

***ÖOPASTAVA TUKI OLISI HYVÄ
TERVEYDEN HOIDOSSAÖ***

Toiveita ja odotuksia ikäneuvolan perustamiseen

Anne Puukilainen

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2014
Hoitotyön koulutusohjelma
Terveystyön suunta-
tumisvaihtoehto

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto

PUUKILAINEN, ANNE:
öOpastava tuki olisi hyvä terveyden hoidossaö
Toiveita ja odotuksia ikäneuvolan perustamiseen

Opinnäytetyö 76 sivua, joista liitteitä 13 sivua
Huhtikuu 2014

Tutkimuksen tarkoituksen oli kartoittaa yli 65 ó vuotiaiden Petäjaveden asukkaiden toiveita ja odotuksia ikäneuvolan perustamisen suhteen sekä saada tietoa ikäneuvolan sisältötarpeista, jotka vastaisivat heidän tarpeitaan terveyden edistämisen osalta. Tutkimusaineistona oli kaikki Petäjaveden yli 65 ó vuotiaat, joista satunnaisotannalla valittiin 300:n otanta. Heille lähetettiin kyselylomake, joka analysoitiin kvantitatiivisin menetelmin SPSS -tilasto-ohjelmalla.

Vanhuspalvelulaki, terveyden edistämisen laatusuositukset ja kansalliset terveysohjelmat olivat tässä tutkimuksessa ikäneuvolatyön suunnittelun lähtökohtana. Ne painottavat ikäihmisten omaa vaikuttamismahdollisuutta palveluihin, ennaltaehkäisevää toimintaa terveyden edistämiseksi, toimintakyvyn ylläpitämistä ja mahdollisimman pitkään kotona asumisen tukemista sekä terveyden edistämisen näkökulmaa kunnallisessa päätöksenteossa.

Tutkimuksessa nousi keskeisiksi tuloksiksi säännöllisten terveystarkastusten ja muistihoitajan vastaanoton tarpeellisuus sekä yli 85 ó vuotiaiden tarve liikuntapalvelujen lisäämiseen. Terveyden kannalta ongelmallisimpana koettiin toimintakyvyn laskun ongelmallisuus, arjen sujuvuuden ja avun saamisen vaikeus sekä miesten kokemus parisuhteen ja seksuaalisuuden ongelmallisuudesta. Vastaajien koettu terveydentila oli 70 %:n mielestä melko hyvä tai keskitasoinen. Huonoksi terveytensä kokevat eivät aio osallistua ikäneuvolan palveluihin. Lisäpalveluja halusi 80 % vastaajista ja ikäneuvola sopisi tällaiseksi lisäpalveluksi. Voimavaralähtöisyys oli vastaajien mielestä ikäneuvolatyön painopistealue. Ennaltaehkäisevä työ ja voimavaralähtöinen lähestymistapa sopivat hyvin yhteen lainsäädännön, laatusuositusten ja terveysohjelmien sisältöavoitteiden kanssa ja ikäneuvolatoiminta voisi hyvin vastata näihin tarpeisiin Petäjävedellä.

Lisätutkimusaiheena koetun terveydentilan tarkempi selvittäminen antaisi tietoa, millainen tuki nostaisi sen mahdollisimman hyvälle tasolle. Myös voimaantumisen tutkiminen olisi mielenkiintoista ja kustannustehokasta, koska voimaantunut yksilö säästää henkilökunnan voimavaroja ja resursseja huolehtimalla mahdollisimman pitkälle itse omasta terveydestään.

Asiasanat: vanhuspalvelulaki, laatusuositukset, ikäneuvola, terveyden edistäminen, omavoimaistaminen

ABSTRACT

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

PUUKILAINEN, ANNE:
õGuidance Trust Would Be Good in My Own Health Careö
Wishes and Expectations in Establishing a Senior Clinic

Bachelor's thesis 76 pages, appendices 13 pages
April 2014

The purpose of this survey was to gather information about wishes and expectations for the Senior Clinic among the Petäjävesi people over 65 years. In addition to this, the main problems were charted to improve their health care in future. This survey was quantitative survey and it was executed by questionnaire to the seniors who were chosen with random sample. Results were analyzed by SPSS-statistic programme and it produces information in frequencies, percents and cross tabulations.

The theoretical section explores the legislation and quality recommendations for elderly people. In addition to this, the essential concepts in this survey are health, health promotion and empowerment.

The main results were that respondents` experienced health was quite good or average. A total of 80 percent of respondents would have liked to get involved with regularly physical examinations. More than 50 percent of respondents would have liked to get memory nurse practices. The oldest respondents, 85 to 95 years old, would have liked to get more physical exercises to maintain their functional capacity. The main health problems were in feelings of insecurity and in functional capacity, fluency in the daily routines and how to get help if they need it continuously.

The findings indicate that Senior Clinic would be able to offer preventative care. Furthermore, focusing in empowerment is consistent with legislation and quality recommendations for older people.

Key words: legislation and quality recommendations for older people, Senior Clinic, health promotion, empowerment

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	LAINSÄÄDÄNTÖ JA TERVEYDEN EDISTÄMISEN LAATUSUOSITUKSET KUNNILLE	8
2.1	Vanhuspalvelulaki ja kunnan yleiset velvollisuudet	8
2.2	Kansalliset terveysohjelmat	10
2.3	Terveyden edistämisen laatusuosituksat ja toimintalinjat	11
2.4	Terveyden edistäminen kunnan tehtävänä.....	14
3	TERVEYDEN EDISTÄMINEN KÄSITTEENÄ.....	17
3.1	Terveyden edistämisen viitekehys	17
3.2	Voimavara- lähtöisyys terveyden edistämisessä.....	20
4	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TUTKI MUSONGELMAT	23
5	TUTKIMUKSEEN OSALLISTUJAT JA AINEISTON HANKINTA	25
5.1	Tutkimusprosessi	25
5.2	Mittarin laadinta ja analysointi	26
5.3	Aineiston hankinta	27
6	TUTKIMUKSEN TULOKSET	29
6.1	Taustamuuttajat.....	29
6.2	Oma terveydentila	30
6.3	Terveyden merkitys.....	32
6.4	Terveysnäkökulma päätöksenteossa	33
6.5	Terveyspalvelut.....	36
6.6	Osallistumishalukkuus.....	37
6.7	Terveysongelmat	39
6.7.1	Matkustelu	39
6.7.2	Parisuhde ja seksuaalisuus	39
6.7.3	Arjen sujuvuus, toimintakyky ja avun saaminen.....	40
6.7.4	Sosiaaliset suhteet, yksinäisyys ja turvattomuus	42
6.7.5	Sairaudet ja muistiongelmat	44
6.7.6	Väkivalta, mielenterveys ja alkoholi	46
6.8	Vastaajien kehittämis- ehdotuksia ikäneuvolan kehittämiseen.....	46
6.8.1	Ikäneuvolatoiminta	46
6.8.2	Kotona asumisen tukeminen	47
6.8.3	Terveyspalveluiden kehittäminen.....	48
6.9	Yhteenveto tutkimustuloksista.....	50
7	POHDINTA	52
7.1	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	52

7.2 Keskeisten tutkimustulosten tarkastelua ja johtopäätökset	54
7.3 Lisätutkimusaiheet	59
LÄHTEET	61
LIITTEET.....	64
Liite 1. Kyselylomake 1(6).....	64
Liite 2. Avointen kysymysten jako pää- ja alaluokkiin 1(7).....	70

1 JOHDANTO

Huoltosuhte on Suomen kunnissa noussut yli 50 %:iin, joka tarkoittaa käytännössä sitä, että työssäkäyvä väestö on suuren vastuun edessä hyvinvoinnin säilyttämisessä yhteiskunnassamme (Hyvinvointikompassi 11/2013). Viime aikoina Suomen hallituksen päättämällä sote-uudistuksella pyritään takamaan hyvät ja toimivat peruspalvelut tulevaisuudessakin ja siirtämään painopistealuetta ennaltaehkäiseviin palveluihin (STM, Sote-uudistus). Vanhuspalvelulaki (980/2012) vaikuttaa ikääntyneiden palveluiden järjestämiseen ja sisältöön ja antaa kunnille suuntaviivat siihen, miten ikäihmisten palveluita tulisi toteuttaa (Vanhuspalvelulaki 980/2012). Myös terveyden edistämisen laatusuositukset antavat kunnille suosituksia ikäihmisten palveluiden järjestämisestä (Terveyden edistämisen laatusuositus 2007.) Tämän tutkimuksen tavoitteena on tarkastella ikäihmisten palveluiden järjestämistä edellä mainituista näkökulmista ja kehittää vanhustyötä Petäjävedellä vastaamaan lainsäädännön ja laatusuositusten sekä asukkaiden toiveiden, odotusten ja tarpeiden suuntaisesti.

Petäjäveden kunnassa alettiin valmistella uutta vanhuspalvelustrategiaa syksyllä 2012 ja tämä tutkimus on osa tuota strategiatyötä. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on antaa pohjatietoa Petäjäveden kunnan yli 65-vuotiaiden asukkaiden toiveista ja odotuksista ikäneuvolan perustamisen suhteen ja saada tietoa ikäneuvolan sisältötarpeista, jotka vastaisivat heidän tarpeitaan terveyden edistämisen osalta.

Tutkimus toteutettiin kyselytutkimuksena ja vastaukset analysoitiin SPSS-tilasto-ohjelmalla. Kyselyyn vastasi viidesosa tutkimuksen perusjoukosta, joka muodostui yli 65 ó vuotiaista Petäjäveden kunnan asukkaasta. Tutkimuksen satunnaisotanta onnistui hyvin ja vastausprosentti nousi aiheen kiinnostavuuden takia 61 %:iin.

Keskeisimpänä tuloksena oli ikäneuvolan säännöllisiin terveystarkastuksiin osallistumisen suosio. Myös muistihoitajan palveluita kaivattiin ja varsinkin iältään vanhimmat tutkimukseen osallistujat halusivat liikuntapalveluja lisää. Suurimmaksi terveysongelmaksi nousi turvattomuuden kokeminen, toimintakyvyn ja arjen sujuvuuden ongelmallisuus sekä miesten kokemat ongelmat parisuhteessa ja seksuaalisuudessa. Tyytymättömyys nykyisten palvelujen määrään oli runsasta ja kaivattiin uusia palveluja nykyisten palvelujen lisäksi. Tutkimuksen mukaan vastaajien koettu terveydentila oli 70 %:lla

melko hyvä tai keskitasoinen ja vain viidesosa vastaajista koki terveytensä olevan hyvää. Ikäneuvolan toiminta-ajatus lainsäädännön, laatusuositusten ja terveysohjelmien sisältötavoitteiden mukaisesti, voisi hyvin vastata tutkimustulosten osoittamiin tarpeisiin.

Palvelutarjonnan keskeiseksi lähestymistavaksi nousi iäkkään omien voimavarojen käyttöönotto. Tutkimuksen otsikko *öOpastava tuki olisi hyvä terveyden edistämises*säö kiteytti hyvin ikäneuvolan toiminta-ajatusta kyselyn vastausten perusteella. Ikäneuvolasta toivottiin matalan kynnyksen paikkaa, jonka pääpaino on ennaltaehkäisevässä työssä. Nämä toiveet ovat hyvin linjassa Vanhuspalvelulain ja terveyden edistämisen laatusuositusten kanssa.

2 LAINSÄÄDÄNTÖ JA TERVEYDEN EDISTÄMISEN LAATUSUOSITUKSET KUNNILLE

Suomessa on lainsäädännöllä pyritty turvaamaan jokaiselle kansalaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut. Näiden palveluiden turvaaminen lähtee Suomen perustuslaista (731/1999), jonka mukaan jokaisella on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon, jos hän ei itse kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa (Suomen perustuslaki 731/1999). Kuntien velvollisuudesta järjestää asianmukaiset sosiaali- ja terveyspalvelut on säädetty useissa eri sosiaali- ja terveyspalveluita koskevissa laeissa, esimerkiksi Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta (733/1992).

Terveydenhuollon palveluista säädetään Terveydenhuoltolaissa (1326/2010). Lain tarkoituksena on edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä sekä sosiaalista turvallisuutta, kaventaa väestön terveyseroja, toteuttaa palveluiden yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta, vahvistaa terveydenhuollon palveluiden asiakaskeksisyyttä sekä vahvistaa perusterveydenhuollon toimintaedellytyksiä ja parantaa terveydenhuollon toimijoiden, kunnan eri toimialojen välistä sekä muiden toimijoiden kanssa tehtävää yhteistyötä terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi sekä sosiaali- ja terveyden huollon järjestämisessä (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 2§). Terveydenhuollon rakenteita koskevia säännöksiä on mm. Kansanterveyslaissa (66/1972), jonka 14 §:n mukaan kunnan tulee huolehtia asukkaidensa terveysneuvonnasta ja terveystarkastuksista sekä seurata asukkaiden terveydentilan ja siihen vaikuttavien tekijöiden kehitystä väestöryhmittäin, ottaa terveysnäkökulma huomioon kaikessa päätöksenteossa ja tehdä yhteistyötä terveyden edistämiseksi muiden julkisten ja yksityisten toimijoiden kanssa (Kansanterveyslaki 66/1972, 14§).

2.1 Vanhuspalvelulaki ja kunnan yleiset velvollisuudet

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012) on merkittävä laki ikääntyneiden palveluiden tarkentamiseksi. Laki on merkittävä myös maailmanlaajuisesti ainutlaatuisuutensa vuoksi. Tässä tutkimuksessa käytetään tästä laista yleistynyttä puhekielenmuotoa Vanhuspalvelulaki.

Vanhuspalvelulaki täsmentää Kansanterveyslaissa annettuja kunnan velvollisuuksia ja sen tarkoituksena on tukea ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista. Laissa määritellään kunnan keskeisiksi velvollisuuksiksi ikäihmisten hyvinvoinnin, terveyden ja toimintakyvyn tukeminen sekä ikäihmisten osallisuuden turvaaminen heitä koskevassa päätöksenteossa. (Vanhuspalvelulaki 980/2012.)

Vanhuspalvelulaissa määritellyt kunnan yleiset velvollisuudet jakautuvat kahteen pääosioon: hyvinvoinnin, terveyden ja toimintakyvyn tukemiseen sekä osallisuuden turvaamiseen. Kunnan on suunniteltava valtuustokausittain toimenpiteet, joiden avulla turvataan ikääntyneen väestön hyvinvointi sekä palveluiden ja omaishoidon järjestäminen. Suunnittelussa painopistealueena tulee olla ikääntyneen mahdollisuus asua kotonaan mahdollisimman pitkään sekä kuntoutumista edistävät toimenpiteet toimintakyvyn ylläpitämiseen. Pääpaino on siis **ennaltaehkäisevän terveydenhuollon** toteuttamisessa, josta on pykälässä 12 vielä erikseen säädetty hyvinvointia edistävien palveluiden, kuten neuvontapalveluiden sekä terveystarkastusten järjestämisestä. Kunnan on myös osoitettava **riittävät voimavarat** näiden palveluiden toteuttamiseen ja huolehdittava niiden yhdenvertaisesta saatavuudesta. Lain mukaan kunnassa on oltava myös riittävästi monipuolista **asiantuntemusta** palveluiden järjestämiseksi ja iäkkäälle henkilölle on nimettävä **vastuhenkilö**, joka tarvittaessa auttaa palveluiden toteuttamisessa ja yhteensovittamisessa. Asianmukainen ja ajantasainen **hoito- ja palvelusuunnitelma** tulee olla tehtynä ja sen laatimisessa tulee huomioida iäkkään henkilön omat näkemykset häntä koskevissa palveluissa. (Vanhuspalvelulaki 980/2012, 5-10§, 12§, 16ó17§.)

Ikääntyneiden osallisuuden turvaamisesta on säädetty kunnan velvollisuudeksi asettaa **vanhusneuvosto** huolehtimaan ikääntyneen väestön vaikuttamismahdollisuuksista. Vanhusneuvosto on otettava mukaan palveluiden suunnitteluun sekä niiden arviointiin. (Vanhuspalvelulaki 980/2012, 11§.)

Useat kunnat Suomessa ovat tällä hetkellä monen muutoksen alla. Kunta- ja palvelurakennemuutos sekä sote-uudistus ovat työn alla ja tulevat voimaan vuosien 2015ó2017 aikana. Tällä hetkellä eletään hieman odottavalla kannalla, mitä ne tuovat eteen myös ikääntyneiden palveluiden järjestämisen osalta. Petäjäveden kunnassa vastattiin vanhuspalvelulain edellyttämiin vaatimuksiin aloittamalla uuden vanhuspalvelustrategian koostaminen syksyllä 2012. Vanhustyönstrategiaa kehitettiin kolmessa eri työryhmässä,

joiden vastuualueena olivat yksilölliset vanhuspalvelut, ennaltaehkäisevä toiminta / hyvinvointia tukevat palvelut ja yhteistyö eri toimijoiden kanssa.

2.2 Kansalliset terveysohjelmat

Kansalliset ja kansainväliset terveysohjelmat ovat merkittävässä roolissa terveyden edistämiseen liittyvien tavoitteiden asettamisessa. Suomessa meneillään olevat kansanterveysohjelmat pohjaavat tavoitteensa kansainvälisiin terveysohjelmiin, mutta keskittävät päähuomionsa Suomen valtakunnallisiin tarpeisiin. Terveyden edistämisen laatusuosituksen suosittelevat kuntia keskittymään omiin paikallisiin haasteisiin, huomioiden valtakunnalliset linjaukset ohjelmissaan.

Helsingissä järjestettiin kesäkuussa 2013 Maailman terveysjärjestö WHO:n toimesta Terveyden edistämisen kansainvälinen konferenssi (The 8th Global Conference of Health Promotion), jossa pääpainoalueena oli terveyden edistämisen huomiointi politiikassa. Terveys kaikissa politiikoissa -ohjelma perustuu Ottawan lausuntoon maailmanlaajuisen terveyden edistämisen tavoitteesta (1986) sekä Alma Ata julistukseen Primary Health Care (1978) periaatteita, joiden mukaan perusterveydenhuollon pitää osoittaa yhteisön terveysongelmat ja huolehtia kuntouttavien, ennaltaehkäisevien ja hoitavien palveluiden saannista. Nämä julkilausumat ovat yhä osa WHO:n Terveyttä kaikille -ohjelmaa. Konferenssissa haluttiin vastuutta valtioiden hallitukset terveyden edistämiseen huomioimalla terveysnäkökulma kaikessa poliittisessa toiminnassa. Terveys ei ole julkilausuman mukaan vain maiden terveydenhuollon vastuulla, vaan se edellyttää niin sisä- kuin ulkopoliittista vastuuta kaikessa päätöksenteossa. (WHO. The 8th Global Conference on Health Promotion 2013.)

Suomessa Terveys 2015 -kansanterveysohjelma pohjautuu Maailman terveysjärjestön WHO:n kansainväliseen Terveyttä kaikille -ohjelmaan. Terveys 2015 -kansanterveysohjelma pyrkii hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen eri hallinnonalojen ja terveydenhuollon yhteistyöllä. Ohjelmassa on kahdeksan päätavoitetta, jotka koskevat lasten hyvinvoinnin lisääntymistä, nuorten tupakoinnin vähentymistä, nuorten aikuisten miesten tapaturmien ja väkivaltaisten kuolemien alenemista, työikäisten työkyvyn ylläpitämistä ja eläkeiän myöhentymistä, **yli 75-vuotiaiden toimintakyvyn paranemista**, suomalaisten terveiden elinvuosien nousua, tyytyväisyyttä terveydenhuollon peruspal-

veluihin ja omaan terveydentilaan sekä väestön terveyden eriarvoisuuden vähentämistä. (Terveys kaikille 2015 ó kansanterveysohjelma 2001.)

Stakes on julkaissut vuonna 2008 raportin Terveyttä 2015 ó kansanterveysohjelman ohjaavuuden, toimeenpanon ja vaikuttavuuden arvioinnista. Raportti perustuu kunnanjohtajille suunnattuun kyselyyn ja kuntien edustajien ja terveyden edistämisen asiantuntijoiden haastatteluun keväällä 2007. Tutkimuksen johtopäätöksenä oli, että ohjelma vaatii uudistamista sosiaali- ja terveysministeriön ja kuntien yhteistyönä. Tulosten mukaan ohjelma on viety kuntien strategiaan melko hyvin, mutta toiminnan ja taloussuunnittelun tasolle viemisessä on ollut ongelmia. Resursseja tulisi löytää lisää sekä valtion että kunnan tasolla terveyden edistämistyöhön, tavoitteiden sisältöä tulisi jatkossa painottaa enemmän lapsiin ja huomioida uutena ryhmänä maahanmuuttajat. Muita uusia sisältötavoitteita tutkimuksen mukaan oli liikunta, ylipaino, masennus ja muut mielen-terveysongelmat, työuupumus ja syrjäytyminen. (Muurinen 2008.)

Vuonna 2012 julkaistussa Terveys 2015 ó kansanterveysohjelman väliarvioinnissa painotetaan ohjelman loppupuolella väestön terveyserojen kaventamista edelleen. Useisiin tavoitteisiin on ohjelman myötä päästy, kuten eliniän odote on kasvanut ja ikääntyneiden toimintakyky noussut. Lapsiperheiden toimeentulossa on tapahtunut heikentymistä ja huostaanottojen määrä on kasvanut. (Terveys 2015 -kansanterveysohjelman väliarviointi 2012.)

2.3 Terveyden edistämisen laatusuositukset ja toimintalinjat

Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut Terveyden edistämisen laatusuositus ó oppaan (2007), jonka tarkoituksena on jäsentää terveyden edistämisen toimintakenttää kuntapolitiikassa ja antaa selkeitä laatusuosituksia niiden toteuttamiseksi. Terveyden edistämisen laatusuositukset ovat jäsenneilty kuudeksi toimintalinjaksi, jotka jokainen sisältävät omat suosituksensa. Laatusuosituksen pohjaavat WHO:n Ottawan lausuntoon (1986). Toimintalinjat koskevat terveyden edistämisen johtamista, toiminnan suunnittelua ja toteutusta, yhteistyötä ja työnjakoa sekä terveyttä edistävän toiminnan ja osaamisen arviointia. Myöhemmin voimaan tullen Vanhuspalvelulain (980/2012) keskeiset velvollisuudet pohjaavat hyvin tämän laatusuosituksen toimintalinjoihin. (Terveyden edistämisen laatusuositus 2007.)

Terveyden edistämisen laatusuosituksen (2007) mukaan kuntien tulisi hyväksyä terveyden edistämisen näkökulma kuntapolitiikan toimintalinjaksi kaikessa päätöksenteossa. Terveyden edistäminen ei tarkoita uusia organisaatiomuutoksia eikä uusien toimintatapojen käynnistämistä, vaan kuntapolitiikan yhteistä tavoitetta lisätä väestön terveyttä, ehkäistä sairauksia ja vähentää väestön terveyseroja. (Terveyden edistämisen laatusuositus 2007.)

Ensimmäisenä toimintalinjana laatusuosituksessa kuntaa suositellaan rakentamaan terveyttä ja hyvinvointia edistävää toimintapolitiikkaa. Kuntapolitiikassa terveyden edistämisen johtaminen on poikkilinjaista eri hallintoalojen yli menevää prosessien johtamista. Suunnittelun lähtökohtana on paikallinen tieto hyvinvoinnista ja paikallisten olosuhteiden tuntemus. Terveyden edistämisen tavoitteet laaditaan yhteistyössä eri hallintoalueiden ja alueen eri toimijoiden kanssa perustaen ne paikallisiin tarpeisiin ja kansallisiin terveysohjelmiin. Kunnan hyvinvointistrategiaan kirjataan terveyden edistämisen painopistealueet, toimeenpanovastuut sekä toteutumisen seuranta ja arviointi. (Terveyden edistämisen laatusuositus 2007.)

Terveyttä edistävä elinympäristö tarkoittaa esteetöntä, turvallista, viihtyisää, virikkeellistä ja hyvinvointia edistävää elinympäristöä. Kunnan päätöksenteossa huomiota tulisi kiinnittää eri väestöryhmien ja riskiryhmien tarpeisiin, terveelliseen ympäristöpolitiikkaan ja kestäväan kehitykseen yhdyskuntasuunnittelussa. Kuntalaisilla pitäisi olla myös vaikuttamismahdollisuuksia elinympäristönsä koskevassa päätöksenteossa. (Terveyden edistämisen laatusuositus 2007.)

Kunnan tulisi kehittää hallinto- ja päätöksentekojärjestelmää niin, että terveyden edistämisen suunnitteluun osallistuminen yksin tai yhteisöstä käsin niin halutessaan, olisi mahdollista. Yhteisöllisyyden tukeminen ja yhteistyössä toimiminen kuntalaisten ja eri toimialojen kanssa terveyden edistämiseksi lisää osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksia terveyden edistämisen suunnitteluun, seurantaan ja arviointiin. Kunta voi myös lisätä yhteistyössä kolmannen sektorin tai eri terveystalalla toimijoiden kanssa kuntalaisten terveystietämystä terveystietämisen avulla. (Terveyden edistämisen laatusuositus 2007.)

Kunnan eri hallintoalojen henkilöstön tulisi olla selvillä terveyden edistämisen päämääristä ja tavoitteista. Kunta voi tarvittaessa järjestää koulutusta ja suunnittelupäiviä poikihallinnollisesti ja hyödyntää eri järjestöjen tai yksittäisten kuntalaisten asiantuntemusta kunnan asukkaiden terveyden edistämisessä. Koulujen opetussuunnitelmiin olisi hyvä sisällyttää terveyden edistämisen näkökulma ja terveellisten elämäntapojen tietoisuutta. Kuntalaisille tarjotaan myös yksilöllistä terveysneuvontaa eri elämänvaiheessa terveyden edistämisen tueksi. (Terveyden edistämisen laatusuositus 2007.)

Tieto terveyden edistämisestä perustuu tutkimukseen ja ammatilliseen osaamiseen. Se on suunnitelmallista toimintaa terveyden lisäämiseksi, sairauksien ehkäisemiseksi ja terveyserojen kaventamiseksi. Kansanterveyslaki (66/1972) sisältää terveyden edistämistyön perustehtävät. Terveyttä edistävien peruspalveluiden lähtökohtana on moniammatillinen yhteisyö ja riittävien voimavarojen varaaminen ennaltaehkäisevään työhön. Terveyttä edistävän hoitokulttuurin luominen perusterveydenhuoltoon edistää kokonaisvaltaisen käsityksen muodostumista terveydestä sekä henkilökunnan että asiakaskunnan taholla. (Terveyden edistämisen laatusuositus 2007.)

Terveyden edistämisen tavoitteiden ollessa selkeitä on helpompi luoda toimivaa arviointikulttuuria. Terveysteen liittyvien vaikutusten seurannan, terveydentilan muutosten ja väestön terveydentilan kehityksen seurannan avulla voidaan arvioida asetettujen hyvinvointitavoitteiden toteutumista. Arvioinnin avulla voidaan kohdentaa voimavaroja tarvittaessa uuteen suuntaan ja näin pysyä paikallisella tasolla terveyden edistämässä ajan tasalla. (Terveyden edistämisen laatusuositus 2007.)

2.4 Terveyden edistäminen kunnan tehtävänä

Wilskman, Ståhl, Muurinen ja Perttilä (2008) ovat tutkimuksessaan Väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnissa, raportoineet kunnanjohtajien kyselyn tuloksia Terveys 2015 ó kansanterveysohjelman toimivuudesta ja toimeenpanosta. Vastaajat arvioivat, että tuki ohjelman toteuttamiseen oli ollut vähäistä ja siihen toivottiin lisää työkaluja ja mittareita. Koko ohjelman toivottiin olevan vieläkin konkreettisempi ja rahaa ohjelman toteuttamiseen koettiin olevan liian vähän kuntatasolla. (Wilskman, Ståhl, Muurinen & Perttilä 2008.)

Puoli vuotta kunnanjohtajien kyselytutkimusta aikaisemmin oli ilmestynyt Terveyden edistämisen laatusuositukset (2007) ja tuloksissa ilmeni, etteivät ne olleet levinneet kunnissa juuri lainkaan sosiaali- ja terveystoimen ulkopuolella. Kuntakoolla oli niiden käsittelyssä eroja siten, että kuntakoon kasvaessa laatusuositusten käsittely lisääntyi erityisesti sosiaali- ja terveyslautakunnissa. Laatusuosituksissa pidettiin tärkeänä, että terveyden edistämisen tavoitteet perustuvat kuntalaisten terveystarpeisiin ja paikallisiin olosuhteisiin. Wilskman ym. (2008) tutkimuksessa ilmeni, että kuntalaisten vaikuttamismahdollisuudet koettiin hyviksi, mutta hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä koskevia tavoitteita oli laadittu ainoastaan neljännesosassa kuntia. Vain kolmannes kunnista piti kirjallista seuranta- asukkaiden hyvinvointi- ja terveystiedosta, esimerkiksi vuosittaista hyvinvointikertomusta, joka laatusuositusten mukaan on tärkeä tuki päätöksenteossa. Valtakunnallinen tavoite väestön terveyserojen kaventumisesta ei kunnissa ollut toteutunut, koska kuntien johto ei saanut mielestään riittävästi tietoa sosioekonomisten väestöryhmien välisistä terveyseroista tiedon hajautuneisuuden ja hankalan tavoitettavuuden takia. Tästä johtuen toimien vaikuttavuutta ei ole voitu seurata. Kunnat kuitenkin kokivat monilla toimillaan, kuten toimivilla peruspalveluillaan ja ennaltaehkäisevällä työllään, olevan terveyserojen kasvuun vähentävää vaikutusta. (Wilskman ym. 2008.)

Tukian, Lehtisen, Saariston ja Vuoren (2011) tekemän THL:n Väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnissa raportin mukaan, kunnat olivat pääsääntöisesti sitoutuneita Terveys 2015 ó kansanterveysohjelman tavoitteisiin. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vastuutahot olivat yhä epäselviä ja yli puolella kunnista puuttui väestön terveyserojen kaventamisen tavoite kuntastrategiasta. Vain kolmannes kunnista oli perustanut hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmän ja seurasi terveystoimien vaikuttavuutta väestöön. Vieläkin huomiota pitää raportin mukaan suunnata terveysero-

jen kaventamiseen ja vastuutahojen nimeämiseen. Positiivista edistymistä on kuitenkin tapahtunut hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteen sisällyttämisessä kuntastrategioihin, vaikkakin asia tarvitsee yhä edelleen tehostamista useissa kunnissa. (Tukia, Lehtinen, Saaristo & Vuori 2011.)

Perttilä (1999) on tehnyt laajan nelivaiheisen tutkimuksen Terveyden edistäminen kunnan tehtävänä. Vaikka tutkimus on vanha, hän käytti sitä materiaalina Helsingissä maaliskuussa 2013 Kasvaako eriarvoisuus? Tulevaisuuden hyvinvointia tekemässä ó konferenssissa, jossa hän esiintyi yhtenä puhujana aiheenaan Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kuntatyössä, kehittämistyöstä toimiviin käytäntöihin. Hänen ensimmäisen osatutkimuksensa kohteena olivat kunnallisten päättäjien käsitykset terveydestä ja sen edistämisestä. Kuntapäättäjät määrittelivät terveyden taudin puuttumisena, hyvinvointina, terveyden kokemuksena ja elämänhallintana, toimintakykynä sekä elämänarvona. (Perttilä, 1999.) Haapalan (2008) tutkimuksen mukaan luottamushenkilöiden näkemys terveydestä oli samansuuntainen. He olivat asettaneet tärkeimmälle sijalle kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin, tasapainoisen ja tyytyväisen elämän, toimintakykyisyyden ja terveyden arvokkaimpana elämänarvona. (Haapala 2008.)

Perttilän (1999) tutkimuksen mukaan terveyden edistämässä päättäjät kiinnittivät huomiota yksilön valintaan ja vastuuseen, terveystasvatukseen ja terveystalveluihin, yhteistoiminnallisen terveellisen elämän mahdollistamiseen, terveyttä edistävään yhteiskuntapolitiikkaan, terveyttä tuottavaan ympäristöön sekä yhdyskuntasuunnitteluun (Perttilä 1999). Haapalan (2008) tutkimuksessa terveyden edistäminen oli terveellisiä elämäntapoja, vastuun ottamista omasta hyvinvoinnista, elämänhallintaa sekä yksilön ja yhteisön voimavaraistumista (Haapala 2008.) Kun Perttilä (1999) oli ristiintaulukoinut terveystasvatuksen ja terveyden edistämisen, tulosten mukaan on todennäköistä ymmärtää terveyden edistäminen yksilöön kohdistuvina toimintoina, jos terveystasvitys on sairauskeskeinen. Jos taas terveys koetaan monimuotoisena hyvinvointina, terveyden edistäminen nähdään enemmän yhteiskunnallisena toimintana. (Perttilä 1999). Haapala (2008) oli tutkimuksessaan vielä eriyttänyt terveyden edistämisen toiminnan, jonka päättäjät näkivät terveystasvatuksen toteuttamisena, lähimmäisen huolenpitona, terveystasvatkampanjointina sekä asuin- että elinympäristön suojeluna. (Haapala 2008.) Haapalan tutkimuksessa on näkyvissä tämän päivän linja, jossa yhä enemmän terveyden edistäminen mielletään laajempaan kuin vain sosiaali- ja terveydenhuollon asiana. Samoin ter-

veysneuvonnan jakamista kouluissa, työpaikoilla, kaikkialla missä ihmiset kokoontuvat, pidetään nykyisin tärkeänä ja hyvänä kanavana lisätä ihmisten terveystietoisuutta.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksella (THL) on meneillään useita hankkeita, joiden avulla kuntia tuetaan terveyden edistämiseen tähtäävässä politiikassa. Terve Kunta -verkosto on hanke, johon kunnat voivat verkostoitua ja saada sen kautta tukea terveyden edistämisen strategiseen johtamiseen, toimintamuotojen ja toiminnan arviointiin. (THL, Terve Kunta -verkostohanke.) Terveyden edistämisen kuntatuki on hanke, joka tukee kuntien terveyden edistämistä terveydenhuoltolain edellyttämällä tavalla. Hanke on aloitettu vuoden 2013 alussa ja se toteutetaan alueellisesti. Hankkeessa tunnistetaan ja kuvataan terveyden edistämisen käytäntöjä ja alueellisia kehittämistarpeita sekä tarjotaan tietopohjaa niiden toteuttamiseen. (THL, Terveyden edistämisen kuntatuki.)

3 TERVEYDEN EDISTÄMINEN KÄSITTEENÄ

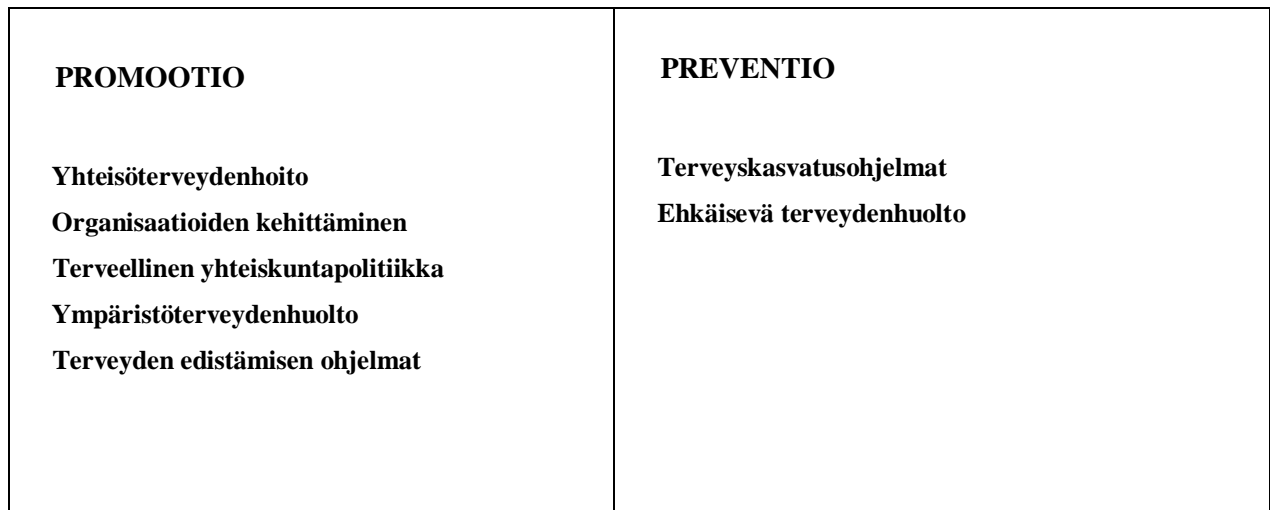
WHO: n määritelmän mukaan terveys on täydellisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila eikä pelkästään sairauden poissaoloa. (WHO 1948.) Määritelmää on arvosteltu liian ankaraksi, koska tuskin kukaan meistä täyttää sen vaatimat kriteerit. Määritelmän tilalle on esitetty toimintakykyä, elämänlaatua ja hyvinvoinnin kokemusta kuvaava määritelmä: öTerveys on yksilön kykyä sopeutua ja itse korjata sosiaalisen, fyysisen ja tunne-elämään liittyvän haasteen aiheuttamat häiriötö (THL 2011). Terveysten uusi määritelmä näyttäisi sopivan hallitusohjelman tavoitteisiin, jossa keskeinen tavoite on väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen. (THL 2011.)

3.1 Terveysten edistämisen viitekehys

Tutkimuksessani käytän terveyden edistämisen viitekehystenä Savolan & Koskinen-Ollonqvistin (2005) kehittämää kuviota (kuvio 1), jonka he ovat esittäneet kirjassaan Terveysten edistäminen esimerkein, käsitteitä ja selityksiä (2005.) He ovat määritelleet terveyden edistämisen seuraavasti: öTerveysten edistäminen on arvoihin perustuvaa tavoitteellista ja välineellistä toimintaa ihmisten terveyden ja hyvinvoinnin aikaansaamiseksi ja sairauksien ehkäisemiseksi (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005). Kirjan mukaan terveyden edistämistä ohjaavat **arvot** ovat ihmisarvon ja itsenäisyyden kunnioittaminen, tarvelähtöisyys, omavoimaistaminen, osallistaminen, kulttuurisidonnaisuus ja kestävä kehitys. (Savola & Koskinen- Ollonqvist 2005.)

Myös Kylmä, Pietilä ja Vehviläinen-Julkunen (2002) pitävät arvoja terveyden edistämisen toiminnan lähtökohtana. Keskeisenä arvona nähdään ihmisarvon kunnioittaminen. (Kylmä, Pietilä & Vehviläinen-Julkunen 2002.) Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE määrittelee myös ihmisarvon kunnioittamisen yhdeksi terveydenhuollon periaatteeksi. (ETENE julkaisu 1 2001.)

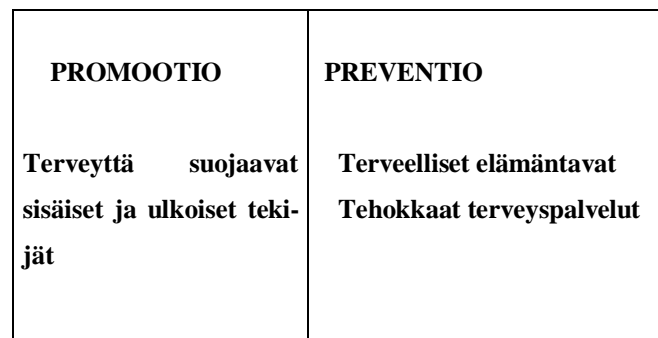
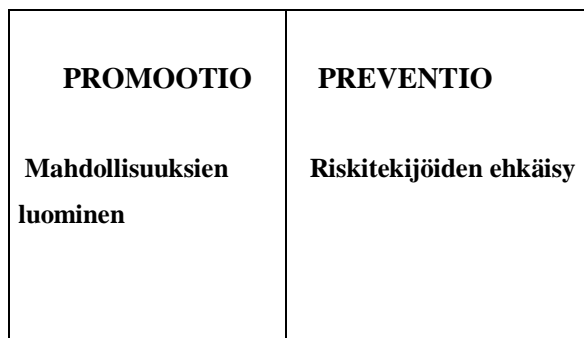
TOIMINTA



TAVOITTEET



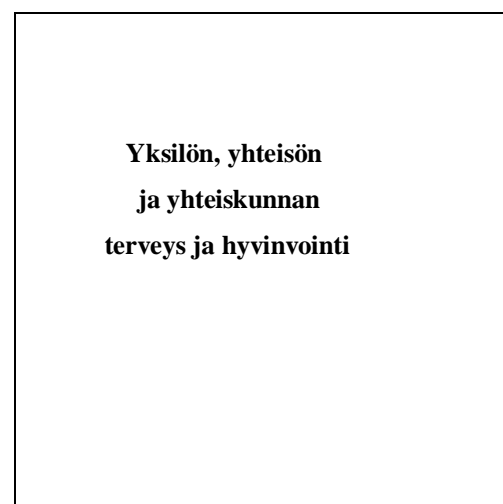
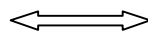
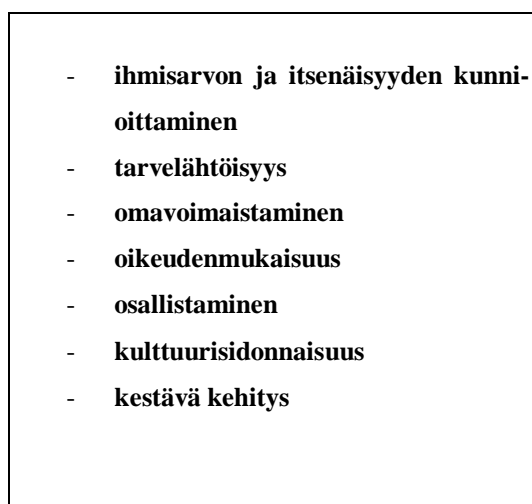
TULOKSET



ARVOT



VAIKUTUKSET



Kuvio 1 Terveyden edistämisen viitekehys Savola & Koskinen-Ollonqvistin mukaan. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005.)

Valittujen arvojen pohjalta määritellään terveyden edistämisen **tavoitteet** promotiivisesta ja preventiivisesta näkökulmasta. Promotiivinen terveyden edistäminen on sellaisten sisäisten ja ulkoisten mahdollisuuksien luomista yhteisössä, jotka ylläpitävät ja vahvistavat terveyttä suojaavia tekijöitä. Preventiivinen terveyden edistäminen on taas sairauksien ehkäisemistä. Sisäisten ja ulkoisten mahdollisuuksien luomisen näkökulmassa painopiste on voimavaralähtöisessä toiminnassa, kun taas sairauksien ehkäisemisessä näkökulma on enemmän ongelmanratkaisukeskeistä. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005.) Empowerment eli voimaantuminen on keskeinen käsite sisäisten ja ulkoisten mahdollisuuksien luomisessa terveyden edistämisen tavoitteita määriteltäessä. Yksilön oma vastuu ja valmiudet asettaa omat tavoitteensa terveytensä ylläpitämisessä ja edistämässä korostuu voimaantuneella yksilöllä. (Koponen, Hakulinen & Pietilä 2002.) Voimaantumisen käsitettä tarkastellaan tässä tutkimuksessa myöhemmin omana kokonaisuutenaan sen keskeisyyden vuoksi terveyden edistämässä.

Terveyden edistämisen **toiminnan** suunnittelussa terveyden edistymisen mahdollisuuksien luomisen näkökulma painottaa terveellistä yhteiskuntapolitiikkaa. Terveyden edistämisen näkökulma tulisi olla kaikessa kuntapolitiikassa suodatin, jonka läpi päätöksiä katsotaan. (Savola & Koskinen- Ollonqvist 2005.) Kun kunnan strategiassa sekä toiminta- ja taloussuunnitelmassa vahvistetaan terveyden edistämisen näkökulma tärkeänä arvona, se sitouttaa päättäjiä ottamaan huomioon väestön terveydentilan edistämisen, sairauksien vähentämisen ja väestön terveyserojen tasoittamisen kuntapolitiikassa. (Terveyden edistämisen laatusuositus 2007). Myös Perttilä (1999) tutkimuksessaan painottaa kuntapäätäjien yhteistyön lisäämistä eri toimijoiden kesken, päättäjien terveystietoisuuden lisäämistä ja kansalaisten osallistumisen tukemista. Perttilän (1999) mukaan terveyden edistämisen toimintamuotoja on kolmessa tasossa: ensimmäisenä on **strateginen taso**, jossa luodaan toimintaedellytykset ja otetaan terveystietoisuus huomioon päätöksenteossa, toisessa tasossa on **palvelujärjestelmien hallinnollinen vastuu** terveyden edistämässä, jossa tärkeää on ennaltaehkäisevän työn arvostus ja strategioiden toimeenpano ja kolmantena tasona **ammattillinen osaaminen**, jossa painopisteenä on tietojen välittäminen terveystarpeista ja ó ongelmista sekä edellytysten luominen perustoiminnalle. (Perttilä 1999.)

Kunnan terveyden edistämistyön **tuloksia** Savola & Koskinen-Ollonqvist (2005) tarkastelevat elinolojen ja elämänlaadun paranemisen kautta. Ottawan asiakirjassa yksi tärkeimmistä toimintalinjoista on tuottaa terveyttä tukevia toimintaympäristöjä (WHO

1986.) Elämänlaadun paraneminen on jokaisen ihmisen subjektiivinen kokemus. Sosiaalinen pääoma on taas ihmisten kykyä toimia yhdessä yhteisten tavoitteiden toteutumiseksi. Savola & Koskinen-Ollonqvistin (2005) mielestä hyvä terveyden lukutaito, joka tarkoittaa yksilön tietoja ja taitoja terveydestä sekä hänen kykyään käyttää niitä hyväkseen oman terveytensä edistämiseksi, on tärkeää terveyden omavoimaistamisessa. Terveystietämyksen lisääminen nostaa yksilön terveyden lukutaitoa ja tässä roolissa kunnat voivat olla avainasemassa. (Savola & Koskinen- Ollonqvist 2005).

Savola & Koskinen-Ollonqvist (2005) tuovat esille kirjassaan terveyden edistämisen työryhmän tarpeellisuuden terveystietämyksen vahvistamiseksi. Terveystietämystä kuvaava terveyspolitiikan laajuus ja tehokkuus, terveyden edistämisen rahoitus, koulutuksen ja palveluiden saatavuus sekä vapaa-ajan toiminnan aktiivisuus. Työryhmän perustehtävänä on koko organisaation hyvinvointiosaamisen kehittäminen siten, että kunta-laisten tiedot terveydestä lisääntyvät ja terveystietäytyminen paranee. Työryhmä koordinoi ja johtaa terveyden edistämistä, esittää vuosittaiset tavoitteet ja toimenpiteet kunnan talousarvioon ja ó suunnitelmaan sekä arvioi terveyden edistämisen toimintamuotoja ja tuottaa tietoa terveyden edistämisen mahdollisuuksista ja keinoista. Työryhmä on kokoonpanoltaan poikkihallinnollinen kuntapolitiikassa, jotta kaikki toimialat tulisivat edustetuiksi tasapuolisesti. Työryhmän tehtäväkuvaan kuuluu terveyden edistämisen työn **vaikuttavuuden** arviointi, joka on olennainen osa terveystietämysohjelmaa. (Savola & Koskinen- Ollonqvist 2005.)

3.2 Voimavaralähtöisyys terveyden edistämässä

Siitonen (1999) on kehittänyt voimaantumisteorian väitöskirjatutkimuksessaan. Hän määrittelee voimaantumisen eli empowerment-käsitteen sisäiseksi voimantunteeksi, joka lähtee ihmisestä itsestään ja on henkilökohtainen ja sosiaalinen prosessi, jossa voimaa ei voi antaa toiselle. Voimaantuminen vaikuttaa katalyytin tavoin sitoutumiseen: heikosta voimaantumisesta seuraa heikko sitoutuminen, kun taas vahvasta voimaantumisesta seuraa vahva sitoutuminen. Voimaantuminen ei ole pysyvä tila, vaan tarvitsee tukea ja sen mahdollistavia toimenpiteitä ympäristöltään. (Siitonen 1999.)

Voimaantuminen on Siitosen (1999) mukaan prosessinomainen tapahtumasarja, jota jäsentää yksilön päämäärät, kykyuskomukset itsestään, kontekstiuskomukset ja emooti-

ot ja näiden väliset suhteet. Yksilön päämääränä ovat hänen toivottu tulevaisuuden tilansa, jonka valitsemiseen hänellä on vapaus. Päämäärää ohjaavat yksilön arvot, joihin hän haluaa pyrkiä. Kykyuskomuksia ovat minäkäsitys ja itseluottamus ja ó arvostus. Yksilöllä täytyy olla usko siihen, että on kykeneväinen saavuttamaan tavoitteensa. Kontekstiuskomukseen taas liittyy ympäristön hyväksyntä ja luottamus. Onko yksilön lähi-ilmapiiiri tukeva ja arvostava ja lähteekö tavoite hänestä itsestään vai ympäristön paineesta. Toimintaympäristön täytyy olla myös sellainen, ettei se estä yksilön tavoitteiden saavuttamista. Emootioista oma toiveikkuus ja onnistumisen kokemukset luovat positiivista latausta, jossa voimaantuminen voi tapahtua. Tämä prosessi on Siitosen (1999) mukaan käytävä kokonaisuudessaan läpi, että voimaantumista voi tapahtua. (Siitonen 1999.)

Koskinen ó Ollonqvist, Aalto-Kallio, Mikkonen, Nykyri, Parviainen, Saikkonen ja Tamminiemi (2007) ovat käsitelleet kirjassaan Rajoilla ja ytimessä, terveyden edistämisen näyttäytymistä väitöskirjatutkimuksissa omavoimaistamista. He määrittelevät prosessin yhtäläiseksi Siitosen (1999) kanssa. Kirjassa terveyden edistämisen käsite perustuu näkemykseen terveydestä yksilön ja yhteisön voimavarana, jolloin on keskeistä, että yksilö voimaantuu ja ottaa itse vastuun terveyteen vaikuttavista päätöksistään ja toimintaan. Omavoimaistuminen lisää hyvinvointia ja vähentää ongelmia, koska voimaantunut yksilö osaa hakea tietoa, kehittää terveystaitojaan ja hakeutua yhteistyöhön ammattilaisten kanssa terveyteensä liittyvissä asioissa. (Koskinen ó Ollonqvist, Aalto-Kallio, Mikkonen, Nykyri, Parviainen, Saikkonen & Tamminiemi 2007.)

Terveyden lukutaito on tiedollista ja sosiaalista taitoa hakea ja käyttää terveystietoa terveyttä ylläpitävällä tavalla. Yksilön tiedon saannin mahdollisuus ja sen käyttämisen vahvistaminen on tärkeää voimaannuttamisessa. Yksilöiden tietoisuuden lisääminen liittyy terveyden lukutaitoon. Hyvä esimerkki Suomessa on terveystiedon opetus kouluissa, jossa oppilas saa tietoa terveyteen vaikuttavista asioista, osaa hakea tarvittavia palveluja terveysongelmiinsa ja saa tietoa yleisimmistä kansansairauksistamme ja niiden ehkäisystä. (Savola & Koskinen ó Ollonqvist 2005.)

Jyväskylässä on kehitetty malli voimavarahoitajasta voimavaralähtöisen hoito- ja palvelusuunnitelman turvaajana. Mallissa on kyse siitä, että yhdessä asiakkaan kanssa käydään läpi hänen päivittäisiä toimiaan ja etsitään selviytymispolkuja hänen arkeensa. Olennaista on nähdä asiakkaan olemassa olevat mahdollisuudet eikä lähteä palkitse-

maan avuttomuutta. Voimavarahoitajamalli tukeutuu inhimillisen toiminnan malliin, jossa keskeisiä käsitteitä ovat tahto, tottumus ja suorituskkyky. Voimavarahoitajalla on reilusti aikaa asiakkaalle ja hänellä on mahdollisuus reagoida asiakkaan muuttuviin tilanteisiin. Hänellä on aikaa myös aktivoida asiakkaan verkostoja ja saada hoitoon mukaan muitakin ihmisiä kuin kotihoidon hoitajat. (Verlin, Röppänen & Koivisto.)

4 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän tutkimuksen tavoitteena on kehittää vanhushpalveluita Petäjävedellä vastaamaan vanhushpalvelulain, laatusuositusten ja kansallisten terveysohjelmien vaatimuksia, huomioiden asukkaiden toiveet, odotukset ja tarpeet niiden järjestämisessä. Uusi vanhushpalvelulaki tuo kunnat suurten haasteiden eteen siinä, miten ne saavat järjestettyä lain edellyttämät palvelut ikääntyville väestöllisen huoltosuhteen noustessa koko ajan. Huoltosuhdetta käytetään alueellisessa väestövertailussa ja se kuvaa sitä, kuinka paljon ei-työkäisiä eli huollettavia on yhtä työkäistä kohden. Suomen huoltosuhteen keskiarvo on tällä hetkellä 54,3 % ja Petäjävedellä huoltosuhte on tällä hetkellä 66.7 % (Hyvinvointikompassi 11/2013.)

Ennen vanhushpalvelulain voimaantuloa, syksyllä 2012, Petäjäveden vanhushpalveluiden toimintayksikössä alettiin valmistella uutta vanhustyönstrategiaa, jonka avulla pyritään järjestämään ikääntyvälle väestölle lain edellyttämät palvelut. Vanhustyön strategian suunnittelu aloitettiin kokoamalla kehittämistyöstä kiinnostuneet yhteisiin koulutuspäiviin. Koulutuspäivillä ideoitiin GOPP-työpajan (Goal Oriented Project Planning) avulla strategian arvot, tavoitteet ja toimintatavat. Vanhustyönstrategiaa kehitettiin kolmessa työryhmässä, joiden vastuualueena olivat yksilölliset vanhushpalvelut, ennaltaehkäisevä / hyvinvointia tukevat palvelut ja yhteistyö eri toimijoiden kanssa.

Opinnäytetyöni aihe on noussut käytännön työelämän tarpeesta ja on yksi osa-alue ennaltaehkäisevän / hyvinvointia tukevan työryhmän selvityksestä vanhushpalvelustrategiaan. Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa asukkaiden toiveita ja odotuksia ikäneuvolapalveluiden kehittämiseen sekä saada tietoa sisällöstä, joka vastaisi asukkaiden tarpeita terveyden edistämisen osalta. Tutkimuksen teoriaosassa selvitetään myös millaisia vaatimuksia ja suosituksia Vanhushpalvelulaki, terveyden edistämisen laatusuositukset ja kansalliset terveysohjelmat antavat yli 65-vuotiaiden palveluiden järjestämiseksi kunnille.

Tutkimuksessa haetaan vastausta kahteen kysymykseen:

1. Mitä toiveita ja odotuksia Petäjaveden kunnan yli 65-vuotiailla asukkailla on ikäneuvolatoiminnasta?
2. Minkälaiset terveyteen liittyvät asiat ovat heidän mielestään tärkeimpiä tällä hetkellä?

5 TUTKIMUKSEEN OSALLISTUJAT JA AINEISTON HANKINTA

Tähän tutkimukseen valittiin kvantitatiivinen lähestymistapa, strukturoidun kyselylomakkeen toimiessa tiedonkeruumenetelmänä. Sen avulla oli mahdollista saada kattava otos Petäjaveden kunnan asukkaiden toiveista ja odotuksista, joiden pohjalta ikäneuvolan toimintaa on mahdollista kehittää. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa on tärkeää laatia aluksi tutkimukselle teoreettinen viitekehys, jonka pohjalta määritellään keskeiset käsitteet ja luodaan mahdolliset hypoteesit (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009.) Tässä tutkimuksessa teoreettisen viitekehyksen muodostaa lainsäädäntö, terveyden edistämisen laatusuositukset ja kansalliset terveysohjelmat. Tutkimuksen keskeiset käsitteet on määritelty aikaisempien tutkimusten ja alan kirjallisuuden pohjalta. Hypoteeseja ei muodostettu, vaan tutkimus pyrkii kartoittamaan asukkaiden toiveita ja odotuksia, ei osoittamaan oikeaksi tai vääräksi väittämiä.

5.1 Tutkimusprosessi

Tutkimusprosessi aloitettiin syyskuun lopussa 2013 keskustelemalla Petäjaveden kunnan palvelujohtajan kanssa opinnäytetyön aiheesta ja sen mahdollisesta hyödyistä ikäneuvolan kehittämistyössä. Ikäneuvola-aihe oli noussut kiinnostuksen kohteeksi jo aikaisemmin kotisairaanhoidajan työssä, jossa sellaiselle palvelulle tuntui olevan tarvetta. Ensimmäisessä keskustelussa sovittiin tutkimusongelmat ja määrällisen tutkimusmetodin käytöstä tulosten analysoinnissa. Keskustelussa kartoitettiin myös Petäjaveden 65-vuotiaiden ja vanhempien määrä sekä päätettiin otoksen suuruus perustaen se aikaisempien kyselyjen vastausprosenttiin.

Opinnäytetyön postituskustannuksiin Petäjaveden sosiaalihoitaja lupasi maksetut kirjekuoret sekä vastauskuoret. Alkuvaiheessa sovittiin tutkimustulosten esittäminen keväällä 2014 kunnan päättävälle taholle, jonka kokoonpanon palvelujohtaja määrittelee myöhemmin.

Tutkimukselle haettiin lupa lokakuussa ja tutkimussuunnitelma valmistui joulukuussa 2013. Opinnäytetyön teoreettista viitakehystä kirjoitettiin joulukuusta 2013 helmikuuhun 2014. Yksi tutkimusongelma jätettiin pois, koska sisältöpalautteen perusteella sii-

hen ei nähty tarvetta. Lopullisiksi tutkimusongelmiksi muodostui kaksi tässä raportissa esitettyä tutkimusongelmaa.

Kyselylomakkeen laatiminen aloitettiin yhtä aikaa teoreettisen viitekehyksen kirjoittamisprosessin kanssa ja se saatiin testattavaksi ennen joulua. Muutokset siihen tehtiin testausten perusteella. Joulukuussa 2013 suoritettiin kunnan talouspäällikön kanssa satunnaisotanta ja kyselylomakkeet postitettiin 7.1.2014. Niihin merkittiin palautuspäivämääräksi 24.1.2014.

Palautetut kyselylomakkeet analysoitiin SPSS -tilasto-ohjelmalla, jonka käyttöä opetettiin avoimen yliopiston verkkokurssilla, kirjojen avulla ja toisen opinnäytetyön ohjaajan kanssa. Tutkimustuloksia analysoitiin koko kevään 2014 ajan ja ne saatiin lopullisesti kirjoitettua huhtikuun alussa. Opinnäytetyö annettiin ensimmäisen kerran kokonaisuudessaan arvioitavaksi huhtikuun 7. päivä. Se esitettiin Mäntässä Tampereen ammattikorkeakoulun toimipisteessä 16.4.2014.

5.2 Mittarin laadinta ja analysointi

Määrällisessä tutkimuksessa käytetään tavallisimmin tiedonkeruumenetelmänä strukturoitua kyselylomaketta. Hirsjärven ym. (2009) mukaan voidaan puhua survey-tutkimuksesta, kun vakioidulla kyselylomakkeella kysytään tietyistä perusjoukosta poimitulta otokselta sama asiasisältö samalla tavalla. Kyselytutkimuksen etuna on, että tietoa voidaan saada laajasta tutkimusaineistosta, se on edullinen tiedonkeruun tapa ja aikataulullisesti melko nopea. Kyselylomakkeen yhtenä etuna on myös, että vastaaja jää tuntemattomaksi. (Hirsjärvi ym. 2009). Tässä tutkimuksessa päädyttiin juuri näistä syistä strukturoituun kyselylomakkeen käyttöön.

Kyselytutkimukseen liittyy myös haittapuolia, jotka on hyvä tiedostaa kysymyslomaketta laadittaessa kuin myös analysointivaiheessa. Vastaajat vastaavat kotonaan itsenäisesti kysymyksiin, heidän suhtautumistapaansa vastaamisen huolellisuuteen ei voida tietää, vastaajat voivat myös tulkita kysymyksiä eri tavalla kuin laatija on tarkoittanut ja kysymysten sisällöt jäävät pinnallisemmiksi kuin haastattelumenetelmällä kerätty aineisto. (Hirsjärvi ym. 2009.)

Tässä tutkimuksessa kyselylomake pyrittiin laatimaan erittäin selkeäksi ja yksinkertaiseksi. Se testattiin neljällä henkilöllä, jotka edustivat tutkimusjoukon ikäryhmää. Se testattiin lisäksi kolmella työikäisellä henkilöllä. Testaamisen jälkeen kyselylomakkeeseen tehtiin heidän mainitsema muutokset.

Kyselylomakkeen kysymykset jaoteltiin seitsemään osioon (liite 1.), joita olivat taustatiedot, oma terveydentila, terveyden merkitys, terveystieteiden kunnatieteiden osasto, terveyspalvelut, osallistumishalukkuus ja terveysongelmat. Aihealueet nousivat esiin terveyden edistämisen laatusuosituksista, terveyden edistämiseen liittyvästä kirjallisuudesta ja tutkimuksista sekä vanhuspalvelulain sisällöstä.

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa muuttujille annetaan arvo, joka SPSS -ohjelmassa täytyy olla numeraalinen. Tutkimustulokset syötetään numeraalisessa muodossa havaintomatriisiin, jotta ne voidaan käsitellä tilastomenetelmillä. (Vilka, 2005.) Tässä tutkimuksessa kyselylomakkeen tiedot syötettiin Excel 2007 -taulukko-ohjelmaan sekä IBM SPSS Statistics-ohjelmaan, josta käytetään myös nimitystä SPSS 18 -ohjelma. Matriisin informaatio muutettiin SPSS 18 -ohjelman avulla frekvensseiksi, prosentteiksi sekä eri muuttujien väliseksi ristiintaulukoinneiksi. SPSS 18 -ohjelman opettelemisessa käytettiin tässä tutkimuksessa apuna kahta kirjaa, Oulun yliopiston ohjekirjaa IBM SPSS Statistics Perusteet (2011) sekä Johdatus kvantitatiivisiin analyysimenetelmiin SPSS for Windows-ohjelman avulla (2004), jotka molemmat osoittautuivat erittäin hyväksi avuksi analysoinnissa. (Karhunen, Rasi, Lepola, Muhli & Kanninen, 2011; Yli-Luoma 2004).

5.3 Aineiston hankinta

Yksinkertaisessa satunnaisotannassa perusjoukkoon kuuluvat havaintoyksiköt numeroidaan ja arvotaan systemaattisessa järjestyksessä mukaan otantaan. (Vilka 2005.) Tässä tutkimuksessa perusjoukko (N=864) järjestettiin aakkosjärjestykseen Excel-taulukkoon ja laskettiin otantaväli halutun otosmäärän perusteella. Myös Metsämuuronen (2003) mukaan tunnetusta perusjoukosta voidaan valita sattumanvaraisesti haluttu aineisto mukaan esimerkiksi antamalla jokaiselle perusjoukon jäsenelle oma numero, arpomalla aloittava jäsen ja ottamalla lasketun poimintavälin mukaan perusjoukosta haluttu määrä jäseniä (Metsämuuronen 2003).

Tutkimuksen otos valittiin Petäjäveden kunnan talouspäällikön kanssa käyttäen satunnaisotantaa Kuntanetin väestörekisteristä. Aloittava numero arvottiin ja sen jälkeen valittiin systemaattisesti joka kolmas asukas aakkosjärjestyksen perusteella mukaan tutkimukseen. Otoksesta poistettiin Petäjäkodin palvelutalolla ja Pihlajarinteellä asuvat henkilöt, koska he ovat päivittäisen avun piirissä säännöllisesti. Otokseen valittiin mukaan aina seuraavana aakkosjärjestyksessä oleva henkilö. Tällä tavoin otoksen kooksi muodostui 288 asukasta. Seuraavalle arvontakierrokselle arvottiin uusi aloitusnumero ja valittiin jäljelle jääneestä joukosta joka 75. asukas, jolloin otoksen kokonaisluvuksi tuli 300.

Kyselylomakkeiden postitus suoritettiin kolmen viikon kuluttua arvonnasta väliin sattuvan joulun takia. Tällöin otos tarkistettiin vielä läpi ja siitä poistettiin 7 asukasta kuolemantapausten ja asumispalveluun muuton takia, joten otoksen lopulliseksi kooksi muodostui 293 kyselylomaketta (n=293).

6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Kyselytutkimuksen vastausprosentti ylitti odotukset, koska kyselylomakkeista palautui 61 % (180 kpl). Palautuneista kyselylomakkeista jouduttiin jättämään analysoimatta 7 kappaletta, joiden vastaukset olivat puutteellisia tai tulkinnanvaraisia. Otoksiksi muodostui 173 palautettua kyselyä, joka vastaa viidesosaa tutkimuksen perusjoukosta.

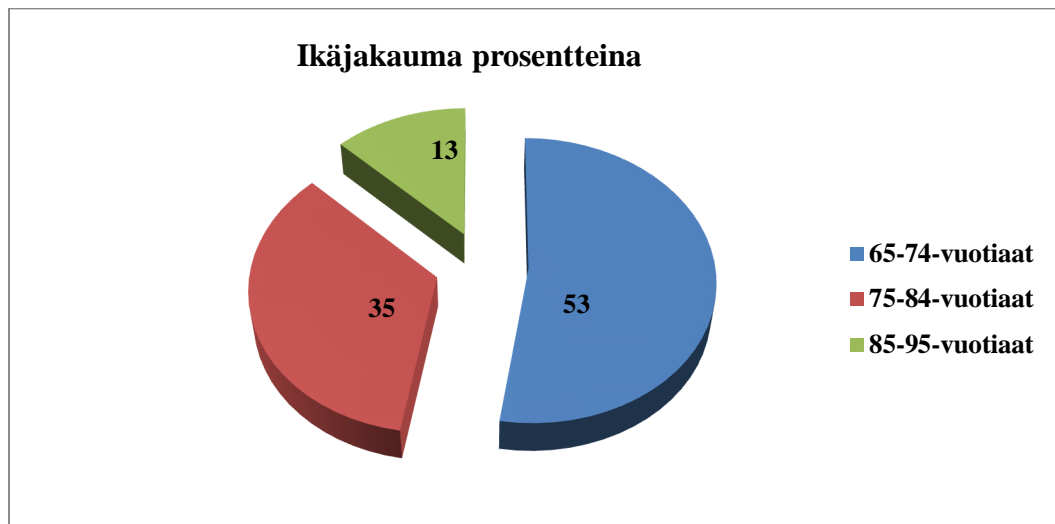
Kyselylomakkeesta jätettiin tarkoituksella pois tutkimuksen tekijän nimi, koska tekijä on Petäjäveden kunnan entinen työntekijä, eikä haluttu ikäneuvolan kehittämistyön henkilöityvän mitenkään häneen. Kyselylomakkeessa ei myöskään mainittu, että tutkimus tehdään opinnäytetyönä ja tämä oli selkeä puute.

6.1 Taustamuuttujat

Satunnaisotannan tarkoitus toteutui hyvin tässä tutkimuksessa. Otokseen valikoitui mukaan kokonaisotoksesta 54 % keskustan alueen asukkaita ja 46 % haja-asutusalueen asukkaista. Sukupuolijakauma oli myös tasainen, 54 % naisia ja 46 % miehiä. Suurin osa vastaajista asui puolison kanssa 58 % ja yksin asuvia oli 38 %. Loput vastaajista 4 % asui lasten kanssa tai muulla tavoin. Muulla tavoin asuminen tarkoitti yhteisössä asumista.

Tutkimuksen perusjoukkoon oli valittu mukaan yli 65-vuotiaat petäjäveden kuntalaiset. Ikäluokat jaoteltiin kolmeen pääluokkaan 65-74 vuotiaat, 75-84 vuotiaat sekä 85-95 vuotiaat (kuvio 1).

Petäjäveden kunnassa on vanhusten hoidon osalta pyritty siihen, että huonokuntoisimmat ja eniten palveluja tarvitsevat asuisivat keskustan alueella. Tämän tutkimuksen mukaan tavoitteeseen on aika hyvin päästy. Tutkimukseen osallistuvista 57 % 65-74 vuotiaista asuu haja-asutusalueella ja 65 % 75-84 vuotiaista asuu keskustassa. Vanhimmassa ikäluokassa keskustassa asuvien osuus on jo 73 %. Tutkimukseen osallistuvassa vanhimmassa ikäluokassa 85-95 vuotiaista oli naisten osuus 68 % ja miesten 32 %.



KUVIO 1. Kyselyyn vastanneiden ikäjakauma.

6.2 Oma terveydentila

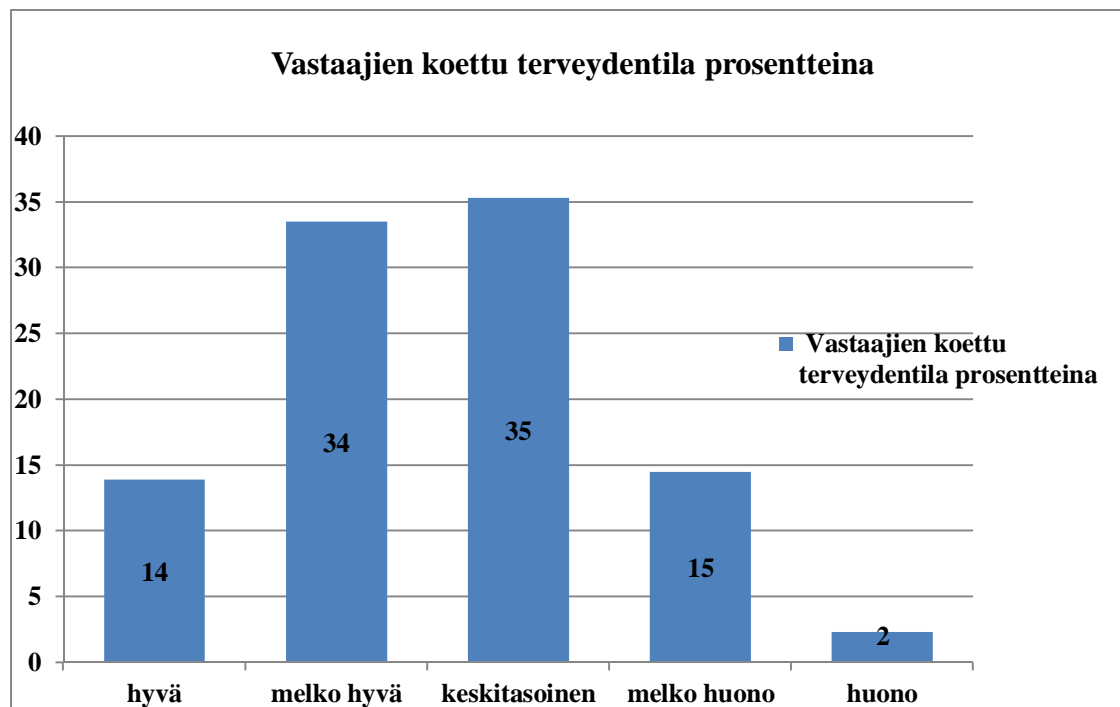
Omaa terveydentilaa kartoitettiin kysymyksellä, jossa piti valita viisiluokkaisen asteikon perusteella sopivin vaihtoehtoista hyvä, melko hyvä, keskitasoinen, melko huono ja huono. Asteikko on hyvin yleisesti käytössä erilaisissa terveydenhuoltoalan tutkimuksissa, joissa vastaajan omaa näkemystä terveydentilastaan kartoitetaan. Vertion (2003) mukaan koettu terveys ennustaa tulevaa terveyttä. Ihmiset toimivat usein koetun terveytensä pohjalta, mutta se ei ohjaa kuitenkaan kaikkia valintojamme ja käyttäytymistämme. Terveysteen vaikuttavat valintojen lisäksi elinolosuhteet, opitut elintavat ja yhteiskunnalliset asiat, kuten terveystoiminta ja muutokset. Terveysteen vaikuttavat myös seikat, joita emme ole voineet valita, kuten sukupuoli, ikä ja perimä. (Vertio 2003.)

Koskisen, Lundqvistin ja Ristiluoman (2012) raportin mukaan oman terveyden kokeminen melko huonoksi tai huonoksi yleistyy iän karttuessa. Heidän tutkimuksensa mukaan 75 vuotta täyttäneistä 21 % arvioi oman terveytensä melko huonoksi tai huonoksi. (Koskinen, Lundqvist & Ristiluoma 2012.) Kolstela (2001) on tutkinut lahtelaisten koettua terveydentilaa ja hänen tulostensa mukaan yli puolet 65-vuotiaista lahtelaisista arvioi terveytensä keskimääräiseksi ja 40 % vähintään hyväksi (Kolstela 2001). Tämän tutkimuksen tulos oli samansuuntainen. 65-74-vuotiaista 40 % arvioi terveytensä melko hyväksi, keskitasoiseksi sen arvioi kolmasosa vastaajista. Ainoastaan 22 % heistä arvioi terveytensä olevan hyvää. 75-84-vuotiaat arvioivat terveytensä olevan pääsään-

töisesti keskitasoista 42 % tai melko huonoa 18 %. Vanhimmassa ikäluokassa terveytensä melko huonoksi tai huonoksi arvioi yli kolmasosa. Koskisen ym. (2012) tutkimus on jatkotutkimus Suomen väestön terveyden tutkimukselle, jonka ensimmäinen osuus toteutettiin vuonna 2000. Tulosten mukaan yli 75-vuotiaiden melko huonoksi tai huonoksi koettu terveys on parantunut kymmenen viime vuoden aikana huomattavasti. (Koskinen ym. 2012.)

Miesten ja naisten erot terveytensä kokemisessa eivät olleet suuret. Naisista ja miehistä reilu kolmasosa koki terveytensä melko hyväksi tai keskinkertaiseksi. Sekä naisissa että miehissä terveytensä koki melko huonoksi noin 14 %.

Kaikkien vastanneiden koettu terveydentila (kuvio 2) painottui selkeästi melko hyvän ja keskitasoisen tuntumaan. Yli kolmannes vastaajista koki terveytensä olevan melko hyvää tai keskitasoista. Hyväksi tai melko huonoksi sen arvioi molemmissa 15 %.

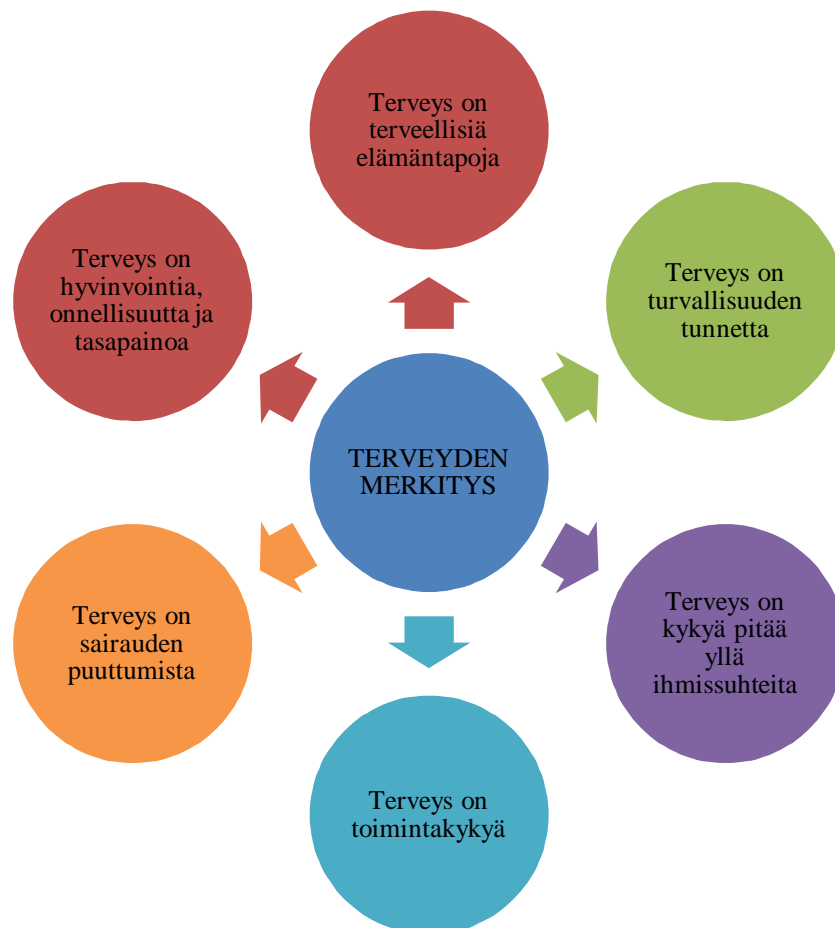


KUVIO 2. Koetun terveydentilan prosentuaalinen osuus kaikkien vastaajien kesken.

6.3 Terveyden merkitys

Terveyskäsitteen määritelmä on monimutkainen ja merkitsee ihmisille eri asioita. Terveyskäsitteeseen vaikuttaa oma kokemus terveydestä ja elämänhallinnasta, ihmiskuva sekä omat mielipiteet hyvän elämän kriteereistä. Terveyden sijaan puhutaan usein myös hyvinvoinnista ja toimintakyvystä. (Vertio 2003.) Terveyden merkitys on kaikille ihmisille hieman erilainen. Perttilä (1999) tutkimuksessaan määrittelee terveyden ulottuuksiksi taudin puuttumisen, hyvinvoinnin sekä terveyden kokemuksena ja elämän hallintana, toimintakyynä ja elämänarvona (Perttilä 1999).

Tähän tutkimukseen valittiin kuusi väittämää terveydestä (kuvio 3). Vastausta haettiin Likertin asteikolla täysin samaa mieltä ja täysin eri mieltä vaihtoehtojen välillä.



KUVIO 3. Kyselylomakkeessa käytetyt terveyden merkitystä määrittelevät väittämät terveydestä.

Ristiintaulukoidessa ikää terveyden merkityksen eri osa-alueisiin 80 % 75-84 -vuotiaista oli täysin samaa mieltä siitä, että hyvinvointi, toimintakyky, ihmissuhteet, turvallisuus ja elämäntavat ovat terveyden kannalta eniten merkityksellisiä. Yli 85 -vuotiaiden mielestä tärkeintä terveyden kannalta oli turvallisuus. Juvakan (2005) tutkimuksessa vanhuksset kokivat toimintojen hidastuneen ja heikentyneen iän myötä. Vanhuksset kokivat myös yksinäisyyden lisääntyneen vanhenemisen myötä ja syynä siihen oli vähäiset ihmissuhteet. Juvakan (2005) tutkimuksessa vanhusten hyvinvoinnin kokemiseen vaikuttivat palvelut, luonto, terveys, ihmissuhteet, toiminta ja itsenäisyys. Hyvinvointiin liittyi läheisesti riippuvuuden taso muista ihmisistä, asioista luopuminen ja muistot eletystä elämästä. (Juvakka 2005.)

Sairauden puuttuminen nähtiin iän karttuessa vähiten tärkeäksi terveyden merkitykselle. Kaikki muut väittämät terveydestä koettiin kaikkien vastanneiden kesken yhtä tärkeinä.

Yksin asuvista vanhuksista 72 % koki tässä tutkimuksessa, että turvallisuus oli terveyden kannalta tärkeintä. Sama luku puolison kanssa asuvilla oli 60 %. Miesten ja naisten välillä ei ollut juurikaan eroja terveyden kannalta merkittävässä asioissa. Molemmista noin puolet koki olevansa täysin samaa mieltä väittämien kanssa ja viidesosa heistä oli jokseenkin samaa mieltä.

6.4 Terveysnäkökulma päätöksenteossa

Terveyden edistämisen laatusuositusten yhtenä tavoitteena on terveyden edistämisen johtaminen poikkihallinnollisesti kuntapolitiikassa. Baarman ja Suveri (2006) ovat tutkimuksessaan kartoittaneet kotona asuvien vanhusten arviointeja heitä koskevissa valtakunnallisissa suosituksissa. Heidän tulostensa mukaan kukaan vanhuksella ei ollut varmaa tietoa kunnan vanhuspoliittisesta ohjelmasta, vaikka heidän kunnassaan sellainen oli olemassa. (Baarman & Suvari 2006.) Samaan tulokseen tuli Kolstela (2001) tutkissaan lahtelaisten odotuksia sosiaali- ja terveyspalveluista. Hänen tutkimuksensa mukaansa eniten tiedettiin lääkäripalveluista ja vähiten sosiaalipalveluista. (Kolstela 2006.) Vanhuspalvelulain yksi pääkohta on ikäihmisten osallisuuden turvaaminen heitä koskevassa päätöksenteossa. Parviaisen, Mäkisen, Nyrhisen, Rouvinen-Wileniuksen ja Savolaisen (2008) toimittaman terveyden edistämisen barometrin 2008 mukaan, kuntalaisilla on mahdollisuus osallistua kunnan päätöksentekoon, mutta se edellyttää kuntalaisilta

itseltään aktiivisuutta (Parviainen, Mäkinen, Nyrhinen, Rouvinen-Wilenius & Savolainen 2008.)

Tähän tutkimukseen valittiin viisi ajankohtaisinta asiaa, jotka nousivat esiin laatusuosituksissa ja lainsäädännössä (kuvio 4). Taulukosta jätettiin pois palvelusetelimahdollisuus, jota Petäjäveden kunnassa ei ole käytössä.



KUVIO 4. Kyselylomakkeessa käytetyt väittämät terveyden eri osa-alueista kunnan päätöksenteossa.

Täysin samaa mieltä palvelujen tuomisesta haja-asutusalueelle oli 60 % keskustassa asuvista vastaajista. Haja-asutusalueella asuvista puolet näki palvelujen tuomisen heidän lähelleen tarpeellisenä. Miesten ja naisten välillä ei ollut eroja, puolet molemmista kannatti palveluja haja-asutusalueilla. Ikäluokkien suhteen palvelujen tuonti haja-asutusalueilla sai kannatusta 85695 óvuotiaissa eniten (62 %). 43 % 65674 óvuotiaista

kannatti niiden tuontia haja-asutusalueelle. Viidesosalla kaikista vastanneista oli tähän neutraali mielipide.

Terveysspalveluiden lisäämisen näki yli puolet vastanneista tarpeellisena. Keskustassa asuvista 61 % ja haja-asutusalueella asuvista 47 % oli asiasta täysin samaa mieltä. Haja-asutusalueella asuvien suhteen mielipiteet hajaantuivat siten, että puolet heistä oli jokseenkin samaa mieltä tai heidän mielipiteensä oli neutraali. Ikäluokkien suhteen eniten terveyspalveluiden lisäämistä halusivat 75-84 vuotiaat (66 %).

Eniten hajontaa mielipiteissä sai senioriasuntojen rakentaminen kuntaan. Kolmasosa vanhimmasta ikäluokasta suhtautui asiaan neutraalisti, mutta melkein puolet heistä kannatti täysin niiden rakentamista. Naiset (45 %) olivat senioriasunnoista täysin samaa mieltä, miehet suhtautuivat asiaan hieman varauksellisemmin, miehistä 40 % oli jokseenkin samaa mieltä asiasta.

Terveysnäkökulman huomioiminen kunnan päätöksenteossa sai puolelleen yli 60 % kaikista vastanneista.

Kotona asumisen tukemista mahdollisimman pitkään kannatti yli 80 % vastaajista. Vähiten hajontaa sen suhteen oli vanhimmassa ikäluokassa, jossa 85 % oli asiasta täysin samaa mieltä ja loput jokseenkin samaa mieltä. Baarman ja Suveri (2006) tulivat tutkimuksessaan siihen johtopäätökseen, että tuttu ympäristö antaa vanhukselle turvallisuuden tunnetta, kohottaa heidän itsetuntoaan, lisää itsemääräämisoikeuden tunnetta sekä tuo tyytyväisyyttä arkeen (Baarman & Suvari 2006). Markkula (2007) on tehnyt tutkimuksen analysoimalla sosiaali- ja terveysministeriön kirjallisia dokumentteja Terveys 2015 - kansanterveysohjelman tukitoimenpiteistä. Dokumenttien mukaan kotona asumisen tukeminen muodostui itsehoitoa tukevista, terveystietämystä vahvistavista ja omatoimisuutta lisäävistä toimista. (Markkula 2007.)

Terveysbarometrin 2008 mukaan myönteinen ilmapiiri terveyden edistämistä kohtaan ja terveyden edistämiseen liittyvä vaikuttaminen luovat kuntapolitiikkaan valoisan tulevaisuudennäkymän. Kunnanjohtajat ja terveysjohtajat näkivät poikkihallinnollisen yhteistyön kehittymisen, strategiatoimet sekä resurssien lisääntymisen terveyden edistämisesä parantavina tekijöinä. Nopeasti ikääntyvä väestön kasvu aiheutti jonkin verran ristiriitaisia tunteita kehityksen suhteen. Barometrissä tärkeimmäksi yhteistyömuodoksi

terveyden edistämässä nousi verkostoituminen. Paikallinen järjestötoiminta nähtiin merkittävänä yhteistyökumppanina. (Parviainen ym. 2008.)

6.5 Terveyspalvelut

Ikäneuvolaan liittyvistä terveyspalveluista (kuvio 5) säännölliset terveystarkastukset olivat suosituimpia, niitä halusi 80 % vastaajista. Muistihoitajan vastaanottoa piti tärkeänä puolet vastaajista, hieman useammin nuorempi ikäluokka halusi muistihoitajan vastaanottoa kuin vanhin ikäluokka. Naiset (59 %) pitivät muistihoitajaa tärkeämpänä kuin miehet (40 %).



KUVIO 5. Kysymyslomakkeessa tarjotut vaihtoehdot ikäneuvolan tarjoamiksi terveyspalveluiksi.

Lääkehoitoon tukea halusi eniten vanhin ikäluokka 85-95-vuotiaat 41 %. Naisista 40 % piti lääkehoidon tukemista tärkeänä, vastaava luku miehissä oli vain 26 %. Keskustassa ja haja-asutusalueella asuvien suhteen erot olivat myös isoja. Keskustassa asuvista 40 % halusi tukea lääkehoitoon, haja-asutusalueella asuvista vain 27 %.

Yleisöluentojen tarpeellisuuden näki kaikista vastaajista vain kolmasosa. Ikään suhteutettuna nuorimmassa ikäluokassa koki sen tarpeellisuuden 36 % ja vanhimmassa vain 9 %. Naisista yli kolmasosa ja miehistä viidesosa oli yleisöluentojen tarpeellisuuden kannalla. Yhteistyö järjestötoiminnan kanssa noudatteli samaa linjaa yleisöluentojen kanssa. Erona oli ainoastaan keskustassa asuvien (44 %) mielipide yhteistyön tarpeellisuudesta eri järjestöjen kanssa.

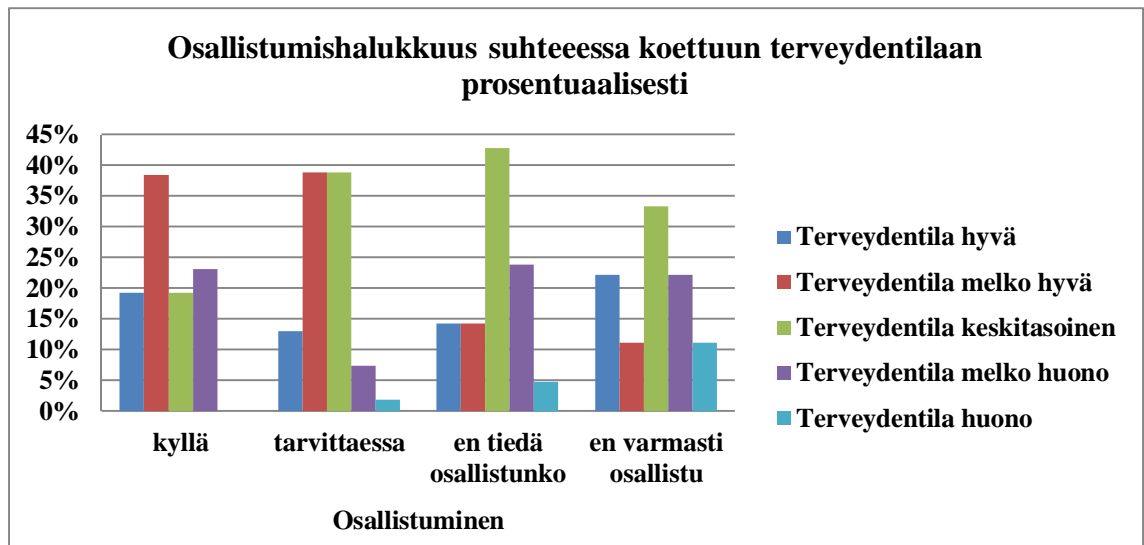
Liikuntatoiminnan järjestämisen vanhimmassa ikäluokassa näki 77 % tarpeellisena, sama luku 65 -74 vuotiaissa alle puolet ja 75-84 vuotiaissa vähän yli puolet. Haverinen (2010) on tutkinut iäkkäiden 81- 91 vuotiaiden liikunnanharrastuksen yhteyttä masennukseen ja yksinäisyyteen. Tulosten mukaan tehokkaan liikuntaharrastuksen yhteys masennukseen oli voimakasta. He, jotka eivät harrastaneet tehokasta liikuntaa, sairastui viisi kertaa todennäköisemmin masennukseen kuin liikuntaa harrastavat tutkittavat. Sen sijaan yksinäisyyteen liikunnanharrastamisella ei todettu olevan yhteyttä. (Haverinen 2010.)

Yhtenä kysymyksenä tässä osiossa kysyttiin tyytyväisyyttä nykyisiin palveluihin. Tuloksena oli, että vain viidesosa kaikista vastanneista koki olevansa tyytyväinen nykyisiin palveluihin. Ikäluokkien suhteen tyytyväisyydessä oli hieman hajontaa. 65-74 vuotiaista tyytyväisiä oli vain 14 %. Muissa ikäluokissa tyytyväisyys oli 30 %:n molemmin puolin.

6.6 Osallistumishalukkuus

Osallistumishalukkuutta mitattiin eri taustamuuttujien, terveydentilan ja terveydentilan ongelmallisuuden kokemisen kanssa. Suurin osa vastaajista (62 %) oli sitä mieltä, että he osallistuisivat tarvittaessa ikäneuvolan palveluihin. Vain 15 % vastaajista aikoi varmasti osallistua ikäneuvolan tarjoamiin palveluihin.

Osallistumishalukkuutta katsottiin myös suhteessa vastaajien omaan arvioon terveydentilastaan (kuvio 6). Melkein 40 % heistä, jotka kokivat terveydentilansa melko hyväksi, aikoi varmasti osallistua ikäneuvolan palveluihin. 80 % vastaajista, jotka arvioivat terveydentilansa melko hyväksi tai keskitasoiseksi, aikoi osallistua tarvittaessa ikäneuvolan palveluihin. Yli 40 % niistä, jotka arvioivat terveydentilansa keskitasoiseksi, eivät olleet varmoja osallistumisestaan ikäneuvolan palveluihin.



KUVIO 6. Osallistumishalukkuus suhteessa koettuun terveydentilaan.

Jokaisesta koetusta terveydentilasta löytyi niitä, jotka eivät aio osallistua ikäneuvolaan. eniten heitä oli niissä, jotka kokivat terveydentilansa keskitasoiseksi (33 %). Jos oma terveydentila koettiin huonoksi (12 %) tai keskitasoiseksi (23 %), ikäneuvolaan ei aiottu osallistua.

Osallistumishalukkuus tarvittaessa oli suurempi puolison kanssa asuvilla (65 %) kuin yksin asuvilla (38 %). Miesten ja naisten välillä tarvittaessa osallistujia oli molemmissa puolet, mutta viidesosa naisista aikoi joka tapauksessa osallistua, kun taas sama luku miehillä oli vain 7 %.

6.7 Terveysongelmat

Terveysongelmia kysyttäessä haluttiin kartoittaa ikäneuvolatoiminnan sisältötarpeita. Terveystilan ongelmallisuutta kysyttiin Likert-asteikolla, jossa asteikon toisessa ääripäässä oli ei koettua ongelmaa ja toisessa ääripäässä erittäin ongelmallista. Terveysongelmia ristiintaulukoitiin myös suhteessa osallistumishalukkuuteen ja koettuun terveydentilaan.

6.7.1 Matkustelu

Matkustelun koki jonkin verran tai harvoin ongelmalliseksi puolet kaikista 65674 -vuotiaista. Eniten ongelmia se aiheutti vanhimmalle ikäluokalle (44 %), kun taas nuoremmissa 59 % koki matkustelun olevan ongelmattonta. 12 % naisista koki matkustelun olevan harvoin ongelmallista, miehistä niin koki 31 %.

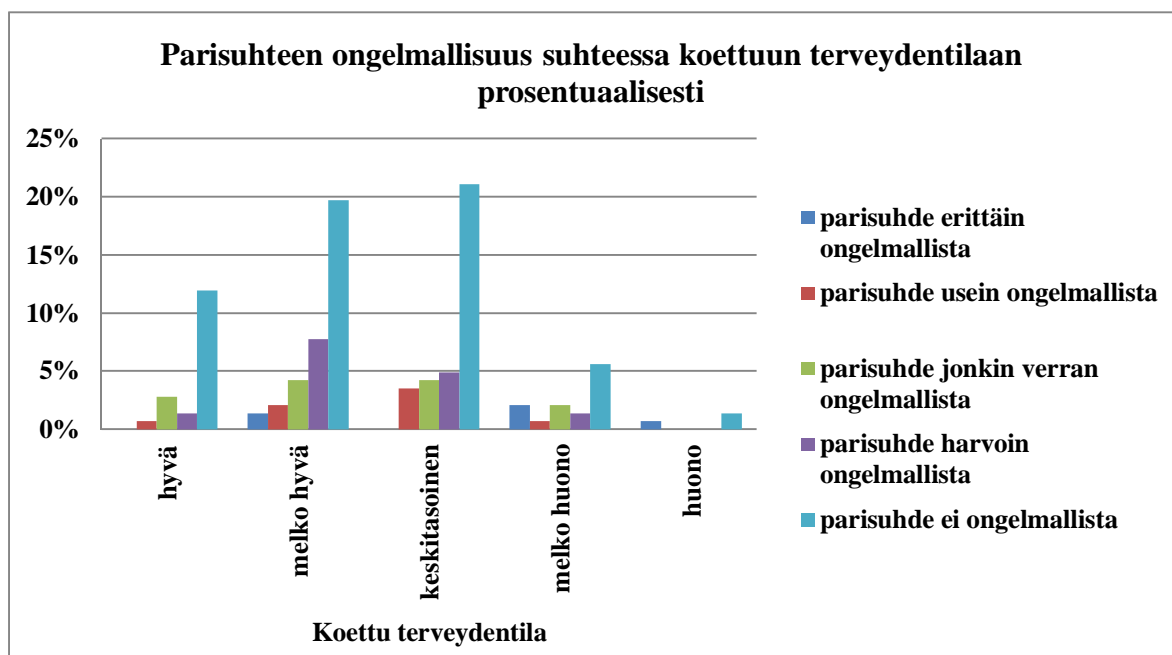
Koettu terveydentila vaikuttaa meidän päivittäisiin valintoihin (Vertio 2003) ja voimaantunut yksilö ottaa itse vastuuta terveyteensä vaikuttavista asioista (Koskinen-Oltonqvist 2007). Vastaajien kokiessa terveydentilansa keskitasoiseksi, matkustelu oli 61 %:lle harvoin tai jonkin verran ongelmallista. Koetun terveydentilan ollessa melko hyvä, ongelmallisuuden kokeminen oli tippunut 27 %:iin.

Kolmas osa vastaajista koki matkustelun olevan erittäin ongelmallista kun terveydentilan kokeminen oli huonoa. Puolet vastaajista, jotka kokivat terveydentilansa matkustamisen suhteen erittäin ongelmalliseksi, eivät varmasti aikoneet osallistua ikäneuvolatoimintaan. Viidesosa heistä oli epävarma osallistumisestaan.

6.7.2 Parisuhde ja seksuaalisuus

Parisuhde oli miesten (30 %) mielestä usein tai jonkin verran ongelmallista, naisista vain 10 % koki samoin. Myös ikäluokkien suhteen parisuhteen ongelmallisuuden kokemisessa oli suuria eroja. Puolet vanhimmasta ikäluokasta koki parisuhteen olevan erittäin ongelmallista tai usein ongelmallista, jonkin verran tai harvoin ongelmallista se oli 75685 -vuotiaiden mielestä 20 %:lla ja 65674 -vuotiailla 37 %:lla. Vähiten ongelmalliseksi parisuhteen kokivat 75684 -vuotiaat (73 %).

Parisuhteen ongelmallisuuden osalta (kuvio 7) terveyden ollessa melko hyvä parisuhteen koki jonkin verran, usein tai erittäin ongelmalliseksi kaikista vastaajista noin 10 %. Suurin osa vastaajista koki, ettei parisuhde ollut ollenkaan ongelmallista.



KUVIO 7. Parisuhteen ongelmallisuuden kokeminen suhteessa koettuun terveydentilaan.

Kolmasosa parisuhteen usein ongelmalliseksi kokevista ei myöskään ollut varmoja osallistumisestaan ikäneuvolan toimintaan.

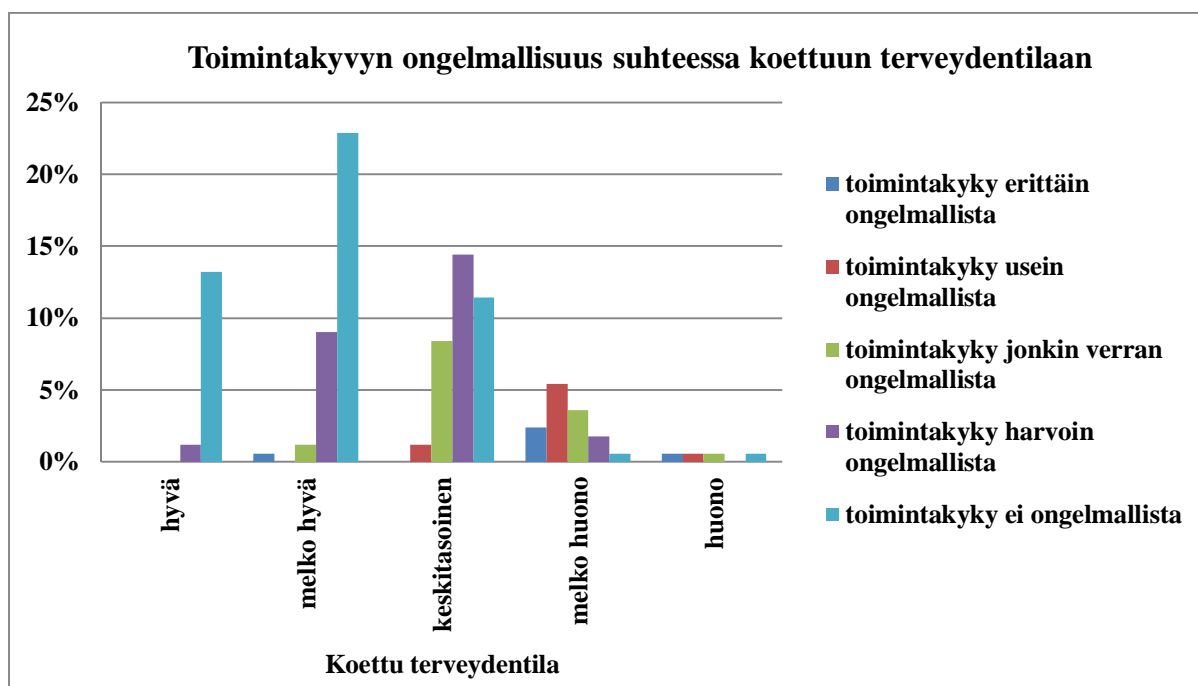
6.7.3 Arjen sujuvuus, toimintakyky ja avun saaminen

Yksin asuvilla arjen sujuminen oli vaikeampaa kuin puolison kanssa asuvilla. Melkein puolet yksin asuvista koki jonkin verran tai harvoin ongelmalliseksi arkensa sujuvuuden, puolison kanssa asuvista vain kolmasosa koki samoin. Keskustan asukkaista 15 % koki arjen sujuvuuden jonkin verran ongelmalliseksi. Sama luku haja-asutusalueella oli 9 %. Suhteessa ikään arjen sujuvuus oli ongelmallisempaa vanhimpaan ikäluokkaan mennessä. Jo 18 %:lle vastanneista 85694 óvuotiaalle arjen sujuminen oli erittäin ongelmallista. Jonkin verran tai usein ongelmallista arjen sujuminen oli heistä puolelle.

Arjen sujuvuuden osalta terveyden ollessa keskitasoinen, sen koki yhä useampi (15 %) harvoin ongelmalliseksi. Arjen sujumista ei kuitenkaan koettu erittäin tai usein ongelmalliseksi kovinkaan usein.

Miesten ja naisten suhteen toimintakyvyn ongelmalliseksi kokemisessa ei ollut eroja, molemmat kokivat sen olevan harvoin tai jonkin verran ongelmallista 40 %. Toimintakyky suhteessa koettuun terveydentilaan laski tasaisesti mentäessä kohti huonoksi koetua terveydentilaa (kuvio 8). Jo puolet heistä, joiden terveydentila oli melko huono tai huono, kokivat toimintakykynsä erittäin ongelmalliseksi tai usein ongelmalliseksi. Kolmasosa heistä, joiden toimintakyky ja arjen sujuvuus oli ongelmallista, arvioi ettei osallistu lainkaan ikäneuvolan palveluihin.

Koetun terveydentilan ollessa keskitasoinen tai melko huono, toimintakyky koettiin ongelmallisempänä kuin sen ollessa melko hyvä tai hyvä.



KUVIO 8. Toimintakyvyn ongelmallisuuden kokeminen suhteessa koettuun terveydentilaan.

Avun saamisen ongelmallisuuteen ei vaikuttanut asuinalue eikä sukupuoli. Vanhimmissa ikäluokassa vain reilu kolmasosa koki saavansa apua helposti kun sama luku nuori-

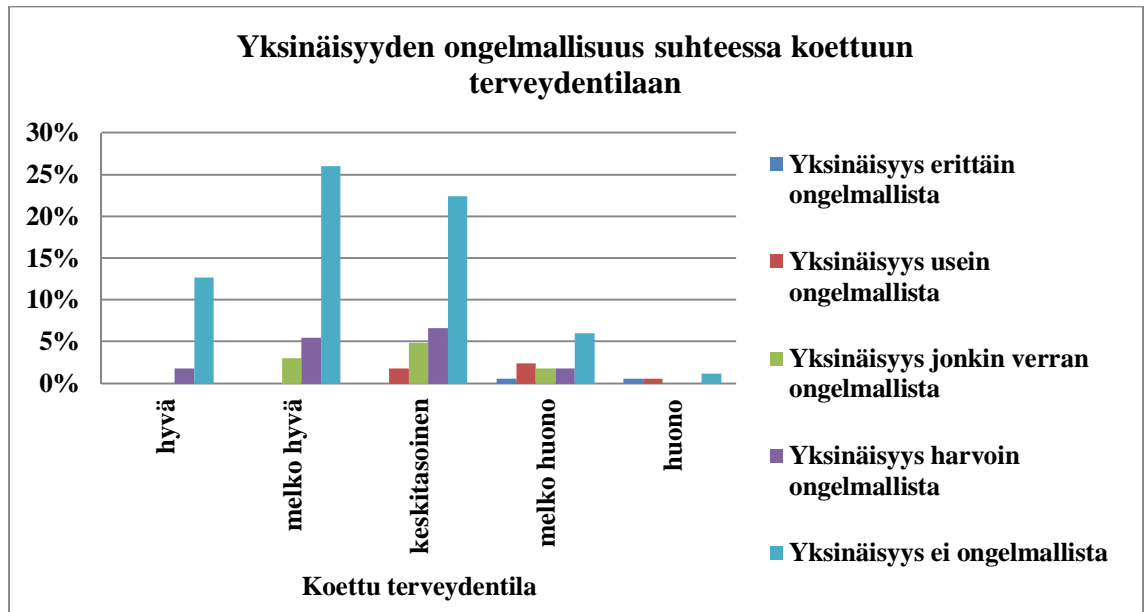
remmilla oli 60 %. Ne vastaajat, jotka kokivat usein ongelmalliseksi avun saamisen, eivät olleet varmoja osallistumisestaan ikäneuvolatoiminaan.

Avun saaminen suhteessa koettuun terveydentilaan noudatteli arjen sujuvuuden ja toimintakyvyn ongelmallisuuden kanssa samaa linjaa. Kun koettu terveys oli keskitasoinen tai melko huono avun saaminen koettiin yhä ongelmallisempaan. Kun terveydentila koettiin melko huonoksi tai huonoksi, avun saaminen oli entistä ongelmallisempaa.

6.7.4 Sosiaaliset suhteet, yksinäisyys ja turvattomuus

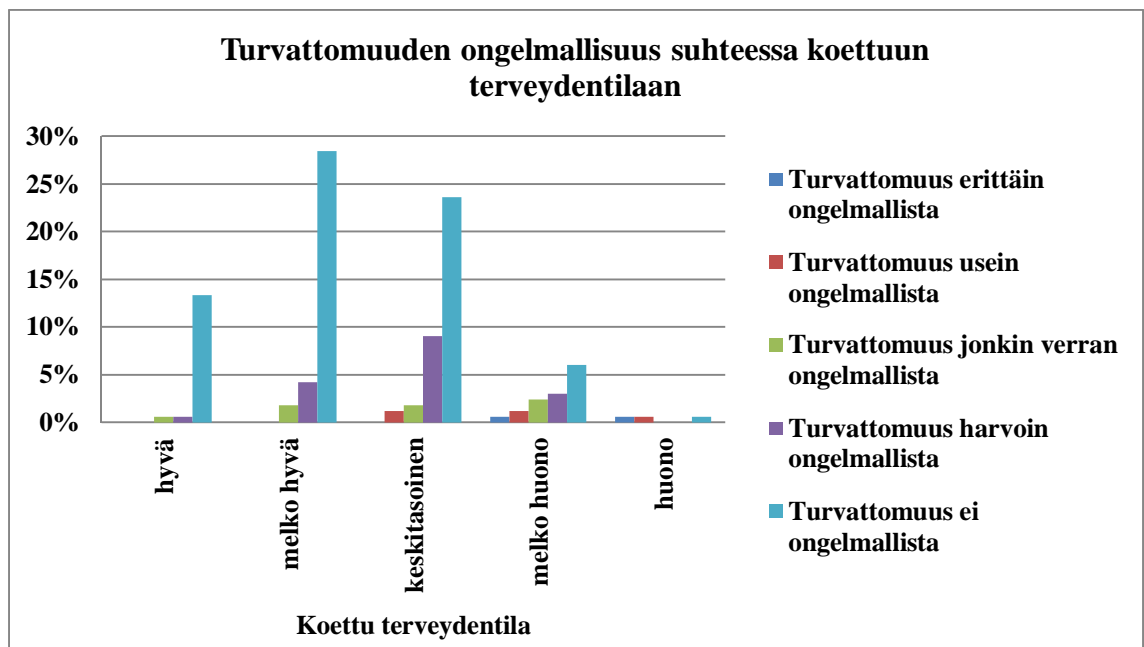
Vanhimmassa ikäluokassa kolmasosa koki jonkin verran ongelmalliseksi sosiaalisten suhteiden ylläpitämisen. Selkeä ero oli myös verrattuna yksin asuvia ja puolison kanssa asuvilla. Puolet yksin asuvista koki harvoin tai jonkin verran ongelmalliseksi sosiaalisten suhteiden ylläpitämisen, vastaavasti vain viidesosa puolison kanssa asuvista koki samoin. Miehet olivat naisia hieman heikommassa asemassa tämän suhteen. Viidesosa heistä, jotka kokivat sosiaaliset suhteet jonkin verran ongelmallisiksi, aikoivat varmasti osallistua ikäneuvolan palveluihin. Terveydentilan ollessa keskitasoinen tai melko huono ongelmat sosiaalisten suhteiden ylläpidossa kasvavat.

Yksinasuvat kokivat myös yksinäisyyttä (38 %) jonkin verran tai harvoin enemmän kuin puolison kanssa asuvat (17 %). Ikäluokissa yksinäisimmiksi kokivat itsensä kolmasosa vanhimmasta ikäluokasta. Muille ikäluokille yksinäisyys oli harvoin tai ei ollenkaan ongelmallista. Terveydentilansa huonoksi kokevista puolet koki yksinäisyyden usein ongelmallisena tai erittäin ongelmallisena. 88 % terveytensä hyväksi kokeville yksinäisyys ei ollut ollenkaan ongelmallista. Yksinäisyyden kokeminen kaikkien vastaajien suhteen lisääntyi, kun terveys koettiin keskitasoiseksi tai huonommaksi (kuvio 9). Ongelmallisimmaksi yksinäisyyden kokivat ne, jotka kokivat terveytensä keskitasoiseksi.



KUVIO 9. Yksinäisyyden ongelmallisuuden kokeminen suhteessa koettuun terveydentilaan.

Turvattomuuden suhteen ongelmallisuus nousi koetun terveydentilan huononemisen kanssa siten (kuvio 10), että heistä vain 5 %, jotka kokivat terveytensä melko huonoksi, koki turvattomuuden olevan ongelmattonta.



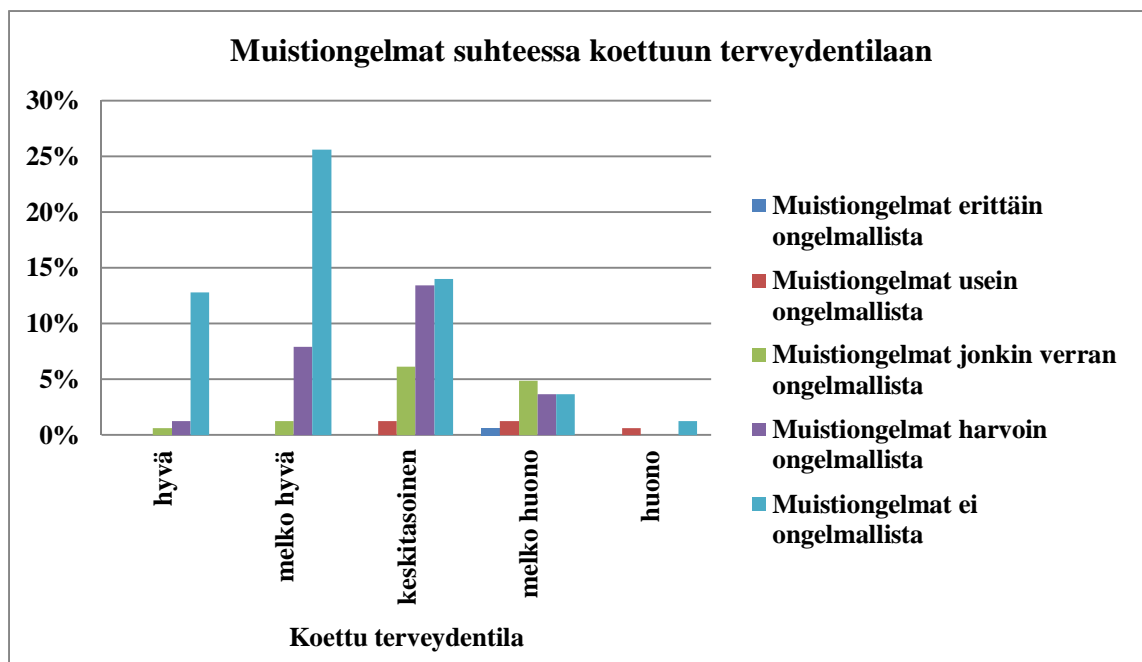
KUVIO 10. Turvattomuuden ongelmallisuuden kokeminen suhteessa koettuun terveydentilaan.

Kolmasosa vastaajista, jotka kokivat yksinäisyyden ja turvattomuuden erittäin ongelmalliseksi, eivät varmasti aikoneet osallistua toimintaan.

6.7.5 Sairaudet ja muistiongelmat

Muistiongelmiin suhteen sukupuolella ei ollut eroja. Puolet vastaajista koki, että heillä oli muistiongelmiä. Iän suhteen muistiongelmat kasvoivat tasaisesti. 65-74-vuotiaista 71 % koki, ettei heillä ollut muistiongelmiä, vastaava luku 75-84-vuotiailla oli 47 % ja vanhimmalla ikäluokalla 22 %. Vanhimmasta ikäluokasta 40 % koki muistinongelmia olevan usein tai jonkin verran. Myös yksin asuvilla (48 %) muistiongelmiä oli puolet enemmän kuin puolison kanssa asuvilla.

Koetun terveydentilan huonontuessa (kuvio 11) oli muistiongelmiin suhteen selkeä kasvu. Kolmasosa vastaajista, jotka arvioivat oman terveytensä melko huonoksi, kokivat muistiongelmat jonkin verran ongelmallisiksi.



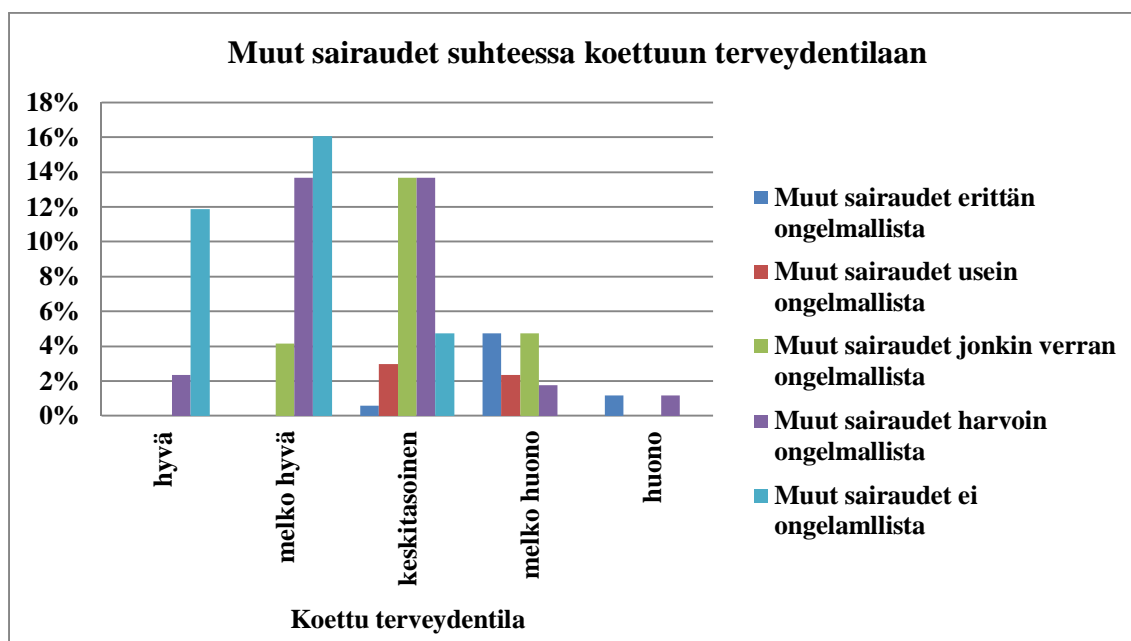
KUVIO 11. Muistiongelmat suhteessa koettuun terveydentilaan.

Kun terveys koettiin keskitasoiseksi, muistiongelmat kasvoivat selkeästi. Myös nuoremmissa ikäluokassa koettiin muistiongelmiä. Muistiongelmiin suhteen epävarmoja osallistumisestaan oli kolmasosa vastanneista.

Viidesosa yksin asuvista koki sairaudet erittäin ongelmallisiksi. Sairauksien osalta muutenkin hajontaa oli eniten, vain kolmasosa kaikista vastaajista koki, ettei heillä ollut ongelmaa sairauksien suhteen. Vanhimpaan ikäluokkaan mennessä, ongelmat sairauksien suhteen yleistyivät siten, että jo kolmasosa vanhimmasta ikäluokasta koki sairaudet erittäin ongelmallisiksi.

Muiden sairauksien suhteen ongelmia oli jonkin verran tai harvoin puolella vastanneista miehillä ja naisilla. Naiset kokivat useammin (37 %) kuin miehet (28 %), ettei heillä ollut ollenkaan sairauksien suhteen ongelmia.

Koetun terveydentilan ollessa keskitasoinen (kuvio 12), sairaudet koettiin jonkin verran tai harvoin ongelmalliseksi yleisimmin. Myös koetun terveyden ollessa melko hyvä, sairauksien kanssa oli harvoin ongelmia. Kaikki heistä, jotka kokivat terveytensä melko huonoksi tai huonoksi, kokivat sairaudet ongelmallisina.



KUVIO 12. Muut sairaudet suhteessa koettuun terveydentilaan.

Osallistumishalukkuus sairauksien ongelmallisuuden suhteen vaihteli myös reilusti. Neljäsosa niistä, joille sairaudet olivat erittäin ongelmallisia, ei aikonut osallistua ikäneuvolatoimintaan.

6.7.6 Väki­valta, mielen­terveys ja alkoholi

Vain harvat kokivat väkivallan uhan aiheuttavan ongelmia elämäänsä. Väki­vallan koki muutama jonkin verran ongelmallisena parisuhteessa, mutta naisten ja miesten suhteen ei ollut eroja.

Mielen­terveyden ongelmallisuus koettiin ongelmallisemmaksi kuin väki­vallan uhka lähi­piirissä tai oma alkoholin käyttö. Oma alkoholin käyttö näyttäytyi samanlaisena kuin mielen­terveyden ongelmallisuus suhteessa koettuun terveydentilaan kaikkien vastaajien kesken. Alkoholin käyttö aiheutti miehillä (10 %) enemmän ongelmaa kuin naisilla (7 %). Myös ikä­luokasta nuorimmat (11 %) kokivat eniten alkoholin aiheuttavan ongelmia elämäänsä

6.8 Vastaajien kehittä­misehdotuksia ikä­neuvolan kehittä­miseen

Kyselylomakkeessa kysyttiin avoimella kysymyksellä muiden terveysten­teiden tarvetta (liite1, kysymys 8) ja vastaajien kehittä­misehdotuksia (liite1, kysymys11) ikä­neuvolan palveluihin liittyen. Kehittä­misehdotuksia laitoi 38 % vastaajista. Osa vastauksista oli kyselylomakkeessa olleiden palveluiden tarkentamista. Kaikki muut terveysten­teet kehittä­misehdotukset analysoitiin jakamalla ne pää- ja alaluokkiin (liite 2). Molemmat kysymykset käsitellään tässä samassa luvussa.

6.8.1 Ikä­neuvolatoiminta

Ikä­neuvolatoiminnan kehittä­misehdotukset jakaantuivat kahteen osa-alueeseen: ikä­neuvolan kehittä­mistyöhön ja varsinaisen ikä­neuvolan sisältö- ja toteuttamistoiveisiin.

Ikä­neuvolan kehittä­mistyö sai paljon kiitosta. Ikä­neuvolan toiminta nähtiin tarpeellisenä van­husten määrän kasvun takia.

ö Ehdottomasti hyvä asia. Vaikka tällä hetkellä on asiat hyvin.

Tulevaisuudesta ei tiedä kun ikää tulee lisää ö

öErittäin hyvä, toivottavasti toteutuu! Jatkakaa! Kiitos!ö

Taloudellisten näkökulmien huomioiminen tässä taloustilanteessa nähtiin tarpeellisena. Kyselylomake nähtiin hyvänä pohjana kehittämistyölle ja saatteen tavoitteet olivat hyviä. Hankkeen pelättiin kuitenkin jäävän suunnitteluasteelle. Ikäneuvolan sijaan toivottiin puhuttavan senioriterveydestä.

*öí ikäneuvolatoiminnan sijaan voisi puhua vaikkapa
SENIORITERVEYDESTÄ.ö*

Ikäneuvolan säännöllinen toiminta nähtiin tärkeänä. Ikäneuvolasta toivottiin matalan kynnyksen kohtaamispaikkaa, joka olisi maksutonta ja kuljetus olisi järjestetty sitä tarvitseville. Eräs vastaaja sanoi osallistuvansa mielellään, mutta ei huonon kuntonsa takia pysty siihen ollenkaan. Ikäneuvolan koettiin myös korvaavan joitakin omalääkärikäyn- tejä ja sen kautta eteenpäin ohjaus tarvittaessa toteutuisi jouhevasti.

Ikäneuvolan keskeisimpinä toimintamuotoina nähtiin terveystarkastukset, kotikäynnit, muistisairauksien varhainen kartoittaminen ja kotona asumisen tukeminen. Ikäneuvolan työotteen tulisi olla etsivää ja painopisteenä ennaltaehkäisevä työ. Vaikuttavuuden arviointi nähtiin tärkeänä.

*öEtsivä ote syrjäytymisvaarassa olevien vanhuksien aktivoimiseksi
neuvolakäynteihin riittävän ajoissa ennen terveyden täydellistä
romahtamista.ö*

6.8.2 Kotona asumisen tukeminen

Omavoimaistamisen näkökulmaa pidettiin tärkeänä. Ikäneuvola ei saisi olla holhoava paikka, vaan ihmisen omat voimavarat tulisi löytää ja vahvistaa niitä. Ennaltaehkäisevä toiminta tulisi olla omavoimaistamisessa keskiössä. Itsehoidon tukemiseen toivottiin resursseja tarvittaessa.

*öÄlkää tehkö tai kehittäkö siitä liian holhoavaa.
Ennaltaehkäisevää toimintaa, ilman pilleriarmeijaa ö*

öHyvä asia kunhan vältetään lässyttävä holhoavaisuusö

Senioriasuntojen rakennuttaminen koettiin hyvänä asiana, mutta sitä ei nähty välttämättä kunnan tehtävänä, vaan yksityisten toimijoiden kanssa toivottiin yhteistyötä. Senioriasuntoon muuttamisen tarvetta ilmeni, koska kotona yksin asuminen oli jo liian haastavaa.

öí toiveena itsenäisen asumisen yksikkö í palveluitten lähelle.

Vuokratalo. Hyviä kokemuksia ystävällä pienessä kunnassa.

Auttavat toinen toisiaan.ö

Asumisturvallisuuteen kotona toivottiin parannusta, jotta kotona asuminen onnistuisi apuvälineistä huolimatta. Myös tuetun asumispalvelun paikkoja toivottiin lisää. Samoin liikenneturvallisuus haja-asutusalueella huoletti, rollaattorin kanssa on turvallisempi liikkua kevyen liikenteen väylällä.

Vanhusten liian pitkään kotona asuminen ilman jatkuvaa tukea aiheutti huolta. Se koettiin heitteillejättönä joissakin tapauksissa.

öVanhusten jääräpäinen mahd. pitkään kotona asuttaminen on usein suorastaan heitteille jättämistä. ö

6.8.3 Terveyspalveluiden kehittäminen

Palveluiden tunnettavuuden lisääminen koettiin tärkeänä. Ehdotettiin säännöllisesti pari kertaa vuodessa ilmestyvän palveluoppaan laatimista, joka sisältäisi tärkeitä puhelinnumeroita, tapahtumia ja palveluja.

öVoisko ajatella, että tehtäis ns. ikäneuvolakalenteri.

Se ilmestyisi vaikka 2 x vuosi í painettu tärk. terv.tiedot í

teksti tarpeeksi suurella. Eläkeläistapahtumiaí ö

Ilmaisista hoitotarvikkeista ei tiedetty, esimerkiksi ilmaisista inkontinenssisuojista, ja niiden tunnettavuuden lisäämiseen kaivattiin apua.

Terveyspalvelut saivat sekä kiitosta että moitteita.

öOlemme tyytyväisiä tämän hetkisiin palveluihin í ö

öParempia terveyspalveluja?ö

Tyytymättömyyttä oli hammashoidon palveluiden kalleuteen ja pitkittyneisiin ajanvarauksiin, kotihoidon resurssien vähentämiseen, lääkäreiden vastaanoton pitkiin jonoihin, omalääkärin vaihtumiseen muutettaessa haja-asutusalueelta keskustaan, kesän sulkuajan pituuteen laboratoriopalvelujen osalta ja yleensä laboratoriopalveluiden vähyyteen.

Kotihoidon resurssipula, hoitajien asenteiden tarkistaminen, kiireen tuntu kotikäynneillä sekä asiakkaiden turvattomuuden lisääntyminen huoletti vastaajia.

öKotipalvelun asenteiden tarkistus tärkeätä (ei kaikki).

Ovelta jo hoetaan että on kiire ja saadaan jonkinasteinen

kaaos helposti aikaan. Miten voi vanhus tuntea olonsa turvallisiksi?ö

Omaishoitajien jaksamisesta oltiin huolissaan. Asiointiapua ei ole riittävästi saatavilla, asiointiliikenteen mukana on liian kiire ja joukkoliikenne ei tule terveysasemalle asti.

öLisää hoitopaikkoja, omahoitajat ei jaksaa.ö

Saattoapua toivottiin sairaalatutkimuksiin ja lääkärikäynneille, koska kaikilla ei ole omaisia, jotka voisivat auttaa. Siivousapua ei ole enää saatavilla, koska se ei kuulu kotihoidon toimenkuvaan enää, se koettiin tärkeänä palvelujen parantamiseksi.

Viriketoimintaa kaivattiin lisää. Vastaajilla oli huoli nykyisen kerhotoiminnan jatkuvuudesta. Yksinäisiä vanhuksia pitäisi tukea enemmän ystäväpalvelulla ja kyydityksillä tapahtumien pariin.

öPitää seurustella ja käydä juttelemassa.ö

öPaljon on kunnassamme yksinäisiä unohdettuja vanhuksia, jotka eivät jaksaa enää lähteä kodistaan seuraa hakemaan.ö

Eniten viriketoiminnasta sai kannatusta liikuntatoiminnan järjestäminen. Toivottiin kuntotestejä ja yksilöllistä neuvontaa sekä retkiä uimahalliin. Yleisöluennot terveyteen liittyvissä asioissa koettiin hyvänä virkistyskeinoa. Vanhukset myös kokevat jäävänsä jalokoihin tässä muuttuvassa yhteiskunnassa ja kaipaavat apua siihen.

Öitse kaipaisin tietoa/kokoontumisia í missä opetettaisiin/neuvottaisiin ötässä ajassaö elämisestä. Tarkoitan lähinnä tietohallintoa, sosiaalista mediaa yms. í meidät vanhat aina välillä päivitetään tähän aikaa í ö

Huoli sosiaalipalveluiden riittävydestä nousi vastaajilta esiin. Asumiskustannuksiin toivottiin taloudellista apua. Sosiaalihuollon kotikäyntejä toivottiin vanhuksille ja henkilökohtaisista avustajista oli pulaa.

öYli 80-vuotiaat eivät kysy aktiivisesti apua, jos sosiaalityöntekijä kävisi aktiivisesti henkilökohtaisesti vaikka kotona haastattelemassa.ö

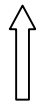
6.9 Yhteenveto tutkimustuloksista

Terveyden edistämisen viitekehys (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005) on arvopohjainen. Tavoitteet ja toiminnan sisältö sekä tulosten vaikuttavuuden seuranta nousevat sovittujen arvojen mukaisesti esiin paikallisena terveyden edistämisen työnä. Seuraavassa kuviossa (kuvio 13) on esitetty tutkimustulosten, vanhuspalvelulain, laatusuosituksen ja kansallisten terveysohjelmien perusteella Petäjaveden vanhuspalveluiden terveyden edistämisen viitekehys, johon ikäneuvolatoiminta voisi pohjautua. Pohjana on käytetty myös uuden vanhuspalvelustrategian luomia toiminnan suuntaviivoja.

TOIMINTA

TERVEELLINEN YHTEISKUNTAPOLITIikka Terveyden edistämisen näkökulma kaikkeen päätöksentekoon Hyvinvointia edistävä työryhmä Verkottuminen ja yhteistyö Terveyden edistämisen ohjelma Ammattitaitoinen henkilökunta ja riittävät resurssit	EHKÄISEVÄ TERVEYDENHUOLTO Määräaikaistarkastukset Kotikäynnit Omaishoitajien tukeminen
--	--

TAVOITTEET



TULOKSET



MAHDOLLISUUKSIEN LUOMINEN Kotona asumisen tukeminen Palveluopas Omavoimaistaminen	RISKITEKIJÖIDEN EHKÄISY Kotikäynnit Määräaikaistarkastukset Liikuntapalvelut Turvattomuuden ehkäiseminen
---	---

ARVOT



TERVEYTTÄ SUOJAAVAT TEKIJÄT Terveet elinolot Yhteinen päämäärä terveyden edistämisen Kestävä kehitys	KOETTU TERVEYDENTILA Toimintakykyiset ikäihmiset Terveyden lukutaito kasvaa Koettu elämänlaatu paranee Kotona asuminen pidentyy Laitospaikkoja minimaalisesti
--	---

VAIKUTUKSET



IHMISARVON JA ITSENÄISYYDEN KUNNIOITTAMINEN Petäjäveden kunnan strategian arvot oikeudenmukaisuus, avoimuus, luotettavuus, myönteisyys ja tasa-arvoisuus Terveyden edistämisen laatusuosituksot lisäävät omavoimaistaminen, osallistaminen, kestävä kehitys ja tarvelähtöisyys
--



YKSILÖN JA YHTEISÖN TERVEYS JA HYVINVOINTI Palveluiden piiriin tulo myöhästyy Kustannukset laskevat Oikeat palvelut Palveluiden tunnettavuus lisääntyy Matalan kynnyksen yhteydenotto Toimiva hyvinvointityöryhmä Ikäihmisten vaikuttamismahdollisuudet

KUVIO 13. Terveyden edistämisen viitekehys Petäjävedellä Savola & Koskinen-Ollonqvistin (2005) mallin mukaan.

7 POHDINTA

7.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimukselle on keskeistä pohtia sen luotettavuutta reliabiliteetin ja validiteetin näkökulmasta. Reliabiliteetti tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta. Jos kaksi tutkijaa päätyy samaan tulokseen, tuloksia voidaan pitää luotettavina tästä näkökulmasta. Validiteetti tarkoittaa sitä, onko mittarilla mitattu sitä, mitä oli tarkoituskin mitata, saatiinko vastaukset tutkimusongelmiin. On tärkeää, että vastaaja ja tutkija ymmärtävät kysymykset samalla tavalla, tulkinnan mahdollisuutta ei vastauksiin tällöin jää. (Hirsjärvi ym. 2009.)

Validiteetti voidaan jakaa ulkoiseen ja sisäiseen validiteettiin. Ulkoinen validiteetti tarkastelee kuinka yleistettäviä tulokset ovat ja sisäinen taas tutkimuksen sisällön luotettavuutta määriteltujen käsitteiden ja käytetyn teorian kautta. Keskeiset käsitteet tulee määritellä ja muuttaa ne mitattavaan muotoon eli operationalisoida käsitteet mitattavissa olevaan määritelmään. (Metsämuuronen 2003.)

Tässä tutkimuksessa strukturoitu kyselylomake toimi mittarina, jonka avulla haettiin tutkimusongelmiin vastauksia. Kyselylomake testattiin neljällä eri-ikäisellä henkilöllä ennen varsinaista mittausta ja siihen tehtiin muutoksia testaajien mielipiteiden perusteella. Mittarissa koettua terveydentilaa mittaava kysymys on siinä muodossaan paljon käytetty kysymys Suomessa tehdyissä tutkimuksissa. Se on todettu reliabeliksi. Kysymyslomakkeen muut kysymykset nousivat lainsäädännön ja terveyden edistämisen suositusten sisällöistä.

Tutkimuksen käsitteet sisältyivät kysymyslomakkeen kysymyksiin ja ne muutettiin alakäsitteiksi vastausvaihtoehdoissa. Pääkäsitteet on käsitelty raportin osioissa 6.2 ó 6.7. Vastaukset muutettiin numeraaliseen muotoon, että ne voitiin analysoida SPSS-tilasto-ohjelmalla.

Tässä tutkimuksessa käytetyllä kyselylomakkeella saatiin vastaukset niihin kysymyksiin joihin haettiin vastauksia. Kunnan päätöksentekoon liittyvät terveyden edistämiset seikat (liite 1, kysymys 7) olivat joidenkin vastaajien mielestä vaikeita vastata. Kunnan

päätöksillä ei nähty joissakin vastauksissa olevan tekemistä terveyden edistämisen kanssa.

Tutkimuksen vastausprosentti oli yllättävän hyvä (61 %), joten tutkimuksen yleistettävyys Petäjäveden kokoisessa kunnassa on hyvä. Satunnaisotanta onnistui hyvin, vastaajia oli lähes puolet keskustasta ja haja-asutusalueelta, miehiä ja naisia lähes saman verran ja asumismuotokin meni yksin ja puolison kanssa asuvien kanssa miltei puoliksi. Satunnaisotannan onnistuminen kasvatti tutkimuksen luotettavuutta ja yleistettävyyttä omassa kontekstissaan.

Tutkimuksen kato jäi 39 %:iin. Yhtenä syynä pieneen katoon oli varmasti suuri kiinnostus mahdollisen ikäneuvolan tarjoamiin palveluihin. Kyselylomakkeen saatteessa mainittiin ikäneuvolan kehittämistyöryhmä, mutta tutkijan nimeä ei ollut mainittu eikä sitä, että tutkimus on opinnäytetyö. Tästä koitui ongelmia, koska ihmiset osoittivat niin suurta kiinnostusta asiaan, että puheluja vanhuspalveluiden puolelle tuli useita. Tutkijan nimen poisjättäminen oli suunniteltua, koska tutkija on Petäjäveden kotisairaanhoidon entinen työntekijä, eikä ikäneuvolan kehittämistyötä haluttu henkilöittää häneen. Saatteessa olisi pitänyt mainita, että tutkimus on opinnäytetyö eettisistä syistä. Saatekirje oli vastaajien mielestä muuten informatiivisesti laadittu.

Tutkimuksen eettiset periaatteet ohjaavat valintoja tutkimusprosessin aikana. Tutkimusaiheen valinta on jo eettinen ratkaisu, jota tutkija joutuu pohtimaan. Ihmistieteissä tutkimuksen kohteena on ihminen, joten hänen tulee olla tietoinen siitä, mihin sitoutuu tutkimusprosessin aikana. Osallistumisen tulee olla täysin vapaaehtoista. Tutkijan tulee olla perehtynyt tutkimaansa asiaan ja kyetä tekemään rationaalisia ja kypsä arviointeja tuloksista. Tutkimuksen teossa on myös vältettävä epärehellisyyttä. Lähdeviitteet tulee merkitä siten, että toisten tutkijoiden osuus tulee esiin heitä vähättelemättä. Tuloksia ei saa sepittää eikä raportointi saa olla harhaanjohtavaa. (Hirsjärvi ym. 2004.)

Tähän tutkimukseen aihe nousi käytännön työelämän tarpeesta. Tutkija oli perehtynyt ikäihmisten terveyden edistämiseen ja hänellä oli terveydenhuollon koulutus ja käytännön työkokemusta alalta. Kysymyslomakkeet käsiteltiin luottamuksellisesti ja nimettöminä, ne jätettiin säilytettäväksi kehittämistyötä varten palvelujohtajalle. Kyselyyn vastaaminen oli täysin vapaaehtoista, kyselyt postitettiin koteihin vastauskuorineen. Tutki-

mustulosten analysoimisessa on pyritty tarkkuuteen ja ne on esitetty rehellisesti. Lähdeviitteet on merkitty Tampereen ammattikorkeakoulun ohjeiden mukaan.

Tutkimusprosessissa on pyritty mahdollisimman objektiiviseen tarkasteluun tulosten osata. Alkuun se oli hieman vaikeaa, mutta työelämästä irrottautumisen jälkeen asioihin sai sopivasti etäisyyttä ja objektiivisuus oli helpompaa. Objektiivisuutta helpotti myös määrällisen tutkimustavan valinta tutkimusmetodiksi, koska strukturoidun kysymyslomakkeiden vastausten suhteen ei tapahtunut tulkintaa, vaan tulokset kirjattiin sellaiseenaan SPSS-tilasto-ohjelmaan.

Avoimet kysymykset analysoitiin jakamalla vastaukset teemoittain pääluokkiin ja alaluokkiin. Kysymyslomakkeessa oli kaksi avointa kysymystä (liite 1, kysymys 8 ja 11), jotka analysoitiin yhdessä niissä olevan päällekkäisten kehittämissuositusten kanssa.

7.2 Keskeisten tutkimustulosten tarkastelua ja johtopäätökset

Tutkimuksessa haettiin vastausta kahteen kysymykseen: mitä toiveita ja odotuksia ikäneuvolan suhteen on ja mitkä ovat keskeiset sisältöalueet. Tutkimustuloksia katsottiin taustamuuttujien, osallistumishalukkuuden ja koetun terveydentilan arvioimisen näkökulmasta. Taustamuuttujilla haluttiin selvittää sukupuolten välisiä eroja, ikävuosien välisiä eroja ja asumismuodon ja ö paikan välisiä eroja. Osallistumishalukkuus kertoi eri palveluiden tarpeesta ja niiden mahdollisesta käytöstä. Koettu terveydentila nähtiin tärkeimmäksi näkökulmaksi tulosten analysoinnin kannalta, koska se ennustaa tulevaa terveyskäyttäytymistä ja terveysongelmien määrää sekä niiden vaikeuden kokemista (Vertio 2003).

Tässä tutkimuksessa 70 % vastaajista koki terveydentilansa melko hyväksi tai keskitasoiseksi. Tulos on aikaisempien tutkimusten mukainen (Koskinen ym. 2012; Kolstela 2001). Tulos aiheuttaa ennaltaehkäisevien palveluiden tuottajalle huolta, koska ennaltaehkäisevän työn vaikuttavuus on aina parempaa mitä aikaisemmin ihmisen oma voimaantuminen terveytensä edistämiseksi tapahtuu. Kaikkein huolestuttavinta oli se, että 65674 övuotiaista vain viidesosa arvioi terveytensä hyväksi ja suurin osa arvioi sen olevan melko hyvää tai keskitasoisia. Puolet 75684 övuotiaista arvioi terveytensä olevan keskitasoisia ja vanhimmassa ikäluokassa kolmasosa koki sen olevan huonoa. Kansal-

listen terveysohjelmien yhtenä tavoitteena on 75 ó vuotiaiden toimintakyvyn paraneminen (Terveys kaikille 2015 ó kansanterveysohjelma 2001). Näin ollen tutkimuksen osoittama koetun terveydentilan tulos pitäisi huomioida ikäneuvolan kehittämistyössä.

Terveyden merkitystä määriteltäessä yli 85 ó vuotiaiden mielestä tärkeimmäksi asiaksi nousi turvallisuuden tunne. Varsinkin yksin asuvat vanhukset kokivat, että turvallisuuden tunne on terveyden kannalta tärkeintä. Vanhuspalvelulain ja laatusuositusten tavoitteena oleva mahdollisimman pitkään kotona asuminen asettaa haasteita juuri ikään-tyneimmän väestön turvallisuuden kokemiselle kotonaan. Suomessa on yleisesti käytössä turvapuhelimet ja erilaiset kulunvalvontalaitteet esimerkiksi muistisairaille, mutta niiden riittävyys turvattomuuden kokemisessa täytyy arvioida yksilöllisesti ja tapauskohtaisesti.

Turvattomuuden kokeminen lisääntyi koetun terveydentilan huonontuessa, vain 5 % koki turvattomuuden olevan ongelmatonta niistä, joiden koettu terveys oli huono. Yksinäisyyden suhteen taas ne, jotka kokivat terveytensä keskinkertaiseksi, olivat yksinäisiä. Turvattomuuden ja yksinäisyyden kokeminen huonontaa iäkkään kotona asumista, ellei hänelle ole järjestetty tukitoimia kotiin. Kuitenkin vastaajista yli 80 % kannatti kotona asumisen tukemista mahdollisimman pitkään. Kolmasosa kannatti senioriasuntojen rakentamista. Tämän tutkimuksen tuloksissa toimintakyky ja arjesta selviytyminen tuottivat haasteita koetun terveydentilan huononemisen myötä. Petäjaveden kunnassa on pyritty keskittämään eniten palveluja tarvitsevat keskustan alueelle ja tämä on tulosten mukaan onnistunut.

Osallistumishalukkuutta kysyttäessä toimintakyvyn, arjesta selviytymisen ja avun saamisen ollessa ongelmallista, vastaajat arvioivat, etteivät osallistu ikäneuvolan palveluihin. Tutkimuksessa ei selvitetty, ovatko he jo kotihoidon avun piirissä. Tämä ikäryhmä on selkeästi riskiryhmä kotona asumiseen, tuetun palveluasumisen tarve kasvaa ellei heidän arjen sujuminen kotona korjaannu. Tutkimuksessa kysyttiin yleisesti avun saamisesta ja kolmasosa 85ó95 óvuotiaista koki avun saamisen ongelmallisena. Tilanne vaatii jatkossa selvittämistä, jos Petäjävedellä halutaan säilyttää vanhuspalvelulaissa ja laatusuosituksissa olevat tavoitteet ikäihmisten kotona asumisesta mahdollisimman pitkään.

Vanhuspalvelulain mukaan kunnan terveystalouden suunnittelussa pääpaino tulee olla ennaltaehkäisevässä terveydenhuollossa, jossa ikäihmisten osalta painopiste on kotona asumisen tukeminen mahdollisimman pitkään sekä toimintakyvyn ylläpitäminen (Vanhuspalvelulaki 980/2012). Terveyden edistämisen laatusuosituksissa terveyden edistämisen näkökulma tulisi ottaa kuntapolitiikan toimintalinjaksi kaikessa päätöksenteossa (Terveyden edistämisen laatusuositus 2007).

Terveyshuolusta ehdottoman suosion saivat säännölliset terveystarkastukset, joihin aikoi osallistua 80 % vastaajista. Muistihoidajan vastaanottoa piti tärkeänä puolet vastaajista ja 65674 óvuotiaat halusivat muistihoidajalle useammin kuin vanhin ikäluokka. Muistiasioista puhutaan julkisuudessa paljon ja ihmisiä kehoitetaan pitämään huolta aivoterveystään. Muistilääkkeet ovat kehittyneet valtavasti viime vuosien aikana ja tietoisuus siitä, että niiden vaikutus on parhaimmillaan muistisairauden alkuvaiheessa kasvaa. Muistiongelmat aiheuttavat pelkoa ja ihmiset haluavat saada siitä tietoa yhä enemmän. Kotikäyntien osuutta ei kyselylomakkeessa kysytty, mutta niiden tarve tuli ilmi avoimissa kysymyksissä. Myös sosiaalihuollon kotikäyntejä toivottiin. Kotihoidon ja sosiaalihuollon tulisi tehdä yhteistyötä vanhusasiakkaiden kanssa. Se olisi myös kustannustehokasta, koska vältyttäisiin päällekkäisiltä toimilta ja saataisiin oikeanlaista apua ikäihmiselle, kun moniammatillinen tiimi on hänen voimavarojaan arvioinut.

Muiden terveystalouden osalta suurin osa vanhimmasta ikäluokasta näki tarpeellisen liikuntatoiminnan järjestämisen. Nuoremmissa ikäluokassa luku oli selvästi alempi. Haverisen (2010) tutkimuksen mukaan liikunnan harrastuksen yhteys masennukseen oli voimakasta (Haverinen 2010). Avoimissa kysymyksissä toivottiin yksilöllistä ohjausta ja neuvontaa. Petäjävedellä näitä palveluja jo on, mutta saavuttavatko palvelut 85695 óvuotiaat ja onko sen tyyppinen liikunta heille sopivaa. Vanhin ikäluokka koki toimintakyvynsä heikentyneen, joten liikuntapalveluiden kohdentaminen heihin on tarpeen. Matkustelun ongelmallisuus oli korkeinta vanhimmalle ikäluokalle ja puolet heistä, jotka kokivat matkustelun erittäin ongelmalliseksi, eivät varmasti aikoneet osallistua ikäneuvolatoimintaa. Kuntouttava ja voimavaralähtöinen työote kotihoidossa lisää vanhusliikkumista ja samalla nostaa toimintakykyä. Hämäläinen (2004) on tutkinut päiväkeskusta vanhusvoimaannuttajana. Tutkimuksen tuloksena oli, että päiväkeskustoiminta tarjosi mahdollisuuksia toimintakyvyn ja voimaantumisen tukemiseen. Voimaantumisen on tärkeää ikääntyneen omien näkemysten, tarpeiden ja toiveiden huomioi-

minen toimintaa suunniteltaessa. (Hämäläinen 2004.) Voimaantuminen lähtee aina itsestä, voimaa ei voi toiselle antaa (Siitonen 1999).

Terveyden edistämisen viitekehyksessä ulkoisten ja sisäisten mahdollisuuksien luomisessa (promotiivinen terveyden edistäminen) painopiste on voimavaralähtöisessä toiminnassa (Savola-Koskinen-Ollonqvist 2005). Tutkimuksen avoimissa kysymyksissä tämä näkökulma nousi vastaajilta esiin. Ikäneuvolasta ei haluttu holhoavaa, vaan itsehoitoa tukevaa ja ennaltaehkäisevää toimintaa. Vastaajien toiveet olivat samassa linjassa vanhuspalvelulain ja terveyden edistämisen laatusuositusten kanssa.

Vastaajien terveysongelmia selvitettäessä miesten mielestä parisuhde ja seksuaalisuus olivat jonkin verran ongelmallista kolmasosalla vastanneista, mutta naisilla vain 10 %:lla. Puolet vanhimmasta ikäluokasta koki parisuhteen ja seksuaalisuuden erittäin ongelmallisena. Parisuhde ja seksuaalisuus ovat elämänkaaren loppuun saakka elämään kuuluvia asioita. Ovatko ne kuitenkin nykyaikanakin vaikeasti puheeksi otettavia asioita ikäihmisten terveystarkastusten tms. yhteydessä. Tämän tutkimuksen tuloksen mukaan, niiden puheeksiottoon pitäisi kiinnittää huomiota ikäneuvolaa suunniteltaessa.

Muistiongelmiensa lisäksi muut sairaudet aiheuttivat eniten ongelmia vastaajille. Vain kolmasosa kaikista vastaajista koki, ettei heillä ollut ongelmia sairauksien suhteen. Koettu terveydentila suhteessa sairauksien ongelmallisuuteen vaikutti siten, että kun terveydentila koettiin melko huonoksi tai huonoksi, sairaudet koettiin ongelmallisimpana. Kaikkein sairaimmaksi itsensä kokivat, eivät aikoneet osallistua ikäneuvolan toimintaan. Omavoimaistamisen näkökulmasta myös niillä, jotka kokevat itsensä sairaiksi, on voimavaroja olemassa olevan terveyden edistämiseen ja sairauksien tasapainossa pysymiseen. Voimavarojen löytämiseen tarvitaan tukea ja opastusta ammattitaitoiselta henkilökunnalta. Voimaa ei voi antaa tässäkään tapauksessa, vaan se pitää itse löytää omien kykyuskomusten, omien tavoitteiden, tukevan ympäristön ja turvallisen toimintaympäristön kautta. Siitosen (1999) mukaan voimaantuminen ei ole pysyvä tila, vaan vaatii tukea ja mahdollistavia toimenpiteitä ympäristöstä. Heikko voimaantuminen tuo heikon sitoutumisen ja vahva voimaantuminen puolestaan vahvan sitoutumisen. (Siitonen 1999.)

Oman alkoholin käyttö, väkivallan ilmeneminen lähipiirissä ja mielenterveysongelmat eivät antaneet tässä tutkimuksessa luotettavaa käsitystä. Niiden tutkimiseen parempi

menetelmä olisi teemahaastattelu, jossa ongelman syihin ja vakavuuteen päästäisiin syvällisemmin käsiksi.

Puolet haja-asutusalueella asuvista vastaajista halusi palvelujen tuomista heidän lähelleen. Monissa kunnissa palveluja on pyritty keskittämään keskuksiin taloudellisista syistä. Kotihoidon työntekijät työskentelevät kuitenkin myös haja-asutusalueella päivittäin ja vievät palveluja koteihin. Liikuntapalvelujen osalta haja-asutusalueella sijaitsevat koulut ja seurantalot tarjoaisivat mahdollisuuden liikuntapalvelujen järjestämisen iäkkäille. Myös liikkuvasta terveysterveyspalveluautosta on kokemuksia Suomessa, jotka tuovat matalan kynnyksen periaatteella terveys- ja hyvinvointitietoa ihmisten pariin (Hyvinvointikioski-hanke, Kuopio.)

Sosiaali- ja terveysministeri Paula Risikko on puhunut palvelusetelien toimivasta ja kustannustehokkaasta tavasta parantaa kuntalaisten palveluja. Hänen mukaansa palveluiden tarjonta lisääntyy niiden kysynnän kasvaessa ja kasvava kysyntä rohkaisee uusia hoiva-alan yrittäjiä lähtemään yrittäjiksi. Palvelusetelillä on hänen mukaansa vaikutus kuntien työllisyyden kasvuun ja paikallisen palveluiden monipuolistumiseen. (STM tiedote 17/2014.) Petäjävedellä palvelusetelimahdollisuutta ei ole. Kyselylomakkeeseen oli alun perin suunnitteilla (liite 1, kysymys 7) laittaa vaihtoehdoksi palvelusetelimahdollisuus, mutta vaihtoehto karsittiin pois, koska sen ei haluttu herättävän turhia toiveita kuntalaisissa. Kuitenkin hallitus sitä suosittaa, joten se olisi varmasti varteenotettava ja keskusteltava vaihtoehto Petäjävedelläkin vanhusten määrän kasvaessa.

Säännölliset terveystarkastukset ja muistihoitajan vastaanotto ovat ennaltaehkäisevää työtä parhaimmillaan. Vanhuspalvelulaissa pykälässä 12 on vielä erikseen säädetty hyvinvointia edistävien palveluiden, kuten neuvontapalveluiden ja terveystarkastusten järjestämisestä (Vanhuspalvelulaki 980/2012, 1§). Riittävien resurssien ja ammattitaitoisen henkilökunnan järjestäminen on kunnan velvollisuus. Perttilän (1999) mukaan strateginen taso on terveyden edistämisen mahdollistava taso, jossa päätöksillä vaikutetaan kuntalaisten terveyteen. Mahdollistavia näkökulmia hänen mukaansa on terveystieteiden huomioiminen kaikessa päätöksenteossa, tuleviin tilanteisiin varautuminen ja toimintaedellytysten luominen. (Perttilä 1999.) Uusien palveluiden tuottaminen ei aina vaadi suuria taloudellisia resursseja tai organisaatioiden muutoksia, usein asioiden näkökulman muutoksella ja asioiden priorisoinnilla sekä vaikuttavuuden seurannalla päästään tuloksiin. Petäjävedellä uuden vanhuspalvelustrategian suunnittelutyössä on pyritty

juuri tähän, katsomaan asioita eri näkökulmista ja pyrkimällä hakemaan ja ottamaan käyttöön olemassa olevia resursseja uudesta näkökulmasta.

Vanhuspalvelulaki (980/2012) asettaa kunnan velvollisuudeksi vanhusneuvoston perustamisen (Vanhuspalvelulaki 980/2012, 11§). Petäjävedellä ollaan oltu tässä asiassa valvotuneita jo pitkään, koska vanhusneuvosto on toiminut jo vuosia. Vanhuspalvelulain ja terveyden edistämisen laatusuosituksen perusteella vanhusneuvosto on uusien haasteiden edessä. Vanhusneuvoston poikkihallinnollinen kokoonpano loisi edellytyksiä terveyden edistämisen näkökulmaksi kuntapolitiikan kaikessa päätöksenteossa. Vuosittaisten hyvinvointikertomusten laatiminen yhdessä vanhuspalveluiden toteuttajan kanssa sekä palveluiden vaikuttavuuden arviointi voisivat tulevaisuudessa olla vanhusneuvoston tehtäviä.

Kyselylomakkeessa kysyttiin (liite 1, kysymys 8) tyytyväisyyttä nykyiseen terveyspalvelukäytäntöön ja vain 20 % vastaajista oli tyytyväinen eikä halunnut uusia palveluita. Vastauksesta ei voida tehdä johtopäätöstä, että 80 % olisi tyytymätön kunnan terveyspalveluihin, vaan suurin osa kaipaa lisäpalveluja terveytensä tukemiseen. Opinnäytetyön otsikko, joka on suora lainaus avoimesta kysymyksestä *öOpastava tuki olisi hyvä terveyden hoidossaö*, kiteyttää hyvin tämän tutkimuksen tulokset. Suuri osallistumishalukkuus ja kiinnostus ennaltaehkäisevien palveluihin, on ikäneuvolan kehittämistyön kannalta positiivinen tekijä.

7.3 Lisätutkimusaiheet

65-74 vuotiaiden huonoksi koetun terveydentilan syitä olisi hyvä tutkia. He ovat juuri siinä ryhmässä, jotka hyötyvät eniten ennaltaehkäisevistä palveluista. Olisi tarpeen saada tietää, mitkä asiat huonontavat koettua terveyttä ja mitä toimenpide-ehdotuksia heillä itsellään olisi koetun terveydentilansa kohentamiseen. Heidän suuri halukkuutensa muistihoitajan palveluihin olisi myös selvittämisen arvoista. Kustannustehokkaasti ajatellen, tämän aihealueen tutkiminen ja kehittäminen toisi tulevaisuudessa isot säästöt terveysmenoihin, kun ennaltaehkäisevä työ voitaisiin suunnata tarvittaviin kohtiin.

Kotona asuvien ikäihmisten turvattomuuden kokemisen tutkiminen antaisi hyödyllistä tietoa siitä, miten heidän kotona asumisen aikaa saadaan pidennettyä. Hyvin usein syy

palveluasuntoon muuttamiselle on turvattomuuden kokeminen kotona, joka aiheuttaa turvapuhelinhäilytyksiä ja kotikäyntejä varsinkin ilta- ja yöaikaan runsaasti.

Voimaannuttamisen tutkiminen olisi kiinnostava tutkimuskohde. Mitkä palvelut voimaannuttavat ja miten ikäihmiset kokevat omat voimavaransa. Kiire ja resurssipula ovat tuttuja joka puolella vanhustenhoitoa, joten on tärkeää ottaa käyttöön asiakkaan omat voimavarat. Voimavaralähtöisyyden vaikuttavuuden tutkiminen antaisi konkreettisia tuloksia taloudellisista kustannuksista, asiakkaan koetun terveydentilan muutoksista ja elämänlaadun parantumisesta.

Omaishoitajien jaksaminen aiheutti huolta avoimien kysymysten kohdalla. Jos omaishoitajat uupuvat, tarve kalliille palveluasumiselle kasvaa. Samalla omaishoitajan terveys kaippaa hoitoa. Omaishoitajien koettua terveydentilaa ja heidän halukkuutta osallistua ikäneuvolan palveluihin olisi mielenkiintoista kartoittaa. Tukemalla omaishoitajan terveyttä ja voimavaroja, autetaan myös hoidettavaa ja pidennetään hoidettavan kotona asumisen aikaa.

LÄHTEET

Baarman, A. & Suveri, J. 2006. Kotona asuvien vanhusten arviointeja valtakunnallisista vanhuksia koskevista suosituksista. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro Gradu ó tutkielma.

ETENE-julkaisuja 1. 2001. Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Luettu 5.4.2014.
http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17185&name=DLFE-543.pdf

Haapala, H. 2008. Terveyden edistämisen sisältö ja merkitys. Palvelujen tilaajaorganisaation toimijoiden käsityksiä terveyden edistämisestä. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro Gradu ó tutkielma.

Haverinen, R. 2010. Iäkkäiden liikuntaharrastuksen yhteys masennukseen ja yksinäisyyteen. Jyväskylän yliopisto. Liikuntatieteiden laitos. Liikuntapedagogiikan pro gradu ó tutkielma.

Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.

Hyvinvointihankkeet 2011-2012. Pohjois-Savon óliitto. Luettu 4.4.2014.
http://www.pohjoissavo.fi/fi/psl/tietopalvelu/julkaisut/Kooste_hyvinvointihankk_rahointamisesta_25_03_2013.pdf

Hyvinvointikompassi. Alueellisen hyvinvoinnin seuranta. 2013. THL. Luettu 25.10.2013.
<http://hyvinvointikompassi.thl.fi/fi/web/hyvinvointikompassi/vaesto-profiili;jsessionid=A648D539A35DC77994341B5D0E92DE47>

Hämäläinen, L. 2004. Päiväkeskus vanhusten voimaannuttajana. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro Gradu ó tutkielma.

Juvakka, T. 2005. Päiväkeskustoimintaan osallistuvien vanhusten kokemuksia vanhenemisestä ja hyvinvoinnista. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro Gradu ó tutkielma.

Kansanterveyslaki 66/1972.

Karhunen, V., Rasi, I., Lepola, E., Muhli, A. & Kanninen, A. 2011. IBM SPSS Statistics Perusteet. Oulun yliopisto. Tietohallinto. Oulu: Uniprint.

Kolstela, K. 2001. Ikääntyvien (65-vuotiaiden) lahtelaisten odotuksia sosiaali- ja terveyspalveluista. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro Gradu ó tutkielma.

Koponen, P. Hakulinen, T. & Pietilä, A-M. 2002. Asiakas ja terveyspalvelut. Teoksessa Karhula, A-L. (toim.) Terveyden edistäminen. Uusiutuvat työmenetelmät. 2002. Juva: WS Bookwell OY.

Koskinen, S., Lundqvist, A. & Ristiluoma, N. 2012. THL:n raportti 68/2012. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Tampere: Suomen yliopistopaino Oy.

Koskinen - Ollonqvist, P., Aalto ó Kallio, M., Mikkonen, N., Nykyri, P., Parviainen, H., Saikkonen, P. & Tamminiemi, K. 2007. Rajoilla ja ytimessä. Terveyden edistämisen näyttötyminen väitöskirjatutkimuksissa. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja 2/2007. Helsinki: Trio-Offset.

Kylmä, J., Pietilä, A-M. & Vehviläinen - Julkunen, K. 2002. Terveyden edistämisen etiikan lähtökohtia. Teoksessa Karhula, A-L. (toim.) Terveyden edistäminen. Uusiutuivat työmenetelmät. 2002. Juva: WS Bookwell OY.

Markkula, A. 2007. Terveys 2015 ókansanterveysohjelman toimeenpanon edistäminen. Analyysi sosiaali ó ja terveystministeriön strategisista hankekirjoista. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro Gradu ótutkielma.

Metsämuuronen, J. 2003. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä: Gummeruksen kirjapaino Oy.

Muurinen, S., Perttula, K. & Ståhl, T. 2008. Terveys 2015 ókansanterveysohjelman ohjaavuuden, toimeenpanon ja sisällön arviointi 2007. Stakesin raportteja 19/2008. Helsinki: Valopaino.

Parviainen, H., Mäkinen, E., Nyrhinen, M., Rouvinen-Wilenius, P. & Savolainen, N. 2008. Terveyden edistämisen barometri 2008. Terveyden edistämisen julkaisuja 2/2008. Helsinki: Trio-Offset.

Perttilä, K. 1999. Terveyden edistäminen kunnan tehtävänä. Stakesin tutkimuksia 103. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Savola, E. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2005. Terveyden edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja ó sarja 3/2005. Helsinki: Edita Prima Oy.

Siitonen, J. 1999. Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Oulun yliopisto. Oulun opettajankoulutuslaitos. Väitöskirja.

STM. Sote-uudistus. Luettu 4.4.2014.

http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/palvelurakenneuudistus

STM tiedote, 17/2014. Ministeri Risikko: Palvelusetelin laajempi käyttö tukisi hoivayrittäjyyttä. Luettu 4.4.2014.

<http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1873438>

Suomen perustuslaki 731/1999.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010.

Terveyden edistämisen laatusuositus. 2007. Sosiaali- ja terveystministeriön julkaisuja 2006:19. Helsinki: Yliopistopaino.

Terveys 2015 ókansanterveysohjelma. 2001. Sosiaali- ja terveystministeriö. Esitteitä 2001:8. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42733&name=DLFE-6215.pdf

Terveys 2015 ökansanterveysohjelman väliarviointi 2013. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:4.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511574&name=DLFE-26108.pdf

THL. Terve Kunta överkostohanke. Luettu 22.1.14.

http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/hanke?id=32296

THL. Terveyden edistämisen kuntatuki öhanke. Luettu 22.1.14.

http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/hanke?id=32689

THL. 2011. OPTIMI ö Terveys- ja sosiaalitalouden uutiskirje. Luettu 22.1.14.

http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/organisaatio/rakenne/yksikot/terveys_ja_sosiaalitalous/optimi/2011/paakirjoitus3

Tukia, H., Lehtinen, N., Saaristo, V. & Vuori, M. 2011. Väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnassa. Peruseräraportti kuntajohdon tiedonkeruusta 2011. THL:n raportti 55/2011. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.

Vanhuspalvelulaki. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. 980/2012.

Verlin, K., Röppänen, R. & Koivisto, T. Voimavarahoitaja, Voimavaralähtöisen hoito- ja palvelusuunnitelman turvaaja. Jyväskylän kaupunki. Luettu 4.4.2014.

http://www.jyvaskyla.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/jyvaskyla/embeds/jyvaskylastructure/63728_VOIMAVARA

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

WHO. Declaration of Alma Ata. Luettu 23.4.2014.

http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1

WHO. The 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinki, Finland, 10-14 June 2014. Luettu 22.1.2014.

http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/statement_2013/en/index.html

Wilskman, K., Ståhl, T., Muurinen, S. & Perttula, K. 2008. Väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnissa. Raportti kunnanjohtajien kyselyistä 2007. Stakesin työpapereita 16/2008. Helsinki: Valopaino.

Yli-Luoma, P V-J. 2004. Johdatus kvantitatiivisiin analyysimenetelmiin SPSS for Windows-ohjelman avulla. Sipoo: IMDL Oy:n digitaalipaino.

LIITTEET

Liite 1. Kyselylomake

1(6)

HYVÄ PETÄJÄVEDEN KUNNAN ELÄKELÄINEN!

Olemme kehittämässä kuntaamme Ikäneuvolatoimintaa. Ikäneuvolan toiminta-ajatuksena on tarjota yli 65-vuotiaille kuntalaisille määräaikaista terveystarkastuksia, tukea heidän kotona asumistaan mahdollisimman pitkään, tarjota tietoa terveyden edistämisestä ja auttaa kaikissa terveyteen liittyvissä asioissa.

Ikäneuvolan tulisi vastata mahdollisimman hyvin juuri Petäjaveden kunnan asukkaiden tarpeisiin. Sen takia olemme lähettäneet tämän kyselylomakkeen 300:lle yli 65-vuotiaalle Petäjaveden kunnan asukkaalle. Olisimme erittäin kiitollisia, jos vastaisitte kysymyksiimme ja lähettäisitte vastauksenne valmiiksi maksetussa palautuskuoressa 24.1.2014 mennessä. Vastauksenne käsittelemme ehdottoman luottamuksellisina ja ne tulevat ainoastaan Ikäneuvolan kehittämistyöryhmän käyttöön.

KIITOS ETUKÄTEEN VAIVANNÄÖSTÄNNE!

Petäjaveden vanhuspalvelut

KYSYMYKSET

1. **SUKUPUOLI.** Ympyröikää oikea vaihtoehto.

- A) nainen
- B) mies

2. **IKÄ**_____

3. **ASUMINEN.** Asutteko

- A) yksin
- B) puolison kanssa
- C) lasten luona
- D) muulla tavoin, miten_____

jatkuu

4. ASUTTEKO

2(6)

A) keskustassa

B) haja-asutusalueella, missä_____

5. MILLAISEKSI TUNNETTE OMAN TERVEYDENTILANNE TÄLLÄ HETKELLÄ. Ympyröikää yksi vaihtoehto.

A) hyvä

B) melko hyvä

C) keskitasoinen

D) melko huono

E) huono

6. MITÄ TERVEYS TEILLE MERKITSEE? Ympyröikää jokaisesta väittämästä se vaihtoehto, joka kuvaa parhaiten mielipidettänne.**A) Terveys on sairauden puuttumista.**

täysin samaa mieltä 5 4 3 2 1 täysin eri mieltä

B) Terveys on hyvinvointia, onnellisuutta ja tasapainoa.

täysin samaa mieltä 5 4 3 2 1 täysin eri mieltä

C) Terveys on kykyä selviytyä itsenäisesti päivittäisistä toiminnoista ja arjen sujumista.

täysin samaa mieltä 5 4 3 2 1 täysin eri mieltä

D) Terveys on kykyä pitää yllä ihmissuhteita.

täysin samaa mieltä 5 4 3 2 1 täysin eri mieltä

E) Terveys on turvallisuuden tunnetta.

3(6)

täysin samaa mieltä 5 4 3 2 1 täysin eri mieltä

F) Terveys on terveellisiä elämäntapoja.

täysin samaa mieltä 5 4 3 2 1 täysin eri mieltä

7. MITEN KUNTA VOI PÄÄTÖKSILLÄÄN VAIKUTTAA MIELESTÄNNE TERVEYTENNE SÄILYMISEEN? Ympyröikää jokaisesta väittämästä se vaihtoehto, joka kuvaa parhaiten mielipidettänne.**A) Tuomalla palvelut haja-asutusalueille.**

täysin samaa mieltä 5 4 3 2 1 täysin eri mieltä

B) Lisäämällä terveystalveluja kuntalaisille.

täysin samaa mieltä 5 4 3 2 1 täysin eri mieltä

C) Rakennuttamalla senioriasuntoja.

täysin samaa mieltä 5 4 3 2 1 täysin eri mieltä

D) Huomioimalla terveysnäkökulma päätöksenteossa, esimerkiksi rakentamisessa, ympäristökysymyksissä, liikennejärjestelyissä.

täysin samaa mieltä 5 4 3 2 1 täysin eri mieltä

E) Tukemalla kotona asumista mahdollisimman pitkään.

täysin samaa mieltä 5 4 3 2 1 täysin eri mieltä

8. MILLAISIA PALVELUITA HALUAISITTE IKÄNEUVOLAN JÄRJESTÄVÄN? Ympyröikää kaikki vaihtoehdot, joita pidätte tärkeänä.

- A) säännöllisiä terveystarkastuksia ja seuranta tarvittaessa
- B) muistihoitajan vastaanottoa muistiin liittyvissä asioissa
- C) tukea lääkehoitoon, esim. lääkejako
- D) yleisöluentoja terveyteen liittyvistä aiheista
- E) eri järjestöjen (esim. muistiliiton, syöpäyhdistyksen, sydänyhdistyksen) kanssa yhteisiä tapahtumia
- F) ohjattua liikuntatoimintaa ikäihmisille
- G) olen tyytyväinen nykyiseen käytäntöön, en halua lisäpalveluja
- H) muuta:

9. OLISITTEKO HALUKAS OSALLISTUMAAN EDELLÄ MAINITTUIHIN IKÄNEUVOLAN PALVELUIHIN SÄÄNNÖLLISESTI? Ympyröikää mielestänne paras vaihtoehto.

- A) kyllä olisin
- B) tarvittaessa
- C) en tiedä osallistunko
- D) en varmasti osallistu

10. LIITTYYKÖ SEURAAVIIN ASIOIHIN ONGELMIA ELÄMÄSSÄNNE JUURI NYT? Ympyröikää jokaisesta kohdasta vaihtoehto, joka kuvaa parhaiten mielipidettänne.

A) matkustelu ja siihen liittyvät terveysasiat

ei ongelmaa 5 4 3 2 1 erittäin ongelmallista

B) parisuhde ja seksuaalisuus

ei ongelmaa 5 4 3 2 1 erittäin ongelmallista

C) arjen sujuvuus

ei ongelmaa 5 4 3 2 1 erittäin ongelmallista

**LIITTYYKÖ SEURAAVIIN ASIOIHIN ONGELMIA ELÄMÄSSÄNNE JUURI
NYT?****D) toimintakyvyn säilyminen**

ei ongelmaa 5 4 3 2 1 erittäin ongelmallista

E) sosiaaliset suhteet

ei ongelmaa 5 4 3 2 1 erittäin ongelmallista

F) yksinäisyys

ei ongelmaa 5 4 3 2 1 erittäin ongelmallista

G) turvattomuus

ei ongelmaa 5 4 3 2 1 erittäin ongelmallista

H) avun saaminen

ei ongelmaa 5 4 3 2 1 erittäin ongelmallista

I) muistiongelmat

ei ongelmaa 5 4 3 2 1 erittäin ongelmallista

J) sairaudet

ei ongelmaa 5 4 3 2 1 erittäin ongelmallista

**LIITTYYKÖ SEURAAVIIN ASIOIHIN ONGELMIA ELÄMÄSSÄNNE JUURI
NYT?**

K) väkivallan kokeminen lähipiirissä

ei ongelmaa 5 4 3 2 1 erittäin ongelmallista

L) mielenterveyden ongelmat

ei ongelmaa 5 4 3 2 1 erittäin ongelmallista

M) oma alkoholin käyttö

ei ongelmaa 5 4 3 2 1 erittäin ongelmallista

**11. MITÄ MUUTA HALUAISITTE SANOA TYÖRYHMÄLLEMME IKÄ-
NEUVOLAN KEHITTÄMISEEN LIITTYEN?**

KIITOS VASTAUKSESTANNE!

AVOIN KYSYMYKSET (8, kohta H) ANALYYSOINTIA

1. Ystävöiminta yksinäisyyttä tunteville, 3
2. Terveyspalveluiden säilyttäminen omalla paikkakunnalla
 - kunnassa hyviä palveluja jo olemassa
3. Nykyiset palvelut eivät ole tunnettuja
4. Asiointikuljetusta, liian lyhyt aika hoitaa asioita,
esim. terveyskeskus ja laboratorio, ei pääse julkisilla
5. Vertaistuki,
 - yhteisiä tapahtumia
 - kerhotoimintaan osallistuminen
 - syrjäseudulla ei palveluja
6. Virtsankarkailuun ilmaisia siteitä
7. Hammashoito
8. Neuvontaa sosiaalietuuksien hakemiseen
9. Säännölliset terveystarkastukset voisivat korvata lääkärikäyntejä
10. Itsehoidon opastus, esim. haavat

11. Osallistuisin, mutta en vointini takia kykene

2(7)

12. Kotihoitoa lisättävä

13. Harrastustoimintaa lisää, 2

14. Säännölliset tarkastukset

JAKO PÄÄ 6 JA ALALUOKKIIN

1. TERVEYSPALVELUIDEN SISÄLTÖ

- Terveystarkastusten säännöllisyys
- Terveystarkastuksilla lääkärintarkastusten korvaaminen osittain
- Sosiaalietuuksien hakemiseen opastusta
- Itsehoidon opastusta

2. KUNTAPOLITIikka

- hyvien terveyspalveluiden säilyttäminen omassa kunnassa
- kotihoitoon lisää resursseja
- asiointikuljetukseen lisää resursseja ja väljyyttä aikatauluihin
- kuljetusta terveysasemalle laboratorioon ja lääkäriin
- hammashoidon tilanne aikojen suhteen huono ja hoito kallista
- syrjäseudulla huono palveluiden saatavuus
- kerhotoiminnan jatkuvuus turvattava

3. PALVELUIDEN TUNNETTAVUUS

- heikkoa
- ilmaisipalveluista ei tiedetä, esim. virtsankarkailu

4. YHTEISTYÖ KOLMANNEN SEKTORIN KANSSA

- ystävätoimintaa yksinäisille
- vertaistukea eri sairauksissa
- yhteisten tapahtumien järjestäminen
- harrastustoiminnan monipuolistaminen

AVOIN KYSYMYS (11) ANALYSOINTIA

3(7)

1. Vanhusten kotona asuminen liian kauan heitteille jättöä
 - kotona asumisen tukeminen
2. Kotipalvelun työntekijöiden asenteiden tarkastus
 - kotiavun määrän laskeminen tuonut heitteille jättämisen tunteen
 - -siivousapu
 - kiireisyys luo turvattomuutta
3. Huomion kiinnittäminen liikenneturvallisuuteen
 - Kintaudelle saakka suojatie?
 -
4. Viriketoimintaa vanhuksille lisää, 2
 - yksinäisten tukeminen ja mukaan toimintaan kannustaminen ja hakeminen, 6
5. Avustajia lisää
6. Liikuntapaikkoihin kuljetuksia
 - uimahalliin, 2
 - ohjattua yhteistä liikuntaa ikäihmisille matalan kynnyksen periaatteella, 2
 - kunnan testausta ja neuvoja sen kohentamiseen
7. Omaishoitajien väsyminen
 - lisää hoitopaikkoja
 -
8. Asumisturvallisuuden lisääminen kotona
 - kynnykset
 -
9. Kuljetusapua
 - Ruokakauppaan kuljetuksia 2-3 x kk, 2
 - saattoapua lääkäriin ym. tutkimuskäyneille
10. Ikäneuvola tarpeellinen Petäjävedelle 9
 - säännöllisyys 1 x kk, kuljetus järjestetty
 - oheisohjelmaa yhdessä
 - kiitos kehitystyöstä, 4
 - taloudellisuuden huomioiminen kehitystyössä
 - kotikäyntejä, 3 maksuttomia
 - Ikäneuvolan kehittäminen tärkeää vanhusten määrän kasvaessa
 - Senioriterveys-ö termin käyttäminen
 - terveystarkastukset, laboratoriotestit, ohjaava toiminta,
 - kysely hyvä pohja suunnittelulle
 - matala kynnyks, 3

4(7)

- vaikuttavuuden arviointi
 - etsivä ote piileviin ongelmiin, 2
 - kotona asumisen tukeminen
 - hyvät tavoitteet saatteessa
 -
11. Parempia terveystalvija lisää
- laboratorio auki sulkuaikana osittain
 - vastaanotolle ei pääse riittävän nopeaa
12. Taloudellista tukea lisää, 2
- sosiaalityöntekijöiden käyntejä vanhuksille, 2
 -
13. Kerhotoiminnan jatkuvuus, 2
- yhteisluentoja terveyteen liittyvistä aiheista (ylipaino, ruokavalio, liikunta)
14. Omavoimaisuuden huomioiminen kehitystyössä
- ei holhoavaa toimintaa, 2
 - ennaltaehkäisevä toiminta keskiöön
 - toivottavasti ei jää suunnitteluasteelle
 -
15. Hammashoito ei ole toimivaa, 2
- kallista, 2 ja vaikeakulkuista
16. Kiitokset palveluista, 3
- Petäjavesi erinomainen paikka asua
 - ei kuntaliitoksia
17. Omalääkäri pysicsä samana keskustaan muutettaessa
- laboratorio ei vedä riittävän nopeaa ikäihmisiä, muut menevät edelle
18. Kunnan päätöksillä ei vaikutusta terveyteen
19. Palveluista ja avustuksista ei tiedetä riittävästi
20. Senioriasuntojen rakennuttaminen ei kunnan tehtävä
- yksityiset rakennuttajat
 - toivotaan senioriasuntoa keskustasta, ei enää pärjää maalla puulämmitteisessä talossa, 3
 - Tuetun asumisen tarvetta

21. Muistisairaiden kartoittaminen varhaisessa vaiheessa

5(7)

22. Palveluopas

- eläkeläistapahtumat
- aikatauluja toiminnalle
- tärkeät numerot
- ilmestyy 2 x v, posti tuo

23. Itsehoidon tukeminen

24. Sosiaalisen median käytön opettelua yhdessä

JAKO PÄÄ- JA ALALUOKKIIN

1. IKÄNEUVOLAN KEHITTÄMISTYÖ

- kiitokset kehitystyöstä (4)
- taloudellisten näkökulmien huomioiminen
- vanhusten määrän kasvaessa tärkeä toimintamuoto
- kysely hyvä pohja suunnittelulle
- saateen tavoitteet hyvät
- toivottavasti ei jää suunnitteluasteelle

2. IKÄNEUVOLATOIMINTA (Senioriterveys)

- tarpeellinen palvelumuoto (9)
- säännöllisyys
- kuljetus järjestetty
- maksuttomat kotikäynnit
- terveystarkastukset: verikokeet, ohjaus
- matalan kynnyksen paikka
- muistisairaiden kartoittaminen varhaisessa vaiheessa
- kotona asumisen tukeminen
- vaikuttavuuden arviointi
- etsivä työote

3. OMAVOIMAISTAMINEN

- ennaltaehkäisevä toiminta keskiöön
- ei holhoavaa otetta (2), omavoimaistaminen tärkeää
- itsehoidon tukeminen

4. KOTONA ASUMISEN TUKEMINEN

6(7)

- asumisturvallisuuden lisääminen kotona, esim. kynnykset
- senioriasuntojen rakennuttaminen keskustaan (3)
- senioriasuntojen rakennuttaminen ei kunnan tehtävä välttämättä
- tuetun asumispalvelun tarvetta
- liian pitkään kotona asuminen muuttuu heitteillejätöksi
- liikenneturvallisuuden parantaminen, esim. kevyen liikenteen väylä Kintaudelle

5. PALVELUIDEN TUNNETTAVUUDEN LISÄÄMINEN

- palveluoppaan laatiminen, ilmestyminen 2 x vuodessa, jako kaikkiin talouksiin
sisältää tärkeitä numeroita, aikatauluja, tapahtumia
- palveluiden tunnettavuus heikkoa
- asiointiavusta ei tietoa

6. TERVEYSPALVELUIDEN KEHITTÄMINEN

- parempia terveyspalveluita
- palvelut hyviä, kiitoksia niistä
- sulku aika laboratoriolle liian pitkä, osittainen aukioloaika
- lääkärin vastaanotolle ei pääse riittävän nopeaa
- laboratorio liian vähän auki, jonot pitkiä
- kotipalveluun lisää resursseja: liikaa kiirettä, vähentyminen luonut turvattu-
muutta
- kotipalvelun henkilökunnan asenteiden korjaaminen
- siivousapua pitäisi saada
- omaishoitajien tukeminen, intervallihoitoa lisättävä
- asiointiapu ei ole riittävää: liika kiire, terveysasemalle vaikea päästä
- saattoapua lääkäriin, tutkimuksiin
- hammashoito kallista, aikoja ei ole
- omalääkäri ei saa vaihtua muutettaessa keskustaan
- ei kuntaliitosta

7. SOSIAALIPALVELUT

- sosiaalityöntekijän kotikäyntejä vanhuksille
- taloudellista apua enemmän
- henkilökohtaisten avustajien lisääminen

8. VIRIKETOIMINTA

7(7)

- kerhotoiminnan jatkuvuus turvattava
- yleisöluentoja terveyteen liittyvistä aiheista
- yksinäisten vanhusten kannustaminen ja kuljettaminen mukaan toimintaan
- viriketoimintaa lisää
- ohjattua liikuntatoimintaa
- kyydityksiä uimahalliin
- kunnon testausta ja yksilöllisiä neuvoja sen kohentamiseen
- sosiaalisen median käytön opettelua

YHTEENVETONA KOLME PÄÄLUOKKAA

1. IKÄNEUVOLAN KEHITTÄMINEN
2. KOTONA ASUMISEN TUKEMINEN
3. TERVEYSPALVELUIDEN KEHITTÄMINEN