



➤ Haja-asutusalueella ilman säännöllistä kotihoitoa asuvien iäkkäiden kokemuksia terveydenhuollon palveluista

Kaija Siirilä¹, Anja Rantanen², Mira Palonen²

¹*Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue*

²*Tampereen yliopisto, Yhteiskuntatieteiden tiedekunta*

Tässä laadullisessa tutkimuksessa tarkastellaan haja-asutusalueella ilman säännöllistä kotihoitoa asuvien iäkkäiden suoria ja välillisiä kokemuksia terveydenhuollon palveluista. Väestön ikääntyessä terveydenhuollon palvelutarve kasvaa, ja samaan aikaan palvelut keskittyvät yhä enemmän kasvukeskuksiin. Toisaalta juuri haja-asutusalueella asuvien iäkkäiden palvelut ovat vaarassa vähentyä, erityisesti niillä, joilla on puutteita digitaidoissa. Aineisto muodostui kahdeksan länsisuomalaisella haja-asutusalueella ilman säännöllistä kotihoitoa asuvan yli 75-vuotiaan henkilön haastatteluista. Tutkimukseen osallistujat rekrytoitiin lumipallo-otannalla ja haastattelut toteutettiin avoimina yksilöhaastatteluina puhelimitse tai kasvotusten. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalysillä. Tutkimukseen osallistujat kokivat terveydenhuollon palveluiden saatavuuden ja saavutettavuuden heikentyneen ja siten vaikeuttaneen heidän asiointiaan. Palvelukokemus nähtiin merkityksellisenä, ja haastateltavat olivat kuitenkin varsin tyytyväisiä fyysisiin palveluihin niihin päästessään. Lähipalveluissa erityisesti hoitajan rooli oli merkittävä. Sähköiseen asiointiin suhtauduttiin ristiriitaisesti: se koettiin hankalaksi mutta samalla monien palveluiden saamisen ehdoksi. Osallisuutta omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon pidettiin tärkeänä, ja tähän liittyi keskeisesti kuulluksi tuleminen tunne. Läheisillä oli merkittävä rooli asioinnin tukena ja usein konkreettisena apuna palveluihin kulkemisessa.

Johdanto

Suomen väestö ikääntyy nopeasti sekä syntyyden pienemisen että odotetun elinajan pidentymisen vuoksi. Vuoteen 2030 mennessä väestössämme ennustetaan olevan yli 1,5 miljoonaa yli 65-vuotiasta. (Tilastokeskus 2022.)

Ennusteiden mukaan iäkkäiden suhteellinen määrä lisääntyy eniten yli 85-vuotiaiden ryhmässä (Kortelainen ym. 2020). Iäkkäät henkilöt elävät Suomessa toimintakyvyltään varsin itsenäistä elämää, mitä kuvaa se, että väestötasolla kolme neljästä 75 vuotta täyttäneestä ja puolet 85 vuotta täyttäneistä ei ole säännöllisesti

sen kotihoidon piirissä (THL 2022). Iäkkäiden terveys ja toimintakyky eivät kuitenkaan jatkautu väestössä tasaisesti. Enrothin (2017) väitöstutkimuksen mukaan yli 90-vuotiailla terveydentila oli parempi korkeammassa sosioekonomisessa asemassa olevilla. Matalan koulutustason, fyysisen työn ja pienituloisuuden on todettu liittyvän suurempiin toimintakyvyn ongelmiin ja merkitsevästi suurempaa sairastavuutta ja siten terveystalouden käyttöä (Hannikainen 2018). Iäkkään väestön toimintakyky on kuitenkin parantunut kaikissa ikäryhmissä viimeisten vuosikymmenten aikana (THL 2022). Ikääntyneiden toimintakykyä voidaan pyrkiä edistämään varhaisilla interventioilla, kuten ravitsemusneuvonnalla, liikunnan edistämällä ja tapaturmien ehkäisyllä (Hammar & Luoma 2016). Väestön ikääntymistä on tärkeää tarkastella valtakunnallisen tason lisäksi maakunnittain ja maakuntien sisällä kunnittain (Kuntaliitto 2022). On ennustettu, että vuonna 2030 suuressa osassa Suomen kunnista vähintään neljäsosa asukkaista on yli 75-vuotiaita (STM 2020). Tämä tarkoittaa merkittävää väestörakenteen muutosta, ja samalla iäkkäät tulevat tarvitsemaan yhä suuremman osuuden sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista (THL 2022). Määrällisesti suurinta iäkkäiden määrän kasvu on suurissa ja keskisuurissa kunnissa. Väestön ikääntyminen koskee kuitenkin laajasti myös haja-asutusalueiden maaseutuvoittoisia kuntia, jotka sijaitsevat kaukana kasvukeskuksista, sillä iäkkään väestön osuus koko väestöstä kasvaa tulevina vuosina merkittävästi erityisesti pienissä kunnissa (Kortelainen ym. 2020). Tämä vaikuttaa alueiden huoltosuhteeseen, elinvoimaisuuteen ja infrastruktuurin ylläpitämiseen (Helminen ym. 2017). Vuonna 2020 haja-asutusalueilla asuvien yli 75-vuotiaiden määrä oli noin 75 000 henkilöä (Tilastokeskus 2020). Samanaikaisesti ikärakenteen muuttuessa tietyt ryhmät ovat palvelurakennemuutoksen myötä vaarassa jäädä palveluiden katvealueelle; yksi näistä ryhmistä on juuri haja-asutusalueella asuvat iäkkäät (Eronen & Londén 2022).

Maaseutualueet voidaan luokitella maaseudun paikalliskeskukseksi, kaupungin läheiseen maaseutuun, ydinmaaseutuun ja harvaan asuttuun maaseutuun. Tähän tutkimukseen osallistujat asuivat pääosin harvaan asutulla maaseudulla ja muutama ydinmaaseutuun luokiteltavalla alueella. Maaseudun paikalliskeskukset ovat kaupunkialueiden ulkopuolisia suurehkoja, osin kaupunkimaisia taajamia. Kaupungin läheinen maaseutu puolestaan on maaseutumaisista aluetta, jonka voidaan nähdä olevan toiminnallisesti ja fyysisesti lähellä kaupunkialueita. Se sisältää taajama-alueita, ydinmaaseudun kaltaisia alueita sekä harvaan asuttuja alueita. Ydinmaaseutu voidaan määrittellä suhteellisen tiiviisti asutetuksi alueeksi, jossa on vahvaa alkutuotantoa tai muuta maataloustoimintaa. Vastaavasti harvaan asutettu maaseutu on aluetta, joka on elinkeinorakenteeltaan yksipuolista ja sijaitsee kaukana keskuksista ja jossa välimatkat asutuksen välillä ovat pitkiä. Asutusrakenne on hajanainen, ja harvojen taajama-alueiden välissä on laajoja asumattomia alueita. (Helminen ym. 2014; 2017). Aluepohjaiseen tai etäisyyskysymyksiin perustuvan luokittelun lisäksi haja-asutusalueen, maaseutumaisuuden, voidaan nähdä olevan myös kulttuurinen tai kokemuksellinen tila. Kulttuurisesti katsoen maaseutu saatetaan edelleen liittää maanviljelykseen tai luontoon yhteiskunnallisen elinkeinorakenteen muutoksesta huolimatta. Kokemuksellisesti katsoen paikan merkitys yksilölle perustuu tunteisiin, joita ohjaavat hänen kokemuksensa, mieltymyksensä ja kiintymyksensä tiettyä paikkaa kohtaan. (Kilpeläinen 2016.) Tässä tutkimuksessa haja-asutusalueella tarkoitetaan vielä tarkemmin taajama-alueen ulkopuolista aluetta, jossa iäkkäillä ei ole käytössään lähipalveluita, vaan heidän tulee hakeutua näihin palveluihin välimatkan päästä.

Mylläri ja kumppanit (2014) totesivat tutkimuksessaan jo liki kymmenen vuotta sitten, että osa iäkkäistä hakeutuu terveydenhuollon palveluja tarvitessaan suoraan erikoissairaanhoidon päivystykseen, koska kokevat ongel-

mia perusterveydenhuollon palveluiden saata-
vuudessa. Tämä pitkään jatkunut vanhuspalve-
luiden alimitoitus näkyy nyt yhä selkeämmin
kriisiytyneenä tilanteena erityisesti suurten
sairaaloiden päivystyksissä. Myös Aallon ja
kumppaneiden (2017) terveydenhuollon pal-
velujen asiakaslähtöisyyttä koskevan tutkimuk-
sen mukaan eniten ongelmia oli hoitoon pää-
syssä ja mahdollisuuksissa osallistua hoitoon.
Iäkkäiden kokemaan elämänlaatuun liittyi tie-
toisuus olemassa olevista terveyspalveluista,
niiden saatavuus sekä mahdollisuus osallistua
hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Iäkkäiden
kokemusten mukaan tiedon saanti palveluista
on kuitenkin vaikeaa ja se on riippuvaista hoi-
totyöntekijöiden hyvästä tahdosta ja iäkkäiden
omista taloudellisista resursseista. (Tiilikainen
ym. 2019.)

Sekä kotimaisissa että kansainvälisissä tut-
kimuksissa on tarkasteltu iäkkäiden henkilöi-
den osallisuutta yhteiskuntaan sekä terveys-
palveluihin. Osallisuutta kokevilla iäkkäillä
on havaittu olevan vähemmän kroonisia sai-
rauksia (Levasseur ym. 2010; Cherry ym.
2011; Tomaszewski 2013) ja toimintakyvyn
rajoitteita (Tomioka ym. 2018). Toisaalta iäk-
käiden osallisuus voi olla erilaisista asioiden
edellytyksistä johtuen ehdollista, ja ulkopuo-
lisuuden kokemukset voivat estää osallisuutta
(Tamminen & Pirhonen 2021).

Terveydenhuollon palvelut muuttuvat no-
peasti. Palvelut keskittyvät kasvukeskuksiin,
ja sähköisesti tarjottavien palveluiden määrä
lisääntyy. Palveluiden sähköistämisen yhte-
nä tavoitteena on kannustaa väestöä entistä
aktiivisemmin ottamaan vastuuta oman hy-
vinvointinsa ylläpitämisessä ja edistämisessä.
(Rosenlund & Kinnunen 2018.) Iäkkäiden
omia kokemuksia terveydenhuollon palveluis-
ta, esimerkiksi niiden saavutettavuudesta ja toi-
mivuudesta, on kuitenkin tutkittu melko vähän,
varsinkin ilman säännöllistä kotihoitoa elävien
tai haja-asutusalueella asuvien iäkkäiden näkö-
kulmasta. Tätä tietoa lisäämällä on mahdollista
kehittää terveyspalvelujärjestelmää tukemaan
haja-asutusalueella asuvien iäkkäiden itsenäis-

tä arjessa selviytymistä. Kuten edellä todettiin,
kokemukset terveyspalveluista ulottuvat usein
välittömien, kyseistä palveluhetkeä koskevien,
kokemusten lisäksi myös välillisiin kokemuk-
siin eli siihen, millaisena oma elämä ja asuin-
ympäristö sekä oma osallisuus nähdään suh-
teessa terveyspalveluihin ja niiden käyttöön.
Näistä syistä tässä tutkimuksessa on huomioi-
tu kaikki kokemukset, joita tutkimukseen osal-
listajat ovat terveyspalveluihin itse liittäneet.

Tarkoitus ja tavoite

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata haja-
asutusalueella ilman säännöllistä kotihoitoa
asuvien iäkkäiden kokemuksia terveydenhuol-
lon palveluista. Tavoitteena oli tuottaa tietoa,
jota voidaan hyödyntää kehitettäessä tervey-
denhuollon palveluja vastaamaan aiempaa pa-
remmin haja-asutusalueella elävien ikäihmis-
ten tarpeita.

Tässä tutkimuksessa kokemuksella tarkoite-
taan henkilön itsensä sanoittamia sekä sosiaa-
lisessa kontekstissa syntyviä terveydenhuollon
palveluihin liittyviä kokemuksia (Bleiker ym.
2019). Aineiston analyysiin on otettu mukaan
myös välilliset kokemukset, kuten terveyspal-
veluiden käyttöä ja saavutettavuutta sekä osal-
lisuutta kuvaavat sisällöt.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimukseen osallistujat ja aineiston
keruu

Tutkimusaineiston keräsi ensimmäinen kirjoit-
taja, jota kutsutaan tässä tutkijaksi. Aineisto
kerättiin haastattelemalla kahdeksaa länsisuo-
malaista taajama-alueen ulkopuolella ilman
säännöllistä kotihoitoa asuvaa iäkästä henki-
löä. Osallistujat rekrytoitiin lumipallo-otan-
nalla (*snowball sampling*, Polit & Beck 2018).
Avainhenkilöiksi valittiin kaksi tiedonantajaa.
He olivat tutkijalle ennalta tuttuja, joten hän

tiesi pääpiirteissään tiedonantajien asuinym-
päristön ja elämäntilanteen. Tämän perusteella
heidän todettiin soveltuvan tiedonantajiksi
kuvaamaan haja-asutusalueella asuvien ko-
kemuksia (Flick 2014; Polit & Beck 2018.)
Ensimmäisten haastattelujen jälkeen nämä
osallistujat johdattivat tutkijan uusien tiedon-
antajien luokse nimeämällä heitä esimerkiksi
ystävistään, tutuistaan tai muusta lähipiiris-
tään (Sadler ym. 2010). Lumipallo-otannalla
tutkimukseen osallistui henkilöitä, jotka muil-
la rekrytointimenetelmillä olisivat olleet vai-
keasti saavutettavissa. Alue, jolta osallistujat
rekrytoitiin, kuuluu tutkijan työpaikan yhteis-
työalueeseen, mutta hän ei työskentele alueella.
Sairaanhoitopiirin alueeseen kuuluu kuitenkin
lukuisia alueita, joilla on samanlainen palvelu-
rakenne ja väestöpohja, joten toimintaympäris-
tö ja palvelurakenne olivat tutkijalle ennestään
tuttuja. Lisäksi tutkijan omat läheiset elävät ai-
hepiirin mukaista arkea samoin reunaehdoin,
mutta toisaalla.

Tutkija oli yhteydessä tutkimukseen rekry-
toitaviin henkilöihin ennakoivalla puhelinsoi-
tolla, jossa hän kertoi alustavasti tutkimuksesta
ja jätti harkinta-aikaa osallistumiseen. Uudessa
puhelussa muutaman päivän kuluttua varmist-
ettiin tutkimukseen osallistumisen vapaaeh-
toisuus sekä sovittiin haastattelu-aika ja -tapa.
Samalla käsiteltiin haastattelun kulkua ja tut-
kimustiedotetta. Lomake tietoon perustuvasta
suostumuksesta, tutkimustiedote ja tutkimus-
kysymys toimitettiin haastateltaville etukäteen,
jolloin tutkimukseen osallistujille jäi aikaa tu-
tustua tutkimuksen aihepiiriin. (Lumme-
Sandt 2017.) Haastatteluiden alussa jokaiselta
osallistujalta pyydettiin lupa haastattelun nau-
hoittamiseen ja varmistettiin osallistumisen va-
paaehtoisuus (TENK 2019).

Tutkimukseen osallistujista neljä oli mie-
hiä ja neljä naisia. Heidän ikänsä oli 80–90
vuotta. Kaikilla oli joku tai joitakin perussai-
rauksia, joiden vuoksi he tarvitsivat terveyden-
huollon palveluita, kuten lääkäri-, hoitaja-, la-
boratorio- ja rokotepalveluita, terveysneuvon-
taa tai muistineuvolapalveluita. Palveluntarve

vaihteli siten, että enimmillään terveyspalve-
luita käytettiin kerran viikossa ja harvemmil-
laan joitain kertoja vuodessa. Kaikki käyttivät
julkista terveydenhuoltoa, ja yksi lisäksi yksityi-
siä palveluita. Perusterveydenhuollon palvelut,
kuten hammashoito, lääkäripalvelut, röntgen
tai sairaanhoitajan neuvontavastaanotto, sijait-
sivat kuntataajamassa 30–40 kilometrin päässä.
Erikoissairaanhoidon palveluihin oli etäisyyt-
tä 80–100 kilometriä. Kahdella tutkimukseen
osallistujalla oli käytettävissä kerran viikossa
3–5 kilometrin päässä laboratorion ja diabetes-
hoitajan palvelut, jotka he mielsivät lähipalve-
luiksi. Kaikki tutkimukseen osallistujat asuivat
omakotitalossa; kolme puolison kanssa ja vii-
si yksin. Kaikki olivat käyneet kansakoulun, ja
lisäksi kaksi oli suorittanut yksittäisiä kursseja.
Työelämässä he olivat toimineet maatalous- ja
tehdastyössä sekä yrittäjänä.

Haastattelut toteutettiin huhti–kesäkuus-
sa 2021. Covid-19-pandemiasta johtuen kak-
si haastattelua toteutettiin puhelimitse ja lo-
put kuusi haastateltavien toiveesta kasvokkain
haastateltavien kotona joko ulkotiloissa tai si-
sätiloissa, jolloin tutkija suojaasi haastateltavia ja
itseään hengityssuojaimella. Haastattelut nau-
hoitettiin, ja yhden haastattelun nauhoitettu
osuus kesti keskimäärin yhden tunnin (25–118
minuuttia). Aineisto kerättiin avoimilla yksi-
löhaastatteluilla, joissa esitettiin yksi haastat-
telukysymys koskien osallistujien kokemuksia
terveydenhuollon palveluista. Lisäksi esitettiin
taustakysymyksiä koskien tutkimukseen osal-
listujien ikää, asumismuotoa sekä koulutusta.
Aihetta lähestyttiin avoimella haastattelu-
menetelmällä, jotta tutkimukseen osallistu-
vien iäkkäiden omat kokemukset saivat mah-
dollisimman paljon tilaa, eikä tutkija ohjannut
keskustelun kulkua. Tutkija kuitenkin saattoi
johdattaa keskustelun aiemmin mainittuihin
sisältöihin, jotta aiheen käsittelyä voitiin sy-
ventää. (DiCicco-Bloom & Crabtree 2006;
Sorsa ym. 2015.)

Aineiston analyysi

Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällyönanalyysillä: tutkimukseen osallistujien yksittäiset havainnot yhdistettiin laajemmaksi kokonaisuudeksi muodostamalla niistä analyysin perusteella yleisiä johtopäätöksiä kohti tutkitavan ilmiön teoreettista kuvausta (Bengtsson 2016; Graneheim ym. 2017). Haastattelut litteroitiin sanatarkasti. Litteroitua aineistoa kertyi 63 sivua fonttikoolla 1,5 (Times New Roman) ja rivivälillä 1. Aineiston analyysi aloitettiin tekstin litterointivaiheessa tekstimuutinpänoilla keskeisistä havainnoista. Litteroitu

aineisto luettiin läpi useaan kertaan poimien erillisiin tekstitiedostoihin kaikki tutkimustehtävään vastaavat merkitykselliset ilmaisut (n=246). Nämä pelkistettiin pyrkien säilyttämään niiden olennainen sisältö samalla alkuperäisilmaisuun liittäen, jotta niihin palaaminen oli mahdollista. Samaa tarkoittavat pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin 11 alaluokkaan ja samansisältöiset alaluokat neljään yläluokkaan analyysin abstraktiotasoa nostoen (ks. taulukko 1). Alkuperäisiin ilmauksiin palattiin toistuvasti analyysin aikana pyrkien täten varmistamaan tulkinnan oikeellisuus. (Polit & Beck 2018.)

Taulukko1. Esimerkki analyysin etenemisestä.

Alkuperäisilmaus	Pelkistys	Alakategoria	Yläkategoria
<i>Tytär tilas meille sanomalehrensänsä takia, että saataas tietoa näistä terveyskeskuksen aijoosta ja numeroosta. (H2)</i>	Tytär tilasi sanomalehden helpottaakseen iäkstä löytämään terveysaseman yhteystietoja. (H2)	Heikentynyt palveluiden saavutettavuus	Heikentynyt palvelujen saatavuus ja saavutettavuus
<i>En itte enää tiärä mitään mihinkä soittaa [ajanvarausta], ei oo enää puhelinluetteloota johona olis numerot. (H5)</i>	Ei tiedä mistä numerosta soittaa aikaa terveysasemalle. (H5)		
<i>Siinä tulee sellainen epätoivo, kun yrität päästä puhelimella läpi, etkä saa ketään kiinni ja sitten ne loppuu ne pistokset... (H6)</i>	Epätoivo, kun ei pääse puhelimitse ajanvaraukseen. (H6)		
<i>Ennen mä olisin käyny kirkolla terveystaloolla hoitajalta kysymäs että onko sinne kirjootettu mitää, mutta siälä [oma ta:lla] ei oo enää ketää. (H1)</i>	Omalla terveysasemalla ei enää hoitajaa, jolta käydä kysymässä asioita. (H1)	Lähipalveluiden heikentyminen	
<i>Huonosti on asiat täällä kaikki palvelut loppunu tai ainakin huonontunut... siis vähenny. (H2)</i>	Kaikki lähipalvelut ovat vähentyneet. (H2)		
<i>Sanoon, että älä ny nuan pirun hulluja puhu, että meillä mitää lääkäriä olis... sehän ny lähti niin aiat sitte tai viätihin... (H5)</i>	Lääkäripalvelut loppuneet lähiterveysasemalta. (H5)		

Eettiset kysymykset

Tutkimuksen kaikissa vaiheissa noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä (TENK 2012; 2019). Tutkimukselle ei tarvittu tutkimuslupaa tai eettistä ennakkoarviointia (TENK 2019). Sen sijaan haastattelututkimukseen osallistuminen edellytti osallistujien antamaa tietoon perustuvaa suostumusta (Bhutta 2004). Tutkimukseen osallistuminen oli haastateltaville vapaaehtoista, ja heillä oli mahdollisuus keskeyttää tai perua osallistuminen milloin tahansa tutkijalle ilmoittamalla. Tämä tuotiin esiin tutkimustiedotteessa, suullisessa keskustelussa haastattelua sovittaessa sekä jokaisen haastattelun alussa. (TENK 2012.)

Osallistujien luottamusta tutkimukseen osallistumiseen paransi rekrytointitilanteessa tieto edellisestä tiedonantajasta. Tämä aiheutti lumipallo-otantaan liittyvän tutkimuseettisen ongelman siitä, että vastaajien kesken ei voitu säilyttää täydellistä anonymiteettiä. Tiedonantajista kerrottiin vain niille henkilöille, joille se oli välttämätöntä. Tiedonantajien anonymiteetti on kuitenkin säilytetty tutkimuksesta raportoituessa. (Sadler ym. 2010; Kuula 2011.)

Luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa käytettiin laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereitä uskottavuus, vahvistettavuus, siirrettävyys ja refleksiivisyys (Horsburgh 2003; Graneheim & Lundman 2004).

Lumipallo-otantaa käyttämällä oli mahdollista tavoittaa vaikeasti saavutettavissa oleva kohderyhmä, minkä voidaan katsoa vahvistavan tutkimuksen uskottavuutta. Haja-asutusalueella ilman kotihoidon palveluita elävien iäkkäiden rekrytointi organisaatioiden, järjestöjen tai sähköisten kanavien kautta olisi ollut vaikeaa, ja tutkijoiden esiyymäryksen mukaan näin olisi saatu esiin lähinnä haja-asutusalueella asuvien aktiivisimman osan ääni.

Uskottavuutta vahvistaa lisäksi tutkimukseen osallistuneiden äänen säilyttäminen läpi analyysin ja sen esiin tuominen autenttisilla lainauksilla. (Graneheim & Lundman 2004.) Uskottavuutta heikentävänä tekijänä voidaan pitää sitä, että tiedonantajilla oli jossain määrin sosiaalisia yhteyksiä keskenään, ja osallistujat edustivat siten melko homogeenistä ryhmää, jolloin näkökulma aiheeseen on saattanut kapeutua (Sadler ym. 2010).

Vahvistettavuuden lisäämiseksi tutkimusprosessi kuvattiin tarkasti ja tutkimuspäiväkirjaa hyödynnettiin koko tutkimusprosessin ajan reflektoinnin tukena (Graneheim & Lundman 2004; Elo ym. 2014). Tutkimuksen alussa tutkimuspäiväkirja toimi ideointialustana, jonka avulla haettiin tutkimuksen näkökulmia ja lähestymistapoja. Sen merkitys korostui erityisesti tiedonkeruuvaiheessa. Haastattelutilanteissa päiväkirjaan merkittiin tunnelmia, sanattomia viestejä, haastateltavien mielialoja ja tutkijan reflektointia suhteessa alkuperäisaineistoon. Tutkimuspäiväkirjaan muotoutui lisäksi tutkijan oivalluksia, alustavaa analyysia sekä lähdeviitteitä, joita täydennettiin ja hyödynnettiin läpi analyysi- ja raportointivaiheiden.

Tulosten siirrettävyyttä vahvistettiin kirjaimella selkeästi muistiin tutkimusilmion käsitteet, tutkimukseen osallistujat ja tutkimusympäristö (Graneheim & Lundman 2004; Elo ym. 2014). Lisäksi tulokset linkitettiin siihen kontekstiin, jossa ne oli tuotettu (Graneheim & Lundman 2014).

Refleksiivisyyttä vahvistaa se, että tutkimuksen aihepiiri oli tutkijalle tuttu ja merkityksellinen sekä ammatillisesti sairaanhoitajan työstä että omien läheisten kautta. Pitkä kokemus voisi toimia myös refleksiivisyyttä heikentävänä tekijänä, ilmentyen ennakkokäsityksinä. Tämä huomioitiin koko tutkimusprosessin ajan. Tutkijan ennakkokäsitykset tiedostettiin ja tiedostamisen kautta pyrittiin mahdollisimman ennakkokäsityksistä vapaaseen tulosten analysointiin. (Horsburgh 2003.) Tuloksista ja niiden merkityksestä keskusteltiin tutkimusryhmän kesken.

Tulokset

Haja-asutusalueella ilman säännöllistä kotihoitoa asuvien iäkkäiden kokemukset terveydenhuollon palveluista muodostuivat heiken-

tyneestä palvelujen saatavuudesta, palvelukokemuksen merkityksellisyydestä, osallisuudesta palveluissa sekä läheisten keskeisestä roolista (taulukko 2).

Taulukko 2. Haja-asutusalueella asuvien iäkkäiden kokemuksia terveydenhuollon palveluista.

Yläluokat	Alaluokat
Heikentynyt palvelujen saatavuus ja saavutettavuus	Palveluiden saavutettavuuden vaikeus Lähipalveluiden heikentyminen Palveluihin liikkumisen haastavuus
Palvelukokemuksen merkityksellisyys	Tyytyväisyys palveluihin Hoitajan roolin tärkeys Sähköisen asioinnin ristiriitaisuus
Osallisuus palveluissa	Päätöksentekoon osallistuminen Kuulluksi tuleminen Itsensä tärkeäksi kokeminen
Läheisten keskeinen rooli	Läheiset asioinnin tukena Läheiset asianmukaisen hoidon turvaajina

Heikentynyt palvelujen saatavuus ja saavutettavuus

Haja-asutusalueella ilman säännöllistä kotihoitoa asuvat iäkkäät kokivat *palveluiden saavutettavuuden vaikeutta*. Tämä ilmeni hankaluutena löytää puhelinnumeroita terveydenhuollon palveluihin; sanomalehdistä niitä oli huonosti löydettävissä, ja osa iäkkäistä kaipasi paperisia puhelinluetteloita yhteystietojen hakemiseen. Yhteystietoja oli vaikea löytää, kun ei käyttänyt tietokonetta. Tietoa palveluista saatiin parhaiten läheisiltä tai toisilta iäkkäiltä. Terveyspalveluiden tarve ilmaantui usein nopeasti, mikä aiheutti pelkoa sekä turvattu- muutta siitä, löytääkö oikeaa yhteystietoa saadakseen apua. Tarjolla olevat palvelut jäivät osittain käyttämättä, koska ei ollut tietoa siitä, mitä palvelua oli saatavilla tai miten sitä voi hakea. Lisäksi epävarmuutta aiheutti sovittuun palvelutoimipisteeseen löytäminen. Iäkkäiden

oli vaikea hallita terveydenhuollon nopeaa muutosvauhtia ja pysyä muutoksessa mukana. Heillä oli hankaluuksia tarkistaa, oliko sovitut läheteet laitettu eteenpäin, seurattiinko verikoevastauksia tai järjestyivät- kö luvatut seurantakäynnit. He tunsivat huolta ja epävarmuutta, jopa vihan tunteita, kun terveydenhuollon toimijat eivät soittaneet luvatus- ti tai iäkkäät eivät itse saaneet puhelimella heihin yhteyttä. Iäkkäät uskoivat voivansa asua pidempään kotona, jos tietäisivät mistä apua oli saatavilla tarvittaessa. Eräs haastateltavista (H1) totesi: *Ongelma on ollu ku ei tiärä, että keltä kysyy ja kelle soittaa jos jotaki apua tarvittoo... ku sitte on päästy jonku pubeelle on asiat menny hyvi...* Palvelua oli siis saatavilla, kun osasi kysyä sitä oikeasta paikasta ja sai yhteyden terveydenhuoltoon.

Lähipalveluiden heikentyminen merkitsi iäkkäille fyysisesti läheltä saatavien palvelujen loppumista. Lähi-terveysasemalla saattoi saada vie-

lä laboratoriapalveluja ja diabeteshoitajan palvelua, mutta esimerkiksi sydänfilmin vuoksi joutui matkustamaan useiden kymmenien kilometrien päähän. Hoitajan vastaanoton loppuminen lähiterveysasemalla oli menetys ja vaikeutti iäkkäiden elämää. He ymmärsivät palveluiden keskittämisen maaseudun väestön vähetessä, mutta pitkät välimatkat olivat raskaita ja palvelut kaukana. Tämä kiteytyi haastateltavan (H2) toteamukseen: *Kaikki täällä loppuu vähän kerrallansa, loppuiksi sammutetahan valot ja laitetaan ovet kiinni. Aikaisemmin iäkkäät olivat käyneet hoitajan luona tekemässä ajanvarauksia sekä kysymässä yhteystietoja, neuvoja ja hoito-ohjeita. Lisäksi hoitajalta oli saanut tukea psyykkiseen jaksamiseen. Yhteiskunnan tarjoamat palvelut olivat tähän asti mahdollistaneet asumisen haja-asutusalueella. Tutkimukseen osallistujat toivat esiin sen, että kotona selviytymistä ilman päivittäistä avuntarvetta tulisi arvostaa. Tämän toivottiin näkyvän palveluiden tarjoamisena silloin, kun niille on tarvetta. Eräs haastateltavista (H1) totesi: *Ajattelen mä niinki, että ollaan säästetty yhteiskunnan varoja palio kun ollaan omillamma ja huolebritahan ittestämmä... niin olisha se tasapualista jotta saataas kans sitte palvelua ku sitä tarvittemma...* Yleisesti ottaen kotona oli hyvä asua, mutta lähipalveluita karsimalla yhteiskunta ei iäkkäiden näkökulmasta tue oman näköistä elämää maaseudulla.*

Palveluihin liikkumisen haastavuus konkretisoi heikentynyttä palveluiden saatavuutta. Bussiliikennettä oli vähän, eikä omalla autolla kulkeminen ollut aina mahdollista, jos taloudessa ei ollut ajokorttia tai ajokyky oli heikentynyt. Toisaalta niillä, joilla oli oma auto käytössä, itsenäisesti kulkeminen mahdollisti omatoimisen asioinnin. Ilman omaa autoa terveyspalveluihin, varsinkin etäällä oleviin palveluihin, pääseminen oli vaikeaa, eikä naapurita tai läheistä haluttu vaivata kuljetusapuun. Läheisten oli vaikea resursoida aikaa varsinkin koko päivän kestäviin sairaalassa käynteihin, ja taksilla kulkeminen koettiin paitsi kiusallisena myös kalliina muiden elämisen kulujen lisäksi.

Eräs haastateltava (H5) kuvasi tilannetta näin: *Se on aina, jos tuloo jotaki niin lähäre pääasemalle tai [keskussairaalaapaikkakunta]... niin millä meet. Ja taksilla jos menöö niin se on 50 euroa ja mulla on raha tiukas. On niin paljo lääkemenoja ja muuta, täs omakotitalos menoja... poika on sanonu kyllä, että auttaa ja kuljettaa, mutta ei kehtaasi aina olla sitä vailla. Kulkemisen hankaluuden vuoksi iäkkäät pelkäsivät etukäteen tilanteita, joissa voivat joutua käyttämään terveyspalveluita.*

Palvelukokemuksen merkityksellisyys

Tyytyväisyys terveydenhuollon palveluihin näkyi siinä, että etenkin omassa terveyskeskuksessa asiakasta kunnioitettiin ja palvelu oli toimivaa, kunhan iäkäs pääsi sen piiriin. Hyvänä palveluna pidettiin sitä, että asioihin paneuduttiin, iäkästä tutkittiin ja hoidettiin. Eräs haastateltavista (H1) sanoi: *...silloon ne palvelut on ollu hyviä, että ne on ottanu asiahan beti kiinni... ja aivan asiallisesti meitä on kohreltu. Kiireettömän hoidon odottaminen ei haitannut. Iäkkäät arvostivat terveydenhuollon ammattilaisten yhteydenottoa heihin itseensä tai läheisiin. Erityisesti lääkärin yhteydenotot olivat merkittäviä. Osana merkityksellistä palvelukokonaisuutta kuvattiin hoidon jatkuvuutta. Se ilmeni hoitajan antaessa seuraavan ajan käynnin yhteydessä. Samoin esimerkiksi silmänpohjakuvauksiin tuli säännöllisesti kutsu ilman, että iäkkään tarvitsi itse siitä huolehtia. Hoidon jatkuvuuden näkökulmasta tärkeänä pidettiin lisäksi hoitosuunnitelman kertomista asiakkaalle itselleen. Lähipalveluiden vähentymistä konkretisoi kokemus siitä, että kukaan ei välttämättä vastannut iäkkäiden asioista tai he joutuivat hakemaan uudelleen lähetteen sairaalan poliklinikan vaihtuessa. Haastateltava (H7) sanoitti kokemuksensa näin: *No se antoi numeron, ja yritin soittaa siihen vaikka kuinka kauan aamulla ja illalla ja päivällä, mutta ei vastata... soitin monta viikkoa siihen hoitajan numeroon, mutta kukaan ei vastannut. Aiemmin iäkkäät kutsuttiin säännöllisesti terveystarkastuksiin**

ja sieltä ohjattiin tarvittaviin palveluihin. Näin hoidon jatkuvuus turvattiin seuraamalla iäkään sairautta pidempiaikaisesti.

Hoitajan roolin tärkeys korostui osana merkityksellistä palvelukokemusta. Hoitaja nähtiin ohjauksen asiantuntijana, jonka antamaan neuvontaan iäkkäät olivat tyytyväisiä. Hoitaja asioi tarvittaessa lääkärin kanssa asiakkaan puolesta esimerkiksi silloin, kun lääkärin vastaanotolle oli vaikea saada aikaa tai kulkeminen pidemmän matkan takaa oli hankalaa. Eräs haastateltava (H2) ilmaisi asian näin: *Ollahan kaivattu sellaista neuvontapalvelua täällä omalla kylällä, vaikka kolme tuntia viikos niin vois käyrä kysymäs asioota ja tilaamas aikaa, ei sitä läheskää aina lääkäriä tarvittis vaan hoitaja riittääs tosi hyvin.* Mahdollisuus asioida hoitajan kanssa toi iäkkäille turvallisuuden, välittämisen ja järjestelmään kuulumisen tunnetta. Tähän riitti edellä kuvatun kaltaisesti lyhytkin palveluaika omalla terveysasemalla. Hoitajan merkitykselliseen rooliin kuului yhtenä osana asiakkaan kokonaisvaltainen huomioiminen. Esimerkiksi diabeteshoitajalle pystyi puhumaan mieltä askarruttavista asioista yleisesti. Lisäksi hoitajan puhelu kotona selviytymisen kartoittamiseksi olivat tärkeitä. Iäkkäät arvostivat sitä, että oireiden ja fyysisen terveyden hoitamisen lisäksi hoitaja kysyi jaksamisesta ja esimerkiksi asumisesta tai yksinäisyydestä.

Iäkkäät toivoivat, että yksi henkilö huolehtisi kokonaisvaltaisesti heidän asioistaan eikä hoitovastuuta siirrettäisi paikasta toiseen. Yksi haastateltava (H7) kuvasi toivetta näin: *Paljon pompotellaan paikasta toiseen. Olisikin yksi hoitaja tai yksi lääkäri, joka hoitaisi asiani... olisi sellainen yhdyshenkilö, johon voisin ottaa yhteyttä ja voisin tietää, että hän huolehtisi...* Ilman lähipalveluita iäkkäät tunsivat olevansa kuin unohdettuja kotiinsa. Eräs haastateltavista (H1) totesi: *Ku ei saa palvelua täältä eikä seurustele tietokoneen kans niin aivan ku olis unohrettu meivät kaikki tänne mökkeihimmä... välillä tuntuu että maailma kulukoo omaa reititä ja me täällä ollahan aiva purottu kelekasta.* Yksi hoitajan tärkeä rooli oli toimia kannusta-

jana esimerkiksi hoitotoimenpiteissä ja omahoidossa.

Iäkkäille *sähköinen asiointi oli ristiriitaista.* Kaikki eivät käyttäneet sähköisiä palveluita eivätkä omistaneet, eivät olleet koskaan käyttäneet tai eivät uskoneet oppivansa käyttämään tietokonetta. Eräs haastateltavista (H5) sanoi: *...ei millään... aivan pelekää koko sanaakin [tietokone]... Myös älypuhelimien käyttö asiointissa oli iäkkäille vaikeaa, eivätkä he voineet hyödyntää puhelimen näytöltä ajanvarausta koskevia viestejä joko puutteellisen osaamisen tai heikon näkökykynsä vuoksi. Lisäksi sähköisessä ajanvarauksessa käytetty kieli oli vaikeasti ymmärrettävää. Terveyskeskuksen takaisinsoittojärjestelmän käyttökin tuotti vaikeuksia. Iäkkäät totesivat tietokoneen käytön ja sähköisen asioinnin kuuluvan nuoremmille ja koulutetummille eikä kuuluvan maalaiskylän elämään. Iäkkäät, jotka eivät asioineet terveyspalveluissa sähköisesti, kokivat ulkopuolisuuden tunnetta. Se merkitsi heille laajaa ja tarkoituksellista palveluiden ulkopuolelle jättämistä. Yksi haastateltavista (H4) totesi: *...tuntuu että jää paitsi verorahoilla tuotetuista palveluista, joihin vois olla oikeus, kun ei tiijä mitä on tarjolla... ne tietokoneen käyttäjät sitte käy niissä ja me ei edes tiijetä että mitä järjestetään... Se on vähän niinku oltaisiin kaikesta paitsi ja toises luokas, kun ei asioida koneella.**

Sähköinen asiointi nähtiin palveluiden saannin edellytyksenä riippumatta siitä, oliko siihen taitoja tai halukkuutta. Kaiken tiedon koettiin olevan verkossa ja tietokonetta käyttämättömien jäävän siten ilman palveluita. Haastatteluaikana ajankohtaisiksi esimerkeiksi nostettiin koronarokotusajanvaraus tai sähköistä asiointia koskevaan tutkimukseen osallistuminen vain sähköisesti. Iäkkäät olivat myös saaneet ohjeeksi selvittää itsenäisesti internetistä sairauksiensa hoito-ohjeita. Iäkkäät kokivat, että yhteiskunnassa kaikkien odotetaan asioivan älylaittein ja että haja-asutusalueella ei enää pärjää ilman sähköistä asiointia. Toisaalta sähköisessä asiointissa onnistumisen kokemukset lisäsivät tyytyväisyyt-

tä. Esimerkiksi omatoiminen asiointi Kanta-palvelussa helpotti arkea. Mahdollisuus hoitaa asioita puhelimitse tietokoneen sijaan koettiin hyvänä palveluna. Yksi haastateltavista (H1) iloitsi: *...tuonne mä nyt soitin niitä rokotuksia ja kyllä mä osasin sen [takaisinsoittojärjestelmän].*

Osallisuus palveluissa

Päätöksentekoon osallistuminen oli iäkkäille merkityksellistä osallisuuden kokemisessa. Yksi haastateltavista (H7) korosti asian tärkeyttä näin: *Siellä kysyttiin sitten myös minulta, että mitä mieltä olen hoidosta...* Aina iäkkäillä ei ollut mahdollisuutta osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon, eikä heidän mielipidettä otettu huomioon. Esimerkiksi verikokeita oli otettu niin sanotusti turhaan iäkkään omaa mielipidettä kysymättä. *Kuulluksi tuleminen* merkitsi iäkkäille oikeutta ilmaista mielipiteensä. Eräs haastateltava (H3) totesi: *...kyllä asiansa pitää saada sanoa niin että joku kuuntelee...* Iäkkäiden näkemysten mukaan heidän huoliaan ei aina otettu todesta heidän hakiesaan apua tai jatkohoitoon pääsyä joutui odottamaan pitkään. Esimerkiksi puolison kanssa ei ollut mahdollisuutta päästä yhtä aikaa koronarokotukseen, vaikka muistisairasta puolisoa ei voinut jättää yksin rokotuksen ajaksi.

Itsensä tärkeäksi kokeminen ilmensi osallisuuden kokemusta. Iäkkäille oli merkityksellistä, että lääkäri paneutui heidän asioihinsa ja että asia tuntui olevan lääkärille tärkeä. Yksi haastateltavista (H6) sanoi: *Se [lääkärin nimi] oli kyllä hyvä lääkäri, se otti asiaksi ja perehtyi meidän vanhojenki asioihin... Se kattoi silimiin ja oli ihminen ihmiselle, tuntui että asiani oli sille tärkeä.*

Läheisten keskeinen rooli

Kokemukset terveyspalveluista ja niiden saavutettavuudesta liittyivät usein läheisten keskeiseen rooliin. *Läheiset* toimivat *asioinnin tukena*, mikä tarkoitti joko auttamista esimerkiksi ter-

veyspalveluiden yhteystietojen etsimisessä tai konkreettista apua asioinnissa yhdessä iäkkään kanssa tai tämän puolesta. Yksi haastateltavista (H4) ilmaisi asian näin: *Mää sanoin sitte tyttäreille, että mistä helevetistä me sinne [muistihoitajalle] osataan, että me ei mennä kylä ollenkaa... me ei oo ikään sieltä kautta kulettu... niin se sano, että hän tulee sitte, ja hän neuvoo sitte, että mihin meette.* Ilman läheisiä iäkkäiden oli vaikea tietää, mitä palveluja oli tarjolla. Lisäksi lapsilta, lapsenlapsilta ja naapureilta saatu kuljetusapu mahdollisti palveluiden piiriin pääsyn. Läheiset tilasivat iäkkäälle sanomalehteä helpottaakseen yhteystietojen löytämistä sekä etsivät yhteystietoja valmiiksi verkosta ajanvarauksia varten. Läheiset asioivat iäkkäiden puolesta varaamalla aikoja terveyspalveluihin, soittamalla sairaalaan tai takaisinsoittojärjestelmän kautta sekä hoitamalla sähköistä asiointia. Sähköisessä asioinnissa läheisten mahdollisuudet iäkkään puolesta asiointiin olivat kuitenkin rajalliset; ilman tunnustautumistunnuksia ei ollut mahdollista päästä katsomaan verikoevastauksia tai varaamaan rokotusaikoja.

Ilman läheisten tukea asiointi oli haastavaa, ja iäkkäät luottivatkin siihen, että läheiset huolehtivat asioinnista. Läheisten rooliin kuului toimiminen *asianmukaisen hoidon turvaajina*. Ilman läheisten tukea palveluja oli vaikea saada. Eräs haastateltava (H7) totesi: *...jos ei oo omaisia niin sitten käy tosi tosi huonosti... sitten jää hoitoa vaille!* Läheiset pitivät iäkkäiden puolia palvelutilanteissa, eivätkä iäkkäät esimerkiksi muistin heikkenemisen vuoksi halunneet lähteä palveluihin ilman läheisiään.

Pohdinta

Tässä laadullisessa haastattelututkimuksessa kuvattiin haja-asutusalueella asuvien iäkkäiden kokemuksia terveydenhuollon palveluista. Iäkkäillä oli mahdollisuus nostaa esiin kaikkia aihepiiriin liittyviä kokemuksiaan, kuten palveluiden laatua ja saavutettavuutta tai omaa ja läheistensä osallisuutta koskevia

asioita. Tulokset osoittivat, että haja-asutusalueella asuvat iäkkäät kokivat terveydenhuollon palveluiden saatavuuden ja saavutettavuuden heikentyneen. Heillä oli vaikeuksia tietää, mitä palveluja oli saatavilla, kenelle ne oli kohdennettu ja miten niihin oli mahdollista hakeutua. Keskeinen ongelma oli fyysisen palveluiden vähentyminen ja siirtyminen kauemmaksi. Tähän kytkeytyy muita ongelmia, kuten iäkkäiden heikentyneet mahdollisuudet liikkua omalla autolla sekä joukkoliikenteen harveneminen, jonka aiheuttama haitta iäkkäille todettiin myös Nevillen ja kumppaneiden (2020) tutkimuksessa. Palveluiden saatavuus liittyi erityisesti haja-asutusalueella asumiseen. Maaseudun palvelujen heikkenemisen on todettu uhkavan väestön tasa-arvoisuutta (Aalto ym. 2017), koska samanaikaisesti palveluiden vähetessä niiden tarve on kasvanut harvaan asutun maaseudun väestön ollessa yhä vanhempaa ja sairaampaa (Manderbacka ym. 2019). Tämä on huomionarvoista maakunnalliseen hyvinvointialueiden päätöksentekoon siirryttäessä.

Sähköisen asioinnin yleistyminen lisäsi haasteita palveluiden saavutettavuudelle. Myös aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu, että terveydenhuollon palveluiden tarjoaminen ja niistä tiedottaminen ainoastaan sähköisesti vaikeuttaa iäkkäiden asiointimahdollisuuksia (Hunsaker & Hargittai 2018; Jang ym. 2018). Tämä on tärkeä huomio suunniteltaessa terveyspalveluista tiedottamista, jotta löydetään vaihtoehtoisia, iäkkäitä tehokkaasti tavoitettavia, tiedotuskanavia.

Tutkimukseen osallistuneet iäkkäät pitivät merkityksellisinä niitä palveluita, joita vielä oli tarjolla haja-asutusalueella asuville. Hyvällä palvelulla tarkoitettiin kunnioitettavaa ja asiallista kohtelua sekä ihmisen huomioimista kokonaisvaltaisesti. Tiilikainen ja kumppanit (2019) ovat todenneet tutkimuksessaan, että iäkkäitä ei terveydenhuollossa aina kohdella arvokkaasti ja kunnioitavasti ja huonoksi koettu kohtelu vaikuttaa heidän elämänlaatuunsa alentavasti. Aikaisempien tutkimusten valossa asiallisen ja

huomioivan kohtelun voidaankin nähdä vahvistavan iäkkään kompetenssia asua omassa kodissaan pidempään (Norell ym. 2015).

Tässä tutkimuksessa iäkkäät nostivat hoitajan roolin keskeiseksi palvelukokemusta määrittäväksi tekijäksi. Myös aikaisemmissa tutkimuksissa hoitajan rooli on nähty merkityksellisenä emotionaalisen tuen sekä turvallisuuden näkökulmista (Pejner ym. 2014). Iäkkäät arvostavat hoitajien ammattitaitoa ja osaamista sekä ovat tyytyväisiä hoitajalta saamaansa aikaan ja kokonaisvaltaiseen hoitokokemukseen (Leipert ym. 2011). Hoitajien asema koetaan keskeiseksi haja-asutusalueiden terveyspalveluissa. Maaseudulla työskentelevät hoitajat ovat usein itse asuneet pitkään maaseutuyhteisössä, ja he tuovat siten iäkkäille ohjauksen lisäksi hoitoon vakautta ja jatkuvuutta huonosti saatavien lääkäripalvelujen keskellä (Neville ym. 2020). Tutkimukseen osallistuneet iäkkäät olivat tyytyväisiä voidessaan keskustella terveydestään ja elämästään laajasti hoitajan kanssa. Myös Anderson ja Funnel (2010) havaitsivat tutkimuksessaan, että tehokas itsehoito edellyttää terveydenhuollon ammattilaisen asiantuntemuksen lisäksi kokonaisvaltaista ymmärrystä asiakkaan hoitoon liittyvistä huolista, arvoista ja voimavaroista. Kun iäkäs voi luottaa ammattilaisiin ja hoitoprosessiin, hän sitoutuu paremmin itsehoitoon (Jeon ym. 2010; Baker ym. 2016), mikä voi säästää terveydenhuollon kustannuksia (Jeon ym. 2010). Hoitajan lisäksi lääkärin yhteydenottoja pidettiin merkityksellisinä. Tulos tukee Lautamatin ja kumppaneiden (2020) tutkimuksen tuloksia, joiden mukaan nimetty omalääkäri ja yhteydenpito tämän saman henkilön kanssa lisäsi erityisesti iäkkäiden potilaiden tyytyväisyyttä terveyspalveluihin.

Sähköisen asioinnin myötä iäkkäät kokivat jäävänsä joidenkin palveluiden ulkopuolelle, tai asiointi oli vaikeaa. Tulos on samansuuntainen aiemman tutkimusnäytön kanssa (Hyppönen & Ilmarinen 2016; Pirhonen ym. 2020; Kaihlanen ym. 2021). Tähän tutkimukseen osallistuneet olivat iältään 80–90-vuotiaita, joten tulos ei ole yllättävä, koska esimerkiksi

Mielosen ja kumppaneiden (2021) tutkimuksessa yli 75-vuotiaat kuvasivat tietotekniset taitonsa pääosin välttämiksi tai huonoiksi. Toimiva sähköinen asiointi voi edellyttää teknologisten ja henkisten esteiden ylittämistä (Hyppönen & Ilmarinen 2016; Airola ym. 2020). Osallistujat kuvasivat toisaalta sähköisten palveluiden käytön olevan välttämätöntä ja tarjoavan mahdollisuuden terveyspalveluiden käyttöön haja-asutusalueella asuville, mikä aiheutti ristiriitaista suhtautumista näihin palveluihin. Sähköisiin palveluihin mukautuminen oli iäkkäille tapa jatkaa totuttua arkea tutussa ympäristössä. Ilman sähköisiä palveluita muuttaminen lähemmäksi fyysisiä palveluita olisi voinut olla välttämätöntä. Tutut rutiinit ja omannäköinen elämänrytmi olivat kuitenkin iäkkäille tärkeitä asioita, kuten on todettu myös aiemmissa tutkimuksissa (Harrefors ym. 2009; Ahlqvist ym. 2015; Fjell ym. 2021; Tattari ym. 2021). Varmuutta itsenäiseen elämään antoi tieto siitä, että palveluita on tarvittaessa saatavilla, vaikka matkan päässä tai verkossa.

Osallisuus terveyspalveluissa sai iäkkäät kokemaan itsensä merkityksellisiksi ja loi samalla kokemuksen kuulluksi tulemisesta. Tämä ei ole yksinomaan haja-asutusalueella asuvien iäkkäiden erityispiirre, vaan samansuuntaisia kokemuksia on havaittu iäkkäillä yleisemmin. Bynumin ja kumppaneiden (2013) tutkimuksen mukaan iäkkäät osallistuvat jonkin verran omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Tätä potentiaalia voisi vahvistaa, jos päätöksenteon tueksi tarjottaisiin riittävästi tietoa erilaista hoitovaihtoehtoista, jos itsenäiseen päätöksentekoon kannustettaisiin ja jos terveydenhuollossa käytettävä kieli olisi helpommin ymmärrettävää. Tiilikainen ja kumppanit (2019) puolestaan osoittivat, että iäkkäät kokevat tulevansa helposti ohitetuksi itseään koskevassa päätöksenteossa eikä heitä aina oteta yksilöllisesti huomioon palveluita järjestettäessä.

Iäkkäät kertoivat, että heidän läheisillään on keskeinen rooli terveyspalveluiden käyttämisessä. Tulos vahvistaa aiempien tutkimusten tuloksia, joiden mukaan läheisten muodostama

tukiverkosto on iäkkäille tärkeä (mm. Elo ym. 2011; Dyrstad ym. 2015; Palonen ym. 2020; Palonen & Pirhonen 2021; Halonen 2022). Tämä korostuu erityisesti kompleksisessa palvelujärjestelmässä navigoitaessa (Kallioma-Puha 2017). Tutkimukseen osallistujat olivat toimintakyvyllään varsin omatoimisia, jolloin läheiset tarjosivat apua lähinnä palvelujen löytämiseen ja ajan varaamiseen sekä olivat tukena palvelukäynneillä. Läheinen nähtiin tärkeänä iäkkään asioiden puolestapuhujana. Erityisesti muistisairautta sairastavat iäkkäät saattoivat vältellä terveyspalveluissa asiointia ilman läheisiään. Samansuuntaisesti Tiilikaisen ja kumppaneiden (2019) tutkimuksessa ilmeni, että ilman läheisten apua iäkkäiden oli vaikea saada tietoa palveluista ja niihin hakeutumisesta, minkä koettiin heikentävän elämänlaatua.

On kiinnostavaa, että haja-asutusalueella asuvien iäkkäiden kokemukset tarjolla olevista terveyspalveluista olivat pääosin positiivisia. Kritiikki kohdistui lähipalveluiden siirtymiseen yhä kauemmas, ja lyhytkin kontakti terveydenhuollon ammattilaiseen, erityisesti hoitajaan, oli merkityksellinen. Hyvän palvelun turvaamiseksi haja-asutusalueilla on tärkeää säilyttää mahdollisuus asiointiin siten, että palvelut ovat toimivia, ne ovat helposti saatavilla ja saavutettavissa ja tukevat iäkkäiden osallisuutta. On pohdinnan arvoista, voisiko esimerkiksi iäkkäiden toimintakyvyn kannalta merkitykselliseksi todettua ikäneuvola-toimintaa (Heikkinen ym. 2021) järjestää systemaattisesti ja kattavasti haja-asutusalueilla ja parantaa näin palveluiden saatavuutta ja saavutettavuutta uusilla hyvinvointialueilla. Tai millä muilla keinoilla palvelut voidaan turvata? Palvelurakennemuutoksen myötä päätökset lähipalveluista siirtyvät hyvinvointialueille. Siksi haja-asutusalueella asuvien iäkkäiden palveluita on tärkeää tarkastella juuri tässä taitekohdassa sekä tulevissa tutkimuksissa.

Yhteydenotto:

Kaija Siirilä, TtM, apulaisosastonhoitaja
Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue,
keuhko- ja infektiosairauksien osasto



Kirjallisuus

- Aalto AM, Vehko T, Sinervo T, Sainio S, Muuri A, Elovainio M, Pekurinen M. Terveydenhuollon asiakaslähtöisyys: palvelujen käyttäjien kokemuksia terveyspalvelujen toiminnasta. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimuksesta tiiviisti* 12/2017. <https://urn.fi/URN:IS-BN:978-952-302-880-7>
- Ahlqvist A, Nyfors H, Suhonen R. Factors associated with older people's independent living from the viewpoint of health and functional capacity: a register-based study. *Nurs Open* 2015;3(2):79–89. <https://doi.org/10.1002/nop2.39>
- Airola E, Rasi P, Outila M. Older people as users and non-users of a video conferencing service for promoting social connectedness and well-being – a case study from Finnish Lapland. *Educ Gerontol* 2020;46(5):258–69. <https://doi.org/10.1080/03601277.2020.1743008>
- Anderson RM, Funnell MM. Patient empowerment: myths and misconceptions. *Patient Educ Couns* 2010;79(3):277–82. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.07.025>
- Baker JR, Harrison F, Low L. Development of two measures of client engagement for use in home aged care. *Health Soc Care Community* 2016;24(3):363–74. <https://doi.org/10.1111/hsc.12213>
- Bengtsson M. How to plan and perform a qualitative study using content analysis? *PLoS ONE* 2016;2:8–14. <https://doi.org/10.1016/j.npls.2016.01.001>
- Bhutta ZA. Beyond informed consent. *Bull World Health Organ* 2004;82(10):771–7.
- Bleiker J, Morgan-Trimmer S, Knapp K, Hopkins S. Navigating the maze: qualitative research methodologies and their philosophical foundations. *Radiography* 2019;25:S4–8. <https://doi.org/10.1016/j.radi.2019.06.008>
- Bynum JPW, Barre L, Reed C. Participation of very old adults in health care decisions. *SMDM* 2013;34(2):216–30. <https://doi.org/10.1177/0272989X13508008>
- Cherry K, Jackson WE, Silva BJ, Volaufova J, LaMotte L, Welsh DA, et al. Social engagement and health in younger, older, and oldest-old adults in the Louisiana healthy ageing study. *J Appl Gerontol* 2011;32(1):51–75. <https://doi.org/10.1177/0733464811409034>
- DiCicco-Bloom B, Crabtree BF. The qualitative research interview. *Med Educ* 2006;40(4):314–21. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02418.x>
- Dyrstad D, Laugaland K, Storm M. An observational study of older patients' participation in hospital admission and discharge – exploring patient and next of kin perspective. *J Clin Nurs* 2015;24(11–12):1693–706. <https://doi.org/10.1111/jocn.12773>
- Elo S, Saarni R, Isola A. The physical, social and symbolic environment supporting the well-being of home-dwelling elderly people. *Int J Circumpolar Health* 2011;70(1):90–100. <https://doi.org/10.3402/ijch.v70i1.17794>
- Elo S, Kääriäinen M, Kanste O, Pölkki T, Utriainen K, Kyngäs H. Qualitative content analysis: a focus on trustworthiness. *SAGE Open* 2014;4(1). <https://doi.org/10.1177/2158244014522633>
- Enroth L. Social inequality in the health of the oldest old: socioeconomic differences in health, functioning, mortality and long-term care use in the population aged 90+. *Acta Electronica Universitatis Tamperensis* 1840. Tampere University Press, 2017. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-0599-4>
- Eronen A, Londén P. *Sosiaalibarometri 2022, erityiskatsaus: hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen*. Helsinki: SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry, 2022. Internet: <https://www.soste.fi/wp-content/uploads/2022/05/Sosiaalibarometri-2022-SOSTE-julkaisu-12-05-2022.pdf> (viitattu 20.11.2022).
- Fjell A, Eriksen KÅ, Hermann M, Boström AM, Cronfalk SB. Older people living at home: experiences of healthy ageing. *Prim Health Care Res Dev* 2021;22:e6. <https://doi.org/10.1017/s1463423621000049>
- Flick U. *An introduction to qualitative research*. 5. edition London: Sage, 2014.
- Graneheim UH, Lindgren BM, Lundman B. Methodological challenges in qualitative content analysis: a discussion paper. *Nurse Educ Today* 2017;56:29–34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- Graneheim U, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004;24(2):105–12. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

- Halonen U. Aikuiset lapset muistisairaana vanhemman kotona asumisen mahdollistajina. *Gerontologia* 2022; 36(1):16–32. <https://doi.org/10.23989/gerontologia.107685>
- Hammar T, Luoma ML. Ikääntyneet: palvelurakenteen muutos sekä palveluiden saatavuus, riittävyys ja yhdenvertaisuus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2016. Internet: <https://thl.fi/documents/2616650/2646346/Ik%C3%A4%C3%A4ntyneiden+palvelut.pdf/9ecc3c0f-d7ad-4769-8391-da0b9272db45> (viitattu 1.9.2022).
- Hannikainen K. Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalveluiden tarve ja käyttö eroavat tulotason mukaan. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimuksesta tiiviisti 3/2018. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-067-9>
- Harrefors C, Sävenstedt S, Axelsson K. Elderly people's perceptions of how they want to be cared for: an interview study with healthy elderly couples in Northern Sweden. *Scand J Caring Sci* 2009;23(2):353–60. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00629.x>
- Heikkinen P, Stolt M, Hupli M, Löppönen M, Suhonen R. Ikäneuvolan merkitys ikääntyneiden itsenäiselle toimimiselle: 70-vuotiaiden palvelunkäyttäjien kokemuksia. *Hoitotiede* 2021;33(3):131–41.
- Helminen V, Nurmio K, Rehunen A, Ristimäki M, Oinonen K, Tiitu M, ym. Kaupunki-maaseutu-alueuudistus: paikkatietoihin perustuvan alueuudistuksen muodostamisperiaatteet. Suomen ympäristökeskuksen raportteja 25/2014. <http://hdl.handle.net/10138/135861>
- Helminen V, Vesala S, Rehunen A, Strandell A, Reimi P, Priha A. Ikääntyneiden asuinpaikat nyt ja tulevaisuudessa. Suomen ympäristökeskuksen raportteja 20/2017. <http://hdl.handle.net/10138/195072>
- Horsburgh D. Evaluation of qualitative research. *J Clin Nurs* 2003;12(2):307–12. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00683.x>
- Hunsaker A, Hargittai E. A review of Internet use among older adults. *New Media Soc* 2018; 20(10):3937–54. <https://doi.org/10.1177/1461444818787348>
- Hyppönen H, Ilmarinen K. Sosiaali- ja terveydenhuollon digitalisaatio. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimuksesta tiiviisti 22/2016. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-739-8>
- Jang Y, Park NS, Yoon H, Huang YC, Rhee MK, Chiriboga D, et al. The risk typology of health-care access and its association with unmet health-care needs in Asian Americans. *Health Soc Care Community* 2018;26(1):72–9. <https://doi.org/10.1111/hsc.12463>
- Jeon YH, Kraus SG, Jowsey T, Glasgow NJ. The experience of living with chronic heart failure: a narrative review of qualitative studies. *BMC Health Serv Res* 2010;10(77):1–9. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-77>
- Kaihlainen A, Virtanen L, Valkonen P, Kilpinen J, Hietapakka L, Buchert U, ym. Haavoittuvat ryhmät etäpalvelujen käyttäjinä – kokemuksia COVID-19-epidemian ajalta. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimuksesta tiiviisti 33/2021. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-687-9>
- Kallioma-Puha L. Vanhuksen oikeus hoivaan ja omaisolettama. *Gerontologia* 2017;31(3):227–42. <https://doi.org/10.23989/gerontologia.63421>
- Kilpeläinen A. Teknologiavälitteisyys kylälaisten arjessa: tutkimus ikääntyvien sivukylien teknologiavälitteisyydestä ja sen rajapinnoista maaseutusosiaalityöhön. *Acta electronica Universitatis Lapponiensis* 184. Rovaniemi: Lapin yliopisto, 2016. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-484-879-4>
- Kortelainen J, Oosi O, Luukkonen T, Luomala N, Välikangas K, Hätäjä J, ym. Ikääntyneiden asuminen – ennakointi ja varautuminen kunnissa. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia, 2020. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-033-2>
- Kuntaliitto. Väestöennusteet, 2022. Internet: <https://www.kuntaliitto.fi/tilastot-ja-julkaisut/kuntakuvaajat/vaestoennusteet> (viitattu 7.3.2022).
- Kuula A. Tutkimusetiikka: aineiston hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino, 2011.
- Lautamatti E, Sumanen M, Raivio R, Mattila KJ. Continuity of care is associated with satisfaction with local health care services. *BMC Fam Pract* 2020;21(1):1–11. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01251-5>
- Leipert BD, Delaney JW, Forbes D, Forchuk C. Canadian rural women's experiences with rural primary health care nurse practitioners. *OJRNHC* 2011;11(1):37–53. <https://doi.org/10.14574/ojrnhc.v11i1.8>
- Lévesneur M, Richard L, Gauvin L, Raymond É. Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: pro-

- posed taxonomy of social activities. *Soc Sci* 2010; 71(12):2141–9. <https://doi.org/10.1016/j.socsci-med.2010.09.041>
- Lumme-Sandt K. Vanhojen ihmisten haastattelu. Teoksessa: Hyvärinen M, Nikander P, Ruusuvuori J, toim. Tutkimushaastattelun käsikirja. Tampere: Vastapaino, 2017:297–311.
- Manderbacka K, Satokangas M, Karvonen S. Terveyspalvelujen oikeudenmukaisuus edellyttää paikkatietoista politiikkaa. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimuksesta tiiviisti* 25/2019. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-371-7>
- Mielonen J, Saranto K, Kuusisto H, Kemppi A, Kinnunen UM. Ikääntyvien näkemyksiä sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisistä palveluista. *Gerontologia* 2021;35(1):3–12. <https://doi.org/10.23989/gerontologia.89447>
- Mylläri E, Kirsi T, Valvanne J. Miksi iäkäs ihminen lähtee päivystykseen. Helsinki: Kuntaliitto, 2014. Internet: <https://www.kuntaliitto.fi/julkaisut/2014/1635-miksi-iakas-ihminen-lahtee-paivystykseen> (viitattu 18.6.2021).
- Neville S, Napier S, Adams J, Shannon K. Accessing rural health services: results from a qualitative narrative gerontological study. *Australas J Ageing* 2020;39(1):e55–61. <https://doi.org/10.1111/ajag.12694>
- Norell Pejner M, Ziegert K, Kihlgren A. Older patients in Sweden and their experience of the emotional support received from the registered nurse – a grounded theory study. *Aging Ment Health* 2015;19(1):79–85. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.917605>
- Palonen M, Kariniemi K, Peltola P, Pesonen HM, Rantanen A, Siira H. Hotus-hoitosuositus: iäkkään turvallinen kotiutuminen sairaalasta. Helsinki: Hoitotyön tutkimussäätiö, 2020. Internet: <https://www.hotus.fi/hotus-hoitosuositus-iakkaan-turvallinen-kotiutuminen-sairaalasta/> (viitattu 8.9.2022).
- Palonen M, Pirhonen J. Omannäköistä elämää ja hyvää hoitoa – iäkkäät ihmiset ja heidän perheensä terveydenhuollossa. Teoksessa: Harju E, Palonen M, Sarell N, toim. Yhdessä perheen kanssa: perheiden ja terveydenhuollon kohtaamisia. Helsinki: Gaudeamus, 2021:97–113.
- Pejner NM, Ziegert K, Kihlgren A. Older patients in Sweden and their experience of the emotional support received from the registered nurse – a grounded theory study. *Aging Ment Health* 2014;19(1):79–85. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.917605>
- Pirhonen J, Lolich L, Tuominen K, Jolanki O, Tuominen O. “These devices have not been made for older people’s needs” – older adults’ perceptions of digital technologies in Finland and Ireland. *Technol Soc* 2020;62:e101287. <https://doi.org/10.1016/j.techsoc.2020.101287>
- Polit DF, Beck CT. *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. 9. edition. Philadelphia: Wolters Kluwer Health, 2018.
- Rosenlund M, Kinnunen UM. Ikäihmisten kokemukset terveydenhuollon sähköisten palveluiden käytöstä ja kokemusten hyödyntäminen palvelujen kehittämisessä – kuvaileva kirjallisuuskatsaus. *FinJeHeW* 2018;10(2-3):264–84. <https://doi.org/10.23996/fjhw.69136>
- Sadler GR, Lee HC, Lim RSH, Fullerton J. Recruitment of hard-to-reach population subgroups via adaptations of the snowball sampling strategy. *Nurs Health Sci* 2010;12(3):369–74. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2010.00541.x>
- Sorsa M, Kiikkala I, Åstedt-Kurki P. Bracketing as a skill in conducting unstructured qualitative interviews. *Nurse Res* 2015;22(4):8–12. <https://doi.org/10.7748/nr.22.4.8.e1317>
- STM. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–2023: tavoitteena ikäystävällinen Suomi. Helsinki, Sosiaali- ja terveysministeriö, 2020. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5457-1>
- Tamminen O, Pirhonen J. Puheita ja tekoja – osallisuuden haasteet vanhuudessa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2021;58(4):384–95. <https://doi.org/10.23990/sa.95177>
- Tattari, M, Suhonen R, Stolt M. Kotona asuvien ikääntyneiden henkilöiden kokemukset fyysisen toimintakykynsä ja itsenäisyytensä ylläpitämisestä. *Gerontologia* 2021;35(1):51–62. <https://doi.org/10.23989/gerontologia.87844>
- TENK. Hyvä tieteellinen käytäntö ja loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Internet: https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf (viitattu 6.5.2022).
- TENK. Ihmisen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakkoarviointi Suomessa. Tutkimuseettinen neuvotte-

- lukunta, 2019. Internet: https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden_eettisen_ennakkoarvioinnin_ohje_2020.pdf (viitattu 23.5.2022).
- THL. Toimintakyky. Sosioekonomiset erot toimintakyvyssä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2022. Internet: <https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/toimintakyky> (viitattu 14.11.2022).
- Tiilikainen E, Hujala A, Kannasoja S, Rissanen S, Närhi K. “They’re always in a hurry” – older people’s perceptions of access and recognition in health and social care services. *Health Soc Care Community* 2019; 27(4):1011–18. <https://doi.org/10.1111/hsc.12718>
- Tilastokeskus. Väestörakenne. 2020. Internet: <https://www.stat.fi/tilasto/vaerak> (viitattu 22.5.2021).
- Tilastokeskus. Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestöennuste, 2022. Internet: https://www.stat.fi/til/vaenn/2018/vaenn_2018_2018-11-16_tau_001_fi.html (viitattu 7.3.2022).
- Tomaszewski W. Living environment, social participation and wellbeing in older age: the relevance of housing and local area disadvantage. *J Popul Ageing* 2013;6(1–2):119–56. <http://dx.doi.org/10.1007/s12062-012-9077-5>
- Tomioka K, Kurumatani, N, Saeki K. The differential effects of type and frequency of social participation on IADL declines of older people. *PLoS ONE* 2018;13(11):1–17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207426>