

Maili Vuoristo

ELINTAPOHJAUKSEN TOIMINTAMALLI
EURAJOEN 65 VUOTTA TÄYTTÄNEILLE

Vanhustyön koulutusohjelma
2019

ELINTAPOHJAUKSEN TOIMINTAMALLI EURAJOEN 65 VUOTTA TÄYTTÄNEILLE

Vuoristo, Maili
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Vanhustyön koulutusohjelma
Elokuu 2019
Sivumäärä: 65
Liitteitä: 3

Asiasanat: elintavat, ikääntyneet, ohjaus, toimintamallit

Tässä opinnäytetyössä kehitettiin Eurajoen kunnan ikääntyneiden hyvinvointia edistäviin palveluihin toimintamalli elintapaohjauksen toteuttamisesta 65 vuotta täyttäneille. Elintapaohjaus oli mukana Sipilän hallituksen kärkihankkeessa, jossa terveyttä ja hyvinvointia edistäviä toimintatapoja pyrittiin levittämään ja juurruttamaan sosiaali- ja terveydenhuollon käytännön työhön.

Ammattilaisten osaamista kehitettiin VESOTE, ”Vaikuttavaa elintapaohjausta sosiaali- ja terveydenhuoltoon poikkihallinnollisesti” -hankkeessa, verkkokoulutuksella, jossa kohderyhmäksi valittiin työikäiset. VESOTE -koulutukseen osallistuminen antoi aiheen tälle työelämälähtöiselle opinnäytetyölle. Kuntien tehtäviin kuuluu kaikenikäisten hyvinvoinnin edistäminen ja opinnäytetyössä haluttiin nostaa esille elintapaohjauksen merkitys erityisesti ikääntyneiden terveyteen ja hyvinvointiin.

Tutkimuksellisessa kehittämistyössä käytettiin monimenetelmäistä tutkimusotetta, jossa aineistoa kerättiin VESOTE -materiaalien lisäksi julkaisuista ja aiemmista tutkimuksista. Teoreettiseen taustaan perehtymällä pyrittiin laajentamaan käsitystä ikääntymisen ja elintapojen suhteesta toisiinsa sekä olemassa olevista elintapaohjauksen toimintamalleista ja niiden vaikuttavuudesta. Aineistoa hankittiin myös benchmarking -menetelmää käyttäen. Kahden eri organisaation elintapaohjauksen käytäntöihin tutustuttiin haastatteleamalla ohjaustyötä tehneitä työntekijöitä.

Toimintatapoja vertailemalla kehitettiin mallia Eurajoen organisaatioon sopivaksi. Toimintamalliin kuvattiin tavoitteen mukaisesti koko asiakasprosessi alusta loppuun asti sekä ohessa luotiin kuvaus hyvinvointineuvojan työstä. Opinnäytetyönä kehitetty elintapaohjauksen toimintamalli otetaan Eurajoen kunnassa käyttöön ikääntyneiden hyvinvointineuvontaan ennaltaehkäisevän vanhustyön palveluissa.

LIFESTYLE COUNSELLING MODEL FOR PEOPLE OVER 65 YEARS OF AGE IN EURAJOKI

Vuoristo, Maili
Satakunta University of Applied Sciences
Degree Programme in Elderly Care
August 2019
Number of pages: 65
Appendices: 3

Keywords: lifestyle, elderly, counselling, operating models

This thesis aims at developing an operating model for the implementation of lifestyle counselling for people aged over 65 in the older population welfare services for the municipality of Eurajoki. Lifestyle counselling was part of the Sipilä Government's key project in which practises promoting health and well-being were disseminated and established into practical work in social and health care.

Health care professionals gained expertise through web-based training in a project called VESOTE, "Effective intersectoral lifestyle counselling in health and social services", which was targeted at the working age group. The author's participation in the VESOTE program gave incentive to this working life-oriented thesis. Municipalities' tasks include the enhancing of wellbeing in all age groups. The importance of lifestyle counselling concerning the health and wellbeing of the elderly was highlighted in this thesis.

Multi-method research approach was adopted when researching the material comprising VESOTE materials, publications and previous studies. Theoretical background was researched in order to broaden the understanding of the relationship between ageing and lifestyles as well as existing lifestyle counselling methods and their effectiveness. Benchmarking was also used when acquiring the material. The lifestyle counselling practises of two different organizations were explored by interviewing the employees involved in the guidance.

By comparing the operating methods, the model was shaped to suit the Eurajoki organization. The whole customer process was described from the outset to the end in the operating model, as was the objective, and a description of the work of a welfare advisor was compiled. The lifestyle counselling model developed through the bachelor's thesis will be implemented in elderly welfare counselling in the municipality of Eurajoki as part of preventive care services.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TOIMINTAYMPÄRISTÖ	7
2.1	Organisaatio	7
2.2	Väestön kehitys.....	8
2.3	Hyvinvointia edistävän ohjauksen nykytila Eurajoella.....	9
3	TEOREETTINEN TAUSTA	10
3.1	Ikääntyneet, hyvinvointi ja terveyden edistäminen	10
3.2	Elintavat ja ennaltaehkäisy	12
3.2.1	Liikunta	15
3.2.2	Ravitsemus	18
3.2.3	Uni	21
3.3	Ohjaus ja neuvonta.....	25
3.3.1	Muutosvaihemalli	27
3.3.2	Motivoiva keskustelu.....	28
3.3.3	SMART- / TARMO -periaate	28
3.4	Tutkimustietoa	29
3.5	VESOTE -hankkeen toteutus Satakunnassa	32
3.6	Toimintamallit ja palveluketjut.....	34
4	KEHITTÄMISTYÖ	37
4.1	Tavoitteet	38
4.2	Kohderyhmä.....	38
4.3	Kehittämistyön menetelmät	39
4.3.1	Rauman toimintamalli	41
4.3.2	Säkylän toimintamalli.....	43
4.3.3	Prosessin ydinkohtien vertailu.....	44
4.4	Eettisyys ja luotettavuus	46
5	ELINTAPOHJAUKSEN EURAJOEN TOIMINTAMALLI.....	48
5.1	Asiakkaiden ohjautuminen palveluun.....	50
5.2	Elintapaohjauksen menetelmät, mittarit ja arviointi	50
5.3	Kirjaaminen.....	51
5.4	Palveluketjun kuvaus	52
5.5	Ohjaustarpeen päätyminen ja toiminnan arviointi	53
5.6	Hyvinvointineuvojan työnkuva ja palvelun tunnetuksi tekeminen.....	53
6	TOIMINTAMALLIN ARVIOINTI.....	54

7 POHDINTA.....	55
LÄHTEET.....	59
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) julkaiseman laatusuosituksen mukaan hyvä elämänlaatu ikääntyessä on laajempi käsite kuin pelkästään terveyden edistäminen tai hoidon ja huolenpidon järjestäminen. Hyvä elämä pitää sisällään myös itsemääräämisoikeuden ja toimivan arjen turvaamisen, joihin pyritään hyvinvoinnin ja terveyden edistämällä ja palvelujen laadun parantamisella. Iäkkäät ihmiset on nähtävä muina-kin kuin sosiaali- ja terveystalouden tarvisijoina ja käyttäjinä. Monipuolisemman vastuunäkemyksen mukaan ihmisen oman vastuun ja yhteiskunnan vastuun pitäisi tukea toisiaan. Ikääntyvä ihminen on voimavarojensa mukaisesti osallistuja ja toimija, joka asettaa itse tavoitteensa, valikoi toimintatapaansa oman kiinnostuksensa mukaan ja arvioi itse omaa toimintaansa. (STM 2017, 13.)

Terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaaminen on yhteiskunnassamme tärkeimpiä varautumistoimia, koska vanhimpiin ikäluokkiin kuuluvien määrä kasvaa ja lisää siten palvelujen tarvetta. Terveellä ikääntymisellä tuetaan työelämässä pysymistä, mahdollistetaan iäkkäiden osallisuutta yhteiskunnassa, parannetaan heidän elämänlaatuaan sekä vähennetään sosiaali- ja terveystalouden tarvetta. Näin vaikutetaan myös julkisen talouden kestävyteen. (STM 2017, 15.)

Elintapaohjaus oli mukana Sipilän hallituksen kärkihankkeessa ”Edistetään terveyttä ja hyvinvointia sekä vähennetään eriarvoisuutta”, jossa vuosina 2017–2018 hyviä toimintatapoja pyrittiin levittämään ja juurruttamaan käytännön työhön maakunnissa. Tähän liittyi myös STM:n rahoittama ja UKK -instituutin hallinnoima VESOTE -hanke, ”Vaikuttavaa elintapaohjausta sosiaali- ja terveydenhuoltoon poikkialueellisesti”, jonka tavoitteena oli vahvistaa ja kehittää elintapaohjausta sosiaali- ja terveydenhuollon palveluketjuissa. (UKK-instituutin www-sivut 2019.)

Terveellinen elämä perustuu riittävään liikuntaan, hyvään ravitsemukseen ja virkistävään uneen. Useimmiten elintapojen muuttamiseen tarvitaan herättelyä ja toteutukseen tukea ulkopuoliselta taholta. Elintapaohjauksen perusta koostuu ammattilaisten osaamisesta, toimivista palvelupoluista ja järjestelmällisestä asiakastyöstä. Ammatillista

osaamista vahvistettiin VESOTE -hankkeen verkkokoulutuksella ja alueellisissa yhteistyöverkostoissa kehitettiin elintapaohjauksen palvelupolkuja. (Larivaara 2018, 3.)

Osallistuin VESOTE -hankkeen täydennyskoulutukseen, joka alkoi syyskuussa 2017 ja päättyi maaliskuussa 2018. Koulutus sisälsi lähikoulutuspäiviä ja itsenäisiä verkko-opintoja liikunnan, ravitsemuksen ja unen aihealueista sekä elintapojen puheeksi ottamisesta ja kirjaamiskäytännöistä. Ajatus elintapaohjauksen ottamisesta opinnäytetyön aiheeksi kehittyi VESOTE -koulutuksen aikana. Valtakunnallisissa hankkeissa kohderyhminä ovat olleet työikäiset. Siksi halusin nostaa opinnäytetyössäni esille elintapaohjauksen merkityksen ja vaikuttavuuden myös ikääntyneiden hyvinvointiin.

Opinnäytetyöni on työelämälähtöinen kehittämistyö, jossa keskitytään elintapaohjauksen toimintamallin kehittämiseen työntekijöiden toiminnan tueksi ja kohderyhmään kuuluvien asiakkaiden tavoittamiseksi. Kohderyhmästä käytetään tässä työssä käsitettä ikääntyneet tai asiakkaat, jolla tarkoitetaan Eurajoen kunnan 65 vuotta täyttäneitä asukkaita.

2 TOIMINTAYMPÄRISTÖ

Tässä luvussa käsitellään elintapaohjauksen toteuttamisen toimintaympäristöä ja resursseja. Toimintaympäristö käsittää puitteet, palvelujen sisällön ja sidosryhmät sekä väestönkehityksen. Nykytilannetta kuvataan hyvinvoinnin edistämisen näkökulmasta poikkihallinnollisesti.

2.1 Organisaatio

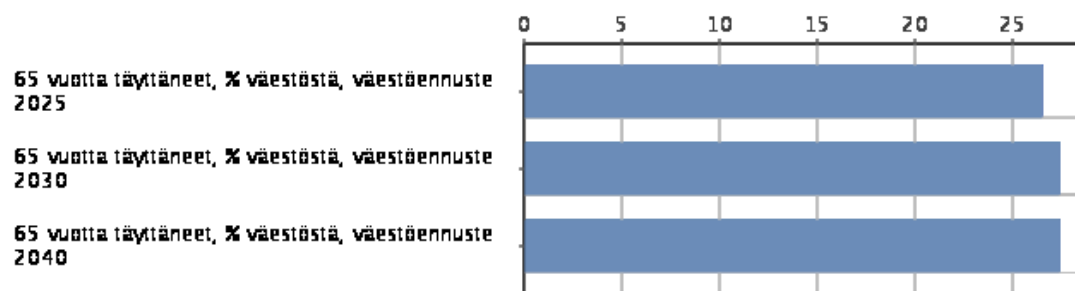
Eurajoki on vireä noin 9400 asukkaan maaseutukunta, joka solmi kuntaliitoksen Luvian kanssa vuoden 2017 alussa. Kunnan yhtenä strategisena tavoitteena on edistää hyvinvointia ja terveyttä. Sosiaali- ja terveystoimessa tuotetaan arkea tukevia hyvinvointipalveluja, joiden tavoitteena on aktiivinen, hyvinvoiva ja omatoiminen kuntalainen. Ikäihmisten kotona asumista tukevia palveluja ovat päiväkeskustoiminta,

kotipalvelu ja siihen liittyvät tukipalvelut, lyhytaikaishoito ja erilaiset harrastustoiminnan muodot sekä terveystalujen kotisairaanhoidon ja kotisairaala. Kunta tarjoaa ikääntyneille eritasoisia asumispalveluja tilapäisestä asumisesta ympärivuorokautiseen. Palvelukeskus Jokisimpukkaan on keskitetty perusterveydenhuollon ja ikääntyneiden asumispalvelujen lisäksi kotona asumista tukevia palveluja monipuolisesti. Palvelukeskuksessa toimii päiväkeskustoiminta, seniorikuntosali, sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijapalveluista koostuva Ikäkeskus Helmi sekä avoin kerhotoiminta ikääntyneille. Kuntaliitoksen jälkeen Luvian keskustaajamassa säilyivät terveystalut, mutta ikääntyneiden ympärivuorokautiset asumispalvelut yksityistettiin. Päivätoimintaa on kunnan omana toimintana tarjolla myös Luvian alueella. (Eurajoen kunnan www-sivut 2018.)

Vanhustyön ennaltaehkäisevissä palveluissa työskentelevät seitsemän erityistyöntekijää edistävät ja tukevat omalla vastualueellaan ikääntyvien toimintakykyä kuntoutuksen, päivätoiminnan ja viriketoiminnan sekä palveluohjauksen keinoin. Asiakslähtöisyys ja tavoitteellisuus edellyttävät toimivaa yhteistyötä asiakkaan, omaisten ja hoitavien tahojen sekä myös kolmannen sektorin kanssa. Kuntoutuksen työntekijät, kaksi fysioterapeuttia ja kuntohoitaja, vastaavat asumispalvelujen ja kotihoidon piirissä olevien asiakkaiden sekä ikääntyneiden omaishoidettavien kuntoutustarpeista. Toiminnanohjaajat järjestävät päiväkeskustoiminnan ohella erilaisia aktiivisia ryhmiä asumispalvelujen piirissä oleville ja kotona asuville. Yksi toiminnanohjaajista koordinoi lisäksi vapaaehtoistyötä kunnan alueella. Palveluohjaaja vastaa omaishoidon tukeen liittyvistä asioista. Ennaltaehkäisevissä palveluissa esimiehenä toimii vanhuspalvelupäällikkö.

2.2 Väestön kehitys

Väestön ikääntyminen on koko maata koskeva tilanne ja näyttäytyy vahvasti myös Eurajoen kunnan väestöennusteessa (Kuvio 1). Koko maan ennusteeseen verrattuna Eurajoella 65 vuotta täyttäneiden osuus arvioidaan noin 1–2 % suuremmaksi tulevina vuosikymmeninä (Sotkanetin www-sivut 2019).



Kuvio 1. Väestöennuste Eurajoella, 65 vuotta täyttäneet (Sotkanetin www-sivut 2019)

2.3 Hyvinvointia edistävän ohjauksen nykytila Eurajoella

Ikääntyville, muille kuin palvelujen piirissä oleville, kohdennettua liikunta- ja hyvinvointineuvontaa ei ole erikseen tarjolla. LiPaKe (Liikuntaneuvonta osana liikunnan palveluketjua) -hankkeessa (Lounais-Suomen Liikunta ja Urheilu ry LiikUn www-sivut 2019) Eurajoella työskennelleen määräaikaisen liikunta- ja hyvinvointineuvojan työsuhde päättyi vuoden 2016 lopussa. LiPaKe -työn ensisijaisena kohderyhmänä Eurajoella olivat neuvolan asiakkaat, lisäksi neuvontaa kohdennettiin kunnan henkilöstöön ja osin myös ikäihmisiin (Helminen 2016, 21).

Vapaa-aikapalvelujen liikuntaneuvoja vastaa koko kunnan alueesta ja toimii liikunta- ja palvelujen asiantuntijana ja käytännön toteuttajana sekä koordinoi ja suunnittelee toimintoja. Elintapoihin liittyvää neuvontaa hän antaa pääasiassa ryhmien ohjaamisen yhteydessä, erillistä työaikaa neuvonnalle ei ole. Vapaa-aikapalvelujen työntekijä ei myöskään tietosuojan vuoksi voi käyttää terveydenhuollon potilastietojärjestelmää, jolloin neuvonnan kohteena olevan asiakkaan tietoja ei voi tarkastella tai niihin kirjata.

Tämän opinnäytetyön tekijä työskentelee Eurajoen vanhustyön ennaltaehkäisevissä palveluissa kuntohoitajana ja koulututtui VESOTE -koulutuksessa vuosina 2017–2018 elintapaneuvojaksi. Eurajoen perusterveydenhuollon työfysioterapeutti koulututtui SATALIPAKE -liikunnan palveluketju -hankkeen (Satakunnan maakuntauudistuksen www-sivut 2019) koulutuksessa vuoden 2018 aikana HYTE-valmentajaksi. Yhteiseksi nimikkeeksi valittiin hyvinvointineuvoja. Kummankin työntekijän työstä osa on käytettävissä hyvinvointia edistävään ohjaustyöhön. Tämän toiminnan asiakasprosessia ei kuitenkaan ole suunnitelmallisesti aiemmin kuvattu.

3 TEOREETTINEN TAUSTA

Opinnäytetyöni keskeisiä Yleisen suomalaisen asiansaston (YSA) mukaisia käsitteitä ovat ikääntyneet, hyvinvointi, terveyden edistäminen, elintavat, liikunta, ravitsemus, uni, ohjaus, toimintamallit, palveluketjut (Finton www-sivut 2019). Tässä luvussa tutkitaan käsitteiden merkitystä teoretiedon ja aiempien tutkimusten perusteella elintapaohjauksen toimintamallin kehittämiseksi. Eri näkökulmista aiheeseen perehtymällä pyritään laajentamaan käsitystä ikääntymisen ja elintapojen merkityksestä ja suhteesta toisiinsa sekä elintapaohjauksen jo olemassa olevista toimintamalleista ja menetelmistä ja niiden vaikuttavuudesta.

3.1 Ikääntyneet, hyvinvointi ja terveyden edistäminen

Vanhenemiseen liittyy vähitellen lisääntyviä biologisia muutoksia ja elintoimintojen hidastumista. Yksittäistä selkeää syytä vanhenemiseen ei lukuisista teorioista huolimatta ole pystytty osoittamaan. Kullakin lajilla on sille ominainen elinkaari, johon vaikuttavat perintötekijöiden lisäksi elinympäristö ja esimerkiksi ravitsemus. (Punnonen 2012, 19–20.)

Maapallon väestöstä iäkkäiden osuus lisääntyy jatkuvasti, mikä johtuu suurten ikäluokkien ikääntymisestä ja eliniän pidentymisestä (Punnonen 2012, 26). Lähes joka kolmas eurooppalainen on vuoteen 2030 mennessä yli 60-vuotias. Pidemmän ja terveellisemmän elämän saavuttaminen on tärkeä edistysaskel. Yhteiskunnassa kuitenkin ikääntyminen esitetään usein taakkana eläkkeiden ja terveydenhoidosta aiheutuvien kustannusten vuoksi. Tämä vahvistaa negatiivista kuvaa vanhenemisestä ja ylläpitää siihen liittyviä uskomuksia. Asiaa pitäisikin tarkastella laajemmin ja huomioida yhä terveempien ikääntyneiden tarjoamat resurssit yhteiskunnalle. (Ritsatakis 2008, 1; World Health Organization WHO www-sivut 2019.)

Ikääntyneelle ei ole olemassa tarkkaa määritelmää. Eläkkeelle jäämisen ajankohta mielletään Suomessa yleensä ikääntymisen alkamiseen, kun taas terveiden elinvuosien lisääntyminen on siirtänyt varsinaista vanhuutta myöhemmäksi. (Terveyskylän www-sivut 2019.)

WHO on listannut 12 ikääntymiseen liittyvää uskomusta, joista käsitellään tässä muutamia opinnäytetyön aihetta sivuavia. Tunnetuin uskomus on henkisen ja fyysisen heikkenemisen väistämätön eteneminen, joka onkin jossain määrin totta. Ikääntymisen aiheuttaa kulumista, mutta iso merkitys on myös heikkenemisen pitämisellä itsestään selvänä sekä sillä, minkälaiseksi yhteiskunnassa mielletään ikääntyneiden rooli. Fyysisen aktiivisuuden lisäämisellä ja terveellisellä ruokavaliolla voidaan ratkaista monia ikääntymiseen liittyviä ongelmia ja kalliin teknologian sijaan voidaan käyttää hyvin yksinkertaisia käytännön keinoja. Esimerkiksi juomalla enemmän vettä ehkäistään elimistön kuivumista ja kävelyllä tai portaiden nousulla pystytään ylläpitämään lihasvoimaa. (Ritsatakis 2008, 3–4; WHO www-sivut 2019.)

Henkistä hyvinvointia vahvistaa tarkoituksellisuuden tunne. Ikääntynyt voi edistää hyvinvointiaan tarjoamalla saattoapua lasten koulumatkoille tai kutsumalla naapurit kahville. Sosiaaliset verkostot ovat elintärkeitä ikääntyessä. (Ritsatakis 2008, 6; WHO www-sivut 2019.)

Terveyden ylläpitäminen on elinikäinen prosessi ja terveellisiä valintoja voi yrittää tehdä riippumatta elinolosuhteista. Ikääntyneiden tietämys tai usko omaan kykyihin terveyden säilyttämisessä saattaa olla puutteellinen. Julkisten ja vapaaehtoisalojen palveluntarjoajien yhteistyöllä voidaan kehittää sekä neuvontaa että toimintaa ja sen ulottamista myös vähäosaisiin. (Ritsatakis 2008, 7–8; WHO www-sivut 2019.)

Toinen uskomus liittyy ikääntyneiden tarpeiden samankaltaisuuteen. Yksilölliset erot kuitenkin lisääntyvät iän myötä ja vanhin väestöryhmä on vähiten homogeeninen. Ihmisen elinvoima ei liity ikään ja ikää voidaankin määritellä eri tavoin: kronologisesti, biologisesti tai psykologisesti. On tärkeää tunnistaa ikääntyneiden erilaiset tarpeet, erot sukupuolen, alkuperän ja kulttuurin osalta. Naiset elävät keskimäärin kauemmin kuin miehet, mutta heillä on enemmän sairauksia, ja Euroopassa masennus on yleisempää vanhemmilla naisilla kuin miehillä. Tarvitaan paljon enemmän tietoa siitä, miten ikääntyneet huolehtivat terveydestään suhteessa alkoholin ja tupakan käyttöön sekä ravitsemus- ja liikkumistapoihin. Heille on annettava mahdollisuus kuvata omia tarpeitaan ja kokemuksiaan, ehdottaa ratkaisuja ongelmiin ja käyttää tietämystään. (Ritsatakis 2008, 11–13; WHO www-sivut 2019.)

Uskomus hoitokustannusten ja resurssien tuhlaamisesta ikääntyneisiin on myös aiheeton. Ikääntyneet voidaan pitää aktiivisina suhteellisen pienillä kustannuksilla, esimerkiksi hankkimalla kuulolaitteita ja kävelyn apuvälineitä tai antamalla neuvoja ruokavaliosta ja liikunnasta, ja näin vähentää hoidon tarvetta. (Ritsatakis 2008, 26; WHO www-sivut 2019.)

Ikääntyneiden terveyteen vaikuttavat kaikki heidän elämänsä ja elinympäristöönsä liittyvät tekijät. Tämä tarkoittaa sitä, että ikääntyneiden terveyden edistäminen ja siirtyminen yhteiskuntaan, jossa kaikenikäiset kykenevät saavuttamaan potentiaaliset edellytyksensä, vaatii kaikkien eri yhteiskunnan tasojen yhteistoimintaa. (Ritsatakis 2008, 33; WHO www-sivut 2019.)

Ikääntyneiden terveyden edistämässä huomioidaan samat eettiset periaatteet kuin kaikessa muussakin sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnassa. Lähtökohtana on kunnioittaa asiakkaan perusoikeuksia, arvostaa itsemääräämisoikeutta ja oikeutta tehdä valintoja sekä kohdella kaikkia asiakkaita yhdenvertaisesti ja tasapuolisesti. (ETENE 2011, 9.)

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012), josta jäljempänä käytetään nimitystä vanhuspalvelulaki, velvoittaa kuntia tukemaan ikääntyneiden hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista omien eri toimialojensa sekä muiden kunnassa toimivien tahojen yhteistyöllä (Vanhuspalvelulaki 1 §, 4 §). Ikääntyneellä väestöllä tarkoitetaan tässä laissa vanhuuseläkkeeseen oikeuttavassa iässä olevia (Vanhuspalvelulaki 3 §).

3.2 Elintavat ja ennaltaehkäisy

Iäkkäiden ihmisten toimintakyvyn lasku aiheutuu useimmiten sairauksista tai elintavoista. Kansantaloudellisesti on perustellumpaa pyrkiä vaikuttamaan sairauksien taustalla oleviin elintapoihin, kuin jo ilmenneiden sairauksien hoitoon. Elintapoihin vaikuttaminen, fyysinen aktiivisuus, terveellinen ravitsemus ja henkinen vireys ovat keinoja ylläpitää terveyttä, toimintakykyä ja elämänlaatua. Elintapoihin puuttuminen

vaatii hienotunteisuutta ja onnistumisen edellytys on saada ihminen pohtimaan itse terveyden ja elintapojen merkitystä omassa elämässään. (Eloranta & Punkanen 2008, 153.)

Punnonen (2012) käsittelee teoksessaan elinikään vaikuttavia tekijöitä ja pitkän iän salaisuutta aiempien tutkimusten valossa. Hän toteaa monien väestöryhmien välisten kuolleisuuserojen voivan johtua juuri elämäntapojen vaikutuksesta. Varsinkin tupakoimattomuus, liikunta ja kasvisravinto näyttävät pidentävän elinikää, mutta myös sosiaalinen pääoma, ystävät ja osallistuminen esimerkiksi perhetapahtumiin ja kulttuuri-tilaisuuksiin vaikuttavat tutkimusten mukaan samoin. Pidentynyt elinikä on arvokasta erityisesti silloin, jos siihen liittyy hyvänlaatuisen elämän pidentyminen. (Punnonen 2012, 138–140, 160.)

Vanhenemisen muutokset aiheuttavat terveydentilan heikkenemistä, mutta käsitteenä vanhuuden heikkous tai hauraus on vaikea määritellä. Suomalaiset vanhuustutkijat ovat puhuneet mieluummin hauraus-raihnausoireyhtymästä (HRO), joka tarkoittaa terveydentilan heikkenemistä ilman diagnosoitavaa sairautta, mutta tämänkin määritelmän antamaa kuvausta pidetään puutteellisena. (Punnonen 2012, 22.) Strandberg, Cederholm, Saksela ja Goebeler (2015) kehittivät termin gerastenia (ger=vanha, astenia=heikkous), joka heidän mielestään kuvaa oireyhtymää paremmin ja kattaa myös sarkopeenisen obeseetin eli lihaskadon yhdistettynä lihavuuteen. Sarkopeeninen lihavuus on ikääntyneillä tavallista ja se lisää terveysongelmia tavanomaista lihavuutta enemmän, kun ikääntynyt on ”hauraan lihava” ja fyysinen toimintakyky on lihasvoimien heikentymisen vuoksi rajoittunut (Strandberg 2015b, 309–310).

Hauraus-raihnausoireyhtymään liitetään laihtuminen, lihasheikkous, hitaus ja uupumus, jotka johtuvat elinjärjestelmien toiminnan heikkenemisestä ja niiden aiheuttamasta alentuneesta stressinsietokyvystä. Aliravitsemus voi olla yksi syy, mutta myös lihomisen aiheuttamat sydän- ja verenkiertoelinten sairaudet voivat edistää oireyhtymän kehittymistä. Naisilla oireyhtymä on yleisempi kuin miehillä. Miesten suojaviksi tekijöiksi arvellaan suurempaa peruslihasmassan määrää sekä hormonaalisia reservejä. Oireyhtymä ei ole normaalia vanhenemista, mutta vanheneminen altistaa sille. Ennaltaehkäisevä vaikutus on koko eliniän terveellisillä elämäntavoilla, lihasten surkastumista ehkäisevällä liikunnalla ja hyvällä ravitsemuksella. Oireyhtymän

ehkäisytoimet on syytä aloittaa jo keski-ikässä, jolloin sen kehittyminen ilmeisimmin alkaa. Liikunta on tärkeää sekä oireyhtymän ehkäisyssä että hoidossa. (Punnonen 2012, 22–23.)

Lihavuus on yleistynyt elintason nousun myötä ja ylipainoisuudesta on tullut normaallimpaa kuin normaalipainosta. Lihominen tapahtuu helposti, koska oman kulutuksen arvioiminen suhteessa energiansaantiin on vaikeaa. Painonhallinnassa saattaa olla apua ruoka- ja liikuntapäiväkirjasta painon seuraamisen lisäksi. Terveellisillä valinnoilla kehon hyvinvointi lisääntyy, vaikka paino ei laskisikaan, siksi laihtuminen ei välttämättä ole tärkein asia. (Pietiläinen 2015a, 8–9.) Kaikille lihaville ei tule terveydellisiä haittoja, kun taas normaalipainoisillekin niitä tulee. Elintapatekijät vaikuttavat ylipainoisen terveyteen samoin kuin muillakin. Yli 65-vuotiaista lihavista terveitä on enää noin 15 prosenttia. Jos lihavuuteen liittyy sairauksia, eliniän odote lyhenee 3–10 vuotta. (Pietiläinen 2015b, 68–69.) Ikääntyneen laihtuttaminen on perusteltua vain, jos ylipaino haittaa elämänlaatua ja toimintakykyä tai pahentaa sairauksia. Maltilliset muutokset ruokotottumuksissa ja liikkumisen lisääminen ovat sopivia tapoja, koska tiukat laihdutusdieetit voivat ikääntyneillä johtaa aliravitsemukseen, liian vähäiseen proteiinien saantiin ja lihaskadon lisääntymiseen. (Strandberg 2015a, 311.)

Lihavuutta tarkastellaan useimmiten painoindeksin tai vyötärön ympäryksen avulla. Painoindeksi (Body Mass Index, BMI) lasketaan jakamalla paino pituuden neliöllä (Mustajoki 2018). Ikääntyessä kehon koostumus muuttuu ja indeksin soveltamisesta tulee ongelmallista, koska pituuden lyheneminen nostaa BMI-lukemaa ja sisäelinrasvan lisääntyminen ja rangan painuminen kasaan kasvattavat taas vyötärön ympärystä. Paino ei välttämättä ole lisääntynyt, vaikka edellä mainitut tulokset ovat kasvaneet. Fyysistä kuntoa ja liikuntatottumuksia pidetäänkin tärkeämpänä kuin lihavuutta tai BMI:n tulosta. (Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010, 39–40.) Normaalin painoindeksin alueeksi on määriteltä 18,5–25, mutta ikääntyneillä se on 23–28, koska heillä lievän ylipainon haitallinen vaikutus vähenee. Ikääntyessä vaarana on liiallinen laihtuminen ja sen aiheuttamat haitat toimintakyvylle, siksi normaalipainon raja on ikääntyneillä korkeampi. (Mustajoki 2019.)

Elintapojaan voi muuttaa omatoimisesti tai hakemalla tukea ulkopuoliselta taholta, kuten terveydenhuollosta. Omia voimavarojaan kannattaa tarkastella ennen muutosta.

Riittämätön uni tai stressaava elämä voivat vaatia kohentamista ennen ravitsemukseen tai liikuntaan panostamista. Toisaalta kaikki hyvinvointia lisäävä tukee jaksamista. Muutokset kannattaa suunnitella omaan arkielämään sopiviksi, silloin niistä tulee varmemmin pysyviä. Uuden toimintatavan kokeilemiseen tarvitaan vähintään kuukausi ja seuraavan muutoksen voi tehdä, kun edellisestä on tullut vakiintunut tapa. Joskus yksikin muutos riittää. (Mustajoki 2015, 194–195.)

3.2.1 Liikunta

Liikunnalla on myönteinen vaikutus elinaikaan ja sen merkitys korostuu entisestään teknisen ja kulttuurisen kehityksen vähentäessä ihmisten fyysistä aktiivisuutta. Elinaikaa ei liikunnalla saada pitenemään, mutta sen avulla pystytään ehkäisemään ikääntymiseen liittyviä sairauksia ja toimintakyvyn heikkenemistä. (Heikkinen 2013, 402.) Ikääntyessä liikunnan määrä usein vähenee samoin kuin energiankulutuskin, elimistön rasvan määrä lisääntyy ja lihaskudos vähenee, jolloin myös sairastumisriski kasvaa. Aerobisella liikunnalla rasvaa voidaan vähentää ja voimaharjoituksilla kehittää lihaksistoa. (Punnonen 2012, 133; Suominen 2013, 132–133.) Aerobinen liikunta on matalatehoista kestävyysliikuntaa, jossa lihastyössä energiaa tuotetaan hapen avulla (Hautala 2009).

Suomessa 65 vuotta täyttäneiden liikuntasuosituksat kestävyysliikunnasta ja lihasvoimaharjoittelusta noudattavat yleisiä suosituksia, jotka pohjautuvat Yhdysvaltojen terveysministeriön liikuntasuositukseseen (Physical Activity Guidelines) vuodelta 2008. Kaatumisvaarassa oleville, joilla on jo ollut kaatumisia tai on kävelyn ongelmia, suositellaan lisäksi liikkuvuutta ja tasapainoa kehittävää liikuntaa. Ryhmä- tai yksilöharjoittelun vaikuttavuudessa ei yleensä ole eroa. (Liikunta: Käypä hoito -suositus 2016.)

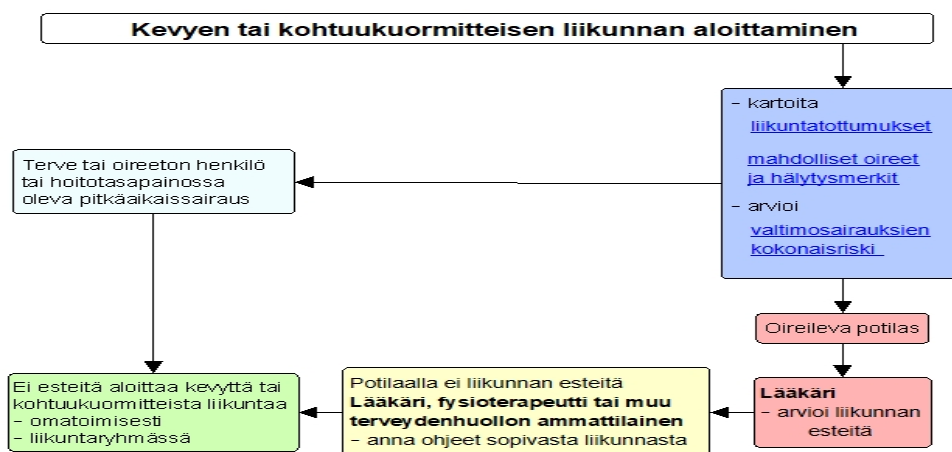
Aktiivinen liikkuminen vähentää muun muassa kuolleisuutta, sepelvaltimotautia, korkeaa verenpainetta ja tyypin 2 diabetesta. Vahvaa näyttöä on fyysisen aktiivisuuden hyödyistä verenkierto- ja hengityselimistön kunnolle, lihaskunnolle ja kehon koostumukselle. Viitteitä on myös fyysisesti aktiivisten ikääntyneiden paremmasta unen laadusta ja elämänlaadusta. Ikääntyneillä fyysinen aktiivisuus liittyy parempaan

toiminnalliseen terveyteen, pienempään kaatumisriskiin ja parempiin kognitiivisiin toimintoihin. (Heikkinen 2013, 402–403; Physical Activity Guidelines 2008, A-3.)

Terveydenhuollon ammattilaisten tehtävä on kysyä liikkumisesta ja liikuntatottumuksista sekä arvioida liikunnan riittävyys ja mahdolliset vasta-aiheet (Kuvio 2).

Liikuntakelpoisuuden arviointi

Julkaistu 13.1.2016



Perustuu 13.1.2016 julkaistuun Käypä hoito -suositukseen Liikunta

www.kaypahoito.fi

Kuvio 2. Liikuntakelpoisuuden arviointi. Liikunta: Käypä hoito -suositus 2016.

Oireettomat voivat aloittaa kohtuukuormitteisen liikunnan ilman lääkärintarkastusta, mutta oireisen tai pitkäaikaissairaana on syytä hakeutua lääkärin tarkastukseen ennen jokapäiväistä kuormitusta raskaamman liikunnan aloittamista. Henkilöiden, joilla on valtimotautien vaaratekijöitä, kuten vähäinen liikkuminen, kohonnut verenpaine, sydän- ja verenkiertoelimistön huono kunto, tupakointi tai lihavuus, tulee aloittaa kevyellä liikunnalla ja lisätä tehoa vähitellen. Säännöllinen kestävyysliikunta ylläpitää sydän- ja verenkiertoelimistön kuntoa vielä hyvin iäkkäälläkin ja harjoittelun pitäisi sisältää myös nivelten liikkuvuutta ja tasapainoa kehittävää liikuntaa. Lihasvoimaharjoittelu on tehokkain lihasvoiman ylläpitäjä ja voiman lisäämiseksi on harjoiteltava riittävän usein ja progressiivisesti. (Liikunta: Käypä hoito -suositus 2016.)

Tutkimustietojen mukaan kohtalainen tai rasittava liikunta vähintään viisi kertaa viikossa 30–60 minuuttia kerrallaan alentaa terveydelle haitallisia riskitekijöitä. Liikunta voi koostua myös useammasta esimerkiksi 10 minuutin jaksosta, kunhan se on riittävän tehokasta (Heikkinen 2013, 402). Jos ikääntyneen fyysinen kunto on alentunut, paremman terveyden ja kunnan saavuttamiseksi tarvittavan liikunnan määrä ja kuormittavuus ovat alhaisempia kuin hyväkuntoisella, varsinkin jos on aloittamassa harjoittelua liikkumattomuuden jälkeen. Kaatumisriskissä olevien ikääntyneiden säännöllisellä liikunnalla pystytään ehkäisemään kaatumisia, kun tasapaino- ja lihaskuntoharjoittelua on kolme kertaa viikossa ja kävelyä kohtalaisella intensiteetillä vähintään kaksi kertaa viikossa, puoli tuntia kerrallaan. (Physical Activity Guidelines 2008, A-6.) Reippaalla kävelyvauhdilla on osoitettu olevan enemmän terveyshyötyjä kuin hitaammalla, ja usein toistuvan kävelyharjoituksen on todettu kohentavan verenkierto- ja hengityselimistöön kuntoa (Physical Activity Guidelines 2008, A-9).

Säännöllinen monipuolinen liikunta ylläpitää ikääntyneiden toimintakykyä ja voi parantaa esimerkiksi kävelykykyä kohtalaisen huonokuntoisillakin iäkkäillä. Kognitiivisten toimintojen heikentymistä terveillä ihmisillä voidaan ehkäistä kestävyysliikunnalla, mutta vaikutukset ovat vähäisiä. Liikunta vaikuttaa myönteisesti myös suurentuneessa muistisairauden riskissä oleville tai jo sairastuneille, vaikka sen vaikutusmekanismeja ei tarkkaan tunnetakaan. (Liikunta: Käypä hoito -suositus 2016.)

Ikääntyneiden liikuntaohjelman suunnittelussa rajoitteet ja riskitekijät on huomioitava, mutta sairaudet eivät estä liikkumista, vaan voivat ennemminkin olla syy liikuntaan. Lääkityksen tarkistaminen voi olla aiheellista liikunnan aloittamisen yhteydessä, koska lääkkeet voivat lisätä kaatumisriskiä tai muuten vaikeuttaa liikkumista. (Liikunta: Käypä hoito -suositus 2016.)

Liikunnan edistäminen on keino vastata väestön ikääntymiseen liittyviin haasteisiin ja lisätä terveitä ja toimintakykyisiä elinvuosia. Huomion kiinnittäminen erityisesti vähän liikkuviin ikääntyneisiin ja toisaalta elinympäristöjen kehittäminen turvallisiksi ja liikkumiseen kannustaviksi edellyttää kuntatasolla eri hallinnonalojen toimivaa yhteistyötä. (Hirvensalo, Rasinaho, Rantanen & Heikkinen 2013, 474; Karvinen, Kalmari & Koivumäki 2011, 11–12.)

3.2.2 Ravitseminen

Ihmiset ikääntyvät yksilöllisesti, mutta yleensä energiankulutus pienenee ikääntyessä, koska lihasmassa ja usein myös liikkuminen vähenee. Syödyn ruuan määrä voi vähentyä ja ruokahalu heikentyä, jolloin tarpeellisten ravintoaineiden saanti jää niukaksi. Ruokavalion laatu on tärkeä tekijä sairauksien ehkäisyssä ja toimintakyvyn ylläpitämisessä. (Jyväkorpi 2016, 50; Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010, 14; Suominen 2013, 486.)

Monet sairaudet johtuvat tiettyjen ravintoaineiden, kuten suolan ja rasvan, liiallisesta käytöstä. Suomalaisen ikääntyneen väestön ruokatottumusten muuttuminen terveellisemmäksi on kestänyt pitkään. Vanhimmissa ikäryhmissä voion ja rasvaisen maidon käyttö on vähentynyt, vaikka se edelleen on yleisempää kuin nuoremmilla. Huomattava osa juuri eläkkeelle jääneistä on ylipainoisia, mutta silti he eivät välttämättä saa riittävästi proteiineja, vitamiineja ja kivennäisaineita ravinnostaan. Keskimäärin 70-vuotiaana haurastumisen riski lisääntyy, jolloin ravitsemukseen on kiinnitettävä erityistä huomiota. Yksipuolinen ruokavalio tai ruokahalun heikkeneminen sairauksien seurauksena heikentävät ravitsemustilaa. Ikääntyneiden ohjaaminen ravitsemuksessa edellyttääkin perehtyneisyyttä gerontologiseen ravitsemukseen. (Suominen 2013, 485.)

Ravitsemustilaa voidaan arvioida seuraamalla painoa säännöllisesti ja arvioimalla ruokavalion laatua ja syödyn ruuan määrää. Painonmuutokset merkitsevät enemmän kuin yksittäinen mittaus. MNA® -testi (Mini Nutritional Assessment, Nestle Nutrition Institute 2019) on ravitsemustilan tarkempaan arviointiin yli 65-vuotiaille kehitetty seulonta- ja arviointiosan sisältävä mittari, jossa ikääntyneet jaetaan tulosten perusteella hyvän ravitsemustilan omaaviin, virheravitsemuksen riskissä oleviin ja virheravitsemuksesta kärsiviin. Testin avulla ravitsemusongelmat on mahdollista havaita varhaisessa vaiheessa. (Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010, 30–31.) Jyväkorven (2016, 90–91) tutkimuksessa MNA® -testi osoittautui alkuvaiheen aliravitsemuksen tunnistamisessa epätarkaksi, mutta pidemmällä aliravitsemuksessa jo olevat henkilöt mittari tunnisti, siksi ravitsemuksen arvioinnissa onkin tärkeää käyttää erilaisia kyselyjä ja ruokavalion laatua arvioivia mittareita.

Ikääntyneiden ravinnon tarve on vähintään 1500 kcal päivässä, joka saavutetaan syömällä kolme ateriaa ja kaksi tai kolme välipalaa. Proteiinia tarvitaan lihasten ja luuston rakennusaineiksi ja varsinkin energian saannin vähetessä proteiinin osuuden tulisi nousta. Parhaita proteiinin lähteitä ovat liha, kala, kanamuna, pavut ja maitotuotteet. Yli 64-vuotiaiden tulisi saada proteiinia vähintään 80–100 g vuorokaudessa jakautuneena tasaisesti päivän mittaan. Tämä tarkoittaa 1,2–1,4 g painokiloa kohden. Sairauksien, lihaskuntoharjoittelun ja lihaskadon yhteydessä proteiinin tarve lisääntyy, jolloin suositellaan 1,5–2 g painokiloa kohden. (Hakala 2015; Sundell 2016.)

D-vitamiinia tarvitaan luuston kunnon ylläpitämiseen ja sen puute yhdistetään moniin sairauksiin. Kesällä ihoaltistus auringolle tuottaa runsaasti D-vitamiinia, mutta varasto hupenee 1–2 kuukaudessa ja talvikaudella tarvitaan D-vitamiinilisää. Vähäinen aurin-gossa oleskelu ja ihon D-vitamiinin tuotannon aleneminen ikääntyessä lisäävät riskiä puutokselle. Luiden haurastumisen ehkäisemiseksi ikääntyneillä suosituksen mukainen annos 10 µg vuorokaudessa on liian vähän ja iäkkäimmillä ryhmillä suositellaan-kin lisäannosta 20–25 µg. Pelkästään ravinnosta on vaikea saada riittävästi D-vitamiinia, koska sitä on merkittävästi vain kalassa ja lisättynä nestemäisissä maitovalmis-teissa. (Hakala 2015; Paakkari 2016.)

Riittävä nesteiden nauttiminen ehkäisee nestevajausta ja elimistön kuivumisesta joh-tuvaa verenpaineen alenemista, joka aiheuttaa kaatumisalttiutta. Suositeltava määrä on 1–1,5 litraa ruokien mukana saadun nesteen lisäksi. Vesi, vähärasvainen maito ja piimä sekä tuoremehut ovat sopivia. Alkoholijuomia on syytä välttää, koska ne lisäävät kaa-tumisalttiutta ja vaikuttavat sokeritasapainoon sekä lääkityksen vaikutuksiin. (Hakala 2015.)

Ikääntyneiden heikentyneen ravitsemustilan tunnistamiseen tarvitaan lisää huomiota terveydenhuollossa. Sekä eri alojen ammattilaisten että omaisten on tärkeää kiinnittää huomiota ikääntyneiden ruokavalioon ja sen monipuolisuuteen. (Hakala 2015.)

Suomessa ruokakolmion avulla havainnollistetaan terveellisen ruokavalion koko-naisuus (Kuva 1). Päivittäisen ruokavalion perusta muodostetaan kolmion ala- ja kes-kiosan kasviksista, marjoista, hedelmistä, perunasta ja viljatuotteista. Ylhäällä ovat sa-tunnaiset herkut. Näiden väliin jäävät maitotuotteet ja rasvat, kala, liha ja kanamunat.

Kasviksia suositellaan nautittavaksi puoli kiloa päivässä, viljatuotteista tulisi puolet olla täysjyväviljaa ja maitotuotteista valitaan vähärasvaiset vaihtoehdot. Kasvipohjaiset öljyt ja pähkinät sisältävät terveydelle tarpeellisia rasvoja. Kalasta saadaan D-vitamiinia, lihasta rautaa ja näistä sekä kananmunasta proteiinia. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2015.)



Kuva 1. Ruokakolmio (©Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2015)

Vertailun vuoksi esitellään täysin erilaisen kulttuurin versio ruokasuosituksista, japanilainen ruokahyrrä (Kuva 2), jossa muoto on käänteinen ruokakolmioon verrattuna. Kartio on jaettu ylhäältä alas kerroksiksi ja elintarvikkeet on kuvattu pääasiassa valmiina annoksina astioissa. Ylhäällä ovat viljapohjaiset ruuat, seuraavina kasviperäiset ja kala, munat ja liha. Maitotuotteet ja hedelmät ovat kartion kärjessä. Kieppuvan hyrrän päällä juokseva henkilö kuvaa säännöllisen liikunnan tärkeyttä terveyden ylläpitämiseksi. Vaikka muoto ja sisältökin poikkeaa paljon suomalaisista suosituksista, hyrrän oheen liitetyt ohjeet sisältävät samankaltaisia terveydelle hyviä suosituksia. Ohjeissa suositellaan muun muassa juomaan paljon vettä, pitämään säännöllinen ateriaritmi ja nauttimaan aterioista, välttämään liiallista suolaa ja rasvaa ja säilyttämään kaloritasapaino liikkumalla. (Food and Agriculture Organization of the United Nations FAO www-sivut 2019)



Kuva 2. Japanilainen ruokahyrrä (FAO www-sivut 2019)

Monipuolisen aterian kokoamisessa lautasmalli on helppo tapa omaksua suositusten mukainen ruokavalio. Lautanen täytetään puoliksi kasviksilla, neljännes varataan perunalle tai viljavalmisteille ja loppu jää proteiinin lähteille, kuten kala, liha tai palkokasvit. Ateriaan kuuluu lisäksi ruokajuoma, täysjyväleipä, kasvirasvavete ja jälkiruokaksi marjoja tai hedelmiä. Lautasmalli toimii annoskoosta riippumatta. (Ruokaviraston www-sivut 2019.)

3.2.3 Uni

Valveen ja unen vaihtelu kuuluu ihmisellä rytmisiin toimintoihin, joita määrittelee sirkadiaaninen rytmi (lat. *circa diem* 'noin yksi päivä'). Ulkoiset tekijät, kuten valo ja lämpötilan vaihtelu, ajastavat rytmiä. Myös toimeliaisuus ja lepo, melu ja hiljaisuus, ateriat, herääminen ja nukkumaanmeno sekä ajantaju toimivat samoin. Ihminen on valveilla, nukkuu ja herää ilman ulkoisia ärsykeitäkin, mutta ulkoiset tekijät säätelevät rytmiä 24 tunnin aikataulussa. Elimistön toiminta on aikaan kytkeytyvää. Kehon lämpötila on valveaikana korkeampi ja alkaa laskea iltayöstä sekä nousee taas aamulla. Tämä tapahtuu valvomisesta huolimatta, joten nukkuminen itsessään ei siihen liity. Melatoniinin eli pimeähormonin erittyminen käpyrauhasesta vaihtelee vuorokauden

mittaan ja vaikuttaa vuorokausirytmiiin, päivällä erityis on niukkaa ja yöllä runsasta. (Kajaste & Markkula 2011, 23–26, 155; Kivelä 2013, 364.)

Uni on aivotoiminnan syklinen tila, jossa eri vaiheet seuraavat toisiaan. Unen aikana perusuni NREM ja vilkeuni REM vuorottelevat. NREM-uni jaetaan eri vaiheisiin. Ensimmäinen vaihe on unen ja valveen rajamaasto, jota seuraa kevyt uni ja sen jälkeen siirtyminen syvään uneen. Syvässä unessa verenpaine, pulssi ja hengitystiheys ovat alhaisimmillaan. Siirtyminen syvästä unesta tapahtuu kevyen unen kautta REM-uneen. Unen vaiheiden toistumista yöunen aikana nimitetään unisykleiksi, joiden pituus on noin puolitoista tuntia NREM-unen alusta REM-unen vaiheeseen. (Kajaste & Markkula 2011, 22; Kivelä 2013, 365; Puustinen 2018.)

Unen tehtävänä on aivojen aineenvaihdunnan ylläpitäminen, energian varastointi ja haitallisten aineenvaihduntatuotteiden poistaminen. Muistiin ja oppimiseen liittyvien hermosoluyhteyksien muovautuminen tapahtuu unen aikana ja uni säätelee myös immunologista tasapainoa. (Puustinen 2018; Unettomuus: Käypä hoito -suositus 2018.) Elimistön solujen voidaan ajatella toimivan kuin vuorotyössä, päivällä tuotetaan toimintaa ylläpitäviä proteiineja ja yöllä rasituksesta toipumiseen ja vaurioiden korjaamiseen tarvittavia (Kajaste & Markkula 2011, 17).

Unen määrä ja tarve vaihtelevat yksilöllisesti. Normaaliksi määritellään 7,5–8 tuntia kestävä yöuni, jossa unisyklejä on viisi. Ikääntyminen tuo muutoksia unen rakentamiseen. Nukahtamiseen kuluva aika pitenee, uni on rikkonaisempaa ja muuttuu pinnalliseksi. (Kajaste & Markkula 2011, 44, 166; Kivelä 2013, 366–368.) Syvempien univaiheiden määrän väheneminen voidaan kokea unettomuutena, riippumatta nukkumisen määrästä (Puustinen 2018). Yhtäjaksoisen valvetilan ylläpitäminen on ikääntyneelle vaikeampaa ja etenkin iltapäivisin nukahtetaan herkästi. Koska unen määrän yksilöllinen tarve ei vanhetessa muutu, päiväunet saattavat lyhentää yöunta, mutta parantavat elämänlaatua. Uni-valverytmin muuttuminen liittyy fysiologisiin muutoksiin ja saattaa aiheuttaa ikääntyneille varhaisemman nukahtamisen iltaisin ja aikaisemman heräämisen aamulla. Sosiaaliset toiminnot, liikunta, arkirutiinit, säännölliset ruokailu- ja nukkuma-ajat ja ulkoilu ylläpitävät vuorokausirytmiiä ja laadukasta unta. (Kajaste & Markkula 2011, 167; Kivelä 2013, 368–369.) Virkeänä herääminen kertoo riittävästä ja laadullisesti hyvästä unesta (Kivelä 2013, 369; Puustinen 2018).

Univajeella tarkoitetaan sitä unen määrää, joka jää puuttumaan yksilöllisesti riittävästä yöunesta. Vaje voi syntyä valvotusta yöstä tai vähitellen vuosien mittaan. Univaje vaikuttaa väsymyksen kautta mielialaan, pidentää reaktioaikaa ja lisää tarkkaamattomuutta sekä sairastumisriskiä esimerkiksi diabetekseen tai masennukseen. (Kajaste & Markkula 2011, 38–39.)

Unettomuus on vain yksi unen häiriintymisen muoto, mutta yleisin niistä. Unihäiriöt voidaan jakaa itse unen häiriöihin, unenaikaisiin erityishäiriöihin sekä sairauksien, lääkkeiden, päihteiden tai muiden syiden aiheuttamiin sekundaarisiiin häiriöihin. (Kajaste & Markkula 2011, 50–51.) Normaalisti ihminen nukahtaa nopeasti, yleensä alle puolessa tunnissa, kun mieli ja keho ovat levollisia ja on vuorokausirytmien mukainen nukahtamisaika. Unettomuus määritellään toistuvaksi vaikeudeksi nukahtaa tai pysyä unessa, liian aikaiseksi heräämiseksi tai huonolaatuiseksi uneksi. Sairausasteisen unettomuuden kriteerit ovat unen häiriintyminen vähintään kolme kertaa viikossa ja häiriön kesto vähintään kolme kuukautta. (Kajaste & Markkula 2011, 61–62; Puustinen 2018.) Jos yöllisiä heräämisiä on enemmän kuin kolme/yö, kannattaa hakeutua lääkärin tutkimukseen, koska kyseessä voi olla esimerkiksi sydämen vajaatoiminta tai miehillä eturauhasvaivat (Puustinen 2018).

Unettomuuden alkamiseen liittyy yleensä jokin elämänmuutos, joka on ahdistava, pelettava tai muuten vaikea. Keston mukaisesti unettomuus jaetaan tilapäiseen, lyhytkestoiseen tai pitkäkestoiseen. Tilapäinen eli akuutti unettomuus menee ohi viikossa tai kahdessa ja on yleensä seurausta voimakkaita tunteita aiheuttavasta tilanteesta elämässä. Se liittyy välittämiseen toisista, itsestä tai elämän saavutuksista. Kun huomio kääntyy itse unettomuuden seuraamiseen ja ihminen muuttaa toimintamallejaan sen vuoksi, tilanne alkaa kroonistua. Yli kuukauden kestänyt haittaava unettomuus määritellään sairaudenasteiseksi ja yli puoli vuotta kestänyt pitkäkestoiseksi. (Kajaste & Markkula 2011, 68–71.)

Uniongelmien lisääntyminen ikääntyessä on usein seurausta yksinäisyydestä, mielekkään tekemisen puutteesta tai terveyden heikkenemisestä. Myös kellojen siirtely talvi- ja kesäaikaan saattaa altistaa unettomuudelle. (Kajaste & Markkula 2011, 71–72.) Ikääntyneiden uni on kevyempää, joten herääminen tapahtuu herkemmin. Yöunta

saattavat häiritä äänet, valo, kuumuus, kylmyys, nälkä tai huono vuode. Myös päiväaikainen vuoteessa oleilu häiritsee yöunia. (Kivelä 2013, 369.) Raskas ateria tai kahvin juominen myöhään illalla voi vaikeuttaa nukahtamista ja heikentää unen laatua (Unettomuus: Käypä hoito -suositus 2018).

Unettomuuden hoidon pitää kohdistua syyhyn ja syiden selvittämiseksi on perehdyttävä huolellisesti siihen, johtuuko unettomuus normaalista ikääntymisestä, huonosta unen huollosta, lääkehaitoista, kivusta, masennuksesta tai muista sairauksista. Selvittämiseen käytetään apuna Käypä hoito -suosituksen nukkumishistorian selvitystä ja esimerkiksi ISI (Insomnia Severity Index) -unettomuuden haitta-asteen arviota. (Puustinen 2018; Unettomuus: Käypä hoito -suositus 2018.)

Hyvän yöunen edistäminen ikääntyneillä perustuu unta heikentävien tapojen ja häiriötekijöiden välttämiseen, uni-valverytmiin liittyvien rutiinien ylläpitämiseen, rauhalliseen nukkumisympäristöön ja keholle sopivaan vuoteeseen sekä sairauksien hoitotapainoon. Myös sängyssä päiväaikaan oleskelemisen rajoittaminen, ulkoilu, liikunta, sosiaalinen toiminta, iltarutiinit, kevyt ateria 1–2 tuntia ennen nukkumaan menoa, häiritsevien äänien vähentäminen, vuoteeseen meno vasta uneliaana, herääminen samaan aikaan aamuisin, makuuhuoneen sopiva lämpötila ja päiväunet riittävän aikaisin ennen klo 16 edistävät hyvää yöunta. Sukkien lämmittävä vaikutus jaloissa nopeuttaa uneen vaipumista, koska lämpö laajentaa pinnallisia verisuonia ja johtaa kehossa lämpötilan alenemiseen ja sitä kautta vireystilan laskuun. Kaatumisen ehkäisemiseksi sukissa on hyvä olla liukuesteet. Kohtalaisen voimakas liikunta aamu- tai keskipäivällä nopeuttaa unen tuloa ja parantaa sen kestoa ja laatua. Näitä lääkkeettömiä keinoja suositellaan kaikille ikääntyville. (Kivelä 2013, 370–371; Unettomuus: Käypä hoito -suositus 2018.)

Melatoniini on pimeähormoni, jolla on muun muassa väsyttäviä ja unta edistäviä ominaisuuksia. Melatoniinin käyttö ikääntyneillä edistää nukahtamista, parantaa unen laatua ja pidentää unen kestoa. Sen haittavaikutukset ovat vähäisiä ja pitkäaikaista käyttöäkin pidetään turvallisena. (Kajaste & Markkula 2011, 155–156; Kivelä 2013, 371.)

3.3 Ohjaus ja neuvonta

Kuntien velvollisuus on järjestää ikääntyneen väestön hyvinvointia tukevia neuvontapalveluja, jotka tähtäävät sairauksien ehkäisyyn ja terveellisten elintapojen edistämiseen (Vanhuspalvelulaki 980/2012, 12 §). Neuvonnan ja ohjauksen järjestämisessä on toimittava yhteistyössä terveydenhuoltolain mukaista terveysneuvontaa järjestävän perusterveydenhuollon kanssa (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014, 6 §; Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 13 §).

Yksi Eurajoen kunnan talousarvion sitovista tavoitteista on 65 vuotta täyttäneiden hyvinvointineuvonta ja kaikkien neuvontaan ohjattujen kuntalaisten tavoittaminen. Elintapaohjaus on kirjattu kunnan vanhuspoliittiseen kehittämissuunnitelmaan osana toimintakykyisen ikääntymisen turvaamista. (Eurajoen kunta 2018, 32–33; Yhdessä ikäihmisten asialla 2018, 9–10.) Riskiryhmään kuuluva tai syrjäytymisvaarassa oleva ikääntynyt tarvitsee Kahilan ja Rossin (2018, 35) mukaan neuvonnan sijaan henkilökohtaista, kohdennettua ja säännöllistä elintapaohjausta selvitäkseen arjen haasteista.

Hoitoalalla on totuttu neuvomaan asiakkaita sekä heidän tarpeidensa mukaisesti että antamaan tietoa, jota halutaan asiakkaiden tietävän. Neuvontaan ei kuulu syyllistäminen eikä moralisoiminen, vaan asiakkaan oman vastuunoton tukeminen. Pelkän neuvojen antamisen sijaan elintapaohjauksen viestinnässä käytetään lähestymistapana asiakasta kunnioittavaa puhetta ja aktiivista kuuntelemista. (Eloranta & Punkanen 2008, 153; THL 2011, 37.) Ohjaustilanteet ovat vastavuoroista viestintää, jossa haetaan yhdessä ratkaisuja ongelmaan. Vastavuoroisuus tarkoittaa taitoa kuunnella, joka on vaikeampaa kuin puhuminen. Odottamisen merkityksen huomaa, jos asiakas itse ottaa puheeksi asian, josta ammattilainen olisi kysynyt. Itse havaitulla ajatuksella on suurempi vaikutus. (Eloranta & Punkanen 2008, 154; Väisänen, Niemelä & Suua 2009, 19, 21; Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2011, 20.)

Ohjaustilanteen alussa kohtaamisen ensimmäiset minuutit ovat ratkaisevia. Hyvä alku voidaan järjestää neljän minuutin säännöllä, joka edistää keskusteluyhteyden syntymistä. Siinä työntekijä symbolisesti istuu käsiensä päällä eli keskittyy kuuntelemaan asiakasta häneen päin kääntyneenä eikä tee muistiinpanoja tai käytä tietokonetta. Tämä viestii asiakkaalle, että hänen puheensa on pääosassa ja antaa myös aikaa sopeutua

tilanteeseen. Samalla työntekijä ehtii orientoitua asiakkaaseen. (Oksanen 2014, 95–96.) Suurin osa vuorovaikutuksesta on sanatonta viestintää, kuten katsominen, eleet ja keskusteluetäisyys. Peilautumisilmiö on yksi sanattoman viestinnän muoto, jossa keskenään kommunikoivat ihmiset alkavat huomaamattaan matkia toistensa eleitä ja ilmeitä. Tätä ilmiötä voi hyödyntää keskusteluyhteyden edistämisessä. (Väisänen ym. 2009, 28, 31.)

Kun keskustelulla on tarkoitus käsitellä tiettyä asiaa, työntekijällä on hyvä olla etukäteistietoja, mutta avoimuus toisen puheelle on tärkeintä. Siksi keskusteluun valmistautumisessa mietitään vain alkukysymys, jota käytetään aloitteen antamiseen asiakkaalle. Se voi olla esimerkiksi pyyntö kertoa, mikä asia on johtanut tähän tapaamiseen. Omissa puheenvuoroissa voidaan tarttua asiakkaan kuvaamiin asioihin tarkemmin hänen käyttämiensä sanojen perusteella. Tätä tekniikkaa kutsutaan sanaketjuksi, jossa sanaan tartutaan toistamalla se ja kysymällä siitä lisää. (Väisänen ym. 2009, 44–46.)

Arvo- ja hyväksyntäpohjaisessa lähestymistavassa ohjaajan tehtävä on kysyä ja kuunnella, vahvistaa asiakkaan vastuunottoa omasta elämästä ja auttaa häntä valitsemaan tärkeiksi kokemiansa asioiden ja tekojen välinen linja. Hyvän vuorovaikutussuhteen luominen asiakkaaseen ja neutraali suhtautumistapa tukevat ohjaustilanteessa asiakkaan pohdintaa. Tärkeää on ottaa tarvittaessa puheeksi myös asiakkaan kannalta hankalia asioita, koska näin on mahdollista auttaa häntä ratkaisujen löytämisessä. Suhde on aina tasa-arvoinen ammattilaisen ja asiakkaan välillä, mutta ammattilainen pystyy auttamaan, koska hän on ulkopuolinen asiakkaan tilanteeseen nähden. (Kangasniemi & Kauravaara 2016, 10–12.)

Elämäntapamuutoksiin motivoituminen koostuu tulosodotuksista, hyötyjen ja haittojen punnitsemisesta, ja uskosta omaan pystyvyyteen, johon pystytään vaikuttamaan antamalla palautetta edistymisestä tai hyvästä suoriutumisesta verrattuna muihin. Kohdulliset tavoitteet lisäävät myös pystymisen uskoa. Kun asiakas kokee voivansa valita vapaasti, kykenevänsä ja kelpaavansa, syntyy omaehtoinen motivaatio muutosta kohtaan. Oman käyttäytymisen seuranta on todettu vaikuttavammaksi tavaksi muutoksessa, erityisesti jos siihen yhdistetään tavoitteen asettaminen, toimintasuunnitelma ja välitön palaute. (Absetz & Hankonen 2017.)

Elintapaohjauksessa asiakas kohdataan kokonaisvaltaisesti ja hänen hyvinvointiinsa liittyviä tekijöitä tarkastellaan laajemmin kuin yksittäisen tulosityn osalta. Joskus asiakkaan tilanne voi olla niin vaativa, että ammattilaisen on ohjattava asiakas eteenpäin esimerkiksi psykologille tai lääkärille. Eettisiin taitoihin kuuluu tunnistaa oman osaamisen ja ammattitaidon rajat. (Kangasniemi & Kauravaara 2016, 101.)

Ohjaustilanne on vuorovaikutustilanteena haastava eikä siihen ole olemassa yhtä aina toimivaa ratkaisua tai toimintatapaa. Kummankin osapuolen tavat ja tottumukset sekä ohjaajan ammatti-identiteetti ja hänen käyttämänsä menetelmät vaikuttavat onnistumiseen. (Kangasniemi & Kauravaara 2016, 10; Lähteenkorva 2018.) Ohjaaja voi arvioida ja kehittää omaa toimintaansa asiakkaan kohtaamisessa Absetzin ja Kinnusen kokoomalla itsearviointityövälineellä, jossa erilaisten toteamusten avulla ohjataan pohtimaan suhtautumista asiakkaaseen (Absetz & Hankonen 2017).

3.3.1 Muutosvaihemalli

Elintapamuutos edellyttää valmiutta ja kykyä muutokseen, jonka toteutus perustuu harkintaan ja tavoitteellisuuteen. Ohjauksessa asiakkaan muutosvalmiuden arvioimiseen voidaan käyttää muutosvaihemallia, jossa keskeistä on eri vaiheiden kautta etenevä prosessi. Asiakas voi olla eri muutosvaiheessa eri tapojensa osalta, jolloin muutosvalmiuskin selvitetään erikseen jokaisesta. (Marttila 2010.)

Esiharkintavaiheessa oleva ei tiedosta muutostarvetta tai ei pidä sitä mahdollisena esimerkiksi aiempien epäonnistumisten tai riittämättömien voimavarojen vuoksi. Tukea annetaan silloin kiinnittämällä huomio muutoksen tarpeellisuuteen tai pienten muutosten merkittävyyteen. **Harkintavaiheessa** oleva tunnistaa tarpeen ja pohtii sen etuja ja omia mahdollisuuksiaan, jolloin tuetaan häntä tunnistamaan hyötyjä ja mahdollisia haittoja ja löytämään mahdollisuuksia käytännön toteutukseen. **Valmistelu- tai aloittamisvaiheessa** päätös ja suunnitelma on tehty ja toteutus aloitettu. Ohjauksessa annetaan tukea suunnittelulle ja huolehditaan muutoksen toteuttamisen seurannasta sekä annetaan kannustavaa palautetta. **Ylläpitovaiheessa** muutos on toteutunut ja jatkuu suunnitelman mukaisesti. Ohjauksessa tuetaan asiakasta tekemään muutoksen seuranta ja annetaan kannustusta. (Marttila 2010.)

Muutos on prosessi, joka ei toteudu hetkessä eikä välttämättä jatku peräkkäisinä vaiheina. Asiakas voi kulkea vaiheiden välillä edestakaisin. Palaaminen aikaisempaan vaiheeseen voikin tarkoittaa epäonnistumisen sijaan paremman toteuttamistavan etsimistä. Alussa asiakas hyötyy tiheistä tapaamisista, prosessin edetessä tapaamisia voidaan harventaa. Ohjaussuhteen jatkuvuus tukee prosessia. (Marttila 2010.)

3.3.2 Motivoiva keskustelu

Motivoiva keskustelu on kommunikointitapa, joka sopii kaikkiin asiakaskontakteihin, mutta erityisen hyödyllinen se on elämäntapamuutoksiin sitouttamisessa. Pääpaino on kyselemisellä ja kuuntelulla. Asiakkaan muutospuheen tunnistaminen ja siihen tarttuminen on avainasemassa. Uskoa onnistumiseen edistetään tuomalla esiin asiakkaan vahvuuksia ja voimavaroja. Motivoiva keskustelu on onnistunut, kun asiakas kokee tulleensa kuulluksi ja kunnioitetuksi, ja että hän tekee päätökset itse ja itseään varten. Avoimilla kysymyksillä ohjataan asiakasta pohtimaan omaa tilannettaan tai tartutaan muutospuheeseen: ”Kertoisitko ruokailutottumuksistasi?” tai ”Mitä ajattelet liikunnasta?”. Kuuntelemisen muotoja ovat aktiivinen ja heijastava kuuntelu, joissa käytetään puhumista kannustavia ilmaisuja, kuten nyökkäily, ja asiakkaan sanojen ja kokemusten takaisin heijastamista neutraaleilla toistoilla ja tarkentavilla kysymyksillä. Sopivin välein keskustelusta tehdään lyhyitä yhteenvetoja, joilla osoitetaan, että asiakasta on kuunneltu. Vastakkainasettelua vältetään ja hyvää vahvistetaan kiinnittämällä huomio muutoksen suuntaisiin asioihin. Muutospäätöksen jälkeen motivointia ja tukea jatketaan toimintasuunnitelman laatimisessa ja seurantatapaamisissa. (Duodecim Oppiportin [www-sivut](http://www.sivut) 2019.)

3.3.3 SMART- / TARMO -periaate

Tavoitteen asettamisen apuvälineenä voidaan käyttää SMART -periaatetta, joka määrittelee, minkälainen tavoitteen tulee olla (Absetz & Hankonen 2017; Autti-Rämö, Vainiemi & Sukula n.d.; Lähteenkorva 2018). SMART tulee englannin kielen sanoista

- Specific = tarkka
- Measurable = mitattava
- Achievable = saavutettavissa oleva
- Realistic = realistinen
- Timed = aikaan sidottu

Suomalainen versio toimintaa ohjaavan tavoitteen asetelusta on TARMO: Täsmällinen, Ajankohtainen, Realistinen, Mitattava, Olennainen. Tavoite kannattaa ilmaista myönteisesti, jotain lisää ennemmin kuin jonkun välttämistä. Hyvä tavoite on asiakkaan tarpeista lähtevä, mieluummin pieni kuin suuri, ja helposti arvioitavissa oleva. Tavoitteen perusteella tehdään toimintasuunnitelma, joka tukee uusien tottumusten automatisointia. Totumus syntyy toiminnan toistoilla. (Absetz & Hankonen 2017; Tartu toimeen 2011, 58–60.)

3.4 Tutkimustietoa

Terveydenhuollon ammattilaisten asenteita ja tietämystä terveellisten elintapojen edistämisestä ja neuvonnan menetelmistä selvitettiin ruotsalaisessa pitkittäistutkimuksessa kyselynä perusterveydenhuollon lääkäreille ja sairaanhoitajille. Tutkimus liittyi Ruotsin terveys- ja hyvinvointiviraston julkaisemiin kansallisiin kliinisen käytännön ohjeisiin epäterveellisten elintapojen ehkäisemiseksi. Asennoituminen neuvontaa kohtaan oli myönteistä, mutta tietämys menetelmistä vaihteli ammattiryhmien välillä ja työkokemuksen pituuden mukaan. Neuvontaa pidettiin myös liian aikaa vievänä tavallisella vastaanotolla. Sairastuneiden potilaiden hoitamista pidettiin tärkeimpänä ja elintapaneuvonta ja ennaltaehkäisy koettiin tärkeysjärjestyksessä vasta toisena. Suurin osa vastaajista kannatti terveyden edistämisen kehittämistä edelleen. Sairanhoitajat olivat tätä mieltä useammin kuin lääkärit, samoin kuin enemmän työkokemusta omaavat verrattuna niihin, joilla oli vähemmän työkokemusta. Tutkimuksessa todettiin elintapaohjauksen tehokkaan toteutuksen tärkeimmäksi työkaluksi myönteinen asenne ja onnistumisen keskeiseksi tekijäksi tietotaso. (Kardakis, Jerdén, Nyström, Weinehall & Johansson 2018.)

Clark ym. (2012) selvittivät tutkimuksessaan ennaltaehkäisevän elintapaintervention vaikuttavuutta itsenäisesti asuvien ikääntyneiden hyvinvoinnin edistämiseksi. Satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa, joka on terveydenhuollon interventioiden tehon tutkimisen keskeisin työväline (Komulainen, Vuorela & Malmivaara 2014, 1439), osanottajat jaettiin interventio- ja kontrolliryhmään, ja heidän tuloksiaan verrattiin kuuden kuukauden intervention jälkeen. Ensimmäisessä tutkimusvaiheessa kontrolliryhmään kuuluneet osallistuivat interventioon tutkimuksen toisessa vaiheessa, jolloin tutkimus oli eettisesti yhdenmukainen osallistujia kohtaan. Interventio sisälsi toimintaterapeutin ohjaamia pienryhmätapaamisia viikoittain sekä yksilötapaamisia, joissa pyrittiin muun muassa tunnistamaan muutostarpeita, lisäämään fyysisiä ja henkisiä harjoitteita päivärutiineihin, tarkasteltiin kodin turvallisuutta ja kaatumisen ehkäisyä sekä asetettiin terveyttä edistäviä tavoitteita päivittäisten toimien kautta. (Clark ym. 2012, 783–784.) Tutkimus osoitti puolen vuoden ennaltaehkäisevän intervention positiivisia vaikutuksia ikääntyneiden elinvoimaisuudessa, sosiaalisessa toimintakyvyssä, mielenterveydessä ja elämään tyytyväisyydessä sekä masennusoireiden vähenemisessä. Fyysisen terveyden osalta kiputuntusten väheneminen vaikutti jonkin verran terveyteen ja toimintakykyyn yleensä. (Clark ym. 2012, 785.)

Kahden vuoden seurantatutkimuksessa Opendacker, Delecluse ja Boen (2011) arvioivat elintapoihin ja ohjattuun fyysiseen harjoitteluun liittyvän intervention pitkäaikaisvaikutuksia. Osanottajat olivat vähän liikkuvia, mutta terveitä 60–83-vuotiaita, jotka satunnaistettiin kahteen ryhmään. Kontrolliryhmä värvättiin erikseen tutkimusta varten ohjelman ulkopuolelta. Kriteereinä kaikissa kolmessa ryhmässä oli yli 60 vuoden ikä, säännöllisen kestävyys- tai voimaharjoittelun puuttuminen edeltävän kahden vuoden ajalta ja fyysisen aktiivisuuden vähäinen määrä. (Opendacker ym. 2011, 1602–1604.)

Elintaparyhmän osanottajia kannustettiin lisäämään fyysisiä aktiviteetteja omiin päivittäisiin rutiineihin ja he saivat puhelimitse tukea yksilöllisen kotiohjelman suorittamiseen. Harjoitteluryhmän ohjelmaan kuului kolme viikoittaista ohjattua harjoittelukertaa vain heille varatussa kuntokeskuksessa. Molemmat interventiot kestivät 11 kuukautta ja keskittyivät kestävyden, voiman, notkeuden ja tasapainon harjoituksiin. Tutkimuksessa analysoitiin interventiojakson jälkeen ja vuoden seuranta-ajan jälkeen tehtyjä mittausten tuloksia. Kontrolliryhmä osallistui vain mittauksiin eikä saanut

mitään palautetta tai tietoa ennen tutkimuksen loppua. (Opdenacker ym. 2011, 1602–1604.)

Oletetusti tulokset seuranta-ajan jälkeen näyttivät alenemista harjoitteluryhmässä, mutta eivät elintaparyhmässä. Harjoitteluryhmän osanottajille ei tarjottu vaihtoehtoisia harjoitteluohjelmia eikä ohjattu kotiharjoitteita intervention jälkeen, kun taas elintaparyhmän osanottajat pystyivät jatkamaan liikuntarutiinejaan. (Opdenacker ym. 2011, 1606.) Tutkimus osoitti pitkäaikaisvaikutuksia hengitys- ja verenkiertoelimistön kuntoon molemmissa ryhmissä, lihaskunto oli parempi harjoitteluryhmässä ja toimintakyky elintaparyhmässä. (Opdenacker ym. 2011, 1610.)

Jyväkorpi (2016) selvitti tutkimuksessaan kotona tai pitkäaikaishoidossa asuvien eri kuntoisten 60–99-vuotiaiden (n=900) ravitsemustilaa ja ravinnonsaantia sekä ravitsemusohjauksen vaikuttavuutta ruokavalion laatuun, ravintoaineiden saantiin, kaatumisiin ja elämänlaatuun. Suurimmalla osalla proteiinin saanti oli suosituksia vähäisempää ja vitamiinien ja hivenaineiden saanti riittämätöntä. Lisäksi terveimpienkin ikäänntyneiden joukossa osalla havaittiin riski puutteellisesta ravintoaineiden saannista. Aliravitsemukseen liittyivät useimmiten naissukupuoli, ikä, alentunut kognitio, perussairaudet, laitosasuminen ja matala painoindeksi. (Jyväkorpi 2016, 86.)

Paras ravitsemustila oli tutkimuksen mukaan nuorimmilla ja terveimmillä. Yksin asuvilla vanhemmilla miehillä ja omaishoitajana toimivilla miehillä ravitsemustilaan voi vaikuttaa vähäinen tietämys ja puutteellinen osaaminen ruuanlaitossa. (Jyväkorpi 2016, 89–90) Ravitsemus- ja ruuanlaitto-ohjaukseen osallistuneet ikäänntyneet paransivat C-vitamiinin ja kuidun saantiaan. Lisäksi heidän psyykinen hyvinvointinsa koheni. (Jyväkorpi 2016, 91) Kotihoidossa olevien Alzheimerin tautia sairastavien ryhmässä ravitsemusneuvonta paransi proteiinin ja kalsiumin saantia ja ylläpiti painoa. Heidän elämänlaatunsa koheni ja kaatumisia oli vähemmän. (Jyväkorpi 2016, 92) Tutkimuksen johtopäätöksenä hyvä ravitsemustila ja ruokavalion laatu sekä riittävä proteiinin, vitamiinien ja hivenaineiden saanti ovat välttämättömiä ikäänntyneiden terveydelle ja hyvinvoinnille. Vitamiinien ja hivenaineiden puutteet olisi tunnistettava mahdollisimman varhain. Ravitsemuskoulutuksella ja suunnitelmallisilla interventioilla sekä palveluaterioiden korkealla ravitsemuksellisella laadulla pystytään parantamaan iäkkäiden ravitsemusta. (Jyväkorpi 2016, 97.)

Ikääntyville kohdennetusta elintapaohjauksesta on tehty vain muutama opinnäytetyö, joissa käsiteltiin pääasiassa asiakasnäkökulmaa. Ketonen (2014, 43–44) tutki kehittämistyössään Eurajoella asuvien ikäihmisten näkemyksiä heille suunnatuista palveluista, jossa kyselyyn vastanneet pitivät tärkeänä muun muassa terveystarkastuksia ja erilaisia liikunta-, painonhallinta- ja ravitsemusryhmiä. Tämän tutkimuksen perusteella terveyttä edistävät palvelut koettiin tärkeinä. Göös ja Sorsamäki (2017, 50) selvittivät FINGER-tutkimukseen (Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen [www-sivut](http://www.sivut) 2019) osallistuneiden ikäihmisten kokemuksia monimuotoisesta elintapaohjauksesta. Heidän tutkimuksessaan tutkittavien suuren määrän (n=1260) takia johtopäätös elintapaohjauksen hyödyllisyydestä voitiin yleistää.

Toimintamallia tai palveluketjua kuvaavana löytyi Suhosen (2018) liikuntaneuvonnan palveluketjun kuvaus Ylöjärven kaupungille tehdystä liikuntaneuvontamallin luomisesta, jossa tavoitteena oli vaikuttavuuden lisääminen palveluketjua kehittämällä ja erityisesti liian vähän liikkuvan kuntalaisen tunnistaminen ja liikunnan puheeksi ottaminen. Kehittämistyön aikana luotiin sähköinen ajanvarausjärjestelmä liikuntaneuvontaan, jolloin terveydenhuollosta pystyttiin varaamaan aika suoraan liikuntaneuvonnojalle. (Suhonen 2018, 40–42.)

Kahila ja Rossi (2018) selvittivät, millainen moniammatillinen elintapaneuvonta ja motivointi saavat ikääntyneen ottamaan vastuuta omasta hyvinvoinnistaan ja kokosivat alustavan toimintamallin tämän tiedon pohjalta. Toimintamallissa alkukartoituksen pohjalta laaditaan suunnitelma, jonka toteutukseen ammattilaiset osallistuvat ohjaamalla ikääntynyttä hänen arjessaan. Nimetty yhteyshenkilö on säännöllisesti yhteydessä ohjattavaan ja tukee häntä muutoksessa sekä arvioi ja mittaa tilannetta ohjausprosessin aikana. (Kahila & Rossi 2018, 37–39.)

3.5 VESOTE -hankkeen toteutus Satakunnassa

Sipilän hallituksen kärkihanke ”Edistetään terveyttä ja hyvinvointia sekä vähennetään eriarvoisuutta” oli käynnissä vuosina 2016–2018 ja sen tavoitteena oli hyvien käytäntöjen avulla lisätä terveitä elämäntapoja ja kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja.

Lähtökohtana olivat ihmisen omat vahvuudet ja vastuunotto omasta elämästä. (STM www-sivut 2019.) VESOTE eli ”Vaikuttavaa elintapaohjausta sosiaali- ja terveydenhuoltoon poikkihallinnollisesti” oli kärkihankkeeseen liittyvä STM:n rahoittama ja UKK-instituutin hallinnoima hanke, joka toteutettiin vuosina 2017–2018. Kehittämissuunnitelmassa painotettiin liikkumista, ravitsemusta ja unta sekä hyvien käytäntöjen jakamista. Hankkeessa kehitettiin sote-ammattilaisten elintapaohjauksen osaamista, luotiin hoito- ja palveluketjuja ja yhteistyöverkostoja, lisättiin objektiivisen seurantatiedon hyödyntämistä neuvonnassa ja arvioitiin vaikuttavuutta. Mukana olleet 11 hankealuetta määrittivät omat kohderyhmänsä ja toimenpiteensä. Satakunnassa hanketta hallinnoi Porin kaupunki. (UKK-instituutin www-sivut 2019.)

Kohderyhminä Satakunnassa olivat työikäiset mielenterveys- ja päihdeasiakkaat, valtimotautia sairastavat ja keuhkohtaumatautia sairastavat. Kriteereinä olivat ylipaino, vähäinen liikkuminen, tarve istumisen vähentämiseen tai ravitsemus- tai nukkumistottumuksien korjaamiseen. Hankkeen aluekohtaiset tavoitteet olivat elintapojen puheeksi ottaminen systemaattisesti kohderyhmään kuuluvien vastaanottokäynneillä, toimivien välineiden ja vaikuttavien toimintojen käyttöönotto sekä sähköisen palvelutarjottimen kehittäminen. Lisäksi pyrittiin muodostamaan monialainen yhteistyöverkosto alueelle ja sitouttamaan johtoa elintapaneuvonnan kehittämiseen. (Tarhasaari & Hirsimäki 2018, 3–4.)

Sote- ja liikunta-alan ammattilaisten elintapaohjauksen osaamista lisättiin täydennyskoulutuksella, joka sisälsi liikunta- ja ravitsemusneuvonnan, unenhuollon ja puheeksi ottamisen verkko-opintoja sekä kirjaamiskäytäntöjen yhtenäistämistä. Alueellisissa yhteistyöverkostoissa kehitettiin elintapaohjauksen palvelupolkuja. Hyvien toimintakäytäntöjen avulla pyrittiin helpottamaan ammattilaisten työtä ja parantamaan tuloksia. (Larivaara 2018, 3.) Verkkokoulutuksen laajuus oli yhteensä 45 tuntia ja kehittämisopintoja oli neljänä päivänä yhteensä 12 tuntia. Opiskeluun sisältyi lisäksi ”Satakuntalaiset liikkumaan, syömään ja nukkumaan hyvin” -oppimistehtävä, johon kuvattiin oman organisaation elintapaohjauksen nykytila, harjoiteltiin puheeksi ottamista, motivointia ja muutostavoitteen muotoilua sekä kuvattiin opintojen lopuksi oman organisaation elintapaohjauksen palveluketju ja kirjaamiskäytännöt. (Tarhasaari & Hirsimäki 2018, 10.) Koulutukseen osallistui Satakunnassa 145 sote- ja liikunta-alan ammattilaista. Tuloksina kirjattiin muun muassa sovitut elintapaohjaustarpeen

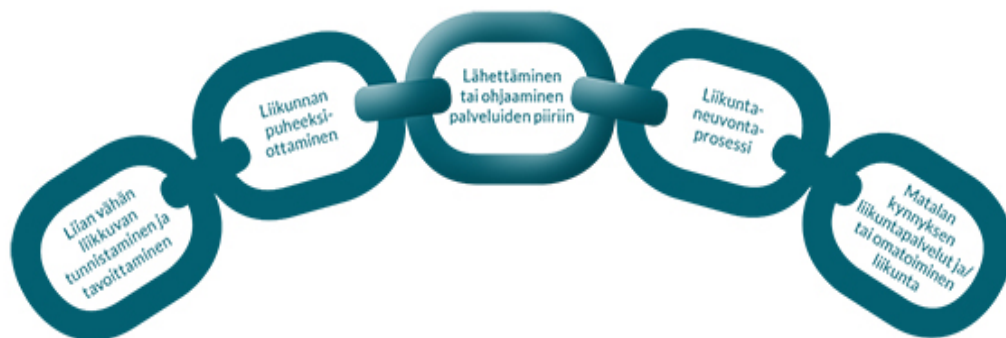
tunnistamisen kriteerit (liikkumattomuus, runsas istuminen, virheravitsemus, unettomuus), elintapakeskustelun toimintamalli, ravitsemuksen arviointikysely sekä yhtenäiset mittarit ohjaustyölle ja vaikuttavuuden arviointiin. Kirjaamiseen ja tilastointiin käytetään SPAT -koodeja, joihin tulee muutoksia vuosina 2019–2020, kun uusi THL-toimenpideluokitus OAB otetaan käyttöön (THL www-sivut 2019). (Tarhasaari & Hirsimäki 2018, 14–15.)

Täydennyskoulutuksen vaikuttavuutta ohjausosaamiseen ja ohjaustoimintaa rajoittavien tekijöiden muutosta koulutuksen aikana tutkittiin Murtoerän (2019) opinnäytetyössä, jossa aineisto kerättiin strukturoidulla kyselyllä itsearviointina verkkokoulutukseen osallistuneilta. Tulokset osoittivat osaamisen parantumista, rajoittavien tekijöiden vähentymistä ja ohjausmateriaalien sekä paikallisten ohjausmahdollisuuksien tuntemisen parantumista, joka heijastuu suoraan resurssien käyttöön. (Murtoerä 2019, 14–15, 41.)

VESOTE -koulutuksesta sain uutta ja syventävää tietoa teemoista ja konkreettisia välineitä ohjaustyöhön. Koen osaamiseni karttuneen erityisesti unineuvonnan osalta, joka oli ennestään varsin vierasta. Motivoiva keskustelu -verkkokurssi taas havainnollisti toimintatapoja haastavaksi kokemalleni asiakkaan motivaation herättelylle. Palveluketjun kuvaus omalta osaltani kohdistui koulutuksen päättyessä vanhustyön palvelujen piirissä oleviin, mutta kohderyhmän laajentuessa tarve palveluketjun ja koko toimintamallin kuvaamiseen tarkemmin tuli aiheelliseksi.

3.6 Toimintamallit ja palveluketjut

Liikuntaneuvonnasta on puhuttu jo 1990-luvulla, mutta vasta 2000-luvun alussa liikunta tuotiin osaksi sosiaali- ja terveystalouden ennaltaehkäisevää toimintaa liikumisreseptin muodossa. Reseptin käyttö ei kuitenkaan motivoinut terveydenhuollon ammattilaisia ja polku liikuntaneuvontaan oli epäselvä. Liikuntaneuvonnan käytäntöjä alettiin kehittää 2010-luvulla systemaattisemmin, jolloin myös neuvonnan prosessimaisuus (Kuvio 3) jäsenyi selkeämmin. (Tuunanen, Puurunen, Malvela & Kivimäki 2016, 11.)



Kuvio 3. Liikuntaneuvonnan palveluketju (KKI-ohjelman www-sivut 2019)

Terveysthuollossa on pitkään ollut erilaisia hoitopolkuja esimerkiksi päihderiippuvaisille tai mielenterveyskuntoutujille, mutta liikkumattomuuden hoitopolku on puuttunut, vaikka liikkumattomuuden riskit tiedetään. LiPaKe -hankkeessa kehitettiin vuosina 2013–2016 parempia edellytyksiä ohjata ihmisiä liikunnan harrastamiseen rakentamalla palveluketju liikuntaneuvonnan tueksi. Palveluketjuun linkitettiin matalan kynnyksen ryhmiä ja yhdistysten tarjontaa. Tavoitteena oli vaikuttaa liikunnan ja elintapamuutoksen pysymiseen neuvonnan jälkeenkin. Palveluketju yhdisti terveydenhuollon ja liikunnan ammattilaiset sekä yhdistykset nelivaiheiseksi kokonaisuudeksi, jossa ensimmäisessä vaiheessa on lääkärin tai hoitajan vastaanotto, toisessa liikuntaneuvonta, kolmannessa matalankynnyksen ryhmät ja neljännessä omatoimisen liikunnan ohella yhdistysten harrastetoiminta. (Tanttu 2017, 4–5.)

Laatua liikuntaneuvontaan -raportissa esitellään liikuntaneuvonnan hankkeissa luotuja toimintamalleja eri puolilta Suomea. MLN -projektin, LiPaKe -hankkeen, Liikahdus – Elämäntapa -hankkeen ja Aktiivix -liikuntaneuvontahankkeen kohderyhmänä olivat pääsääntöisesti terveytensä kannalta liian vähän liikkuvat työikäiset, joilla oli kohonnut riski sairastua tyypin 2 diabetekseen. Asiakkaat ohjautuivat neuvontaan ensisijaisesti terveydenhuollon kautta, ajanvarauksen teki joko lähettävä taho tai joissain tapauksissa asiakas itse. Neuvontaprosessi kesti 12 kuukautta, jonka aikana asiakasta tavattiin kolme tai neljä kertaa. Lisäksi neuvoja oli puhelimitse tai yhdessä hankkeessa kannustuskirjeen muodossa yhteydessä asiakkaisiin vaihtelevasti 2–24 kertaa. Asiakkaiden vastaanotto tapahtui yleisimmin terveysasemilla. Tukipalveluina käytettiin erilaisia matalan kynnyksen ryhmiä ja yhteistyötä tehtiin useimmiten kuntien liikuntatoimen kanssa. Liikuntaneuvonnan vaikutuksia seurattiin mittaamalla paino, painoindeksi, vyötärön ympäryys ja vaihtelevasti kehonkoostumus sekä laboratoriotesteillä.

Elintapoihin liittyviä kyselyjä käytettiin hankekohtaisesti erilaisia, kattavimmin oli käytössä liikuntatottumuksia koskeva kysely. Potilastietojärjestelmä osana liikuntaneuvontaa oli käytössä kahdessa hankkeessa. Koulutukseltaan neuvojat olivat liikunnanohjaajia tai fysioterapeutteja, yhdessä tapauksessa sairaanhoitaja teki neuvontatyötä. (Tuunanen ym. 2016, 80–82.)

SATA-LIPAKE on STM:n rahoittama terveyden edistämisen hanke, jota hallinnoi Satakunnan sairaanhoitopiiri. Hanke on käynnissä lokakuuhun 2019 asti. Painotus on liikuntaneuvonnassa, mutta ohjauksessa huomioidaan asiakas kokonaisvaltaisesti. Tukea suunnataan erityisesti ylipainoisille sairastumisen riskissä oleville työikäisille, lapsiperheille sekä syrjäytymisriskissä oleville, joilla ylipaino ja liikkumattomuus heikentävät tilannetta. Toimintamallina käytetään LiPaKe -liikunnan palveluketjua, motivoivaa haastattelua ja ratkaisukeskeistä menetelmää, jossa keskitytään asiakkaan voimavaroihin. Asiakas ohjataan liikuntaneuvontaan, hänen kanssaan käydään motivoiva haastattelu, laaditaan suunnitelma, tarjotaan tarvittava määrä tukea ja seurataan etenemistä viiteryhmän mukaisilla mittareilla. Interventio kestää noin 12 kuukautta. Oleellista toiminnassa on helposti saavutettava liikuntaneuvonnan palvelu ja yhteistyön tekeminen eri organisaatioiden ja kolmannen sektorin kanssa. (Mannermaa ym. 2017, 7–9; Satasairaalan www-sivut 2019.)

Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymässä, johon Eurajokikin kuuluu, liikuntaneuvojana työskentelee fysioterapeutti. Työ sisältää liikunta-, ravitsemus- ja uni-neuvontaa alle 65-vuotiaille LiPaKe-palveluketjun mukaisesti. Ohjeistusta annetaan asiakaslähtöisesti keskustelemalla ja asiakkaita ohjataan saattaen erilaisiin matalan kynnyksen ryhmiin. (Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymän www-sivut 2019.) Asiakkaat tulevat palveluun joko terveydenhuollon ammattilaisten kautta, itse yhteyttä ottamalla tai kolmannen sektorin työntekijöiden suosittelemana (Jalava sähköposti 10.4.2019).

VESOTE -hankkeen aikana kehitettiin tavoitteellinen ja vaikuttava elintapakeskustelu-toimintamalli, jossa elintavat otetaan puheeksi vastaanottokäynnillä asiakkaan suostumuksella ja häntä haastatellaan liikunta-, ravitsemus- ja unitottumuksista tai tarvetta arvioidaan kartoittavilla kyselyillä. Motivaation tasoa arvioidaan yhdessä asiakkaan kanssa. Muutossuunnitelma ja muutostavoite laaditaan SMART- / TARMO -

periaatteella. Tavoitteen tulee olla tarkka, mitattavissa oleva, oma ja ajankohtainen, realistisesti elämäntilanteeseen sopiva ja aikataulutettu. Tukea elintapamuutokseen annetaan yksilöllisen tarpeen mukaan 6–12 kuukautta. Riittävän pitkäkestoisella tuella ja seurannalla varmistetaan muutoksen pysyvyys. Toimintamalli soveltuu hoidonohjaus- ja seurantakäynneille pitkäaikaissairailla, terveystarkastuksiin ja terveysneuvontaan. Vaikuttavuutta arvioidaan seurantamittauksilla. Ohjaus kirjataan potilastietojärjestelmään ja tilastoidaan HILMO -ohjeen mukaisesti (THL www-sivut 2019). Kirjauksella ja tilastoinnilla saadaan tuotettua reaaliaikaisia raportteja, joiden avulla toimintaa voidaan kehittää. (Tarhasaari & Hirsimäki 2018, Liite 14.)

4 KEHITTÄMISTYÖ

Elintapaohjaus on tutkitusti vaikuttavaa kaikissa ikäryhmissä, mutta kohderyhminä valtakunnallisissa hankkeissa ovat olleet muut kuin ikääntyneet. Eurajoen kunnan strategiassa hyvinvoinnin edistäminen on yhtenä tärkeänä painopisteenä ja vanhuspoliittisessa kehittämissuunnitelmassa elintapaohjaus on osa toimintakykyisen ikääntymisen turvaamista (Eurajoen kunnan www-sivut 2018). Eurajoen vuoden 2019 talousarviossa ja kahden seuraavan vuoden taloussuunnitelmassa 65 vuotta täyttäneiden hyvinvointineuvonta on terveydenhoitopalvelujen sitova tavoite, jonka toteutumista mitataan asiakasmäärillä ja tavoitetaso on kaikkien neuvontaan ohjattujen ikääntyneiden tavoittaminen (Eurajoen kunta 2018). Näistä lähtökohdista juuri ikääntyneille suunnatun elintapaohjauksen toimintamallin kehittämiseksi on selkeä tilaus.

Aiheena elintapaohjaus on opinnäytetyön tekijää kiinnostava ja VESOTE -koulutuksen pohjalta ajatus tämän työn aiheesta alun perin syntyikin. Opinnäytetyön suunnitelman hahmotteleminen ohjasi työtä kohdentumaan nimenomaan toimintamallin kehittämiseen. Kehittämistyön menetelmien valinnassa kriteerinä oli saada mahdollisimman monipuolisesti käytännönläheistä tietoa mallin suunnittelun tueksi. Opinnäytetyön ja samalla kehittämistyön prosessin eteneminen on kuvattu liitteessä 1.

4.1 Tavoitteet

Opinnäytetyöni päätavoitteena on kehittää elintapaohjauksen toimintamalli Eurajoen kunnan 65 vuotta täyttäneiden asukkaiden hyvinvointia edistäviin palveluihin. Toimintamalliin suunnitellaan ja kuvataan, miten asiakas ohjautuu tai ohjataan elintapaohjaukseen, mitä menetelmiä ja mittareita ohjauksessa käytetään, miten tavoitteet asetetaan ja niitä arvioidaan, mihin ja miten asiakastapahtumat kirjataan, minne asiakas on mahdollista ohjata palveluketjussa eteenpäin sekä milloin ohjaustarpeen voidaan katsoa päättyneen. Toimintamallin ohessa luodaan kuvaus hyvinvointineuvojan työstä Eurajoen kunnassa. Opinnäytetyönä kehitettävän toimintamallin avulla elintapaohjausta antavat työntekijät pystyvät tekemään asiakastyötä tasavertaisesti ja käyttämään hyödyksi valikoituja menetelmiä sekä koko käytössä olevaa palveluketjua. Tavoitteena on myös tehdä elintapaohjausta ja sen käytännön toteutusta tunnetuksi sekä kuntalaisille että työyhteisön työntekijöille esittelemällä toimintaa erilaisissa tilaisuuksissa ja kokoontumisissa.

Henkilökohtainen tavoitteeni on onnistua opinnäytetyön tekemisessä ammattikorkeakoulun opinnäytetyölle asetettujen kriteerien mukaisesti ja hyödyntää toimintamallin kehittämisessä geronomi-opintojen aikana hankittua osaamista mahdollisimman laajasti.

4.2 Kohderyhmä

Elintapaohjausta antavat kunnassa työterveyshuollon fysioterapeutti nuorille ja työikäisille ja vanhustyön kuntohoitaja 65 vuotta täyttäneille. Vastuualueiden jakaminen tapahtui hyvässä yhteisymmärryksessä molempien työntekijöiden vahvuuksien ja mielenkiinnon mukaan.

Ikääntyvien elintapaohjauksen asiakaskunnaksi määriteltiin aluksi kotona asumista tukevien palvelujen, kuten kotihoidon tai päivätoiminnan, piirissä jo olevat ikääntyneet, mutta myöhemmin vanhuspalvelupäällikkö laajensi kohderyhmää koskemaan kaikkia 65 vuotta täyttäneitä kuntalaisia. Eurajoella näitä kohderyhmään kuuluvia asukkaita

on Sotkanetin (www-sivut 2019) viimeisimmän vuoden 2018 tilaston mukaan ollut 2382, joista palveluasumisen tai pitkäaikaishoidon piirissä on noin 100 asukasta.

Ikääntyneiden kohdalla, kuten muissakin väestöryhmissä, on sekä aktiivisesti liikkuvia ja terveydestään huolta pitäviä, että nollaliikkuja tai muuten elintapojen osalta terveyteensä välinpitämättömästi suhtautuvia. Satakunnassa 65 vuotta täyttäneistä lihavien osuus, BMI yli 30, on suurempi kuin koko maassa ja niukasti kasviksia käyttäviä ja vapaa-ajan liikuntaa harrastamattomia on noin neljännes. Koko maassa lähes puolet 65–84-vuotiaista kokee terveytensä keskinkertaiseksi tai huonoksi. (Sotkanetin www-sivut 2019.) Nämä tiedot ovat vähintäänkin suuntaa antavia, vaikka kuntakohtaisia tilastoja ei olekaan käytettävissä.

Elintapaohjauksesta hyötyisivät erityisesti henkilöt, joiden toimintakyvyssä tai terveydentilassa on tapahtunut muutoksia tai riski muutoksiin on oleellisesti kasvanut. Ennaltaehkäisevän näkökulman mukaan asiakkaina tulevat pääsääntöisesti olemaan itsestänsä tai palvelujen turvin omilla kodeissaan asuvat. Kodinhoitoapua saaneita talouksia on Eurajoella vuoden 2018 tilaston mukaan ollut 223 kyseisessä kohderyhmässä (Sotkanetin www-sivut 2019).

4.3 Kehittämistyön menetelmät

Tämä kehittäminen eteni konstruktivistisen mallin mukaisesti, jossa aiheen valinnan ja opinnäytetyön suunnitelman jälkeen siirryttiin työstämään toimintamallia valituilla menetelmillä. Samaan aikaan tehtiin dokumentointia kirjoittamalla raporttia. Vaihe vaati suunnitelmallisuutta ja vastuullisuutta työläytensä vuoksi. (Salonen 2013, 16–18.)

Tutkimuksellisessa, konkreettiseen tuotokseen tähtäävässä kehittämisessä käytettiin monimenetelmäistä tutkimusotetta, jossa aineistoa toimintamallin kehittämiseksi ja kuvaamiseksi kerättiin VESOTE -koulutuksesta saatujen materiaalien lisäksi kirjallisuudesta, verkkolähteistä ja aiemmista tutkimuksista sekä haastatteleamalla kahta lähikaupungin ja -kunnan elintapaohjausta tekevää työntekijää (Jyväskylän yliopiston www-sivut 2019; Kananen 2015, 24, 39–40; Salonen 2013, 13).

Haastattelujen tavoitteena oli vertaiskehittäminen eli benchmarking, jonka avulla tutustuttiin kahteen erilaiseen elintapaohjauksen toimintamalliin vieraillemalla tätä palvelua toteuttavissa organisaatioissa. Benchmarking on menetelmä, jossa muiden toimintaan vertailemalla pyritään tunnistamaan heikkouksia ja vahvuuksia ja kehittämään niiden pohjalta omaa toimintaa. Oppimisen kohde valitaan yleensä samalta alalta, jolloin parhaita käytäntöjä voidaan siirtää suoraan omaan toimintaan. Vertailua voidaan toteuttaa myös muiden toimialojen kanssa tai kuten tässä kehittämistyössä, etsimällä tietoa hyvistä käytännöistä erilaisista julkaisuista. (Itä-Suomen yliopiston www-sivut 2019.)

Haastateltaviksi valikoitiin samantyyppisen koulutustaustan omaavia työntekijöitä, jotka olivat tehneet elintapoihin liittyvää ohjausta ja neuvontaa jo jonkin aikaa. Näin saatiin käytännön kokemukseen perustuvaa tietoa toiminnasta. (Vilka 2015, 131, 135.) Tutkimuslupien myöntämisen jälkeen otin haastateltaviin yhteyttä, lähetin heille teemoitetut aiheet ja kysymykset etukäteen tutustuttaviksi ja sovin tapaamiset. Teemahaastattelu on yleisin tutkimushaastattelun muoto ja sen käyttäminen on perusteltua, kun halutaan varmistaa kehittämistyössä tarvittavien tietojen saaminen. Teemahaastattelussa pystytään tekemään tarkentavia kysymyksiä haastateltavan vastausten perusteella. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 205, 208; Vilka 2015, 124, 127.)

Haastattelun aluksi annoin haastateltaville suostumuslomakkeet allekirjoitettaviksi ja kertosin eettiset periaatteet haastattelusta ja siitä saatavan aineiston käytöstä eli nauhoitus, vapaaehtoisuus, vastaaminen haastateltavan ehdoilla ja aineiston asianmukainen säilyttäminen ja hävittäminen opinnäytetyön hyväksymisen jälkeen (Tutkimuseettinen neuvottelukunta TENK 2013, 6). Haastattelut tehtiin kummankin työntekijän omalla työpaikalla. Litteroin puhelimella nauhoitetut aineistot ja lähetin tarkistettavaksi haastatelluille, jonka jälkeen erottelin niistä tietokoneen Tekstin korostusväri -toiminnolla toimintamallin kannalta oleelliset osat. Näistä kokosin kuvauksen kyseisen kaupungin tai kunnan elintapaohjauksen toimintamallista. (Hirsjärvi ym. 2009, 232; Vilka 2015, 137.) Haastatteluista saaduista aineistoista on liitetty toimintamallien kuvauksiin haastateltavien puheen suoria lainauksia, joissa käytetään lyhenteitä H1 ja H2 merkitsemässä haastateltavia.

4.3.1 Rauman toimintamalli

Rauman sosiaali- ja terveystalvelujen elintapoihin liittyvää ohjausta tehdään LiPaKe -hankkeen puitteissa lokakuuhun 2019 asti. Ohjausta tekevien työntekijöiden nimike on HYTE-valmentaja ja heitä on yhteensä kuusi. Kolme työskentelee lääkinällisessä kuntoutuksessa, he ovat fysioterapeutteja, yksi perhekeskuksessa ja kaksi työtoimintakeskuksessa. Tässä keskitytään lääkinällisen kuntoutuksen HYTE -valmentajien toimintatapaan. HYTE -valmennusta tehdään oman päätyön ohella, siihen ei ole määritelty erillistä työaika. Valmentajat ovat suorittaneet LiPaKe -koulutuksen sekä VESOTE -verkko-osion. Ohjattavat ovat nimikkeeltään potilaita. Kohderyhmä on rajattu hankkeen perusteella alle 65-vuotiaisiin, mutta hyvin motivoituneita iäkkäämpiäkin on otettu mukaan.

”...jos on potilaan oma motivaatio, kiinnostus asiaan, ni me ollaan otettu myös vanhempia.” (H1)

Toiminnasta on tiedotettu lääkäreiden ja hoitajien tiimipalavereissa (Sahlberg sähköposti 18.3.2019) ja painonhallintaryhmissä. Potilaille on laadittu HYTE -infolomake.

Potilaat ohjautuvat valmennukseen lääkäreiden ja hoitajien vastaanotoilta, ravitsemusterapeutilta ja fysioterapeuteilta. Potilaan annettua suostumuksensa, hänet ohjataan ottamaan yhteyttä lääkinällisen kuntoutuksen neuvontaan joko soittamalla tai käymällä. Yhteydenoton jälkeen nimi lisätään varauskalenteriin ja valmentaja ottaa häneen yhteyttä sopiakseen tapaamisen lääkinällisen kuntoutuksen tiloissa. Muuallakin on mahdollista tavata, esimerkiksi kauppaan voidaan mennä yhdessä tutustumaan elintarvikkeisiin tai tehdä kotikäynti.

Alussa kaksi ensimmäistä käyntiä on muutaman viikon sisällä, sen jälkeen joko tapaamisia tai puhelinsoittoja asiakkaan tarpeen mukaan ja kontrollitapaamiset 6 ja 12 kuukauden kohdalla. Ensimmäisillä käynneillä täytetään hankkeeseen kuuluvia lomakkeita ja tehdään henkilökohtainen suunnitelma. Jatkossa tapaamisia on useimmiten noin kerran kuukaudessa. Valmennuksessa kartoitetaan ravitsemus- ja liikuntatottumuksia ja annetaan ohjausta näissä. Yhteistyötä tehdään terveydenhuollon eri ammattilaisten sekä liikuntatoimen kanssa, jossa on perustettu kaksi omaa ryhmää

valmennettaville. HYTE-valmentaja saattaa potilaan liikuntaryhmään ja käy tapaamassa valmennettavia ryhmissä.

”Toivon, että tää toiminta jatkuu...ihmiset on ollu tosi tyytyväisiä ja kun ne on menny tonne ryhmään, ni ne on pysyny siel ryhmässä...kertoo aika paljon eteenpäin, jos ihminen, joka ei oo koskaan tai moneen vuoteen liikkunu ja jos kerran viikossa käy...” (H1)

Valmentaja voi laatia kuntosaliohjelman ja käydä opastamassa sen, erityisruokavalioidissa ohjata ravitsemusterapeutille, unihäiriöissä unikouluun ja henkisissä asioissa psykiatriselle sairaanhoitajalle tai sairaalapastorille.

Käytössä olevat hankkeen mittarit ovat verenpaine, vyötärön ympäryys, pituus, paino, BMI ja liikuntapisteet. Lisäksi käytetään omien tarpeiden pohjalta puristusvoiman mittausta, kuuden minuutin kävelytestiä ja tuolilta nousua. Kaupungin internetsivuilla olevaa sähköistä terveystarkastuslomaketta on myös käytetty (Rauman kaupungin www-sivut 2019). Valmennettaville voidaan lainata hankkeen luovuttamaa aktiivisuuskelloa. Valmennustapaamiset, tulokset ja tilastointikoodit kirjataan potilastietojärjestelmään fysioterapia-lehdelle. Valmennussuhde kestää hankkeen mukaisesti 12 kuukautta, mutta potilas saa sen halutessaan irtisanoa milloin vain ja asia on kirjattu myös suostumuslomakkeeseen. Tapaamisten määrää ei ole rajattu.

Toiminnasta tehdään arviointi paikallisella tasolla hankkeen päättymisen jälkeen ja tuloksia käsitellään ylihoitajan ja johtoryhmän taholta. Väliarviointia tehdään keskustelujen muodossa HYTE-valmentajien kanssa. (Mitikka sähköposti 19.3.2019.) Kehittämissuunnitelmia on kolmannen sektorin suuntaan, ja jos toiminta jatkuu hankkeen jälkeen, lomakkeiden määrää ja sisältöä tullaan arvioimaan kriittisesti. Valmennusta antavat työntekijät ovat kokeneet hankkeeseen liittyvien lomakkeiden määrän suurena ja niiden täyttämisen vievän liikaa vastaanottoaikaa.

*”...tommosta määrää voida lomakkeita pitää...ne vie ihan hirveesti aikaa...”
(H1)*

4.3.2 Säskylän toimintamalli

Säskylässä elintapaohjausta tarjotaan sosiaali- ja terveystalouden omaa toimintana, joka jäsenyi VESOTE -hankkeen pilotin aikana. Toiminnasta käytetään nimitystä elintapaohjaus tai HYTE -ohjaus ja työntekijät ovat elintapaohjaajia. Ohjausta antavat fysioterapeutti, kuntohoitaja ja terveydenhoitaja. Tässä perehdytään fysioterapiayksikön elintapaohjauksen toimintamalliin. Ohjausta tehdään oman päätyön ohella asiakasmäärien mukaan, erillistä työaika ei ole määritelty. Ohjaajat ovat suorittaneet VESOTE -koulutuksen. Ohjattavista käytetään nimitystä asiakas. Kohderyhmä on rajattu aikuisiin, muuta ikäraja ei ole.

Toiminnasta tiedottaminen on tapahtunut terveydenhuollon ammattilaisten yhteistyöpalavereissa, paikallislehdessä ja lisäksi työntekijä on käynyt kertomassa toiminnasta paikallisen Sydänyhdistyksen tapahtumassa. Esitteitä on jaettu terveydenhuollon vastaanottopisteisiin.

”...jaettu tonne ympäri taloa (terveyskeskusta) näitä esitteitä...osa on...tullu sit tästä (fysioterapiasta) kysymään, että pääsiskö.” (H2)

Asiakkaat ohjautuvat elintapaohjaukseen lääkärin ja hoitajien vastaanotoilta, fysioterapiasta, työterveyshuollosta tai aikuisneuvolasta potilastietojärjestelmään luodun HYTE -jonon kautta. Asiakkaat voivat myös hakeutua ohjaukseen itse suoraan elintapaohjaajiin yhteyttä ottamalla.

Tapaamiset ovat fysioterapian tiloissa työntekijöiden vastaanottohuoneissa. Käynnejä on aluksi tiheämmin, parin viikon välein, ja sen jälkeen noin kerran kuukaudessa. Myöhemmillä käynneillä väliä voidaan pidentää kuuteen viikkoon tai jopa kahteen kuukauteen. Ohjaus kestää 6–12 kk ja yhden käynnin kesto on noin tunti. Tapaamiskertojen määrää ei ole rajattu.

Ohjauksen alussa kartoitetaan elintapoja esimerkiksi Sydänliiton (www-sivut 2019) OTA-mittarin avulla, kysytään ruokatottumuksista, unesta ja liikunnasta. Tarvittaessa ohjataan laboratoriotutkimuksiin sairaanhoitajan kautta. Ohjauksessa edetään asiakkaan tarpeiden mukaan ja esitemateriaalia jaetaan keskusteluaiheiden perusteella.

”Edetään just sen asiakkaan tarpeitten mukaan...” (H2)

Alussa asetettuja tavoitteita tarkennetaan seurantakäynneillä. Yhteistyötä tehdään erityisesti diabeteshoitajan kanssa. Matalan kynnyksen liikuntaryhmä on suunnitteilla kansalaisopiston järjestämänä, kunnan liikuntatoimella ei ole ohjaavaa työntekijää. Terveyspalveluissa järjestetään keväällä 2019 uutena toimintana hyvinvointiryhmä. Ryhmä on suunnattu diabetesta sairastaville, joilla on ylipainoa ja liikkumattomuutta.

Mittareista käytössä on paino, BMI, vyötärön ympäryys ja verenpaine. Liikuntapisteet lasketaan ja tarvittaessa voidaan tehdä tuolilta nousu tai kuuden minuutin kävelytesti. Lomakkeista käytössä on ruokatottumusten tarkistuslista, liikuntatottumustesti ja unikysely. Ohjaukseen ja tulokset kirjataan potilastietojärjestelmän FYS -lehdelle, terveydenhoitaja kirjaa HOI -lehdelle. Otsikoista on käytössä esitiedot, nykytila tai terveyteen vaikuttavat tekijät ja testaus- ja arviointitulokset. Suostumuslomaketta käytettiin vain VESOTE -hankkeen pilotoinnin ajan.

Elintapaohjauksen arviointia on tehty lähinnä keskustelujen muodossa palaverissa. Seuranta pystyisi tekemään potilastietojärjestelmästä käytössä olevien tilastointikoodien avulla. Kehittämiskohteena toiminnassa nähdään asiakkaiden ohjautuvuus palveluun, elintapojen puheeksi ottaminen systemaattisemmin, ohjaukseen yhtenäistämisen organisaatiossa ja ryhmätoiminnan kehittäminen edelleen.

”...ohjautuvuus...ett miten näit, sais paremmin kiinni näitä ihmisiä...se on varmaan se elintapojen puheeksoton vaikeus...” (H2)

4.3.3 Prosessin ydinkohtien vertailu

Havainnollistamalla tekstiä erilaisten kuvioiden tai taulukoiden avulla pystytään helpottamaan lukemista ja selkeyttämään sisällön ymmärtämistä (Hirsjärvi ym. 2009, 322). Haastattelujen perusteella saaduista organisaatioiden toimintamalleista laadittiin taulukko, johon määriteltiin elintapaohjauksen prosessin ydinkohdat vertailevaa kehittämistä varten (Taulukko 1).

Taulukko 1. Elintapaohjauksen prosessin ydinkohtien vertailu (benchmarking) haastattelujen perusteella

	Rauma	Säkylä	Eurajoki 65 v täyttäneet
Asiakkaiden ohjautuminen palveluun	Lääkärien ja hoitajien vastaanotoilta, ravitsemusterapeutilta, lääkinnällisestä kuntoutuksesta	Lääkärien ja hoitajien vastaanotoilta (HYTE-jono), aikuisneuvolasta, fysioterapiasta, työterveyshuollosta tai itse hakeutumalla	Perusterveydenhuollosta, palveluohjauksesta, kotihoidosta, kuntoutuksesta, lyhytaikaisesta, vapaa-aikapalveluista, kolmannen sektorin taholta tai itse hakeutumalla
Lähetekäytäntö	Ei lähetettä, suositus	Ei lähetettä	Ei lähetettä
Mittarit	Alkuhaastattelu, paino, pituus, BMI, RR, vyötärönympäryys, liikuntapisteet, puristusvoima, 6 minuutin kävelytesti, 5x tuoilta ylösnousu, aktiivisuuskello	Alkuhaastattelu, paino, pituus, BMI, RR, vyötärönympäryys, liikuntapisteet, OTA -mittari, ruokatottumusten tarkistuslista, unikysely, 6 minuutin kävelytesti, 5x tuoilta ylösnousu	Alkuhaastattelulomake, paino, pituus, BMI, liikuntapisteet, liikkumis-, ruokailutottumus- ja UniVäsykysely Tarvittaessa: 15D, SPPB, puristusvoima, Liikuntapii-rakka, 6 minuutin kävelytesti, MNA, ISI, Lyhyt nukkuishistorian selvitys, GDS-15, RR
Kirjaaminen	FYS -lehti	FYS -lehti	FYS -lehti / Seniorineuvonta
Yhteistyötahot	Liikuntatoimi, unihoitaja, ps. sairaanhoitaja, ravitsemusterapeutti, DM-hoitaja, lääkäri, sairaalapastori	Aikuisneuvola, DM-hoitaja, tth, lääkäri, sairaanhoitaja, fysioterapeutti, kansalaisopisto	Perusterveydenhuolto, kotihoito, kuntoutus, läheiset, vapaa-aikapalvelut, srk, kolmas sektori
Ohjauksen kesto	12 kk	6–12 kk	6–12 kk
Tapaamiskerrat	Alkutapaaminen, 2 vk, jatkossa kerran kuukaudessa	Alkutapaaminen, 2 vk, jatkossa 4–6 viikon välein	Alkutapaaminen, 1–2 vk, jatkossa kerran kuukaudessa, tarvittaessa useammin

4.4 Eettisyys ja luotettavuus

Eettisiä periaatteita sivuttiin jo menetelmien kohdalla, mutta eettisyyttä ja luotettavuutta käsitellään tässä vielä syvällisemmin. Koko tutkimuksellisessa kehittämistyössä ja sen raportoinnissa pyrittiin toimimaan hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti ja noudattamaan tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) sekä Satakunnan ammattikorkeakoulun ohjeita. Tieteellisessä tutkimuksessa tietoa tuotetaan hyväksytyjen ja tietoisesti valittujen metodien avulla järjestelmällisesti ja täsmällisesti (Vilkkä 2015, 38–39). Opinnäytetyössäni kuvataan lähtökohta tälle kehittämistyölle ja valitsemani ratkaisut työn toteuttamiseen sekä lopputuloksena saatu malli tekstimuodossa ja prosessikaaviona (Salonen 2013, 24–25).

Tiedonhankinnassa toimittiin eettisesti kestävien periaatteiden mukaisesti anomalla opinnäytetyön suunnitelman hyväksymisen jälkeen tutkimusluvut toimeksiantajalta ja kehittämistyön aineistonkeruun kohteena olevilta organisaatioilta (TENK 2013, 6). Vertaiskehittämisen aineisto kerättiin yksilöhaastatteluina. Haastattelumuodoksi valittiin teemahaastattelu, jolloin haastattelun aikana oli mahdollista tehdä tarkentavia kysymyksiä kaiken kehittämistyön kannalta tarpeellisen tiedon saamiseksi (Hirsjärvi ym. 2009, 205, 208). Koska tavoitteena oli selvittää elintapaohjauksen toimintatapoja kyseisissä organisaatioissa, haastattelussa pyrittiin käyttämään kuvailua edellyttäviä kysymyssanoja, kuten *mitä, millainen, mihin* (Vilkkä 2015, 128).

Organisaatiot nimesivät haastatteluun samantyyppisen koulutustaustan sekä asiantuntijuuden perusteella sopivat työntekijät, jolloin saatiin myös tutkittavaan asiaan liittyvää kokemusperäistä tietoa (Vilkkä 2015, 135). Haastattelurunko lähetettiin haastateltaviksi valituille työntekijöille etukäteen tutustuttavaksi. Haastateltavat saivat valita heille sopivan ajankohdan ja haastattelut tehtiin työntekijöiden omassa työympäristössä, jolloin tila oli heille ennestään tuttu ja osaltaan auttoi vapauttamaan tunnelmaa. Molemmissa paikoissa tila oli erillinen huone eikä häiriötekijöitä ollut. Haastattelun aluksi haastateltavilta pyydettiin vielä kirjallinen suostumus, jossa ilmaistiin haastattelun vapaaehtoisuus, toteutustapa ja aineiston käyttämisen ja säilyttämisen periaatteet. (Hirsjärvi ym. 2009, 232; Vilkkä 2015, 133.)

Haastateltavilta kysyttiin ensin koulutusta ja asiantuntemuksen tasoa tarkentavia taustatietoja, jotka koskivat toimenkuvaa ja neuvontatyön kokemusta (Vilkkä 2015, 131). Tämän jälkeen haastattelussa käsiteltiin elintapaohjauksen tai HYTE -valmennuksen toimintatapoja, sisältöä ja havaittuja kehittämiskohteita.

Haastattelut nauhoitettiin puhelimella ja nauhoitukset purettiin heti samana päivänä litteroimalla ne sanasta sanaan. Nauhojen kuuntelemiseen ja kirjoittamiseen meni aikaa runsaasti, koska kokemusta litteroinnista ei ollut ennestään. Tekstiä kertyi kahdesta haastattelusta yhteensä lähes kaksitoista sivua. Litteroidut aineistot lähetettiin tarkastettavaksi haastatelluille. Näin varmistettiin, että asia on sekä kuultu että ymmärretty oikein eikä tutkimuksen tekijän tulkinta vaikuta lopputulokseen virheellisesti. Tämän jälkeen teksteistä eroteltiin tietokoneen Tekstin korostusväri -toiminnolla toimintamallin kannalta oleelliset osat. Toimintamalleista kirjoitettiin kuvaukset ja näistä koottiin ydinkohdat taulukkoon vertailua varten. (Vilkkä 2015, 49, 137.) Tavoitteen mukaista aineistoa saatiin sisällöllisesti riittävästi kahdesta haastattelusta (Vilkkä 2015, 129). Haastatteluaineisto säilytetään huolellisesti, hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti, opinnäytetyön tekijän hallussa ja hävitetään työn hyväksymisen jälkeen (Vilkkä 2015, 47).

Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön luotettavuus pyrittiin takaamaan käyttämällä teoreettisessa osassa mahdollisimman uusia lähdeaineistoja ja suhtautumalla kriittisesti niiden sisältöön. Lähdeaineiston hankinnassa ja käytössä pyrittiin toimimaan tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisesti, rehellisesti ja huolellisesti. Epäolennaiset tiedot karsittiin työn edetessä ja lopulliseen malliin poimittiin vain toimintaorganisaation ja kohderyhmän kannalta oleellisia ja käyttökelpoisia tietoja. Muiden tekemiin julkaisuihin ja tutkimuksiin viitattiin asianmukaisesti ja lähdeviittaukset sekä työn lopussa oleva lähdeluettelo laadittiin Satakunnan ammattikorkeakoulun ohjeiden mukaisesti. Haastatteluaineistojen luotettavuus huomioitiin käyttämällä tekstissä tarkkoja lainauksia haastateltavien puheesta. (TENK 2013, 6.)

Toistettavuuden ja pätevyyden arvioiminen liitetään tutkimustyöhön virheiden välttämiseksi. Reliaabelius eli toistettavuus tarkoittaa menetelmän kykyä antaa sama tulos eri tutkimuskerroilla. Koska haastatteluilla kerättiin työntekijöiden mielipiteiden sijaan asiatietoa toimintamallista, haastattelun toistamisella saataisiin todennäköisesti

samanlaiset tiedot. Validius eli pätevyys tarkoittaa tutkimusmenetelmän kykyä tuottaa tavoitteen mukaista tietoa. Haastatteluilla ja teoreettisen osuuden julkaisuihin ja aiempiin tutkimuksiin perehtymällä saatiin riittävä määrä vertailevaan kehittämiseen tarvittavaa tietoa. Kehittämistyössä käytettiin monimenetelmäistä tutkimusotetta, jonka luotettavuutta lisättiin kuvaamalla mahdollisimman tarkasti työn eri vaiheet ja käytetyt aineistot sekä menetelmät. (Hirsjärvi ym. 2009, 231–232.)

Objektiivisuuden säilyttämiseen kehittämistyössä ja raportoinnissa pyrittiin tulkitsemalla lähteitä huolellisesti ja rehellisesti sekä pysyttelemällä sanavalinnoissa kielellisesti neutraalissa ilmaisussa (Hirsjärvi ym. 2009, 309–310).

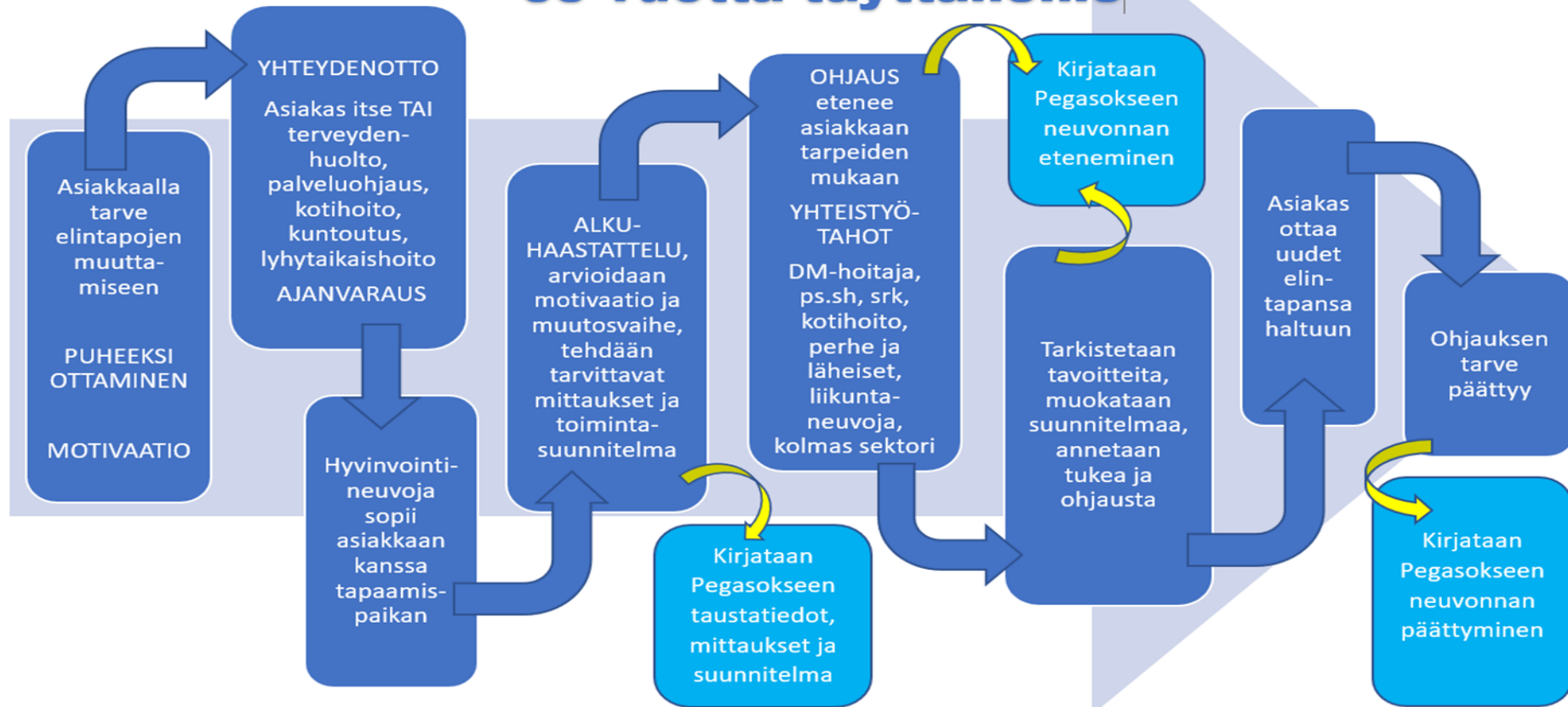
5 ELINTAPOHJAUKSEN EURAJOEN TOIMINTAMALLI

Toimintamalli kuvataan tässä luvussa sanallisesti sekä kuviossa 4 asiakasprosessin kaaviona. Toimintamalli suunniteltiin lähdeaineistoista ja taustatutkimuksesta kerättyjen tietojen perusteella valitsemalla niistä mahdollisimman toimivia ratkaisuja Eurajoen kunnan toimintaympäristö huomioiden. Ratkaisujen tekemistä helpotti opinnäytetyön tekijän työskentely organisaatiossa, jolloin organisaatio ja koko kunnan toimintaympäristö olivat tuttuja.

Elintapaohjaus pyritään tarjoamaan asiakkaille mahdollisimman helposti saavutettava, ennaltaehkäisevänä matalan kynnyksen palveluna, joka on suunnattu yksittäisten riskiryhmien sijaan kaikille kohderyhmään kuuluille. Ohjaus tulee painottumaan liikuntaan, ravitsemukseen ja uneen, mutta muitakin esille tulevia aiheita käsitellään asiakkaan kokonaisvaltainen tilanne huomioiden. Tarpeen mukaan käytetään eri yhteistyötahojen asiantuntijoiden palveluja. Asiakasta tavataan yksilöllisen tarpeen mukaisesti, vähintään seitsemän kertaa prosessin aikana. Ohjaus sisältää alkutapaamisen, seurannat yhden–kuuden viikon välein ja loppuarvioinnin.

Elintapaohjauksen toimintamalli Eurajoen

65 vuotta täyttäneille



Kuvio 4. Elintapaohjauksen toimintamalli Eurajoen 65 vuotta täyttäneille

5.1 Asiakkaiden ohjautuminen palveluun

Elintapojen muutostarpeen tunnistamisessa avainasia on puheeksi ottaminen. Selkeillä, avoimilla kysymyksillä liikkumisesta, syömisestä ja nukkumisesta selvitetään ikääntyvien ihmisten terveydentilaan ja hyvinvointiin vaikuttavat tavat. Systemaattisella puheeksi ottamisella terveydenhuollossa, palveluohjauksessa, kuntoutuksessa ja kotihoidossa sekä kolmannen sektorin toimijoiden informoimisella ja poikkihallinnollisella yhteistyöllä pyritään tavoittamaan muutostarpeessa olevat ikääntyneet. Asiakkaalta kysytään aina lupa hänen tietojensa välittämiseen hyvinvointineuvojalle. Asiakkaan tietoihin kirjataan, mikä vastaanotolla tai tapaamisessa tunnistettu muutostarve on ollut. Lisäksi asiakkaalle annetaan kirjallinen tiedote palveluun ohjaamisesta, jossa ovat myös hyvinvointineuvojan yhteystiedot.

Potilastietojärjestelmän kautta asiakkaalle varataan aika tai lähetetään turvasähköpostina ohjausasiakkaan tiedot, jonka jälkeen hyvinvointineuvoja ottaa asiakkaaseen yhteyttä. Kohderyhmään kuuluvat voivat hakeutua myös omatoimisesti neuvontaan, lähetettä ei tarvita.

5.2 Elintapaohjauksen menetelmät, mittarit ja arviointi

Ensimmäisellä tapaamisella käytetään neljän minuutin sääntöä, jossa keskitytään kuuntelemaan ja esitetään tarkentavia kysymyksiä asiakkaan puheen perusteella. Tämän jälkeen tehdään varsinainen alkuhaastattelu, jossa selvitetään taustatiedot ja muutostarve tai -tarpeet. Lomakkeena voidaan käyttää Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin (www-sivut 2019) elintapamuutosryhmien alkukyselylomakkeesta mukailtua versiota (Liite 2).

Kaikilta asiakkailta kysytään paino ja pituus, lasketaan BMI ja liikuntapisteet edeltäneen viikon ajalta. Painoindeksi BMI lasketaan, vaikka tuloksen soveltamista pidetään ikääntyneillä ongelmallisena kehossa tapahtuvien muutosten vuoksi. Painoindeksillä pystytään kuitenkin arvioimaan mahdollinen alipaino. Liikuntapisteitä kerryttävät

kaikki 10 minuutin suoritukset, jolloin esimerkiksi 20 minuutin liikkumisesta saa kaksi pistettä. Liikuntasuosituksen mukainen 30 minuutin liikunta viisi kertaa viikossa tarkoittaa pisteiksi muunnettuna 15 pistettä.

Lisäksi asiakkaita pyydetään täyttämään VESOTE -hankkeessa käyttöön otetut kyselyt liikkumis- ja ruokailutottumuksista sekä UniVäsy-kysely. Muut mittarit valitaan tarpeen mukaan listalta (Liite 3). Muutosvalmiutta arvioidaan ja asiakasta tuetaan muutosvaihemallin mukaisesti. Motivoivan keskustelun menetelmää käytetään koko asiakassuhteen ajan. Tavoitteen asettamisessa käytetään SMART/TARMO -menetelmää. Muutokset pyritään suunnittelemaan helposti arkeen sulautuviksi tavoiksi ja tavoitteeksi asetetaan realistisesti saavutettavissa oleva asia.

Alkuvaiheessa tapaamisia on tiheämmin, myöhemmillä seurantakerroilla väliä pidennetään maksimissaan kuuteen viikkoon. Asiakastapaamiset ovat joko palvelukeskuksen tiloissa tai asiakkaan kotona, mutta muukin tapaamispaikka tai yhteydenpito puhelimitse on myös mahdollista. Prosessin edetessä voidaan seurantakäyntejä tehdä esimerkiksi yhdessä lenkkeilemällä tai tutustumalla erilaisiin harrastapaikkoihin.

Edistymistä arvioidaan mittaamalla tavoitteen mukaisia arvoja 6 kuukauden ja 12 kuukauden kohdalla sekä tarvittaessa tiheämmin. Asiakkaan asettamaa tavoitetta arvioidaan ja tarvittaessa muokataan prosessin aikana.

5.3 Kirjaaminen

Ohjauksen eteneminen kirjataan potilastietojärjestelmään hyvinvointineuvonnalle kohdennettuun suorituspäiväkirjaan. Otsikointi valitaan ohjauksen sisällön mukaan. Alkuhaastattelu kirjataan Esitiedot -otsikon alle, mittaukset Testaus- ja arviointitulokset -otsikon alle, toimintasuunnitelma Suunnitelma -otsikon alle ja hoidon syyksi valitaan ICPC2 -luokituksesta (Kuntaliiton [www-sivut](http://www.kuntaliiton.fi) 2019) A98 Terveystietojen ylläpito/sairausten ennaltaehkäisy. Seurantatapaamiset kirjataan Väliarviointiin. Väliarviointi -otsikko on perusteltua valita kirjaamiseen myös ohjaustarpeen päättyessä, koska muutosprosessin on tarkoitus jatkua. Näin asiakkaan tilanteen seurantaan jää looginen jatkumo potilastietoihin.

Asiakkuudet tilastoidaan käyttäen SPAT -koodeja (THL www-sivut 2019) 1305 Liikuntaan liittyvä neuvonta ja ohjaus, 1306 Ravitsemuksen ja painonhallinnan ohjaus ja 1051 Unihäiriöihin liittyvä ohjaus. Hilmo 2019 -hoitoilmoitusohjeiden muuttuessa siirrytään käyttämään OAB -toimenpidekoodeja (Tarhasaari & Hirsimäki 2018, 15, LIITE 13; THL www-sivut 2019).

5.4 Palveluketjun kuvaus

Asiakkaita voidaan ohjata elintapaohjaukseen lääkärin, hoitajien ja fysioterapeutin vastaanotoilta, palveluohjauksesta, lyhytaikashoidosta, kotihoidosta, kuntoutuksesta, vapaa-aikapalveluista ja kolmannen sektorin toimijoiden taholta. Neuvontaprosessin aikana yhteistyötä tehdään terveydenhuollon eri toimijoiden kanssa asiakkaan tarpeiden mukaisesti. Diabeteshoitaja on yhteyshenkilö mahdollisten laboratoriolähetteen osalta, jos asiakkaalla ei ole ollut kontaktia terveydenhuoltoon lähiaikoina ja esille tulee tutkimusten tarvetta. Mielen terveyden haasteissa tai yleisesti jaksamisen tuen tarpeessa voidaan ohjata psykiatriselle sairaanhoitajalle.

Seurakunnasta diakoniatyöntekijät antavat apua ja tukea keskustelujen ja taloudellisen tuen muodossa sitä tarvitseville, kirkkoherra ja johtava kappalainen ovat käytettävissä sielunhoidolliseen keskusteluun (Eurajoen seurakunnan www-sivut 2019; Rosenqvist sähköposti 22.5.2019).

Kotihoidon palvelujen piirissä olevat asiakkaat voivat saada elintapamuutoksiinsa tukea kotipalvelun työntekijöiltä, joiden kanssa voidaan sopia konkreettisista tavoista tukea asiakasta tavoitteen saavuttamiseksi. Esimerkiksi hoitaja voi käynneillään seurata liikuntapisteiden kertymistä ja kannustaa lähtemään lenkille, tai valikoida yhdessä asiakkaan kanssa kaupasta tuotavia terveellisiä välipaloja. Samoin voidaan sopia perheen tai läheisten kanssa, joiden tarjoama tuki asiakkaan arkielämässä on usein kaikkein merkityksellisintä ja vaikuttavinta.

Ohjausprosessin aikana tai sen päättyessä asiakkaat voivat siirtyä vapaa-aikapalvelujen liikuntaneuvojan tai vertaisohjaajien ohjaamiin matalan kynnyksen ryhmiin, joita ovat kuntosalij- ja liikuntaryhmät sekä Muistaks? -ennaltaehkäisevä muistituen ryhmä,

tai kansalaisopiston tai yhdistysten harrastusryhmiin saattaen siirtämällä. Palvelujen piirissä jo olevia voidaan ohjata osallistumaan ennaltaehkäisevän vanhustyön järjestämiin liikunta- ja harrastusryhmiin. Paikallisen palveluverkoston tunteminen ja hyödyntäminen antaa monipuoliset jatko-ohjauksen mahdollisuudet.

5.5 Ohjaustarpeen päättymisen ja toiminnan arviointi

Ohjausprosessia ylläpidetään riittävän kauan, vähintään kuusi kuukautta, pysyvien muutosten aikaansaamiseksi. Ohjaustarve päättyy, kun asiakkaan asettama tavoite on saavutettu ja elintapojen muutoksesta on tullut arkirutiinia. Asiakas voi myös halutesaan keskeyttää ohjausprosessin, jos hän katsoo, ettei siitä ole hänelle hyötyä tai hänen motivaationsa tai voimavaransa ei riitä kyseisessä elämäntilanteessa.

Ikääntyneille suunnatun elintapaohjauksen asiakasmääriä seurataan talousarvion sitovien tavoitteiden mukaisesti. Tiedot kerätään potilastietojärjestelmästä tilastoitujen käyntien perusteella neljän kuukauden välein ja raportoidaan toimintaa arvioivalle vanhuspalvelupäällikölle. Myös kontaktit asiakkaisiin, jotka kieltäytyvät ohjatusta palvelusta, tilastoidaan.

5.6 Hyvinvointineuvojan työnkuva ja palvelun tunnetuksi tekeminen

Eurajoen kunnassa hyvinvointineuvonnalla tuetaan kaikkien kuntalaisten terveyttä ja hyvinvointia edistämällä terveellisten elintapojen käyttöön ottamista. Hyvinvointineuvoja ohjaa asiakkaita oman vastuualueensa mukaisesti elintapojen muutostarpeen tunnistamisessa ja tavoitteen asettamisessa sekä antaa tukea muutoksen toteuttamisessa ja terveellisten elintapojen ylläpitämisessä. Hyvinvointineuvoja toimii yhteistyössä asiakkaan ja hänen läheistensä sekä perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen työntekijöiden ja kolmannen sektorin toimijoiden kanssa. Hyvinvointineuvoja toimii terveellisten elintapojen edistäjänä tiedottamalla ohjaustoiminnasta esitteiden, ilmoitusten ja digitaalisten väylien kautta sekä osallistumalla tilaisuuksiin ja tapahtumiin, joissa kohderyhmään kuuluvia voi tavoittaa. Hyvinvointineuvoja arvioi säännöllisesti omaa toimintaansa itsearviointityökalun (Absetz & Hankonen 2017) avulla kehittyäkseen ohjaustyössä.

Hyvinvointineuvonnasta tiedotetaan perusterveydenhuollon ja palveluohjauksen henkilökunnalle jaettavalla esitteellä, jossa ovat molempien hyvinvointineuvojien yhteystiedot. Esitteessä ohjataan ottamaan elintavat puheeksi asiakkaan tai potilaan kanssa muutaman kysymysesimerkin avulla sekä kerrotaan, mitä hyvinvointineuvonta on ja miten asianomainen ohjataan tähän palveluun. Asiakkaille on laadittu erillinen tiedote yhteystietoineen. Lisäksi hyvinvointineuvonnasta tiedotetaan kunnan internetsivuilla ja sosiaalisen median kautta. Kunnanviraston ja palvelukeskuksen ilmoitustauluille sekä kahteen kunnassa toimivaan apteekkiin toimitetaan ajantasaiset tiedotteet palvelusta. Vanhustenhuollon palveluoppaaseen lisätään hyvinvointineuvonnan kuvaus ja neuvojan yhteystiedot.

6 TOIMINTAMALLIN ARVIOINTI

Kehittämistyön aikana toimintamalli esiteltiin sosiaali- ja terveystieteiden esimiehille sekä palveluohjauksen ja yhteistyötahojen työntekijöille. Tilaisuuteen osallistuivat vanhuspalvelupäällikkö, asiakkuuspäällikkö, vs. palveluvastaava, toiminnanohjaaja, terveysaseman osastonhoitaja ja seurakunnan diakoniatyöntekijä. Elintapaohjausta pidettiin yleisesti hyvänä lisäpalveluna, josta tiedottaminen on toiminnan täysipainoisen hyödyntämisen vuoksi tärkeää.

Kehitetystä toimintamallista esitettiin yksi muutosehdotus, joka koski ohjauksen alkuvaiheen tapaamistiheyttä. Kahden viikon väliä pidettiin liian pitkänä sitouttamisen kannalta. Toistaiseksi elintapaohjaukseen on kohdennettu työaika vain kaksi tuntia viikossa, joka riittää kahden asiakkaan tapaamiseen. Alkuvaiheen tapaamisia voidaan tarvittaessa toteuttaa viikonkin välein, mutta resursseista johtuen se ei ole mahdollista kaikkien asiakkaiden kohdalla.

Arvioinnin jälkeen toimintamalli viimeisteltiin ja lähetettiin vielä vanhuspalvelupäällikön tarkastettavaksi ennen opinnäytetyön valmistumista.

7 POHDINTA

Kuten monessa yhteydessä tässäkin opinnäytetyössä on todettu, ikääntyneiden määrä tulee kasvamaan tulevina vuosina. Suurten ikäluokkien ikääntyminen ja eliniän pidentyminen vaikuttavat erityisesti vanhimpien ikäluokkien osuuteen, joissa palvelujen tarvekin on yleensä suurin. Tähän tilanteeseen voidaan pyrkiä vaikuttamaan ennaltaehkäisevällä työllä, jonka osuutta sosiaali- ja terveystaloudissa tulisi lisätä jo pelkästään yhteiskunnallisten kulujen hillitsemiseksi. Elintapaohjaus on todettu vaikuttavaksi keinoksi ennaltaehkäistä sairauksia ja toimintarajoitteita. (Clark ym. 2012, 789; Opendacker ym. 2011, 1610; STM 2017, 15–16.) Yhteistyönä kunnissa toteutettava hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen laatusuosituksen ja vanhuspalvelulain mukaisesti mahdollistaa toimintakykyisemmän ikääntymisen, ja mikä tärkeintä, sillä pystytään parantamaan ikääntyneiden ihmisten elämänlaatua. Riskiryhmiin kohdennetut toimenpiteet ja toimintakyvyn muutoksiin reagoiminen ehkäisevät palvelujen tarvetta. (STM 2017, 16–17.)

Tämän työn teoriataustassa käytettyjen tutkimustulosten mukaan voidaan todeta, että elintapoihin integroitu fyysinen aktiivisuus tai ruokavalion muutos vaikuttavat pitkäkestoisemmin kuin ajallisesti rajattu interventio. Kahila ja Rossi (2018, 35) totesivat omassa tutkimuksessaan riskiryhmiin kuuluvien tarvitsevan neuvonnan sijaan yksilöllistä elintapaohjausta riittävän pitkään, kunnes uudet tavat on omaksuttu osaksi arkea. Tämä puoltaa toiminnan keskittämistä henkilökohtaiseen ja pitkäkestoiseen ohjaukseen, jota kehitetyllä toimintamallilla tullaan toteuttamaan. Kehittämistyön tuloksena kuvattu malli on suoraan hyödynnettävissä muissa organisaatioissa niiden palvelutaloon soveltamalla, samoin kuin tässä hyödynnettiin Rauman ja Säkylän toimintatapaa.

Toimintamallin työstäminen kesti pitkään, koska ikääntyvien asiakkaiden ohjautuminen terveydenhuollosta potilastietojärjestelmän kautta osoittautui haasteelliseksi toteuttaa eri organisaatioiden (terveyspalvelut ja sosiaalipalvelut) vuoksi. Toimintamallia muutettiin tästä syystä useaan kertaan, jolloin myös työn sisältöä oli päivitettävä. Yhteistyötä oli odotettua vähemmän toisen elintapaohjausta tekevän työntekijän kanssa, jolloin tässä työssä hyödynnettäviä muistiinpanoja keskusteluista ei kertynyt. Osittain tämä johtui omasta koko kevättalven kestäneestä opintovapaasta, mutta myös

eri organisaatioiden yhteensovittamisen hankaluudesta. Yhteisen tiedotteen toiminnasta tein jo vuoden 2019 tammikuussa, mutta sen jakaminen onnistui vasta elokuussa asiakkaiden ohjautumistavan ratkettua.

Elintapaohjauspalvelun käyttöönottoaminen ja vakiinnuttaminen eivät tapahdu hetkessä. Kohderyhmäkin on iso, noin 2300 henkilöä. Riskinä voidaan pitää kohderyhmän kokoa ja asiakkaiden ohjautumista, mutta samat tekijät ovat myös mahdollisuuksia. Asiakkaita voi tulla resursseihin nähden liian paljon tai heitä ei ohjaudu lainkaan, jos puheeksi ottaminen koetaan liian haastavaksi tai palvelua ei osata hyödyntää. Ennaltaehkäisevästi taas on mahdollista vaikuttaa monen ikääntyvän hyvinvointiin ja toimintakyvyn säilymiseen. Tiedottaminen sekä asiakkaille että työntekijöille tulee olemaan avainasemassa. Kuten ruotsalaisessa tutkimuksessa selvisi, vastaanottotyössä terveydenhuollon ammattilaiset kokivat sairauksien hoidon olevan ensisijaista toimintaa ja ehkäisevän työn vievän liikaa aikaa, mutta toisaalta terveyden edistämisen kehittämistä pidettiin tärkeänä (Kardakis ym. 2018). Erillinen, asiaan perehtynyt hyvinvointineuvoja vastaa tähän kehittämistarpeeseen täsmällisesti ja vapauttaa näin vastaanottoaika.

Toimintaa on esitelty jo kunnan 65-vuotiaille heille suunnatuilla yhteisillä syntymäpäivillä ja messutapahtumassa sekä varttuneemmalle väestölle järjestetyssä Virinää ja voimaa elämään -tapahtumassa. Tiedotteita on jaettu liikuntaneuvojan ja vertaisohjaajien kautta sekä palvelutarpeen arviointien yhteydessä. Kokemusten kautta leviävä tieto toiminnasta lisää todennäköisesti asiakasmääriä ajan mittaan, jolloin ryhmämuotoisen ohjauksen kehittäminen yksilöllisen rinnalle on perusteltua. Tätä tukee työntekijäresurssien vähyys, mutta myös vertaistuen asiakkaille antama hyöty muutoksessa. Arviointitilaisuuden jälkeen toiminnanohjaaja esitti ajatuksen koota samanhenkisistä yksilöohjauksessa olleista asiakkaista ryhmä, joka jatkaisi esimerkiksi liikuntaharrastusta yhdessä. Näin ryhmäläiset tukisivat toinen toisiaan säilyttämään terveelliset elintavat.

Olisi kiinnostavaa päästä kokeilemaan digitaalisten palvelujen hyödyntämistä ohjaustyössä. Keskeytyneessä maakuntaudistuksessa niitä kehitettiin, mutta nyt voidaan vain odotella, miten tuloksia mahdollisesti tullaan käyttämään. Itse näkisin esimerkiksi tabletin käytön toimivana ja kustannustehokkaana yhteydenpitovälineenä

ikäntyneiden ohjaustyössä, jos sopiva sovellus luotaisiin ja laitteen voisi tarvittaessa lainata asiakkaalle. Erilaiset sähköiset omahoidon palvelut ovat jo tätä päivää. Kyseisten palvelujen hyödyntäminen yhdessä henkilökohtaisen ohjauksen kanssa antaa asiakkaalle tietoa ja tukea esimerkiksi elintapojen muutosvaiheessa ja muutoksen ylläpitämisessä (Saarelma 2017). Sähköisten palvelujen asema tulee varmasti lähivuosina vahvistumaan myös vanhemmissa ikäluokissa internetin käytön yleistyessä heidänkin keskuudessaan.

Pohdin myös hyvinvointineuvontaa suhteessa geronomin ammattitaitoon enkä näe sitä mitenkään ylimitoitettuna vaihtoehtona. Päinvastoin, siinä asemassa on mahdollisuus jo varhaisessa vaiheessa havaita erilaisia tuen tarpeita, muissakin kuin elintavoissa, ja ennaltaehkäistä isompia ongelmia ohjaamalla asiakkaita moniammatillisen verkoston palveluihin. Geronomin ammattieettisten ohjeidenkin mukaan tehtäviin kuuluu ihmisten hyvinvoinnin edistäminen ja voimavarojen tukeminen sekä yhteistyössä koko palvelujärjestelmän kanssa toimiminen asiakkaan parhaaksi. Kehitetyllä elintapaohjauksen toimintamallilla taas turvataan tasa-arvoinen ja tavoitteellinen palvelu myös ikääntyville. (Suomen Geronomiliiton www-sivut 2019.)

Jatkotutkimusaiheita nousi kehittämistyön aikana esiin monia. Mielenkiintoista olisi toiminnan vakiinnuttua arvioida asiakaskokemuksia, elintapaohjauksen vaikuttavuutta tai 65 vuotta täyttäneiden liikunta-aktiivisuutta sekä kartoittaa kyseisen ryhmän elintapojen ja riskitekijöiden suhdetta toimintakykyyn. Ryhmämuotoisen toiminnan suunnittelu ja pilotointi sopisi toiminnallisen opinnäytetyön aiheeksi.

Prosessina opinnäytetyön tekeminen oli vaativa ja aikaa vievä. Valitut menetelmät tukivat kuitenkin hyvin toimintamallin kehittämistä. Benchmarkingin käyttö oli onnistunut tapa tutustua lähiseudun HYTE -työhön, koska haastattelukäynneillä näki samalla myös työskentelyn puitteet. Haastatteluissa huomasin kysymysten asettelun merkityksen, osan kysymyksistä olisi voinut jättää pois toiston välttämiseksi. Teemahaastattelu menetelmänä antoi mahdollisuuden muotoilla kysymyksiä uudelleen haastattelun kuluessa sekä tehdä tarkentavia kysymyksiä, jolloin sain kaiken tarvitsemäni tiedon varmemmin, vaikka haastattelut oheistöineen olivatkin aikaa vieviä (Hirsjärvi ym. 2009, 206, 208). Lähdeluettelosta tuli mittava, koska halusin käsitellä aihetta

mahdollisimman kattavasti monesta eri näkökulmasta. Teoriaosan aineistoihin tutustumisen syvensi VESOTE -koulutuksesta saatua osaamista, erityisesti unenhuollon osalta.

Työ eteni paikoin hitaasti ja koetteli kärsivällisyyttä, eikä oma perfektionistinen suhtautuminen aineiston käyttöön ja kirjoittamiseen ainakaan helpottanut tilannetta. Tässä kohtaa on annettava kiitos omalle puolisolalle, joka jaksoi kannustaa ja muistuttaa tekstin tiivistämisestä, sekä jälkikasvulle, jotka oppivat ottamaan huomioon keskittymisen tarpeen kirjoittamisessa – ainakin useimmiten. Opinnäytetyön ohjaajani arvokkaat neuvot antoivat perspektiiviä aiheen käsittelyyn.

Koen oppineeni aiheesta valtavasti lisää ja kiinnostus vain kasvoi syventymisen myötä. Tavoitteena ollut työn valmistuminen touko-kesäkuun vaihteessa siirtyi opinnäytetyön tekijästä riippumattomista syistä, mutta antoi samalla aikaa työn viimeistelylle. Aina ei kannata kiirehtiä, tässä valmiissa maailmassa ehtii varmasti pienemmilläkin askelilla perille. Samaa ajatusta kannattaa noudattaa, kun lähtee muuttamaan omia elintapojaan.

LÄHTEET

Absetz, P. & Hankonen, N. 2017. Miten auttaa potilaita omaksumaan ja ylläpitämään terveellisiä elämäntapoja? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 133;10. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 21.4.2019. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2017/10/duo13734>

Autti-Rämö, I., Vainiemi, K. & Sukula, S. N.d. Tavoitteiden laatiminen. Teoksessa S. Sukula & K. Vainiemi. GAS -menetelmä. Käsikirja, versio 4. Kela: 5–10.

Clark, F., Jackson, J., Carlson, M., Chou, C-P., Cherry, B.J., Jordan-Marsh, M., Knight, B.G., Mandel, D., Blanchard, J., Granger, D.A., Wilcox, R.R., Lai, M.Y., White, B., Hay, J., Lam, C., Marterella, A. & Azen, S.P. 2012. Effectiveness of a lifestyle intervention in promoting the well-being of independently living older people: results of the Well Elderly 2 Randomised Controlled Trial. *Journal of Epidemiology and Community Health* 66, 782–790. Viitattu 8.3.2019. <https://jech.bmj.com/content/jech/66/9/782.full.pdf>

Duodecim Oppiportin www-sivut. 2019. Viitattu 21.4.2019. <https://www.oppiportti.fi/op/koti>

Eloranta, T. & Punkanen, T. 2008. Vireään vanhuuteen. Helsinki: Tammi.

ETENE. 2011. Sosiaali- ja terveystalouden eettinen perusta. ETENE -julkaisu 32. Helsinki: Valtakunnallinen sosiaali- ja terveystalouden eettinen neuvottelukunta ETENE ja Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 28.3.2019. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3195-4>

Eurajoen kunnan www-sivut. 2018. Viitattu 1.12.2018. <http://www.eurajoki.fi/>

Eurajoen kunta. 2018. Eurajoki: Talousarvio 2019, taloussuunnitelma 2019–2021. Viitattu 20.4.2019. <https://www.eurajoki.fi/>

Eurajoen seurakunnan www-sivut. 2019. Viitattu 26.5.2019. <https://www.eurajoenseurakunta.fi/>

Finton www-sivut. 2019. Viitattu 11.1.2019. <https://finto.fi/>

Food and Agriculture Organization of the United Nations www-sivut. 2019. Viitattu 12.4.2019. <http://www.fao.org/home/en/>

Göös, K. & Sorsamäki, S. 2017. Ikäihmisten kokemukset monimuotoisesta elintapaohjauksesta (FINGER-tutkimus). AMK-opinnäytetyö. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Viitattu 12.1.2019. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2017052810624>

Hakala, P. 2015. Ikääntyneiden ravitsemus. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 12.4.2019. <https://www.terveyskirjasto.fi/>

Hautala, A. 2009. Aerobinen ja anaerobinen liikunta. Viitattu 8.4.2019. <https://www.terve.fi>

Heikkinen, E. 2013. Vanhenemisen ulottuvuudet ja vanhenemiseen vaikuttavat tekijät. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä & T. Rantanen (toim.) Gerontologia. 3. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 393–406.

Helminen, S. 2016. Liikunnan ja hyvinvoinnin palveluketjuun ohjautumisen lähtötilanne ja kehittäminen Varpuset -ryhmässä Eurajoen kunnassa 2016. AMK-opinnäytetyö. Haaga-Helia ammattikorkeakoulu. Viitattu 12.03.2019. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2016111816461>

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uud. p. Helsinki: Tammi.

Hirvensalo, M., Rasinaho, M., Rantanen, T. & Heikkinen, E. 2013. Liikunta. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä & T. Rantanen (toim.) Gerontologia. 3. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 474–484.

Itä-Suomen yliopiston www-sivut. 2019. Viitattu 4.5.2019. <https://www.uef.fi/>

Jalava, M. Liikuntaneuvonta. Vastaanottaja: Maili Vuoristo. Lähetetty 10.4.2019 klo 8.04. Viitattu 10.4.2019.

Jyväkorpi, S. 2016. Nutrition of older people and the effect of nutritional interventions on nutrient intake, diet quality and quality of life. Academic dissertation. University of Helsinki. Department of General Practise and Primary Health Care. Viitattu 10.4.2019. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/160518/NUTRITIO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Jyväskylän yliopiston www-sivut. 2019. Viitattu 20.8.2019. <https://www.jyu.fi/fi>

Kahila, P. & Rossi, J. 2018. Motivoivaa elintapaneuvontaa ikääntyneille. AMK-opinnäytetyö. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Viitattu 16.4.2019. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2018112918963>

Kajaste, S. & Markkula, J. 2011. Hyvää yötä. Apua univaikeuksiin. Helsinki: Kirjapaja.

Kananen, J. 2015. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 212. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kangasniemi, A. & Kauravaara, K. 2016. Kohti muutosta – Arvo- ja hyväksyntäperustainen lähestymistapa liikunnan ja terveyden edistämässä. Vantaa: Liikunta- ja hyvinvointiakatemia.

Kardakis, T., Jerdén, L., Nyström, M. E., Weinehall, L. & Johansson, H. 2018. Implementation of clinical practise guidelines on lifestyle interventions in Swedish primary healthcare – a two-year follow up. BMC Health Services Research 18, 227. Viitattu 3.4.2019. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3023-z>

Karvinen, E., Kalmari, P. & Koivumäki, K. 2011. Ikäihmisten liikunnan kansallinen toimenpideohjelma: Liikunnasta terveyttä ja hyvinvointia. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 2011:30. Helsinki: Opetus- ja kulttuuriministeriö. Viitattu 4.4.2019. <https://minedu.fi/fi>

Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymän www-sivut. 2019. Viitattu 14.3.2019. <http://www.ksthky.fi/>

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin www-sivut. 2019. Viitattu 8.5.2019. <https://www.ksshp.fi/fi-FI>

Ketonen, M. 2014. Ikäihmisten Eurajoki: käyttäjänäkökulma ikääntyneiden palveluista. Ylempi AMK-opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Viitattu 12.1.2019. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201412018367>

Kivelä, S-L. 2013. Uni. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä & T. Rantanen (toim.) Gerontologia. 3. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 364–372.

KKI-ohjelman www-sivut. 2019. Viitattu 17.3.2019. <https://www.kkiohjelma.fi/>

Komulainen, J., Vuorela, P. & Malmivaara, A. 2014. Satunnaistetun kontrolloidun tutkimuksen periaatteita ja sudenkuoppia. Tutkimustiedon kriittinen arviointi. Duodecim 2014; 14, 1439–1444. Viitattu 13.3.2019. <https://www.duodecim-lehti.fi/lehti/2014/14/duo11759>

Kuntaliiton www-sivut. 2019. Viitattu 4.5.2019. <https://www.kuntaliitto.fi/>

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019. 2017. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:6. Viitattu 24.11.2018. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3960-8>

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

Larivaara, M. 2018. Vaikuttava elintapaohjaus on mahdollista jo nyt! Terveysliikuntautiset 2018, 3. Viitattu 24.11.2018. <http://www.ukkinstituutti.fi/>

Liikunta. Käypä hoito -suositus. 2016. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 4.4.2019. <http://www.kaypahoito.fi/>

Lounais-Suomen Liikunta ja Urheilu ry LiikUn www-sivut. 2019. Viitattu 6.3.2019. <https://www.liiku.fi/>

Lähteenkorva, S. 2018. Haastavien asioiden puheeksi ottaminen, motivoiva haastattelu ja ratkaisukeskeinen menetelmä tukena asiakkaan kohtaamisessa. Luento Satakunnan sairaanhoitopiirin alueellisessa koulutuksessa 8.2.2018.

Mannermaa, K., Niemi, M., Koivunen, M., Tanttu, T-T., Nordman, T., Tarhasaari, A., Hietaoja, L., Kuusio, K. & Multisilta, M. 2017. SATA-LIPAKE. Liikunta ja ravitsemus osana ylipainon hallintaa ja sairauksien ennaltaehkäisyä Satakunnassa. Tarjennettu projektisuunnitelma. Satakunnan sairaanhoitopiiri. Viitattu 22.4.2019. <http://www.satasairaala.fi/>

Marttila, J. 2010. Muutosvalmius. Käypä hoito -suositus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 21.4.2019. <http://www.kaypahoito.fi/>

- Mitikka, A. Opinnäytetyön suunnitelma. Vastaanottaja: Maili Vuoristo. Lähetetty 19.3.2019 klo 9.42. Viitattu 23.4.2019.
- Murtoperä, E. 2019. Koulutuksella osaamista elintapaohjaukseen. Ylempi AMK-opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Viitattu 16.4.2019. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201903132856>
- Mustajoki, P. 2019. Ikääntyneen lihavuus - milloin ja miten voi laihduttaa. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 8.4.2019. <https://www.terveyskirjasto.fi/>
- Mustajoki, P. 2015. Omatoiminen elintapojen muuttaminen. Teoksessa K. Pietiläinen, P. Mustajoki & P. Borg (toim.) Lihavuus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 194–195.
- Mustajoki, P. 2018. Painoindeksi. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 8.4.2019. <https://www.terveyskirjasto.fi/>
- Nestle Nutrition Institute www-sivut. 2019. Viitattu 7.4.2019. <https://www.mna-elderly.com/>
- Oksanen, J. 2014. Motivointi työväliseenä. 2. p. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Opdenacker, J., Delecluse, C. & Boen, F. 2011. A 2-Year Follow-Up of a Lifestyle Physical Activity Versus a Structured Exercise Intervention in Older Adults. *Journal of American Geriatrics Society* 59, 1602–1611. Viitattu 10.3.2019. <https://lirias.kuleuven.be/handle/123456789/305936>
- Paakkari, I. 2016. D-vitamiini. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 12.4.2019. <https://www.terveyskirjasto.fi/>
- Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report. 2008. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services. Viitattu 4.4.2019. <https://health.gov/paguidelines/2008/Report/pdf/CommitteeReport.pdf>
- Pietiläinen, K. 2015a. Lihavuus on yleistä. Teoksessa K. Pietiläinen, P. Mustajoki & P. Borg (toim.) Lihavuus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 8–9.
- Pietiläinen, K. 2015b. Onko lihavuus aina riski terveydelle? Teoksessa K. Pietiläinen, P. Mustajoki & P. Borg (toim.) Lihavuus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 68–69.
- Punnonen, R. 2012. Vuosia elämään. Hyvinvointiin ja elinikään vaikuttavia tekijöitä. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Puustinen, J. 2018. Iäkkään unihäiriöt ja niiden hoito. Luento Eurajoen kunnan vapaaehtoistyöntekijöiden koulutuksessa 11.6.2018.
- Rauman kaupungin www-sivut. 2019. Viitattu 23.4.2019. <https://www.rauma.fi/>
- Ravitsemussuosituksen ikääntyneille. 2010. Helsinki: Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Viitattu 5.4.2019. <https://www.ruokavirasto.fi/>

- Ritsatakis, A. 2008. Demystifying the myths of ageing. WHO. Viitattu 28.3.2019. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/98277/E91885.pdf?ua=1
- Rosenqvist, N. Elintapaohjaus. Vastaanottaja: Maili Vuoristo. Lähetetty 22.5.2019 klo 13.06. Viitattu 26.5.2019.
- Ruokaviraston www-sivut. 2019. Viitattu 13.4.2019. <https://www.ruokavirasto.fi/>
- Saarelma, O. 2017. Omahoito sähköistyy. Duodecim Terveyskirjasto. Viitattu 2.7.2019. <https://www.terveyskirjasto.fi/>
- Sahlberg, S. Haastattelu. Vastaanottaja: Maili Vuoristo. Lähetetty 18.3.2019 klo 14.27. Viitattu 23.4.2019.
- Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Turun ammattikorkeakoulun puheenvuoroja 72. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 3.5.2019. <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>
- Satakunnan maakuntaudistuksen www-sivut. 2019. Viitattu 6.3.2019. <https://www.satakunta2019.fi/>
- Satasairaalan www-sivut. 2019. Viitattu 22.4.2019. <http://www.satasairaala.fi/>
- Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301 muutoksineen.
- Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut. 2019. Viitattu 15.4.2019. <https://stm.fi/>
- Sotkanetin www-sivut. 2019. Viitattu 4.3.2019. <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/index>
- Strandberg, T. 2015a. Ikääntyneiden laihduttaminen. Teoksessa K. Pietiläinen, P. Mustajoki & P. Borg (toim.) Lihavuus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 311.
- Strandberg, T. 2015b. Lihavuuden haitat ikääntyville. Teoksessa K. Pietiläinen, P. Mustajoki & P. Borg (toim.) Lihavuus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 309–310.
- Strandberg, T., Cederholm, T., Saksela, E. & Goebeler, S. 2015. HRO:sta gerasteni-
aan. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 131;11. Helsinki: Suomalainen Lää-
käriseura Duodecim. Viitattu 2.4.2019. [https://www.duodecim-
lehti.fi/lehti/2015/11/duo12298](https://www.duodecim-lehti.fi/lehti/2015/11/duo12298)
- Suhonen, H-M. 2018. Kohti vaikuttavampaa liikuntaneuvontaa: Ylöjärven kaupungin liikuntaneuvontamallin luominen, arviointi ja jatkokehittämistarpeet. AMK-opinnäytetyö. Haaga-Helia ammattikorkeakoulu. Viitattu 12.1.2019. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201803263779>
- Sundell, J. 2016. Lihavoimaharjoittelu ja ravitseminen senioreilla. Esitelmä Gery ry: n Ravitsemissuorissa 1.11.2016.
- Suomen Geronomiliiton www-sivut. 2019. Viitattu 9.7.2019. <https://www.suomen-geronomiliitto.fi/>

Suominen, H. 2013. Kehon rakenne ja koostumus. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä & T. Rantanen (toim.) Gerontologia. 3. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 129–134.

Suominen, M. 2013. Ravitsemus. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä & T. Rantanen (toim.) Gerontologia. 3. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 485–494.

Sydänliiton www-sivut. 2019. Viitattu 23.4.2019. <https://sydanliitto.fi/>

Tanttu, T-T. 2017. LiPaKe -liikuntaneuvonta osana liikunnan palveluketjua, kehittämishankkeen (2013–2016) loppuraportti. Viitattu 17.3.2019. <https://www.liiku.fi/>

Tarhasaari, A. & Hirsimäki, A. 2018. VESOTE. Vaikuttavaa elintapaohjausta sosiaali- ja terveydenhuoltoon poikkihallinnollisesti -hankkeen loppuraportti. Viitattu 15.4.2019. <https://www.satakunta2019.fi/>

Tartu toimeen - Ehkäise diabetes. 2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL. Opas 10. Viitattu 20.4.2019. <https://thl.fi/fi>

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326 muutoksineen.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut. 2019. Viitattu 12.1.2019. <https://thl.fi/fi>

Terveyskylän www-sivut. 2019. Viitattu 27.3.2019. <https://www.terveyskyla.fi/>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta TENK. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. 2012. Viitattu 4.5.2019. <https://www.tenk.fi/fi>

Tuunanen, K., Puurunen, A., Malvela, M. & Kivimäki, S. 2016. Laatu liikuntaneuvontaan. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 313. Jyväskylä: LIKES. Viitattu 17.3.2019. https://www.kkiohjelma.fi/filebank/2032-Laatu_liikuntaneuvontaan_FINAL.pdf

UKK-instituutin www-sivut. 2019. Viitattu 4.2.2019. <http://www.ukkinstituutti.fi/>

Unettomuus. Käypä hoito -suositus. 2018. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Unitutkimusseura ry: n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 14.4.2019. <http://www.kaypahoito.fi/>

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2015. Terveyttä ruoasta – Hyvän ruokavalion aineksia. Viitattu 12.4.2019. <https://www.youtube.com/watch?v=hqJ5FoUY3W8>

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uud. p. Jyväskylä: PS-kustannus.

Väisänen, L., Niemelä, M. & Suua, P. 2009. Sanat työssä. Vuorovaikutus ammattitaitona. Helsinki: Kirjapaja.

Vänskä, K., Laitinen-Väänänen, S., Kettunen, T. & Mäkelä, J. 2011. Onnistuuko ohjaus. Sosiaali- ja terveysalan ohjaustyössä kehittyminen. Helsinki: Edita.

World Health Organization WHO www-sivut. 2019. Viitattu 28.3.2019.
<https://www.who.int/>

Yhdessä ikäihmisten asialla. Eurajoen vanhuspoliittinen kehittämissuunnitelma vuosille 2018–2021. 2018. Eurajoki: Vanhustenhuollon työryhmä. Viitattu 20.4.2019. <https://www.eurajoki.fi/>

Kuvaus opinnäytetyön etenemisestä

Aika	Osalliset	Tiedonkeruu	Dokumentointi	Arviointi	Tulos
1-5/ 2018	Opinnäytetyön ohjaaja Tekijä	Opinnäytetyöseminaarit Lähdeaineistoihin tutustuminen	Alustava aihe-suunnitelma Muistiinpanot	Opinnäytetyön ohjaaja	Aihe hyväksytty
5-12/ 2018	Ohjaaja Tekijä	Lähdeaineistojen lukeminen	Muistiinpanot Suunnitelman hiominen		
1/ 2019	Ohjaaja Tekijä Toimeksiantaja		Suunnitelman hiominen Tutkimusluvan anominen	Ohjaaja Toimeksiantaja	Suunnitelma hyväksytty Tutkimuslupa myönnetty
2/ 2019	Ohjaaja Tekijä Yhteistyötahot	Lähdeaineistojen lukeminen	Haastattelukysymykset Tutkimuslupien anominen Rauma / Säskylä Opinnäytetyön kirjoittaminen	Ohjaaja	Haastattelukysymykset hyväksytty Tutkimusluvut myönnetty
3/ 2019	Ohjaaja Tekijä Yhteistyötahot	Benchmarking haastattelut /nauhoitus Lähdeaineistojen lukeminen Sähköpostikeskustelut toimeksiantajan ja yhteistyötahojen kanssa	Haastattelujen litterointi Opinnäytetyön kirjoittaminen	Ohjaaja	
4-5/ 2019	Ohjaaja Tekijä Yhteistyötahot	Lähdeaineistojen lukeminen Palaverit ja sähköpostikeskustelut toimeksiantajan ja yhteistyötahojen kanssa	Muistiinpanot Opinnäytetyön kirjoittaminen Prosessikuvausten ja toimintamallin laatiminen	Ohjaaja	
6-8/ 2019	Ohjaaja Tekijä Toimeksiantaja	Arviointiryhmä	Prosessikuvausten ja toimintamallin viimeistely Opinnäytetyön kirjoittaminen	Ohjaaja Toimeksiantaja	Toimeksiantajan hyväksymä malli Opinnäytetyö valmistunut

**ALKUKYSELY**

Pvm _____

Nimi _____ Ikä _____

Paino _____ kg Pituus _____ cm BMI _____ Liikuntapisteet (10 min/ 1 p) _____

Elämäntilanne ja asumismuoto _____

Sairaudet ___ sydänsairaus (esim. sepelvaltimotauti, ohitusleikkaus, rytmihäiriö, flimmeri)

___ diabetes

___ allergia

___ verenpainetauti

___ masennus

___ tuki- ja liikuntaelinsairaus, mikä/missä _____

___ muu, mikä _____

Erityisruokavalio _____

Lääkitys _____

Käytätkö tupakkatuotteita? _____

Jos KYLLÄ, oletko ajatellut, että voisit lopettaa tupakoinnin? _____

Käytätkö alkoholia? _____ → AUDIT

SUUN TERVEYS

Minkälainen on mielestäsi hampaidesi kunto nykyisin? _____

Milloin olet viimeksi käynyt hammaslääkärissä? _____

Miten usein sinulla on tapana harjata hampaita? _____

ARJESSA JAKSAMINEN

Millaisena näet jaksamisesi ja vireytesi omassa arjessa? _____

Koetko tarvitsevasi apua tai tukea ja keneltä sitä toivoisit saavasi? _____

YKSINÄISYYS

Kärsitkö yksinäisyydestä? _____

Kuinka usein? _____

KIVUN KOKEMUS viimeksi kuluneen viikon aikana

Ei kipua 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pahin mahdollinen kipu

ELÄMÄNTAPAMUUTOKSEN TARVE

Mitkä vaihtoehdot kuvaavat parhaiten tilannettasi	Olen itse tyytyväinen nykyiseen, ei muutostarvetta	Toivon muutosta	Aion muuttaa lähiaikoina
Syöminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Päivittäinen liikkuminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tupakointi <input type="checkbox"/> En tupakoi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkoholin käyttö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suun terveydentilan ja hampaiden kunto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arjessa jaksaminen, virkeys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nukkuminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sosiaaliset suhteet (perhe, ystävät)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pärjääminen kivun kanssa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Hyvinvointineuvonnan mittarit

- 15D-elämänlaatumittari https://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/pgr/15D_noS.pdf
- Liikuntatottumukset VESOTE
- SPPB Lyhyt Fyysisen Suorituskyvyn Testistö
<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/154/>
- Puristusvoiman mittausta
http://www.terveys2011.info/doc/doc/ohjeet/Puristusvoima_ohje.pdf
- Liikuntapiirakka -sovellus <http://www.ukkinstituutti.fi/testaaliikkumisesi/>
- Täytettävä liikuntapiirakka http://www.ukkinstituutti.fi/filebank/963-tyhja_liikuntapiirakka.pdf,
- Täyttöohje http://www.ukkinstituutti.fi/filebank/68-tayttoohje_uusi_liikuntapiirakka_0909.pdf
- 6 minuutin kävelytesti <http://www.ukkinstituutti.fi/6minkaveilytesti>

- Ruokatottumukset VESOTE
- Testaa syömistottumuksesi <https://sydan.fi/fact/testaa-syomistottumuksesi/>
- MNA -testi (yli 65v) https://www.mna-elderly.com/forms/MNA_finnish.pdf

- UniVäsy -kysely VESOTE
http://www.hus.fi/ammattilaiselle/hus-perusterveydenhuollon-yksikko/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistaminen/VESOTE-hanke/Uni/Univ%C3%A4sy_kysely.pdf
- ISI <http://www.ksshp.fi/unenitsehoito/hoi50067b.pdf>
- Lyhyt nukkumishistorian selvitys
<https://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/hoi/hoi50067.pdf>

- GDS-15 Myöhäisiän depressioseula
<http://www.muistiasiantuntijat.fi/media-files/testit/GDS-15.pdf>

- RR tarvittaessa