

Kunnalliset vanhuspalvelut akaalaisten ikääntyneiden kokemina

Tampereen yliopisto
Lääketieteellinen tiedekunta
Hoitotieteen laitos
Hanna Avara
Pro gradu-tutkielma
Ohjaajat Meeri Koivula ja
Tiina Mäenpää
Kevät 2008

TAMPEREEN YLIOPISTO

Hoitotieteen laitos

Hanna Avara: Kunnalliset vanhuspalvelut akaalaisten ikääntyneiden kokemina

Pro gradu-tutkielma, 82 sivua, 7 liitesivua

Ohjaajat: Lehtori Meeri Koivula TtT, Ma, yliassistentti Tiina Mäenpää TtM

Hoitotiede

Huhtikuu 2008

TIIVISTELMÄ

Kunnalliset vanhuspalvelut ovat muutosten edessä ikääntyneiden määrän kasvaessa koko ajan. Ikääntyneiden ennaltaehkäisevä ja toimintakykyä ylläpitävä kotihoito on etusijalla vanhusten hoidossa, koska tavoitteena on hoitaa ikääntyneitä kotona mahdollisimman pitkään.

Tämän työn tarkoituksena oli tarkastella akaalaisten ikääntyneiden vanhuspalveluiden käyttöä ja toiveita hoitopaikastaan lähitulevaisuudessa. Tarkoituksena oli myös antaa suuntaviivoja vanhustyön strategialle, jota ollaan päivittämässä.

Ikääntyneiden mielipiteitä tutkittiin kyselylomakkeen avulla, joka lähetettiin kotona asuville sadalle 65–75 -vuotiaalle naiselle ja sadalle miehelle sekä yli 75-vuotiaista sadalle naiselle ja sadalle miehelle. Vastausprosentti oli 73, joten aineisto edustaa hyvin perusjoukkoa. Tulokset analysoitiin SPSS 15,0 tilasto-ohjelmalla.

Tutkimukseen osallistuneet akaalaiset ikääntyneet käyttivät melko vähän kunnallisia vanhuspalveluita. He olivat pääosin tyytyväisiä palveluiden riittävyteen. Siivouspalvelua, leirejä ja lomatoimintaa toivottiin enemmän kuin nyt saatiin. Ikääntyneet kokivat olonsa turvalliseksi nykyisessä asunnossaan, eivätkä he tunteneet itseään yksinäiseksi. Yli puolet vastanneista asui omakotitalossa. Kotona heitä auttava henkilö oli suurimmalla osalla omainen. Suurin osa vastanneista liikkui itsenäisesti kotona ja kodin ulkopuolella. Eniten apua ikääntyneet tarvitsivat siivouksessa, pihan hoidossa ja pyykin pesemisessä. Kuntonsa huonontuessa suurin osa toivoi itseään hoidettavan kotona omaishoitajan avulla.

Vastanneet olivat eniten säännöllisessä kanssakäymisessä sukulaisten ja ystävien kanssa.

Johtopäätöksenä voidaan esittää, että kunnan tulee panostaa omaishoidon kehittämiseen ja vanhusten terveyttä ylläpitävään toimintaan. Siivouspalvelun ja apumiehen palkkaaminen vanhusten käyttöön pidentää ikääntyneiden kotona selviytymistä ja lykkää laitoshoidon piiriin siirtymistä. Loma- ja leiritoiminta edistävät sosiaalista kanssakäymistä ja ehkäisevät yksinäisyyden tunnetta. Tutkimustulokset palvelevat Akaan kaupungin vanhuspoliittisia päättäjiä vanhuspalveluita kehitettäessä.

Avainsanat: ikääntynyt, vanhuspalvelut, palvelujärjestelmä

UNIVERSITY OF TAMPERE

Department of Nursing Science

Hanna Avara: Older people's experiences of local social services in the town of Akaa

Master's Thesis, 82 Pages, 7 Appendix pages

Instructors: Lecturer Meeri Koivula, PhD, Senior Academic Assistant Tiina Mäenpää, MNSc.

Nursing Science

April 2008

ABSTRACT

The local social services for old people are about to go through a big change while the number of old people is growing all the time. Preventive home care intend to maintain functioning ability plays a major role because the goal is to provide social services for old people at home as long as possible.

The purpose of this study was to describe how old people use and what they want from local social services in the town of Akaa in Finland. The aim of this study was also to give some guidelines for strategy for old people's social services.

The data was collected by a questionnaire sent to one hundred 65 to 75 year-old female residents and one hundred male residents aged 65-75 years and to one hundred females in the agegroup over 75 years and one hundred males from the same agegroup living at home in the town of Akaa. 290 questionnaires were returned (response rate 73 %) and may thus be regarded as indicative of what people want. The data was analysed with the SPSS 15.0 statistics program.

According to the research results the old people in the town of Akaa used only few social services. The old people were mainly satisfied with all services. They hoped to have more cleaning services and holiday activities than they were offered. The old people felt safe living in their present accommodation and they did not feel lonely. Over one half of the old people lived in detached houses. The person who helped them at home when they needed help was mostly the next of kin. The majority of old people in this study could move without help at home and just outside their homes. The old people needed most help in cleaning the house and doing gardening and the laundry. Supposing their healthy was to get worse most of them wanted one of their relatives or home help to care for them at home rather than in an institution. The old people socialised with their relatives and friends.

According to the results the decision-makers of Akaa need to develop the home care by family members of next of kin and preventive health care for old people. Cleaning and handyman help prevents old people from becoming institutionalised. Holiday activities promote social activities between old people and help to alleviate the feeling of loneliness. The research results help the city decision-makers to develop local social services for the elderly.

Keywords: Old people, social services, service system for old people

SISÄLLYS

1. JOHDANTO	7
2. TEOREETTINEN VIIITEKEHYS	8
2.1. Vanhusten hoidon ja palveluiden valtakunnallinen ohjeistus	8
2.2. Ikääntyneiden hoitoon ja palveluihin liittyvät aikaisemmat tutkimukset	10
2.3. Vanhustyön strategia	18
2.4. Ikääntyneiden kunnalliset palvelut	19
2.4.1. Palveluasuminen	21
2.4.2. Ryhmäkotiasuminen	22
2.4.3. Lyhytaikainen hoito	22
2.4.4. Päivätoiminta	22
2.4.5. Laitoshoido	23
2.4.6. Veteraanien palvelut	23
2.4.7. Kotihoito	23
2.4.8. Omaishoito	25
2.4.9. Ystäväpalvelu	26
2.4.10. Akaan kaupungin vanhuspalvelut	26
3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS	30
4. TUTKIMUSMENETELMÄ	30
4.1. Tutkimushenkilöt ja aineiston hankinta	31
4.2. Aineiston analysointi	33
5. TUTKIMUSTULOKSET	33
5.1. Vastaaajien taustatiedot	33
5.2. Ikääntyneiden asumiseen liittyvät tekijät	37
5.2.1. Asuintalon tyyppi	38
5.2.2. Nykyisen asunnon turvallisuus	39

5.2.3. Asuinkumppani	40
5.2.4. Asuinhuoneiden lukumäärä	41
5.2.5. Lähivuosien asumistoive	42
5.3. Ikääntyneiden avuntarve	43
5.3.1. Ikääntyneiden liikkuminen kotipiirissä tai kodin ulkopuolella	43
5.3.2. Avun tarve eri toiminnoissa	45
5.3.3. Kotiavun tarve ja kotiavun riittävä saanti	47
5.3.4. Ikääntyneen avunantaja kotona	49
5.3.5. Omaishoidon tuki	50
5.3.6. Sairaanhoidon tarve	51
5.3.7. Hoitopaikka avuntarpeen kasvaessa	52
5.4. Ikääntyneiden sosiaalinen kanssakäyminen	53
5.4.1. Ystävät ja seura	54
5.4.2. Säännöllinen sosiaalinen kanssakäyminen	55
5.4.3. Ystävän tarve	56
5.4.4. Yksinäisyyden kokeminen	57
5.5. Ikääntyneiden kunnallisten palveluiden saanti ja palveluiden saamisen toive	58
6. POHDINTA	61
6.1. Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelu	61
6.2. Tutkimuksen eettisten kysymysten tarkastelu	65
6.3. Tutkimustulosten tarkastelua	66
6.3.1. Ikääntyneiden taustatiedot	67
6.3.2. Ikääntyneiden asumiseen liittyvät tekijät	68
6.3.3. ikääntyneiden avuntarve	69
6.3.4. Ikääntyneiden sosiaalinen kanssakäyminen	71
6.3.5. Ikääntyneiden kunnallisten palveluiden saanti ja toivomus	72
6.3.6. Johtopäätökset tuloksista	75
6.3.7. Jatkotutkimusaiheet	76
LÄHTEET	77

LIITTEET	Liite 1. Saatekirje ja kyselylomake	83
	Liite 2. Tutkimuksen taulukot ja kuvio	89

1. JOHDANTO

Tilastokeskuksen tietojen mukaan yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä nousee 10 prosenttia nykyisestä 16 prosentista vuoteen 2030 mennessä ja seuraavien kymmenen vuoden aikana vanhusten osuus väestöstä pysyy lähes samana. Samalla työkäisten osuus väestöstä pienenee lähes kymmenen prosenttia. Väestöllinen huoltosuhde eli lasten ja vanhusten määrä sataa työkäistä kohden nousee nykyisestä 50:stä 75 vuoteen 2034 mennessä. Vuoteen 2040 mennessä yli 85-vuotiaiden osuuden väestöstä ennustetaan nousevan 6,1 prosenttiin, jolloin heidän määränsä nousee nykyisestä 94 000:sta 349 000:een. (Tilastokeskus 2007.)

Vanhuspalveluiden valtakunnallisena mitoitus- ja arviointikriteerinä on pidetty 75 vuoden ikää. Suomalaiset selviytyvät kohtuullisen hyvin sairauksistaan huolimatta 80 vuoden ikään, mutta tämän jälkeen toiminnan rajoitteet alkavat vaikeuttaa selviytymistä. Palvelujen rakennemuutosten myötä entistä iäkkäämpien ja pitkäaikaista hoivaa tarvitsevien asiakkaiden hoitoon keskittyneitä yksiköitä on alettu kehittää. Vanhusten viime vaiheiden arvokkuutta ja mielekästä elämää kunnioittavien yksiköiden asema on keskeinen osa hoidon porrastusta. (Helin 2002, 37–38.)

Nykyinen ikäpolitiikka korostaa vanhusten kotona asumisen tukemista. Ikääntyneiden kotona asumista estävät usein asunnon liian suuri koko, talon hissittömyys, kotipalvelun puute tai asunnon syrjäinen sijainti. Avun ja tuen saaminen on tärkeää itsenäisen asumisen turvaamiseksi. Palveluasumisen piirissä olevien vanhusten määrä kasvaa koko maassa noin 14 000 ikääntyneellä vuoteen 2025 mennessä. (Andersson 2007, 12,23.)

Laitoshoitopainotteisesta hoidosta pyritään ennaltaehkäisevään ja toimintakykyä ylläpitävään hoitoon. Nykyisin on tavoitteena hoitaa vanhuksia kotona mahdollisimman pitkään, joten kotipalveluiden ja avoterveydenhuollon palveluiden kehittäminen on tärkeää. Kotona asumisen mahdollisuudet ovat kiinni ikääntyneiden toimintakyvystä. Laitokseen siirtymisen päätökset tehdään usein toimintakykymittareiden antamien tulosten perusteella. Kotihoidossa ja palveluasumisessa vanha ihminen säilyttää itsenäisyytensä ja itsemääräämisen paremmin kuin laitosmuotoisessa hoidossa. (Jyrämä 2007, 197; Palomäki 2007, 174.)

Nykyisten palveluiden arviointia tulee kehittää. Kuntien vanhustenhuollon osuus budjetista on

keskeinen ja ikääntyneiden määrän kasvu pakottaa kunnat ennakoimaan ja kehittämään palveluja. Vanhukset ovat suuri terveyskeskusten palvelujen käyttäjäryhmä. Palvelujen toimivuudelta ja laadulta vaaditaan yhä enemmän. (Sisäasianministeriön julkaisuja 31/2007, 181.)

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa akaalaisten ikääntyneiden vanhuspalveluiden tarve ja riittävyys kunnan ikääntyneiden määrän lisääntyessä. Tutkimuksen tarkoituksena on myös kartoittaa akaalaisten ikääntyneiden toiveet hoitopaikastaan tulevaisuudessa sekä selvittää ikääntyneiden sosiaalista kanssakäymistä ja yksinäisyyden tunnetta. Tutkimustulosten perusteella arvioidaan ikääntyneiden kotona asumisen mahdollisuuksia Akaassa ja tuloksia käytetään apuna vanhustyön strategiaa päivitettäessä. Vanhustyön strategian tarkoituksena on ennakoida tuleva isuuden vanhustyön haasteita ja turvata ikäihmisten hyvinvointi ja arjen sujuminen kotona mahdollisimman pitkään.

2. TEOREETTINEN VIITEKEHYS

2.1. Vanhusten hoidon ja palveluiden valtakunnallinen ohjeistus

Vanhusten hoidon ja palveluiden tavoitteina ovat toimintakyvyn parantaminen ja vanhusten itsenäisen selviytymisen vahvistaminen, aktiivisen osallistumisen mahdollistamisen, esteettömän ympäristön ja yhdenvertaisen oikeuden palveluihin. Vanhuspolitiikan toiminnallisina tavoitteina on ihmisen toimintakyvyn ja itsenäisen elämisen mahdollisuus. Toimintakyvyn heikettyä palveluntarve arvioidaan välittömästi. Hoito järjestetään arvioinnin tulosten mukaisesti ja suunnitelmallisesti. Palveluiden ja tukimuotojen yhteensopivuus tarkistetaan ja henkilöstön riittävyys ja osaaminen varmistetaan. Hoidon ja palvelun tulee perustua tutkittuun tietoon ja hyviin käytäntöihin. Palvelujen laatu ja toimivuus varmistetaan ja valvontaa kehitetään. Palvelurakennetta tulee kehittää alueellisena kokonaisuutena. Vanhustyö on ikääntyneiden hyvinvoinnin, elämänlaadun, elämänhallinnan kykyjen ja turvallisuuden edistämiseen ja ylläpitämiseen tähtäävää toimintaa (Lehto 2007, 13–14; Kivelä 2006, 15.)

Vanhusten toimintakyvyn ylläpitämiseen on laadittu suositukset sosiaali- ja terveysministeriön julkaisussa Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015 (2006). Suosituksen mukaan varhainen

monipuolinen ja ehkäisevä toiminta tulee ottaa mukaan vanhusten kuntouttavaan toimintaan. Ikääntyneitä tulee tukea ja kannustaa ottamaan vastuuta omasta terveydestään. Kodin ja ympäristön turvallisuus ja esteettömyys tukevat vanhusten toimintakyvyn säilymistä. Uuden teknologian tuomia mahdollisuuksia voidaan käyttää hyväksi ikääntyneiden toimintakyvyn parantamisessa ja itsenäisessä selviytymisessä. Vanhuspalveluihin käytettäviä voimavaroja on lisättävä samassa suhteessa kuin vanhusmäärä kasvaa. Painopiste on kotona ja lähiympäristössä annettavissa palveluissa. Toimintakykymittareiden käyttöä vanhusten palvelutarpeen arvioinnin, suunnittelun ja seurannan apuna kehitetään. Vanhusten selviytymistä mahdollisimman pitkään omassa kodissaan tuetaan ja henkilökunnan geriatriasta osaamista kehitetään. (Sosiaali- ja terveystieteiden strategiat 2015 2006, 10,19.)

Ikääntyneiden määrän kasvu ja vanhimpien ikäryhmien suureneminen lisää palvelujen tarvetta. Dementiaa sairastavien määrä kasvaa ja kotihoidon haasteena onkin selvittää asiakkaita, joiden dementia on alkuvaiheessa ja niistä, joiden sairauden aste on korkeintaan keskivaikea. Vuoteen 2012 mennessä laitoksissa asuu henkilöitä, joiden älyllinen toimintakyky on heikentynyt tai heillä on vähintään keskivaikea dementia. (Heikkilä 2007, 159–161.)

Suomen lainsäädäntö antaa ohjeet vanhusten palveluiden tuottamiseen ja hoidon järjestämiseen. Perus- ja ihmisoikeuksien toteutuminen on julkisen vallan vastuulla. Kuntalaisille on turvattava riittävät sosiaali- ja terveystieteiden palvelut väestön terveyttä edistävällä tavalla. Välttämätön toimeentulo ja riittävät sosiaali- ja terveystieteiden palvelut taataan kansalaisille. Kansanterveyslain (1972) mukaan kuntien on seurattava eri väestöryhmien terveydentilaa ja terveysnäkökohdat on otettava huomioon kaikissa toiminnoissa. Kunnilta edellytetään myös yhteistyötä terveyden edistämiseksi julkisten ja yksityisten tahojen kanssa. Kuntalaki (365/1995) velvoittaa kunnat hoitamaan lakisääteiset tehtävät itse, yhteistyössä muiden kuntien kanssa tai hankkimalla palvelut muilta. Kunnan tulee pyrkiä edistämään asukkaidensa hyvinvointia ja kestävästä kehityksestä alueellaan.

Vuonna 1992 voimaan astunut Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992) edellyttää, että potilaalla on oikeus hyvään terveyden ja sairaanhoitoon. Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata eikä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan. Potilaan äidinkieli,

hänen yksilölliset tarpeensa ja kulttuurinsa on mahdollisuuksien mukaan otettava hänen hoidossaan ja kohtelussaan huomioon.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien organisointi on keskeinen osa kunta- ja palvelurakennemuutosta (2007). Lain mukaan kuntien tulee huolehtia terveyden ja toimintakyvyn ja sosiaalisen turvallisuuden edistämisestä. Ehkäisevä työ edellyttää yhteistoimintaa kunnan muiden tahojen ja yksityisten järjestöjen kanssa. Palvelurakennemuutos on merkittävä sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus. Jokaisen kunnan tuli vuoden 2007 aikana laatia kunnanvaltuuston hyväksymä selvitys valtioneuvostolle niistä toimenpiteistä, joita kunta aikoi tehdä lain puitteissa. Suunnitelma tuli valmistella yhdessä henkilöstön kanssa. (Kananaja 2007, 95–96.)

Sosiaalihuoltolain (1982) mukaan kunnat ovat velvollisia pitämään huolta sosiaalihuollon suunnittelusta ja toiminnasta. Kunnalla on oltava asianmukaiset toimitilat ja välineet sosiaalihuollon toteuttamiseen. Kunnan on huolehdittava sosiaalipalvelujen järjestämisestä asukkailleen, toimeentulotuen antamisesta, sosiaaliavustusten suorittamisesta, ohjauksen ja neuvonnan järjestämisestä sosiaalihuollon etuuksista ja niiden hyväksikäyttämisestä. Tarveharkintaisesti ikääntyneelle voidaan myöntää asumistukea, lapsikorotusta ja hoitotukea korvaamaan hoitoa, palveluja ja erityiskustannuksia (Vallejo Medina 2005, 51.)

2.2. Ikääntyneiden hoitoon ja palveluihin liittyvät aikaisemmat tutkimukset

Ikääntyneiden avun saamista käsittelevässä tutkimuksessa Lehto, Aalto, Päivärinta & Järvinen (1997) tutkivat ikääntyneiden toimintakykyä yhdeksässä eri kunnassa. Tutkimushenkilöinä olivat yli 75-vuotiaat. Vastaajista vähintään kolmannes tarvitsi apua liikkueensa kodin ulkopuolella. Vastaajista 7 prosenttia ilmoitti kokevansa olonsa yksinäiseksi usein, kolmannes koki yksinäisyyttä joskus. Lapsiin pidettiin yhteyttä vähintään viikoittain. Myös naapureihin ja ystäviin oltiin yhteydessä vähintään viikoittain. Täysin yksinäisten osuus oli yllättävän pieni kaikissa tutkituissa kunnissa. Neljännes vastaajista ei tarvinnut päivittäistä apua arkielämässä. Kolme neljänneistä tarvitsi apua ainakin joissakin toiminnoissa. Yleisin avunantaja oli lapset perheineen. Myös puoliset olivat keskeinen avunantaja. Viidennes avun tarpeessa olevista sai avun kotihoidolta. Kotihoidon avun koettiin olevan riittävää. Joka

kymmenes oli kokenut avun järjestymisessä ongelmia. Noin 68 prosenttia vastaajista asui mieluiten omassa kodissaan, vaikka heidän kuntonsa heikkenisi nykyisestä. Palvelutaltoa pidettiin mieluisampana vaihtoehtona kuin vanhainkotiasumista. Kunnan heikentyessä valmius muuttaa palvelujen luokse kasvaa. Kuljetuspalvelujen ja kotiin vietävien palvelujen merkitys nousevat tutkimuksessa esiin. Palvelutalojen suosio ja omistusperusteisten palveluasuntojen osuus on otettava huomioon, koska suuri osa vanhuksista halusi asua omistusasunnoissa. Laitoshoidon siirtymistä pidettiin sitä realistisempänä vaihtoehtona mitä huonompikuntoinen vastaaja oli.

Rissanen (1999) tutki vanhusten kotona selviytymistä ja kuvaili tutkimuksessaan yli 65-vuotiaiden terveyttä, toimintakykyä ja sosiaali- ja terveyspalvelujen koettua tarvetta heidän itsensä arvioimana. Tutkija lähetti kyselylomakkeen 127 ikääntyneelle Siuruan kylässä. Vanhenevat ihmiset arvioivat terveytensä keskimäärin hyväksi. Hyvää oloa jokapäiväiseen elämään toivat sosiaaliset suhteet. Ikääntyneet selviytyivät kotona hyvin. Miesten suurempaa avun tarvetta saattaa selittää kulttuuri, missä vanhuksia ovat eläneet. Uskonnollisuus on tärkeä asia ikääntyvien jokapäiväisessä elämässä. Tutkittavat käyttivät sairauksistaan huolimatta melko vähän sosiaalipalveluja. Toisaalta tähän saattoi vaikuttaa se, että palveluja ei ollut saatavilla tarpeeksi. Ikääntyneet eivät kokeneet hoitohenkilökunnalta saamia ohjeita riittävän selkeiksi, jotta niistä olisi saatu hyötyä ikääntyneiden terveyskäyttäytymiseen.

Vaaraman, Hakkaraisen & Laaksosen (1999) Sosiaali- ja terveysministeriölle tekemän vanhusbarometrin mukaan suomalaiset yli 60 -vuotiaat kokevat ikääntymisen pääosin myönteisenä asiana. Kuitenkin kaksi kolmesta yli 60 -vuotiaasta kokee yhteiskunnassa esiintyvän ikään perustuvaa syrjintää. Valtaosa (84 %) yli 60 -vuotiaista kokee taloudellisen asemansa turvatuksi. Kuitenkin arviot eläkkeiden tulevaisuudesta ovat pessimistisiä. Eläkkeelle siirtymisen puolestaan uskotaan muuttuvan entistä joustavammaksi ja yksilöllisemmäksi. Ikääntyneiden yhteiskunnallinen aktiivisuus on lisääntynyt, sillä osallistuminen etujärjestön, vapaaehtoistyötä tekevän järjestön tai seurakunnan toimintaan on merkittävästi lisääntynyt. Vuonna 1999 ikääntyneistä 63 % ei tuntenut itseään koskaan tai juuri koskaan yksinäiseksi. Ikäihmiset kokevat viihtyvänsä parhaiten juuri ikäistensä seurassa. Kolmannes yli 60 -vuotiaista ja kaksi kolmesta yli 75- vuotiaista saa pitkäaikaista apua tai hoitoa arkipäivän toimissa. Kunnallisen kotipalvelun ja kotisairaanhoidon tarjonta kohdistuu vanhemmille ja toimintakyvyltään heikoille ikäihmisille. Laitoshoidon kannatus on laskenut merkittävästi ja

palveluasumista kannatettiin laajasti. Kunnalliset terveystalot saivat aikaisempaa paremmat arvostelut. Yli 75 -vuotiaat suhtautuivat muita myönteisemmin palvelujen kehitykseen. Tutkimukseen osallistuneista yli 60 -vuotiaista kuudesosa hoiti tai auttoi säännöllisesti henkilöä, jolla oli pitkäaikaissairaus, vamma tai hän oli iäkäs. Heistä kymmenesosa sai omaishoidon tukea hoitotyöhönsä. Ikääntyneet uskovat, että tulevaisuudessa lähiomaiset joutuvat ottamaan vastuun ikäihmisten hoidosta ja huolenpidosta. Entistä useammat ikääntyneet ovat valmiita turvautumaan yksityisesti palkatun hoitajan apuun. Aikaisempaa suurempi osa ikääntyneistä kannattaa uusia rahoitusratkaisuja kuten yksityistä hoitovakuutusta.

Alankomaissa pitkäaikaishoidon jonossa olevien potilaiden hoidon jatkuvuutta tutkivat Caris-Verhallen ja Kerkstra (2001). Monet vanhainkotiin tai hoitokotiin jonossa olevista vanhuksista saivat kotiapua kunnalliselta sairaanhoitajalta. Asiakkaat eivät olleet tyytyväisiä yhteistyöhön hoitajien kanssa. Yö- ja päivähoiton palveluntuottajien palveluihin oltiin hieman tyytyväisempiä. Asiakkaat saivat hoitoa monelta eri hoitajalta, vaikka kyseessä ei ollut lomakausi. Yhteistyö hoitotyöntekijöiden kesken oli puutteellista. Tutkijat ovatkin sitä mieltä, että hoitokotijonossa olevia vanhuksia tulee informoida heidän mahdollisuuksistaan saada hoitoa ja myös mahdollisuudesta valittaa hoidon laadusta. Hoitoprosessin kulusta ja hoitomenetelmistä tulee keskustella asiakkaan kanssa säännöllisesti. Hoidon jatkuvuutta lisää säännöllinen keskustelu, informaatio ja konsultointi.

Roberts (2001) tutki vanhusten vaikutusmahdollisuuksia terveys- ja sosiaalipalvelujen käyttäjinä Isossa-Britanniassa. Monet vanhuksat kertoivat, että heidän kanssaan keskusteltiin heidän tarpeistaan terveyden – tai sosiaalihuollon alueilla heidän kotiutuessaan sairaalasta. Vastaajat ottivat helpommin vastaan terveydenhuollon kuin sosiaalihuollon palveluita. He tekivät myös enemmän valituksia terveydenhuollon palveluista. Terveydenhuollon ja sosiaalihuollon rajojen rikkominen helpottaisi palveluiden antamista vanhuksille ja sosiaalihuollon selvä osoitus yhteyshenkilön osoittamiseen apua tarvitsevalle. Suoran yhteyden muodostaminen tarpeen ja palvelun välille on vaikeaa, ja palveluiden turvaamista vanhuksille tulee kehittää.

Ulkomailla vanhusten mielipiteitä vanhustalvasta on tutkittu muun muassa Yhdysvalloissa Washingtonissa. Roe, Whattan, Young & Dimond (2001) haastattelivat kahtakymmentä vanhusta, joista osa asui laitoksessa tai hoitokodissa ja osa kotona. Päivittäisessä elämässään vanhuksat saivat

ostosapua sukulaisiltaan tai ystäviltään. Kahdeksan vanhusta valmisti päivittäisen ruokansa itse, ja ne, jotka asuivat hoitokodissa, saivat ateriat hoitajilta. Kaikki vanhukset saivat apua kotitöissään, yksi nainen oli kieltäytynyt avusta, koska ei halunnut asuntoonsa ketään vieraita, mutta totesi ettei selviydy sängyn petaamisesta yksin. Puolet vanhuksista tarvitsi apua pyykinpesussa ja lääkkeidenotossa. Kuljetusapua tarvitsivat lähes kaikki vanhukset, sitä antoivat sukulaiset ja naapurit. Ainoastaan kaksi ikääntynyttä pystyi matkustamaan pitkiä matkoja. Taloudellisissa asioissa monia vanhuksia auttoivat lapset. Sairausvakuutuksen puuttuminen aiheutti ongelmia joillekin vanhuksille. Pesu- ja pukemisapua tarvitsi muutama vanhus. Wc - apua ja siirtymisapua tarvitsivat lähinnä ne vanhukset, jotka asuivat hoitokodissa. Ruokailuapua saivat monet vanhukset, mutta he sanoivat pyytävänsä lisäapua riippuen siitä, kuka heitä auttoi. Tutkijoiden mukaan vanhukset tulee ottaa mukaan päätöksentekoon päätettäessä heitä koskevista asioista.

Lee, Woo & Mackenzie (2002) tutkivat kirjallisuuskatsauksen avulla vanhusten kokemuksia heidän muuttaessaan hoidon piiriin. Tunteita, joita vanhukset kävivät läpi, olivat yksityisyyden ja itsemääräämisen menetys, mutta toisaalta helpotuksen ja turvallisuuden tunteen tunteminen. Muutoksen passiivinen hyväksyntä ja parhaan mahdollisen tavan löytäminen tarjolla olevista vaihtoehdoista kuuluivat muutoksen hyväksyntään. Muutokseen sopeutuminen vei vanhuksilta aikaa ja ensimmäinen kuukausi oli vaikeinta aikaa. Tutkijat ovatkin sitä mieltä, että vanhusten sopeutuminen hoitokotiin siirtymiseen tulee aloittaa jo paljon ennen varsinaista muuttoa.

Ala-Nikkola (2003) tutki vanhustenhuollon päätöksentekokäytäntöjä. Tutkija haastatteli kotihoidon työntekijöitä. Kotihoidon päätöksenteossa asiakkaan ja omaisen vaikutusmahdollisuudet ovat paremmat kuin laitoshoidon päätöksenteossa. Laitoshoitopäätös on aina iso asia asiakkaalle ja omaiselle. Asiakas joutuu luopumaan omasta kodistaan ja omaishoitaja hoidettavastaan. Päätöksentekoon ja palvelujen tuottamiseen vaikuttavat paljon toimintaehdot. Nykyisessä palvelujärjestelmässä ehkäisevään työhön on niukasti mahdollisuuksia, koska asiakas kohdataan vasta sitten kun on aivan pakko. Asiakkaalla ja ammattilaisella tulisi olla tasavertainen päätösvalta. Asiakkailla ja heitä hoitavilla omaisilla tulisi olla enemmän vaikutusmahdollisuuksia osallistua palvelujen päätöksentekoon.

Vanhusten tyytyväisyyttä terveydenhuoltoon Chilessä tutkivat Carrasco, Caire & Stockins (2003).

Ikääntyneiden mielestä ajan varaaminen terveystieteiden klinikalta kesti liian kauan, odotusajat olivat liian pitkiä ja palvelu aikaa varattaessa oli huonoa. Terveystieteiden asemalla henkilökunnan tekniset taidot todettiin hyviksi. Lääkärin ja sairaanhoitajan antama informaatio ja toiminta olivat vastaajien mielestä pääosin hyviä. Harva vanhus piti palveluja ja kohtelua terveystieteiden klinikalla erittäin hyvänä tai erinomaisena. Tutkijat ovatkin sitä mieltä, että hoitajien ja lääkäreiden tulee kehittää vuorovaikutustaitojaan ja informaation antamisen taitoja vanhuksille. Ennaltaehkäiseviä toimia tulee kehittää terveydenhuollon koulutuksesta lähtien. Opettava ja palveleva yhteisö takaa ikääntyneiden kansalaisten tyytyväisyyden.

Tepponen (2003) tutki pääkaupunkiseudun yli 75-vuotiaiden kotihoitoasiakkaiden palvelujen toteutumisesta. Tutkimuksen perusjoukko muodostui kolmen suurkaupungin 75 vuotta täyttäneistä kotihoidon asiakkaista. Tutkimus tehtiin kyselytutkimuksena sekä satunnaisotannalla tehdyillä haastattelulla. Keskeisinä tuloksina tutkija esittää tutkittavien tyytyväisyyden asuinoloihinsa, sosiaalisiin suhteisiinsa ja toimintakykyynsä. Suuri osa vastanneista oli tyytyväinen asuinympäristöönsä ja asuntoonsa. Vastanneista 70 % asui melko väljästi omistusasunnoissa ja kymmenen prosenttia palvelutaloissa. Tutkimukseen osallistuneiden omaisista 70 % asui Helsingin seudulla ja samassa kaupungissa vastaajan kanssa asui 27 % omaisista. Tuki saatiin yleensä omaisilta. Vastanneista 44 % ei pidä yhteyttä muihin henkilöihin, kuten vapaaehtoisin tai järjestöjen työntekijöihin, kuin omaisiin. Yksi ulkona liikkumista rajoittava tekijä oli hissitön talo. Kolmannes vastaajista arvioi lähiympäristönsä palvelut ja harrastusmahdollisuudet heikoiksi. Kotihoito oli vanhusten tärkein auttaja. Suurin osa tutkimukseen osallistuneista selviytyi joko omatoimisesti tai toisen henkilön tuella tai tukipalveluilla (95 %), kun elinympäristö oli toimintakykyä tukeva. Kotipalvelukäyntikerrat riittivät 83 % vastaajista, mutta 64 % tarvitsee enemmän päivittäisiä tai viikoittaisia palveluja kuin he nyt saavat. Sairaudet ja heikkous estivät vastaajia osallistumasta palveluihin. Keskustelu- ja seurustelukumppania kaivattiin yleisesti. Heikoimmat avun tarvitsijat syrjäytyivät omassa kodissaan. Hoivan painottuessa avohoitoon asiakkailla on havaittavissa sopeutumisvaiheen lisäämää epätietoisuutta palvelusaatavuuden ja kustannusten suhteen.

Ehkäisevän vanhustyön haasteena koetaan vanhusten mahdollisimman pitkään omassa kodissa asuminen ja sen tukeminen. Helsingissä ennaltaehkäisevien kotikäyntien yhteydessä tehdyn haastattelun perusteella vanhuksat toivoivat kunnan terveystoimelta säännöllisiä terveystarkastuksia ikäihmisille, pysyvää omalääkäritoimintaa, lisää henkilökuntaa hoitamaan vanhuksia sekä

turvapuhelinverkostoa yksinäisille vanhuksille. Sosiaalitoimelta toivottiin siivousapua, myös ikkunan pesua, kohtuuhintaisia palvelutaloja ja kauppa-apua. Muina toiveina ikääntyneet esittivät liikuntaryhmien lisäämistä, alennuslippuja kulkuneuvoihin, katujen hyvää kunnossapitoa ja puistoihin penkkejä, joissa voisi levähtää. (Häkkinen & Holma 2004, 49.)

Euroopan komission avulla tehty tutkimus terveys- ja sosiaalipalvelujen integroimisesta (Billings & Leichsenring 2005) selvitti yhdeksän Euroopan maan sosiaali- ja terveyspalvelujen tilannetta. Tutkittavia maita olivat Itävalta, Tanska, Suomi, Ranska, Saksa, Kreikka, Italia, Alankomaat ja Iso-Britannia. Sosiaali- ja terveyspalvelujen mahdollisimman hyvä yhteistyö onnistuu kun tarpeiden mukaisia palveluja kehitetään näkemällä lääketieteellisen ja sosiaalisen tarpeiden kokonaisuus. Hoito tehdään kokonaisvaltaisena palveluna asiakkaalle. Asiakkaan tarpeet tulee kartoittaa ja hoidon tulee perustua asiakkaan kokonaisvaltaiseen huomioimiseen. Asiakkaalle kerrotaan eri hoitovaihtoehdoista ja hänen oikeuksistaan vaikuttaa päätöksentekoon. Myös vaihtoehtoisista hoidoista kertominen ja päätöksentekoon mukaan ottaminen parantaa palvelun laatua. Ennaltaehkäisevä hoito ja moniammatillinen yhteistyö edistää palveluiden yhtenäistämistä. Kulttuuriset, hierarkkiset ja rakenteelliset erimielisyydet sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajien välillä voidaan voittaa. Euroopan eri maat tekevät poliittisen yhdenmukaisen strategian hoidon yhdenmukaistamiseksi ja yhtenäistämiseksi. Monikansallinen yhteistyö tutkimuksen hyväksikäytöksi onnistuu teknologian avulla. Harmaa alue iäkkäiden hoidossa sairaaloiden ja kotihoidon välillä vaatii selvittämistä. Akuuttisairaaloissa on liikaa pitkäaikaispotilaita. Yhteistyö eri palveluntuottajien välillä on vähäistä; yksityisten ja yhdistysten tuomaa apua hoitoketjuun on lisättävä. Perhetyöntekijän mukaan ottaminen hoidon suunnitteluun auttaa kunnioittamaan vanhuksen valintoja ja oikeuksia. Tiedotuspolitiikkaa asiakkaiden oikeuksista ja itsemääräämisestä parannetaan, jolloin hoidon laatu ja asiakastyytyväisyys kohtaavat. Yhteistyön ja kommunikoinnin parantaminen eri organisaatioiden välillä auttaa kokonaisvaltaisen hoidon suunnittelussa. Hoitohenkilökunnan koulutuksesta ja tukipalveluista tulee huolehtia. Vanhuspalveluiden käyttäjien mielestä oikean hoidon saaminen oikeaan aikaan ja oikealla tavalla on tärkeää hoidon tarpeen ja palveluiden kohtaamisen lisäksi. Tulevaisuudessa haasteelliseksi koetaan vanhusten mielipiteiden huomioinen hoitopäätöksiä tehtäessä sekä sisällön saaminen vanhusten elämään. Asiakkaille tarjotaan vaihtoehtoja esimerkiksi palvelusetelien käytön avulla. Palveluprosessia arvioitaessa myös palvelujen käyttäjän kokemukset tulee ottaa huomioon. Jaetut visiot palveluiden eri tuottajien kesken parantavat kehittämismahdollisuuksia sosiaali- ja terveyspalvelujen

yhdistämisessä.

Elo (2006) tutki teoriaa pohjoissuomalaisten kotona asuvien ikääntyneiden hyvinvointia tukevasta ympäristöstä. Tutkimustulosten mukaan fyysinen, sosiaalinen ja symbolinen ympäristö vaikuttavat ikääntyneiden hyvinvointiin. Fyysinen ympäristö käsittää pohjoisen ympäristön, turvallisen toiminnan mahdollistavan ympäristön ja fyysisesti viihtyisän ympäristön. Hyvinvointia tukeva sosiaalinen ympäristö koostuu avun saamisesta, yhteydenpidosta omaisiin, ystävistä ja viihtyisästä asuinyhteisöstä. Symbolinen ympäristö koostuu hyvinvoinnin ideaalisista ominaisuuksista ja hengellisyydestä ja hyvinvoinnin normatiivisista ominaisuuksista sekä historiallisuudesta. Turvallisen toiminnan mahdollistaa ympäristö, jossa kotona on apuvälineitä, kuten kaiteita ja apuvälineitä liikkumisen avuksi. Hyvin hoidetut tiet ja katuvalot ovat keskeisiä kunnossapidettyjen kulkuväylien osalta. Ikääntyneet korostavat myös fyysisen ympäristön osalta luonnonympäristöä viihtyisänä paikkana. Yhteydenpito omaisiin koetaan tärkeänä sosiaalisen ympäristön hyvinvointitekijänä. Lasten fyysinen läsnäolo ja välittäminen ovat yhteydessä ikääntyneen yksinäisyyden kokemiseen. Naiset korostavat miehiä enemmän ystävien välittämisen yhteyttä hyvinvoinnin kokemiseen. Yksinasuvat korostavat ystävien merkitystä jaksamisen tukena. Avun saaminen kotona asumisen tueksi sisältää konkreettisen avun ja vertaistuen. Apua saatiin yleisesti sukulaisilta, ystäviltä ja kotihoidolta. Vertaistukea saatiin yhteisestä uskosta ja samaa sairautta sairastavilta. Omassa kodissa asuminen lisää ikääntyneen toiminnan vapautta ja täten hyvinvointia. Hengellisyys ja historiallisuus muistojen ja asuinhistorian kautta tukevat psyykkistä hyvinvointia.

Lassila, Määttänen & Vanhanen (2007) tutkivat ikääntymisen taloudellisia vaikutuksia. Tutkijoiden mukaan tuleva eliniän piteneminen vaikuttaa talouteen eri tavoin. Toisen maailmansodan jälkeen syntyi yli 100 000 lasta vuodessa, kun nykyisin syntyy alle 60 000 lasta uuteen ikäluokkaan. Suuret ikäluokat jäävät eläkkeelle tämän vuosikymmenen kuluessa. Suuren ikäluokan siirtyessä eläkkeelle työvoiman tarjonta vähenee. Tämä aiheuttaa paineita palkkatason ja hintojen nostamiseen. Koska työikäisten suhde eläkeikäisiin laskee, syntyy paineita korottaa verotusta, koska terveyspalvelut rahoitetaan pääosin veroluonteisilla maksuilla. Tästä seuraa ongelmia, kun pienet ikäluokat rahoittavat vanhojen suurten ikäluokkien menot. Ikääntyneet käyttävät terveys- ja hoivapalveluja nuoria enemmän, joten näitä palveluja tarvitaan tulevaisuudessa enemmän. Tarjolla olevista palveluista olisi saatava mahdollisimman suuri hyvinvointi kansalaisille. Yksin verorahoituksen kautta tätä ei voida toteuttaa,

joten yksityisen kansalaisen oma rahankäyttö on tärkeää. Yksityinen eläkesäästäminen on vaihtoehto oman eläke turvan takaamiseen.

Themessl-Huber (2007) tutki hauraiden vanhusten terveys- ja sosiaalipalveluiden käyttöä ja kokemuksia palveluiden käytöstä Isossa-Britanniassa. Tutkija haastatteli 18 vanhusta puolistrukturoiduilla haastattelulomakkeilla ja tulosten mukaan kaikki haastatellut saivat jonkinlaista sosiaalista apua ja muuta apua joko perheenjäseniltä, sukulaisilta tai naapureilta. Puolet haastatelluista oli tyytyväisiä saamiinsa palveluihin. Useimmat vanhukset luottivat julkisiin palveluihin ja sairaanhoitajan toimiin, mutta käyttivät kuitenkin mieluummin sukulaisten apua myös hätätilanteissa, vaikka joutuisivatkin odottamaan apua koko päivän. Kotipalveluista eräs haastateltava luopui, koska kodinhoitajilla oli niin kiire, että asukas itse jäi huomiotta ja toinen haastateltava lopetti ateriapalvelun, koska annokset olivat liian pieniä. Liikuntarajoitteisten vanhusten liikkuminen rajoittui hoitajien apuun. Kaksitoista vastaajaa kahdeksastatoista toivoi joustavuutta palveluihin ja palvelujen räätälöintiä yksilöllisesti juuri heidän tarpeidensa mukaisesti. Vanhukset halusivat olla enemmän mukana päätöksenteossa heitä koskevissa asioissa. Vanhukset ovat huolissaan itsemääräämisensä menetyksestä ja elämänlaadustaan. Tämä tuo haasteita sosiaalityöntekijöille ja hoitajille vanhusten hoitoa suunniteltaessa.

Aikaisempien tutkimusten tulosten pohjalta ikääntyneet ovat pääosin tyytyväisiä oloonsa. He kokevat olonsa turvatuksi ja eivät tunne oloaan yksinäiseksi. Kunnalliset palvelut ovat saaneet hyvät arvostelut ikääntyneiltä. Ikääntyneet haluavat palveluita omaan kotiinsa. Yleisimmin apua ikääntyneille antoivat lapset perheineen. Kuljetuspalvelun merkitys nousee esiin tutkimuksissa. Ikääntynyt tulee ottaa mukaan päätöksentekoon häntä itseään koskevissa päätöksissä. Laitoshoito tulee kyseeseen vasta, kun ikääntynyt on erittäin huonokuntoinen. Ikääntyneet toivoivat informaatiota ja keskustelua tarjolla olevista palveluista. Ikääntyneiden kokemukset palveluista tulee huomioida palveluprosessia arvioitaessa.

Ulkomaisten tutkimusten tulosten vertaaminen kotimaisten tutkimusten tuloksiin on hankalaa erilaisten palvelujärjestelmien vuoksi. Ulkomailla sosiaaliturva on erilaista ja monesti maksullista vanhuksille. Tutkimustuloksista saadaan kuitenkin yleistä kuvaa vanhusten käsityksistä palveluista ja heidän mielipiteistään palvelujen tarpeellisuudesta ja saamisesta.

2.3. Vanhustyön strategia

Ikäihmisen hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus (2001) suosittelee, että mahdollisimman moni ikääntynyt voisi asua omassa kodissaan tutussa ympäristössä. Jokaisessa kunnassa tulee olla vanhuspoliittinen strategia, joka tukee ikääntyneiden sosiaalisia oikeuksia. Lisäksi kunnan tulee antaa selvitys palvelurakenteen kehittämisohjelmasta. Valtakunnallisina tavoitteina vuoteen 2012 mennessä 91–92 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä asuu itsenäisesti kotona. Säännöllistä kotihoitoa saa 13–14 prosenttia ikääntyneistä ja 5–6 prosenttia saa omaishoidon tukea. Tehostetun palveluasumisen piirissä on 5–6 prosenttia ikääntyneistä ja ainoastaan 3 prosenttia on hoidossa vanhainkodeissa tai pitkäaikaisessa hoidossa terveyskeskuksen vuodeosastolla. (Ikäihmisen palvelujen laatusuositus 2008, 30; Virnes ym. 2006, 14.)

Vanhustyön strategia on suunnitelma, jolla ennakoidaan tulevaisuuden tapahtumia vanhusväestön keskuudessa. Strategian laatimisen lähtökohtana on, että tunnetaan asiakaskunta ja tiedetään, miten tietoa osataan käsitellä, jakaa ja hyödyntää. Palvelurakenteen tulee vastata palvelutarvetta. (Virnes, Sahala, Majoinen & Laukkanen 2006, 26; Hellman, Peuhkurinen & Raulas 2005, 157; Ikäihmisen palvelujen laatusuositus 2008, 16; Lappalainen 1995, 6,9.)

Vanhustyön strategiassa selvitetään vanhusväestön määrää kunnassa, palvelujen tarvetta, nykyistä palvelukapasiteettia, kustannuksia sekä rahoitusta. Strategiassa laaditaan tavoitteet palvelurakenteelle, laadunhallinnalle, organisaatiolle, yhteistyölle sekä taloudelle. Toimenpiteiden kohdalla osoitetaan, miten tavoitteet voidaan toteuttaa. Strategisilla hankkeilla edistetään tavoitteiden toteutumista ja voimavarojen suuntaamista. Vanhustyön strategiasta selviää toimintaympäristö, jossa vanhuspalveluita annetaan eli paikkakunnan eri vanhustyön palvelujen tuottajien palvelut kuvataan. Vanhusten määrä ikäryhmittäin, palveluntarve, palvelutuotanto, kustannukset ja visio kirjataan strategiaan. Visio sisältää tavoitetilan, millä arvoilla ja mihin suuntaan vanhustyötä on kehitettävä. (Lappalainen 1995, 23–35.)

Espoon kaupungin Ennaltaehkäisevät vanhuspalvelut (EEVA)- hanke vuosina 2005–2007 syntyi aktiivisten kuntalaisten esityksen tuloksena. Espoon vanhuspoliittisen ohjelman tavoitteena oli tukea ikääntyvän väestön terveyttä ja hyvinvointia kehittämällä pysyviä asiakasystävällisiä, toimivia ja taloudellisia palvelumuotoja ikäihmisiä varten. Espoossa kehitettiin väestötasoista liikunta- ja

ravitsemustoimintaa yhdessä liikuntatoimen, työväenopiston ja seniorineuvonnan kanssa. Viestinnän ja tiedottamisen tärkeyttä painotettiin yhteistyön yhteydessä. Influenssarokotustoimintaa kehitettiin järjestämällä rokotusten yhteyteen terveystampanjointia. Ikääntyneiden palveluja tuottivat kunta, yksityinen ja kolmas sektori. Kaupunki järjesti seniorineuvontatoiminnan, jonka tavoitteena oli antaa päivitettyä tietoa ja neuvontaa sekä tarvittaessa henkilökohtaista ohjausta ikääntyneille. Samalla kehitettiin tiedon kulkua ja internet-sivustoja. Kuntoutusneuvolatoimintaa käynnistettiin tavoitteena antaa asiakkaalle henkilökohtaista kuntoutusohjausta, lisätä hänen liikuntaharrastuksiaan, jolloin toimintakyky lisääntyy ja hyvinvointi edistyy. Tasapainopoliklinikan tavoitteena oli kartoittaa suuren kaatumisriskin omaavien ikääntyneiden kaatumisalttiutta lisäävät tekijät sekä vaikuttaa havaittuihin tekijöihin näyttöön perustuvien menetelmin. Teknologiaa käytettiin hyväksi hyvinvointi-tv:n kehittämisen kautta. Tavoitteena oli kehittää kaksisuuntaisen kuvayhteyden avulla iäkkään omaishoitajan hyvinvointia ja elämänlaatua. (Puranen, Kärki, Lagerholm, Leskelä, Rauste, Rysti, Seppänen, Valvanne, Väisänen & Wiklund 2007)

Vanhustyön strategiassa ylitetään ammatti – ja organisaatorajoja ja nähdään vanhustyö asiakkaan näkökulmasta. Keskeinen periaate palvelutoiminnassa on iäkkään ihmisen oikeus määrätä omasta elämästään ja palveluiden sovittaminen vastaamaan iäkkään tarpeita. Vanhustyön palvelujen nykytilanteen selvityksellä pyritään saamaan yksilökohtaista tietoa palvelujen käyttäjästä, heidän saamiensa palvelujen tarkoituksenmukaisuudesta ja palvelujen kustannuksista sekä vanhusryhmän tulevasta palvelutarpeesta. (Lappalainen 1995, 7,10.)

2.4. Ikääntyneiden kunnalliset palvelut

Suomessa vanhuspalvelut tuotetaan ensisijaisesti julkisin varoin, jonne myös valtaosa kysynnästä ohjautuu. Vuoden 1993 valtiosuusudistuksen jälkeen kunnilla on hyvät mahdollisuudet järjestää palvelut myös ostamalla niitä yksityisiltä palveluiden tuottajilta. Suhteutettaessa palveluiden käyttö väestörakenteen muutokseen voidaan tehdä myös ennusteita tulevasta palvelutarpeesta. Palvelujärjestelmää tarkasteltaessa tulee huomioida sekä sosiaali- että terveydenhuollon järjestelmät. Hyvin toimivan palvelujärjestelmän tulee kyetä antamaan kannustusta, ohjausta ja neuvontaa vanhusten itsehoidon edistämiseen. (Helin 2002, 41–42.)

Ennaltaehkäisevän toiminnan kannalta keskeisiä kysymyksiä ovat asumispalvelut sekä lähipalvelut. Arkisen toimintaympäristön tulee olla hyvinvointia tukeva. Iäkkäiden ihmisten ennaltaehkäisevien terveystarkastuksien yhteydessä on todettu piileviä hoitoa vaativia sairauksia. Terveystarkastuksia on suositeltu tehtäväksi 65-, 70-, 75-, 80- ja 85 -vuotiaille ja sitä vanhemmille vuoden välein. Ennaltaehkäisevien kotikäyntien on todettu vaikuttavan toimintakyvyn ylläpitämiseen. (Kananoja ym. 2007, 122; Hietanen 2003, 16.)

Vanhusten asumisen suunnittelussa korostetaan yksilöllisten tarpeiden, elämäntapojen ja hyvinvoinnin huomioimista. Kunnat huolehtivat ikääntyneiden tarpeiden huomioimisesta antamalla heille mahdollisuuden määritellä ja tuoda esiin tarpeitaan. Ikääntyneillä ongelmaksi saattavat tulla liikkuminen portaissa, pitkät kävelymatkat sekä sosiaalisten suhteiden ylläpitäminen. Asumisratkaisuissa tulisi ottaa huomioon asteittain etenevä avuntarve. Ikääntyneiden omistusasuminen Suomessa on erittäin yleistä. Yksin asuminen lisääntyy iän myötä ja 60 prosenttia yli 80-vuotiaista asuu yksin. Asunnon peruskorjauksella on vaikutusta ikääntyneille suunnattujen palveluiden kustannuksiin. Asuntojen korjaukset kannattavat, mikäli niillä voidaan myöhentää palveluiden käyttöä. (Välikangas 2006, 13–16.)

Asiakkaan asemaa ja valinnan mahdollisuuksia on kohennettava. Palveluita järjestettäessä kunnioitetaan vanhuksen itsemääräämisoikeutta. Kun palvelutarpeen arviointi osoittaa palvelujen olevan ajankohtaisia, asiakkaan kanssa keskustellaan vaihtoehtojen hyvistä ja huonoista puolista avoimesti. Hoito- ja palvelusuunnitelma laaditaan yhdessä asiakkaan tai hänen edustajansa kanssa. Palvelurakennetta tulee kehittää alueellisena kokonaisuutena. Perus- ja erityispalvelut suunnitellaan yhtenä kokonaisuutena ja pyritään kytkemään erikoispalvelut kuten dementian hoito osaksi peruspalveluverkostoa. Palvelupisteet pidetään lähellä käyttäjää. (Lehto 2007, 18, 24–24; Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007, 25)

Palvelujen tuottamista koskevia eettisiä periaatteita ovat vanhusten itsemääräämisoikeus, joka edellyttää valintojen tekemistä varten annettua tietoa ja tukea. Iäkkään voimavarojen tunnistaminen auttaa oikeudenmukaisien palvelujen kohdentamiseen. Ikääntyneet tulee kohdata yksilöllisesti ja antaa heille mahdollisuus osallistua toimintakykynsä mukaan palveluissa tehtävään päätöksentekoon.

Sosiaalisen tuen ja laadukkaiden palveluiden saanti tulee turvata kaikille kuntalaisille. (Ikäihmisen palvelujen laatusuositus 2008, 12–13.)

SAS-toiminta on valtakunnallinen sosiaali- ja terveystoimen yhteistyömalli. SAS ryhmässä selvitetään, arvioidaan ja suunnitellaan hoivan ja hoidon tarpeessa oleville sopiva ja asianmukainen hoiva- tai hoitopaikka. Tavoitteena on asiakkaiden mahdollisimman nopea pääsy oikean palvelun piiriin. (Ikonen 2007, 69.)

2.4.1. Palveluasuminen

Kotona asumisen ja laitoshoidon välimaastoon sijoittuva palveluasuminen on mahdollista sekä julkisen, että yksityisen palvelutuottajan ylläpitämänä. Palveluasumisessa asukkailla on mahdollisuus hoitajien palveluihin aamuseitsemän ja iltayhdeksän välillä. Yöhoidossa voidaan käyttää mm. hoivapartioiden käyttöä. (Vallejo Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö & Kivelä 2005, 47.)

Asuminen on palveluasumista kun asukas saa asuntoonsa tarvitsemansa palvelut suunnitelmallisesti ja säännöllisesti. Asukkaat tarvitsevat henkilökunnan apua päivittäin. Palveluasuminen sisältää sekä asumisen, että asumiseen liittyvät palvelut. Asukas maksaa vuokran tai vastineen asunnostaan ja valitsee tarvitsemansa palvelut ja maksaa niistä erikseen. Palveluja voivat olla kodinhoitoapu, ateriapalvelu, turvapalvelut, terveydenhuollon palvelut sekä hygieniaan liittyvät palvelut. Palvelutalojen rinnalle on rakennettu senioritaloja, jotka ovat tavallista harkitummin ja yksityiskohdat huomioiden esteettömiksi suunniteltuja asuintaloja. (Välikangas 2006, 20–21; Mäkinen, Niinistö, Salminen & Karjalainen 1994, 128.)

Vanhusten palveluasuminen on tarkoitettu ikäihmisille, jotka tarvitsevat tukea asumiseensa. Palveluasuminen tarjoaa asunnon ja yhteiset tilat, jossa asukkaalla on mahdollisuus saada palveluja. Tehostettu palveluasuminen tarkoittaa, että henkilökunta on paikalla ympäri vuorokauden. Senioriasuminen on tulossa suositukseksi keskusta-asumisen vaihtoehdoksi. Senioritalojen asukkaat voivat ostaa hoivapalveluja kunnalta tai yksityisiltä yrittäjiltä. (Andersson 2007, 12.)

2.4.2. Ryhmäkotiasuminen

Ryhmäkodissa asuvien asukkaiden kunto edellyttää omatoimisuutta ja monesti yövalvonta on järjestetty kameran – tai muun hälytysjärjestelmän kautta. Ryhmäasuminen edellyttää mahdollisimman itsenäistä asumista ja pienyhteisössä järjestettyä hoivaa ja huolenpitoa. Ryhmäkodissa on kodinomaisuutta, virikkeitä ja turvallinen ympäristö. Ryhmäasumisen etuna laitosasumiseen on asiakkaan paremmat mahdollisuudet orientoitua tuntemaan hoitajat ja asukastoverit pienyhteisössä. Ryhmäasumisen kustannukset ovat pienemmät kuin laitoshoidossa. (Mäkinen ym. 1994, 129.)

2.4.3. Lyhytaikainen hoito

Lyhytaikainen hoito tukee vanhuksen kotona selviytymistä ja omaishoitajan jaksamista. Lyhytaikaista hoitoa varten laaditaan hoito- ja palvelusuunnitelma, jonka mukaan asiakkaan kuntoutus tapahtuu. Osa asiakkaista voi tulla ennalta sovittuun jaksottaiseen hoitoon. Kunta tarjoaa asukkailleen mahdollisuuden käyttää lyhytaikaista hoitoa vanhainkodissa tai palvelutalossa. Lyhytaikainen hoito on ympärivuorokautista ja tilapäistä tai määräajoin toistuvaa laitoshoidoa. Lyhytaikainen hoito tukee kotona asumista ja omatoimisuutta, tarjoaa sosiaalisia kontakteja ja sairaanhoitopalveluja ikääntyneille. (Ikonen & Julkunen 2007, 71; Välikangas 2006, 20; Mäkinen ym. 1994, 133–134.)

2.4.4. Päivätoiminta

Päivätoiminnan tarkoituksena on tarjota virikkeitä, liikuntaa, sosiaalista kanssakäymistä sekä turvata päivittäinen ateriointi. Päiväkeskuksiin on usein järjestetty kuljetus. Päivätoiminnan asiakas voi käydä syömässä, seurustelemassa tai muuten viettämässä aikaa ja käyttämässä terveyspalveluja. Toiminta on avointa ja siitä peritään yleensä pieni korvaus. (Välikangas 2006, 20; Ikonen & Julkunen 2007, 70.)

Päivätoiminnan tavoitteena on keventää omaisten ja läheisten hoitomäärää. Päivätoiminnan tavoitteita ovat dementiaa sairastavien hoito ja kuntoutus tavanomaisiin päivittäisiin rutiineihin kytkettynä, mielekkään ja hyvän olon luominen asiakkaalle, keventää omaisen hoitovastuuta ja lisätä omaisten tietoa muistihäiriöistä. Asiakkaan terveyden ja toimintakyvyn edistäminen ja tukeminen sekä yhteisöön kuulumisen tunnetta vahvistetaan. Päivätoiminnan on tarkoitus tukea kotona asumista.

Omaishoidon tukipalveluun voi liittää päiväkeskustoiminnan ja tukipalveluja. Päivätoiminta antaa asiakkaalle mahdollisuuden osapäiväiseen tai kertaluonteiseen palveluun. Se mahdollistaa myös omaishoitajan sairausloman pitämisen. (Mäkinen ym. 1994, 131–132; Raiski & Päivärinta 2005, 5,11.)

2.4.5. Laitoshoito

Vanhainkotihoido on ikääntyneiden laitoshoitoa sosiaalitoimessa. Terveyskeskusten vuodeosastoilla hoito on pitkäaikaista kun asiakas on ollut hoidossa yli 90 vuorokautta. (Ikäihmisen palvelujen laatusuositus 2008, 52.) Laitoshoitoon saattoi ennen päästä varsin hyväkuntonenkin vanhus, mutta nykyään laitosasukkaat ovat toimintakyvyiltään ja terveydeltään entistä huonokuntoisempia (Vallejo Medina ym. 2005, 47). Kuntien tulee päätöksen teossaan pyrkiä siihen, että asiakasmaksupolitiikka ei perusteettomasti lisää laitoshoitoa. Laitoshoitoa tulee kehittää tavoitteena kodinomaiset hoivatyypiset osastot. (Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007, 21.)

2.4.6. Veteraanien palvelut

Veteraanien palvelut muodostavat tärkeän ryhmän vanhustenpalveluista. Veteraanien merkittävimmät palvelut ovat lääkinnällinen kuntoutus ja rintamaveteraanien ja sotainvalidien kuntoutus. Vanhustenhuollon palveluita järjestetään jonkin verran ostopalveluina. Suurimpana osa-alueena ovat hoivapalvelut, joihin tarvitaan paljon henkilöstöä. Ateriapalveluita ja ruokaostopalveluita on myös jonkin verran ulkoistettu. Lähitulevaisuudessa henkilöstön saaminen vaikeutuu entisestään, jolloin on mahdollista, että palveluja ostetaan entistä enemmän. Uuden teknologian myötä on kehitelty esimerkiksi turvaranneke, johon voi liittää elintoimintojen seurannan ja erilaisia hälytysmahdollisuuksia. Myös verkkoruokatilaukset osittain helpottavat kotipalvelun kanssa kaupassa käyntiä. Teknologisia ratkaisuja pitäisi pystyä kehittelemään vanhusten ehdoilla, koska ne ovat tulleet jäädäkseen. (Vallejo Medina ym. 2006, 47–51.)

2.4.7. Kotihoito

Ikääntyvä ihminen tarvitsee monenlaista apua selviytyäkseen kotona entistä huonokuntoisempaan. Taloudellinen, psyykinen ja fyysinen turvallisuus, asuinympäristön toimivuus, terveyden ja

mielenterveyden edistäminen, toimintakyvyn ja vireyden ylläpito, sosiaaliset suhteet ja verkostot sekä yksinäisyyden lievittäminen ovat ikääntyneiden kotona selviytymisen haasteita. Sairauksien hoito, lääkehoito, voiminnan seuranta ja henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtiminen painottuvat hoito- ja palvelusuunnitelmissa, joissa tukipalvelut ja viriketoiminta huomioidaan siltä osin kun vanhus itse kykenee niihin osallistumaan. Yksinäisyys ja sosiaalisten kontaktien vähyys heikentävät vanhusten elämänlaatua. (Tenkanen 2007, 183–184.)

Kotihoito on tärkein avohoidon muoto. Avohoidon suunnittelussa tulee varmistaa, että vanhus todella selviää kotihoidossa. Kotihoidon jatkuvuus ja saatavuus tulee olla riittävää. Kotikäynneillä arvioidaan myös vanhuksen toimintakykyä, kotona selviytymistä ja palvelutarpeita. Kotipalvelujen ohessa voidaan antaa myös erilaisia tukipalveluja, joita ovat mm. ateriapalvelu, jolloin ateria tuodaan kotiin tai vanhus voi käydä aterioimassa esim. palvelutalossa. Virkistyspalveluja tarjotaan vanhuksille esimerkiksi päiväkerho- ja saunapalveluina. Vanhuksille on tarjolla saattoapua lääkäri- ja sairaalokäynneille, turvapalvelua, johon kuuluu turvaranneke tai turvapuhelin, siivouspalvelua päivittäissiivoukseen, korjaajapalvelua pieniin kodin korjauksiin sekä kuljetuspalvelu esim. ryhmäkuljetuksina asioimaan tai päivätoimintaan. (Vallejo Medina ym. 2006, 46; Ikonen & Julkunen 2007, 45.)

Kotihoidon laadun arvioinnissa on erityispiirteitä, jotka on otettava huomioon. Palvelujen ostajat ja tarjoajat saattavat odottaa palveluilta eri tasoa ja odotusten yhteensovittaminen on ajoittain vaikeaa. Omaisten roolin korostuminen päätöksenteossa tuo haasteita, koska kotipalvelun asiakkaista monella on kognitiivinen toiminnankyvyn vajaus, joten omaisten antamat tiedot ja tottumukset ikääntyneen tavoista ovat ensisijaisen tärkeitä. Asiakkaiden näkökulmasta hyvän ja laadukkaan kotipalvelun lähtökohdaksi on kattava ja monipuolinen toimintakyvyn ja palvelutarpeen arviointi. Kotipalvelun laatua voidaan parantaa asiakkaan omien voimavarojen oikealla tunnistamisella ja vahvistamisella. Tutkimusten mukaan kotipalvelun kehittämiskohteita ovat avun saanti raskaisiin kotitöihin, kuljetuspalvelut, ulkoilu ja asiointi yhdessä asiakkaan kanssa. Lisäksi tarvitaan tukea sosiaalisten suhteiden ylläpitoon. Liikkumisen helpottamiseksi apuvälineet ja asuntojen kunnostus ovat välttämättömiä. (Heikkilä & Lahti 2007, 167–170.)

2.4.8. Omaishoito

Omaishoito on hoitoa, jossa vanhuksen omainen tai muu hoitaja hoitaa vanhusta kotona. Omaishoitajaa tuetaan hoidon turvaamiseksi määrättyllä palkkiolla, joka on kunnan järjestämä. Tuki on veronalaista tuloa ja siitä laaditaan hoitajan ja kunnan välillä sopimus. Omaishoitajalla on oikeus pitää vapaata, joka voidaan järjestää eri tavoin. Joissakin kunnissa hoitaja saa sijaisen tai hoidettavalle järjestetään hoitopaikka. (Ikäihmisen palvelujen laatusuositus 2008, 51–52; Vallejo Medina ym. 2005, 45; Voutilainen, Kattainen & Heinola 2007, 15.)

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuksen mukaan omaishoidon kehittämishaasteet liittyvät omaishoitajien ja -hoidettavien elämänlaadun edistämiseen kehittämällä virkistys- ja kuntoutuspalveluita omaishoitajien toimintakyvyn ylläpitämiseksi sekä kehittämällä tarkoituksenmukaisia vaihtoehtoja sijaishoidon järjestämiseksi hoidettavan kotona. Tutkimuksen mukaan 42 % omaishoitajista ei käyttänyt oikeutta lakisääteiseen vapaapäivään vuonna 2006. Syynä vapaapäivän pitämättömyyteen oli hoidettavan kieltäytyminen, hoitajan kieltäytyminen, koska hän ei halunnut jättää hoidettavaa vieraalle hoitajalle, hoitopaikan puute tai hoidon maksullisuus. (Voutilainen ym. 2007, 5,44.)

Omaishoitajille kuuluu lain mukaan kolme vapaapäivää kuukaudessa. Vapaapäivien ajalta omaishoitaja saa omaishoidon tukipalkkiota. Kunnat voivat nimetä kotipalveluun omaishoitajien lomittajia tai vapaapäivät järjestetään vanhainkodeissa tai palvelukeskuksissa. Henkilöstön ja omaishoitajien paineet kasvavat koko ajan. Sosiaali- ja terveydenhuoltoon tarvitaan noin 12 000 työntekijää lisää vuoteen 2010 mennessä. Myös omaishoitajien jaksamisen edellytyksiä on parannettava. Jotta tulevaisuudessa ainakin nykyinen osuus ikäihmisistä pystyisi asumaan kotona, on välttämätöntä, että kotona asumista tuetaan. (Vallejo Medina ym. 2006, 47; Ikonen & Julkunen 2007, 55,58.)

Suomalaisten tutkimusten mukaan omaishoitajat eivät saa riittävästi tukea ja tukipalveluita kyetäkseen selviytymään omaishoitajan arjesta. Erityisesti dementiaa sairastavien hoitajat tarvitsevat tukea. Tukipalvelujen vähäisyys on ollut syy kotona hoitamisen loppumiselle. Parantamalla lyhytaikaishoidon ja osavuorokautisen hoidon laatua, tehostamalla omaishoitajien jaksamista, järjestämällä vertaistukea ja

tukemalla sairaalasta kotiutumista voidaan tukea omaishoitajien työtä ja näin pidentää omaishoidon jatkumista ja vähentää laitoshoidon siirtymistä. (Heikkilä & Lahti 2007, 164.)

2.4.9. Ystäväpalvelu

Yksinäisyys ja olemattomat sosiaaliset suhteet saattavat aiheuttaa ikääntyneelle masennusta tai mielenterveysongelmia. SPR järjestää ystäväpalvelua. Vapaaehtoistyöstä seurakunnan tai yhteisöjen kautta voidaan löytää ystävä- ja tukihenkilötoimintaa ikääntyneille. Ikääntyneiden harrastukset ylläpitävät psyykkistä toimintakykyä. Harrastukset antavat virikkeitä eri tiedonkäsittelytaidoille. Kirjallisuus, elokuvat ja teatteri vaativat luovaa tuotteliaisuutta. Käden taitoja kehittävät puu-, savi- ja neuletyöt, jotka vaativat myös suunnittelua ja toteutusta. Hyötyliikuntaa antavat marjastus, sienestys ja metsästys. Vapaa-ajan toiminta vaikuttaa vanhuksen terveyteen ja toimintakykyyn. Osallistuminen harrastuksiin lisää itsetuntemusta ja ylläpitää iäkkäiden terveyttä. (Ruoppila 2007, 132–134; Tenkanen 2007, 186–187.)

2.4.10. Akaan kaupungin vanhuspalvelut

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan akaalaisten ikääntyneiden kokemuksia kunnallisista vanhuspalveluista. Akaan kaupunki on muodostunut vuoden 2007 alussa Toijalan ja Viialan yhdistyessä uudeksi kaupungiksi. Akaan väkiluku on 13 995. Akaassa asuu 2300 yli 65 -vuotiasta. Asukasluvun ennuste vuonna 2015 on 15126. Yli 65 -vuotiaista kunnallisen avun piirissä kotihoidossa, kotisairaanhoidossa tai tuetun asumisen piirissä on kymmeniä vanhuksia. (Akaan kaupunki, internet-sivut 2007.)

Vuoteen 2007 asti molemmilla palvelualueilla oli omat vanhuspoliittiset suunnitelmat, jotka on nyt tarkoitus yhdistää. Toijalan kaupungin vanhuspoliittisen suunnitelman mukaan Toijalan visio vanhusten palveluista on ikäihmisten toiminnan tukeminen kokonaisvaltaisesti erilaisia palvelumuotoja kehittämällä. Tarkoitus on hoitaa vanhus mahdollisimman pitkään omassa tutussa kodissaan. Tarkoituksena on luoda hyvät olosuhteet viettää vanhuutta Toijalassa. Vuoteen 2010 mennessä yli 65 -vuotiaiden määrä kasvaa 208 vanhuksella ja vuoteen 2030 mennessä 1360 vanhuksella. Yli 85 -vuotiaiden määrä kasvaa vuoteen 2030 mennessä 184 asukkaalla. Toijalassa ennustetaan olevan vuonna

2030 272 dementiaa sairastavaa henkilöä. Kehittämiskohteina vuoteen 2010 mennessä ovat dementiahoidon kehittäminen perustamalla pienryhmäkoti ja tekemällä dementoituneille varhainen taudinmääritys. Avopalveluja kehitetään uudella teknologialla, asuntojen suunnittelulla, kuljetuspalveluiden kehittämisellä ja yksityisen sektorin kanssa yhteistyötä tekemällä mm. kauppa- ja asiointipalveluissa. Intervallipaikkoja on tarkoitus lisätä ja kodinomaisuutta korostetaan vanhainkotihoitossa. Palveluasuntoja lisätään ja tukipalveluja kehitetään. Omaishoitoon lisätään määrärahoja ja virkistäytymis- ja seurustelumahdollisuuksia lisätään. Henkilöstöä lisätään tarpeen mukaan. Yöpartio toimintaa kokeillaan ja seutuyhteistyötä syvennetään. Vanhustenhuoltoa voidaan ostaa ostopalveluina yksityisiltä palveluntarjoajilta, joita tarvitaan lisää. (Toijalan kaupungin vanhuspoliittisen suunnitelman 1998–2010 osalta tarkistus vuoteen 2010 saakka,)

Viialassa kotipalvelut ja vanhustyö – visio on tuottaa kuntalaisille hoivan ja hoidon peruspalvelut laadukkaasti ja asiakaslähtöisesti. Hoidon porrastus siirtää ennen aikaisia laitossijoituksia ja asiakkaita hoidetaan tarkoituksenmukaisella paikalla. Kotihoidon keskeinen tavoite on kotona asumisen tukeminen. Tulevaisuuden visiona on uudistaa palvelurakenteita siten, että ikäihmisillä on yhdenvertaiset mahdollisuudet saada laadukasta ja sopivaa palvelua. Ennusteen mukaan Viialan vanhusväestö kasvaa vuoteen 2030 mennessä 65–74 -vuotiaiden osalta 12,8 % ja yli 75 -vuotiaiden osalta 13,8 %. Tulevaisuuden haasteena nähdään asiakkaiden vaatimukset palvelujen laadun ja yksilöllisyyden suhteen. Palvelusetelin avulla kuntalaisten valinnan mahdollisuudet kasvavat. Kotona asumisen turvaaminen tukipalveluilla lisäämällä ennaltaehkäisee liian varhaista laitokseen siirtymistä. Ehkäisevät kotikäynnit ja seutukunnallinen kuntayhteistyö mahdollistaa yöpartio toiminnan. Omaishoidon tuen määrärahaa tulee lisätä suhteessa vanhusväestön kasvuun. Omaishoitajien jaksamista tuetaan intervallihoidoin vanhainkodissa. Taataan vanhuksille esteetön ja turvallinen elinympäristö ja liikkuminen asuntotoimen ja kuljetuspalvelun avulla. Dementiaa sairastavien asukkaiden lisääntymistä kartoitetaan ja pyritään havaitsemaan muistihäiriöt mahdollisimman varhain. Vanhusten palveluasumiseen ja henkilöstön jaksamiseen panostetaan. (Viialan kunnan vanhuspoliittinen suunnitelma)

Kotipalvelu sekä Toijalan että Viialan palvelualueella vastaa kotona asuvien asukkaiden palvelutarpeisiin. Kotipalvelun piirissä on n. 150 asukasta. Kunnalla on myös vanhainkodit molemmissa palvelualueissa sekä kahdeksan asukkaan ryhmäkoti Viialan palvelualueella. Akaassa on

yhteensä 119 pitkäaikaispaikka ikääntyneille. Lyhytaikaisen intervallihoidon paikkoja on vanhainkodeissa neljästä viiteen ja palvelutalossa yksi paikka. Sekä Viialassa että Toijalassa toimii Yrjö- ja Hanna osakeyhtiön omistamat palvelutalot, joissa asukaspaikkoja on yhteensä 43. Palvelutaloista voi ostaa tarpeellisen palvelupaketin, jonka turvin voi asua vuokra-asunnossa. Akaan vuodeosastolla on asiakaspaikkoja 36. Marraskuussa 2007 vuodeosaston asukkaista seitsemän oli pitkäaikaispäättökseen saaneita. Akaassa toimii myös yksityinen hoitokoti Arwola, joka on vanhuksille suunnattu hoitokoti. Asukaspaikkoja on 15, joista kaupunki ostaa tarpeen mukaan viisi asukaspaikkaa. Toijalan Seudun Vanhainkoti yhdistys ry omistaa vanhainkoti Havulinnan, jossa on 32 pitkäaikaispaikkaa vanhuksille, kymmenen tukipalveluasuntoa sekä viisipaikkainen ryhmäkoti. Yhdistyksellä on myös vanhuksille suunnattuja rivitalo- ja kerrostaloasuntoja. Kaupunki ostaa kaikki pitkäaikaispaikat ostopalveluna. Viialan palvelualueella toimii vanhuksille suunnattu päivätoiminta Päivikki ja Toijalan alueella päivätoiminta Havuparkki. Päivätoiminta on kaikkien akaalaisten vanhuksien käytössä pientä päivämaksua vastaan. Asukkaat valitaan heille sopiviin asuin- ja palvelupaikkoihin SAS- työryhmässä, johon osallistuvat vanhustyön johtajan lisäksi molempien palvelualueiden kotihoidon ohjaajat, vanhainkotien ja palvelutalojen johtajat ja osastonhoitajat sekä Etelä-Pirkanmaan terveydenhuollon kuntayhtymän vuodeosaston lääkäri ja osastonhoitaja. (SAS kokous 27.11.2007.)

Akaassa lyhytaikaista hoitoa sai vuonna 2007 yhteensä 11 asukasta palvelutaloissa sekä 51 asiakasta vanhainkodeissa Päivätoiminnan piirissä akaalaisia vanhuksia oli 48 vuonna 2007 (Akaan kaupunki, asiakas- ja palveluluettelo 2007). Omaishoitajille järjestetään vapaaehtoistoiminnan kautta yhteisiä tapaamisia kerran kuukaudessa. Omaishoitajien vapaapäivät järjestyvät vanhusten päivätoiminnan tai lyhytaikaishoidon avulla.

Akaassa on paljon laitospaikkoja vanhuksille kolmessa eri vanhainkodissa. Laitospainotteisuudesta pyritään siirtymään avohoitoon palveluja kehittämällä ja vanhusten palvelujen tarvetta kartoittamalla. Vuoden 2007 lopussa tehtyjen Rava- indeksien mukaan asukkaita hoidetaan heidän kuntoisuutensa mukaisissa paikoissa. Veteraanipalvelut Akaassa sisältävät maksuttomia jalkahoitoja ja kuntoutusta. Marraskuun 2007 alusta veteraanit saivat puolisoineen käydä ruokailemassa maksutta vanhainkodeissa kahdesti viikossa. Huhtikuun 2008 alusta veteraanit saivat mahdollisuuden saada aterian kahdesti viikossa kotiin kuljetettuna. (SAS-kokous 24.1.2008.)

Akaassa kotihoito käsittää kodinhoidon ja kotisairaanhoidon. Toijalan palvelualueella kotihoidon piirissä on 77 asiakasta, joista yhdeksän tarvitsee ainoastaan kotisairaanhoidoa. Tilapäistä kotihoitoa tarvitsee 51 asiakasta ja tilapäistä kotisairaanhoidoa 65 asiakasta. Ateriapalvelun piirissä on 61 asiakasta. Saunotuspalvelua käyttää Toijalan palvelualueella 14 asiakasta ja Viialan palvelualueella 9 asiakasta. (Kotihoidon ohjaaja Kaurasen haastattelu 2007.) Ateriapalvelua Akaassa kotiin kuljetettuna käytti 153 henkilöä vuonna 2007. Kylvetyspalvelua käytti 60 henkilöä ja pyykkipalvelua 79 henkilöä. Kauppapalvelua tarvitsi 64 asukasta. Turvapuhelin oli käytössä 111 asukkaalla sekä kännykkä turvapuhelin 3 asiakkaalla. Kuljetuspalvelun piirissä oli 41 asiakasta. Näiden palveluiden lisäksi asiakkaat käyttivät kuljetuspalvelua päivätoimintaan ja kylvetykseen. Päivätoiminnan lääkehuolto- ja hoitopalveluja Päivikissä käytti 15 asiakasta. Omaishoidon asiakkaita Akaassa oli vuonna 2007 yhteensä 75 asiakasta (Akaan kaupunki, asiakas- ja palveluluettelo 2007). Akaassa toimii 4 henkilöä SPR:n kautta ystävinä. Ystäväpalvelutoimintaa ollaan kehittämässä SPR:n toiminnan kautta. (Diakonissa Aila Laaksosen haastattelu 26.11.2007.)

Vuoden 2008 talousarvion käyttösuunnitelman mukaan Akaan kaupunki varaa vanhustyöhön toimintakatteen mukaisen 7 135 200 € Menestystekijöiksi kuvataan laadukas ja suunnitelmallinen tarpeisiin perustuva palvelu, kotona asuvien asiakkaiden palvelutarpeen arviointi ja palveluohjaus, suunnitelmallinen laitospaikkojen käyttö, ajan tasalla olevat hoito- ja palvelusuunnitelmat, ammattitaitoinen, motivoitunut, hyvinvoiva ja sitoutunut henkilöstö, joka noudattaa taloudellista toimintatapaa sekä yksiköiden hyvä tuottavuus resursseihin nähden. Määrärahoja käytetään avo- ja asumispalveluihin 3468 200 €, laitoshoitoon 3666 400 € ja vanhustyön projekteihin 600 € (Akaan kaupungin perusturvalautakunnan pöytäkirja 24.1.2008.)

Vanhusten mielipidetulokset kunnassa olevista palveluista hyödyttävät myös yksityisiä palvelun tarjoajia. Heillä on monesti mahdollisuuksia tarjota kunnalle ostopalveluina erilaisia ikääntyneille suunnattuja palvelumuotoja, esimerkiksi pienkoteja. Akaan kaupungissa toimii neljä yksityistä organisaatiota, jotka tarjoavat vanhuspalveluita.

3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää akaalaisten ikääntyneiden kokemuksia kunnallisista vanhuspalveluista. Tarkoituksena on selvittää ikääntyneiden asumiseen vaikuttavia tekijöitä, avuntarvetta ja sosiaalista kanssakäymistä. Tutkimuksen on myös tarkoitus kartoittaa ikääntyneiden sairaanhoidon tarvetta ja tulevaisuuden hoitopaikan toivetta.

Tutkimuskysymyksiä ovat

1. Mikä on akaalaisten ikääntyneiden palveluiden tarve tällä hetkellä ja mitä palveluja he toivovat saavansa tulevaisuudessa?
2. Missä akaalaiset ikääntyneet toivovat itseään hoidettavan kuntonsa heikentyessä?

4. TUTKIMUSMENETELMÄ

Survey valittiin tutkimusmetodiksi suuresta perusjoukosta (n=2449 ikääntynyttä) johtuen. Kyselytutkimuksen vahvana puolena on tehokkuus ja taloudellisuus, kun kerätään tietoa suurelta ihmisjoukolta (Alkula ym. 2002, 119). Haastattelulla saataisiin arvokasta tietoa, mutta kattavampi tulos saadaan, kun pystytään huomioimaan mahdollisimman monen vanhuksen mielipide.

Kyselylomake (liite 1) laadittiin Lappalaisen (1995) vanhustyön strategia tutkimuksessa käytetyn ja Lehdon ym. (1997) tutkimuksessa käytettyjen kyselylomakkeiden pohjalta. Lehto ym. (1997) totesivat, että kyselytutkimus onnistuu varsin hyvin myös ikääntyneiden tutkimusmenetelmänä. Kyselylomaketta käytettäessä iäkkäillä oli mahdollisuus perehtyä kysymyksiin rauhassa ja heillä oli myös mahdollisuus käyttää tarvittaessa apuna ulkopuolista henkilöä.

Kyselylomakkeen saatekirjeessä kerrottiin tutkimuksen tarkoitus ja henkilötietojen saantipaikka.

Vastausaikaa oli kaksi viikkoa ja tutkijan yhteystiedot mahdollisten kysymysten varalta olivat saatekirjeessä.

Kyselylomakkeessa oli 22 kysymystä neljällä eri sivulla. Kysymykset olivat strukturoituja monivalintakysymyksiä. Vastausvaihtoehdoissa pyrittiin sulkemaan pois avoimet vaihtoehdot, mutta muutamaan kysymykseen lisättiin vaihtoehto, joku muu. Kyselylomakkeen lopussa oli kaksi avointa kysymystä koskien kunnallisten vanhuspalveluiden saamista ja toiveita palveluiden saannista.

Kysymykset jaettiin taustatietokysymyksiin, asumiseen liittyviin kysymyksiin, avuntarvetta kartoittaviin kysymyksiin ja sosiaalista kanssakäymistä kuvaaviin kysymyksiin. Viimeiseksi kysyttiin kunnallisten palveluiden käyttöä ja palveluiden saannin toiveita. Taustakysymyksistä numeerisia muuttujia ovat suhdelukuasteikollinen ikä sekä intervalliasteikollinen elossa olevien lasten lukumäärä. Loput kysymykset ovat luokittelevia nominaaliasteikollisia muuttujia. Nominaaliasteikon taseisia muuttujia tutkitaan ristiintaulukoinnilla ja χ^2 – riippumattomuustestillä.

Kyselylomake esitettiin kuudella akaalaisella ikääntyneellä. Palautettuihin lomakkeisiin tehtyjen merkintöjen perusteella kotiavun tarve- kysymykseen lisättiin väliaikaisen avun tarve – vaihtoehto sekä omaishoidon tukea koskevaan kysymykseen lisättiin omaishoidon toivomuskohta.

4.1. Tutkimushenkilöt ja aineiston hankinta

Vanhusväestön näkökulma valittiin tutkimuksen aiheeksi, koska suuret ikäluokat alkavat saavuttaa eläkeikää ja palveluiden määrä ja laatu eivät välttämättä vastaa ikääntyneiden tarvetta. Ennakkotieto lähiaikoina eläkkeelle jääneiden palvelujen tarpeesta antaa tietoa kymmenen vuoden päähän sijoitettaville visioille vanhustyössä.

Tutkimuskohteena olivat akaalaiset 65-vuotiaat tai sitä vanhemmat kotona asuvat ikääntyneet. Kysely lähetettiin myös kotona asuville ikääntyneille, jotka asuivat avovanhustenhuollon paikoissa kuten palvelutaloissa tai ryhmäkodeissa. Naisia ja miehiä valittiin tutkimushenkilöiksi yhtä paljon vertailun tekemistä varten. Tutkimus suoritettiin empiirisenä kvantitatiivisena kyselytutkimuksena, joka

lähetettiin Tampereen maistraatin Akaan palveluyksikön tekemän satunnaisotannan perusteella valituille 400:lle yli 65-vuotiaalle kotona tai avoterveydenhuollon piirissä asuvalle asukkaalle Akaassa. Toijalan ja Viialan palvelualueiden asukkaita ei eroteltu tutkimuksessa vaan vastaukset käsiteltiin yhtenäisinä. Asukkaiden osoitetarrat saatiin maksua vastaan maistraatista tietopalvelusopimuksella, jonka allekirjoitti tutkijan lisäksi Akaan perusturvajohtaja.

Tutkimusjoukosta valittiin väestötietojärjestelmän avulla sata 65–75 -vuotiasta naista syntymäpäivän ja – vuoden mukaan (1.1.1933–31.12.1943) tutkimushenkilöiksi. Ehdot täyttäviä henkilöitä oli 720. Mukaan valittiin myös sata saman ikäryhmän miestä, joita oli yhteensä 584. Ikäryhmästä (-31.12.1932) valittiin mukaan sata yli 75-vuotiasta naista, joiden kokonaismäärä oli 770 ja sata yli 75-vuotiasta miestä, joita oli yhteensä 375. Ikääntyneitä kotona asuvia oli Akaassa helmikuussa 2008 siis yhteensä 2449 henkilöä.

Kustannussyistä uusintakyselyä ei ollut tarkoitus tehdä, joten tutkimushenkilöitä ei koodattu millään tavalla. Kaikki palautuskuoret olivat samanlaisia ja vastaajien henkilöllisyys ei selvinnyt edes tutkijalle missään vaiheessa. Laitosasukkaille tehtiin asiakastyytyväisyyskysely marraskuussa 2007, joten heidät rajattiin kyselyn ulkopuolelle. Aineisto hankittiin postikyselyllä akaalaisilta ikääntyneiltä. Kyselylomakkeesta pyrittiin tekemään mahdollisimman yksinkertainen, jotta vanhusten on helppo vastata kysymyksiin. Tutkija kopioi ja postitti kyselylomakkeet itse.

Kyselyyn tarvittavat kirjekuoret ja postimaksut saatiin Akaan kaupungilta ja palautuskuoriin tuli sopimusvastausnumero, joten postimerkkejä ei tarvittu. Kyselylomakkeiden palautus tapahtui nimettömänä palautuskuoressa postitse Akaan kaupungintalon infoon. Tutkija avasi vastauskirjekuoret itse ja poisti kaikki lähettäjään viittaavat tiedot aineistosta. Kyselylomakkeita lähetettiin 396, ja niitä palautui määräaikaan mennessä 290, joten vastausprosentti on 73,2. Yksi kyselylomake palautui tyhjänä, joten sitä ei huomioitu vastauksia analysoitaessa. Yksi vastaaja ilmoitti iäkseen 64 vuotta, mutta hänet otettiin mukaan koska hän käytti kunnallisia vanhuspalveluita.

4.2. Aineiston analysointi

Vastaukset analysoitiin tilastollisesti SPSS 15.0 ohjelmaa apuna käyttäen. Tutkija siirsi itse vastaukset tilasto-ohjelmaan. Muuttujat määriteltiin ja nimettiin. Tutkimustuloksista katsottiin frekvenssit ja koska useimmat muuttujat olivat nominaalisasteikollisia, käytettiin riippuvuuksien tutkimiseen ristiintaulukointia. χ^2 -riippumattomuustestillä testattiin muuttujien riippuvuutta, ja koska vastausten lukumäärä joissakin luokissa oli liian pieni, käytettiin uudelleenluokittelua jos se oli mahdollista, jolloin saatiin riippuvuutta muuttujien välille. Testattu ero ja riippuvuus on tilastollisesti erittäin merkitsevä, jos $p = 0,001$, tilastollisesti merkitsevä, jos $0,001 < p = 0,01$, tilastollisesti melkein merkitsevä, jos $0,01 < p = 0,05$ ja tilastollisesti suuntaa antava, jos $0,05 < p = 0,1$ (Heikkilä 2005, 195).

Eri ikäluokkien ja elossa olevien lasten lukumäärän riippuvuutta tutkittiin varianssianalyysin Anova-testillä. Avoimen kysymyksen, jossa kysyttiin vastaajien ikää, vastaukset luokiteltiin kahteen uuteen ikäluokkaan 64–75-vuotiaat ja yli 75-vuotiaat. Aineistosta tutkittiin naisten ja miesten, sekä kahden eri ikäryhmän, eli 65–75 -vuotiaiden ja yli 75 -vuotiaiden kokemuksia vanhuspalveluista. Viimeisen kysymyksen avoimet vastaukset luokiteltiin sisällönanalyysillä pääluokkiin. Vastauksista tehtiin 22 taulukkoa ja yksi kuvio selkiyttämään tulosten lukua.

5. TUTKIMUSTULOKSET

5.1. Vastaajien taustatiedot

Tutkittavien taustatiedoissa kysyttiin vastaajien sukupuolta, ikää, elossa olevien lasten lukumäärää sekä lähintä omaista.

Vastaajien ikä ja sukupuoli

Tutkimukseen osallistuneista ja vastauksen palauttaneista vastaajista miehiä on 145 ja naisia 144 eli molempia on noin 50 prosenttia.

Vastaajien ikäjakauma on 64–94 vuotta. Kaksi vastaajaa, joista toinen on nainen ja toinen mies, ei ilmoita ikäänsä. Ikä luokiteltiin kahteen uuteen luokkaa 64–75-vuotiaat ja yli 75-vuotiaat. Vastaajista hieman yli puolet oli ikäluokassa 64–75 vuotta ja hieman alle puolet oli 75 vuotta täyttäneitä.

TAULUKKO 1. Vastaajien ikä ja sukupuoli (n=287)

sukupuoli	ikä		yhteensä n (%)
	64–75 vuotta n (%)	yli 75vuotta n (%)	
nainen	78 (54,5)	65 (45,5)	143 (100)
mies	81 (56,3)	63 (43,8)	144 (100)
yhteensä	159 (55,4)	128 (44,6)	287 (100)

Taulukosta 1. selviää, että vastanneista 64–75-vuotiaita miehiä oli eniten (n=81) ja naisia toiseksi eniten (n=78). Yli 75-vuotiaita naisia oli vastaajista 65 ja miehiä 63. Yhteensä 64–75-vuotiaita oli 159 ja yli 75-vuotiaita 128 vastaajaa.

Elossa olevien lasten lukumäärä

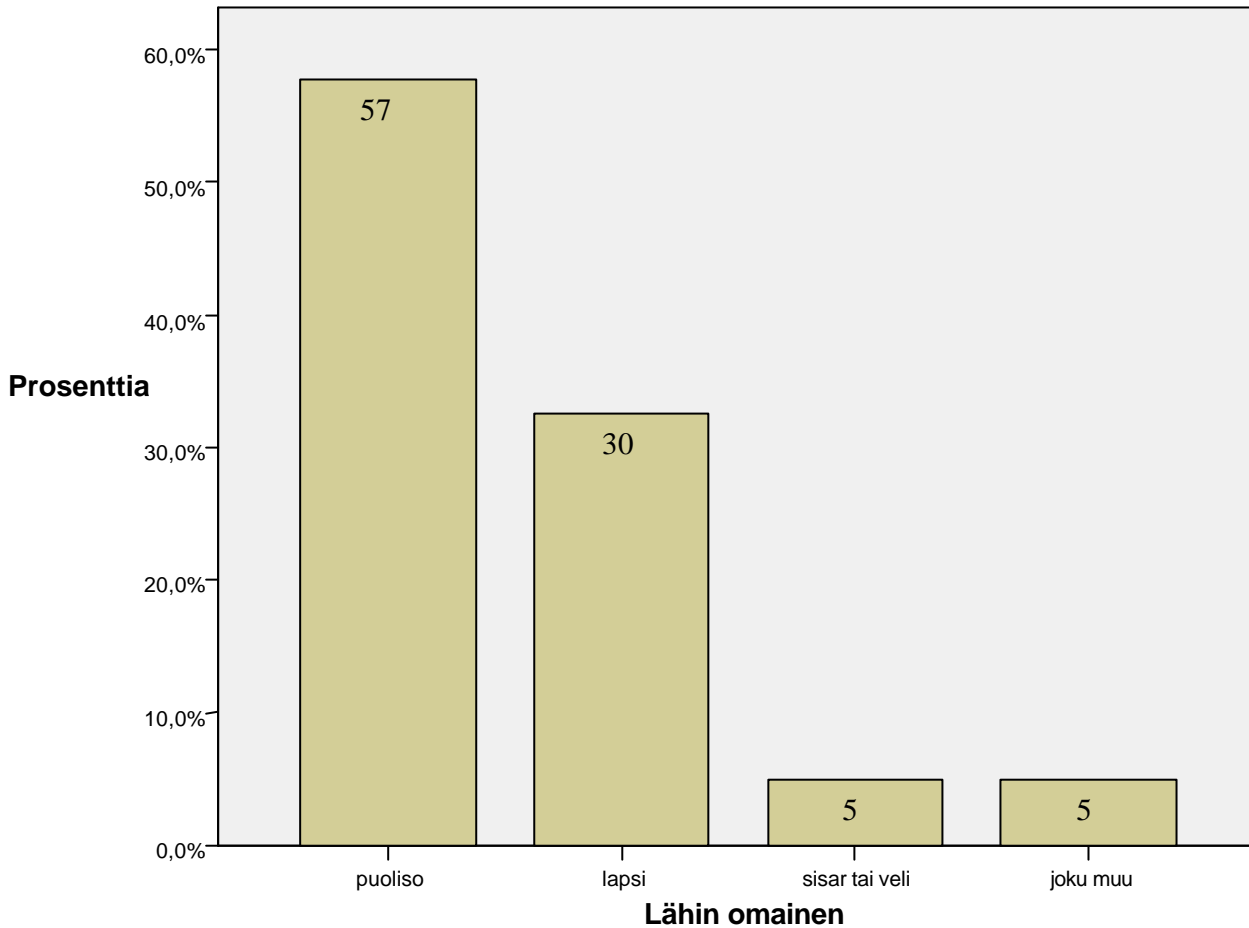
Vastaajilta kysyttiin heidän elossa olevien lastensa lukumäärää. Lasten lukumäärä eri ikäluokissa selviää taulukosta 2.

TAULUKKO 2. Elossa olevien lasten määrä ikäluokittain (n=259)

lapsia n	vastaajan ikä		yhteensä n (%)
	64–75 v n (%)	yli 75 v n (%)	
0	9 (6,3)	10 (8,6)	19 (7,3)
1	28 (19,6)	23 (19,8)	51 (19,7)
2	56 (39,2)	31 (26,7)	87 (33,6)
3	36 (25,2)	30 (25,9)	66 (24,5)
4	9 (6,3)	8 (6,9)	17 (6,6)
5	4 (2,8)	5 (4,3)	9 (3,5)
6	1 (0,7)	5 (4,3)	6 (2,3)
7	0 (0)	2 (1,7)	2 (0,8)
8	0 (0)	2 (1,7)	2 (0,8)
yht.	143 (100)	116 (100)	259 (100)

Vastaajilla oli enimmillään 8 elossa olevaa lasta. Vastaajilla oli keksimäärin kaksi (mean 2,32, kh 1,4) elossa olevaa lasta. Vastaajista kymmenesosa ei ilmoittanut elossa olevien lastensa määrää.

Taulukosta 2. selviää, että elossa olevien lasten lukumäärän ollessa 5 tai alle, yli 75-vuotiailla on lähes yhtä paljon lapsia kuin 64–75-vuotiailla. Ainoastaan yli 75-vuotiailla on seitsemän tai kahdeksan elossa olevaa lasta. Yhtään elossa olevaa lasta tai lapsettomia oli 7 prosenttia vastaajista. Yli 75-vuotiailla oli keskimäärin 2,5 elossa olevaa lasta ja 64–75-vuotiailla 2,1 elossa olevaa lasta. Ero ikäryhmien elossa olevien lasten lukumäärällä on tilastollisesti melkein merkitsevä ($p=.051$).

Lähin omainen**KUVIO 1. Ikääntyneiden lähin omainen prosentteina (n=165)**

Kuviosta 1. nähdään, että puoliso oli lähin omainen yli puolella vastaajista. Lapsi oli lähin omainen kolmanneksella vastaajista ja sisar tai veli 5 prosentilla vastaajista. Vastaajista 5 prosenttia nimesi lähimmäksi omaiseksi jonkun muun. Kolme vastaajaa ei ilmoittanut lähintä omaistaan.

Lähisukulaisten lisäksi lähimmäksi omaiseksi nimettiin ystävä, avopuoliso, uskottu mies tai nimeltä kerrottu henkilö.

TAULUKKO 3. Lähin omainen eri ikäluokissa (n=284)

omainen	ikäluokka		
	64–75 vuotta n (%)	yli 75 vuotta n (%)	yhteensä n (%)
puoliso	109 (69,4)	55 (43,3)	164 (57,7)
lapsi	35 (22,3)	58 (45,7)	93 (32,7)
joku muu	13 (8,3)	14 (11,0)	27 (9,5)
yhteensä	157 (100)	127 (100)	284 (100)

$\chi^2=20.57$, $df=2$, $p=.000$

χ^2 -riippumattomuustestin mukaan eri ikäluokkien lähimmällä omaisella oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ero ($\chi^2=20.57$, $df=2$, $p=.000$). Ikäluokassa 64–75 vuotta lähes kolme neljännestä nimesi puolison lähimmäksi omaisekseen. Yli 75-vuotiaista lähes puolet ilmoitti puolison olevan lähin omainen. Lapsensa lähimmäksi omaisekseen ilmoitti lähes puolet vanhemmasta ikäluokasta ja viidennes nuoremasta ikäluokasta. Sisar tai veli oli lähin omainen neljälle (3 %) yli 75-vuotiaista ja yhdeksälle (6 %) vastaajalle ikäluokasta 64–75 vuotta. Yli 75-vuotiaista kymmenen vastaajaa ja 64–75-vuotiaista neljä vastaajaa nimesi lähimmäksi omaisekseen jonkun muun, kuten ystävän, avopuolison, uskotun miehen tai nimeltä kerrotun henkilön.

Myös eri sukupuolella ja lähimmällä omaisella todettiin tilastollisesti erittäin merkitsevä ero ($\chi^2=27.54$, $df=2$, $p=.000$). Naisista kaksi viidesosaa (42 %) ilmoitti puolison lähimmäksi omaisekseen ja miehistä puoliso oli lähin omainen kahdelle kolmasosalle (64 %) vastaajista. Naisista hieman yli viidesosa (44 %) ilmoitti lapsen olevan lähin omainen. Miehistä viidennes (21 %) ilmoitti lapsen olevan lähin omainen. Jonkun muun lähimmäksi omaisekseen ilmoitti naisista 13 prosenttia ja miehistä 6 prosenttia.

5.2. Ikääntyneiden asumiseen liittyvät tekijät

Tutkittavilta kysyttiin heidän asumiseensa liittyviä tekijöitä, kuten nykyisen asunnon tyyppiä ja turvallisuutta. Tutkittavilta kysyttiin myös, kenen kanssa he asuivat tällä hetkellä ja montako huonetta

heillä oli käytössään keittiön tai keittokomeron lisäksi. Heiltä kysyttiin myös, missä he haluaisivat lähivuosina asua.

5.2.1. Asuintalon tyyppi

Taulukosta 4. selviää millaisessa talossa vastaajat asuivat. Vastauksia tarkastellaan ristiintaulukoituna kahden eri ikäluokan ja sukupuolen sekä asuntotyypin mukaan.

TAULUKKO 4. Vastaajien asuntotyyppi ikäluokkien (n=287) ja sukupuolen (n=289) mukaan

asuntotyyppi	ikäluokka			sukupuoli	
	64–75 v n (%)	yli 75 v n (%)	yhteensä n (%)	nainen n (%)	mies n (%)
omakotitalo/maalaistalo	90 (56,6)	60 (46,9)	150 (52,3)	67 (46,5)	84(57,9)
rivitalo/palvelutalo/ryhmäkoti	27 (17,0)	17 (13,3)	44 (15,3)	21 (14,6)	23(15,9)
kerrostalo	42 (26,4)	51 (39,8)	93 (32,4)	56 (38,9)	38(26,2)
yhteensä (100)	159 (100)	128 (100)	287 (100)	144 (100)	145
	$\chi^2=5.86, df=2, p=.53$			$\chi^2=5.45, df=2, p=.66$	

Taulukosta 4. nähdään vastaajien asunnon tyyppi. Yli puolet vastaajista asui omakotitalossa. Kerrostalossa asui kolmannes kaikista vastaajista. Viidenneksellä heistä oli hissi asuintalossaan ja hieman yli kymmenesosalla ei ollut hissiä käytössään. Rivitalossa asui hieman yli kymmenesosa vastaajista ja palvelutalossa neljä vastaajaa. Ryhmäkodissa asui kaksi vastaajaa.

Tarkasteltaessa eri ikäluokkien asuintalon tyyppiä χ^2 - riippumattomuustestin mukaan ero ei ole tilastollisesti merkitsevä ($\chi^2=5.86, df=2, p=.53$). Omakotitalossa asui hieman yli puolet 64–75-vuotiaista ja hieman alle puolet yli 75-vuotiaista. Kerrostalossa asui lähes kolmasosa (26 %) 64–75-vuotiaista ja kaksi viidesosaa (40 %) 75-vuotiaista vastaajista. Hissittömässä kerrostalossa asui kuudesosa yli 75-vuotiaista ja hieman yli kymmenesosa ikäluokasta 64–75 vuotta. Palvelutalossa asuu molemmista ikäluokista 2 vastaajaa ja ryhmäkodissa 2 yli 75-vuotiasta vastaajaa.

Sukupuolten ja asuintalon tyyppien eroa tarkasteltaessa tilastollinen ero χ^2 -riippumattomuustestin mukaan ei myöskään ole merkitsevä ($\chi^2=5.45$, $df=2$, $p=.66$). Naisista hieman alle puolet asui omakotitalossa ja miehistä hieman yli puolet asui omakotitalossa. Rivitalossa, ryhmäkodissa tai palvelutalossa asui naisista 15 prosenttia ja miehistä 16 prosenttia. Kerrostalossa asui kaksi viidesosaa naisista ja neljännes miehistä.

5.2.2. Nykyisen asunnon turvallisuus

Lähes kaikki (95 %) kokivat nykyisessä asunnossaan olonsa turvalliseksi. Lähes 5 % koki olonsa turvattomaksi, koska oli yksinäinen ($n=5$), talossa ei ollut hissiä ($n=3$), talon lämmitys oli puutteellinen, talo kaipasi remonttia, taloa oli työlästä hoitaa tai vastaaja pelkäsi sairauskohtausta ($n=2$). Kaksi vastaajaa ei ollut vastannut kysymykseen.

TAULUKKO 5. Eri ikäluokkien turvallisuuden tunne nykyisessä asunnossa ($n=285$)

turvallisuus nykyisessä asunnossa	ikäluokka		
	64-75 v n (%)	yli 75 v n (%)	yhteensä n (%)
kyllä	152 (96,2)	119 (93,7)	271 (95,1)
ei	6 (3,8)	8 (6,3)	14 (4,9)
yhteensä	158 (100)	127 (100)	285 (100)

$\chi^2=0.94$, $df=1$, $p=.412$

Eri ikäluokkien ja turvallisuuden tunteen välillä tilastollinen ero χ^2 -riippumattomuustestin mukaan ei ole merkitsevä ($\chi^2=0.94$, $df=1$, $p=.412$). Molemmista ikäluokista lähes kaikki vastaajat (yli 90 %) kokivat olonsa turvalliseksi. Kahdeksan vastaajaa (6 %) yli 75-vuotiaista koki turvattomuutta ja kuusi (4 %) 64–75-vuotiaista koki olonsa turvattomaksi nykyisessä asunnossaan.

Naisten ja miesten turvallisuuden kokemisella ei myöskään ollut χ^2 -riippumattomuustestin mukaan

tilastollisesti merkittävää eroa ($\chi^2=0.35$, $df=1$, $p=.377$). Vastaajista neljä naista ja kuusi miestä koki olonsa turvattomaksi. Kaikki muut kokivat olonsa turvalliseksi ($n=287$).

5.2.3. Asuinkumppani

Tutkittavilta kysyttiin kenen kanssa he asuivat tällä hetkellä. Yli puolet vastaajista asui puolison kanssa. Yksin asui hieman alle puolet vastaajista. Lasten kanssa tai lasten ja puolison kanssa asui vain muutama vastaaja. Muiden kanssa, joita olivat ystävä, iltaruskokumppani tai ryhmäkodin muut asukkaat asui neljä vastaajaa. Taulukosta 6. selviää asuinkumppani eri ikäluokkien kanssa ristiintaulukoituna.

TAULUKKO 6. Asuinkumppani ikäluokittain (n=287)

	asuinkumppani			
	yksin	puoliso	lapsi/ puoliso ja lapset / joku muu	yhteensä
ikäluokka	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
64–75 v.	44 (27,7)	110 (69,2)	5 (3,1)	159 (100,0)
yli 75 v.	72 (56,3)	50 (39,1)	6 (4,7)	128 (100,0)
yhteensä	116 (40,4)	160 (55,7)	11 (3,8)	287 (100,0)

Taulukosta 6. selviää, että nuoremasta ikäluokasta suurin osa (70 %) asui puolison kanssa. Yli 75-vuotiaista taas hieman yli puolet asui yksin ja puolison kanssa asui kolmannes vanhemman ikäluokan edustajista. Vajaa kolmannes 64–75 vuotiaista asui yksin. Lasten kanssa asui vain yksi 64–75-vuotiaista ja 2 vastaajaa yli 75-vuotiaista. Puolison ja lasten kanssa asui kaksi vastaajaa molemmista ikäluokista. Muiden kanssa asui myös kaksi vastaajaa molemmista ikäluokista.

Sukupuolten ja asuinkumppanin välillä oli χ^2 -riippumattomuustestin mukaan tilastollisesti erittäin merkittävä ero ($\chi^2=33.77$, $df=2$, $p=.00$). Naisista asui yksin hieman yli puolet (57 %) ja neljäsosa (24

%) miehistä asui yksin. Kahdestaan puolison kanssa asui kaksi viidesosaa (42 %) naisista ja 70 % miehistä. Lasten kanssa asui yksi nainen ja kaksi miesvastaajaa. Puolison ja lasten kanssa asui yksi (1,7 %) naisvastaaja ja kolme (2 %) miesvastaajaa. Muiden kanssa asui neljä miesvastaajaa eikä yksikään naisvastaaja.

5.2.4. Asuinhuoneiden lukumäärä

Tutkittavilta kysyttiin, montako huonetta heillä on käytössään keittiön tai keittokomeron lisäksi. Koska suurin osa vastanneista asui omakotitalossa tai maalaistalossa, taulukosta 7. nähdään, että suurimmalla osalla oli käytössään kolme huonetta tai enemmän.

TAULUKKO 7. Eri ikäluokkien asuinhuoneiden määrä keittiön tai keittokomeron lisäksi (n=285)

ikäluokka	huonemäärä keittiön/keittokomeron lisäksi			yhteensä n (%)
	1 huone n (%)	2 huonetta n (%)	3 huonetta tai enemmän n (%)	
64–75 vuotta	12 (7,6)	38 (24,2)	107 (68,2)	157 (100)
yli 75 vuotta	15 (11,7)	48 (37,5)	65 (50,8)	128 (100)
yhteensä	27 (9,5)	86 (30,2)	172 (60,4)	285 (100)

$\chi^2=8.89$, $df=2$, $p=.012$

Yli puolella vastaajista oli käytössään keittiön tai keittokomeron lisäksi kolme tai enemmän huonetta. Kaksi huonetta keittiön lisäksi oli kolmanneksella vastaajista. Kymmenesosalla vastaajista oli yksi huone keittiön lisäksi. Eri ikäluokkien ja asuinhuoneiden määrällä on χ^2 -riippumattomuustestin mukaan tilastollisesti melkein merkitsevä ero ($\chi^2=8.89$, $df=2$, $p=.012$).

Naisten ja miesten vastauksilla ei ole χ^2 -riippumattomuustestin mukaan tilastollisesti merkitsevää eroa ($\chi^2=1,32$, $df=2$, $p=.517$). Naisista kymmenesosalla oli käytössään yksi huone keittiön tai keittokomeron lisäksi ja miehillä 8 prosentilla. Kaksi huonetta käytössä oli naisista kolmanneksella (33 %) ja miehistä

lähes kolmanneksella (29 %). Kolme huonetta tai enemmän oli käytössä yli puolella (57 %) naisista ja kahdella kolmasosalla (63 %) miehistä.

5.2.5. Lähivuosien asumistoive

Tutkittavilta kysyttiin, missä he haluaisivat asua lähivuosina. Vaihtoehtoina oli nykyinen asunto, nykyinen asunto, jos siellä tehtäisiin remonttia, vanhusten vuokratalo, vanhusten palvelutalo, oma osake vanhustentalossa, vanhainkoti, tuettu vanhustenasunto vai jokin muu paikka.

TAULUKKO 8. Lähivuosien asuinpaikan toive eri ikäluokilla (n=282)

asuinpaikan toive	ikäluokka		
	64–75 vuotta n (%)	yli 75 vuotta n (%)	yhteensä n (%)
nykyinen asunto	126 (81,3)	93 (73,2)	219 (77,7)
nykyinen asunto ja korjauksia	9 (5,8)	12 (9,4)	21 (7,4)
vanhusten vuokratalo	4 (2,6)	2 (1,6)	6 (2,1)
vanhusten palvelutalo	3 (1,9)	5 (3,9)	8 (2,8)
oma osake vanhustentalossa	6 (3,9)	3 (2,4)	9 (3,2)
vanhainkoti	0 (0)	3 (2,4)	3 (1,1)
tuettu vanhustenasunto	0 (0)	2 (1,6)	2 (0,7)
joku muu paikka	7 (4,5)	7 (5,5)	14 (5,0)
yhteensä	155 (100)	127 (100)	282 (100)

Taulukosta 8. nähdään, että yli kolme neljänestä vastaajista halusi asua nykyisessä asunnossaan lähivuosina. Korjauksia nykyiseen asuntoon toivoi alle kymmenesosa vastaajista. Vanhusten palvelutaloon tai vanhusten vuokrataloon halusi muuttaa neljätolista vastaajaa. Oman osakkeen vanhustentalosta halusi ostaa yhdeksän vastaajaa. Vanhainkotiin halusi muuttaa kolme vastaajaa ja tuettuun vanhustenasuntoon 2 vastaajaa. Jossain muualla, kuten rivitalossa (n=4), kerrostalossa (n=3), hissillisessä talossa (n=2), omassa asunnossa, yksinäisessä lähellä keskustaa tai keskustassa halusi asua

yhteensä 5% vastaajista.

Eri ikäluokkien asumistoiveet eivät juuri eronneet toisistaan. Yli 75-vuotiaista lähes kolme neljännestä halusi asua nykyisessä asunnossaan ja korjauksia asuntoonsa toivoi heistä kymmenesosa. Nuoremmassa ikäluokassa neljä viidesosaa halusi asua nykyisessä asunnossaan ja korjauksia toivoi yhdeksän vastaajaa. Vanhusten vuokratalossa ja palvelutalossa halusi asua ainoastaan muutama vastaaja (n=7) molemmista ikäluokista. Oman osakkeen vanhustentalosta halusi ostaa kuusi 64–75-vuotiaista ja kolme vastaajaa yli 75-vuotiaista. Nuoremmasta ikäluokasta kukaan ei halunnut muuttaa vanhainkotiin tai tuettuun vanhustenasuntoon ja vanhemmasta ikäluokasta kolme vastaajaa halusi muuttaa vanhainkotiin ja kaksi vastaajaa halusi muuttaa tuettuun vanhustenasuntoon.

Naisten ja miesten toiveet lähivuosien asuinpaikasta olivat lähes samanlaisia. Ainoa pieni ero oli kolmen naisen toiveessa muuttaa vanhainkotiin, kun miehistä kukaan ei halunnut vanhainkotiin. Kuusi miestä ja kolme naispuolista vastaajaa halusi ostaa oman osakkeen vanhustentalosta.

5.3. Ikääntyneiden avuntarve

Tutkittavilta kysyttiin heidän apuvälineiden tarvettaan liikuttaessa kotona tai kodin ulkopuolella, kotiavun tarvetta ja sitä, kuka heitä auttaa kotona, jos he tarvitsevat apua.

5.3.1. Ikääntyneiden liikkuminen kotipiirissä tai kodin ulkopuolella

Ikääntyneiltä kysyttiin, miten he liikkuvat kotipiirissä ja kodin ulkopuolella. Vastausvaihtoehtoina oli itsenäinen liikkuminen, apuvälineiden käyttäminen, avustajan tarve liikkuessa tai liikkumattomuus.

TAULUKKO 9. Ikääntyneiden liikkumiskyky kotona (n=285) ja kodin ulkopuolella (n=280) ikäluokittain

	kotona ikäluokka			kodin ulkopuolella ikäluokka		
	64–75 v n (%)	yli 75 v n (%)	yhteensä n (%)	64–75 v n (%)	yli 75 v n (%)	yhteensä n (%)
liikkuminen						
itsenäisesti	153 (96,8)	100 (78,7)	253 (88,8)	144 (93,5)	82(65,1)	226(80,7)
käyttää apuvälineitä	4 (2,5)	24 (18,9)	28 (9,8)	8 (5,2)	25 (19,8)	33(11,8)
tarvitsee avustajan	1 (0,6)	3 (2,4)	4 (1,4)	2 (1,3)	18 (14,3)	20 (7,1)
ei liiku lainkaan	0	0	0	0	1 (0,8)	1 (0,4)
yhteensä	158 (100)	127 (100)	285 (100)	154 (100)	126(100)	280(100)

Taulukosta 9. nähdään, että itsenäisesti kotona liikkui suurin osa vastaajista. Lähes kaikki 64–75-vuotiaat liikkuvat itsenäisesti kotona. Heistä neljä tarvitsi apuvälineen ja yksi avustajan. Yli 75-vuotiaista viidesosa käytti liikkueessaan apuvälineitä. Heistä kolme vastaajaa tarvitsi avustajan liikkueessaan kotona.

Kodin ulkopuolella liikkui itsenäisesti neljä viidesosaa vastaajista. Lähes kaikki 64–75-vuotiaat liikkuvat itsenäisesti kodin ulkopuolella. Ikäluokasta yli 75-vuotiaat kaksi kolmasosaa pystyi liikkumaan itsenäisesti kodin ulkopuolella. Yli 75-vuotiaista viidennes tarvitsi apuvälineitä kodin ulkopuolella liikkueessaan. Ikäluokasta 64–75 vuotta ainoastaan kahdeksan vastaajaa tarvitsi apuvälineen liikkueessaan ulkona. Avustajaa ulkona liikkueessaan tarvitsi kaksi 64–75-vuotiaasta vastaajaa ja lähes kuudennes yli 75-vuotiaista. Yksi yli 75-vuotias vastaaja ilmoitti, ettei liiku lainkaan kodin ulkopuolella.

Naisten ja miesten liikkumiskyvyssä kotipiirissä ei ollut eroa. Kodin ulkopuolella liikkueessaan naiset käyttivät apuvälineitä hieman enemmän (18 %) kuin miehet (6 %) ja vastaavasti miehet (86 %) liikkuvat itsenäisesti hieman naisia (75 %) enemmän.

5.3.2. Avun tarve eri toiminnoissa

Tutkittavilta kysyttiin avun tarvetta erilaisissa kotitöissä tai henkilökohtaisissa toiminnoissa. Suurin osa vastaajista ei tarvinnut apua erilaisissa kotitöissä tai päivittäisissä toiminnoissaan.

TAULUKKO 10. Eri ikäluokkien sekä naisten ja miesten avun tarve eri toiminnoissa

toiminto	ikäluokka			sukupuoli	
	64–75 v	yli 75 v	yhteensä	nainen	mies
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
siivous	23 (14,6)	55 (43,0)	78 (27,3)	41 (28,7)	38 (26,2)
pihan hoitaminen	18 (11,4)	34 (26,6)	52 (18,2)	34 (23,8)	18 (12,4)
pyykin peseminen	15 (9,5)	29 (22,7)	44 (15,4)	14 (9,8)	31 (21,4)
ruuan laittaminen	11 (7,0)	31 (24,4)	42 (14,7)	10 (7,0)	33 (22,8)
lääkärissä käynti	8 (5,1)	33 (25,8)	41 (14,3)	24 (16,8)	18 (12,4)
ostosmatkat	12 (7,6)	25 (19,5)	37 (13,0)	25 (17,5)	13 (9,0)
vaatteiden kunnostaminen	8 (5,1)	22 (17,2)	30 (10,5)	8 (5,6)	23 (15,9)
peseytyminen	3 (1,9)	18 (14,1)	21 (7,4)	8 (5,6)	13 (9,0)
muistaminen	3 (1,9)	18 (14,1)	21 (7,4)	10 (7,0)	11 (7,6)
lääkkeiden ottaminen	3 (1,9)	14 (10,9)	17 (6,0)	5 (3,5)	12 (8,3)
asunnon lämmittäminen	8 (5,1)	8 (6,3)	16 (5,6)	11 (7,7)	5 (3,5)
vuoteen sijaaminen	3 (1,9)	10 (7,8)	13 (4,5)	4 (2,8)	9 (6,2)
pukeutuminen	2 (1,3)	5 (7,9)	7 (2,5)	4 (2,8)	3 (2,1)
WC käynti	2 (1,3)	1 (0,8)	3 (1,0)	1 (0,7)	2 (1,4)
syöminen	1 (0,6)	0 (0)	1 (0,4)	0 (0)	1 (0,7)
muut asiat	3 (1,9)	8 (6,3)	11 (3,8)	8 (5,6)	3 (2,1)

Taulukosta 10. selviää, että neljännes vastaajista tarvitsi apua siivouksessa ja viidesosa pihan hoitamisessa. Myös apu pyykin pesussa ja ruuan laittamisessa oli tarpeellista yhdelle kuudellesalle vastaajista. Lääkärissä käynnissä tarvitsi apua 14 prosenttia vastaajista ja ostosmatkoilla tarvitsi apua 13 prosenttia vastaajista. Vaatteiden kunnostamisessa tarvitsi apua kymmenesosa vastaajista. Peseytymisessä ja muistamiseen liittyvissä asioissa tarvitsi molemmissa apua 7 prosenttia vastaajista. Lääkkeiden ottamisessa, asunnon lämmittämisessä, vuoteen sijaamisessa, pukeutumisessa ja WC-

käynnissä tarvitsi apua alle 10 prosenttia vastaajista. Syömisessä tarvitsi apua yksi vastaaja. Muista apua tarvittavista asioista mainittiin lääkkeiden annostelu, kutsujen järjestäminen, pankkiasiat (n=2), puiden pilkkominen, kaavakkeen täyttö, huoltotyöt, puhelimen ja television käyttö, asunnon korjaustyöt, tietokoneen ja sähköpostin käyttäminen.

Eri ikäluokkien avuntarve erosi toisistaan selvästi. Siivousavun tarvitsemisessa eri ikäluokissa oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ero ($p=.000$). Yli 75 vuotiaista lähes puolet tarvitsi siivousapua ja nuoremasta ikäluokasta kuudesosa. Pihanhoitoapua tarvitsi reilu kymmenesosa yli 75-vuotiaista ja hieman yli neljännes 64–75-vuotiaista. Pihanhoitoavun tarpeen ero eri ikäluokissa on tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p=.001$). Pyykin pesussa apua tarvitsi hieman yli viidesosa yli 75-vuotiaista ja kymmenesosa 64–75 vuotiaista. Ero on tilastollisesti melkein merkitsevä ($p=.003$). Ruuanlaitossa tarvitsi apua neljännes yli 75-vuotiaista ja 7 prosenttia 64–75-vuotiaista. Ero on tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p=.000$). Lääkärissä käynnissä apua tarvitsi neljännes yli 75-vuotiaista ja kahdeksan vastaajaa 64–75-vuotiaista. Ero on tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p=.000$). Ostosmatkoilla tarvitsi apua viidesosa yli 75-vuotiaista ja 12 vastaajaa ikäluokasta 64–75 vuotta. Ero on tilastollisesti merkitsevä ($p=.004$). Vaatteiden kunnostamisessa apua tarvitsi lähes viidennes yli 75-vuotiaista ja kahdeksan vastaajaa 64–75-vuotiaista. Ero on tilastollisesti merkitsevä ($p=.002$). Peseytymisapua tarvitsi kuudesosa yli 75-vuotiaista ja vain kolme 64–75-vuotiaista. Ero on tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p=.000$). Muistamiseen liittyvissä asioissa apua tarvitsi lähes kuudesosa yli 75-vuotiaista ja kolme vastaajaa 64–75-vuotiaista. Ero on tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p=.000$). Lääkkeiden ottamisessa apua tarvitsi kymmenesosa yli 75-vuotiaista ja kolme vastaajaa 64–75-vuotiaista. Ero on tilastollisesti merkitsevä ($p=.002$). Asunnon lämmittämisessä tarvitsi apua kahdeksan vastaajaa molemmissa ikäluokissa ($p=.797$ eli ei tilastollisesti merkitsevää eroa). Vuoteen sijaamisessa apua tarvitsi 10 yli 75-vuotiaista ja kolme vastaajaa 64–75-vuotiaista. Ero on tilastollisesti suuntaa antava ($p=.02$). Pukeutumisessa apua tarvitsi viisi yli 75-vuotiaista ja kaksi 64–75-vuotiaista. Vessassa käymiseen tarvitsi apua yksi yli 75-vuotias ja kaksi 64–75-vuotiaista. Syömisessä ei tarvinnut apua kukaan yli 75-vuotiaista ja yksi 64–75-vuotias.

Naisten ja miesten avun tarpeessa oli eroja lähinnä perinteisissä sukupuolirooleja noudattavissa toiminnoissa. Tilastollisesti merkitseviä eroja oli avun tarpeessa ruuan laittamisessa ($p=.000$ eli tilastollisesti erittäin merkitsevä ero), vaatteiden kunnostamisessa ($p=.007$ eli tilastollisesti merkitsevä

ero), pihan hoitamisessa ($p=.014$ eli tilastollisesti melkein merkitsevä ero), ostosmatkoilla ($p=.038$ eli tilastollisesti melkein merkitsevä ero) ja pyykin pesemisessä ($p=.09$ eli tilastollisesti suuntaa antava ero). Muissa toiminnoissa ei ollut tilastollisesti merkittävää eroa. Naiset tarvitsivat enemmän apua pihan hoitamisessa, ostosmatkoilla ja asunnon lämmittämisessä, kun taas miehet ruuan laitossa ja vaatteiden pesussa sekä vaatteiden kunnostamisessa.

5.3.3. Kotiavun tarve ja kotiavun riittävä saanti

Tutkittavilta kysyttiin, kuinka paljon he tarvitsevat kotiapua ja saavatko he riittävästi kotiapua. Taulukkoon 11. on eritelty kotiavun tarve eri ikäluokissa ja taulukkoon 12. kotiavun riittävyys eri ikäluokissa.

TAULUKKO 11. Kotiavun tarve ikäluokittain (n=264)

kotiavun tarve	ikäluokka		
	64-75 v n (%)	yli 75 v n (%)	yhteensä n (%)
en tarvitse kotiapua	129 (86,0)	69 (60,5)	198 (75,0)
tarvitsen kotiapua silloin tällöin	14 (9,3)	27 (23,7)	41 (15,5)
tarvitsen kotiapua väliaikaisesti	4 (2,7)	6 (5,3)	10 (3,8)
tarvitsen kotiapua viikoittain	3 (2,0)	5 (4,4)	8 (3,0)
tarvitsen kotiapua päivittäin	0 (0)	7 (6,1)	7 (2,7)
yhteensä	150 (100,0)	114 (100,0)	264 (100,0)

Suurin osa vastaajista ei tarvinnut kotiapua lainkaan. Silloin tällöin kotiapua tarvitsi hieman yli kymmenesosa vastaajista. Väliaikaisesti esimerkiksi leikkauksesta johtuen apua tarvitsi kymmenen vastaajaa. Sekä viikoittaista että päivittäistä apua tarvitsi alle kymmenen vastaajaa.

Eri ikäluokissa avuntarpeen määrä erosi silloin tällöin tai ei ollenkaan apua tarvitsevien kohdalla. Kotiapua ei tarvinnut ollenkaan 86 % ikäluokasta 64–75- vuotta vastanneet ja 0 % ikäluokassa yli 75 vuotta vastanneet. Silloin tällöin kotiapua tarvitsi lähes neljännes ikäluokan yli 75 vuotta täyttäneistä ja kymmenesosa 64–75-vuotiaista. Väliaikaista tai viikoittaista kotiapua tarvittiin lähes sama määrä

molemmissa ikäluokissa. Päivittäistä kotiapua ei tarvinnut kukaan 64–75-vuotias ja sitä tarvitsi seitsemän vastaajaa yli 75-vuotiaista.

Naisten ja miesten kotiavun tarpeessa ei ollut eroja.

TAULUKKO 12. Kotiavun saaminen ikäluokittain (n=252)

kotiavun saanti	ikäluokka		
	64–75 v n (%)	yli 75 v n (%)	yhteensä n (%)
saan riittävästi kotiapua	16 (11,3)	40 (36,4)	56 (22,2)
en saa riittävästi kotiapua	2 (1,4)	8 (7,3)	10 (4,0)
en tarvitse kotiapua	124 (87,3)	62 (56,4)	186 (73,8)
yhteensä	142 (100,0)	110 (100,0)	252 (100,0)

Kysyttäessä kotiavun saantia yli puolet vastaajista vastasi, ettei tarvitse kotiapua. Riittävästi kotiapua sai viidennes vastaajista ja kotiapua ei saanut mielestään riittävästi 10 vastaajaa.

Eri ikäluokkien välillä kotiavun saamisessa oli hieman eroja. Yli 75-vuotiaista yli puolet ilmoitti, ettei tarvitse kotiapua ja suurin osa 64–75-vuotiaista ilmoitti, ettei tarvinnut kotiapua. Riittävästi kotiapua sai yli kolmannes yli 75-vuotiaista ja kuudesosa 64–75-vuotiaista. Kotiapua ei saanut mielestään riittävästi kahdeksan vastaajaa vanhemmasta ikäluokasta ja kaksi vastaajaa nuoremmasta ikäluokasta.

Naisten ja miesten kotiavun saamisella ei ole χ^2 -riippumattomuustestin mukaan tilastollisesti merkitsevää eroa ($\chi^2=1.66$, $df=2$, $p=.436$).

5.3.4. Ikääntyneen avunantaja kotona

Ikääntyneiltä kysyttiin, kuka heitä auttaa kotona tarvittaessa. Taulukosta 13. selviää eri ikäluokkien auttaja.

TAULUKKO 13. Ikääntyneiden avunantaja kotona ikäluokittain

Avunantaja	ikäluokka		yhteensä n (%)
	64-75 v n (%)	yli 75 v n (%)	
Omainen	81 (54,4)	93 (74,4)	174 (63,5)
Itse palkattu hoitaja	2 (1,3)	7 (5,6)	9 (3,3)
Kodinhoitaja	3 (2,0)	7 (5,6)	10 (3,6)
Naapuri	3 (2,0)	6 (4,8)	9 (3,3)
Tuttava	6 (4,0)	12 (9,6)	18 (6,5)
Ei tarvitse apua	64 (42,4)	21 (16,8)	86 (30,8)

Eniten apua vastaajat saivat omaiselta. Tuttava auttoi alle kymmenesosaa vastaajista, kodinhoitaja, naapuri tai itse palkattu hoitaja muutamaa vastaajaa. Vastaajista kolmasosa ilmoitti, ettei tarvitse apua lainkaan.

Eri ikäluokissa avunantajana toimi omainen yli puolella 64–75-vuotiaista ja kolmella neljäsosalla yli 75-vuotiaista. Erolla ei ole tilastollisesti merkitsevää eroa ($p=.170$). Tuttavalta apua sai kymmenesosa yli 75-vuotiaista ja kuusi vastaajaa 64–75-vuotiaista. Ero ei ollut tilastollisesti merkitsevää ($p=.336$). Kodinhoitajalta sai tarvittaessa apua seitsemän vastaajaa yli 75-vuotiaista ja kolme vastaajaa 64–75-vuotiaista. Itse palkattu hoitaja auttoi seitsemää yli 75-vuotiaista ja kahta 64–75-vuotiaista. Naapuri auttoi kuutta yli 75-vuotiaista ja kolmea 64–75-vuotiaista.

Naisten ja miesten avunantajalla kotona ei ollut riippumattomuustestin mukaan tilastollisesti merkittävää eroa (omaisen $p=.170$, tuttava $p=.336$). Ainoa tilastollisesti suuntaa antava merkitys naisten ja miesten vastauksissa oli ei apua tarvitsevien kohdalla ($p=.069$), jolloin naisista neljännes (26 %) ei tarvinnut apua, ja miehistä reilu kolmannes (36 %) ei tarvinnut apua.

5.3.5. Omaishoidontuki

Tutkittavilta kysyttiin saavatko he tällä hetkellä omaishoidontukea, ja jos saavat, niin kuka heitä hoitaa. Heiltä kysyttiin myös haluaisivatko he tällä hetkellä saada omaishoidon tukea ja kuka heitä silloin hoitaisi.

TAULUKKO 14. Omaishoidon tuen saanti (n=260) ja halukkuus tukeen (n=64) ikäluokittain

	ikäluokka		
	64–75 v n (%)	yli 75 v n (%)	yhteensä n (%)
saako omaishoidon tukea			
ei	141 (97,9)	111 (94,1)	252 (96,2)
kyllä, hoitajana puoliso	3 (2,1)	5 (4,2)	8 (3,1)
kyllä, hoitajana tytär/poika	0	2 (1,7)	2 (0,8)
kyllä, hoitajana miniä/vävy	0	0	0
kyllä, hoitajana vieras hoitaja	0	0	0
yhteensä	144 (100)	118 (100)	260 (100)
haluaisi omaishoidon tukea, jolloin hoitajana			
puoliso	16 (11,2)	21 (18,1)	37 (14,3)
tytär/poika	3 (2,1)	19 (16,4)	22 (8,5)
miniä/vävy	0	1 (0,9)	1 (0,4)
vieras hoitaja	1 (0,7)	3 (2,6)	4 (1,5)
yhteensä	20 (14,0)	44 (38,0)	64 (24,7)

Taulukosta 14. nähdään, että suurin osa vastaajista ei saanut omaishoidon tukea. Omaishoidon tukea sai kymmenen vastaajaa, jolloin hoitajan toimi puoliso kahdeksalla vastaajalla ja tytär tai poika kahdella vastaajalla.

Eri ikäluokissa ei ollut eroa omaishoidon tuen saannissa. Yli 75-vuotiaista viidellä vastaajalla toimi puoliso omaishoitajana ja 64–75-vuotiailla kolmella vastaajalla puoliso hoiti omaista. Tytär tai poika toimi hoitajana kahdella yli 75-vuotiaalla.

Omaishoidon tukea tällä hetkellä toivoi saavansa viidesosa vastaajista, jolloin hoitajana toimisi puoliso suurimmalla osalla puoliso tai tytär tai poika.

Eri ikäluokkien välillä enemmän omaishoidon tukea toivoi tällä hetkellä saavansa yli 75-vuotiaat kuin 64–75-vuotiaat. Puoliso toimisi hoitajana lähes viidenneksellä yli 75-vuotiaista ja kymmenesosalla 64–75-vuotiaista. Tytär tai poika toimisi hoitajana kuudesosalla yli 75-vuotiaista ja kolmella vastaajalla 64–75-vuotiaista. Miniä tai vävy toimisi hoitajana yhdellä yli 75-vuotiaasta ja vieras hoitaja kolmella yli 75-vuotiaista ja yhdellä 64–75-vuotiaista.

Naisten ja miesten toiveilla tai omaishoidon saannilla ei ollut eroja.

5.3.6. Sairaanhoidon tarve

Ikääntyneiltä kysyttiin heidän sairaanhoidon tarvettaan kotisairaanhoidajan ja lääkärin hoidon kannalta. Taulukosta 15. nähdään eri ikäluokkien sairaanhoidon tarve.

TAULUKKO 15. Sairaanhoidon tarve

sairaanhoidon tarve	ikäluokka			merkitsevyys
	64-75 v n (%)	yli 75 v n (%)	yhteensä n (%)	
ei tarvitse kotisairaanhoidoa	96 (62,3)	60 (46,9)	156 (55,3)	p=.011
kotisairaanhoidaja käy riittävästi luona	3 (2,0)	14 (10,9)	17 (6,0)	p=.002
tarvitsee enemmän kotisairaanhoidoa	1 (0,6)	2 (1,6)	3 (1,1)	
on ollut viime aikoina sairaalassa	11 (7,2)	11 (8,6)	22 (7,9)	p=.824
tarvitsee jatkuvaa sairaalahoitoa	1 (0,7)	1 (0,8)	2 (0,7)	
saa tarvitsemansa lääkärin hoidon	49 (31,8)	42 (32,8)	91 (32,3)	p=.899
tarvitsee enemmän lääkärin hoitoa	6 (3,9)	7 (5,5)	13 (4,6)	p=.578

Taulukosta 15. selviää, että vastaajista yli puolet ilmoitti, ettei tarvitse kotisairaanhoidoa. Riittävästi kotisairaanhoidajan käyntejä sai 6 % vastaajista, enemmän kotisairaanhoidoa toivoi kolme vastaajaa. Viime aikoina sairaalassa oli ollut kaksi vastaajaa. Tarvitsemansa lääkärin hoidon sai kolmasosa vastaajista. Enemmän lääkärin hoitoa tarvitsi hieman yli kymmenesosa vastaajista.

?2- riippumattomuustestin mukaan eri ikäluokkien välinen ero kotisairaanhoidon tarpeessa ($p=.011$) ei ole tilastollisesti merkitsevä. Kaksi kolmannesta 64–75-vuotiaista ei tarvitse kotisairaanhoidoa ja lähes puolet yli 75-vuotiaista ilmoittaa, ettei tarvitse kotisairaanhoidoa. Tilastollisesti merkitsevä ero on riittävästi kotisairaanhoidajan käyntejä saaneiden keskuudessa ($p=.002$). Kymmenesosa yli 75-vuotiaista ja kolme vastaajaa 64–75-vuotiaista saa riittävästi kotisairaanhoidajan apua. Enemmän kotisairaanhoidoa sanoo tarvitsevänsä kaksi yli 75-vuotiaista ja yksi 64–75 –vuotiaista. Viime aikoina on ollut sairaalassa 11 vastaajaa molemmista ikäryhmistä ja jatkuvaa sairaalahoitoa tarvitsee yksi vastaaja molemmista ikäluokista. Tarvitsemansa lääkärin hoidon saa kolmasosa molemmista ikäryhmistä. Enemmän lääkärin hoitoa tarvitsee seitsemän vastaajaa yli 75-vuotiaista ja kuusi vastaajaa 64–75-vuotiaista.

Naisten ja miesten vastaukset olivat yhtenevät sairaanhoidon tarpeessa. Hieman eroa oli ainoastaan vastaajien saamassa lääkärin hoidossa, mutta ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä ($p=.128$). Naisista hieman vajaa kolmannes (28 %) sai tarvitsemansa lääkärin hoidon ja miehistä tarvitsemansa lääkärin hoidon sai hieman yli kolmannes (36 %).

5.3.7. Hoitopaikka avuntarpeen kasvaessa

Tutkittavilta kysyttiin missä he haluaisivat itseään hoidettavan, jos heidän avuntarpeensa kasvaisi tulevaisuudessa. Vaihtoehtoina olivat kodinhoitajan tai kotisairaanhoidajan käynnit, omaishoidon tuki kotona hoitamiseen tai vanhainkodin tai palvelutalon palvelut sekä vaihtoehtoisesti jokin muu paikka.

TAULUKKO 16. Hoitopaikan toive avuntarpeen kasvaessa eri ikäluokissa

hoitopaikka	ikäluokka		yhteensä n(%)
	64–75-vuotiaat n (%)	yli 75-vuotiaat n (%)	
koti, hoitajana kotish	45 (36,3)	40 (36,4)	85 (36,3)
koti, hoitajana omainen	63 (50,8)	51 (46,4)	114 (48,7)
vanhainkoti/palvelutalo	13 (10,5)	16 (14,5)	29 (12,4)
muu paikka	3 (2,3)	3 (2,7)	6 (2,6)
yhteensä	124 (100)	110 (100)	234 (100)

Taulukosta 16. selviää, että lähes puolet vastaajista toivoi itseään hoidettavan omaishoitajan avulla kotona, jos avuntarve kasvaa tulevaisuudessa. Kodinhoitajan tai kotisairaanhoidajan avulla toivoi tulevansa hoidetuksi kolmasosa vastaajista. Vanhainkotiin tai palvelutaloon halusi muuttaa hieman yli kymmenesosa vastaajista. Muualla, kuten lasten luona (n=2), senioritalossa, sairaalassa tai tarpeen mukaisessa paikassa (n=2) toivoi tulevansa hoidetuksi 6 vastaajaa.

Eri ikäluokissa hoitopaikan toive oli lähes samanlainen. Yli 75-vuotiaista lähes puolet toivoi omaishoitajan hoitavan itseään kotona ja 64–75-vuotiaista hieman yli puolet toivoi omaishoitajan apua tullessaan huonompaan kuntoon. Kodinhoitajan tai kotisairaanhoidajan hoidon avulla toivoi selviävänsä hieman yli kolmannes sekä yli 75-vuotiaista ja 64–75-vuotiasita. Vanhainkotiin tai palvelutaloon halusi muuttaa ainoastaan hieman yli kymmenesosa molemmista ikäluokista. Jossain muussa paikassa toivoi tulevansa hoidetuksi kolme vastaajaa molemmista ikäluokista.

Naisten ja miesten vastauksissa oli eroja kotona hoitavan henkilön suhteen. Naisista vajaa puolet halusi kodinhoitajan tai kotisairaanhoidajan apua kotiin (41 %) ja vajaa puolet omaishoitajan apua (40 %). Miehistä yli puolet (57 %) halusi omaishoitajan apua ja reilu kolmannes (33 %) halusi kodinhoitajan tai kotisairaanhoidajan apua kotiin tullessaan huonompaan kuntoon. Naiset (16 %) halusivat miehiä (8 %) enemmän muuttaa vanhainkotiin.

5.4. Ikääntyneiden sosiaalinen kanssakäyminen

Ikääntyneiltä kysyttiin heidän ystäviensä ja muun seuran olemassaoloa sekä ystävän tarvetta seurakunnan tai jonkin järjestön kautta. Myös säännöllistä kanssakäymistä eri henkilöiden kanssa tiedusteltiin. Ikääntyneiltä kysyttiin myös kuinka usein he tuntevat itsensä yksinäisiksi.

5.4.1. Ystävät ja seura

Taulukosta 17. selviää ero ikäluokkien sekä naisten ja miesten ystävien ja muun seuran olemassaolo.

TAULUKKO 17. Ikääntyneiden ystävät ja seura ikäluokkien (n=282) ja sukupuolen (n=284) mukaan

ikäluokka	ystävän ja seuran olemassaolo		
	kyllä n (%)	ei n (%)	yhteensä n (%)
64–75 v	148 (94,3)	9 (5,7)	157 (100)
yli 75 v	116 (92,8)	9 (7,2)	125 (100)
yhteensä	264 (93,6)	18 (6,4)	282 (100)

$\chi^2=0.251$, $df=1$, $p=.632$

sukupuoli

nainen	131 (92,9)	10 (7,1)	141 (100)
mies	135 (94,4)	8 (5,6)	143 (100)
yhteensä	266 (93,7)	18 (6,3)	284 (100)

$\chi^2=0.268$, $df=1$, $p=.635$

Taulukosta 17. selviää, että suurimmalla osalla vastaajista oli ystäviä ja seuraa. Vastaajista alle kymmenesosa ilmoitti, että heillä ei ollut ystäviä tai seuraa.

Eri ikäluokilla oli ystäviä ja seuraa yhtä paljon, eli ainoastaan yhdeksän vastaajaa molemmista ikäluokista ilmoitti olevansa vailla seuraa ja ystäviä. χ^2 -riippumattomuustestin mukaan tilastollisesti merkitsevää eroa ei ole ($\chi^2=0.251$, $df=1$, $p=.632$).

Myös naisten ja miesten vastaukset olivat yhtenevät ystävän ja seuran olemassaoloa kysyttäessä. χ^2 -riippumattomuustestin mukaan tilastollisesti merkitsevää eroa ei ole ($\chi^2=0.268$, $df=1$, $p=.635$).

5.4.2. Säännöllinen sosiaalinen kanssakäyminen

Ikääntyneiltä kysyttiin, olivatko he säännöllisesti kanssakäymisessä sukulaisten, ystävien, naapureiden tai seurakunnan työntekijän kanssa.

TAULUKKO 18. Eri ikäluokkien sekä naisten ja miesten säännöllinen sosiaalinen kanssakäyminen

henkilö	ikäluokka			sukupuoli		
	64–75 v n (%)	yli 75 v n (%)	yhteensä n (%)	nainen n (%)	mies n (%)	yhteensä n (%)
sukulaiset	138 (88,5)	112 (90,3)	250 (89,3)	128 (90,8)	124 (87,9)	252 (89,4)
ystävät	106 (67,9)	69 (55,6)	175 (62,5)	90 (63,8)	86 (61,0)	176 (62,4)
naapurit	69 (43,9)	54 (43,5)	123 (43,8)	62 (44,9)	62 (43,7)	124 (43,8)
seurakunnan työntekijä	13 (8,4)	13 (10,6)	26 (9,4)	15 (10,8)	11 (7,8)	26 (9,3)

Taulukosta 18. selviää, että suurin osa vastanneista oli säännöllisessä kanssakäymisessä sukulaisten kanssa. Ystävien kanssa oli kanssakäymisessä kaksi kolmasosaa vastaajista ja naapureiden kanssa kaksi viidesosaa vastaajista. Seurakunnan työntekijän kanssa oli kanssakäymisessä alle kymmenesosa vastaajista.

χ^2 -riippumattomuustestin mukaan tilastollisesti merkitsevää eroa ei ole eri ikäluokkien sosiaalisessa kanssakäymisessä sukulaisten ($\chi^2=0.397$, $df=1$, $p=.563$), ystävien ($\chi^2=0.242$, $df=1$, $p=.712$), naapurien ($\chi^2=0.003$, $df=1$, $p=1.0$) tai seurakunnan työntekijän kanssa ($\chi^2=0.743$, $df=1$, $p=.417$).

Naiset ja miehet olivat yhtä paljon tekemisissä niin sukulaisten ($\chi^2=0.250$, $df=1$, $p=.699$), ystävien ($\chi^2=4.462$, $df=1$, $p=.047$), naapureiden ($\chi^2=0.005$, $df=1$, $p=1.000$) kuin seurakunnan työntekijänkin ($\chi^2=0.385$, $df=1$, $p=.542$) kanssa. χ^2 -riippumattomuustestin mukaan tilastollisesti merkitsevää eroa ei ole muissa kuin ystävien kanssa seurustelemisessä, jossa tulos on tilastollisesti melkein merkitsevä ($p=.047$).

5.4.3. Ystävän tarve

Tutkittavilta kysyttiin tarvitsevatko he ystävän seurakunnan tai jonkin järjestön kautta.

TAULUKKO 19. Ystävän tarve eri ikäluokkien (n=248) ja sukupuolen (n=249) mukaan eriteltyinä

haluaako ystävän	ikäluokka			sukupuoli		
	64–75 v n (%)	yli 75 v n (%)	yhteensä n(%)	nainen n (%)	mies n(%)	yhteensä n (%)
kyllä	5 (3,5)	8 (7,7)	13 (5,2)	7 (5,6)	6 (4,8)	13 (5,2)
ei	139 (96,5)	96 (92,3)	235 (94,8)	117 (94,4)	119(95,2)	236 (4,8)
yhteensä	144 (100)	104 (100)	248 (100)	124 (100)	125 (100)	249 (100)
	χ ² =2.165, df=1, p=.159			χ ² =0.090, df=1, p=.784		

Taulukosta 19. selviää, että suurin osa ikääntyneistä ei tarvinnut ystävää. Ainoastaan kolmetoista vastaajaa toivoi saavansa ystävän seurakunnan tai jonkin järjestön kautta. Kysymykseen jätti vastaamatta reilu kymmenesosa vastaajista.

Eri ikäluokista yli 75-vuotiaista 8 vastaajaa toivoi saavansa ystävän seurakunnan tai järjestön kautta ja 64–75-vuotiaista viisi vastaajaa toivoi saavansa ystävän. χ²-riippumattomuustestin mukaan tilastollisesti merkitsevää eroa ei ole (χ²=2.165, df=1, p=.159).

Naisista 7 vastaajaa toivoi ystävää ja miehistä kuusi vastaajaa toivoi saavansa ystävän. χ²-riippumattomuustestin mukaan tilastollisesti merkitsevää eroa ei ole naisten ja miesten ystävän toiveella (χ²=0.090, df=1, p=.784).

5.4.4. Yksinäisyyden kokeminen

Tutkittavilta kysyttiin, kuinka usein he tunsivat olonsa yksinäiseksi. Taulukkoon 20. on eritelty naisten ja miesten sekä kahden ikäluokan, 64–75-vuotiaat ja yli 75-vuotiaat, yksinäisyyden tunteet.

TAULUKKO 20. Eri ikäluokkien (n=277) sekä naisten ja miesten (n=279) yksinäisyyden tunne

tunteeko olonsa yksinäiseksi	ikäluokka			sukupuoli		
	64-75 v n (%)	yli 75 v n (%)	yhteensä n (%)	nainen n (%)	mies n (%)	yhteensä n (%)
kyllä	14 (9,0)	24 (19,7)	38 (13,7)	24 (17,1)	14 (10,1)	38(13,6)
joskus tai harvoin	18 (11,6)	31 (25,4)	49 (17,7)	28 (20,0)	22 (15,8)	50(17,9)
ei tunne	123 (79,4)	67 (54,9)	190 (68,6)	88 (62,9)	103(74,1)	91(68,5)
yhteensä	155 (100)	122 (100)	277 (100)	140 (100)	139(100)	279(100)
	$\chi^2=18.923$, $df=2$, $p=.000$			$\chi^2=4.526$, $df=2$, $p=.104$		

Suurin osa vastaajista ei tunne oloaan yksinäiseksi. Joskus tai harvoin olonsa yksinäiseksi tuntee vajaa viidennes vastaajista. Silloin tällöin olonsa yksinäiseksi kokee hieman yli kymmenesosa vastaajista. Usein yksinäisyyttä tuntee kuusi vastaajaa.

Eri ikäluokat kokevat yksinäisyyttä samalla tavoin. Vanhemmassa ikäryhmässä on useampi yksinäisyyttä tunteva kuin nuoremmassa ikäryhmässä. χ^2 - riippumattomuustestin mukaan ero on tilastollisesti erittäin merkitsevä ($\chi^2=18.923$, $df=2$, $p=.000$).

Miesten ja naisten yksinäisyyden tunteella ei ole χ^2 - riippumattomuustestin mukaan tilastollisesti merkitsevää eroa ($\chi^2=4.526$, $df=2$, $p=.104$). Naiset tuntevat itsensä hieman useammin yksinäisiksi kuin miehet. Enemmistö miehistä ei kuitenkaan koe oloaan lainkaan yksinäiseksi.

5.5. Ikääntyneiden kunnallisten palveluiden saanti ja palveluiden saamisen toive

Tutkittavilta kysyttiin, mitä kunnallisia palveluita he saivat ja mitä he toivoivat saavansa. Avoimessa kysymyksessä kysyttiin, saivatko he muita palveluita kuin luettelossa olleet ja viimeisenä kysymyksenä kysyttiin mitä muita palveluja he haluaisivat saada. Taulukosta 21. selviää eri ikäluokkien kunnallisten palveluiden saanti ja toiveet palveluiden suhteen.

TAULUKKO 21. Ikäluokkien palveluiden saanti ja toive

palvelu	saa ikäluokka			toivoo saavansa ikäluokka		
	64–75 v	yli 75 v	yht.	64–75 v	yli 75 v	yht.
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Asiointipalvelu	1 (0,6)	13 (10,4)	14 (5,0)	8 (5,1)	7 (5,6)	15 (5,3)
Ateriapalvelu	1 (0,6)	24 (19,2)	25 (8,9)	4 (2,6)	9 (7,2)	13 (4,6)
Kerhotoiminta	4 (2,6)	12 (9,6)	16 (5,7)	6 (3,8)	1 (0,8)	7 (2,5)
Kirjastopalvelu	5 (3,2)	2 (1,6)	7 (2,5)	3 (1,9)	1 (0,8)	4 (1,4)
Kotikäynti sos.työntek.	0 (0)	2 (1,6)	2 (0,7)	4 (2,6)	2 (1,6)	6 (2,1)
Kuljetuspalvelu	0 (0)	15 (12,0)	15 (5,3)	12 (7,7)	10 (8,0)	22 (7,8)
Leirit ja lomatoiminta	3 (1,9)	2 (1,6)	5 (1,8)	16 (10,3)	6 (4,8)	22 (7,8)
Pesulapalvelu	0 (0)	7 (5,6)	7 (2,5)	2 (1,3)	3 (2,4)	5 (1,8)
Saattopalvelu	0 (0)	2 (1,6)	2 (0,7)	1 (0,6)	3 (2,4)	4 (1,4)
Saunotuspalvelu	1 (0,6)	9 (7,2)	10 (3,6)	3 (1,9)	2 (1,6)	5 (1,8)
Siivouspalvelu	3 (1,9)	24 (19,2)	27 (9,6)	17 (10,9)	20 (16,0)	37(13,2)
Turvapuhelinpalvelu	1 (0,6)	12 (9,6)	13 (4,6)	5 (3,2)	1 (0,8)	6 (2,1)
Ystäväpalvelu	1 (0,6)	6 (4,8)	7 (2,5)	7 (4,5)	4 (3,2)	11 (3,9)
Muut palvelut	4 (2,6)	13 (10,4)	17 (6,0)	23 (14,7)	10 (8,0)	33(11,7)

Kunnallisia palveluja käytettiin melko vähän. Lähes kymmenesosa vastaajista sai siivouspalvelua ja ateriapalvelua. Kerhotoimintaan osallistui 16 vastaajaa. Kuljetuspalvelun piirissä oli 15 vastaajaa. Asiointipalvelua sai 14 vastaajaa ja turvapuhelinpalvelua 13 vastaajaa. Pesulapalvelua sai kymmenen vastaajaa. Kirjasto-, saunotus- ja ystäväpalvelua sai seitsemän vastaajaa. Leirejä ja lomatoimintaa sai viisi vastaajaa. Saattopalvelua ja kotikäyntejä sosiaalityöntekijältä sai kaksi vastaajaa.

?2- riippumattomuustestin mukaan eri ikäluokissa yli 75-vuotiaat saivat selvästi enemmän palveluja

kuin 64–75 -vuotiaat. χ^2 -riippumattomuustestin mukaan ero asiointipalvelun saannissa eri ikäluokissa on tilastollisesti erittäin merkitsevä ($\chi^2=14.104$, $df=2$, $p=.001$). Ateriapalvelun saanti eri ikäluokissa oli myös χ^2 -riippumattomuustestin mukaan erittäin merkittävä ($\chi^2=34.407$, $df=2$, $p=.000$). Kuljetuspalvelua sai hieman yli kymmenesosa yli 75-vuotiaista ja 64–75-vuotiaista kukaan ei saanut kuljetuspalvelua. Ero on tilastollisesti erittäin merkittävä ($\chi^2=19.939$, $df=2$, $p=.000$). Siivouspalvelua sai lähes viidennes yli 75-vuotiaista ja kolme vastaajaa 64–75-vuotiaista. Ero on tilastollisesti erittäin merkittävä ($\chi^2=27.431$, $df=2$, $p=.000$).

Muita palveluja kuten veteraanipalveluja ($n=5$), kuntosalipalveluja ($n=4$), terveystalveluja ($n=4$), reseptin uusimista, lääkkeenjakoja, fysioterapiapalveluja tai peruspalvelupaketin palvelutalossa sai 6 % ($n=17$) vastaajista.

Eniten toivottiin siivouspalvelua, jota toivoi hieman yli kymmenesosa vastaajista, sekä kuljetuspalvelua että leirejä ja lomatoimintaa, joita toivoi alle kymmenesosa vastaajista. Asiointipalvelua toivoi viisitoista vastaajaa ja ateriapalvelua kolmetoista vastaajaa. Ystäväpalvelua toivoi saavansa 11 vastaajaa. Kerhotoimintaan toivoi pääsevänsä mukaan seitsemän vastaajaa. Turvapuhelinpalvelua ja kotikäyntejä sosiaalityöntekijältä toivoi kuusi vastaajaa. Saunotus- ja pesulapalvelua toivoi saavansa viisi vastaajaa. Kirjasto- ja saattopalvelua toivoi neljä vastaajaa.

Naisten ja miesten esittämissä toiveissa oli χ^2 -riippumattomuustestin mukaan tilastollisesti melkein merkitsevä ero ainoastaan kuljetuspalvelussa ($\chi^2=7.405$, $df=2$, $p=.025$). Kuljetuspalvelua toivoi 17 naista ja viisi miestä. Siivouspalvelua toivoi 22 naisvastaajaa ja 15 miesvastaajaa ($\chi^2=1.582$, $df=2$, $p=.453$), ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä.

Viimeisessä avoimessa kysymyksessä kysyttiin, onko vastaajilla muita kunnallisten palveluiden toiveita kuin mitä edellä mainittiin. Taulukosta 22. selviää, mitä muita palveluja vastaajat toivoivat saavansa edellä mainittujen palveluiden lisäksi. Vastaukset on luokiteltu sisällönanalyysillä viiteen pääryhmään.

TAULUKKO 22. Ikääntyneiden toiveet kunnallisista palveluista

palvelu	toiveiden määrä n	pääluokka	yhteensä n
terveyskeskuksen säilyttäminen	1	Terveyspalvelut	10
aluesairaalan säilyttäminen	1		
jatkohoito tutussa paikassa	1		
terveydenhoitajan kotikäynnit	2		
avokuntoutus	2		
vakituinen omalääkäri	1		
aktiivinen diabeteshoitaja	1		
hammaspalvelut	1		
vanhuspalveluiden saanti helpommaksi	2	Palvelujen laatu	16
tietoa palveluista	3		
lisää hoitohenkilökuntaa	1		
kiireettömyys	1		
edullisuus	2		
asiakkaan huomiointi	1		
parempaa terveydenhuoltoa	4		
palvelukortti	1		
siivouspalvelu osaksi kotihoitoa	1	Liikkuminen	14
teiden kunto	5		
kuljetusapu	4		
jumppa	2		
ohjattu liikunta	1		
hihtolajien kunto	1		
puistojen kunto	1	Virkistys	2
hieronta	1		
jalkojen hoito	1	Apupalvelut	2
tietotekninen apu	1		
huoltomiehen apu	1		

Muiden kunnallisten palveluiden toiveissa vastaajien huomio kohdistui palveluiden laatuun. Palveluiden toivottiin olevan laadukkaita, kiireittämiä ja edullisia. Vanhuspalveluiden saatavuutta toivottiin helpommaksi ja vastaajat toivoivat tietoa saatavilla olevista palveluista. Terveystenhuollon toivottiin olevan parempaa, koska tällä hetkellä on vaikea saada aikoja terveyskeskukseen. Siivouspalvelun ottamista pois kunnallisista palveluista moitittiin ja siivouspalvelua toivottiin takaisin

kotihoitoon. Asiakkaan huomiointi palveluita annettaessa turvaa oikean palvelun antamisen sitä tarvitsevalle. Terveyspalvelujen kohdalla terveydenhoitajan kotikäyntejä toivottiin, vaikka asiakas ei olisi kunnallisen kotihoidon piirissä. Ennaltaehkäisevät kotikäynnit yli 75-vuotiaille koettiin tärkeiksi. Lähellä olevan terveyskeskuksen ja aluesairaalan säilyttämistä toivottiin, jotta pääsee tuttuun paikkaan hoitoon apua tarvitessaan. Lääkärin vaihtuminen terveyskeskuksessa koettiin hankalaksi.

Teiden kunnosta oltiin huolissaan, koska esteetön liikkuminen kaduilla ja puistoissa koettiin tärkeäksi myös mielenterveyttä ylläpitäväksi tekijäksi. Hiihtolaturjen ja puistojen hoidosta toivottiin huolehdittavan säännöllisesti. Kuljetusapua toivoi saavana muutama vastaaja. Lääkärille oli vaikea kulkea pitemmän matkan takaa ja joukkoliikennekulkuneuvot eivät kulkeneet tarpeeksi usein terveyskeskuksen ohi.

Hierontaa ja jalkojenhoitoa edulliseen hintaan ikääntyneille toivottiin virkistyspalveluina. Tietokoneen ja kännykän käyttöön toivottiin myös teknistä apua. Vanhuksille toivottiin palkattavan yhteinen huoltomies, jonka voi pyytää apuun pieniin korjaustöihin, huonekalujen siirtoon, lumitöihin, nurmikon leikkaamiseen tai muuhun pikkuhommaan. Tästä palvelusta voisi maksaa 10 euroa tunnilta.

6. POHDINTA

6.1. Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelu

Tutkimuksen katsotaan olevan luotettava, kun tutkimus on tehty tieteelliselle tutkimukselle annettujen kriteerien mukaan. Tutkimusaineiston laatuun vaikuttavat käsittelyvirheet, mittausvirheet, peitto- ja katovirheet sekä otantavirheet. Otokseen on saatava kattava otos perusjoukosta. Kato saattaa aiheuttaa vääristymää tuloksiin ja mittausvirheitä voi syntyä mittausmenetelmän tai mittarin heikkouden vuoksi. Peittovirheitä syntyy, jos perusjoukosta ei ole ajan tasalla olevaa rekisteriä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 175; Heikkilä 2005, 33,185–186; Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 2002, 108.)

Ikääntyneitä Akaassa on 2449 ja heistä 400 valittiin tutkimukseen mukaan. Tutkimukseen otettiin

osajoukot kahdesta eri ikäryhmästä, 64–75-vuotiaat ja yli 75-vuotiaat. Molemmista ikäluokista otettiin mukaan yhtä paljon mies- ja naispuolisia vastaajia. Koska naisten perusjoukossa oli yhteensä 1490 ja miesten perusjoukossa 959 henkilöä, miehet olivat suhteessa enemmän edustettuina kuin naiset. Varsinkin yli 75-vuotiaat akaalaiset miehet, joita oli perusjoukossa 375 henkilöä, olivat hyvin edustettuina tutkimuksessa. Otantasuhde 64–75-vuotiaiden naisten kohdalla oli 1:7 eli joka 7. nainen tuli valituksi. Yli 75-vuotiaista naisista valittiin tutkimukseen joka 8. nainen perusjoukosta. 64–75-vuotiaiden miesten otantasuhde oli 1:6 eli joka 6. mies valittiin mukaan tutkimukseen ja yli 75-vuotiaiden miesten otantasuhde oli 1:4. Perusjoukon kokonaistutkimuksella olisi saatu vielä kattavampi tulos, mutta kustannussyistä ja aikataulurajoitteiden takia päädyttiin satunnaisotantaan. Otannan suoritti Akaan palveluyksikön maistraatin työntekijä tietoteknisesti.

Reliaabelius tutkimuksessa tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta ja tarkkuutta. Tutkimustulokset eivät saa olla sattumanvaraisia. Reliaabelius voidaan todeta kahden tutkijan samanlaisella tuloksella, tutkittavan eri tutkimuskerroilla ja näin ollen samalla tuloksella. Myös kansainvälisesti testatut mittarit antavat luotettavan mittauksen tason. Jos otoskoko on pieni, tuloksista tulee sattumanvaraisia. (Hirsjärvi ym. 2007, 226; Heikkilä 2005, 30.) Tämän tutkimuksen mittarina käytetyn kyselylomakkeen tekoon käytettiin apuna Lappalaisen (1995) ja Lehdon ym. (1997) käyttämiä kyselylomakkeita. Lomakkeen kysymyksiä muokattiin Akaan kaupungin tarpeita vastaavaksi ja osa tuloksista oli yhteneviä aikaisempien tutkimusten kanssa.

Tutkimus on validi eli pätevä, jos se mittaa sitä, mitä sen tuleekin mitata. Tutkimuskysymysten tulee olla selkeitä ja niiden tulee vastata todellisuutta (Hirsjärvi ym. 2007, 226–227; Heikkilä 2005, 29). Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa akaalaisten ikääntyneiden kokemuksia vanhuspalveluista. Tutkimustuloksia voidaan käyttää hyväksi vanhustyön strategiaa mietittäessä ja määrärahojen suuntaamisessa vanhuspalveluihin. Kysymykset pyrittiin tekemään mahdollisimman selkeiksi ja vastausvaihtoehdot toisensa poissulkeviksi. Lomakkeen kysymyksiin pystyi vastaamaan helposti ja suhteellisen nopeasti. Kysymysten vastausvaihtoehtojen ymmärtämättömyys saattoi vaikuttaa osaan vastauksia, vaikka suurin osa vastaajista olikin vastannut melkein jokaiseen kysymykseen. Kotisairaanhoidon ja kotihoidon kysymykset saattoivat aiheuttaa sekaannusta vastaajille, koska kotisairaanhoidon ja kotihoito on yhdistetty Akaassa samaksi palveluksi. Kotiavun tarve ja saanti kysymykset olisi myös voinut yhdistää, jotta ei olisi tullut turhaa kaksoiskysymystä kotiavun saannista.

Osa vastaajista jätti vastaamatta kotiavun saanti- kysymykseen, vaikka vastasi kotiavun tarve - kysymykseen kielteisesti.

Kyselytutkimuksissa kato on yleensä suurempi kuin 20 prosenttia. Katoa saattaa esiintyä vastauksissa, koska sairastumiset saattavat estää vastaamisen vaadittuna ajankohtana. Myös vastaajan muuttaminen ja kieltäytyminen vastaamasta lisäävät tutkimuksen katoa. (Alkula ym. 2002, 109,112). Tässä tutkimuksessa katoa saattoi aiheuttaa kyselyn lähettäminen myös yksityisissä hoitolaitoksissa asuville, jotka saivat tarvitsemansa hoidon laitoksen henkilökunnalta. Akaan maistraatissa yksityisissä hoitolaitoksissa asuvien katsotaan kuuluvan kotona asuvien joukkoon, koska he ovat monesti niin hyväkuntoisia. Tästä syystä jokainen otokseen valittu ei kuulunut tutkittavaan perusjoukkoon ja otoksen edustavuus kärsi aiheuttaen peittovirheen, joka alentaa tutkimuksen luotettavuutta (Heikkilä 2005,41,186). Tutkija poisti otoksesta neljä yksityisessä vanhainkodissa pitkäaikaispaikalla asunutta vastaajaa. Muissa yksityisissä laitoksissa asuvien lukumäärä, jotka valittiin tutkimukseen, ei ole tiedossa. Heidän poistamisensa otoksesta olisi pitänyt tehdä osoitetietojen perusteella, ja koska tutkija ei ollut varma, onko kyseessä pitkäaikainen asuminen laitoksessa, kysely lähetettiin kaikille muille, paitsi tutkijan työpaikassa asuneille ikääntyneille. Poistaminen johti otoksen epäsymmetrisyyteen, koska poistetuista vastaajista kolme oli naispuolisia ikäryhmän yli 75 vuotta edustajia. Toisaalta poistaminen saattoi parantaa tutkimuksen luotettavuutta ja vähentää katoa, koska tarkoitus oli tutkia ainoastaan kotona asuvien ikääntyneiden mielipiteitä. Katoa aiheutti varmasti myös ikääntyneiden kunto ja mahdollinen sairaalassaolo vastausaikana. Tutkimukseen ei myöskään otettu mukaan vastausajan päätyttyä saapuneita vastauksia, joissa saattoi olla arvokasta tietoa vanhuspalveluiden käytöstä. Vastausaikana oli kaksi viikkoa, mikä saattoi rajoittaa joidenkin vastaajien vastaamista. Kato ei kuitenkaan aiheuttanut vääristymiä tuloksiin, koska lähes sama määrä sekä miehiä että naisia vastasi kyselyyn. Ikäluokan yli 75 vuotta hieman pienempi vastausprosentti saattoi johtua juuri vastaajien heikentyneestä kunnosta tai sairaalassaolosta.

Aineisto kuvaa ikääntyneiden kokemuksia Akaan kunnallisista vanhuspalveluista ja niiden kehitystarpeista. Tutkimustulosten avulla saatiin selville akaalaisten ikääntyneiden asumiseen vaikuttavia tekijöitä, avuntarvetta ja sosiaalista kanssakäymistä. Akaalaisten ikääntyneiden vanhuspalveluiden tarvetta ja toiveita saatiin kartoitettua vastausten avulla. Myös ikääntyneiden sairaanhoidontarve ja tulevaisuuden hoitopaikan toive selvisi tuloksista. Tutkimuskysymyksiin saatiin

vastaukset ja tuloksia verrattiin aikaisempiin tutkimustuloksiin. Osa tuloksista oli yhteneviä muiden tutkijoiden muissa kunnissa saamiin tutkimustuloksiin.

Tutkimuksen validius liittyy käsitteiden operationalisointiin (Alkula ym. 2002, 89). Abstraktit käsitteet operationalisoidaan ja tutkimusjoukosta tulee ottaa edustava otos. Tässä tutkimuksessa tutkittiin ikääntyneiden avuntarvetta liikkumisen, kotiavun tarpeen, omaishoidon tuen, sairaanhoidon tarpeen ja hoitopaikan toiveen avulla. Sosiaalista kanssakäymistä mitattiin ystävien ja seuran tarpeella sekä yksinäisyyden kokemisella. Kohtalaisen hyvä vastausprosentti (73) parantaa tulosten yleistettävyyttä. Yleistettävyyttä heikentävä tekijä on tulosten paikallisuus eli tuloksia saattaa olla vaikea siirtää suuremman kaupungin vanhustyön piiriin, jossa suurin osa ikääntyneistä asuu esimerkiksi kerrostaloissa. Asumismuoto vaikuttaa palveluiden tarpeeseen, kuten asunnon lämmittämiseen ja pihan hoitoon. Myös matkat palveluiden piiriin saattavat olla pidemmät maaseutukunnissa kuin suurkaupungeissa.

Satunnaisvirheet alentavat tutkimuksen reliaabeliutta (Alkula ym. 2002, 94). Lasten lukumäärään annettu vastaus 48 poistettiin, jotta satunnaisvirhe ei olisi vääristänyt tuloksia. Kaksi vastaajaa oli jättänyt vastaamatta kysymykseen sukupuolesta, joten heidän vastauksiaan ei huomioitu sukupuolten välisiä eroja pohdittaessa.

Tutkimustuloksista ei selviä, olivatko kaikki vastaajat ymmärtäneet esimerkiksi vanhusten asumismuotojen tuettu vanhusten asuminen, vanhusten vuokratalon sekä ryhmäkodin eron. Tutkimuksen luotettavuutta olisi parantanut vastausvaihtoehtojen selvittäminen tutkittaville ennen aineiston keruuta. Esitutkimus, joka tehtiin kuudelle ikääntyneelle Akaassa, tosin osoitti, että vastausvaihtoehdot olivat kaikille esitutkimukseen osallistuneille selkeitä. Hieman laajempi esitutkimus olisi saattanut osoittaa enemmän puutteita kyselylomakkeen ymmärtämisessä.

Koska tutkimus tehtiin Akaan kaupungissa, tutkimustuloksia on vaikea yleistää minkään toisen kunnan tai kaupungin käyttöön. Tutkimustulokset voivat tosin antaa suuntaa myös muille kunnille vanhustyön suunnitteluun, koska osa tuloksista oli yhteneviä aikaisempien suuremmilla otoksilla tehtyihin tutkimustuloksiin.

6.2. Tutkimuksen eettisten kysymysten tarkastelu

Tutkimuksen aihe ei saa loukata ketään, eikä se saa sisältää ketään väheksyviä oletuksia. Tutkimuksesta tulee aiheutua mahdollisimman vähän haittaa tutkittaville. Tutkittavilla tulee olla mahdollisuus kieltäytyä tutkimuksesta eikä heidän henkilöllisyyttään saa paljastaa missään vaiheessa. Tutkimuksen analyysissa tulee hyödyntää koko kerättyä aineistoa jättämättä analysoimatta kysymystä, johon tietolähteet ovat vastanneet. (Leino-Kilpi & Välimäki 2004, 288–292.)

Tutkittavilla on oikeus tutkimusta koskevaan tietoon ennen aineistonkeruuta ja koko aineistonkeruun ajan. Tutkittavilla on oikeus tarkentaa ja esittää selventäviä kysymyksiä koko aineistonkeruun ajan. Tutkittavien tulee olla tietoisesti suostuvaisia tutkimukseen ja heitä tulee kohdella kunnioittavasti ja rehellisesti koko aineistonkeruun ajan. Tutkittavilla on oikeus anonymiteettiin koko tutkimusprosessin ajan ja heillä on myös oikeus keskeyttää tutkimus ja saada tietoa tutkimustuloksista. (Leino-Kilpi & Välimäki 2004, 291.)

Ikääntyneet saivat vapaaehtoisesti vastata kyselyyn ja vastaaminen ei mitenkään vaikuttanut heidän saamaansa hoitoon. Tutkittavat saivat saatekirjeessä tiedon siitä, mistä heidän osoitteensa oli saatu käyttöön. Epäselvien tilanteiden kohdalla saatekirjeessä oli tutkijan yhteystiedot, joten tutkittavat saattoivat ottaa tutkijaan yhteyden koko aineistonkeruun ajan. Tutkimuksen tilaaja ei tiennyt kenelle kyselylomakkeet lähetettiin, ja analyysivaiheessa kaikki tiettyyn henkilöön viitanneet nimet poistettiin tuloksista. Koska uusintakyselyä ei tehty, tutkittavat pysyivät anonymineinä myös tutkijalle. Vastaajilla oli mahdollisuus kieltäytyä tutkimuksesta jättämällä kysely palauttamatta.

Tutkijan on tunnettava tutkimuskohteensa hyvin, jotta tuloksien oikea tulkinta onnistuu mahdollisimman hyvin (Alkula ym. 2002, 21). Tutkija on tehnyt vanhustyötä kahdeksan vuotta, joten vanhusten tarpeet ja hoito ovat käytännön työstä tuttuja.

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa luottamuksellisuus tarkoittaa, että liian pienten tutkimusryhmien tuloksia ei esitetä. Tieteellisiä tuloksia ei voi yleistää niiden pätevyysalueen ulkopuolella. Tutkimustuloksia ei siis voi yleistää toiseen paikkaan ja toiseen yhteiskuntaan. (Alkula ym. 2002, 295–298.)

Tässä tutkimuksessa eettisyys huomioitiin jo tutkimuksen suunnitteluvaiheessa, jolloin päätettiin, että uusintakyselyä ei tehdä. Tutkimuksessa ikääntyneiden henkilöllisyys ei selviä missään vaiheessa, koska kyselylomakkeita ei koodattu. Tutkija liimasi itse maistraatista saadut osoitetarrat kirjekuoriin, joten kukaan muu ei tiennyt kenelle kyselyt lähetettiin. Palautetut suljetut kirjekuoret saapuivat kaupungintalon infoon postin välityksellä, joten tutkittavien asuinpaikka ei selvinnyt. Yhdessä palautuskuoressa oli vastaajan osoitetiedot, jotka hävitettiin heti kuoren avauksen jälkeen. Vastaukset käsiteltiin luottamuksellisesti ja tutkija poisti kaikki tiettyyn henkilöön viittaavat nimet ja nimikirjaimet vastauksista. Avoimien kysymysten vastauksista ei selviä kenenkään henkilöllisyys, ainoastaan ikäryhmää saattaa arvioida yli 85-vuotialle toivottavassa ennaltaehkäisevien kotikäyntien pyynnössä. Toijalan ja Viialan palvelualueiden vastaukset erottuvat ainoastaan avoimissa vastauksissa palveluiden toiveissa, mutta vastaukset on irrotettu muista tuloksista eikä tuloksia ole ristiintaulukoitu avoimen vastauksen mukaan. Pienten vastaajaryhmien, kuten ryhmäkotiasujien, vastauksia ei eritelty muista vastauksista anonymiteetin suojaamiseksi.

Tutkija säilyttää palautettuja kyselylomakkeita lukollisessa arkistihuoneessa työpaikallaan. Aineiston hävitys tapahtuu yhdessä muiden tuhottavaksi vietävien asiapapereiden kanssa.

6.3. Tutkimustulosten tarkastelua

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ikääntyneiden akaalaisten vanhuspalveluiden käyttöä ja tarvetta. Kyselylomakkeita lähetettiin 396 ja takaisin palautui 290 lomaketta. Vastausprosentin ollessa 73 heti ensimmäisellä kyselykerralla, kustannussyistä uusintakyselyä ei tehty. Vastauskatoon saattoi vaikuttaa vastaajien yleiskunto, palveluiden tarpeettomuus vastaamishetkellä, tai vastaajan sairaalassaolo. Ainoastaan yksi kyselylomake palautui tyhjänä kommentilla ”asia ei koske vielä minua”. Ikääntyneet kokivat kyselyn tarpeellisena ja ajankohtaisena. Maistraatin tiedoissa yksityisissä hoitokodeissa asuvia ei laskettu pitkäaikaispäätöksen saaneiksi asukkaiksi, joten vastaamatta jättäneistä osa saattoi asua juuri tällaisessa hoitokodissa ja sai kaikki tarvitsemansa palvelut sieltä.

6.3.1. Ikääntyneiden taustatiedot

Naiset ja miehet vastasivat yhtä aktiivisesti kyselyyn, iäkkäämpien ikäluokassa, yli 75 vuotta, vastausprosentti oli hieman alhaisempi (64 %, n=200) kuin 64–75-vuotiailla (80 %, n=200), mikä saattoi johtua asukkaiden heikentyneestä yleiskunnosta tai sairaalassa olost.

Vastanneiden ikä luokiteltiin kahteen uuteen luokkaan 64–75-vuotiaat ja yli 75-vuotiaat, jotta voitiin vertailla eri ikäluokkien palvelutarpeita.

Vielä tarkempaa tietoa ikääntyneiden palvelutarpeesta olisi saatu, jos vastaajien ikä olisi alkanut vasta 75 vuodesta, joka on vanhuspalveluiden valtakunnallinen mitoitus- ja arviointikriteeri (Helin 2002). Toisaalta on arvokasta tietää, että eläkkeelle päässeet ovat suhteellisen hyvässä kunnossa ja tarvitsevat enemmän palveluja vasta myöhemmässä elämänvaiheessaan. Moni 64–75-vuotias vastasi kyselyyn, vaikka ei tarvinnut tai käyttänyt vanhuspalveluita tällä hetkellä. Kysely koettiin tarpeelliseksi ja ajankohtaiseksi ikääntyneiden keskuudessa.

Yli 75-vuotiaiden ryhmässä vastaajilla oli keskimäärin enemmän lapsia kuin 64–75-vuotiailla. Tämä saattoi johtua kulttuurista puoli vuosisataa sitten, jolloin suurperheitä oli enemmän kuin nyt. Kahdella vastaajalla yli 75-vuotiaista oli kahdeksan lasta, kun taas ainoastaan yhdellä 64–75-vuotiaalla oli kuusi lasta. Lasten määrä saattoi todellisuudessa olla suurempi, koska kysymyksessä kysyttiin vain elossa olevien lasten lukumäärää. Yhdeksällätoista vastaajalla ei ollut lainkaan elossa olevia lapsia. Lasten merkitys ikääntyneille avunantajana ja huolehtijana on nyky-yhteiskunnassa pienempi kuin aikaisemmin. lapset asuvat monesti toisella paikkakunnalla ja vastuu ikääntyneiden hoidosta ja huolenpidosta jää terveydenhuollon ammattilaisille.

Lähimmäksi omaisekseen yli puolet vastaajista ilmoitti puolisonsa. Kolmanneksella vastaajista lähin omainen oli lapsi. Lähes 70 prosentilla 64–75-vuotiaista puoliso oli lähin omainen. Yli 75-vuotiaista kahdella viidesosalla oli puoliso lähimpänä omaisenaan. Leskeksi jääminen vaikuttaa monesti varsinkin miespuolisten kodinhoitokykyyn ja avun tarpeen lisääntymiseen. Yksinäiset miehet tarvitsevat pesuapua ja vaatteiden huoltoapua sekä ateriapalvelua enemmän kuin naiset.

6.3.2. Ikääntyneiden asumiseen liittyvät tekijät

Yli puolet vastaajista asui omakotitalossa. Asunnon tyyppiin vaikuttaa varmasti Akaan kaupungin sijainti Tampereen eteläpuolella ja omakotiasutuksen suuri määrä alueella. Myös kerrostalossa asuminen oli yleistä, koska kolmannes vastaajista asui kerrostalossa. Hissin puute kerrostaloasunnossa aiheutti turvattomuutta ja halua muuttaa asuntoon, jossa liikkuminen olisi helpompaa. Rivitaloissa asui reilu kymmenesosa vastaajista. Omakotiasumisen suuri määrä lisää tarvetta kodinhoitoon ja pihan kunnossapitämiseen sekä asunnon lämmitysongelmiin. Kunnallisten palveluiden, kuten veden ja lämmityksen puute, saattaa aiheuttaa asuntojen kunnostamistarvetta laitosasumisen siirtämiseksi myöhäisempään vaiheeseen. Nykyinen asunto koettiin pääosin turvalliseksi. Viisi prosenttia vastaajista koki turvattomuutta yksinäisyyden, asunnon lämmityksen hankaluuden, hissittömyyden tai asunnon hoidon takia. Kaksi vastaajaa myös pelkäsi sairauskohtausta ja avunsaannin ongelmallisuutta äkillisen sairastumisen kohdatessa.

Lähes 70 prosenttia 64–75-vuotiaista asui puolisonsa kanssa. Ikäluokasta yli 75 vuotta puolison kanssa asui lähes 40 prosenttia vastaajista. Vastaajista yli puolella (55 %) lähin omainen oli puoliso. Yksin asui 40 prosenttia vastaajista. Yli 75-vuotiaista yli puolet asui yksin. Vastauksesta voidaan päätellä, että yli 75-vuotiaat ovat suhteellisen hyvässä kunnossa, koska pystyivät vielä asumaan yksin palveluiden turvin. Yksin asuminen lisäsi kuitenkin turvattomuutta ja yksinäisyyden tunnetta. Yksin asuvien määrä lisääntyy, kun tarkastellaan ikääntyneempää ikäryhmää. Yksin asumisen lisääntyminen tulee huomioida kotihoidon palveluita kehitettäessä ja omaishoidon tukea mietittäessä. Jos ikääntyneellä ei ole omaishoitajaa, siirtyminen laitoshoidon saattaa tulla kyseeseen todellista laitoshoidon tarvetta aikaisemmin.

Koska omakotiasuminen oli yleisintä vastaajien kesken, suurimmalla osalla (60 %) vastaajista oli käytössään kolme huonetta tai enemmän keittiön tai keittokomeron lisäksi. Kolmanneksella vastaajista oli käytössään kaksi huonetta ja alle kymmenellä prosentilla yksi huone.

Ikääntyneet halusivat pääosin (78 %) asua nykyisessä asunnossaan lähivuosina. Yli 80 prosenttia 64–75-vuotiaista halusi asua nykyisessä asunnossaan ja kuusi prosenttia heistä halusi korjauksia

asuntoonsa. Yli 75-vuotiaista 73 prosenttia halusi asua nykyisessä asunnossaan ja lähes kymmenen prosenttia heistä toivoi korjauksia elämisen helpottamiseksi asuntoonsa. Lehdon ym. (1997) tutkimuksen mukaan noin 68 prosenttia vastaajista asui mieluiten omassa kodissaan. Akaalaisten hieman suurempi halu asua kotona saattaa johtua kymmenessä vuodessa kotihoidossa tapahtuneesta muutoksesta ja kehityksestä. Nykyisin kotona asumista tuetaan taloudellisesti lakisääteisellä omaishoidon tuella. Kunnan tulisi huolehtia ikääntyneiden asuntojen kuntotarkastuksista ja näin ehkäistä palvelutaloon tai ryhmäkotiin siirtymistä. Oma koti koetaan kaikkein mieleisimmäksi paikaksi asua, joten kotihoidon palveluja tulee tulevaisuudessa lisätä. Laitoshoidon suosio vastaajien kesken oli vähäistä, ehkä osittain siitä syystä, että nykyinen tiedotusvälineiden tuoma tieto vanhusten ”säilyttävästä” eikä kuntouttavasta hoidosta antaa huonon kuvan laitoshoidosta. Pienkoti- ja ryhmäkotiasumiseen kannattaa panostaa kunnassa. Vanhainkotipaikat tulevat olemaan tulevaisuudessa lähinnä muistihäiriöisten ja vuodehoitoa tarvitsevien ikääntyneiden asuinpaikkana.

6.3.3. ikääntyneiden avuntarve

Suurin osa (89 %) ikääntyneistä liikkui kotona itsenäisesti. Liikkuessaan kotona yli 75-vuotiaista viidennes tarvitsi apuvälineen ja kolme vastaajaa tarvitsi avustajan. Kodin ulkopuolella liikkui itsenäisesti 81 prosenttia vastaajista. Apuvälineitä käytti kymmenesosa vastanneista ja avustajan tarvitsi 20 vastaajaa. Nykyiset hyvät apuvälineet ja kotiin remontoitujen riittävien tilojen mahdollistavat apuvälineiden käytön myös kotipiirissä ja näin saadaan myös ikääntyneiden liikkumiskykyä ylläpidettyä mahdollisimman pitkään.

Lehdon ym. (1997) tutkimuksen mukaan kodin ulkopuolella liikkumiseen tarvitsi apua vähintään kolmannes yli 75-vuotiaista. Tässä tutkimuksessa 14 % vastanneista yli 75-vuotiaista tarvitsi apua liikkuessaan kodin ulkopuolella. Tulosten ero saattaa johtua tutkimusjoukon koosta tai akaalaisten hyvästä fyysisestä kunnosta ja ruumiillisesta työstä jota tehdään enemmän omakotiasumisessa kuin suurten kaupunkien kerrostaloasumisessa.

Eniten apua ikääntyneet tarvitsivat siivouksessa (27 %), myös pihan hoidossa ja pyykin pesussa tarvittiin apua. Siivous on fyysisesti raskasta työtä ja koska ikääntyneiden liikkumisen ja fyysiset voimat heikentyvät vuosien aikana avuntarve raskaissa töissä lisääntyy. Pihan hoitamisen apua tarvitsi lähes viidennes vastaajista, koska omakotiasuminen oli yleisin asumismuoto akaalaisten ikääntyneiden

keskuudessa. Ruuan laittamisessa yli viidennes miehistä tarvitsi apua, mikä saattaa johtua perinteisestä työnjaosta, jossa nainen tekee ruuan kotona. Myös vaatteiden kunnostamisessa miehet tarvitsivat naisia enemmän apua.

Kotiapua ei tarvinnut kolme neljäsosaa vastanneista. Ajoittaista kotiapua tarvitsi 15 prosenttia vastaajista ja väliaikaista kotiapua esimerkiksi leikkauksesta johtuen tarvitsi kymmenen (n=264) vastaajaa. Yli 75-vuotiaat tarvitsivat kotiapua hieman enemmän kuin 64–75-vuotiaat, mikä selittyy vanhenemiseen liittyvien fyysisten voimien heikentymisenä. Kotiapua sai riittävästi viidennes vastaajista ja neljä prosenttia toivoi saavansa enemmän kotiapua. Tepponen (2003) totesi tutkimuksessaan, että 64 prosenttia vastaajista tarvitsi enemmän päivittäisiä tai viikoittaisia palveluja kuin nyt sai. Tässä tutkimuksessa ainoastaan 4 prosenttia vastaajista toivoi saavansa enemmän kotiapua kuin nyt sai.

Kotona akaalaisia ikääntyneitä auttoi pääasiassa omainen (64 %). Tutkimuksessaan Tepponen (2003) ja Rissanen (1999) sekä Elo (2006) toteavat, että tarvittava tuki saatiin yleensä omaisilta. Kodinhoitaja oli kuitenkin tärkein auttaja pitkäaikaissairaalla yli 75-vuotiaalla. Themessl-Huber (2007) toteaa, että kaikki haastatellut saivat jonkinlaista apua perheenjäseniltä, sukulaisilta tai naapureilta Isossa-Britanniassa. Tässä tutkimuksessa kodinhoitajalta avun sai 4 % vastaajista, mikä oli huomattavasti vähemmän kuin Lehto ym. (1997) tutkimuksessaan toteavat. Akaalaisilla ikääntyneillä on hyvät perhesuhteet ja läheiset välit omaisten kanssa, koska tarvittava apu saatiin suurimmalta osin juuri omaiselta. Apua ei tarvinnut kolmasosa vastaajista.

Lähes kukaan vastanneista ei saanut omaishoidon tukea (96 %). Kymmenen vastaajaan, jotka saivat omaishoidon tukea, hoitajana toimi puoliso (3 %) tai tytär tai poika (1 %). Omaishoidon tukea tällä hetkellä toivoi saavansa viidennes vastaajista. Heistä yli 75-vuotiaita oli 38 prosenttia ja 64–75-vuotiasta vastaaja oli 14 prosenttia. Suurin osa vastaajista, jotka toivoivat saavansa omaishoidon tukea, toivoi hoitajana toimivan puolison (14 %) tai lapsen (9 %). Yksi vastaaja toivoi miniän tai vävyn olevan hoitaja ja neljä vastaajaa toivoi vierasta hoitaja omaishoitajakseen. Vaaraman ym. (1999) vanhusbarometrin mukaan kuudesosa vastanneista hoiti säännöllisesti pitkäaikaissairasta henkilöä, mutta vain kuudesosa heistä sai omaishoidon tukea työstään. Tulosten perusteella akaalaiset ikääntyneet kokivat hoitavansa puolisoitaan tai omaisiaan tällä hetkellä melko paljon ilman, että saivat

korvausta hoitamisestaan. Omaishoidon tuen saamisen kriteerit saattavat olla liian korkeat tai sitten omaishoidon tukea ei osata hakea. Informaatio omaishoidon tuen saamisen mahdollisuudesta ja edellytyksistä tulee saattaa ikääntyneiden tietoon.

Sairaanhoidon tarvetta kysyttäessä yli puolet vastaajista ilmoitti, että he eivät tarvitse kotisairaanhoitoa. Riittävästi kotisairaanhoitoa sai kuusi prosenttia vastaajista. Enemmän kotisairaanhoitoa toivoi kolme vastaajaa. Viime aikoina sairaalassa oli ollut vajaa kymmenesosa vastaajista ja jatkuvaa sairaalahoitoa tarvitsi kaksi vastaajaa. Tarvitsemansa lääkärin hoidon sai kolmannes vastaajista ja enemmän lääkärin hoitoa tarvitsi 5 prosenttia vastaajista. Tepposen (2003) tutkimuksessa 64 prosenttia vastaajista tarvitsi enemmän päivittäisiä tai viikoittaisia palveluja kuin nyt sai. Tulosten perusteella kotisairaanhoito toimii Akaassa hyvin ja vaikka lääkäreiden palveluiden saannista on paljon keskustelua, ainoastaan 13 vastaajaa toivoi saavansa enemmän lääkärin palveluja kuin nyt sai. Kunnalliset terveystalvelut, kuten kotisairaanhoitajan ja lääkärin palvelut saivat melko hyvän arvostelun niin Vaaraman ym. (1999) tekemässä kuin tässäkin tutkimuksessa.

Ikääntyneiltä kysyttiin, missä he halusivat tulla hoidetuksi, jos heidän kuntosaa heikkenisi ja avuntarpeensa kasvaisi. Suurin osa (85 %) toivoi saavansa avun kotiinsa joko omaishoitajan (49 %) tai kodinhoitajan (36 %) antamana. Vanhainkotiin tai palvelutaloon halusi muuttaa hieman yli kymmenesosa vastaajista. Tuloksista voi päätellä, että koti koetaan turvalliseksi ja läheiseksi paikaksi asua myös kunnan heiketessä, jos sinne vain saadaan tarvittava apu. Akaa on laitospainotteinen kunta ja tälläkin hetkellä niin yksityisten kuin kunnallisten vanhainkotien ja palvelutalojen asukaspaikat ovat täynnä ja terveyskeskuksen vuodeosastolla odottaa kuusi pitkäaikaispäättökseen saanutta potilasta vanhainkotiin pääsyä. Vanhainkotiin pääsyn kriteerejä tulee tarkastella uudelleen ja pohtia tarkkaan asukassijoitukset työryhmässä. Tulos on hieman suurempi kuin Lehto ym. (1997) saivat tutkimuksessaan, jonka mukaan 68 % vastaajista asuisi kotona kuntosaa heiketessä.

6.3.4. Ikääntyneiden sosiaalinen kanssakäyminen

Suurimmalla osalla vastanneista (93 %) oli ystäviä ja seuraa ja he eivät tarvitse (95 %) ystävää seurakunnan tai vapaaehtoisjärjestön kautta. Tulokset ovat yhtenevät Vaaraman ym. (1999)

vanhusbarometrin kanssa, jonka mukaan ikääntyneet eivät tunteneet itseään juuri koskaan yksinäiseksi.

Tutkimustulosten mukaan vastaajista yli puolet oli säännöllisessä yhteydessä sukulaisiin (89 %) ja ystäviin (64 %). Naapureiden kanssa säännöllisesti oli tekemisissä 44 prosenttia vastaajista. Lehdon ym. (1997) tutkimuksen mukaan sukulasiin, naapureihin ja ystäviin oltiin yhteydessä viikoittain. Seurakunnan työntekijään oli säännöllisesti yhteydessä vajaa kymmenesosa akaalaisista vastanneista. Päivittäinen kanssakäyminen tapahtui siis lähinnä sukulaisten ja ystävien kanssa.

Yksinäiseksi olonsa koki usein 2 prosenttia vastaajista, silloin tällöin 12 prosenttia ja harvoin 18 prosenttia vastaajista. Yksinäisyyttä koettiin harvemmin kuin Lehdon ym. (1997) tutkimuksessa, jossa seitsemän prosenttia koki olonsa yksinäiseksi usein ja kolmannes joskus. Yksinäisten osuus on pieni, kuten myös Lehto toteaa tutkimustuloksissaan. Ikääntyneet joko ovat tottuneet olemaan yksin tai sitten heillä on riittävästi seuraa arkipäivän elämän toimissaan.

6.3.5. Ikääntyneiden kunnallisten palveluiden saanti ja toivomus

Tutkimukseen osallistuneet ikääntyneet käyttivät melko vähän kunnallisia vanhuspalveluja. Tulokset ovat yhtenevät Rissasen (1999) tutkimustulosten kanssa. Hänen mukaansa tutkittavat käyttivät sairauksistaan huolimatta melko vähän sosiaalipalveluja.

Eniten saatiin siivouspalvelua (10 %), joka kunnallisten palveluiden kohdalla koskee ainoastaan kevyttä siivousta ilman mattojen ulosvientiä tai moppausta. Siivouspalvelua toivottiin myös eniten saatavaksi (13 %). Siivous koetaan raskaaksi ja fyysistä voimaa sekä ketteryyttä vaativaksi työksi, joten ikääntyneiden siivoustarve on luonnollisesti suurin palvelujen toive. Siisti asuinympäristö myös luo viihtyvyyttä ja helpottaa sosiaalista kanssakäymistä tuttavien kanssa. Häkkinen & Holma (2004) toteavat, että sosiaalitoimelta toivottiin siivousapua ja kauppa-apua.

Seuraavaksi eniten toivottiin kuljetuspalvelua (8 %) ja leirejä sekä lomatoimintaa (8 %). Kuljetuspalvelujen toive kertoo pitkistä välimatkoista kauppaan ja terveydenhoidon piiriin. Liikkumiskyvyn heiketessä kuljetuksen puute vaikuttaa jokapäiväisten asioiden hoitamiskykyyn ja

seurusteluun ystävien kanssa. Lomatoiminnan toiveet johtuvat varmasti seuran kaipuusta ja leirien järjestämisessä tulee huomioida ikääntyneiden fyysiset ja psyykkiset tarpeet. Omatoimiset leirilomat ovat varmasti raskaita ikääntyneille, jotka eivät enää jaksaa kulkea nuorempien tahdissa retkillä. Ystäväpalvelua toivoi saavansa 4 prosenttia vastaajista. Ystävä koetaan tueksi ja turvaksi liikuttaessa kaupoissa tai asioidessa esimerkiksi lääkärissä. Ystävältä saa myös apua yksinäisyyden tunteeseen.

Kerhotoimintaa toivoi kolme prosenttia vastaajista. Kerhotoimintaa järjestetään jo nyt sekä Toijalan että Viialan taajamissa, joten kerhotoiminnasta tiedottamista tulee varmasti lisätä. Kerhotoiminta on avointa kaikille ikääntyneille. Turvapuhelinpalvelua toivoi saavansa kuusi vastaajaa. Turvapuhelin toimii turvana esimerkiksi äkillisen sairauskohtauksen tai kaatumisen kohdatessa. Turvapuhelinpalvelua sai jo 13 vastaajaa. Kotikäyntejä sosiaalityöntekijältä toivoi myös kuusi vastaajaa. Ikääntyneiden taloudellinen tilanne ei välttämättä ole hyvä, koska eläkkeet ovat melko pieniä ja niin ruuan kuin asumisen ja muidenkin hyödykkeiden hinnat kasvavat koko ajan.

Pesula- ja saunotuspalvelua toivoi viisi vastaajaa. Pyykistä huolehtiminen ja omasta hygieniasta huolehtiminen on vaikeaa ikääntyneille, joiden nivelet jäykistyvät ja estävät omatoimisen hiusten ja selän pesun. Kirjasto- ja saattopalvelua toivoi saavansa neljä vastaajaa. Kirjastoon kulkeminen on usein vaivalloista ja sieltä oikeiden ja omaa makua miellyttävien teosten löytäminen vaikeaa. Saattoapu on tarpeen vaikeissa paikoissa liikuttaessa ja monimutkaisia asioita selvitettäessä. Saattajan niin psyykkinen kuin fyysinenkin tuki on tarpeen ikääntyneille.

Monessa palveluiden toiveissa esille nousi palveluiden laadukkuus. Ikääntyneille ei riitä että palveluja on tarjolla, vaan he toivovat myös laadukasta hoivaa ja apua. Palveluiden arviointia tuleekin suorittaa säännöllisesti. Teiden huono kunto vaikeuttaa itsenäistä liikkumista ja kaatumisen pelossa liikkuminen saattaa jäädä vähäisemmäksi kuin turvallisessa liikkumisympäristössä. Myös tietoa palveluista, ja paikoista mihin voi ottaa tarpeen tullessa yhteyttä, kaivattiin. Akaassa on tehty palveluesite ikäihmisille, jota on jaettu seurakunnan ja muissa kunnallisia palveluja tarjoavissa paikoissa kuten kirjastossa ja terveyskeskuksessa. Puheet terveyspalvelujen siirtämisestä ja lopettamisesta huolestuttavat ikääntyneitä, joiden liikkumiskyky on muutenkin heikentynyt. Palveluiden kalleus huolestuttaa myös ikääntyneitä. Kunnallisiin palveluihin on mahdollista saada myös ns. nollamaksupäätös, jolloin palvelut ovat ilmaisia, jos tulot ovat tarpeeksi pienet.

Teknologian yleistyessä ikääntyneet kokevat jäävänsä kehityksen ulkopuolelle monimutkaisten laitteiden ja tietotekniikan yleistyessä. Pankkien maksuttomat palvelut siirtyvät tietokoneille ja ikääntyneiden mahdollisuudet käyttää ilmaisia palveluja vähenevät tietotekniikan yleistyessä. Kunta voisi järjestää ikääntyneille suunnattuja tietokoneen käyttökursseja, jolloin asioiden hoitaminen helpottuisi, kun se voitaisiin tehdä kotoa käsin. Toisaalta ikääntyneet saavat päivittäisiä sosiaalisia kontakteja asioimalla kaupassa ja pankissa, joten jos nämä palvelut hoidetaan suoraan kotoa käsin, yksinäisyyden tunne saattaa lisääntyä ikääntyneiden keskuudessa.

Kotisairaanhoidajan tai terveydenhoitajan kotikäynnejä toivottiin yli 85-vuotiaille. Ennaltaehkäisevät kotikäynnit ovat juuri alkamassa Akaassa kevään 2008 aikana. Avokuntoutuksen lisäys auttaa myös varmasti ennaltaehkäisemään ikääntyneiden fyysisiä ongelmia. Jumpan, hieronnan ja jalkojenhoidon sopivan hintainen suuntaaminen ikääntyneille auttaa terveyden ylläpitämistä ja hyvinvointia. Terveyskeskukseen toivottiin parempaa palvelua ajanvaraukseen. Aihe on ollut ajankohtainen paikallislehden yleisönosastolla ja isäntäkuntamallin tulo vuoden 2009 alusta toivotaan parantavan tilannetta.

Palveluiden saantia toivottiin helpommaksi. Palveluiden saamiselle ja antamiselle on oltava tietyt kriteerit, jotta tarpeenmukainen hoito pystytään antamaan sitä tarvitseville. Kuljetuspalveluiden ja taksilappujen saaminen varmasti helpottaisi asioimista kaupassa ja pankissa ja terveydenhuoltopalveluissa. Palvelukortin kehittäminen antaisi ikääntyneille vapautta valita palveluiden tuottajan ja ajankohdan, jolloin palvelua halutaan. Häkkinen & Holma (2004) esittivät tutkimuksessaan muiden palvelujen toiveissa esille tulleita seikkoja, kuten liikuntaryhmien lisääminen, alennusliput kulkuneuvoihin, katujen hyvä kunnossapito ja puistoihin penkkejä. Ikääntyneiden toiveet ovat samankaltaisia niin pääkaupunkiseudulla kuin pienemmissä kaupungeissakin. Ulkoilualueiden viihtyvyys ja liikkumisen turvallisuus ovat tärkeitä ikääntyneille.

6.3.6. Johtopäätökset tuloksista

Tulevaisuudessa on hyvä panostaa ikääntyneiden kotona selviämiseen mahdollisimman pitkään siirtämällä määrärahoja omaishoidon tukeen. Ikääntyneet toivovat saavansa hoidon kotiinsa myös kuntonsa heikentyessä, joten omaishoidon järjestämiseen tulee panostaa. Sukulaiset eivät ole ainoa vaihtoehto omaishoitajina, vaan myös vieraiden omaishoitajien palveluita tullaan tarvitsemaan tulevaisuudessa lähisukulaisten asuessa toisella paikkakunnalla.

Ikääntyneiden asuntojen korjauksista ja liikkumisen turvallisuudesta tulee huolehtia. Koska suurin osa vastaajista haluaa asua omassa asunnossaan myös lähitulevaisuudessa, kotihoitoon ja kodinhoitopalveluihin kannattaa panostaa. Laitoshoitoon pääsyn kriteerejä tulee tarkistaa ja ikääntyneiden kotona asumista tukea elämistä helpottavilla toimilla, kuten apuvälineillä ja kuntoutuksella. Esteetön liikkuminen onkin ikääntyneiden perusoikeuksia, johon kunnan tulisi antaa mahdollisimman hyvät puitteet. Teiden kunnossapito ja puistoon hankittavat penkit tuovat viihtyvyyttä ja turvallisuutta ikääntyneiden liikkumiseen.

Akaalaisten ikääntyneiden palvelutarve tällä hetkellä on pieni. Suurin osa ei tarvitse tai käytä kunnallisia palveluita. Kunnallisen siivousavun järjestäminen ikääntyneille edesauttaa kotona selviytymistä paljon. Siivoustyö on monesti niin raskasta, että muutoin kotona selviävä haluaa hoitolaitokseen tai palveluasumisen piiriin ainoastaan siivousavun saamisen takaamiseksi. Ikääntyneet kaipaavat seuraa ja toivovat henkilökunnalta resursseja myös läsnäoloon.

Asiakkaan oman mielipiteen kuunteleminen palvelujen tarpeesta ja tuottamisen oikeasta ajankohdasta tulee huomioida mahdollisimman hyvän ja tyydyttävän palvelutarpeen täyttämiseksi. Palveluista tiedottaminen asiakkaille ja vaihtoehdoista kertominen on tärkeää oikean palvelun ja tarpeen kohtaamiseen. Ikääntyneet eivät välttämättä tiedä mitä palveluita heidän on mahdollista saada ja mitä kustannuksia palveluiden ostamisesta syntyy. Tietoiskut erilaisten eläkejärjestöjen tapaamisissa tai artikkeli vanhuspalveluista paikallislehdessä antaisi tarvittavaa tietoa kuntalaisille.

6.3.7. Jatkotutkimusaiheet

Ikääntyneiden määrän lisääntyessä on kiinnitettävä huomiota hoidon saatavuuteen ja ennaltaehkäisevien palveluiden tuottamiseen. Tutkittu tieto ikääntyneiden avuntarpeesta uuden teknologian käyttämisessä on ajankohtaista. Mahdollisen vanhusneuvolan tarpeellisuudesta kunnassa on hyvä saada tietoa ennen palveluista päättämisestä.

Jatkossa olisi hyvä tutkia ikääntyneiden mahdollisuutta osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon, sekä ennaltaehkäisevien palveluiden käyttömahdollisuutta ja tarpeellisuutta ikääntyneiden keskuudessa.

Ikääntyneiden haastatteluista saataisiin arvokasta ja yksilöllistä tietoa heidän mielipiteistään ja toiveistaan omasta palvelutarpeestaan. Myös omaisten mukaan ottaminen tutkimukseen tuottaisi arvokasta tietoa varsinkin omaishoidon kannalta.

Lisää arvokasta tietoa saadaan tutkimalla hoitohenkilökunnan valmiuksia kohdata ikääntyneiden hoitotarpeita avoterveydenhuollossa. Kotihoidon ja kotisairaanhoidon yhdistäminen on tuonut uusia haasteita kotipalvelulle ja henkilökunnalle.

LÄHTEET

Akaan kaupungin internetsivut 2007, <http://www.aka.fi> (viitattu 1.11.2007)

Akaan kaupungin perusturvalautakunnan pöytäkirja 24.1.2008, Sähköisenä osoitteessa <http://aka.ktweb.fi/>. Tulostettu 21.2.2008

Ala-Nikkola M., 2003. Sairaalassa, kotona vai vanhainkodissa. Väitöskirja Tampereen yliopisto

Alkula T., Pöntinen S. & Ylöstalo P. 2002. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. WS Bookwell Oy, Juva.

Andersson S. 2007. Palveluasuntoja ikäihmisille. Stakes raportteja 14/2007. Valopaino Oy, Helsinki.

Billings J. & Leichsenring K. 2005. Integrating health and Social Care Services for Older Persons, evidence from Nine European Countries. Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Vienna, Austria.

Caris-Verhallen W. & Kerkstra A. 2001. Continuity of care for patients on a waiting list for institutional long-term care. Health and Social Care in the Community 9(1), 1-9.

Carrasco B., Caire V. & Stockins B. 2003. Evaluation of Senior Citizens' Satisfaction in Primary Health Centres as Assessment of the Academic Model. Education for Health, Vol. 16, No. 1, 2003, 4 – 13

Elo S. 2006. Teoria pohjoissuomalaisten kotona asuvien ikääntyneiden hyvinvointia tukevasta ympäristöstä. Väitöskirja, Oulun Yliopisto. Acta Ouluensis 2006.

Heikkilä M. & Lahti T. 2007. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2007. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus, STAKES, Yliopistopaino Helsinki.

Heikkilä T. 2005. Tilastollinen tutkimus. Edita Prima Oy, Helsinki.

Helin, S. 2002. Palvelujärjestelmä iäkkään ihmisen voimavarojen tukijana. Teoksessa Eino Heikkinen & Marjatta Marin(toim.) Vanhuuden voimavarat, Vammalan kirjapaino Oy, Vammala.

Hellman, K. Peuhkurinen E. & Raulas M. 2005. Asiakasjohtamisen työkirja. WS Bookwell Oy, Juva.

Hietanen A. & Lyyra T.-M. (toim.) 2003. Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2003:2

Hirsjärvi S., Remes P. & Sajavaara P. 2007. Tutki ja kirjoita. Otavan kirjapaino Oy, Keuruu.

Häkkinen H. & Holma T. 2004. Ehkäisevä kotikäynti – tuki vanhuksen kotona selviytymiselle. Hakapaino Oy, Helsinki.

Ikonen E.-R. & Julkunen S. 2007, Kehittyvä kotihoito. Edita Prima, Helsinki.

Ikäihmisen hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus 2001. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:4. Oy Edita Ab, Helsinki.

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 2008:3. Yliopistopaino Oy, Helsinki.

Jyrkämä J. 2007, Toimijuus ja toimijatilanteet - aineksia ikääntymisen toimintakyvyn tutkimiseen, artikkeli teoksesta Vanhuus ja sosiaalityö, WS Bookwell Oy, Juva.

Kananoja A., Lähteinen M., Marjamäki P., Laiho K., Sarvimäki P., Karjalainen P. & Seppänen M. 2007. Sosiaalityön käsikirja. Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Kansanterveyslaki 1972. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066> (viitattu 1.11.2007)

Kivelä S.-L. 2006. Geriatrisen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:30. Yliopistopaino Kustannus, Helsinki.

Kuntalaki 1995. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1995/19950365> (viitattu 9.11.2007)

Laki kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta 2007.

[http://www.intermin.fi/intermin/images.nsf/files/1e774481168d38d1c225727c002b774f/\\$file/laki_kunta_ajapalvelurakenneuudistuksesta_090207.pdf](http://www.intermin.fi/intermin/images.nsf/files/1e774481168d38d1c225727c002b774f/$file/laki_kunta_ajapalvelurakenneuudistuksesta_090207.pdf) (viitattu 1.11.2007)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.

<http://www.trasek.net/lakiasiat/Lakipotilaanasemastajaoikeuksista.htm> (viitattu 1.11.2007)

Lappalainen U. 1995, Vanhustyön Strategia, Kuntatalon painatuskeskus, Helsinki

Lassila J., Määttänen N. & Valkonen T. 2007. Ikääntymisen taloudelliset vaikutukset ja niihin varautuminen. Valtioneuvoston kanslian julkaisuja 10/2007, Edita Prima Oy, Helsinki.

Lee D., Woo J. & Mackenzie A., 2002. A review of older people's experiences with residential care placement. *Journal of Advanced Nursing* 37 (1), 19–27.

Lehto J., Aalto A-R., Päivärinta E. & Järvinen A. 1997. Mistä apu ikääntyneille? STAKES Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Stakesin monistamo, Helsinki.

Lehto M. 2007. Tie hyvään vanhuuteen. Vanhusten hoidon ja palvelujen linjat vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:8. Yliopistopaino, Helsinki

Leino-Kilpi H. & Välimäki M. 2004. Etiikka hoitotyössä. WS Bookwell Oy, Juva.

Mäkinen E., Niinistö L., Salminen P. & Karjalainen P. 1994. Kotihoito. Kustannusosakeyhtiö Otavan painolaitokset, Keuruu.

Palomäki S-L. 2007, Tekemisen ja kohtaamisen ristiriita vanhustyössä. Teoksessa Marjaana Seppänen, Antti Karisto & Teppo Kröger (toim.) Vanhuus ja sosiaalityö, sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä, WS Bookwell Oy, Juva.

Puranen J, Kärki M., Lagerblom K., Leskelä J., Rauste E., Rysti M., Seppänen S., Valvanne J., Väisänen J. & Wiklund A. 2007. Ennaltaehkäisevät vanhuspalvelut (EEVA)- hanke 2005–2007. Espoon kaupunki, Sosiaali- ja terveystoimen julkaisuja 1/2007.

Raiski T, & Päivärinta E. 2005. Vanhusten päivätoiminta arjen tukena, päivätoiminta vuosina 2003-2004 ja kehittämisenäkökulmia vuoteen 2012. Tampereen Yliopistopaino Oy Painatuskeskus, Tampere

Rissanen L. 1999. Vanhenevien ihmisten kotona selviytyminen. Oulun yliopisto, kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos, Oulu. Saatavana myös sähköisenä osoitteessa <http://herkules.oulu.fi/isbn9514254414/>

Roberts K. 2001. Across the health-social care divide: elderly people as active users of health care and social care. *Health and Social Care in the Community* 9(2), 100–107

Roe B., Whattam M., Young H. & Dimond M. 2001. Elders' needs and experiences of receiving formal and informal care for their activities of daily living. *Journal of Clinical Nursing* 10 (3), 389–397.

Ruoppila I. 2007. Psyykkisen toimintakyvyn tukeminen. Teoksessa Marjaana Seppänen, Antti Karisto & Teppo Kröger (toim.) Vanhuus ja sosiaalityö, sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä, WS Bookwell Oy, Juva.

Sisäasiainministeriön julkaisuja 31/2007. Lääninhallitusten keskeiset arviot peruspalveluiden tilasta 2006. Sisäasiainministeriö Helsinki.

Sosiaalihuoltolaki 1982. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820710> (viitattu 9.11.2007)

Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003.

Sosiaali- ja terveystalouden strategiat 2015–2020. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006.

Tenkanen R. 2007. Sosiaalityö ja kotona asuvien vanhusten ongelmat. Teoksessa Marjaana Seppänen, Antti Karisto & Teppo Kröger (toim.) Vanhuus ja sosiaalityö, sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä, WS Bookwell Oy, Juva.

Tepponen P. 2003. Yli 75-vuotiaiden kotihoitoasiakkaiden palvelujen toteutumisen pääkaupunkiseudulla. Tutkimus Espoon, Helsingin ja Vantaan kaupungeissa. Väitöskirja, Helsingin yliopisto, Yliopistopaino, Helsinki.

Themessl- Huber M. 2007. Frail older people's experiences and use of health and social care services. *Journal of Nursing Management*. Volume 15 Issue 2 Page 222-229, March 2007

Tilastokeskus 2007. http://www.stat.fi/til/vaenn/2007/vaenn_2007_2007-05-31_tie_001.html (viitattu 30.10.2007)

Vaarama M., Hakkarainen A., Laaksonen S. 1998, Vanhusbarometri 1999, STM:n julkaisuja, Helsinki 1999

Vallejo Medina A., Vehviläinen S., Haukka U.-M., Pyykkö V. & Kivelä S.-L. 2006. Vanhustenhoito. Werner Söderström Osakeyhtiö, Helsinki.

Virnes E., Sahala H, Majoinen K & Laukkanen H.(toim.) 2006. Ikäpolitiikka kunnissa, Strategia johtamisen tukena. Kuntaliiton julkaisu, Kuntatalon paino, Helsinki.

Voutilainen P., Kattainen E. & Heinola R. 2007. Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna. Selvitys omaishoidon tuesta ja sen vaihtelusta 1994–2006. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:28. Yliopistopaino, Helsinki.

Välikangas K. 2006. Kuntien toiminta ikääntyneiden kotona asumisen ja palvelujen kehittämisessä. Ympäristöministeriön julkaisuja 21/ 2006. Edita Prima Oy, Helsinki.

Julkaisemattomat lähteet

Akaan kaupunki, asiakas- ja palveluluettelo vanhustyö, vanhustyön johtajan pitämä tilasto. Tulostettu 20.12.2007

SAS- kokous palvelutalo Kurkelanhovissa 27.11.2007 klo 14.00–15.30. Osallistujat vanhustyön johtaja Haakana, kotihoidon ohjaaja Toijalan palvelualue Kauranen, kotihoidon ohjaajan sijainen Helminen Viialan palvelualue, vanhainkoti Hakalehdon osastonhoitaja Takaniemi, Akaan vuodeosaston osastonhoitaja Salo, Viialan vanhainkodin osastonhoitaja Jaakola, palvelutalo Kurkelanhovin hoitaja Ahonen ja vanhainkoti Havulinnan johtaja Avara. Muistiinpanot laati tutkija.

SAS-kokous vanhainkoti Mäntymäessä 24.1.2008 klo 14.00–16.00. Osallistujat vanhustyön johtaja Haakana, kotihoidon ohjaaja Toijalan palvelualue Kauranen, kotihoidon ohjaaja Viialan palvelualue Auranen, vanhainkoti Hakalehdon osastonhoitaja Takaniemi, Viialan vanhainkodin osastonhoitaja Jaakola, Akaan vuodeosaston osastonhoitaja Salo ja vanhainkoti Havulinnan johtaja Avara. Muistiinpanot laati tutkija.

Kotihoidonohjaaja Eija Kaurasen haastattelu 29.11.2007

Diakonissa Aila Laaksosen haastattelu 26.11.2007

Toijalan kaupungin vanhuspoliittisen suunnitelman 1998–2010 osalta tarkistus vuoteen 2010 saakka

Viialan kunnan vanhuspoliittinen suunnitelma 1998–2010

Liite 1 Saatekirje ja kyselykaavake

Liite 1. (1/6)

Akaan kaupunki

Vanhustyö

Akaa 21.2.2008

ARVOISA VASTAAJA

Teidät on valittu vastaamaan ja vaikuttamaan ikääntyneiden palveluiden kehitykseen Akaassa. Toivomme teidän vastaavaan oheiseen kyselyyn, jonka tuloksia käytetään apuna palveluita kehitettäessä. Voitte halutessanne käyttää avustajaa lomakkeen täyttämiseen.

Osoitetietonne on saatu Tampereen maistraatin Akaan palveluyksiköstä. Vastauksenne käsitellään nimettömänä ja luottamuksellisesti.

Ohessa on vastauskuori, jonka postimaksu on jo maksettu.

Pyydämme teitä palauttamaan kyselylomakkeen täytettynä 7.3.2008 mennessä.

Tämä tutkimus on osa Tampereen yliopiston hoitotieteen opintoja. Tutkimuksen ohjaajina toimivat TtT Meeri Koivula ja TtM Tiina Mäenpää. Mikäli haluatte saada lisätietoja tutkimuksesta, voitte soittaa alla olevaan puhelinnumeroon tai lähettää kysymyksenne sähköpostitse. Vastaan mielelläni kysymyksiin.

Kiitos etukäteen vastauksestanne!

Hanna Avara

puh. 050 536 0659

sähköposti hanna.avara@uta.fi

Akaan kaupunki
Vanhustyö

Liite 1. (2/6)

Kyselylomake

21.2.2008

Rastittakaa mielestänne oikea vaihtoehto
tai vastatkaa omin sanoin

1. Ikäanne _____ vuotta

2. Sukupuolenne

nainen
 mies

3. Lastenne lukumäärä (elossa olevien) _____

4. Lähin omaisenne

puoliso
 lapsi
 sisar tai veli
 joku muu, kuka? _____

5. Minkälaisessa talossa asutte

omakotitalossa/maalaistalossa
 rivitalossa
 palvelutalossa
 ryhmäkodissa
 kerrostalossa, onko talossa hissi kyllä ei

6. Koetteko olonne turvalliseksi/hyväksi nykyisessä asunnossanne?

kyllä
 en, miksi en _____

7. Asutteko

Liite 1. (3/6)

- yksin
 kahdestaan puolison kanssa
 lasten kanssa
 puolison ja lasten kanssa
 muiden kanssa, keitä he ovat? _____

8. Onko asunnossanne keittiön/keittokomeron lisäksi

- 1 huone
 2 huonetta
 3 huonetta tai enemmän

9. Missä asuisitte mieluiten lähivuosina?

- nykyisessä asunnossa
 nykyisessä asunnossa, jos siellä tehtäisiin korjauksia
 haluaisin muuttaa vanhusten vuokrataloon
 haluaisin muuttaa vanhusten palvelutaloon
 haluaisin ostaa oman osakkeen vanhustentalosta
 haluaisin muuttaa vanhainkotiin
 haluaisin muuttaa ryhmäkotiin
 haluaisin asua tuetussa vanhustenasunnossa
 haluaisin muuttaa jonnekin muualle, minne _____

10. Miten liikutte kotipiirissä?

- itsenäisesti
 käytän apuvälineitä
 tarvitsen avustajan
 en liiku lainkaan

Miten liikutte kodin ulkopuolella?

- itsenäisesti
 käytän apuvälineitä
 tarvitsen avustajan
 en liiku lainkaan

11. Rastittakaa seuraavista vaihtoehdoista, missä tarvitsette apua

Liite 1 (4/6)

- ruuan laittamisessa
- vuoteen sijaamisessa
- peseytymisessä
- wc:ssä käymisessä
- vaatteiden kunnostamisessa
- pihan hoitamisessa
- lääkärissä käynnissä
- muistamiseen liittyvissä asioissa

- pyykin pesemisessä
- syömisessä
- siivouksessa
- pukeutumisessa
- asunnon lämmittämisessä
- ostosmatkoilla
- lääkkeiden ottamisessa
- muussa, missä _____

12. Kotiavun tarpeen

- en tarvitse kotiapua
- tarvitsen apua silloin tällöin
- tarvitsen tällä hetkellä väliaikaisesti apua (esim. leikkaus)

- tarvitsen kotiapua viikoittain
- tarvitsen kotiapua päivittäin

13. Kotiavun saanti

- saan riittävästi kotiapua
- en saa riittävästi kotiapua
- en tarvitse kotiapua

14. Kotona minua auttaa tarvittaessa

- omainen
- itse palkattu hoitaja
- kodinhoitaja

- naapuri
- tuttava
- en tarvitse apua

15. Saatteko omaishoidon tukea?

- en
- kyllä, jolloin hoitajanani toimii

- puoliso
- tytär/poika
- miniä/vävy
- vieras hoitaja

- haluaisin omaishoidon tukea, jolloin toivoisin hoitajani olevan

- puoliso
- tytär/poika
- miniä/vävy
- vieras hoitaja

16. Sairaanhoidon tarpeenne

Liite 1 (5/6)

- en tarvitse kotisairaanhoidoa
- kotisairaanhoitaja käy riittävästi luonani
- tarvitsen enemmän kotisairaanhoidoa
- olen viime aikoina ollut sairaalassa
- tarvitsen jatkuvaa sairaalahoitoa
- saan tarvitsemani lääkärin hoidon
- tarvitsen lääkärin hoitoa enemmän /useammin kuin nyt saan

17. Jos avuntarpeenne kasvaa, toivoisitko itseänne hoidettavan

- kodinhoitajan/kotisairaanhoitajan avulla
- kotona omaishoitajan avulla
- vanhainkodissa tai palvelutalossa
- jossain muualla, missä _____

18. Onko teillä ystäviä tai seuraa

- kyllä
- ei

19. Oletteko säännöllisesti kanssakäymisessä

- sukulaistenne kanssa
- naapureidenne kanssa
- seurakuntanne työntekijän kanssa
- ystävienne kanssa

20. Haluaisitteko ystävän seurakunnan tai jonkin järjestön kautta?

- kyllä
- en

21. Tunnetteko itsenne yksinäiseksi?

- kyllä usein
- kyllä silloin tällöin
- joskus/harvoin
- en tunne

22. Mitä seuraavista palveluista saatte ja mitä toivoisitte saavanne?

Liite 1 (6/6)

	Saan	Toivon saavani
asiointipalvelua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ateriapalvelua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kerhotoimintaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kirjastopalvelua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kotikäyntejä sosiaalityöntekijältä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kuljetuspalvelua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
leirejä ja lomatoimintaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pesulapalvelua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
saattopalvelua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
saunotuspalvelua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
siivouspalvelua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
turvapuhelinpalvelua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ystäväpalvelua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mitä muita kunnallisia palveluja saan _____

Mitä muita kunnallisia palveluja toivon saavani _____

KIITOS VASTAUKSESTANNE!

PALAUTTAKAA TÄYTETTY LOMAKE MUKANA TULLEESSA KIRJEKUORESSA.

KIRJEKUOREEN EI TARVITA POSTIMERKKIÄ.

Liite 2. Tutkimuksen taulukot ja kuvio

- TAULUKKO 1. Vastaajien ikä ja sukupuoli (n=287) sivulla 34
- TAULUKKO 2. Elossa olevien lasten määrä ikäluokittain (n=259) sivulla 35
- TAULUKKO 3. Lähin omainen eri ikäluokissa (n=284) sivulla 37
- TAULUKKO 4. Vastaajien asuntotyyppi ikäluokkien (n=287) ja sukupuolen (n=289)mukaan sivulla 38
- TAULUKKO 5. Eri ikäluokkien turvallisuuden tunne nykyisessä asunnossa (n=285) sivulla 39
- TAULUKKO 6. Asuinkumppani ikäluokittain (n=287) sivulla 40
- TAULUKKO 7. Eri ikäluokkien asuinhuoneiden määrä keittiön tai keittokomeron lisäksi (n=285) sivulla 41
- TAULUKKO 8. Lähivuosien asuinpaikan toive eri ikäluokilla (n=282) sivulla 42
- TAULUKKO 9. Ikääntyneiden liikkumiskyky kotona (n=285) ja kodin ulkopuolella (n=280) ikäluokittain sivulla 44
- TAULUKKO 10. Eri ikäluokkien sekä naisten ja miesten avun tarve eri toiminnoissa sivulla 45
- TAULUKKO 11. Kotiavun tarve ikäluokittain (n=264) sivulla 47
- TAULUKKO 12. Kotiavun saaminen ikäluokittain (n=252) sivulla 48
- TAULUKKO 13. Ikääntyneiden avunantaja kotona ikäluokittain sivulla 49
- TAULUKKO 14. Omaishoidon tuen saanti (n=260) ja halukkuus tukeen (n=64) ikäluokittain sivulla 50
- TAULUKKO 15. Sairaanhoidon tarve sivulla 51
- TAULUKKO 16. Hoitopaikan toive avuntarpeen kasvaessa eri ikäluokissa sivulla 52
- TAULUKKO 17. Ikääntyneiden ystävät ja seura ikäluokkien (n=282) ja sukupuolen (n=284) mukaan sivulla 54
- TAULUKKO 18. Eri ikäluokkien sekä naisten ja miesten säännöllinen sosiaalinen kanssakäyminen sivulla 55
- TAULUKKO 19. Ystävän tarve eri ikäluokkien (n=248) ja sukupuolen (n=249) mukaan eriteltynä sivulla 56
- TAULUKKO 20. Eri ikäluokkien (n=277) sekä naisten ja miesten (n=279) yksinäisyyden tunne sivulla 57
- TAULUKKO 21. Ikäluokkien palveluiden saanti ja toive sivulla 58
- TAULUKKO 22. Ikääntyneiden toiveet kunnallisista palveluista sivulla 60
- KUVIO 1. Ikääntyneiden lähin omainen prosentteina (n=165) sivulla 36