

KATSE TULEVAISUUTEEN

Tutkimus vanhusten palveluista Mikkelin seudulla
tulevaisuudessa

Marja-Leena Aapakari &

Elisa Lampinen

Opinnäytetyö, syksy 2010

Diakonia-ammattikorkeakoulu,

Diak Itä, Pieksämäki

Sosiaalialan koulutusohjelma

Sosionomi (AMK)

TIIVISTELMÄ

Aapakari, Marja-Leena & Lampinen, Elisa. Katse tulevaisuuteen. Tutkimus vanhusten palveluista Mikkelin seudulla tulevaisuudessa.

79 s., 4 liitettä. Kieli: Suomi. Pieksämäki, syksy 2010.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Itä, Pieksämäki. Sosiaalialan koulutusohjelma, sosionomi (AMK).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kyselytutkimuksen avulla selvittää, mitä palveluja 65–74-vuotiaat Mikkelissä ja sen lähikunnissa asuvat henkilöt toivovat saavansa tulevaisuudessa. Työn tavoitteena oli lisäksi kartoittaa vastaajien taustatietoja, elintapoja sekä heidän nykyisin käyttämiään palveluja. Opinnäytetyö on kvantitatiivinen survey-tutkimus eli määrällinen tutkimus. Tutkimuksen toimeksiantaja on Mikkelin kaupunki, ja sen tuloksia hyödynnetään mahdollisesti tulevaisuudessa kaupungin vanhusten palvelujen toimintaohjelmassa (vanhusten palvelujen strategiassa, ikääntymispoliittisessa strategiassa). Yhteistyökumppanina toimi lisäksi Sosiaalitalouden tutkimuskeskus Pieksämäeltä. Työssämme palveluilla tarkoitamme niin kunnallisia kuin yksityisiä sosiaali- ja terveystalouksia, tukipalveluja sekä turva- ja hälytyslaitteita. Lähikunnat ovat Hirvensalmi, Juva, Kangasniemi, Mäntyharju, Pertunmaa, Puumala, Ristiina ja Suomenniemi.

Opinnäytetyöraportin teoreettisena pohjana käytämme elämänkaariteoriaa sekä psykososiaalista elämänkaaritutkimusta. Teoriaosuudessa käsittelemme myös vanhuutta elämänvaiheena, toimintakykyä vanhuudessa, vanhusten palveluja sekä niiden järjestämistä ja kehittämistä sekä ikääntymispoliittista strategiaa. Kyselylomaketta ja kyselyn toteutusta suunnittelimme yhdessä kaupungin vanhusten palvelujen henkilöstön kanssa. Kyselyyn valittiin Väestörekisterikeskuksen satunnaisotannalla yhteensä 600 henkilöä. Hyväksyttäviä vastauksia saimme 337, vastausprosentti oli siten 56 %. Vastaukset käsiteltiin SPSS-ohjelmalla, ja tuloksista laskettiin frekvenssit.

Keskeisinä tuloksina havaittiin muun muassa, että suurin osa vastanneista halusi jonkun omaisen pitävän heistä huolta tulevaisuudessa. Lisäksi kävi ilmi, että uudemmat palvelut ja teknologiset apuvälineet (esimerkiksi hyvinvointi-TV) eivät olleet vastaajille kovinkaan tuttuja. Toivotuimpia palveluita olivatkin jo käytössä olevat palvelut, kuten siivouspalvelut sekä turvapuhelin ja hälytysranneke. Vapaa-ajalle vastaajat toivoivat eniten liikunta- ja keskusteluryhmiä. Elintapakysymysten perusteella vastaajat näyttävät elävän melko terveellistä elämää. Monet esimerkiksi ilmoittivat, etteivät käytä alkoholia usein tai tupakoi. Lisäksi suuri osa arvioi asuvansa tulevaisuudessa haja-asutusalueella.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että tulevaisuudessa palveluja tarvitaan enemmän myös syrjäisillä seuduilla. Uutta teknologiaa täytyy myös tehdä tutummaksi. Lisäksi kävi ilmi, että tulevaisuuden palvelujen tarvetta voi olla vaikeaa arvioida, jos oma kunto ja terveys koetaan tällä hetkellä hyväksi.

Avainsanat: tutkimus, kvantitatiivinen tutkimus, vanhukset, toimintakyky, vanhuspolitiikka, kehittäminen, sosiaalipalvelut, terveystaloukset

ABSTRACT

Aapakari, Marja-Leena and Lampinen, Elisa. A Look into the Future. Study about the Elderly Services in Mikkeli and its regions in the Future.

79 p., 4 appendices. Language: Finnish. Pieksämäki, Autumn 2010.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Social Services. Degree: Bachelor of Social Services.

The aim of this thesis was to find out which elderly services are needed in future among people aged 65–74 in Mikkeli and its close municipalities. In addition, the goals for the study were to explore the background information at the respondents, their manners of living and which social and health services they were using currently. The inquiry was made as a postal questionnaire and was a quantitative survey. The results will be used in Mikkeli's action plan for the elderly services. The city of Mikkeli is the mandator and the Research Centre for Social Economics was our partner in cooperation. By services we mean both public and private health and social services, supporting services and safety devices. The close municipalities are Hirvensalmi, Juva, Kangasniemi, Mäntyharju, Pertunmaa, Puumala, Ristiina and Suomenniemi.

As theoretical background for our thesis we used the life-span psychology and the psychosocial life-span theory. We also dealt with old age as a part of life, functional ability in the old age, the elderly services and the strategy for elderly care policy.

We planned the questionnaire and carried out the inquiry in collaboration with the personnel in elderly services of Mikkeli. Their wishes had an impact on the questionnaire. 600 people were randomly selected for this inquiry by the Population Register Centre. We received 337 acceptable responses. The response rate was 56 %. We analyzed the responses using SPSS (Statistical Package for Social Sciences), counted frequencies and made crosstables.

The main results showed for example that the respondents wanted someone of their close relatives to take care of them in the future. It also seemed that the respondents were somewhat unfamiliar with new services and technological assistive equipment. The most wanted services were those that are currently available, such as cleaning services. In spare time the respondents wished to have exercise and discussion groups. Judging by their manners of living the respondents seemed to live quite healthy lives. For example, many of them did not use alcohol a lot and neither did many of them smoke.

As a conclusion, it seems that elderly services are needed also in the regions of sparsely populated areas. Also new technological equipment should be made more known. In addition, it may be difficult to estimate which services one needs in the future, if health is considered good at the moment.

Keywords: study, quantitative study, elderly, ability to function, social services, elderly care policy, development, health services

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 VANHUUS ELÄMÄNKAAREN OSANA.....	8
2.1 Elämänkaaripsykologia.....	8
2.2 Psykososiaalinen elämänkaaritutkimus	10
2.3 Vanhuus Suomessa	11
3 TOIMINTAKYKY VANHUUDESSA	14
4 VANHUSPOLITIIKKA JA PALVELUJEN JÄRJESTÄMINEN.....	17
4.1 Vanhusten palveluja koskevat lait ja periaatteet.....	17
4.2 Palvelujen järjestäminen ja kehittäminen	20
4.3 Tulevaisuuden haasteet vanhusten palveluissa	21
5 VANHUSTEN SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUT.....	23
5.1 Sosiaalipalvelut	24
5.2 Terveyspalvelut.....	27
5.3 Apuvälineet ja teknologiset laitteet.....	28
5.4 Muita kotona asumista tukevia palveluja.....	30
6 IKÄÄNTYMISPOLIITTINEN STRATEGIA.....	32
6.1 Ikääntymispoliittisen strategian yleisiä piirteitä	32
6.2 Ikääntymispoliittisen strategian toimeenpano ja seuranta	33
7 AIEMMAT TUTKIMUKSET	34
8 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	38
8.1 Tutkimuksen tavoitteet ja kohderyhmä.....	38
8.2 Toimintaympäristön kuvaus.....	38
8.3 Kvantitatiivinen tutkimus.....	40
8.4 Postikysely tutkimusmenetelmänä.....	40
8.5 Kyselylomakkeen esitestaus, sisältö ja rakenne.....	41
8.6 Aineiston kerääminen ja analysointi	42
9 KYSELYN TULOKSET	43
9.1 Taustatiedot.....	43
9.2 Asuminen ja elintavat	44
9.3 Vastaajien nykyisin käyttämät palvelut	48
9.4 Arviot eri palvelujen tarpeista.....	49

10 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA.....	56
10.1 Tulosten tarkastelua	56
10.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	59
10.3 Opinnäytetyö- ja tutkimusprosessin arviointi	60
LÄHTEET	64
LIITTEET	70
Liite 1: Saatekirje	70
Liite 2: Kyselylomake.....	71
Liite 3: Kuntien tämän hetkisiä palveluja	76
Liite 4: Arviot palvelujen tarpeesta kunnittain	77

1 JOHDANTO

Tilastokeskuksen tekemän väestöennusteen mukaan yli 65-vuotiaiden määrä nousee 905 000:sta 1,79 miljoonaan henkilöön vuoteen 2060 mennessä ja 85 vuotta täyttäneiden nykyisestä 108 000:sta noin nelinkertaiseksi, 463 000:een (Tilastokeskus 2009). Lisäksi Eloranta ja Punkanen (2008) toteavat yli 65-vuotiaiden osuuden olevan 25 % koko Euroopan väestöstä vuoteen 2020 mennessä. Tämä aiheuttaakin heidän mukaansa sen, että ikärakenteen muutokset tuovat mukanaan palvelutarpeen ja kulutustottumusten muutoksen. Yhtäältä tarvitaan enemmän terveys- ja hoivapalveluja, toisaalta ikääntyneet ovat hyväkuntoisempia ja varakkaampia kuin aiemmin. (Eloranta & Punkanen 2008, 184–185.)

Sosiaali- ja terveysministeriön ja Kuntaliiton tekemän Ikäihmisten palvelujen laatuosuituksen mukaan kunnilla tulisi olla ikääntymispoliittinen (tai vanhuspoliittinen) strategia, jossa ikääntyneet otetaan huomioon kaikissa kunnan toimissa, kuten palveluissa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 16). Kuntaliiton erityisasiantuntija Eevaliisa Virnes on sanonut lehtiartikkelissa, että ikääntyneitä tulisi kuulla kunnan toimintoja suunniteltaessa, ei vasta sitten, kun asiat on jo valmisteltu (Karvinen 2010, 9). Lisäksi Kauhanen-Simanainen (2009, 132) toteaa, että koska useimmat elävät todennäköisesti pitkään, olisi mietittävä, millaisia tarpeita ja odotuksia elämisensä suhteen vanhuudessa asettaa.

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli postikyselyn avulla selvittää, minkälaisia palveluja 65–74-vuotiaat Mikkelin seudulla (Hirvensalmi, Kangasniemi, Mikkeli, Mäntyharju, Pertunmaa, Puumala, Ristiina, mukaan tulivat lisäksi Juva ja Suomenniemi) asuvat henkilöt toivovat tulevaisuudessa. Aiheen opinnäytetyölle saimme Mikkelin kaupungin vanhusten palvelujen henkilöstöltä. Tavoitteena on se, että kyselyn tuloksia käytettäisiin tulevaisuudessa kaupungin vanhusten palveluiden toimintaohjelman (ikäntymispoliittisen strategian, vanhusten palvelujen strategian) taustalla. Siten palveluja voitaisiin tuottaa tavalla, joka vastaa kohderyhmän tarpeita ja toiveita. Aiheen valintaan vaikutti oma kiinnostuksemme vanhusten parissa työskentelemiseen. Työssämme palveluilla tarkoitamme niin kunnallisia kuin yksityisiä sosiaali- ja terveyspalveluja, tukipalveluja sekä turva- ja hälytyslaitteita.

Mainitun ikäryhmän puolestaan valitsimme siksi, että siihen kuuluvat ovat eläkkeellä tai siirtymässä eläkkeelle ja mahdollisesti jo miettivät vanhuuttaan.

Raporttimme koostuu kahdesta eri osasta: teoriasta ja tutkimusprosessin kuvaamisesta. Teoriapohjana käytämme elämänkaaripsykologia-teoriaa sekä psykososiaalista elämänkaaritutkimusta. Tarkastelemme myös vanhuutta nyky-Suomessa, toimintakykyä sekä sen tukemista vanhuudessa, keskeisimpiä vanhusten palveluja, vanhuspolitiikkaa ohjaavaa lainsäädäntöä sekä ikääntymispoliittista strategiaa. Nämä aiheet koimme tärkeiksi taustoiksi palveluille ja niiden suunnittelulle. Tutkimusprosessia kuvaamme puolestaan kertomalla aiheen alkuperästä, kyselyn suunnittelusta, toteutuksesta sekä sen tuloksista. Näitä seuraavat vielä johtopäätökset ja pohdinta. Liiteosasta löytyvät saatekirje (liite 1), kyselylomake (liite 2), taulukko kyselyyn osallistuneiden kuntien tämän hetkisistä keskeisistä palveluista (liite 3) sekä taulukoituina arviot eri palveluiden tarpeesta kunnittain (liite 4).

Myös vanhuksella täytyy olla kyky ja mahdollisuus luottaa johonkin ja toivoa jotakin. Elämä on pohjimmiltaan luottamuskykyä. (Lindqvist 2002, 259.)

2 VANHUUS ELÄMÄNKAAREN OSANA

Tässä luvussa käsittelemme elämäkaaripsykologiaa sekä psykososiaalista elämäkaari-tutkimusta. Nämä teorit valitsimme opinnäytetyömme teoriapohjaksi, sillä niistä nousee tutkimukseemme sopivia näkökulmia, joita peilaamme tutkimustuloksissamme. Varsinaisena tutkimuskysymyksenä työssämme on: Mitä palveluja 65–74-vuotiaat Mikkelissä ja sen lähikunnissa asuvat toivovat tulevaisuudessa? Lisäksi tutkimme osallistujien taustatietoja, elintapoja ja nykyisin käyttämiä palveluja. Niiden koemme olevan merkittävässä asemassa tulevaisuuden palvelutarvetta ajatellen.

2.1 Elämäkaaripsykologia

Elämäkaaripsykologia, *life-span psychology*, on vakiintunut yhdeksi psykologian osa-alueeksi, joka laajentaa kehityspsykologista ajattelua. Elämäkaari-tutkimuksessa pyritään selvittämään ihmisen kehitys kokonaisuudessaan, sillä pääajatuksena on, että kokonaisuus on enemmän kuin osiensa summa. On tärkeää tuntea elämän eri vaiheet ja ymmärtää se kehitysvaihe, joka eri alueet yhdistäen muodostaa yksilön koko elämäkaaren. Tämä ihmisen elämän ”punainen lanka” on nimetty muun muassa elämänlogokseksi, individuaatioksi ja identiteetiksi. Näillä termeillä eri tutkijat ovat ilmaisseet ihmisenä kehittymisen jatkuvaa arvoitusta. (Dunderfelt 2006, 15–16.)

Elämäkaariajattelun lähtökohtina nähdään tiettyjä asioita. Yksi näistä on se, että ihmisen kehitys voi jatkua koko elämäkaaren ajan. Toisaalta monet sisäiset ja ulkoiset tekijät saattavat hidastaa, jarruttaa tai jopa tuhota ihmisen kehitysmahdollisuuksia. Kehitykseen vaikuttavat yhdessä fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja yksilölliset voimat. Tulevia tapahtumia ei voi varmuudella ennustaa, mutta ihmisen kehitysmahdollisuuksia tutkimalla saadaan hyötyä suunniteltaessa esimerkiksi hoidollisia toimenpiteitä. Toisena lähtökohtana nousee esiin ajatus siitä, että jokaisen ihmisen elämä muodostaa ainutlaatuisen, yksilöllisen kokonaisuuden. On olemassa yleisiä kehitysvaiheita ja elämän lainmukaisuuksia, mutta jokaisen elämänkulku on ainoa laatuaan. Yleistykseen päästään kuunnellen erilaisten ihmisten elämäntarinoita. Näin suuristakin yksilöllisistä eroista huolimatta on ihmisen elämäkaaresta löydettävissä yleisiä kehityksen lainmukaisuuksia.

Yksilön kehitystapahtumia voidaan ymmärtää parhaiten riippumatta siitä, mihin elämänvaiheisiin ne sijoittuvat, kun suhteutetaan ne kehityksen yleisiin lainmukaisuuksiin. Elämä muodostuu ajan toisiinsa sitomista monista eri vaiheista. Elämäntapaa tutkiessa herää luottamus itse elämään. (Dunderfelt 2006, 16–18.)

Tony Dunderfelt (2006, 229–237) kirjoittaa elämäntapapsykologian sisältämistä, kehitykseen liittyvistä ajatuksista ja väittämistä. Hän nostaa alan kirjallisuuteen viitaten esille neljä tyypillisintä näkökulmaa ihmisen elämäntapaan: biologisen, yhteiskunnallisen, psykososiaalisen ja individuaation näkökulman. Psykososiaalista näkemystä hyvin lähellä oleva individuaatio tarkoittaa ihmisen yksilöllisyyden pyrkimistä pääsemään esille kaikissa ikävaiheissa. Dunderfelt itse tarkastelee inhimillistä kehitystä nimenomaan individuaation näkökulmasta, missä seurataan ihmisen ydinolemuksen muotoutumista vaiheittain koko elämäntapun aikana. Kehityskulku jakautuu neljään, viitteelliseen vaiheeseen: kehityksen perusvaihe (0–16/22-vuotiaana), jäsentymisen vaihe (20–35/45-vuotiaana), yksilöllisten päämäärien vaihe (40–60/65-vuotiaana) ja lopulta kypsyyden ikävaihe (60/65-vuotiaana ja siitä eteenpäin). (Dunderfelt 2006, 57–59.)

Elämäntapapsykologiassa vanhuutta kutsutaan siis kypsyyden ikävaiheeksi. Se on parhaimmillaan rikasta elämää, mutta samalla aletaan tarkastella myös menneitä. Luodaan kokonaiskuvaa, irrottaudutaan menneestä ja valmistaudutaan uuteen vaiheeseen. Ihminen on tällöin yleensä elämäntapunsa loppupäässä ja toteaa, että hän ei tiedä tulevasta, mutta on kuitenkin valmis ottamaan sen vastaan. (Dunderfelt 2006, 58.)

Kypsyyden ikävaiheessa luovutaan monesta, siirrytään talouden ja työelämän arvoista sisäisempiin arvoihin ja luodaan suhteita uudelleen moniin asioihin. Esimerkiksi suhde riippuvaisena ja toisaalta itsenäisenä olemiseen tulee arvioitavaksi, ja suhde aikaan muuttuu. Aiemmin ihmisellä oli menneisyys ja tulevaisuus, mutta nyt menneisyys kasautuu ja tulevaisuus tuntuu epämääräiseltä tai suorastaan olemattomalta. Fyysiset vanhenemisoireet saattavat viedä paljon aikaa ja vaativat keskittymistä, mieliala muuttuu. On aika arvioida, mitä elämä on ollut ja tunnustaa kuoleman väistämättömyys. Näihin haasteisiin vastaamisen onnistuminen riippuu paljon ihmisen edellisistä kehitysvaiheista elämäntapapsykologisen näkemyksen mukaisesti. Onko mennyt elämä koettavissa mielekkääksi vai ei? (Dunderfelt 2006, 210–211.) Dunderfelt (2006, 228) muistuttaa, että

ihmisen sisäinen kehitys, psyykkinen ja henkinen kasvu on mahdollista aina kuoleman hetkeen saakka, sillä vasta siinä on hänen elämänkaarensa päätös.

2.2 Psykososiaalinen elämänkaaritutkimus

Psykososiaalinen näkökulma on perustana useimmille psykologisille elämänkaaritutkimuksille ja -teorioille. Keskeisenä ajatuksena siinä on ihmisen kehittyminen ulkoisten ja sisäisten tekijöiden vuorovaikutuksessa. Psykososiaalisen elämänkaaritutkimuksen merkittävin nimi on Erik H. Erikson, jonka kahdeksanvaiheinen teoria identiteetin (yksilöllisyyden) kehityksestä on laajasti tunnettu ja lainattu. Erikson yhdisti kehitysteoriaansa myös yhteiskunnallisia piirteitä, sillä hän näki yksilön kehitystä ohjaavien tapahtumien olevan sekä yksilön sisäisyydessä että yhteiskunnallisen kulttuurin sisällä. Yksilö joutuu käymään läpi erilaisia kriisejä ulkoisia ja sisäisiä paineita kohdatessaan, ja näin elämän kuohuissa voi syntyä uusia voimavaroja. (Dunderfelt 2006, 234–235.)

Erik H. Eriksonin teorian perusteina ovat hänen ajatuksensa ihmisen olemassaolon riippuvaisuudesta kolmesta tapahtumakokonaisuudesta, jotka ovat toisiaan täydentäviä: biologiset, psyykkiset ja yhteisölliset tapahtumat. Yksilö kohtaa eri kehitysvaiheissa erilaisia kehityshaasteita ja tehtäviä. Uusi kehitysvaihe rakentuu aina aiemman vaiheen luomalle perustalle. Eriksonin mukaan psykososiaalisen kehityksen kahdeksan vaihetta ovat: vauvaikä, varhaislapsuus, leikki-ikä, kouluikä, nuoruus, varhainen aikuisuus, keski-ikä ja vanhuus. (Dunderfelt 2006, 243–244.)

Vanhuus on eletyn elämän arvioinnin aikaa, mutta toisaalta silloin katsotaan myös vielä eteenpäin. Vanhuuden kehitystehtäväksi Erikson mainitsee minän eheyden (vastaparina epätoivo) ja tästä syntyväksi voimaksi viisauden (vastaparina elämän halveksunta, vastenmielisyys elämää kohtaan). Juuri viisaus on kiinnostusta elämää kohtaan, uhkaavan kuolemankin edessä. Eriksonin mukaan vanhuudessa on hyvä, että saa itse kertoa omista ajatuksistaan ja haluistaan. Ympäristön tuki on myös usein tarpeen. Viisaus tuo vanhuuteen mukanaan ”tosi ihmisyyden”, jota toivottavasti osataan kunnioittaa. (Dunderfelt 2006, 244–245.)

Erik H. Erikson kuvaa itse minän integraatiota, eheyttä, seuraavasti:

Se on minän kasvanut varmuus siitä, että se voi ja haluaa saavuttaa järjestyksen ja tarkoituksen elämässä. Se merkitsee sitä, että yksilö hyväksyy yhden ja ainoan elämänsä jonakin, minkä täytyi olla ja mille pakosta ei ollut mitään vaihtoehtoa. (Erikson 1982, 254.)

Ihmisen elämäkulusta on saatu korvaamatonta tietoa juuri psykososiaalisesta näkökulmasta käsin, sillä se tuntuu myös maalaisjärjen mukaan ajatellen perustellulta – yksilö vaikuttaa ympäristöönsä ja ympäristö yksilöön (Dunderfelt 2006, 236).

2.3 Vanhuus Suomessa

Vanhuuteen liittyvät käsitteet kolmas ja neljäs ikä. Kolmannella iällä tarkoitetaan eläkkeelle siirtymisen ja toisten avusta riippuvuuden välistä aikaa. Siihen liittyy itsenäisyyttä ja vapautta omien päämäärien toteuttamiseksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2008, 50.) Tämä aika on parhaimmillaan aktiivista aikaa niin fyysisesti kuin sosiaalisestikin, osalla terveysongelmat ja menetykset voivat alkaa tässä ikävaiheessa. Toisaalta eläköityminen voi tuottaa myös ahdistusta niille, joille työ on ollut tärkeää. (Nurmiranta, Leppämäki & Horppu 2009, 121.) Neljännellä iällä puolestaan tarkoitetaan aikaa, jolloin on tarvetta turvautua toisten ihmisten apuun arjesta selviytyäkseen (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2008, 50). Myös oman kuoleman pohdinta tulee tässä elämänvaiheessa ajankohtaiseksi (Nurmiranta ym. 2009, 121).

Väestön vanheneminen tapahtuu kaikissa länsimaissa. Suomalaiset katsovat vanhuuden alkavan 70–79-vuotiaina. Nurmiranta, Leppämäki ja Horppu (2009) sanovat, että vanhaksi määritellään sellainen henkilö, joka ei pärjää omillaan, vaan tarvitsee toisten ihmisten apua. Gerontologiassa (ikäntymisen ja vanhenemisen tutkimisessa) vanhuksiksi sanotaan yli 75-vuotiaita henkilöitä. Vanhuuden kehitys on tärkeää niin yksilön itsensä kuin hänen lähipiirinsä ja yhteisönsä kannalta. Vanhus voi siirtää seuraaville sukupolville perinteitä, kulttuuria, tietoa, taitoa sekä myös aineellista perintöä. Vanhenemista koskevat kysymykset ovat läsnä kaikkien ihmisten elämässä, ja sitä tarkasteltaessa on muis-

tettava vanhuuden ja vanhenemisen olevan yksilöllistä. Vanheneminen on jokaisen kohdalla erilaista. (Nurmiranta ym. 2009, 114.)

Nyky-yhteiskunnassa ovat vallalla myös uudet näkökulmat vanhenemiseen: onnistuneesti vanheneva yhteiskunta sekä aktiivinen vanheneminen. Näistä ensimmäisessä on keskiössä ikääntymisen kokemuksen liittäminen sukupolvien ja eri ikäryhmien väliseen suhteeseen. Yhteiskunnan tulee huolehtia siitä, että ikäryhmät voivat tasavertaisesti kehittyä suhteessa toisiinsa. Tähän käsitteeseen liittyy keskeisesti ajatus siitä, että mikään ikäryhmä ei ole rasite, uhka, hyödytön tai tarpeeton. Aktiivinen vanheneminen puolestaan tarkoittaa näkemystä siitä, että henkilön aktiviteettina pidetään kaikkia sellaisia toimia, jotka vaikuttavat yksilön, lähiympäristön ja koko yhteiskunnan hyvinvointiin positiivisesti. Avainasemassa on ennaltaehkäisy (sairaudet, kyvyttömyys, riippuvuus). (Aejmelaeus, Kan, Katajisto & Pohjola 2008, 323–324.)

Vanhuksiin suhtaudutaan nyky-Suomessa vaihtelevin tavoin. Vikström (2004) kirjoittaa siitä, kuinka vanhukset, sairaat, vammaiset ja työttömät voivat joutua kokemaan olevansa hyödyttömiä nykyisessä yhteiskunnassa, jossa korostetaan markkina-ajattelua ja -mekanismeja. Hän vertaakin ihmisiä tavaroiden tai palvelujen kysyntään: myös ihmisten suhteen arvoa on niillä, joista on pulaa, ja niiden arvo laskee, joita on liikaa. (Vikström 2004, 15.) Toisaalta voisimme olettaa, että vanhuksia pidetään arvossa esimerkiksi heidän hiljaisen tietonsa ja historian tuntemuksensa vuoksi, kuten jo edellä mainittiin.

Ympäristö kohdistaa vanheneviin ihmisiin tiettyjä odotuksia, jotka voivat poiketa huomattavasti näiden ihmisten omista odotuksista. Vanheneva ihminen saattaa joutua ikäsyrynnän kohteeksi: häntä sorretaan, hänen oikeutensa ja yksilöllisyytensä unohdetaan tai niitä vähätellään. Häntä ehkä hoidetaan hyvin, mutta arvostetaanko häntä. Ihminen tarvitsee jonkun tai joitakuuta vahvistamaan ihmisyyttä läpi koko elämänsä. Toisaalta nykyään huomataan myös ikääntyvien ihmisten mahdollisuudet antaa oma panoksensa yhteiskunnalle. Heistä tulee lääketieteellisten ja sosiaalisten olosuhteiden parantumisen myötä uusi suuri kuluttajaryhmä ja myös poliittinen voima. Tulevaisuudessa ikääntyvät ihmiset ovat ehkä edustajina esimerkiksi asunto- ja liikennesuunnittelun päättävisissä elimissä ja muodostavat poliitikoille tärkeän kohderyhmän. (Dunderfelt 2006, 214–215.)

Palvelujen käyttö on vain yksi ikääntymiseen liittyvistä ulottuvuuksista, ja ikääntymistä tuleekin tarkastella laajasti eikä vain oletettavana sosiaali- ja terveystalvelujen suurkulutuksena. Ikääntyminen on samanlainen monimerkityksinen ja vastavuoroisuuteen perustuva elämänvaihe kuin kaikki muutkin elämänvaiheet. (Aejmelaeus ym. 2008, 349.)

3 TOIMINTAKYKY VANHUUDESSA

Vanhuudessa eri toimintakyvyn osa-alueilla voi tapahtua muutoksia, jotka ovat merkittäviä yksilön arjessa selviytymisen ja palvelutarpeen kannalta. Toimintakykyyn kuuluu neljä osa-aluetta: fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja hengellinen. Ne ovat yhteydessä toisiinsa ja vaikuttavat ihmisen elämänlaatuun. Myös jokaisella alueella tapahtuvat muutokset vaikuttavat muihin alueisiin. Toimintakykyyn vaikuttavat ympäristö, sairaudet, vammat sekä perinnölliset tekijät, mistä johtuen samanikäisten henkilöiden toimintakyky voi olla hyvinkin erilainen. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 19.)

Fyysisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan sellaisia valmiuksia, joiden avulla henkilö selviytyy niistä toimita, jotka vaativat fyysisiä ponnisteluja. Tähän voivat kuulua esimerkiksi arjen askareista selviytyminen: pukeutuminen, siivoaminen ja kodin ulkopuolisten asioiden toimittaminen. Vanhuudessa fyysisen toimintakyvyn tukemisessa tärkein tavoite on itsenäisen suoriutumisen tukeminen. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 22–23.) Kehon toimintakyky heikkenee vanhetessa ja siten alttius sairauksille kasvaa. Fyysisestä kunnosta huolehtiminen vaatii ikääntyessä aktiivisuutta. Liikunta on merkittävä keino toimintakyvyn ylläpitämiseksi. Säännöllinen liikunta vähentää kuolemanriskiä, lisää elinaikaa, ehkäisee sairauksia ja tukee niiden hoitoa. Lisäksi se vaikuttaa psyykkiseen toimintakykyyn. (Nurmiranta ym. 2009, 117–118.)

Psyykinen toimintakyky koostuu neljästä eri tekijästä. Kognitiiviset toiminnot käsittävät muistin, havainnoinnin ja oppimisen. Psyykkisiä voimavaroja ovat mieliala, motivaatio sekä valmius omien heikkouksien ja vahvuuksien tiedostamiseen. Myös minäkäsitys, päätöksenteko, ongelmanratkaisukyky ja itsearvostus kuuluvat psyykkiseen toimintakykyyn. Se antaa vanhuudessa henkilölle mahdollisuuden mukautua ja selviytyä eri rooleista elämänhallinnan ja selviytymisen tunteiden saamiseksi. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 22–23.) Ikääntyessä persoonallisuuden perusominaisuudet ja temperamentti säilyvät suurimmaksi osaksi samanlaisina. Minäkuvassa voi kuitenkin tapahtua muutoksia elämässä tehtyjen ratkaisujen ja oppimiskokemusten perusteella. Erik H. Eriksonin mukaan vanhuus on psyykkisen kehityksen huipentuma. Tuolloin on tarve eletyn elämän vaiheiden ja tehtyjen valintojen näkemiseen mielekkääksi – tarve hyväksyä oma elämäntarina. (Nurmiranta ym. 2009, 120–122.)

Sosiaalisella toimintakyvyllä tarkoitetaan valmiutta toimia elämässä toisten ihmisten kanssa erilaisissa tilanteissa sekä yhteisöissä. Henkilö voi olla yhteisössään toimija, kuuntelija, kanssaeläjä tai sivustakatsoja. Tähän toimintakyvyn alueeseen kuuluvat myös sosiaaliset taidot, joiden avulla henkilö voi luoda ja ylläpitää ihmissuhteita. Vanhuksille merkityksellisimmät sosiaaliset kontaktit liittyvät usein hänen lapsiinsa. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 24–25.) Ikäännyttäessä sosiaalisissa suhteissa tapahtuu muutoksia: ihmisellä on elämänsä aikana ollut erilaisia rooleja, mutta vanhetessa hän joutuu sopeutumaan uusiin olosuhteisiin. Eläkkeelle jääminen, isovanhemmuus sekä läheisten tai oma sairastuminen tai kuolema tulee mukaan elämään. Ikäännyttäessä vanhusten yksinäisyys voi lisääntyä läheisten menetyksen tai omien heikkojen vuorovaikutustaitojen vuoksi. Terveystila voi lisäksi vaikuttaa sosiaalisten kontaktien ylläpitämiseen. Kolmannessa iässä on usein aikaa sosiaaliselle osallistumiselle erilaisten harrastusten kautta. Esimerkiksi ystävien ja tuttavien tapaaminen, matkustaminen, konsertit, teatterit ja uskonnolliset tilaisuudet ovat suosituimpia harrastuksia. (Nurmiraanta ym. 2009, 134–137.)

Hengelliseen toimintakykyyn liittyy vahvasti usko ja luottamus Jumalaan ja muihin ihmisiin. Siihen kuuluvat arvot ja aatteet, elämänkatsomus sekä filosofinen pohtiminen. Eri ihmiset voivat käsittää hengellisellä toimintakyvyllä eri asioita. Toisille se voi tarkoittaa uskonnollisuutta ja maailmankuvaa. Toisaalta hengellisyys voi olla myös mielenrauhaa, oman itsensä hyväksyntää sekä henkilökohtaisen uskon muotoutumista. Hengellisyys voi tuoda vanhuksen elämään merkityksellisyyttä ja mielekkyyttä. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 25–26.)

Monet vanhat ihmiset suhtautuvat uskontoon hyvin elämyksellisesti, vapaana teologisesta kankeudesta. Tällöin suhde Jumalaan ja kuoleman jälkeiseen elämään muistuttaa mystikkojen tapaa suhtautua uskonnolliseen kokemukseen, joka on sanoja suurempi. Elämän jatkuminen kuoleman jälkeen on suoraan koettu tuntemus. Saatamme ajatella, että vanheneva ihminen etsii lohtua uskonnosta, mutta kysymyksessä on todellinen elämys. (Dunderfelt 2006, 217–218.)

Kasvava tarve hengelliseen ja filosofiseen pohdiskeluun liitetään usein vanhuuden vaiheeseen. Tällöin mieleen nousevat muun muassa kysymykset: kuka olen, miksi olen olemassa ja keneen tai mihin voin turvata. Pohdiskellaan omaa elämää, sen yhteyttä Ju-

malaan, itseen sekä yhteiskuntaan ja ympäristöön. Taustalla on usein kokemus omasta toimintakyvyn heikkenemisestä, sosiaalisten suhteiden muutoksista ja myös oman kuoleman lähestymisestä. (Read 2008, 240.)

Elämän tarkoituksellisuuden pohtiminen kuuluu ihmiselämään, joskin se koskettaa eri tavalla elämän eri vaiheissa. Elämän kokeminen tarkoitukselliseksi on useiden tutkimusten mukaan yhteydessä elämän tyytyväisyyteen, hyvään itsetuntoon, hallinnan tunteeseen ja ulospäin suuntautuneisuuteen. Niin ikään negatiivisten tunteiden vähäisyys, hyvä itse arvioitu terveys ja toimintakyky tukevat elämän tarkoituksellisuuden tunnetta. (Read 2008, 231, 237.)

4 VANHUSPOLITIikka JA PALVELUJEN JÄRJESTÄMINEN

Vanhuspolitiikka pitää sisällään kaikki ne yhteiskuntapoliittiset toimet, jotka huomioivat vanhenemisen ja ikääntyvien ihmisten tarpeet. Vanhuspoliittisen ajattelun perustan muodostaa kokonaisvaltaisuus, sisältäen ehkäisevän ja ennakoivan toiminnan. Meillä Suomessa vanhuspolitiikka on kytkeyty lähinnä sosiaali- ja terveyspolitiikkaan, mutta myös muun yhteiskuntapolitiikan (esimerkiksi asuntopolitiikan) merkitys on kasvamassa. Ikääntyneiden opiskelu, vapaa-ajanvietto ja liikunta tulevat olemaan merkittävä osa vanhuspolitiikkaa ja vanhustyötä tulevaisuudessa. Keskeisenä vanhuspolitiikan näkökulmana nähdään esteettömyys. Tämä tarkoittaa sitä, että ympäristö, infrastruktuuri, tiedonvälitys, vuorovaikutus sekä palvelut ovat kaikenikäisten ihmisten saavutettavissa. (Aejmelaesus ym. 2008, 353.)

Suomessa ei ole varsinaisesti erillistä vanhusten palveluja koskevaa lakia, mutta vanhuksia ja heidän palvelujaan ohjaavat useat muut lait. Näitä lakeja ovat perustuslaki, sosiaalihuolto laki, sosiaalihuoltoasetus sekä laki omaishoidontuesta. Tässä luvussa kerromme lisäksi millä tavoin kunnat voivat järjestää vanhusten palveluja ja mitä haasteita niiden järjestämiseen liittyy tulevaisuudessa.

4.1 Vanhusten palveluja koskevat lait ja periaatteet

Suomen perustuslain mukaan ilman hyväksyttävää syytä ketään ei saa asettaa eri asemaan sukupuolen, iän, alkuperän, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden tai muun syyn perusteella. Välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon on oikeus sellaisilla henkilöillä, jotka eivät kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa. (Suomen perustuslaki 1999.) Sosiaalihuoltolain mukaan kunnan on huolehdittava esimerkiksi sosiaalipalvelujen järjestämisestä asukkailleen, sosiaaliavustusten suorittamisesta asukkailleen, sosiaalihuoltoa ja muita etuuksia koskevan ohjauksen ja neuvonnan järjestämisestä sekä toimeentulon antamisesta kunnassa oleskelevalle henkilölle. Sosiaalipalveluihin lukeutuvat esimerkiksi kotihoito ja asumispalvelut. (Sosiaalihuoltolaki 1982.)

Sosiaalihuoltoasetuksessa säädetään esimerkiksi siitä, että kunnan sosiaalilautakunnan on perehdyttävä kunnan elinolosuhteisiin ja seurattava niiden kehitystä. Sosiaalinen näkökulma on otettava huomioon eri toiminnoissa kuten terveydenhuollossa, asumisen järjestämisessä sekä liikenne- ja muiden palvelujen järjestämisessä. Sosiaalihuollon asiakkaiden on saatava mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa huollon suunniteluun ja toteuttamiseen. Lisäksi asiakkaiden yksilölliset tarpeet on otettava huomioon, ja jokaiselle on laadittava huoltosuunnitelma. Laitoshuollossa oleville asiakkaille on järjestettävä hänen tarpeensa ja olosuhteensa huomioiden kuntoutusta ja huolenpitoa sekä kodinomainen ja turvallinen elinympäristö. (Sosiaalihuoltoasetus 1983.)

Laki omaishoidontuesta määrittää tapaukset, joissa voidaan myöntää henkilön kotona tapahtuvaa hoitoa varten omaishoidontukea. Näitä ovat:

- toimintakyvyn aleneminen
- vamma, sairaus tai muu vastaava syy, jonka vuoksi henkilö tarvitsee hoitoa kotioloissa
- hänelle läheinen henkilö on valmis ottamaan vastuun hoidosta ja kyseisen henkilön terveys on riittävä
- muiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen lisäksi omaishoito on hoidettavan terveyden ja hyvinvoinnin näkökulmasta riittävää
- hoidettavan henkilön koti on olosuhteiltaan hoidolle soveltuva
- tuen myöntämisen katsotaan olevan hoidettavan edun mukaista.

Laissa määritetään myös hoitopalkkion suuruudesta sekä hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisesta. (Laki omaishoidon tuesta 2005.)

Terveydenhuoltoa koskevista asioista on säädökset useammassa eri laissa. Kansanterveyslaki määrittelee kansanterveystyöhön kuuluvia kunnan tehtäviä. Kunnan tulee esimerkiksi huolehtia kunnassa asuvien terveysneuvonnasta sekä terveystarkastuksista, seurata heidän terveydentilaansa ja siihen vaikuttavien tekijöiden kehitystä, järjestää asukkaiden sairaanhoito, toteuttaa mielenterveystyötä ja järjestää sairaankuljetus. (Kansanterveyslaki 1972.) Erikoissairaanhoitolaissa puolestaan on säädetty lääke- ja hammaslääketieteiden erikoisaloihin liittyvistä sairauksien ehkäisyn, tutkimisen, hoidon, pelastustoiminnan sekä lääkinnällisen kuntoutuksen palveluista (Erikoissairaanhoitolaki 1989). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittelee potilaan oikeuksiksi esimerkiksi oikeuden ilman syrjintää terveydentilan mukaiseen, laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoi-

toon, jotka ovat kyseisellä hetkellä terveydenhuollon käytettävissä. Lisäksi potilas saa käyttää palveluita vastaanottaessaan suomen tai ruotsin kieltä. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.)

Ikäihmisten palveluja koskevan laatusuosituksen mukaan perustuslaissa olevien perus- ja ihmisoikeuksien toteuttamiseksi tarvitaan palvelujen kehittämistä ja toimijoita koskevien arvojen ja eettisten periaatteiden määrittämistä. Palvelujen tuottamisessa ja kehittämisessä on laatusuosituksen mukaan otettava huomioon seuraavat eettiset periaatteet: itsemääräämisoikeus, osallisuus, yksilöllisyys, oikeudenmukaisuus, turvallisuus sekä voimavara- ja resurssien käytön tehokkuus. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2008, 12.)

Vanhustyön keskusliiton ikääntymispoliittisessa ohjelmassa on määritelty ikääntymispolitiikan periaatteita. Niiden mukaan ikääntyneitä henkilöitä on kuultava, heidän toivonsa ja mielipiteensä otettava huomioon ja heidän toimintakykyään ja omien voimavarojen käyttämistään on tuettava ennaltaehkäisevästi. Näissä toiminnoissa on eri tahojen tehtävä tiivistä yhteistyötä. Akuuttiin ikääntyneiden henkilöiden avun ja kuntoutuksen tarpeeseen on vastattava viipymättä, ja elinympäristön ja palvelujen suunnittelussa otettava ikääntyneet ihmiset huomioon. Lisäksi ohjelman mukaan kuntien on laadittava vanhus- tai ikääntymispoliittiset strategiat muiden paikallisten toimijoiden kanssa. Ohjelmassa otetaan kantaa myös siihen, että maassamme olisi tarvetta laille vanhusten asemasta ja oikeudesta palveluihin, sekä nykyistä sitovammalle ohjeistukselle ikääntyneiden oikeuksien toteutumiseksi. (Vanhustyön Keskusliitto 2009.)

Lisäksi tulisi muistaa, että vaikka lait ja asetukset ohjaavat ammattikäytäntöjä, ammattietiikka ei perustu pakkoon tai ulkopuolelta tulevaan kontrolliin. Ammattietiikka perustuu arvojen ja elämäkokemuksen sisäistämiseen ja siten edellyttää kykyä itseohjautuvuuteen ja oman toiminnan kriittiseen arviointiin. Lindqvistin (2002) mukaan ihmissuhteissa ammattietiikka edellyttää ammattilaisesta riippuvaisen ihmisen ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamista sekä kykyä asettua hänen asemaansa. Tämä tarkoittaa empaattista asennoitumista ja todellista halua selvittää tuettavan henkilön tilanteeseen liittyviä asioita. (Lindqvist 2002, 244–245.)

4.2 Palvelujen järjestäminen ja kehittäminen

Jokainen kunta voi tuottaa palvelunsa itse, yhteistyössä muiden kuntien kanssa tai ostopalveluina eri palveluntuottajilta. Palvelunkäyttäjille voidaan myöntää myös palveluseleitä, joilla palvelut hankitaan yksityisiltä palveluntuottajilta. Ikääntymispoliittiseen strategiaan sisältyy palvelurakenteen ja palvelujen tuottamisen linjaukset. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2008, 16–17.)

Ikääntyneiden henkilöiden kannalta olennaista on se, mitä palveluja on käytettävissä ja mistä niitä saadaan. Palvelut voidaan jakaa saatavuuden perusteella kolmeen eri ryhmään: lähipalveluihin, seudullisiin sekä laajaa väestöpohjaa edellyttäviin palveluihin. Lähipalveluja ovat sellaiset palvelut, jotka tuodaan kotiin tai tuotetaan kodin lähiympäristössä, esimerkiksi kotihoito ja palvelutarpeenarvointi. Seudulliset palvelut ovat erityisosaamista vaativia palveluja, kuten gerontologista asiantuntemusta tuottava yksikkö. Vanhuspoliittisessa strategiassa olevat linjaukset sisällytetään esimerkiksi kuntastrategiaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2008, 17.) Kunnan tehtävänä on myös valvoa sitä, että yksityisten palvelujen tuottajien toimintaperiaatteet ja -tavat sekä henkilökunta ja tilat vastaavat sitä tasoa, jota vaaditaan kunnallisilta palveluilta. (Aejmelaesus ym. 2008, 338.)

Ikääntyneet henkilöt voivat käyttää myös yksityisiä sosiaali- ja terveyspalveluja. Julkinen sektori tuottaa noin 90 prosenttia ikääntyneiden palveluista, tosin yksityisten ja kolmannen sektorin tuottamien palvelujen määrä on kasvussa. Vanhustyötä tekeviä valtakunnallisia järjestöjä puolestaan on Suomessa parikymmentä. Niistä puolet on eläkeläisjärjestöjä ja sotainvalidi- ja veteraanijärjestöjä. Lisäksi palveluja järjestävät esimerkiksi seurakunnat. (Aejmelaesus ym. 2008, 338.)

Palvelujen tuottamisessa ja toimintojen yhteensovittamisessa on haasteita, ja yksi tärkeimmistä asioista on eri palveluntuottajien välisen yhteistyön sujuva toimivuus. Ikääntyneiden palveluihin liittyykin tiiviisti saumattoman palveluketjun käsite. Sillä tarkoitetaan eri tahojen välillä tapahtuvan palvelun antamisen ja organisaatioiden rajat ylittävää sujuvaa palvelua ja tiedonkulkua. Se perustuu asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen sekä sen tukemiseen. Saumattoman palveluketjun toiminnan esteitä on pyritty poistamaan yhdistämällä virastoja tai kotisairaanhoidon ja kotipalvelua. Lisäksi tär-

keässä asemassa palvelujen sujuvuudessa on muun muassa henkilöstön hyvä kyky tehdä moniammatillista yhteistyötä. (Aejmelaesus ym. 2008, 338–339.)

4.3 Tulevaisuuden haasteet vanhusten palveluissa

Paasivaara (2004) on tarkastellut vanhusten palvelujärjestelmän rakentumista. Arvope-
rusteina on ollut vanhus hoidon itseisarvona, taloudelliset arvot ja palvelujen laatu. Hän
sanoo, että tulevaisuuden haasteena palvelujen kehittämistyössä on asiakaslähtöisyys.
Palvelut olisi suunniteltava ottaen huomioon vanhusten muuttuvat elämäntilanteet ja
yksilölliset tarpeet. Paasivaaran mukaan nykyään vanhukset nähdään yhtenäisenä jouk-
kona, jolla on myös yhtenäiset palveluntarpeet. Vanhusten aito kuuleminen palvelujensa
suhteen tarkoittaa ihmisten tarpeiden kohtaamista, yksilöllisyyden kunnioitusta sekä
henkilön itsemääräämisoikeutta. Palvelujen tulisi kannustaa ja tukea omatoimisuutta ja
omien vahvuuksien käyttämistä. Tarvitaan myös moniammatillista, käytännönläheistä
yhteistyötä sekä saumatonta palvelujen kokonaisuutta. (Paasivaara 2004, 21–32.)

Myös Tarmo Pukkila on pohtinut tulevaisuuden vanhustenhuollon haasteita vuonna
2005 ilmestyneessä julkaisussaan *Ikävallankumous*. Hänen mukaansa palvelutarpeeseen
vaikuttavat useat tekijät, jotka yhtäältä lisäävät ja toisaalta vähentävät palvelujen tarvet-
tä. Hänen tutkimassaan hoitovakuutusryhmän raportissa on todettu, että pitkäaikais-
hoidon palvelujen tarpeeseen voivat vaikuttaa esimerkiksi vanhusväestön määrän muu-
tos, terveydentilan ja toimintakyvyn kehitys, palveluodotusten muutos, epävirallisen
avun osuuden kehitys sekä elinympäristön kehitys. Pukkilan mukaan geriatrian asian-
tuntijat ovat pitäneet vanhusten terveydentilan ja toimintakyvyn paranemista todennä-
köisenä. Tähän ovat vaikuttaneet ja vaikuttavat esimerkiksi terveellisempien elämänta-
pojen omaksuminen, lääketieteen kehitys ja entistä tehokkaammat hoito- ja kuntoutus-
muodot. Pukkila sanoo dementian olevan yksi suurista palvelujärjestelmään haasteita
tuovista tekijöistä. Hänen mukaansa kolmen seuraavan vuosikymmenen kuluttua vähin-
tään keskivaikeaan dementiaan on sairastunut 110 000 henkilöä. Kyseinen sairaus lisäisi
palvelujärjestelmän avo- ja omaishoitoa sekä laitoshoidon. (Pukkila 2005, 67–68.)

Haasteena voi olla myös se, että ikääntyneiden odotukset palveluja kohtaan ovat tule-
vaisuudessa erilaisia kuin nykyisin. Heillä on enemmän tietoa ja taitoja asioiden hoitoon

liittyen, sekä tottumus korkeampaan elintasoon. Oman haasteensa tuo myös perheen ja sukulaisten antaman avun todennäköinen väheneminen. Tämä voi johtua esimerkiksi yksin asumisen yleistymisestä, lasten vähemmästä määrästä, kaukaisista etäisyyksistä ja muuttoliikkeestä. (Pukkila 2005, 69.)

Yksi vanhusten palveluja koskeva haaste liittyy työvoimaan. Työvoiman tarve vanhus-työssä tulee ajan myötä voimistumaan, sillä vanhusten määrä kasvaa. Työvoimapula aiheuttaakin esimerkiksi kouluille haasteen alan vetovoiman lisäämisestä. Lisäksi työntekijöiden määrän vähentyessä tulisi lisätä esimerkiksi järjestöjen ja kuntien välistä yhteistyötä. (Aejmelaeus ym. 2008, 358.)

Tulevaisuudessa avun tarpeeseen vaikuttaa myös asuin- ja elinympäristön soveltuvuus ikääntyneelle väestölle. Asunnoissa on esimerkiksi helpompi käyttää apuvälineitä. Lisäksi tietotekniikan ja teknologian kehittyessä voidaan hyödyntää niin sanottua sosiaali-teknologiaa. (Pukkila 2005, 68.)

5 VANHUSTEN SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUT

Vanhusten palveluilla tarkoitetaan sellaisia sosiaali- ja terveystalveluja, joita käyttää vanhusväestö. Tällaisia palveluja ovat esimerkiksi kotihoito, palveluasuminen, laitoshoido ja kuntoutuspalvelut. (Espoon vanhuspoliittinen ohjelma ja palvelurakenteen kehittäminen 2002.)

Tässä luvussa esittelemme vanhusten sosiaali- ja terveystalveluja mukailien Aejmela-eusta, Kania, Katajistoa ja Pohjolaa (2008). Ikääntyneiden saatavilla olevat palvelut voidaan jakaa avohoito-, välimuotoisiin ja laitoshoidotalveluihin. Välimuotoisilla palveluilla tarkoitetaan tässä koti- ja laitoshoidon välille syntyneitä palveluja, kuten erilaisia asumispalveluja ja säännöllistä lyhytaikaishoitoa. Päivittäisen avun tarpeessa on yli 75-vuotiaista 25–35 prosenttia ja jo puolet yli 85-vuotiaista ikääntyneistä. Keskeisiä ikääntyneiden käyttämiä sosiaalitalveluja ovat koti- ja tukitalvelut, omaishoidontuki, asumispalvelut ja laitoshoido. Näistä palveluista vastaavat kunnan sosiaalikeskukset ja alueelliset sosiaalitalvelutoimistot. (Aejmelaeus ym. 2008, 340.)

Ikääntyneiden tarvitsemista perusterveydenhuollon palveluista vastaavat kunnan terveyskeskukset ja alueelliset terveysasemat. Terveystalveluksessa sijaitsee yleislääkärin vastaanotto, lääkäripäivystys, laboratorio, röntgen, kotisairaanhoido, kuntoutusyksikkö, hammaslääkärin vastaanotto ja neuvolatalvelut eri väestöryhmille. Terveystalvelusten toiminta perustuu pääsääntöisesti väestövastuuperiaatteelle, jolloin nimetty omalääkäri vastaa jokaisesta asukkaasta. Erikoissairaanhoidoa varten maa on jaettu sairaanhoidotiloihin, joilla on alue- ja keskussairaaloita sekä yliopistollisia keskussairaaloita, ja näiden yhteydessä voi toimia geriatrisia tai psykogeriatrisia yksiköitä. Perusterveystalvelujen lisäksi muita ikääntyneiden käyttämiä terveydenhuoltotalveluja ovat terveyskeskusten vuodeosastot, kotisairaanhoido ja päiväsaaraalat. (Aejmelaeus ym. 2008, 340.) Eri palveluilla voidaan tukea ikääntyneiden toimintakykyä ja itsenäistä selviytymistä.

5.1 Sosiaalipalvelut

Kotipalvelu (kotiapu) on useimmin käytetty sosiaalihuollon avopalvelumuoto. Ikääntynyt voi saada sitä esimerkiksi toimintakyvyn heikkenemisen tai sairauden perusteella. Monissa kunnissa kotipalvelua annetaan arkipäivien lisäksi myös iltaisin, öisin ja viikonloppuisin. Kotipalvelua haetaan oman asuinalueen sosiaalitoimistosta. Yhdessä asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa tehdään hoito- ja palvelusuunnitelma. Kotipalvelusta peritään asiakkaan maksukyvyn mukainen maksu, ja siihen vaikuttavat palvelun määrä, perheen koko ja asiakkaan tulot. (Aejmelaesus ym. 2008, 344.)

Tukipalvelut kuuluvat kotipalveluun, ja niillä helpotetaan ikääntyneiden kotona asumista. Niitä on saatavilla niin päivittäisten toimintojen kuin sosiaalisten suhteiden tukemiseen. Tällaisia palveluja ovat esimerkiksi ateriat-, kylvytys-, kuljetus- saatto- ja siivouspalvelut, vaatehuolto sekä turvapalvelut ja päivätoiminnan järjestäminen. Tukipalvelut ovat maksullisia. (Aejmelaesus ym. 2008, 345.)

Ateriapalvelut järjestetään tuomalla ateriat kotiin tai tarjoamalla ateriointimahdollisuus palvelutalossa. Myös ruokatarvikkeiden tilaaminen kaupasta tilauskaavakkeella tai puhelimesta on mahdollista, jolloin kauppapalvelu toimittaa ne asiakkaalle toimitusmaksua vastaan. (Aejmelaesus ym. 2008, 345.)

Turvapalveluista on yleisimmin käytössä turvapuhelin, joka tarkoittaa lankapuhelimeen liitettävää lisälaitetta ja rannehälytintä. Nappia painamalla saadaan yhteys hälytyskeskukseen, jolloin turvapuhelin automaattisesti soittaa siihen valmiiksi ohjelmoituun numeroon. Lisälaitteina on mahdollista liittää puhelimeen esimerkiksi ovi-, palo- tai kaatumishälytin. Turvapuhelin hankitaan sosiaaliviraston kautta, ja siitä peritään kuukausimaksua tulojen mukaan. (Aejmelaesus ym. 2008, 345.)

Kuljetuspalvelut auttavat niitä ikääntyneitä, joilla on liikkumisessa vaikeuksia ja eivät voi siten käyttää julkisia liikennevälineitä. Pääsääntöisesti kuljetukset järjestetään taksilla, mutta enenevästi myös palvelulinjoilla tai muilla yhteiskuljetusmuodoilla. Kuljetusmaksua peritään asiakkaalta saman verran kuin julkisessa liikenteessä. Tietoa kuljetuspalveluista antaa sosiaalivirasto. (Aejmelaesus ym. 2008, 345.)

Ikääntyneet voivat myös ostaa kotipalveluja kunnalta saamallaan *palveluseteleillä*. Palveluseteleitä on mahdollisuus saada tietty määrä harkinnan mukaan, ja setelin arvo on 5–20 euroa tuntia kohden. Seteli on asiakkaalle veroton. Kunta sitoutuu maksamaan setelin arvon mukaisen osan, kun palvelun käyttäjä hankkii kunnan hyväksymältä yksityiseltä palvelujen tuottajalta palveluja. (Aejmelaesus ym. 2008, 345.)

Päivätoiminta tarjoaa ikääntyneille virikkeitä, liikuntaa ja sosiaalista kanssakäymistä, ja lisäksi tarkoituksena on esimerkiksi päivittäisen aterioiden turvaaminen. Palvelutoiminta tapahtuu palvelu- ja päiväkeskuksissa, joista osa toimii palvelutalojen tai vanhainkotien yhteydessä. Palvelu- ja päiväkeskuksissa ruokaillaan, saunotaan ja osallistutaan monenlaiseseen vaihtelevaan toimintaan. Myös erilaiset järjestöt, seurakunnat ja vapaaehtoistyöntekijät järjestävät paljon harrastus- ja kulttuuritoimintaa palvelu- ja päiväkeskuksissa. Palveluista peritään kohtuullinen korvaus. (Aejmelaesus ym. 2008, 345–346.)

Sosiaalipalveluihin lukeutuva *päivätoimintaryhmä* ja terveyspalveluihin kuuluva *päiväsairaala* ovat niin ikään kotihoitoa tukevaa päivätoimintaa, ja niiden asiakkaat ovat paljon hoitoa tarvitsevia. Päivätoimintaryhmän ja päiväsaalan toiminta koostuu muun muassa aterioinnista, harrastustoiminnasta ja kuntoutuksesta. Usein päiväsaala sijaitsee terveyskeskussairaalan tai vuodeosaston yhteydessä. Ikääntyneille tarkoitettuja päiväkoteja on tarjolla myös yksityisten järjestöjen toimesta, kuten *dementoituneisiin erikoistuneet päiväkodit*. (Aejmelaesus ym. 2008, 346.)

Päivätoimintaa järjestävät kunnan lisäksi usein siis myös järjestöt, seurakunnat ja vapaaehtoistyöntekijät, jolloin tapahtumapaikkana voi olla jokin eläkeikäisten kohtaamispaikka, kahvila tai Mummon Kammari (Aejmelaesus ym. 2008, 346).

Omaishoidon tukea voi saada ikääntyneen tarvitsemaan hoitoon tai huolenpitoon, jota annetaan hänen kotonaan. Tuen tarpeen syyt ovat yleensä ikääntymiseen liittyvä toimintakyvyn heikkeneminen ja pitkäaikaissairaudet. Hoitoa antaa useimmiten ikääntyneen omainen tai muu läheinen henkilö. Tukea haetaan kotikunnan sosiaalitoimistosta, jonka jälkeen siitä tehdään sopimus kunnan ja omaishoitajan välille. Sopimukseen kuuluu aina hoito- ja palvelusuunnitelma, ja tuen suuruuteen vaikuttaa hoidon vaativuus ja sitovuus. Tuki on veronalaista tuloa, ja sen määrä on kuntakohtainen. (Aejmelaesus ym. 2008, 342.)

Suomessa omaishoitoa saavista lähes kaksi kolmasosaa on iältään yli 65-vuotiaita, noin puolet on miehiä ja puolet naisia. Omaishoitajista puolestaan joka toinen on itse eläkkeellä. Omaishoito on tärkeää ja raskasta työtä, mutta vain osa omaistaan hoitavista kuuluu omaishoidon tuen piiriin (tukea myönnetään eniten hoitoa tarvitseville, ei vähäisiin auttamistöihin, kaikki omaishoitajat eivät välttämättä halua tukea). Omaishoito vähentää merkittävästi laitoshoidon kuormitusta, ja Aejmelaeus ym. (2008, 342–343) pohjivatkin, että erityisesti kotihoidon työntekijöiden tulisi kiinnittää huomiota myös omaishoitajien työhön ja jaksamiseen.

Palveluasuminen on tarkoitettu ikääntyneille, erilaisia päivittäisiä palveluja tarvitseville henkilöille. Palveluasumiseen kuuluu asunto, jonka suunnittelussa on jo huomioitu ikääntyneen tarpeet, kuten liikkumisen esteettömyys sekä turva- ja muut palvelut. Peruspalveluina ovat ateria- ja hygieniapalvelut ja asioimis- ja siivousapu. Aasukkailla on mahdollisuus saada välitöntä apua kaikkina vuorokauden aikoina. Yleensä asunnot ovat vuokra-asuntoja, ja palvelutalojen yhteydessä toimii usein myös palvelukeskus. Kunnan lisäksi palveluasumista tuottavat yhä enemmän yksityiset yhdistykset, järjestöt ja säätiöt. Tehostettu palveluasuminen on niitä ikääntyneitä varten, jotka tarvitsevat hoitohenkilökuntaa kaikkina vuorokaudenaikoina. Esimerkiksi ryhmä- tai hoitokodit ovat tällaisia asumismuotoja. (Aejmelaeus ym. 2008, 346–347.)

Perhehoito on uusi ikääntyneiden hoitomuoto, jossa hoito, kasvatus ja muu ympärivuorokautinen huolenpito järjestetään asiakkaan oman kodin ulkopuolella. Voidaan puhua myös perhekodista, kun esimerkiksi kunta, kuntayhtymä tai erityishuoltoapiiri on hyväksynyt yksityiskodin perhehoidon tuottajaksi. Perhehoidon tavoitteena on antaa ikääntyneille hoitoa ja hoivaa kodinomaisissa oloissa mahdollisimman pitkään, turvata perusturvallisuus ja sosiaalisten suhteiden säilyminen. (Aejmelaeus ym. 2008, 347.)

Lyhytaikainen, osavuorokautinen ja jaksottainen (LAH) laitushoito antavat tukea kotona asumiseen ja edistävät ikääntynyttä kotona hoitavien omaisten jaksamista. Lyhytaikaishoito voi olla pituudeltaan muutamasta vuorokaudesta kuukauteen, ja se järjestetään esimerkiksi terveyskeskuksen vuodeosastolla, sairaalassa, vanhainkodissa tai palvelutalossa. Hoito voidaan järjestää myös jaksottaisena. (Aejmelaeus ym. 2008, 346.)

Pitkäaikainen laitoshoido (yli kolme kuukautta kestävä) on tarkoitettu ikääntyneelle, joka tarvitsee sellaista ympärivuorokautista hoitoa, jota ei enää pystytä järjestämään kotona tai palveluasunnossa. Pitkäaikaishoitoa annetaan terveyskeskussairaaloiden pitkäaikaishoidon osastoilla ja vanhainkodeissa sekä myös järjestöjen ja yksityisten yritysten tuottamana laitospalveluna vanhainkodeissa ja yksityissairaaloissa. Viime vuosina on erityisesti kiinnitetty huomiota hoidon yksilöllisyyteen ja kuntouttavaan työotteeseen. (Aejmelaesus ym. 2008, 347–348.)

Vuoden 2006 alussa voimaan tulleella sosiaalihuoltoa koskevalla lainuudistuksella on ryhdytty parantamaan iäkkäiden ihmisten mahdollisuuksia jatkaa kotona elämistä. Kii-reellisissä tapauksissa sosiaalipalvelujen tarve on arvioitava viipymättä. Iäkkäät ihmiset elävät kuitenkin melko itsenäisesti aina 80 vuoden ikään. Tämän jälkeen toimintakyvyn heikkeneminen alkaa ilmetä ja rajoittaa päivittäistä elämää, ja 85 ikävuoden saavuttamisen jälkeen on laitoshoidon tarve ja yleisyys jo kasvanut selvästi. (Helin 2008, 422.)

5.2 Terveyspalvelut

Terveyskeskuksissa ja -asemilla annettavien perusterveyspalvelujen lisäksi keskeisiä ikääntyneiden käyttämiä terveydenhuoltopalveluja ovat terveyskeskusten vuodeosastot, kotisairaanhoito ja jo aiemmin tekstissä esiin tulleet päiväsairaalat. (Aejmelaesus ym. 2008, 340.)

Kotisairaanhoito kuuluu terveyskeskuksen järjestämään perusterveydenhuoltoon. Se on lääkärin määräämää sairaanhoitoa ja kuntoutusta, jota annetaan asiakkaan kotona. Sen tarkoituksena on mahdollistaa ikääntyneen henkilön kotona asuminen. Hyvin vaativakin sairaanhoitoa voidaan toteuttaa kotona, joten näin monet voivat halutessaan asua kotonaan elämänsä loppuun saakka. Asiakas tarvitsee kotisairaanhoitoa varten terveyskeskus-, keskussairaala- tai yksityislääkärin lähetteen, ja hoito perustuu ikääntyneen ja hänen omaistensa kanssa tehtyyn hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Kotisairaanhoitoon kuuluu muun muassa lääkkeiden jakoa, hoitotoimia ja näytteiden ottoa. Hoitoa on mahdollisuus saada myös iltaisin, öisin ja viikonloppuisin, ja se on maksullista. (Aejmelaesus ym. 2008, 344.)

Kotipalvelu ja kotisairaanhoido voidaan yhdistää *kotihoidoksi*, joka toimii joko terveys-toimen tai sosiaalitoimen alaisuudessa. Suurimmissa kaupungeissa onkin kotipalvelu ja kotisairaanhoido yhdistyneet samaksi yksiköksi tehostaen näin yhteisellä tiimillään re-surssien käyttöä. (Aejmelaesus ym. 2008, 343.)

Kotisairaalahoido on kotona tapahtuvaa sairaalatasoista ja ympärivuorokautista tehohoi-toa. Se järjestetään yleensä terveyskeskussairaalan akuuttiosastolta, ja hoito on siten akuuttihoitoa, eikä se korvaa kotisairaanhoidoa eikä kotona tapahtuvaa pitkäaikaishoitoa. (Aejmelaesus ym. 2008, 345.)

Ikäännyttäessä lisääntyvät pitkäaikaissairaudet, monitautisuus ja vaikeudet päivittäisten toimintojen suorittamisessa, joten esimerkiksi 75-vuotiaista vain noin 10–20 %:lla ei ole yhtään pitkäaikaissairautta. Tästä huolimatta kuitenkin yli puolet heistä arvioi terveyten-sä hyväksi, ja samankaltaisia tuloksia on saatu myös erittäin vanhoilla, jopa yli 90-vuotiailla henkilöillä. Tämän lisäksi iäkkäät ihmiset arvioivat oman terveytensä yleensä paremmaksi kuin ulkopuoliset arvioijat. (Leinonen 2008, 223.)

5.3 Apuvälineet ja teknologiset laitteet

Apuvälineet tukevat henkilöitä, joiden toimintakyky on alentunut esimerkiksi sairaudes-ta tai ikääntymisestä johtuen. Niillä on koettu olevan positiivinen vaikutus muun muas-sa ikääntyneiden itsenäiseen selviytymiseen, liikkumiseen ja ylipäänsä osallisuuteen. (Kruus-Niemelä 2009, 70.)

Apuvälineet voivat olla toimintaa tukevia, kodin toimivuutta ja turvallisuutta lisääviä tai kotitöitä helpottavia laitteita. Toimintaa tukevia laitteita on eri aisteille, käsillä tekemi-seen, liikkumiseen, yhteydenpitoon ja muistamiseen. Niitä voivat olla esimerkiksi käve-lykeppi, rollaattori, kuuntelulaite tai TV:n suurentava ruutu. Kodin toimivuutta ja tur-vallisuutta voidaan parantaa muun muassa valaisulla, liikeilmaisimella, luistamattomilla lattiamateriaaleilla, tukikahvoilla, palo- ja häikävaroitimilla sekä ajastimella varustetulla liedellä. Kotitöitä voidaan helpottaa esimerkiksi keittiö- ja ruokailuvälineiden paksun-nosputkilla. Ne ovat hyödyllisiä esimerkiksi silloin, jos käden puristusvoima on heikko.

Muita kotitöitä helpottavia välineitä ovat esimerkiksi tarttumapihdit, sukanvetolaite ja varrellisiin työkaluihin kiinnitettävä apukahva. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005.)

Kotona asumista voidaan tukea myös teknologisilla laitteilla. Laitteilla voidaan saada hyötyä:

- turvalliseen asumiseen (esimerkiksi liesivahti, ergonomiset kalusteet ja välineet)
- itsenäiseen kotitöistä selviytymiseen (muun muassa ohjauslaitteet sänkyyn tai verhojen avaukseen, esteetön oviympäristö)
- avun saantiin (kuten turvapuhelin tai muut sensoreilla varustetut monitoroivat laitteet)
- vuorovaikutukseen ja osallistumiseen (muun muassa audiovisuaalinen kommunikointi, ryhmäviestintä)
- terveydentilan seurantaan ja sen edistämiseen (esimerkiksi elintoimintoja mittaavat rannekkeet)
- toimintakyvyn ja vireyden ylläpitämiseen (kuten oheislaitteilla varustetut radio- ja televisio, sähköiset kirjastopalvelut). (Äyväri, 2009.)

Kyselyssämme mainittuja teknologisia laitteita ovat ovimatto, lääkekello, ovihälytin, liesivahti, hyvinvointi-TV, hyvinvointiranneke, paikannusominaisuudella varustettu turvahälytin, turvapuhelin- ja hälystysranneke sekä turvapuhelimeen liitettävä palohälytin. Ovimatto hälyttää henkilön astuessa lattiatunnistimelle, kun hän astuu tunnistimelle ja avaa oven. Se voi myös hälyttää viiveellä, kun henkilö tietyn ajan kuluessa ei ole palannut sisään. (Äyväri, 2009.) Lääkekello muistuttaa lääkkeiden ottamisesta, ja painiketta painamalla saa lääkeannoksen. Turvapuhelimen avulla henkilö voi puolestaan tehdä hälytyksen painamalla nappia. Hyvinvointirannekkeen avulla saadaan tietoa henkilön liikkumisesta, vireystilasta sekä uni- ja valvetilasta. Lisäksi se hälyttää sellaisissa tilanteissa, joissa asiakas ei jostain syystä voi painaa hälytyspainiketta. Paikannusominaisuudella varustettu turvahälytin toimii kodin ulkopuolella samoin kuin turvapuhelin. Laitteessa käytetään matkapuhelimen SIM-korttia. (Mykkänen 2010.) Palovaroitin, liesivahti ja ovihälytin ovat turvapuhelimen lisälaitteita (Mikkelin kaupunki 2010). Hyvinvointi-TV on virtuaalinen hyvinvointipalvelu ikääntyville, joka tuottaa palveluja kotiin vuorovaikutteisen televisioyhteyden avulla. Televisioon liitetään helppokäyttöinen kosketusnäyttö ja pieni kamera, joiden avulla ikääntyvä käyttää hyvinvointi-TV:n tarjoamia palveluja, ja kanavana toimii kaksisuuntainen laajakaistayhteys. Ohjelmatarjontaa ovat esimerkiksi liikuntatuokiot, keskusteluohjelmat ja tietoisikut. (Kotiin-hanke i.a..)

5.4 Muita kotona asumista tukevia palveluja

Ikääntyneille suunnattujen palvelujen painopiste on avopalveluissa, joiden tavoitteena on auttaa ikääntyneitä asumaan kotona mahdollisimman pitkään. Erilaiset ikääntyneiden neuvontapalvelut ovat nykyään lisääntyneet voimakkaasti. Yhtenä näistä mainittakoon seniori-infopiste, josta saa tietoa muun muassa asumiseen ja kotiin liittyvistä palveluista, harrastuksista, terveys- ja kuljetuspalveluista sekä taloudellisista etuuksista ja tuista. Seniori-infopisteet sijaitsevat lähinnä kaupungeissa. (Aejmelaesus ym. 2008, 340–341.)

Palveluohjaus on yksi uusi palvelumuoto, joka tuli Suomeen 1990-luvulla. Se on asiakaslähtöinen ja asiakkaan etua korostava työtapa, jonka avulla palvelut kootaan asiakkaan tueksi. Palveluohjausta on vielä pääasiassa annettu erilaisissa kokeilu- ja kehittämishankkeissa, joiden tulosten ja kokemusten perusteella on tarkoitus löytää eri asiakasryhmille omin palveluohjaustoimintamalli ja -työtapa. Ikääntyneiden palveluohjauksella pyritään poistamaan kotihoidossa olevien laitokseen joutumisen riskitekijöitä. (Aejmelaesus ym. 2008, 341.)

Ehkäisevät kotikäynnit (tai ennakoiivat kotikäynnit) on niin ikään uusi palvelumuoto, joka perustuu valtakunnalliseen suositukseen. Kotikäynnit tehdään kaikille 80 vuotta (vaihtelee kunnittain) täyttävälle ikääntyneille, jotka eivät vielä ole säännöllisten kunnallisten sosiaali- ja terveyspalvelujen piirissä. Palvelumuodon tavoitteena on ennakoida ikääntyneen avuntarve, tiedottaa erilaisista palveluista ja tukimahdollisuuksista sekä keskustella esimerkiksi mahdollisista asuntoon liittyvistä muutostöistä. Ikääntynyt voi saada kunnalta avustusta asunnon korjaamiseen ja muutokseen, jolloin tavallisimmin pyritään turvaamaan liikkumisen esteettömyys. Asiakkaalle kotikäynti on vapaaehtoinen, luottamuksellinen ja maksuton, ja näiden kotikäyntien perusteella saatuja tietoja käytetään myös apuna palveluja kehitettäessä. Ikääntyneitä palvelee lisäksi apuvälinehuolto, jonka järjestämisestä ensisijaisesti vastaavat terveyskeskukset. Ne ylläpitävät apuvälineyksikköä, josta ikääntyneet voivat lainata kotihoidossa tai liikkumisessa tarvitsemiin välineitä maksutta. (Aejmelaesus ym. 2008, 341–342.)

Valtakunnallisten tavoitteiden mukaisesti pyritään ikääntyneiden ihmisten kotona asuminen mahdollistamaan riittävien ja oikea-aikaisten palvelujen turvin niin kauan kuin se on tarkoituksenmukaista. Palvelujen tarpeeseen vaikuttavat merkittävästi toimintakyvyn

ylläpitäminen ja edistäminen sekä ehkäisevät palvelut. Tiedotuksen, palveluohjauksen ja terveysneuvonnan avulla tuetaan kotona selviytymistä. (Tiikkainen 2007, 259.)

6 IKÄÄNTYMISPOLIITTINEN STRATEGIA

Ikäihmisten palvelua koskevassa laatusuosituksessa on kerrottu ikääntymispoliittisen strategian (ts. vanhuspoliittinen strategia, vanhusten palvelujen strategia) taustasta ja tavoitteista. Sen mukaan jokaisella kunnalla on oltava ikääntymispoliittinen strategia, joka on ajan tasalla. Strategian laadintaan osallistuu edustajia eri hallintokunnista ja sidosryhmistä (esimerkiksi järjestöistä ja seurakunnista) sekä palvelujen käyttäjät, omaiset sekä muut kuntalaiset. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2008, 16.) Mikkelissä strategia tunnetaan nimellä toimintaohjelma. Ohjelmaa alettiin valmistella Mikkelissä samaan aikaan oman kyselymme kanssa, ja se valmistui elokuussa 2010 nimellä Vanhusten palveluiden toimintaohjelma vuosille 2010–2015. Kyselymme tuloksia tullaan mahdollisesti käyttämään toimintaohjelman päivityksien yhteydessä. Päivityksiä tehdään vuosittain tai vähintään viiden vuoden välein. Kaupungissa ei aiemmin ole vastaavaa ohjelmaa ollut. Yritimme etsiä, onko muilla kunnilla omia strategioitaan, mutta emme onnistuneet löytämään niistä tietoja. Tässä luvussa kuvaamme ikääntymispoliittisen strategian tarkoitusta, toimeenpanoa sekä sen seuranta.

6.1 Ikääntymispoliittisen strategian yleisiä piirteitä

Ikääntymispoliittinen strategia perustuu kokonaisvaltaiseen näkemykseen ikääntyneiden tarpeista ja heidän elinoloistaan. Myös yhteisön toimenpiteet ja kehitys otetaan huomioon. Aikajänteeltään strategian olisi hyvä olla 5-10 vuotta. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2001.) Vanhus- tai ikääntymispoliittisen strategian perusta on väestön ja palvelujen hyvinvoinnin sekä terveyden nykytilan arvioinnissa sekä toimintaympäristön muutosten ennakoinnissa. Strategian on otettava huomioon monenlaiset ihmiset ja heidän tarpeensa, sillä toiset ikääntyneistä ovat paljon palveluja tarvitsevia, osa taas pärjää itsenäisesti. Se ottaa ikääntyneen väestön huomioon kaikissa kunnan eri toimissa, kuten kulttuuri- ja harrastustoiminnassa, hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä sekä palveluissa. Lisäksi siinä määritellään palvelurakenteen ja palvelujen tuottamisen linjaukset. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2008, 16–17.)

Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen mukaan näiden linjausten pohjaksi voidaan tehdä ikääntyneiden henkilöiden hyvinvointiin ja terveyteen liittyvien vaikutusten ennakoarviointia. Ennakoarvioinnin tavoite on päätöksenteon laadun parantaminen. Sillä siis vaikutetaan esimerkiksi parhaiden mahdollisten valintojen tekemiseen, päätöksenteon perustelun näkyvyyteen, hyvinvoinnin ja terveyden näkökulmien huomioimiseen sekä osallistumisen tukemiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2008, 16.)

6.2 Ikääntymispoliittisen strategian toimeenpano ja seuranta

Ikääntymispoliittisen strategian toteutus on laaja prosessi. Se vaatii kunnan johdolta ja henkilöstöltä yhteistyötä ja sitoutumista strategian tavoitteiden toimeenpanemiseksi. Strategian laatiminen ja toteutus vaatii henkilöstön osallistumista kaikkiin prosessin vaiheisiin. Strategia hyväksytään valtuustotasolla ja kytketään esimerkiksi budjetointiin ja kehittämistoimintaan. Strategiasta tulee osa niin toimialan, yksikön, tiimin kuin työntekijänkin tavoitteita. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2008, 17.)

Strategian arvioinnissa ikääntyneiden palvelujen, hyvinvoinnin ja terveyden tämänhetkinen analyysi on avainasemassa. Kunnan johdon täytyy saada tietoa kehityssuunnista ja siitä, onko toimintaan tarpeellista tehdä muutoksia. Eri toimialojen asiakastyytyvyyttä, tuloksellisuutta, vaikuttavuutta ja tehokkuutta arvioidaan. Työn suunnitteluun tarvitaan muun muassa asiakaspalautteita ja raportteja. Arvioinnin pohjalta tehtävät johdopäätökset vaikuttavat toimintaan ja mahdollisten uusien tavoitteiden asettamiseen. Vanhuspoliittisen strategian seurannassa käytetään yhdessä sovittuja arviointimenetelmiä, indikaattoreita ja vertailutietoja. Seurantatiedot julkaistaan vuosittain. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2008, 18.)

7 AIEMMAT TUTKIMUKSET

Vanhusten palveluista, palvelujen tarpeesta ja ikääntyneiden osallistumisesta palvelujen kehittämiseen on tehty eri tutkimuksia. Seuraavassa esittelemme muutamien tutkimuksien keskeisen sisällön.

Väestöliiton vuoden 1998 katsauksessa on esitetty ennusteita Suomen väestönkehitystä vuoteen 2031 saakka. Tutkijat ovat tuolloin ennustaneet, että ikääntyneen väestön terveydentilan kohentumisen myötä työ- ja toimintakyky säilyvät kohtuullisina pidempään kuin aikaisemmin. Lisäksi tutkimuksessa on ennustettu eläkeikäisen väestön toimeentulon olevan tulevaisuudessa "suhteellisen hyvä" ja toimintakyvyn "vähintäänkin kohtuullinen". Ikääntyneet tulevat tutkimuksen mukaan tarvitsemaan tulevaisuudessakin apua arkipäivän toiminnoissa. Avun tarvitsijoiden määrä tulee myös kasvamaan vanhusten määrän lisääntyessä. Eläkeikäisen väestön aktiivisuutta ja toimintakykyä parantamalla voidaan vaikuttaa kustannusten kehitykseen. Se vähentäisi katsauksen mukaan myös laitoshoidon tarvetta ja lisäisi väestön mahdollisuuksia omatoimiseen arkeen. (Miettinen ym. 1998, 81–82.)

Juhani Lehdon ja Kari Natusen (2002) toimittamassa ja Suomen Kuntaliiton julkaisemassa Vastaamme vanhusten hyvinvoinnista -teoksessa pohditaan sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän sopeuttamista ikääntyneiden tarpeisiin, ja se perustuu monitieteiseen tutkimushankkeeseen ”Kohtaamisia ikääntyneiden paikallisissa palvelujärjestelmissä”. Teoksessa tarkastelun kohteena ovat muun muassa ikääntyneen palvelunkäyttäjän osallistumis- ja vaikutusmahdollisuudet. Tutkimuksen pohjalta on todettu, että viime vuosikymmeninä on palvelujen tarvitsijan ja käyttäjän asemaa sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmissä pyritty uudelleen määrittämään monilla tavoilla. Muun muassa perusoikeusudistuksessa sekä keskustelussa niin kutsutuista subjektiivisista oikeuksista on ollut esillä sosiaalinen oikeus palveluihin. Omat erillislakinsa on säädetty niin terveydenhuollon potilaan kuin sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeudesta. Esimerkiksi erilaisissa projekteissa, osallistumishankkeissa sekä vanhus- ja muiden neuvostojen perustamisissa on ollut esillä asiakkaiden ja kansalaisten osallistuminen ja vaikuttaminen palvelujärjestelmän kehitykseen. Palvelujen laadun ja muun toiminnan arvioinnin kehit-

tämisessä onkin tärkeää ottaa huomioon juuri käyttäjien näkökulma. (Lehto & Natunen 2002, 12–13.)

Vanhustyön koulutus- ja tutkimuskeskus Kuntokallion Pertti Pohjolaisen (2000) ”Ei omaisten vaivaksi... 55–64-vuotiaiden hämeenkyröläisten odotukset palveluista vanhuudessa” -tutkimuksessa on asetettu kaksi tutkimuskysymystä: Millaisia sosiaali- ja terveyspalveluja Hämeenkyrössä tarvitaan 15–20 vuoden kuluttua sekä mikä on erilaisien taustatekijöiden merkitys sosiaali- ja terveyspalvelujen käytön ja niiden tarpeen kannalta? Tutkimukseen valittiin satunnaisesti 300 henkilöä, joista osa vastasi postitse kyselyyn ja osa puhelinhaastatteluun. Vastauksista ilmeni keskeisinä tuloksina muun muassa se, että suurin osa vastanneista halusi yhteiskunnan järjestävän ja rahoittavan palvelut. Enemmistö vastanneista ilmoitti haluavansa asua omassa kodissaan myös vanhuudessa. Sinne he arvioivat tarvitsevänsä kodinhoitajan palveluja erityisesti siivouksessa, ruoanlaitossa ja peseytymisessä. Lisäksi suurin osa vastaajista halusi vaikuttaa palvelujen suunnitteluun, ja puolet halusi olla mukana suunnittelemassa niitä. (Pohjolainen 2000.)

Raija Tenkasen (2003) Lapin yliopistoon tekemässä akateemisessa väitöskirjassa tutkimuksen tarkoituksena on analysoida ja arvioida kotihoitohenkilöstön yhteistyömuotojen kehittymistä ja niiden merkitystä vanhusten elämänlaadun näkökulmasta. Tutkimuksessa vanhuksat osallistuivat omaa elämäänsä koskevaan päätöksentekoon suunniteltaessa kotihoidon sisältöjä ja arjen auttamista koskevia ratkaisuja. Juuri autonomian säilyttäminen on todettu merkittäväksi vanhusten voimavaroja tukeväksi tekijäksi, ja tässä onkin haastetta palvelujärjestelmille ja alan työntekijöille. Tutkimuksen mukaan henkilöstön kiireinen työrytmi heikentää kotihoidon vanhusten saamaa psyykkistä ja sosiaalista tukea. Vanhusten kotihoito on monitasoista toimintaa, jossa eri ammatteja edustavat työntekijät hoitavat pääasiassa vain omia tehtäviään. Niinpä asiakaskohtainen työryhmä- ja tiimityö on edellytys työtapojen muuttamiselle ja yhteistyön kehittymiselle vanhuksen ja työntekijöiden arjessa. Voidaankin todeta, että vanhusta osallistava ja tukeva toimintatapa hakee edelleen paikkaansa. (Tenkanen 2003.)

Sirpa Kärnä on Kuopion Yliopistoon tekemässään väitöskirjassa tutkinut vuosina 1926–1945 syntyneiden kolmannen iän muotoutumista elämänkulun kokonaisuuteen nähden. Tutkittujen joukosta kävi ilmi, että ikääntyneet ennakoivat elämänkulkuunsa liittyviä

muutoksia. He varautuvat niihin esimerkiksi asumiseen liittyvillä muutoksilla sekä varmistamalla palvelujen saannin. Lisäksi vastaajista joka toinen oli ajatellut vanhuutta, ja sitä pidettiin luonnollisena vaiheena. Toivotuinta oli asua omassa kodissa, johon saataisiin palveluja ulkopuolelta. Harvat toivoivat vanhainkotiasumista, ainakaan sen nykyisessä muodossa. Tutkija toteaa, että tulevaisuudessa vanhukset tahtovat elää omassa kodissaan mahdollisimman pitkään ja käyttää omatoimisesti elinympäristönsä palveluja. Heistä suurin osa on valmis maksamaan palveluista. Tutkijan mukaan tulevaisuudessa tarvitaan pelkän kotisairaanhoidon lisäksi myös sosiaalista kanssakäymistä ja toimintaa. Hän ehdottaakin vanhusten asuinalueille esimerkiksi lähiryhmiä ja korttelikahvioita ihmisten kohtaustapaikaksi. (Kärnä 2009.)

Etelä-Savon ELY-keskuksen Ennakoimalla eteenpäin Etelä-Savossa –hankkeessa haastateltiin maakunnan sosiaali- ja terveysalan ammattilaisia. Raportissa havainnoitiin sosiaali- ja terveysalan ja ikääntyneiden kotihoidon tulevaisuutta. Sen mukaan työvoiman saatavuus sosiaali- ja terveysalalla on tällä hetkellä Etelä-Savossa kohtalainen, mutta merkit työvoiman saatavuuden vaikeutumisesta ovat ilmassa. Työvoiman saatavuuteen vaikuttavat tulevaisuudessa muun muassa suurten ikäluokkien eläköityminen sekä työvoiman lisääntyvä tarve väestön ikääntymisen vuoksi. Työmarkkinoiden osaamistarpeita tarkasteltaessa on havaittu, että terveydenhuollon ammattilaisia tullaan tarvitsemaan enemmän. Tämä johtuu siitä, että ikääntyneet tulevat terveydenhoidon piiriin mahdollisesti nykyistä myöhemmin, mutta huonokuntoisempina. Myös erityisosaamisen tarve tulee kasvamaan (esimerkiksi päihde- ja maahanmuuttajatyö). (Etelä-Savon elinkeino-, liikenne-, ja ympäristökeskus 2010.)

Yritystoiminta ikääntyneiden kotipalvelukentällä nähtiin kunnan toimintaa täydentävänä. Raportin mukaan haja-asutusalueilla tullaan tulevaisuudessa tarvitsemaan yritystoimintaa. Tämä johtuu siitä, että julkisia palveluja tehostetaan, eikä kotihoitoa välttämättä järjestetä kaupunkien ulkopuolelle. Haja-asutusalueilla asuminen ei raportin mukaan ole myöskään katoamassa. (Etelä-Savon elinkeino-, liikenne-, ja ympäristökeskus 2010.)

Lisäksi WHO:n (2002) tutkimuksen mukaan ikääntyneiden määrän noustessa kaikkialla, tulee kotona asuminen jatkumaan mahdollisimman pitkään. Tähän liittyy myös se, että omaisten antamasta avusta tulee hyvin yleistä. Kunnallisten palvelujen pitäisi tutkimuk-

sen mukaan olla kaikkien saavutettavassa, ei siis vain heidän, joilla on varaa maksaa niistä tai jotka ylipäänsä ovat niistä tietoisia. (World Health Organization 2002.)

Pitkän iän salaisuutta pohtiessaan gerontologit eivät ole saaneet selville mitään yksinkertaista ja yleismaailmallista ohjetta. Esiin on tullut kuitenkin joitakin pitkän eliniän ja elämään tyytyväisyyden pääpiirteitä, joissa on huomattu myös muutamia eroja miesten ja naisten välillä. Jyväskylässä suoritettu pitkittäistutkimus, jossa on seurattu 640:tä henkilöä vuodesta 1972 alkaen, tukee myös näitä havaintoja. Pitkän iän ja tyytyväisyyden saavuttivat ne henkilöt, joilla on ollut hyvä liikuntakyky, jotka eivät ole polttaneet ja jotka ovat olleet elämäänsä kaikin puolin tyytyväisiä. Tärkeäksi koettiin myös tyydyttävä sosiaalinen toiminta. Toimiakseen aktiivisesti ja luovasti yksilö tarvitsee tyydyttävät fyysiset ja sosiaaliset olot. Ihminen pysyy kehittyvänä pitkään eläkeiässään, jos hänellä säilyy kiinnostus itse elämää kohtaan, ja hän kokee, ettei ole vielä antanut kaikkea itsestään. (Dunderfelt 2006, 206–207.)

8 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tässä luvussa kuvaamme kyselyn teon kulkua. Kerromme tutkimuksen tavoitteista ja kohderyhmästä sekä kyselyn toteutuksesta ja tulosten analysoinnista. Kuvaamme myös toimintaympäristöä.

8.1 Tutkimuksen tavoitteet ja kohderyhmä

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää kyselytutkimuksella (postikysely), mitä vanhusten palveluja Mikkelin seudulla (Hirvensalmi, Kangasniemi, Mikkeli, Mäntyharju, Pertunmaa, Puumala, Ristiina sekä lisäksi mukana Juva ja Suomenniemi) 65–74-vuotiaat asukkaat toivovat tulevaisuudessa. Kyselyn tuloksia hyödynnettäisiin Mikkelin kaupungin vanhusten palvelujen strategiassa. Lisäksi selvitettiin vastaajien taustatietoja, elintapoja ja nykyisiä palveluja. Kyselymme oli survey-tutkimus, jonka piirteisiin kuuluvat otoksen poiminta ja aineiston hankinta jokaiselta vastaajalta strukturoidussa muodossa. Saadun aineiston perusteella kuvataan, vertaillaan ja selitetään eri ilmiöitä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 134).

Idean opinnäytetyöhömme saimme ottamalla yhteyttä Mikkelin kaupungin vanhusten palvelujen henkilöstöön. Kyselytutkimusta suunnittelimme yhdessä kaupungin henkilökunnan kanssa. Aihe oli varsin ajankohtainen ja meitä kiinnostava, sillä toiveenamme on työskentely vanhusten parissa.

8.2 Toimintaympäristön kuvaus

Mikkelin seutukunta koostuu seitsemästä kunnasta, jotka ovat Hirvensalmi, Kangasniemi, Mikkeli, Mäntyharju, Pertunmaa, Puumala ja Ristiina (Mikkelin seutu i.a.). Kyselymme tulivat lisäksi mukaan Juva ja Suomenniemi. Tilastokeskuksen selvityksen mukaan yli 65-vuotiaiden osuus Etelä-Savon maakunnan väestöstä vuoden 2009 lopussa oli 22,7 %. Mikkelin seutukunnassa se oli 21, 5 % (Etelä-Savon Maakuntaliitto 2010). Kunnittain tarkasteltuna vuoden 2008 lopussa yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä oli seu-

raava: Hirvensalmella 27,9 %, Kangasniemellä 27,1 %, Juvalla 24,9 %, Mikkelissä 18,7 %, Mäntyharjulla 25,7 %, Pertunmaalla 27,7 %, Puumalassa 28,6 %, Ristiinassa 22,2 % ja Suomenniemellä 31,8 % (Tilastokeskus i.a.). Ikärakenne-ennusteen mukaan vuonna 2030 Etelä-Savossa 75–84-vuotiaita on 13,5 % ja yli 85-vuotiaita 5,55 % väestöstä (Halonen 2010).

Tarkastelimme kyselyyn osallistuvien kuntien nykyisiä vanhusten palveluja. Saimme sähköpostitse tietoja viiden kunnan edustajilta, muiden kuntien palveluja kartoitimme puhelimitse tai kuntien Internet-sivujen kautta. Kaikilla yhdeksällä kunnalla on käytössä perinteisimmät palvelumuodot, kuten kotihoito (tai kotipalvelu ja kotisairaanhoido), päivätoiminta, kuljetus- ja saattajapalvelut, ateriapalvelu sekä kylvetyspalvelut. Sen sijaan erikoistuneempia palveluja, kuten siivousta tai vaatehuoltoa ei kunnan järjestämänä löydy kaikkialta. Tosin osassa kunnista niitä on saatavilla esimerkiksi yksityisiltä palveluntuottajilta. Lisäksi yöpartio ja kotisairaala ovat käytössä muutamilla kunnilla. Erään kunnan osalta palvelujen kartoitus jäi valitettavasti hieman vaillinaiseksi, sillä emme saaneet yhteyttä henkilöön, joka olisi voinut kertoa meille palveluista. Myöskään Internetistä emme löytäneet kaikkia haluamiamme tietoja.

Kuntien edustajat mainitsivat myös palveluja, joita ei kyselyssämme ole mainittu. Tällaisia olivat esimerkiksi muistihoitajan palvelut (Suomenniemi), ulkoilutuspalvelu (Mäntyharju) ja palveluseteli (Mikkeli, Mäntyharju, Kangasniemi). Erikseen mainittiin myös asumispalvelut sekä terveydenhuollon palvelut (Mikkeli, Mäntyharju, Kangasniemi). Mikkelissä on lisäksi Seniorisentteri, joka tarjoaa omahoitopisteen (muun muassa tietoa ikääntyneille suunnatuista palveluista, mahdollisuuden verenpaineen mittaukseen), ikäneuvontaa (ohjausta ja palvelutarpeen arviointia), ennakoivia kotikäyntejä (palvelutarpeen ennakointi, kotona asumisen tukeminen) sekä muistipoliklinikan (muistihoitajan sekä geriatriin vastaanotto, diagnoosin teko, ohjaus jatkoseurantaan) (Mikkelin kaupunki i.a.). Taulukko keskeisimmistä kuntien tämän hetkisistä palveluista löytyy liiteosasta (liite 3.) Kuvauksen ei ole tarkoitus olla kaikenkattava, vaan karkea esitys siitä, mitä palveluja kunnissa on saatavilla.

8.3 Kvantitatiivinen tutkimus

Opinnäytetyömme on kvantitatiivinen tutkimus. Kvantitatiivisen (tilastollisen) tutkimuksen kautta voidaan selvittää prosentteihin ja lukumääriin liittyviä asioita. Tutkimusta varten tehtävään aineiston keruuseen käytetään usein tutkimuslomakkeita, joissa on valmiiksi annetut vaihtoehdot. Eri tekijöitä kuvataan numeroin ja tuloksia havainnollistetaan kuvioilla ja taulukoilla. Lisäksi kvantitatiivisessa tutkimuksessa voidaan kuvata tekijöiden välisiä riippuvuuksia ja tutkimuskohteessa tapahtuneita muutoksia. Tilastollisen tutkimuksen avulla voidaan kartoittaa asian nykyistä tilaa, mutta asioiden syitä ei välttämättä saada selville. (Heikkilä 2008, 16.)

Kvantitatiivisen tutkimuksen keskeisiksi piirteiksi on määritelty esimerkiksi johtopäätökset aiemmista tutkimuksista, käsitteiden määrittely, koehenkilöiden tai tutkittavien valinta sekä aineiston muokkaaminen tilastollisesti käsiteltävään muotoon. Päätelmiä tehdään esimerkiksi kuvailemalla tuloksia prosenttitaulukoiden avulla. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 140.)

8.4 Postikysely tutkimusmenetelmänä

Kvantitatiivisen tutkimuksen menetelmistä päädyimme kirje- eli postikyselyyn. Heikkilä määrittää postikyselyn siten, että se siinä kysyjä ja vastaaja eivät ole välittömässä vuorovaikutuksessa keskenään, vaan yhteydenpito tapahtuu postitse valmiin kyselylomakkeen kautta. Hän mainitsee postikyselyn haitoiksi mahdollisen suuren kadon lisäksi epävarmuuden siitä, onko kyselyyn vastannut juuri otokseen valittu henkilö vai joku toinen. Eduksi hän puolestaan mainitsee sen, että kyselylomake tavoittaa vastaajan paremmin kuin haastattelija. Postikyselyiden vastausprosenttiin vaikuttavat muun muassa se, kuinka tärkeänä kohderyhmä pitää tutkimusta, kysymysten määrä, lomakkeen ulkoasu ja se, miten hyvin saatekirjeellä on saatu vastaajat motivoitua. Vastausprosenttiin voidaan vaikuttaa esimerkiksi lupaamalla palkintoja. (Heikkilä 2008, 66–67.)

Päädyimme strukturoituun kyselylomakkeeseen. Strukturoiduilla (suljetuilla) kysymyksillä tarkoitetaan sitä, että kysymyksiin on valmiit vastausvaihtoehdot, joista valitaan rastittamalla tai ympyröimällä sopivin tai sopivimmat. Niiden tarkoituksena on muun

muassa yksinkertaistaa vastausten käsittelyä. (Heikkilä 2008, 51.) Valitsimme tämän menetelmän, koska siten kyselyn pystyi lähettämään laajalle alueelle, ja valmiit vastausvaihtoehdot olivat näinkin mittavassa tutkimuksessa yksinkertaisempia käsitellä kuin avoimet vastaukset. Aiemmin vaihtoehtoina postikyselyn rinnalla olivat lisäksi vastauspiste esimerkiksi kirjastossa sekä Internetin kautta tapahtuva vastaaminen, joita kuitenkin emme toteuttaneet. Ideoita kysymyksiimme saimme Pentti Pohjolaisen Ei omaisten vaivaksi – 55–64-vuotiaiden hämeenkyröläisten odotukset palveluista vanhuudessa - tutkimuksesta.

8.5 Kyselylomakkeen esitestaus, sisältö ja rakenne

Kysely esitettiin maaliskuussa 2010 kahdella Mikkelin Seniorisentterin asiakkaalla sekä kolmella muulla henkilöllä. Esitestauksen jälkeen korjasimme kyselylomakkeessa olleita virheitä, lisäsimme muutamia vaihtoehtoja sekä yhden kokonaan uuden kysymyksen, joka mielestämme oli olennainen. Kysymyksiä lomakkeeseen tuli lopulta yhteensä 31. Ne koskivat taustatietoja, elintapoja ja vastaajien vastaushetkellä käyttämiä palveluja, sekä niitä palveluja, joita he arvioisivat tai haluaisivat tulevaisuudessa käyttää. Elintapakysymykset katsoimme tärkeiksi, koska niillä voi olla suuri merkitys terveyden ja sitä kautta palveluntarpeen kannalta. Esimerkiksi Eloranta ja Punkanen (2008) ovat sanoneet, että muun muassa vähäisellä fyysisellä aktiivisuudella, tupakoinnilla, alkoholinkäytöllä sekä ravinnon laadulla voi olla suuri vaikutus toimintakyvyn heikentymiselle (Eloranta & Punkanen 2008, 152). Samoin esimerkiksi asumista koskevat kysymykset voivat antaa viitteitä siitä, miten kohderyhmä on tottunut elämään. Kysymykset olivat suurelta osin monivalintakysymyksiä, avoimia kysymyksiä ei ollut lukuun ottamatta ”muuta, mitä?”-tyyppisiä kysymyksiä.

Vastaaminen tapahtui ympäröimällä sopivin vaihtoehto. Jokainen kysymys vaihtoehtoinen oli laatikoitu, jotta vastaajat varmasti erottaisivat uuden kysymyksen. Lisäksi joissakin samankaltaisissa kysymyksissä muutamat asiasanat oli alleviivattu. Näin varmistettiin, että vastaajat huomaisivat eron edellisiin kysymyksiin. Halusimme, että kyselylomakkeesta ei tulisi liian laaja, koska se voisi vähentää kiinnostusta vastata siihen. Lisäksi halusimme muutenkin pitää kyselylomakkeen selkeänä ja yksinkertaisena vastata. Kyselylomakkeesta tuli viisisivuinen, ja sen tekstikoko asetettiin mahdollisimman suu-

reksi selkeyden vuoksi. Teimme kyselylomakkeen pitkälti Mikkelin kaupungin henkilöstön toiveiden mukaisesti. Kyselylomakkeet koodattiin, jotta voitaisiin varmistua siitä, että vastaaja on todella siitä kunnasta, jonka hän vastausvaihtoehdoista valitsee asuinpaikkakunnakseen.

8.6 Aineiston kerääminen ja analysointi

Kyselyn otoskooksi tuli lopulta 600 henkilöä. Määrä kaksinkertaistui 300:sta 600:aan viime hetkillä: tällä haluttiin varmistaa se, että jokaisesta yhdeksästä kunnasta saataisiin riittävä määrä osallistujia. Poiminnan otantaamme teki Väestörekisterikeskus, jolta saimme osallistujien osoitetiedot. Kyseessä oli satunnaisotos. Mikkelin kaupunki kustansi poiminnan, ja kyselomakkeet tulostettiin kaupungilla. Samoin kaupungilta saimme palautuskuoret. Kirjeet frankeerattiin kaupungin omalla koneella. Kysely toteutettiin huhti-toukokuussa 2010.

Kyselylomakkeista saimme takaisin 340, joista kaksi oli tyhjiä ja yhtä ei voitu ottaa mukaan vastaajan väärän iän vuoksi. Oletamme, että henkilö kuului kohderyhmään siinä vaiheessa, kun tietoja on Väestörekisterikeskuksessa kerätty, mutta oli ehtinyt täyttää vuosia ennen vastaamista. Tulosten analysoinnissa oli siten mukana 337 vastausta, vastausprosentiksi tuli siten 56 %. Tulokset syötimme SPSS -ohjelmaan (Statistical Package for Social Sciences). Se on tutkimuksissa käytetty ohjelma, jolla tehdään tutkimusaineistoille tilastollisia analyyskejä ja graafisia esityksiä (Rasi, Lepola, Muhli & Kanniainen 2006, 3). Sen jälkeen laskimme ohjelmalla frekvenssit. Lisäksi Excel-
taulukkolaskentaohjelmalla teimme pylväsdiagrammeja sekä taulukoita. Avovastaukset puolestaan luokiteltiin.

9 KYSELYN TULOKSET

Tulososiossa kerromme perusfrekvenssit kaikista kysymyksistä sekä esitämme tulokset taulukoiden ja kuvioiden avulla. Kursivoidut kohdat ovat suoria lainauksia vastaajilta. Tulokset kerrotaan järjestyksessä: taustatiedot, asuminen ja elintavat, vastaajien nykyisin käyttämät palvelut sekä vastaajien arviot palvelujen tarpeesta tulevaisuudessa. Lopuksi tarkastelemme vastauksien kuntakohtaisia eroja.

9.1 Taustatiedot

Kyselyyn vastasi 337 henkilöä, joista naisia oli 179 ja miehiä 157. Yksi vastaaja ei ilmoittanut sukupuoltaan. Vastaajista (n=336) 30 % oli 65–67-, 32 % 68–70- ja 38 % 71–74-vuotiaita. Lähetimme kyselyt kuntiin suhteutettuna niiden asukaslukuun seuraavasti: Mikkeliin 150, Juvalle 76, Mäntyharjulle 72, Kangasniemelle 68, Ristiinaan 62, Puumalaan 54, Hirvensalmelle 50, Pertunmaalle 40 ja Suomenniemelle 28. Taulukossa 1 on kuvattuna kustakin kunnasta saatu vastausten määrä sekä kunnan vastausprosentti.

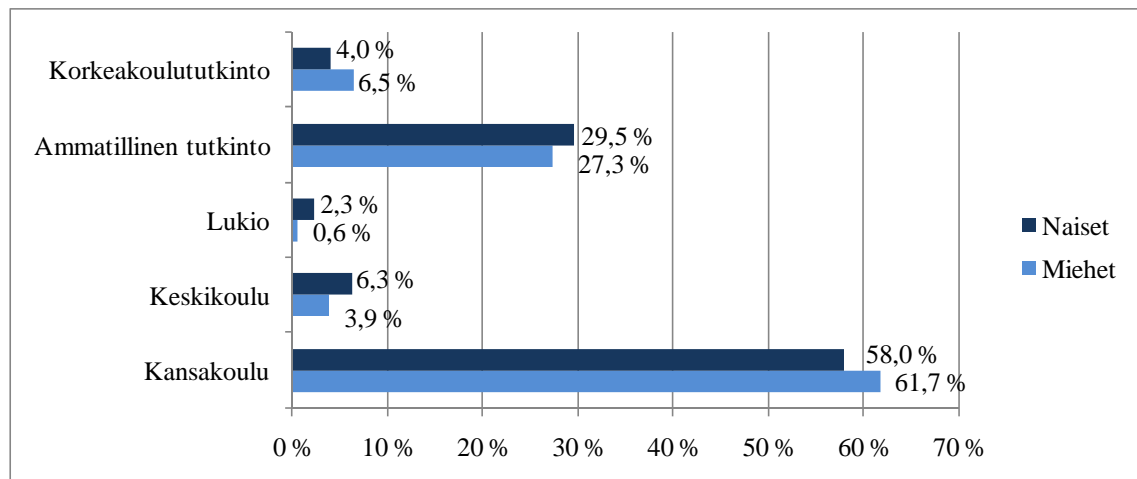
TAULUKKO 1. Vastaajat kunnittain ja kuntien vastausprosentit (N=337)

Kunta	n	Vastausprosentti
Mikkeli	93	62,0 %
Ristiina	44	70,9 %
Juva	42	55,2 %
Kangasniemi	39	57,3 %
Mäntyharju	38	52,7 %
Hirvensalmi	28	56,0 %
Puumala	25	46,2 %
Pertunmaa	17	42,5 %
Suomenniemi	11	39,2 %
Yhteensä	337	56,1 %

Vastaajista (n=333) suurin osa, 98 %, oli eläkkeellä, 1 % osa-aikaeläkkeellä ja 1 % töissä. Työelämässä vastaajista (n=332) työntekijöinä oli toiminut 48 % ja toimihenkilöinä

13 %. Joukossa oli yllättävän paljon (17 %) yrittäjänä toimineita tai toimivia henkilöitä. Johtavassa asemassa olleita oli 4 %. Vastaajista 11 % oli ympäröinyt useamman vaihtoehdon, eli he olivat olleet työelämässä useammassa eri asemassa. Muina ammatteina tai tehtävinä (7 %) mainittiin esimerkiksi maatilalla/kotona työskennellyt (n=16), opettaja (n=7), hoitotyö (n=3) sekä muut (n=8), esimerkiksi ”puutyöläinen” ja ”lähetystyöntekijä”.

Kartoitimme taustatiedoissa vastaajien (n=330) koulutusasetta. Mukaan on laskettu vain korkein koulutusaste, tässä tapauksessa esimerkiksi ammatillinen koulutus on katsottu korkeammaksi kuin lukio. Kansakoulu oli selkeästi useimmiten vastattu vaihtoehto sekä naisten (58 %) että miesten (62 %) keskuudessa, kuten kuvio 1 esittää. Lisäksi voidaan todeta, että naiset ja miehet ovat käyneet kouluja melko samankaltaisesti. Naiset ovat toisaalta suorittaneet ammatillisen (30 %) tai lukiotutkinnon (2 %) miehiä useammin, miehet puolestaan korkeakoulututkinnon useammin (7 %) kuin naiset (4 %).

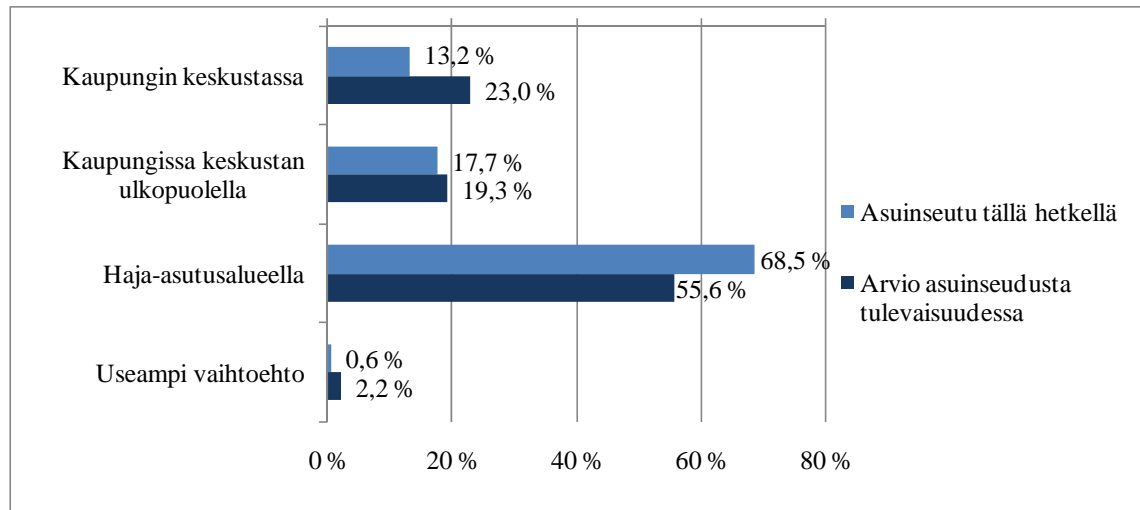


KUVIO 1. Naiset (n=176) ja miehet (n=154) koulutusasteittain

9.2 Asuminen ja elintavat

Valtaosa (69 %) vastaajista (n=333) kertoi asuvansa haja-asutusalueella ja 13 % kaupungin keskustassa. Loput (18 %) asuivat kaupungin keskustan ulkopuolella ja 1 % katsoi asuvansa useammassa annetuista vaihtoehdoista. Merkittävää oli, että suuri osa (55 %) tulevaisuuden asuinseutuun arvioineista (n=322) uskoi asuvansa haja-asutusalueella tulevaisuudessa. Kaupungin keskustassa asumisen määrä nousi arvioissa puolestaan 22

prosenttiin. Vastaajien nykyinen asuinseutu ja heidän arvionsa tulevaisuuden asuinseudusta esitetään vertaillen kuviossa 2. Monet olivat myös kertoneet asuvansa tällä hetkellä useammalla asuinseudulla. Myös tulevaisuuden asuinseuduksi monelle kävi useampi vaihtoehto.



KUVIO 2. Vastaajien nykyinen asuinseutu (n=333) ja arvio tulevaisuuden asuinseudusta (n= 322)

Asuntotyyppiä kysyttäessä 66 % vastaajista (n=334) kertoi asuvansa tällä hetkellä omakotitalossa. Kerrostalossa asui 16 %, rivitalossa 15 % ja paritalossa 1 % vastanneista. Tulevaisuuden asuntotyyppiä arvioitaessa vastaajista (n=323) jopa 46 % arvioi asuvansa omakotitalossa myös tulevaisuudessa. Tämän lisäksi huomattavin ero tämän hetken ja tulevaisuuden asuntotyyppistä oli kerrostaloasuminen, jonka osuus nousi nykyisestä 16 prosentista 26 prosenttiin. Tulevaisuudessa rivitalossa uskoi asuvansa 19 % ja paritalossa noin 2 %. Monet katsoivat asuvansa osan vuodesta esimerkiksi mökillä tai muussa asunnossa, mikä huomioitiin tuloksia analysoitaessa lisäämällä yksi vaihtoehto. Asumismuotonsa kertoneista (n=336) omistusasunto oli 86 %:lla ja 11 % asui vuokralla. Muina asumismuotoina (3 %) mainittiin ”asumisoikeusasunto” (n=2), ”avopuolison asunto”, ”maatila”, ”pojan toinen asunto”, ”syytinki asunto”, ”tehostettu ympärivuorokautinen asuminen”, ”tyttären omistama asunto” ja ”veljen omistama asunto” (kussakin n=1).

Asunnon kokoa kysyttäessä vastaajista (n=315) 53 % katsoi asuvansa kolmiota suuremmassa asunnossa. Esimerkiksi 14 vastaajaa kertoi asuvansa pienemmässä kuin

100 m²:n asunnossa. 100–150 m²:n asunnossa asui 48, 151–200 m²:n asunnossa taas 17 vastaajaa ja 201–300 m²:n asunnoissa viisi vastaajaa. Huonelukunsa ilmoittaneista kuusi asui kolmen huoneen asunnossa, 15 asui neljän huoneen asunnossa ja viisi huonetta tai sitä suuremmassa asunnossa asui puolestaan 11 vastaajaa. Lisäksi mainittiin muita asuntotyyppisiä (n=13) kuten ”maatila”, ”maalaistalo”, ”omakotitalo”, ja ”Asumme ½ vuotta pojan perheessä ½ omalla mökillä”. Kysyimme myös asuvatko vastaajat yksin vai yhdessä jonkun muun henkilön kanssa. Vastaajista (n=334) suurin osa (61 %) kertoi asuvansa puolison kanssa, ja yksin asuvia oli 31 %. Loput (7 %) asuivat jonkun muun, kuten lastensa (n=10), sisarustensa (n=4) ja muiden (n=10) kanssa. Muiksi henkilöiksi oli mainittu muun muassa ”Sussu” ja ”Varamies”.

Vaikuttaa siltä, että kyselyyn osallistuneet 65–74-vuotiaat elävät melko terveellistä elämää. Tupakointia koskevan kysymyksen perusteella peräti 92 % vastanneista (n=336) ei tupakoinut lainkaan, 3 % satunnaisesti ja vain 5 % päivittäin. Myöskään alkoholia ei vastaajien (n=334) keskuudessa käytetty kovin paljon. Vain 1 % kertoi käyttävänsä alkoholia päivittäin, 56 % satunnaisesti ja 33 % ei lainkaan. Viikoittain alkoholia käytti noin 10 %. Taulukossa 2 on lisäksi kuvattu vastaajien (n=336) ruokailutottumuksia. Niiden perusteella vastaajat näyttävät suosivan kohtalaisen terveellistä kotona tehtyä ruokaa.

TAULUKKO 2. Vastaajien ruokailutottumukset (n=336)

Syön kasviksia, hedelmiä ja marjoja useana päivänä viikossa.	89,0 %
Syön useita kertoja viikossa valmisruokia/einesruokia.	4,2 %
Valmistan useimmiten lämpimät ruoat itse kotonani.	80,4 %
Syön vähintään yhden lämpimän aterian päivässä.	86,0 %
Minulla on erityisruokavalio.	7,7 %
Käyn syömässä valmiin aterian.	3,3 %
Vältän liiallista rasvan ja suolan käyttöä.	66,4 %

Vastaajilla (n=335) näyttää lisäksi olevan melko monipuolisia harrastuksia. TV:n katseilu (82 %), lukeminen (63 %) ja käsityöt (46 %) olivat tulosten mukaan suosituimpia tapoja viettää vapaa-aikaa, kuten taulukko 3 esittää. Muita mainittuja harrastuksia (40 %) olivat esimerkiksi kalastus/metsästys (n=41), piha-, puutarha-, ja rakennustyöt (n=15), järjestötoiminta (n=14), musiikkiharrastus (n=4), esimerkkinä ”Rock- ja hevimusiikki”

sekä muut (n=40) kuten ”*innovaatiot*”, ”*tähtitiede/avaruus*”, ”*ristisanat*”, ”*ammunta*” sekä ”*tietokoneella työskentely (mm. kotisivujen teko)*”.

TAULUKKO 3. Vastaajien harrastukset (n=335)

Harrastus	%
Musiikkiharrastus	15,5 %
Kuvataide	3,3 %
Teatteritoiminta	4,8 %
Käsityöt	45,8 %
Lukeminen	63,0 %
Kansalaisopisto tai muu kurssitoiminta	19,4 %
Vapaaehtoistoiminta	17,9 %
TV:n katselu	81,5 %
Muita, mitä?	40,3 %

Kartoitimme myös, harrastivatko vastaajat (n=315) edellä mainittuja asioita päivittäin, muutamana päivänä viikossa vai näitä harvemmin. Päivittäin vastaajat (n=258) harrastivat muun muassa tv:n katselua (55 %), kirjallisuutta (42 %), kädentaitoja (19 %) sekä ulkoliikuntaa (6,2 %), esimerkkinä ”*Talvilajit*” ja ”*Ulkoilu*”. Muutamana päivänä viikossa vastaajat (n=170) harrastivat kirjallisuutta (15 %) järjestötoimintaa (15 %), kädentaitoja (15 %) sekä sisäliikuntaa (13 %), kuten esimerkiksi ”*Koripallo*” ja ”*Punttisiili*”. Harvemmin vastaajat (n=112) puolestaan harrastivat sosiaalisia kontakteja (21 %, esimerkiksi ”*Apuatarvitsevien auttaminen*” ja ”*Sukulaisia*”), kädentaitoja (19 %), kalastusta/metsästäystä (14 %) sekä järjestö/seurakuntatoimintaa (8 %).

Liikuntaa koskeva kysymys osoitti myös, että vastaajat (n=327) tuntuvat pitävän huolta terveydestään liikkuen. Vastaajista 49 % kertoi harrastavansa jotakin liikuntaa päivittäin ja 37 % muutamana päivänä viikossa. 10 % vastaajista ilmoitti harrastavansa liikuntaa edellisiä vaihtoehtoja harvemmin ja 1 % puolestaan ilmoitti, ettei harrastaa lainkaan liikuntaa. Liikunnan laatua tyyppiä kysyttäessä vastaajista (n=332) 85 % harrasti hyötyliikuntaa, 33 % kuntoliikuntaa 60 % terveysliikuntaa ja 2 % ei harrastanut liikuntaa lainkaan.

Sosiaalista suhteistaankin vastaajat (n=333) tuntuivat pitävän huolta, sillä 47 % ilmoitti tapaavansa sukulaisiaan, ystäviään tai muita tuttaviaan useana päivänä viikossa, 13 % päivittäin ja 39 % puolestaan tätä harvemmin. Alle puoli prosenttia kysymykseen vastanneista ilmoitti, ettei tapaa tuttaviaan ollenkaan.

9.3 Vastaajien nykyisin käyttämät palvelut

Kyselyyn vastanneet tuntuvat käyttävän tällä hetkellä eniten harrastuksiin liittyviä kunnallisia palveluja (taulukko 4). Vastaajien (n=252) eniten käyttämät palvelut olivat kirjasto (53 %), uimahalli (21 %) ja muut kunnan liikuntapalvelut (24 %), samoin kuin hammashoito (50 %). Selkeästi vähemmän käytetään muita hoidollisia palveluja. Tämä kertonee siitä, että vastaajat ovat vielä varsin hyväkuntoisia. Myös vastaajien aiemmin kuvatut elämäntavat heijastunevat näihin tuloksiin. Muita mainittuja palveluja (15 %) olivat terveyspalvelut (n=25) kuten ”Sairaalan labrapalveluja”, apuvälineet (n=2) ja muita (n=6), esimerkiksi ”Kauppa-autoa” ja ”Kuljetuspalvelut”.

TAULUKKO 4. Vastaajien nykyisin käyttämät kunnalliset palvelut (n=252)

Palvelu	%
Kotisairaanhoido	4,4 %
Kotipalvelu	2,8 %
Päivätoiminta	2,0 %
Kirjasto	53,2 %
Uimahalli	21,0 %
Kunnan liikuntapalvelut	23,8 %
Palveluohjaus	1,2 %
Kotisairaala	1,2 %
Yöpartio	1,6 %
Hammashoito	49,6 %
Muita, mitä?	15,1 %

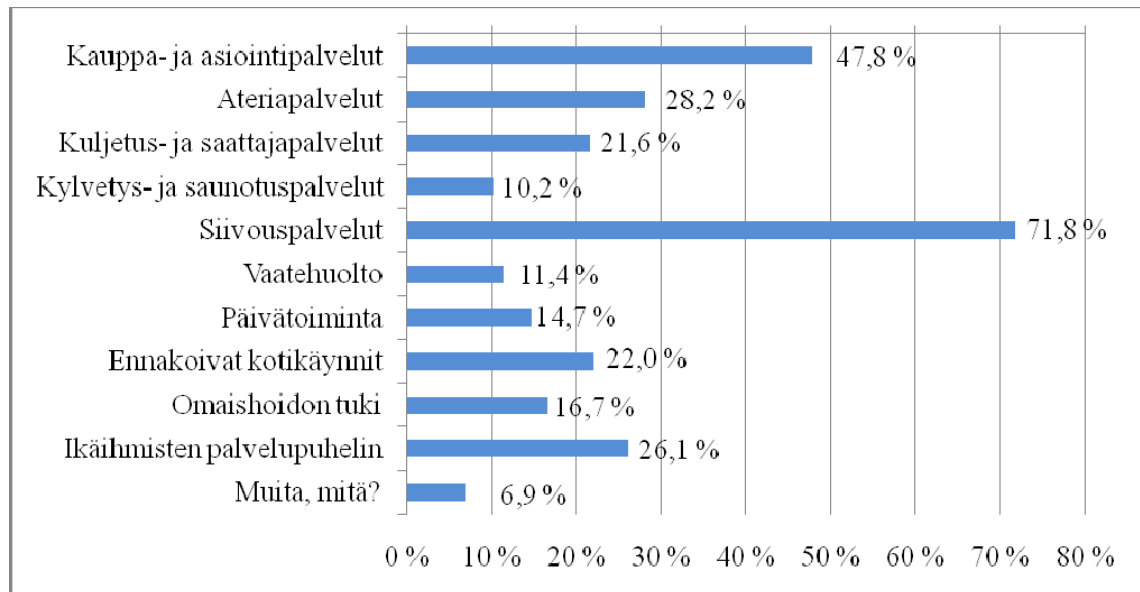
Yksityisistä palveluista kysyttäessä vastaajien (n=305) keskuudessa suosituimpia olivat selvästi parturi-kampaajan palvelut (90 %) sekä hammashoito, johon vastasi 44 % vastaajista. Vain 9 % vastanneista ilmoitti käyttävänsä fysioterapian palveluja, joten sek

kertonee suhteellisen hyvästä liikunta- ja toimintakyvystä. Jalkahoitoa käytti 23 % vastaajista. Vastauksista saattaa heijastua vastaajien elämäntyyli: yksityistä hammashoitoa, hierontaa ja parturi-kampaamon palveluja uskalletaan käyttää elämänlaadun kohentamiseksi. Annettujen vaihtoehtojen lisäksi muita vastaajien käyttämiä palveluja (3,2 %) olivat terveyspalvelut (n=19) kuten ”Iholääkäri”, liikuntapalvelut (n=6), esimerkiksi ”Al-lasjumppa” ja muut (n=2) kuten ”Kosmetologi”.

Lisäksi kartoitimme kolmannen sektorin palvelujen käyttöä. Vastaajista (n=145) seurakunnan palveluja ilmoitti käyttävänsä 60 % ja 50 % kuului johonkin eläkeläisten järjestöön. Muiden tahojen (Suomen Punainen Risti, Muistiliitto ja Mikkelin Setlementti) palveluja käytettiin selvästi vähemmän, joista jokainen sai alle 5 % vastauksista. Lisäksi vastaajat olivat maininneet muiksi (10 %) käyttämikseen kolmannen sektorin palveluiksi järjestötoiminnan (n=13), terveyspalvelut (n=3) sekä muut (n=4) kuten liikuntaryhmä ja vapaaehtoistyöntekijät. Vastaajien määrä (145) kertonee myös siitä, että kolmannen sektorin tarjoamat palvelut ovat varmaankin kunnallisia ja yksityisiä palveluja tuntemattomampia vastanneille. Kaikista vastauksista tosin ei käy ilmi, osallistuvatko vastaajat järjestön toimintaan (esimerkiksi vapaaehtoistyöntekijänä) vai saavatko he siltä palveluja.

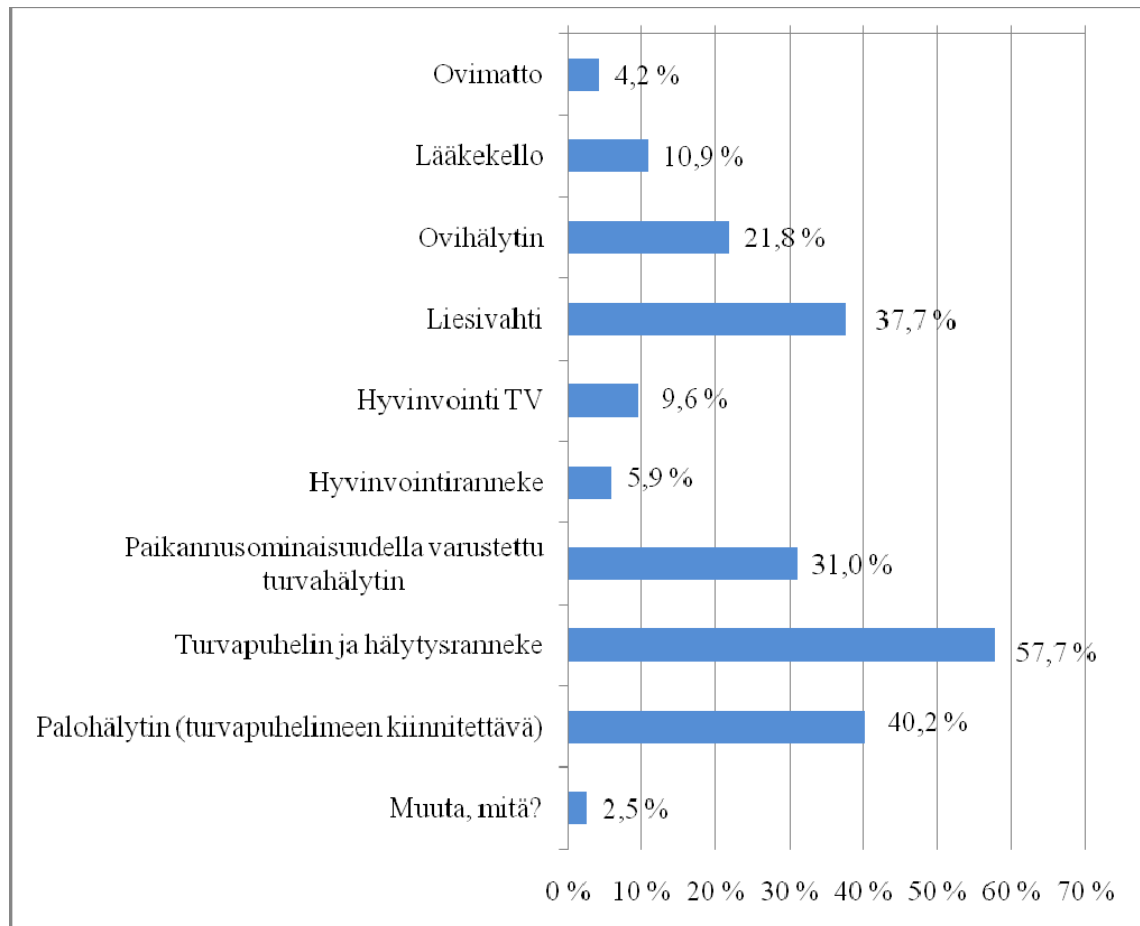
9.4 Arviot eri palvelujen tarpeista

Kyselyssä kartoitimme vastaajien arviota tukipalvelujen tarpeesta tulevaisuudessa. Eniten vastaajat (n=254) toivovat siivouspalveluja (72 %) ja kauppa- ja asiointipalveluja (48 %). Vähiten kiinnostusta oli kylvetys- ja saunotuspalveluihin (10 %) sekä vaatehuoltoon (11 %). Muita toivottuja palveluja (7 %) olivat terveyspalvelut (n=3), mahdollisesti kaikki palvelut (n=6) sekä muut palvelut (n=12), kuten ”haudankaivaja”, ”pesulapalvelut”, ”postipalvelut kotonurkalle”, ”pihatyöt, lumityöt”. Näitä lukuja esitetään tarkemmin kuviossa 3.



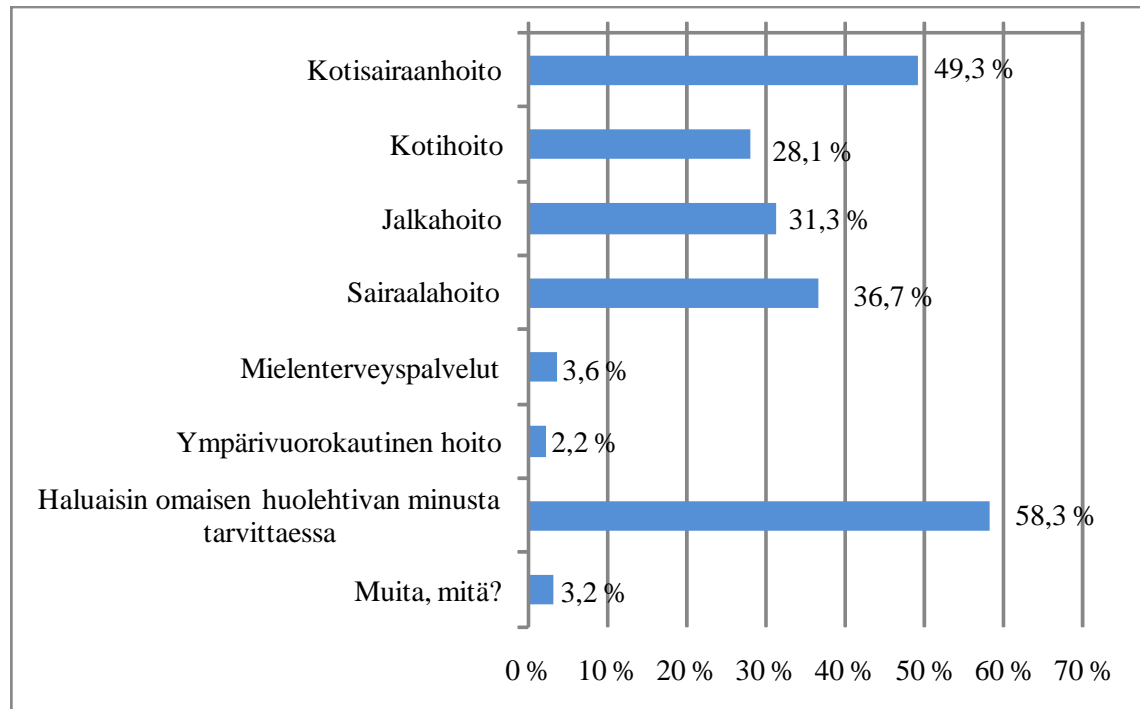
KUVIO 3. Arviot tukipalvelujen tarpeesta (n=245)

Turva- ja hälytyspalveluista vastaajat (n=239) arvioivat tarvitsevansa eniten (58 %) turvapuhelinta ja hälytysranneketta. Vähiten kysyntää oli uudemmalle teknologialle, kuten hyvinvointi-TV:lle (10 %), hyvinvointirannekkeelle (6 %) sekä ovimatolle (4 %). Tästä voimme päätellä, että uudet teknologiset apuvälineet eivät ole vielä niin tuttuja, että ainakaan pelkkien termien perusteella olisi helppo arvioida niiden tarvetta omalla kohdalla. Tutummat laitteet taas näyttävät olevan selkeästi kysytyimpiä. Muita, mitä?- kohtaan oli vastattu (3 %) ”En pärjää lainkaan yksin”, ”Kaikkia tarvittaessa”, ”Kunnon lukko ovesta”, ”Mahdollisia elämää helpottavia/yksinkertaistavia vempaimia”, ”Riippuu kunnosta mitä tarvii”, ”Toivottavasti pärjään omillani mahdollisimman pitkään” ja ”Vaikea arvioida kun ei tunne laitteita”.



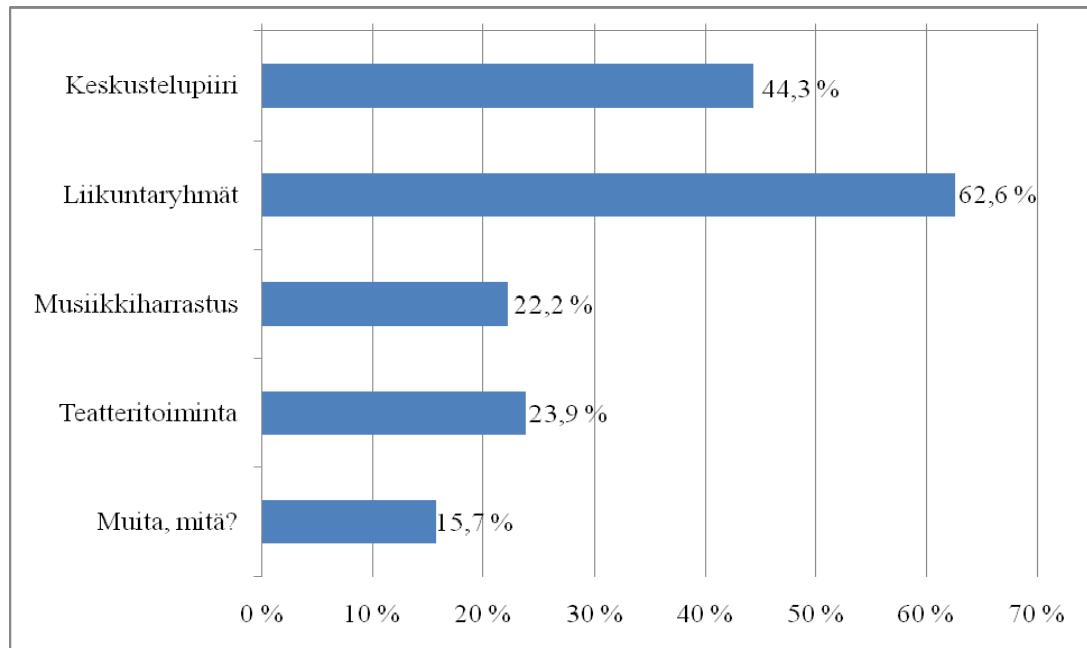
KUVIO 4. Arviot turva- ja hälytyspalvelujen tarpeesta (n=239)

Kysyttäessä sosiaali- ja terveyspalvelujen tarpeesta (kuvio 5) kysymykseen vastanneista (n=278) 58 % toivoi jonkun omaisensa huolehtivan heistä tulevaisuudessa. Lisäksi muut tutut palvelut arvioitiin tarpeellisiksi: kotisairaanhoido (50 %), sairaalahoito (37 %), jalkahoito (31 %) sekä kotihoito (28 %). Ymmärrettävää on, että mielenterveyspalveluja ja ympärivuorokautista hoitoa toivottiin selkeästi vähemmän: tuskin kukaan osaa ennakoida tai toivoo joutuvansa kummankaan palvelun piiriin. Muihin toivottuihin palveluihin vastattiin (3 %) seuraavasti: ”Hyvät terveyskeskuspalvelut”, ”Jos dementia niin 4, (sairaalahoito)”, ”Järjestettyjä kuljetuksella varustettuja tapahtumia”, ”Kaikkia kuuluisi olla mahdollista saada tarvittaessa.”, ”Lapset on lähellä - yksi on lääkäri joka tekee tarvittavat arvioinnit” ja ”Puhelin”.



KUVIO 5. Arviot sosiaali- ja terveystalvvelujen tarpeesta (n=278)

Vastaajien (n=230) keskuudessa vapaa-ajanviettomahdollisuuksista halutuimpia olivat liikuntaryhmät (63 %) sekä keskustelupiiri (44 %), kuten kuvio 6 esittää. Liikuntaharrastusten toivominen näyttääkin sopivan vastaajien tämän hetkiseen liikunnan harrastamiseen, kuten elintapoja käsittelevien kysymysten perusteella voimme päätellä. Vastaajista 49 % ilmoitti harrastavansa liikuntaa päivittäin, ja 39 % 2-5 päivänä viikossa. Voisimme siis päätellä vastanneiden olevan liikunnan ystäviä, ja haluavan pitää fyysisestä toimintakyvystään huolta. Myös edellä mainitut sosiaalisten suhteiden taustatiedot antavat viitteitä siitä, että suuri osa vastaajista on halukkaita pitämään yhteyttä muihin ihmisiin (47 % ilmoitti tapaavansa sukulaisia, ystäviä tai muita tuttavuuksia useana päivänä viikossa). Tämä voisi tukea vastaajien halukkuutta osallistua keskusteluryhmiin. Muita toivottuja palveluja (16 %) olivat esimerkiksi kädentaidot (n=2) ja muut (n=18) kuten matkat ja retket.



KUVIO 6. Toiveet vapaa-ajanviettomahdollisuuksista (n=230)

Kartoitimme myös vastaajien halukkuutta maksaa palveluista. Vastaajista (n=261) selvä enemmistö niin naisista (81 %) kuin miehistä (74 %) olisi valmiita maksamaan 0–50 € kotihoidon palvelusta, joka saisi kotiin kolme kertaa päivässä. Naiset näyttäisivät olevan valmiimpia maksamaan yli 250 € kyseisestä palvelusta kuin miehet, joskin naisistakin oli kuhunkin näistä vaihtoehtoista vastannut vajaat kaksi prosenttia. Tulos on ymmärrettävä, sillä monien eläke ei varmaankaan ole niin suuri, että sillä pystyisi maksamaan kalliimpia palveluja. Toisaalta lienee myös selvää, että jokainen todennäköisesti maksaisi palvelusta niin vähän kuin mahdollista. Näitä tuloksia on eritelty tarkemmin taulukossa 5. Tätä kysymystä oli myös kommentoitu esimerkiksi seuraavasti: *”Ei eläkerahat riitä”, ”On kallista”, ”Lääkkeisiin menee paljon rahaa.”* ja *”Jos kuntoni on nykyisenlainen 5 vuoden kuluttua kuten toivon ei mikään näistä ole ajankohtainen vaan jatkan edelleen koululaisten ip-hoitajana ja pienempien väliaikaisseurana antoisaa mummin osaani”*.

TAULUKKO 5. Vastaajien valmius maksaa kolme kertaa päivässä saatavasta kotihoi-
don palvelusta (n=261)

Summa	Naiset	Miehet
0-50 €	81,0 %	74,0 %
50-100 €	10,2 %	11,8 %
100-150 €	3,0 %	7,0 %
150-200 €	1,4 %	3,4 %
200-250 €	0,7 %	1,6 %
250-300 €	1,4 %	0,0 %
300 €tai enemmän	1,4 %	0,0 %
Useampi vaihtoehto	0,7 %	0,0 %

Myös tehostetusta palveluasumisesta vastaajat (n=254) olisivat useimmiten (sekä naisis-
ta että miehistä 68 %) valmiita maksamaan 0-50 € päivässä (taulukko 6). Lisäksi
voimme havaita, että naiset ovat innokkaampia maksamaan palveluasumisesta yli 300 €
kuin miehet. Miehet puolestaan olivat valinneet vaihtoehdot 150-300 €useammin kuin
naiset. Tätä kysymystä oli lisäksi kommentoitu ”Ei eläkerahat riitä”, ”Eläke ei riitä
näihin palveluihin” ja ”En tarvitse näitä”. Molempia maksuvalmiuskysymyksiä oli ar-
vioitu myös seuraavasti: ”Nämä eivät toteudu syrjäseudulle 30 ja 31.”

TAULUKKO 6. Vastaajien valmius maksaa tehostetusta palveluasumisesta päivässä
(n=254)

Summa	Naiset	Miehet
0-50 €	67,6 %	67,7 %
50-100 €	17,2 %	16,5 %
100-150 €	6,7 %	4,9 %
150-200 €	2,2 %	4,1 %
200-250€	0,7 %	1,6 %
250-300 €	0,7 %	2,4 %
300 €tai enemmän	3,7 %	1,6 %
Useampi vaihtoehto	0,7 %	0,8 %

Tarkasteltaessa arvioita tulevaisuuden palveluista kunnittain, voidaan todeta kuntien välillä olevan hyvin satunnaisia eroja. Esimerkiksi siivouspalveluja (halutuin tukipalvelu) toivottiin kaikissa kunnissa melko tasaisesti, 60 %:sta (Hirvensalmi) 83 %:iin (Pertunmaa). Sen sijaan kauppa- ja asiointi palveluissa (toiseksi halutuin tukipalvelu) vaihteluväli oli suurempi, 21 %:sta (Mäntyharju) 88 %:iin (Suomenniemi). Lisäksi halutimmman turva- ja hälytyslaitteen (turvapuhelin ja hälytysranneke) kohdalla vastausväli vaihteli 39 %:sta (Mäntyharju) 67 %:iin (Kangasniemi ja Pertunmaa). Sosiaali- ja terveyspalvelujen kohdalla suosituin vaihtoehto oli ”Haluaisin jonkun omaisen pitävän minusta huolta tarpeen vaatiessa”. Vastausprosentti vaihteli 42 %:sta (Pertunmaa) 76 %:iin (Ristiina). Kotisairaanhoidon kohdalla väli oli 38 %:sta (Mäntyharju) 78 % (Suomenniemi). Vapaa-ajanviettomahdollisuuksista vaihtoehto suosituin oli liikuntaryhmät, jossa vastausprosentin väli vaihteli 36 %:sta (Ristiina) 75 %:iin (Puumala). Kuntakohtaisia arvioita palvelujen tarpeesta on esitelty tarkemmin liitteessä 4.

10 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tässä osiossa tarkastelemme ja pohdimme kyselymme tuloksia. Lisäksi otamme kantaa opinnäytetyömme eettisyyteen ja luotettavuuteen. Lopuksi arvioimme opinnäyte- ja tutkimusprosessimme toteutusta.

10.1 Tulosten tarkastelua

Kuten elämänkaaripsykologiassa (ks. luku 2.) todetaan, vanhuus on kypsyyden aikaa, jolloin jätetään taakse vanhaa ja valmistaudutaan tulevaan. Voimme nähdä, että viimeistään tämä tutkimus (ja muut tämänkaltaiset) saa osallistujat ajattelemaan valmistautumistaan vanhuuteen. Toisaalta vastauksia lukiessa havaitsimme, että tulevaan valmistautuminen ja oman vanhuusiän arviointi voi olla hankalaa, jos tämän hetkinen toimintakyky on hyvä. Lisäksi psykososiaalinen elämänkaariteoria osoittaa yksilön vaikuttavan ympäristöön ja ympäristön yksilön kehitykseen. Tämänkaltaisen tutkimus vaikuttaa osaltaan yhteiskuntaan, mikäli tuloksia vain oikeasti käytetään hyväksi. Toiveita ja arvioita kartoitettaessa yksilöt voivat vastauksillaan vaikuttaa päätöksentekoon ja palveluihin. Saatavissa olevat palvelut ja tuet taas voivat vaikuttaa ihmisen kehitykseen vanhuudessa siten, että laadustaan riippuen ne voivat joko lisätä tai vähentää esimerkiksi itsenäistä selviytymistä ja elämän mielekkyyttä. Tämä taas vaikuttaa siihen, miten henkilö suhtautuu vanhuuteensa ja tulevaisuuteen.

Keskeisinä tuloksina tutkimuksestamme kävi ilmi, että vastaajat näyttävät elävän suhteellisen terveellisesti, koska useimmiten he käyttivät harvakseltaan alkoholia ja tupakoivat vähän. Lisäksi usein oli valittu kasvisten, marjojen, hedelmien ja lämpimien aterioiden syönti, sekä huomion kiinnittäminen liiallisen rasvan ja suolan käyttämiseen. Pitkällä aikavälillä nämä tekijät saattavat vaikuttaa myös terveyspalvelujen tarpeeseen. Ihmiset tuntuvat olevan tietoisia haittatekijöistä ja osaavat välttää niitä. Tätä havaintoa tukee myös Pukkilan väite (ks. luku 4) terveydentilan ja toimintakyvyn paranemisesta, johon vaikuttavat terveelliset elintavat. Kyselyyn vastanneilla näyttäisi olevan myös melko laajalti sosiaalisia suhteita, joten tämäkin asia tulisi huomioida tulevaisuuden palveluja suunniteltaessa. Sosiaaliset suhteet tukevat osaltaan myös vastaajien toiminta-

kykyä (ks. luku 3.) Ihmiset ovat tottuneet olemaan ja tekemään asioita yhdessä, ja kuten vapaa-ajanviettomahdollisuuksien toiveista kävi ilmi, liikunta- ja keskusteluryhmät olivatkin halutuimpia. Myös Dunderfelt (ks. luku 7) on kirjoittanut hyvien fyysisten ja sosiaalisten olosuhteiden merkityksestä pitkän iän ja elämään tyytyväisyyden kannalta. Palvelujen kysyntään vaikuttanee myös ikäryhmän koulutusaste ja asema työelämässä. Korkeammin koulutetut ja korkeammassa asemassa olevien voisi olettaa tietävän enemmän eri palveluista ja mahdollisuuksista, ja sitä kautta he osaavat myös vaatia palveluja.

Merkittävänä tuloksena havaittiin myös, että eniten vastaajat toivoivat tuttuja palveluja, joita jo nykyisin on saatavilla. Näitä olivat esimerkiksi siivous- ja ateriapalvelut. Monet vastaajista haluaisivat jonkun omaisensa pitävän heistä tarvittaessa huolta. Tulevaisuudessa olisi siis varmastikin syytä panostaa omaishoidon tukemiseen entistä enemmän. Omaishoitajille tulisi luoda puitteet hyvän hoidon mahdollistamiseksi, huomioiden myös hoitajan oman jaksamisen. Toisaalta, voisiko omaishoitajien haluaminen kertoa jotain myös luottamuksesta kunnalliseen ja yksityiseen hoitoon? Tulos voisikin asettaa myös haasteen näitä palveluntarjoajia kohtaan: palveluista pitäisi saada luotettava kuva, ja sellainen, jonka piiriin ei tarvitsisi mennä hampaat irvessä. Palvelujen käyttäminen edistää osallisuutta ja omien voimavarojen käyttöä, ja on siten omiaan estämään syrjäytymistä. Osallisuuden lisääminen ja syrjäytymisen ehkäiseminen ovatkin Diakoniamattikorkeakoulun yhtenä kehitystehtävänä (Kuokkanen, Kivirinta, Määttänen & Ockenström 2007, 21).

Lisäksi tuloksista voidaan havaita, että suuri osa ikääntyneistä asuu tällä hetkellä haja-asutusalueella, ja vastaajien joukosta merkittävä osa arvioi asuvansa siellä myös tulevaisuudessa. Tämän vuoksi olisikin tarpeellista laajentaa palveluja myös kaupunkien keskusta-alueiden ulkopuolelle, sinne missä ikääntyneet ovat. Tämä lisäisi myös kokemusta siitä, että ihmiset saavat itse päättää asuinseudustaan, ja sitä kautta se tukisi heidän itsemääräämisoikeuttaan. Tätä havaintoa tukee myös ELY-keskuksen raportti (ks. luku 7), jonka mukaan asuminen haja-asutusalueella ei ole katoamassa, ja tulevaisuudessa sinne voidaan tarvita yritystoimintaa turvamaan palveluja.

Tuloksista ilmeni myös, että uusia turva- ja hälytyslaitteita ei tunneta vielä kovin hyvin. Tämä osoittautui esimerkiksi hyvinvointi-TV:n kohdalla olevilla kysymysmerkeillä, tai

koko kysymyksen kohdalla olevilla kysymysmerkeillä. Uusia laiteita pitäisikin tästä päätellen tehdä tutummaksi, jotta niistä saatava hyöty tulisi kaikkien ulottuville. Uudet teknologiset laitteet voivat tukea itsenäistä arjessa selviytymistä.

Tuloksissa näyttäisi myös olevan yhteneväisyyttä Pohjolaisten (2000), WHO:n (2002) ja Kärnän (2009) kanssa. Pohjolaisten tutkimuksessa vastaajat toivoivat eniten siivouspalveluja ja apua ruoanlaitossa. Tämä tuli ilmi myös omassa tutkimuksessamme, jossa siivous- ja ateriapalvelut olivat toivotuimpia tukipalveluja. Lisäksi Kärnän tutkimuksessa tuotiin esille sosiaalisten kontaktien tarve ja ehdotuksia esimerkiksi ryhmätoiminnoista. Opinnäytetyömme tulosten mukaan vastaajat halusivat vapaa-ajalla ryhmätoimintoja: liikuntaa ja keskustelua. WHO:n julkaisusta kävi myös ilmi, että omaishoitajien määrä tulee kasvamaan. Tutkimuksessamme vastaajista suuri osa toivoi juuri jonkun omaisen pitävän heistä tarvittaessa huolta.

Tuloksia tarkasteltaessa täytyy ottaa huomioon se, että vastaajat ovat voineet myös ymmärtää kysymyksiä eri tavoin kuin olemme itse tarkoittaneet. Toisaalta he ovat voineet myös tahallaan vastata väärin (Holopainen, Tenhunen & Vuorinen 2004, 23). Esimerkiksi alkoholin käyttöä ja tupakointia koskevat kysymykset käsittelevät melko arkaluontoisia ja henkilökohtaisia asioita, joten niihin vastattaessa totuutta on voitu kaunistella. Joistakin vastauksista välittyi myös jonkin asteinen huumori, vaikka niissäkin taustalla oli ihan oikea tarve. Koimme myös, että vaikka varsinainen tutkimuskysymyksemme käsitteli vastaajien toivomia palveluja, saatiin taustatieto- ja elintapakysymyksillä arvokasta tietoa palvelujen suunnittelua ajatellen. Tiedot elintavoista voivat antaa viitteitä siitä, minkälainen terveydentila vastaajilla mahdollisesti tulee olemaan. Asumista koskevat vastaukset puolestaan kertovat siitä, että vastaajat asuivat melko ”väljästi”: useimmat asuivat omistusasunnoissa (erityisesti omakotitaloissa). Tämä korostaa yksilöllistä asumista, joka pitäisi ottaa esimerkiksi asumispalveluita suunniteltaessa huomioon. Tutkimukseen vastaajien toimintaympäristön perusteellinen selvittäminen saattaa auttaa ymmärtämään mielipiteiden taustalla vaikuttavia tekijöitä. Tutustuminen taustatietoon voi parhaimmillaan tuoda esiin sellaisia tarpeita, joita on muutoin vaikea havaita. (Holopainen ym. 2004, 9.)

Kun tarkastellaan, miksi kyselyyn tai tiettyihin kysymyksiin oli jätetty vastaamatta, voidaan esittää erilaisia syitä. Osalle ikääntyminen voi olla niin vaikea asia, että sitä ei ha-

luta hyväksyä tai ajatella ollenkaan. Toisaalta vastauksista voitiin myös tulkita, että tulevaisuudessa tarvittavien palveluiden arviointi tai toivominen voi olla vaikeaa, jos oma kunto ja terveys koetaan tällä hetkellä hyväksi. Tämä ilmeni kommentteista, kuten ”*Vaikea arvioida*” ja ” *On paljon hyviä vaihtoehtoja mutta ei tiedä mitä tulevaisuudessa tarvitsee*”. Näistä syistä osaan kysymyksistä oli jätetty vastaamatta. Vastaamiseen liittyvien virheiden lisäksi myös vastaamattomuus tai tavoittamattomuus aiheuttaa virheitä tutkimustuloksiin (Holopainen ym. 2004, 23).

10.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara (2009) ovat maininneet tutkimuksen teon eettisenä lähtökohdaksi ihmisarvon kunnioittamisen. Sillä tarkoitetaan tässä yhteydessä ihmisen mahdollisuutta päättää siitä, osallistuuko hän tutkimukseen vai ei. Tutkimuksesta ei myöskään saa aiheutua haittaa tai riskejä tutkimuksen kohteena oleville henkilöille. Jos riskejä kuitenkin on odotettavissa, niistä on kerrottava etukäteen. Lisäksi epärehellisyyttä, kuten plagiointia, on vältettävä tutkimuksen teon eri vaiheissa. (Hirsjärvi ym. 2009, 25–26.) Näitä periaatteita olemme noudattaneet antamalla osallistujille vapauden päättää vastaamisestaan. Kyselyymme vastaamisessa ei ole myöskään odotettavissa riskejä.

Tutkimukseen liittyvällä luotettavuudella tarkoitetaan ihmisiä koskevia tietoja ja sitä, mitä niiden käytöstä on luvattu. Muun muassa aineiston käyttämisestä, käyttäjistä ja säilyttämisestä annetaan lupaus tutkimukseen osallistuvalla etukäteen, ennen varsinaisen tutkimuksen tekoa. Luotettavuus on tutkittavan luottamus siihen, että aineistoa käytetään sovitulla tavalla. Tietosuojalla puolestaan tarkoitetaan henkilön yksityisyyden kunnioittamista. Tutkijoiden on noudatettava tietosuojalainsäädäntöä, jossa huolellisuusvelvoitteella tarkoitetaan sitä, että tutkittavien yksityisyyden suoja ei saa loukata. Suojaa- misvelvoitteella taas tarkoitetaan henkilötietojen suojaamista asiattomilta henkilöiltä. (Kuula 2006, 64.)

Näitä periaatteita olemme noudattaneet tuomalla kyselyn saatekirjeessä esille sen, että ainoastaan me käytämme tutkimuksessa saatuja tietoja, ja että niitä käytetään vain tämän tutkimuksen tekemiseen. Olemme myös kertoneet, että vastauksien perusteella tutkimukseen osallistuvia henkilöitä ei voida tunnistaa.

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan pohtia kahden käsitteen (validiteetti ja reliabiliteetti) avulla. Validiteetti tarkoittaa sitä, onko tutkimuksessa mitattu niitä asioita, joita oli tarkoitus mitata. Reliabiliteetti puolestaan tarkoittaa sitä, kuinka toistettavissa tutkimus on. (Metsämuuronen, 2009, 74.) Tutkimuksemme validiutta voidaan perustella siten, että saimme vastauksen tutkimusongelmaamme. Reliabiliteetin kohdalla voimme todeta, että todennäköisesti samalla tutkimuksella saataisiin samankaltaisia tuloksia, jos tutkimus tehtäisiin lähitulevaisuudessa. Pitkällä aikavälillä tulokset saattaisivat muuttua, [kunnat](#) uudet palvelut ja teknologia tulevat nykyistä tutummiksi.

Hyvän tutkimuksen yhtenä perusvaatimuksena on myös objektiivisuus eli puolueettomuus. Tällä tarkoitetaan sitä, että tutkijan mielipiteet eivät saa vaikuttaa tuloksiin. Tehokkuuden ja taloudellisuuden periaatteisiin kuuluu se, että tutkitaan oleellisia asioita ja saadaan hyödyllisiä tuloksia. (Ockenström i.a.). Näitä vaatimuksia olemme noudattaneet siten, että ainakaan tietoisesti emme ole pyrkineet vaikuttamaan vastaajien mielipiteisiin esimerkiksi kysymysten asettelulla. Olemme myös saaneet hyödynnettävissä olevia tuloksia.

10.3 Opinnäytetyö- ja tutkimusprosessin arviointi

Opinnäytetyöprosessimme kesti kokonaisuudessaan noin puolitoista vuotta. Kyselyn toteutimme keväällä 2010, ja tuloksia analysoimme SPSS:llä pääasiassa kevään ja alkukesän aikana. Raporttia kirjoitimme kesästä marraskuuhun 2010.

Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä (2007) oppaassa on mainittu, että alueellisten kartoitusten on tarkoitus tuottaa tietoa siitä, vastaavatko palvelut ja nykyinen toiminta asukkaiden tarpeita. Lisäksi sen mukaan Diakin opiskelijoiden yhteisökartoituksia pystytään käyttämään hyväksi alueellista hyvinvointia lisäävissä suunnitelmissa. (Kuokkanen ym. 2007, 14.) Opinnäytetyömme voidaankin käyttää juuri tätä tarkoitusta varten: tutkimuksen tulosten pohjalta alueella asuvien henkilöiden hyvinvointia voidaan lisätä toteuttamalla niitä palveluja, joita he ovat toivoneet ja arvioineet tarvitsevansa.

Tuloksia analysoidessamme havaitsimme, että toiset kysymykset olivat kenties vaikeampia vastata kuin toiset. Monet olivat juuri tulevaisuutta koskevien kysymysten koh-

dalla kirjoittaneet, että on vaikea tässä vaiheessa arvioida palvelujen tarvetta, kun tällä hetkellä pystyy elämään itsenäisesti ilman erityisiä palveluja ja on terve. Siksi oletammekin, että kysymyksissä sana ”arvioida” olisi pitänyt jättää pois ja kysyä nimenomaan heidän toivomustaan tai haluamistaan. Lisäksi maksuvalmiutta koskevat kysymykset vaikuttivat hankalilta: monet eivät olleet ymmärtäneet myös kysymyksen 30 (Paljonko olisitte valmiit maksamaan kolme kertaa päivässä kotiin saatavasta kotihoidon palvelusta?) tarkoittavan maksua päivää kohti. Tämä tosin on aiheutunut hieman epäselvästä kysymyksen asetelusta, joten meidän olisi selkeämmin pitänyt korostaa sen koskevan yhtä päivää. Vastaamista olisi todennäköisesti helpottanut myös se, jos kyselylomakkeeseen olisi liitetty lyhyet kuvaukset palveluista ja laitteista. Lisäksi harmiksemme opinnäytetyöprosessin loppuvaiheessa havaittiin, että esimerkiksi kyselylomakkeessa oli käytetty virheellisesti seutukunta-käsitettä.

SPSS:n koimme käteväksi tavaksi tehdä tulosten analyysia. Täytyy kuitenkin ottaa huomioon, että ohjelmaan tuloksia syötettäessä on voinut sattua näppäilyvirheitä, jotka voivat vaikuttaa lopputulokseen hieman vääristävästi.

Postikyselyn puolestaan koemme olevan sopiva tapa tutkia näinkin laajalla alueella asuvaa kohderyhmää. Jos kysely olisi tehty esimerkiksi puhelinhaastatteluna, olisi vastaajilla ollut huomattavan paljon vähemmän aikaa miettiä vastauksiaan.

Opinnäytetyömme työelämäyhteistyökumppanina toimi Mikkelin kaupunki. Yhteistyömme kaupungin henkilöstön kanssa sujui hyvin. Olimme työelämäohjaajiemme kanssa yhteydessä koko opinnäytetyöprosessin ajan, alkaen aiheen saannista tutkimuksen suunnitteluun, toteutukseen ja tulosten tarkasteluun. Kyselylomakkeen teimme pitkälti heidän toivomustensa mukaisesti. Lisäksi toisena yhteistyökumppaninamme toimi Sosiaalitalouden tutkimuskeskus Pieksämäeltä, jolla oli samanaikaisesti oman työmme kanssa meneillään hyvinvointiin ja hyvinvointipalveluihin liittyvä hanke. Sosiaalitalouden tutkimuskeskuksen ammattilaisutkijoilta saimme opastusta tutkimuksen tekemiseen sekä esimerkiksi tulosten esittämiseen. Molemmilta yhteistyökumppaneiltamme saimme asiantuntevaa ja innostunutta ohjausta. Koululta saamamme ohjaus ja aiempi opetus olivat laadultaan hyviä, ja ne olivat omiaan tukemaan meitä suhteellisen itsenäisessä työskentelyssämme. Työtämme ohjasi kaksi opettajaa, toinen sisällön osalta ja toinen tilastollisten menetelmien käytössä. Yhteistyö heidän kanssaan sujui mutkatto-

masti, ja he kannustivat meitä tekemään omia pohdintoja. Lisäksi jo opintoihimme on sisältynyt tutkimustietoa ja käytännön harjoittelua vanhustyön alalla. Omaa keskinäistä toimintaamme opinnäytetyön tekemisessä helpotti se, että tunsimme jo entuudestaan toistemme tavan työskennellä. Lisäksi meillä molemmilla on vahvuuksia, jotka täydentävät toisiaan: molemmat keräsimme teoretietoa, ja toinen keskittyi kieliasuun, toinen puolestaan tietotekniikkaan.

Sosionomin ydiosaamiseen kuuluu se, että sosionomi (AMK) pystyy kehittämään palveluja muun muassa siten, että ne vastaavat asiakkaiden yksilöllisiin ja eriytyneisiin elämäntilanteisiin ja tarpeisiin. Lisäksi sosionomin ammatissa on olennaista toimintaympäristön ja palvelujärjestelmän tunteminen. (Borgman, Dal Maso, Hakonen, Honkakoski & Lyhty i.a..) Opinnäytetyöprosessin aikana koemme saaneemme vahvuutta näillä osa-alueilla. Vaikka itse emme suoranaisesti tällä tutkimuksella vaikuta siihen, mitä ja minkälaisia vanhusten palveluja Mikkelin seudulla tulevaisuudessa on, olemme kuitenkin saaneet kokemusta siitä, miten palveluja voidaan kehittää asiakkaiden tarpeisiin ja toiveisiin perustuen. Olemme opinnäytetyötä tehdessämme myös saaneet tietoa esimerkiksi alueellisesta palvelujärjestelmästä. Koemme että tutkimuksella on käytännön arvoa, ja sen tuloksia voidaan hyödyntää tulevaisuuden vanhusten palveluja suunniteltaessa ja toteutettaessa.

Opinnäytetyöllä on myös uutuusarvoa, sillä aiemmin ei vastaavaa tutkimusta (ainakaan tähän tarkoitukseen) ole Mikkeliissä tehty. Tulostemme perusteella jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia esimerkiksi uusien teknologisten apuvälineiden käyttöä ja tunnettavuutta Mikkelin seudulla. Tulevaisuudessa myös asukkaiden tyytyväisyyttä saamiinsa palveluihin olisi tärkeää tutkia. Tätä tutkimusta tehdessämme olemme saaneet runsaasti tietoa, osaamista ja lisäinnostusta vanhustyötä ja tutkimusten tekoa kohtaan. Koemme, että vanhustyön alalla olisi mielenkiintoista tutkia muitakin vanhuuden osa-alueita, kuten mielenterveyttä ja sosiaalisia suhteita. Näemme mahdolliseksi sen, että olisimme tulevaisuudessa mukana tekemässä tutkimuksia vanhustyön saralla. Haluaisimme myös kehittää tulevaisuuden vanhustyötä.

Kuten Lindqvist (2002) toteaa, vanhuus ja vanhukset eivät ole muista irrallinen asia tai erityisongelma. Vanhukset ovat meille sekä menneisyytemme että tulevaisuutemme peili. Hänen mukaansa meissä kaikissa vanhus odottaa kärsivällisesti vuoroaan. (Lindqvist

2002, 260.) Vanhuus tulee mielestämme nähdä positiiviseksi voimavaraksi, sillä pitkä elämäkokemus on antanut kunnioituksen ja arvostuksen ansaitsevaa elämänviisautta. Vanhukset tulee ottaa mukaan suunnitteluun ja päätöksentekoon, kun tehdään heitä koskevia palvelusuunnitelmia. He ovat oman elämänsä asiantuntijoita.

LÄHTEET

- Aejmelaesus, Riitta; Kan, Suvi; Katajisto, Kaija-Riitta & Pohjola, Leena 2008. Erikoistu vanhustyöhön. 1.-2. painos. Osaamista hyvään arkeen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Borgman, Merja; Dal Maso, Riitta; Hakonen, Sinikka; Honkakoski, Arja & Lyhty, Tuomo i.a. Sosionomin (AMK) ydinosaaminen. Sosiaalialan amk-koulutuksen verkoston raportti. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Pieksämäki. Luentomateriaali.
- Dunderfelt, Tony 2006. Elämänkaaripsykologia. Lapsen kasvusta yksilön henkiseen kehitykseen. 9.-13. painos. Helsinki: WSOY.
- Eloranta, Tuija & Punkanen, Tiina 2008. Vireään vanhuuteen. Helsinki: Tammi.
- Erikoissairaanhoitolaki 1989. 1062/1.12.1989. Finlex – Valtion säädöstietopankki. Ajan tasainen lainsäädäntö. Viitattu 24.8.2010.
- Erikson, Erik H. 1982. Lapsuus ja yhteiskunta. Toinen, tarkistettu painos. Jyväskylä: Gummerus.
- Espoon vanhuspoliittinen ohjelma ja palvelurakenteen kehittäminen 2002. Viitattu 18.11.2010.
<http://www.espoo.fi/attachment.asp?path=1;28;11866;11869;39339;22478;42982;42983;22641;22647>
- Etelä-Savon elinkeino-, liikenne-, ja ympäristökeskus 2010. Ikääntyvä Etelä-Savo. Palvelu- ja osaamistarpeiden suuntaviivoja. Etelä-Savon elinkeino-, liikenne-, ja ympäristökeskuksen julkaisuja 1/2010. Viitattu 15.11.2010. <http://www.elykeskus.fi/fi/ELYkeskukset/EtelaSavonELY/Ajankohtaista/Julkaisut/Documents/Ik%C3%A4%C3%A4ntyv%C3%A4%20Etel%C3%A4-Savo%202010%20-raportti.pdf>
- Etelä-Savon Maakuntaliitto 2010. Väestö ikäryhmittäin, kunnittain ja seutukunnittain Etelä-Savossa, %-osuudet 31.12.2009. Päivitetty 19.3.2010. Viitattu 11.11.2010. http://www.esavo.fi/media/Vaesto_ikaryhm_2009.pdf
- Halonen, Jaana 2010. Ikärakenne alueittain 31.12.2009 ja ennuste vuodelle 2030. Viitattu 11.11.2010.

<http://www.kunnat.net/attachment.asp?path=1;29;374;36984;148786;150318;163204;162302>

Heikkilä, Tarja 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.

Helin, Satu 2008. Palvelujärjestelmä toimintakykyisyyden ja selviytymisen edistäjänä. Teoksessa Eino Heikkinen & Taina Rantanen (toim.) Gerontologia. 2., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 416–435.

Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Holopainen, Martti; Tenhunen, Lauri & Vuorinen, Pertti 2004. Tutkimusaineiston analysointi ja SPSS. Järvenpää: Yrityssanoma Oy.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=Erikoissairaanhoidolaki>

Kansanterveyslaki 1972. 66/28.1.1972. Finlex - Valtion säädöstietopankki. Ajantasainen lainsäädäntö. Viitattu 24.8.2010.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=Kansanterveyslaki>

Karvinen, Marjatta 2010. Ikääntyminen kuuluu kaikille. Vanhustyö 5, 8–9.

Kauhanen-Simanainen, Anne 2009. Valmentaudu vanhuuteen viisaasti. Opas omaehtoiseen ikääntymiseen. Helsinki: CIM kustannus.

Kotiin-hanke i.a.. Hyvinvointi-TV. Viitattu 22.11.2010.

<http://kotiin.laurea.fi/hyvinvointitv.php>

Kruus-Niemelä, Maria 2009. Apuvälineet ja ikäihmisten toimintakyky. Teoksessa Elisa Mäkinen, Maria Kruus-Niemelä & Marianne Roivas (toim.) Ikäihmisen hyvä elämä. Ympäristön merkitys vanhustenkeskuksessa. Metropolia ammattikorkeakoulun julkaisuja. Sarja A: Tutkimukset ja raportit 1. Metropolia Ammattikorkeakoulu, 70–81.

Kuokkanen, Ritva; Kivirinta, Mervi; Määttänen, Jukka & Ockenström, Leena 2007. Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä. Opas Diakonia-ammattikorkeakoulun opin- näytetöitä varten. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja C. Katsauksia ja aineistoja 10. Helsinki.

Kuula, Arja 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytytys. Tampere: Vastapaino.

Kärnä, Sirpa 2009. Hyvinvoinnin pysyvyyttä ja muutosta kolmannessa iässä. Ikääntyvien henkilöiden elämänkulun seuranta vuosina 1991 ja 2004 Varkauden kaupun-

gissa. Kuopion yliopisto. Sosiaalityön ja sosiaalipedagogiikan laitos. Väitöskirja. Viitattu 4.10.2010. <http://www.uku.fi/vaitokset/2009/isbn978-951-27-1225-0.pdf>

Laki omaishoidon tuesta 2005. 937/2.12.2005. Finlex – Valtion säädöstietopankki.

Ajantasainen lainsäädäntö. Viitattu 24.8.2010.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050937?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=laki%20omaishoidon>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992. 785/17.8.1992. Finlex – Valtion säädöstietopankki. Ajantasainen lainsäädäntö. Viitattu 24.8.2010.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=Laki%20potilaan%20asemasta%20ja>

Lehto, Juhani & Natunen, Kari 2002. Tiivistelmä ja johdanto. Teoksessa Juhani Lehto & Kari Natunen (toim.) Vastaamme vanhusten hyvinvoinnista. Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän sopeuttaminen ikääntyneiden tarpeisiin. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 5–13.

Leinonen, Raija 2008. Terveystyön kokeminen. Teoksessa Eino Heikkinen & Taina Rantanen (toim.) Gerontologia. 2., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 223–230.

Lindqvist, Martti 2002. Vanheneminen, etiikka ja elämänarvot. Teoksessa Eino Heikkinen ja Marjatta Marin (toim.) Vanhuuden voimavarat. Helsinki: Tammi, 233–261.

Lähdesmäki, Leena & Vornanen, Liisa 2009. Vanhuksen parhaaksi. Hoitaja toimintakyvyn tukijana. Helsinki: Edita.

Metsämuuronen, Jari 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä 4. Helsinki: International Methelp Oy.

Miettinen, Anneli; Söderling, Ismo; Ehrnrooth, Anna; Heikkilä, Elli; Hjerpe, Reino; Martelin, Tuija; Nieminen, Mauri & Shemeikka, Riikka 1998. Suomen väestö 2031 - Miten, mistä ja kuinka paljon? Väestöpolitiikan raportti Suomen väestön kehityksestä vuoteen 2030. Katsauksia E 5/1008. Helsinki: Väestöliitto. Väestön tutkimuslaitos.

Mikkelin kaupunki 2010. Ikäihmisten palveluopas. Viitattu 22.11.2010.

http://www.mikkeli.fi/fi/liitteet/03_mikkeli-tieto/03_julkaisut/ikaihminen_palveluopas_v_www.pdf

- Mikkelin kaupunki i.a. Päivätoiminta. Viitattu 19.11.2010.
http://www.mikkeli.fi/en/sisalto/02_palvelut/05_sosiaali_ja_terveyspalvelut/29_vanhusten_hoivapalvelut/03_paivatoiminta
- Mikkelin seutu i.a. Mikkelin seudun visio 2010. Viitattu 11.11.2010.
http://www.mikkelinseutu.fi/fi/content/02_mikkelin_seutu/?C:D=935918&C:selres=935918
- Mykkänen, Tessa 2010. Kotona turvallisesti. Hälytys- ja turvateknologisia ratkaisuja ikäihmisten kotona asumisen tukemiseksi Mikkelin kaupungin kotihoidossa. Mikkelin kaupunki. Turvateknologian opas. Viitattu 22.11.2010.
http://www.mikkeli.fi/fi/liitteet/03_mikkeli-tieto/03_julkaisut/turvateknologian_opas.pdf
- Nurmiranta, Hanna; Leppämäki, Päivi & Horppu, Sari 2009. Kehityopsykologiaa lapsuudesta vanhuuteen. Helsinki: Kirjapaja.
- Ockenström, Leena i.a. Tilastollinen tutkimus. Määrälliset eli kvantitatiiviset tutkimusmenetelmät. Luentomateriaali. Pieksämäki. Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Paasivaara, Leena 2004. Kuuleeko palvelujärjestelmä vanhuksia? Teoksessa Harri Kanare & Hanna Lintula (toim.) Vanhuksen äänen kuuleminen. Helsinki: Tammi, 19–34.
- Pohjolainen, Pertti 2000. Ei omaisten vaivaksi. 55-64-vuotiaiden hämeenkyröläisten odotukset palveluista vanhuudessa. Raportteja 7/2000. Helsinki: Kuntokallio, vanhustyön koulutus- ja tutkimuskeskus.
- Pukkila, Tarmo 2005. Ikävallankumous. Kunnallisalan kehittämissäätiön Polemia-sarjan julkaisu numero 57. Helsinki: Pole-Kuntatieto Oy.
- Rasi, Ilkka; Lepola, Esa; Muhli, Arto & Kannianen, Aila 2006. SPSS 14.0 for Windows. Perusteet. Oulun yliopisto. Tietohallinto.
- Read, Sanna 2008. Elämän tarkoituksellisuuden tunne. Teoksessa Eino Heikkinen & Taina Rantanen (toim.) Gerontologia. 2., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 231–241.
- Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2001. Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:4. Viitattu 12.3.2010.
<http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/ikaihminen/ikaihminen.pdf>

- Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. 2. muuttamaton painos. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2005. Arkea helpottavat välineet. Opas ikäihmisille. Op-paita 2005:25. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaalihuoltoasetus 1983. 607/29.6.1983. Finlex – Valtion säädöstietopankki. Ajantasainen lainsäädäntö. Viitattu 24.8.2010.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1983/19830607?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=sosiaalihuoltoasetus>
- Sosiaalihuoltolaki 1982. 710/17.9.1982. Finlex – Valtion säädöstietopankki. Ajantasainen lainsäädäntö. Viitattu 1.7.2010.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820710>
- Suomen perustuslaki 1999. 731/11.6.1999. Finlex – Valtion säädöstietopankki. Ajantasainen lainsäädäntö. Viitattu 1.7.2010.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=Perustuslaki>
- Tenkanen, Raija 2003. Kotihoidon yhteistyömuotojen kehittäminen ja sen merkitys vanhusten elämänlaadun näkökulmasta. Rovaniemi: Lapin yliopiston yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Akateeminen väitöskirja.
- Tiikkainen, Pirjo 2007. Kehittäminen ja arviointi. Teoksessa Tiina-Mari Lyyra, Aila Pikkarainen & Pirjo Tiikkainen (toim.) Vanheneminen ja terveys. Helsinki: Edita, 256–261.
- Tilastokeskus i.a.. Kuntaportaali. Kunnille ja kunnista kiinnostuneille. Viitattu 24.11.2010. <http://www.stat.fi/tup/kunnat/index.html>
- Tilastokeskus 2009. Väestöennuste 2009-2060. Päivitetty 30.9.2009. Viitattu 4.10.2010.
http://www.tilastokeskus.fi/til/vaenn/2009/vaenn_2009_2009-09-30_tie_001_fi.html
- Vanhustyön keskusliitto 2009. Ikääntymispoliittinen ohjelma. Viitattu 31.10.2010.
<http://www.vanhustyonkeskusliitto.fi/document.php/1/642/ikaantymispoliittinen-ohjelma-netti+indd.pdf/79696226e85f7a9327676c9add24b76b/0>
- Vikström, John 2004. Vanhuus arvona yhteiskunnassa. Teoksessa Harri Kankare & Hanna Lintula (toim.) Vanhuksen äänen kuuleminen. Helsinki: Tammi, 13–18.

World Health Organization 2002. Active Ageing. A Policy Framework. Noncommunicable Disease Prevention and Health Promotion Department. Viitattu 4.10.2010.
http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf

Äyväri, Heikki 2009. Teknologia kotona-asumisen tukena. Teknologia apuvälineissä, asuinympäristössä ja palveluissa. WellPro. Viitattu 15.11.2010.
http://www.valli.fi/pdf/teknologia_kotona_asumisen_tukena_raportti_elokuu2009.pdf

LIITTEET

Liite 1: Saatekirje

Arvoisa vastaanottaja!

Olemme kolmannen vuoden sosionomi-opiskelijoita Diakonia-ammattikorkeakoulun Pieksämäen yksiköstä. Toteutamme opinnäytetyönämme kyselyn Mikkelin kaupungin vanhustenpalvelujen strategiaa varten. Kyselyn tarkoituksena on kartoittaa Mikkelin ja sen seutukuntien asukkaiden toiveita tulevaisuuden vanhustenpalvelujen suhteen. Lisäksi kartoitamme joitakin taustatietoja. Kyselylomakkeen pohjalta saatuja tietoja hyödynnetään vanhustenpalvelujen strategian luomisessa.

Olette valikoituneet tutkimukseen satunnaisotannan kautta ja henkilötietonne on saatu Väestötietokeskuksesta. Ne pysyvät salaisina, joten vastaajia ei pystytä tunnistamaan vastausten perusteella. Tietoja käsittelevät vain tutkimuksen tekijät ja niitä käytetään ainoastaan tämän tutkimuksen laadintaa varten. Kyselylomake on koodattu, jotta vastaajan kotikunta varmentuisi. Opinnäytetyöntekijät käsittelevät vastaukset luottamuksellisesti. Opinnäytetyö valmistuu joulukuussa 2010 ja se on luettavissa Diakonia-ammattikorkeakoulun Pieksämäen yksikön kirjastossa sekä internetissä ammattikorkeakoulujen Theseus-tietokannassa. Jos Teillä on kysyttävää, voitte ottaa meihin yhteyttä. Yhteystietomme ovat sivun alareunassa. Vastaamme mielellämme mahdollisiin kysymyksiin.

Toivomme Teidän osallistuvan kyselyymme! Siihen vastaaminen on helppoa, ja voitte antaa arvokasta tietoa vanhustenpalvelujen suunnittelua varten. Tulevaisuutta koskeviin kysymyksiin vastatessanne kuvitelkaa itsenne viiden vuoden päähän. Palauttakaa lomake oheisessa Teille maksuttomassa vastauskuoressa. Vastaus on jätettävä postin kuljettavaksi viimeistään xx.x.2010.

Mukavaa kevään jatkoa toivottaen ja yhteistyöstä kiittäen

Marja-Leena Aapakari

Elisa Lampinen

Diakonia-ammattikorkeakoulu
Diak Itä
Huvilakatu 31
76130 Pieksämäki

Liite 2: Kyselylomake

**KYSELY MIKKELIN JA SEN SEUTUKUNTIEN ASUKKAILLE KOSKIEN HEIDÄN
TOIVEITTAAN TULEVAISUUDEN VANHUSTENPALVELUISTA**

TAUSTATIEDOT

Ympyröikää seuraavissa kysymyksissä itsenne sopiva vaihtoehto.

1. Sukupuoli

1 Nainen
2 Mies

2. Ikä

65 v.
66 v.
67 v.
68 v.
69 v.
70 v.
71 v.
72 v.
73 v.
74 v.

3. Siviilisäätyne

1 Avioliitossa
2 Avoliitossa
3 Eronnut
4 Leski
5 Naimaton

4. Oletteko

1 Työelämässä
2 Eläkkeellä

5. Asuinkuntanne

1 Mikkeli
2 Suomenniemi
3 Hirvensalmi
4 Kangasniemi
5 Ristiina
6 Pertunmaa
7 Puumala
8 Mäntyharju
9 Juva

6. Koulutustaustanne

1 Kansakoulu
2 Osa kansakoulua
3 Keskikoulu
4 Lukio
5 Ammatillinen tutkinto
6 Korkeakoulututkinto

7. Asumismuotonne tällä hetkellä?

1 Omistusasunto
2 Vuokra-asunto
3 Muu, mikä?

8. Työelämässä olen tai olen ollut

1 Työntekijä
2 Toimihenkilö
3 Yrittäjä
4 Johtavassa asemassa oleva
5 Muu, mikä?

ELINTAVAT

9. Tupakointi. Ympyröikää itseänne koskeva vaihtoehto.

- 1 Tupakoin päivittäin
- 2 Tupakoin satunnaisesti
- 3 En tupakoi lainkaan

10. Alkoholin käyttö. Ympyröikää itseänne koskeva vaihtoehto.

- 1 Käytän alkoholia päivittäin
- 2 Käytän alkoholia viikoittain
- 3 Käytän alkoholia satunnaisesti
- 4 En käytä alkoholia lainkaan

11. Minkälaiset ovat ruokailutottumuksenne? Ympyröikää kaikki itseänne koskevat vaihtoehdot.

- 1 Syön kasviksia, hedelmiä ja marjoja useina päivinä viikossa.
- 2 Syön useita kertoja viikossa valmisruokia/ einesruokia.
- 3 Valmistan useimmiten lämpimät ruoat itse kotonani.
- 4 Syön vähintään yhden lämpimän aterian päivässä.
- 5 Minulla on erityisruokavalio.
- 6 Käyn syömässä valmiin aterian.
- 7 Vältän liiallista rasvan ja suolan käyttöä

12. Minkälaista liikuntaa harrastatte? Ympyröikää kaikki itseänne koskevat vaihtoehdot.

- 1 Hyötyliikuntaa (esim. siivoaminen, haravointi)
- 2 Kuntoliikuntaa (rasittavampi liikunta muutaman kerran viikossa)
- 3 Terveysliikuntaa (säännöllinen liikunta kuten päivittäinen kävely)
- 4 En harrasta liikuntaa.

13. Kuinka usein harrastatte liikuntaa? Ympyröikää itseänne koskeva vaihtoehto.

- 1 Päivittäin
- 2 2-5 päivänä viikossa
- 3 Harvemmin
- 4 En ollenkaan

14. Mitä muita harrastuksia Teillä on? Ympyröikää kaikki itseenne sopivat vaihtoehdot.

- 1 Musiikkiharrastus
 - 2 Kuvataide
 - 3 Teatteritoiminta
 - 4 Käsityöt
 - 5 Lukeminen
 - 6 Kansalaisopisto tai muu kurssitoiminta
 - 7 Vapaaehtoistoiminta
 - 8 TV:n katselu
 - 9 Muita, mitä?
-

15. Kuinka usein harrastatte kysymykseen 14. vastaamianne asioita? Ympyröikää itsenne parhaiten sopiva vaihtoehto.

- 1 Päivittäin, mitä niistä?

- 2 1-5 päivänä viikossa, mitä niistä?

- 3 Harvemmin, mitä niistä?

16. Kuinka usein tapaatte ystäviänne, sukulaisianne tai muita tuttavianne? Ympyröikää itsenne parhaiten sopiva vaihtoehto.

- 1 Päivittäin
- 2 Useana päivänä viikossa
- 3 Harvemmin
- 4 En ollenkaan

ASUMINEN

Ympyröikää seuraavissa kysymyksissä itsenne sopiva vaihtoehto.

17. Minkälaisessa asunnossa asutte tällä hetkellä?

- 1 Omakotitalossa
- 2 Rivitalossa
- 3 Kerrostalossa
- 4 Paritalossa

18. Minkä kokoisessa asunnossa asutte tällä hetkellä?

- 1 Yksiössä
- 2 Kaksiossa
- 3 Kolmiossa
- 4 Suuremmassa, minkä kokoisessa?

19. Kuinka asutte tällä hetkellä?

- 1 Yksin
- 2 Puolison kanssa
- 3 Jonkun muun kanssa, kenen?

20. Minkälaisella seudulla asutte tällä hetkellä?

- 1 Kaupungin keskustassa
- 2 Kaupungissa keskustan ulkopuolella
- 3 Haja-asutusalueella

21. Minkälaisessa asunnossa arvioisitte asuvanne tulevaisuudessa?

- 1 Omakotitalossa
- 2 Rivitalossa
- 3 Kerrostalossa
- 4 Paritalossa

22. Minkälaisella seudulla toivoisitte asuvanne tulevaisuudessa?

- 1 Kaupungin keskustassa
- 2 Kaupungissa keskustan ulkopuolella
- 3 Haja-asutusalueella

PALVELUT

23. Mitä kunnallisia palveluja käytätte tällä hetkellä? Ympyröikää kaikki itseänne koskevat vaihtoehdot.

- 1 Kotisairaanhoido
- 2 Kotipalvelu
- 3 Päivätoiminta
- 4 Kirjasto
- 5 Uimahalli
- 6 Kunnan liikuntapalvelut
- 7 Palveluohjaus
- 8 Kotisairaala
- 9 Yöpartio
- 10 Hammashoito
- 11 Muita, mitä?

24. Mitä yksityisiä palveluja käytätte tällä hetkellä? Ympyröikää kaikki itseänne koskevat vaihtoehdot.

- 1 Jalkahoito
- 2 Fysioterapia
- 3 Parturi-kampaaja
- 4 Hieronta
- 5 Hammashoito
- 6 Muita, mitä?

25. Mitä kolmannen sektorin tai muiden tahojen palveluja käytätte tällä hetkellä? Ympyröikää kaikki itseänne koskevat vaihtoehdot.

- 1 Mikkelin Settlementti
- 2 Suomen Punainen Risti
- 3 Jokin eläkeläisjärjestö
- 4 Muistiliitto
- 5 Seurakunta
- 6 Muita, mitä?

26. Mitä tukipalveluja arvioisitte tarvitsevanne tulevaisuudessa? Ympyröikää kaikki itseänne koskevat vaihtoehdot.

- 1 Kauppa- ja asiointipalvelut
- 2 Ateriapalvelut
- 3 Kuljetus- ja saattajapalvelut
- 4 Kylvetys- ja saunotuspalvelut
- 5 Siivouspalvelut
- 6 Vaatehuolto
- 7 Päivätoiminta
- 8 Ennakoivat kotikäynnit
- 9 Omaishoidon tuki
- 10 Ikäihmisten palvelupuhelin
- 11 Muita, mitä?

27. Minkälaisia turva- ja hälytysjärjestelmiä haluaisitte tarvittaessa käyttää? Ympyröikää kaikki itseänne koskevat vaihtoehdot.

- 1 Ovimatto
- 2 Lääkekello
- 3 Ovihälytin
- 4 Liesivahti
- 5 Hyvinvointi TV
- 6 Hyvinvointiranneke
- 7 Paikannusominaisuudella varustettu turvahälytin (toimii kodin ulkopuolella)
- 8 Turvapuhelin ja hälytysranneke
- 9 Palohälytin (turvapuhelimeen liitettävä)
- 10 Muuta, mitä?

28. Mitä sosiaali- ja terveysterveystyö arvioisitte tarvitsevanne tulevaisuudessa? Ympyröikää kaikki itseänne koskevat vaihtoehdot.

- 1 Kotisairaanhoido
- 2 Kotihoito
- 3 Jalkahoito
- 4 Sairaalahoito
- 5 Mielenterveyspalvelut
- 6 Ympäri vuorokautinen hoito
- 7 Haluaisin jonkun omaiseni pitävän minusta huolta tarpeen vaatiessa
- 8 Muita, mitä?

29. Mitä vapaa-ajanviettomahdollisuuksia toivoisitte?

1 Keskustelupiiri	4 Teatteritoiminta
2 Liikuntaryhmät	5 Muita, mitä?
3 Musiikkiharrastus	

30. Paljonko olisitte valmiit maksamaan kolme kertaa päivässä kotiin saatavasta kotihoidon palvelusta? Valitkaa itsellenne sopivin vaihtoehto.

- 1 0-50 €
- 2 50-100 €
- 3 100-150 €
- 4 150-200 €
- 5 200-250 €
- 6 250-300 €
- 7 300 € tai enemmän

31. Paljonko olisitte valmiit maksamaan tehostetusta (ympäri vuorokautisesta) palveluasumisesta päivässä? Valitkaa sopivin vaihtoehto.

- 1 0-50 €
- 2 50-100 €
- 3 100-150 €
- 4 150-200 €
- 5 200-250 €
- 6 250-300 €
- 7 300 € tai enemmän

KIITOS VASTAUKSISTANNE!

Liite 3: Kuntien tämän hetkisiä palveluja

TAULUKKO 7. Keskeisiä vanhusten palveluja kunnittain

	Hirvensalmi	Juva	Kangasniemi	Mikkeli	Mäntyharju	Pertunmaa	Puumala	Ristiina	Suomenniemi
Kyselyssä mainitut palvelut:									
Ateriapalvelut	x	x	x	x	x		x	x	x
Ennakoivat kotikäynnit		x	x	x	x		x		x
Ikäihmisten palvelupuhelin									
Kauppa- ja asiointipalvelut	x	x	x	x	x		x	x	x
Kirjasto	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Kotihoito		x	x	x		x			
Kotipalvelu	x				x		x	x	x
Kotisairaala	x			x					
Kotisairaanhoido	x				x		x	x	x
Kuljetus- ja saattajapalvelut	x	x		x	x		x	x	x
Kunnan liikuntapalvelut	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Kylvetys- ja saunotuspalvelut	x	x	x	x	x		x	x	x
Omaishoidon tuki	x	x	x	x	x		x	x	x
Palveluohjaus	x	x	x	x	x		x		
Päivätoiminta/Päiväkeskus	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Siivouspalvelut			x	x					
Uimahalli		x		x					
Vaatehuolto	x		x	x	x			x	x
Yöpartio		x	x	x	x			x	

Liite 4: Arviot palvelujen tarpeesta kunnittain

TAULUKKO 8. Arviot tukipalvelujen tarpeesta kunnittain (n=245)

	Mikkeli	Suomenniemi	Hirvensalmi	Kangasniemi	Ristiina	Pertunmaa	Puumala	Mäntyharju	Juva	Yhteensä (n)
Kauppa- ja asiointipalvelut	53,7 %	87,5 %	45,0 %	51,5 %	48,3 %	41,7 %	62,5 %	21,4 %	40,6 %	117
Ateriapalvelut	29,9 %	37,5 %	35,0 %	27,3 %	31,0 %	16,7 %	12,5 %	17,9 %	37,5 %	69
Kuljetus- ja saattajapalvelut	28,4 %	62,5 %	10,0 %	9,1 %	27,6 %	33,3 %	31,3 %	7,1 %	15,6 %	53
Kylvetys- ja saunotuspalvelut	11,9 %	25,0 %	0,0 %	12,1 %	13,8 %	25,0 %	12,5 %	0,0 %	6,3 %	25
Siivouspalvelut	79,1 %	75,0 %	60,0 %	78,8 %	62,1 %	83,3 %	68,8 %	71,4 %	62,5 %	176
Vaatehuolto	10,4 %	25,0 %	20,0 %	9,1 %	13,8 %	25,0 %	0,0 %	10,7 %	6,3 %	28
Päivätoiminta	17,9 %	12,5 %	5,0 %	24,2 %	10,3 %	25,0 %	12,5 %	7,1 %	12,5 %	36
Ennakoivat kotikäynnit	28,4 %	12,5 %	15,0 %	27,3 %	20,7 %	8,3 %	37,5 %	7,1 %	21,9 %	54
Omaishoidon tuki	17,9 %	37,5 %	15,0 %	15,2 %	17,2 %	16,7 %	18,8 %	10,7 %	15,6 %	41
Ikäihmisten palvelupuhelin	19,4 %	25,0 %	40,0 %	21,2 %	34,5 %	33,3 %	31,3 %	25,0 %	25,0 %	64
Muita, mitä?	4,5 %	0,0 %	10,0 %	9,1 %	10,3 %	0,0 %	6,3 %	7,1 %	9,4 %	17
Yhteensä (n)	67	8	20	33	29	12	16	28	32	245

TAULUKKO 9: Arviot turva- ja hälytyslaitteiden tarpeesta kunnittain (n=239)

	Mikkeli	Suomenniemi	Hirvensalmi	Kangasniemi	Ristiina	Pertunmaa	Puumala	Mäntyharju	Juva	Yhteensä (n)
Ovimatto	3,1 %	0,0 %	5,3 %	10,0 %	4,0 %	8,3 %	6,3 %	3,6 %	0,0 %	10
Lääkekello	16,9 %	0,0 %	0,0 %	13,3 %	16,0 %	16,7 %	6,3 %	7,1 %	5,7 %	26
Ovihälytin	13,8 %	44,4 %	10,5 %	16,7 %	28,0 %	33,3 %	37,5 %	7,1 %	37,1 %	52
Liesivahti	40,0 %	55,6 %	21,1 %	40,0 %	28,0 %	41,7 %	68,8 %	32,1 %	31,4 %	90
Hyvinvointi TV	4,6 %	11,1 %	0,0 %	16,7 %	16,0 %	16,7 %	6,3 %	7,1 %	14,3 %	23
Hyvinvointiranneke	4,6 %	0,0 %	5,3 %	3,3 %	0,0 %	8,3 %	6,3 %	10,7 %	11,4 %	14
Paikannusominaisuudella varustettu turvahälytin	40,0 %	11,1 %	26,3 %	26,7 %	28,0 %	16,7 %	62,5 %	17,9 %	28,6 %	74
Turvapuhelin ja hälytysranneke	63,1 %	55,6 %	63,2 %	66,7 %	60,0 %	66,7 %	50,0 %	39,3 %	51,4 %	138
Palohälytin (turvapuhelimeen liitettävä)	33,8 %	22,2 %	42,1 %	46,7 %	56,0 %	33,3 %	56,3 %	39,3 %	34,3 %	96
Muuta, mitä?	1,5 %	0,0 %	5,3 %	3,3 %	4,0 %	0,0 %	6,3 %	3,6 %	0,0 %	6
Yhteensä (n)	65	9	19	30	25	12	16	28	35	239

TAULUKKO 10. Arviot sosiaali- ja terveystalvelujen tarpeesta kunnittain (n=278)

	Mikkeli	Suomenniemi	Hirvensalmi	Kangasniemi	Ristiina	Pertunmaa	Puumala	Mäntyharju	Juva	Yhteensä (n)
Kotisairaanhoido	50,6 %	77,8 %	47,8 %	47,4 %	54,5 %	58,3 %	47,1 %	38,2 %	45,7 %	137
Kotihoito	26,0 %	55,6 %	34,8 %	26,3 %	33,3 %	0,0 %	41,2 %	23,5 %	25,7 %	78
Jalkahoito	31,2 %	33,3 %	30,4 %	34,2 %	30,3 %	33,3 %	35,3 %	26,5 %	31,4 %	87
Sairaalahoido	28,6 %	44,4 %	43,5 %	31,6 %	45,5 %	41,7 %	41,2 %	44,1 %	34,3 %	102
Mielenterveystalvelut	1,3 %	0,0 %	0,0 %	2,6 %	12,1 %	0,0 %	5,9 %	0,0 %	8,6 %	10
Ympäri vuorokautinen hoito	0,0 %	0,0 %	4,3 %	5,3 %	0,0 %	8,3 %	5,9 %	0,0 %	2,9 %	6
Haluaisin omaisen huolehtivan minusta	61,0 %	66,7 %	60,9 %	44,7 %	75,8 %	41,7 %	70,6 %	47,1 %	57,1 %	162
Muita, mitä?	2,6 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	3,0 %	0,0 %	11,8 %	8,8 %	2,9 %	9
Yhteensä (n)	77	9	23	38	33	12	17	34	34	278

TAULUKKO 11. Toiveet vapaa-ajanviettomahdollisuuksista kunnittain (n=230)

	Mikkeli	Suomenniemi	Hirvensalmi	Kangasniemi	Ristiina	Pertunmaa	Puumala	Mäntyharju	Juva	Yhteensä (n)
Keskustelupiiri	50,0 %	57,1 %	47,1 %	43,3 %	39,3 %	41,7 %	56,3 %	25,9 %	44,8 %	102
Liikuntaryhmit	67,2 %	57,1 %	64,7 %	73,3 %	35,7 %	58,3 %	75,0 %	63,0 %	62,1 %	144
Musiikkiharrastus	14,1 %	14,3 %	35,3 %	20,0 %	28,6 %	16,7 %	25,0 %	25,9 %	27,6 %	51
Teatteritoiminta	26,6 %	42,9 %	23,5 %	13,3 %	28,6 %	16,7 %	12,5 %	22,2 %	31,0 %	55
Muita, mitä?	17,2 %	14,3 %	17,6 %	13,3 %	17,9 %	8,3 %	12,5 %	22,2 %	10,3 %	36
Yhteensä (n)	64	7	17	30	28	12	16	27	29	230