

YKSIN ASUMISEN YHTEYS SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUIDEN KÄYTTÖÖN
JA YKSINÄISYYTEEN LONKKAMURTUMASTA TOIPUVILLA IKÄÄNTYNEILLÄ
IHMISILLÄ

Terhi Karhu
Pro gradu- tutkielma
Gerontologia ja kansanterveys
Jyväskylän yliopisto
Terveystieteiden laitos
Kevät 2014

TIIVISTELMÄ

Yksin asumisen yhteys sosiaali- ja terveystieteiden käyttöön ja yksinäisyyteen lonkkamurtumasta toipuvilla ikääntyneillä ihmisillä

Terhi Karhu

Jyväskylän yliopisto, liikuntatieteellinen tiedekunta, terveystieteiden laitos

Kevät 2014

48 sivua

Läntisissä teollistuneissa maissa on asetettu tavoitteeksi, että ikääntyneillä ihmisillä on mahdollisuus asua kotonaan tai kodinomaisissa olosuhteissa mahdollisimman pitkään. Suomessa omassa asunnossaan asuu noin 95 prosenttia 65 vuotta täyttäneistä.

Kotona asuvista ikääntyneistä ihmisistä monet tarvitsevat kotihoidon apua päivittäisissä toiminnoissaan. Eniten apua tarvitsevat yksin asuvat, huonokuntoiset ikääntyneet, joilla on heikko sosiaalinen tukiverkosto. Todennäköisyyttä kotihoidon palvelujen käyttöön lisäävät tuki- ja liikuntaelinsairaudet ja erityisesti lonkkamurtumapotilailla palvelujen tarvetta kotona saattaa lisätä kaatumisen pelon ja huonon tasapainon hallinnan seurauksena syntyvä toimintakyvyn heikkous, mikä vaikeuttaa itsenäistä selviytymistä.

Tämän pro gradu –tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää onko lonkkamurtuman jälkeen sairaalasta kotiutuneen iäkkään ihmisen sosiaali- ja terveystieteiden käyttöön ja yksinäisyydellä yhteyttä yksin asumiseen. Tutkimuksen aineistona käytettiin Pro-Mo – hankkeen (Promotion mobility after hip fracture) alkumittauksissa kerättyä kyselyaineistoa. Tutkittavat olivat tutkimushetkellä yli 60 -vuotiaita, Keski-Suomen keskussairaalassa vuosina 2008-2009 lonkkamurtuman takia hoidettuja, itsenäisesti kotona asuvia miehiä ja naisia. Alkumittaukseen kutsutuista (n=136) suljettiin pois suljettiin poissulkukriteerien perusteella pois 25 henkilöä ja alkumittaukset tehtiin lopulta 81 tutkittavalle. Analyysimenetelminä käytettiin Kolmogorov-Smirnovin testiä, χ^2 -testiä ja ristiintaulukointia.

Yksin asuvat käyttivät tilastollisesti merkitsevästi enemmän fysioterapian (p=.020) ja kotihoidon (p=.008) palveluita sekä kävivät useammin päiväkeskuksessa/ -sairaalassa (p=.022) kuin toisen kanssa asuvat. Yksin asuvilla oli myös yksinäisyyttä tilastollisesti merkitsevästi enemmän kuin toisen kanssa asuvilla (p=.037).

Jatkossa tarvitaan tutkimusta yksin asumisen mahdollisesta yhteydestä elintapoihin ja niiden aiheuttamaan palvelutarpeeseen sekä kotona asumisen ja laitosasumisen välimaastoon sijoittuvien vaihtoehtoisten asumismuotojen tarpeesta.

Asiasanat: Ikääntyminen, kotona asuminen, palvelut, yksinäisyys

ABSTRACT

The connection of living alone to the use of social and health services and to loneliness among elderly people recovering from hip fracture

Terhi Karhu

University of Jyväskylä, Faculty of Sport and Health Sciences, Department of Health Sciences

Spring 2014

48 pages

The Western industrialized countries have set an objective that elderly people could live at home, or at a homelike environment, for as long as possible. In Finland approximately 95 percent of people 65 years old or older live in their own apartments.

Many elderly people living at home need help from homecare services with their daily activities. The biggest need for help is among those elderly people who live alone, are in poor health and have a poor social support network. Furthermore, probability for the need of homecare services is increased by musculoskeletal disorders. Especially among patients recovering from hip fracture the need for homecare services may be increased by the deficiency of the functional ability caused by fear of falling and weak balance control, which makes it difficult to manage alone.

There were two main purposes for this pro gradu thesis: 1) to find out if there is a connection between living alone and the use of social and healthcare services among elderly people recovering from hip fracture at home after being discharged from the hospital, and 2) to find out if there is a connection between loneliness and living alone among the same group. The data of this thesis consisted of survey data collected in the first measurements of the Pro-Mo project (Promotion Mobility after Hip Fracture). During the time of measurement, the people researched were females and males of over 60 years old living independently at home who had been treated for hip fracture at the Central Finland Central Hospital during 2008-2009. Of the people invited to the first measurements (n=136), 25 were left out based on the exclusion criteria, and in the end the first measurements were done to 81 people. The Kolmogorov-Smirnov test, X^2 test and cross tabulation were used as the methods of analysis.

Elderly people living alone were found to use physiotherapeutic services ($p=.020$) and homecare services ($p=.008$) statistically significantly more than those living with another person. Furthermore, they were found to visit day centers and hospitals ($p=.022$) more often than people living with another person. People living alone were also found to perceive themselves statistically significantly lonelier than people living with another person ($p=.037$).

In the future, research is needed on how living alone may affect one's ways of life and the need for care services. Furthermore, further research is also needed on the need of alternative living options which take place between living alone and living in a nursing home.

Subjects: aging, living at home, services, loneliness

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	IKÄÄNTYNEIDEN IHMISTEN SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUIDEN KÄYTTÖ	3
2.1	Lainsäädäntöä ja määritelmiä	3
2.2	Palvelujen tarve ja niiden käyttöön vaikuttavat tekijät	4
2.2.1	Yksin asumisen vaikutus palveluiden käyttöön	5
2.2.2	Yksinäisyys, koettu terveys ja palveluiden käyttö	6
2.3	Palvelujen tarpeen ja saatavuuden kohtaaminen	8
3	LONKKAMURTUMAPOTILAIDEN SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUIDEN KÄYTTÖ	10
3.1	Lonkkamurtumien yleisyys ja riskitekijät	10
3.2	Lonkkamurtumien seuraukset	10
3.3	Lonkkamurtumapotilaiden kotona selviytyminen ja palvelutarve	11
4	IKÄÄNTYNEIDEN IHMISTEN ASUMINEN	13
4.1	Asumisen merkitys hyvinvoinnille	13
4.2	Kotona asumista tukevat tekijät	14
5	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	15
6	TUTKIMUSAINEISTO JA TUTKIMUSMENETELMÄT	15
6.1	Tutkimusaineisto	15
6.2	Tutkimuksen eettisyys	17
6.3	Tutkimusmenetelmät	18
6.3.1	Tutkittavien terveys	18
6.3.2	Sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö	18
6.3.3	Avun saaminen ja päivittäisistä toiminnoista selviytyminen lonkkamurtuman jälkeen	19
6.3.4	Asuminen	20
6.3.5	Yksinäisyys	20
6.4	Tutkimusaineiston analyysi	20
7	TULOKSET	21
7.1	Tutkittavien taustatiedot	21
7.2	Yksinäisyys ja asuminen	22
7.3	Palveluiden käyttö ja asuminen	23
7.4	Yksinäisyyden tunne ja palveluiden käyttö	24

7.5	Yksinäisyyden tunne, koettu terveys ja lääkkeiden käyttö.....	25
7.6	Lonkkamurtumasta toipuvien avun saaminen	26
8	POHDINTA	27
	LÄHTEET	33

1 JOHDANTO

Suomessa ja koko läntisessä maailmassa väestö vanhenee jatkuvasti (Hämäläinen ym. 2013). Euroopan Unionin (2012) ennusteiden mukaan 65 vuotta täyttäneiden osuus tulee kasvamaan nykyisestä (2010) 17 prosentista 30 prosenttiin vuoteen 2060 mennessä. Suuri osa ikääntyneistä on hyväkuntoisia ja asuu omassa kodissaan joko yksin tai toisen kanssa. Kaikissa läntisissä teollistuneissa maissa tavoitteeksi onkin asetettu ikääntyneiden ihmisten mahdollisuus asua kotona tai kodinomaisissa olosuhteissa mahdollisimman pitkään. Suomessa noin 95 % 65 vuotta täyttäneistä asuu omassa asunnossaan (Tilastokeskus 2011). Ikäihmisten palveluiden laatusuosituksissa (STM 2008) on tavoitteet asetettu 75 vuotta täyttäneille ja tavoite on, että 91- 92 % heistä asuu kotona itsenäisesti tai palvelujen turvin.

Eläkeikäisten kotitalouden koko vaihtelee eri EU-maissa. Ahonen ja Bach-Othman (2009) ovat vertailleet kahdeksan EU-maan (Suomi, Ruotsi, Tanska, Alankomaat, Espanja, Saksa, Britannia ja Itävalta) vanhuuseläkeikäisten kotitalouksien kokoa ja sen mukaan kotitalouden koko on selvästi suurin Espanjassa, jossa yli 65-vuotiaiden kotitalouden keskimääräinen koko on 2,4, kun se Suomessa on vain 1,7. Luku perustuu vuoden 2006 tilastoihin. Niin Suomessa kuin muissakin tutkimuksessa mukana olleissa maissa miehet asuvat harvemmin yksin kuin naiset ja yksin asuminen on yleisempää iäkkäämmillä henkilöillä molemmilla sukupuolilla. Tilastokeskuksen mukaan (2011) Suomessa yli 80 vuotiaista miehistä kolmannes asuu yksin, kun 65 -75 vuotiaista miehistä määrä on vain vajaa neljännes. Yleisintä yksin asuminen on 75 vuotta täyttäneillä naisilla (Ahonen & Bach-Othman 2009). Yleisin syy iäkkäiden ihmisten yksin asumiseen on leskeys, mutta syynä voi olla myös esimerkiksi puolison joutuminen laitoshoidon (Jaako, 2012).

Kotona asuvista ikääntyneistä ihmisistä suuri osa tarvitsee toimintakyvyn heikkenemisen takia apua päivittäisissä toiminnoissa (Koskinen ym. 2002). Apu voi olla puolisolta, lapsilta tai muilta läheisiltä saatavaa epävirallista apua tai esimerkiksi kotihoidon antamaa virallista apua. Säännöllisen kotihoidon piirissä oli vuonna 2008 keskimäärin 10 prosenttia 65 vuotta täyttäneistä. Palveluntarve oli vähäisin alle 75 -vuotiailla (6,3 %), suurin 85 vuotta täyttäneillä (20,4 %) (Heinola ym. 2010). Eniten

kotihoidon tukea tarvitsevat yksin asuvat, huonokuntoiset ikääntyneet, joilla on heikko tukiverkosto (Hammar 2008). Palvelutarpeeseen vaikuttaa myös koettu elämänlaatu (Montin 2007). Palvelujen tarve kasvaa tulevaisuudessa, mutta se ei kasva lineaarisesti ikääntyneiden ihmisten määrän kasvaessa, sillä kasvua hidastaa ikääntyneiden toimintakyvyn paraneminen (Heinola ym. 2007). Toisaalta lisääntyvien lonkkamurtumien seurauksena syntyvien toiminnanvajausten kasvu saattaa lisätä ikääntyneiden ihmisten palvelutarvetta (Edgren 2013).

Elämänhalu on iäkkään ihmisen tärkeimpiä voimavaroja. Lyyran mukaan (2006) kokemus arvostuksesta ja tarpeellisuudesta antaa voimia ja motivoi itsestä huolehtimiseen. Positiivinen elämänasenne ja tyytyväisyys tämän hetkiseen elämään ovat usein pitkän iän saavuttaneilla yhdistäviä tekijöitä ja positiivinen elämänasenne lisää sosiaalista aktiivisuutta ja sosiaalisen tuen määrää. Sosiaalinen tuki on yksi tärkeimpiä iäkkään ihmisen hyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä. Se lisää turvallisuuden, yhteenkuuluvuuden ja tarpeellisuuden tunnetta ja iän tuomista haasteista selviytyminen on helpompaa sosiaalisen tuen turvin (Lyyra 2006). Sosiaalisen tuen vaikutus iäkkään ihmisen elämänlaatuun on todettu myös Bowlingin (2005) tutkimuksissa. Toimintakyvyn heikentyessä yksin asuminen ja sosiaalisen tuen vähäisyys saattavatkin aiheuttaa turvattomuutta, mikä lisää yksinäisyyden kokemusta (Uotila 2011).

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää eroaako iäkkäiden lonkkamurtumasta toipuvien yksin asuvien ihmisten sosiaali- ja terveystalveluiden käyttö yhdessä toisen kanssa asuvien palveluiden käytöstä ja onko yksin asumisella yhteyttä koettuun yksinäisyyteen.

Tutkimuksen aineistona on käytetty Pro Mo - hankkeen (Promotion mobility after hip fracture) alkumittauksissa kerättyä kyselyaineistoa (Sipilä ym. 2011). Tutkittavat olivat tutkimushetkellä yli 60-vuotiaita, Keski-Suomen keskussairaalassa vuosina 2008 - 2009 lonkkamurtuman takia hoidettuja, itsenäisesti kotona asuvia miehiä ja naisia.

2 IKÄÄNTYNEIDEN IHMISTEN SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUIDEN KÄYTTÖ

2.1 Lainsäädäntöä ja määritelmiä

Suomen Perustuslain (1999) mukaan kansalaisille tulee turvata riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut. Kuntien pakollisena tehtävänä on järjestää asukkailleen perusterveydenhuollon lisäksi muun muassa kotipalvelua ja asumispalveluita. Osaan palveluista kuntalaisilla on subjektiivinen oikeus (esim. lasten päivähoido; Suomen perustuslaki 1999), osa on määrärahasidonnaisia, jolloin kunta voi suunnata palveluja niitä eniten tarvitseville. Palvelujen tarve tulee kuitenkin aina arvioida yksilöllisesti eikä kunta voi evätä palvelua pelkästään määrärahan puutteen perusteella. Myöskään asiakasmaksut eivät saa muodostua kuntalaisen palvelujen saamisen esteeksi (Kaakkola & Peltonen 2006).

Terveys- ja sairaanhoitopalveluilla tarkoitetaan potilaan terveydentilan määrittämiseksi tai hänen terveytensä palauttamiseksi tai ylläpitämiseksi tehtäviä toimenpiteitä, joita tekevät terveydenhuollon ammattihenkilöt tai joita tehdään terveydenhuollon toimintayksiköissä tai terveydenhuollon ammattihenkilön ohjauksessa tai valvonnassa (Koivuranta - Vaara 2011). Sosiaalipalvelulla tarkoitetaan puolestaan palvelua, jonka tarkoituksena on edistää asiakkaan sosiaalista hyvinvointia ja toimintakykyä sekä ehkäistä, vähentää ja poistaa sosiaalisia ongelmia (Laaksonen ym. 2012).

Eräänä suomalaisen palvelujärjestelmän tavoitteena on tukea ja edistää iäkkäiden ihmisten hyvinvointia, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista (Helin & von Bonsdorff 2013). Iäkkäällä ihmisellä tarkoitetaan ”henkilöä, jonka toimintakyky on heikentynyt korkean iän myötä alkaneiden, lisääntyneiden tai pahentuneiden sairauksien tai vammojen taikka korkeaan ikään liittyvän rappeutumisen johdosta” (STM 2013). Ikääntyneiden ihmisten keskeisiä sosiaali- ja terveyspalveluja ovat kotipalvelu, kotisairaanhoito, omaishoidon tuki, ikääntyneille tarkoitettu palveluasuminen, vanhainkotihoito ja pitkäaikainen hoito terveyskeskusten vuodeosastoilla (Voutilainen 2007). Näiden palveluiden järjestämistä kuuluu kunnille. Palvelujen järjestäjän on lain mukaan (STM 2013) suhteutettava henkilöstön

määrä, kelpoisuus ja rakenne palveluja saavien määrään ja toimintakykyisyyteen. Kunnat voivat tuottaa tarvittavat palvelut itse, yhteistyössä muiden kuntien kanssa tai ostopalveluina (Tilvis 2010b). Sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajia valvovat aluehallintovirastot, joiden valvonta kuuluu puolestaan sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastolle Valviralle (Helin & von Bonsdorff).

2.2 Palvelujen tarve ja niiden käyttöön vaikuttavat tekijät

Terveyspalvelujen käyttöä ennustavista tekijöistä on tehty useita tutkimuksia. (Noro ym.1999, Eun-Young ym. 2006, Larsson ym. 2006) käyttäen ns. Andersenin ja Newmanin behavioural – mallia (Andersen & Newman 1973). Sen mukaan yksilön terveyspalveluiden käyttöä ennustavat *altistavat*, *mahdollistavat* sekä *tarvetekijät*. Altistaviin tekijöihin kuuluvat ikä, sukupuoli, siviilisääty ja koulutus, mutta niihin voidaan lukea kuuluviksi myös yksilön terveystottumukset, asenteet, arvot ja tieto terveyspalveluista. Mahdollistaviin tekijöihin kuuluvat perheen voimavarat kuten yksin asuminen, läheisten tuki, tulot ja palvelujen etäisyys sekä yhteiskunnan voimavarat kuten palvelujen tarjonta. Tarvetekijät voidaan mallin mukaan jakaa kahteen luokkaan, joita ovat ihmisen itse kokema terveydentila ja terveydenhuoltohenkilöstön arvioima palvelujen tarve.

Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan (2006) palvelutarpeeseen vaikuttavia tekijöitä ovat muun muassa väestörakenne ja sen muutokset, ikärakenne, perherakenne, toimintaympäristö, palveluiden läheisyys, asunnon varustelutaso, ikääntyneen ihmisen terveydentila ja toimintakyky, ikääntymiseen liittyvät muutokset, palvelujärjestelmän toimivuus ja tarkoituksenmukaisuus, ikääntyneiden ihmisten asenteet ja odotukset sekä palvelurakenteen tasapaino suhteessa asukkaiden tarpeisiin.

Perusrakenteeltaan ikääntyneiden ihmisten palvelutarpeet eivät poikkea muun väestön tarpeista (Tilvis 2010b). Monien terveyspalvelujen käyttö kuitenkin yleistyy ihmisen ikääntyessä ja esimerkiksi 75 vuotta täyttäneistä sairaalahoitoa tarvitsee vuosittain 55 %, kun alle 75 -vuotiailla tarve on vain 10 %:lla (Lehto 2004). Erityisesti iäkkäille ihmisille tarkoitettujen hoidon ja hoivan tarve korostuu kahtena viimeisenä

elinvuotena (Helin & von Bonsdorff 2013). Korkean iän lisäksi naissukupuoli ennustaa suurempaa avun tarvetta ja palveluiden käyttöä (myös Pilger ym. 2013). Noron ym. (1999) mukaan naiset käyttivät palveluja miehiä enemmän, mutta käytettyjen palveluiden kokonaiskustannukset olivat pienemmät kuin miesten. Tutkimuksen tulosten mukaan iän myötä lisääntyivät erityisesti laitos- ja kotihoidon palveluiden käyttö.

Liikkumiskyvyn heikkeneminen, mutta myös asunnon ahtaus ja hygienia-tilojen toimimattomuus lisäävät asiakkaan kotiavun tarvetta päivittäisissä toiminnoissa. Vaikka keskeinen kotona asumisen mahdollistaja on päivittäisistä toiminnoista selviytyminen itsenäisesti tai avustettuna, ei tilojen suunnittelussa sitä ole riittävästi huomioitu (Sipiläinen 2011).

2.2.1 Yksin asumisen vaikutus palveluiden käyttöön

Sosiaali- ja terveysministeriön (2006) mukaan yksin asuminen vaikuttaa ikääntyneiden palvelutarpeeseen. Ruotsissa tehdyn tutkimuksen (Larsson ym. 2006) mukaan iän lisääntyminen yhdellä vuodella kasvatti yksin asuvilla kotipalvelun käytön riskiä 9:llä prosentilla verrattuna niihin jotka asuivat jonkun kanssa. Lisäksi yksin asuvien naisten riski kotipalvelujen käyttöön oli lähes kaksinkertainen verrattuna yksin asuviin miehiin. Myös Hammaren (2008) tutkimus osoitti, että yksin asuminen lisäsi riskiä kotipalvelun, kotisairaanhoidon ja ateriapalvelun käyttöön. Mäkelän ym. (2008) mukaan tietoa siitä, mitkä tekijät ennakoivat kotona asumista tukevien palvelujen tarvetta ja käyttöä ei ole riittävästi, mutta yksin asuminen näytti myös hänen tutkimuksessaan olevan palvelujen käyttöä lisäävä tekijä. Myös Hellström & Hallbergin (2004) tutkimuksen mukaan yksin asuminen lisää kotihoidon käyttöä.

Suurin osa ikääntyneistä toivoo saavansa kotiin hoitoa ja palveluita niitä tarvitessaan. Palveluiden tarve on myös sisäasiainministeriön selvityksen (Niemi 2012) mukaan suurin kotona yksin asuvilla, huonokuntoisilla ikääntyneillä, joilla on heikko sosiaalinen tukiverkosto. Kysyntään vaikuttaa Vaaraman ym. (2010) mukaan myös ihmisen itsensä ja hänen läheistensä kokemus selviytymisestä tai sitä uhkaavista tekijöistä. Turvattomuuden tunne saattaa lisätä palvelujen käyttöä ja myös

epävarmuus palvelujen saamisesta voi saada ikääntyneen ihmisen soittamaan turvapuhelimeen, hakeutumaan lääkärin vastaanotolle tai etsimään muuta ammattiapua vähäpätöiseltäkin näyttävän syyn takia (Finne-Soveri ym. 2010).

Suuri osa ikääntyneiden ihmisten saamista hoivasta on omaisten ja muiden läheisten antamaa, mutta yksin asumisen yleistyttyä myös formaalin, yhteiskunnan tarjoaman hoivan tarve on lisääntynyt (Zechner & Sointu 2009). Pienetkin muutokset yksin asuvien ikääntyneiden ihmisten toimintakyvyssä saattavat aiheuttaa tarvetta kotihoitoon, kun kotona ei ole avun antajaa (Vaarama & Noro 2005).

2.2.2 Yksinäisyys, koettu terveys ja palveluiden käyttö

Ikääntyneet ihmiset tarvitsevat hoidon lisäksi runsaasti hoivaa. Sipilän (2003) mukaan hoivalla tarkoitetaan arkielämän toimista selviytymiseen tarvittavaa säännöllistä tai jokapäiväistä apua. Hoivapalveluiden käyttöön vaikuttavat paitsi yksilölliset ja kotitalouteen sekä elinympäristöön liittyvät tekijät, myös palvelujärjestelmään ja palveluiden saamiseen liittyvät tekijät (Stakes 2006). On todettu (Routasalo 2010), että heikko subjektiivinen terveys voi johtaa yksinäisyyden kokemukseen, mutta yksinäisyys itsessään voi myös luoda uusia hoivan tarpeita (Vaarama 2004) ja lisätä sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttöä (Routasalo ym. 2003, Tiikkainen 2006, Luo ym. 2012). Ellawayn mukaan (1999) yksinäisyys voi aiheuttaa pyöröovi-ilmiötä, jolloin asiakas sairaalasta kotiuduttuaan palaa lyhyen ajan sisällä takaisin sairaalaan kokemansa turvattomuuden ja yksinäisyyden vuoksi.

Ikääntyneet ihmiset itse yhdistävät yksinäisyyden tunteiden lisääntymisen usein yksin asumiseen, sosiaalisten suhteiden vähenemiseen ja terveyden heikentymiseen (Palkeinen 2007). Aiempien tutkimusten mukaan yksin asuminen ja yksinäisyyden kokeminen lisäävät sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöä sekä laitoshoidon riskiä (Routasalo ym. 2003, Wattmo 2011), mutta tunne siitä, että saa tarvitessa apua, voi merkittävästi vähentää yksinäisyyden tunnetta (Tiikkainen 2006). Toisaalta laitoksissa asuvilla yksinäisyyttä on todettu olevan enemmän kuin kotona asuvilla (Tiikkainen 2006), joten kotona asumista tukevilla merkityksillä kuten autonomialla,

kodin tunnearvoilla, omalla halulla ja kotiin juurtumisella saattaa olla yksinäisyyttä torjuva vaikutus (Nykänen 2007).

Ikääntyneiden ihmisten palvelujen käytön taustalla olevia tekijöitä ei tarkasti tunneta, mutta kuoleman läheisyys on eräs tärkeimmistä tekijöistä (Forma 2011). Montin (2007) on tutkinut lonkan tekonivelleikkauksessa olleiden potilaiden elämänlaatuun liittyviä tekijöitä. Hänen mukaansa ne, jotka arvioivat elämänlaatunsa huonommaksi, käyttivät enemmän kotisairaanhoidon palveluita, kotipalvelua ja kuljetuspalveluita. Yksin asuminen, heikentynyt subjektiivinen terveys ja sosiaalsiin suhteisiin liittyvien odotusten toteutumattomuus ovat merkittäviä ikääntyneiden yksinäisyyttä selittäviä tekijöitä (Routasalo 2010) ja voivat näin siis johtaa palveluiden lisääntyneeseen käyttöön.

Koetulla terveydellä tarkoitetaan henkilön ilmaisemaa kokemusta omasta yleisestä terveydentilastaan ja se kuvaa terveyden subjektiivista ulottuvuutta (Palosuo ym. 2007). Koettu terveys heikkenee iän mukana. Alle puolet 75 vuotta täyttäneistä arvioi terveytensä hyväksi tai melko hyväksi ja viidennes huonoksi tai melko huonoksi, kun vastaavat luvut nuoremmassa ikäryhmässä (55-64v.) olivat kolme neljäsosaa ja vajaa kymmenes osa (Koskinen ym. 2012). Ikääntyneiden koettu terveys on kohentunut viime vuosina (Tilvis 2010b), mutta koetun terveyden erot ovat suuria eri koulutusryhmien välillä (Palosuo ym. 2007) ja riskiä huonoksi koettuun terveyteen lisää myös vähäinen sosiaalinen pääoma (Forsman 2012). Koettu terveys ennustaa THL:n (2013) mukaan kuolleisuutta, toimintakykyä ja terveystalouden käyttöä väestössä ja huono koettu terveys lisää kotihoidon käyttöä (Stoddart ym. 2002). Huono koettu terveys vaikuttaa kielteisesti myös itsenäistä selviytymistä tukevien teknologioiden käytön omaksumiseen (Sintonen 2008). Boumans & Deegin (2011) mukaan julkista hoiva-apua saaneiden ikääntyneiden ihmisten koettu terveys heikkeni ja yksinäisyys lisääntyi enemmän verrattuna niihin, jotka eivät saaneet apua tai saivat apua ystäviltä ja sukulaisilta. Sen sijaan ryhmätoimintaan osallistuminen saattaa parantaa koettua terveyttä ja elämänlaatua ja vähentää sosiaali- ja terveystalouden käyttöä (Pitkälä ym. 2009).

2.3 Palvelujen tarpeen ja saatavuuden kohtaaminen

Pitkäaikaissairauksien määrä lisääntyy iän myötä ja siksi ikääntyneet ihmiset käyttävät muita enemmän sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita. Palvelut ovat usein kuitenkin hajanaisia eivätkä vastaa ikääntyneiden tarpeita (Salin 2008). Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevassa laatusuosituksessa on asetettu tavoitteeksi, että mahdollisimman moni ikääntyneistä ihmisistä voisi elää itsenäisesti omassa kodissaan. Tämä lisää kotiin annettavien palvelujen tarvetta ja laatusuosituksessa linjataankin, että kotona asumista tulee tukea nopeasti saatavilla, ammattitaitoisilla sosiaali- ja terveystalveilla (Voutilainen 2007). Ikääntyneet ihmiset haluavat myös itse asua omassa kodissaan edellyttäen, että saavat tarvittaessa kotihoidon apua (Kärnä 2009, Andersson 2007), mutta Aaltonen ym. (2013) mukaan ikääntyneiden ihmisten palvelujen tarpeeseen ei riittävästi vastata ja osa ikääntyneistä ei myöskään luota siihen, että saisi tarvitessaan apua (Finne-Soveri ym. 2010). Kotihoidon suosiminen laitoshoidon sijaan on lisännyt muun muassa niiden ikääntyneiden ihmisten määrää, jotka liikkumiskyvyn ongelmien takia eivät itsenäisesti kykene lähtemään ulos ja joiden liikunnan tarve näin jää tyydyttämättä (Rantakokko ym. 2010). Ammattihenkilöiden toiminnan ja ikääntyneiden ihmisten omien odotusten välillä on myös todettu ristiriitaa, joka heikentää asiakkaan omaa toimintatahtoa, itsemääräämisoikeutta ja omien voimavarojen hyödyntämistä (Eloranta 2009). Anna-Liisa Niemelä (2006) tutki väitöskirjassaan kotipalvelutyössä tapahtuneita muutoksia. Hän pohti työssään myös sitä, onko voimavaroja liian yksipuolisesti keskitetty kotihoidon kehittämiseen vaihtoehtoisten asumismuotojen kustannuksella.

Suomessa ikääntyneillä ihmisillä ei ole subjektiivista oikeutta palveluihin tai kotiin saatavaan apuun (Leinonen 2011), ja kotihoidon palveluita käytetäänkin hyvin vaihtelevasti eri kunnissa. Ero ei Forman (2011) mukaan selity kuntien ominaisuuksilla. Avopalveluiden toimivuus vaikuttaa palveluasumisen ja laitoshoidon toimintaan ja siksi palvelurakennetta tulisi tarkastella kunnissa kokonaisuutena asukaslähtöisesti (Voutilainen 2007). Palvelujen tarvetta on pyritty arvioimaan ikääntyneille ihmisille itselleen kohdennetuilla kyselyillä. Sen heikkoutena voidaan Vilkon ym. (2010) mukaan pitää sitä, että oman vanhenemisen ja haurastumisen myötä syntynyttä palvelutarvetta voi olla vaikea ajoissa hahmottaa, mikä vaatii

ammattilaisten tekemältä arvioinnilta ja koko palvelujärjestelmältä nopeutta ja joustavuutta palvelutarpeen reaaliaikaiseksi tyydyttämiseksi.

Sisäasiainministeriön selvityksen (Niemi 2012) mukaan ikääntyneiden kotiin annettavien palveluiden laatu ja mitoitus eivät vastaa kotona asumisen edellyttämiä tarpeita ja annetun hoivan taso on riittämätöntä. On arvioitu (Vaarama 2004), että joka kolmas yli 75-vuotias ja puolet yli 85-vuotiaista tarvitsee päivittäisiä kotihoidon palveluita. Kuitenkin säännöllisen kotihoidon piirissä vuonna 2005 oli 75 vuotta täyttäneistä vain 11,5 prosenttia (Heinola ym. 2007). Kotihoidon palveluita kohdennetaan ensisijaisesti niille ikääntyneille, joiden hoitoisuus on raskainta, mikä on lisännyt omaisten vastuuta virallisen hoivan ulkopuolelle jäävien läheistensä hoidosta (Leinonen 2011). Samansuuntaisia tuloksia on saatu myös Ruotsissa (Szebehely & Trydeqård 2007). Leinosen (2011) ja Paljärven (2012) tutkimusten mukaan asiakkaat odottivat saavansa kotihoidon työntekijöiltä enemmän varsinaisia kodinhoidollisia palveluita kuten siivousta ja asiointiapua. Lisäksi asiakkaat kokivat, etteivät saaneet kotihoidon työntekijöiltä riittävästi tukea sosiaalisten suhteiden ylläpitämiseen (Paljärvi 2012). Valtiontalouden tarkastusvirasto (2010) on myös todennut, että toimenpidesuoritusten jälkeen ei kotihoidon asiakaskäynneillä jää riittävästi aikaa sosiaaliseen kanssakäymiseen. Riittävydessä on tarkastusviraston mukaan kysymys myös asiakaan turvallisuuden tunteesta, ei pelkästään käytetystä ajasta.

Varhainen sairaalasta kotiuttaminen lisää palvelujen tarvetta ja sukulaisten huolta ikääntyneistä omaisistaan. Watersin ym. (2001) tutkimuksen mukaan ikääntyneiden ihmisten henkilökohtaisen avun saaminen ei kotiutuksen jälkeen ollut riittävä ja tutkijoiden mielestä sairaaloiden tulisi ottaa huomioon nopean kotiuttamisen aiheuttama haitta onnistuneen kotiutuksen suunnittelulle ja sairaalan ja kotona asumista tukevien tahojen väliselle tiedon kululle. Erityisesti naimattomien ja yksin asuvien miesten avun saaminen tulisi varmistaa, sillä suuri osa heistä on virallisen sektorin palvelujen varassa (Blomgren ym. 2006).

3 LONKKAMURTUMAPOTILAIDEN SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUIDEN KÄYTTÖ

3.1 Lonkkamurtumien yleisyys ja riskitekijät

Lonkkamurtumien ilmaantuvuus kasvaa iän myötä (Piirtola 2011). Suomessa tapahtuu vuosittain yli 7000 lonkkamurtumaa (Pulkinen 2009) ja niiden määrän on arvioitu nousevan vuoteen 2020 mennessä jopa 14000:een suurten ikäluokkien vanhetessa. Vaikka lonkkamurtumien määrä on havaintojen mukaan kasvanut riskiväestöjä nopeammin, on viimeisten vuosien ilmaantuvuuden kasvun kuitenkin todettu taittuneen Suomessa ja monissa muissa maissa. Erääksi syyksi kasvun taittumiseen on esitetty ikääntyvien ihmisten painonnousua. Väestön painoindeksin yhden yksikön kasvun on laskettu vähentävän lonkkamurtumien ilmaantuvuutta noin 7 % (Tilvis 2010a).

Suurin osa lonkkamurtumapotilaista on naisia, joiden osuus on yli kaksinkertainen samanikäisiin miehiin verrattuna. Useimmiten murtumat sattuvat sisätiloissa, sekä kodeissa että laitoksissa, mutta myös lyhytaikaishoidon aikana (Lönroos 2009, Panula 2010). Kaatumisen ja lonkkamurtuman riskiä lisääviä tekijöitä ovat muun muassa korkea ikä, murtumaa edeltävän toimintakyvyn heikkous (Salva ym. 2004, Penrod ym. 2007, Kristensen 2011) ja psyyken lääkkeiden käyttö (Lönroos 2009). Portegijsin (2008) mukaan iäkkäillä naisilla kaatumisriskiä ja vammojen syntymistä lisää myös jalkojen lihasvoiman suuri ero.

3.2 Lonkkamurtumien seuraukset

Lonkkamurtumien seuraukset ovat vakavia sekä yksilön että yhteiskunnan kannalta. Ne lisäävät ennenaikaisen kuoleman vaaraa sekä miehillä että naisilla (Piirtola 2011) kuolleisuuden ollessa jopa kolme kertaa suurempi kuin muulla väestöllä (Lönroos 2009, Panula 2010). Sundin ym. (2009) mukaan ensimmäisenä murtuman jälkeisenä vuonna lonkkamurtumapotilaista menehtyy 22 – 40 %. Myös sairaalahoidon määrä on selvästi suurempi lonkkamurtumapotilailla vielä toisena murtuman jälkeisenä

vuonna verrattuna sekä muuhun väestöön että potilaiden omaan murtumaa edeltäneeseen aikaan (Lönroos 2009).

Lonkkamurtumien hoitoon ja kuntoutukseen arvioidaan vuosittain kuluvan lähes 150 miljoonaa euroa (Pulkkinen 2009). Nurmi ym. (2003) ovat selvittäneet lonkkamurtumien aiheuttamia potilaskohtaisia kustannuksia, jotka on deflatoitu vuoden 2011 kustannustasolle (Nurmi- Lüthje 2012). Selvityksen mukaan murtuman hoidon potilaskohtaiset kustannukset ovat ensimmäisenä murtuman jälkeisenä vuonna noin 20.000 euroa. Jos kotonaan ennen murtumaa asunut potilas joutuu murtuman seurauksena pysyvään laitoshoidon, ovat potilaskohtaiset kustannukset noin 49.000 euroa. Lonkkamurtumapotilaista 11 % jää pysyvästi vuodepotilaiksi (Nurmi ym. 2004).

3.3 Lonkkamurtumapotilaiden kotona selviytyminen ja palvelutarve

Keskeistä kotona selviytymistä selittävä tekijä on potilaan hoidon tarve kotiutushetkellä (Noro ym. 2000). Rissanen ym. mukaan (1999) lonkkamurtumapotilaista miehet selviytyvät kotona naisia heikommin ja heillä on suurempi todennäköisyys joutua uudelleen sairaalaan tai laitoshoidon kuin naisilla. Portegjis ym. (2013) tutkimuksen mukaan lonkkamurtuman jälkeistä itsenäistä suoriutumista kotona voi haitata myös koetut ympäristöesteet. Kotihoidon käytön todennäköisyys on tuki- ja liikuntaelinsairauksista kärsivillä lähes kaksinkertainen verrattuna niihin, joilla ei näitä sairauksia ole (Lankinen 2010). Myös lonkkamurtuman jälkeinen kaatumisen pelko ja heikentynyt tasapaino saattavat johtaa liikkumisen vähenemiseen ja toimintakyvyn heikkenemiseen lisäten palvelujen tarvetta (Edgren 2013).

Erityisesti lonkkamurtuman jälkeisen kuolleisuuden ehkäisemiseksi on tärkeää muiden yleisten tautiryhmien kuten verenkiertoelinten sairauksien ja dementian mahdollisimman hyvä hoito (Panula 2010). Ikääntyneen ihmisen toimintakyvyn palautumista voidaan nopeuttaa jatkamalla postoperatiivista kuntoutusta kotiutumisen jälkeen (Rodaro ym. 2004) ja keskittämällä avohoidossa olevien lonkkamurtumapotilaiden kuntoutus moniammatillisiin kuntoutusyksiköihin (Tilvis

2010a). Heikentynyt ravitsemustila (Hershkovitz 2007), masennus ja kognition lasku ovat yleisiä lonkkamurtumasta kuntoutuvilla potilailla ja ne heikentävät sekä toimintakykyä että elämänlaatua (Feng ym. 2010), mutta ajoissa toteutettu tehokas kuntoutus lisää ikääntyneen ihmisen mahdollisuuksia itsenäiseen ja omatoimiseen elämään (Hershkovitz 2007, Pitkälä ym. 2010, Sakari 2013).

Perheen jäsenten osallistuminen lonkkamurtumapotilaan hoitoon on tärkeää potilaan kotona selviytymiselle (Glenny ym. 2013) ja nopeuttaa sairaalasta kotiutumista (Hershkovitz 2007). Kuitenkin sekä kotona hoitoon osallistuvien että terveydenhuollon ammattilaisten mielestä osallistumista vaikeuttaa usein eri tekijöistä johtuva heikkous kotiutusvaiheen tiedonkulussa (Glenny ym. 2013).

Katja Somersaari (2013) on opinnäytetyönään kehittänyt Oulunkylän kuntoutussairaalaan kotiutuvien lonkkamurtumapotilaiden turvallista kotiuttamista. Työtä varten haastatellut potilaat kokivat, että turvallisuutta luo kotiutuksen hyvissä ajoin tehty valmistelu, tuttu ympäristö ja tunne siitä, että apua on tarvittaessa saatavilla, niin omaisilta, ystäviltä kuin kotihoitajiltakin. Erityisesti turvallisuuden tunnetta lisäävänä elementtinä korostui vuorovaikutuksen merkitys. Haastatteluun osallistuneet potilaat kokivat eniten epävarmuutta kotiutumisen jälkeisten palvelujen ja avun saamisen riittävydestä ja pitivät palveluneuvonnan ja kirjallisten ohjeiden saamista tärkeinä. Turvattomuutta ja selviytymispelkoa lisäsi yksin asuminen. Yksin asuminen (Semel ym. 2010) ja heikko sosiaalinen tuki (Di Monaco 2004) heikentävät myös selviytymisen ennustetta.

Mielenkiintoista on, että kunnan avohoitovaltainen palvelujärjestelmä lisäsi lonkkamurtumapotilaiden riskiä joutua uudelleen sairaalahoitoon (Rissanen 1999). Kaatumisriskiä voidaan erilaisin toimenpitein vähentää merkittävästi, mutta sen esteeksi ovat muodostuneet ammattihenkilöstön osaamisen puutteet ja moniammatillisen yhteistyön kankeus sekä vaikeus tunnistaa riskiryhmiä tai tapaturmien vaaratekijöitä. Merkittävä yhteistyötä vaikeuttava tekijä on eri hallintokuntien väliset korkeat raja-aidat (Mankkinen 2011). Myös Vaapion (2009) mukaan kaatumisen ehkäisyyn tarvittavien toimenpiteiden järjestämisessä on puutteita sekä perusterveydenhuollon että sairaaloiden lääkäreiden osaamisessa ja tähän pitäisi puuttua lääkäreille suunnatulla täydennyskoulutuksella. Di Monacon ym. (2008) mukaan jo yksi kotiutuksen jälkeen tehty toimintaterapeutin kotikäynti voi

merkittävästi vähentää lonkkamurtuman jälkeistä kaatumisriskiä. Yksin asuvien kaatumisista olisi ehkäistävässä jopa 40 % (Mankkinen 2011) ja kaatumisen ehkäisy pitäisikin Järvisen ym. (2008) mukaan ottaa lonkkamurtumien ehkäisy painopistealueeksi. Tämä olisi perusteltua paitsi inhimillisestä myös taloudellisesta näkökulmasta katsottuna (Vaapio 2009).

4 IKÄÄNTYNEIDEN IHMISTEN ASUMINEN

4.1 Asumisen merkitys hyvinvoinnille

Vaikka kotona asuminen ja kotiin vietävien palvelujen kehittäminen on nostettu keskusteluissa vanhustenhuollon keskiöön, on ikääntyvän väestön asuntoja ja asumisratkaisuja yhteiskuntatieteellisinä ja sosiaalisina ilmiöinä tutkittu vähän (Heiskanen & Tedre 2008). On kuitenkin tärkeää, että asumisratkaisuja arvioitaessa läkkäiden ihmisten heterogeenisuus otetaan huomioon (Lapintie & Hasu 2010), sillä koetulla asumisen laadulla on todettu olevan vaikutusta ihmisen terveyteen, hyvinvointiin ja elämänlaatuun (Kyttä & Kahila 2006).

Asuminen tutussa ympäristössä voi jatkaa ikääntyneen ihmisen itsenäisen elämisen mahdollisuutta, sillä toimintakyvyn heikentyessä alttius ympäristön vaikutuksille, myös muutoksille, kasvaa (Pitkälä ym. 2010). Parantamalla fyysistä ympäristöä voidaan tukea huonokuntoisenkin ikääntyneen selviytymistä omassa kodissaan (Pohjolainen & Salonen 2012).

Ikääntyneiden ihmisten yksin asuminen on viimeisten vuosikymmenten aikana lisääntynyt koko Euroopassa. Vain Espanjassa 75 vuotta täyttäneillä naisilla kotitalouden keskimääräinen koko on yli kaksi henkeä (2,2), Suomessa se on 1,5. Suomessa yli 65-vuotiaista naisista 47 prosenttia ja miehistä 22 prosenttia asuu yksin (Tomassini 2004). Kaikissa Ahonen & Bach-Othmanin (2009) tutkimuksen vertailumaissa miehet asuvat keskimäärin suuremmissa kotitalouksissa kuin naiset. Muista maista poikkeavaa Suomessa on se, että miesten yksin asuminen on lähes

yhtä yleistä 65 -74 -vuotiailla kuin 75 vuotta täyttäneillä. Suomessa miesten yksin asuminen yleistyy vasta yli 80 -vuotiailla.

Yksin asuminen lisää ikääntyneiden ihmisten kotihoidon tarpeen todennäköisyyttä lähes kolminkertaisesti verrattuna toisen kanssa asuviin (Lankinen 2010). Yksin asuminen voi myös lisätä koettua yksinäisyyttä (Andersson 2012) ja yksinäisyys ennakoi lisääntyneitä terveyspalvelujen käyttöä (Luo ym. 2012). Itsenäisen kotona selviytyminen on kontekstisidonnainen tila, johon vaikuttavat ikääntyneen ihmisen henkilökohtaisten ominaisuuksien lisäksi hänen toimintakykynsä sekä sosiaalinen ja asumisen ympäristö (Ahlqvist ym. 2013).

4.2 Kotona asumista tukevat tekijät

Suuri osa ikääntyneistä ihmisistä asuu pitkään kotona toimintakyvyn salliessa. Sosiaali- ja terveysministeriön (2006) määritelmän mukaan ”toimintakyvyllä voidaan tarkoittaa sitä, että ihminen selviytyy itseään tyydyttävällä tavalla itselleen merkityksellisistä jokapäiväisen elämän toiminnoista siinä ympäristössä, jossa hän arkeaan elää”.

Anja Valta (2008) on tutkinut iäkkäiden ihmisten päivittäistä kotona suoriutumista ja hänen tutkimuksensa mukaan kotona suoriutumista perustoiminnoista sekä välineellisistä ja kehittyneistä toiminnoista tukee paitsi hyvä kognitiivinen tila, myös sosiaalinen tuki. Tämä toimii Nygrenin ym. (2007) mukaan myös päinvastoin eli aktiivinen päivittäisten rutiinien suorittaminen tutussa ympäristössä tukee ikääntyneen ihmisen terveyttä ja sosiaalista selviytymistä. Tämä on tärkeää myös kokonaissuoriutumisen kannalta. Avun pyytäminen saattaa kuitenkin olla vaikeaa erityisesti ikääntyneille miehille (Pohjolainen & Salonen 2012).

Kotona asumista vaikeuttavat asuinympäristön ongelmat, mm. syrjäinen sijainti ja hissittömyys, mutta myös kotipalvelun ja apuvälineiden puute (Andersson 2012, Hammar 2008) sekä vähäiset sosiaaliset kontaktit (Grundy 2006). Anderssonin (2007) mukaan riittämätön kotihoito voi olla jopa syynä ikääntyneen ihmisen laitoshoitoon joutumiselle. Kotona selviytymistä sen sijaan tukee palvelutarpeen

arvioon perustuva ajoissa annettu apu tai palvelu (Starck - Pirskanen 2009). Sirpa Nykänen (2007) on tutkinut kotona asumisen merkityksiä ikääntyvälle. Sen mukaan kotona asumiseen liittyvät vapaus, talous, terveys, sosiaaliset suhteet, tunnearvot ja oma halu. Esteiksi kotona asumiselle koettiin ongelmat terveydessä, liikkumisessa, kodin töissä ja asumisessa.

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, onko lonkkamurtumasta toipuvien yli 60-vuotiaiden henkilöiden terveystalvelujen käyttö ja yksinäisyys yhteydessä yksin asumiseen.

Tutkimuksella halutaan herättää keskustelua siitä, onko ”ikäntyneiden kotona asuminen niin pitkään kuin mahdollista” aina oikea tavoite vai olisiko ikääntyneiden asumista hyvä tarkastella laajemmin, enemmän yksilöllisistä lähtökohdista käsin.

Tutkimuskysymyksiä ovat

- 1) Onko yksin asumisella yhteyttä ikääntyneen ihmisen sosiaali- ja terveystalveluiden käyttöön?
- 2) Onko yksin asumisella yhteyttä ikääntyneen ihmisen yksinäisyyteen?

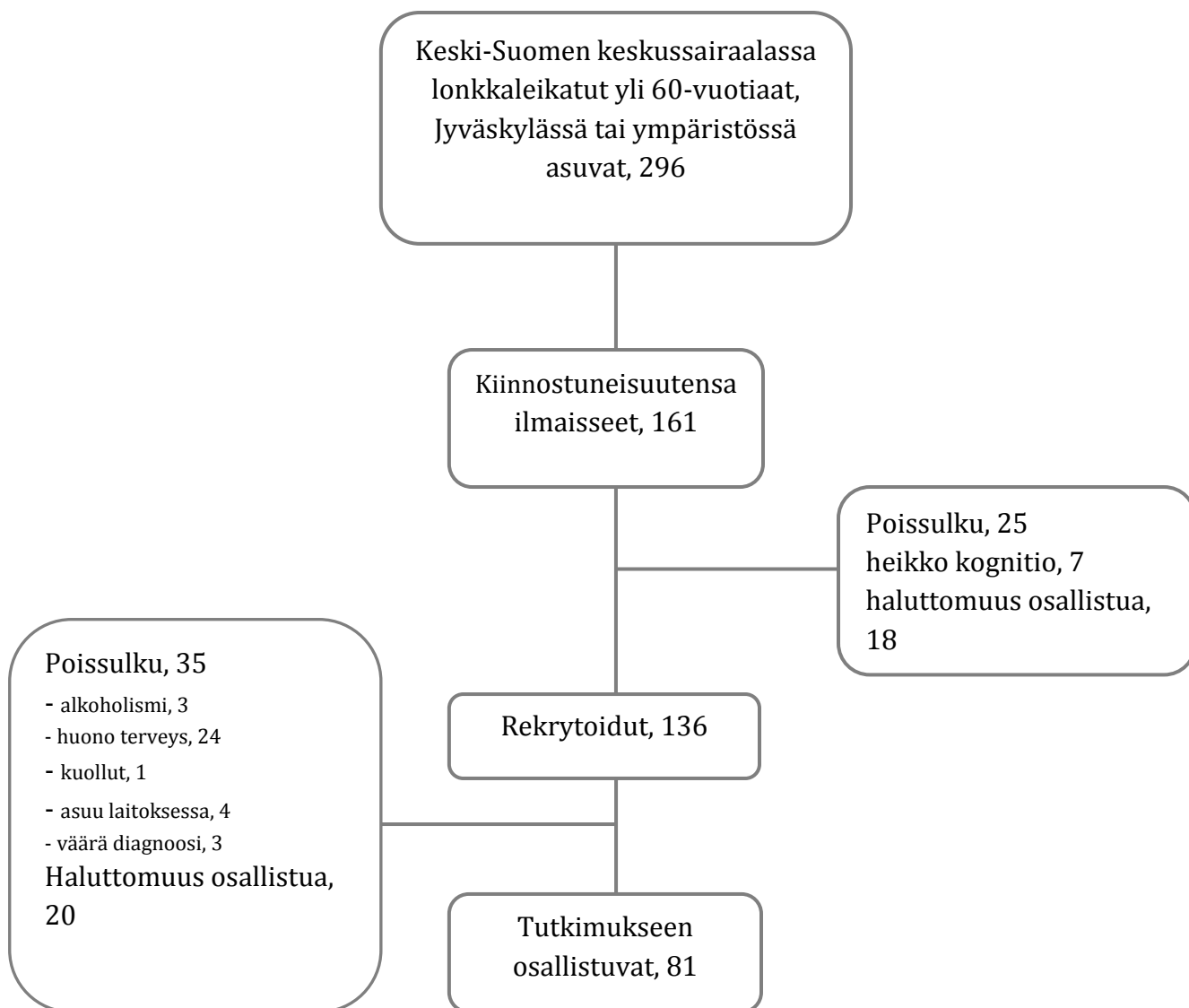
6 TUTKIMUSAINIISTO JA TUTKIMUSMENETELMÄT

6.1 Tutkimusaineisto

Tutkimuksen aineistona on käytetty ProMo (Promoting mobility after hip fracture) – hankkeen alkumittausaineistoa (Sipilä ym. 2011). Tutkimuksesta informoitiin vuosien 2008 - 2010 aikana lonkkamurtuman (ICD-koodi S72.0 ja S72.1) takia Keski-Suomen keskussairaalassa leikattuja, Jyväskylässa tai sen lähikunnissa (Keuruu, Laukaa, Multia, Muurama, Petäjävesi, Saarijärvi, Toivakka, Uurainen ja Äänekoski) asuvia, 60

vuotta täyttäneitä potilaita, jotka asuivat kotona tai palvelutalossa ja liikkuivat itsenäisesti ennen murtumaa (n=296). Tutkimuksesta kiinnostui 161 henkilöä, joista suljettiin pois haastattelujen perusteella 25 henkilöä. Alkumittaukseen kutsutuista (n=136) suljettiin pois vielä poissulkukriteerien (MMSE < 18, BDI-II>29, alkoholismi, vaikea sydän ja verisuoni-, keuhko- tai muu etenevä sairaus, ala- tai neliraajahalvaus tai laitosasuminen) perusteella 55 henkilöä. Alkumittaus tehtiin lopulta 81 henkilölle, joista naisia 63, miehiä 18 (Kuvio 1).

Mittaukset tehtiin mahdollisimman pian sairaalasta tai terveyskeskuksen vuodeosastolta kotiutumisen jälkeen, keskimäärin 70 (SD 28) vuorokautta lonkkamurtumasta, 65 (SD 23) leikkauksesta ja 42 (SD 23, vaihteluväli 4-154) vuorokautta tutkittavien kotiuduttua sairaalasta tai terveyskeskuksen vuodeosastolta.



Kuvio 1. Tutkimukseen osallistuminen

6.2 Tutkimuksen eettisyys

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin eettinen lautakunta on antanut ProMo – tutkimuksesta puoltavan lausunnon marraskuussa 2007. Kaikki tutkimukseen osallistuneet saivat tutkimuksesta kirjallisen tiedotteen ja lisäksi heillä oli halutessaan mahdollisuus keskustella tutkijan kanssa ennen tutkimukseen osallistumista. Tutkittavat allekirjoittivat suostumuksensa tutkimukseen osallistumisesta sekä luvan tietojensa käyttämisestä tutkimuksessa (Sipilä ym. 2011).

6.3 Tutkimusmenetelmät

6.3.1 Tutkittavien terveys

Tutkimukseen osallistuville tehtiin lääkärin ja terveydenhoitajan tarkastus, jossa selvitettiin kroonisten sairauksien määrää ja reseptilääkkeiden sekä muiden lääkkeiden käyttöä terveystarkastuksen, sairauskertomusten ja lääkereseptien avulla. Lääkkeiden käyttöä tarkennettiin kysymyksillä ”Käytättekö tällä hetkellä reseptilääkkeitä?” ja ”Käytättekö säännöllisesti muita kuin lääkärin määräämiä lääkkeitä?”. Vastausvaihtoehtoina molempiin ”kyllä” tai ”en”. Koettua terveyttä kartoitettiin kysymyksellä ”Millaiseksi arvioisitte nykyisen terveydentilanne?”. Vastausvaihtoehtoina annettiin ”erittäin hyvä”, ”hyvä”, ”huono” ja ”erittäin huono”. Vastaukset luokiteltiin analyysia varten kahteen luokkaan yhdistämällä vastausvaihtoehdot ”erittäin hyvä” ja ”hyvä” luokaksi ”hyvä” sekä ”huono” ja ”erittäin huono” luokaksi ”huono”. Kroonista sairautta, lääkkeiden käyttöä ja koettua terveyttä koskevat tulokset on koottu taulukkoon 1.

Pituuden ja painon perusteella laskettiin painoindeksi (BMI) seuraavan kaavan avulla: paino/pituus^2 . Muistia ja tiedonkäsittelykykyä testattiin Mini-Mental State Examination (MMSE)-testillä ja mielialaa kartoitettiin Beck Depression Inventory (BDI-II) – testillä.

6.3.2 Sosiaali- ja terveystalvelujen käyttö

Lonkkamurtuman jälkeistä sosiaali- ja terveystalvelujen käyttöä selvitettiin kysymyksillä ”Oletteko lonkkamurtuman jälkeen käynyt: terveystalvelukeskuslääkärillä, ensiapupoliklinikalla, keskussairaalan poliklinikalla, fysioterapiassa (tai fysioterapeutti käynyt kotona) tai päiväkeskuksessa/ -sairaalassa”. Lisäksi kysyttiin ”Oletteko saanut kotihoidon palveluita” ja ”Oletteko ollut terveystalvelukeskuslääkärin osastolla tai keskussairaalan osastolla”, ”Oletteko käynyt yksityislääkärillä, terveyden- tai sairaanhoitajan vastaanotolla tai psykologin/ psykiatrin/ masennushoitajan vastaanotolla”. Vastausvaihtoehtoina kaikkiin edellä mainittuihin kysymyksiin oli ”ei”

tai ”kyllä”. Taulukossa 3. kuvataan tuloksia kahdeksan ensin mainitun palvelun osalta tutkimusryhmittäin.

6.3.3 Avun saaminen ja päivittäisistä toiminnoista selviytyminen lonkkamurtuman jälkeen

Tämän tutkimuksen kohteena oli iäkkäiden, yksin asuvien, lonkkamurtumasta toipuvien ihmisten sosiaali- ja terveystalvelujen käyttö ja yksinäisyys. Koska palveluiden käyttöön liittyy läheisesti avun saaminen toimintakyvyn heiketessä, katsottiin tuloksia myös siltä osin. Tutkittavilta kysyttiin ”Saitteko toimintakykyne heikkenemisen takia toistuvaa apua tavallisissa toiminnoissanne?” Esimerkkinä kysymyksessä oli mainittu kodinhoitotyöt, kaupassa käyminen, peseytyminen, kodin ulkopuolella asiointi tai lääkityksestä huolehtiminen, vastausvaihtoehtoina ”kyllä” tai ”en”. ”Kyllä” vastanneilta kysyttiin ”Keneltä/mistä olette saanut apua? Ja kuinka usein?” Vastausvaihtoehtoina olivat puoliso, lapset/ lastenlapset/ heidän puolisonsa, muut sukulaiset/ naapurit/ ystävät/ tuttavat, kotiaavustaja/kodinhoitaja, kotisairaanhoidaja, yksityinen siivouspalvelu, muu yksityinen palvelun tuottaja, talonmies/ kiinteistöpalvelun työntekijä, ateriapalvelu, kuljetuspalvelu, jokin muu. Tuloksissa on esitetty apua saaneiden määrä sen mukaan asuuko tutkittava yksin vai toisen kanssa (taulukko 4). Erikseen on analysoitu kotiaavustajan/kodinhoitajan tai kotisairaanhoidajan apua saaneiden määrää.

Päivittäisistä toiminnoista selviytymistä yleisesti kartoitettiin kysymyksellä ”Miten arvioisitte selviytyväanne päivittäisistä toiminnoista?” Selviytymistä pyydettiin arvioimaan asteikolla ”erittäin hyvin”, ”hyvin”, ”huonosti” tai ”erittäin huonosti”. Vastaukset luokiteltiin analyysia varten kaksiluokkaiseksi yhdistämällä vaihtoehdot ”erittäin hyvin” ja ”hyvin” luokaksi ”hyvin” sekä ”huonosti” ja ”erittäin huonosti” luokaksi ”huonosti”. Päivittäisiin toimintoihin kuuluvia toimintoja kuten selviytyminen syömisestä, vuoteeseen asettumisesta tai sieltä nousemisesta, pukeutumisesta, peseytymisestä ym. oli selvitetty 23 erillisellä kysymyksellä, mutta tässä tutkimuksessa niitä ei ole analysoitu. Tulokset päivittäisistä toiminnoista selviytymisen osalta on esitetty taustatietojen yhteydessä (taulukko 1).

6.3.4 Asuminen

Tutkittavien asumista ja asumisympäristöä kartoitettiin seuraavien kysymysten avulla: ”Asutteko yksin?” (kyllä/ei), ”Kenen kanssa asutte?” (aviopuolison/avopuolison, omien lasten/lastenlasten, sukulaisten/sisarusten/muiden kanssa), ”Minkä tyyppisellä asuinalueella asutte?” (kaupunki, taajama/esikaupunki, maaseutu/haja-asutusalue), ”Millaisessa asunnossa asutte?” (kerrostalossa, rivitalossa, omakotitalossa/paritalossa) ja ”Mikä on asumismuotonne?”(tavallinen asunto, palveluasunto). Tässä tutkimuksessa asumista on käsitelty kaksiluokkaisena ”asuu yksin” tai ”asuu toisen kanssa”.

6.3.5 Yksinäisyys

Yksinäisyys ei alun perin ollut tämän tutkimuksen kohde, mutta yksinäisyys liittyy aiempien tutkimusten (mm. Routasalo 2010) mukaan yksin asumiseen ja otettiin sillä perusteella mukaan. Yksinäisyyden kokemuksia kartoitettiin kysymyksellä ”Tunnetteko itsenne yksinäiseksi?”. Vastausvaihtoehtoina ”hyvin harvoin/ ei koskaan”, ”harvoin”, ”usein”, ”melkein aina”. Vastaukset luokiteltiin kahteen luokkaan: 1) hyvin harvoin/ei koskaan ja 2) vähintään harvoin, jossa vastausvaihtoehdot ”harvoin”, ”usein” ja ”melkein aina” oli yhdistetty. Tulokset on esitetty taulukossa 2.

6.4 Tutkimusaineiston analyysi

Tutkimusaineisto analysoitiin käyttämällä SPSS 18.0 – ohjelmaa. Tilastollisen merkitsevyyden rajaksi määriteltiin kaikkiin testeihin $p < 0.05$. Muuttujien normaalijakautuneisuutta tarkasteltiin Kolmogorov-Smirnovin testillä. Lisäksi muuttujien jakaumien symmetrisyyttä testattiin jakamalla vinousluku keskivirheellään. Todettiin, että jakauma ei ole symmetrinen, jos tulos oli < -2 tai > 2 . Ristiintaulukoinnin avulla tarkasteltiin eroja yksin asuvien ja toisen kanssa asuvien taustatietojen lisäksi palvelujen käytössä, ja yksinäisyydessä.

7 TULOKSET

7.1 Tutkittavien taustatiedot

Tutkittavien keski-ikä oli 79,4 vuotta. Suurin osa tutkimukseen osallistuneista kuului 75 -84 – vuotiaiden ikäryhmään, mutta yksin asuvia oli suhteessa eniten vanhimpien, 85 vuotta täyttäneiden joukossa. Naisia oli kaikista osallistuneista 77,8 %, naimisissa tai avoliitossa oli 37 %, naimattomia tai eronneita 18,5 % ja leskiä 44,4 %. Yksin asuvia kaikista tutkittavista oli 59,3 %. Kaksi kolmasosaa (65,4 %) arvioi selviytyvänsä päivittäisistä toiminnoista kotona erittäin hyvin tai hyvin. Terveytensä koki huonoksi yksin asuvista hieman yli 40 %, toisen kanssa asuvista hieman alle 40 %. Reseptilääkkeitä oli käytössä suurimmalla osalla (91,3 %) ja muita kuin lääkärin määräämiä lääkkeitä käytti hieman yli puolet (50,7 %) tutkituista. Taulukossa 1 on esitetty tutkittavien taustatietoja jaoteltuna tutkimusryhmittäin.

Taulukko 1. Tutkittavien taustatiedot sen mukaan asuuko yksin vai toisen kanssa

	Asuu yksin (n=48)	Asuu toisen kanssa (n=33)	p-arvo*
Sukupuoli			.717
nainen	38 (79,2 %)	25 (75,8 %)	
mies	10 (20,8 %)	8 (24,2 %)	
Luokiteltu ikä			.190
65 – 74 v	11 (22,92 %)	10 (30,30 %)	
75 – 84	23 (47,92 %)	19 (57,58 %)	
85 -	14 (29,16 %)	4 (12,12 %)	
Käyttää reseptilääkkeitä	44 (91,7 %)	29 (90,6 %)	.872
Käyttää muita kuin reseptilääkkeitä	24 (53,3 %)	14 (46,7 %)	.572
Vähintään yksi pitkäaikais- sairaus	42 (87,5 %)	26 (78,8 %)	.294
Huono koettu terveys	20 (41,7 %)	13 (39,4 %)	.838
Arvioi selviytyvänsä hyvin päivittäisistä toiminnoista	33 (68,8 %)	20 (60,6 %)	.449

* χ^2 -testi

7.2 Yksinäisyys ja asuminen

Lähes kaksi kolmesta (66 %) yksin asuvista tunsi itsensä yksinäiseksi vähintään harvoin, kun toisen kanssa asuvista osuus oli 42,4 %. Ero oli tilastollisesti merkitsevä ($p = .037$). Tulokset on koottu alla taulukkoon 2.

Taulukko 2. Yksinäisyyden tunne asumisen mukaan

Yksinäisyyden tunne	Asuu yksin (n=48)	Asuu toisen kanssa (n=33)	*p-arvo
Ei koskaan	16 (34 %)	19 (57,6 %)	.037
Vähintään harvoin	31 (66 %)	14 (42,4 %)	

* χ^2 -testi

7.3 Palveluiden käyttö ja asuminen

Yksin asuvista keskimäärin 55 % oli käyttänyt vähintään kerran yhtä tai useampaa tässä tutkimuksessa kysytyistä palveluista. Toisen kanssa asuvista palveluja oli käyttänyt keskimäärin 42,3 %. Vähintään yhtä palvelua käyttäneistä keskimäärin 68,8 % oli yksin asuvia. Taulukossa 3. on esitetty kuinka suuri osuus yksin asuvista ja toisen kanssa asuvista on käyttänyt mainittuja palveluja. Tuloksista voidaan havaita, että yksin asuvista kaikkia mainittuja palveluja on käyttänyt suurempi osuus kuin toisen kanssa asuvista, mutta ero on tilastollisesti merkitsevä vain päiväkeskus/ -sairaalakäynneissä ($p = .022$), sekä fysioterapian palveluiden ($p = .020$) ja kotihoidon palveluiden käytössä ($p = .008$).

Taulukko 3. Palvelujen käyttö asumisen mukaan

Käytetty palvelu	Asuu yksin n=48	Asuu toisen kanssa, n=33	*p-arvo
Käynyt ensiapu pkl	25 (53,2 %)	13 (39,4 %)	.224
Käynyt keskussairaalan pkl	30 (62,5 %)	18 (54,5 %)	.474
Käynyt tk-lääkärillä	23 (47,9 %)	15 (45,5%)	.827
Käynyt päiväkeskuksessa/ sairaalassa	10 (20,8 %)	1 (3,0 %)	.022
Ollut tk-sairaalan osastolla	34 (70,8 %)	22 (66,7 %)	.690
Ollut keskussairaalan osastolla	37 (77,1 %)	25 (78,1 %)	.913
Saanut fysioterapian palveluja	24 (50,0 %)	8 (24,2 %)	.020
Saanut kotihoidon palveluja	27 (57,4 %)	9 (27,3 %)	.008

* χ^2 -testi

7.4 Yksinäisyyden tunne ja palveluiden käyttö

Yksin asuminen näyttää lisäävän yksinäisyyden tunnetta, mutta palveluiden käyttöön yksinäisyydellä ei näyttäisi olevan tilastollisesti merkitsevää yhteyttä (Taulukko 4).

Taulukko 4. Palveluiden käyttö yksinäisyyden mukaan

Yksinäisyyden kokeminen	Ei koskaan n=35	Vähintään harvoin n=45	*p-arvo
Käynyt ensiapu pkl	16 (45,7 %)	22 (50,0 %)	.705
Käynyt keskussairaalan pkl	20 (57,1 %)	28 (62,2 %)	.645
Käynyt tk-lääkärillä	14 (40,0 %)	23 (51,1%)	.323
Käynyt päiväkeskuksessa/ sairaalassa	2 (5,7 %)	9 (20,0 %)	.066
Ollut tk-sairaalan osastolla	23 (65,7 %)	32 (71,1 %)	.605
Ollut keskussairaalan osastolla	28 (80,0 %)	33 (75,0 %)	.599
Saanut fysioterapian palveluja	17 (48,6 %)	15 (33,3 %)	.168
Saanut kotihoidon palveluja	15 (44,1 %)	20 (44,4 %)	.977

* χ^2 -testi

7.5 Yksinäisyyden tunne, koettu terveys ja lääkkeiden käyttö

Yksinäiseksi itsensä kokevista koki terveytensä huonoksi 48,9 %, ei yksinäisyyttä kokevista 28,6 %. Tulos on lähellä tilastollisen merkitsevyyden rajaa ($p = .066$). Lääkkeiden käytössä ero oli tilastollisesti merkitsevä sekä reseptilääkkeiden ($p = .021$) että muiden lääkkeiden osalta ($p = .004$). Reseptilääkkeitä käytti yksinäisyyttä tuntevista 97,7 %, muita lääkkeitä 65,1 %. Niistä tutkituista, jotka eivät kokeneet yksinäisyyttä reseptilääkkeitä käytti 82,9 %, muita lääkkeitä 31,3 % (Taulukko 5).

Taulukko 5. Koettu terveys ja lääkkeiden käyttö yksinäisyyden mukaan

Yksinäisyyden kokeminen	Ei koskaan (n=35)	Vähintään harvoin (n=45)	*p-arvo
Huono koettu terveys	10 (28,6 %)	22 (48,9 %)	.066
Käyttää reseptilääkkeitä	29 (82,9 %)	43 (97,7 %)	.021
Käyttää muita lääkkeitä	10 (31,3 %)	28 (65,1 %)	.004

* χ^2 -testi

7.6 Lonkkamurtumasta toipuvien avun saaminen

Apua tavallisissa toiminnoissa oli yksin asuvista saanut 91,5 %, toisen kanssa asuvista 84,4 %. Ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä ($p = .329$). Kotiavustajalta tai kodinhoitajalta apua oli yksin asuvista saanut 31,1 %, toisen kanssa asuvista 17,9 %. Kotisairaanhoidajalta apua oli yksin asuvista saanut 35,6 %, toisen kanssa asuvista 17,9 %. Kotisairaanhoidajalta apua saaneista 76,2 % (16/21) oli yksin asuvia. Tulokset on esitetty taulukossa 6.

Taulukko 6. Avun saaminen lonkkamurtuman jälkeen asumisen mukaan

Avun saaminen	Asuu yksin (n = 45)	Asuu toisen kanssa (n=28)	p-arvo*
Saanut apua tavallisissa toiminnoissa	43 (91,5 %)	27 (84,4 %)	.329
Saanut apua kotisairaanhoidajalta	16 (35,6 %)	5 (17,9 %)	.104
Saanut apua kotiavustajalta/kodinhoitajalta	14 (31,1 %)	5 (17,9 %)	.210

* χ^2 -testi

8 POHDINTA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, onko iäkkäiden lonkkamurtumasta toipuvien ihmisten sosiaali- ja terveyspalveluiden käytössä tai yksinäisyydessä eroa sen mukaan asuuko ihminen yksin vai toisen kanssa. Tutkimuksella halutaan herättää keskustelua siitä, onko nykyisin vallalla oleva suuntaus ”kotona niin pitkään kuin mahdollista” yksiselitteisesti paras asumisen vaihtoehto vanhalle ihmiselle vai lisääkö yksin asuminen mahdollisesti yksinäisyyttä ja sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttöä. Tutkimuksen kohdejoukkona olivat lonkkamurtumasta toipuvat, itsenäisesti kotona asuvat yli 60 -vuotiaat ihmiset.

Tutkituista noin 78 prosenttia oli naisia ja lähes 60 prosenttia oli yksin asuvia. Vanhimmassa, 85 vuotta täyttäneiden ikäluokassa yksin asuvia oli yli kaksi kolmasosaa. Näiltä osin tutkimusjoukko noudattaa valtakunnallisia lonkkamurtumatilastoja (Panula 2010). Tutkittavista suurimmalla osalla oli vähintään yksi pitkäaikaissairaus ja reseptilääkkeitä käytti yli 90 prosenttia.

Yksin asuminen näyttää tämän tutkimuksen mukaan lisäävän yksinäisyyttä. Ero yksin asuvien ja toisen kanssa asuvien välillä oli tilastollisesti merkitsevä ($p = .022$). Tutkimuksen tuloksista voidaan havaita myös, että yksin asuvat käyttivät myös palveluja kaiken kaikkiaan enemmän kuin toisen kanssa asuvat, mutta tilastollisesti merkitsevä ero oli vain fysioterapeutin ja kotihoidon palvelujen käytössä sekä päiväkeskuksessa tai päiväsairaalassa käyneiden kohdalla. Tutkimuksessa selvitettiin myös mahdollisia eroja palvelujen käytön määrässä yksinäisyyttä kokeneiden ja ei kokeneiden välillä, mutta niissä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja. Sen sijaan yksinäisyyttä kokevat käyttivät sekä reseptilääkkeitä että muita lääkkeitä tilastollisesti merkitsevästi enemmän kuin ei yksinäisyyttä kokevat.

Koetun terveyden osalta voidaan todeta, että kokonaisuutena yksin asuvat kokivat terveytensä heikommaksi kuin toisen kanssa asuvat, mutta ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Yksinäisyyden tunne kuitenkin lisäsi huonoa koettua terveyttä ($p = .066$) ja tulosta voidaan Pohjolainen ym. (2010) aiemman tutkimuksen perusteella pitää suuntaa antavana. Sen mukaan avun tarvetta yksin asuvilla saattaa lisätä yksinäisyyden tunteen aiheuttama huono koettu terveys ja toimintakyky. Tämän tutkimuksen tuloksiin saattaa osittain vaikuttaa tutkittavien pieni joukko. Koettu

terveys ennustaa kuitenkin usein toimintakyvyssä tapahtuvia muutoksia (Vuorisalmi 2007), minkä takia sen huomioiminen ikääntyneen ihmisen tulevan palvelutarpeen arvioinnissa on tärkeää.

Merkityksiä

Yksin asuvilla lonkkamurtumapotilailla fysioterapeutin antama apu kotiutumisen alkuvaiheessa on välttämätön toipumisen nopeuttamiseksi. Fysioterapeutin ohjaama, voimaa lisäävä harjoittelu edistää lonkkamurtuman jälkeistä päivittäisistä toiminnoista suoriutumista, mutta yksilöllisesti suunniteltu kotikuntoutus saattaa edistää toipumista jopa voimaharjoittelua enemmän (Edgren 2013). Liikkumiskyvyn heikkenemistä lisää usein kaatumispelon aiheuttama fyysisen aktiivisuuden välttäminen, mikä puolestaan voi johtaa pitkäaikaisten toiminnanvajausten syntymiseen. Kun - kuten tämän tutkimuksen tulokset osoittavat - toisen kanssa asuvat käyttävät tai saavat fysioterapeutin palveluja selvästi vähemmän kuin yksin asuvat, onko vaarana, että heidän kuntoutumisensa jää liian vähäiseksi lisäten näin toiminnanvajausten syntymistä? Toisen kanssa asuvan on todennäköisesti myös helpompi jäädä fyysisesti passiivisemmaksi puolison tai muun omaisen avustamana, mikä saattaa heikentää toimintakyvyn paranemista. Vaikka yksin asuva monesti tarvitsee sosiaali- ja terveystalvveluja enemmän kuin toisen kanssa asuva, on todennäköisesti perusteltua kiinnittää suurempaa huomiota myös niiden lonkkamurtumasta toipuvien ikääntyneiden ihmisten kotiutumisen jälkeiseen kuntoutukseen, jotka eivät asu yksin. Oikein ajoitettu ja toteutettu kuntoutus edistää merkittävästi toimintakykyä (Edgren 2013), minkä takia on tärkeää, että sen tekee kuntoutuksen ammattilainen.

Yksin asuvien suurempi kotihoidon palvelujen tarve on tullut esiin useissa tutkimuksissa (Hammar 2008, Karvonen-Kälkäjä 2005). Turvattomuus ja yksinäisyyden tunne lisäävät palvelujen tarvetta, mutta myös todellinen fyysisen avun tarve voi yksin asuvalla olla suurempi, kun ei kotona ole toista jakamassa kodin askareita. Uuden Ikälain (2012) mukaan kuntien tulee toimia aktiivisesti tarjoamalla itsenäistä suoriutumista tukevia palveluja erityisesti niille ikääntyneille, joiden elinoloihin tai elämäntilanteeseen liittyy palveluntarvetta mahdollisesti lisääviä riskitekijöitä. Yksin asuvalla, lonkkamurtuman jälkeen kotiutuneella ikääntyneellä ihmisellä sekä elinoloihin että elämäntilanteeseen voidaan katsoa sisältyvän tällaisia riskitekijöitä. Toisaalta yksin asuminen pitää toimintakykyä yllä, kun on pakko

selviytyä. Tämän tutkimuksen mukaan yksin asuvat näyttivät selviytyvän toisen kanssa asuvia paremmin päivittäisistä toiminnoista. Ero oli selvä, mutta ei kuitenkaan tilastollisesti merkitsevä. Onko yksin asuville annetuilla fysioterapian palveluilla ollut osuutta paremmassa selviytymisessä? Suurempi panostus lonkkamurtumapotilaiden kotikuntoutukseen olisi todennäköisesti myös taloudellisesti kannattavaa riippumatta siitä asuuko potilas yksin vai toisen kanssa.

Tutkituista 84 prosentilla oli vähintään yksi pitkäaikaissairaus. Panulan (2012) tutkimuksen mukaan pitkäaikaissairauden mahdollisimman hyvä hoito on yksi lonkkamurtumapotilaan kotona selviytymisen kulmakiviä. Kiinnitetäänkö tähän riittävästi huomiota? Huonosti hoidettu perussairaus voi vaikeuttaa lonkkamurtumapotilaan kotona selviytymistä ja pitkittää sairaalassa oloa tai lisätä riskiä joutua uudelleen sairaalaan. Tämä on inhimillisestä näkökulmasta katsottuna raskasta vanhalle ihmiselle, mutta se todennäköisesti myös lisää yhteiskunnan kustannuksia.

Kotona asumisen vaikeutumiseen liittyy aina jonkin asteinen toiminnanvajaus, mikä lisää avun ja palvelujen tarvetta. Toiminnanvajaus voi syntyä sairauden tai vamman seurauksena vaikeuttaen päivittäisistä toiminnoista selviytymistä (Verbrugge & Jette 1994). Ensimmäisiä merkkejä iäkkään ihmisen palvelutarpeen lisääntymisestä saattaa olla avuntarve raskaissa kotitaloustöissä (Vilkko ym. 2010). Voidaanko katsoa, että palvelujärjestelmä vastaa tällä hetkellä riittävästi varhaista avun tarvetta viestiviin signaaleihin (Vaarama ym. 2010), kun kotihoitoa saavien asiakkaiden virallisen kotihoidon antama hoitoaika on vähentynyt palvelutarpeen kasvusta huolimatta? Vaikka kotona asumisen tukeminen ja edistäminen on asetettu palvelujärjestelmän tärkeimmäksi tavoitteeksi, on tietoa varhaisesta avuntarpeesta vielä vähän. Pienikin joustavien palveluratkaisujen mahdollistama arjen apu saattaa kuitenkin olla ratkaiseva kotona selviytymisen kannalta (Mäkelä ym. 2007) ja oleellista palvelujen kehittämisessä olisikin tietoa siitä, saako ikääntynyt ihminen apua ja miten hän kokee saamansa avun täyttävän hänen avuntarpeensa (Vilkko ym. 2010).

Keskeistä tässä tutkimuksessa on ollut pohtia yksin asuvan, lonkkamurtumasta toipuvan ikääntyneen ihmisen palvelutarvetta verrattuna toisen kanssa asuviin. Kotona asumisen on useissa tutkimuksissa todettu olevan yhteiskunnalle halvempi

ratkaisu kuin laitosasuminen, mutta onko kasvava kotihoidon tarve huomioitu riittävästi? Yksin asuva tarvitsee monilta osin enemmän palveluita kuin ei yksin asuva ja yksin asuminen näyttää lisääntyvän. Onko yksin asuvien suuremmalla lääkkeiden käytöllä laajempia merkityksiä ja lisääkö liikkumattomuus palvelujen tarvetta?

Ikääntyneet ihmiset haluavat asua omassa kodissaan, ei perinteisessä vanhainkodissa (Kärnä 2009). Itsenäinen asuinympäristön palvelujen käyttö tuo riippumattomuutta ja lisää oman elämän hallintaa ja siksi on tärkeää, että ikääntyneille on tarjolla erilaisia asumisvaihtoehtoja ja toiveiden mukainen esteetön ympäristö, joka suo mahdollisuuden itsenäiseen elämään ja mahdollisuuden pitää yllä sosiaalisia suhteita jokaisen omien toiveiden ja voimavarojen mukaisesti. Toimintakyvyn ylläpitäminen on ratkaisevan tärkeää hoivapalvelujen tarpeen syntymisen ehkäisemiseksi ja se edellyttää riittävien ja ajoissa saatavilla olevien terveys- ja kuntoutuspalvelumahdollisuuksien olemassaoloa (Kärnä 2009). Iäkkäänäkin aloitettu fyysisen aktiivisuuden lisääminen ja yksilöllinen liikuntaneuvonta saattavat myöhentää sekä laitos- että kotihoidon palvelujen tarvetta (von Bonsdorff 2009).

Tutkimuksen vahvuudet ja heikkoudet

Tämän tutkimuksen vahvuudeksi voidaan katsoa, että tutkimusaineisto on osa suurempaa tutkimusta. Aineisto sisältää kattavasti Keski-Suomen keskussairaalassa aineiston keräysaikana hoidetut lonkkamurtumapotilaat. Tutkimuksen luotettavuutta lisää huolella tehdyt alkumittaukset.

Tutkimuksen heikkoutena voidaan pitää tutkittavien vähäistä määrää, mikä saattaa vaikuttaa tutkimustuloksiin joiltakin osin. Lisäksi poissulkukriteerien perusteella jätettiin tutkimuksen ulkopuolelle vaikeammin sairast, alkoholismista kärsivät ja muistihäiriöiset, joten jäljelle jäi keskimääräistä parempikuntoinen tutkittavien joukko, minkä vuoksi tuloksia ei voida yleistää koko väestöä koskevaksi.

Lopuksi

Ikääntyneen ihmisen vaikuttamismahdollisuus omiin asioihinsa on kirjattu vanhuspalvelulakiin (2012). Eikö itsemääräämisoikeus ja valinnanmahdollisuus tulisi

huomioida myös asumisen järjestelyissä, sillä kaikki eivät toimintakyvyn heikentyessä halua enää asua kotonaan. Ikäihmisen asumisen vaihtoehtoja käsitelleessä tutkimuksessa (Özer-Kemppainen 2006) on tarkasteltu palveluasumiseen muuttamisen syitä. Asumismuodon valintaan vaikuttivat muun muassa palvelu- ja senioritalojen keskeinen sijainti ja talon tarjoamat palvelut, taloudellinen vakaus epävarmuuden sijaan, huoli omakotitalon ylläpidosta, vuokrasuhteen epävarmuus sekä edellisen asunnon fyysiset esteet kuten hissittömyys ja asunnon soveltumattomuus pyörätuoliasumiseen. Tutkimuksen mukaan ikääntyneet ihmiset ovat yleensä tyytyväisiä palveluasumiseen. Tyytyväisimpiä olivat Özer-Kemppaisen (2006) mukaan ne ikääntyneet, jotka muuttivat palvelutaloihin, jotka sijaitsivat samalla alueella kuin heidän oma asuntonsa. On tärkeää ottaa tämä tutkimustulos huomioon tulevaisuuden rakentamisessa. Palveluasumisen keskittäminen ei siis ehkä ole perusteltua ikääntyneen ihmisen asumistyytyväisyyden kannalta, vaan tärkeää näyttäisi olevan muuttovaiheessa säilyttää asuinympäristö niin muuttumattomana kuin mahdollista, jolloin olemassa olevien sosiaalisten suhteiden ylläpitäminen myös olisi mahdollista.

Halusin tässä työssä pohtia sitä, onko tarkoituksenmukaista, että ikääntyneen ihmisen asuminen omassa kodissa ”niin pitkään kuin mahdollista” asetetaan aina itsestään selväksi tavoitteeksi huomioimatta lukuisia tilanteeseen vaikuttavia tekijöitä. Heiskanen & Tedre (2008) kyseenalaistavatkin kirjoituksessaan mielestäni osuvasti ”retoriikan, joka ei koskaan kerro miten pitkään ja millaisin ehdoin loppuun asti”. Vaikka suurin osa ikääntyneistä itsekkin haluaa asua kotona, tulisi tarjolla olla vaihtoehtoisia asumismuotoja niille, jotka kokevat yksinäisyyttä ja turvattomuutta ja kaipaavat mahdollisuutta sosiaaliseen kanssakäymiseen ja tarvittaviin palveluihin. On tärkeää, että arvioidaan myös kotona asumisen laatua. Asunnosta ulos pääseminen on vaikeutunut yhä useammalla liikkumisen vaikeutuessa ympäristön esteiden vuoksi, sosiaalinen eristäytyneisyys on lisääntynyt ja moni ikääntynyt joutuu viettämään päivänsä täysin yksin (Heinola ym. 2010). Voidaanko näissä tilanteissa puhua laadukkaasta asumisesta ja arvokkaasta vanhenemisesta?

Päätöksenteossa on kuunneltava ikääntyneen omia toiveita. On kohtuutonta vaatia vanhaa ihmistä asumaan yksin omassa asunnossaan, jos yhteiskunnassamme ei kyetä takaamaan riittäviä kotiin annettavia, hyvinvointia ja elämänlaatua tukevia palveluita, vaan ikääntynyt ihminen joutuu sosiaalisesti ja fyysisesti eristyneeksi

omaan kotiinsa. Jatkotutkimusta tarvitaan yksin kotona asumisen mahdollisista ei-toivotuista seurauksista kuten lääkkeiden lisääntyneestä käytöstä.

LÄHTEET

Aaltonen T, Henriksson L, Tiilikka T, Valokivi H, Zechner M. Hyvä elämä vanhuudessa. Suullinen esitys Gerontologiapäivillä 5.-7.6.2013. Gerontologia 2013; 2; 127-128. Kasvun ja vanhenemisen tutkijat ry. Jyväskylän yliopisto.

Ahqvist A, Ämmälä H, Nyfors H, Suhonen R. Rekisteritutkimus kotona asuvien ikääntyneiden itsenäisestä selviytymisestä. Kaste-hanke. Turun yliopisto, hoitotieteen laitos. Posteriatrakti Gerontologiapäivillä 5.-7.6.2013. Gerontologia 2013; 2: 228-229. Gerontologian tutkimuskeskus. Jyväskylän yliopisto.

Ahonen K. & Bach-Othman J. Vanhuusköyhyyden jäljillä – kotitalouden rakenteen merkitys sukupuolten välisiin köyhyysriskieroihin kahdeksassa EU-maassa. Eläketurvakeskuksen keskustelualoitteita 2009:8.

Andersen R & Newman J. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. Milbank Memorial Fund Quarterly Health and Society. 1973;51: 95-124.

Andersson S. Ageing in place – Ikäihmisten asumisen ongelmat ja sosiaaliset suhteet. Artikeli. Gerontologia 2012; 1: 2-13. Gerontologian tutkimuskeskus. Jyväskylän yliopisto.

Andersson S. Kahdestaan kotona. Tutkimus vanhoista pariskunnista. Stakes, tutkimuksia 2007: 169.

Blomgren J, Martikainen P, Martelin t, Koskinen S. Ikääntyneiden sama virallinen ja epävirallinen apu Suomessa. Yhteiskunta politiikka. 2006; 2: 167-178.

von Bonsdorff M. Physical activity as a predictor of disability and social and health service use in older people. Studies in sport, physical education and health 2009:141. Jyväskylän yliopisto.

Boumans J & Deeg J. Changes in the quality of life of older people living at home: does type of care play a role? Tijdschr Gerontol Geriatr. 2011; 42: 170-183.

Bowling A. Ageing Well: Quality of Life in Old Age. Open University Press. 2005.

Di Monaco M. Factors Affecting Functional Recovery After Hip Fracture in the Elderly. Critical Reviews in Physical and Rehabilitation Medicine. 2004;16. Osteoporosis Research Centre, Presidio Sanitario San Camillo. Torino, Italy.

Di Monaco M, Vallero F, De Toma E, De Lauso L, Tappero R, Cavanna A. A single home visit by an occupational therapist reduces the risk of falling after hip fracture in elderly women: a quasi-randomized controlled trial. J Rehabil Med 2008; 40: 446–450.

Edgren J. Physical disability in community-dwelling older people after hip fracture: Randomized controlled trials with physical rehabilitation. *Studies in sport, physical education and health* 201. Jyväskylän yliopisto 2013.

Ellaway A, Wood S, Macintyre S. Someone to talk to? The role of loneliness as a factor in the frequency of GP consultations. *Brit J Gen Pract* 1999; 49: 363-67.

Eloranta S. Supporting older people`s independent living at home through social and healthcare collaboration. *Annales Universitatis Turkuensis* 2009; D 869.

Eun-Young K, Eunhee C, Kyung J. Factors influencing use of home care and nursing homes. *J Adv Nurs* 2006; 54: 511-517.

European Union. The 2012 ageing report. Economic and budgetary projections for the 27 EU member states (2010 – 2060). *European Economy 2/ 2012*. http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2012/pdf/ee-2012-2_en.pdf

Feng L, Scherer S, Tan B, Chan G, Fong N, Ng T. Comorbid cognitive impairment and depression is a significant predictor of poor outcomes in hip fracture rehabilitation. *Int Psychogeriatr* 2010; 22: 246-253.

Finne-Soveri H, Helameri T, Noro A, Peiponen A, Rautio M. SosiaaliporrasRAI – hanke 2007-2009. Gerontologisen sosiaalityön porrastettu palvelutarpeen arviointi. Loppuraportti. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Tutkimuksia 2010.

Forma L. Health and Social Service Use Among Older People. The last two years of life. Tampereen yliopisto. 2011. Tampereen Yliopistopaino Oy.

Forsman A. The Importance of social capital in later life. Mental Health promotion and mental disorder prevention among older adults. Doctoral thesis at the Nordic School of Public Health NHV. Göteborg. KTMP Mustasaari. 2012.

Glenny C, Stolee P, Sheiban L, Jaglal S. Communicating during care transitions for older hip fracture patients: family caregiver and health care provider`s perspectives. *Int J Integr Care*. 2013; 13.

Grundy E. Ageing and vulnerable elderly people: European perspectives. *Ageing and society*. 2006; 26:105-134.

Hammar T. Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa – kotihoidon asiakkaiden avun tarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO-mallin vaikuttavuus ja kustannus-vaikuttavuus. Väitöskirja. Tutkimuksia 179. Stakes. Gummerus Oy. Vaajakoski 2008.

Heinola R, Kauppinen S, Kattainen E, Finne-Soveri H. Ikäihmisten kotona asuminen ja avopalveluiden ensisijaisuus. Teoksessa Voutilainen P. (toim.) Laatu laatusuosituksella? Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen

seuranta ja arviointi. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Raportteja 2007:2. Helsinki 2007.

Heinola R, Finne-Soveri H, Noro A, Kauppinen S, Koskinen S, Martelin T, Sainio P. Vanhusten kotiin annettavat palvelut ja omaishoidon palvelut. Teoksessa Kauppinen S. (toim.). Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntijoiden arvioita peruspalvelujen tilasta. Peruspalvelujen tila 2010 –raportin tausta-aineisto. THL. Yliopistopaino. Helsinki 2010: 34-43

Heiskanen L. & Tedre S. Ajatuksia asunnosta ja asumisesta. Gerontologia 2008; 2: 100-103. Suomen Gerontologian Tutkimuskeskus, Jyväskylän yliopisto.

Helin S & von Bonsdorff M. Palvelujärjestelmä terveyden, toimintakykyisyyden ja selviytymisen edistäjänä. Teoksessa Heikkinen E, Jyrkämä J, Rantanen T. (toim.) Gerontologia. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim 2013; 426-443..

Hellström Y & Hallberg I. Determinants and characteristics of help provision for elderly people living at home and in relation to quality of life. Scand J Caring Sci 2004; 18: 387-395.

Hershkovitz A, Kalandariov Z, Hermush V, Weiss R, Brill S. Factors Affecting Short-term Rehabilitation Outcomes of Disabled Elderly Patients With Proximal Hip Fracture. Arch Phys Med Rehab 2007; 88: 916-21.

Hämäläinen P, Kojo H, Lanne M, Rytönen A, Reisbacka A. Ikäihmisen tulevaisuuden asuminen. Kirjallisuuskatsaus. VTT Technology 79. Espoo 2013.

Hyvinvointivaltion rajat. Hoivan ja hoidon taloudellinen kestävyys. Arvioita sosiaali- ja terveyspalveluiden kustannusten kehityksestä. Stakes 2006. Edita Prima Oy. Helsinki.

Jaako N. Monet syrjäseutujen vanhukset asuvat vielä puutteellisesti. Artikkelit. Hyvinvointikatsaus 4/2012. Tilastokeskus. http://www.stat.fi/artikkelit/2012/art_2012-12-10_006.html?s=0.

Järvinen T, Sievänen H, Khan K, Heinonen A, Kannus P. Shifting the focus in fracture prevention from osteoporosis to falls. BMJ 2008; 336: 124-126.

Kaakkola J. & Peltonen A. Sosiaali- ja terveyspalvelujen asiakkaan oikeusasema – vertailu yksityisten ja kunnan järjestämien palveluiden välillä. 2006. Kuluttajaviraston julkaisusarja 9/2006. ISSN 1796-0118 Verkkojulkaisu. ISBN 951-681-109-4 (pdf). Helsinki.

Karvonen-Kälkälä A. Ikääntyneen henkilön oikeus saada kuntoutuspalveluita. Teoksessa Pitkälä K, Savikko N, Routasalo P. (toim.) Kuntoutuspolun solmukohtia. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Vanhustyön keskusliitto. Helsinki 2005; 114-121.

Koivuranta - Vaara P.(toim). Terveydenhuollon laatuopas. Verkkojulkaisu. 1. painos

Suomen Kuntaliitto. Helsinki 2011. ISBN 978-952-213-769-2 (pdf).

Koskinen S. Ikääntyneet nyt ja tulevaisuudessa. Teoksessa Vaarama M, Koskinen S. (toim.) Toinen kansallinen ikääntymisen foorumi 11.11.2005. Raportti. Stakes.2006.

Koskinen S, Lundqvist A, Ristiluoma N. (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. THL Raportti. 2012; 68. Helsinki.

Koskinen S, Sainio P, Aromaa A. & toimintakykyryhmä. Avun ja kuntoutuksen tarve ja saanti. Teoksessa Aromaa A. & Koskinen S. (toim.) Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 –tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3 2002. Helsinki.

Kristensen M. Factors affecting functional prognosis of patients with hip fracture. Eur J Phys Rehabil Med. 2011; 47: 257-64.

Kyttä M. & Kahila M. PehmoGIS Elinympäristön koetun laadun kartoittajana. Yhdyskuntasuunnittelun tutkimus- ja koulutuskeskuksen julkaisuja B 90. Teknillinen korkeakoulu. Arkkitehtiosasto. Otamedia Oy. Espoo 2006.

Kärnä S. Hyvinvoinnin pysyvyyttä ja muutosta kolmannessa iässä. Ikääntyvien henkilöiden elämäkulun seuranta vuosina 1991 ja 2004 Varkauden kaupungissa. Kuopion yliopisto, Sosiaalityön ja sosiaalipedagogiikan laitos. Yhteiskuntatieteet 166. 2009.

Laaksonen M, Suhonen M, Suhonen S. Sosiaalipalvelujen luokituksen sanasto ja Sosiaalihuollon asiakasasiakirjasanasto. Raportti. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Yliopistopaino Oy, Tampere 2012.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012. Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>.

Laki lasten päivähoitosta annetun lain muuttamisesta 1290/1999. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1999/19991290>

Lankinen S. Fyysisen aktiivisuuden yhteys iäkkäiden henkilöiden kotihoidon käyttöön. Gerontologian ja kansanterveyden pro gradu – tutkielma. Jyväskylän yliopisto, Terveystieteiden laitos. 2010.

Lapintie K & Hasu E. Asumisen monet kulttuurit. Teoksessa Juntto A. (toim.) Asumisen unelmat ja arki. Suomalainen asuminen muutoksessa. Gaudeamus. Helsinki University Press Oy Yliopistokustannus. 2010; 151-176.

Larsson K, Thorslund M, Kåreholt I. Are public care and services for older people targeted according to need? Applying the Behavioural Model on longitudinal data of a Swedish urban older population. Eur J Ageing. 2006; 3: 22-33.

Lehto J. Väestön ikääntyminen ja terveydenhuollon tarve. Julkaisussa Ikääntyminen voimavarana. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja | 33/2004. Edita Prima Oy, Helsinki 2004.

Leinonen A. Toimivat palvelut – edellytys ansiotyön ja omaishoivan yhdistämiselle? Yhteiskuntapolitiikka 2011; 5: 553-563.

Lyyra T. Predictors of Mortality in Old Age. Contribution of Self-rated Health, Physical Functions, Life Satisfaction and Social Support on Survival among older people. Studies in sport, physical education and health 119, 2006. Jyväskylän yliopisto.

Luo Y, Hawkey L, Waite L, Cacioppo J. Loneliness, health and mortality in old age: A national longitudinal study. Soc Sci Med 2012; 74: 907-914.

Lönnroos E. Hip Fractures and Medication-related Falls in Older people. Kuopion yliopiston julkaisuja D. Lääketiede 467. Kopijyvä. Kuopio 2009. http://wanda.uef.fi/uku-vaitokset/vaitokset/2009/index_tekija.shtml.html

Mankkinen T. Turvallinen elämä ikääntyneille. Toimintaohjelma ikääntyneiden turvallisuuden parantamiseksi. Sisäasiainministeriön julkaisuja 19/2011.

Montin L. Patient - perceived health - related quality of life during recovery after total hip arthroplasty – a 6-month follow-up study. Turun yliopisto 2007; D 765.

Mäkelä T, Karisto A, Valve K, Fogelholm M. Kotona asumista tukevien palvelujen käyttö ikääntyneillä on ennakoitavissa. Yhteiskuntapolitiikka 2008; 6: 609-624.

Mäkelä T, Karisto A, Valve K, Fogelholm M. Väsymys on ennakoiva merkki huonosta arjessa suoriutumisesta. Gerontologia 2007; 4: 300-310.

Niemelä A-L. Kiire ja työn muutos. Tapaustutkimus kotipalvelutyöstä. Helsingin yliopisto. Kasvatustieteen laitos. Tutkimuksia 2006: 206.

Niemi V. Turvallisia vuosia ikääntyneille. Selvitys ikääntyneiden turvallisuustilanteesta Suomessa. Sisäasiainministeriön julkaisuja 27/2012.

Noro A, Rissanen P, Laitinen O, Hammar T, Pöyry P. Lonkkamurtumapotilaiden hoito- ja kotiuttamiskäytännöt ja kotihoidossa selviytyminen. Gerontologia 2000; 2: 83-88.

Noro A, Rissanen P, Laitinen O, Hammar T, Pöyry P. Tutkimusaineistot, hoitopisodit ja episodiprofiilit. Teoksessa Rissanen P. & Noro A. (toim.) Ikääntyvien potilaiden hoito- ja kotiuttamiskäytännöt. Rekisteripohjainen analyysi aivohalvaus- ja lonkkamurtumapotilaista. Stakes. Aiheita 44/1999.

Nurmi- Lüthje I. Tapaturmien tilastointi tapaturmien ehkäisyn perustana. Turvallinen kunta –seminaari 22.5.2012. Kouvola.

http://www.vantaa.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/vantaa/embeds/vantaaww_wstructure/79018_Tapaturmien_tilastointi_tapaturmien_ehkaisyn_perustana.

Nurmi I, Narinen A, Lüthje P, Tanninen S. Cost analysis of hip fracture treatment among the elderly for the public health services: a 1-year prospective study in 106 consecutive patients. *Arch Orthop Trauma Surg* 2003; 123: 551-554.

Nurmi I, Narinen A, Lüthje P, Tanninen S. Functional outcome and survival after hip fracture in elderly: a prospective study of 106 consecutive patients. *J Orthopaed Traumatol* 2004; 4: 7-14.

Nygren C, Oswald F, Iwarsson S, Fänge A, Sixsmith J, Schilling O, Sixsmith A, Szeman Z, Tomsone S, Wahl HW. Relationships between objective and perceived housing in very old age. Research Unit of Occupational Therapy, Institute of Public Health, University of Southern Denmark. *The Gerontologist* 2007; 47: 85-95.

Nykänen S. "Kot` on paras paikka" –kotona asumisen merkitys ikääntyvälle. KaupunkiElvi –hankkeen osaraportti 2. Lapin yliopistopaino. Rovaniemi 2007.

Paljärvi S. Muuttuva kotihoito. 15 vuoden seurantatutkimus Kuopion kotihoidon organisoinnista, sisällöstä ja laadusta. Itä-Suomen yliopisto, Kuopio 39/2012. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Kopijyvä Oy. Joensuu.

Palkeinen H. Yksinäisyys ja vanhuus – erottamaton parivaljakko? Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti. 2007; 2: 104-117.

Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, Prättälä R, Martelin T, Ostamo A, Keskimäki I, Sihto M, Talala K, Hyvönen E, Linnanmäki E. (toim.) Terveiden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007: 23. Helsinki.

Panula J. Surgically treated hip fracture in older people. With special emphasis on mortality analysis. Turun yliopisto 2010. Sarja D osa 907 *Medica Odontologica*. Painosalama Oy.

Penrod J, Litke A, Hawkes W, Magaziner J, Koval K, Doucette J, Silberzweig S, Siu A. Heterogeneity in hip fracture patients: age, functional status, and comorbidity. *J Am Geriatr Soc* 2007; 55: 407-413.

Piirtola M. Fractures in older people – incidence, predictors and consequences. Turun yliopisto 2011. Sarja D osa 966 *Medica Odontologica*. Painosalama Oy.

Pilger C, Menon M, Mathias T. Health services use among elderly people living in the community. *Rev Esc Enferm* 2013; 47: 213-220.

Pitkälä K, Routasalo P, Kautiainen H, Tilvis R. Effects of psychosocial group rehabilitation on health, use of health care services, and mortality of older persons

suffering from loneliness: a randomized, controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2009; 64: 792-800.

Pitkälä K, Valvanne J, Huusko T. Geriatriinen kuntoutus. Teoksessa Tilvis R, Pitkälä K, Strandberg T, Sulkava R, Viitanen M. (toim.) *Geriatria*. 2. uudistettu painos. Duodecim, 2010: 438 - 456. Helsinki.

Pohjolainen P, Ponsi V, Pulkkinen M. Yksinäisyys ikäihmisten ongelmana – Yhdessä –projektin tuloksia. *Gerontologia* 2010; 2: 207-209. Gerontologian tutkimuskeskus. Jyväskylän yliopisto.

Pohjolainen P & Salonen E. Toimintakyky vanhuudessa –mitkä tekijät sitä määrittävät? *Gerontologia* 2012; 26: 235-246. Gerontologian tutkimuskeskus. Jyväskylän yliopisto.

Portegisj E. Asymmetrical lower limb muscle strength deficit in older people. *Studies in sport, physical education and health* 2008;129. Jyväskylän yliopisto. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/18621/9789513932923.pdf?sequence=1>

Portegjis E, Rantakokko M, Edgren J, Salpakoski A, Heinonen A, Arkela M, Kallinen M, Rantanen T, Sipilä S. Effects of a rehabilitation program on perceived environmental barriers in older patients recovering from hip fracture; a randomized controlled trial. *Bio Med Res Int*. 2013:769645

Pulkkinen P. Radiographical assesment of hip fragility. Väitöskirja. Oulun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta. D 1004, 2009.

Rajaniemi J. Ikäihmisten arki ja kotona asumisen arkilähtöinen tukeminen. Teoksessa Pohjolainen P, Sarvimäki A, Syren I. (toim.) *Toimintakykyä ja sosiaalista tukea iäkkäiden, omaisten ja työntekijöiden arjessa*. Esityksiä VI Gerontologian päivillä 4.-5.5.2007. *Oraita* 3/2007; 30-35. Ikäinstituutti.

Rantakokko M, Iwarsson S, Hirvensalo M, Leinonen R, Heikkinen E, Rantanen T. Unmet physical activity need in old age. *J Am Geriatr Soc*. 2010; 58: 707-712.

Rantakokko M. Outdoor environment, mobility decline and quality of life among older people. *Studies in Sport, Physical Education and Health* 168. Jyväskylän yliopisto. 2011.

Rissanen P, Laitinen O, Noro A, Hammar T, Pöyry P. Kotiutuksen onnistuminen: potilas- ja kuntatason tekijät kotona selviytymisen, sairaalahoidon uusiutumisen ja hoidon kustannusten selittäjinä. Teoksessa Rissanen P & Noro A.(toim.) *Ikääntyvien potilaiden hoito- ja kotiuttamiskäytännöt*. Rekisteripohjainen analyysi aivohalvaus- ja lonkkamurtumapotilaista. *Stakes*. Aiheita 44/1999. Helsinki 1999.

Routasalo P, Pitkälä K, Savikko N, Tilvis R. Ikääntyneiden yksinäisyys: kyselytutkimuksen tuloksia. Vanhustyön keskusliitto, tutkimusraportti 3. Helsinki 2003.

Routasalo P. Yksinäisyys ja eristäytyminen. Teoksessa Tilvis R, Pitkälä K, Strandberg T, Sulkava R, Viitanen M. (toim.) Geriatria. 2. painos. Helsinki: Duodecim, 2010: 411 - 416.

Rodaro E, Pasqualini M, Iona L, Di Benedetto P. Functional recovery following a second hip fracture. *Eur J Phys and Rehabil Med.* 2004; 179-183; volume 40,issue 3

Sakari R. Mobility and its decline in old age. Determinants and associated factors. *Studies in sport, physical education and health* 190. Jyväskylä University Printing house, Jyväskylä 2013.

Salin S. Lyhytaikaisen laitoshoidon reaalimalli vanhuksen kotihoidon osana. *Acta University Tamperensis* 1346. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos, 2008.

Salvaa, Bolibar I, Pera G, Arias C. Incidence and consequences of falls among elderly people living in the community. *Med Clin (Barc).* 2004; 14: 172-176.

Semel J, Gray J, Ahn H, Nasr H, Chen J. Predictors of outcome following hip fracture rehabilitation. *PM & R* 2010; 2: 799-805.

Sintonen S. Older consumers adopting information and communication technology: Evaluating opportunities for healthcare applications. *Acta Universitatis Lappeenrantaensis* nro 326. Lappeenranta teknillinen yliopisto, 2008.

Sipilä J. Hoivan organisointi: vaivaistalosta markkinatavaraksi. *Janus* 11:23-38, 2003.

Sipilä S, Salpakoski A, Edgren J, Heinonen A, Kauppinen M, Arkela-Kautiainen M, Sihvonen S, Pesola M, Rantanen T, Kallinen M. Promoting mobility after hip fracture (ProMo): Study protocol and selected baseline results of a year-long randomized controlled trial among community-dwelling older people. *BMC Musculoskelet Disord* 2011; 12:277.

Sipiläinen P. Kuntouttavan hoivatyön vaatimukset ikäihmisten asunnoille. Aalto-yliopiston julkaisusarja Väitöskirjat 4/2011. Arkkitehtuurin laitos. Helsinki.

Somersaari K. Ikääntynyt lonkkamurtumapotilas turvallisesti kotiin. Turvallisen kotiutumisen kehittäminen Oulunkylän kuntoutussairaalassa. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Kuntoutuksen koulutusohjelma. Opinnäytetyö 2013.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi osana palvelutarpeen arviointia sosiaalihuollossa. Perhe- ja sosiaaliosasto. Tiedote 7.6.2006.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Suomen Kuntaliitto. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 2008: 3. Yliopistopaino. Helsinki 2008.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Ehkäisevät palvelut. 2011. http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/ikaihmiset/palvelut_ja_etuudet/ehkaisevatpalvelut

Stakes. Hyvinvointivaltion rajat. Hoivan ja hoidon taloudellinen kestävyys. Arvioita sosiaali- ja terveyspalveluiden kustannusten kehityksestä. Edita Prima Oy. Helsinki 2006.

Starck Pirskanen M. Vanhusasiakkaan kotona selviytyminen. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma, Laurea ammattikorkeakoulu, 2009. Hyvinkää.

Stoddart H, Whitley E, Harvey I, Sharp D. What determines the use of home care services by elderly people? Health Soc Care Comm 2002; 10:348-60.

Sund R, Riihimäki J, Mäkelä M, Vehtari A, Lüthje P, Huusko T, Häkkinen U. Modelling the length of the care episode after hip fracture: does the type of fracture matter? Scand J Surg 2009; 98:169-74.

Suomen perustuslaki 11.6.1999/731.19§.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1999/19990731>

Suomen perustuslaki 23.12.1999/1290
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1999/19991290>

Szebehely M. & Trydegård G-B. Om sorgstjänster för äldre och funktionshindrade: skilda villkor, skilda trender. Socialvetenskaplig tidskrift 2007;14:197-219.

THL 2013. http://www.thl.fi/fi_FI/web/kaventaja-fi/keinot/kasitteet

Tiikkainen P. Vanhuusiän yksinäisyys. Seuruututkimus emotionaalisista ja sosiaalisista yksinäisyyttä määrittävistä tekijöistä. Studies in Sport, physical education and health 114. Jyväskylän yliopisto. 2006.

Tilastokeskus 2011. http://www.tilastokeskus.fi/til/perh/2010/02/perh_2010_02_2011-11-30_kat_007_fi.html

Tilvis R. Hauraat luut ja luunmurtumat. Teoksessa Tilvis R, Pitkälä K, Strandberg T, Sulkava R, Viitanen M. (toim.) Geriatria. 2.uudistettu painos. Helsinki: Duodecim 2010 a: 301-307.

Tilvis R. Vanhukset sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa Tilvis R, Pitkälä K, Strandberg T, Sulkava R, Viitanen M. (toim.) Geriatria. 2.uudistettu painos. Helsinki: Duodecim 2010 b: 63 -71.

Tomassini C, Glaser K, Wolf DA, Broese van Groenou MI, Grundy E. Living arrangements among older people: an overview of trends in Europe and the USA. *Population Trends*. 2004. Spring; (115): 24-34.

Uotila H. Vanhuus ja yksinäisyys. Tutkimus iäkkäiden ihmisten yksinäisyyskokemuksista, niiden merkityksistä ja tulkinnoista. *Acta Universitatis Tamperensis*; 1651, Tampere University Press, Tampere 2011.

Vaapio S. Elämänlaatu ja iäkkäiden kaatumisten ehkäisy. *Annales Universitatis Turkuensis*. Sarja C. Osa 280. Turun yliopisto 2009.

Vaarama M, Moisio P & Karvonen S. (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2010. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos*. 2010.

Vaarama A & Noro A. *Suomalaisten terveys*. Kustannus Oy Duodecim 2013. Viitattu 18.7.2005. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00058.

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

Valta A. Iäkkäiden päivittäinen suoriutuminen kotona. Teoreettinen malli iäkkäiden kotona asuvien päivittäisestä suoriutumisesta kotisairaanhoidajien ja iäkkäiden näkökulmasta. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos 2008.

Valtiontalouden tarkastusvirasto. Vanhuspalvelut. Säännöllinen kotihoito. Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomukset 214/2010. Edita Prima Oy. Helsinki.

Verbrugge L. & Jette A. The disablement process. *Soc Sci Med*. 1994; 28: 1-14. GB.

Vilkko A, Finne-Soveri H, Heinola R. Ikäihmisten palvelutarpeet ja saatu apu. Teoksessa Vaarama M, Moisio P, Karvonen S. (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2010. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Yliopistopaino*. Helsinki 2010; 44-59.

Voutilainen P. (toim.) *Laatua laatusuosituksella? Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen seuranta ja arviointi*. Stakes. Raportteja 2/2007. Valopaino Oy. Helsinki.

Vuorisalmi M. Examining self-rated health in old age. A methodological study of survey questions. *Acta Universitatis Tamperensis* 1272. Yliopistopaino Oy. Tampereen yliopisto 2007.

Waters K, Allsopp D, Davidson I, Dennis A. Sources of support for older people after discharge from hospital: 10 years on. *J Adv Nurs* 2001; 33: 575-82.

Wattmo C, Wallin ÅK, Londos E, Minthon L. Risk factors for nursing home placement in Alzheimer's disease: a longitudinal study of cognition, ADL, service utilization, and cholinesterase inhibitor treatment. *Gerontologist* 2011; 51:17-27.

Zechner M. & Sointu L. "Kyllä kaks huonoo on paljon rattosampi". Yksin asuvien vanhojen ihmisten sosiaaliset suhteet ja hoiva Suomessa ja Italiassa. Artikkel. Gerontologia 2009; 4: 189-99.

Özer-Kemppainen Ö. Alternative housing environments for the elderly in the information society - The Finnish experience. Acta universitatis Ouluensis C Technica 245. University of Oulu. 2006.