

Tampereen yliopisto  
Terveystieteen laitos

**VANHOJEN IHMISTEN SAAMA EPÄVIRALLINEN JA  
VIRALLINEN APU, SEKÄ TOIMINTAKYKYISYYS  
ERI VUOSIKYMMENINÄ**

Pro gradu -tutkielma  
Sanna Helminen  
Tampereen yliopisto  
Terveystieteen laitos  
Marraskuu 2010

## TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO

Terveystieteen laitos

HELMINEN, SANNA: Vanhojen ihmisten saama epävirallinen ja virallinen apu, sekä toimintakykyisyys eri vuosikymmeninä

Pro gradu -tutkielma, 57 sivua, 7 liitesivua

Ohjaaja: Professori Marja Jylhä ja Anna-Maija Koivisto

Kansanterveystiede

Marraskuu 2010

---

Vanhojen ihmisten määrä kasvaa jatkuvasti ja samalla myös avuntarve lisääntyy. Suurin syy avuntarpeeseen vanhalla iällä on toimintakyvyn heikkeneminen. Vaikka vanhojen toimintakyky paranisikin tulevaisuudessa, avuntarve tulee lisääntymään, sillä määrällisesti vanhoja on jatkuvasti yhä enemmän. Avuntarvitsijoita on siis jatkuvasti enemmän, mutta vanhuspalveluja on viime vuosina kohdennettu vain eniten apua tarvitseville ja avun piiriin pääseminen on vaikeutunut. Julkinen valta on ensisijaisesti vastuussa vanhojen hoidosta, mutta ovatko yhteiskunnalliset muutokset johtaneet siihen, että epävirallinen apu, yleisimmin vanhan omaiset, ovat tulleet yhä tärkeämmäksi avunlähteeksi?

Tämän pro gradu -tutkimuksen tavoitteena oli tutkia, onko epävirallisen ja virallisen avun osuudessa tapahtunut muutoksia tultaessa 70-luvulta nykypäivään ja samalla ottaa huomioon vanhojen toimintakyvyn muutokset ja mahdollisten muiden taustamuuttujien (sukupuolen, asuinmuodon ja tutkimusvuoden) yhteys avunlähteisiin. Tutkimusaineistona käytettiin Tampereen eläkeikäisten seurantatutkimuksen (TamELSA) haastatteluja vuosilta 1979, 1989, 1999 ja 2006. Tutkittaviksi poimittiin kotona asuvat 80–89-vuotiaat (1979 = 248, 1989 = 118, 1999 = 84, 2006 = 133), joiden tärkeimpiä avunlähteitä ja toimintakykyisyyttä tarkasteltiin. Toimintakyvyn mittarina käytettiin yhdeksästä kysymyksestä koostuvaa ADL-mittaria. Tutkimusmenetelminä käytettiin ristiintaulukointia,  $\chi^2$ -testiä ja logistista regressiota.

Tutkimus osoitti, että tärkein avunlähde kunakin tutkimusvuonna olivat omaiset; naisia autoivat eniten omat lapset, miehiä puoliso. Puolisoiden merkitys oli noussut tultaessa nykypäivään. Virallista apua piti tärkeimpänä avunlähteenä 13–32 % tutkittavista, naiset miehiä useammin ja korkeimmillaan luku oli vuonna 1999, alimmillaan vuonna 2006. Tutkittavista melko iso osa (19–30 %) ei saanut päivittäisiin toimiinsa apua keneltäkään, korkeimmillaan osuus oli vuonna 2006. Tämä kertoo siitä, että suurella osalla tutkittavista oli hyvä toimintakyky ja itsenäisesti selviytyviä olikin jokaisena tutkimusvuonna vähän vajaa tai reilu puolet tutkittavista. Paljon apua tarvitsevia oli 2–15 % tutkittavista, korkeimmillaan luku oli vuonna 2006.

Sukupuoli ja toimintakykyisyys olivat yhteydessä siihen, saivatko tutkittavat apua lainkaan. Naiset saivat miehiä todennäköisemmin apua ja huonokuntoiset paremman toimintakyvyn omaavia todennäköisemmin. Viralliselta taholta saadun avun todennäköisyyteen olivat yhteydessä tutkimusvuosi ja asuinmuoto. Yksin asuvat saivat todennäköisemmin apua viralliselta taholta kuin jonkin kanssa asuvat. Vuosina 1979, 1989 ja 1999 oli todennäköisempää saada virallista apua kuin vuonna 2006.

Avainsanat: vanha, epävirallinen apu, virallinen apu, toimintakyky, ADL-toiminnot

## ABSTRACT

UNIVERSITY OF TAMPERE

School of Public Health

HELMINEN, SANNA: Informal and formal care received by the elderly and their functional ability in different decades

Master's Thesis 57 pages, 7 pages of appendices

Supervisors: Professor Marja Jylhä and Anna-Maija Koivisto

Public health

November 2010

---

The continuing increase in the number of elderly will result in a growing need of care. The need of care will increase, even if the functional status of the elderly improves, because the number of aged people is increasing. During the last few years, services for the elderly have been targeted to those most in need, and getting in formal care services has become harder. Society is responsible for arranging services to the elderly, but have changes in society led to informal care, mostly by relatives of the elderly, becoming the most important source of help?

The aims of this study were to examine how formal and informal care has changed since the 1970's and to test if the functional status of the elderly has changed over these years, and whether some other variables are linked with the source of help utilized. This study is a part of the Tampere Longitudinal Study on Ageing (TamELSA), and the data used in this study consisted of the interviews collected in years 1979, 1989, 1999 and 2006. Data consisted of home-dwelling people aged 80–89 (1979 = 248, 1989 = 118, 1999 = 84, 2006 = 133), whose most important source of help and functional ability were recorded. Functional ability was measured with a set of nine questions dealing with ADL (activities of daily living). Logistic regression model was used as a statistical method analyzing the data.

The study shows that the most important source of help was relatives and their significance has grown, especially the significance of help provided by spouses. Women were helped by their children, men got help from their spouses. Formal care was the most important source of help for 13–32 % of the respondents, for women more often than for men. Formal care rate was at its highest level in 1999 and at its lowest in 2006. Quite many of the respondents (19–30 %) did not get help from anyone with their daily living, this rate was at its highest in 2006. Many of the respondents had good functional ability, almost or little more than half of them could manage their daily living independently. Those who needed lots of help were 2–15 % of the respondents, the rate being highest in 2006.

Sex and functional ability had a connection with whether or not the respondents got help at all. Women were more likely to get help than men and those who had worse functional ability more than those with good functional ability. The type of residence and year of the study were connected with help received from formal care. Those who lived alone were more likely to get help from formal care. In the responses from years 1979, 1989 and 1999 the elderly were more likely to get help from formal care than in year 2006.

Key Words: elderly, formal care, informal care, functional ability

# SISÄLLYS

<b>1 JOHDANTO</b> .....	<b>2</b>
<b>2 MUUTOKSET YHTEISKUNNASSA OSALLISENA VANHOJEN SAAMAAN APUUN</b> .....	<b>5</b>
2.1 VANHOJEN HOITO YHTEISKUNNAN VASTUULLE JA MUUTOKSET HYVINVOINTIVALTIOSSA .....	5
2.2 MUUTTUVAT VANHUSPALVELUT .....	7
<b>3 AVUNTARVE JA TOIMINTAKYKYISYYS VANHALLA IÄLLÄ</b> .....	<b>9</b>
3.1 AVUNTARVE JA SIIHEN YHTEYDESSÄ OLEVAT TEKIJÄT .....	9
3.2 TOIMINTAKYKY VANHALLA IÄLLÄ .....	10
3.2.1 Toimintakyvyn muuttuminen vanhalla iällä .....	11
3.2.2 Toimintakyvyn arviointi .....	13
<b>4 AVUNSAANTI JA AUTTAJAT VANHALLA IÄLLÄ</b> .....	<b>15</b>
4.1 AVUN SAAMINEN LISÄÄNTYY IÄN MYÖTÄ .....	15
4.2 AUTTAJATAHOT .....	16
4.2.1 Virallinen apu .....	17
4.2.2 Virallinen omaishoito .....	19
4.2.3 Epävirallinen apu .....	21
<b>5 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET</b> .....	<b>24</b>
<b>6 TUTKIMUSAINEISTO JA -MENETELMÄT</b> .....	<b>25</b>
6.1 TamELSA TUTKIMUKSEN OTOS JA HAASTATTELUJEN TOTEUTUS .....	26
6.2 TÄSSÄ TUTKIMUKSESSA KÄYTETTY AINEISTO JA KYSYMYKSET.....	27
6.3 AINEISTON ANALYSOINTIMENETELMÄT .....	29
6.4 TUTKIMUKSEN EETTISYYS .....	31
<b>7 TUTKIMUSTULOKSET</b> .....	<b>32</b>
7.1 PUOLISO JA LAPSET OVAT TÄRKEIMMÄT AVUNLÄHTEET .....	34
7.2 TOIMINTAKYKYISYYDELTÄÄN SUURI OSA ON ITSENÄISIÄ, VUOSIEN VÄLILLÄ EI SELKEÄÄ MUUTOSTA.....	36
7.3 AVUNLÄHTEESEEN YHTEYDESSÄ OLEVAT TAUSTAMUUTTUJAT.....	38
7.3.1 Naiset ja alemman toimintakyvyn omaavat saavat todennäköisemmin apua .....	40
7.3.2 Viralliselta taholta ja omaisilta saatuun apuun vaikuttavat taustatekijät.....	42
<b>8 POHDINTA</b> .....	<b>44</b>
8.1 TULOSTEN YLEISTETTÄVYYS JA LUOTETTAVUUS .....	44
8.2 TULOSTEN TARKASTELU.....	45
8.3 TUTKIMUSKYSYMYSTEN POHDINTA .....	48
8.4 JATKOTUTKIMUSAIHEET .....	49
<b>LÄHTEET</b> .....	<b>51</b>
<b>LIITTEET</b> .....	<b>58</b>
Liite 1. Haastattelulomake .....	58

# 1 JOHDANTO

Tuttavapariskunta toimi kauppiaina lähikaupassa, jossa heidän tarjoamiin palveluihin kuuluivat elintarvikkeiden kerääminen ja kotiinkuljetus lähellä asuville vanhoille ihmisille, jotka eivät itse kyenneet liikkumaan matkaa kaupalle. Kauppiaiden lopetettua toimintansa sattui yksi näistä asiakkaista myöhemmin soittamaan vanhaan tuttuun numeroon ja oli kovin pettynyt kuultuaan että kauppa oli lopettanut toimintansa. Soittaja alkoi kertoa itsestään, että oli jo 97-vuotias nainen ja tuli hyvin toimeen omassa kodissaan, mutta pidempien matkojen liikkuminen tuotti hankaluuksia. Hän jatkoi: ” *No, voi voi, mitenkähän minä nyt sitten saan ruokaa itselleni? Kyllähän minulla on kaksi tytärtä, molemmat yli 70-vuotiaita, mutta ei niistäkään tässä kauppa-asiassa ole apua, kun ovat niin huonokuntoisia. Minun pitää kai alkaa auttamaan niitä ennemmin kuin niiden minua, heh..*”.

Tapauksen nainen on hyvin iäkäs ja hänellä on niin hyvä toimintakyky, että hän tulee toimeen omassa kodissaan lähes itsenäisesti, kauppa-avun turvin. Voidaankin sanoa, että hänen kohdallaan ovat toteutuneet kansanterveydellisten toimien ja vanhuspolitiikan tavoitteet siitä, että vanhat saisivat elää mahdollisimman pitkään itsenäisesti ja toimintakykyisenä omassa kodissaan (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 10). Ongelma ilmenee vasta siinä vaiheessa, kun toimintakyky on sen verran heikentynyt, että on turvauduttava ulkopuoliseen apuun. Kuka tai mikä taho on silloin ensisijainen avunlähde?

Lain mukaan vastuu vanhojen ihmisten hoidosta on julkisella vallalla. Yhteiskunnan tarjoamissa vanhuspalveluissa on kuitenkin tapahtunut merkittäviä muutoksia viimeisten vuosikymmenien aikana, samaan aikaan kun vanhusväestön määrä on noussut valtavasti. Laitospainotteisesta hoidosta on siirrytty erilaisiin palvelukoteihin, kodinhoidontukea on vähennetty ja kohdennettu kaikkein vanhimmille ja eniten apua tarvitseville. Omaishoidon tukea on puolestaan lisätty. (Voutilainen ym. 2007, 162.) Avuntarvitsijoita on jatkuvasti yhä enemmän, mutta avun piiriin pääseminen on vaikeutunut.

Perheenjäsenten ja läheisten usein palkatta antama epävirallinen apu onkin vanhusten hoidon tärkein resurssi (Anttonen & Sointu 2006, 121). Perhe on perinteisesti ollut tärkein ja ensisijainen hoivan tuottaja. Eniten vanhat saavat apua puolisoiltaan ja lapsiltaan,

kaukaisempien sukulaisten ja naapureiden antama apu on vähäisempää (Blomgren, Martikainen, Martelin & Koskinen 2006). Läheisten antama apu vanhoille näyttäisi myös lisääntyneen viime vuosina (Vaarama, Luoma & Ylönen 2006, 127; Vaarama, Hakkarainen & Laaksonen 1999, 49). Vanhusbarometrin mukaan puolisoiden antama apu kaksinkertaistui vuodesta 1994 vuoteen 1998 mennessä, suhteessa saman verran kuin julkinen kotihoito oli vähentynyt kyseisenä aikana (Vaarama ym. 1999, 49).

Suurin ulkopuoliseen avuntarpeeseen vaikuttava tekijä vanhalla iällä on toimintakyvyn alentuminen (Voutilainen ym. 2007, 154). Avun ja palvelujen tarpeen kannalta onkin tärkeää tietää, millainen on hyvin vanhojen ihmisten toimintakyky. Tutkimusten mukaan vanhat selviytyvät päivittäisen elämän vaatimista toiminnoista melko pitkään itsenäisesti tai vähäisen avun turvin. Toiminnanrajoitteita alkaa esiintyä enenevästi 75–79-ikävuoden jälkeen. (Jylhä, Helminen, Aartama, Luukkaala & TamELSA-tutkijaryhmä 2007, 51; Aromaa & Koskinen 2002, 133; Guralnik & Lacroix 1992, 159.) Ensimmäisenä apua tarvitaan monimutkaisempien asioiden kuten pankkiasioiden hoitamisessa, myöhemmin myös kodinhoitoon liittyvissä asioissa ja viimeisimpänä itsestä huolehtimiseen liittyvissä toimissa (Voutilainen ym. 2007, 160; Dunlop, Hughes & Manheim 1997)

Tarkasteltaessa vanhojen toimintakyvyn kehitystä tutkimukset osoittavat, että nuorempien vanhojen, alle 80-vuotiaiden toimintakykyisyys on parantunut verrattaessa aiempiin vuosiin (Sulander, Puska, Nissinen & Uutela 2007; Kattainen ym. 2004; Sulander, Rahkonen & Uutela 2003; Pitkälä, Valvanne, Kulp, Strandberg & Tilvis 2000). Sen sijaan tutkimukset yli 80-vuotiaiden toimintakyvyn kehityksestä viime vuosikymmeninä ovat ristiriitaisia. Osa tutkimuksista osoittaa, että yli 80-vuotiaiden toimintakyky on huonontunut, erityisesti liikkumiseen ja itsestä huolehtimiseen liittyvät perustoiminnot (Sulander ym. 2007; Koskinen, Martelin & Sainio 2006; Martelin, Sainio & Koskinen 2004; Winblad, Jääskeläinen, Kivelä, Hiltunen & Laippala 2001). Vaaraman, Luoman ja Ylösen (2006, 118) tutkimus puolestaan puoltaisi sitä, että kokonaisuutena kaikkien vanhojen, myös yli 80-vuotiaiden toimintakyky olisi parantunut verrattaessa vuoden 1998 tuloksia vuoden 1994 lukuihin. Kaikkein vanhimpien, yli 90-vuotiaiden toimintakyvyn kehityksestä on hyvin vähän seurantatutkimuksia, mutta Jylhän, Vuorisalmen, Luukkaalan, Sarkealan ja Hervosen (2009) tutkimus aiheesta osoittaa, että yli 90-vuotiaiden toimintakyky ei ole kohentunut, joskaan ei myös huonontunut viimeisten kymmenen vuoden aikana.

Vaikka koko vanhusväestön toimintakyky paranisikin jatkuvasti, on tulevaisuudessa kuitenkin määrällisesti yhä enemmän vanhoja ja näin ollen myös potentiaalisia avuntarvitsijoita. Onkin todennäköisempää, että avuntarve tulee tulevaisuudessa kasvamaan ja siirtymään vanhempiin ikäryhmiin, kuin että vanhojen toimintakyky paranisi niin huomattavasti, että avuntarve pienenisi. Vanhojen ihmisten määrän lisääntyminen yhdessä vanhuspalveluissa tapahtuneiden muutosten kanssa on vaikeuttanut virallisen avun piiriin pääsemistä. Merkitsevätkö nämä muutokset sitä, että vastuuta vanhojen ihmisten hoidosta on siirtynyt yhä enenevässä määrin epäviralliselle taholle, yleisimmin vanhusten omaisille? Onko yhä useamman, alun esimerkin kaltaisen vanhan ihmisen ensisijainen avunlähde tulevaisuudessa epävirallinen apu, kun virallinen apu on kohdennettu vain kaikkein eniten apua tarvitseville?

Tämän tutkimuksen avulla pyritään selvittämään, mikä on kotona asuvien 80–89-vuotiaiden ensisijainen avunlähde ja onko siinä tapahtunut muutoksia viime vuosikymmeninä. Millainen on perheen ja virallisen avun merkitys, onko niissä nähtävissä muutoksia, kun samaan aikaan yhteiskunnassa on tapahtunut suuria muutoksia vanhojen ihmisten määrässä ja vanhuspalveluissa? Koska toimintakyky on läheisesti yhteydessä avuntarpeeseen, tutkitaan samalla vanhojen ihmisten toimintakykyisyyttä ja siinä mahdollisesti tapahtuneita muutoksia viimeisten vuosikymmenien aikana.

Tekstissä käytetään termejä vanha ihminen tai vanhat, sillä kirjallisuusosiossa käsitellään pääosin yli 75-vuotiaita ja heidän avuntarvettaan ja toimintakykyään. Tutkimuksen empiirinen osa puolestaan koostuu 80–89-vuotiasista tutkittavista, joten hekin ovat jo melko vanhoja. Vanhusbarometrin (1999, 4) mukaan vanhat itse kannattavat myös termiä ”vanhukset” kuvatessaan yli 80-vuotiaita, mutta tässä tutkimuksessa tätä termiä ei käytetä sen luoman mahdollisen negatiivisen mielikuvan vuoksi. Tutkimusraportti alkaa johdannolla, jonka jälkeen käsitellään yhteiskunnallisia muutoksia joita vanhojen määrässä ja vanhuspalveluissa on viime vuosikymmeninä tapahtunut. Kolmannessa luvussa muodostetaan kuva vanhojen avuntarpeesta ja siihen vaikuttavista seikoista tarkemmin tarkastellaan toimintakykyisyyttä. Neljännessä luvussa keskitytään tarkastelemaan vanhojen ihmisten avunsaantia ja auttajia. Viidennessä luvussa esitellään tutkimuskysymykset, kuudennessa luvussa tutkimusaineisto ja menetelmät. Seitsemännessä luvussa käydään läpi tulokset ja viimeisessä luvussa pohditaan tutkimustuloksia ja arvioidaan tutkimuksen vahvuuksia ja heikkouksia.

## **2 MUUTOKSET YHTEISKUNNASSA OSALLISENA VANHOJEN SAAMAAN APUUN**

Ihmiset tarvitsevat eniten ulkopuolisten apua elämänsä alkumetreillä ja jälleen elämänkaaren loppupuolella. Siihen mistä tuota apua on mahdollista saada elämän loppumetreillä, vaikuttavat monet yksilöstä riippumattomat, yhteiskunnalliset tekijät. Viime vuosikymmeninä on tapahtunut muutoksia yhteiskunnan väestörakenteessa, mikä on johtanut vanhojen ihmisten määrän kasvuun. Vanhojen ihmisten, etenkin hyvin vanhojen määrä kasvaa ja väestö ikääntyy pidentyneen eliniän ja vähentyneen syntyvyyden ansiosta. Tilastokeskuksen mukaan Suomessa oli vuoden 2008 lopussa yli 65-vuotiaita 16,7 % väestöstä, eli 892 068. Tilanne oli sikäli historiallinen, että ensimmäisen kerran 65-vuotiaiden määrä ylitti alle 15-vuotiaiden määrän. Ennusteen mukaan ikäryhmän määrä kasvaa vuoteen 2040 mennessä 27 %:iin. Nopeinta kasvu on yli 85-vuotiaiden kohdalla. (Tilastokeskus.) Määrällisesti ja suhteellisesti vanhoja ihmisiä on nykypäivänä enemmän kuin koskaan aiemmin ja näin ollen myös potentiaalisia avuntarvitsijoita on suhteessa enemmän kuin aiemmin. Vanhojen määrän lisäksi myös hyvinvointiyhteiskunnan rakenteissa ja vanhustalveluiden järjestämisessä on tapahtunut muutoksia viime vuosikymmeninä, mitkä ovat osaltaan vaikuttaneet vanhojen ihmisten mahdollisuuksiin saada apua. Seuraavaksi tarkastellaan hieman tarkemmin näitä muutoksia.

### **2.1 VANHOJEN HOITO YHTEISKUNNAN VASTUULLE JA MUUTOKSET HYVINVOINTIVALTIOSSA**

Ennen hyvinvointiyhteiskunnan rakentumista, maatalousvaltaisessa yhteiskunnassa päävastuu vanhojen ihmisten huolenpidosta kuului perheille ja omaisille. Vuonna 1956 säädettiin huoltoapulaki, jonka mukaan täysi-ikäiset lapset olivat lain mukaan velvollisia huolehtimaan vanhemmistaan, isovanhemmistaan ja appivanhemmistaan. Vuonna 1970 huoltoapulakia kuitenkin muutettiin, lasten velvollisuus poistettiin, vanhat ihmiset saivat oikeuden eläketurvaan ja vastuu vanhoista siirtyi yhteiskunnalle. (Laitinen-Junkkari 1999, 15.) Vastuun siirtyminen yhteiskunnalle kuvasti yhteiskunnan modernisoitumista. Sukupuolten välinen tasa-arvoistuminen, naisten siirtyminen palkkatyöhön, uudenlaiset perhemuodot ja maantieteellinen liikkuvuus vaikuttivat siihen, että osa hoivatyöstä siirtyi yhteiskunnalle, palkatuksi työksi ja palveluksi. Hyvinvointivaltiosta tuli eräänlainen ”suurperhe”, jolle vastuu

jäsentensä hyvinvoinnista ja hoidosta ajateltiin kuuluvan. Omaisten tekemä hoivatyö alkoi hahmottua yhteiskunnalle kuuluvan vastuun jakamisena, ennemmin kuin perheiden itsestään selvänä tehtävänä. (Saarenheimo & Pietilä 2003, 139.)

Valtioilla on erilaisia tapoja järjestää hoitoa ja jakaa vastuuta hoidettavistaan. Näiden vastuualueiden perusteella ovat muun muassa Esping–Andersen (1990) ja myöhemmin Anttonen ja Sointu (2006) tehneet jaotteluja valtioiden välille ja nimenneet alueita sen perusteella, miten hoidon tarpeessa olevista vastataan. Seuraavaksi käsitellään lyhyesti näitä jaotteluja, mutta niitä lukiessa on hyvä pitää mielessä, että missään valtiossa kyseinen hyvinvointimallityyppi ei esiinny aivan puhtaasti sellaisenaan, vaan kaikissa maissa on myös piirteitä muista malleista. Esimerkiksi se, että Suomi lukeutuu julkisen vallan vastuun alueeseen, ei tarkoita sitä että Suomessa ei olisi myös piirteitä tyypillisten perhekeskeisten valtioiden tavoista järjestää apua sitä tarvitseville.

Esping–Andersen (1990) jaotteli hyvinvointiyhteiskunnat kolmeen erilaiseen malliin sen perusteella, miten julkinen ja epävirallinen taho olivat vastuussa hoidon tarpeessa olevista. Esping–Andersen kutsui näitä malleja universaaliksi, konservatiiviseksi ja liberaaliksi hyvinvointimalliksi. Pohjoismaat kuuluivat jaottelussa universaaliin hyvinvointimalliin, joille oli tyypillistä se, että palvelut kuuluivat kaikille, joskin ansioihin suhteutettuna. Useille Keski-Euroopan maille oli puolestaan tyypillistä konservatiivinen hyvinvointimalli, joissa vastuu vanhustenhuollosta oli ensisijaisesti perheillä, kirkoilla ja järjestöillä. Tällaisissa valtioissa perheen merkitys oli hyvin suuri, sosiaaliturva perustui työsuhteisiin ja omiin, sekä perheen vakuutusmaksuihin. (Esping–Andersen 1990, 27–28.) Kolmas hyvinvointivaltiomalli oli nimeltään liberaali ja siinä suurin vastuu sosiaaliturvasta oli yksityisellä, kaupallisella sektorilla, hyväntekeväisyydellä ja vapaaehtoistyöllä. Tämä malli oli tyypillistä Yhdysvalloille, jossa köyhäinhuolto oli hyvin valikoivaa, tarjonta suppeaa ja tarveharkintaista. (Esping–Andersen 1990, 27–28.)

Anttonen ja Sointu (2006, 114) puolestaan jaottelivat eurooppalaiset valtiot kahteen ääripäähän, sen mukaan miten julkinen valta on vastuussa hoivan järjestämisestä: pohjoismaiseen hoivaregiimiin ja keski- ja eteläeurooppalaiseen perhehoivaregiimiin. Pohjoismaista hoivaregiimiä heidän mielestään kuvastaa julkisen vallan laaja vastuu vanhoista, sekä se että lapsilla ei ole lain mukaan velvoitetta huolehtia vanhemmistaan. Julkinen valta rahoittaa ja tuottaa valtaosan vanhuspalveluista ja laitoshoidon onkin paljon

tarjolla, joskin siitä ollaan siirtymässä palveluasumisen suuntaan. Keski- ja eteläeurooppalaiselle perhehoivaregiimille puolestaan on tyypillistä aikuisten lasten juridinen velvollisuus huolehtia vanhoista perheenjäsenistään ja sukulaisistaan. Tällaisissa valtioissa laitoshoidon on vain vähän tarjolla, samoin kuin kotipalvelua ja julkisen vallan hoivamenot ovat matalat. (Anttonen ja Sointu 2006, 114.)

Esping–Andersenin (1990) tekemän hyvinvointivaltiojaottelun jälkeen suomalaisessa hyvinvointivaltiossa on tapahtunut muutoksia. Voidaan sanoa, että liberalistiseen hyvinvointimalliin on tullut piirteitä myös muista malleista, sillä jos tarkastellaan muutoksia joita on tapahtunut vanhuspalveluissa, huomataan että yksityisten palveluntuottajien määrä on noussut ja perheiden osuutta on kasvatettu tukemalla omaishoitajuutta viime vuosikymmeninä (esim. Voutilainen 2007, 162; Vaarama, Voutilainen & Kauppinen 2004, 55). Pietilä (2005, 19) puolestaan toteaa kirjoituksessaan, että muutoksessa (etenkin omaishoitajuuden kohdalla) on kyse siitä, että julkisen vallan alueelle siirrettyjä vastuualueita siirretään takaisin perheille ja yksilöille. Tähän ajatukseen on toisaalta helppo yhtyä. Toisaalta tulevaisuudessa vanhojen määrän lisääntyminen, palvelutarpeiden moninaistuminen kehittyvän lääketieteen ja teknologian ansiosta, tulevat aiheuttamaan mietittävää miten hyvinvointiyhteiskunta voi palvelutarpeeseen vastata ja miten palveluntuottajien joukkoa tullaan lisäämään.

## 2.2 MUUTTUVAT VANHUSPALVELUT

Muutokset suomalaisessa hyvinvointimallissa näkyvät kun tarkastellaan sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä tapahtuneita muutoksia vanhuspalveluiden osalta viimeisten vuosikymmenien aikana. Vanhuspolitiikan nykyhetken tavoitteina on tukea vanhojen kotona asumista, ylläpitää toimintakykyä, tarjota ensisijaisesti avopalveluja sekä turvata riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut. 2000-luvulla on lisäksi painotettu toimintakyvyn edistämistä ja ehkäisevien ja kuntouttavien toimien tärkeyttä vanhushuollossa. (esim. Sosiaali- ja terveysministeriö 2006; Vanhuspolitiikka 1999.)

Vanhuspalveluiden kehittämiseksi ja toimintaohjeiden laatimiseksi tehdään jatkuvasti selvityksiä vanhuspalveluiden tilasta. 1980–1990-luvulla näiden selvitysten mukaan yhteiskunnassamme oli tuolloin liikaa laitospaikkoja ja liian vähän kotipalvelua, joiden

perusteella tulevaisuuteen asetettiin tavoitteita, että laitosasumista vähennetään, kotipalvelua lisätään, voimavarojen käyttöä tulisi tehostaa ja kustannuksia alentaa (esim. Sosiaali- ja terveysministeriö 1992; Sosiaali- ja terveysministeriö 1988, 17–19). Lisäksi tuolloin päätettiin, että palveluja tulisi kohdentaa yli 75-vuotiaille ja tavoitteeksi laitettiin, että 90 % vanhoista asuisi kotona tukipalvelujen turvin (Sosiaali- ja terveysministeriö 1996). Laitoshoidon vähentämistä perusteltiin sillä että se on kallista, osa laitoksissa olevista tulisi toimeen omassa kodissaan ja että laitosasuminen rajoittaa itsemääräämisoikeutta ja ihmissuhteita (Raassina 1994, 138–140).

Kehitysehdotusten perusteella vanhojen palveluissa toteutettiin muutoksia, jotka olivat varsin suuria 1990-luvulla. Perinteistä kallista laitoshoidoa vähennettiin reilusti. Kun verrataan vuoden 2005 laitoshoidossa olleiden määrää vuoden 1990 lukuihin, oli määrä tippunut 14 %. Yhteiskunnalle edullisempaa palveluasumista puolestaan lisättiin reilusti 1990-luvulla. Yli 65-vuotiaiden palveluasumisen piirissä olleiden osuus oli 3 % vuonna 2005, kun vastaava osuus vuonna 1990 oli 1,9 %, tosin myös asiakasmäärä lisääntyi kyseisenä aikana 77 %. Kotihoitoa puolestaan leikattiin 1990-luvulla ja kohdennettiin yli 75 vuotta täyttäneille, vaikka kotihoiton lisääminen oli yksi tavoitteista. (Voutilainen ym. 2007, 162.) Koska kotihoitoa kohdennettiin kaikkein vanhimpaan ja huonokuntoisimpaan väestöön, muuttui kotihoidontyön luonne yhä enemmän sairaanhoidolliseksi (Voutilainen ym. 2007, 175). Omaishoidontukea puolestaan lisättiin, etenkin 2000-luvulla lisäystä tapahtui myös asiakasmääriin suhteutettuna (Voutilainen ym. 2007, 162). Järjestöjen ja yksityisten tuottamat palvelut vanhoille lisääntyivät selvästi 1990-luvulta lähtien, etenkin palveluasumisessa ja kotipalveluiden tuottamisessa. (Vaarama, Voutilainen & Kauppinen 2004, 52.) Vaarama ym. (2004, 54) totesikin että vanhojen ihmisten hoivan palvelurakennemuutosta tarkasteltaessa, kaikkiaan palvelujen tarjonta suhteessa kohdeväestöön vähentyi.

# 3 AVUNTARVE JA TOIMINTAKYKYISYYS VANHALLA IÄLLÄ

## 3.1 AVUNTARVE JA SIIHEN YHTEYDESSÄ OLEVAT TEKIJÄT

Iso osa vanhoista ihmisistä on melko itsenäisiä ja selviytyy omassa kodissa myöhäiseen ikään saakka. Tästä huolimatta suuri osa tarvitsee jonkinlaista pitkäaikaista apua ja suurin osa vanhoista tarvitsee ainakin jossain vaiheessa hetkellistä apua (Abel 1990, 65). Avuntarve kasvaa iän myötä ja on naisilla miehiä suurempi (Vaarama 2004, 136). Päivittäistä avuntarvetta arvioidaan esiintyvän yli 65-vuotiaista joka kuudennella, yli 75-vuotiaista joka kolmannella ja yli 85-vuotiaista joka toisella (Martelin ym. 2004, 117). Usein ensimmäisenä avuntarvetta alkaa esiintyä kodin ulkopuolella asioimiseen liittyvissä toiminnoissa kuten kauppa-asioissa, eikä tämäntyyppinen apu ole luonteeltaan jokapäiväistä. Eniten ongelmia tuottavat ja eniten apua vanhat tarvitsevat siivoukseen, kuljetukseen, kuntoutukseen, kodinhoitoon, asiointiapuun ja varpaankynsienleikkaamiseen (Eloranta & Punkanen 2008, 10; Vaarama 2004, 151).

Ulkopuoliseen avuntarpeeseen vaikuttavat vanhenemisprosessin ja/tai sairauksien seurauksena ilmentyvät toimintakyvyn rajoitteet ja vanhojen ihmisten terveys. Erityisesti dementoivat sairaudet liittyvät korkeaan ikään ja lisäävät ulkopuolisen avuntarvetta. Myös yksin asuminen, vanhan ihmisen sosiaaliset lähi- ja tukiverkostot, erityisesti epävirallisen avun saatavuus vaikuttavat avuntarpeeseen. (Voutilainen ym. 2007, 158.) Yksin asuminen on yleistynyt selvästi verrattaessa vuoden 2000 lukuja muutaman vuosikymmenen takaisin lukuihin. 1960-luvulla joka viides yli 65-vuotias asui yksin, vuonna 2004 miehistä joka neljäs ja naisista joka toinen asui yksin. (Vaarama, Luoma & Ylönen 2006, 110; Valkonen & Nikander 1990, 69.) Pääsyyinä iäkkäiden yksinasumisen lisääntymiseen on se, että lasten kanssa yhdessä asuminen on tullut harvinaisemmaksi ja se että yhä useampi elää pidempään (Valkonen & Nikander 1990, 69).

Puutteelliset asuinolot ja asuinympäristö saattavat vaikuttaa esimerkiksi itsenäiseen liikkumiseen ja tätä kautta avuntarpeeseen (Voutilainen ym. 2007, 158). Tavallisimmin hankaluuksia vanhalla iällä aiheuttavat portaat, korkeat kynnykset ja puuttuvat hissit. Nämä ongelmat ovat kaupungeissa yleisempiä kuin maaseudulla. (Vaarama ym. 2006, 111.)

Ongelmat liikkumisessa ovatkin iso asia, jotka vaikuttavat ulkopuoliseen avuntarpeeseen vanhalla iällä, vaikka muuten pärjäisi ilman ulkopuolisen apua. Vaaraman ym. (2006, 112) tutkimuksen mukaan vuonna 2004, 80 vuotta täyttäneistä 40 % piti matkaa keskeisiin palveluihin kuten kauppaan, postiin, pankkiin, terveyskeskukseen ja apteekkiin liian pitkänä. Saman tutkimuksen mukaan lähes joka viides piti myös matkaa lähimmälle julkisen liikenteen pysäkille liian pitkänä.

Maaseudulla aiheuttavat kaupunkeja enemmän ongelmia asuntojen puutteelliset keittiötilat ja pesutilat, jotka vaikeuttavat itsenäistä selviytymistä päivittäisistä toiminnoista (Vaarama ym. 2006, 111). Puutteelliset asuinolot tai asunnon varustetaso koskevat erityisesti erittäin vanhoja ihmisiä, onneksi ongelmat ovat tosin pienentyneet tultaessa 2000-luvulle. Kun vuonna 1986 puutteellisesti tai erittäin puutteellisesti asui yli 85-vuotiaista naisista jopa noin 40 % ja miehistä noin 45 %, niin vuonna 2004 yli 80-vuotiaista naisista 15,6 % ja miehistä 13 % raportoi asuvansa asunnossa, jossa on puutteelliset wc ja pesutilat. Vuoden 1986 tilastossa puutteelliseksi määriteltiin asunto, josta puuttuivat peseytymistilat ja/tai keskus- ja tai sähkölämmitys. Erittäin puutteellisesta asunnosta puuttuivat vesijohto, viemäri, lämminvesi tai WC. (Vaarama ym. 2006, 111; Vaarama 1992, 53.)

### 3.2 TOIMINTAKYKY VANHALLA IÄLLÄ

Toimintakyvyllä tarkoitetaan henkilön kykyä suoriutua erilaisista tehtävistä ja hänelle asetetuista vaatimuksista tietyssä ympäristössä. Toimintakykyisyyttä jaotellaan usein fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Fyysiseen toimintakykyyn lasketaan eri elinten ja elinjärjestelmien suorituskyky, kuten verenkiertoelimistön, tuki- ja liikuntaelimistön kunto. (Koskinen, Aalto, Hakonen & Päivärinta 1998, 100.) Psyykkiseen toimintakykyyn puolestaan sisältyvät kognitiiviset toiminnot kuten muisti, oppiminen, ja ajattelu. Sosiaaliseen toimintakykyyn luetaan kuuluviksi ihmissuhdetaidot, ihmistuntemus, käyttäytyminen yhteisössä ja itsetuntemus. (Koskinen ym. 1998, 101.) Vaikka toimintakykyisyydestä voidaan erotella eri osia, niin käytännössä nämä eri osat ilmenevät yhdessä ja vaikuttavat toinen toisiinsa. Fyysinen toimintakyky on yhteydessä esimerkiksi sosiaaliseen toimintakykyyn siten, että liikuntakyvyn menettäminen saattaa vaikeuttaa sosiaaliin tapahtumiin pääsyä. (Guralnik & Lacroix 1992, 163.)

Toimintakykyisyyttä on 1950-luvulta lähtien pidetty yhä merkittävämpänä osoittimena, kun halutaan esimerkiksi arvioida vanhojen ihmisten avun ja palvelujen tarvetta. Toimintakykyisyys myös kuvaa paremmin vanhojen terveydentilaa kuin esimerkiksi sairaudet, sillä suurella osalla vanhoista on sairauksia, usein kroonisia, mutta itse sairaudet eivät kerro siitä, miten ne vaikuttavat iäkkään arkielämään. (Jylhä 1990, 173.) Vanhoille ihmisille itselleen tärkeä terveyden osoitin on se, miten kykenee suoriutumaan päivittäisistä toimista suunnilleen samoin kuin aiemminkin ja olematta riippuvainen toisten avusta (Jylhä 1990, 180).

Toimintakyky ei kuvaa vain yksilön ominaisuutta, vaan se on aina läheisesti yhteydessä ympäristöön (Ruoppila & Heikkinen 1991, 1; Jylhä 1990, 177). Arkielämästä selviytyminen vaatii hyvin erilaista toimintakykyisyyttä, jos verrataan vanhan ajan omakotitaloa johon pitää kantaa vedet sisälle ja lämmittää puilla, asuntoon jossa on sähkölämmitys ja lämmin vesi. Jylhä (1990) toteaaakin, että toimintakykyä tutkittaessa itse asiassa kohteena on aina ”yksilö ympäristössään” eikä ”yksilön kyky” (Jylhä 1990, 177). Nykypäivänä teknologian kehitys, asuinrakennusten ja asuinalueiden suunnittelu on mahdollistanut iäkkäiden selviytymisen pidempään omassa kodissa. Omassa kodissa tulee toimeen huonommallakin toimintakyvyllä kuin aiemmin, sillä esimerkiksi hissit, kynnyksien poisto, rollaattorit ja kännykät ovat parantaneet iäkkäiden turvallisuutta ja edesauttaneet päivittäisistä askareista selviytymistä.

### 3.2.1 Toimintakyvyn muuttuminen vanhalla iällä

Ihmisen vanhetessa toimintakyvyssä tapahtuu muutoksia, jotka voivat johtua luonnollisesta vanhenemisprosessista tai sairauksista. Luonnolliseen vanhenemisprosessiin liittyvät muutokset tapahtuvat suhteellisen hitaasti, ilmenevät kaikissa ihmisissä ennemmin tai myöhemmin ja ovat luonteeltaan usein palautumattomia. (Eloranta & Punkanen 2008, 9.) Luonnolliseen vanhenemiseen liittyvästä prosessista johtuen toimintakyky alenee huomattavasti 75–79-vuoden iässä, sairauksien lisääntyminen ei selitä jyrkkää muutosta toimintakyvyssä, se alenee vaikka sairauksia ei ilmaantuisikaan. (Heikkinen ym. 1981, 53; Vaarama 1992, 58.) Sairauksista johtuva toimintakyvyn heikkeneminen on puolestaan yleensä nopeaa (Eloranta & Punkanen 2008, 9), eikä ole sidottu ikään.

Vanhenemiseen sisältyy oletus toimintakyvyn heikkenemisestä, mutta toimintakyky voi myös pysyä ennallaan tai parantuakin vanhemmalla iällä. Yli 80-vuotiaiden ja sitä vanhempien joukossa toimintakyvyn tilan pysyvyys ja paraneminen ovat kuitenkin harvinaisia. (Mor, Wilcox & Rakowski 1994.) Todennäköisyys toimintakyvyn paranemiseen on sitä pienempi, mitä pidempään toimintakyvyttömyys on kestänyt ja mitä alhaisempi toimintakyky oli lähtötilanteessa (Guralnik, Fried & Salive 1996, 31).

Vaikeudet toimintakyvyssä lisääntyvät iän myötä ja ovat yleisempiä pienituloisilla ja alemman koulutuksen omaavilla. Sukupuolittaiset erot ovat selvät; naisilla on huonompi toimintakyky kuin miehillä, erityisesti yli 75-vuotiaiden ikäryhmässä. Naisille ja miehille ilmaantuu toiminnanrajoitteita samalla tavalla, mutta naiset selviytyvät pidempään toiminnan rajoitteiden kanssa. (Guralnik ym. 1996, 27.) TamELSA- ja Terveys 2000-tutkimusten mukaan naisilla oli miehiä useammin vaikeuksia liikkumiseen ja raskaiden kotitöiden suorittamiseen liittyvissä toiminnoissa. Miehillä puolestaan oli naisia useammin ongelmia kuulemisessa ja ruoan valmistamisessa (Jylhä ym. 2007, 25–27; Koskinen, Sainio, Aromaa & toimintakykyryhmä 2002, 78).

Toimintakyvyn heikkeneminen tapahtuu usein asteittain. Ensin karsiutuvat vaativat päivittäistoiminnot kuten esimerkiksi yhteiskunnalliset harrastustoiminnot. (Eloranta & Punkanen 2008, 9; Voutilainen ym. 2007, 160.) Tämän jälkeen ongelmia ilmenee IADL-, eli välinetoiminnoissa. IADL-toiminnot (Instrumental activities of daily living) sisältävät toimintoja, joita tarvitaan itsenäiseen selviytymiseen laajemmassa elinympäristössä. Tällaisia ovat muun muassa matkustaminen julkisilla kulkuneuvoilla, raha-asioiden hoitaminen, ostosten tekeminen, lääkkeitä huolehtiminen ja raskaiden kotitöiden suorittaminen. Näiden toimintojen suorittamisessa kognitiivisilla taidoilla, kuten esimerkiksi motivaatiolla on myös merkittävä vaikutus, joten toimintojen suorittaminen ei mittaa pelkästään fyysistä toimintakykyä. (Guralnik & Lacroix 1992, 168.) Välinetoiminnoista eniten hankaluuksia aiheuttivat Terveys 2000-tutkimuksen mukaan raskaiden siivoustöiden suorittaminen ja kaupassa asiointi. Raskaiden siivoustöiden kuten mattojen kantaminen ja tamppaaminen onnistui tutkimuksen mukaan enää 5 %:lta yli 85-vuotiaista, kun 75–84-vuotiaista siihen pystyi vielä miehistä 41 % ja naisista 24 %. (Koskinen ym. 2002, 74.)

Lopulta ongelmia ilmenee myös päivittäisten perustoimintojen, PADL-toimintojen (Physical activities of daily living) suorittamisessa (Dunlop ym. 1997). PADL-toimintoihin liittyvät kaikki perustoiminnot, jotka liittyvät itsestä huolehtimiseen: peseytyminen, pukeutuminen, käveleminen, vuoteeseen ja vuoteesta pääsy. PADL-toiminnoissa ongelmat ilmenevät usein, mutta eivät aina seuraavassa järjestyksessä: kävely, peseytyminen, sängystä ja tuolista siirtyminen, pukeutuminen, wc:ssä käynti ja syöminen (Dunlop ym. 1997). Huoneissa liikkuminen onnistuu usealta vanhukselta itsenäisesti, sen sijaan ulkona liikkuminen ja lihasvoimaa vaativat kyykistyminen ja nojatuolista nouseminen aiheuttavat enemmän vaikeuksia. TamELSA-tutkimuksen mukaan vuonna 2006 itsenäisesti huoneissa kykeni liikkumaan 75-vuotiaista yli 90 % ja 85-vuotiaista samaan kykeni 60 % (Jylhä ym. 2007, 27). Ongelmat peseytymisessä ja pukeutumisessa ovat harvinaisia alle 75-vuotiailla ja vaikeudet näissä toiminnoissa kasautuvat vasta yli 85-vuotiaille (Vaarama ym. 2006, 118).

Aina toimintakyvyn heikkeneminen ei tapahdu asteittain ja juuri edellä mainitussa järjestyksessä. Toimintakyky voi heiketä myös kerralla, tai erilaisessa järjestyksessä, esimerkiksi onnettomuuden tai sairauden seurauksena. Vaikka vanhoilla ihmisillä on rajoitteita toimintakyvyssä, selviytyvät useat varsin pitkään itsenäisesti tai vähäisen avun turvin. Jylhän ym. (2007, 27–29) tutkimuksen mukaan päivittäisistä toiminnoista täysin itsenäisesti selviytyi 75-vuotiaista 70 % ja 85-vuotiaistakin vielä kolmasosa. Onkin yleisempää, että kotona asuvilla vanhuksilla on ongelmia joidenkin päivittäisten toimien suorittamisessa, kuin että he olisivat riippuvaisia toisten avusta kyseisissä toiminnoissa (Albert 2004, 93).

### 3.2.2 Toimintakyvyn arviointi

Toimintakykyisyyttä voidaan arvioida kahdella eri tavalla: kysymällä tutkittavan omaa arviota omasta suoriutumiskyvystä, tai niin että ulkopuolinen suorittaa mittaamisen tietyllä mittarilla. Ulkopuolisen suorittamat toimintakykytestit ovat standardoituja ja mittaavat usein vain tiettyä fyysistä toimintakykyä. Toimintakykytestejä voidaan käyttää interventioissa ja kuntoutuksessa, sillä tietyt ongelmat toimintakykytesteissä ennustavat toiminnanvajauksien syntyä (Rantanen & Sakari–Rantala 2008, 286). Liikuntakyky on usein ensimmäinen helposti todettavissa oleva merkki siitä, että toimintakyky on alkanut heiketä (Rantanen & Sakari–Rantala 2008, 288). Liikkumisen kannalta tärkeitä toimintoja ovat lihasvoima, tasapaino ja

aistitoiminnot, joiden mittaamiseen on kehitetty useita erilaisia mittareita, esimerkiksi EPESE -testistö (Established Populations for the Epidemiologic Study of the Elderly) jossa mitataan tasapainoa, kävelynopeutta ja aikaa joka kuluu tuolilta ylösnousemiseen (Guralnik ym. 1994).

Suomessa kehitettyjä toimintakykytestejä ovat muun muassa TOIMIVA -testistö ja RAVA -mittari. TOIMIVA -testistössä mitataan aikaa jonka kykenee seisomaan yhdellä jalalla, nousemaan tuolilta (5krt), maksimaalisen kävelynopeuden (10m), käden puristusvoiman, uloshengityksen huippuvirtauksen ja lisäksi tutkittavaa pyydetään arvioimaan kuluneen vuorokauden aikana kokemaansa kipua (Rantanen & Sakari-Rantala 2008, 290). RAVA -mittari on puolestaan Turussa kehitetty toimintakyvyn arviointimenetelmä, jolla mitataan henkilön päivittäistä avuntarvetta. Se sisältää 12 eri osiota, jotka koostuvat päivittäistoimintojen lisäksi näön, kuulon, puhekyvyn, muistin, pidätyskyvyn ja lääkehoidosta selviytymisen arvioinnista. Mittari soveltuu sekä avo- että laitospöytäkäyttöön. (Eloranta & Punkanen 2008, 26–27.)

Yleisimmin käytetty metodi toimintakykyisyyden arvioinnissa on kysyä tutkittavan omaa arviota (Guralnik & Lacroix 1992, 163). Itsearviointiin perustuvista menetelmistä tavallisoin on ADL-testi (Activities in daily living), jolla tutkitaan päivittäisistä toiminnoista selviytymistä (Guralnik & Lacroix 1992, 167). Päivittäisiä toimintoja ovat muun muassa pukeutuminen, riisuutuminen, peseytyminen, wc:n käyttö, liikkuminen ja syöminen. ADL-toiminnot kuvaavat hyvin iäkkäiden toimintakykyä, sillä kaikki kyseiset toiminnot ovat perustoimintoja, joista aikuisten oletetaan selviytyvän itsenäisesti. (Albert 2004, 100–101.)

Alun perin toimintakykykäsitteen ja päivittäistoimintojen mittarin otti käyttöön Sidney Katz (1963), joka tutki kollegoineen laitoshoidossa olleiden iäkkäiden toimintakykyä. He selvittivät miten itsenäisesti tutkittavat selviytyivät kuuden eri toiminnon (peseytyminen, pukeutuminen, WC:ssä käynti, liikkumiskyky, syöminen ja virtsankarkailu) suorittamisesta. Samalla Katz teki havainnon toimintojen hierarkkisuudesta; vanhalla iällä toimintakyvyn heiketessä taidot menetetään päinvastaisessa järjestyksessä, kuin ne on lapsuudessa opittu. Lapsuudessa opitaan ensimmäiseksi helpoimmat perustoiminnot kuten syöminen. Viimeisempänä opitaan taidot, jotka vaativat monimutkaisempia taitoja kuten peseytyminen. Vanhalla iällä toimintakyvyn alentuessa, ensimmäisenä menetetään nämä kaikkein vaativimmat taidot, kyky syödä itsenäisesti säilyy kaikkein pisimpään. (Katz, Ford, Moskowitz, Jackson & Jaffee 1963, 18.) Myöhemmin Katzin luomaa mittaria on laajennettu

kuvaamaan myös laitoshoidon ulkopuolella ja kotona asuvien selviytymistä päivittäisistä toiminnoista.

## **4 AVUNSAANTI JA AUTTAJAT VANHALLA IÄLLÄ**

### **4.1 AVUN SAAMINEN LISÄÄNTYY IÄN MYÖTÄ**

Ulkopuolista apua saavien vanhojen määrä kasvaa iän lisääntyessä. Vaaraman ym. (2006, 119) vuonna 2004 tekemän tutkimuksen mukaan kotona asuvista alle 75-vuotiaista vain harva sai ulkopuolista apua. Naisilla avun saanti lisääntyi 75-vuoden jälkeen ja miehillä 80-ikävuoden jälkeen. 85-vuotiaista yli puolet sai apua. (Vaarama ym. 2006, 119.) Avun saamisessa oli sukupuolittaisia eroja; naiset saivat miehiä enemmän apua ulkopuolisilta (Vaarama ym. 2006, 119; Koskinen ym. 2002, 89). Sukupuolen lisäksi myös koulutus oli yhteydessä avunsaantiin; korkeasti koulutetut saivat harvemmin apua, mikä selittyi korkeasti koulutettujen paremmalla terveydellä. Avunsaantiin liittyi myös toimintakyky; alhaisen toimintakyvyn ja heikomman terveydentilan omaavat saivat keskimäärin enemmän apua. (Blomgren ym. 2006, 172; Vaarama ym. 1999, 48.) Myös vanhan ihmisen perhetyyppi ja asuntokuntarakenne olivat yhteydessä avunsaantiin; yksinasuvat olivat puolison kanssa asuvia useammin vain virallisen avun varassa (Blomgren ym. 2006, 175).

Tavallisimmin vanhat saavat apua lapsilta tai puolisoilta, joiden jälkeen seuraavaksi yleisin avunlähde on virallinen kotiapu. Naapureiden ja muiden läheisten antama apu on vähäisempää. Avun saamisessa on sukupuolittaisia eroja. Naiset saavat apua tavallisimmin lapsiltaan, miehet puolestaan vaimoltaan. 61–70-vuotiaat saavat tavallisimmin apua puolisoiltaan, mutta mitä enemmän ikää tulee lisää, pienenee puolison osuus ja samalla lapset, sekä kunnallinen kotihoito lisäävät osuuttaan avun antajina. (Vaarama ym. 1999, 51.) Sukupuolittaiset erot avunsaannissa näkyvät myös kun tarkastellaan tutkittavien siviilisäätynyttä ja asuntokuntarakennetta, jotka liittyvät läheisesti yhteen. Blomgrenin ym. (2006, 171–173) tutkimus osoitti, että avio- tai avoliitossa elävät yli 70-vuotiaat miehet saivat apua selvästi muita vähemmän ja apu oli yleisimmin luonteeltaan epävirallista. Yksin asuvat miehet puolestaan olivat useammin vain virallisen avun varassa. Yksin tai puolison kanssa asuvilla

naisilla ei puolestaan ollut suuria eroja avunsaannissa, molemmissa tapauksissa epävirallinen taho oli suurin avunlähde. (Blomgren ym. 2006, 171–173.)

Suurin osa vanhoista kokee saavansa riittävästi apua, mutta Vaaraman ym. (2006, 121) tutkimuksen mukaan jonkin verran, tai aivan liian vähän apua saavia oli jopa 20 % vuonna 2004. Apua riittämättömästi saaneiden osuus oli myös lisääntynyt huomattavasti. Saman tutkimuksen mukaan vuonna 1998 apua sai riittävästi 96 %, kun vuonna 2004 luku oli enää 79 %. Erityisesti kaikkein iäkkäimmät kokivat saavansa riittämättömästi apua, 85-vuotiaista joka viides sai kokemansa mukaan liian vähän apua. (Vaarama ym. 2006, 121) Myös Terveys 2000–tutkimuksessa tulokset olivat saman suuntaisia (Koskinen ym. 2002, 88–89).

Vanhat ihmiset itse toivovat apua ja palveluja, jotka tukevat kotona selviytymistä silloin, kun oma toimintakyky on alentunut (Vaarama 1992, 68–69). He toivovat voivansa asua omassa kodissaan mahdollisimman kauan ja kodin merkitys onkin suuri, sillä vanhat ihmiset kuluttavat suurimman osan ajastaan kotona (Koskinen ym. 1998, 220). Lisää apua vanhat kaipaisivat ennen kaikkea tukipalveluihin kuten siivoukseen, kuljetuspalveluihin, asiointiapuun ja kodin ylläpitoon kuten pyykinpesuun. Lisäksi kotona asuvat vanhat toivoisivat lisää toimintakykyä ylläpitävää kuntouttavaa toimintaa. (Vaarama 2004, 159.) Useimmat vanhat saavat eniten apua päivittäisiin toimiinsa perheeltä, mutta samaan aikaan he kuitenkin toivovat saavansa palvelut viralliselta taholta, sillä eivät tahdo olla taakaksi lapsilleen (Góthoni 1990, 106–107). Vanhusbarometrin (1999, 52) mukaan 61 % yli 60-vuotiaista toivoi saavansa palvelut kunnalliselta taholta, mutta monet (40 %) olivat myös halukkaita saamaan mieluiten avun puolisoiltaan. (Vaarama ym. 1999, 53).

## 4.2 AUTTAJATAHOT

Avun lähteenä voi olla informaali eli epävirallinen taho, formaali eli virallinen taho, näiden kahden väliin sijoittuva virallinen omaishoito tai kolmas sektori. Epävirallisella avulla tarkoitetaan perheen, omaisten, naapureiden tai läheisten tuottamaa, yleensä palkatta tapahtuvaa auttamista. Tämä apu tapahtuu yleensä kotona tai lähiyhteisön piirissä. Virallinen apu puolestaan käsittää avun, joka on tuotettu palveluiden ja taloudellisten tukien muodossa ja jota kontrolloidaan tai säädellään julkisesti. (Anttonen & Sointu 2006, 13.) Kolmas sektori

puolestaan kattaa yksityiset palveluntuottajat ja voittoa tavoittelemattomat järjestöt. Näitä avunmuotoja ei kuitenkaan tässä tutkimuksessa tarkastella lähemmin, sillä tutkimus kohdentuu viralliseen ja epäviralliseen apuun. Omaishoitoa sen sijaan tarkastellaan lyhyesti omassa kappaleessaan, sillä siinä yhdistyvät piirteet niin virallisesta kuin epävirallisesta avustakin.

Raja epävirallisen ja virallisen avun välillä on toisinaan häilyvä. Kun puoliso tai lapsi auttaa vanhaa ihmistä päivittäisissä toiminnoissa, on kyse epävirallisesta avusta. Mutta kun omainen alkaa saada omaishoitajan tukea, onkin vanhan ihmisen saama apu muuttunut viralliseksi avuksi. Epävirallisen ja virallisen avun määritelmä on hankalaa myös tilanteessa jossa omainen huolehtii siitä, että vanha ihminen saa kaiken tarvitsemansa avun ja järjestää tälle vaikkapa siivousapua yksityiseltä palveluntuottajalta. Onko omaisen antama apu silloin epävirallista vai virallista?

Tässä tutkimuksessa käytetään termiä virallinen omaishoito kun viitataan viralliseen, palkattuun hoitotyöhön, joka on luonteeltaan sitovaa ja vaativaa hoitotyötä. Kun tekstissä puolestaan puhutaan omaisavusta tai omaisten antamasta avusta, viitataan kaikkeen siihen epäviralliseen apuun, jota perheenjäsenet ja muut omaiset antavat palkatta, säännöllisesti tai epäsäännöllisesti vanhalle ihmiselle. Tämä apu voi olla luonteeltaan henkistä tukea, konkreettista kodinhoitoon tai vanhan ihmisen päivittäisistä itsestä huolehtimiseen liittyvää apua.

#### 4.2.1 Virallinen apu

Keskeisimmät julkisen vallan tarjoamat palvelut vanhoille ovat laitoshoido, palveluasunnot, kotihoito ja erilaiset rahamuotoiset hoivaetuudet, joiden tarkoitus on edesauttaa vanhojen mahdollisuutta asua kotonaan (Anttonen & Sointu 2006, 84). Tämän tutkimuksen empiirisessä osassa tutkimuskohteena ovat kotona asuvat vanhat, joten kirjallisuusosiossakin tarkastellaan lähemmin julkisen puolen tarjoamia kotipalveluja ja tyydytään vain lyhyesti tarkastelemaan laitoshoidoa ja mainitsemaan muut avun muodot.

Kaikkiaan säännöllisten palvelujen kuten kotipalvelun, palveluasumisen, vanhainkotien ja terveyskeskusten pitkäaikaishoidossa oli 12,9 % yli 65-vuotiaista vuonna 2005, minkä lisäksi 2,3 % yli 65-vuotiaista sai omaishoidontukea. (Voutilainen ym. 2007, 161.) Vanhojen ihmisten pitkä- tai lyhytaikaista laitoshoidtoa annetaan vanhainkodeissa, terveyskeskuksissa ja sairaaloissa. 1980-luvulta lähtien laitoshoidtoa on vähennetty, mutta edelleen 2000-luvulla Suomessa yli 65-vuotiaiden institutionalisoitumisen aste oli korkea (7 %), verrattaessa muuhun Eurooppaan, missä luku on 4 % luokkaa. (Anttonen & Sointu 2006, 85.) Laitoksissa asuminen on sitä yleisempää mitä enemmän on ikää ja valtaosa laitoksissa asuvista on naisia pidemmän eliniän vuoksi (Vaarama 1992, 52). Vanhainkoteihin saapuvat uudet asukkaat ovat nykypäivänä toimintakyvyltään yhä huonokuntoisempia kuin aiemmin. Terveyskeskusten vuodeosaston pitkäaikaisasiakkaiden toimintakyvyssä ei sen sijaan ole nähtävissä selkeää muutosta. (Vaarama ym. 2004, 49.)

Vanhojen ihmisten keskeisimpiä julkisen vallan avopalveluja ovat kodinhoitoapu, erilaiset tukipalvelut ja omaishoidon tuki. Kodinhoidon palvelun tarkoitus on auttaa vanhoja selviytymään kotona. Tukipalveluilla tarkoitetaan palveluja, jotka edesauttavat vanhan kotona selviytymistä ja sosiaalista kanssakäymistä. Tällaisia ovat muun muassa ateriapalvelut, kylvytys, kuljetus ja turvapalvelut. 1980-luvulla tukipalveluja lisättiin merkittävästi ja vuonna 1992 niiden piirissä oli 18 % yli 65-vuotiaista. (Raassina 1994, 131). Erilaiset tukipalvelut korvasivat paljon varsinaista kodinhoitoon kuuluvaa työtä ja kodinhoidon henkilöstön työ muuttuikin laaja-alaiseksi hoitotyöksi, sillä asiakkaista yhä useampi oli pitkäaikaisasiakkaita (Raassina 1994, 126–130).

1980-luvulla kotihoitoa lisättiin runsaasti ja apua saavien vanhuskotitalouksien määrä kasvoi reippaasti. 1990-luvulle tultaessa kotihoitoa saavien osuus oli korkeimmillaan kansainvälisestäkin vertailtuna, sillä yli 20 % yli 65-vuotiaista sai kotiapua kyseisen vuoden aikana. 1990-luvun alun laman vuoksi kotihoitoa vähennettiin ja vuosikymmenen lopulla kotihoitoa saavien määrä oli vähentynyt paljon, vuonna 2002 kotiapua saavien osuus oli pudonnut 10 %:iin. (Anttonen ja Sointu 2006, 87; Raassina 1994, 126–130.) Osittain tämä johtui siitä, että kotihoitoa korvattiin tukipalveluilla, osittain siksi, että apua kohdennettiin vanhimmille ja eniten apua tarvitseville. 1990-luvulla kotiapua vähennettiin kaikissa ikäluokissa, mutta erityisesti nuoremmassa 60–70-vuotiaiden ryhmässä, jotka tarvitsivat säännöllistä apua vähemmän kuin vanhemmat ikäluokat (Vaarama ym. 1999, 50).

Vaikka 1990-luvun lopulla kotipalvelua saavien määrä väheni, kasvoivat kodinhoitoapukäyntien määrä silti 9 %, mikä tarkoittaa sitä, että palvelujen piirissä olevat tarvitsivat intensiivisempää hoitoa, kuin aiemmin palvelujen piirissä olleet. (Raassina 1994, 126–130.) Voidaankin todeta, että kodinhoidon määrän ollessa korkeimmillaan apua saivat monet mutta vähän, nykypäivänä apua saavat harvat, mutta määrällisesti paljon (Anttonen & Sointu 2006, 87).

Viralliseen kotiapuun turvautuminen kasvaa siirryttäessä vanhempiin ikäryhmiin, erityisesti naisilla (Jylhä ym. 2007, 40). Tämä johtuu luonnollisesti siitä, että useimmat vanhat naiset ovat jo leskiä, jolloin on turvauduttava ulkopuoliseen apuun. Suurin kotihoidon asiakasryhmä ovat 75–84-vuotiaat, joita on lähes puolet asiakkaista. Palveluja on kuitenkin jatkuvasti 1990-luvulta lähtien kohdennettu tietoisemmin 85 vuotta täyttäneille. Toimintakyvyltään kotihoidon piirissä olevat asiakkaat ovat pääsääntöisesti (73 %) sellaisia, jotka tarvitsevat toistuvasti tai jatkuvasti hoitoa. (Vaarama ym. 2004, 45–46.) Avun piirissä olevien asiakkaiden avun tarve on kasvanut viime aikoina, mistä kertovat niiden asiakkaiden määrän nousu, jotka tarvitsevat kotiapua useammin. Vuodesta 1997 vuoteen 2001 mennessä niiden asiakkaiden, jotka tarvitsivat viikossa 10 kymmenen kotikäyntiä, osuus oli noussut 61 %. (Vaarama ym. 2004, 47.)

#### 4.2.2 Virallinen omaishoito

Perheenjäsenten toisilleen antama epävirallinen apu ja virallinen omaishoito on toisinaan vaikea erottaa toisistaan. Erotteluperusteena voidaan kuitenkin käyttää julkisen vallan myöntämää tukea, rahallista korvausta. Virallisella omaishoidolla tarkoitetaan tilannetta, jossa kunta maksaa tukea hoitajalle, joka mahdollistaa hoidettavan omassa kodissa tapahtuvan hoidon. Omaishoidon tavoitteena on saada omaiset hoitamaan läheisiään kotona, jolloin kustannukset ovat paljon alhaisemmat verrattuna laitoshoitoon (Anttonen & Sointu 2006, 13). Erotteluperusteena voidaan pitää myös avun luonnetta ja intensiteettiä. Omaishoitajuudessa avuntarve perustuu siihen, että autettavalla on jokin sairaus, vamma tai alentunut toimintakyky, jonka vuoksi hän tarvitsee apua. Omaishoito on luonteeltaan säännöllistä tai lähes jatkuvaa, vaativaa ja sitovaa, avuntarvitsija ei tulisi toimeen ilman auttajaa, vaan joutuisi muuten laitoshoitoon.

Omaishoitoa on tuettu julkisesti 1980-luvulta lähtien, jolloin aluksi maksettiin kotihoidon tukea vanhusten ja vammaisten kotihoidosta. Vuonna 1993 tuki muutettiin omaishoidontueksi ja siitä säädettiin laissa (Asetus omaishoidontuesta 1.7.1993/318). (Raassina 1994, 132.) Vuoden 2006 alusta tuli voimaan uusittu omaishoidonlaki (2.12.2005/937), joka paransi hoitajien ja hoidettavien asemaa. Omaishoidon tukea voi hakea nykyään jokainen, joka hoitaa kotona sairasta, vammaista tai vanhusta, joka tarvitsee hoitoa selviytyäkseen päivittäisestä elämisestä. Tuen saamisen ehtoina ovat hoidon sitovuus ja vaativuus. (Pietilä 2005, 20.)

Virallista omaishoidontukea saavia on Suomessa noin 20 000, mutta kaikkiaan omaishoitajia arvioidaan olevan Suomessa yli 300 000 (Saarenheimo & Pietilä 2003, 139). Omaishoidon tuen saajien määrä on kasvanut jatkuvasti 1990-luvulta lähtien, vuoden 1995 jälkeen kasvua on ollut jopa 51 % (Anttonen & Sointu 2006, 102; Vaarama ym. 2004, 41–42). Toisaalta taas Vaaraman, Voutilaisen ja Mannisen (2003, 55) tutkimus omaishoidon tuesta osoitti, että vaikka omaishoidontuen saajat lisääntyivät, laski kuitenkin tuen kattavuus hieman kun se suhteutettiin asukaslukuun ja kuntakohtaiset erot tuen määrärahoissa olivat vaihtelevat. Käytännössä suuri osa omaishoitajista jääkin tuen ulkopuolelle rahan puutteen vuoksi tai sen tähden että omaishoidon tukeminen ei kuulu kunnan prioriteetteihin (Pietilä 2005, 21).

Edellä esitettyjen piirteiden valossa onkin ilmeistä, että vanhojen avopalveluissa on painotettu omaishoidontukea ja tukipalveluita lamavuosien jälkeen (Vaarama ym. 2004, 41–42.) , joskaan niiden määrä ei ole riittävä tarpeeseen nähden. Onkin hyvä muistaa, että omaishoidolla on myös huomattava kansantaloudellinen merkitys. On arvioitu että jos vuonna 2002 omaishoidon tuella hoidettavat olisikin hoidettu laitoksessa, olisi laitoshoidon asiakasmäärä noussut koko maassa 11 400 henkilöllä. Rahassa tämä luku vastaa 283 miljoonan säästöä. (Vaarama ym. 2003, 57.)

Omaishoidon tukea saavista enemmistö on yli 65-vuotiaita ja tavallisimmin hoidon tarpeen syynä ovat vanhuuteen liittyvä toimintakyvyn heikkeneminen tai pitkäaikainen fyysinen sairaus tai vamma (Vaarama ym. 2003, 55–56). Omaishoitajana toimivat tavallisimmin puoliso, lapset tai vanhemmat (Vaarama ym. 2003, 26–27). Puolisoiden osuus omaishoitajista oli lisääntynyt vuodesta 1994 (31 %) vuoteen 2002 (43 %). Enemmistö omaishoitajista on työikäisiä, mutta yli puolet heistä on jo eläkkeellä. (Vaarama ym. 2003, 27–28.) Kun verrattiin virallisia omaishoitajia muuten vain omaisiaan auttaviin ihmisiin, olivat viralliset

omaishoitajat iäkkäämpiä, heidän terveydentilansa oli huonompi ja he kävivät harvemmin töissä kodin ulkopuolella, kuin muuten vain omaistaan auttavilla (Perälä, Hammar & Rissanen 2008).

#### 4.2.3 Epävirallinen apu

Epävirallisella avulla tarkoitetaan perheen, omaisten, naapureiden tai läheisten tuottamaa, yleensä palkatta tapahtuvaa auttamista. Tämä apu tapahtuu yleensä kotona tai lähiyhteisön piirissä. Epävirallisella avulla on aina ollut ja tulee olemaan suuri merkitys hyvinvointiyhteiskunnalle, ilman epävirallista apua se ei selviäisi tehtävistään (Julkunen 1992, 50). Suurin osa hoivatyöstä on aiemmin tehty ja tehdään edelleen kotona ja lähiyhteisön piirissä naisten toimesta (Anttonen ja Sointu 2006, 12). Tutkimukset osoittavat, että julkisten palvelujen lisääminen ei ole vähentänyt perheiden kollektiivista vastuuntuntoa vanhuksista. Perhe on edelleen ensisijaisin avunlähde vanhoille, vaikka hyvinvointiyhteiskunta olisi vastuussa palveluista. (Lowenstein & Daatland 2006, 215; Blomgren ym. 2006; Pickard, Wittenberg, Comas-Herrera, Davies & Darton 2000.)

Nykypäivänä on tavallista että neljä, jopa viisikin sukupolvea elää yhtä aikaa, mikä oli aiemmin harvinaista, kun elinikä oli lyhyempi. Vanhoilla on yhä enemmän oman ikäisiä ystäviä ja sukulaisia elossa ja myös yhteinen elinaika omien lasten kanssa on huomattavasti pidempi kuin aiemmilla sukupolvilla. Nykypäivänä tosin sukupolvet asuvat yleisimmin erillään, kun aiemmin maatalousvaltaisessa yhteisössä elettiin yhdessä. Erillään asuminen ja pitkät välimatkat luonnollisesti vaikeuttavat ainakin konkreettiseen avun antamista omille vanhemmille kuten kodinhoitoavun, asiointiavun ja henkilökohtaisen hygienian hoitamiseen tarvittavaa apua. Ulkomaisten tutkimusten mukaan yhteydenpito on kuitenkin yllättävän kiinteää lasten ja vanhempien välillä (Lowenstein & Daatland 2006; Tomassini, Kalogirou, Grundy, Fokkema, Martikainen, Broelse van Groneu & Karisto 2004). Tutkimuksissa vertailtiin perinteisten perhekeskeisten (esimerkiksi Italia) maiden ja yksilökeskeisten (esimerkiksi Norja) maiden välisiä yhteyksiä ja eroja sukupolvien välisessä yhteydenpidossa, jolloin todettiin että yhteydenpito oli yleisempää perinteisissä perhekeskeisissä maissa kuin Pohjois-Euroopassa, mutta yhteydenpidot olivat yllättävän korkeita kaikkialla.

Toisaalta Tomassinin ym. (2004) tutkimuksessa ei tiedusteltu vanhempien tyytyväisyyttä, tai sitä että saivatko he tarvittavasti apua. On hyvä pitää mielessä, että Etelä-Euroopassa kuten Italiassa on paljon pohjoismaita tavallisempaa että sukupolvet asuvat yhdessä, jolloin kontaktit luonnollisesti ovat suurempia. On totta, että avun saanti on yhteydessä kontaktien määrään, mutta pelkkä kontaktien määrä ja yhdessä asuminen eivät automaattisesti takaa avun riittävyttä, tai sitä miten halukkaita yhdessä asuvat ovat auttamaan.

Epävirallisen avun kokonaismäärää on hyvin vaikea arvioida, mutta se tiedetään, että informaalista apua annetaan paljon enemmän kuin formaalia. Perheenjäsenen antaman avun arvellaan olevan noin kolmesta viiteen kertaa niin suurta kuin julkisen vallan. (Vaarama 1992, 83.) Blomgrenin ym. (2006, 175) tutkimuksen mukaan yli 70-vuotiaista kotona asuvista apua saavista naisista 85 % ja miehistä 80 % sai epävirallista apua. Virallista apua saavien vastaavat osuudet olivat 54 % ja 56 %. Sen lisäksi, että epävirallinen taho oli yleisin avunlähde, sitä saatiin myös taajempaan kuin virallista apua (Blomgren 2006, 170). Naiset saivat miehiä enemmän epävirallista apua tavallisiin toimiinsa toimintakyvyn heikkenemisen takia. Toisaalta taas ne miehet, jotka apua saavat, saivat sitä taajempaan kuin naiset. (Blomgren ym. 2006, 170.)

Epäviralliselta taholta saadun avun määrä näyttää tutkimusten mukaan kasvaneen viime aikoina (Vaarama ym. 2006, 127; Vaarama ym. 1999, 49). Anttonen ja Sointu (2006, 122) toteavatkin, että verrattaessa Euroopan maita, etenkin Suomessa voidaan puhua vanhojen ihmisten hoidon informalisoitumisesta, sillä julkisen vallan vastuu näyttää vähentyneen ja omaisten vastuun kasvaneen vanhojen hoidossa. Vanhusbarometrin (1999) mukaan omaisten antama apu oli jopa kaksinkertaistunut tultaessa vuodesta 1994 vuoteen 1998. Myös naapureilta saatu apu oli lisääntynyt kyseisinä tutkimusvuosina. (Vaarama 1999, 50.)

Motiiveina epäviralliselle avulle toimivat yleisimmin lähimmäisenrakkaus, huolenpito ja kiintymykseen liittyvä vastuuntunto (Kattainen, Muuri, Luoma & Voutilainen 2008, 229). Yleisimmin epävirallista apua tarjoavat henkilöt olivat työssäkäyviä, keski-ikäisiä naisia (Kattainen ym. 2008, 229). Myös miehet tarjoavat apua sukulaisilleen ja ystävilleen, mutta mitä vaativampaa hoito on, sitä tavallisemmin auttajana on nainen. Henkilökohtaisissa toiminnoissa läheisauttajista oli 70 % naisia ja sairaanhoidollisissa toimenpiteissä auttajista naisia oli 75 % (Kattainen ym. 2008, 224–225). Tavallisimmin autettavat ja auttajat asuivat

eri talouksissa ja intensiivisintä apua saavat autettavat, jotka asuivat alle 50km:n päässä auttajasta (Kattainen ym. 2008, 228).

Perheenjäsenistä yleisin avun tarjoaja on oma puoliso, mikäli tämä on vielä elossa (Cantor 1992, 68; Góthoni 1990, 86–77). Naisten pidemmästä eliniästä ja miesten suuremmasta kuolleisuudesta johtuen vanhoilla miehillä on naisia useammin puoliso auttamassa tarvittaessa. Auttava puoliso voi olla myös mies ja tulevaisuudessa tämä ilmiö tulee lisääntymään sillä yhä useampi elää pariskuntana pidempään (Cantor 1992, 68). Useat vanhat ovat kuitenkin jo leskiä ja siitä syystä tavallisimmin hoitajana toimivat vanhan omat lapset. Tavallisimmin auttajat ovat samalla paikkakunnalla asuvia, työssä käyviä tyttäriä tai miniöitä (Perälä ym. 2008, 69; Cantor 1992, 68; Góthoni 1990, 92).

Perheenjäsenten antama apu on luonteeltaan hyvin moninaista. Tavallisimmin apu on luonteeltaan henkistä tukemista, konkreettista asioiden hoitamista kuten asiointia kaupassa ja apteekissa, kotitöiden tekemistä, sosiaalisten etuuskien ja tukien hakemista sekä sosiaalisten suhteiden ylläpitämistä (Perälä ym. 2008, 68). Päivittäin annettavaan apuun sisältyy tavallisimmin henkisen avun antamista, kotitöiden tekemistä, päivittäisessä elämässä ja sairauksien hoitoa ja kivun lievittämistä. Viikottain tapahtuva apu on luonteeltaan asiointiapua, kotitöiden tekemistä. Sosiaalisten suhteiden, sosiaalietuuksien hakeminen ja ulkoiluapu ovat harvemmin annettuja avun muotoja. (Perälä ym. 2008, 68.)

Miesten ja naisten tarjoama apu on usein luonteeltaan erilaista. Poikien vanhemmilleen tarjoama apu on kodin korjaamiseen, kodin kunnossapitoon liittyvää apua ja usein kuljetusapua esimerkiksi kauppareissuille (Abel 1990,71; Gothoni 1990, 86–87). Tyttärien tarjoama apu liittyy puolestaan kotitaloustöissä avustamiseen, henkilökohtaiseen terveydenhoitoon ja hygieniaan kuten kylvettämiseen ja yhteyksien pitämiseen (Abel 1990,71; Góthoni 1990, 92.) Avun luonteesta johtuen pojat voivat suorittaa tehtävät milloin itse valitsevat, kun puolestaan naisten on autettava silloin kun vanhus tarvitsee apua (Abel 1990,71).

Naapureiden merkitys avunlähteenä oli Góthonin (1990) tutkimuksen mukaan erittäin pieni, mutta heihin kuitenkin luotettiin ja turvattiin tarvittaessa. Naapurit olivat arkielämässä selviytymisen tuki ja turva, heidän uskottiin soittavan apua tarvittaessa. Tärkeitä olivat myös erilaiset järjestelyt naapureiden kanssa, esimerkiksi kukkien kastelu ja lehtien hakeminen.

(Góthoni 1990, 92–93; Pietilä ym. 1996.)

Puhuttaessa vanhojen ihmisten auttamisesta, nähdään vanhat ihmiset usein automaattisesti autettavina. On kuitenkin hyvä muistaa, että myös vanhat ihmiset itse tuottavat merkittävän osan hoivapalveluista, eivätkä ole vain passiivisia avun vastaanottajia. Noin joka kuudes yli 60-vuotias auttaa tai hoitaa säännöllisesti henkilöä, joka on pitkäaikaissairas, vammainen tai iäkäs. Vielä yli 75-vuotiaistakin 9 % auttaa säännöllisesti läheistään. (Vaarama ym. 1999, 28.) Naiset auttavat miehiä useammin läheisiään. Miesten apu kohdistuu yleisimmin puolisolleen, nuoremmat naiset auttavat yleisimmin omia vanhempiaan tai lapsenlapsiaan (Vaarama ym. 2006, 117). Hoiva on myös usein vastavuoroista ja hoivaajan ja hoivattavan roolit vaihtelevat elämäntilanteen mukaan. Useimmissa tapauksissa vanhemmat ovat suurimmat avun antajat lapsilleen, mutta tultuaan vanhaksi, monista heistä tulee avunsaajia (Lowenstein & Daatland 2006, 212). Vanhojen ihmisten lapsille ja lastenlapsille antama tuki on luonteeltaan rahallista ja emotionaalista etenkin sellaisissa maissa, joissa eläkejärjestelmät ovat hyvin kehittyneet. Vastaavasti kehitysmaissa vanhempien antama tuki lapsilleen on puolestaan enemmän kodin ylläpitoon ja lastenhoitoon liittyvää apua kuin rahallista tukea. (Kinsella & Phillips 2005, 30)

## **5 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET**

Tämän tutkimuksen tarkoitus oli selvittää kotona asuvien hyvin vanhojen tamperelaisten tärkeimpiä avunlähteitä neljällä eri vuosikymmenellä. Tutkittavana oli, mikä taho oli 80–89-vuotiaiden tärkein auttaja vuosina 1979, 1989, 1999 ja 2006 ja oliko eri vuosikymmenien välillä eroja. Tämän lisäksi tutkitaan vanhojen toimintakykyä kunakin tutkimusvuonna, sillä toimintakyky vaikuttaa vanhalla iällä avuntarpeeseen. Mitä heikompi toimintakyky on, sitä enemmän ulkopuolista apua tarvitaan. Vanhojen toimintakyky määriteltiin sen perusteella, miten itsenäisesti he suoriutuivat päivittäisistä toiminnoista (ADL). Yhdeksän erilaista kysymystä sisälsivät liikkumiseen, peseytymiseen, WC:n käyttöön, ruoanlaittoon, kotitöiden tekemiseen ja varpaankynsien leikkaamiseen liittyviä toimintoja. Vastausten perusteella

tutkittavat jaettiin kolmeen kategoriaan: itsenäisesti selviytyviin, vähän- ja paljon apua tarvitseviin.

Siihen mistä apua pyydetään ja mikä koetaan tärkeimmäksi avunlähteeksi, vaikuttavat toimintakyvyn lisäksi myös muut tekijät kuten asumismuoto, sukupuoli ja siviilisääty. Usein iäkkäimmät naiset ovat jo leskiä ja yksinasuvia, kun taas suurin osa miehistä asuu puolison kanssa. Tämän vuoksi tutkin lisäksi näiden taustamuuttujien; toimintakyvyn, sukupuolen ja asuinmuodon yhteyttä avunlähteisiin kunakin tutkimusvuonna.

Tutkimustehtävänä on kuvata ja analysoida:

1. Mikä on kotona asuvien 80–89-vuotiaiden tärkein avunlähde päivittäisissä toiminnoissa kunakin tutkimusvuonna, onko eri tutkimusvuosien välillä eroa?
2. Millainen on kotona asuvien 80–89-vuotiaiden toimintakyky kunakin tutkimusvuonna, onko vuosien välillä eroja? (Ovatko tutkittavat toimintakyvyltään itsenäisiä, vähän apua tarvitsevia, vai paljon apua tarvitsevia?)
3. Ovatko tutkimusvuosi, toimintakyky, sukupuoli ja asuinmuoto yhteydessä siihen, saako tutkittava apua lainkaan?
4. Ovatko tutkimusvuosi, toimintakyky, sukupuoli ja asuinmuoto yhteydessä siihen, saako tutkittava apua viralliselta taholta vai omaisilta?

## **6 TUTKIMUSAINEISTO JA -MENETELMÄT**

Tässä tutkimuksessa käytetty aineisto on osa laajempaa Tampereen eläkeikäisten seurantatutkimusta, josta käytetään nimitystä TamELSA. Tämän vuoksi aluksi käsitellään TamELSA tutkimusta, sen sisältöä ja toteutusta. Tämän jälkeen siirrytään käsittelemään tässä osatutkimuksessa käytettyä aineistoa, mukaan valittuja kysymyksiä ja analysointimenetelmiä. Lopuksi tarkastellaan vielä tutkimuksen eettisyyttä.

## 6.1 TamELSA TUTKIMUSEN OTOS JA HAASTATTELUJEN TOTEUTUS

TamELSA on osa laajaa kansainvälistä iäkkäiden ihmisten seurantatutkimusta, joka käynnistettiin jo vuonna 1979. Kymmenen Euroopan maata ja Kuwait osallistuivat tutkimushankkeeseen, jonka tarkoituksena oli selvittää eläkeikäisten ihmisten elinoloja, elintapoja, terveyttä, toimintakykyä, palvelujen tarvetta ja niiden käyttöä eri puolilla Eurooppaa. Tutkimukset toteutettiin suurimmissa kaupungeissa ja Suomessa tutkimus toteutettiin Tampereella. Alussa koko projektilla oli nimi ”The Eleven Countries Study”, mutta kun tutkimus toistettiin kymmenen vuoden kuluttua sen aloittamisesta, muutettiin projektin nimeksi ”The European Longitudinal Study on Ageing” –ELSA. Suomen osatutkimusta alettiin nimittää Tampereella asuvien eläkeikäisten seurantatutkimukseksi (TamELSA) ja tutkimus toteutettiin vuosina 1979, 1989, 1999 ja 2006. (Jylhä ym. 2007, 8–9.)

TamELSA tutkimus aloitettiin vuonna 1979, jolloin Tampereen väestörekisteristä saatiin tiedot 60–89-vuotiaista. Tämä perusjoukko jaettiin viisivuotisikäryhmiin ja kuhunkin ikäryhmään poimittiin satunnaisotannalla saman verran miehiä ja naisia. Vanhimmista ikäryhmistä poimittiin hieman suuremmat otokset, jotta tutkimukseen saatiin riittävästi myös vanhimpia tutkittavia. Otoksen koko oli 1494, joista 1059 saatiin haastateltua ja tällöin vastausprosentti oli 71. Todellisuudessa osa tutkimukseen poimituista oli ehtinyt kuolla jo ennen haastatteluja. Kun huomioitiin vain elossa olevat tutkittavat, oli vastausprosentti 81. (Jylhä ym. 2007, 9–10.)

Vuonna 1989 tehtiin seurantahaastattelu, jolloin tutkittavat olivat 70–99-vuotiaita ja heitä oli elossa vielä 518 henkilöä. Tutkimukseen poimittiin lisäksi uudet 60–64- ja 65–69-vuotiaiden ryhmät, yhteensä 520 henkilöä. Jo aiemmin mukana olleista osallistui tällä kertaa 435 henkilöä tutkimukseen (84 %) ja uusista tutkittavista saatiin haastateltua 395 henkilöä (76 %). Vuonna 1999 tutkimukseen ei enää otettu lisää tutkittavia. Aiempien vuosien tutkittavista oli elossa 429 henkilöä, joista saatiin haastateltua 398 henkilöä, eli 93 % koko tutkimusjoukosta. Tutkittavat olivat tuolloin ehtineet 70–98-vuoden ikään. Vuonna 2006 tutkimuksen aiempiin vaiheisiin osallistuneista oli elossa 275 henkilöä, joista 252 saatiin haastateltua, mikä on 92 % koko tutkimusjoukosta. Iältään tutkittavat olivat tuolloin 77–105-vuotiaita. (Jylhä ym. 2007, 10–11.)

Vuosina 1979, 1989 ja 1999 haastattelut suoritettiin henkilökohtaisesti tutkittavien kotona tai laitoksessa, mikäli haastateltava asui siellä. Mikäli haastateltava ei kyennyt itse vastaamaan kysymyksiin huonon terveyden vuoksi, pyydettiin omaista tai laitoksen työntekijää sijaishaastateltavaksi. Sijaishaastateltavalta ei kuitenkaan tiedusteltu tutkittavan omia mielipiteitä koskevia kysymyksiä. Kahtena ensimmäisenä vuonna haastattelun suorittivat opiskelijat, jotka olivat saaneet koulutuksen tehtävään. Vuonna 1999 haastattelun suorittivat tilastokeskuksen haastattelijat, joille annettiin koulutus tehtävään. (Jylhä ym. 2007, 10–12.) Vuonna 2006 haastattelut suoritettiin aiemmasta poiketen pääosin puhelimitse, jolloin säästettiin kustannuksissa ja tutkimus pystyttiin suorittamaan lyhyemmässä ajassa. Mikäli tutkittavaa ei tavoitettu puhelimitse, postitettiin lomake kotiin. Laitoksessa asuvat haastateltiin pääosin henkilökohtaisesti. Haastattelijoina toimivat projektin tutkija ja opiskelijat, joille järjestettiin koulutusta ennen haastatteluja. (Jylhä ym. 2007, 13.)

Tutkimuslomake oli strukturoitu lomake, jossa tiedusteltiin perustietojen lisäksi tutkittavan terveyttä, sairauksia, toimintakykyä, elintapoja, sosiaalista osallistumista, taloudellista tilannetta, avun tarvetta ja -saamista. Lomakkeen alussa oli lyhyt testi, jolla testattiin vastaajan muistia ja sitä, kykeneekö hän vastaamaan tutkimuskysymyksiin. Vuonna 1999 lomakkeeseen tehtiin pieniä muutoksia, muun muassa poistettiin koulutusta ja työuraa koskevia kysymyksiä, sillä ne oli tiedusteltu jo aiemmilla kerroilla. Vuonna 2006 haastattelulomakkeesta karsittiin useampia kysymyksiä, mutta kaikki aihealueet pysyivät mukana. Lomaketta lyhennettiin siksi, että haastattelu oli mahdollista suorittaa puhelimitse. Lomakkeen loppuun lisättiin muutama kysymys liittyen kännyköiden ja tietokoneiden käyttöön.

## 6.2 TÄSSÄ TUTKIMUKSESSA KÄYTETTY AINEISTO JA KYSYMYKSET

Tämän pro -gradun aineisto koostui kotona asuvista 80–89-vuotiaista, jotka olivat osallistuneet TamELSA tutkimukseen vuonna 1979, 1989, 1999 ja/tai 2006. Koska kahden viimeisen tutkimusvuoden välillä on seitsemän vuotta eroa, on tästä syystä aineistossa tutkittavia, jotka ovat kuuluneet 80–89-vuotiaiden ryhmään sekä vuonna 1999 että 2006. Kaikkiaan vuoden 2006 tutkittavista 25 oli sellaisia, jotka kuuluivat 80–89-vuotiaiden ryhmään vuonna 1999.

Tutkimukseen valittiin 80–89-vuotiaat sen tähden, että toimintakyvyn rajoitukset lisääntyvät ja sitä kautta avuntarve lisääntyy huomattavasti 80-ikävuoden jälkeen (Vaarama 1992, 58). Tavoitteena oli myös vertailla tietyn ikäryhmän välisiä eroja eri vuosina ja tämän ikäryhmän kohdalla vertailu oli mahdollista tehdä, sillä jokaisena tutkimusvuonna oli mukana tämän ikäisiä tutkittavia. Aineistossa oli mukana vain kotona asuvat, sillä laitoksessa asuvien avunlähde oli luonnollisesti laitoshenkilökunta ja mielenkiinto kohdistui tässä tutkimuksessa kotona asuvien avunlähteisiin eri vuosina. Aineisto koostui kaikkiaan 583 tutkittavasta, joista 322 (55 %) oli naisia ja 261 (45 %) oli miehiä. Vuonna 1979 tutkittavia oli 248, vuonna 1989 heitä oli 118, vuonna 1999 heitä oli 84 ja vuonna 2006 heitä oli 133 henkilöä.

Tähän tutkimukseen mukaan otetut koko tutkimuslomakkeen kysymykset löytyvät tutkimuksen lopusta liitteestä 1. Tutkimukseen valittiin mukaan TamELSA tutkimuksesta kysymykset, jotka sisälsivät perustietojen lisäksi tietoja avunlähteistä ja toimintakykyisyydestä. Kysymykset olivat strukturoituja. Perustietoina kysyttiin tutkittavan: sukupuoli, ikä, asuuko tutkittava pysyvästi laitoksessa, siviilisääty ja kenen kanssa tutkittava asuu.

Avunlähteisiin liittyviä kysymyksiä oli kaksi. Ensimmäinen avunlähteitä tiedusteleva kysymys oli: *”Onko Teillä viimeisen 12 kuukauden aikana ollut virallista kotiapua?”*. Vastausvaihtoehdot olivat: ei (1), satunnaisesti (2) ja säännöllisesti (3). Toinen avunlähteitä koskeva kysymys oli hieman eri tavalla muotoiltu vuoden 1979 kyselylomakkeessa, verrattaessa vuosiin 1989, 1999 ja 2006. Yhdenmukaisuuden vuoksi tässä tutkimuksessa käytetään tapaa, jolla vuosina 1989, 1999 ja 2006 tärkeimpiä avunlähteitä kysyttiin. Vuonna 1979 tutkittavilta tiedusteltiin aluksi, olisivatko he tarvinneet apua henkilökohtaisiin toimiinsa, kevyihin- tai raskaisiin kotitöihin viimeisen vuoden aikana. Vastausvaihtoehdot olivat kyllä ja ei. Mikäli tutkittava vastasi ”ei” kaikkiin kysymyksiin, häneltä ei kysytty lainkaan tärkeintä päivittäistä auttajaa. Mikäli tutkittava vastasi kyllä yhteenkin kohtaan, häneltä kysyttiin jatkokysymys; oliko tutkittava saanut apua yhdeksältä eri vaihtoehdolta ja tämän jälkeen tutkittavilta tiedusteltiin ”Kuka auttaa Teitä eniten päivittäisissä toiminnoissa?” Vastausvaihtoehdot olivat samat yhdeksän: puoliso, lapset perheineen, muu sukulainen, naapuri, muu yksityinen, kodinhoitaja, kotiavustaja, seurakuntasisar ja muu maksettu apu. Vuosina 1989, 1999 ja 2006 avunlähteitä kysyttiin kysymyksellä; ”Kuka teitä auttaa eniten päivittäisissä toiminnoissa” ja tuolloin vastausvaihtoehdot olivat: puoliso, lapset perheineen, muut sukulaiset, virallinen kotiapu, joku muu ja ei kukaan. Tulosten yhdenmukaisuuden

vuoksi vuoden 1979 vastauksista vaihtoehdot naapuri ja seurakuntasisar on koodattu vastausvaihtoehdoksi ”*muu*” ja vaihtoehdot muu yksityinen, kodinhoitaja, kotiaivustaja ja muu maksettu apu ”*viralliseksi kotiaivuksi*”. Mikäli tutkittavalta ei ollut kysytty kysymystä lainkaan, kirjautui tämä luokkaan ”*ei kukaan*”.

Fyysistä toimintakykyisyyttä selvitettiin siten, että tutkittavaa pyydettiin itse arvioimaan miten suoriutuu erilaisista päivittäisen elämän vaatimista toiminnoista. Kysymykset sisälsivät liikkumiseen, peseytymiseen, pukeutumiseen, ruoanlaittoon, kotitöihin ja varpaankynsien leikkaamiseen liittyviä toimintoja. Kunkin toiminnon kohdalla tutkittava arvioi suoriutumiskykyään valitsemalla neljästä eri vaihtoehdosta kuvaavimman: vaikeuksitta (1), vaikeuksin, mutta ilman apua (2), avun kanssa (3) tai ei kykene (4). Vuonna 2006 toimintakykyä mittaavia kysymyksiä vähennettiin aiemmasta 14:sta yhdeksään, sillä tutkimusta haluttiin lyhentää haastattelumuodon takia. Tässä tutkimuksessa käytetään yhdenmukaisuuden vuoksi näitä yhdeksää toimintakykyä mittaavaa toimintaa, jotka sisältyivät jokaisen vuoden tutkimuskysymyksiin.

### 6.3 AINEISTON ANALYSOINTIMENETELMÄT

Tutkimusaineisto analysoitiin käyttämällä SPSS 16.0 for Windows tilasto-ohjelmaa. Tutkimusmenetelminä käytettiin ristiintaulukointia,  $\chi^2$ -testiä ja logistista regressiota. Tilastollisen merkitsevyyden raja-arvona pidettiin arvoa 0,05.

Aluksi tutkimusaineistoa kuvailtiin prosenttilukuina, jolloin saatiin yleiskuva kunkin tutkimusvuoden tutkittavien taustamuuttujista. Taustamuuttujien kuvailua varten tutkittavan asuinmuoto luokiteltiin kolmeen eri luokkaan: asuu yksin, asuu puolison kanssa tai asuu jonkun muun kanssa. Asuu jonkun muun kanssa -vaihtoehto sisälsi vastausvaihtoehdot: lapsi(a)/lapsen puoliso, lapsenlapsi, sisar/veli ja muu. Asuinmuoto luokiteltiin kolmeen luokkaa koska oletettiin, että muiden kuin puolison kanssa asuvien osuudet olisivat todella harvinaisia.

Perustietojen kuvailun jälkeen ensimmäiseen tutkimuskysymykseen ”*Mikä on kotona asuvien 80–89-vuotiaiden tärkein avunlähde päivittäisissä toiminnoissa kunakin tutkimusvuonna,*

*onko eri tutkimusvuosien välillä eroa?”* haettiin vastausta ristiintaulukoinnilla ja sitä testattiin  $\chi^2$ -testillä. Toisen tutkimuskysymyksen *”Millainen on kotona asuvien 80–89-vuotiaiden toimintakyky kunakin tutkimusvuonna, onko vuosien välillä eroja? (Ovatko tutkittavat toimintakyvyltään itsenäisiä, vähän apua tarvitsevia, vai paljon apua tarvitsevia.)”* selvittämiseen käytettiin ristiintaulukointia ja tilastollista merkitsevyyttä testattiin  $\chi^2$ -testillä.

Toimintakykyisyyden selvittämisessä käytettiin apuna luokittelua. Aluksi toimintakykyisyyttä tarkasteltiin luokittelemalla kunkin toimen kohdalla vastaukset 1 (kykenee vaikeuksitta) ja 2 (kykenee vaikeuksin, mutta ilman apua) yhteen, jolloin saatiin prosenttiosuudet edelleen niille, jotka selvisivät toiminnosta ilman ulkopuolisen apua. Tämän jälkeen toimintakyvystä muodostettiin toimintakykyindeksi, jonka perusteella tutkittavat jaettiin kolmeen eri ryhmään: itsenäisesti selviytyviin, vähän apua tarvitseviin ja paljon apua tarvitseviin. Aluksi kaikki yhdeksän toimintakykyä mittaavaa toimintoa jaettiin helppoihin ja vaikeisiin toimintoihin. Helppoja toimintoja olivat huoneissa kävely, WC:n käyttö ja pukeutuminen. Vaikeita toimintoja olivat ulkona liikkuminen, 400m:n kävely, peseytyminen, kotityöt ja varpaankynsien leikkaaminen. Kaikista toiminnoista ilman apua selviytyvät luokiteltiin itsenäisesti selviytyviin. Ne jotka tarvitsivat apua tai eivät selviytyneet lainkaan edes yhdestä vaikeammasta toiminnosta, mutta selviytyivät itsenäisesti muista toiminnoista, luokiteltiin vähän apua tarvitseviin. Ne jotka tarvitsivat apua tai eivät selviytyneet helpoimmista toiminnoista, luokiteltiin paljon apua tarvitseviksi.

Kolmanteen tutkimuskysymykseen *”Ovatko tutkimusvuosi, toimintakyky, sukupuoli ja asuinmuoto yhteydessä siihen, saako tutkittava apua lainkaan?”* etsittiin vastausta ristiintaulukoinnilla ja  $\chi^2$ -testillä. Tämän lisäksi käytettiin logistista regressioanalyysia, jolla haettiin avunlähteeseen yhteydessä olevia muuttujia. Regressioanalyysi on sopiva tilastollinen menetelmä kun muuttujajoukosta on tarkoitus etsiä tekijöitä, jotka yhdessä kykenevät selittämään tiettyä muuttujaa. Mallilla voidaan lisäksi tutkia aiemmin tärkeiksi osoitettujen muuttujien osuutta selittävinä tekijöinä, esimerkiksi toimintakykyisyyden osuutta avun tarpeeseen. (Metsämuuronen 2003, 607).

Logistista regressiota varten avunlähteistä muodostettiin aluksi kaksiluokkainen muuttuja: apua saamattomat (0) ja ne jotka saivat apua jostain (puoliso, lapset perheineen, muut sukulaiset, virallinen apu ja muu) lähteestä (1). Eri taustamuuttujien (vuoden, sukupuolen, asuinmuodon ja toimintakyvyn) yhteyttä avunlähteisiin yleensä testattiin ensin yksittäin,

(Malli 1) sitten testattiin kaikkien muuttujien yhteisvaikutusta avunsaantiin yleensä (Malli 2). Taustamuuttujista asuinmuoto luokiteltiin kahteen eri luokkaan: asuu yksin ja asuu jonkun kanssa. Asuinmuoto luokiteltiin kahteen sen tähden, että tutkimuksen kannalta oleellisempaa oli, asuuko tutkittavan kanssa samassa taloudessa joku, kuin kuka tuo asuinkumppani on. Lisäksi oletettiin että muiden kuin puolison osuudet asuinkumppanina olisivat melko harvat.

Neljänteen ja viimeiseen tutkimuskysymykseen ”*Ovatko tutkimusvuosi, toimintakyky, sukupuoli ja asuinmuoto yhteydessä siihen, saako tutkittava apua viralliselta taholta vai omaisilta?*” etsittiin vastausta ensin ristiintaulukoinnilla, testaamalla tilastollinen merkitsevyys ja käyttämällä logistista regressiota. Logistista regressiota varten avunlähteet jaoteltiin kahteen luokkaan: omaisilta apua saaviin (0) ja viralliselta taholta apua saaviin (1). Kysymyksen ”*Kuka Teitä auttaa eniten päivittäisissä toiminnoissa?*” vastausvaihtoehdot olivat: puoliso (1), lapset perheineen (2), muut sukulaiset (3), virallinen taho (4), muu (5) ja ei kukaan (6). He jotka saivat apua *puolisolta (1), lapsilta perheineen (2) ja muilta sukulaisilta (3)* luokiteltiin ”*Omaisilta apua saaviin*”. He jotka saivat apua *muulta taholta tai eivät saaneet lainkaan apua*, jätettiin pois mallista.

## 6.4 TUTKIMUKSEN EETTISYYS

Tutkimuksen suorittamisessa noudatettiin tieteellisen tutkimuksen eettisiä periaatteita. Tutkimusaineiston hankinnassa pidettiin huoli, että tutkittavat saivat riittävästi tietoa tutkimuksesta ja osallistuminen tutkimukseen oli vapaaehtoista. Kunakin tutkimusvuonna haastateltaville lähetettiin etukäteen kirje, jossa kerrottiin tulevasta tutkimuksesta ja ajankohdasta jolloin heihin otetaan yhteyttä. Mikäli ajankohta ei ollut sopiva, sai haastateltava ehdottaa sopivampaa ajankohtaa. (Heikkinen ym. 1981, 17; Jylhä ym. 2007, 13.) Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja tutkittaville annettiin mahdollisuus esittää kysymyksiä tai ajatuksia tutkimuksesta. Tutkimusaineistoa käsiteltiin luottamuksellisesti ja yksittäisen henkilön vastauksia ei pysty tuloksista yksilöimään. Tutkimusten raportoinnissa noudatettiin avoimuuden ja rehellisyyden periaatetta.

## 7 TUTKIMUSTULOKSET

Tulosten käsittely aloitetaan kuvailemalla kunkin tutkimisvuoden tutkimusjoukon taustamuuttujia. Tämän jälkeen tarkastellaan tutkittavien tärkeimpiä avunlähteitä. Kolmanneksi kuvaillaan tutkittavien toimintakykyisyyttä ja sitä, onko eri tutkimusvuosina nähtävissä eroja iäkkäiden toimintakykyisyydessä. Lopuksi logistisella regressiolla testataan eri taustamuuttujien (tutkimusvuoden, sukupuolen, asuinmuodon ja toimintakyvyn) yksittäistä ja yhtäaikaista yhteyttä siihen, saavatko tutkittavat apua jostain vai eivät ja siihen saavatko he apua viralliselta taholta vai omaisilta. Käsittelem tuloksia kunkin tutkimusvuoden kohdalla aina sukupuolittain, sillä tiedetään että vanhojen miesten ja naisten välillä on eroja muun muassa siviilisäädystä, asuinmuodossa ja toimintakyvyssä, mikä luonnollisesti on yhteydessä myös avunlähteisiin.

Tutkimusaineisto koostui 80–89-vuotiaista, kotona asuvista tamperelaisista, jotka olivat osallistuneet TamELSA tutkimukseen vuosina 1979, 1989, 1999 ja/tai 2006. Vuoden 1979 tutkimusaineisto koostui 248 tutkittavasta, joista 134 oli miehiä ja 114 naisia. Vuonna 1989 tutkittavia oli 118, joista 39 oli miehiä ja 79 naisia. Vuonna 1999 tutkittavia oli vähiten: 84, joista miehiä oli 33 ja naisia 51. Viimeisenä tutkimusvuonna 2006 tutkittavia oli yhteensä 133 ja vastaavat luvut olivat 55 ja 78. Vuosina 1989, 1999 ja 2006 tutkittavissa oli naisenemmistö, tutkimusvuodesta riippuen naisia oli 59–67 % tutkimusjoukosta.

Taulukossa yksi näkyy tutkittavien miesten ja naisten siviilisäätty, sekä asuinmuoto kunakin tutkimusvuonna. Siviilisäätty ja asuinmuoto liittyivät selvästi toisiinsa ja sukupuolittaiset erot olivat suuret. Kunakin tutkimusvuonna yli puolet miehistä oli naimisissa olevia ja tutkimusvuodesta riippuen 43–67 % miehistä asui puolisonsa kanssa. Naisista sen sijaan suurin osa oli leskiä ja asui yksin. Asuminen avoliitossa oli todella harvinaista tämän ikäryhmän ihmisillä; vuosina 1979, 1989 ja 1999 kukaan tutkittavista ei asunut avoliitossa ja vuonna 2006 vain muutama harva. Eronneiden osuus oli samaten hyvin pieni jokaisena tutkimusvuonna, joskin osuudet olivat hivenen suuremmat verrattaessa vuoden 2006 lukuja vuoden 1979 lukuihin. (Taulukko 1.)

Suurimmat erot eri tutkimusvuosien kesken näkyivät naisten siviilisäädystä. Naimattomien naisten osuus pienentyi jatkuvasti vuodesta 1979 lähtien, jolloin heitä oli 26 %

tutkimusjoukosta. Vuoteen 2006 mennessä, naimattomien naisten osuus oli pudonnut 10 %:iin. Vastaavasti naimisissa olevien naisten osuus oli noussut vuodesta 1979 puolella vuoteen 2006 mennessä. (Taulukko 1.)

Asuinmuodossa näkyi suuria eroja eri tutkimusvuosien kesken. Asuminen jonkun muun, kuin puolison kanssa vähentyi sekä miehillä että naisilla tultaessa nykypäivään. Kattegoria ”muu” piti sisällään tutkittavan lapset, lapsen lapset ja sisarukset. Kun vielä vuonna 1979 miehistä joka neljännes ja naisista 35 % asui jonkun muun kuin puolisonsa kanssa, olivat vastaavat luvut vuonna 2006 naisilla enää 7 % ja miehistä kukaan ei enää asunut näin. (Taulukko 1.)

**Taulukko 1.** Siviilisäätö ja asuinkumppani sukupuolen ja tutkimusvuoden mukaan

	Miehet				Naiset				Kaikki			
	1979 (n=134) %	1989 (n=39) %	1999 (n=33) %	2006 (n=55) %	1979 (n=114) %	1989 (n=79) %	1999 (n=51) %	2006 (n=78) %	1979 (n=248) %	1989 (n=118) %	1999 (n=84) %	2006 (n=133) %
<b>Siviilisäätö</b>												
naimaton	3	5	3	0	26	19	14	10	13	14	10	6
naimisissa	54	64	55	67	9	13	16	18	33	30	31	38
leski	39	31	36	24	64	65	63	63	50	53	52	47
eronnut	5	0	6	7	2	4	8	8	3	3	7	8
avoliitossa	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	2
<b>Asuinmuoto</b>												
yksin	32	36	49	33	59	72	78	76	45	60	67	58
puolison kera	43	64	52	67	6	9	14	17	26	27	29	38
muu	25	0	0	0	35	19	8	7	29	13	5	5

## 7.1 PUOLISO JA LAPSET OVAT TÄRKEIMMÄT AVUNLÄHTEET

Suurimman tutkittavien auttajaryhmän muodostivat kunakin tutkimusvuonna puoliset ja lapset perheineen. Sukupuolittaiset erot olivat selvät: naisia auttoivat eniten lapset perheineen, miehiä auttoi oma puoliso. Miehillä vuosien väliset erot avunlähteissä eivät olleet tilastollisesti merkitseviä, naisilla puolestaan erot olivat tilastollisesti merkitseviä. Naisten ja miesten väliset erot avunlähteissä olivat selkeät; esimerkiksi vuonna 2006 lähes puolet (46 %) miehistä kertoi tärkeimmäksi avunlähteekseen puolison, kun vastaava luku naisilla oli 13 %. Niiden naisten osuus, joilla puoliso oli tärkein avunlähde, kasvoi kuitenkin jatkuvasti ensimmäisestä tutkimuskerrasta lähtien. Myös miehistä huomattavasti suurempi osuus, lähes puolet (46 %) sai apua puolisoltaan vuonna 2006, verrattaessa vuoteen 1979 jolloin vastaava luku oli 28 %. Muiden sukulaisten antaman avun osuus oli hyvin vähäistä kunakin tutkimusvuonna. (Taulukko 2.)

**Taulukko 2.** Tärkeimmät avunlähteet sukupuolen ja tutkimusvuoden mukaan

Tärkein avunlähde	Miehet				Naiset				Kaikki			
	1979	1989	1999	2006	1979	1989	1999	2006	1979	1989	1999	2006
	(n=127) %	(n=39) %	(n=33) %	(n=56) %	(n=106) %	(n=78) %	(n=51) %	(n=77) %	(n=233) %	(n=117) %	(n=84) %	(n=132) %
puoliso	28	23	24	46	4	5	12	13	17	11	17	27
lapset perh.	17	10	24	11	37	35	26	34	26	27	25	24
muut sukul.	2	0	0	0	9	6	0	3	6	4	0	2
virallinen apu	17	28	21	13	25	31	39	13	21	30	32	13
muu	6	5	6	6	7	12	4	4	6	9	5	5
ei kukaan	30	33	24	26	19	12	20	34	25	19	21	30
vuosien välinen p-arvo			0,415				0,001					

Niiden tutkittavien osuus, jotka eivät saaneet keneltäkään apua päivittäisiin toimiinsa, vaihteli tutkimusvuodesta riippuen 19–30 % välillä, luvun ollessa korkeimmillaan vuonna 2006. Tutkimuslomake ei sisältänyt jatkokysymystä, jossa olisi selvitetty olisiko tutkittava tarvinnut apua päivittäisiin toimiinsa. Näin ollen apua saamattomien joukossa oli mahdollisesti niitä, jotka eivät sitä toimintakykynsä puolesta tarvinneetkaan, sekä niitä, jotka olisivat apua tarvinneet. Kolmena ensimmäisenä tutkimusvuonna apua saamattomia miehiä oli naisia enemmän, vuonna 2006 asia oli toisinpäin. (Taulukko 2.)

Virallisen avun osuus tärkeimpänä avunlähteenä vaihteli 13–32 % välillä, ollen alimmillaan vuonna 2006 ja korkeimmillaan vuonna 1999. Sukupuolittaiset erot näkyivät myös virallisen avun merkityksessä. Naisille virallinen apu oli useammin tärkein avun lähde kuin miehille. (Taulukko 2.)

Tutkittavilta tiedusteltiin lisäksi olivatko he saaneet virallista kotiapua viimeisen 12 kk:n aikana. Vuosien välillä ei havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja virallisen kotiavun saannissa kummallakaan sukupuolella. Noin kolmannes tai vähän reilu kolmannes tutkittavista sai virallista apua säännöllisesti kunakin tutkimusvuonna. Satunnaisesti virallista apua saavien osuus oli pienempi. Naiset saivat miehiä useammin apua viralliselta taholta kunakin tutkimusvuonna. Tutkimusvuodesta riippuen melkein tai reilu puolet (49–59 %) tutkittavista ei saanut virallista apua, luvun ollessa suurimmillaan vuonna 2006. (Taulukko 3.)

**Taulukko 3.** Onko tutkittava saanut viimeisen 12 kk:n aikana kotiapua

Virallisen kotiavun saanti 12kk:n aikana	Miehet				Naiset				Kaikki			
	1979 (n=131)	1989 (n=39)	1999 (n=33)	2006 (n=55)	1979 (n=113)	1989 (n=79)	1999 (n=51)	2006 (n=78)	1979 (n=244)	1989 (n=118)	1999 (n=84)	2006 (n=133)
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Ei saa apua	54	59	64	60	43	56	53	59	49	57	57	59
Satunnaisesti	16	8	9	4	12	13	16	10	14	11	13	8
Säännöllisesti	30	33	27	36	44	32	31	31	37	32	30	33
p-arvo	0,287				0,343							

## 7.2 TOIMINTAKYKYISYYDELTÄÄN SUURI OSA ON ITSENÄISIÄ, VUOSIEN VÄLILLÄ EI SELKEÄÄ MUUTOSTA

Suurin osa tutkittavista selviytyi yhdeksästä eri toiminnosta ihan ilman ulkopuolisen apua. Huoneissa liikkuminen ja WC:ssä käynti olivat toiminnot, jotka sujuivat kunakin tutkimusvuonna lähes kaikilta tutkittavilta ilman apua. Liikkumiseen liittyvistä toiminnoista eniten aiheutti hankaluuksia 400 metrin kävely. Miehiltä sujuivat kaikki kävelemiseen liittyvät toiminnot naisia paremmin, esimerkiksi ulkona liikkumisesta suoriutui 82–94 % miehistä ilman apua, kun samaan kykeni naisista 73–87 %, riippuen tutkimusvuodesta. Naisilla puolestaan sujuivat kevyiden kotitöiden suorittaminen paremmin. Kaikista toiminnoista varpaankynsien leikkaamisessa oli eniten hankaluuksia kunakin tutkimusvuonna sekä miehillä että naisilla. Tästä huolimatta kunakin tutkimusvuonna yli puolet tutkittavista kykeni leikkaamaan varpaankyntensä ilman ulkopuolisen apua. (Taulukko 4.)

**Taulukko 4.** Ilman apua eri toiminnoista selviytyvien osuudet sukupuolen ja tutkimusvuoden mukaan

Kykenee vaikeuksitta tai vaikeuksin, mutta ilman apua	Miehet				Naiset			
	1979	1989	1999	2006	1979	1989	1999	2006
	(n=134) %	(n=39) %	(n=34) %	(n=54) %	(n=114) %	(n=79) %	(n=51) %	(n=77) %
liikkumaan ulkona	90	90	94	82	79	73	75	87
kävelemään huoneissa	98	100	100	93	96	98	100	96
kävelemään 400m:n	87	90	91	82	77	73	75	82
käyttämään WC:tä	97	97	100	91	96	99	98	99
peseytymään	87	87	91	76	80	82	84	90
pukeutumaan ja riisuutumaan	91	90	97	80	96	96	98	94
laitamaan ruokaa	83	80	84	58	79	84	77	90
leikkaamaan varpaankynnet	69	69	62	56	58	66	57	59
tekemään kevyitä kotitöitä	74	85	82	74	77	87	80	91

Kun tutkimusvuosia verrattiin keskenään, ei toiminnoissa voitu nähdä kummankaan sukupuolen kohdalla selkeää suuntaa parempaan tai huonompaan. Jos puolestaan verrattiin vuoden 2006 lukuja vuoteen 1979, huomattiin että ilman apua selviytyviä miehiä oli jokaisessa toiminnossa vähemmän, naisia puolestaan lähes jokaisessa toiminnossa enemmän. Miehillä ja naisilla laskettiin myös p-arvot kunkin toimen kohdalle erikseen. Tulokset eivät olleet useimpien toimintojen kohdalla tilastollisesti merkitseviä raja-arvon ollessa 0,05, joten tästä syystä p-arvoja ei kirjattu taulukkoon erikseen. Ainoat toiminnot, joissa vuosien välillä havaittiin tilastollisesti merkitsevä ero, olivat miehillä pukeutuminen ja riisuutuminen (0,051) ja ruoanlaitto (0,02). (Taulukko 4.)

Tutkittavat luokiteltiin toimintakykyisyyden mukaan kolmeen eri ryhmään: itsenäisesti selviytyviin, vähän apua tarvitseviin ja paljon apua tarvitseviin. Suurin osa tutkittavista selviytyi kaikista toiminnoista täysin itsenäisesti tai vähäisen avustuksen turvin kunakin tutkimusvuonna. Täysin itsenäisesti kaikista toiminnoista selviytyi kunakin tutkimusvuonna hieman alle tai reilu puolet (46–53 %) tutkittavista. Vähän apua tarvitsevien osuus vaihteli 38–49 %:iin, riippuen tutkimusvuodesta. Paljon apua tarvitsevia oli 2–15 %, luvun ollessa alimmillaan vuonna 1999 ja suurimmillaan 2006. Tutkimusvuosien välillä ei ollut nähtävissä selkeää muutoslinjaa tutkittavien toimintakykyisyydessä. Jos kuitenkin verrattiin vuoden 2006 lukuja vuoden 1979 lukuihin, huomattiin että täysin itsenäisesti selviytyviä oli enemmän vuonna 1979 (53 %) kuin vuonna 2006 (46 %). Paljon apua tarvitsevia oli puolestaan huomattavasti enemmän vuonna 2006 (15 %) kuin vuonna 1979 (9 %). (Taulukko 5.)

Erot sukupuolten välillä toimintakykyisyydessä olivat melko suuret. Kun vuosien väliset erot toimintakykyisyydessä testattiin, olivat erot miehillä tilastollisesti merkitsevät, naisilla puolestaan eivät. Ensimmäisenä tutkimusvuonna miehet (61 %) selviytyivät selkeästi naisia (44 %) useammin täysin itsenäisesti kaikista toimista, mutta täysin itsenäisesti selviytyvien miesten osuus laski jatkuvasti tultaessa vuoteen 2006. Toisaalta taas miehet olivat myös naisia useammin suuremman avun tarpeessa. Paljon apua tarvitsevien osuudessa ei ollut selkeää muutoslinjaa verrattaessa eri tutkimusvuosia keskenään, mutta paljon apua tarvitsevien naisten (8 %) ja miesten (24 %) osuudet olivat suurimmillaan vuonna 2006. Tutkimuksen mukaan naiset olivat miehiä useammin vähäisen avun tarpeessa, kunakin tutkimusvuonna. (Taulukko 5.)

**Taulukko 5.** Miesten ja naisten toimintakykyisyys tutkimusvuoden mukaan

toimintakyky	Miehet				Naiset				Kaikki			
	1979	1989	1999	2006	1979	1989	1999	2006	1979	1989	1999	2006
	(n=134)	(n=39)	(n=33)	(n=54)	(n=114)	(n=79)	(n=51)	(n=76)	(n=248)	(n=118)	(n=84)	(n=130)
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
itsenäiset	61	59	49	41	44	51	49	50	53	53	49	46
vähän apua tarvitsevat	28	31	49	35	50	44	49	42	38	40	49	39
paljon apua tarvitsevat	11	10	2	24	6	5	2	8	9	7	2	15
vuosien välinen p-arvo			0,021				0,761					

### 7.3 AVUNLÄHTEESEEN YHTEYDESSÄ OLEVAT TAUSTAMUUTTUJAT

Taulukossa 6 näkyy sukupuolen, asuinmuodon ja toimintakyvyn yhteydet tutkittavien tärkeimpiin avunlähteisiin kunakin tutkimusvuonna. Asuinmuodon (<0,001-0,005) ja toimintakyvyn (<0,001-0,021) yhteys tärkeimpään avunlähteeseen olivat kunakin tutkimusvuonna tilastollisesti merkitseviä.

Asuinmuoto oli selkeästi yhteydessä avunlähteeseen. Jonkun kanssa asuvat saivat tavallisimmin (51–71 %) apua päivittäisiin toimiinsa omaisiltaan, eli puolisoilta tai lapsiltaan. Korkeimmillaan osuudet olivat vuonna 2006. Yksin asuville puolestaan tärkein avunlähde oli virallinen taho (35–43 %) useammin kuin omaiset (32–36 %), joskaan suhteelliset erot eivät olleet kovin suuria kolmena ensimmäisenä tutkimusvuonna. Viimeisenä tutkimusvuonna 2006 myös yksinasuvien tärkein avunlähde oli omaiset useammin kuin virallinen apu. (Taulukko 6.)

**Taulukko 6.** Päivittäisissä toiminnoissa eniten auttava taho taustamuuttujien mukaan

	Sukupuoli		Asuinmuoto		Toimintakyky		
	Mies	Nainen	Yksin	Jonkun kanssa	Itsenäinen	Vähän apua tarvitseva	Paljon apua tarvitseva
	%	%	%	%	%	%	%
vuosi 1979							
Avunlähde							
Omaiset	47	50	34	61	41	58	50
Virallinen apu	17	25	35	9	14	28	31
Muu	6	7	10	3	6	6	6
Ei kukaan	30	19	22	27	38	8	13
p-arvo	0,213		<0,001		<0,001		
vuosi 1989							
Avunlähde							
Omaiset	33	46	36	51	33	48	75
Virallinen apu	28	31	41	13	27	37	13
Muu	5	12	11	6	10	9	13
Ei kukaan	33	12	11	30	30	7	0
p-arvo	0,032		0,002		0,021		
vuosi 1999							
Avunlähde							
Omaiset	49	37	32	61	39	46	0
Virallinen apu	21	39	43	11	20	44	50
Muu	6	4	7	0	5	2	50
Ei kukaan	24	20	18	29	37	7	0
p-arvo	0,389		0,005		0,001		
vuosi 2006							
Avunlähde							
Omaiset	56	49	38	71	48	50	74
Virallinen apu	13	13	21	2	7	18	21
Muu	6	4	7	2	3	6	5
Ei kukaan	26	34	34	25	42	26	0
p-arvo	0,751		<0,001		0,021		

Toimintakykyisyys oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä avunlähteeseen ja siihen, saatiinko apua yleensä ollenkaan. Omaiset olivat virallista apua useammin tärkeämpi auttajataho, huolimatta siitä minkälainen oli tutkittavan toimintakyky. Toimintakyvyltään itsenäisesti selviytyvistä (30–42 %) huomattavasti suurempi osa ei saanut apua päivittäisiin toimiinsa verrattaessa lukuja vähän tai paljon apua tarvitseviin (0–26 %). Toimintakyvyltään vähän tai paljon apua tarvitsevat saivat suhteellisesti enemmän apua viralliselta taholta kuin itsenäisesti toimeentulevat. (Taulukko 6.)

Myös sukupuolittaisia eroja oli virallisen avun ja omaisavun suhteen, joskaan luvut eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Naiset saivat miehiä enemmän apua viralliselta taholta kolmena ensimmäisenä tutkimusvuonna, vuonna 2006 prosentuaaliset osuudet olivat samat. Samaten naiset saivat miehiä enemmän omaisapua tutkimusvuosina 1979 ja 1989, vuosina 1999 ja 2006 osat olivat vaihtuneet toisinpäin. Apua saamattomia miehiä (24–33 %) oli naisia (12–20 %) huomattavasti enemmän kolmena ensimmäisenä tutkimusvuonna, vuonna 2006 apua saamattomia naisia (34 %) oli miehiä (26 %) enemmän. (Taulukko 6.)

### 7.3.1 Naiset ja alemman toimintakyvyn omaavat saavat todennäköisemmin apua

Aluksi tarkasteltiin eri taustamuuttujien yhteyttä siihen, saivatko tutkittavat apua lainkaan vai eivät, logistisen regression avulla. Tutkittavat jaettiin logistista regressiota varten kahteen eri luokkaan: apua jostain lähteestä (omaiset, virallinen apu, muu apu) saaviin ja niihin jotka eivät saneet apua lainkaan. Testauksessa käytettiin kahta eri mallia; ensimmäiseksi testattiin kunkin neljän eri taustamuuttujan erillistä vaikutusta avunsaantiin (Malli 1) ja sitten kaikkien neljän eri taustamuuttujan yhtäaikaista vaikutusta avunsaantiin (Malli 2). (Taulukko 7.)

Kun kunkin taustamuuttujan yhteyttä avunsaantiin tutkittiin erikseen, huomattiin että tutkittavan sukupuoli (0,03) ja toimintakykyisyys (<0,001) olivat tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä siihen saiko tutkittava apua yleensä. Sen sijaan tutkimusvuodella ja asuinmuodolla eivät olleet tilastollisesti merkitsevää yhteyttä siihen, saiko tutkittava apua jostain vai ei. Naiset saivat noin 1,5 kertaa todennäköisemmin apua kuin miehet. Toimintakykyisyydessä vertailuryhmänä käytettiin itsenäisesti selviytyviä. Toimintakyvyltään heikommat saivat todennäköisemmin apua kuin itsenäisesti selviytyvät. (Taulukko 7.)

Kun vuoden, sukupuolen, asuinmuodon ja toimintakykyisyyden samanaikaista yhteyttä tarkasteltiin avunsaantiin yleensä (Malli 2.), oli toimintakyky ainoastaan tilastollisesti (<0,001) merkitsevästi yhteydessä avunsaantiin. Sukupuolen merkitys sen sijaan ei enää ollut tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä avunsaantiin. Samaten tutkimusvuodella ja asuinmuodolla ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä avunsaantiin. (Taulukko 7.)

**Taulukko 7.** Avun saamiseen yhteydessä olevat taustamuuttujat. Avun saamisen todennäköisyys verrattuna niihin jotka eivät apua saaneet lainkaan kun vuoden, sukupuolen, asuinmuodon ja toimintakykyisyyden yhteys on huomioitu logistisella regressiolla.

Avun saaminen verrattuna siihen ettei saa apua lainkaan		Malli 1			Malli 2		
		OR	95% LV	p-arvo	OR	95% LV	p-arvo
Vuosi				0,182			0,063
2006	Vertailuryhmä						
1999		1,594	0,841 - 3,023		1,794	0,902 - 3,569	
1989		1,877	1,037 - 3,401		2,282	1,202 - 4,333	
1979		1,312	0,816 - 2,110		1,731	1,018 - 2,943	
Sukupuoli				0,03			0,157
Mies	Vertailuryhmä						
Nainen		1,533	1,042 - 2,253		1,375	0,884 - 2,139	
Asuinmuoto				0,136			0,244
Jonkun kanssa	Vertailuryhmä						
Yksin		1,34	0,912 - 1,968		1,297	0,837 - 2,008	
Toimintakyky				<0,001			<0,001
Itsenäinen	Vertailuryhmä						
Vähän apua tarvitseva		4,515	2,814 - 7,243		4,526	2,798 - 7,319	
Paljon apua tarvitseva		12,62	2,997 - 53,132		17	3,948 - 73,209	

Malli 1: Kaikki taustamuuttujat (vuosi, sukupuoli, asuinmuoto ja toimintakyky) yksitellen mukana mallissa

Malli 2 : Kaikkien taustamuuttujien (vuosi, sukupuoli, asuinmuoto ja toimintakyky) yhtäaikainen vaikutus mukana mallissa

### 7.3.2 Viralliselta taholta ja omaisilta saatuun apuun vaikuttavat taustatekijät

Seuraavaksi tutkittiin mitkä taustamuuttujat olivat yhteydessä siihen, kuinka paljon todennäköisempää oli saada apua viralliselta taholta kuin omaisilta. Jälleen taustamuuttujien yksittäistä vaikutusta tutkittiin ensin erikseen (Malli 1.) ja sitten yhteisvaikutusta (Malli 2.). Taulukosta 8 näkyy, että käytettäessä mallia 1, olivat tutkimusvuosi (0,004) ja asuinmuoto ( $<0,001$ ) tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä siihen, kuinka paljon todennäköisemmin tutkittavat saivat apua viralliselta taholta verrattuna omaisiin. Sukupuolella ja toimintakyvyllä ei puolestaan ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä siihen kuinka paljon todennäköisemmin tutkittavat saivat apua viralliselta taholta kuin omaisilta.

Tutkimusvuosista vertailuryhmänä käytettiin vuotta 2006. Tulosten tarkempi tarkastelu osoitti, että tilastollinen merkitsevyys liittyi vuosien välisiin eroihin virallisen avun saamisen todennäköisyydessä. Todennäköisyys saada viralliselta taholta apua verrattuna omaisilta saatuun apuun oli pienentynyt vuonna 2006. Vuonna 1999 oli kolme kertaa todennäköisempää kuin vuonna 2006 saada apua viralliselta taholta verrattuna omaisilta saatuun apuun. Asuinmuodossa vertailuryhmänä toimivat jonkun kanssa asuvat. Yksin asuvat saivat seitsemän kertaa todennäköisemmin apua kuin jonkun kanssa asuvat viralliselta taholta.

Kun taustamuuttujien yhteisvaikutusta testattiin avunlähteisiin (Malli 2), tulokset eivät eronneet yhden muuttujan mallista. Tutkimusvuosi ja asuinmuoto olivat edelleen tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä siihen, saatiinko apua viralliselta taholta vai omaisilta.

**Taulukko 8.** Virallisen avun todennäköisyys verrattuna omaisilta saatuun apuun. Viralliselta taholta saadun avun todennäköisyys verrattuna omaisilta saatuun apuun kun vuosi, sukupuoli, asuinmuoto ja toimintakykyisyyden yhteys on huomioitu logistisella regressiolla.

Viranomaisapa verrattuna omaisilta saatuun apuun		Malli 1			Malli 2		
		OR	95% LV	p-arvo	OR	95% LV	p-arvo
Vuosi				0,004			0,026
2006	Vertailuryhmä						
1999		3,131	1,508 - 6,501		2,848	1,272 - 6,38	
1989		2,899	1,461 - 5,754		2,922	1,379 - 6,191	
1979		1,724	0,919 - 3,234		2,257	1,126 - 4,524	
Sukupuoli				0,129			0,159
Mies	Vertailuryhmä						
Nainen		1,399	0,907 - 2,159		0,682	0,401 - 1,161	
Asuinmuoto				<0,001			<0,001
Jonkun kanssa	Vertailuryhmä						
Yksin		7,092	4,213 - 11,939		8,432	4,736 - 15,009	
Toimintakyky				0,193			0,117
Itsenäinen	Vertailuryhmä						
Vähän apua tarvitseva		1,481	0,944 - 2,321		1,591	0,959 - 2,642	
Paljon apua tarvitseva		0,995	0,458 - 2,159		2,015	0,824 - 4,931	

Malli 1: Kaikki taustamuuttujat (vuosi, sukupuoli, asuinmuoto ja toimintakyky) yksitellen mukana mallissa

Malli 2 : Kaikkien taustamuuttujien (vuosi, sukupuoli, asuinmuoto ja toimintakyky) yhtäaikainen vaikutus mukana mallissa

## 8 POHDINTA

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin tamperelaisten 80–89-vuotiaiden tärkeimpiä avunlähteitä, toimintakykyisyyttä ja eri taustamuuttujien yhteyttä siihen mikä oli tärkein avunlähde neljällä eri vuosikymmenellä. Tavoitteena oli lisätä tietämystä siitä, onko epävirallisen ja virallisen avun osuudessa tapahtunut muutoksia tultaessa 70-luvulta nykypäivään ja tarkastella samalla mahdollisten taustamuuttujien (tutkimusvuoden, toimintakykyisyyden, asuinmuodon ja sukupuolen) yhteyttä avunlähteeseen.

### 8.1 TULOSTEN YLEISTETTÄVYYS JA LUOTETTAVUUS

Tutkimusaineisto oli osa kansainvälistä TamELSA seurantatutkimusta, jossa on tutkittu laajasti eläkeikäisten terveyttä, toimintakykyä, sosiaalisia suhteita, elintapoja ja palvelujen tarvetta ja käyttöä. Koska Suomen osatutkimus on toteutettu Tampereen eläkeikäisillä, ei tuloksia voida suoraan yleistää kattamaan koko maan 80–89-vuotiaita. Vastaukset olisivat saattaneet olla hieman erilaiset pienissä maaseutukunnissa kuin kaupungissa. Voidaan kuitenkin todeta, että tulokset kuvaavat hyvin suurehkon suomalaisen kaupungin vanhojen ihmisten tilannetta, sillä 80–89-vuotiaiden tutkittavien ikäjakauma oli kunakin tutkimusvuonna lähellä koko tamperelaisväestön miesten ja naisten jakaumaa (Jylhä ym. 2007, 49) ja tutkimusjoukko edusti siis hyvin perusjoukkoa. Koska kyse oli seurantatutkimuksesta, oli otoksen koon suhde perusväestöön jokaisena seurantavuonna aina pienempi, mikä puolestaan lisää epävarmuutta yleistettävyyden suhteen. Näin ollen tutkittavine 80–89-vuotiaiden määrä oli kunakin vuonna pieni, erityisesti vuonna 1999, mikä osaltaan laskee tulosten luotettavuutta. Hyvänä asiana voidaan kuitenkin pitää sitä, että tutkimuksessa oli kunakin vuonna erittäin korkea vastausprosentti (81–93 %), mikä osaltaan parantaa tulosten luotettavuutta. On kuitenkin syytä muistaa tuloksia lukiessa, että tuloksia ei voida yleistää kaikkiin suurehkon kaupungin 80–89-vuotiaisiin, sillä joukosta puuttuvat laitoksissa ja palvelutaloissa asuvat, joiden toimintakyky on heikompi kuin tutkittavien.

## 8.2 TULOSTEN TARKASTELU

Tulosten mukaan tutkittavien tärkein avunlähde oli kunakin tutkimusvuonna omaiset, mikä tukee aiempia tutkimustuloksia perheen merkityksestä vanhojen ihmisten hoidossa (Lowenstein & Daatland 2006; Blomgren ym. 2006, Pickard ym. 2004). Sukupuolittaiset erot olivat selvät: naisia auttoivat eniten lapset perheineen, miehiä oma puoliso. Tämä on ihan luonnollista, sillä suurin osa vanhoista naisista on leskiä, kun taas miehet ovat tavallisimmin naimisissa ja asuvat puolisonsa kanssa. Ero johtuu siitä, että miehet ovat avioliittoon mennessä keskimäärin vanhempia kuin naiset ja he kuolevat nuorempina. Vanhemmat mieslesket myös menevät useammin uudelleen naimisiin, naislesket sen sijaan pysyvät useammin yksin. (Kinsella & Phillips 2005, 25.)

Lasten osuus tärkeimpänä avunlähteenä oli pysynyt suunnilleen samanlaisena tutkimusvuodesta toiseen, mikä puolestaan tukee aiempia tutkimuksia siitä, että lasten ja vanhempien väliset kontaktit ovat kiinteitä edelleenkin, vaikka nykyään asutaankin tavallisimmin erillään ja kauempana vanhemmista kuin aiemmin (Lowenstein & Daatland 2006; Tomassini ym. 2004). Kaikkiaan omaisten antaman avun merkitys oli kuitenkin noussut verrattaessa vuoden 2006 lukuja vuoteen 1979, etenkin puolisoiden antaman avun merkitys oli noussut molemmilla sukupuolilla, mikä myös tukee aiempia tuloksia (Vaarama ym. 2006, 127; Vaarama ym. 1999, 49). Tämä saattaa johtua siitä, että elinikä on pidentynyt, jolloin myös vanhoilla naisilla on nykypäivänä useammin puoliso elossa kuin aiemmin.

Puolison ja lasten jälkeen kolmanneksi tärkein avunlähde oli virallinen apu, mikä tulos vastaa aiempia tutkimuksia aiheesta (Vaarama 1999, 49). Virallisen avun osuus tärkeimpänä avunlähteenä oli korkeimmillaan vuonna 1999, jolloin noin kolmannes vastaajista piti virallista apua tärkeimpänä avunlähteenään. Alimmillaan virallisen avun osuus oli vuonna 2006, jolloin vain reilu kymmenes tutkittavista piti sitä tärkeimpänä avunlähteenä. Vaikka virallinen apu ei ollut tärkein avunlähde, tutkimusvuodesta riippuen sitä sai 41–51 % tutkittavista satunnaisesti tai säännöllisesti, mikä on yhteneväinen aiempien tutkimusten kanssa (Blomgen ym. 2006, 175;).

Tutkittavista melko iso osa (19–30 %) oli sellaisia, jotka eivät saaneet apua päivittäisiin toimiinsa lainkaan. Tämä voi johtua luonnollisesti siitä, että suurin osa tutkittavista oli niin hyväkuntoisia, etteivät apua tarvitseetkaan. Toisaalta joukossa on voinut olla myös niitä,

jotka apua olisivat tarvinneet, sillä tutkimuksessa ei esitetty jatkokysymystä olisivatko he silti apua tarvinneet vaikka eivät sitä saaneet. Apua saamattomia miehiä oli kolmena ensimmäisenä tutkimusvuonna naisia enemmän, vuonna 2006 osat olivat toisinpäin. Se, että kolmena ensimmäisenä tutkimusvuonna apua saamattomia miehiä oli naisia enemmän, voi johtua miesten paremmasta toimintakyvystä.

Sukupuolten väliset erot avun saamisessa voivat osittain selittyä myös perinteisillä sukupuolirooleilla ja sillä että vanhat miehet elävät naisia useammin parisuhteessa. Tällöin vaimolta saatu apu saatetaan lukea vaimon normaaliin toimintaan, eikä tutkittava välttämättä koe erityisesti ”saavansa apua” päivittäisiin toimiinsa. Kaikkiaan apua saamattomien miesten ja naisten suhteellinen osuus oli korkeimmillaan vuonna 2006, mikä saattaa olla merkki siitä, että avun piiriin pääseminen on hankaloitunut, sillä tutkittavien toimintakyky ei tutkimuksen mukaan ollut parantunut tutkimusvuosina. Kyse voi toisaalta olla myös siitä, että itsenäinen selviytyminen on lisääntynyt parantuneiden asuinolosuhteiden myötä.

Tutkittavat asuivat kaikki kotona ja jo tämä lähtöasetelma kertoi sen, että he olivat kaikki melko hyväkuntoisia, kun kykenivät tulemaan toimeen omassa kodissaan. Suuri osa tutkittavista tulikin toimeen ilman apua useimmista yksittäistä toimintakykyä arvioivista toiminnoista. Huoneissa liikkuminen ja WC:ssä käynti sujuivat lähes kaikilta tutkittavilta itsenäisesti kunakin tutkimusvuonna. Miehillä sujuivat kävelemiseen liittyvät toiminnot naisia paremmin, naisilta puolestaan kevyiden kotitöiden suorittaminen onnistui miehiä paremmin. Nämä tulokset tukevat aiemmin tutkimuksista saatuja tuloksia (Jylhä ym. 2007, 27; Koskinen ym. 2002, 73). Neljän eri tutkimusvuoden välillä ei ollut havaittavissa suoraa muutosta yksittäisten toimintojen suorittamisessa.

Kun yksittäisten toimintojen suorittamisesta muodostettiin toimintakykyindeksi, oli kunakin tutkimusvuonna lähes tai hieman yli puolet tutkittavista itsenäisesti selviytyviä. Sukupuolittaiset erot puolestaan olivat suuria; täysin itsenäisesti selviytyviä miehiä oli kolmena ensimmäisenä tutkimusvuonna naisia enemmän. Tämä tulos tukee aiempia tutkimuksia siitä, että miehillä on naisia parempi toimintakyky vanhalla iällä (Guralnik ym. 1996, 27). Miesten prosentuaaliset osuudet kuitenkin pienenevät vuosittain ja tultaessa vuoteen 2006, itsenäisesti selviytyviä miehiä oli naisia vähemmän. Viimeisen tutkimusvuoden tulokset voivat olla merkki siitä, että nykypäivänä yhä useampi mieskin elää pidempään, jolloin myös toiminnan rajoitukset ovat yleisempiä. Huomattavaa myös oli, että paljon apua

tarvitsevia naisia ja miehiä oli viimeisenä tutkimusvuonna enemmän kuin muina aiempina tutkimusvuosina. Tämä saattaa olla merkki siitä, että kotona on selviydyttävä yhä pidempään huonokuntoisempana kuin aiemmin, kun laitospaikkoja on vähennetty.

Seuraavaksi testattiin kaikkien taustamuuttujien yhteyttä avunlähteisiin kunkin tutkimusvuoden kohdalla erikseen ristiintaulukoinnilla ja  $\chi^2$ -testillä. Taustamuuttujista asuinmuoto ja toimintakykyisyys olivat tilastollisesti yhteydessä avunlähteeseen. Sukupuolten väliset erot avunlähteessä eivät olleet tilastollisesti merkitseviä, mutta naiset saivat miehiä enemmän apua viralliselta taholta. Sellaisia miehiä, joita kukaan ei auttanut päivittäisissä toiminnoissa, oli puolestaan naisia enemmän. Asuinmuoto oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä avunlähteisiin siten, että jonkun kanssa asuvat saivat tavallisimmin apua omaisiltaan, yksinasuvat puolestaan useammin viralliselta taholta kuin omaisilta. Tosin viimeisenä tutkimusvuonna 2006 myös yksinasuvat saivat omaisilta enemmän apua kuin viralliselta. Tässä saattaa näkyä se, että palveluja on karsittu vain eniten apua tarvitseville. Toimintakyky oli myös tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä avunlähteisiin. Kaikissa toimintakykyluokissa omaiset olivat virallista apua suurempi auttajaryhmä, tosin omaisten suhteellinen osuus avunlähteenä pieneni ja virallisen avun osuus suureni, mitä huonompi toimintakyky tutkittavalla oli.

Seuraavaksi avun saantiin ja avunlähteeseen yhteydessä olevia taustamuuttujia testattiin sukupuolen, tutkimusvuoden, toimintakyvyn ja asuinmuodon mukaan logistisella regressiolla. Siihen saivatko tutkittavat lainkaan apua vai eivät, olivat tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä tutkittavan sukupuoli ja toimintakykyisyys. Naiset saivat todennäköisemmin apua kuin miehet ja heikompikuntoiset saivat luonnollisesti todennäköisemmin apua kuin itsenäisesti selviytyvät. Kun kaikkien taustamuuttujien yhteisvaikutusta avunsaantiin testattiin yhtä aikaa, ainoastaan toimintakykyisyyden yhteys avunsaantiin pysyi tilastollisesti merkitseväenä.

Kun viralliselta taholta apua saaneita verrattiin omaisilta apua saaneihin, olivat asuinmuoto ja tutkimusvuosi tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä avunlähteeseen. Asuinmuodon ja tutkimusvuoden yhteys avunlähteeseen pysyi tilastollisesti merkitseväenä kun kaikkia taustamuuttujia testattiin erikseen ja yhdessä. Yksin asuvat saivat 7–8 kertaa todennäköisemmin apua viralliselta taholta kuin jonkun toisen kanssa asuvat, mikä on ihan luonnollista. Läheisimpään apuun turvaudutaan ensimmäiseksi ja jos sitä ei ole saatavilla,

käännyttään viranomaispuoleen. Tutkimusvuoden tilastollinen merkitsevyys selittyi vuosien välisillä eroilla. Vuosina 1979, 1989 ja 1999 oli todennäköisempää saada virallista apua, kuin vuonna 2006. Vuonna 1999 oli noin kolme kertaa todennäköisempää että virallinen apu oli tärkein avulähde, kuin vuonna 2006.

### 8.3 TUTKIMUSKYSYMYSTEN POHDINTA

TamELSA on harvinaisen pitkällä ajanjaksolla toteutettu seurantatutkimus. Yhteiskunnassa on ehtinyt tapahtua paljon muutoksia tultaessa 1970-luvulta nykypäivään. Yksi iso asia on asuinolojen kohentuminen ja asuinalueiden suunnittelujen suoma parannus vanhojen kotona selviytymiselle. Ensimmäisenä tutkimusvuonna 1979 osa tutkittavista asui asuinnoissa, joista puuttuivat perusvarusteet kuten sauna, suihku tai kylpyhuone, lämpimän ja kylmän veden tulo, WC ja keittomahdollisuus (Heikkinen ym. 1981, 93). Nykypäivänä näiden kaikkien perusvarusteiden puuttuminen asunnosta on harvinaista. Kun tutkitaan toimintakykyisyyttä ja selviytymistä päivittäisistä toimista, vaatii hyvin paljon parempaa toimintakykyä selviytyä muun muassa peseytymisestä ilman ulkopuolisen apua silloin, kun toiminnon suorittaminen vaati puiden ja veden kannon saunaan, sekä saunan ja pesuveden lämmittämisen. Näin ollen vanhojen toimintakykyisyyden vertailussa eri vuosikymmenien välillä on oltava varovainen, tai ainakin on otettava huomioon asuinolojen erilaisuudet.

Huomion arvoista on myös se, että toimintakykyä arvioivien kysymysten tulokset olisivat saattaneet olla hieman erilaisia, jos lomakkeessa olisi ollut päivittäisiä toimintoja mittaavassa kysymyksessä lisäksi vaihtoehtona sarake ”en tahdo”. Siinä tapauksessa kysymys olisi erotellut toimintakyvyn ja motivaation kyseiseen toimintaan. Esimerkiksi kysymyksessä ”Kykenettekö laittamaan ruokanne?”, saattaa vastauksen ”en kykene” takana olla joissain tapauksissa motiivina perinteiset sukupuoliroolit, enemmän kuin varsinainen toimintakyvyn rajoite tehdä ruokaa.

Tutkimusprosessin aikana nousi esiin kolmaskin asia joka osaltaan on vaikuttanut tutkimuksen validiteettiin ja joka liittyi avunlähteisiin. Kysymyksessä, jossa tiedusteltiin tärkeintä avunlähdeä, olisi ollut hyvä olla myös jatkokysymys, toimiko tutkittavan puoliso

virallisena omaishoitajana? Mikäli näin oli, oli puolison antama apu luonteeltaan virallista apua, vaikka tutkittava tietenkin vastasi tärkeimmäksi avunlähteeksi puolison ja vastaus luokitui omaisavun, epävirallisen avun piiriin. Ensimmäisinä tutkimusvuosina tosin ei omaishoitajuutta vielä edes tunnustettu omaksi alakseen, eikä silloin vielä maksettu virallista omaishoidontukea, joten tämä asia ei edes ollut pinnalla kun tutkimuslomaketta ensimmäisen kerran vuonna 1979 käytettiin.

## 8.4 JATKOTUTKIMUSAIHEET

Yhteiskunnassa on tulevaisuudessa ratkaistava haaste miten kaikille vanhoille voidaan taata apu ja hoito kun siihen ilmenee tarvetta. Avuntarvitsijoiden määrä kasvaa kun yhä useampi elää pitkään. Tämän tutkimuksen mukaan 80–89-vuotiaiden toimintakyvyssä ei ollut tapahtunut paranemista, joten voidaan olettaa että avuntarve ei ainakaan siltä osin vähene. Tärkeimpänä avunlähteenä vanhoille oli tämän tutkimuksen mukaan puolison ja lasten antama apu ja sen, etenkin puolisojen merkitys oli noussut jatkuvasti vuodesta 1979 lähtien. Tulevaisuudessa todennäköisesti puolisojen toisilleen antaman avun merkitys hieman korostuu, sillä miesten elinikä pitenee jolloin odotettavissa olevia yhteisiä vuosia on pariskunnilla enemmän ja tämä mahdollisesti vähentää julkisten hoivapalvelujen kysyntää.

Mikäli omaisten antaman avun merkitys korostuu jatkossakin, olisi aiheellista pohtia miten käy niiden vanhojen, keillä ei ole omaisia jotka voisivat tai haluaisivat heistä kantaa vastuuta? Vanhan ihmisen omat lapset saattavat hekin olla jo vanhoja, kuten tämän tutkimuksen alun esimerkin nainen. Tällöin saattavat vanhan ihmisen omat lapset olla jo huonompikuntoisia tai sitten vielä työelämässä, jolloin mahdollisuudet tarjota apua omille vanhemmilleen ovat vähäisemmät. Entä mitä tämä muutos tarkoittaa naisten työssäkäynnille, kun tiedetään että tavallisimmin avun tarjoajina toimivat omat tyttäret? On myös huomioitava, että vaikka vanhojen tärkein avunlähde ovat omaiset, samaan aikaan he kuitenkin toivovat saavansa avun viralliselta taholta. Tulevaisuudessa avun tarjoaminen olisikin soviteltava tarpeen mukaan, niin että ensisijainen vastuu on virallisella taholla, mutta myös omaisten antamaa apua tulisi tukea, lisäämällä muun muassa omaishoidon tukea ja saatavuutta. Ehkäpä virallisen ja epävirallisen avun yhdistelmä olisi paras ratkaisu apua tarvitseville. Jatkotutkimus olisikin

mielenkiintoista tehdä siitä, millaista apua kotona asuvat ”hyväkuntoiset” eniten tarvitsevat ja kuinka taajaan? Millaista apua omaisten antama apu on yleisimmin, jotta voitaisiin miettiä miten tähän avuntarpeeseen voitaisiin vastata tilanteissa, joissa omaisapua ei ole saatavilla.

## LÄHTEET

Abel, E. 1990. Family care of the frail elderly. Teoksessa E. Abel & M. Nelson (edit.) *Circles of care. Work and identity in women's lives*. Albany: State University of New York Press. 65–91.

Albert, S. 2004. *Public Health and Aging. An Introduction to Maximizing Function and Well-Being*. New York: Springer Publishing Company.

Anttonen, A. & Sointu, L. 2006. Hoivapolitiikka muutoksessa. Julkinen vastuu pienten lasten ja ikääntyneiden hoivasta 12:ssa Euroopan maassa. Hyvinvointivaltion rajat –hanke. Helsinki: Stakes.

Aromaa, A. & Koskinen, S. 2002. Yhteenveto ja tarkastelu. Teoksessa A. Aromaa & S. Koskinen (toim.) *Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 –tutkimuksen perustulokset*. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B3/2002. Terveiden ja toimintakyvyn osasto Helsinki: Hakapaino Oy, 126–141.

Asetus omaishoidontuesta 1.7.1993/318.

Blomgren, J., Martikainen, P., Martelin, T. & Koskinen, S. 2006. Ikääntyneiden saama epävirallinen ja virallinen apu Suomessa. *Yhteiskuntapolitiikka* 71 (2), 167–178.

Cantor, M. H. 1992. Families and caregiving in an aging society. *Generations* 16 (3), 67–70.

Dunlop, D., Hughes, S. L. & Manheim, L. M. 1997. Disability in actives of daily living: patterns of change and a hierarchy of disability. *American journal of Public health* 87, (3), 378–383.

Eloranta, T. & Punkanen, T. 2008. *Vireään vanhuuteen*. Keuruu: Tammi.

Espig–Andersen, G. 1990. *The three worlds of welfare capitalism*. Cambridge: Polity press.

Góthoni, R. 1990. Vanhusten sosiaaliset verkostot ja sosiaalinen tuki –tutkimus kalliolaisten ja kiteeläisten vanhusten elämäntilanteesta, sosiaalisista verkostoista ja tuesta. *Sosiaali- ja*

terveysministeriön suunnitteluosaston julkaisuja 1990: 2. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Guralnik, J. M., Fried, L. P. & Salive, M. E. 1996. Disability as a public outcome in the aging population. *Annual Review of Public Health* 17, 25–46.

Guralnik, J. M. & Lacroix, A. Z. 1992. Assessing physical function in older populations. Teoksessa R. B. Wallace & R. F. Woolson (edit.) *The epidemiologic study of the elderly*. New York: Oxford University Press, 159-181.

Guralnik, J. M., Simonsick, E.M., Ferruci, L., Glynn, R. J., Berkman, L. F., Blazer, D. G., Scherr, P. A. & Wallace, R. B. 1994. A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. *Journals of Gerontology: Biological Sciences and Medical Sciences* 49, M85–M94.

Heikkinen, E., Arajärvi, R-L., Jylhä, M., Koskinen, S., Pekurinen, M. & Pohjolainen, P. 1981. Eläkeikäiset Tampereella. Haastattelututkimus 60 - 89 -vuotiaiden tamperelaisten terveydentilasta, toimintakykyisyydestä, palvelujen käytöstä ja elintavoista. Tampereen yliopiston kansanterveystieteen laitos. Tampere: Kansanterveystieteen julkaisuja M65/81.

Julkunen, R. 1992. Hyvinvointivaltio käännekohdassa. Tampere: Vastapaino.

Jylhä, M. 1990. Terveys ja Sairaus. Teoksessa P. Pohjolainen & M. Jylhä (toim.) *Vanheneminen ja elämäntilanne. Sosiaaligerontologian perusteita*. Mänttä: Weiling + Göös, 162–198.

Jylhä, M., Helminen, S., Aartama, M., Luukkaala, T. & TamELSA-tutkijaryhmä. 2007. Iäkkäiden tamperelaisten elämäntilanne ja terveys. TamELSA-tutkimuksen tuloksia vuosilta 1979, 1989, 1999 ja 2006. Stakesin raportteja 8. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.

Jylhä, M., Vuorisalmi, M., Luukkaala, T., Sarkeala, T. & Hervonen, A. 2009. Elinikä pitenee nopeammin kuin toimintakyky paranee. 90-vuotiaiden ja sitä vanhempien toimintakyvyn muutokset vuosina 1996–2007. *Suomen Lääkärilehti* 64, 2285–2290.

Kattainen, E., Muuri, A., Luoma, M-L. & Voutilainen, P. 2008. Läheisapu ja sen merkitys kansalaisille. Teoksessa P. Moisio, S. Karvonen, J. Simpura & M. Heikkilä (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2008*. Vammala: Stakes, 218–230.

Kattainen, A., Reunanen, A., Koskinen, S., Martelin, T., Knekt, P., Sainio, P., Härkänen, T. & Aromaa, A. 2004. Secular Changes in Disability among Middle-aged and Elderly Finns with and without Coronary Heart Disease from 1978–1980 to 2000–2001. *Annals of Epidemiology* 14, 479-485.

Katz, S., Ford, A., Moskowitz, R., Jackson, B. & Jaffee, M. 1963. Studies of illness in the aged. The index of ADL, a standardized measure of biological and psychosocial function. *Journal of the American Medical Association*; 185, 914–919.

Kinsella, K. & Phillips, D.R. 2005. Global Aging: The challenge of success. *Population Bulletin* 60 (1). Washington, DC: Population Reference Bureau.

Koskinen, S., Aalto, L., Hakonen, S. & Päivärinta, E. 1998. Vanhustyö 1998. Vanhustyön keskusliitto. Jyväskylä: Gummeruksen Kirjapaino Oy.

Koskinen, S., Martelin, T. & Sainio, P. 2006. Iäkkäiden toimintakyvyn kohentaminen välttämätöntä. Toimintarajoitteisten määrä uhkaa kasvaa lähes kaksinkertaiseksi 30 vuodessa. *Duodecim* 122, 255–257.

Koskinen, S., Sainio, P., Aromaa, A. & toimintakykyryhmä. 2002. Avun ja kuntoutuksen tarve ja saanti. Teoksessa A. Aromaa & S. Koskinen (toim.) *Terveys ja toimintakyky suomessa. Terveys 2000 –tutkimuksen perustulokset*. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002. Helsinki: Hakapaino Oy, 88–92.

Laitinen-Junkkari, P. 1999. Vanhukset ja omaiset entisaikaan. Teoksessa P. Laitinen-Junkkari, A. Isola, S. Rissanen & R. Hirvonen (toim.) *Moninainen vanhusten hoitotyö*.

Porvoo: WSOY, 9-17.

Laki omaishoidon tuesta 937/2005

Lowenstein, A. & Daatland, S. O. 2006. Filial norms and family support in a comparative cross-national context: evidence from the OASIS study. *Aging and society* 26, 203–223.

Martelin, T., Sainio, P. & Koskinen, S. 2004. Ikääntyvän väestön toimintakyvyn kehitys. Teoksessa *Ikääntyminen voimavarana. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5*. Helsinki: Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33/2004, 117–130.

Metsämuuronen, J. 2003. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Mor, V., Wilcox, V. & Rakowski, W. 1994. Functional transitions among the elderly: Patterns, predictors and related hospital use. *American Journal of Public Health* 84 (8), 1274–1280.

Perälä, M-L., Hammar, T. & Rissanen, P. 2008. Omainen läheisensä hoitajana kotona. Avun sisältö ja määrä sekä yhteys kotihoidon työntekijöiden määrään. *Yhteiskuntapolitiikka* 73 (1), 63–72.

Pickard, L., Wittenberg, R., Comas-Herrera, A., Davies, B. & Darton, R. 2000. Relying on informal care in the new century? Informal care for elderly people in England to 2031. *Aging and society* 20 (6), 745–772.

Pietilä, M. 2005. Omaishoidon tukeminen ja suomalaisen palvelujärjestelmän muutos. Teoksessa M. Saarenheimo & M. Pietilä (toim.) *Kaksin kotona. Iäkkäiden omaishoitoperheiden arjen ulottuvuuksia. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke*. Tutkimusraportti 6. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy. 18–24.

Pitkälä, K., Valvanne, J., Kulp, S., Strandberg, T. & Tilvis, R. 2000. Paraneeko vanhusväestön terveys? *Helsinki-läisvanhusten toimintakyky ja avun tarve 1989 ja 1999*. *Suomen Lääkärilehti* 55, 2753–2757.

Raassina, A. 1994. Vanhuspolitiikka. Lähtökohdat tulevaisuudelle. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 6.

Rantanen, T. & Sakari-Rantala, R. 2008. Toimintatestit. Teoksessa E. Heikkinen & T. Rantanen (toim.) Gerontologia. Duodecim. Keuruu: Otavana kirjapaino Oy, 286–293.

Ruoppila, I. & Heikkinen, E. 1991. Iäkkäiden ihmisten toimintakyvyn ja terveydentilan arviointi perusterveydenhuollossa. Teoksessa R-L. Heikkinen & T. Suutama (toim.) Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn ja terveyden arviointi. Ikivihreät-projekti Osa 2. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön kehittämisosaston julkaisu 10, 1–11.

Saarenheimo, M. & Pietilä, M. 2003. Iäkkäät omaishoitajat –omaisia vai hoitajia? Gerontologia 17, 139–148.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 1988. Kunnalliset sosiaali- ja terveyspalvelut vuoteen 2000. Sosiaali- ja terveysministeriö, Suunnitteluosasto. Selvityksiä 5:1998. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 1992. Palvelurakennetyöryhmän väliraportti. Työryhmämuistio. Sarjat 7. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 1996. Vanhuspolitiikkaa vuoteen 2011. Suomen vanhuspoliittisen tavoite- ja strategiatoimikunnan mietintö. Komiteamietintö 1996:1. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015 –kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2006: 4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö

Sulander, T., Puska, P., Nissinen, A. & Uutela, A. 2007. 75–84-vuotiaiden suomalaisten toiminnanvajeiden muutokset 1993–2005. Suomen Lääkärilehti 1–2 (62), 29–33.

Sulander, T., Rahkonen, O. & Uutela, A. 2003. Functional ability in the elderly Finnish population: time period differences and associations, 1985–99. *Scandinavian Journal of Public Health* 3 (31), 100–106.

Tilastokeskuksen julkaisu. Julkaistu 30.9.2009. Väestöennuste 2009–2060. Helsinki. Saatavilla [www-muodossa](http://www.stat.fi/til/vaenn/2009/vaenn_2009_2009-09-30_tie_001_fi.html)<URL:

[http://www.stat.fi/til/vaenn/2009/vaenn\\_2009\\_2009-09-30\\_tie\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/vaenn/2009/vaenn_2009_2009-09-30_tie_001_fi.html)

Tilastokeskuksen julkaisu. Julkaistu 27.3.2009. Suomen väestö 2008. Helsinki. Saatavilla [www-muodossa](http://www.stat.fi/til/vaerak/2008/vaerak_2008_2009-03-27_tie_001_fi.html)>URL:

[http://www.stat.fi/til/vaerak/2008/vaerak\\_2008\\_2009-03-27\\_tie\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/vaerak/2008/vaerak_2008_2009-03-27_tie_001_fi.html)

Tomassini, C., Kalogirou, S., Grundy, E., Fokkema, T., Martikainen, P., Broese van Gronou, M. & Karisto, A. 2004. Contacts between elderly parents and their children in four European countries: current patterns and future prospects. *European Journal of Ageing* 1, 54–63

Vaarama, M. 2004. Ikääntyneiden toimintakyky ja hoivapalvelut –nykytila ja vuosi 2015. Teoksessa *Ikääntyminen voimavarana. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5*. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33/2004, 132–190.

Vaarama, M. 1992. Vanhusten palvelujen tavoitteet ja todellisuus. Katsaus vanhusväestön elinoloihin, palvelutarpeisiin ja sosiaali- ja terveyspalveluihin. *Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimusraportteja* 48. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Vaarama, M., Hakkarainen, A. & Laaksonen, S. 1999. Vanhusbarometri. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 1999:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Vaarama, M., Luoma, M-L. & Ylönen, L. 2006. Ikääntyneiden toimintakyky, palvelut ja koettu elämänlaatu. Teoksessa *M. Kautto (toim.) Suomalaisten hyvinvointi. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus*. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy, 104–133.

Vaarama, M., Voutilainen, P. & Kauppinen, S. 2004. Ikääntyneiden hoivapalvelut. Teoksessa *M. Heikkilä & M. Roos (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005*. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Saarijärvi: Gummerus kirjapaino, 36–59.

Vaarama, M., Voutilainen, P. & Manninen, M. 2003. Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna. Selvitys omaishoidon tuesta ja sen vaihtelusta 1994-2002. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki: Edita Prima Oy.

Valkonen, T. & Nikander, T. 1990. Vanhojen ikäluokkien koon ja rakenteen muutokset. Teoksessa P. Pohjolainen & M. Jylhä (toim.) Vanheneminen ja elämäntulkku. Sosiaaligerontologian perusteita. Mänttä: Weiling + Göös, 60–80.

Vanhuspolitiikka. 1999. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 1999:4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Voutilainen, P., Kauppinen, S., Heinola, R., Finne-Soveri, H., Sinervo, T., Kattainen, E., Topo, P. & Andersson, S. 2007. Katsaus ikääntyneiden kotihoidon kehitykseen. Teoksessa M. Heikkilä & T. Lahti (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan kehittämiskeskus, 154–189.

Winblad, I., Jääskeläinen, M., Kivelä S-L., Hiltunen, P. & Laippala, P. 2001. Prevalence of disability in three birth cohorts at old age over time spans on 10 and 20 years. *Journal of clinical epidemiology* 54, 1019–1024.

## **LIITTEET**

Liite 1. Haastattelulomake (Jylhä ym. 2007).

Tässä ovat mukana vain ne kysymykset, joita tämän tutkimuksen teossa käytettiin.

## **TAMPEREEN ELÄKEIKÄISTEN SEURANTATUTKIMUS**

## **HAASTATTELULOMAKE 2006**

## TÄMÄN SIVUN TIEDOT OTOKSESTA; LOMAKKEEN PERUSTIETOJA

5 Tutkittavan tunnus (Kohdenumero) \_\_\_\_\_  
1 Haastattelupaikkakunta Tampere  
2 Haastatteluvuosi 2006  
3 Haastattelun päivämäärä neljällä numerolla (ppkk)  
\_\_\_\_\_  
kuka06 Haastattelija  
\_\_\_\_\_

---

---

D1 SYNTYMÄAIKA  
päivä \_\_\_\_\_  
D2 kuukausi \_\_\_\_\_  
D3 vuosi \_\_\_\_\_

NIMI \_\_\_\_\_

OSOITE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*  
7 Sukupuoli 1 mies  
2 nainen

9 Ikä \_\_\_\_\_ vuotta

SN2 **K3** Asuuko tutkittava pysyvästi laitoksessa?  
1 ei  
2 kyllä

**Labe2** JOS HAASTATELTAVA ASUU PYSYVÄSTI LAITOKSESSA, LAITOKSEEN TULOVIISI ON SELVITETTÄVÄ MAHDOLLISIMMAN LUOTETTAVASTI, MIELUITEN ASIAPAPEREISTA

SN5 **K4** Tulovuosi \_\_\_\_\_

- olinp06 Onko tutkittava haastattelupäivänä
- 1 kotona
  - 2 sairaalassa
  - 3 muussa laitoksessa tai hoitokodissa

**Varsinaisen haastattelun alkamisaika neljällä numerolla (ttmm) \_\_\_\_\_**

Aluksi haluaisin kysyä muutamia perusasioita Teistä itsestänne. *(Ota oikeat vastaukset esille!)*

10A **K1A.** Minkä ikäinen olette? \_\_\_\_\_  
vuotta

- 1 oikein ( $\pm$  2 vuotta)
- 2 väärin tai ei vastausta
- 3 tietoa ei pystytä tarkistamaan

11B **K1B.** Koska on syntymäpäivänne? \_\_\_\_\_ päivä \_\_\_\_\_  
kuukausi

- 1 oikea päivä ja kuukausi
- 2 väärin tai ei vastausta
- 3 tietoa ei pystytä tarkistamaan

12C **K1C.** Minä vuonna olette syntyneet?

\_\_\_\_\_

- 1 oikein
- 2 väärin tai ei vastausta
- 3 tietoa ei pystytä tarkistamaan

13D **K1D.** Mikä on tarkka osoitteenne?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- 1 oikein (pienet epätarkkuudet hyväksytään)
- 2 väärin tai ei vastausta

**JOS KYSYMYKSISSÄ A–D ENEMMÄN KUIN 2 VIRHETTÄ, HENKILKOHTAISTA HAASTATELUA EI VOIDA TEHDÄ VAAN PYRITÄÄN TAVOITTAMAAN SIIAISVASTAAJA**

→ Kysy kenen kanssa asuu. Kerro että tahtoisimme haastatella myös omaista, koska monet asiat joita kysymme saattavat olla vaikeita muistaa. Ota selville olisiko omaista tai muuta läheistä saatavilla haastateltavaksi, selvitä nimi ja miten tavoittaa

(miel.puhelinnumero). Palaa sitten kysymään kysymyksiä tutkittavalta niin pitkälle kuin hän vaivattomasti antaa vastauksia.

Omaisien nimi \_\_\_\_\_

Puhelinnumero \_\_\_\_\_

**Kun kyseessä on sijaishaastateltava, jätä kysymättä kaikki**

**\*-merkillä merkityt kysymykset**

**Kun haastateltava on pysyvästi laitoksessa, jätä kysymättä kaikki**

**#-merkillä merkityt kysymykset**

SN1

**K2.** Haastateltava henkilö on?

- 1 tutkittava itse
- 2 ensimmäisen asteen sukulainen (lapsi, puoliso, sisar tai veli)
- 3 muu sukulainen
- 4 miniä vai vävy
- 5 muu

Kuinka haastattelu tehtiin?

haatapa06

- 1 puhelinhaastattelu
- 2 henkilökohtainen haastattelu (joko tutkittava itse tai sijainen)

S15

**Q1** Oletteko nyt virallisesti naimisissa, avoliitossa, leski, eronnut, vai naimaton?

(Tarkoitetaan siis juuri tämänhetkistä tilannetta.)

- 1 naimaton
- 2 naimisissa
- 3 leski
- 4 eronnut
- 6 avoliitossa

**#Q2** Kenen kanssa asutte?

*Merkitse keiden kaikkien kanssa asuu yhdessä, rengasta jokainen kohta kyllä / ei!*

		ei	kyllä
Yk06	Yksin	0	1
Puo06	Puoliso (voi olla avopuoliso)	0	1
Lap06	Lapsi(a) ja/ tai lapsen puoliso	0	1
Laplap06	Lapsenlapsia, lapsenlapsenlapsia	0	1
Sis06	Sisar tai veli	0	1
Muu06	Muita, kuka? _____	0	1

SN36 **Q29** Kuinka paljon yleisesti ottaen teillä on vaikeuksia päivittäisissä toiminnoissa?

- 1 paljon vaikeuksia
- 2 ei kovin paljon vaikeuksia
- 3 ei ollenkaan vaikeuksia

\*SN38

**\*Q30** Mikä jokapäiväisistä toiminnoista on Teille hankalin?

*(Kysytään avoimena, mutta jos vaikea sanoa, voi tarjota vaihtoehtoja)*

- 0 ei mikään
- 1 raskaat kotityöt
- 2 liikkuminen
- 3 ruuanlaitto toimineen
- 4 tarkkuutta ja näkökykyä vaativat toiminnot
- 5 muu

#SN39

**#Q31** Kuka auttaa Teitä eniten päivittäisissä toiminnoissa?

*(Kysytään avoimena, mutta jos vaikea sanoa, voi tarjota vaihtoehtoja)*

- 1 puoliso
- 2 lapset (perheineen)
- 3 muut sukulaiset
- 4 virallinen, järjestetty kotiapu
- 5 muu
- 6 ei kukaan

S89 **Q32** Seuraavien toimintojen suorittamisessa on iäkkäillä henkilöillä usein vaikeuksia. Tahtoisin tietää onko Teillä tällaisia vaikeuksia. (*Anna vastausvaihtoehdot*)

	Kykenettekö:	Vaikeuk- sitta	Vaikeuksin, mutta ilman apua	Jos joku auttaa	Ei
S225	<b>Q32V1</b> liikkumaan ulkona?	1	2	3	4
S226	<b>Q32V2</b> kävelemään huoneiden väliä?	1	2	3	4
S228	<b>Q32V3</b> kävelemään ainakin 400 m ?	1	2	3	4
S230	<b>Q32V4</b> käyttämään WC:tä?	1	2	3	4
S231	<b>Q32V5</b> peseytymään ja kylpemään?	1	2	3	4
S232	<b>Q32V6</b> pukeutumaan ja riisuutumaan?	1	2	3	4
S234	<b>Q32V7</b> laittamaan ruokanne?	1	2	3	4
S236	<b>Q32V8</b> leikkaamaan varpaankyntenne?	1	2	3	4
S237	<b>Q32V9</b> tekemään kevyitä kotitöitä (pesemään astioita, lakaisemaan lattiaita)?	1	2	3	4

#S245 **#Q33** Onko Teillä viimeisen 12 kuukauden aikana ollut kotiapua (kotiavustaja, kodinhoitaja)  
*Ohje: tarkoitetaan virallista (seurakunnan, kaupungin, jonkun järjestön tms) apua, ei sukulaisia tai tuttavია)*

- 1 ei
- 2 satunnaisesti
- 3 säännöllisesti

Nyt olemme käyneet läpi kaikki kysymykset. Kiitos teille!

Olisiko teillä mielessäne jotakin mitä tahtoisitte vielä sanoa, tästä haastattelusta tai muuten?

---

---

---

Varsinaisen haastattelun loppumisaika neljällä numerolla (ttmm)

Haastattelu keskeytyi; syy

---

Aikaa haastatteluun oli tällöin käytetty (ttmm)

\_\_\_\_\_

Haastattelu tehtiin kahdessa osassa,

ensimmäinen osa (pvm) \_\_\_\_\_ (klo) \_\_\_\_\_

toinen osa (pvm) \_\_\_\_\_ (klo) \_\_\_\_\_

Ensimmäinen osa kesti (ttmm) \_\_\_\_\_

Toinen osa kesti (ttmm) \_\_\_\_\_

Syy haastattelun tekemiseen kahdessa osassa

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Syy haastattelusta kieltäytymiseen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_