Kemi Tornion ammattikorkeakoulu

”Näitä apuja met tarttisimma”

TUTKIMUS IKÄIHMISEN HYVÄÄ ELÄMÄÄ TUKEVISTA KOTIHOIDON PALVELUISTA YLITORNIOLLA

Maarit Lahtela ja Merja Lantto

Sosiaalialan koulutusohjelman opinnäytetyö

Yhteisö- ja perusturvatyö

Sosionomi AMK

KEMI/TORNIO 2009

Kemi Tornion ammattikorkeakoulu

Tekijä(t): Maarit Lahtela ja Merja Lantto

Työn nimi: ”Näitä apuja met tarttisimma”. Tutkimus ikäihmisen hyvää elämää tukevista kotihoidon palveluista Ylitorniolla.

Sivuja (+liitteitä): 63+2

Opinnäytetyön kuvaus:

Opinnäytetyössämme olemme selvittäneet postikyselyllä ja haastattelemalla ylitorniolaisten ikäihmisten kotihoidon palvelujen käyttöä, sekä heidän toiveitaan tulevaisuudessa tarvitsemistaan palveluista. Opinnäytetyössämme tutkimme ylitorniolaisten 74 – 75-vuotiaiden käsityksiä vanhan ihmisen hyvästä elämästä ja millaisilla kotihoidon palveluilla sitä voidaan edistää.

Teoreettinen ja käsitteellinen esittely:

Opinnäytetyömme teoriaosuudessa olemme käsitelleet tutkimuksen keskeisiä käsitteitä kuten ikää ja ikääntymistä, toimintakykyä, voimavaroja, vanhuskäsitystä, vanhuspalveluja käsitteleviä asiakirjoja sekä kotihoitoa. Teoreettiseksi viitekehykseksi olemme valinneet Powell Lawtonin moniuloitteisen hyvän elämän mallin.

Metodologinen esittely: Opinnäytetyömme tutkimusmenetelmänä käytimme kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Tutkimusaineiston keräsimme käyttäen kyselylomaketta sekä haastattelua. Aineistonkeruun teimme postikyselynä (40) sekä puhelinhaastatteluna (10) Ylitorniolla. Tutkimukseen osallistujat valitsimme väestörekisteristä osoitetietojen perusteella 1934 ja 1935 syntyneistä ylitorniolaisista. Tutkimuksen ulkopuolelle rajasimme säännöllisessä kotihoidossa, palveluasumisessa tai laitoshoidossa olevat henkilöt.

Keskeiset tutkimustulokset:

Tutkimustuloksista käy ilmi, että kotihoidon palveluista merkittävimmäksi miellettiin kotisairaanhoidon palvelut, asiointi- ja kuljetuspalvelut sekä raskaista kotitöistä apua toivottiin siivoukseen ja kiinteistönhoidollisiin töihin. Hyvä elämä vanhana nähtiin arjen sujumisena, kohtuullisena terveytenä, turvallisuutena sekä sosiaalisten suhteiden säilymisenä. Hyvään elämään vanhana liitettiin myös hoivalupaus; lupaus siitä, että tarvittaessa saa hoitoa ja hoivaa.

Johtopäätökset:

Kunnan kotihoidon palveluvalikossa on kattavasti palveluja tarjolla. Kotihoidon palveluihin on kunnassamme kohdennettu resursseja kohtalaisen hyvin. Tutkimustulosten perusteella voidaan kuitenkin olettaa, että palvelutarjontaa tulee arvioida uudelleen. Palvelujen keskittyminen kuntakeskukseen ja liikenneyhteyksien puutteet aiheuttavat monille ikäihmisille ympäristöstä aiheutuvaa riippuvuutta muista ihmisistä ja lisäävät raskaampien palvelujen tarvetta. Etsivän ja ehkäisevän työmuodon käyttöönottoa ja palveluohjauksen tehostamista tulisi kotihoidossa harkita. Haastatteluissa esiin tuli seikkoja, jotka haastavat jatkotutkimuksen tekemiseen.

Avainsanat: Ikääntyminen, toimintakyky, voimavarat, kotihoito, hyvä elämä

Kemi Tornion ammattikorkeakoulu

Authors: Maarit Lahtela and Merja Lantto

Title: "Näitä apuja met tarttisimma". The research of home care services supporting good life of elderly people in Ylitornio.

Pages and appendixes: 63 + 4

Thesis description: We have researched in our thesis what kind of home care services do elderly people want and need in the future in Ylitornio villages. We have made inquires by post and by interviewing people on the phone. In our thesis we asked people of 74 – 75 years of age how they see good life when they are old and what kind of home care services support good life.

Theoretical summary: In the theoretical part of our thesis we deal with age and ageing, ability of function and capacity and home care services. The theoretical context in our thesis is Achieving the good life by Powell Lawton.

Methodological summary: Our thesis is a qualitative study. We collected the material of our study by inquires by post (40) and by interviews on the phone (10) in Ylitornio. We selected participators from civil register. The participators were born in 1934 or 1935 and they where selected on the grounds of address from the different areas of the community. We have marked out of our study people who get regularly home care services, live in a sheltered home or in institutional care.

Main results: The results indicate that people want to have home nursing, running errands, transportation services and help with heavy homework such as cleaning and property maintenance. Good life consists of good or fairly good health, security and social relations. The results show that it is very important for elderly people that they can get care and nursing when needed.

Conclusions: Ylitornio (municipality) has a quite wide repertory of home care services. Results of the research indicate that it should be important to reassess the palette of the home care services. Ylitornio is a wide municipality and most of the services have been centralized in the village centre. This causes problems for elderly people and creates a need of heavier support and dependency of other people. Preventive work and intensifying guidance for services should be considered in homecare.

Key words: ageing, home care, ability of function, capacity, good life

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1. JOHDANTO 6

2. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS 8

2.1 Tutkimuksen tarkoitus ja rajaus 8

2.2 Tutkimuksen kohdejoukko 8

2.3 Tutkimusmenetelmät 9

2.4 Tutkimusprosessin analyysi 11

3. IKÄÄNTYMINEN JA HYVÄ ELÄMÄ 12

3.1 Iän monimuotoisuus 12

3.2 Ikääntyminen ja elämänlaatu 13

3.3 Vanhuskäsityksen merkitys elämänlaadulle 14

3.4 Toimintakyky elämänlaadun tekijänä 15

3.5 Ikäihmisen voimavarat 17

3.6 Hyvän elämän malli 19

3.7 Psyykkinen hyvinvointi 20

3.8 Koettu elämänlaatu 21

3.9 Kompetentti käyttäytyminen 24

3.10 Objektiivinen ympäristö 25

4. VANHUSPALVELUJEN MERKITYS ELÄMÄNLAADULLE 27

4.1 Vanhuspalvelujen järjestämistä ja suunnittelua ohjaavat asiakirjat 27

4.2 Kotihoito elämänlaadun tukijana 29

4.3 Kotihoidon palvelut Ylitornion kunnassa 34

4.4 Vanhuspalvelut muutoksessa 35

4.5 Hyvää elämänlaatua tukevat kotihoidon palvelut 38

5. TUTKIMUKSEN TULOKSET 42

5.1 Kotihoidon palveluita käyttäneet 42

5.2 Vastaajien mielestä halutuimmat palvelut 42

5.3 Missä toiminnoissa apua uskotaan tarvittavan 43

5.4 Mieluisin palvelun antaja 44

5.5 Hyvä elämä vanhana 47

5.6 Palveluiden järjestäminen 50

6. ELÄMISEN TUKEMINEN ARJESSA ELÄMÄNLAADUN TUOJANA 53

LÄHTEET 55
LIITTEET: 61
LIITE 1: SAATEKIRJE 61
LIITE 2: KYSELYLOMAKE 62

1. JOHDANTO

Väestön ikääntyminen ja sen seuraukset on keskeinen kysymys Suomessa sekä koko Euroopassa. Väestön elinikä pitenee ja syntyvyys pysyy alhaisena, vanhimpien ikäluokkien osuus väestöstä kasvaa. Suomi ikääntyy nopeasti: Suomen väestö muuttuu seuraavien vuosikymmenien aikana Euroopan neljänneksi nuorimmasta kolmanneksi vanhimmaksi. Vuoteen 2030 mennessä 65 vuotta täyttäneiden määrä kasvaa nykyisestä 15 prosentista runsaaseen 26 prosenttiin, kun suuret ikäluokat ikääntyvät. (Vaarama 2004, 133.) Eliniän piteneminen ja vanhusten määrän kasvulla on suuri merkitys sosiaali- ja terveyspalveluihin. Ikääntyvästä yhteiskunnasta puhutaan julkisuudessa usein negatiiviseen sävyyn. Puhutaan hoivapommista, taloudellisesta taakasta, jonka lisääntynyt ikääntyneiden määrä tulee aiheuttamaan. On kuitenkin tärkeää muistaa, että pitkä ikä on ollut ja on yhteiskuntapolitiikkamme tavoitteena. Eläkepolitiikka, sosiaali- ja terveyspolitiikka on rakennettu vuosikymmeniä siten, jotta meillä kaikilla olisi laadukas elämä ja turvattu ja hyvä vanhuus. (Taipale & Vaarama 2008, 3)

Valtaosa ikäihmisistä elää elämäänsä itsenäisesti, eivätkä tarvitse apua tai hoivaa. Useat heistä osallistuvat omaisensa tai läheisensä hoitoon tai hoivaan. Pitkään elinikään liittyy kuitenkin usein sairauksia ja avuntarvetta. Seuraavina vuosikymmeninä on siis kyettävä hyödyntämään ikääntyneiden voimavarat ja järjestettävä apua tarvitsevien hoito- ja huolenpito. Avun ja huolenpidon tarve kasvaa vääjäämättä, vaikka ikääntyneiden toimintakyky onkin kohentunut viimeisen 20 vuoden aikana ja oletetaan paranevan tulevaisuudessa. Pysyvä hoivan tarve alkaa 75–80 vuoden iässä. Vuonna 2015 on arvioitu yli 75-vuotiaita olevan runsas 8 prosenttia ja vuoteen 2030 mennessä jo 14 prosenttia. Nämä luvut ovat siis valtakunnallisia, mutta eri kunnissa palveluhuiput kohdataan hyvin eritahtiin; monessa kunnassa on jo saavutettu vuoden 2030 valtakunnallinen keskiarvo. (Vaarama 2009, 133–134).

Valtakunnalliset vanhustenhuollon painopistealueet ovat ikääntyneiden toimintakyvyn ylläpitäminen, kotona asumisen tukeminen, avopalvelujen ensisijaisuus, riittävien ja oikea-aikaisten sosiaali- ja terveyspalvelujen turvaaminen. Kotihoidon palvelujen tulisi vastata ikäihmisen yksilölliseen palvelutarpeeseen ja ottaa huomioon ikäihmisen elämäntilanne arjen sujuvuuden, sosiaalisen turvallisuuden ja toimintakyvyn tukemiseksi. Palvelut vaihtelevat kevyistä kodinhoidollisista palveluista sairaanhoidollisiin palveluihin. Suurimpia haasteita kotihoidossa tulevaisuudessa ovat muistihäiriöisten ihmisten

lisääntyminen, mielenterveysongelmien ja päihteiden käytön lisääntyminen ikäihmisillä. Tärkeimpiä kotihoidon kehittämiskohteita ovat palvelutarpeen ja palvelujen sisällön kohtaaminen, kattavuuden lisääminen ja palvelujen laadun parantaminen sekä ehkäisevän ja toimintakykyä tukevien palvelujen lisääminen. Palvelujen kehittämisessä on otettava aikaisempaa paremmin huomioon kotihoidon asiakaskunnan heterogeenisyys. Kotihoito on ikäihmisten palvelurakenteen keskeisin ja mittavin palvelu.(Heinola 2007, 9-11).

Tarkastelemme opinnäytetyössämme kotihoidon palveluja Ylitornion kunnassa. Selvitämme kotihoidon nykyisten palvelujen kehittämistarpeita asiakaskyselyllä. Keskitymme työssämme selvittämään, millaisia kotihoidon palveluja asiakkaat toivovat ja uskovat tarvitsevansa vuonna 2015 ja millainen heidän mielestään on hyvä elämä vanhana. Tutkimus on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus ja tutkimusmenetelmäksi olemme valinneet kyselyn ja haastattelun. Kyselyyn ja haastatteluun olemme valinneet 74 – 75-vuotiaita ylitorniolaisia kunnan eri alueilta. Haluamme tutkimuksella selvittää mitä palveluja kunnan tulee tuottaa ja mistä palveluista ei ole hyötyä kotona asumisen tukemiseen.

Mielenkiinto aiheeseen on hyvin käytännönläheinen, teemme työtä Ylitornion kunnan vanhustyössä ja edistämme tällä tutkimuksella oman työmme kehittämistä. *Asiakaslähtöisen hyvän hoidon ja palvelujen edellytyksenä on tieto siitä, mitä asiakkaat pitävät hyvänä ja tavoiteltavana.* (Voutilainen & Vaarama & Peiponen 2008, 38).

2. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

2.1 Tutkimuksen tarkoitus ja rajaus

Tutkimuksemme tavoitteena on selvittää omassa kodissaan asuvien 74 -75 vuotta täyttäneiden ylitorniolaisten odotuksia ja toiveita kunnan kotihoidon palveluista. Tutkimuksesta saamiamme tuloksia voidaan käyttää Ylitornion kunnan vanhuspalveluita suunniteltaessa. Tutkimuksen rajasimme koskemaan kunnan nykyisten kotihoidon palveluiden vastaavuutta asiakkaiden palveluntarpeeseen ja tulevaisuuden odotuksiin. Selvitimme myös millaisilla palveluilla voidaan tukea ikääntyvien ihmisten hyvää elämää. Aikaisempien tutkimusten tuloksista käy ilmi, että oikein kohdennetuilla asiakaslähtöisillä palveluilla on merkitystä kotona asuvan ikäihmisen elämänlaadulle (esim. Vaarama 2004, 186).

Työssämme käsittelemme yleisesti ikääntyvien ihmisten palvelujen kehittämistä, emmekä ole ottaneet tarkastelun kohteeksi erityisryhmien palvelujen tarvetta, esimerkkinä muistisairaudet. Palveluja tulee kehittää asiakaslähtöisesti, eikä jonkun ongelman kautta. Kaikki asiakkaat ovat samanarvoisia palvelujen suhteen, eikä mitään ryhmää kohdella erityisryhmänä.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millainen on ylitorniolaisten ikäihmisten mielestä hyvä elämä?
2. Millaisilla kotihoidon palveluilla voidaan edistää ikäihmisen hyvää elämänlaatua?

2.2 Tutkimuksen kohdejoukko

Tutkimuksen kohdejoukoksi olemme valinneet 74 - 75 -vuotiaita ylitorniolaisia miehiä ja naisia kunnan väestörekisteristä. Väestörekisterin mukaan kohorttiin kuuluu 153 henkilöä, joista valitsimme tutkimukseemme 50 henkilöä kunnan eri alueilta. Tutkimusjoukon ulkopuolelle olemme rajanneet säännöllisessä kotihoidossa, palveluasumisessa tai pitkäaikaishoidossa laitoksessa asuvat henkilöt. Tämä ikäryhmä on vuonna 2015 täyttänyt 80 -vuotta. Säännöllisen kotihoidon asiakaslaskennan mukaan suurin kotihoidon asiakasryhmä on 75 -84–vuotiaat (Heinola 2007, 10.). Ylitornion kunnan vanhuspo-

liittinen hyvinvointisuunnitelma päivitetään vuoden 2009 aikana ja se tulee ulottumaan vuoteen 2015.

2.3 Tutkimusmenetelmät

Tutkimuksemme on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Kvalitatiivisen tutkimuksen perustana on induktiivinen prosessi eli se etenee yksityisestä yleiseen, se on kiinnostunut useasta yhtäaikaisesta tekijästä, jotka vaikuttavat lopputulokseen. Kvalitatiivisen tutkimuksen tavoitteena on ymmärtää tutkittavaa kohdetta ja syventää käsitystä ilmiöstä. Sillä pyritään kuvaamaan jotakin tapahtumaa ja antamaan teoreettisesti mielekäs tulkinta jostakin inhimillisestä toiminnasta, lähtökohtana todellisen elämän kuvaaminen. Tarkastelemalla yksittäisiä tapauksia, on mahdollista selvittää se, mikä nousee merkittäväksi ilmiössä ja mikä toistuu yleisemmällä tasolla. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 25).

Tutkija aloittaa kvalitatiivisen tutkimusprosessin lähtemällä liikkeelle empiirisistä havainnoista, esimerkiksi litteroiduista haastatteluista, keskusteluista, havainnointiraporteista tai kirjallisista dokumenteista. Tutkija tulkitsee materiaalin, nostaa siitä analyysin ja vertailevien muistiinpanojen avulla merkittäväksi katsomiaan teemoja, koodaa ne ja muotoilee ne yleisemmiksi luokittelukategorioiksi. Hän seuloo esiin tutkittavan asian kannalta merkityksellisiä avainkategorioita, terästäen niitä uuden teoreettisesti täsmentyneen havaintoaineiston avulla, päätyen lopulta selitysmalleihin ja teoreettiseen pohdiskeluun. (Hirsjärvi & Remes & Sajavaara 2007, 260).

Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä soveltuu mielestämme hyvin tutkimuksemme menetelmäksi, sillä se mahdollistaa ikäihmisen oman mielipiteen ja äänen kuulemisen. Sen avulla voimme tutkimuksellamme saada arvokasta, asiakaslähtöistä tietoa palvelujen kehittämiseen. Postikyselyn lisäksi halusimme tehdä myös puhelinhaastattelun, jossa kysymyksiä voidaan syventää ja selventää. Laadimme kyselylomakkeen mahdollisimman lyhyeksi ja selkeäksi, jotta lomakkeen täyttäminen olisi helppoa vastaajien näkökulmasta katsottuna.

Tutkimuksessa käyttämämme kyselylomake on puolistrukturoitu, jossa on sekä valmiita vastausvaihtoehtoja, että avoimia kysymyksiä. Kyselytutkimus on tärkeä tapa kerätä tietoa erilaisista yhteiskunnallisista ilmiöistä, ihmisten toiminnasta, asenteista, arvoista ja mielipiteistä voidaan kerätä ja tarkastella tietoa kyselytutkimuksen avulla. Kyselytut-

kimuksessa vastaajille esitetään kysymyksiä kyselylomakkeen avulla, ja kyselylomake toimii mittausvälineenä. Kyselylomaketta voidaan käyttää yhteiskunta- ja käyttäytymistieteellisissä tutkimuksissa, mielipidetiedusteluissa, katukyselyissä, soveltuvuustesteissä ja palautemittauksissa. Survey-tutkimus käsittää sekä lomake- että haastattelututkimuksen. Kyselytutkimus mielletään ennen kaikkea määrällisen tutkimuksen menetelmäksi, mutta samassa tutkimuksessa voidaan hyödyntää myös laadullista tutkimustapaa. (Vehkalahti 2008, 11–13).

Tutkimuksen suoritimme lomakekyselynä, joista 40 postikyselynä ja 10 puhelinhaastatteluina. Kyselylomake lähetettiin 22 naiselle ja 18 miehelle, jotka valittiin satunnaisesti kunnan väestörekisteristä 1934 ja 1935 syntyneiden henkilöiden joukosta, joista rajasimme ulkopuolelle säännöllisestä palvelua saavat henkilöt. Postitse lähetettyihin kyselyihin laitoimme vastauslähetyskirjekuoren mukaan. Puhelinhaastattelu tehtiin 10 henkilölle, jotka valittiin tietoisesti kunnan eri alueilta, ns. fokushenkilöitä. Kunnan väestörekisterissä kyseiseen kohorttiin kuuluvia henkilöitä löytyi 153 henkilöä. Kyselylomakkeita palautui 35 kpl, vastausprosentiksi muodostui 90 %. Lomakkeen palautti 19 naista ja 15 miestä, yhdessä lomakkeessa oli vastaajan sukupuoli jäänyt merkkaamatta. Tutkimuksen ulkopuolelle jätettiin pitkäaikaisessa laitoshoidossa tai tehostetussa palveluasumisessa olevat henkilöt.

Tutkimusprosessin ajan olemme noudattaneet hyviä tieteellisiä käytäntöjä. Näitä ovat älyllisen kiinnostuksen, rehellisyyden, ja tunnollisuuden vaatimus, vaaran eliminoiminen, ihmisarvon kunnioittaminen, sosiaalisen vastuun vaatimus, ammatinharjoituksen edistäminen ja kollegiaalinen arvostus. Tutkijalta edellytetään aitoa kiinnostusta ja tutkijan tulee noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä myös tiedonhankinnassa ja tutkimusmenetelmissä. Tietosuojalainsäädännön perustana on oikeus yksityiselämän suojaan (Suomen perustuslaki 1999). Tieteenetiikassa ihmisarvon kunnioittaminen ja tutkittavien anonymiteetin suojeleminen ovat keskeisiä asioita. Henkilötietojen keräämistä määrittää henkilötietolaki, joka säätelee edellytyksiä, joilla henkilötietoja voidaan kerätä, tallettaa ja käsitellä. (Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto).

Olemme hankkineet vuosina 1934–1935-syntyneiden ylitorniolaisten henkilötiedot kunnan väestörekisterin avulla. Henkilöitä kyseiseen ikäryhmään kuului 153. Tulostimme henkilötietolistan, valitsimme kohortista tutkimushenkilöt kunnan eri alueilta osoitetietojen mukaisesti. Tutkimusjoukon ulkopuolelle jätimme säännöllisessä kotihoidossa, palveluasumisessa ja laitoshoidossa olevat henkilöt. Henkilötietolistan hävitimme

asianmukaisesti heti valinnan jälkeen, eikä postikyselyyn osallistuneita voida yksilöidä tutkimustuloksista.

2.4 Tutkimusprosessin analyysi

Suoritimme tutkimuksen postikyselynä ja puhelinhaastatteluina. Kohderyhmänä oli 1934–1935 syntyneitä ylitorniolaisia henkilöitä, joille lähetimme postitse 40 henkilölle ja puhelinhaastattelun teimme 10 henkilölle. Kyselyn vastausprosentti oli erittäin korkea, 95 prosenttia, mikä yllätti meidät positiivisesti. Oletamme, että korkeaan vastausprosenttiin vaikutti työpaikkamme kunnan vanhuspalveluissa. Vastaajat ovat saaneet vastaamalla mahdollisuuden vaikuttaa palveluiden suunnitteluun. Puhelinhaastatteluissa tuli selkeästi esiin, että haastateltavat olivat tyytyväisiä siihen, että heidän mielipiteitään kuunnellaan.

Lomakkeiden strukturoidut kysymykset analysoimme Excel - taulukkolaskentaohjelman avulla ja avoimet kysymykset kirjoitimme Word-tekstinkäsittelyohjelmalla puhtaaksi heti lomakkeiden saapumisen ja puhelinhaastattelun jälkeen. Kysymykset keräsimme tutkimuskysymysten mukaisiksi teemoiksi. Erottelimme vastaajista yksinasuvat ja ei - yksin asuvat naiset ja miehet ja ryhmittelimme vastaajat asuinalueiden mukaisesti eri ryhmiin.

Vastaajista oli yksin asuvia naisia 10 henkilöä ja miehiä 4 henkilöä, yhdessä jonkun kanssa asuvista naisia oli 18 henkilöä ja miehiä 13 henkilöä, yhdessä lomakkeessa tähän kysymykseen ei ollut vastattu. Asuinalueensa ilmoittaneista vastaajista kirkonkylällä ja Pekanpää - Kaulinranta sektorilla asuvia oli 22 henkilöä ja ns. järvikylien alueella asuvia oli 13 henkilöä, loput 10 henkilöä ei ilmoittanut asuinaluettaan.

3. IKÄÄNTYMINEN JA HYVÄ ELÄMÄ

3.1 Iän monimuotoisuus

Modernia elämää voidaan sanoa hyvin aika- ja ikätietoiseksi. Kellonaika järjestää jokapäiväistä elämäämme ja kronologinen ikä elämänkulkua. Biomedikaaliset tieteet käsittelevät ikää aika yksinkertaisena asiana, sosiaalitieteille ikä on salaperäisempi. (Julkunen 2008, 15). Ikään liittyy odotuksia, mahdollisuuksia, velvollisuuksia, resursseja, arvoja ja arvostelmia, joiden mukaan ja perusteella yksilöä luokitellaan. Kronologisen iän lisäksi ikää voidaan tarkastella myös biologisesta, psykologisesta ja sosiaalisesta näkökulmasta käsin. Biologinen ikä liittyy yksilön fysiologisiin muutoksiin. Ruumiilliset muutokset ja merkit ikääntymisestä eivät aina vastaa henkilökohtaista, sisäistä ikäkokemusta. Kronologiselta iältään samanikäiset eivät ole samanikäisiä biologiselta iältään. Yksilöt voivat poiketa toisistaan toimintakyvyltään ja fyysiseltä kehitykseltään, samoin ihmisen elimistön eri osat voivat vanheta eri tahtiin. (Rantamaa 2001, 53–56).

Psykologinen ikä liittyy yksilön psyykkiseen kehitykseen, sen eri puoliin ja eri vaiheisiin. Psykologisen iän arvioinnin perusteena voidaan käyttää psykomotorista toimintaa tai aistien toimintaa, käyttäytymistä, persoonallisuuden piirteitä tai kognitiivisia taitoja. Ikävaiheille tyypilliset kehitystehtävät seuraavat toisiaan hierarkkisessa järjestyksessä ja niiden suorittaminen onnistuneesti antaa olettaa ihmisen kehittyvän tiedoissaan ja taidoissaan aina yhä ylemmälle tasolle. Tietyn kronologisen iän tai ikäkauden oletetaan vastaavan tiettyä fyysistä ja psyykkistä kehitysvaihetta. Psykologisilla kehitysteorioilla on ollut osaltaan vaikutusta kulttuuristen ikämerkitysten muotoutumiselle. (Rantamaa 2001, 56–57).

Sosiaalinen ikä on kulttuurisidonnaista. Se määräytyy yhteisöllisesti sen mukaan, minkä ikäistä kussakin historiallisessa ajassa pidetään vanhana. Sosiaalisen iän käsite liitetään yksilön elämänvaiheisiin tai ryhmän sosiaaliseen asemaan yhteiskunnassa tai sen eri osa-alueilla. Sitä voidaan lähestyä myös ikäroolien ja ikänormien näkökulmasta. Ihmisen elämänkulun aikana omaavien sosiaalisten roolien uskotaan määräytyvän, jakautuvan ja kerrostuvan kronologisen iän ja ikävaiheiden mukaan. Ikään kohdistuu erilaisia sosiaalisia oletuksia ja rooleja, kuten vanhalle ihmiselle kuuluva eläkeläisen rooli. Ikäodotteet, jotka liittyvät rooleihin ja positioihin, voivat olla niin voimakkaita, että ne voivat kumota esimerkiksi fyysiset iän merkit. Yksilön oletetaan etenevän elämänkulussaan sen sosiaalisen aikataulun mukaan, johon sosiaaliset roolit hänet kytkevät. Ihminen

voi olla sosiaaliselta iältään samanaikaisesti eri asioiden suhteen monenikäinen. Hän voi olla jossakin asioissa aloittelija eli nuori ja toisten asioiden suhteen kokeneempi eli vanha. (Rantamaa 2001, 58–60).

Nykyisin suuntauksena on, että kronologinen ikä ns. perusikänä on menettämässä merkitystään. Tilalle on nousemassa yhtäältä funktionaalinen, toimintakykyikä ja toisaalta ihmisen kokemuksellinen ikä. Nykyisessä yhteiskunnassa iät muodostavat kunkin yksilön kohdalla erityislaatuisen yhdistelmänsä. Kronologiselta iältään vanha ihminen voi olla psyykkisesti nuori, mutta kokemuksellisesti vanha. Ongelmana on asioiden suhteen operoiminen pelkästään kronologisen iän mukaan, joka tuottaa ilmiöitä ageismista, ikään liittyvänä stereotypiointina ja diskriminaationa. (Jyrkämä ym. 2009, 149)

Suhtautuminen ikään on yksilöllistynyt, ihmiset muokkaavat oman ikääntymisidentiteettinsä. Ikä siis määrää elämäntyyliä vähemmän kuin ennen; ”ikä on itsestä kiinni” on hyvin yleinen käsitys. Tämä kulttuurigerontologinen kuva iästä ja ikääntymisestä on osittain totta, mutta todellisuudessa elämme yhä ikätietoisessa ja ikäerottelevassa yhteiskunnassa. (Julkunen 2008, 17).

3.2 Ikääntyminen ja elämänlaatu

Normaalin vanhenemisen ja sairauksista johtuvien muutosten erottaminen on hankalaa, koska normaalin vanhenemisen ja sairauksien määritteleminen ei ole yksiselitteistä eikä yksimielistä. Ihmisen vanhetessa, tapahtuu hänen elimistössään fysiologisella ja biologisella tasolla suoritus-, vastustus- ja sopeutumiskykyä vähentäviä muutoksia. Geneettisillä tekijöillä on vaikutuksia normaalin vanhenemisen etenemisen kontrolloimisessa, vaikka ei ole vielä voitu osoittaa vanhenemista säätelevien geenien olemassaoloa. Niillä on merkitystä yksilön sisäisesti ja yksilöiden välillä ikääntymiseen liittyvissä toimintakyvyn ja terveyden muutoksissa. Harva ihminen saavuttaa 100 vuoden iän, mutta heidän lukumääränsä on kasvussa. Todistettavasti maapallolla vanhimmaksi elänyt ihminen on 122 vuoden iän saavuttanut ranskalainen nainen. (Heikkinen 2008, 403).

Ikääntymisen aiheuttamat muutokset jaetaan tavanomaisesti ns. normaalista vanhenemisesta johtuviin ja sairauksista aiheutuviin muutoksiin. Normaalin vanhenemisen jaotuksena käytetään tavanomaista (usual) ja onnistuvaa (succesfull) vanhenemista. Onnistunut vanheneminen (succefull aging) määritellään nykyään kolmen pääulottuvuuden

avulla. Sairauksien ja toimintakyvyn heikkenemisen välttäminen, kognitiivisten ja fyysisten toimintojen ylläpitäminen ja aktiivinen osallistuminen yhteiskuntaan ovat ulottuvuuksia, joista mikään ei saa puuttua, että voidaan saavuttaa onnistunut vanheneminen. Väestössä keskimäärin tapahtuvia ikään liittyviä muutoksia, jotka eivät liity sairauksiin, kutsutaan tavanomaiseksi vanhenemiseksi. Onnistuva vanheneminen sisältää aktiivisen elämänotteen, hyvän fyysisen ja kognitiivisen toimintakyvyn ja sairauksien ja niihin liittyvien toimintavajauksien todennäköisyyden pienen todennäköisyyden. (Heikkinen 2008, 402).

Nykyisin vanhenemisen ja ikääntymisen käsitteiden rinnalle on luotu käsite ”vanhustuminen”, jossa vanhuus nähdään enemmänkin muutosprosessina, kuin pysyvänä tilana. Vanhustuminen etenee joskus pikkuhiljaa ja joskus nopeammin, sisältäen murroksia ja mahdollisesti hyppäyksiä vaiheiden välillä. Vanhustuminen on muutoksia ruumiissa, elämäntilanteissa, sekä ajatuksissa, käsityksissä, odotuksissa ja toiveissa, joiden kautta yksilö peilaa menneisyyteen, nykyisyyteen ja tulevaisuuteen. (Jyrkämä ym. 2009, 151–152).

3.3 Vanhuskäsityksen merkitys elämänlaadulle

Vanhuskäsitys vaikuttaa siihen, miten ikääntyminen ymmärretään yhteiskunnan eri tasoilla. Paikallisen ikääntymispolitiikan perustana oleva vanhuskäsitys voi tuottaa erilaisia palveluja vanhusten kannalta. Viime aikoina on medikalisaatio lisääntynyt suomalaisen vanhuskysymyksen ympärillä, samanaikaisesti on nähtävissä myös sosiokulttuurisen vanhuskäsityksen vahvistumista. (Tulva & Uusitalo & Hurra 2007, 36). *Vanhuus on yksi sosiaalisesti muotoutunut ikäkategoria, vanhuuspolitiikka sen yhteiskunnallisen ohjailun väline ja vanhustenhuolto palveluineen, ammatteineen, työtehtävineen ja asiakkaineen sen institutionaalinen ilmentymä* (Terde 2007, 99).

Vanhuus ja vanheneminen ovat osa kulttuurista arvomaailmaa. Vanhuskäsityksessä yhdistyvät tieteen antama kuva vanhenemisesta, sekä filosofiset, moraaliset ja eettiset näkemykset siitä, millaisen arvon vanhat ihmiset yhteiskunnassa ansaitsevat ja miten heitä tulee kohdella. Historiallisesti on kaikkina aikoina vanhuuteen ja vanhenemiseen suhtauduttu idealistisen myönteisesti tai torjuvan kielteisesti. Ikääntyneitten yhteiskunnallisen aseman kannalta on merkityksellistä millainen vanhuskäsitys yhteiskunnassa vallitsee. Vanhuskäsitys määrää sen millaisena ideaalinen vanheneminen nähdään, mitkä

ovat ikääntyneiden oikeudet ja velvollisuudet ja millainen arvo vanhuksille annetaan yhteiskunnassa. (Koskinen 2007, 36–37)

Vanhenemisen ja vanhuuden ymmärtämiseen on olemassa kaksi päämallia: biologinen ja biolääketieteellinen ja toisaalta sosiokulttuurinen vanhuskäsitys. Biologinen ja biolääketieteellinen malli medikalisoi vanhuuden ja vanhenemisen ja näkee ne ensisijassa lääketieteellisinä ongelmina, samoin kuin niihin kohdistetut interventiot nähdään lääketieteellisinä kysymyksinä. Biolääketieteellinen vanhuskäsitys näkee vanhenemisen raihnaisuutena, sairauksina, diagnooseina ja patologiana, kielteisenä ongelmana, josta on vaikea nostaa esiin vanhenemiseen liittyviä voimavaroja. (Koskinen 2004, 36). Sosiokulttuurinen vanhuskäsitys on myönteisempi, nähden vanhuuden historiallisena, kulttuurisena ja sosiaalisena ilmiönä. Sosiokulttuurinen vanhuskäsitys korostaa vanhenemista moninaisena, jopa uutena mahdollisuutena, nostaen esiin ikääntymiseen liittyviä voimavaroja ja vahvuuksia. (Koskinen 2007, 36).

Ikääntyneiden oma käsitys vanhuudesta on yleensä myönteisempi, kuin vallitseva yhteiskunnallinen vanhuskäsitys. Vanhuus on paljolti kokemuksellinen, asennekysymys ja sanonta: ” Vanha on niin vanha kuin itse tuntee olevansa”, on jo hyväksytty osittain uudemmassa vanhuuden tutkimuksessa. Moni vanha ihminen arvioi itseään nuoremmaksi, kuin mikä hänen todellinen ikänsä on. Monen mielestä vanhuuden kokeminen on yhteydessä elämänlaatuun. (Koskinen & Aalto & Hakonen & Päivärinta 1998, 11).

Uuden vanhenemisen keskeisinä tunnuspiirteinä on ikäkäsitysten muuttuminen. Vanhuuden ikäraja on 80 – 85 vuotta, puhutaan kolmannesta ja neljännestä iästä. Vanheneminen nähdään historiallisena ja kulttuurisena ilmiönä, uniikkina, elämänkulun näkökulmasta tarkasteltuna elämänvaiheena. Vanheneminen on normaalia, yksilöllistä ja heterogeenistä, ei ole olemassa kahta samanlaista ikäihmistä. Vanhuus on voimavara ja vahvuus, joka ei ole sosiaalinen ongelma vaan sosiaalinen integraatio. Vanheneminen nähdään myös kokemuksellisena ja kiinnostavana ilmiönä. (Vaarama 2008, Sosiaaligerontologian luento).

3.4 Toimintakyky elämänlaadun tekijänä

Toimintakyvyn määrittelyyn ei ole olemassa yhtä hyväksyttyä, yhtenäistä käsitteistöä, vaan toimintakykyä voidaan määritellä eri tavoin. Toimintakykyä voidaan määritellä

joko voimavaralähtöisesti jäljellä olevan toimintakyvyn tasona, tai todettuina toiminnan vajeina. Käsitteenä toimintakyvyn käsite liittyy laajasti ihmisen hyvinvointiin. Toimintakyvystä voidaan erottaa neljä eri osa-aluetta, joita ovat fyysinen, kognitiivinen, psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky. (Voutilainen & Vaarama 2005, 7). Toimintakykyä kartoitetaan usein yksilön kyvyllä suoriutua päivittäisistä toiminnoista. Päivittäisistä perustoiminnoista ja henkilökohtaisesta hygieniasta, kuten peseytymisestä ja pukeutumisesta selviytymisessä arvioidaan lähinnä fyysistä toimintakykyä. Asioiden hoitaminen ja kodin ulkopuolinen toiminta, kuten kaupassa käynti ja raha-asioiden hoitaminen edellyttävät myös psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. (Laukkanen 2008, 267).

Kognitiivisen toimintakyvyn käsite pitää sisällään muistin, oppimisen, tiedon käsittelyn, toiminnan ohjauksen ja kielellisen toiminnan. Psyykkisen toimintakyvyn käsite liittyy ihmisen elämänhallintaan, psyykkiseen hyvinvointiin ja mielenterveyteen, sekä erilaisista haasteista selviäminen, voimavarat, mieliala ja itsearvostus kuuluvat myös psyykkisen toimintakyvyn osa-alueeseen. Sosiaalinen vuorovaikutus ja toimiminen muiden ihmisten kanssa, suhteet omaisiin ja ystäviin, osallisuus, vastuu läheisistä ja elämän mielekkyys kuuluvat sosiaalisen toimintakyvyn piiriin. WHO:n määritelmän mukaan myös ympäristö katsotaan nykyisin tärkeäksi toimintakykyä määrittäväksi tekijäksi. (Voutilainen ym. 2005, 7)

Toimintakyvyn käsite on noussut tärkeäksi kohteeksi vanhenemista ja vanhuutta koskevassa tutkimuksessa. Toimintakyky ennustaa elossa säilymistä ja se on tärkeä kriteeri ikäihmisten arvioidessa omaa terveyttään sekä elämänlaatuaan ja elämän tarkoituksellisuuden tunnetta. Hyvä toimintakyky on tärkeä osa terveyttä ja iäkkäiden ihmisten arvioidessa omaa terveyttään, on taustalla useita eri tekijöitä. Toimintakyvyn eri osa-alueet, fyysinen ja psyykkinen toimintakyky, sekä kyky selviytyä päivittäisistä toiminnoista ovat tärkeässä roolissa arvioinnissa. (Heikkinen ym. 2002, 24).

Toimintakykyä voidaan katsoa uudesta ja laajemmasta, asiakkaasta lähtevästä näkökulmasta käsin, aktuaalisena, käytössä olevana toimintakykynä. On esimerkiksi mahdollista puhua eri tavalla toiminnan ja toimintakyvyn modaalisista ulottuvuuksista ja erotella kuusi eri ulottuvuutta. Näitä ulottuvuuksia ovat osaaminen, kykeneminen, haluaminen, täytyminen, voiminen ja tunteminen, joiden erottelun avulla voidaan toimintakykytarkasteluun saada dynaamisempi ja sosiologisempi lähtökohta. Tässä yhteydessä osaami-

sella tarkoitetaan toimintaan liittyviä taitoja ja tietoja, jotka voidaan erottaa käsitteellisesti kykenemisestä. Kykeneminen viittaa fyysiseen ja psyykkiseen toimintakykyyn. Haluamisen ulottuvuus nostaa esiin motivaation ja tavoitteellisuuden, täytyminen liittyy suoraan tilanteeseen, siinä ilmeneviin pakkoihin ja ei-pakkoihin. Voiminen liittyy mahdollisuuteen ja eri tilanteissa toimiminen liittyy tunteeseen. (Jyrkämä 2008, 276 - 277)

Terveys voidaan nähdä tasapainona yksilön repertuaarin (toimintakyvyn), hänen tavoitteidensa ja ympäristön (fyysisen ja sosiaalisen) välillä. Kun repertuaari ikääntymisen myötä heikkenee, ihminen pyrkii pitämään tasapainoa yllä eri tavoin: estämällä toimintakyvyn heikkenemistä, palauttamalla alentunutta toimintakykyä kuntoutuksen avulla, muuttamalla tavoitteitaan vastaamaan paremmin toimintakyvyn antamia mahdollisuuksia, muuttamalla fyysistä ympäristöään vähemmän esteelliseksi ja toimintaan houkuttelevaksi, lisääntyvän sosiaalisen tuen avulla tai yhdistämällä useampia ed. mainituista keinoista. Ikääntyvän ihmisen itsehoidon toteuttamisessa on hänen omien voimavarojen hyväksikäyttö muodostumassa yhä tärkeämmäksi keinoksi toimintakyvyn ja terveyden ylläpitämiselle. (Heikkinen ym. 2002, 29)

Toimintakyvyllä on hyvin voimakas yhteys ikään johtuen mm. iän lisääntymisen myötä tapahtuvasta suorituskyvyn heikkenemisestä. Toimintarajoitusten aiheuttama palveluntarve on sidoksissa voimakkaasti väestön ikärakenteen muutoksiin, vaikka yksilöllisesti erot ovat suuria ja korkean iän saavuttaneista osa suoriutuu itsenäisesti kaikista arkisista tehtävistä. (Martelin & Sainio & Koskinen 2004, 117). Tulevaisuudessa ikääntyneiden oletetaan olevan parempikuntoisia, kuin nykyisin ja heidän oletetaan siirtyvän hoivapalveluiden käyttäjiksi nykyistä myöhemmässä iässä. Terveys-2000 tutkimuksessa on todettu toimintakyvyn kohentuneen kaikissa alle 85 -vuotiaissa väestöryhmissä, mutta yli 85–vuotiaiden on havaittu jopa päinvastaista kehitystä. Dementoivat sairaudet liittyvät korkeaan ikään ja ne johtavat sairastuneilla toimintakyvyn laskuun ja palveluntarpeen lisääntymiseen. Palveluntarpeen kasvu näkyy ensin kotihoidossa ja omaishoidossa, myöhemmin tehostetussa palveluasumisessa ja pitkäaikaisessa laitoshoidossa. (Vaarama 2004, 136 – 137)

3.5 Ikäihmisen voimavarat

Ruotsalainen vanhuudentutkija Lars Tornstam on määritellyt voimavarat seuraavasti: *voimavaroilla tarkoitetaan aineellisia, persoonallisia ja henkisiä ominaisuuksia tai il-*

miöitä, jotka tunnetaan ja joita tietoisesti halutaan käyttää yhteiskunnallisen tai yksilöllisen päämäärän saavuttamiseksi.

Perusolettamuksena voimavaralähtöiselle vanhuskäsitykselle on:

- *Ikääntyminen on parhaimmillaan kaikkea muuta kuin sairautta, kurjuutta ja toimintakyvyttömyyttä.*
- *Hyvinkin vanha ihminen voi olla kiinni elämässä, mutta hän voi olla myös valmis siitä luopumaan.*
- *Yhä useammat voivat nauttia pitkästä fyysisestä ja henkisestä elämästä ja kohdata lopulta arvokkaan kuoleman*
- *Ikääntynyt ihminen voi elää samanaikaisesti montaa vaihetta*
- *Kaikki vanhat ihmiset ovat selviytyjiä*
- *Ikääntyminen on prosessi, jossa elämänkokemus ja tieto kumuloituvat ja jossa mahdollisuudet henkisten ja muiden voimavarojen vapautumiseen lisääntyvät*
- *Ikääntyminen on uusi mahdollisuus*
- *Me voimme vaikuttaa ikääntymisen voimavaroihin ja yhteiskunta voi voimavaraistaa meitä.* (Vaaraman 2008)

Ikääntyvillä ihmisillä on monenlaisia voimavaroja käytettävänä erilaisissa elämäntilanteissa. Voimavarat jaetaan sisäisiin ja ulkoisiin voimavaroihin. Ulkoiset voimavarat, kuten esimerkiksi korkea koulutustaso ja hyvä taloudellinen asema edesauttavat loogisten valintojen tekemistä ja parantavat joustavuutta. Ikäihmisellä voi olla myös kiinteä sosiaalinen verkosto, jonka antama tuki auttaa häntä selviytymään paremmin vastoinkäymisissä. Verkostoon voi kuulua perhe, sukulaiset ja ystävät, sekä muut läheiset. Iäkkäät naiset turvautuvat miehiä useammin ystäviin ja läheisiin, sekä etsivät apua uskonnosta elämän vaikeuksien ratkaisemisessa. Miehet luottavat välineelliseen apuun sekä toveruuteen. (Koskinen ym. 1998, 110)

Elämänhallinta, myönteinen elämänasenne, terveelliset elämäntavat, arvokkuuden kokemus, valmius oppia uutta, ottaa vastaan opastusta ja neuvontaa, hengellisyys, rakkaus, tulevaisuuteen suuntautuminen, toimintakykyisyys, turvallisuus ja terveys ovat asioita, jotka ilmentävät ihmisen psyykkistä, henkistä ja fyysistä hyvinvointia voimavaroina. Ystävät ovat sosiaalisia voimavaroja, mutta myös sosiaalinen aktiivisuus, perhesuhteet ja saatu, sekä annettu apu ilmentävät sosiaalisia voimavaroja. Ympäristö voimavarana tarkoittaa ensisijaisesti omaa kotia, kodin ja sen lähiympäristön toimivuutta ja liikku-

mavapautta. Voimavaroja ovat myös omaiset, saadut palvelut ja hyvät suhteet palvelujen tuottajiin. Taloudelliset voimavarat ovat tuloja, varallisuutta ja taloudellista turvallisuutta. Voimavaroja ovat myös mielekäs tekeminen, harrastukset, toiminnallisuus yleensä, kotityöt, elämän haasteellisuus ja odotettavissa olevat tapahtumat. (Heinola & Luoma 2007, 37).

Sisäisiin voimavaroihin kuuluvat elämänkokemus, kypsyys, persoonallisuus ja motivaatio. Leppoisa asenne ja motivaatio ovat elämänhallinnan kannalta myönteisiä luonteenpiirteitä. Neuroottisuuden on todettu vaikuttavan kielteisesti stressin kokemiseen ja vaikeuttaa selviytymismahdollisuuksien löytymistä. Ikäihmiset voivat helposti sopeutua vastoinkäymisiin ja he voivat etsiä positiivisia piirteitä ja laskea omaa tavoitetasoaan. He voivat korvata toiminnallisia hallintakeinoja psykologisilla keinoillan sellaisissa tilanteissa esimerkiksi, joissa heillä ei ole mahdollisuutta vaikuttaa tapahtumiin. (Koskinen ym. 1998, 110).

Ikääntyvien ihmisten voimavaroja voidaan edistää paikallisella ja valtakunnallisella politiikalla monella tapaa. Simo Koskinen näkee yhtenä strategiana pyrkiä löytämään, analysoimaan ja tunnustamaan ikääntymiseen liittyviä voimavaroja, kun valmistaudutaan kohtaamaan ikääntynyt yhteiskunta. Voimavaroja voidaan käyttää hyväksi yksilö-, perhe-, yhteisö- ja koko yhteiskunnan tasolla. Työnjätön ja varsinaisen vanhuuden, joka nykykäsityksen mukaan alkaa 85. ikävuoden paikkeilla, jää ns. kolmas ikä, joka jäsentää uudelleen ihmisen elämänkulkua. Kolmannesta iästä on tullut tärkeä ikä myös ihmisten voimavarojen kannalta. Voimavarojen kannalta on tärkeää ymmärtää myös ihmisen elämänkulun kokonaisuus, voimavaroja kertyy ja kuluu koko elämänkulun aikana. (Koskinen 2004, 77)

3.6 Hyvän elämän malli

Tutkimuksen viitekehyksenä on Powell Lawtonin (Achieving the good life, 1983; 1999) moniulotteinen hyvän elämän malli, joka koostuu neljästä hyvän elämän osa-alueesta. Nämä osa-alueet ovat kompetentti käyttäytyminen, psyykkinen hyvinvointi, koettu elämisen laatu ja objektiivisen ympäristön positiiviset ominaisuudet.(Koskinen 2004, 39–40). Ympäristö käsittää fyysisen, sosiaalisen, psyykkisen ja emotionaalisen ympäristön, sekä ympäristön tarjoaman tuen ja palvelut. (Vaarama, 2008). Lawton korosti, että hä-

nen mallinsa keskeinen ajatus on, että hyvän vanhenemisen edellytyksenä on ikääntyneen omien valintojen ja toiminnan, ja toisaalta ympäristön suomien edellytysten välillä vallitseva tasapainoinen suhde. (Koskinen 2007)

PSYYKKINEN HYVINVOINTI	**KOETTU ELÄMÄNLAATU**
KOMPETENTTI KÄYTTÄYTYMINEN	**OBJEKTIIVINEN YMPÄRISTÖ**

Hyvän elämän neljä ulottuvuutta (Powell Lawton 1983)

Hyvä vanhuus on vahvuuksia ja voimavaroja, sopeutumista ja mukautumista vanhenemisen mukanaan tuomiin muutoksiin. Kun ihminen on tyytyväinen (life satisfaction) nykyiseen ja menneeseen elämäänsä, hänen katsotaan vanhenevan suotuisasti. Hyvän vanhuuden ja elämään tyytyväisyyden tekijöitä ovat elämänhalu, periksi antamattomuus ja rohkeus, halu ottaa vastuu omasta elämästään, tunne siitä, että on saavuttanut, mitä on halunnut, itsensä arvostaminen ihmisenä, sekä optimistinen elämänasenne. (Koskinen 2004, 39).

3.7 Psyykkinen hyvinvointi

Elämänlaadun ja hyvinvoinnin merkittävämpänä osatekijänä pidetään hyvää mielenterveyttä ihmisen kaikissa ikä- ja elämänvaiheissa. Gerontologiassa psyykkistä hyvinvointia tarkastellaan ihmisen omana kokemuksena hyvinvoinnistaan ja elämäntilanteensa tyydyttävyydestä. Ryff (1989) on päätynyt omissa ihmisen hyvinvoinnin tarkasteluissaan kuuteen psyykkisen hyvinvoinnin ulottuvuuteen. Hänen nimeämänsä ulottuvuudet ovat itsensä hyväksyminen, suhteet toisiin ihmisiin, arjen ja ympäristön hallinta, autonomia, elämän tarkoitus ja henkilökohtainen kasvu. Tutkijoiden mukaan dramaattiset ajattelun ja tiedonkäsittelyn muutokset eivät kuulu normaaliin vanhenemiseen ennen 80. ikävuotta. (Saarenheimo 2004, 134).

Tunteet ovat osa ihmistä ja psyykkiselle hyvinvoinnille niiden merkitys on keskeinen. Tunteiden pysyvyyttä ja muuttumista on kuitenkin tutkittu melkoisen vähän eivätkä tutkijat ole yksimielisiä siitä, miten tunteille käy ihmisen ikääntyessä. Arkiajattelussa on vallalla käsitys siitä, että vanhoilla ihmisillä ovat negatiiviset tunteet enemmän pinnalla kuin positiiviset, siihen ei ole saanut vahvistusta empiirisissä tutkimuksissa. Viimeaikaisissa tutkimuksissa ikääntymisen vaikutuksista ihmisen tunteisiin on havaittu, että kyky tunteiden säätelyyn kasvaa ikääntymisen myötä. Ikäihmiset ovat ehkä nuorempia taitavampia negatiivisten tunnetilojen välttämisessä, mistä johtuen on arveltu ikäihmisten pyrkivän jossakin mielessä säästämään tunteitaan ja siten myös voimavarojaan. (Saarenheimo 2004, 139).

Ihmisen subjektiivinen kokemus sosiaalisen tuen olemassaolosta on hyvinvointi- ja terveysvaikutuksiltaan huomattavasti merkityksellisempää kuin konkreettinen tai välineellinen apu. Koetut läheisten ihmissuhteiden menetykset asettavat haasteita psyykkisen hyvinvoinnin ylläpitämiselle vanhuudessa, samoin kuin missä muussa elämänvaiheessa tahansa. Menetysten käsittely on kuitenkin hyvin yksilöllistä, eikä voida yksiselitteisesti määritellä millaiset menetykset voivat johtaa mielenterveydellisiin ongelmiin. Psyykkinen tasapaino voi kuitenkin järkkyä, jos koettua menetystä ei voida lainkaan aktiivisesti työstää. (Saarenheimo 2004, 142).

3.8 Koettu elämänlaatu

Elämänlaatu käsitteenä on tuttu ja paljon käytetty. Käsitteenä sen määrittäminen on vaikeaa, koska elämänlaatu on subjektiivinen näkemys, sen sisältö on jokaiselle yksilölle erilainen. Yksilön käsitys elämänlaadusta voi vaihdella eri aikoina ja elämäntilanteen mukaan. Elämänlaatu liittyy kaikkiin elämän ulottuvuuksiin. Se koostuu seuraavista asioista: yleinen elämään tyytyväisyys, mielihyvän tunne ja onnellisuus, tarpeiden tyydyttäminen ja kaikkien näiden osa-alueiden yhdistelmät. Subjektiivista elämänlaatua mitataan tyytyväisyydellä elämään. Tyytyväisyys on ihmisen elämänlaadun kannalta keskeistä ja siihen tulisi myös palvelujen suhteen pyrkiä. (Voutilainen & Vaarama & Backman & Paasivirta 2008, 11–13).

Elämänlaadun käsitteelle ei ole yksiselitteistä määritelmää, sen ymmärretään tavanomaisesti viittaavan hyvään elämään ja ilmentävän elämään tyytyväisyyttä, onnellisuutta, hyvää itsetuntoa ja tyytyväisyyttä omaan itseen. Gerontologiassa elämänlaatu on nähty usein onnistuneen vanhenemisen tulokseksi, jonka tärkeitä resursseja ovat hyvä terveys, fyysinen ja kognitiivinen toimintakyky sekä aktiivinen elämänote. Lawtonin mallin (1991) mukaan ikääntyneiden elämänlaadulle ovat tärkeitä: toimintakyky, psyykkinen hyvinvointi, koettu elämänlaatu ja objektiivinen ympäristö. Nämä kaikki ovat vuorovaikutuksessa keskenään. Ympäristön ja yksilön välinen sopusointu on mallissa keskeinen tekijä. Mallin perussanoma on, että ympäristön merkitys korostuu silloin kun ikääntyneen toimintakyky alentuu. Ympäristön asettamat esteet ja edellytykset sekä ympäristön antama tuki määrittävät merkittävästi huonokuntoisen yksilön päivittäistä suoriutumista ja elämänlaatua. (Vaarama & Luoma & Ylönen 2006, 106).

Elämänlaatu käsitettä käytetään erillisenä ja usein synonyymina hyvinvointikäsitteen kanssa. Käsitteille on yhteistä se, että ne sisältävät eri tavoin painottaen samanlaisia tekijöitä, kuten ikä, sukupuoli, sosio-ekonominen asema, siviilisääty, asuminen terveys, aktiivisuus, sosiaalinen integraatio, sosiaaliset siteet ja sosiaalinen tuki, psykososiaaliset, hyvinvointia välittävät tekijät, kontrolli ja elämänhallinta, elämän merkityksellisyys, sosiaalinen vertailu, tasapaino omien tavoitteiden ja saavutusten välillä, sekä henkilökohtainen kasvu ja toimijuus. (Vaarama 2009, 118).

Brittiläisessä 2006 toteutetussa tutkimuksessa selvitettiin vanhojen ihmisten elämänlaatua yhdistäen kansallisesti edustavan kvantitatiivisen tutkimuksen tietoja tietoihin, joita saatiin syventävistä seuruuhaastatteluista. ”Groving Older Programme of research and quality of life in old age” tutkimuksen mukaan elämänlaatu on hyvä henkilöllä, joka:

- omaa hyvät sosiaaliset suhteet perheeseen, ystäviin ja naapureihin
- omaa sosiaalisia rooleja ja osallistuu sosiaalisiin ja vapaaehtoisiin toimintoihin sekä omaa lisäksi muita, yksin toteutettavia aktiviteetteja ja harrastuksia
- omaa hyvän terveyden ja toimintakyvyn
- asuu hyvässä kodissa ja naapurustossa
- omaa myönteisen tulevaisuuskuvan ja voi psyykkisesti hyvin
- omaa riittävän taloudellisen toimeentulon
- säilyttää itsenäisyyden ja oman elämän kontrollin. (Leinonen & Havas 2008, 81–82).

Suomalaisista tutkijoista Marja Vaarama on eri tutkimusten tuloksiin perustuvassa yhteenvedossa luetellut elämänlaadun ulottuvuudet ikäihmisillä. Kullakin ulottuvuudella on mainittu esimerkkeinä tekijöitä, joita arvioidaan tutkittaessa elämänlaatua. Elämänlaadun ulottuvuudet iäkkäillä henkilöillä Vaaraman (2007) mukaan:

- Terveys (esim. fyysinen terveys, toimintakyky, oireet, energisyys, liikkuminen, uni)
- Aineellinen hyvinvointi (esim. asuinympäristö, vapaus, rahavarat)
- Läheissuhteet (esim. ihmissuhteet, tuki, integraatio)
- Emotionaalinen hyvinvointi (tunnekokemukset, masennus, ahdistus, onnellisuus, elämään tyytyväisyys, oppiminen, itsetunto jne.)
- Tuottava hyvinvointi (kompetenssi, osaaminen, autonomia, elämän mielekkyys, tarpeellisuuden tunne, elämän hallinta, valinnan mahdollisuudet)
- Ympäristö (yksilön ja ympäristön yhteensopivuus, kiintymys omaan asuinympäristöön)
- Riittävä apu ja tuki sitä tarvittaessa (palveluiden saatavuus, määrä, laatu)

Hyvä terveys ja toimintakyky nousevat keskeisiksi tekijöiksi kummassakin yhteenvedossa elämänlaadun tärkeinä osatekijöinä. Ne vaikuttavat moniin muihin osatekijöihin ja ovat edellytyksiä mm. itsenäiselle elämälle, psyykkiselle hyvinvoinnille ja aktiiviselle sosiaaliselle osallistumiselle. Yhdysvaltalaiset tutkijat Rowe ja Khan julkaisivat 1987 Science-lehdessä onnistuvan vanhenemisen (Suggessfull aging) mallin, jonka keskeisinä käsitteinä mainitaan hyvä terveys ja toimintakyky. Sen mukaan onnistuvaan vanhenemiseen kuuluu sairauksilta ja toimintavajauksilta välttyminen, hyvän fyysisen ja kognitiivisen toimintakyvyn säilyminen ja aktiivisuus sosiaalisessa toiminnassa. Kun onnistuvaa vanhenemista tarkastellaan normatiivisena onnistumisen tai epäonnistumisen kysymyksenä, toteutuu onnistuva vanheneminen verraten harvoilla ihmisillä. Silloin kun onnistuva vanheneminen käsitetään jatkumona, sen saavuttaminen voidaan asettaan tavoitteeksi siten, että arvioinnissa otetaan huomioon miten pitkälle kukin ihminen on edennyt onnistuvan vanhenemisen eri ulottuvuuksilla. (Leinonen ym. 2008, 81–82).

Iäkkäiden ihmisten hyvinvointi ja tyydyttävä elämänlaatu ovat monimutkaisia ja moniulotteisia kysymyksiä, ja käsitteiden eri ulottuvuuksien merkitys vaihtelee väestöryhmästä, yksilöstä, ajankohdasta, kulttuurista ja muista kontekstuaalisista tekijöistä toiseen. Osa ikäihmisten elämänlaatua muokkaavista tekijöistä johtuu aikaisempien elä-

mänvaiheiden elinolosuhteista, elintavoista ja geneettisistä tekijöistä. Lisäksi myöhempien elämänvaiheiden tekijöillä on suuri merkitys vaihdellen kuitenkin hyvinvoinnin ja elämänlaadun ulottuvuudesta toiseen. (Leinonen ym. 2008, 83).

3.9 Kompetentti käyttäytyminen

Henkilö on kompetentti silloin, kun hän hallitsee itsensä, tietää vahvuutensa ja kehittämistarpeensa. Kompetenssi muodostuu ihmisen kyvystä harkintaan, päättämiseen ja toimintaan, kykyyn ottaa vastaan uutta tietoa ja ymmärtää sen merkityksen omien käsitystensä kannalta. Ikääntyneellä kompetentti käyttäytyminen tarkoittaa sitä, että hänellä on hyvä terveys ja toimintakyky, runsaasti tietoa ja taitoa toimia itsenäisenä aikuisena vuorovaikutuksessa muiden kanssa. Lawtonin keskeinen ajatus oli, että yksilön omien valintojen ja toimintojen tulee olla tasapainossa ympäristön suomien edellytysten kanssa. (Koskinen, 2006)

Hanna Saarelainen ja Maarit Kohonen ovat 2001 Kansanterveyslaitokselle tekemässään PD – projektityössä avanneet kompetenssi-käsitettä. Heidän mukaansa kompetenssille ei ole yksiselitteistä selitystä, mutta sillä tarkoitetaan osaamista, kykyä ja taitoa. He siteeraavat Spencerin ja Spencerin (1993) kompetenssin määrittelyä, jossa kompetenssi muodostuu viidestä osasta, joita ovat motiivit, henkilökohtaiset ominaisuudet, henkilön käsitys itsestään, tiedot ja taidot. Motiivit ohjaavat henkilöä ponnistelemaan kohti tavoitteitaan, henkilökohtaiset ominaisuudet muodostuvat fyysisistä ominaisuuksista, kuten kuulo ja näkö, sekä vakiintuneista tavoista toimia erilaisissa tilanteissa. Henkilön käsitykseen itsestään kuuluvat hänen arvonsa, asenteensa ja maailmankuvansa. Tieto on faktoja ja tosiasioita tietyltä alueelta, jotka parhaimmillaan kertovat sitä mitä henkilö periaatteessa voi tehdä. Taito on kykyä suoriutua tietystä älyllisestä tai fyysisestä tehtävästä. (Saarelainen & Kohonen 2001)

Ihminen voi menettää monien sairauksien seurauksena kykynsä suoriutua itsenäisesti sekä älyllisiä, että fyysisiä kykyjä vaativista tehtävistä. Dementoivat sairaudet ovat laaja-alainen uhka ikääntyneen ihmisen ja hänen läheistensä hyvinvoinnille. Ihminen menettää sairauden myötä vähitellen kykynsä toimia ja huolehtia itsestään ja on sairauden edetessä vähitellen yhä riippuvaisempi toisten ihmisten avusta. Hänen toiveensa ja käsityksensä asioista voidaan sivuttaa eikä hän kykene puolustamaan omia etujaan. (Eloniemi - Sulkava & Topo & Sormunen 2008, 9). Dementiaoireisella ihmisellä lisääntyvät

erityisesti psykologiset oireet ja käyttäytyminen muuttuu, tulee erilaisia käytösoireita, apatiaa, masennusta, jotka vaikuttavat heikentävästi elämänlaatuun. Dementiaoireisten ihmisten hoito- ja palvelujärjestelmän kehittäminen on merkittävä sosiaali- ja terveyspoliittinen haaste yhteiskunnalle, erityisesti inhimillisestä sekä hoidon- ja palvelujen aiheuttamien kustannusten näkökulmasta käsin. Erityisenä haasteena on kehittää kotihoitoa monipuolistamalla sen sisältöä ja lisäämällä kattavuutta. (Voutilainen & Kauppinen & Huhtamäki - Kuoppala 2008, 18–22).

3.10 Objektiivinen ympäristö

Ihmisen hyvinvoinnin ja selviytymisen edellytyksenä pidetään toimivaa ja viihtyisää asuinympäristöä. Asuinympäristön toimivuus korostuu etenkin vanhusten, lasten ja erilaisia toimintarajoitteita omaavien ihmisten kohdalla. Kun asuinympäristö on asukkaita aktivoiva ja tukeva elinympäristö, siihen yhdistyy palvelujen verkosto ja siinä asuu eri-ikäisiä ihmisiä, se luo myös edellytykset täyteläiseen elämään ja arjen sujumiseen. Tällä hetkellä vanhuspalveluissa on suuntauksena laitospainotteisen palvelurakenteen purku, joka edellyttää kotona asumisen mahdollistamista ja palveluiden tuomista kotiin. Asuminen on yksi vanhushuollon järjestelmän osa ja mahdollisuus kotona asumiseen on sekä yksilön että yhteiskunnan etu. (Siitonen 2008, 523).

Ikääntyminen aiheuttaa muutoksia toimintakyvyssä, joka pitäisi huomioida jo ympäristön suunnittelussa ja rakentamisessa. Ympäristön pitäisi edistää fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä ja itsenäisen selviytymisen edellytyksiä voidaankin tukea asunnon muutostöillä ja apuvälineillä. Vanhuksen mahdollisuuksia kotona asumiseen edistetään rakennusten ja kulkureittien esteettömyydellä sekä helposti saavutettavissa olevilla, sopivanhintaisilla palveluilla. Hyvällä suunnittelulla voidaan vähentää ympäristön luomaa tapaturma-alttiutta ja vaikuttaa ihmisen fyysisen ympäristön luomaan turvallisuuden tunteeseen. Turvallisuuden kokemiselle merkitystä luo ympäristön mittakaava ja suunnistettavuus. Vanhalle ihmiselle ovat merkityksellisiä arkielämän tilalliset olosuhteet, oman elämän varrella koetut tapahtumat muuttavat tilat paikoiksi, jotka toimivat kiinnekohtina. (Siitonen 2008, 523)

Tutkimusten mukaan vanheneminen tutussa paikassa merkitsee vanhenevan ihmisen ja ympäristön vuorovaikutusta pitemmän ajan kuluessa, jolloin ihminen tuntee kuuluvansa tiettyyn paikkaan ja tiettyyn ympäristöön. Elämänkulkuteorioiden mukaan eletty elämä

liittyy nykyisyyteen hyvin vahvasti. Omassa kodissa ja tutussa paikassa elämisen on todettu vahvistavan oman identiteetin kokemista ja se on myös yhteydessä elämänlaatuun.

Ikäihmiselle on erityisen merkityksellistä asuinympäristön tuttuus ja turvallisuus, ympäristön myönteisten piirteiden säilyessä mielessä, vaikka ulkona liikkuminen ei olisikaan enää mahdollista liikkumiskyvyn huononnuttua. Asunnon viihtyvyys, turvallisuus ja rakenteelliset ratkaisut ovat keskeisiä, vanhusten asuinympäristöön liittyviä tekijöitä. Kotiin liittyy vahvoja tunnelatauksia, siihen liittyy kokemuksia omasta itsestä ja muista perheenjäsenistä. Koti voi tarkoittaa ihmiselle laajaa asumismuotojen kirjoa ja koti voi olla siellä, missä ihminen itse tuntee olevansa kotona. (Tenkanen 2003, 93–95).

Ympäristö voidaan myös käsittää laajemmin kuin pelkästään fyysisenä asumisympäristönä, sosiaalisena ympäristönä, jota on tutkittu vielä melko vähän. Elämän jälkipuoliskolla joudutaan sopeutumaan omaan ja puolison sairasteluun, usein toimintakyvyn laskuun, läheisten kuolemaan sekä oman kuoleman odotukseen. Näissä tilanteissa sosiaalisen ympäristön eli läheisten ja myös muiden ihmisten antama tuki on tärkeää.

4. VANHUSPALVELUJEN MERKITYS ELÄMÄNLAADULLE

4.1 Vanhuspalvelujen järjestämistä ja suunnittelua ohjaavat asiakirjat

Suomen perustuslain 19 §: n mukaan jokaisella on oikeus sosiaaliturvaan. Myös heillä, jotka eivät itse kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Julkisen vallan on turvattava riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. (Suomen perustuslaki, 11.6.1999/731, 19 § Sosiaalihuoltolaki (17.9.1982/710) ja sosiaalihuoltoasetus (29.6.1983/607) ovat perustuslaissa mainittua erityislainsäädäntöä, jotka määrittävät ne puitteet, joilla myös vanhusten palveluita järjestetään.

Vanhuspalvelujen suunnittelun ja kehittämisen lähtökohdat on valtakunnallisesti ohjattuja. Matti Vanhasen I hallitus antoi vuonna 2004 ensimmäisen selontekoasiakirjan ”Hyvä yhteiskunta kaikenikäisille”, jonka tarkoituksena oli laaja-alaisesti määritellä ikääntymispolitiikan tavoitteet Suomessa. Vanhasen II hallitusohjelmassa on tavoite selvittää ”väestön ikääntymiseen varautumisen riittävyys niin, että tarvittaviin uudistuksiin ryhdytään vielä hallituskauden aikana.” Tämä selvitys on ilmestynyt 22.1.2009.

Toinen poliittisen ohjauksen asiakirja on Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmat (TATO). Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) valmistelee nelivuotiskaudeksi kerrallaan sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman. Sitä täydentää vuosittain valtion tulo- ja menoarvion yhteydessä vahvistettava sosiaali- ja terveydenhuollon voimavarapäätös. Ohjelma linjaa palvelujen kehittämisen painopistealueet valtakunnallisesti. Toinen sosiaali- ja terveysministeriön strateginen ohjausasiakirja on KASTE (sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma), jossa määritellään Suomen vuosien 2008 – 2011 sosiaali- ja terveyspoliittiset tavoitteet, kehittämistoiminnan ja valvonnan painopistealueet ja niiden toteuttamista tukevat uudistus- ja lainsäädäntöhankkeet, ohjeet ja suositukset.

Ohjelman tavoitteita ovat osallisuuden lisääminen, syrjäytymisen väheneminen, hyvinvoinnin ja terveyden lisääntyminen, hyvinvointi- ja terveyserojen kapeneminen sekä palvelujen laadun, vaikuttavuuden ja saatavuuden paraneminen ja alueellisten erojen kapeneminen. Strategisen ohjauksen asiakirjoja ovat myös Terveys 2015- kansanterveysohjelma sekä Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2010. Meneillään olevalla kunta-

ja palvelurakenneuudistuksella on vaikutuksia ikäihmisten palvelujärjestelmään. Konkreettisin ikäihmisten palveluja ohjaava asiakirja on Ikäihmisten palvelujen laatusuositus, joka on laadittu yhteistyössä STM:n, Stakesin ja Kuntaliiton kanssa. Suosituksen tavoitteena on lisätä ikäihmisten terveyttä ja hyvinvointia sekä parantaa palvelujen laatua ja vaikuttavuutta. Ensimmäinen laatusuositus valmistui vuonna 2001 ja toinen julkaistiin vuonna 2008.

Edellä mainitut suositukset ja strategiset ohjausasiakirjat ovat käytettävissä ohjaamaan kuntien kuntastrategiaa, hyvinvointipoliittisia linjauksia sekä ikäpoliittisen strategian laadintaa. Keskeisimmät tavoitteet, jotka voidaan nostaa kuntien suunnitelmien keskiöön, ovat palvelujen saatavuus, asiakaslähtöisyys, itsemääräämisoikeus, toimintakyvyn ylläpitäminen ja osallisuus. Asiakirjoissa on myös toimenpide-ehdotuksia tavoitteisiin pääsemiseksi. Tavoitteisiin pääseminen vaatii vanhuspalvelujen modernisointia kautta linjan.

Painopistealueina kaikissa asiakirjoissa ovat vanhusten palvelutarpeiden yksilöllisyys, kotona asumisen ensisijaisuus, pitkäaikaisen laitoshoidon laitosmaisen järjestelmän purkaminen ja muuttaminen kodinomaisemmaksi (esimerkiksi tehostetuksi palveluasumiseksi) ja palvelujärjestelmän kehittäminen toimivaksi ja kitkattomaksi. Näiden lisäksi on kehitettävä seudullisia palveluketjuja, hoiva- ja hoitotakuu ja henkilöstön riittävyys tulee taata. Asiakirjoissa on kiinnitetty huomiota myös omaishoitajien aseman parantamiseen, dementian hoitoon ja omaisten tukemiseen. Perhepoliittisena ohjauksena on mainittu myös mahdollisuus jäädä hoitamaan omaa omaista tai läheistä.

Terveyden edistämisen politiikkaohjelman ja ikäihmisten palvelujen laatusuositusten toimeenpanon tueksi on sosiaali- ja terveysministeriö asettanut Ikäneuvo-työryhmän (1.4.2008 – 31.3.2009). Työryhmän tehtävä on hyvinvointia ja terveyttä edistävien ehdotusten löytäminen. Samoin tavoitteena on kehittää neuvonta- ja palvelukeskusverkoston ja ehkäisevien (hyvinvointia edistävien) kotikäyntien palvelukonsepteja.

4.2 Kotihoito elämänlaadun tukijana

Sosiaali- ja terveystoimen yhteistyövelvoite on kirjattu jo 1930-luvulla politiikka-asiakirjoihin. Nykyisissä sosiaali-, terveys- ja vanhuspoliittisissa asiakirjoissa yhteistyö on edelleen vahvasti asetettu tavoitteeksi. Kunnat ovat organisoineet ja integroineet kotihoitonsa monin eri tavoin. Yhteistyön tarvetta luovat yhteinen asiakaskunta, asiakkaiden tarpeiden ja ongelmien moninaisuus sekä taloudelliset syyt. Yleisimmin kunnat tuottavat sosiaali- ja terveyspalvelunsa itse tai kuntainliiton avulla. Yksityisiä sosiaali- ja terveyspalveluja tuottavia yrityksiä ja yhteisöjä on myös enenevässä määrin. Palvelujen integroiminen edellyttää erityypistä ja – asteista yhteistyötä useiden eri toimijoiden kanssa, huolimatta siitä kuinka kotihoito on organisoitu ja mikä taho palvelua tuottaa.

Kunta- palvelurakenneuudistuksesta annetussa puitelaissa (Laki kunta- ja palvelurakenteen kehittämisestä 155/2006) on sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisvastuu määritelty uudella tavalla. Organisoinnissa on huomioitava, että perusterveydenhuoltoa ja siihen kiinteästi liittyviä sosiaalitoimen palveluja suunniteltaessa on väestöpohjan oltava vähintään 20 000 asukasta. Organisointityö on vielä monessa kunnassa kesken. (Tepponen 2007, 61 – 67).

Kotihoidon avulla voidaan vaikuttaa runsaasti palveluja tarvitsevien ikäihmisten elämänlaatuun positiivisesti. Kotihoidon apu ylläpitää ja jopa parantaa ikäihmisen elämää kotioloissa, mutta kunnallisella kotihoidolla on erittäin vähän vaikutusta sosiaalisissa suhteissa ja liikkumisessa. Asiakkaita autetaan päivittäisissä toiminnoissa, mutta heidän osallistumiseensa arjen toimintoihin ei kiinnitetä tarpeeksi huomiota. Kotona liikkumista ja suoriutumista haittaaviin tekijöihin ei kiinnitetä tarpeeksi huomiota. Iäkkäiden asiakkaiden elämäntapaa kunnioitetaan ja heidän itsemääräämisoikeutensa ja autonomiansa pyritään säilyttämään tiettyyn rajaan asti. Kun ammatilliset näkemykset poikkeavat iäkkään asiakkaan mielipiteistä, pyritään asiakasta suostuttelemaan hänelle parhaaksi katsottuun ratkaisuun. Työntekijät uskovat toimivansa asiakkaansa parhaaksi, koska he pitävät huolta siitä että vanha ihminen selviytyy kotona myös silloin, kun apua ei voi enää antaa enempää. Ikäihmisen elämänlaatu ei huonone, vaikka hänellä olisi sairauksia

ja toimintakyvyn vajeita, jos hänen kokemuksensa kotona selviytymisestä on positiivinen. Kun ikäihminen kokee saavansa riittävästi apua kotona selviytymiseen ja hänellä on sosiaalisia kontakteja, on kotona olemisella myönteinen vaikutus hänen mielenterveyteensä. (Tenkanen 2003, 183–184)

Kotihoidon palveluilla tarkoitetaan työssämme sosiaalihuoltolain ja – asetuksen mukaista kotipalvelua ja kansanterveyslain mukaista kotisairaanhoitoa. Sosiaalihuoltolain mukaan kotipalvelu on asumisen, henkilökohtaiseen hoivaan ja huolenpitoon, lasten hoitoon ja kasvatukseen sekä muuhun tavanomaiseen ja totunnaiseen elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamista tai niissä avustamista (710/82, 20 §). Sosiaalihuoltoasetuksen mukaan kotipalvelu on kodissa tapahtuvaa yksilön ja perheen työapua, henkilökohtaista huolenpitoa ja tukemista sekä tukipalveluja, kuten ateria-, vaatehuolto-, kylvetys-, siivous-, kuljetus- ja saattajapalveluja sekä sosiaalista kanssakäymistä edistäviä palveluja (607/83, 9 §). Kotisairaanhoitoa määrittää kansanterveyslaki (66/72, 14 §, 15 §, 17 §), jossa kotisairaanhoidon sisältöä ei ole määritetty.

Kotihoidosta ei ole pysyvässä lainsäädännössä mainintaa. Sen sijaan sosiaalihuoltolain (710/1982) ja kansanterveyslain (66/1972) väliaikaiset muutokset mahdollistavat sen, että kunnat voivat organisoida eräät sosiaalihuollon ja kansanterveyslain tehtävät pysyvästä lainsäädännöstä poiketen. Kotipalvelu on kotihoidon perusta. Kotipalvelu auttaa asiakasta selviytymään arkipäivän toiminnoissa sairaudesta tai alentuneesta toimintakyvystä johtuvissa tilanteissa. Kotipalvelussa työskentelee pääasiassa kodinhoitajia tai lähihoitajia. Myös kotiavustajia työskentelee jonkin verran. Työntekijät seuraavat myös vanhuksen vointia ja neuvovat palveluihin liittyvissä asioissa. Palveluja annetaan monissa kunnissa myös iltaisin ja viikonloppuisin, jopa öisin yöpartiotoimintana.

Kotisairaanhoidon palveluja käyttävät kaikki ikäluokat, mutta vanhusten osuus potilaista kasvaa. Kotisairaanhoidon järjestämisestä vastaa kunta. Kotisairaanhoidossa työskentelee terveydenhoitajia, erikoissairaanhoitajia, sairaanhoitajia, lähi- ja perushoitajia. Kotisairaanhoitoon kuuluu hoitotoimenpiteitä sekä näytteiden ja kokeiden ottoa. Vaativaakin sairaanhoitoa voidaan toteuttaa kotona, sillä monet haluavat asua kotona elämänsä loppuun saakka. Myös omaisten ja läheisten tukeminen on osa kotisairaanhoidon työtä. Monissa kunnissa on kotipalvelu ja kotisairaanhoito yhdistetty kotihoidoksi ja saatu näin aikaan joustava palveluketju. (Sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaali- ja terveyspalvelut, kotipalvelut ja kotihoito 2009).

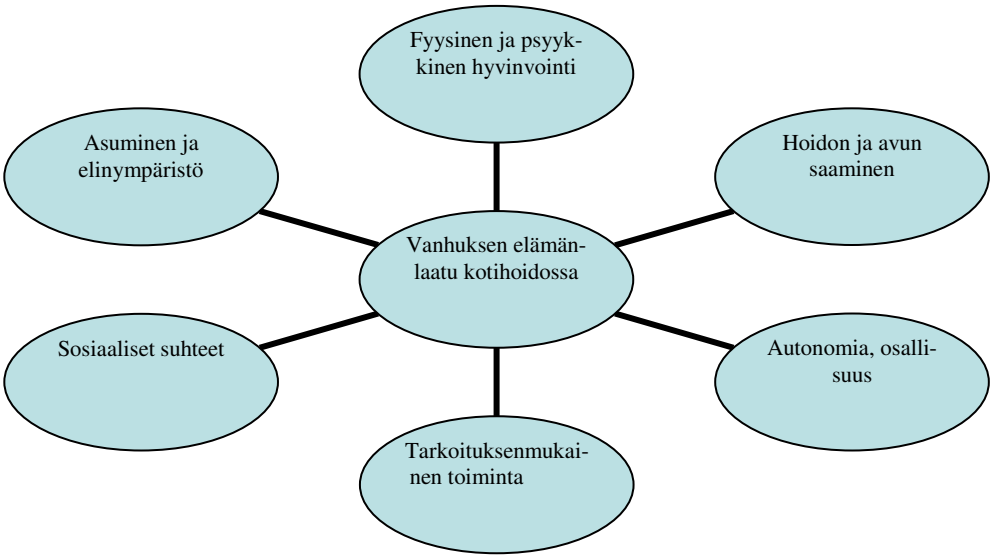
Tukipalvelut on tarkoitettu edistämään arkipäivässä selviytymistä ja sosiaalista vuorovaikutusta. Tukipalveluja ovat esimerkiksi ateriapalvelu, asiointipalvelu, kuljetuspalvelut, päivätoiminta ja saattajapalvelu, turvapalvelut, kylvetys, vaatehuolto sekä siivouspalvelut. Kunnat päättävät, mitä palveluja ne tarjoavat ja minkä hintaisia palvelut ovat asiakkaille. (Sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaali- ja terveyspalvelut, kotipalvelut, tukipalvelut ja kotihoito).

Kotipalvelu sosiaalipalveluna auttaa ihmisiä selviytymään jokapäiväiseen elämään liittyvissä toiminnoissa, joissa hän ei itse selviä. Kotipalvelu auttaa myös luomaan sosiaalista turvallisuutta ja viihtyvyyttä. Sosiaalipalveluiden palveluajatus korostaa asiakaslähtöisyyttä, asiakkaan itsemääräämisoikeuden ja päätösvallan vahvistamista palvelun avulla. Kotipalvelu on ammatillista hoivatyötä, johon sisältyy asiakkaan henkilökohtaisesta hoidosta liittyvien tehtävien lisäksi myös kodinhoidollisia tehtäviä. Ammatillinen hoivatyö on asiantuntijatyötä, joka rakentuu arjen sujumisen ymmärtämiseen ja yhteiskunnallisen merkityksen oivaltamiseen. Inhimillinen huolenpitotyö on ihmissuhdetyötä, joka vaatii erilaisia taitoja, ammatillista ja eettistä vastuuta, joiden keskeisenä tavoitteena on asiakkaan omien toimintamahdollisuuksien tukeminen. Kotipalvelutyö on myös tunnetyötä, joka vaatii työntekijältä erityistä herkkyyttä huomata asiakkaan elämäntilanne. (Tenkanen 2003, 25-26.).

Kotihoidon asiakkaat on heterogeeninen asiakasryhmä, kuten muutkin ikäryhmät. Ikäihmiset eroavat toisistaan esimerkiksi siinä, miten he suhtautuvat itseensä ja itsestään huolehtimiseen, he eroavat myös toimintakykynsä, sairauksiensa ja kulttuurisen taustansa perusteella. Tämän erilaisuuden tunnistaminen on tärkeää kotihoidon palveluja suunniteltaessa. Asiakaslähtöisen kotihoidon kehittämisessä on tärkeää kerätä tietoa asiakkaiden palvelujen laadusta ja palvelujen tarvevastaavuudesta. Laadukas hoito ja palvelu perustuvat huolellisesti tehtyyn ikäihmisen kokonaistilanteen kartoitukseen, johon osallistuu moniammatillinen työryhmä. Palvelu- ja hoitosuunnitelma on palvelun ja hoidon työväline, joka ohjaa palvelun tehokasta ja tavoitteellista kohdentamista. Palvelu- ja hoitosuunnitelma on myös juridinen perusta (laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista, laki potilaan asemasta ja oikeuksista, laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä sekä henkilörekisterilaki).

Asiakaslähtöisten kotihoidon palvelujen suunnittelun ytimessä tulee olla asiakas. Erityisen tärkeää on huomioida ne asiakkaat, joiden toimintakyky tai edellytykset ilmaista tarpeensa ja mielipiteensä ovat alentuneet. Asiakaspalautteen kerääminen ja hyödyntäminen tulee ohjata toimintaa. Asiakaslähtöisessä ajattelussa asiakas on palvelun laadun suhteen kokija, kontrolloija, konsultti ja kehittäjä. Asiakaslähtöisen palvelun kehittäminen on haasteellinen tehtävä. Kehittämisen lähtökohtana on asiakkaan voimavarojen tukeminen ja vahvistaminen asiakkaan toimijuutta, oikeuksia ja tasa-arvoisuutta unohtamatta. (Voutilainen ym. 2008, 38 – 41).

Raija Tenkanen on väitöskirjassaan (2003) määritellyt keskeiset elämänlaatutekijät ikäihmisten kotihoitoon. Kotihoito on suurelta osin konkreettista arkielämän ylläpitämistä ja arjessa auttamista, jolloin elämänlaatu voi olla pienistäkin asioista. Näihin kotihoidon työntekijät voivat vaikuttaa työtavoillaan, mutta laajemmin niihin vaikutetaan koko kotihoidon toiminnan kautta.



Kuvio 1: Elämänlaatutekijät kotihoidossa. (Tenkanen 2003, 90)

Elämänlaadun teoreettisia ulottuvuuksia kotihoidossa ovat asuminen ja elinympäristö, fyysinen ja psyykkinen hyvinvointi, sosiaaliset suhteet, autonomia ja tarkoituksenmukainen toiminta. Raija Tenkasen mukaan nämä auttavat jäsentämään kotihoidossa olevien vanhusten elämänlaatua yleisellä tasolla. Kotihoidon tarkoituksena on tukea vanhusten arkielämän ylläpitämistä ja auttaa heitä, jolloin myös elämänlaadun kysymykset nousevat tältä pohjalta. Vanhusten elämänlaatuun voidaan vaikuttaa koko kotihoidon toiminnan kautta, joskin siihen vaikuttavat myös pienet, asiat, kuten työntekijöiden työtavat. Asumismuodoista kotona asuminen on etusijalla kaikista asumisvaihtoehdoista,

vaikka kotihoidosta ei olisikaan saatavilla riittävää apua. Kotihoidosta saatava apu tukee vanhuksen fyysistä ja psyykkistä selviytymistä, vähentäen kuitenkin hänen autonomiaa ja osallisuutta. (Tenkanen 2003, 90–91)

4.3 Kotihoidon palvelut Ylitornion kunnassa

31.12.2008 oli Ylitorniolla 4850 asukasta, kunnan asukasluku on laskenut vuosittain noin 80 -100 henkilöllä. Yli 65 -vuotiaita väestöstä on noin 27 %, yli 75-vuotiaita noin 13 % ja yli 85-vuotiaita 4 %. Ylitornio on 2 212,7 km² -kokoinen kunta, jossa kuntakeskus sijaitsee lounaisosassa. Pitkät välimatkat ja kunnan ikärakenne asettavat suuria haasteita kotihoidon kehittämiselle. Naapurikuntia ovat Pello, Ruotsin puolella Övertorneå, Tornio, Rovaniemi ja Tervola.

Kotihoidon palveluja Ylitornilla ovat kotihoito, tukipalvelut, omaishoidontuki ja päivätoiminta. Tukipalveluja ovat ateriapalvelu, asiointipalvelu, turvapalvelu, saattajapalvelu, kuljetuspalvelu ja siivouspalvelu. Ylitornion kunnan kotipalvelu ja kotisairaanhoito on yhdistetty kotihoidoksi vuoden 2004 alusta. Samaan aikaan yhdistyivät sosiaali- ja terveystoimi yhteiseksi perusturvatoimeksi. Kotisairaanhoidossa työskentelee 3,6 työntekijää, joista 2,6 on terveydenhoitajaa (yhden terveydenhoitajan työajasta 60 % on kotisairaanhoitoa) ja yksi sairaanhoitaja sekä kotipalvelun työntekijöitä on 22. Työtehtäviä on siirretty lähinnä kotisairaanhoidosta kotipalveluun lähihoitajien tehtäviksi. Kodinhoidollisten tehtävien siirtäminen kotisairaanhoidon työntekijöille ei ole toistaiseksi onnistunut johtuen henkilöstöresursseista, mutta myös terveydenhuollon henkilöstön haluttomuudesta tehdä perinteisiä sosiaalihuollon tehtäviä.

Kotihoidon piirissä olevia asiakkaita oli 31.12.2008 134 ja tukipalveluasiakkaita 180. Säännöllisen kotihoidon asiakkaiden määrä on laskenut, intensiteetti noussut ja iäkkäämpien asiakkaiden määrä on lisääntynyt. Tukipalveluasiakkaiden määrä on pysynyt jo pitkään lähes samalla tasolla. Yleisin tukipalvelu on ateriapalvelu, jossa asiakkaita oli vuoden vaihteessa reilu 100. Kunnan kotihoito on jaettu neljään alueelliseen tiimiin. Tiimeissä sairaanhoitotyöstä vastaa kotisairaanhoitaja.

Kotihoidon palveluita tarjoaa kunnan alueella muutama yksityinen yritys ja kolmannen sektorin palvelun tuottaja. Painopiste yksityisiltä ostettavista palveluista on tukipalveluissa, joista yleisin on siivouspalvelu. Kunnan kotihoidon resurssit on kohdennettu runsaasti henkilökohtaista hoivaa ja hoitoa tarvitseville asiakkaille. Suuntaus on ollut samanlainen valtakunnallisesti, joten yksityisen ja kolmannen sektorin tarjoamat tuki-

palvelut ovat erittäin tärkeitä. Kunnassa ei ole palveluseteliä käytössä ja kunta tuottaa lähes kaiken kotihoidon palvelun omana toimintana.

Kunnan kotihoidossa on toteutettu lukuisia erilaisia kehittämishankkeita. Näistä viimeisimpiä ovat päivätoiminnan kehittämishanke (Pohjois-Suomen sosiaalialan kehittämiskeskus/Seudullinen vanhustyön kehittämishanke /Sevake) sekä kotihoidon tietokoneohjelmiston kehittämishanke (Pegasos-kotihoitohanke). Kehittämistyötä tehdään myös alueellisesti sekä seutukunnan sisällä. Ylitornion kunta ei ole juurikaan myynyt tai ostanut kotihoidon palveluja naapurikunnilta. Syynä yhteistyön vähäisyyteen on ollut kuntien henkilöstöresurssien rajallisuus myydä palveluja naapureille.

Yhteistyövirityksiä Ruotsin naapurinkunnan Övertorneån kanssa on viritelty 2000-luvun alussa. Suomen ja Ruotsin erilaiset lainsäädännöt, erilaiset resurssit sekä erilainen työ- ja palvelukulttuurit muodostuivat yhteistyön hidasteeksi ja esteeksi.

4.4 Vanhuspalvelut muutoksessa

Vanhuspalvelurakenteet ovat kohdanneet merkittäviä muutoksia jo 1980-luvulta lähtien. Palvelurakennetta on muutettu vuosien varrella pitkäaikais- ja laitospalveluja muuttamalla avohoitopainotteiseksi. Muutoksia on perusteltu inhimillisillä seikoilla, mutta vähäinen merkitys ei ole ollut taloudellisilla syillä, toiminnan tehostamisella ja rationalisoinnilla. Julkisten palvelujen säästö- ja tehostamistoimet 1990-luvulla ovat myös vanhusten palvelujen osalta painottuneet palvelujen siirtymistä yksityisiin, omais- ja vapaaehtoistyöhön. Tätä yhteiskunnallista muutosta on Raija Julkunen (2003) hahmottanut ekonomistisen ideologian käsikirjoituksen mukaisesti määrittyneeksi.

Valtio ja kunnat ovat alkaneet toimia liiketoimintaperiaatteiden mukaisesti ja hallinnoivat julkisia palveluja yritysmaailman periaatteiden mukaisesti. Ammatillisesta auttamistyöstä on tullut enemmän organisaatiotyötä, minkä vuoksi asiakastyön osuus vähenee. Yleistynyt tilaaja-tuottaja-malli tarkoittaa sitä, että kunnat vähentävät omaa palvelujen tuottamista ja sen sijaan kilpailuttavat hyvinvointipalveluja ja siirtävät palveluja tuotettavaksi yksityissektorille ja kolmannelle sektorille. Palvelujenkäyttäjien valinnan mahdollisuudet lisääntyvät ja ovat toisaalta hyvä peruste muuttaa palvelujärjestelmää monituottajaiseksi.

Uutta julkishallinnon toimintatapaa Raija Julkunen (2006) tarkastelee vastuun kautta. Hyvinvoinnin ammattilaisten työssä on lisääntynyt kustannus-, vaikuttavuus- ja laatupuheet. Tämä voi vaarantaa eettisyyttä. Vastuupuheissa on nähtävissä siirtymää julkisesta vastuusta kansalaisten, perheiden ja yhteisöjen vastuulle. Vastuun lisääminen on positiivista, mutta järjestelmän tulee huolehtia myös niistä, joiden omat voimavarat ovat rajalliset, eikä sosiaalista verkostoa ole tai jos yksityisiin palveluihin ei ole varaa. Uusi hyvinvointipalvelujen tuottamistapa on edennyt vanhustenhuollon palvelujärjestelmässä melko hitaasti, mutta nyt muutoksen suunta on selvästi nähtävissä. (Hakonen 2008, 93–95)

Palvelujärjestelmässä on nähtävissä sirpaloitumista. Ehkäiseviä ja voivavaroja tukevia sosiaalipalveluja supistamalla kunnat ovat siirtyneet tuottamaan viimesijaisia ja taloudellisesti raskaampia palveluja. Kuntien palvelutoiminnan lyhtyjänteisyys kertoo ennakoimattomuudesta ja keskittymisestä määrälliseen ajatteluun ja kulujen hallintaan, toiminta väistyy toissijaiseksi. Kymmenen vuoden aikana on Stakesin tilastojen mukaan ikääntyneiden kodinhoitoapua saaneiden määrä vähentynyt 33 % (asiakasmäärillä mitattuna). Kotiin annettavat palvelut kohdennettiin hyvin iäkkäille, huonokuntoisille ja paljon apua tarvitseville. Kotiin annettavien palvelujen ”romahtamista” kuvaa palveluasumisen lisääntyminen 187 prosentilla vuosina 1990 - 2000. Kodinhoidolliset palvelut ovat muuttuneet hoidoksi kotona, jolloin perinteinen kotipalvelu sosiaalipalveluna on vähentynyt merkittävästi. Sairaanhoidollinen työ on ”niellyt” gerontologisen sosiaalipalvelutyön, samalla ikääntyneiden voimavaroja ylläpitävän ennakoiva ja ehkäisevän työn väheneminen heikentää kotona selviytymistä arjessa. Taloudellisesti tämä palvelurakenne on myös kalliimpaa, sillä se lisää laitosmaisen hoidon tarvetta.

Nykyinen valtion rahoitus- ja ohjausjärjestelmä on osoittautunut riittämättömäksi ja paluu tiukempaan ohjaukseen on nähty tarpeelliseksi monilla tahoilla. Sosiaalipalvelujen sisällä on nähtävissä myös eriytymistä. Tästä on esimerkkinä päivähoidon ja vanhustenhuollon erilaiset kehityssuunnat. Yhteiskunta on vahvistanut päivähoitopalveluja; subjektiivisuutta ja universalismia, kun taas vanhustenhuollossa on suuntaus ollut köyhäinhoidollistumisen suuntaan. Palvelurakenteiden tehostaminen on keskittynyt menojen hillintään. Suomessa on Eurostatin tilastojen mukaan sosiaalimenojen kasvu ollut Euroopan hitainta. Suomessa rahoitusperusta on sosiaalimenoissa selkeästi kallistunut julkisesta vastuusta omaisten, vapaaehtoisten ja kolmannen sektorin vastuulle. Marja Vaaraman (2006) mukaan vanhuspalvelujen rakennemuutoksen seurauksena palvelujen

saatavuus on vähentynyt ja laatu heikentynyt. Palvelurakenteen muutos on murros, joka on osa hyvinvointiajattelun muutosta. Talouden ehdoilla edenneet muutokset muuttavat myös ikääntyneiden palvelujen arvoperustaa.

Kun palvelujärjestelmää on tehostettu, kustannuksia minimoitu ja vastuuta ja palveluja siirretty eri toimijoille, niin koko vanhustenhuollon palveluja uhkaa pirstaloituminen ja hallitsemattomuus. Vastuunkantaminen kokonaistilanteesta on Sinikka Hakosen mukaan hämärtynyt, kun palveluja on hajautettu julkiselta sektorilta markkinapalveluille, kolmannelle sektorille, vapaaehtoisille ja omaisille. Nämä toimet vaikuttavat ikääntyneen hyvän arjen kohtaamisen toteutumiseen. Kunnat ovat luopuneet tuottamasta itse kaikkia palveluja. Ne ostavat palveluja eri toimijoilta, yksityiseltä sektorilta sekä kolmannen sektorin toimijoilta. Kilpailutuksella pyritään samaan mahdollisimman edullisia palveluja. Kilpailutetut palvelut ovat toisinaan niin riisuttuja, että ne saattavat sisältää vain välittömän fyysisen hoivan henkisen ja sosiaalisen tuen karsiutuessa pois. Palvelujen asiakaslähtöisyys ei välttämättä toteudu, eikä välttämättä kukaan kanna kokonaisvastuuta asiakastyön prosessista tässä sirpaloituneessa palvelujärjestelmässä. Suomessa edellä mainittu suuntaus on ollut varsinkin suurissa kaupungeissa nähtävissä jo useiden vuosien ajan. (Hakonen 2008, 96–100)

4.5 Hyvää elämänlaatua tukevat kotihoidon palvelut

Tutkimuksemme osoittaa, että ihmiset haluavat hyvät terveyspalvelut kotiin (kotisairaanhoito), siivouspalvelua sekä asiointi- ja kuljetuspalveluja. Tulokset tukevat Marja Vaaraman (2004, 2006) tutkimustuloksia, joiden mukaan ihmiset arvostavat terveyttä ja terveyspalveluja, tarvitsevat eniten apua raskaissa kotitöissä (siivous, kiinteistönhoidolliset työt, kuten lumityöt, haravointi, jne.), asioinnissa kodin ulkopuolella sekä kuljetuspalvelua. Pitkät etäisyydet ja palvelujen keskittyminen kuntakeskukseen lisäävät asiointi- ja kuljetuspalvelujen tarvetta Ylitorniolla. Vaikka emme tutkimuksessa kysyneet yksinäisyydestä tai turvattomuudesta, nousivat ne haastatteluissa esille. Yksinäisyyden ja turvattomuuden kokeminen vaikuttavat tutkimusten mukaan merkittävästi ihmisten elämänlaatuun. Koettu yksinäisyys vähentää ikäihmisen toimintakykyä jopa 71 % (Vaarama 2004).

Mitä palveluja tulisi tutkimuksen mukaan järjestää ja miten palveluntarve voidaan tarpeeksi ajoissa saada selville? Lähtökohtana laadukkaille palveluille on huolellisesti tehty asiakkaan kokonaistilanteen kartoitus ja palveluntarpeen arviointi. Työvälineinä palvelujen tarpeiden selvittämiseen ovat ennakoivat kotikäynnit (voimavaraselvitykset, seniorineuvola), varhainen puuttuminen ja yhteistyö eri toimijoiden kanssa. Ylitorniolla on ehkäiseviä kotikäyntejä tehty kotisairaanhoidon toimesta 1980-luvulla. Tällöin ne kuuluivat terveydenhoitajien väestövastuiseen työnkuvaan. Ennakoivien kotikäyntien ja seniorineuvolan palvelujen tarjoaminen 70 vuotta täyttäneille ylitorniolaisille tulee ottaa esille työkäytäntöjä kehitettäessä.

Terveys ja toimintakyky ovat merkittävimmät ikäihmisen hyvinvointiin ja sosiaali- ja terveyspalvelujen tarpeeseen vaikuttavia tekijöitä. Ihmisen eliniän pidentyminen on lisännyt terveitä ja elinvoimaisempia vuosia. Yli 75-vuotiaiden toimintakyky ei ole parantunut samassa määrin, kuin nuorempien eläkeläisten toimintakyky. Myös sosioekonomiset erot terveydessä ja toimintakyvyssä ovat merkittäviä ikääntyneiden joukossa. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto ovat ikäihmisten laatusuositusten laatimisen yhteydessä koonneet julkaisun, jossa on pyritty löytämään uusia palvelukonsepteja, jotka varmistaisivat laadukkaat ja korkeatasoiset palvelut ikäihmisille. (Ikääntyneiden palveluiden uudet konseptit. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008)

2000-luvulla on Suomessa kehitetty ikäihmisille tarkoitettuja neuvolapalveluja sekä ehkäiseviä kotikäyntejä. Toiminta ei ole kuitenkaan koko maata kattavaa ja palvelujen sisältö, laajuus ja kattavuus vaihtelevat myös suuresti. Ikäihmisten laatusuosituksessa (2008) painotetaan terveyden edistämisen ja ehkäisevien palvelujen kehittämistä. Ehkäisevät kotikäynnit ja matalankynnyksen neuvonta- ja ohjauspisteet tulisi laatusuosituksen mukaan saada pysyvästi kuntien palveluvalikkoon ja kohdentaa ne ensisijaisesti niille, jotka eivät ole sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaita, mutta kuuluvat riskiryhmiin. Ehkäisevän työn tärkeys on siis korostunut. Uudet, aktiiviset etsivän toiminnan muodot ovat myös Ylitornion kunnassa tärkeitä.

Ehkäisevät kotikäynnit sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön suorittamana auttavat palvelujen suunnittelussa ja kohdentamisessa. Sekä palvelurakenteen, että henkilöstöresurssien oikea kohdistaminen on myös taloudellisesti järkevää. Korjaavien palvelujen rinnalle on saatava palvelurakenne, joka tukee ikäihmisten selviytymistä kotona mahdollisimman pitkään. Ehkäisevien kotikäyntien tarkoituksena on tukea terveitä ja toimintakykyisiä elinvuosia ja näin siirtää säännöllistä palveluntarvetta myöhempään. Ehkäisevässä työssä pyritään vaikuttamaan niihin tekijöihin, jotka voivat huonontaa ikäihmisten toimintakykyä, elämänlaatua ja elinoloja. Ehkäisevä työ on siis hyvän elämän tavoittelua kaikilla sen ulottuvuuksilla siinä ympäristössä, missä ihminen elää.

Tutkimuksia ehkäisevästä työstä Tanskassa ja Ruotsissa on tehty, joskin tulokset ovat olleet ristiriitaisia. Kiistattomia ovat kuitenkin tulokset olleet siitä, että ikääntyneiden sosiaalista ja terveydellistä tilannetta ne ovat parantaneet; ne voivat jopa alentaa kuolleisuutta ja siirtymistä pitkäaikaiseen laitoshoitoon. Palvelujen käyttöön niillä on ollut myös vaikutuksensa: Tanskassa sairaalajaksot ja lääkärissäkäynnit ovat vähentyneet. Myös Ruotsissa on ehkäisevien kotikäyntien myötä ikäihmisten hoidon tarve vähentynyt ja turvallisuudentunne lisääntynyt. (Häkkinen 2008, 96–98)

Palvelujen tuotantoa on myös uudistettava. Tarvitaan uutta ajattelua ja uusia toimintamalleja. Nykyisestä biomedisiinisestä vanhuuden näkemyksestä kotihoidossa tulee siirtyä sosiokulttuuriseen näkemykseen. Ikäihmiset tarvitsevat laadukkaat terveyspalvelut ja hoitoa kotiin, mutta erittäin tärkeää on tukea heidän psyykkistä hyvinvointiaan, mahdollisuuksia sosiaaliseen integraatioon ja itsetunnon ylläpitämiseen. Vaaraman mukaan nykyinen korjaava ja viimesijainen palvelumalli kuvastaa tämänhetkistä ongelmakeskeistä ajattelu- ja toimintamallia. Voimaannuttava työote lisää ikääntymisen myönteistä

kuvaa ja lisää myös luottamusta palvelujen tuottajiin. Ennakoiva työ ja palveluohjaus ovat keinoja, joilla on mahdollista tukea ikäihmisten omia voimavaroja ja saada heidän äänensä aidosti kuuluviin. (Hakonen 2008, 103–108).

Ikäihmisten toimintakyvystä huolehtiminen ei ole pelkästään sosiaali- ja terveystoimen asia, vaan vastuu kuuluu kaikille hallintokunnille, kuten asuntotoimelle ja yhdyskuntasuunnittelulle. Asuntojen ja asuinympäristön esteettömyyttä tulisi Vaaramaan (2004) tutkimusten mukaan parantaa, jotta voidaan ehkäistä ympäristöstä johtuvaa riippuvuutta muista. Esteettömyys ei helpota pelkästään ikäihmisten selviytymistä, vaan sillä tuetaan myös lapsiperheiden ja vammaisten selviytymistä.

Yksinäisyyden kokeminen on tutkimusten mukaan yleisintä niillä, jotka olivat tyytymättömiä elämäänsä ja joilla oli runsaasti vapaa-aikaa, heikko terveys ja vähän sosiaalisia kontakteja. Joka kolmas oli kokenut yksinäisyyttä joskus ja noin joka kymmenes usein tai jatkuvasti. Naisilla oli yksinäisyyden kokemuksia enemmän kuin miehillä. Sosiaalinen, fyysinen ja psyykkinen ulottuvuus limittyvät toisiinsa. Esimerkkinä tästä on yksinäisyyden kokeminen. Tutkimusten mukaan yksinäisiksi itsensä kokevat arvioivat terveydentilansa huonommaksi kuin kuin ei-yksinäiset. He myös liikkuvat kodin ulkopuolella vähemmän ja siitä syystä tarvitsevat enemmän toisten apua arjessa.
(Hakonen 2008, 125)

Hyvän elämän ulottuvuuksista yksi tärkeimpiä alueita ovat psyykkiset voimavarat, siihen sisältyy elämänasenne ja elämän kokeminen tarkoituksellisena. Tutkimuksessamme kysyimme millaista on hyvä elämä vanhana ja saimme avoimeen kysymykseen asioita, jotka liittyvät hyvään terveyteen, läheisiin ihmisiin ja toimintakykyyn. Myönteinen elämänasenne ja huumorintaju koettiin erittäin tärkeiksi voimavaroiksi. Päijät-Hämeen Ikihyväprojektissa on saatu samansuuntaisia tuloksia. (Hakonen, 2008, 126 -127). Psyykkisten voimavarojen ylläpitäminen ikäihmisten keskuudessa on erittäin tärkeää, sillä se voimaannuttaa sekä yksilöä itseään, mutta myös koko yhteisöä. Virike- ja päivätoiminnalla on todettu tutkimusten mukaan (Viramo 1998) olevan psyykkisiä, sosiaalisia ja henkisiä voimavaroja tukeva vaikutus. Toiminnan tulee olla pitkäjänteistä, tavoitteellista ja asiakasryhmäkohtaisesti räätälöityä. (Hakonen 2008, 128)

Ylitorniolla on tehty päivätoiminnasta tutkimus vuonna 2008. Sillä kartoitettiin ikääntyneiden tarpeita ja toiveita päivätoiminnan sisällöstä. Asiakaskyselyn aineistoa ja tutki-

muksemme tuloksia voidaan käyttää palvelurakenteen uudelleenjärjestelyssä hyväksi. Päivätoiminnan kehittäminen on yksi palvelurakenteen kehittämiskohteita ja sijoittuu palvelukartassa ehkäisevien palvelujen valikkoon.

5. TUTKIMUKSEN TULOKSET

5.1 Kotihoidon palveluita käyttäneet

Kunnan järjestämiä, kotona asumista tukevia palveluita vastaajista oli käyttänyt viisi naista. He olivat käyttäneet joko kotisairaanhoitoa, kotipalvelua, siivouspalvelua, ateriapalvelua, kuljetuspalvelua tai turvapalvelua. Palveluita oli käytetty pääasiassa tilapäisesti esimerkiksi jostakin leikkauksesta toipumisen aikana. Muuta kuin kunnan järjestämää palvelua oli käyttänyt ainoastaan kolme naispuolista vastaajaa. Palvelu oli ollut yksityisen ja kolmannen sektorin tuottamaa siivouspalvelua. Pääasiallinen tiedonsaantikanava oli paikallislehti ja kunnan julkaisemat tiedotukset. Muutama ilmoitti saavansa tiedon sanomalehdestä ja ainoastaan yksi henkilö ilmoitti saavansa tiedon kunnan kotisivuilta internetistä. Kunnan palveluista tiedotetaan joka kotiin jaettavan paikallislehden liitteenä olevassa kuntatiedotteessa kuukausittain, sekä kunnan kotisivuilla.

5.2 Vastaajien mielestä halutuimmat palvelut

Tutkimuksemme mukaan oli kotisairaanhoito palvelu, jota useimmiten uskottiin tarvittavan tulevaisuudessa. Seuraavaksi tärkeimmiksi palveluiksi koettiin kuljetuspalvelu, siivouspalvelu ja asiointipalvelu. Naisten mielestä ensisijaisia palveluja olivat siivouspalvelu ja kuljetuspalvelu, miehillä kuljetuspalvelu ja kotipalvelu. Palveluita koskevaan avoimeen kysymykseen tuli lähinnä kiinteistönhoitoon liittyviä toiveita palveluista. Vastaajat toivoisivat esimerkiksi lumen pudotusta katolta, nurmenleikkuuapua ja lumitöiden tekemistä.

> *”Kotona asuminen/ terveys sen verran hyvä, että kotisairaanhoidon turvin pärjää. Sukulaisten ja ystävien läheisyys. Kuljetuspalvelua joskus kirkonkylän tilaisuuksiin.”*

Ihmiselle tärkeitä arvoja ovat terveys ja hyvinvointi. Terveydenhuolto nousee keskeisimmäksi palveluksi, josta ihmiset eivät haluaisi tinkiä niukoissakaan taloudellisissa olosuhteissa. Sivistyksen ja hyvinvointiyhteiskunnan mittana pidetään sitä, että yhteiskunta huolehtii vanhuksista ja vähäosaisista. Tieto palveluiden saatavuudesta tuo perusturvan tunteen. (Heikkinen & Marin 2002, 35–36)

Hoidon ja avun saamisen merkitys vanhuksen kotona selviytymiselle on osoitettu kiistatta, mutta ne määritellään harvoin osaksi elämänlaatutekijöitä. Ilman hoitoa ja apua voidaan tuskin puhua elämänlaadustakaan, ja ne ovat mukana sosiaalisissa oikeuksissa riittävien sosiaali- ja terveyspalvelujen saamisen turvaamisena. Hoidon ja avun saaminen on eettisesti tärkeää, koska sairaiden ja muistiongelmaisten ikäihmisten hoitamisessa on kysymys ihmisarvoisen elämän turvaamisesta huolenpidon, itsemääräämisen ja oikeudenmukaisuuden periaatteita noudattaen. (Tenkanen 2003, 102–103)

Suurin osa ikääntyneistä selviytyy päivittäisistä toiminnoistaan täysin itsenäisesti. Väestön toimintakyky on parantunut, mutta vanhimpien (yli 85-vuotiaiden) toimintakyvyssä ei ole tapahtunut muutosta parempaan. Ikääntyneiden määrän kasvu lisää kotihoidon palvelujen tarvetta tulevaisuudessa. Kotihoidon suurin asiakasryhmä on 75–84-vuotiaat, heitä on noin puolet asiakkaista. Joka kolmas on täyttänyt 85 vuotta ja joka viides on 65–74-vuotiaita. Säännöllisessä kotihoidossa on enemmän naisia kuin miehiä. Kotihoidon intensiteetti eli käyntitiheys on lisääntynyt ja kaksi käyntiä vuorokaudessa kuvastaa suurta avuntarvetta. Kotihoitoa saavista asiakkaista jopa 27 % saa vähintään kaksi kertaa vuorokaudessa apua. Säännöllistä kotiapua saavista vain n. 8 % on täysin tai lähes omatoimisia ja n. 49 % tarvitsee apua toistuvasti, 18 % lähes jatkuvaa hoitoa ja 7 % jatkuvaa ympärivuorokautista hoitoa. Luvut kuvaavat kotihoidon palvelujen sisällön muutoksesta; työ painottuu hoivaa ja hoitoa antavaksi. (Heinola 2007, 9 – 21)

5.3 Missä toiminnoissa apua uskotaan tarvittavan

Missä toiminnoissa uskotte tulevaisuudessa tarvitsevanne apua – kysymykseen suurin osa vastaajista oli rengastanut vaihtoehdoksi ”raskaat taloustyöt”. Toinen asia, jossa vastaajat uskoivat tulevaisuudessa tarvitsevansa apua, oli asiointi kodin ulkopuolella. Näissä vastauksissa ei ollut eroa siinä, asuiko vastaaja yksin, yhdessä jonkun kanssa, kirkonkylällä tai järvikylien alueella.

> *”Toivon voivani asua kotona mahdollisimman pitkään, tarvittaessa kotiavun turvin. Sen jälkeen kun omaa autoa ei voi käyttää, kunta järjestäisi ”kimppakyydin” n. 2 kertaa viikossa kauppa-asiointi ja virkistäytymistä varten.”*

Ikääntyneiden päivittäinen toimintakyky on parantunut, mutta kotona asuvien avuntarve näyttää lisääntyneen etenkin arjen askareissa ja asioinneissa. Joka kolmas 85 vuotta täyttänyt ja joka toinen 80 vuotta täyttänyt kokee säännöllistä avun tarvetta. (Vaarama, 2009, 140) Tutkimusten mukaan kotihoidon asiakkaista kaikilla on IADL- eli välinetoimintoihin liittyviä ongelmia (raskaat ja kevyet siivoustyöt, muu kodin ylläpito, ruuan laitto ja pyykinpesu). (Heinola 2007, 9 – 21)

5.4 Mieluisin palvelun antaja

Kysymykseen siitä, haluaisiko vastaaja apua tulevaisuudessa perheenjäseniltä, kunnan ammatti-ihmisiltä vai kolmannelta sektorilta, tuli selkeitä eroja vastauksissa. Yksinasuvat naiset ja miehet haluaisivat avun tulevan pääasiassa kunnan järjestämänä, vain kolme naista haluaisi apua perheenjäseniltä. Ei -yksin asuvat naiset haluaisivat avun tulevan kunnalta, ainoastaan yksi henkilö haluaisi apua perheenjäseniltä. Ei -yksin asuvista miehistä 2/3- osaa haluaisi avun tulevan perheenjäseniltä ja 1/3 osa kunnan ammatti-ihmisiltä.

Haastatteluissa kävi ilmi, että ne henkilöt, jotka olivat läheisensä tai omaisensa kautta tutustuneet kotihoitoon, pitivät kunnan järjestämää, kotona asumista tukevaa palvelua tärkeänä. Heidän kokemus palveluista oli, että niiden avulla moni ikäihminen voi asua pidempään omassa kodissaan. Muutama vastaajista koki kunnan palvelut etäisiksi, ja niiden saaminen koettiin ongelmalliseksi. Yksin asuva nainen kommentoi kotipalvelua seuraavasti:

> *”Eihän ne kotiavustajat ennää mithään tehe, turhaa niitä on edes pyytää tekehmään, hopussa käväsevät vain kurkkaamassa.”*

Kotipalvelun työnkuva on painottunut aiempien vuosien kodinhoidollisista tehtävistä henkilökohtaisen hoidon ja hoivan suuntaan. Aikaisemmin kotipalvelun työntekijä miellettiin pelkästään siivoojaksi. Tämä mielikuva tulee esille usein kotihoidossa asiakkaan palveluntarpeen arviointitilanteissa.

Tilastojen ja tutkimusten mukaan yhä useammin tarvittava apu saadaan omaisilta, läheisiltä ja kolmannelta sektorilta. Yhä harvemmin avun antaja on kunta. 85 vuotta täyttäneistä vain joka viides raportoi saaneensa kunnallista kotihoitoa, kun kaksinkertainen määrä sai apua perheenjäseniltään tai kolmannelta sektorilta. v. 1998 valtakunnallisella

aineistolla tehdystä analyysistä käy ilmi, että läheisapua saavat ovat suurelta osin iäkkäitä, heikon terveyden omaavia ja esteellisessä ympäristössä asuvia naisia. Heidän avuntarpeensa rajoittuu kodinhoitoon ja asiointiin. Kunnallista kotiapua saavat ovat vanhoja, heikon toimintakyvyn omaavia naisia ja miehiä. Omaisilta saatu apu on iäkkäiden itsensä raportoimana vähentynyt, mutta laatusuosituksissa omaishoidon tuesta kaavaillaan tehostetun palveluasumisen kaltaista hoivan muotoa. (Vaarama 2009, 129–133)

5.5 Asuntojen puutteet ja muuttamishalukkuus

Puutteita asunnossa ei ollut kenelläkään vastaajista. Kysymykseen ”Oletteko sitä mieltä, että ikäihmiset joutuvat muuttamaan kotoaan sen vuoksi, että tarvittavia kotona asumista mahdollistavia palveluita ei ole saatavilla?” yksinasuvat naiset ja miehet vastasivat yhtä vastaajaa lukuun ottamatta myöntävästi. Ei- yksinasuvien vastauksen jakautuivat tasapuolisesti ”kyllä” ja ”ei” vastauksien kesken.

90 prosenttia yli 75- vuotiaista ja lähes 80 prosenttia yli 85- vuotiaista asuu kotonaan, ja kotona asuvien ikäihmisten määrä on kasvanut tasaisesti koko 2000-luvun. Vuoden 2005 jälkeen kotona asuvien ikäihmisten osuus on noussut varsinkin 85 vuotta täyttäneiden osalta. (Volk & Nivalainen 2009, 34) Tämän suuntauksen mahdollistajana on ollut osaltaan kotihoidon palveluiden suuntaaminen yli 85-vuotialle, koteja asuinympäristönä on korjattu esteettömäksi. Kunnassamme on valtakunnallisestikin huomioiden kunnostettu ikäihmisten asuntoja aktiivisesti.

Koti tarjoaa monelle vanhukselle mieluisimman elinympäristön ja moni vanhus haluaa asua kotonaan mahdollisimman pitkään avunkin varassa. Kotona asumista voivat haitata monet vaikeuksitta liikkuvalle ihmiselle vähäpätöisiltä tuntuvat asiat, kuten esimerkiksi kynnykset. Koti voidaan ymmärtää laajasti ihmisen ja elinympäristön välisenä suhteena, ja suhde toimii jos koti mukautuu asukkaan muutoksiin. Kodin ylläpitoon kuuluvat monet rutiinit, joista siivous on olennainen. Viikkosiivous rytmittää arkea ja suursiivoukset asettavat vuodenajat ja juhlat paikoilleen. Siisti koti tuntuu kodilta ja sinne on myös mukava kutsua vieraita. (Kuronen 2007, 123–124)

Koti merkitsee ihmiselle pysyvyyttä ja vapautta, paikkaa jossa voi olla oma itsensä ja päättää omista asioistaan. Koti on henkilökohtaista tilaamme ja se ilmentää minä - iden-

titeettiämme. Kodissa voimme kontrolloida ympäristöämme, se luo riippumattomuutta, antaa yksityisyyttä, sekä suojelee intiimiyttä (Vilkko 2006). Kodissa on muistoja ja kokemuksia, siellä on läsnä eletty elämä, tutut esineet ja turvallinen ympäristö. Vanhalle ihmiselle kodin merkitys on suurempi kuin nuoremmalle, koska ikääntymisen seurauksena moni ikäihminen viettää kotonaan yhä enemmän aikaa. Koti on enemmän kuin vain paikka, jossa asutaan.

Tutkija Silva Tedre on tutkimustensa perusteella todennut, että koti voi myös kätkeä hoivan puuttumista ja piilottaa hoivan huonoa laatua. Hän on jopa sanonut, että koti voi olla loukku, josta ei ole ulospääsyä. Tällöin tavoite vanhan ihmisen hyvinvoinnista katoaa. (Vilkko 2006). Kotihoidon palvelujen toteuttajien tulee nähdä raja, jolloin ikäihmisen kotona asuminen ei ole enää inhimillistä, eikä palveluja saavan asiakkaan edun mukaista.

Asunnon esteettömyys on erittäin tärkeä fyysiselle toimintakyvylle ja se kohottaa todennäköisyyttä hyvään elämänlaatuun. 80 vuotta täyttäneet, jotka ovat pääosin naisia, ovat ilmeisesti tottuneet asumaan yksin, mutta alle 80 -vuotiaiden elämänlaadulle yksinasuminen on pahasta. 2004 suoritetussa tutkimuksessa puutteellisesti asui joka kymmenes 60 vuotta täyttänyt. Asunnon ja asuinympäristön liikuntaesteet muodostavat päivittäiselle toimintakyvylle ja sen mukaan myös kotona selviämiselle suuren riskin ja aiheuttavat lisääntynyttä kotipalvelun tarvetta. Yksikin asunnon liikuntaeste lisää Vaaraman (2004) mukaan 29 prosenttia toimintakykyvaikeuksien riskiä ja yksi ympäristön liikuntaeste 22 prosenttia. (Vaarama 2009, 129)

Muuttamissuunnitelmia oli lähinnä yksin asuvilla naisilla, vaikka heistäkin ainoastaan 1/3 ilmoitti suunnittelevansa muuttoa. Ei- yksinasuvista naisista ja miehistä kenelläkään ei ollut suunnitelmia muuttaa kodistaan. Jotkut ilmoittivat, että pakon edessä ehkä joutuu tulevaisuudessa muuttamaan, joidenkin haastateltujen mielestä koti on siellä, mihin kodin tekee.

Ikääntyvien maassa muutto näyttää tilastojen mukaan lisääntyvän. Useimmin ikääntyvät muuttavat lähemmäksi palveluja ja esteettömämpään asuinympäristöön kuntien sisällä, reuna-aleilta keskuksiin. Maaseudulla ja haja-asutusalueilla muuttoon vaikuttava seikka on myös auton käyttömahdollisuus. Silloin kun autoa ei pystytä enää itse ajamaan tai kyytiä ei enää pystytä järjestämään, on kuljetuspalveluilla ja kotiin tarjottavilla palve-

luilla suuri merkitys asuinpaikan valinnassa. Tilastojen mukaan lisääntyy muuttaneisuus myös kuntien välillä. Paluumuutto synnyinseudulle eläkkeelle jäännin jälkeen on myös jonkin verran lisääntynyt, mutta sen vaikutukset (palvelujen tarpeeseen ja verotuloihin) ovat pienet. (Volk & Nivalainen, 2009, 9 -13).

5.5 Hyvä elämä vanhana

Kyselylomakkeen viimeisenä kysymyksenä oli avoin kysymys: Minkälaista on mielestänne hyvä elämä vanhana? Kysymyksellä halusimme selvittää, millaisena vastaajat haluaisivat oman vanhuutensa kokea ja miten palvelujärjestelmän pitäisi tukea heidän valintojaan ja pyrkimyksiään. Kysymykseen tuli paljon mielenkiintoisia vastauksia, joista lainasimme muutamia analyysiin.

> *”Järki pelaa ja terveys on sellainen, että pysyy ajattelevana ihmisenä. Lapset perheineen kun muistavat käydä katsomassa. Se on elämää. Ystävät ovat elämän jalokiviä. Heille voi aina kertoa surujaan, he kuuntelevat. Yksinäisyys on kauheinta. Onnellisuus koostuu pienistä asioista. Saa herätä aamulla omasta sängystä ja jalat kantavat. Ei kaipaa enää mitään suurta.”*

Samat tekijät, jotka ovat tärkeitä tekijöitä myös muiden ikäryhmien elämänlaadulle, ovat tärkeitä asioita myös ikääntyneiden elämänlaadulle. Tärkeitä asioita ovat terveys, psykososiaalinen hyvinvointi, taloudelliset resurssit sekä hyvä asuin- ja elinympäristö. Yksilöllisesti seuraavat tekijät painottuvat eri tavalla ikääntymisvaiheiden ja elämätilanteiden mukaan:

- sosioekonomiset tekijät, kuten koulutus, tulot ja asumistaso
- yksilötekijät, kuten ikä, terveys, kognitio ja persoonallisuustekijät
- sosiaaliset tekijät, kuten perhe, sosiaaliset verkostot, sosiaalinen osallistuminen, sosiaalinen integraatio ja sosiaalinen yksinäisyys
- elämänmuutokset ja traumaattiset tapahtumat (esim. vakava sairastuminen, leskeytyminen, muutto etenkin vastoin tahtoa)
- asuin- ja elinympäristö kuten yksinasuminen, asunnon esteettömyys ja varustetaso, lähipalvelumatkat, naapurusto, liikennevälineiden saatavuus ja asuinympäristön turvallisuus ja esteettömyys

- sosiaali- ja terveyspalvelujen saanti, toimivuus ja laatu, sekä vastaavuus tarpeisiin ja omiin preferensseihin
- henkilökohtainen autonomia, valinnan mahdollisuus ja kontrolli (myös palveluasiakkaina)
- mahdollisuus vapaa-ajan aktiviteetteihin, liikunta ja muut harrastukset, työ ja tuottava toiminta kuten läheisapu)
- psyykkinen hyvinvointi, emotionaalinen yksinäisyys, onnellisuus, tyytyväisyys elämään

(Vaarama 2009, 119)

”Kohtalaisen hyvä terveys ja pystyy huolehtiin itsestä sekä liikkumaan, harrastamaan ja tekemään töitä kykyjensä mukaan”.

Tarkoituksellinen toiminta on yksi elämänlaatua tukevista ulottuvuuksista. Vanhusten kokemuksiin perustuvissa tutkimuksissa on havaittu, että riittävä tekeminen ja tarpeellisuuden tunne ovat yhteydessä toisiinsa. Tarpeellisuuden tunteella on huomattava merkitys elämänlaadun kokonaistasoon. Henkilöä, jolla on kokemuksellinen tarpeellisuuden tunne, eivät vaivaa yksinäisyyden ja turvattomuuden tunteet. Elämänlaatua lisääviä osatekijöitä ovat riittävä toiminta harrastuksina tai osallisuutena yhteiskuntaan. Tarpeettomuuden tunne johtaa tekemisen puutteeseen ja masennukseen, joka johtaa alentuneeseen elämänlaadun kokemukseen. Riittävä toiminta, kuten pienet askareet, antavat sisältöä elämään, mutta läheisten ihmisten merkitys elämän tarkoituksellisuuden kokemisessa on ratkaiseva. (Tenkanen 2003, 100–101)

> *”Hyvä elämä vanhana vaatii: turvallista ympäristöä. rakkautta lähimmäisiltä, hoivaa lähimmäisiltä ja yhteiskunnalta.”*

Hoidon ja avun saamisen merkitys vanhusten kotona selviytymiselle ja elämänlaadulle on kiistaton. Ilman hoitoa ja apua ei voi puhua elämänlaadusta. Riittävän hoidon ja avun saaminen on myös eettisesti tärkeää, koska sairaiden ja dementoituneiden vanhusten hoitamisessa on kysymys ihmisarvoisen elämän turvaamisesta huolenpidon, itsemääräämisen ja oikeudenmukaisuuden periaatteita noudattaen. Vanhusten avuntarve on arkipäivän toiminnoissa avustaminen. Näitä toimintoja ovat peseytyminen, siivous, pukeutuminen, ruoanlaitto ja WC-käynneissä avustaminen. Kun liikkuminen vaikeutuu ja tasapaino heikkenee, tarvitsee vanhus apua kaikissa päivittäisissä toiminnoissa. Pääasi-

assa ovat liikkumiseen ja ruoanlaittoon liittyvät tehtävät ja fyysistä voimaa vaativat tehtävät, kuten ostosten tekeminen. Liikkumiskyvyn vaikeudet aiheuttavat myös ongelmia ulkona liikkumisessa, vaikka halu ulkona liikkumiseen olisikin tallella. Liikkumisella on yhteys mielialaan ja psyykkiseen hyvinvointiin. Vanhuksen fyysistä toimintakykyä voidaan parhaiten pitää yllä ja parantaa, kun heitä kannustetaan ja autetaan lihaskunnon parantamisessa. Toimiva kotiympäristö tukee itsenäistä liikkumista vähentäen samalla kotihoidon tarvetta. (Tenkanen 2003, 102–108)

> *”Turvallista, lämpöä, rakkautta. Palvelut toimivia. Mahdollisimman hyvää terveyttä, sopuisuutta kaikkien omaisten, naapureiden ja paikkakuntalaisten kanssa, saada olla sopivissa harrastuksissa ikätovereiden kanssa, pystyä hoitamaan omat asiansa mahdollisimman pitkään, kohtuullista tulotasoa, ei kuitenkaan Thaimaan matkoja haaveilla – Ylitornio on maailman paras paikka.”*

Vanhusten sosiaaliset suhteet rajoittuvat usein lähinnä heidän omassa kodissaan tapahtuvaan kanssakäymiseen läheisten kanssa, koska liikkumiskyky rajoittaa monella liikkumista kodin ulkopuolella. Lapset ovat monen vanhuksen apuna ja tukena rahaasioiden ja omaisuuden hoidossa. He ovat myös usein vanhuksen henkinen turva ja tuki. Sosiaalinen verkosto harvenee monella, koska oman sukupolven edustajia ei enää elä paljon, jonka vuoksi vähäistenkin sosiaalisten suhteiden ylläpitäminen on tärkeää. Sosiaalisten suhteiden merkitys elämänlaatuun on ilmeinen, siten että vanhukset kokevat yksinäisyyttä ja pohtivat elämänsä tarkoituksettomuutta ilman sosiaalisia suhteita. Tutut naapurit ovat tärkeitä ja ne ovat monen vanhuksen tuki ja turva. Vanhukset pyytävät kuitenkin itse harvoin apua ja aloite avun antamiseen tuleekin usein naapurilta. Naapuruussuhteet ovat lähinnä seurustelua ja vierailuja. (Tenkanen 2003, 113–114)

> *”Ettei häntä unohdeta yksin vain yhteiskunta pitää huolen kaikista häneen liittyvistä tarpeista ja saisi elää kotona mahdollisimman pitkään ettei tarvitse turvautua laitoshoitoon.”*

Valtakunnallisten tulosten mukaan noin kolmasosa 60 vuotta täyttäneistä kokee yksinäisyyttä joskus, noin joka kymmenes usein tai jatkuvasti. Yksinäisyyden kokeminen lisääntyi iän myötä, joskus yksinäiseksi itsensä tunteminen oli yleisintä 75 – 79 -

vuotiailla ja jatkuva yksinäisyys 85 vuotta täyttäneillä. (Vaarama 2006, 115) Marja Vaaraman tutkimusten mukaan koettu yksinäisyys heikentää voimakkaasti elämänlaatua.

Vanhoilla ihmisillä on muita ikäryhmiä yleisimmin asioita, jotka aiheuttavat turvattomuutta. Turvattomuuden tunne kasvaa 65 – 74 – vuoden iässä ja voidaan sanoa, että huoli vanhuudessa selviytymisestä on suurempi vanhuuteen siirryttäessä kuin itse vanhuudessa. Vanhuksille on tärkeää maailman rauha, samoin kuin luonnon ja elollisuuden kysymykset, jotka nousevat keskeisiksi arvoiksi. Ikäihmiset ovat kokeneet monenlaisia mullistuksia ja he kavahtavat ennen kaikkea poliittista kiihkomielisyyttä. Kovat arvot ja ihmisten välinpitämättömyys toisiaan kohtaan aiheuttavat myös turvattomuutta. Ikääntyessä kasvaa myös poikkeavaan käyttäytymiseen ja rikollisuuteen, erityisesti väkivalta- ja omaisuusrikollisuuteen liittyvä turvattomuus. Elämän alku- ja loppumetreillä pelätään vieraita asioita ja esimerkiksi pakolaisten ja ulkomaalaisten Suomeen tulo nostaa pelon tunteita. (Niemelä 2007, 174–176)

> *” Sitten kun kotona asuminen ei ole turvallista ja muisti heikkenee, palvelutalo on hyvä paikka asua, siellä pidetään huolta. Ei ole väliä, vaikka en osaa ovikoodia näppäillä ja päästä sieltä ulos yksin.”*

Ikääntyessä ihmistä huolettaa usein uhka perustarpeiden tyydyttämättömyydestä, toimeentulosta ja selviytymisestä. Yksin asumisen ja sen mukana tuoma yksinäisyyden aiheuttama turvattomuus kuvastaa selviytymiseen ja ihmissuhteisiin liittyvien tarpeiden tyydyttämättömyyden uhka. Vanhaa ihmistä huolettaa myös oman autonomisuuden säilyttäminen, laitoshoitoon joutuminen ja riippuvaiseksi tuleminen muista ihmisistä. Laitospaikkojen vähentäminen huolettaa, ja moni vanha ihminen pelkää, ettei ole paikkaa mihin mennä. Myös hoitohenkilökunnan inhimillisyys on eettisesti avainasemassa. Itsemääräämінen merkitsee oikeutta tehdä päätöksiä omista asioista, mutta vanhat ihmiset kokevat oman ruumiillisen ja henkisen koskemattomuutensa olevan usein uhattuna. Ikäihmiset pelkäävät oman toimintakykynsä heikkenemistä ja sen myötä tulevaa riippuvuutta toisista ihmisistä. (Niemelä 2007, 176-177)

5.6 Palveluiden järjestäminen

Tutkimukseemme osallistuneet vastaajat uskoivat iän lisääntymisen seurauksena tarvitsevansa tulevaisuudessa apua siivouksessa, asioinnissa kodin ulkopuolella, kuljetuspal-

velua ja apua raskaissa taloustöissä sekä kiinteistönhoidossa. Vaaraman (2004) tutkimuksen mukaan ikäihmiset kokivat eniten pulaa siivousavusta, kuljetuspalvelusta ja asiointiavusta, sekä avusta muuhun kodin ylläpitoon ja pyykinpesuun. Tulos vahvistaa sen, että huonokuntoiset kotona asuvat vanhukset tarvitsevat hoidollisten palveluiden lisäksi myös siivous, kodinhoito ja asiointipalveluita, joista on kuitenkin pulaa. Samanlaisia tuloksia on saatu myös vanhusbarometreissa. Ongelmat arjen askareissa ja asioinnissa muodostuvat merkittäväksi riskitekijäksi kotipalvelun ja kotihoidon käytön alkamiselle yhden vuoden sisällä. Käytettävät keinot myöhentää tämän ryhmän palvelujen käytön alkamista liittyvät siihen, voidaanko arjen selviytymistä aiheuttavia ongelmia poistaa ja lieventää. (Vaaramaa, 2004, 165)

Säännöllisen kotihoidon alkamista ennustavia tekijöitä Vaaraman mukaan ovat korkea ikä, sairaudet ja toimintakyvyn vaikeudet, psyykkinen toimintakyky, sosiaalisten suhteiden toimivuus, asunnon ja asuinympäristön esteettömyys sekä pitkät palveluetäisyydet liittyvät palveluiden käytön alkamiseen (Vaarama 2004, 164).

Kunnan kotihoidon resurssit on suunnattu tällä hetkellä runsaasti hoitoa ja hoivaa tarvitsevien palvelujen järjestämiseen ja esimerkiksi kunnan omana toimintana tuotettu siivouspalvelu on vähäistä. Nykyinen vanhuspalvelujen suuntaus tuottaa palveluja enemmän sairaanhoidollisista syistä apua tarvitsevien ikäihmisten tarpeisiin, jättää toimintaareenaan aukon yksityisen- ja kolmannen sektorin toimijoiden täytettäväksi. Pelkästään kansaneläkkeen varassa toimeentulevan on kuitenkin vaikeaa ostaa siivouspalvelua yksityiseltä sektorilta palvelun korkean hinnan vuoksi. Sen vuoksi kunnan tulisi ottaa käyttöön palvelusetelit, joiden avulla mahdollistetaan myös heikommassa taloudellisessa asemassa olevien palvelujen tarpeen tyydyttäminen. Siivouspalvelu voitaisiin myös hinnoitella tulosidonnaisesti, jolloin heikompituloiset maksavat saamastaan palvelusta vähemmän. Hyvin toimiva palvelujen tuotanto ottaa huomioon heterogeenisen ikääntyvien joukon. Osa ikäihmisistä on aktiivisia ja maksukykyisiä, mutta osa taloudellisesti sosiaalisesti ja toimintakyvyltään heikompia. Molempiin ryhmiin kuuluville yksilöille tulee järjestää laadukkaat ja tarpeenmukaiset palvelut. (Hakonen 2008, 242)

Laajassa kunnassa asukkaat ovat eriarvoisessa asemassa palveluiden suhteen. Kuntakeskuksessa ja sen lähialueilla palveluita on saatavilla kolmannelta ja yksityiseltä sektorilta, mutta kunnan reuna-aluilla ei ole palveluiden tuottajia, joilta esimerkiksi siivouspalvelua voisi palvelusetelillä hankkia. Kunnan tulee mahdollistaa tasavertaiset palvelut

koko kunnan väestölle, ja järjestää sivukylien kotona asumista tukevat tukipalvelut omana toimintanaan. Kotihoidon suuntaaminen vain paljon hoitoa ja hoivaa tarvitseville ikäihmisille jättää pelkästään siivous- ja asiointiapua tarvitsevat ikääntyneet palveluiden ulkopuolelle. Vaaraman (1998; 2004) tutkimusten mukaan siivous- ja asiointipalveluiden järjestäminen niitä tarvitseville lykkää ns. raskaampien palvelujen piiriin tulemista huomattavasti. Kunnan kotihoidossa tulisikin palata siivouspalveluiden suhteen askel taaksepäin ja antaa siivousta myös muille, kuin säännöllisessä kotihoidossa oleville. Kaikkien kotihoidon työntekijöiden ei tarvitse olla lähihoitajia, vaan kotihoitoon voitaisiin palkata myös työntekijöitä, jotka tekevät kodinhoito- ja kiinteistöntehtäviä.

Ikääntyneet ovat aktiivisia korkeaan ikään saakka ja toimintakyvyn lisäksi kaikenlaiseen kodin ulkopuoliseen toimintaan toimintakyvyn lisäksi vaikuttavat myös kunnan tai muiden tahojen puolesta järjestetyt mahdollisuudet. Hyvät kulkuyhteydet ja toimiva joukkoliikenne edesauttaa vanhemman väestön harrastamista ja osallistumista kodin ulkopuoliseen toimintaan. (Laine & Sinko & Vihriälä 2009, 83). Palveluliikenteen järjestäminen ikäihmisille antaisi heille mahdollisuuden hoitaa itse omia asioitaan ja pitää yllä sosiaalista verkostoaan. Yksinäisyyden kokeminen heikentää ikäihmisen terveyttä, toimintakykyä ja elämänlaatua sekä edistää dementoitumista. Yksinäisyyden lieventämiseksi voidaan järjestää erilaista ryhmätoimintaa, yhteistä mielekästä tekemistä. Iäkkään kotona asuvan ihmisen selviytyminen sosiaalisten kontaktien ylläpidosta on yhteydessä hänen toimintakykyynsä ja voimavaroihinsa. Elämänlaatu ei ole ainoastaan psyykkistä hyvinvointia ja terveyttä, vaan se määrittyy ihmisen omassa kulttuurissa ja sosiaalisessa ympäristössä. Sitä ilmentävät ihmisen tyytyväisyys omaan elämään ja toisaalta iäkkään ihmisen ulkopuoliset aineelliset edellytykset (Heinola 2007, 36–42).

6. ELÄMISEN TUKEMINEN ARJESSA ELÄMÄNLAADUN TUOJANA

Ikäihmiseen liittyy yhteiskunnassa vielä liian usein raihnaisuuteen, taakkana ja kohteena olemiseen liittyviä mielikuvia. Ikääntyminen ja varsinkin vanhuus nähdään yhä ongelmana, sairautena ja riippuvuutena. Biomedikaalisen näkemyksen rinnalle tulisi rohkeasti nostaa sosiokulttuurinen näkemys. Voimavaralähtöinen ajattelu ja toiminta sekä yhteiskunnassa, että palvelurakenteissa vaatii tietoperustan laajentamista ja työmenetelmien uudelleenarviointia. Näin voidaan paremmin tukea ikäihmisten arkea, erilaisia elämäntilanteita ja edistää hyvää elämään kaikissa sen ulottuvuuksissa siinä ympäristössä, missä hän elää.

Uusilla moniammatillisilla, ikäihmisten ääntä kuulevilla työmenetelmillä ja palvelurakenteella voidaan rakentaa myös taloudellisesti kestävät palvelut. Palveluorganisaation näkökulmasta ehkäisevä ja tarpeista lähtevä työ myöhentää tutkimusten mukaan raskaiden palvelujen tarvetta. Aito ja vuorovaikutuksessa tapahtuva tarpeenmääritys edistävät myös vanhustyön imagoa ja johtaa myönteiseen ikäkulttuuriin yhteiskunnassa. (Lundhal & Hakonen & Suomi 2007, 269)

Ylitornio on vanhusvoittoinen kunta ja palvelurakenteen kehittäminen on ajankohtaista nyt jos koskaan. Palvelujen, varsinkin ehkäisevien palvelujen kustannusvaikutusten osoittaminen on vaikeaa, joidenkin lähteiden mukaan jopa mahdotonta. Kansainvälisten tutkimusten mukaan voidaan kuitenkin osittaa pitemmällä aikavälillä, että ehkäisevällä työllä ja palveluohjauksella on raskaita palveluja vähentävä merkitys. Palvelurakenne, joka huomioi Lawtonin hyvän elämän kaikki ulottuvuudet ja ympäristön, palvelee kaikenikäisiä kuntalaisia. Lainsäädäntö ei tällä hetkellä tunne subjektiivisia vanhuspalveluita, vaikka julkisuudessa paljon puhutaan hoivatakuusta ja sukupolvien välisestä ketjukirjeestä. Kaikista ikäryhmistä tulee hyvinvointivaltiossa huolehtia tasavertaisesti, eikä toisen ikäryhmän palveluista huolehtiminen saa olla pois toiselta ikäryhmältä. Mielestämme Riitta Haverinen on teoksessa Kuluerästä voimavaraksi kiteyttänyt ikäihmisten palvelujen suunnittelun lähtökohdan perustan, jossa erilaiset ammattiorientaatiot täydentävät toisiaan.

> *”Terveydenhuolto-orientaatiossa korostetaan terveyteen, toimintakyvyn sekä sairauksien ja haavojen hoitoon liittyviä tehtäviä. Sosiaalipoliittinen näkökulma tuo tähän täydentävää huomioitavaa, kuten kansalaisena toi-*

*miminen, lähiyhteisöön kuulumisen tarpeet, sosiaalisten suhteiden merkitys ja niiden tuottama mielihyvä sekä voimavarojen käyttö. Voimavarat, toimintakyky, elämän laatu ja sosiaaliset yhteydet näkyvät arjessa. Nämä tekijät tulee ottaa sisällöiksi ikääntyvän elämän ymmärtämisessä sekä sosiaali- että terveydenhuollollisten palvelujen arjessa toteutettavissa. Palvelujen tulee olla elämisen tukemista arjessa ja vuorovaikutuksessa läheisten ja ympäristön kanssa niin, että palveluihin sisältyy sekä sosiaalialan että terveydenhuollon osaaminen ja näiden toisiaan täydentävät näkökulmat." (*Haverinen 2008, 239)

Opinnäytetyön tekeminen on ollut suuri haaste, koska omaa työtä ja tekemisiään on pitänyt yrittää arvioida objektiivisesti. Olemme huomanneet, että "vanhalla tyylillä" ei enää voida jatkaa. Opiskelu on antanut vahvaa tietoperustaa ja varmuutta viedä asioita eteenpäin ja kehittää omaa työtä. Tämän opinnäytetyön tekeminen ja sosiaaligerontologian opinnot Lapin yliopistossa ovat muuttaneet ajattelua asiakaslähtöisemmäksi. Sosiokulttuurisen näkökulman merkitys on kotihoidon palveluita järjestettäessä suuri. Olemme käyttäneet työssämme lähteinä mm. sosiaaligerontologian luentojen luennoitsijoiden Marja Vaaraman, Marja Saarenheimon, Päivi Voutilaisen, Simo Koskisen ja Sinikka Hakosen tekstejä ja teoksia.

LÄHTEET

Eloniemi-Sulkava, Ulla & Sormunen, Saila & Topo, Päivi 2008. Dementia on erityiskysymys, Teoksessa, Sormunen, Saila & Topo, Päivi (toim.). Laadukkaat dementiapalvelut, Opas kunnille, Stakes. Gummerus kirjapaino, Jyväskylä. 9-14.

Hakonen, Sinikka 2008. Palvelurakenteen remontointi. Teoksessa Suomi, Asta & Hakonen, Sinikka (toim.). Kuluerästä voimavaraksi. Sosiokulttuurinen puheenvuoro ikääntymiskysymyksiin. PS-kustannus, Juva 2008. 85-108.

Hakonen, Sinikka 2008. Millainen tulevaisuus edessä? Teoksessa Suomi, Asta & Hakonen, Sinikka (toim.). Kuluerästä voimavaraksi. Sosiokulttuurinen puheenvuoro ikääntymiskysymyksiin. PS-kustannus, Juva 2008. 121-152.

Haverinen, Riitta 2008. Osallisuutta ja ihmisen kunnioitusta – ikääntyneiden palvelukokemuksia. Teoksessa Suomi, Asta & Hakonen, Sinikka (toim.). Kuluerästä voimavaraksi. Sosiokulttuurinen puheenvuoro ikääntymiskysymyksiin. PS-kustannus, Juva 2008. 219 – 242.

Heikkinen, Eino 2002. Sairauksista toimintakykyyn. Teoksessa Heikkinen, Eino & Marin, Marjatta (toim.). Vanhuuden voimavarat. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki. 13 -33.

Heikkinen, Eino 2008. Terveyden ja toimintakyvyn ylläpito edistää hyvinvointia ja parantaa elämänlaatua. Teoksessa Leinonen, Raija & Havas, Eino. Fyysinen aktiivisuus iäkkäiden henkilöiden hyvinvoinnin edistäjänä. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 212, Jyväskylä. 80–89.

Heikkinen, Eino 2008. Vanhenemisen ulottuvuudet ja onnistuvan vanhenemisen edellytykset. Teoksessa Heikkinen, Eino & Rantanen, Taina (toim.). Gerontologia. Duodecim, Keuruu. 402–408.

Heinola, Reija 2007. Kotihoito muutoksessa. Teoksessa Heinola, Reija (toim.). Asiakaslähtöinen kotihoito. Stakes oppaita 70. Gummerus. 9-21.

Heinola, Reija & Luoma, Minna-Liisa 2007. Toimintakyky ja elämänlaatu. Teoksessa Heinola, Reija (toim.). Asiakaslähtöinen kotihoito. Stakes oppaita 70, Gummerus. 36–49.

Hirsjärvi, Sinikka & Hurme, Helena 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino, Helsinki

Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara , Paula 2007. Tutki ja kirjoita. Tammi, Keuruu

Häkkinen Hannele 2008. Palvelujen ulottuville? Ehkäisevät kotikäynnit etsivän toiminnan muotona. Teoksessa Voutilainen Päivi & Vaarama Marja & Backman Kaisa & Paasivirta Leena & Eloniemi- Sulkava Ulla & Finne-Soveri Harriet (toim.). Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Stakes oppaita 49. Gummerus. 96–98.

Julkunen, Raija 2008. Ikä ideana ja tutkimuskohteena. Teoksessa Suomi, Asta & Hakola, Sinikka (toim.). Kuluerästä voimavaraksi. Sosiokulttuurinen puheenvuoro ikääntymiskysymyksiin. PS-kustannus, Juva. 15–30.

Jyrkämä, Jyrki & Puustelli, Anna & Ylilahti, Minna 2009. Ikääntyvän väestön yhteiskunta – visiot, riskit ja ratkaisumallit sosiaaligerontologisessa keskustelussa. Teoksessa Vaarama, Marja (toim.). Ikääntyminen riskinä ja mahdollisuutena. Poliittisen kestävyyden alaryhmän raportti. Valtioneuvoston kanslian raportteja 3/2009. 147 – 170.

Koskinen, Simo & Aalto, Leena & Hakonen, Sinikka & Päivärinta, Eeva 1998. Vanhustyö. Vanhustyön keskusliitto, Jyväskylä.

Koskinen, Simo 2004. Ikääntyneitten voimavarat. Teoksessa Kautto, Mikko (toim.). Ikääntyminen voimavarana. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33/2004. 24–79.

Koskinen, Simo 2006. Kohtaaminen sosiaaligerontologisen tutkimuksen valossa. Elämän tarkoituksellisuuden kokemuksen merkitys vanhuudessa. Luento Validaatiosta

TunteVaan- juhlaseminaarissa Tampereella 27.10.2006. Luettu 4.4.2009 <http://www.tampereenkaupunkilahetys.net.filearc/7_Koskinen.pdf>

Koskinen, Simo 2007. Ikäihmisten asema Suomessa ja ikääntymisen käsityksiä. Teoksessa Tulva, Taimi & Uusitalo, Ilkka, & Harra, Kimmo. Vanhuuden monet kasvot. Tallinnan yliopiston sosiaalityön laitoksen julkaisuja, Saarijärvi. 18–49.

Kuronen, Tanja 2007. Vanhusten kotisiivous- hoivaa vai palvelua? Teoksessa Seppänen, Marjaana & Karisto, Antti & Kröger, Teppo (toim.). Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. PS kustannus, Juva 2007. 95–119.

Laine, Veli & Sinko, Pekka & Vihriälä, Vesa (toim.) 2009. Ikääntymisraportti. Kokonaisarvio ikääntymisen vaikutuksista ja varautumisen riittävyydestä. Valtioneuvoston kanslia, Yliopistopaino Helsinki.

Laukkanen, Pia 2008. Toimintakyky ja ikääntyminen – käsitteestä ja viitekehyksestä päivittäistoimintojen selviytymisen arviointiin. Teoksessa Heikkinen, Eino & Rantanen, Taina (toim.). Gerontologia. Duodecim, Keuruu. 261–278.

Lundahl, Raija & Hakonen, Sinikka & Suomi, Asta 2007. Taide ja kulttuuri – innovaatioita seniori- ja vanhustyöhön. Teoksessa Seppänen, Marjaana & Karisto, Antti & Kröger, Teppo (toim.). Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. 253–269.

Martelin, Tuija & Sainio, Päivi & Koskinen, Seppo 2004. Ikääntyvän väestön toimintakyvyn kehitys. Teoksessa Kautto, Mikko(toim.). Ikääntyminen voimavarana. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33/2004. 117 – 131.

Moisio, Pasi & Karvonen, Sakari & Simpura, Jussi & Heikkilä, Matti (toim.) 2008. Suomalaisten hyvinvointi. Stakes. Vammalan kirjapaino.

Myrskylä, Pekka (toim.) 2005. Tallella ikä eletty… Ikääntyminen tilastoissa. Tilastokeskus. Edita Prima Oy, Helsinki.

Niemelä, Pauli 2007. Vanhuus ja turvattomuus. Teoksessa Seppänen, Marjaana & Karisto, Antti & Kröger, Teppo (toim.). Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. PS-kustannus, Juva. 167–179.

Rantamaa, Paula 2001. Ikä ja sen merkitykset. Teoksessa Sankari, Anne & Jyrkämä, Jyrki (toim.). Lapsuudesta vanhuuteen. Iän sosiologiaa. Vastapaino, Tampere. 49–91.

Rissanen, Lea. Vanhenevien ihmisten kotona selviytyminen. Yli 65-vuotiaiden terveys, toimintakyky ja sosiaali- ja terveyspalvelujen koettu tarve. Hoitotieteen- ja terveyshallinnon laitos, Oulun yliopisto ja Yleislääketieteen yksikkö, luettu 6.1.2009. <http://herkules.oulu.fi/isbn9514254414/html/>

Saarelainen, Hanna & Kohonen, Maarit 2001. Osaaminen esiin ja käyttöön. Kansanterveyslaitoksen henkilöstön kehittämisen menetelmä. PD-projektityö. Helsingin yliopisto, Joko Executive Education Oy (HKKK). < http://www.ktl.fi/publications/2002/b10.pdf> luettu 6.1.2009

Saarenheimo, Marja 2004. Positiivinen mielenterveys ja elämänhallinta. Teoksessa Raitanen, Tarja-Liisa & Hänninen, Tuomo & Pajunen, Hannu & Suutama, Timo (toim.). Geropsykologia. WSOY, Porvoo. 132 -150.

Siitonen, Tuomo 2008. Elinympäristön kehittäminen. Teoksessa Heikkinen, Eino & Rantanen, Taina (toim.). Gerontologia. Duodecim, Keuruu. 523–530.

Sosiaali- ja terveysministeriön internetsivut. Sosiaali- ja terveyspalvelut. Kotipalvelut ja kotihoito. <http://www.stm.fi/Resource.phx/vastt/sospa/shvan/kotipalvelu.htx> luettu 3.1.2009.

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:47. Ikääntyneiden palveluiden uudet konseptit. <http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-6421.pdf> luettu 24.4.2009

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus.

Suuntama, Timo 2004. Kognitiiviset toiminnot. Teoksessa Raitanen, Tarja-Liisa & Hänninen, Tuomo & Pajunen, Hannu & Suutama, Timo (toim.). Geropsykologia. WSOY, Porvoo. 76 -108.

Tenkanen, Raija 2003. Kotihoidon yhteistyömuotojen kehittäminen ja sen merkitys vanhusten elämänlaadun näkökulmasta. Lapin yliopistopaino, Rovaniemi.

Taipale, Vappu & Vaarama Marja 2008. Teoksessa Voutilainen Päivi & Vaarama Marja & Backman Kaisa & Paasivirta Leena & Eloniemi- Sulkava Ulla & Finne-Soveri Harriet (toim.). Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Stakes oppaita 49. Gummerus kirjapaino. 3-5.

Tepponen, Merja 2007. Yhteistyö. Teoksessa Heinola, Reija (toim.). Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Gummerus Kirjapaino Oy, Vaajakoski. 61–81.

Terde, Silva 2007. Vanhuuden vahvat ja avuttomat. Teoksessa Seppänen, Marjaana & Karisto, Antti & Kröger, Teppo (toim.). Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. PS kustannus, Juva 2007. 95–119.

Vaarama, Marja 2004. Ikääntyneiden toimintakyky ja hoivapalvelut – Nykytila ja vuosi 2015. Teoksessa Kautto, Mikko(toim.). Ikääntyminen voimavarana. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33/2004. 133–198.

Vaarama, Marja & Luoma, Minna-Liisa & Ylönen, Lauri 2006. Ikääntyneiden toimintakyky, palvelut ja koettu elämänlaatu. Teoksessa Kautto, Mikko (toim.) Suomalaisten hyvinvointi. Stakes, Gummerus kirjapaino, Vaajakoski. 104–136.

Vaarama, Marja & Ollila, Kati 2008. Koettu hyvinvointi ja elämälaatu kolmannessa iässä. Teoksessa Moisio, Pasi & Karvonen, Sakari & Simpura, Jussi & Heikkilä, Matti (toim.). Suomalaisten hyvinvointi 2008. Stakes. Vammalan kirjapaino. 116 – 138.

Vaarama, Marja 2009. Ikääntyneiden elämänlaatu ja hoivakysymys. Teoksessa Vaarama, Marja (toim.). Ikääntyminen riskinä ja mahdollisuutena. Poliittisen kestävyyden alaryhmän raportti. Valtioneuvoston kanslian raportteja 3/2009. 118 – 146.

Vaarama, Marja 2008. Luentomateriaali sosiaaligerontologian perusteet. Lapin yliopisto, Rovaniemi.

Vaarama, Marja. Luentomateriaali, Geroteknologia seminaari 6.-7.11.2008. Lapin yliopisto, Rovaniemi.

Vehkalahti, Kimmo 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Tammi, Helsinki.

Volk, Raija & Nivalainen, Henna 2009. Väestön ikääntymiseen varautuminen - alueellinen näkökulma. Valtioneuvoston kanslian raportteja 4/2009

Voutilainen, Päivi, & Vaarama, Marja & Peiponen, Arja 2008. Asiakaslähtöisyys. Teoksessa Voutilainen Päivi & Vaarama Marja & Backman Kaisa & Paasivirta Leena & Eloniemi- Sulkava Ulla & Finne-Soveri Harriet (toim.). Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Stakes oppaita 49. Gummerus kirjapaino. 38–42.

Voutilainen, Päivi & Kauppinen, Sari & Huhtamäki-Kuoppala, Minna 2008. Palvelujärjestelmä vastaamaan dementiaoireisten ihmisten tarpeisiin. Teoksessa Sormunen, Saila & Topo, Päivi (toim.). Laadukkaat dementiapalvelut. Opas kunnille. Stakes, Gummerus kirjapaino, Jyväskylä. 15–24.

Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Tutkimusetikkaa ja lakipykäliä.
<http://www.fsd.uta.fi/laki_ja_etiikka/etiikka_lait.html>, luettu 20.4.2009

LIITTEET:

Saatekirje **Liite 1**

Maarit Lahtela
Merja Lantto
Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu
Sosiaaliala/Sosionomi AMK
AK-SOK 10

SAATE

16.1.2009

Hyvä seniori

Opiskelemme sosionomi AMK -tutkintoa työmme ohella. Teemme opinnäytetyötä Ylitornion kunnan kotihoidon palveluista. Kyselyyn olemme valinneet 74 - 75 vuotta täyttäneitä ylitorniolaisia senioreita. Tutkimuksen tulokset ovat käytettävissä kunnan vanhuspalvelujen suunnittelussa.

Vastauksenne käsitellään luottamuksellisesti, eikä vastaajan henkilöllisyys tule ilmi tutkimuksessa.

Pyydämme Teitä täyttämään oheisen kyselylomakkeen ja palauttamaan sen 2.2.2009 mennessä mukana olevassa vastauskirjekuoressa (postimaksu maksettu).

Kiitämme vaivannäöstänne.

Ystävällisin terveisin

Maarit Lahtela Merja Lantto

Kyselylomake **Liite 2**

Vastatkaa seuraaviin kysymyksiin ympyröimällä numero

1. SUKUPUOLI

1. Nainen
2. Mies

2. ASUTTEKO YKSIN

1. Kyllä
2. En

3. ASUINALUEENNE KUNNASSA_____

4. OLETTEKO KÄYTTÄNEET JOTAIN SEURAAVISTA PALVELUISTA?
(Voitte ympyröidä tarvittaessa useampia vaihtoehtoja)

1. Kotipalvelua
2. Kotisairaanhoitoa
3. Siivouspalvelua
4. Ateriapalvelua
5. Asiointipalvelua
6. Sauna/ kylvetyspalvelua
7. Kuljetuspalvelua
8. Turvapuhelinpalvelua
9. En ole käyttänyt mitään yllä olevista palveluista

5. OLETTEKO KÄYTTÄNEET MUUTA KUIN KUNNAN JÄRJESTÄMÄÄ KOTIPALVELUA?

1. Kyllä, mitä?
_____
2. En

6. MISTÄ SAATTE PARHAITEN TIEDON KUNNAN JÄRJESTÄMISTÄ PALVELUISTA?

1. Kunnan tiedotuksista
2. Sanomalehdistä
3. Paikallislehdistä
4. Internetistä, kunnan kotisivuilta

7. MISSÄ TOIMINNOISSA USKOTTE TULEVAISUUDESSA TARVITSEVANNE APUA?

1. Raskaat taloustyöt
2. Kevyet taloustyöt
3. Peseytyminen, syöminen jne.
4. Liikkuminen sisällä
5. Liikkuminen ulkona (asiointi ym.)
6. Pukeutuminen

8. JOS TULEVAISUUDESSA TARVITSETTE KOTONA SELVIYTYMISEENNE APUA, KENELTÄ HALUAISITTE ENSISIJAISESTI TÄTÄ APUA?

1. Perheenjäseniltä ja sukulaisilta
2. Ammatti-ihmisiltä kunnasta
3. Yksityis- ja vapaaehtoissektorilta

9. MITÄ KUNNAN JÄRJESTÄMIÄ KOTONA ASUMISTA TUKEVIA SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON PALVELUJA USKOTTE TULEVAISUUDESSA TARVITSEVANNE?

1. Kotisairaanhoitoa
2. Kotipalvelua
3. Siivouspalvelua
4. Ateriapalvelua
5. Sauna/kylvetyspalvelua
6. Pyykkipalvelua
7. Kuljetuspalvelua
8. Turvapalvelua
9. Asiointipalvelu
10. Muuta. Mitä?_____

10. ONKO ASUNNOSSANNE PUUTTEITA, JOTKA VAIKEUTTAVAT SELVIYTYMISTÄNNE PÄIVITTÄISISTÄ TOIMINNOISTA?

1. Ei
2. Kyllä, mitä?_____

11. OLETTEKO SITÄ MIELTÄ, ETTÄ IKÄIHMISET JOUTUVAT MUUTTAMAAN KOTOAAN SEN VUOKSI, ETTÄ TARVITTAVIA KOTONA ASUMISTA MAHDOLLISTAVIA PALVELUJA EI OLE SAATAVILLA?

1. Kyllä
2. En

12. OLETTEKO ITSE SUUNNITELLEET MUUTTAVANNE NYKYISESTÄ ASUNNOSTANNE?

1. Kyllä
2. En
3. En osaa sanoa

13. MINKÄLAISTA ON MIELESTÄNNE HYVÄ ELÄMÄ VANHANA?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

KIITOS VAIVANNÄÖSTÄNNE!