

**75- JA 80-VUOTIAIDEN JYVÄSKYLÄLÄISTEN LAITOSHOIDON  
KÄYTTÖ VUOSINA 1990-1994 JA SIIHEN YHTEYDESSÄ OLE-  
VAT SOSIAALISET TEKIJÄT**

Päivi Sydänmaa

Gerontologian ja  
kansanterveyden  
pro gradu-tutkielma  
Jyväskylän yliopisto  
Terveystieteen laitos  
Syksy 1999

## **75- ja 80-vuotiaiden jyvaskyläläisten laitoshoidon käyttö vuosina 1990-1994 ja siihen yhteydessä olevat sosiaaliset tekijät**

Päivi Sydänmaa

Gerontologian ja kansanterveyden pro gradu-tutkielma

Syksy 1999

### **TIIVISTELMÄ**

Tässä työssä kuvattiin 75- ja 80-vuotiaiden jyvaskyläläisten miesten ja naisten laitoshoidon käyttöä viiden vuoden seuranta-aikana (1990-1994) ja tutkittiin sosioekonomisen aseman ja läheisten ihmisten antaman tuen vaikutusta laitoshoidon käyttöön. Tutkimusaineistoina käytettiin 75-vuotiaista vuonna 1989 ja 80-vuotiaista vuonna 1990 kerättyä haastatteluaineistoa sekä vuosien 1990-1994 laitoshoidon- ja kuolintiedostoa. Aineistot kuuluvat Ikivihreät-projektiin. 75-vuotiaita tutkittavia oli 388, joista 355 (91.5 %) haastateltiin. Heistä miehiä oli 119 ja naisia 236. 80-vuotiaita tutkittavia oli 291, joista 262 (90.0 %) haastateltiin. Heistä miehiä oli 74 ja naisia 188. Laitoshoidon käsitti sekä pitkäaikaishoidon että lyhytaikaishoidon sairaaloissa ja vanhainkodeissa.

Suurin osa (77.6 %) 75- ja 80-vuotiaista miehistä ja naisista oli tarvinnut laitoshoidon lyhyemmän tai pitemmän aikaa. Pitkäaikaishoidon toteutui vanhainkodeissa ja terveyskeskussairaalassa. Lyhytaikaishoidon toteutui pääosin terveyskeskussairaalassa ja keskussairaalassa. Moniasiakkuus oli tyypillistä laitoshoidon käytölle. Naiset käyttivät laitoshoidon enemmän kuin miehet ja iän myötä laitoshoidon käyttö lisääntyi. Naisilla sisarusten tai sukulaisten antama tuki näytti vähentävän laitoshoidon käyttöä. Laitoshoidon käyttö oli vähäisempää naisilla, joilla ei ollut lapsia verrattuna naisiin, joilla oli lapsia. Vähäinen koulutus, yksinäisyyden kokeminen sekä lasten että sisarusten ja sukulaisten antaman tuen puute olivat yhteydessä pitkäaikaishoidon vanhainkodeilla. Tutkimustulosten perusteella näyttäisi siltä, että sosiaalisilla tekijöillä on yhteyttä laitoshoidon käyttöön. Tämä asettaa haasteita niin sosiaali- ja terveydenhuollolle kuin muulle yhteiskunnalle. Iäkkäiden elinoloihin ja heidän saamaansa sosiaaliseen tukeen olisi kiinnitettävä riittävästi huomiota, jotta ehkäistäisiin laitoshoidon joutumista sosiaalisista syistä.

Avainsanat: laitoshoidon käyttö – iäkkäät henkilöt – sosioekonominen asema – läheisten antama tuki

## SISÄLLYS

### TIIVISTELMÄ

1	JOHDANTO .....	1
2	VANHUSPALVELUJEN RAKENNEMUUTOS SUOMESSA .....	3
3	TUTKIMUSTULOKSIA LAITOSHOIDON KÄYTÖSTÄ JA SIIHEN LIITTY- VISTÄ DEMOGRAFISISTA JA SOSIOEKONOMISISTA TEKIJÖISTÄ .....	7
	3.1 Iän vaikutus .....	7
	3.2 Sukupuolen vaikutus .....	8
	3.3 Siviilisäädyn vaikutus .....	9
	3.4 Sosioekonomisen aseman vaikutus .....	10
	3.5 Yksin asumisen ja yksinäisyyden kokemisen vaikutus .....	11
	3.6 Sosiaalisten tukiverkoston vaikutus .....	13
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA ONGELMAT .....	15
5	AINEISTO JA MENETELMÄT .....	16
6	TULOKSET .....	20
	6.1 Laitoshoidon käyttö 75- ja 80-vuotiailla miehillä ja naisilla vuosina 1990-1994 .....	20
	6.1.1 Kokonaiskäytön tarkastelu .....	20
	6.1.2 Ikäryhmittäinen ja sukupuolittainen laitoshoidon käyttö .....	22
	6.1.3 Laitoskohtaisen käytön tarkastelu .....	23
	6.1.4 Pitkäaikaishoito .....	26
	6.2 Sosioekonominen asema ja läheisten ihmisten antama tuki 75- ja 80- vuotiailla miehillä ja naisilla vuonna 1989 ja vuonna 1990 .....	27
	6.3 Sosioekonomisen aseman yhteys laitoshoidon käyttöön 75- ja 80-vuoti- ailla miehillä ja naisilla vuosina 1990-1994 .....	30
	6.4 Läheisten antaman tuen yhteys laitoshoidon käyttöön 75- ja 80-vuotiailla miehillä ja naisilla vuosina 1990-1994 .....	32
	6.5 Korrelaatiotarkastelu .....	35
	6.6 Pääasialliset tulokset .....	36
7	POHDINTA .....	38
	LÄHTEET .....	47
	LIITTEET .....	56

## 1 JOHDANTO

Toiminnanvajavuudet yleistyvät iän myötä sekä normaalin vanhenemisprosessin että siihen kytkeytyvien pitkäaikaissairauksien ja vammojen seurauksena. Ne vaikeuttavat suoriutumista arkielämästä ja saattavat johtaa avun tarpeeseen. (Laukkanen ym. 1992.) Toimintakyvyn häiriöt ja laitoshoidon tarve kaksinkertaistuvat viiden vuoden välein 75-vuotiaista 85-vuotiaisiin siirryttäessä (Valvanne 1992). Toimintakyvyn heikkeneminen ja päivittäisen avuntarpeen lisääntyminen sitovat mahdollisesti iäkkään toisen ihmisen apuun ja huolenpitoon. Ikääntyminen tuo mukanaan myös menetyksiä ihmissuhteissa ja niihin usein liittyvät muutokset elinoloissa koettelevat iäkkäiden psyykkistä hyvinvointia (Heikkinen 1992). Iäkkään henkilön hyvinvointiin vaikuttaa olennaisesti myös se, miten hyvin hän selviytyy päivittäisistä tehtävistään tai miten hyvin hänen sosiaaliset apu- ja tukiverkkonsa toimivat. Tärkeitä hyvinvoinnin osatekijöitä ovat yhteydet toisiin ihmisiin, erityisesti lähisukulaisiin ja ystäviin. (Gothoni 1990.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta kehitetään avohoitopainotteisemmaksi. Vanhustenhuollon rakennemuutoksen tavoitteena on laitoshoidon vähentäminen, avohoidon monipuolistaminen ja lisääminen, resurssien tarkoituksenmukainen käyttö ja kustannusten vähentäminen (Palvelurakennetyöryhmä 1992). Keskeisenä tavoitteena on tukea mahdollisuuksia asua kotona tai kodinomaisissa oloissa mahdollisimman pitkään joustavien ja yksilöllisten palveluiden turvin. Kotihoidon ensisijaisuus on myös iäkkäiden itsensä esittämä toive (Vanhusbarometri 1998). Vanhusten laitoshoidon on käynyt läpi suuria muutoksia 1990-luvulla. Kansantaloudellinen lama, kasvavat palvelutarpeet ja niukkenevat voimavarat ovat hallinneet muutosta.

Vanhusväestön kasvu, ikärakenteen vanheneminen ja avohoitopainotteinen palvelurakenne vaikuttavat niin, että erityisesti yksin asuvien, yli 75-vuotiaiden vanhusten määrä kasvaa. Kasvavassa vanhusväestössä naisten osuus on suuri. Kodeissa asuu entistä enemmän apua tarvitsevia vanhuksia. (Raassina 1994.) Noin 77 000 asukkaan Jyväskylässä kasvaa yli 75-vuotiaiden määrä lähivuosina noin sadalla joka vuosi. Palvelurakenteen muuttaminen vanhusmäärän kasvaessa edellyttää entistä enemmän tietoa kaikista niistä tekijöistä, jotka estävät tai edesauttavat laitoshoidon

joutumista. Laitospalveluiden käytöstä on valtakunnan tasolla kerätty runsaasti seurantatietoja, kuten SOTKA-tietokanta ja hoitoilmoitusrekisterit. Siitä huolimatta kuntatason laitospalveluiden käytön analysointi on tarpeellista palvelujärjestelmän kehittämistyössä, koska kuntakohtaiset erot ovat suuria mm. väestörakenteessa, laitospalveluiden tarjonnassa ja käytössä.

## 2 VANHUSPALVELUJEN RAKENNUMUUTOS SUOMESSA

Palvelurakennemuutosta on toteutettu Suomessa ja useimmissa Länsi-Euroopan maissa jo 1960-luvulta lähtien. Keskeisenä kehittämistavoitteena on ollut hoidon ja hoivan painopisteen siirtäminen laitoshoidosta avo- ja välimuotoisiin palveluihin. Etenkin pitkäaikaisasiakkaiden hoitopaikkoja on pidetty heidän tarpeisiinsa nähden epätarkoituksenmukaisina. (Lehto & Kokko 1996.)

Suomessa palvelujen rakennemuutokseen on pyritty uudistamalla ensin terveyspalvelujen ja sitten sosiaali- ja terveyspalvelujen valtiollisia rahoitusjärjestelmiä siten, että rahoitusta on lisätty kallista laitoshoidoa korvaaviin palveluihin. Vuoden 1993 valtionosuusuudistukseen saakka valtiolta ohjasi keskitetysti kunnallisen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän toimintaa. Uudistuksessa luovuttiin sosiaali- ja terveydenhuollon tehtäväkohtaisista valtionosuuksista. Kunnat velvoitettiin edelleen järjestämään väestölle sosiaali- ja terveyspalvelut, mutta ne päättävät entistä itsenäisemmin miten ja mitä palveluja ne järjestävät. Sosiaali- ja terveydenhuollon hallintoa on yhdistetty kaikilla tasoilla yhteistyön parantamiseksi. Vuoden 1991 erikoissairaanhoitolaki velvoitti yhteistyöhön perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon kanssa. (Lehto & Kokko 1996.)

Palvelurakennetyöryhmä (1992) totesi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen keskeisiksi ongelmiksi palvelujärjestelmän sairaala- ja laitospainotteisuuden, hoitopaikkojen epätarkoituksenmukaisen käytön, avohoidon ja muiden laitoshoidolle vaihtoehtoisten palvelumuotojen kehittymättömyyden, suuret kuntien ja kuntayhtymien väliset erot palvelurakenteessa, palvelujen käytössä ja palvelujen kustannuksissa ja asumiseen liittyvät ongelmat palvelutarpeita aiheuttavina tekijöinä. Vanhustenhuollon tavoitteeksi asetettiin vuoteen 2000 mennessä se, että 90 % yli 75-vuotiaista selviää kotona itsenäisesti tai tukipalvelujen avulla ja kuntien tulee tarjota palveluasuntoja 3 %:lle 65 vuotta täyttäneistä.

Palveluiden saatavuudessa, käytössä ja kustannuksissa on suuret kuntien ja läänien väliset erot eivätkä erot selity palvelujen tarpeella. Kuntakohtaisiin kustannuseroihin vaikuttaa väestörakenteen lisäksi ennen kaikkea palvelurakenteen laitosvaltaisuus. (Iivari & Jämsen 1992, Vaarama 1996.) Vuonna 1995 laitoshoidon osuus vanhusten hoivapalvelujen kustannuksista oli 79 % (Vaarama & Noro 1997).

Vaaraman ja Noron (1997) mukaan vanhuspalvelujen rakennemuutos vuosina 1988-1995 on ollut asetettujen tavoitteiden mukainen pitkäaikaisessa hoidossa ja pitkälti myös palveluasumisessa. Vanhusten pitkäaikainen hoito somaattisessa ja psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa on vähentynyt voimakkaasti, kun taas terveystieteissä se on lisääntynyt. Pitkäaikainen vanhainkotihoito on vähentynyt ja palveluasuminen lisääntynyt (+112 %). Kuitenkaan palveluasuntojen lisäys ei ole korvannut kokonaan laitospaikkojen purkua. Vanhusten kotipalvelun kattavuus on alentunut voimakkaasti. Laitoshoidon on korvattu palveluasumisella, ei lisäämällä kotiin annettavia avopalveluja. Pitkäaikaishoidosta vapautuneet voimavarat käytettiin vanhusten lyhytaikaishoidon lisäämiseen. Vuonna 1995 noin 15 % vanhainkotipaikoista käytettiin lyhytaikaiseen hoitoon, etenkin omaishoidon tukemiseen. Terveystieteissä ovat lisänneet lyhytaikaisjaksoja sekä kotoa tuleville äkillistä hoitoa tarvitseville että erikoissairaanhoidosta jatkohoitoon tuleville.

Suomessa oli vuonna 1991 pitkäaikaishoidossa 75-vuotta täyttäneistä 11.9 %, miehistä 8.0 % ja naisista 13.5 %. Vuonna 1995 pitkäaikaishoidossa oli 9.6 % yli 75-vuotiaista, miehistä 6.4 % ja naisista 11.0 %. Valtakunnallinen tavoite, jonka mukaan 90 % 75-vuotta täyttäneistä selviää kotona, saavutettiin kokonaisuutena vuonna 1995 ja miesten osalta vuonna 1991. Naisten osuus ylittää 10 %:n rajan. (Vaarama & Noro 1997.) Vanhusten pitkäaikaishoito siirtyi perustason laitoksiin ja vanhusten hoivan painopiste on siirtynyt terveydenhuollosta sosiaalitoimeen (Kauppinen 1999). Valtakunnallisessa sosiaali- ja terveydenhuollon suunnitelmassa (1998) vuosien 1999-2002 tavoitteeksi on asetettu, että yli 75-vuotiaista 90 % asuu tavallisissa asunnoissa, 3-5 % palveluasunnoissa ja 5-7 % vanhainkodeissa ja muissa laitoksissa.

Asiakaslaskennan (Kauppinen 1998) mukaan vuoden 1997 lopussa vanhainkodeissa ja vastaavissa hoitolaitoksissa oli hoidossa 8.4 % 75 vuotta täyttäneestä väestöstä.

Pitkäaikaisasiakkaista 38 % oli 75-84-vuotiaita ja 45 % 85 vuotta täyttäneitä. Lyhytaikaishoidossa 45 % oli 75-84-vuotiaita ja 31 % 85 vuotta täyttäneitä. Pitkäaikaisasiakkaat tulivat hoitoon pääasiassa fyysisten syiden takia. Yleisin hoitoon tulon syy oli itsestä huolehtimisen vajaus (30 %) ja toiseksi yleisin syy oli muistamattomuus (17 %). Lyhytaikaisasiakkailla yleisin hoitoon tulon syy oli hoitajan loma (34 %) ja toiseksi yleisin syy oli itsestä huolehtimisen vajavuudet (18 %). Nykyinen hoitopaikka arvioitiin tarkoituksenmukaiseksi 87 %:lle ja muu ympärivuorokautinen palvelu 3 %:lle. Kotihoito tai koti ilman säännöllisiä palveluja oli tarkoituksenmukainen hoitopaikka 4 %:lle asiakkaista.

Terveyskeskussairaaloiden potilaslaskennan mukaan (Pelanteri & Nenonen 1998b) yli 75-vuotiaat käyttivät vuonna 1997 kaikista terveyskeskussairaaloiden hoitopäivistä 72 % ja heidän osuutensa potilaista oli 49 %. Potilaista 57 % oli hoidossa 1-9 vuorokautta. Näiden lyhyiden hoitajaksojen osuus kaikista hoitajaksoista oli 66 % ja hoitopäivistä 9 %. Yli 75-vuotiaiden keskimääräinen hoitoaika oli 41.5 päivää. Yli vuoden kestäneiden hoitajaksojen osuus kaikista terveyskeskussairaaloiden hoitajaksoista oli 1 %, mutta niiden osuus kaikista hoitopäivistä oli 43 %. Terveyskeskussairaaloiden asema jatkohoitopaikkana edelleen vahvistui. Potilaista 13.5 %:lla oli pitkäaikaishoidon päätös ja he käyttivät 59 % kaikista hoitopäivistä. Hoitoon tulon yleisin syy oli somaattisen sairauden hoito tai tutkimus (73 %), toiseksi yleisin fyysiset syyt (17 %). Tarkoituksenmukaiseksi hoitopaikaksi 6 %:lle arvioitiin koti ja 14 %:lle vanhainkoti tai vastaava hoitolaitos, yhteensä nämä kaksi ryhmää käyttivät lähes 15 % laskennassa mukana olleiden potilaiden kaikista hoitopäivistä vuonna 1997. Terveyskeskussairaaloiden pitkäaikaishoidossa olleista 60 %:lle arvioitiin tarkoituksenmukaiseksi hoitopaikaksi terveyskeskus ja 18 %:lle vanhainkoti (Kauppinen 1999).

Julkinen sosiaali- ja terveystalouselämäkassa kattaa vain osan vanhusten tarvitsemasta avusta. Raassinan (1994) arvion mukaan vähintään kaksikolmasosa yli 65-vuotiaiden saamasta avusta on perheeltä, sukulaisilta, naapureilta ja ystäviltä. Apua tarvitsevia vanhuksia, jotka ovat pelkästään omaisten avun varassa on arvioitu olevan noin 12 % yli 65-vuotiaasta väestöstä. Vuonna 1994 tämä merkitsi noin 86 000:ta vanhusta. Näin laitoshoidon on voitu siirtää tai siltä on välttytty kokonaan.



Vanhuspalvelut on perinteisesti tuotettu 90 %:sti julkisen tahon, lähinnä kuntien toimesta valtion osin rahoittamina. Nykyisille vanhuspalveluille on tyypillistä palvelujen monituottajuus. Monituottajuus koostuu neljästä tuottajatahosta: 1. kuntien, julkiset palvelut, 2. kaupalliset, liikeperiaatteella tuotettavat palvelut, 3. voittoa tuottamattomien yhteisöjen palvelut, 4. kansalaisten toteuttama omaishoito, naapuriapu ja vapaaehtoistyö. (Koskisen ym. 1998.) Vuonna 1997 vanhainkotihoitosta 21 % oli yksityisten palvelutuottajien tuottamaa (Kauppinen 1998). Laitosten ja avopalvelujen välinen raja on hämärtynyt uusien erilailla tuettujen asumismuotojen ja palveluasumisen myötä. Tämä aiheuttaa ongelmia laitoshoidon käytön tutkimiselle: onko kyseessä laitoshoido vai avohoito (Laukkanen 1998, Noro 1998).

### **3 TUTKIMUSTULOKSIA LAITOSHOIDON KÄYTÖSTÄ JA SIIHEN LIITTYVISTÄ DEMOGRAFISISTA JA SOSIOEKONOMISISTA TEKIJÖISTÄ**

Laitoshoidon käyttö on eri maissa hyvin erilaista. Pitkäaikaissairaiden ja pitkäaikaisesti hoivaa tarvitsevien palvelut on järjestetty eri maissa toisistaan hyvin poikkeavilla tavoilla, tähän vaikuttavat mm. kulttuuri-, elinkeinorakenne- ja sukupuolisopimuserot (Lehto & Kokko 1996). Nämä erot on huomioitava eri maissa tehtyjä tutkimuksia arvioitaessa.

Laitoshoitoon joutumisen syyt eivät ole yksiselitteisiä, vaan takana on useimmiten useiden syiden yhdistelmä (Wolinsky ym. 1992; Foley ym. 1992, Boulton ym. 1993, Young ym. 1994, Rockwood ym. 1996, Noro 1998). Yksilöstä johtuvista syistä tärkeimmät ovat pitkäaikaissairauksista ja vanhenemismuutoksista johtuvat toimintakyvyn heikentyminen ja avuntarpeen lisääntyminen. Lisäksi laitoshoidon siirtymiseen vaikuttavat muun muassa elinympäristö, sosiaaliset ja taloudelliset voimavarat, laitospaikkojen tarjonta ja valintakriteerit. Laitoshoitoon hakeutumisen pääsääntöinen syy on sairaus. Useiden ja pitkäaikaisten sairauksien esiintyminen samanaikaisesti lisää laitoshoidon käyttöä (Incalzi ym. 1992). Runsas vanhainkotipaikkojen tarjonta näyttää lisäävän pitkäaikaishoitoa (Greene & Ondrich 1990, Liu ym. 1991). Pääosin laitoshoidon käyttöä selvittävät tutkimukset käsittelevät vanhainkotihoitoa ja pitkäaikaishoitoa.

#### **3.1 Iän vaikutus**

Iän myötä laitoshoidon tarve kasvaa (Heikkinen 1986, Niinistö 1987, Valvanne 1992; Wolinsky ym. 1992, Klein & Salaske 1994, Noro 1998). 80 vuotta on osoittautunut rajaksi, jonka jälkeen kaikkalainen avuntarve lisääntyy merkittävästi. Iän kertyessä pitkäaikaisessa hoidossa olevien osuus väestöstä nousee.

Vuonna 1991 suoritetusta asiakas- ja potilaslaskennasta ilmenee, että pitkäaikaisessa hoidossa oli joka viides ikäryhmästä 80-84-vuotiaat ja tätä vanhemmista joka kolmas (Noro & Lounamaa 1993). Helsingin vanhustutkimuksen (Valvanne 1992) mukaan 75-vuotiasta 8 % asui laitoksessa, 80-vuotiaista 17 % ja 85-vuotiasta 31 % eli laitoshoidon tarve kaksinkertaistui viiden vuoden välein. Vantaan vanhimpien tutkimuksessa (Niinistö ym. 1996) ilmeni, että 85 vuotta täyttäneistä kolmasosa (35 %) oli pitkäaikaishoidossa, 85-89-vuotiaista laitoshoidossa oli 30 %, 90-94-vuotiaista 46 % ja yli 95 vuotiaista 65 %. Tampereen Tervaskanto 90+- tutkimuksen keskeinen havainto oli, että 90 vuotta täyttäneistä vajaa puolet oli pitkäaikaishoidossa, mutta noin 40 % kotona asuvista oli hyväkuntoisia ja suurelta osin omatoimisia (Jylhä ym. 1997). Kauppisen (1999) mukaan vuonna 1997 vanhainkodeissa ja terveyskeskussairaaloissa pitkäaikaishoidossa olleiden keski-ikä oli 82 vuotta. Terveyskeskussairaaloitten asiakkaista 43 % ja vanhainkotien asiakkaista 47 % oli vähintään 85-vuotiaita. Vuoden 1997 aikana 75 vuotta täyttäneistä 47 % oli ollut sairaalahoidossa vähintään kerran (Pelanteri & Nenonen 1998a).

### **3.2 Sukupuolen vaikutus**

Naissukupuoleen liittyy korkeampi laitoshoidon käyttö (Wingard ym. 1987, Shapiro & Tate 1988, Liu ym. 1991, Foley ym. 1992, Rockwood ym. 1996, Noro 1998), mikä heijastaa naisten pidempää elinaikaa. Vuoden 1991 asiakas- ja potilaslaskennassa neljä viidesosaa hoidossa olleista oli ikääntyneitä naisia (Noro & Lounamaa 1993). Aron (1997) ja hänen työtovereiden selvityksen mukaan 75 vuotta täyttäneillä naisilla on yli 50 % korkeampi riski joutua laitoshoittoon kuin miehillä. Noin joka kolmas yli 85-vuotias nainen oli laitoshoidossa, vastaavan ikäisistä miehistä joka viides. Naiset käyttävät elinaikanaan enemmän laitoshoittoa; lähes kahdeksan kymmenestä henkilöstä, jotka ovat yli viisi vuotta laitoshoidossa, on naisia (Kemper & Murtaugh 1991). Yksi neljästä yli 85-vuotiaasta amerikkalaisesta naisesta asui vanhainkodissa, samanikäisistä miehistä yksi seitsemästä (Hing 1987).

Vantaan vanhimmista (Niinistö ym. 1996) naiset käyttivät miehiä useammin lyhytaikaista vanhainkotihoitoa ja olivat myös pidempiä aikoja hoidossa. Pitkäaikaishoidossa olleista yli 80 % oli naisia. Heikkinen (1986) tutki Tampereella

vanhainkotiasukkaiden terveydentilaa ja ennustetta. Kymmenen vuoden seuranta-aikana naisten osuus vanhainkotiin tulleista kasvoi lähes 10 %:lla. Pitkäaikaishoitoon Helsingissä vuosina 1978-1987 pyrkineistä valta-osa oli naisia ja naisten osuus lisääntyi tutkimusaikana 10 %:lla (Aalto 1991). Naiset joutuvat helpommin laitoshoitoon kuin miehet, joilla on useimmin kotona hoitava puoliso. Boulton ja hänen työtovereidensa tutkimuksen mukaan toistuviin sairaalahoitoihin olivat yhteydessä miessukupuoli, korkea ikä, huono itsearvioitu terveydentila, sepelvaltimosairaus, sokeritauti sekä kuluneen vuoden aikana aiempi sairaalahoito tai yli kuusi lääkäriä käyntiä (Boulton ym. 1993).

### 3.3 Siviilisäädyn vaikutus

Lukuisissa tutkimuksissa on todettu puolisoa ilman olevien henkilöiden – naimattomat, lesket, eronneet - laitoshoitoon joutumisen olevan yleisempää kuin puolison kanssa elävillä (Aalto 1991; Kemper & Murtaugh 1991, Klein & Salaske 1994, Niinistö ym. 1996; Rockwood ym. 1996, Noro 1998). Kahdessa tutkimuksessa leskeydellä ei todettu olevan yhteyttä laitoshoitoon joutumiseen, yksinasumisella kylläkin (Branch & Jette 1982, Greene & Ondrich 1990).

Vuonna 1991 pitkäaikaishoidossa olleista suurin osa oli siviilisäädyltään leskiä tai naimattomia (Noro & Lounamaa 1993). Vantaan vanhimpien tutkimuksessa ilmeni, että kaikista 85 vuotta täyttäneistä naimisissa tai avoliitossa oli 14 % vanhuksista. Naisista 6 % oli naimisissa, miehistä 44 %. Naisista leskiä oli 80 % ja miehistä 49 %. Leskenä vietetty aika oli keskimäärin 21 vuotta. (Niinistö ym. 1996.) Helsingissä vuosina 1978-1985 laitoshoitoon pyrkineistä joka viides oli naimisissa, joka neljäs naimaton, lähes puolet leskiä ja joka kymmenes eronnut. Vanhimmissa ikäryhmissä eronneita oli alle 5 %, nuorimmista ikäryhmistä enemmän kuin joka neljäs oli eronnut. (Aalto 1991.)

Amerikkalaisen tutkimuksen mukaan valtaosa (85 %) vanhainkotiin tulijoista oli tulohetkellä ilman puolisoa: 65 % oli leskiä, 14 % naimattomia ja 6 % oli eronneita (Hing 1987). 80 ikävuoteen asti leskillä on suurempi laitoshoidon riski kuin naimattomilla, mutta 85 ikävuoden jälkeen naimattomien riski on suurempi (Cohen ym. 1988).

### 3.4 Sosioekonomisen aseman vaikutus

Sosioekonominen asema on käänteisesti yhteydessä väestön terveydentilaan: mitä matalampi sosioekonominen asema, sitä huonompi terveydentila. Sosioekonomiset erot ovat yleensä kaventuneet vanhemmissa ikäryhmissä, koska kuolleisuus on suurempi alemmissa sosiaaliryhmissä ylempiin verrattuna jo varhaisessa keski-ikässä. (Valkonen ym. 1990, Valkonen 1995.) Sosioekonomisia kuolleisuuseroja oli kuitenkin havaittavissa ainakin 90 ikävuoteen saakka (Valkonen ym. 1990). Tärkeimmät sosioekonomisen aseman mittarit ovat koulutustaso, ammattiasema tai ammattiryhmää kuvaava sosioekonominen asema, tulotaso ja omaisuus.

Tutkimukset osoittavat, että alempi sosiaaliryhmä on yhteydessä pitkäaikaiseen laitoshoittoon (Niinistö 1987, Valkonen ym. 1990, Liu ym. 1991, Rockwood ym. 1996). Valkonen (1990) työtovereineen kuvasi kuolleisuuden kehitystä ammatin perusteella muodostetuissa sosiaaliryhmissä sekä koulutusryhmissä. Pitkäaikaishoidossa olleista suurin osa oli entisiä erikoistumattomia työntekijöitä ja pienin osuus oli ylempiä toimihenkilöitä. Laitoksessa asuvien ylikuolleisuus oli miehillä suurinta ylempillä toimihenkilöillä ja vähäisintä erikoistumattomilla työntekijöillä. Nämä havainnot voidaan tulkita siten, että korkeassa sosioekonomisessa asemassa olevilla vanhuksilla siirtyminen laitoshoittoon liittyy nimenomaan heikentyneeseen terveydentilaan. Lappeenrannan vanhustutkimuksen (Metso 1989) tulos poikkeaa tästä, koska vanhainkodista sairaalaan siirtyneet kuuluivat korkeampaan sosiaaliryhmään kuin ne, jotka jäivät vanhainkotiin. Samassa tutkimuksessa ilmeni myös avohoitopalveluiden käytön olleen korkeampaa ylempissä sosiaaliryhmissä.

Keskimäki (1997) tutki sairaalapalvelujen käytön sosiaalista oikeudenmukaisuutta. Sosioekonomisen aseman indikaattoreina käytettiin sosiaaliryhmää, koulutusta ja käytettävissä olevia tuloja. Vaikka lyhytkestoisen (alle 30 vuorokautta) somaattisen sairaalahoidon kokonaiskäyttö jakautui sosiaaliryhmittäin tarpeen mukaan, niin yksittäisten hoitotoimenpiteiden käytössä oli merkittäviä sosiaaliryhmien välisiä eroja. Matalimpiin sosioekonomisiin ryhmiin kuuluvat käyttivät enemmän sairaalapalveluja kuin ylempiin sosiaaliryhmiin kuuluvat kaikissa ikäryhmissä ja molemmilla

sukupuolilla. Miesten sosioekonomiset erot olivat jyrkempiä kuin naisten. Keskimääräinen hoitoaika oli pidempi alempiin sosioekonomisiin ryhmiin kuuluvilla.

Kansainvälisessä kirjallisuudessa esitetyt tutkimustulokset tulotason vaikutuksesta laitoshoidon ovat ristiriitaisia. Tätä selittänevät sekä eri maiden väliset kulttuurierot että laitoshoidosta aiheutuvien kustannusten merkitys yksilölle ja perheelle. Matalan tulotason on katsottu vähentävän laitoshoidon (Palmore 1976), lisäävän laitoshoidon (Vicente 1979, Branch & Ku 1989, Liu ym. 1991, Foley ym. 1992) tai tulotasolla ei ole todettu olevan vaikutusta laitoshoidon (McCoy & Edwards 1981, Greene & Ondrich 1990; Hanley ym. 1990, Steinbach 1992, Tsuji ym. 1995). Liebermannin ja Kramerin (1991) tutkimuksessa ilmeni, että kotona dementiaa sairastavan henkilön hoitajan taloudellisilla vaikeuksilla oli laitoshoidon lisäävä vaikutus.

Korkeampi koulutustaso liittyy parempaan terveydentilaan ja toimintakykyisyyteen (Raassina 1994). Noron (1998) tutkimustulosten mukaan pitkäaikaishoidossa olevat, kotona selviytyviksi arvioidut potilaat olivat kotona asuviin verrattuna huonommin koulutettuja, iäkkäämpiä ja naimattomia. Matalan koulutustason on todettu vähentävän laitoshoidon (Palmore 1976) tai sillä ei ole todettu olevan vaikutusta (Vicente 1979, Cohen ym. 1986, Greene & Ondrich 1990, Kemper & Murtaugh, Rockwood ym. 1996).

### **3.5 Yksin asumisen ja yksinäisyyden kokemisen vaikutus**

Yksin asuminen saattaa merkitä iäkkäälle paitsi riippumattomuutta ja vapautta, myös yksinäisyyttä ja eristäytymistä. Useiden tutkimusten mukaan yksin asuminen lisää laitoshoidon joutumista (Heikkinen 1986, Anttila 1987, Kovar & Stone 1992, Steinbach 1992, Noro & Lounamaa 1993, Niinistö ym. 1996). Yksin asuvien mahdollisuudet saada apua ovat pienemmät kuin jonkun toisen kanssa asuvilla (Ilfie ym. 1992, Raassina 1994). On myös tutkimuksia, joiden mukaan yksin asuminen ei ollut yhteydessä pitkäaikaiseen laitoshoidon (Wolinsky & Johnsson 1991, Nygaard & Albrektsen 1992) eikä toistuviin sairaalajaksoihin (Wolinsky & Johnsson 1991, Boulton ym. 1993).

Anttila (1987) tutki yksin asuvien vanhusten terveys- ja sosiaalipalvelujen käyttöä maaseudun haja-asutusalueella. Yksin asuvilla oli 3.1- kertainen riski joutua vanhainkotiin ja heillä oli 4.4 kertaa enemmän vanhainkotipäiviä kuin muilla vanhuksilla. Pitkäaikaishoitoon Helsingissä pyrkineistä yli puolet oli yksin asuvia ja heidän osuutensa lisääntyi 10 %:lla kahdeksan vuoden tutkimusaikana. Yksin asuminen lisääntyi merkittävästi iän mukana ja selvä muutos tapahtui 75 ikävuoden jälkeen. Yksin asuvat miehet kärsivät yksinäisyydestä enemmän kuin naiset. (Aalto 1991.) Tampereella noin puolet kaikista vanhainkotiasukkaiksi tulleista oli asunut yksin ja naiset miehiä yleisimmin. Joka neljännellä miehellä ja joka kolmannella naisella yhtenä tulosyynä vanhainkotiin oli yksinäisyys, sosiaalinen eristäytyneisyys ja ihmissuhteiden puutteellisuus. (Heikkinen 1986.) Vantaan vanhustutkimuksen tulosten mukaan (Niinistö ym. 1996) yksin asuvia oli 40 % kaikista 85 vuotta täyttäneistä, kotona asuvista yksin asuvien osuus oli korkea, 60 %. Tampereella yli 90 vuotiaista naisista asui yksin 75 % ja miehistä alle puolet (Jylhä ym. 1997).

Ikivihreät- projektin (Heikkinen ym. 1992) yksin asuvista 65-84-vuotiaista 39 % ja jonkun toisen kanssa asuvista 22 % oli ainakin ajoittain yksinäisiä. Yksin asuvista miehistä yli puolet (52 %) oli ainakin ajoittain yksinäisiä, kun jonkun toisen kanssa asuvien miesten vastaava osuus oli 16 %. Vanhusbarometrin (1998) mukaan melko monet (36 %) tuntevat itsensä ainakin joskus yksinäiseksi. Noin 4 % ilmoittaa olevansa usein yksinäinen. Yksinäisyyden tunne oli selvästi yleisempää iäkkäillä, jotka olivat tyytymättömiä elämään ja joilla huono oli terveys ja vähän sosiaalisia kontakteja. Yksinäisyyden kokeminen oli yleisempää myös yksin asuvilla ja yli 80-vuotiailla.

Suomessa melkein puolella vuonna 1991 pitkäaikaishoitoon tulleilla oli yhtenä tulosyynä yksinäisyys tai turvattomuus (Noro & Lounamaa 1993). Vuoden 1997 aikana vanhainkodeissa tai vastaavissa hoitolaitoksissa päättyneissä hoitjaksoissa hoitoon tulon pääsyy oli 5.7 %:lla yksinäisyys tai turvattomuus, pitkäaikaisasiakkaista 2.4 %:lla. (Kauppinen 1998.) Pelanterin ja Nenosen (1998b) mukaan vuonna 1997 terveyskeskussairaaloissa päättyneissä hoitjaksoissa yksinäisyys tai turvattomuus oli hoitoon tulon pääsyy 0.5 %:lla. Potilaista 25 % oli miehiä ja heidän keskimääräinen hoitoaikansa oli 17 päivää.

### 3.6 Sosiaalisten tukiverkoston vaikutus

Tutkimukset osoittavat, että iäkkäillä on paljon sosiaalisia kontakteja. Vanhusbarometrin (1998) mukaan iäkkäistä lähes puolet (47 %) tapaa henkilökohtaisesti tai on puhelinyhteydessä lähiomaistensa kanssa päivittäin ja neljä viidesosaa (85 %) vähintään kerran viikossa. Kolme neljästä (74 %) on yhteydessä ystäviinsä ainakin kerran viikossa ja runsas kolmannes (35 %) päivittäin tai lähes päivittäin. Vajaa kymmenesosa (8 %) on yhteydessä ystäviinsä harvemmin kuin kerran kuukaudessa. Naisilla on miehiä enemmän yhteyksiä lapsiin, sukulaisiin ja ystäviin (Raassina 1994). Vantaan vanhimpien tutkimuksessa (Niinistö ym. 1996) kotona asuvista yli 85-vuotiaista kahdella kolmasosalla oli päivittäin yhteys läheisiin tai ystäviin.

Lukuisten tutkimusten mukaan vähäinen tai puuttuva sosiaalinen tukiverkosto ennakoii myöhempiä laitokseen joutumista (Niinistö 1987, Shapiro & Tate 1988, Metso 1989, Steinbach 1992; Wolinsky ym. 1992, Freedman ym. 1994). On myös tutkimuksia, joiden mukaan epävirallisella avulla ei ollut vaikutusta laitoshoittoon (Greene & Ondrich 1990; Hanley ym. 1990; Newman ym. 1990). Auttavan henkilön tuki vähensi pitkäaikaiseen laitoshoittoon joutumista (Niinistö ym. 1987; Wingard ym. 1987, Wolinsky & Johnsson 1991, Rockwood ym. 1996). Kolmessa eri tutkimuksessa todettiin, että dementiapotilaan pitkäaikaiseen laitoshoittoon siirtymiseen vaikuttivat auttavan henkilön terveydentila ja asenne hoidettavaa kohtaan (Pruchno ym. 1990, Nygaard 1991, Cohen ym. 1993). Myös auttavan henkilön ominaisuuksilla oli yhteyttä vanhainkotiin siirtymiseen (Tsuji 1995) ja auttavan henkilön toive laitokseen pääsystä nopeutti laitokseen pääsyä (Pruchno ym. 1990, Aalto 1991; Nygaard 1991).

Sosiaalisten tukiverkoston ja niistä saatavan sosiaalisen tuen on todettu edesauttavan iäkkään kotona selviytymistä. Ennen kaikkea perheen jäsenten merkitys on olennaista laitoshoittoon siirtymisen kannalta. Gothonin (1990) mukaan varmimmin pitkäaikaista omaisapua saavat vanhukset, joilla on aviopuoliso tai samalla paikkakunnalla asuva aikuinen tytär. Miesten tärkein avunantaja on vaimo ja naisilla lapset. Lähinnä henkistä tukea vanhukset odottavat ja saavat muilta sukulaisilta ja ystävilä. Maaseudulla naapuriapua saadaan jonkin verran, mutta kaupungeissa naapureiden merkitys auttajina



on vähäinen. Lempisen (1995) tutkimus osoitti, että turkulaisvanhusten tärkeimmät sosiaalisen tuen lähteet olivat perhe, puoliso ja lapset perheineen. Tukea saatiin lapsilta tai kotipalvelusta, ellei puolisoa ollut. Kotipalvelu ja kotisairaanhoido olivat ensisijaiset tuen lähteet niillä, joilla ei ollut perhettä, puoliso oli huonokuntoinen tai lapset eivät pystyneet tai halunneet auttaa. Vanhusbarometrin (1998) mukaan kaksikolmasosaa yli 75-vuotiaista saa pitkäaikaista apua tai hoitoa arkipäivän toimiin. Useimmiten apua antavat puoliso (49 %) ja oma lapsi (42 %). Vuonna 1998 puoliso toimi avunantajana kaksi kertaa yleisemmin kuin vuonna 1994.

Tutkimustulosten mukaan aviopuolison toimiessa avunantajana laitoshoidon riski oli pienempi kuin muiden perheenjäsenten toimiessa avunantajana (Narain ym.1988, Liebermann & Kramer 1991, Pearlman & Crown 1992). Perheenjäsenten säännöllinen yhteydenpito vähensi laitoshoidon joutumista (Freedman ym. 1994) ja perheenjäsenillä oli vaikutusta hoitoajan pituuteen vanhainkodissa (Freedman 1993). Aviopuolison olemassaolo vähensi hoitoajan pituutta miehillä neljä kuukautta ja naisilla kolme kuukautta, lapsen olemassaolo vähensi naisten hoitoaikaa kolmella kuukaudella, miesten hoitoajan pituuteen lapsilla ei ollut vaikutusta.

Jyväskylässä vuonna 1989 vanhainkotiin muuttaneista 15 %:lla oli hoitoon tulon pääsyynä huolehtijan puute (Heikkinen ym. 1991). Vuoden 1997 aikana vanhainkodeissa tai vastaavissa hoitolaitoksissa päättyneissä hoitajaksoissa hoitoon tulon pääsy oli 2.6 %:lla omaisten avun puute, pitkäaikaisasiakkaista 1.1 %:lla. (Kauppinen 1998.) Pelanterin ja Nenosen (1998b) mukaan terveyskeskussairaaloissa vuonna 1997 päättyneissä hoitajaksoissa omaisten avun puute oli hoitoon tulon pääsyynä 0.6 %:lla . Potilaista 43 % oli miehiä ja heidän keskimääräinen hoitoaikansa oli 29 päivää.

#### **4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT**

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata 75- ja 80-vuotiaiden jyvaskyläläisten miesten ja naisten laitoshoidon käyttöä vuosina 1990-1994 ja tarkastella laitoshoidon käyttöön yhteydessä olevia tekijöitä. Tutkimuksessa keskityttiin sosioekonomisen aseman ja läheisten ihmisten antaman tuen vaikutuksiin. Laitoshoidon käyttöä ja siihen mahdollisesti vaikuttavia tekijöitä tarkasteltiin sekä koko aineiston että miesten ja naisten osalta erikseen. Vanhainkodeilla pitkäaikaishoidossa olleita tarkasteltiin omana ryhmänä.

##### **TUTKIMUSONGELMAT:**

1. Kuinka paljon ja missä hoitopaikoissa 75- ja 80-vuotiaat jyvaskyläläiset miehet ja naiset ovat olleet laitoshoidossa vuosina 1990-1994?
2. Ovatko sukupuoli, siviilisääty, koulutus ja taloudellinen asema yhteydessä laitoshoidon käyttöön?
3. Onko läheisten ihmisten antama tuki yhteydessä laitoshoidon käyttöön?

## 5 AINEISTO JA MENETELMÄT

Tutkimusaineistona käytettiin vuonna 1989 75-vuotiaista ja vuonna 1990 80-vuotiaista kerättyä haastatteluaineistoa sekä vuosien 1990-1994 laitoshoidon ja kuolintiedostoa. Aineistot kuuluvat Ikivihreät-projektiin. Ikivihreät-projektin tarkoituksena on selvittää 65-vuotiaiden ja sitä vanhempien jyvaskyläläisten fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista terveyttä ja toimintakykyä. Osana projektia kutsuttiin vuonna 1989 kaikki 75-vuotiaat ja vuonna 1990 kaikki 80-vuotiaat sekä kotona että laitoksissa asuneet henkilöt haastattelu- ja laboratoriotutkimuksiin. Haastattelut suoritettiin strukturoidulla haastattelulomakkeella tutkittavien kotona. Kysymykset koskivat sosioekonomista asemaa, asuinoloja, sosiaalista tukea ja kontakteja, päivittäisistä toiminnoista selviytymistä, terveydentilaa ja palveluiden käyttöä. Haastattelijoina toimivat Jyväskylän yliopiston eri koulutusohjelmien opiskelijat. Heidät koulutettiin haastattelujen suorittamista varten. (Kauppinen 1992.)

75-vuotiaiden aineisto koostuu kaikista vuoden 1989 alussa elossa olleista vuonna 1914 syntyneistä jyvaskyläläisistä ja 80-vuotiaiden aineisto vastaavasti kaikista vuoden 1990 alussa elossa olleista vuonna 1910 syntyneistä henkilöistä. Vuonna 1989 75-vuotiaita tutkittavia oli 388, joista 355 (91.5%) haastateltiin. Näistä miehiä oli 119 (33.5%) ja naisia 236 (66.5%). Vuonna 1990 80-vuotiaita tutkittavia oli 291, joista 262 (90.0%) haastateltiin. Näistä miehiä oli 74 (28.2%) ja naisia 188 (71.8%). Osa haastatteluista oli sijaishaastatteluja. Tutkimuksesta kieltäytyminen oli yleisempää vanhemmilla kuin nuoremmilla henkilöillä. Yleisin kieltäytymisen syy oli sairaus. (Kauppinen 1992.) Koko tutkimusaineisto on kuvattu taulukossa 1.

TAULUKKO 1. Haastateltujen, sijaishaastateltujen, kieltäytyneiden, tavoittamatta jääneiden ja kuolleiden määrät ( n / %) vuonna 1989 75-vuotiaiden ja vuonna 1990 80-vuotiaiden jyvaskyläläisten haastatteluaineistossa.

Haastatteluun osallistuminen	75-vuotiaat						80-vuotiaat					
	Miehet		Naiset		Yhteensä		Miehet		Naiset		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Haastatellut	119	93.7	231	88.5	350	90.2	70	89.7	185	86.9	255	87.6
Sijaishaastatellut	0	0.0	5	1.9	5	1.3	4	5.1	3	1.4	7	2.4
Kieltäytyneet	6	4.7	19	7.3	25	6.4	2	2.6	19	8.9	21	7.2
Ei tavoitettu	0	0.0	2	0.8	2	0.5	1	1.3	1	0.5	2	0.7
Kuollut	2	1.6	4	1.5	6	1.6	1	1.3	5	2.3	6	2.1
Yhteensä	127	100	261	100	388	100	78	100	213	100	291	100

Laitoshoito- ja kuolintiedostoon on kerätty vuosina 1904-1923 syntyneiden jyvaskyläläisten kuolleisuutta ja laitoshoidon käyttöä koskevia tietoja. Tiedosto käsittää sekä pitkäaikaishoidon että lyhytaikaishoidon hoitopäivät kaupungin vanhainkodeissa, yksityisissä vanhainkodeissa tai muissa vastaavissa ympärivuorokautista hoitoa antavissa yksiköissä (Matilda-koti, Pelastusarmeijan vanhainkoti, Sammonkadun palvelukoti, Sotainvalidien Sairaskoti, Viitakoti), terveyskeskussairaalassa ja keskussairaalassa (Keski-Suomen sairaanhoitopiirin sairaalat). Tiedot on kerätty sairaaloista ja vanhainkodeista sekä Keski-Suomen lääninhallituksen tilastoista. (Laukkanen ym. 1999.) Tässä tutkimuksessa käytettiin vuonna 1910 ja 1914 syntyneiden henkilöiden laitoshoitotietoja vuosilta 1990-1994. Jatkossa tässä työssä vanhainkodeilla tarkoitetaan kaupungin vanhainkoteja, yksityisiä vanhainkoteja tai vastaavia ympärivuorokautista hoitoa antavia hoitolaitoksia.

Kokonaistutkimuksesta huolimatta laitoshoidon tarvinneiden 75- ja 80-vuotiaiden miesten osuus oli pieni jatkoanalyysijä ajatellen. Sekä 75- ja 80-vuotiaiden miesten

(n=193) että 75- ja 80-vuotiaiden naisten (n=424) aineistot yhdistettiin kumpikin omaksi ryhmäkseen. Molempien ryhmien vastaukset käsiteltiin ja analysoitiin omana ryhmänään. Ryhmien välisiä vastauksia verrattiin keskenään. Laitoshoidon käyttöä kuvaavassa osassa vastauksia käsiteltiin myös ikäryhmittäin ja sukupuolittain. Pitkäaikaishoidossa olleiden (n=71; miehiä 15 ja naisia 56) vastauksia tarkasteltiin sekä yhtenä ryhmänä että erikseen vanhainkodeissa pitkäaikaishoidossa olleita (n=47; miehiä 10 ja naisia 37). Pitkäaikaishoidossa olleiden vastauksia verrattiin muiden tutkittavien vastauksiin. Pitkäaikaishoidossa olleella tarkoitettiin henkilöä, jolle oli tehty pitkäaikaishoidon päätös.

Tarkastelun kohteena oli laitoshoidon käyttö hoitopäivinä viiden vuoden seuranta-aikana. Analysointivaiheessa laitoshoidon käyttö tiivistettiin kolmeen luokkaan: 0 hoitopäivää, 1-90 hoitopäivää ja yli 90 hoitopäivää. Kolmeen eri luokkaan sijoittuneiden miesten ja naisten keski-iat laskettiin. Miesten ikäkeskiarvot: 76.9 vuotta (0 hoitopäivää), 76.8 vuotta (1-90 hoitopäivää), 77.4 vuotta (yli 90 hoitopäivää). Miesten ikäkeskiarvoissa ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja eri ryhmien välillä. Naisten ikäkeskiarvoissa oli tilastollisesti merkitsevä ero kaikkien ryhmien välillä ( $p < .001$ ). Naisten ikäkeskiarvot: 76.3 vuotta (0 hoitopäivää), 77.2 vuotta (1-90 hoitopäivää), 78.0 vuotta (yli 90 hoitopäivää).

Laitoshoitoon mahdollisesti liittyvinä tekijöinä tutkimuksessa tarkasteltiin sukupuolta, siviilisäätystä, koulutusta, henkilökohtaisia nettotuloja, perheen nettotuloja, yksin asumista, yksinäisyyden kokemista, lasten olemassaoloa, lasten, sisarusten tai sukulaisten ja läheisten ystävien tapaamista sekä koettua suhdetta puolisoon tai kumppaniin. Taustamuuttajat valittiin aikaisempien tutkimustulosten antamien viitteiden perusteella. Tarkasteltavat muuttajat luokiteltiin tarvittaessa uudelleen jatkoanalyysjä varten. Analyyseissä käytetyt uudelleen luokitellut taustamuuttajat on esitetty taulukossa 3 (sivu 29).

Tilasto-ohjelmana käytettiin SPSS (Statistical Package for Social Science) ohjelmaa. Tutkimuksessa käytetyistä diskreeteistä muuttujista laskettiin frekvenssejä ja prosentteja. Luokitteluasteikollisten muuttujien välisiä yhteyksiä tarkasteltiin ristiintaulukoimalla, jolloin tilastolliset testaukset suoritettiin Khin-

riippumattomuustestillä. Jatkuvien muuttujien keskiarvotestauksissa käytettiin Studentin t-testiä. Jatkuvien muuttujien välisiä yhteyksiä tarkasteltiin Pearsonin tulomomenttikorrelaatiokertoimen avulla. Tilastolliset merkitsevyydet on ilmoitettu p-arvoina.

## 6 TULOKSET

### 6.1 Laitoshoidon käyttö 75- ja 80-vuotiailla miehillä ja naisilla vuosina 1990-1994

#### 6.1.1 Kokonaiskäytön tarkastelu

Tutkittavat olivat olleet seuranta-aikana laitoshoidossa 78 226 hoitopäivää. Miehet käyttivät hoitopäivistä 21 % ja naiset 79 %. 75-vuotiaiden osuus hoitopäivistä oli 45 % ja heidän osuutensa tutkittavista oli 58 %. 80-vuotiaiden osuus hoitopäivistä oli 55 % ja heidän osuutensa tutkittavista oli 42 %. Hoitopäivistä 72 % käytettiin pitkäaikaishoittoon ja 28 % lyhytaikaishoittoon. Tutkittavista 11.5 %:lle tehtiin pitkäaikaishoidonpäättös seuranta-aikana.

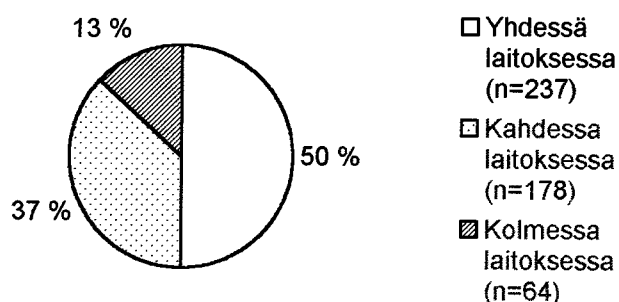
Kaikista hoitopäivistä vanhainkotien osuus oli 63 %, terveyskeskussairaalan 28 % ja keskussairaalan 9 %. Pitkäaikaishoitopäivistä 84 % tuotettiin vanhainkodeissa ja 16 % terveyskeskussairaalassa. Lyhytaikaishoidon hoitopäivistä 57 % tuotettiin terveyskeskussairaalassa, 31 % keskussairaalassa ja 12 % vanhainkodeissa. Tutkittavista 60 % oli tarvinnut keskussairaalan vuodeosastoja, 48 % terveyskeskussairaala ja 19 % vanhainkoteja. Kaikilla laitoshoidoa käyttäneillä oli keskimäärin 3.7 lyhytaikaista hoitajaksoa.

Ensimmäisen seurantavuoden aikana joka kolmas (32.9 %) tutkittavista oli ollut laitoshoidossa, miehistä 34.7 % ja naisista 32.1 %. Viiden vuoden seuranta-aikana suurin osa (77.6 %) oli ollut laitoshoidossa (taulukko 2). Miehistä 75.1 % ja naisista 78.8 % oli tarvinnut laitoshoidoa lyhyemmän tai pitemmän aikaa. Miehistä yli kolme kuukautta laitoshoidossa oli ollut 16.1 % ja naisista 23.1 %. Miehistä joka neljäs (24.9 %) ja naisista joka viides (21.2 %) ei ollut tarvinnut laitoshoidoa seuranta-aikana. Laitoshoidoa tarvinneiden miesten ja naisten hoitoajoissa oli tilastollisesti merkitsevä ero siten, että miesten keskimääräinen hoitoaika oli 111 hoitopäivää ja naisten 186 (p=.014).

TAULUKKO 2. Laitoshoidon käyttö hoitopäivinä viiden vuoden seuranta-aikana (1990-1994) jyvaskyläläisillä 75- ja 80-vuotiailla miehillä ja naisilla (% / n).

Laitoshoidon käyttö hoitopäivinä	Miehet n=193 % (n)	Naiset n=424 % (n)	Yhteensä n=617 % (n)
0 hoitopäivää	24.9 (48)	21.2 (90)	22.4 (138)
1-90 hoitopäivää	59.0 (114)	55.7 (236)	56.7 (350)
yli 90 hoitopäivää	16.1 (31)	23.1 (98)	20.9 (129)
Yhteensä	100.0 (193)	100.0 (424)	100.0 (617)

Puolet (50 %) laitushoitoa käyttäneistä oli tarvinnut useamman kuin yhden laitoksen palveluja seuranta-aikana (kuva 1). Reilu kolmannes (37 %) oli ollut hoidossa kahdessa laitoksessa ja joka kahdeksas (13 %) oli ollut kolmessa laitoksessa (keskussairaala, terveyskeskussairaala, vanhainkodit).



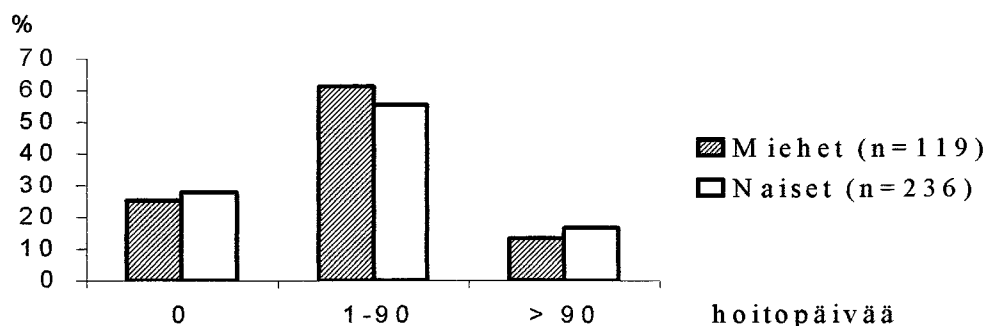
KUVA 1. Yhden tai useamman laitushoitomuodon käyttö viiden vuoden seuranta-aikana (1990-1994) 75- ja 80-vuotiailla jyvaskyläläisillä (n=479).



Keskussairaalaa oli tarvinnut 60 % tutkittavista ja heistä 55 % myös terveyskeskussairaalaa ja 21 % vanhainkoteja. Keskussairaalassa hoidossa olleista 41 % ei ollut tarvinnut muita laitoksia. Terveyskeskussairaalaa oli tarvinnut 48 % tutkittavista ja heistä 69 % myös keskussairaalaa ja 29 % vanhainkoteja. Terveyskeskussairaalassa hoidossa olleista 24 % ei ollut tarvinnut muita laitoksia. Vanhainkoteja oli tarvinnut 19 % tutkittavista ja heistä 75 % myös terveyskeskussairaalaa ja 70 % keskussairaalaa. Vanhainkoteilla hoidossa olleista 11 % ei ollut tarvinnut muita laitoksia. Suurin yhteisten asiakkaiden määrä (n=204) oli keskussairaalalla ja terveyskeskussairaalalla. Vanhainkoteilla oli yhteisiä asiakkaita lähes yhtä paljon terveyskeskussairaalan (n=86) ja keskussairaalan (n=80) kanssa.

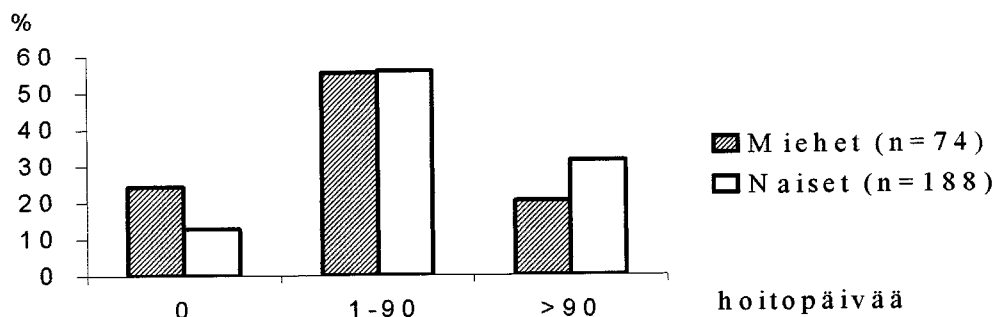
### 6.1.2 Ikäryhmittäinen ja sukupuolittainen laitoshoidon käyttö

75-vuotiaista miehistä 25.2 % ja naisista 28.0 % ei ollut tarvinnut laitoshoidoa (kuva 2). Miehistä 13.4 % ja naisista 16.5 % oli ollut yli kolme kuukautta laitoshoidossa. Laitoshoidoa käyttäneet miehet olivat hoidossa keskimäärin 112 hoitopäivää ja naiset 148. 75-vuotiailla ei ollut sukupuolten välillä laitoshoidon käytössä tilastollisesti merkitseviä eroja. Kaikista hoitopäivistä 75-vuotiaiden miesten osuus oli 12.8 % ja heidän osuutena tutkittavista oli 19.9 %. Kaikista hoitopäivistä 75-vuotiaiden naisten osuus oli 32.1 % ja heidän osuutensa tutkittavista oli 38.2 %.



KUVA 2. 75-vuotiaiden jyvaskyläläisten miesten ja naisten (%) laitoshoidon käyttö hoitopäivinä viiden vuoden seuranta-aikana (1990-1994).

80-vuotiaista miehistä 24.3 % ja naisista 12.8 % ei ollut tarvinnut laitoshoidoa (kuva 3). Miehistä joka viides (20.3 %) ja naisista joka kolmas (31.4 %) oli ollut yli kolme kuukautta laitoshoidossa. 80-vuotiailla oli laitoshoidon käytössä sukupuolten välillä tilastollisesti merkitsevä ero ( $p=.005$ ) siten, että laitoshoidoa käyttäneiden miesten keskimääräinen hoitoaika oli 109 hoitopäivää ja naisten 226. Kaikista hoitopäivistä 80-vuotiaiden miesten osuus oli 7.8 % ja heidän osuutensa tutkittavista oli 12.0 %. Kaikista hoitopäivistä 80-vuotiaiden naisten osuus oli 47.3 % ja heidän osuutensa tutkittavista oli 30.5 %.

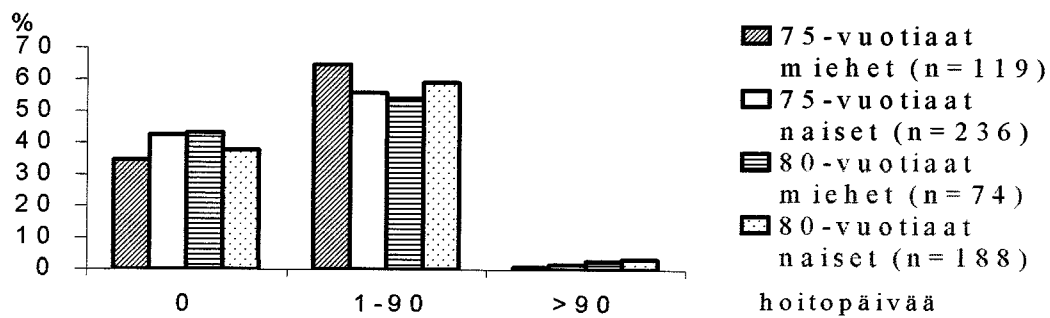


KUVA 3. 80-vuotiaiden jyvaskyläläisten miesten ja naisten (%) laitoshoidon käyttö hoitopäivinä viiden vuoden seuranta-aikana (1990-1994).

75- ja 80-vuotiaiden miesten keskimääräisissä hoitoajoissa ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja. 80-vuotiaiden miesten keskimääräinen hoitoaika oli hieman lyhyempi kuin 75-vuotiaiden miesten. 80-vuotiaat naiset olivat olleet seuranta-aikana laitoshoidossa noin 2.5 kuukautta kauemmin kuin 75-vuotiaat, mutta ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä ( $p=.069$ ).

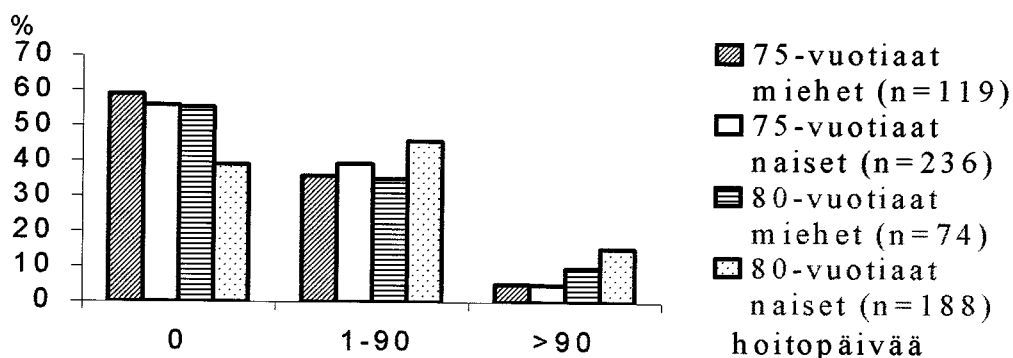
### 6.1.3 Laitoskohtaisen käytön tarkastelu

Keskussairaalan vuodeosastoja oli käyttänyt 60 % ( $n=373$ ) tutkittavista (kuva 4). Keskimääräinen hoitoaika oli 19 hoitopäivää. Tutkittavista 13 oli ollut hoidossa yli 90 hoitopäivää seuranta-aikana. Sukupuolten tai ikäryhmien välillä ei ollut eroja.



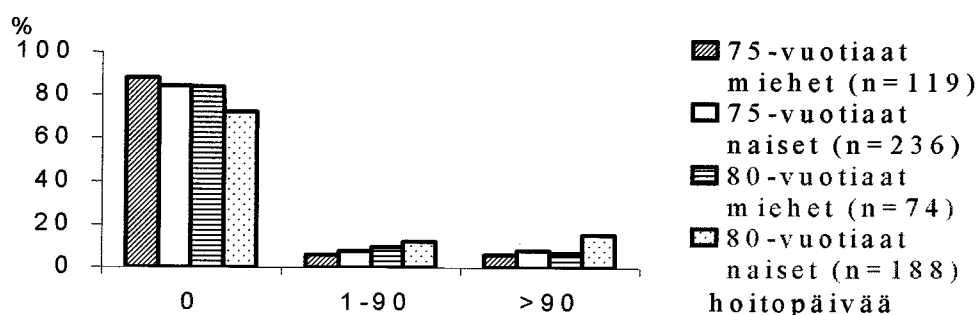
KUVA 4. Keskussairaalan vuodeosastojen käyttö hoitopäivinä jyvaskyläläisillä 75- ja 80-vuotiailla miehillä ja naisilla (%) viiden vuoden seuranta-aikana (1990-1994).

Tutkittavista 48 % (n=297) oli ollut hoidossa terveystakeskussairaalassa (kuva 5) ja heistä 82 % oli lyhytkestoisessa hoidossa (1-90 hoitopäivää). Keskimääräinen hoitoaika oli 73 hoitopäivää, miehillä 61 ja naisilla 78 hoitopäivää. 75-vuotiailla ja 80-vuotiailla ei ollut sukupuolten välillä tilastollisesti merkitseviä eroja. 75- ja 80-vuotiaiden naisten laitoshoidon käytössä oli tilastollisesti merkitsevä ero (p=.016). 75-vuotiaiden naisten keskimääräinen hoitoaika oli 52 hoitopäivää ja 80-vuotiaiden naisten 102. 75-vuotiaat miehet olivat olleet hoidossa keskimäärin 44 hoitopäivää ja 80-vuotiaat 86. Ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä.

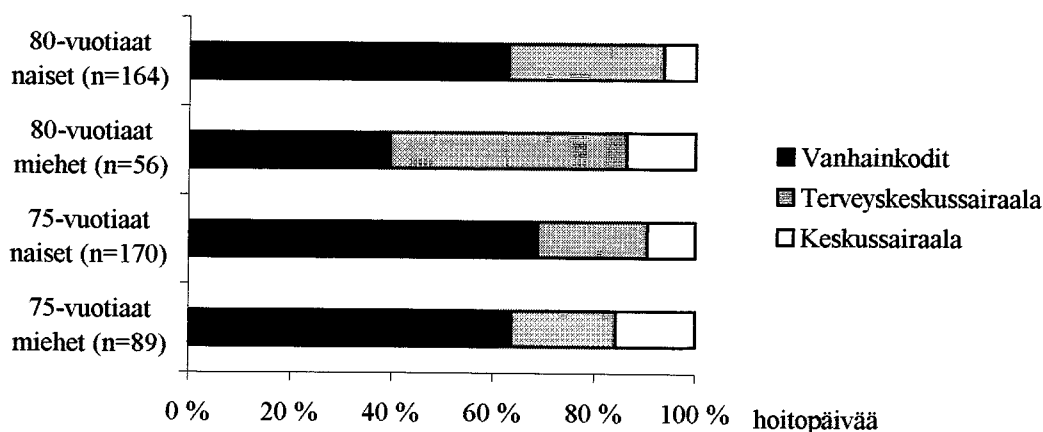


KUVA 5. Terveystakeskussairaalan vuodeosastojen käyttö hoitopäivinä jyvaskyläläisillä 75- ja 80-vuotiailla miehillä ja naisilla (%) viiden vuoden seuranta-aikana (1990-1994).

Vanhainkotien palveluja oli käyttänyt 19 % (n=115) tutkittavista (kuva 6) ja heistä 52 % oli ollut hoidossa yli 90 hoitopäivää. Keskimääräinen hoitoaika oli 1.2 vuotta (429 hoitopäivää, miehillä 339 ja naisilla 455 hoitopäivää). 75-vuotiailla ei ollut sukupuolten välillä tilastollisesti merkitseviä eroja. Tilastollisesti merkitsevä ero oli 80-vuotiaiden miesten ja naisten laitoshoidon käytössä (p=.036). Miehet olivat hoidossa keskimäärin 201 hoitopäivää ja naiset 448.



KUVA 6. Vanhainkotien käyttö hoitopäivinä jyvaskyläläisillä 75- ja 80-vuotiailla miehillä ja naisilla (%) viiden vuoden seuranta-aikana (1990-1994).



KUVA 7. Jyvaskyläläisten 75- ja 80-vuotiaiden miesten ja naisten hoitopäivien prosenttijakaumat vanhainkodeissa, terveyskeskussairaalassa ja keskussairaalassa viiden vuoden seuranta-aikana (1990-1994).

Kuvassa 7 on esitetty eri laitosten hoitopäivien jakautuminen ikäryhmittäin ja sukupuolittain. Kaikista hoitopäivistä lähes kaksikolmasosa (63 %) kertyi vanhainkodeilta. 80-vuotiaat miehet käyttivät muita ryhmiä vähemmän vanhainkoteja ja enemmän terveyskeskussairaala.

#### 6.1.4 Pitkäaikaishoito

Tutkittavista 71:lle henkilölle (11.5 %) oli tehty pitkäaikaishoidon päätös seuranta-aikana. Naiset olivat miehiä useammin pitkäaikaishoidossa. Päätöksistä 15 (7.8 %) oli tehty miehille ja 56 (13.2 %) naisille. Sukupuolten välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja seuranta-ajan lopussa. Pitkäaikaishoidossa oli 5.9 % miehistä ja 9.7 % naisista, jotka olivat tutkimuksen alkaessa 75-vuotiaita ja 10.8 % miehistä ja 17.6 % naisista, jotka olivat tutkimuksen alkaessa 80-vuotiaita.

Pitkäaikaishoidossa oli tutkimuksen alussa 24 henkilöä (3.9 %). Heistä oli 75-vuotiaita naisia yhdeksän ja miehiä neljä sekä 80-vuotiaita naisia yhdeksän ja miehiä kaksi. Tutkittavista kaksi oli ollut 18 vuotta pitkäaikaishoidossa ennen tutkimuksen alkua. Tutkimuksen lopussa pitkäaikaishoidossa oli 31 henkilöä (5.0 %). Heistä oli tutkimuksen alussa 75-vuotiaita naisia 12 ja miehiä kolme sekä tutkimuksen alussa 80-vuotiaita naisia 14 ja miehiä kaksi. Tutkittavista seitsemän oli koko tutkimusajan pitkäaikaishoidossa. Kaikki olivat naisia; 75-vuotiaita kaksi ja 80-vuotiaita viisi. Pitkäaikaishoidossa olleista 56 % kuoli seuranta-aikana. Keskimääräinen hoitoaika oli 2.3 vuotta (838 hoitopäivää, miehillä 696 ja naisilla 877 hoitopäivää).

Pitkäaikaishoidossa olleista (n=71) 47:n hoitopaikka oli vanhainkoti ja 11:sta terveyskeskussairaala. Lisäksi 13 henkilöä oli tutkimusaikana pitkäaikaishoidossa sekä vanhainkodeissa että terveyskeskussairaalassa. Seuranta-aikana pisimmät hoitoajat olivat vanhainkodeissa pitkäaikaishoidossa olleilla, he olivat hoidossa keskimäärin 2.2 vuotta. Terveyskeskussairaalan pitkäaikaishoitilaiden hoitoaika oli keskimäärin 1.3 vuotta. Lyhyimmät hoitoajat, keskimäärin 9.5 kuukautta, olivat henkilöillä, jotka olivat pitkäaikaishoidossa sekä vanhainkodeissa että terveyskeskussairaalassa.

Keskussairaalan vuodeosastoja oli käyttänyt 49 % pitkäaikaishoidossa olleista; vanhainkodeissa hoidossa olleista 57 %, terveyskeskussairaalassa olleista 18 % sekä vanhainkodeissa ja terveyskeskussairaalassa olleista 46 %. Pitkäaikaishoidettavista 9 % oli ollut hoidossa sekä keskussairaalassa, terveyskeskussairaalassa että vanhainkodeilla.

## **6.2 Sosioekonominen asema ja läheisten ihmisten antama tuki 75- ja 80-vuotiailla miehillä sekä 75- ja 80-vuotiailla naisilla vuonna 1989 ja vuonna 1990**

Tässä osassa tarkastellaan tutkittavien sosioekonomista asemaa ja läheisiltä ihmisiltä saatua tukea sukupuolittain ristiintaulukoinnin ja Khin-testin avulla (taulukko 3).

Tutkittavista miehistä naimisissa oli 77.7 % ja naisista 20.0 %. Leskiä oli tutkittavista 42.5 %: naisista 55.2 % oli leskiä ja miehistä 14.5 %. Siviilisäätterot miesten ja naisten välillä olivat tilastollisesti erittäin merkitseviä ( $p < .001$ ).

Koulutusta tutkittavilla oli vähän. Yleisin koulutuksen pituus oli neljä vuotta (36.7 %). Minkäänlaista koulutusta ei ollut 3.4 %:lla ja 13.0 %:lla oli koulutusta kymmenen vuotta tai enemmän. Miehillä oli keskimäärin 6.2 vuotta koulutusta ja naisilla 5.8 vuotta. Sukupuolten välillä ei ollut eroja koulutuksen pituudessa.

Sekä henkilökohtaiset että perheen nettotulot olivat miehillä selvästi paremmat kuin naisilla ( $p < .001$ ). Miesten henkilökohtaisten tulojen keskiarvo oli noin 4400 markkaa ja naisten noin 3100 markkaa. 63 %:lla naisista nettotulot olivat alle 3077 markkaa. Perheen nettotulojen keskiarvo oli miehillä noin 6300 markkaa ja naisilla noin 3800 markkaa. 65.7 %:lla naisista perheen nettotulot olivat alle 3851 markkaa.

Tutkimukseen osallistuneista yli puolet (53.3 %) asui yksin. Miehistä asui yksin joka neljäs (23.3 %) ja naisista kaksikolmasosa (67.1 %). Sukupuolten välillä oli eroa yksin asumisessa ( $p < .001$ ).

Ei koskaan tai harvoin yksinäisyyttä koki 90.2 %. Miehiä oli tässä ryhmässä hieman enemmän kuin naisia. Usein tai melkein aina yksinäisyyttä koki 6.4 % miehistä ja

naisista 11.3 %. Yksinäisyyden kokemisessa sukupuolten välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja

Suurimmalla osalla (81.1 %) tutkittavista oli lapsia. Tutkittavista miehillä oli useammin lapsia kuin naisilla ( $p < .001$ ). Yli puolet (56.5 %) tapasi lapsiaan joko päivittäin tai viikoittain. Miehet tapasivat lapsia naisia useammin. Miehistä joka viides (19.7 %) ja naisista joka kolmas (32.7 %) tapasi lapsia harvoin tai lapsia ei ollut. Miesten ja naisten välinen ero oli tilastollisesti melkein merkitsevä ( $p = .003$ ). Koska niitä, jotka tapasivat lapsiaan harvoin oli hyvin vähän, heidät luokiteltiin samaan ryhmään tutkittavien kanssa, joilla ei ollut lapsia, vaikka luokat eivät täysin vastanneet toisiaan.

Suurin osa (68.2 %) tutkittavista tapasi sisarusiaan tai sukulaisiaan harvoin tai heitä ei ollut. Miesten ja naisten ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä.

Tutkittavista 44.7 % tapasi läheisiä ystäviään joka päivä tai joka viikko. Naiset tapasivat ystäviään useammin kuin miehet. Miehistä 45.9 % ja naisista 33.9 % tapasi ystäviään harvoin tai läheisiä ystäviä ei ollut lainkaan. Sukupuolten välinen ero oli tilastollisesti melkein merkitsevä ( $p = .013$ ).

Kahdellakolmasosalla (68.8 %) tutkittavista ei ollut puolisoa tai kumppania tai he eivät kokeneet suhdettaan puolisoon tai kumppaniin läheiseksi. Miehistä tähän ryhmään kuului 33.3 % ja naisista 85.0 %. Läheinen suhde puolisoon tai kumppaniin oli miehistä 66.7 %:lla ja naisista 15.0 %:lla. Sukupuolten välinen ero oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ( $p < .001$ ). Muuttuja oli luokiteltu uudelleen siten, että samaan ryhmään kuuluivat ne, joilla ei ollut puolisoa tai kumppania sekä ne, joiden suhde ei ollut läheinen. Uudelleen luokittelu tehtiin, koska niitä, joiden koettu suhde ei ollut läheinen, oli vähän.

**TAULUKKO 3.** Jyväskyläläisten 75- ja 80-vuotiaiden miesten ja naisten siviilisäädyn, koulutuksen, henkilökohtaisten nettotulojen, perheen nettotulojen, yksinasumisen, yksinäisyyden kokemisen, lasten olemassaolon, lasten, sisarusten tai sukulaisten ja läheisten tapaamisen ja koetun suhteen puolisoon tai kumppaniin jakaumat (% / n ) vuosina 1989 ja 1990. Miesten ja naisten jakautumien erot on testattu Khin-testillä.

Muuttuja	75- ja 80-vuotiaat miehet 31.3 % n=193	75- ja 80-vuotiaat naiset 68.7 % n=424	Yhteensä 100.0 % N=617
<b>Siviilisäätty</b> - naimisissa - muut	77.7 % (150) 22.3% (43)	20.0% (85) 80.0% (339)	N=617 38.1% (235) 61.9% (382)
<b>Koulutuksen pituus</b> - 0-4 vuotta - 5-9 vuotta - yli 10 vuotta	43.0% (80) 40.9% (76) 16.1% (30)	46.6% (189) 41.9% (170) 11.6% (47)	N=592 45.4% (269) 41.6% (246) 13.0% (77)
<b>Henkilökohtaiset nettotulot</b> - < 4449 mk - > 4450 mk - < 3077 mk - > 3078 mk	N=172 64.0 % (110) 36.0% (62)	N=378 63.0% (238) 37.0% (140)	N=550
<b>Perheen nettotulot</b> - < 6319 mk - > 6320 mk - < 3851mk - > 3852mk	N=165 61.8% (102) 38.2% (63)	N=356 65.7% (234) 34.3% (122)	N=521
<b>Yksin asuminen</b> - kyllä	23.3% (44)	67.1% (275)	N=599 53.3% (319)
<b>Yksinäisyyden kokeminen</b> - ei koskaan / harvoin - usein/melkein aina	93.6% (175) 6.4% (12)	88.7% (360) 11.3% (46)	N=593 90.2% (535) 9.8% (58)
<b>Lapsia</b> - kyllä	91.5% (172)	76.3% (316)	N=602 81.1% (488)
<b>Lasten tapaaminen</b> - ei ole / harvoin - joka kuukausi - joka päivä / joka viikko	19.7 % (37) 18.6% (35) 61.7% (116)	32.7% (134) 13.2% (54) 54.1% (222)	N=598 28.6% (171) 14.9% (89) 56.5% (338)
<b>Sisarusten tai sukulaisten tapaaminen</b> - ei ole / harvoin - joka kuukausi - joka päivä / joka viikko	72.7% (136) 16.0% (30) 11.2% (21)	66.2% (268) 17.0% (69) 16.8% (68)	N=592 68.2% (404) 16.7% (99) 15.0% (89)
<b>Läheisten ystävien tapaaminen</b> - ei ole / harvoin - joka kuukausi - joka päivä / joka viikko	45.9% (85) 17.3% (32) 36.8% (68)	33.9% (137) 17.8% (72) 48.3% (195)	N=589 37.7% (222) 17.7% (104) 44.7% (263)
<b>Koettu suhde puolisoon / kumppaniin</b> - ei ole / ei läheinen - läheinen	33.3% (61) 66.7% (122)	85.0% (340) 15.0% (60)	N=583 68.8% (401) 31.2% (182)



### 6.3 Sosioekonomisen aseman yhteys laitoshoidon käyttöön 75- ja 80-vuotiailla miehillä ja naisilla vuosina 1990-1994

Laitoshoidon käytön ja sosioekonomisen aseman yhteydet tutkittiin ristiintaulukoinnin avulla. Tilastolliset merkitsevyydet testattiin Khin-testillä (liitetaulukot 1-2).

Analysoitaessa *siviilisäädyn* vaikutusta laitoshoidon käyttöön tiivistettiin vastaukset kahteen luokkaan (naimisissa / naimaton, leski, eronnut). Siviilisäätty ei ollut tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä laitoshoidon käyttöön. Koko aineistoa tarkasteltaessa naimisissa olevien ryhmässä oli jonkin verran enemmän niitä, jotka eivät olleet tarvinneet laitoshoidoa ja vähemmän yli kolme kuukautta laitoshoidossa olleita. Siviilisäädyn vaikutuksella laitoshoidon käyttöön ei ollut eroja miesten ja naisten välillä. Pitkäaikaishoidossa olleista 28.2 % oli naimisissa ja 71.8 % oli naimattomia, leskiä tai eronneita. Vastaavat luvut muilla tutkittavilla olivat 39.4 % ja 60.6 %. Vanhainkodeissa pitkäaikaishoidossa olleista suurin osa (74.5 %) oli naimattomia, leskiä tai eronneita. Siviilisäättyerot eivät olleet vanhainkotien pitkäaikaishoidettavien ja muiden tutkittavien välillä tilastollisesti merkitseviä ( $p=0.085$ ).

*Kokopäiväisen koulutuksen pituutta* koskevan kysymyksen vastaukset tiivistettiin analyysivaiheessa kolmeen luokkaan (0-4 vuotta, 5-9 vuotta, yli 10 vuotta). Kokopäiväisen koulutuksen pituus ei ollut tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä laitoshoidon käyttöön koko aineistossa eikä miesten tai naisten ryhmässä. Pitkäaikaishoidossa olleet kuuluivat muita tutkittavia useammin vähiten koulutusta saaneiden ryhmään. Tilastollisesti merkitsevä ero oli vanhainkodeissa pitkäaikaishoidossa olleiden ja muiden tutkittavien koulutuksen pituudessa ( $p=0.025$ ). Vanhainkodeissa pitkäaikaishoidossa olleista kahdellakolmasosalla (65.0 %) oli alle neljä vuotta koulutusta. Muista tutkittavista vähiten koulutusta saaneiden osuus oli 44.0 %. Koko aineistoa tarkasteltaessa koulutukseen käytettyjen vuosien lisääntyessä kasvoi niiden henkilöiden osuus, jotka eivät olleet tarvinneet laitoshoidoa. Yli kymmenen vuotta koulutusta saaneista henkilöistä joka neljäs (26.0 %) ja alle neljä vuotta koulutusta saaneista joka viides (21.9 %) ei ollut käyttänyt laitoshoidoa. Vähiten koulutusta saaneilla oli eniten yli kolmen kuukauden hoitoaikoja. Yli kymmenen vuotta koulutusta saaneiden miesten ja naisten laitoshoidon käytössä oli eroja ( $p=0.042$ ).

(liitetaulukko 3). Laitoshoitoa ei ollut tarvinnut pisimmän koulutuksen saaneista miehistä joka kolmas (36.6 %) ja naisista joka viides (19.1 %). Yli kolme kuukautta laitoshoidossa oli ollut pisimmän koulutuksen saaneista miehistä vajaa kymmenes (6.7 %) ja naisista joka neljäs (27.7 %).

Kuukausittaiset *henkilökohtaiset nettotulot* dikotomisoitiin keskiarvon mukaan. Henkilökohtaisilla nettotuloilla ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä laitoshoidon käyttöön miehillä eikä naisilla. Miesten ryhmässä kuitenkin korkeampituloiset henkilöt olivat käyttäneet laitoshoitoa vähemmän kuin matalampituloiset. Henkilöt, jotka eivät olleet tarvinneet laitoshoitoa kuuluivat sekä miesten että naisten ryhmässä useammin korkeampituloisten ryhmään. Korkeampituloisten naisten ryhmässä oli lähes yhtä paljon niitä, jotka eivät olleet tarvinneet laitoshoitoa (23.6 %) ja niitä, jotka olivat olleet yli kolme kuukautta laitoshoidossa (22.1 %). Vastaavasti korkeampituloisten miesten ryhmässä joka kolmas (33.9 %) ei ollut käyttänyt laitoshoitoa ja yli kolme kuukautta laitoshoidossa oli ollut vajaa kymmenes (8.1 %). Pitkäaikaishoidossa olleiden vastauksia tarkasteltaessa on huomioitava matala vastausprosentti (62 %). Pitkäaikaishoidossa olleet miehet ja naiset kuuluivat muita tutkittavia useammin matalampituloisten ryhmään. Miehistä kuului matalampituloisten ryhmään suurempi osa (87.5 %) kuin naisista (74.2 %).

*Perheen nettotulot* dikotomisoitiin keskiarvon mukaan. Perheen nettotulot eivät olleet tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä laitoshoidon käyttöön miesten eikä naisten ryhmässä. Kuitenkin miesten ryhmässä korkeammat perheen nettotulot omaavilla oli vähemmän laitoshoidon käyttöä. Naisten ryhmässä matalammat perheen nettotulot omaavista joka neljäs (25.2 %) ei ollut tarvinnut laitoshoitoa, korkeammat perheen nettotulot omaavista joka kuudes (16.4 %). Yli kolme kuukautta laitoshoidossa olleissa naisissa oli lähes yhtä paljon matalampi- ja korkeampituloisia. Pitkäaikaishoidossa olleista miehistä kuului matalammat perheen nettotulot omaaviin pienempi (57.1 %) osa kuin muista tutkittavista (61.6 %). Naisista kuului matalammat perheen nettotulot omaavien ryhmään suurempi osa (74.2 %) kuin muista tutkittavista (64.9 %).

#### 6.4 Läheisten antaman tuen yhteys laitoshoidon käyttöön 75- ja 80-vuotiailla miehillä ja naisilla vuosina 1990-1994

Laitoshoidon käytön ja läheisten antaman tuen yhteydet tutkittiin ristiintaulukoinnin avulla. Tilastolliset merkitsevyydet testattiin Khin-testillä (liitetaulukot 1-2). Kaikissa ristiintaulukoinneissa ei voitu Khin-testiä tulkita kunnolla, koska ryhmistä yli 20 % oli liian pieniä.

*Yksin asuminen* ei ollut tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä laitoshoidon käyttöön. Koko aineistoa tarkasteltaessa kuitenkin yksin asuvista joka viides (21.6 %) ja jonkun kanssa asuvista joka neljäs (24.6 %) ei ollut tarvinnut laitoshoidoa. Yksin asuvilla oli yli kolmen kuukauden hoitoaikoja hieman enemmän kuin jonkun toisen kanssa asuvilla. Sukupuolten välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja yksin asumisen ja laitoshoidon käytön välillä. Yksin asuvat naiset olivat olleet yksin asuvia miehiä enemmän pitempikestoisessa laitoshoidossa. Yksin asuvissa naisissa oli enemmän (22.5 %) niitä, jotka eivät olleet tarvinneet laitoshoidoa verrattuna yksin asuviin miehiin (15.9 %). Jonkun kanssa asuvista miehistä joka neljäs (28.3 %) ei ollut tarvinnut laitoshoidoa, jonkun toisen kanssa asuvista naisista joka viides (20.7 %). Yksin asuminen oli pitkäaikaishoidossa olleilla yleisempää kuin muilla tutkittavilla. Kaksikolmasosaa (66.7 %) vanhainkotien pitkäaikaishoidettavista oli asunut yksin, muista tutkittavista puolet (52.3 %). Kuitenkaan ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä ( $p=.097$ ).

Analyysivaiheessa tiivistettiin *yksinäisyyden kokemista* koskevan kysymyksen vastaukset kahteen luokkaan (ei koskaan / harvoin, usein / melkein aina). Tilastollisesti merkitseviä eroja ei ollut laitoshoidon käytön ja yksinäisyyden kokemisen välillä koko aineistossa. Usein tai melkein aina itsensä yksinäiseksi kokevista joka neljäs (25.9 %) oli ollut yli 90 hoitopäivää laitoshoidossa, harvoin tai ei koskaan itsensä yksinäiseksi kokevista joka viides (18.7 %). Laitoshoidoa käyttämättömien ryhmässä oli enemmän harvoin tai ei koskaan itsensä yksinäiseksi tuntevia. Tilastollisesti merkitsevä ero oli vanhainkodeissa pitkäaikaishoidossa olleiden ja muiden tutkittavien yksinäisyyden kokemisessa ( $p=.046$ ). Vanhainkodeissa pitkäaikaishoidossa olleista joka viides (20.0 %) koki yksinäisyyttä usein tai melkein aina, muista tutkittavista joka kymmenes (9.1 %). Ristiintaulukoinnissa ei voitu Khin-testiä tulkita kunnolla, koska yksinäiseksi

itsensä kokevia miehiä oli vähän (n=12). Usein tai melkein aina yksinäiseksi itsensä kokevilla miehillä ja naisilla oli eroja laitoshoidon käytössä (p=.047) (liitetaulukko 4). Lyhytaikaisessa laitoshoidossa oli ollut näistä miehistä 83.3 % ja naisista 47.8 %. Yksinäiseksi itsensä kokevista naisista kolmasosa (32.6 %) oli ollut yli kolme kuukautta laitoshoidossa, miehistä ei kukaan.

*Lasten olemassaololla* oli yhteyttä laitoshoidon käyttöön sekä koko aineistossa (p=.015) että naisilla (p=.024) (liitetaulukot 5-6). Ristiintaulukoinneissa miesten osalta Khintestiä oli vaikea tulkita, koska miehistä yli 90 %:lla oli lapsia. Koko aineistoa tarkasteltaessa lapsettomista henkilöistä joka kolmas (32.5 %) ei ollut käyttänyt laitoshoidoa. Vastaavasti niistä, joilla oli lapsia joka viides (20.7 %) ei ollut ollut laitoshoidossa. Lapsettomat henkilöt olivat käyttäneet vähemmän lyhytaikaista laitoshoidoa ja heillä oli hieman enemmän yli kolmen kuukauden hoitoaikoja laitoksessa verrattuna henkilöihin, joilla oli lapsia. Naisten ryhmässä lapsettomat henkilöt olivat käyttäneet laitoshoidoa vähemmän kuin henkilöt, joilla oli lapsia. Sukupuolten välillä oli eroja laitoshoidon käytössä henkilöillä, joilla oli lapsia (p=.041). Miehet, joilla oli lapsia, olivat olleet pitempikestoisessa laitoshoidossa vähemmän kuin naiset. Joka neljäs (24.4 %) miehistä, joilla oli lapsia, ei ollut tarvinnut laitoshoidoa, naisista joka viides (18.7 %). Pitkäaikaishoidossa olleista joka neljännellä (25.4 %) ja muista tutkittavista joka viidennellä (18.2 %) ei ollut lapsia. Vanhainkodeissa pitkäaikaishoidossa olleista 27.9 %:lla ei ollut lapsia, kuitenkin ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä.

*Lasten tapaamista* koskevan kysymyksen vastaukset tiivistettiin kolmeen luokkaan (ei ole / harvoin, joka kuukausi, joka päivä / joka viikko). Lasten tapaamisella oli yhteyttä laitoshoidon käyttöön sekä koko aineistossa (p=.023) että naisilla (p=.024) (liitetaulukot 7-8). Koko aineistoa tarkasteltaessa laitoshoidoa käyttämättömien ryhmässä suurin osa oli henkilöitä, jotka tapasivat lapsiaan harvoin tai lapsia ei ollut. Harvoin lapsiaan tapaavat ja lapsettomat henkilöt olivat tarvinneet lyhytaikaista laitoshoidoa vähemmän kuin lapsiaan useammin tapaavat. Naisten ryhmässä ne, jotka tapasivat harvoin lapsiaan tai heillä ei ollut lapsia, olivat enemmistönä laitoshoidoa käyttämättömien ryhmässä, he käyttivät vähemmän lyhytkestoista, mutta enemmän pitempikestoista laitoshoidoa kuin naiset, jotka tapasivat lapsiaan päivittäin tai viikoittain. Sukupuolten välillä ei ollut eroja lasten tapaamisen ja laitoshoidon käytön välillä. Myös vanhainkodeissa

pitkäaikaishoidossa olleiden ja muiden tutkittavien välillä oli lasten tapaamisessa tilastollisesti merkitsevä ero ( $p=.019$ ). Pitkäaikaishoidossa olleista 42.9 % tapasi lapsiaan harvoin tai lapsia ei ollut, 21.4 % tapasi joka kuukausi ja 35.7 % tapasi päivittäin tai viikoittain. Muista tutkittavista 27.5 % tapasi lapsiaan harvoin tai lapsia ei ollut, 14.4 % tapasi joka kuukausi ja 58.1 % joka päivä tai joka viikko.

*Sisarusten tai sukulaisten tapaamista* koskevan kysymyksen vastaukset tiivistettiin kolmeen luokkaan (ei ole / harvoin, joka kuukausi, joka päivä / joka viikko). Sisarusten tai sukulaisten tapaamisella oli yhteyttä laitoshoidon käyttöön sekä koko aineistossa ( $p=.023$ ) että naisilla ( $p=.050$ ) (liitetaulukot 9-10). Ristiintaulukoinnissa Khin-testiä oli vaikea tulkita, koska kaksikolmasosaa miehistä tapasi sisaruksiaan tai sukulaisiaan harvoin tai heitä ei ollut. Koko aineistossa tiheämmät tapaamiskerrat olivat yhteydessä vähäisempään laitoshoidon käyttöön. Laitoshoitoa ei ollut tarvinnut päivittäin tai viikoittain sisaruksiaan tai sukulaisiaan tapaavista joka kolmas ja harvemmin tapaavista joka viides. Sekä lyhyt- että pitempikestoisen laitoshoidon käyttö oli vähäisempää päivittäin tai viikoittain tapaavilla. Naiset, jotka tapasivat joka päivä tai joka viikko sisaruksiaan tai sukulaisiaan olivat tarvinneet vähemmän laitoshoitoa kuin harvemmin tapaavat. Vanhainkodeissa pitkäaikaishoidossa olleiden ja muiden tutkittavien sisarusten tai sukulaisten tapaamista koskevan kysymyksen vastauksissa oli eroja ( $p=.042$ ). Sisaruksiaan tai sukulaisiaan tapasi joka päivä tai joka viikko pitkäaikaishoidossa olleista vajaa kymmenes (7.5 %), muista tutkittavista joka kuudes (15.6 %). Kuukausittain tapaavia oli pitkäaikaishoidossa olleista joka kolmas (30.0 %) ja muissa tutkittavissa joka kuudes (15.8 %).

Analyysivaiheessa *läheisten ystävien tapaamista* koskevan kysymyksen vastaukset tiivistettiin kolmeen luokkaan (ei ole / harvoin, joka kuukausi, joka päivä / joka viikko). Läheisten ystävien tapaamisen ja laitoshoidon käytön yhteys ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Laitoshoitoa ei ollut tarvinnut päivittäin tai viikoittain läheisiä ystäviään tapaavista joka neljäs ja sitä harvemmin tapaavista joka viides. Miesten ja naisten välillä oli eroja laitoshoidon käytössä henkilöillä, jotka tapasivat läheisiä ystäviään harvoin tai joilla ei ollut ystäviä ( $p=.047$ ) (liitetaulukko 11). Harvoin ystäviään tapaavista tai ilman ystäviä olevista miehistä joka neljäs (28.2 %) ei ollut tarvinnut laitoshoitoa, naisista joka viides (19.0 %). Yli kolme kuukautta laitoshoidossa olleista joka kymmenes (12.9

%) oli miehiä ja joka neljäs (25.5 %) naisia, joilla ei ollut läheisiä ystäviä tai tapasivat heitä harvoin. Pitkäaikaishoidossa olleet tapasivat läheisiä ystäviään harvemmin kuin muut tutkittavat. Vanhainkodeissa pitkäaikaishoidossa olleista yli puolet (55.3 %) tapasi ystäviään harvoin tai heitä ei ollut, muista tutkittavista joka kolmas (36.5 %). Päivittäin tai viikoittain ystäviään tapasi pitkäaikaishoidettavista joka kolmas (34.2 %) ja muista tutkittavista puolet (45.4 %). Kuitenkaan erot läheisten ystävien tapaamisessa eivät olleet tilastollisesti merkitseviä ( $p=.064$ ).

*Koetun suhteen puolisoon tai kumppaniin* kysymyksen vastaukset tiivistettiin analysointivaiheessa kahteen luokkaan (ei ole / ei ole läheinen, läheinen). Koettu suhde puolisoon tai kumppaniin ei ollut tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä laitoshoidon käyttöön. Miehillä läheinen suhde vähensi laitoshoidon käyttöä, mutta yhteys ei ollut tilastollisesti merkitsevä ( $p=.072$ ). Miehistä niillä, joilla ei ollut puolisoa tai kumppania tai suhde ei ollut läheinen, 14.8 % ei ollut tarvinnut laitoshoidoa ja 18.0 % oli ollut yli kolme kuukautta laitoshoidossa. Miehistä, joiden suhde oli läheinen, 30.0 % ei ollut tarvinnut laitoshoidoa ja 13.9 % oli ollut pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Koetussa suhteessa puolisoon tai kumppaniin oli eroja vanhainkodeissa pitkäaikaishoidossa olleiden ja muiden tutkittavien välillä, mutta erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä ( $p=.053$ ). Joka kuudennella (17.1 %) pitkäaikaishoidettavalla suhde oli läheinen, muilla tutkittavilla joka kolmannella (32.3 %).

## 6.5 Korrelaatiotarkastelu

Koko aineiston *korrelaatiotarkastelussa* sekä henkilökohtaisilla että perheen nettotuloilla oli tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä laitoshoidon käyttöön siten, että henkilökohtaisilla nettotuloilla oli yhteyttä kokonaishoitopäiviin ( $p=.038$ ) sekä perheen nettotuloilla oli yhteyttä kokonaishoitopäiviin ( $p=.020$ ), vanhainkotien kokonaishoitopäiviin ( $p=.030$ ) että vanhainkotien pitkäaikaishoidon hoitopäiviin ( $p=.031$ ). Myös pitkäaikaishoidossa olleiden perheen nettotuloilla oli yhteyttä laitoshoidon käyttöön ( $p=.049$ ), mutta pitkäaikaishoidossa olleiden vastausprosentti tuloja koskevaan kysymykseen oli matala, joten aineisto oli vajavainen. Pilkottaessa aineistoa pienempiin ryhmiin tilastolliset merkitsevyydet eivät enää tulleet esiin.

Korrelaatiotarkastelussa kokopäiväisen koulutuksen pituudella ja laitoshoidon käytöllä ei ollut yhteyttä.

## 6.6 Pääasialliset tulokset

1. Suurin osa (77.6 %) 75- ja 80-vuotiaista miehistä ja naisista oli tarvinnut laitoshoidoa viiden vuoden seuranta-aikana. Ensimmäisen seurantavuoden aikana joka kolmas (32.9 %) oli käyttänyt laitoshoidoa.
2. Hoitopäivinä mitattuna 91 % laitoshoidosta toteutettiin perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen laitoksissa. Asiakasmäärinä mitattuna eniten käytettiin keskussairaalan vuodeosastoja, 60 % oli käyttänyt keskussairaalaa.
3. Pitkäaikaishoitoon käytettiin suurin osa (72 %) hoitopäivistä. Pitkäaikaishoito toteutettiin perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen laitoksissa.
4. Lyhytaikaishoitoon käytettiin 28 % hoitopäivistä. Lyhytaikaishoito toteutui pääosin terveyskeskussairaalassa ja keskussairaalassa. Myös vanhainkotien hoitopäivistä kymmenesosa (12 %) käytettiin lyhytaikaishoitoon.
5. Moniasiakkuus oli ominaista vanhusten laitoshoidon käytölle. Puolet tutkittavista oli tarvinnut useamman kuin yhden palveluntuottajan laitospalveluja ja joka kahdeksas (13 %) kolmen laitoksen palveluja.
6. Naiset käyttivät laitoshoidoa enemmän kuin miehet ja iän myötä laitoshoidon käyttö lisääntyi.
7. Sosioekonomisista tekijöistä vähäinen koulutus oli yhteydessä laitoshoidon käyttöön siten, että vähäinen koulutus liittyi pitkäaikaishoitoon vanhainkodeilla.
8. Läheisten antama tuki oli yhteydessä naisten laitoshoidon käyttöön siten, että naisilla sisarusten tai sukulaisten antama tuki vähensi laitoshoidon käyttöä. Yllättävä tulos oli, että laitoshoidon käyttö oli vähäisempää naisilla, joilla ei ollut lapsia.

9. Pitkäaikaishoitoon vanhainkodeilla olivat yhteydessä vähäinen koulutus, yksinäisyyden kokeminen, lasten tuen puute sekä sisarusten ja sukulaisten antaman tuen puute.
  
10. Taloudellisella asemalla oli yhteyttä laitoshoidon käyttöön siten, että sekä henkilökohtaisilla että perheen nettotuloilla oli yhteyttä laitoshoidon kokonaiskäyttöön. Perheen nettotulot olivat yhteydessä myös laitoshoitoon vanhainkodeilla ja pitkäaikaiseen laitoshoitoon.



## 7 POHDINTA

Tässä työssä kuvattiin 75- ja 80-vuotiaiden jyvaskyläläisten miesten ja naisten laitoshoidon käyttöä viiden vuoden seuranta-aikana (1990-1994) ja tutkittiin sosioekonomisen aseman ja läheisten ihmisten antaman tuen vaikutusta laitoshoidon käyttöön.

Tämä tutkimus osoitti, että seuranta-aikana suurin osa (77.6 %) 75- ja 80-vuotiaista miehistä ja naisista oli tarvinnut laitoshoidoa lyhyemmän tai pitemmän aikaa. Hoitopäivistä 72 % käytettiin pitkäaikaishoitoon ja 28 % lyhytaikaishoitoon. Tutkittavista 11.5 %:lle tehtiin pitkäaikaishoidon päätös. Hoitopäivinä mitattuna 91 % laitoshoidosta toteutettiin perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen laitoksissa. Asiakasmäärinä mitattuna eniten käytettiin keskussairaalan vuodeosastoja, 60 % oli käyttänyt keskussairaala. Pitkäaikaishoito toteutettiin vanhainkodeissa ja terveyskeskussairaalassa. Lyhytaikaishoito toteutui pääosin terveyskeskussairaalassa ja keskussairaalassa. Myös vanhainkotien hoitopäivistä 12 % käytettiin lyhytaikaishoitoon. Laitoshoidon käytölle oli ominaista moniasiakkuudet. Puolet tutkittavista oli tarvinnut useamman kuin yhden palveluntuottajan laitospalveluja. Naiset käyttivät laitoshoidoa enemmän kuin miehet. Iän myötä laitoshoidon käyttö lisääntyi ja erityisesti naisilla 80 ikävuoden jälkeen. Sosiaalisilla tekijöillä oli yhteyttä sekä naisten laitoshoidon käyttöön että pitkäaikaishoitoon vanhainkodeilla. Naisilla sisarusten tai sukulaisten antama tuki vähensi laitoshoidon käyttöä. Laitoshoidon käyttö oli vähäisempää naisilla, joilla ei ollut lapsia. Viitteitä oli siitä, että miehillä aviopuolison tai kumppanin tuki vähentäisi laitoshoidon käyttöä. Vähäinen koulutus, yksinäisyyden kokeminen sekä lasten että sisarusten ja sukulaisten antaman tuen puute olivat yhteydessä pitkäaikaishoitoon vanhainkodeilla. Viitteitä oli myös siitä, että sekä aviopuolison tai kumppanin että läheisten ystävien tuen puute olisi yhteydessä pitkäaikaishoitoon vanhainkodeilla. Joitakin viitteitä oli myös siitä, että taloudellisella asemalla olisi yhteyttä laitoshoidon käyttöön.

Tutkimuksessa käytetyt aineistot kuuluvat Ikivihreät- projektiin. Haastattelututkimuksen osallistumisprosentit olivat korkeat sekä 75-vuotiailla (91.5 %) että 80-vuotiailla (90.0 %). Tutkimuksesta kieltäytyminen oli yleisempää vanhemmilla henkilöillä ja yleisin

kieltäytymisen syy oli sairaus. Tämän vuoksi tässä tutkimuksessa tulokseksi saatu laitoshoidon käyttö saattaa olla hieman pienempää kuin se todellisuudessa oli. Tutkimuksessa käytetty laitoshoito- ja kuolintiedosto on kattava, koska se käsittää sekä pitkäaikaishoidon että lyhytaikaishoidon hoitopäivät sairaaloissa, vanhainkodeissa ja muissa ympärivuorokautista hoitoa antavissa yksiköissä. Tutkimusta voidaan pitää kokonaistutkimuksena, joka kuvaa hyvin 75- ja 80-vuotiaiden jyvaskyläläisen laitoshoidon käyttöä.

Hoitopäivien tarkastelu osoitti, että kaikista hoitopäivistä 91 % tuotettiin perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen laitoksissa. Pitkäaikaishoito toteutui pääosin vanhainkodeissa. Kahdenkolmasosan hoitopaikka oli vanhainkoti ja joka neljannen terveyskeskussairaala. Kukaan tutkittavista ei ollut pitkäaikaishoidossa keskussairaalassa. Tästä voisi päätellä vanhusten pitkäaikaisen laitoshoidon toteutuvan perustasolla ja olevan asetettujen tavoitteiden mukaista. Pitkäaikaishoidettavien keskimääräisissä hoitoajoissa oli eroja eri hoitolaitosten välillä. Tätä selittänee se, että terveydentilaltaan huonokuntoisimmat ja enemmän sairaanhoidollista osaamista vaativat pitkäaikaispotilaat olivat sairaalahoidossa ja vanhainkodit olivat enemmän asumispalvelua. Tämä kertoo pitkäaikaisen hoidon ja hoivan porrastuksesta.

Vanhuksille tuotettujen laitospalvelujen luonne oli erilainen eri laitoksissa. Keskussairaala tuotti lyhytaikaishoitoa. Terveyskeskussairaalan toiminta painottui lyhytaikaishoitoon, vaikkakin pitkäaikaishoito oli merkittävä osa sen toimintaa. Vanhainkotitoiminnan painopiste oli pitkäaikaishoidossa, mutta peräti kymmenesosa (12 %) hoitopäivistä käytettiin lyhytaikaishoitoon. Keskimääräiset hoitoajat pitenivät siirryttäessä perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen laitoksiin. Tästä voisi päätellä, että valtakunnallisten tavoitteiden mukaisesti terveyskeskussairaalan rooli on muuttumassa lyhytaikaishoitoa antavaksi yksiköksi ja myös osa vanhainkotien toimintaa on avohoitoa tukevaa lyhytaikaishoitoa.

Lyhytaikaishoidosta kaksikolmasosaa toteutui perustason laitoksissa ja kolmasosa keskussairaalassa. Kuitenkin lähes kaksikolmasosaa (60 %) tutkittavista oli ollut hoidossa keskussairaalassa ja 41 % heistä ei ollut käyttänyt muita laitospalveluja. Syitä tällaiseen tulokseen voi olla useita. Todennäköisesti tutkittavien hoidon tarve on

edellyttänyt keskussairaalan vuodeosastojen käyttöä. Myös terveysterveyskeskussairaalan sairaansijojen riittämättömyyden vuoksi tutkittavia on saatettu ohjata päivystys- ja ajanvarausvastaanotoilta keskussairaalaan, vaikka heidän hoidon tarpeensa ei ole edellyttänyt keskussairaalan erikoisosaamista, mutta kylläkin sairaalahoitoa. Vuosina 1990-1991 keskussairaala oli jonotusta terveysterveyskeskussairaalaan. Vuonna 1992 terveysterveyskeskussairaala sai 72 uutta sairaansijaa ja jonotustilanne helpottui. Vuosina 1993-1994 jonotusta ei ollut. Terveysterveyskeskussairaalaapaikkojen käyttöön on vaikuttanut sekä vanhainkotien mahdollisuus ottaa potilaita hoitoon että kotihoidon resurssointi. Seuranta-aikana palveluasuntojen ja erilaisilla tuettujen asumisyksiköiden määrä kasvoi ja tämä helpotti osaltaan hoidonporrastusta.

Tämän tutkimuksen mukaan moniasiakkuus oli tyypillistä vanhusten laitoshoidolle. Yhden laitospalvelun käyttäjien osuus oli keskussairaalassa 41 %, terveysterveyskeskussairaalassa 24 % ja vanhainkodeilla 11 %. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasvirtoja ja palveluketjuja selvittäneen tutkimuksen (Nylander ym. 1998) mukaan vuonna 1995 noin puolet asiakkaista oli käyttänyt yhden palvelutuottajan laitospalveluja. Eniten muita palveluita tarvittiin konservatiivisessa ja etenkin pitkäaikaishoidossa. Yhden palvelumuodon käyttäjien osuus terveysterveyskeskussairaaloissa ja vanhainkodeissa oli 35-40 % ja keskussairaaloissa 55-79 % (55 % psykiatria, 62 % konservatiivinen, 79 % operatiivinen). Tässä tutkimuksessa saatiin tulokset huomattavasti alhaisemmat yhden laitospalvelun käyttäjien osuudet. Syitä tällaiseen tulokseen voi olla useita. Syyt voivat olla hoidollisia tai järjestelmään liittyviä. Iäkkäillä on paljon sairauksia ja heillä on useiden palvelujen tarvetta. Toisaalta epätarkoituksenmukainen hoidonporrastus ja selkiytymätön työnjako saattavat aiheuttaa vanhusten siirtelyä hoitolaitoksesta toiseen. Turhaa laitospalvelujen moniasiakkuutta voidaan välttää hoidon ja palvelujen hyvällä suunnittelulla, yhteistyöllä ja koordinoinnilla.

Tämä tutkimus osoitti, että naiset olivat käyttäneet laitoshoidon enemmän kuin miehet ja naiset olivat myös pidempiä aikoja hoidossa. Vanhemmassa ikäryhmässä laitoshoidon joutuminen oli yleisempää kuin nuoremmassa. Saadut tulokset naissukupuolen ja korkean iän yhteydestä laitoshoidon käyttöön vastaavat aiempien tutkimusten tuloksia (Noro & Lounamaa 1993, Niinistö ym. 1996, Noro 1998.) Tämä tutkimus osoitti myös

sen, että suurin osa naisista oli yksin asuvia. Naisten erilaisen elämäntilanteen huomiointi onkin keskeinen haaste vanhuspalvelujen suunnittelussa.

Vanhempaan ikäryhmään kuuluneiden miesten keskimääräinen hoidon kesto oli jopa hieman lyhyempi (3 hoitopäivää) kuin nuorempaan ikäryhmään kuuluneiden. Sitä vastoin vanhempaan ikäryhmään kuuluneet naiset olivat kauemmin laitoshoidossa kuin nuorempaan ikäryhmään kuuluneet. Mielenkiintoinen havainto oli myös 80-vuotiaiden miesten eri laitosmuotojen käyttö. Muista ryhmistä poiketen 80-vuotiaat miehet olivat käyttäneet enemmän terveystieteiden keskus sairaalaa ja vähemmän vanhainkoteja. Näitä tuloksia selittänee se, että naiset sairastavat paljon, mutta elävät pitempään, kun taas miehet sairastavat naisia enemmän kuolemaan johtavia sairauksia (Jagger ym. 1993, Mor ym. 1994).

Tässä tutkimuksessa siviilisäädyltä ei ollut yhteyttä laitoshoidon käyttöön. Tulos poikkeaa aiempien tutkimusten tuloksista, jotka pääsääntöisesti ovat osoittaneet ilman puolisoa olevien henkilöiden laitoshoidon käytön olevan yleisempää kuin puolison kanssa elävillä. Kuitenkin prosenttilukujen tarkastelun perusteella näytti siviilisäätö (=naimaton, leski, eronnut) selittävän laitoshoidon käyttöä pitkäaikaishoidossa olleilla, mutta yhteyttä ei voitu tilastollisesti osoittaa. Noron (1998) tutkimuksen mukaan naimattomuudella oli yhteys pitkäaikaishoitoon joutumiseen.

Aiempien tutkimusten tulokset koulutustason vaikutuksesta laitoshoidon käyttöön ovat ristiriitaisia. Tämän tutkimuksen tulokset antavat viitteitä siitä, että matala koulutustaso selittäisi pitkäaikaiseen laitoshoidon joutumista. Yhteys oli tilastollisesti merkitsevä vanhainkodeilla pitkäaikaishoidossa olleilla. Tulos on samansuuntainen Noron (1998) tutkimustuloksen kanssa, vähäinen koulutus ennusti pitkäaikaista laitoshoidon joutumista. Saadut tulokset viittaavat myös siihen, että korkea koulutustaso vaikuttaisi laitoshoidon käyttöön erilaisilla miehillä ja naisilla. Korkean koulutustason omaavilla miehillä näyttäisi laitoshoidon käyttö olevan vähäisempää kuin korkean koulutustason omaavilla naisilla.

Tämä tutkimus antoi viitteitä siitä, että sekä henkilökohtaisilla että perheen nettotuloilla olisi yhteyttä laitoshoidon käyttöön. Yhteydet ilmenivät koko aineiston

korrelaatiotarkastelussa. Miehillä oli tilastollisesti merkitsevästi korkeammat nettotulot kuin naisilla. Nettotulojen vaikutus laitoshoidon käyttöön näkyi miesten ryhmässä eri tavalla kuin naisten ryhmässä. Tarkasteltaessa prosenttilukuja havaitaan, että miehillä korkeampi nettotulotaso vähensi laitoshoidon käyttöä, mutta yhteyttä ei voitu tilastollisesti osoittaa. Naisten ryhmässä ei vastaavanlaista yhteyttä ollut. Pitkäaikaishoidossa olleiden tuloksia tarkasteltaessa on huomioitava, että vastausprosentit tuloja koskeviin kysymyksiin olivat matalat, joten aineisto on vajavainen. Yhtenä syynä matalaan vastausprosenttiin on saattanut olla pitkäaikaishoidettavien huono terveydentila, he eivät ole kyenneet vastaamaan kysymyksiin. Myös pitkäaikaishoidon maksupäätös on voinut olla syynä matalaan vastausprosenttiin. Päätöksen mukaan henkilölle jää käyttöön 20 % nettotuloista, mutta vähintään kansaneläkkeen pohjaosan suuruinen markkamäärä. Pitkäaikaishoidossa olleilla miehillä oli matalammat henkilökohtaiset nettotulot kuin muilla tutkittavilla. Pitkäaikaishoidossa olleet naiset kuuluivat muita tutkittavia useammin sekä matalan henkilökohtaisen että perheen nettotulotason omaaviin. Yhteyksiä ei voitu tilastollisesti todentaa.

Tämän tutkimuksen mukaan yksin asuminen ei selittänyt laitoshoidon käyttöä. Enemmistö tutkittavista asui yksin ja naiset miehiä useammin. Prosenttilukujen tarkastelun perusteella vanhainkodeilla pitkäaikaishoidossa olleilla yksin asuminen oli yleisempää kuin muilla tutkittavilla, mutta yhteyttä ei voitu tilastollisesti osoittaa. Aiempien tutkimustulosten mukaan yksin asuminen selittää laitoshoidon käyttöä (Anttila 1987, Noro & Lounamaa 1993, Niinistö ym. 1996), mutta kahdessa tutkimuksessa yhteyttä ei todettu (Wolinsky & Johnsson 1991, Nygaard & Albrektsen 1992).

Tämä tutkimus osoitti, että yksinäisyyden kokeminen liittyi pitkäaikaiseen laitoshoidon vanhainkodeilla. Yhteys oli tilastollisesti merkitsevä. Tulos on samansuuntainen Noron ja Lounamaan (1993) tutkimustuloksen kanssa, jonka mukaan yksinäisyys tai turvattomuus oli yhtenä tulosyynä lähes puolella pitkäaikaishoitoon tulleista. Yksinäisyyden kokemisen ja laitoshoidon käytön tutkimista vaikeutti yksinäiseksi itsensä kokevien miesten pieni määrä ja miesten tulokset ovatkin vain suuntaa antavia. Joitakin viitteitä oli siitä, että yksinäisyyden kokeminen vaikuttaisi erilailla miesten ja

naisten laitoshoidon käyttöön. Yksinäiseksi itsensä kokeneet naiset olivat tarvinneet enemmän pitempiaikaista laitoshoidoa kuin yksinäiseksi itsensä kokeneet miehet.

Tutkimus osoitti, että lasten olemassaololla oli yhteyttä laitoshoidon käyttöön naisten ryhmässä. Miesten ryhmässä ei todettu yhteyttä, mutta tulokset ovat vain suuntaa antavia, koska lapsettomia miehiä oli vähän. Yllättävää oli, miten yhteys ilmeni. Lapsettomat naiset käyttivät vähemmän laitoshoidoa kuin naiset, joilla oli lapsia. Tulos oli yllättävä, koska aiemmissa tutkimuksissa on osoitettu perheen jäsenten tuen vähentävän laitoshoidon käyttöä ja etenkin naisille lapset ovat merkittävä tuki (Niinistö ym. 1987, Gothoni 1990, Freedman ym. 1994). Syitä tällaiseen tulokseen on vaikea osoittaa. Syynä tulokseen saattaa olla se, että lapsettomat henkilöt yleensä asuvat yksin ja siten ovat tottuneet selviytymään arkielämän toiminnoista itsenäisesti ja miettimään erilaisia selviytymiskeinoja ongelmatilanteiden varalta. Syynä saattaa olla myös se, että lapset ovat huolissaan vanhempiensa terveysongelmista ja ohjaavat heidät tutkimuksiin ja hoitoihin. Lisäksi lapset saattavat kokea, etteivät terveydentilaltaan huonokuntoiset vanhemmat enää selviydy kotiooloissa ja tästä syystä hakevat aktiivisesti vanhemmilleen laitoshoitopaikkaa. Tulokset viittaavat myös siihen, että lasten olemassaololla on erilainen vaikutus miesten ja naisten laitoshoidon käyttöön. Laitoshoidon käyttö näyttäisi olevan vähäisempää miehillä, joilla on lapsia kuin naisilla, joilla on lapsia.

Tulosten mukaan lasten tapaamisella oli yhteyttä laitoshoidon käyttöön naisten ryhmässä. Yllättävää oli, miten yhteys esiintyi. Saatu tulos näyttäisi selittävän laitoshoidon käyttöä osin samansuuntaisesti kuin lasten olemassaolo selitti laitoshoidon käyttöä. Naiset, joilla ei ollut lapsia tai jotka tapasivat lapsia harvoin, olivat enemmistönä laitoshoidoa käyttämättömien ryhmässä ja he olivat käyttäneet vähemmän lyhytkestoista laitoshoidoa, mutta enemmän pitempikestoista laitoshoidoa. Vanhainkoodilla pitkäaikaishoidoa näyttäisi selittävän harvemmat tapaamiskerrat. On syytä pohtia, mitä esitetty kysymys lasten tapaamisten tiheydestä mittaa henkilöillä, jotka eivät ole pitkäaikaishoidossa ja mitä niillä, jotka ovat olleet vuosikautia laitoshoidossa. Henkilöillä, jotka eivät ole pitkäaikaishoidossa, kysymys mittaa sitä mitä oli tarkoitus mitata eli lapsilta saatavaa tukea. Mutta pitkäaikaishoidossa olleet ovat saattaneet olla jo vuosikautia tai vuosikymmeniä laitoshoidossa, jolloin kysymys

laitoshoitoa vähemmän kuin naiset, joilla oli lapsia. Matala koulutustaso, yksinäisyyden kokeminen sekä lasten että sisarusten ja sukulaisten antaman tuen puute olivat yhteydessä pitkäaikaiseen laitoshoitoon vanhainkodeilla. Osasyynä tähän saattoi olla se, että tutkimuksessa oli mukana hyvin monentyypistä laitoshoidoa, jolloin sosiaalisten syiden yhteys on vaikeasti osoitettavissa. Samasta aineistosta aiemmin tehty tutkimus osoitti terveydentilan ja toimintakyvyn ennustavan merkitsevästi laitoshoidon käyttöä (Laukkanen 1998). Osasyynä saattoi olla myös tutkittavien miesten pieni määrä kokonaistutkimuksesta huolimatta. Eri-ikäisten miesten ja naisten aineistot jouduttiin yhdistämään omiksi ryhmikseen ja tästäkään huolimatta miehillä ei saatu kaikista tutkittavista tekijöistä riittävästi tietoa. Suurin osa muuttujista oli moniluokkaisia ja niitä jouduttiin luokittelemaan uudelleen, jotta ristiintaulukoinnit olisivat onnistuneet paremmin. Tällöin alkuperäisestä tiedosta osa menetettiin. Muuttujia luokiteltiin myös dikotomisesti. Myös analyysien rajoittuminen kahden muuttujan tarkasteluun kerrallaan rajoitti tuloksia, koska taustalla olevia muita tekijöitä ei voitu osoittaa. Osa tuloksista vastasi aikaisempia tutkimustuloksia, osa tuloksista oli ristiriitaisia ja osa aikaisemmista tutkimustuloksista jäi todentamatta, mutta suuntaa antavia päätelmiä voitiin tehdä.

Laitoshoidon käytön tutkimuksen kannalta tällä tutkimuksella oli tärkeä merkitys, koska 5-vuotisseurantatutkimuksia ei ole aiemmin paljon tehty. Seurantatutkimus mahdollistaa samojen henkilöiden laitoshoidon käytön seurannan useiden vuosien ajan. Paikallisella tasolla tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää suunniteltaessa vanhuspalveluja. Vanhuspalvelujen suunnittelussa tulisi huomioida *yhteisasiakkuudet*. Voidaanko palvelujärjestelmän kehittämisellä vähentää iäkkäiden siirtelyä hoitolaitoksesta toiseen? Palveluita järjestettäessä yhteistyö eri toimijoiden välillä on keskeinen kysymys. Yhteisten potilaiden ja asiakkaiden hoito edellyttää yhteisiä päämääriä ja tavoitteita, jotta potilaat ja asiakkaat ohjautuisivat ja sijoittuisivat tarkoituksenmukaisiin hoito- ja palvelumuotoihin. Kehittämishaasteena on myös *pitkäaikaisen hoidon ja hoivan* siirtäminen terveyskeskussairaalaan kodinomaisiin hoito- ja hoivakoteihin tai hoidon mahdollistaminen kotona (aging in place). Lisäksi *iäkkäiden naisten* erilaisen elämäntilanteen huomiointi on olennainen kysymys palvelurakennemuutoksessa.

Laitoshoitoon joutuminen sosiaalisista syistä on ehkäistävissä kiinnittämällä riittävästi huomiota iäkkäiden elinoloihin ja heidän saamaansa sosiaaliseen tukeen. Sosiaali- ja

terveydenhuoltojärjestelmä tavoittaa suuren osan iäkkäistä. Tämän tutkimuksen mukaan terveyskeskussairaala tarvitsi lähes puolet 75- ja 80-vuotiaista jyvaskyläläisistä miehistä ja naisista. Tätäkin kontaktipintaa tulisi hyödyntää. Sairaalajaksoilla tulisi *selvittää ja arvioida* potilaan kokonaistilanne huomioiden *myös potilaan sosiaalinen ympäristö*, jotta sosiaalisista syistä laitoshoitoon joutumista voitaisiin ehkäistä.

Jatkotutkimuksissa sosiaalisten tekijöiden ja laitospalveluiden käytön välisen yhteyden selvittämistä pitäisi jatkaa. Tulisi selvittää, onko sosiaalisilla tekijöillä yhteyttä toistuvasti sairaalajaksoilla olevien laitoshoidon käyttöön. Tutkimuksissa tulisi myös selvittää, miten kotihoitopalveluiden käyttö, riittävyys ja maksullisuus vaikuttavat laitospalveluiden käyttöön, koska kotihoitopalveluita on kohdennettu kaikkein huonokuntoisimmille samanaikaisesti kun laitospaikkoja on vähennetty. Lisää tutkimusta kaivataan siitä, millaista hoitoa ja hoivaa tulevaisuuden iäkkäät todella toivovat ja tarvitsevat ja kuinka moni todella pystytään hoitamaan kotona ja onko mahdollista aikaansaada palvelujärjestelmä, joka todellisuudessa tarjoaa iäkkäille mahdollisuuden valita kodin ja laitoksen väliltä. Tutkimusta tarvitaan myös laitosten ja avo- ja välimuotoisten palvelujen laadun kehityksestä ja vaikuttavuudesta.



## LÄHTEET

- Aalto, U. 1991. Pitkäaikaishoitoon Helsingissä vuosina 1978-1985 pyrkineiden laitoshoidon toteutuminen ja eliniän ennuste. Helsinki: Helsingin kaupungin terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportteja. Sarja A:57.
- Anttila, S. 1987. Yksin asuvien vanhusten terveys- ja sosiaalipalvelujen käyttö maaseudun haja-asutusalueella. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 24, 297-303.
- Aro, S., Noro, A., Salinto, M. 1997. Deinstitutionalization of the elderly in Finland 1981-91. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 25, 136-143.
- Boult, C., Dowd, B., McCaffrey, D., Boult, L., Hernandez, R., Krulewitch, H. 1993. Screening elders for risk of hospital admission. *Journal of American Geriatrics Society* 41, 811-817.
- Branch, L.G., Jette, A.M. 1982. A prospective study of long-term care institutionalization among the aged. *American Journal of Public Health* 72, 1373-1379.
- Branch, L.G., Ku, L. 1989. Transition probabilities to dependency, institutionalization, and death among the elderly over a decade. *Journal of Aging and Health* 1, 370-408.
- Cohen, M.A., Tell, E.J., Wallack, S.S. 1986. Client-related risk factors of nursing home entry among elderly adults. *Journal of Gerontology* 41, 785-792.
- Cohen, M.A., Tell, E.J., Wallack, S.S. 1988. The risk factors of nursing home entry among residents of continuing care retirement communities. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 43, S15-S21.
- Cohen, C.A., Gold, D.P., Shulman, K.I., Worley, J.T., McDonald, G., Wargon, M. 1993. Factors determining the decision to institutionalize dementing individuals: a prospective study. *The Gerontologist* 33, 714-720.

Foley, D.J., Ostfeld, A.M., Branch, L.G., Wallace, R.B., McGloin, J., Cornoni-Huntley, J.C. 1992. The risk of nursing home admission in three communities. *Journal of Aging and Health* 4, 155-173.

Freedman, V.A. 1993. Kin and nursing home lengths of stay: a backward recurrence time approach. *Journal of Health and Social Behaviour* 34, 138-152.

Freedman, V.A., Berkman, L.F., Rapp, S.R., Ostfeld, A.M. 1994. Family networks: predictors of nursing home entry. *American Journal of Public Health* 84, 843-845.

Gothoni, R. 1990. Vanhusten sosiaaliset verkostot ja sosiaalinen tuki – tutkimus kalliolaisten ja kiteeläisten vanhusten elämäntilanteesta, sosiaalisista verkostoista ja tuesta. Sosiaali- ja terveysministeriön Suunnitteluosaston julkaisuja 1990:2. Helsinki: Valtion Painatuskeskus.

Greene, V.L., Ondrich, J.I. 1990. Risk factors for nursing home admissions and exits: a discrete-time hazard function approach. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 45, S250-258.

Hanley, R.J., Alexih, L.M.B., Wiener, J.M., Kennell, D.L. 1990. Predicting elderly nursing home admissions. *Research on Aging* 12, 199-228.

Heikkinen, E., Heikkinen, R-L., Kauppinen, M., Kallinen, M., Laukkanen, P., Pykälä, P., Ruoppila, I., Ruuskanen, J., Suutama, T. 1991. Vanhainkodeissa asuvien jyvaskyläläisten terveys, toimintakyky, sosiaalinen yhteys ja liikuntakäyttäytyminen. Ikivihreät- projekti. Jyväskylän kaupunki, Sosiaalikeskuksen julkaisusarja 2 / 1991, Jyväskylä.

Heikkinen, J. 1986. Vanhainkotiasukkaan terveydentila ja ennuste. Tutkimus vuosina 1970, 1975, 1980 Tampereen vanhainkotiin tulleiden henkilöiden elinoloista ja terveydentilasta sekä selviytymisestä vanhainkodissa viiden vuoden seuranta-aikana. *Acta Universitatis Tamperensis ser A vol 215*. Tampere: Tampereen yliopisto.

Heikkinen, R-L. 1992. Psykkissosiaalisen hyvinvoinnin sekä sosiaalisen yhteisyyden ja suoriutumisen arviointi. Teoksessa R-L. Heikkinen & T. Suutama (toim.). Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn arviointi. Ikivihreät-projekti. Osa II. Sosiaali- ja terveysministeriön Kehittämisosaston julkaisuja 1991:10. Helsinki: Valtion Painatuskeskus. Pasilan Valtimo, 111-131.

Hing, E. 1987. Use of nursing homes by the elderly: preliminary data from the 1985 national nursing home survey. In Advance Data from Vital and Health Statistics, 135. DHHS pub. no. (PHS) 87-1250. Hyattsville, Md.: National Center for Health Statistics.

Iivari, A., Jämsen, R. 1992. Sosiaali- ja terveydenhuollon kunnittainen kustannusvertailu vuonna 1989. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Kehittämisosaston julkaisuja 1992:1. Valtion Painatuskeskus.

Iliffe, S., Tai, S.S., Haines, A., Gallivan, S., Goldenberg, E., Booroff, A. 1992. Are elderly people living alone an at risk group? *British Medical Journal* 305, 1001-1004.

Incalzi, R.A., Gemma, A., Capparella, O., Terranova, L., Porcedda, P., Tresalti, E., Carbolin, P. 1992. Predicting mortality and length of stay of geriatric patients in an acute general hospital. *Journal of Gerontology: Medical Sciences* 47, M35-39.

Jagger, C., Spiers, N.A., Clarke, M. 1993. Factors associated with decline in function, institutionalization and mortality of elderly people. *Age and Aging* 22, 190-197.

Jylhä, M., Pirttiniemi, E., Hervonen, A. 1997. Vanhoista vanhimmat- tutkimuksen uusi haaste. Tervaskanto90+ -tutkimuksen peruskartoitus. *Gerontologia* 11, 43-52.

Kauppinen, M. 1992. Aineistot ja menetelmät sekä tutkittujen taustatietoja. Teoksessa R-L. Heikkinen & T. Suutama (toim.). Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn arviointi. Ikivihreät-projekti. Osa II. Sosiaali- ja terveysministeriön Kehittämisosaston julkaisuja 1991:10. Helsinki: Valtion Painatuskeskus. Pasilan Valtimo, 13-19.

Kauppinen, S. 1998. Sosiaalihuollon laitoshoidon ja asumispalvelut 1997. Stakes. Tilastoraportteja 33 / 1998.

Kauppinen, S. 1999. Vanhusten pitkäaikainen laitoshoidon vähentynyt. Dialogi 3/99.

Kemper, P., Murtaugh, C.M. 1991. Lifetime use of nursing home care. The New England Journal of Medicine 324, 595-600.

Keskimäki, I. 1997. Social equity in the use of hospital inpatient care in Finland. Stakes Research Reports 84. Jyväskylä: Gummerus Printing.

Klein, T., Salaske, I. 1994. Determinanten des heimenintritts im alter und chancen seiner vermeidung. Eine längsschnittuntersuchung für die Bundesrepublik Deutschland. Zeitschrift für Gerontologie 27, 442-455.

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

Kovar, J.S., Stone, R.I. 1992. Teoksessa R. Suzman, D. Willis, K. Manton (toim.) The oldest old. Oxford: Oxford University Press, 303-320.

Laukkanen, P. 1998. Iäkkäiden henkilöiden selviytyminen päivittäisistä toiminnoista. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, Studies in sport, physical education and health 56.

Laukkanen, P., Heikkinen, E., Ruoppila, I. 1992. Päivittäisistä toiminnoista selviytyminen. Teoksessa R-L. Heikkinen & T. Suutama (toim.). Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn arviointi. Ikivihreät-projekti. Osa II. Sosiaali- ja terveysministeriön Kehittämisosaston julkaisuja 1991:10. Helsinki: Valtion Painatuskeskus. Pasilan Valtimo, 132-177.

Laukkanen, P., Leskinen, E., Kauppinen, M., Sakari-Rantala, R., Heikkinen, E. 1999. Health and functional capacity as predictors of community-dwelling among elderly people. International Journal of Clinical Epidemiology. Painossa.

Lehto, J., Kokko, S. 1996. Palvelujen rakennemuutos: kokemuksia lähihistoriasta ja muista maista. Teoksessa R. Viialainen & J. Lehto (toim.). Sosiaali- ja terveystalvelujen rakennemuutos. Laitoshoidon vähentämisestä avopalvelujen kehittämiseen. Stakes. Raportteja 192. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 17-37.

Lempinen, K. 1995. Kotona asuvan huonokuntoisen vanhuksen sosiaalinen verkosto ja sosiaalinen tuki. Turku: Turun kaupungin terveydenhuollon julkaisuja n:o 3:1995.

Lieberman, M.A., Kramer, J.H. 1991. Factors affecting decisions to institutionalize demented elderly. *The Gerontologist* 31, 371-374.

Liu, K., Coughlin, T., McBride, T. 1991. Predicting nursing-home admission and length of stay. *Medical Care* 29, 125-141.

McCoy, J.L., Edwards, B.E. 1981. Contextual and sociodemographic antecedents of institutionalization among aged welfare recipients. *Medical Care* XIX, 907-921.

Metso, J. 1989. Kotisairaanhoidon mahdollisuudet ja rajoitukset. Lappeenrannan vanhustutkimus. Helsinki: Helsingin yliopisto, Painotalo Anson.

Mor, V., Wilcox, V., Rakowski, W., Hiris, J. 1994. Functional transitions among the elderly: patterns, predictors, and related hospital use. *American Journal of Public Health* 84, 1274-1280.

Narain, P., Rubenstein, L.Z., Wieland, G.D., Rosbrook, B., Strome, L.S., Pietruszka, F., Morley, J.E. 1988. Predictors of immediate and 6-month outcomes in hospitalized elderly people. *Journal of American Geriatrics Society* 36: 775-783.

Newman, S.J., Struyk, R., Wright, P., Rice, M. 1990. Overwhelming odds: caregiving and the risk of institutionalization. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 45, S173-S183.

- Niinistö, L. 1987. Kotona asuvien ja pysyvästi laitoshoidossa olevien vanhusten eroavuudet. Helsinki: Lääkintöhallituksen julkaisuja 46.
- Niinistö, L., Verkkoniemi, A., Sulkava, R. 1996. Vantaan vanhimmat. Tutkimus Vantaan kaupungin yli 85-vuotiaiden toimintakyvystä, palveluiden tarpeesta ja sairauksista. Vantaa: Vantaan kaupunki, Sosiaali- ja terveysviraston julkaisusarja C:4.
- Noro, A. 1998. Long-term institutional care among finnish elderly populations. Trends and potential for discharge. Stakes. Research report 87. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Noro, A., Lounamaa, A. 1993. Koti laitoksessa. Hyvinvointikatsaus 4.
- Nygaard, H.A. 1991. Who cares for the caregiver? Factors exerting influence on nursing home admissions of demented elderly. *Scandinavian Journal of Caring Science* 5, 157-162.
- Nygaard, H.A., Albrektsen, G. 1992. Risk factors for admission to nursing home. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 10, 128-133.
- Nylander, O., Pelanteri, S., Linna, M., Nenonen, M. 1998. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasvirrat ja palveluketjut 1995. Stakes. Tilastoraportti 19 / 1998.
- Palmore, E. 1976. Total change of institutionalization among the aged. *The Gerontologist* 16, 504-507.
- Palvelurakennetyöryhmän muistio 1992. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Työryhmämuistio 1992:17. Valtion Painatuskeskus.
- Pearlman, D., Crown, W.H. 1992. Alternative sources of social support and their impacts on institutional risk. *The Gerontologist* 32, 527-535.

Pelanteri, S., Nenonen, M. 1998a. Vuodeosastopalvelujen käyttö vuonna 1997. Stakes. Tilastoraportti 20 / 1998.

Pelanteri, S., Nenonen, M. 1998b. Terveyskeskusten vuodeosastot 1997. Palvelujen käyttö ja tuottaminen. Stakes. Tilastoraportti 24 / 1998.

Pruchno, R.A., Michaels, E., Potashnik, S.L. 1990. Predictors of institutionalization among Alzheimer disease victims with caregiving spouses. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 45, S259-266.

Raassina, A. 1994. Vanhuspolitiikka. Lähtökohdat tulevaisuudelle. 2.painos. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 1994.6. Painatuskeskus.

Rockwood, K., Stolee, P., McDowell, I. 1996. Factors associated with institutionalization of older people in Canada: testing a multifactorial definition of frailty. *Journal of the American Geriatrics Society* 44, 578-582.

Shapiro, E., Tate, R. 1988. Who is really at risk of institutionalization? *The Gerontologist* 28, 237-245.

Steinbach, U. 1992. Social networks, institutionalization, and mortality among elderly people in the United States. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 47, S183-190.

Tsuji, I., Whalen, S., Finucane, T.E. 1995. Predictors of nursing home placement in community-based long-term care. *Journal of American Geriatrics Society* 43, 761-766.

Vaarama, M. 1996. Mitä tiedetään palvelurakenteen vaikutuksesta palvelujen kokonaiskustannukseen ja tuottavuuteen? Teoksessa R. Viialainen, J. Lehto (toim.). Sosiaali- ja terveyspalvelujen rakennemuutos. Laitoshoidon vähentämisestä avopalvelujen kehittämiseen. Stakes. Raportteja 192. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 185-207.

Vaarama, M., Noro, A. 1997. Vanhusten sosiaali- ja terveystalvet. Teoksessa H. Uusitalo, M. Staff (toim.). Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 1997. Stakes. Raportteja 214. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 93-104.

Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1999-2002. 1998. Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteet. Helsinki: Oy Edita Ab.

Vanhusbarometri 1998. Sosiaali- ja terveysministeriö. Selvityksiä 1999:3.

Valkonen, T. 1995. Sosioekonomiset terveyserot Suomessa ja niiden selittämisen ongelmia. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 32, 311-320.

Valkonen, T., Martelin, T., Rimpelä, A. 1990. Eriarvoisuus kuoleman edessä. Sosioekonomiset kuolleisuuserot Suomessa 1971-85. Helsinki: Tilastokeskus, Tutkimuksia 172.

Valvanne, J. 1992. Vanhusten terveystarkastuslöydösten ennustemerkitys. Helsingiläisten 75-, 80-, ja 85-vuotiaiden yhden vuoden seurantatutkimus. Geriatrian yksikkö, II sisätautien klinikka, helsingin Yliopisto. Helsinki: Yliopistopaino.

Vicente, L., Wiley, J.A., Carrington, R.A. 1979. The risk of institutionalization before death. *The Gerontologist* 19, 361-367.

Wingard, F.D., Jones, D.W., Kaplan, R.M. 1987. Institutional care utilization by the elderly: a critical review. *The Gerontologist* 27, 156-163.

Wolinsky, F.D., Callahan, C.M., Fitzgerald, J.F., Johnson, R.J. 1992. The risk of nursing home placement and subsequent death among older adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 47, S173-S182.

Wolinsky, F.D., Johnson, R.J. 1991. The use of health services by older adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 46, S345-357.



Young, J.E., Forbe, W.F., Hirdes, J.P. 1994. The association of disability with long-term care institutionalization of the elderly. *Canadian Journal of Aging* 13, 15-29.

LIITETAULUKKO 1. Koko aineiston, miesten ja naisten laitoshoidon käytön ja taustamuuttujien väliset yhteydet mitattuna Khin-riippumattomuustestillä. Tilastolliset merkitsevyydet ilmoitettu p-arvoina.  $p < 0.05$  tilastollisesti merkitsevä.

<b>Muuttuja</b>	<b><u>Koko aineisto</u></b> N=617	<b><u>Miehet</u></b> N=193	<b><u>Naiset</u></b> N=424
Siviilisäätty	.311	.544	.474
Koulutuksen pituus vuosina	.492	.209	.600
Henkilökohtaiset nettotulot	*	.212	.525
Perheen nettotulot	*	.368	.135
Yksin asuminen	.414	.252	.785
Yksinäisyyden kokeminen	.382	.168	.144
Lapsia	<b>.015</b>	.164	<b>.024</b>
Lasten tapaaminen	<b>.023</b>	.785	<b>.024</b>
Sisarusten / sukulaisten tapaaminen	<b>.023</b>	.155	<b>.050</b>
Läheisten ystävien tapaaminen	.479	.078	.506
Koettu suhde puolisoon tai kumppaniin	.136	.072	.561

\* dikotomisoitu keskiarvon mukaan sekä miehillä että naisilla

LIITETAULUKKO 2. Kaikkien pitkäaikaishoidossa olleiden ja vanhainkodeilla pitkäaikaishoidossa olleiden vastausten erot verrattuna muihin tutkittaviin. Erot testattu Khin-testillä.  $p < .05$  tilastollisesti merkitsevä.

Muuttuja	<u>Pitkäaikaishoidossa olleet</u>	<u>Pitkäaikaishoidossa vanhainkodeilla olleet</u>
	N=71	N=47
Siviilisäätty	.070	.085
Koulutuksen pituus vuosina	.118	<b>.025</b>
Henkilökohtaiset nettotulot	*	*
	.244 naiset	.657 naiset
Perheen nettotulot	*	*
	.330 naiset	.257 naiset
Yksin asuminen	.153	.097
Yksinäisyyden kokeminen	.068	<b>.046</b>
Lapsia	.219	.154
Lasten tapaaminen	<b>.048</b>	<b>.019</b>
Sisarusten / sukulaisten tapaaminen	.059	<b>.042</b>
Läheisten ystävien tapaaminen	.299	.064
Koettu suhde puolisoon tai kumppaniin	.067	.053

\* miehillä Khin-testiä ei voi tulkita, koska 50 % ryhmistä liian pieniä.

LIITETAULUKKO 3. Laitoshoidon käyttö kokopäiväisen koulutuksen pituuden mukaan jyvaskyläläisillä 75- ja 80-vuotiailla miehillä ja naisilla (%) vuosina 1990-1994.

Laitoshoidon käyttö	Miehet			Naiset		
	Koulutuksen pituus			Koulutuksen pituus		
	1	2	3	1	2	3
hoitopäivinä	n=80	n=76	n=30	n=189	n=170	n=47
0 hoitopäivää	20.0	27.6	36.6	22.8	21.2	19.1
1-90 hoitopäivää	60.0	60.5	56.7	53.4	60.0	53.2
yli 90 hoitopäivää	20.0	11.9	6.7	23.8	18.8	27.7
Yhteensä	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
		p=.209			p=.600	

1=0-4 vuotta, 2=5-9 vuotta, 3=10 vuotta.

Erot testattu Khin-testillä.

LIITETAULUKKO 4. Laitoshoidon käyttö yksinäisyyden kokemisen mukaan jyvaskyläläisillä 75- ja 80-vuotiailla miehillä ja naisilla (%) vuosina 1990-1994.

Laitoshoidon käyttö hoitopäivinä	Miehet		Naiset	
	Yksinäisyyden kokeminen		Yksinäisyyden kokeminen	
	Ei koskaan / Harvoin	Usein / melkein aina	Ei koskaan / harvoin	Usein / melkein aina
	n=175	n=12	n=360	n=46
0 hoitopäivää	26.3	16.7	22.2	19.6
1-90 hoitopäivää	57.7	83.3	57.8	47.8
yli 90 hoitopäivää	16.0	0	20.0	32.6
Yhteensä	100.0	100.0	100.0	100.0
		p=.168		p=.144

Erot testattu Khin-testillä. Miehillä 2 ryhmää (33.3 %) liian pieniä.

LIITETAULUKKO 5. Laitoshoidon käyttö lasten olemassaolon mukaan koko aineistossa jyvaskyläläisillä 75- ja 80-vuotiailla miehillä ja naisilla (%) vuosina 1990-1994.

Laitoshoidon käyttö hoitopäivinä	Lasten olemassaolo		
	Kyllä n=488	Ei n=114	Yhteensä n=602
	%	%	%
0 hoitopäivää	20.7	32.5	22.9
1-90 hoitopäivää	59.6	46.4	57.2
yli 90 hoitopäivää	19.7	21.1	19.9
yhteensä	100.0	100.0	100.0

p=.015

Erot testattu Khin-testillä.

LIITETAULUKKO 6. Laitoshoidon käyttö lasten olemassaolon mukaan jyvaskyläläisillä 75- ja 80-vuotiailla miehillä ja naisilla (%) vuosina 1990-1994.

Laitoshoidon käyttö hoitopäivinä	Miehet		Naiset	
	Lasten olemassaolo		Lasten olemassaolo	
	Kyllä n=172	Ei n=16	Kyllä n=316	Ei n=98
0 hoitopäivää	24.4	37.5	18.7	31.6
1-90 hoitopäivää	61.6	37.5	58.5	48.0
yli 90 hoitopäivää	14.0	25.0	22.8	20.4
Yhteensä	100.0	100.0	100.0	100.0

p=.164                      p=.024

Erot testattu Khin-testillä. Miehillä 2 ryhmää (33.3 %) liian pieniä.

LIITETAULUKKO 7. Laitoshoidon käyttö lasten tapaamistiheyden mukaan koko aineistossa jyvaskyläläisillä 75- ja 80-vuotiailla miehillä ja naisilla (%) vuosina 1990-1994.

Laitoshoidon käyttö hoitopäivinä	Lasten tapaaminen			
	Joka päivä /joka viikko	Joka kuukausi	Harvoin / ei lapsia	Yhteensä
	n=338	n=89	n=171	n=598
0 hoitopäivää	21.0	18.0	29.2	22.9
1-90 hoitopäivää	61.8	56.2	48.6	57.2
yli 90 hoitopäivää	17.2	25.8	22.2	19.9
Yhteensä	100.0	100.0	100.0	100.0
	p=.023			

Erot testattu Khin-testillä.

LIITETAULUKKO 8. Laitoshoidon käyttö lasten tapaamistiheyden mukaan jyvaskyläläisillä 75- ja 80-vuotiailla miehillä ja naisilla (%) vuosina 1990-1994.

Laitoshoidon käyttö hoitopäivinä	Miehet			Naiset		
	Lasten tapaaminen			Lasten tapaaminen		
	1	2	3	1	2	3
	n=116	n=35	n=37	n=222	n=54	n=134
0 hoitopäivää	25.0	22.9	29.7	18.9	14.8	29.1
1-90 hoitopäivää	62.1	60.0	51.4	61.7	53.7	47.8
yli 90 hoitopäivää	12.9	17.1	18.9	19.4	31.5	23.1
Yhteensä	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	p=.785			p=.024		

1= joka päivä / joka viikko 2= joka kuukausi 3=harvoin / ei ole lapsia

Erot testattu Khin-testillä.

LIITETAULUKKO 9. Laitoshoidon käyttö sisarusten ja sukulaisten tapaamistiheyden mukaan koko aineistossa jyvaskyläläisillä 75- ja 80-vuotiailla miehillä ja naisilla (%) vuosina 1990-1994.

Laitoshoidon käyttö hoitopäivinä	Sisarusten / sukulaisten tapaaminen			
	Joka päivä / joka viikko n=89	Joka kuukausi n=99	Harvoin / ei lapsia n=404	Yhteensä n=592
0 hoitopäivää	36.0	19.2	21.0	23.0
1-90 hoitopäivää	47.1	56.6	59.9	57.4
yli 90 hoitopäivää	16.9	24.2	19.1	19.6
Yhteensä	100.0	100.0	100.0	100.0

p=.023

Erot testattu Khin-testillä.

LIITETAULUKKO 10. Laitoshoidon käyttö sisarusten ja sukulaisten tapaamistiheyden mukaan jyvaskyläläisillä 75- ja 80-vuotiailla miehillä ja naisilla (%) vuosina 1990-1994.

Laitoshoidon käyttö hoitopäivinä	Miehet			Naiset		
	Sisarusten / sukulaisten tapaaminen			Sisarusten / sukulaisten tapaaminen		
	1 n=21	2 n=30	3 n=136	1 n=68	2 n=69	3 n=268
0 hoitopäivää	42.9	23.3	23.5	33.8	17.4	19.8
1-90 hoitopäivää	33.3	63.4	62.5	51.5	53.6	58.6
yli 90 hoitopäivää	23.8	13.3	14.0	14.7	29.0	21.6
yhteensä	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

p=.155                      p=.050

1= joka päivä / joka viikko 2= joka kuukausi 3=harvoin / ei ole sisaruksia , sukulaisia.  
Erot testattu Khin- testillä. Miehillä 2 ryhmää (22.2 %) liian pieniä.

LIITETAULUKKO 11. Laitoshoidon käyttö läheisten ystävien tapaamistiheyden mukaan jyvaskyläläisillä 75- ja 80-vuotiailla miehillä ja naisilla (%) vuosina 1990-1994.

Laitoshoidon käyttö hoitopäivinä	Miehet			Naiset		
	Läheisten ystävien tapaaminen			Läheisten ystävien tapaaminen		
	1	2	3	1	2	3
	n=68	n=32	n=85	n=195	n=72	n=137
0 hoitopäivää	29.4	6.3	28.2	23.6	23.6	19.0
1-90 hoitopäivää	57.4	68.7	58.9	58.5	54.2	55.5
yli 90 hoitopäivää	13.2	25.0	12.9	17.9	22.2	25.5
Yhteensä	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	p=.078			p=.506		

1= joka päivä, joka viikko 2= joka kuukausi 3=harvoin / ei ole ystäviä

Erot testattu Khin-testillä.