

**IÄKKÄIDEN ENNALTA EHKÄISEVÄT KOTIKÄYNNIT
HÄMEENLINNASSA VUOSINA 2009 JA 2010**

Perttu Kajansinkko
Syventävien opintojen kirjallinen työ
Tampereen yliopisto
Lääketieteen yksikkö
Geriatrisen palveluketjun toimivuus ja laatu -tutkimusryhmä
Elokuu 2013

Tampereen yliopisto
Lääketieteen yksikkö
Geriatrisen palveluketjun toimivuus ja laatu -tutkimusryhmä

KAIJANSINKKO PERTTU: IÄKKÄIDEN ENNALTA EHKÄISEVÄT
KOTIKÄYNNIT HÄMEENLINNASSA VUOSINA 2009 JA 2010

Kirjallinen työ, 62 s.
Ohjaaja: professori Jaakko Valvanne

Elokuu 2013

Avainsanat: geriatrinen arviointi, preventio, kotona asuminen, vanhuspalvelut

Vanhojen ihmisten kotona asumisen tukemiseksi on eri maissa kehitetty ennalta ehkäiseviä kotikäyntejä. Hämeenlinnassa alettiin tehdä ennalta ehkäiseviä kotikäyntejä kotisairaanhoidtajien toteuttamana vuonna 2009. Kotikäyntien tuloksia ei kuitenkaan ollut seurattu.

Tutkimuksen ”Iäkkäiden ennalta ehkäisevät kotikäynnit Hämeenlinnassa vuosina 2009 ja 2010” tavoitteena oli selvittää kotikäynneillä kerätyistä tiedoista, millainen oli kotikäynteihin osallistuneiden terveydentila ja toimintakyky, miten heidän tilanteensa ja jatkotoimenpiteiden tarpeensa arviointi on toteutunut ja onko Hämeenlinnan ennalta ehkäisevien kotikäyntien toimintatapa ollut aiemman tutkimustiedon perusteella vaikuttava. Kyseessä oli retrospektiivinen tutkimus, jonka kohdejoukko muodostui 385:stä vuosina 1929 ja 1935 syntyneestä kotona asuneesta hämeenlinnalaisesta. Heille tehtiin ennalta ehkäisevä kotikäynti vuosien 2009 ja 2011 välillä. Tiedot kerättiin kotikäyntilomakkeista ja analysoitiin SPSS-ohjelmalla.

Vanhempi ikäryhmä arvioi terveytensä hyväksi harvemmin kuin nuorempi. Päivittäisistä välinetoiminnoista suoriutui vaikeuksitta 82 % ja perustoiminnoista 94 %. Tutkituista 11:n alkoholinkäyttö ylitti yhdysvaltalaiset riskirajat. Poikkeavan tuloksen sai masennusseulasta 24, MMSE:stä 37 ja ravitsemustilan seulasta 10 ihmistä. Jatkotoimenpiteiden tarpeen yksilöllinen harkinta ei toteutunut kaikkien kohdalla.

Selvityksen perusteella ehdotetaan kotikäyntien tavoitteiden tarkistamista, kotikäyntilomakkeiston uusimista ja kotikäyntejä suorittavan henkilöstön hyvää perehdyttämistä. Lisäksi kannustetaan seurannan järjestämiseen, koska se on tutkimustiedon valossa keskeinen komponentti ennalta ehkäisevien kotikäyntien vaikuttavuuden kannalta.

SISÄLLYSLUETTELO

1	Johdanto.....	5
2	Kirjallisuuskatsaus.....	7
2.1	Ennalta ehkäisevien kotikäyntien toteutus.....	7
2.1.1	Käytännöt Suomessa.....	8
2.2	Ennalta ehkäisevien kotikäyntien vaikuttavuus.....	10
2.2.1	Kotikäyntien kohdentaminen.....	10
2.2.2	Kotikäyntejä tekevä henkilöstö.....	14
2.2.3	Kotikäyntiin kuuluvat toimenpiteet.....	15
2.2.4	Kotikäyntien määrä ja tiheys.....	15
2.2.5	Vaikuttavuuden mittaaminen.....	16
2.2.6	Moniulotteisuus vaikuttavana ominaisuutena.....	16
2.3	Ennalta ehkäisevien kotikäyntien kustannusvaikuttavuus.....	17
2.4	Ennalta ehkäisevien kotikäyntien tutkimuksen kritiikkiä.....	18
2.4.1	Tutkimustulosten luotettavuudesta.....	18
2.4.2	Soveltuuko meta-analyysi vaikuttavuuden tutkimiseen?.....	19
2.4.3	Satunnaistetun kontrolloidun kokeen soveltuvuudesta.....	20
3	Tutkimuksen tavoite.....	21
4	Aineisto ja menetelmät.....	22
4.1	Perusjoukko ja tutkimusaineisto.....	22
4.2	Haastattelu ja testit.....	23
4.3	Aineiston kuvailu.....	24
4.4	Tilastolliset menetelmät.....	25
4.5	Puuttuvista tiedoista.....	26
4.6	Tietojen epätasaisuudesta.....	26
5	Tulokset.....	28
5.1	Terveys.....	28
5.1.1	Muistitoiminnot.....	31
5.2	Turvallisuus, sosiaaliset suhteet.....	32
5.3	Aistit; näkö ja kuulo.....	33
5.4	Ravinto.....	34
5.5	Hampaat.....	35
5.6	Jatkotoimenpiteet.....	36
5.6.1	Asunnon muutostöiden arviointi.....	36
5.6.2	Hammaslääkäri.....	38
5.6.3	Näkö ja kuulo.....	38
5.6.4	Fyysinen toimintakyky.....	38
5.6.5	Toimeentulo ja sosiaalityöntekijä.....	39
6	Pohdinta.....	40
6.1	Tutkimuksen vahvuudet ja heikkoudet.....	40
6.2	Aineisto.....	40
6.3	Keskeiset havainnot.....	41
6.3.1	Itse arvioitu terveys.....	41
6.3.2	Alkoholin käyttö.....	42
6.3.3	Päivittäiset toiminnot.....	42
6.3.4	Mieliala ja muisti.....	43
6.3.5	Näkö ja kuulo.....	43
6.3.6	Ravitsemustila.....	44
6.3.7	Suun terveys.....	44

6.3.8	Jatkotoimenpiteet.....	44
6.4	Huomioita haastattelulomakkeesta.....	45
6.5	Hämeenlinnan käytännöt suhteessa näyttöön.....	46
6.5.1	Kohdentaminen.....	46
6.5.2	Henkilöstö.....	47
6.5.3	Kotikäynnin sisältö.....	47
6.5.4	Mahdollisuudet vaikuttaa vanhojen ihmisten hyvinvointiin.....	48
6.5.5	Kotikäyntien määrä.....	51
6.6	Lisätutkimuksen tarve.....	51
7	Johtopäätökset.....	53
7.1	Kohderyhmän toimintakyky ja terveydentila.....	53
7.2	Monipuolisen arvioinnin toteutuminen.....	53
7.3	Jatkotoimenpiteiden sopiminen.....	53
7.4	Käytännöt suhteessa näyttöön.....	53
8	Kehittämissuhteet.....	55
8.1	Tavoitteellisuus.....	55
8.1.1	Seurannan toteuttaminen.....	55
8.1.2	Laatutyöskentely.....	56
8.2	Kotikäyntien tekijöiden perehdytys.....	56
8.3	Strukturoidun haastattelulomakkeen kehittäminen.....	56
	Lähteet.....	58
	Liitteet.....	63

1 JOHDANTO

Geriatrisia aiheita alustettaessa mainitaan usein väestön vanheneminen ja sen mahdolliset seuraukset, niin myös tässä opinnäytetyössä. Vanhojen ikäluokkien suureneminen uhkaa johtaa laitosasumisen merkittävään kasvuun, mikä olisi yhteiskunnalle taloudellinen taakka. Toisaalta vanhat ihmiset¹ haluavat asua omassa kodissaan mahdollisimman kauan ja toivovat avopalvelujen parantavan kotona asumisen mahdollisuuksia (Fänge ja Ivanoff 2009). Kotona asumisen tukeminen onkin sekä taloudellisista että sosiaalisista syistä otettu johdonmukaisesti vanhojen ihmisten palvelujen tavoitteeksi niin Suomessa (Ikäneuvo-työryhmä 2009, Tilvis 2010, Valtioneuvoston kanslia 2011) kuin kansainvälisestikin (Elkan ja Kendrick 2004, Fänge ja Ivanoff 2009).

Vanhoja ihmisiä varten on kehitetty erilaisia kotikäyntiohjelmiä, joiden toivotaan parantavan heidän edellytyksiään asua kotona. Ennalta ehkäisevät kotikäynnit ovat terveyden edistämistä, ja niille on asetettu tavoitteiksi muun muassa toimintakyvyn arviointi ja tukeminen, palveluista tiedottaminen sekä riskitekijöiden tunnistaminen (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008). Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmä korosti hyvinvoinnin edistämistä näiden kotikäyntien tavoitteena ehdottaessaan niiden uudelleennimeämistä hyvinvointia edistäviksi kotikäynneiksi (Ikäneuvo-työryhmä 2009). Tässä opinnäytetyössä käytetään kuitenkin käsitettä ennalta ehkäisevä kotikäynti, koska se oli käytössä tutkimuksen kohteena olleessa Hämeenlinnan kaupungissa.

Ennalta ehkäisevät kotikäynnit yleistyivät Suomessa joulukuussa 2000 alkaneen Ehkäisevät kotikäynnit vanhuksille -kehittämishankkeen (lyhyesti EHKO-hanke) myötä. Vuonna 2010 tehdyssä kuntakyselyssä (Värynen 2011) 146 kuntaa eli 64,6 % vastanneista ilmoitti tarjoavansa hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä; 116 kunnan vastaus kuitenkin puuttui, joten todellisuudessa kotikäyntejä tehtiin ehkä noin 200 kunnassa.

Hämeenlinnan kaupungin palveluvalikoimaan ennalta ehkäisevät kotikäynnit ovat

¹ Professori Marja Jylhän johtama gerontologinen tutkimusryhmä Tampereen yliopistossa on päättänyt käyttää käsitettä ”vanha ihminen” (Jylhä 2006). Pidän sanavalintaa hyvänä, joten käytän sitä tässä opinnäytetyössäni.

kuuluneet vuodesta 2001, jolloin kotikäyntejä teki sosiaalitoimen henkilöstö. Ennalta ehkäisevät kotikäynnit uudistettiin kaupungissa vuonna 2009, josta lähtien niitä ovat tehneet kotisairaanhoidajat. Tuolloin otettiin käyttöön nykyinen kotikäyntien haastattelulomake.

Pian lähdettyäni mukaan Tampereen yliopiston geriatriksen tutkimusryhmän toimintaan ryhmän jäsen ylilääkäri Ulla Helin kertoi, että Hämeenlinnassa haluttaisiin tutkimustietoa kaupungissa uudistuksen jälkeen tehdyistä ennalta ehkäisevistä kotikäynneistä sekä kirjallisuuskatsaus aiheesta. Ennalta ehkäisevät kotikäynnit eivät olleet minulle ennestään tuttu palvelu, joten ryhdyin tutkimustyöhön mielenkiinnolla.

Tutkin opinnäytetyössäni, mitä tietoja Hämeenlinnassa tehdyillä ennalta ehkäisevillä kotikäynneillä oli uudistuksen jälkeen kerätty. Keskityin erityisesti siihen, miten sairaanhoitajat olivat kotikäynneillä keräämiensä tietojen perusteella suunnitelleet jatkotoimenpiteitä haastattelemilleen ja tutkimilleen vanhoille ihmisille. Tutustuin aihetta käsittelevään tutkimustietoon ja pohdin, voiko ennalta ehkäiseviä kotikäyntejä kehittää Hämeenlinnassa sen perusteella.

2 KIRJALLISUUSKATSAUS

Vanhat ihmiset ovat monimuotoinen ihmisryhmä mitä tulee heidän terveyteensä ja hyvinvointiinsa, riskeihinsä, sosiaaliseen tukiverkostoonsa ja sosioekonomiseen tilanteeseensa. Niinpä vanhojen ihmisten tilannetta on hyödyllistä arvioida yksilöllisesti sen sijaan että ennalta ehkäiseviä toimenpiteitä suunnattaisiin koko ryhmälle.

Yksilöllisen arvioinnin hyödystä kertoo sekin, että monella vanhalla ihmisellä on sosiaalisia tai lääketieteellisiä ongelmia, jotka eivät tule terveydenhuollon tietoon mutta joiden parantamiseksi olisi jotain tehtävissä.

Ennalta ehkäiseviä kotikäyntejä voidaan ajatella terveystarkastusta laajempänä arviointina (Vass ym. 2007). Pelkkä geriatrinen arviointi ei sinänsä ole vanhojen ihmisten toimintakykyyn kohdistuva interventio, vaan sen vaikuttavuuteen vaaditaan sopivaa viitekehystä ja yksilöllisiä toimenpiteitä (Thomas ja Steinhagen-Thiessen 2004).

Vanhoihin ihmisiin kohdistuneita terveystarkastuksia ja -arviointeja on tutkittu lukuisissa kontrolloiduissa kokeissa, joiden välillä on suuret erot intervention sisällössä ja vaikuttavuus- ja kustannusvaikuttavuustuloksissa (Byles 2000). Eroja on mm. siinä, kuka kotikäynnit tekee, mikä on niiden kohderyhmä, montako kotikäyntiä tai seurantakontaktia kullekin tarjotaan, mitä asioita kotikäynneillä kartoitetaan ja mihin toimenpiteisiin niiden johdosta ryhdytään (toisin sanoen mitä interventio sisältää).

2.1 Ennalta ehkäisevien kotikäyntien toteutus

Ennalta ehkäisevien kotikäyntien uranuurtajamaa Tanskan kokemukset ovat olleet esimerkkinä kotikäyntien järjestämiselle muissa Pohjoismaissa (Häkkinen 2002). Tanskan kunnat ovat olleet lakisääteisesti vastuussa ennalta ehkäisevien kotikäyntien järjestämisestä vuodesta 1996 lähtien. Kuntien on tarjottava 75-vuotiaille ja sitä vanhemmille kotikäyntiä kahdesti vuodessa. Kotikäyntien tekijät ovat terveydenhuoltohenkilöstöä, ja niiden yleinen tavoite on ennalta ehkäisevän työn tekeminen. (Jensen 1997) Yksityiskohtaisemmin tavoitellaan hyvän ja itsenäisen elämän tukemista, toimintakyvyn ylläpitoa ja avuntarpeen lykkäntymistä (Vass ym. 2007).

Alankomaissakin on pitkä kokemus ennalta ehkäisevistä kotikäynneistä. Siellä kotikäyntien tekijät ovat avoterveydenhuollon hoitajia. Tavoitteet ovat terveyden edistäminen ja sairauden ehkäisy ja keinot oireiden varhainen havaitseminen, opastaminen, neuvonta ja tukeminen. Vuonna 1991 julkaistun tutkimuksen mukaan 65 % kotikäynneistä tehtiin 75-vuotiaille tai vanhemmille ja kotikäynnin vastaanottajien keski-ikä oli 77 vuotta. (Kerkstra ym. 1991)

Yhdistyneessä kuningaskunnassa linjattiin vuonna 1990, että perusterveydenhuollon tuli suorittaa 75-vuotiaille ja sitä vanhemmille vuosittain moniulotteinen arviointi näiden kotona. Arvioitaviksi osa-alueiksi määriteltiin yleistoimintakyky sisältäen virtsanpidätyskyvyn, liikkumiskyvyn ja psyykkisen tilan; sosiaalinen arviointi ja hoidon arviointi. (Tremellen 1992) Arvioinnin luonteesta ja menetelmästä ei kuitenkaan juuri annettu ohjeita. Osassa toimintayksiköitä vanhat ihmiset arvioi lääkäri, osassa hoitaja ja osassa vaihdellen jompikumpi (Tremellen 1992). Vuonna 2004 julkaistiin tulokset suuresta tutkimuksesta, jossa ei havaittu eroa vaikuttavuudessa kaikille vanhoille ihmisille suunnatun ja seulonnan avulla kohdistetun kokonaisvaltaisen arvioinnin välillä (Fletcher ym. 2004). Samana vuonna Yhdistyneessä kuningaskunnassa päädyttiin luopumaan velvoitteesta tarjota kaikille vuosittainen arviointi (Bouman ym. 2008).

Ruotsissa valtio on tukenut rahallisesti tavoitetta, että kaikki kunnat tarjoaisivat ennalta ehkäiseviä kotikäyntejä 75-vuotiaille ja sitä vanhemmille (Löfqvist ym. 2012).

2.1.1 Käytännöt Suomessa

Suomessa kukin kunta päättää ennalta ehkäisevien kotikäyntien kohdentamisesta. Vanhojen ihmisten hyvinvointia ja terveyttä edistävien palvelujen kehittämistä pohtinut sosiaali- ja terveysministeriön työryhmä ehdotti, että kohderyhmä määriteltäisiin joko kohdehenkilöiden iän tai iän ja riskiryhmään kuulumisen perusteella. Kohderyhmän valinta perustuu kunnan strategiaan linjauksiin, iäkkäiden kuntalaisten tarpeisiin, kunnan kotikäynneille asettamiin tavoitteisiin sekä voimavarojen taloudelliseen ja vaikuttavaan käyttöön. (Ikäneuvo-työryhmä 2009)

STM:n avohoidon ja laitoshoidon merkitystä selvittänyt työryhmä ehdotti vuonna 2001,

että kunta järjestäisi asukkaalleen mahdollisuuden kotikäyntiin viimeistään tämän täyttäessä 75 vuotta; Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimenpideohjelmassa vuosille 2000–2003 taas suositeltiin, että kunnat tarjoaisivat ennalta ehkäiseviä kotikäyntejä yli 80-vuotiaille (Häkkinen 2002). Ikäneuvo-työryhmä antoi leveämmän ikähaarukan kotikäyntien mahdolliseksi kohderyhmäksi, 70–85 vuotta. Työryhmä totesi, etteivät tutkimustulokset ole tarpeeksi yhdenmukaisia tarkoituksenmukaisten ikärajojen määrittämiseksi, vaikkakin kotikäyntien vaikutus toimintakykyyn on niiden perusteella suurimmillaan varhaisessa vaiheessa, jolloin toimintakyky ei vielä ole heikentynyt paljon (Ikäneuvo-työryhmä 2009).

Työryhmän mukaan ennalta ehkäisevät kotikäynnit on tarkoituksenmukaista kohdistaa niille, jotka eivät ole ennestään säännöllisten sosiaali- ja terveystalveluiden (kotipalvelu, koti(sairaanh)hoito, omaishoidon tuki, palveluasuminen, vanhainkotihoito ja pitkäaikainen hoito terveyskeskuksen vuodeosastolla) piirissä. Säännöllisten palvelujen piirissä olevien hyvinvoinnin edistämisestä sekä ohjauksesta ja neuvonnasta on huolehdittava muulla tavoin. (Ikäneuvo-työryhmä 2009)

STM:n ja Kuntaliiton laatusuositus suosittaa huomioimaan ennalta ehkäisevien kotikäyntien järjestämisessä etenkin riskiryhmät, esimerkiksi sosioekonomiselta asemaltaan heikossa tilanteessa tai syrjäytymisvaarassa olevat, monisairaavat, tapaturma-alttiit sekä hiljattain leskeytyneet. Riskiryhmien tavoittaminen on moniammatillista yhteistyötä vaativa haaste, ja riskiryhmiin kuuluvien seurannasta on huolehdittava. (Ikäihmistien palvelujen laatusuositus 2008)

Tavallisin ennalta ehkäisevien kotikäyntien kohderyhmä Suomessa on ollut 80-vuotiaiden ikäluokka. Kotikäyntejä on vain harvoin suunnattu riskiryhmille. (Kotikäyntien kohderyhmät. Iäkkäiden neuvontapalvelut ja hyvinvointia edistävät kotikäynnit. www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/neuvontapalvelut/kotikaynnit/suunnittelu/kohderyhmat) Vuonna 2010 tehdyn kuntakyselyn mukaan 75 vuotta täyttäneet olivat kohderyhmä 44,5 prosentissa vastanneista kunnista ja 80 vuotta täyttäneet 34,9 prosentissa (Väyrynen 2011). Suomessa kunnat ovat tarjonneet yleensä kohderyhmiin kuuluville yhden ennalta ehkäisevän kotikäynnin ilman seurantakäyntejä.

Ennalta ehkäisevän kotikäynnin strukturoitu haastattelu perustuu joko kunnassa kehitettyyn haastattelulomakkeeseen tai Suomen Kuntaliitossa vuonna 2003 kehitettyyn

haastattelulomakkeeseen sellaisenaan tai sovellettuna. Uutta valtakunnalliseen käyttöön suositeltavaa haastattelulomaketta kehitetään parhaillaan (Tupu Holma, henkilökohtainen tiedonanto).

2.2 Ennalta ehkäisevien kotikäyntien vaikuttavuus

Ennalta ehkäiseviä kotikäyntejä on tutkittu eri maissa satunnaistetun kontrolloidun kokeen menetelmällä, jossa ihmiset satunnaistetaan joko ryhmään, jolle tarjotaan ennalta ehkäisevää kotikäyntiä (interventio), tai kontrolliryhmään. Molempien ryhmien jäsenistä mitataan vastemuuttajat tutkimuksen seuranta-aikana. Kuolleisuus ja pitkäaikaishoitoon joutuminen sekä toimintakyky ovat olleet vastemuuttajia monessa tutkimuksessa. Lisäksi tutkimuksissa on ollut vaihtelevasti muita vastemuuttajia kuten sairaalahoitoon joutuminen.

Ennalta ehkäiseviä kotikäyntejä tarkastelleista tutkimuksista on koostettu useita katsausartikkeleita ja meta-analyysejä, joiden tuloksia on taulukossa 1.

Koska ennalta ehkäisevät kotikäynnit ovat laaja kokonaisuus, on vaikeaa mutta toisaalta palvelun tulevaa kehittämistä varten keskeistä määrittää, mitkä intervention ominaisuudet ja sisällöt ovat yhteydessä myönteisiin vaikutuksiin (Byles 2000, van Haastregt ym. 2000, Elkan ym. 2001, Markle-Reid ym. 2006, Huss ym. 2008, Löfqvist ym. 2012).

2.2.1 Kotikäyntien kohdentaminen

Ennalta ehkäisevien kotikäyntien kohdentamisesta on kirjallisuudessa esitetty kaksi vastakkaista mielipidettä: Van Haastregtin ym. kirjallisuuskatsauksessa (2000) pääteltiin, että koko ikäluokalle tarjottavien kotikäyntien vaikuttavuus on vaatimatonta, mutta yhdessä heidän arvioimassaan tutkimuksessa kotikäynnit oli kohdennettu riskiryhmälle, kaatumisriskissä olleille vanhoille ihmisille, joiden keskuudessa kaatumisia ja niiden riskitekijöitä saatiin lupaavasti vähennettyä, mikä korostaisi tarvetta valita kohderyhmä huolellisesti tulevissa ennaltaehkäisyohjelmissa. Toljamo ym. (2005) totesivat, että myönteiset vaikutukset toimintakykyyn painottuvat tutkimuksiin, joissa kotikäynnit ja interventiot on suunnattu riskiryhmille. Elkan ym.

Taulukko 1. Kirjallisuuskatsauksien (^k) ja meta-analyysien (^m) tuloksia.

	ennalta ehkäisevien kotikäyntien vaikutus vastemuuttujaan			päätelemät ennalta ehkäisevistä kotikäynneistä
	hoitokotiin joutuminen	toimintakyky*	kuolleisuus	
^k Jensen 1997	↓ 4 tutkimuksessa NS 4 tutkimuksessa	↑ 2 tutkimuksessa NS 8 tutkimuksessa	↓ 3 tutkimuksessa NS 7 tutkimuksessa	Voivat vähentää hoitokotiin joutumista. Eivät näytä vaikuttavan suuresti eliniän pituuteen.
^k van Haastregt ym. 2000	↓ 1 tutkimuksessa NS 5 tutkimuksessa	↑ 6 tutkimuksessa NS 7 tutkimuksessa	↓ 3 tutkimuksessa NS 2 tutkimuksessa	Ei selkeää näyttöä tehon puolesta. Tehoa parannettava.
^k Toljamo ym. 2005	pitkäaikaiseen/pysyvään laitoshiitoon joutuminen ↓ 3 tutkimuksessa NS 11 tutkimuksessa	↑ (tai ** ↓) 6 tutkimuksessa NS 8 tutkimuksessa	↓ 3 tutkimuksessa NS 16 tutkimuksessa	Laitoshiitoon joutumista vähentävä vaikutus lienee vaatimaton. Voivat parantaa sosiaalista omatoimisuutta, eduista fyysiseen toimintakykyyn ei kunnan näyttöä. Saattavat jonkin verran vähentää kuolleisuutta.
^k Markle-Reid ym. 2006	↓ 5 tutkimuksessa NS 6 tutkimuksessa	↑ 4 tutkimuksessa NS 4 tutkimuksessa	↓ 4 tutkimuksessa NS 7 tutkimuksessa	Ristiriidat tutkimustuloksissa johtunevat tutkimus-asetelmien eroista. Intervention vaikuttavuus riippuu sen sisällöstä.
^m Elkan ym. 2001				Ovat vaikuttavia kuolleisuuden ja pitkäaikaiseen laitoshiitoon joutumisen ehkäisyssä yleisessä vanhusväestössä ja raihaisten riskiryhmässä.
yleinen vanhusväestö	↓ OR 0,65 (0,46–0,91)	NS	↓ OR 0,76 (0,64–0,89)	
raihnaisten ryhmä	↓ OR 0,55 (0,35–0,88)	NS	↓ OR 0,72 (0,54–0,97)	
^m Stuck ym. 2002	NS	NS	NS	Vähentävät kuolleisuutta, kun kohderyhmän keski-ikä 72,7–77,5 v. Moniulotteisen arvioinnin ja useiden seurantakäyntien kanssa hidastavat toimintakyvyn heikkenemistä ja vähentävät hoitokotiin joutumista.
72,7–77,5-vuotiaat			↓ RR 0,76 (0,65–0,88)	
moniul. & seuranta		↓ RR 0,76 (0,64–0,91)**		
> 9 seurantakäyntiä	↓ RR 0,66 (0,48–0,92)			
^m Huss ym. 2008	NS OR 0,86 (0,68–1,10)	NS OR 0,87 (0,76–1,01)**	NS OR 0,92 (0,80–1,05)	Vähentävät kuolleisuutta, kun kohderyhmän keski-ikä ≤ 77 v. Moniulotteinen arviointi, kliininen tutkimus ja seuranta vaikuttavat myönteisesti toimintakykyyn.
≤ 77-vuotiaat	NS OR 0,87 (0,57–1,34)	NS OR 0,91 (0,71–1,18)**	↓ OR 0,74 (0,58–0,94)	
moniul. & klin. tutkimus	NS OR 0,75 (0,39–1,44)	↓ OR 0,64 (0,48–0,87)**	NS OR 1,13 (0,86–1,48)	

* ero ainakin yhdessä fyysistä tai psyykkistä toimintakykyä mittaavassa muuttujassa. ** toimintakyvyn heikkeneminen. ↓ vähäisempi interventoryhmässä, ↑ isompi tulos interventoryhmässä, NS ei tilastollisesti merkitsevää eroa kontrolliryhmään. OR ristitulosuhte (95 %:n luottamusväli). RR suhteellinen riski (95 %:n luottamusväli).

sitä vastoin havaitsivat meta-analyysissään (2001) sekä yleiselle vanhojen ihmisten väestölle että raihaisten riskiryhmälle suunnattujen ennalta ehkäisevien kotikäyntiohjelmien olevan vaikuttavia, mistä he päättelivät, ettei ohjelmien rajaaminen riskiryhmille olisi perusteltua. He arvelivat van Haastregtin ym. katsauksen aliarvioineen ennalta ehkäisevien kotikäyntien vaikuttavuutta.

Suuressa² MRC:n tutkimuksessa (Fletcher ym. 2004) ei havaittu eroa vaikuttavuudessa kaikille vanhoille ihmisille suunnatun ja seulonnan avulla kohdistetun kokonaisvaltaisen arvioinnin välillä. Huss ym. (2008) eivät ottaneet tätä tutkimusta mukaan meta-analyysiinsä, koska se ei sisältänyt seuranta- eikä interventio- (arviointeja) tarjottu ainoastaan interventio-ryhmälle vaan myös kontrolliryhmälle. He pohtivat, että kontrolliryhmään kohdistetut toimenpiteet saattoivat laimentaa tuloksia tai satunnaistaminen lääkäriasemittain eikä henkilöittäin saattoi heikentää tutkimuksen tilastollista voimaa. Stuck ym. (2004) huomauttavat, että vaikka tutkimukseen osallistui 43 219 vähintään 75-vuotiasta henkilöä, sen efektiivinen otoskoko oli ryppäittäin satunnaistamisen vuoksi vain 4 000.

Markle-Reid ym. (2006) viittaavat ristiriitaisiin tuloksiin kohdentamista koskien: Van Rossumin ym. (1993) alaryhmäanalyysissä lähtötasolla huonossa terveydentilassa olleet vanhat ihmiset hyötyivät ennalta ehkäisevistä kotikäynneistä enemmän kuin parempikuntoiset. Sitä vastoin Stuck ym. (2000) havaitsivat, että ennalta ehkäisevät kotikäynnit voivat parantaa toimintakykyä niiden keskuudessa, joiden riski toimintakyvyn heikkenemiselle on matala, muttei niiden keskuudessa, joiden riski on korkea. Bula ym. (1999) tekivät samankaltaisen havainnon. Markle-Reid ym. arvelevat Rubensteinin ja Stuckin (2001) viitaten, että havainnot saattavat tarkoittaa ennalta ehkäisevien interventioiden toimivan parhaiten varhaisessa vaiheessa, kun ei vielä ole palautumatonta toimintakyvyn heikkenemistä, kun taas myöhemmässä vaiheessa tarvitaan järeämpiä toimenpiteitä; niinpä suuremman riskin vanhemmat ikäryhmät hyötyisivät eniten intensiivisistä ennaltaehkäisyohjelmista, joissa seuranta ja interventio tapahtuvat tiheästi ja koordinaatio on järjestelmällistä.

Rubenstein ja Rubenstein (2010) kirjoittavat tutkimustulosten tukevan sitä, että kaikille vanhoille ihmisille tehtäisiin seulontaluonteisia arviointeja säännöllisin välein ja

2 Hussin ym. (2008) mukaan MRC:n tutkimus oli kaikkien aikojen suurin geriatriasta arviointia tutkinut koe.

raihmaisille ja riskipotilaille suunnattaisiin geriatrinen kokonaisvaltainen arviointi. Heidän kirjoituksensa käsittelee geriatrisia arviointiohjelmia yleisesti eikä vain ennalta ehkäiseviä kotikäyntejä.

Ennalta ehkäisevien kotikäyntien myönteisen vaikutuksen toimintakykyyn on meta-analyysissä (Stuck ym. 2002) havaittu korreloivan käänteisesti kontrolliryhmän kuolleisuuteen. Elkan ym. (2001) eivät meta-analyysissään onnistuneet osoittamaan ennalta ehkäisevien kotikäyntien parantavan toimintakykyä, mille mahdollisena selityksenä he esittivätkin että huonoimmassa terveydentilassa olleet olivat kuolleet eivätkä siis sisältyneet toimintakykyanalyyysiin.

Toljamo ym. toteavat kirjallisuuskatsauksessaan (2005), että ennalta ehkäisevien kotikäyntien kuolleisuutta vähentävän vaikutuksen havainnot näyttivät painottuvan tutkimuksiin, joissa intervention kohderyhmä oli verraten nuori. Stuckin ym. meta-analyysissä (2002) kotikäynnit vähensivät kuolleisuutta tutkimuksissa, joissa kotikäyntien kohderyhmän ikä oli keskimäärin 72,7–77,5 vuotta (kuolleisuuden ilmaantuvuusosuussuhde 0,76, 95 %:n luottamusväli 0,65–0,88), mutta vanhemmissa ikäryhmissä ei havaittu tilastollisesti merkitsevää vaikutusta. Hussin ym. meta-analyysissä (2008) interventio vähensi kuolleisuutta tilastollisesti merkitsevästi vain tutkimuksissa, joissa kohderyhmän keski-ikä oli korkeintaan 77 vuotta (ristitulosuhte 0,74, luottamusväli 0,58–0,94). Kuolleisuus on yleisesti käytetty vaikuttavuuden mittari, mutta on syytä huomata, ettei sen vähentämistä pidetä ennalta ehkäisevien kotikäyntien ensisijaisena tavoitteena.

Elkanin ym. meta-analyysissä (2001) ei havaittu, että ennalta ehkäisevien kotikäyntiohjelmien vaikuttavuus riippuisi kohdeväestön iästä, mutta he kiinnittävät huomiota siihen, että tällaisia riippuvuuksia on havaittu yksittäisissä tutkimuksissa. Jos toimintakyky on parempi nuoremmilla kuin vanhemmilla ikäryhmillä, edellä mainittu Markle-Reidin ym. päätelmä ennalta ehkäisevien kotikäyntien paremmasta tehosta tarkoittaisi sitä, että edullisin vaikutus toimintakykyyn saataisiin kotikäyntiohjelmissa, jotka on suunnattu nuoremmille ikäryhmille. Tämänäsuuntaisesti sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus on tutkimustuloksia tulkinnut (Ikäneuvo-työryhmä 2009). Löfqvist ym. (2012) tulevat kuitenkin kirjallisuuskatsauksessaan päinvastaiseen johtopäätökseen, sillä he kirjoittavat, että edulliset tulokset olisivat keskittyneet tutkimuksiin, joiden osallistujien keski-ikä oli vähintään 80 vuotta.

Ennalta ehkäiseviä kotikäyntejä koskevissa tutkimuksissa ei useinkaan ole analysoitu, mitkä ryhmät populaation sisällä hyötyvät eniten interventiosta, ja kun näin on tehty, on usein rajoitettu ikäryhmiin ja toimintakyvyn laskun riskiluokkiin (Markle-Reid ym. 2006). Vassin ym. satunnaistetussa kontrolloidussa kokeessa (2004) tutkittiin vaikuttavuutta eri sukupuolilla erikseen ja havaittiin, että naisilla kotikäynnin vastaanottaminen oli yhteydessä parempaan toimintakykyyn seuranta-ajan loppuun, kun taas miehillä ei vaikuttavuutta todettu. Tutkimusartikkelissa pohditaan, että naiset ovat tietoisempia paikallisista aktiviteeteista ja noudattavat useammin elämäntapaneuvontaa kuin miehet. Lisäksi naiset voivat olla miehiä paremmin tietoisia terveellisistä elämäntavoista, koska heillä on jatkuvampi suhde ennalta ehkäiseviin terveystalouteihin. Tutkijat huomauttavat myös, että kotikäyntien tekijöiden suuri enemmistö on naispuolisia.

2.2.2 Kotikäyntejä tekevä henkilöstö

Jensenin katsauksessa (1997) vaikuttavuutta oli kotikäyntiohjelmilla, joissa luotiin yhteys vanhan ihmisen ja terveydenhuoltohenkilöstön välille eli kotikäyntien tekijät olivat terveydenhuollon ammattilaisia. Joihinkin myöhempiin katsauksiin kelpuutettiin vain tutkimukset (tai määriteltiin ennalta ehkäiseviksi kotikäynneiksi vain interventiot), joissa kotikäyntien tekijät olivat sosiaali- tai terveydenhuollon ammattilaisia (Toljamo ym. 2005), sairaanhoitajia (Markle-Reid 2006) tai kotikäyntisairaanhoitajia (Elkan ym. 2001). Stuckin ym. (2002) ja Hussin ym. (2008) meta-analyysihin otettiin mukaan myös tutkimukset, joissa kotikäyntejä tekivät maallikot tai vapaaehtoiset, mutta niissä ei oteta kantaa siihen, mitä eroa on maallikkojen ja ammattilaisten tekemien kotikäyntien vaikuttavuudessa.

Hussin ym. meta-analyysissä (2008) kotikäynti-interventio hidasti toimintakyvyn heikkenemistä tilastollisesti merkitsevästi niissä tutkimuksissa, joissa interventioon kuului lääkärintarkastus.

2.2.3 Kotikäyntiin kuuluvat toimenpiteet

EHKO-hankkeessa kotikäynti oli haastattelurunkoa seuraileva haastattelu eikä kotikäynteihin sisällynyt testien tekemistä. Hankkeen raportin mukaan testejä tulee käyttää ”hyvin harkitusti” ja niiden käytössä tulee huomioida niihin kuluva aika, niiden teettämisen vaatima asiantuntemus sekä se, miten testitulokset vaikuttaa eli tarjotaanko esimerkiksi muistitestissä poikkeavan tuloksen saaneelle jatkohoitoa. (Häkkinen ja Holma 2004) Uudemmissa suosituksissa testeihin ei suhtauduta varauksella, vaan ne nähdään keinona kerätä objektiivista tietoa toimintakyvystä ja tunnistaa riskiryhmiin kuuluvat henkilöt (Keskustelu ja haastattelu kotikäynnin osana. Iäkkäiden neuvontapalvelut ja hyvinvointia edistävät kotikäynnit. www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/neuvontapalvelut/kotikaynnit/kotikaynti/keskustelu).

Moniulotteisen tai kokonaisvaltaisen geriatrisen arvioinnin sisällyttäminen ennalta ehkäisevään kotikäyntiohjelmaan parantaa eri katsausten ja meta-analyysien (Stuck ym. 2002, Toljamo ym. 2005, Huss ym. 2008) mukaan sen vaikuttavuutta toimintakyvyn kehityksen suhteen.

2.2.4 Kotikäyntien määrä ja tiheys

Useimmissa Jensenin katsauksen käsittelemissä tutkimuksissa vanhalle ihmiselle tehtiin kotikäyntejä useita kertoja vuodessa tai yksilöllisen tarpeen mukaan. Katsauksessa ei todeta välitöntä korrelaatiota käyntien tiheyden ja tulosten välillä, mutta vuotta pidemmät käyntivälit eivät sen mukaan näytä vaikuttavilta. (Jensen 1997)

Stuckin ym. meta-analyysissä todettiin toimintakyvyn heikkenemisen hidastuneen niissä tutkimuksissa, joissa moniulotteiseen arviointi-interventioon liittyi seuranta. Lisäksi todettiin pitkäaikaishoitoon joutumisen vähentyneen kolmanneksella (vaarasuhteen 95 %:n luottamusväli 0,48–0,92) niissä tutkimuksissa, joissa tehtiin keskimäärin yli yhdeksän seurantakäyntiä. (Stuck ym. 2002)

Myöhempi meta-analyysi (Huss ym. 2008) vahvisti seurannan olevan tärkeä kotikäyntiohjelman ominaisuus toimintakykytulosten kannalta.

2.2.5 Vaikuttavuuden mittaaminen

Stolee kirjoittaa (2010), että moniulotteisten geriatrinen interventioiden vaikuttavuutta on eri tutkimuksissa mitattu eri mitta-asteikoilla eikä yhtenäisiä mittaamisen standardeja saavutettane. Asteikkojen erilaisuus saattaa osaltaan selittää tutkimustulosten ristiriitaisuutta. Tutkijat ovat esittäneet tuloksettomien tutkimusten mahdollisena ongelmana sitä, että tavoiteltuja muutoksia esimerkiksi vanhojen ihmisten toimintakyvyssä on saattanut tapahtua, mutta käytetyt mitta-asteikot eivät ole sopineet muutosten havaitsemiseen.

Stolee katsoo, että johdonmukaisen tiedonkeruun ja perinpohjaisen arvioinnin mahdollistamiseksi on perusteet siirtyä kohti interRAI:n kaltaisia standardoituja järjestelmiä.

2.2.6 Moniulotteisuus vaikuttavana ominaisuutena

Tilastollis-analyttisistä lähtökohdista olisi houkuttelevaa tutkia interventiota, joka kohdistuu yksittäiseen rajattuun vastemuuttujaan tai riskitekijään (Stolee 2010). Van Haastregtin ym. katsauksessa (2000) todetaankin, että kotikäyntiohjelmien moniulotteisuus vaikeuttaa interventioiden tehoon vaikuttavien osatekijöiden erottamista. Hauraiden ja raihnaisten vanhojen ihmisten lääketieteelliset ongelmat ja geriatriset oireyhtymät ovat kuitenkin kompleksisia, minkä vuoksi moniulotteiset interventiot katsotaan kliinisesti tarkoituksenmukaisiksi (Stolee 2010).

Jensen toteaa katsauksessaan (1997), että ennalta ehkäisevien kotikäyntien hyvä teho painottui tutkimuksiin, joissa interventioon kuului sekä lääketieteellisten että sosiaalisten ongelmien käsittelyä. Hänen mukaansa tutkijat katsovat kotikäyntien tehon perustuvan siihen, että lääketieteelliset ja sosiaaliset tarpeet havaittiin ajoissa ja vanhat ihmiset kiinnittivät enemmän huomiota ongelmiinsa, saivat neuvontaa sekä hyödynsivät avunsaantimahdollisuuksiaan tarkoituksenmukaisemmin. Elkanin ym. (2001) mukaan ennalta ehkäisevien kotikäyntien kuolleisuutta vähentävä vaikutus tuli esiin tutkimuksissa, joissa kotikäynnin tehnyt hoitaja pystyi lähettämään vanhan ihmisen laajalle valikoimalle ulkopuolisia toimijoita.

2.3 Ennalta ehkäisevien kotikäyntien kustannusvaikuttavuus

Stuck ym. perustivat meta-analyysiinsä laskelman ennalta ehkäisevien kotikäyntien kustannussäästöistä. Hoitokotiin päätyminen kustannukset ovat Isossa-Britanniassa keskimäärin 42 250 puntaa henkilön loppuajan ajaksi. Kotikäyntiohjelmassa, johon kuuluu runsaasti seurantakäyntejä, tarvitaan Stuckin ym. mukaan vierailuja noin 40 ihmisen kotona, jotta vältettäisiin yksi hoitokotiin joutuminen. Näin ollen kustannussäästöjä pitäisi saavuttaa, jos kotikäyntiohjelma maksaa alle tuhat puntaa kotikäynnin osallistujaa kohti. (Stuck ym. 2002)

Bernissä tehdyssä tutkimuksessa tehtiin vuosittain moniulotteinen geriatrinen arviointi ja neljännesvuosittain seurantakäynti. Tällaisten ennalta ehkäisevien kotikäyntien järjestäminen maksoi ensimmäisenä vuotena 460 frangia henkilöä kohti ja avoterveydenhuollon käyttö oli kotikäyntiryhmään kuuluvalla keskimäärin 262 frangin verran kalliimpaa kuin vertailuryhmään kuuluvalla. Kolmantena vuotena kotikäyntien järjestämisen kulut olivat laskeneet 184 frangiin per henkilö ja avoterveydenhuollon lisäkulut 163 frangiin. Hoitokotiin pysyvästi joutuneita oli kuitenkin kolmannen vuoden kohdalla kotikäyntiryhmässä vähemmän kuin vertailuryhmässä, niin että tästä koitui 2 683 frangin säästö kotikäyntiryhmään kuuluvaa kohti ja lopputuloksena oli 2 336 frangin säästö kotikäynnin vastaanottajaa kohti. (Stuck ym. 2000)

STAKESin menetelmäarviossa esitellään viisi tutkimusta, joissa on otettu kantaa ennalta ehkäisevien kotikäyntien hintaan ja niillä aikaan saatuihin säästöihin. Kotikäyntien järjestämisestä koituvia kuluja ovat tutkimuksissa olleet kotikäyntien suorittajien palkat, hallinto- ja toimistokulut, matkakulut ja välineiden hinta. Interventio- ja kontrolliryhmiä on intervention taloudellisen vaikuttavuuden arvioimiseksi verrattu toisiinsa esimerkiksi siinä suhteessa, paljonko ryhmissä oli interventioiden jälkeen sairaalajaksoja, hoitokotipäiviä ja kaatumisia ja kuinka suurta oli sosiaali- ja terveystalouden käyttö. Joissain tutkimuksissa on laskettu, paljonko yksi riippumaton elinvuosi tai yhden kaatumisen ehkäiseminen on maksanut ennalta ehkäisevien kotikäyntien kuluina. Näistä viidestä tutkimuksesta neljässä interventioryhmän kustannukset olivat suuremmat kuin vertailuryhmän, mistä johtopäätöksenä näyttäisi siltä, että 1–3 vuoden seuranta-aikana ennalta ehkäisevät kotikäynnit eivät säästä vaan lisäävät kustannuksia. Menetelmäarviossa kuitenkin huomautetaan, että näiden ulkomaisten tutkimusten tulosten soveltaminen Suomeen on kyseenalaista eri maiden palvelujärjestelmien

välisistä eroista johtuen. Lisäksi siinä pohditaan, että ennalta ehkäisevät kotikäynnit saattavat ehkäistä laitoshoitoon joutumista ja näin säästää rahaa pidemmällä tarkasteluvälillä kuin mitä tutkimuksissa on tarkasteltu. (Toljamo ym. 2005)

Nordmalingin kunnassa tehdyssä tutkimuksessa interventio oli kaksi vuosittaista ennalta ehkäisevää kotikäyntiä kahden vuoden ajan. Tutkimuksessa seurattiin myös kustannusten kertymistä interventio- ja kontrolliryhmissä. Kohderyhmä oli 75-vuotiaat ja sitä vanhemmat kuntalaiset, osallistujien keski-ikä oli 80 vuotta. Interventio pidensi vanhojen ihmisten elämää³, joten saavutettuina elinvuosina tapahtunut palveluiden käyttö oli lisäkustannus. Jos saavutettujen elinvuosien palvelunkäyttöä ei huomioitu, interventio toi kymmenen vuoden aikavälillä sekä terveyshyötyjä että kustannussäästöjä. Kun palvelunkäyttö otettiin huomioon, yhden laatupainotetun elinvuoden (QALY) hinnaksi saatiin noin 14 000 euroa. Tutkimusartikkelin mukaan Ruotsissa pidetään yleisesti hyväksyttävänä kustannuksena 50 000 euroa saavutettua elinvuotta kohti. (Sahlen ym. 2008)

Tutkimusnäyttö viittaa siihen, että mikäli ennalta ehkäisevällä kotikäyntiohjelmalla on vaikuttavuutta, se voi joko tuoda kustannussäästöjä tai olla kustannuksiltaan hyväksyttävä. On kuitenkin epävarmaa, miten tulokset soveltuvat Suomeen.

2.4 Ennalta ehkäisevien kotikäyntien tutkimuksen kritiikkiä

2.4.1 Tutkimustulosten luotettavuudesta

Van Haastregtin ym. kirjallisuuskatsauksessa (2000) kiinnitetään huomiota siihen, että jotkin tutkimukset vaikuttivat tilastolliselta voimaltaan liian heikolta, mikä voi antaa interventioiden vaikuttavuudesta liian kielteisen kuvan. Fletcherin ja Bulpittin (2000) mielestä tilastollisen voiman riittämättömyys oli merkittävä rajoitus useimmissa kirjallisuuskatsauksen arvioimissa tutkimuksissa. Van Haastregt kirjoittaa kuitenkin vastineessaan (2000), että kymmenessä tutkimuksessa arvioituista 15:stä on

3 Laskennallinen kuolleisuus oli kahden interventiovuoden aikana interventioryhmässä 27 / 1 000 seurantavuotta, vertailuryhmässä 48 / 1 000 vuotta (on-treatment-analyysi). Kuolleisuus oli vertailuryhmässä 2,31-kertainen (95 %:n luottamusväli 1,07–5,02). Seuraavina kolmena seurantavuotena kuolleisuudessa ei ollut eroa ryhmien välillä. (Sahlen ym. 2006)

todennäköisesti tyydyttävä tilastollinen voima.

Kirjallisuuskatsaus saattaa toisaalta antaa liian myönteisen kuvan ennalta ehkäisevien kotikäyntien vaikuttavuudesta johtuen julkaisuharhasta eli siitä, että tuloksettomia tai kielteisiin tuloksiin johtaneita tutkimuksia jätetään julkaisematta (van Haastregt ym. 2000).

Toljamon ym. (2005) mukaan monissa heidän arvioimissaan tutkimuksissa esitettiin johtopäätöksenä, että ennalta ehkäisevät kotikäynnit parantaisivat osallistujiensa fyysistä toimintakykyä, mutta nämä johtopäätökset eivät saaneet tukea varsinaisista mittaustuloksista. Heidän mukaansa näiden tulosten esittämistapa ei mahdollista objektiivista arviointia. Erityisesti he pitävät puutteena sitä, ettei tutkimuksissa yleensä ollut mitattu toimintakykyä lähtötilanteessa vaan ainoastaan seuranta-ajan jälkeen, jolloin todellisten muutosten arviointi on jäänyt niukaksi.

2.4.2 Soveltuuko meta-analyysi vaikuttavuuden tutkimiseen?

Useat kirjallisuuskatsauksia kirjoittaneet tutkijat ovat tulleet siihen tulokseen, ettei ennalta ehkäiseviä kotikäyntejä koskevia tutkimuksia voi yhdistää meta-analyysiksi (Jensen 1997, van Haastregt ym. 2000, Toljamo ym. 2005, Markle-Reid ym. 2006). He perustelevat näkemystään tutkimusten välisillä suurilla eroilla suhteessa kohderyhmiin, interventioiden sisältöihin, seuranta-aikoihin ja vastemuuttujiin. Mainittujen tutkijoiden mukaan heterogeenisten tutkimusten niputtaminen meta-analyysiksi johtaa liian yksinkertaistettuihin johtopäätöksiin.

Elkan ym. (2001) katsoivat meta-analyysin tekemisen olleen oikeutettu, kun he tekivät sen ositetusti tutkimuksille, joissa kohderyhmänä oli yleinen vanhojen ihmisten väestö, ja tutkimuksille, jotka oli suunnattu raihnaisten riskiryhmälle. He pitivät tuloksiaan lupaavina, sillä ne viittasivat vaikuttavuuteen vaikka yksittäisissä tutkimuksissa oli vain harvoin saatu tilastollisesti merkitseviä tuloksia vaikuttavuudesta. He epäilivät van Haastregtin ym. mahdollisesti aliarvioineen ennalta ehkäisevien kotikäyntien vaikuttavuutta, kun nämä eivät olleet tehneet meta-analyysiä. Egger (2001) katsoi itse asiassa kommentissaan, etteivät ennalta ehkäiseviä kotikäyntejä koskevat

tutkimustulokset olleetkaan testien perusteella heterogeenisiä. Hän kritisoi van Haastregtin ym. kirjallisuuskatsausta menetelmästä, jossa vain laskettiin monessako tutkimuksessa oli saatu tilastollisesti merkitseviä tuloksia eikä huomioitu epämerkitsevien tulosten suuntaa ja suuruutta.

2.4.3 Satunnaistetun kontrolloidun kokeen soveltuvuudesta

Clark kirjoitti (2001), ettei satunnaistettujen kontrolloitujen kokeiden tulosten ristiriitaisuus ole yllättävää. Hän huomautti, että ennalta ehkäisevän kotikäynnin tyyppiset palvelut ”sisältävät monimutkaisen yhdistelmän hallitsemattomia muuttujia upotettuna johonkin, joka on enemmän sosiaalinen prosessi kuin hoito-ohjelma”. Niinpä intervention ”annos” ei ole kontrolloitu. Lisäksi tällaisten interventioiden teho riippuu kohdehenkilön ominaisuuksista ja esimerkiksi haastattelun kulusta, mikä selittää Clarkin mukaan meta-analyysien ja kirjallisuuskatsauksien päätelmät tutkimustulosten ristiriitaisuudesta. Myös vaikuttavuuden mittaamiseksi käytettävät muuttujat ovat Clarkin mukaan kyseenalaisia, ja siinä missä kuolleisuus ja sairastavuus ovat helposti mitattavissa, esimerkiksi itsenäisyys ja itsetunto eivät ole. Clark katsoi, että tarvittaisiin parempaa ymmärrystä kotikäynneistä, ja sitä saataisiin enemmän sosiaalisen prosessin onnistumista koskevasta kvalitatiivisesta tutkimuksesta kuin satunnaistetuista kontrolloiduista kokeista.

3 TUTKIMUKSEN TAVOITE

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, millainen oli kotikäynteihin osallistuneiden terveydentila ja toimintakyky, miten heidän tilanteensa ja jatkotoimenpiteiden tarpeensa arviointi on toteutunut ja onko Hämeenlinnan ennalta ehkäisevien kotikäyntien toimintatapa ollut aiemman tutkimustiedon perusteella vaikuttava.

Tutkimuskysymyksiä olivat: Millainen oli Hämeenlinnan ennalta ehkäisevien kotikäyntien kohderyhmän toimintakyky ja terveydentila? Onko vanhan ihmisen tilanteen monipuolinen arviointi toteutunut tyydyttävästi? Onko jatkotoimenpiteistä sovittu asiallisesti? Olisiko jotain tehtävissä, jotta käytännöt vastaisivat paremmin näyttöä vaikuttavista ennalta ehkäisevistä kotikäynneistä?

4 AINEISTO JA MENETELMÄT

4.1 Perusjoukko ja tutkimusaineisto

Vuonna 2009 ennalta ehkäisevien kotikäyntien kohderyhmä oli vuonna 1929 syntyneet eli 80 vuotta sinä vuonna täyttäneet hämeenlinnalaiset, jotka asuivat kotona eivätkä kuuluneet säännöllisten sosiaali- ja terveystalveluiden piiriin. Vuonna 2010 kohderyhmä oli vuonna 1935 syntyneet eli 75 vuotta sinä vuonna täyttäneet hämeenlinnalaiset, jotka asuivat kotona eivätkä kuuluneet säännöllisten sosiaali- ja terveystalveluiden piiriin. Kaikille näihin kohderyhmiin kuuluville tarjottiin ennalta ehkäisevää kotikäyntiä vuosina 2009–2011.

Palveluohjaajat tarkistivat Effica-tietojärjestelmän avulla kohderyhmään kuuluvien luettelon ja lähettivät kohderyhmän tiedot sairaanhoitajille Hämeenlinnan kotisairaanhoidon eri palveluyksiköihin. Kohderyhmään kuuluville lähetettiin kirjeitse tieto ennalta ehkäisevästä kotikäynnistä, ja sairaanhoitaja varmisti vielä puhelimitse kotikäynnin ajankohdan.

Tämän tutkimuksen aineisto muodostui yhteensä 385 henkilöstä, jotka olivat ottaneet vastaan ennalta ehkäisevän kotikäynnin. Mukana oli edellä mainittujen kohderyhmien lisäksi yksi vuonna 1928 ja yksi vuonna 1930 syntynyt henkilö. On huomionarvoista, että ennalta ehkäisevä kotikäynti tehtiin osalle vuoden 2009 kohderyhmää vasta vuonna 2010 ja osalle vuoden 2010 kohderyhmää vasta vuonna 2011 (taulukko 2).

Tutkimukseen ei sisällytetty niitä, joiden lomakkeista puuttui haastattelun allekirjoitus, jolla sallittaisiin mm. tietojen käyttö kotikäynneistä tehtävään koosteeseen. Tällä perusteella jouduttiin sulkemaan pois arviolta alle kymmenen haastateltua.

Kotikäynteihin osallistuneiden ja niistä kieltäytyneiden määrät oli ohjeistettu kirjaamaan talteen, mutta tähän tutkimukseen ei saatu täydellisiä tietoja. Saatuja tietoja voidaan pitää vain suuntaa antavina, koska jää epävarmaksi, onko luvuissa mukana tapauksia, joissa kotikäyntiä ei voitu tehdä esimerkiksi kohderyhmään kuuluneen muuton vuoksi. Jos näihin lukuihin sisältyy vain kieltäytyneitä, saatujen tietojen mukaan 39 % kieltäytyi ja 61 % vastaanotti ennalta ehkäisevän kotikäynnin. Kieltäytyneiden osuus vaihteli alueittain välillä 14–59 % (taulukko 3).

Taulukko 2. Ennalta ehkäisevien kotikäyntien osallistujat syntymävuoden mukaan eri vuosina.

syntymävuosi	kotikäynnin tekovuosi				yhteensä
	2009	2010	2011	ei tiedossa	
1928	0	0	0	1	1
1929	29	127	0	19	175
1930	0	1	0	0	1
1935	0	82	56	44	182
ei tiedossa	3	14	0	9	26
yhteensä	32	224	56	73	385

Taulukko 3. Ennalta ehkäisevästä kotikäynnistä kieltäytyneet alueittain.

alue	kotikäyntejä tehty	kieltäytyneitä	kieltäytyneiden osuus (%)
entinen Aulangontien tiimi	22	23	51
Idänpää	35	35	50
Jukolan hoitaja B	42	10	19
Kalvola	6	7	54
Kauriala	24	35	59
Keskusta	65	37	36
Lammi	64	10	14
Ojoinen	19	27	59
Tuulos	18	4	18
yhteensä	295	188	39

4.2 Haastattelu ja testit

Kotisairaanhoidajat keskustelivat ennalta ehkäisevän kotikäynnin vastaanottaneiden kanssa tukena haastattelulomake (liitteenä). Haastattelulomakkeiden useimmat kysymykset olivat strukturoituja eli niihin oli vastausvaihtoehdot. Joihinkin kysymyksiin voi antaa myös avoimen vastauksen, joihinkin tuli yksinomaan avoin vastaus ja jotkin kysymykset olivat lomakkeissa mukana vain keskustelun tukena eikä niihin pitänyt merkitä vastauksia.

Kotisairaanhoidajia oli ohjeistettu tekemään kaikille MMSE-testi, arjessa selviytymisen

profiili⁴ (liitteenä) ja toimintakykytesti⁵. GDS-testi (15- tai 30-kohtainen versio) oli ohjeistettu tehtäväksi hoitajan oman arvion mukaan. MNA-testi oli ohjeistettu tehtäväksi niille, joilla oli selkeä alipaino tai ravitsemushäiriön epäily.

Kotikäyntien tekijät voivat sopia jatkotoimenpiteitä, jos se katsottiin tarpeelliseksi kotikäynnillä esiin tulleiden asioiden johdosta. Haastattelulomakkeen lopussa oli luettelo mahdollisista tahoista, joihin voitiin sopia haastattelijan tai haastatellun itse ottavan yhteyttä. Sovitut jatkotoimenpiteet merkittiin luetteloon. Mahdollisia jatkotoimenpiteitä oli lueteltu 16, esimerkiksi lääkäri, terveydenhoitaja, hammaslääkäri ja päivätoiminta. Mukana oli myös vaihtoehto "muu, mikä?".

4.3 Aineiston kuvailu

Kotikäyntien 385 osallistujasta 127 (33 %) oli miehiä ja 236 (61 %) naisia, loppuista 22 lomakkeesta (6 %) tieto sukupuolesta puuttui.

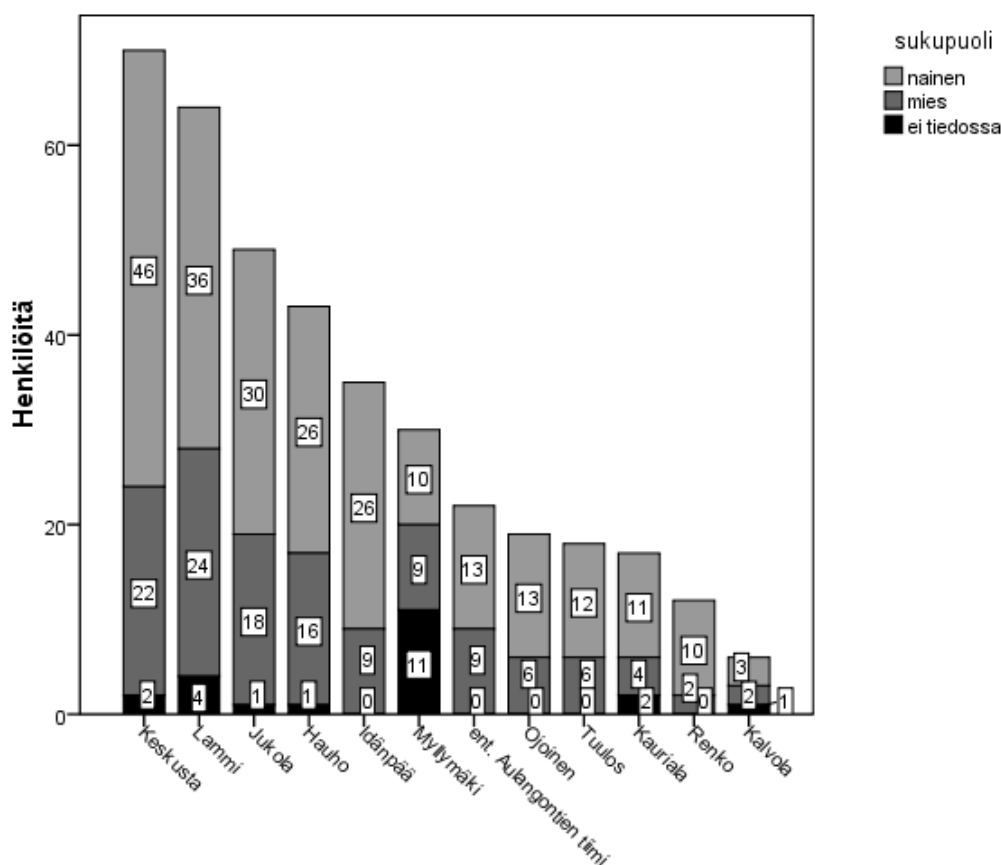
Kotisairaanhoidon eri palveluyksiköt tekivät vaihtelevan määrän ennalta ehkäiseviä kotikäyntejä. Ääripäät olivat Kalvola, jossa tehtiin 6 ennalta ehkäisevää kotikäyntiä, ja Keskuksa, jossa lukumäärä oli 70 (kuva 1).

Tutkituista 6 % asui omakotitalossa haja-asutusalueella ja 36 % muuten omakotitalossa, 15 % rivitalossa, 28 % hissillisessä kerrostalossa ja 14 % hissittömässä kerrostalossa. Ikäryhmät erosivat toisistaan asumismuodossa: 80-vuotiaat asuivat 75-vuotiaita harvemmin omakotitalossa (31 % vs. 41 %) tai omakotitalossa haja-asutusalueella (3 % vs. 8 %) ja useammin hissillisessä kerrostalossa (34 % vs. 23 %).

80-vuotiaat asuivat 75-vuotiaita useammin yksin (50 % vs. 34 %) ja harvemmin puolison kanssa (42 % vs. 63 %). Kaikkiaan 4 % kotikäyntien vastaanottajista asui muun läheisen kanssa ja 1 %:lla oli omainen tai läheinen pihapiirissä.

4 Arjessa selviytymisen profiili on Helsingin sosiaalitoimen kehittämä työkalu asiakkaiden tilanteen laaja-alaisen arvioimisen tueksi.

5 Fyysisen toimintakyvyn testaus oli fil. tri Aija Honkasen ja fil. tri Susanna Raivion kehittämä viidestä tehtävästä koostuva testi, joka oli sovellettu TOIMIVA-testistä ja Bergin tasapainotestistä.



Kuva 1. Kotikäyntien osallistujat alueittain.

4.4 Tilastolliset menetelmät

Retrospektiivisen tutkimuksen tiedot koottiin Hämeenlinnassa ennalta ehkäisevillä kotikäynneillä täytetyistä strukturoiduista haastattelulomakkeista (n = 385) sekä kotikäyntien yhteydessä täytetyistä testilomakkeista.

Lomakkeiden vastausvaihtoehdot koodattiin Excel-taulukkolaskentaohjelmaan liitteenä olevan muuttujaluettelon mukaisesti. Numeerisista avoimista vastauksista tehtiin välimatka-asteikolliset muuttujat. Yleisesti vastatuista avoimista vastauksista koodattiin uusia vastausvaihtoehtoja.

Aineiston jakautumista kategoristen muuttujien suhteen kuvailtiin lukumäärinä ja prosenttiosuuksina. Välimatka-asteikollisten muuttujien jakaumaa kuvailtiin mediaanin ja hajontaa kvartiilien tai minimin ja maksimin avulla, kun muuttuja ei ollut normaalisti jakautunut. Kategoristen muuttujien välisiä yhteyksiä testattiin χ^2 -testillä tai tarvittaessa⁶

⁶ χ^2 -testin edellytyksenä on, että ristiintaulukon jokainen odotettu frekvenssi on > 1 ja korkeintaan 20 % odotetuista frekvensseistä on pienempi kuin 5. Kun nämä ehdot

Fisherin eksaktilla testillä. Numeeristen muuttujien jakauman yhteyttä kategoriin muuttujiin testattiin Mann–Whitney testillä, kun jakauma ei noudattanut normaalijakaumaa. Tilastollisen merkitsevyyden rajana on merkitsevyytaso 0,05. Aineiston kuvailussa ja tilastollisissa analyyseissä käytettiin tilasto-ohjelmisto SPSS:n versiota 16.0.

4.5 Puuttuvista tiedoista

Tutkimukseen saaduista lomakkeista puuttui tietoja. Joistain lomakkeista puuttui sivuja ja joihinkin kysymyksiin oli jätetty merkitsemättä vastaus. Erityisesti jatkotoimenpiteissä oli paljon puutteita: kyseinen lomakkeen sivu puuttui monesti kokonaan tai siihen ei ollut tehty mitään merkintää, jolloin jäi epäselväksi, oliko jotain kuitenkin suullisesti sovittu vai oliko katsottu jatkotoimenpiteet tarpeettomiksi. Myös kaikille tehtäviksi tarkoitettuja testejä puuttui.

Kyselylomakkeen vastausten puutteellisuus oli melko vähäistä eikä mikään viittaa siihen, että puutteet olisivat systemaattisia, joten saadut vastaukset voidaan olettaa edustaviksi. Jatkotoimenpiteiden sivulla ei ollut erillistä kohtaa sellaiselle merkinnälle, että jatkotoimenpiteitä ei sovita, joten puuttuviksi tiedoiksi on mahdollisesti koodattu sellaisia tapauksia, joissa on todellisuudessa arvioitu ettei jatkotoimenpiteille ole tarvetta. Tämä on otettu huomioon jatkotoimenpiteitä käsittelevässä pohdinnassa. Testitulosten puuttuminen osalta tutkituista on pääasiassa systemaattista, koska testejä oli kehoitettu suuntaamaan tarpeen mukaan kuten edellä on mainittu. Tämän vuoksi testituloksia ei ole analysoitu ikään kuin ne edustaisivat koko perusjoukkoa tai ainakin niihin liittyvä epävarmuustekijä on aina raportoitu.

4.6 Tietojen epätasaisuudesta

Ennalta ehkäiseviä kotikäyntejä tehneiden sairaanhoitajien väliset erot arviointien tekemisessä ovat potentiaalinen virhelähde tässä tutkimuksessa. Hoitajien saama ohjeistus on jättänyt tulkinnan varaa, joten erityisesti kyselylomakkeen vastausten merkitseminen on saattanut vaihdella huomattavasti hoitajittain. Hoitajien keskuudessa näyttää olleen täysin päinvastaisia tulkintoja esimerkiksi siitä, tarkoittaako ikänäkö näön olevan heikentynyt tai luetaanko kotona harrastettavat askareet harrastustoiminnassa

eivät täyty, käytetään Fisherin testiä.

mukana olemiseksi. Nämä tulkintaerot heikentävät tulosten vertailukelpoisuutta ja täsmällisyyttä.

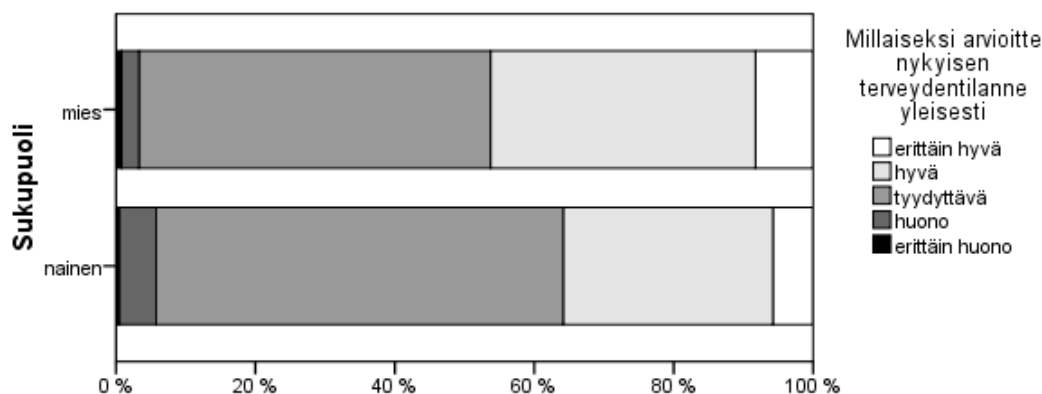
5 TULOKSET

5.1 Terveys

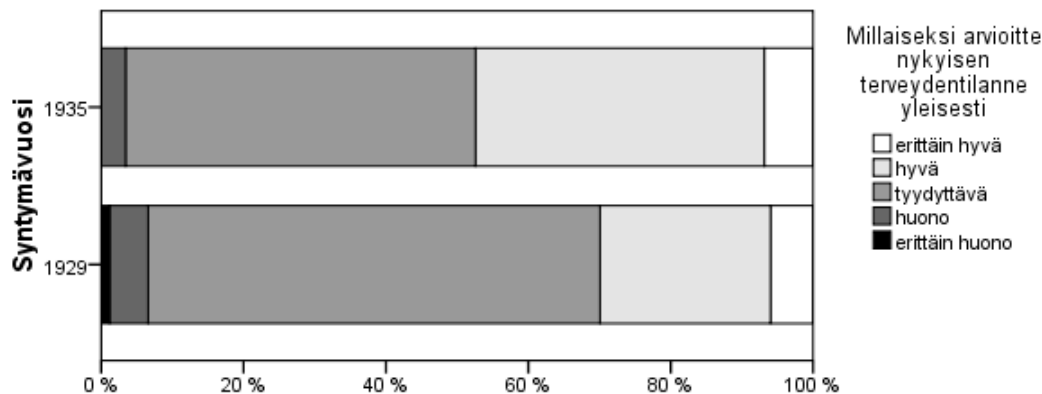
Miehet ja naiset eivät eronneet toisistaan itse koetun terveyden osalta ($p = 0,31$, kuva 2). Hyväksi tai erittäin hyväksi terveystensä arvioi puolet 75-vuotiaista mutta vain 30 prosenttia 80-vuotiaista, huonoksi tai erittäin huonoksi vastaavasti kolme ja seitsemän prosenttia (kuva 3). Ikäryhmien välinen ero on tilastollisesti merkitsevä ($p = 0,010$).

Kotikäynneillä tutkituilta kysyttiin, oliko heillä häiritseviä vaivoja. Reilulla kolmasosalla oli yksi vaiva, viidesosalla kaksi ja kymmenesosalla kolme; neljäsosaa ei häirinnyt mikään vaiva (taulukko 4). Yleisimpiä vaivoja olivat säröt, unettomuus, virtsaamisvaiva ja muistiongelman (taulukko 5).

Tupakoinnista oli tieto 378 henkilöltä, ja heistä kolme prosenttia ilmoitti tupakoivansa.



Kuva 2. Miesten ($n = 121$) ja naisten ($n = 226$) oma arvio terveydentilastaan.



Kuva 3. 75-vuotiaiden (syntymävuosi 1935, $n = 175$) ja 80-vuotiaiden (syntymävuosi 1929, $n = 167$) oma arvio terveydentilastaan.

Taulukko 4. Vaivojen yhteenlasketun määrän jakautuminen (n = 379).

vaivojen määrä	%
0	28
1	36
2	22
3	11
4	2
5	1
6	0,3
yhhteensä	100

Taulukko 5. Häiritsevien vaivojen yleisyys (n = 379).

vaiva	%
muistiongelmia	10
mielenterveysongelmia	2
säryt	27
ulostamisvaiva	6
virtsaamisvaiva	12
unettomuus	18
muut (avoimet vastaukset) yhteensä	37
nivelsairaus	6
muu ilmeisesti tuki- ja liikuntaelimestöperäinen	9
vatsavaiva	4
hengityselimistön vaiva	4
sydänvaiva/rintatuntemus	3
huimaus	2
muu avoin vastaus	19

63 prosenttia ilmoitti ettei käytä alkoholia lainkaan (taulukko 6). Yhdysvaltalaiset alkoholin riskikäytön rajat⁷ ylittyivät yhdeksällä henkilöllä kertakulutuksessa (yli kaksi annosta) ja näiden ohella kahdella henkilöllä laskennallisen viikkokulutuksen mukaan (yli seitsemän annosta). Riskikäyttäjistä miehiä oli kahdeksan ja naisia kolme, riskikäyttäjissä oli tilastollisesti merkitsevästi enemmän miehiä ($p < 0,01$).

⁷ Vanhojen ihmisten alkoholinkulutuksen riskirajat ovat kiistanalaisia (Immonen 2012, 22), mutta suomalaisissa julkaisuissa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, Yli 65-vuotiaiden alkoholimittari 2012) käytetään yhdysvaltalaisia riskirajoja.

Välinedoimintoihin liittyvään kysymykseen kauppa-, pankki- yms. asioiden hoitamisesta oli vastaus 374 lomakkeessa. Vaikeuksitta päivittäiset asiat hoituivat 82 prosentilla, vaikeuksin mutta ilman apua kuudella prosentilla sekä auttajan kanssa yhdeksällä prosentilla. Kaksi prosenttia ei pystynyt huolehtimaan päivittäisistä asioista. Ilmoitettuja syitä olivat mm. ”liikkuminen, muisti”, ”liikkuminen vaikeata, vaimo hoitaa asioinnit”, ”polvet esteenä, polvileikkaus tulossa”, ”liikkuminen vaikeaa” ja ”muisti”.

Lomakkeista 364:ään oli merkitty yksiselitteisesti, kuinka usein haastateltava ulkoilee. (Joihinkin muihin lomakkeisiin oli esimerkiksi ympyröity eri vaihtoehdot kesälle ja talvelle tai oli kirjoitettu vastaus sanallisesti.) Päivittäin ilmoitti ulkoilevansa 84 %, noin kerran viikossa 9 %, muutaman kerran kuukaudessa 4 % ja harvemmin 2 %. Vain yksi sadasta ilmoitti ettei lainkaan ulkoile.

Päivittäisissä perustoiminnoissa (taulukko 7) oli muutamilla avuntarvetta, mutta kaikki kolme toimintoa sujuivat vaikeuksitta 94 prosentilta.

Taulukko 6. Alkoholin käyttö (n = 372).

Käytättekö alkoholia?	% naisista	% miehistä	% kaikista
päivittäin	3	6	4
muutaman kerran viikossa	2	12	5
kerran viikossa	6	18	10
harvemmin	19	14	17
ei lainkaan	70	51	63

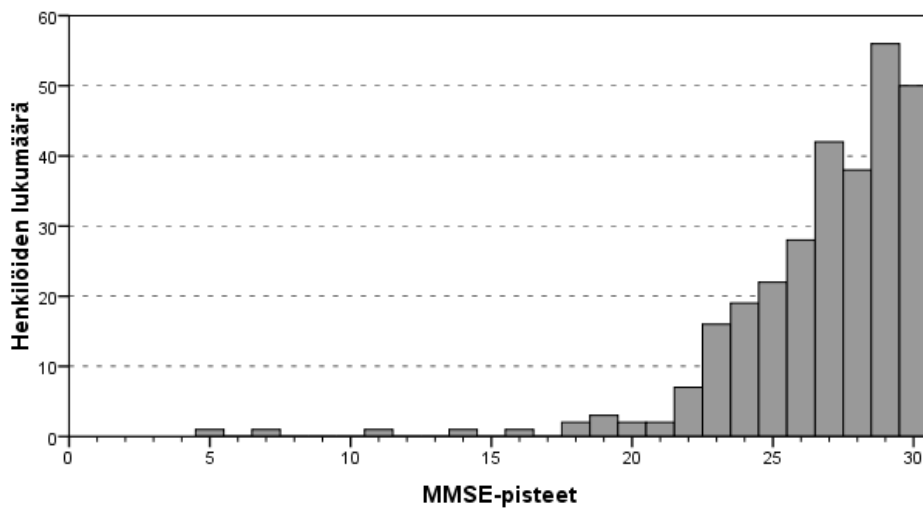
Taulukko 7. Päivittäisistä perustoiminnoista suoriutuminen.

	Miten pystytte...		
	peseytymään (n = 381), %	pukeutumaan (n = 380), %	käymään wc:ssä (n = 381), %
vaikeuksitta	95	96	99
vaivalloisesti ilman apua	3	3	0,8
vain toisen avustamana	1	0,5	0,3
missä tarvitsette apua	0,5	0,5	0
yhteensä	100	100	100

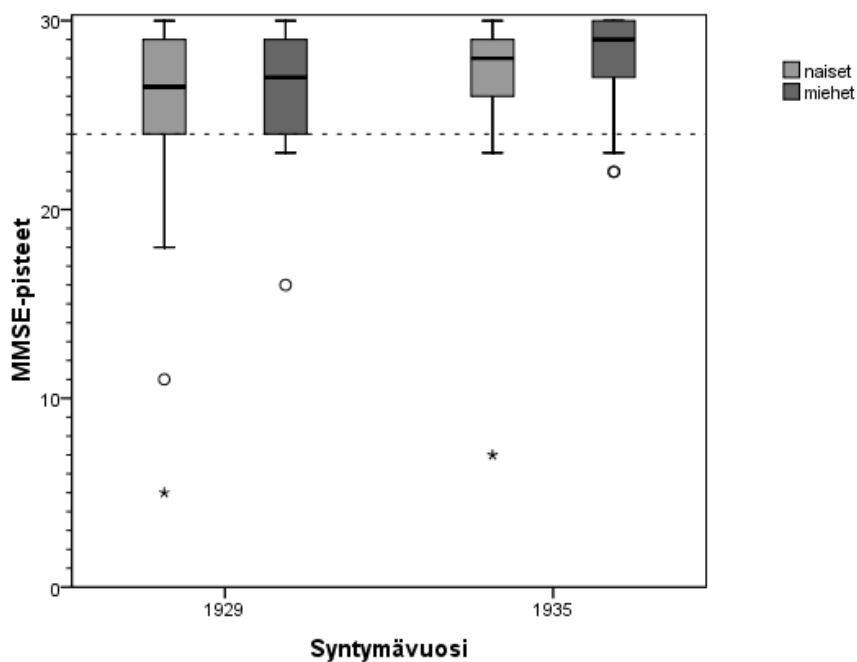
5.1.1 Muistitoiminnot

Kognitiivisen heikkenemisen seulontaan käytetty MMSE-testi teetettiin 292 ihmiselle. Heistä 87 prosenttia sai normaalin tuloksen (≥ 24 pistettä), yhdeksällä prosentilla todettiin lievä kognitiivinen heikentyminen (20–23 pistettä) ja kolmella prosentilla tulos oli heikompi (kuva 4).

MMSE-pisteet olivat matalammat vuonna 1929 syntyneillä kuin vuonna 1935 syntyneillä ($p = 0,001$). Pistemäärä oli myös matalampi naisilla kuin miehillä ($p = 0,031$). Kuvassa 5 näkyy MMSE-pisteiden painottuminen sukupuolen ja iän mukaan.



Kuva 4. MMSE-pisteiden jakauma.



Kuva 5. MMSE-pisteiden painottuminen ikäluokittain ja sukupuolittain.

5.2 Turvallisuus, sosiaaliset suhteet

”Oletteko iloinen ja tyytyväinen elämäänne?” -kysymykseen oli 372 vastausta.

Vastaajista 6 % ilmoitti olevansa ainakin ajoittain onnettomia, ja heillä masennusta seulovan GDS-testin tulos viittasi masennukseen useammin kuin niillä, jotka ilmoittivat tuntevansa itsensä ainakin yleensä onnellisiksi (75 % vs. 11 %, $p < 0,001$). Kysymyksen vastausten jakauma suhteessa GDS-pisteisiin esitetään taulukossa 8. GDS oli testattu vain 142:lta, joten tulokset eivät ole edustavia.

Erittäin turvalliseksi tunsivat olonsa kodissaan 84 % ja melko turvalliseksi 16 %. Vain yksi haastatelluista ($n = 375$) tunsivat olonsa melko turvattomaksi.

Kysymykseen, mikä estää tapaamasta sukulaisia, tuttavien tai ystäviä riittävästi, oli annettu 28 avointa vastausta. Selvästi yleisin syy oli, että sukulaiset tai ystävät asuvat kaukana ja/tai ei ole kulkuyhteyksiä. Lisäksi muutamat mainitsivat, ettei sukulaisia tai ystäviä juuri ole tai nämä ovat kiireisiä tai tuttavat viihtyvät omissa oloissaan.

Eläkeläisten toiminta ja yhdistys- tai kerhotoiminta olivat haastateltujen yleisimpiä harrastuksia (taulukko 9). Vastaajista 36 % ei ollut mukana missään harrastustoiminnassa. Yleisimpiä syitä harrastustoiminnan ulkopuolella olemiseen olivat annetuista vaihtoehtoista kiinnostavan toiminnan puute, liikkumisen vaikeus,

Taulukko 8. Elämään tyytyväisyys suhteessa depressiokyselyn pisteisiin.

Oletteko iloinen ja tyytyväinen elämäänne?	masennuksen aste GDS-pisteiden mukaan				yhteensä
	ei masentunut	lievä masennus	keskivaikea tai vaikea masennus	ei tiedossa (testiä ei tehty)	
kyllä, tuntee itsensä onnelliseksi ja on tyytyväinen elämäänsä	75	3	0	155	233
kyllä, tuntee itsensä yleensä onnelliseksi	36	9	2	69	116
tuntee itsensä aika ajoin onnettomaksi	3	4	3	11	21
tuntee itsensä hyvin onnettomaksi	0	1	1	0	2
ei tiedossa	4	1	0	8	13
yhteensä	118	18	6	243	385

Taulukko 9. Kotikäynteihin osallistuneiden harrastustoiminta (n = 371).

Mukana harrastustoiminnassa	%
eläkeläisten toiminnassa	18
seurakunnan toiminnassa	12
opiston toiminnassa	5
muu (avoimet vastaukset)	55
kerhot, yhdistykset, järjestöt	18
puutarhanhoito, pihatyöt	3
uiminen tai vesijuoksu	5
voimistelu, jumppa tai vesijumppa	11
kuntosali	4
muu liikuntaharrastus	8
luontoharrastus	3
metsästys	2
muu avoin vastaus	20
en ole mukana missään harrastustoiminnassa	36

kulkuyhteyksien puute ja jaksamattomuus. Avoimissa vastauksissa korostui, ettei moni kokenut tarvetta tai mielenkiintoa harrastustoimintaan. Muutama vastasi, että ei saa aikaiseksi lähteä tai yksin ei tule lähdettyä. Muita avoimia vastauksia: ”välivuosi nyt”, ”lonkka vaivaa”, ”miehen omaishoitajuus sitoo”, ”dementia”, ”muistiongelmät”, ”näkö”, ”rouvan mustasukkaisuus estää”, ”astman takia ei siedä hajusteita”, ”huono kuulo”, ”miehen liikkuminen vaikeaa”, ”eristyneisyys”, ”oman tien kulkija”, ”laiskuus”.

5.3 Aistit; näkö ja kuulo

Näkönsä koki heikentyneeksi 70 % vastaajista (n = 322).

Vastaajista (n = 375) 14 prosenttia näki lukea ilman silmälaseja, 80 prosenttia silmälasien kanssa ja kaksi prosenttia apuvälinettä käyttämällä. 0,8 prosenttia (3 vastaajaa) ei nähnyt lukea ollenkaan. Reilu prosentti (5 vastaajaa) ei pystynyt katsomaan televisiota.

Kuulonsa ilmoitti heikentyneeksi 36 % vastaajista (n = 359). Vastaajilta kysyttiin, pystyvätkö he kuulemaan eräitä ääniä. Eniten vaikeuksia oli ovikellon kuulemisessa,

sillä yhdeksän henkilöä (2,7 %) ilmoitti, ettei kuule sitä (taulukko 10).

5.4 Ravinto

Vastaajista (n = 278) 18 prosenttia joi päivittäin nestettä vähemmän kuin suositellut⁸ kuusi lasillista. Vastausten ääripäät olivat 1 ja 15 lasillista, keskiarvo on 6,7.

Tilavuuksina annetut vastaukset on muutettu lasillisiksi kertoimella 1 lasillinen / 0,2 litraa. Kupilliset ja lasilliset on kysymyksenasettelussa samaistettu, joten luvut eivät ole täysin vertailukelpoisia.

Haastatelluista (n = 376) 86 prosenttia hankki ja valmisti ruoan itse. Ruoan järjesti 23 prosentille omainen, vajaalle prosentille ateriapalvelu ja neljälle prosentille muu. Summa on yli sata prosenttia, sillä 55 haastateltua vastasi useamman vaihtoehdon. Muukohdan avoimina vastauksina vastattiin kahdessa lomakkeessa ”vaimo”, neljässä lomakkeessa mainittiin henkilön käyttävän ainakin joskus kaupan (puoli)valmiita tuotteita ja lisäksi vastattiin ”yhdessä kaupassa vaimon kanssa, vaimo tekee ruoan” ja ”aviomies ostaa valmista ruokaa”. (Oletettavasti puolison ollessa kyseessä on kuitenkin yleensä vastattu ”omainen” eikä ”muu”.) Muita avoimia vastauksia olivat ”ystävä tekee ruuat”, ”kauppapalvelu tarv.”, ”Kössi”, ”käyvät välillä palvelutalossa” sekä ”ravintolassa ruokailu”.

Ravitsemustilan arviointitesti MNA koostuu seulontaosasta ja varsinaisesta arvioinnista.

Taulukko 10. Kotikäynteihin osallistuneiden kuulo.

Kuulee	%osuus osallistujista (n = 331–338)		
	kyllä	ei	ei ole / ei käytä
ovikellon	96	3	1
puhelinsoiton	97	2	0,3
puhelinkeskustelun	99	1	—
herätyskellon	94	2	4
palovaroittimen	99	0,6	0,6
TV:n, radion	98	2	—
normaalin puheen	98	2	—

⁸ Haastattelulomakkeissa luki kotikäyntien tekijöitä varten: ”suositeltava määrä noin 6 lasillista”.

Seulonnassa tutkituista (n = 79) 19 prosentilla (n = 15) todettiin mahdollinen aliravitsemus, lopuilla ei ollut riskiä. Poikkeavan tuloksen saaneista 15:stä 47 prosenttia todettiin arvioinnissa hyvin ravituiksi, 33 prosenttia aliravitsemusriskissä oleviksi ja 20 prosenttia aliravituiksi. Koko arviointi oli tehty ohjeiden vastaisesti myös viidelle sellaiselle, jotka eivät jääneet kiinni seulontaosiossa, ja heistä kahdella tulos oli marginaalisesti poikkeava (23 ja 23,5 pistettä; aliravitsemusriskiksi on määritelty $\leq 23,5$ pisteen tulos).

5.5 Hampaat

Ylivoimainen enemmistö, 92 % vastaajista, pystyi pureskelemaan kaikenlaista ruokaa. Hammasproteesin huono istuvuus oli yleisin ilmoitettu syy pureskeluongelmiin. 18 % valitti suun tuntuvan kuivalta. Suun terveyttä koskevien kysymysten vastaukset ovat taulukossa 11.

”Kuinka usein vaihdatte hammasharjanne?” -kysymykseen oli numeerinen vastaus vain 54 lomakkeessa. Hammasharjan vaihto tapahtui tiheimmillään kuukauden ja

Taulukko 11. Suun terveyttä koskevien kysymysten vastaukset.

	vastauksia	
	lukumäärä	%
Pystyttekö syömään normaalisti? (n = 333)		
pystyn pureskelemaan kaikenlaista ruokaa	308	92
joudun valikoimaan ruokani sen mukaan mitä pystyn pureskelemaan	25	8
pureskeluongelmien vuoksi voin syödä vain sosemaista tai liemiruokaa	0	0
Mikäli Teillä on pureskeluongelmia, ympäröikää seuraavista parhaiten kuvaava vaihtoehto		
omat hampaani on mielestäni huonokuntoiset	2	
omien hampaideni määrä on vähäinen	2	
hammasproteesini istuvuus on huono	8	
minulla ei ole hampaita	0	
pureskeleminen aiheuttaa minulle kipuja hampaiden, suun ja/tai leukojen alueelle	0	
Suuni tuntuu kuivalta (n = 354)	63	18
Harjatessa tulee ikenistä verta (n = 354)	13	4

harvimmillaan kahden vuoden välein, keskiarvo oli kuusi ja mediaani neljä kuukautta.

5.6 Jatkotoimenpiteet

Jatkotoimenpiteitä koskien oli tehty jokin merkintä 234 lomakkeeseen. Näistä lomakkeista 65 prosentissa oli sovittu jatkotoimenpiteitä. Jatkotoimenpiteiden lukumäärän jakauma selviää taulukosta 12. Lomakkeista 10 prosentissa oli merkitty kaikki jatkotoimenpiteet; nämä lomakkeet on jätetty pois seuraavista analyyseistä, koska näissä tapauksissa jatkotoimenpiteitä ei selvästikään ole harkittu yksilöllisesti. Eri jatkotoimenpiteiden yleisyys on esitetty taulukossa 13.

Sovittujen jatkotoimenpiteiden määrä ei näytä muuttuneen ajan myötä. Vähintään yksi jatkotoimenpide sovittiin kotikäyntien osallistujista 69 prosentille vuonna 2009, 59 prosentille vuonna 2010 ja 60 prosentille vuonna 2011 ($p = 0,626$).

Naisille ja miehille sovittiin keskimäärin yhtä monta jatkotoimenpidettä ($p = 0,608$). Jatkotoimenpiteitä sovittiin 40 %:lle naisista ja 33 %:lle miehistä ($p = 0,198$).

Vuonna 1929 syntyneille sovittiin vähemmän jatkotoimenpiteitä (mediaani yksi, yläkvartiili kaksi) kuin vuonna 1935 syntyneille (mediaani kaksi, yläkvartiili kolme) ($p = 0,038$, $n = 195$). Vuonna 1929 syntyneistä 58 prosentille sovittiin jatkotoimenpiteitä, vuonna 1935 syntyneistä 68 prosentille ($p = 0,188$). Ikäryhmien välillä on ero, kun tarkastellaan vain vuotta 2010⁹: tuolloin jatkotoimenpiteitä sovittiin vanhemmasta ikäryhmästä 52 prosentille ja nuoremasta 73 prosentille ($p = 0,015$).

5.6.1 Asunnon muutostöiden arviointi

Asunnon muutostöiden tarvetta ilmaisi seitsemän prosenttia haastatelluista. Tarpeen esiin tuoneista 42 prosentille sovittiin yhteydenotto asunnon muutostöiden arviointiin. Myös kahdelle kielteisesti asunnon muutostöiden tarpeeseen vastanneista sovittiin yhteydenotto.

⁹ Yksittäistä vuotta tarkastelemalla voidaan minimoida ajan myötä tapahtuneet muutokset ja keskittyä tutkittavaan muuttajaan (ikäluokka). Vuonna 2010 tehtiin kotikäyntejä useille molempien ikäluokkien ihmisille, jatkotoimenpiteistä oli tieto 93:lta vuonna 1929 ja 45:ltä vuonna 1935 syntyneeltä.

Taulukko 12. Sovittujen jatkotoimenpiteiden määrän jakautuminen.

jatkotoimenpiteet (kpl)	%
0	35
1	24
2	16
3	7
4	5
5	0,9
6	0,9
7	0,4
9	0,4
16	10
yhteensä	100

Taulukko 13. Sovitut jatkotoimenpiteet niillä, joiden kohdalla jatkotoimenpiteitä oli harkittu yksilöllisesti (%; n = 208–211).

taho, johon ohjattu tai harkittu ohjausta	haastateltava ottaa itse yhteyttä	haastattelija ottaa yhteyttä	asia on jo hoidossa	yhteensä
omalääkäri tai muu lääkäri	18	5	15	38
omahoitaja/terveydenhoitaja/ kotisairaanhoidaja	9	1	2	12
kotipalvelu	0	0,5	1	1
tukipalvelut	1	0	1	2
sosiaalityöntekijä	0	2	1	3
asunnon muutostöiden arviointi	0,5	3	0,5	4
kunnan päiväkeskus/ päivätoiminta	2	0	0	2
muu kerhotoiminta	1	0	0,5	1
seurakunta	0,5	0	1	2
vapaaehtoistoiminnan keskus/vapaaehtoistojen	0,5	0	0	0,5
yksityinen palveluntuottaja	1	1	0,5	3
muu	0,5	0	0,5	1
hammaslääkäri	8	0	8	16
silmälääkäri/kuntoutusohjaaja	6	0	8	13
korvalääkäri/kuntoutusohjaaja/ kuulonhuoltopalvelu	3	0	2	6
fysioterapeutti/toimintaterapeutti	4	17	1	22

Arjessa selviytymisen profiilin arvio asuinympäristön toimivuudesta oli epäsuhdassa haastatteluvastausten ja jatkotoimenpiteiden kanssa: niistä 21 ihmisestä, jotka haastattelussa ilmoittivat asuntonsa tarvitsevan muutostöitä, vain yhdellä oli profiiliin perustuvan arvion mukaan toimimaton asuinympäristö, joka olisi mahdollisesti asunnon muutostöillä korjattavissa.

Muutostöiden tarvetta koskevista avoimista vastauksista ilmenee, että jotkut vastaajat ovat tarkoittaneet esimerkiksi tavanomaisia remontteja eivätkä lakisääteisiä kunnan velvollisuuksiin kuuluvia tukitoimia. Tämä selittänee, miksi osaa ei ole ohjattu asunnon muutostöiden arviointiin.

5.6.2 Hammaslääkäri

Hammaslääkärin vastaanoton tarvetta katsottiin olevan 16 prosentilla haastatelluista, ja heistä puolella asia oli jo hoidossa.

5.6.3 Näkö ja kuulo

Näkönsä heikentyneeksi ilmoittaneista 19 prosentille sovittiin yhteydenotto silmälääkäriin tai kuntoutusohjaajaan, näkönsä moitteettomaksi ilmoittaneista viidelle prosentille (kolmelle ihmiselle).

Kuulon heikentyneeksi ilmoittaneista 11 prosentille sovittiin yhteydenotto korvalääkäriin, kuntoutusohjaajaan tai kuulonhuoltopalveluun, kieltävästi vastanneista kahdelle prosentille (kahdelle henkilölle).

5.6.4 Fyysinen toimintakyky

Fyysisen toimintakyvyn testauksesta oli tieto 342 ihmiseltä. Heistä 28 prosenttia ei pystynyt tekemään testiä hyväksytysti. Ohjeistuksen mukaan jonkin testiin kuuluvan tehtävän epäonnistuessa ”voi testin keskeyttää ja ottaa yhteyttä fysioterapeutteihin”.

Testissä epäonnistuneista 51 prosentille sovittiin yhteydenotto fysioterapeuttiin ja onnistuneista 5 prosentille.

5.6.5 Toimeentulo ja sosiaalityöntekijä

Arjessa selviytymisen profiilissa kotikäynnin tekijä arvioi kotikäynnin vastaanottajan taloudellista pärjäämistä. Tämä arviointi oli tilastollisesti yhteydessä siihen, onko sovittu yhteydenotto sosiaalityöntekijään. Yhteydenotto sovittiin molemmille kahdelle henkilölle, joilla arvioitiin olevan ainakin tilapäisesti taloudellisia vaikeuksia, 33 prosentille niistä, joiden arvioitiin pärjäävän tukien avulla, ja kahdeksalle prosentille niistä, joiden katsottiin selviävän tuloillaan ($p < 0,01$, $n = 177$).

6 POHDINTA

6.1 Tutkimuksen vahvuudet ja heikkoudet

Aiemmin ennalta ehkäisevistä kotikäynneistä tehdyissä suomalaisissa opinnäytetöissä (esim. Kivenne ja Pyyhkälä-Pajunen 2002, Nissilä 2009, Raula 2009, Konttinen 2010, Kukkola 2011, Turunen 2011) aineisto on muodostunut enimmilläänkin 50 kotikäynnistä. Niihin verrattuna tämän tutkimuksen aineisto oli suuri, 385 henkilöä kattava. Aineiston koon ansiosta sitä on voitu lähestyä kvantitatiivisesti ja on ollut mahdollista tutkia tilastollisia yhteyksiä.

Aineiston toinen hyvä puoli on, että siinä sattuu olemaan sekä 75- että 80-vuotiaita henkilöitä. 75- ja 80-vuotiaat ovat yleisimmät ennalta ehkäisevien kotikäyntien kohderyhmät Suomessa, joten niistä saatava tutkimustieto on kansallisesti relevanttia.

Keskeinen heikkous on aineiston puutteellisuus. Aineiston koko on pääasiassa riittävä tilastollisten yhteyksien tutkimista varten, mutta jos tietojen puuttuminen ei ole satunnaista vaan riippuu esimerkiksi kotikäynnin tekijästä, kyseessä on mahdollinen virhelähde. Vertailukelpoisuus ja tulosten täsmällisyys ovat osin epätydyttävät myös siksi, että kotikäyntien tekijöiden tapa tulkita kysymyksiä ja merkitä vastauksia vaihteli.

Tämä retrospektiivinen tutkimus perustuu ennalta ehkäisevien kotikäyntien haastattelulomakkeisiin, jotka on suunniteltu enemmän kotikäynti-intervention yhtenäisen suorittamisen mahdollistamista ja haastattelun kulun tukemista kuin ennalta ehkäisevien kotikäyntien toteutumisen tieteellistä tutkimista ajatellen. Kaikkia asioita ei siksi ole kysytty eikä merkitty tutkimusta ajatellen tarkoituksenmukaisimmalla tavalla.

6.2 Aineisto

Hämeenlinnan ennalta ehkäisevien kotikäyntien osallistujista noin kaksi kolmasosaa oli naisia. Tämä vastaa hyvin väestörakennetta: Hämeenlinnan 80-vuotiaista vuonna 2009 oli naisia 64 % ja 75-vuotiaista vuonna 2010 oli naisia 58 % (Tilastokeskus 2012).

Ennalta ehkäisevästä kotikäynnistä kieltäytyneiden osuus vaihteli alueittain. Syyt

vaihteluun eivät ole ilmeisiä. Matalimmat kieltäytymisprosentit olivat Hauholla, Lammilla ja Tuuloksessa, jotka ovat kymmenien kilometrien päässä Hämeenlinnan keskustasta sijaitsevia, Hämeenlinnaan vuonna 2009 liitettyjä kuntia. Toisaalta maantieteellisesti etäällä sijaitsevassa ja Hämeenlinnaan vuonna 2009 liittyneessä Kalvolassa kieltäytymisprosentti oli keskimääräistä korkeampi. Siellä kohderyhmän absoluuttinen koko oli pieni, joten kieltäytyjien korkean osuuden voi sattuma selittää. Hämeenlinnan keskustan alueella kieltäytymisprosentti oli keskimääräinen mutta läheisillä Kaurialan, Ojoisten ja Idänpään alueilla selvästi korkeampi, Jukolassa taas keskimääräistä pienempi. Kotisairaanhoidajien välillä on saattanut olla eroja osallistujien houkuttelemisessa. Kotikäyntejä teki yli 20 eri hoitajaa, ja eri alueilla oli eri hoitajat.

6.3 Keskeiset havainnot

6.3.1 Itse arvioitu terveys

Terveys on kompleksinen ja moniulotteinen ilmiö mitattavaksi. Itse arvioitua terveyttä käytetään yksittäisenä kysymyksenä laajasti terveys- ja ikääntymistutkimuksessa. Useissa tutkimuksissa on todettu itse arvioidulla terveydellä ennustearvoa kuolleisuuden ja toimintakyvyn kehityksen suhteen. Kysymys voidaan muotoilla siten, että vastaajaa pyydetään arvioimaan terveyttään verrattuna muihin samanikäisiin tai omaan terveyteen esimerkiksi vuotta aikaisemmin. Yleisin kysymyksenasettelu on kuitenkin nonkomparatiivinen: tutkittavaa pyydetään arvioimaan omaa terveydentilaansa yleisesti jollain asteikolla. (Vuorisalmi 2007, 22–29) Hämeenlinnan ennalta ehkäisevillä kotikäynneillä käytettiin viimeksi mainittua kysymystä, johon oli viisikohtainen vastausasteikko välillä erittäin hyvä – erittäin huono.

Yleensä tutkimuksissa on todettu itse arvioidun terveyden heikkenevän iän myötä (Vuorisalmi 2007, 31), mihin sopii se havainto, että tämän tutkimuksen kohderyhmistä 75-vuotiaiden ikäluokka arvioi oman terveydentilansa hyväksi useammin kuin 80-vuotiaiden ikäluokka.

6.3.2 Alkoholin käyttö

Vastausten perusteella alkoholin käyttö oli haastateltujen keskuudessa pääosin vähäistä. Haastatelluista 63 % ei käyttänyt alkoholia lainkaan. Luku on samaa luokkaa kuin Kuopion 75+-tutkimuksessa, jossa 56 % yli 75-vuotiaista ei ollut käyttänyt alkoholia edeltävän vuoden aikana (Aira 2008, 268). Muissa tutkimuksissa vanhojen ihmisten alkoholin käyttö on kuitenkin näyttäytynyt yleisempänä: Suomalaisille 75–79-vuotiaille vuonna 2009 tehdyssä kirjekyselyssä 45 % ei ollut käyttänyt alkoholia viimeisen vuoden aikana (Laitalainen ym. 2010, 79).¹⁰ Immosen ym. (2011) tutkimuksessa espoolaisista 71–80-vuotiaista 47 % käytti alkoholia harvemmin kuin kerran kuussa tai ei lainkaan,¹¹ kun Hämeenlinnan 75-vuotiaista 59 % ei ilmoituksensa mukaan käyttänyt alkoholia.

Yhdentoista haastatellun alkoholin käyttö näytti ylittävän yhdysvaltalaiset vanhojen ihmisten riskikäytön rajat, mutta arvio ei ole tarkka, koska haastattelulomake ei paljasta täsmällisiä lukuja viikoittaisesta alkoholin käytöstä. Airan (2012) mukaan kaikille vanhoille ihmisille sovellettavia alkoholinkäytön riskirajoja on vaikea tai mahdoton määrittää ja riskit on arvioitava yksilöllisesti, mutta viimeistään yhdysvaltalaisten riskirajojen ylittyessä olisi syytä arvioida tarkemmin vanhan ihmisen alkoholinkäytön riskejä.

Alkoholi on monille vanhoille ihmisille arkaluonteinen puheenaihe (Aira ja Haarni 2010), joten voidaan olettaa, että alkoholinkäyttöä on vähätelty. Alkoholinkäytön luotettava arviointi onkin haaste ennalta ehkäiseviä kotikäyntejä tekeville hoitajille.

6.3.3 Päivittäiset toiminnot

Päivittäisiä perustoimintoja selvitettiin haastattelulomakkeessa kysymällä vastaajalta peseytymisen, pukeutumisen ja WC-käyntien sujumisesta. Ainakin jossain näistä toiminnoista oli vaikeuksia 6 %:lla.

¹⁰ Prosenttiluku on saatu sovittamalla miesten ja naisten luvut Hämeenlinnan aineiston sukupuolijakaumaan.

¹¹ Prosenttiluku on saatu sovittamalla miesten ja naisten luvut Hämeenlinnan aineiston 75-vuotiaiden sukupuolijakaumaan.

Vastanneista 9 % tarvitsi apua päivittäisissä asioinneissa ja 2 % ei pystynyt lainkaan huolehtimaan niistä.

6.3.4 Mieliala ja muisti

Haastatelluista kuusi prosenttia ilmoitti olevansa ainakin ajoittain onnettomia. Tällä haastattelurungon kysymyksellä vaikutti olevan hyvä ennustearvo masennusriskissä olemiseen, sillä niistä, jotka ilmoittivat olevansa ainakin ajoittain onnettomia, 75 prosenttia sai GDS-testistä masennukseen viittaavan tuloksen, kun itsensä onnelliseksi tunteneista vain 11 prosentin tulos viittasi masennukseen¹². GDS:ää ei tutkittu kaikilta, vaan kotikäyntien tekijät käyttivät omaa harkintaa, mikä tekee tästä havainnosta epävarman.

Dementiaa seulovasta MMSE:stä tuli poikkeava (alle 24 pisteen) tulos 37 henkilölle eli 13 prosentille tutkituista. Nuoremman ikäluokan todettiin saaneen keskimäärin vanhempaa ikäluokkaa paremmat pisteet, ja miesten pisteet olivat korkeammat kuin naisten. Sukupuolten välillä havaittu ero näytti kuitenkin johtuvan pitkälti erilaisesta ikäjakaumasta eri sukupuolilla. Muistisairauksien esiintyvyydestä vanhusväestössä ei näiden tulosten perusteella voi sanoa mitään varmaa, koska 93:lta kotikäyntien osallistujalta MMSE:tä ei ollut tutkittu (tai tietoa ei ollut saatavilla) ja näin ollen valikoitumisesta johtuvan systemaattisen virheen mahdollisuus on suuri.

6.3.5 Näkö ja kuulo

Näkönsä ilmoitti heikentyneeksi 70 % haastatelluista. Tällä tiedolla ei ole kliinistä merkitystä. Kirjoitetuista vastauksista selviää joidenkuiden tarkoittaneen tässä näön heikkenemisellä lukulasien tarvetta. Ei ole eroteltavissa, keillä näkönsä heikentyneeksi ilmoittaneista oli sellainen ongelma, johon olisi mahdollista puuttua lääketieteellisesti tai vaikkapa toimintaterapeuttisesti.

Kuulonsa ilmoitti heikentyneeksi 36 % vastaajista.

¹² Kaikista GDS:llä tutkituista 17 prosentilla todettiin viitteitä masennuksesta.

6.3.6 Ravitsemustila

Ravitsemustilan arviointitesti MNA tehtiin kotikäynnin tekijän oman harkinnan perusteella. Sen seulontaosa tehtiin 79 tutkitulle ja koko testi 20:lle. Kaikkiaan seitsemän tutkitun todettiin olevan aliravitsemusriskissä ja kolmen aliravittu.

6.3.7 Suun terveys

Tutkituista 8 % kertoi joutuvansa valikoimaan ruokansa sen mukaan, mitä pystyy pureskelemaan. Kukaan ei kertonut joutuvansa syömään vain sosemaista ruokaa pureskeluongelmien vuoksi.

Tutkituista 18 % kertoi suun tuntuvan kuivalta.

Yhteydenotto hammaslääkəriin todettiin aiheelliseksi tai jo hoidetuksi 16 %:lle kotikäyntien vastaanottajista.

6.3.8 Jatkotoimenpiteet

Tutkimustulosten perusteella jatkotoimenpiteiden sopiminen yksilöllisen arvioinnin perusteella on usein jäänyt toteutumatta, sillä useilla kotikäynneillä on merkitty sovituksi kaikki jatkotoimenpiteet. Tällöin tarkoituksena on ilmeisesti ollut, että mainittuihin tahoihin otetaan yhteyttä tarvittaessa. Tällaisessa menettelyssä ei ole otettu huomioon, että ennalta ehkäisevällä kotikäynnillä olisi tarkoitus juuri kartoittaa tarpeet erilaisiin toimenpiteisiin ja kohdentaa toimenpiteet tarkoituksenmukaisesti.

Jatkotoimenpiteiden harkitsemisessa on siis ollut selkeitä puutteita.

Yleisimmät sovitut jatkotoimenpiteet olivat yhteydenotot lääkäriin (38 %:n niistä, joiden kohdalla jatkotoimenpiteet harkittiin, arvioitiin tarvitsevan yhteyden lääkäriin), fysioterapeuttiin (22 %) ja hammaslääkäriin (16 %). Vähiten sovittiin jatkotoimenpiteinä yhteydenottoja vapaaehtoistoimijaan, kotipalveluun, ”muuhun kerhotoimintaan” ja ”muuhun”.

6.4 Huomioita haastattelulomakkeesta

Tutkimuksen kannalta jotkin monivalintakysymykset ja vastausvaihtoehdot ovat liian monitulkintaisia antaakseen vertailukelpoista tietoa. Eräs silmiinpistävä esimerkki on kysymys ”Onko näköne heikentynyt?” johon 70 prosenttia vastasi ”kyllä”. Kohtaan kirjoitetuista lisätiedoista päätellen moni vastasi näin, koska tarvitsi lukulaseja.

Ikänäköisyys ei ole ennalta ehkäisevien kotikäyntien toimenpiteiden kohde, eikä tämä kysymys erottele sitä niistä näköongelmista, joihin olisi syytä kiinnittää huomiota.

Jotkin järjestysasteikolliset vastausvaihtoehdot on asetettu siten, että eräitä vastauksia on vaikea sovittaa niihin. Esimerkiksi kysymykseen ”Kuinka usein ulkoilette?” on mahdotonta vastata tarpeeksi täsmällisesti, jos vastaaja ulkoilee joka toinen päivä, koska lähimmät vastausvaihtoehdot ovat ”päivittäin” ja ”noin kerran viikossa”. Ystävien ja sukulaisten tapaamistiheyden vastausvaihtoehdot ovat samalla tavalla ongelmalliset. Alkoholien käyttöä koskevan kysymyksen vastausvaihtoehdot ovat hieman hankalat tulkita ja niiden järjestys haastattelulomakkeessa on sekaisin järjestysasteikkoon nähden. Tutkimuksen kannalta hyödyllisempi kysymyksenasettelu voisi olla, montako kertaa viikossa henkilö juo alkoholia tai monenako päivänä viikossa henkilö ulkoilee.

Kyselylomakkeissa tulisi kysyä vain yhtä asiaa kerrallaan (Heikkilä 2004, 57), missä valossa kysymystä ”Oletteko iloinen ja tyytyväinen elämäänne?” ei voida pitää esimerkillisenä, varsinkaan kun vastausvaihtoehdoissa esiintyvät vielä adjektiivit ”onnellinen” ja ”onneton”.

Harrastustoiminnan vastausvaihtoehdot ovat kaikki yhteisöllisiä aktiviteetteja, mistä saan käsityksen, että kysymyksen painotus on sosiaalisissa voimavaroissa. Monet kohtaan annetut avoimet vastaukset olivat sitä vastoin yksin toteutettavia harrasteita kuten puutarhanhoito ja ristisanatehtävät. Sekä sosiaalinen että ruumiillista toimintakykyä ylläpitävä harrastustoiminnan hyöty lienevät ennalta ehkäisevien kotikäyntien asiayhteydessä mielekkäät selvittää, joten tätä haastattelulomakkeen kohtaa olisi syytä kehittää.

Harrastustoiminnan jatkokysymyksessä ikään kuin oletetaan, että kaikilla, jotka eivät ole mukana harrastustoiminnassa, on jokin este siihen osallistumiseen. Tämän oletuksen osoittaa vääräksi se, että kysymyksen yleisin avoin vastaus oli, ettei haastateltu edes

kokenut harrastustoimintaa tarpeellisena tai toivottavana.

Eri äänien kuulemiskykyä koskeneet vastaukset olivat monin kohdin mahdottomat tulkita jälkikäteen, koska vastaukset merkitään ikään kuin ruudukkoon mutta ei ole apuviivoja vastausmerkintöjen ohjaamiseksi oikeaan kohtaan.

Päivittäisiä perustoimintoja koskevissa kohdissa avoimen vastauksen rivi alkaa vastausvaihtoehdon numerolla, vaikka avoin vastaus ei ole oma vaihtoehtonsa vaan lisätieto edellisen rivin vaihtoehtoon.

Hampaita koskevat kysymykset on järjestetty muista kysymyksistä poiketen, niin että useat kysymykset näyttävät yhden kysymyksen vastausvaihtoehdoilta.

Asunnon varustetasoa selvittävässä kohdassa voi tapahtua epähuomiossa virhe: monesti oli ympyröity kaikki vaihtoehdot – mikä kysymyksenasettelun mukaan tarkoittaa, että kaikki asunnon mukavuudet puuttuvat – vaikka oli mitä ilmeisimmin tarkoitettu, että asunnossa on kaikki mukavuudet. Väärinkäsitykset voitaisiin välttää muotoilemalla kohta eri lailla.

6.5 Hämeenlinnan käytännöt suhteessa näyttöön

6.5.1 Kohdentaminen

Ei ole selkeää tutkimusnäyttöä siitä, että ennalta ehkäiseviltä kotikäynneiltä toivotut hyödyt toteutuisivat parhaiten kohdistamalla kotikäynnit jollekin tietylle ikäryhmälle. Markle-Reidin ym. (2006), Rubensteinin ja Stuckin (2001) ajatus, että ennalta ehkäisevät interventiot toimivat parhaiten varhaisessa vaiheessa ja myöhemmässä vaiheessa tarvitaan erityisen intensiivistä lähestymistapaa, käy kuitenkin järkeen.

80-vuotiaat ovat aiemmin olleet ennalta ehkäisevien kotikäyntien yleisin kohderyhmä Suomessa (Kotikäyntien kohderyhmät. Iäkkäiden neuvontapalvelut ja hyvinvointia edistävät kotikäynnit. www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/neuvontapalvelut/kotikaynnit/suunnittelu/kohderyhmat), mutta vuoden 2010 kuntakyselyn (Väyrynen 2011) tulosten perusteella 75-vuotiaista näyttäisi tulleen Suomen yleisin ennalta

ehkäisevien kotikäyntien kohderyhmä. Voisi ajatella, että 75- tai 80-vuotiaat olisivat jatkossakin hyvä kohderyhmä Hämeenlinnassa sen takia, että Suomessa kertynee jatkossakin kokemusta etenkin näistä ikäluokista.

6.5.2 Henkilöstö

Sosiaali ja terveysministeriön työryhmän määritelmän mukaan ennalta ehkäisevät kotikäynnit tekee sosiaali- tai terveydenhuollon ammattilainen (Ikäneuvo-työryhmä 2008). Jensenin katsauksen mukaan vaikuttavuutta näyttäisi olevan juuri niillä kotikäyntiohjelmilla, joissa kotikäyntien tekijät ovat terveydenhuollon ammattilaisia (Jensen 1997). On helppo uskoa, että terveydenhuollon asiantuntemus parantaa ennalta ehkäisevien kotikäyntien tuloksia. Hämeenlinnassa ennalta ehkäisevien kotikäyntien suorittaminen oli kotisairaanhoidajien tehtävä.

6.5.3 Kotikäynnin sisältö

Moniulotteisuus on tutkimusnäytön valossa keskeistä, jotta ennalta ehkäisevät kotikäynnit olisivat vaikuttavia (Stuck ym. 2002, Toljamo ym. 2005, Huss ym. 2008). Kotikäyntien tehon on ajateltu perustuvan siihen, että lääketieteelliset ja sosiaaliset tarpeet havaitaan ajoissa ja vanhat ihmiset kiinnittävät enemmän huomiota ongelmiinsa, saavat neuvontaa sekä hyödyntävät avunsaantimahdollisuuksiaan tarkoituksenmukaisemmin (Jensen 1997). On myös viitteitä siitä, että mahdollisuus lähettää kotikäynnin vastaanottaja laajalle valikoimalle ulkopuolisia toimijoita edistää vaikuttavuutta (Elkan ym. 2001).

Hämeenlinnan ennalta ehkäisevien kotikäyntien haastattelurungon voidaan todeta muodostavan monipuolisen, moniulotteisen käsityksen vanhan ihmisen tilanteesta. Siinä selvitetään ruumiillista terveyttä (mukaan lukien ravitsemustila ja suun terveys), henkisen terveyden kokemista (esimerkiksi mielialaa koskeva kysymys), sosiaalista tukiverkostoa (mukaan lukien harrastustoiminta) ja jokapäiväistä toimintakykyä (päivittäiset perus- ja välinetoiminnot).

Hämeenlinnan ennalta ehkäisevien kotikäyntien materiaaliin kuuluvasta arjessa selviytymisen profiilista ei ole juuri dokumentaatiota¹³. Helsingin sosiaalitoimen vuoden 2003 toimintakertomuksessa mainitaan, että kotipalvelu kehitti arjessa selviytymisen profiilin, jotta asiakkaiden palvelutarpeesta ja kotona selviytymisestä saataisiin kokonaisvaltaisempi arvio RAVA-toimintakykymittarin ja MMSE:n lisänä (Helsingin kaupungin sosiaalivirasto 2004). Sen avulla on tarkoitus hahmottaa, missä asioissa vanha ihminen selviytyy ja missä asioissa on vaikeuksia, sekä varmistaa, että on kartoitettu kaikki keinot pärjätä kotihoidossa (Rautio ja Tolkki 2003). Arjessa selviytymisen profiili ei kuitenkaan ole tieteellisesti tutkittu mittari.

Testit ovat keino kerätä objektiivista tietoa toimintakyvystä ja tunnistaa riskiryhmiin kuuluvat henkilöt (Keskustelu ja haastattelu kotikäynnin osana. Iäkkäiden neuvontapalvelut ja hyvinvointia edistävät kotikäynnit. www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/neuvontapalvelut/kotikaynnit/kotikaynti/keskustelu).

Pelkkää arviointia ilman yksilöllisiä toimenpiteitä ei voi pitää interventiona (Thomas ja Steinhagen-Thiessen 2004). Hämeenlinnassa ennalta ehkäisevien kotikäyntien osallistujat on ollut mahdollista lähettää monille ulkopuolisille toimijoille. Näiden jatkotoimenpiteiden yksilöllinen harkinta ei kuitenkaan tutkimustulosten perusteella ole aina toteutunut. Jotkut sairaanhoitajat ovat viestittäneet, että heidän kotikäyntien tekemiseksi saamansa ohjeistus on tuntunut riittämättömältä. On epävarmaa, kuinka hyvin kotikäynneillä on tunnistettu mahdollisia puuttumisen kohteita ja reagoitu niihin.

6.5.4 Mahdollisuudet vaikuttaa vanhojen ihmisten hyvinvointiin

Monesta geriatrinen moniulotteisten interventioiden yksittäisestä osatekijästä on vaikea sanoa, onko sillä osuutta intervention vaikuttavuuteen (van Haastregt ym. 2000). On helppo ymmärtää Clarkin kommenttia, että ennalta ehkäisevät kotikäynnit ovat pitkälti sosiaalinen prosessi ja sisältävät monimutkaisen yhdistelmän hallitsemattomia muuttujia (Clark 2001). Ehkä niiden mahdollinen vaikuttavuus johtuu pitkälti tavanomaisista tavoista, joilla niitä tekevät sairaanhoitajat soveltavat asiantuntemustaan vanhojen

¹³ Aikakauslehtien tietokannasta Artosta löytyy vain Raution ja Tolkin artikkeli (2003). Google-haun tuloksena ei ole dokumentaatiota arjessa selviytymisen profiilista, mutta tulosten perusteella kyseinen arviointimenetelmä on laajalti käytössä eri puolilla Suomea.

ihmisten kanssa työskennellessään, tai sairaanhoitajien tarjoamasta psykososiaalisesta tuesta varsinkin mahdollisten seurantakäyntien myötä vahvistuvassa yhteistyössä. Joistain osatekijöistä ja toimenpiteistä on kuitenkin olemassa ainakin suuntaa antavaa tutkimustietoa.

Alkoholin riskikulutukseen on mahdollista puuttua lyhytinterventiolla eli mini-interventiolla¹⁴, jonka on todettu johtavan myös vanhojen ihmisten alkoholinkulutuksen ja siihen liittyvien haittojen vähenemiseen (Aira 2008, 274, Aira 2012). Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut vanhoille ihmisille alkoholinkäytön haittojen arvioimista tukevan Otetaan selvää! -esitteen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006), joka saattaisi olla käyttökelpoinen ennalta ehkäisevien kotikäyntien yhteydessä. THL:n Alkoholiohjelmalla on julkaisuja vanhojen ihmisten alkoholinkulutuksen arvioinnista (Yli 65-vuotiaiden alkoholimittari 2012).

Yleensä vanhojen ihmisten näön heikkoutta on mahdollista hoitaa tuloksettaasti, mutta jostain syystä satunnaistetuissa kliinisissä kokeissa ei ole voitu osoittaa näön seulonnan oireettomilta vanhoilta ihmisiltä parantavan heidän näkönsä (Smeeth ja Iliffe 1998). Toisaalta toiminnallisen näön arviointi on osa kaatumisriskin arviointia, ja kaatumisia on mahdollista ehkäistä tietynlaisilla kotikäynti-interventioilla (Clemson ym. 2008). Ennalta ehkäisevät kotikäynnit Hämeenlinnassa (tai yleensäkin Suomessa) eivät keskity kaatumisen riskitekijöihin eivätkä tarjoa kaatumisriskiin nähden riittävää asiantuntemusta ja seuranta voidakseen todella vaikuttaa merkittävästi kaatumisriskiin.

Yksinäisyyden on todettu olevan yhteydessä vanhojen ihmisten psykososiaalisiin ongelmiin, mielenterveyden häiriöihin ja ruumiillisiin ongelmiin (Holwerda ym. 2012). Amsterdamilaisessa tutkimuksessa todettiin yksinäisyyden tunteita olevan 27 %:lla naisista ja 12 %:lla miehistä, mutta vain miehillä yksinäisyyden tunne oli yhteydessä suurempaan kuolleisuuteen riippumatta objektiivisista sosiaalisen eristäytyneisyyden mittareista (kuten yksin asumisesta ja yhteisöllisen tuen puuttumisesta) (Holwerda ym. 2012). Hawtonin ym. tutkimuksen mukaan sosiaalisella eristäytymisellä on kliinisesti merkittävä itsenäinen yhteys vanhojen ihmisten terveydentilaan ja terveyteen liittyvään elämänlaatuun (Hawton ym. 2011). Yksinäisyyteen puuttuvilla interventioilla voisi siis olla merkittävää vaikutusta.

14 Mini-interventio tarkoittaa alkoholinkäytön puheeksi ottamista, riskeistä keskustelua ja tilanteen seuraamista (Aira 2008, 274).

Psykososiaalisen ryhmäkuntoutuksen on osoitettu parantavan yksinäisyydestä kärsivien vanhojen ihmisten psykososiaalista hyvinvointia ja vähentävän terveystalvelujen käyttöä (Pitkälä ym. 2005). Eräs ryhmäkuntoutuksen muoto, Vanhustyön keskusliiton piirissä kehitetty Ystäväpiiri-toiminta, vähensi osallistujien yksinäisyyden kokemista (Jansson 2012).

Muistioireisiin on monia mahdollisia syitä, myös hoidettavissa olevia, ja oireiden syy tuleekin selvittää (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2010). Tässä tutkimuksessa todettiin, että ennalta ehkäisevien kotikäyntien vastaanottajista joka kymmenes koki muistivaikeuksia. Kognitiivista suorituskkyä testattiin MMSE:llä, joka on laajalti käytetty ja kognitiivista heikentymistä luotettavasti havaitseva seulontatyökalu (Koivunen 2011, 24). Toisaalta lievässä dementiaassa ja lievissä kognitiivisissa häiriöissä sen erottelukyky on liian heikko (Pulliainen ym. 2007): useimmat, joilla on lievää kognitiivista heikentymistä, saavat 25–30 pistettä eli normaalin tuloksen (Koivunen 2011, 24). Kun herää epäily muistioireista, on henkilö syytä ohjata muistihoitajan tai lääkärin alkuarvioon. Alkuarvioon kuuluu Käypä hoito -suosituksen mukaan muistikysely potilaalle ja läheiselle sekä CERAD¹⁵, mielialan arviointi ja omatoimisuuden arviointi (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2010). Mielialan arviointiin soveltuu ennalta ehkäisevällä kotikäynnillä tehtävä GDS-testi, ja myös omatoimisuuden arviointiin (päivittäiset perus- ja välinetoiminnot) lienee kotikäynnin yhteydessä hyvät mahdollisuudet. Tulisi vain kehittää tapa välittää kotikäynnillä tehdyt havainnot ja testitulokset muistiselvittelyä tekeväälle ammattilaiselle.

Suun terveys on tärkeä puuttumisen kohde, sillä se on vahvasti yhteydessä vanhojen ihmisten terveyteen ja hyvinvointiin, muun muassa diabeteksen hoitotasapainoon, ravitsemustilaan ja systeemiin sairauksiin. Suurin riski vanhan ihmisen suun terveydelle on suun kuivuus, joka voi johtua esimerkiksi lääkkeistä. Suun terveyteen puuttumisen keinoihin kuuluvat opastus suuhygienian omahoitoon, ravintoneuvonta ja ammattilaisen säännöllisesti suorittama tutkimus ja hoito. (Komulainen ja Hämäläinen 2008, 233–45, Lambert ja Tepper 2010) Jää pohdittavaksi, pystyvätkö ennalta ehkäiseviä kotikäyntejä tekevät hoitajat antamaan tarvittavaa opastusta vai jääkö heidän roolikseen huolehtia, että kotikäynnin vastaanottaja käy hammaslääkärin tai suuhygienistin vastaanotolla. Lienee aiheellista varmistaa, että kotikäyntien tekijät

¹⁵ CERAD on laaja kognitiivista suorituskkyä mittaava tehtäväsarja, johon kuuluu MMSE:n lisäksi useita muita tehtäviä ja jolla todetaan luotettavasti jo lievä dementia (Pulliainen ym. 2007).

tietävät suun kuivuuden vaativan puuttumista.

6.5.5 Kotikäyntien määrä

Hämeenlinnassa kuten yleisestikin Suomessa on tarjottu yksi kotikäynti kohderyhmään kuuluvaa ihmistä kohti. Tällaisen järjestelyn vaikuttavuudesta ei ole tutkimusnäyttöä. Jensenin (1997) katsauksen mukaan vain vuotta tiheämmät seurantavälit näyttävät olevan vaikuttavia. Stuckin ym. (2002) mukaan tarvittaisiin jopa keskimäärin yhdeksän seurantakäyntiä, jotta kotikäyntiohjelmalla olisi vaikuttavuutta pitkäaikaishoitoon joutumisen vähentämisessä. Myönteiset vaikutukset toimintakykyyn todetaan saman meta-analyysin mukaan tutkimuksissa, joihin kuuluu moniulotteinen arviointi ja seuranta. Myös THL:n sivustolla todetaan, että ”mahdollisuudet vaikuttaa iäkkään toimintakykyyn jäävät rajallisiksi”, kun kotikäynnit järjestetään kertaluontoisina, ja on suositeltavaa järjestää vähintään yksi seurantakäynti tai muu seuranta (Kotikäyntien organisointi. Iäkkäiden neuvontapalvelut ja hyvinvointia edistävät kotikäynnit. www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/neuvontapalvelut/kotikaynnit/suunnittelu/organisointi).

Voidaan pohtia, olisiko seurantakäyntien tekemisessä yksinkertaisesti kyse intervention ”annoksen lisäämisestä”. Ehkä yksittäiselläkin ennalta ehkäisevällä kotikäynnillä on vaikuttavuutta, mutta vaikuttavuus muuttuu merkittäväksi tai tilastollisesti merkitseväksi vasta annoksen eli seurantakäyntien määrän noustessa riittävän korkeaksi. Ennalta ehkäisevät kotikäynnit ovat kuitenkin sosiaalinen prosessi, ja kirjallisuudessa mainitaan kotikäyntien mahdolliseksi vaikuttavaksi ominaisuudeksi suhteen luominen terveydenhuoltohenkilöstön ja kotikäynnin vastaanottajan välille (Jensen 1997) ja hoidon jatkuvuus (Markle-Reid ym. 2006). Ainakin tällaisten sosiaalisten tekijöiden osalta seurantakäynnit voivat mahdollisesti tuoda interventioon ulottuvuuden, joka siltä yksittäisen kotikäynnin tapauksessa puuttuisi tyystin.

6.6 Lisätutkimuksen tarve

Kuten monet tutkijat ovat todenneet, ymmärtämys eri tekijöiden merkityksestä ennalta ehkäisevien kotikäyntien vaikuttavuudelle on vielä puutteellista. Uusi tutkimustieto ennalta ehkäisevien kotikäyntien optimaalisesta järjestämisestä edistäisi

kotikäyntiohjelmien tavoitteiden saavuttamista ja antaisi entistä paremman oikeutuksen resurssien myöntämiseen sellaisille ohjelmille.

Käytännössä kaikki ennalta ehkäisevien kotikäyntien vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta koskeva tutkimus on tehty ulkomailla. Suomen muista maista poikkeava palvelujärjestelmä heikentää ulkomaalaisten tutkimusten sovellettavuutta Suomeen (Toljamo ym. 2005). Suomalainen vaikuttavuustutkimus antaisi vastauksia, joita oletettavasti kaivataan lukuisissa ennalta ehkäiseviä kotikäyntejä järjestävissä kunnissa. Esimerkiksi seurannan vaikuttavuus ja tarvittu seurantatiheys olisivat relevantteja tutkimuksen kohteita.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

7.1 Kohderyhmän toimintakyky ja terveydentila

Useimpien vanhojen, kotona asuvien hämeenlinnalaisten terveys ja toimintakyky olivat varsin hyvät. Miltei kaikki arvioivat terveydentilansa vähintään tyydyttäväksi, ja harvoilla oli mitään vaikeuksia päivittäisissä perustoiminnoissa. Joiltakuilta todennäköisesti löydettiin ennalta ehkäisevillä kotikäynneillä puuttumista vaativia ongelmia, joihin ei ollut aiemmin kiinnitetty huomiota, ja useimmille sovittiin jatkotoimenpiteitä.

7.2 Monipuolisen arvioinnin toteutuminen

Hämeenlinnan ennalta ehkäisevien kotikäyntien haastattelurunko muodostaa monipuolisen, moniulotteisen käsityksen vanhan ihmisen tilanteesta. Arvioinnin tarkentamisessa testein on ainakin osittain käytetty henkilökohtaista harkintaa. Monesti jäi kuitenkin epäselväksi, miksi testi oli päätetty tehdä tai jättää tekemättä joillekuille. Eräs erityisen poikkeuksellinen käytäntö oli, että seulontaosiosta ja varsinaisesta arviointiosiesta koostuvan ravitsemustilan arviointitestin (MNA) seulontaa ei ollut tehty kuin murto-osalle tutkituista, vaikka yleisesti ottaen seulonnat tehdään lähtökohtaisesti kaikille.

7.3 Jatkotoimenpiteiden sopiminen

Kaikille Hämeenlinnan ennalta ehkäisevien kotikäyntien vastaanottajille ei ole tehty henkilökohtaista arviointia jatkotoimenpiteiden tarpeesta.

7.4 Käytännöt suhteessa näyttöön

Hämeenlinnan ennalta ehkäisevien kotikäyntien kohderyhmä on valittu niin, että kotikäynneillä on mahdollista saavuttaa vaikuttavuutta. Ennalta ehkäisevillä kotikäynneillä on näytön perusteella mahdollista saavuttaa vaikuttavuutta, olipa kohderyhmäksi valittu 75- tai 80-vuotiaat.

Vaikuttavuuden keskeisesti vaatima moniulotteisuus on saavutettavissa Hämeenlinnassa käytetyn kotikäyntien rungon avulla.

Hämeenlinnan ennalta ehkäisevien kotikäyntien vastaanottajille ei ole järjestetty seurantaa. Tutkimusnäytön mukaan ennalta ehkäisevät kotikäynnit eivät ilman seurantaa ehkäise toimintakyvyn heikkenemistä tai pitkäaikaishoitoon joutumista huomattavasti tai kliinisesti merkittävästi.

8 KEHITTÄMISEHDOTUKSET

8.1 Tavoitteellisuus

Hämeenlinnassa on vuonna 2009 todettu, että vanhojen ihmisten terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tavoitteita ovat toimintakyvyn ylläpitäminen, kotona pärjääminen, syrjäytymisen ehkäisy ja turvattomuuden väheneminen. Ennaltaehkäisyn merkityksenä on pidetty toimintakyvyn heikkenemistä ruokkivan kierteen pysäyttämistä väliintulolla. (Tuovi Sohlberg, henkilökohtainen tiedonanto)

Tämän tutkimuksen tulosten ja kirjallisuuskatsauksen johdosta ehdotetaan, että Hämeenlinnassa muotoiltaisiin tarkat tavoitteet sille, mitä ennalta ehkäisevillä kotikäynneillä jatkossa toivotaan tavoitettavan. Mikäli toivotaan toimintakyvyn ylläpitoa ja pitkäaikaishoitoon joutumisen ehkäisyä, on vaikuttavuuden saavuttamiseksi nykyisen tutkimustiedon perusteella järjestettävä seuranta. Mikäli kotikäyntien tavoitteena on vain ”sosiaalinen hyvä”, voidaan toimintaa jatkaa aikaisempaan tapaan. Joka tapauksessa lienee välttämätöntä arvioida, ovatko toiminnan kustannukset hyväksyttäviä suhteessa siihen, mitä toiminnalla voidaan odottaa saavutettavan.

8.1.1 Seurannan toteuttaminen

Hämeenlinnassa ennalta ehkäiseviä kotikäyntejä on tarjottu yksi kullekin vanhalle ihmiselle, eikä seurantakäyntejä ole järjestetty. Seuranta on kuitenkin meta-analyysien perusteella vaikuttavuuden keskeinen osatekijä, joten sitä on ehdotettava. Mikäli resurssit eivät riitä useiden kotikäyntien tekemiseksi yhdelle ihmiselle, voitaisiin pohtia sitä, olisiko mahdollista seurata valikoituja ihmisiä esimerkiksi puhelimitse¹⁶.

¹⁶ Markle-Reidin ym. (2006) suosituksissa säännöllinen puhelinyhteys on mainittu vaihtoehtona seurantakäynneille. Huss ym. (2008) toteavat, että seuranta on joissain kotikäyntiohjelmassa toteutettu puhelimitse. Heidän meta-analyysissään käsitellyistä tutkimuksista kahdessa (Hébert ym. 2001, Mahoney ym. 2007) oli puhelinseuranta; niissä intervention ensisijaista tavoitetta ei saavutettu, mutta siitä ei voi vetää pitkälle meneviä johtopäätöksiä tutkimusasetelmien erojen vuoksi. Myös THL:n verkkosivuilla puhelinseuranta mainitaan vaihtoehtona seurannan järjestämiseksi (Kotikäyntien organisointi. Iäkkäiden neuvontapalvelut ja hyvinvointia edistävät kotikäynnit. www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/neuvontapalvelut/kotikaynnit/suunnittelu/organisointi).

Yhteydenotoilla voitaisiin esimerkiksi varmistua siitä, että sovitut jatkotoimenpiteet ovat toteutuneet, elämäntapaneuvontaa on noudatettu tai henkilökohtaisia tavoitteita on saavutettu.

8.1.2 Laatuöskentely

Tavoitteiden muotoilemisen jälkeen suositellaan laatuöskentelyä, jossa seurataan mihin ennalta ehkäisevien kotikäyntien suorittaminen johtaa. Laatuöskentelyn pitäisi olla luonteeltaan jatkuvaa (Outinen ym. 1994, 17). Laatuöskentelyssä tulisi kaikkien palvelulinjaan osallistuvien olla mukana (Outinen ym. 1994, 93), ja asiakaslähtöisessä työskentelyssä kutsutaan mukaan myös asiakas, siis palvelun ostaja tai sen käyttäjä (Outinen ym. 1994, 94). Laatuöskentelyssä valitut parannustoimenpiteet on suositeltavaa toteuttaa PDCA-syklin mukaisesti (Outinen ym. 1994, 96).

8.2 Kotikäyntien tekijöiden perehdytys

Koska on epävarmaa, ovatko ennalta ehkäisevien kotikäyntien tekijät Hämeenlinnassa olleet perillä kotikäyntien tavoitteista ja haastattelun eri aiheiden merkityksestä tavoitteiden saavuttamiselle, ehdotetaan heidän perehdyttämistään. Erityisesti tulisi varmistua siitä, että kotikäyntien tekijät osaavat tehdä kaikki testit, tulkita niiden tulokset ja harkita testien ja muiden havaintojen perusteella jatkotoimenpiteet. Kotisairaanhoidtajina kotikäyntien tekijät todennäköisesti tietävät, miten ennalta ehkäisevien kotikäyntien tavoitetta, kotona asumisen tukemista, voidaan käytännön toimenpitein edistää.

8.3 Strukturoidun haastattelulomakkeen kehittäminen

Hämeenlinnassa käytetyn ennalta ehkäisevien kotikäyntien haastattelulomakkeen todettiin tässä tutkimuksessa olleen puutteellinen, joten sitä ei nykymuotoisena kannata käyttää tulevaisuudessa. Eräs vaihtoehto olisi parhailaan valmisteilla oleva valtakunnalliseen käyttöön tarkoitettu uusi hyvinvointia edistävien kotikäyntien haastattelulomake.

Olisi tärkeää, että haastattelulomake tukisi asianmukaista arviointien ja

jatkoimenpiteiden kohdentamista. Esimerkiksi Tampereella vanhoille ihmisille tehdyissä Terve80!-terveystarkastuksissa (Lauri Seinelä, henkilökohtainen tiedonanto) ja Löfqvistin ym. (2012) tutkimuksessa strukturoidun haastattelun eri vastausvaihtoehdot olivat ”laukaisimia”, joista seurasi tiettyjä ennalta sovittuja lisäselvityksiä ja jatkoimenpiteitä. Tällainen ratkaisu voisi yhtenäistää käytäntöjä ja helpottaa toimenpiteiden kohdentamista.

LÄHTEET

Aira M. Iäkkäät ja alkoholi. Kirjassa: Hartikainen S ja Lönnroos E, toim. Geriatria : arvioinnista kuntoutukseen. 1.–2. painos. Helsinki: Edita 2008, s. 267–76.

Aira M. Iäkkäiden alkoholinkäytön riskit. Suom Lääkäril 2012;67:409–12.

Aira M ja Haarni I. Iäkkäiden suhtautuminen alkoholin käytöstä kysymiseen. Suom Lääkäril 2010;65:579–85.

Bouman A, van Rossum E, Ambergen T, Kempen G ja Knipschild P. Effects of a home visiting program for older people with poor health status: a randomized, clinical trial in the Netherlands. JAGS 2008;56:397–404.

Bula CJ, Berod AC, Stuck AE ym. Effectiveness of preventive in-home geriatric assessment in well functioning, community-dwelling older people: Secondary analysis of a randomized trial. J Am Ger Soc 1999;47:389–95.

Byles JE. A thorough going over: evidence for health assessments for older persons. Aust N Z J Public Health 2000;24:117–23.

Clark J. Preventive home visits to elderly people. Their effectiveness cannot be judged by randomised controlled trials. BMJ 2001;323:708.

Clemson L, Mackenzie L, Ballinger C, Close JCT ja Cumming RG. Environmental interventions to prevent falls in community-dwelling older people. J Aging Health 2008;20:954–71.

Egger M. Commentary: when, where, and why do preventive home visits work? BMJ 2001;323:724–5.

Elkan R, Kendrick D, Dewey M, ym. Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. BMJ 2001;323:719–25.

Elkan R ja Kendrick D. What is the effectiveness of home visiting or home-based support for older people? Kööpenhamina: WHO Regional Office for Europe 2004. www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/74696/E83105.pdf

Fletcher A ja Bulpitt C. Studies reviewed have methodical flaws. BMJ 2000;321:512.

Fletcher AE, Price GM, Ng ESW ym. Population-based multidimensional assessment of older people in UK general practice: a cluster-randomised factorial trial. Lancet 2004;364:1667–77.

Fänge A ja Ivanoff SD. The home is the hub of health in very old age: Findings from the ENABLE-AGE Project. Arch Gerontol Geriatr 2009;48:340–5.

Hawton A, Green C, Dickens AP ym. The impact of social isolation on the health status and health-related quality of life of older people. Qual Life Res 2011;20:57–67.

Hébert R, Robichaud L, Roy PM ym. Efficacy of a nurse-led multidimensional preventive programme for older people at risk of functional decline. A randomized controlled trial. *Age Ageing* 2001;30:147–53.

Heikkilä T. Tilastollinen tutkimus. 5., uudistettu painos. Helsinki: Edita 2004.

Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Helsingin sosiaalitoimen toimintakertomus 2003. Helsinki: Helsingin kaupunki 2004.

Holwerda TJ, Beekman ATF, Deeg DJH ym. Increased risk of mortality associated with social isolation in older men: only when feeling lonely? Results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *Psychological Medicine* 2012;42:843–53.

Huss A, Stuck AE, Rubenstein LZ, Egger M ja Clough-Gorr KM. Multidimensional preventive home visit programs for community-dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2008;63:298–307.

Häkkinen H. Ehkäisevät kotikäynnit vanhuksille : kuntakyselyn tulokset sekä kotimaisia ja ulkomaisia käytäntöjä. 1. painos. Helsinki: Suomen Kuntaliitto 2002.

Häkkinen H ja Holma T. Ehkäisevä kotikäynti : tuki vanhuksen kotona selviytymiselle : valtakunnallisen kehittämishankkeen tulokset ja kokemukset. Helsinki: Suomen kuntaliitto 2004.

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto 2008.

Ikäneuvo-työryhmä. Neuvonta- ja palveluverkosto ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistäjänä. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:24. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.

Immonen S, Valvanne J ja Pitkälä KH. Prevalence of at-risk drinking among older adults and associated sociodemographic and health-related factors. *JNHA* 2011;15:789–94.

Immonen S. Perspectives on alcohol consumption in older adults. Väitöskirja. Helsingin yliopisto 2012.

Jansson A toim. Psykososiaalinen ryhmätoiminta ikäihmisten yksinäisyyden lievittäjänä. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto 2012.

Jensen GR. Forebyggende hjemmebesøg til ældre mennesker. En vurdering af kontrollerede interventionsstudier. *Ugeskr Laeger* 1997;159:6358–61.

Jylhä M. Kiehtova pitkäikäisyys, torjuttu vanhuus. *Duodecim* 2006;122:1137–8.

Kerkstra A, Castelein E ja Philipsen H. Preventive home visits to elderly people by community nurses in The Netherlands. *J Adv Nurs* 1991;16:631–7.

- Kivenne K ja Pyyhkälä-Pajunen M. Ehkäisevät kotikäynnit vanhuksille – seurantatutkimus 80-vuotiaille ehkäisevän kotikäynnin vastaanottaneille nurmijärveläisille. Opinnäytetyö. Diakonia-ammattikorkeakoulu 2002.
- Koivunen J. Mild cognitive impairment and early detection of Alzheimer's disease : a positron emission tomography study. Väitöskirja. Turun yliopisto 2011.
- Komulainen K ja Hämäläinen P. Suun terveydenhoito. Kirjassa: Hartikainen S ja Lönnroos E, toim. Geriatria : arvioinnista kuntoutukseen. 1.–2. painos. Helsinki: Edita 2008, s. 227–46.
- Konttinen E. Ennaltaehkäisevät kotikäynnit turvaamassa vanhusten kotona selviytymistä. Opinnäytetyö. Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010.
- Kukkola N. Ennaltaehkäisevät kotikäynnit Enonkoskella 80 vuotta täyttäneiden arvio terveydestään, toimintakyvystä ja kotona asumisesta. Opinnäytetyö. Mikkelin ammattikorkeakoulu 2011.
- Laitalainen E, Helakorpi S ja Uutela A. Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys keväällä 2009 ja niiden muutokset 1993–2009. Raportti 30/2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010.
- Lambert NM ja Tepper LM. Prevention of oral disease for long-term care and homebound elderly. NYSDJ 2010 Aug–Sep;76:42–45.
- Löfqvist C, Eriksson S, Svensson T ja Iwarsson S. First steps towards evidence-based preventive home visits: experiences gathered in a Swedish municipality. J Aging Res 2012;2012:352942. www.hindawi.com/journals/jar/2012/352942/
- Mahoney JE, Shea TA, Przybelski R ym. Kenosha County Falls Prevention Study: A randomized, controlled trial of an intermediate-intensity, community-based multifactorial falls intervention. J Am Geriatr Soc 2007;55:489–98.
- Markle-Reid M, Browne G, Weir R, Gafni A, Roberts J ja Henderson SR. The effectiveness and efficiency of home-based nursing health promotion for older people: a review of the literature. Med Care Res Rev 2006;63:531–69.
- Muistisairaudet [verkkodokumentti]. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2010 [päivitetty 13.8.2010]. www.kaypahoito.fi.
- Nissilä S. ”Oma koti kullaa kallis” – ennaltaehkäisevät kotikäynnit 75-vuotiaille Alavieskassa. Opinnäytetyö. Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulu 2009.
- Outinen M, Holma T ja Lempinen K. Laatu ja asiakas : laatutyöskentely sosiaali- ja terveysalalla. Werner Söderström Osakeyhtiö 1994.
- Pitkälä K, Routasalo P, Kautiainen H ym. Psykososiaalisen ryhmäkuntoutuksen vaikuttavuus. Tutkimusraportti 11. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto 2005.

Pulliainen V, Hänninen T, Hokkanen L ym. Muistihäiriöiden seulonta - suomalaiset normit CERAD-tehtäväsarjalle. *Suom Lääkäril* 2007;62:1235–41.

Raula U. Ehkäisevät kotikäynnit ikäihmisille Lapin kunnassa. Opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu 2009.

Rautio M ja Tolkki P. Arjessa selviytymisen profiili vanhusten huollon uudeksi työvälineeksi. *Sosiaaliturva* 17/2003.

Rubenstein LZ ja Rubenstein LV. Multidimensional geriatric assessment. Kirjassa: Fillit H, Rockwood K, Woodhouse KW ja Brocklehurst JC, toim. Brocklehurst's textbook of geriatric medicine and gerontology. Philadelphia: Saunders Elsevier 2010, s. 211–7.

Rubenstein LZ ja Stuck AE. Preventive home visits for older people: Defining criteria for success. *Age Ageing* 2001;30:107–9.

Sahlen KG, Dahlgren L, Hellner BM, Stenlund H ja Lindholm L. Preventive home visits postpone mortality – a controlled trial with time-limited results. *BMC Public Health* 2006;6:220.

Sahlen KG, Löfgren C, Hellner BM ja Lindholm L. Preventive home visits to older people are cost-effective. *Scand J Public Health* 2008;36:265–71.

Smeeth L ja Iliffe S. Effectiveness of screening older people for impaired vision in community setting: systematic review of evidence from randomised controlled trials. *BMJ* 1998;316:660–3.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Otetaan selvää! Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2006:6. Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.

Stolee P. Measuring outcomes of multidimensional interventions. Kirjassa: Fillit H, Rockwood K, Woodhouse KW ja Brocklehurst JC, toim. Brocklehurst's textbook of geriatric medicine and gerontology. Philadelphia: Saunders Elsevier 2010, s. 245–71.

Stuck AE, Beck JC ja Egger M. Preventing disability in elderly people. *Lancet* 2004;364:1641–2.

Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE ja Beck JC. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. *JAMA* 2002;287:1022–8.

Stuck AE, Minder CE, Peter-Wuest I, ym. A randomized trial of in-home visits for disability prevention in community-dwelling older people at low and high risk for nursing home admission. *Arch Intern Med* 2000;160:977–86.

Thomas HP ja Steinhagen-Thiessen E. Prävention von Behinderung im Alter. *Internist* 2004;45:189–96.

Tilastokeskus. Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestörakenne [verkkojulkaisu]. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu 2.5.2012]. www.stat.fi/til/vaerak/tau.html

- Tilvis R. Vanhukset sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kirjassa: Tilvis R, Pitkälä K, Strandberg T, Sulkava R ja Viitanen M, toim. Geriatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2010, s. 63–71.
- Toljamo M, Haverinen R, Finne-Soveri H ym. Ehkäisevien kotikäyntien vaikutus iäkkäiden toimintakykyyn. Systemaattisiin kirjallisuuskatsauksiin perustuva menetelmäärvio. FinSoc Arviointiraportteja 4/2005. Helsinki: STAKES 2005.
- Tremellen J. Assessment of patients aged over 75 in general practice. *BMJ* 1992;305:621–4.
- Turunen R. Hyvinvointia edistävät kotikäynnit 75-vuotiaille. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu 2011.
- Valtioneuvoston kanslia. Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia 2011. www.vn.fi/hallitus/hallitusohjelma/pdf332889/fi.pdf
- van Haastregt JCM. Author's reply. *BMJ* 2000;321:513.
- van Haastregt JC, Diederiks JP, van Rossum E, de Witte LP ja Crebolder HF. Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. *BMJ* 2000;320:754–8.
- van Rossum E, Frederiks CMA, Philipson H, Portengen K, Wiskerke J ja Knipschild P. Effects of preventive home visits to elderly people. *BMJ* 1993;307:27–32.
- Vass M, Avlund K, Hendriksen C, Philipson L ja Riis P. Preventive home visits to older people in Denmark--why, how, by whom, and when?. *Z Gerontol Geriatr* 2007;40:209–16.
- Vass M, Avlund K, Kvist K, Hendriksen C, Andersen CK ja Keiding N. Structured home visits to older people. Are they only of benefit for women? A randomised controlled trial. *Scand J Prim Health Care* 2004;22:106–111.
- Vuorisalmi M. Examining self-rated health in old age - a methodological study of survey questions. Väitöskirja. Tampereen yliopisto 2007.
- Väyrynen R. Ikääntyneiden palvelut 2010 – Kuntakyselyn osaraportti. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011.
- Yli 65-vuotiaiden alkoholimittari [verkkodokumentti]. 2. painos. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012 [siteerattu 5.5.2013]. www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/ohjelmat/alkoholiohjelma/julkaisut/ammattilaisille/yli_65_vuotiaiden_alkoholimittari

LIITTEET

LIITE 1: Hämeenlinnan ennalta ehkäisevien kotikäyntien strukturoitu haastattelulomake

LIITE 2: Arjessa selviytymisen profiili

LIITE 3: Muuttujaluettelo



KOTIKÄYNNIN HAASTATTELULOMAKE

Ennalta ehkäisevät kotikäynnit

Alueen/kylän nimi _____

Asiakkaan nimi _____

Sukupuoli nainen mies

Syntymävuosi _____

Siviilisääty naimisissa eronnut
 avoliitossa leski
 naimaton

Suostumus

- 1 Suostun siihen, että tällä kotikäynnillä kirjattuja tietoja terveydentilastani voidaan tallentaa Hämeenlinnan koti- ja asumispalveluiden käyttöön ja hyödyntää myöhemmin mahdollisesti tehtävässä hoito- ja palvelusuunnitelmassa.
- 2 Suostun siihen, että kotikäynnin yhteydessä ilmenneistä palvelutarpeista voidaan välittää tieto palveluiden tuottajalle (esim. sosiaali- ja terveydenhuollon viranhaltijalle, seurakuntaan tms.), joka ottaa minuun yhteyttä.
- 3 Suostun myös siihen, että antamani tietoja voidaan käyttää ennalta ehkäisevistä kotikäynneistä tehtävässä yhteenvedossa henkilöllisyyteni paljastumatta.

Päivämäärä

Haastateltavan allekirjoitus ja nimen selvennys

Haastattelijan allekirjoitus ja nimen selvennys



Haastattelurunko kotikäyntiä varten

(tehdään ei palvelujen piirissä oleville 80-vuotiaille)

Lomakkeen asiat käsitellään vapaamuotoisesti niin, että kaikki kohdat tulevat käydä läpi. Noudatetaan asiakkaan tärkeysjärjestystä. Kaikkia asioita ei kysytä, ne jo havaitaan itsekin.

Syntymävuosi _____ nainen _____ mies _____

TAUSTATIEDOT

- 1 Asumismuoto
 - 1 omakotitalossa
 - 2 omakotitalossa haja-asutusalueella
 - 3 rivitalossa
 - 4 hissillisessä kerrostalossa
 - 5 hissittömässä kerrostalossa

- 2 Kenen kanssa asut?
 - 1 puolison kanssa
 - 2 asun omaisen tai muun läheisen kanssa
 - 3 yksin, mutta pihapiirissä omainen/läheinen
 - 4 asuu yksin

- 3 Asuntonne varustetaso? joku/jotkut seuraavista puuttuvat
 - 1 vesijohto
 - 2 lämmin vesi
 - 3 sisä-wc
 - 4 kylpyhuone/suihku
 - 5 keskuslämmitys
 - 6 puhelin
 - 7 asunnossa on kaikki mukavuudet

- 4 Mitä ongelmia on asunnossanne
 - 1 portaat
 - 2 kynnykset
 - 3 hissien puute
 - 4 liukkaat lattiat
 - 5 kaiteiden puute
 - 6 vetoisuus
 - 7 mitä muuta _____
 - 8 ei ongelmia



5 Tarvitseeko asuntoonne muutostöitä?

- 1 ei
2 kyllä, mitä _____

Terveys

6 Millaiseksi arvioitte nykyisen terveydentilanteenne yleisesti?

- 1 erittäin hyvä
2 hyvä
3 tyydyttävä
4 huono
5 erittäin huono

7 Onko Teillä jokin häiritsevä vaiva

- 1 muisti
2 mielenterveys
3 säryt
4 ulostaminen
5 virtsaaminen
6 muu, _____
7 unettomuus

(tehdään muistitesti, MMSE Depresiotesti)

8 Käytättekö jotain lääkettä? (keskustellaan ja ohjataan oikeaan käyttöön)

- 1 kyllä
2 ei
- keskustellaan ja ohjataan oikeaan käyttöön

9 Tupakoittekö

- 1 ei
2 kyllä kpl/päivä _____

10 Käytättekö alkoholia?

- 1 ei
2 päivittäin, mitä _____ annos _____
3 kerran viikossa, mitä _____ annos _____
4 muutaman kerran viikossa, mitä _____ annos _____
- keskustellaan lääkkeiden ja alkoholin yhteisvaikutuksesta,
tupakan ja/tai alkoholin vaikutuksesta olemassa oleviin
sairauksiin, tapaturmariskistä.



- 11 Pystyttekö huolehtimaan asioista kodin ulkopuolella (esim. kauppa, pankki yms. asiat)
- 1 kyllä vaikeuksitta
 - 2 kyllä, vaikeuksin mutta ilman apua
 - 3 kyllä, jos joku auttaa
 - 4 en, miksi _____
- 12 Kuinka usein ulkoilette?
- 1 päivittäin
 - 2 noin kerran viikossa
 - 3 muutaman kerran kuukaudessa
 - 4 harvemmin
 - 5 en ollenkaan
 - 6 mikä estää? voisiko apuväline, avustaja auttaa?
- 13 Miten pystytte peseytymään?
- 1 vaikeuksitta
 - 2 vaivalloisesti ilman apua
 - 3 on ongelmia, mutta en saa apua
 - 4 vain toisen avustamana
 - mietittävä tarvittavia apuvälineitä
 - 5 missä tarvitsette apua _____
- 14 Miten pystytte pukeutumaan?
- 1 vaikeuksitta
 - 2 vaivalloisesti ilman apua
 - 3 on ongelmia, mutta en saa apua
 - 4 vain toisen avustamana
 - mietittävä tarvittavia apuvälineitä
 - 5 missä tarvitsette apua _____
- 15 Miten pysytte käymään wc:ssä
- 1 vaikeuksitta
 - 2 vaivalloisesti ilman apua
 - 3 on ongelmia, mutta en saa apua
 - 4 vain toisen avustamana
 - mietittävä tarvittavia apuvälineitä
 - 5 missä tarvitsette apua _____



Turvallisuus, sosiaaliset suhteet

- 16 Oletteko iloinen ja tyytyväinen elämäänne?
1 kyllä, tuntee itsensä onnelliseksi ja on tyytyväinen elämäänsä
2 kyllä, tuntee itsensä yleensä onnelliseksi
3 tuntee itsensä aika ajoin onnettomaksi
4 tuntee itsensä hyvin onnettomaksi, että ei pidä elämäänsä arvokkaana
5 tuntee itsensä niin onnettomaksi, että ei pidä elämäänsä arvokkaana (tarvittaessa depressiotesti)
- 17 Tunnetteko olonne turvalliseksi kodissanne
1 erittäin turvalliseksi
2 melko turvalliseksi
3 en osaa sanoa
4 melko turvattomaksi, miksi? _____
5 erittäin turvattomaksi, miksi? _____
- 18 Kuinka usein tunnette itsenne yksinäiseksi?
1 en koskaan
2 harvoin
3 usein
4 lähes aina
5 en osaa sanoa
- 19 Kuinka usein Te yleensä (kotona tai muualla) tapaatte sukulaisianne, tuttavianne tai ystäviänne?
1 päivittäin/lähes päivittäin
2 noin kerran viikossa
3 muutamia kertoja kuukaudessa
4 harvemmin
- 20 Jos ette voi riittävästi tavata sukulaisianne, tuttavianne tai ystäviänne, niin mitkä asiat estävät?



- 21 Oletteko mukana harrastustoiminnassa?
1 eläkeläisten toiminnassa
2 seurakunnan toiminnassa
3 opiston toiminnassa
4 muu, mikä? _____
5 en ole mukana missään harrastustoiminnassa

- 22 Jos ette ole mukana, niin mikä estää?
1 oma liikkumisen vaikeus
2 en jaksa
3 kulkuyhteydet
4 ei ole kiinnostavaa toimintaa
5 liian kallista
6 tarvitsisin avustajan kulkemiseen
7 muu syy, mikä? _____

Aistit; näkö ja kuulo

- 23 Onko näköenne heikentynyt
1 ei
2 kyllä, miten? _____

- 24 Mitkä seuraavista vastaa näkökykyänne?
1 näen lukea ilman silmälaseja
2 näen lukea silmälasien kanssa
3 näen lukea suurennuslasia tai muuta apuvälinettä käyttämällä
4 en pysty lukemaan ollenkaan
5 en pysty katsomaan televisiota

- 25 Onko kuulonne heikentynyt?
1 ei
2 kyllä, miten (mistä huomaatte, mitä ette kuule)?

- 26 Kuuletteko seuraavat äänet?

kyllä en ei ole/en käytä

- 1 ovikello
2 puhelinsoitto
3 puhelinkeskustelu
4 herätyskello
5 palovaroitin
6 TV, radio
7 normaali puhe



- 27 Millaisia aterioita nautitte tavallisesti arkipäivisin
1 = en mitään
2 = pelkkiä juomia
3 = kylmä ateria (leipä, salaatti, pulla, viili, jogurtti yms.)
4 = lämmin ateria (liha-, kalaruoat, puurot yms.)

Aamiaisaikaan	1	2	3	4
Lounasaikaa	1	2	3	4
Päivällisaikaan	1	2	3	4

- 28 Kuinka monta kupillista/lasillista erilaisia juomia (maito, kahvi, tee, vesi, virvoitusjuomat, kotikalja) nautitte päivässä? _____

- suositeltava määrä noin 6 lasillista, keskustelua juomisen tärkeydestä ja toisaalta iäkkäiden vähäisestä janon tunteesta.

Syöttekö mielestänne monipuolisesti? (keskustelua yleensä ruokailusta ja ravitsemuksesta)

- 29 Kuka yleensä hankkii ja valmistaa ruoan?
1 itse
2 omainen
3 ateriapalvelu
4 muu _____

Hampaat

- 30 Pysyttekö syömään normaalisti
- 1 pystyn pureskelemaan kaikenlaista ruokaa, myös raakoja hedelmiä ja vihanneksia
 - 2 joudun valikoimaan ruokani sen mukaan mitä pestyyn pureskelemaan
 - 3 pureskelu ongelmien vuoksi voin syödä vain sosemaista tai liemiruokaa
 - 4 mikäli Teillä on pureskelu ongelmia, ympäröikää seuraavista parhaiten kuvaava vaihtoehto:
 - 1 omat hampaani on mielestäni huonokuntoiset
 - 2 omien hampaiden määrä on vähäinen
 - 3 hammasproteesini istuvuus on huono
 - 4 minulla ei ole hampaita
 - 5 pureskeleminen aiheuttaa minulle kipuja hampaiden, suun ja/tai leukojen alueelle
 - 5 suuni tuntuu kuivalta
 - 6 harjatessa tulee ikenistä verta
 - 7 kuinka usein vaihdatte hammasharjanne? _____



Jatkotoimenpiteet

31 Jatkotoimenpiteet

Haastateltavan nimi ja puhelinnumero

Kotikäynnin päivämäärä _____

Ehkäisevän kotikäynnin suoritti _____

	Haastateltava ottaa itse yhteyttä	Haastattelija ottaa yhteyttä	Jos asia jo hoidettu: miten ja milloin?
Omalääkäriin tai muu lääkäri			
Omahoitajaan/terveydenhoitajaan Kotisairaanhoidtaja/vastaanoton sairaanhoidtaja			
Kotipalveluun			
Tukipalveluihin			
Sosiaalityöntekijään			
Asunnon muutostöiden arviointiin			
Kunnan päiväkeskukseen/päivätoimintaan			
Muu kerhotoiminta			
Seurakuntaan			
Vapaaehtoistoiminnan keskukseen/vapaaehtoistoimijaan			
Yksityiseen palvelutuottajaan			
Muuhun, mihin?			
Hammaslääkäri			
Silmälääkäri/kuntoutusohjaaja			
Korvalääkäri/kuntoutusohjaaja/oma kuulonhuolto palvelu			
Fysioterapeutti/toimintaterapeutti			

Lyhyt yhteenveto käynnistä tehdään Efficään tiivistelmäledelle.


ARJESSA SELVIITYMISEN PROFIILI

Päivämäärä

Asiakkaan nimi	Henkilötunnus
----------------	---------------

Arjessa selviytymistä kartoittavat tekijät:

Pisteet	1. Ruokahuolto
<input type="checkbox"/> 2	Käy itse kaupassa, pystyy itse laittamaan ruokaa ja syömään.
<input type="checkbox"/> 1	Tarvitsee apua kaupassa käynnissä. Pystyy itse laittamaan ruokaa tai lämmittämään valmiin ruoan ja syömään.
<input type="checkbox"/> -1	Pystyy itse syömään, kun ruoka tuodaan ja laitetaan tarjolle
<input type="checkbox"/> -2	Ei pysty itse syömään tai huolehtimaan syömisestään huonon muistin tai psyykkisen sairauden takia tai kärsii esimerkiksi aliravitsemustilasta.

Pisteet	2. Henkilökohtainen hygienia ja kodinhoito
<input type="checkbox"/> 2	Huolehtii itse henkilökohtaisesta hygieniasta, pyykinpesusta, vuoteensijauksesta ja siivouksesta.
<input type="checkbox"/> 1	Selviytyy itse henkilökohtaisesta hygieniasta, mutta tarvitsee apua esimerkiksi pyykinpesuun ja/tai siivoukseen.
<input type="checkbox"/> -1	Tarvitsee säännöllisesti apua pesuissa, mutta selviytyy yleensä itsenäisesti WC-käynneistä.
<input type="checkbox"/> -2	Ei selviä pesuista eikä WC-käynneistä tai tuhrii usein tai tarvitsee apua usein myös öisin.

Pisteet	3. Asumisolosuhteet
<input type="checkbox"/> 2	Asuinympäristö toimiva ja pääsee halutessaan itsenäisesti ulos.
<input type="checkbox"/> 1	Asuinympäristö kohtuullinen ja/tai hissittömyys vaikeuttaa, muttei estä täysin liikkumista.
<input type="checkbox"/> -1	Asuinympäristö ei ole toimiva. Esimerkiksi pääsee vain autettuna asunnosta ulos tai pesu ja/tai WC-tila hankalat, mutta mahdollisesti asunnon muutostöillä korjattavissa.
<input type="checkbox"/> -2	Pesu ja/tai WC-tilojen puutteet tekevät kotihoidon mahdottomaksi eikä korjausmahdollisuutta ole. Asunnossa ei voi asua tai uhkana on asunnon menetyks.

Pisteet	4. Taloudellinen tilanne
<input type="checkbox"/> 2	Selviää omilla tuloillaan. Taloudellisessa tilanteessa ei näytä olevan ongelmia.
<input type="checkbox"/> 1	Selviää omilla tuloillaan, kun etuudet, kuten asumistuki tai eläkkeensaajan hoitotuki haettu.
<input type="checkbox"/> -1	Taloudellisia vaikeuksia, kun suuria menoja, esimerkiksi sairauskuluja.
<input type="checkbox"/> -2	Toimeentulotuen tarvetta. Mahdollisesti velkaantunut tai rahat eivät tunnu riittävän edes ruokaan.

Pisteet	5. Turvallisuuden tunteen kokeminen
<input type="checkbox"/> 2	Elämäänsä tyytyväinen, positiivinen elämään suhtautuminen.
<input type="checkbox"/> 1	Kokee olonsa turvalliseksi, koska luottaa saavansa apua tarvittaessa, esimerkiksi turvpuhelimella.
<input type="checkbox"/> -1	Ajoittaista turvattomuutta, ahdistusta, levottomuutta tai alakuloa. Voi hakea turvaa, esimerkiksi soittelemalla ja/tai päivystyspalveluja käyttämällä tms.
<input type="checkbox"/> -2	Pelko, ahdistus tai masennus haittaavat jokapäiväistä elämää. Esimerkiksi voi takertua muihin ihmisiin, on itsemurhariski tms.

Pisteet	6. Ulkoinen elämänhallinta
<input type="checkbox"/> 2	Aktiivinen elämäntilanteessaan, esimerkiksi harrastuksia, sosiaalisia suhteita.
<input type="checkbox"/> 1	Passiivisen oloinen, muttei erityisiä ongelmiaakaan.
<input type="checkbox"/> -1	Ajoittain ongelmia, esimerkiksi huonon muistin, päihteidenkäytön, masentuneisuuden tai muiden psyykkisten oireiden takia.
<input type="checkbox"/> -2	Vaaraksi itselleen tai ympäristölleen: esimerkiksi eksynyt toistuvasti lähiympäristössä tai aiheuttanut tulipalovaaran tai päihteidenkäyttö tai lääkkeiden käyttämättömyys vaarantaa voimakkaasti selviytymistä tai ei pysty itse tarvittaessa hälyttämään apua.



Pisteet	7. Käytännön asioiden hoito
<input type="checkbox"/> 2	Selviää itsenäisesti, huolehtii itse raha-asioiden hoidosta ja asioinneista.
<input type="checkbox"/> 1	Selviytyy itse asioiden hoidosta, esimerkiksi kuljetustuen turvin tai omaisten tai muiden tuttavien auttamana.
<input type="checkbox"/> -1	Ei selviä itsenäisesti, tarvitsee viranomaisten tukea asiointiin. Pystyy antamaan valtakirjan.
<input type="checkbox"/> -2	Ei selviä itsenäisesti eikä ymmärrä asioiden hoidon merkitystä. Voi olla hyväksikäyttöä tai sen vaara auttamistilanteissa. Tarvitsee mahdollisesti edunvalvojan.

Pisteet	8. Ihmissuhteet
<input type="checkbox"/> 2	Sosiaalinen verkosto toimii: läheinen tai läheisiä, joihin hyvät suhteet ja joilta saa tukea.
<input type="checkbox"/> 1	Sosiaalinen verkosto on. Tyytyväinen elämäntilanteeseensa, vaikka olisi paljon yksinkin.
<input type="checkbox"/> -1	Sosiaalinen verkosto on heikko. Esimerkiksi hoitava läheinen on väsynyt, läheiset esittävät hyvin ristiriitaisia näkökantoja keskenään tai asiakkaan kanssa tämän hoidosta. Asiakas kokee itsensä ajoittain yksinäiseksi.
<input type="checkbox"/> -2	Sosiaalista verkostoa ei ole tai se on lakannut. Voi olla esimerkiksi kaltoin kohtelua tai epäilyksiä tai jonkinlainen kriisitilanne.

Arjessa selviytymisen profiili:

Merkitse ensin rastit niihin ruutuihin, jotka vastaavat edellä valitsemiasi vaihtoehtoja. Voit piirtää profiilin laittamalla viivat rastittamiesi ruutujen välille. Mikäli piirrat viivat tietokoneella, sinun on poistettava lomaketiedoston suojaus ja valittava Wordin piirto-ominaisuus komennolla Työkalut – Mukauta – Piirto

2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8
-1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 = Voimavaroja – selviytyy itsenäisesti.

1 = Selviytyy itsenäisesti tai tukipalvelujen tai yksityisten palveluntuottajien tai etuuskien turvin

-1 = Tarvitsee apua. Tehdään tilanteen arviointi ja tarvittaessa hoito- ja palvelusuunnitelma.

-2 = Tarvitaan tilanteen selvittäminen. Yhteydenotto, esimerkiksi lääkäriin tai sosiaalityöntekijään.

Lastijan allekirjoitus

LIITE 3: Muuttujaluettelo

Muuttujan nimi	Arvot, koodaus
lomakenro	<i>Lomakenumero koostuu alueen tunnuksesta, joka on kirjain, sekä sitä seuraavasta juoksevasta numerosta.</i>
vvvv	<i>Kotikäynnin suorittamisvuosi muodossa vvvv; joko jatkotoimenpide-sivulta tai jostain muusta lomakkeesta, jossa on päiväys (tyhjä) = tietoa ei löytynyt</i>
k	<i>Kotikäynnin suorittamiskuukausi (1–12); joko jatkotoimenpide-sivulta tai jostain muusta lomakkeesta, jossa on päiväys (tyhjä) = tietoa ei löytynyt</i>
p	<i>Kotikäynnin suorittamispäivän numero; joko jatkotoimenpide-sivulta tai jostain muusta lomakkeesta, jossa on päiväys (tyhjä) = tietoa ei löytynyt</i>
alue	<i>Sama kuin lomakenro-muuttujan alussa A = Renko B, C = Jukola D, E, F = Kauriala G, H = Myllymäki I = Ojoinen J, K = Kalvola L, M, N, O, P, Z = Keskusta Q, R = ent. Aulangontien tiimi S, T = Idänpää U = Tuulos V, W = Lammi X, Y = Hauho</i>
sukupuoli	<i>0 = "nainen" 1 = "mies" -1 = ei tietoa ensimmäisellä sivulla eikä muissa papereissa</i>
syntymävuosi	<i>Syntymävuoden kaksi viimeistä numeroa -1 = ei tietoa ensimmäisellä sivulla eikä muissa papereissa</i>
Asumismuoto	
asumismuoto	<i>1 = "omakotitalossa" 2 = "omakotitalossa haja-asutusalueella" 3 = "rivitalossa" 4 = "hissillisessä kerrostalossa" 5 = "hissittömässä kerrostalossa" -1 = ei ole merkitty mitään vaihtoehtoa</i>
Kenen kanssa asut?	
kanssa-asuja	<i>1 = "puolison kanssa" 2 = "asun omaisen tai muun läheisen kanssa" 3 = "yksin, mutta pihapiirissä omainen/läheinen" 4 = "asuu yksin"</i>

-1 = ei ole merkitty mitään vaihtoehtoa

Asuntonne varustetaso? joku/jotkut seuraavista puuttuvat

Seuraavissa muuttujissa

0 = vaihtoehto ympyröimättä

1 = vaihtoehto ympyröity (eli varuste puuttuu)

-1 = ei ole merkitty mitään vaihtoehtoa, ei edes "asunnossa on kaikki mukavuudet"

Muutamassa lomakkeessa oli ympyröity viisi tai kaikki kuusi puutetta ja mahdollisesti lisäksi "asunnossa on kaikki mukavuudet"; tällaisissa tapauksissa puutteet on koodattu 0, koska vaihtoehdot on ilmeisesti vahingossa ympyröity käänteisesti.

varuste_vesijohto "vesijohto"
varuste_lämminvesi "lämmin vesi"
varuste_wc "sisä-wc"
varuste_kph "kylpyhuone/suihku"
varuste_lämmitys "keskuslämmitys"
varuste_puh "puhelin"
varuste_kaikki "asunnossa on kaikki mukavuudet"

Mitä ongelmia on asunnossanne

Seuraavissa muuttujissa

0 = vaihtoehto ympyröimättä

1 = vaihtoehto ympyröity (eli on ongelma)

-1 = ei ole merkitty mitään vaihtoehtoa, ei edes "ei ongelmia"

ongelma_portaat "portaat"
ongelma_kynnykset "kynnykset"
ongelma_hissi "hissin puute"
ongelma_lattia "liukkaat lattiat"
ongelma_kaide "kaiteiden puute"
ongelma_vetoisuus "vetoisuus"
ongelma_muul 1 = "mitä muuta" -kohtaan on kirjoitettu jokin avoin vastaus
ongelma_ei "ei ongelmia"

Tarvitseeko asuntoon muutostöitä?

muutostarve 1 = vaihtoehto "ei" on ympyröity
2 = vaihtoehto "kyllä, mitä" on ympyröity
-1 = ei ole merkitty kumpaakaan vaihtoehtoa

muutos1 (tyhjä) = ei avointa vastausta
1 = jokin avoin vastaus

muutos2 (tyhjä) = ei toista avointa vastausta
1 = jokin toinen avoin vastaus

Tähän kysymykseen vastattiin korkeimmillaan kaksi muutostyötä, joten muuttujia on kaksi.

Millaiseksi arvioitte nykyisen terveydentilanne yleisesti?

terveys 1 = "erittäin hyvä"
 2 = "hyvä"
 3 = "tydyttävä"
 4 = "huono"
 5 = "erittäin huono"
 -1 = ei ole merkitty mitään vaihtoehtoa

Onko Teillä jokin häiritsevä vaiva

Seuraavissa muuttujissa

0 = vaihtoehto ympyröimättä

1 = vaihtoehto ympyröity (eli on vaiva)

-1 = ilmeisesti jätetty vastaamatta eli koko sivu on tyhjä tai puuttuu

vaiva_muisti "muisti"

vaiva_mieli "mielenterveys"

vaiva_säryt "säryt"

vaiva_ulostaminen "ulostaminen"

vaiva_virtsa "virtsaaminen"

vaiva_unettomuus "unettomuus"

vaiva_muu1 *Muuttujia avoimen kysymyksen "muu" vastauksille*

vaiva_muu2 11 = vatsavaivat

12 = huimaus

vaiva_muu3 20 = TULE-kipu (sis. selkävaiva, myalginen reumasairaus, nimetty TULE:n osa/ruumiinosa ilman oireen nimeämistä)
 21, 22 = spesifinen nivelsairaus (vastauksesta käy ilmi nivelrikko tai -reuma; tekonivelen aiheuttama vaiva ei sisälly tähän)

30 = sydänsairaus tai rintatuntemukset

31 = hengityselimistön oireet, yskä, astma, keuhkohtaumatauti

1 = muu

-1 = ilmeisesti jätetty vastaamatta eli koko sivu on tyhjä tai puuttuu

Seuraavissa muuttujissa

0 = kyseistä vaivaa merkitsevää arvoa ei ole muuttujissa

vaiva_muu1, vaiva_muu2 tai vaiva_muu3

1 = kyseistä vaivaa merkitsevä arvo on muuttujassa

vaiva_muu1, vaiva_muu2 tai vaiva_muu3

-1 = vaiva_muu1-muuttujassa on arvo -1

vatsavaiva arvo 11

huimausvaiva arvo 12

TULEvaiva arvo 20

nivelvaiva arvo 21 tai 22

sydänvaiva arvo 30

hengitysvaiva arvo 31

muuvaiva arvo 1

Käytättekö jotain lääkettä?

lääke 1 = *kyllä*
 2 = *ei*
 -1 = *ei vastausta*

Tupakoiteteke

tupakka 1 = *ei*
 2 = *kyllä*
 -1 = *ei vastausta*

tupakkakpl *Avoin vastaus kohtaan "kpl/päivä". Jos on annettu jokin väli (esim. 10–15), on otettu ääriarvojen keskiarvo. Jos vastaus on annettu askeina, on muutettu kappaleiksi kertoimella 20 kpl / aski. Muuttujan arvo on pyöristetty kokonaisluvuksi. Jos muuttujan tupakka arvo on 1, tässä on 0.*

Käytättekö alkoholia?

Seuraavissa muuttujissa

0 = *kyseessä olevaa vaihtoehtoa ei ole ympyröity*

-1 = *laatua tai annosten määrää koskevassa muuttujassa ei ole asianmukaista tietoa, vaikka kyseessä oleva kohta on ympyröity*

Jos tähän osioon ei ole ympyröity mitään vaihtoehtoa eikä kirjoitettu mitään, kaikissa muuttujissa on -1.

Jos mitään vaihtoehtoista ei ole ympyröity, mutta kohtaan on kirjoitettu esim. "harvoin", kaikissa muuttujissa on 0, koska mikään vaihtoehto ei päde.

alkoholi_ei 1 = *vaihtoehto "ei" on ympyröity*

alkoholi_päivittäin 1 = *vaihtoehto "päivittäin" on ympyröity*

alko_päivittäin_laatu *Avoin vastaus kohtaan "päivittäin, mitä". Olen tulkinut, mihin seuraavista vaihtoehtoista ilmoitettu alkoholijuoma kuuluu (esim. "olut" 4, "viina" 1).*

-1 = *ei vastausta*

1 = *väkevät (enemmän kuin 21 til-%)*

2 = *miedot liköörit (15–21 %)*

3 = *miedot viinit (8–14 %)*

4 = *miedot (alle 8 %)*

5 = *useita*

alko_päivittäin_annos *Avoin vastaus annosten lukumääräksi. Jos on annettu jokin väli (esim. 1–2), on otettu ääriarvojen keskiarvo. Jos vastaus on annettu tilavuutena, on muutettu annoksiksi kertoimilla 1 annos / 33 cl mietoja; 1 annos / 12 cl mietoja viinejä; 1 annos / 8 cl mietoja likööreitä; 1 annos / 4 cl väkeviä. Muuttujan arvo on pyöristetty kokonaisluvuksi.*

alko_kerta_vko 1 = *vaihtoehto "kerran viikossa" on ympyröity*

alko_kerta_vko_laatu *kuten alko_päivittäin_laatu*

alko_kerta_vko_annos *kuten alko_päivittäin_annos*

alko_muutama 1 = *vaihtoehto "muutaman kerran viikossa" on ympyröity*

alko_muutama_laatu *kuten* alko_päivittäin_laatu
 alko_muutama_annos *kuten* alko_päivittäin_annos

Pystyttekö huolehtimaan asioista kodin ulkopuolella (esim. kauppa, pankki yms. asiat)

asiointi 1 = *"kyllä, vaikeuksitta"*
 2 = *"kyllä, vaikeuksin mutta ilman apua"*
 3 = *"kyllä, jos joku auttaa"*
 4 = *"en, miksi"*
 -1 = *ei ole merkitty mitään vaihtoehtoa*

asiointi_syy 1 = *jokin avoin vastaus on kirjoitettu*
 (tyhjä) = *ei avointa vastausta*

Kuinka usein ulkoilette?

ulkoilu 1 = *"päivittäin"*
 2 = *"noin kerran viikossa"*
 3 = *"muutamana kerran kuukaudessa"*
 4 = *"harvemmin"*
 5 = *"en ollenkaan"*
 6 = *"mikä estää? voisiko apuväline, avustaja auttaa?" (Tätä ei ilmeisesti ole tarkoitettu vaihtoehdoksi vaikkakin se on numeroitu kuten vastausvaihtoehdot. Yhdessä lomakkeessa numero onkin ympyröity, joten koodasin sen vaihtoehdoksi.)*
 -1 = *ei ole merkitty mitään vaihtoehtoa*

Miten pystytte peseytymään?

pesu 1 = *"vaikeuksitta"*
 2 = *"vaivalloisesti ilman apua"*
 3 = *"on ongelmia, mutta en saa apua"*
 4 = *"vain toisen avustamana"*
 5 = *"missä tarvitsette apua" (Tätä ei ilmeisesti ole tarkoitettu vaihtoehdoksi vaikkakin se on numeroitu kuten vastausvaihtoehdot. Kahdessa lomakkeessa numero onkin ympyröity, joten koodasin sen vaihtoehdoksi.)*
 -1 = *ei ole merkitty mitään vaihtoehtoa*

pesu_avuntarve 1 = *on kirjoitettu jokin avoin vastaus kysymykseen "missä tarvitsette apua"*
 (tyhjä) = *ei avointa vastausta*
 -1 = *edelliseen ei ole merkitty mitään vaihtoehtoa*

Miten pystytte pukeutumaan?

pukeutuminen 1 = *"vaikeuksitta"*
 2 = *"vaivalloisesti ilman apua"*
 3 = *"on ongelmia, mutta en saa apua"*
 4 = *"vain toisen avustamana"*
 5 = *"missä tarvitsette apua" (Tätä ei ilmeisesti ole tarkoitettu vaihtoehdoksi vaikkakin se on numeroitu kuten vastausvaihtoehdot. Kahdessa lomakkeessa numero onkin ympyröity, joten koodasin sen vaihtoehdoksi.)*
 -1 = *ei ole merkitty mitään vaihtoehtoa*

pukeutuminen_avuntarve 1 = *on kirjoitettu jokin avoin vastaus kysymykseen "missä*

ve tarvitsette apua"

(tyhjä) = ei avointa vastausta

-1 = edelliseen ei ole merkitty mitään vaihtoehtoa

Miten pystytte käymään WC:ssä

wc 1 = "vaikeuksitta"

2 = "vaivalloisesti ilman apua"

3 = "on ongelmia, mutta en saa apua"

4 = "vain toisen avustamana"

-1 = ei ole merkitty mitään vaihtoehtoa

wc_avuntarve 1 = on kirjoitettu jokin avoin vastaus kysymykseen "missä tarvitsette apua"

(tyhjä) = ei avointa vastausta

-1 = edelliseen ei ole merkitty mitään vaihtoehtoa

Oletteko iloinen ja tyytyväinen elämäänne?

iloinen 1 = "kyllä, tuntee itsensä onnelliseksi ja on tyytyväinen elämäänsä"

2 = "kyllä, tuntee itsensä yleensä onnelliseksi"

3 = "tuntee itsensä aika ajoin onnettomaksi"

4 = "tuntee itsensä hyvin onnettomaksi, että ei pidä elämäänsä arvokkaana"

5 = "tuntee itsensä niin onnettomaksi, että ei pidä elämäänsä arvokkaana (tarvittaessa depressiotesti)"

-1 = ei ole merkitty mitään vaihtoehtoa

Tunnetteko olonne turvalliseksi kodissanne

turvallisuus 1 = "erittäin turvalliseksi"

2 = "melko turvalliseksi"

3 = "en osaa sanoa"

4 = "melko turvattomaksi, miksi?"

5 = "erittäin turvattomaksi, miksi?"

-1 = ei ole merkitty mitään vaihtoehtoa

turvallisuus_syy 1 = kysymyksen vaihtoehtoon 4 tai 5 on kirjoitettu jokin avoin vastaus

(tyhjä) = ei avointa vastausta

Kuinka usein tunnette itsenne yksinäiseksi?

yksinäisyys 1 = "en koskaan"

2 = "harvoin"

3 = "usein"

4 = "lähes aina"

5 = "en osaa sanoa"

-1 = ei ole merkitty mitään vaihtoehtoa

Kuinka usein Te yleensä (kotona tai muualla) tapaatte sukulaisianne, tuttavianne tai ystäviänne?

tapaaminen 1 = "päivittäin tai lähes päivittäin"

2 = "noin kerran viikossa"

3 = "muutamia kertoja kuukaudessa"

4 = "harvemmin"

-1 = ei ole merkitty mitään vaihtoehtoa (tai on merkitty useita)

Jos ette voi riittävästi tavata sukulaisianne, tuttavianne tai ystäviänne, niin mitkä asiat estävät?

tapaaminen_syy1 1 = jokin avoin vastaus
(tyhjä) = ei avointa vastausta

tapaaminen_syy2 1 = jokin toinen avoin vastaus
(tyhjä) = ei toista avointa vastausta

Oletteko mukana harrastustoiminnassa?

Seuraavissa muuuttujissa
0 = vaihtoehto ympyröimättä
1 = vaihtoehto ympyröity
-1 = ei ole merkitty mitään vaihtoehtoa, ei edes "en ole mukana missään harrastustoiminnassa"

harrastus_eläkeläiset "eläkeläisten toiminnassa"
harrastus_srk "seurakunnan toiminnassa"
harrastus_opisto "opiston toiminnassa"
harrastus_ei "en ole mukana missään harrastustoiminnassa"

harrastus_muu1 Muuttujia avoimen kysymyksen "muu, mikä?" vastauksille
harrastus_muu2 11 = kerhot (sis. kuoro), yhdistykset, järjestöt, kansalaistoiminta (esim. maanpuolustus)
harrastus_muu3 12 = puutarhan tai kasvimaan hoito, pihatyöt
21 = uimahalli/uiminen tai vesijuoksu
22 = voimistelu tai jumppa tai vesijumppa
23 = kuntosali
20 = muu liikunta (sis. ulkoilu)
30 = luontoharrastus (sis. marjastus, sienestys, kalastus)
31 = metsästys tai hirviporukka
1 = muu

Jos ette ole mukana, niin mikä estää?

Seuraavissa muuuttujissa
0 = vaihtoehto ympyröimättä
1 = vaihtoehto ympyröity
-1 = ilmeisesti jätetty vastaamatta eli koko sivu on tyhjä tai puuttuu

harrastussyy_liikkuminen "oma liikkumisen vaikeus"
harrastussyy_jaksaminen "en jaksa"
harrastussyy_kulkuyhteydet "kulkuyhteydet"
harrastussyy_kiinnostus "ei ole kiinnostavaa toimintaa"
harrastussyy_kallis "liian kallista"
harrastussyy_avustaja "tarvitsisin avustajan kulkemiseen"
harrastussyy_muu 0 = ei avointa vastausta
1 = jokin avoin vastaus

Onko näköne heikentynyt

näköheikentynyt 1 = "ei"
 2 = "kyllä, miten?"
 -1 = ei vastausta

Mikä seuraavista vastaa näkökykyänne?

Seuraavissa muuttujissa
 0 = vaihtoehto ympyröimättä
 1 = vaihtoehto ympyröity
 -1 = ilmeisesti jätetty vastaamatta

näkö_ilmanlaseja "näen lukea ilman silmälaseja"
 näkö_lasein "näen lukea silmälasien kanssa"
 näkö_suurennuslasi "näen lukea suurennuslasia tai muuta apuvälinettä käyttämällä"
 näkö_ei "en pysty lukemaan ollenkaan"
 näkö_ei_tv "en pysty katsomaan televisiota"

Onko kuulonne heikentynyt?

kuulo 1 = "ei"
 2 = "kyllä, miten (mistä huomaatte, mitä ette kuule?)"
 -1 = ei vastausta

Kuuletteko seuraavat äänet?

Seuraavissa muuttujissa
 1 = "kyllä"
 0 = "en"
 2 = "ei ole/en käytä"
 -1 = ei vastausta

ääni_ovikello "ovikello"
 ääni_puhelin "puhelinsoitto"
 ääni_puhelu "puhelinkestustelu"
 ääni_herätysklo "herätyskello"
 ääni_palovaroitin "palovaroitin"
 ääni_tv "TV, radio"
 ääni_puhe "normaali puhe"

Millaisia aterioita nautitte tavallisesti arkipäivisin

Seuraavissa muuttujissa
 1 = "en mitään"
 2 = "pelkkiä juomia"
 3 = "kylmä ateria (leipä, salaatti, pulla, viili, jogurtti yms.)"
 4 = "lämmän ateria (liha-, kalaruoat, puurot yms.)"
 -1 = ei vastausta

aamiainen "Aamiaisaikaan"
 lounas "Lounasaikaan"
 päivällinen "Päivällisaikaan"

Kuinka monta kupillista/lasillista erilaisia juomia (maito, kahvi, tee, vesi, virvoitusjuomat, kotikalja) nautitte päivässä?

juomat *Avoin vastaus kupillisten/lasillisten määräksi. Jos on annettu jokin tilavuus, muunnettu laseiksi kertoimella 1 lasi / 0,2 litraa. Jos on kirjoitettu ennen lukua jokin määre kuten "vajaa" tai "yli", tämä määre on jätetty huomiotta. Pyöristetty kokonaisluvuksi.*
-1 = ei vastausta

Kuka yleensä hankkii ja valmistaa ruoan?

Seuraavissa muuttujissa
0 = vaihtoehto ympyröimättä
1 = vaihtoehto ympyröity
-1 = ilmeisesti jätetty vastaamatta

ruoanhankkija_itse *"itse"*
ruoanhankkija_omainen *"omainen"*
n
ruoanhankkija_palvelu *"ateriapalvelu"*
ruoanhankkija_muut *"muu"*

Pystyttekö syömään normaalisti

syömään_norm 1 = *"pystyn pureskelemaan kaikenlaista ruokaa, myös raakoja hedelmiä ja vihanneksia"*
2 = *"joudun valikoimaan ruokani sen mukaan mitä pystyn pureskelemaan"*
3 = *"pureskeluongelmien vuoksi voin syödä vain sosemaista tai liemiruokaa"*
-1 = *ei ole merkitty mitään vaihtoehtoa*

pureskeluongelma 1 = *"omat hampaani on mielestäni huonokuntoiset"*
2 = *"omien hampaiden määrä on vähäinen"*
3 = *"hammasproteesini istuvuus on huono"*
4 = *"minulla ei ole hampaita"*
5 = *"pureskeleminen aiheuttaa minulle kipuja hampaiden, suun ja/tai leukojen alueelle"*
(tyhjä) = *ei ole merkitty mitään vaihtoehtoa eli ei ole puresekeluongelmaa*

kuiva_suu 0 = *vaihtoehto "suuni tuntuu kuivalta" ympyröimättä*
1 = *vaihtoehto "suuni tuntuu kuivalta" ympyröity*
-1 = *ilmeisesti jätetty vastaamatta*

ienverenvuoto 0 = *vaihtoehto "harjatessa tulee ikenistä verta" ympyröimättä*
1 = *vaihtoehto "harjatessa tulee ikenistä verta" ympyröity*
-1 = *ilmeisesti jätetty vastaamatta*

vaihtoväli_kk *Avoin vastaus kysymykseen "kuinka usein vaihdatte hammasharjanne?", vaihtoväli kuukausina. Jos on annettu jokin väli, otettu keskiarvo. Pyöristetty kokonaisluvuksi. Jos ei ole vastattu tai vastaus ei ole numeerinen, muuttujan arvoksi tulee -1.*

Jatkotoimenpiteet

Seuraavissa muuttujissa

1 = "haastateltava ottaa itse yhteyttä"

2 = "haastattelija ottaa yhteyttä"

3 = "jos asia on jo hoidettu: miten ja milloin?"

Mikäli on merkitty sekä "haastateltava ottaa itse yhteyttä" että "haastattelija ottaa yhteyttä", muuttujan arvoksi tulee 2.

-1 = sivu puuttuu tai siinä ei ole mitään merkintöjä eli ei voida tietää, onko päätetty jotain jatkotoimenpiteitä

jatko_omalääkäri	"Omalääkäriin tai muu lääkäri"
jatko_hoitaja	"Omahoitajaan/terveydenhoitajaan, Kotisairaanhoidtaja/vastaanoton sairaanhoitaja"
jatko_kotipalvelu	"Kotipalveluun"
jatko_tukipalvelu	"Tukipalveluihin"
jatko_sosiaalityöntekijä	"Sosiaalityöntekijään"
jatko_muutostyö	"Asunnon muutostöiden arviointiin"
jatko_päivätoiminta	"Kunnan päiväkeskukseen/päivätoimintaan"
jatko_kerho	"Muu kerhotoiminta"
jatko_srk	"Seurakuntaan"
jatko_vapaaehtoistoimija	"Vapaaehtoistoiminnan keskuksen/vapaaehtoistoimijaan"
jatko_palveluntuottaja	"Yksityiseen palveluntuottajaan"
jatko_muu	"Muuhun, mihin?"
jatko_hammaslääkäri	"Hammaslääkäri"
jatko_silmälääkäri	"Silmälääkäri/kuntoutusohjaaja"
jatko_korvalääkäri	"Korvalääkäri/kuntoutusohjaaja/oma kuulonhuolto palvelu"
jatko_fysioterapeutti	"Fysioterapeutti/toimintaterapeutti"

Arjessa selviytymisen profiili

Seuraavissa muuttujissa arvo on arjessa selviytymisen profiilin kyseisen kohdan pistemäärä, joka voi olla -2, -1, 0, 1 tai 2. Jos jonkin kohdan pistemäärä puuttuu, on siinä -99 puuttuvan arvon merkkinä. Jos kyseinen lomake ei edes ollut kotikäyntipapereiden joukossa tai se oli täyttämättä, seuraavilla muuttujilla on tyhjä arvo.

asp1	"1. Ruokahuolto"
asp2	"2. Henkilökohtainen hygienia ja kodinhoito"
asp3	"3. Asumisolosuhteet"
asp4	"4. Taloudellinen tilanne"
asp5	"5. Turvallisuuden tunteen kokeminen"
asp6	"6. Ulkoinen elämänhallinta"
asp7	"7. Käytännön asioiden hoito"
asp8	"8. Ihmissuhteet"

MMSE

mmse *MMSE-testin pistemäärä. Jos ei ole täytetty, muuttujalla on tyhjä arvo.*

GDS

gds-30 *GDS-pisteet mittarin 30-kohtaisessa versiossa.*

gds-15 *GDS-pisteet mittarin 15-kohtaisessa versiossa.*

Ravitsemustilan arviointi - Mini-nutritional assessment

mnaii *Pisteet yhteensä II Arviossa (max. 16)*

mnai *Pisteet yhteensä I Seulonnassa (max. 14). Jos henkilölle on tehty vain seulonta, tässä on arvo mutta mnaii-muuttujassa ei.*

Fyysisen toimintakyvyn testaus

ftt 0 = *jostain kohdasta on tullut hylätty tai lomakkeessa lukee, ettei testiä ole tehty kotikäynnin osallistujasta johtuvasta syystä*

1 = *kaikista kohdista hyväksytty suoritus*

-1 = *lomake puuttuu tai siinä ei ole mitään merkintöjä. Tämä lomake oli mukana liki kaikissa nipuissa, joten käytin -1:ä tyhjänä arvona poikkeuksena muiden testien muuttujista.*
