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Laatikainen, Tanja 2009. Vanhustenhuollon ammattilaisten kokemuksia vanhusten kotona asumisen vaikeutumisesta ja tukemisesta 16 kunnassa. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 66/2009. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.

Laukkanen, Pia 2008. Toimintakyky ja ikääntyminen – käsitteestä ja viitekehyksestä päivittäistoiminnoista selviytymisen arviointiin. Teoksessa Heikkinen, Eino – Rantanen, Taina (toim.): Gerontologia. Helsinki: Duodecim.

Lähdesmäki, Leena – Vornanen, Liisa 2009. Vanhuksen parhaaksi. Hoitaja toimintakyvyn tukijana. Helsinki: Edita.

Mikkola, Tuula 2009. Sinusta kiinni – Tutkimus puolisoheivon arjen toimijuuksista. Diakoniammattikorkeakoulun julkaisuja A Tutkimuksia 21. Tampere: Juvenes Print Oy.

Mukkila, Susanna – Tolkki, Pirjo – Valvanne, Jaakko – Linden, Anne – Sahi, Ilkka 2003. Helsinkiläisten vanhuspalveluasiakkaiden toimintakyky ja avun tarve syksyllä 2002. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Selvityksiä 2003:2. Helsingin kaupungin terveystieteiden raportteja 2003:5. Helsingin kaupunki: Sosiaalivirasto ja Terveystieteiden virasto.

Mäki, Kirsi 2012. Sosiaali- ja terveystieteisiin tarvittaisiin kokeilulainsäädäntöä henkilökohtaisesta budjetista. Sitra. Uutisia. Verkkodokumentti [http://www.sitra.fi/uutiset/2012/sosiaali-ja-terveystieteisiin-kokeilulainsaadantoa-henkilokohtaisesta](http://www.sitra.fi/uutiset/2012/sosiaali-ja-terveystieteisiin-tarvittaisiin-kokeilulainsaadantoa-henkilokohtaisesta). Luettu 3.11.2012.

Patronen, Mari – Melin, Tuomo – Tuominen Thuesen, Mirva – Juntunen Eeva – Laaksonen, Sirpa – Karikko, Wilhelmiina 2012. Henkilökohtainen budjetti – asiakaslähtöinen toimintamalli omaishoidossa. Sitra. Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa <http://www.sitra.fi/julkaisut/sitra298.pdf>. Luettu 31.10.2012.

Pietilä, Minna – Saarenheimo, Marja 2003. Omaishoidon tukeminen Suomessa: Tutkimus- ja kehittämishankkeiden tausta, tulokset ja merkitys. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Pitkälä, Kaisu – Routasalo, Pirkko – Kautiainen, Hannu – Savikko, Niina – Tilvis, Reijo 2005. Ikääntyneiden yksinäisyys – Psykososiaalisen ryhmäkuntoutuksen vaikuttavuus. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 11. Vanhustyön keskusliitto. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

RAVA-mittari. FCG (Finnish Consulting Group Oy) <http://www.rava-mittari.fi>. Luettu 30.9.2012.

Soini, Helena – Varis, Maarit – Juvonen, Anna-Kaisa – Kälkäinen, Salla – Salo, Marina – Muurinen, Seija 2012. Vanhusten palvelujen omaiskysely. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Tutkimuksia 2012:2. Helsinki: Helsingin kaupungin sosiaalivirasto.

Sosiaali- ja terveystietomus 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:1. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Spector, Aimee – Thorgrimsen, Lena – Woods, Bob – Royan, Lindsay – Davies, Steve – Butterworth, Margaret – Orrell, Martin 2003. Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia. British Journal of Psychiatry 183, 248-254. Luettavissa sähköisesti osoitteessa <<http://bjp.rcpsych.org/content/183/3/248.full>>

STM: Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Luettavissa sähköisesti osoitteessa http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3672.pdf&title=Ikaihmisten_palvelujen_laatusuositus_fi.pdf. Luettu 16.12.2012.

STM: Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma Kaste 2012-2015. Helsinki: Sosiaali- ja Terveysministeriö. Luettavissa sähköisesti osoitteessa http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf. Luettu 25.10.2012, 15.11.2012 ja 16.12.2012.

STM: Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma Kaste 2012-2015. Toimeenpanosuunnitelma. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Luettavissa sähköisesti osoitteessa http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-23137.pdf. Luettu 10/2012 ja 11/2012

Sulkava, Raimo – Vuori, Ulla – Ylikoski, Raija 2007. Mini-Mental State Examination – testi (MMSE) Ohjeet testin tekemiseen. Perusopas. Helsinki: Suomen dementiahoitoyhdistys.

Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestön ennakkotilasto [verkkajulkaisu].
ISSN=1798-8381. Heinäkuu 2012. Helsinki: Tilastokeskus
http://www.tilastokeskus.fi/til/vamuu/2012/07/vamuu_2012_07_2012-08-16_tie_001.fi.html. Luettu 22.10.2012.

Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestön ennakkotilasto [verkkajulkaisu].
ISSN=1798-8381. Heinäkuu 2012. Helsinki: Tilastokeskus
http://www.tilastokeskus.fi/til/vamuu/2012/07/vamuu_2012_07_2012-08-16_tie_001.fi.html. Luettu 22.10.2012.

Säilä, Minna – Nevalainen, Kaisu – Järnström, Sirpa – Soini, Helena 2012. Asiakkaiden tyytyväisyys päivätoimintaan Helsingin kaupungin omissa ja ostopalveluyksiköissä 2010. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Tutkimuksia 2012:1. Helsinki: Helsingin kaupungin sosiaalivirasto.

TOIMIA-tietokanta. Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin asiantuntijaverkosto. Verk-
kodokumentti. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/>. Luettu 16.12.2012.

Vespa, Anna – Gori, Guido – Spazzafumo, Liana 2002. Evaluation of non-
pharmacological intervention on antisocial behavior in patients suffering from Alzhei-
mer's disease in a day care center. Archives of Gerontology and Geriatrics 34. 1/2012,
1-8. Luettavissa sähköisesti osoitteessa:
<http://www.sciencedirect.com.ezproxy.metropolia.fi/science/article/pii/S0167494301001066?np=y>. Luettu 15.4.2013.

Voutilainen, Päivi – Vaarama, Marja 2005. Toimintakykymittareiden käyttö ikääntynei-
den palvelutarpeen arvioinnissa. Raportteja 7/2005. Helsinki: Stakes.

Tiedonhaku kirjallisuuskatsausta varten

Tiedonhaku marras-joulukuussa 2012 ja uudelleen maaliskuussa 2013.

Tietokanta	Hakulauseke	Osumat	Poissulkukriteerit /valintakriteerit	Valittu
Arto	ikäant? ja toimintaky? arvioin?	7	v.2002-2013, saatavissa oleva, käsittelee aihetta, ei opinnäytetyö	1
Helka	ikäant? ja toimintaky? arvioin?	10	v.2002-2013 saatavissa oleva, käsittelee aihetta, ei opinnäytetyö	2
Medic	ikäant? ja toimintaky? arvioin?	49	v.2002-2013 saatavissa oleva, käsittelee aihetta, ei opinnäytetyö	3
Melinda	ikäant? ja toimintaky? arvioin?	34	v.2002-2013 saatavissa oleva, käsittelee aihetta, ei opinnäytetyö	7 (Osa näistä on samoja myös toisten tietokantojen kanssa)
Melinda	vanh? ja päivätoim?	69	v.2003-2013, saatavissa oleva, käsittelee aihetta, ei opinnäytetyö	1
Arto	vanh? ja päivätoim?	19	v.2003-2013 saatavissa oleva, käsittelee aihetta, ei opinnäytetyö	0
Kaikki tietokannat, yhdistelmähaku	Manuaalinen haku: yhdistelminä mm. elderly people and day center, day center and therapy, day center and kognit?, day care center and re-seach	tuhansia	Valintakriteereinä soveltuvuus, v.2002-2013, käsittelee aihetta, päivätoiminta samantyyppistä sisällöllisesti kuin Suomessa, ei opinnäytetyö	3

Tutkimustuloksia omaishoitajuudesta ja päivätoiminnasta

Tutkimus	Tarkoitus	Otoskoko	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Diener & Mitchell 2005. Impact of a Multifactorial Fall Prevention Program Upon Falls of Older Frail Adults Attending an Adult Health Day Care Center.	Tutkia, millaisia vaikutuksia on monesta osa-alueesta koostuvalla, kaatumisia ennalta ehkäisevällä ohjelmalla heikkokuntoisten ikääntyneiden päivätoiminnassa käyvien kaatumiseen. Ohjelma koostui fysioterapeutin ohjauksesta, 3 kuukauden harjoitusohjelmasta, kodin vaaratekijöiden arvioinnista ja kaatumisen ehkäisykoulutuksesta	Tutkittavia 72 (n=72). Lisäksi verrokiryhmä, joka ei osallistunut ohjelmaan.	Kvantitatiivinen tutkimus. Useita mittareita. Ohjelman vaikutusta kaatumisten määrään ja lihasvoimaan mitattiin sekä tutkimukseen osallistuneilla ja verrattiin tuloksia niihin, jotka eivät osallistuneet ohjelmaan.	Kuuden kk kuluttua tutkimusryhmän kaatumiset olivat vähentyneet niin paljon, että vain viidennes tutkituista oli kaatunut. Vertailuryhmässä joka toinen oli kaatunut. Kotitapaturmat vähenivät ohjelman vaikutuksesta 50 %. Heikkokuntoisten ikääntyneiden todettiin hyötyvän kaatumisia ehkäisevästä ohjelmasta.
Eloniemi ym. 2007. Omaishoito yhteistyönä: iäkkäiden dementiaperheiden tukimallin vaikuttavuus.	Selvittää monitekijäisen tukitoiminnan vaikuttavuutta omaishoitoperheissä, joissa puoliso hoitaa muistisairasta kumppaniaan.	Yhteensä 125 (n=125) parisuntaa, joilla oli omaishoitosuhte. Näistä puolet (n=63) interventioiden piirissä ja puolet (n=62) kontrolliryhmässä.	Satunnaistettu kontrolloitu interventiotutkimus. Lisäksi laadullinen prosessitutkimus. Tutkimuksen kesto 2 vuotta.	Perhekohtaisesti suunnitellulla tukitoiminnalla voitiin viivästyttää muistisairautta sairastavien puolisoitten siirtymistä laitoshoitoon, tukea omaishoitajien hyvinvointia sekä edistää hoidettavan psyykkistä ja fyysistä hyvinvointia. Interventiot vähensivät sosiaali- ja terveyspalveluiden kustannuksia 5000 euroa/vuosi/perhe. Tukimallilla voitiin pitkittää kotona asumista puoleentoista vuoteen asti.

<p>Pitkälä – Routa- salo – Kautiainen – Savikko – Tilvis 2005. Ikääntynei- den yksinäisyys – Psykososiaalisen ryhmäkuntoutuk- sen vaikuttavuus.</p>	<p>Tutkia psykososiaali- sen ryhmäkuntoutuk- sen vaikutuksia ikäntyneillä. Yksi- näisten ikääntyneiden kiinnostuksen mu- kaan koottujen ryhmi- en vaikutus yksinäi- syyden kokemuk- seen, sosiaaliseen aktiivisuuteen, psyyk- kiseen hyvinvointiin, elämänlaatuun, ter- veyteen ja kuinka interventiot vaikutta- vat terveys- ja sosiaa- lipalvelujen käyttöön.</p>	<p>Tutkittavia 235 (n=235), yksi- näisyydestä kärsineitä yli 74-v. henkilöi- tä</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus. Useita mittareita. Interven- tiona taide- ja virike- toiminta, ryhmälii- kunta ja – keskustelu, ryhmä- terapiat ja terapeut- tinen kirjoittaminen. Tutkimusryhmä ja verrokkiryhmä.</p>	<p>Psykososiaaliseen kuntoutukseen osallistuneiden psykykinen hyvin- vointi koheni ja tarpeellisuuden tunteen kokeminen lisääntyi. Kognitio parani merkittävästi verrattuna vertailu- ryhmään, samoin oma tuntemus terveydentilasta, mikä näkyi myös vähäisempänä terveyspalveluiden käyttönä ja merkit- sevästi vähäisem- pänä sosiaali- ja terveyspalveluiden kustannuksina</p>
<p>Soini – Varis – Juvonen – Käl- käinen – Salo – Muurinen 2012. Vanhusten palve- lujen omais- kysely.</p>	<p>Saada omaisilta pa- lautetta ikääntyneille suunnattujen palvelu- jen laadusta, palvelu- jen sopivuudesta ja omaishoitajien kuor- mittumisesta.</p>	<p>Kysely lähetet- tiin 5842 omaiselle, vastaajia oli 3464 (vasta- us% 59%).</p>	<p>Kvantitatiivinen kyselytutkimus postikyselynä</p>	<p>Suurin osa omaisis- ta antoi palveluille kiittävän arvosaa- nan. Omaishoitajis- ta kolmannes ei ollut tyytyväisiä omaisensa palvelu- tarjontaan, kaikkein tyytymättöimpiä ne, joiden omainen ei osallistunut päi- vätoimintaan. Omaishoitajien kokema kuormittu- neisuus oli korkea.</p>
<p>Spector - Thorgrimsen – Woods – Royan – Davies - Butter- worth – Orrell 2003. Efficacy of an evidence- based cognitive</p>	<p>Tutkia näyttöön pe- rustuvan kognitiivisen simulaatioterapian vaikutuksia muistisai- raiden ikääntyneiden kognitiiviseen toimin- takykyyn ja elämän- laatuun.</p>	<p>Satunnaisotos (n=201) viides- tä eri päivä- toimintakes- kuksesta, joista 115 (n=115) kuului tutkittaviin ja</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus. Kognitiivi- set terapiaistunnot 14 kertaa kahdesti viikossa 45 min. kerrallaan tutkimus- ryhmälle. Tuloksia tarkisteltiin tunnettu-</p>	<p>Interventioihin osal- listuneiden ryhmäs- sä tilastollisesti merkittävässä määrin kognitiivisen toimintakyvyn ja elämänlaadun kohenemista. Li-</p>

stimulation therapy programme for people with dementia		86 (n=86) verrokkiryhmään	jen mittareiden avulla (MMSE ja QoL-AD), joilla voidaan tehdä päätelmiä ihmisen kognitiivisesta suoriutumisesta ja elämänlaadusta.	säksi kommunikatiivissa havaittiin kohenemista.
Säilä - Nevalainen - Järnström – Soini 2012. Asiakkaiden tyytyväisyys päivätoimintaan Helsingin kaupungin omissa ja ostopalveluyksiköissä 2010.	Selvittää asiakkaiden tyytyväisyyttä päivätoimintapalveluun Helsingissä sekä kartoittaa muistisairaiden asiakkaiden elämänlaatua.	Haastattelulla tutkimukseen osallistui 545 ja QUALID-elämänlaatumittarin avulla havainnointiin 165 kävijää. Yht. n=710.	Kvantitatiivinen tutkimus. Aineiston keruu tapahtui haastatteleamalla ja havainnoimalla päivätoiminnan asiakkaita. Haastattelulomake ennakoon testattu ja tutkimusta varten laadittu. Lisäksi käytettiin Qualid-elämänlaatumittaria.	Asiakkaat olivat pääasiassa tyytyväisiä päivätoimintaan, tiloihin, ruokailuun, kuljetuksiin ja henkilökunnan toimintaan. Melkein kolmasosa halusi osallistua enemmän ulkoiluun ja liikuntaan. Havainnoitujen asiakkaiden elämänlaatusuorituksen ka 17,6, mikä kertoo hyvästä elämänlaadusta.
Vespa – Gori – Spazzafumo 2002. Evaluation of non-pharmacological intervention on antisocial behavior in patients suffering from Alzheimer's disease in a day care center.	Tutkia, millaisia vaikutuksia erilaisilla päivätoiminnan interventioidilla on alzheimerin tautia sairastavien asiakkaiden ei-toivottuun epäsosiaaliseen käyttäytymiseen.	Päivätoiminnan asiakkaita (n=40), joista interventioryhmässä naisotannalla valittuja 18 (n=18).	Kvantitatiivinen tutkimus, jossa tunnetut mittarit, joiden avulla tulokset saatiin (Cohen-Mansfiel-testiä käytetään yleisesti muistisairaiden käytösoireiden mittaamisessa). Seuranta-aika 1,5 vuotta.	Erilaisilla interventioidilla positiivisia vaikutuksia. Aggressiivinen ja epäsosiaalinen käyttäytyminen vähenivät, sosiaalisuus ja aktiivisuus lisääntyivät. Erityisesti laulaminen ja tanssiminen tuottivat positiivisia vaikutuksia.

Toimintakyvyn muutosta kuvaava kuvio, vertailussa päivätoimintaan osallistuneet ja verrokkiryhmäläiset omaishoidettavat.

Toimintakyvyn kohentuminen on RAVA-pisteissä (asteikko vasemmassa reunassa) negatiivista, eli RAVA-pisteet ovat pienentyneet, mikäli toimintakyky on kohentunut. Kuten kuvio esittää, päivätoiminnan kävijöistä lähes yhtä suuren osan toimintakyky oli parantunut (keskiviivan alapuolinen osuus) kuin heikentynyt (keskiviivan yläpuolinen osuus). Verrokkiryhmäläisistä alle neljänneksen toimintakyky oli parantunut (keskiviivan alapuolinen osuus).

