

Riittävän hoivan rooli onnistuneessa ikääntymisessä

Kvantitatiivinen tutkimus toimintakyvyn muutosten ja hoivaköyhyyden yhteydestä
itsearvioituun terveyteen

Oppiaineen/oppiaineryhmän
pro gradu -tutkielma
Sosiaalityö
Sosiaalityö

Laatija:
Sampsa Suominen-Suvisaari

Ohjaajat:
professori Kirsi Günther
yliopistonlehtori Jarkko Rasinkangas

17.9.2022
Turku

Pro gradu -tutkielma

Oppiaine: Sosiaalityö

Tekijä: Sampsa Suominen-Suvisaari

Otsikko: Riittävän hoivan rooli onnistuneessa ikääntymisessä.

Kvantitatiivinen tutkimus toimintakyvyn muutosten ja hoivaköyhyyden yhteydestä itsearvioituun terveyteen

Ohjaajat: professori Kirsi Günther

yliopistonlehtori Jarkko Rasinkangas

Sivumäärä: 76 sivua

Päivämäärä: 17.9.2022

Onnistunut ikääntyminen tarkoittaa ensisijaisesti korkeaan ikään liittyvien muutosten poissaoloa, jolloin ikääntyneen toimintakykyisyyden osa-alueet tukevat toisiaan ja hidastavat ikääntymisen kielteisiä vaikutuksia. Käsitteen laajemman tulkinnan mukaan jo alentuneen toimintakyvyn osa-alueen onnistunut kompensointi tuottaa samanlaista suojaavaa vaikutusta. Ikääntyneiden hoiva on laajan tulkinnan mukaan yksi keino kompensoida puuttuvia toimintakyvyn osa-alueita. Hoivaköyhyys on tämän kompensaation epäonnistumista.

Tutkielmassani tarkastelen hoivaköyhyyden vaikutuksia iäkkään hyvinvointiin itsearvioidun terveyden kautta. Tutkimuskysymykseni on, miten erot hoivaköyhyydessä ovat yhteydessä ikääntyneiden itsearvioituun terveyteen, kun toimintakyvyn muutokset on huomioitu tutkimusasetelmassa?

Tutkimuksen aineistona uudelleenanalysoin vuonna 2010 kerättyä Arki, apu ja palvelut -postikyselyaineistoa, joka kerättiin satunnaisotannalla yli 75-vuotiaista tamperelaisista ja jyvaskyläläisistä. Tutkimusasetelmassa analysoin kvantitatiivisen tutkimuksen keinoin toimintakyvyn muutoksia kuvaavien muuttujien sekä itsearvioidun terveyden yhteisjakaumaa ja hoivaköyhyyden erojen vaikutuksia siihen. Itsearvioitu terveys on ilmiönä tiiviisti yhteydessä terveydentilaan, mutta erityisesti iäkkäillä itsearviolla on myös itsenäistä ennustevoimaa tulevasta terveydentilasta ja hyvinvoinnista.

Tuloksista on osoitettavissa hoivaköyhyyden olevan merkittävä tekijä itsearvioidun terveyden jakaumassa. Yhteys oli olemassa myös silloin, kun toimintakyvyn muutoksia kuvaavia muuttujia oli mukana tarkastelussa. Hoivaköyhyyttä raportoineet tutkittavat arvioivat terveytensä olevan hyvä tai melko hyvä viisi kertaa harvemmin kuin vertailuryhmä. Huonoksi tai melko huonoksi raportoitu terveys painottui myös voimakkaasti hoivaköyhyyttä raportoineiden ryhmään. Hoivaköyhyydellä on siis vaikutuksia itsearvioituun terveyteen ja siten myös tulevaan hyvinvointiin. On huomioitavaa, että tutkimuksessa hoivaköyhyyttä mitattiin laajasti henkilökohtaisesta avun tarpeesta instrumentaalisiin toimintoihin, kuten asioiden hoitoon, kulkemiseen ja palvelujen hankkimiseen.

Jatkoanalyysina logistisella regression avulla tarkasteltuna instrumentaalisiin toimintoihin liittyvä hoivaköyhyys on merkittävässä roolissa itsearvioidun huonon tai melko huonon terveydentilan selittämisessä. Vaikka mallissa huomioidaan keskeiset sosioekonomiset ja resurssimuuttajat, instrumentaalista hoivaköyhyyttä raportoivat tutkittavat arvioivat terveytensä huonoksi tai melko huonoksi 6,6 kertaisella todennäköisyydellä. Perustoimintojen ADL-toiminnoissa raportoidulla hoivaköyhyydellä ei ollut mallissa tilastollista merkitystä.

Tutkimustulosten perusteella hoivaköyhyyden interventioissa instrumentaalisten avun tarpeet tulisi selkeästi huomioida. Sosiaalityön näkökulmasta tutkimustuloksissa korostuu rakenteellisen sosiaalityön tarve palvelujärjestelmän kehityksen tukena sekä suppean sosiaalisen saattueen omaavien iäkkäiden riski jäädä ilman tarvittavia palveluja, ja asian huomiointi erityisen tuen päätöksissä.

Avainsanat: hoivaköyhyys, onnistunut ikääntyminen, itsearvioitu terveys, korkeaan ikään liittyvät muutokset

Sisällysluettelo

1	Johdanto	5
2	Ikääntymiseen liittyvä muutos ja avun tarve	8
2.1	Korkeaan ikään liittyvät muutokset	8
2.2	lääkäiden saama apu	11
2.3	Onnistuneen ikääntymisen malli iäkkään hyvinvoinnin kokonaisuuden kuvaajana	15
2.4	Ikääntyneiden itsearvioitu terveys hyvinvoinnin mittarina	20
3	Hoivan saamisen erot ja merkitys	23
3.1	Erot avun saamisessa.....	23
3.2	Eriarvoisuuden syyt avun saamisessa	24
3.3	Riittävä hoiva osana onnistunutta ikääntymistä	29
4	Tutkimuksen toteutus	31
4.1	Tutkimusongelma.....	31
4.2	Tutkimuksen aineisto.....	32
4.3	Tutkimuksessa käytettävät muuttujat.....	36
4.4	Tutkimuksessa käytettävät menetelmät ja tutkimusetiikka.....	38
5	Riittävä hoiva osana iäkkään hyvinvointia	42
5.1	Itsearvioitu terveys, hoivaköyhyys ja toimintakyvyn muutokset.....	42
5.2	lääkäiden itsearvioidun terveyden vaihteluun liittyvät tekijät	49
6	Johtopäätökset ja pohdinta	53
	Lähteet	57
	Liitteet	72
	Liite 1. Hoitotuen saajien jakautuminen 5-vuotiskäryhmiin.....	72
	Liite 2. Kotihoidon asiakasmaksujen merkitys asiakkaan käytettävissä oleviin nettotuloihin eri tuloluokilla	73
	Liite 3. Koko aineiston ja tutkimusotoksen vertailua	74
	Liite 4. Itsearvioitu terveys 2010-2020 koko maa	75

Liite 5. Kappaleen 5.2. mallin vakioimattomat ja vakioidut vetosuhteet	76
-------------------------------------------------------------------------------------	-----------

Kuviot ja taulukot.....	
Kuvio 1 Onnistuneen ikääntymisen muokattu kuvaus.....	17
Kuvio 2 Vanhuspalveluiden kattavuuden muutos yli 75-vuotiailla 2012-2018.....	25
Kuvio 3 Kotihoidon asiakkaiden palvelumäärien muutos 2012-2018.....	25
Kuvio 4 Tutkimuksen peruskäsitteiden väliset suhteet	30
Taulukko 1 Päivittäisten aktiviteettien jaottelua	13
Taulukko 2 Katoanalyysi: aineiston vertailu koko maan väestöön.....	33
Taulukko 3 Arki, apu ja palvelut -aineiston hoivaköyhyyttä raportoineiden kumulatiivinen prosenttiosuus tutkittavista.....	34
Taulukko 4 Avun tarve ja avun saaminen aineistossa	35
Taulukko 5 Tutkimuksessa käytettävien muuttujien jakaumia	37
Taulukko 6 Itsearvioidun terveyden ja sairauksien yhteisjakauma sekä jakauman tarkastelu muistivaikeuksien luokittelun mukaan	43
Taulukko 7 Itsearvioidun terveyden ja hoivaköyhyyden ristiintaulukointi muistivaikeuksien ja pitkäaikaissairauksien kategorioista muodostettuihin ryhmiin	48
Taulukko 8 Taulukon 7 tulosten esittäminen itsearvioidun terveyden kategorioiden jakaumana hoivaköyhyyden luokissa.....	49
Taulukko 9 Binäärinen regressioanalyysi huono tai melko huono terveys (ref kohtalainen, melko hyvä tai hyvä terveys)	50

1 Johdanto

Korkeaan ikään liittyy riskejä pysyvälle toimintakykyjen heikentymisille. Riski saada luonteeltaan eteneviä kognitiivista, psyykkistä ja fyysistä suoriutumista alentavia muutoksia kasvaa erityisesti 75 ikävuoden jälkeen (Viramo & Sulkava 2015, 38; Valta 2008, 13). Myös sosiaalisessa toimintakyvyssä tapahtuu muutoksia muiden toimintakyvyn osa-alueiden vaikutuksien seurauksena: suhteiden ylläpito vaikeutuu ja myös läheiset ikääntyvät, jolloin toimintakykyjen muutokset yksilöillä vaikuttavat kanssakäymiseen (Sarvimäki & Stenholz-Bock 2010, 41). Ikääntyneiden kohdalla toimintakyvyn fyysisen, psyykkisen, kognitiivisen ja sosiaalisen osa-alueet ovat korostetun tiiviisti riippuvaisia toisistaan. Esimerkiksi sosiaalisen yhteyden ylläpitäminen vaikeutuu, jos psyykkinen tai kognitiivinen toimintakyky heikentyy ja tällä voi edelleen olla vaikutuksia päivittäiseen fyysiseen aktiivisuuteen. Ikääntymiseen liittyvän toimintakykyvajeen ehkäisyssä korostuukin ennakoinnin ja ennaltaehkäisyn merkitys (Rantanen 2008, 410; Mäki-Petäjä-Leinonen 2017, 43). Onnistuneen ikääntymisen käsitteen mukaisesti hyvä yleinen toimintakyky lisää todennäköisyyttä ylläpitää toimintakykyä myös tulevaisuudessa (Rowe & Kahn 2015, 593).

Toimintakyvyn heikentyminen johtaa uudelleenlaisiin avun tarpeisiin arjessa ja tarpeet syvenyvät heikentymisen edetessä. Avun tarpeet ovat hierarkkisia ja ilmenevät ensin harvemmin toistuvissa toiminnoissa, kuten kodin ulkopuolisissa asioinneissa ja etenevät kohti henkilökohtaista päivittäisiä kotona tapahtuvia perustoimia, esimerkiksi henkilökohtaisen hygienian ja ravitsemuksen ylläpitoa (Edjolo ym. 2016, 282). Riittävä saatu apu tukee yksilön selviytymistä jokapäiväisessä elämässä, vaikuttaen siten hyvinvointiin ja edelleen ylläpitävästi arkeen. Toimintakyvyn laskusta johtuvaan avun tarpeeseen saatu tuki tunnetaan myös hoivan käsitteellä (Anttonen & Zechner 2009, 29).

Aiemmassa tutkimuksessa on tunnistettu suomalaisista ikäihmisistä merkittävän osan saavan riittämättömästi hoivaa eli kärsivän hoivaköyhyydestä (Kröger, Van Aerschott & Puthenparambil 2019a, 132). Ikääntyneiden eriarvoisuudessa yhdistyy aiemmissa elämänvaiheissa muotoutunut sosiaalinen eriarvoistuminen, yksilöllinen ikääntymiseen liittyvien toimintakykyjen heikentymisen yksilölliset vaikutukset, sekä erot riittävän hoivan saamisessa. Ikääntyneiden tärkein hoivan lähde ovat omaiset ja erot läheisiltä saadussa avussa vaikuttavat saadun avun riittävyteen. Avun tarpeen edetessä kohti henkilökohtaisia

toimintoja, julkisen tahon järjestämän tai yksityisesti hankitun ammatillisen hoivan merkitys kasvaa.

Toimintakykyisyyden merkitykseen hoivaköyhyydessä liittyy myös ulkopuolisen hoivan järjestämiseen tarvittavat iäkkään ja hänen läheistensä tiedot ja taidot. Kyvystä viestittää avun tarve oikea-aikaisesti formaalille, julkisen tai yksityisesti järjestetyn, auttamistaholle, sekä riittävän avun varmistamisessa muodostuu kynnyksiä avun saamiseen. (Perttola 2019, 48.) Toimintakykyjen laskiessa avun tarpeet muuttuvat moninaisemmiksi ja vaikeammin viestittäviksi, joka osaltaan altistaa riittämättömälle hoivalle. Kuten toimintakykyisyys mahdollistaa toimintakyvyn ylläpidon, riittävä ja sopiva apu osaltaan ehkäisee toimintakykyisyyden laskua tarpeiden tyydyttymisen kautta, jolloin muiden toimintakykyjen ylläpidolle on olosuhteet (Allen, Piette & Mor 2014, 55).

Tässä tutkimuksessa tarkastelen ikääntyneiden eriarvoisuutta kolmen käsitteen: toimintakykyjen muutosten, hoivaköyhyyden ja hyvinvoinnin kautta. Toimintakyvyn heikentyminen altistaa hoivaköyhyydelle (Aaltonen & Von Aerschott 2021). Hyvinvointitarkastelun kohteena tutkimuksessa käytän itsearvioitua terveyttä, jolla on todettu olevan itsenäinen rooli ikäihmisten hyvinvoinnin tunnusmerkkinä (DeSalvo ym. 2006). Tutkimuskysymykseni on: miten erot hoivaköyhyydessä liittyvät itsearvioituun terveyteen, kun toimintakyvyn muutokset on huomioitu?

Tutkimusaineistona käytän Ikäihmisten hoiva ja palvelut 2010-postikyselyaineistoa, joka toteutettiin Tampereen ja Jyväskylän alueilla (Anttonen, Kröger & Van Aerschott 2018). Tutkimus oli suunnattu alueiden yli 75-vuotiaille satunnaisotannalla. Tutkimuksen vastausprosentiksi muodostui 73,4 ja yksittäisiä vastaajia oli 1434. Teppo Kröger ryhmineen (Kröger ym. 2019a) sekä Lina Von Aerschott (2014) ovat tutkineet hoivan riittävyttä suomalaisessa ympäristössä samalla aineistolla, kuin tämän tutkimuksen aineisto. Näissä tutkimuksissa kodin sijainti oli ainoa yksittäinen hoivaköyhyyttä selittävä tekijä (Kröger ym. 2019a, 131). Aineistosta on myös tunnistettu erityisesti heikentyneen kognitiivisen toimintakyvyn altistavan hoivaköyhyydelle (Aaltonen & Van Aerschott 2021). Tämä tutkimus jatkaa aiheen tarkastelua. Kysymyksenasettelu tuo riittävän avun toimintakykyisyyden rinnalle tarkasteltaessa hyvinvointia suojaavia tekijöitä itsearvioidun terveyden kautta. Tutkimusasetelman merkitys muodostuu hoivaköyhyyden hyvinvointiin yhteyden tutkimisesta. Hoivaköyhyyden tutkimuksen jatkaminen tähän suuntaan on tärkeää, koska se

lisää ymmärrystä ilmiön merkityksestä iäkkäiden jokapäiväiseen elämään. Teoreettisessa lähestymisessä onnistuneen ikääntymisen käsitteen kautta on tavoitteena tuottaa siltaa monitieteiseen gerontologiseen tutkimukseen.

2 Ikääntymiseen liittyvä muutos ja avun tarve

2.1 Korkeaan ikään liittyvät muutokset

Ikääntyneet ovat hyvin monimuotoinen ryhmä (Timonen 2008, 156) ja ikääntyminen on moniulotteinen prosessi, jolle on haastavaa esittää täsmällistä määritelmää tai sijoittaa kronologisesti tarkkarajaisesti tiettyyn ikään (ks. esim. Rantamaa 2001, 51). Ikääntyminen on muutosprosessi, johon korkeaan ikään edettäessä liittyy fyysisiä, kognitiivisia, sosiaalisia ja psyykkisiä haasteita ja haavoittuvuuksia – toisaalta myös uutta hyvinvointia psyykkisen kehityksen ja yhteiskunnallisten vaatimusten muuttuessa (Marin 2002, 116), jotka mahdollistavat elämänvaiheessa uutta hyvinvointia.

Iäkäs ja korkea ikä ovat käsitteitä, joilla voidaan paikallistaa ikääntymisen aiheuttamia muutoksia yksilön kohdalla. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista (2012) määrittelee käsitteen iäkäs henkilö tarkoittavan: ”henkilöä, jonka fyysinen, kognitiivinen, psyykkinen tai sosiaalinen toimintakyky on heikentynyt korkean iän myötä alkaneiden, lisääntyneiden tai pahentuneiden sairauksien tai vammojen vuoksi taikka korkeaan ikään liittyvän rappeutumisen johdosta.” Laki antaa 75-vuotta täyttäneille erityisiä oikeuksia mm. avun tarpeen nopeaan selvittämiseen, eli huomioi kyseiseen kronologiseen ikään liittyvän erityisten haasteiden kasvaneen todennäköisyyden. Määritelmän mukaan korkeaan ikään liittyvät sairaudet, vammat tai rappeutuminen aiheuttavat toimintakykyjen laskua ja lain sisältö ohjaa viranomaisia tukemaan toimintakykyä ja tuottamaan riittävästi palveluja. Väestötasolla ikääntymismuutoksiin liittyvä avun tarve kasvaakin selkeästi 75 ikävuoden jälkeen (Kela 2019, 6).

WHO (World health organization) käyttää laajalle levinnyttä terveiden elinvuosien käsitettä, jonka vastaparina on hiipuneen toimintakyvyn ja sairauksien tunnusmerkitsemä elämän loppuvaihe (mm. Chatterji ym. 2015, 563). Käsitettä käytetään tunnistamaan väestötason kehityssuuntia terveydessä ja toimintakyvyssä. Suomalaisten terveissä elinvuosissa tapahtui vuosien 1990–2010 välillä vain muutaman vuoden lisäys: 3,2 vuotta miehillä ja 1,8 vuotta naisilla (Salomon ym. 2012, 2150). Avun tarpeen yhteiskunnallisen ulottuvuuden kannalta tarkastelu on tärkeää, koska elinvuodet kasvoivat samassa tarkastelussa miehillä 5,8 vuotta ja

naisilla 4,3 vuotta, jolloin tarkastelun johtopäätöksenä avun tarve kasvaisi eliniän mukana voimakkaasti (mt.). Tutkimuksessa on kuitenkin havaittu toimintakykyisissä vuosissa samanaikaista suhteellista lisääntymistä (Tesch-Römer & Wahl 2016, 312).

Ikääntyneiden toimintakyvyn onkin arvioitu parantuneen merkittävästi viimeisten vuosikymmenten aikana suomalaista kontekstia tarkasteltaessa (Blomgren, Martelin, Sainio & Koskinen 2011, 261). Yksilöllinen vaihtelu on suurta: osa 100 vuotiaista selviytyy ilman apua, 65-vuotiaat taas ikääntymiseen liittyvien toimintakyvyn vajeiden johdosta hoitotuen piirissä. Erityisesti terveydenhuollon tarve kasvaa jyrkästi ikääntyneiden viimeisinä 1–2 elinvuotena.

Korkeaan ikään liittyvät vanhenemismuutokset vähentävät elimistön toimimisen kapasiteettia, lisäävät haavoittuvuutta sairauksille ja vaikeuttavat palautumista väliaikaisista elimistön rasitustiloista kuten infektioista. Ruumiin uusiutumiskyvyn vaje johtaa haurastumiseen eli fyysisen toimintakyvyn, palautumisen ja fyysisen suoriutumiskyvyn laskuun (Portin 2008, 313–314; Laukkanen 2008, 264.) Haurastuminen, eli rappeutumisen vaikutus, onkin esimerkiksi lääketieteen kontekstissa käytetty kuvaamistapa ikään liittyville fyysisille muutoksille, jotka aiheuttavat toimintakyvyn merkittävää laskua ja toimintakyvyn palautuminen äkillisten sairauksien jälkeen on vaikeaa ja osittaista (Romero-Ortuno & Kelly 2012, 685). Kyseessä ei ole yksilöllisiin ominaisuuksiin tai tiettyyn sairaustilaan liittyvä prosessi, vaan ikääntymiseen liittyvien biologisten muutosten kokonaisuutta kuvaava käsite useamman fysiologisen prosessin yhteisvaikutuksesta.

Kognitioon, eli mielen toimintoihin, kuten toiminnanohjaukseen ja muistiin, vaikuttavat sairaudet ovat merkittävässä roolissa tarkasteltaessa ikääntyneiden avun tarvetta. Kognitiivista toimintakykyä laskevia sairauksia kutsutaan myös muistisairauksiksi, koska lähimuistin heikentyminen on keskeinen oire. Dementialla viitataan oireyhtymään, jossa useampi kognitio on heikentynyt. Muistisairauksia sairastaa yli 190 000 suomalaista, joista valtaosa on yli 80-vuotiaita (THL 2020.) Esimerkiksi yleisin kognitioon vaikuttava sairaus, Alzheimerin tauti, yleistyy iän mukana voimakkaasti. Sairauksien ilmaantuvuus kasvaa nopeasti 75 vuotta täyttäneiden keskuudessa (Carillo, Thies & Bain 2012, 4). Jopa puolella 85-vuotiaista täytyisi Alzheimerin taudin kriteerit (Herrup 2012, 30). Tarkasteltaessa kaikkia muistisairauksia 75-vuotiailla ilmaantuvuus on 10 %, kun 80-vuotiailla ilmaantuvuus on jo yli 20% ja 85-vuotta täyttäneillä 40 % (Viramo & Sulkava 2015, 41).

Dementoivat sairaudet vaikuttavat laajasti kognitioihin ja sitä kautta itsenäisen yhteiskunnassa ja yhteisössä toimimisen edellytyksiin, kuten identiteettiin, päätöksentekokykyyn ja kommunikaatiokykyyn (Baltes & Smith 2003, 128; Saarenheimo 2003, 164). Dementoivat sairaudet ovatkin keskeisin psyykkisen ja kognitiivisen toimintakyvyn laskun riski ikääntyneillä. Ne ovat merkittävin syy itsenäisen asumiseen tarvittavien kykyjen heikkenemiselle ja siten ympärivuorokautisen asumispalvelun tarpeelle (Viramo & Sulkava 2015, 50.)

Fyysisen toimintakyvyn muutoksia aiheuttaa keski-ikästä etenevä fyysisen toimintakykyyn vaikuttavien elinjärjestelmien heikentyminen, jonka johdosta erityisesti palautuminen sairauden tai tapaturman aiheuttamasta vaikeutuu (Korhonen 2008, 131, Strandberg 2008, 350). Haasteet painottuvat erityisesti tasapainon ylläpitämisen vaikeuksiin, kaatumisen riskiin ja -pelkoon, jotka vähentävät päivittäistä aktiivisuutta ja siten vaikuttavat negatiivisesti aktivisuuden määrään ja fyysisen toimintakyvyn ylläpitoon (Pajala, Sihvonen & Era 2008, 136). Iäkkäiden on pääsääntöisesti helpompi pitää yllä päivittäisellä aktiivisuudella fyysistä toimintakykyä, kuin kohentaa jo alentunutta kyvykkyyttä.

Sosiaalisen toimintakyvyn ja -toimintaympäristön heikentyminen poikkeaa luonteeltaan fyysisen ja kognitiivisen toimintakyvyn muutoksista. Kyseessä ei ole suoraan ihmisen elimistöön liittyvä muutos, vaan ikääntymiseen liittyvän muutoksen taustalla on oman fyysiskognitiivisen toimintakyvyn heikkeneminen. Iäkkään muun toimintakyvyn lasku vaikeuttaa sosiaalisten yhteyksien ylläpitoa (Atchley 2000, 58). Muutokset heikentävät sosiaalisen toimintakyvyn edellytyksiä. Lähipiirin samanaikainen ikääntyminen sekä elämäntilanteen muutokset muuttavat sosiaalista toimintaympäristöä.

Ikääntymiseen liittyy sosiaalisen saattueen pienentyminen. Käsite tarkoittaa yksilön sosiaalista verkostoa ajallisella ulottuvuudella (Elder & Giele 2009, 11). Saattueen käsite luo perspektiiviä sosiaalisen ympäristön muutoksille elämänkulun ajalla. Ikääntyminen näyttäytyy pääsääntöisesti sosiaalisen saattueen harvenemisena (Fiori, Smith & Antonucci 2007, 326), koska ikääntymismuutokset koskevat myös vertais- ja läheissuhteita ja hyvin iäkkäiden sosiaalinen saattue on läheisten sairastumisten ja kuolemien johdosta usein harventunut (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2010, 41). Läheisten ihmisten piiri supistuu, kun esimerkiksi työelämässä ja harrastuksissa luotujen suhteiden ylläpito vaikeutuu luonnollisen liitoskohdan jäädessä pois eläköitymisen ja ikääntymisen muutosten seurauksena. Arjessa läsnä olevat

ihmiset institutionalisoituvat (Marin 2008, 74) eli yksilön arkeen osallistuu enenevässä määrin ammatillisessa roolissa toimivia auttajia, ja läheissuhteet saavat uusia auttamisen ulottuvuuksia.

Ikääntyessä sosiaalisten suhteiden ja sosiaalisen toimintaympäristön materiaalisuus lisääntyy, kun vastavuoroisiin läheissuhteisiin tulee mukaan enenevässä määrin ikääntyneen auttamisen ulottuvuuksia. Sosiaalisella toimintaympäristöllä tarkoitan sosiaalisia suhteita sekä saavutettavuuteen tekijöitä, kuten välimatkoja sekä kommunikaation ylläpidon mahdollisuuksia. Esimerkiksi välimatkat omiin lapsiin voivat olla haaste (Timonen 2008, 28) ja kommunikaation vaikeutuminen voi rajoittaa yhteyttä (Saarenheimo 2003, 164).

Korkeaan ikään liittyvät psyykkisen toimintakyvyn osa-alueella korostuu yksilön kyky sopeutua muutoksiin. Esimerkiksi läheisten menettäminen koskee useita korkeaan ikään selviytyneitä ja muun toimintakyvyn heikentymiseen liittyvä uudenlainen ulkopuolisen avun varassa oleminen tuottaa haavoittuvuuksia, joihin sopeutuminen haastaa psyykkistä toimintakykyä ja eheyttä (Pajunen 2004, 193–197). Kognitiivisen toimintakykyä heikentävät korkean iän sairaudet haastavat kykeneväisyyden kokemusta, joka usein näyttäytyy masennuksena (Ruoppila 2002, 121; Leinonen & Koponen 2010, 159).

2.2 Iäkkäiden saama apu

Avun tarve syntyy toimintakyvyn ja ympäristön välisestä epäsuhdasta, jolloin yksilö ei pysty sopeutumaan kehosta tai ympäristöstä lähteviin muutospaineesiin (Helin 2002, 39). Iäkkäiden avun tarpeesta on tunnistettavissa eri toimintakyvyn osa-alueiden muutoksien eroavaisuudet ylittävä hierarkkisuus (Edjolo ym. 2016, 282). Esimerkiksi, sekä kognition että fyysisen toimintakyvyn lievä heikentyminen vaikeuttaa hierarkian mukaisesti todennäköisimmin ensisijaisesti ylempänä hierarkiassa olevaa toimintoa. Tarpeen kasvu myös näyttäytyy samanlaisena, asettuivat elämän viimeiset vuodet 70-, 80- tai 90-elinvuosikymmenennelle (Jylhä ym. 2008, 123).

Kaikilla keskeisillä toimintakyvyillä on merkitystä onnistuneen arjen ylläpidossa.

Toimiminen ylläpitää kykyä toimia ja jonkin toimintakyvyn heikentyminen aiheuttaa riskin muidenkin heikentymiseen. Toimintakykyä laskevien muutosten kasautuessa avun tarve alkaa

kodin ulkopuolella tapahtuvia toimintoja (esim. avun tarve kulkemisessa) ja lähestyy ensin kotiin (avun tarve siivouksessa), sitten itseen (henkilökohtaisen hoivan tarve) kohdistuvia toimia. Lievemmissä toimintakyvyn laskua aiheuttavissa sairaustiloissa vaikeutuvat vaativat toiminnot, joita kutsutaan termillä: advanced activities of daily living. Näitä ovat esimerkiksi tavoitteelliset harrastukset. Avun tutkimuksen kannalta yleisin jako tehdään seuraavaksi hierarkiassa seuraaviin instrumentaalisiin toimintoihin (jatkossa IADL), eli kodinhoidon ja kaupassa käynnin tyyppiset usein toistuvat ja lähiympäristöön kohdistuvat tekemiset. Viimeisin osa-alue ovat itseen kohdistuvat perustoiminnot - eli basic activities of daily living tai yleisimmin lyhennettynä ADL (jatkossa ADL). Ryhmään kuuluu arkipäivässä toistuvia ja osin intiimejä ja itseen kohdistuvia toimintoja, kuten liikkuminen, syöminen ja peseytyminen. (Pitkälä, Valvanne & Huusko 2010, 439.) Termillä hoiva viitataan jokapäiväiseen elämään kuuluvassa asiassa saatuun apuun, kun avun tarve liittyy heikentyneeseen toimintakykyyn (Kröger ym. 2019a, 124).

Toimintakyvyn osa-alueiden tiivis kietoutuminen toisiinsa ja heikentymisestä seuraavan avuntarpeen hierarkkisuus vaikuttaa siihen, että avun tarve muodostuu samankaltaiseksi hyvin erilaisissa ikääntymiseen liittyvissä sairauksissa. Kognitiivisten korkea taso on vastavuoroisessa yhteydessä fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen aktiivisuuteen (Suutama 2004, 101). Toimintakyvyn säilymistä edistää ennen muuta aktiivinen toimintakykyisyyden hyödyntäminen (mm. Soininen & Kivipelto 2015, 436).

Eryteisesti ikääntyneiden tarvitseman avun yhteydessä käytetään yleisesti jakoa läheisten antamaan informaaliin sekä palvelujärjestelmän tuottamiin formaaleihin palveluihin. Termistöllä viitataan ei-ammattilliseen ja ammattilliseen auttamistyöhön (Aaltonen 2005, 433). Eroa voi tarkastella myös auttajan motivaation ja osaamisvaatimusten kautta. Informaali auttaminen on luonteeltaan ihmissuhde, jolla on auttamisen ulottuvuuksia, eikä erityisiä osaamisvaatimuksia ole (vrt. Kuronen 2015, 48). Formaali apu taas on ammattillistunutta palkkatyötä, jota säätelevät yhteiskunnan normit.

Iäkkäiden ihmisten avun tarpeeseen vastaamisessa suomalaisessa kontekstissa keskeisintä on lähimpien omaisten antama tuki (Vilkko, Muuri & Finne-Soveri 2010, 66). Suomalaisessa kontekstissa merkittävin avun lähde ikääntyneille ovat lähimmät perhesiteet eli puoliso ja lapset (Blomgren ym. 2006, 174). Informaalissa avussa painottuvat hierarkiassa kevyemmät henkinen, instrumentaalinen, tiedollinen ja arvioiva tuki (Havukainen 2014, 21). Läheisten

antama apu on keskeistä asioinnissa, kodin ylläpidossa sekä henkisessä tukemisessa ja sosiaalisten yhteyksien ylläpidossa (Perälä, Hammar & Rissanen 2008, 182). Kuitenkin esimerkiksi ikääntyneiden puolisoiden välillä runsasta ja pitkäaikaista auttamista voi olla paljonkin ennen kuin yhteys ikääntymiseen liittyviin muutoksiin tiedostetaan. ADL-tarpeisiin ikääntyneet yleisesti toivovat julkista apua ja julkiset palvelut on pääsääntöisesti kohdistettu näihin avun tarpeisiin (Van Aerschot 2014, 185).

Taulukko 2. Päivittäisten aktiviteettien jaottelua (Kröger ym. 2019a)

IADL	Kulkeminen harrastuksiin, tapaamisiin tai kylään	
	Ruokaostokset	
	Kotiavun tai muiden palvelujen hankkiminen	
	Pankkiasioiden hoitaminen	
	Kodin pienet korjaus- ja kunnostustyöt tai pihatyöt	
	Siivous	
	Ruoanlaitto	
	ADL	Lääkkeiden ottaminen
		Peseytyminen
Syöminen		
Vuoteesta nouseminen / vuoteeseen meno		
WC:ssä käyminen		
Pukeutuminen/riisuutuminen		

Tarkasteltaessa kaikkea ikääntyneiden saamaa apua, lapset ja lapsenlapset vastaavat puolesta tarpeeseen vastaamisesta, kun puoliso ja kotihoito vastaavat kummatkin alle viidenneksestä (Vilkko ym. 2010, 66). Yli 75-vuotiailla informaali avun laskennallinen määrä on jopa nelinkertainen verrattuna formaaliin apuun (Van Aerschot 2014, 119). Blomgrenin ja kumppaneiden mukaan Suomessa myös yli 75-vuotiaiden antama naapuri- ja ystävääpu on merkittävää (Blomgren ym. 2012, 201).

Suomalaista vanhuspalvelujärjestelmää on kuvattu heikon universalistiseksi. Tulotaso tai asuinkunta ei vaikuta oikeuteen saada palveluja, mutta palveluiden järjestämisessä on kuntakohtaisia eroja ja niiden myöntäminen perustuu erilaisille ammatillisille tarvearvioille (Kröger, Puthenparambil & Van Aerschot 2019a, 485.) Viime vuosikymmenten muutoksen suuntia on ollut kotiin annettavien sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatio, yksityistäminen ja informaalin avun merkityksen kasvu. Kehityksen tuloksena paljon apua tarvitseviin kohdennetaan merkittävästi resursseja, kun muut asiakasryhmät rajautuvat formaalien palvelujen ulkopuolelle (Kröger & Leinonen 2012, 319).

Ikääntyneiden avun tarpeeseen vastaavat vanhuspalvelut ovat pääosin sosiaalihuoltolain mukaisia palveluja. Omaishoidon tuki on suomalaisen sosiaalipalvelujärjestelmän palveluita sekä rahallisen hoitopalkkion yhdistävä palvelumuoto. Omaishoitosopimuksen lähtökohdat ovat toimintakyvyn alentumisesta johtuva avun tarve, hoitajaksi suostuvainen ja riittävän toimintakykyinen omainen, sekä omaishoitosopimuksen edunmukaisuus hoidettavalle (Laki omaishoidon tuesta 937/2005, 3–4 §.) Omaishoitosopimuksessa tarkoitettu avun tarve on luonteeltaan ADL-apua. Omaishoitosopimuksen kautta tuotettu apu on tarkoitettu korvaamaan esimerkiksi kotihoidon palveluita (Kalliomaa-Puha 2007, 35). Omaiset ovat sosiaalihuoltolain mukaan oikeutettuja tukitoimiin myös, vaikka virallista omaishoitosopimusta ei olisikaan tehty (STM 2017, 48).

Kotihoidolla viitataan vanhuspalveluissa kotisairaanhoidon ja kotipalvelun kokonaisuuteen, jolloin se täyttää toiminnallaan sekä terveydenhuollon että sosiaalihuollon tehtäviä. Yhteisorganisaatioiden muodostaminen on 2000-luvulla eri tahtiin kunnissa edennyt kehityssuunta, jolla on tehostettu yhdistämällä kahden samankaltaisen palvelun toimintaa (Wrede & Henriksson 2004, 211). Sosiaalihuoltolain mukainen kotipalvelu ja terveydenhuoltolain mukainen kotisairaanhoido toimii yhtenäisenä kotihoitona.

Lainmuutokset ovat ohjanneet kotihoitoa terveydenhuoltojohdetuksi: omatyöntekijöinä toimivat sairaan- tai terveydenhoitajat ja asetelma on kirjattu sosiaalihuolto- ja vanhuspalvelulakeihin (STM 2017, 127).

Sosiaalihuoltolain (1301/2014) 21 § todetaan: ”Kotiin annettavat palvelut ovat ensisijaisia suhteessa palveluihin, jotka edellyttävät muuttamista ja sisältävät sekä asumisen että palvelut.” Lain tulkinta ohjaa kotona asumisen edistämiseen. Myös vanhuspalvelulain taustalla on kotona asumisen tukeminen (Pulkki, Tynkkynen & Jolanko 2017, 47). Kotihoidon kuvataankin olevan vanhuspalvelujärjestelmän strategisessa keskiössä (Andersson, Haverinen & Malin 2004, 481).

Kotihoito on harkinnanvarainen palvelu, jossa harkinnan kohteena on toimintakyvyn vajeet ja sairastaminen, mutta myös perhetilanne ja rasittuneisuus (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000). Asiakassuhde määrittyy palvelutarpeen arvioinnin perusteella tehtyyn palvelu- ja hoitosuunnitelmaan, jossa määritetään säännölliset avustamiskäynnit ikääntyneen luona sekä sisällöt, joita käynneillä toteutetaan.

Jos kotihoito ei ole riittävä palvelu, kyseeseen tulee asumista ja palvelua yhdistävät kokonaisuudet. Suomalainen vanhuspalvelujärjestelmä on muotoutunut kaksiportaiseksi, jossa kotiin annettavat palvelut ovat ensisijainen ja toinen portti on ympärivuorokautinen hoito. Aiemmin terveyskeskuksen vuodeosastoilla ja vanhainkodeissa toteutettu laitoshoidon on muuntunut pitkälti sosiaalihuoltolain mukaiseksi tehostetuksi palveluasumiseksi. (STM 2017, 68–69.)

2.3 Onnistuneen ikääntymisen malli iäkkään hyvinvoinnin kokonaisuuden kuvaajana

Ihmisten välisiä eroja eliniän pituuden lisäksi on elämänlaadussa. Eroihin vaikuttavat tekijät ovat laaja-alaisia ja tieteenalojen rajat ylittäviä, kuten ikääntymiseen liittyvien toimintakykyjen kirjokin osoittaa. Tekijöiden yhteisvaikutukset muodostavat tarpeen monialaiselle tutkimukselle. Gerontologisessa, eli ikääntymismuutoksen olemuksen ja ulottuvuuksien (Heikkinen 2008, 16), on useita käsitteitä kuvaamaan henkilön selviytymistä riskeistä ja niihin liittyvistä muutoksista.

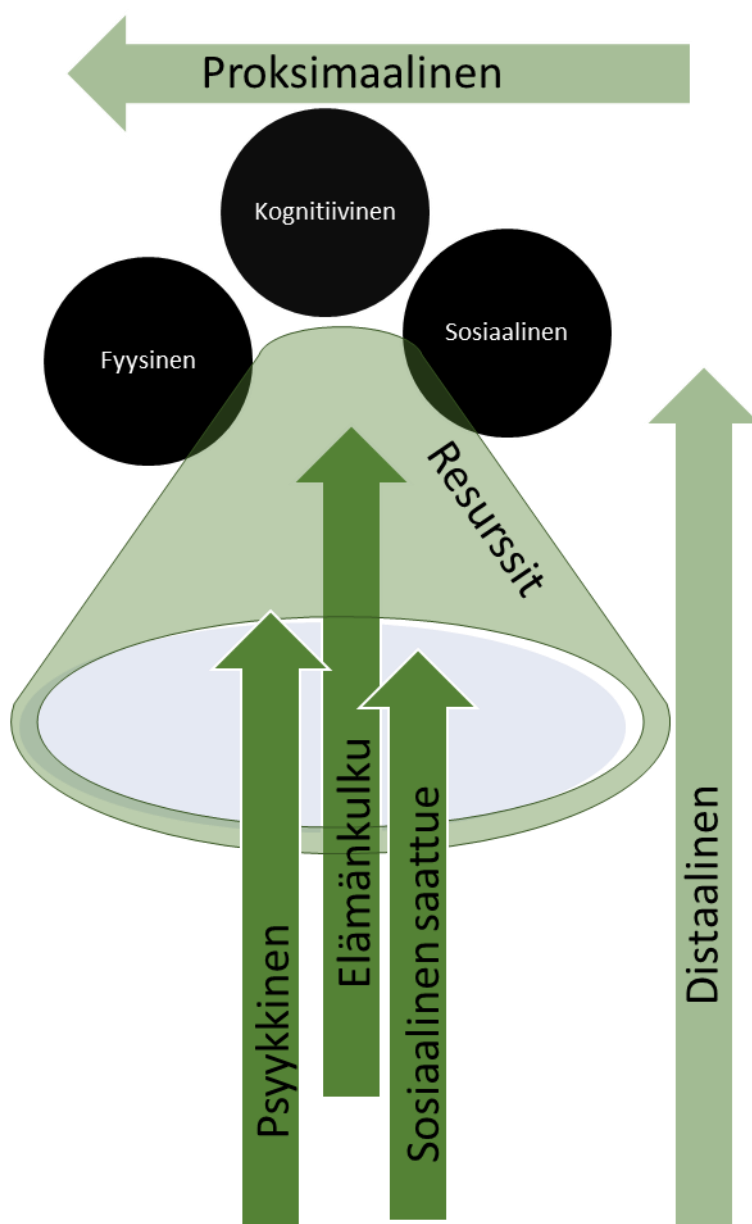
Gerontologisella onnistuneen ikääntymisen käsitteellä kuvataan ikääntyneiden välisiä eroja aiheuttavaa prosessia, että asioiden tilaa (Nosraty 2018, 19): onnistuneesti ikääntyneen yksilön voi tutkimusasetelmassa tunnistaa tietyin tunnusmerkein ja käsitettä voi soveltaa hyvinvointia ylläpitävien asioiden tunnistamiseen ikääntymisprosessissa. Käsitteen tarkoituksena on kuvata paitsi ikääntymiseen liittyvän toimintakykyjen laskun vähäisyyttä, myös huomioida keskeiset riskitekijät tulevalle heikentymiselle (Bülow & Söderqvist 2014, 142). Onnistuneella ikääntymisellä tarkoitetaan kokonaisuutta, johon sisältyy fyysisen haurastumisen vähäisyyden lisäksi hyvä kognitiivinen toimintakyky sekä elämän sisältörikkaus, jolla viitataan sosiaalisiin suhteisiin ja mielekkyyteen kanssakäymisessä (Rowe & Kahn 1997, 436).

Käsite esitettiin ensimmäisen kerran vuonna 1987 ja alkuperäiseen tutkimuspaperiin (Rowe & Kahn 1987) on viitattu yhteensä ainakin 2000 kertaa hyvin laaja-alaisesti eri tieteenaloilta (Bülow & Söderqvist 2014, 139). Englanninkielisen termin 'successful aging' voi kääntää suomeksi joko onnistuneeksi ikääntymiseksi tai onnistuneeksi vanhenemiseksi. Käytän tässä tutkimuksessa käsitettä onnistunut ikääntyminen, koska viittaan tutkimuksen kohderyhmään ikääntyneinä.

Sosiaalitieteissä laajan tutkimuksen kohteena oleva hyvinvointi on sisällöllisesti hyvin lähellä onnistuneen ikääntymisen käsitettä (Mitra, Brucker & Jajtner 2020, 1). Hyvinvointi ja lähikäsite elämänlaatu (Huusko & Pitkälä 2006, 12) omaavat samat perusteet kuin onnistuneen ikääntymisen osa-alueet. Selkein sisällöllinen ero on yksilöllisen fyysisen terveyden ja kroonisten sairauksien poissaolon painottaminen (Mitra ym. 2020, 2), koska korkeaan ikään erityisesti liittyvät muutokset ovat luonteeltaan fyysisiä.

Onnistunut ikääntymisen käsitteestä on erilaisia variaatioita suhteessa ikämuutosten poissaoloon. Tiukimmissa sovelluksissa korkeaan ikään liittyviä muutoksia ei ole sellaisissa määrin, että ne vaikuttaisivat toimintakykyihin. Näissä ensisijaisissa tulkinnoissa kaikkien toimintakykyjen ollessa hyviä ne tukevat toisiaan ja ehkäisevät ikääntymisen muutoksia. Laajemmissa sovelluksissa, jotka nimeän tässä yhteydessä toissijaisiksi, ikääntyminen voi olla onnistunutta useammalla tavalla. Tarkastelun kohteeksi nousee jo alkaneisiin ikämuutoksiin sopeutuminen, joka vähentää niiden vaikutusta toimintakykyihin ja kykyyn elää tavoitteiden mukaista elämää. Toissijaiset mallit on havaittu käyttökelpoisiksi erityisesti yli 90-vuotiaista koostuvassa aineistossa. (Nosraty 2017, 83–87.)

Toissijaisissa malleissa ikääntymisen muutoksiin sopeutumista voidaan kuvata SOC-mallilla. Onnistunutta ikääntymistä edistetään valikoimalla (Selection) elämälle keskeisiin asioihin panostamisella, optimoimalla (Optimization) resursseja keskiöön sijoittuville asioille ja kompensoimalla (Compensation) heikentyneitä kykyjä tavoitteisiin pääsemiseksi (Freund 2008, 96). Iäkkään käytössä olevat resurssit suunnataan riittävässä määrin elämälle keskeisiin asioihin ehkäisemään ikämuutosten haittoja, jolloin toimintakykyjen ylläpito on edelleen onnistunutta.



Kuvio 2. Onnistuneen ikääntymisen muokattu kuvaus Freund 2008; Rowe & Kahn 1997

Kuviossa 1 on esitetty tässä tutkimuksessa käytetty onnistuneen ikääntymisen malli. Ikääntymiseen liittyvät proksimaaliset muutokset on esitetty kuvaajassa kognitiivisina, fyysisinä ja sosiaalisina toimintakyvyn muutoksina. Ne ovat ikääntymiseen ajankohtaisesti sidoksissa olevia fyysiseen ikämuutokseen liittyviä riskejä. Distaalisella tarkoitetaan tässä yhteydessä aiemmista elämänvaiheista polveutuvia vahvuuksia ja haavoittuvuuksia vastata ikääntymiseen liittyviin proksimaalisiin haasteisiin (Cho, Martin & Poon 2015, 134.) Näitä ovat esimerkiksi elämäntapaan ja koulutukseen liittyvät resurssit. Distaaliset tekijät ovat ikäriippumattomia, proksimaaliset taas korkean iän erityisiin muutoksiin liittyviä.

Fyysinen, kognitiivinen ja sosiaalinen kuvaavat hyvinvoinnin osa-alueita vanhuuteen liittyvän muutoksen ulottuvuuksina. Kuvaaja esittää ikääntymiseen liittyvien kognitiivisten, sosiaalisten ja fyysisten toimintakyvyn muutosten ja distaalisten, elämäntapaa aikana kumuloituneiden tekijöiden yhteisvaikutusta. Tulkinallisesti kuvan proksimaaliset muutokset aiheuttavat riskin ikääntyvän elämän sujuvuudelle resurssien vähenemisen (suppilon kapeneminen) lisätessä riskiä. Ikääntymisen muutoksiin vastaaminen vaatii resursseja. Samanaikaisesti uusien resurssien muodostaminen muuttuu vaikeammaksi (Freund 2008, 95.)

Distaalisten tekijöiden ollessa vahvoja resursseja on enemmän. Myös ulkoisten ja sisäisten resurssien väliseen kompensointiin on enemmän mahdollisuuksia: enemmän tietoa, resursseja ja vaihtoehtoja vastata riskeihin. Jos distaaliset tekijät ovat heikkoja, lievemmätkin proksimaaliset muutokset aiheuttavat iäkkään selviytymiselle suuremman haitan. Tutkimuksellista yksimielisyyttä ei ole siitä, miten ikääntymisen muutokset ja distaaliset resurssit vuorovaikuttavat keskenään (Freund 2008, 95.)

Elämäntapa on elämäntapaa prosessuaalisempi käsite (Tiilikainen 2016, 16). Kun elämäntapa kuvaa käsitteenä ihmisen elämänvaiheiden yksilöt ylittäviä yhteneväisyyksiä, elämäntapa viittaa yksilöllisiin lopputulemiin, joita erilaiset elämäntavat tuottavat (Elder & Giele 2009, 6). Elämäntapaa käsite on tarkoituksenmukainen tarkastelunäkökulma ikääntyneiden eriarvoisuuden ymmärtämiseksi, koska se huomioi elämänvaiheiden ja ympäristön vaikutuksien kasaantumisen elämän ajalta yksilötasolla (O’Rand 2009, 138) eli distaalisten tekijöiden yksilöllisen kehittymisen.

Sosiaalinen eriarvoisuus voidaan nähdä kumuloituvana korkeaan ikään liittyviin proksimaalisiin muutoksiin. Tällöin ikääntymisen biologiset muutokset ymmärretään itsessään riskinä, johon olemassa olevat resurssit vastaavat lievittävästi tai korostaen. Toisesta

näkökulmasta ikään liittyvät muutokset voidaan ymmärtää distaalisia resurssieroja tasoittavina, koska ne koskevat kaikkia sosiaalisesta asemasta riippumatta. Koulutusaste ja muut elämänkulun aikana saavutetut suojaavat resurssit vähentävät kuolleisuutta. Korkeaan ikään selviytyneillä voi olla rekisteritietoa hienovaraisempia yksilöllisiä - sosiaalisia tai biologisia - vahvuuksia, jotka lieventävät eriarvoisuutta. (Herd, Robert & House 2011, 124–125.) Näkökulmien ero on kuitenkin vaikuttavuuden voimakkuus, ei vaikuttavuuden olemassaolo.

Sosioekonomisella asemalla ja onnistuneella ikääntymisellä on osoitettu olevan yhteys (McLaughling ym. 2010, 223). Onnistuneen ikääntymisen sosiaalisen ulottuvuuden esteenä ei ole vain terveys, vaan sosiaalitieteellisen hyvinvointitutkimuksen keskeiset käsitteet ovat tiiviissä ja vastavuoroisessa yhteydessä. Esimerkiksi köyhyys vaikeuttaa aktiivisuutta ja yhteisöllisyyttä (Sironen 2016, 75), jotka ovat voimakkaasti yhteydessä toimintakykyisyyttä ylläpitäviin tekijöihin (Janke, Payne & Puymbroeck 2008, 252). Elämänkulun vaiheista erityisesti aikuisiän sosioekonominen asema vaikuttaa onnistuneen vanhenemisen edellytyksiin (Kok ym. 2017, 276).

Vastaavissa ikääntyneiden toimintakykyjä kartoittavissa jaotteluissa kognitiivinen toimintakyky asetetaan psyykkisen toimintakyvyn alle (Sarvimäki & Heimonen 2010, 21). Teoreettisen viitekehyksen muodostamassa tulkinnassa psyykkisen hyvinvoinnin ulottuvuudet, kuten motivaatio ja ehyt identiteetti, ovat distaaliin tekijöihin liittyviä resursseja, joiden erot liittyvät hyvinvoinnin ylläpitämiseen suhteessa ikääntymiseen liittyviin muutoksiin. Ikääntyneiden mielenterveyden ongelmat ja mielenterveyttä ylläpitävät tekijät ovat samoja kuin työikäisilläkin, ainoastaan elimellisiin sairauksiin liittyvät mielenterveyden häiriöt ovat ikääntyneille tyypillisiä (Koponen & Leinonen 2003, 557). Proksimaalinen ja distaalinen -jaottelulla kognitioiden muutokset ovat siis korkeaan ikään liittyvien erityisten psyykkisen toimintakyvyn muutosten syy.

Sosiaalisen yhteys psyykkiseen hyvinvointiin on vahvasti kaksisuuntainen: sosiaaliset ongelmat altistavat mielenterveysongelmille, jotka edelleen altistavat sosiaalisille riskeille (Leinonen 2018, 136). Ikääntyminen on haaste psyykkiselle hyvinvoinnille, mutta mielenterveyden muutokset eivät ole suorassa suhteessa ikääntymismuutoksiin. Sosiaalisessa ulottuvuudessa korostuvat ihmissuhteet sekä arkipäiväisen elämän sisältörikkaus (vrt. Menec 2003, 81).

Gerontologian sosiaalitieteellisessä tutkimuksessa keskeinen tutkimusintressi on yhteiskunnallisten rakenteiden vaikutukset ikääntyvien elämäntilanteeseen (Jyrämä 2001, 279). Rakenteisiin kohdistuva sosiaaligerontologinen tutkimus tarkentuu usein ikääntymisen suhteesta yhteiskunnallisiin mekanismeihin, kuten eläkkeisiin ja palveluihin, sekä ilmiöihin, kuten yhteiskunnalliseen eriarvoisuuteen (Victor 2005, 10, 36). Sosiaalitieteellisessä kontekstissa onnistunut ikääntyminen onkin tarkoituksenmukaista mieltää hyvinvointia turvaaviksi sisäisiksi ja ulkoisiksi resursseiksi verrattuna sellaisiin gerontologisiin teorioihin, jotka kuvaavat ikämuutoksen luonnetta. Huomioitaessa onnistuneen ikääntymisen tutkimuksen löydöksiä, kuten vahvoja yhteyksiä sosioekonomiseen eriarvoisuuteen (McLaughling ym. 2010, 223), käsitteen sosiaalitieteellinen tarkastelu on myös hyvin perusteltua. Käsitteen hyvinvointitutkimukseen soveltuvuudesta ja tutkimuksen tarpeellisuudesta kertoo myös tutkimusalueen sosiaalipolitisoitumisen kehityssuunta. Instituutioiden roolit onnistuneen ikääntymisen edellytyksissä ovat nousseet keskeiseksi tutkimusintressiksi (Rowe & Kahn 2015, 594).

2.4 Ikääntyneiden itsearvioitu terveys hyvinvoinnin mittarina

Terveys on kiinteä osa hyvinvointia. Koska ikään liittyvät proksimaaliset muutokset ovat ruumiillisia, terveyden merkitys hyvinvoinnin takeena korostuu korkeassa iässä. Iäkkäät arvostavat terveyttä nuorempia enemmän elämänlaatua tarkasteltaessa (Strandberg 2021, 59). Tarkasteltaessa iäkkään käsitystä omasta terveydestään, itsearvion on havaittu olevan ikäsidonnaista. Iäkkäät arvioivat omaa terveydentilaansa suhteessa käsitykseensä oman ikäryhmän terveydestä (Leinonen 2008, 229). Vuonna 2014 kaikista suomalaisista 32 % ja 75 vuotta täyttäneistä 57 % arvioivat terveytensä korkeintaan keskitasoiseksi. Kaikkien suomalaisten osuus pysyi vuonna 2020 samana, mutta 75-vuotta täyttäneiden itsearvioitu terveys parani ja korkeintaan kohtalaiseksi terveytensä arvioivien määrä laski 57 prosenttiin (liite 4.).

Käsitys omasta terveydestä on suhteessa objektiiviseen toimintakykyyn, mutta iäkkäiden kohdalla itsearvioitun terveydentilan on havainnointi olevan jopa tarkempi tulevan kuolleisuuden ja sairaalahoidon tarpeen ennustaja kuin ulkoiseen havainnointiin perustuvat

mittaukset (Pruchno, Wilson-Genderson & Catwright 2010, 673; Lowrie ym. 2003). Vaikka esimerkiksi koettu terveys ja objektiivisesti mitattu terveys korreloivat, sisältävät ne myös erillistä, ennustusvoimaista tietoa (Pruchno, Wilson-Genderson & Catwright 2010, 673). Kun muut tunnetut muuttajat ovat vakioitu, huonoksi terveytensä arvioivien iäkkäiden kuolleisuus on jopa kaksinkertainen (DeSalvo ym. 2006). Toisaalta kuolleisuuserojen merkitys on osittain sidoksissa siihen, tietääkö tutkittava sairastavansa kuolleisuutta merkittävästi lisäävää sairautta (Jylhä 2009, 311).

Iäkkään oman arvion terveydestä on arvioitu kokoavan yhteen laajasti henkilökohtaista tietoa omasta tilanteestaan, joka selittää ilmiötä (Benyamini ym. 2003, 404). Itsearvioidun terveyden pääasiallinen tutkimuksellinen hyöty on sen tiivis, mutta relevantti informaatio sisältö tutkittavan terveydentilasta, joka mahdollistaa eri ryhmien välisen vertailun (vrt. Jylhä 2009, 313).

Suomalaisessa yhteiskunnassa koulutus on keskeinen resurssi yhteiskunnalliseen ja koettuun hyväosaaisuuteen. Koulutuksella on pitkin elämäntiekkoa myönteisiä merkityksiä, jotka yltyvät myös vanhuuteen. Koulutuksella on keskeinen merkitys myönteiseen ikääntymiseen (Koskinen 2007, 28). Yksilön, puolison ja vanhempien koulutus ja siihen perustuva ammattiasema selittävät suurimman osan koetusta hyväosaisuudesta. Ammatista seuraavat tulo- ja varallisuuserot yhdessä koulutuksen ja ammattiaseman kanssa muodostavat yksilön sosioekonomisen aseman. Ne ovat myös merkittävässä roolissa yksilön hyväosaisuuden kokemuksessa. (Erola 2010, 13, 42).

Itsearvioidun terveyden erojen havaintopisteet, kuten kuolleisuus ja pitkäaikaissairaudet ovat voimakkaasti yhteydessä sosioekonomiseen asemaan (Lahelma, Rahkonen, Koskinen, Martelin & Palosuo 2007, 26). Koulutuksen hyödyt välittyvät tietojen, taitojen, asenteiden ja arvojen kautta (Lahelma & Rahkonen 2017, 27). Terveyserot liittyvät myös kiinteästi samaan eriarvoisuuden hierarkiaan (MacIntyre 1997). Koulutus vaikuttaa kykyyn hankkia ja hyödyntää terveystietoa sekä terveyspalvelujen käyttöön ja laatuun (Blomgren, Martelin, Sainio & Koskinen 2011, 258). On olemassa pitkittäistutkimuksiin perustuvia havaintoja syysseurauksesta, jossa koettu huono-osaisuus heikentää myöhemmin itsearviota terveydestä (Thompson ym. 2014).

Subjektivisia arvioita on verrattu sateenvarjon alta havainnointiin: havaitsija ei pysty sateenvarjon alta näkemään, mitä varjon päälle sataa, mutta tunnistaa, että varjon päälle

putoaa asioita (Conley 2008, 367). Iäkkään itsearvio terveydestä koostuu henkilökohtaisesta tiedosta, yksilön omasta terveystilanteesta, ja arvioon heijastuu laajasti hyvinvointiin liittyviä distaalisia tekijöitä. Huonoksi tai hyväksi koettu terveys on seurausta laajasta määrästä hyvinvoinnin ja terveyden edellytyksiä. Arvio on ennustevoimainen tulevan terveyden kehityksen suhteen.

3 Hoivan saamisen erot ja merkitys

3.1 Erot avun saamisessa

Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (ATH) tuloksissa noin neljännes yli 63-vuotiaista tarvitsee arjessa suoriutumiseen apua. Avun tarve kasvaa iän mukana. Kun 70–79-vuotiaista naisista n. 30 % tarvitsee hoiva-apua, yli 80-vuotiaista tarvitsijoita on jo yli 60 %.

Hoivaköyhyyden osuus hoivaa tarvitsevista ei kuitenkaan ikäryhmissä ole merkittävää eroa. Koko ikäryhmiä tarkasteltaessa hoivaköyhyys koskettaa naisista 7 %:a 70-79-vuotiaista ja 17 %: yli 80-vuotiaista. (Murto ym. 2018).

Kröger ja kumppanit (2019a) tutkivat hoivaköyhyyden eli riittämättömän avun esiintyvyyttä vuosina 2010 ja 2015 kerättyssä kotona asuvien iäkkäiden suomalaisten aineistossa. Vuonna 2010 kerätty kierros on myös tämän tutkimuksen aineistona. Tutkimuksen mukaan riittämätön apu kosketti yli 75-vuotiaista IADL-tarpeissa neljäsosaa ja ADL-tarpeissa viidesosaa apua tarvitsevista. Tutkimuksessa IADL-tarpeisiin kohdistuvassa hoivaköyhyydessä sosioekonomisilla muuttujilla oli merkitystä, mutta ei tarkasteltaessa ADL-tarpeita, joissa tutkimuksen muuttujista ainoastaan asuinpaikan keskeisyydellä oli merkitystä. IADL-apu rajautuu suuressa määrin julkisten palvelujen ulkopuolelle, joten riittävä apu on sosiaalisesta saattueesta tällöin enemmän riippuvainen. ATH-tutkimuksessakaan korkea koulutustaso ei vähentänyt avun tarvitsijoiden joukossa hoivaköyhyyttä, mutta korkea koulutustaso vähensi avun tarvetta (Murto ym. 2018).

Ikääntyneiden hoivan eriarvoisuutta väitöskirjassaan tutkinut Lina Van Aerschot (2014) puolestaan havaitsi palvelujärjestelmässä olevan aukkoja erityisesti sosioekonomisesti heikommassa asemassa olevilla, joiden läheisverkosto ei ole kannatteleva. Omaisten antama ja ulkopuolinen apu olivat kumuloituvia: enemmän omaisilta apua saavat saivat myös paremmin formaaleja palveluja. Toisaalta yksin informaalin avun varassa oleminen johtaa useammin hoivaköyhyyteen (Aaltonen & Van Aerschott 2021, 427).

Myös toimintakyvyt vaikuttavat eriarvoisuuteen riittävän avun saamisessa. Muistiongelmissa kärsivät ikääntyneet jäivät muita useammin hoivaköyhyyteen. Suuri avun tarve erityisesti ADL-toiminnoissa on yhteydessä riittämättömään apuun kotona asuvilla, mutta kognitioiden heikentyminen aiheuttaa vielä erikseen lisäongelmia (Aaltonen & Van Aerschott 2021).

Tarkasteltaessa riittävää IADL-apua, yksin asuvat yli 85-vuotiaat jäävät ilman riittävää IADL-apua useammin kuin ei-yksin asuvat 75–79-vuotiaat. Myös pienet kuukausitulot vaikuttavat merkittävästi riittävän IADL-avun saamiseen: alle 1000 euroa kuukaudessa saavien ero yli 1500 euroa saavien välillä kyseisessä hoivaköyhyydessä on kaksinkertainen. (Kröger ym. 2019b, 495).

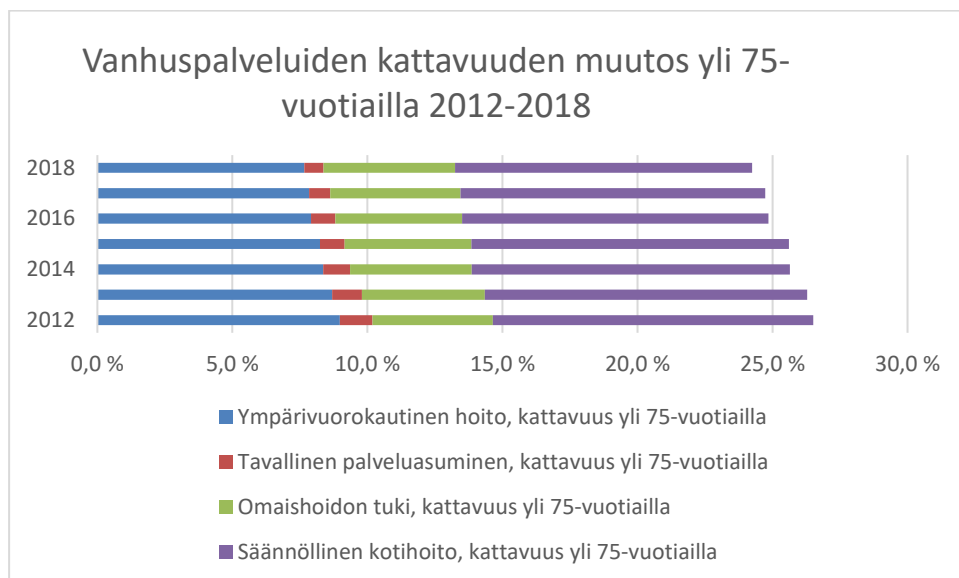
3.2 Eriarvoisuuden syyt avun saamisessa

Ikääntymiseen liittyvässä avun tarpeessa mahdollisuudet saada riittäviä ja sopivia palveluja liittyvät usealla tavalla laajempaan sosiaaliseen eriarvoisuuteen (Platt 2011, 172). Sopivan avun saamiseen on kynnyksiä, jotka vaikeuttavat riittävän avun saamista iäkkäille. Laura Perttola (2019, 48–49) erittelee neljä erilaista kynnystä koskien formaaleja palveluja. Avun tarve tulee pystyä ilmaisemaan auttajalle (rekisteröintikynnys). Avun tarve pitää pystyä ilmaisemaan riittävän selkeästi ja toiveiden avun sisällöstä on oltava realistisia (kompetenssikynnys). Avun tarpeen on myös vastattava saatavilla olevia palveluja, jotta niistä on hyötyä (vaikuttavuuskynnys). Neljäntenä kynnyksenä Perttola tunnistaa luottamuskyynksen, joka liittyy muihin kynnyksiin. Iäkkään on luotettava viranomaisiin, että avun hakeminen, saaminen ja vastaanottaminen ovat mielekkäitä toimia, johon ryhtyä. (mt. 48–49).

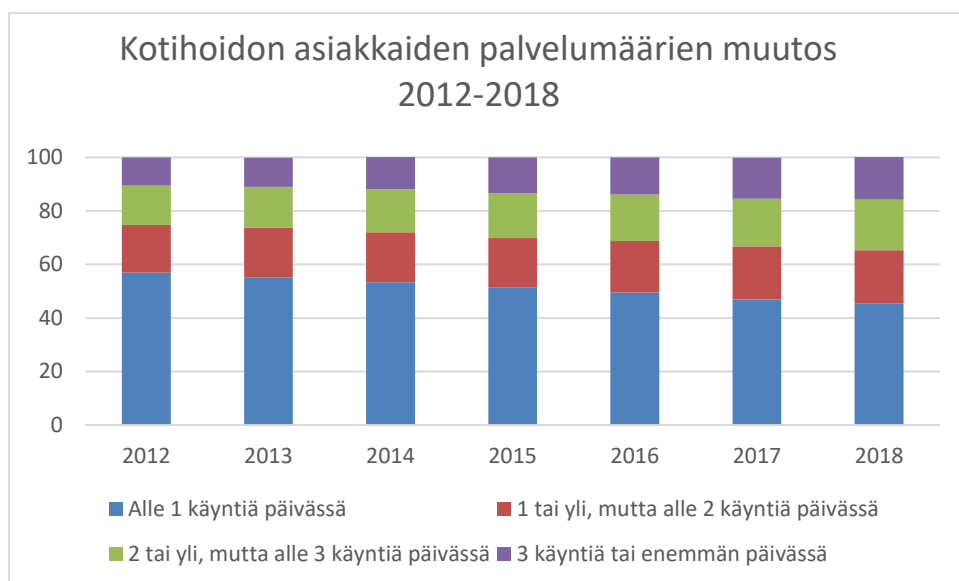
Palvelutarpeen arvioiminen jakautuu tarpeen tunnistamiseen, selvittämiseen ja palvelun järjestämiseen. Rekisteröintikynnys liittyy erityisesti tarpeen tunnistamiseen eli avun tarpeen tietoon tulemisessa. Selvittäminen ja palvelun järjestämisessä kompetenssi- ja vaikuttavuuskynnys tulevat esille. Näiden lisäksi palvelua pitää toteuttaa ja asiakkaan täytyy vastaanottaa apu (vrt. Tronto 1998, 18), jossa vaikuttavuus- ja luottamuskyynykset aiheuttavat eroja riittävän avun saamisessa.

Tarpeen tunnistamisessa painottuu yksilön ja sosiaalisen saattueen kyky saada avun tarve rekisteröityä formaalille taholle. Omaisten apu on merkityksellistä paitsi avun tarjoamisessa, myös resurssina formaalien palvelujen piiriin pääsemisessä, koska hakeutuminen palveluihin koetaan työläänä (Van Aerschot 2014, 177). Lähimmät perheenjäsenet ovat myös keskeisin tiedollisen tuen lähde (Vilkko, Finne-Soveri & Heinola 2010, 56). Muistisairaiden saama

läheisten apu, erityisesti puolison läsnäolo suojaa asumispalveluihin joutumiselta (Heikkilä ym. 2020, 83).



Kuvio 2. Thl, Sotkanet 2005-2020.



Kuvio 3. Thl, Sotkanet 2005-2020.

Tarpeen määrittelyssä korostuu formaalin palvelun asiakkuuden aloittava palvelutarpeen arviointi. Vanhuspalveluita koskeva lainsäädäntö takaa palvelutarpeen arvioinnin, mutta ei subjektiivisia oikeuksia palveluihin. Vanhuspalveluiden laatua vahvistavan Vanhuspalvelulain on kuvattu tukevan neuvottelutaitoisen iäkkään itsemääräämistä (Aaltonen ym. 2014, 266). Palvelujen kattavuuden supistuessa (Kuvaaja 1) palvelujen saatavuus heikkenee. Suurten kaupunkien Vanhuspalvelujen seurannassa on havaittavissa kehitys

palvelujen suuntaamisessa harvoille paljon apua tarvitseville (Kuusikko-työryhmä 2021, 20; Kuvio 3). Iäkkäiden ja heidän sosiaalisten saattueidensa kyvyssä hakea ja neuvotella palveluita on eroja, jolloin heikompi saatavuus voi aiheuttaa resurssien kohdistumista eriarvoisesti. Ikääntyneiden kotiin annettavien palvelujen kattavuuden on laskettu vähentyneen 40 prosenttia vuosien 1990–2010 välisenä aikana (Kröger & Leinonen 2012, 320). Kotihoidon kattavuuden tavoitetasoksi on määritelty nousu neljännekseen 75 vuotta täyttäneistä (Voutilainen ym. 2007, 155; STM 2003, 22). Muutossuunta on 2010-luvulla ollut kuitenkin hitaasti laskeva (Kuvio 2).

Kotihoitoon keskeisenä osana Vanhuspalvelujen kokonaisuutta liittyy merkittävässä määrin harkintavaltaa, jossa vallankäyttäjä on asiantuntija, jonka tehtävä on määritellä arvioitavan tarpeet (Valokivi 2014, 292; vrt. Mäkitalo 2014, 32). Palvelun myöntämiseen on tullut käyttöön erilaisia toimintakyvyn mittareita ja palvelun kynnyskriteerit ovat tarkentuneet (Andersson ym. 2004, 482; Perälä ym. 2008, 188). Mitatut tulokset voivat viedä toimijuutta asiakkaan toimijuuden kustannuksella (vrt. Lämsä 2013, 151). Esimerkiksi ikääntyneiden terveystalouksissa on tunnistettu asiakkaan oma tarpeen määrittelyn olevan riskissä jäädä huomiotta (Järnström 2011, 252). Asiantuntijuutta omaavat lähiomaiset tasapainottavat tiedollista asetelmaa (Isola 2014, 281).

Avun antamisen osiossa eriarvoisuuden kysymykseksi nousee riittävä apu. Paitsi päivästä toiseen liittyvään tarpeeseen saatava apu, kysymykseksi nousee myös avun tarpeen vaihtelu. Ikääntyneiden avun tarve voi vaihdella nopeasti, eikä kotihoidolla ole välttämättä resursseja joustaa muuttuvissa tilanteissa (Jylhä ym. 2008, 126). Sosiaalisen saattueen voi nähdä resurssinäkökulmasta joustavuutta lisäävänä puskuroivana apuna (Järvikoski & Härkäpää 2011, 88). Informaaleilla auttajilla on mahdollisuus suunnata resursseja enemmän juuri oman läheisensä muuttuvaan apuun, kun ulkopuolisella auttajalla on käytettävissä olevat resurssit suunnata usean autettavan tarpeisiin. Avun saamisen ulottuvuudessa informaalin avun rinnalle on mahdollista saada formaalia apua, jonka järjestämisessä informaalilla tuella on merkittävä rooli. Informaalin avun olemassaolo on kuitenkin sidoksissa elämänkulkuun, eikä formaali apu kykene täydentämään informaalin apua.

Tronton (1998) mallissa neljäs ja viimeinen vaihe on avun vastaanottaminen. Avun merkitys jää vähäiseksi, jos tarvitsija ei hyväksy apua. Formaalin palvelun maksut voivat olla suuria ja viedä valtaosan iäkkään säännöllisistä tuloista (Asiakasmaksulaki 10 e §, Liite 2), jolloin

palvelun hyödyt suhteessa kustannuksiin tulevat tarkastelun kohteeksi. Kognitioiden heikentyminen vaikuttaa kykyyn tunnistaa asioita, joissa tarvitsee apua (Sulkava 2010, 123). Hyväksymiseen vaikuttavat myös avun vapaaehtoisuus sekä avun tarvitsijan äänen kuuluminen palveluita suunniteltaessa ja toteutettaessa (vrt. Kumlin 2004, 173). Palveluntarpeen arvioinnin kokemukset vaikuttavat täten kykyyn ja haluun ottaa vastaan palveluita.

Kotihoidon asiakkaiden puolelta koetaan ongelmalliseksi palvelun keskittymisen perustehtäviin eli lääkehoitoon, puhtauteen ja ravitsemukseen (Vasara 2012, 86). Asiakkailla on vähän vaikuttamismahdollisuuksia palvelujen sisältöön. Lisäksi kiire ja työntekijöiden suuri vaihtuvuus rasittivat osallistavan asiakassuhteen luomista (mt., 87). Kotihoidon työntekijänäkökulma kokee olevansa viimesijainen yhteiskunnan auttamismuoto tilanteessa, jossa asiakkaalle sopivia palveluja ei ole. Moniulotteisten ongelmien kanssa elävien asiakkaiden kohdalla kotihoidon on vaikeaa saada tukea omaisilta tai muulta palvelujärjestelmältä, jolloin kotihoito joutuu tekemään yksin päätöksiä – usein huonojen vaihtoehtojen väliltä (Taittonen 2011.) Ympäri vuorokautisten asumispalvelujen vähenemisen johdosta kotihoidon vastuulle jää entistä vaikeampien toimintakyvyn rajoitteiden ehdoilla eläviä asiakkaita. Kotona asuminen on usein oma tahto vaikeidenkin sairauksien kanssa, mutta ei silloin kun sosiaalinen toimintaympäristö tuottaa yksinäisyyttä. (Finne-Soveri 2017.)

Omaisten rooli avun tarpeen viestittäjänä ja asianajajana on monimutkaistuneessa palvelujärjestelmässä korostunut (Ahosola 2018, 21). Laura Kalliomaa-Puha (2017) on nostanut hoivaköyhyyden rinnalle käsitteen omaisköyhyys. Hän tunnistaa tutkimuksessaan sosiaalilainsäädännössä olevan sisällä omaisolettaman. Vaikka lainsäädäntö ei velvoita omaisia hoivaan, lainsäädäntö ja palvelujärjestelmä on rakennettu kuten jokaisella iäkkäällä olisi sosiaalinen saattue tukena (Kalliomaa-Puha 2017, 232). Tämä luo haastetta yhdenvertaiselle palvelujen saannille, koska palvelujen hankkiminen vaatii enenevässä määrin tietoa ja taitoa (mt., 238).

Sosiaalisen saattueen laajuus mahdollistaa, mutta ei takaa riittävää tukea (Elo 2009, 97). Omaisista ja muista sosiaalisista verkostoista voi olla myös haittaa ikääntyneen selviytymiselle arjessa. Koulutukseen liittyvät erot perherakenteessa ovat suuria ja vähemmän koulutetuilla perherakenne on haavoittuvampi (Jalovaara & Fasang 2015, 1253). Ristiriitaiset suhteet jatkuvat myös vanhuuteen. Omaisten sosiaaliset ongelmat voivat välittyä vanhuksen

elämänpiiriin huolena tai kaltoinkohteluna (Seppänen 2006, 44). Omaiset voivat esimerkiksi rajoittaa ikääntyneen taloudellisten resurssien käyttöä (Ylinen 2008, 77).

Sosioekonominen asema ei ole yksilöllinen ominaisuus, vaan ilmiössä on periytyvyyttä. Perhetaustan vaikutus erityisesti heikommassa asemassa olevien kohdalla on merkittävää (Karhula 2017, 36). Ikääntyneet tuntevat huolta omaisten päihde- ja mielenterveys sekä ihmissuhdeongelmista (Nätkin 2018, 154). Nuorempien sukupolvien sosiaaliset riskit heijastuvat myös ikääntyviin vanhempiin ja isovanhempiin. Myös perhesuhteiden muutokset koskevat useita ikääntyneitä ja uusia puolisosuhteita solmitaan myös keski-iässä ja sen jälkeen. Perheen sisäiset lojaalisuudet ovat tällöin moniulotteisempia (Castrén 2018, 179). Sosiaalisen huono-osaisuuden periytymistä tarkastellaan yleisimmin biologisen ja kronologisen näkökulman mukaisesti vanhemmilta lapsille, mutta huono-osaisuuden voi ymmärtää heijastuvan myös nuoremmilta sukupolvilta ikääntyneille.

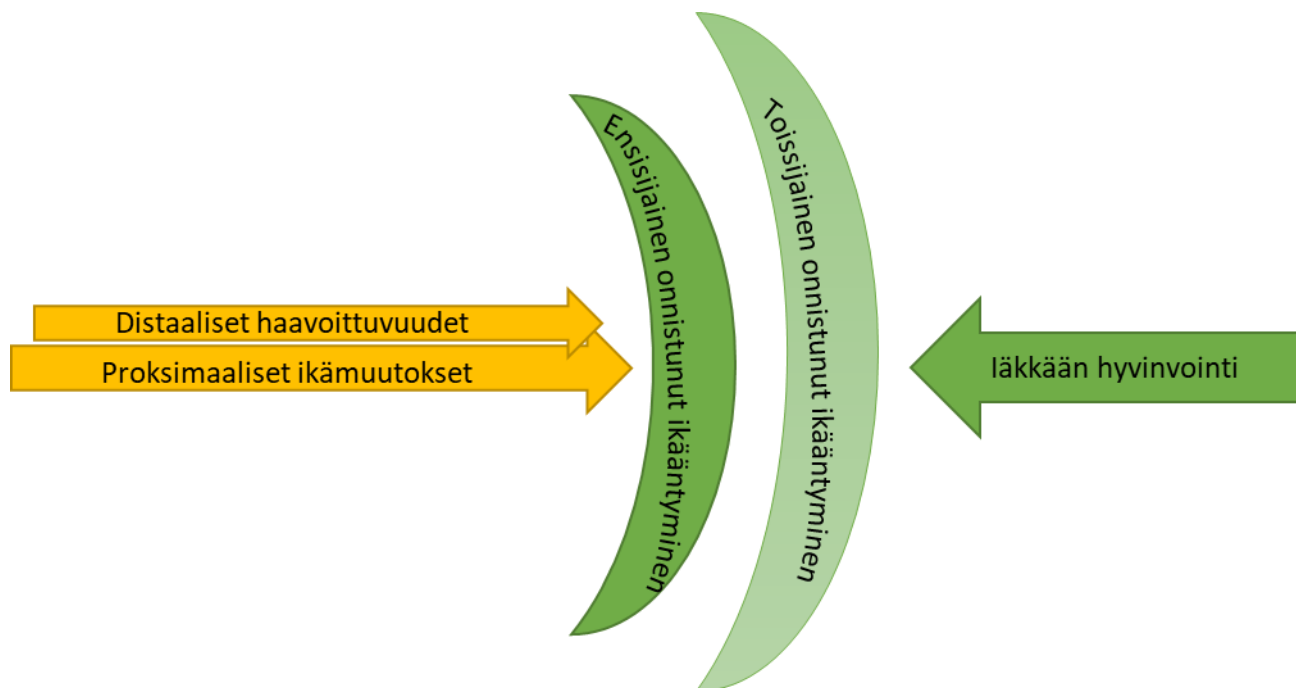
Hoiva on esiintynyt perinteisesti yhteiskunnallisena kysymyksenä, mutta hoivan kysymykset ovat yksityisoikeudellistuneet ja hoiva kokonaisuutena koostuu julkisen toiminnan ohella erilaisilla monituottajajärjestelmillä (Kalliomaa-Puha 2007, 1). Monet palveluvaihtoehdot, kuten palvelusetelit, vaativat tosiasiallisesti omaisen asioimaan ikääntyneen puolesta (Kalliomaa-Puha 2017, 234). Omaisköyhyys vaikuttaa siis rajoittavasti palvelujärjestelmään rakennettuihin valintamahdollisuuksiin.

Sosiaalisen saattueen merkitys näyttäytyy myös toisen henkilön edustamisen hierarkiassa, joka on muodostunut lainsäädäntöön vuoden 2007 Lailla edunvalvontavaltuutuksesta (648/2007), sekä Holhoustoimilain vuoden 2009 muutoksella, jossa edunvalvonnan määräysvaatimukseen lisättiin muiden toisen henkilön edustamisen tapojen ensisijaisuus (Mäki-Petäjä-Leinonen 2017a, 44–45;75). Esimerkiksi taloudellisten asioiden hoito onnistuu läheisen tuella valtakirjavaltuutuksin tai edunvalvontavaltuutuksella. Jos sosiaalinen saattuetta ei ole tai se ei kykene asianmukaisesti hoitamaan ikääntyneen asioita, apuna toimii viimesijaisesti holhoustoimilain mukainen edunvalvonta (Mäki-Petäjä-Leinonen 2017b, 270).

3.3 Riittävä hoiva osana onnistunutta ikääntymistä

Onnistunut ikääntyminen on toimintakykyisyyksien kokonaisuus, jonka osa-alueet tukevat toisiaan proksimaalisten ikämuutoksia hidastamalla ja torjumalla haurastuttavia vaikutuksia. Ikääntymiseen liittyvien proksimaalisten muutosten ollessa luonteeltaan biologisia, distaaliset tekijät taas kattavat laajasti elämäntilanteeseen liittyviä resursseja ja haavoittuvuuksia. Onnistunut ikääntyminen on ensisijaisesti proksimaalisten muutosten vähäisyyttä, joka suojaa kaikkia toimintakykyjä. Toissijaisesti se on sopeutumista proksimaalisiin muutoksiin, jolloin muutosten merkitys elämässä vähentyy ja täten tuo suojaa toimintakykyisyyteen. Distaaliset tekijät vaikuttavat osaltaan ensisijaisesti proksimaalisten muutosten ehkäisyyn esimerkiksi aiempien elämänvaiheiden terveystilanteiden kautta. Tekijät myös auttavat sopeutumista psyykkisen toimintakyvyn, sosiaalisen saattueen merkityksen hoivan antajina ja puolestapuhujina, sekä elämäntilanteen aikaisten suojaavien distaalisten tekijöiden, kuten koulutuksen ja varallisuuden tuomina resursseina.

Toissijainen onnistunut ikääntyminen on sopeutumista, optimointia ja kompensointia ikämuutosten vaikutusten minimoimiseksi. Riittävä hoiva on osa kompensointia. Sen saavutettavuus ja saatavuus ovat suomalaisessa kontekstissa kunnan järjestämistä vastaavalla (Vanhuspalvelulaki 7 §). Tärkein iäkkään hoivan lähde erityisesti instrumentaaliosassa ovat kuitenkin informaalit auttajat, joista tärkeimmässä roolissa on lähiperhe. Sosiaalinen saattue suppeutuu, koska ikääntymisen muutokset koskevat kaikkia ihmisiä ja lähiperheen pitkäaikaisuus saattueessa korostuu. Läheisillä on myös merkittävä rooli formaalisiin palveluihin liittyvien kynnysten ylittämässä.



Kuvio 4. Tutkimuksen peruskäsitteiden väliset suhteet

Distaalisten tekijöiden lisäksi myös proksimaaliset muutokset itsessään vaikuttavat riittävän hoivan saamiseen. Toimintakykyjen alentumista seuraa lisääntynyt hoivaköyhyys, koska avun hankkiminen vaikeutuu ja avun tarpeita on enemmän. Hoivaköyhyys ja huonoksi itsearvioitun terveyden vahva yhteys kuvaa hyvinvointieroja ikääntyneiden välillä. Huonoksi koettu terveys liittyy myös tiiviisti ikään liittyvään toimintakyvyn alenemiseen.

Iäkkäiden hyvinvoinnin tukemisessa ja terveiden elinvuosien lisäämisessä ennaltaehkäisyllä on korostunut rooli ensisijaisen onnistuneen ikääntymisen turvaamisessa. Toissijaisessa onnistuneessa ikääntymisessä toimintakykyä kompensoivan hoiva-avun merkitys hyvinvoinnille on tämän tutkimuksen tutkimuskohteena.

4 Tutkimuksen toteutus

4.1 Tutkimusongelma

Tämän tutkimuksen tehtävänä on tarkastella hoivaköyhyyden seurauksia. Tutkimukset ovat osoittaneet ilmiön olemassaolon. Lisätutkimuksen tarvetta on tunnistettu hoivaköyhyyden seurauksista hyvinvoinnille, terveydelle ja raskaampien palvelujen tarpeelle (Kröger ym. 2019a, 132). Tarkastelen hoivaköyhyyden yhteyttä tutkittavien terveyden itsearvioon. Oma arvio terveydestä kokoaa tietoa sairauksista ja niiden vaikutuksista toimintakykyyn, mutta sisältää myös itsenäistä ennustevoimaa tulevasta terveydestä erityisesti ikääntyneiden kohdalla.

Tutkimuksen teoreettinen viitekehys perustuu onnistuneen ikääntymisen käsitekokonaisuuteen. Teoria tarjoaa perustan tutkittavien ilmiöiden yhteydelle. Käytän tutkimuksessa onnistuneen ikääntymisen laajaa tulkintaa, jonka kuvaan tutkimuksen yhteydessä toissijaiseksi onnistuneeksi ikääntymiseksi. Ensisijainen onnistuminen ikääntyminen tarkoittaa ikään liittyvien muutosten ehkäisyä ja hidastumista ikääntyneen ollessa toimintakykyinen kaikilla osa-alueilla, koska toimintakyvyn osa-alueet tukevat toisiaan. Toissijainen onnistunut ikääntyminen laajentaa kyseisen mekanismin myös tilanteisiin, jossa jokin toimintakyvyn osa-alue on jo alentunut, mutta muutoksen vaikutukset jokapäiväiseen elämään on kompensoitavissa, valikoitavissa tai optimoitavissa yksilön tavoitteiden kannalta keskeisiin toimintoihin. Hoivaköyhyys yhdistyy tutkimuksen teoriassa kyseisen kompensoinnin onnistumiseen tai epäonnistumiseen.

Tutkimusongelmana tunnistan hoivaköyhyyden vaikutusten tutkimisen osana toissijaista onnistunutta ikääntymistä ja tutkimusasetelmana itsearvioidun terveyden liittyvän myös muihin hyvinvoinnin osatekijöihin kuin sairastavuuteen. Itsearvioitu terveys on tiiviisti yhteydessä yksilön terveyteen ja toimintakykyyn, mutta sisältää myös muuta informaatiota.

Tutkimuskysymyksenä esitän:

Miten erot hoivaköyhyydessä liittyvät itsearvioituun terveyteen, kun toimintakyvyn muutokset on huomioitu tutkimusasetelmassa?

4.2 Tutkimuksen aineisto

Tutkimuksen aineisto Arki, apu ja palvelut (AAP) on vuonna 2010 Tampereella ja Jyväskylässä kahden tutkimusryhmän yhteistyönä kerätty yli 75-vuotiaiden postikyselyaineisto. Aineisto kerättiin osana Suomen akatemian rahoittamaa Anneli Anttosen tutkimushanketta Vanhuus, hoiva ja kuluttajuus. Aineisto koostuu 1436 vastaajasta. Tutkimukseen kutsuttiin 2000 satunnaisotannalla väestötietojärjestelmästä poimittua henkilöä, jotka ikärakenteeltaan edustivat suomalaista väestöä yli 75-vuotiaissa. Vastausprosentti oli siis korkea 72 prosenttia (Puthenparambil, Kröger & Von Aerschott 2017, 55.)

Päädyin käyttämään kyseistä aineistoa tutkimuksessani sen laajuuden, tutkittavien ikärakenteen ja kysymysrakenteen johdosta. Vaikka aineisto onkin jo yli 10 vuotta vanha, sen kattavuus ja muuttujien soveltuvuus tutkimusongelmalle perustelivat valintaa. Tämän tutkimuksen teossa ei myöskään ollut resursseja lähteä keräämään riittävän laajaa uutta aineistoa. Tutkimukselle keskeinen lähitutkimus käyttää myös osin samaa aineistoa.

Kyselyyn sisältyi laajasti palveluiden käyttöä, laatua ja saatavuutta koskevia kysymyksiä. Kyselyssä kartoitettiin laajasti myös informaalia apua, asumista, sosioekonomisia muuttujia, sekä terveydentilaa ja toimintakykyä koskevia asioita. Aineiston postikysely koostui 44 kysymyksestä, joihin useaan sisältyi lisäksi runsaasti alakysymyksiä. Esimerkiksi 27. kysymykseen: ”mistä saatte tai hankitte käyttämänne palvelut?”, sisältyi 12 eri palvelua ja näille jokaiselle 4 eri tuottajavaihtoehtoa. Suurin osa kysymyksistä oli monivalintoja, joko Likert-asteikon tai laatueroasteikon muodossa.

Postikyselyaineiston etuja on mahdollisuus kysyä suurempi määrä kysymyksiä kuin muilla aineistonkeruumenetelmillä. Postikyselyssä myös sosiaalisen suotavuuden, eli vastausten vinoutuminen sosiaalisesti hyväksytyihin vastauksiin, merkitys on pienempi kuin haastatteluina toteutetussa keräämisessä (Hutson & Kolbe 2010, 133). Ikääntyneitä

tutkittaessa erityisesti postikyselyn keräämisen ongelmana on heikkokuntoisempien iäkkäiden heikompi osallistumisaste tutkimukseen (Murto ym. 2014, 87).

Taulukko 2. Katoanalyysi: aineiston vertailu koko maan väestöön

		Aineisto	Koko maa	Erotus
Osuus 75-84 yli 75-vuotiaista	miehet	76,4 %	80,7 %	-4,3 %
	naiset	69,0 %	69,9 %	-0,9 %
	yhteensä	71,5 %	73,8 %	-2,2 %
Osuus 85 + yli 75-vuotiaista	miehet	23,6 %	19,3 %	4,3 %
	naiset	31,0 %	30,1 %	0,9 %
	yhteensä	28,5 %	26,2 %	2,2 %
Osuus naiset yli 75-84-vuotiaista		63,4 %	60,7 %	2,7 %
Osuus naiset yli 85-vuotiaista		71,6 %	73,6 %	-2,0 %
75-84 osuus kotihoidon asiakkaita	miehet	5,7 %	6,6 %	-0,9 %
	naiset	8,5 %	9,4 %	-1,0 %
	yhteensä	7,4 %	8,3 %	-0,9 %
Yli 85-vuotiaista osuus kotihoidon asiakkaita	miehet	17,5 %	18,3 %	-0,8 %
	naiset	26,5 %	22,6 %	3,9 %
	yhteensä	23,9 %	21,5 %	2,5 %

Taulukossa 2 on kuvattu tutkimuksen osallistujien ja väestön jakaumia. Vastaajista naisia oli 75–84-vuotiaista vajaa kolmannes ja 85 vuotta täyttäneistä yli 70 %. Jakaumat ovat hyvin lähellä koko maan väestörakennetta vuonna 2010. Aineisto painottuu hieman yli 85-vuotiaisiin, joita on aineistossa 2 % enemmän kuin valtakunnallisesti tutkimuksen ajankohtana. Aineisto sisältää sekä kaupunki-, että maalaiskunta-alueita. Noin 90 % vastaajista asui keskustassa tai lähellä keskustaa (Anttonen, Kröger & Von Aerschot 2018; Van Aerschot 2014, 103). Suomalaisista yli 75-vuotiaista noin kaksi kolmesta asuu kaupunkiseudulla (Tilastokeskus 2021), joten kaupunkilaisten osuus on aineistossa selkeästi suurempi kuin populaatiossa. Vastaukset ovat kuitenkin monelta osin samankaltaisia valtakunnallisten tutkimusten kanssa (Van Aerschott 2014, 103).

Vertailtaessa aineiston kotihoidon asiakkaiden määriä valtakunnallisiin tilastoihin, osuudet ovat myös hyvin lähellä toisiaan. Yli 85-vuotiaista kotihoitoa saavien osuus on jonkin verran koko maan tilannetta korkeampi. Eroa selittää todennäköisesti ympärivuorokautinen hoito, joka painottuu voimakkaasti yli 85-vuotiaisiin (Kuusikko-ryhmä 2022, 132).

Ympärivuorokautisessa hoidossa asuvien toimintakyky on heikompi kuin kotona asuvien,

jolloin todennäköisesti postikyselyyn vastaamisen kynnyks on suurempi (Van Aerschott 2014, 102–104).

Tutkittavien vastauksissa oli myös sisäistä katoa. Osa kysymyksistä oli tutkimusryhmän jäsenen kommentoimana epäselvästi muotoiltuja ja lisäksi oli havaittavissa erityisesti hoivan tarvetta koskevissa kysymyksissä itsenäisesti arjessa selviytyvien taipumus hypätä kysymysten yli (Van Aerschott 2014, 104). 13 kysymyksen määrä oli myös suurempi kuin esimerkiksi samoja kysymyksiä käyttäneessä ATH-tutkimuksessa, jossa hoivan tarvetta kartoittavat kysymykset oli koottu kuudeksi kysymykseksi. Kokonaisuudessaan hoivan tarvisijoiden määrä on aineistossa jonkin verran korostunut (vrt. Murto ym. 2018).

Taulukko 3. Arki, apu ja palvelut -aineiston hoivaköyhyyttä raportoineiden kumulatiivinen prosenttiosuus tutkittavista

	Kuinka monessa toiminnossa tutkittavat raportoivat hoivaköyhyyttä?												
	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
75-84-vuotiaat	0,1 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,6 %	1,0 %	1,3 %	1,8 %	3,1 %	4,5 %	6,2 %	10,6 %	19,0 %
85 vuotta täyttäneet	0,3 %	0,3 %	0,6 %	0,9 %	1,5 %	2,1 %	4,0 %	6,4 %	8,0 %	11,0 %	14,7 %	24,2 %	31,8 %
Yhteensä	0,2 %	0,3 %	0,3 %	0,4 %	0,9 %	1,3 %	2,1 %	3,1 %	4,5 %	6,3 %	8,6 %	14,5 %	22,6 %

Hoivaköyhyyttä raportoineiden osuus tutkimuksen otoksessa on 22,6 %, joista suurimmalla osalla ongelma koskee 1–2 toimintoa (Taulukko 4). Vertailtaessa tutkimuksen ikäryhmiä, hoivaköyhyys on selkeästi yleisempää 85-vuotta täyttäneillä, joista 31,8 % raportoi ainakin yhdessä toiminnossa riittämätöntä avun saantia.

Taulukko 4 avaa hoivaköyhyyden sijoittumista toimintoihin. Se painottuu voimakkaasti IADL-toimintoihin, joissa eniten haastetta saada riittävästi apua ovat kulkeminen, siivous, kodin pienet kunnostustyöt sekä palvelujen hankkiminen. ADL-toiminnoissa lääkkeiden ottaminen ja peseytyminen ovat eniten hoivaköyhyyttä tuottavat toiminnot. Ne ovat myös ADL-toimintoja, joissa 85-vuotta täyttäneiden ryhmässä raportoidaan selkeästi eniten avun tarvetta. ADL-hoivaköyhyyteen liittyy useimmiten myös IADL-hoivaköyhyyttä. ADL-hoivaköyhyyttä ainakin yhdessä toiminnossa raportoineista 87 % raportoi myös ainakin yhdessä IADL-toiminnossa hoivaköyhyyttä. IADL-köyhyyttä raportoineista 15,8 % raportoi myös ADL-köyhyyttä. 99,3 % niistä, jotka eivät raportoineet IADL-puutteita ei myöskään raportoinut ADL-puutteita.

Taulukko 4. Avun tarve ja avun saaminen aineistossa

	Miten selviydte itse seuraavista asioista?	Ikäryhmä	Selviydyn ilman vaikeuksia	En selviydy itse ja		
				En selviydy itse, mutta saan riittävästi apua	tarvitsisin enemmän apua	Ei saa riittävästi apua osuus avun tarvisijoista
IADL	Kulkeminen	75-84-vuotiaat	75,0 %	19,0 %	6,0 %	24,0 %
		Yli 85-vuotiaat	47,0 %	37,0 %	16,0 %	30,3 %
	Ruokaostokset	75-84-vuotiaat	74,4 %	21,3 %	4,3 %	16,9 %
		Yli 85-vuotiaat	48,4 %	40,1 %	11,6 %	22,4 %
	Kotiavun tai muiden palvelujen hankkiminen	75-84-vuotiaat	67,0 %	26,6 %	6,4 %	19,5 %
		Yli 85-vuotiaat	37,2 %	46,6 %	16,2 %	25,9 %
	Pankkiasioiden hoitaminen	75-84-vuotiaat	76,3 %	21,2 %	2,5 %	10,6 %
		Yli 85-vuotiaat	54,0 %	39,2 %	6,9 %	12,5 %
	Kodin pienet korjaus- ja kunnostustyöt tai pihatyöt	75-84-vuotiaat	43,6 %	43,0 %	13,4 %	23,7 %
		Yli 85-vuotiaat	24,9 %	53,7 %	21,4 %	28,4 %
Siivous	75-84-vuotiaat	56,9 %	32,7 %	10,3 %	24,0 %	
	Yli 85-vuotiaat	28,8 %	53,6 %	17,7 %	24,8 %	
Ruoanlaitto	75-84-vuotiaat	79,7 %	17,4 %	2,9 %	14,4 %	
	Yli 85-vuotiaat	59,5 %	31,4 %	9,2 %	22,7 %	
ADL	Lääkkeiden ottaminen	75-84-vuotiaat	88,9 %	9,6 %	1,5 %	13,2 %
		Yli 85-vuotiaat	73,1 %	24,0 %	2,9 %	10,8 %
	Peseytyminen	75-84-vuotiaat	91,1 %	7,5 %	1,3 %	14,9 %
		Yli 85-vuotiaat	70,3 %	24,8 %	4,9 %	16,4 %
	Syöminen	75-84-vuotiaat	97,2 %	2,1 %	0,6 %	22,2 %
		Yli 85-vuotiaat	90,7 %	8,5 %	0,8 %	8,3 %
	Vuoteesta nouseminen / vuoteeseen meno	75-84-vuotiaat	96,9 %	2,5 %	0,6 %	19,4 %
		Yli 85-vuotiaat	90,0 %	8,2 %	1,8 %	17,9 %
	WC:ssä käyminen	75-84-vuotiaat	97,6 %	2,0 %	0,4 %	16,7 %
		Yli 85-vuotiaat	90,5 %	8,0 %	1,5 %	16,2 %
Pukeutuminen/riisuutuminen	75-84-vuotiaat	94,9 %	4,4 %	0,7 %	14,0 %	
	Yli 85-vuotiaat	84,9 %	13,5 %	1,5 %	10,2 %	

Hoivaköyhyyden sijoittuminen IADL-toimintoihin sopii yhteen tutkimuksen teoreettisen viitekehyksen havaintoihin, joissa kotihoito on painottunut nimenomaan ADL-toimintoihin ja sen asiakkaat kokevat muiden tarpeiden jäävän ulkopuolelle (Vasara 2012; Kröger & Leinonen 2012). IADL-hoivaköyhyyden tiedetään aiemman tutkimuksen perusteella liittyvän tuloeroihin, yksin asumiseen ja huonoon itsearvioituun terveyteen, kun taas ADL-toiminnoissa näitä eroja ei ole (Kröger ym. 2019a).

4.3 Tutkimuksessa käytettävät muuttujat

Tutkimuksen selitettävänä muuttujana käytän kysymystä: ”Mikä seuraavista vaihtoehdoista parhaiten kuvaa tämänhetkistä terveydentilaanne?” Muokkaan tutkimusasetelmaa varten muuttujaa 6-portaisesta 3-portaiseksi yhdistämällä ”hyvä” ja ”melko hyvä” sekä ”huono” ja ”melko huono”, ja suodattamalla ”en osaa sanoa”-vastaukset tarkastelun ulkopuolelle (taulukko 5). Muokkauksen tarkoituksena on mahdollisimman pienellä sensitiivisyyden menetyksellä mahdollistaa ristiintaulukoinnin tilastollisen merkitsevyyden analyysi khiin neliöllä, koska menetelmän luotettavuus vaatii vähintään 5 havaintoa yli 20 %:ssa taulukon sarakkeista.

Proksimaalisia muutoksia kuvaavina muuttujina käytän kognitiivista toimintakykyä kuvaamaan kysymystä: ”Onko Teillä muistamisvaikeuksia?”. Kysymyksessä on aineistossa 4: ”vastausvaihtoehto: ei lainkaan, jonkin verran, paljon sekä en osaa sanoa.

Kognitiokysymyksen rinnalla käytän yleisempää pitkäaikaisia sairauksia ja vammoja kartoittavaa kysymystä: ”Onko Teillä jokin pitkäaikainen sairaus tai vamma, joka haittaa jokapäiväistä elämääne?” Kyseisessä muuttujassa on myös 4 vastausvaihtoehtoa: ei yhtään, yksi, useampia ja en osaa sanoa. Kahden muuttujan käytön tarkoitus on oletus niiden kumulatiivisuudesta. Yhdessä muuttujassa vastauksesta välittyvä korkeaan ikään liittyvien muutosten taakka olisi pienempi kuin kahdesta. Muuttujista on poistettu tyhjät vastaukset sekä en osaa sanoa -vastaukset. Aineiston 1436:sta tutkittavasta 1116 vastaajaa soveltui tutkimusasetelmaan.

Taulukko 5. Tutkimuksessa käytettävien muuttujien jakaumia

		Koko aineisto		Tutkimusotos	
		Henkilöä	Osuus	Henkilöä	Osuus
Itsearvioitu terveys	Hyvä tai melko hyvä	452	31,5 %	374	32,1 %
	Keskinkertainen	600	41,8 %	503	43,1 %
	Huono tai melko huono	310	21,6 %	289	24,8 %
	EOS tai ei vastausta	72	5,0 %		
Pitkäaikaissairauksia, jotka haittaavat toimintakykyä	Ei yhtään	250	17,4 %	227	19,5 %
	Yksi	426	29,7 %	391	33,5 %
	Useampia	592	41,3 %	548	47,0 %
	EOS tai ei vastausta	166	11,6 %		
Muistamisvaikeuksia	Ei yhtään	381	26,6 %	349	29,9 %
	Jonkin verran	795	55,4 %	713	61,1 %
	Paljon	108	7,5 %	104	8,9 %
	EOS tai ei vastausta	150	10,5 %		
Hoivaköyhyys	Ei	1136	79,2 %	900	77,2 %
	Kyllä	298	20,8 %	266	22,8 %

Hoivaköyhyys-muuttuja on muodostettu taulukon 4 päivittäisten toimintojen perusteella. Aineistossa kyseisiä 13 toimintoa on kysytty 3-portaisella vastausvaihtoehdolla: ei tarvitse apua toiminnossa, tarvitsee ja saa riittävästi apua tai onko tutkittava raportoinut jäävänsä ilman tarvittavaa apua jossain toiminnossa. Rajauksilla muodostetun tutkimusotoksen hoivaköyhyyttä raportoineiden kasvoi jonkin verran koko aineistoon nähden 22,8 prosenttiin, kun koko aineistossa osuus oli 20,8 prosenttia. Tarkasteltaessa taulukon 1 mukaisesti hoivan tarpeen jakautumista IADL- ja ADL-otsikoihin, 22,3 % raportoi IADL-hoivaköyhyyttä ja 4 % ADL-hoivaköyhyyttä. Tutkimusotoksen vaikutuksia muuttujiin on avattu laajemmin liitteessä 3.

Käytän tutkimuksessa lisäksi muuttujina sukupuolta, peruskoulutusastetta, taloudellista tilannetta, asuuko tutkittava yksin, kanssakäymistä läheisten kanssa sekä ikää. Muuttujien tarkoitus on tuoda tutkimukseen demografisia ja sosioekonomisia taustamuuttujia, joilla on merkitystä eroihin avun saamisessa sekä korkeaan ikään liittyviin muutoksiin. Tarkoitus on selvittää, selittävätkö ne paremmin eroja kuin hoivaköyhyys-muuttuja.

Ikä lisää todennäköisyyttä korkeaan ikään liittyviin muutoksiin. Tutkittavien ikä on jaettu kahteen ikäryhmään: 75–84-vuotiaisiin (tutkimuksen otoksessa 827 tutkittavaa) sekä 85-vuotta täyttäneisiin (327 tutkittavaa), koska avun tarve on selkeästi korkeampi ikääntyneemmällä ryhmällä (Liite 1). Koulutustason kysymyksessä 37 prosentilla tutkittavista ei ollut ammatillista koulutusta, ammatillisen kurssin tai tutkinnon oli kumpaakin suorittanut noin 23 prosenttia tutkittavista ja 7 prosenttia oli suorittanut korkeakoulututkinnon. Taloudellista tilannetta raportoitiin: 3 prosentin tutkittavista rahat eivät riitä välttämättömään kulutukseen, 34 prosentin rahat riittävät juuri ja juuri, 50 prosentin rahat riittävät sopivasti ja 12 prosentilla rahaa jää säästöön.

Yksin asumisen muuttuja on muokattu kaksiportaiseksi kyllä tai ei -muuttujaksi. Asuinkunnan koon huomioiminen perustuu puolison ja lähiperheen keskeiseen merkitykseen hoivan antajina. Kartoitan läheisiä myös muuttujalla, jossa tarkastelun kohteena on läheisten määrä, joiden kanssa tutkittava on tekemisissä vähintään viikkotasolla. Muuttujan portaat ovat: ei läheisiä, yksi läheinen viikkotasolla, kaksi läheistä sekä kolme tai enemmän. On huomioitavaa, ettei puoliso ole tässä muuttujassa mukana. Lisäksi olen muokannut laajasti läheisten ja ammatillisten tahojen antamaa apua kartoittavan kysymyssarjan neljäportaiseksi muuttujaksi, jossa kartoitetaan auttamista samoin vähintään viikkotasolla eli säännöllisen avun tunnusmerkit täyttävän auttamisen. Liitteessä 3 on avattu muuttujien jakaumat koko aineistossa ja tutkimuksen otoksessa.

4.4 Tutkimuksessa käytettävät menetelmät ja tutkimusetiikka

Tutkimuskysymyksen vastaamisen menetelmät ovat tässä tutkimuksessa määrällisiä. Määrällisen tutkimuksen tarkoitus on empiirisesti ja deduktiivisesti tarkastella

tutkimuskysymyksen asettelua soveltuvasta aineistosta ja erottaa toisistaan säännönmukaisuus ja sattuma (vrt. Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 1993, 21). Kvantitatiivinen tutkimus voidaan kuvata perustuvan kolmioon, jossa toisiinsa yhteydessä ovat tutkimusongelmien ja menetelmien lisäksi tutkimusaineisto (Jokivuori & Hietala 2007, 9). Tutkimusongelman muodostaminen on tutkimuksellista ajattelutyötä, joka perustuu aiemman tutkimuksen muodostaman teoriaperustan analysoinnille. Tutkimusmenetelmät ovat tapoja testata kyseisiä ajatuksia, ja aineisto asettaa rajat tutkimustulosten yleistettävyydelle.

Teen tilastolliset analyysit IBM:n SPSS-ohjelmistolla. Tilastollisena menetelmänä käytän muuttujien yhteisjakauman tarkastelua eli ristiintaulukointia. Yhteisjakauman havaintojen tilastollisen merkityksen osoittamiseen käytän khiin neliö- eli X^2 -riippumattomuustestiä. Testillä määritetään, ovatko jakauman erot tilastollisesti merkittäviä, eli poikkeavatko yhteisjakauman osat toisistaan. Testin vastauksena saatava p-arvo kuvaa erojen tilastollisen merkitsevyyden todennäköisyyttä (Nummenmaa 2007, 294).

Tutkimusasetelmassa tarkastelen itsearvioidun terveyden ja toimintakyvyn muutoksiin liittyvien muuttujien yhteisjakaumaa. Seuraavaksi erottelen hoivaköyhyyden raportoinnin mukaisesti tutkittavat ryhmiin ja tarkastelen eroja yhteisjakaumissa. Tutkimusasetelman tarkoitus on selvittää vaikuttavatko erot hoivaköyhyydessä itsearvioidun terveyden ja toimintakyvyn muutoksia kuvaavien muuttujien yhteisjakaumiin. Se tuottaa tietoa riittävän hoivan ja hoivaköyhyyden vaikutuksista, koska itsearvioitu terveys on iäkkäillä ennustevoimainen ilmiö.

Toisessa vaiheessa käytän binääristä logistista regressiota selvittämään muiden muuttujien merkitystä asetelmassa. Ristiintaulukoinnissa uuden selittävän muuttujan lisääminen analyysiin jakaa aineiston uusiin osiin muuttujan luokkamäärän mukaisesti, jolloin taulukoista tulee vaikeasti ymmärrettäviä. Luokkien esiintymien määrä myös pienenee, jolloin tilastollinen analyysi muuttuu epäluotettavaksi (Alkula ym. 1993, 245). Binäärinen logistinen regressio tilastollisena menetelmänä laskee todennäköisyyksiä mallissa mukana olevan selittävän muuttujan arvon vaikutuksesta, kumpaan selitettävän muuttujan ryhmään havainto sijoittuu. Binäärinen viittaa selitettävän muuttujan jakoon kahteen ryhmään. Menetelmän etuna on kategoristen muuttujien lisäämisen mahdollisuus (Kaakinen & Ellonen 2010, Brace, Kemp & Sneglar 2003, 269). Jatkovaiheessa tarkastelenkin hoivaköyhyyttä kategorisena

muuttujana, jossa riittävästi apua saavia ja hoivaköyhyyttä raportoivia vertaillaan ilman apua selviytyviin tutkittaviin.

Tarkastelen tutkimuksen regressiomallissa, miten teorian perusteella valitut selittävät muuttujat ennustavat huonon tai melko huonon itsearvioidun terveyden esiintymistä. Jatkotarkastelun tarkoituksena on lisätä ymmärrystä hoivaköyhyyden yhteydestä itsearvioituun terveyteen osana laajempaa ensi- ja toissijaisen onnistuneen ikääntymisen osatekijöiden kontekstia. Perustelu jatkoanalyysille on suhteuttaa ristiintaulukointien tulokset muihin teoriasta nouseviin mahdollisiin selittäviin muuttujiin.

Logistisen regressiomallin sopivuuden työkaluja on Nagelkerken arvo, joka vaihtelee 0 ja 1 välillä, kuvaa mallin selitysasetta selitettävän muuttujan vaihtelusta. Hosmer-Levemenshow'n testi tarkastelee aineistoa kymmenessä ryhmässä ja tarkastelee, kuinka hyvin mallin ennuste vastaa havaintoja. Testi laskee myös merkitsevyysarvon tarkastelulla, jossa suurempi arvo kuvaa mallin soveltuvuutta aineistoon. (Jokivuori & Hietala 2007, 102).

Tutkimusetiikka on kiinteä osa luotettavaa tutkimusta. Anneli Sarvimäki (2003, 12) tiivistää gerontologisen tutkimuksen etiikan 7 osa-alueeseen: Yhteiskunnallinen merkitys eli tutkimuksen merkitys ikääntyneiden asemaan, osanottajista huolehtiminen, itsemääräämisoikeus, kustannushyötysuhde, oikeudenmukaisuus eli eri ryhmiä tulee kohdella tasapuolisesti tutkimusasetelmassa, hyvä tieteellinen käytäntö tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeiden mukaisesti sekä julkaisuetiikka, johon liittyy avoimuus, luottamuksellisuus ja tekijöiden attribuutio. Tutkimuksessa hyödynnetään aiemmin kerättyä aineistoa, joten itsemääräämisoikeus, osanottajista huolehtiminen ja luottamuksellisuus ovat huomioitu aineistoa kerätessä. Olen saanut Yhteiskuntatieteellisen tietoarkiston kautta aineiston käyttöä varten tutkimusluvan ja aineisto on luovutettu valmiiksi anonymisoituna. Aineiston arkistointitunnus on FSD3202. Käyttöehtoihin kuuluu aineistokopion hävittäminen tutkimuksen jälkeen. Käytän aineistoa ainoastaan sähköisessä muodossa ja poistan kopiot opinnäytetyön hyväksymisen jälkeen. Tutkittaville ei synny uusia kustannuksia tästä tutkimuksesta.

Tutkimusasetelmalla on tavoitteena tuottaa ikääntyneiden yhteiskunnallista asemaa hyödyttävää tietoa. Hoivaköyhyyden vaikutusten ymmärryksen lisääntyminen lisää tietoa yhteiskunnallisten interventioiden vaikuttavuuden lisäämiseksi. Tutkimuksen vaikuttavuuden perusteisiin kuuluu myös hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen. Käytännön

loukkaukset, kuten tulosten sepittäminen, havaintojen vääristely, plagiointi ja anastaminen (TENK 2012, 8) estävät tutkimuksen vaikuttavuutta, koska tutkimus ei tuota uutta tai luotettavaa tietoa. Aineiston uudelleen hyödyntämisessä riskinä on tahallinen tai tahaton plagiointi. Olen kiinnittänyt erityistä huomiota teoreettisen viitekehyksen ja tutkimusasetelman kautta lähestyä aineistoa uudesta näkökulmasta ja siten tuoda uutta tietoa aihealueesta.

5 Riittävä hoiva osana iäkkään hyvinvointia

5.1 Itsearvioitu terveys, hoivaköyhyys ja toimintakyvyn muutokset

Ensisijainen onnistunut ikääntyminen on proksimaalisten muutosten poissaoloa, joten terveyden ja toimintakyvyn muutosten poissaolon tulisi parantaa arviota omasta terveydentilasta. Taulukossa 6 on tarkastelussa itsearvioidun terveyden ja proksimaalisia muutoksia kuvaavien jokapäiväistä elämää haittaavien pitkäaikaissairauksien sekä muistivaikeuksien yhteisjakaumat. Ensimmäisessä tarkastelussa mielenkiintona on, onko pitkäaikaissairauksien ja muistivaikeuksien rinnakkainen käyttö perusteltua vai ovatko ne yhteneväisiä itsearvioidun terveyden selittävinä muuttujina.

Ei yhtään sairautta raportoineista 80 % arvioi terveytensä hyväksi tai melko hyväksi, joka on selkeästi korkeampi osuus kuin vastaava osuus kaikista suomalaisista. Yhden pitkäaikaissairauden raportoineet arvioivat terveytensä parhaimpaan kategoriaan 38 % osuudella ja useampia pitkäaikaissairauksia raportoineet enää 8 % osuudella. Useampi pitkäaikaissairaus liittyi huonoon tai melko huonoon terveyden itsearvioon 46 %:lla tutkittavista, kun taas ilman yhtäkään pitkäaikaissairautta selvinneillä vain 2 % arvioi terveytensä heikoimpaan kategoriaan.

Jonkin verran muistivaikeuksia kokeneista 27 % arvioi terveytensä hyväksi tai melko hyväksi ja 23 % huonoksi ja melko huonoksi, kun kaikista tutkittavista 32 % arvioi terveytensä vastaavaan hyvään kategoriaan ja 25 % huonoon. Ei yhtään muistivaikeuksia raportoineista 47 % arvioi terveytensä parhaimpaan kategoriaan ja 18 % huonoimpaan. Paljon muistivaikeuksia raportoineet arvioivat terveytensä 62 % osuudella jo huonoksi tai melko huonoksi ja 14,4 % hyväksi tai melko hyväksi. Sekä muistivaikeudet että pitkäaikaissairaudet ovat yhteydessä itsearvioituun terveyteen. Pitkäaikaissairauksien poissaolo on yhteydessä erityisesti hyväksi tai melko hyväksi arvioituun terveyteen ja runsaat muistivaikeudet taas voimakkaasti yhteydessä erityisesti huonoon tai melko huonoon terveyden itsearvioon.

Taulukko 6. Itsearvioidun terveyden ja sairauksien yhteisjakauma sekä jakauman tarkastelu muistivaikeuksien luokittelun mukaan

Itsearvioitu terveys		Muistivaikeuksia							
		Ei yhtään ¹				Jonkin verran ²			
		Hyvä tai melko hyvä	Keskinkertainen	Huono tai melko huono	Yhteensä, sarake %	Hyvä tai melko hyvä	Keskinkertainen	Huono tai melko huono	Yhteensä, sarake %
Pitkäaikainen sairaus joka haittaa jokapäiväistä elämää, rivi %	Ei	85,6 % (89)	13,5 % (14)	1 (1 %)	29,8 % (104)	77,3 % (92)	21 % (25)	1,7 % (2)	16,7 % (119)
	Yksi	50 % (64)	44,5 % (57)	7 (5,5 %)	36,7 % (128)	32,3 % (76)	59,6 % (140)	11,7 % (19)	33 % (235)
	Useampia	9,4 % (11)	44,4 % (52)	46,2 % (54)	33,5 % (117)	13,8 % (27)	53,5 % (190)	39,6 % (142)	50,4 % (359)
	Yhteensä	147 % (64)	35,2 % (123)	17,8 % (62)	349	27,3 % (195)	49,8 % (355)	22,9 % (163)	713
Itsearvioitu terveys		Muistivaikeuksia							
		Paljon ³				Yhteensä ⁴			
		Hyvä tai melko hyvä	Keskinkertainen	Huono tai melko huono	Yhteensä, sarake %	Hyvä tai melko hyvä	Keskinkertainen	Huono tai melko huono	Yhteensä, sarake %
Pitkäaikainen sairaus joka haittaa jokapäiväistä elämää, rivi %	Ei	25 % (1)	50 % (2)	25 % (1)	3,8 % (4)	80,2 % (182)	18,1 % (41)	1,8 % (4)	19,5 % (227)
	Yksi	35,7 % (10)	32,1 % (9)	32,1 % (9)	26,9 % (28)	38,4 % (150)	52,7 % (206)	9 % (35)	33,5 % (391)
	Useampia	5,6 % (4)	19,4 % (14)	75 % (54)	69,2 % (72)	7,7 % (42)	46,7 % (256)	45,6 % (250)	47 % (548)
	Yhteensä	14,4 % (15)	24 % (25)	61,5 % (64)	104	32,1 % (374)	43,1 % (503)	24,8 % (289)	1166

¹p. <0,001²p. <0,001³p. <0,001 * yli 20% tämän osion ruuduista on alle 5 havaintoa, joten p-arvo ei ole luotettava⁴p. <0,001

Tarkasteltaessa muistivaikeuksien ja jokapäiväistä elämää haittaavien pitkäaikaissairauksien yhteisjakaumaa noin puolet ei sairauksia raportoineista koki jonkin verran muistivaikeuksia. Runsaat muistivaikeudet liittyivät jo 96 % tutkittavista yhteen tai useampaan pitkäaikaissairauteen. Kun ei yhtään toimintakyvyn vajetta raportoineista tutkittavista 86 % arvioi terveytensä hyväksi tai melko hyväksi, ainoastaan 1 % arvioi terveytensä huonoksi tai melko huonoksi. Paljon muistivaikeuksia sekä useita sairauksia raportoineiden kohdalla

jakaumat olivat lähes peilikuva, 75 % koki terveyden huonoksi tai melko huonoksi ja vain 6 % hyväksi tai melko hyväksi.

Muistivaikeuksien ja pitkäaikaissairauksien yhteisjakauma näyttäisi eroavan erityisesti jonkin verran muistisairauksia raportoivien suuressa osuudessa pitkäaikaissairauksilta säästyneillä tutkittavilla. Toisaalta jonkin verran muistivaikeuksia raportoineiden itsearvioitun terveyden jakaumat eivät eroa merkittävästi kaikista tutkittavista, joten ei sairauksia raportoineiden ero onko tutkittava vastannut kokevansa ei yhtään vai jonkin verran muistivaikeuksia välillä ei ole merkittävässä yhteydessä itsearvioituun terveyteen. Paljon muistivaikeuksia ja useampia pitkäaikaissairauksia raportoineilla kuitenkin erityisesti huonon tai melko huonon itsearvion osuus kasvaa merkittävästi suuremmaksi kuin kummankaan muuttujan huonoimman luokan itsenäinen tarkastelu itsearvioituun terveyteen, joten tältä osin muuttajat näyttäisivät kumuloituvilta.

Terveyden ja toimintakyvyn selkeä yhteys itsearvioituun terveyteen on aiempien tutkimusten perusteella varsin odotettu. Yhteisjakaumien tarkastelussa erityisesti ensisijainen onnistunut ikääntymisen olemassaoloon sopivat löydökset todennettavissa. Huonoksi tai melko huonoksi arvioitu terveys on erittäin harvinaista, jos sairauksia tai muistivaikeuksia ei ole ja 86 % näistä tutkittavista arvioi terveytensä hyväksi tai melko hyväksi. Löydös myös kuvaa ikääntyneiden itsearvion terveydessä referoivan omaa ikäryhmää enemmän kuin omaa aiempien elämänvaiheiden toimintakykyä tai nuorempia ikäryhmiä.

Tutkimuksen yli 75-vuotiaista koostuvan tutkimusryhmän pitkäaikaissairauksilta ja muistivaikeuksilta säästyneen tutkittavien joukon ja suomalaisten keskiarvon välillä hyvän tai melko hyvän terveyden itsearvion ero on lähes 20 prosenttiyksikköä tutkimuksen joukon hyödyksi. Tämä osaltaan kuvaa ensisijaisen onnistuneen ikääntymisen mekanismia, mutta kyseessä ei ole laajemman teorian testaus, koska yhteys itsearvioitun terveyden ja sairauksien sekä niiden oireiden välillä on varsin oletettu ilmentävä laajempaa teoriapohjaa.

Taulukossa 7 otan hoivaköyhyyden mukaan tarkasteluun. Tarkastelun tarkoitus on vastata varsinaiseen toissijaiseen onnistuneeseen ikääntymiseen liittyvään tutkimuskysymykseen, miten hoivaköyhyys vaikuttaa taulukossa 6 havaittuihin yhteisjakaumiin. Taulukossa 8 on lisäksi kuvattu edeltävän taulukon prosentuaaliset osuudet itsearvioitun terveyden eri luokkiin hoivaköyhyyden luokkien sisällä. Tarkasteltaessa hoivaköyhyyden ja itsearvioitun terveyden yhteisjakaumaa, 5 % hyväksi tai melko hyväksi terveytensä arvioineista raportoi

hoivaköyhyyttä, kun taas huonoksi tai melko huonoksi terveytensä arvioivat raportoivat jo 53 %:n osuudella hoivaköyhyyttä. 57 % hoivaköyhyyttä raportoivista arvioi terveytensä huonoimpaan kategoriaan ja vain noin 8 % parhaaseen. Parhaan kategorian arvioihin yhteys on samaa tasoa kuin useammalla pitkäaikaissairaudella ja huonoimpaan kategoriaan samaa tasoa kuin runsaiden muistivaikeuksien raportointi.

Hoivaköyhyyden kategorioiden väliset erot hyvän tai melko hyvän terveyden itsearvion raportoinnissa ovat suuria erityisesti joukoissa, joissa joukkoa rajaavat proksimaalisten muutosten muuttajat ovat vähäisempiä. Näissä hoivaköyhyyden raportointi on kuitenkin hyvin harvinaista ja siten muutama yksittäinen havainto vaikuttaa terveyden itsearvion jakaumaan voimakkaasti. Hoivaköyhyyden ja hyvän tai melko hyvän terveyden samanaikaista raportointia tapahtuu kuitenkin aineistossa hyvin vähän. Jaettaessa tutkimusryhmä hoivaköyhyyden raportoinnin mukaan kategorioihin, hoivaköyhyyttä kokevat raportoivat hyvää tai melko hyvää terveyttä 5 kertaa harvemmin kuin tutkittavat, jotka eivät kokeneet hoivaköyhyyttä.

Niistä tutkittavista, jotka eivät raportoineet hoivaköyhyyttä 39 % arvioi terveytensä hyväksi tai melko hyväksi ja 15 % huonoksi tai melko huonoksi. Hoivaköyhyyden olemassaolon yhteys itsearvioituun terveyden alempaan arvioon on siis merkittävämpi kuin hoivaköyhyyden poissaolon merkitys ylempään. Hoivaköyhyyden yhteys itsearvioituun terveyteen näyttää siis olevan proksimaalisia muutoksia kuvastavien muuttujien tasolla arviota heikentävässä ominaisuudessa, mutta ei arviota nostavassa. Hoivaköyhyyden muuttujan jako kahteen luokkaan voi vaikuttaa kyseiseen havaintoon, mutta toissijaisen onnistumisen ikääntymisen näkökulmasta havainto viittaisi kompensaation olevan yhteydessä huonon tai melko huonon itsearvioidun terveyden vähenemiseen.

Taulukko 7. Itsearvioidun terveyden ja hoivaköyhyyden ristiintaulukointi muistivaikeuksien ja pitkäaikaissairauksien kategorioista muodostettuihin ryhmiin.

		Itsearvioitu terveys	Muistivaikeuksia							
			yhteensä		Ei yhtään		Jonkin verran		Paljon	
			Ei	Kyllä	Ei	Kyllä	Ei	Kyllä	Ei	Kyllä
Pitkäaikainen sairaus joka haittaa jokapäiväistä elämää, rivi %	Yhteensä	Hyvä tai melko hyvä	94,7 % (354)	5,3 % (20)	95,7 % (157)	4,3 % (7)	94,9 % (185)	10 (5,1 %)	80 % (12)	20 % (3)
		Keskinkertainen	81,5 % (410)	18,5 % (93)	85,4 % (105)	14,6 % (18)	80,6 % (286)	69 (19,4 %)	76 % (19)	24 % (6)
		Huono tai melko huono	47,1 % (136)	52,9 % (153)	45,2% (28)	54,8 % (34)	52,4 % (87)	46,6 % (76)	32,8 % (21)	67,2 % (43)
		<i>Khin neliö</i>	<i>p. < 0,001</i>		<i>p. < 0,001</i>		<i>p. < 0,001</i>		<i>p. < 0,001</i>	
	Ei sairauksia	Hyvä tai melko hyvä	98,4 % (179)	1,6 % (3)	98,9 % (88)	1,1 % (1)	97,8 % (90)	2,2 % (2)	1	0
		Keskinkertainen	87,8 % (36)	12,2 % (5)	85,7 % (12)	14,3 % (2)	88 % (22)	12 % (3)	2	0
		Huono tai melko huono	25 % (1)	75 % (3)	0	100 % (1)	50 % (1)	50 % (1)	0	1
		<i>Khin neliö</i>	<i>p. < 0,001</i> ¹		<i>p. < 0,001</i> ¹		<i>p. 0,002</i> ¹		<i>p. 0,135</i> ¹	
	Yksi sairaus	Hyvä tai melko hyvä	92,7 % (139)	7,3 % (11)	92,2 % (59)	7,8 % (5)	93,4 % (71)	6,6 % (5)	90 % (9)	10 % (1)
		Keskinkertainen	83,5 % (172)	16,5 % (34)	93,0 % (53)	7 % (4)	81,4 % (114)	18,6 % (26)	55,6 % (5)	44,4 % (4)
		Huono tai melko huono	54,3 % (19)	45,7 % (16)	57,1 % (4)	42,9 % (3)	63,2 % (12)	36,8 % (7)	33,3 % (3)	66,7 % (6)
		<i>Khin neliö</i>	<i>p. < 0,001</i>		<i>p. < 0,001</i>		<i>p. 0,003</i>		<i>p. 0,038</i> ¹	
	Useampia	Hyvä tai melko hyvä	85,7 % (36)	15,6 % (6)	90,9 % (10)	1 (9,1 %)	88,9 % (24)	11,1 % (3)	50 % (2)	50 % (2)
		Keskinkertainen	78,9 % (202)	21,1 % (54)	76,9 % (40)	12 (23,1 %)	78,9 % (150)	21,1 % (40)	85,7 % (12)	14,3 % (2)
		Huono tai melko huono	46,4 % (116)	53,6 % (134)	44,4 % (24)	55,6 % (30)	52,1 % (74)	47,9 % (68)	33,3 % (18)	66,7 % (36)
		<i>Khin neliö</i>	<i>p. < 0,001</i>		<i>p. < 0,001</i>		<i>p. < 0,001</i>		<i>P. 0,002</i> ¹	

¹ yli 20% tämän osion ruuduista on alle 5 havaintoa, joten p-arvo ei ole luotettava

Hoivaköyhyyttä raportoivista jonkin verran muistivaikeuksia kokevista 49 % ja 83 % paljon muistivaikeuksia kokevista arvioi terveytensä huonoksi tai melko huonoksi. Kategorian osuudet ovat siis 26 ja 14 prosenttiyksikköä suuremmat kuin pelkän muistivaikeuksien muuttujan yhteisjakauma itsearvioidun terveyden kanssa. Tarkasteltaessa pitkäaikaissairauksia, yhden pitkäaikaissairauden ja hoivaköyhyyden raportointi oli 26 %:lla ja useampia pitkäaikaissairauksia raportoineilla 69 %:lla yhteydessä huonon tai melko huonon terveyden raportointiin. Prosenttiyksiköissä ero pelkkään pitkäaikaissairauksien ja selitettävän muuttujan yhteisjakaumaan oli yhden sairauden osalta 17 prosenttiyksikköä ja useampien sairauksien osalta 23 prosenttiyksikköä. Kumpikin proksimaalisia muutoksia kuvaava muuttuja näyttäisi kumuloituvan hoivaköyhyyden kanssa heikoimmassa itsearvioidun terveyden kategoriassa. Hyvän tai melko hyvän terveyden osuuden kasvamisella ja

hoivaköyhyyden poissaololla, kun tarkastellaan proksimaalisia muutoksia kuvaavien muuttujien yksittäisiä kategorioita, on 1–7 prosenttiyksikön suuruinen yhteys.

Taulukko 8. Taulukon 7 tulosten esittäminen itsearvioidun terveyden kategorioiden jakaumana hoivaköyhyyden luokissa

		Muistivaikeuksia									
		yhteensä		Ei yhtään		Jonkin verran		Paljon			
		Hoivaköyhyys, sarake %									
Itsearvioitu terveys		Ei	Kyllä	Ei	Kyllä	Ei	Kyllä	Ei	Kyllä		
Pitkäaikainen sairaus joka häiritsee jokapäiväistä elämää	Yhteensä	Hyvä tai melko hyvä	39,3 %	7,5 %	54,1 %	11,9 %	33,2 %	6,5 %	23,1 %	5,8 %	
		Keskinkertainen	45,6 %	35,0 %	36,2 %	30,5 %	51,3 %	44,5 %	36,5 %	11,5 %	
		Huono tai melko huono	15,1 %	57,5 %	9,7 %	57,6 %	15,6 %	49,0 %	40,4 %	82,7 %	
	Ei sairauksia	Hyvä tai melko hyvä	82,9 %	27,3 %	88,0 %	25,0 %	79,6 %	33,3 %	33,3 %	0,0 %	
		Keskinkertainen	16,7 %	45,5 %	12,0 %	50,0 %	19,5 %	50,0 %	66,7 %	0,0 %	
		Huono tai melko huono	0,5 %	27,3 %	0,0 %	25,0 %	0,9 %	16,7 %	0,0 %	100,0 %	
	Yksi sairaus	Hyvä tai melko hyvä	42,1 %	18,0 %	50,9 %	41,7 %	36,0 %	13,2 %	52,9 %	9,1 %	
		Keskinkertainen	52,1 %	55,7 %	45,7 %	33,3 %	57,9 %	68,4 %	29,4 %	36,4 %	
		Huono tai melko huono	5,8 %	26,2 %	3,4 %	25,0 %	6,1 %	18,4 %	17,6 %	54,5 %	
	Useampia	Hyvä tai melko hyvä	10,2 %	3,1 %	13,7 %	2,3 %	9,7 %	2,7 %	6,3 %	5,0 %	
		Keskinkertainen	57,1 %	27,8 %	54,8 %	27,9 %	60,5 %	36,0 %	37,5 %	5,0 %	
		Huono tai melko huono	32,8 %	69,1 %	31,5 %	69,8 %	29,8 %	61,3 %	56,3 %	90,0 %	

¹ yli 20% tämän osion ruuduista on alle 5 havaintoa, joten p-arvo ei ole luotettava

Tarkastellessa edelleen muistivaikeuksien ja pitkäaikaissairauksien luokkien mukaan muodostettuja joukkoja, tilastollisen tarkastelun haasteeksi muodostuu joukkojen yksittäisten havaintojen määrän väheneminen. Tilastollisesti merkitseviä havaintoja ristiintaulukointimenetelmällä saa jonkin verran muistivaikeuksia raportoivien ja yhden sekä useamman pitkäaikaissairauden raportoivien joukosta. Jonkin verran muistivaikeuksia, ja useita pitkäaikaissairauksia raportoivista tutkittavat, jotka eivät raportoi hoivaköyhyyttä 10 % arvioi terveytensä hyväksi tai melko hyväksi ja hoivaköyhyyttä raportoivista vastaava osuus on 3 %. Jonkin verran muistivaikeuksia ja yhden sairauden raportoivista parhaimman terveyden itsearvion osuus on 36 % kun hoivaköyhyyttä ei raportoida ja 13 % kun hoivaköyhyys raportoidaan.

Hoivaköyhyyden poissaolo ei tässä tarkastelussa kasvata parhaimman terveyden itsearvion kategorian osuutta. Sen sijaan huonon tai melko huonon terveyden itsearvioissa hoivaköyhyyttä raportoivien osuus on jonkin verran muistivaikeuksia ja yhden sairauden osalta hoivaköyhyyttä raportoivien joukossa 6 prosenttiyksikköä, ja useita sairauksia sekä jonkin verran muistivaikeuksia raportoivien joukossa 21 prosenttiyksikköä suurempi, kuin ilman hoivaköyhyyden jakauman huomioimista. Hoivaköyhyyden poissaolo taas vastaavasti on yhteydessä jonkin verran muistivaikeuksia ja useampia sairauksia raportoivien kohdalla 10 prosenttiyksikköä vähäisempään huonoimman itsearvioidun terveyden kategorian arvioon. Yhden sairauden ja jonkin verran muistisairauksia rajaaman joukon kohdalla ero on noin 6 prosenttiyksikköä.

Hoivaköyhyyden poissaolo näyttäytyy ristiintaulukoinnin erityisesti huonon tai melko huonon itsearvioidun terveyden vähäisempänä raportointina. Ristiintaulukointia analyysimenetelmänä käytettäessä hoivaköyhyyden ja itsearvioidun terveyden yhteisjakauksessa yhteys on siis olemassa sen jälkeenkin, kun tutkimusasetelmassa huomioidaan teoreettisesti merkittävien itsearvioidun terveyden osatekijä eli pitkäaikaissairaudet ja korkeaan ikään liittyviin muutoksiin keskeisesti kuuluva muistivaikeus oireena.

Tutkimuskysymykseen vastauksena analyysistä on muodostettavissa: Toissijaiselle onnistuneelle ikääntymiselle olennaisen kompensaation onnistuminen liittyy erityisesti terveyden huonompina itsearvioiden vähäisempään esiintymiseen. Hyvän terveyden itsearvioinnin raportoiminen on hyvin harvinaista silloin, kun hoivaköyhyys on raportoitu, joten hoivaköyhyyden poissaolo on edellytys myös terveyden itsearvioimiselle parhaimpaan kategoriaan. Riittävä hoiva täten näyttäisi olevan merkittävässä roolissa toissijaisen onnistuneen ikääntymisen tukemisessa.

5.2 Iäkkäiden itsearvioidun terveyden vaihteluun liittyvät tekijät

Jatkonalyyysinä tarkastelen hoivaköyhyyden merkitystä suhteessa tutkimuksen teoriasta nouseviin distaalisiin tekijöitä kuvaaviin muuttujiin, joita aineistosta on ollut mahdollisuus muodostaa. 5.1 analyysin perusteella hoivaköhyys näyttää merkittävältä tekijältä itsearvioidun terveyden jakaumassa ja jatkoanalyysin tarkoitus on tarkastella merkitystä, kun muuttujia huomioidaan laajemmin. Binäärisessä tarkastelussa on huonon tai melko huonon terveyden itsearvion selittäminen, koska 5.1. hoivaköyhyyden yhteys näytti liittyvän selkeimmin huonon ja melko huonon terveyden vähenemiseen.

Taulukossa 9 tarkastelen binäärisellä logistisella regressiolla tutkimuksen muuttujien yhteyttä huonoon tai melko huonoon itsearvioituun terveyteen. Muuttujat on muodostettu teorian perusteella. Liitteessä 5. on esitetty muuttujien vakioimattomat vetosuhteet. Raportoinnissa käytettävään malliin on otettu teoriaan perustuen kaikki esitetyt muuttujat. Lisäksi analyysimenetelmä antaa mahdollisuuden laajentaa hoivaköyhyyden tarkastelua ja hoivaköhyys on jaettu instrumentaalisiin toimintoihin liittyvään sekä perustoimintoihin liittyvään hoivaköhyteen. Lisäksi kategorioiksi on eroteltu ilman apua selviytyvät, riittävästi apua saavat ja hoivaköhyttä raportoivat.

Nagelkerken R^2 -arvo on mallissa 0,49. Hosmerin-Lemeshow'n testin p-arvo on 0,95. Malli sopii hyvin aineistoon ja selittävät muuttujat ennustavat noin 49 % huonosta tai melko huonosta itsearvioidun terveyden vaihtelusta. Malli ennusti oikein 55 % huonon tai melko huonon terveyden havainnoista ja 92 % muista havainnoista.

Taulukko 9. Binäärinen regressioanalyysi huono tai melko huono terveys (ref kohtalainen, melko hyvä tai hyvä terveys)

Muuttujat	Huono tai melko huono terveys Vetosuhde (95 % luottamusväli)
I sosiodemografiset muuttujat	
Mies (ref nainen)	0,97 (0,63-1,48)
Ikä 85 vuotta täyttäneet (Ref alle 85-vuotiaat)	1,41 (0,93-2,13)
Asuu yhdessä jonkun kanssa (Ref asuu yksin)	1,18 (0,78-1,80)
Läheisiä kontaktissa vähintään viikkotasolla (ref ei läheisiä viikkotasolla)	
Yksi kontakti	0,38 (0,16-0,88)*
Kaksi kontaktia	0,27 (0,12-0,62)**
Kolme tai enemmän kontaktia	0,32 (0,14-0,73)*
II Resurssimuuttujat	
Ammatillinen koulutus (ref ei ammatillista koulutusta)	1,25 (0,19-1,38)
Taloudellinen tilanne (ref raha ei riitä välttämättömään)	
Riittää juuri ja juuri	0,51 (0,19-1,38)
Riittää sopivasti	0,42 (0,15-1,14)
Rahaa jää säästöön	0,39 (0,11-1,09)
Formaalia apua viikkotasolla (ref ei apua viikkotasolla)	1,30 (0,82-2,06)
Informaalia apua viikkotasolla (ref ei apua viikkotasolla)	
Yksi auttaja	1,37 (0,79-2,25)
Kaksi auttajaa	2,16 (1,20-3,89)*
Kolme tai enemmän auttajaa	2,65 (1,32-5,33)*
III Terveydelliset muuttujat	
Pitkäaikaissairaudet (Ref ei sairauksia)	
Yksi	4,9 (1,11-22,00)*
Useampia	34,11 (7,93-146,69)***
Muistivaikeudet (ref ei vaikeuksia)	
Jonkin verran	0,79 (0,51-1,22)
Paljon	1,86 (0,95-3,70)
IV Hoivaköyhyys	
IADL-hoivaköyhyys (ref ei IADL-avuntarvetta)	
Tarvitsee apua ja saa riittävästi	2,11 (1,14-3,92)*
Hoivaköyhyys	6,57 (3,27-13,20)***
ADL-hoivaköyhyys (ref ei ADL-avuntarvetta)	
Tarvitsee apua ja saa riittävästi	1,93 (1,21-3,08)*
Hoivaköyhyys	1,78 (0,70-4,58)

Vetosuhteeltaan merkittävin muuttuja on pitkäaikaissairaudet (jotka haittaavat jokapäiväistä elämää). Useita pitkäaikaissairauksia raportoineet arvioivat terveytensä huonoksi tai melko huonoksi 34 kertaa todennäköisemmin kuin pitkäaikaissairauksilta välttyneet. Yhden pitkäaikaissairauden raportoineetkin arvioivat terveytensä huonoksi tai melko huonoksi 4,9 kertaa todennäköisemmin. Tulos on odotettu, koska aiemmissa tutkimuksissa terveyden itsearvio on hyvin vahvasti yhteydessä todennettaviin sairauksiin (mm. Jylhä 2009).

Toinen terveydellinen muuttuja muistivaikeuksista ei nouse mallissa tilastollisesti merkittäväksi selittäjäksi. Luvussa 5.1. havainnoidusta muistivaikeuksien ja pitkäaikaissairauksien kumuloitumisesta huolimatta muistivaikeudet eivät ole mallissa tilastollisesti merkityksellisiä. Täten jää epäselväksi, ovatko muuttajat merkittävästi irrallisia toisistaan, jotta muistivaikeuksia olisi perusteltua käyttää irrallisena muuttujana pitkäaikaissairauksista.

Instrumentaalisiin toimintoihin liittyvä hoivaköyhyys nousee toiseksi tilastollisesti erittäin merkittäväksi selittäväksi muuttujaksi. Hoivaköyhyttä toiminnoissa raportoineilla on 6,6-kertainen todennäköisyys arvioida terveytensä huonoksi tai melko huonoksi verrattuna tutkittaviin, jotka eivät tarvitse instrumentaalisisissa toiminnoissa apua. Instrumentaalisen hoivaköyhyden ja itsearvioitun terveyden luvussa 5.1. havaittu yhteisjakauma ja aiemmissa tutkimuksissa havaittu yhteisvaihtelu

ADL-hoivaköyhyys jää ilman tilastollista merkitystä, mutta ADL-avuntarve itsessään on kohtalaisesti merkitsevä tilastollisessa tarkastelussa ja ryhmään kuuluvat tutkittavat arvioivat 1,9 kertaa useammin terveytensä huonoksi tai melko huonoksi. Mallin perusteella terveyden itsearvioon yhteydessä on aineistossa nimenomaan instrumentaalisiin toimintoihin liittyvä hoivaköyhyys.

Melkein tilastollista merkitystä on myös informaalilla avulla. Kaksi tai useampi auttaja lisää todennäköisyyttä arvioida terveytensä huonoksi tai melko huonoksi 2,3–2,7-kertaiseksi verrattuna tutkittaviin, joilla ei ole auttajia. Formaalilla avulla ei ole mallissa tilastollista merkitystä. Tulokset ovat tulkittavissa avun tarpeen itsessään lisäävän heikompia itsearvioita terveydestä.

Läheiskontakteilla on melkein ja kohtalaisesti tilastollista merkitystä. Verrattuna tutkittaviin, joilla ei ollut viikkotasolla läheisiä kontaktissa, läheisten kontaktit vähentävät 2,6–3,7-kertaisesti huonoa tai melko huonoa itsearviota terveydestä. Tilastollisesti merkittävä

suojaava yhteys on odotettu, koska sosiaalisella saattueella on keskeinen merkitys onnistuneessa ikääntymisessä.

Muut selittävät muuttajat jäävät mallissa ilman tilastollista merkitystä. Ikäryhmillä ja taloudellisella tilanteella on itsenäisessä tarkastelussa merkittävä yhteys itsearvioituun terveyteen, mutta mallissa niiden selitysvoimalla ei ole tilastollista merkitystä. Ikäryhmän selitysvoiman puuttuminen sopii yhteen aiemman tutkimuksen kanssa, jossa on havaittu iäkkäiden suhteuttavan terveydentilan itsearviota omaan ikäryhmäänsä, eikä vertaavan esimerkiksi omaan edeltävään työiän terveyteen. Taloudellisen tilanteen jäämisen mallissa tilastollisen merkitsevyyden alapuolelle voi tutkimuksen teorian perusteella luokitella yllättäväksi tulokseksi.

Tuloksena mallista voidaan todeta sairauksien, instrumentaalisen hoivaköyhyyden, omaiskontaktien puutteen lisäävän todennäköisyyttä heikommalle itsearviolle omasta terveydentilasta. Tulokset sopivat tutkimuksen onnistuneen ikääntymisen mallista johdettuihin käsitteiden suhteisiin, jotka on kuvattu kuvassa 2 sivulla 29. Keskeiset löydökset ovat instrumentaalisen hoivaköyhyyden voimakas yhteys, sekä paremman taloudellisen tilanteen suojaavan yhteyden jääminen ilman tilastollista merkitystä. Myös luvun 5.1. luvun yhteisjakaumien tarkastelun perusteella odotuksena oli muistivaikeuksien merkitsevyys, mutta muuttuja jää mallissa ilman tilastollista merkitystä.

Kokonaisuutena tutkimuksen tuloksissa hoivaköyhyydellä on merkittävä yhteys itsearvioitun terveyden vaihteluun. Hoivaköyhyydessä nimenomaan instrumentaalisissa toiminnoissa raportoidaan riittämätöntä apua, joka liittyy myös terveyden itsearvion heikentymiseen, kun taas perustoimintoihin tarvittavaa hoivaa kuvaava ADL-muuttujan hoivaköyhyys jäi ilman tilastollista merkitystä. Instrumentaalsiin toimintoihin liittyvä hoivaköyhyys on aineistossa merkittävästi yleisempää kuin ADL-toimintoihin liittyvä (vrt. Taulukko 4, s. 35).

6 Johtopäätökset ja pohdinta

Tässä tutkimuksessa osoitettiin ristiintaulukoinnilla hoivaköhyhdellä olevan merkittävä yhteys itsearvioituun terveyteen. Kun itsearvioituun terveyteen tiivistä yhteydessä olevat terveyden ja toimintakyvyn muutoksia kuvaavat muuttujat oli huomioitu, hoivaköhyhden poissaolo oli edelleen merkittävä muuttuja erityisesti huonon terveyden itsearvion vähenemisessä. Jatkoanalyysina teoriasta johdettuja ja ristiintaulukoinneilla itsearvioidun terveyden kanssa pääasiassa tilastollisesti merkittäviksi havaittuja muuttujia lisättiin logistiseen regressioanalyysiin. Instrumentaalisiin toimintoihin liittyvä hoivaköhyhden yhteys huonoon tai melko huonoon terveyteen oli jatkoanalyysissäkin tilastollisesti erittäin merkittävä.

Tutkimuksen tulokset ovat yhteensopivia aiemman lähitutkimuksen kanssa, joissa on osoitettu hoivaköhyhden olevan yhteydessä itsearvioituun terveyteen. Itsearvioidun terveyden kannalta tutkimus tuottaa kuitenkin uutta tietoa, koska hoivaköhyhyys oli merkittävässä roolissa selittävänä muuttujana, kun teoreettisesti vahvimmat itsearvioitua terveyttä selittävät muuttujat oli huomioitu asetelmassa. Erityisesti IADL-hoivaköhyhden merkitys suhteessa muihin muuttujiin huonossa itsearvioidussa terveydessä tuotti uutta näkökulmaa hoivaköhyhden yhteydestä iäkkäiden hyvinvointiin.

Liitän tutkimuksessa hoivaköhyhden poissaolon toissijaiseen onnistuneeseen ikääntymiseen. Pitkittäistutkimuksessa on havaittu toissijaisella onnistuneella ikääntymisellä olevan elämän pituuteen myönteinen vaikutus, joten hoivaköhyhden yhteys itsearvioituun terveyteen sopii aiempiin tuloksiin. IADL-hoivaköhyhden vahva yhteys itsearvioituun verrattuna muihin teoriasta johdettuihin muuttujiin tuottaa uutta tietoa ikääntyneiden hyvinvoinnin rakenteesta.

Ensisijaisen onnistuneen ikääntymisen keskeinen tunnusmerkki on toimintakykyä alentavien sairauksien poissaolo. Ilmiö on tunnistettavissa tutkimuksesta: 86 % pitkäaikaissairauksista vapaista tutkittavista, joilla ei ole muistivaikeuksia, arvioi terveytensä hyväksi tai melko hyväksi. Tutkimuksen asetelmassa iäkkään saama riittävä apu on tunnusmerkki toissijaiselle onnistuneelle ikääntymiselle. Jonkin toimintakyvyn heikentymistä on mahdollisuus kompensoida riittäväällä avulla ja muutoksen vaikutuksia voidaan rajoittaa. Esimerkiksi liikkumiskyvyn heikentymiseen saatu riittävä apu, kuten kuljetuspalvelu, ehkäisee heikentymisen sosiaaliseen osallistumiseen aiheutuvaa haittaa.

Itsearvioitu terveys edustaa tutkimusasetelmassa ikääntymisen onnistumisen seurauksia. Muuttujalla on aiemmissa tutkimuksissa havaittu olevan erityisesti iäkkäiden kohdalla ennustevoimaa tulevasta terveydentilasta. Terveys on keskeinen hyvinvointia kuvaava tekijä erityisesti iäkkäillä. Tutkimusasetelman tulokset sopivat yhteen itsearvioidun terveyden monitekijäisyyden kanssa. Itsearviointilla on voimakas yhteys olemassa oleviin sairauksiin ja lisäksi voimakas yhteys instrumentaaliseen hoivaköyhyyteen sekä muiden ihmisten läsnäoloon arjessa.

Tutkimuskysymykseen hoivaköhyys, eli toissijaiseen onnistuneeseen ikääntymisen liittyvän kompensaaation epäonnistuminen, liittyy heikompaan itsearvioituun terveyteen.

Tutkimusasetelmalla ei voida osoittaa kausaalisuutta. Teoreettisen kehyksen perusteella kuitenkin hoivaköhyiden vähentäminen vaikuttaisi iäkkään hyvinvointiin ja siten myös terveyden itsearviointiin. Yhteyden ollessa merkittävä, hoivaköhyiden ehkäisyllä voi olettaa olevan myönteinen vaikutus. Hoivaköhyys on asia, jota voidaan ehkäistä konkreettisilla toimilla eli järjestämällä ja tuottamalla sopivia palveluita. Itsearvioitu terveys taas kuvaa laajasti terveyteen, terveyden ylläpitoon ja hyvinvointia turvaavia tekijöitä. Heikko itsearvioitu terveys on useiden asioiden tuotos, jonka ehkäiseminen on monitekijäistä. Koska kausaalisuutta ei voida osoittaa, tulkinta voi olla myös, että hoivaköhyttä raportoivat ovat terveydeltään heikompia ja hoivaköhyiden raportointi perustuu heikompaan terveydentilaan, jolloin avun saaminen ei vähentäisi hoivaköhyiden raportointia. Toisaalta tämäkin tulkinta kuvaa haavoittuvammassa asemassa olevaa ryhmää, jotka eivät saa riittävää tukea.

IADL-hoivaköhyiden voimakkaan yhteyden kontekstin kannalta on tärkeä huomioida, ettei kyseessä ole kokeellinen asetelma. ADL-avuntarpeisiin suunnataan voimakkaita julkisia interventioita, kun taas IADL-avuntarpeisiin vastaaminen ei ole samanlaisten systemaattisten interventioiden piirissä. ADL-hoivaköhyys onkin aineistossa harvinaista eikä logistisessa regressiomallissa ole tilastollisesti merkityksellisessä yhteydessä itsearvioidun terveyden vaihteluun. Lisäksi runsaan avuntarpeen takia ADL-hoivaköhyiden korostetussa olevilla iäkkäillä on myös suurempi todennäköisyys jättää vastaamatta postikyselyyn. Aineistossa tai tutkimusotoksessa yhteyttä ei ole, mutta aineiston ulkopuolella se hyvinkin saattaa olla. Erot ADL- ja IADL-hoivaköhydessä toisaalta viittaavat interventioilla olevan merkitystä hoivaköhyteen.

Hoivaköyhyyden hierarkkisia tasoja tarkasteltaessa on kuitenkin huomioitava, etteivät perustoimintoihin liittyvä hoivaköyhyys ja instrumentaalisiin toimintoihin liittyvä hoivaköyhyys ole yksilötasolla toisiaan poissulkevia. Instrumentaalisiin toimintoihin liittyvä avun tarve ilmenee yleensä varhaisemmassa vaiheessa ikämuutosten vaikuttaessa toimintakykyyn, mutta se ei poistu ikämuutosten edetessä perustoimintoihin liittyvään avun tarpeeseen. Instrumentaalisiin toimintoihin liittyvän hoivaköyhyyden kielteiset vaikutukset siis ovat olemassa, vaikka perustoimintoihin liittyvän avun saaminenkin olisi ajankohtaista. Vaikka aineisto ei olisi edustava runsaasti apua tarvitsevien iäkkäiden osalta, instrumentaalisisissa toiminnoissa havaitun yhteyden itsearvioituun terveyteen voi kuitenkin olettaa olevan olemassa. Instrumentaalisten toimintojen hoivaköyhyys on selkeästi koko aineistoa yleisempää sekä perustoiminnoissa apua tarvitsevilla että niissä hoivaköyhyyttä raportoivilla.

Julkisesti järjestetyllä tarveperusteisella avulla on mahdollisuus tasapainottaa distaalisten tekijöiden aiheuttamia eroja hoivaköyhyydessä. Vanhuspalvelujen kehityssuuntia ovat omaisten roolin kasvu sekä formaalien palvelujen tarpeen harkinnan kiristyminen. Iäkkäiden palveluiden peittävyys on selkeässä ja tavoitteellisessa laskussa ainakin suurimmissa kaupungeissa. Erityisesti kevyempiä palveluita karsitaan. Tällöin loogisesti riski, ettei riittävää apua saa, koskee erityisesti ikääntyneitä, joiden sosiaalinen saattue on suppea. Sekä riski liian vähäisestä avusta, että suuremmasta avun tarpeesta koskee samaa iäkkäiden ryhmää.

Tämän tutkimuksen tulokset ovatkin erityisesti instrumentaalisiin toimintoihin liittyvän palveluiden järjestämisen kanssa ristiriitaisia Vanhuspalvelujärjestelmän kehityssuuntien kanssa. Sosiaalityön näkökulmasta tutkimuksen tulokset tuottavatkin kaksi näkökulmaa. Ensimmäisenä rakenteellisen sosiaalityön merkityksestä vanhuspalveluiden ohjaamisessa. Vanhuspalveluiden kehityssuunnat ovat kiristyvien resurssien alla osin vastakkaisia, mitä vanhuspalveluiden asiakkaat näkevät tärkeinä. Erityisesti instrumentaalinen apu toteutetaan tukipalveluilla, jotka eivät ole kattavia ja kompetenssikynnys on vastassa. Kehityssuuntien taustalla on vastata lakisääteisiin tehtäviin, mutta instrumentaalisiin toimintoihin liittyvään hoivaköyhyyteen niillä on tällöin vähemmän annettavaa. Asiakkaat näkevät avun tarpeen kevyissä palveluissa ja tämän tutkimuksen tuloksien perusteella he ovat asiassa oikeassa. Uudistuksissa tarvitaan tietoa asiakkaiden tarpeista ohjaamaan palveluita suuntaan.

Toinen näkökulma on omaisolettama, joka näyttäytyy myös tutkimuksen tuloksissa. Instrumentaalisissa toiminnoissa informaalilla avulla on korostettu merkitys, ja läheiskontaktit pysyvät tutkimuksen mallissa merkittävänä. Distaalisista tekijöistä sosiaalinen saattue saa selkeää tukea. Sosiaalityön näkökulmasta tulee kysymykseksi erityisen tuen tarve, jonka määritelmä on vaikeudet saada tarpeeseen vastaavia palveluita. Iäkkään kohdalla informaalin tukiverkoston heikkous johtaa nykyisessä palvelujärjestelmässä kohonneeseen riskiin jäädä ilman palvelua, joten erityisen tuen päätöksissä informaalilla verkostolla olisi tällöin korostunut merkitys gerontologisen sosiaalityön tarpeen tunnistamisessa.

Tutkimuksessa käytetty aineisto on yli kymmenen vuotta vanha. Vanhuspalvelujärjestelmä on muuttunut 2010-luvulla, joten jatkotutkimuksen kannalta mielenkiintoista olisi tarkastella hoivaköyhyyden yhteyksiä ajankohtaisella aineistolla. Hoivaköyhyyden ja itsearvioitun terveyden kausaalisen yhteyden osoittaminen vaatisi interventiotutkimusta, esimerkiksi seurantatutkimusta instrumentaaliseen hoivaköyhyyteen suunnatun intervention vaikuttavuudesta.

Myös laadulliset tutkimusasetelmat hoivaköyhyydestä iäkkäiden arjessa tuottaisivat lisää tietoa ilmiön merkityksestä. Hoivaköyhyys on ilmiönä olemassa ja sillä on merkitystä, mutta erilaisten merkitysten tunnistaminen tuottaisi relevanttia tietoa, paitsi hoivaköyhyyden ehkäisemisestä, myös ehkäisyllä saatavista hyvinvointivaikutuksista ja toissijaisen onnistuneen ikääntymisen tukemisesta. Kiinnostavia merkityseroja olisi eroteltavissa esimerkiksi hoivaköyhyyden syvyyden ja taustasyiden perusteella. Aiheeseen liittyen kynnyksien ja omaisolettaman näkökulmasta kysymykseksi nousee, onko julkinen kotihoito erilainen palvelu, jos sosiaalinen saattue on kuihtunut pois, eli miten ammatilliset tahot kykenevät vastaamaan omaisolettamaan.

Lähteet

Aaltonen Elli (2005) Omaishoito ja julkinen palvelujärjestelmä. *Yhteiskuntapolitiikka* 70(4), 432-439.

Aaltonen Mari & Van Aerschott Lina (2021) Unmet care needs are common among community-dwelling older people with memory problems in Finland. *Scandinavian Journal of Public Health* (49), 423–432.

Aaltonen Tarja, Henriksson Lea, Tiilikka Tiina, Valokivi Heli ja Zechner Minna (2014) Vanhuksen hyvä elämä asiakirjoissa ja haastattelupuheessa. Teoksessa Metteri Anna, Valokivi Heli & Ylinen Satu (Toim.) *Terveys ja sosiaalityö*. Jyväskylä: PS-kustannus, 244-267.

Ahosola Päivi (2018) Vanhushoivapolitiikan uusfamilismi. Omaisettomat hoivan tarvitsijat institutionaalisen hallinnan kohteena. Tampere: Tampereen yliopisto.

Allen Susan, Piette Elizabeth & Mor Vincent (2014) The Adverse Consequences of Unmet Need Among Older Persons Living in the Community: Dual-Eligible Versus Medicare-Only Beneficiaries. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 69(7), 51–58.

Andersson Sirpa, Haverinen Riitta & Malin Maili (2004) Vanhusten kotihoito kolmesta näkökulmasta. Vanhukset, työntekijät ja johto integroinnin ja asiakaskeskeisyyden arvioijina. *Yhteiskuntapolitiikka* 69 (5), 481-494.

Anttonen Anneli & Zechner Minna (2009) Tutkimuksen lähestymistapoja hoivaan. Teoksessa Anttonen Anneli, Valokivi Heli & Zechner Minna (2009) *Hoiva. Tutkimus, politiikka ja arki*. Tampere: Vastapaino, 16-53.

- Anttonen, Anneli (Tampereen yliopisto), Kröger, Teppo (Jyväskylän yliopisto) & Van Aerschot, Lina (Tampereen yliopisto): Ikäihmistien hoiva ja palvelut 2010 [sähköinen tietoaaineisto]. Versio 1.0 (2018-11-29). Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto [jakaja]. <http://urn.fi/urn:nbn:fi:fsd:T-FSD3202>
- Atchley Robert (2000) A Continuity Theory of Normal Aging. Teoksessa Gubrium Jaber & Holstein James (toim.) *Aging and Everyday Life*. Oxford: Blackwell, 47-61.
- Baltes Paul & Smith Jacqui (2003) New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology* 49 (2), 123-35.
- Benyamini Yael, Blumstein Tzvia, Lusky, Ayala & Modan Baruch (2003) Gender Differences in the Self-Rated Health–Mortality Association: Is It Poor Self-Rated Health That Predicts Mortality or Excellent Self-Rated Health That Predicts Survival? *The Gerontologist* 43(3), 396-405.
- Blomgren Jenni, Martelin Tuija, Sainio Päivi & Koskinen Seppo (2011) Ikääntyneiden terveyteen ja toimintakykyyn vaikuttavat tekijät. Teoksessa Laaksonen Mikko & Silventoinen Karri (toim.) *Sosiaaliepideologia*. Helsinki: Gaudeamus, 244–263.
- Brace Nicola, Kemp Richard & Snelgar Rosemary (2003) *SPSS for psychologists*. New York: Palgrave Mcmillan.
- Bülow Morten & Söderqvist Thomas (2014) Successful ageing: A historical overview and critical analysis of a successful concept. *Journal of Aging Studies* 3, 139–149.
- Carillo Maria, Thies William & Bain Lisa (2012) *The Global Impact of Alzheimer’s Disease*. Teoksessa Hampel Harald & Carillo Lisa (toim.) *Alzheimer’s Disease – Modernizing Concept, Biological Diagnosis and Therapy*. Basel: Karger, 1-14.
- Castrén Anna-Maija (2018) Lojailiuden vaativat sidokset. Teoksessa Eerola Petteri & Pirskanen Henna (toim.) *Perhe ja tunteet*. Helsinki: Gaudeamus, 165-184.

- Chatterji Somnath, Byles Julie, Cutler David, Seeman Teresa & Verdes Emese (2015) Health, functioning, and disability in older adults. Present status and future implications. *Lancet* 385: 563–575.
- Cho Jinmyoung, Martin Peter & Poon Leonard (2015) Successful Aging and Subjective Well-Being Among Oldest-Old Adults. *The Gerontologist* 55(1), 132–143.
- DeSalvo Karen, Bloser Nicole, Reynolds Kristi, He Jiang, Muntner Paul (2006) Mortality Prediction with a Single General Self-Rated Health Question. *Journal of general internal medicine* 21(3), 267-275.
- Edjolo Arlette, Proust-Lima Cécile, Delva Fleur, Dartigues Jean-Francois & Pérès Karine (2016) Natural History of Dependency in the Elderly: A 24-Year Population-Based Study Using a Longitudinal Item Response Theory Model. *American Journal Epidemiology* 183(4), 277–28.
- Elder Glen & Giele Janet (2009) Life Course Studies: An Evolving Field. Teoksessa Elder Glen & Giele Janet (toim.) *The Craft of life course research*. New York: Guilford Press, 1-24.
- Elo Satu (2009) Hyvinvointia tukeva ympäristö. Teoksessa Voutilainen Päivi & Tiikkainen Pirjo (toim.) *Gerontologinen hoitotyö*. Helsinki: WSOY, 92-108.
- Erola Jani (2010) Luokkarakenne ja luokkiin samaistuminen Suomessa. Teoksessa Erola Jani (toim.) *Luokaton Suomi? Yhteiskuntaluokat 2000-luvun Suomessa*. Helsinki: Gaudeamus, 27-50.
- Conley Dalton (2008) Reading between lines (of this volume):. Teoksessa Lareau Annette, Conley Dalton (toim.) *Social Class, How does it work?* New York: Russell Sage Foundation, 366-374.

Finne-Soveri Harriet (2017) Muuttuva maailma, muuttuva vanhuus. *Duodecim* 133(2), 215-219

Fiori Katherine, Smith Jacqui, Antonucci Toni (2007) Social network types among older adults: A multidimensional approach. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 62(6), 322-330.

Freund Alexandra (2008) Successful Aging as Management of Resources: The Role of Selection, Optimization, and Compensation. *Research in Human Development*, 5(2), 94–106.

Havukainen Pirjo (2014) Minä mentorina – palkitsevaa uusien ammattilaisten kasvun ohjausta. Teoksessa Metteri Anna, Valokivi Heli, Ylitalo Satu (toim.) *Terveys ja sosiaalityö*. Jyväskylä: PS-kustannus, 16-21.

Heikkilä R, Mäkelä M, Noro A, Lammintakanen J, Laulainen S. Millaisilla palveluilla enintään keskivaikeasti oireilevat muistisairautta sairastavat henkilöt pärjäävät kotona? *Gerontologia* 34(2), 74–87.

Heikkinen Eino (2008) Tutkimuskohde, tutkimusmenetelmät ja teorianmuodostus. Teoksessa Heikkinen Eino, Rantanen Taina (toim.) *Gerontologia*. Helsinki: Duodecim, 16-27.

Heikkinen Eino (2008) Vanhenemisen ulottuvuudet ja onnistuvan vanhenemisen edellytykset. Teoksessa Heikkinen Eino, Rantanen Taina (toim.) *Gerontologia*. Helsinki: Duodecim, 402-408.

Herd Pamela, Robert Stephanie & House James (2011) Health disparities among older adults: life course influences and policy solutions. Teoksessa Binstock Robert & George Linda (toim.) *Handbook of aging and the social sciences*. 7. painos. Lontoo: Elsevier. 121-134.

- Herrup Karl (2012) Current Conceptual View of Alzheimer's Disease. Teoksessa Hampel Harald & Carillo Lisa (toim.) Alzheimer's Disease – Modernizing Concept, Biological Diagnosis and Therapy. Basel: Karger, 30-48.
- Hutson Royce & Kolbe Athena (2010) Survey Studies. Teoksessa Thyer Bruce (toim.) Handbook of Social Work research methods, 131-148.
- Härkäpää Kristiina & Järvikoski Aila (2011) Kuntoutustiede. Helsinki: WSOYPro
- Isola Anna-Maria (2014) Köyhien tulkintoja sairauden ja terveyden sosiaalisista tekijöistä. Teoksessa Metteri Anna, Valokivi Heli & Ylinen Satu (toim.) Terveys ja sosiaalityö. Jyväskylä: PS-kustannus, 271-295.
- Jalovaara Marika & Fasang Anette (2015) Are there gender differences in family trajectories by education in Finland? Demographic research 33, 1241–1256.
- Janke Megan, Payne Laura & Puymbroeck Van Marieke (2008) The Role of informal and formal leisure activities in the disablement process. International journal of aging and human development 67(3), 231-257.
- Jokivuori Pertti & Hietala Risto (2007) Määrällisiä tarinoita. Monimuuttujamenetelmien käyttö ja tulkinta. Helsinki: Docendo.
- Jylhä Marja (2009) What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. Social Science & Medicine 69, 307–316.
- Jylhä Marja, Forma Leena, Aaltonen Mari, Raitanen Jani & Rissanen Pekka (2008) Pidentyvä vanhuusikä ja palvelujen uudet haasteet. Teoksessa Ashorn Ulla & Lehto Juhani (toim.) Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta. Helsinki: Stakes, 116-127.
- Jylhä Marja, Vuorisalmi Merja, Luukkala Tiina, Sarkeala Tytti & Hervonen Antti (2009) Elinikä pitenee nopeammin kuin toimintakyky paranee 90-vuotiaiden ja sitä

vanhempien toimintakyvyn muutokset vuosina 1996-2007. *Lääkärilehti* 64 (25), 2285-2290.

Jyrkämä Jyrki (2001) Vanheneminen ja vanhuus. Teoksessa Sankari Anne & Jyrkämä Jyrki (toim.) *Lapsuudesta vanhuuteen. Iän sosiologiaa*. Tampere: Vastapaino, 267-323.

Järnström Sanna (2011) ”En tiedä mitä ne ajattelee mun kohtalokseni” Etnografinen tutkimus asiakkuudesta ja asiakaslähtöisyydestä geriatriisessa sairaalassa. Tampere: Tampereen yliopisto.

Kalliomaa-Puha Laura (2007) Vanhoille ja sairaille sopivaa? Omaishoitosopimus hoivan instrumenttina. Helsinki: Kela.

Kalliomaa-Puha Laura (2017) Vanhuksen oikeus hoivaan ja omaisolettama. *Gerontologia* 3(31), 227-242.

Karhula Aleks (2017) *Life Course Approaches to Intergenerational Inequality*. Turku: Turun yliopiston julkaisuja.

Kela (2019) Eläkettä saavan hoitotuki.

<https://www.kela.fi/documents/10192/3240833/Eläkettä%20saavan%20hoitotuki.pdf>
Luettu 20.4.19.

Kok Almar, Aartsen Marja, Deeg Dorly & Huisman Martijn (2017) The Effects of Life Events and Socioeconomic Position in Childhood and Adulthood on Successful Aging. *Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 72(2), 268–278.

Koponen Hannu & Leinonen Esa (2003) Vanhuspsykiatria. Teoksessa Lönnqvist Jouko, Heikkinen Martti, Henriksson Markus, Marttunen Mauri & Partonen Timo (toim.) *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim, 557-573.

Korhonen Marko (2008) Nopeus. Teoksessa Heikkinen Eino & Rantanen Taina (toim.) Gerontologia. Helsinki: Duodecim, 129-135.

Koskinen Simo (2007) Ikäihmisten asema Suomessa ja ikääntymisen käsityksiä. Teoksessa Tulva Taimi, Uusitalo Ilkka & Harra Kimmo (toim.) Vanhuuden monet kasvot. Helsinki: Okka-säätiö, 18-49.

Kröger Teppo & Leinonen Anu (2012) Transformation by stealth: the retargeting of home care services in Finland. *Health and Social Care in the Community* 20(3), 319–327.

Kröger Teppo, Puthenparambil Jiby & Van Aerschott Lina (2019a) Ikääntyneiden hoivaköyhyys. *Yhteiskuntapolitiikka* 84 (2), 124-134.

Kröger Teppo, Puthenparambil Jiby & Van Aerschott Lina (2019b) Care poverty: unmet care needs in a Nordic welfare state. *International Journal of Care and Caring* 3(4), 465-500.

Kumlin Staffan (2004) Personal and political: How personal welfare state experiences affect political trust and ideology. New York: Palgrave MacMillian.

Kuronen Tanja (2015) Hoivapommin purkajat. Helsinki: Gaudeamus.

Kuusikko-ryhmä (2021) Kuuden suurimman kaupunginvanhusten sosiaali- ja terveystalvet ja kustannukset vuonna 2020. Kuusikko-työryhmän julkaisusarja 4/2021.

Lahelma Eero, Rahkonen Ossi, Koskinen Seppo, Martelin Tuija & Palosuo Hannele (2007) Sosioekonomisten terveyserojen syyt ja selitysmallit. Teoksessa Palosuo Hannele & Koskinen Seppo (toim.) Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriö, 25–41.

Lahelma Eero & Rahkonen Ossi (2017) Sosiaalinen rakenne ja terveys. Teoksessa Karvonen Sakari, Kestilä Laura & Mäki-Opas Tomi (toim.) Terveystalvet ja terveys. Helsinki: Gaudeamus, 19–39.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 2012/980. Annettu Helsingissä 28.12.2012.

Laki omaishoidon tuesta 2005/937. Annettu Helsingissä 2.12.2005.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000/812. Annettu Helsingissä 22.9.2000.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 1992/720. Annettu Helsingissä 3.8.1992.

Laukkanen Pia (2008) Toimintakyky ja ikääntyminen – käsitteestä ja viitekehyksestä päivittäistoiminnoista selviytymisen arviointiin. Teoksessa Heikkinen Eino, Rantanen Taina (toim.) Gerontologia. Helsinki:Duodecim, 261-272.

Leinonen Leena (2018) Sosiaalityön terapeuttinen asiantuntijuus psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Teoksessa Juvonen Tarja, Lindh Jari, Pohjola Anneli & Romakkaniemi Marjo (toim.) Sosiaalityön muuttuva asiantuntijuus. Helsinki: Unipress, 134-153.

Leinonen Esa & Koponen Hannu (2010) Vanhusten mielialahäiriöt. Teoksessa Tilvis Reijo, Pitkälä Kaisu, Strandberg Timo, Sulkava Raimo & Viitanen Matti (toim.) Geriatria.Helsinki: Duodecim, 159-165.

Lowrie Edmund, Braun Curtin Roberta, LePain Nancy, Schatell Dorian (2003) Medical Outcomes Study Short Form-36: A Consistent and Powerful Predictor of Morbidity and Mortality in Dialysis Patients. American Journal of Kidney Diseases 4 (16), 1286-1292.

Platt Lucinda (2011) Understanding inequalities. Cambridge: Polity Press.

Lämsä Riikka (2015) Potilaskertomus. Etnografia potiluudesta sairaalaosaston käytännössä. Helsinki: THL.

- MacIntyre Sally (1997) The Black Report and beyond what are issues? *Soc. Sci. Med.* 44, 723-745.
- Marin Marjatta (2008) Perheet, sukupolvet ja sosiaaliset verkostot. Teoksessa Heikkinen Eino, Rantanen Taina (toim.) *Gerontologia*. Helsinki:Duodecim, 64-75.
- McLaughlin Sara, Connell Cathleen, Heeringa Steven, Li Lydia & Roberts Scott (2010) Successful Aging in the United States: Prevalence Estimates From a National Sample of Older Adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 65B (2), 216–226.
- Menec Verena (2003) The Relation Between Everyday Activities and Successful Aging: A 6-Year Longitudinal Study. *Journal of Gerontology: Social sciences* 58(2),74–82.
- Mitra Sophie, Brucker Debra & Jajtner Katie (2020) Wellbeing at older ages: Towards an inclusive and multidimensional measure. *Disability and Health Journal* 13 (4), 1-8.
- Murto J, Sainio P, Pentala O, Koskela T, Luoma M-L, Koponen P, Kaikkonen R & Koskinen S. Vanhuspalvelulain vaikutukset ikääntyneen väestön toimintakykyyn ja koettuun palvelutarpeeseen: seurantaosoittimet. Verkkojulkaisu: www.terveytemme.fi/ath/vanhuspalvelulaki. Luettu 25.5.22
- Mäki-Petäjä-Leinonen Anna (2017a) Vajaakykyisyyden ennakointi. Teoksessa Mäki-Petäjä-Leinonen Anna & Karvonen-Kälkälä Anja (toim.) *Vanhuusoikeuden perusteet*. Helsinki: Alma talent, 43-134.
- Mäki-Petäjä-Leinonen Anna (2017b) Vanhuksen suojaamisen keinoja. Teoksessa Mäki-Petäjä-Leinonen Anna & Karvonen-Kälkälä Anja (toim.) *Vanhuusoikeuden perusteet*. Helsinki: Alma Talent, 269-303.
- Mäkitalo Åsa (2014) Categorization. Teoksessa Hall Christopher, Juhila Kirsi, Matarese Maureen, van Nijnatten Carolus (toim.) *Analysing social work, discourse in practice*.

- Nosraty Lily (2018) Successful aging among the oldest old. *Acta Universitatis Tamperensis* 2370. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Nummenmaa Lauri (2007) Käyttäytymistieteiden tilastolliset menetelmät. Helsinki: Tammi.
- Nätkin Ritva (2018) Isovanhempien huoli. Teoksessa Eerola Petteri & Pirskanen Henna (toim.) *Perhe ja tunteet*. Helsinki: Gaudeamus, 149-164.
- O'Rand Angela (2009) Cumulative Processes in the Life Course. Teoksessa Elder Glen & Giele Janet (toim.) *The Craft of life course research*. New York: Guilford Press, 121-140.
- Pajala Satu, Sihvonen Sanna & Era Pertti (2008) Asennonhallinta ja havaintomotorinen kyvykkyys. Teoksessa Heikkinen Eino & Rantanen Taina (toim.) *Gerontologia*. Helsinki: Duodecim, 136-157.
- Pajunen Hannu (2004) Vanhusten mielenterveydelliset ongelmat. Teoksessa Raitanen Tarjaliisa, Hänninen Tuomo, Pajunen Hannu & Suutama Timo (toim.) *Geropsykologia. Vanhenemisen ja vanhuuden psykologia*. Porvoo: WSOY, 193- 241.
- Perttola Laura (2019) Kynnyksen yli. Julkisoikeudellinen tutkimus vanhuspalvelujen saamisen edellytyksistä. *Acta Wasaensis* 437. Vaasa: Vaasan yliopisto.
- Perälä Marja-Leena, Hammar Teija & Rissanen Pekka (2008) Omainen tukena kotihoidossa. Teoksessa Ashorn Ulla & Lehto Juhani (toim.) *Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta*. Helsinki: Stakes, 180-193.
- Pitkälä Kaisu, Valvanne Jaakko & Huusko Tiina (2010) Geriatrien kuntoutus. Teoksessa Tilvis Reijo, Pitkälä Kaisu, Strandberg Timo, Sulkava Raimo & Viitanen Matti (toim.) *Geriatría*. Helsinki: Duodecim, 438-456.

- Portin Petter (2008) Vanheneminen biologisena ilmiönä. Teoksessa Heikkinen Eino, Rantanen Taina (toim.) Gerontologia. Helsinki:Duodecim, 310-321.
- Pruchno Rachel, Wilson-Genderson Maureen & Catwright Francine (2010) A Two-Factor Model of Successful Aging. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 65B (6), 671–679.
- Pulkki Jutta, Tynkkynen Liina-Kaisa & Jolanko Outi (2017) Aktivoivat, muuttuvat ja sopimattomat vanhenemisen paikat. *Analyysi vanhuspalvelulain lähetekeskustelusta. Yhteiskuntapolitiikka* 82(1), 45-54.
- Rantamaa Paula (2001) Ikä ja sen merkitykset. Teoksessa Sankari Anne & Jyrkämä Jyrki (toim.) *Lapsuudesta vanhuuteen. Iän sosiologiaa*. Tampere: Vastapaino, 49-95.
- Rantanen Taina (2008) Gerontologisen tutkimustiedon soveltaminen ikääntyvän väestön toimintakyvyn edistämiseksi. Teoksessa Heikkinen Eino & Rantanen Taina (toim.) *Gerontologia*. Helsinki: Duodecim, 409-416.
- Romero-Ortuno Roman & Rose Kelly (2012) The frailty index in Europeans: association with age and mortality. *Age and Ageing* 41(5), 684–689.
- Rowe John & Kahn Robert (1997) Successful Aging. *The Gerontologist* 37(4), 433-440.
- Rowe John & Kahn Robert (2015) Successful Aging 2.0: Conceptual Expansions for the 21st Century. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 70(4), 593–596.
- Ruoppila Isto (2002) Psyykkisen toimintakyvyn tukeminen. Teoksessa Heikkinen Eino & Marin Marjatta (toim.) *Vanhuuden voimavarat*. Helsinki: Tammi, 119-152.
- Saarenheimo Marja (2003) Vanhuus ja mielenterveys. *Arkielämän näkökulmia*. Helsinki: WSOY.

- Salomon Joshua, Wang Haidong, Freeman Michael, Vos Theo, Flaxman Abraham, Lopez Alan & Murray Christopher (2012) Healthy life expectancy for 187 countries, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden Disease Study 2010. *Lancet* 2012, 380, 2144–2162.
- Sarvimäki Anneli (2003) Tutkimusetiikka Suomessa. Teoksessa Sarvimäki Anneli & Syrén Ilkka (toim.) Tutkimusetiikka gerontologiassa. Seminaariesityksiä 13.-14.10.2003. Helsinki: Ikäinstituutti, 8-14.
- Sarvimäki Anneli & Heimonen Sirkkaliisa (2010) Ikääntymisen, vanhuuden ja vanhusten palvelujen nykytila. Teoksessa Sarvimäki Anneli, Heimonen Sirkkaliisa, Mäki-Petäjä-Leinonen Anna (toim.) Vanhuus ja haavoittuvuus. Helsinki: Edita, 14-32.
- Sarvimäki Anneli & Stenbock-Hult Bettina (2010) Vanhuus, haavoittuvuus ja hoidon eettisyys. Teoksessa Sarvimäki Anneli, Heimonen Sirkkaliisa, Mäki-Petäjä-Leinonen Anna (toim.) Vanhuus ja haavoittuvuus. Helsinki: Edita, 33-58.
- Seppänen Marjaana (2006) Gerontologinen sosiaalityö. Helsinki: yliopistopaino.
- Sironen Anna (2016) Ikääntyvälläkin lupa elää. Köyhyyden syyt ja vaikutukset ikääntyvän elämässä. Pro gradu. Jyväskylä: Kokkolan yliopistokeskus Chydenius.
- STM (2017) Sosiaalihuoltolain soveltamisopas. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Strandberg Timo (2008) Hauraus-raihnaus-oireyhtymä (HRO) iäkkäässä väestössä. Teoksessa Heikkinen Eino & Rantanen Taina (toim.) Gerontologia. Helsinki: Duodecim, 346–353.
- Strandberg Timo (2021) Elämänlaatu Vanhuusiässä – ei pelkkää terveyttä tai sen puuttumista. Teoksessa Strandberg Timo & Heikkinen Eino (toim.) Suomiko onnellisen vanhuuden maa? Helsinki: Into, 40-69.

Soininen Hilikka & Kivipelto Miia (2015) Muistisairauksien ennaltaehkäisy. Teoksessa Erkinjuntti Timo, Remes Anne, Rinne Juha & Soininen Hilikka (toim.) Muistisairaudet. Helsinki:Duodecim, 436–445.

Sosiaalihuoltolaki 2014/1301. Annettu Helsingissä 30.12.2014.

Sulkava Raimo (2010) Muistisairaudet. Teoksessa Tilvis Reijo, Pitkälä Kaisu, Strandberg Timo, Sulkava Raimo & Viitanen Matti (toim.) Geriatria. Helsinki:Duodecim, 120-145.

Suutama Timo (2004) Kognitiiviset toiminnot. Teoksessa Raitanen Tarjaliisa, Hänninen Tuomo, Pajunen Hannu & Suutama Timo (toim.) Geropsykologia. Vanhenemisen ja vanhuuden psykologia. Porvoo: WSOY, 76-108.

Taittonen Marjo (2011) Päihteitä käyttävän ikäihmisen kohtaaminen kotihoidossa. Asiakkaiden ryhmittely juomatapojen mukaan, kotihoidon työntekijän rooli sekä eettiset jännitteet. Tampereen yliopisto, Pro gradu.

TENK (Tutkimuseettinen neuvottelukunta) (2012) Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittely Suomessa. Verkkojulkaisu.
https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf. Luettu 28.5.2022.

Tesch-Römer Clemens & Wahl Hans-Werner (2016) Toward a More Comprehensive Concept of Successful Aging: Disability and Care Needs. The Journals of Gerontology: Series B, 72(2), 310–318.

THL Terveytensä keskitasoisiksi tai sitä huonommaksi kokevien osuus ATH ja Finsote-tutkimuksissa, Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi, indeksinumerot 4336 ja 4333.
<https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=s05KsQ4ttzbWMwQA®ion=s07MBAA=&year=sy5zsk7R0zUEAA==&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=202109301228>. Viitattu 20.8.2022.

THL Väestörakenteen 5-vuotisryhmät indeksinumerot 127, 1000-1004, 1045, 1046, 1069 ja 2874.

https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=s_YMt9YtyYw39LTW9Yg39LDWdbfWTfECAA==®ion=s07MBAA=&year=sy5zsk7R0zUEAA==&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=202109301228. Viitattu 20.8.2022.

THL Ikääntyneiden palveluita kuvaavat valikoidut indikaattorit. Indeksinumerot 3552, 3547, 3548, 2707, 2715, 2708, 2709, 2305, 2103, 2306, 2667, 2669 2670, 2668, 2671, 2672, 2685, 3534, 2737, 2738 ja 2740.

<https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=sw4pt9Y1jTe01k2xjLew1jUHMc2yrXWNE62Nk6xN3eKNgAJG8caGKdYpGda6ySXxhkYA®ion=s07MBAA=&year=sy5zsk7R0zUEAA==&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=202109301228>. Viitattu 20.8.2022.

THL (2022) Muistisairauksien yleisyys. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Internet:

<https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet/muistisai-rauksien-yleisyys> (viitattu 2.1.2022).

Thompson Mark, Gaglani Manjusha, Naleway Allison, Thaker Swathi & Ball Sarah (2014) Changes in self-rated health and subjective social status over time in a cohort of healthcare personnel. *Journal of Health Psychology* 19(9), 1185–1196.

Tiilikainen Elisa (2016) Yksinäisyys ja elämäntilanne. Väitöskirja. Helsingin yliopisto.

Timonen Virpi (2008) *Ageing Societies*. Berkshire: Open university press.

Tronto Joan C (1998) An ethic of care. *Generations* 22(3), 15-21.

Valokivi Heli (2014) Harkinnan käyttäjänä vai kohteena? Vanhuspalvelujen asiakkaan näkökulma harkintaan. Teoksessa Kalliomaa-Puha Laura, Kotkas Toomas & Rajavaara Marketta (toim.) *Harkittua? Avauksia sosiaaliturvan harkintavallan tutkimukseen*. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.

Van Aerschot Lina (2014) Vanhusten hoiva ja eriarvoisuus. Sosiaalisen ja taloudellisen taustan yhteys avun saamiseen ja palvelujen käyttöön. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto.

Vasara Fanny (2012) Vanhuusasiakkaiden kokemuksia Turun kotihoidon palveluista ja asiakaslähtöisyydestä. Pro Gradu. Turku: Turun yliopisto.

Victor Christina (2005) The Social context of Ageing. A Textbook of Gerontology. Abingdon: Routledge.

Vilkko Anni, Muuri Anu & Finne-Soveri Harriet (2010) Läheisapu iäkkään ihmisen arjessa. Teoksessa Marja Vaarama, Pasi Moisio & Sakari Karvonen (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2010. Helsinki: THL, 60–77.

Viramo Petteri & Sulkava Raimo (2015) Muistisairauksien epidemiologia. Teoksessa Erkinjuntti Timo, Remes Anne, Rinne Juha & Soininen Hilikka (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim, 35-43.

Voutilainen Päivi, Kauppinen Sair, Heinola Reija, Finne-Soveri Harriet, Sinervo Timo, Kattainen Eija, Topo Päivi & Andersson Sirpa (2007) Katsaus ikääntyneiden kotihoidon kehitykseen. Teoksessa Heikkilä Matti & Lahti Tuukka (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2007. Helsinki: Stakes, 154-191.

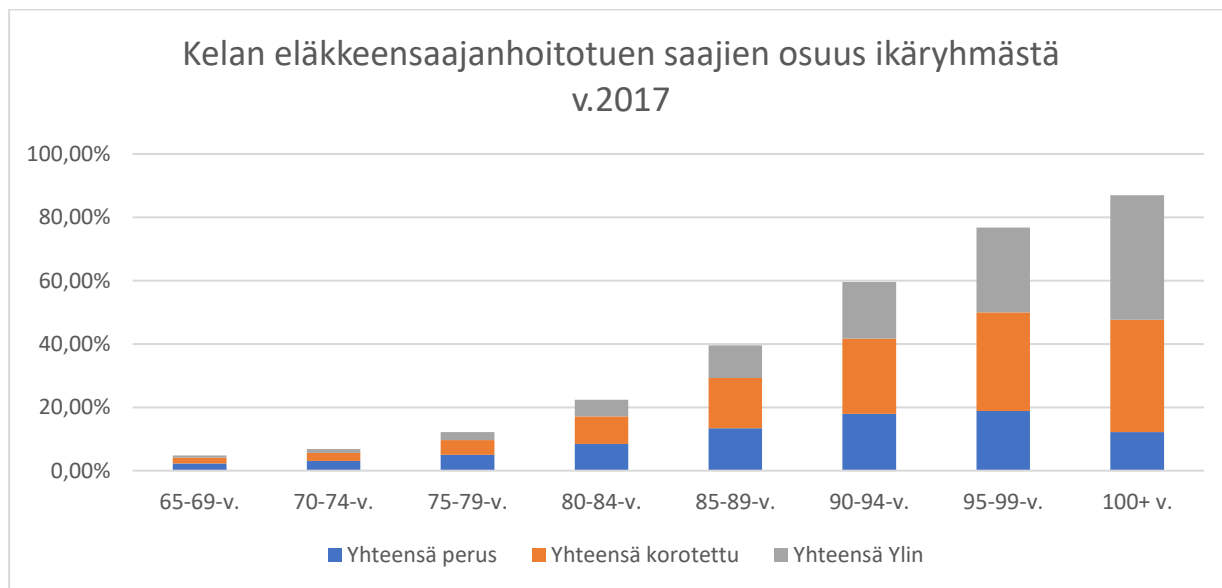
Wrede Sirpa & Henriksson Lea (2004) Kahden kerroksen väkeä: kotihoidon ammatillinen uusjako. Teoksessa Henriksson Lea & Wrede Sirpa (toim.) Hyvinvointityön ammatit. Helsinki: Gaudeamus, 210-234.

Ylinen Satu (2008) Gerontologinen sosiaalityö. Tiedonmuodostus ja asiantuntijuus. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Liitteet

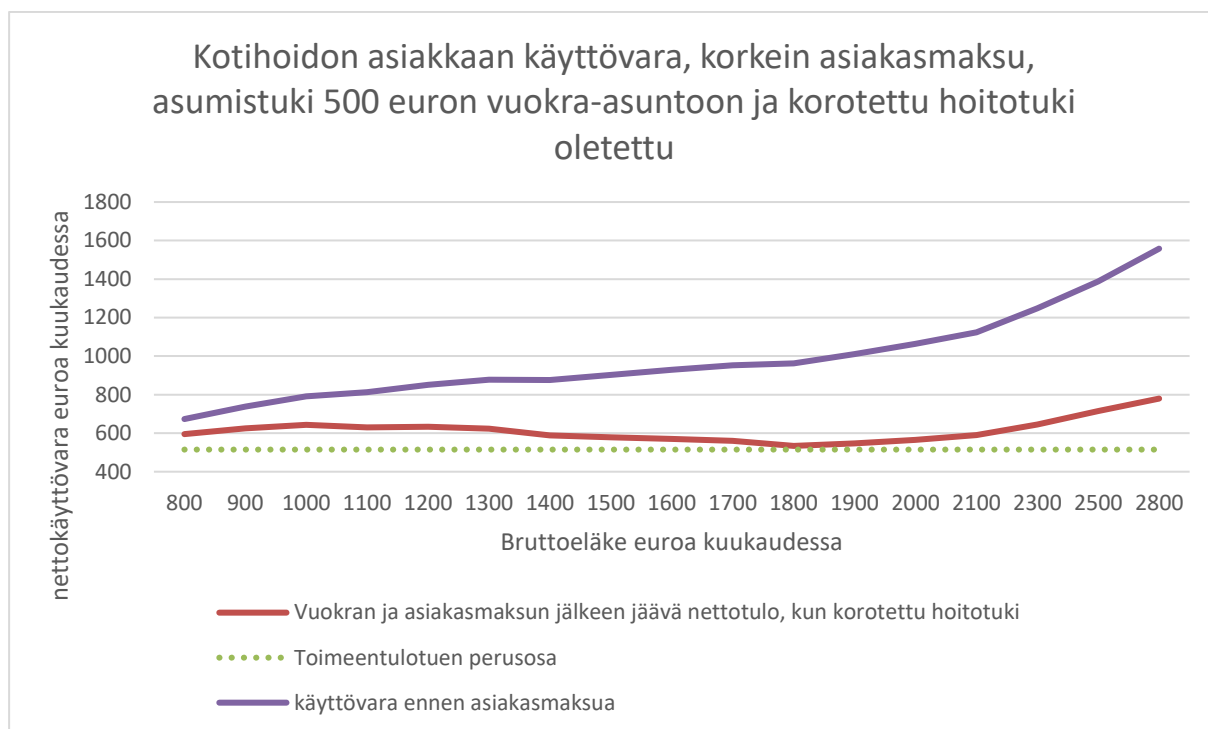
Liite 1. Hoitotuen saajien jakautuminen 5-vuotisikäryhmiin

Hoitotuen myöntäminen perustuu pitkäaikaiseen sairauteen tai oireeseen, joka aiheuttaa henkilökohtaisen avun tarvetta ja on porrastettu avun tarpeen laajuuden mukaan kolmiportaiseksi (Kela 2018, 6).



liite 1. Lähteet: THL, Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi 2005-2019; (Kela 2018, 60)

Liite 2. Kotihoidon asiakasmaksujen merkitys asiakkaan käytettävissä oleviin nettotuloihin eri tuloluokilla



liite 2. Joulukuussa 2021 voimassa olevan lainsäädännön ja -asetusten mukaisesti laskettu

Liite 3. Koko aineiston ja tutkimusotoksen vertailua

		Koko aineisto		Tutkimusotos	
		Henkilöä	Osuus	Henkilöä	Osuus
ADL- hoivakö- yhdyys	Ei tarvitse apua	1133	79,0 %	898	77,0 %
	Tarvitsee ja saa riittävästi apua	266	18,5 %	236	20,2 %
	Ei saa riittävästi apua	35	2,4 %	32	2,7 %
IADL- hoivakö- yhdyys	Ei tarvitse apua	496	34,6 %	362	31,0 %
	Tarvitsee ja saa riittävästi apua	712	49,7 %	604	51,8 %
	Ei saa riittävästi apua	226	15,8 %	200	17,2 %
Koettu terveys	Hyvä tai melko hyvä	452	31,5 %	374	32,1 %
	Keskinkertainen	600	41,8 %	503	43,1 %
	Huono tai melko huono	310	21,6 %	289	24,8 %
	Puuttuu	72	5,0 %		0,0 %
Ikäryhmät	75-84 vuotta	1012	70,6 %	827	70,9 %
	85 vuotta täyttäneet	408	28,5 %	327	28,0 %
	Puuttuu	14	1,0 %	12	1,0 %
Sukupuoli	Nainen	937	65,3 %	740	63,5 %
	Mies	486	33,9 %	420	36,0 %
	Puuttuu	11	0,8 %	6	0,5 %
Riittääkö rahat	Rahat eivät riitä välttämättömään	34	2,4 %	28	2,4 %
	Rahat riittävät juuri ja juuri	468	32,6 %	384	32,9 %
	Rahat riittävät sopivasti	674	47,0 %	565	48,5 %
	Rahaa jää säästöön	149	10,4 %	130	11,1 %
	Puuttuu tai eos	109	7,6 %	59	5,1 %
Asuuko yksin	Yksin	724	50,5 %	591	50,7 %
	Yhdessä	666	46,4 %	548	47,0 %
	Puuttuu	44	3,1 %	27	2,3 %
Onko läheisten kanssa	ei läheisiä viikkotasolla	116	8,1 %	78	6,7 %
	Yksi läheinen viikkotasolla	286	19,9 %	226	19,4 %
	Kaksi läheistä viikkotasolla	369	25,7 %	302	25,9 %
	kolme tai enemmän läheistä viikkotasolla	663	46,2 %	560	48,0 %
Koulutus	Ei ammatillista koulutusta	523	36,5 %	436	37,4 %
	ammattikurssi	337	23,5 %	280	24,0 %
	Ammatillinen tutkinto	332	23,2 %	294	25,2 %
	Korkeakoulututkinto	102	7,1 %	94	8,1 %
	Puuttuu	140	9,8 %	62	5,3 %
Informaali apu	Ei informaalia apua	573	40,0 %	419	35,9 %
	Yksi auttaja viikossa	483	33,7 %	408	35,0 %
	Kaksi auttajaa viikossa	245	17,1 %	219	18,8 %
	Kolme tai enemmän auttajaa viikossa	133	9,3 %	120	10,3 %
Formaali apu	Ei viikkotasolla	1178	82,1 %	939	80,5 %
	Kyllä viikkotasolla	256	17,9 %	227	19,5 %

Liite 4. Itsearvioitu terveys 2010-2020 koko maa

	2014	2018	2020
Terveytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi kokevien osuus (%) info ind. 4333	37,5	33,2	36,8
Terveytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi kokevien osuus (%), 75 vuotta täyttäneet info ind. 4336	67,6	57,9	57,4

Liite1. Lähde THL Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi 2005-2019

Liite 5. Kappaleen 5.2. mallin vakioimattomat ja vakioidut vetosuhteet

Muuttujat	Huono tai melko huono terveys Vetosuhde (95 % luottamusväli)	
	Vakioimaton	Vakioitu
I sosiodemografiset muuttujat		
Mies (ref nainen)	0,80 (0,60-1,05)	0,97 (0,63-1,48)
Ikä 85 vuotta täyttäneet (Ref alle 85-vuotiaat)	2,19 (1,67-2,89)***	1,41 (0,93-2,13)
Asuu yhdessä jonkun kanssa (Ref asuu yksin)	0,91 (0,70-1,18)	1,18 (0,78-1,80)
Läheisiä kontaktissa vähintään viikkotasolla (ref ei läheisiä viikkotasolla)		
Yksi kontakti	0,86 (0,50-1,46)	0,38 (0,16-0,88)*
Kaksi kontaktia	0,66 (0,39-1,11)	0,27 (0,12-0,62)**
Kolme tai enemmän kontaktia	0,66 (0,41-1,09)	0,32 (0,14-0,73)*
II Resurssimuuttujat		
Ammatillinen koulutus (ref ei ammatillista koulutusta)	0,84 (0,64-1,09)	1,25 (0,19-1,38)
Taloudellinen tilanne (ref raha ei riitä välttämättömään)		
Riittää juuri ja juuri	0,32 (1,52-0,67)**	0,51 (0,19-1,38)
Riittää sopivasti	0,18 (0,08-0,37)***	0,42 (0,15-1,14)
Rahaa jää säästöön	0,147 (0,06-0,34)***	0,39 (0,11-1,09)
Formaalia apua viikkotasolla (ref ei apua viikkotasolla)	2,88 (2,24-3,71)***	1,30 (0,82-2,06)
Informaalia apua viikkotasolla (ref ei apua viikkotasolla)		
Yksi auttaja	2,66 (1,88-3,77)***	1,37 (0,79-2,25)
Kaksi auttajaa	3,97 (2,70-5,84)***	2,16 (1,20-3,89)*
Kolme tai enemmän auttajaa	4,59 (2,90-7,16)***	2,65 (1,32-5,33)*
III Terveydelliset muuttujat		
Pitkäaikaissairaudet (Ref ei sairauksia)		
Yksi	5,92 (2,09-16,83)***	4,9 (1,11-22,00)*
Useampia	51,12 (18,78-139,18)***	34,11 (7,93-146,69)***
Muistivaikeudet (ref ei vaikeuksia)		
Jonkin verran	1,37 (0,99-1,90)	0,79 (0,51-1,22)
Paljon	7,41 (4,6-11,98)***	1,86 (0,95-3,70)
IV Hoivaköyhyys		
IADL-hoivaköyhyys (ref ei IADL-avuntarvetta)		
Tarvitsee apua ja saa riittävästi	2,64 (1,58-4,41)***	2,11 (1,14-3,92)*
Hoivaköyhyys	21,34 (13,21-34,47)***	6,57 (3,27-13,20)***
ADL-hoivaköyhyys (ref ei ADL-avuntarvetta)		
Tarvitsee apua ja saa riittävästi	6,33 (4,66-8,60)***	1,93 (1,21-3,08)*
Hoivaköyhyys	11,31 (5,40-23,69)***	1,78 (0,70-4,58)