

This is a self-archived version of an original article. This version may differ from the original in pagination and typographic details.

Author(s): Kröger, Teppo; Van Aerschot, Lina; Mathew Puthenparambil, Jiby

Title: Ikääntyneiden hoivaköyhyys

Year: 2019

Version: Published version

Copyright: © Kirjoittajat & Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, 2019.

Rights: CC BY-NC-ND 4.0

Rights url: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Please cite the original version:

Kröger, T., Van Aerschot, L., & Mathew Puthenparambil, J. (2019). Ikääntyneiden hoivaköyhyys. *Yhteiskuntapolitiikka*, 84(2), 124-134. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019041011854>



Ikääntyneiden hoivaköyhyys

TEPPO KRÖGER & LINA VAN AERSCHOT & JIBY MATHEW PUTHENPARAMBIL

Suomi on pohjoismainen hyvinvointivaltio, joka lupaa tarpeenmukaiset sosiaali- ja terveyspalvelut kaikille. Palvelujen lisäksi tai niiden sijasta monet ikääntyneet ihmiset saavat apua ja hoivaa läheisiltään. Mutta saavatko he riittävästi apua? Tässä artikkelissa avun riittämättömyydestä käytetään käsitettä hoivaköyhyys. Sen yleisyyttä sekä siihen yhteydessä olevia tekijöitä tutkitaan 75 vuotta täyttäneiden suomalaisten joukossa.

.....
English summary at the end of the article

Johdanto

Hoivan käsitettä on määritelty useilla eri tavoilla, mutta esimerkiksi Jorma Sipilä (2003, 23) on määritellyt sen kokonaisvaltaiseksi huolenpidoksi lapsesta, vanhuksesta, sairaasta tai vammaisesta, joka tarvitsee jokapäiväistä apua. Hoiva viittaa avuntarpeiden laaja-alaisuuteen, ja se on sekä fyysisistä että psyykkisistä tarpeista huolehtimisesta, niin ruumiillista työtä kuin läsnäoloa (Anttonen & Zechner 2009, 17). Hoiva on jokapäiväisessä elämässä tarvittavan avun tarjoamista, mikä vuoksi tässä artikkelissa puhutaan sekä avusta että hoivasta tarkoittaen käytännössä samaa asiaa. Apu on kylläkin hoivaa laajempi käsite, sillä apua voidaan antaa myös ihmisille, jotka pystyisivät tekemään itsekin kyseisen asian (Shakespeare 2000, 85). Sen sijaan hoivassa on kyse auttamisesta asiassa, jota henkilö ei pysty itse tekemään (Wærness 1990; vrt. Kuronen 2007).

Hoiva on huolehtimista ihmisen hyvinvointiin liittyvistä tarpeista. Siihen sisältyy yhtäältä auttaminen arkielämän perustoiminnoissa, kuten hygienian hoidossa ja ruokailussa. Toisaalta myös arkiseen elämään kuuluvien monenlaisten käytän-

nön toimien hoitamista – kuten pankki- ja kauppa-asioiden hoitamista, kuljettamista asioille kodin ulkopuolelle ja jopa pihatöitä – voidaan pitää hoivana silloin, kun kyse on tavanomaiseen jokapäiväiseen elämään kuuluvasta asiasta, jota henkilö ei itse tai yksin kykene tekemään. Hoivaa voidaan saada läheisiltä tai sitä voidaan hankkia palveluina joko julkiselta tai yksityiseltä sektorilta. Ikääntyneiden keskeisimmät hoivapalvelut ovat ympärivuorokautinen hoito, kotihoito ja sen erilliset tukipalvelut.

Riittävän hoivan turvaaminen kaikille kansalaisille on ollut pohjoismaisen universalistisen sosiaali- ja terveyspolitiikan keskeinen perustavoite (Sipilä 1997; Anttonen & Sipilä 2010; Szebehely & Meagher 2018). Pohjoismaisia hyvinvointivaltioita on nimitetty sosiaalipalvelu- tai hoivavaltioiksi, sillä niissä sosiaaliset oikeudet ovat kattaneet sosiaaliturvatuuksien lisäksi myös pääosin julkisesti rahoitetut hoivapalvelut (Anttonen 1990; Daly 2001). Suomen perustuslakiin (731/1999, 19 §) onkin kirjattu velvoite, jonka mukaan julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut. Myös vanhuspalvelulaki velvoittaa kunnan järjestämään iäkkäälle henkilölle ”laadukkaita sosiaali- ja terveyspalveluja, jotka ovat hänen tarpeisiinsa nähden oikea-aikaisia ja riittäviä” (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta... 980/2012, 13 §).

Suomalaisen hyvinvointivaltion julkilausuttuihin peruseriaatteisiin kuuluu siten, ettei avun ja hoivan saaminen riipu perheestä, tulotasosta, so-

Artikkeli on osa Suomen Akatemian rahoittamaa LinkAGE-tutkimusprojektia (nro 299053) ja samaten Suomen Akatemian rahoittamaa Ikääntymisen ja hoivan tutkimuksen huipputyöskönnön tutkimustyötä (nro 312303).

siaalisista suhteista, ihmisten vapaaehtoisuudesta tai hyväntekeväisyydestä, vaan että hoivaa on tarjolla julkisesti järjestettyjen palvelujen muodossa kaikille niitä tarvitseville (Kalliomaa-Puha 2017). Julkisesti järjestetyt hoivapalvelut rahoitetaan pääosin julkisilla varoilla ja osaksi tulosidonnaisilla asiakasmaksuilla. Palvelut voivat olla julkisen sektorin, kolmannen sektorin tai – kuten nykyään yhä useammin – yritysten tuottamia, mutta riippumatta palvelujen tuottajasektorista julkisella vallalla on vastuu siitä, että kansalaisilla on yhtäläiset mahdollisuudet saada tarvitsemiaan palveluja.

Ei ole kuitenkaan itsestäänselvää, että perustuslain ja vanhuspalvelulain periaatteet toteutuvat käytännössä. Lainsäädäntöön kirjatut tavoitteet eivät takaa sosiaalipolitiikan ja palvelujärjestelmän toimivuutta ja sitä, että kaikki todella saavat apua silloin, kun sitä tarvitsevat. Aiemmissä tutkimuksissa onkin esitetty, että tasa-arvoisia, kaikkien saatavilla olevia palveluja lupaava universalismi on ideaali, joka käytännössä toteutuu Suomessa lähinnä vain lasten päivähoidon kohdalla (Kröger 2003; Anttonen & Sipilä 2010). Ikääntyneiden palveluissa esiintyvää universalismia on sen sijaan pidetty heikkona (Kröger 2003; Szebehely & Meagher 2018).

Tässä artikkelissa tarkastellaan ikääntyneiden saaman avun riittävyttä heidän omasta näkökulmastaan. Artikkelisiitelee hoivaköyhyyden käsitteen ja soveltaa sitä empiirisesti avun riittävyden tutkimiseen. Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

- Missä määrin Suomessa esiintyy hoivaköyhyyttä?
- Mitkä sosioekonomiset taustatekijät ovat siihen yhteydessä?

Aineistona käytetään vuosina 2010 ja 2015 Tampereella ja Jyväskylässä kerättyä kyselyä, johon vastasi yhteensä 2 910 vähintään 75-vuotias ihmistä. Artikkelin lopussa pohditaan analyysin tulosten ja hoivaköyhyyden käsitteen valossa, onnistuuko suomalainen hyvinvointivaltio lunastamaan antamansa lupauksen, jonka mukaan kaikki hoivaa tarvitsevat saavat tarvitsemansa avun.

Ikääntyneiden hoivapalvelujärjestelmän muutos

Suomalainen ikääntyneiden hoivapalvelujärjestelmä on 2010-luvun lopulla varsin erinäköinen kuin 1990-luvulle tultaessa, jolloin Suomen on yleisesti ottaen arvioitu saavuttaneen hyvinvointi-

valtion rakentamisessa pohjoismaisen tason. Kuntien kotipalvelu ja kotisairaanhoidon rakennettiin maan kattaviksi järjestelmiksi 1970- ja 1980-lukujen aikana, ja 1980-luvulla perinteinen vanhainkotien laitoshoidon alkoi vähitellen korvautua palveluasumisella (Rauhala 1996). 1990-luvun lama ja samaan ajankohtaan osunut valtionosuus- ja -ohjausjärjestelmän muutos toivat kuitenkin mukanaan suuria muutoksia: kotihoidon ja vanhainkotihoidon kattavuus 75 vuotta täyttäneestä väestöstä putosi nopeasti ja samalla esteet kuntien palvelutuotannon laajamittaiselle ulkoistamiselle poistettiin (taulukko 1).

Vuoden 1993 valtionosuusuudistusta seuranneina 25 vuotena vanhainkodit ja terveyskeskusten vuodeosastojen pitkäaikaishoidot ovat lähes kadonneet ja niiden tilalle on tullut tehostettu palveluasuminen (taulukko 1). Ympäri vuorokautisen hoidon yhteenlaskettu kattavuus 75 vuotta täyttäneestä ikäryhmästä on laskenut 11 prosentista 9 prosenttiin. Tätä muutosta ei kuitenkaan ole kompensoitu kotihoidon lisäämisellä – päinvastoin, kotihoidon kattavuus on laskenut vieläkin nopeammin. 1990-luvun aikana säännöllisen kotihoidon kattavuus 75 vuotta täyttäneiden ryhmästä putosi 19 prosentista 12 prosentin tasolle, jolla se on pysynyt siitä lähtien. Kaiken kaikkiaan ympärivuorokautista hoitoa tai säännöllistä kotihoitoa käytti vuonna 1990 vajaa kolmannes 75 vuotta täyttäneistä mutta vuonna 2015 enää noin hieman yli viidennes. Palvelujen kattavuus on siten kaikkiaan laskenut merkittävästi.¹

Sekä laitosten että kotiin tarjottavien hoivapalvelujen samanaikainen kattavuuden lasku on tarkoittanut merkittävää vastuun ja velvollisuuksien siirtoa julkiselta vallalta yksilöille ja perheille (Kröger & Leinonen 2012). Julkisen vallan ja per-

¹ Kun tarkastellaan palvelujen kattavuutta 75 vuotta täyttäneiden ikäryhmässä, on otettava huomioon ikääntyneiden ihmisten toimintakyvyssä sekä väestön ikärakenteesta tapahtuneet muutokset. Yhtäältä ikääntyneiden toimintakyky on parantunut ja he ovat sekä fyysisesti että kognitiivisesti aiempia ikäpolvia paremmassa kunnossa (Jylhä & al. 2018). Kuitenkaan kaikkein ikääntyneimpien terveydentila tai toimintakyky ei ole kohentunut yhtä paljon (mt. 324), ja juuri kyseinen ryhmä käyttää valtaosan hoivapalveluista. Toisaalta 75 vuotta täyttäneiden ikäryhmä on paitsi kasvanut myös vanhentunut, koska 85 vuotta täyttäneiden osuus kaikista yli 75 vuotta täyttäneistä kasvaa jatkuvasti: vuonna 1990 heidän osuutensa 85 vuotta täyttäneistä oli 18 prosenttia mutta vuonna 2015 jo 29 prosenttia (Tilastokeskus 2018). Vuosien 1990 ja 2015 yli 75-vuotiaiden ryhmät eivät siten ole keskenään identtisiä. Toimintakyvyn paranemisen myötä avuntarpeet siirtyvät myöhempään ikään, mutta samaan aikaan juuri hoivaa eniten tarvitseva vanhin ikäryhmä kasvaa nopeimmin.

Taulukko 1. Hoivapalvelujen kattavuus 75 vuotta täyttäneistä vuosina 1990–2015 (% ikäryhmästä)

Vuosi	Vanhain- kodit	Terveyskes- kusten vuode- osastot	Tehostettu palvelu- asuminen ¹	Ympärivuoro- kautinen hoito yhteensä	Säännöllinen kotihoito ²	Yhteensä ³
1990	7,8	3,4	-	11,2	19,2	30,4
1995	6,5	3,4	-	9,9	13,4	23,3
2000	5,3	3,0	1,7	10,0	11,8	21,8
2005	4,3	2,5	3,4	10,2	11,2	21,4
2010	3,2	1,5	5,6	10,3	11,8	22,1
2015	1,7	0,4	7,1	9,2	11,8	21,0

Lähteet: Stakes 1995; Stakes 2000; THL 2018.

1 Tehostetun palveluasumisen termi otettiin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutilastoissa käyttöön vuonna 2000 erotukseksi muusta palveluasumisesta. Tehostetussa palveluasumisessa hoivapalvelua on saatavissa vuorokauden ympäri.

2 Termi säännöllinen kotihoito otettiin palvelutilastoissa käyttöön vuonna 1995. Sen piirissä ovat kotihoidon asiakkaista ne, joilla on palvelu- tai hoitosuunnitelma tai jotka saavat kotipalvelua, kotisairaanhoidoa tai päiväsaarialahoitoa vähintään kerran viikossa. Koska termi ei ollut käytössä vielä vuonna 1990, tässä on kyseisen vuoden palvelukäyttäjien määrä arvioitu sen oletuksen perusteella, että vuosina 1990 ja 1995 sama osuus (61 %) kaikista kotihoidon käyttäjistä olisi käyttänyt säännöllistä kotihoitoa. Vuoteen 2007 asti säännöllisen kotihoidon käyttäjien määrää koskeva tieto kerättiin vain parittomina vuosina. Taulukossa vuodelle 2000 ilmoitettu luku on tämän vuoksi peräisin vuoden 2001 laskennasta.

3 Koska säännöllisen kotihoidon luvut vuosille 1990 ja 2000 on saatu edellä mainitulla tavalla eli toisin kuin muiden vuosien luvut, taulukon yhteensä-sarakkeen luvut eivät ole keskenään täysin vertailukelpoisia.

heiden välinen vastuunjako on määritelty uudelleen. Näin huomattava palvelurakenteen muutos herättää kysymyksen, ovatko 75 vuotta täyttäneet onnistuneet täyttämään julkisen sektorin vetäytymisestä aiheutuneen palveluaukon ja hankkimaan tilalle muita hoivan lähteitä eli joko yksityisesti ostettuja hoivapalveluja tai läheisten tarjoamaa epävirallista apua.

Riittämätön apu

Hoivapalvelujärjestelmää on useimmiten arvioitu siihen käytettyjen resurssien (esim. kustannusten BKT-osuus) ja tuotettujen palveluvolyymien (esim. kattavuus ikäryhmästä) valossa. Harvinaisempaa on ollut tarkastella palvelujen riittävyyttä suhteessa ikääntyneiden ihmisten hoivatarpeisiin. Palvelujen riittävyyden tarkastelu on kuitenkin oleellinen osa sosiaalipoliittisen järjestelmän toimivuuden arviointia. Palveluihin käytetty raha tai tuotettujen palvelujen määrä eivät kerro tarkkaan ottaen siitä, kuinka hyvin onnistutaan tavoitteessa eli avuntarpeisiin vastaamisessa.

Jonkin verran ikääntyneiden ihmisten saaman avun riittävyyttä on Suomessa tutkittu (esim. Vaarama 2004; Vaarama & al. 2006). Vuonna 1998 kerätyn laajan kyselyaineiston perusteella 10 prosenttia niistä 75 vuotta täyttäneistä, jotka tarvit-

sivat kotipalvelun ja kotisairaanhoidon palveluja tai muita hoivapalveluja, jäi kokonaan ilman tarvitsemiaan palveluja. Lisäksi samasta ikäryhmästä 11 prosenttia sai kyseisiä palveluja, mutta koki ne riittämättömiksi. Vuoden 2004 seurannassa avun riittämättömyys oli lisääntynyt entisestään (Vaarama & al. 2006, 121). THL:n tuoreimman tutkimuksen mukaan 24 prosenttia niistä 75 vuotta täyttäneistä, jotka tarvitsivat apua päivittäisiin perustoimiin, kuten peseytymiseen tai pukeutumiseen, ei saanut vuonna 2014 riittävästi kotihoitoa (Murto & al. 2016).

Amerikkalaisessa gerontologisessa tutkimuksessa avun riittämättömyyttä on tutkittu unmet needs -käsitteen kautta jo 1970-luvulta lähtien. Riittämätön apu (*unmet needs*) on määritelty tilanteeksi, jossa ihmisellä on toimintakyvyn rajoitteista johtuvia avuntarpeita mutta jossa apua ei ole saatavilla tai se ei ole riittävää (esim. Isaacs & Neville 1976; Williams & al. 1997; Lima & Allen 2001). Euroopassa ja Aasiassa avun riittämättömyyttä koskeva tutkimus on yleistynyt etenkin 2010-luvulla (esim. García-Gómez & al. 2015; Zhu 2015; Vlachantoni 2017).

Riittämättömän avun tutkimus toteutetaan yleensä ikäihmisten parissa tehtyinä kyselytutkimuksina, joissa esitetään kysymyksiä yhtäältä vastaajien tarpeista ja toisaalta heidän saamastaan avusta (esim. Williams & al. 1997; Lima & Al-

len 2001). Tarpeita selvitetään useimmiten päivittäisissä toiminnoissa tarvittavaa toimintakykyä ja avuntarvetta arvioivilla ADL- ja IADL-mittaritöillä, jotka kehitettiin alun perin Yhdysvalloissa jo 1960-luvulla (Katz & al. 1963; Lawton & Brody 1969). ADL-toiminnot (*activities of daily living*) tarkoittavat päivittäisiä perustoimintoja, kuten syömistä, pukeutumista, WC:ssä käymistä ja peseytymistä. IADL-toiminnot (*instrumental activities of daily living*) ovat puolestaan päivittäisten käytännöllisten asioiden hoitamista, kuten kaupassa käyntiä, ruoan valmistusta, taloustöitä, pyykinpesua, liikkumista kulkuvälineillä, pankkiasioiden hoitamista ja lääkkeitä huolehtimista. ADL- ja IADL-toiminnoissa ilmenevät toimintakyvyn rajoitteet merkitsevät tällöin avuntarvetta.

Riittämätöntä apua (*unmet needs*) koskeva tutkimus keskittyy siihen, saavatko vastaajat tarpeeksi apua. Osa tutkijoista laskee riittämättömän avun kategoriaan vain sellaiset henkilöt, jotka eivät hoivatarpeistaan huolimatta saa lainkaan palveluja tai epävirallista apua. Toiset tutkijat taas ottavat mukaan myös sellaiset vastaajat, jotka ilmoittavat saavansa joko palveluja tai epävirallista apua (tai molempia) mutta pitävät silti saamaansa apua riittämättömänä. Ensimmäistä tapaa on nimitetty objektiiviseksi ja jälkimmäistä subjektiiviseksi. Subjektiivisen arviointitavan on joskus väitetty pitävän sisällään riskin siitä, että vastaajat sekoittaisivat toiveet ja tarpeet keskenään, mikä johtaisi tarpeiden yliarviointiin. Toisaalta objektiivisen arviointitavan ongelmana on, että se aliarvioi avun riittämättömyyttä. Kun mukaan lasketaan vain sellaiset vastaajat, jotka eivät saa mitään apua, tarkastelun ulkopuolelle jäävät kaikki ne, jotka saavat jonkin verran virallista tai epävirallista apua, mutta joiden saama apu ei kuitenkaan ole riittävää. (Lima & Allen 2001; García-Gómez & al. 2015; Vlachantoni 2017.)

Jotkut tutkimukset ovat kuitenkin myös kumonnet subjektiiviseen mittaustapaan kohdistettua kritiikkiä. Nicola Brimblecombe ja kollegat (2017) suuntasivat kyselynsä ikääntyneiden vastaajien lisäksi heidän omaisilleen ja havaitsivat, että omaiset arvioivat ikäihmisten hoivatarpeet ja niiden täyttämättömyyden huomattavasti yleisemmiksi kuin ikääntyneet ihmiset itse. Nancy Morrow-Howell kollegoineen (2001) puolestaan pyysi vastauksia ikääntyneiden lisäksi heitä hoitavalta henkilökunnalta. Tässä tutkimuksessa hoitohenkilökunta arvioi hoivatarpeet ja puutteet niiden täyttämässä tavanomaisem-

miksi kuin kyseiset ihmiset itse. Molempien tutkimusten tulokset osoittavat, että ikääntyneet ihmiset eivät yleisesti ottaen yliarvioi tarpeitaan ja avun riittämättömyyttä (ks. myös Gibson & Verma 2006).

Hoivaköyhyys

Riittämätön apu tarkoittaa yksilöille, että heidän hoivan tarpeensa tai osa niistä jää täyttämättä. Yhteiskunnallisella tasolla tämä tarkoittaa sitä, ettei hyvinvointivaltion palvelulupaus toteudu. Mikäli ihmiset eivät saa tarvitsemaansa apua, kyse on paitsi pohjoismaisen universalismin periaatteen myös Suomen perustuslain ja vanhuspalvelulain vastaisesta tilanteesta. Avun riittämättömyys tarkoittaa sosiaali- ja terveyspalvelujen eli sosiaalipoliittikan keskeisen toimintalohkon epäonnistumista ja ihmisryhmien välistä eriarvoisuutta. Silloin kun hoivan riittämättömyys uhkaa vakavasti ihmisten hyvinvointia, voidaan tilanne tulkita myös ihmisoikeuksien loukkaukseksi.

Ilman tarpeenmukaista apua jääminen on merkittävä yhteiskunnallinen ja inhimillinen ongelma, ja sitä kuvaamaan tarvitaan käsite, joka ilmentää riittävästi asian vakavuutta, sen sosiaalipoliittista ulottuvuutta ja siihen sisältyvää eriarvoisuutta. Tällainen käsite on *hoivaköyhyys*, joka sopii niin tutkimukseen kuin yhteiskunnalliseen keskusteluun tarkoittamaan jokapäiväisessä elämässä tarvittavan avun riittämättömyyttä. Köyhyys on sosiaalipoliittikan ja eriarvoisuuden tutkimuksen peruskäsite, ja sitä on jo aiemmin sovellettu eri alueille, kuten terveydenhuoltoon (*health care poverty*) ja asunnon lämmitykseen (*fuel poverty*) (Raiz 2006; Liddell & Morris 2010). Hoivan tapaisen perustarpeen vajausten tutkimiseen köyhyyden käsite soveltuu erityisen hyvin.

Hoivaköyhyyden käsitettä on aiemmin käytetty yksinhuoltajien lastenhoitojärjestelyjen tarkastelussa, jossa katsottiin hoivaköyhyydessä olevan kyse siitä, että perheen hoivatarpeet ylittävät saatavilla olevat viralliset ja epäviralliset hoivaressurit (Kröger 2005, 225). Tässä artikkelissa käsitettä käytetään ikääntyneiden ihmisten hoivatarpeiden kohdalla. Hoivaköyhyydessä on ikääntyneidenkin kohdalla kysymys perimmiltään samasta asiasta: hoivatarpeet ylittävät saatavilla olevat viralliset ja epäviralliset hoivaressurit. Hoivan tarpeet jäävät siksi osittain tai kokonaan täyttämättä, ja ihmiset jäävät vaille tarvitsemaansa apua.

Vaikka hoivaköyhyyden käsite perustuu köyhyyden käsitteelle, hoivaköyhyyttä ei ole syytä pitää vain yhtenä köyhyyden ilmentymismuotona. Köyhyydellä tarkoitetaan useimmiten puutetta toimeentulosta ja mahdollisuudesta hankkia joka-päiväisen elämän välttämättömyyksiä, kuten ruokaa, vaatteita ja asunto. Hoivaköyhyydellä tarkoitetaan avun puutetta, joka voi kyllä olla yhteydessä taloudellisten resurssien puutteeseen mutta joka voi johtua myös muista syistä, kuten perheenjäsenten asumisesta kaukana toisistaan tai palvelujärjestelmän ongelmista. Köyhyyden ja hoivaköyhyyden voidaan kyllä olettaa olevan yhteydessä toisiinsa – tarjoavathan taloudelliset resurssit yksilöille ja perheille mahdollisuuksia hoivan puutteen torjumiseen – mutta ne ymmärretään tässä kuitenkin sinänsä erillisiksi ilmiöiksi.

Köyhyyden mittaaminen ei ole ongelmantonta. Köyhyydellä tarkoitetaan yleensä taloudellista köyhyyttä, mutta senkään mittaaminen ei ole yksinkertaista, sillä välttämättömät menot vaikuttavat toimeentuloon siinä missä tulotkin. Elämäntilanteesta riippuen ihmisillä on erilaisia taloudellisia tarpeita, joten pelkkiin tuloihin keskittyminen ei anna toimeentulosta riittävää käsitystä. (Kangas & Ritakallio 2008; Riihelä 2009.) Myös hoivaköyhyyden mittaaminen on monimutkaista. On tarkasteltava sekä avun tarpeita että sitä, vastataanko niihin riittävällä tavalla. Hoivan tarpeet ovat moniulotteisia, usein muuttuvia ja kontekstista riippuvaisia, ja ne suhteutuvat ihmisen omaan aikaisempaan elämään, kokemuksiin, toimintamahdollisuuksiin ja käytössä oleviin resursseihin. Lisäksi avun ja hoivan tarpeita ja avun riittävyttä voidaan arvioida eri tavoin.

Tässä tutkimuksessa hoivaköyhyyden mittaamiseen käytetään edelläkuvatun unmet needs -tutkimustradition vakiintuneita menetelmiä. Hoivatarpeet arvioidaan ihmisten itsensä ilmoittamien ADL- ja IADL-toimintarajoitteiden perusteella ja myös avun riittävyttä on kysytty suoraan vastaajilta itseltään. Tämä menetelmä ei ole täydellinen – jättäähän ADL- ja IADL-toimiin keskittyminen esimerkiksi sosiaalisen vuorovaikutuksen tarpeet huomiotta. Tässä käytettyä mittaamistapaa voidaan kuitenkin pitää toimivimpana tällä hetkellä sovellettavissa olevista tavoista mitata hoivaköyhyyttä.

Aineisto ja menetelmät

Tämän tutkimuksen aineistona käytetään Arki, apu ja palvelut -kyselyä, joka on kerätty Tampereella ja Jyväskylässä 75 vuotta täyttäneiden parissa vuosina 2010 ja 2015 Tampereen ja Jyväskylän yliopistojen yhteistyönä (ks. Van Aerschot 2014; Mathew Puthenparambil & al. 2017). Kyselylomake lähetettiin kumpanakin ajankohtana postitse tuhannelle tamperelaiselle ja tuhannelle jyväskyläläiselle ikääntyneelle, joiden osoitetiedot oli saatu satunnaisotantana väestörekisteristä. Tutkimuksen otos oli siten kummallakin kerralla 2 000 eli yhteensä 4 000 ihmistä. Kyselylomakkeen mukana oli saatekirje, jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta, aineiston luottamuksellisuudesta ja vastaajien anonymiteetin turvaamisesta. Vastauspyynnön sisältävä muistutuskirje lähetettiin kahdesti niille, jotka eivät olleet vastanneet. Tässä artikkelissa käytetään molempien vuosien aineistoja yhdessä vastaajamäärän suurentamiseksi. Kokonaisvastausprosentiksi muodostui 72,8 (2010: 71,5 %; 2015: 73,7 %), joten aineistossa on kaikkiaan 2 910 vastaajaa.

Tässä kyselyssä hoivan tarpeita kartoitettiin kysymällä, ”miten suoriudut seuraavista tehtävistä” kolmentoista eri päivittäisen toimen osalta. Näistä viisi oli ADL-toimia (peseytyminen, syöminen, vuoteesta nouseminen / vuoteeseen meno, WC:ssä käyminen, pukeutuminen/riisuutuminen) ja kahdeksan IADL-toimia (kulkeminen harrastuksiin ja kylään, ruokaostokset, kotiaavun ja muiden palvelujen hankkiminen, pankkiasioiden hoitaminen, kodin pienet korjaus- ja kunnostustyöt tai pihatyöt, siivous, ruoanlaitto, lääkkeiden ottaminen). Vastaajia pyydettiin valitsemaan vaihtoehdoista ”selviydyn ilman vaikeuksia”, ”en selviydy itse, mutta saan riittävästi apua” ja ”en selviydy itse ja tarvitsisin enemmän apua”. Kolmatta vastausvaihtoa käytettiin riittämättömän avun eli hoivaköyhyyden mittaamiseen. Hoivaköyhyyttä luokiteltiin siis esiintyvän niillä vastaajilla, jotka olivat valinneet viimeisen vaihtoehdon yhden tai useamman päivittäisen toimen kohdalla.

Analyysiin valittiin ADL- ja IADL-tarpeiden ja avun riittävyden lisäksi sosioekonomista asemaa sekä terveydentilaa koskevat taustamuuttujat, joita on käytetty yleisesti myös aikaisemmissa avun riittämättömyyttä selittämään pyrkivissä tutkimuksissa. Sosioekonomista asemaa tarkasteltiin koulutustason (ammattillinen tai ylempi koulutus vs.

ei ammatillista koulutusta), tulotason², iän, asuin-kaupungin, sukupuolen, asuinjärjestelyn (asuu yksin vs. muiden kanssa) sekä asuinalueen (keskusta vs. lähiö tai haja-asutusalue) perusteella. Terveydentilaa mitattiin koettua terveyttä koskevalla kysymyksellä (hyvä, melko hyvä tai keskinkertainen vs. melko huono tai huono) sekä jokapäiväistä elämää haittaavien pitkäaikaissairauksien tai vammojen määrää (ei yhtään tai yksi vs. useampia) koskella kysymyksellä.

Analyysimenetelminä käytettiin ristiintaulukointia ja binääristä logistista regressioanalyysiä. Vastausjakaumat esitellään seuraavaksi prosenttiosuuksina (taulukot 2 ja 3). Tämän jälkeen hoivaköyhyyden yhteyttä sosioekonomisiin taustatekijöihin ja terveydentilaan tutkittiin binäärisen logistisen regressioanalyysin avulla (taulukko 4). Regressioanalyysiin sisällytettiin vain vastaajat, joilla oli vähintään yksi ADL- tai IADL-hoivatarve. Menetelmä sopii tutkimukseen, jossa halutaan analysoida useita taustatekijöitä ja vakioita ne suhteessa toisiinsa. Binäärisen logistisen regressioanalyysin avulla on siis mahdollista tutkia, millä taustatekijöillä on selkein yhteys selitettävään muuttujaan, tässä tapauksessa ADL- ja IADL-toimintoihin liittyvään hoivaköyhyyteen. Malli kertoo kustakin selittävästä muuttujasta johtuvan suhteellisen riskin eli vetosuhteen (odds ratio OR, luottamusvälinä 95 %) sille, että vastaajan hoivan tarpeet eivät täyty vähintään yhdessä päivittäisessä toiminnossa. Aineisto analysoitiin IBM SPSS -ohjelman versiolla 22 ja regressioanalyysistä poistettiin kaikki havaintoyksiköt, joista puuttui tietoja yhdessäkin analyysiin sisällytyssä muuttujassa (*list-wise deletion*). Selittävien muuttujien multikollineaarisuus tarkistettiin.

Tulokset

Aineisto koostui tasaisesti sekä jyvaskyläläisistä että tamperelaisista vastaajista (taulukko 2). Selvä enemmistö vastaajista oli naisia, kuten yli 75 vuotta täyttäneistä yleensäkin. Reilu kolmannes oli alle 80-vuotiaita, saman verran oli 80–84-vuotiaita ja vajaa kolmannes 85 vuotta täyttäneitä. Vastaajis-

ta hieman yli puolet asui yksin. 60 prosenttia oli hankkinut ammatillisen tai sitä korkeamman koulutuksen, ja reilu puolet asui lähiössä tai haja-asutusalueella. Vastaajista reilun kolmanneksen ekvivalenttitulot olivat alle 1 000 euroa kuukaudessa. Lähes joka toisella oli useampi pitkäaikaissairaus tai vamma, mutta tästä huolimatta neljä viidesestä vastaajasta koki terveydentilansa keskinkertaiseksi, melko hyväksi tai hyväksi. Lähes joka viides (18 %) ei saanut tarpeeksi apua kaikkiin IADL-toimintoihin, kun taas täyttämättömiä ADL-tarpeita oli varsin harvalla (3 %).

Taulukko 2. Vastaajien taustatiedot

	N	%
Kaupunki		
Tampere	1 466	50,5
Jyväskylä	1 439	49,5
Sukupuoli		
Mies	1 065	37,0
Nainen	1 816	63,0
Ikä		
75–79 vuotta	979	35,8
80–84 vuotta	938	34,3
85–103 vuotta	815	29,8
Asuminen		
Yhdessä jonkun kanssa	1 237	43,4
Yksin	1 611	56,6
Asuinalue		
Keskusta	1 310	46,1
Lähiö tai haja-asutusalue	1 530	53,9
Koulutus		
Ammatillinen tai ylempi koulutus	1 669	59,5
Ei ammatillista koulutusta	1 134	40,5
Ekvivalentti kuukausitulo		
Yli 1500 euroa	466	17,8
1001–1500 euroa	1 159	44,2
1000 euroa tai vähemmän	996	38,0
Pitkäaikaissairaudet tai vammat		
Ei yhtään tai yksi	1 422	54,7
Useita	1 176	45,3
Koettu terveys		
Hyvä, melko hyvä tai keskinkertainen	2 169	78,6
Huono tai melko huono	589	21,4
Avun riittävyys		
Ainakin yksi ADL-tarve, johon ei saa tarpeeksi apua	73	2,6
Ainakin yksi IADL-tarve, johon ei saa tarpeeksi apua	515	18,2

2 Kyselylomakkeessa kysyttiin kotitalouden nettokuukausituloja. Jotta yhden ja useamman hengen kotitalouksien tulot saatiin vertailukelpoisiksi, kullekin vastaajalle laskettiin kuukausikohtainen ekvivalenttitulo OECD:n käyttämän mallin mukaisesti (käyttäen arvoa 1 talouden ensimmäiselle aikuiselle ja arvoa 0,5 sen muille aikuisille) (OECD, n.d.).

Taulukko 3. Avun tarpeet, avun saaminen ja hoivaköyhyys (N = 2 837)

	En tarvitse apua	Saan tarpeeksi apua	En saa tarpeeksi apua	Hoivaköyhyys*
	%	%	%	%
Päivittäiset perustoiminnot (ADL)				
Peseytyminen	86	12	2	14
Syöminen	96	4	<1	14
Sängystä pois/sänkyyn meneminen	95	4	<1	16
WC:ssä käyminen	96	4	<1	16
Pukeutuminen	93	7	<1	12
Yhteensä	85	12	3	17
Päivittäisten asioiden hoitaminen (IADL)				
Liikkuminen kodin ulkopuolella	67	25	8	24
Ruokaostokset	67	28	5	15
Avun ja palvelujen hankkiminen	57	34	8	19
Pankkiasioiden hoitaminen	68	29	3	10
Kodin kunnostus ja pihatyöt	36	51	13	20
Siivous	50	40	10	20
Ruoanlaitto	73	23	4	15
Lääkkeiden ottaminen	84	15	1	8
Yhteensä	30	52	18	26
Kaikki toiminnot yhteensä	30	52	18	26

*Hoivaköyhyyden yleisyys on laskettu jakamalla riittämättömän avun piirissä olevat vastaajat kaikkien niiden vastaajien määrällä, joilla oli avuntarpeita, ja kertomalla saatu tulos sadalla.

Eri ADL- ja IADL-tarpeiden välillä oli eroja avun tarpeiden ja avun saamisen suhteen (taulukko 3). ADL-toimissa avuntarvetta oli useimmin peseytymisessä ja IADL-toimissa kodin kunnostuksessa. IADL-tarpeissa avun tarve vaihteli huomattavasti: vain 36 prosenttia pystyi itse hoitamaan kodin kunnostuksen, mutta 84 prosenttia selvisi itse lääkkeiden ottamisesta. ADL-tarpeissa avuntarve oli selvästi harvinaisempaa: 96 prosenttia selviytyi itse syömisestä ja WC-käynneistä, ja peseytymisestäkin selvisi itse 86 prosenttia.

ADL-tarpeissa myös avun riittämättömyys oli harvinaista. Vain peseytymisessä kaksi prosenttia vastaajista ilmoitti, että apu oli riittämätöntä; muissa ADL-toimissa apu oli riittämätöntä alle prosentilla vastaajista. IADL-tarpeissa riittämätön apu oli huomattavasti yleisempää: esimerkiksi kodin kunnostuksessa 13 prosenttia ja siivouksessa 10 prosenttia vastaajista ilmoitti jääneensä vaille riittävää apua. Riittämätön apu oli siten huomattavasti tavanomaisempaa käytännöllisten päivittäisten asioiden hoitamisessa kuin henkilökohtaisessa hoivassa.

Jotta voidaan arvioida hoivaköyhyyden yleisyyttä eri tarpeiden kohdalla, tarkastelusta on poistettava ne vastaajat, joilla ei ole kyseisen avun tarvetta. Näin saatavat tulokset poikkeavat merkittävästi edellä kuvatusta riittämättömän avun yleisyydestä (taulukko 3). Tarkasteltaessa aineistossa vain niitä 75 vuotta täyttäneitä, joilla oli avun tarpeita, 12–16 prosenttia ilmoitti, ettei saanut riittävää apua eri ADL-tarpeissa eli päivittäisissä perustoiminnoissa. Riittämätön apu oli yleisintä sängystä/sänkyyn pääsemisessä ja WC-käynneissä ja hieinan harvinaisempaa pukeutumisessa. Apua tarvitsevista 75 vuotta täyttäneistä 17 prosenttia jäi vaille tarvitsemaansa apua ainakin yhdessä ADL-toiminnossa.

Hoivaköyhyys oli IADL-tarpeissa yleisempää kuin ADL-tarpeissa, mutta ero näiden kahden tarvetyypin välillä ei ollut niin suuri kuin tarkasteltaessa avun riittämättömyyttä kaikkien vastaajien joukossa. Lääkkeiden ottamisessa 8 prosenttia apua tarvitsevista jäi vaille tarvitsemaansa apua mutta liikkumisessa kodin ulkopuolella joka nel-

Taulukko 4. Sosioekonomisten ja terveydentilaa koskevien tekijöiden yhteys hoivaköyhyyteen ADL- ja IADL-tarpeissa (binäärinen logistinen regressioanalyysi, vertailuryhmänä ne, jotka saavat riittävästi apua ADL-/IADL-tarpeisiinsa)

Muuttujat	Monimuuttujamalli OR (95% CI)	
	Hoivaköyhyys ADL-tarpeissa (n = 337)	Hoivaköyhyys IADL-tarpeissa (n = 1 584)
I Sosioekonomiset muuttujat		
Tampere (ref: Jyväskylä)	1,23 (0,68–2,23)	0,86 (0,67–1,11)
Nainen (ref: mies)	1,94 (0,92–4,06)	1,11 (0,82–1,52)
Ikä (ref: 75–79 vuotta)		
80–84 vuotta	1,83 (0,64–5,21)	1,32 (0,95–1,84)
85–103 vuotta	1,59 (0,59–4,30)	1,40 (1,00–1,94)*
Asuu yksin (ref: asuu yhdessä jonkun kanssa)	0,79 (0,38–1,64)	1,40 (1,03–1,91)*
Asuu lähiössä tai haja-asutusalueella (ref: keskustassa)	1,89 (1,02–3,50)*	0,89 (0,88–1,13)
Ei ammatillista koulutusta (ref: ammatillinen tai ylempi koulutus)	0,88 (0,47–1,67)	0,86 (0,66–1,13)
Ekvivalentti kuukausitulo (ref: yli 1 500 euroa)		
1001–1500 euroa	0,84 (0,31–2,26)	1,49 (1,01–2,19)*
1000 euroa tai vähemmän	0,61 (0,21–1,77)	2,15 (1,42–3,24)***
II Terveydentila		
Heikko tai melko heikko koettu terveys (ref: hyvä, melko hyvä tai kohtalainen)	1,87 (0,96–3,65)	3,87 (2,95–5,08)***
Useita pitkäaikaissairauksia tai vammoja (ref: yksi tai ei yhtään)	1,67 (0,71–3,90)	1,98 (1,49–2,63)***

*<0,05; **<0,01; ***<0,001

Huom. Aineiston keräämisvuodet (2010/2015) on mallissa vakioitu.

jäs (24 %). Neljänneksellä (26 %) apu oli riittämättömää vähintään yhdessä IADL-tarpeessa.

Sosioekonomisten ja terveydentilaa koskevien tekijöiden yhteyttä avun riittämättömyyteen tarkasteltiin binäärisen logistisen regressioanalyysin avulla (taulukko 4). Kun muut taustatekijät kontrolloitiin, asuinalue osoittautui ADL-tarpeiden osalta ainoaksi hoivaköyhyyttä selittäväksi tekijäksi: lähiössä tai haja-asutusalueella asuvien riski ADL-hoivaköyhyyteen oli lähes kaksinkertainen (OR=1,89) verrattuna kaupungin keskustassa asuviin.

IADL-tarpeissa regressioanalyysi osoitti, että avun riittämättömyys oli 85 vuotta täyttäneillä yleisempää kuin 75–79-vuotiailla samoin kuin yksinasuvilla verrattuna jonkun toisen kanssa asuviin (OR=1,40). Hoivaköyhyysriski oli selvästi kohonnut alle 1 000 euron (OR=2,15) ja myös 1 001–1 500 euron (OR=1,49) kuukausituloilla verrattuna yli 1 500 euroa ansaitseviin. Hoivaköyhyyden riskiä lisäsivät myös pitkäaikaissairaudet ja vammat (OR=1,98) sekä erityisesti huono koet-

tu terveys (OR=3,87). Vahvimiksi IADL-hoivaköyhyyden selittäjiksi osoittautuivat siten heikko koettu terveys, alle 1 000 euron kuukausitulot ja useammat pitkäaikaissairaudet.

Johtopäätökset

Pohjoismainen hyvinvointivaltio nojaa universalismin periaatteeseen, ja Suomen perustuslain mukaan riittävät sosiaali- ja terveystalvet on turvattava kaikille apua tarvitseville. Avun riittämättömyyttä ei siten periaatteessa pitäisi esiintyä lainkaan. Sitä kuitenkin tämän tutkimuksen tulosten mukaan esiintyy myös Suomessa: tässä aineistossa vajaa viidennes niistä 75 vuotta täyttäneistä, joilla on avuntarpeita päivittäisissä perustoimissa, ja noin neljännes heistä, joilla on avuntarpeita päivittäisten asioiden hoitamisessa, ei saa riittävästi apua.

Tässä tutkimuksessa ikääntyneiden avun riittämättömyyttä tarkastellaan uuden hoivaköyhyyden

käsitteen kautta. Jokapäiväisessä elämässä tarvittavan avun riittämättömyydestä ei ole kyse satunnaisista kysynnän ja tarjonnan kohtaamisen vaikeuksista vaan yhteiskunnallisesta ongelmasta ja vakavissa tapauksissa perusoikeuksien laiminlyönnistä. Ilmiön sosiaalipoliittisen merkityksellisyyden vuoksi siitä käytetään tässä nimitystä hoivaköyhyys.

Hyvänä uutisena voi pitää sitä, etteivät esimerkiksi tulotaso, koulutustaso tai sukupuoli selitä aineistossa hoivaköyhyyttä päivittäisissä perustoinnoissa. Henkilökohtaisen perushoivan puute ei siten näytä riippuvan esimerkiksi sukupuolesta tai tulo- tai koulutustasosta. Ainoastaan asuinalue oli tilastollisessa yhteydessä ADL-hoivaköyhyyteen. Tämä tulos oli jossain määrin yllättävä ja kaipaasi jatkotutkimusta.

Joka tapauksessa havaittu varsin laaja hoivaköyhyys myös päivittäisissä perustoinnoissa merkitsee huomattavaa eriarvoisuutta riittävän avun saajien ja sitä ilman jäävien välillä. On myös hyvä huomioida, että ADL-hoivaköyhyyden kohdalla tapausten pieni lukumäärä heikentää jossain määrin tulosten merkitystä: laajemmassa aineistossa myös perustoimintojen hoivaköyhyydelle olisi voinut nousta useampia selittäjiä. On lisäksi luultavaa, että ne, joilla on kaikkein laajimmat ADL-tarpeet, ovat aliedustettuina kyselyn vastajakunnassa, koska heidän sairautensa ja toimintarajoituksensa ovat oletettavasti vaikeuttaneet kyselyyn vastaamista. Voidaan olettaa, että kyselyn kato johtui osittain juuri näistä ikääntymisen mukanaan tuomista toimintarajoitteista, minkä vuoksi päivittäisiä ADL-perustoimintoja koskeviin tuloksiin on suhtauduttava alustavina.

Käytännöllisen avun IADL-hoivaköyhyyttä selittivät puolestaan monet taustatekijät, etenkin matala tulotaso ja huono terveydentila. Nämä havainnot kertovat selvästi eriarvoisuudesta eri väestöryhmien välillä. Köyhyys ja hoivaköyhyys ovat siten yhteydessä ainakin päivittäisten asioiden hoitamisen osalta. Myös yksin asuminen ja yli 84 vuoden ikä lisäsivät IADL-hoivaköyhyyden riskiä.

Tämä tutkimus ei pysty analysoimaan hoivaköyhyyttä aiheuttavia mekanismeja eikä käytettävissä ole aineistoa 1990-luvun alusta lähtien. Tuloksia on joka tapauksessa tulkittava vanhuspalvelujärjestelmän muutoksen kontekstissa. Aiemmasta varsin laajalle ikääntyneiden ryhmälle tarjotusta julkisesti rahoitetusta kotipalvelusta on siirrytty huomattavasti pienemmälle ryhmälle suunnattuun sairaanhoitoon keskittyvään kotihoitoon

(Kröger & Leinonen 2012). Tämän tutkimuksen tulosten mukaan yhtäältä pienituloisimmat ja toisaalta sairaimmat eivät nykyjärjestelmässä saa riittävästi apua päivittäisten asioiden hoitamisessa, kuten kodinhoidossa ja liikkumisessa. Vaikka aineistossa päivittäiset ADL-hoivatarpeet olivat varsin harvinaisia – mikä osaltaan luultavasti johtui näitä tarpeita kokevan ryhmän aliedustuksesta – oli näitä tarpeita koskeva hoivaköyhyys kuitenkin huolestuttavan yleistä. Tuloksia on kuitenkin syytä pitää alustavina.

Tulosten merkitystä pohdittaessa on huomioitava, että analysoitavana oli kahdessa kaupungissa kerätty paikallinen aineisto. Tulokset eivät edusta koko Suomea ja aineiston ulkopuolelle jää etenkin maaseutu (lukuunottamatta Jyväskylän ja Tampereen kaupunkien maaseutumaisia alueita). Toisaalta näiden kahden kaupungin välillä ei havaittu hoivaköyhyydessä tilastollisesti merkitseviä eroja. Koska hoivapalvelut ovat kuitenkin nimenomaan paikallisia, kuntien järjestämiä palveluja, on oletettavaa, että eri kuntien erilaiset hoivapoliittiset linjaukset vaikuttavat hoivaköyhyyden yleisyyteen. Paikallisten politiikkalinjausten analysointiin tarvittaisiin kuitenkin laajempi, mieluiten kaikki kunnat kattava aineisto. Kansallisella aineistolla pystyttäisiin tutkimaan myös hoivaköyhyyden alueellista jakautumista.

Kaiken kaikkiaan hoivan riittämättömyyden tutkimus on Suomessa ollut vähäistä, joten lisää tietoa tarvittaisiin useasta asiasta. Hoivaköyhyyden tutkimusta olisi syytä kohdentaa siten, että pyrittäisiin tavoittamaan nimenomaan kaikkein heikoimmassa asemassa olevia ikääntyneitä ihmisiä. Hoivaköyhyyden syntymekanismien seikka-peräinen ymmärtäminen olisi myös tärkeää, jotta kyettäisiin suunnittelemaan ja toteuttamaan sen vähentämiseen pystyviä toimenpiteitä. Lisää tietoa tarvittaisiin myös esimerkiksi amerikkalaisen tutkimuksen esiinnostamista avun riittämättömyyden kielteisistä seurauksista (*adverse consequences*) hyvinvoinnille, terveydelle, laitoshoidon tarpeen ja jopa kuolleisuuden lisääntymiselle (esim. Lima & Allen 2001; Allen & al. 2014).

Vaikka tässä tutkimuksessa on ollut käytettävissä vain paikallinen aineisto, sillä on joka tapauksessa todennettu hoivaköyhyyden olemassaolo Suomessa. Ei ole syytä olettaa, että hoivaköyhyyden esiintyminen rajoittuisi vain Jyväskylään ja Tampereelle, joten jo tämän tutkimuksen tulokset asettavat haasteen suomalaiselle palvelujärjestelmälle. Universalismin periaatteen mukaan hoi-

vaköyhyttä ei pitäisi Suomessa esiintyä lainkaan – mutta sitä kuitenkin esiintyy. Jos suomalaisen hyvinvointivaltion onnistumista mitataan perustulaisissa ja vanhuspalvelulaisissa annettujen palvelulupausten valossa, sen voidaan todeta epäonnis-

tuneen perustehtävässään. Palvelujärjestelmän tärkein tavoite on, että se tarjoaa avun sitä tarvitseville, joten hoivaköyhyyden poistamisen tulisi asetua niin valtion, kuntien kuin yksityistenkin palvelutuottajien toiminnan prioriteetiksi.

Saapunut 5.9.2018
Hyväksytty 7.12.2018

KIRJALLISUUS

- Allen, Susan M. & Piette, Elizabeth R. & Mor, Vincent: The adverse consequences of unmet need among older persons living in the community: dual-eligible versus medicare-only beneficiaries. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 69 (2014): 7, 51–58.
- Anttonen, Anneli: The feminization of the Scandinavian welfare state. S. 3–25. Teoksessa Simonen, Leila (toim.): *Finnish Debates on Women's Studies*. Tampere: University of Tampere, 1990.
- Anttonen, Anneli & Sipilä, Jorma: Universalismi Britannian ja Pohjoismaiden sosiaalipolitiikassa. *Janus* 18 (2010): 2, 104–120.
- Anttonen, Anneli & Zechner, Minna: Tutkimuksen lähestymistapoja hoivaan. S. 16–53. Teoksessa Anttonen, Anneli & Valokivi, Heli & Zechner, Minna (toim.): *Hoiva. Tutkimus, politiikka ja arki*. Tampere: Vastapaino, 2009.
- Brimblecombe, Nicola & Pickard, Linda & King, Derek & Knapp, Martin: Perceptions of unmet needs for community social care services in England: a comparison of working carers and the people they care for. *Health and Social Care in the Community* 25 (2017): 2, 435–446.
- Daly, Mary: Care policies in Western Europe. S. 33–56. Teoksessa Daly, Mary (toim.): *Care Work: The Quest for Security*. Geneva: International Labour Office, 2001.
- García-Gómez, Pilar & Hernández-Quevedo, Cristina & Jiménez-Rubio, Dolores & Oliva-Moreno, Juan: Inequity in long-term care use and unmet need: two sides of the same coin. *Journal of Health Economics* 39 (2015): 147–158.
- Gibson, Mary Jo & Verma, Satyendra K.: *Just Getting By: Unmet Need for Personal Assistance Services Among Persons 50 or Older with Disabilities*. Washington DC: AARP Public Policy Institute, 2006.
- Isaacs, B. & Neville, Y.: The measurement of need in older people. Edinburgh: Scottish Home and Health Department, 1976.
- Jylhä, Maria & Enroth, Linda & Luukkala, Tiina: Trends of functioning and health in nonagenarians: the Vitality 90+ Study. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 33 (2018): 1, 313–332.
- Kalliomaa-Puha, Laura: Vanhuksen oikeus hoivaan ja omaisolettama. *Gerontologia* 31 (2017): 3, 227–242.
- Kangas, Olli & Ritakallio, Veli-Matti: Köyhyyden mittaustavat, sosiaaliturvan riittävyys ja köyhyyden yleisyys Suomessa. Helsinki: Kelan tutkimusosasto, 2008.
- Katz, Sidney & Ford, Amasa B. & Moskowitz, Ronald W. & Jackson, Beverly A. & Jaffe, Marjorie W.: Studies of illness in the aged: the Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *The Journal of the American Medical Association* 185 (1963): 12, 914–919.
- Kröger, Teppo: Universalism in social care for older people in Finland: weak and still getting weaker. *Nordisk Sosialt Arbeid: Tidsskrift for sosialarbeidere i Norden* 23 (2003): 1, 30–34.
- Kröger, Teppo: Hoivaköyhyys yksinhuoltajaperheissä: kenelle lastenhoito-ongelmat kasautuvat? S. 206–232. Teoksessa Takala, Pentti (toim.): *Onko meillä malttia sijoittaa lapsiin?* Helsinki: Kelan tutkimusosasto, 2005.
- Kröger, Teppo & Leinonen, Anu: Transformation by stealth: the retargeting of home care services in Finland. *Health and Social Care in the Community* 20 (2012): 3, 319–327.
- Kuronen, Tanja: Vanhusten kotisiivous – hoivaa vai palvelua? S. 121–138. Teoksessa Seppänen, Marjaana & Karisto, Antti & Kröger, Teppo (toim.): *Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä*. Jyväskylä: PS-kustannus, 2007.
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista 28.12.2012/980. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980> (luettu 18.7.2018)
- Lawton, M. Powell & Brody, Elaine M.: Assessment of older people: self-maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. *Gerontologist* 9 (1969): 3, 179–186.
- Liddell, Christine & Morris, Chris: Fuel poverty and human health: a review of recent evidence. *Energy Policy* 38 (2010): 6, 2987–2997.
- Lima, Julie C. & Allen, Susan M.: Targeting risk for unmet need: not enough help versus no help at all. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 56B (2001): 5, 302–311.
- Mathew Puthenparambil, Jiby & Kröger, Teppo & Van Aerschot, Lina (2017) Users of care services in a Nordic welfare state under marketisation: the rich, the poor and the sick. *Health and Social Care in the*

- Community 25 (2017): 1, 54–64.
- Morrow-Howell, Nancy & Proctor, Enola & Rozario, Philip: How much is enough? Perspectives of care recipients and professionals on the sufficiency of in-home care. *The Gerontologist* 41 (2001): 6, 723–732.
- Murto, Jukka & Sainio, Päivi & Pentala, Oona & Koskela, Timo & Luoma, Minna-Liisa & Koponen, Päivikki & Kaikkonen, Risto & Koskinen, Seppo: Vanhuspalvelulain vaikutukset ikääntyneen väestön toimintakykyyn ja koettuun palvelutarpeeseen: seurantaosoittimet, 2016. <http://www.terveytemme.fi/ath/vanhuspalvelulaki> (luettu 18.7.2018)
- OECD: What are equivalence scales? Organisation for Economic Cooperation and Development. <http://www.oecd.org/eco/growth/OECD-Note-EquivalenceScales.pdf> (luettu 14.6.2018)
- Raiz, Lisa: Health care poverty. *The Journal of Sociology & Social Welfare* 33 (2006): 4, 87–104.
- Rauhala, Pirkko-Liisa: Miten sosiaalipalvelut ovat tulleet osaksi suomalaista sosiaaliturvaa? Tampere: Tampereen yliopisto, 1996.
- Riihelä, Marja: Essays on Income Inequality, Poverty and the Evolution of Top Income Shares. Helsinki: VATT, 2009.
- Shakespeare, Tom: Help. Birmingham: Venture Press, 2000.
- Sipilä, Jorma (toim.): Social Care Services: The Key to the Scandinavian Welfare Model. Aldershot: Avebury, 1997.
- Sipilä, Jorma: Hoivan organisointi: vaivaistalosta markkinatavaraksi. *Janus* 11 (2003): 1, 23–38.
- Stakes: Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus. Helsinki: Stakes, 1995.
- Stakes: Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000. Helsinki: Stakes, 2000.
- Suomen perustuslaki 11.6.1999/731. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731> (luettu 18.7.2018)
- Szebehely, Marta & Meagher, Gabrielle: Nordic elder-care – weak universalism becoming weaker? *Journal of European Social Policy* 28 (2018): 3, 294–308.
- THL: Tilastotietoja suomalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista. <http://sotkanet.fi> (luettu 15.5.2018)
- Tilastokeskus: Väestörakenne. <http://pxnet2.stat.fi> (luettu 15.6.2018)
- Vaarama, Marja: Ikääntyneiden toimintakyky ja hoivapalvelut – nykytila ja vuosi 2015. S. 131–198. Teoksessa *Ikääntyminen voimavarana*. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia, 2004.
- Vaarama, Marja & Luoma, Minna-Liisa & Ylönen, Lauri: Ikääntyneiden toimintakyky, palvelut ja koettu elämänlaatu. S. 104–133. Teoksessa *Kautto, Mikko (toim.): Suomalaisten hyvinvointi 2006*. Helsinki: Stakes, 2006.
- Van Aerschot, Lina: Vanhusten hoiva ja eriarvoisuus, sosiaalisen ja taloudellisen taustan yhteys avun saamiseen ja palvelujen käyttöön. Tampere: Tampere University Press, 2014.
- Vlachantoni, Athina: Unmet need for social care among older people. *Ageing & Society* 39 (2019): 4, 657–684.
- Williams, Judith & Lyons, Barbara & Rowland, Diane: Unmet long-term care needs of elderly people in the community: a review of the literature. *Home Health Care Services Quarterly* 16 (1997): 1–2, 93–119.
- Wærness, Kari: Informal and formal care in old age: what is wrong with the new ideology in Scandinavia today? S. 110–132. Teoksessa *Ungerson, Claire (toim.): Gender and Caring: Work and Welfare in Britain and Scandinavia*. London: Harvester Wheatsheaf, 1990.
- Zhu, Haiyan: Unmet needs in long-term care and their associated factors among the oldest old in China. *BMC Geriatrics* 15 (2015): 46, 1–11.

ENGLISH SUMMARY

Teppo Kröger & Lina Van Aerschot & Jiby Mathew Puthenparambil: Care poverty among older people (Ikääntyneiden hoivaköyhyys)

Finland promises to provide necessary social and health care to all its people, but does it really live up to this promise? Using questionnaire data gathered among the 75+ population in two Finnish cities (Jyväskylä and Tampere) in 2010 and 2015, this article studies the prevalence of unmet care needs among older people in Finland. The response rate was 71.5 per cent in 2010 and 73.7 per cent in 2015. Care needs are measured using 13 different ADLs and IADLs. For each daily activity, the respondents were asked whether they received enough support. If they reported inadequate support for one or more daily functions, they were categorized as having unmet needs. As unmet care needs indicate a failure on the part of the welfare state and as they are a major expression of inequality, the paper introduces the concept of care poverty to stand for unmet care needs and to emphasize the social policy dimension of inadequate care.

The results show that in absolute terms, unmet practical care (IADL) needs are much more common than unmet personal care (ADL) needs. However, when the number of those with unmet needs is divided by those who actually have the need in question, we found that 26 per cent have practical care poverty and 17 per cent personal care poverty. According to logistic regressions, the only background variable that explained personal care poverty was area of residence, but practical care poverty was predicted by a number of factors: age (85+), living alone, low income or low self-rated health and several long-term illnesses or impairments. Practical care poverty is thus connected to more sources of inequality than personal care poverty. Overall, the relatively high levels of both practical and personal care poverty show that Finland fails to provide adequate care to all its older people.

Keywords: care poverty, unmet needs, care for older people, long-term care, Finland.