

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Vanhustyön koulutusohjelma

Aila Suoantila

TERVEYSLIIKUNTA OSAKSI KANGASALAN KOTIHOIDON TARJOAMIA
PALVELUJA -OPAS KOTIHOIDON TYÖNTEKIJÖILLE

Opinnäytetyö 2014

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Vanhustyön koulutusohjelma

AILA SUOANTTILA

Terveysliikunta osaksi Kangasalan kotihoidon palveluja -
opas kotihoidon työntekijöille

Opinnäytetyö

43 sivua + 28 liitesivua

Työn ohjaaja

Sari Ranta, FT, yliopettaja

Toimeksiantaja

Kangasala kunnan kotihoito

Marraskuu 2014

Avainsanat

oppaat, kotihoito, toimintakyky, terveysliikunta, vanhukset

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoitus oli luoda terveysliikuntaopas Kangasalan kunnan kotihoidolle. Oppaan tavoitteena on, että sen avulla kaikki kotihoidon organisaatiossa työskentelevät pystyvät antamaan terveysliikuntapalveluja kotihoidon yli 65-vuotiaille asiakkaille heidän fyysisen toimintakykynsä huomioiden.

Oppaan tekemiseen luotiin projekti, jonka avulla oppaan sisältö rakentui. Projektissa haastateltiin kuutta kotihoidon asiakasta. Heidän fyysinen kuntosensa testattiin ja heille tehtiin henkilökohtaiset terveysliikuntaohjelmat huomioiden heidän yksilölliset tavoitteensa. Projektitehtäviin kuului antaa asiakkaille terveysliikuntatietoa ja ohjausta liikkumisessa. Oppaan lopullinen versio perustuu projektista saatuihin kokemuksiin sisältäen koko terveysliikuntapalveluprosessin kotihoidolle.

Oppaan ulkoasu noudattelee Kymenlaakson ammattikorkeakoulun suosittamia dokumentointiohjeita. Oppaan terveysliikuntateoria ja terveysliikuntapalveluprosessi toimivat apuvälineinä asiakkaan ja kotihoidon välisessä keskustelussa. Opas sisältää ohjeet kahdeksaan fyysisen kunnan testiliikkeeseen valokuvineen, internetlinkkejä liikuntaohjelmien suunnittelua varten sekä paikallisia vanhuksille suunnattujen liikunta- paikkojen yhteystietoja. Asiakkaan aktiivisuuden seurantaan oppaassa on kopioitavaksi liikuntakortti, johon merkitään kaikki päivittäiset liikkumiset.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Elderly Care

AILA SUOANTTILA

Healthy Exercise to Kangasala Home Care Services – A
Guide for Home Care Employees

Bachelor's Thesis

43 pages + 28 pages of appendices

Supervisor

Sari Ranta, PhD, Principal Lecturer

Commissioned by

Kangasala Home Care

November 2014

Keywords

work orientation guide, home care, ability to function,
health exercise, elderly people

The goal of this bachelor's thesis was to create a work orientation guide for health exercise at Kangasala municipal home care. The aim of this guide was to provide information for all employees who work in the organization how to guarantee health exercises and home care services for customers over 65 years by taking into account their physical abilities to function.

The work orientation guide was created with a setup project. The project interviewed six home care clients. Their physical conditions were tested and a personal health exercise program was made taking into account their individual goals. The project task was to provide customers with information and guidance on health exercise movement. The final version of the guide is based on the customers' experiences of the project, including the entire service process in health exercise in home care.

The layout of the guide follows the recommended documentation instructions of the University of Applied Sciences. The health theory and the service process in the guide work as tools for assisting the client and home care. The guide contains instructions for eight physical fitness tests, including photographs, internet links for planning physical activity programs as well as local sports facilities for elderly people. In order to monitor a client's activities, the guide includes so called physical card which records all the activities during the day.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO	6
2	VANHENEMISEEN LIITTYVÄT TOIMINTAKYKYMUUTOKSET	7
	2.1 Fyysiset toimintakykymuutokset	7
	2.2 Psykkiset ja sosiaaliset toimintakykymuutokset	10
3	TERVEYSLIIKUNNAN MERKITYS TOIMINTAKYVYLLE	10
	3.1 Terveysliikunnan fyysiset vaikutukset	12
	3.2 Terveysliikunnan psyykkiset ja sosiaaliset vaikutukset	13
4	KOTIHOIDON PALVELUT VANHUKSEN TOIMINTAKYVYN TUKEMISESSA	14
	4.1 Tämän päivän kotihoito	14
	4.2 Liikunta osana kotihoidon palveluja	15
5	TERVEYSLIIKUNTAOPPAAN TAUSTA JA TAVOITTEET	16
6	TERVEYSLIIKUNTAOPPAAN SUUNNITTELU	17
	6.1 Projektin organisaatio	17
	6.2 Aikataulu	18
	6.3 Opinnäytetyön tekemiseen liittyvät riskit	20
	6.4 Projektin kustannukset	21
7	PROJEKTIN ETENEMINEN	22
	7.1 Yhteistyö lähihoitajien kanssa	22
	7.2 Asiakkaiden alkukartoitus	22
	7.3 Kuntotesti ja liikuntaohjelmat	23
	7.4 Haastattelun toteuttaminen	24
	7.5 Haastattelun tulokset	25
	7.6 Oppaan viimeistely	27
8	KUVAUS TERVEYSLIIKUNTAOPPAASTA	28
	8.1 Terveysliikuntaoppaan teoriaosuus	28

8.2 Oppaassa käytetyt testimenetelmät	29
8.3 Oppaan muu tukimateriaali	30
9 POHDINTA	31
LÄHTEET	36
LIITTEET	
Liite 1. Terveysliikuntaa yli 65-vuotiaille kotihoidon asiakkaille – opas kotihoidon työntekijöille	

1 JOHDANTO

Väestö vanhenee hyvin nopeasti seuraavien vuosikymmenien aikana. Vuonna 2013 yli 65-vuotiaita oli yli miljoona koko suomessa. Vuonna 2011 suomalaisista 14 % oli saavuttanut 68 vuoden iän ja arvioiden mukaan vuonna 2030 heitä on 22 % . (Väestö 2014.) Turvataksemme vanhusten hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista vanhuspalvelulain mukaisesti meidän tulee miettiä ja kehittää olemassa olevia toimintoja. Vanhuspalvelulaki edellyttää kuntia tekemään suunnitelman, jossa painotetaan vanhusten kotona asumista ja kuntoutumista edistäviä toimenpiteitä. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 2012.)

Uuden sosiaali- ja terveysministeriön suosituksen mukaan 75 vuotta täyttäneistä 91 – 92 prosenttia pitäisi asua kotona. Kangasalan kunnan alueella kotona asuvien vanhusten määrä on suositusta pienempi. (Särkkä 2014.) Tästä kotona asuvien määrästä 14 % saa kotihoidon palveluja ja 3 % tehostettua kotihoitoa. Tavoite on, että vanhus voisi asua mahdollisimman pitkään kotona kotiin tuotavien palveluiden avulla. Näillä avuilla pyritään välttämään turhia muuttoja toimintakyvyn heiketessä. Lisäksi kotiin tuotavien palvelujen valikoimaa tulee jatkossa laajentaa mm. lisäämällä kotikuntoutusta. Kotikuntoutuksen toivotaan tuovan apuja *’pyöröovi ilmiöön’*, joka käytännössä tarkoittaa vanhuksen joutumista sairaalasta kotiin ja takaisin sairaalaan ilmiötä. (Vanhuspalvelujen kehittämissuunnitelma 2014 – 2020.) Laukkasen (1998) tutkimuksen (1998) mukaan vanhusten selviytyminen päivittäisistä perustoiminnoista itsenäisesti ennusti merkittävästi pitempään kotona selviytymistä.

Kotihoito elää tänä päivänä suurten muutosten aikaa. Kotihoidon palvelut on suunniteltava vastaamaan tämän päivän ja tulevaisuuden haasteisiin. Kunnissa ajetaan alas vanhusten laitospaikkoja ja kotiin hoidetaan yhä huonokuntoisempia vanhuksia. Hoitohenkilökunta rasittuu fyysisesti, sillä aina kotona hoidettavan vanhuksen luona ergonomia ei vastaa vaatimuksia. Kangasalan ja Pälkäneen vanhuspalvelujen kehittämissuunnitelman (2014 – 2020) mukaan johtamisen tulee tukea kuntoutumista edistävää työtapaa ja henkilöstön työhyvinvointia tulee lisätä. Työhyvinvointia voidaan lisätä kehittämällä fyysisesti raskasta työtä helpottavia työtapoja. Terveysliikuntapalveluja lisäämällä kotihoidon asiakkaille parannetaan heidän toimintakykyään, ja sen ansi-

osta asiakas on aktiivinen annetun hoidon aikana eikä vain passiivisena ota annettua hoitoa vastaan.

Toiminnallisena opinnäytetyönä olen toteuttanut Kangasalan kunnan kotihoidolle oppaan, jonka avulla he voivat antaa terveystoimintapalveluja kaikille yli 65-vuotiaille asiakkailleen. Palvelu käsittää asiakkaiden kaatumisriskin ja liikunnallisuuden kartoittamisen, teoretiedon jakamisen liikunnan merkityksestä fyysiselle toimintakyvylle ja fyysisen kunnan testauksen. Asiakas ja omahoitaja asettavat yhdessä liikkumisen tavoitteet ja näiden perusteella omahoitaja rakentaa terveystoimintasuunnitelman. Palveluun kuuluu asiakkaan liikunnan opastus sekä seuranta ja kaiken tämän tiedon kirjaaminen asiakastietojärjestelmään. Oppaan sivutuotoksena kehitettiin prosessikuvaus terveystoimintapalvelusta. Prosessikuvasta käy selville, mitä tehtäviä palveluun kuuluu ja kenellä on vastuu missäkin vaiheessa. Prosessikuva auttaa ymmärtämään, mitä tehtäviä on käytävä läpi, jotta päästään tavoitteisiin.

2 VANHENEMISEEN LIITTYVÄT TOIMINTAKYKYMUUTOKSET

2.1 Fyysiset toimintakykymuutokset

Fyysinen toimintakyky on hallittua liikkumista niin, että pystyy pitämään tasapainoa yllä. Tämä vaatii koko ihmiskehon hermo- ja lihasjärjestelmän hyvää toimintaa. Iän myötä hermolihaskäytössä tapahtuu muutoksia, jotka vaikuttavat fyysiseen toimintakykyyn. Muutoksia on nähtävissä niin liikehallintakyvyssä kuin tuki- ja liikuntaelimistön kunnossa. Liikehallintakykyyn kuuluvat tasapaino, koordinaatio ja reaktiokyky, kun taas liikuntaelimistöön kuuluu notkeus, lihasvoima ja lihaskestävyys. (Suni & Vasankari 2011, 35 – 36.) Iän myötä edellä mainitut muutokset johtavat siihen, että suoritus-, sopeutumis- ja vastuskyky vähenee. Lisäksi fyysisiin toimintakykymuutoksiin vaikuttavat myös biologiset muutokset, kuten rasvan lisääntyminen lihasmassa vähetessä, luumassan väheneminen, näön ja havaintomotoriikan heikkeneminen unohtamatta hengityselimistössä tapahtuvia vanhenemismuutoksia. (Vuori 2011a, 89 – 91.)

Hengityselimistöllä ja sen lisäksi verenkiertoelimistöllä on iso merkitys kestävyyskuntoon, sillä niiden tehtävänä on varmistaa lihasten ja muiden elinten hapensaanti. Silloin kun hapensaanti on hyvä, ihminen jaksaa tehdä useita minuutteja lihastyötä väsymättä. (Kallinen & Kujala 2013, 153.) Kestävyyskunto heikkenee vanhetessa, koska muutoksia on havaittavissa sydämen toiminnassa: supistusvoima heikkenee ja hidas-

tuu, täyttyminen hidastuu, seinämien venyvyys laskee ja maksimaalinen syketeiheys laskee. Kestävyyskuntoon vaikuttavat vanhenemismuutokset hengityselimissä: elastisuus rintakehässä vähenee, ryhtimuutokset rintarangassa, keuhkoputkien useita muutoksia, sekä hengityslihakset heikkenevät. (Sipilä, Rantanen & Tiainen 2013, 154 – 155.)

Lihassoima ja massa, jotka ovat perusedellytykset pystyssä pysymiselle ja liikkumiselle (Mänty, Hulkko, Sihvonen & Lounamaa 2006, 13). Ihminen saavuttaa näiden huiput noin 20 – 30-vuotiaana, ja Rantasen mukaan ne myös pysyvät aina 50 ikävuoteen asti, mikäli elintavoissa ei ole tapahtunut suuria muutoksia (Rantanen 2010, 286). Vuoren mukaan vanhenemisen myötä lihasmassa vähenee, niin että 50 vuoden ikäisenä massa on pienentynyt 10 prosenttia maksimistaan ja 70-vuotiaana noin 40 prosenttia. Lihassoima vähenee 50 vuoden ikäisenä 1 prosentin vuodessa, ja 65 vuoden ikäisenä lähes 2 prosenttia. (Vuori 2013, 90.) Lihaksisto ei heikkene tasaisesti, vaan alavartalon lihassoima vähenee nopeammin kuin ylävartalon (Heikkinen 2010, 189). Rantasen väitteen mukaan 75-vuotiaana ihminen on keskimäärin menettänyt lihasmassaa neljäsosan, ja jos menettää lihasmassaa 40 prosenttia, tilanne johtaa kuolemaan (Rantanen 2010, 286). Heikentynyt lihassoima lisää riskiä vanhuksen toiminnanvajaukselle. Biologisten syiden lisäksi lihassoiman heikkeneminen voi johtua useista eri seikoista, kuten kroonisesta sairaudesta, sairauksien hoitoon tarvittavista lääkkeistä, hormonitoiminnan muutoksista, aliravitsemuksesta sekä lihasten käyttämättömyydestä. (Sakari-Rantala 2004, 10.) Sarkopenialla, joka liitetään vanhuuteen, tarkoitetaan voimakasta lihaskatoa, jossa kehon lihassolujen määrä vähenee, lihasten tiheys ja poikkipinta-ala pienenevät rasvan osuuden kasvaessa lihaksissa. Sarkopenia tutkimuksissa on ollut nähtävissä, että iäkkään polven ojentajalihaksen poikkipinta-alasta vain 50 prosenttia muodostui lihassoluista, loput rasva- ja sidekudoksesta. (Rantanen 2010, 286 – 287.) Pitkää vuodelepoa vaativat sairaudet heikentävät vanhusten lihasmassaa ja voimaa jopa viisi prosenttia vuorokaudessa ja samalla 60-kertaistavat kehittymisriskiä uusille toimintakykyvajeille (Koskinen, Pitkälä & Saarenheimo 2008, 563).

''Tarvitaan vain kymmenen vuodelepopäivää ilman mahdollisuutta liikumiseen ja kävelevänä sairaalaan tulleesta ikäihmisestä on synnytetty vuodepotilas'' (Vauramo 2013).

Vanhetessa nivelten liikelaajuudet pienevät, koska nivelten ympärillä olevissa sidekudoksissa tapahtuu muutoksia. Sidekudokset vastustavat venytystä ja niiden kimmoisuus vähenee. Niveliin kohdistuvat sairaudet, joista nivelrikko on yksi tavallisimpia vanhusten vaivoista, aiheuttavat liikerajoituksia. (Sakari-Rantala 2004, 20.) Tuolilta ja sängystä ylös nouseminen hankaloituu iän myötä, polvinivelien ja lantion taipumattomuudesta sekä yläraajojen ja hartioiden joustavuuden ja voiman vähentymisestä johtuen (Tideiksaar 2005, 36). Iän myötä olkanivelet jäykistyvät vaikeuttaen pukeutumista ja nilkkanivelet vaikeuttaen tasapainonhallintaa (Suni & Vasankari, 2011, 41). Elävää kudosta oleva luusto alkaa vähetä noin 40 vuoden iässä. Erityisesti naisilla luukato on nopeampaa kuin miehillä. Liiallinen vuodelepo ja liikkumattomuus vähentävät luumassaa voimakkaasti. (Sakari-Rantala 2004, 19.) UKK-instituutin Tapaturmat ja osteoporoosiyksikkö on tehnyt havaintoja, että ikääntyneiden murtumariski on lisääntynyt ja syy voi olla luuston heikentyminen. On mahdollista, että luukato on lisääntynyt vanhusväestönosassa. (Kannus 2010, 298.)

Tasapainoa tarvitaan päivittäisissä toiminnoissa, ja se on edellytys liikkumiskyvylle. Tasapainolla ihminen mukauttaa kehon erilaisiin liikkeisiin ja vastaa kehollaan ulkopuolelta tuleviin ärsykkeisiin. (Suni & Vasankari 2011, 35.) Vanhenemisen myötä tasapainoa heikentää alaraajojen voiman väheneminen, lihasten voimantuottonopeuden aleneminen sekä alentunut kyky aktivoida lihaksia ennakoivasti. Lisäksi tasapainoon vaikuttavat nivelten liikkuvuuden rajoittuminen ja selkärangan jäykistyminen. (Pajala, Sihvonen & Era 2013, 168 – 184.) Vanhemmiten ryhtimuutokset vaikuttavat tasapainoon niin kävellessä kuin seistessä (Suni & Vasankari 2011, 41). Iän tuoma kumara asento johtuu ojentajalihasten nopeasta heikkenemisestä koukistajalihasten pysyessä vahvoina. Koukistajalihakset vetävät kehon kohti sikiö-asentoa. (Karvinen 1993, 238.) Iän mukana asentotuntoaistijärjestelmä, jonka reseptorit sijaitsevat jänteissä, lihaksissa, nivelsiteissä ja kapsелеissa, heikkenee ja asentohuojunta lisääntyy (Tideiksaar 2005, 31 – 32). Joidenkin lääkkeiden sivuvaikutukset heikentävät tasapainoa (esim. bentsodiatsepiinit, joka on psykelääke). Lääkkeen vaikutuksesta aivoissa käsiteltävä horjahduksen korjausliike hidastuu, mikä johtaa helposti kaatumiseen (Jäntti 2008, 294).

2.2 Psyykkiset ja sosiaaliset toimintakyky muutokset

Psyykinen toimintakyky on suoriutumista älyllisistä ja henkisistä työskentelyä vaativista tehtävistä, kuten kykyä laatia suunnitelmia omalle elämälle (Suvikas, Laurell & Nordman 2013 99 – 100). Psyykinen toimintakyky rakentuu kielellisistä toiminnoista, ajattelusta, oppimisesta, muistamisesta, mieleen painamisesta sekä säilyttämisestä ja mieleen palauttamisesta. Uuden oppimisessa ja suoritusnopeutta vaativien tehtävien taidoissa tapahtuvat ensimmäiset vanhuuteen liittyvät muutokset. Kielitaitomuutokset ilmenevät 70 ikävuoden jälkeen. (Ruoppila 2002, 119 – 150.) Psyykkiseen toimintakykyyn kuuluu myös todellisuudentaju, oman elämän hallinnan tunne, positiivinen asenne elämään, itseluottamus sekä toiminnallisuus (Suvikas, Laurell & Nordman 2013, 99 – 100). Iän myötä biologiset tekijät, läheisten poismeno, autonomian menetytys, omat sairaudet tai puolison sairastuminen saattavat aiheuttaa stressiä ja sen myötä lisätä psyykkisiä oireita (Leinonen & Havas, 2008, 112).

Sosiaalisella toimintakyvyllä tarkoitetaan vuorovaikutussuhdetta toiseen ihmiseen. Iän myötä ihmisen asema muuttuu yhteiskunnassa (Koskinen, Aalto, Hakonen & Päivärinta 1998 118). Vanhetessa heikkenevät vuorovaikutukseen vaikuttavat tekijät kuten fyysinen, psyykinen ja kognitiivinen toimintakyky sekä näkö sekä kuulo. Näiden lisäksi sairaudet voivat muuttaa puhekykyä sekä ilmeiden kieltä. Kaikki nämä menetykset vaikuttavat viestien vastaan ottamiseen, tulkitsemiseen ja niihin vastaamiseen. Näiden heikentyneiden tekijöiden myötä vanhus eristäytyy sosiaalisesti. (Tiikkainen 2013, 284 – 286.)

3 TERVEYSLIIKUNNAN MERKITYS TOIMINTAKYVYLLE

Selviytyäkseen mahdollisimman pitkään kotona ja mahdollisimman pienin avuin tarvitaan kohtalaista toimintakykyä, jonka eri osapuolista tärkein on liikkumiskyky. Liikkumiskykyä tarvitaan pukeutumisessa, peseytymisessä, wc-käynneillä ja siirtymisessä paikasta toiseen. (Koskinen, Aalto, Hakonen & Päivärinta 1998, 181.) Säännöllisellä terveystoiminnalla voidaan ylläpitää liikkumiskykyä. Terveystoiminta on kevyestä vähän rasittavaan liikuntaan, joka ylläpitää terveyttä ja kohottaa kuntoa, erityisesti aloittelevalla liikunnan harrastajalla. Terveystoimintaan liittyvät loukkaantumiseriskit ovat pienet. (UKK-instituutti 2011.)

UKK-instituutti on kehittänyt amerikkalaisten vuonna 2008 julkaistujen viranomais-suositusten pohjalta liikuntapiirakan 18 – 64-vuotiaille, sekä yli 65-vuotiaille ja sovel-tavan liikuntapiirakan niille aikuisille, joiden toimintakyky on alentunut (Fogelholm & Oja 2011, 73). Yli 65-vuotiaiden liikuntapiirakka koostuu kestävyyskunnosta, lihas-kunnosta, notkeudesta ja tasapainosta. Piirakasta selviää tämän päivän minimiannok-set eri terveystason osa-alueille. Suositeltu minimiannos terveystason viikossa on 2 tuntia ja 30 minuuttia reipasta kestävyyskuntoa kohottavaa tai vaihtoehtoisesti tunti 15 minuuttia rasittavaa liikuntaa. Tämän lisäksi suositetaan minimissään 2 – 3 kertaa viikossa lihaskunto-, notkeus- ja tasapainoharjoituksia. Liikunta-annos kannat-taa jakaa useammalle päivälle ja pienempiin osiin vaikka 10 minuutin pätkiin. (Vii-koittainen Liikuntapiirakka yli 65-vuotiaille.) Paras hyöty säännöllisestä terveystasoon saadaan silloin kun se on, kevyestä rasittavaan liikuntaan Borgin asteikolla 10 – 16, luvun 10 tarkoittaessa hyvin kevyt + ja luvun 16, rasittava + (Borg 1982).

Nykykäsitysten mukaan vanhenemista ei voida estää edes liikunnan avulla, mutta vanhenemiseen liittyviä muutoksia voidaan vähentää sekä edistää onnistuvaa vanhe-nemista (Vuori 2011a, 89). Säännöllisellä liikunnalla ja fyysisellä aktiivisuudella voi-daan edistää liikkumiskykyä vanhetessa. Liikkumiskyky mahdollistaa sellaisten mie-luisten asioiden tekemisen ja harrastamisen, jolla on vaikutusta elämänlaatuun (Salmi-nen & Karvinen 2006, 6).

Suomalainen lääkäri-seura yhdessä erikoislääkäriyhdistysten kanssa suosittelee viikoit-taisen liikuntapiirakan liikunta-annosta vanhuksille ja lääkäreiden tavoitteena onkin edistää liikunnan käyttöä sairauksien ehkäisyyn, hoitoon ja kuntoutukseen. Esimerk-kinä sepelvaltimotaudin ehkäisyyn, hoitoon ja kuntoutukseen lääkärit suosittavat kes-tävyysliikuntaa sekä lihasvoimaharjoittelua. (Liikunta 2012.) Eri tutkimukset ovat osoittaneet, että säännöllinen liikunta pienentää riskiä sairastua 20 tyypillisempään sairauteen (Vuori 2013, 12 – 13). Liikunnan avulla voidaan jopa ehkäistä sairauksista johtuvaa vanhenemista sekä hidastaa fyysisen toimintakyvyn heikkenemistä, kuten sydän- ja verenkiertoelimistön sairauksia ja parantaa sosiaalista sekä psyykkistä toi-mintakykyä (Hirvensalo, Rasinaho, Rantanen & Heikkinen 2013, 474). Tutkimukset osoittavat fyysisesti aktiivisilla vanhuksilla olevan pienempi sairastumisriski korkeaan verenpaineeseen, tyypin 2 diabetekseen, aivohalvaukseen, metaboliseen oireyhty-mään, paksusuolensyöpään, rintasyöpään ja masennukseen (Adults and older adults 2014).

Huolimatta vanhuksen kunnosta, kuntoutus on tärkeää jo syntyneiden toimintakykyjen alenemisen korjaamiseen. Vaatimattomillakin tuloksilla voi olla suuri merkitys vanhukselle ja hänen elämänlaadulle. Tavoite kotona asumisen ensisijaisuudelle ei toteudu ilman kuntoutusta. Vanhusten kuntoutuksella voidaan aikaansaada myös taloudellisia säästöjä. (Koskinen, Pitkälä & Saarenheimo 2008, 548.)

3.1 Terveysliikunnan fyysiset vaikutukset

Säännöllisen terveystoiminnan fyysiset vaikutukset näkyvät jo ensimmäisen lisätyn liikuntakerran jälkeen. Pelkällä ”kuntokuurilla” ei ole paljontaan hyötyä terveydelle (Vuori 2011b, 18). Ensimmäisen lisätyn liikuntakerran tuloksena aineenvaihdunta vilkastuu, nivelet notkistuvat ja lepoverenpaine laskee (UKK-instituutti, terveystoiminnan vaikutusaika). Pitääksemme yllä ja parantaaksemme vilkastunutta aineenvaihduntaa tulee liikunnan olla päivittäistä. Tutkimukset ovat osoittaneet, että jo pienikin liikunnan lisääminen auttaa vanhuksia ummetuksen hoidossa (Tarpila 2010, 478).

Lihassoiman paranemiseen tarvitaan useamman viikon säännöllinen kaksi kertaa viikossa toistuva harjoittelu. Harjoituksen vaikutus ei katoa, jos joku harjoituskerta jää väliin. (UKK-instituutti 2013.) Muutaman kuukauden säännöllinen kuntosaliharjoittelu parantaa vanhuksen lihasvoimaa 10 – 30 prosenttia, myös lihasmassa kasvaa (Rantanen 2010, 293). Kiikun Kaakun -projektin tavoitteena oli vuosina 2006 – 2008 tukea kotona asuvia toimintakykyä menettäneitä vanhuksia. Projektin osallistuneista 74 vanhuksesta 39 sai henkilökohtaisen liikuntasuunnitelman, jonka suorittamista valvoivat kodinhoitajat. Projektista saatujen tutkimusten mukaan kuuden kuukauden interventiojaksolla lihasvoima ja kestävyyskunto paranivat. (Pohjolainen 2008.)

Kahden kuukauden kestävyyskuntoharjoittelulla leposyke ja lepoverenpaine laskevat (UKK-instituutti 2013). Lisäksi säännöllisen ja päivittäin tapahtuvan liikunnan avulla on mahdollista pudottaa korkeaverenpainetta niin systolista kuin diastolista keskimäärin 5mmHg (Kukkonen-Harjula & Rauramaa 2010, 413).

Kolmen harjoittelukuukauden jälkeen hengitys- ja verenkiertoelimistön kestävyyskunto paranee. Tämä tarkoittaa, että jäykistyminen suurissa verisuonissa hidastuu ja sen ansiosta sydän kuormittuu vähemmän. Säännöllisen ja kuormittavan liikunnan ansiosta sydämen autonomisen hermoston (tahdosta riippumaton hermosto) säätely paranee, mikä ilmenee sydämen rytmihäiriöiden vähenemisellä. (Vuori 2011a, 95.) Kestävyys-

kunnan harjoittelun jatkuttua kolmesta kuuteen kuukautta hyvä HDL kolesteroli arvo paranee. Vuoden säännöllisen terveystoiminnan harjoittelulla voidaan ylläpitää saavutettua luomassaa ja terveyden kannalta haitallinen ylipaino putoaa. (UKK-instituutti 2013.)

3.2 Terveystoiminnan psyykkiset ja sosiaaliset vaikutukset

Liikunnalla on positiivisia vaikutuksia mielialaan (Vuori 2011, 97). Pohjolaisten tutkimustuloksista on nähtävissä, että vanhuksille suunnatuilla liikuntaohjelmilla on vaikutuksia psyykkiseen toimintakykyyn positiivisesti (Pohjolainen 2008). Nykypäivän tiedon mukaan jo yksi liikuntakerta virkistää ja lisää liikkujan kokemaa hyvää oloa sekä samalla vähentää ärtymystä, alakuloisuutta ja haluttomuutta (Nupponen 2011, 44 – 45). Lisäksi säännöllinen liikunta lisää itseluottamusta sekä tyytyväisyyttä vanhusten elämään (Sakari-Rantala 2004, 23). Fyysinen minäkuva kehittyy liikunnasta saadun nautinnon ja ilon myötä. Säännöllisen liikkumisen myötä kunto kohoaa ja sen mukana mieliala. (Rantanen 2008, 330.)

Osana Ikivihreät-projektia Lampinen (2004) haastatteli jyvaskyläläisiä yli 65-vuotiaita kotona asuvia naisia ja miehiä fyysisen aktiivisuuden, harrastustoiminnan ja liikkumiskyvyn yhteyksistä psyykkiseen hyvinvointiin. Tutkimus osoitti, että tutkittujen itsetunnon heikkenevän ja masennuksen lisääntyvän fyysisen aktiivisuuden vähetessä. Mitä parempi oli fyysinen aktiivisuus, sitä parempi oli psyykinen hyvinvointi. Tutkimusten mukaan terveystoiminta vähentää epämääräisten psyykeä rasittavien vaivojen kokemista. Sopivan haasteellinen liikunta vie tarkkaavaisuuden pois psyykettä kiusaavista tekijöistä. (Nupponen 2011, 50 – 55.)

Liikunnan sanotaan parantavan psyykkistä hyvinvointia, koska se irrottaa ihmisen arjen huolista sekä ongelmista ja liikuntaan joutuu keskittymään sekä paneutumaan intensiivisesti. Liikunta antaa myös myönteisen hallinnantunteen. Hallinnantunne saattaa vähentyä toimintakyvyn heikkenemisen myötä, minkä vuoksi vanhusten fyysisellä harjoittelulla voitaisiin parantaa psyykkistä hyvinvointia. Ryhmäliikunnassa, tapahtuvan sosiaalisen vuorovaikutuksen sanotaan parantavan psyykkistä hyvinvointia. Lisäksi liikunnan tiedetään aktivoivan elimistöä tuottamaan endorfiineja eli mielihyvä hormoneja, joilla on taipumus vähentää kipuja. (Saarenheimo 2008 111 – 118.) Myös muiden hormonien pitoisuudet elimistössä kasvavat edesauttaen uni-valverytmiä. Liikunta vaikuttaa suotuisasti myös aivojen verenkiertoon. (Partonen 2010, 511.)

Säännöllisen liikunnan oletetaan rentouttavan kehoa ja edistävän elimistön elpymistä eri stressitilanteista (Nupponen 2011, 50)

Vanhukselle sopivalla terveystoiminnalla voidaan parantaa sosiaalista toimintakykyä. Aution (2007) haastattelututkimuksen tuloksista selviää, että niillä vanhuksilla, jotka harrastivat tehokkaasti liikuntaa, sosiaalinen elämä aktiivisempaa. Tutkimuksessa selvisi, että kävely liikuntamuotona oli yksi parhaimmista keinoista ylläpitää sosiaalista toimintakykyä. Kävelyn lomassa on mahdollista jakaa ajatuksia ja samalla kestävyyskunto paranee. Erityisesti ryhmäliikuntamuoto tuo yksinäiselle rikkautta vuorovaikutustaitoihin luoden samalla iloa ja virkeyttä. Ryhmäliikunnassa joutuu ottamaan huomioon toiset, mikä auttaa ylläpitämään ja kehittämään sosiaalisia taitoja. (Karvinen 1993, 240 – 241.)

4 KOTIHOIDON PALVELUT VANHUKSEN TOIMINTAKYVYN TUKEMISESSA

4.1 Tämän päivän kotihoito

Kotihoidolla on suuri rooli vanhuksen kotiutuessa pitkältä sairaalajaksolta, kun fyysinen toimintakyky on huonontunut, ilmeni Tenkasen (2003) tutkimuksessa. Vanhusten mielestä koti ympäristöineen antoi kuulumisen ja turvallisuuden tunteen. Kotihoidon tarjoaman palvelut vaihtelevat kunnittain. Kangasalan kotihoidon tarjoamat avut kotona apua tarvitsevalle vanhukselle määräytyvät sen mukaan, millaisesta toimintakyvyn alenemasta on kyse. Kotihoidon antamat palvelut liittyvät toimintakyvyn tukemiseen, hoitoon ja hoivaan. Kotihoidosta on mahdollista saada apua kotihoitoon ja kotisairaanhoidon, joihin kuuluvat lääkehoito, hoitotarvikkeiden jakelu sekä asiakkaan terveydentilan seuranta. (Kotihoidon kriteerit 2012.) Lisäksi on mahdollista saada apuja ylläpitosiivoukseen, kauppatilauksen hoitamiseen palvelun tuottajalle tai käydä yhdessä asiakkaan kanssa kaupassa. Yhteiset kauppareissut mahdollistavat liikuntatuokion ja vaihtelun asiakkaalle. (Turvallinen vanhuus Kangasalla. 2009, 35).

Lupaava-hankkeessa, joka toteutettiin Helsingin terveystieteiden keskuksen kotihoidossa, tuli esille, kuinka voimakasta kotihoidossa on hoitamiskulttuuri. Siihen ei ole kuulunut arkiliikunta, jonka avulla voidaan ylläpitää toimintakykyä ja auttaa paranemaan. (Nummijoki 2009, 108.) Hyvin samanlaisia tuloksia Tepponen (2009) on saanut tutkimuksessaan kotihoidon integrointi ja laatu, joka osoitti, että useiden kuntien kotihoidossa

ei puututa ennaltaehkäisevään työhön. Ennakoivaa toimintaa ja kuntoutusta oli hyvin vähän.

4.2 Liikunta osana kotihoidon palveluja

Kotihoidolla on tänä päivänä paineita tehdä muutoksia tarjolla oleviin palveluihin lisääntyvien asiakkaiden myötä. Vanhusten hoitolaitoksia suljetaan ja aina vain huonompikuntoisia vanhuksia hoidetaan kotiin. Tarvitaan uusia tapoja antaa kotihoitopalveluja ja palveluprosesseja joudutaan päivittämään. Lupaava-hankkeen mukaan tarvitaan yhteistoiminnallista kotihoitoa, joka rakentuu askel kerrallaan ja työyhteisössä kokeilemalla. (Engeström, Niemelä, Nummijoki & Nyman 2009, 22 – 23.) Mukaan muutokseen olisi Tepposen tutkimuksen (2003) osoittaman otettava omaiset ja kolmassektori, sillä näiden avulla toivotaan parannusta vanhusten yksinäisyyteen, turvattuuteen ja tarpeettomuuteen. Kaiken tämän lisäavun organisoi jaksiksi miellettiin kotihoito, koska tällöin välttyttäisiin irrallaan työskentelyltä.

Helsingissä toteutuneessa Lupaava-hankkeessa kehitettiin liikkumispalvelun toimintamalli (”Kotona asuvan iäkkään ihmisen arkiliikkumisen ja liikuntaharjoittelun tukeminen”) terveyskeskuksen kotihoidolle. Hankkeen mallissa asiakkaalle luotiin henkilökohtainen liikkumissopimus. Asiakkaan kanssa sovittiin yksityiskohtaisesti, mitkä toimintakykyä parantavat asiat tehtiin yhdessä kotihoidon kanssa ja mitkä asiakas teki itsenäisesti. Lisäksi asiakkaalle selvitettiin, mitä liikkumispalveluun kuuluu, mitä sillä voidaan saavuttaa ja paljonko palvelun kustannukset ovat. (Nummijoki 2009, 87 – 128.) Usean vanhuksen elämänlaatua lisää se, että pystyy liikkumaan itsenäisesti. Vanhuksen itsenäistä liikkumiskykyä tulisi voida arvioida säännöllisesti, jotta voitaisiin ennakoida laitokseen joutumista. Lihasvoimamittauksilla voidaan hyvissä ajoin ennakoida riskiä kohonneeseen toimintavajauksiin ja liikkumiskyvyn ongelmiin. (Hietanen & Lyyra, 2003, 108 – 174.)

Tenkasen (2003) tutkimuksessa ilmeni, että hoito- ja palvelusuunnitelmaa tulisi kehittää lisää, koska kotihoidolla ei ollut mahdollisuuksia estää kaatumisia ja lonkkamurtumia. Vanhusten parissa työskentelevien tulisikin tiedottaa vanhuksille fyysisen aktiivisuuden merkityksestä hyvinvoinnille ja toimintakyvylle. Heidän tulisi kertoa eri liikuntamahdollisuuksista, sillä usein vanhuksilla saattaa olla ennakkoluuloja liikunnasta ja he voivat aliarvioida tai yliarvioida omat fyysiset voimavaransa. Tällöin tarvitaan ammattiauttajaa parantamaan liikunnallista tietämystä. (Lampinen 2004, 73,

Koskinen, Aalto, Hakonen & Päivärinta 1998, 181 – 182.) Fyysisen toimintakyvyn arvioinnilla hoitaja saa tärkeätä tietoa mm. vanhuksen tasapainosta, ylösnoususta, kävelystä, yläraajojen toiminnasta ja ryhdistä. Näiden tietojen avulla hoitajalla on mahdollisuus tukea vanhuksen toimintakykyä tavoitteellisesti. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 57 – 75.)

Entä kuinka tuoda lisäpalveluja vanhukselle, jos se lisää kustannuksia. Vanhukset mielellään pyrkivät selviytymään vähin palveluin, sillä heillä on huoli varjojen riittävydestä (Tepponen 2003, 101). Tenkasen (2003) tutkimus kotihoitoprosessista toi esille sen, että tarvittaessa työntekijä voi suostutella vanhuksen toimimaan itsensä parhaaksi siinä tapauksessa, että vanhuksen mielipiteet eroavat ammatillisesta näkökannasta. Toki vanhuksen itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa ja autonomia säilyttää tiettyyn rajaan asti.

Kangasalan kotihoidon tavoite on että 75-vuotiaista ikäihmisistä 91 – 92 prosenttia asuu kotona. Se on mahdollista kun hoito- ja palvelusuunnitelmaa kehitetään ja moniammatillista kuntouttavaa hoitotyön osaamista vahvistetaan. Näiden muutosten avulla pystytään puuttumaan toimintakyvyn heikentymisen riskeihin. (Turvallinen vanhuus Kangasalla 2009, 17 – 18.) Kangasalan kunnassa on vuonna 2012 ollut noin 350 yli 65-vuotiasta kotihoidon asiakasta. Jokainen heistä hyötyisi säännöllisestä henkilökohtaisesta terveystoiminnasta palvelusta. (Kalliomäki 2013.)

5 TERVEYSLIIKUNTAOPPAAN TAUSTA JA TAVOITTEET

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena on tuoda esille kaikki ne eri vaiheet, jotka terveystoimintaan tekemiseen on tarvittu teorian lisäksi. Opinnäytetyön aihe kypsyi tehdessäni työtä vanhusten parissa niin kotihoidossa kuin eri hoito- ja palvelulaitoksissa. Syyskuussa 2013 lähestyin kunnan vanhustalouden sosiaalijohtajaa sähköpostilla ja kysyin organisaation kiinnostusta antaa terveystoimintaa osana kotihoidon palveluja. Vanhustalouden sosiaalijohtaja ja kunnan kotihoidon johtaja kiinnostuivat aiheesta, ja syksyllä 2013 sain kunnalta tutkimusluvan oppaan tekemiseen.

Terveystoimintaopas-projektiin tarvittiin kahdesta kolmeen vapaaehtoista lähihoitajaa, sekä yli 65-vuotiaita kotihoidon asiakkaita. Vapaaehtoisten lähihoitajien mukaan saamiseksi laadin mainoksen, joka lähetettiin lokakuussa 2013 koko kotihoidon organisaatiolle. Kolme lähihoitajaa ilmoittautui määräaikaan mennessä.

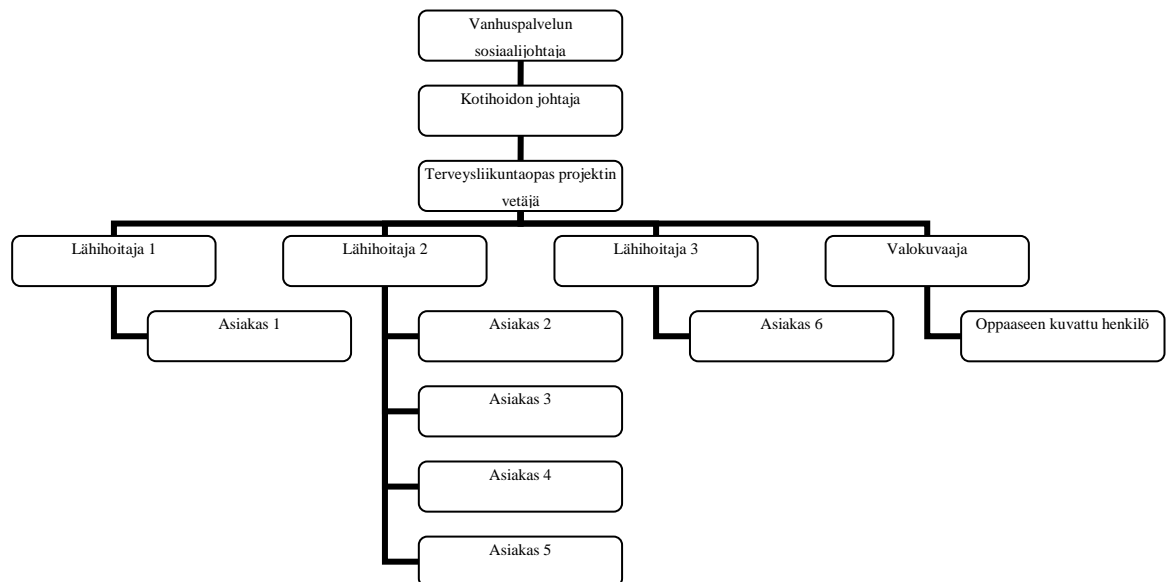
Sain itse määritellä oppaan tavoitteet, sisällön ja ulkoasun. Opinnäytetyön tuotoksena tehdyn terveystoimintaoppaan tarkoituksena ja tavoitteena olivat, että oppaan avulla jokainen Kangasalan kotihoidossa työtä tekevä osaa antaa terveystoimintapalveluja asiakkaalle huomioiden asiakkaan fyysisen toimintakyvyn. Tavoitteena oli oppaan lisäksi luoda kotihoidolle terveystoimintapalvelu-prosessimalli.

Valmis opas on käytettävissä niin Kangasalan kuin Pälkäneen kuntien kotihoidoissa. Opas on hyödynnettävissä kaikissa kotihoitoa antavissa organisaatioissa ympäri Suomen.

6 TERVEYSLIIKUNTAOPPAAN SUUNNITTELU

6.1 Projektin organisaatio

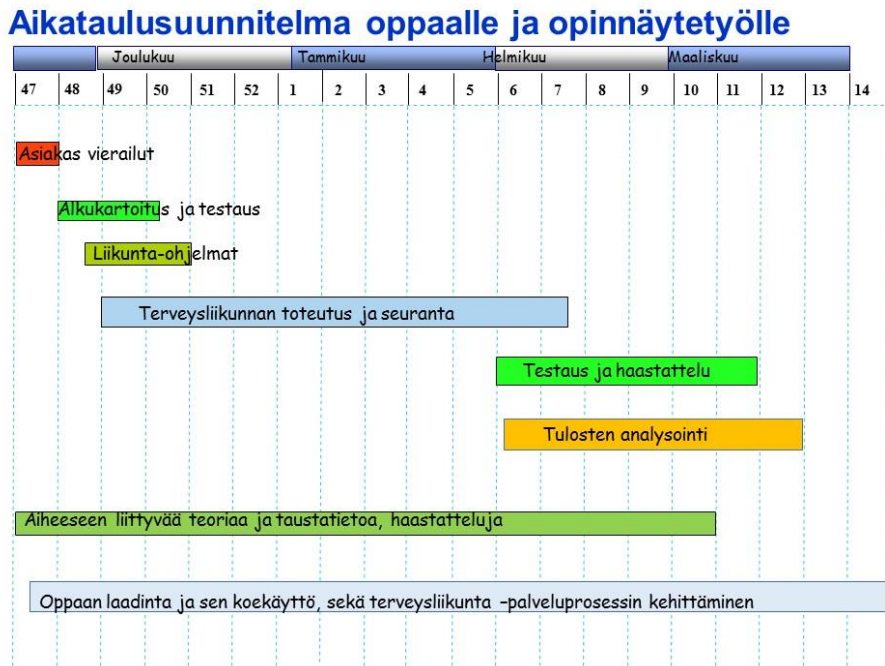
Projektin henkilöstö koostui Kangasalan kunnan vanhustalouden sosiaalijohtajan ja kotihoidon johtajan lisäksi kolmesta lähihoitajasta ja heidän kuudesta asiakkaastaan. Lisäksi organisaatiossa oli mukana oppaan tekemisessä valokuvaaja ja kuvissa esiintyvä henkilö. Testikuvissa esiintyvä henkilö oli kuvitusta varten. Projektiin osallistuneiden henkilöiden väliset yhteydet on esitetty kuvassa 1.



Kuva 1. Projektin henkilöiden väliset yhteydet

6.2 Aikataulu

Laadin aikataulusuunnitelman oppaan ja opinnäytetyön tekemiselle Microsoftin PowerPoint-esitystyökalulla. Kuva oli informatiivinen, ja se selvensi, mitä tehtäviä piti tehdä, jotta saataisiin riittävän kattava materiaali niin oppaan kuin opinnäytetyön tekemiseen. Kuva 2 osoittaa toteutuneen aikataulun projektin alkuvaiheen tehtäville.



Kuva 2. Toteutuksen alkuvaiheen aikataulu

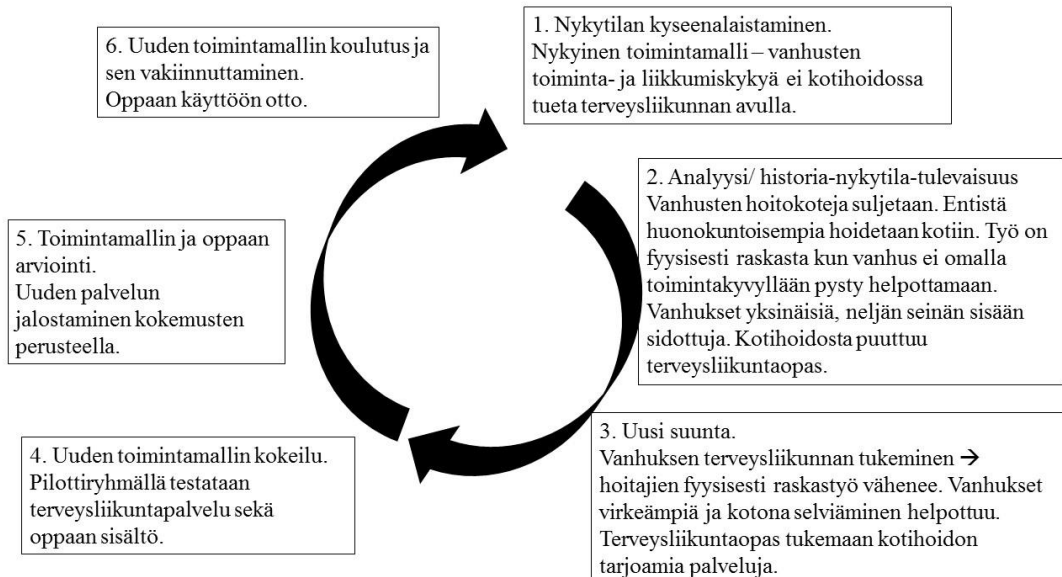
Projektin alussa syksyllä 2013 haastattelin Kangasalan kunnassa pitkään vanhusten parissa työtä tehnyttä fysioterapeuttia aiheena projektiin osallistuvat vanhukset. Hän ehdotti, että projektiin otetaan vanhuksia, jotka liikkuvat apuvälineen turvin tai ilman, joiden kaatumisriski on lisääntynyt ja jotka omasta halusta suostuvat mukaan. Hänen kokemuksen mukaan tasapaino-ongelmat ja niiden myötä kaatumisriskit ovat tämän päivän suurin syy vanhusten toimintakyvyn heikkenemiseen.

Kun projektiin osallistuvien lähihoitajien kanssa oli pidetty yhteinen palaveri ja löydetty sopivat asiakkaat, niin seuraava tehtävä oli asiakkaisiin tutustuminen. Tutustumisen jälkeen asiakkaille tehtiin alkukartoitus, johon kuului asiakkaiden toiveiden selvittäminen ja tavoitteiden asettaminen fyysiselle hyvinvoinnille sekä heidän fyysisen kuntosensa testaaminen ja tulosten kirjaaminen. Tulosten ja tavoitteiden perusteella jokaiselle asiakkaalle laadittiin henkilökohtainen liikuntaohjelma, jota he toteuttivat seu-

raavat kahdeksan viikkoa, minkä jälkeen heidät testattiin uudestaan samoilla testeillä. Lopputestauksen yhteydessä asiakkailta pyydettiin palautetta terveystoimintapalvelusta haastattelemalla. Lisäksi palautetta pyydettiin projektiin osallistuneilta lähihoitajilta. Saadut palautteet analysoitiin ja niiden perusteella viimeisteltiin terveystoimintapalvelu. Tehtävien ja tekemisen kautta oppaan lisäksi kehittyi terveystoimintapalvelun prosessikuva, joka on liitetty oppaaseen.

Oppaan sisällön kokoamiseen sovelsin Engeströmin kehittävän työtutkimuksen vaiheita niiltä osin, mitkä tämän projektin osalta oli mahdollista. Engeströmin (1995, 127) kehittävää työtutkimusta tehtäessä tutkija luo uusia välineitä ja testaa niiden toimivuutta yhdessä työntekijöiden kanssa. Terveystoimintapalvelun tavoitehan oli, että sen avulla kotihoidon toimintamallia uudistetaan.

Kuvassa 3 esitettyjen kuudesta kohdasta toteutin toiminnot yhdestä viiteen, mikä tarkoitti, että analysoin nykytilanteen omien ja eri tutkimusten kokemusten perusteella. Loin ensimmäisen version oppaalle. Testasin pilottiryhmällä oppaan sisällön ja keräsin ryhmältä kokemukset. Saatujen kokemusten pohjalta tein muutokset oppaaseen. Kohta kuusi, uuden toimintamallin ja oppaan jokapäiväiseen käyttöön ottaminen, eivät kuuluneet tämän projektin alaisuuteen.



Kuva 3. Työtutkimuksen vaiheet (Engeström 1995, 127)

Taulukko 1. Opinnäytetyön riskit

	Riski	Riskin välttäminen
1	Pystytäänkö tuottamaan opas vastaamaan kotihoidon tarpeita	Tutustua muihin vastaaviin oppaisiin ja niiden sisältöön. Tuoda lisänä mahdollisimman uutta terveystietoutta. Käydä keskusteluja kotihoidon organisaation kanssa oppaan sisällöstä.
2	Riittääkö oppaan materiaalin testaukseen käytettävä aika ja onko aikaa tehdä opinnäytetyö opiskelun ja vuorotyön ohella	Rakentaa alusta asti mahdollisimman tarkka aikataulu materiaalin testaukseen ja pyrkiä miettimään mahdolliset yllättävät muutokset. Tarkentaa henkilökohtaiset menot ja pyrkiä vähentämään vähemmän tärkeitä tehtäviä.
3	Lähihoitajien ja asiakkaiden mielenkiinnon loppuminen ennen projektin loppumista	Pyrkiä havainnoimaan ja ennakoimaan projektiin osallistuvien kiinnostus ja tehdä mahdollisia muutoksia, sekä ennakoivasti keskustella asioista.

6.4 Projektin kustannukset

Oppaan tekemiseen arvioidut kustannukset olivat yhteensä noin 115 euroa. Konttori-tarvikekustannukset yhtensä olivat lähes 30 euroa; tässä on huomioitu projektissa tarvittut paperikopiot, kuusi värillistä kartonkia liikuntaohjelmille, sekä muistiinpanovälineet kolmelle lähihoitajalle.

Matkakuluiksi arvioin 50 euroa, jotka olivat oman auton käyttöön liittyvät polttoainekulut. Projektiin osallistuneet asiakkaat asuivat Kangasalan keskustassa, joten matkavälit eivät tulleet pitkiksi. Myös muiden projektiin osallistuneiden henkilöiden työpisheet sijaittivat lähellä kunnan keskustaa.

Palaverikulut olivat noin 15 euroa ja ne kattoivat kahden pidetyn ja yhden perutun palaverin tarjoilut. Tarjoilu oli kahvi tai tee ja makea syötävä. Puhelinkulut olivat 20 euroa, mikä on arvio, sillä oikeiden kulujen erottelemisen ilman erillisiä järjestelyjä olisi ollut hankalaa. Puhelinta käytimme viikoittain asioiden hoitamiseen, muodostui lähes ainoa viestintävälineemme.

7 PROJEKTIN ETENEMINEN

7.1 Yhteistyö lähihoitajien kanssa

Projektin etenemisen kannalta oli tärkeää kutsua vapaaehtoiset lähihoitajat palaveriin, jossa pääsin kertomaan tavoitteistamme ja kotihoidolle luovutettavasta oppaasta. Lokakuun lopulla 2013 luovutin kaikille lähihoitajalle muistiinpanovihot, joihin olin kirjannut tärkeimmät lyhyen aikavälin toiminnot kuten projektin esittely, alkukartoituksen, testauksen, liikunta-ohjelmat, liikunnan toteutuksen, lopputestauksen ja haastattelun. Toivoin heidän kirjaavan ylös ajatuksia ainakin noista listatuista toiminnoista projektin aikana. Annoin heille myös toimeksiannon etsiä asiakkaistaan yhteensä kuusi vapaaehtoista yli 65-vuotiasta naista tai miestä. Hoitajat saivat mukaansa saatekirjeen, jonka he antoivat projektiin osallistuville asiakkaille.

Projektin aloitusta nopeuttaaksemme valitsimme asiakkaat jo nyt kotihoidon palveluja käyttävistä emmekä uusista asiakkaista. Kotihoidon kolme lähihoitajaa valitsi omista asiakkaistaan yhteensä kuusi vapaaehtoista asiakasta. Kaikki vapaaehtoiset olivat naisia, iältään 69 – 89-vuotiaita. Kolmella heistä oli liikkumisen apuväline.

7.2 Asiakkaiden alkukartoitus

Ennen varsinaista alkukartoitusta kävin yhdessä lähihoitajan kanssa jokaisen asiakkaan luona marraskuussa 2013. Ensimmäisen käynnin tarkoitus oli tutustua, kerrata projektin tavoitteet ja tehdä havaintoja, miten asiakas liikkuu ja missä kohtaa huoneisto tulevat testaukset tulen tekemään. Testaus vaatii tietynlaisia tuoleja, joten varmistin, että asiakkaalta löytyy kaikki tarvittava. Kirjasin kaikki havainnot Asiakkaan toimintakyvyn kartoituslomakkeeseen.

Marras – joulukuun vaihteessa tein alkukartoituksen jokaiselle asiakkaalle. Kartoituksessa käytin UKK-instituutin Terveysseula lomaketta ja kaatumisriskin kartoittami-

seen Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Lyhyt kaatumisvaaran arviointi lomaketta. Koska kaatumiset usein moninkertaistavat laitushoitoon joutumista, kysyminen aiheesta kannattaa. Saatujen tulosten perusteella voidaan tehdä ennalta ehkäiseviä toimenpiteitä. (Jäntti, 2008, 288.) Molemmat lomakkeet täytimme yhteistyössä asiakkaan kanssa. Kysyin asiakkaalta lomakkeessa olevan kysymyksen ja tarvittaessa selvensin kysymystä. Asiakas näki koko lomakkeen täyttöajan antamansa vastaukset. Kartoituksen lopuksi kävimme läpi asiakkaan antamat vastaukset.

Alkukartoituksessa keskusteltiin kunkin asiakkaan omista tavoitteista eli, mitä asioita liikkumisella voitaisiin edistää. Kaikkien asiakkaiden tavoitteena oli asua omassa kodissa mahdollisimman pitkään. Kohtalaista toimintakykyä tarvitaan tavoitteen saavuttamiseksi ja toimintakykyä ylläpidetään mm. säännöllisellä liikkumisella. Tavoitetta asetettaessa oli hyvä muistaa, että se ei ole asiakkaan toimintakykyyn nähden liian korkea. Liian korkealle asetettu tavoite saattaa olla vaikea saavuttaa ja silloin ihminen alkaa voida psyykkisesti pahoin (Salmela-aro & Nurmi 1995, 89 – 103.) Myös liian monimutkainen ja hankala tavoite voi jäädä saavuttamatta, vaikka se tuntuisikin mahdolliselta (Rovio, Eskola, Silvennoinen & Lintunen 2003, 16 – 25). Koska kaikilla kuudella asiakkaalla oli hyvin erilainen tausta, elämäntilanne ja toimintakyky, oli tärkeää selvittää jokaisen kohdalla erikseen ja tarkemmin, millä fyysisillä toiminnoilla pitkitetään kotona asumista. Tarvittiin lyhyen aikavälin tavoitteet, kuten käynti lähi-kaupassa kerran viikossa, kävellen kirjastoon kerran viikossa, kaksi kertaa viikossa ulkona syömässä kävellen, eli ne olivat hyvin tavallisia ja konkreettisia toimintoja. Tutkimusten mukaan parhaat tulokset saadaan, kun on sekä lyhyen että pitkän aikavälin tavoitteet (Locke & Latham 1985, 205 – 222).

7.3 Kuntotesti ja liikuntaohjelmat

Alkukartoituksen yhteydessä tein kaikille kuudelle asiakkaalle kuntotestin, johon kuului kahdeksan erilaista liikettä. Testin avulla tuli saada selville asiakkaan tämän hetkinen fyysinen kunto, testiliikkeen toimivuus osana kotihoidon palveluja ja saada asiakas innostumaan itsensä hoitamisesta säännöllisen terveystiikunnan avulla. Aittasalo ja Vasankarin (2011) mukaan terveystiikuntaa edistetään testien avulla, koska testi auttaa testattavaa huomaamaan liikunnan lisäämisen tarpeen ja kannustaa pitämään yllä jo saavutettua tasoa.

Liikuntaohjelmat laadin sitä mukaa, kun kaikki asiakkaan tarvittava oheismateriaali oli käytettävissä. Alkuhaastattelun, testitulosten ja tavoitteiden perusteella päädyin laatimaan jokaiselle asiakkaalle henkilökohtaisen sisällä tapahtuvan liikuntaohjelman. Myös vuodenaika vaikutti siihen, että päädyimme kunkin asiakkaan kanssa kotona tapahtuvaan liikkumiseen. Asiakkaan itse ilmoittaman liikkumisen lisäksi sovimme, että kukin asiakas liikkuu kolme kertaa viikossa ohjelman mukaisesti ja merkitsee liikkeen tehdyksi. Liikuntaohjelmia laadittaessa on erittäin tärkeää huomioida vanhuksen mieltymykset liikkumiseen ja nykyinen terveydentila. Asiakaslähtöisyys on kaiken perusta, asiakas asettaa tavoitteet ja yhdessä mietitään, miten tavoitteisiin päästään. Asiakas motivoituu säännöllisen liikuntaohjelman suorittamiseen paremmin silloin, kun hän itse on päässyt vaikuttamaan asiaan. (Kähärä-Wiik, Niemi & Rantanen 1997, 50.) Vanhus tarvitsee yleisen liikuntaneuvonnan lisäksi henkilökohtaista neuvontaa. Henkilökohtainen terveystuennasuunnitelma rakennetaan huomioiden vanhuksen rajoitteet ja sairaudet. (Heikkinen 2010, 198 – 200.)

Vein liikuntaohjelman jokaiselle asiakkaalle henkilökohtaisesti ja ohjasin niin asiakasta kuin lähihoitajaa kunkin liikkeen tekemisessä. Kahden harjoittelukuukauden aikana kävin asiakkaiden luona vähintään kolme kertaa. Jokaisen käynnin aikana kävimme keskustelua, miltä liikuntaohjelma tuntuu ja ovatko liikkeet tehty sopimuksen mukaan kolme kertaa viikossa. Yhdelle asiakkaalle jouduin muuttamaan liikkeet tehtäväksi tuolilla seisomisen sijaan turvallisuuden vuoksi. Täytyy muistaa ohjaajan tärkeä rooli liikuntaohjelmien ohjauksessa, sillä hän rohkaisee ja tukee ohjattavaa käyttäen aktiivista lähestymistapaa (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2011, 29).

Toisella ohjauskerralla esittelin UKK-instituutin viikoittaisen liikuntapiirakan yli 65-vuotiaille. Kävin asiakkaiden kanssa läpi kestävyysliikunnan, lihasvoiman, tasapainon ja notkeuden. Kertasin, mille liikuntapiirakan osa-alueelle kunkin ilmoittamat viikoittaiset liikkumiset sekä heille suunnitellut liikuntaohjelmat kuuluvat.

7.4 Haastattelun toteuttaminen

Haastattelin kaikki projektiin osallistuneet asiakkaat sekä lähihoitajat helmikuun alussa 2014. Lomakehaastattelun avulla keräsin asiakkaiden mielipiteet; testauksesta, liikuntaohjelmasta, ohjauksesta ja säännöllisestä liikkumisesta. Lomakkeessa eli strukturoidussa haastattelussa kysymykset ovat määrättyssä järjestyksessä (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 208). Toteutin kyselyn yksilöhaastatteluna tavaten jokaisen vuorol-

laan ennalta sovittuna aikana. Haastattelut kestivät tunnista 90 minuuttiin. Tiedon saaminen haastattelemalla mahdollistaa kysymysten toistamisen sekä kysymysten selvittämisen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73). Näin saadun tiedon analysoin sisällönanalyysimenetelmällä. Tämän menetelmän avulla pyritään esimerkiksi useista haastatteluista eli tutkittavasta ilmiöstä saamaan tiivistetty kuvaus (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103). Projektiin osallistuneilta lähihoitajilta keräsin palautteen lomake- ja ryhmähaastattelun avulla. Hirsjärven ym. mukaan ryhmähaastattelu on tehokas tiedonkeruun muoto. Ryhmähaastattelun huonoja puolia ovat, että ryhmän kannalta kielteiset asiat eivät tule esille ja ryhmässä voi olla dominoiva henkilö, joka määrittelee keskustelun suunnan. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 210.) Haastattelun aikana pyrin siihen, että kaikki saivat sanoa mielipiteensä ja olla tasapuolisesti äänessä. Lähettäessä purkamaan haastattelua Eskola (2007, 173) suosittaa lähteä liikkeelle aineiston parhaimmista kohdista. Kronologisesti tekemäni haastattelurungon mukaan pidättäydyin kysymysten asettamassa järjestyksessä.

7.5 Haastattelun tulokset

Ensimmäiset kysymykset liittyivät testaukseen. Asiakkaat kokivat testauksen hyvänä tapana tunnistaa oma fyysinen kuntonsa. Mielipiteet kuntotestauksesta voi kiteyttää yhteen lauseeseen: *”hyvä juttu, ihminen itsekin innostuu”*. Testiliikkeet koettiin helppoina, eivätkä he muuttaisi tai poistaisi mitään niistä.

Jokaiselle asiakkaalle oli laadittu henkilökohtainen liikuntaohjelma, josta saatu palaute oli jopa erityisen hyvää. Henkilökohtaisuutta lisäsi se, että olin valokuvannut jokaisen asiakkaan tekemässä vaadittua liikettä itse. Liikkeiden määrä vaihteli neljästä kuuteen, mikä asiakkaista tuntui sopivalta määrältä. Asiakkaat eivät osanneet sanoa muutosehdotuksia nyt tehtyihin liikkeisiin.

Kaikki kokivat saaneensa riittävästi ohjausta liikkeiden tekemiseen. Ohjaus oli ollut selkeää ja kuvallinen henkilökohtainen ohjelma auttoi. Asiakkaat olivat pitäneet ohjaajan tavasta käydä yhdessä tehdyt liikkeet useasti lävitse. Yhtenä tavoitteena oli, että kotihoidosta kannustettaisiin asiakkaita tekemään liikkeitä laaditun ohjelman mukaan kolmesti viikossa. Viidestä asiakkaasta neljä kertoi, että kotihoito ei kannustanut. Kysymykseen: *”Saitko kotihoidolta tukea liikkumiseen?”*, vastattiin seuraavasti: *”en, niillä on niin kiire”*; *”en muista, että olisivat antaneet”*; *”ei erikoisemmin kukaan siihe suhtautunut. joku on voinut joskus kysyä, oletko tehnyt liikkeet”*.

Asiakkaat kokivat, että kotihoidon lähihoitajat eivät kiireiltään ehtineet kannustaa liikkumaan. Tepposen (2009) tutkimuksen tuloksissa kotihoidon laadun puutteita olivat työntekijöiden kiireys, asiakkaille annettu aika ja tietojen riittämättömyys. Tenkanen toteaaakin että kotihoidon kiireen hallinnan olevan yhden keskeisistä asioista ja ratkaisuja tulisi hakea omasta työn suunnittelusta (Tenkanen 2003, 185).

Asiakkailta kysyttiin mielipidettä vastaanottaa terveysliikuntapalveluja kotihoidolta. Neljä viidestä vastaajasta olisi valmis vastaanottamaan palvelun: *''ottaisin palvelun vastaan''*; *''jos kotihoito ohjaa, niin tykkään tehdä näitä''*.

Lähihoitajien antama palaute terveysliikunnan sisällyttämisestä yhdeksi kotihoidon palveluksi oli pelkästään positiivista. Ehdottamaani malliin tuli muutamia pieniä muutoksia. Ensimmäisenä kysyttiin alkukartoituksessa käytetyistä kaavakkeista, voisivatko ne olla sopivia työkaluja kotihoidon käyttöön. Lyhyt kaatumisvaaran arviointilomake hyväksyttiin ilman minkäänlaisia muutoksia. Sen sijaan UKK-instituutin, Ikääntyvien terveystestit, terveysseula-lomake koettiin hankalana ja asiakastietojen tuplaskirjauksena: *''kysymyksiä paljon, hyviä kysymyksiä, kuinka muistisairaat ymmärtävät, muistisairaana kohdalla lupa omaisilta, ei kuponkia käyttöön tällaisena, vain liikunta-osuus''*

Kotihoidon asiakastietojärjestelmä sisältää ison osan tämän lomakkeen tiedoista, kuten sairaudet ja lääkitys. Tein kotihoidolle oman lomakkeen asiakkaan liikunnan kartoittamiseksi.

Testauksessa olin käyttänyt kahdeksaa erilaista liikettä mittaamaan fyysistä kuntoa. Lähihoitajat olivat mukana sekä alku- että loppumittauksessa. Hoitajien mielestä kaikki liikkeet olivat hyviä ja niiden avulla on helppo nähdä fyysisen kunnan muutokset. 30 sekunnin hauiskääntötestiin toivottiin vaihtoehtoisesti tarranauhallista painoa, koska osalla kotihoidon asiakkailla nyt käytetty käsipaino ei pysyisi kädessä.

Kaikki kolme lähihoitajaa olivat sitä mieltä, että alkukartoituksen, testin ja tavoitteiden perusteella he pystyvät laatimaan asiakkaille terveysliikuntasuunnitelman ja ohjaamaan tarvittaessa. Kysymykseen *''Ohjasitko asiakkaan liikkumista annettujen ohjeiden mukaan?''*, vastattiin seuraavasti: *''aika vähä''*; *''ohjeet helppoja''*; *''asiakas ei halunnut, aika ei riittänyt maanitteluun''*. Projektin aikana lähihoitajat ohjasivat omia asiakkaitaan aina silloin jos heillä oli aikaa.

Toiseen kysymykseen, mihin asioihin liikkumisohjeissa pitäisi kiinnittää huomiota, vastaukseksi tuli: ”*helposti ymmärrettäviä*”, ”*asiakkaalle sopivia*”, ”*liikkeiden pitää tuntua kivalta, motivoi asiakasta ja välineet asiakkaan mukaan*”. Silloin kun omahoitaja laatii asiakkaalleen liikuntaohjelman, niin ohjelmassa pitää huomioida asiakkaan toimintakyky, toiveet ja tavoitteet. Tärkeää on myös että liikuntaohjeet ovat selkeitä, niin että myös muut kotihoidon henkilökunta kuin omahoitaja voivat ohjata asiakasta liikkumisessa.

7.6 Oppaan viimeistely

Oppaan testiliikkeet tarvitsivat kuvan tekstin tueksi. Huhtikuussa lähestyin freelancer-lehtitoimittajaa ajatukseni saada hänet kuvamaan testiliikkeet. Kuvaaja tunsin rouvan, joka suostui antamaan kasvonsa kahdeksalle testiliikkeelle. Rouva allekirjoitti sopimuksen, jolla hän luovuttaa kuvat Kangasalan kotihoidon käyttöön. Kuvat liitettiin oppaan testiosuuteen.

Huhtikuussa viikolla 16, kolme viikkoa aikataulua edellä, annoin terveystoimintapöytäkirjan Kangasalan kunnan kotihoidolle katselmoitavaksi. Oppaan katselmointiin osallistuvat kotihoidon johtajan lisäksi kotihoidon ohjaajat. Heidän antamansa palaute vaikutti positiiviselta ja kannustavalta: ”*OK, olisiko testit hyvä ottaa rutiiniksi*”; ”*Käytännönläheinen, työntekijä ystävällinen, Hyvä*”; ”*tämä opas voi olla koulun dokumentointi ohjeen mukaan tehty, ei tarvitse miettiä ulkoasua*”; ”*helposti luettava, selkeä/ käytäntöön hyvin otettava opas ☺*”; ”*Selkeä ja realistinen käsikirja*”; ”*Selkeä ja hyvä opas arkeen toteutettavaksi*”. Oppaan katselmoivat myös ohjaava opettaja sekä opponetti. Heidän palaute kiinnittyi enemmän oppaan ulkoasuun.

Viikoilla 17 – 18 tein pieniä muutoksia sekä korjauksia oppaaseen ja sen jälkeen luovutin oppaan Kangasalan kotihoidolle. Luovutus oli kahdeksan viikkoa aikataulua edellä.

8 KUVAUS TERVEYSLIIKUNTAOPPAASTA

8.1 Terveysliikuntaoppaan teoriaosuus

Oppaasta syntyi kansilehtineen ja liitteineen 28-sivuinen käytännönläheinen tietopaketti, joka on luettavissa ja nähtävissä liitteessä 1. Toimeksiantajan tahdon mukaan opas on tehty soveltaen Kymenlaakson ammattikorkeakoulun opinnäytetyön dokumentointiohjeita. Kansilehden informatiivinen osuus noudattelee opinnäytetyön kansilehteä, vain tekstien paikat on siirretty oikeaan alareunaan. Kansilehden jälkeen tulee sisällysluettelo, jonka avulla lukijan on helppo ja nopea saada käsitys oppaan sisältävästä materiaalista. Tein sisällysluettelon tietojenkäsittelyohjelman avulla. Ohjelma mahdollistaa sen, että kaikki otsikko- ja numerointimuutokset päivittyivät automaattisesti luetteloon. Oppaan kirjasintyypiksi valitsin Times New Roman ja kirjasinkooksi 12 rivivälin ollessa 1,5. Lähdeluettelon tekemisessä käytin Harvardin järjestelmää, eli kirjasin lähteet tekijän mukaan aakkosjärjestyksessä.

Sisällysluettelon jälkeen kolme seuraavaa sivua kertoo terveysliikunnan vaikutuksista vanhuksen fyysiseen hyvinvointiin. Tämän teoriaosuuden avulla lähihoitajan on helppo keskustella asiakkaan ja omaisten kanssa siitä, miksi olisi tärkeää liittää terveysliikunta osaksi hoito- ja palvelusuunnitelmaa. Teoriaosuuden jälkeen esitellään koko kotihoiton tarjoama terveysliikuntaprosessi. Siinä käydään vaihe vaiheelta läpi, kuinka asiakkaan kanssa edetään terveysliikunnan ollessa osana ostettuja palveluja. Prosessikuva selkeyttää kunkin vaiheen tehtävät ja vastuuhenkilöt.

Seuraavat kymmenen sivua antavat mallin testaukselle. Testauksen alkuun laitoin sopivia lämmittelyliikkeitä. Tarkoituksena ei ole aina käyttää oppaan ohjeiden mukaisia lämmittelyliikkeitä vaan nämä liikkeet ovat aloittelevalle ohjaajalle hyvänä esimerkkinä. Jokaisella testiliikkeellä on oma sivunsa. Sivulla on sekä kuvallinen että kirjallinen selvitys, miten tehdä liike ja kuinka testaajan tulee se arvioida. Lisäksi sivulla on paikat mittaustulosten kirjaamiseen sekä tilaa muille huomioille. Yksi liike yhtä sivua kohden tuo selkeyttä ohjeistukseen. Testauksen viimeinen sivu sisältää kolmen viimeisen liikkeen keskimääräiset tulostaulukot niin naisille kuin miehille. Koska testiliikkeet ovat amerikkalaisia ja heillä on käytössä tuumat, olen muuttanut luvut lähimpään senttimetriin.

Liikuntasuunnitelman laadinta tuli osaksi terveystoimintasuunnitelmasta. Listasin vanhuksille sopivia esimerkkilajeja kestävyysliikuntaan, lihasvoimaan, notkeuteen ja tasapainoon. Toin oppaassa esille Kangasalan toimipaikkoja kyseisten lajien harrastamiseen. Lisäksi listasin internetissä olevat linkit, joissa on hyväksi havaittuja kotona tehtäviä liikkeitä.

8.2 Oppaassa käytetyt testimenetelmät

Vanhusten kuntotestien tavoitteet ovat hyvin samankaltaisia kuin nuoremmillakin. Testien tulee olla toistettavia, päteviä, nopeita ja helposti toteutettavia sekä turvallisia käyttää. Vanhuksille suunnatun testin tulee olla erottelukykyinen ikääntymisen ja harjoittelun aiheuttamille muutoksille. (Suominen & Sakari-Rantala 2010, 227.) Valittaessani testiliikkeitä kotihoidon oppaaseen tutustuin kolmeen vanhuksille suunnattuun toisistaan eroavaan testistöön. Otin taulukkoon neljä mitattavaa asiaa ja yhden testitilaan kuuluvan seikan. Taulukon avulla tein vertailua eri testistöjen välillä.

BBS-testistö (Bergin tasapainotesti, Berg Balance Scale) mittaa tasapainoa 14 eri testausliikkeellä. Liikkeet jakautuvat neljään eriin tasapainon osa-alueeseen: pienentynyt tukipinta, asennosta toiseen siirtyminen, painopisteen siirtymien lähelle tukipinnan reunoja ja asennon hallinta silmät suljettuina. Jokainen liike on pisteytetty suorituksen mukaan 0 – 4. Saadusta kokonaispistemäärästä nähdään lisääntynyt kaatumisriski. (Berg, Wood-Dauphinee, Williams & Gayton 1989; Berg, Wood-Dauphinee, Williams & Gayton 1992; THL, Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos 2011 - 2014.)

The Senior Fitness Test testistön ovat laatineet amerikkalaiset tohtorit Rikli Roberta ja Jones Jessie. Testistö sisältää kuusi erilaista liikettä, joista yhdelle liikkeelle on kaksi eri vaihtoehtoa. Liikkeet mittaavat ylä- ja alavartalon notkeutta sekä lihaskuntoa, ketteryyttä ja aerobista kestävyyttä. Kaikille suoritettaville liikkeille on annettu iän mukaiset viitearvot. (Rikli & Jones 2013.)

SPPB testistö (Lyhyt fyysisen suorituskyvyn testistö, Short Physical Performance Battery) mittaa kävelyä ja alaraajojen lihasvoimaa sekä tasapainon hallintaa seisuen. Kukin testistön osa on pisteytetty 0 – 4, yhteenlaskettu maksimipistemäärä on 12. (THL, Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos 2013.)

Kaiken lukemani teoretiedon pohjalta loin tavoitteet oppaaseen valituille fyysisen kunnan testiliikkeille. Ensinnäkin testiliikkeiden tulee painottua tasapainon mittaamiseen, mutta tarvitaan myös liikkeitä mittaamaan lihaskuntoa, aerobista kestävyyttä ja notkeutta. Toiseksi testiliikkeiden tulisi sopia mahdollisimman monelle kotihoidon asiakkaalle, koska asiakkaiden fyysinen toimintakyky on hyvin erilainen. Kolmanneksi, testiliikkeet pitää pystyä tekemään asiakkaiden kotioloissa ja neljänneksi, testiliikkeitä tulisi olla alle kymmenen, mikä mahdollistaa sen, että asiakas jaksaa tehdä kaikki liikkeet ja ajallisesti testaus on kotihoidon toimesta toteuttavissa

Testaukseen valitut liikkeet olivat Bergin sekä Riklin ja Jonesin testistöistä. Viisi ensimmäistä testiliikettä mittaa henkilön kykyä ylläpitää tasapainoaan, näistä neljä testaa tasapainoa asennosta toiseen siirtymisessä ja yksi tasapainoa silmät kiinni (Berg, Wood-Dauphinee, Williams & Gayton 1989; Berg, Wood-Dauphinee, Williams & Gayton 1992; THL, Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos 2011 - 2014). Seuraavat kolme testiliikettä ovat Rikli ja Jones -testistöistä. Liikkeistä ensimmäinen mittaa ylävartalon lihaskuntoa, toinen aerobista kestävyyttä ja viimeinen alavartalon notkeutta (Rikli & Jones 2013, 66 – 71).

8.3 Oppaan muu tukimateriaali

Dokumentin viisi liitettä ovat oppaan tukimateriaali. Oppaan ensimmäinen liite on *UKK-instituutin liikuntapiirakka yli 65 -vuotiaille*. Kodinhoidon henkilökunta voi liikuntapiirakan avulla kertoa asiakkaalle ja tämän omaisille millaista ja kuinka paljon liikuntaa tänä päivänä tutkijat suosittelevat yli 65-vuotiaille. Samalla liitteellä voidaan esitellä alustavasti eri liikuntamuotoja kunkin osa-alueen parantamiseksi. Oppaan liitteen kaksi, joka on *UKK-instituutin Terveysliikunnan vaikutusaika*, avulla käydään läpi, mihin terveysasioihin liikunnalla voidaan vaikuttaa ja paljonko aikaa havaittaviin muutoksiin kuluu. *Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen lyhyt kaatumisvaaran arviointi*-kaavake on oppaassa kolmantena. Tämän kaavakkeen avulla kodinhoitaja kartoittaa asiakkaan kaatumisvaaran. Kaavake täytetään haastatteleamalla asiakasta.

Neljäntenä liitteenä on *Liikkumisen kartoitus* -kaavake, jolla kartoitetaan liikkumista. Tämän kaavakkeen avulla kartoitetaan asiakkaan tämän päivän tilanne liikkumiseen. Onko liikkuminen säännöllistä, minkälaista liikuntaa harrastaa ja millaiset mahdollisuudet säännölliselle liikkumiselle ovat? Oppaan viides liite on *Hakemus Jalmari ko-*

don allas- ja kuntosaliryhmiin. Kangasalan keskustassa toimiva palvelutalo Jalmarin koto tarjoaa vanhuksille ryhmäliikuntaa niin uima-altaassa kuin kuntosalilla. Kuntosalin laitteet ovat helppokäyttöisiä ja vanhuksille suunnattuja. Hakemus on oppaan liitteenä siksi, että liikuntaryhmiin on anottava. Ryhmiin otetaan rajallinen määrä ja hakijoita on paljon enemmän mitä pystytään ottamaan.

Oppaan kuudes liite on liikuntakortti asiakkaan liikkumisen seurantaan. Tarkoituksena on, että lähihoitaja ottaa kopion kortista ja asiakas kirjaa kaikki liikkumisensa korttiin. On erittäin tärkeää, että kotihoidon henkilökunta neuvoo asiakasta kortin täytössä. Kortti muistuttaa asiakasta säännöllisestä liikkumisesta ja lähihoitaja näkee suunnitellun terveystoimintaohjelman etenemisen.

9 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tavoite oli luoda terveystoimintaopas Kangasalan kunnan kotihoidolle. Oppaan avulla jokaisen kotihoidon työntekijän pitäisi pystyä antamaan terveystoimintaopastusta, testaamaan fyysistä toimintakykyä, tehdä liikuntasuunnitelma, seurata suunnitelman toteutusta ja tehdä mahdollisia muutoksia suunnitelmaan sekä kannustaa säännölliseen liikkumiseen kaikkia yli 65 -vuotiaita kotihoidon asiakkaita.

Terveystoimintaoppaan sisällön kasaaminen vaati koko materiaalin koekäytön, eli puhutaan kehittävästä työntutkimuksesta. Siitäkin huolimatta, että Kangasalan kunnalla ei ollut vanhustyön strategiassa huomioitu terveystoimintapalvelua osaksi kotihoidon toimintaa, uskaltauduin lähteä tarjoamaan tällaisen palvelun lisäämistä. Kymenlaakson ammattikorkeakoulussa saamani geronomikoulutus lisäsi rohkeutta puuttua asiaan. Vanhustyön asiantuntijan, geronomin, koulutukseen kuuluu ikääntymismuutosten ja vanhenemisprosessien tunnistaminen. Koulutus on opettanut näkemään kokonaisvaltaisesti ikääntyvän henkilön elämäntilanteen ja toimintaympäristön. Koulutuksen myötä osaan arvioida ikääntyvän terveyttä, toimintakykyä sekä voimavarjoja ja osaan toimia ennaltaehkäisevästi. Koulutus sisältää ikääntyvien liikuntaosion. Opiskelupäivät Pajulahden urheiluopistolla ovat perehdyttäneet liikunnan neuvontaan hyvinvoinnin edistämiseksi, huomioiden ikääntyvän toimintakyvyn vajeet ja sairaudet. Koulutus on antanut eväät ikäihmisten liikunnan ohjaukseen ja taidon laatia erilaisia liikuntaohjelmia yksilöille, yhteisöille ja toimintaympäristöille.

Oppaan ja opinnäytetyön tekemisissä eettisyys oli yksi tärkeimmistä asioista. Työtä ei voinut aloittaa ennen kuin sain kunnalta virallisen luvan sen tekemiseen ja salassapitosopimus oli allekirjoitettu. Eettisyys oli myös huomioitava asiakkaiden kyselylomakkeita käsitellessä, niin että ne eivät päätyneet kenenkään muun nähtäviksi. Projektin loputtua luovutin kaikki lomakkeet asiakkaille. Projektiin kuului rakentaa henkilökohtainen liikuntaohjelma jokaiselle asiakkaalle ja ohjelman selventämiseksi kuvasin asiakkaan tekemässä liikettä. Projektin loputtua liikuntaohjelmien valokuvat poistettiin niin kamerasta kuin tietokoneelta. Terveysliikuntaoppaan kuvissa esiintyneeltä rouvalta pyydettiin kirjallinen lupa valokuvien käyttöön.

Aikataulu raamittaa projektin toteutuksen. Sen avulla osoitetaan, mitä pitää tehdä milloinkin ja mikä on tehtävien järjestys. Projektin tilaajan ja rahoittajan on helppo seurata hankkeen etenemistä aikataulun avulla. (Goto & Cotler 2003, 69–70.) Projektissa on hyvä olla päätavoitteiden lisäksi useita välitavoitteita, sillä ne motivoivat muita projektissa olevia ja ne toimivat samalla tarkistuspisteinä laaditulle aikataululle (Kettunen 2003, 101).

Suunnittelin projektille aikataulun, joka koostui kahdesta päätavoitteesta. Tavoitteet olivat oppaan luovutusajankohta kotihoidolle ja opinnäytetyön kirjoittaminen. Välitavoitteita olivat asiakkaiden tapaamiset, asiakkaiden haastattelut, asiakkaiden testaukset, liikuntaohjelmien suunnittelu ja toteutus, lopputestaus ja -haastattelut, tulosten analysointi, oppaan katselmointi sekä päivitys. Tavoitteiden etenemistä seurasin viikoittain, joskus useamman kerran viikossa. Aikataulun lisäksi kirjoitin tutkimuspäiväkirjaa, jota Hirsjärvi suosittaa. Se on erinomainen työväline ajanhallinnassa ja lopullisen työn kirjoittamisessa. Opinnäytetyön tekeminen kestää usein kuukausia tai jopa pidempää. Päiväkirjan avulla muistaa paremmin, miksi on työn alkuvaiheissa tehnyt erinäisiä päätöksiä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2010 45.) Oma päiväkirjani auttoi minua konkreettisesti monessa asiassa. Projektille suunniteltu lopullinen aikataulu piti paikkansa ollen jopa vähän etuajassa, vaikka projektin aikana oli lomaa ja sairastumia. Selkeät välitavoitteet antoivat ryhtiä koko projektille. Oletin, että katselmointiin luovutettuun oppaaseen olisi tullut enemmän korjattavaa tai kenties suurempien kokonaisuuksien lisäyksiä. Koska suurempia lisäyksiä pienten kosmeettisten muutosten lisäksi ei ilmennyt, oppaan lopullinen luovutusaikataulu oli kahdeksan viikkoa etuajassa.

Projektin vahvuudet olivat terveystoiminnasta pitävää kolme lähihoitajaa, jotka sitoutuivat useaksi kuukaudeksi projektiin oman työnsä ohella. Heistä jokaisella oli näkemys siitä, että säännöllinen liikunta helpottaa vanhuksen arkea, ja he olivat halukkaita antamaan terveystoimintapalveluja asiakkailleen. Projektin vahvuutta lisäsi asiakkaiden sitoutuminen projektiin, mikä näkyi kahden kuukauden säännöllisen liikkumisen tuloksissa. Tämä Kangasalan kotihoidolle tehty projekti antoi hyvin samansuuntaisia tuloksia kuin Pohjolaisen Hämeenkyrössä vuonna 2008 tehty tutkimus. Pohjolaisen projektissa kotihoito antoi kotikäynnin aikana liikuntapalveluja vanhuksille, joiden fyysinen toimintakyky oli huonontunut. Siitä saatujen tulosten perusteella liikuntaharjoitusten tekeminen kotikäynnin aikana kotihoidon asiakkaille on mahdollista. Lisäksi tutkimus osoitti, että henkilökuntaa on koulutettava ymmärtämään vanhenemiseen liittyviä toimintakyky muutoksia ja ohjaamaan liikuntaharjoituksia. (Pohjolainen 2008.) Tämä terveystoimintaprojekti osoitti, että kahden kuukauden säännöllisellä kotijumpalla voidaan parantaa fyysistä toimintakykyä varsinkin heikkokuntoinen vanhuksen kyseessä ollessa. Erityisesti talviaikaan tarvitaan sisällä tapahtuvaa liikuntaa, sillä ulkona liikkuminen vähenee liikkauksen ja kaatumisriskin vuoksi. Pohjolaisen (2008) tutkimus antoi hyvin samankaltaisia tuloksia lyhyen fyysisen kunnon seurantajakso ollessa kyseessä.

Projektin teki haasteelliseksi siihen osallistuneiden lähihoitajien vuorotyö. Tarvittiin useita puhelinoitoja ja tekstiviestejä tapaamisten järjestelyissä. Suunniteltu terveystoiminnan ohjaus tai seuranta omalle asiakkaalle ei toteutunut täysin suunnitelman mukaan. Osa asiakkaista olisi vaatinut ohjausta kolmelle liikuntakerralle viikossa, osalle olisi riittänyt kerran viikossa seuranta. Lähihoitajien oli mahdotonta sovittaa työvuorot asiakkaan liikuntapäivien mukaan. Helsingin Lupaava-hankkeessa kotihoito määritteli yhdessä asiakkaiden kanssa liikkumissopimuksen. Sopimuksessa huomioitiin asiakkaan toimintakyky, kuntotestitulokset ja tavoitteet. Tavoitteena oli, että kotikäyntien aikana sovitut liikkeet ja liikkumiset tehdään omatoimisesti tai sitten kotihoidon kannustamana. Liikkumissopimus kirjattiin asiakastietojärjestelmään. Kolmen kuukauden seurantajakson jälkeen kotihoidossa huomattiin, että kaikki hoitajat eivät noudattaneet tehtyä sopimusta. Vanhuksen liikkumiseen ei kiinnitetty lainkaan huomiota. (Nummijoki 2009, 119 – 122.) Tämän oppaan pilotoinnin aikana sattui samankaltaisia tilanteita, ne johtuivat vain kolmen lähihoitajan osallistumisesta projektiin 80 sijasta.

Lähihoitajilta ryhmähaastatteluna saatu palaute projektista ja oppaan sisällöstä oli erittäin positiivista. Vaikka ryhmässä ei ollut dominoivaa henkilöä estämässä negatiivisen palautteen antamisen, olisi kannattanut haastatella kaikkia erikseen. Olisin saattanut saada enemmän kriittistä palautetta yksilöhaastattelussa. Valtonen (2012, 40) on miettinyt perehdytyskansiota tehdessään, miten saada kriittistä palautetta ja nostanut vaihtoehdoksi pyytää palaute nimettömänä. Nimettömänä annetussa palautteessa ei ole pelkoa menettää kasvoja. Kuukausia kestäneeseen projektiin kuului useita eri vaiheita, joista olin hoitajien toivonut kirjoittavan huomioita muistiin. Haastattelun aikana kenelläkään ei ollut antamiani muistiinpanovälineitä esillä, joten jäi epäselväksi, oliko niitä käytetty ollenkaan koko projektin aikana. Epäselväksi jäi myös se, olisinko saanut kriittistä palautetta, jos muistiinpanoja olisi tehty huolella koko projektin ajan. Tämän menetelmän toimivuus jäi todentamatta.

Olen tyytyväinen tekemääni terveysteoriassa sen sisällön monipuolisuuden ja tiivistetyn teorian vuoksi. Terveysteoria yhdessä kansainvälisesti luotettavien fyysisen kunnan testiliikkeiden kanssa antavat pohjan opinnäytetyön luotettavuudelle. Oppaassa on mielestäni riittävästi terveysteoriaa, jonka avulla kotihoidon henkilökunta pystyy keskustelemaan asiakkaan kanssa. Teoriaosuudessa on esitelty muutamia tyypillisempiä vanhuuteen liittyviä sairauksia ja hyvin yksinkertaisesti osoitettu, millaisella liikunnalla voidaan ennaltaehkäistä tai hoitaa näitä sairauksia. Nyt jos teki sin oppaan tai päivittäisin olemassa olevan, niin tähän kohtaan lisäsin muutamia esimerkkejä siitä, minkälaisia harjoituksia voisi tehdä silloin, kun pyrkii ennaltaehkäisemään sairautta ja miten harjoitella silloin, kun kuntoutetaan.

Oppaassa esitetyt testiliikkeet ovat periaatteessa turvallisia, sillä niitä on laajasti käytetty vanhusten tasapainon ja fyysisen kunnan testaukseen. Päivittäessäni oppaan nyt lisäsin jokaisen testiliikkeen kohdalle, milloin testiliikettä ei suositella tehtäväksi.

Terveysteoriassa on tehty soveltaen Kymenlaakson ammattikorkeakoulun dokumentointiohjeita. Päivitetyn oppaan tekisin kunnan dokumentointiohjeiden mukaan ja pyrkisin noudattamaan sen dokumenttien hyväksyntä prosessia. Näillä toimenpiteillä olisi mahdollisuus sitouttaa organisaatiota tekemään muutos toimintaan ja ottamaan opas käyttöön. Nyt tehtyä opasta ei ole kunnan toimesta hyväksytty.

Terveysteoriassa prosessikuvaus, joka kuului oppaaseen ja toteutettiin oppaan testauksen yhteydessä, olisi mielestäni pitänyt tehdä samalla organisaation käyttämällä

formaatilla. Valtosen (2012, 39) perehdytyskansion tekemisessä on hyvin samankaltainen kokemus prosessin kuvaamisesta. Kaikki organisaation prosessit pitäisi tehdä samalla työkalulla, jotta ne olisivat yhteneväiset ja niitä olisi helppo päivittää. Nyt tehty terveysliikuntapalvelu prosessi on itsenäinen (*ilmassa leijuva*), eikä sitä ole linkitetty muihin kotihoidon prosesseihin.

Koska tämän projektin aikatauluun ei mahtunut asiakastietojärjestelmän terveysliikunta kansion luominen ja käyttöönotto, niin se voi olla jatkohanke. Tietojärjestelmässä terveysliikuntakansio olisi kunnan kaikkien organisaatioiden käytössä. Työntekijät niin kotihoidossa, terveyskeskuksessa, päiväkeskuksissa ja intervalliosastoilla käyttäisivät terveysliikuntakansiota asiakkaan liikunnan ja fyysisen toimintakyvyn seuraamiseen. Mahdollisesti jopa muut liikuntapalvelun tuottajat voisivat kirjata asiakkaan tiedot samaan järjestelmään.

Jos Kangasalan kotihoito päättää ottaa tämän mallin osaksi heidän tarjoamia palveluja, kannattaa miettiä kokonaisvaltainen prosessi palvelun läpiviemiseksi koko organisaatiossa. Helsingin Lupaava-hanke toteutti lähes vastaavanlaisen palvelun ottamisen osaksi kotihoidon palveluja ja heidän kokemusten mukaan tarvitaan muutos strategiaan, esimiesten omistautuminen aiheeseen, koko henkilökunnan koulutus, useita toimintamallin kouluttajia ja muutosagentteja. (Nummijoki 2009, 108.)

Jatkotutkimus kotihoidossa olisi hyvä tehdä vuosi terveysliikuntapalvelun ja oppaan käyttöönoton jälkeen. Tutkimuksen avulla selvitetäisiin uuden palvelun hyödyt ja haikat. Ennen kaikkea selvitetäisiin, mitä se on vaatinut henkilökunnalta. Lisäksi jatkotutkimus selvittäisi, miten asiakkaat ovat vastaanottaneet uuden palvelun ja ovatko he kokeneet sen hyödylliseksi.

LÄHTEET

Adults and older adults. 2014. Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report Part A. Report Summary. Päivitetty 2.6.2014. Saatavissa:

http://www.health.gov/paguidelines/Report/A_Summary.aspx#_Toc199951126 [referenced 2.6.2014].

Aittasalo, M. & Vasankari, T. 2011. Terveysliikunnan edistämisen työvälineitä. Teoksessa Fogelholm, M. & Vasankari, T. (toim.) Terveysliikunta. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, s.197 – 204.

Autio, A. 2007. Liikuntaharrastuksen ja liikkumiskyvyn yhteys sosiaalisiin tekijöihin ikääntyneillä henkilöillä. Liikuntapedagogiikan pro gradu -tutkielma. Liikuntatieteiden laitos. Jyväskylän yliopisto.

Berg, K., Wood-Dauphinee, S., Williams, J I. & Gayton, D. 1989. Measuring balance in the elderly: preliminary development of an instrument. Journal of Physiotherapy Canada. November/December 1989 Vol.41 No 6, pages. 304 – 311.

Berg, K., Wood-Dauphinee, S., Williams, J I. & Gayton, D. 1992. Measuring balance in the elderly: validation of an instrument. 1992. Canadian journal of public health 2: 7-11.

Borg, G. A. 1982. Psychophysical bases of perceived exertion. Med. Sci. Sports Exerc. 14, pages. 377–381.

Engeström, Y. 1995. Kehittävä työntutkimus. Perusteita, tuloksia ja haasteita. Hallinnon kehittämiskeskus. Helsinki: Painatuskeskus Oy.

Engeström, Y., Niemelä, A-L. & Nyman, J. 2009. Kotihoito murroksessa. Teoksessa Engeström, Y., Niemelä, A-L. & Nyman, J. (toim) Lupaava kotohoito, uusia toimintamalleja vanhustyöhön. Jyväskylä: PS-kustannus, s. 11 – 24.

Eskola, J. 2007. Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat. Laadullisen aineiston analyysi vaihe vaiheelta. Teoksessa Aaltola, J., Valli, R. 2007. (toim.) Ikkunoita tutkimusmeto-

deihin. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus, s. 159 – 183.

Fogelholm, M. & Oja, P. 2011. Terveysliikuntasuosituksset. Teoksessa Fogelholm, M. & Vasankari, T. (toim.) Terveysliikunta. 2.uudistettu painos. Helsinki:Kustannus Oy Duodecim, s. 67 – 75.

Goto, K. & Cotler, E., 2003. Verkkopalveluprojekti. Helsinki: Edita Prima Oy.

Heikkinen, E. 2010. Keski-ikäisten ja iäkkäiden liikunta. Teoksessa Vuori, I.,Taimela, S. & Kujala, U. (toim.) Liikuntalääketiede. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, s. 184 – 201.

Hietanen, A. & Lyyra, T.-M. 2003. Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen. Sosiaali ja terveysministeriö. Helsinki: Edita Prima Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. 15. – 16 uudistettu painos. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.

Hirvensalo, M., Rasinaho, M., Rantanen, T. & Heikkinen, E. 2013. Liikunta. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, s. 474 – 484.

Jäntti, P. 2008. Kaatumiset ja niiden ehkäisy. Teoksessa Hartikainen, S. & Lönnroos, E. Geriatria arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita Prima, s. 288 – 301.

Kallinen, M. & Kujala, U. 2013. Kestävyys. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, s. 153 – 159.

Kalliomäki, K. Kotihoidon johtaja. Haastattelu 28.10.2013. Kangasala: Kangasalan kotihoito.

Kannus, P. 2010. Osteoporoosi, kaatumiset ja murtumat. Teoksessa Vuori, I., Taimela, S. & Kujala (toim.) Liikuntalääketiede. 3.-4 painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, s. 297 – 302.

Karvinen, E. 1993. Liikunnan tarve ja toteutus. Teoksessa Mälkiä, E. Erityisliikunta 1. Soveltavan liikunnan perusteet. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. Liikuntatieteellisen seuran julkaisu nro 12, s. 235 – 251.

Kettunen, S. 2003. Onnistu projektissa. Juva: WSOY.

Koskinen, S., Aalto, L., Hakonen S. & Päivärinta E. 1998. Vanhustyö. Jyväskylä: Vanhustyön keskusliitto.

Koskinen, S., Pitkälä, K. & Saarenheimo, M. 2008. Gerontologinen kuntoutus. Teoksessa Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) Kuntoutus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, s. 548 – 551.

Kotihoidon kriteerit. 2012. Kangasalan kunnan internetsivut. Päivitetty 13.12.2012. Saatavissa: <http://www.kangasala.fi/@Bin/754377/kotihoidon+kriteerit.PDF> [viitattu 29.10.2013].

Kukkonen-Harjula, K. & Rautamaa, R. 2010. Kohonnut verenpaine. Teoksessa Vuori, I., Taimela, S. & Kujala (toim.) Liikuntalääketiede. 3. – 4. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, s. 413 – 421.

Kähärä-Wiik, K., Niemi, A. & Rantanen, A. 1997. Kuntoutuksella toimintakykyä. Porvoo: WSOY.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980.

Lampinen, P. 2004. Fyysinen aktiivisuus, harrastustoiminta ja liikkumiskyky iäkkäiden ihmisten psyykkisen hyvinvoinnin ennustajina: 65 – 84-vuotiaiden jyväskyläläisten 8- vuotisseuruututkimus. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto.

Laukkanen, P. 1998. Iäkkäiden henkilöiden selviytyminen päivittäisistä toiminnoista. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto.

Liikunta. 2012. Käypä hoito -suositus. Päivitetty 27.6.2012. Käypä hoito- suositusten internetsivut. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/KH2014-suositukset-portlet/Tulosta?id=hoi50075#R6> [viitattu 1.5.2014].

Locke, E. A. & Latham, GP. 1985. The application of goal setting to sports. *Journal of Sport Psychology*, 7: 205 – 222.

Lähdesmäki, L. & Vornanen, L. 2009. Vanhuksen parhaaksi. Hoitaja toimintakyvyn tukijana. Helsinki. Edita Prima.

Mänty, M., Hulkko, T., Sihvonen, S. & Lounamaa, A. 2006. Iäkkäiden henkilöiden kaatumistapaturmat. Opas kaatumisten ja murtumien ehkäisyyn. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja. 8/2006. Helsinki: Edita Prima Oy

Nummijoki, J. 2009. Toiminta- ja liikkumiskyky porttina vanhusten toimijuuteen. Teoksessa Engeström, Y., Niemelä, A-L. & Nyman, J. (toim) Lupaava kotohoito, uusia toimintamalleja vanhustyöhön. Jyväskylä: PS- kustannus, s. 87 – 134.

Nupponen, R. 2011. Liikunta ja koettu hyvinvointi. Teoksessa Fogelholm, M. & Vasankari, T. (toim.) Terveysliikunta. 2., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, s. 43 – 57.

Pajala, S., Sihvonen, S. & Era, P. 2013. Asennon hallinta ja havaintomotorinen kyvykkyys. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, s. 168 – 182.

Partonen, T. 2010. Mielenterveyden häiriöt. Teoksessa Vuori, I., Taimela, S. & Kujala, U. (toim.) Liikuntalääketiede. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, s. 508 – 512.

Pohjolainen, P. 2008. Liikuntaohjelmat ikäihmisten kotihoidossa. Kiikun Kaakun -projektin loppuraportti.

Rantanen, T. 2008. Terveysliikunta. Teoksessa Hartikainen, S. & Lönnroos, E. Geriatria arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita Prima, s. 322 – 342.

Rantanen, T. 2010. Sarkopenia. Teoksessa Vuori, I., Taimela, S. & Kujala (toim.) Liikuntalääketiede. 3.-4 painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, s. 286 – 296.

Rikli, E. & Jones, J. 2013. Senior fitness test manual. Human kinetics. 2nd ed. United States: United Graphics.

Rovio, E., Eskola, J., Silvennoinen, M. & Lintunen, T. 2003. Tavoitteenasettelu tutkimuskohteena liikunnassa ja työyhteisössä. Arvioiva katsaus. Liikunta & tiede 5-6/2003, s. 16 – 25.

Ruoppila, I. 2002. Psykkisen toimintakyvyn tukeminen. Teoksessa Heikkinen, E. & Marin, M. (toim.) Vanhuuden voimavarat. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Saarenheimo, M. 2008. Liikunta ja psykososiaalinen hyvinvointi vanhuudessa. Teoksessa: Leinonen, R. & Havas, E. (toim.) Fyysinen aktiivisuus iäkkäiden hyvinvoinnin edistäjänä. Liikunnan yhteiskunnallinen perustelu III.

Sakari-Rantala, R. 2004. Iäkkäiden ihmisten liikunta- ja kuntosaliharjoittelu. Jyväskylä: Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 161.

Salmela-aro, K. & Nurmi, J-E. 1995. Henkilökohtaiset projektit ja hyvinvointi : kognitiivinen lähestymistapa motivaatioon. Teoksessa Räikkönen, K. & Nurmi, J-E. (toim.) Persoonallisuus, terveys ja hyvinvointi. Helsinki: Suomen psykologinen seura, s. 89 – 103.

Salminen, U. & Karvinen, E. 2006. Testaus tavaksi – tapoja testaukseen. Iäkkäiden liikkumiskyvyn arviointi. Helsinki: Ikäinstituutti.

Sipilä, S., Rantanen, T. & Tiainen, K. 2013. Lihasvoima. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, s. 141 – 152.

Suvikas, A., Laurell, L. & Nordman, P. 2013. Kuntouttava lähihoito. Porvoo: Bookwell Oy.

Suni, J. & Vasankari, T. 2011. Terveyskunto ja fyysinen toimintakyky. Teoksessa Fogelholm, M. & Vasankari, T. (toim.) Terveysliikunta. 2., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, s. 32 – 41.

Suominen, H. & Sakari-Rantala, R. 2010. Kuntotestaus ikääntyvien toimintakyvyn arvioinnissa. Teoksessa Keskinen, K., Häkkinen, K. & Kallinen. (toim.) Kuntotestauksen käsikirja. 2. uudistettu painos. Liikuntatieteellisen seuran julkaisu nro 161, s. 226 – 228.

Särkkä, S. 2014. Kotona asutaan liian vähän. Kangasalan Sanomat 10.6.2014.

Tarpila, S. 2010. Maha-suolikanavan oireet ja sairaudet. Teoksessa Vuori, I., Taimela, S. & Kujala (toim.) Liikuntalääketiede. 3.-4 painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, s. 474 – 478.

Tenkanen, R. 2003. Kotihoidon yhteistyömuotojen kehittäminen ja sen merkitys vanhusten elämänlaadun näkökulmasta. Acta Universitatis Lapponiensis 62. Lapin yliopisto.

Tepponen, M. 2009. Kotihoidon integrointi ja laatu. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 171. Kuopion yliopisto.

Tepponen, P. 2003. Yli 75-vuotiaiden kotihoitoasiakkaiden palvelujen toteutuminen pääkaupunkiseudulla: tutkimus Espoon, Helsingin ja Vantaan kaupungeissa. Helsingin yliopisto, yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon osasto.

THL, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011 – 2014. Bergin tasapainotesti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen internetsivut. Saatavissa:

<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/51/> [viitattu 15.9.2013].

THL, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013. Lyhyt fyysisen suorituskyvyn testistö. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen internetsivut. Saatavissa:

http://www.thl.fi/fi_FI/web/pistetapaturmille-fi/iakkaat/kaatumisten-ehkaisy/toimintakyky/lyhyt-fyysisen-suorituskyvyn-testisto-sppb [viitattu 21.9.2013].

Tideiksaar, R. 2005. Vanhusten kaatumiset. Opas hoidosta vastaaville. Helsinki:Edita Prima Oy.

Tiikainen, P. 2013. Sosiaalinen toimintakyky. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, s. 284 – 289.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5.uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus.

Turvallinen vanhuus Kangasalla: Kangasalan vanhuspalvelujen kehittämissuunnitelma ja toimenpideohjelma 2010-2020. Vanhushuollon kehittämissuunnitelman ohjausryhmä. Kangasalan kunnan internetsivut. Päivitetty 24.4.2009. Saatavissa: <http://www.kangasala.fi/@Bin/695847/vanhuspalvelujen+kehitt%C3%A4missuunnitelma.pdf> [viitattu 23.10.2013].

UKK-instituutti. 2011. Terveysliikunta ja kuntoliikunta. UKK- instituutin internetsivut. Päivitetty 04.10.2011. Saatavissa: http://www.ukkinstituutti.fi/tietoa_terveysliikunnasta/liikkumaan/aloittajan_liikuntaopas/terveysliikuntaa_ja_kuntoliikuntaa [viitattu 12.1.2014].

UKK.instituutti. 2013. Terveysliikunnan vaikutusaika. UKK- instituutin internetsivut. Päivitetty 13.12.2013. Saatavissa: http://www.ukkinstituutti.fi/filebank/272-terveysliikunnan_vaikutusaika.pdf [viitattu 13.8.2014].

Valtonen, M. 2012. Perehdytyskansion kokoaminen omaishoidon tuesta Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirille. Opinnäytetyö. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu. Vanhustyön koulutusohjelma.

Vanhuspalvelujen kehittämissuunnitelma 2014 – 2020. Kangasalan kunta, Pälkäneen kunta.

Vauramo, E. 2013. Pois makuutuksesta. Suomi tarvitsee kuntoutusjärjestelmän. Fysi. Fysioterapian ja kuntoutuksen ammatti- ja asiakaslehti. 2/2013, s. 8 – 9.

Viikoittainen Liikuntapiirakka yli 65-vuotiaille. UKK-instituutin internetsivut. Päivitetty 31.1.2013. Saatavissa:

http://www.ukkinstituutti.fi/ammattilaisille/terveysliikuntasuositukset/liikuntapiirakka_yli_65-vuotiaille [viitattu 23.1.2014].

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. 1. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vuori, I. 2011a. Ikääntyvät ja vanhukset. Teoksessa Fogelholm, M. & Vasankari, T. (toim.) Terveysliikunta. 2.uudistettu painos. Helsinki:Kustannus Oy Duodecim, s. 88 – 104.

Vuori, I. 2011b. Liikunnan vaikutustapa. Teoksessa Fogelholm, M. & Vasankari, T. (toim.) Terveysliikunta. 2.uudistettu painos. Helsinki:Kustannus Oy Duodecim, s. 12 – 19.

Väestö. 2014. Tilastokeskuksen internetsivut. Päivitetty 12.5.2014. Saatavissa: http://www.stat.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html [viitattu 20.9.2014].

Terveysliikuntaa yli 65-vuotiaille kotihoidon asiakkaille – opas kotihoidon työntekijöille

Aila Suoantila

TERVEYSLLIKUNTA YLI 65-VUOTIAILLE KOTIHOIDON ASIAKKAILLE –
OPAS KOTIHOIDON TYÖNTEKIJÖILLE

Kymenlaakson Ammattikorkeakoulu

Sosiaali-, terveys ja liikunta-ala

Vanhustyön koulutusohjelma

2014

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	3
2	YLI 65VUOTIAAN TERVEYSLEIKUNTA SUOSITUS JA HYÖTY ELIMISTÖLLE	4
3	KÄYPÄHOITO SUOSITUS IKÄÄNTYNEILLE	5
4	KOTIHOIDON TERVEYSLEIKUNTAPALVELU	6
5	LEIKUNTASUUNNITELMAN LAADINTA	18
	LÄHTEET	21
	LIITTEET	

Liite 1. UKK-instituutin liikuntapiirakka yli 65-vuotiaille

Liite 2. UKK- instituutin terveysliikunnan vaikutusaika

Liite 3. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen lyhyt kaatumisvaaran arviointi

Liite 4. Liikkumisen kartoitus

Liite 5. Hakemus Jalmari kodon allas- ja kuntosaliryhmiin

Liite 6. Liikuntasuoritukset

Valokuvaaja Marjatta Pöllänen

Kuvissa esiintyvät henkilöt ovat kuvitteellisia

1 JOHDANTO

Tämä dokumentti on työväline kotihoidon henkilökunnalle laadittaessa terveysliikuntasuunnitelma yli 65 -vuotiaalle kotihoidon asiakkaalle.

Olemassa olevan käsityksen mukaan vanhenemista ei voida estää edes liikunnan avulla, mutta vanhenemiseen liittyviä muutoksia voidaan vähentää sekä edistää onnistuvaa vanhenemista (Vuori 2011, 89). Liikunnan avulla voidaan jopa ehkäistä sairauksista johtuvaa vanhenemista ja hidastaa fyysisen toimintakyvyn heikkenemistä, kuten sydän- ja verenkiertoelimistön sairauksia, parantaa sosiaalista ja psyykkistä toimintakykyä (Hirvensalo, Rasinaho, Rantanen & Heikkinen 2013, 474). Lisäksi säännöllisellä liikunnalla ja fyysisellä aktiivisuudella voidaan edistää liikkumiskykyä vanhetessa ja tällä on vaikutusta elämänlaatuun, koska se mahdollistaa mieluisten asioiden tekemistä ja harrastamista (Salminen & Karvinen 2006, 6).

Kuntoutus on tärkeää jo syntyneiden toimintakykyjen alenemisen korjaamisessa, vaatimattomillakin tuloksilla voi olla suuri merkitys vanhukselle ja hänen elämänlaadulle. Tavoite kotona asumisen ensisijaisuudelle ei yleensä toteudu ilman kuntoutusta. Vanhusten kuntoutuksella voidaan saada aikaan myös taloudellisia säästöjä. (Koskinen, Pitkälä & Saarenheimo 2008, 548.)

Tämä dokumentti sisältää terveysliikunnasta kertovaa materiaalia, joka on hyvä käydä läpi asiakkaiden ja heidän omaisten kanssa. Prosessikuvasta käy selville, miten terveysliikuntaa kotihoidossa on tarkoitus toteuttaa ja kenellä on vastuu kunkin tehtävän suorittamisesta. Testausosassa on kahdeksan eri testiliikettä, joiden tavoitteena on selvittää asiakkaan fyysinen kunto. Dokumentin liitteitä on tarkoitus käyttää kartoittamaan asiakkaan, kaatumisriskiä ja liikkumista.

2 YLI 65VUOTIAAN TERVEYSLIIKUNTA SUOSITUS JA HYÖTY ELIMISTÖLLE

Terveysliikunta on kevyestä vähän rasittavaan liikuntaan, joka ylläpitää terveyttä ja kohottaa kuntoa, erityisesti aloittelevalla liikunnan harrastajalla. Terveysliikunnassa liikkumiseen liittyvät riskit ovat pienet, mutta terveydelliset hyödyt ovat korkeat. (UKK-instituutti 2011.)

Liitteessä 1 esitellään yli 65-vuotiaiden minimi liikuntasuositukset viikossa, jotka ovat kestävyyskuntoa kaksi ja puolituntia, sekä kahdesta kolmeen kertaan lihasvoimaharjoittelua, notkeutta ja tasapainoa.

Jotta saisimme mahdollisimman hyvän tuloksen terveystoiminnasta, tulisi sen olla säännöllistä. Pelkällä ”kuntokuurilla” ei ole paljonkaan hyötyä terveydelle (Vuori 2011b, 18). Liitteessä 2 esitetään tarkemmin, mitä elimistössä tapahtuu ajan kuluessa kun terveystoimintaa on tehty liikuntapiirakan ohjeistuksen mukaan säännöllisesti. Jo ensimmäisen lisätyn liikuntakerran tuloksena aineenvaihdunta vilkastuu, nivelet notkistuvat ja lepoverenpaine laskee. Pitääksemme ja parantaaksemme vilkastunutta aineenvaihduntaa tulee liikunnan olla päivittäistä.

Lihasvoiman paranemiseen tarvitaan useamman viikon säännöllinen kaksi kertaa viikossa harjoittelu. Harjoituksen vaikutus ei katoa, jos joku harjoituskerta jää väliin.

Kahden kuukauden kestävyyskuntoharjoittelulla leposyke ja lepoverenpaine laskevat. Kolmen harjoittelukuukauden jälkeen hengitys- ja verenkiertoelimistön kestävyyskunto on kohentunut. Mikä tarkoittaa, että jäykistyminen suurissa verisuonissa hidastuu ja sen ansiosta sydän kuormittuu vähemmän. Kestävyyskunnan harjoittelun jatkuttua kolmesta kuuteen kuukautta hyvä HDL kolesteroli arvo paranee.

Vuoden säännöllisen terveystoiminnan harjoittelulla voidaan ylläpitää ja jopa hieman lisätä luumassan määrää. Lisäksi terveyden kannalta haitallinen ylipaino putoaa.

3 KÄYPÄHOITO SUOSITUS IKÄÄNTYNEILLE

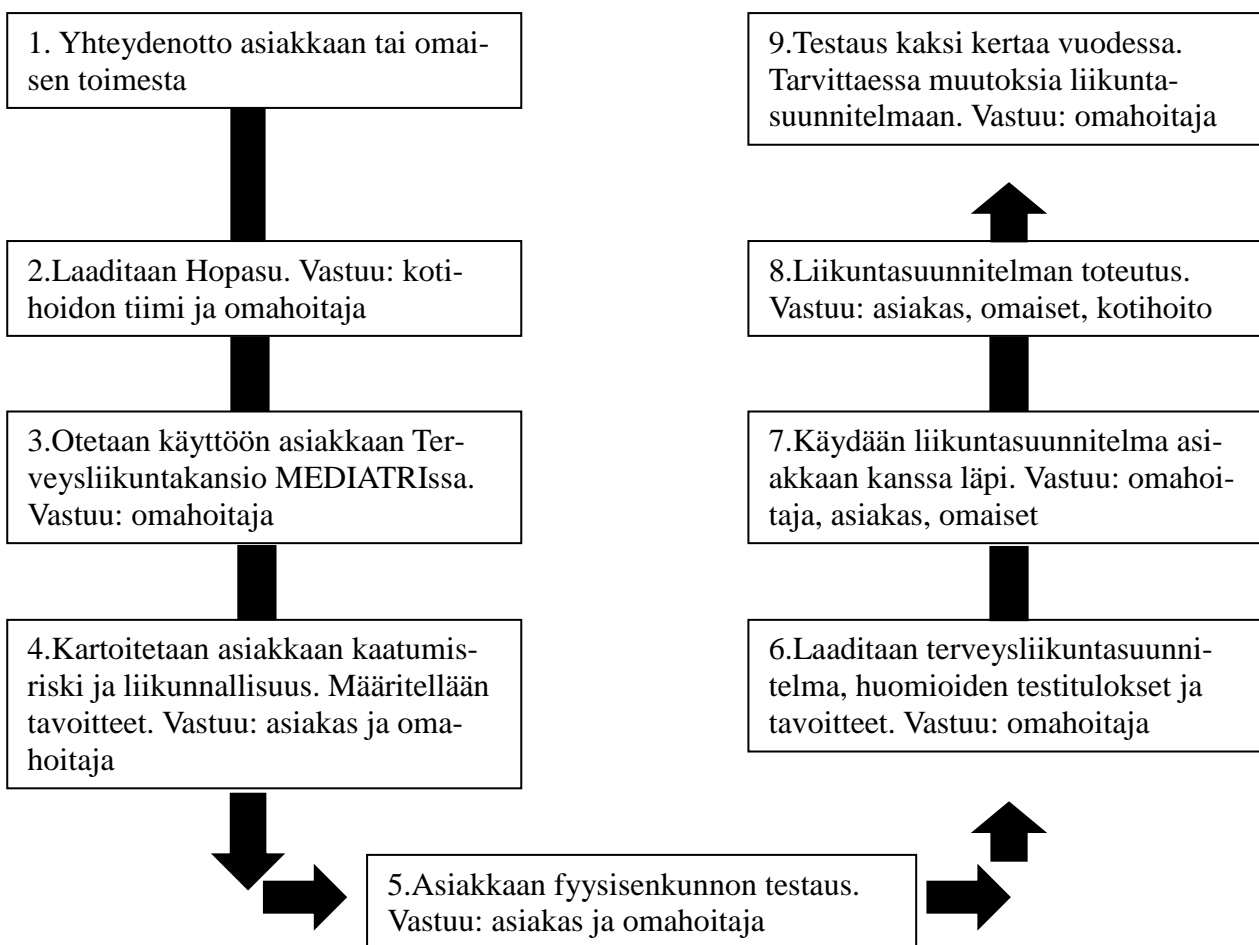
Suomalainen lääkäriseura yhdessä erikoislääkäriyhdistysten kanssa suosittavat viikoittaisen liikuntapiirakan liikunta-annosta vanhuksille ja lääkäreiden tavoitteena onkin edistää liikunnan käyttöä sairauksien ehkäisyyn, hoitoon ja kuntoutukseen. Esimerkkinä, sepelvaltimotaudin ehkäisyyn, hoitoon ja kuntoutukseen, lääkärit suosittavat kestävyysliikuntaa sekä lihasvoimaharjoittelua. (Käypä hoito 2012.) Taulukossa 1 näkyy millaisella harjoituksella eri terveysongelmiin voidaan vaikuttaa.

Taulukko 1. *Tyypillisimpiä sairauksia ja niiden hoitoon soveltuvat liikuntaharjoitukset* (Käypä hoito 2012).

Terveysongelma	Kestävyys- harjoittelu	Lihaskoima- harjoittelu	Tasapaino- harjoittelu	Harjoitusten yhdis- telmä ja erilaisten tehtävien harjoittelu
Lihaskoheikkous	-	+	-	-
Huonontunut tasapaino	-	+	+	-
Huono aerobinen kapasiteetti	+	-	-	-
Pienentyneet liikelaajuudet	-	+	-	+
Masennus	+	+	-	-
Lihavuus	+	+	-	-
Sarkopenia	-	+	-	-
Osteopenia, osteoporoosi	+	+	+	-
Ääreisvaltimotauti	+	-	-	-
Aivohalvaus	+	+	+	+
Kaatumiset	-	+	+	-
Nivelrikko	+	+	-	-
Keuhkohtaumatauti	+	+	-	-
Sydämen vajaatoiminta	+	+	-	-
Sepelvaltimotauti	+	+	-	-
Hauraus-raihnaus-oireyhtymä	+	+	+	+

4 KOTIHOIDON TERVEYSLIIKUNTAPALVELU

Kenellä on vastuu terveysliikunnasta, kun kotihoitoon tulee uusi asiakas ja mitä missäkin vaiheessa tulee tehdä? Ensisijaisesti asiakkaalla on aina vastuu itsestään ja omasta terveydestä, sekä sen hoitamisesta. Asiakas viimekädessä päättää minkälaista hoivaa ja huolenpitoa tarvitsee ja haluaa. Kotihoito kulkee asiakkaan rinnalla, antaen kaiken tarvittavan tuen. Kuvassa 3 on esitelty koko terveysliikuntapalvelu prosessi tehtävineen ja vastuuhenkilöineen.



Kuva 3. *Prosessikuvaus terveysliikunnasta osana kotihoidon palveluja.*

Terveysliikuntapalvelun erivaiheet:

1. Asiakas, omainen tai joku muu taho ottaa yhteyden kotihoitoon asiakkaan palveluiden kartoittamista varten. Tässä yhteydessä määritellään ajankohta hoitopalvelusuunnitelman tekemiselle.
2. Hoito- ja palvelusuunnitelma laatiminen (Hopasu) tapahtuu kotihoidon toimesta, jossa käydään keskustelu asiakkaan kanssa terveysliikunnan vaikutuksista ja esitellään valtakunnalliset suositukset, kuten yli 65-vuotiaiden liikuntapiirakka, terveysliikunnan vaikutusaika, sekä käypähoito suositukset. Asiakkaalle ja omaisille esitetään kotihoidon terveysliikuntaprosessi.
3. MEDIATRI:n terveysliikuntakansioon kirjataan asiakkaan:
 - A. Fyysisen kunnon tilanne kotihoidon asiakkaaksi tullessa
 - B. Tavoitteet, liikkumiselle ja fyysiselle kunnolle
 - C. Testaustulokset
 - D. Terveysliikuntasuunnitelma
 - E. Ohjelman toteutukset
 - F. Terveysliikuntasuunnitelman muutokset
4. Kartoitetaan asiakkaan kaatumisriski ja liikunnallisuus. Kaatumisriskin kartoittamiseen käytetään Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen ”Lyhyt kaatumisvaaran arviointi” lomaketta. (Liite 3). Asiakkaan liikunnallisuuden selvittämiseksi käytetään ”liikunnallisuuden kartoitus lomaketta” (Liite 4). Kartoittamisen yhteydessä määritellään puolen vuoden ja vuoden tavoitteet. Tarvittaessa tavoite aikaa voidaan lyhentää esim. kahden kuukauden päähän.

Kotihoidon asiakkaan fyysisen kunnon testaus:

5. Asiakkaan fyysisen kunnon testaus tehdään hänen omassa kodissaan. Testaukseen valmistautuminen vaatii asiakkaalta, hyvät sisä – tai ulkojalkineet, ja testaajalta sekuntikello, metrimitta, kahden ja kolmen kilon käsipainot, kuminauhaa ja teippiä. Kaikki testausliikkeet esitellään ennen varsinaista suoritusta, ja osa liikkeistä voidaan harjoitella, ennen lopullista mittausta. Ennen testaus on hyvä lämmitellä noin viisi minuuttia. Lämmittelyliikkeet kannattaa kohdistaa ylävartalon ja alavartalon isoihin lihaksiin:

- A. Marssia istuen, vaihdellen polven nostokorkeutta
- B. Marssien, kosketetaan oikealla kädellä vasenta nilkkaa ja vasemmalla kädellä oikeata nilkkaa
- C. Istutaan selkä suorana, kädet sivuilla alaviistoon, lähdetään pyörittämään käsiä, suurentaen ympyrää. Pysäytetään ja vaihdetaan pyörimissuuntaa
- D. Kädet olkapäille. Pyöritetään etukautta ympyrää ja vaihdetaan suuntaa
- E. Käännetään pää oikealle ja pudotetaan leuka kohti oikeanpuoleista kainalokuoppaa ollaan hetki tässä asennossa. Tuodaan pää keskelle ja viedään vasemmalle puolelle, sama liike.

Toimintakyky testauksen kahdeksan erilaista testiliikettä testaavat tasapainoa, ylävartalon vahvuutta, aerobista kestävyyttä ja notkeutta. Ensimmäiset viisi testiliikettä ovat Bergin 14 liikkeen tasapainotestistä, jotka mittaavat henkilön kykyä ylläpitää tasapainoaan (Berg, Wood-Dauphinee, Williams & Maki, B 2001). Kolme seuraavaa testiliikettä ovat Rikli ja Jones testistä, niistä ensimmäinen kertoo ylävartalon voimasta, toinen mittaa aerobista kestävyyttä ja viimeinen alavartalon notkeutta (Rikli & Jones 2013, 66 – 71).

Liike 1. Istumasta seisomaan nousu testin avulla pystytään arvioimaan kuinka vakaa on tuoilta nousu ja saavutettu seisoma-asento. Testattava istuu selkänöjallisella ja käsinöjattomalla tuolilla ja nousee seisomaan itsenäisesti. Suorituksesta saadut pisteet tulevan sen mukaan, paljonko tarvitsee apuja nousemisessa, 4= nousee seisomaan itsenäisesti ilman käsien tukea ja saavuttaa seisomatasapainon, 3= nousee seisomaan itsenäisesti ensimmäisellä yrityksellä, käsillä avustaen, 2= nousee seisomaan useita useamman yrityksen jälkeen, käsillä avustaen, 1= tarvitsee vähäistä avustusta noustakseen, 0= tarvitsee kohtalaisesti tai runsaasti avustusta noustakseen. (Berg, Wood-Dauphinee, Williams & Maki 2001.)



Ensimmäisen mittauksen tulos

Toisen mittauksen tulos

Muut huomiot testauksessa:

Liike 2. Siirtyminen tuoilta toiseen testin avulla nähdään, kuinka turvallisesti kääntyminen onnistuu, ja koordinaatio varmuutta. Testauksessa käytetään kahta tuolia, käsinojallinen ja käsinojaton, jotka ovat lähekkäin noin 90° kulmassa toisiinsa nähden. Testattava istuu toiseen tuoliin ja käskystä siirtyy viereiseen tuoliin. Pisteitä tulee sen mukaan, paljonko tarvitsee apua ja tukea siirtymiseen, 4= siirtyy itsenäisesti vähäisellä käsien tuella, 3= siirtyy turvallisesti, mutta käsien tuki välttämätön, 2= siirtyy verbaalisen ohjeen ja varmistuksen turvin, 1= tarvitsee yhden henkilön avustusta siirryessään, 0= tarvitsee kahden henkilön avustusta ja varmistusta siirryessään. (Berg, Wood-Dauphinee, Williams & Maki, B 2001.)



Ensimmäisen mittauksen tulos

Toisen mittauksen tulos

Muut huomiot testauksessa:

Liike 3. Seisominen silmät kiinni 10sekunttia testillä arvioidaan tasapainokykyä, kun yksi tärkeimmistä tasapainoa ylläpitävistä tekijöistä on eliminoitu pois. Aloita -merkistä testattava sulkee silmänsä ja pyrkii seisomaan ilman tukea 10sekunttia. Saadut pisteet lasketaan sen mukaan, kuinka monta sekuntia on pystynyt seisomaan silmät kiinni, 4= seisoo turvallisesti 10sekunttia, 3= seisoo varmistuksen turvin 10sekunttia, 2= pystyy seisomaan 3sekunttia, 1= ei pysty pitämään silmiä kiinni 3sekunttia, mutta seisoo vakaasti, 0= tarvitsee apuja, että ei kaatuisi. (Berg, Wood-Dauphinee, Williams & Maki, B 2001.)



Ensimmäisen mittauksen tulos

Toisen mittauksen tulos

Muut huomiot testauksessa:

Liike 4. Seisten esineen nostaminen lattialta testin tavoite on auttaa arvioimaan vartalon hallintaa painopisteen siirtyessä ylös - alas - suunnassa. Lattialta nostettava esine voi olla esim. jalkine, jonka testaaja on laittanut noin 15cm:n etäisyydelle testattavan varpaista. Testattava pyrkii nostamaan lattialla olevan esineen, ja pisteitä tulee sen mukaan kuinka hyvin suoriutuu tehtävästä, vai jääkö tehtävä suorittamatta, 4= nostaa esineen helposti ja turvallisesti, 3= nostaa esineen, mutta tarvitsee varmistuksen, 2= ei pysty nostamaan esinettä, mutta saa kurkotetuksi 2-5cm päähän esineestä tasapainon säilyttäen, 1= ei pysty nostamaan esinettä ja tarvitsee yritykseensä varmistuksen, 0= ei pysty yrittämään/tarvitsee avustusta, ettei kaatuisi. (Berg, Wood-Dauphinee, Williams & Maki, B 2001.)



Ensimmäisen mittauksen tulos

Toisen mittauksen tulos

Muut huomiot testauksessa:

Liike 5. Kääntyminen 360° alle neljässä sekunnissa, testin avulla päästään arvioimaan kuinka painonsiirto sivulta sivulle ja jalalta toiselle onnistuu, sekä nähdään kuinka hyvin hallitsee vartalon kierron. Testattava asettaa jalkaterät samalle tasolle noin, lantion levyiseen haaraan. Aloita - merkistä kääntyy ympäri täyden kierroksen ja pysähtyy. Pieni tauko. Aloita - merkistä pyörähdys toiseen suuntaan. Pisteitä suorituksesta saan mukaan, kuinka hyvin ajallisesti ja ilman apuja suoriutuu tehtävästä, 4= kääntyy turvallisesti 360° alle neljässä sekunnissa molempiin suuntiin, 3= kääntyy turvallisesti 360° alle neljä sekuntia toiseen suuntaan, 2= kääntyy 360° turvallisesti mutta hitaasti yli neljä sekuntia molempiin suuntiin, 1= tarvitsee tukevan varmistuksen tai verbaalista ohjausta, 0= tarvitsee avustusta kääntyessään. (Berg, Wood-Dauphinee, Williams & Maki, B 2001.)



Ensimmäisen mittauksen tulos

Toisen mittauksen tulos

Muut huomiot testauksessa:

Liike 6. 30 sekunnin hauiskääntötesti mittaa ylävartalon voimaa. Ennen varsinaista mittausta testaja näyttää, kuinka liike tulee tehdä ja testattava tekee muutaman harjoituskerran ilman painoa, jotta liikerata on ymmärretty oikein. Testin suorittava henkilö istuu nojalliseen tuoliin, selkä suorana ja jalat tukevasti lattiassa, dominoiva puoli lähellä tuolin sivureunaa. (Rikli, Jones 2013, 66.). Käsipainoiksi Rikli ja Jones suosittavat miehille 3,6kg ja naisille 2,3kg:n painoja, mutta koska näitä kokoja ei ole Suomessa helposti saatavilla, niin testissä voidaan käyttää miehille 3kg ja naisille 2kg. Näillä painoilla tehtyjä testituloksia ei voida suoraan verrata Rikli ja Jones tuloksiin. Käsi-paino otetaan dominoivaan käteen (kättelyote) ja käsi alas vartalon viereen. Aloita -merkistä testattava koukistaa kättä niin monta kertaa kuin mahdollista 30 sekunnin aikana. (Rikli & Jones 2013, 66.)



Ensimmäisen mittauksen tulos

Toisen mittauksen tulos

Vasen käsi/ oikea käsi

Muut huomiot testauksessa:

Liike 7. Kahden minuutin paikalla kävely testaa aerobista kestävyyttä. Testaaja mittaa testattavan reiden keskikohdan ja laittaa näin saadun korkeuden merkiksi seinään, tuoliin tai muuhun paikkaan, jonka vieressä testattava suorittaa testin. Testattavan tavoite on nostaa jalkoja vuoron perää polven ylittäessä korkeusmerkin, niin monta kertaa kuin mahdollista. Oikeanjalan nostot yli merkatun rajan lasketaan. (Rikli & Jones 2013, 69.)



Ensimmäisen mittauksen tulos

Toisen mittauksen tulos

Ilman tukea/toisella puolella tuki/ molemmilla puolilla tuki

Muut huomiot testauksessa:

Liike 8. Alavartalon notkeutta testataan kurkottamalla käsiä kohti varpaita. Testattava istuu tuolilla, jonka suositus korkeus on 43 cm. Ennen testauksen suorittamista testaja näyttää liikkeen ja testattava harjoittelee molemmilla jaloilla ja valitsee sen puolen, kumpi on joustavampi. Testattava ojentaa jalan suoraksi eteen, nilkka on noin 90° kulmassa ja toinen jalka 90° kulmassa. Kädet ovat päällekkäin ja suorina ja taivutus, kohti varpaita. Taivutuksessa pitää pystyä olemaan kaksi sekuntia. Sormenpäiden yltäessä varpaisiin, on tulos normaali, jos taas ojennus jää vajaaksi tulos on negatiivinen ja jos sormenpäät menevät yli varpaiden tulos on positiivinen. Testaaja mittaa tuloksen. Testattava saa yrittää kaksi kertaa ja parempi tulos kirjataan ylös. (Rikli & Jones 2013, 71.)



Ensimmäisen mittauksen tulos

Toisen mittauksen tulos

Vasen jalka/ oikea jalka

Muut huomiot testauksessa:

Kolmen viimeisen testiliikkeen tuloksia voi verrata, naisten (taulukko 2) ja miesten (taulukko 3) ikäryhmittäin keskimääräisiin tuloksiin.

Taulukko 2. *Naisten keskimääräinen tulostaulukko ikään nähden*

	65 – 69 v	70 – 74 v	75 – 79 v	80 – 84 v	85 – 89 v
*Hauiskäyttö	12 – 18	12 – 17	11 – 17	10 – 16	10 – 15
2min kävely	73 – 107	68 – 101	68 – 100	60 – 90	55 – 85
**Taivutus cm -/+	-1,5/+11,5	-2,5/+ 10	-4/+9	-5/+7,5	-6,5/+6,5

*) Taulukko tulokset 2,3kg painoilla

***) Tuuma pyöristetty lähimpään senttiin

Taulukko 3. *Miesten keskimääräinen tulostaulukko ikään nähden.*

	65 – 69 v	70 – 74 v	75 – 79 v	80 – 84 v	85 – 89 v
Hauiskäyttö	15 – 21	14 – 21	13 – 19	13 – 19	11 – 17
2min kävely	86 – 115	80 – 110	73 – 109	71 – 103	59 – 91
Taivutus cm -/+	-7,5/+7,5	-9/+6,5	-10/+5	-14/+4	-14/+1,5

*) Taulukko tulokset 3,6kg painoilla

***) Tuuma pyöristetty lähimpään senttiin

5 LIIKUNTASUUNNITELMAN LAADINTA

6. Asiakkaan elämäntilanteen, tavoitteiden ja testaustulosten perusteella laaditaan terveysliikuntasuunnitelma. Suunnitelman laatii testin tehnyt omahoitaja. Kestävyyuskunnan parantamiseksi sopivia lajeja ovat mm. kävely (apuvälineellä tai ilman), sauvakävely, uinti, vesijuoksu, kuntopyöräily.

Lihaskuntaa voidaan parantaa useilla kotona tehtävillä voimisteluliikkeillä, joista on esimerkkejä seuraavien instituuttien ja laitosten www-sivustoilla:

- A. Ikäinstituutin Voima- ja tasapainoharjoittelua iäkkäille. (Ikäinstituutti)
- B. UKK-instituutin lihaskuntaa ja liikehallintaa. (UKK-instituutti 2013)
- C. Terveyden ja hyvinvointi laitoksen lihaskuntaa ja tasapainoa (OTAGO- harjoitteluhjelma)
- D. Kodin ulkopuolella lihaskuntaa voi parantaa:
 1. Kuntosaleilla, jotka ovat suunnattu yli 65-vuotiaille, mm. Jalmarin kodossa toimii useita ohjattuja kuntosaliryhmiä, joihin voi hakea täyttämällä hakulomakkeen (Liite 5).
 2. Uimahallissa, vesivoimistelu (Kuohu Kangasalan uimahalli)
 3. Pilates harjoituksilla (Ilosi)

Notkeutta ja tasapainoa voi kehittää useilla kotona tehtävillä liikkeillä, joita on saatavissa:

- A. Ikäinstituutin Voima- ja tasapainoharjoittelua iäkkäille. (Ikäinstituutti)
- B. UKK-instituutin lihaskuntaa ja liikehallintaa. (UKK-instituutti 2013)

C. Terveyden ja hyvinvointi laitoksen lihaskuntoa ja tasapainoa (OTAGO- harjoitteleohjelma)

D. Lisäksi Kangasalta löytyy lajeja, jotka parantavat notkeutta:

E. Jooga (Easy Fit)

F. Pilates harjoituksilla (Ilosi)

Tasapainoa kehittäviä lajeja ovat erilaiset tanssit ja pallopelit. Kangasalta löytyy vanhuksille:

A. Boccia pallo peli (Kangasalan Eläkkeensaajat ry.)

B. Perinteiset tanssit Pirtillä kaksi kertaa kuukaudessa, joka toinen maanantai

C. Senioritanssit (Kangasalan Kansalliset Seniorit ry.)

Kotona pelattavia ja tasapainoa kehittäviä pallopelejä ovat, ilmapallolla pelattava lennoppo ja erilaiset heitto-kiinniotto harjoitukset sekä pyykinripustusharjoitukset.

Silloin kun liikuntasuunnitelman kaikki liikkeet tehdään asiakkaan kotona, niin hyvä määrä erilaisia liikkeitä on enintään viisi. Jotkut liikkeistä saattaa vaatia välineen, tällöin kannattaa miettiä tarkoin liikkeen tarpeellisuutta, tai voisiko sen korvata jollakin toisella liikkeellä. Toisaalta väline voi kannustaa liikkumaan, mutta ennen välineen mukaan ottamista kannattaa keskustella asiakkaan kanssa.

7. Käydään yhdessä asiakkaan ja omaisten kanssa terveyslääkärin suunnitelma läpi ja viimeistellään asiakkaan antaman palautteen mukaan. Suunnitelman esittelyvastuu ja muutosten kirjaaminen ovat asiakkaan omahoitajalla.

Liikuntasuunnitelman toteutus ja kirjaaminen:

8. Lähdetään toteuttamaan laadittua ohjelmaa. Kotihoidon toimesta asiakasta ohjataan ja avustetaan terveyslääkärin toteuttamisessa sovitun suunnitelman mukaan.

Halutessaan asiakkaalle annetaan mahdollisuus kirjata liikuntasuoritukset kopioidulle liikuntasuorituskortille (Liite 6). Kirjaamisesta on hyötyä niin asiakkaalle, kuin myös kotihoidolle. Kirjaaminen muistuttaa liikkumisesta ja sen avulla myös nähdään jos joku suorituskerta on jäänyt tekemättä

9. Asiakkaan fyysistä kuntoa testaan ainakin kaksi kertaa vuodessa, mutta tarpeen tullen voidaan testata useamminkin. Sillä vanhuksen itsenäistä liikkumiskykyä tulee arvioida säännöllisesti, jotta voidaan ennakoida laitokseen joutumista. Lihasvoimamittauksilla voidaan hyvissä ajoin ennakoida riskiä kohonneeseen toimintavajauksiin ja liikkumiskyvyn ongelmiin. (Hietanen & Lyyra 2003, 108 – 174.)

LÄHTEET

Berg, K., Wood-Dauphinee, S., Williams, J. I. & Maki, B. Measuring balance in the elderly: validation of an instrument. *Canadian Journal of Public Health*. Suppl. 2:7-11, 1992. (Bergin tasapainotestin suoritusohjeet, suomennos Ahola, E., Kokko, S-M. & Paltmaa, J. 1998, tarkennukset Berg ja Paltmaa 2001) McGill University, 1992.

EasyFit. Ryhmäliikunta. Saatavissa: <http://www.easyfit.fi/kangasala/ryhmaliikunta/> [viitattu 7.4.2014].

Hirvensalo, M., Rasinaho, M., Rantanen, T. & Heikkinen, E. 2013. Liikunta. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) *Gerontologia*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, s. 474 – 484.

Ikäinstituutti. 2014. Voima-ja tasapainoharjoittelua iäkkäille. Voimaa vanhuuteen iäkkäiden terveysliikuntaohjelman internetsivut. Päivitetty 18.03.2014. Saatavissa: <http://www.voitas.fi/etusivu/> [viitattu 7.4.2014].

Ilosi. Saatavissa: <http://www.ilosi.fi/pilates-paja/> [viitattu 7.4.2014].

Kangasalan Eläkkeensaajat ry. 2014. Kangasalan kunnan internetsivut. Saatavissa: <http://kangasalan.elakkeensaajat.fi/yhdist-toimintaa/?x171248=177929> [viitattu 9.4.2014].

Kangasalan Kansalliset Seniorit ry. 2014. Kerhot. Senioritanssi Sirpakat. Saatavissa: <http://kangasala.senioriyhdistys.fi/tapahtumat/kerhot/> [viitattu 9.4.2014].

Koskinen, S., Pitkälä, K. & Saarenheimo, M. 2008. Gerontologinen kuntoutus. Teoksessa Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) *Kuntoutus*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Kuohu Kangasalan uimahalli. Allasvoimistelu. Uimakoulut ja muu ohjattu vesiliikunta 2014 internetsivut. Saatavissa: <http://www.kangasalanuimahalli.fi/toiminta.php> [viitattu 7.4.2014].

Käypä hoito 2012. Liikunta. Iäkkäät. Käypä hoito- suositusten internetsivut. Päivitetty 27.6.2012. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/KH2014-suositukset-portlet/Tulosta?id=hoi50075#R6> [viitattu 1.5.2014].

OTAGO- ohjelma. 2014. Liikkumis- ja toimintakyvyn ylläpitäminen. Terveyden ja hyvinvointi laitoksen internetsivut. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/ac50e96e-c31b-4583-b531-43fa4f3a3fd7> [viitattu 9.4.2014].

Rikli, E. & Jones, J. 2013. Senior fitness test manual. Second edition. Human kinetics. United States.

Salminen, U. & Karvinen, E. 2006. Testaus tavaksi – tapoja testaukseen. Iäkkäiden liikkumiskyvyn arviointi. Helsinki: Ikäinstituutti.

UKK-instituutti 2011. Terveysliikunta ja kuntoliikunta. UKK-instituutin internetsivut Päivitetty 04.10.2011. Saatavissa: http://www.ukkinstituutti.fi/tietoa_terveysliikunnasta/liikkumaan/aloittajan_liikuntaopas/terveysliikuntaa_ja_kuntoliikuntaa [viitattu 12.1.2014].

UKK-instituutti. 2013. Tule – KUNTOMITTA. UKK-instituutin internetsivut. Päivitetty 31.10.2013. Saatavissa: <http://www.ukkinstituutti.fi/tulekuntomitta> [viitattu 7.4.2014].

Tiikainen, P. 2013. Sosiaalinen toimintakyky. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Vuori, I. 2011a. Ikääntyvät ja vanhukset. Teoksessa Fogelholm, M. & Vasankari, T. (toim.) Terveysliikunta. 2.uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, s. 88 – 104.

Vuori, I. 2011b. Liikunnan vaikutustapa. Teoksessa Fogelholm, M. & Vasankari, T. (toim.) Terveysliikunta. 2.uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, s. 12 – 19.

UKK-instituutin liikuntapiirakka yli 65vuotiaalle

UKK-instituutti

Viikoittainen **LIIKUNTAPIIRAKKA**

yli 65-vuotiaalle



Paranna **kestävyyskuntoa** liikkumalla säännöllisesti useana päivänä viikossa, yhteensä ainakin 2 t 30 min reippaasti **TAI** 1 t 15 min rasittavasti.

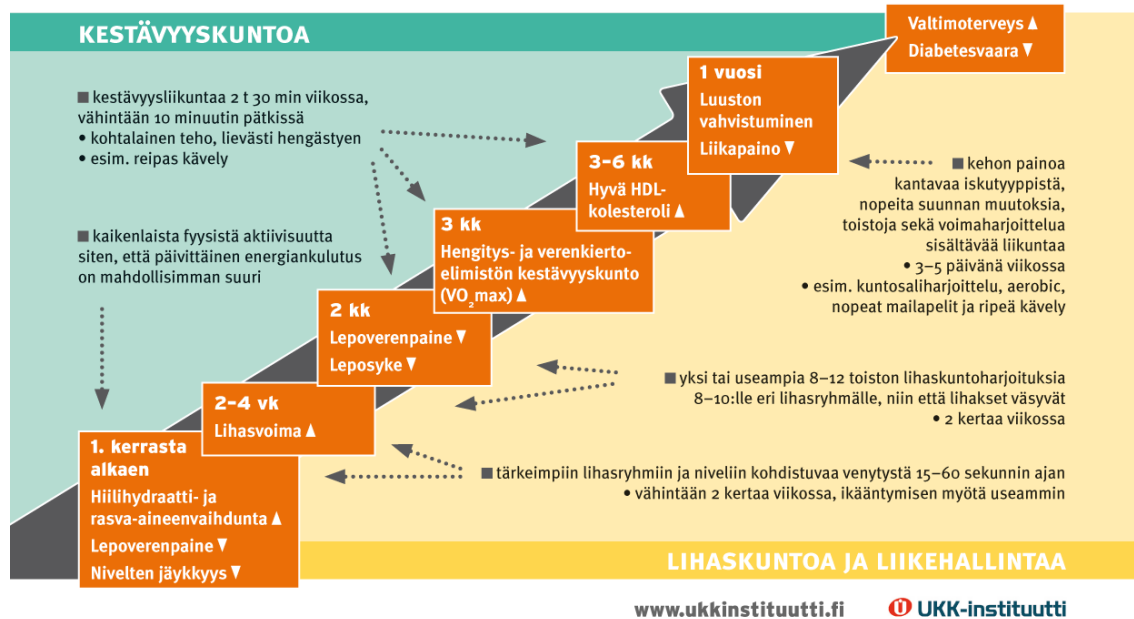
LISÄKSI lisää **lihasvoimaa**
kehitä **tasapainoa**
pidä yllä **notkeutta** } ainakin 2 kertaa viikossa.

Monet jummat harjoittavat samanaikaisesti lihasvoimaa, tasapainoa ja notkeutta.

* Tasapainoharjoittelu on erityisen tärkeää yli 80-vuotiaalle sekä niille, joiden liikkumiskyky on heikentynyt ja/tai jotka ovat kaatuilleet.

UKK- instituutin Terveysliikunnan vaikutusaika

TERVEYSLLIUKUNNAN VAIKUTUSAIKA



Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen lyhyt kaatumisvaaran arviointi



Kotona asuvat iäkkäät LYHYT KAATUMISVAARAN ARVIOINTI (FROP-Com Screen, Falls Risk for Older People)	
Nimi:	
Syntymäaika:	
Osoite / osasto / huone:	
Asumismuoto: yksin / itsenäisesti / tuetusti	
Arvioinnin tekijä	
Arviointipäivämäärä (pv/kk/vv)	
ARVIOINTIPISTEET	
KAATUMISHISTORIA	
Kaatumiset edeltävän 12 kk aikana	Ei yhtään (0 p.)
	Yksi kaatuminen (1 p.)
	Kaksi kaatumista (2 p.)
	Kolme kaatumista tai enemmän (3 p.)
PÄIVITTÄINEN TOIMINTAKYKY	
Kuinka paljon henkilö tarvitsee apua päivittäisissä toimissa kotona (ruuanlaitto, siivous, pyykki yms. kotityöt)? <i>Jos kaatunut, kirjataan tilanne ennen kaatumista.</i>	Täysin itsenäinen (0 p.)
	Selviytyy vähäisen avun turvin (1 p.)
	Tarvitsee paljon apua (2 p.)
	Tarvitsee apua lähes kaikissa toiminnoissa (3) (3 p.)
TASAPAINOKYKY	
Henkilöä pyydetään nousemaan istumasta seisomaan, kävelemään muutaman metrin eteenpäin, kääntymään ja palaamaan takaisin istumaan. <i>Jos apuväline käytössä, tehdään suoritus sen kanssa.</i> <i>Jos tasapainokyky vaihtelee suorituksen eri vaiheissa, pisteytys heikoimman vaiheen suorituksen mukaan.</i>	Ei havaittavaa tasapainon heikkoutta (0 p.)
	Jonkin verran tasapainon heikkoutta (1 p.)
	Selvästi heikentynyt tasapaino (tarvitsee hieman apua tai käyttää apuvälinettä) (2 p.)
	Tarvitsee jatkuvasti apua tai ei pysty lainkaan suoritukseen (3 p.)
PISTEET YHTEENSÄ	

Pisteet	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Kuinka paljon suurentunut kaatumisvaara	0,25		0,7		1,4		4,0		7,7	
Kaatumisvaara	0–3 lievästi kohonnut			4–7 kohonnut			8–9 erittäin korkea			
Toimenpiteet	Tasapainokyvyn ylläpitäminen Liikuntakyvyn ylläpitäminen			Kaatumisvaaran kokonaisvaltainen arviointi ja yksilöllisten ehkäisytoimien toteutus			Välitön kaatumisvaaran kokonaisvaltainen arviointi ja toimenpiteiden käynnistäminen			

Lähde: Australian Guideline, community care. FROP-COM Screen (Mukaeltu). Russell MA, Hill KD, Blackberry I, Day LM, Dharmage SC. The reliability and predictive accuracy of the falls risk for older people in the community assessment FROP-Com Screen (Falls Risk for Older People) tool. Age Ageing. 2008 Nov;37(6):634-9. Suomenkielisen käännöksen ©THL, IKINÄ, www.tapaturmat.fi

SUORITUSOHJE

- Arvioinnin tekijä kullakin arviointikerralla merkitsee lomakkeeseen arviointipäivämäärän ja omat nimikirjaimensa.
- Jokaisesta arvioitavasta kohdasta valitaan yksi, arvioitavan henkilön tilaa parhaiten kuvaava vaihtoehto.
 - jos henkilön tila vaihtelee, valitaan heikointa tilannetta/toimintakykyä vastaava vaihtoehto.
- Lasketaan yhteen osioiden pisteet, määritellään kaatumisvaara ja jatkotoimet.

Liikkumisen kartoitus

Liikunnallisuuden kartoitus

Kaavakkeen täyttöpäivä:	pv	kk	v
Nimi ja ikä:			

1. Nykyinen säännöllinen liikkuminen

	päivänä viikossa	yhteensä minuuttia viikossa
ei juuri mitään		
kevyttä, ei hengästyttävää kestävyystyypistä liikkumista		
riipeää, vähän hengästyttävää kestävyystyypistä liikkumista		
rasittavaa, voimakkaasti hengästyttävää kestävyystyypistä liikkumista		
lihasvoimaa/tasapainoa/notkeutta		

2. Mitkä ovat olleet tavallisimmat liikunnan tai fyysisen aktiivisuuden muodot viime aikoina?

a) tavallisin liikunnan tai fyysisen aktiivisuuden muoto

b) toiseksi tavallisin liikunnan tai fyysisen aktiivisuuden muoto

c) kolmanneksi tavallisin liikunnan tai fyysisen aktiivisuuden muoto

3. Millaiset mahdollisuudet (aika, raha, liikuntapaikat, ohjaus) Teillä on nykyisessä elämäntilanteessanne harrastaa liikuntaa? Entä miten kiinnostunut olette liikunnan harrastamisesta?

a) hyvät mahdollisuudet

b) kohtalaiset mahdollisuudet

c) huonot mahdollisuudet

a) erittäin kiinnostunut

b) jonkin verran kiinnostunut

c) en ole kiinnostunut

Hakemus Jalmarin kodon allas- ja kuntosaliryhmiin



HAKEMUS

Allas- ja kuntosaliryhmiin

pvm _____

RYHMÄ MIHIN HAET (rasti ruutuun)**ALLASRYHMÄT**

- Eläkeläisten allasvuoro I, maanantaisin klo. 9.15–9.45
 Eläkeläisten allasvuoro II, maanantaisin klo. 9.45–10.15
 Eläkeläisten allasvuoro III, tiistaisin klo. 15.15–15.45

KUNTOSALIRYHMÄT

- Eläkeläisten kuntosali, maanantaisin klo. 12.00–13.30
 Seniorimiehet, tiistaisin klo. 16.00–17.30
 Eläkeläisten kuntosali, torstaisin klo. 13.00–14.30
 Eläkeläisten kuntosali, perjantaisin klo. 12.30–14.00

Kuntosalin ohjattu ryhmä kokoontuu 1 kerta/viikko.

(Kuntosalimaksu 2,80 €/kerta.)

Allasryhmät kokoontuu 1 kerta/viikko, yhteensä 14 kertaa.

(Allaskausimaksu 70 €/kausi.)

Nimi:		Henkilötunnus:	
Tähtiosoite:			
Postinro:	Postitoimipaikka:		
Puhelin:			

Terveystiedot, jotka haluan saattaa ohjaajan tietoon ja kuntoutustarve**Huomi!** Sinulla on heti mahdollisuus aloittaa oman kuntosi ylläpitäminen ja kehittäminen:

Jalmarin Kodolla palvelukorttiasiakkaiden omaoiminen kuntosalivuoro keskiviikkoisin klo 12.30–14.00 ja perjantaisin klo 11.00–12.30 (hinta 2,80 €/kerta). Pyydä ensimmäisellä kerralla fysioterapeuttilänne opastusta kuntosalilaitoiden käytössä. Seuraa Kangasalan Sanomien puffotti-osastoa.

Kangasalan palvelutalosaäitiö
 Jalmarin Koto
 Finnentie 11
 36220 KANGASALA

Puh. (03) 3135 0227 (fysioterapeutti)
 (03) 3136 3223, 3136 0229 (ohjaajat)

Liikuntasuoritukset

VKO	ma	ti	ke	to	pe	la	su	VKO	ma	ti	ke	to	pe	la	su
1								2							
3								4							
5								6							
7								8							
9								10							
11								12							
13								14							
15								16							
17								18							
19								20							
21								22							
23								24							
25								26							
27								28							
29								30							
31								32							
33								34							
35								36							
37								38							
39								40							
41								42							
43								44							
45								46							
47								48							
49								50							
51								52							

- kävely = KÄ
- kuntosali= KS
- kuntopyöräily= PY
- vesivoimistelu= VO
- sauvakävely= SKÄ
- * pallopelit= PA
- * uinti= UI
- * voimistelu= VO
- * hyötyliikunta=HL
- * tanssi= TA