

IKÄÄNTYVIEN VENÄJÄNKIELISTEN MAAHANMUUTTAJIEN
KOKEMUKSIA SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUJEN
KÄYTÖSTÄ SUOMESSA

Helle Madisson ja Lempi Metsä
Opinnäytetyö, kevät 2010
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Diak Etelä, Helsinki
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Madisson, Helle & Metsa, Lempi. Ikääntyvien venäjänkielisten maahanmuuttajien kokemuksia sosiaali- ja terveyspalvelujen käytöstä Suomessa. Helsinki, kevät 2010, 68 sivua, 4 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Etelä, Helsinki. Hoitotyön koulutusohjelma, hoitotyön suuntautumisvaihtoehto. Sairaanhoitaja (AMK).

Opinnäytetyömme liittyy EU-projektin rahoittamaan tutkimukseen, joka suoritetaan rinnakkain Suomessa ja Virossa ja tuloksia verrataan keskenään. Tavoitteena on saada kuva pääkaupunkiseudulla asuvista venäläisistä maahanmuuttajataustaisista ikäihmisistä ja heidän arjestaan, palvelujen käytöstä ja niihin liittyvistä toiveista.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää pääkaupunkiseudulla asuvien yli 65-vuotiaiden venäjänkielisten kokemuksia sosiaali- ja terveyspalvelujen käytöstä Suomessa. Tavoitteemme oli kartoittaa, minkälaisia palveluja he käyttävät. Kysyimme haastateltaviltamme, mistä he saavat tietoja tarjolla olevista palveluista, ja selvitimme heidän ehdotuksiaan palvelujen parantamiseksi.

Tutkimus on luonteeltaan kvalitatiivinen eli laadullinen. Aineisto kerättiin fokusryhmämenetelmää käyttäen teemahaastattelun avulla. Tutkimusta varten olemme haastatelleet neljää yli 65-vuotiasta venäjänkielistä pääkaupunkiseudulla asuvaa maahanmuuttajaa. Aineisto analysoitiin laadullisen sisällönanalyysin avulla.

Opinnäytetyömme päätulosten mukaan selvisi, että venäjänkieliset ikääntyneet käyttivät sosiaali- ja terveyspalveluja Suomessa säännöllisesti tarpeiden mukaan. Myös entisen kotimaan palveluja käytettiin. Kolmannen sektorin palveluja ei käytetty lainkaan. Tulokset osoittavat, että tiedon saanti palveluista oli laajaa ja monipuolista. Palvelujen parantamiseksi ehdotettiin venäjänkielisiä lääkeselosteita.

Johtopäätöksenä tämän opinnäytetyön perusteella voidaan sanoa, että terveyspalveluja käytettiin sosiaalipalveluja enemmän, esimerkiksi kroonisten sairauksien seurantaan ja hoitoon. Venäjänkielisillä ikäihmisillä oli samanlaisia kroonisia sairauksia kuin suomalaisilla iäkkäillä. Sosiaalipalvelujen tarve oli vähäistä johtuen kohderyhmän omatoimisuudesta. Palvelujen laatuun Suomessa oltiin pääosin tyytyväisiä. Hyvä arkikielen taito lisäsi tyytyväisyyttä sekä rohkeutta kommunikoida sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten kanssa.

Asiasanat: ikääntyneet, venäjänkieliset maahanmuuttajat, kansantaudit, sosiaalipalvelut, terveyspalvelut, kvalitatiivinen tutkimus

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
1.1 EU-projekti.....	5
1.2 Venäjänkielisten yli 65-vuotiaiden sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö	5
1.2.1 Tutkimustehtävä	6
1.2.2 Tutkimukseen osallistuneet henkilöt	7
2 VENÄJÄNKIELISET MAAHANMUUTTAJAT SUOMESSA.....	8
2.1 Maahanmuuttajakäsite	8
2.2 Maahanmuuttoa ohjaavaa lainsäädäntöä.....	8
2.3 Venäjänkielisten muuttosyyt Suomeen.....	10
3 IKÄÄNTYMINEN	12
3.1 Ikääntymisen määrittelyä.....	13
3.2 Ikääntyminen maahanmuuttajien näkökulmasta.....	14
3.3 Vanhuspolitiikka Suomessa.....	15
4 KANSANTAUDIT	16
4.1 Suomalaisen kantaväestön kansantaudit	16
4.2 Maahanmuuttajien terveydentila.....	17
4.3 Maahanmuuttajien kansantaudit.....	18
4.3.1 Venäläisten kansantaudit.....	18
4.3.2 Kansantaudit Virossa	18
5 IKÄÄNTYNEIDEN SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUT	20
5.1 Sosiaalipalvelut	20
5.1.1 Erilaiset tukipalvelut	20
5.1.2 Kotihoito.....	23
5.1.3 Palveluasuminen	25
5.1.4 Laitoshiito	25
5.2 Terveyspalvelut	25
5.2.1 Perusterveydenhuolto	26
5.2.2 Erikoissairaanhoito.....	27
5.3 Kolmannen sektorin palvelut	28

6 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET	30
7 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	32
7.1 Tutkimusmenetelmä	32
7.2. Aineiston keruu.....	34
7.3 Aineiston analysointi.....	35
8 TUTKIMUSTULOKSET	37
8.1 Haastateltavien muuttosyyt Suomeen	37
8.2 Suomen kielen taito	38
8.3 Tieto sosiaali- ja terveyspalveluista	38
8.4 Haastateltavien käyttämät palvelut.....	40
8.4.1 Sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö	40
8.4.2 Muiden palvelujen käyttö	41
8.4.3 Entisen kotimaan palvelujen käyttö.....	41
8.4.4 Ehdotuksia palvelujen parantamiseksi.....	42
8.5 Arkielämä Suomessa	42
8.5.1 Terveys ja omatoimisuus	43
8.5.2 Harrastukset ja liikunta.....	44
8.5.3 Tyytyväisyys elämään Suomessa.....	45
9 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS.....	46
10 TUTKIMUKSEN EETTISYYS.....	48
11 TULOSTEN TARKASTELU	50
12 POHDINTA	55
LÄHTEET	58
LIITE 1: SUOSTUMUS HAASTATELTAVAKSI	
LIITE 2: HAASTATELTAVIEN TAUSTATIEDOT	
LIITE 3: TEEMAHAASTATTELUN RUNKO	
LIITE 4: ESIMERKKI AINEISTON ANALYYSISTÄ	

1 JOHDANTO

1.1 EU-projekti

Diakonia-ammattikorkeakoulu on kumppanina monikulttuurisessa vanhustyön projektissa ”Empowering socially excluded elderly within Russian Minority in Estonian and Finland”, ja se toteutetaan vuosina 2009–2011.

Projektia rahoittaa Euroopan Unionin Central Baltic interreg IV A ohjelma. Diakin ohella hankkeen toimijoina ovat Tallinna Pedagoogiline Seminar ja Tallinna Tervishoiu Kõrgkool. Projektissa etsitään vastauksia venäjänkielisten maahanmuuttajataustaisten vanhusten hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen ja heidän omaistensa tukemiseen sekä kotona asuvien vanhusten omatoimisuuten ja arjessa selviytymiseen.

EU-projektin rahoittama kolmevuotinen tutkimus suoritetaan rinnakkain Suomessa ja Virossa. Tuloksia on tarkoitus verrata keskenään. Virossa on myös iso määrä ikääntyviä venäjänkielisiä asukkaita eli erikulttuurisia sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kuluttajia. Arkielämässä ikäihmisen hyvinvointi riippuu monista palveluista. Se edellyttää työntekijöiltä uusia tapoja ja näkökulmia käytännön työhön.

1.2 Venäjänkielisten yli 65-vuotiaiden sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö

Tämän opinnäytetyön aihe on ajankohtainen sen takia, että valtaosa Suomeen muuttavista ulkomaalaisista on venäjänkielisiä ja suurin osa heistä on vanhempaa väestöä. Venäläisiä maahanmuuttajia asui Suomessa vuonna 2008 noin 26 909 ja he ovat suurin maahanmuuttajaryhmä ja virolaisia noin 22 604, joista yli 50 % on venäjänkielisiä. (Tilastokeskus 2009.)

Tutkimuksemme kohderyhmänä ovatkin yli 65-vuotiaat pääkaupunkiseudulla asuvat venäjänkieliset maahanmuuttajat.

Monikulttuurisuuden ja kansainvälistymisen lisääntyminen vaatii huomiota siihen, miten eri kulttuureista tulevien iäkkäiden ihmisten elämää voidaan tukea heidän omista lähtökohdistaan (Koskinen, Aalto, Hakonen & Päivärinta 1998, 157). Sosiaali- ja terveydenhuolto ovat saaneet lisää erikielisiä asiakkaita ja se tuo paljon haasteita alan ammattilaisille. Maahanmuuttajat kuuluvat Suomessa sosiaali- ja terveystalvelujen piiriin, sen takia olisikin tärkeä saada lisää tietoa maahanmuuttajien kokemuksista että pystyttäisiin parantamaan palvelujen laatua.

Sairaanhoitajina olemme itsekkin sosiaali- ja terveystalveluiden toimijoina. Tehtävänämmme on antaa tietoa kyseisistä palveluista monikulttuurisessa Suomessa. Olemme molemmat paluumuuttajia ja toivomme, että ansiostamme ikääntyneiden maahanmuuttajien arkielämään tulee lisää tyytyväisyyttä.

1.2.1 Tutkimustehtävä

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää pääkaupunkiseudulla asuvien yli 65-vuotiaiden venäjänkielisten kokemuksia sosiaali- ja terveystalvelujen käytöstä Suomessa. Tätä aihetta on tutkittu vähän. Toivomme, että tästä työstä tulisi uusia hyödyllisiä työ- ja toimintatapoja palvelujen kehittämiseksi. Luulemme että opinnäytetyöstämme olisi hyötyä terveyden- ja sosiaalialan ammattilaisille siten, että he voisivat paremmin ymmärtää, tukea ja auttaa venäjänkielisiä ikäihmisiä heidän tarpeidensa mukaan. Tutkimuskysymyksemme on seuraava:

Minkälaisia sosiaali- ja terveystalveluja käyttävät yli 65-vuotiaat venäjänkieliset maahanmuuttajat täällä Suomessa?

1.2.2 Tutkimukseen osallistuneet henkilöt

Projektin aikataulun mukaan haastattelu oli tehtävä kesäkuussa. Haastateltavat suunnittelimme hankkia Inkeri-keskuksesta. Soitimme etukäteen Inkeri-keskukseen ja menimme sinne vierailulle. Kerroimme työntekijöille tutkimuksemme teeman ja tarkoituksen. Heidän avullaan löysimmekin haastateltavat Inkeri-keskuksen venäjänkielisestä kerhosta. Haastateltaviksi valitsimme ikään-tyneitä venäjänkielisiä henkilöitä, jotka suostuivat kertomaan meille vapaaehtoisesti omasta elämästään. Kerroimme myös haastateltaville meidän tutkimuksemme aiheesta ja tarkoituksesta.

Tutkimushenkilöiden valintakriteereinä olivat yli 65 vuoden ikä, venäjän kielen taito ja asuinpaikkana pääkaupunkiseutu. Nämä olivat projektin määräämät kriteerit. Tutkimushenkilöidemme ikä vaihteli 69 vuodesta 85 vuoteen. Haastatelimme alun perin viittä henkilöä, joista yksi olikin 58-vuotias eli hän ei sopinut meidän ryhmäämme. Hän oli kuitenkin mukana haastattelutilanteessa, mutta emme huomioineet hänen vastauksiaan tutkimuksen tuloksissa. Kaikki haastateltavat olivat naisia. Heistä kaksi oli kotoisin Virossa, yksi Venäjältä ja yksi Bulgariasta. Tällä hetkellä kaikki asuvat Helsingissä. Haastateltavat puhuivat venäjää täydellisesti. Kaikki osasivat suomea, mutta kielitaidon taso vaihteli.

2 VENÄJÄNKIELISET MAAHANMUUTTAJAT SUOMESSA

2.1 Maahanmuuttajakäsite

Käsitettä maahanmuuttaja käytetään kuvaamaan kaikkia maahan muuttaneita henkilöitä. Maahanmuuttajia ovat pakolaiset, turvapaikanhakijat, siirtolaiset, paluumuuttajat sekä siirtotyöntekijät. (Kuusi & Raitanen 2000, 12.) Maahanmuuttajasta tulee suomalainen, kun hän on saanut Suomen kansalaisuuden. Toisaalta, vaikka ulkomaalainen hakisi ja saisi Suomen kansalaisuuden, niin hänen äidinkieltensä, uskontonsa tai etninen identiteettinsä ei vaihdu. (Räty 2002, 11–14.)

Suurin ulkomaalaisryhmä Suomessa koostuu venäläisistä ja toiseksi suurin virolaisista. Vuonna 2006 ulkomaan kansalaisia asui täällä 114000 eli pari prosenttia koko väestöstä. Vierasta kieltä äidinkielenään puhuvia on paljon enemmän. Esimerkiksi yleisintä vierasta kieltä venäjää puhuu äidinkielenään 40000 ihmistä, josta Venäjän kansalaisia on vain 25000. Vieraskieliset keskittyvät suuriin kaupunkeihin, esimerkiksi Helsingissä heitä on seitsemän prosenttia. (Kalström & Viemerö 2008, 54.)

2.2 Maahanmuuttoa ohjaavaa lainsäädäntöä

Lait heijastavat yleisiä keskeisiä arvoja, joiden mukaan hoidon tai palvelun antaja toimii vuorovaikutuksessa asiakkaan tai potilaan kanssa. Syrjivä epäoikeudenmukainen kohtelu vahingoittaa aina potilaan tai asiakkaan terveyttä ja hyvinvointia. Terveyspalveluissa hoitoon pääsyn ja hoidon sisällön epätasa-arvoisuus on eettisesti väärin ja se saattaa uhata vakavasti väestönsosan terveyttä, mutta myös heidän laajempaa hyvinvointiaan. Jos hoitoon hakeutuminen lykkääntyy, voidaan myöhemmin tarvita intensiivisempiä hoitotoimenpiteitä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001.)

Kotouttamislaki tuli Suomessa voimaan vuonna 1999. Kotouttamislain tavoitteena on edistää maahanmuuttajien kotoutumista, tasa-arvoa ja valinnan vapa-

utta toimenpiteillä, jotka tukevat yhteiskunnassa tarvittavien keskeisten tietojen ja taitojen saavuttamista. (Sainio 2008, 12.)

Suomen perustuslain (731/1999) 19. pykälän mukaan jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Huolenpito tarkoittaa myös sitä, että julkisen vallan on turvattava kielitaidottomalle tai maahanmuuttajalle riittävät sosiaali- ja terveystalvet.

Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (785/1992) 3 pykälän mukaan jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää saada hänen terveydentilansa edellyttämää terveyden- ja sairaanhoitoa niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) vaatii potilasasiakirjoihin kirjaamista hoidosta. Se korostaa oikeutta hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon sekä tiedonsaantiin, ja tukee potilaan oikeutta eri hoitovaihtoehtoihin ja itsemääräämiseen.

Asiakkaiden kohtelun yhdenvertaisuuslaki (20.1.2004/21) on edellä mainittujen lisäksi normittanut sitä, että palvelujen antajien tulee kohdella kaikkia asiakkaitaan tasa-arvoisesti. Yhdenvertaisuuslaissa säädetään, ettei ketään saa syrjiä iän, etnisen tai kansallisen alkuperän, kansallisuuden, kielen, uskonnon, vammaisuuden, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden, sukupuolisen suuntautumisen tai muun henkilöön liittyvään syyn perusteella. Yhdenvertaisuus tulee esiin mm. hoitoon pääsyssä eli pääsevätkö ihmiset terveydentilansa edellyttämään hoitoon yhdenvertaisesti asuinpaikasta ja taustatekijöistä riippumatta. (Yhdenvertaisuuslaki 20.1.2004/21.)

Maahanmuuttajan tutkimus- ja hoitoperiaatteet eivät poikkea suomalaisten potilaiden hoidosta ja tutkimisesta. Ulkomaalaisuudesta ja vierasta kulttuuritaustasta ei tarvitse tehdä hoitosuhdetta hallitsevaa tekijää. Ihmiset toimivat yksilöllisesti eikä kulttuurilla voi selittää kaikkea. (Viialainen 1995, 24–25.)

2.3 Venäjänkielisten muuttosyyt Suomeen

Eräs Suomen maahanmuuton erityispiirteistä on, että neljännes kaikista maahanmuuttajista on Venäjältä, Virosta tai muualta entisestä Neuvostoliitosta. (Liebkind 2001, 176).

Vanhavenäläiset

Ensimmäisinä maahanmuuttajina voidaan pitää talonpoikia, jotka siirrettiin Venäjältä Karjalan kannakselle Ruotsi-Suomelta 1700-luvun alussa vallatuille alueille. Alueet järjestettiin hallinnollisesti Venäjän yhteyteen Viipurin kuvernementiksi, josta käytettiin myös nimitystä Vanha Suomi. Toisessa maahanmuuttoaallossa Suomeen tuli venäläisiä virkamiehiä, sotilaita, ortodoksisen kirkon pappeja ja kauppiaita, jotka saivat autonomian aikana (1809–1917) luvan asettua Suomen suuriruhtinaskuntaan. Kolmantena aaltona Suomeen tuli Venäjän valtakumouksen (1917) jälkeen pakolaisia Pietarista, Karjalasta ja muualta Venäjältä. käytetään nimitystä vanhavenäläiset. (Liebkind, Mannila, Jasinskaja-Lahti, Kyntäjä & Reuter 2004, 20–21.)

Inkerinsuomalaisten muutto Suomeen sodan aikana

Inkerinsuomalaisilla tarkoitetaan pääasiassa Venäjän ja Viron alueella asuvaa suomalaista syntyperää olevaa väestöä. Inkerinsuomalaiset ovat pääasiassa 1600-luvulla Suomesta Inkerin maaseudulle muuttaneiden jälkeläisiä. Inkeriläisellä siirtoväellä tarkoitetaan jatkosodan aikana Suomeen siirrettyjä inkeriläisiä. Saksan miehittämältä Inkerinmaalta tuotiin vuosina 1943–1944 noin 63000 ihmistä mm. helpottamaan Suomen kovaa työvoimapulaa. Sodan loputtua suurin osa siirtoväestä palautettiin Neuvostoliittoon. (Räty 2002, 82.)

Inkerinsuomalaisten paluumuutto

Venäjänkielinen väestö on ollut osa Suomen maahanmuuttohistoriaa sen alusta lähtien. Ensimmäinen paluumuuttajaryhmä (inkerinsuomalaiset) koostui Inke-

rinmaalle Ruotsin vallan aikana 1600–1900-luvuilla lähinnä Savosta ja Itä-Suomesta muuttaneiden suomalaisten jälkeläisistä. Silloin Ruotsin lupaukset vapauttaa muuttajat asevelvollisuudesta houkuttivat suomalaisia muuttoon. Taustalla oli Ruotsin pyrkimys asuttaa luterilaisella väestöllä ortodoksinen Inkerinmaa. (Liebkind 2001, 124.)

Paluumuutto-oikeus Suomeen on ihmisellä, joka itse tai jonka vanhemmista toinen tai isovanhemmista kaksi on asiakirjoissa merkitty kansalaisuudeltaan suomalaiseksi. Paluumuuttaja on myös henkilö, joka on aikaisemmin itse ollut tai jonka vanhemmista jompikumpi on ollut Suomen kansalainen. (Räty 2002, 84.) Neuvostoliiton hajottua 1990-luvun alussa lisääntyi paluumuutto Suomeen entisen Neuvostoliiton alueelta, kun presidentti Koivisto lupasi inkeriläisille paluumuuton Suomeen Virosta ja Venäjältä. (Sainio 2008, 8.)

1990-luvulla Venäjältä, Virosta ja muualta entisestä Neuvostoliitosta tulleet maahanmuuttajat voidaan jakaa neljään ryhmään. Ensimmäisen ja suurimman ryhmän muodostavat etniseltä taustaltaan suomalaiset maahanmuuttajat. Tämä ryhmä muodostuu paluumuuttoon oikeutetuista etnisesti suomalaisista henkilöistä, joiden vanhemmista yksi tai isovanhemmista kaksi ovat etniseltä taustaltaan suomalaisia. Tähän ryhmään kuuluu kuitenkin myös henkilöitä, joiden Suomeen muuton perusteena on ollut jokin muu kuin paluumuutto esimerkiksi työ, opiskelu tai avioliitto, eivätkä he aina koe itseään paluumuuttajiksi. Toinen ryhmä muodostuu henkilöistä, jotka ovat saapuneet etniseltä taustaltaan suomalaisten paluumuuttajien puolisoina tai lapsina. Kolmannen ryhmän muodostavat etniseltä taustaltaan venäläiset ja virolaiset, jotka ovat tulleet Suomeen työn, opiskelun tai avioitumisen vuoksi. Neljäs ja pienin ryhmä koostuu niistä venäjänkielistä maahanmuuttajista, jotka eivät ole etniseltä taustaltaan venäläisiä eivätkä virolaisia ja joiden Suomeen muuton perusteena on ollut muu kuin paluumuutto, esimerkiksi työ, opiskelu tai avioliitto. (Liebkind ym. 2004, 22–23.)

3 IKÄÄNTYMINEN

Vanha, vanhempi, vanhus tai varttunut, seniori, aikuinen, ikäihminen? Rakkaalla lapsella on monta nimeä. Kysymys on kuitenkin ikävaiheesta, jossa suurin osa elämää on jo ohi. (Krons 2003, 13.) Tässä työssä käytämme ”ikäntyminen” käsitettä, joka sisältää edellä mainitut nimitykset.

Suomi on EU-maiden nopeimmin ikääntyviä maita. Väestöennusteen mukaan joka viides suomalainen on täyttänyt 65 vuotta vuonna 2020. Samanaikaisesti lasten ja työikäisten määrä pienenee. Tämä kehitys muuttaa merkittävästi väestön rakennetta ja tuo yhteiskunnalle monia haasteita. (Sosiaali- ja terveysministeriö 1999, 5.) Ikääntyneen väestön määrä kasvaa kaikkialla maassa, mutta tulevana vuosikymmeninä kasvu on suurinta määrällisesti pääkaupunkiseudulla. Maaseutualueilla väestö on jo nykyisin iäkästä ja suurin ongelma on lasten ja työikäisten määrän nopea pieneneminen. (Virnes 2008, 48.)

Nopea iäkkään väestöosan kasvu tuo mukanaan tarpeen lisätä terveydenhuoltopalveluita, erityisiä asumispalveluja, sosiaalisia - ja virkistystarkoitukseen laadittuja erilaisia ohjelmia, ja taloudellisia tukijärjestelyjä. Vanheneminen on väistämätön ja palautumaton tosiasia. Se tuo mukanaan pitkäaikaissairauksia ja heikkenevän toimintakyvyn luomia ongelmia. Monien ongelmien ilmaantumista voidaan kuitenkin viivyttää tai jopa estää. Tieto terveen vanhenemisen edellytyksistä lisääntyy, mutta mahdollisuudet niiden toteuttamiseen vaihtelevat suuresti maasta toiseen. (Heikkinen & Heikkinen 1999, 27.)

Tilastokeskuksen vuoden 2007 ennusteen mukaan koko Suomen väestön määrä vähenee ja samalla ainoastaan yli 65-vuotiaiden osuus koko väestöstä lisääntyy tulevana vuosikymmeninä. Hallituksen maahanmuuttoliittisen ohjelman 2006 mukaan Suomen väestö ikääntyy siten, että vuonna 2030 Suomessa arvioidaan olevan 65 vuotta täyttäneitä 1,5 miljoonaa, yli 600000 nykyistä enemmän. (Tilastokeskus 2007; Virnes 2008, 47.)

3.1 Ikääntymisen määrittelyä

Suomalaisessa palvelujärjestelmässä vanhuuden rajaviivana pidetään yleistä kansaneläkeikää: 65-vuotias on siis tästä näkökulmasta vanha. Ikääntyminen on kuitenkin myös kulttuurisidonnainen käsite, jota ei lasketa välttämättä vuositista, vaan esimerkiksi hedelmällisyydestä. Myös erilaiset elämänolosuhteet saattavat vaikuttaa siihen, milloin ihminen alkaa kokea itsensä vanhaksi. Maahanmuuttajatyössä ikääntyvien palveluita ajatellaankin tarvittavan jo 55. ikävuodesta lähtien. (Sainio 2008, 6.)

Ikääntymistä määriteltäessä on otettava huomioon biologiset, psykologiset ja sosiaaliset tekijät. Biologisia muutoksia voi esiintyä motoriikassa ja aistitoiminoissa, jotka liittyvät normaaliin vanhenemiseen ja tulevat esille vähitellen. Lisäksi ikääntymisen myötä tulee usein erilaisia sairauksia, jotka heikentävät fyysistä kuntoa, toimintakykyä ja tasapainoa. Sairaudet voivat myös heikentää aistitoimintoja ja tiedonkäsittelytoimintoja. Biologisista muutoksista johtuva fyysinen toimintakyvyn heikkeneminen voi vaikuttaa ikäihmisen omatoimisuuteen ja näin heikentää myös elämänhallinnan tunnetta. Vanhenemisen psykologisia muutoksia tutkittaessa ovat kognitiiviset eli tietojenkäsittelyssä tarvittavat toiminnot keskeisimpiä osa-alueita elämänhallinnan kannalta. Näitä ovat mm. aistitoiminnot, tarkkaavaisuus, muisti, oppiminen ja älykkyys. Kognitiiviset toiminnot voivat heikentyä iän myötä, mutta usein myös iän mukanaan tuomat sairaudet heikentävät niitä. Tästä syystä psykologisten muutosten vaikutus vanhenemiseen on hyvin yksilöllistä. (Sainio 2008, 15–16.)

Sosiaaliset tekijät ikääntymisen yhteydessä tarkoittavat yksilön ja yhteiskunnan, yksilön ja ympäristön sekä yksilön ja hänen sosiaalisten ryhmiensä vuorovaikutusta. Kulloisenkin yhteiskunnan luomat käsitykset vanhuudesta määrittelevät myös ympäristön ja ryhmien käyttäytymistä suhteessa vanhuuteen ja vanhusten erityistarpeisiin. (Sainio 2008, 16.)

Ikääntymisen uusi jaksottaminen on tuonut kielenkäyttöön käsitteet ”kolmas ikä” ja ”neljäs ikä”, joista kolmas ikä kuvaa juuri tuota aktiivisuuden ja toimeliaisuuden täyttämää elämänjaksoa, mitä edustaa esim. kansainvälinen kolmannen iän

yliopistoliike. Neljäs ikä puolestaan on se elämänvaihe, jossa ihminen joutuu yhä enenevässä määrin turvautumaan muiden apuun ja tukeen selviytyäkseen heikkenevän terveyden ja vanhuuden sairauksien alentaman toimintakyvyn varassa päivittäisestä elämästään. (Sihvola 1999, 43.)

Nopea iäkkään väestönsan kasvu tuo mukanaan tarpeen lisätä terveydenhuoltopalveluita, erityisiä asumispalveluja, sosiaalisia - ja virkistystarkoitukseen laadittuja erilaisia ohjelmia, ja taloudellisia tukijärjestelyjä. Vanheneminen on väistämätön ja palautumaton tosiasia. Se tuo mukanaan pitkäaikaissairauksia ja heikkenevän toimintakyvyn luomia ongelmia. Monien ongelmien ilmaantumista voidaan kuitenkin viivyttää, jopa estää. Tieto terveeseen vanhenemiseen edellytyksistä lisääntyy, mutta mahdollisuudet niiden toteuttamiseen vaihtelevat suuresti maasta toiseen. (Heikkinen & Heikkinen 1999, 27.)

3.2 Ikääntyminen maahanmuuttajien näkökulmasta

Globalisaatio heijastuu myös vanhenemisen edellytyksiin. Yhä useammat ihmiset ikääntyvät muulla seudulla tai muussa maassa, kuin missä he ovat syntyneet ja kasvaneet. Ikääntyneiden ryhmä myös monikulttuuristuu. Vanhenemiseen kielellisessä ja kulttuurisessa vähemmistössä liittyy sekä positiivisia että negatiivisia kokemuksia. Nämä kokemukset asettavat tulevaisuuden vanhus-tenhuollolle uusia haasteita. (Kuusi & Raitanen 2002, 4.)

Eri kulttuureissa voi olla erilaisia näkemyksiä terveydestä ja sairaudesta sekä perheen, miehen ja naisen roolista. Samoin odotukset hoitojärjestelmän suhteen voivat erota. Eri kulttuurit suhtautuvat eri tavoin vanhuuteen ja siihen, milloin ihmisen katsotaan olevan vanha. Yhteinen kulttuuritausta luo ihmisten välille yhteisyyttä, erilaiset taustat taas synnyttävät vierautta. (Kuusi & Raitanen 2002, 7.)

3.3 Vanhuspolitiikka Suomessa

Suomessa käsite vanhuspolitiikka vakiintui 1970-luvulla tarkoittamaan ikääntyneiden ihmisten aseman parantamiseksi tarkoitettuja toimia. Vanhuspolitiikan keinot voidaan ryhmitellä yleiseen hyvinvointipolitiikkaan, eläkepolitiikkaan ja sosiaali- ja terveyspalveluihin. Vanhuspolitiikan tärkeimmät sisältöalueet ovat työ ja toimeentulo, terveys, toimintakyky ja ravitsemus, asuminen ja ympäristö, koulutus, kulttuuri ja joukkoviestintä sekä palvelujen saatavuus ja sosiaalinen integraatio. Suomessa ei ole vanhustenhuoltoa varten omaa erityislakia, vaan ikääntyneen väestön asemaa säädellään samoilla laeilla kuin muidenkin väestöryhmien. (Kuusi & Raitanen 2002, 8.)

Kaiken kaikkiaan kansainvälisessä vertailussa suomalaisilla kuten muidenkin Pohjoismaiden iäkkäillä ihmisillä menee suhteellisen hyvin. Terveystenhoito ja sosiaaliturva on taattu yhteiskunnan toimesta, iäkkäillä on oikeus avunsaantiin, ja toistaiseksi heistä huolehditaan. Yhteiskuntamme on kuitenkin ilmeeltään selvästi kovenemassa. Tulevaisuudessa moni asia voi murentua. Toisaalta on todettava, että myös ikääntyvä väestö muuttuu aina monilta ominaispiirteiltään. Yksi seuraavien vuosikymmenien suurista kysymyksistä tulee joka tapauksessa olemaan kuka hoivaa niitä, jotka eivät selviä omin avun, miten hoiva organisoidaan ja missä sitä toteutetaan. Pystytäänkö tulevaisuudessa takaamaan huolenpito iäkkäille kansalaisille kuuluvana oikeutena vai jääkö se riippumaan heidän maksukyvyystään tai hoivaan sitoutuneista omaisistaan. (Heikkinen & Heikkinen 1999, 19.)

Millaista on olla ikääntynyt ihminen Suomessa? Ainakin noin kaksi kolmannesta iäkkäistä voi kohtuullisen hyvin. Yksi kolmasosa iäkkäistä ei voinut hyvin, vaan he kokivat apeaa mielialaa, ankeutta ja yksinäisyyttä elämässään. (Heikkinen & Heikkinen 1999, 18.)

4 KANSANTAUDIT

4.1 Suomalaisen kantaväestön kansantaudit

Kansanterveys on käsite, jolla halutaan luonnehtia väestön yleistä terveydentilaa ja tekijöitä, jotka vaikuttavat väestön terveyteen. Väestön terveydentilaa säätelevät lukuisat eri asiat, kuten luonnonympäristö, yhteiskunnan rakenne, kulttuuritausta, väestön elintaso, koulutustaso ja terveystottumukset sekä terveydenhuollon tehokkuus. (Koskenvuo 2001, 7.)

Yhdeksällä kymmenestä 75 vuotta täyttäneestä henkilöstä on jokin toimintakykyä heikentävä pitkäaikaissairaus tai vamma. Hyväksi tai melko hyväksi terveydentilansa arvioi joka neljäs, huonoksi tai melko huonoksi runsas kolmasosa 75 vuotta täyttäneistä. Tärkeimpiä ikääntyneen väestön terveyteen ja toimintakykyyn vaikuttavia sairauksia ovat verenkiertoelinten sairaudet sekä tuki- ja liikuntaelinten sairaudet, mutta myös diabetes ja dementia. Eliniän noustessa kasvaa myös dementiaa sairastavien määrää. Vaikeaa tai keskivaikeaa dementiaa sairastaa noin 7 % yli 65 vuotiaista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 1999, 8.)

FINRISKI 2007 -tutkimuksessa pyrittiin selvittämään kansanterveydellisiä riskitekijöitä ja koehenkilöiden terveydentilaa sekä tutkimaan erityisesti sydän- ja verisuonitautien, syövän, astman ja allergioiden sekä diabeteksen syitä ja tauteihin liittyviä ympäristö- ja perintötekijöitä. Lisäksi tutkimuksessa selvitettiin ikääntyvän väestön toimintakykyä. Tutkimuksen mukaan lääkärin toteaman sydäninfarktin on sairastanut 65–74 vuotiaista miehistä 11,4 % ja naisista 2,7 %. Suomen väestöstä aivohalvauksen, aivoverenvuodon tai aivoverisuonitukoksen seurauksista kärsii 7,4 % miehistä ja 4,9 % naisista. Päivittäin käyttää verenpainelääkkeitä miehistä 48,3 % ja naisista 43,3 %. Lääkäri oli todennut miehillä tyyppi 1 diabeteksen 0,4 %:lla ja tyyppi 2 diabeteksen 12,1 %:lla sekä naisilla tyyppi 1 diabeteksen 0,6 %:lla ja tyyppi 2 diabeteksen 7,1 %:lla. Nivelreuman tai muun nivelsairauden ja selkäkulumavian kipuja hoitaa 38,2 % miehistä ja 46,0 % naisista. Mielenterveysongelmia on 4,3 %:lla miehillä ja 7,1 %:lla naisilla. Lääkäri oli määrännyt lääkkeitä veren kolesterolipitoisuuden alentamiseen

miehistä 31,8 %:lle ja naisista 36 %:lle. Astma oli todettu 11,7 %:lla miehistä ja 16,1 %:lla naisista. Syöpää oli miehistä 8,3 %:lla ja naisista 4,5 %:lla. Miehistä 65–74 vuoden ikäisistä tupakoi tai oli tupakoinut 70,4 % ja naisista 33,3 %. Vähintään kerran kuukaudessa käytti tutkimuksen aikoihin edes satunnaisesti mitään alkoholijuomia 66,1 % miehistä ja 33,5 % naisista. (Peltonen ym. 2008.)

4.2 Maahanmuuttajien terveydentila

Maasta toiseen muuttavat ovat yleensä keskimääräisesti terveempiä, sillä jo maasta lähteminen ja siihen liittyvä asioiden järjestäminen edellyttävät, että lähtijällä on tahtoa, mahdollisuuksia sekä henkisiä, taloudellisia ja sosiaalisia voimavaroja tehdä muutospäätös ja toteuttaa se. Kaikki maahanmuuttajat eivät ole kuitenkaan jättäneet kotimaataan vapaasta tahdostaan, eikä matkalle siten valikoidu vain terveimpiä ihmisiä. Maahan siis saapuu myös sairaita, vanhuksia ja vammaisia, joilla ei olisi ollut mahdollisuuksia itse järjestää ja selviytyä pitkästä muuttomatkastasta. (Pohjanpää, Paananen & Nieminen 2002, 101–102.)

Maahanmuuttajan terveyteen vaikuttavat muun muassa terveysolot nuoruudessa, hänen sosiaalinen asemansa entisessä kotimaassaan, mahdolliset kidutus- ja sotakokemukset, muutto ja sen rasitus sekä olosuhteet uudessa kotimaassa. Sopeutumisvaikeudet, puutteelliset resurssit (koulutus, kielitaito, taloudelliset resurssit), mahdollinen sosiaalinen eristäytyminen, koettu syrjintä ja turvattomuus sekä työnsaantiin liittyvät vaikeudet voivat uhata maahanmuuttajan terveyttä hänen uudessa kotimaassaan. Kulttuurierot vaikuttavat suuresti myös siihen, kuinka eri ihmiset terveytensä kokevat. Terveys ja sen merkitys muodostuvat siinä ympäristössä, jossa ihmiset syntyvät ja elävät, ja ne ovat kulttuurisesti opittuja ja jaettuja. (Pohjanpää, Paananen & Nieminen 2002, 101–102.)

4.3 Maahanmuuttajien kansantaudit

4.3.1 Venäläisten kansantaudit

Suomen ja Venäjän kansanterveysongelmat ovat melko samanlaisia. Liiallinen alkoholinkulutus, tupakointi, tapaturmat, ylensyönti, riskinotto liikenteessä ja väkivallan käyttö ihmisten välisissä suhteissa johtavat suurimmaksi osaksi ehkäistävissä oleviin kansantauteihimme. Venäjä on samoilla jäljillä terveyden edistämisen politiikkaohjelmissa kuin pohjoismaat. Venäjällä ei kuitenkaan suuri yleisö, eikä aina terveydenhuoltohenkilöstökään, ole vielä yhtä tietoinen tupakan ja varsinkaan alkoholin terveyshaitoista kuin pohjoismaissa. (Finfood – Suomen Ruokatieto 2007.)

Vuonna 1999 Venäjällä tutkittiin iäkkäiden sosiaali- ja terveystilannetta heidän näkökulmasta katsoen. Tässä on valikoima 65–74-vuotiaiden kroonisten sairauksien esiintyvyydestä. Naiset kärsivät eniten sydän- ja verisuonitaukeista kuten korkeaverenpaineauti, aivoinsultti tai sydämen vajaatoiminta. Myös ruoansulatuskanavan krooniset sairaudet esimerkiksi mahalimakalvontulehdus ja haimatulehdus vaivasivat iäkkäitä. Monella oli diabetes ja allergia. Syynä pidettiin henkisesti ja fyysisesti rasittavaa elämää, mikä oli aiheuttanut stressiä ja masennusta. Miesten arvio omasta terveydestään oli vielä hieman huonompi. Pahimmaksi tautiryhmäksi nimitettiin sydänverisuonisairaudet kuten sepelvaltimotauti, sydäninfarkti ja sydämen rytmihäiriöt. Kroonisista ruoansulatuskanavan sairauksista kärsivillä oli todettu mahalimakalvotulehdus, mahahaava, haimantulehdus tai sappikivitauti. Miehet olivat sitä mieltä, että ne sairaudet olivat johtuneet huonosta ravinnosta, tupakoinnista, alkoholin nauttimisesta sekä stressistä ja perintötekijöistä. (Kozlova 2000.)

4.3.2 Kansantaudit Virossa

Virossa lähes 200 perhelääkäriä vuonna 2000 tekemän tutkimuksen tarkoituksena on ollut selvittää iäkkäiden geriatriapalvelujen tarvetta Viron eri alueilla. Seuraavaksi esitämme kyseisen tutkimuksen päätulokset. Terveyskeskuksen yhden yleislääkäriä alueen yli 65-vuotiaiden potilaiden osuus oli 18 %. Samalla yli 65-vuotiaiden lääkärintähtien osuus oli 39 % ja kotikäyntien määrä oli 43 %

koko asukkaiden määrästä. Perhelääkärin vastaanotolla todettiin vanhusten käynnin syinä olevan yksinäisyyttä ja sosiaalisia ongelmia 45 %:lla. Kroonisista sairauksista kärsivillä asiakkailla oli verenpainetauti 98 %:lla asiakkaista ja tuki- ja nivelsairauksia saman verran. Unihäiriöt vaivasivat potilaista 82 %:ia ja aivonverenkierto oli huono 81 %:lla. Hoitoa vaativa sokeritauti oli 37 %:lla iäkkäistä. (Saks 2006.)

5 IKÄÄNTYNEIDEN SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUT

Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä vastuu on kunnilla. Pääsääntöisesti Suomessa pysyvästi asuvalla ulkomaalaisella on samat oikeudet käyttää julkisia palveluja kuin suomalaisillakin. Pysyvästi Suomessa asuvaksi katsotaan henkilö, jolla on vähintään vuoden oleskelulupa Suomeen. Sosiaali- ja terveydenhuollon piiriin kuulumisen määräytyy kotikuntalain mukaan. Esimerkiksi Suomeen opiskelemaan tulleet henkilöt eivät saa samoja palveluja kuin Suomessa pysyvästi asuvat. Kiireellisissä tapauksissa kunnan on kuitenkin järjestettävä sosiaali- ja terveyspalveluja kaikille niitä tarvitseville. (Räty 2002, 142–143.)

Suomessa on jatkuvasti lisääntynyt myös yksityisen sektorin palvelutuotanto. Vuonna 2004 yksityisiä sosiaalipalveluja tuotti 3 275 toimipaikkaa. Yleisimmät alat olivat mm. asumispalvelut ja kotipalvelut. Myös yksityiset terveyspalvelut lisääntyivät aikaisempaan tapaan. Vuonna 2004 yksityisiä terveyspalveluntuottajia oli hieman yli 3 000. Yleisimpiä palveluja ovat esimerkiksi fysioterapiapalvelut, lääkärin ja hammaslääkärin vastaanotto toiminta. Suuri osa yksityisten terveyspalvelujen tuottajista toimii eteläisessä Suomessa ja suurimmissa kaupungeissa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010b.)

5.1 Sosiaalipalvelut

5.1.1 Erilaiset tukipalvelut

Toimeentulotuki

Toimeentulotuki on viimesijainen toimeentuloturvan muoto. Kuntien tehtävänä on myöntää toimeentulotukea kunnassa oleskelevalle henkilölle. Toimeentulotuen myöntämisestä säädetään toimeentulotukilaisissa (1412/1997) ja sen tavoit-

teena on turvata henkilöille ja perheille vähintään välttämätön toimeentulo. Henkilöllä on oikeus toimeentulotukeen silloin, kun hän on tuen tarpeessa eikä voi saada toimeentuloa esim. ansiotyöllään tai yrittäjätoiminnallaan. Toimeentulotukea myönnetään vain silloin, jos henkilöllä ei ole oikeutta muuhun etuuteen. (Karhunen 2008, 26.)

Asumistuki

Kansaneläkelaitos tukee pienituloisten ruokakuntien asumismenoja yleisellä asumistuella. Pienituloiset voivat saada yleistä asumistukea vuokra- tai omistusasuntoon. Jos eläkkeensaaja asuu yksin tai puolison kanssa, niin hänellä on mahdollista saada Kelan maksamaa eläkkeensaajan asumistukea. Jos eläkkeensaajan kanssa asuu lapsia tai muita henkilöitä kuin puoliso, voi valita, haetaanko yleistä asumistukea vai eläkkeensaajan asumistukea. (Kansaneläkelaitos 2009.)

Oikeus saada eläkkeensaajan asumistukea on seuraavilla henkilöillä: Suomessa asuva 65 vuotta täyttänyt tai alle 65-vuotias eläkkeensaaja tai maahanmuuttajan erityistuen saaja, joka ei ole pysyvässä laitoshoidossa (Eläkkeensaajien keskusliitto 2010).

Maahanmuuttajan erityistuki

Maahanmuuttajien erityistuella turvataan vuodesta 2003 alkaen täysimääräisen kansaneläkkeen tasoinen toimeentulo vanhuuden ja työkyvyttömyyden ajalta sellaiselle Suomessa asuvalle maahanmuuttajalle, joka muutoin olisi pitkäaikaisesti toimeentulotuen tarpeessa. Tuen saamisen edellytyksenä on vähintään 65 vuoden ikä tai työkyvyttömyys. Lisäksi edellytetään, että tuen saaja on asunut Suomessa vähintään viiden vuoden yhtäjaksoisen ajan ennen erityistuen alkamista. Tuen saaminen ei vaadi Suomen kansalaisuutta. Erityistuen toimeenpanosta huolehtii Kansaneläkelaitos. Muutoksen arvioidaan siirtäneen noin 3700

ikäntynyttä tai työkyvyttöntä maahanmuuttajaa toimeentulotuen piiristä Kelan erityistukiasiakkaaksi. (Kalström & Viemerö 2008, 56.)

Eryistuen täysi määrä on sama kuin täyden kansaneläkkeen määrä. Kyseisen tuen määrään vaikuttavat kansaneläkkeestä poiketen hakija ja puolisonsa käytävissä olevat tulot. Eryistuen määrä on suurempi yksinäiselle kuin avio- tai avoliitossa olevalle tuensaajalle. Eryistuen täysi määrä alkaen 1.1 2010 yksinasuvalle on 584,13 euroa kuukaudessa ja avio- tai avoliitossa olevalle 518,12 euroa kuukaudessa. (Kansaneläkelaitos 2010.)

Omaishoidon tuki

Omaishoidon tuki on lakisäänteinen sosiaalipalvelu. Vastuu järjestämisestä on kunnilla. Omaishoidon tuella tarkoitetaan vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön kotona tapahtuvan hoidon tai muun huolenpidon turvaamiseksi annettavaa hoitopalkkiota ja palveluja. Omaishoidon tukea voidaan myöntää pitkäaikaisen tai lyhytaikaisen hoidon tarpeen perusteella. Omaishoidon tukea annetaan alentuneen toimintakyvyn, sairauden, vamman tai muun vastaavanlaisen syyn takia, jos hoitoa on mahdollista järjestää hoidettavan kotona. Erityisistä syistä hoito voidaan järjestää myös hoitajan kotona. (Vaarama, Voutilainen & Manninen 2003, 11.)

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan omaishoidon tuki on selvästi lisääntynyt 2000-luvulla. Asiakasmäärät ovat kasvaneet 55 prosenttia vuosina 2000–2007, ja omaishoidon tuella hoidettujen osuus 75 vuotta täyttäneistä on noussut 3,0 prosentista 3,9 prosenttiin. (Thl 2009b.)

Palveluseteli

Palveluseteli on palvelujen järjestämistapa muiden vaihtoehtojen rinnalla. Palvelusetelillä kunta myöntää asukkaalleen sitoumuksen maksaa tietyn kunnan päättämän osan yksityisen palveluntuottajan antamasta palvelusta. Kunta antaa

asiakkaalle palvelusetelin ja palveluntuottaja laskuttaa kuntaa palvelusetelin arvosta. Käytännössä palveluseteli voi olla esimerkiksi viranomaispäätos, painettu seteli tai sähköinen kortti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 12.)

5.1.2 Kotihoito

Kotihoidolla tarkoitetaan sellaisia hoitoa ja palveluja, jossa ikääntynyt viettää suurimman osa vuorokaudesta kotona erilaisten palvelujen piirissä (Ronkainen, Ahonen, Backman & Paasivaara 2005,100). Kotipalvelu ja kotisairaanhoido yhdistyivät vuonna 2005 kotihoidoksi (Heikkilä & Lahti 2007, 167). Kotihoitoon sisältyvät kotipalvelun ja kotona tapahtuva sairaanhoidon lisäksi myös kotihoitoa täydentävät tukipalvelut. Kotipalveluista ja kotihoidosta laaditaan yhdessä palvelun käyttäjän kanssa palvelu- ja hoitosuunnitelma. Sen toteutumista seurataan ja sitä tarkistetaan palvelujen tarpeen muuttuessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009a.)

Kotipalvelu

Kotipalvelu tukee ja auttaa, kun asiakas tarvitsee sairauden tai alentuneen toimintakyvyn vuoksi apua kotiin selviytyäkseen arkipäivän askareista ja henkilökohtaisista toiminnoista kuten hygienian hoitamisesta. Kotipalvelun työntekijät ovat pääasiassa kodinhoitajia, kotiavustajia ja lähihoitajia. Kotipalvelun työntekijät seuraavat myös asiakkaan vointia ja neuvovat palveluihin liittyvissä asioissa asiakkaita ja omaisia. Monissa kunnissa palveluja saa myös iltaisin ja viikonloppuisin; ja yöpartiotkin ovat yleistymässä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009a.)

Kotihoidon tukipalvelut

Tukipalveluilla täydennetään kotipalvelun antamaa henkilökohtaista huolenpitoa. Tukipalvelut ovat mahdollisesti ensimmäisiä palveluita, joita asiakas tarvitsee itsenäisen asumisen tueksi. Tukipalvelut on tarkoitettu yleensä kotipalvelun

ja kotihoidon asiakkaille. Tukipalveluita voivat saada myös henkilöt, jotka eivät tarvitse muuta kotipalvelun tai kotihoidon palvelua. Tukipalveluja ovat ateriapalvelu, siivous, vaatehuolto, kauppa- ja muut asiointipalvelut, kuljetus- ja saattajapalvelu, kylvetys- ja saunotuspalvelu, turvapalvelut sekä sosiaalista kanssakäymistä edistävät palvelut. Tukipalveluja saa kunnan kotipalvelun, kotihoidon, vanhus- tai vammaispalvelujen kautta. Kunta voi tuottaa tukipalvelut itse tai ostaa ne yksityisiltä palveluntuottajilta. Tukipalveluilla on yleensä kuntakohtainen hinnasto, eivätkä niiden maksut sisälly ruokakunnan tulojen ja henkilömäärän mukaan määräytyvään kotipalvelumaksuun. Kunta voi antaa palvelun tarvitsijalle palvelusetelin, jolla tämä voi ostaa palvelun kunnan hyväksymiltä palveluntuottajilta. Palveluntarvitsija voi ostaa tukipalveluja myös suoraan yksityisiltä palvelujen tuottajilta. Tällöin tukipalvelujen ostaja voi käyttää hyväkseen kotitalousvähennystä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009a.)

Kotisairaanhoito

Kotisairaanhoidon tarkoituksena on tarjota korkeatasoisia terveydenhuollon palveluja asiakkaan toimintakyvyn säilyttämiseksi ja edistämiseksi, asiantuntevaa ja inhimillistä sairaanhoitoa ja saattohoitoa. Palvelut on tarkoitettu asiakkaille, jotka eivät pysty käyttämään oman terveysaseman palveluja. Kotisairaanhoidon tarkoituksena on mahdollistaa asiakkaille mahdollisimman pitkä kotona asuminen kokonaisvaltaisen hoidon avulla. Hoito on asiakkaille maksullista. Kotisairaanhoitoon kuuluvat mm. lääkkeiden annostelu ja antaminen, verenpaine- ja verensokerimittaus sekä terveydentilan muutosten seuraaminen. (Ronkainen ym. 2005, 100.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastojen mukaan Suomen 75 vuotta täytäneestä väestöstä 11,2 prosenttia oli marraskuun 2008 lopussa säännöllisen kotihoidon asiakkaina. Jatkuvan ympärivuorokautisen hoidon tarpeessa olevien asiakkaiden osuus oli 6,3 prosenttia. Niiden asiakkaiden osuus, joiden luona käytiin usein (yli 40 käyntiä kuukaudessa), oli hieman yli neljännes. Yli puolet asiakkaista tuli säännöllisen kotihoidon asiakkaiksi kotoa. Hieman yli neljännes

asiakkaista tuli sairaalasta. Hoitoon tulon syy oli useimmin fyysinen tai vajavuus itsestä huolehtimisessa. (Thl 2009c.)

5.1.3 Palveluasuminen

Palveluasuminen on tarkoitettu päivittäistä ulkopuolista tukea ja apua tarvitseville ikäihmisille. Siihen kuuluu asunnon ja palveluiden järjestäminen. Palveluasumista tuottavat kunnat, järjestöt sekä yksityiset yrittäjät. Palveluasumista järjestetään palvelutaloissa, palveluasuntoryhmissä tai yksittäisissä palveluasunnoissa. Palvelutalossa asuminen yleistyi 1990-luvulla nopeammin kuin mikään muu vanhusten palvelumuoto. Silloin rakennettiin runsaasti uusia palveluasuntoja ja monia vanhainkoteja muutettiin palveluasunnoiksi. Palvelutaloissa on asukkaiden yhteistiloja ja monet niistä toimivat myös lähialueensa vanhusten palvelukeskuksena. Palveluasumisen erityispiirteenä on asunnon esteettömyys, tarjolla ovat myös turva- ja muut palvelut sekä apuvälineet. (Sosiaali- ja terveysministeriö 1999, 16–17.)

5.1.4 Laitoshoito

Vanhusten laitoshoidon kuuluu kuntouttava toiminta sekä hoidon ja ylläpidon järjestäminen. Laitoshoito voi olla osavuorokautista, lyhytaikaista tai pitkäaikaishoitoa. Lakisääteisiä laitoshoidon palveluja ovat vanhainkotien, terveyskeskuksen vuodeosastojen ja erikoissairaanhoidon laitospalvelut. (Sosiaali- ja terveysministeriö 1999, 20.)

5.2 Terveyspalvelut

Terveystieteiden tavoitteena on psyykkisen ja fyysisen toimintakyvyn ylläpito ja parantaminen. Terveystieteiden perustana ovat ehkäisevä terveydenhuolto ja hyvin toimivat terveyspalvelut, mitkä ovat koko väestön saatavilla. Jokaisella on oikeus saada hyvää terveydenhoitoa ja päästä hoitoon kohtuullisessa ajassa.

Julkiset terveystalvet jakautuvat perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidoon. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009b.)

5.2.1 Perusterveydenhuolto

Perusterveydenhuollon talvet tuotetaan kunnan terveyskeskuksessa. Kunnalla voi olla oma terveyskeskus tai se voi olla useamman kunnan yhteinen. Kunta voi myös ostaa terveyskeskustalvet yksityisiltä talvetuottajilta. Terveyskeskuksessa ikääntyneillä on mahdollista saada terveysneuvontaa ja sairauksien ehkäisyä sekä yleiset terveystarkastukset. Terveyskeskuksissa on lääkinvastanotto sairastuneille ja vuodeosastoja sairaalahoitoa tarvitseville. Terveyskeskuslääkäri antaa tarvittaessa läheteen erikoissairaanhoidoon.

Sairaankuljetus ja siihen liittyvä ensihoito on osa terveydenhuoltoa, jonka järjestämisestä kuntien terveyskeskukset vastaavat. Suun terveydenhuollon talvetu terveyskeskus järjestää koko väestölle. Mielenterveyspalveluilla ehkäistään ja tunnistetaan mielenterveyshäiriöitä sekä hoidetaan ja kuntoutetaan mielenterveyshäiriöistä ja psyykkisistä sairauksista kärsiviä. Useissa terveyskeskuksissa mielenterveyspalveluja järjestää mielenterveystoimisto. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009b.)

Kotisairaala

Kotisairaaloiminta on määritelty sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa (1241/2002) perusteista avo- ja laitoshoidon määrittelemiseksi. Asetuksen mukaan erikoissairaanhoidon järjestämä hoito potilaan kotona on verrattavissa sairaalan poliklinikalla annettavaan hoitoon. Sairaalan henkilökunnan potilaalle antama lääkehoito on toiminnallisesti ja kustannusten osalta sairaalan vastuulla, ja sairaalasta voidaan toimittaa potilaalle kotona annosteltavaksi esimerkiksi infuusiolääkitystä. Lääkkeet sisältyvät potilasmaksuun, joka on säädetty samaksi kuin sairaalan poliklinikkamaksu. (Huttunen 2007, 25.)

Kotisairaaloiminta on yleistynyt erikoissairaanhoidon toimintayksiköissä ja toimintamuoto on otettu käyttöön myös lukuisissa terveyskeskuksissa. Toimintaa toteutetaan tämän selvityksen mukaan useissa kymmenissä kunnissa ja kuntayhtymissä ja sitä ostetaan myös yksityisiltä palveluntuottajilta. Kotisairaalassa hoidettavia sairauksia ovat mm. syöpä (sytostaattihoidot, kivun hoito), infektiosairaudet, hematologiset sairaudet, krooniset munuaissairaudet (kotidialyysi) sekä haavanhoito. (Huttunen 2007, 26.)

5.2.2 Erikoissairaanhoido

Erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaisia sairauden ehkäisyyn, tutkimiseen ja hoitoon sekä lääkinälliseen kuntoutukseen kuuluvia terveydenhuollon palveluja (Uotinen 2004, 14).

Kunnat vastaavat asukkaidensa erikoissairaanhoidon järjestämisestä erikoissairaanhoidolain mukaisesti. Osa erikoissairaanhoidosta voidaan määritellä erityistason sairaanhoidoksi. Erikoissairaanhoidoa varten maa on jaettu kahteenkymmeneen sairaanhoitopiiriin. Jokainen kunta kuuluu johonkin sairaanhoitopiiriin. Jokaisessa sairaanhoitopiirissä on keskussairaala ja muita toimintayksiköitä. Sairaaloista viisi on erityistason hoitoa antavia yliopistosairaaloita. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastojen mukaan erikoissairaanhoidon avohoitokäyntejä oli vuonna 2006 noin 6,9 miljoonaa. Käyntimääriltään suurimpia erikoisaloja olivat sisätaudit, kirurgia ja aikuispsykiatria. 65 vuotta täyttäneet miehet käyttivät erikoissairaanhoidon avohoidon palveluja naisia enemmän. Erikoissairaanhoidon avohoitokäynneistä eniten käyntejä oli diagnosoitu mielen-terveyden ja käyttäytymisen häiriöiden pääluokkaan. (Thl 2009a.)

Kuntoutus

Kuntoutuksen tavoitteena on edistää sairaan, vammaisen tai vajaatoimintakykyisen ihmisen toimintakykyä, itsenäistä selviytymistä, hyvinvointia, osallistumismahdollisuuksia ja työllistymistä. Kuntoutuspalveluihin voi kuulua esimerkiksi ohjausta, neuvontaa, tutkimusta ja selvitystä, erilaisia terapioida, kuntoutuslaitosjaksoja, sopeutumisvalmennusta, kuntoutusohjausta ja apuvälinepalveluita. Kuntoutus voi olla lakisääteistä tai harkinnanvaraista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010a.)

5.3 Kolmannen sektorin palvelut

Sosiaali- ja terveysjärjestöt ovat yleishyödyllisiä yhteisöjä, jotka toimivat julkisen ja yksityisen sektorin välissä ns. kolmannella sektorilla. Sosiaali- ja terveysjärjestöt välittävät ja tuottavat tietoa, toimivat kansalaisten edunvalvojina, organisoivat vapaaehtoistoimintaa ja vertaistukea, kehittävät ja tuottavat sosiaali- ja terveyspalveluita ja tekevät kansainvälistä yhteistyötä. (YTY 2010.)

Sosiaali- ja terveysjärjestöt pyrkivät edistämään kuntalaisten terveyttä ja sosiaalista hyvinvointia. Ne ovat syntyneet vastaamaan ihmisten erilaisiin avuntarpeisiin, pitämään yhteiskunnassa heikompiensa puolta ja edesauttamaan hyvinvointia. Sosiaali- ja terveysjärjestöjä on Suomessa tällä hetkellä n. 2000. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen kirjo on laaja. Siihen kuuluu mm. Suomen Punainen Risti, Pelastusarmeija, Suomen Reumaliitto, Suomen Sydäntautiliitto ja Suomen Syöpäyhdistys. (Rantakokko 2007.)

Yritysten ja järjestöjen osuus sosiaali- ja terveyspalvelujen tuotannosta on viimeisen kymmenen vuoden aikana jatkuvasti kasvanut. Useat järjestöt toimivat palvelutuotannon lisäksi jäsenistönsä edunvalvojina, vertais- ja vapaaehtoistoiminnassa sekä asiantuntijatehtävissä. Osa järjestöjen henkilöstöstä on koulutettuja ammattilaisia, osaksi toiminta on vapaaehtoistyöntekijöiden varassa. Järjestöt saavat huomattavan osuuden rahoituksestaan julkisista varoista ja Raha-automaattiyhdistykseltä. Raha-automaattiyhdistys on suomalainen erikoisuus,

joka hankkii raha-automaattitoiminnalla varoja yleishyödyllisiin tarkoituksiin ja antaa huomattavaa tukea järjestöille. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010c.)

6 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET

Aikaisempia tutkimuksia ikääntyneiden henkilöiden sosiaali- ja terveyspalveluiden käytöstä löytyi runsaasti. Myös löytyi muutamia tutkimuksia ikääntyneistä venäjänkielisistä maahanmuuttajista. Sen sijaan emme löytäneet tutkimuksia ikääntyneiden venäjänkielisten palveluiden käytöstä. Seuraavaksi tarkastelemme neljää opinnäytetyötä ja vertailemme tuloksia omiin tuloksiimme.

Alexandra Savola ja Emilia Stuf (2008) ovat Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetyössään ”Viiden venäläisperäisen maahanmuuttajan kokemuksia terveyskeskuksen asiakkaana Suomessa” tutkineet venäläisten maahanmuuttajien kokemuksia terveyskeskuksen asiakkaana. Tutkimus on kvalitatiivinen ja suoritettiin käyttämällä puolistrukturoitua teemahaastattelumenetelmää. Haastattelussa tuli esille, että kaikki tutkimushenkilöt käyttivät terveydenhuollon palveluja vuosittain, palvelut koettiin hyvänä. Suurimpana ongelmana terveydenhuollossa koettiin kielitaidon ja kommunikaatiokyvyn puute.

”Ikääntyneiden kotona asuvien inkerinsuomalaisten sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö”. Diakonia-ammattikorkeakoulun sosionomiopiskelija Maarit Alaranta (2003) on tehnyt vuonna 2003 haastattelututkimuksen entisen Neuvostoliiton alueelta tulleiden yli 65-vuotiaiden inkerinsuomalaisten paluumuuttajien palvelujen käytöstä ja niiden riittävydestä. Tutkimus on kvalitatiivinen ja suoritettiin käyttämällä puolistrukturoitua teemahaastattelumenetelmää. Tutkimuksen tulosten mukaan eniten käytettyjä palveluja olivat sosiaali- ja terveyspalvelut. Suurimalla osalla suomen kielen taito riitti arjesta selviytymiseen. Huono luku- ja kirjoitustaito vaikeuttivat virallisten paperiasioiden hoitamista. Pääsääntöisesti paluumuuttajat olivat tyytyväisiä Vantaan kaupungin palveluihin. Venäjänkielisiä palveluja toivottiin enemmän sekä suomen kielen opetusta.

Tuula Salokangas ja Tarja Tossavainen (1999, Diakonia-ammattikorkeakoulu) ovat omassa kvalitatiivisessa tutkimuksessaan ”Ikääntyvän maahanmuuttajan kotoutuminen” haastatelleet 41 ikääntynyttä maahanmuuttajaa, mm. inkerinsuomalaisia paluumuuttajia. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ikääntyvän

maahanmuuttajan arkea ja saada uutta tietoa heidän palvelutarpeistaan. Tiedonkeruumenetelmänä käytettiin puolistrukturoitua teemahaastattelua. Tuloksista ilmenee, että maahanmuuttajilla oli vähän kokemusta sosiaalipalveluista. Suomen terveydenhuoltoon oltiin tyytyväisiä. Tutkimushenkilöt suhtautuivat nihkeästi sosiaalipalvelujen käyttöön ja halusivat selviytyä ilman niitä.

Diakonia-ammattikorkeakoulun sosionomiopiskelijat Irina Allikalt ja Leena Castren (2007) ovat tehneet opinnäytetyön ”Ikääntyneiden kotona asuvien inkerinsuomalaisten sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö.” Tutkimus on kvalitatiivinen ja aineisto kerättiin puolistrukturoidun teemahaastattelun keinoin. Tutkimusta varten haastateltiin kuutta yli 65-vuotiasta Helsingissä asuvaa inkerinsuomalaisista. Saatujen tulosten mukaan inkerinsuomalaiset kyllä käyttävät sosiaali- ja terveyspalveluja. Terveyspalvelut tunnettiin sosiaalipalveluja paremmin. Tieto palveluista oli niukkaa ja jopa virheellistä.

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

7.1 Tutkimusmenetelmä

Kvalitatiivinen tutkimus

Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa onkin pyrkimyksenä pikemmin löytää tai paljastaa tosiasioita kuin todentaa jo olemassa olevia väittämiä. Tutkimuksen kohdetta tutkitaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 152.)

Kvalitatiivisen tutkimustavan valitsimme, sillä tutkimuksemme kohteena ovat ihmiset, heidän ajatuksensa sekä kokemuksensa. Laadulliselle tutkimukselle ominaisena pidämme tärkeänä omia havaintojamme. Laadullinen tutkimus valikoitui myös siksi, että oletimme esiin tulevan odottamattomia vastauksia. Meidän pyrkimyksenämme olikin selvittää haastateltavien todellisia kokemuksia.

Teemahaastattelu

Teemahaastattelussa haastattelu kohdennetaan tiettyihin teemoihin, joista keskustellaan ja haastattelu etenee tiettyjen keskeisten teemojen varassa. Tämä menetelmä tuo tutkittavien äänen kuuluviin. (Hirsjärve & Hurme 2000, 47–48) Haastattelussa on mahdollistaa nähdä vastaaja, hänen ilmeensä ja eleensä, ja hän voi myös selventää saatavia vastauksia (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 193–194).

Hirsjärvi ja Hurme (2008, 184) korostavat, että teemahaastattelu ei ole vain pääteemojen esittämistä. Haastattelun alussa pyysimmekin tunnelman keventämiseksi haastateltavia kertomaan omasta lapsuudestaan. He olivat innokkaita muistelemaan vanhempiensa tarinoita kauniista Suomenmaasta.

Teemahaastattelussa edetään tiettyjen keskeisten etukäteen valittujen teemojen ja niihin liittyvien tarkentavien kysymysten varassa. Teemahaastattelussa ei ole tarkoitus kysellä ihan mitä tahansa, vaan siinä pyritään löytämään merkityksellisiä vastauksia tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimustehtävän mukaisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 77.)

Taustatietoja haimme aiheeseen liittyvistä tutkimuksista ja kirjallisuudesta. Suunnittelimme haastatteluteemoja siten, että ne kartoittavat ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelujen käytön.

Fokusryhmähaastattelu

Fokusryhmähaastattelu on valikoiduissa ryhmässä tapahtuva ja haastattelijan ylläpitämä keskustelu ennalta suunnitellun haastattelurungon pohjalta. Ryhmän koko on 4–10 henkeä. Yleensä fokusoitumisella tarkoitetaan ryhmän kokoamista jonkin tai joidenkin ennalta tiedettyjen asioiden suhteen homogeeniseksi, jotta keskustelu helpottuisi. Usein käytetään kahta haastattelijaa, jolloin toinen voi keskittyä keskustelun ohjaamiseen ja toinen havaintojen ja muistiinpanojen tekemiseen sekä tekniikasta huolehtimiseen. Muistiinpanot voivat myös sisältää havaintoja keskustelun ilmapiiristä tai muista asioista, jotka eivät tallennu äänimateriaalina. (Mäntyranta & Kaila 2008, 18.)

Opinnäytetyömme haastateltavamme henkilöt olivat kaikki venäjänkielisiä maahanmuuttajia. Haastattelumme oli fokusoitu palvelujen käyttöön. Haastattelijoita oli kaksi, yksi meistä ohjasi haastattelua ja toinen teki havaintoja ja muistiinpanoja. Havainnoijan roolissa oleva tarkisti myös jatkuvasti nauhurin toimivuutta haastattelun aikana.

Fokusryhmähaastattelu tuottaa monipuolisen ja rikkaan aineiston, jota ei olisi saatavissa muilla menetelmillä. Fokusryhmähaastattelun avulla pyritään ymmärtämään tutkittava ilmiötä. Useimmin selvitetään haastateltavien näkemyksiä, kokemuksia tai mielipiteitä. Fokusryhmähaastatteluja käytetään runsaasti myös tutkimuksessa jonka avulla pyritään kehittämään palveluja, toimintaa tai terveysviestintää. Suomalaiset tutkijat ovat käyttäneet fokusryhmähaastattelua muun

muassa väestön terveystietämisen ja terveyttä edistävien hankkeiden arvioinnissa. (Mäntyranta & Kaila 2008, 18.)

Hirsjärven ja Hurmeen (2000, 61) mukaan ryhmäkeskustelussa ohjaajien yhtenä tehtävänä on pitää huolta siitä, että keskustelu pysyy valituissa aiheissa ja että kaikilla on mahdollisuus osallistua keskusteluun. Ryhmäkeskustelun etu on se, että ryhmässä keskustelemalla nousee parhaiten esille asioiden eri puolet. Jokaiseen asiaan on enemmän kuin yksi näkökulma ja ne kaikki ovat tärkeitä. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 83–84.)

7.2. Aineiston keruu

Haastattelu tapahtui kesäkuussa 2009 Inkeri-keskuksen venäjänkielisten kerhotoiloissa, jossa he säännöllisesti tapaavat toisiaan torstaisin. Halukkaat jäivät tapaamaan meitä heidän ohjelman jälkeen. Meille järjestettiin rauhallinen paikka haastattelua varten. Ensin esittelimme meidän tavoitteemme vapaehtoisille haastateltaville. Annoimme tutkimuslomakkeet ja pyysimme allekirjoitukset suostumukseen. Kerroimme lyhyesti itsestämme ja myös tutustuimme heihin. Haastattelu perustui teemoihin, kysymykset eivät olleet haastateltavien tiedossa etukäteen. Toinen meistä esitti venäjäksi kysymyksiä ja toinen havainnoi ilmeitä ja eleitä. Haastattelun ilmapiiri oli avoin ja myönteinen, kaikki haastateltavat olivat iloisia ja innostuneita. Yhteensä haastattelimme noin tunnin ja nauhoitimme siitä 40 minuutin keskustelun. Haastattelun päätteeksi kerroimme haastateltaville mahdollisuudesta tulla seuraamaan opinnäytetyömme esitystä helmikuussa 2010.

Haastattelun suunnittelimme litteroita alun perin suoraan venäjäksi ja sen jälkeen kääntää suomeksi. Neljännen litteroidun sivun jälkeen huomasimme, kuinka monimutkaista oli kirjoittaa venäjäksi. Siitä johtuen päädyimme ratkaisuun, että litteroimme haastattelun suoraan suomeksi. Yhteensä kertyi tekstiä kahdeksan sivua.

7.3 Aineiston analysointi

Tämän opinnäytetyön aineisto on laadultaan kvalitatiivinen. Siitä syystä käytämme aineiston analyysimenetelmänä laadullista aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysillä tarkoitetaan kerätyn tietoaineiston tiivistämistä niin, että tutkittavia ilmiöitä voidaan lyhyesti ja yleistävästi kuvailla. Sisällönanalyysissä on olennaista, että tutkimusaineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. Tekstin sanat, fraasit tai muut yksiköt luokitellaan luokkaan merkityksen perusteella. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 23.)

Tuomen ja Sarajärven (2004, 97) mukaan aineistolähtöisessä analyysissä pyritään luomaan tutkimusaineistosta tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävänasettelun mukaisesti. Analyysin ydin on, että analyysiyksiköt eivät ole etukäteen sovittuja tai harkittuja. Analyysi tapahtuu aineiston tiedonantajien ehdoilla eikä tutkijan ennakkoluulojen saattamana. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 97, 98.)

Analyysi lähtee liikkeelle aineiston alkuperäisilmaisujen pelkistämisestä (aineiston pelkistäminen). Ensin tunnistetaan aineistosta asiat, joista tässä tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita ja näitä ilmaisevia lauseita pelkistetään yksittäisiksi ilmaisuiksi. Pelkistetyt ilmaisut ryhmitellään yhtäläisten ilmaisujen joukoksi (aineiston ryhmittely). Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaan kategoriaan ja annetaan kategorialle sisältöä kuvaava nimi. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 102–103.)

Kategorioiden muodostaminen on analyysin kriittinen vaihe, sillä tutkija päättää tutkintansa mukaan, millä perusteella eri ilmaisut kuuluvat samaan tai eri kategoriaan. Analyysia jatketaan yhdistämällä samansisältöisiä alakategorioita toisiinsa ja muodostamalla yläkategorioita (aineiston abstrahointi). Yläkategoriatkin nimetään. Lopulta kaikki yläkategoriat yhdistetään yhdeksi kaikkia kuvaavaksi kategoriaksi. Alakategorioiden, yläkategorioiden ja yhdistävän kategorian avulla vastataan tutkimusongelmiin. (Tuomi & sarajärvi 2004, 103.)

Ensimmäisenä vaiheena kuuntelimme haastattelunauhoja useampaan kertaan ja litteroimme ne kirjoitetuksi tekstiksi suomen kielellä. Luimme haastatteluker-

tomukset useita kertoja saadaksemme haastattelusta kokonaiskäsityksen. Tämän jälkeen pelkistimme tiettyjä alkuperäisilmaisuja, jotka kuuluivat tutkimusongelmaan. Pelkistetyt ilmaisut kirjoitimme mahdollisimman tarkkaan samoilla termeillä kuin teksti on aineistossa.

Pelkistämisen jälkeen aineisto ryhmiteltiin. Aineiston ryhmittelyssä etsimme pelkistettyjen ilmaisujen erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistimme samaan kategoriaan ja annoimme sille sen sisältöä kuvaavan nimen. Aineiston abstrahointivaiheessa yhdistimme samansisältöisiä alakategorioita, jolloin saimme yläkategorioita (Liite 4).

8 TUTKIMUSTULOKSET

Seuraavassa kappaleessa esitämme opinnäytetyömme haastattelun tulokset, jotka saatiin tutkimuskysymykseen:

Millaisia sosiaali- ja terveystalveluja käyttävät yli 65-vuotiaat venäjänkieliset maahanmuuttajat Suomessa?

Pääkysymyksen lisäksi käytimme lukuisia apukysymyksiä. Haastattelu eteni seuraavien teemojen mukaan: taustatiedot, muuttosyyt Suomeen, tiedonsaanti palveluista, terveydentila, liikunta ja palvelujen käyttö (Liite 3). Tulokset esitetään tekstinä, luokituksina ja suorina lainauksina.

8.1 Haastateltavien muuttosyyt Suomeen

Enemmistö haastateltavista oli paluumuuttajia. Heillä oli unelmia jo lapsuudessaan palata juurilleen. Entisessä kotimaassa heihin suhtauduttiin kuin vieraisiin. He joutuivat muuttamaan usein paikasta toiseen ja se vaatii paljon joustavuutta ja sopeutumista jatkuvasti uusiin elämäntilanteisiin.

Äiti ja isoäiti koko ajan muistelivat, että olemme asuneet täällä. Minä palasin omalle historialliselle kotimaalle, omille juurille.

Minun mummoni, joka tuli Suomesta ja meni naimisiin vaarini kanssa, joka oli inkeriläinen.

Eräs haastateltava oli päässyt tänne opiskelemaan ja mennyt naimisiin. Hän sopeutui hyvin tähän yhteiskuntaan ja oli tyytyväinen asumiseen Helsingissä.

Minä tulin opiskelemaan ja menin naimisiin.

8.2 Suomen kielen taito

Kaikki haastateltavat pitivät suomen kielen osaamista tärkeänä ja kaikki kertoivat osaavansa suomea. Tulkin palveluja ei ollut kukaan heistä tarvinnut. Toiset haastateltavista olivat opiskelleet suomea jo ennen muuttoa tänne ja toiset opiskelivat täällä. Eräs tutkittavista mainitsi opiskelleensa suomenkielisessä peruskoulussa ja äidinkielen olevan suomi.

Lopetin suomenkielisen koulun 7.luokalla.

Opiskelin suomea kolme vuotta kurssilla kotimaassani. Silloin kun muutin Suomeen, niin osasin jo hoitaa kaikki paperit itse.

Olen opiskellut suomea pitkät jaksot. Osaan kirjoittaa ja luen paljon suomenkielisiä kirjoja ja lehtiä.

Arkiasioiden hoitamiseen, kuten kauppareissut, kirjasto ja ulkoilu, kielitaito oli kaikilla haastateltavilla riittävä. Virallinen kieli kuitenkin aiheutti vaikeuksia. Sosiaali- ja terveystalvelujen käyttäjinä heille saattoi joskus jäädä epävarma olo siitä, ovatko he ymmärtäneet asiat oikein. Siitä johtuen heillä oli tarve tarkistaa saamansa tiedot venäjäksi.

Arkikielessä pystyn puhumaan omasta terveydestä, mutta virallinen kieli on vaikea.

Lääkkeillä ei ole venäjänkielistä tuoteselostetta. Se on vaikeaa. Kyllä mä ymmärrän vähän latinaa. Vaikea on orientoitua venäläisillä. Voin tulla tänne kerhoon ja pyytää kääntämään.

8.3 Tieto sosiaali- ja terveystalveluista

Tietoa talveluista saatiin lukuisista eri paikoista, kuten Inkeri-keskuksesta, sosiaalityötoimistosta, kelasta, ystäviltä, ilmaisista lehtistä ja tiedotteista, kerhon lääkäri-ruennoilta, venäjänkielisistä kirkon tiedotteista ja radiosta. Haastateltavilla oli hyvät vuorovaikutustaidot ja he olivat yhteisöllisiä. He kävivät säännöllisesti viikoittain kerhossa, jossa vaihtoivat kuulumisia ja uutta tietoa keskenään. Monet

lukivat esimerkiksi terveyteen liittyvää kirjallisuutta kirjastossa, monet taas hankkivat uutta tietoa ilmaisista mainoksista ja myös radiota kuuntelemalla. Tarvittaessa kerhon ohjaaja auttoi heitä ymmärtämään, jos tiedoissa oli epäselvyyttä. Haastateltavat mainitsivat tiedonlähteeksi myös kerhon lääkäriluennot heitä kiinnostavista aiheista.

Sosiaalitoimistosta tulee tiedotteita postitse tai otan toimistolta. Kysyn kerhon ohjaajalta, hänellä on myös paljon lakitietoja.

Saan tietoa radiosta ja ”Hyvä terveys” kirjasta.

Kaikki haastateltavat korostivat ystäviltä saatujen tietojen tärkeyttä. Ystävien käytännössä hyväksi todetut kansankonstit ja luontashoitojen ohjeet olivat haastateltavien mielestä luotettavia. Tieto kulki suusta suuhun. Kyseisiä kotikonsteja oli käytetty pitkän elämän varrella jatkuvasti, ne olivat halpoja ja helpposti saatavilla. Haastateltavat olivat aktiivisia ja antoivat rohkeasti neuvoja kotikonsteista myös muille.

Info tulee ystäviltä. Se on puskaradio.

Kaikilla haastateltavilla oli internetin käytön mahdollisuus. Keskustelusta kuitenkin ilmeni heidän negatiivinen suhtautuminen internetissä tulevaan tietoon. Joku mainitsi, että käyttää tietokonetta vaan lasten kanssa yhteydenpitoon.

En tykkää internetistä, internet on täynnä politiikka.

Minulla on tietokone, mutta tietoa terveydestä en katsele sieltä. Olen lasten kanssa yhteydessä skypen kautta.

Osa vastaajista oli sitä mieltä, että he eivät tarvitse tällä hetkellä mitään lisätietoja. Haastateltavat aikovat hankkia tietoja vasta silloin, kun tulee siihen tarvetta.

Kiitos Jumala, minulla on kaikki tarvittava tieto.

8.4 Haastateltavien käyttämät palvelut

8.4.1 Sosiaali- ja terveystalvelujen käyttö

Haastateltavat kertoivat käyttävänsä monia sosiaali- ja terveystalveluja. Kaikki haastateltavat olivat terveystalvelun asiakkaita, jossa käytiin säännöllisesti. Eniten käytettyjä talveluja olivat terveystalvelun lääkäriin vastaanotto, laboratorio, apteekki ja Kelatoimisto. Osa haastateltavista käytti päivystystalveluklinikan talveluja, jalkahoitoa, käyntiä diabeteshoitajan, silmälääkäriin tai hammaslääkäriin vastaanotolle.

Olen terveystalvelun asiakas. Kun saan kutsun, silloin lähden ja annan kokeita puolen vuoden välein.

Kyllä täällä on terveystalvelut hyvällä tasolla, kaikki on ystävällisiä ja huomaavaisia, mutta terveyden tilannetta ei arvioida samalla tavalla.

Terveysongelmistä johtuen terveystalveluja tunnettiin paremmin ja käytettiin sosiaalitalveluja enemmän. Kroonisten sairauksien kurissa pito edellytti säännöllisiä käyntejä terveystalvelulle. Terveystalveluja käytettiin sairauksien hoitoon, mm. diabetes, sepelvaltimotauti, verenpaineauti, nivelrikot, iskias ja osteoporoosi. Tästä syystä he käyttivät myös säännöllisesti tiettyjä lääkkeitä.

Minulla on nivelrikko ja minulle määrättiin uuden lääkelain mukaan vaihtoehtoislääke.

On diabetes, sen hoidon saan täältä, mutta sydän- ja verisuonitautien hoito ei sovi.

Minullakin on polvinivel kipeä, otan myös aamuisiin verenpaineelääkkeen.

Minä käytän vain osteoporoosin lääketä.

Sosiaalipalvelujen käyttö oli vähäinen heidän omatoimisuudestaan johtuen, mutta kuitenkin tarpeen mukainen. Haastateltavat kertoivat olevansa tietoisia tarvittavista sosiaalipalveluista.

Hampaat ovat kalliita, mutta en ole vielä harkinnut tekohampaita.

Minä sain maksusitoumuksen ja voin tilata uudet silmälasit. Kiitos Jumalalle, on tärkeintä nähdä ja kuulla. Iäkkäälle ovat hampaat tarpeellisia ja nekin maksetaan sosiaalitoimistossa.

8.4.2 Muiden palvelujen käyttö

Eniten käytettyjä palveluja olivat kirjasto, Inkeri-keskuksen venäjänkielisten kerhotilat, naistenklubi ja uimahalli. Haastateltavat kehuivat sitä, että kirjastopalvelut ovat ilmaisia. Siellä voi lukea tuoreita sanomalehtiä ja aikakausilehtiä.

Annankadulla on hyvä kirjasto.

Loistavaa, että kirjastot ovat ilmaisia.

Käyn naistenklubissa, joka on Bulevardintiellä.

8.4.3 Entisen kotimaan palvelujen käyttö

Osa tutkimukseen osallistujista mainitsi käyttävänsä entisen kotimaan palveluja. Eräs haastateltava kertoi, että hänelle oli kotimaassa määrätty sairauseläke ja hoito, johon hän luottaa.

Suomessa määrättyt sydän- ja verisuonitautien lääkkeet eivät auta hyvin. Tuon lääkkeet entisestä kotikaupunkistani.

Teetin hampaat omassa kotimaassani.

8.4.4 Ehdotuksia palvelujen parantamiseksi

Ikääntyneille saattaa joskus jalkojen hoitaminen olla vaikea, esimerkiksi akuuttitilanteessa. Eräs haastateltava kertoi omista kokemuksista luun murtuman yhteydessä.

Pedikyyri on tärkeä, jos ei itse pysty hoitamaan jalkojaan. Saisi olla kerran kolmessa kuukaudessa ilmainen seteli. Olen ehdottanut sitä palvelua sosiaaliviranomaisille hintaan 20–25 euroa.

Haastateltavamme olivat aktiivisia ja olisivat halunneet käytä useammin uimahallissa. Heitä kiinnostivat eläkeläisten edut uimahallin käytössä.

Jos olisi eläkeläisille kausikortti uimahalliin?

Sairauksien hoidossa ilmeni lääkkeiden käyttöön liittyvää epävarmuutta. Suomessa lääkeselosteet ovat vaan suomeksi ja ruotsiksi. Olisi tärkeä huomioita maahanmuuttajien mahdollisesti puutteellinen kielitaito.

Lääkkeillä ei ole venäjänkielistä tuoteselostetta. Se on vaikea.

8.5 Arkielämä Suomessa

Seuraava teema-alue saatiin haastattelun sivutuloksena. Tämä teema kuitenkin liittyi EU-projektin aiheeseen ja on sen takia arvokasta tietoa.

Hyvän suomen kielen ansiosta haastateltavat pystyivät osallistumaan suomalaiseseen arkielämään ja pysyivät ajan tasalla. He olivat tietoisia siitä, että heistä pidetään huolta valtion tasolla, sen takia tulevaisuus ei pelottanut heitä. Elämä Suomessa tuntui heistä turvalliselta. Kun omat voimavarat eivät enää riitä, niin on tarjolla monipuolista sekä taloudellista että henkistä apua. Haastateltavat korostivat myös omaa aktiivisuutta; pitää vain olla rohkea ja kysyä. Heillä oli omasta entisestä kotimaastaan tietyt tavat ja tottumukset, jotka ohjaavat heidän arkielämänsä täällä Suomessa.

8.5.1 Terveys ja omatoimisuus

Haastateltavat arvioivat itse omaa terveyttään tyydyttävästä hyvään. Heillä oli monia kroonisia sairauksia, jotka vaikuttavat jokapäiväiseen jaksamiseen.

Minä sanoisin, tässä iässä terveys on tyydyttävä. Tietysti jossain rutisee, mutta lepään vähän ja sitten lähden taas juoksemaan.

Terveys on kohtalainen, jos sää on lauha, niin ei ole ongelmaa.

He olivat oppineet tunnistamaan omat voimavaransa ja suunnittelivat päivän sen mukaan. Joku havaitsi, että voimat palautuvat lepäämällä, toinen taas toteusi, että siihen auttaa hyvin liikunta.

Minulle on tullut sellainen tapa, että nukun päivällä noin 40 minuuttia, joskus yhdeltä ja joskus viideltä.

Kun väsyttää, niin rupean imuroimaan eli liikkumaan.

Terveystilaan ja toimintakykyyn vaikuttavat ihmisen koko elämäntapa ja elinolosuhteet. Haastatelluille oli tärkeää, että he pärjäävät mahdollisimman pitkään omatoimisesti arkiaskareiden hoitamisessa. Haastateltavat olivat tottuneet pärjäämään itse ja säästeliäästi sekä osasivat löytää ongelmakohtiin erilaisia ratkaisuja.

Itse teen kaiken. Teen silloin kun haluan eli itse saan päättää. Jos en jaksa, niin heitän kaikki nurkkaan ja en liikahda. Ehkä teen huomenna, Jumalalla on päiviä tallella.

Mä teen kaiken itse ja juoksentelen sinne tänne. Koko ajan teen jotain, se on tärkeintä. Tietysti jossain rutisee, mutta lepään vähän ja sitten lähden taas juoksemaan.

Haastateltavilla oli positiivinen asenne elämään. Krooniset sairaudet ovat osa heidän arkeaan ja he olivat sopeutuneet siihen.

Sairaudet elävät omaa elämäänsä.

Täytyy pärjätä, ei langeta tän alle.

8.5.2 Harrastukset ja liikunta

Haastateltavat olivat tietoisia siitä, että he voivat elintavoillaan vaikuttaa tulevaisuuteensa. He korostivat liikunnan tärkeyttä ja hyviä mahdollisuuksia ulkoilla, kuten lenkkipolut ja kauniit puistot. Kaikki haastateltavat olivat omatoimisia ja harrastivat liikuntaa sekä ulkoilua päivittäin 1–3 tuntia kerrallaan.

Raikas ilma auttaa

Minusta on ihana olla ulkona.

Teen puolitoista tuntia kestävän lenkin.

Liikuntaharrastuksista suosituimpia olivat lenkkeily, sauvakävely ja arkiaskareiden hoitaminen, kuten asioilla käynti sekä siivous.

Teen yhden tunnin lenkin kerrallaan, jalka on kipeä.

Minä en tykkää niin paljon kävellä, sauvakävelystä kyllä pidän.

Lähden lenkille, kauppaan, kirjastoon, kelaan. Kokonainen viikko kuluu siihen.

Lemmikeistä huolehtiminen antoi seuraa ja auttoi jaksamaan. Eräs haastateltava mainitsi lemmikikseen kissan, eräällä toisella oli koira. Yksin asuville ovat lemmikit tärkeitä. Heillä on aina ollut tapana huolehtia jostakin ja lemmikeistä huolehtiminen lisäsi heidän voimavarojaan.

Minulla on koira, joka pitää minut liikkeellä, kolme kertaa päivässä täytyy käydä ulkoilemassa. Koiran kanssa täytyy mennä joka säällä.

Lukeminen on monelle mielekäs harrastus. Se on hyödyllistä myös muistin säilymisen kannalta ja auttaa väsymyksen yli. Haastateltavamme viihtyivät kirjan seurassa, jos esimerkiksi terveydentilanne ei sallinut lähteä ulos.

Kirja on ensimmäinen apuväline väsymykseen. Käyn kaupassa, seison siellä täällä ja olenkin väsynyt, mutta kun istun puoli tuntia kirjan seurassa, niin olen jo piristynyt.

8.5.3 Tyytyväisyys elämään Suomessa

Suurin osa haastatelluista piti elämää Suomessa hyvänä. Kaikilla oli omat asunnot, joissa he viihtyvät. Haastateltavien tyytyväisyyttä lisäsi se, että palvelut olivat lähellä ja kulkuyhteydet hyvät joka paikkaan. Hyvin toimiva sosiaalinen verkosto korosti haastateltavien hyvinvointia.

Minulla on Suomessa kaikki hyvin. No problem.

Palvelut ovat lähellä. Eläkeläisille on Helsingin sisäinen matkakortti kuukaudessa 20–40 euroa.

Hyvin pääsee joka puolelle, on matkakortti. Käyn kylässä tuttavilla.

Haastateltavat pitivät Suomen luontoa kauniina ja nauttivat ympäristön siisteydestä. He pitivät siitä, että puistot ovat huoliteltuja ja kaikkialla on kauniita pensaita ja kukkia.

Ympäristö on hieno. Täällä on joka puolella kaunista, varsinkin maaseudulla.

Eräs haastateltava vertaili elämää aikaisemmin ja nykyaikana Suomessa.

Suomessa on kaikki hyvin. Olen asunut täällä pitkään, mutta aikaisemmin oli kaikki paremmin ja kauniimmin. Nyt ovat kadut likaisia, kansalaiset eivät välitä siisteydestä.

9 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS

Laadullisessa tutkimuksessa tutkija itse on pääasiallisen luotettavuuden kriteeri ja luotettavuuden arviointi koskee koko tutkimusprosessia (Eskola & Suoranta 2003, 210).

Koehaastattelua emme tehneet, koska aiheemme kysymykset olivat rakenteellisesti avoimia. Niihin voidaan vastata omien näkökulmien ja kokemusten perusteella. Lähdimme liikkeelle siitä, että kaikki vastaukset ovat tärkeitä ja arvokkaita. Kuitenkin koehaastattelun avulla olisimme saaneet hieman kokemusta haastattelun tekemisestä, mikä olisi lisännyt tutkimuksemme luotettavuutta.

Haastattelu tapahtui Inkeri-keskuksen venäjänkielisten kerhotiloissa. Meille annettiin haastattelua varten rauhallinen huone, jossa tehtiin ensin tuttavuutta haastateltavien kanssa ilman nauhuria. Nauhurin toimivuutta olimme testanneet jo etukäteen ennen haastattelua, mutta paristojen kestosta ei ollut tietoa. Haastattelun jälkeen tarkistimme, oliko koko keskustelu tallentunut. Haastattelu tapahtui haastateltavien omalla kielellä, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta. Venäjä ei ole meidän äidinkielemme, mutta toinen meistä puhuu sujuvasti venäjää.

Kaikki haastateltavat olivat asiantuntijoita eli yli 65-vuotiaita, venäjänkielisiä maahanmuuttajia pääkaupunkiseudulta. Alun perin haastatteluun osallistui viisi henkilöä, mutta yksi heistä ei täyttänyt projektin määrittämiä kriteerejä. Hän oli kuitenkin mukana haastattelutilanteessa, mutta emme huomioineet hänen vastauksiaan tutkimuksen tuloksissa. Meistä tämä seikka lisää tutkimuksen luotettavuutta ja on myös tutkimuksen etiikkaan mukaista.

Luotettavuuden lisäämiseksi raportissa voidaan käyttää suoria lainauksia, mutta mitä tulisi käyttää vain esimerkinomaisesti. Käytettäessä suoria lainauksia tulee tutkijan varmistua, ettei tutkittavia henkilöitä voida tunnistaa. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 10.)

Opinnäytetyömme litterointi on käännetty venäjän kielestä suomeksi. Raporttiin liitimme kohtuullisesti suoria lainauksia. Mielestämme se lisää luotettavuutta ja elävöittää tekemämme työtä. Suorien lainauksien käyttäminen tutkimustuloksissa mahdollistaa lukijan mukaan pääsemisen tutkijan maailmaan. Suorista lainauksista on poistettu kaikki henkilöiden ja paikkojen nimet, ettei haastateltavia voisi tunnistaa.

Opinnäytetyössämme olemme myös käyttäneet runsaasti lähdeviitteitä. Lisäksi tutkimuksemme luotettavuutta esitämme analyysiprosessin liitteenä, jotta lukijat pystyvät tarkistamaan analysoinnin prosessin kulun.

10 TUTKIMUKSEN EETTISYYS

Yleisesti voidaan todeta, että ihmisoikeudet muodostavat ihmisiin kohdistuvan tutkimuksen eettisen perustan. Tutkittavien suojaan kuuluu se, että tutkijan on selvitettävä osallistujille tutkimuksen tavoitteet, menetelmät, ja mahdolliset riskit sillä tavoin, että haastateltavat pystyvät ne ymmärtämään. Tutkittavien suojaan kuuluu osallistuvien vapaaehtoinen suostumus: yksilöillä on oikeus kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen, keskeyttää mukanaolonsa milloin tahansa tutkimuksen aikana ja oikeus kieltää jälkikäteen itseään koskevan aineiston käytön tutkimusaineistona. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 128.)

Haastattelun virallista lupaa emme tarvinneet. Jokaiselta haastateltavalta saimme suullisen ja kirjallisen suostumuksen haastatteluun. Alussa kerroimme projektistamme ja esitimme heille siitä kirjallisen kertomuksen. Tiedotimme myös, että haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja siitä on oikeus kieltäytyä tutkimuksen missä vaiheessa tahansa. Kysyimme haastateltavilta myös erikseen heidän suostumustaan nauhoittamiseen. Kaikki antoivat siihen luvan, eikä nauhurin käyttö tuntunut ketään häiritsevän. Lisäksi selvitimme heille, miten tulisimme käyttämään haastatteluaineistoa.

Haastatteluun osallistujien oikeuksien ja hyvinvoinnin turvaaminen on oleellinen osa tutkittavien suojaa. Osallistujille ei pidä aiheuttaa vahinkoa, heidän hyvinvointinsa on asetettava kaiken edelle ja mahdolliset ongelmat on etukäteen otettava huomioon. Tutkimustietojen on oltava luottamuksellisia; tutkimuksen yhteydessä saatuja tietoja ei luovuteta ulkopuolisille, eikä tietoja käytetä muuhun kuin luvattuun tarkoitukseen. Kaikkien osallistujien on jätävä nimettömiksi, elleivät he ole antaneet lupaa identiteettinsä paljastamiseen. Ennen kaikkea tutkimukseen osallistujilla on oikeus odottaa tutkijalta vastuuntuntoa; tutkijan on noudatettava lupaamiaan sopimuksia, eikä tutkimuksen rehellisyyttä vaaranteta. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 128–129.)

Opinnäytetyössämme haastateltavien henkilöllisyys ei ilmene, koska raportista ei käy ilmi tiedonantajan nimi tai ikä. Olemme tutkijoina sitoutuneet raportoimaan tutkimuksemme tulokset avoimesti ja rehellisesti sekä takaamaan tutkittavien tietosuojan. Opinnäytetyön hyväksymisen jälkeen kaikki tutkimukseen liittyvä materiaali hävitetään. Silloin tutkimustuloksista ei voida johtaa, ketkä tutkittavat ovat.

Jokaisella haastateltavalla on oma menneisyytensä ja historiansa. Meidän on kunnioitettava heidän elämäkertomustaan. Eettisyys koskee myös sitä, että ei sekoiteta omia mielipiteitä heidän kertomuksiinsa eikä epäillä tarinoiden todellisuutta.

11 TULOSTEN TARKASTELU

Opinnäytetyössämme olemme tarkastelleet ikääntyneiden venäjänkielisten maahanmuuttajien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käyttöä. Tavoitteemme oli selvittää, minkälaisia palveluja he käyttävät. Lisäksi kysyimme haastateltaviltamme, mistä he saavat tietoja palveluista ja heidän ehdotuksiaan palvelujen parantamiseen.

Saamamme tulokset perustuvat haastatteluaineistosta tekemäämme sisällönanalyysiin. Seuraavana tarkastelemme tuloksia vertaamalla niitä aiempiin tutkimuksiin ja aiheeseen liittyvään teoriaan. Tuloksista ilmeni, että haastateltavien kokemukset ja ajatukset olivat osittain samansuuntaisia aikaisempien tutkimustulosten kanssa. Tutkimustehtävämme oli selvittää sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöä Suomessa. Lisäksi saatiin mielestämme tärkeää tietoa ikääntyvien venäjänkielisten muilta elämänalueilta, joita myös esittelimme tuloksissamme.

Muuttosyyt Suomeen

Opinnäytetyömme haastattelun tulosten mukaan enemmistö haastateltavista oli inkeriläisiä paluumuuttajia. He olivat ylpeitä siitä, että elämän vaikeuksista huolimatta heidän suomalaisuutensa oli säilynyt. On luonnollista, että ikääntyvillä inkerinsuomalaisilla on kova halu palata juurilleen. Mielestämme päätöstä muuttamiseen pitäisi kuitenkin harkita huolellisesti, koska kenelle tahansa uuteen maahan muuttaminen on vaikeaa, ja erityisesti iäkkäälle ihmiselle. Suuri osa elämästä on kuitenkin eletty erilaisessa yhteiskunnassa. On myös erilaista muuttaa yksin kuin perheen kanssa. Mielestämme olisi hyvä jo lähtömaassa ottaa selvää siitä, minkälaiset ongelmat mahdollisesti edessä odottavat.

Kuten teoriassakin sanotaan, niin maastamuutto on yksi suurimmista muutoksista ihmisen elinkaareissa. Siihen liittyy usein erilaisten kulttuurien ja elämäntapojen kohtaaminen sekä sopeutuminen uusiin olosuhteisiin. (Liebkind ym. 2004, 96, 181.) Takalon ja Juotteen (1995, 66–67) mukaan juuri maahanmuuton alku-

vaiheessa suomalaiset viranomaiset ovat avainasemassa ohjatessaan maahanmuuttajia palveluiden piiriin antaessaan informaatiota ja käytännön tietoa.

Suomen kielen taito

Kielitaito on tärkeä ikääntyneiden sopeutumisessa uuteen maahan. Tutkimuksemme tulosten mukaan suomen kielen taito riitti arjessa selviytymiseen. Kaikki haastattelemamme henkilöt kertoivat osaavansa suomea, mutta kielen taito vaihteli. Tulosten mukaan arkikielen käyttö ei aiheuttanut vaikeuksia, mutta virallisen kielen ymmärtämisessä oli puutteita. Diakonia-ammattikorkeakoulun sosionomiopiskelija Maarit Alaranta (2003) sai omassa opinnäytetyssään vastaavia tuloksia.

Suomessa asuvista inkeriläisistä keskimääräistä suurempi osuus on eläkeläisiä. Osa heistä puhuu suomea äidinkielenään, osa on kokonaan suomen kieltä taitamattomia, koska erityisesti Neuvostoliiton aikana ihmisiä vaadittiin puhumaan venäjää ja ihmiset pyrkivät jopa salaamaan äidinkieltänsä. (Räty 2002, 37, 84.) Takalon ja Juotteen (1995) mukaan suomen kieli on aina kuulunut vahvasti inkerinsuomalaisuuteen. Ikääntyneille suomen kielen hallinta on selkeä osoitus inkerinsuomalaisuudesta.

Tutkimuksemme tulosten mukaan ilmeni, että vain lyhyen aikaa Suomessa asunut venäjänkielinen ikäihminen tarvitsisi terveyspalveluja käyttäessään lisää selityksiä selkokielellä, koska terveyteen liittyvää sanastoa ja käsitteitä on vaikea ymmärtää. Terveystieteiden palveluissa käytetään usein erikoissanastoa, josta maahanmuuttajat ovat saaneet vaan vähän tai ei ollenkaan opetusta (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 25–30). Mielestämme pitäisikin tehostaa perustietojen lisäksi erikoissanaston opettelua suomeksi ja mahdollisuuksien mukaan tulisi antaa asiakkaille venäjänkielisiä tiedotteita.

Tiedon saanti palveluista

Tutkimuksemme tulosten mukaan venäjänkielisillä ikäihmisillä oli laajat tiedon-
saanti lähteet. Tietoja palveluista saatiin lukuisista virallisista sekä epävirallisista
lähteistä. Allikalt ja Castren (2007) omassa opinnäytetyössään saivat taas päin-
vastaisia tuloksia. Heidän haastattelustaan ilmeni, että tieto palveluista oli niuk-
kaa ja jopa virheellistä.

Tutkimuksestamme nousi esille se, että haastattelemamme henkilöt olivat saa-
neet tietoa tarjolla olevista palveluista eniten tutuilta ja ystäviltä. Suurin osa
haastateltavista ei kuitenkaan pitänyt tiedon vähyyttä ongelmana, sillä he ajatte-
livat hankkivansa tietoa sitten, jos sitä tulevaisuudessa tarvitsevat. Samat tulok-
set ilmenivät myös Allikaltin ja Castrenin (2007) opinnäytetyön haastattelusta.
Tulostemme mukaan tiedot palveluista olivat kaikille saatavilla. Riittävä kielitaito
ja positiivinen asenne lisäsivät rohkeutta tarvittaessa pyytää apua.

Palvelujen käyttö

Opinnäytetyömme tulosten mukaan kaikki haastateltavamme olivat käyttäneet
terveyspalveluja, ja osoittautui, että julkiseen terveydenhuoltoon ollaan pääosin
tyytyväisiä. Terveysaseman palveluja käytettiin säännöllisesti kroonisten saira-
uksien hoitoon ja seurataan. Samanlaisiin tuloksiin olivat päässeet myös Diako-
nia-ammattikorkeakoulun opiskelijat Alexandra Savola ja Emilia Stuf (2008)
opinnäytetyössään.

Opinnäytetyömme mukaan ikääntyvillä venäjänkielisillä maahanmuuttajilla oli
monia kroonisia sairauksia, jotka vaikuttivat heidän arkipäivän suunnitteluunsa.
Sairaudet olivat samanlaisia kuin kantaväestöllä, mutta venäjänkieliset käyttävät
enemmän perinteisiä luontaistuotteita itsehoitona.

Opinnäytetyömme tuloksista ilmeni, että haastateltavilla oli melko vähän koke-
muksia sosiaalipalvelujen käytöstä. Sosiaalipalveluja käytettiinkin selvästi vä-

hemmän kuin terveystalvurju. Allikaltin ja Castrenin (2007) saamat tulokset tukevat meidän tuloksiamme.

Teoriassa todetaan, että ikäihmisten palvelutarpeiden kannalta ratkaisevaa on, onko tarvittava palvelu olemassa, löydetäänkö palvelut, onko palveluista tarpeeksi tietoa saatavilla sekä missä palvelut sijaitsevat (Nyholm & Suominen 1999, 50). Ikääntyminen tuo palvelutarpeisiin erityispiirteitä. Avun ja tuen tarve kasvaa, tihenee, säännöllistyy ja monipuolistuu. (Lehto, Kananoja, Kokko & Taipale 2001, 99.)

Opinnäytetyömme mukaan Suomessa asuvat venäjänkieliset ikääntyneet maahanmuuttajat käyttivät sosiaali- ja terveystalvurjujen lisäksi myös lukuisia muita palveluja. Yksityisiä ja kolmannen sektorin palveluja ei käytetty ollenkaan.

Haastateltavien entisessä kotimaassa oli ollut hieman erilainen sosiaali- ja terveystalvurjujen järjestelmä kuin Suomessa. Mielestämme tulisikin enemmän panostaa venäjänkielisten ikääntyneiden maahanmuuttajien perehdyttämiseen Suomen palvelujärjestelmään. Täällä on varsin suosittua kolmannen sektorin palvelujen käyttö, mutta haastateltavien entisessä kotimaassa vastaavien palvelujen tarjonta on vähäistä. Esimerkiksi sosiaali- ja terveystalvurjujen esittely saattaisi olla tarpeellinen, koska ikääntyneet eivät välttämättä osaa kysyä palveluista, joista he eivät tiedä.

Opinnäytetyömme ikääntyneet venäjänkieliset asiakkaat ehdottivat keinoja palvelujen laadun parantamiseen. Vähiten Suomessa asunut kaipasi venäjänkielisiä lääkeselosteita. Varmuuden vuoksi hän käytti tuttuja lääkkeitä entisestä kotimaasta.

Arkielämä Suomessa

Opinnäytetyömme mukaan venäjänkielisten ikääntyneiden maahanmuuttajien tyytyväisyyttä arkielämään lisäsivät suomen kielen taito, kaunis ympäristö, yhteisöllisyys ja omatoimisuus.

Tuloksistamme ilmeni, että ikääntyneet venäjänkieliset ikäihmiset ovat hyvin yhteisöllisiä. Haastateltavat olivat kiitollisia siitä, että voivat tavata saman historian omaavia henkilöitä. Säännöllisesti tavattaessa vaihdettiin kuulumisia, puhuttiin terveydestä ja kaikesta muustakin ikäihmisten elämään liittyvästä.

Samanlaisen taustan omaavien henkilöiden kanssa seurustelu on erityisen palkitsevaa ja tukee henkistä hyvinvointia. Oma etninen ryhmä tukee maahanmuuttajien etnisen identiteetin säilymistä. (Liebkind ym. 2004, 97.) Myös Routasalon ja Pitkälän (2005) mukaan ikääntyneille ovat merkittäviä omaan ikäryhmään kuuluvat ystävät. Samat historian kulkuun liittyvät kokemukset ja toisen kokemusten ymmärtäminen oman elämäkokemuksen kautta auttavat yhteisten puheenaiheiden löytämisestä. Muistojen ja ajatusten vaihtaminen oman ikäryhmän jäsenten kanssa on tärkeää.

Opinnäytetyössämme selvisi, että haastateltaviemme tyytyväisyyttä elämään lisäsi hyvä toimintakyky kroonisista sairauksista huolimatta. Liikuntaa harrastettiin monipuolisesti ja päivittäin. Haastateltavat olivat tietoisia myös hyötyliikunnan hyveistä. Myös teoria vahvistaa meidän tuloksiamme siltä osin, että aktiivinen liikunta vaikuttaa myönteisesti terveyteen, ehkäisee toimintakyvyn heikkenemistä sekä edistää psyykkistä hyvinvointia ja sosiaalista elämää (Routasalo, Pitkälä & Karvinen 2004, 5).

Kuten meidän opinnäytetyössämme niin myös aikaisemmissa tutkimuksissa nousi esille, että ikääntyneet ovat tyytyväisiä omatoimisesti pärjäämiseen arkielämässä. Omien voimavarojen tunnistaminen osoittautui erittäin tärkeäksi. Mielekkyyttä elämään toivat myös harrastukset ja positiivinen asenne.

Ikääntyneet ihmiset haluavat asua omassa kodissaan niin pitkään kuin se yleensä on mahdollista, koska siellä he hallitsevat paremmin omaa elämäänsä. Ikäihmisten positiivinen asenne, käsitys omista voimavaroista ja kyvykkyydestään tehdä eri asioita auttaa myös suhtautumaan ikääntymiseen myönteisenä elämänvaiheena. (Koskinen ym. 1998, 12, 220, 221.)

12 POHDINTA

Opinnäytetyöprosessimme käynnistyi talvella 2009. Päätimme tehdä työn yhdessä, koska maahanmuuttajina olemme kiinnostuneita ikääntyneiden maahanmuuttajien tilanteesta yleisesti ja varsinkin heidän palvelujen käytöstään Suomessa. Sairaanhoitajina tehtävämme on antaa ikääntyville maahanmuuttajille tarvittavaa tietoa palveluista ja olemme itsekin tulevaisuudessa mahdollisesti kyseisten palvelujen käyttäjiä. Myös osallistuminen EU-projektiin tuntui mielenkiintoiselta, koska kummallakaan meistä ei ollut vastaava kokemusta. Aiheen käsittelyn tärkeyttä lisäsi se, että ikääntyvien venäjänkielisten palvelujen käyttöä Suomessa on tutkittu melko vähän ottaen huomioon, että maahanmuuttajista suuri määrä on venäjänkielisiä.

Opinnäytetyömme tekeminen oli haasteellinen prosessi. Projektin aikataulun mukaan haastattelu oli suoritettava jo kesäkuussa 2009. Samana aikana olimme työharjoittelussa kotihoidossa. Työskentelimme eri tiimeissä ja meidän oli vaikea löytää yhteistä aikaa haastattelun suunnittelua varten. Osittain myös siitä syystä emme ehtineet tehdä koehaastattelua. Haastattelu tapahtui haastateltavien omalla kielellä, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta. Venäjä ei ole meidän äidinkielemme, mutta toinen meistä puhuu sujuvasti venäjää. Haastattelumme kääntämiseen emme tarvinneet ammattilaisia, koska mielestämme haastateltavien arkivenäjää oli helppo ymmärtää ja kääntää.

Haastattelutilanteen jälkeen oli helpottunut mutta samalla hieman epävarma olo, koska meistä tuntui, ettemme saaneet riittävästi aineistoa analyysivaihetta varten. Myöhemmin lukiessamme haastattelua olimme kuitenkin tyytyväisiä saatuun aineistoon ja saimme mielestämme hyvää materiaalia opinnäytetyötämme varten. Analysointia tehdessämme keräämämme aineisto selkeytyi entisestään ja löysimme hyvin vastauksia tutkimuskysymykseemme.

Opinnäytetyön tekeminen kahdestaan oli mielekäs ja antoisa prosessi. Yhdessä tekeminen antaa työhön kahden ihmisen näkökulman. Yksin tehdessä on suurempi riski eksyä aiheesta ja keskittyä epäolennaiseen. Vaikka olemme tehneet

työn joitakin osa-alueita yksin, niin olemme kuitenkin käyneet jokaisen osa-alueen yhdessä läpi, jotta työstämme tulisi yhtenäinen kokonaisuus. Näin olemme myös voineet jakaa mielipiteitä ja keskustelun kautta löytää uusia näkökulmia.

Opinnäytetyömme kautta meillä oli mahdollisuus tutustua vain pienen joukon venäjänkielisten ikääntyneiden kokemuksiin. Opinnäytetyömme kaikki haastateltavat olivat hyvin aktiivisia ja omatoimisia ikääntyneitä maahanmuuttajia. Yhdeksi jatkotutkimusaiheeksi ehdotammekin kohderyhmältään huonokuntoisempia ikääntyneitä venäjänkielisiä, joita voisi tavoittaa mahdollisesti kotihoidon tai tuttujen kautta.

Sukupuolten erilaisesta terveyskäyttäytymisestä tiedetään, että naiset käyttävät terveyspalveluja enemmän kuin miehet, kokevat terveytensä yleensä heikommaksi kuin miehet, mutta elävät kauemmin kuin miehet (Gissler, Malin & Matveinen 2006, 11). Siitä johtuen ehdotamme jatkotutkimusaiheeksi ikääntyvien yksinasuvien venäjänkielisten miesten palvelujen tarpeen selvittämisen.

Opinnäytetyömme prosessin aikana löysimme mielenkiintoisen, aiheeseemme liittyvän Esa Juntusen artikkelin ”Maahanmuuttajien ikääntyminen on tiukka paikka terveydenhuollolle”. Pahimmassa tapauksessa kriisialueelta Suomeen paennut kielitaidoton ikäihminen syrjäytyy, dementoituu ja kärsii sotatraumoista. Kyseisessä artikkelissa korostettiin sitä, että maahanmuuttajia tulee Suomeen täysin erilaisista hoitokulttuureista ja on tärkeää huomioida heidän erityistarpeensa sosiaali- ja terveyspalvelujen piirissä. (Juntunen 2009.)

Ikääntyneet maahanmuuttajat ovat tulevaisuudessa yhä suurempi sosiaali- ja terveyspalvelujen asiakasryhmä. Viime vuosina Suomeen on muuttanut väkeä lukuisista eri maista. Tulevaisuuteen suunnattuja tutkimuksia tulisikin lisätä, jotta voitaisiin kehittää palvelujen laatua ottaen huomioon eri kulttuureista tulleet maahanmuuttajat. Erilaisilla ihmisryhmillä on erilaiset tarpeet, joten sama lähestymistapa ei sovi kaikille. Samantyyppisiä tutkimuksia pitäisi mielestämme tehdä myös muista maahanmuuttajaryhmistä. Toivomme, että opinnäytetyömme tu-

loksista olisi hyötyä tulevaisuudessa ja niitä voitaisiin käyttää hyödyksi suunniteltaessa asiakkaiden tarpeiden mukaisia sosiaali- ja terveystalvveluja.

EU-projektiin osallistuminen oli meille ainutlaatuinen kokemus. Kumpikaan meistä ei ole aikaisemmin ollut mukana kansainvälisessä projektissa. Kyseinen aloittamamme projekti on kolmevuotinen. Mielenkiintoista oli projektiin osallistuvan Viron ryhmän kanssa yhteinen seminaari, jossa esitettiin tutkimuksen alustavia tuloksia molemmin puolin. Kokonaisvaltainen näkemys asiakkaiden tilanteesta auttaa kohdentamaan oikeanlaista apua oikeille asiakkaille. EU-projektin ansiosta kerättiin Suomessa ja Virossa asuvien venäjänkielisistä ikääntyvistä paljon hyödyllistä tietoa, joka auttaa suunnittelemaan ja järjestämään tarpeiden mukaista apua asiakkaiden tilanteesta lähtien.

Sairaanhoitajan työssä on tärkeä tutkimuksellinen työote, jotta pystyttäisiin kehittämään hoitotyötä. Opinnäytetyöprosessin kautta olemmekin saaneet valmiuksia tutkimukselliseen työotteeseen. Olemme oppineet paljon tutkimuksen tekemisestä ja tutkimusmenetelmistä. Opinnäytetyön ansiosta osaamme nyt entistä paremmin etsiä ja käsitellä teoreettista tietoa. Myös ATK-taidot ovat kehittyneet ja suomen kielen sanasto laajentunut.

Opinnäytetyömme teoriaosuuden kirjoittaminen on laajentanut tietojamme ikääntyvistä venäläisistä maahanmuuttajista Suomessa. Sarvimäen (2002, 150) mukaan monikulttuurisessa yhteiskunnassa vanhustyötä luonnehtii etninen herkkyys. Tämä tarkoittaa sitä, että ikääntyneiden kanssa työskentelevillä olisi tietoa eri etnisten ryhmien taustasta. Koska olemme molemmat paluumuuttajia, niin inkerinsuomalaisiin liittyvä osuus oli erittäin mielenkiintoinen. Myös sosiaali- ja terveystalvveluista saatiin kattava kuva, joka on tärkeää ammatillisen kehityksen kannalta, koska sairaanhoitajina meidän täytyy antaa oikeaa ja ajankohtaista tietoa saatavilla olevista palveluista ja eduista avun tarpeessa oleville maahanmuuttajille.

LÄHTEET

- Alaranta, Maarit 2003. Ikääntyneiden paluumuuttajien palvelut Vantaalla. Haastattelututkimus entisen Neuvostoliiton alueelta tulleiden inkerinsuomalaisien ja muiden paluumuuttajien palveluiden käytöstä ja tarpeista. Opinnäytetyö. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Helsingin yksikkö.
- Allikalt, Irina & Castrén, Leena 2007. Ikääntyneiden kotona asuvien inkerinsuomalaisien sosiaali- ja terveystieteen palvelujen käyttö. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Helsingin yksikkö.
- Eläkkeensaajien Keskusliitto 2010. Eläkkeensaajan asumistuki. Viitattu 16.1.2010. <http://www.elakkeensaajat.fi>. » Eläkepolitiikka » Eläkkeensaajan toimeentuloturva vuonna 2009 » Eläkkeensaajan asumistuki.
- Eskola, Jari & Suoraranta, Juha 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Finfood – Suomen Ruokatieto 2007. Terveystietoisuus nostaa päätään Venäjällä. Uusi Suomi verkkojulkaisu 11.12.2007. <http://www.uusisuomi.fi/kotimaa/7554-terveystietoisuus-nostaa-paataan-venajalla>.
- Gissler, Mika; Malin, Maili & Matveinen, Petri 2006. Maahanmuuttajat ja julkiset palvelut. Terveystieteen palvelut ja sosiaalihuollon laitospalvelut. Stakes.
- Heikkilä, Matti & Lahti, Tuukka 2007. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus. Stakes: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus ja kehittämiskeskus.
- Heikkinen, Riitta-Liisa & Heikkinen, Eino 1999. Ikäihmiset kehityksen kantajina. Teoksessa Helena Allahwerdi (toim.) Vanhenemisen monet kasvot. Helsinki: Suomen Yk-liitto, 16–31.
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2004. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

- Huttunen, Jussi 2007. Lääkkeiden kustannusvastuun ongelmat ja ehdotuksia ongelmien ratkaisemiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä:2.
- Juntunen, Esa 2009. Maahanmuuttajien ikääntyminen on tiukka paikka terveydenhuollolle. Helsingin Sanomat.
- Kalström, Johanna & Viemerö, Jaana 2008. Maahanmuuttajat. Teoksessa Kunnalliset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Helsinki: Suomen Kuntaliito, 54–56.
- Kansaneläkelaitos 2009. Asumisen tuet. Viitattu 16.1.2010.
<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/170501111907EH>.
- Kansaneläkelaitos 2010. Erityistuen määrä. Viitattu 16.2010.
<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/071003082652HN?openDocument>.
- Karhunen, Sirkka-Liisa 2008. Toimeentulotuki. Teoksessa Kunnalliset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Helsinki: Suomen Kuntaliito, 26–28.
- Koskenvuo, Markku 2001. Kansantaudit. Esiintyminen, riskitekijät ja tutkimusmenetelmät. Turku: Turun yliopiston täydennyskoulutuskeskus.
- Koskinen, Simo; Aalto, Leena; Hakonen, Sinikka & Päivärinta, Eeva 1998. Vanhustyö. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto.
- Kozlova, Tatjana 2000. Zdorovje pensionerov: samootsenka. Viitattu 11.1.2010.
<http://www.ecsocman.edu.ru/images/pubs/2006/08/04/0000282938/012.KOZLOVA.pdf>.
- Krons, Marja 2003. Seniorin opas. Vinkkejä, palveluja, terveyttä. Helsinki: Tammi.
- Kuusi, Ulla & Raitanen, Anita 2002. Ikääntyvät maahanmuuttajat Suomessa. Mamu-projektin loppuraportti. Ituja vanhustyöhön. Vanhustyön keskusliiton raportti nro 3/2000.
- Kyngäs, Helvi & Vanhanen, Liisa 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede Vol 11, no 1/-99.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785
- Laki toimeentulotuesta 30.12.1997/1412
- Latvala, Eila & Vanhanen-Nuutinen, Liisa 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa Sirpa Jan-

- honen & Merja Nikkonen (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY, 21–43.
- Lehto, Juhani; Kananoja, Aulikki; Kokko, Simo & Taipale, Vappu 2001. Sosiaali- ja terveydenhuolto. Helsinki: WSOY.
- Liebkind, Karmela 2001. Monikulttuurinen Suomi. Etniset suhteet tutkimuksen valossa. Helsinki: Gaudeamus.
- Liebkind, Karmela; Mannila, Simo; Jasinskaja-Lahti, Inga; Jaakkola, Magdaleena; Kyntäjä, Eve & Reuter, Anni 2004. Venäläinen, virolainen, suomalainen. Kolmen maahanmuuttajaryhmän kotoutuminen Suomeen. Helsinki: Gaudeamus.
- Mäntyranta, Taina & Kaila, Minna 2008. Fokusryhmähaastattelu laadullisen tutkimuksen menetelmänä lääketieteessä. *Duodecim* 124:1507.
- Nyholm, Marja-Liisa & Suominen, Heikki 1999. Palveluverkossa yötäpäivää. Helsinki: Kunnallisan kehittämissätiö.
- Peltonen, Matti ym. 2008. Kansallinen FINRISKI 2007 –terveystutkimus. Tutkimuksen toteutus ja tulokset: Taulukkoliite. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 35/2008.
- Pohjanpää, Kirsti, Paananen, Seppo & Nieminen, Mauri 2002. Maahanmuuttajien elinolot. Venäläisten, virolaisten, somalialaisten ja vietnamilaisten elämää Suomessa. Helsinki: Tilastokeskus.
- Rantakokko, Juha 2007. Sosiaali- ja terveysjärjestöt. Suomen Kuntaliitto. Viitattu 20.1.2010.
http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;29;192;124767;124877;124898.
- Ronkainen, Raili; Ahonen, Sari; Backman, Kaisa & Paasivaara, Leena 2005. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu: opas laatuun. Sosiaali- ja terveysministeriö: Stakes.
- Routasalo, Pirkko & Pitkälä, Kaisu 2005. Ikääntyvän henkilön yksinäisyys-haaste hoitotyölle. Teoksessa Eija Noppari & Paula Koistinen (toim.) Laatu vanhustyöhön. Helsinki: Tammi, 19–31.
- Routasalo, Pirkko; Pitkälä, Kaisu & Karvinen, Elina 2004. Esipuhe. Teoksessa Routasalo, Pirkko; Pitkälä, Kaisu & Karvinen, Elina (toim.) Ikääntyneiden yksinäisyys. Ryhmäliikunta ja –keskustelut psykososiaalisena kuntoutuksena. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittä-

- mishanke. Tutkimusraportti 7. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy, 5-7.
- Räty, Minttu 2002. Maahanmuuttaja asiakkaana. Helsinki: Tammi.
- Sainio, Eila 2008. Ikääntyvien maahanmuuttajien tilanne- ja palvelutarveselvitys Helsingissä. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Saks, Kai 2006. Eakas patsient perearstipraksises. Verkkajulkaisu Med24ee. Viitattu 13.1.2010.
http://www.med24.ee/eesti/perearst/praktiline_nouanne/article_id-828.
- Salokangas, Tuula & Tossavainen, Tarja 1999. Ikääntyvän maahanmuuttajan kotoutuminen. Päätötyö. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Helsingin yksikkö.
- Sarvimäki, Anneli & Rajaniemi, Jere 2001. Vanheneminen etnisissä vähemmistöryhmissä. Oraita 2/2001. Helsinki: Kuntokallio.
- Sarvimäki, Anneli 2002. Ikääntyminen ja vanhustyö monikulttuurisessa yhteiskunnassa. Gerontologia-lehti 3.
- Savola, Aleksandra & Stuf, Emilia 2008. Viiden venäläisperäisen maahanmuuttajan kokemuksia terveyskeskuksen asiakkaana Suomessa. Opinnäytetyö. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Helsingin yksikkö.
- Sihvola, Tapani 1999. Ikäihmiset kehityksen kantajina. Vanhuksen asema eri kulttuureissa. Vanhustyön koulutus- ja tutkimuskeskus Kuntokallio, 33-49.
- Sihvola, Tapani 1999. Vanhuksen asema eri kulttuureissa. Teoksessa Helena Allahwerdi (toim.) Ikäihmiset kehityksen kantajina. Helsinki: Suomen YK-liitto, 32–49.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 1999. Vanhuspolitiikka. Esite. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2001. Oikeudenmukaisuus ja ihmisarvo suomalaisessa terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2001:1. Viitattu 23.1.2010.
<http://www.etene.org/dokumentit/julkaisuyhtfin.pdf>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2005. Käyttöopas kotipalveluun. Palveluseteli. Helsinki: Yliopistopaino.

- Sosiaali- ja terveysministeriö 2009a. Kotihoito tukee kotona selviytymistä. Viitattu 21.1.2010.
http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kotipalvelut.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2009b. Terveyspalvelut. Viitattu 21.1.2010.
http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut?textsiz e=4.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2010a. Kuntoutuksella parannetaan toimintakykyä. Sosiaali- ja terveyspalvelut. Viitattu 25.1.2010.
http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kuntoutus.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2010b. Yksityiset sosiaali- ja terveyspalvelut. Viitattu 25.1.2010.
http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/vastuutahot/yksityinen_sektori.
- Suomen perustuslaki 11.6.1999/731
- Takalo, Pirjo & Juote, Mari 1995. Inkerinsuomalaiset. Sosiaali- ja terveysministeriö. Pakolaistoimisto. Helsinki: Edita.
- Thl 2009a. Erikoissairaanhoidon avohoito. Tilastot ja rekisterit. Viitattu 31.8.2009.
<http://www.stakes.fi/FI/Tilastot/Aiheittain/Terveyspalvelut/Avohoito/erikoissairaanhoido.htm>.
- Thl 2009b. Ikääntyneet. Tilastot ja rekisterit. Viitattu 31.8.2009.
<http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/lkaantyneet/index.htm>.
- Thl 2009c. Säännöllinen kotihoito. Tilastot ja rekisterit. Viitattu 31.8.2009.
<http://www.stakes.fi/FI/Tilastot/Aiheittain/Sosiaalipalvelut/kotihoito.htm>.
- Tilastokeskus 2009. Ulkomaiden kansalaiset. Väestö. Viitattu 25.1.2010.
http://www.stat.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html.
- Torkkola, Sinikka; Heikkinen, Helena & Tiainen, Sirkka 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Tammi.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2004. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

- Uotinen, Sami 2004. Kunnan sosiaali- ja terveystoimen rakenne ja tehtävät. Teoksessa Suomen kuntaliitto, Kunnalliset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Vaarama, Marja, Voutilainen, Päivi & Manninen, Milla 2003. Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna: selvitys omaishoidon tuesta ja sen vaihtelusta 1994–2002. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Viialainen, Riitta 1995. Ulkomaalainen terveydenhuollon asiakkaana: opas terveydenhuollossa työskenteleville. Helsinki: Stakes.
- Virnes, Eevaliisa 2008. Ikääntyneen väestön hyvinvointi ja palvelut. Teoksessa kunnalliset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 47–54.
- Yhdenvertaisuuslaki 20.1.2004/21
- YTY 2010. Sosiaali- ja terveysjärjestöt Suomessa. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY ry. Viitattu 21.1.2010.
<http://www.sosteryty.fi/fi/jasenjarjestot>.

LIITE 1: SUOSTUMUS HAASTATELTAVAKSI

Me Diakonia- ammattikorkeakoulun sairaanhoidon opiskelijat Helle Madisson ja Lempi Metsa teemme opinnäytetyömme osana monikulttuurista vanhustyön projektia nimeltä Emel. Tavoitteena on saada kuva pääkaupunkiseudulla asuvista venäläisistä maahanmuuttajataustaisista ikäihmisistä ja heidän arjestaan, palvelujen käytöstä ja niihin liittyvistä toiveista. Tarkoituksemme on haastatella teitä ryhmässä sopimaamme teeman liittyen. Haastatteluun menee noin 1-2 tuntia ja se nauhoitetaan. Haastatteluaineiston analyysin jälkeen nauhat hävitetään ja saatua aineistoa käytetään valmiissa opinnäytetyössä, niin ettei yksittäinen haastateltava ole siitä tunnistettavissa. Haastattelun voi niin halutessaan jättää kesken.

Helsingissä 10.6.2009

Haastateltavan nimikirjoitus

Opiskelijan allekirjoitus

Opiskelijan allekirjoitus

LIITE 2: HAASTATELTAVIEN TAUSTATIEDOT

Ikä

Sukupuoli

Mistä maasta olette kotoisin?

Oletteko asuneet kaupungissa/maaseudulla?

Vanhempienne synnyinmaa: äiti

isä

Milloin muutitte Suomeen?

Minkä ikäisenä muutitte Suomeen?

Millä kielellä puhutte kotona?

Millä kielellä puhutte kodin ulkopuolella?

Millä kielellä seurustelette ystävien kanssa?

Äidinkielen lukemisen- ja kirjoittamisen taidot:

huono

tyytyväinen

hyvä

Suomenkielen lukemisen- ja kirjoittamisen taidot:

huono

tyytyväinen

hyvä

LIITE 3: TEEMAHAASTATTELUN RUNKO

Tutkimustehtävä: Millaisia sosiaali- ja terveystalveluja käyttävät venäjänkieliset yli 65-vuotiaat täällä Suomessa?

1. Asuminen Suomessa: Mistä syistä muutitte Suomeen?
 - Kuinka kauan olette asuneet Suomessa?
 - Millä paikkakunnalla asutte?
 - Minkälaista on asua Suomessa?

2. Kielitaito:
 - Mikä on teidän äidinkielenne?
 - Oletteko kuulleet suomen kieltä lapsuudessa?
 - Mikä asema oli suomen kielellä teidän perheessä?
 - Käytättekö tulkinpalveluja?

3. Terveystila:
 - Mitä mieltä olette itse terveystänne ja jaksamises-tänne?
 - Selviättekö arkiaskareista itsenäisesti?
 - Onko teillä jatkuvaa väsymystä?
 - Onko teillä yli- tai alipainoa?
 - Miten arvioitte fyysistä kuntoanne?
 - Onko teillä kroonisia sairauksia?

4. Liikunta:
 - Harrastatteko liikuntaa?
 - Jos harrastatte, niin kuinka usein?
 - Miten pitkään liikutte kerrallaan?

5. Tiedon saanti sosiaali- ja terveystalveluista:
 - Mistä olette saaneet tietoja talveluista ja tukiasioista?
 - Jos teille tulee jonkinlänköisiä ongelmia, tiedättekö mistä hakea apua?
 - Onko info saamanne helposti ymmärrettävää?
 - Käytättekö tietokonetta?

6. Palvelujen käyttö: Minkälaisia sosiaali- ja terveystalveluja käytätte?
Tarvitsetteko tulkkia esimerkiksi lääkäriin tai sairaanhoitajan käynnillä?
Käytättekö entisen kotimaan palveluja?
Ovatko palvelut lähellä?
Millaisia palveluja kaipaatte?

Liite 4 ESIMERKKI SISÄLLÖN ANALYYSISTÄ

Kysymys: Mistä olette saaneet tietoja palveluista ja tukiasioista?

<u>alkuperäinen teksti</u>	<u>pelkistetty teksti</u>	<u>alakategoria</u>	<u>yläkatgoria</u>
"info tulee ystäviltä, se on puskaradio"	hyvä vuorovai- kutus taito	yhteisöllisyys	
"Saan tietoja radiosta, hyvä terveyskirjasta. Venäjäkielelisten kerhossa käy lääkäri kertomas- sa, tippa täältä ja tippa sieltä"	kiinnostavaa tietoa lääkärin luennoista	radion kuunte- leminen lukeminen	
"Sosiaalitoimistosta tulee tiedotteita postitse tai otan niitä toimistolta."	virallisen tiedon saanti	mainokset pos- titse tai suoraan toimistolta	Tietämys sosiaali- ja terveyspalve- luista
"Tiiän, jos en tiedä niin kysyn Eilalta Inkeri-keskuksesta, kelasta ja sosiaali- toimistosta saa paljon tietoa."	aktiivinen elä- män asenne	rohkeus neuvo- jen pyytämiseen	
"Kiitos jumala, en tarvinnut mitään tietoja lisää."	tarvittavia tietoja riittävästi	tällä hetkellä ei ole ongelmia	