

Riikka Varis

IÄKKÄIDEN TOIMINTAKYKY JA LUOTTAMUS SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUIDEN SAATAVUUTEEN

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta
pro gradu- tutkielma
marraskuu 2023

TIIVISTELMÄ

Riikka Varis : Iäkkäiden toimintakyky ja luottamus sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuuteen
pro gradu -tutkielma
Tampereen yliopisto
Terveystieteiden yksikkö, Hoitotieteen maisteriohjelma
marraskuu 2023

Iäkkäiden määrän lisääntyminen luo yhteiskunnalle monenlaisia haasteita. Iäkkäiden toimintakykyä ja kotona pärjäämistä tukemalla on kuitenkin mahdollista kohtuullistaa terveydenhuollon kuormittumista ja menojen kasvua. Sosiaali- ja terveyspalvelujen tarve riippuu paljolti iäkkään voimavaroista ja kyvystä suoriutua itsenäisesti jokapäiväisistä tehtävistä, esimerkiksi päivittäistoimista ja kodinhoidosta. Toimintakyky edistää yksilön hyvinvointia, jaksamista ja arjessa selviytymistä. Myös toimivat sosiaali- ja terveyspalvelut edistävät ja ylläpitävät ikääntyvän väestön terveyttä ja hyvinvointia sekä varmistavat, että jokainen iäkäs saa tarvitsemansa hoidon ja tuen. Sosiaali- ja terveyspalvelut ovat olleet viime aikoina otsikoissa vastikään voimaantulleen Sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen uudistuksen vuoksi.

Tämän pro gradu -tutkielman tarkoituksena oli kuvata iäkkäiden näkökulmasta, kuinka itsearvioitu toimintakyky on yhteydessä luottamukseen sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuudesta Suomessa. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää kehittäessä kohdennettuja ja iäkkäiden tarpeita vastaavia sosiaali- ja terveyspalveluita. Tutkimus oli luonteeltaan kvantitatiivinen ja aineistona käytettiin Vanheneminen ja sosiaalinen hyvinvointi SoWell-tutkimushankkeen keräämää valmista aineistoa. Aineisto kerättiin vuosina 2020–2021, jolloin tutkimukseen osallistui 3088 65–84-vuotiaasta iästä. Aineiston analyysimenetelmänä käytettiin ristiintaulukointia ja khiin neliötestiä.

Tutkimuksen tulokset osoittivat, että lähes kaksi kolmasosaa (62 %) iäkkäistä arvioi toimintakykynsä melko tai erittäin hyväksi. Tutkimuksen tulokset osoittivat sen, että luottamus vaihtelee sosiaali- ja terveydenhuollon osa-alueiden välillä. Kiireellisen hoidon saatavuuteen liittyvä luottamus oli vahvinta (78 %), kun taas ympärivuorokautisen hoidon saatavuuteen liittyvä luottamus oli heikointa (21 %). Tutkimukseen osallistuneista iäkkäistä alle puolet (41 %) luotti sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuuteen. Itsearvioitu toimintakyky oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä luottamukseen palveluiden saatavuudesta. Lähes puolet (45 %) heistä, joilla itsearvioitu toimintakyky oli vähintään melko hyvä, luotti sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuuteen. Toisaalta niistä iäkkäistä, joiden itsearvioitu toimintakyky oli melko huono tai huono, vain kolmannes (32 %) luotti palveluiden saatavuuteen. Taustatekijöistä tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä luottamukseen olivat sukupuoli, siviilisääty, asuinkumppanit, itsearvioitu terveydentila, terveysongelmista aiheutuva arkielämän haitta, riittävä apu arjen toimiin ja tyytyväisyys omaan elämään.

Tutkimus vahvisti sen, että iäkkäiden itsearvioitu toimintakyky ja heidän kokema luottamus sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuudesta ovat yhteydessä toisiinsa. Tulokset osoittivat tarpeen keskittyä iäkkäiden toimintakyvyn ylläpitoon ja tukemiseen, sillä toimintakyky oli yhteydessä iäkkäiden luottamukseen sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuudesta. Tulokset vahvistivat myös sen, että eri sosiaali- ja terveydenhuollon osa-alueilla voi olla haasteita luottamuksen rakentamisessa ja tämä tulisi jatkossa huomioida sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämisessä.

Avainsanat: Iäkkäät, toimintakyky, luottamus, sosiaali- ja terveyspalvelut

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck –ohjelmalla.

ABSTRACT

Riikka Varis : Older adults functional capacity and trust in the availability of social and healthcare services
Master's Thesis
Tampere University
Master's Programme in Nursing Science
November 2023

The increasing older population poses several challenges to society. Supporting the functional capacity and independent living of older adults is possible to mitigate the burden on healthcare and the growth of expenses. The need for social and healthcare services largely depends on the older adult resources and ability to perform daily activities independently, such as daily routines and household chores. Functional capacity promotes an individual's well-being, resilience, and daily life functioning. Effective social and healthcare services promote and sustain the health and well-being of the aging population, ensuring each older adult receives the necessary care and support. Social and healthcare services have been in the headlines due to the recently implemented Social Welfare and Healthcare Reform.

The purpose of this Master's thesis was to describe from the older adults perspective the relationship between self-rated functional capacity and trust in the availability of social and healthcare services in Finland. The goal of the research is to produce information that can be used in the development of targeted social and health services that meet the needs of the older adults. The research employed a quantitative approach, utilizing existing data collected by the Aging and Social Well-being SoWell research project. Data was gathered from 3088 older adult aged 65 to 84 between 2020 and 2021. Cross-tabulation and the chi-square test were used as the data analysis method.

The research revealed that almost two-thirds (62%) of the older adults assessed their functional capacity as fairly or very good. Results indicated varying levels of trust among different sectors of social and healthcare services. Trust in the availability of urgent care was the highest (78%), whereas trust in the availability of round-the-clock care was the lowest (21%). Of the older adults who participated in the study less than half (41%) trusted the availability of social and health services. Self-rated functional capacity showed a statistically significant association with trust in service availability. Nearly half (45%) of those with at least a fairly good self-rated functional capacity trusted the availability of social and healthcare services. Conversely, among older adults with fairly poor or poor self-rated functional capacity, only one-third (32%) had trust in service availability. Background factors statistically significantly associated with trust included gender, marital status, cohabitation, self-rated health, daily life hindrance due to health problems, sufficient assistance in daily tasks and life satisfaction.

The research reinforced the interconnection between older people self-rated functional capacity and their perceived trust in the availability of social and healthcare services. The findings highlighted the need to focus on maintaining and supporting older people functional capacity as it correlated with their trust in the availability of social and healthcare services. Moreover, the results emphasized potential challenges in building trust across different sectors of social and healthcare services warranting consideration in future developments.

Keywords: Older adults, functional capacity, trust, social and healthcare services

This publication's originality has been checked using the Turnitin OriginalityCheck program.

Sisällys

| | | |
|---|---|----|
| 1 | JOHDANTO..... | 5 |
| 2 | TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT | 7 |
| | 2.1 Iäkkäiden toimintakyky | 7 |
| | 2.2 Sosiaali- ja terveystalveluiden saatavuus..... | 10 |
| | 2.3 Luottamus sosiaali- ja terveystalveluiden saatavuuteen | 13 |
| 3 | TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET | 16 |
| 4 | TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN | 17 |
| | 4.1 Tutkimuksen aineisto..... | 17 |
| | 4.2 Tutkimuksen muuttajat..... | 18 |
| | 4.3 Aineiston analyysi..... | 21 |
| 5 | TULOKSET | 22 |
| | 5.1 Tutkimukseen osallistuneiden taustatekijät | 22 |
| | 5.2 Iäkkäiden itsearvioitu toimintakyky | 24 |
| | 5.3 Iäkkäiden luottamus sosiaali- ja terveystalvelujen saatavuuteen..... | 24 |
| | 5.4 Iäkkäiden itsearvioitun toimintakyvyn yhteys luottamukseen terveystalvelujen saatavuudesta | 26 |
| | 5.5 Taustatekijöiden yhteys luottamukseen sosiaali- ja terveystalvelujen saatavuudesta | 27 |
| 6 | POHDINTA..... | 30 |
| | 6.1 Tutkimustulosten tarkastelu..... | 30 |
| | 6.2 Tutkimuksen luotettavuus..... | 33 |
| | 6.3 Tutkimuksen eettisyys | 36 |
| | 6.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet | 38 |

1 JOHDANTO

Väestön ikärakenne on muutoksessa ja väestön ikääntyminen kansallisesti ja kansainvälisesti on merkittävää (United Nation s.a., Sosiaali- ja terveysministeriö 2020a, Tilastokeskus 2021, WHO 2021). Väestön ikääntyminen näkyy myös palvelujärjestelmän piirissä olevien iäkkäiden kasvuna (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020a, Mielikäinen & Kuronen 2022, THL 2023). Laitoshoitoa saavien iäkkäiden määrä on kuitenkin vuosien saatossa vähentynyt, mutta sen sijaan kotihoidon piirissä olevien iäkkäiden osuus kasvaa koko ajan (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020a, Mielikäinen & Kuronen 2022). Sosiaali- ja terveystalvelujen tarve riippuu paljolti siitä, suoriutuvatko iäkkäät itsenäisesti päivittäisistä toimista (Heikkinen ym. 2013).

Iäkkäiden määrän lisääntyminen luo yhteiskunnalle kasvavassa määrin sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia (Scott, Matthews & Kirwan 2014), mutta iäkkäiden toimintakykyä ja kotona pärjäämistä tukemalla on mahdollista kohtuullistaa terveydenhuollon menojen kasvua. Myös lainsäädännön avulla pyritään edistämään iäkkäiden toimintakykyä ja turvaamaan iäkkäiden kotona asuminen mahdollisimman pitkään (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000, Terveydenhuoltolaki 1326/2010, Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista 980/2012, Sosiaalihuoltolaki 1301/2014). Toimintakyky edistää yksilön hyvinvointia ja jaksamista (THL 2022) sekä on yksi keskeisimmistä tekijöistä iäkkäiden itsenäisen elämän turvaamisessa ja kotona selviytymisessä (Rikli & Jones 2013, Langhammer ym. 2018, Soukkio ym. 2018). Toimintakyky on kokonaisuus, joka voidaan jaotella fyysiseen, psyykkiseen, kognitiiviseen ja sosiaaliseen osa-alueeseen (WHO-Stakes 2004). Ikääntymisen myötä lisääntyvät sairaudet ovat yksi suurimmista väestön toimintakyvyn vaikuttavista tekijöistä (Heliövaara, Viikari-Juntura & Solovieva 2018).

Seuraavia vuosikymmeniä koskevien ennusteiden mukaan iäkkäiden määrä erityisesti vanhimmissa ikäluokissa kasvaa voimakkaammin, minkä vuoksi on tärkeää varautua nykyistä paremmin ikääntyvän väestön tarpeisiin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020a). Väestön ikääntyessä, sosiaali- ja terveystalvelujen käyttäjien määrän kasvaessa ja työikäisten määrän vähentyessä, keskeisiksi aiheiksi nousevat yhteiskunnan tarjoamien ikääntyneiden palveluiden laatu ja riittävyys (HE 241/2020 vp). Näihin aiheisiin on pyritty vastaamaan Sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen uudistuksella (jäljempänä Sote-uudistus), jonka myötä sosiaali- ja terveydenhuollon

järjestämisvastuu ja palveluiden tuottaminen on vuoden 2023 alusta alkaen siirtynyt kunnilta hyvinvointialueille (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021). Sote-uudistuksen valmistelu lykkääntyi useita kertoja ja uudistukseen liittyi paljon epävarmuustekijöitä, niinpä se asetti luottamuksen palveluiden saatavuutta kohtaan entistä tärkeämpään asemaan (Saltman & Teperi 2016).

On tärkeää selvittää iäkkäiden toimintakyvyn ja luottamuksen välistä yhteyttä muun muassa iäkkäiden hoitoon hakeutumisen ja hoitoon sitoutumisen vuoksi. Iäkkäiden mahdollisuudet saada laadukkaita sosiaali- ja terveystalveluja tarkoittaa heidän vaikutusmahdollisuuksien vahvistamista heitä koskevissa sosiaali- ja terveystalveluiden sisällöissä ja toteuttamisessa (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista 980/2012). Iäkkäät toivovat saavansa asua kotona mahdollisimman pitkään ja elää itsenäistä elämää, mutta kuitenkin toivovat saavansa tarvitsemaansa apua (Fjell ym. 2021). Aikaisemmissa suomalaisissa tutkimuksissa on selvitetty iäkkäiden avun, hoidon ja palveluiden saatavuutta (Peltari & Kaila 2014, Koskinen, Sainio & Alastalo 2018, Sainio ym. 2017, Fjell ym. 2021). Lisäksi aiemmissa tutkimuksissa on kartoitettu luottamusta terveydenhuollon henkilöstöön (Lee ym. 2007, Vaittinen 2011) ja luottamusta koko palvelujärjestelmää kohtaan (Kankainen 2007, Lee ym. 2007, van der Schee ym. 2012, Ward ym. 2015, Aalto ym. 2016). Aikaisemmissa tutkimuksissa on havaittu, että ihmisten aikaisemmat kokemukset liittyvät luottamukseen sosiaali- ja terveystalveluista (Kankainen 2007; van der Schee ym. 2012, Ward ym. 2015, Zhao D, Zhao H & Cleary 2019) ja palvelujen saavutettavuudesta (Fjell ym. 2021). Kuitenkaan tuoreita tutkimuksia ei ole toimintakyvyn yhteydestä luottamukseen sosiaali- ja terveystalveluiden saatavuudesta.

Tämän tutkielman tarkoituksena on kuvata iäkkäiden näkökulmasta, kuinka itsearvioitu toimintakyky on yhteydessä luottamukseen sosiaali- ja terveystalveluiden saatavuudesta Suomessa. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää kehittäessä kohdennettuja ja iäkkäiden tarpeita vastaavia sosiaali- ja terveystalveluita. Tutkimuskohteena luottamus sosiaali- ja terveystalveluiden saatavuuteen on ajankohtainen erityisesti vastikään voimaan tulleen Sote-uudistuksen myötä. Tutkielmassa käsitellään luottamusta ennen Sote-uudistusta. Jatkossa onkin tärkeää tutkia, kuinka uudistus on vaikuttanut iäkkäiden luottamukseen sosiaali- ja terveystalveluiden saatavuudesta.

2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Iäkkäiden toimintakyky

Suomen väestö on noussut yhdeksi maailman vahvimista väestöistä (Rotkirch 2021). Vuonna 2021 Suomen väestöstä oli 1.28 miljoonaa 65-vuotta täyttäneitä (Rapo 2021). Kansainvälisellä tasolla iäkkäiden määrän on katsottu yli kaksinkertaistuvan seuraavien vuosikymmenien aikana (United Nation s.a., WHO 2021). Iäkäs henkilö määritellään kansallisen lainsäädännön mukaan henkilöksi, jonka toimintakyky on heikentynyt iän myötä ilmenevien vammojen tai sairauksien vuoksi tai iän myötä yleistyvän rappeutumisen takia. Lisäksi määritelmän mukaan vanhuuseläkkeeseen oikeutetut ihmiset luokitellaan iäkkäiksi. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012.) Kansainvälisesti iäkkääksi määritellään yli 60-vuotias henkilö (United Nation s.a., WHO 2021). Tässä tutkielmassa iäkäs määritellään 65–84-vuotiaaksi, mikä vastaa SoWell-tutkimushankkeen postikyselyyn vastanneiden ikäjakaumaa (Tiainen ym. 2021).

Biologisesti ikääntyminen on seurausta molekyyli- ja soluvaurioiden kertymisestä, mikä johtaa fyysisen toimintakyvyn heikkenemiseen, riskiin sairastua tai kuolla (WHO 2021). Nämä muutokset alkavat yleistymään ihmisillä 75 ikävuoden jälkeen, jolloin myös arjesta itsenäisesti selviytyminen heikkenee (Räsänen 2018). Väestön ikääntymiseen liittyvät vaikutukset näkyvät myös palvelujärjestelmän piirissä, sillä vuonna 2022 säännöllistä kotihoitoa, terveyskeskusten vuodeosastojen pitkäaikaishoitoa tai palveluasumisen palveluita saivat lähes joka kymmenes 65 vuotta täyttäneistä, joka kuudes 75 vuotta täyttäneistä ja joka kolmas 85 vuotta täyttäneistä (Mielikäinen & Kuronen 2022). Laitoshoidon tarve kasvaa myös huomattavasti 85-vuotiailla. (Rapo 2021, Mielikäinen & Kuronen 2022.) Ympäri vuorokautisessa hoidossa oli vuoden 2023 alkupuolella keskimäärin 51 500 iäkästä (THL 2023). Iäkkäiden määrän lisääntyminen ja iäkkäiden entistä heikompi toimintakyky luovat yhteiskunnalle samaan aikaan enenevissä määrin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista aiheutuvia kustannuksia (Scott, Matthews & Kirwan 2014).

Toimintakykyä voidaan jäsenellä eri tavoin ja sen osa-alueet vaikuttavat keskeisesti toisiinsa. Toimintakyvyn osa-alueet kytkeytyvät ympäristöön, terveyteen ja yksilöllisiin ominaisuuksiin. Toimintakyky voidaan karkeasti jaotella fyysiseen, psyykkiseen, kognitiiviseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisessä ICF

(International Classification of Functioning) -luokituksessa toimintakyky (functioning) kattaa ruumiin tai kehon toiminnot ja rakenteet sekä suoritukset ja osallistumisen (WHO-Stakes 2004).

Psyykkistä toimintakykyä voidaan kuvata ihmisen voimavaroina arjessa selviytymisessä ja elämän kriisitilanteissa. Psykkiseen toimintakykyyn liitetään myös elämänhallintataidot, psyykkinen hyvinvointi, mielenterveys sekä tunne- ja ajattelutoiminnot. Hyvä psyykkinen toimintakyky voidaan nähdä realistisena suhtautumisena tulevaisuuteen sekä kykyä tehdä harkittuja päätöksiä. Tiedonkäsittelyyn liittyvät toiminnot ovat sen sijaan kognitiivista toimintakykyä, kuten tiedon vastaanottaminen, käsittely, säilyttäminen ja sen käyttö. Sosiaalinen toimintakyky taas muodostuu dynaamisissa vuorovaikutussuhteissa, kuten eri yksilöiden, sosiaalisten verkostojen ja yhteisöjen, ympäristön sekä yhteiskunnan välisessä vuorovaikutuksessa. (THL 2022.) Fyysinen toimintakyky voidaan nähdä tarkoittavan riittävää kykyä selviytyä tavallisimmista arjen toimista ilman toisen henkilön apua (Rikli & Jones 2013).

Fyysisen toimintakyvyn kannalta keskeisessä asemassa ovat elimistön fysiologiset ominaisuudet. Nämä ominaisuudet kytkeytyvät kestävyYTEEN, lihasvoimaan, nivelten liikkuvuuteen, kehon asentojen ja liikkeiden hallitsemiseen sekä näitä hallinnoiviin toimintoihin keskushermostossa. (THL 2022.) Fyysinen toimintakyky voidaan edelleen jakaa päivittäisistä perustoiminnoista selviytymiseen ja kykyyn selviytyä arjen askareista, kuten kaupassa käynnistä. Päivittäiset perustoiminnot eli ADL (Activities of Daily Living) -toiminnot kattavat muun muassa pukeutumisen, peseytymisen, syöminen ja liikkumisen. IADL (Instrumental activities of daily living) -toiminnot sisältävät välineellisistä arkiaskareista selviytymisen, kuten kaupassa käymisen, ruuan valmistamisen ja siivoamisen. (Katz ym. 1963.)

Väestön toimintakyvyn heikkenemisen ja hoidon tarpeen keskeisimpien syiden taustalla on usein tuki- ja liikuntaelinsairaudet (Heliövaara ym. 2018). Toimintakyvyn heiketessä iäkäs on myös alttiimpi kaatumisille ja muille tapaturmille (Sievänen ym. 2014, Mittaz Hager ym. 2019, O'Neill & Forman 2019, WHO 2020). Fyysisellä aktiivisuudella on todettu olevan iäkkäiden toimintakykyä, kuten kävelynopeutta, parantava (Lee 2000, Chou ym. 2012, Soukkio ym. 2018) sekä kaatumisia ehkäisevä vaikutus (Langhammer ym. 2018). Myös elimistön fysiologisiin ominaisuuksiin keskittyvillä harjoituksilla ja harjoitusohjelmilla on todettu olevan positiivisia vaikutuksia ihmisen fyysiseen toimintakykyyn (Pitkälä ym. 2013, Soukkio ym. 2018).

Fyysisen toimintakyvyn on tutkimuksissa todettu heikentyvän ikääntymisen myötä (Mendonca, Pezarat-Correia, Vaz, Silva & Heffernan 2017). Erään tutkimuksen mukaan noin 40 prosentilla yli 75-vuotiaista toimintakyky on heikentynyt (Sainio ym. 2019). Toimintakyvyn heiketessä myös arjessa itsenäinen selviytyminen hankaloituu ja iäkäs voi tarvita apua arjen perustoimintoihin, kuten WC:ssä suoriutumiseen, pukeutumiseen ja suihkussa käymiseen (Guralnik ym. 2000, Heikkinen ym. 2013, Rikli & Jones 2013, Nadu ym. 2021). Fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen hankaloittaa suoriutumista arkiaskareista ja selviytymistä kotona itsenäisesti yli 40 prosentilla yli 65-vuotiaista (Rikli & Jones 2013). Päivittäisissä toimissa esiintyvät vaikeudet ennustavat lisääntyvää sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttöä sekä sairaala- ja laitoshoidon tarvetta (Heikkinen ym. 2013). Fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen on myös todettu tutkimusten valossa olevan naisilla yleisempää kuin miehillä (Heikkinen ym. 2013, Sainio ym. 2018). Säännöllisen liikunnan harrastamisen avulla voidaan kuitenkin edistää ikääntyneiden päivittäisistä toimista suoriutumista (Chou ym. 2012). Liikkumiskyky tukee iäkkäiden arjessa selviytymistä paremman toimintakyvyn myötä (Langhammer ym. 2018, Soukkio ym. 2018).

Iäkkäiden toimintakyvyn alenemisen syyt ovat moninaiset (Lee 2000, Crisp ym. 2012, Bernfort ym. 2015, Menezes ym. 2021). Iäkkäiden toimintakyvyn heikkenemistä ennustavat heikentynyt itsearvioitu terveydentila ja itsehoitokyky eli omasta terveydentilasta huolehtiminen. Iäkkäiden tyydyttävän tai huonon terveydentilan on todettu olevan yhteydessä heikentyneeseen toimintakykyyn. (Lee 2000.) Taustalla voivat vaikuttaa muun muassa erilaiset kiputilat (Bernfort ym. 2015). Muisti- ja kognitio-ongelmat ovat myös yhteydessä suurempaan toimintakyvyn heikkenemisen riskiin (Lee 2000). Lisäksi itsearvioidun toimintakyvyn laskun on havaittu ennustavan korkeampaa kuolleisuutta (Bernard 1997, Lee 2000).

Kotihoidossa olevilla iäkkäillä toimintakykyä on jäljellä enemmän kuin ympärivuorokautisessa laitoshoidossa olevilla iäkkäillä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020b). Asuinympäristöllä onkin todettu olevan vaikutusta ikääntyneiden toimintakykyyn (Elo 2006, Rosenberg ym. 2014). Kun iäkkään kotona asuminen vaikeutuu, voi iäkäs joutua muuttamaan palvelutaloon, mikä lisää riskiä toimintakyvyn heikentymiselle (Crisp ym. 2012). Itsearvioidun arkiaskareista selviytymisen on todettu heikentyvän palvelutaloon muuttaneilla iäkkäillä (Lotvonen ym. 2018). Toimintakyvyn heikentymisen riskiä lisäävät myös ajoittaiset sairaalahoitajaksot (Menezes ym. 2021).

Toimintakykyä voidaan arvioida monin eri tavoin. Kuitenkin yksi käytetyimmistä tavoista toimintakyvyn arvioinnille on itsearviointi. (Magaziner ym. 1997.) Asiakkaan oma arviointi on

lähtökohta asiakaslähtöisen toimintakyvyn arvioinnissa (Rauch ym. 2008). Iäkkäiden toimintakykyä arvioitaessa sosiaali- ja terveystalveissa suositellaan käytettäväksi myös toimintatestejä ja mittareita asiakkaan oman arvioinnin rinnalla (Heikkinen ym. 2013). Mittareiden avulla voidaan todeta toimintakyvyn heikkeneminen jo varhaisessa vaiheessa ja saada tietoa iäkkäiden kuntoutustarpeesta (Äijö ym. 2022). Suorituskykytesteillä voidaan saada sellaista tietoa toimintakyvystä, jota itsearviointeilla ei ole mahdollisuutta saada, kuten riskistä joutua laitoshoitoon (Guralnik ym. 1994). Esimerkiksi puristusvoimaa mittaamalla saadaan tietoa ihmisen fyysisestä toimintakyvystä (Stevens ym. 2012) ja viitteitä päivittäisistä toimista selviytymisen heikkenemisestä (Taekema ym. 2010). Mittarein ja testein saatu tieto sekä itsearviointeihin perustuva tieto ovatkin toisiaan täydentäviä (Laukkanen & Pekkonen 2013).

Vaikkakin ikääntymistä leimaa asteittainen toimintakyvyn heikkeneminen (Mendonca ym. 2017), voi saman kronologisen iän omaavilla ihmisillä toimintakyky olla erilainen, mihin voivat vaikuttaa muun muassa erilaiset elämän tapahtumat (Matos ym. 2018). Tässä tutkielmassa iäkkäät kuvaavat omaa toimintakykyä subjektiivisten kokemustensa perusteella itse arvioiden. Toimintakyvyn käsitettä ei ole määritelty tutkittaville kyselylomakkeella, vaan tutkittavat ovat tehneet omat päätelmänsä toimintakyvyn käsitteen tarkoituksesta.

2.2 Sosiaali- ja terveystalveiden saatavuus

Suomen perustuslain (731/1999) 19§:n mukaan julkisen vallan on varmistettava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystalvet sekä edistettävä väestön terveyttä. Myös useissa muissa eri laeissa säädetään sosiaali- ja terveystalveista (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 734/1992, Terveydenhuoltolaki 1326/2010, Sosiaalihuoltolaki 1301/2014, Laki hyvinvointialueesta 611/2021, Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021, Laki sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisestä Uudellamaalla 615/2021). Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan asianmukaisuutta valvoo Valvira. Hyvinvointialueen järjestämien kuin myös yksityisten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen lainmukaisuutta ohjaa ja valvoo Aluehallintovirasto (Aluehallintovirasto s.a., STMa.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu on vuoden 2023 alusta siirtynyt kunnilta hyvinvointialueille Sote-uudistuksen myötä. Talveiden järjestämisestä ja tuottamisesta vastaavat nykyisin 21 hyvinvointialuetta ja Helsingin kaupunki. (STMa.) Väestön mielestä Sote-uudistuksessa

on nähty tärkeimpinä tavoitteina peruspalvelujen vahvistaminen ja palveluiden yhdenvertainen saatavuus (Aalto ym. 2016). Yksityisten sosiaali- ja terveystalveluiden tuottajien osuus kaikista sosiaali- ja terveystalveluista on noin 22 prosenttia, mikä on koko ajan lisännyt osuuttaan palveluiden tuottamisesta. Jotta sosiaali- ja terveystalvelujen kasvavaan tarpeeseen pystytään vastaamaan väestön ikääntymisen myötä, julkisten palveluiden lisäksi tarvitaan yhä enemmän myös yksityisiä palveluita. (STMb.)

Sosiaalihuollon tehtäviin kuuluvat ihmisten turvallisuuden ja hyvinvoinnin edistäminen sekä lainsäädännön velvoittamat sosiaalihuollon tehtävät ja palvelut. Niin kiireellisessä, kuin myös muissa tapauksissa, jokaisella henkilöllä on oikeus riittäviin sosiaalihuollon palveluihin sen kunnan hyvinvointialueelta, missä henkilö asuu. Kiireellisissä tapauksissa sosiaalipalvelut tulee tuottaa siten, että henkilön välttämättömän huolenpidon ja toimeentulon oikeus ei vaarannu. Iäkkäiden ihmisten keskuudessa useimmiten käytetyt sosiaalipalvelut ovat muun muassa kotihoito, erilaiset asumispalvelut, liikkumisen tuen palvelut ja omaishoidon tuki. Palveluiden myöntäminen pohjautuu yksilöllisesti toteutettuun palvelutarpeen arviointiin. (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014.)

Terveystalveluiden järjestämisestä ja muun muassa palvelujen yhdenvertaista saatavuutta koskevasta lainsäädännöstä vastaa terveydenhuoltolaki (1326/2010). Lain näkökulmasta terveydenhuolto sisältää terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.) Jokaisella on oikeus oman terveydentilansa edellyttämiin terveyden ja sairaanhoidon palveluihin (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992) terveydenhuoltolaissa säädettyjen aikarajojen mukaisesti. Palveluiden saatavuusongelmia on ratkottu vuonna 2005 käyttöön otetulla hoitotakuulla. Kiireettömässä terveydenhuollossa jokaisella on myös mahdollisuus valinnanvapauteen eli mahdollisuus valita terveystasema tai erikoissairaanhoidon yksikkö mistä tahansa Suomessa sijaitsevistä terveystasemista tai sairaaloista. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.) Ikääntyneet pitävät hoitopaikan valinnanvapautta tärkeänä seikkana (Aalto ym. 2016). Lisäksi jokaisella on myös oikeus valita hoitoa antava lääkäri tai muu terveydenhuollon ammattilainen hoitopaikan käytäntöjen mahdollistamissa rajoissa (Terveydenhuoltolaki 1326/2010).

Paljon puhetta on ollut vanhus- ja hoivapalveluiden saatavuudesta sekä niiden riittävydestä iäkkäiden määrän lisääntyessä (Mielikäinen & Kuronen 2022). Väestöryhmittäisten erojen taustalla terveystalveluiden käytössä ovat muun muassa terveydenhuollon jakautuminen julkisiin ja yksityisiin palveluihin, mikä aiheuttaa eroja palveluiden saatavuudessa väestöryhmien välillä. Ainoastaan julkisen tuottamat terveystalvelut ovat koko väestön käytössä kohtuullisin

asiakasmaksuin. (Manderbacka ym. 2017.) Pienituloisten mahdollisuudet avun hakemiseen kotona pärjäämättömyyden vuoksi ovat taloudellisiin syihin pohjautuen suurempituloisia pienemmät (Hannikainen 2018). Etenkin yksin elävillä iäkkäillä on hankaluuksia hakeutua sosiaali- ja terveyspalveluiden piiriin, mitä on todettu edes auttavan matalan tulotason lisäksi naissukupuoli, koulutusaste ja sosiaalinen eristäytyneisyys (Molina-Mula, Gallo-Estrada & González-Trujillo 2020). Iäkkäiden sosiaalisen eristäytyneisyyden on myös todettu olevan yhteydessä kielteisempään kokemukseen terveydenhuollosta (Aoki ym. 2018).

Terveydenhuollon palveluiden saatavuuden ja hoitoon pääsyn esteenä ovat olleet pitkät odotusajat jopa asiakasmaksuja enemmän (Pelttari & Kaila 2014). Lisäksi ongelmana sosiaali- ja terveyspalveluiden käytölle on todettu olevan etäisyys kotoa terveyskeskukseen (Molina-Mula, Gallo-Estrada & González-Trujillo 2020). Sosiaalipalveluiden saatavuuden on myös todettu olevan heikompaa verrattuna terveydenhuollon palveluihin (Aalto ym. 2016). Iäkkäät ovatkin esittäneet huolensa siitä, että he eivät saa terveydenhuollon palveluita, silloin kun he tarvitsisivat apua (Fjell ym. 2021). Toimintarajoitteisten, muun muassa iäkkäiden, ihmisten palvelutarpeet terveydenhuollossa on havaittu jäävän muuta väestöä useammin tyydyttämättä (Sainio ym. 2017). Toimintarajoitteiset ovat myös niitä henkilöitä, jotka käyttävät terveyspalveluita muuta väestöä enemmän. Lähes joka kolmannen toimintarajoitteisen henkilön kokemuksen mukaan, terveyspalvelut eivät vastaa heidän tarpeitaan riittävällä tasolla, kun muusta väestöstä vastaava kokemus on noin joka seitsemännellä. (Sainio ym. 2019.) Myös eläkeikäisistä naisista, jotka tarvitsevat apua heikentyneen toimintakyvyn vuoksi arkipäivän askareissa, noin joka kymmenes ei koe saavansa tarvitsemaansa apua (Koskinen, Sainio & Alastalo 2018).

Kotona asuvat iäkkäät ovat kyllä tietoisia kotiin tarjottavista tukijärjestelmistä ja -palveluista, mutta kokevat niiden pyytämisen monimutkaisena (Molina-Mula, Gallo-Estrada & González-Trujillo 2020). Iäkkäiden käsitysten mukaan terveydenhuoltopalveluiden piiriin hakeutuvilla ihmisillä pitäisi myös olla tietoa omasta terveydestään tai sairaudestaan ja heidän pitäisi pystyä vaatimaan omia oikeuksiaan (Fjell ym. 2021). Ikääntyneet toivovat saavansa osallistua hoitonsa suunnitteluun ja päätöksentekoon, jotta heidän tarpeensa tulisi huomioiduksi (Giosa ym. 2021).

2.3 Luottamus sosiaali- ja terveystalveluiden saatavuuteen

Luottamus terveydenhuoltoon kohtaan voidaan määritellä varmuudeksi siitä, että tarpeen vaatiessa potilas saa asianmukaista ja riittävää hoitoa (Straten, Friele & Groenewegen 2002). Luhmann (1979) jaottelee luottamuksen ihmisiin sekä instituutioihin ja järjestelmiin kohdistuvaksi luottamukseksi. Luottamuksen kohdentumista yksilöihin, kuten terveydenhuollon henkilöstöstä lääkäreihin tai sairaanhoitajiin, kutsutaan interpersonaaliseksi luottamukseksi. Kun luottamus kohdistuu heidän edustamiinsa järjestelmiin, kuten sairaalaan tai jopa laajemmin terveydenhuoltojärjestelmään, kuvataan sitä institutionaalisen luottamuksena. (Hoskings 2014.) Seligman (1997) kuvaa tätä instituutioihin kohdistuvaa luottamusta luottavaisuudeksi, mikä pohjautuu ajatukseen siitä, että asiat etenevät sovitulla tavalla. Mikäli vuorovaikutustilanteessa vallitsee luottavaisuus, tällöin tiedetään mitä odottaa. (Seligman 1997.) Haavoittuvassa ja epävarmassa tilanteessa luottamusta pidetään epävarmuuden lievittäjänä ajatellen, että luotettava toimii luottavan henkilön eduksi (Hoskings 2014). Luottamus voidaan nähdä myös aktiivisena prosessina, jossa valintoja tehdään eri vaihtoehtojen välillä (Luhmann 1979).

Luottamusta jäsennetään usein toimijan tai yhteisön ominaisuudeksi. Lisäksi luottamus on määritelty myös tunteen, asenteen ja suhteen perspektiivistä käsin. Luottamuksen syntymisestä puhuttaessa palataan lapsuuteen ja siellä tapahtuviin biologisiin ja kognitiivisiin prosesseihin, jotka luovat pohjan luottamuksen muodostumiselle. (Hosking 2014.) Suomen kielessä ei ole luottamuksen erilaisia muotoja kuvaavia käsitteitä. Luottaa-verbi suomen kielessä rinnastuu Suomen etymologisen sanakirjan mukaan muun muassa turvautumiseen ja uskomiseen. (Suomen etymologinen sanakirja: hakusana luottaa s.a.) Myös Kielitoimiston sanakirjan mukaan luottamus merkitsee muun muassa varmuutta siitä, että johonkuhun voi luottaa, eikä tämä aiheuta pettymystä (Kielitoimiston sanakirja: hakusana luottamus 2022). Englannin kielessä luottamukselle on useampia merkityksiä, kuten 'trust', 'confidence' ja 'reliance' (MOT Englanti: hakusana luottamus). Kyseiset käsitteet kuitenkin eroavat merkitykseltään toisistaan, sillä ne ilmaisevat luottamusta ihmissuhteissa eri tavoin (McLeod 2006).

Luhmann (1979) mukaan, mikäli ihmisellä ei ole mahdollisuutta valita, esimerkiksi tiettyä hoitavaa lääkäriä, luottamus kehittyy tällöin hoitosuhteessa tutustumisen myötä. Henkilöiden välisen luottamuksen syntymisen taustalla on usein myös henkilöiden rooleihin liittyviä odotuksia. Rooliasetelma voi jossain määrin jo itsenäisestikin synnyttää toimijoiden välille luottamusta esimerkiksi lääkäri–potilas- suhteessa. (Ruuskanen 2003.) Luottamusta lääkäriä kohtaan on katsottu lisäävän avoin vuorovaikutus ja useat hoitokerrat. Luottamuksen on myös todettu lisääntyvän ajan

myötä. Aikaisemmin luottamusta ja kunnioitusta on herättänyt jo pelkkä lääkärin auktoriteettiasema, minkä on nähty kumpuavan kasvatuksesta ja ”ajan luonteesta”. (Meyer & Ward 2013.) Luottamuksen kehittymistä palveluiden käyttäjän ja hoitohenkilökunnan välillä on todettu edistävän potilaan arvostaminen, välittämisen osoittaminen, lämmin ilmapiiri ja vuorovaikutus sekä uskottavuus (Vaittinen 2011).

Luottamusta arvioitaessa Suomen julkista terveydenhuoltoa kohtaan näyttää se olevan tutkimusten valossa melko korkealla tasolla (Kankainen 2007, Niemelä 2012, Aalto ym. 2016, Pentala-Nikulainen ym. 2018). Suomalaistutkimusten mukaan terveydenhuoltoon yleisesti luotti aikuisväestöstä noin kaksi kolmasosaa (Kankainen 2007, Niemelä 2012). Sen sijaan terveystalouden toimivuuteen ja terveydenhuollon henkilöstön ammattitaitoon luottamusta osoitti väestötutkimusten mukaan neljä viidesosaa (Aalto ym. 2016, Pentala-Nikulainen ym. 2018). Tutkimusten mukaan terveydenhuoltoon ja sen palveluiden saatavuuteen luotetaan sosiaalihuoltoa enemmän (Vilkko, Finne-Soveri & Heinola 2010, Aalto ym. 2016, Aalto ym. 2017, Pentala-Nikulainen ym. 2018). Kuitenkin noin 60 prosenttia luotti myös sosiaalipalveluiden henkilöstön ammattitaitoon (Aalto ym. 2016.) ja sosiaalipalveluiden toimivuuteen (Pentala-Nikulainen ym. 2018). Kun sosiaali- ja terveydenhuollon luottamusprosentteja verrataan muihin instituutioihin, on luottamus vähäisempää verrattuna poliisin tai palokunnan toimintaan (Kankainen 2007). Suomalaisten luottamus instituutioita kohtaan on kuitenkin todettu heikenneen yleisesti koronaviruspandemian jälkeen (Eurofound 2021). Luottamusta ihmiset arvioivat tyypillisesti omien kokemusten (Kankainen 2007, Zhao D ym. 2019) ja läheltä tapahtuvan seuraamisen kautta (Kankainen 2007).

Suomessa luotetaan kiireellisen ja pitkäaikaissairauden hoidon saatavuuteen (Kankainen 2007, Aalto ym. 2016). Suomen aikuisväestöstä yli 80 prosenttia luotti saavansa kiireellistä hoitoa (Kankainen 2007) ja hoitoa pitkäaikaissairauteen (Aalto ym. 2016). Myös julkisia sairaaloita kohtaan melko suurta tai hyvin suurta luottamusta osoitti yli 70 prosenttia 25–64-vuotiaista vastaajista (Sihvo ym. 2007). Luottamus vanhusten palveluiden saatavuuteen on sen sijaan heikompi, sillä vanhushuoltoon luotti melko tai erittäin paljon alle puolet vastaajista (Kankainen 2007) ja vain 40 prosenttia uskoi saavansa vanhusten palveluja silloin, kun niitä tarvitsisi (Aalto ym. 2016). Luottamusta on aiemmissa kansainvälisissä tutkimuksissa todettu heikentävän uutisissa nostetut epäkohdat ja omat negatiiviset kokemukset (van der Schee ym. 2012, Ward ym. 2015). Julkisen ja yksityisen sektorin eroavaisuuksia mittaavassa tutkimuksessa todettiin yksityisten lääkäriasemien luottamuksen pohjautuvan muun muassa valinnanvapauteen ja lääkäreiden maineeseen (Ward ym. 2015).

Aiemmissä tutkimuksissa on myös tarkasteltu luottamuksen yhteyttä vastaajan sukupuoleen. Tulokset luottamuksen ja sukupuolen suhteen ovat kuitenkin olleet vaihtelevia. (Kankainen 2007, Niemelä 2012, Chen & Cheng 2022.) Naisten on todettu luottavan julkiseen terveydenhuoltoon miehiä enemmän (Niemelä 2012, Chen & Cheng 2022). Miesten on kuitenkin todettu luottavan naisia enemmän vanhuspalveluihin sekä myös muihin instituutioihin (Kankainen 2007). Myös iän ja luottamuksen välillä on todettu aiemmissä tutkimuksissa yhteys, mutta tulokset ovat olleet toisistaan eriäviä (Straten ym. 2002, Kankainen 2007, Sihvo ym. 2007). Sihvon ym. (2007) ja Straten ym. (2002) tutkimusten mukaan iäkkäämmät ihmiset ovat raportoineet vahvempaa luottamusta verrattuna nuorempiin, kun taas Kankaisen (2007) tutkimuksen mukaan luottamus on vahvempaa nuorempien vastaajien keskuudessa. Näiden lisäksi osassa tutkimuksissa iän ja luottamuksen välillä ei ole havaittu selvää yhteyttä (Niemelä 2012, Chen & Cheng 2022).

Terveydellä on katsottu olevan yhteys terveyspalveluja koskeviin mielipiteisiin. Kriittisemmin terveyspalveluiden toimintaan suhtautuvat ne, jotka kokevat terveytensä huonoksi tai erittäin huonoksi. Kriittisimpiä terveyspalveluiden tehokkuuteen ja tasoon ovat olleet myös he, joilla on jokin terveydellinen ongelma, joka haittaa päivittäisiä toimintoja. (Niemelä 2012.) Itsearvioidun terveyden on todettu olevan myös yhteydessä luottamukseen yleisesti (Nieminen 2015). Luottamusta on myös tarkasteltu työssäolon mukaan (Kumlin & Rothstein 2005, Niemelä 2012). Kumlin & Rothstein (2005) tutkimuksen mukaan luottamuksella ja työssäololla havaittiin olevan pientä positiivista yhteyttä, mutta sen sijaan Niemelän (2012) tutkimuksessa luottamuksen ja työmarkkina-aseman välillä ei havaittu tilastollisesti merkitsevää yhteyttä.

Tässä tutkielmassa luottamuksen kohteena on sosiaali- ja terveydenhuollon kiireellisen ja säännöllisen hoidon, pitkäaikaissairauden seurannan, kotiin saatavien hoito- ja hoivapalveluiden, ympärivuorokautisen hoidon, tiedon saatavilla olevista palveluista, toimeentulotuen sekä loppuvaiheen hoidon saatavuus tarpeen vaatiessa. Tässä tutkielmassa luottamus nähdään tässä luvussa esitettyjen tietojen mukaisesti turvaa tuovana tunteena sekä olettamuksena siitä, että sosiaali- ja terveyspalveluiden osa-alueet tarjoavat henkilön terveydentilaa vaativaa ja tarkoituksenmukaista palvelua tai hoitoa. Tutkielmassa käytetään termiä *luottamus* viitatessa luottamukseen sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuudesta.

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Pro gradu -tutkielman tarkoituksena on kuvata iäkkäiden näkökulmasta, kuinka itsearvioitu toimintakyky on yhteydessä luottamukseen sosiaali- ja terveystalveluiden saatavuudesta Suomessa. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää kehittäessä kohdennettuja ja iäkkäiden tarpeita vastaavia sosiaali- ja terveystalveluita.

Tutkimuskysymyksinä ovat:

1. Millaiseksi iäkkäät arvioivat toimintakykynsä?
2. Kuinka luottavaisia iäkkäät ovat sosiaali- ja terveystalveluiden saatavuuteen Suomessa?
3. Miten iäkkäiden itsearvioitu toimintakyky on yhteydessä luottamukseen sosiaali- ja terveystalvelujen saatavuudesta Suomessa?
4. Miten taustatekijät ovat yhteydessä luottamukseen sosiaali- ja terveystalvelujen saatavuudesta Suomessa?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

4.1 Tutkimuksen aineisto

Tutkimuksen aineistona käytettiin valmista aineistoa, joka on kerätty Vanheneminen ja sosiaalinen hyvinvointi SoWell-tutkimushankkeessa. Hankkeen tavoitteena on tuottaa tietoa ikääntyneiden sosiaalisesta hyvinvoinnista ja keinoista, joilla sosiaaliseen hyvinvointiin voidaan vaikuttaa. SoWell-hankkeessa tutkimusaineistoa kerättiin ryhmäkeskusteluihin, yksilöhaasteluilla ja puhelinhaastatteluina. Näiden lisäksi toteutettiin postikysely, jota tässä tutkimuksessa hyödynnettiin. Kyselylomake rakennettiin ryhmäkeskustelujen ja yksilöhaastattelujen pohjalta. Kyselyn tavoitteena oli selvittää tutkimuksen aikaisemmissa vaiheissa eli haastatteluissa ja ryhmäkeskusteluissa esiin tulleiden sosiaalisen hyvinvoinnin elementtien ja niiden parantamiseksi esitettyjen toimien yleistettävyyden yli 65-vuotiaisiin suomalaisiin. (Tiainen ym. 2021.)

Kyselylomakkeella kerättiin tietoa suomalaisten iäkkäiden terveydestä ja toimintakyvystä, sosiaalisista verkostoista ja aktiivisuudesta, ikääntyneiden asemasta yhteiskunnassa, omasta tulevaisuudesta, asumisesta ja asuinympäristöstä, teknologian käytöstä sekä mielipiteitä koronapandemiasta. Kyselylomakkeella oli yhteensä 62 kysymystä, jotka oli jaettu aihealueittain kahdeksaan eri osioon. Taustakysymyksillä kartoitettiin muun muassa syntymävuotta, siviilisäätyä, työtilannetta, taloudellista tilannetta ja koulutustasoa.

Käytettävä aineisto on kerätty poikkileikkausasetelmassa satunnaisotannalla. Poikkileikkaustutkimuksella on mahdollisuus saada läpileikkaus väestöstä ja sen ominaisuuksista tietyssä ajankohdassa. Poikkileikkaustutkimus kuvaa tarkasteltavien asioiden vallitsevuutta tietyllä hetkellä kertaluontoisena. (Gordis 2014.) Postikysely lähetettiin kaiken kaikkiaan 5 000:lle satunnaisesti valitulle 65–84-vuotiaalle suomalaiselle. Suomalaisten iäkkäiden yhteystiedot saatiin Digi- ja väestötietovirastolta. (Tiainen ym. 2021.)

Kyselyyn oli mahdollisuus vastata joko sähköisellä kyselylomakkeella internetissä tai postin kautta lähetetyllä paperisella kyselylomakkeella. Tiedonkeruu toteutettiin vuosien 2020–2021 aikana. Ensimmäiset kirjeet tutkittaville lähetettiin marraskuussa 2020 ja aineistonkeruu päättyi huhtikuussa 2021. (Pirhonen ym. 2018, Tiainen ym. 2021.) Tämän tutkielman tutkimusmenetelmänä käytettiin määrällistä eli kvantitatiivista menetelmää, jonka avulla tutkittavaa aihetta kuvattiin numeerisesti ja selvitettiin valittujen muuttujien välisiä riippuvuuksia. (Heikkilä 2014.)

4.2 Tutkimuksen muuttujat

Tässä tutkielmassa tarkastelun kohteena olivat kyselylomakkeen kysymykset, joissa kysyttiin iäkkäiden luottamuksesta sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuudesta, itsearvioidusta toimintakyvystä ja taustatekijöistä. Tässä tutkimuksessa selittävänä muuttujana oli itsearvioitu toimintakyky ja selitettävänä muuttujana iäkkäiden luottamus sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuuteen. Taustatekijöinä tarkasteltiin sosiodemografisten tekijöiden (sukupuoli, ikä, siviilisääty, asuinkumppanit ja työtilanne) lisäksi iäkkäiden terveyttä, avunsaantia ja arjessa pärjäämistä koskevia tekijöitä sekä tyytyväisyyttä omaan elämään. Aineiston kuvailua ja analyysia varten osa muuttujista luokiteltiin uudelleen joko yhdistellen muuttujia tai luomalla uusia luokkia. Lisäksi selitettävästä muuttujasta muodostettiin summamuuttuja, joka tämän jälkeen luokiteltiin vielä uudelleen.

Kyselylomakkeella toimintakykyä kysyttiin yhdellä kysymyksellä, jolla kartoitettiin vastaajan omaa arviota toimintakyvystään. Itsearvioidun toimintakyvyn vastausvaihtoehdot kysymykseen *Millaiseksi arvioit nykyisen toimintakykysi?* olivat *Erittäin hyvä, Melko hyvä, Keskiverto, Melko huono ja Huono*. Aiempaan kirjallisuuteen pohjautuen luokkia yhdistettiin ennen analysointia (Tiainen ym. 2021). Itsearvioidun toimintakyvyn vastausvaihtoehdot *Erittäin hyvä* ja *Melko hyvä* yhdistettiin *Vähintään melko hyväksi*. Vastausvaihtoehdot *Melko huono* ja *Huono* yhdistettiin puolestaan *Melko huonoksi tai huonoksi*. Vastausvaihtoehto *Keskiverto* pysyi samana, jolloin luokittelu muodostui kolmiluokkaiseksi: *Vähintään melko hyvä, Keskiverto ja Melko huono tai huono*.

Luottamusta sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuuteen kartoitettiin kyselylomakkeella sosiaali- ja terveyspalveluiden seitsemästä eri osa-alueesta. Osa-alueet kysymykseen *Luotatko siihen, että Suomessa saa* olivat kiireellistä hoitoa vakavaan sairauteen, säännöllistä hoitoa ja seurantaa pitkäaikaissairauteen (esim. kohonnut verenpaine), kotiin saatavia hoito- ja hoivapalveluja ikäihmisille (esim. kotihoito, ateria- ja muut tukipalvelut, kuntoutuspalvelut, kodinmuutostyöt), ympärivuorokautista hoitoa, tietoa saatavilla olevista palveluista, toimeentulotukea sekä hyvää elämän loppuvaiheen hoitoa tai saattohoitoa. Vastausvaihtoehdot kysymykseen jokaisessa seitsemän eri osa-alueen kohdassa olivat *Kyllä, En ole varma* ja *Ei*. Kyseisistä muuttujista muodostettiin keskiarvosummamuuttuja kuvaamaan luottamusta sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuudesta. Keskiarvosummamuuttuja saatiin laskemalla yhteen luottamusta kartoittavan seitsemän erillisen, mutta samaa ilmiötä mittaavan, muuttujan arvot ja jakamalla se kysymysten määrällä eli seitsemällä (Heikkilä 2014). Tämän jälkeen luottamuksesta muodostettu summamuuttuja luokiteltiin vielä kolmeen luokkaan alkuperäisten muuttujien vastausvaihtoehtojen mukaisesti *Kyllä, En ole varma* ja

En. Arvon 1 (*Kyllä*) sai, jos vastaus oli 1,00–1,49 välillä, arvon 2 (*En ole varma*) sai, jos vastaus oli 1,50–2,49 välillä ja arvon 3 (*En*) sai, jos vastaus oli 2,50–3,00 välillä. Mitä suuremmasta arvosta oli siis kyse, sitä vähemmän oli luottamusta sosiaali- ja terveystalveluiden saatavuuteen. Luokkajako toteutettiin siten, että kunkin kohdan vastausten keskiarvo pyöristettiin lähimpään tasalukuun tavallisten pyöristyssääntöjen mukaan. Luottamus kuvailtiin tuloksissa alkuperäisessä muodossa.

Kyselylomakkeella vastaajien ikää kysyttiin syntymävuoden muodossa. Tässä tutkimuksessa syntymävuotta tarkoituksenmukaisempaa oli vastaajien iän tarkasteleminen. Vastaajien ikä vaihteli 65–84-vuotiaiden välillä. Ikä luokiteltiin kolmeen eri kymmenvuotislukkaan seuraavasti: 65–70, 71–79, 80–84.

Sukupuolen vastausvaihtoehdot olivat *Nainen*, *Mies* ja *Muu*. Vastausvaihtoehto *Muu* jouduttiin jättämään pois analyysistä vähäisen vastaajamäärän vuoksi (<5), kuitenkin säilyttäen näiden vastaajien mahdolliset vastaukset muissa kysymyksissä.

Siviilisäädyn vastausvaihtoehdot olivat *Olen avio/avoliitossa tai rekisteröidyssä parisuhteessa*, *Olen parisuhteessa, mutta emme asu yhdessä*, *Olen naimaton*, *Olen eronnut* ja *Olen leski*. Siviilisäätö uudelleen luokiteltiin neljään luokkaan yhdistämällä *Naimattomat* sekä *Parisuhteessa olevat, jotka eivät asu yhdessä*. Näin siviilisäätö muodostui kolmiluokkaiseksi: *Olen avio/avoliitossa tai rekisteröidyssä parisuhteessa*, *Olen naimaton tai parisuhteessa, mutta asuminen erillään*, *Olen eronnut ja Olen leski*.

Tämänhetkisen työtilanteen vastausvaihtoehdot kyselylomakkeella olivat *Eläkkeellä*, *Eläkkeellä, mutta teen myös töitä ainakin satunnaisesti*, *Osa-aikaeläkkeellä* ja *Kokopäiväisesti työelämässä*. Suurin osa kyselyyn vastaajista oli eläkeläisiä ja näin ollen muissa ryhmissä vastaajamäärät jäivät pieniksi, niinpä muut ryhmät päätettiin yhdistää. Näin ollen muuttujasta tuli kaksiluokkainen *Eläkkeellä* ja *Ainakin osa-aikaisesti työelämässä*.

Itsearvioitua terveydentilaa kysyttiin kyselylomakkeella kysymyksellä: *Millaiseksi arvioit oman terveytesi?* Kysymyksen vastausvaihtoehdot olivat *Erittäin hyvä*, *Melko hyvä*, *Keskiverto*, *Melko huono* ja *Huono*. Itsearvioitu terveydentila uudelleen luokiteltiin kolmiluokkaiseksi aiempaan kirjallisuuden pohjautuen (Tiainen ym. 2021) niin, että vastausvaihtoehdot *Erittäin hyvä* ja *Melko hyvä* sekä *Melko huono* ja *Huono* yhdistettiin. Vaihtoehto *Keskiverto* säilyi ennallaan. Täten uusi

luokittelu muodostui kolmiluokkaiseksi: *Vähintään melko hyvä, Keskiverto ja Melko huono tai huono.*

Tyytyväisyyttä omaan elämään kartoitettiin kyselylomakkeella kysymyksellä: *Kuinka tyytyväinen olet nykyiseen elämääsi?* Kysymyksen vastausvaihtoehdot olivat *Hyvin tyytyväinen, Tyytyväinen, Jotenkuten tyytyväinen, Tyytymätön ja Hyvin tyytymätön.* Tyytyväisyys omaan elämään uudelleen luokiteltiin neljään luokkaan vastausvaihtoehtojen ja vastaajamäärien epätasaisen sijoittumisen vuoksi. Vastausvaihtoehdot *Tyytymätön* ja *Hyvin tyytymätön* yhdistettiin. Kyselylomakkeen muissa vastaavanlaisissa kysymyksissä keskimmäisen arvon vastausvaihtoehto oli keskiverto, mutta kysyttäessä tyytyväisyyttä omaan elämään keskimäinen vastausvaihtoehto olikin *Jotenkuten tyytyväinen.* Näin ollen sitä ei voitu perustellusti yhdistää muihin luokkiin, joten uusi luokittelu oli: *Hyvin tyytyväinen, Tyytyväinen, Jotenkuten tyytyväinen ja Tyytymätön tai hyvin tyytymätön.*

Terveysongelmista aiheutuvaa arkielämän haittaa kartoitettiin kyselylomakkeella kysymyksellä: *Haittaako jokin terveysongelma arkista elämääsi?* Kysymyksen vastausvaihtoehdot olivat *Kyllä, paljonkin, Kyllä, jonkin verran, Ei juurikaan haittaa ja Ei haittaa.* Muuttuja uudelleen luokiteltiin vastaajamäärän epätasaisen jakautumisen vuoksi kahteen luokkaan yhdistämällä vastausvaihtoehdot *Kyllä, paljonkin* ja *Kyllä, jonkin verran* sekä *Ei juurikaan haittaa* ja *Ei haittaa.* Näin ollen muuttujasta tuli kaksi luokkainen *Kyllä, paljon tai jonkin verran* ja *Ei haittaa tai ei juurikaan haittaa.*

Riittävästä avusta arjen toimiin kysyttiin kyselylomakkeella kysymyksellä: *Saatko riittävästi apua arjen toimiin?* Muuttujan vastausvaihtoehdot olivat *En tarvitse apua, Saan tarpeeksi apua ja En saa tarpeeksi apua.* Mikäli vastaaja ei saanut tarpeeksi apua, niin vastaaja pystyi valitsemaa syyn yhdeksästä eri vaihtoehdosta. Syitä avun puuttumiseen pystyi valitsemaan useampia. Valittavissa olevat syyt olivat lomakkeella: *Minulla ei ole omaisia tai läheisiä, jotka voisivat auttaa, En halua apua, En tiedä mistä saisin apua, En tiedä, onko tarvitsemiani palveluja tai apuvälineitä tarjolla, Palvelumaksut ovat liian korkeita, Avun/palvelujen hankkiminen tuntuu minusta työläältä, Olen pyytänyt palveluja tai apuvälineitä, mutta en ole saanut, Palvelujen sisältö ja/tai laatu eivät vastaa toiveitani sekä Muu peruste, mikä?*

Taustatekijäksi valittiin myös asuinkumppaneita kartoittava kysymys. Asuinkumppaneita kuvaavan muuttujan vastausvaihtoehdot olivat *Ei ketään, Puoliso/kumppani, Lapsia/lapsenlapsia, Muita ja Asun palvelutalossa tai hoitopaikassa, jossa asuu muita asukkaita.* Koska vastaaja pystyi valitsemaan lomakkeella useampia vaihtoehtoja, päätettiin muuttuja luokitella kahteen luokkaan: *Yksin asuviin ja*

Muihin kuin yksin asuviin. Ne vastaajat, jotka olivat vastanneet asuinkumppaneita kartoittavaan kysymykseen *Ei ketään*, eivät he tällöin olleet valinneet muita kohtia. Uudelleen luokittelulla varmistettiin muuttujan vertailukelpoisuus muihin muuttujiin nähden.

4.3 Aineiston analyysi

Aineiston analysointi aloitettiin muuttujien kuvailusta, johon käytettiin frekvenssejä ja prosentteja lukuun ottamatta vastaajien keski-ikää. Vastaajien keski-ian ilmoittamiseen käytettiin keskiarvoa (*mean*) sekä Taulukossa 1 on ilmoitettu myös minimi ja maksimi (Heikkilä 2014). Aineiston analysointia jatkettiin ristiintaulukoinneilla, joissa luottamusta sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuuteen tarkasteltiin suhteessa selittävään itsearvioituun toimintakykymuuttujaan ja taustamuuttujiin. Tilastolliset testit valittiin muuttujien mittaustasojen mukaan. Tässä tutkimuksessa muuttujat olivat pääasiassa kategorisia kvalitatiivisia muuttujia, niinpä muuttujien välisten yhteyksien tarkasteluissa käytettiin ristiintaulukointia. (Nummenmaa 2009.) Ristiintaulukoinnin avulla tarkasteltiin muuttujien jakautumista sekä niiden välillä olevia riippuvuuksia (Metsämuuronen 2000). Ristiintaulukoinnin yhteydessä mainittujen muuttujien välisiä riippuvuuksia testattiin χ^2 -testillä (Khiin neliötesti). Khiin neliötestiä käytettäessä huomioitiin testin käyttöedellytykset, jotka täytyivät, mikäli korkeintaan 20 prosenttia odotetuista frekvensseistä oli alle viisi ja jokainen odotettu frekvenssi oli suurempi kuin yksi. Testin käyttöedellytykset täytyivät tässä tutkielmassa jokaisen muuttujan kohdalla. (Heikkilä 2014.)

Merkitsevyystasoksi valittiin 0,05, mikä tarkoitti 5 %:n riskitasoa. Se merkitsi sitä, että tulos oli 95 %:n varmuudella pätevä tutkimuksen perusjoukossa, mutta kuitenkin samaan aikaan oli mahdollista myös 5 % virheen todennäköisyys. (Grove ja Burns 2009.) Aineisto analysoitiin tilastollisesti Windowsin SPSS 28.0 ohjelmistoa apuna käyttäen.

5 TULOKSET

5.1 Tutkimukseen osallistuneiden taustatekijät

Tutkimukseen osallistui 3 088 iäkästä henkilöä ja vastausprosentti oli 62 %. Vastaajien taustatekijät on esitetty Taulukossa 1. Tutkimukseen vastaajat olivat iältään 65–84-vuotiaita ja keski-ikä oli 72 vuotta (mean). Hieman reilu puolet (56 %) vastaajista oli naisia ja enemmistö vastaajista oli avio/avoliitossa tai rekisteröidyssä parisuhteessa (68 %). Neljäsosa vastaajista (28 %) asui yksin. Suurin osa vastaajista oli työelämästä eläköityneitä (88 %). Reilulla puolella vastaajista terveydentila oli vähintään melko hyvä (56 %). Terveyttä haittaavia ongelmia ei ollut tai ei juurikaan ollut noin puolella vastaajista (52 %). Kaksi kolmasosaa (67 %) vastaajista ei tarvinnut apua arjen toimiin. Vähemmistö (4 %) kyselyyn vastanneista koki, että eivät saaneet riittävästi apua arjen toimiin. Syinä avun puuttumiseen oli muun muassa omaisten ja läheisten puute, tietämättömyys, liian korkeat palvelumaksut tai haluttomuus ottaa vastaan apua. Vastaajista tyytyväisiä omaan elämään oli yli puolet (55 %).

TAULUKKO 1. Iäkkäiden taustatekijät (N=3088)

| Taustatekijät | n ¹ | % |
|---|----------------|------------|
| Sukupuoli | | |
| Nainen | 1735 | 56,2 |
| Mies | 1352 | 43,8 |
| Keski-ikä* | 3086 | 72 (65–84) |
| Ikä | | |
| 65–70 | 1231 | 39,9 |
| 71–79 | 1446 | 46,9 |
| 80–84 | 409 | 13,3 |
| Siviilisäätty | | |
| Avio/avoliitto tai rekisteröity parisuhde | 2076 | 67,5 |
| Naimaton tai parisuhteessa, mutta asuminen erillään | 277 | 9,0 |
| Eronnut | 329 | 10,7 |

| | | |
|--|------|------|
| Leski | 393 | 12,8 |
| Asuinkumppanit | | |
| Asun yksin | 871 | 28,4 |
| Muut kuin yksin asuvat | 2197 | 71,6 |
| Työtilanne | | |
| Eläkkeellä | 2721 | 88,2 |
| Työelämässä ainakin osa- aikaisesti | 363 | 11,8 |
| Itsearvioitu terveydentila | | |
| Vähintään melko hyvä | 1705 | 55,5 |
| Keskiverto | 1020 | 33,2 |
| Melko huono tai huono | 348 | 11,3 |
| Terveysongelmista aiheutuva arkielämän haitta | | |
| Kyllä, paljon tai jonkin verran | 1471 | 47,9 |
| Ei haittaa tai ei juurikaan haittaa | 1597 | 52,1 |
| Riittävä apu arjen toimiin | | |
| En tarvitse apua | 2053 | 66,9 |
| Saan tarpeeksi apua | 907 | 29,6 |
| En saa tarpeeksi apua | 107 | 3,5 |
| Tyytyväisyys omaan elämään | | |
| Hyvin tyytyväinen | 697 | 22,7 |
| Tyytyväinen | 1688 | 55,0 |
| Jotenkuten tyytyväinen | 628 | 10,5 |
| Tyytymätön tai hyvin tyytymätön | 57 | 1,9 |

*Keski-ikä ilmoitettu keskiarvona, suluissa ilmoitettu minimi ja maksimi

¹Frekvenssit eivät välttämättä täsmää tutkimuksen kokonaismäärään puuttuvien havaintojen vuoksi

5.2 Iäkkäiden itsearvioitu toimintakyky

Taulukossa 2. on esitetty tutkittavien itsearvioidun toimintakyvyn alkuperäisessä viidessä eri luokassa. Lähes puolet (46 %) arvioi toimintakykynsä melko hyväksi. Toimintakykynsä keskivertoiseksi arvioi yli neljännes (28 %) vastaajista. Huonoksi toimintakykynsä arvioi vain murto-osa (2 %) vastaajista.

TAULUKKO 2. Itsearvioitu toimintakyky (n=3082)

| Itsearvioitu toimintakyky | %(n) |
|---------------------------|------------|
| Erittäin hyvä | 15,5(479) |
| Melko hyvä | 46,0(1418) |
| Keskiverto | 28,0(864) |
| Melko huono | 8,9(273) |
| Huono | 1,6(48) |

5.3 Iäkkäiden luottamus sosiaali- ja terveystalvelujen saatavuuteen

Taulukossa 3 on esitetty luottamus sosiaali- ja terveystalveluiden saatavuuteen seitsemän eri osa-alueen osalta. Yli kolme neljäsosaa (78 %) vastaajista luotti siihen, että saa kiireellistä hoitoa vakavaan sairauteen ja lähes kolme neljäsosaa (73 %) luotti saavansa säännöllistä hoitoa ja seurantaa pitkäaikaissairauteen. Kiireellisen hoidon sekä säännöllisen hoidon ja seurannan ryhmissä luottamusta esiintyi eniten verrattuna muihin luottamuksen osa-alueisiin. Epävarmuus hoidon saantia kohtaan lisääntyi kysyttäessä luottamuksesta kotiin saatavista hoito- ja hoivatalveluista ikäihmisille, sillä yli puolet (53 %) vastaajista oli epävarmoja luottamuksestaan. Lisäksi iäkkäistä vain viidennes (20 %) luotti saavansa ympärivuorokautista hoitoa. Tämän lisäksi ympärivuorokautisen hoidon saantia kohtaan ei luottavien määrä oli suurinta tarkasteltaessa eri sosiaali- ja terveydenhuollon osa-alueita. Lähes puolet vastaajista (47 %) luotti saavansa tietoa saatavilla olevista talveluista ja lähes kolmannes (32 %) vastaajista luotti siihen, että saa toimeentulotukea ja hyvää elämän loppuvaiheen hoitoa tai saattohoitoa. Samaan aikaan kuitenkin reilu kymmenes vastaajista ei luottanut siihen, että saa toimeentulotukea (12 %) tai hyvää elämän loppuvaiheen hoitoa tai saattohoitoa (13 %). Näissä ryhmissä myös epävarmuus luottamuksen suhteen oli suurta.

TAULUKKO 3. Luottamus sosiaali- ja terveyspalveluiden osa-alueiden saatavuuteen

| | Luottamus sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuuteen | | |
|--|---|-------------------|-----------|
| | Kyllä %(n) | En ole varma %(n) | En %(n) |
| Kiireellistä hoitoa vakavaan sairauteen | 77,5(2353) | 19,9(605) | 2,5(77) |
| Säännöllistä hoitoa ja seuranta pitkäaikaissairauteen (esim. kohonnut verenpaine) | 72,9(2183) | 23,2(695) | 3,8(115) |
| Kotiin saatavia hoito- ja hoivapalveluja ikäihmisille (esim. kotihoito, ateria- ja muut tukipalvelut, kuntoutuspalvelut, kodinmuutostyöt) | 39,2(1165) | 53,4(1585) | 7,4(220) |
| Ympäri vuorokautista hoitoa | 20,6(606) | 63,4(1862) | 15,9(468) |
| Tietoa saatavilla olevista palveluista | 47,8(1399) | 43,4(1271) | 8,7(256) |
| Toimeentulotukea | 32,2(943) | 55,6(1626) | 12,2(358) |
| Hyvää elämän loppuvaiheen hoitoa tai saattohoitoa | 32,1(951) | 55,3(1640) | 12,6(375) |

Taulukossa 4 on esitetty luottamus sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuuteen kolmessa eri luokassa. Vastaajista kaksi viidesosaa (41 %) koki luottavansa sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuuteen. Yli puolet vastaajista (56 %) ei ollut varma luottamuksestaan. Vain murto osa (3 %) vastaajista ei luottanut sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuuteen.

TAULUKKO 4. Luottamus sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuuteen (n=3066)

| Luottamus sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuuteen | |
|--|------------|
| | %(n) |
| Kyllä ¹ | 40,9(1253) |
| En ole varma ² | 56,1(1719) |
| En ³ | 3,1(94) |

¹Kyllä: 1,00–1,49

²En ole varma: 1,50–2,49

³En: 2,50–3,00

5.4 Iäkkäiden itsearvioitun toimintakyvyn yhteys luottamukseen terveyspalvelujen saatavuudesta

Itsearvioitu toimintakyky oli tilastollisesti merkitsevästi ($\chi^2=56,801$; $df=4$, $p<,001$) yhteydessä luottamukseen. Lähes puolet (45 %) heistä, joilla itsearvioitu toimintakyky oli vähintään melko hyvä, luotti sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuuteen (Taulukko 5). Luottamus oli heikointa heillä, joiden itsearvioitu toimintakyky oli melko huono tai huono. Heistä myös lähes joka kymmenes (8 %) ei luottanut palveluiden saatavuuteen. He, joiden itsearvioitu toimintakyky oli vähintään melko hyvä, olivat muihin ryhmiin nähden harvemmin epävarmoja luottamuksestaan. Sen sijaan heistä, joilla itsearvioitu toimintakyky oli keskiverto tasolla, lähes kaksi kolmesta (61 %) oli luottamuksen suhteen epävarma.

TAULUKKO 5. Toimintakyvyn yhteys luottamukseen sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuudesta

| Luottamus sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuuteen | | | | | | |
|--|-----------|--------------|---------|----------|----|--------|
| | Kyllä | En ole varma | En | | | |
| | %(n) | %(n) | %(n) | χ^2 | df | p-arvo |
| Itsearvioitu | | | | 56,801 | 4 | <,001 |
| toimintakyky | | | | | | |
| Vähintään melko hyvä | 44,6(842) | 53,3(1006) | 2,2(41) | | | |
| Keskiverto | 36,1(309) | 60,8(520) | 3,0(26) | | | |
| Melko huono tai huono | 31,8(101) | 60,1(191) | 8,2(26) | | | |

5.5 Taustatekijöiden yhteys luottamukseen sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuudesta

Seuraavaksi tarkasteltiin vastaajien taustatekijöiden ja luottamuksen välisiä yhteyksiä (Taulukko 6). Sukupuoli oli tilastollisesti merkitsevästi ($\chi^2=11,797$; $df=2$, $p=0,003$) yhteydessä luottamukseen. Sukupuolittain tarkasteltuna naisten ja miesten luottamus sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuutta kohtaan olivat melko samalla tasolla, kuitenkin miehet (44 %) luottivat hieman naisia (38 %) enemmän.

Ristiintaulukoinnissa eri siviilisäädyn ryhmien välinen ero oli tilastollisesti merkitsevä ($\chi^2=15,076$; $df=6$, $p=0,020$). Eniten (43 %) luottamusta kokivat avio/avoliitossa tai rekisteröidyssä parisuhteessa olevat vastaajat. Eronneilla luottamus oli vähäisintä (35 %) ja samanaikaisesti he olivat myös epävarmimpia (61 %) luottamuksestaan. Asuinkumppanuus oli myös tilastollisesti merkitsevästi ($\chi^2=11,079$; $df=2$, $p=0,004$) yhteydessä luottamukseen. Yksin asuvilla luottamus oli vähäisempää (36 %) verrattuna heihin, joilla oli asuinkumppani (43 %). Lisäksi yksin asuvat olivat luottamuksen suhteen epävarmempia (60 %) verrattuna muihin (55 %).

Itsearvioidun terveydentilan ja luottamuksen välinen yhteys oli tilastollisesti merkitsevä ($\chi^2=57,756$; $df=4$, $p<0,001$). Melko huonoksi tai huonoksi terveydentilansa arvioivat luottivat vähiten (31 %) sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuuteen. Vähintään melko hyväksi terveydentilansa arvioinneilla luottamusta esiintyi eniten (45 %). Myös vastaajat, jotka kokivat jonkinlaisten terveysongelmien haittaavan arkista elämää paljon tai ainakin jonkin verran, luottivat terveydenhuoltoon vähemmän (37 %), kuin he, joilla terveysongelmia ei ollut tai ei juurikaan ollut (45 %).

Terveysongelmista aiheutuva arkielämän haitta oli tilastollisesti merkitsevästi ($\chi^2=36,716$; $df=2$, $p<0,001$) yhteydessä luottamukseen. Lähes puolet (45 %) heistä, joilla terveysongelmat eivät haittaa tai ei juurikaan haittaa arkea, luottivat sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuuteen. Yli puolet (59 %) heistä, jotka kokivat terveysongelmien haittaavan arkista elämää paljon tai jonkin verran, olivat epävarmoja luottamuksensa suhteen.

Riittävä apu arjen toimiin oli tilastollisesti merkitsevästi ($\chi^2=112,244$; $df=4$, $p<0,001$) yhteydessä luottamukseen. Riittävästi apua arjentoimiin saavilla (43 %) sekä heillä, jotka eivät tarvitse arjessa apua (42 %), luottamus oli lähes samalla tasolla. Iäkkäistä, jotka eivät saaneet riittävästi apua arjessa,

vain kuudenosa (15 %) luotti palveluiden saatavuuteen ja lähes viidesosa (19 %) ei luottanut palveluiden saatavuuteen.

Tyytyväisyys omaan elämään oli tilastollisesti merkitsevästi ($\chi^2=199,705$; $df=6$, $p<0,001$) yhteydessä luottamukseen. Hyvin tyytyväisistä luottamusta kokivat yli puolet (52 %) vastaajista, mutta tyytymättömistä tai hyvin tyytymättömistä luottamusta koki vain reilu kymmenes (15 %). Lisäksi tyytymättömien tai hyvin tyytymättömien ryhmässä ei luottavien määrä oli suurempi, sillä epäluottamusta sosiaali- ja terveystalveluiden saatavuutta kohtaan koki reilu neljännes (27 %) vastaajista.

TAULUKKO 6. Taustatekijöiden yhteys luottamukseen sosiaali- ja terveystalveluiden saatavuudesta

| | Luottamus sosiaali- ja terveystalveluiden saatavuuteen | | | χ^2 | df | p-arvo (VA) |
|--|--|----------------------|------------|----------|----|----------------|
| | Kyllä %(n) | En ole varma %(n) | En %(n) | | | |
| Sukupuoli | | | | 11,79 | 2 | ,003 |
| Nainen | 38,3(660) | 58,2(1004) | 3,5(60) | | | |
| Mies | 44,1(592) | 53,3(715) | 2,5(34) | | | |
| Ikä | | | | 4,920 | 4 | ,296 |
| 65–70 | 41,9(513) | 55,2(676) | 2,9(36) | | | |
| 71–79 | 39,3(566) | 57,7(831) | 2,9(42) | | | |
| 80–84 | 43,5(174) | 52,5(210) | 4,0(16) | | | |
| Siviilisäät | | | | 15,07 | 6 | ,020 |
| Avio/avoliitto tai rekisteröity parisuhde | 42,8(885) | 54,5(1127) | 2,6(54) | | | |
| Naimaton tai parisuhteessa, mutta asuminen erillään | 36,0(99) | 60,4(166) | 4,1(16) | | | |
| Eronnut | 34,9(113) | 60,8(197) | 4,3(14) | | | |
| Leski | 38,1(148) | 57,7(224) | 4,1(16) | | | |

| | | | | | | |
|--|------------|------------|----------|-------|---|-----------------|
| Asuinkumppanit | | | | 11,07 | 2 | ,004 |
| | | | | 9 | | |
| Asun yksin | 36,2(311) | 60,1(516) | 3,7(32) | | | |
| Muut kuin yksin asuvat | 42,6(931) | 54,7(1196) | 2,8(61) | | | |
| Työtilanne | | | | 1,817 | 2 | ,403 |
| Eläkkeellä | 40,4(1093) | 56,5(1528) | 3,0(82) | | | |
| Työelämässä ainakin osa- aikaisesti | 43,9(158) | 52,8(190) | 3,3(12) | | | |
| Itsearvioitu terveydentila | | | | 57,75 | 4 | <,001 |
| | | | | 6 | | |
| Vähintään melko hyvä | 45,3(768) | 52,8(895) | 1,9(33) | | | |
| Keskiverto | 37,1(375) | 59,6(603) | 3,4(34) | | | |
| Melko huono tai huono | 30,7(106) | 61,7(213) | 7,5(26) | | | |
| Terveysongelmista aiheutuva arkielämän haitta | | | | 36,71 | 2 | <,001 |
| | | | | 6 | | |
| Kyllä, paljonkin tai jonkin verran | 36,6(534) | 58,8(858) | 4,5(66) | | | |
| Ei haittaa tai ei juurikaan haittaa | 44,9(714) | 53,4(849) | 1,7(27) | | | |
| Riittävä apu arjen toimiin | | | | 112,2 | 4 | <.001 |
| | | | | 44 | | |
| En tarvitse apua | 41,6(850) | 56,2(1148) | 2,2(45) | | | |
| Saan tarpeeksi apua | 42,6(383) | 54,3(488) | 3,1(28) | | | |
| En saa tarpeeksi apua | 15,1(16) | 66,0(70) | 18,9(20) | | | |
| Tyytyväisyys omaan elämään | | | | 199,7 | 6 | <.001 |
| | | | | 05 | | |
| Hyvin tyytyväinen | 52,3(362) | 46,0(318) | 1,7(12) | | | |
| Tyytyväinen | 41,0(688) | 57,1(958) | 1,9(32) | | | |
| Jotenkuten tyytyväinen | 29,9(187) | 64,6(404) | 5,4(34) | | | |
| Tyytymätön tai hyvin tyytymätön | 14,5(8) | 58,2(32) | 27,3(15) | | | |

6 POHDINTA

6.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Tämän pro gradu -tutkielman tarkoituksena oli kuvata iäkkäiden näkökulmasta, kuinka itsearvioitu toimintakyky on yhteydessä luottamukseen sosiaali- ja terveystalveluiden saatavuudesta Suomessa. Aineistona käytettiin valmista aineistoa, joka on kerätty Vanheneminen ja sosiaalinen hyvinvointi SoWell -tutkimushankkeessa.

Tämän tutkimuksen mukaan iäkkäiden toimintakyky iäkkäiden itsensä arvioimana oli kahdella kolmesta melko tai erittäin hyvä. Melko huonoksi tai huonoksi toimintakyvyn arvioi vastaajista vain joka kymmenes. Yksi suurimmista toimintakykyyn vaikuttavista tekijöistä on ikääntymisen myötä lisääntyvät sairaudet (Heliövaara, Viikari-Juntura & Solovieva 2018). Sainion ym. (2019) tutkimuksen mukaan noin 40 prosentilla yli 75-vuotiaista on jonkinlaisia toimintakyvyn rajoitteita. Se ei kuitenkaan välttämättä tarkoita sitä, että iäkkäät kokisivat toimintakykynsä huonoksi, sillä omaa toimintakykyä arvioidaan suhteessa muihin samanikäisiin ihmisiin (Jylhä 2009).

Luottamus oli yleisempää heillä, joilla itsearvioitu toimintakyky oli parempi. Lähes puolet heistä, jotka arvioivat toimintakykynsä vähintään melko hyväksi, luotti sosiaali- ja terveystalveluiden saatavuuteen. Vastaavasti heistä, joiden toimintakyky oli melko huono tai huono, luottamusta oli vain kolmanneksella vastaajista. Luottamus talveluiden saatavuuteen on yksi iäkkäiden elämänlaatua parantava tekijä. Aiemman tutkimuksen mukaan luottamuksen suhteen tärkeässä asemassa on nähty olevan ympäristön tuki, kuten esteettömyys ja talveluiden oikea kohdentuminen sekä saavutettavuus. (Vaarama ym. 2010.) Nämä voivatkin olla seikkoja, mitkä vaikuttavat myös siihen, että heikoksi toimintakyvyn arvioivilla on myös vähemmän luottamusta talveluiden saatavuuteen. Mikäli esimerkiksi esteettömyys sosiaali- ja terveystalveluiden ympäristössä ei toteudu, voi luottamuskin kärsiä. Huomion arvioista on se, että luottamuksen koki epävarmaksi suurin osa vastaajista riippumatta itsearvioitun toimintakyvyn tasosta. Tulos saattaakin liittyä lisääntyneeseen epävarmuuteen ja huoleen siitä, saako apua mistään silloin, kun sille olisi tarve.

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan sosiaali- ja terveystalveluiden saatavuuteen luotti alle puolet vastaajista ja vain murto-osa vastaajista ei luottanut sosiaali- ja terveystalveluiden saatavuuteen. Sen sijaan epävarmoja luottamuksensa suhteen oli yli puolet vastaajista. Kankaisen (2007) tutkimuksessa

ei luottavia oli selkeästi enemmän, sillä jopa joka viides ei luottanut terveydenhuoltoon tai sosiaalitoimeen. Aiempien tutkimusten mukaan sen sijaan luottamus on ollut yleisempää sosiaali- ja terveystalvveluita kohtaan, sillä Kankaisen (2007) tutkimuksen mukaan suomalaisista noin 60 prosenttia luottaa melko tai erittäin paljon sosiaalitoimeen ja terveydenhuoltoon. Lisäksi Niemelän (2012) tutkimuksen mukaan terveydenhuoltoon luottaa noin 70 prosenttia vastaajista. FinSote-tutkimustulosten mukaan taas aikuisväestöstä jopa 80 prosenttia luottaa terveystalvveluiden toimivuuteen ja sosiaalipalveluihin noin 65 prosenttia (Pentala-Nikulainen ym. 2018).

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan luottamus kuitenkin jakautuu epätasaisesti eri sosiaali- ja terveystalvveluiden osa-alueiden kesken. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan yli kolme neljäsosaa vastaajista luotti siihen, että saa kiireellistä hoitoa vakavaan sairauteen, mikä oli myös sosiaali- ja terveydenhuollon osa-alueista suurin luottamuksen kohde. Kankainen (2007) on tutkinut väitöskirjassaan aikuisväestön luottamusta ja tulokset ovat samansuuntaiset, sillä kiireellisen hoidon saatavuuteen luotti aikuisväestöstä hieman yli 80 prosenttia. Myös Sihvon ym. (2007) tutkimuksen tuloksista voidaan päätellä samansuuntaista, sillä julkisia sairaaloita kohtaan melko suurta tai hyvin suurta luottamusta kuvasi yli 70 prosenttia aikuisväestöstä (Sihvo ym. 2007).

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan vastaajista kolme neljäsosaa luotti saavansa säännöllistä hoitoa ja seurantaa pitkäaikaissairauteen esimerkiksi kohonneen verenpaineen vuoksi. Aallon ym. (2016) tutkimustulokset puoltavat tämän tutkimuksen tuloksia, sillä Suomen aikuisväestöstä hoitoa pitkäaikaissairauteen luotti saavansa lähes 80 prosenttia (Aalto ym. 2016). Sen sijaan toisen tutkimuksen tulosten mukaan pitkäaikaissairaajat ovat kokeneet hoidon saamisessa myös esteitä (Aalto ym. 2017).

Tämän tutkimuksen tulokset osoittavat, että suomalaiset iäkkäät luottavat enemmän nopeasti ja akuutisti saataviin palveluihin, kun taas ympärivuorokautisen hoidon ja iäkkäiden kotiin saatavien hoivapalveluiden saatavuuteen liittyy enemmän epäluottamusta. Aiemman tutkimuksen tulosten mukaan vanhushuoltoon luottaa melko vähän tai ei lainkaan 30 prosenttia vastaajista (Kankainen 2007). Kun tämän tutkimuksen tuloksia tarkastellaan sosiaali- ja terveystalvveluiden eri osa-alueiden näkökulmasta, luottamus oli heikointa ympärivuorokautisen hoidon saantiin. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan myös hyvää elämän loppuvaiheen hoitoa tai saattohoitoa ei luottanut saavansa lähes joka kuudes vastaaja. Luottamus vanhustalvveluiden saatavuuteen on aiemman tutkimuksen valossa ollut myös heikompaa muihin osa-alueisiin verrattuna, sillä vain 40 prosenttia uskoo saavansa vanhusten palveluja silloin, kun niitä tarvitsisi (Aalto ym. 2016). Jo pidempään jatkuneet

vanhuspalveluiden ongelmat, kuten hoitaja resurssointi ja henkilömitoitus (Alastalo, Vainio & Kehusmaa 2017, THL 2023), voivat olla yksi iäkkäiden luottamusta heikentävä tekijä.

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan lähes puolet vastaajista luotti saavansa tietoa saatavilla olevista palveluista, vaikka myös kahdella viidestä ei ollut täyttä varmuutta luottamuksestaan tietojen saantia kohtaan. Aiemman tutkimuksen mukaan iäkkäät ovat kyllä tietoisia kotiin tarjottavista tukijärjestelmistä ja -palveluista, mutta kokevat niiden pyytämisen monimutkaisena (Molina-Mula ym. 2020). Monimutkaisuuden taustalla vaikuttavana syynä voi olla potilastietojen tarkastelun ja ajanvarauksen siirtyminen sähköisiin palveluihin. Sähköiseen asiointiin sosiaali- ja terveydenhuollossa liittyy esteitä yleisimmin erityisesti ikääntyvien keskuudessa. (Kyytsönen, Aalto & Vehko 2021.)

Toimeentulotukea luotti saavansa tähän tutkimukseen vastanneista iäkkäistä kolmannes ja epävarmoja luottamuksensa suhteen oli yli puolet vastaajista. Aiemman tutkimuksen mukaan toimeentulovaikeuksia kokeneet luottavat muita vähemmän sosiaalipalveluiden toimivuuteen (Aalto ym. 2017). Sosiaalihuollon arvioi myös olleen ennen luotettavampi neljäsosa suomalaisista (Kankainen 2007). Lisäksi myös terveyspalveluja käyttäneiden kokemukset terveyspalveluista ovat tutkimuksissa olleet myönteisempiä verrattuna sosiaalipalveluihin (Vilkko ym. 2010, Aalto ym. 2016, Aalto ym. 2017, Pentala-Nikulainen ym. 2018). Samansuuntaista voidaan päätellä myös tämän tutkimuksen tuloksista, mutta kuitenkin tietämättä varmuudella, koska suoraan sosiaalipalveluista kysyttiin ainoastaan toimeentulotuen saatavuudesta. Lainsäädännössä on määritelty sosiaalihuollon palveluihin oikeuttavista tekijöistä terveydenhuoltoa tarkemmin (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014). Lain määrittämät ehdot voikin olla yksi tyytyväisyyteen ja sitä kautta luottamukseen vaikuttava tekijä.

Avio- tai avoliitossa tai rekisteröidyssä parisuhteessa olevista luottamusta osoitti hieman alle puolet vastaajista. Sen sijaan heitä, jotka eivät luota, oli hieman enemmän leskien kuin avioliitossa olevien ryhmässä. Tämän tutkimuksen tuloksissa luottamus oli myös yleisempää heillä, joilla oli asuinkumppani verrattuna yksin asuviin. Puolison onkin havaittu olevan merkittävä tekijä lisäämään iäkkäiden hyvinvointia (Luhmann, Hawkley & Cacioppo 2014; Seiler, von Känel & Slavich 2020), niinpä puolison menetys voi vaikuttaa sitä kautta negatiivisesti myös luottamukseen. Aiemman tutkimuksen mukaan on havaittu, että yksin elävillä iäkkäillä oli hankaluuksia hakeutua sosiaali- ja terveyspalveluiden piiriin (Molina-Mula ym. 2020), mikä voi myös heikentää luottamusta.

Tähän tutkimuksen vastanneista yli puolet arvioi terveydentilansa vähintään melko hyväksi. Melko huonoksi tai huonoksi terveydentilansa arvioivat vastaajista reilu kymmenes. Loput vastaajista kokivat terveydentilansa olevan keskiverto tasolla. Eläkeikäisten koettu terveys on todettu vuosien saatossa heikentyneen (Koskinen, Manderbacka & Koponen 2018). Tämän tutkimuksen tulosten mukaan luottamus oli heikompaa heillä, joiden itsearvioitu terveydentila oli melko huono tai huono, verrattuna heihin, joiden itsearvioitu terveydentila oli vähintään melko hyvä. Saman suuntaisia tuloksia on saanut Nieminen (2015) tutkimuksessaan, sillä itsearvioidun terveyden on todettu olevan positiivisesti yhteydessä luottamukseen. Myös Niemelän (2012) tutkimus puoltaa tätä tulosta, sillä kriittisimmin terveyspalveluiden toimintaan suhtautuivat ne, jotka kokevat terveytensä huonoksi tai erittäin huonoksi. Huonon koetun terveyden on myös todettu olevan yhteydessä tyydyttymättömään palvelutarpeeseen sosiaali- ja terveyspalveluissa (Aalto, Ilmarinen, Muuri & Ikonen 2022).

Tähän tutkimukseen vastanneista vain pieni osa ei saanut riittävästi apua arjen toimiin. Syyt avun puuttumiseen liittyivät pääasiassa sosiaali- ja terveyspalveluiden ulkopuolisiin tekijöihin esimerkiksi omaisten puuttumiseen. Yhtenä syynä oli kuitenkin myös liian korkeat palvelumaksut. Koskisen, Sainion ja Alastalon (2018) tutkimuksen tulokset ovat samansuuntaiset, sillä eläkeikäisistä naisista, jotka tarvitsivat apua arjessa heikentyneen toimintakyvyn vuoksi, noin kuusi prosenttia ei kokenut saavansa tarvitsemaansa apua. Pienituloisten iäkkäiden keskuudessa sen sijaan avun puuttuminen oli yleisempää, sillä kotipalveluita tarvitsevista pienituloisimmista iäkkäistä yli neljännes koki, että ei saanut apua riittävästi tai lainkaan (Hannikainen 2018). Tämän tutkimuksen tulosten mukaan heistä, jotka eivät saaneet riittävästi apua arjessa, lähes viidennes ei luottanut palveluiden saatavuuteen ja he olivat luottamuksen suhteen myös epävarmimpia.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen kokonaisluotettavuuden tarkasteluun käytettiin validiteettia ja reliabiliteettia. Tutkimuksen validiteettia arvioitaessa pohdittiin, oliko kysymyslomakkeen kysymykset oikeita mittaamaan juuri toimintakykyä ja luottamusta sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuudesta (Kellar & Kelvin 2013). Validiteettia voisi heikentää se, mikäli kyselylomakkeen kysymysten avulla ei olisi saatu vastausta tutkimusongelmaan (Farrelly 2013), mikä voisi olla mahdollista käytettäessä valmista aineistoa (Heikkilä 2014). Luottamusta sosiaalipalveluiden saatavuudesta oli kyselylomakkeella kartoitettu melko vähäisesti verrattuna terveyspalveluihin. Tutkielman aihe käsitteli kuitenkin sosiaali- ja terveyspalveluita ja tulokset koskivat kumpaakin palveluryhmää luottamuksen osalta

yleisesti. Kotiin saatavia hoito- ja hoivapalveluita oli avattu esimerkeissä koskemaan kotihoitoa, ateria- ja muita tukipalveluita, kuntoutuspalveluita sekä kodinmuutostöitä. Osa kotiin saatavista hoito- ja hoivapalveluiden esimerkeistä voinee tarkoittaa myös sosiaalipalveluita, sillä yksi yleisimmistä yksityisellä tuotetuista sosiaalipalveluista on ikääntyneiden palveluasuminen ja kotipalvelut (STMb). Lisäksi yksi luottamuksen osa-alueista oli toimeentulotuki, mikä on sosiaalipalveluihin kuuluva toimeentuloturvan muoto. Kuitenkin muut luottamuksen osa-alueet voidaan katsoa terveydenhuoltoon sisältyviksi palveluiksi. (STMc.) Tutkimuksen validiteettia voi siis heikentää se, että tulokset eivät kuvaa riittävän kattavasti sosiaali- ja terveyspalveluiden kokonaisuutta, mitä tutkimuksessa oli tarkoitus mitata (Farrelly 2013).

Tutkimuksen validiteettia voidaan nähdä parantavan se, että kyselylomaketta testattiin ennen sen jakoon laittamista. Tällä haluttiin varmistaa, että kysymykset ovat selkeästi ymmärrettävissä iäkkäille ihmisille. Kyselylomaketta testasi Kuuselan palvelutalon Lähitorin kymmenen ikääntynyttä. Kyselyyn vastaamisen jälkeen kysymykset käytiin vielä lävitse ja keskusteltiin kysymysten ymmärrettävyydestä ja testaajille syntyneistä ajatuksista. Testaajien antaman palautteen pohjalta muokattiin kyselylomakkeen rakennetta, kysymyksiä ja vastausvaihtoehtoja. (Tampereen yliopisto 2020.) Tutkimukseen osallistuneiden iäkkäiden mahdolliset terveysongelmat ovat voineet vaikuttaa heidän kykyynsä osallistua tutkimukseen tai vastata kyselyyn oikein. Esimerkiksi kipu, väsymys tai lääkitys ovat saattaneet vaikuttaa heidän vastauksiinsa. Kyselylomake on muodostettu SoWell-tutkimushanketta varten, eikä se perustu suoranaisesti jo olemassa oleviin kyselylomakkeisiin (Tampereen yliopisto 2020). Kyseessä ei siis ole validoitu mittari, mikä on voinut heikentää tutkimuksen yleistä luotettavuutta (Heikkilä 2014).

Tutkimuksen reliabiliteettia tarkasteltaessa pohdittiin tulosten tarkkuutta ja kiinnitettiin huomiota, että tulokset eivät olleet sattumanvaraisia. Reliabiliteetilla arvioitiin mittarin johdonmukaisuutta ja toistettavuutta. Mittarin ja tulosten pysyvyyttä arvioitiin tässä tutkielmassa otoskoon ja otoksen edustavuuden perusteella. (Heikkilä 2014.)

Kyselylomakkeella ei ollut määritelty tutkittaville toimintakyvyn käsitettä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon eri osa-alueet oli myös määritelty hieman eri tarkkuuksin. Tällä on voinut olla vaikutusta siihen, että tutkittavat ovat ymmärtäneet käsitteet ja luottamuksen kohteet eri tavoin, mikä heikentää näin ollen vastausten johdonmukaisuutta. (Parahoo 2014.) Yksi luottamuksen kohteista oli kiireellinen hoito vakavan sairauden sattuessa. Vastaajat tulkitsivat itse mitä vakava sairaus tarkoittaa, sillä esimerkkejä ei kyselylomakkeella tässä kohtaa ollut. Ihmisen vakavasti sairastuessa

voi hoitoon hakeutumisen yksikkö vaihdella, niinpä vastauksista ei voida päätellä sitä, mihin yksikköön vastaajat ovat luottamuksensa kohdistaneet. Sen sijaan pitkäaikaissairauden säännöllistä hoitoa ja seurantaa oli avattu yksityiskohtaisemmin esimerkiksi kohonnut verenpaine. Säännöllisen hoidon ja seurannan kohdalla luottamus oli luultavasti ymmärretty kohdistuvaksi julkisiin terveyskeskuksiin. Myös kotiin saatavat hoito- ja hoivapalvelut ikäihmisille oli avattu runsain esimerkein. Kysymysten tulkintaan liittyvät erot ovat voineet aiheuttaa epä johdonmukaisuuksia vastauksissa, millä voisi olla vaikutusta mittauksen toistettavuuteen. Myös kyselylomakkeen kysymysjärjestys on voinut myös vaikuttaa vastaamiseen ja ohjata vastaajia tiettyyn suuntaan. (Parahoo 2014.)

Tulosten käsittely pyrittiin myös tekemään mahdollisimman huolellisesti ja virheettömästi, mikä parantaa tällöin tutkimuksen reliabiliteettia. Aineiston analyysivaiheessa kiinnitettiin tarkkaan huomiota siihen, että vastauksia ei jäänyt analyysien ulkopuolelle. (Vehkalahti 2014.) Esimerkiksi sukupuolen osalta vastausvaihtoehto *Muu* jouduttiin jättämään pois analyysista vähäisen vastaajamäärän vuoksi, mutta kuitenkin näiden vastaajien muut vastaukset muissa kysymyksissä pidettiin mukana. Analyysivaiheessa tutkija sai tilastollisten menetelmien käyttöön tilastotieteilijöiden apua. Kvantitatiivisen tutkimuksen tekemisestä tekijällä ei kuitenkaan ole aiempaa kokemusta, mikä voi vaikuttaa heikentävästi tutkimuksen reliabiliteettiin. (Parahoo 2014.)

Tässä tutkimuksessa luottamuksen eri osa-alueet yhdistettiin muodostamalla muuttujista kokonaisluottamusta kuvaava summa. Toisaalta summamuuttujiin liittyy tietynlaisia puutteita tiedon tiivistämisen vuoksi (Nummenmaa 2009). Nummenmaan (2009) mukaan summamuuttujien luomista tulisi välttää, mikäli mahdollista, tiedon liiallisen tiivistämisen vuoksi. Tässä tutkielmassa haluttiin tietoa luottamuksesta sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuudesta, jolloin summamuuttujan muodostaminen arvioitiin olevan toimivin ratkaisu. Luottamusta sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuuteen avattiin tuloksissa kuitenkin myös osa-alueittain. Summamuuttujan muodostaminen tiedon tiivistämisen vuoksi on kuitenkin voinut vaikuttaa heikentävästi tutkimuksen luotettavuuteen. Myös itsearvioitu toimintakyky ja eri taustatekijöitä uudelleen luokiteltiin, mikä oli kuitenkin perusteltua ja tarpeellista ristiintaulukoinnin onnistumisen vuoksi, jotta χ^2 -testi oletukset toteutuivat (Hosmer, Lemeshow & Sturdivant 2013). Luokkien yhdistelyssä pyrittiin aina säilyttämään muuttujien alkuperäinen sisältö (Heikkilä 2014). Muuttujien uudelleen luokittelussa käytettiin apuna aikaisempaa tutkimuskirjallisuutta (Tiainen ym. 2021) sekä tutkijan omaa näkemystä ja tietopohjaa ammattiin sekä kokemukseen pohjautuen.

Tutkimuksen aineistona käytettiin valmista aineistoa, eikä tutkielman tekijä näin ollen osallistunut aineistonkeruuseen, minkä voidaan katsoa vahvistavan tutkimuksen objektiivisuutta. Kuitenkin tutkijan aikaisempi tietämys ja kokemus iäkkäiden toimintakyvystä, on voinut vaikuttaa analyysin objektiivisuuteen heikentävästi. Samanaikaisesti tutkimuksen reliabiliteettia on voinut heikentää se, että tutkija ei ole voinut itse vaikuttaa otosta ja tiedonkeruuta koskeviin valintoihin. (Heikkilä 2014.) Otosta arvioidessa mietittiin, vastaako otos perusjoukkoa eli onko otos edustava. Otos on ollut varsin onnistunut, sillä otanta on tehty koko perusjoukosta siihen sopivalla otantamenetelmällä. Perusjoukon rakenteen tunteminen lisää tutkimuksen luotettavuutta. Reliabiliteetin kannalta olisi hyödyllistä toistaa mittaus uudelleen myöhemmin. (Parahoo 2014.) Tässä tutkielmassa korkean vastausprosentin voidaan katsoa myös lisäävän tutkimuksen reliabiliteettia (Heikkilä 2014). Kysely lähetettiin 5 000:lle satunnaisesti valitulle 65–84-vuotiaalle suomalaiselle. Kyselyyn vastasi lopulta 3088 henkilöä ja vastausprosentti oli 62 %. (Tiainen ym. 2021.) Tätä voidaankin pitää hyvänä vastausprosenttina tutkimuksessa (Heikkilä 2014).

Puuttuvia vastauksia oli tutkielmassa käytettyjen kysymysten kohdalla 20–47 kappaletta. Tilasto-ohjelmalla voidaan arvioida satunnaisriskin todennäköisyyttä tilastollisin testein, mutta se ei ota huomioon vastauskadon osuutta tuloksiin (Heikkilä 2014). Kysyttäessä luottamuksen sosiaali- ja terveystalveluiden saatavuudesta vastausvaihtoehdot olivat kysymyslomakkeella *Kyllä*, *En ole varma* ja *En*. Mikäli kysymys asettelu olisi ollut toisenlainen, esimerkiksi vastausvaihtoehtoina olisi käytetty vain *Kyllä* ja *En*, olisi tuloksetkin voineet olla erilaiset. Nyt eniten vastauksia keräsi *En ole varma* -vastausvaihtoehto. *En ole varma* -vastauksia oli kysymystä kohden keskimäärin lähes puolet. *En ole varma*- vastausten suuri määrä selittää iäkkäiden epävarmuutta, joka liittyy koettuun luottamukseen, eikä niinkään kysymyksen asettelun epäonnistumista. Epävarmuus voidaan nähdä enemmän epäluottamukseen kääntyvänä luottamuksen sijaan. Onnistumista kysymyksen asettelussa puoltaa se, että kysymyksillä on kuitenkin saatu vastaukset tutkimusongelmiin (Farrelly 2013).

6.3 Tutkimuksen eettisyys

Ennen tämän tutkimuksen aloittamista varmistettiin, että SoWell-tutkimushankkeelle oli saatu puoltava eettinen lausunto Tampereen alueen ihmistieteiden eettiseltä toimikunnalta, mikä kattoi myös tämän tutkielman. Tämä vahvistaa osaltaan tämän tutkielman aineiston eettistä perustaa. Ennen tutkimuksen aloittamista tutkija perehtyi aineistohallintasuunnitelmaan. Tutkimukseen kuuluva materiaali ja aineisto oli koko tutkimusprosessin ajan vain tutkijan käytössä, eikä sitä jaettu

ulkopuolisille. (Guillemin & Gillam 2004.) Ennen varsinaisen tutkielman aloittamista tutkija toimitti tutkimussuunnitelman aineiston omistajalle, millä pyrittiin varmistamaan se, että tutkimuskysymyksiin pystyttäisiin vastaamaan käytettävissä olevan aineiston avulla.

Aineiston käyttöä ja sen käsittelyä varten kirjoitettiin salassapitosopimus. Tutkija sitoutui käyttämään luovutettua aineistoa ainoastaan pro gradu -tutkielmaa varten ja käsittelemään aineistoa huolellisesti siten, etteivät ulkopuoliset tahot pääse siihen käsiksi. Aineisto talletettiin ainoastaan tekijän henkilökohtaiselle salasanasuojatulle tietokoneelle. Tietokoneelle kirjautuminen vaati käyttäjätunnistuksen ja tietokone oli myös virussuojattu. Lisäksi käytössä oli kaksivaiheinen tunnistautuminen yliopiston tietokannoissa. Painetussa paperisessa muodossa olevat asiakirjat säilytettiin yliopiston tiloissa lukollisessa kaapissa. Pro gradu -tutkielman valmistuttua aineiston asiakirjat hävitettiin niin sähköisessä kuin myös mahdollisissa painetuissa muodoissa. Paperisten dokumenttien hävittäminen tapahtui tuhoamalla ne silppurin avulla. (TENK 2019.) Kaikki tutkimuksen aineistohallintaan liittyvät käytännöt pohjautuvat tietosuojalakiin (1050/2018) sekä EU:n tietosuoja-asetukseen (2016/679). Tutkimuksen aineistohallinnan päävastuu on ollut tutkielman kirjoittajalla koko tutkimusprosessin ajan.

Aineisto on kerätty tarkoin ennalta määriteltyä tarkoitusta varten ja se on käsitelty siten, että yksittäisiä vastaajia ei siitä ole mahdollista tunnistaa. Aineiston jakamiseen tutkielman tekijälle oli myös lupa. Aineisto koostui iäkkäiden henkilöiden henkilökohtaisista kokemuksista, niinpä eettiset kysymykset olivat tarkastelun kohteena tutkimusprosessin jokaisessa vaiheessa. Myös jokaisessa työvaiheessa ja raportoinnissa noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä kiinnittäen huomiota rehellisyyteen, huolellisuuteen ja asianmukaisiin viittauksiin. Tutkielman tekijä noudatti yleisiä tutkimuksen tekemiseen liittyviä eettisiä periaatteita. (TENK 2019.) Tutkielman alkuperäisyys tarkastettiin sähköisesti Turnitin OriginalityCheck –ohjelmalla (Tampereen yliopisto 2019).

Tutkimukseen osallistuminen oli myös vapaaehtoista. Suostumus tutkimukseen osallistumisesta ja tietojen käyttämiseen annettiin osallistujien vastatessa kyselyyn. Kyselyyn vastatessa vastaaja oli voinut punnita vastaamista jokaisen kysymyksen kohdalla ja yksittäisiinkin kysymyksiin oli voinut jättää vastaamatta. Tämän lisäksi osallistuminen oli myös voinut keskeyttää syytä ilmoittamatta ja peruuttaa suostumuksen ottamalla yhteyttä yliopistotutkijaan. Tällöin henkilön tiedot oli poistettu tutkimuksesta. Kyselylomakkeella kysyttiin arkaluonteisia henkilötietoja osallistuneiden terveystietojen osalta. Tutkimuksen aineisto oli kuitenkin jo ennen aineiston luovutusta tutkijalle valmiiksi pseudonymisoitu. (Tampereen yliopisto 2020.) Tutkimuksen raportoinnissa noudatettiin

huolellisuutta ja tulosten raportoinnissa kiinnitettiin vielä huomiota tutkimukseen osallistuneiden anonymiteettiin (TENK 2019).

Tutkielman aihe ja näkökulma muodostuivat valmiin aineiston sallimissa rajoissa. Huomioitavaa on kuitenkin se, että tutkimusaiheen valinta on myös eettinen päätös (Hänninen 2008). Aihe valikoitui tutkijan oman mielenkiinnon pohjalta tutkimusaukkoon nojaten. Tutkija on työskennellyt vuosia iäkkäitä kuntouttaen, niinpä toimintakyky ja iäkkäät olivat tutkijaa kiinnostavia tutkimuskohteita. Kaikki ihmiset, esimerkiksi myös lapset ja iäkkäät, ovat oikeutettuja ilmaisemaan mielipiteensä ja näkemyksensä heitä kokevissa asioissa ja päätöksenteossa sekä ovat oikeutettuja pääsemään osallistumaan tutkimuksiin (Hänninen 2008). Tämän vuoksi tutkija halusi pro gradu -tutkielman käsittelevän heikommassa asemassa olevaa ryhmää, tässä tapauksessa iäkkäitä.

6.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Tutkielman tarkoituksena oli kuvata iäkkäiden näkökulmasta, kuinka itsearvioitu toimintakyky on yhteydessä luottamukseen sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuudesta Suomessa. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan 65–84-vuotiaat suomalaiset luottavat pääosin sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuuteen. Tutkimus vahvistaa sen, että iäkkäiden itsearvioitu toimintakyky ja luottamus sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuudesta ovat yhteydessä toisiinsa. Tulosten perusteella tulisi kehittää sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuutta iäkkäiden keskuudessa, joiden toimintakyky on heikentynyt. Tulokset vahvistavat myös sen, että luottamus sosiaali- ja terveydenhuollon eri osa-alueisiin on vaihtelevaa. Luottamus ympärivuorokautisen hoidon saatavuuteen on heikointa vertailtaessa eri sosiaali- ja terveydenhuollon osa-alueita toisiinsa.

Seuraavaksi tarkastelua tulisi laajentaa yksityisen sektorin sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita järjestävien järjestöjen toimintaan sekä verrata näitä luottamuksen osalta toisiinsa. Näin saataisiin tietoa luottamuksesta eri palveluita tuottavien sektoreiden välillä, jolloin myös eri sektoreiden välinen vertailu olisi mahdollista toteuttaa.

Kun nyt tiedetään luottamukseen yhteydessä olevista tekijöistä, voisi seuraavaksi lähteä tutkimaan tarkemmin, mitkä asiat heikentävät tai vahvistavat sosiaali- ja terveydenhuollon eri osa-alueiden luottamusta. Tutkielmassa ei eritelty vastaajien maantieteellistä sijaintia ja näin luottamuksen tarkempi kohde ei ollut tiedossa, niinpä luottamusta ja palveluiden saatavuutta tulisi tutkia eri

maantieteellisillä alueilla Suomessa. Se auttaisi havaitsemaan alueellisia eroja ja tarvittaessa auttaisi kehittämään alueellisia palveluita tai tarvittavia tukitoimia.

Tässä tutkimuksessa ei myöskään tarkasteltu sosiaali- ja terveyspalveluiden laatuun liittyvää luottamusta. Laadun tarkastelu olisi keskeistä tämän tutkielman tulosten mukaan etenkin ympärivuorokautisten hoidon yksiköissä luottamuksen ollessa heikointa tässä tutkielmassa tarkasteltavista sosiaali- ja terveydenhuollon osa-alueista. Tulevissa tutkimuksissa voitaisiin selvittää, miten iäkkäät arvioivat palveluiden laatua ja miten tämä vaikuttaa heidän luottamukseensa.

Tämän tutkimuksen voisi myös toistaa uudelleen Sote- uudistuksen jälkeen ja arvioida, onko luottamuksen taso muuttunut tämän myötä. Tästä tutkimuksesta saatuja tuloksia voitaisiin myös käyttää pohjana kehittäessä ja testatessa interventioita, jotka pyrkisivät vahvistamaan iäkkäiden luottamusta sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuudesta.

Lähteet

Aalto, A-M., Ilmarinen, K., Muuri, A., & Ikonen, J. (2022). Sosiaali- ja terveystalvveluiden saatavuus ja asiakaskokemukset. Teoksessa: Karvonen, S., Kestilä, L., & Saikkonen, P. (toim.) Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 226–244.

Aalto, A-M., Manderbacka, K., Muuri, A., Karvonen, S., Junnila, M., & Pekurinen, M. (2016). Mitä väestö ajattelee sosiaali- ja terveystalvveluiden uudistamisesta? Tutkimuksesta tiiviisti 4/2016. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Aalto, A-M., Vehko, T., Sinervo, T., Sainio, S., Muuri, A., Elovainio, M. & Pekurinen, M. (2017). Terveydenhuollon asiakaslätöisyys: Palvelujen käyttäjien kokemuksia terveystalvvelujen toiminnasta. Tutkimuksesta tiiviisti 12/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134728/URN_ISBN_978-952-302-880-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Alastalo, H., Vainio, S., & Kehusmaa, S. (2017). Kotihoidon asiakasmäärät kasvussa, henkilöstön määrän kasvu ei kaikissa maakunnissa seuraa perässä. Tutkimuksesta tiiviisti 8/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135119/TUTI2017_18_Kotihoidon%20asiakasm%20a4%20a4r%20a4t%20kasvussa%20henkil%20b6st%20b6n%20m%20a4%20a4r%20a4n%20kasvu%20ei%20kaikissa%20maakunnissa%20seuraa%20per%20a4ss%20a4_p%20a4ivitetty.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Aluehallintovirasto. (s.a.). Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kantelut. <https://avi.fi/asioi/henkiloasiakas/valvonta-ja-kantelut/sosiaali-ja-terveystalvvelut>. Viitattu 26.9.2023.

Aoki, T., Yamamoto, Y., Ikenoue, T., Urushibara-Miyachi, Y., Kise, M., Fujinuma, Y., & Fukuhara, S. (2018). Social Isolation and Patient Experience in Older Adults. *Annals of Family Medicine*, 16(5), 393–398. <https://doi.org/10.1370/afm.2257>

Bernard, S. L., Kincade, J. E., Konrad, T. R., Arcury, T. A., Rabiner, D. J., Woomert, A., DeFries, G. H., & Ory, M. G. (1997). Predicting Mortality from Community Surveys of Older Adults: The Importance of Self-Rated Functional Ability. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 52(3), 155–163. <https://doi.org/10.1093/geronb/52B.3.S155>

Bernfort, L., Gerdle, B., Rahmqvist, M., Husberg, M., & Levin, L.-Å. (2015). Severity of chronic pain in an elderly population in Sweden—Impact on costs and quality of life. *PAIN*, 156(3), 521. <https://doi.org/10.1097/01.j.pain.0000460336.31600.01>

Chou, C.-H., Hwang, C.-L., & Wu, Y.-T. (2012). Effect of Exercise on Physical Function, Daily Living Activities, and Quality of Life in the Frail Older Adults: A Meta-Analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(2), 237–244. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2011.08.042>

Chen, L., & Cheng, M. (2022). Exploring Chinese Elderly's Trust in the Healthcare System: Empirical Evidence from a Population-Based Survey in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(24), 16461. <https://doi.org/10.3390/ijerph192416461>

Crisp, D. A., Windsor, T. D., Butterworth, P., & Anstey, K. J. (2013). What are older adults seeking? Factors encouraging or discouraging retirement village living. *Australasian Journal on Ageing*, 32(3), 163–170. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6612.2012.00623.x>

Elo, S. (2006). Teoria pohjoissuomalaisten kotona asuvien ikääntyneiden hyvinvointia tukevasta ympäristöstä. Väitöskirja, Oulun yliopisto.

Eurofound. (2021). Living, working and COVID-19 (Update April 2021): Mental health and trust decline across EU as pandemic enters another year. Luxembourg: Publications Office of the European Union. <https://www.eurofound.europa.eu/en/publications/2021/living-working-and-covid-19-update-april-2021-mental-health-and-trust-decline>

Euroopan parlamentti, Euroopan unionin neuvosto. (2016). Euroopan parlamentin ja neuvoston asetus 2016/679/EU luonnollisten henkilöiden suojelusta henkilötietojen käsittelyssä sekä näiden tietojen vapaasta liikkuvuudesta ja direktiivin 95/46/EY kumoamisesta. Euroopan unionin virallinen lehti, (1)119. <http://data.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj/fin>. Viitattu 29.6.2023.

Farrelly, P. (2013). Issues of trustworthiness, validity and reliability. *British Journal of School Nursing*, 8(3), 149–151. <https://doi.org/10.12968/bjsn.2013.8.3.149>

Fjell, A., Eriksen, K. Å., Hermann, M., Boström, A.-M., & Cronfalk, S. B. (2021). Older people living at home: Experiences of healthy ageing. *Primary Health Care Research & Development*, 22. <https://doi.org/10.1017/S1463423621000049>

Giosa, J. L., Byrne, K., & Stolee, P. (2022). Person- and family-centred goal-setting for older adults in Canadian home care: A solution-focused approach. *Health & Social Care in the Community*, 30(5), e2445–e2456. <https://doi.org/10.1111/hsc.13685>

Gordis, L. (2014). *Epidemiology*. Fifth Edition. Philadelphia: Elsevier Saunders.

Grove, S.K., & Burns, N. (2009). *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis and Generation of Evidence*. 6th Edition. USA: Saunders Elsevier.

Guillemin, M., & Gillam, L. (2004). Ethics, Reflexivity, and “Ethically Important Moments” in Research. *Qualitative Inquiry*, 10(2), 261–280. <https://doi.org/10.1177/1077800403262360>

Guralnik, J. M., Ferrucci, L., Pieper, C. F., Leveille, S. G., Markides, K. S., Ostir, G. V., Studenski, S., Berkman, L. F., & Wallace, R. B. (2000). Lower Extremity Function and Subsequent Disability: Consistency Across Studies, Predictive Models, and Value of Gait Speed Alone Compared With the Short Physical Performance Battery. *The Journals of Gerontology: Series A*, 55(4), M221–M231. <https://doi.org/10.1093/gerona/55.4.M221>

Guralnik, J. M., Simonsick, E. M., Ferrucci, L., Glynn, R. J., Berkman, L. F., Blazer, D. G., Scherr, P. A., & Wallace, R. B. (1994). A short physical performance battery assessing lower extremity function: Association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. *Journal of Gerontology*, 49(2), M85-M94. <https://doi.org/10.1093/geronj/49.2.m85>

Hannikainen, K. (2018). Ikääntyneiden sosiaali- ja terveystalveluiden tarve ja käyttö eroavat tulotason mukaan. Tutkimuksesta tiiviisti 2/2018. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

HE 241/2020 vp.

https://www.eduskunta.fi:443/FI/vaski/HallituksenEsitys/Sivut/HE_241+2020.aspx. Viitattu 18.10.2023.

Heikkilä, T. (2014). Tilastollinen tutkimus. 9. uudistettu painos. Helsinki: Edita.

Heikkinen, E., Kauppinen, M., & Laukkanen, P. (2013). Iäkkäiden ihmisten selviytyminen päivittäisistä toiminnoista. Teoksessa: Heikkinen, E., Jyrkämä, J., & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia 3. painos. Helsinki: Duodecim, 291–302.

Heliövaara, M., Viikari-Juntura, E., & Solovieva, S. (2018). Tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Teoksessa: Koponen, P., Borodulin, K., Lundqvist, A., Sääksjärvi, K., & Koskinen, S. (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa: FinTerveys 2017 -tutkimus. Helsinki: Terveysterveys- ja hyvinvoinninlaitos, 80–84. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-105-8>

Hosmer, D., Lemeshow, S., & Sturdivant, R. (2013). Applied logistic regression. New York: John Wiley & Sons.

Hosking, G. (2014). Trust: a history. Oxford: Oxford University Press.

Hänninen, V. (2008). Narratiivisen tutkimuksen eettiset haasteet. Teoksessa: Anna-Maija Pietilä & Helena Länsimies-Antikainen (toim.) Etiikkaa monitieteisesti: pohdintaa ja kysymyksiä. Kuopion yliopiston julkaisuja, 45, 121–137.

Jylhä, M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social Science & Medicine*, 69(3), 307–316.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.05.013>

Kankainen, T. (2007). Yhdistykset, instituutiot ja luottamus. Väitöskirja, Jyväskylän yliopisto.

Kansaneläkelaki 11.5.2007/568. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070568#O2L2>. Viitattu 1.4.2023.

Katz, S., Ford, A.B., Moskowitz, R.W., Jackson, B.A., & Jaffe, M.W. (1963). Studies of Illness in the Aged. The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *The Journal of the American Medical Association*, 185(12), 94–99.

Kellar, S., & Kelvin, E. (2013). *Munro's Statistical Methods for Health Care Research*. Wolters Kluwer Health. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Kielitoimiston sanakirja: hakusana *luottamus*. (2022). Verkojulkaisu. Kotimaisten kielten keskus. <https://www.kielitoimistonsanakirja.fi/luottamus>. Viitattu 24.8.2023.

Koskinen, S., Manderbacka, K., & Koponen, P. (2018). Koettu terveys ja pitkäaikaissairastavuus. Teoksessa: Koponen, P., Borodulin, K., Lundqvist, A., Sääksjärvi, K., & Koskinen, S. (toim.) *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa: FinTerveys 2017 -tutkimus*. Helsinki: Terveysterveys- ja hyvinvoinninlaitos, 50–52. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-105-8>

Koskinen, S., Sainio, P., & Alastalo, H. (2018). Avun tarve ja saaminen. Teoksessa: Koponen, P., Borodulin, K., Lundqvist, A., Sääksjärvi, K., & Koskinen, S. (toim.) *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa: FinTerveys 2017 -tutkimus*. Helsinki: Terveysterveys- ja hyvinvoinninlaitos, 159–160. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-105-8>

Kyytsönen, M., Aalto, A-M., & Vehko, T. (2021). Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköinen asiointi 2020–2021: Väestön kokemukset. Terveysterveys- ja hyvinvoinninlaitoksen raportti 7/2021. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/142675/URN_ISBN_978-952-343-680-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980#L2P5>. Viitattu 24.5.2023.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 3.8.1992/734. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920734>. Viitattu 24.5.2023.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>. Viitattu 24.5.2023.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. Viitattu 24.5.2023.

Langhammer, B., Bergland, A., & Rydwik, E. (2018). The Importance of Physical Activity Exercise among Older People. *BioMed Research International*, 2018, 7856823.

<https://doi.org/10.1155/2018/7856823>

Laukkanen, P., & Pekkonen, A. (2013). Päivittäisistä toiminnoista selviytymistä arvioivat menetelmät. Teoksessa: Heikkinen E., Jyrkämä J., Rantanen T. (toim.) Iäkkäiden henkilöiden selviytyminen päivittäisistä toiminnoista. Tampere: Duodecim. *Gerontologia*, 303–313.

Lee, Y. (2000). The predictive value of self assessed general, physical, and mental health on functional decline and mortality in older adults. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 54(2), 123–129. <https://doi.org/10.1136/jech.54.2.123>

Lee, Y.-Y., Ng, C.-T., Ghazalie, S. A. M., Ngiam, J.-Z., Tai, B.-C., Lim, M.-K., & Hughes, K. (2007). Public Trust in Primary Care Doctors, the Medical Profession and the Healthcare System among Redhill Residents in Singapore. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 36(8), 655–661. <https://doi.org/10.47102/annals-acadmedsg.V36N8p655>

Leppo, K. (2013). Terveyspolitiikan lähtökohtia ja perusteita Suomessa ja kansainvälisesti. Teoksessa: Sihto, M., Palosuo, H., Topo, P., Vuorenkoski, L., & Leppo, K. (toim.) *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt*. Tampere: Suomen yliopistopaino Oy, 86–102.

Lotvonen, S., Kyngäs, H., Bloigu, R., & Elo, S. (2018). Palvelutaloon muuttaneiden ikääntyneiden mitattu ja itsearvioitu fyysinen toimintakyky 3 ja 12 kuukautta muuton jälkeen. *Hoitotiede*, 30(1), 27-40.

Luhmann, N. (1979). *Trust and Power*. Chichester: John Wiley & Sons.

Luhmann, M., Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2014). Thinking About One's Subjective Well-Being: Average Trends and Individual Differences. *Journal of happiness studies*, 15(4), 757–781. <https://doi.org/10.1007/s10902-013-9448-5>

Magaziner, J., Zimmerman, S. I., Gruber-Baldini, A. L., Hebel, J. R., & Fox, K. M. (1997). Proxy Reporting in Five Areas of Functional Status: Comparison with Self-Reports and Observations of Performance. *American Journal of Epidemiology*, 146(5), 418–428.

<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a009295>

Manderbacka, K., Aalto, A-M., Kestilä, L., Muuri, A., & Häkkinen, U. (2017). Eriarvoisuus somaattisissa terveystalveissa. Tutkimuksesta tiiviisti 9/2017. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Matos, F. S., Jesus, C. S. de, Carneiro, J. A. O., Coqueiro, R. da S., Fernandes, M. H., & Brito, T. A. (2018). Reduced functional capacity of community-dwelling elderly: A longitudinal study. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(10), 3393–3401. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.23382016>

McLeod, C. (2006). Trust. *Stanford Encyclopedia of Philosophy*.

<http://www.science.uva.nl/~seop/entries/trust/>. Viitattu 12.4.2023.

Menezes, K. V. R. S., Auger, C., Barbosa, J. F. S., Gomes, C. S., Menezes, W. R. S., & Guerra, R. O. (2021). Trajectories and Predictors of Functional Capacity Decline in Older Adults From a Brazilian Northeastern Hospital. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 44(2), 82–87.

<https://doi.org/10.1519/JPT.0000000000000255>

Metsämuuronen, J. (2000). SPSS aloittelevan tutkijan käytössä. Metodologia-sarja 5. Helsinki: International Methelp Ky.

Meyer, SB., & Ward, PR. (2013). Differentiating between trust and dependence of patients with coronary heart disease: Furthering the sociology of trust. *Health, Risk & Society*, 15(3), 279–293.

<https://doi.org/10.1080/13698575.2013.776017>

Mielikäinen, L., & Kuronen, R. (2022). Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2022. Suomen virallinen tilasto, Tilastoraportti 29/2023.

Mittaz Hager, A.-G., Mathieu, N., Lenoble-Hoskovec, C., Swanenburg, J., de Bie, R., & Hilfiker, R. (2019). Effects of three home-based exercise programmes regarding falls, quality of life and

exercise-adherence in older adults at risk of falling: Protocol for a randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*, 19(1), 13. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-1021-y>

Molina-Mula, J., Gallo-Estrada, J., & González-Trujillo, A. (2020). Self-Perceptions and Behavior of Older People Living Alone. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(23), 8739. <https://doi.org/10.3390/ijerph17238739>

MOT Englanti: hakusana luottamus. Kielikone Oy. www.sanakirja.fi/finnish-english/luottamus. Viitattu 17.8.2023.

Nadu, A. de A., Sala, D. C. P., Silva, C. de L., Monteiro, O. de O., Costa, P. C. P. da. & Okuno, M. F. P. (2021). Functional capacity: Association with risk for falls, fear of falling and pain in the elderly. *Rev Rene*, 22, e62430. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212262430>

Niemelä, M. (2012). Terveyspalvelut kansalaismielipiteen ja luottamuksen näkökulmasta. Teoksessa: Mikkola, H. & Blomberg, J. & Hiilamo, H. (toim.) *Kansallista vai paikallista? Puheenvuoroja sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy, 24–38.

Nieminen, T. (2015). *Healthier together? Social capital, health behaviour and health*. Väitöskirja, Helsingin yliopisto.

Nummenmaa, L. (2009). *Käyttäytymistieteiden tilastolliset menetelmät*. Helsinki: Tammi.

O'Neill, D., & Forman, D. E. (2019). The importance of physical function as a clinical outcome: Assessment and enhancement. *Clinical Cardiology*, 43(2), 108–117. <https://doi.org/10.1002/clc.23311>

Patel, K. V., Guralnik, J. M., Dansie, E. J., & Turk, D. C. (2013). Prevalence and Impact of Pain among Older Adults in the United States: Findings from the 2011 National Health and Aging Trends Study *Pain*, 154(12), 2649–2657. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2013.07.029>

Parahoo, K. (2014). *Nursing Research; Principles, Process and Issues*. London: Macmillan.

Pelttari, H., & Kaila, M. (2014). *Kiireettömään hoitoon pääsyn selvitys*. Nykytila ja

toimenpide-ehdotuksia. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2014:27.

Pentala-Nikula, O., Koskela, T., Parikka, S., Aalto, A-M. & Muuri, A. (2018). Alueelliset erot aikuisväestön palvelukokemuksista ja hyvinvoinnista: FinSote 2018. Tilastoraportti 21/2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Pirhonen, J., Jolanki, O., Tuominen, K., & Jylhä, M. (2018). Hyvän elämän edellytyksiä etsimässä – SoWell-tutkimushanke keskittyy sosiaaliseen hyvinvointiin ja sen parantamiseen. *Gerontologia*, 32(4). <https://doi.org/10.23989/gerontologia.77882>

Pitkälä, K. H., Pöysti, M. M., Laakkonen, M.-L., Tilvis, R. S., Savikko, N., Kautiainen, H., & Strandberg, T. E. (2013). Effects of the Finnish Alzheimer Disease Exercise Trial (FINALEX): A Randomized Controlled Trial. *JAMA Internal Medicine*, 173(10), 894–901. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.359>

Rauch, A., Cieza, A., Stucki, G., & Melvin, J. (2008). How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 44(3), 329–342. <https://www.minervamedica.it/en/journals/europa-medicophysica/article.php?cod=R33Y2008N03A0329>

Rikli, R. E., & Jones, C. J. (2013). Development and Validation of Criterion-Referenced Clinically Relevant Fitness Standards for Maintaining Physical Independence in Later Years. *The Gerontologist*, 53(2), 255–267. <https://doi.org/10.1093/geront/gns071>

Rosenberg, D. E., Kerr, J., Sallis, J. F., Norman, G. J., Calfas, K., & Patrick, K. (2012). Promoting Walking Among Older Adults Living in Retirement Communities. *Journal of aging and physical activity*, 20(3), 379–394.

Rotkirch, A. (2021). Syntyvyyden toipuminen ja pitenevä elinikä. Linjauksia 2020-luvun väestöpolitiikalle. Valtioneuvoston kanslian julkaisuja 2021:2. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162920/VNK_2021_2.pdf?sequence=17&isAllowed=y

Ruuskanen, P. (2003). Verkostotalous ja luottamus. Väitöskirja, Jyväskylän yliopisto.

Sainio, P., Parikka, S., Pentala-Nikulainen, O., Ahola, S., Aalto, A.-M., Muuri, A., Nurmi-Koikkalainen, P., Martelin, T., Koskela, T., & Koskinen, S. (2019). Toimintarajoitteisten ihmisten kokemuksia terveystalvasta.

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137695/SH%202018_15%20Toimintarajoitteisten%20ihmisten%20kokemuksia%20_%20P%20Sainio%20et%20al.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sainio, S., Stenholm, S., Valkeinen, H., Vaara, M., Heliövaara, M., & Koskinen, S. (2018).

Fyysinen toimintakyky. Teoksessa: Koponen, P., Borodulin, K., Lundqvist, A., Sääksjärvi, K., & Koskinen, S. (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa: FinTerveys 2017 -tutkimus. Helsinki: Terveystalv- ja hyvinvoinninlaitos, 108–112. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-105-8>

Sainio, P., Sääksjärvi, K., Nurmi-Koikkalainen, P., Ahola, S., & Koskinen, S. (2017).

Toimintarajoitteisuuden yleisyys ja toimintarajoitteisten henkilöiden hyvinvointi – tuloksia Terveystalv 2011 –tutkimuksesta. Teoksessa: Nurmi-Koikkalainen, P., Ahola, S., Gissler, M., Halme, N., Koskinen, S., Luoma, M-L., Malmivaara, A., Muuri, A., Sainio, P., Sääksjärvi, K., & Väyrynen, R. Tietoa ja tietotarpeita vammaisuudesta – analyysia THL:n tietotuotannosta. Työpapari 2017:38. Helsinki: JuvenesPrint.

Saltman, R. B., & Teperi, J. (2016). Health reform in Finland: Current proposals and unresolved challenges. *Health Economics, Policy and Law*, 11(3), 303–319.

<https://doi.org/10.1017/S1744133116000013>

Scott, P. A., Matthews, A., & Kirwan, M. (2014). What is nursing in the 21st century and what does the 21st century health system require of nursing? *Nursing Philosophy*, 15(1), 23–34.

<https://doi.org/10.1111/nup.12032>

Seiler, A., von Känel, R., & Slavich, G. M. (2020). The Psychobiology of Bereavement and Health: A Conceptual Review From the Perspective of Social Signal Transduction Theory of Depression. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 565239.

Seligman, A. (1997). *The Problem of Trust*. Princeton: Princeton University Press.

Sievänen, H., Karinkanta, S., Tokola, K., Pajala, S., Vasankari, T., & Kaikkonen, R. (2014).
Iäkkäiden toimintakyky, liikkuminen ja kaatumiset Suomessa 2013 –ATH-tutkimuksen tuloksia.
Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Sihvo, S., Snell, K., Tupasela, A., Jallinoja, P., Aro, A R., Hämäläinen, A. & Hemminki, E. (2007).
Väestön, biopankit ja lääketieteellinen tutkimus. Suomalaisten suhtautuminen lääketieteellisten
näytteiden käyttöön. Staksein työpapereita 18/2007. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja
kehittämiskeskus.

Sosiaali- ja terveysministeriö. (2020a). Kansallinen ikäohjelma vuoteen 2030: Tavoitteena
ikäkyvykäs Suomi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:31. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-6865-3>. Viitattu 18.11.2022.

Sosiaali- ja terveysministeriö. (2020b). Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja
palvelujen parantamiseksi 2020–2023: Tavoitteena ikäystävällinen Suomi.
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5457-1>. Viitattu 12.11.2022.

Sosiaali- ja terveysministeriö. (STMa). Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä ja vastuut.
<https://stm.fi/sotepalvelut/jarjestelma-vastuut>. Viitattu 2.2.2023.

Sosiaali- ja terveysministeriö. (STMb). Yksityiset sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajat.
<https://stm.fi/yksityiset-sotepalvelut>. Viitattu 3.4.2023.

Sosiaali- ja terveysministeriö. (STMc). Sosiaalipalvelut. <https://stm.fi/sosiaalipalvelut>. Viitattu
23.7.2023.

Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301>.
Viitattu 11.3.2023.

Soukkio, P., Suikkanen, S., Kääriä, S., Kautiainen, H., Sipilä, S., Kukkonen-Harjula, K., & Hupli,
M. (2018). Effects of 12-month home-based physiotherapy on duration of living at home and
functional capacity among older persons with signs of frailty or with a recent hip fracture—Protocol
of a randomized controlled trial (HIPFRA study). *BMC Geriatrics*, 18(1), 232.

Straten, G. F. M., Friele, R. D., & Groenewegen, P. P. (2002). Public trust in Dutch health care. *Social Science & Medicine*, 55(2), 227–234.

https://core.ac.uk/reader/148196740?utm_source=linkout

Suomen etymologinen sanakirja: hakusana luottaa. (s.a.). Päivitetty: 21.8.2023. Verkkojulkaisu. Helsinki: Kotimaisten kielten keskus.

https://kaino.kotus.fi/ses/?p=article&etym_id=ETYM_17e4f302dad8b7f3826ae68cbc06f282&word=luottamus&list_id=24869. Viitattu 24.8.2023.

Suomen perustuslaki 11.6.1999/731. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>. Viitattu 3.5.2023.

Rapo, M. (2021). Tilastokeskus—Väestöennuste 2021–2070. Tilastokeskus.

https://test.verkko.stat.fi/til/vaenn/2021/vaenn_2021_2021-09-30_tie_001_fi.html. Viitattu 17.8.2023.

Taekema, D. G., Gussekloo, J., Maier, A. B., Westendorp, R. G. J., & de Craen, A. J. M. (2010). Handgrip strength as a predictor of functional, psychological and social health. A prospective population-based study among the oldest old. *Age and Ageing*, 39(3), 331–337.

<https://doi.org/10.1093/ageing/afq022>

Tampereen yliopisto. (2019). Tekstin alkuperäisyyden tarkastus. <https://www.tuni.fi/fi/opiskelijan-opas/kasikirja/uni/opiskelu-0/opinnaytetyot/tekstin-alkuperaisyyden-tarkastus>. Viitattu 11.11.2023.

Tampereen yliopisto. (2020). Vanheneminen ja sosiaalinen hyvinvointi (SoWell).

<https://projects.tuni.fi/sowell/>. Viitattu 20.9.2023.

TENK. (2019). Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 2019:3.

[https://tenk.fi/sites/default/files/2021-](https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2020.pdf)

[01/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2020.pdf](https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2020.pdf).

Terveysturvalaki 30.12.2010/1326. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.

Viitattu 5.5.2023.

THL. (2022). Mitä toimintakyky on? <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on>. Viitattu 1.12.2022.

THL. (2023). Yhä useampi vanhuspalveluyksikkö ylittää jo lakisääteisen henkilöstömitoituksen – palvelujen rakenne kuitenkin nopean muutoksen tarpeessa. <https://thl.fi/fi/-/yha-useampi-vanhuspalveluyksikko-ylittaa-jo-lakisaateisen-henkilostomitoituksen-palvelujen-rakenne-kuitenkin-nopean-muutoksen-tarpeessa?redirect=%2Ffi%2Fajankohtaista>. Viitattu 15.10.2023.

Tiainen, K., Nousiainen, K., Tuominen, K., Aholola, P., Jylhä, M., & Jolanki, O. (2021). Uutta tutkimustietoa iäkkäiden sosiaalisesta hyvinvoinnista – SoWell-tutkimushankkeen laaja kyselyaineisto on valmistunut. *Gerontologia* 35(4), 406–410. <https://journal.fi/gerontologia/article/view/111574/66169>

Tietosuojalaki 5.12.2018/1050. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2018/20181050>. Viitattu 5.5.2023.

Tilastokeskus. (2021). Syntyvyys ei ole Suomessa ikärakenteen kannalta riittävällä tasolla. https://www.stat.fi/til/vaenn/2021/vaenn_2021_2021-09-30_tie_001_fi.html. Viitattu 11.12.2022.

United Nation. (s.a.). <https://www.un.org/en/>. Viitattu 26.11.2022

Vaarama, M., Luoma, M-L., Siljander, E., & Meriläinen, S. (2010). 80 vuotta täyttäneiden koettu elämänlaatu. Teoksessa: Vaarama, M., Moisio, P., & Karvonen, S. (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2010*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 150–166.

Vaittinen, P. (2011). *Luottamus terveydenhoitajan ja perheen asiakassuhteen moraalisenä ulottuvuutena*. Väitöskirja, Itä-Suomen yliopisto.

van der Schee, E., de Jong, J. D., & Groenewegen, P. P. (2012). The influence of a local, media covered hospital incident on public trust in health care. *European Journal of Public Health*, 22(4), 459–464. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckr033>

Vehkalahti, K. 2014. *Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät*. Helsinki: Finn Lectura.

Ward, P. R., Rokkas, P., Cenko, C., Pulvirenti, M., Dean, N., Carney, S., Brown, P., Calnan, M., & Meyer, S. (2015). A qualitative study of patient (dis)trust in public and private hospitals: The importance of choice and pragmatic acceptance for trust considerations in South Australia. *BMC Health Services Research*, 15, 297. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0967-0>

WHO. (2020). Physical activity. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>. Viitattu 11.11.2022

WHO. (2021). Ageing and health. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-andhealth>. Viitattu 16.11.2022.

WHO-Stakes. (2004). ICF. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Ohjeita ja luokituksia 2004:3. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77744/ICF_2013_2503verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Zhao, D., Zhao, H., & Cleary, P. D. (2019). International variations in trust in health care systems. *The International Journal of Health Planning and Management*, 34(1), 130–139. <https://doi.org/10.1002/hpm.2597>

Äijö, M., Kauppinen, T., Niskanen, S., Rasmus, M., Tunkkari, A.-M., & Havulinna, S. (2022). Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn arviointi kotikuntoutuksessa. TOIMIA-suositus ID S030/26.10.2022. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/145410/TOIMIA-suositus_Iakkaiden_henkiloiden_toimintakyvyn_arviointi_kotikuntoutuksessa_2610222.pdf?sequence=1&isAllowed=y