

Roosa Kallio

TERVASKANTOJEN KOKEMUKSET PALVELUISTA

Lääketieteen ja terveysteknologian
tiedekunta
Syventävien opintojen kirjallinen työ
Joulukuu 2021

TIIVISTELMÄ

Roosa Kallio: Tervaskantojen kokemukset palveluista
Syventävien opintojen kirjallinen työ
Tampereen yliopisto
Lääketieteen lisensiaatin tutkinto-ohjelma
Joulukuu 2021

Ikäihmisten palveluissa on todettu aiemmin monenlaisia ongelmia ja kehityskohteita. Tämän tutkimuksen tavoite on selvittää yli 90-vuotiaiden kokemuksia heidän käyttämistään palveluista.

Aineistona ovat vuonna 2018 kerätyt Tervaskannot 90+ -tutkimuksen avovastaukset. Vastaajat ovat 90-vuotiaita ja sitä vanhempia tamperelaisia ja heidän läheisiään. Tutkimusmenetelmä on laadullinen, aineistolähtöinen sisällönanalyysi.

Kyselyn vastaajista osa oli tyytyväisiä ja osa tyytymättömiä eri palveluihin. Osa vastaajista koki, ettei saa riittävästi apua terveyspalveluista tai kotiapupalveluista tai että halutut palvelut eivät ole saavutettavissa. Joskus syynä olivat kalliit hinnat. Hoitohenkilökunta oli toisaalta miellyttävää, mutta toisaalta jotkut hoitajat vaikuttivat epäystävällisiltä tai huonosti motivoituneilta. Hoitajat olivat usein kiireisiä, ja kotihoidossa työntekijät vaihtuivat usein. Palveluasumisessa vastaajat kommentoivat ilmapiiriä, aktiviteetteja, omaa rauhaa, ihmiskontakteja ja ruokaa. Näistä oltiin tyytyväisiä, mutta toisaalta kaikissa oli myös parantamisen varaa.

Välittömät perustarpeet vaikuttivat tervaskannoilla lähes aina täyttyvän, mutta kehittämistä olisi tulosten perusteella ainakin hoitajaresursseissa, palveluasumiseen pääsemisessä ja muidenkin palvelujen saavutettavuudessa sekä ihmiskontaktien lisäämisessä. Olisi hyvä tehdä lisää poliittisia päätöksiä ikääntyneiden hyväksi. Vapaaehtoisia tarvitaan lisää. Joissakin tapauksissa huolia voi lievittää myös antamalla tietoa.

Avainsanat: ikääntyneet, ikäihmiset, vanhukset, hoito, hoitajat, kotihoito, palveluasuminen, asumispalvelut

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck –ohjelmalla.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	4
1.1 Palvelujen rakentuminen	4
1.2 Palvelujen käyttö	5
1.3 Lainsäädäntö ja kehityskohteet	5
1.4 Aiempia tutkimuksia	6
2 TUTKIMUKSEN TAVOITE	9
3 MENETELMÄT	9
3.1 Aineisto	9
3.2 Analyysimenetelmä	10
4 TULOKSET	12
4.1 Kokemukset palvelujen toimivuudesta	14
4.2 Kokemukset hoitohenkilökunnasta	16
4.3 Kokemukset asumisen osatekijöistä	17
5 POHDINTA	19
5.1 Tulosten tarkastelu	19
5.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettiset näkökohdat	24
5.3 Päätelmät ja jatkotutkimusaiheet	25
LÄHTEET	26

1 JOHDANTO

1.1 Palvelujen rakentuminen

Julkinen, yksityinen sekä kolmas sektori järjestävät ikääntyneille monenlaisia palveluja, joiden tarkoitus on tukea asumista ja toimintakyvyn säilymistä sekä tarjota hoivaa ja hoitoa tarvittaessa (1, 2). Kuntien tehtävä on tarjota ikääntyneiden tarvitsemat sosiaali- ja terveyspalvelut (2). Yksityinen sektori täydentää tarjontaa (1). Kolmannen sektorin palveluihin kuuluu monipuolista vapaaehtoistyötä ja muun muassa vertaistukea ja virkistystoimintaa (3).

Taulukossa 1 on listattu ikääntyneille suunnattuja palveluja. Tässä tutkimuksessa ovat mukana myös terveyspalvelut, jotka on suunnattu kaikenikäisille ihmisille ja joita käyttävät myös kaikenkuntoiset ikääntyneet. Myös kolmannen sektorin vapaaehtoistyön palveluja käyttävät kaikenkuntoiset ikäihmiset.

Taulukko 1. Palvelujen rakentuminen avun tarpeen lisääntymisen mukaan.

Alkava avuntarve	Lisääntynyt avuntarve	Jatkuva avuntarve
siivouspalvelu	kotihoito ad. 4 x/ vrk	tehostettu palveluasuminen
kirjaston kotipalvelu	kotona asumista tukevat lisäpalvelut esim. turvapuhelin/ - ranneke	laitosasuminen
ateriapalvelu	ikääntyneiden päivätoiminta (esim. omaishoidon tukipalveluna)	
kuljetuspalvelut esim. PALI- palveluliikenne, tuetut taksimatkat	tuettu palveluasuminen	
kevyt kotihoito esim. lääkkeenjako 1–2 x/ vk		
terveyspalvelut vapaaehtoistyö ja vertaistuki		

1.2 Palvelujen käyttö

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) laitos- ja asumispalveluselvityksen mukaan ikääntyneiden palveluja sai 75 vuotta täyttäneistä 18 prosenttia ja 85 vuotta täyttäneistä 37 prosenttia vuonna 2019. Näihin palveluihin laskettiin säännöllinen kotihoito, tavallinen ja tehostettu palveluasuminen, vanhainkotihoito sekä terveyskeskuksen vuodeosaston pitkäaikaishoito. Kahta viimeiseksi mainittua kutsutaan yleensä laitosasumiseksi. Palveluista eniten käytettiin kotihoitoa ja lähes yhtä paljon tehostettua palveluasumista. Tavallisessa palveluasumisessa, vanhainkodissa ja terveyskeskuksen vuodeosastolla asui kussakin enää alle prosentti 75 vuotta täyttäneistä. Tehostetusta palveluasumisesta noin puolet oli kunnan ja noin puolet yksityisen sektorin tuottamaa. (4) Kotihoidosta yksityinen sektori tuotti vain 12 prosenttia tuoreimmassa THL:n tutkimuksessa (5).

Palvelutarpeen lisääntymiseen johtavat usein muistisairaudet. THL:n Sotkanetin tilastojen mukaan tehostetun palveluasumisen asukkaista 53 % on muistisairaita. Osuus on lähes sama myös pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Kotihoidon asiakkaista 21 % on muistisairaita, ja tavallisessa palveluasumisessa osuus on 23 %. (6) Muistisairauksien lisäksi liikuntavaikeudet, aistivammat ja masennus heikentävät kotona pärjäämistä, ja erityisesti masennuksesta ja liikkumisvaikeuksista sekä muistisairauksista kärsivät toivovat tehostetumpaa hoitopaikkaa (7). Kaikkein vanhimmilla on suhteessa eniten mm. muistisairauksia, ja palvelujen käyttö onkin kaikkein vanhimmilla yleisintä. Tehostetussa palveluasumisessa asuu 85 vuotta täyttäneistä 16 % ja kaikista 75 vuotta täyttäneistä vain 7,3 %. Myös säännöllistä kotihoitoa saavien osuus on 85 vuotta täyttäneillä selvästi suurempi (22 %) kuin 75 vuotta täyttäneillä (11 %). (6)

1.3 Lainsäädäntö ja kehityskohteet

Suomessa on laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista. Pykälä 5 määrittelee kunnan tehtävät palvelujen järjestämisessä: ”Kunnan on laadittava suunnitelma toimenpiteistään ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi sekä iäkkäiden henkilöiden tarvitsemien palvelujen ja omaishoidon järjestämiseksi ja kehittämiseksi. Suunnittelussa on painotettava kotona asumista ja kuntoutumista edistäviä toimenpiteitä.” Pykälän 7 mukaan ”palvelut on järjestettävä niin, että ne ovat kunnan ikääntyneen väestön saatavissa yhdenvertaisesti”, ja pykälän 13 mukaan

”kunnan on järjestettävä iäkkäälle henkilölle laadukkaita sosiaali- ja terveyspalveluja, jotka ovat hänen tarpeisiinsa nähden oikea-aikaisia ja riittäviä.” (2)

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) julkaisee säännöllisesti laatusuosituksen ikääntyneiden palvelujen kehittämiseksi sekä laadun arvioinnin välineeksi. Suosituksen mukaan palvelujen rakennetta tarvitsee muuttaa, jotta ikäihmiset voivat asua kotona pidempään. Terveyttä ja toimintakykyä tulisi suosituksen mukaan edistää ja kuntoutusta lisätä ja monipuolistaa. Henkilöstömitoituksen tulisi olla joustava, ja se tulisi suunnitella asiakkaan tarpeet huomioiden. Asiakas- ja palveluohjausta tulisi kehittää, jotta palveluiden hakeminen helpottuisi. Lisäksi laatusuosituksen mukaan teknologiaa tulisi hyödyntää iäkkäiden palvelujen tukena. (8, 9)

Ikääntyneiden palveluissa on paljon kehittämisen varaa ainakin uutisotsikoiden perusteella. Myös NORDCARE2-tutkimuksessa vuodelta 2015 todettiin, että ”yleiskuva suomalaisen vanhustyön tilasta ja kehityksestä on negatiivinen”. Tutkimuksessa havaittiin muun muassa, että kotihoidon työntekijöillä oli entistä enemmän asiakkaita ja työpaineita. Myös laitoshoidossa hoitotyöntekijät kokivat hyvin usein räsytystä, ja molemmissa työpaikoissa kaksi viidestä harkitsi, että lopettaisi työnsä. Moni hoitotyöntekijä koki myös, että he eivät pysty tarjoamaan asiakkaille riittävää apua. Suomen tilanne oli selvästi huonompi kuin muissa Pohjoismaissa. (10)

Vuonna 2019 Rinteen hallitus lupasi tarttua vanhusten hoidon kehittämiseen. Tärkeimpiä kehityskohteita on henkilöstömitoituksen kirjaaminen lakiin. Aiemmin hoitohenkilökunnan määrää on ohjannut ainoastaan STM:n laatusuositus. Lokakuussa 2020 voimaan tuli laki, jossa yhtä hoidettavaa kohden tulee olla vähintään 0,7 välitöntä asiakastyötä tekevää henkilöä. Nyt loppuvuodesta 2020 laki kuitenkin velvoittaa noudattamaan ainoastaan laatusuosituksessa mainittua 0,5 työntekijän henkilöstömitoitusta, koska siirtymäaika kestää vuoteen 2023. (2, 11, 12) Sen aikana tarvitsee kouluttaa tai houkutella muualta reilusti lisää hoitotyöntekijöitä (13).

1.4 Aiempia tutkimuksia

Ikääntyneiden omia kokemuksia palveluista ei ole Suomessa kovin laajasti tutkittu. THL:lla on meneillään useita ikääntyneiden palveluihin liittyviä tutkimuksia ja hankkeita, joista erityisesti Koettu hoidon laatu asiakkaan näkökulmasta (ASLA) keskittyy iäkkäiden kokemuksiin hoidosta ja

palveluista. Tämä tähän mennessä laajin tutkimus, jossa tutkitaan ikääntyneiden kokemuksia palveluista, päättyy vuoden 2020 lopussa. Joitakin tuloksia on jo julkaistu. ASLA-tutkimuksessa yhdeksän kymmenesosaa vastaajista uskoi, että saa nopeasti apua sitä tarvitessaan. Yksinäisyyttä koki jopa 22 prosenttia vastaajista. (14) Oman hoitonsa suunnitteluun pääsi osallistumaan ympärivuorokautisessa hoidossa asuvista vain 60 prosenttia (15). Ympärivuorokautisen hoidon tai kotihoidon asiakkaista puolet piti tarjottavaa ruokaa maittavana ja kaksi viidestä koki pääsevänsä ulkoilemaan tarpeeksi. Myös omahoitajia ja omaisia pyydettiin vastaamaan kyselyyn. Asiakkaat vastasivat kyselyyn pääsääntöisesti selvästi myönteisemmin kuin omaiset ja usein myönteisemmin kuin omahoitajat. (14)

Hautsalon ym. (2016) tutkimuksen mukaan ikääntyneet ja heidän omaisensa kokivat kotihoidon palvelut yleisesti asiallisiksi ja hyviksi. Kuitenkin osa oli tyytymättömiä epäsäännöllisiin käyntiaikoihin, henkilökunnan liian suureen vaihtuvuuteen ja hoitajien kiireisyyteen. Samassa tutkimuksessa todettiin, että iäkkäiden oli vaikea saada tietoa eri palveluista ja palvelujärjestelmä koettiin puutteelliseksi. (16)

Vuonna 2011 julkaistussa ruotsalaisessa tutkimuksessa verrattiin mielipiteitä kotihoidosta ja hoitolaitoksista. Vastaajina olivat palveluja käyttävät ikäihmiset ja heidän omaisensa. Kokonaisuudessaan hoidon laadulla ei ollut eroa, vaan se riippui eniten henkilökunnan käyttäytymisestä. Kuitenkin kyselyyn vastanneet hoidon saajien sukulaiset raportoivat jotkin osat hoidon laadusta selvästi huonommiksi kotihoidossa kuin hoitolaitoksissa. (17) Tästä päätellen erityisesti kotihoidossa on kehittämistä. Palvelujen käyttäjät raportoivat muun muassa siitä, että sosiaalisiin ja fyysisiin aktiviteetteihin ei ollut tarpeeksi mahdollisuuksia (17).

Krögerin ym. (2019) tutkimuksessa on tutkittu hoivaköyhyyttä ja avun riittävyyttä ikääntyneiden näkökulmasta. Hoivaköhyys tarkoittaa, että hoivan tarve jää täyttymättä. Tutkimuksen mukaan hoiva oli riittämätöntä peräti neljänneksellä niistä yli 75-vuotiaista, jotka tarvitsisivat apua päivittäisten asioiden hoitamisessa. Hoivaköhyys oli suurinta liikkumisessa kodin ulkopuolella. Erityisesti vanhimmalla ikäryhmällä eli 85 vuotta täyttäneillä oli enemmän hoivaköyhyyttä IADL- eli välinetoiminnoissa, kuten kodin ulkopuolella liikkumisessa ja siivouksessa, nuorimpaan ikäryhmään (75–79 vuotta) verrattuna. ADL-toiminnoissa eli päivittäisissä perustoiminnoissa oli vähemmän hoivaköyhyyttä kuin IADL-toiminnoissa. (18)

Tervaskannot 90+ -tutkimus on aloitettu Tampereella vuonna 1995. Tuorein, vuoden 2018, kysely oli jo yhdeksäs 90 vuotta täyttäneille tamperelaisille lähetetty postikysely. Tervaskannot-projektin yhtenä tavoitteena on parantaa voimakkaasti kasvavalle kaikista vanhimpien ikäryhmälle tarjottavien palvelujen laatua. Kyselyyn kuuluukin osuus palveluista ja epävirallisesta avusta. (19, 20)

Tamperelainen-lehdessä on julkaistu yhteenveto tuoreimman Tervaskannot 90 + -kyselyn tuloksista. Sen mukaan yleisimmin mainitut palvelut olivat kotona asuvilla siivous- ja ateriapalvelut sekä kotihoito. Pitkäaikaishoitopaikan saaminen mietitytti vastaajia, ja yksi kymmenestä kotona asuvasta toivoi pääsevänsä ympärivuorokautiseen hoitoon. Kaksi kymmenestä koki, että kotiin saatava apu ei ole riittävää. Myös hoitajien kiire ja henkilökunnan vaihtuvuus sekä tyytymättömyys palvelujen laatuun mainittiin kirjoituksessa. Palvelut toivat ikääntyneille kuitenkin turvaa, ihmiskontakteja sekä mahdollisuuden asua kotona. (7)

Vuoden 2010 Tervaskannot-tutkimuksessa omassa kodissa asui 58 % vastaajista.

Palveluasumisessa tai laitoksessa asui hieman yli kolmasosa. Kotona asuvilla tärkeimmät auttajat olivat sukulaiset ja tuttavat. 41 % kotona asuvista sai vähintään viikoittain apua kodinhoitajalta tai kotiaavustajalta. Ammatillisen avun saaminen oli muita yleisempää naisilla ja yli 95-vuotiailla. (21)

Viime aikoina Tervaskannot-kyselyjen pohjalta on tutkittu lähinnä pitkäaikaishoitoon päätymiseen yhdistyviä tekijöitä. Halosen ym. (2019) mukaan tärkein pitkäaikaishoitoon päätymistä ennustava krooninen sairaus on dementia. Muita pitkäaikaishoitoon vaikuttavia sairauksia ovat sydänsairaus ja diabetes. Lisäksi naisilla todettiin monisairastavuuden, Parkinsonin taudin ja lonkkamurtuman ennustavan pitkäaikaishoitoon päätymistä. (22) Kaupin ym. (2017) tutkimuksessa näitä ennustetekijöitä ovat naissukupuoli, yksin asuminen, useampi krooninen sairaus ja runsas avunsaanti (23). Sosioekonomisella asemalla ei todettu vaikutusta pitkäaikaishoitoon päätymiseen Enrothin ym. (2018) tutkimuksessa (24).

Nosraty ym. (2019) tutkivat menestyksestä ikääntymistä, joka määriteltiin neljän eri mallin avulla. Menestyksekkään ikääntymisen kriteerit täyttäneillä tervaskannoilla pitkäaikaishoitoon päätyminen oli harvinaisempaa kuin muilla tervaskannoilla. Kaikkiin malleihin sisältyvät pitkäaikaissairauksien vähäisyys tai puuttuminen, ei dementiaa ja itsenäisyys tiettyjen toimintojen suorittamisessa (fyysinen komponentti), itsearvioitu hyvä terveydentila ja ei masentuneisuutta (psykykinen

komponentti) sekä lasten tapaaminen ja puhelinkontakti lähiaikoina (sosiaalinen komponentti). Mallista riippuen menestyksekkäästi ikääntyneitä oli 3,2–45 % kaikista 1 966:sta tutkittavasta. Miehillä menestyksekkäästi ikääntyneiden osuudet olivat suurempia kuin naisilla. Lähes kaikkien mallien mukaan menestyksekkäästi ikääntyneet naisvastaajat päätyivät pitkäaikaishoitoon harvemmin kuin muut naiset. Tämä päti myös koko tutkimusryhmässä. Miehillä sen sijaan menestyksekkäällä ikääntymisellä ja pitkäaikaishoitoon päätymisellä ei todettu merkittävää yhteyttä. (25)

2 TUTKIMUKSEN TAVOITE

Tutkimuksen tavoite on kerätä tietoa erittäin vanhojen ihmisten palvelujenkäyttökokemuksista. Tavoitteena on analysoida Tervaskannot 90+ -tutkimuksen palveluja koskevia avovastauksia laajemmin kuin aiemmin. Tutkimuksessa huomioidaan positiiviset sekä negatiiviset kokemukset, kehitysehdotukset ja huolenaiheet, jotka liittyvät palveluihin. Tutkimuskysymyksenä on se, millaisia kokemuksia Tervaskannot-kyselyn vastaajilla on ikääntyneiden palveluista. Tuloksia voi hyödyntää palvelujen kehittämisessä.

3 MENETELMÄT

3.1 Aineisto

Aineistona ovat vuonna 2018 tehdyn Tervaskannot 90+ -kyselyn avovastaukset. Tervaskannot-kyselyyn kutsuttiin kaikki 90 vuotta täyttäneet tamperelaiset, ja vastausprosentti oli 75 %. Vastaajia oli kaiken kaikkiaan 1 878, ja avovastauksia oli kirjoittanut 677. Avovastauskohdassa lomakkeessa luki: ”Tähän voitte halutessanne kirjoittaa lisätietoja. Voitte jatkaa kirjoitusta myös erilliselle

paperille.” Avovastausten aihetta, pituutta tai tyyliä ei siis ollut rajattu mitenkään. Alun perin vastaukset oli kirjoitettu käsin kyselylomakkeille, mutta Tervaskannot 2018 -tutkimuksen analysoinnin yhteydessä ne on kirjoitettu puhtaaksi Excel-taulukoon. Osa tekstistä on ollut epäselvää, ja se on jouduttu jättämään pois. Tämän tutkimuksen aineistona käytin valmista Excel-taulukkoa, joka sisältää kaikki puhtaaksi kirjoitetut avovastaukset.

Vastajaat ovat yleensä joko 90 vuotta täyttäneitä tervaskantoja tai heidän läheisiään. Muutamia vastauksia on kirjoittanut hoitaja. Kaikista avovastauksista 50 % on kirjoitettu tervaskannon näkökulmasta. Läheisen tai hoitajan kirjoittamia kommentteja on 31 %. Läheiset ovat usein kirjoittaneet lisätietoja omasta näkökulmastaan, mutta toisinaan he kertovat olevansa vain kirjureina ja näkökulma on haastatellun. Yleisimmin läheinen on tytär, mutta kirjoittajina oli myös puolisoja, poikia, muita sukulaisia, ystäviä, henkilökohtaisia avustajia ja hoitajia. 19 prosentista vastauksista en voi kirjoittajaa tekstin perusteella päätellä.

Omaisien rooli kyselyyn vastaamisessa vaihteli tervaskannon toimintakyvyn mukaan. Varsin usein omaisen on kuitenkin ollut mukana kyselyn täyttämässä. Kotona asuvat kykenevät yleensä itse ilmaisemaan ajatuksiaan ja mielipiteitään, ja tällöin omaisen on voinut olla usein lähinnä luku- ja kirjoitusapuna. Muistisairailta, tehostettua palveluasumista saavilla tervaskannoilla on eriasteisia vaikeuksia muistamisessa ja itsensä ilmaisemisessa, ja joskus tervaskanto ei pysty osallistumaan ollenkaan kyselyyn vastaamiseen. Muistisairaana omaisen on saattanut yrittää tulkita tervaskantoa tai kirjoittaa kokonaan omia ajatuksiaan. Joskus muistisairaiden läheiset ovat kirjoittaneet juuri siitä, millaisia kokemuksia heillä on heidän läheisensä saamasta hoidosta.

3.2 Analyysimenetelmä

Analyysiprosessi lähti liikkeelle aineiston karsimisesta. Koska valitsin tutkimuksen aiheeksi ikääntyneiden palvelut, karsin aineistosta pois sellaiset vastaukset, jotka eivät liittyneet palveluihin. Osa vastauksista oli pitkiä, ja niissä saattoi olla vain yksi tai kaksi virkettä, joissa käsiteltiin palveluja. Erottelinkin analyysiyksiköiksi vain sellaiset virkkeet, jotka käsitelivät palveluja. Avovastauksia, jotka liittyivät palveluihin, oli kaiken kaikkiaan 272, mutta suurin osa näistä oli sellaisia, joissa vastaaja oli vain luetellut käyttämiään palveluja tai kertonut, mitä palveluja hän toivoisi. Lopulta otin analyysiin mukaan vain sellaiset vastaukset, joissa oli kokemuksia palvelujen laadusta. Tällaisia tietoja oli kirjoittanut 124.

Tutkimusmenetelmänä käytin aineistolähtöistä sisällönanalyysia, joka on laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmä (26). Tein kustakin analyysiyksiköstä yhden tai useampia pelkistyskäsitteitä, joiden tarkoitus oli sisältää vastaajan keskeinen ajatus lyhyesti ja ytimekkäästi muotoiltuna. Pelkistysten oli tarkoitus vastata tutkimuskysymykseen eli siihen, millaisia kokemuksia vastaajilla on palveluista. Yksi pelkistys sisälsi yhden ajatuksen. Sen jälkeen järjestin pelkistettyjä ilmauksia alaluokiksi siten, että ryhmittelin pelkistykset, joissa oli sama ajatus, samaan alaluokkaan. Osa pelkistetyistä ilmauksista muodosti yksinään oman alaluokkansa. Alaluokista yhdistelin yläluokkia niin, että sain laajempia kokonaisuuksia, jotka nimesin yleisemmän tason käsitteillä. Yläluokkia muodostui lopulta 17, ja yläluokat järjestin kolmeksi pääluokaksi.

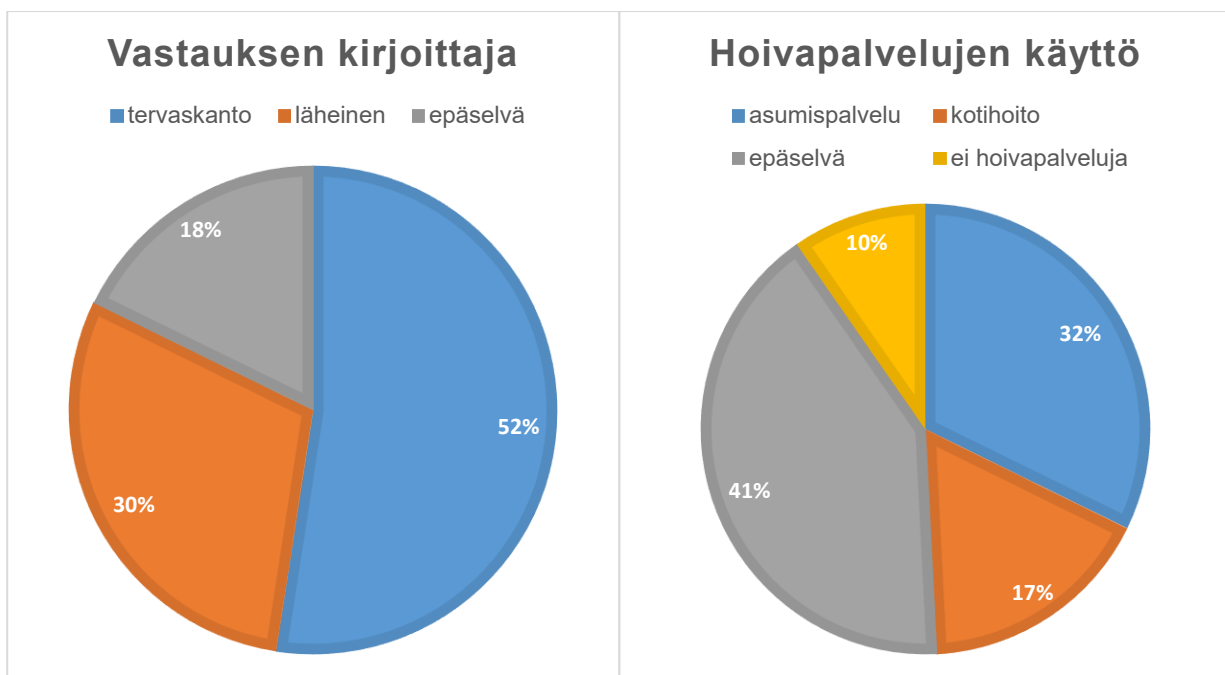
Sekä ala- että yläluokkien nimet vaihtuivat useaan kertaan prosessin aikana. Yläluokkia oli analyysivaiheessa enemmän kuin 17, mutta yhdistin hyvin pieneksi jääneitä yläluokkia suuremmiksi kokonaisuuksiksi. Esimerkiksi *työntekijöiden pysyvyyden* oli alussa tarkoitus muodostaa oma yläluokkansa, johon kuuluivat alaluokat *kotihoidon työntekijöiden vaihtuvuus* sekä *omalääkäri on tärkeä*. Lopulta lisäsin siihen myös alaluokat *ongelmat kotihoidon tiedonkulussa*, *sopeutuminen nuoriin hoitajiin* ja *epäsäännölliset kotihoidon käyntiajat*, ja vaihdoin yläluokan nimeksi *hoitohenkilökuntaan liittyvät käytännöt*. Lisäksi poistin yläluokan, joka ei loppujen lopuksi sopinutkaan tutkimuskysymykseen. Tämä luokka oli nimeltään *omaisen hoitopanos*, ja se sisälsi useita kommentteja siitä, että omaishoito on raskasta.

Pääluokat olisi voinut muodostaa monellakin eri tavalla. Ajattelin jakaa yläluokat yhteiskunnallisiin, yleisiin ja yksityisiin asioihin. *Kokemukset hoitohenkilökunnasta* vaikutti muodostavan selkeästi oman luokkansa. Yleisempiä asioita kokosin *kokemukset palvelujen toimivuudesta* -pääluokkaan. Sitten jäi yksityisempiä ja spesifimpiä asioita, joiden ajattelin liittyvän ikääntyneiden henkilökohtaiseen hyvinvointiin. Lopulta pääluokan nimeksi tuli kuitenkin *kokemukset asumisen osatekijöistä*, koska nimi vastaa tutkimuskysymykseen paremmin kuin ensin ajatteleman nimi *kokemukset ikääntyneen hyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä*.

4 TULOKSET

Yleiskuvultaan avovastausaineisto on hyvin monipuolinen, ja siinä käsitellään monia eri palveluja monelta kannalta. Vastauksissa on paljon parannusehdotuksia ja tyytymättömyyden purkamista, mutta moni on tuonut esille myös kiitosta ja tyytyväisyyttä palveluista. Samoista asioista on usein vastakohtaisia kommentteja: toiset ovat kokeneet samat palvelut hyväksi ja toiset huonoiksi. Esimerkiksi jotkut vastaajat kertoivat, että kuljetuspalvelut toimivat hyvin, ja jotkut kokivat, että niitä ei saa silloin, kun haluaa.

Tutkittavista tervaskannoista 65 oli vastannut itse, ja 37 oli läheisen vastauksia. 22 vastauksessa näkökulma jäi epäselväksi. Tutkittavien ominaisuuksia on esitetty kaaviona kuvassa 1. Kirjoittajien prosenttiosuudet ovat hyvin lähellä kaikkien avovastausten kirjoittajien osuuksia.



Kuva 1. Perustietoja tutkimuspopulaatiosta. Vasemmalla kuvataan, keitä kirjoittajat olivat, ja oikealla kuvataan tervaskantojen käyttämiä hoivapalveluja.

Tutkittavista noin kolmannes käytti vastausten perusteella asumispalveluja. Vastausten perusteella on kuitenkin vaikea erotella eritasoisia palveluasumisen muotoja. Jotkut vastaajat asuivat selvästi tuetussa palveluasumisessa. Monet tehostettua palveluasumista tai vanhainkotia koskevista

tiedoista oli kirjoittanut omainen, koska luonnollisesti näiden käyttäjät ovat usein kykenemättömiä itse vastaamaan. Kotihoidon palvelujen käytöstä kertoi kuudesosa vastaajista. Kotihoidon käytössä oli myös paljon hajontaa: osalla kotihoito kävi vain jakamassa lääkkeitä, kun taas osalla hoitajat kävivät useita kertoja päivässä mutta sekään ei tuntunut riittävältä. Vastauksissa yleisimmin toistuvia palveluja olivatkin asumispalvelut ja kotihoito. Noin puolet tutkittavista ei kertonut hoivapalvelujen käytöstä mutta useimmista vastauksista sitä ei voinut myöskään poissulkea. Näiden vastaajien kommentteista useimmat liittyvät terveystalouteen kuten sairaala- ja lääkäripalveluihin. Muita kommentoituja palveluja ovat kuljetuspalvelut (yl. PALI-palveluliikenne), ateriapalvelut, vanhojen ihmisten päivätoiminta, siivouspalvelu ja kirjaston kotipalvelu. Useimmat vastaajista kommentoivat palveluja, joita he itse tai heidän läheisensä käyttivät, mutta jotkut myös kirjoittivat toivovansa jotakin palvelua, jota heillä ei vielä ollut. Jotkut sitä vastoin eivät toivoneet jotakin palvelua, koska heillä saattoi olla siitä huonot mielikuvat.

Analyysiyksiköt jaoin kolmeen pääluokkaan sen mukaan, onko palvelua lähestytty palvelun toimivuuden, hoitohenkilökunnan vai asumisen osatekijöiden näkökulmasta. Pääluokkien muodostuminen on kuvattu taulukossa 2. *Palvelujen toimivuus* -pääluokassa esiin tulevat ongelmat ovat usein yhteiskunnallisia - kuten sellaisia, että palveluja on vaikea saada tai ne ovat liian kalliita. *Hoitohenkilökunta*-pääluokkaan kuuluu lisäksi ongelmia, jotka liittyvät yksittäisten hoitajien toimintaan. *Hoitajaresurssit* ja *hoitohenkilökuntaan liittyvät käytännöt* ovat kuitenkin ylempään tason päätöksiä. *Asumisen osatekijät* ovat pienempiä kokonaisuuksia, jotka liittyvät yleensä palveluyksiköiden sisäiseen toimintaan. Esimerkiksi *aktiviteetit* ja *ilmapiiri* vaikuttavat yksilön vointiin ja viihtymiseen asuinpaikassaan.

Taulukko 2. Sisällönanalyysissä muodostetut yläluokat ja pääluokat.

Yläluokat	Pääluokka
tyytyväisyys palveluihin palvelujen saatavuus palvelujen riittämättömyys kalliit maksut ei muutosta parempaan	kokemukset palvelujen toimivuudesta
hoidon laatu hoitajien taidot hoitajien motivaatio hoitajaresurssit	kokemukset hoitohenkilökunnasta

hoitohenkilökuntaan liittyvät käytännöt ikäihmisten kohtelu	
palveluasumisen vaikutus kuntoon aktiviteetit ilmapiiri ihmiskontaktit oma rauha ruoka	kokemukset asumisen osatekijöistä

4.1 Kokemukset palvelujen toimivuudesta

Tyytyväisyys palveluihin on suurin yläluokka, ja se sisältää samantapaisia yleisiä kommentteja kuin *hoidon laatu* -yläluokka *Kokemukset hoitohenkilökunnasta* -alaluvussa. Kommentit koskevat kaikenlaisia palveluja, mutta suurimmat ryhmät muodostavat palveluasuminen ja kuljetuspalvelut. Yleensä palveluasumista pidettiin hyvänä asiana, mutta muutama vastaaja oli kuitenkin tyytymätön. Tyytyväisyyttä ei perusteltu useimmissa kommentteissa. Tyytymättömyyden syitä olivat juttuseuran puute, kaipuu omaan kotiin, hyväksynnän ja arvostuksen puute sekä se, että puoliset joutuvat asumaan eri paikoissa. Kuljetuspalveluista keuhuttiin erityisesti PALI-palveluliikenteen toimintaa. Muita palveluja, joita vastauksissa mainittiin, olivat muun muassa kirjastopalvelu ja peseytymispalvelut. Nämä toimivat vastaajien kokemusten mukaan hyvin.

Toinen suuri yläluokka on *palvelujen saatavuus*. Palvelujen saatavuuteen liittyi monen vastaajan mukaan ongelmia. Lääkäripalvelujen saannissa ongelmia kohdanneet tervaskannot kirjoittivat:

”Haluaisin, että lääkäri kävisi viikoittain kysymässä vointiani. Nyt ei tule vaikka pyytää.” ”Omalääkäriin vastaanotolle on liian pitkät odotusajat (~1kk)”

Lääkäriin pääsyssä suurimmat ongelmat olivat siis pitkät jonot ja matkat. Vastaajat kokivat myös, että palveluasumiseen on vaikea päästä. Lisäksi monen mielestä apua oli vaikea saada varsinkin, jos sitä tarvitsee nopeasti. Vaikeus avunsaannissa aiheutti huolta ja jopa pelkoa:

”Pelottaa tulevaisuus. Tiedän, on vaikea saada apua ja vielä vaikeampi vastaanottaa.” ”Toivon, että avun saaminen olisi helpompaa, kun rupean sitä tarvitsemaan.”

Osa koki kuitenkin, että apua on saatavilla silloin, kun sitä tarvitaan.

Palvelujen riittämättömyys voi olla yhtenä tekijänä avunsaannin vaikeudessa. Alaluokkia *palvelujen riittämättömyydessä ovat terveysterveystoimien ei saa tarvittavaa apua, liian vähän kodikkaita hoitopaikkoja, kotona ei aina pärjää, riittämätön avunsaanti kotona sekä kuljetuspalvelujen riittämättömyys*. Aineistossa oli useimmin mainittu *riittämätön avunsaanti kotona*.

”Maksimaalisista kotipalveluista huolimatta 3 x 15 min kotiapu ei enää riitä kun ihminen on täysin holhottava”

Vastaus kertoo myös siitä, että kotona ei aina pärjää. *Terveysterveystoimien ei saa tarvittavaa apua* - alaluokka eroaa *palvelujen saatavuus* -yläluokasta siten, että tervaskannot ovat kyllä päässeet lääkäriin, mutta heitä ei ole osattu tai muusta syystä voitu auttaa. *Kuljetuspalvelujen riittämättömyys* koski useimmiten sitä, että iltaisin ja viikonloppuisin ei järjestetä palveluliikennekyytejä.

Hyvin moni vastaaja koki palvelujen hinnat kalliiksi. Moni toivoi myös kuljetustukien helpompaa saatavuutta. Nämä alaluokat yhdistin yläluokkaan *kalliit maksut*. Sekä palveluasuminen että kotihoidon palvelut koettiin kalliiksi. Myös muita palveluja, kuten siivouspalvelut, mainittiin. Vastauksista huomaa, että ikääntyneiden talous voi olla tiukalla pienten eläkkeiden vuoksi:

”Tarvitsisin enemmän apua kotitöissä, mutta eläkkeeni ei siihen riitä.”

Moni toivoi ilmaisia tai halvempia taksimatkoja, sillä Kelan tuen saamiseen tarvitaan nykyään tietyt perusteet.

Ei muutosta parempaan -yläluokassa on kommentteja siitä, että ennen asiat ovat olleet paremmin, ja siitä, että ongelmista kertominen ei ole auttanut. Eräs vastaaja kirjoitti:

”Olen puhunut asiasta johtajien kanssa jo pitkään. On myös toinen omainen joka on valittanut asiasta. Ei ole tilanne parantunut.”

Entisessä kotipalvelumallissa kiitettiin kokonaisvaltaista palvelua ja hoivaa:

”Vanhuksia pitäisi palvella niin kuin enekin, kodinhoitajat jotka siivos, laitto ruokaa, pesi pyykkiä, kävi kaupassa ja kylvetti. Kodinhoitajat takaisin!”

Sairaalan toiminta oli myös huonontunut erään vastaajan mielestä.

4.2 Kokemukset hoitohenkilökunnasta

Hoidon laadusta on paljon yleisiä kommentteja, joissa todetaan hoidon olevan joko hyvää tai huonoa. *Hoidon laatu* -yläluokkaan valituissa mielipiteissä hyvää tai huonoa hoitoa ei ollut yleensä avattu tai perusteltu mitenkään. Asia on vain todettu: ”Hoitopaikassani hoito on hyvää.” Hoidon laadusta on kirjoitettu enemmän positiivisia kuin negatiivisia kommentteja. *Hoidon laatu* -yläluokkaan otin mukaan myös *hyvät hoitajat* -alaluokan, sillä siinäkin on lähinnä toteavia lauseita siitä, että henkilökunta on ollut ystävällistä tai muuten hyvää. ”Palvelutalossa on hyvä henkilökunta”, eräs tervaskanto kirjoitti. Muutenkin hoidon laatua koskevien kommenttien voi olettaa viittaavan hoitohenkilökuntaan, sillä ihmiset toteuttavat hoidon, ja hoitoa ei ole, jos ei ole hoitajia.

Hoitajien taidot -yläluokassa on negatiivisia kommentteja hoitajien toiminnasta. Siihen kuuluvat alaluokat *hoitajien huono kielitaito* ja *lääkkeenjakkajien ammattitaidottomuus*. Eräs vastaaja koki, että lääkkeiden jaosta huolehtivat työntekijät eivät aina osaa tehdä työtehtäviään:

”Kaupungin täytyisi kiinnittää huomiota ostopalveluna olevien lääkkeiden jakajien ammattitaitoon. Kotona käyvät lääkkeen jakajat eivät aina tiedä mitä tekevät. Osa jakajista osaa työnsä, toiset ei. Miten käy vanhukselle, jolle on dosettiin laitettu lääkkeet väärin? Näitä tapauksia on useita.”

Huonot kokemukset hoitajien taidoista eivät olleet kuitenkaan kovin yleisiä, koska yläluokka on hyvin pieni.

Hoitajien motivaatiosta on myös kaksi alaluokkaa: *hoitajat eivät huolehdi velvollisuuksistaan* ja *huono työmotivaatio*. Nämäkään kokemukset eivät olleet erityisen yleisiä vaan lähinnä yksittäistapauksia.

”Äitini täyttäessä 90 vuotta hän oli tosi hyvä kuntoinen, mutta sen jälkeen hänen juomisestaan ei pidetty palvelukeskuksessa huolta. Koin mieheni kanssa, että hänen elämänsä haluttiin lopettaa tällä tavalla.” ”Sairaalajaksolla Rauhaniemessä jalat lakkasivat kantamasta, koska hoitajia ei kiinnostanut hänen kuntouttamisensa.”

Ikäihmisten kohteluun liittyi huonoja kokemuksia henkilökunnasta ja erityisesti henkilökunnan asenteista.

”Välillä tuntuu, että ikäihmisellä ei ole mitään arvoa, ainoastaan on välttämätön paha!”

Vastaajan kokemus johtui siitä, että hän ei ollut saanut henkilökunnalta ystävällistä ja huomaavaista palvelua. Vastaajat ajattelivat, että huono, epäkunnioittava ja huolimaton kohtelu liittyy henkilökunnan asenteisiin, ja niihin toivottiin muutosta.

Kiireeseen liittyviä mainintoja on paljon, ja ryhmittelin ne yläluokkaan *hoitajaresurssit*. Moni oli muotoillut asian niin, että hoitajia on liian vähän. Siitä luonnollisesti seuraa se, että hoitajilla on liikaa töitä ja heille tulee kiire tai osa tehtävistä jää hoitamatta. Vastaajat kirjoittivat:

”Kauhea kiire aina hoitajilla, apua ei saa silloin heti kun sitä tarvitaan.” ”Aikaa ei jää seurusteluun tai ääneen lukemiseen yms.”

Osalla niukat hoitajaresurssit aiheuttivat tunteen, että henkilökunta ei pysty vastaamaan edes välttämättömään avuntarpeeseen ajoissa. Osa taas kaipasi lisäpalveluja välttämättömän hoidon lisäksi.

Eräs yleisimmistä tyytymättömyyttä aiheuttavista asioista oli *kotihoidon työntekijöiden vaihtuvuus*, jonka ryhmittelin yläluokkaan *hoitohenkilökuntaan liittyvät käytännöt*. Muut alaluokat tässä yläluokassa ovat *ongelmat kotihoidon tiedonkulussa* ja *epäsäännölliset kotihoidon käyntiajat*. Nämä on mainittu selvästi harvemmin kuin työntekijöiden vaihtuvuus kotihoidossa. Hoitajien vaihtuvuuden perusteltiin aiheuttavan stressiä ja räsitystä muun muassa sen vuoksi, että uudet hoitajat eivät tunne hoidettavaa ja kaikkia käytäntöjä: ”Aina saat joka asia kertoa kun tulee.” Lisäksi hoidon jatkuvuutta perusteltiin sillä, että samat hoitajat pystyvät näkemään muutokset hoidettavan tilassa.

4.3 Kokemukset asumisen osatekijöistä

Palveluasumisen vaikutuksesta ikääntyneiden *kuntoon* on useampi maininta. Jotkut vastaajat olivat huomanneet virkistymistä tai kunnon paranemista, kun tervaskanto oli päässyt muuttamaan palvelutaloon. Toiset olivat kuitenkin havainneet, että ikääntyneen kunto oli heikentynyt palveluasumisessa. Ikääntyneen kuntoa voikin käyttää ikään kuin sen indikaattorina, koetaanko

palveluasuminen hyödylliseksi. Omaiset, jotka kertoivat tervaskannon kunnon heikkenemisestä, kertoivat myös puutteista palveluasumisessa.

”Hoivakodissa/vanhainkodissa vanhuksen kunto heikkenee nopeasti, koska ei heille ole henkilökunnalla aikaa eikä todellista haluakaan seurustella.”

Sellaiset vastaajat, jotka kokivat kunnon parantuneen tai säilyneen, olivat sitä vastoin tyytyväisiä palveluasumisyksikön toimintaan.

Ilmapiiri palveluasumisessa oli suurimman osan mielestä kodikas ja turvallinen. Yksittäiset tekijät, kuten meteli, voivat kuitenkin heikentää asumisilmapiiriä. Eräs omainen kirjoitti vaimostaan, että ”pääsääntöisesti hän kuitenkin kokee nykyisen hoitopaikan kodiksi, jossa on hyvä olla”.

Aktiviteettejä oli useimpien vastaajien mielestä riittävästi: palvelutaloissa on harrastemahdollisuuksia laulutuokioista kuntosaleihin. Moni vastaaja toivoi kuitenkin enemmän ulkoilumahdollisuuksia. Jotkut vastaajat arvelivat, että liian vähäinen ulkoilu johtuu hoitajaresursseista.

”hoitokodin vähäisen hoitajamäärän vuoksi, ulkoilua on niukasti”

Tervaskannot arvostivat *omaa rauhaa*, mutta kaikkien mielestä sitä ei ollut riittävästi. Oma huone oli tärkeä paikka, jossa voi levähtää itsekseen. Toisaalta myös *ihmiskontaktit* olivat hyvin tärkeitä vastaajille. Palveluasuminen on yleensä yhteisöllisempää kuin kotona asuminen, mutta monen mielestä myös palvelukodeissa oli liian vähän juttuseuraa.

”Muistisairaiden asumisyksikössä ei ole tarjolla aktiivista juttuseuraa paitsi henkilökunta jos ehtivät.”

Kotona asuvat tervaskannot toivoivat erityisesti ihmistä, joka kyselisi säännöllisesti heidän vointiaan. Ikääntynyt vastaaja koki turvattomuutta ja yksinäisyyttä, koska ”kukaan ei koskaan kysymässä että ollaanko henkissä ja pärjätäänkö”.

Huono tai riittämätön *ruoka* on vielä yksi tekijä, joka voi heikentää ikääntyneiden hyvinvointia. Jotkut omaiset olivat huolissaan siitä, että ruoka ei tyydytä ikäihmisten tarpeita. Myös jotkut tervaskannot olivat tyytymättömiä ruokaan, jota heille tarjottiin.

5 POHDINTA

5.1 Tulosten tarkastelu

Tulosten perusteella palvelujen laadussa on paljon kehitettävää mutta monella vastaajalla on myös hyviä kokemuksia. Ikääntyneet ovatkin parhaita asiantuntijoita palvelujen arvioimisessa, koska nimenomaan he käyttävät ikääntyneiden palveluja. Palvelut kokonaisuutena aiheuttivat sekä tyytyväisyyttä että tyytymättömyyttä, ja yksittäisten palvelujen toimivuudessa koettiin erilaisia vaikeuksia. Hoitohenkilökunta on hyvin olennainen osa palvelujen onnistumisessa, ja se aiheuttikin monenlaisia mielipiteitä. Toisaalta hyvinvointiin vaikuttavat pienemmät kokonaisuudet palvelun sisällä.

90 vuotta täyttäneet olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä siitä, että heillä on monenlaisia palveluja saatavilla. Palvelut toivat turvaa asumiseen ja mahdollistivat muun muassa ulkona liikkumisen. Palveluasumiseen oltiin useimmiten tyytyväisiä, vaikka vastaajat toivatkin esiin useita yksittäisiä tyytymättömyyden aiheita. Myös hoitohenkilökuntaan oltiin pääsääntöisesti tyytyväisiä, ja moni kehui hoitajien ystävällisyyttä.

Avovastauksista saa hyvän kuvan ikäihmisten yleisimmistä huolenaiheista, jotka liittyvät palveluihin. Näitä olivat palvelujen saaminen ja riittävyys, raha, ikäihmisten kohtelu, hoitajien taidot ja motivaatio, yksinäisyys sekä asuinpaikan ilmapiiri. Palvelujen saaminen ja riittävyys olivat kaikkein yleisimmät huolenaiheet. Huolta lisääviä tekijöitä olivat muun muassa henkilökunnan kiireisyys sekä se, että moneen palveluun on pitkät jonot. Huolen omasta tulevaisuudesta ovat saattaneet laukaista muilta kuullut kokemukset, joissa hoiva on tavalla tai toisella epäonnistunut. Emme voi tietää, onko huolille todellista syytä, mutta toki ne kannattaa silti ottaa vakavasti ja pyrkiä lisäämään ikääntyneiden turvallisuuden tunnetta.

Tulokset ovat samankaltaisia kuin aiemmissa suomalaisissa tutkimuksissa, joissa on tutkittu ikääntyneiden ajatuksia omasta hoidostaan. Kotihoidon asiakkaat ovat olleet tyytyväisiä saamaansa apuun, mutta sitä on toivottu lisää. (27, 28) Anderssonin ym. (2004) tutkimuksessa

moni iäkäs toivoi enemmän apua ja kotihoidon käyntejä (27). Kuten aiemmissa tutkimuksissa myös tässä työssä kotihoidon suurimpia ongelmia olivat hoitajien vaihtuvuus ja kiireisyys (16, 28). Kuitenkin sekä kotihoidossa että palveluasumisessa noin 90 % koki saavansa apua nopeasti aina tai useimmiten Kehusmaan ym. (2016) mukaan (15). Iäkkäiden kokemuksia palveluasumisesta on tutkittu Suomessa useassa opinnäytetyössä, joissa tulokset ovat samankaltaisia. Palveluasumisen laatu koetaan pääsääntöisesti hyväksi. Kehitettävää on erityisesti hoitohenkilökunnan määrässä, mikä näkyi muun muassa ulkoiluun ja seurusteluun käytetyn ajan vähyytenä. (29-33) Perushoiva toteutui hyvin myös palveluasumisessa Hassonin ja Arnetzin (2011) Ruotsissa tekemän tutkimuksen mukaan. Palveluasumisessa jotkin osa-alueet, kuten aktiviteettimahdollisuudet, koettiin jopa selvästi paremmiksi kuin kotihoidossa. (17) Tässäkin työssä tuli esille, että palveluasumisessa on tarjolla monenlaisia aktiviteetteja.

Krögerin ym. (2019) tutkimuksessa ikääntyneiden hoivaköyhyydestä todettiin, että erityisesti 85 vuotta täyttäneillä oli hoivaköyhyyttä IADL-toiminnoissa kuten kodin ulkopuolella liikkumisessa ja siivouksessa. ADL-toiminnoissa eli päivittäisissä perustoiminnoissa oli vähemmän hoivaköyhyyttä kuin IADL-toiminnoissa, mikä vastaa myös tämän tutkimuksen tuloksia. (18) Vaikka tervaskannoilla oli tilanteessaan monta tyytymättömyyden aihetta, tässä analyysissä ei tullut esille juurikaan puutteita välttämättömissä peruspalveluissa. Vaikutti siltä, että osallistujat saivat lähes aina riittävästi apua ADL-toimintoihin.

Usein samoista palveluista, joista tuli kritiikkiä, annettiin myös kiitosta. On kuitenkin tiettyjä teemoja, joista vastaajat kokivat pääsääntöisesti tyytymättömyyttä.

Hoitajia oli lähes aina liian vähän tai heillä oli kova kiire. Vastauksissa on selkeä viesti siitä, että hoitohenkilöstöä pitäisi olla enemmän. Hoitoalan suosio on kuitenkin laskenut, ja erityisesti vanhusten hoidolla on huono maine. Lähihoitajan työtä pidetään raskaana, ja palkka on pieni sekä vakituisen työpaikan saaminen hankalaa. (34) Yksittäinen hoitaja joutuu tekemään liikaa töitä, koska edes laatusuosituksen mukainen hoitajamitoitus ei ole läheskään aina toteutunut (35). Lähihoitajista noin 15–16 prosenttia vaihtaa alaa (34). Osa alaa vaihtaneista hoitajista voisi kuitenkin olla mahdollista saada takaisin, jos työoloja ja palkkausta parannettaisiin. Tämä olisi tärkeää myös uusien hakijoiden houkuttelemiseksi. Hallitus on onneksi luvannut nostaa hoitajamitoitusta asumispalveluyksiköissä 0,7:ään, ja hoitajilta pyritään samalla siirtämään pois muun muassa kunnossapitoon ja siivoukseen liittyvät tehtävät, jotta heille jää enemmän aikaa varsinaiseen asiakastyöhön (11, 36). Haasteena tulee nyt olemaan uusien hoitajien saaminen.

Työtä olisi hyvä myös järjestää niin, että samat hoitajat hoitaisivat samoja asiakkaita, jolloin aikaa ei kuluisi niin paljon uusiin asiakkaisiin perehtymiseen.

Hoitajien kiireisyys tulee esille myös aiemmissa tutkimuksissa. Kahdessa suomalaisessa tutkimuksessa hoitotyöntekijät totesivat, että aikaa ei aina jää muille kuin välttämättömille perushoitotoimille. (28, 37) Lisähenkilöstön tarve oli hoivatyöntekijöiden tärkein muutostoive vuonna 2005, ja sitä toivoivat sekä kotihoidossa että laitospalveluissa työskennelleet hoitajat (37). Paljärven ym. (2007) tutkimuksessa yli 65-vuotiaista kuopiolaisista kotihoidon asiakkaista sekä heidän omaisistaan noin puolet piti työntekijöiden kiireisyyttä kotihoidon keskeisimpänä ongelmana. Myös kotihoidon työntekijöiden vaihtuvuus oli suurta saman tutkimuksen mukaan. (28) Hautsalo ym. (2016) saivat samankaltaisia tuloksia kyselyssään kahden eri kaupungin kotihoidon asiakkaille ja heidän läheisilleen. Hoitajien käynnit koettiin kiireisiksi, ja hoitajat vaihtuivat jatkuvasti. (16) Vehkon ym. (2017) raportoiman tutkimuksen mukaan kiire oli suurta erityisesti kotihoidossa ja vanhainkodeissa. Noin puolet kotihoidon työntekijöistä ei ehtinyt usein tehdä töitään kunnolla. (38)

Jotkut vastaajat olivat saaneet huonoa kohtelua terveydenhuollon työntekijöiltä. Vastaajat arvelivat, että monella työntekijällä on huono asenne tai työmotivaatio. Hautsalon ym. (2016) kyselylomakkeella haastatteleminen ikäihmisten ja läheisten mukaan huonosti työhön asennoituvat hoitajat olivat huolimattomia, välinpitämättömiä tai kantaa ottamattomia tai heiltä puuttui oma-aloitteisuutta. Ikäihmiset eivät pitäneet myöskään siitä, että hoitaja puhui huutaen tai asiakkaan selän takana tai ei kuunnellut loppuun. (16) Joskus tällaisia tilanteita voivat selittää väärinymmärrykset, esimerkiksi jos hoitaja ajattelee, että vanhat kuulevat paremmin, kun heille huutaa. Edellä kuvattu kohtelu saattaa johtua myös väsymisestä ja turhautumisesta työhön. Aina ei ole mahdollista huomioida kaikkia hoidettavien tarpeita, vaan kiireen vuoksi joutuu priorisoimaan, kuten Krögerin ym. (2018) tutkimus osoittaa. Usein toistuvaa henkistä uupumusta todettiin NORDCARE2-kyselyssä jopa puolella kaikista hoitotyöntekijöistä. (10) Uupunut ihminen ei tietenkään jaksa kohdella asiakkaita aina yhtä hyvin kuin hyvinvoiva ihminen. Hoitajat kokivat myös itse melko paljon haukkumista, häirintää ja muuta epäasiallista kohtelua (10). Ongelma on siis molemminpuolinen.

Ratkaisuina hoitohenkilökuntaan liittyviin ongelmiin STM esittää henkilöstön määrän varmistamista, lähijohtamisen kehittämistä sekä henkilöstön osaamisen kehittämistä. Kuntien vastuulla on huolehtia, että hoitajien määrä on riittävä. Lähijohtajat tarvitsevat riittävästi tukea ja koulutusta, jotta

he voivat puuttua henkilöstön kuormitustekijöihin ja järjestää työtä paremmin sekä lisätä henkilöstön hyvinvointia, sitoutumista ja osaamista. Työntekijöiden mahdollisuus vaikuttaa oman työnsä kehittämiseen parantaa työhyvinvointia. Hoitohenkilökunta tarvitsee lisää koulutusta ja monipuolista osaamisen kehittämistä mm. muistisairauksista, turvallisesta lääkehoidosta, teknologian käytöstä, palvelutarpeen arvioinnista ja asiakaslähtöisestä toiminnasta. (9)

Pitkistä jonotusajoista kerrottiin sekä terveyspalvelujen, kuten lääkäriin pääsyn, että palveluasumiseen pääsyn yhteydessä. THL:n selvityksen mukaan terveyskeskuslääkärin palvelut olivat riittämättömiä koko Suomessa joka neljännellä ja TAYS:n erityisvastuualueella joka viidennellä niitä tarvinneella ikäihmisellä (39). Osa Tervaskannot-kyselyyn vastaajista toivoi ikäihmisille erioikeuksia terveyspalveluihin pääsystä. Perusteluna oli se, että vanhat eivät jaksaa odottaa kauan. Tämä olisikin hyvä huomioida, kun terveyspalveluissa joudutaan odottamaan esimerkiksi tutkimuksiin pääsyä. Ikäihmisiä ei kuitenkaan saisi suosia nuorempien kustannuksella, koska nuorilla voi olla yhtä lailla kiireisiä asioita ja heidän odottamisensa on usein myös työajasta pois. Jos vointi heikentyy, se pitäisi toki huomioida. Voinnin muutosten havaitseminen on helpompaa, jos hoitajat eivät vaihdu liian usein, kuten tervaskantojen ja läheisten teksteissäkin tuli esille.

Palveluasumiseen pääsy on lailla turvattu kaikille, jotka sitä tarvitsevat (2), ja Tampereella suurin osa niistä, joilla on myönnetty paikka vanhainkotiin tai tehostettuun palveluasumiseen, joutuu odottamaan paikkaa alle kuukauden ja lähes kaikki alle kolme kuukautta (40). Tervaskannot-kyselyyn vastanneista moni koki silti, että hoitopaikka olisi hyvä saada nopeammin. Usein kotihoidon tai omaishoidon tuella joutui sinnittelemään liian kauan. Jonotusaikoja voi yrittää edelleen lyhentää, mutta mahdollisesti ne ovat jo lyhentyneetkin vuodesta 2018. Kenties vastaajat toivoivat myös, että palveluasumisen myöntämisperusteita voisi helpottaa. Toisaalta tässä asiassa voisi helpottaa myös oikean tiedon saaminen. Kuten jo aiemmin pohdin, huoli on saattanut herätä muilta kuultujen yksittäistapausten perusteella.

Taloudellisia tukia kaivattiin enemmän, jotta palvelujen saaminen ei jäisi kiinni rahan puutteesta. Kustannukset mietityttivät myös Rossin (2018) tutkimukseen osallistuneita tuetussa asumisessa tai palveluasumisessa asuneita iäkkäitä. Raha ei välttämättä riittäisi, jos palveluja tarvitsee tulevaisuudessa enemmän. Tutkija totesi kuitenkin, että asukkaiden huolta ja turvattomuutta saattoi lievittää oikealla tiedolla ja neuvonnalla muun muassa etuuksien hakemisen suhteen. (41) Yhteiskunta tarjoaa kyllä iäkkäille heidän tarvitsemansa palvelut riippumatta heidän

varallisuudestaan. Tervaskannot toivoivat halvempia tai ilmaisia lisäpalveluja ja tukia esimerkiksi taksimatkoihin. Eläkkeiden määrästä ja eläkeläisten etuuksista olisi varmasti hyvä käydä enemmän poliittista keskustelua. Nykyään kansaneläke on pienempi kuin korkeakouluopiskelijoiden opintotuki, mikä vaikuttaa jokseenkin epäoikeudenmukaiselta (42, 43).

Sekä palvelukodeissa että kotona asuvat tervaskannot kaipasivat enemmän juttuseuraa ja ihmiskontakteja. Kotona asuvat kaipasivat erityisesti sitä, että heidän vointiaan kyseltäisi säännöllisesti ja varmistettaisi, että heillä on kaikki hyvin. Yksin asuminen on turvatonta ilman säännöllisiä ihmiskontakteja. THL:n selvityksen mukaan kolmasosa kotihoidon asiakkaista joutui olemaan yksin paljon, vaikka ei haluaisi (14). Yksinäisyyttä voi olla jopa enemmän niillä, jotka eivät käytä kotihoidon palveluja. Palvelutaloissa taas kaivattiin enemmän ulkoilumahdollisuuksia sekä keskustelua. Vapaaehtoistyöntekijät voisivat vastata näihin tarpeisiin. Jotkut kotona asuvat vastaajat kertoivatkin, että Mummon kammarin vapaaehtoistyöntekijä käy heitä säännöllisesti katsomassa. Näitä vapaaehtoisia tarvittaisiin lisää, ja vapaaehtoistyön tarjonnasta pitäisi tiedottaa paremmin. STM suosittaa, että juuri eläkkeelle jääneitä kannustetaan vapaaehtoistoimintaan, sillä vapaaehtoistyö vaikuttaa myönteisesti sekä vapaaehtoistyön tekijän että vastaanottajan hyvinvointiin. STM:n suosituksena on myös, että kunnat voisivat tehdä yhteistyötä järjestöjen ja seurakuntien kanssa niin, että vapaaehtoistoiminta laajenisi ja sitä voitaisiin tarjota myös esimerkiksi kotihoitopalveluja saaville iäkkäille. (9)

Omaishoito ei varsinaisesti sisälly ikääntyneille tarjottaviin palveluihin, ja siksi se jäi tästä tutkimuksesta pois, mutta sillä on kuitenkin tärkeä rooli täydentämässä palveluja. Tutkimusaineiston perusteella omaishoidon tukipalveluja olisi syytä kehittää, sillä omaishoito koetaan raskaaksi ja jo iäkkäille omaisille annetaan usein liikaa vastuuta. Kaikki omaishoitajat eivät ole tukipalvelujen piirissä eivätkä välttämättä tiedä, millaisia mahdollisuuksia heillä on saada tukea. Jos omaishoitaja tekee kunnan kanssa toimeksiantosopimuksen, hänellä on oikeus lakisääteiseen omaishoitajavapaaseen kolmen vuorokauden verran kuukaudessa, kun hoito on päivittäistä. Tälle ajalle kunta voi tarjota sijaishoitajan. Lain mukaan kunnan on myös tarvittaessa järjestettävä omaishoitajalle valmennusta ja koulutusta. (44) Omaishoitajavapaita tarjotaan kuitenkin melko pieni määrä, kun ottaa huomioon, että hoitotyö sitoo omaista yleensä ympärivuorokautisesti, eikä vapaapäiviä tarjota edes yhtä viikossa. Poliitikkojen olisikin syytä miettiä, voisivatko kunnat tarjota omaishoitajille enemmän tukea. Kolmannella sektorilla omaishoitajien tukipalveluja tarjoaa mm. Punainen Risti (45).

5.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettiset näkökohdat

Tervaskannot 90+ -kyselyyn vastattiin nimettömästi, eikä muitakaan yhteystietoja tarvinnut jättää. Kyselyyn vastanneet henkilöt antoivat vastaamisen yhteydessä suostumuksensa vastausten tallettamiseen ja käyttämiseen myöhempiin tutkimuksiin. Puhtaaksi kirjoitetuissa avovastauksissa vastaajat oli eroteltu vain erillisiin soluihin, jotka oli numeroitu. Saamissani avovastauksissa oli kuitenkin aluksi melko paljon nimiä ja yhteystietoja, koska osa vastaajista oli halunnut jättää yhteystietonsa avoimeen kenttään. Poistin kaikki tunnistamisen mahdollistavat henkilötiedot samalla, kun tutustuin aineistoon. Säilytin aineistoa tutkimuksen ajan vain yhden salasanalla suojatun tietokoneen muistissa. Tulostin myös aineiston kahteen kertaan. Hävitän tulosteet asianmukaisesti sekä poistan aineiston tietokoneeltani tutkimuksen päätyttyä.

Jos tekisin tutkimuksen uudelleen, pitäisin analyysivaiheessa tutkimuspäiväkirjaa, johon kirjaisin, mitä olen päivän aikana miettinyt. Tärkeimmät pohdinnat voisi sitten esitellä raportin menetelmäosiossa. Nyt analyysiprosessin kuvaus jäi hieman ohueksi, koska en muistanut analyysivaiheen pohdintoja enää kirjoitusvaiheessa. Hävitin myös analyysin teossa käyttämäni laput liian ajoissa, enkä voinut hyödyntää niitä raportin kirjoittamisessa.

Jos aloittaisin alusta, järjestäisin luokat enemmän laatu-ulottuvuuden mukaan. Nyt samoissa luokissa on positiivisia ja negatiivisia kommentteja. Esimerkiksi yläluokassa *ilmapiiri* on kokemuksia siitä, että ilmapiiri on turvallinen, sekä siitä, että se on turvaton. Pohdintaosuutta kirjoittaessani huomasin, että halusinkin tarkastella tuloksia siitä näkökulmasta, mistä asioista koetaan tyytyväisyyttä ja mistä tyytymättömyyttä. Siksi olisi ollut hyvä erotella positiiviset ja negatiiviset kommentit jo analyysivaiheessa. Erilaiset palvelut olisi voinut myös erotella, jotta olisi saanut käsitystä, mitä ajattelevat kotihoidon palvelujen käyttäjät ja mitä taas asumispalvelujen käyttäjät.

Harhaa tutkimuksessa aiheuttaa se, että avokentässä ei kysytty mitään, eivätkä kaikki tervaskannot kirjoittaneet siihen varsinkaan palveluista. Tällöin vastauksia on saatu ainoastaan sellaisilta henkilöiltä, joilla on ollut jotakin erityistä sanottavaa palveluista. Tyypillisesti nämä sanomiset edustavat ääripäitä. Jos kokemuksia palveluista olisi erikseen kysytty kyselylomakkeella, vastaajissa olisi todennäköisesti enemmän tyytyväisiä palvelujen käyttäjiä, joilla ei ole mitään erityistä sanottavaa. Myös uusia parannusehdotuksia tulisi, koska monikaan ei ole

varmasti ajatellut, että *lisätietoja*-kohtaan voisi kirjoittaa parannusehdotuksia tai että niitä sieltä kukaan lukisi.

Koska valikoitumisharha on suurta, vastaajien ei voi ajatella edustavan kattavasti Tampereen yli 90-vuotiaita ihmisiä. Vaikka alkuperäisen kyselytutkimuksen vastausprosentti oli hyvä, tässä työssä käsitellyt vastaukset edustavat vain noin 7 %:a kaikista kyselytutkimuksen vastaajista.

Tampereella palvelujen saatavuus ja niihin liittyvät käytännöt ovat hieman erilaisia kuin muualla Suomessa ja varsinkin ulkomailla. Tampere on suuri kaupunki, missä on kattavasti erilaisia ikääntyneiden palveluja. Pienemmällä paikkakunnilla voi olla erilaisia haasteita palvelujen saatavuudessa, kun esimerkiksi välimatkat ovat pitkiä ja henkilökuntaa on vähemmän. Joitakin asioita, jotka vastaajat kokevat toimiviksi Tampereella, voisi yrittää siirtää myös muihin kaupunkeihin. Kyselyssä tuli kuitenkin esiin paljon tyytymättömyyttä aiheuttavia asioita, ja osaan tuli myös parannusehdotuksia. Useimpia parannusehdotuksia voi soveltaa muuallakin kuin Tampereella, mutta monet parannukset vaativat valtakunnallisia linjauksia tai poliittista päätöksentekoa, jolloin ne koskevat automaattisesti koko Suomea.

5.3 Päätelmät ja jatkotutkimusaiheet

Hyvin iäkkäät ovat tyytyväisiä siihen, että heillä on monenlaisia palveluja, ja moni kokee saavansa hyvää hoitoa. Myös kritiikkiä annetaan. Tervaskannot ja heidän omaisensa tuovat esille tiettyjä kehityskohteita, joista tärkeimpiä ovat palvelujen vaikea saatavuus ja jonot asumispalveluihin, liian vähäinen hoitajien määrä, yksinäisyys sekä rahahuolet, jotka estävät ottamasta lisäpalveluja. Ikääntyneiden palvelujen kehittämiseen voivat osallistua yhteiskunta ja poliittiset päättäjät mutta myös yksittäiset hoitajat ja palveluyksiköiden johtajat. Myös tavallisia kansalaisia tarvitaan vapaaehtoistyöntekijöiksi.

Jatkotutkimuksia olisi hyvä tehdä muilla paikkakunnilla kuin Tampereella. Erityisesti maaseudulla ja pienillä paikkakunnilla palvelut ja niiden saatavuus ovat erilaisia kuin suurissa kaupungeissa. Olisi mielenkiintoista verrata alueellisia eroja siinä, mitä kokemuksia ikääntyneet nostavat esiin. Näin voisi myös määrittää valtakunnallisesti tärkeimpiä teemoja ikääntyneiden palvelujen kehittämiseksi.

LÄHTEET

1. Suunitelma ikäihmisten yhteensovitetusta palvelukokonaisuudesta Pirkanmaan maakunnassa. 2018.
2. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. 2012.
3. Karjalainen P. Kuka auttaa vanhusta; järjestöt ja vanhustyö. Duodecim. 1999; 115(15):1643-6.
4. THL. Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2019 : Kehitysvammaisten pitkäaikainen laitoshoido vähenee – lyhytaikaiset hoitajaksot kestävät tyypillisesti alle 7 päivää. Tilastoraportti. 2020.
5. Alastalo H, Kehusmaa S, Penttinen L. Harva ikäihminen saa kotihoitoa yksityiseltä yritykseltä : ympärivuorokautisessa hoidossa yksityisen sektorin osuus ennallaan. THL. 2018.
6. Tulostaulukko - Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi. 2015. [Luettu 14.8.2021]. Saatavissa www.sotkanet.fi
7. Ruissalo P. Tampereen yliopisto selvitti: Kaupungin vanhimpien määrä kasvaa nopeasti – sekä hyvät vuodet että hoidon tarve lisääntyvät. Tamperelainen. 9.11.2018.
8. STM. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019. 2017.
9. STM. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–2023 : Tavoitteena ikäystävällinen Suomi. 2020.
10. Kröger T, Aerschot L, Puthenparambil JM. Hoivatyö muutoksessa : suomalainen vanhustyö pohjoismaisessa vertailussa. Jyväskylän yliopisto. 2018.
11. Yle Uutiset. Vanhusten hoidon hoitajamitoitus kirjataan lakiin, mutta sille tulee siirtymäaika: Uusia hoitajia pitäisi löytyä 4 500, oppositio syyttää vaalilupausten rikkomisesta. 2019. [Luettu 9.1.2020]. Saatavissa <https://yle.fi/uutiset/3-11002755>
12. STM. Vanhuspalvelujen lakiluonnos: Henkilöstömitoitukseen laskettaisiin vain välittömään asiakastyöhön osallistuvat. 2019. [Luettu 15.12.2020]. Saatavissa <https://stm.fi/-/vanhuspalvelujen-lakiluonnos-henkilostomitoitukseen-laskettaisiin-vain-valittomaan-asiakastyohon-osallistuvat>
13. Yle Uutiset. Hallituksen esitykseen vanhusten hoitajien määrästä on tulossa vuosien siirtymäaika. 2019. [Luettu 15.12.2020]. Saatavissa <https://yle.fi/uutiset/3-10942825>
14. THL. Koettu hoidon laatu asiakkaan näkökulmasta (ASLA). 2019. [Luettu 16.12.2020]. Saatavissa <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/asla>
15. Kehusmaa S, Vainio S, Alastalo H. Ikääntyneet palvelun käyttäjät tuntevat olonsa turvalliseksi mutta hoidon suunnitteluun osallistumisessa on kehitettävää. THL. 2016.
16. Katja Hautsalo, Anja Rantanen, Marja Kaunonen, Päivi Åstedt-Kurki. Asiakkaiden ja heidän läheistensä kokemukset kotihoidosta. Tutkiva Hoitotyö. 2016; 14(1):4-12.

17. Hasson H, Arnetz JE. Care recipients' and family members' perceptions of quality of older people care: a comparison of home-based care and nursing homes. *Journal of clinical nursing*. 2011; 20(9-10):1423-35.
18. Kröger T, Aerschot L, Puthenparambil JM. Ikääntyneiden hoivaköyhyys. *Yhteiskuntapolitiikka*. 2019; 84(2):124-34.
19. Tervaskannot 90+ / Marja Jylhä. [Luettu 18.9.2019]. Saatavissa <https://www.gerec.fi/tutkimus/terveys-toimintakykyisyys-pitkaikaisuus-ja-biologinen-vanheneminen/tervaskannot-90-marja-jylha/#1544886341525-d71d85fd-3536>
20. Tervaskannot 90+ (TK 90+). [Luettu 18.9.2019]. Saatavissa <https://www.tuni.fi/fi/tutkimus/tervaskannot-90-tk-90>
21. Helminen S, Sarkeala T, Enroth L, Hervonen A, Jylhä M. Vanhoista vanhimpien terveys ja elämäntilanne - tuloksia vuoden 2010 Tervaskannot 90+ -tutkimuksesta. *Gerontologia*. 2012; 26(3):162-71.
22. Halonen P, Raitanen J, Jämsen E, Enroth L, Jylhä M. Chronic conditions and multimorbidity in population aged 90 years and over: associations with mortality and long-term care admission. *Age and ageing*. 2019; 48(4):564-70.
23. Kauppi M, Raitanen J, Stenholm S, Aaltonen M, Enroth L, Jylhä M. Predictors of long-term care among nonagenarians: the Vitality 90 + Study with linked data of the care registers. *Aging Clin Exp Res*. 2017; 30(8):913-9.
24. Enroth L, Aaltonen M, Raitanen J, Nosraty L, Jylhä M. Does use of long-term care differ between occupational classes among the oldest old? *Vitality 90 + Study*. *Eur J Ageing*. 2018; 15(2):143-53.
25. Nosraty L, Pulkki J, Raitanen J, Enroth L, Jylhä M. Successful Aging as a Predictor of Long-Term Care Among Oldest Old: The Vitality 90+ Study. *Journal of applied gerontology*. 2019; 38(4):553-71.
26. Tuomi J, Sarajärvi Anneli. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi. 2002.
27. Andersson S, Haverinen R, Malin M. Vanhusten kotihoito kolmesta näkökulmasta. *Yhteiskuntapolitiikka*. 2004; 69(5):481-94.
28. Paljärvi S, Rissanen S, Sinkkonen S, Paljärvi L. Monitoimijainen arviointi yhdistetyn kotihoidon sisällöstä ja laadusta. 2007; (2):92-103.
29. Ahopelto J, Toivola R. Ikäihmisten ja omaisten kokemuksia palveluasumisesta pienkodissa Etelä-Pohjanmaalla. Seinäjoki: Seinäjoen ammattikorkeakoulu. 2018.
30. Gullman T. Asiakkaiden ja omaisten kokemuksia Vaasan kaupungin palveluasumisesta. Vaasan ammattikorkeakoulu. 2010.
31. Honkiniemi A. Ikääntyvien palvelujen laatu tehostetussa palveluasumisessa asukkaiden kokemana. Satakunnan ammattikorkeakoulu. 2020.
32. Kakkuri A, Lumme R. Ikääntyneiden kokemuksia palveluasumisen viihtyvyydestä. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. 2012.

33. Kokkonen P. Ikäihmisen kokemus hoidosta ja elämänlaadusta ympärivuorokautisessa hoivassa. Tampereen ammattikorkeakoulu. 2013.
34. STT. Lähihoitajakoulutuksen suosio romahti – syytä etsitään työolosuhteista ja alan imagosta. ESS. 29.6.2019.
35. STM. Vanhusalan toimijat keskustelivat henkilöstömitoituksen toteutuksesta. 2019. [Luettu 15.12.2020]. Saatavissa <https://stm.fi/-/vanhusalan-toimijat-keskustelivat-henkilostomitoituksen-toteutuksesta>
36. STM. Ministeri Kiuru: Sitovasta mitoituksesta vanhuspalvelulakiin on esitetty virheellistä tietoa. 2019. [Luettu 16.12.2020]. Saatavissa <https://stm.fi/-/ministeri-kiuru-sitovasta-mitoituksesta-vanhuspalvelulakiin-on-esitetty-virheellista-tietoa>
37. Leinonen A. Hoivatyöntekijöiden muutostoiveiden topografia. Yhteiskuntapolitiikka. 2009; 74(2):132-48.
38. Vehko T, Sinervo T, Josefsson K. Henkilöstön hyvinvointi vanhuspalveluissa - kotihoidon kehitys huolestuttava. THL. 2017.
39. Murto J, Kaikkonen R, Sainio P, Pentala O, Koskela T, Luoma M, et al. Ikääntyneiden kokemukset terveydestään, toimintakyvystään ja palveluiden saamisesta erityisvastuualueittain. THL. 2014.
40. Odotusajat sosiaalipalveluihin. [Luettu 21.12.2020]. Saatavissa <https://www.tampere.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/asiakkaan-ja-potilaan-oikeudet/odotusajat.html>
41. Rossi E. Asumispalvelukeskuksen iäkkäiden asukkaiden avun ja tuen tarpeet. Gerontologia. 2018; 32(4):235-50.
42. Kela. Eläkeläisen tuet. 2019. Saatavissa https://www.kela.fi/documents/10180/0/Elakkeelle_esite_Kela.pdf
43. Kela. Opintotuki 1.1.–31.7.2020. 2019. Saatavissa <https://www.kela.fi/documents/10180/681919/Optuinfo.pdf>
44. Laki omaishoidon tuesta. 2005.
45. Helameri T. Yhteistyötä omaishoitajien eduksi. Punainen Risti. 2020.