

Marja-Liisa Hiironen

# Hoivayritykset kotona asuvien ikäntyvien toimintakyvyn tukena

Ikääntyvien, kuntapäättäjien ja  
hoivayrittäjien näkökulma



Marja-Liisa Hiironen

Hoivayritykset kotona asuvien ikääntyvien  
toimintakyvyn tukena

Ikääntyvien, kuntapäätäjien ja  
hoivayrittäjien näkökulma

Esitetään Jyväskylän yliopiston taloustieteiden tiedekunnan suostumuksella  
julkisesti tarkastettavaksi Kokkolassa, Kokkolan yliopistokeskuksessa  
marraskuun 24. päivänä 2007 kello 12.



JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

JYVÄSKYLÄ 2007

# Hoivayritykset kotona asuvien ikääntyvien toimintakyvyn tukena

Ikääntyvien, kuntapäätäjien ja  
hoivayrittäjien näkökulma

Marja-Liisa Hiironen

Hoivayritykset kotona asuvien ikääntyvien  
toimintakyvyn tukena

Ikääntyvien, kuntapäättäjien ja  
hoivayrittäjien näkökulma



JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

JYVÄSKYLÄ 2007

Editors

Tuomo Takala

School of Business and Economics, University of Jyväskylä

Irene Ylönen, Marja-Leena Tynkkynen

Publishing Unit, University Library of Jyväskylä

ISBN 978-951-39-2987-9 (nid.), 978-951-39-5157-3 (PDF)

ISSN 1457-1986

Copyright © 2007, by University of Jyväskylä

Jyväskylä University Printing House, Jyväskylä 2007

## ABSTRACT

Hiironen, Marja-Liisa

Care enterprises and the functionality of elderly people living at home:

The perspectives of aging people, municipal decision-makers and care entrepreneurs

Jyväskylä: University of Jyväskylä, 2007, 153 p.

(Jyväskylä Studies in Business and Economics

ISSN 1457-1986; 58)

ISBN 978-951-39-2987-9 (nid.), 978-951-39-5157-3 (PDF)

Diss.

Along with a changing population age structure, municipalities are faced with the challenge of organizing home care for the aging to support their functionality and enable them to live at home. The main question of this research is what aging people, municipal decision-makers and care entrepreneurs think of the possibilities of care service enterprises to support the functional status of the aging who live at home. The theoretical reference frame of the study builds on system theory, which makes it possible to examine these enterprises as a system and examine care services from the viewpoint of their utilization, content and structural functionality.

The study data were collected from the 55–70 -year-old inhabitants of four municipalities in the Central Ostrobothnia region of Finland and from the municipal decision-makers and care enterprises in these locations. Data were gathered from the aging population and the decision-makers mainly by means of a structured questionnaire. Altogether 1128 persons responded to the questionnaire addressed to aging persons, giving a response percentage of 40.3%, while the decision-makers' questionnaire received 32 responses with a response percentage of 48.5%. Part of the data was gathered by interviewing 31 municipal decision-makers and 4 care entrepreneurs using theme interviews.

The results indicate that various kinds of service producers are needed to provide care services for the aging: public sector, care enterprises, third sector, as well as family or friends. Each of these sectors has already shaped or is shaping its role in service provision. The role of care enterprises seems to be strongest in the provision of different support services. The study also outlines two service packages – “AGE packages” – the first of which comprises cleaning, transport and clothing care services, and the second additionally offers assistance in food preparation and eating and in personal hygiene. Care enterprises are actively seeking a new role in the sphere of service production. The findings also show that many aging people appreciate a freedom of choice among home care services when they need them. Customer orientation, an aspect brought up in the interviews by care entrepreneurs, poses the challenge of finding and developing services and service packages to meet the individual needs of each customer. Municipal decision-makers brought up the need for supervision to maintain the current quality of home care services, which is appreciated by the aging, by decision-makers and by care entrepreneurs alike.

Keywords: quality of life, care enterprises, aging, home care, system theory, functionality

**Author's address**

Marja-Liisa Hiironen  
School of Business and Economics  
University of Jyväskylä  
marja-liisa.hiironen@cou.fi

**Supervisor**

Professor Matti Koiranen  
School of Business and Economics  
University of Jyväskylä

**Reviewers**

Professor Juha Kinnunen  
The Department of Health Policy and  
Management  
University of Kuopio

Docent Tarja Römer-Paakkanen  
HAAGA-HELIA University of Applied  
Sciences

**Opponent**

Professor Juha Kinnunen  
The Department of Health Policy and  
Management  
University of Kuopio

## ESIPUHE

Lapsena suuri intohimoni oli istua isovanhempieni vanhan maalaistalon vintillä ja tutkia kaikkea sitä vanhaa, mitä löysin. Vanhat pumpuliverkot, ruki, isänsän isän sisaren vanhat "Ameriikan-ajan" valokuva-albumit ja seinillä olevat taulujen kokoiset valokuvat kertoivat suvun vaiheista ja herättivät huomaamaan sen, kuinka kiinnostavaa ikääntyvien ihmisten elämä on ollut ja kuinka kiehtovaa kerrottavaa ikääntyvillä ihmisillä on noiden esineiden ja kuvien historiasta ja entisajan ihmisten elämästä - esineet kun eivät osanneet puhua. Olen ollut elämässäni sikäli onnekas, että olen saanut tuntea kaikki isovanhempani yli kahdenkymmenen vuoden ajan: Alma ja Yrjö Lankilan (kannen kuva) sekä Taimi ja Väinö Roikon. Heidän kannustuksensa koulun käyntiin, liikuntaan ja työn tekemiseen - välillisesti myös tämän tutkimuksen tekemiseen - on ollut merkittävä.

Omat lapseni ovat myös olleet onnekkaita: he ovat lähes päivittäin tekemisissä Kokkolassa asuvien isovanhempiensa, Liisa ja Hannu Lankilan, kanssa ja he ovat saaneet monen vuoden ajan elää äidinäidin äitinsä naapurina. Näin poikiemme mielessä alle kouluikäisenä kehkeytyikin ajatus siitä, että vanhoja ihmisiä on ainakin kahdenlaisia: aika vanhoja ja tosi vanhoja. Tästä voi päätellä, että pojat hahmottivat ikääntymisen ja vanhuuden pitkänä ajanjaksona, kuten se monen ikääntyvän kohdalla onkin.

Monille ikääntyville ihmisille on tärkeää elää keskellä kaikkea elettyä elämää, tätä päivää ja tulevaa, nähdä seuraavien sukupolvien syntyminen, elämäntilanteiden muuttuminen ja valintojen tekeminen. Vaikka elämänvalinnat - myös ikääntyvien kotihoitoon liittyvät ratkaisut - ovat tämän päivän Suomessa hyvin erilaisia kuin 50 vuotta sitten, voi ikääntyvien elämäkokemus antaa uudenalaisia näkökulmia yhteisiin valintoihin. Sukupolvet tarvitsevat toisiaan monella tavalla, usein myös kotihoidon järjestämisessä. Kotihoitopalvelujen tuottaminen on viimeisten vuosikymmenten aikana siirtynyt ikääntyvien läheisiltä yhä enemmän julkisen sektorin tehtäväksi. Viimeaikainen kehitys on puolestaan lisännyt läheisten, hoivayritysten ja kolmannen sektorin osuutta ikääntyvien kotihoitopalvelujen tuottamisessa. Yhteiskunnalliset päätökset heijastuvat väistämättä ikääntyvien mahdollisuuksiin valita palveluntuottaja.

Hoivayrittäjyyteen ja siihen liittyviin kysymyksiin pääsin ensimmäisen kerran perehtymään dosentti Esko Alasaarelan johtamassa Yrittäjyyden ja verkostoitumisen edistäminen Keski-Pohjanmaalla -projektissa (YVEK), jossa vastasin erikoissuunnittelijana sosiaali- ja terveysalan osa-alueesta. Tuolta ajalta juontavat vieläkin monet yrityskontaktini. Sittemmin työni Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan yksikön kehittämisspäällikkönä on avannut uusia näkökulmia yrittäjyyteen. Lämmin kiitos Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoululle mahdollisuudesta toimia Hoiva 2008 -projektin projektipäällikkönä ja työlomasta tutkijakoulun aikana. Hoiva 2008 -projektissa kootusta empiirisestä aineistosta kumpuavat tämänkin tutkimuksen tulokset.



Tutkimustyön tekemiseen kannustamisesta haluan kiittää perusturvajohtaja Vuokko Pöyhtäriä Himangalta, perusturvajohtaja Tarja Oikarinen-Nybackaa Kannuksesta, perusturvajohtaja Raija Eskolaa Kälviältä, perusturvajohtaja Seija Tikkasta ja johtaja Sirkka-Liisa Niemeä Lohtajalta, yritysasiainmies Jonne Sandbergia, yritysasiainmies Piia Isosaarta ja yritysasiainmies Heikki Luukosta Kokkolanseudun Kehitys Oy:stä, projektipäällikkö André Österholmia ja yritystutkija Tom Saksaa Pohjanmaan TE-keskuksesta. Kannuksesta hoivayrittäjyyden tutkimiseen työn ensi metreillä kiitän ma. professori Sari Rissasta. Haluan osoittaa kiitokseni ennen kaikkea kaikille niille himankalaisille, kannuslaisille, kälviäläisille ja lohtajalaisille 55–70-vuotiaille, kuntapäätäjille ja hoivayrittäjille, jotka antoivat aikaansa ja vastasivat lähetettyyn kyselyyn.

Pohtimaan ja perustelevaan haastavien kysymysten tekemisestä sekä tutkimusta eteenpäin vievästä palautteesta suuren kiitoksen ansaitsee työn ohjaaja professori Matti Koironen. Uusien näkökulmien esilletuomisesta kiitän erikoistutkija Mari Suorantaa, osastopäällikkö Annukka Klemolaa, kehittämissuunnittelija Pirjo Knifiä ja yksikönjohtaja Merja Joutsen-Onnelaa. Tiedonhakuun liittyvästä avusta haluan kiittää Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulun koulutuskirjaston henkilöstöä. Avusta empiiristen tietojen keräämisessä ja tallentamisessa kiitän erikoissairaanhoidon Jaana Kalliokoskea, toimistosihteerin Merja Kivelää sekä opiskelija Jonna Kellokoskea ja opiskelija Riikka Lankilaa. Tilastollisessa tietojenkäsittelyssä saadusta suuresta avusta kiitokset kuuluvat sovellussuunnittelija Pekka Rahkoselle. Työn ulkoasun viimeistelyssä opintosihteerin Paula Härkönen on ollut suurena apuna, mistä hänelle lämmin kiitos. Jyväskylän yliopistoa kiitän mahdollisuudesta olla tutkijakoulutettavana. Keskipohjanmaa-rahastoa kiitän väitöskirjatyölleni myönnetystä apurahasta, mikä kertoo tutkimusaiheen merkityksestä ja ajankohtaisuudesta.

Lämmin kiitokseni puolisololleni Juhalle ja pojillemme Antille ja Matille tutkimusprosessin sovittamisesta osaksi perheemme työn- ja opiskeluntäyteistä, liikunnallista arkea. Lopuksi haluan vielä osoittaa kiitokseni kaikille tutkimuksen eri vaiheissa mukana olleille ja tukeaan antaneille. Tutkimusprosessin aikana opin, että ikääntyvien kotihoitoon tarvitaan monia – niin myös tutkimuksen tekemiseen.

Kokkolassa 14.9.2007

Marja-Liisa Hiironen

## KUVIOT

|          |   |     |
|----------|---|-----|
| KUVIO 1  | Organisaation alasyhteet (vrt. Kerola & Järvinen 1980).....   | 25  |
| KUVIO 2  | Tarkoituksellisen systeemin tarkastelukulmat<br>(vrt. Kerola & Järvinen 1980).....                            | 26  |
| KUVIO 3  | Tarkoituksellinen systeemi systeemiteorian näkökulmasta<br>(vrt. Kerola & Järvinen 1980).....                 | 37  |
| KUVIO 4  | Toimintakyvyn osa-alueet tässä tutkimuksessa.....   | 38  |
| KUVIO 5  | Pragmaattinen näkökulma ikääntyvien kotihoitoon<br>(vrt. Kerola & Järvinen 1980).....                         | 40  |
| KUVIO 6  | Semanttinen näkökulma ikääntyvien kotihoitosysteemiin<br>(vrt. Kerola & Järvinen 1980).....                   | 42  |
| KUVIO 7  | Ikääntyvien kotihoidon toimintaprosessi<br>(vrt. Yura & Walsh 1973, Viitala 1990).....                        | 45  |
| KUVIO 8  | Konstrukttiivinen näkökulma ikääntyvien kotihoitoon<br>(vrt. Kerola & Järvinen 1980).....                     | 47  |
| KUVIO 9  | Ikääntyvien kotihoidon ohjaavan toiminnan suhde suorittavaan<br>toimintaan (vrt. Kerola & Järvinen 1980)..... | 50  |
| KUVIO 10 | Ikääntyvien kotihoitosysteemin yhteys tuotokseen<br>(vrt. Kerola & Järvinen 1980).....                        | 51  |
| KUVIO 11 | Ikääntyvien kotihoitopalveluja tuottava hoivayritys systeeminä<br>(vrt. Kerola & Järvinen 1980).....          | 65  |
| KUVIO 12 | Tutkimusasetelma.....   | 67  |
| KUVIO 13 | Kotihoitopalvelujen kokonaissysteemi.....   | 107 |
| KUVIO 14 | Ensimmäinen IKÄ-paketti hoivayritysten tuotteeksi.....  | 108 |
| KUVIO 15 | Toinen IKÄ-paketti hoivayritysten tuotteeksi.....   | 108 |
| KUVIO 16 | IKÄ-kotihoitopaketti hoivayritysten tuotteeksi.....   | 109 |
| KUVIO 17 | Kotihoidon palvelupaketteja hoivayritysten tuotteiksi.....  | 110 |
| KUVIO 18 | Esimerkkejä jatkotutkimuskohteista.....   | 117 |

## TAULUKOT

|             |   |     |
|-------------|---|-----|
| TAULUKKO 1  | Yhteenvedo teoreettisen viitekehyksen keskeisistä käsitteistä ja niiden rajauksista .....       | 18  |
| TAULUKKO 2  | Tarkoituksellisen järjestelmän toiminnan osittaminen (vrt. Kerola & Järvinen 1980) .....        | 24  |
| TAULUKKO 3  | Ikääntyvien sukupuoli kunnittain .....  | 73  |
| TAULUKKO 4  | Ikääntyvien ikäjakauma kunnittain .....   | 74  |
| TAULUKKO 5  | Fyysinen terveydentila ikääntyvien itsensä arvioimana ikäryhmittäin .....                       | 74  |
| TAULUKKO 6  | Fyysinen terveydentila ikääntyvien itsensä arvioimana asumismuodoittain .....                   | 75  |
| TAULUKKO 7  | Fyysinen terveydentila ikääntyvien itsensä arvioimana tuloryhmittäin .....                      | 76  |
| TAULUKKO 8  | Hoivayritysten tuottamat palvelut .....   | 77  |
| TAULUKKO 9  | Ikääntyvien halukkuus hoivayritysten tuottamien palvelujen ostamiseen .....                     | 84  |
| TAULUKKO 10 | Henkilökohtaiseen hygieniaan yhteydessä olevat kotihoitopalvelut .....                          | 85  |
| TAULUKKO 11 | Asioimisapuun yhteydessä olevat kotihoitopalvelut .....   | 86  |
| TAULUKKO 12 | Vaatehuoltoon yhteydessä olevat kotihoitopalvelut .....   | 87  |
| TAULUKKO 13 | Lääkityksestä huolehtimiseen yhteydessä olevat kotihoitopalvelut .....                          | 88  |
| TAULUKKO 14 | Hoivayritykset ensi- ja toissijaisina palveluntuottajina ikääntyvien arvioimana .....           | 90  |
| TAULUKKO 15 | Hoivayritykset ensi- ja toissijaisina palveluntuottajina kuntapäätäjien arvioimana .....        | 92  |
| TAULUKKO 16 | Kotihoitopalvelujen rahoittaminen ikääntyvien arvioimana .....                                  | 97  |
| TAULUKKO 17 | Ikääntyvien fyysisen terveydentilan yhteys hoivayritysten tuottamien palvelujen käyttöön .....  | 98  |
| TAULUKKO 18 | Ikääntyvien henkisen vireyden yhteys hoivayritysten tuottamien palvelujen käyttöön .....        | 99  |
| TAULUKKO 19 | Ikääntyvien taloudellisen tilanteen yhteys hoivayritysten tuottamien palvelujen käyttöön .....  | 100 |
| TAULUKKO 20 | Ikääntyvien lähimpien ihmissuhteiden yhteys hoivayritysten tuottamien palvelujen käyttöön ..... | 100 |
| TAULUKKO 21 | Kotihoitopalvelujen rahoittaminen kuntapäätäjien arvioimana .....                               | 103 |

## LIITEKUVIOT

|           |  |     |
|-----------|--|-----|
| KUVIO KL1 | Vastaajien tilannekuvaus elämästään fyysisen, henkisen ja taloudellisen tilanteen sekä ihmissuhteiden osalta arvioituna asteikolla 1-10..... | 149 |
|-----------|--|-----|

## LIITETAULUKOT

|               |  |     |
|---------------|--|-----|
| TAULUKKO TL 1 | Vastaajien tilannekuvaus elämästään fyysisen, henkisen ja taloudellisen tilanteen sekä ihmissuhteiden osalta arvioituna asteikolla 1-10..... | 150 |
| TAULUKKO TL 2 | Ruuan valmistukseen yhteydessä olevat kotihoitopalvelut .....  | 150 |
| TAULUKKO TL 3 | Ulkoilussa avustamiseen yhteydessä olevat kotihoitopalvelut.....   | 151 |
| TAULUKKO TL 4 | Seuranpitoon yhteydessä olevat kotihoitopalvelut .....   | 151 |
| TAULUKKO TL 5 | Kuljetuspalveluihin yhteydessä olevat kotihoitopalvelut.....   | 152 |
| TAULUKKO TL 6 | Lääkärin kotikäynteihin yhteydessä olevat kotihoitopalvelut.....   | 152 |
| TAULUKKO TL 7 | Turvapalveluihin yhteydessä olevat kotihoitopalvelut ..  | 153 |

# SISÄLLYS

ABSTRACT

ESIPUHE

KUVIOT JA TAULUKOT

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 1     | JOHDANTO.....  | 13 |
| 1.1   | Ikääntyvien palvelut haasteiden edessä.....                                      | 13 |
| 1.2   | Aiheen relevanssi ja tutkimustehtävän asettaminen.....                           | 15 |
| 1.3   | Tutkimuksen keskeiset käsitelmääritykset ja rajaaminen.....                      | 17 |
| 1.4   | Tutkielman rakenne .....   | 19 |
| 2     | TEOREETTINEN VIITEKEHYS.....   | 22 |
| 2.1   | Systemiteoria .....  | 22 |
| 2.2   | Ikääntyminen.....  | 27 |
| 2.3   | Elämänlaatu, -tilanne ja toimintakyky.....                                       | 32 |
| 2.4   | Yhteenveto .....   | 37 |
| 3     | TUTKIMUSAIHETTA KOSKEVAN AIEMMAN KIRJALLISUUDEN<br>ESITTELY JA JÄSENTÄMINEN..... | 39 |
| 3.1   | Kotihoitopalvelut ikääntyvien toimintakyvyn tukena.....                          | 39 |
| 3.1.1 | Ikääntyvien hoidon tavoitteet ja tavoitteiden toteutuminen.....                  | 39 |
| 3.1.2 | Kotihoito ja siihen liittyvät palvelut.....                                      | 42 |
| 3.1.3 | Kotihoidon palvelujärjestelmän rakenne, resurssit<br>ja toiminta.....            | 47 |
| 3.1.4 | Kotihoitopalvelujen tavoitteet.....  | 50 |
| 3.1.5 | Palvelujen käyttö ja asiakastyytyväisyys.....                                    | 51 |
| 3.2   | Hoivayritykset kotihoidon palvelujärjestelmän toimijoina.....                    | 55 |
| 3.2.1 | Hoivayritykset palvelun tuottajina.....  | 55 |
| 3.2.2 | Kotihoitopalveluja tuottavat yritykset .....                                     | 58 |
| 3.2.3 | Muita palveluja tuottavat yritykset .....  | 60 |
| 3.2.4 | Palvelutuotannon kattavuus ja laatu ikääntyvien<br>näkökulmasta.....             | 63 |
| 3.3   | Yhteenveto .....   | 64 |
| 4     | EMPIIRISEN TUTKIMUKSEN TOTEUTUS .....  | 66 |
| 4.1   | Tutkimusasetelma ja metodologiset valinnat.....                                  | 66 |
| 4.2   | Mittarin laadinta .....  | 69 |
| 4.2.1 | Mittarin laadinta tietojen keräämiseksi kotona asuvilta<br>ikäntyviltä.....      | 69 |
| 4.2.2 | Mittareiden laadinta tietojen keräämiseksi kuntapäätäjiltä .....                 | 70 |
| 4.2.3 | Mittarin laadinta tietojen keräämiseksi hoivayrittäjiltä .....                   | 70 |
| 4.3   | Kohdejoukon valinta ja aineiston keruu .....                                     | 71 |
| 4.3.1 | Aineiston keruu kotona asuvilta ikääntyviltä.....                                | 71 |

|       |   |     |
|-------|---|-----|
| 4.3.2 | Aineiston keruu kuntapäättäjiltä .....  | 71  |
| 4.3.3 | Aineiston keruu hoivayrittäjiltä .....  | 72  |
| 4.4   | Tutkimusaineiston kuvailu .....   | 73  |
| 4.4.1 | Kotona asuvia ikääntyviä koskeva tutkimusaineisto .....   | 73  |
| 4.4.2 | Kuntapäättäjiä koskeva tutkimusaineisto .....   | 76  |
| 4.4.3 | Hoivayrittäjiä koskeva tutkimusaineisto .....   | 76  |
| 4.5   | Tutkimuksen kokonaisluotettavuus .....  | 77  |
| 4.5.1 | Validiteetti .....  | 77  |
| 4.5.2 | Reliabiliteetti .....   | 79  |
| 4.5.3 | Yleistettävyys .....  | 80  |
| 5     | TUTKIMUSTULOKSET .....  | 82  |
| 5.1   | Kotona asuvien ikääntyvien ostamat kotihoitopalvelut kysynnän määrän mukaan tarkasteltuna .....     | 82  |
| 5.2   | Kotona asuvien ikääntyvien ostamat kotihoitopalvelut palvelumuodoittain .....                       | 85  |
| 5.3   | Vastaajien näkemykset ikääntyvien kotihoitopalvelujen tuottamisesta .....                           | 89  |
| 5.3.1 | Kotona asuvien ikääntyvien näkemykset kotihoitopalvelujen tuottajista .....                         | 89  |
| 5.3.2 | Kuntapäättäjien näkemykset kotihoitopalvelujen tuottajista ....                                     | 91  |
| 5.3.3 | Hoivayrittäjien näkemykset kotihoitopalvelujen tuottajista ....                                     | 94  |
| 5.4   | Vastaajien näkemykset ikääntyvien kotihoitopalvelujen maksullisuudesta ja rahoittamisesta .....     | 96  |
| 5.4.1 | Kotona asuvien ikääntyvien näkemykset kotihoitopalvelujen maksullisuudesta ja rahoittamisesta ..... | 96  |
| 5.4.2 | Kuntapäättäjien näkemykset kotihoitopalvelujen maksullisuudesta ja rahoittamisesta .....            | 101 |
| 5.4.3 | Hoivayrittäjien näkemykset kotihoitopalvelujen maksullisuudesta ja rahoittamisesta .....            | 104 |
| 5.5   | Yhteenveto .....  | 106 |
| 6     | DISKUSSIO .....   | 111 |
| 6.1   | Empiiriset tulokset suhteessa aiempaan kirjallisuuteen .....  | 111 |
| 6.2   | Hoivayritysten tuottamien kotihoitopalvelujen kehittäminen ja laajentaminen .....                   | 113 |
| 6.3   | Tutkimuksen relevanssi .....  | 115 |
|       | SUMMARY .....   | 119 |
|       | LÄHTEET .....   | 121 |
|       | LIITTEET .....  | 137 |

# 1 JOHDANTO

## 1.1 Ikääntyvien palvelut haasteiden edessä

Ikääntyvien keskimääräinen odotettavissa oleva elinikä on viimeksi kuluneina vuosikymmeninä pidentynyt huomattavasti. 60–75 -vuotiaiden toimintakyky on kohentunut ja lähes kaikki tähän ikäryhmään kuuluvat elävät omilla kodeissaan itsenäisesti, vaikka pitkäaikaissairaudet ovatkin yleisiä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001a) Palvelujärjestelmän kehittämiseksi asetetaan haasteita 65 vuotta täyttäneiden lukumäärän kasvu (Valtioneuvoston kanslia 2004). Varsinkin yksimielisiä on ollut siitä, että ikääntyvien määrän kasvaessa sosiaali- ja terveyspalvelujen tarve ja kysyntä kasvaa (Metsämuuronen 2000, Nivalainen & Volk 2002, Lassila & Valkonen 2002, 2003, Volk 2004). Seitsemänkymmentäviisi vuotta täyttäneitä väestöstämme on runsaat kuusi prosenttia. Kuntien välillä on suuria eroja siten, että 75 vuotta täyttäneiden osuus on alhaisimmillaan kahden ja korkeimmillaan viidentoista prosentin luokkaa kunnan väestöstä. Vanhimmissa ikäryhmissä toiminnanvajauksien lisääntyminen vaikeuttaa itsestä selviytymistä ja alentaa elämisen laatua. Huolenpidon ja hoivan tarve kasvaa erityisesti yli 85-vuotiailla (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001a). Joka neljäs 85-vuotias on jo laitoshoidossa (Helin 2002).

Vuosituhaten vaihteessa 75 % seitsemänkymmentäviisi vuotta täyttäneistä asui kotona (Voutilainen et al. 2000). Vuoden 1994 vanhusbarometrin mukaan 60 vuotta täyttäneistä ihmisistä 86 % piti hoitoa tarvitsevien ikääntyvien parhaana asumispaikkana kotia, jossa voi elää palveluiden turvin. Palvelutalojen yleistyttyä ja kotipalvelujen tarjonnan vähennyttyä, vastaava luku oli vuonna 1998 pudonnut 76 %:iin. (Vaarama et al. 1999) Kotona asuminen on monille ikääntyville mieluisin vaihtoehto. Toisaalta kotona asuminen voi olla osalle ikääntyvistä pakon sanelemaa, jos muutenkaan vaihtoehtoa (esim. hoitokotia) ei ole tarjolla. (Paakkari 1996, Vaarama & Lehto 1996) Väestön vanhetessa nopeasti on suuri haaste järjestää toimintakykyisyyttään menettävien ja jo menettäneiden ikääntyvien kotona selviytymistä tukevat palvelut.

Ikääntyvien määrän ja yksin asuvien osuuden samanaikainen kasvu on vienyt tilanteeseen, jossa yksin asuvien ikääntyvien määrä on moninkertaistunut. Kun Suomessa oli vuonna 1970 noin 114 000 yksin asuvaa yli 65-vuotiasta, oli heitä vuonna 2000 jo noin 291 000 (Väestölaskenta 1970, Perheet 2000). Vaikka yksin elävien osuus yli 65-vuotiaista ei enää kasvaisi, voidaan yli 65-vuotiaan yksin elävän väestön määrän ennustaa kasvavan yli 500 000 henkilöön vuoteen 2030 mennessä (Nihtilä & Martikainen 2004). Vuonna 2000 joka toinen 65 vuotta täyttäneiden asuntokunnista ja lähes 60 % seitsemänkymmentäviisi vuotta täyttäneiden asuntokunnista oli yhden hengen asuntokuntia. Yksinasuvien ikääntyvien määrä on keskeinen palvelutarpeen osoitin. Muutokset yksinasuvien ikääntyvien toimintakyvyssä saattavat lisätä kotihoitopalvelujen tarvetta, kun kotona ei ole auttajaa. Asumismuodon ohella myös asunnon varustetaso on yhteydessä palvelutarpeeseen. Keskimäärin suomalaiset ikääntyvät asuvat varsin mukavasti ja asuntojen varustetaso on hyvä. Ikääntyvistä 54 % asui pientalossa ja 43,4 % kerrostalossa. (Stakes 2002)

Palvelutarpeen muutoksiin vaikuttavat elinajan pitenemisen ja yksin asumisen lisäksi syntyvyyden alhaisuus ja suurten ikäluokkien suuri osuus koko väestöstä (Valtioneuvoston kanslia 2004). Vuonna 2030 enemmän kuin joka neljäs suomalainen on yli 65-vuotias. Kansainvälisessä keskustelussa on usein tuotu esille sitä, että nykyään perheet kykenevät aiempaa huonommin huolehtimaan ikääntyvistä, koska ikääntyviä on suhteessa nuorempiin ikäpolviin aiempaa enemmän (esim. OECD 1994). Hellströmin ja Hallbergin (2004) tutkimus tuo esille sen, että palvelujen tuottaminen ikääntyville on tällä hetkellä pitkälti sukulaisten ja julkisen hoitojärjestelmän tehtävänä.

Suuret ikäluokat (esim. vuosina 1947–1949 syntyneet) tulevat vanhuuseläkeikään (63 vuotta) vuosina 2010–2012 ja täyttävät 80 vuotta vuosina 2027–2029. Palvelujen tarve lisääntyy voimakkaimmin vuoden 2020 jälkeen, jolloin hyvin iäkkäitä alkaa olla paljon (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006b). Varsin iäkkääksi elävien ihmisten tarpeet ja haasteet sekä omaisille että palvelujärjestelmälle ovat osittain uudenlaisia: varsin iäkkäiden lapset saattavat olla lähellä vanhuusikää, saattavat sairastaa itsekin ja kärsiä mahdollisista toiminnanvajouksista, jotka voivat rajoittaa heidän mahdollisuuksiaan osallistua iäkkään vanhempansa auttamiseen ja hoitamiseen (Helin 2002). Toimintakyvyn heikentyessä ja riittävien kotihoitopalvelujen puuttuessa osa ikääntyvistä joutuu siirtymään palvelutaloon tai laitoshiitoon.

Ilmeisesti ainakin nuorimpien eläkeläisten terveyden ja toimintakyvyn parantumisella on merkitystä tulevaisuuden palvelutarpeelle: palveluiden tarpeen alkaminen saattaa siirtyä myöhemmäksi (Stenvall & Koskinen 2004, Sosiaali- ja terveysministeriö 2006b). Monet tulevaisuuden ikääntyvät ovat tämän päivän ikääntyneisiin verrattuna entistä omaehtoisemmin selviäviä, entistä koulutetumpia, dynaamisemman elämäntavan omaavia, entistä kulutuskeskeisempiä, paremmin teknologiaa hallitsevia ja kansainvälisempiä (Koskinen et al. 1998). Toisaalta tulevaisuudessakin tulee olemaan monella tavalla syrjäytyneitä ikääntyviä. Sosiaali- ja terveyspalvelujen asiakkaiden enemmistön vaatimustaso kuitenkin todennäköisesti kasvaa tulevaisuudessa. Ihmiset pitävät tärkeänä



terveyttään ja hyvinvointiaan, ja ovat valmiita vaatimaan laadukkaita palveluja. (Stenvall & Koskinen 2004) Yleinen elintason ja väestön koulutustason nousu lisää hoiva- ja hoitopalveluiden kysyntää ja kasvattaa palveluiden laatuvaateita, mihin palveluntuottajat reagoivat. Tämä puolestaan lisää hoiva- ja hoitopalveluiden kustannuksia tulevaisuudessa. (Stakes 2006a)

## 1.2 Aiheen relevanssi ja tutkimustehtävän asettaminen

Merkittäväksi huolenaiheeksi yhteiskunnassamme on noussut se, kuinka tulevaisuudessa selvitä ikääntymisen aiheuttamaa palvelutarvetta vastaavien palvelujen tuottamisesta ja rahoittamisesta (Kanniainen 2002; Lassila & Valkonen 2002). Suurimmillaan palvelujen aiheuttama kustannusrasitus työikäistä kohti on yleensä vähenevän väestön alueilla (Nivalainen & Volk 2002, Lassila & Valkonen 2003). Sekä Parkkisen (2001) että Lassilan ja Valkosen (2002) laskelmat osoittavat, että nykyisen tasoiset sosiaali- ja terveyspalvelut voidaan rahoittaa kohtuullisen taloudellisen kasvun vallitessa.

Ikääntyvien hoivapalvelujen kustannukset tulevat nousemaan, vaikka palvelujen käyttö pysyisi nykyisellä tasollaan. Nykyisen palvelurakenteen ja -tason mukaan arvioituna ikääntyvien kotihoitopalvelujen ja laitoshoidon kustannukset nousevat vuoden 2002 tasosta, 1 598 miljoonasta eurosta, lähes neljänneksellä 1 980 miljoonaan euroon vuoteen 2015 mennessä ja kasinkertaistuvat 3 232 miljoonaan euroon vuoteen 2030 mennessä. (Stenvall & Koskinen 2004, Vaarama 2004, Stakes 2006a). Rädyn (2003) mukaan pelkkä väestökehitys merkitsee 1,9 prosentin vuosikasvua vanhusten hoidon kustannuksiin vuoteen 2030 mennessä. Hyvä hoidon taso nostaisi Rädyn mukaan vuosikasvun 2,6 prosenttiin. Ikääntyvien palvelujen kustannusten kasvua voidaan hillitä kohdentamalla palveluja uudelleen kulloistenkin tarpeiden mukaan sekä ratkaisuilla, jotka tukevat ikääntyvien toimintakyvyn säilymistä ja omatoimisuutta (Stakes 2006a). Ikääntyvien toimintakyvyn paraneminen niin, että palvelujen käyttö myöhentyisi kolmella vuodella, leikkaisi kustannusten vuosittaisen kasvuvauhdin 1,2 %:iin hyvästä hoidon tasosta kiinni pitäen. Toimintakyvyn paranemisella on ratkaiseva merkitys kustannusvaikutuksiltaan suuren laitoshoidon asiakasmääriin (Luoma et al. 2003).

Taloudellinen lama valtionosuuksien supistuksineen ja kuntien sosiaali- ja terveyspalvelujen budjettien leikkauksineen ovat pakottaneet pohtimaan sosiaali- ja terveyspalvelujen uudelleenorganisointia (Hyvärinen 1997). Valtioneuvoston vuonna 2001 asettaman Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002) tehtävänä oli laatia tilannearvio ja toimenpideohjelma muun muassa palvelujärjestelmän toiminnallisten ja hallinnollisten rakenteiden uudistamisesta, tehokkuuden ja tuottavuuden lisäämisestä sekä julkisen terveydenhuollon, yritysten ja kolmannen sektorin palvelutuotannon, työnjaon ja yhteistyön kehittämistä. Kanniaisen (2002) mielestä hyvinvointipalvelut voidaan tulevaisuudessakin turvata, mutta

vain markkinoiden avulla. Ekrosin (2004) arvion mukaan vuonna 2010 iäkkään väestön hoivapalveluista noin kymmenen prosenttia tuotetaan yksityisenä palvelutuotantona. Hyvinvointipalvelujen peruspalvelut (sosiaali-, terveys- ja koulutuspalvelut) ovat luonteeltaan yksityishyödykkeitä, minkä vuoksi markkinat ovat niistä kiinnostuneita. (Stenvall & Koskinen 2004)

Vanhuuseläkeikäisten keskimääräisen eläketason ja varallisuuden ennustetaan kasvavan tulevaisuudessa, mikä mahdollistaa yksityisten palvelujen käytön entistä suuremmassa mittakaavassa. Anttosen ja Sipilän (2000) sekä Esping-Andersenin (2002) mukaan tulevaisuuden hyvinvointi-Suomessa korostuu palvelujen monituottajuus. Muutoksessa on pitkälti kyse uudenlaisesta yhdistelmästä omavastuuta ja yhteisvastuuta (Lehto 2003, Stakes 2006b).

Laadukkaita hyvinvointipalveluja voidaan tulevaisuudessa tuottaa julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyönä. Stakesin (2006b) mukaan julkisen ja yksityisen rajaa sekoittavat kuntien ja yksityisten toimijoiden erilaiset yhteistyömuodot (esim. kumppanuushankkeet), kuntien ja järjestöjen yhteiset markkinoilla toimivat säätiöt, ulkoistaminen ja tilaaja-tuottajamalli sekä ostopalvelut. Yksityisellä palvelutuotannolla voidaan täydentää julkisia palveluja. Julkisen sektorin rinnalla hyvinvointipalvelujen tuottajina tulevat olemaan yritykset, kolmas sektori ja läheiset. Alueellisissa ja kunnallisissa hyvinvointistrategioissa argumentoidaan vahvasti hyvinvointipalvelujen monituottajuuden puolesta (Kinnunen & Kostamo-Pääkkö 2003). Ikääntyvistä huolehtimisen jakautuminen julkisten palveluntuottajien, yritysten, kolmannen sektorin ja läheisten kesken on merkittävä kysymys seuraavien 30 vuoden aikana. Hallitusohjelmassa vuodelta 2003 määriteltiin vanhustenhuollon ensisijaiseksi tavoitteeksi ikääntyneiden toimintakyvyn ja omatoimisuuden edistämisen sijasta ikääntyvien toimintakyvyn ja omatoimisuuden edistäminen. Kotitalousvähennyksen ja palvelusetelin käyttöönotto mahdollistavat osaltaan ikääntyville mahdollisuuden valita palvelun tuottaja. Sosiaali- ja terveysministeriön tulevaisuuskatsaukseen (2006b) on kirjattu vaihtoehtojen luominen koti- ja hoivapalvelujen järjestämiseen ja rahoittamiseen.

Kansallisella tasolla kansainvälinen kehitys vaikuttaa merkittävästi sosiaali- ja terveyspalvelujen muutossuuntiin. Kansainvälisyys voi tuoda uusia innovaatioita palvelutuotantomme. Joidenkin arvioiden mukaan Euroopan unionin palvelujen liikkuvuuden periaate johtaa siihen, että sosiaali- ja terveyspalveluja kehitetään jäsenmaissa samansuuntaisesti. (Stenvall & Koskinen 2004) Toteutuessaan tavoitteet palvelujen vapaasta liikkuvuudesta saattavat lisätä kansainvälistä kilpailua hoiva- ja hoitopalveluissa. Vahvan julkisen palvelutuotannon rinnalle tulee todennäköisesti kehittymään yhä enemmän yksityistä palvelutuotantoa ja tuottajien välistä kilpailua. Toimiva kilpailu voi periaatteessa tehostaa palvelujen tuotantoa ja alentaa hoiva- ja hoitopalvelujen kustannuksia tulevaisuudessa. Toimivalle kilpailulle on kuitenkin tällä hetkellä joitakin esteitä: kilpailua rajoittaa muun muassa hajanainen ohjausjärjestelmä, palvelurakenteen jäykkyys, markkinoiden pieni koko varsinkin haja-asutusalueella, kuntien puutteellinen kilpailuosaaminen sekä palveluiden sub-

ventiot. (Stakes 2006a) Nykyisin RAY on merkittävä kolmannen sektorin rahoittaja. (Stenvall & Koskinen 2004)

Yksityisen palvelutuotannon lisääntymisen myötä on kasvanut myös tarve saada luotettavaa ja ajantasaista tietoa väestön tarpeista. Ajankohtaisuudesta huolimatta hoivayritysten roolia ikääntyvien kotihoitopalvelutuotannossa on tutkittu maassamme niukasti. Cockerill et al. (2006) kiinnittää huomiota siihen, ettei siirtymäprosessia informaalin avun käyttäjästä formaalin palvelun käyttäjäksi ole tutkittu riittävästi. Hoivayrittäjyyteen liittyviä suomalaisia tutkimuksia ovat Kovalaisen, Simosen ja Österbergin (1996) tutkimus sosiaali- ja terveysalan uusyrittäjistä ja vaihtoehtoisista palveluntuottajista sekä Jaakkosen (1998) kotisairaanhoidoyrityksiä ja niiden toimintaa Suomessa luotaava tutkimus. Ikääntyvien ihmisten hoivayritysten palvelujen käyttöön liittyviä suomalaisia tutkimuksia ovat S. Rissasen (1999), Pohjolaisen (2000), Lemposen (2001) sekä Lukkaraisen (2002) tutkimukset. Myös kansainvälisesti tarkasteltuna hoivayrityksiä ja varsinkin hoivayritysten mahdollisuuksia toimia ikääntyvien kotona asumisen tukena on tutkittu niukasti.

Kinnunen (1997) perustelee kuntalaisten näkemysten ja kokemusten kuulemista ja analysoimista 1990-luvulla palvelurakenteiden ja toimintatapojen muutoksilla, kuntalaisten elämismailman muutoksilla, hyvinvointia ja elämänhallintaa koskevan teoreettisen ymmärryksen muutoksilla sekä kuntalaisten aseman ja roolin muutoksilla. 2000-luvulla Kinnusen esittämät perustelut kuntalaisten äänen kuulemiseksi ovat edelleen ajankohtaisia. Tässä tutkimuksessa etsitään ikääntyviltä (55–70 -vuotiailta) itseltään, kuntapäättäjiltä ja hoivayrittäjiltä vastauksia siihen, millaisena he näkevät hoivayritysten mahdollisuudet toimia kotona asumisen tukena. Tutkimuksen pääkysymys on, millainen kokonaissysteemi olisi *luotavissa Kokkolan lähikuntiin niistä hoivayritysten tuottamista kotihoitopalveluista, jotka tukevat kotona asuvien ikääntyvien toimintakykyä.*

### 1.3 Tutkimuksen keskeiset käsitelmääritykset ja rajaaminen

Ajallisesti kyse on tilannetutkimuksesta, jonka empiirinen aineisto on kerätty vuonna 2004. Paikallisesti tutkimus on rajattu Kokkolan lähikuntiin. Tutkimuskysymystä tarkastellaan 55–70 -vuotiaiden kuntalaisten, kuntapäättäjien ja hoivayrittäjien näkökulmasta. Vaikka 55–70 -vuotiaat eivät vielä tutkimusajankohdalla tarvitse kovin paljon kotihoitopalveluja, on tämän ikäryhmän kuuleminen perusteltua lähitulevaisuuden palvelutarpeiden ja palveluiden kysynnän arvioimiseksi. Kuntapäättäjien kuuleminen täydentää asiakasnäkökulmaa ja piirtää ohjaavan toiminnan näkökulmaa. Kunnanhallituksen ja perusturvalautakunnan jäsenet valittiin otokseen, koska he ovat pitkälti päättämässä kunnallisten kotihoitoresurssien suuntaamisesta. Hoivayrittäjien kuuleminen puolestaan piirtää kuvaa suorittavasta toiminnan näkökulmasta. (Taulukko 1)

Monien ikääntyvien toiveena on asua omassa kodissa mahdollisimman pitkään. Tässä tutkimuksessa kodilla tarkoitetaan sellaista omistus- tai vuokra-asuntoa, joka ei ole erillisen palvelukodin tai vanhainkodin luonteinen. Rajauksen perusteluna on se, että ikääntyvän omassa kodissaan tarvitsemat kotihoitopalvelut voivat luonteeltaan ja määrältään olla melko toisenlaisia kuin palveluja vanhainkodeissa asuvan ikääntyvän tarvitsemat kotihoitopalvelut ovat. Ikääntyvän toimintakyky on usein vahvasti yhteydessä itsenäiseen kotona selviytymiseen. (Taulukko 1)

TAULUKKO 1 Yhteenveto teoreettisen viitekehyksen keskeisistä käsitteistä ja niiden rajouksista

| <b>Käsite</b>              | <b>Määrittely</b>   | <b>Rajaus</b>  |
|----------------------------|---|--|
| Ikääntyvä                  | Ikääntyvä on ihminen, joka on pitkän ajan kuluessa kohdannut eteen tulevia muutoksia ja elämäntilanteita, joilla on jokaisen ikääntyvän kohdalla yksilöllinen järjestys ja elämäntilanteeseen ja -historiaan liittyvä merkitys.   | Ikääntyvä on 55-70 -vuotias ihminen, joka on pitkän ajan kuluessa kohdannut eteen tulevia muutoksia ja elämäntilanteita, joilla on jokaisen ikääntyvän kohdalla yksilöllinen järjestys ja elämäntilanteeseen ja -historiaan liittyvä merkitys. |
| Toimintakyky               | Toimintakyvyn käsite kuvaa ikääntyvän kokonaistilannetta.   | Toimintakyvyllä tarkoitetaan ikääntyvän fyysisen, psyykkisen, kognitiivisen, sosiaalisen ja taloudellisen toimintakyvyn muodostamaa kokonaistilannetta.  |
| Koti                       | Koti on itse asunnosta ja siihen liittyvästä välittömästä asumisympäristöstä muodostuva kokonaisuus.  | Kodilla tarkoitetaan sellaista omistus- tai vuokra-asuntoa, joka ei ole erillisen palvelukodin tai vanhainkodin luonteinen.  |
| Hoivayritys, hoivayrittäjä | Hoivayritysten toiminta on yrityspohjaista. Hoivayritysten pääasiallisia toimialueita ovat eri asiakasryhmien asumispalvelut sisältäen avo- ja laitospalvelut, kotihoidon ja lasten päivähoidon. Hoivayrittäjät ovat henkilöitä, joiden toiminta on yrityspohjaista toimintaa edellä mainituilla toimialueilla. | Hoivayritysten toiminta on yrityspohjaista. Tarkastelun kohteena ovat kotona asuville ikääntyville kotihoitopalveluja tuottavat hoivayritykset ja hoivayrittäjät.  |
| Kuntapäättäjä              | Kuntapäättäjät ovat kunnallisessa päätöksenteossa toimivia virkamiehiä ja luottamushenkilöitä.  | Kuntapäättäjillä tarkoitetaan kunnanhallituksen ja perusturvalautakunnan jäseniä.  |

Toimintakykyä tarkastellaan ikääntyvien itsensä arvioimana fyysisen terveydentilan, henkisen vireyden, taloudellisen tilanteen ja lähimpien ihmissuhteiden osalta. Käsitteenä toimintakyky on niin laaja, että tutkimuksen tekemisen mahdollistamiseksi on tehtävä rajauksia. Tässä tutkimuksessa kotona asuvien ikääntyvien tuen tarvetta tarkastellaan seuraaviin toimintakyvyn osa-alueisiin liittyen: fyysinen terveydentila, taloudellinen tilanne, lähimmät ihmissuhteet ja henkinen vireys. (Taulukko 1)

Tutkimuksessa tarkastelun kohteena (sisällöllinen raja) ovat ikääntyvien käyttämistä palveluista sellaiset hoivayritysten tuottamat palvelut, joita kotona asuvat ikääntyvät voivat tarvita toimintakykynsä tukena. Kotona asuvien ikääntyvien toimintakyvyn tukena tarvittavia palveluja tarkastellaan syöte- (voimavara-), tuotanto- ja tuotosjärjestelmien näkökulmista painottuen syöte- ja tuotosnäkökulmiin ikääntyvien, kuntapäätäjien ja hoivayrittäjien arvioimana. Osuuskuntamuotoiset yritykset rajattiin tutkimuksen ulkopuolelle, koska toiminnan tavoite on osuuskunnassa usein toisenlainen kuin yrityksissä esimerkiksi kokoaikaisen työllistymisen osalta. Rissasen (1999) kohtuullisen tuore väitöskirjatyö piirtää naisnäkökulmasta ja omaishoidon (informaali palvelutuotanto) näkökulmasta kuvaa ikääntyvien kotihoitopalveluista. Kovalainen (2004) on tutkinut hyvinvointivaltion sukupuolisopimusta. Näin ollen nämä näkökulmat rajattiin tutkimuksen ulkopuolelle. Työn keskeiset käsitelmäritte- lyt ja niiden rajaukset on esitetty taulukossa 1.

Kotihoitoa tarkastellaan Kerolan ja Järvisen (1980) käyttämien kehittämisen päätarkastelukulmien (pragmaattinen, semanttinen ja konstruktiiivinen tarkastelukulma) mukaisesti. Kaikkien kolmen päätarkastelukulman käyttäminen tässä työssä mahdollistaa kokonaiskuvan piirtämisen hoivayrityksistä ikääntyvien kotihoitossa sekä mahdollisista kehittämiskohteista. Tutkimuksessa keskittyyään suomalaista kotihoitopalvelua käsittelevään kirjallisuuteen, koska maa-kohtaiset erot kotihoitopalvelujen tuottamisessa ja rahoittamisessa ovat suuria. Tutkimus piirtää seudullista näkökulmaa hoivayritysten rooliin kotona asuvien ikääntyvien kotihoitopalvelutuotannossa.

## 1.4 Tutkielman rakenne

Ikääntyvien elämäntilanteiden muutosvaiheita voidaan ajatella solmukohtina, joissa mennyt ja uusi kietoutuvat yhteen tarjoten uusia mahdollisuuksia. Ikääntyvien kotihoiton tieteellinen tarkastelu vie meidät tutkimusmatkalle, jossa terveystieteet, yhteiskunta- ja taloustieteet ja gerontologia kietoutuvat yhteen muodostaen jotain uutta, mistä meillä ei vielä ole tietoa. Voimavarojen, tuotosten ja hoivayritysten mahdollisuuksien tarkastelu kotona asuvien ikääntyvien toimintakyvyn tukena tuo mukaan vielä taloustieteellisen näkökulman. Solmukohdan tarkastelu poikkitieteellisesti, monien tieteiden näkökulmia ja synergiaa hyödyntäen avaa toivottavasti uusia näköaloja ikääntyvien kotihoiton kehittämiseen.

Tutkimuksen teoreettista näkökulmaa rakennetaan luvussa 2 systeemiteorian avulla. Systeemiteoria tarjoaa mahdollisuuden tarkastella ikääntyvien kotihoitopalveluja tuottavia hoivayrityksiä systeeminä, jonka toimintaa ohjaa pitkälti palvelun päärahoittajan eli ohjaavan tason toimintaympäristö (OS-rakenne). Systeemiteoria tarjoaa mahdollisuuden myös hoivayritysten tuottamien kotihoitopalvelujen tarkastelemiseen useista eri näkökulmista: pragmaattisesta (hoivayritysten tuottamien kotihoitopalvelujen hyöty yhteiskunnan ja ikääntyvän kannalta), semanttisesta (hoivayritysten kotihoitosysteemi sisällöllisenä kokonaisuutena) ja konstruktivisesta (hoivayritysten rakenne ja toimintatavat) näkökulmasta. Systeemiajatteluun on perinteisesti kuulunut myös syötteiden (Input) ja tuotosten (Output) tarkastelu. Ikääntyvän kotona selviämisen kannalta on keskeistä, millaiset ovat hänen omat voimavaransa, millaiset ovat lähiympäristön voimavarat ja millaisia voimavaroja palveluntuottajilla, tässä tapauksessa hoivayrityksillä, on käytettävissään. Tuotos on vahvasti yhteydessä käytettävissä oleviin voimavaroihin ja koko kotihoitoprosessin onnistuneeseen läpiviemiseen.

Aiempi kirjallisuus esitellään luvussa 3 siten, että ensin tarkastellaan kotihoitopalveluja ikääntyvien toimintakyvyn tukena systeemiteorian mukaisesti jäsennettynä. Ikääntyvien kotihoitopalvelujen tarkastelusta edetään hoivayrityksiin kotihoidon palvelujärjestelmän toimijoina. Neljännessä luvussa tarkennetaan tutkimuksen tavoite ja tutkimuskysymykset sekä esitellään empiirisen tutkimuksen toteutus.

Empiirinen aineisto kerättiin Kokkolan lähikunnissa vuonna 2004. Näin saatiin analysoitavaksi laaja maaseutumaisia ja kaupunkimaisia alueita kattava tuore aineisto, joskin vain yhden seutukunnan alueelta. Empiirisen tutkimuksen tulokset esitellään luvussa 5 aloittamalla tarkastelu kotona asuvien ikääntyvien ostamista kotihoitopalveluista kysynnän määrän mukaan tarkasteltuna. Kysynnän määrän tarkastelusta edetään kotona asuvien ikääntyvien ostamiin kotihoitopalveluihin palvelumuodoittain. Kotona asuvien ikääntyvien, kuntapäätäjien ja hoivayrittäjien näkemykset kotihoitopalvelujen tuottajista sekä kotihoitopalvelujen maksullisuudesta ja rahoittamisesta ovat tarkastelun keskiössä. Diskussiossa (luku 6) arvioidaan tutkimuksen relevanssia ja empiirisen tutkimuksen tuloksia suhteessa aiempaan kirjallisuuteen sekä pohditaan mahdollisuuksia hoivayritysten tuottamien kotihoitopalvelujen kehittämiseen ja laajentamiseen.

Väitöskirjatyö rakentuu tutkijan syksyllä 2006 julkaistun lisensiaatintutkimuksen ”Hoivayritykset kotona asuvien ikääntyvien toimintakyvyn tukena – Ikääntyvien näkökulma” (Hiironen 2006) perustalle niin, että lisensiaatintutkimuksessa käytetty rakenteistumisteoria on tutkimusaihetta niukasti palvelevana poistettu, systeemiteoreettista näkökulmaa on syvennetty ja tutkimusaihetta koskevaa aiempaa kirjallisuutta koskevaa esittelyä on täydennetty uusimmalla kirjallisuudella, minkä lisäksi väitöskirjatyön empiirisessä osassa tarkastellaan ikääntyvien näkemysten rinnalla kuntapäätäjien ja hoivayrittäjien näkemyksiä kotihoitopalvelujen tuottamisesta ja rahoittamisesta. Kahden viimeksi mainitun aineiston käyttäminen väitöskirjatyössä tuo kvalitatiivisia ulottuvuuksia

aiemmin pääosin positivistisesti painottuneeseen tutkimukseen. Väitöskirjatyössä diskussiota on syvennetty etenkin palvelupakettien ja jatkotutkimuskohdeiden tarkastelun osalta.

## 2 TEOREETTINEN VIITEKEHYS

### 2.1 Systeemiteoria

Ikääntyvien kotihoitopalvelujen tuotantosysteemiä kunnissa voidaan pitää tarkoituksellisen järjestelmänä, jonka tavoitteena on kotona asuvien ikääntyvien toimintakyvyn tukeminen niin, että kotona asuminen olisi mahdollista pitkään. Tarkoituksellisten järjestelmien tutkimiseen metatason teoriaksi sopii hyvin yleinen systeemiteoria (ks. esim. von Bertalanffy 1968, Kerola & Järvinen 1980). Ludvig von Bertalanffyn 1950-luvulla kirjoittamaa systeemiteorian käsitteellistä ydintä ovat myöhemmin monet muokanneet ja laajentaneet (von Bertalanffy 1968, Strasser et al. 1981). Kerolan ja Järvisen (1980) määritelmän mukaan systeemiteorialla tarkoitetaan oppia järjestelmien yleisistä rakenteista, toiminnoista ja kuvausmenetelmistä. Systeemiteorian mukaan maailmankaikkeus muodostuu konkreettisten systeemien hierarkiasta (Lönnqvist 1991). Systeemiteorian tarkoituksena on luoda yhtenäinen, abstrakti perusta ja käsitteistö tarkoitukseltaan, sisällöltään ja toiminnaltaan erilaisten järjestelmien tarkastelulle (Kerola & Järvinen 1980). Systeeminen lähestymistapa auttaa jäsentämään monimutkaisia kokonaisuuksia antaessaan selkeän ja yksinkertaisen muodon kaoottisilta vaikuttaville asioille. Systeemiajattelu on analogista mallintamista. (Lönnqvist 2002)

Spray (1976) määrittelee systeemin toisiinsa vähintään yhdellä tavalla yhteydessä olevien elementtien joukoksi. Kerolan ja Järvisen (1980) määritelmän mukaan järjestelmä eli systeemi on toisiinsa keskinäisessä vaikutussuhteessa olevien alkioiden tai elementtien tai komponenttien joukko, jota karakterisoi systeemin raja-alue ympäristöstä ja / tai toiminnallinen kokonaisuus. Systeemi kuvaa aina tutkittavan ilmiön tiettyjä, jossain määrin pysyviä ja säännönmukaisia ominaisuuksia eli systemaattisia ominaisuuksia. (Kerola & Järvinen 1980) Kast ja Rosenzweig (1981) määrittelevät systeemiä Kerolan ja Järvisen tapaan Sprayta yksityiskohtaisemmin: systeemi on organisoitu, yhtenäinen kokonaisuus, joka koostuu kahdesta tai useammasta itsenäisestä osasta tai komponentista tai osasysteemistä ja se on havaittavien rajojensa avulla erotettavissa ym-



päristöstä. Lönnqvistin (1991) mukaan systeemi on aineen ja energian kasauma ja se muodostuu alasysteemeistä. Jo kahden ihmisen välistä vuorovaikutusta voidaan tarkastella systeeminä, tarkemmin ottaen sosiaalisena systeeminä eli organisaationa.

Yleinen systeemiteoria tarjoaa makronäkökulman kaikenlaisiin systeemeihin. Teoria jakaa systeemit kahteen kategoriaan: suljettuihin ja avoimiin systeemeihin, jotka eroavat toisistaan suhtautumisessa ympäristöönsä. Suljetut systeemit jättävät ympäristön vähälle huomiolle tai väheksyvät yhteistyötä ympäristönsä kanssa. Avoimissa systeemeissä vuorovaikutus ympäristön kanssa on jatkuvaa. Organisaatio on tyypillinen avoin systeemi: sen olemukseen kuuluu vuorovaikutus ympäristönsä kanssa. (Lönnqvist 1991) Avoin järjestelmä on aina elementtinä jossain korkeamman tason systeemeissä. Myös avoimen järjestelmän alkiot voivat olla systeemejä. Jokainen avoin järjestelmä sisältää kolme hierarkiatasoa: ympäristö-, kokonaisuus- ja alkiotason. (Kerola & Järvinen 1980) Kaikilla systeemeillä on rajat, jotka erottavat ne ympäristöstään. Suljetuissa systeemeissä rajat ovat hyvin selkeät, kun taas avointen järjestelmien rajojen määrittäminen voi joskus olla vaikeaa (Kast & Rosenzweig 1981). Rajat määrittävät materian, energian ja informaation vaihdon ulkomailman kanssa sekä organisaation suojautumisen ulkomailmalta. (Lönnqvist 2002)

Kerolan ja Järvisen (1980) mukaan intresentti on tarkoituksellisen järjestelmän toiminasta ja tuotoksista kiinnostunut henkilö, henkilöryhmä tai muu tarkoituksellinen järjestelmä. Pääintresentti on tarkoituksellisen järjestelmän perustaja- tai omistajaintresentti tai vastaava. Päintresentillä on kokonaisvastuu tarkoituksellisen järjestelmän olemassaolosta. (Kerola & Järvinen 1980) Suomalaisessa kotihoitojärjestelmässä kunta on pääintresentti. Tärkein intresentti palvelun tarvisijana on ikääntyvä kuntalainen. Muita intresenttejä ovat esimerkiksi ikääntyvän läheiset ja kotihoitopalvelujen tuottajat.

Tarkoituksellinen järjestelmä on pääintresenttien luoma elävä järjestelmä, joka tuottaa systeemiympäristöönsä loppusuoritteita ja intresenteilleen hyödyllisiä aineellisia tai henkisiä tuloksia. Tarkoituksellisella järjestelmällä on toiminta-ajatus, jonka toteuttamiseksi tarkoituksellinen järjestelmä pystyy itsenäisesti ja dynaamisesti muutamaamaan itseään, vaikuttamaan systeemiympäristöönsä ja tuottamaan suoritteita haluamallaan tavalla. Tämä tapahtuu erilaisten ohjaus- ja suoritetoimintojen ja -osajärjestelmien avulla. (Kerola & Järvinen 1980)

Kun tutkittavaa ilmiötä jäsenetään systeeminä, on määritettävä ensinnäkin tarkasteltavien elementtien muodostama joukko, toiseksi välitön systeemiympäristö sekä kolmanneksi elementtien keskinäisten ja välittömien systeemiympäristön välisten riippuvuussuhteiden eli relaatioiden joukko (Kerola & Järvinen 1980). Systeemiteorian tavoitteena on tehdä organisaatioiden toiminnan peruselementeistä selvempiä ja ymmärrettävämpiä. Kiinnostuksen kohteena on ensisijaisesti systeemin sisäinen toiminta. Myös organisaatioiden riippuvuus ympäristöstään on kiinnostuksen kohteena.

Ohjauksella tarkoitetaan ohjaajan tavoitteiden suuntaista (tavoitteiden lähestyminen tai saavuttaminen) vaikutusta ohjattavan ja oman itsensä käyttäytymiseen. Ohjauksella pyritään sopeuttamaan ohjaaja-ohjattava -pari systeemi-

miympäristöönsä. Ohjauksen vaikutukset ilmenevät tavoitteiden asettamisen lisäksi myös rajoituksina ja toimintasääntöinä. OS-rakenteella tarkoitetaan tarkoitukselliseen järjestelmään ohjauksen kannalta tehtyä osasysteemijakoa, jossa ohjaaja on ohjaava osajärjestelmä ja ohjattava on suoriteosajärjestelmä. (Kerola & Järvinen 1980)

Tarkoitukselliseen järjestelmään sisältyvä toiminta voidaan osittaa monella tavalla. Toiminta-ajatuksen ja tavoitteiden saavuttamisen kannalta oleellisia ovat toiminnot, jotka kohdistuvat välittömästi loppusuoritteiden tuottamiseen. Johtamis-, hallinto- ja kehittämistoiminnot luovat edellytykset loppusuoritetointojen toteuttamiselle. Taulukossa 2 esitetään toimintojen tyypitys, nimeäminen ja määrittely kahdeksaksi päätoiminnoiksi. Päätoiminnot esiintyvät kaikissa tarkoituksellisissa järjestelmissä, mutta eri tavoin painotettuina. Esitetty jako ei pyri kattamaan kaikkia toimintoja, vaan tarkoituksena on tuoda esille oleellimmat toiminnot. (Kerola & Järvinen 1980)

TAULUKKO 2 Tarkoituksellisen järjestelmän toiminnan osittaminen (vrt. Kerola & Järvinen 1980)

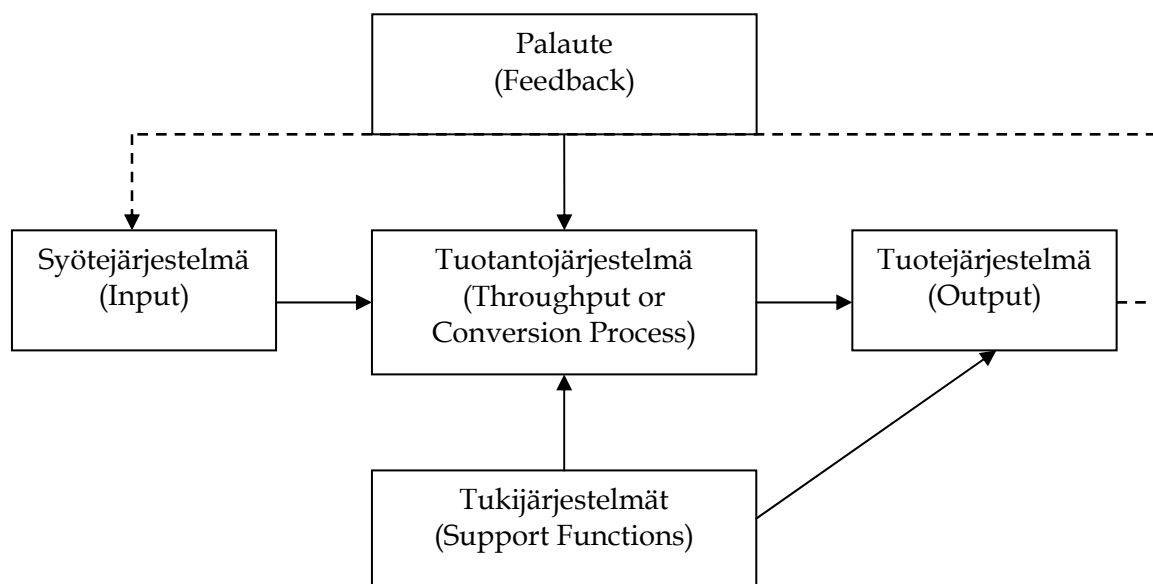
| <b>Funktio</b> | <b>Funktion sisältämä toiminto</b>  |
|----------------|---|
| M-funktio      | Osajärjestelmä tai toiminto, joka tuottaa systeemiympäristöstä herätteet loppusuoritteiden tuottamiseksi ja/tai toimittamiseksi käyttäjille sekä huolehtii näiden relaatioiden ylläpidosta ja kehittämisestä. |
| H-funktio      | Osajärjestelmä tai -toiminto, joka tuottaa systeemiympäristöstä loppusuoritteiden edellyttämät komponentit, raaka-aineet ja tarvittavat välittömät tuotantovälineet.  |
| T-funktio      | Suoritteiden tuotantojärjestelmä tai -toiminto.   |
| L-funktio      | Tarkoituksellisen systeemin tarvitsemien fyysisten (tai vastaavien) resurssien hankinta-, hoito-, ylläpito- ja kehittämisosa-järjestelmä.   |
| E-funktio      | Tarkoituksellisen systeemin tarvitsemien henkilöresurssien hankinta-, hoito-, ylläpito- ja kehittämis-osa-järjestelmä.  |
| R-funktio      | Tarkoituksellisen systeemin tarvitsemien raharesurssien hankinta-, hoito-, ylläpito- ja kehittämis-osa-järjestelmä.   |
| I-funktio      | Tarkoituksellisen systeemin tarvitsemien kommunikointi-, informaatio- ja tietojärjestelmien hankinta-, käyttö-, ylläpito- ja kehittämis-osa-järjestelmä.  |
| J-funktio      | Tarkoituksellisen systeemin kokonaisuuden johtamisosa-järjestelmä.  |

M-, H- ja T-funktiot yhdessä muodostavat loppusuoritteita tuottavan toimintakokonaisuuden, logistisen funktion. Funktioiden sisältöön kuuluu myös sisäinen kehittäminen, mutta usein tarkoituksellisissa järjestelmissä erotetaan uusin loppusuoritteiden ja tuotantojärjestelmän tutkiminen ja kehittäminen erillisiksi kehitystoiminnoiksi. Yleisimmin kehittämistoiminnoilla tarkoitetaan tarkoituksellisen järjestelmän suoritteiden, rakenteen ja toiminnan muuttamista

pragmaattiselta kannalta hyödyllisemmäksi tai uusien kehittämistä. (Kerola & Järvinen 1980)

J-, R-, E-, L- ja I-funktiot muodostavat toimintakokonaisuuden, jota laajassa mielessä kutsutaan hallinnoksi. Johtaminen tuottaa suoritteita ihmisten tekemänä ja yhteistyössä ihmisten kanssa. Johtaminen on henkilöorientoitunut käsite ja sitä luonnehtii kehittämiskohteiden etsiminen ja valinta, ohjaus, päättävältä, toimi- ja käskyvalta sekä vastuu. Hallintotoiminto luo johtamiselle tarvittavat puitteet. Johtaminen sisältää tarkoituksellisen järjestelmän kokonaisuuteen liittyvää ohjauspalvelua, tukisuoritteiden tuottamista ja hallinnon kehittämistä. (Kerola & Järvinen 1980)

Organisaatiosysteemin rakenteeseen kuuluvat alasysteemeinä muun muassa yksilöt ja niin sanotut kriittiset alasysteemit, joiden tehtävänä on prosessoida materiaa, energiaa tai informaatiota (Lönnqvist 1991). Pohjimmiltaan systeemit ovat sosiaalisia ryhmiä, jotka yrittävät sopeutua ja selviytyä ympäristössään (Kast & Rosenzweig 1981, Scott 1992). Organisaatio voidaan jakaa seuraaviin alasysteemeihin (kuvio 1): syötejärjestelmään (Input eli syöte), tuotantojärjestelmään (Throughput or Conversion Process) ja tukijärjestelmiin (Support Functions) sekä perustehtävän suuntaiseen tuotejärjestelmään (Output eli tuotos). Näiden järjestelmien sisällä on useita alajärjestelmiä. Organisaation päätöksentekojärjestelmä on yksi informaatiota käsittelevistä alasysteemeistä. Organisaatorakenteen sisällä tapahtuvat ne toiminnot, jotka tekevät organisaatiosta toimivan kokonaisuuden. Suoraan tuotantoon liittyvissä toiminnoissa on organisaation ydinsaaminen. Kehittyminen ydinsaamisen alueilla turvaa organisaation tulevaisuutta. (Lönnqvist 2002)



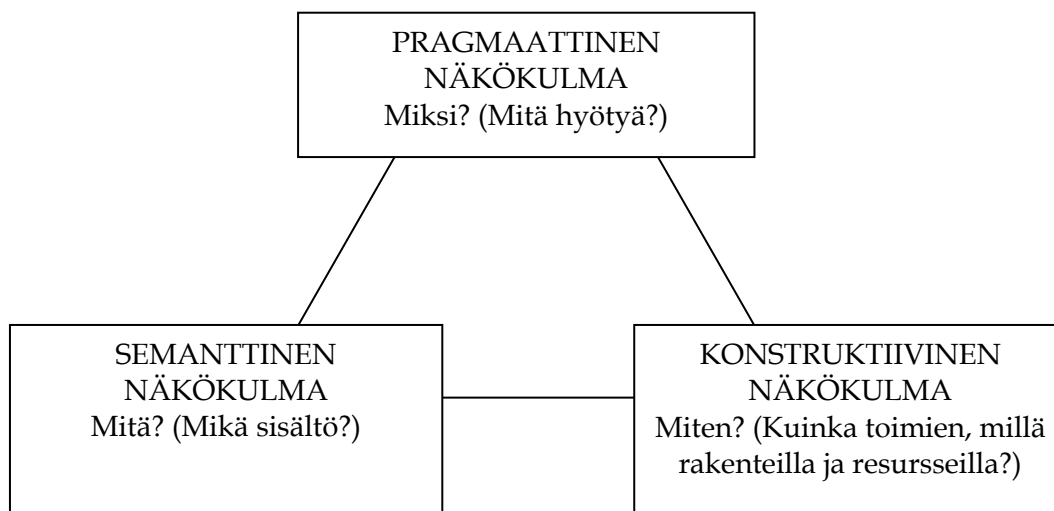
KUVIO 1 Organisaation alasysteemit (vrt. Kerola & Järvinen 1980)

Feedback eli palaute auttaa systeemiä sopeutumaan tilanteeseen. Palaute voi olla positiivista tai negatiivista. Negatiivinen palaute on syöte (Input), joka indikoi systeemin poikkeamista määrätystä suunnasta ja muutoksen tarvetta uu-

den vakiintuneen tilan saavuttamiseksi. (Kast & Rosenzweig 1981). Miller (1965) nimittää tätä sopeutumisprosessiksi. Elävät systeemit sopeutuvat ympäristöönsä ja vastaavasti muuttavat sitä. Sopeutumisprosessi kuluttaa energiaa, materiaa, informaatiota tai aikaa, joista voi myös olla pulaa. Systeemit tekevät jatkuvasti tehokkuutta lisääviä päätöksiä, kehittämällä toimintaa ja pienentämällä kustannuksia. Systeemin sijoittuminen ympäristöönsä määräytyy systeemin valitsemien sopeutumisprosessien perusteella (kykenevätkö ne riittävästi vähentämään ristiriitoja olematta liian kalliita).

Systeemin sisäisen rakenteen rajaus ja systeemin rajaus ympäristöstään voidaan tehdä monella tavalla. Systeemin osiin jakamiseen ja systeemin rajaukseen liittyy tarkastelukulmien käsite, joka laajasti määriteltynä on yleisnimitys tutkimuskohteeseen otettavalle asenteelle ja tutkimustavalle. Kerola ja Järvinen (1980) määrittelevät tarkastelukulman käsitteen seuraavasti: "Tarkastelukulma on hierarkiatason ja tutkimuksen kohteena olevien systeemin elementti- ja relaatiojoukkojen valinta." Samasta ilmiöstä voidaan muodostaa useita systeemiä eri tarkastelukulmista. *Tässä tutkimuksessa kotihoitoa tarkastellaan Kerolan ja Järvisen (1980) käyttämien kehittämisen päätarkastelukulmien (pragmaattinen, semanttinen ja konstruktiiivinen tarkastelukulma) mukaisesti.* Kaikkien kolmen päätarkastelukulman käyttäminen tässä työssä mahdollistaa kokonaiskuvan piirtämisen hoivayrityksistä ikääntyvien kotihoidossa ja mahdollisista kehittämis-kohteista.

Pragmaattinen (hyödyntävä) tarkastelukulma (kuvio 2) tutkii systeemiä elementtinä ympäristöjärjestelmässä ympäristön ja systeemin toiminnan tarkoituksen ja tulosten hyödyntämisen kannalta. Pragmaattiselle tarkastelukulmalle ominaista on kokonaisvaltaisuus: keskittyminen suuriin ja merkityksellisimpiin komponentteihin sekä relaatioihin systeemin ja systeemiympäristön välillä.



KUVIO 2 Tarkoituksellisen systeemin tarkastelukulmat (vrt. Kerola & Järvinen 1980)

Semanttinen (sisällöllinen) tarkastelukulma (kuvio 2) tutkii systeemiä loogisena, abstraktina kokonaisuutena, joka tuottaa systeemin tarkoituksen mukaiset tulokset systeemiympäristöstä tulevista relaatioista riippumatta siitä tavasta,

miten ne saadaan aikaan. Konstruktiivinen (rakenteellis-toiminnallinen) tarkastelukulma (kuvio 2) tutkii systeemiä pragmaattisen ja semanttisen tarkastelukulman tuottamien tulosten rajoittamana systeeminä, jonka tehtävänä on toteuttaa systeemin määritetty tarkoitus, tavoitteet ja looginen sisältö. Edettäessä konstruktiivisen tarkastelukulman mukaisesti suunnitellaan ja toteutetaan komponentti- ja relaatiojoukkoja, jolloin tuloksena muodostuu elementtejä ja relaatioita tai niiden määrittystä ja toimintaa kuvaavia suunnitelmia. (Kerola & Järvinen 1980) Systeemitieteoreettiselle ajattelulle on tyypillistä systeemin ja sen ympäristön välisen vuorovaikutuksen tutkiminen. Tutkittavaa ilmiötä tarkastellaan ympäristössään. (Luukkanen 1993) *Tässä tutkimuksessa kotona asuvien ikääntyvien toimintakyvyn tukena tarvittavia hoivayritysten palveluja tarkastellaan syöte- (voimavara-), tuotanto- ja tuotejärjestelmien näkökulmista painottuen syöte- ja tuotosnäkökulmiin ikääntyvien arvioimana.* Ikääntyvien kotihoitosysteemissä syötteitä ovat esimerkiksi raha- ja työpanokset ja tuotoksia ovat palvelut. Koska palvelu syntyy tuotantoprosessin aikana (eikä sitä juurikaan voida tehdä varastoon), muodostavat tuotanto ja tuote melko integroidun kokonaisuuden. Jokin konkreettinen elementti eli tuote, kuten ruoanlaitto ja lääkkeiden jakaminen dosettiin, voidaan kotihoitopalveluprosessissa tuottaa varastoon muutamaksi päiväksi, mutta esimerkiksi peseytymisessä ja ulkoilussa auttaminen ovat reaaliaikaisia palveluja, joissa palvelutuotanto on palvelutuote.

## 2.2 Ikääntyminen

Ikääntymistä ja vanhenemistä voidaan tarkastella monista eri näkökulmista. Biologinen vanheneminen ilmenee asteittaisena kehon fyysisenä rappeutumisena. Psykkiset vanhenemismuutokset puolestaan ilmenevät oppimiskyvyssä, muistissa, älykkyydessä ja persoonallisuudessa. Sosiaalisella vanhenemisella tarkoitetaan yksilön ja yhteiskunnan välisessä suhteessa ja vuorovaikutuksessa ikääntymisen myötä tapahtuvia muutoksia. Perimmiltään vanheneminen on biologinen prosessi, mutta se tulee näkyviin psyykkisten ja sosiaalisten ikääntymisprosessien välityksellä (Koskinen 1994). Biologisella, psyykkisellä ja sosiaalisella vanhenemisellä on yhteys ikääntyvän toimintakykyyn sekä hoivan ja tuen tarpeeseen. Ikääntyminen voidaan määritellä prosessina, jossa yleensä terve aikuinen ihminen heikkenee fysiologisesti ja muuttuu vähitellen haaraammaksi. Ikääntymisen myötä sairauksien todennäköisyys kasvaa (Hazzard et al. 1997). Ikääntyminen on yhteydessä sairauteen, mutta ei välttämättä aiheuta sairauksia (Peto & Doll 1997).

Ikääntyvät ihmiset arvostavat terveyttä keskeisenä hyvään ikääntymiseen ja elämänlaatuun vaikuttavana tekijänä (Pearlman & Uhlmann 1988). Ikääntyvät itse liittävät vanhenemisen kokemuksen havaitsemiinsa kielteisiin asioihin, kuten heikentyvään terveyteen, heikentyviin aisteihin, huonontuneeseen muistiin ja heikkouden tunteeseen (Heikkinen 1991). Usein ikääntymiseen liittyvät toiminnalliset vajavuudet alkavat teollisissa maissa ilmetä 75–80 vuoden iässä

(Ryynänen et al. 1999). Biologisen vanhuuden keskimääräiseksi alkamisajaksi on joissain yhteyksissä esitetty 75 vuoden ikää (esim. Heikkinen 1982). Gerontologiassa vanhuuden alkaminen sijoitetaan yleisimmin 75 ikävuoden paikkeille. Ikääntyvät voidaan jakaa nuoriin (60–69 -vuotiaisiin), keski-ikäisiin (70–79-vuotiaisiin), vanhoihin (80–89-vuotiaisiin) ja hyvin vanhoihin iäkkäisiin (90–99-vuotiaisiin) (Stuart-Hamilton 1996). Monissa tilastoissa ja esimerkiksi yhteiskunnan etuuksia (vanhuuseläke) ja palveluja mitoitettaessa ja jaettaessa vanhuuden rajana käytetään yleisesti 65 vuoden ikää. Valtaosa Jyrkämän (1995) tutkimukseen osallistuneista 55–74 -vuotiaista ei pitänyt itseään vanhana. Vanhusbarometrin mukaan vanhus-käsitteen käyttö saa kannatusta vasta yli 80-vuotiaista puhuttaessa (Vaarama et al. 1999). Backmanin (2001) tutkimuksessa käytettiin käsitettä ikääntyvät ja ikääntymisen rajana pidettiin 75 vuoden ikää sillä perusteella, että tuossa vaiheessa biologiset vanhenemismuutokset altistavat ihmisen yhä herkemmin taudeille ja aiheuttavat toimintakyvyn vajausta, vaikka sairauksia ei esiintyisikään (vrt. Heikkinen et al. 1990, Heikkinen & Suutama 1992, Ryynänen et al. 1999).

*Tässä tutkimuksessa käytetään käsitettä ikääntyvät kuvaamaan 55-vuotiaita ja sitä vanhempia.* Ikääntyminen nähdään pitkän ajan kuluessa eteen tulevina muutoksina ja elämäntilanteina. Ikääntyminen merkitsee jatkuvaa muutosta: elämäntapahtumia, joilla on jokaisen ikääntyvän kohdalla yksilöllinen järjestys ja elämäntilanteeseen ja -historiaan liittyvä merkitys. Tällaisia elämänkulkua ja ikääntymistä pyykittäviä tapahtumia ovat esimerkiksi lasten muuttaminen pois kotoa, lastenlasten syntyminen, omien vanhempien kuolema, eläkkeelle ja leskeksi jääminen sekä vakava sairastuminen. Harrisin (1987) mukaan muutokset ovat asetettavissa karkeaan yleiseen järjestykseen, mutta keskeisempää on kuitenkin selvittää muutosten ja elämäntapahtumien ilmaantumisjärjestystä ja merkitystä erilaisissa elämäntilanteissa ja erilaisissa yhteyksissä. Esimerkiksi leskeksi jäämisellä voi olla hyvin erilainen merkitys omassa kodissaan asuvalle, paljon apua tarvitsevalle ikääntyvälle kuin fyysisesti hyväkuntoiselle, tyttärensä naapurina asuvalle ikääntyvälle. Myös esimerkiksi oman vanhemman vakava sairastuminen voi tilanteena olla hyvin erilainen sellaiselle ikääntyvälle, joka on vielä työelämässä kuin eläkkeellä olevalle.

Vanheneminen ja vanhenemisen kokeminen on yksilöllistä (Wondolowski & Davis 1988, Heikkinen 1991, Ruoppila 1992, Coleman 1994). Yhdelle ikääntyvälle itsensä vanhaksi kokeminen voi tarkoittaa sen hyväksymistä, mitä syntymätodistuksessa lukee. Toinen ikääntyvä voi puolestaan surkutella omaa raihinaisuuttaan suhteessa paljon parempikuntoisiin ikätovereihinsa. Kolmannen ikääntyvän mielessä voivat olla tilanteet, joissa hän on itse kokenut itsensä vanhaksi tai joissa toiset ovat luokitelleet hänet vanhaksi. Monet iäkkäät eivät miellä itseään vanhuksiksi juuri vanhuuseläkkeelle jäätyään tai edes 75 vuotta täytettyään. (Vaarama & Hurskainen 1992) Jyrkämän (1995) tutkimuksessa tuli esille ikääntyvien ajatuksia ihmisestä itsestään oman vanhenemisensa muovajana: *”Ihminen tuntee itsensä vanhaksi tai ei tunne, iällä ei sinänsä asian kanssa ole kovin paljon tekemistä”* ja *”Ihminen ei myöskään ole vanha niin kauan kuin hän ylläpitää tai tuntee kiinnostusta ulospäin – elämään yleensä ja ulkomaailmaan muutoinkin”*. Osa tutkimukseen osallistuneista koki vanhenemisen edellisiä näkemyksiä

väistämättömämpänä ja biologisempänä prosessina: *"Kronologinen ikä karttuu, ihminen vanhenee, ja vanheneminen merkitsee ennen kaikkea terveyden heikkenemistä"*. Jyrkämän tutkimuksessa miehet kokivat ikääntymisen kielteisemmin kuin naiset. Ikäryhmittäin tarkasteltuna ikääntymiseen liittyvien puhtaan kielteisten arvioiden määrä oli vanhemmassa ikäryhmässä (65–74 vuotta) hiukan alhaisempi kuin nuoremmassa ikäryhmässä (55–64 vuotta).

Ikääntyvät eroavat toisistaan myös terveystottumusten, terveydentilan, toimintakyvyn, elämäntilanteiden ja -historian sekä taloudellisten ja sosiaalisten voimavarojen suhteen. Kouluttautuminen ja siihen usein liittyvä keskimääräistä korkeampi sosioekonominen asema ovat usein yhteydessä hyvään terveydentilaan ja toimintakykyyn. Vastaavasti keskimääräistä heikompi sosioekonominen asema on usein yhteydessä huonoksi koettuun terveydentilaan ja lisääntyvään palveluiden tarpeeseen. (Helin 2002) Vastaava yhteys on todettu sosioekonomisen aseman ja terveystottumusten välillä. Pohjolaisen (2000) tutkimukseen osallistuneista 55–64 -vuotiaista lähes kaikki söivät ainakin yhden lämpimän aterian päivässä. Kuntoliikuntaa vähintään kerran viikossa harrasti naisista 45 % ja miehistä 39 %. Nukkumisongelmista kärsi yksi kymmenestä. Tutkimuksessa ei tarkasteltu terveystottumusten ja sosioekonomisen aseman välistä yhteyttä. Liikuntakyky ja unen laatu ovat yhteydessä siihen, millaiseksi ikääntyvä kokee oman terveytensä (Berkman et al. 1986, Suutama et al. 1988, Kivelä 1994).

Tavallisimpia ikääntyvien toimintakykyyn ja elämäntilanteeseen liittyviä ongelmia ovat näön ja kuulon huononeminen, univaikeudet, liikuntakyvyn vaikeudet, yleinen huolestuneisuus sekä etenkin kaatumiseen liittyvät pelot. Myös yksinäisyys on monen kotona asuvan ikääntyvän ongelma jopa siinä määrin, että yksinäisyys voi uhata ikääntyvän kotona selviytymistä. (Lindgren et al. 1994, Pietilä & Tervo 1996, Klemola 2002, Lukkaroinen 2002, Tepponen 2003). Yksinäisyys voi vaikuttaa heikentävästi koettuun terveydentilaan (Grimby & Wiklund 1994). Klemolan (2002) tutkimuksessa 40 % yli 79-vuotiaista kotona asuvista keskipohjalaisista koki itsensä yksinäiseksi joskus tai usein. Yksin oleminen ei aina merkitse yksinäisyyttä, vaan yksinäisyys voi joillekin ikääntyville merkitä myös hyvinvointia (Toikkanen 1994). Yksinäisyys ja masennus voivat liittyä toisiinsa. Masennus on ikääntyvien yleisin psyykinen häiriö (Regier et al. 1984). Varsinkin iäkkäät miehet kärsivät masennuksesta. Merkittäviä masennusoireita on arvioitu olevan 10–25 %:lla kotona asuvista ikääntyneistä (Blazer 1994). Ikääntyvillä masennus sekä heikentynyt fyysinen ja sosiaalinen toimintakyky kytkeytyvät usein toisiinsa (Wells et al. 1989, Kivelä & Pahkala 2001). Yleinen tyytyväisyys ja aktiivisuus ovat vahvasti yhteydessä siihen, millaiseksi ikääntyvä kokee oman terveytensä (Berkman et al. 1986, Suutama et al. 1988, Kivelä 1994).

Koti määriteltiin Pirisen (2003) tutkimuksessa itse asunnosta ja siihen liittyvästä välittömästä asumisympäristöstä muodostuvaksi kokonaisuudeksi. Pohjolaisen (2000) tutkimuksen mukaan ikääntyvät (55–64 -vuotiaat) haluavat asua omassa kodissaan 80-vuotiaana (miehistä 74 % ja naisista 62 %). Lemposen (2001) tutkimukseen osallistuneista 65–74 -vuotiaista yli puolet halusi asua omassa kodissaan ja omassa kotikylässään elämänsä loppuun saakka, jos se

vain on mahdollista. Ikääntyvien elämisen kannalta asuminen on olennainen elämänlaatuun liittyvä tekijä. Asuminen, myös kotona asuminen, saa erilaisia sisältöjä ja merkityksiä riippuen kunkin ikääntyvän elämäntilanteesta ja -historiasta, mutta myös ympäristöstä. Klemolan (2003) tutkimuksessa kodin merkitys ilmeni oman elämän hallintana, yksityisyytenä, ihmissuhteina ja muistoina. Koti on fyysinen tila, mutta se on myös mielen koti. Monet kokevat kodin tärkeänä voimavarana (Koskinen 2001) ja suojamuurina ulkomaailmaa vastaan (Sixmith 1990, Hirvonen 1995, Hammar et al. 1999). Tenkasen (2003) tutkimukseen osallistuneille ikääntyville koti merkitsi paikkaa, jossa kokemus omasta itsestä säilyy myönteisenä siitäkkin huolimatta, että voimavarat vähenevät. Lemposen (2001) tutkimuksen mukaan kodin ja pihan siisteys tuntuivat olevan tutkimukseen osallistuneille joskus omaa vointia ja terveyttä tärkeämpiä: kodin täytyy olla siisti, lehdet haravoituna syksyn jälkeen ja lumityöt tehtynä.

Pitkään samassa asunnossa asuminen lisää ikääntyvien kiintymystä asuntoonsa (Koskinen 2001, Åkerblom 2001). Ikääntyvät ovat yleensä tyytyväisiä asuntojensa kuntoon. Taloudelliset ongelmat ja huonot asumisolot voivat vaikuttaa heikentävästi koettuun terveydentilaan (Grimby & Wiklund 1994). Tyytymättömyyttä aiheuttavat erilaiset liikkumista vaikeuttavat esteet, hissittömyys ja saniteettitilojen ongelmat (Lukkaroinen 2002, Tepponen 2003). Ikääntyville tarkoitettujen asuntojen suunnittelu, kunnossapito- ja muutostöiden tekeminen on sidoksissa ikääntyvien kotona selviytymiseen muuttuvissa elämäntilanteissa ja ulkopuolisen avun tarpeeseen esimerkiksi ruuan laitossa ja peseytymisessä.

Helin (2000) määrittelee tutkimuksessaan teknisen kompensaation koostuvan apuvälineiden ja niihin rinnastettavien, tehtävistä suoriutumista helpottavien laitteiden ja välineiden käytöstä sekä asumiseen liittyvistä ympäristön korjaustoimista tai muutosta asuntoon, jossa ympäristöstä johtuvat suoriutumisen esteet, esimerkiksi portaat, hissittömyys ja pesutilojen puutteellisuus ovat mahdollisimman vähäisiä. Sosiaali- ja terveystieteiden strategioissa 2015 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006a) kiinnitetään huomiota uuden teknologian käyttöön ikääntyvien toimintakyvyn parantamisessa ja itsenäisessä selviytymisessä. Aikaisempien tutkimusten perusteella voidaan todeta, että ikääntyvien kotona asumiseen vaikuttavat asunnon lisäksi monet muutkin tekijät: ikääntyvän elinolosuhteet (Suutama et al. 1988, Salminen et al. 1990), terveys, toimintakyky ja elämänlaatu (Karjalainen & Kivelä 1995, 1997), ikääntyvän toimintakyky (Suutama et al. 1988, Salminen et al. 1990, Valvanne et al. 1991, Heikkinen et al. 1992, Karjalainen 1999, Rissanen, L. 1999) ja avuntarve sekä palvelujen saatavuus (Raatikainen 1992a&b, Rissanen, L. 1999).

Sosiaali- ja terveysministeriön tulevaisuuskatsauksessa (2006b) ja Sosiaali- ja terveysministeriön Sosiaali- ja terveystieteiden strategioissa 2015 (2006a) kiinnitetään huomiota kodin ja sen lähiympäristön esteettömyyteen, toimivuuteen ja turvallisuuteen. Pirisen (2003) tutkimuksessa asuinympäristö määriteltiin siksi ympäristökokonaisuudeksi ja elinympäristöksi, jossa ihminen asuu ja elää. Kyseiseen asuinympäristöön kuuluvat itse asunto, välitön asumisympä-



ristö sekä näihin kiinteästi liittyvä ulkoinen asuinympäristö pihoiheen, autotalleineen, maakellareineen, naapurustoineen ja niin edelleen. Asuinympäristö ei ole tarkasti rajattu alue, vaan se voi kuvata hyvinkin laajaa yhteisöllistä aluetta, esimerkiksi pientä taajamaa tai kaupunkia. Monet ikääntyvät arvostavat asuntojensa yhteyksiä palveluihin, ulkoilumahdollisuuksia ja kauniita näkymiä. Monet ikääntyvät kokevat tärkeänä mahdollisuuden liikkua ulkona. (Åkerblom 2001) Liikkumismahdollisuuksien ja yhteydenpidon osalta yksin asuvien tilanne on usein muita ongelmallisempi (Jyrkämä 1995). Asuinympäristön suunnittelu on yhteydessä siihen, kuinka pitkään ikääntyvät voivat itse käydä esimerkiksi pyöräilemässä tai kaupassa ja missä vaiheessa ikääntyvät tarvitsevat toisten apua selvittääkseen asuinympäristössään liikkumisesta ja asioimisesta.

Suuri osa ikääntyvistä haluaa päättää itseään koskevista asioista ja pitää huolta itsestään niin pitkään kuin se suinkin on mahdollista. Backman (2001) tutki kotona asuvien ikääntyvien itsestä huolenpitoa. Tulosten perusteella hän jakoi tutkimukseen osallistuneet 75 vuotta täyttäneet neljään itsestä huolenpidon tyyppiin: omavastuinen, ulkoapäin ohjautuja, omapäinen ja luovuttaja. Puhtaasti omavastuisten ikääntyvien elämä on pääsääntöisesti virittynyt myönteisesti. Omavastuisilla on ollut mahdollisuus tehdä elämässään valintoja. Omavastuiset huolehtivat itsestään ja luottavat tulevaisuuteen. Puhtaasti ulkoapäin ohjautuvat ikääntyvät ovat eläneet nuoruuttaan ja aikuisuuttaan toisten ihmisten ehdoilla. He eivät koskaan ole oppineet pitämään omia tarpeitaan ensisijaisina, mikä näkyy vanhuudessakin siten, että itsestä huolehtiminen on rutiininomaista. Puhtaasti omapäiset ikääntyvät ovat sinnikkäitä ja elämänvalinnoissaan päättäväisiä. Itseään he hoitavat, kuten parhaaksi katsovat, usein kokemus-peräiseen tietoon luottaen. Omapäiset haluavat säilyttää tulevaisuutensa mahdollisimman muuttumattomana. Puhtaasti luovuttajat ovat elämässään katkeroituneita ikääntyviä. Omaan sairastumiseen tai läheisen poismenoon liittyvä suru hallitsee elämää. He eivät enää jaksaa huolehtia itsestään ja pelkäävät tulevaisuutta. Arkielämässä näin puhtaita itsestä huolenpidon tyyppejä voi olla harvassa. Puhtaiden tyyppien kuvaaminen voi kuitenkin auttaa hahmottamaan kotihoitopalveluille asetettavia haasteita: miten pystytään vastaamaan erilaisten ihmisten muuttuviin elämäntilanteisiin.

Tepposen (2003) tutkimuksessa itsenäiseen selviytymiseen olivat yhteydessä alle 85 vuoden ikä ja hyvä ympäristön tuki. Ikääntymisen myötä toimintakyky heikkenee jossain vaiheessa, jolloin ikääntyvä ei enää ehkä pystykään pitämään itsestään huolta aiemmin totutuilla tavoilla. Helin (2000) on tutkinut ikääntyvien toimintakyvyn heikkenemistä ja sen kompensatioprosessia. Toiminnallisella kompensatiolla tutkimuksessa tarkoitettiin ikääntyvän omia vaihtoehtoisia joko uusia tai aiemmin inaktiivisia keinoja, kykyjä ja strategioita saavuttaa alkuperäinen päämäärä, toisin sanoen aiempien toimintojen tekemistä eri tavoin. Tulosten mukaan koko kompensoivaa toimintaa voidaan kuvata yrittämisen lisäämisen teeman avulla, koska yrittäminen liittyy osana lähes kaikkiin kompensoivan toiminnan muotoihin. Myös ajankäytön lisääminen liittyy muihin kompensoinnin muotoihin. Tutkimuksessa ilmeni vähiten vaihtoehtoisia strategioita osana toimintojen modifiointia. Tutkimuksen mukaan

ikäntyvien omien tavoitteiden ja voimavarojen välisen epätasapainon noustessa liian suureksi, joutuu ikääntyvä tarkentamaan päämääriinsä liittyvää suoritus- tavoitetasoa ja useimmiten madaltamaan sitä, jotta pystyisi itsenäisesti saavuttamaan päämääränsä. Tavoitetaso madaltaminen voi tulla kysymykseen, kun tekninen kompensatio, vaihtoehtoiset keinot tai ponnistelut eivät tuota tulosta tai niitä ei hyödynnetä. Tavoitetasoa ei kuitenkaan voida laskea loputtomiin. Hoivayritykset voivat tarjota ikääntyvälle yhden vaihtoehdon kompensation järjestämiseen.

Itsestä huolenpidon ja kompensatioprosessin käydessä riittämättömäksi monen huonokuntoisen ikääntyvän kotona selviytymisen kannalta on välttämätöntä, että hänellä on tukenaan sosiaalisia verkostoja (Pietilä & Tervo 1998, Rissanen, L. 1999). Omaisten merkitys kasvaa, kun ikääntyvä tarvitsee päivittäistä apua (Noro et al. 2000). Lukkaroinen (2003) tutkimuksessa kävi ilmi, että ikääntyvät eivät halunneet vaivata omaisiaan ongelmillaan, vaan apua toivottiin kunnalta ja seurakunnalta. Lapsista varsinkin lähellä asuvat tytöt auttavat ikääntyviä useimmin, mutta myös aviopuolisoiden tuki on tärkeä. Muiden sukulaisten ja ystävien apu on lähinnä emotionaalista. (Rissanen, L. 1999)

Vilkon (1998) mukaan läheiset ihmissuhteet antavat kodille eniten merkitystä. Monet ikääntyvät arvostavat perhe- ja ystävyys-suhteita keskeisinä hyvään ikääntymiseen ja elämänlaatuun vaikuttavina tekijöinä (Pearlman & Uhlmann 1988). Lapset ja naapurit antavat ikääntyvälle turvaa. Lastenlapset puolestaan tuovat sisältöä elämälle. Sisarukset ovat usein arvokkaita keskustelu-kumppaneita. Ystävät puolestaan tuovat vaihtelua elämään. (Hartikainen & Helenius 2001). Jyrkämän (1995) tutkimukseen osallistuneiden 65-74 -vuotiaiden joukossa ystävien ja tuttavien määrä oli vähentynyt enemmän kuin nuoremmissa ikäryhmässä (55-64 vuotta). Eniten naapuruussuhteisiin vaikutti asumismuoto: mitä lyhyempi oli fyysinen etäisyys naapuriin, sitä pitempi oli sosiaalinen etäisyys naapureiden välillä.

Ikääntyvän kokemus yksinäisyys ja alakuloisuus voivat lisätä omia sairau- den tuntemuksia ja palvelutarpeen kokemusta. Yksinäisyys ja masennus ovat merkittävimpiä syitä vanhusten siirtyessä laitoshoitoon. Ikääntymisen myötä pitkäaikaissairauksien todennäköisyys ja määrä kasvaa. Koetut oireet, todetut sairaudet ja niihin liittyvät hoitotoimenpiteet ovat konkreettinen syy hakeutua hoitoon. Hoitoon hakeutumiseen voivat olla yhteydessä myös monet muut elämäntilanteeseen liittyvät tekijät, jotka voivat joko lisätä tai vähentää tarvetta hakeutua hoitoon. (Helin 2002) Omien vaivojen selittäminen ikääntymiseen kuuluvina voi johtaa avun hakemisen viivästymiseen.

### **2.3 Elämänlaatu, -tilanne ja toimintakyky**

Terveys on WHO:n määritelmän mukaan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila eikä pelkästään sairauden tai raihnaisuuden puuttumista (WHO 1948). 1970-luvulla terveyteen liitettiin käsite elämänlaatu. Sairaudesta

paranemista ei enää pidetty ainoana päämääränä, vaan haluttiin painottaa jäljellä olevan elämän laatua (Bowling 1995). Vuonna 1984 WHO lisäsi terveyden määritelmään käsitteen itsenäisyys (Wood 1986).

Elämänlaadun käsitettä on vaikea määritellä yksiselitteisesti, koska elämänlaatu vaihtelee yksilökohtaisesti eri ikäkausina ja se voi vaihdella jopa hetkestä toiseen. Elämänlaatu on riippuvainen niistä olosuhteista, joissa ikääntyvä elää. Myös elämänlaadun mittaaminen on vaikeaa, koska elämänlaatu on yksilö- ja kulttuurisidonnainen käsite. Elämänlaatuun ovat yhteydessä monet tekijät, esimerkiksi toimintakyky ja terveys (Beaumont 1994). Ikääntyvien elämänlaatua tutkittaessa nousevat keskeisiksi tutkimuskohteiksi toimintakyky ja sopeutuminen (Stewart & King 1994). WHO:n Quality of Life Group määritteli vuonna 1993 elämänlaadun käsitteen. Määritelmässä painotetaan ihmisen omaa terveyttä, toimintakykyä ja itsenäisyyttä siinä kulttuurissa ja ympäristössä, jossa hän elää (Bowling 1995). WHO:n mukaan elämänlaatuun liittyy fyysinen terveys, psyykinen tila, sosiaaliset suhteet, itsenäisyyden aste, monet ympäristöön liittyvät tekijät sekä henkilökohtaiset käsitykset (The WHOQOL Group 1996). Elämänlaatua on pyritty määrittelemään toisaalta yleisesti (Hörnquist 1982, Farguhar 1995) ja toisaalta rajatun (Goodinson & Singleton 1989, Meeberg 1993, Farguhar 1995). Yleisissä määritelmässä elämänlaatua pidetään tyytyväisyytenä elämään, ihmisen hyvinvoinnin tunteena tai onnellisuutena. Määritelmässä tyytyväisyys yhdistetään kognitiivisiin ulottuvuuksiin, kun taas onnellisuus yhdistetään tunteisiin. Rajatut määritelmät jakavat yleisen elämänlaatu-käsitteen osiin ja kuvaavat jotain tiettyä elämänlaadun osa-aluetta. Suppeimmissa muodoissaan elämänlaatua määritellään fokusoiduilla, vain yhtä tai kahta elämänlaadun osa-aluetta kuvaavilla määritelmillä.

Elämänlaadun rajatuista määritelmistä toimintakykyä ja terveyttä koskevat määritelmät ovat yleisimmin käytettyjä. Terveysteen ja toimintakykyyn rajoituvista määritelmistä käytetään käsitettä terveyteen liittyvä elämänlaatu. Yleisesti terveyteen liittyvällä elämänlaadulla tarkoitetaan ihmisen kokemusta omasta terveydentilastaan sekä siihen liittyvistä fyysisistä, psyykkisistä ja sosiaalisista tekijöistä. Ihmiset arvioivat terveyteensä liittyvää elämänlaatua muun muassa aikaisemman terveydentilansa ja ominaisuuksiensa perusteella. Siksi myös terveyteen kohdistuvan uhan tai sairauden merkitys vaihtelee henkilöstä ja tilanteesta toiseen. Elämänlaadun arviointiin vaikuttavat myös elämän tavoitteet ja käsitykset hoitoon liittyvien toimien seurauksista. (Spitzer 1987)

Spitzer esitti vuonna 1987 elämänlaadututkimuksen viisi ulottuvuutta, jotka kuvaavat fyysistä toimintakykyä, psyykkistä terveydentilaa, sosiaalista toimintakykyä, sairauden oireiden aiheuttamaa taakkaa ja yleisiä itse koettuun terveyteen liittyviä tuntemuksia ja hyvinvointia (Spitzer 1987, Ware 1994). Usein puhutaan myös subjektiivisesta ja objektiivisesta elämänlaadusta. Subjektiivisella elämänlaadulla tarkoitetaan ihmisen omaa kokemusta omasta elämästään. Subjektiivista elämänlaatua mitataan tyytyväisyydellä, toisin sanoen sillä, miten tyytyväinen ikääntyvä on omaan elämäänsä. Objektiivisessä elämänlaadun arvioinnissa tarkastellaan sitä, missä määrin havaittavissa olevat elämänlaadun kriteerit täyttyvät yksilön kohdalla. Objektiivisen elämänlaadun

mittaamisen kannattajat eivät aina miellä tyytyväisyyttä elämänlaadun tärkeäksi osoittimeksi, vaikka tyytyväisen ihmisen voi olettaa olevan elämässään onnellinen ja sopusoinnussa itsensä ja ympäristönsä kanssa. Tyytyväisyys on vaikeasti lähestyttävä asia, koska se kietoutuu moniin yksilöllisiin, elämänhistoriallisiin ja tilannetekijöihin. Koska tyytyväisyys kuitenkin on yksilön kannalta yksi elämänlaadun keskeinen mittari, sitä kannattaa tavoitella ikääntyvien kotihoitopalveluissa. (Vaarama 2002)

Ikääntyvä itse osaa yleensä parhaiten kuvata ne asiat, joilla on erityistä painoarvoa juuri hänen elämässään (Gill & Feinstein 1994, Guyatt & Cook 1994). Vaikka ikääntyvä itse on yleensä elämänlaatunsa paras kuvailija, tulee osa elämänlaadusta näkyväksi esimerkiksi toimintakyknä, jonka myös ulkopuolinen voi havaita. Terveysteen liittyvää elämänlaatua voidaan mitata objektiivisesti tietyillä yhteisesti sovitulla mittareilla (Pearlman & Uhlmann 1986).

Palvelun käyttäjien oma arvio terveydentilastaan ja terveyteen liittyvästä elämänlaadusta on tulossa yhä tärkeämmäksi apuvälineeksi terveyspoliittisissa ohjelmissa, terveydenhuollon suunnittelussa ja kliinisessä päätöksenteossa (Meeberg 1993, Walker & Rosser 1993). Elämänlaadun ja toimintakyvyn mittaamisen on arvioitu olevan hyödyllistä sosiaali- ja terveyspalvelujen tarpeen arvioinnissa, resurssien jakamisessa sekä hoitomuotojen vaikutusten arvioinnissa (Aro et al. 1993). L. Rissasen (1999) vanhenevien ihmisten kotona selviytymistä tarkastelleessa tutkimuksessa terveys ja terveyspalvelujen käyttö olivat yhteydessä toisiinsa: jos koettu terveys oli hyvä, palvelujen käyttö oli vähäistä. Fyysisen toimintakyvyn vajaus lisäsi hieman terveyspalvelujen käyttöä. Muilla toimintakyvyn osa-alueilla ei ollut yhteyttä terveyspalvelujen käyttöön. Ikääntyvien terveys oli tärkein terveyspalvelujen käyttöön vaikuttava tekijä. Myös aikaisemmissa tutkimuksissa on noussut esille se, että ikääntyvät käyttävät palveluja itse arvioidun terveyden perusteella ja tuntiessaan tarvitsevansa lääketieteellistä apua. Tutkittavat käyttivät sosiaalipalveluja hyvin vähän eikä terveydellä ollut yhteyttä palvelujen käyttöön. Sosiaalipalvelujen käytön vähäisyyteen saattoi vaikuttaa se, ettei palveluja ollut saatavilla riittävästi.

Elämänkulku ja elämäntilanteet ovat yhteydessä siihen, millaiseksi ikääntyvä kokee elämänlaatunsa. Ikääntyvien ihmisten elämänlaatua ja tuen tarvetta ei voi irrottaa ihmisen elämäkokemuksista ja elinympäristöstä. Elämänkulku tuo mieleen ajatuksen elämän kulkemisesta prosessina. Elämänkulku voidaankin määritellä sellaiseksi ajassa tapahtuvaksi kokemukselliseksi prosessiksi, jossa yksilölliset elämäntilanteet kietoutuvat kokonaisuudeksi paikallisissa kulttuurisissa puitteissa (Elder 1985, Meyer 1986). Elämänkulku ei ole johdonmukainen eikä suunniteltavissa oleva prosessi, vaan se on altis yllättävillekin muutoksille. Layder (1993 ja 1997) korostaa ihmisen oman toiminnan sekä ihmisen ja yhteiskunnan välisen vuorovaikutuksen kietoutumista elämäntilanteisiin.

Elämänkulun kokonaisuuden tunteminen ja huomioiminen on tärkeää, jotta välttyttäisiin kapealta kotihoidon kohteena olemisen tutkimiselta. *Tässä tutkimuksessa kotona asuvat ikääntyvät nähdään ihmisinä, jotka jossain yksilöllisen elämänkulkunsa vaiheessa saattavat taroita tukea ja hoivaa.* Ihmisen kokemusten tutkimisessa ihmisen subjektiiviset merkitysrakenteet, arvot ja ajatukset ovat

tarkastelun keskiössä (Smith 1987). Elämäntilanteet, elämänkulku ja ihmisen kokemuksilleen antamat merkitykset heijastuvat siihen, millaista apua ikään-tyvä kokee tarvitsevänsä ja millaisia odotuksia ja käsityksiä hänellä on hoi-vayritysten tuottamista palveluista sekä niistä palveluista, joita hoivayritykset voivat tulevaisuudessa tuottaa.

Toimintakyvyn käsite voidaan jakaa fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaali-seen toimintakykyyn (Becker & Cohen 1984, Pohjolainen 1987, Mulrow et al. 1994, Lough & Schank 1996, Rahkonen & Takala 1997, Karjalainen 1999). Keho, mieli ja ympäristö ovat jatkuvassa keskinäisessä vuorovaikutuksessa. (Laukka-nen 1998, Harri-Lehtonen 1998) Toimintakyvyn käsitteen voidaan katsoa sisäl-tävän myös kognitiivisen (Karjalainen 1999) ja taloudellisen toimintakyvyn (Karppi 1983). Geriatriassa tutkimuksessa ihmisen toimintakyvyllä tarkoitetaan yleensä kokonaisvaltaista toimintakykyä, joka sisältää edellä mainitut ulottuvuudet (Lawton 1971, Israël et al. 1984, Pohjolainen 1987). Suppeassa merkityksessä toimintakyvyllä tarkoitetaan suoriutumista esimerkiksi rasitus-kokeesta tai älykkyystestistä. Laajemmassa merkityksessä toimintakyky-käsitteellä tarkoitetaan selviytymistä päivittäisistä toiminnoista (vrt. Karjalai-nen 1999, Helin 2000). Vielä laajemmassa merkityksessä toimintakyky ymmär-retään ikääntyvän kokonaistilanteena siten, että otetaan huomioon ikääntyneen emotionaalinen, kognitiivinen ja psyykinen tila, asuinolot ja asuinympäristö sekä osallistuminen ja taloudelliset voimavarat liikuntakyvyn, perustoimin-noista ja kotiaskareista selviytymisen, pidätyskyvyn ja henkisen vireyden lisäk-si (Voutilainen et al. 2002). *Tässä tutkimuksessa toimintakykyä tarkastellaan ikään-tyvien itsensä arvioimana fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja taloudellisen toimintaky-vyn osalta.*

Fyysisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan yleensä kykyä suoriutua jokapäi-väiseen elämään kuuluvista, fyysistä ponnistelua edellyttävistä tehtävistä (Suu-tama et al. 1988). Iäkkäillä fyysistä toimintakykyä heikentävästi voivat vaikut-taa useat eri tekijät, kuten ikääntyminen, kognitiivinen kapasiteetti, mieliala, elinympäristö, toimeettomuus ja pitkäaikaiset sairaudet (Berkman et al. 1986, Laukkanen et al. 1993, 1994). Fyysistä toimintakykyä tarkastellaan yleensä terve-yden ja toiminnoista suoriutumisen sekä avuntarpeen perusteella. Päivittäi-set perustoiminnot (ADL-toiminnot) sekä kodinhoitoon ja asioiden hoitamiseen liittyvät toiminnot (IADL-toiminnot) sekä liikkuminen ovat keskeisiä jokapäi-väisiä toimintoja (Lawton 1971, Karjalainen 1999). Ikääntyvien fyysisestä har-joittelusta sekä intensiivisestä kuntoutuksesta joidenkin sairauksien jälkeen on saatu hyviä tuloksia: toiminnanrajoitteiden vaikeutta on voitu lieventää ja näin on pystytty lisäämään ikääntyvän itsenäisyyttä ja itsemääräämisen mahdolli-suuksia esimerkiksi liikkumisen osalta. Kuntoutuksella on myös voitu palaut-taa sairastumista edeltänyt toimintakyky. (Helin 2002)

Psyykkisen toimintakyvyn käsitteeseen sisällytetään tärkeimpinä tekijöinä kognitiiviset eli älylliset toiminnot ja persoonallisuus, psykofysiologiset ja psy-komotoriset toiminnot sekä mielenterveys tai psyykinen hyvinvointi (Heikki-nen et al. 1984, Suutama et al. 1988). Myös itsekunnioitus, luovuus ja sopeutu-minen ovat osa psyykkistä toimintakykyä (Heikkinen et al. 1984, Israël et al. 1984). Sosiaalisen toimintakyvyn käsitteeseen voidaan sisällyttää harrastukset

ja muut vapaa-ajan viettotavat, niin sanottu julkinen elämä, kontaktit ystäviin ja tuttaviin sekä uusien ihmissuhteiden solmiminen (Suutama et al. 1988, Karjalainen 1999). Sosiaaliseen toimintakykyyn kuuluu myös kyky sopeutua yhteiskuntaan (Pohjolainen 1987). Suomalaisessa ikääntyvien elinolosuhteita sekä psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä koskevassa tutkimuksessa kävi ilmi, että naisilla oli miehiä parempi sosiaalinen toimintakyky. Suurella osalla kotona asuvista ikääntyvistä oli paljon sosiaalista kanssakäymistä. Yhteydenpito lapsiin oli runsasta, mutta muihin sukulaisiin ja tuttaviin vähäisempää. Suurimmat syyt yhteydenpidon vähenemiseen olivat oman terveydentilan heikkeneminen ja monien ikätoverien kuoleminen. Terveydentilan ja fyysisen kunnan heikentyessä myös sosiaalinen toimintakyky heikkeni. (Suutama et al. 1988.)

Toimintakykyä voidaan tarkastella myös perustarpeiden tyydyttymisen näkökulmasta (Karppi 1983, Bennett 1999). Tarpeiden tyydyttymisen on nähty olevan yhteydessä ikääntyvän hyvinvointiin, elämänlaatuun, toimintakykyyn, onnellisuuteen ja terveyteen. Tarpeiden tyydyttämättömyys voi puolestaan johtaa toimintakyvyttömyyteen. (Raatikainen 1986, Krause 1987, Erjanti 1990) Toimintakyky ja toimintakykyyn yhteydessä oleva tuen ja hoivan tarve eivät välttämättä ole pysyviä tiloja. Ihmisen toimintakyky voi heikentyä tilapäisesti esimerkiksi akuutin sairauden tai kriisin (esim. puolison kuoleman) takia. Toimintakyky voi heikentyä myös fyysisen sairauden tai psyykkisten tai sosiaalisten tekijöiden takia. Ikääntymiseen liittyvää toimintakyvyn heikkenemistä voidaan ehkäistä tai hidastaa puuttamalla niihin riskitekijöihin, joiden tiedetään olevan ikääntymiseen liittyvien toiminnanvajausten taustalla (Heikkinen 1997).

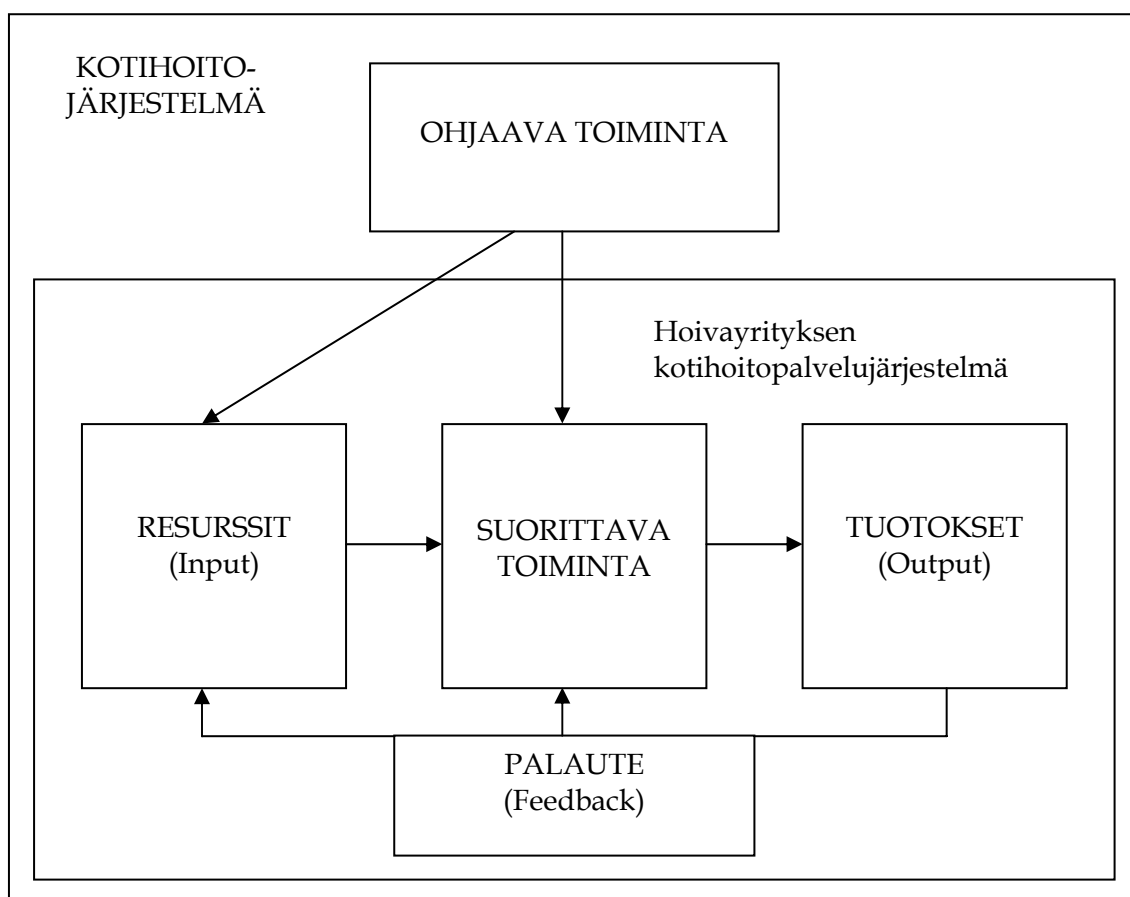
Kotiympäristön merkitys ikääntyvien selviytymiselle jokapäiväisissä toiminnoissa on suuri (Muurinen & Raatikainen 2000). Esteetön ja tuttu kotiympäristö tukevat ikääntyvän kotona selviytymistä toimintakyvyn heiketessä. Ikääntyvän on helpompi kehittää erilaisia toimintakykyä kompensoivia keinoja tutussa kotiympäristössään. (Päivärinta 1996) Yksilö voi kompensoida toimintakyvyn vajaustaan muutamalla omaa toimintaansa, käyttämällä läheisten antamaa apua tai julkisia tai yksityisiä palveluja tai näitä kaikkia. Laukkasen (1998) mukaan ihmisen toimintakykyä ei voida tutkia eikä hänen kotona selviytymistään voida arvioida tuntematta hänen asuin- ja elinympäristöään. Voutilainen & Vaarama (2005) ovat tutkineet toimintakykymittareiden käyttöä ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnissa. Tutkimuksen mukaan tällä hetkellä Suomessa ei ole yleisessä käytössä sellaista yhtenäistä toimintakykymittaria tai mittaripatteristoa, jonka avulla ikääntyvän toimintakyky voitaisiin arvioida riittävän laajasti palvelupäätösten tekemiseksi.

Ikääntyvät kuvaavat itsemääräämistä tunteeksi olla vapaasti oma itsensä, olla omassa rauhassa, tehdä omassa tahdissaan mitä haluaa ja mihin aikaan haluaa, toteuttaa omia toiveitaan sekä elää itsenäistä ja normaalia elämää. Kotona asuminen on ikääntyville tärkeää, koska se mahdollistaa itsemääräämistä. Monille ikääntyville on tärkeää saada päättää omista asioistaan. (Lundh & Nolan 1996, Barkay & Tobak 2001) Klemolan (2006) haastattelemissa vanhuksilla valintojen tekeminen liittyi pieniin jokapäiväisiin asioihin, mikä oli vanhuksille kuitenkin tärkeää. Elämänmuutoksiin sopeutuminen on helpompaa, jos voi itse

vaikuttaa valintoihin. Usein kuitenkin ikääntyvän oma mielipide ja toiveet ohitetaan. Hollin ja Hakaman (1989) tutkimuksessa todettiin, että terminaalivaiheessa potilaan sairauteen kiinnitettiin enemmän huomiota kuin potilaaseen. Voidaan pohtia, mitä tutkimustuloksella on annettavaa ikääntyvien kotihoidon kehittämiseen.

## 2.4 Yhteenveto

Systemiteorian valossa tarkasteltuna tarkoituksellisen systeemin ylempi taso (ohjaava toiminta) luo systeemissä alemmalle tasolle (suorittava toiminta) tavoitteita, rajoitteita ja sääntöjä, jotka ohjaavat ja säätelevät suorittavan tason toimintaa. Suorittava toiminta on vahvasti yhteydessä käytettävissä oleviin syötteisiin (Input). Resurssit ovat suorittavan toiminnan välityksellä yhteydessä myös tuotoksiin (Output). (Kuvio 3)

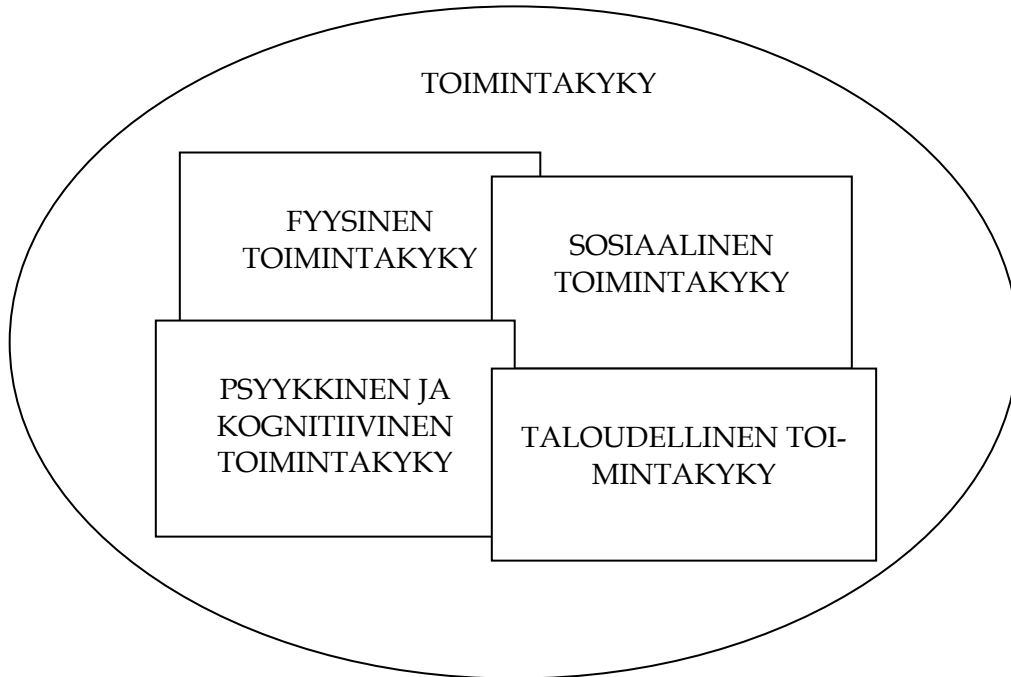


KUVIO 3 Tarkoituksellinen systeemi systeemiteorian näkökulmasta (vrt. Kerola & Järvinen 1980)

Ikääntyvien fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä tukevia palveluja voidaan tuottaa monin eri tavoin: yhteiskunnallisina palveluina (valtio, kunnat), yritysten tuottamina palveluina tai kolmannen sektorin (seurakunnat, jär-

jestöt, yhdistykset) tuottamina palveluina. Palveluja hyödyntämällä ikääntyvän on mahdollista parantaa oman elämänsä laatua.

Pyrittäessä vastaamaan ikääntyvien palvelutarpeisiin tarvitaan tietoa ikääntyvien itse arvioimasta toimintakyvystä. Toimintakyky ja se, millaisena ikääntyvä itse kokee toimintakykynsä, on vahvasti yhteydessä ikääntyvä kotona asumisen tueksi tarvitsemien kotihoitopalvelujen määrään ja luonteeseen.



KUVIO 4 Toimintakyvyn osa-alueet tässä tutkimuksessa

*Tässä tutkimuksessa kotona asuvien ikääntyvien tuen tarvetta tarkastellaan seuraaviin toimintakyvyn osa-alueisiin liittyen: fyysinen toimintakyky, psyykinen ja kognitiivinen toimintakyky, sosiaalinen toimintakyky sekä taloudellinen toimintakyky. (Kuvio 4)*



### **3 TUTKIMUSAIHETTA KOSKEVAN AIEMMAN KIRJALLISUUDEN ESITTELY JA JÄSENTÄMINEN**

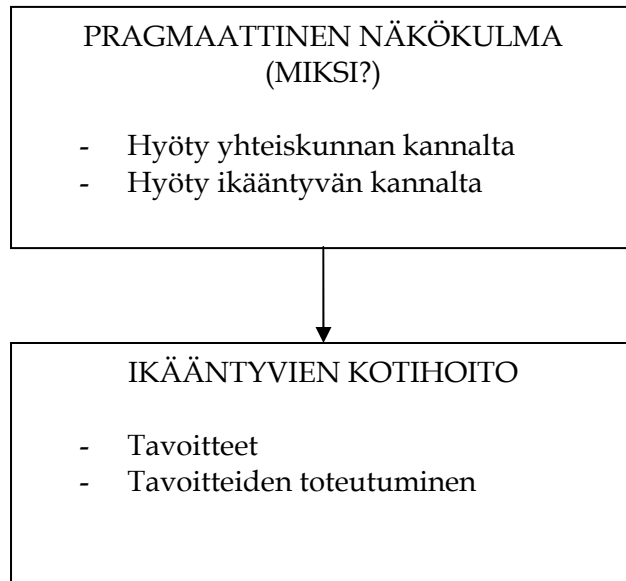
*Tässä tutkimuksessa keskitytään suomalaista kotihoitopalvelua käsittelevään kirjallisuuteen, koska maakohtaiset erot kotihoitopalvelujen tuottamisessa ja rahoittamisessa ovat suuria. Tutkimus piirtää seudullista näkökulmaa hoivayritysten rooliin kotona asuvien ikääntyvien kotihoitopalvelutuotannossa, joten suomalainen konteksti on syytä säilyttää vahvana myös kirjallisuuspohdinnassa.*

#### **3.1 Kotihoitopalvelut ikääntyvien toimintakyvyn tukena**

##### **3.1.1 Ikääntyvien hoidon tavoitteet ja tavoitteiden toteutuminen**

Ikääntyvien hoidon tavoitteita ja tavoitteiden toteutumista voidaan tarkastella pragmaattisesta eli hyödyntävästä näkökulmasta sekä yhteiskunnan että ikääntyvän kannalta, jolloin huomio kiinnittyy siihen, miksi kotihoitopalveluja tarvitaan ja mitä hyötyä kotihoitopalveluista on toisaalta yhteiskunnan kannalta ja toisaalta ikääntyvälle itselleen. Vastausten saamiseksi pragmaattisen näkökulman esille nostamiin kysymyksiin tarkastellaan seuraavaksi toiminnan tavoitteita ja tavoitteiden toteutumista. (Kuvio 5)

Suomen ikääntymispolitiikan tavoitteena on, että mahdollisimman moni ikääntynyt voi elää itsenäisesti omassa kodissaan (Sosiaali- ja terveysministeriö 1996 ja 2003). Ikääntyvien kotona asumisen tukeminen on hallitusohjelman (2003) linjauksen mukaan vanhustenhuollon ensisijainen tavoite. Myös Sosiaali- ja terveysministeriön (2004) Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmassa vuosille 2004–2007 nostetaan ikääntyvien palvelujen kehittämisen tärkeimmäksi tavoitteeksi edellytysten luominen mahdollisimman pitkään jatkuvalla kotona asumiselle. Kotona asumisen tueksi tarvitaan laadukkaita sekä nopeasti saatavilla olevia sosiaali- ja terveyspalveluja.



KUVIO 5 Pragmaattinen näkökulma ikääntyvien kotihoitoon (vrt. Kerola & Järvinen 1980)

Valtioneuvosto korostaa Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa seuraavia toimintasuuntia: turvataan ikääntyvien mahdollisuudet toimia aktiivisesti yhteiskunnassa, kehittää tietojaan, taitojaan ja itsehoitovalmiuksiaan sekä jatkaa mahdollisimman pitkään itsenäistä ja laadullisesti mielekästä elämää riittävän toimeentulon turvin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001) Vaaraman (2002) mukaan keskeistä on asettaa ikääntyvän hyvä elämänlaatu hoidon ja palvelun tavoitteeksi, antaa ikääntyvän itsensä määrittellä oman elämänlaatunsa kannalta tärkeät tekijät, kunnioittaa ikääntyvän näkemyksiä ja valintoja sekä huolehtia siitä, että voimavarat mahdollistavat hyvän palvelun.

Informaatio-ohjauksen myötä strategiat ja vanhuspolitiikan linjaukset ovat saaneet aiempaa suuremman merkityksen ohjauksen välineinä. Vuonna 1993 valmistui sosiaali- ja terveysministeriön asettaman Palvelurakennetyöryhmän raportti (Sosiaali- ja terveysministeriö 1993). Työryhmä oli asetettu selvittämään sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen toimivuutta, taloudellisuutta ja muutostarpeita muun muassa ikääntyneiden palveluiden osalta. Työryhmä asetti tavoitteeksi laitoshoidon vähentämisen ja kotona asumisen tukemisen. Ikääntyneiden pitkäaikaishoitoon työryhmä asetti tavoitteeksi, että 75 vuotta täyttäneistä 90 % selviytyy kotona joko itsenäisesti tai sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämien palvelujen tai omaisten ja ympäristön tukemana. (Sosiaali- ja terveysministeriö 1993) Vuonna 1996 määrällisiä tavoitteita tarkennettiin siten, että laitospaikoja tulisi varata 75 vuotta täyttäneistä noin 8–12 %:lle. Hoitopaikoista 3–5 % sijoitettaisiin palvelutaloihin ja 5–7 % laitoshiitoon. (Sosiaali- ja terveysministeriö 1996)

Vuonna 1988 yleisimmin käytetty palvelu oli kodinhoito, joka tyypillisimmin oli siivousta. Vuoteen 1998 mennessä kodinhoitopalveluja saavien osuus oli vähentynyt huomattavasti ja samalla tukipalveluja (esim. ateriapalvelut) saavien osuus oli kasvanut suurimmaksi. Ympäri vuorokautista hoitoa tar-

vitsevia oli siirtynyt kotihoidosta palvelutaloihin. Kaupunkikunnat ovat lyhyehköistä etäisyyksistä huolimatta maaseutukuntia laitosvaltaisempia. Kotipalvelussa ja kotisairaanhoidossa kohtuullisen hyväkuntoisten asiakkaiden määrä on vähentynyt ja palvelu kohdentuu kaikkein huonokuntoisimmille, jotka ovat iältään 75–85 -vuotiaita. (Helin 2002) Palvelurakennetyöryhmän vuonna 1993 laitoshoidolle asettamat määrälliset tavoitteet saavutettiin vuoteen 1998 mennessä. Palvelujen rakennemuutokselle asetettuja tavoitteita voidaan pitää osittain saavutettuina, mutta avopalvelujen laajentaminen jäi toteuttamatta. Avopalvelujen välisiin sijoittuva palveluasuminen lisääntyi. (Vaarama et al. 1999)

Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevassa laatusuosituksessa (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö ja Suomen Kuntaliitto 2001) asetetaan palvelurakenteelle seuraavia tavoitteita: Ikääntyvät vastaavat ensisijaisesti itse ja verkostonsa avulla omasta hyvinvoinnistaan ja käyttävät samoja palveluja kuin muutkin kuntalaiset. Vasta kun niiden käyttäminen ei onnistu, turvaudutaan erityisesti ikääntyville tarkoitettuihin palveluihin. Palvelutuotanto perustuu ikääntyvien tarpeisiin ja muuttuu tarpeiden myötä. Avopalvelut ja kotona asumisen tuki ovat ensisijainen vaihtoehto. Vaaraman (1992) tutkimuksessa tarkasteltiin ikääntyvien itse ilmoittamia palvelutarpeita, jotka kertoivat ikääntyvien tarpeesta saada lisää kodinhoito- ja tukipalveluja. Myös kotisairaanhoidon lisäämistä esitettiin. Vaaraman ja Voutilaisen (2002) mukaan ikääntyvien palvelut muodostavat monipuolisen palveluvalikoiman: nykyään suurimmassa osassa Suomen kuntia ikääntyneille on tarjolla kotihoitoa, tukipalveluja, päivätoimintaa, kuntoutusta, jaksottaishoitoa vanhainkodissa tai terveyskeskuksessa, palveluasumista sekä laitoshoidon. Ikääntyvät käyttävät palvelujärjestelmän useita eri osia. Varsinaisia ikääntyville suunnattuja erityispalveluja ei juuri ole, eikä myöskään ikääntyvien palveluja turvaavaa lainsäädäntöä. Kuntien palvelurakenne vaihtelee suuresti. (Helin 2002)

Paasivaara (2002) on tutkinut suomalaisen ikääntyvien hoitotyön muotoutumista 1930-luvulta 2000-luvulle. Hoitotyön uudentamisvaihe on käynnistynyt vuoden 1990 seutuvilla. Uudentamisvaiheen ikääntyvien hoitotyön tavoitteena on Paasivaaran mukaan tehostettu hoito. Hoitotyön lähtökohtana pidetään kustannustietoisuuden vahvistamista. 2000-luvun vaihteen molemmin puolin ikääntyville suunnatuissa avohoidon palveluissa tapahtui voimavarojen lisäykseen liittyvien tavoitteiden vastaista kehitystä. Avopalveluiden henkilöstöä vähennettiin ja henkilöstöä siirrettiin palvelutaloihin, jolloin ikääntyville tarjotut kodinhoito- ja tukipalvelut vähenivät. (esim. Vaarama 2004)

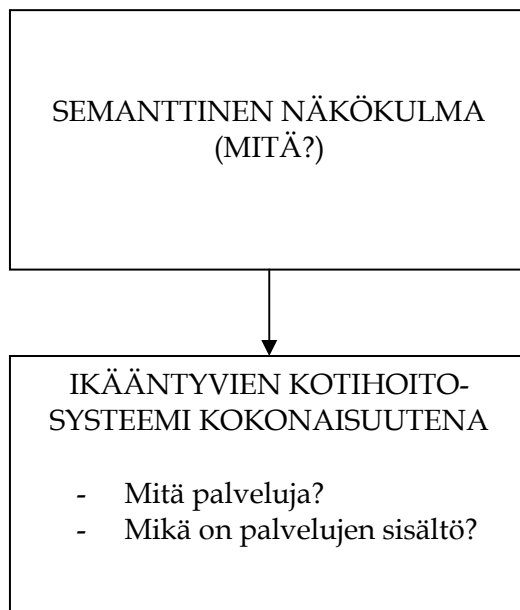
Tenkasen (2003) tutkimuksessa ikääntyvien kotihoito näyttäytyy monitasoisena ja useita elementtejä sisältävänä toimintana, jossa eri ammatteja edustavat työntekijät hoitavat pääasiassa omia tehtäviään. Työtapojen muuttaminen voisi käytännössä tarkoittaa asiakaskohtaista työryhmä- ja tiimityötä ja yhteistyön kehittämistä ikääntyvien ja työntekijöiden arjen tasolla. Helinin (2002) mukaan haasteita ovat edelleen muun muassa yhteistyö ja tiedonkulku eri palveluntuottajien välillä. Kotihoidon henkilöstön toimiva yhteistyö parantaa ikääntyvien mahdollisuutta asua kotona huonokuntoisenakin (Tenkanen 2003).

Kotihoidon saaminen päivittäisiin toimintoihin toteutuu hyvin, mutta ikääntyvien liikkumiseen ja sosiaaliseen tukeen kiinnitetään liian vähän huomiota. Ikääntyvät osallistuvat omaa elämäänsä koskevaan päätöksentekoon kotihoidon sisältöjen suunnittelussa ja arjen auttamisen ratkaisuja etsittäessä. (Tenkanen 2003) Lemposen (2001) tutkimuksessa kysymykseen, haluatteko itse valita, kenen tarjoamaa palvelua käytätte, 98 % kysymykseen vastanneista oli itsenäisen päätöksenteon kannalla. 97 % vastaajista halusi itse päättää, millaista palvelua he käyttävät. Itsemääräämisoikeuden säilyminen on silti ongelmallista: ratkaisuvaihtoehtoista sopiminen ikääntyvän ja työntekijöiden välillä vaatii neuvotteluja. Ikääntyvän osallistumisen mahdollistava ja tukeva toimintatapa hakee paikkaansa (Tenkanen 2003). Ala-Nikkolan (2003) mukaan ikääntyvän osallisuus ei ole itsestänselvyys kotihoidon päätöksenteossa: ikääntyvä voi helposti jäädä sivurooliin kotihoidon organisaation ja työntekijöiden tehdessä päätökset.

Taloudellisesta näkökulmasta tarkasteltuna avohoitoa on edullista tarjota laitoshoidon vaihtoehdoksi sellaisille suhteellisen hyväkuntoisille ikääntyville, joiden laitosjakso muuten muodostuisi pitkäksi. Huonokuntoisen ikääntyvän hoitaminen tulee kalliiksi sekä laitoksessa että kotona. (Kinnunen 1999)

### 3.1.2 Kotihoito ja siihen liittyvät palvelut

Kotihoitoa ja siihen liittyviä palveluja voidaan semanttisesta eli sisällöllisestä näkökulmasta tarkastella loogisena ja abstraktina kokonaisuutena, kotihoitosysteeminä. Semanttinen eli sisällöllinen näkökulma avaa mahdollisuuden tarkastella, mitä kotihoitopalvelut ovat ja mikä on kotihoitopalvelujen sisältö. (Kuvio 6)



KUVIO 6 Semanttinen näkökulma ikääntyvien kotihoitosysteemiin (vrt. Kerola & Järvinen 1980)

Kotipalveluilla tarkoitetaan Sosiaalihuoltolaissa asumiseen, henkilökohtaiseen hoivaan ja huolenpitoon sekä muuhun tavanomaiseen ja totunnaiseen elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamista ja niissä avustamista. Kotipalvelu on kodinhoitajan tai kotiavustajan antamaa kodissa tapahtuvaa yksilön ja perheen auttamista, henkilökohtaista huolenpitoa ja tukemista sekä tukipalveluja (Sosiaalihuoltoasetus), joita ovat ateria-, vaatehuolto-, kylvytys-, siivous-, kuljetus- ja saattajapalvelut sekä sosiaalista kanssakäymistä edistävät palvelut. Lisäksi tähän palvelutuoteryhmään kuuluvat ikääntyvän turvallisuutta edistävät palvelut, kuten turvapuhelin ja -ranneke, sekä ilta-, yö- ja viikonloppupartiointi. Kotipalvelun tavoitteena on ikääntyneen itsenäisen suoriutumisen tukeminen, fyysisen ja sosiaalisen turvallisuuden tunteen tuottaminen sekä henkisen ja psyykkisen hyvinvoinnin edistäminen. Kotipalvelu on tarkoitettu henkilöille, jotka tarvitsevat henkilökohtaista hoivaa ja huolenpitoa voidakseen asua kotona mahdollisimman pitkään. Kotipalvelun käytön yleisimpiä perusteita on ikääntyvän alentunut toimintakyky, yksin tai puutteellisesti varustetuissa asunnoissa asuminen sekä tukihenkilöiden puuttuminen tai vähäisyys. (Ronkainen et al. 2002) Kotipalveluja tuottavat perusturvakeskukset, yritykset ja yhdistykset.

Kotisairaanhoidon on osa väestövastuuperiaatteella järjestettävää avoterveydenhuoltoa. Kansanterveyslain mukaan kotisairaanhoidolla tarkoitetaan terveyskeskuksen lääkärin, sairaanhoitajan ja lähihoitajan kotona asuville, sairauden tai vamman takia apua tarvitseville henkilöille annettavia palveluja. Kotisairaanhoidon palveluja voivat tuottaa myös hoivayritykset ja yhdistykset.

Kotipalvelu ja kotisairaanhoidon ovat kehittyneet Suomessa pitkälti erillään toisistaan. Viime vuosina useimmissa kunnissa kotipalvelu ja kotisairaanhoidon on yhdistetty kotihoidoksi osana sosiaali- ja terveystoimen yhdistämistä. Organisaatoriset muutokset eivät kuitenkaan ole merkittävästi muuttaneet työn sisältöä ikääntyvien kotona (Rissanen, L. 1999). Perälä et al. (2006) ovat tutkineet kotihoidon henkilöstön työtä ja hyvinvointia. Tulosten mukaan yhdistetyissä kotihoidon toimipisteissä toimiva henkilöstö oli tyytymättömämpää työhönsä kuin kotipalvelun tai kotisairaanhoidon toimipisteissä työskentelevä henkilöstö, mikä liittyi muun muassa mahdollisuuteen vaikuttaa omaan työhön.

Kotihoitoa voidaan määritellä usealla eri tavalla, mutta keskeistä on asiakkaan kotona asuminen sekä hoidon ja avun saaminen kotiin. Laaksonen-Heikkilä ja Lauri (1997) määrittelevät kotihoidon kotisairaanhoidon ja kotipalvelun työntekijöiden moniammatillisena yhteistyönä tuotettavaksi palveluksi. Tedren (1999) mukaan kotihoito-käsitettä käytetään kotipalvelujen, kotisairaanhoidopalvelujen ja tukipalvelujen muodostamasta palvelukokonaisuudesta. Monilla paikkakunnilla kotipalvelu ja kotisairaanhoidon on yhdistetty organisatorisestikin. Kotihoidon painopiste on siirtynyt kodinhoidollisista tehtävistä henkilökohtaiseen hoitoon ja hoivaan. Kotihoidon tarkoituksena on tukea kotona asuvia ikääntyviä selviytymään päivittäisistä toiminnoistaan mahdollisimman hyvin.

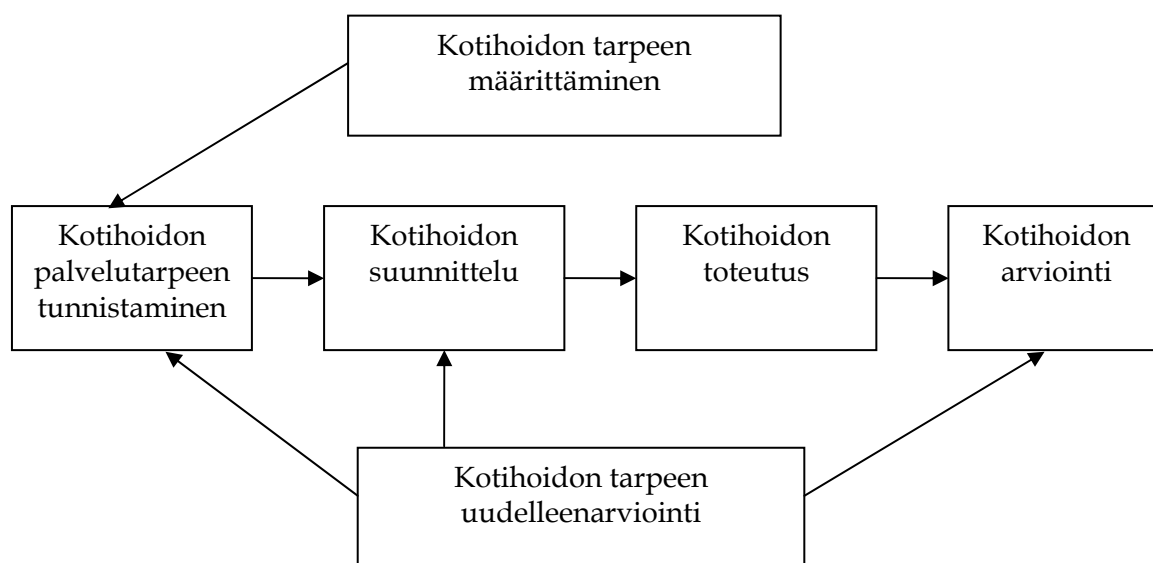
Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevassa laatusuosituksessa (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö ja Suomen Kuntaliitto 2001) asetetaan palveluille seuraavia toiminnallisia ja eettisiä tavoitteita: palvelujen eettisenä lähtökohtana on ikääntyvän arvostaminen ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen sekä yksilöllisiin tarpeisiin vastaaminen. Ikääntyvän hyvä hoito ja palvelu perustuvat toimintakyvyn ylläpitämiseen ja tukemiseen. Kotihoitoa on arvosteltu liiallisesta kohdentumisesta asiakkaan fyysisten tarpeiden hoitamiseen (Taival 1998, Muurinen & Raatikainen 2001). Asiakasta rohkaistaan, kannustetaan ja kuunnellaan, mutta asiakkaan toivomuksiin ja elämän syvällisten kysymysten pohdintaan henkilöstö ei paneudu (Taival 1998). Myös Tepposen (2003) tutkimuksessa ilmeni, että kotihoidon asiakkailta puuttui kokemus toisen ihmisen läsnäolosta.

Apua tarvitessaan ikääntyvä tai hänen läheisensä voi ottaa yhteyttä asuinkuntansa kotihoitopalvelun tuottajiin. Yhteydenoton perusteella tehdään kotikäynti ikääntyvän toimintakyvyn ja palvelutarpeen kartoittamiseksi. (Ronkainen et al. 2002) Suomalaisessa vanhustenhuollossa vallitsevan asiakaslähtöisen räätälöidyn palvelun paradigman mukaisesti tavoitteena on palvella yksilöllisesti jokaista ikääntyvää asiakasta tämän tarpeiden pohjalta (Koivisto & Haverinen 2006). Kartoituksen pohjalta ikääntyvälle räätälöidään yksilöllinen palvelukokonaisuus. (Ronkainen et al. 2002) Kotihoidon toimintaprosessi (kuvio 7) käynnistyy ikääntyvän avun tarpeesta. Palveluprosessi on dynaaminen ja herkkä elämäntilanteen muutoksille. Tilanteen jatkuva uudelleenarviointi (tietojen kerääminen ja analysointi) voi johtaa muutoksiin missä tahansa prosessin vaiheessa. Palvelutarpeen uudelleenarviointi voi johtaa koko prosessin muuttamiseen. (Viitala 1990)

Kotihoidon toimintaprosessimallin pohjana on käytetty Yuran ja Walshin (1973) kehittämää mallia, joka tunnetaan yleisesti WHO:n hoitotyön prosessimallina. Tarpeen määrittämisellä (kuvio 7) mallissa tarkoitetaan ikääntyvän toimintakykyä koskevien tietojen järjestelmällistä keräämistä ja analysoimista palvelutarpeen tunnistamiseksi. Palvelutarpeen tunnistamisella (kuvio 7) puolestaan tarkoitetaan selvitystä ikääntyvän ajankohtaisten ja mahdollisten toiminnanvajausten ja niiden aiheuttamien ongelmien selvittämistä. (Viitala 1990) Suurimmat syyt ikääntyvien kotihoidon tarpeeseen ovat ikääntyvien sairaudet ja liikuntakyvyn heikkeneminen. Nämä tekijät vaikeuttavat ikääntyvien selviytymistä arkipäivän toiminnoissa, kuten peseytymisessä ja pukeutumisessa. (Tepponen 2003) Suunnitteluun (kuvio 7) sisältyy toiminnan päämäärän ja tavoitteiden asettaminen. Päämäärät ja tavoitteet johdetaan ikääntyvän toimintakyvyn vajeesta ja palvelutarpeesta. Päämäärä on realistinen ja saavutettavissa oleva, ikääntyvän omaa elämänhallintaa tukeva sekä ikääntyvän ja palveluntuottajan hyväksymä. Koska palvelun tarve voi olla muuttuva, on suunnittelu jatkuva prosessi, joka perustuu tarpeiden uudelleenarviointiin (kuvio 7). (Viitala 1990)

Kotihoidon toteutus (kuvio 7) kuvaa toimintaa, johon on ryhdytty tietyn päämäärän ja tavoitteiden saavuttamiseksi. Toteutus on suunnitelman saattamista toiminnoiksi. (Viitala 1990) Paasivaaran (2002) mukaan suomalaisen

ikäntyvien hoitotyön erityisosaamisen ydin kiteytyy ikääntyvän ja hoitajan kohtaamiseen ja yhdessä tekemiseen. Strangin ja Koopin (2006) tutkimus muistuttaa perheenjäsenten osallistamisesta hoitamiseen. Mitä useammanlaisia toiminnanvajauksia ikääntyvällä on, sitä todennäköisempää on, että auttamiseen tarvitaan yhteistyötä muiden toimijoiden kanssa. Kotihoidon arvioinnin (kuvio 7) pääkysymyksiä ovat: saavutettiinkö päämäärät ja tavoitteet ja oliko palvelu tarkoituksenmukaista. Jos tavoitteita ei saavutettu, palvelun tarve ja siitä johdetut tavoitteet määritellään uudestaan. Jos taas arviointi osoittaa, että tavoitteet on saavutettu, palveluprosessi voidaan katsoa päättyneeksi. (Viitala 1990)



KUVIO 7 Ikääntyvien kotihoidon toimintaprosessi (vrt. Yura & Walsh 1973, Viitala 1990)

Suurin osa Raatikaisen (1992b) tutkimukseen osallistuneista kotisairaanhoidon potilaista tarvitsi siivouspalveluja. Pohjolaisen (2000) tutkimukseen osallistuneet toivoivat etenkin siivous-, ruoanlaitto- ja peseytymispalveluja. Tepposen (2003) tutkimuksessa ikääntyvät toivoivat nykyistä enemmän viikoittaisia kotipalvelukäyntejä, sekä liikkumisen ja osallistumisen tukemista. Eniten koettiin vajetta kodinhoidossa, jalkojenhoidossa, kuljetuspalvelussa ja sosiaalisissa kontakteissa. Kotikäynnit rytmittivät arkipäivää ja monet ikääntyvät kokivat sosiaalisen kanssakäymisen tutun työntekijän kanssa tärkeäksi.

Lukkaraisen (2002) tutkimuksen mukaan kotihoidon asiakkaiden pääasiallisina auttajina toimivat kodinhoitajat. Kuntien tavallisimmin asiakkaalle järjestämä apu oli asiointiapua (32,7 %) ja kodinhoitoa (23,4 %). Kotipalvelun työntekijät käyttivät eniten aikaa ikääntyvien ruokailuun liittyviin tehtäviin eli ruuan valmistamiseen ja ruokailussa avustamiseen (Hyvärinen et al. 1995, Pesola & Karjalainen 1999) sekä sosiaaliseen vuorovaikutukseen (Karvonen et al. 1996). Kotipalvelun työntekijät käyttivät keskimäärin tunnin päivässä ikääntyvän asunnon siivoamiseen, henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtimiseen (esim. peseminen ja kynsien leikkaaminen) ja kodin ulkopuoliseen asioimisapuun. Kotipalveluohjaajien työajasta kirjalliset tehtävät ja kokoukset veivät valtaosan. (Hyvärinen et al. 1995)

Kotihoidon työntekijöiden ikääntyvien kotona selviytymisen tukemiseen käyttämää aikaa ovat tutkineet muun muassa Hyvärinen et al. (1995) sekä Laaksonen-Heikkilä ja Lauri (1997). Näiden tutkimusten mukaan kotisairaanhoidon työntekijät käyttivät eniten aikaa erityishoidon toimenpiteisiin (esim. haavanhoito), kirjallisiin tehtäviin sekä keskusteluun ja seurusteluun. Vähiten kotisairaanhoidon työntekijöiden työaika kului ikääntyvien asioiden hoitoon kodin ulkopuolella sekä kodin siivoamiseen. (Hyvärinen et al. 1995.) Karvoson et al. (1996) selvityksen mukaan perushoitajan työajasta kului eniten aikaa ikääntyvän toimintakyvyn arviointiin (20 %) ja siirtymiseen ikääntyvän luota toisen luo (18 %). Sairaanhoidollisiin toimenpiteisiin aikaa kului huomattavasti vähemmän (13 %).

Hyvärisen et al. (1995) mukaan kotihoidon työntekijät arvioivat palvelujen laadun paremmaksi kuin ikääntyvät ja omaiset lähes kaikilla tarkastelluilla ulottuvuuksilla. Raatikaisen (1992a) mukaan 18 % tutkimukseen osallistuneista kotisairaanhoidon asiakkaista arvioi avun riittämättömäksi päivittäisissä toiminnoissa, 13 % ei saanut riittävästi apua sairaanhoidollisissa ongelmissa ja 11 % piti apua riittämättömänä psyykkisissä ja sosiaalisissa ongelmissa. Raatikaisen toisen tutkimuksen (1992b) mukaan tutkimukseen osallistuneet saivat oman arvionsa mukaan riittävästi apua peseytymiseen, pukeutumiseen ja erittämiseen liittyvissä toiminnoissa, mutta liian vähän apua ulkona liikkumiseen. Hyvärisen et al. (1995) mukaan lähes kaikki ikääntyvät (91 %) pitivät kotihoitoa tehokkaana ja kokivat saaneensa tarvitsemansa avun (ikäntyvistä 90 %).

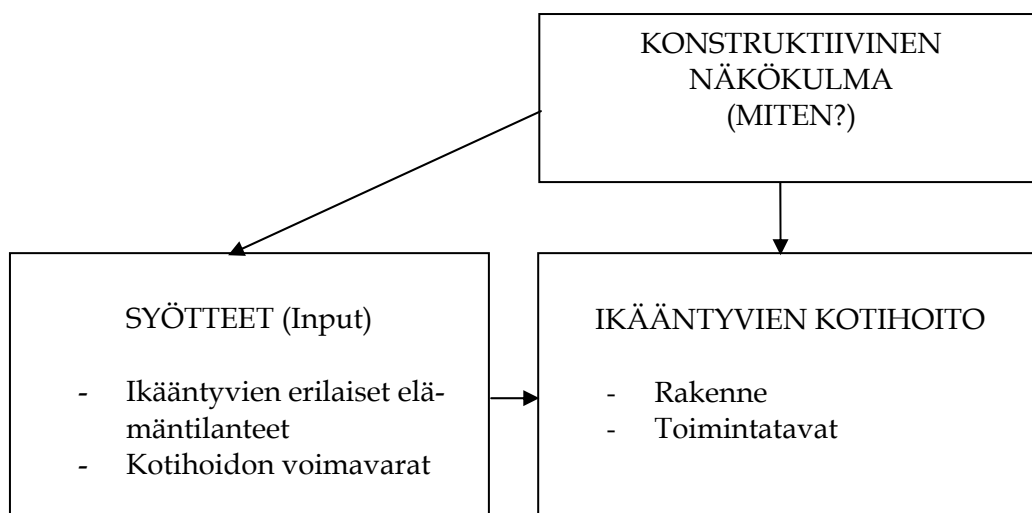
Ikääntyvien ehdottamat ratkaisut kotihoidon ongelmiin koskivat lähinnä henkilökunnan lisäämistä ja näin asiakaskohtaisen ajan lisäämistä kotihoidossa. Muita ehdotettuja ratkaisuja olivat hoitosuhteiden pysyvyyden parantaminen (yhden asiakkaan luona toivottiin käyvän enintään 3–4 työntekijää) (Tenkanen 1998), palvelujen maksutavan muutokset (vain käytetystä ajasta laskutetaan), henkilöstön ammattitaidon ja pätevyyden kehittäminen sekä säännöllinen yhteydenpito omaisiin. (Hyvärinen et al. 1995) Ikääntyvien kotihoitoon osallistuvien yhteistyö vaatii kehittämistä. Varjoson et al. (2005) tutkimuksen mukaan hankalaksi koettiin se, että hoivaa tarvitsevan, usein huonokuntoisen ikääntyvän luona käy monia eri henkilöitä tekemässä yksittäisiä tehtäviä. Sen sijaan toivottiin, että sama henkilö tai työpäri voisi tehdä useampia tehtäviä. Kotihoidossa ei ole määriteltyjä vastuualueita eikä tehtäviä, jotka olisivat kaikkien hoitoon osallistuvien tiedossa. (Laaksonen-Heikkilä & Lauri 1997, Lukkaroinen 2002.) Kotihoidon tiedonkulkua parantamalla voidaan lisätä asiakastyytyvyyttä, töiden sujuvuutta ja parantaa palvelujen taloudellisuutta (Nyholm & Suominen 1999).



### 3.1.3 Kotihoidon palvelujärjestelmän rakenne, resurssit ja toiminta

Tarkasteltaessa kotihoidon palvelujärjestelmää konstruktiivisesta eli rakenteellistoiminnallisesta näkökulmasta huomio kiinnittyy kotihoitopalvelujen rakenteeseen, resursseihin ja toimintatapoihin (kuvio 8). Monipuolinen ja laadukas kotihoidon palvelujärjestelmä mahdollistaa varsin huonokuntoistenkin ikääntyvien kotona asumisen. Ala-Nikkolan (2003) tutkimus nostaa esiin kysymyksen siitä, voivatko niukat kotihoitopalvelujärjestelmän resurssit johtaa siihen, että ikääntyvän ja hänen läheistensä kokemukset ja näkökulmat jäävät palveluja koskevassa päätöksenteossa taka-alalle.

Samaan aikaan, kun normeja purettiin ja sitovasta ohjauksesta luovuttiin, alettiin asiakkaan asemaan ja oikeuksiin sekä palvelujen laadun parantamiseen kiinnittää enemmän huomiota. Ikääntyvän laadukas palvelu perustuu huolellisesti tehtyyn kokonaistilanteen kartoitukseen ja sen pohjalta laadittuun hoito- ja palvelusuunnitelmaan, jonka tavoitteena on muun muassa tukea ja edistää asiakaslähtöistä ja kuntouttavaa työtä sekä ikääntyvien kotona asumista edistävää työtettä. (Päivärinta & Haverinen 2002) Kaikilla palveluja tarvitsevilla ikääntyvillä tulee olla yksilöllinen hoito- ja palvelusuunnitelma, joka turvaa toimintakykyä ja avun tarvetta vastaavan avun ja palvelut. Seuraavat lait ja asetukset sisältävät velvoitteita hoito- ja palvelusuunnitelman laatimiselle ja sisällölle: Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista, Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä sekä Henkilörekisterilaki ja sen muutokset.



KUVIO 8 Konstruktiivinen näkökulma ikääntyvien kotihoitoon (vrt. Kerola & Järvinen 1980)

Hoito- ja palvelusuunnitelma on asiakaslähtöisen hoidon ja palvelun toteutuksen työväline: sen avulla turvataan ikääntyvän hoidon ja palvelun yksilöllisyys ja jatkuvuus sekä suunnitellaan asiakkaan hoito ja palvelu saumattomaksi kokonaisuudeksi. (Voutilainen et al. 2002) Ikääntyvän tarpeet ratkaisevat, millainen on kunkin ammattihenkilön panos hänen hyvän hoitonsa ja palvelunsa

toteuttamisessa. Tästä näkökulmasta sovitaan myös siitä, kuka ottaa päävastuun tilannekartoituksesta, hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisesta sekä sovitun suunnitelman toteuttamisesta. (Voutilainen et al. 2002)

Ikääntyneen oman elämänkokemuksen merkitystä on alettu korostaa asiakkuuden perustana. Elämänkokemus ja sosiaaliset taidot ovat esimerkkejä voimavaroista, joista ikääntyneiden hoidossa ja palvelussa voidaan lähteä. Sosiaali- ja terveysalan ammattien perusarvot, kuten ihmisen ainutkertaisuuden, itsemääräämisoikeuden ja loukkaamattomuuden kunnioittaminen, soveltuvat asiakkaan hyvään elämänlaatuun pyrkivän kotihoidon johtotähdiksi. Aito asiakaslähtöisyys vahvistaa ikääntyvän itsemääräämistä sekä mahdollistaa hänen toimimisensa oman elämänsä subjektina. Ikääntyvän omat voimavarat ovat tärkeitä kotihoidossa. (Vaarama 2002)

Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevassa laatusuosituksessa (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto 2001) asetetaan voimavarojen osalta seuraavia tavoitteita: ensinnäkin kunnissa asetetaan sellaisia tavoitteita, jotka pystytään käytettävissä olevin voimavaroin toteuttamaan ja toiseksi arvioinnin lähtökohtana ovat paikalliset olosuhteet. Tenkasen (2003) tutkimuksen mukaan henkilöstön kiireinen työrytmi heikentää tutkimukseen osallistuneiden kotihoitoa saavien ikääntyvien saamaa psyykkistä ja sosiaalista tukea. Paasivaaran (2002) mukaan tehostettu toiminta aiheuttaa ikääntyvien hoitotyötä tekevälle henkilöstölle stressaantumista ja kiire vaikeuttaa mahdollisuuksia hoitaa ikääntyvää halutulla tavalla.

Hyvinvointimarkkinoilla ja monituottajuudella voi olla kansallisia piirteitä. Anne Kovalainen (2004) tuo esille julkisen sektorin markkinaperusteisuuden olevan eri asia Iso-Britanniassa ja Pohjoismaissa. Pohjoismaiden keskenkin on eroja: Ruotsissa järjestetyt hoitoringit, osuuskunnat ja työntekijäyritykset ovat olleet hyvinvointipalvelujen uusia toimijoita, kun taas Suomessa uusia toimijoita ovat yritykset, kolmas sektori ja läheiset. Julkunen (2006) kysyy: "Olisiko niin, että suomalainen logiikka on lähempänä brittiläistä liike-elämää ja omaistyötä yhdistävää logiikkaa ja että Iso-Britannian kokemukset voisivat hyvinkin kertoa siitä, mitä meillä on tapahtumassa?" Iso-Britanniassa ikääntyvien kotihoidon voimavarana ovat pitkälti olleet informaaliset hoitajat (sukulaiset, naapurit ja muut läheiset), joille voidaan maksaa tukea. Formaali kotihoito on ollut pääosin julkisissa käsissä. Ohjausjärjestelmää on suunnattu mahdollistamaan yksityisen sektorin palveluiden käyttöä. (Coxon et al. 2004)

Kotihoidon järjestäminen EU:n viidessätoista jäsenmaassa vaihtelee rahoituksen, palvelurakenteen ja palvelujen tuottajien suhteen sekä joissain jäsenmaissa (esim. Kreikka) myös sosiaaliryhmittäin ja asuinpaikoittain (Walker 2001). Kaikissa EU:n jäsenmaissa kotihoidon organisaatiot ovat tavallisimmin verovaroin rahoitettuja ja voittoa tuottamattomia (ks. Leichsenring & Alaszewski 2004). Niissä EU:n jäsenmaissa, joissa kotihoitoa ei tueta palveluin tai varsinaisin rahaetuksin, käytetään jonkinlaisia hoivaajan tai hoivantarvitsijan verotukseen liittyviä tukimuotoja (esimerkiksi Espanja, Italia ja Ranska). Lähes kaikissa EU:n jäsenmaissa kotona tapahtuvaa ikääntyvän kotihoitoa tuetaan taloudellisesti. Esimerkiksi Iso-Britanniassa, Norjassa, Ruotsissa, Suomessa ja

Unkarissa voidaan maksaa tukea hoivaajalle. Esimerkiksi Alankomaissa, Italiassa, Ranskassa ja Saksassa voidaan maksaa tukea hoivantarvitsijalle. Joissain tilanteissa tukea saatetaan maksaa molemmille osapuolille. (Ks. Mestheneos & Triantafillou 2005, Lundsgaard 2005 ja Anttonen & Sointu 2006) Gilbertin (2004) mukaan verohuojennukset, yksityisen vastuun säätäminen lailla, ostopalvelut, tilaaja-tuottajamalli ja ulkoistaminen sekä palvelusetelit ovat polkuja yksityistämiseen.

Osassa EU:n jäsenmaista (esim. Suomi, Kreikka ja Ruotsi) kaikki asiakkaat maksavat itse asiakasmaksuja (Walker 2001). Suomessa asiakasmaksut määräytyvät Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksulain ja -asetuksen perusteella. Pohjolaisen (2000) tutkimukseen osallistuneista 55–64 -vuotiaista hämeenkyröläisistä enemmistö (65 % miehistä ja 43 % naisista) oli sitä mieltä, että sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen ja rahoitusvastuu kuuluu pääosin yhteiskunnalle. Lemposen (2001) tutkimukseen osallistuneista suurin osa (81 %) ei ollut valmis maksamaan hyvinvointipalveluista tutkimushetkeä enempää. Vastaajien mukaan heille kuuluvat yhteiskunnan tuottamat kohtuullisen hintaiset palvelut vastapalveluna heidän tekemästään työstä yhteiskunnan hyväksi. Vastaajat kertoivat, ettei heillä ole varaa maksaa palveluista nykyistä enempää pienten eläkkeiden takia.

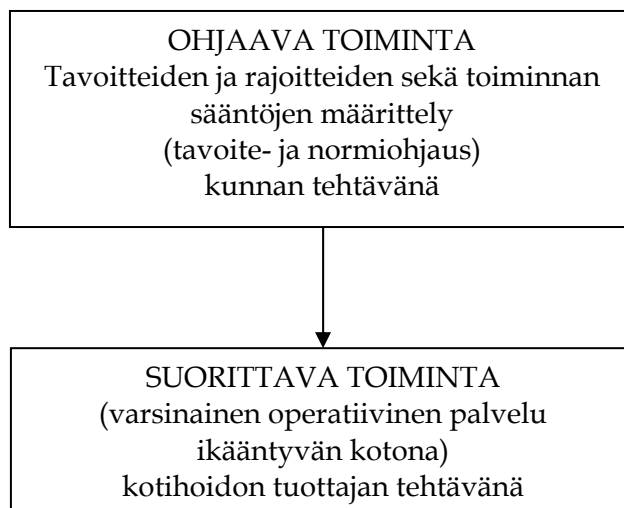
Vuoden 1993 valtiosuusuudistus antoi kunnille aikaisempaa enemmän valinnanvapautta sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisessä. Kunnat voivat hoitaa sosiaali- ja terveydenhuoltoon kuuluvien tehtävien järjestämisen itse, sopimuksin toisen kunnan tai kuntien kanssa, olemalla jäsenenä kuntayhtymässä, hankkimalla palveluja valtiolta, toiselta kunnalta, kuntayhtymältä tai muulta julkiselta tai yksityiseltä palveluntuottajalta. (L sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta) Kunnille luovutettu päätösvalta palvelujen järjestämisessä lisäsi suuria kuntakohtaisia eroja liittyen palvelujen määrään, laatuun, kattavuuteen, järjestämistapoihin sekä kustannuksiin. Muun muassa suuret erot avohoidon kattavuudessa ovat herättäneet epäilyksiä siitä, saavatko kaikki ikääntyvät riittävästi kotihoitopalveluja.

Perinteisesti kunnat ovat itse tuottaneet suurimman osan palveluista. Valtiosuusuudistus tarjosi kunnille uudentyypin tuottaja-asiakas -suhteen, jossa hoivayritykset ja järjestöt tuottavat palveluja. Yritysten ja järjestöjen tuottamat sosiaali- ja terveyspalvelut ovat lisääntyneet erityisesti 1990-luvun puolivälistä lähtien. Kunnat ovat tasaisesti lisänneet sosiaalipalvelujen ostoa yksityisiltä palveluntuottajilta. Kotitaloudet voivat ostaa yksityisiä sosiaali- ja terveyspalveluja suoraan tuottajilta. Myös nämä ostot ovat viime vuosina olleet kasvussa, tosin vieläkin ei olla ennen 1990-luvun alkupuolen lamaa edeltäneellä tasolla. (Kauppinen & Niskanen 2003) Yritysten lisäksi järjestöt tarjoavat kunnille palveluja, joita kunnat usein aikaisemmin tuottivat itse. Samaan aikaan vapaaehtoistoiminta on ammatillistunut. (Nyholm & Suominen 1999) Järjestöt tuottavat jo noin 10 % vanhusten käyttämistä koti- ja tukipalveluista. Kröger (2002) on tutkimuksessaan löytänyt kaksi erilaista monituottajamallia: kuntavetoisen version ja järjestövetoisen version. Kuntavetoisessa versiossa julkinen palvelu kantaa keskeisimmän vastuun ja yksityinen palvelu nähdään julkista

täydentävänä. Tässä mallissa yksityinen ei voi korvata julkista. Järjestövetoisessa versiossa kunnan omilla palveluilla ei yksin pystytä vastaamaan kasvaviin palvelutarpeisiin. Tässä versiossa järjestöt toimivat oma-aloitteisesti ja rakentavat palvelujaan. Kunnan ulkopuolinen rahoitus (ennen kaikkea RAY:n rakennushankeavustus) nousi tutkimuksessa järjestöjen käytön keskeiseksi selittäjäksi.

### 3.1.4 Kotihoitopalvelujen tavoitteet

Ikääntyvien hoidon tavoitteet ja toimintaohjelmat linjaavat ikääntyvien kotihoitopalvelujen tavoitteita ja toimintaperiaatteita, jotka tulevat näkyviksi kotihoiton suorittavassa toiminnassa ohjaavan toiminnan välityksellä. Kunnan tehtävänä on järjestää palveluja sekä ohjata ja valvoa alueellaan toimivia kotihoitopalveluja tuottavia yrityksiä. Kuntapäätäjät osallistuvat viranhaltijoina ja luottamushenkilöinä palvelujen järjestämistä koskevaan päätöksentekoon (ohjaavan toiminnan näkökulma). Suorittava toiminta on kotihoitopalvelun tuottajan tehtävä, tässä tutkimuksessa hoivayrityksen tehtävä. (Kuvio 9)



KUVIO 9 Ikääntyvien kotihoiton ohjaavan toiminnan suhde suorittavaan toimintaan (vrt. Kerola & Järvinen 1980)

Vuonna 1995 hallitusmuotoon lisättiin perusoikeus riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin. Vastaava säännös sisältyy vuonna 2000 voimaan tulleeseen Suomen uuteen Perustuslakiin. Vuonna 2001 annetun Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen keskeisin sisältö on, että kunnat laativat vanhuspoliittisen strategian ja sen osana palvelurakenteen kehittämisohjelman. (Stakes 2002) Tulevien 10–15 vuoden aikana sosiaali- ja terveysalan kehittämistä suuntaavat Terveys 2015 –kansanterveysohjelman lisäksi lukuisat muutkin valtioneuvoston periaatepäätökset, joiden tarkoituksena on muun muassa palvelurakenteiden kehittäminen.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa on jo 1980-luvun puolivälistä lähtien purettu yksityiskohtaista sääntelyä ja määräyksiä, hajautettu hallintoa ja vähen-

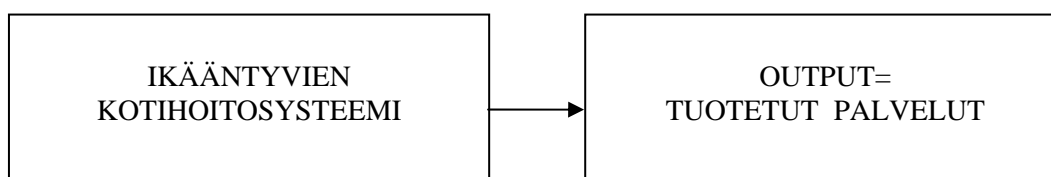
netty valtion keskusjohtoista ohjausta kunnallisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valtionosuusuudistuksen myötä kunnat saivat aiempaa vapaammat kädet järjestää sosiaali- ja terveyspalvelut. Uudistuksessa rahoitusohjauksen luonne ja merkitys muuttui, kun valtionosuudet muutettiin laskennallisiksi ja valtionosuuksiin liittynyt sitova ohjaus resurssien jaosta poistettiin. (L sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta) Kuntien itsehallinto laajeni edelleen vuoden 1995 kuntalaissa. Uudistusten seurauksena kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksen luonne muuttui: informaatio-ohjaus, esimerkiksi tilasto- ja tutkimustiedon tai asiantuntijapalveluiden välittäminen, on tullut perinteisen säädös- ja resurssiohjauksen tilalle. Informaatio-ohjausta toteuttavat useat tahot. Stakesin yhtenä lakisääteisenä tehtävänä on sosiaali- ja terveydenhuollon seuranta ja arviointi (L sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksesta). Myös lääninhallitusten yhtenä tehtävänä on peruspalvelujen arviointi. Alueellista kehitystä tukevat myös sosiaalialan osaamiskeskukset, joiden toiminta vakinaistettiin vuonna 2002. (Stakes 2002)

Sosiaali- ja terveysministeriö valmistelee valtakunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon suunnitelman muun muassa tavoitteista ja toiminnan järjestämisestä, valtioneuvoston hyväksyessä sen kalenterivuositain. Sosiaali- ja terveysministeriön perusturvalautakunta valvoo, että kunnat järjestävät asukkailleen laissa säädetyt välittömät peruspalvelut. Lautakunta voi antaa suosituksia kunnan palvelujärjestelmän parantamiseksi, jos kunnan järjestämät välittömät peruspalvelut asukkaille eivät ole valtakunnallisesti hyväksytyä tasoa. (L sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta)

Stakes (2006c) kiinnittää huomiota palvelujen käytön ohjauspyrkimyksiin ja erityisesti keinoihin, joilla voidaan lisätä kotihoitotyyppisten palvelujen käyttöä. Yksityisen palvelutuotannon uskotaan kasvavan pääasiassa julkisen rahoituksen turvin. Julkisten palveluiden rakenne muutetaan markkinoille sopivaksi muun muassa liikelaitostamisen, tilaaja-tuottaja -mallin, ulkoistamisen ja kilpailuttamisen käyttöön ottamisella. (Stakes 2006c) Kuntapäätäjät päättävät pitkälti ohjaavien resurssien suuntaamisesta.

### 3.1.5 Palvelujen käyttö ja asiakastyytyväisyys

Kotihoitopalvelujen käyttöä ja asiakastyytyvääisyyttä voidaan lähestyä tarkastelemalla ikääntyvien koko kotihoitosysteemin yhteyttä tuotokseen (kuvio 10). Hyvät kokemukset palvelujärjestelmästä auttavat ikääntyvää hakeutumaan palvelujärjestelmän piiriin hänen tarvitessaan palveluja (Helin 2002).



KUVIO 10 Ikääntyvien kotihoitosysteemin yhteys tuotokseen (vrt. Kerola & Järvinen 1980)

Säännöllisen kotihoidon piirissä oli vuonna 2001 65 vuotta täyttäneitä asiakkaita lähes 52 400 ja 75 vuotta täyttäneitä asiakkaita 42 200, kun vastaavasti vuonna 2005 75 vuotta täyttäneitä asiakkaita oli Voutilaisen (2007) mukaan 45 037. Säännöllisen kotihoidon asiakkaista on vuodesta 1995 lähtien tehty asiakaslaskenta joka toinen vuosi. Asiakasmäärä on vaihdellut, mutta se on viime vuosina ollut nousussa. Asiakasmäärä ei kuitenkaan ole kasvanut samassa suhteessa kuin ikääntyneiden määrä, joten säännöllisen kotihoidon piirissä olleiden osuus 65 vuotta täyttäneistä on laskenut vuodesta 1995 vuoteen 2001. (Stakes 2002) Voutilaisen (2007) mukaan 65 vuotta täyttäneiden kotihoitoasiakkaiden määrä on hieman kasvanut vuodesta 1995 vuoteen 2005. Tanskassa kunnallisia kotihoidon palveluja sai lähes 20 % yli 65-vuotiaista ja 40 % 80 vuotta täyttäneistä henkilöistä (Avlund et al. 1999). Walkerin ja Maltbyn (1997) mukaan tanskalaisista apua ja hoitoa saaneista iäkkäistä yli 2/3 sai avun kunnan sosiaalipalveluista, kun taas muissa EU-maissa (Suomea lukuun ottamatta) yhtä moni iäkäs sai avun perheeltään ja vain noin 13 % kunnallisista sosiaalipalveluista.

Suomessa säännöllisen kotihoidon asiakkaista 42 % sai (vuonna 2001) korkeintaan 8 kotipalvelu- tai kotisairaanhoidokäyntiä kuukaudessa (n. kaksi kertaa viikossa). Yli 40 käyntiä (useammin kuin kerran päivässä) sai noin neljäsosa asiakkaista. Paljon palveluja saaneiden osuus on lisääntynyt ja vähän palveluja saaneiden osuus pienentynyt vuosien 1995 ja 2001 välisenä aikana. (Stakes 2002) Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon antaman avun osuus oli sitä suurempi, mitä iäkkämpiä henkilöt olivat ja mitä useammin heillä oli vaikeuksia päivittäisistä toiminnoista selviytymisessä. (Vaarama et al. 1999)

Vuonna 2001 lähes puolet asiakkaista sai pelkästään kotipalvelua (47 %), viidennes pelkästään kotisairaanhoidoa (22,6 %) ja lähes kolmasosa sekä kotipalvelua että kotisairaanhoidoa (30,4 %). Vuoden 1997 laskentaan verrattuna pelkästään kotipalvelua saaneiden osuus on kasvanut ja pelkästään kotisairaanhoidoa saaneiden osuus on vähentynyt. Kunnilta kerättävä tilastotieto ei mahdollista vertailua kunnallisen ja yksityisen välillä eikä myöskään kotipalvelujen kokonaisasiakasmäärää saada laskettua. Eri lähteiden avulla laskettuna voidaan kuitenkin arvioida, että yritykset tuottavat kaikesta ikääntyvien kotipalvelusta yhteensä vajaan kymmenesosan ja kunnat puolestaan tuottavat lähes neljä viidesosaa. (Stakes 2002)

Kuntien järjestämänä tukipalveluja sai vuoden 2002 aikana 13,8 % 65 vuotta täyttäneistä (110 000 asiakasta). Suhteessa 65 vuotta täyttäneisiin oli 1990-luvun alussa tukipalveluasiakkaita selvästi nykyistä enemmän. Asiakasmäärät pienenevät vuosikymmenen puolivälissä, minkä jälkeen tukipalvelujen piirissä on ollut koko ajan suunnilleen sama osuus 65 vuotta täyttäneistä. (Stakes 2002)

Saatavuuden ohella olennaista on myös intensiteetti eli se, kuinka paljon apua annetaan. Avun määrä asiakasta kohti on kasvanut, mutta intensiteetti voi vaihdella kuntastrategioissa ”vähän apua laajalle joukolle” -ajattelusta hyvinkin intensiiviseen kotihoitoon. (Vaarama et al. 2001) Kunnallisten palvelujen saatavuuden tiukentuminen on lisännyt omais- ja vapaaehtoisavun merkitystä.

Koti- ja tukipalvelut ovat monipuolistuneet ja yleishyödyllisten yhteisöjen ja yritysten palvelutarjonta on kasvanut. Monet kunnat ovat eriyttäneet tukipalveluja, kuten siivousta ja ateriapalveluja, muusta kotipalvelusta ja ostavat niitä ulkopuolisilta tuottajilta tehostaakseen palvelutuotantoa ja säästääkseen resursseja. Osa ikääntyvistä hankkii ja rahoittaa tarvitsemansa kotihoitopalvelut kokonaan itse.

Ikääntyvät käyttävät vähän sosiaalipalveluja huolimatta monista sairauksista ja toiminnan vajauksista (Vaarama et al. 1999). Alle 75-vuotiaat miehet ja kaikki yli 75-vuotiaat käyttävät terveystalvveluja hieman enemmän kuin alle 75-vuotiaat naiset (S. Rissanen 1999). Lehdon et al. (1997) tutkimuksessa kotipalvelu ja kotisairaanhoido olivat tärkeimmät tai toiseksi tärkeimmät avunantajat noin 20 %:lle avun tarpeessa olevalle ikääntyneelle. Tärkeimmäksi avunantajaksi kotipalvelun ja kotisairaanhoidon olivat nimenneet erityisesti ne henkilöt, joiden toimintakyky oli vaikeimmin rajoittunut. Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon palvelut kohdistuvatkin erityisesti huonokuntoisimmille vanhuksille. Läheisiltä saatava apu on yleensä kävelyttämistä, keskustelua, omaishoitajan henkistä tukemista ja asioiden hoitamista. Jonkin verran sukulaiset ja ystävät ovat kotimiehenä omaishoitajan lomamatkan tai asioiden hoitamisen aikana. Apua antavat eniten tyttäret, miniät ja muut naispuoliset sukulaiset. Naiset saavat apua lapsiltaan arkipäivän askareisiin miehiä useammin. Miehet puolestaan saavat useimmin apua vaimoltaan (Vaarama et al. 1999). Tepposen (2003) tutkimustulosten mukaan yli 75-vuotiaista kotihoidon asiakkaista 87 % sai apua kotihoidosta, 49 % lapsilta ja lastenlapsilta, 20 % ystäviltä ja tuttavilta, 19 % muilta omaisilta, 13 % puolisoilta, 10 % naapurilta, 7 % yksityisiltä järjestöiltä ja 3 % seurakunnalta.

Ikääntyvälle palvelun tai hoidon riittävyys voi tarkoittaa määrää, laatua tai saatavuutta. Palvelujen saatavuus tarkoittaa ensi sijassa sitä, että työntekijä saapuu sovittuun aikaan, viipyy riittävän kauan, hoito- ja palvelusuunnitelmat eivät muutu ja ikääntyvälle on tiedotettu palveluista tai niiden muutoksista riittävän hyvin (Tenkanen 1998, Nyholm & Suominen 1999). Hyvärinen et al. (1995) tutkimuksen mukaan joka kolmas vanhusasiakkaista (30 %) ei voinut täysin luottaa sovittuihin aikatauluihin. Haastatteluissa ikääntyvät kertoivat joutuvansa odottamaan työntekijöiden käyntiä useita tunteja, jopa lähes koko päivän, eivätkä työntekijät juurikaan ilmoittaneet ikääntyvälle aikataulunsa muutoksista. Moitteet työntekijöiden riittämättömästä ajasta koskevat erityisesti sitä, ettei työntekijöillä ole aikaa seurustella asiakkaan kanssa (Nyholm & Suominen 1999). Samoin tyytymättömyyttä aiheuttivat asiakkaan huono kohtelu, kiire, epäsäännölliset käyntiajat sekä vaihtuvat työntekijät ja tiedottaminen (Hyvärinen et al. 1995, Rissanen 1997). Gilleardin ja Reedin (1998) mukaan ikääntyville, joiden elämä on rajoittunut kotiin, hoitajan henkilökohtaiset ominaisuudet olivat ammatillisuutta tärkeämpää (myös Tenkanen 1998). Vuoden 1998 vanhusbarometrin mukaan lähes puolet (44 %) yli 60-vuotiaista ja kolmasosa (30 %) yli 75-vuotiaista vastanneista oli sitä mieltä, että vanhuspalvelujärjestelmä oli muuttunut huonompaan suuntaan (Vaarama et al. 1999).

Tutkimusten (Hirvonen 1995, Hyvärinen et al. 1995) mukaan ikääntyvät olivat yleisesti tyytyväisiä kotipalveluun ja kotisairaanhoidon. Rissasen et al. (1999) tutkimuksessa yli kolmasosa tutkimukseen osallistuneista koki vanhuspalvelujen saatavuuden riittämättömäksi. Erityisesti siivous-, kuljetus- ja kuntoutuspalveluja toivottiin enemmän. Lemposen (2001) tutkimukseen osallistuneet olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä kunnissa oleviin palveluihin. Riittävästi kunnallista kotipalvelua sai suurin osa (80 %) vastanneista ja saatuun palveluun oltiin myös tyytyväisiä (88 %). Hyvärisen et al. (1995) mukaan suurin osa (71 %) kotihoidon vanhusasiakkaista arvioi kodin ulkopuolella tapahtuvaan asiointiin liittyvät palvelut riittäviksi, kun taas Vaaraman et al. (1999) tutkimuksen mukaan riittämättömiksi (73,8 %). Riittäviksi palvelut koettiin lääkehuollossa (64 %) ja ruokailussa (61 %) (Hyvärinen et al. 1995). Ikääntyvät kokivat saavansa joko liian vähän tai ei lainkaan apua liikkumisen tukemiseen kotona (38 %), siivoukseen (35 %), keskusteluihin tai seurusteluun (33 %), vaatehuoltoon (30 %) sekä hygieniasta huolehtimiseen ja peseytymiseen (26 %) (Hyvärinen et al. 1995, Vaarama et al. 1999). Palvelujen väheneminen tai puuttuminen oli monen ikääntyvän huolena (Lemponen 2001).

Vanhusbarometrin (Vaarama et al. 1999) mukaan yli 60-vuotiaat antoivat palveluista hieman paremmat arvosanat vuonna 1998 kuin neljää vuotta aiemmin. Parhaan arvosanan (8,9) saivat yksityiset lääkäripalvelut. Keskiarvojen välinen ero eri palvelumuotojen välillä oli pieni, koska heikoin arvio oli 7,7, jonka saivat järjestöjen kotiin tuottamat palvelut. Vaikka raportointi osoittaa tyytyväisyyden palveluihin lisääntyneen, ilmoitti 12 % vastanneista kokeneensa ikäsyrrintää kunnallisissa terveyspalveluissa, 6 % asioidessaan viranomaisien kanssa ja 6 % asioidessaan sosiaalipalveluissa. Voidaan kysyä, saavatko kaikki ikääntyvät tarvitsemaansa palvelua. Anderssonin et al. (2004) tutkimuksen mukaan ikääntyvät olivat tyytyväisiä työntekijöiden henkilökohtaisiin ominaisuuksiin, täsmällisyyteen ja vakituisesti samojen työntekijöiden käynteihin. Tyytymättömyyttä puolestaan aiheuttivat liian vähäiset kotikäynnit, kodinhoitoavun vähäisyys sekä vähäinen asiointi- ja ulkoiluapu. Ikääntyvät kaipasivat sosiaalista tukea ja palveluja mahdollistamaan arjessa selviytymistä.

KuntaSuomi 2004 -tutkimusohjelman osana toteutettiin kunnallisten palvelujen asiakastyytyväisyyttä mittaava kyselytutkimus, jossa yhtenä tutkimuskohteena oli kotihoito. Tutkimus toteutettiin 27 kotihoitoyksikössä 27 eri kunnassa. Tyytyväisimpiä kotihoidon asiakkaat olivat palvelujen määrään vanhustenhuollossa, vanhustenhuollon nopeuteen ja sujuvuuteen sekä palvelujen kohdentumiseen niitä tarvitseville. Tyytymättömiä vastaajat olivat ikääntyvien vaikutusmahdollisuuksiin palveluiden osalta, hoitomaksun suuruuteen ja tiedottamiseen vanhustenhuollosta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsauksen (Uusitalo et al. 2000) mukaan 65 vuotta täyttäneistä noin 14 % käytti sosiaalitoimen vanhuspalveluja. Palvelujen rakenteessa ja tarjonnassa tapahtunutta muutosta kuvaa se, että vuonna 1988 kuusikymmentäviisi vuotta täyttäneistä 19,3 % sai kodinhoitoapua, kun vuoteen 1998 mennessä kodinhoitoapua saavien osuus oli pudonnut lähes puoleen (11,2 %). Vuonna 1988 lähes puolet (46,2 %) 75 vuotta täyttä-



neistä sai kodinhoitoapua, kun vuoteen 1998 mennessä heidän osuutensa oli pudonnut runsaaseen neljännekseen (26,2 %) ikäluokasta.

NORA-tutkimuksessa 75-vuotaista glostrupilaisista ja göteborgilaisista ja jyvaskyläläisistä sai apua kotipalvelulta ja jopa 36 % sosiaaliselta verkostoltaan päivittäisiin toimintoihinsa. Kaikissa kolmessa kaupungissa henkilöt, joilla oli heikko toimintakyky, saivat apua enemmän. Useampi huonon toimintakyvyn omaavista glostupilaisista sai kunnallista kotiapua kuin jyvaskyläläisistä ja göteborgilaisista. Kaikki avuntarvitsijat eivät saaneet apua. Kotiavun tarvetta ennustavat tekijät poikkesivat toisistaan kolmen edellä mainitun kaupungin osalta. Tanskassa ennustavia tekijöitä olivat yksinasuminen ja heikko toimintakyky, Ruotsissa sosiaalisen tuen saatavilla olo ja Suomessa heikko toimintakyky, joka oli tilastollisesti merkitsevä selittäjä vain kahden naisen kohdalla. Kaikista vastaajista 58 % ei ollut saanut apua kotipalvelulta eikä sosiaaliselta verkostolta. Sen sijaan 10 % oli saanut apua sekä kotiavulta että sosiaaliselta verkostolta. Göteborgin osalta oli tulosten perusteella nähtävissä kotiavun täydentävä tehtävä. (Holstein et al. 1997)

Yksinasuvat ikääntyvät käyttävät muita todennäköisemmin joko julkisia tai yksityisiä kotisairaanhoidopalveluja. Erityisesti korkea ikä, vaikeudet perustoiminnoissa, kotitalouden henkilömäärän pienuus ja huono terveydentila ennustivat voimakkaasti ikääntyvien lisääntyntä kotisairaanhoidon käyttöä. Myös kotisairaanhoidon käytettävissä olevat resurssit ennustivat palveluiden käyttöä. (Dansky et al. 1998) Joka kymmenes 60–80 -vuotiaista oli hakenut kunnalta kodinhoitoapua ja kuljetuspalveluja, yksinasuvat perheellisiä useammin. Jo yhden lapsen olemassaolon on arvioitu lisäävän todennäköisyyttä sille, ettei ikääntyvä hae kunnallista kodinhoitoapua. (Hyvärinen 1997) Sundströmin ja Tortosan (1999) mukaan Ruotsissa lasten mahdollisuus auttaa omaistaan heikentää kotona asuvan ikääntyvän mahdollisuuksia saada kunnallista kotipalvelua.

## 3.2 Hoivayritykset kotihoidon palvelujärjestelmän toimijoina

### 3.2.1 Hoivayritykset palvelun tuottajina

Rissasen ja Sinkkosen (2004, 15) mukaan hoivayrittäjäyys on yrityspohjaista toimintaa, jonka pääasiallisia toimialueita ovat eri asiakasryhmien asumispalvelut sisältäen avo- ja laitospalvelut, kotipalvelun ja kotisairaanhoidon kattavan kotihoidon sekä lasten päivähoidon, myös lasten päiväkotiyritykset. Hoivayrittäjät lasketaan Stakesin tilastoissa yksityisiin, ympärivuorokautista hoivaa tarjoaviin sosiaalipalvelun tuottajiin, joihin kuuluvat myös järjestöt ja kuntien perustamat liikelaitokset. Hoivayrittäjien määrän vaihtelu erilaisissa tilastoissa liittyy siihen, että on epäselvyyttä hoivayrittäjäyden kriteereistä. *Tässä tutkimuksessa rajaudutaan tarkastelemaan hoivayrittäjäyttä kotona asuvien ikääntyvien toimintakyvyn tukena tarvittavien palveluiden osalta.*

Hoivayrityksiä on perustettu maaseudullekin. Osa näistä yrityksistä tuottaa kotiin vietäviä hoivapalveluja. Tedre ja Pöllänen (2001) jäsentävät niitä kysymyksiä, jotka ovat reuna-alueiden sosiaalialan yrittäjyyden kannalta keskeisiä. Stakesissa on vuodesta 1993 lähtien tutkittu hoivayrittäjyyttä ja erityisesti maaseudun hoivapalvelujen uudelleenorganisointumista (Andersson & Simonen 1996, Kovalainen et al. 1996, Andersson 1998, Haverinen et al. 1998). Tutkimuksissa tarkastelun kohteena on pienimuotoinen hoivayrittäjyys, joka tulokittiin aikaansa sidoksissa olevaksi ilmiöksi, jonka logiikka on toinen kuin yrittäjyyden yleensä. Hoivayrittäjyyden motiivina on usein itsensä työllistäminen, epätyypillinen työllistäminen tai elämäntapayrittäjyys. Jussilan (1994) mukaan yrittäjäksi ryhtyminen saattaa olla toimiva ratkaisu, jos yksityisistä hoito- ja hoivapalveluista haetaan uutta hoitoalan työskentelytapaa ja elämänmallia. Tutkimuksen mukaan yksityisenä palvelun tuottajana työpäivät olivat pitkiä (varsinkin pienissä yrityksissä) ja vaihtelevia, mutta työ on itsenäistä ja sen sisällön ja toteutuksen voi suunnitella itse. Pienissä hoito- ja hoivayksiköissä vahvuudeksi nähtiin se, että niissä on aikaa huomioida asiakkaiden yksilölliset tarpeet samalla kun maaseutu ympäristö tarjoaa asiakkaille monipuolisia ja mielekkäitä tekemisen mahdollisuuksia. Yksityisistä hoito- ja hoivapalveluista tulee toimeentulomahdollisuus, kun työssä yhdistyy ammatillinen osaaminen ja etiikka sekä taloudellinen ajattelu.

Terveyspalveluissa yritysten rooli on merkittävämpi kuin sosiaalipalveluissa. Yksityinen terveydenhuolto koostuu yrityksistä ja yksittäisistä ammatinharjoittajista (Ekroos 2004). Suurimpia toimialoja ovat lääkäripalvelut, hammashoito ja fysioterapia. Toimialana terveyspalvelu on pienyritysvaltainen. 98 % toimipaikoista työllisti alle 10 työntekijää vuonna 2000. Terveyspalveluyritysten määrä on lisääntynyt ja kasvanut tasaisesti koko 1990-luvun ajan. Kilpailun kiristymisen ja toimialan rakenteiden muuttuminen saattavat johtaa yritysmäärän kasvun hidastumiseen tai jopa laskuun yhteenlasketun liikevaihdon kuitenkin kasvaessa. (Kauppinen & Niskanen 2003) Ekroos (2004) näkee yksityisen terveydenhuollon pienyritysvaltaisuuden toisaalta voimavarana ja yksityiselle terveydenhuololle tulevaisuudessakin ominaisena piirteenä. Toisaalta Ekroos näkee, että osa alan yrityksistä keskittyy entistä suuremmiksi yksiköiksi.

Ikääntyvien palveluissa yritysten tulo markkinoille on tapahtunut käytännössä vasta 1990-luvun aikana. Suurin osa sosiaalipalveluyrityksistä on toiminut alle 5 vuotta. Yritystoiminta on pääosin pienimuotoista. Vuonna 2000 yli 50 henkilöä työllistäviä yrityksiä oli vain muutama. 80 % sosiaalipalveluyrityksistä työllisti yrittäjä mukaan luettuna alle 5 työntekijää. Sosiaalipalveluyritysten rooli on tähän asti ollut lähinnä täydentää julkista palvelutuotantoa ja tasata julkisen palvelutuotannon ruuhkahuippuja. Viimeaikainen kehitys on johtamassa yritysten merkityksen lisääntymiseen palvelutuotannossa kuntien keskittyessä palveluiden järjestämisvastuun tehokkaaseen hoitamiseen. (Kauppinen & Niskanen 2003).

1990-luvun jälkimmäisellä puoliskolla sekä järjestöjen että yritysten tuottamat palvelut lisääntyivät sosiaali- ja terveydenhuollossa. Erityisesti sosiaalihuollon palveluyritysten kasvun tärkeimpänä syynä pidetään valtionosuusuu-

distusta, joka lisäsi kuntien mahdollisuuksia ostaa palveluja yksityisiltä palveluntuottajilta. (Stakes 2002) Vuonna 1994 voimaan astunut laki julkisista hankinnoista edellyttää, että kunnat kilpailuttavat palvelut, joita eivät tuota itse tai muiden kanssa yhteistyössä.

Sosiaali- ja terveyspalveluissa oli vuoden 2000 lopussa henkilöstöä yhteensä 304 500, joista 19 % työskenteli yksityisissä toimipaikoissa. Sosiaalipalveluissa henkilöstöä oli yhteensä 151 200, josta yksityisten osuus oli 21 %. Terveyspalvelujen koko henkilöstömäärä oli 153 300 ja yksityisten osuus 17 %. Henkilöstömäärällä mitattuna yksityisten palvelujen osuudeksi saadaan siis noin viidesosa. Yksityisten palvelujen osuuden kehitystä voidaan kuvata henkilöstömäärien perusteella. Vuonna 1995 sosiaalipalvelujen henkilöstöstä 14 % ja terveyspalvelujen henkilöstöstä 15 % työskenteli yksityisellä sektorilla. Yksityisten palvelujen osuus on siis lisääntynyt sosiaalipalveluissa lähes 7 % ja terveyspalveluissa 2 % viiden vuoden aikana. (Kauppinen & Niskanen 2003)

Kovalaisen, Simosen ja Österbergin (1996) tutkimuksessa päätoimisista sosiaali- ja terveysalan yrittäjistä kolmanneksella oli 1-5 asiakasta viikossa ja toisella kolmanneksella 6-10 asiakasta viikossa ja kolmannella kolmanneksella 6-10 asiakasta viikossa. Asiakaskunnan koostumus ja asiakassuhteen kesto riippui yrityksen tuottaman palvelun luonteesta. Yleisesti sosiaali- ja terveysalan yrittäjät pyrkivät jatkuviin, säännöllisiin ja joissain palvelumuodoissa myös pitkäaikaisiin asiakassuhteisiin. Yritykset tuottivat monenlaisia palveluja ja palvelujen yhdistelmiä. Tutkimukseen osallistuneista yrittäjistä suurin osa katsoi räätälöidyn ja kokonaisvaltaisen asiakaspalvelun ja keskustelun asiakkaiden kanssa olevan keskeisintä työssä. Yli puolet vastanneista kertoi olevansa asiakkaidensa käytettävissä ympäri vuorokauden. Anderssonin ja Kainlaurin (2001a) mukaan hoiva-alan yritykset pyrkivät profiloitumaan markkinoilla erikoistumisen, ammattitaidon, asiakaskeskeisyyden ja omien taitojen kehittämisen avulla. Kotihoitopalveluja tuottavat yritykset painottivat asiakaskohtaisuutta ja kokonaisvaltaisuutta. Ikääntyville palveluja tuottavat yritykset korostivat laatukriteerien merkitystä kilpailutekijänä.

Hyvinvointipalveluiden kysynnän lisääntyminen antaa tilaa myös yksityisten palvelujen kasvulle, erityisesti erilaisille kodinhoitoon liittyville julkiseen palvelujärjestelmään kuulumattomille palveluille. Hyvinvointipalveluratkaisut voivat olla esimerkiksi palvelurenkaita tai muita yksityisen, julkisen ja kolmannen sektorin yhteistyöratkaisuja sekä palveluja tukevien teknologisten uudistusten ja tuotteiden kehittämistä ja käyttöönottoa. Ikääntyminen luo uusia käyttötarpeita myös sähköisille palveluille, joita ovat esimerkiksi etäsairaanhoitoon liittyvät palvelut ja vanhusten kotihoito sähköisten välineiden avulla. Uusi teknologia ei välttämättä sovellu vanhoihin rakenteisiin, vaan sen käyttöönotto voi edellyttää organisaation ja käytäntöjen uudistamista (Valtioneuvoston kanslia 2004)

Yksityisten sosiaalipalveluntuottajien suurimpia asiakkaita ovat kunnat. Hellmanin (1999) mukaan suomalaiset kunnat käyttävät noin 11,8 miljardia euroa vuosittain terveyden- ja sosiaalihuollon palveluihin, mistä noin 4 % ostetaan yksityiseltä sektorilta. Ruotsissa vastaava luku on 15 %. Vanhustenhoi-

toalan yritysten kannattavuus perustuu vahvasti julkiseen sektoriin: 60–70 % näiden yritysten liikevaihdosta tulee kuntasektorilta. Vanhustenhuollon alueella palvelualan yrityksiä on noin 800, joista 90 % tekee yhteistyötä kuntien tai kuntainyhtymien kanssa. (Hellman 1999) Lemponen (1999) selvitti yrittäjien ja sidosryhmien ajatuksia hoivayrittäjyydestä. Kunta todettiin Lemponen tutkimuksessa yrityksen tärkeimmäksi yhteistyökumppaniksi. Kunta voi ostaa palveluja ja välittää asiakkaita yrityksille sekä välittää asiakkaille tietoa yritysten tuottamista palveluista.

Terveyspalveluntuottajilta eniten palveluja ostavat kotitaloudet, työnantajat ja Kansaneläkelaitos. (Kauppinen & Niskanen 2003) Heinosen et al. (2006) tutkimukseen osallistuneista lähes puolella (47 %) oli asiakkaita, jotka maksoivat käyttämänsä palvelut kokonaan itse. Suurimmalla osalla (83 %) yrittäjistä oli asiakkaita, jotka saivat tukea kunnalta ja vajaalla viidesosalla oli asiakkaita, joille vakuutus maksoi palvelun osittain tai kokonaan. Palvelujen rahoittaminen saattaa mietityttää ikääntyviä. Anderssonin et al. (2004) tutkimuksessa yksi vanhus ei suostunut vaihtamaan julkisen sektorin tuottamaa kotihoitopalvelua yksityiseen palveluun, koska piti kotihoitoa saavutettuna etuna.

Sosiaali- ja terveysalan palvelutuotannossa on noussut esiin kysymys järjestöjen kilpailua ja markkinoita vääristävästä vaikutuksesta. Valtion ja RAY:n subventoiva tukiperusteinen palkkaus (työttömien ja syrjäytyneiden työllistäminen) on vääristänyt myös työmarkkinoita sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävissä. (Nyholm & Suominen 1999) RAY:n tuki luokitellaan kilpailuneuvoston mukaan julkiseksi tueksi, jonka järjestöt joutuvat lisäämään palvelun hintaan tarjotessaan kunnille palveluja. Hoivayritysten ja -osuuskuntien on vaikea menestyä subventoiduilla markkinoilla. (Hellman 1999, Nyholm & Suominen 1999.)

Curtice et al. (2000) kiinnittävät tutkimuksessaan huomiota julkishallinnon aktiivisen roolin merkitykseen kotihoitopalvelujen kehittämisessä kohti monituottajuutta. Kunta voi edistää palvelutuotannon monimuotoisuutta ja asiakaslähtöisyyttä siten, että hoivayritysten palvelutarjonta saatetaan sellaiseen asemaan, että se on esimerkiksi hinnoittelussa ja ostopalvelusopimuksissa vertailukelpoinen järjestöjen palvelutarjonnan kanssa (Nyholm & Suominen 1999). Ware et al. (2001) kiinnittää huomiota tarpeeseen ylläpitää yritysten ja viranomaisen jatkuvaa ja molemminpuolista tiedonkulkua. Stakes (2006b) tuo esille julkista ja yksityistä hyvinvointivastuuta arvioidessaan sen, että julkiseen palvelutuotantoon verrattuna yksityisten toimijoiden lisääntyminen voi lisätä jatkumattomuutta.

### 3.2.2 Kotihoitopalveluja tuottavat yritykset

Kotona asuvat ikääntyvät saavat apua sukulaisilta, ystäviltä, naapureilta, kotipalvelun ja kotisairaanhoidon työntekijöiltä sekä vapaaehtoistyöntekijöiltä. Yritysten tuottamia palveluja käytetään edelleen vähän (Hyvärinen et al. 1995, Sirén 1998, S. Rissanen et al. 1999, Lukkaroinen 2002). S. Rissanen (1999) 40–79 -vuotiaille ja Lemponen (2001) 65–74 -vuotiaille kohdennetusta tutkimuksesta

käy ilmi, että hoivayritykset ovat osittainen vaihtoehto ikääntyvälle väestölle. Lähes puolet vastanneista piti kuntaa ensisijaisena siivouksessa, lääkityksessä sekä peseytymisessä ja ruokailussa avustamisessa. Lemposta lainaten: ”Perinteet, palvelutuotannon tuttuus ja ideologia vaikuttavat luultavasti siihen, että kunnan ja omaisten palveluja toivotaan ensisijaisesti”.

Kotihoitoon liittyen hoivayritykset tarjoavat usein joko kotipalvelua tai kotisairaanhoidoa tai molempia. Jaakkosen (1998) kotisairaanhoidoyrityksiä ja niiden toimintaa tarkastelleessa tutkimuksessa kotisairaanhoidopalvelujen osuus tarjotuista palveluista oli keskimäärin 42 %. Muista palveluista yleisin oli kotipalvelu. Anderssonin ja Kainlaurin (2001b) mukaan kotihoito vaihteli leppoisasta kahvihetkestä huonokuntoisen ikääntyvän vaatimaan hoivaan. Yritykset tarjosivat myös esimerkiksi hierontaa ja vyöhyketerapiaa (Jaakkonen 1998). Yli puolella yrityksistä (57 %) asiakkaista vähintään 80 % oli ikääntyviä. Osa kotihoitopalveluyrityksistä on suunnannut palvelutarjontansa nimenomaan ikääntyville (Ware et al. 2001). Näin voi olla etenkin sellaisilla alueilla, joilla ihmisiä, varsinkin ikääntyviä, asuu paljon. Hellmanin (1999) mukaan yksityisten ikääntyville suunnattujen palvelujen tarve on kasvamassa erityisesti räätälöidyissä, yksilöllisissä palveluissa.

S. Rissasen (1999) tutkimuksen mukaan (N = 1289) hoivayritysten tehtävänä pidettiin useimmiten siivousta. Avunmuoto oli osittain yhteydessä hoivayritysten ensisijaisuuteen avunantajana vaihteluvälin ollessa 2 - 18 prosenttia. Siivouksen lisäksi vaatehuolto- ja kuljetuspalvelut oltiin valmiita antamaan hoivayritysten tehtäväksi. Hoivayritysten ensisijaisuus oli nuoremmilla vanhempia vastaajia voimakkaampaa siivouksen lisäksi asiointi- ja kuljetuspalvelun, vaatehuollon ja lääkityksessä avustamisen osalta. Tulosten perusteella tutkija olettaa hoivayritysten olevan alle 60-vuotiaille mieluisampi vaihtoehto kuin vanhemmille vastaajille. Hoivayrityksiä suosivat etenkin alle 50-vuotiaat miehet ja 50–59 -vuotiaat naiset. Työssäkäynti mahdollisesti lisää miehillä asenteiden sidonnaisuutta sosioekonomiseen asemaan, kun taas naisilla hoivayrityksiä koskeva asenne on todennäköisesti yhteydessä heidän asemaansa avunantajina.

Rissasen et al. (1999) tutkimuksen mukaan vastaajat olivat kiinnostuneimpia neuvontapalvelujen ostamisesta terveydenhuollon ammattilaisilta 15 markan (vajaat 3 euroa) kertahinnalla. Myös turvapalveluiden, kotikuntoutuksen, virkistyspalvelujen, lääkityksessä avustamisen ja ateriapalvelujen ostamiseen oli halukkuutta. 15 % vastaajista oli halukkaita ostamaan kotihoitoa hintaan 100 markkaa (runsaat 17 euroa) / tunti. Ikääntyvien halukkuus maksaa yksityisistä palveluista vaihteli muutamasta markasta (n. 1 eurosta) noin 4 000 markkaan (n. 695 euroon). Suurimmaksi esteeksi yksityisten palvelujen ostamiselle ja käyttämiseksi vastaajat ilmoittivat korkean hinnan. Ikääntyvät olisivat halukkaita käyttämään yritysten tuottamia hoivapalveluja, mikäli siitä ei aiheutuisi lisäkustannuksia.

Vuonna 1994 vanhusbarometriin vastanneista 2 % halusi pitkäaikaista apua tai hoitoa tarvitessaan palvelun mieluiten yksityisiltä. Vuonna 1998 kunnan kotipalvelusta tai kotisairaanhoidosta apua haluavien osuus vastanneista

nousi 61 %:iin. Yrityksiltä apua halusi 10 %. (Vaarama et al. 1999) Noin kolmannes kotihoidon vanhusasiakkaista ostaisi avun hoivayritykseltä, jos sitä ei olisi saatavilla kunnalta (S. Rissanen 1999). Lemposen (2001) tutkimuksessa kävi ilmi, että osalla tutkimukseen osallistuneista (3 %) piti yritystä tai osuuskuntaa mieluisimpana palveluntuottajana. 13 % vastaajista oli sitä mieltä, ettei palveluntuottajalla ole merkitystä. 15 % vastaajista ei osannut sanoa, mikä olisi mieluisin palveluntuottaja.

Vanhusbarometrin (Vaarama et al. 1999) mukaan vastaajat antoivat paremman arvosanan yritysten kuin järjestöjen kotiin tuottamille palveluille. Hoivayrityksillä voi olla mahdollisuus tuoda ikääntyvien kotihoitoon sellaista lisäarvoa, jota julkisten tai järjestöjen palveluorganisaatioiden voi olla vaikea tuottaa. Lisäarvo perustuu ikääntyvän tarvitsemaan ja haluamaan yksilölliseen palveluun tai palvelukokonaisuuteen. Anderssonin ja Kainlaurin (2001b) mukaan asiakaslähtöisyys merkitsee kotihoitoyrittäjille asiakassuhteen hyvää laatua, joustavuutta ja yksilöllisyyttä. Tavoitteena on asiakkaan haluamaa elämäntapaa tukeva onnistunut palvelukokemus.

### 3.2.3 Muita palveluja tuottavat yritykset

Kovalaisen, Simosen ja Österbergin (1996) mukaan useimmat sosiaali- ja terveysalan yritykset tuottavat mitä moninaisimpia palveluja. Heidän mukaansa useat yritykset ovat kuin kioskeja, joista on saatavilla monia palvelutuotteita. Yhtenä yrityksen kasvun esteenä tai hidasteena tuli esille kapea-alainen palvelutuotanto. Tedren ja Pölläsen (2001) haastatteluissa kävi ilmi, että hoivayrittäjien palveluvalikoima oli supistunut yrityksen vakiinnutettua asemansa. Yrittäjät olivat yritystä perustaessaan olleet valmiita hyvin monenlaisten hoivapalvelujen tuottamiseen, mutta käytännössä yritys oli saattanut erikoistua yksinomaan esimerkiksi asumis- tai kotipalvelun tuottamiseen. Kuitenkin avopalveluja tuottavat yritykset joutuvat usein pitämään palvelutuotantonsa monipuolisena. Härkki (1996) on tutkinut kotipalveluyrittäjyyttä erityisenä hoivayrittäjyyden muotona. Härkin mukaan kotipalvelussa keskeistä on työtehtävien laaja-alaisuus. Monipuoliseen ja kokonaisvaltaiseen kotipalveluun voi sisältyä työtehtäviä leivän leipomisesta asiakkaan kylvettämiseen.

Larjovuoren (2004) mukaan hyvinvointipalveluja tuottavien yritysten osalta korostuu tulevaisuudessa tarve tuotteistaa palveluja. Tutkimuksen mukaan tulevaisuudessa erilaiset palvelumuodot, kuten ateria-, koti-, kotisairaanhoido- sekä turvallisuus- ja vartiointipalvelu tulevat integroitumaan ja niitä tuotetaan samassa yrityksessä tai yritysverkostojen yhteistyönä. Kokonaisvaltainen ratkaisu kotona asuvan asiakkaan tarpeisiin nähtiin kilpailuetuna ja kustannustehokkuutta lisäävänä tekijänä.

Helsingin yliopiston Maaseudun tutkimus- ja koulutuskeskuksessa Seinäjoella on myös tehty pitkäjänteisesti työtä maaseudun hoivayrittäjyyden ja muiden monituottajamallien tutkimisessa ja kehittämisessä. Vuosina 1991 - 1992 siellä toteutettiin kyläavustajakokeilu, jossa pyrittiin turvaamaan maaseudun palveluja yhdistämällä erilaisia palveluihin kuuluvia työtehtäviä moniala-

ammateiksi. Osa kyläavustajista toimi yhdistysten palkkalistoilla, osa itsenäisänä yrittäjänä (Kallio 1993). Hanketta perusteltiin sillä, että kunnalliset sektori-kohtaiset palvelut olivat maaseudulla uhattuina vähäisten käyttäjämäärien ja pitkien välimatkojen takia. Tampereella 3-vuotisen Nääsville-projektin (RAY:n rahoittama) osana toteutetun Sosiaalitalkkarit -osahankkeen tavoitteena oli tukea ikäihmisten kotona asumista. Toiminnan nimike viittaa ajatukseen yhdistää ihmisten väliset suhteet ja käytännön töiden tekeminen. Käytännössä sosiaalitalkkarit työskentelivät ikääntyvien kotona. Palvelu suunniteltiin yksilöllisesti ja yhdessä ikääntyvän kanssa. Työntekijät tekivät sellaista työtä, minkä ikääntyvät itse näkivät tarpeelliseksi. Konkreettisine tehtävinä auttaminen tarkoitti kokonaisvaltaista asiakkaan kodin sekä pihapiirin hoitoa: asiointia, ikkunoiden pesua, siistimistä, saattoapua, pihatöitä, ulkoiluttamista, pyykin pesua, vaatteiden tuuletusta, verhojen vaihtoa, saunan siivousta, henkilökohtaisessa hygieniassa auttamista, lääkkeen antamista, puolison auttamista, palvelujen käytön ohjausta, pieniä kodin kunnostustöitä ja pihanhoitoa. Palvelu oli maksullista. Joissain tapauksissa sosiaalitalkkarien tekemien kotikäyntien lisäksi järjestettiin asiakkaalle palveluja myös muualta, kuten kaupungin kotipalvelusta. Asiakkaita ohjattiin hankkimaan myös yksityisiä palveluja, etenkin siivouspalveluja. (Sangi 2001)

Nääsville-projektin osana toteutettiin Vireyttä elämään -osahanke, jonka päätavoitteena oli tarjota monipuolista ja kokonaisvaltaista palvelua pienryhmä- ja kotikuntoutuksena kotona asuville vanhuksille. Hankkeessa tarjottiin kotona asuville tamperelaisille vanhuksille kuntoutus- ja virikepalveluja sekä ohjausta ja tukea päivittäisissä toiminnoissa, apuvälineiden käytössä ja asunnonmuutostöissä. Merkittävää päivittäisistä toiminnoista selviytymisen kannalta oli liikuntakyvyn ja tasapainon paraneminen. Myös apuvälineiden hankinta ja käytön ohjaus koettiin tärkeänä. Kotona selviytyminen ja elämänlaadun paraneminen olivat usein pienistä asioista kiinni ja niihin pystyttiin vaikuttamaan yksinkertaisilla toimenpiteillä. Fyysinen kuntoutus toi helpotusta myös yksinäisyyteen ja masennukseen. Vanhusten oman palautteen perusteella voi päätellä, että parantunut liikuntakyky sekä yksinäisyyden ja masentuneisuuden tunteen väheneminen auttoivat selviytymään paremmin kotona. (Salonen 2001)

Varjonen et al. (2005) tutkimuksen mukaan tulevaisuudessakin tarvitaan palveluja, joiden tuottaminen edellyttää erityistä ammattitaitoa ja erityisvälineitä. Tällaisia palveluja ovat esimerkiksi piha- ja puutarhatyöt, joiden kysyntä ja käyttö kasvavat koko ajan. Monet omakotiasukkaat halusivat apua esimerkiksi puiden kaatamiseen ja nurmikon leikkaamiseen. Varsin paljon toivottiin vanhanajan talonmiespalvelua lumitöineen ja muine tehtävineen. Talonmiestä kaittattiin kotiin myös tekemään pieniä huolto- ja korjaustöitä. Kotiin haluttiin myös esimerkiksi kauppatavaroiden kuljetusta ja hiusten leikkausta.

Nissisen ja Santalon (2001) asukas- ja kiinteistöpalvelujärjestelmää tarkastelleen tutkimuksen mukaan kiinteistöhoitoon liittyvissä tehtävissä ikääntyvillä oli eniten avuntarvetta pienehköissä korjaus- ja huoltotöissä (59 %), nurmikonleikkauksessa (40 %) ja lumitöissä (18 %). Kotitöistä siivous osoittautui tehtäväksi, josta ikääntyvät haluavat luopua ensimmäisenä. Kotitöiden osalta

haastateltujen avuntarve oli suurta suursiivouksessa (57 %) ja ikkunoiden pesussa (55 %). Haastatelluista 27 % tarvitsi apua myös viikkosiivouksessa. Tutkimukseen osallistuneet eivät tarvinneet ruoanlaittajaa tai ateriapalvelua. Enemmistö vastaajista valitsisi näistä kahdesta vaihtoehdosta ateriapalvelun, mikäli avuntarvetta ilmenee tulevaisuudessa. Kuljetusapua autolla tarvitsi 45 % haastatelluista. Asioiden hoitaminen oli vastaajille usein tärkeä sosiaalinen tilanne, josta luopuminen tuntui vaikealta. Vain noin 10 % haastatelluista tarvitsi jonkun hoitamaan puolestaan esimerkiksi kauppa- ja pankkiasiat. Haastateltavat eivät halunneet maksaa seuranpidosta. Henkilökohtaista lähiapua eivät haastateltavat juuri tarvinneet. Noin 6 % tarvitsi kylvetysapua tai apua lääkityksestä huolehtimisessa. Avuntarve turvapalveluissa oli erittäin vähäistä.

Römer-Paakkanen (2004) on koonnut tietoa erilaisista tavoista tuottaa ikääntyville palveluja ja tietoa erilaisista palveluista. Vantaalla ja Lohjalla toteutettu Ikääntyvien palvelutori -kokeilu on tarjonnut palvelupisteessä henkilökohtaista ohjausta ja Internetpalvelua ikääntyvien kotona asumisen tueksi. Vantaalla ja Espoossa on kokeiltu palvelua, jossa kodinhoitajat eivät enää käy kaupassa ikääntyvän puolesta, vaan kauppa toimittaa ostokset ikääntyvälle kotiin. Nissisen ja Santalon (2001) tutkimukseen osallistuneet ikääntyvät voisivat keskimäärin tilata tarpeesta ja taloudellisesta tilanteesta riippuen 1 - 2 palvelupakettia. Palvelupaketeista suosituimmat olivat siivouspaketti ja ateriapalvelu. Suurin este palvelupakettien tilaamiselle oli paketin korkea hinta. Useat vastaajat halusivat säilyttää vapauden poimia palveluja haluamallaan tavalla. Palvelupaketin tulisi joustaa ikääntyvän terveydentilan mukaan. Ensimmäinen palvelupaketti sisältää puutarhatyöt, nurmikoneleikkuun, lumenluonnin, tontin siivouksen ja pienehköt korjaustyöt. Noin joka neljäs omakotitalossa asuva haastateltava voisi tilata paketin hintaan 1 000 mk/kk (n. 168 €). Siivouspaketti sisältää vaatehuollon, viikkosiivouksen sekä neljä kertaa vuodessa suursiivouksen ja ikkunanpesun hintaan 1 200 mk/kk (n. 202 €). Ruoanlaittopaketti sisältää ruoanlaiton ja tiskauksen päivittäin 1 - 2 henkilölle 3 000 mk (n. 504 €) kuukausihintaan. Tämä paketti koettiin erittäin kalliiksi. Vain noin 5 % vastaajista voisi harkita paketin tilaamista. Ateriapalvelu kotiin oli haastateltujen perusteella suosituin palvelupaketti (hintaa 1 000 mk/kk). Autopalvelupaketissa € varattiin asiakkaalle auto kuljettajineen kahdeksi tunniksi viikossa hintaan 1 000 mk/kk. 15 % naisista ja 17 % miehistä voisi tilata autopalvelupaketin. Asioiden hoitaminen ikääntyvän puolesta käsittää muun muassa kauppa-, apteekki-, pankki-, postiasiointiavun kaksi kertaa viikossa hintaan 1 000 mk/kk. Rivitaloissa asuvista miehistä 30 % voisi tilata palvelupaketin. Henkilökohtainen lähiapu sisältää kylvetystä, pukeutumisessa avustamista, lääkehuoltoa ja -annostelua kahdesti päivässä hintaan 3 000 mk/kk. Joka neljäs omakotitalossa asuvista haastatelluista miehistä voisi kuvitella tilaavansa tämänkaltaista palvelua. Naisten osalta 15–22 % vastasi myöntävästi kysymykseen.

Andersson (2005) toteaa, että monialayrittäjälle vaikkapa polttopuiden pieneminen ja kantaminen ovat työtä ja ikääntyvälle apua kotona selviytymiseen, mutta kysyy samalla, onko se sosiaalipalvelua. Voidaan kysyä, tarvitseeko kaikkien kotiin vietävien palvelujen ollakaan sosiaali- tai terveystaloutta.



Andersson jatkaa, että monialayrittäjien menestymiselle joustavuus on ratkaisevaa. Hoivayrittäjyyden mahdollisuutena ja haasteena on markkinaperusteisten sekä terveys- ja sosiaalilainsäädäntöön perustuvien palvelujen tuottaminen ja palvelujen rakentaminen palvelupaketeiksi tai palvelukokonaisuuksiksi. Andersson (2005) nostaa esille kysymyksen siitä, riittääkö ihmisillä – myös ikääntyvillä – ostohalukkuutta vain välttämättömän hankkimiseen. Jos näin on, voi käydä niin, että kevyempi arjen apu jää ostamatta, vaikka se olisi kotona selviämisen kannalta tärkeää.

### 3.2.4 Palvelutuotannon kattavuus ja laatu ikääntyvien näkökulmasta

Vuonna 1999 yksityisiä vanhuspalveluja tarjosi noin 1 400 toimintayksikköä, joissa työskenteli arviolta 10 000 työntekijää. Yksityiset sosiaalipalvelut jakautuvat yritysten tuottamiin kaupallisiin palveluihin ja järjestöjen tuottamiin voittoa tavoittelemattomiin palveluihin. Valtaosa vanhuspalveluja tuottavista yksiköistä on pieniä, alle 10 henkilöä työllistäviä yksiköitä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001b) Yritysten tuottamista palveluista eniten uusia yksiköitä on perustettu asumis- ja kotipalveluihin. Näistä uusista yksiköistä lähes puolet on Etelä-Suomen läänissä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2000)

Vuonna 2001 toimialaluokituksen mukaan 524 yrityksen päätoimialana olivat palvelutalot ja -asunnot ja 256 yrityksen päätoimialana oli kotipalvelu. Yritysten sijoittumisessa on suuria alueellisia eroja: kun koko maassa 1 261 sosiaalipalvelutoimintayksikön ylläpitäjä on yritys, sijaitsee niistä ainoastaan 15 Keski-Pohjanmaalla. Kun koko maassa yksityisten sosiaalipalveluiden kodinhoitoavun asiakkaina on yhteensä 23 814 vanhusta, on vastaava luku Keski-Pohjanmaalla 57. (Stakes 2002b).

Myös terveyspalveluyritysten sijoittumisessa on suuria alueellisia eroja: kun koko maassa toimii yhteensä 2 883 yksityistä terveyspalveluntuottajaa, sijaitsee näistä yrityksistä ainoastaan 29 Keski-Pohjanmaalla. Kotisairaanhoidon palveluntuottajien osuus terveyspalveluntuottajista ei käy ilmi käytävissä olevista tilastoista. Sen sijaan terveyspalveluyritysten palkkaamista sairaanhoitajista löytyy tietoa: koko maassa terveyspalveluyrityksissä työskentelee 1 935 sairaanhoitajaa kokopäiväisesti ja 538 osa-aikaisesti, kun Keski-Pohjanmaalla vastaavasti työskentelee 15 sairaanhoitajaa kokopäiväisesti ja 3 sairaanhoitajaa osa-aikaisesti. (Stakes 2002a)

Hyvärinen et al. (1995) mukaan vain 18 % tutkituista ikääntyvistä ja 7 % heidän omaisistaan ilmoitti ikääntyvien käyttävän yksityisiä kotipalveluja. Käytetyimpiä olivat siivous ja pyykinpesu (Hyvärinen et al. 1995, Melin 1995), ruokailu ja peseytymisessä avustaminen. Lisäksi 2 % ikääntyvistä ja 1 % omaisista ilmoitti ikääntyvien käyttävän yksityisiä kotisairaanhoidon palveluja, joihin liittyvät toisaalta tekniset välineet hoidon ja yhteydenpidon apuvälineinä ja toisaalta monimuotoinen toimijoiden verkosto: järjestöjen palvelu- ja vapaaehtoistoiminta sekä julkiset palvelut. (Ahlstén 1998) Yksityisten tuottamaa kodinhoitoapua käyttäneitä oli vuonna 1999 runsaat 21 000 henkilöä, joista 18 000 ei käyttänyt kunnan tukea lainkaan (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001).

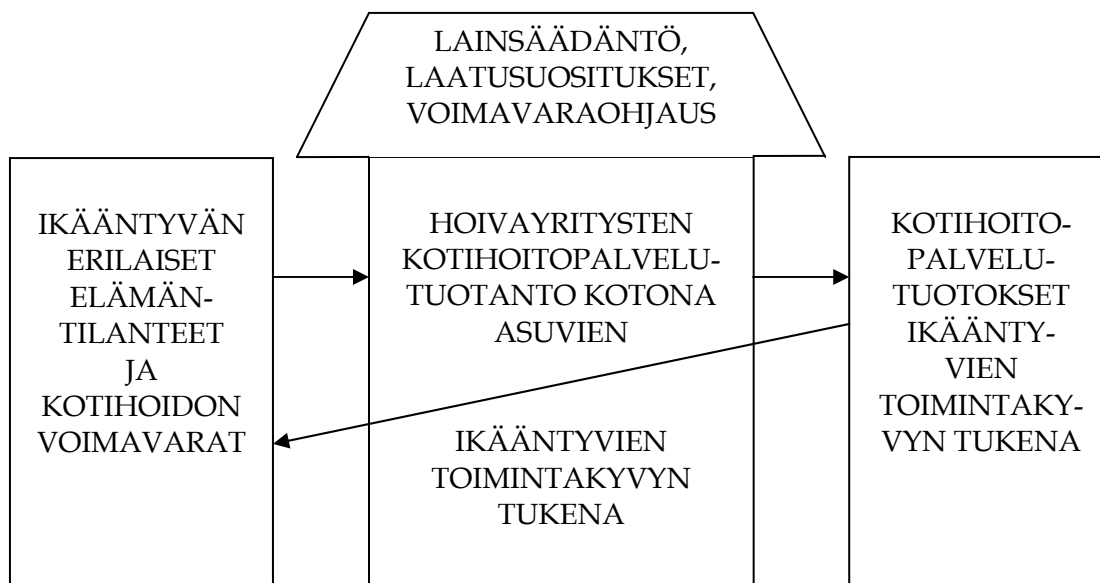
Lukkaraisen (2002) tutkimuksen mukaan yksityisiä palveluja käytettiin vähän: joka kolmas (35,5 %) vastanneista ja yli 85-vuotiaista lähes puolet (42,3 %) ei käyttänyt muita kuin kunnan tuottamia palveluja. Yksityinen siivousapu (16 %) ja huoltoyhtiön palvelut (10,7 %) olivat yleisimmin käytettyjä muiden kuin kunnan tuottamista palveluista. Yksityissektorin sosiaalista palvelutarjontaa oli tutkituissa kunnissa joko vähän tai niitä ei käytetty. Yksityisiä palveluja käyttivät eniten sellaiset perheet, joiden nettotulot vaihtelivat viidestäsadasta tuhanteen euroon kuukaudessa. Lisää apua tarvittaessa palveluja haluttiin kunnan työntekijöiltä.

Lemposen (2001) tutkimukseen osallistuneista suurelle osalle (30 %) kunta oli mieluisin palveluntuottaja. 3 % vastaajista piti mieluisimpana palvelun tuottajana yritystä tai osuuskuntaa. Toisaalta 13 % vastaajista ei katsonut palveluntuottajalla olevan merkitystä. Kunnan tuottamaa palvelua pidettiin myös yksityisiä edullisempänä. Vastaajat (81 %) eivät olleet valmiita maksamaan hyvinvointipalveluista nykyistä enempää. Heidän mukaansa heille kuuluvat yhteiskunnan tuottamat kohtuuhintaiset palvelut vastapalveluna heidän tekemästä työstä yhteiskunnan hyväksi. Toiseksi vastaajat kertoivat, ettei heillä maksaa palveluista nykyistä enempää pienen eläkkeen takia.

### 3.3 Yhteenveto

Kotihoidon palveluprosessin vaiheet auttavat kuvaamaan, miten järjestettynä ikääntyvä saa palvelua ja millaista palvelua hän saa. Suunnitelmassa huomioidaan ikääntyvän elämäntilanne, toimintakyky ja toivomukset. Kotihoitoprosessin eri vaiheissa ikääntyvä voi tarvita kotipalvelua, kotisairaanhoidoa tai tuki-palveluja tai näitä kaikkia.

Lainsäädäntö, erilaiset laatusuositukset ja voimavarojen jakoperusteet ohjaavat (ohjaava toiminta) sosiaali- ja terveysalan palvelutuotantoa, myös hoivayrityksiä, ikääntyville suunnattujen kotihoitopalvelujen tuottamisessa. Kotihoidossa voi olla käytettävissä monenlaisia voimavaroja: ikääntyvän omat voimavarat, läheisten voimavarat sekä kotihoitopalveluja tuottavan yrityksen voimavarat. Käytettävissä olevien voimavarojen luonne ja määrä ovat keskeisesti yhteydessä siihen, millaiseksi kotihoidon tuotantoprosessi muotoutuu. Jos ikääntyvällä on käytettävissään kohtuullisen paljon voimia itsensä hoitamiseen tai jos ikääntyvän läheisillä on mahdollisuuksia ikääntyvän läheisensä hoitamiseen, voi hoivayrityksen rooli palvelun tuottajana (suorittava toiminta) jäädä kohtuullisen pieneksi. Jos taas ikääntyvän ja läheisten voimavarat ovat vähäiset, mutta ikääntyvällä tai hänen läheisillään tai kunnalla on käytettävissään taloudellisia voimavaroja, voi hoivayrityksen rooli palvelun tuottajana muodostua hyvinkin suureksi.



KUVIO 11 Ikääntyvien kotihoitopalveluja tuottava hoivayritys systeeminä (ks. Kerola & Järvinen 1980)

Käytettävissä olevat resurssit ja yhteistyön sujuminen palvelun tuotantoprosessin aikana ovat olennaisesti yhteydessä siihen, millaisia ovat tuotantoprosessin tuotokset eli millaista hyötyä kotihoitopalveluista on ikääntyvälle palvelutuotannon asiakkaalle ja millaista hyötyä yhteiskunnalle palvelutuotannon asiakkaana. Kotihoitopalvelun tuotokset voivat toimia kotihoidon uusintamisen välineinä esimerkiksi siten, että hyvin toteutettu ikääntyvän kotihoitopalvelu, tuottaa hyvää palautetta, mahdollisesti uusia asiakkaita ja mahdollisuuden kehittää tuotettavaa palvelua. (Kuvio 11)

Hoivayrityksillä on mahdollisuus tarjota ikääntyvien kotihoitoon sellaista lisäarvoa, jota julkisen tai järjestöjen palveluorganisaatioiden voi olla vaikea tuottaa, esimerkiksi omahoitajaperiaatteella toteutettava kokonaisvaltainen hoito, joustavuus ja palvelujen yksilöllinen tuotteistaminen. Näin ikääntyvällä on mahdollisuus saada toimintakyvyn heiketessä juuri niitä palveluja, joita hän kulloinkin tarvitsee ja haluaa. (Nyholm & Suominen 1999.)

## 4 EMPIIRISEN TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

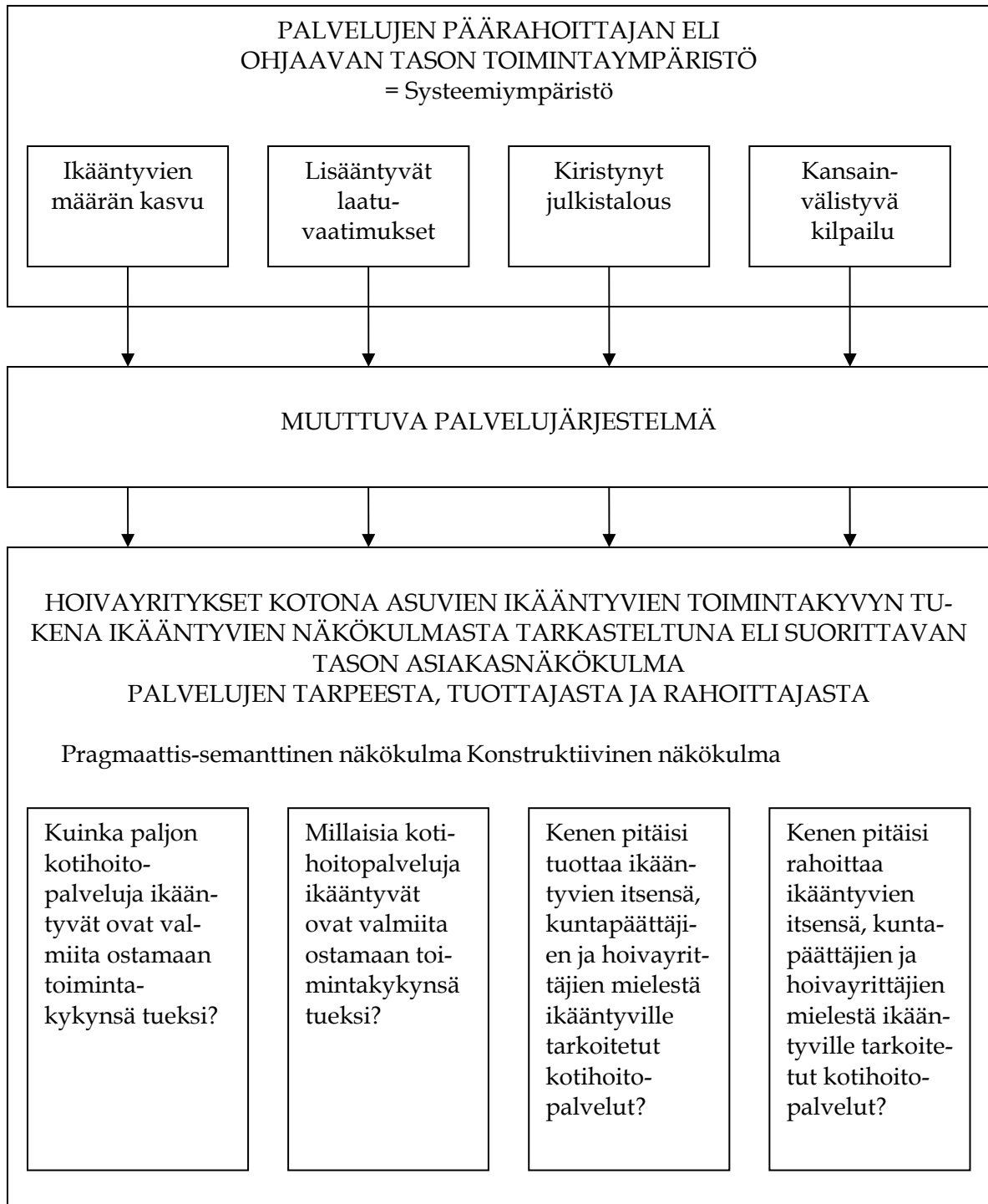
### 4.1 Tutkimusasetelma ja metodologiset valinnat

Tutkimuksen pääkysymys on, *millaisena ikääntyvät, kuntapäätäjät ja hoivayrittäjät näkevät hoivayritysten mahdollisuudet toimia kotona asuvien ikääntyvien toimintakyöyn tukena* (kuvio 12).

Pääkysymykseen etsitään vastauksia seuraavien tutkimuskysymysten avulla:

1. Kuinka paljon kotona asuvat ikääntyvät ovat valmiita käyttämään yritysten tuottamia kotihoitopalveluja toimintakyönsä tukena?
2. Millaisia kotihoitopalveluja ikääntyvät ovat valmiita ostamaan toimintakyönsä tueksi?
3. Kenen pitäisi ikääntyvien itsensä, kuntapäätäjien ja hoivayrittäjien näkökulmista tarkasteltuna tuottaa ikääntyville tarkoitetut kotihoitopalvelut?
4. Kenen pitäisi ikääntyvien itsensä, kuntapäätäjien ja hoivayrittäjien näkökulmista tarkasteltuna rahoittaa ikääntyville tarkoitetut kotihoitopalvelut?

Tutkimuskysymyksiä 1–4 tarkastellaan 55–70 -vuotiaiden kuntalaisten näkökulmasta. *Vaikka 55–70 -vuotiaat eivät vielä tutkimusajankohtana tarvitse kovin paljon kotihoitopalveluja, on tämän ikäryhmän kuuleminen perusteltua lähitulevaisuuden palvelutarpeen ja palveluiden kysynnän arvioimiseksi.* Osalla 55–70 -vuotiaista on kokemusta myös omien vanhempiensa tai muiden ikäihmisten vanhenemisesta, tarpeista ja palvelujen käytöstä. Tutkimuskysymyksiä 3 ja 4 tarkastellaan 55–70 -vuotiaiden kuntalaisten, kuntapäätäjien ja hoivayrittäjien näkökulmista.



KUVIO 12 Tutkimusasetelma

Tutkijan ontologinen peruskomus on ollut se, että kotihoitopalvelu on suomalaisessa nyky-yhteiskunnassa olemassa tarkoituksellisenä ja systeemisenä toimintana, jonka olemassaolo tulee näkyväksi etenkin ikääntyville tuotetuissa palveluissa, palvelujen edellyttämässä voimavaranostuksissa ja palvelujen tuottamissa tuotoksissa. Kotihoitopalvelu laajemmin ymmärrettynä sisältää sekä ohjaavan että suorittavan tason toimintoja.

Edellisestä ontologisesta perussitoumuksesta johtuen tutkijan epistemologinen perususkomus on ollut se, että kotihoitopalvelusta voidaan tuottaa uskottavinta tietoa lähestymällä ilmiötä systeemiteorian mukaan miksi, mitä ja miten -kysymyksin, eli kiinnittämällä huomiota toiminnan hyödyllisyyteen, sisältöön, toimintatapoihin ja voimavararatkaisuihin. Jotta saatu tieto olisi oikeutettu tai hyvin perusteltu tosi uskomus (vrt. Audi 1995), tavoitellaan mittauksen pätevyyttä ja luotettavuutta. Näiltä osin tutkimuksen luotettavuutta on pyritty parantamaan informantitriangulaatiolla (ikäntyvät, kuntapäättäjät, hoivayrittäjät) ja aineistotriangulaatiolla (kyselyt ja haastattelut). Tulosten pätevyyden varmistamiseksi on turvauduttu pitkälle jo aiemmin koeteltuihin ja toimivaksi osoittautuneisiin tiedonkeruun instrumentteihin (Rissanen 1999), lomakkeiston esitestaukseen asiantuntijoiden ja koevastaajien avulla sekä nojautumalla yleisellä tasolla systeemiteoriaan.

Tutkimuksen yleissävy on melko positivistinen ja päättelyn logiikka siihen liittyen voittopuolisesti deduktiivinen. Tutkimuksen yleissävy näkyy tutkimuksessa kvantitatiivisina painoituksina: pääosin strukturoidun kyselylomakkeen lähettämisenä kaikille neljässä eri kunnassa asuville ikääntyville ja kuntapäättäjille sekä tulosten melko määrällisenä (suorat jakaumat, ristiintaulukointi, keskiarvot, keskihajonnat ja korrelaatiot) raportointina. Kuvaa hoivayritysten mahdollisuuksista kotona asuvien ikääntyvien toimintakyvyn tukemisessa on täydennetty kvalitatiivisin keinoin liittämällä kyselylomakkeeseen avoimia kysymyksiä, haastatteleamalla kuntapäättäjiä ja hoivayrittäjiä sekä käyttämällä tulosten raportoinnissa suoria lainauksia ikääntyvien ja kuntapäättäjien kirjoittamista vastauksista sekä kuntapäättäjien ja hoivayrittäjien haastatelussa kerätystä aineistosta.

Tutkimuksessa käytettävä aineisto on kerätty Pohjanmaan TE-keskuksen ja Kokkolanseudun Kehitys Oy:n rahoittamassa Hoiva 2008-projektissa, jonka tavoitteena oli tuottaa yrittäjille, yrittäjäksi aikoville ja kuntien päätöksentekijöille ennakkointitietoa päätöksenteon pohjaksi siitä, millaisia hoivapalveluihin kohdistuvia tarpeita ja odotuksia alueen 55–70-vuotiaalla väestöllä on, mitä hoivapalveluja kunnat ovat valmiita ulkoistamaan ja mitä hoivapalveluja yritykset jo tuottavat ja millaisena yrittäjät näkevät tulevaisuuden. Tutkimusprojektiin osallistui neljä keskipohjalaista kuntaa: Himanka, Kannus, Kälviä ja Lohjata. Tutkimusprojektin toteutuksesta vastasi Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö. Aineisto on tietyltä maantieteelliseltä alueelta kokonaispopulaatio, eli kysely on lähetetty kaikille tuon ikäryhmän edustajille ja relevanteille kuntapäättäjille. Tämä lisää lähtökohtaisesti tulosten kattavuutta, kunhan varotaan yleistämisestä saatuja tuloksia mittausalueen ulkopuolelle ilman riittävää kritiikkiä. Tutkimuksen avulla voidaan etsiä vastausta siihen, millainen kokonaissysteemi olisi luotavissa Kokkolan lähikuntiin niistä hoivayritysten tuottamista kotihoitopalveluista, jotka tukevat kotona asuvien ikääntyvien toimintakykyä Alueellisen kokonaistutkimuksen luonteeseen kuuluu, että tulosten yleistettävyydestä ei voi antaa takuita, mutta sitä vastoin tässä käytetyt menetelmät lienevät laajemminkin yleistettävissä saman aihepiirin myöhempiin tutkimuksiin. Laadullisin menetelmin kerättyjä tuloksia

(palvelun tuottajien teemahaastattelut) voitaneen yleistää Yinin (1995) mainitseman teoreettisen eli analyttisen yleistämisen idealla, koska saatu empiirinen tulos on verrattain kongruentti aiemman kirjallisuuden kanssa.

Tutkimuksen tavoitteita voidaan pohdiskella erilaisten tiedon intressien valossa. Vahvin tiedon intressi on ollut saada lisäymmärrystä ja -tietoa kotihoitopalvelujen *ennakoitavissa olevista kysyntämuutoksista, sisältötarpeista, toteutumismalleista ja voimavararatkaisuksista*. Tältä osin tiedon intressi (vrt. Habermas 1974) on siis verrattain tekninen ja tutkittava ilmiö näyttäytyy kausaalisenä: hoidon tarve on kasvava (syy) ja voimavarojen riittävyys on taloudellinen huoli (syy), jolloin hoidon tarve on ennakoitava tarkasti (seuraus) ja resurssiongelmien on syytä miettiä ajoissa toimintakelpoiset ratkaisut (seuraus). Tiedon intressiä voidaan luonnehtia ainakin kuntapäätäjien ja alan kouluttajien osalta myös pragmaattiseksi (tuloksilla tavoitellaan käytännön hyötyä toiminnan kehittämiseksi). Niin sanottua intuitiivista tiedon intressiä on mukana siltä osin, kuin palvelutarpeista kehitellään lisätiedon varassa tulevaisuuden liiketoiminnan tai kuntapalvelujen tarpeisiin palvelupaketteja, joiden sisällön määrittelyyn on tarvittu osittain myös luovaa intuitiivista ajattelua ja kvalitatiivisia yrittäjänäkemyksiä aineistolähtöisen korrelaatioanalyysin ohella.

Vaikka päättelyn logiikka on voittopuolisesti deduktiivinen, tutkimus ei ole hypoteettis-deduktiivinen. Hypoteesit (väittämät) on korvattu huolellisesti muotoilluilla tutkimuskysymyksillä. Tällä on haluttu välttää se mahdollinen arvoväritys tai asenteellisuus, joka voisi hiipiä sisään väittämiin; esimerkiksi tapauksissa, joissa väittäjä olisi ilmaistu hypoteesin muodossa: *"Yksityisten palvelujen suhteellinen kasvu on väistämätöntä"* tai *"Kuntapäätäjät ennakoivat oma vastuun kodinhoitopalvelumaksuissa kasvavan"*.

Paradigmaattisia perusvalintoja on muutamia. Metodologisessa mielessä ilmiö on otettavissa teoreettisesti haltuun systeemiteorian avulla. Eettisessä mielessä tutkija mieltää olevansa sellaisen, lähinnä humanistisen ihmiskäsityksen kannattaja, jonka mukaan ihminen on - ihmisyytensä perusteella - arvokas ja ihmisarvoiseen elämään oikeutettu kaikkina elinvuosinaan - silloinkin, kun hänen omat voimavaransa ja toimintakykynsä esimerkiksi ikääntymisen takia ovat ehtymässä. Näiden paradigmaattisten uskomusten ja valintojen ohjaamana tutkimuksen teoreettinen paradigma on kooste systeemiteoriaa, ikääntymisen teoriaa sekä elämänlaadun ja toimintakyvyn teoriaa.

## 4.2 Mittarin laadinta

### 4.2.1 Mittarin laadinta tietojen keräämiseksi kotona asuvilta ikääntyviltä

Kyselylomakkeessa on käytetty hieman muokattuna ja ajantasaistettuna Sari Rissasen (1999) väitöskirjatyössään *"Omaishoito ja hoivayritykset vanhusten huolenpidon ratkaisuina"* käyttämiä kahteen eri kyselylomakkeeseen kuuluneita kysymyksiä. Lupa kyselylomakkeiden käyttöön saatiin sekä S. Rissaselta että

Kuopion yliopistolta. Kahden kyselylomakkeen kysymyksiä yhdisteltiin niin, että saatiin vastaukset asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Vastausvaihtoehtoja ajan tasaistettiin (esim. muutamalla markat euroiksi). Kyselylomake esitettiin. Esitestauksen perusteella kysymysten järjestystä muutettiin aikaistamalla palvelujen järjestämistä ja rahoittamista koskevia kysymyksiä. Kysymysten kieliasua muokattiin jonkin verran. (Liite 1)

S. Rissanen tutkimus on tehty Kuopion yliopiston yhteiskuntatieteiden tiedekunnassa. Tekijä määrittelee työnsä yhteiskuntatieteiden piiriin kuuluvaksi vanhustutkimukseksi. S. Rissanen määrittelee näkökulmukseen yksilölähtöisyyden ja sukupuolen näkökulman (vanhusten ja omaisten näkemykset huolenpidon järjestämisestä). Systeemitheoria olisi voinut olla työn teoreettisena lähtökohtana. Tekijä arvioi tutkimuksen vastausprosentit hyväksi tai ainakin kohtalaisiksi. Yksityisen avun ostohalukkuuteen liittyvän kyselyaineiston pieni koko esti tekijän mukaan monimutkaisemmat analyysit ja heikensi tulosten yleistettävyyttä. S. Rissanen pohtii vastaamisen ja vastaamisajankohdan aikaisen elämäntilanteen yhteyttä. Vanhimmat olivat vastanneet kyselyyn aktiivisimmin. 62 % vastaajista piti kysymyksiä helposti ymmärrettävinä ja 14 % erittäin helposti ymmärrettävinä. Vajaa puolet (42 % vastaajista oli täyttänyt kyselylomakkeen täydellisesti ja yli neljäsosa (27 %) niin, että vain yhdestä kysymyksestä puuttui vastaus. Alle viidellä prosentilla vastaajista yli puolet kyselylomakkeesta oli täyttämättä.

#### **4.2.2 Mittareiden laadinta tietojen keräämiseksi kuntapäätäjiltä**

Kyselylomake rakennettiin 55–70 -vuotiaille suunnatun kyselyn pohjalta niin, että lomakkeeseen tulivat samat palvelujen tuottamista ja rahoittamista koskevat strukturoidut kysymykset kuin ikääntyville suunnatussa kyselyssä oli jo käytetty. Strukturoitujen kysymysten lisäksi lomakkeeseen liitettiin avokysymys. Kyselytutkimuksen tarkoituksena oli toimia myöhemmin tehtäväksi suunnitellun haastattelun pohjana. (Liite 2) Haastattelumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Haastattelun teemat nousivat tutkimuksen tavoitteista ja haastateltaville aikaisemmin tehdystä kyselytutkimuksesta. Tutkimuksen keskeiset teemat olivat kotihoitopalvelujen tuottaminen kotona asuville ikääntyville ja palvelujen rahoittaminen. (Liite 3)

#### **4.2.3 Mittarin laadinta tietojen keräämiseksi hoivayrittäjiltä**

Tutkimusprosessin aikana päädyttiin siihen, ettei hoivayrittäjille lähetetä kuntapäätäjille aiemmin lähetettyä kyselylomaketta, jossa olivat samat palvelujen tuottamista ja rahoittamista koskevat strukturoidut kysymykset kuin ikääntyville suunnatussa kyselyssä oli jo käytetty. Tähän ratkaisuun päädyttiin, koska alueella toimi tietojenkeruuhetkenä vain muutamia kotihoitopalveluja tuottavia yrityksiä. Näin yrittäjien tapaaminen ja haastatteleminen oli kohtuullisen helposti järjestettävissä, ja haastattelulla arvioitiin saatavan tutkimukseen tiedot keskeisiltä teema-alueilta. Haastattelun teemat nousivat tutkimuksen ta-



voitteista, ikääntyville suunnatusta kyselystä, kuntapäätäjäkyselystä ja -haastattelusta. Tutkimuksen keskeiset teemat olivat kotona asuvien ikääntyvien kotihoitopalvelujen tuottaminen ja rahoittaminen. (Liite 4)

### 4.3 Kohdejoukon valinta ja aineiston keruu

#### 4.3.1 Aineiston keruu kotona asuivilta ikääntyviltä

Tutkimuksessa haluttiin kuulla mahdollisimman monen himankalaisen, kannuslaisen, kälviäläisen ja lohtajalaisen ikääntyvän näkemyksiä. Kohderyhmään kuuluvia oli yhteensä noin 2 800. Näin suurelta kohderyhmältä tietojen kerääminen onnistui tietojen keräämisen, tallentamisen ja analysoinnin kannalta arvioituna parhaiten pääosin strukturoidulla kyselylomakkeella. Kyselyyn perustuvalla kokonaistutkimuksella haluttiin tarjota kaikille seudun ikääntyville mahdollisuus saada äänensä kuuluville eli ratkaisua voidaan perustella yhdenvertaisuuden argumentein. Toinen vaihtoehto olisi ollut haastatteluaineiston kerääminen kohtuullisen suppeaa otantaa käyttäen.

Kuntien 55–70 -vuotiaalta väestöltä (syntyneet vuosina 1934–1949) koottiin pääosin strukturoidulla kyselylomakkeella (liite 1) tietoja helmi- ja maaliskuussa 2004. Kyselylomakkeet lähetettiin väestötietojärjestelmästä saatujen tietojen perusteella kaikille projektikunnissa asuville 55–70 -vuotiaille, yhteensä 2 801. Posti palautti 30 kuorta hyvin pian, koska vastaanottajaa ei tavoitettu. Posti oli laittanut kuoriin leiman *"osoite tuntematon"*. Seitsemän kyselylomakkeen saanutta palautti kyselylomakkeen varustettuna tekstillä *"ei koske minua"*. Vastauksia, joiden tietoja pystyttiin käyttämään tutkimuksessa, saatiin yhteensä 1 128. Vastausprosentti oli 40,3 %. Uusintakyselyä ei voitu tehdä osoitetietolähteeseen liittyvien ehtojen takia. Uusintakysely ei osoittautunut myöskään tarpeelliseksi aineiston alustavan tarkastelun perusteella.

#### 4.3.2 Aineiston keruu kuntapäätäjiltä

Kyselylomake (liite 2) lähetettiin kaikille (yhteensä 66) himankalaisille, kannuslaisille, kälviäläisille ja lohtajalaisille kunnanhallituksen ja perusturvalautakunnan jäsenille, koska tutkimuksessa haluttiin kuulla mahdollisimman monen himankalaisen, kannuslaisen, kälviäläisen ja lohtajalaisen kuntapäätäjän näkemyksiä ikääntyvien kotihoitopalvelujen tuottamisesta ja rahoittamisesta. Kolmekymmentäyksi kuntapäätäjää palautti kyselylomakkeen täytettynä.

Kuntapäätäjien kyselylomake oli huomattavasti suppeampi kuin ikääntyvien kyselylomake. Kuntapäätäjille suunnatun haastattelun (liite 3) avulla tutkimuksessa haluttiin syventää kyselylomakkeen avulla koottua tietoa. Haastatteluaineisto kerättiin haastattelemalla kaikki kuntapäätäjäkyselyyn nimellään ja yhteystiedoillaan vastanneet henkilöt. Teemat suunniteltiin etukäteen, mutta kysymyksiä ei muotoiltu tiukasti eikä niitä tarvinnut esittää samassa jär-

jestyksessä. Haasteltava sai puhua vapaasti ja haastattelija piti huolen siitä, että haastattelun teemat käytiin läpi. Haastateltavalla oli mahdollisuus kysyä tarkentavia kysymyksiä, jos kysymyksen ymmärtäminen tuntui vaikealta.

Haastatteluista sovittiin kuntapäättäjien kanssa etukäteen puhelimitse. Sopimisen yhteydessä kerrottiin haastattelun aihe. Haastattelutilanteet pyrittiin luomaan rauhallisiksi ja miellyttäviksi muun muassa varaamalla haastatteluun riittävästi aikaa ja rauhallinen tila. Haastattelut tehtiin arkisin kello 9 - 16 huhtikuusta heinäkuun vuonna 2004. Haastattelut kestivät keskimäärin tunnin. Suurin osa haastatteluista tehtiin kunnantaloilla. Yksi haastattelu tehtiin Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden yksikön tiloissa, yksi haastateltavan kotona ja kolme haastattelua tehtiin haastateltavien työpaikoilla. Haastattelurunko annettiin haastateltavalle haastattelun alussa. Kaikki haastattelut äänitettiin. Joitakin haastateltavia nauhoitus saattoi aluksi jännittää. Haastateltavat pitivät tutkimusaihetta erittäin tärkeänä ja olivat motivoituneita osallistumaan haastatteluun.

### 4.3.3 Aineiston keruu hoivayrittäjiltä

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat ikääntyville kotihoitopalveluja tuottavat himankalaiset, kannuslaiset, kälviäläiset ja lohtajalaiset hoivayritykset. Osuus-kuntamuotoiset yritykset rajattiin tutkimuksen ulkopuolelle, koska toiminnan tavoite on osuuskunnassa usein toisenlainen kuin yrityksissä esimerkiksi koko-aikaisen työllistymisen osalta. Tutkimuksessa haastateltiin (liite 4) kaikkia neljää edellä mainitut kriteerit täyttävää hoivayritystä, joiden kotipaikka on Kokkolan lähikunnissa (Himanka, Kannus, Kälviä ja Lohtaja). Yrityksistä 2 tuotti pääosin kotihoitopalveluja ja 2 tuotti asumispalvelujen rinnalla jonkin verran kotihoitopalveluja tai oli käynnistämässä kotihoitopalvelutuotantoa.

Hoivayrittäjien haastattelun (liite 4) avulla tutkimuksessa haluttiin tietoa hoivayrittäjien näkemyksistä kotihoitopalvelujen tuottamisesta ja rahoittamisesta. Haastattelun teemat suunniteltiin etukäteen, mutta kysymyksiä ei muotoiltu tiukasti eikä niitä tarvinnut esittää samassa järjestyksessä. Haasteltava sai puhua vapaasti ja haastattelija piti huolen siitä, että haastattelun teemat käytiin läpi. Haastateltavalla oli mahdollisuus kysyä tarkentavia kysymyksiä, jos kysymyksen ymmärtäminen tuntui vaikealta.

Haastatteluista sovittiin hoivayrittäjien kanssa etukäteen puhelimitse. Sopimisen yhteydessä kerrottiin haastattelun aihe. Haastattelutilanteet pyrittiin luomaan rauhallisiksi ja miellyttäviksi muun muassa varaamalla haastatteluun riittävästi aikaa ja rauhallinen tila. Haastattelut tehtiin arkisin kello 9 - 16 lokakuussa vuonna 2004. Haastattelut kestivät keskimäärin tunnin. Haastatteluista kolme tehtiin Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden yksikön tiloissa ja yksi kunnantalolla. Haastattelurunko annettiin haastateltavalle haastattelun alussa. Kaikki haastattelut äänitettiin. Joitakin haastateltavia nauhoitus saattoi aluksi jännittää. Haastateltavat pitivät tutkimusaihetta erittäin tärkeänä ja olivat motivoituneita osallistumaan haastatteluun.

## 4.4 Tutkimusaineiston kuvailu

### 4.4.1 Kotona asuvia ikääntyviä koskeva tutkimusaineisto

Kyselytutkimukseen vastasi yhteensä 1 128 henkilöä, joista naisia oli 589 ja miehiä 521. Tutkimukseen osallistuneiden naisten osuus kohderyhmästä vaihteli kuntakohtaisesti 35,7–47,8 %. Tutkimukseen osallistuneiden miesten osuus vaihteli vastaavasti kuntakohtaisesti 34,0–40,2 %. Jokaisessa tutkimukseen osallistuneessa kunnassa useammat naiset (N=589) vastasivat tähän tutkimukseen kuin miehet (N=521). (Taulukko 3) 18 vastaajaa ei ilmoittanut kotikuntaansa, vaikka muutoin olivatkin vastanneet lähes kaikkiin esitettyihin kysymyksiin.

TAULUKKO 3 Ikääntyvien sukupuoli kunnittain

| Sukupuoli                                   | Himanka       | Kannus        | Kälviä        | Lohtaja       | Yhteensä        |
|---|---------------|---------------|---------------|---------------|-----------------|
| Kohderyhmään kuuluvia miehiä                | 316           | 428           | 414           | 257           | 1 415           |
| Tutkimukseen osallistuneita miehiä          | 120<br>38,0 % | 172<br>40,2 % | 141<br>34,0 % | 88<br>34,2 %  | 589<br>36,8 %   |
| Kohderyhmään kuuluvia naisia                | 299           | 427           | 409           | 251           | 1 386           |
| Tutkimukseen osallistuneita naisia          | 143<br>47,8 % | 192<br>45,0 % | 146<br>35,7 % | 108<br>43,0 % | 589<br>42,5 %   |
| Kohderyhmään kuuluvia yhteensä              | 615           | 855           | 823           | 508           | 2 801           |
| <b>Tutkimukseen osallistuneita yhteensä</b> | 263<br>42,8 % | 364<br>42,6 % | 287<br>34,9 % | 196<br>38,6 % | 1 110<br>39,6 % |

Tutkimuksen empiirisen aineiston keruun suunnitteluvaiheessa nousi ajoittain esille huoli siitä, vastaavatko nuorimpaan ikäryhmään kuuluvat (vuosina 1947–1949 syntyneet) ikääntyvien kotihoivapalveluja koskevaan tutkimukseen. Huoli osoittautui kuitenkin turhaksi: määrällisesti eniten vastauksia (taulukko 4) saatiin vanhimmalta ikäryhmältä (211 vastausta) ja toiseksi eniten nuorimmalta ikäryhmältä (185 vastausta). Tutkimukseen vastanneiden ikäryhmittäiset osuudet heijastavat pitkälti kunnan ikäjakaamaa.

Tutkimukseen osallistuneita pyydettiin arvioimaan omaa tilannettaan fyysisen terveydentilan, henkisen vireyden, taloudellisen tilanteen ja lähimpien ihmissuhteiden osalta (numero 1 kuvaa huonointa mahdollista ja numero 10 parasta mahdollista tilannetta). Vastaajat käyttivät vastauksissaan koko arviointiasteikkoa, mutta suuri osa vastauksista kasautui numeroiden 7–10 kohdal-

le (liite 5). Vastausten keskiarvojen perusteella arvioituna lähimmät ihmissuhteet ja henkinen vireys olivat vastaajien fyysistä terveydentilaa ja taloudellista tilannetta paremmat (liite 6). Vastausten kasautumisesta huolimatta vastaajien tilannekuvauksissa oli suuria yksilöllisiä eroja.

TAULUKKO 4 Ikääntyvien ikäjakauma kunnittain

| Syntymävuosi    | Himanka      | Kannus       | Kälviä       | Lohtaja      | Yhteensä      |
|-----------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
| 1934-1937       | 54<br>27,7 % | 64<br>23,0 % | 44<br>21,8 % | 49<br>33,1 % | 211<br>25,6 % |
| 1938-1940       | 37<br>19,0 % | 50<br>18,0 % | 29<br>14,4 % | 21<br>14,2 % | 137<br>16,6 % |
| 1941-1943       | 34<br>17,4 % | 52<br>18,7 % | 31<br>15,3 % | 21<br>14,2 % | 138<br>16,8 % |
| 1944-1946       | 32<br>16,4 % | 47<br>16,9 % | 48<br>23,8 % | 25<br>16,9 % | 152<br>18,5 % |
| 1947-1949       | 38<br>19,5 % | 65<br>23,4 % | 50<br>24,8 % | 32<br>21,6 % | 185<br>22,5 % |
| <b>Yhteensä</b> | 195<br>100 % | 278<br>100 % | 202<br>100 % | 148<br>100 % | 823<br>100 %  |

Tarkemman kuvan piirtämiseksi tutkimukseen osallistuneista tutkimuksessa edettiin siten, että vastaajien arvio fyysisestä terveydentilasta ja vastaajien syntymävuosi ristiintaulukoitiin.

TAULUKKO 5 Fyysinen terveydentila ikääntyvien itsensä arvioimana ikäryhmittäin

| Fyysinen terveydentila | Syntymävuosi   |                |                |                |                | Yhteensä       |
|------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
|                        | 1934-37        | 1938-40        | 1941-43        | 1944-46        | 1947-49        |                |
| Huono                  | 8<br>3,8 %     | 1<br>0,7 %     | 1<br>0,7 %     | 4<br>2,7 %     | 3<br>1,6 %     | 17<br>2,1 %    |
| Kohtalaisen huono      | 14<br>6,7 %    | 6<br>4,4 %     | 12<br>8,8 %    | 15<br>10,0 %   | 10<br>5,4 %    | 57<br>7,0 %    |
| Keskinertainen         | 39<br>18,8 %   | 17<br>12,4 %   | 16<br>11,7 %   | 23<br>15,3 %   | 21<br>11,4 %   | 116<br>14,2 %  |
| Kohtalaisen hyvä       | 85<br>29,8 %   | 56<br>41,6 %   | 67<br>29,9 %   | 43<br>43,3 %   | 82<br>37,0 %   | 333<br>40,8 %  |
| Hyvä                   | 62<br>29,8 %   | 57<br>41,6 %   | 41<br>29,9 %   | 65<br>43,3 %   | 68<br>37,0 %   | 293<br>35,9 %  |
| <b>Yhteensä</b>        | 208<br>100,0 % | 137<br>100,0 % | 137<br>100,0 % | 150<br>100,0 % | 184<br>100,0 % | 816<br>100,0 % |

Tulosten tarkastelun helpottamiseksi fyysisen terveydentilan osalta luokat 1 ja 2 (heikko fyysinen terveys), 3 ja 4 (melko heikko fyysinen terveys), 5 ja 6 (kohtalainen fyysinen terveys), 7 ja 8 (melko hyvä fyysinen terveys) sekä 9 ja 10 (hyvä fyysinen terveys) yhdistettiin. Yhdistämistä tehtiin myös syntymävuosien osalta niin, että pääsääntöisesti aina kolme ikäluokkaa yhdistettiin. Poikkeuksena vuosina 1934–37 syntyneet muodostavat kuitenkin yhden luokan.

Vanhimmassa (vuosina 1934–37 syntyneet) ja toiseksi nuorimmassa ikäryhmässä (vuosina 1944–46 syntyneet) on suhteessa eniten niitä, jotka arvioivat oman fyysisen terveydentilansa huonoksi. Hyväksi terveydentilansa arvioineita on eniten seuraavissa ikäryhmissä: vuosina 1944–46 syntyneet ja vuosina 1938–40 syntyneet. (Taulukko 5)

TAULUKKO 6 Fyysinen terveydentila ikääntyvien itsensä arvioimana asumismuodoittain

| Fyysinen terveydentila | Asuu yksin     | Asuu puolison kanssa | Asuu puolison ja lapsen tai lasten kanssa | Asuu muuten   | Yhteensä        |
|------------------------|----------------|----------------------|---|---------------|-----------------|
| Huono                  | 7<br>4,4 %     | 12<br>1,6 %          | 3<br>1,7 %                                | 1<br>2,3 %    | 23<br>2,1 %     |
| Kohtalaisen huono      | 13<br>8,2 %    | 49<br>6,7 %          | 11<br>6,3 %                               | 4<br>9,3 %    | 77<br>7,0 %     |
| Keskin-kertainen       | 27<br>17,1 %   | 92<br>12,6 %         | 30<br>17,1 %                              | 4<br>9,3 %    | 153<br>13,9 %   |
| Kohtalaisen hyvä       | 58<br>36,7 %   | 308<br>42,3 %        | 63<br>36,0 %                              | 19<br>44,2 %  | 448<br>40,6 %   |
| Hyvä                   | 53<br>33,5 %   | 267<br>36,7 %        | 68<br>38,9 %                              | 15<br>34,9 %  | 403<br>36,5 %   |
| <b>Yhteensä</b>        | 158<br>100,0 % | 728<br>100,0 %       | 175<br>100,0 %                            | 43<br>100,0 % | 1104<br>100,0 % |

Analyysia jatkettiin tarkastelemalla vastaajien fyysisistä terveydentilaa ja asumismuotoa. Asumismuodolla tarkoitettiin sitä, asuuko yksin vai jonkun toisen ihmisen kanssa. Huonoksi fyysisen terveydentilansa arvioineista 7 vastaajaa asui yksin ja 12 asui puolisonsa kanssa. Kohtalaisen huonoksi fyysisen terveytensä arvioineista 13 asui yksin ja 49 asui puolisonsa kanssa. Suurin osa vastaajista (728) asui puolisonsa kanssa. Muuten asuvien ryhmään kuuluvat lapsen tai lasten kanssa asuvat, lapsen perheessä asuvat sekä muun sukulaisen tai tuttavien kanssa asuvat. (Taulukko 6)

Kuvausta tutkimukseen osallistuneista jatkettiin ristiintaulukoimalla vastaajien arvio omasta fyysisestä terveydentilastaan vastaajien ilmoittamien nettotulojen kanssa. Taulukosta 7 käy ilmi, että huonoksi fyysisen terveydentilansa arvioineista suurella osalla (20 vastaajaa) kuukausittaiset nettotulot olivat alle 1 000 euroa. Näistä kahdestakymmenestä vastaajasta kuuden kuukausittaiset nettotulot olivat alle 500 euroa. Vastaavasti hyväksi fyysisen terveydentilansa arvioineiden joukossa oli 69 sellaista vastaajaa, joiden kuukausinettotulot olivat yli 1 500 euroa. (Taulukko 7)

TAULUKKO 7 Fyysinen terveydentila ikääntyvien arvioimana tuloryhmittäin

| Fyysinen terveydentila | Vastaajan omat nettotulot kuukaudessa |                |                |               |               | Yht.            |
|------------------------|---------------------------------------|----------------|----------------|---------------|---------------|-----------------|
|                        | alle 500 €                            | 501-1000 €     | 1001-1500 €    | 1501-2000 €   | yli 2000 €    |                 |
| Huono                  | 6<br>5,7 %                            | 14<br>2,6 %    | 2<br>0,7 %     | 0<br>0,0 %    | 1<br>2,0 %    | 23<br>2,1 %     |
| Kohtalaisen huono      | 12<br>11,4 %                          | 47<br>8,6 %    | 12<br>4,3 %    | 3<br>3,3 %    | 0<br>0,0 %    | 74<br>6,9 %     |
| Keskin-kertainen       | 15<br>14,3 %                          | 85<br>15,6 %   | 35<br>12,5 %   | 9<br>9,9 %    | 3<br>6,1 %    | 147<br>13,7 %   |
| Kohtalaisen hyvä       | 36<br>34,3 %                          | 233<br>42,7 %  | 116<br>41,3 %  | 37<br>40,7 %  | 18<br>36,7 %  | 440<br>41,0 %   |
| Hyvä                   | 36<br>34,3 %                          | 167<br>30,6 %  | 116<br>41,3 %  | 42<br>46,2 %  | 27<br>55,1 %  | 388<br>36,2 %   |
| <b>Yhteensä</b>        | 105<br>100,0 %                        | 546<br>100,0 % | 281<br>100,0 % | 91<br>100,0 % | 49<br>100,0 % | 1072<br>100,0 % |

#### 4.4.2 Kuntapäättäjiä koskeva tutkimusaineisto

Kyselylomake lähetettiin 2004 kevättalvella 66 kunnanhallituksen ja perusturvalautakunnan jäsenelle (33 naista ja 33 miestä) ja vastauksia saatiin 33. Yksi vastaaja ei jättänyt henkilötietojaan, koska ei halunnut osallistua haastatteluun. Yksi vastauksista jouduttiin jättämään tutkimuksen ulkopuolelle, koska suurin osa kysymysten alakohdista oli jätetty vastaamatta. Vastausprosentiksi tuli näin 48,5 %.

Haastatteluun kutsuttiin kaikki, jotka vastasivat kyselylomakkeeseen nimellään ja yhteystiedoillaan. Kolmestakymmenestä yhdestä haastateltavasta 4 oli 25–39 -vuotiaita ja 27 oli 40 vuotta täyttäneitä. Haastateltavista naisia oli 16 ja miehiä 15. Vastaajat jakautuivat kunnittain seuraavasti: 6 himankalaista, 9 kannuslaista, 9 kälviäläistä ja 8 lohtajalaista. Haastatelluista kunnanhallituksen jäseniä oli 13, ja perusturvalautakuntaan kuului 18 haastateltavaa. Haastatelluista 16 (51,6 %) oli työssä avoimilla työmarkkinoilla, 9 (29 %) toimi yrittäjinä ja 6 (19,4 %) oli eläkkeellä.

#### 4.4.3 Hoivayrittäjiä koskeva tutkimusaineisto

Tutkimuksessa haastateltiin kokonaisotantana neljää hoivayrittäjää, kun tarkastelun kohteena olivat Himangan, Kannuksen, Kälviän ja Lohtajan alueella toimivat (kotipaikka) kotihoitopalveluja tuottavat hoivayritykset. Yritykset oli perustettu vuosina 1983, 1984, 1991 ja 2002. Yrityksistä kaksi oli yritysmuodoltaan osakeyhtiöitä ja kaksi toimi toiminimellä. Kaksi yrityksestä tuotti pääosin erilaisia asumispalveluja ja kaksi yritystä pääosin kotipalveluja. Jokainen tutkimukseen osallistuneista yrityksistä tuotti asumis- tai kotipalvelujen lisäksi vähintään yhtä muuta palvelua (taulukko 8). Yritykset olivat näin toimien pyrkineet tietoisesti varautumaan mahdollisiin toimintaympäristössä tapahtuviin muutoksiin; ei haluttu olla yhden kortin varassa.

TAULUKKO 8 Hoivayritysten tuottamat palvelut

| Palvelu  | N |
|--|---|
| Kotihoito  |   |
| • Kotisairaanhoido   | 2 |
| • Kotipalvelu  | 3 |
| • Siivous  | 2 |
| Asumispalvelut   |   |
| • Tukiasuntoja   | 1 |
| • Palvelukoti paljon apua tarvitseville (haastattelu-<br>hetkellä 55 - 92 -vuotiaille) | 1 |
| • Dementoituneiden vanhusten hoitokoti   | 1 |
| • Palvelukoti mielenterveysasiakkaille   | 2 |
| Päivä- ja työtoiminta  | 1 |
| Hieronta   | 1 |
| Lastenhoito  | 1 |
| Työnohjauspalvelut   | 1 |

Pienimmät yritykset työllistivät yrittäjän ja suuremmat 12,5 henkilöä ja 35 henkilöä. Suurin yrityksistä työllisti vuoden 2005 alkupuolella 10 henkilöä lisää. Pienimpien yritysten pulmana oli se, että asiakkaita oli tarjolla enemmän kuin pystyi ottamaan ja että tarjolla oli asiakkaita, jotka tarvitsivat päivittäistä apua. Kun pienessä yrityksessä yrittäjä tarvitsi vapaata, oli vaikea vastata päivittäistä apua tarvitsevien tarpeisiin. Kiireintä kotipalveluyrityksissä oli yleensä joulun alla sekä maaliskuu-, huhti- ja toukokuussa. Asiakkaita ei kuitenkaan ollut jatkuvasti niin paljoa, että yrittäjä olisi uskaltanut työntekijän palkkaamiseen. Osa tutkimukseen osallistuneista yrittäjistä toivoi valtiovoimien vastaantuloa niin, että työntekijän palkkaaminen olisi edullisempaa.

## 4.5 Tutkimuksen kokonaisluotettavuus

### 4.5.1 Validiteetti

Validiteetin keskeinen luotettavuussisältö on se, mitataanko sitä, mitä on tarkoitus mitata (Metsämuuronen 2000). Työn teoreettinen näkökulma rakentuu systeemiteorian pohjalta. Varsin yleispätevä teoria se sopii hoivayritysten kotihoitopalvelujen teoreettiseen tarkasteluun. Valinta on tehty ajatellen työn käsitteellistä validiteettiä. Työn alkuvaiheessa varsinkin hoivayrittäjyyttä tarkastelevien journal-tyyppisten lähteiden löytämisessä oli vaikeuksia, vaikka lähteitä etsittiin systemaattisesti. Prosessin edetessä käytettyjen lähteiden laatu on parantunut. Tutkimuksen rajaukset ovat ohjanneet pääosin kotimaisten lähteiden käyttöön.

Palveluntarvitsijoiden ja palvelunkäyttäjien omien tarpeiden ja ajatusten kuuleminen on keskeistä kehitettäessä palveluprosesseja ja -rakenteita. Asiakslähtöisyys on tärkeää etenkin hyvinvointipalvelujen kehittämisessä (Metteri 2003). Tutkimuksen kohderyhmän rajaamisessa käytettiin tietoja aiemmin tehtyjen ikääntyviä koskevien tutkimusten kohderyhmien rajauksista. S. Rissanen (1999) tutki muun muassa vanhusasiakkaiden halukkuutta ostaa apua hoivayrityksiltä ja ostohalukkuuteen vaikuttavia tekijöitä. Tutkimuksessa käytettiin kolmea eri aineistoa, joista yhden kohderyhmänä olivat 40–59 -vuotiaat, toisen kohderyhmänä olivat 40–79 -vuotiaat ja kolmannen kohderyhmänä olivat kotihoidon vanhusasiakkaat. Pohjolaisen (2000) tutkimuksessa etsittiin vastauksia muun muassa siihen, millaisia sosiaali- ja terveyspalveluja tarvitaan 15–20 vuoden kuluttua. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat 55–64 -vuotiaat hämeenkyröläiset. Jyrkämän (1995) yhteiskunnallisten tekijöiden yhteyttä vanhelevien ihmisten elämiseen, toimintaan ja kokemusmaailmaan luotaavassa tutkimuksessa mukana olleista 65–74 -vuotiaista 3 %:lla eli vielä toinen vanhemmista. Samassa tutkimuksessa havaittiin tutkittavien iän rajaaminen 55–74 ikävuoteen ikääntymiseen liittyvien elämäntapahtumien kannalta liian kapeaksi: esimerkiksi ikäryhmässä 55–60 -vuotta isovanhemmiksi jo tulleiden osuudet vaihtelivat tutkimuspaikkakunnittain neljästäkymmenestä kolmesta kuuteenkymmeneenkolmeen prosenttiin.

Tutkimuksen validiteetin kannalta ikääntyville lähetetyn kyselylomakkeen kysymys 19 *”Oletteko tällä hetkellä halukas ostamaan seuraavia yksityisiä sosiaali- ja terveyspalveluja, jos kuntanne tuottamia palveluja ei olisi riittävästi saatavilla”*, on pulmallinen, koska ostohalukkuus on kytketty niukkaan julkiseen palvelutarjontaan. On vaikea tietää, miten kukin vastaaja on ymmärtänyt sen, ettei kunnan tuottamia palveluja olisi riittävästi saatavilla. Kysymys 19 sisältää myös oletuksen vastaajan terveydentilasta. Tutkimuksen pääongelmaan vastaamisessa kysymystä 19 tuloksineen käytetään niukasti. Kyselylomakkeilla kerättyjen tietojen osalta tulosten esittämisessä on painotettu kysymyksiä 10 ja 11, joista ensimmäinen pureutuu palvelujen rahoittamiseen ja jälkimmäinen palvelujen tuottamiseen. Tutkimukseen osallistuneilta ikääntyviltä saadut vastaukset tallennettiin SPSS:lle kesällä 2004. Aineiston suuren määrän takia SPSS:n käytöstä oli paljon apua tutkimusprosessin eri vaiheissa: tietojen tallentamisen jälkeen uusien ajojen tekeminen oli helppoa ja nopeaa. Ikääntyviltä kerätyn aineiston analysoinnissa käytettiin Pearsonin intervalliasteikollista korrelaatiota. Korrelaatiot ilmaisevat tässä tutkimuksessa aineiston poikkileikkausluonteesta johtuen ainoastaan muuttujien välisen yhteyden olemassaoloa. Kausaalista yhteyttä muuttujien välille ei siis voida osoittaa. Korrelaatioita tulkittaessa täytyy pitää mielessä, että muuttujien välinen yhteys voi johtua toisiaan vahvistavan tai heikentävän vuorovaikutuksen olemassaolosta. Avokysymyksiin saadut vastaukset on analysoitu sisällönanalyysin (Metsämuuronen 2002, 2006, Polit & Beck 2004, Hannula 2007) avulla.

Kuntapäättäjien ja hoivayrittäjien haastattelut nauhoitettiin ja aineisto litteroitiin sanasta sanaan mahdollisimman tarkasti juuri sellaisena kuin haastateltava oli vastannut. Haastatteluaineiston analysointi aloitettiin pohtimalla tutkimuksen pääongelman rajaamista, kuuntelemalla jokaisen kuntapäättäjän



ja hoivayrittäjän haastattelu sekä lukemalla ja alleviivaamalla sen jälkeen mo-  
neen kertaan haastattelussa esitetyt kysymykset ja saadut vastukset. Ana-  
lysoinnin punaisena lankana oli etsiä kuntapäätäjien ja hoivayrittäjien esittä-  
miä teemoja ja ajatuskokonaisuuksia ikääntyvien kotihoitopalvelujen tuottami-  
sesta ja rahoittamisesta (vrt. Hannula 2007). Lukemisen jälkeen etsittiin ensin  
teemoja. Teemojen alle koottiin toisiinsa liittyvät näkemykset ja kokemukset  
pyrkien ajatuskokonaisuuksien luokitteluun (Hannula 2007), esimerkiksi näin:  
teeman *"kotihoitopalvelujen rahoittaminen"* alle kirjattiin ajatuskokonaisuus *"pal-  
velun käyttäjä maksaa kykyjensä mukaan"*, jonka alle koottiin ajatuskokonaisu-  
teen liittyvät vastaukset. Luokittelussa käytettiin jäsenyyksen arvioinnin apuna  
kyselylomakkeissa esitettyjä vastausvaihtoehtoja. Kyselylomakkeesta ei löyty-  
nyt kaikkia aineistosta nousevia ajatuskokonaisuuksia, esimerkiksi: *"Ikääntyvil-  
lä on oikeus ostaa palvelua, mistä haluaa"*. Haastatteluun osallistuneiden kunta-  
päätäjien tunnistettavuuden välttämiseksi tulosten raportoinnin osalta on  
päädytty siihen, ettei suorien lainausten perään ole liitetty haastateltavan taust-  
tietoja. Tutkimukseen osallistuneiden hoivayritysten tarkkaa kuvaamista väl-  
tetty ja suoria lainauksia on käytetty niukasti tutkimusjoukon pienuuden ja  
yrittäjien kohtuullisen helpon tunnistettavuuden takia. Olennaista ei ole se,  
mitä kukin yrittäjä on sanonut, vaan olennaista on muodostaa kuva alueella  
toimivien hoivayrittäjien ajatuksista ja kokemuksista ikääntyvien kotihoitopal-  
velujen tuottamiseen ja rahoittamiseen liittyen. (Liite 4)

#### 4.5.2 Reliabiliteetti

Suurena apuna tutkimuksen suunnittelussa ja toteutuksessa ovat olleet tutki-  
muksen teoreettinen viitekehys ja aiemmasta kirjallisuudesta kootut tiedot sekä  
S. Rissasen väitöskirjatyössään käyttämät mittarit käyttökokemuksineen. Tut-  
kimuksesta on pyritty tekemään mahdollisimman edustava (ks. esim. Metsä-  
muuronen 2000) käyttämällä tietojen keräämisessä kvalitatiivisia ja kvantitatiiv-  
visia mittareita, kokonaisotantaa ja tulosten raportoinnissa suorien jakaumien,  
ristiintaulukoiden, keskiarvojen, keskihajonnan ja korrelaatioiden (määrälli-  
syyss) lisäksi suoria lainauksia. Tutkimusaineiston edustavuutta voidaan arvi-  
oida muun muassa tarkastelemalla tutkimusaineistoa kuntakohtaisesti. Näin  
päästään arvioimaan, miten esimerkiksi tutkimukseen vastanneiden kuntakoh-  
tainen sukupuolijakauma vastaa tutkimuksen kohderyhmän kuntakohtaista  
sukupuolijakaumaa ja miten suuria kuntien välisiä eroja on tutkimukseen vas-  
tanneiden naisten ja miesten määrissä. (Taulukko 1)

Kotona asuville ikääntyville suunnatun kyselytutkimuksen vastauspro-  
senti oli 40,3 %. S. Rissasen (1999) kyselyn vastausprosentti yhdellä uusinta-  
kyselyllä oli 65 %. Lemposen (2001) tutkimuksessa kyselylomake (32 pääosin  
strukturoidua kysymystä) lähetettiin 1 200 ikääntyvälle 65–74 -vuotiaalle. Koh-  
deryhmään kuuluneista 660 (55 %) vastasi kyselyyn ilman uusintakyselyä.  
KuntaSuomi 2004 -tutkimusohjelmassa toteutetun kunnallisten palvelujen  
asiakastytyväisyyttä mittaavan kyselytutkimuksen yhtenä tutkimuskohteena  
oli kotihoito. Kyselylomakkeet jaettiin yhteensä 3 537 kotipalvelun, kotisai-

raanhoidon tai tukipalveluiden asiakkaalle, joista 1 366 (39 %) palautti lomakkeen. Kuntapäätäjille suunnatun kyselytutkimuksen vastausprosentti puolestaan oli 48,5 %. Kuntapäätäjille ja hoivayrittäjille suunnattuun haastatteluun osallistuivat kaikki, jotka täyttivät asetetut kriteerit (luku 4.3.2). Vertailu aiempiin tutkimuksiin on vaikeaa, koska riittävän samankaltaisia tutkimuksia ei ole löytynyt. Hoivayrittäjien haastatteluun osallistuivat kaikki asetetut kriteerit (luku 4.3.3) täyttävät hoivayritykset. Yrittäjien näkökulmaa tutkimuksessa edustavat myös ne 9 kuntapäätäjää, jotka toimivat yrittäjinä eri aloilla. Vertailu aiempiin tutkimuksiin on vaikeaa, koska riittävän samankaltaisia tutkimuksia ei ole löytynyt.

Tutkimustyön tekeminen osana laajempaa tutkimushanketta saattoi josain määrin heikentää työn reliabiliteettia: esimerkiksi kyselylomakkeen kysymysten suuri määrä saattoi olla yhteydessä siihen, että osa tutkimuksen kohde-ryhmään kuuluneista ei vastannut kyselytutkimukseen ja että osa vastaajista ei ole vastannut kaikkiin kysymyksiin. S. Rissasen (1999) tutkimuksessa nuorimmat vastaajat (nuorimmat 40-vuotiaita) pitivät kysymyksiä helpompina ymmärtää kuin vanhimmat vastaajat. Vastaajat itse arvioivat kyselytutkimukseen vastaamista: *"Anteeksi kun nämä ruksaukset ovat hyvin harvassa, asiat ovat muka niin äkkiä esiin tulleita joihin en tässä elämän tilanteessa oikein kykene antamaan vastausta."* (Nainen, syntynyt 1947) ja *"Tämä kysely on aivan liian "nippelipitoinen". Luulen että vastaajista riippumatta yhteenveto saadaan näyttämään yksityistämistä tukevalta."* (Mies, syntynyt 1944) Kotihoitopalveluja tuottavia yrityksiä on Keski-Pohjanmaalla maan keskitasoa vähemmän ja yritykset ovat pääosin pieniä, myös yritysten tuottamien palvelujen määrä on alle maan keskitason. Näin tutkimuskuntien väestöllä saattaa olla niukasti tietoa ja kokemuksia hoivayrityksistä ja niiden tuottamista palveluista, mikä saattaa heijastua tutkimukseen osallistuneiden määrään ja siihen, kuinka tutkimukseen osallistuneet ovat pystyneet vastaamaan eri kysymyksiin.

#### 4.5.3 Yleistettävyys

Tutkimuksen teoreettista eli analyyttistä yleistettävyyttä palvelee ja parantaa luvussa 2 kuvattu varsin yleinen teoreettinen, systeemiteorian mukainen, lähestymiskulma tutkittavaan ilmiöön. Suhteutettaessa 75 vuotta täyttäneiden sosiaali- ja terveystalvelujen asiakkaiden määrä vastaavaan väestöön, nähdään erityyppisten kuntien välillä eroja palvelurakenteissa. Suurissa ja kaupunkimaisissa kunnissa on tarjolla keskimääräistä enemmän terveyskeskusten vuodeosastohoitoa. Pienissä ja maaseutumaisissa kunnissa on puolestaan kattavampi kotihoito kuin muun tyyppisissä kunnissa. (Ikääntyneiden sosiaali- ja terveystalvelut 2002) Voidaan kysyä, onko näin myös Himangalla, Kannuksessa, Kälviällä ja Lohtajalla. Vuoden 2005 lopulla koko maan 75 vuotta täyttäneistä 45 037 (11,5 %) oli säännöllisen kotihoidon piirissä. Vastaava luku Keski-Pohjanmaalla oli 656 (11,9 %) (Voutilainen 2007). Näin ollen keskipohjalaiset saavat säännöllistä kotihoitoa keskimäärin yhtä usein kuin koko maan väestö keskimäärin. Tutkimuskunnissa 75 vuotta täyttäneiden säännöllisen kotihoi-

don piirissä olleiden osuus vaihteli vuoden 2001 lopulla seuraavasti: Himanka 15,6 % (40 asiakasta), Kannus 8,4 % (38 asiakasta), Kälviä 24,2 % (73 asiakasta) ja Lohtaja 11,2 % (25 asiakasta). 55-74-vuotiaiden osalta vastaavia tietoja ei ole käytettävissä.

Vaikka edellä kerrotut luvut kertovat pääosin julkisen sektorin tuottamista kotihoitopalveluista, auttavat ne hahmottamaan Keski-Pohjanmaan tilannetta osana koko maan tilannetta. Empiiriset tulokset ovat ensisijaisesti Kokkolan lähikuntia koskevia, mutta saatuja tuloksia voidaan pitää - varovasti yleistäen - suuntaa-antavina koko Suomen ikääntyvään väestöön. Tutkimuksen ensisijaisena tavoitteena on ollut palvelu seudullista kehittämistä. Valtakunnallinen yleistettävyyttä ei ole ollut tutkimuksen tavoitteena.

## 5 TUTKIMUSTULOKSET

### 5.1 Kotona asuvien ikääntyvien ostamat kotihoitopalvelut kysynnän määrän mukaan tarkasteltuna

Tutkimukseen osallistuneista ikääntyvistä 94 kertoi aiemmin käyttäneensä tai käyttävänsä tällä hetkellä hoivayritysten tuottamia palveluja. Tutkimukseen osallistuneilta kysyttiin halukkuutta yksityisten kotihoivapalvelujen ostamiseen, jos kunnan tuottamia palveluja ei olisi riittävästi saatavilla. Palvelumuo-  
dosta riippuen 911–979 vastaajaa 988–1028 vastaajasta ilmoitti, ettei ole halukas ostamaan hoivayritysten tuottamia palveluja. Seuraavaksi tarkastellaan, kuinka monet tutkimukseen osallistuneet olivat halukkaita ostamaan hoivayritysten tuottamia palveluja ja kuinka usein vastaajat olivat valmiita käyttämään eri palvelumuotoja.

Ateriapalvelujen ostamiseen (valmisateria kotiin tuotuna) oli halukkuutta 61 vastaajalla. Heistä 42 vastaajaa oli halukkaita ostamaan ateriapalveluja kerran päivässä tai muutaman kerran viikossa. Kuusikymmentäyksi vastaajaa oli halukkaita ostamaan ateriapalveluja, joista 21 kerran päivässä ja 8 useammin. Ruuan valmistukseen ja ruokailussa avustamiseen liittyviä palveluja oli valmiita ostamaan 41 tutkimukseen osallistuneista, joista 15 oli halukkaita ostamaan palveluja muutaman kerran viikossa, 9 kerran päivässä ja 3 useammin. Halukkuutta kodin ulkopuolisen ruokapalvelun käyttöön oli 70 vastaajalla. Heistä 28 halusi ostaa kodin ulkopuolista ruokapalvelua kerran kuussa tai harvemmin, 18 muutaman kerran viikossa, 9 kerran päivässä ja 3 useammin. (Taulukko 9)

Henkilökohtaiseen hygieniaan ja peseytymiseen liittyvien palvelujen ostamiseen oli halukkuutta 39:llä tutkimukseen osallistuneella. Heistä 13 oli valmiita ostamaan palvelua kerran viikossa, 6 kerran päivässä ja 3 useammin. Neljäkymmentäseitsemän vastaajaa oli valmiita ostamaan asioimispalvelua kodin ulkopuolella (esim. pankissa käynti). Monet vastaajista (23) halusivat asioimispalvelua kerran viikossa. Viisitoista vastaajaa halusi ostaa asioimispalvelua kerran kuussa tai sitä harvemmin. Neljäkymmentä vastaajaa oli halukkaita os-

tamaan ulkoilussa avustamiseen liittyviä palveluja. Viisitoista vastaajaa halusi ostaa ulkoilemiseen liittyvää palvelua muutaman kerran viikossa. Kymmenen vastaajaa puolestaan halusi ostaa ulkoilemiseen liittyvää palvelua kerran päivässä (7 vastaajaa) tai useammin (3 vastaajaa). Viisikymmentäyksi tutkimukseen osallistuneista oli halukkaita ostamaan yritykseltä seuranpitoa (esim. keskustelu). Kuljetuspalveluja (esim. lääkäriin kuljettaminen) oli halukkuutta ostaa 77:llä tutkimukseen osallistuneella. Heistä suuri osa (55) halusi ostaa kuljetuspalveluja kerran kuussa tai harvemmin. (Taulukko 9)

Siivouspalvelujen ostoon oli halukkuutta 111 vastaajalla, joista 66 halusi ostaa siivouspalveluja kerran kuussa tai harvemmin, 35 kerran viikossa, 2 kerran päivässä ja 4 useita kertoja päivässä. Vaatehuoltoon liittyviä palveluja halusi ostaa 48 tutkimukseen osallistunutta. Heistä suuri osa (29) halusi ostaa vaatehuoltopalveluja kerran kuukaudessa tai harvemmin. Lääkityksestä huolehtimiseen liittyviä palveluja yritykseltä halusi ostaa 42 vastaajaa, joista suuri osa (16) halusi palvelua kerran viikossa tai kerran kuukaudessa tai sitä harvemmin (15). Neljäkymmentäkaksi vastaajaa halusi ostaa lääkityksestä huolehtimiseen liittyviä palveluja, joista suurin osa (31) halusi palvelua joko kerran viikossa tai kerran kuukaudessa tai harvemmin. Päivätoimintaa (esim. palvelutalossa tapahtuvaa virkistystoimintaa) oli halukkuutta ostaa 68:lla kyselytutkimukseen vastanneella. Suuri osa vastanneista halusi ostaa päivätoimintapalvelua kerran viikossa (27 vastaajaa) tai kerran kuussa tai sitä harvemmin (31 vastaajaa). (Taulukko 9)

Sairaanhoidollisten palvelujen ostamiseen (esim. haavahoito) tutkimukseen osallistuneista halukkaita oli 84, joista suuri osa (49) halusi ostaa sairaanhoidollisia palveluja kerran kuussa tai harvemmin. Sairaanhoidollisten palvelujen ostoon muutaman kerran viikossa oli halukkuutta 14 vastaajalla, minkä lisäksi 4 vastaajaa halusi ostaa sairaanhoidollisia palveluja kerran päivässä ja 3 useita kertoja päivässä. Kotona annettujen kuntoutuspalvelujen ostamiseen oli halukkuutta 86 vastaajalla. Heistä suuri osa (63) halusi kuntoutuspalveluja kotiin tuotuna kerran kuukaudessa tai sitä harvemmin. Lääkärin kotikäyntejä oli valmis ostamaan 69 tutkimukseen osallistuneista. Suuri osa vastanneista (55 vastaajaa) halusi ostaa lääkärin kotikäyntipalveluja kerran kuussa tai harvemmin. Sataseitsemänkymmentä vastaajaa halusi ostaa jalkahoitoja. Heistä suuri osa halusi ostaa jalkahoitopalveluja kerran kuukaudessa tai sitä harvemmin. Kolmekymmentäneljä tutkimukseen osallistuneista oli halukkaita ostamaan turvapalveluja (esim. turvapuhelin). Vastanneista 16 halusi ostaa turvapalveluja kerran kuussa tai harvemmin. Tutkimukseen osallistuneista 11 halusi ostaa turvapalveluja kerran päivässä (5 vastaajaa) tai useammin (6 vastaajaa). (Taulukko 9)

Kymmenet vastaajat kertoivat avokysymyksiin kirjoittamissaan vastauksissa, etteivät he vielä tarvitse palveluja, koska ovat hyvässä kunnossa: *"Tällä hetkellä pärjään vaimon kanssa hyvin."* (Mies, syntynyt 1949) Oman tilan muuttuessa ja iän karttuessa monet kuitenkin arvelevat tarvitsevansa palveluja: *"Tilahan voi muuttua... Jos saa elää hyvin vanhaksi ja kunto heikkenee, voivat palvelutkin tulla tarpeellisiksi."* (Nainen, syntynyt 1939) Monet vastaajat tuovat esille tiedon, kokemusten ja tuntemisen olevan yhteydessä hoivayritysten tuottamien palve-

lujen käyttöön: ”Haluumisesta ei ole kysymys. Ei ole tietoa, eikä juuri kokemusta yksityissektorilta.” (Nainen, syntynyt 1946) ja ”Ehkä käyttäisin, jos hoitavat henkilöt olisivat tuttuja ihmisiä.” (Nainen, syntynyt 1947)

TAULUKKO 9 Ikääntyvien halukkuus hoivayritysten tuottamien palvelujen ostamiseen

| Palvelumuoto   | Useita kertoja päivässä | Kerran päivässä | Muutaman kerran viikossa | Kerran viikossa | Kerran k:ssa/harvemmin | En ole halukas | Yht. |
|--|-------------------------|-----------------|--------------------------|-----------------|------------------------|----------------|------|
| Ateriapalvelut   | 8                       | 21              | 21                       | 4               | 7                      | 967            | 1028 |
| Ruuan valmistukseen ja ruokailussa avustamiseen liittyvät palvelut | 3                       | 9               | 15                       | 8               | 6                      | 979            | 1014 |
| Kodin ulkopuoliset ruokapalvelut                                   | 3                       | 9               | 18                       | 12              | 28                     | 944            | 1014 |
| Hygieniapalvelut   | 3                       | 6               | 8                        | 13              | 9                      | 977            | 1016 |
| Asioimispalvelut   | 3                       | 2               | 4                        | 23              | 15                     | 964            | 1011 |
| Ulkoilupalvelut  | 3                       | 7               | 15                       | 8               | 7                      | 972            | 1012 |
| Seuranpito-palvelut  | 3                       | 3               | 13                       | 15              | 17                     | 962            | 1013 |
| Kuljetuspalvelut   | 3                       | 1               | 4                        | 14              | 55                     | 935            | 1012 |
| Siivouspalvelut  | 4                       | 2               | 4                        | 35              | 66                     | 911            | 1022 |
| Vaatehuolto-palvelut   | 3                       | 0               | 3                        | 13              | 29                     | 961            | 1009 |
| Lääkityksestä huolehtimiseen liittyvät palvelut                    | 3                       | 5               | 3                        | 16              | 15                     | 969            | 1011 |
| Päivätoimintapalvelut  | 3                       | 1               | 6                        | 27              | 31                     | 931            | 999  |
| Sairaanhoidolliset palvelut  | 3                       | 4               | 14                       | 14              | 49                     | 921            | 1005 |
| Kuntoutuspalvelut kotona   | 3                       | 1               | 4                        | 16              | 63                     | 919            | 1006 |
| Lääkärin kotikäynti-palvelut                                       | 3                       | 0               | 2                        | 9               | 55                     | 930            | 999  |
| Jalkahoitopalvelut   | 3                       | 1               | 1                        | 10              | 155                    | 842            | 1012 |
| Turvapalvelut  | 6                       | 5               | 4                        | 3               | 16                     | 954            | 988  |

Osa vastaajista oli huolissaan tulevaisuudestaan: *"Kun vielä pärjään oma-toimisesti, en ole ajatellut asiaa kovin paljon, mutta kieltämättä joskus tulevaisuus huolestuttaa. Minun on pakko pian tehdä jotain asian hyväksi. Lapseni asuvat "etelässä"."* (Nainen, syntynyt 1944) Monista vastauksista heijastui se, etteivät kaikki ikääntyvät murehdi tulevaa: *"Huomisesta en tiä, enkä viitsi murehtia sitä vielä."* (Mies, syntynyt 1949) ja *"Tulevaisuuttahan ei kukaan tiedä. Kuolema korjaa aikanaan."* (Nainen, syntynyt 1939) Useat vastaajat kertoivat vastauksissaan siitä, kuinka tekevät paljon työtä sen eteen, että oma toimintakyky pysyisi mahdollisimman hyvänä: *"Pidän kuntoni yllä liikkumalla paljon myös kotitöiden parissa."* (Nainen, syntynyt 1938) ja *"Tämän hetken kuntoni on hyvä, talven hiihtomatkaa tulee 500 km."* (Mies, syntynyt 1935)

## 5.2 Kotona asuvien ikääntyvien ostamat kotihoitopalvelut palvelumuodoittain

Tutkimalla eri palvelumuotojen välisiä korrelaatioita (vrt. esim. Munnukka 2004) pyrittiin selvittämään, mitkä palvelukokonaisuudet voisivat olla sellaisia, että ne voisivat toimia ikääntyvän kotona asumisen tukena. Liitteenä 1 on kyselylomake, jossa olevaan kysymykseen numero 19 saatuihin vastauksiin tarkastelu perustuu. Koska tarkastelun kohteena ovat yksityiset sosiaali- ja terveyspalvelut, on luonnollista, että eri palvelumuodot korreloivat positiivisesti toistensa kanssa. Tutkimuksessa päätettiin edetä siten, että etsittiin ensin sellaiset kuhunkin palvelumuotoon yhteydessä olevat palvelumuodot, joiden osalta Pearsonin tulomomenttikorrelaatiokertoimet (Polit & Hungler 1995, Metsämuuronen 2002) olivat vahvasti positiivisia ( $r > .70$ ). Palvelumuotoihin, esimerkiksi hygieniapalveluihin, liittyvät vahvat positiiviset korrelaatiot on esitetty alla olevissa taulukoissa tai liitteissä.

TAULUKKO 10 Henkilökohtaiseen hygieniaan yhteydessä olevat kotihoitopalvelut

| Henkilökohtaiseen hygieniaan ja/tai peseytymiseen liittyvien palveluiden korrelaatio | Pearson Correlation | Sig. (2.tailed) | N    |
|--|---------------------|-----------------|------|
| Ruuan valmistukseen ja ruokailussa avustamiseen liittyviin palveluihin               | 0,775               | 0,000           | 1015 |
| Asioimispalveluihin  | 0,840               | 0,000           | 1011 |
| Ulkoilupalveluihinavustamiseen   | 0,829               | 0,000           | 1011 |
| Seuranpitopalveluihin  | 0,782               | 0,000           | 1012 |
| Kuljetuspalveluihin  | 0,726               | 0,000           | 1010 |
| Vaatehuoltopalveluihin   | 0,822               | 0,000           | 1010 |
| Lääkityksestä huolehtimiseen liittyviin palveluihin                                  | 0,854               | 0,000           | 1008 |
| Turvapalveluihin   | 0,734               | 0,000           | 987  |

Tarkastelemalla yhtä aikaa kaikkia, vaikkapa ruuan valmistukseen vahvasti positiivisesti yhteydessä olevia palvelumuotoja, voi mielessään hahmottaa laajan palvelukokonaisuuden, joka saattaa vastata kokonaisvaltaisesti kotona asuvan ikääntyvän tarpeisiin. Toisaalta kiinnittämällä kunkin taulukon osalta huomiota pelkästään niihin palvelumuotoihin, joiden välinen korrelaatio on vähintään  $r=.80$ , voi mielessään hahmottaa huomattavasti edellistä palvelukokonaisuutta niukemman kokonaisuuden, joka puolestaan saattaa vastata kotona asuvan ikääntyvän melko tarkasti rajattuun tarpeeseen.

Ruuan valmistukseen ja ruokailussa avustaminen -palvelumuotoon on vahva positiivinen yhteys 8 muulla palvelumuodolla. Vahvin positiivinen korrelaatio ( $r=.81$ ) ruuan valmistus ja ruokailussa avustaminen -palvelumuodolla on lääkityksestä huolehtimiseen liittyvän palvelumuodon kanssa. Kodin ulkopuoliset ruokapalvelut korreloivat vahvan positiivisesti ( $r=.77$ ) ainoastaan ruuan valmistukseen ja ruokailussa avustamiseen liittyvien palvelujen kanssa. (Liite 6) Henkilökohtaiseen hygieniaan ja peseytymiseen liittyvät palvelut korreloivat vahvan positiivisesti kahdeksan muun palvelumuodon kanssa. Erittäin vahva korrelaatio ( $r>.80$ ) on lääkityksestä huolehtimiseen liittyviin palveluihin, asioimisapuun, ulkoilussa avustamiseen ja vaatehuoltoon liittyviin palveluihin. (Taulukko 10)

Asioimisapuun liittyvät palvelut korreloivat vahvan positiivisesti yhdeksän muun palvelumuodon kanssa. Vahvimmin ( $r>.80$ ) asioimisapuun liittyvät palvelut korreloivat seuraavien palvelumuotojen kanssa: henkilökohtaiseen hygieniaan ja peseytymiseen liittyvät palvelut, vaatehuoltoon liittyvät palvelut, kuljetuspalvelut sekä lääkityksestä huolehtimiseen liittyvät palvelut. (Taulukko 11)

TAULUKKO 11 Asioimisapuun yhteydessä olevat kotihoitopalvelut

| Asioimisapuun liittyvien palveluiden korrelaatio                       | Pearson Correlation | Sig. (2.tailed) | N    |
|--|---------------------|-----------------|------|
| Ruuan valmistukseen ja ruokailussa avustamiseen liittyviin palveluihin | 0,760               | 0,000           | 1011 |
| Hygieniapalveluihin  | 0,840               | 0,000           | 1011 |
| Ulkoilupalveluihin   | 0,771               | 0,000           | 1006 |
| Seuranpitopalveluihin  | 0,737               | 0,000           | 1007 |
| Kuljetuspalveluihin  | 0,814               | 0,000           | 1004 |
| Siivouspalveluihin   | 0,706               | 0,000           | 1010 |
| Vaatehuoltopalveluihin   | 0,828               | 0,000           | 1005 |
| Lääkityksestä huolehtimiseen liittyviin palveluihin                    | 0,803               | 0,000           | 1003 |
| Turvapalveluihin   | 0,739               | 0,000           | 982  |

Ulkoilussa avustamiseen liittyvät palvelut korreloivat voimakkaan positiivisesti kuuden muun palvelumuodon kanssa. Erittäin voimakas korrelaatio ( $r>.80$ ) ulkoilussa avustamiseen liittyvillä palveluilla on seuraaviin palvelumuotoihin:



seuranpito sekä henkilökohtaiseen hygieniaan ja peseytymiseen liittyvät palvelut. Seitsemän erilaista palvelumuotoa korreloi voimakkaan positiivisesti seuranpitoon. Voimakkaimmin seuranpito korreloi ulkoilussa avustamiseen ( $r=.86$ ). Kuljetuspalvelujen kanssa voimakkaan positiivisesti korreloi kahdeksan erilaista palvelumuotoa. Voimakkaimmin kuljetuspalvelut korreloivat asioiden saamiseen ( $r=.81$ ). (Liite 6) Muutamissa avokysymyksiin kirjoitetuissa vastauksissa otettiin kantaa kuljetuspalvelujen järjestämiseen ja tiedottamiseen: *"Vammaiset ja iäkkäät henkilöt tarvitsevat kuljetus palvelua ja niitä tulee kunnan - kaupungin järjestää tehokkaammin ja ilmoittaa että tällaisia on jo mahdollisuus saada. (Mies, ei ilmoittanut syntymävuottaan)*

Siivouspalvelut olivat vahvimmin yhteydessä vaatehuoltoon liittyviin palveluihin ( $r=.74$ ) ja asioiden saamiseen ( $r=.70$ ). Vaatehuoltopalvelujen kanssa korreloi voimakkaan positiivisesti kaksitoista palvelumuotoa, joista voimakkaimmin vaatehuoltopalvelujen kanssa ovat yhteydessä seuraavat palvelumuodot: lääkityksestä huolehtimiseen liittyvät palvelut ( $r=.85$ ), asioiden saaminen ( $r=.82$ ) sekä henkilökohtaiseen hygieniaan ja peseytymiseen liittyvät palvelut ( $r=.82$ ) (taulukko 12).

TAULUKKO 12 Vaatehuoltoon yhteydessä olevat kotihoitopalvelut

| Vaatehuoltoon liittyvien palveluiden korrelaatio                       | Pearson Correlation | Sig. (2.tailed) | N    |
|--|---------------------|-----------------|------|
| Ruuan valmistukseen ja ruokailussa avustamiseen liittyviin palveluihin | 0,763               | 0,000           | 1009 |
| Hygieniaanpalveluihin  | 0,822               | 0,000           | 1010 |
| Asioimispalveluihin  | 0,828               | 0,000           | 1005 |
| Ulkoilupalveluihin   | 0,776               | 0,000           | 1005 |
| Seuranpitopalveluihin  | 0,783               | 0,000           | 1006 |
| Kuljetuspalveluihin  | 0,794               | 0,000           | 1004 |
| Siivouspalveluihin   | 0,749               | 0,000           | 1009 |
| Lääkityksestä huolehtimiseen liittyviin palveluihin                    | 0,851               | 0,000           | 1003 |
| Päivätoimintapalveluihin   | 0,707               | 0,000           | 993  |
| Kuntoutuspalveluihin   | 0,706               | 0,000           | 999  |
| Lääkärin kotikäyntipalveluihin   | 0,757               | 0,000           | 993  |
| Turvapalveluihin   | 0,765               | 0,000           | 981  |

Lääkityksestä huolehtimiseen liittyvät palvelut ovat voimakkaan positiivisesti yhteydessä 11 muun hoivayritysten tuottaman palvelumuodon kanssa. Voimakkain positiivinen korrelaatio on lääkityksestä huolehtimiseen liittyvien palvelujen sekä seuraavien palvelumuotojen välillä: henkilökohtaiseen hygieniaan ja peseytymiseen liittyvät palvelut ( $r=.85$ ), vaatehuoltoon liittyvät palvelut ( $r=.85$ ), ruuan valmistukseen ja ruokailussa avustamiseen liittyvät palvelut ( $r=.81$ ), turvapalvelut ( $r=.81$ ) sekä asioiden saamiseen ( $r=.80$ ). (Taulukko 13)

Päivätoiminta on vahvan positiivisesti yhteydessä lääkityksestä huolehtimiseen liittyviin palveluihin ( $r=.73$ ) ja vaatehuoltoon liittyviin palveluihin ( $r=.70$ ). Lääkityksestä huolehtimiseen ( $r=.73$ ) ja kotona annettuun kuntoutukseen ( $r=.72$ ) liittyvät palvelut ovat vahvasti yhteydessä sairaanhoidollisiin palveluihin. Kotona annetun kuntoutuksen sekä lääkärin kotikäyntien ( $r=.79$ ), sairaanhoidollisten palvelujen ( $r=.72$ ) ja vaatehuoltoon liittyvien palvelujen ( $r=.70$ ) välillä on voimakas positiivinen yhteys. (Liite 6)

Lääkärin kotikäynteihin liittyvät palvelut ovat voimakkaan positiivisesti yhteydessä seuraaviin palveluihin: kotona annettu kuntoutus ( $r=.79$ ), vaatehuolto ( $r=.75$ ), kuljetus ( $r=.70$ ) ja lääkityksestä huolehtiminen ( $r=.70$ ). Turvapalvelut ovat vahvan positiivisesti yhteydessä kuuteen muuhun hoivayritysten tuottamaan palvelumuotoon. Vahvimmin turvapalvelut ovat yhteydessä lääkityksestä huolehtimiseen liittyviin palveluihin ( $r=.81$ ). (Liite 6)

TAULUKKO 13 Lääkityksestä huolehtimiseen yhteydessä olevat kotihoitopalvelut

| Lääkityksestä huolehtimiseen liittyvien palveluiden korrelaatio        | Pearson Correlation | Sig. (2.tailed) | N    |
|--|---------------------|-----------------|------|
| Ruuan valmistukseen ja ruokailussa avustamiseen liittyviin palveluihin | 0,819               | 0,000           | 1008 |
| Hygieniapalveluihin  | 0,854               | 0,000           | 1008 |
| Asioimispalveluihin  | 0,803               | 0,000           | 1003 |
| Ulkoilupalveluihin   | 0,785               | 0,000           | 1007 |
| Seuranpitopalveluihin  | 0,729               | 0,000           | 1007 |
| Kuljetuspalveluihin  | 0,703               | 0,000           | 1006 |
| Vaatehuoltopalveluihin   | 0,851               | 0,000           | 1003 |
| Päivätoimintapalveluihin   | 0,731               | 0,000           | 995  |
| Sairaanhoidollisiin palveluihin  | 0,730               | 0,000           | 999  |
| Lääkärin kotikäyntipalveluihin   | 0,700               | 0,000           | 993  |
| Turvapalveluihin   | 0,811               | 0,000           | 983  |

Analyysia siitä, millaisia erilaisista palvelumuodoista koostuvia hoivayritysten tuottamia palvelukokonaisuuksia ikääntyvät haluavat ostaa kotona asumisensa tueksi jatkettiin siten, että edellä taulukoissa 10–13 ja liitteessä 6 esitettyjen palvelumuotojen osalta etsittiin kaikki ne palvelut, jotka korreloivat erittäin voimakkaasti keskenään ( $r>.80$ ). Näin löydettiin seuraavien palvelumuotojen muodostama palvelukokonaisuus: henkilökohtaiseen hygieniaan ja peseytymiseen liittyvät palvelut, asioimisapu, vaatehuolto sekä lääkityksestä huolehtimiseen liittyvät palvelut. Kaikkien näiden palvelumuotojen keskinäinen korrelaatio on siis yli  $r>.80$ . (Taulukot 10 - 13) Hoivayritysten tuottamana palvelukokonaisuuden nimi voisi olla kohderyhmänsä perusteella vaikkapa IKÄ-paketti.

Avokysymyksiin kirjoittamissaan vastauksissa tutkimukseen osallistuneet kertoivat tarvitsevansa apua seuraavissa asioissa: puiden pienimisessä (5 vas-

taajaa), lumen luonnissa (4 vastaajaa), kyydissä (2 vastaajaa) ja muistamisessa (2 vastaajaa). Lisäksi yksittäiset vastaajat toivat esille palvelutarpeita seuraavissa asioissa: pullojen, purkkien, pakkauksien avaamisessa, nostelussa, aloitteellisuudessa, kiinteistönhoidossa, pihan hoidossa ja veroilmoituksessa. Avokysymyksiin kirjoittamisissaan vastauksissa muutamat tutkimukseen osallistuneet arvioivat tarvitsevansa toimintakyvyn arviointiin ja ylläpitämiseen liittyviä palveluja: *"Kunto ja terveystarkastuksia kerran vuodessa. Ryhmäliikuntaa etenkin ulkona."* (Nainen, syntynyt 1939)

### 5.3 Vastaajien näkemykset ikääntyvien kotihoitopalvelujen tuottamisesta

#### 5.3.1 Kotona asuvien ikääntyvien näkemykset kotihoitopalvelujen tuottajista

Tutkimukseen osallistuneille esitettiin väittämiä yksityisistä sosiaali- ja terveyspalveluista. Tutkimukseen osallistuneista 624 ikääntyvistä (61,3 %) oli joko täysin tai jossain määrin sitä mieltä, että yksityisiä palveluja tulisi olla nykyistä enemmän tarjolla. Yli 16 % tutkimukseen osallistuneista näki hoivayritysten roolin ensisijaisena ikääntyvien kotihoitopalvelujen tuottajana siivous-, kuljetus- ja vaatehuoltopalveluissa (taulukko 14). Joissakin avokysymyksiin kirjoitetuissa vastauksissa oli otettu kantaa siivous- ja vaatehuollon palveluiden tuottamiseen: *"Siivous- ja vaatehuollon palvelut voisivat olla pääosin yksityisiä."* (Nainen, syntynyt 1945) Alle 6 % tutkimukseen osallistuneista katsoi hoivayritysten rooliksi ensisijaisena ikääntyvien kotihoitopalvelujen tuottajana toimimisen ulkoilu- ja vierailupalveluissa, lääkityksestä huolehtimiseen liittyvissä palveluissa sekä virkistyspalveluissa (taulukko 14).

Vastaajista 513 (50,1 %) oli joko täysin tai jossain määrin samaa mieltä sen suhteen, että on aivan sama, onko palveluntuottaja yritys vai kunta: *"Minulle on sama, mistä lähteestä palvelut tulevat, kunhan ne ovat kohtuuhintaisia ja auttavat sen hetkisen pulma tilanteeseen."* (Nainen, syntynyt 1944) ja *"Ei väliä, jos hinta on sama. Luotan molempien tahojen ammattitaitoon."* (Nainen, syntynyt 1941) Kun tarkastelun kohteena ovat vastaajien näkemykset ensisijaisista ikääntyvien kotihoitopalvelutuottajien tuottajista, oli 20,7–30,8 % vastaajista palvelumuodosta riippuen sitä mieltä, ettei palveluntuottajalla ole väliä.

Tarkasteltaessa vastaajien ajatuksia toissijaisesta ikääntyvien kotihoitopalvelujen tuottajasta oli näkyvissä seuraavat trendit ensisijaiseen palvelun tuottajaan verrattuna: yritysten osuus palvelutuotannosta kasvoi ja palvelun tuottajalla ei ollut väliä (23,3–31,1 % vastaajista palvelumuodosta riippuen). Tarkasteltaessa vastaajien ajatuksia toissijaisesta ikääntyvien kotihoitopalvelujen tuottajasta ensisijaiseen palvelun tuottajaan verrattuna yritysten osuus palvelutuotannosta kasvoi eniten hygieniapalveluissa, ruoan valmistukseen ja ruokailussa avustamiseen liittyvissä palveluissa sekä lääkityksestä huolehtimiseen liittyvissä palveluissa. Yli 22 % tutkimukseen osallistuneista ikääntyvistä

näki hoivayritysten roolin toissijaisena palveluntuottajana siivous-, hygienia-, kuljetus- vaatehuoltopalveluissa sekä ruuan valmistukseen ja ruokailussa avustamiseen liittyvissä palveluissa. Alle 14 % vastaajista näki hoivayritysten roolin toissijaisena palvelun tuottajana vierailu-, ulkoilu- ja virkistyspalveluissa. (Taulukko 14)

747 vastaajaa (71,9 %) oli joko täysin tai jossain määrin sitä mieltä, että kunnan tulisi järjestää kaikki sosiaali- ja terveystyöpalvelut. Vastaajista 467 (49,6 %) oli sitä mieltä, että ikääntyvien kotihoitopalvelujen tuotannossa lääkityksestä huolehtiminen kuuluu ensisijaisesti kunnan palvelutuotantoon. 419 (44,6 %) vastaajaa katsoi ruuan valmistuksen ja ruokailussa avustamisen ensisijaisesti kunnan palvelutuotannon tehtäväksi. 393 (41,6 %) vastaajaa puolestaan katsoi henkilökohtaiseen hygieniaan ja peseytymiseen liittyvien palvelujen kuuluvan ensisijaisesti osaksi kunnan palvelutuotantoa.

TAULUKKO 14 Hoivayritykset ensi- ja toissijaisina palveluntuottajina ikääntyvien arvioimana

| Palvelumuoto   | Hoivayritykset ensisijaisena palveluntuottajana |        | Hoivayritykset toissijaisena palveluntuottajana |        |
|--|---|--------|---|--------|
|  | N   | %      | N   | %      |
| Ruuan valmistukseen ja ruokailussa avustamiseen liittyvät palvelut | 58  | 6,2 %  | 133   | 22,1 % |
| Hygieniapalvelut   | 57  | 6,0 %  | 142   | 23,7 % |
| Asioimispalvelut   | 73  | 7,8 %  | 102   | 17,3 % |
| Kuljetuspalvelut   | 171   | 18,1 % | 140   | 23,4 % |
| Siivouspalvelut  | 190   | 20,2 % | 155   | 26,0 % |
| Vaatehuoltopalvelut  | 159   | 16,9 % | 138   | 23,2 % |
| Lääkityksestä huolehtimiseen liittyvät palvelut                    | 43  | 4,3 %  | 114   | 19,3 % |
| Vierailupalvelut   | 42  | 4,5 %  | 81  | 13,7 % |
| Ulkoilupalvelut  | 48  | 5,1 %  | 74  | 12,5 % |
| Virkistyspalvelut  | 34  | 3,7 %  | 65  | 11,2 % |

Muutamissa avokysymyksiin kirjoitetuissa vastauksissa oli otettu kantaa kunnallisten palvelujen ensisijaisuuteen ja yhteiskunnan velvollisuuteen järjestää palvelut: *"Mielestäni kunnalliset palvelut ovat ensisijaisia, mutta mikäli niitä ei ole saatavissa, käyttäisin yksityisiä."* (Mies, syntynyt 1934) ja *"Kyseiset palvelut kuuluvat yhteiskunnan hoidettaviksi!"* (Mies, ei ilmoittanut syntymävuottaan) Kunnan roolin toissijaisena ikääntyvien kotihoitopalvelujen tuottajana vastaajat näkivät vahvana seuraavien palvelumuotojen osalta: henkilökohtaiseen hygieniaan ja peseytymiseen liittyvät palvelut (N=174 l. 29,1 %), lääkityksestä huolehtiminen (N=174) ja asioimispalvelut (N=165 l. 27,9 %).

Järjestöjen roolin ensisijaisena palvelun tuottajana tutkimukseen osallistuneet puolestaan näkivät vahvimpana vierailupalvelujen (N=204 l. 21,8 %), virkistyspalvelujen (N=127 l. 13,7 %) ja ulkoilupalvelujen tuottamisessa (N=106

l. 11,3 %). Järjestöjen roolin toissijaisena palvelun tuottajana tutkimukseen osallistuneet näkivät vahvimpana vierailupalvelujen (N=161 l. 27,3 %), virkistyspalvelujen (N=141 l. 24,2 %) ja ulkoilupalvelujen tuottamisessa (N=110 l. 18,5 %).

Läheisten roolin ensisijaisena palvelun tuottajana vastaajat näkivät vahvimpana virkistystoiminnassa (N=389 l. 42,1 %), ulkoilussa (N=358 l. 38,0 %) ja vierailukäyntien tuottamisessa (N=358). Läheisten roolin toissijaisena palvelun tuottajana vastaajat näkivät vahvimpana vierailukäyntien (N=107 l. 18,1 %), kuljetuspalvelujen (N=105 l. 17,6 %) sekä asioimispalvelujen (N=100 l. 16,9 %) ja virkistystoiminnan (N=100) osalta.

Osa vastaajista toivoi valinnanvapautta kaikille ja osa oli sitä mieltä, että tarvitaan monia palveluntuottajia: *"Toivon, että kaikilla on palvelujen valinnan osalta valinnanvapaus tilanteen mukaan."* (Mies, syntynyt 1949) ja *"Yksityiset hoitopalvelut tulisi olla vaihtoehto kunnallisille eli tasavertaistaa ne."* (Nainen, syntynyt 1948) ja *"Tulevaisuudessa kunnat tuskin voivat järjestää ko. palveluja yksinään. Tarvitaan yksityisiä palvelun tuottajia sekä vapaaehtoista sektoria ja tekijöitä. Seurakuntien ja kuntien yhteistyötä kannattaa myös lisätä. Erilaiset vaihtoehdot lisäävät moniarvoisuutta."* (Nainen, syntynyt 1948)

### 5.3.2 Kuntapäättäjien näkemykset kotihoitopalvelujen tuottajista

Monien kuntapäättäjien haastatteluissa nousi esille asiakkaan äänen kuunteleminen ja sen tärkeys: *"Pitäis niinku sitä asiakkaan ääntä kuunnella siinä ja järjestää sen mukaan."* ja *"Palvelun saaja saa sen palvelun, mitä se tarvii... siihen aikaan vuorokaudesta millon se on ja semmosena, mitä tarvii. Pystyy ehkä valitsemaan kuka se tarjoaa."* Yhdeksäntoista kuntapäättäjää toi haastattelussa esille sen, että ikään-tyvän kotona asuminen ja selviytyminen omassa kodissaan on monille ikään-tyville tärkeää: *"Suurin osa nyt varmasti haluaa olla kotona niin kauan ku pystyy."* ja *"Minä oon huomannu tän asian mikä täällä on ni kyllä ne vanhukset mielellänsä olis vähän liianki kauan ehkä kotona."*

Hoivayritysten rooliin ja tehtäviin vastaajilla oli toisistaan poikkeavia näkemyksiä: *"Periaatteessa voidaan ulkoistaa, vaikka kaikki, periaatteessa voivat olla yksityisiä, jos säännöt on selvät ja toiminta on kaikin puolin hyvää."* ja *"Mun mielestä ei oo mitään perusteita ulkoistaa minkäänlaisia vanhusten palveluja. Pysyy päättäjien hallinnassa se hoidon taso. Ehkä pieniä tukipalveluja vois ulkoistaa, mutta peruspalvelut pitää kunnan säilyttää itsellään."* Osa vastaajista esitti hoivayrityksille useita tehtäviä palvelujen tuottamisessa: *"Hyvinhän tää avopalvelu pelais kyllä mun mielestä yksityisellä ihan."* ja *"Esimerkiksi asumispalvelua, ruokapalvelu apua, kotona selviytymisen tukemista, kuljetuspalvelua vois ulkoistaa ja ostaa."* sekä *"Virkistystoiminta enemmän yksityiselle."*

Yli 21 % tutkimukseen osallistuneista kuntapäättäjistä näki hoivayritysten roolin ensisijaisena ikään-tyvien kotihoitopalvelujen tuottajana siivous-, vaatehuolto- ja kuljetuspalveluissa. Yksikään vastaajista ei nähnyt hoivayrityksiä ensisijaisina hygieniapalvelujen tuottajina eikä lääkityksestä huolehtimiseen liittyvien palvelujen tuottajana. Tarkasteltaessa vastaajien ajatuksia toissijaisesta ikään-tyvien kotihoitopalvelujen tuottajasta ensisijaiseen palvelun tuottajaan

verrattuna yritysten osuus palvelutuotannosta kasvoi eniten hygieniapalveluissa, lääkityksestä huolehtimiseen liittyvissä palveluissa sekä ruoan valmistukseen ja ruokailussa avustamiseen liittyvissä palveluissa. Vastaajat näkivät hoivayritykset yhtä usein ensisijaisena ja toissijaisena siivouspalvelujen tuottajana. Yli 28 % vastaajista näki hoivayritysten roolin toissijaisena kotihoitopalvelujen tuottajana ruoan valmistukseen ja ruokailussa avustamiseen liittyvissä palveluissa, hygieni-, siivous-, vaatehuolto- ja kuljetuspalveluissa. (Taulukko 15)

Kunnan roolia pohdittiin eri näkökulmista: *"Mä en ymmärrä muuta ko kunta. Se on se pääorganisaattori, joka sen järjestää. Ois sitte yksityinen sektori siinä rinnalla."* ja *"Kunnallehan se ensisijaisesti nykyjärjestelmän mukaan kuuluu, siinä ei varmaan niinkun muutosta tuu. Se ei välttämättä tartte olla kunnan, että kunta vois ostopalvelunakin. Perusturvan tuota katsoa, että ne palvelut on sen laatusia, että ne voidaan hyöäksyä. Kontrolli pitää tietysti olla kunnassa... Ei oo tärkein kuka ne tekee, ko ne vain tehdään ja tasokkaasti, myöskin edullisesti."* ja *"Kaupunki olis niinku se, joka järjestäs sen. Kilpailuttas yrittäjät ja tarjoais palveluja rinnan yksityisten kanssa. Kaupungin rooli ois minusta vahvin. Kaupungilla pitäis olla asiat hanskassa. Vuodeosastotyyppinen hoivapalvelu on julkisensektorin ylläpidettävää."* sekä *"Kunnan tehtävä on valvoa, että saadaan sitä mistä maksetaan."*

TAULUKKO 15 Hoivayritykset ensi- ja toissijaisina palveluntuottajina kuntapäätäjien arvioimana

| Palvelumuoto   | Hoivayritys ensisijaisena palveluntuottajana |        | Hoivayritys toissijaisena palveluntuottajana |        |
|--|--|--------|--|--------|
|  | N  | %      | N  | %      |
| Ruoan valmistukseen ja ruokailussa avustamiseen liittyvät palvelut | 3  | 9,4 %  | 11   | 34,4 % |
| Hygieniapalvelut   | 0  | 0 %    | 11   | 34,4 % |
| Asioimispalvelut   | 2  | 6,3 %  | 8  | 25,0 % |
| Kuljetuspalvelut   | 7  | 21,9 % | 9  | 28,1 % |
| Siivouspalvelut  | 11   | 34,4 % | 11   | 34,4 % |
| Vaatehuoltopalvelut  | 8  | 25,0 % | 11   | 34,4 % |
| Lääkityksestä huolehtimiseen liittyvät palvelut                    | 0  | 0 %    | 8  | 25,0 % |
| Vierailupalvelut   | 2  | 6,3 %  | 3  | 9,4 %  |
| Ulkoilupalvelut  | 2  | 6,3 %  | 4  | 12,5 % |
| Virkistyspalvelut  | 2  | 6,3 %  | 3  | 9,4 %  |

Vastaajista 15 (46,9 %) oli sitä mieltä, että ikääntyvien kotihoitopalvelujen tuotannossa lääkityksestä huolehtiminen kuuluu ensisijaisesti kunnan palvelutuotannon tehtäviin. 13 (40,6 %) vastaajaa näki hygieniapalvelujen tuottamisen ensisijaisesti kunnan palvelutuotannon tehtäväksi. Yksitoista vastaajaa puolestaan katsoi ruoan valmistukseen ja ruokailussa avustamiseen liittyvien palvelujen kuuluvan ensisijaisesti kunnan palvelutuotannolle. Kunnan roolin toissijaisena ikääntyvien kotihoitopalvelujen tuottajana vastaajat näkivät vahvana seu-

raavien palvelumuotojen osalta: lääkityspalvelujen tuottaja (N=6 l. 18,8 %), ruoanvalmistukseen ja ruokailussa avustamiseen liittyvien palvelujen tuottaja (N=5 l. 15,6 %) ja siivouspalvelujen tuottaja (N=4 l. 12,5 %).

Vastauksissa otettiin kantaa läheisten rooliin: *"Pitäis nämä ihmiset ite mahdollisuuksiensa mukaan. Ite hoitais siellä sitte nämä omaiset ja nämä. Kun kunto huononee ni siinä vaiheessa niinku yhteiskunnan ja kunnan harteilla."* ja *"Kyllähän läheisilläkin se oma vastuu on."* Läheisten roolin ensisijaisena palvelun tuottajana vastaajat näkivät vahvimpana ulkoilupalveluissa (N=17 l. 53,1 %), virkistyspalveluissa (N=17) ja vierailupalveluissa (N=16 l. 50,0 %). Läheisten roolin toissijaisena palvelun tuottajana vastaajat näkivät vahvimpana kuljetuspalvelujen (N=7 l. 21,9 %), vierailupalvelujen (N=7) ja asioimispalvelujen (N=6 l. 18,8 %) osalta.

Järjestöjen roolia arvioitiin vastauksissa: *"Kunnan perustehtävä. Mukana siellä voi olla yksityisiä ja siellä voi olla yhdistyksiä. Peruspalvelut täytyy olla tasalaa-tuisia, ne täytyy olla kaikkien saatavilla ja niitä kunta valvoo: ruoanvalmistus tai ruokailu, henkilökohtainen hygienia ja asioimisapu."* Järjestöjen roolin ensisijaisena palvelun tuottajana tutkimukseen osallistuneet näkivät yksinomaan vierailupalvelujen (N=8 l. 25,0 %), virkistyspalvelujen (N=5 l. 15,6 %), ulkoilupalvelujen (N=3 l. 9,4 %) ja asioimispalvelujen (N=1 l. 3,1 %) tuottamisessa. Palvelumuodosta riippuen 12,5 - 46,9 % tutkimukseen osallistuneista katsoi, ettei palvelun tuottajalla ole väliä. Järjestöjen roolin tutkimukseen osallistuneet puolestaan näkivät vahvimpana virkistyspalvelujen (N=13 l. 40,6 %), ulkoilupalvelujen (N=12 l. 37,5 %) ja vierailupalvelujen (N=11 l. 34,4 %) tuottamisessa.

Muutamissa vastauksissa otettiin kantaa siihen, onko palvelun tuottajalla väliä: *"Sairaanhoitoon liittyvät ja tämmöset, totta kai se pitää olla kunnan. Muut palvelut, siivous ja kaikkitämmönen, ni se on ihan sama kuka ne järjestää, ko ne vaan täyttää ne kriteerit, mitä niille asetetaan. Yksityiset palvelut lisääntyä. Se on ihan varma. Ystävöpalvelu, ennaltaehkäsevää. Vaikka joku järjestö tai mikä tahansa."* Tarkasteltaessa vastaajien ajatuksia toissijaisesta ikääntyvien kotihoitopalvelujen tuottajasta ensisijaiseen palvelun tuottajaan verrattuna "Palvelun tuottajalla ei ole väliä" -vastausvaihtoehdon valinneiden osuus pieneni ollen 6,3–21,9 % palvelumuodosta riippuen.

Renkiringille tai jollekin vastaaventyyppiselle palvelulle nähtiin olevan tarvetta: *"Kotonaki pärjäis enemmän, jos siihen pystyttäs luomahan semmonen. Joku semmonen rengas esimerkiks täällä maaseudulla, joka aina samasta porukasta huolehtis. Se hoitas jonkun alueen ja kahtottas kaikki ne tarpeet. Sen ihmisen tarpeet... Järjestetään palveluita tukemaan omatoimisuutta. Tarvitaan vastuuhenkilöitä, jotka niinku osasi organisoida. Ihan kyläkunnittain vain, vois siinä olla useampikin kylä, jos lähekkäin."* ja *"Renkirinki olis, että justiin ne ihmiset, jotka siellä kotona tykkää olla ja niillä on rajoitteita ni voishan sitä joku kiinteistöhuoltoyhtiön tapanen olla. Halonhakuu, kyyditys asioille."* ja *"Yks hoitaja tai työryhmä vois käyä usiammallaki vanhuksella, että yksityishommaakin vois kyllä eteenpäin järjestää. Hommaa, joka yhdistää tätä kotisairaanhoitoa ja kaikkee tämmöstä (kodin töitä)."*

Hoivayritysten tuottamien siivouspalveluiden tarve tuli esille useissa haastatteluissa: *"Ja sitte on tuota näitä siivouspalveluita, kotipalveluita se on tärkeä. Ja siivouspalveluita ei meillä enää kovin paljon tuota kodinhoitajat tee, että ne palvelut*

on siirtynyt yksityiseen. Nyt oli just viime kokouksessa juttua, et tuota nekään ei niinku pysty ottaa enempää." ja "Nyt on ihan selvää tarve siivoukseen ja tuli toivomuksia siivousyrittäjistä, mutta Kälviällä ei oo."

Haastatteluissa tuli esille se, että kotona asuvien ikääntyvien sosiaalinen kanssakäyminen koettiin tärkeäksi: "Vierailut ja tommosta seurustelua" ja "Monesti on tärkeämpää se sosiaalinen kanssakäyminen, ku se varsinaisen työn tai siivouksen tekeminen." Haastatteluissa tuli esille myös aktiivisuuden ylläpitäminen: "Huolestuttavaa, kun tällä hetkellä ei oo, että vanhainkodeissa annettiin kotona asuville, vietiin heitä virkistyspäivöille että tuettiin heidän kotona jaksamista paremmin. Mutta tällä hetkellä se on nyt jäissä." ja "Nää isot ikäluokat vanhenee ja tota osa niistä kuitenkin on semmoisia, jotka eivät välitä kunnostaan pitää huolta. Niitä aktivoitaa, että ne jaksais sille olla ja elää kotona mahdollisimman pitkään. Vaikka yks kuntahoitaja liikkuttelemaan porukkaa kylillä ja kirkolla." ja "Vapaa-ajan toimintaa aktiivisuuden ylläpitämiseen."

Monien kuntapäättäjien vastauksissa tuli esille ajatus siitä, että kunnat eivät selviä yksin väestön ikääntymisen tuomista haasteista: "Koska kotona hoitetaan entistä huonokuntoisempia vanhuksia, kunnat ei selviä enää omin voimin." Monet kunnanhallituksen ja perusturvalautakunnan jäsenet pohtivat vastauksissaan vaihtoehtoja palvelujen tuottamiseen: "Vois olla niinkö erilaisia, erilaisia vaihtoehtoja. Eihän kaikki käy kaikille." ja "Siinä voi olla tietenkin eri tahoja. Voi olla yksityinen palvelunjärjestäjä, siinä voi olla kaupunki. Pääosin avuntarvoitsija itse järjestäisi näitä palveluja. Joku järjestö tai seurakunta mukana. Yksityinen palvelun tarjoaja ja kaupunki ja seurakunnat ja yhdistykset. Kaupunki huolehtii, että kaikkien on mahdollisuus nämä saada." ja "Miten se yhteiskunta järjestää ni siinä saa olla ja on aivan tervettä, että siinä on vaihtoehtoja. Naapurustossa rouva tai herra, yksityisiä laitoksia, kunta ostaa ne palvelut. Laatu voiaan seurata julkisesti.."

Vastajaat toivat haastatteluissa usein esille yhteisvastuullisuuden ja yhteistyön: "Vanhusten asioihin tulisi suhtautua yhteisvastuullisesti, kunnalliset palvelut eivät vastaa ollenkaan kysyntään." ja "Yhdessä pelata ne kaikki organisaatiot, jotka toimittaa sille apua, ettei tuu sellaisia turhia käyntejä." ja "Yhteistyöpeliä, yks tavallaan niinkö, yhen hanskassa koko homma, ettei tuu päällekkäisiä toimintoja turhan takia." Kuusi kuntapäättäjää puhuu useamman kunnan alueelle ulottuvasta yritystoiminnasta: "Voisko siellä semmonen yrittäjä elää pienen kunnan palveluyrittäjänä? Kuntien välistä yhteistyötä: siivous, kotisairaanhoido, ystävänpalvelu" ja "Seutukunta-ajattelu pitäis saada, et se on niinku minimiyksikkö."

Haasteina nähtiin palveluntuottajien vähäisyys ja informaation kulku: "Ni täällä ei oo niitä palvelun tuottajia niin paljon, että sitä ei oo valinnan varaa." ja "Ko tulevaisuuden visio on se, että sitä palvelua voi ostaa sieltä mistä tuota haluaa ja näin. Meilläki on kaatumassa siihen, että informaatio ei kulje."

### 5.3.3 Hoivayrittäjien näkemykset kotihoitopalvelujen tuottajista

Haastatteluissa tuli esille, että alueellamme on opittu tekemään aina itse ja olemaan tosi säästäväisiä. Avun vastaanottaminen tuntuu monesta vaikealta. Tutkimukseen osallistuneet yrittäjät kertoivat, että usein asiakkaat tai omaiset soittavat ja sopivat palvelun ostamisesta. Asiakkaita tuli myös kotisairaanhoidosta,



kunnan vanhustyön johtajan kautta sekä sairaalasta ja muista laitoksista. Toiminnassa lähdettiin asiakkaiden tarpeista (sekä käyttäjäasiakkaiden että kunta-asiakkaiden). Yksi yrittäjistä katsoi, että asiakaslähtöisesti ihmisiä varten kaikki tehdään, järjestelmää kehitetään ja luodaan ja ollaan yhteisellä asialla. Yksi haastatelluista yrittäjistä koki yhteistyön julkisen sektorin kanssa olleen aluksi aktiivisempaa. Yrittäjä kertoi, että joskus soittavat kunnasta, että omat työntekijät eivät riitä. Sama yrittäjä jatkoi, että kunta ei kuitenkaan osta yritykseltä kotipalvelua eikä siivousta. Yksi yrittäjistä puhui voimakkaasti ostopalvelujärjestelmän puolesta. Tutkimukseen osallistuneilla kotipalveluyrityksillä oli asiakkaita useamman kunnan alueella, jolloin ongelmana ovat usein pitkät välimatkat.

Tutkimukseen osallistuneiden yrittäjien näkemyksen palveluiden tuottamisesta voisi kiteyttää siten, että kaikille toimijoille on sijaa. Yrittäjät näkivät yritykset vaihtoehtona asiakkaille ja hyvänä tukena kunnalliselle systeemille. Hyvinvointivaltion palveluja yksikään haastatelluista ei halunnut romuttaa. Haastatteluun osallistuneet yrittäjät kokivat julkisen sektorin tärkeänä. Haastattelijan mielestä yksityistämistä voitaisiin kuitenkin lisätä jonkin verran: kotihoitoa ja pieniä yksiköjä, kuten hoitokoteja eli yrittäjän sanoin: *"Ei niin raskasta hoitamista"*.

Muutamissa haastatteluissa tuli esille toivomus järjestelmän avoimuudesta ja läpinäkyvyydestä. Yksi yrittäjä näki tavoitteena sen, että kunnassa olevat palvelut olisivat samalla pöydällä tarjolla, jolloin oltaisiin tasavertaisina palvelun tuottajina yhteisen hyvän eteen. Yksi haastatelluista yrittäjistä toivoi yrittäjämönenteisyyttä: selkeät sopimukset ja laatujärjestelmä tuovat jatkuvuutta yrittäjän kannalta. Yksi haastatelluista totesi, että ei kannata jäädä valittamaan, vaan on katsottava miten asiat ovat ja mitä voidaan tehdä.

Haastatteluun osallistuneet yrittäjät kuvasivat kokemuksiaan palvelujen tuottamisesta yrittäjänä: *"Yrittäjyys ei sovi kaikille. Täytyy hallita monenlaisia asioita. Kun tietää, että työn osaa ja on pitkään tehnyt ja monenlaisessa liemessä keitetty ja tietää, että hoidettavat viihtyvät, niin työ on mukavaa. En soveltuisi kunnan byrokratiiaan."* ja *"Yrittäjänä kiinni koko elämä. Yrittäjyys ei tarkoita sitä, että täytyy tehdä 12-24 tuntia. Tunteja tulee enemmän kuin tavallisessa palkkatyössä. Toisaalta oma valinta. Ei jaksamisen ääri rajoilla."* ja *"Ei pulttia yrittämisestä. Lähtee, miten lähtee. Lähti yllättävänkin hyvin."* sekä *"Kunniakysymys tehdä työtä. Merkityksellistä vanhuksille, varsinkin yksinasuville."*

Yksi haastateltu yrittäjä toi esille vaarana suurten kansainvälisten toimijoiden tulon, joita kunnat saattavat uskoakin paremmin. Uhkana nähtiin myös asiakkaiden menettäminen ja työntekijöiden sairastuminen. Toisaalta sairasmajärjestelyihin nähtiin kytkeytyvän mahdollisuuksia yhteistyön muodossa toisten yritysten ja kuntien kanssa. Yhteistyö yrittäjien kesken toimi jo nyt joidenkin yrittäjien välillä niin, että jos ei itse pystynyt antamaan palvelua, niin yrittäjä antoi palveluntarvitsijalle toisen yrityksen puhelinnumeron.

Yksi haastatelluista yrittäjistä totesi, että pitää elää tilanteen mukaan ja vastata siihen tarpeeseen, mikä aina kulloinkin nousee. Yrittäjä jatkoi, että mielekkyys kytkeytyy kuulolla olemiseen ihmisten tarpeista ja siihen vastaamiseen. Tällä yrittäjällä tulevaisuuden visiot olivat jo olemassa: tarvitaan laadukkaita ja monipuolisia palveluja vanhuksille: *"...puutarhuri, mitä vaan"*. Toinen

haastatelluista yrittäjistä katsoi, että työntekijöillä on valtavasti tietotaitoa, jota voidaan suunnata muun muassa avopalveluihin, kotipalveluun tai työtoimintaan. Yöpartiot ja kotipalvelu voivat toimia omaishoidon tukena.

Monet tutkimukseen osallistuneista yrityksistä oli valinnut tai oli valitsemassa varovaisen kasvun tien. Palveluja oli monipuolistettu. Kotipalveluyritykset olisivat jo palkanneet työntekijän, jos vain olisivat pystyneet. Tutkimukseen osallistuneet kotipalveluyritykset näkivät tulevaisuuden sellaisena, että heillä on ainakin yksi työntekijä, mahdollisesti kaksikin. Työntekijän palkkaaminen mahdollistaisi kotipalveluun keskittymisen.

## 5.4 Vastaajien näkemykset ikääntyvien kotihoitopalvelujen maksullisuudesta ja rahoittamisesta

### 5.4.1 Kotona asuvien ikääntyvien näkemykset kotihoitopalvelujen maksullisuudesta ja rahoittamisesta

Palvelumuodosta riippuen 11,0–34,7 % ikääntyvistä vastaajista oli sitä mieltä, että kunnan tai valtion tulisi olla ikääntyvien kotihoitopalvelujen tuotannon rahoittajana. Yksitoista prosenttia vastaajista katsoi, että kunnan tai valtion tulisi maksaa kaikki vaatehuoltopalveluista aiheutuvat kustannukset. Kun taas lähes 35 % vastaajista odotti kunnan tai valtion maksavan lääkityksestä huolehtimiseen liittyvät palvelut. (Taulukko 16) Kunnan ja valtion rooliin ikääntyvien kotihoitopalvelujen rahoittamisessa tutkimukseen osallistuneet ottivat kantaa monesta eri näkökulmasta: *”Kunnalta tai valtiolta tarpeeksi tukea näihin palveluihin. Eläkeikään tultaessa henkilö on maksanut eroja niin paljon, että sitten palveluja tarvittaessa niitä pitäisi saada kohtuu hinnalla joko yksityisiltä tai kunnalta. (Mies, syntynyt 1949) ja ”Jos kunta veloittaa palveluistaan tulojen mukaan ja yksityispalvelut voi laittaa verovähennykseksi, eivät kustannuserot muodostune kovin suuriksi. (Nainen, syntynyt 1944) sekä Palveluseteli kannatettava vaihtoehto monipuolista tarjontaa tulisi olla tulevaisuudessa. (Nainen, syntynyt 1946)*

Osa vastaajista (palvelumuodoittain 13,9–18,1 %) katsoi, että kaikkien ikääntyvien tulisi maksaa samansuuruinen korvaus käyttämistään kotihoitopalveluista. Noin 14 % vastaajista oli sitä mieltä, että kaikki avuntarvitsijat maksavat lääkityksestä huolehtimiseen liittyvistä palveluista samansuuruisen maksun. Hieman vajaat 19 % vastaajista puolestaan oli sitä mieltä, että kaikki palvelunkäyttäjät maksavat siivous- ja vaatehuoltopalveluista samansuuruisen maksun. (Taulukko 16)

Tutkimukseen osallistuneista (palvelumuodoittain 47,6–68,0 %) puolestaan katsoi, että kaikkien ikääntyvien tulisi maksaa käyttämistään palveluista tulojensa mukaan. Vähiten tulosidonnaisena vastaajat (47,6 %) näkivät lääkityksestä huolehtimiseen liittyvät palvelut. Tulosidonnaisimpana palveluna vastaajat (68,0 %) kokivat ruoan valmistukseen ja ruokailussa avustamiseen liittyvät palvelut. (Taulukko 16) Muutamit tutkimukseen osallistuneet ottivat avo-

kysymyksissä kantaa siihen, että palvelumaksujen tulisi olla tulosidonnaisia: *"Henkilön varallisuus ja tulot tulee vaikuttaa entistä enemmän palvelumaksuihin."* (Mies, syntynyt 1945)

Ruoan valmistukseen ja ruokailussa avustamiseen liittyvien palvelujen, lääkityksestä huolehtimiseen liittyvien palvelujen, siivous-, hygienia-, kuljetus- ja vaatehuoltopalvelujen osalta 1,8–5,2 % vastaajista oli sitä mieltä, että avuntarvitsija maksaa kaikki kustannukset. Kun taas ulkoilu-, vierailu- ja virkistyspalvelujen osalta 11,8–15,9 % tutkimukseen osallistuneista katsoi, että palvelunkäyttäjien tulee maksaa kaikki palvelunkäytöstä aiheutuneet kustannukset. (Taulukko 16)

TAULUKKO 16 Kotihoitopalvelujen rahoittaminen ikääntyvien arvioimana

| Palvelumuoto   | Kunta tai valtio maksaa kaikki kustannukset | Avuntarvitsijat maksavat saman-suuruksen korvauksen | Avuntarvitsijat maksavat tulojensa mukaan | Avuntarvitsijat maksavat kaikki kustannukset |
|--|---|---|---|--|
| Ruoan valmistukseen ja ruokailussa avustamiseen liittyvät palvelut | 141<br>13,2 %                               | 181<br>17,0 %                                       | 724<br>68,0 %                             | 19<br>1,8 %                                  |
| Hygieniapalvelut   | 137<br>13,0 %                               | 180<br>16,0 %                                       | 694<br>66,0 %                             | 41<br>3,9 %                                  |
| Asioimispalvelut   | 196<br>18,6 %                               | 191<br>18,1 %                                       | 597<br>56,6 %                             | 71<br>6,7 %                                  |
| Kuljetuspalvelut   | 277<br>26,4 %                               | 181<br>17,3 %                                       | 549<br>52,4 %                             | 41<br>3,9 %                                  |
| Siivouspalvelut  | 163<br>15,5 %                               | 198<br>18,8 %                                       | 665<br>63,1 %                             | 28<br>2,7 %                                  |
| Vaatehuoltopalvelut  | 114<br>11,0 %                               | 198<br>18,8 %                                       | 669<br>64,6 %                             | 54<br>5,2 %                                  |
| Lääkityksestä huolehtimiseen liittyvät palvelut                    | 360<br>34,7 %                               | 157<br>13,9 %                                       | 494<br>47,6 %                             | 27<br>2,6 %                                  |
| Vierailupalvelut   | 185<br>18,2 %                               | 147<br>14,4 %                                       | 544<br>53,4 %                             | 143<br>14,0 %                                |
| Ulkoilupalvelut  | 195<br>18,7 %                               | 168<br>16,1 %                                       | 559<br>53,5 %                             | 123<br>11,8 %                                |
| Virkistyspalvelut  | 189<br>16,8 %                               | 165<br>15,9 %                                       | 519<br>50,0 %                             | 165<br>15,9 %                                |

81 vastaajaa ilmoitti, ettei ole valmis käyttämään yhtään rahaa yksityisiin sosiaali- ja terveyspalveluihin. 33 vastaajaa on valmis käyttämään 20 € kuukaudessa yksityisiin palveluihin. 76 vastaajaa puolestaan ilmoitti olevansa valmis käyttämään 50 € rahaa kuukaudessa yksityisiin palveluihin, kun taas 74 vastaajaa on valmis käyttämään 100 € ja 24 on valmis käyttämään 200 € kuukaudessa

yksityisiin palveluihin. Yksi henkilö ilmoitti olevansa valmis käyttämään 800 € rahaa yksityisiin sosiaali- ja terveyspalveluihin. Vastaajat olivat valmiita käyttämään keskimäärin 72,3 € kuukaudessa yksityisiin hoivapalveluihin (hajonta 90.75).

Osa vastaajista pitää tulojaan liian pienenä palvelujen ostamiseen: *"Vain ja ainoastaan siksi, ettei ole varaa siihen."* (Nainen, syntynyt 1936) ja *"Pieni eläke ei riitä."* (Mies, syntynyt 1944) sekä *"Jos olisin hyvätuloinen nauttisin hyvää vanhuudesta ja hemmottelisin itseäni kaikilla mahdollisilla palveluilla mitä rahalla saa."* (Nainen, ei ilmoittanut syntymävuottaan)

Osa vastaajista pitää yksityisiä palveluja liian kalliina: *"Tuntihinnat tuntuvat korkealta, täytyisi olla suuret säästöt, kun tuleva eläke on pieni."* (Nainen, syntynyt 1945) ja *"Turhan kallista. Ei 500 € eläkkeestä näitä makseta."* (Nainen, syntynyt 1934) sekä *"Ostaisin, jos eläkkeeni mahdollinen riittäisi kaikkeen. Tällä hetkellä ei ole tietoa. Tilanne arvioitava uudelleen palvelujen, tarpeen ja eläkkeen yhteen sovittamisessa."* (Nainen, syntynyt 1946)

TAULUKKO 17 Ikääntyvien fyysisen terveydentilan yhteys hoivayritysten tuottamien palvelujen käyttöön

| Yritysten tuottamien sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö aiemmin ja tällä hetkellä | Huono fyysinen terveys | Melko huono fyysinen terveys | Keskin-kertainen fyysinen terveys | Melko hyvä fyysinen terveys | Hyvä fyysinen terveys | Yht.            |
|--|------------------------|------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------|-----------------|
| Ei   | 16<br>76,2 %           | 58<br>78,4 %                 | 122<br>87,1 %                     | 382<br>87,8 %               | 357<br>91,8 %         | 935<br>88,3 %   |
| Kyllä  | 5<br>23,8%             | 16<br>21,6 %                 | 18<br>12,9 %                      | 53<br>12,2 %                | 32<br>8,2 %           | 124<br>11,7 %   |
| <b>Yhteensä</b>  | 21<br>100,0 %          | 74<br>100,0 %                | 140<br>100,0 %                    | 435<br>100,0 %              | 389<br>100,0 %        | 1059<br>100,0 % |

Vastaajilta kysyttiin halukkuutta ostaa yksityisiä sosiaali- ja terveyspalveluja tiettyyn hintaan. 136 vastaajaa olisi valmis käyttämään yksityistä siivousapua, jos siivous maksaisi 17 €. 87 vastaajaa käyttäisi yksityisen kotisairaanhoidon palveluja, jos käyntikerta maksaisi 17 €. Vastaajista 195 ostaisi itselleen valmisaterian kotiin tuotuna, jos se maksaisi 5 €. 35 vastaajaa käyttäisi asiointiapua, jos se maksaisi 13 € / tunti. 15 käyttäisi apua seuranpitoon, jos se maksaisi 13 € / tunti. 40 vastaajaa ostaisi apua ulkona liikkumiseen, jos se maksaisi 13 € / tunti. 46 vastaajaa ostaisi apua henkilökohtaisen hygienian hoitamiseen, jos se maksaisi 17 € / tunti. 121 ostaisi palvelua, jossa asiakkaan tarvitsemat lääkkeet laitettaisiin valmiiksi kerran viikossa, jos palvelu maksaisi 5 € / viikko. 52 vastaajaa käyttäisi vaatehuollon palveluja, jos se maksaisi 13 € / tunti. 20 vastaajaa osallistuisi päivätoimintaan, jos se maksaisi 25 € / päivä. 300 vastaajaa soittaisi sosiaali- ja terveysalan ammattihenkilölle pulmatilanteissa, jos se

maksaisi 3 € / kerta. 135 vastaajaa ostaisi turvapuhelinpalveluja, jos se maksaisi 100 € / vuosi. 162 ostaisi kotiin kuntoutuspalveluja, jos se maksaisi 20 € / kerta. (Taulukko 17)

Useimmin hoivayritysten tuottamien palvelujen käyttäjiä olivat ne, jotka arvioivat oman fyysisen terveytensä huonoksi (23,8 %) ja ne, jotka arvioivat oman fyysisen terveytensä melko huonoksi (21,6 %). Harvimminkin yritysten tuottamia palveluja olivat käyttäneet tai käyttivät ne, joiden fyysinen terveys oli hyvä (8,2 %). (Taulukko 17)

Hoivayritysten tuottamien palvelujen käyttäjiä olivat useimmin ne, jotka arvioivat henkisen vireytensä melko huonoksi (26,7 %). Toiseksi useimmin palvelujen käyttäjiä olivat ne, jotka kokivat henkisen vireytensä huonoksi (18,2 %). Vastaavasti harvimminkin palvelujen käyttäjiä olivat ne, joiden henkinen vireys oli hyvä (90,6 %). (Taulukko 18)

TAULUKKO 18 Ikääntyvien henkisen vireyden yhteys hoivayritysten tuottamien palvelujen käyttöön

| Yritysten tuottamien sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö aiemmin ja tällä hetkellä | Huono henkinen vireys | Melko huono henkinen vireys | Keskin-kertainen henkinen vireys | Melko hyvä henkinen vireys | Hyvä henkinen vireys | Yht.            |
|--|-----------------------|-----------------------------|----------------------------------|----------------------------|----------------------|-----------------|
| Ei   | 9<br>81,8 %           | 22<br>73,3 %                | 61<br>85,9 %                     | 325<br>87,6 %              | 513<br>90,6 %        | 930<br>88,7 %   |
| Kyllä  | 2<br>18,2 %           | 8<br>26,7 %                 | 10<br>14,1 %                     | 46<br>12,4 %               | 53<br>9,4 %          | 119<br>11,3 %   |
| <b>Yhteensä</b>  | 11<br>100,0 %         | 30<br>100,0 %               | 71<br>100,0 %                    | 371<br>100,0 %             | 566<br>100,0 %       | 1049<br>100,0 % |

Taloudellinen tilanne ei merkittävästi selitä hoivayritysten tuottamien palvelujen käyttöä: riippumatta siitä, mihin tutkimukseen osallistuneiden taloudellinen tilanne sijoittui akselilla hyvästä taloudellisesta tilanteesta huonoon taloudelliseen tilanteeseen, yritysten palveluja käyttäneiden osuus vaihteli 11,1–13,3 %:iin (Taulukko 19).

TAULUKKO 19 Ikääntyvien taloudellisen tilanteen yhteys hoivayritysten tuottamien palvelujen käyttöön

| Yritysten tuottamien sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö aiemmin ja tällä hetkellä | Huono taloudellinen tilanne | Melko huono taloudellinen tilanne | Keskin-kertainen taloudellinen tilanne | Melko hyvä taloudellinen tilanne | Hyvä taloudellinen tilanne | Yht.            |
|--|-----------------------------|-----------------------------------|--|----------------------------------|----------------------------|-----------------|
| Ei   | 26<br>86,7 %                | 46<br>88,5 %                      | 138<br>88,5 %                          | 381<br>88,5 %                    | 335<br>88,9 %              | 926<br>88,7 %   |
| Kyllä  | 4<br>13,3 %                 | 6<br>11,5 %                       | 18<br>11,5 %                           | 48<br>11,2 %                     | 42<br>11,1 %               | 118<br>11,3 %   |
| <b>Yhteensä</b>  | 30<br>100,0 %               | 52<br>100,0 %                     | 156<br>100,0 %                         | 429<br>100,0 %                   | 377<br>100,0 %             | 1044<br>100,0 % |

Lähimmät ihmissuhteet olivat tutkimuksen tulosten mukaan yhteydessä hoivayritysten tuottamien palvelujen käyttöön seuraavasti: 20,0–33,3 % niistä, joilla lähimmät ihmissuhteet olivat huonot tai melko huonot, olivat palvelujen käyttäjiä kun taas 9,9–13,0 % niistä, joilla lähimmät ihmissuhteet olivat hyvät tai melko hyvät, olivat yritysten tuottamien palvelujen käyttäjiä. (Taulukko 20)

TAULUKKO 20 Ikääntyvien lähimpien ihmissuhteiden yhteys hoivayritysten tuottamien palvelujen käyttöön

| Yritysten tuottamien sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö aiemmin ja tällä hetkellä | Huonot lähimmät ihmissuhteet | Melko huonot lähimmät ihmissuhteet | Keskin-kertaiset lähimmät ihmissuhteet | Melko hyvät lähimmät ihmissuhteet | Hyvät lähimmät ihmissuhteet | Yht.            |
|--|------------------------------|------------------------------------|--|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------|
| Ei   | 4<br>80,0 %                  | 20<br>66,7 %                       | 36<br>87,8 %                           | 201<br>87,0 %                     | 661<br>90,1 %               | 922<br>88,6 %   |
| Kyllä  | 1<br>20,0 %                  | 10<br>33,3 %                       | 5<br>12,2 %                            | 30<br>13,0 %                      | 73<br>9,9 %                 | 119<br>11,4 %   |
| <b>Yhteensä</b>  | 5<br>100,0 %                 | 30<br>100,0 %                      | 41<br>100,0 %                          | 231<br>100,0 %                    | 734<br>100,0 %              | 1041<br>100,0 % |

#### 5.4.2 Kuntapäättäjien näkemykset kotihoitopalvelujen maksullisuudesta ja rahoittamisesta

Ikääntyvillä on oikeus ostaa palvelua, mistä haluaa: *"Jos vanhuksille tuota niin on oma tahto, ja että hänellä on niin paljon varaa, että hän haluaa yksityistä hoitoa, niin tokihan hän saa sen ostaa mistä haluaa."*

Osa vastaajista oli sitä mieltä, että palvelun käyttäjä maksaa käyttämänsä palvelun kokonaan tai lähes kokonaan: *"Asiakas maksaa yksityisen palvelun."* ja *"Asiakas ite, niin kauan ku vanhus asuu kotona ja sieltä käsin hoitaa näitä."* ja *"Kyllä sitä joutuu tulevaisuudessa itekki jotenki, jollakin tapaa osallistua."* ja *"Tulevaisuudessa mä ajattelisin näin, aina vain enemmän näitä tarvoitsijoilta joudutataan näitä palvelumaksuja ja hoitomaksuja perihin. Joka apua tarvihtee, ni maksaa siitä suurimman osan...ei voi säästää pankkikirjalle luovutettavaksi perillisille. Ne, jotka apua tarvihtevat voivat ehkä hakea jotain suoraa tukea jostain kolmannen sektorin alueelta."* ja *"Jatkossa tuloerot lisääntyvät, joten tulee tarve eritasoisille palveluille. Tuota, jokka on maksukykyisiä niin ne, niille ois myös niitä palveluja mitä ne haluaa ostaa ja maksaa siitä kaiken ite."* Virkistys-, ulkoilu- ja vierailupalvelujen osalta 11–15 (24,4–46,9 %) kuntapäättäjää katsoi, että avuntarvitsijat maksavat käyttämästään palvelusta kaikki kustannukset (taulukko 21).

Palvelun käyttäjän omavastuuosuuden arveltiin jonkin verran kasvavan, ja palvelumaksuille nähtiin olevan perusteluja: *"Käyttäjilleki pitää olla ihan merkittävä osuus niistä kustannuksista, sitä niinku osattas arvostaa ja käytettäs vaan todelliseen tarpeeseen."* ja *"Kyllähän omavastuu varmasti tulevaisuudessa lisääntyy... Lisää käyttäjänki mielekkyyttä: minä oon nyt tästä ite luvannu tämän verran korvata niin ainaki silloin on sitte varaa arvostellaki sitä laatua."*

Kuntapäättäjistä 18–23 (56,3–71,9 %) oli sitä että, avuntarvitsija maksaa siivous-, hygieniä-, kuljetus-, vaatehuoltopalveluista sekä ruoan valmistukseen ja ruokailussa avustamiseen liittyvistä palveluista tulojensa mukaan (taulukko 21). Monet katsoivat, että palvelun käyttäjä maksaa *"kykyjensä mukaan"* ja kunta maksaa loput: *"Veroja on ihmiset maksaneet ja maksavat edelleenkin ni sitä kautta pitäis yhteiskunnan hoitaa hyvin pitkälle. Jokainen osallistuu kykyjensä mukaan."* ja *"Asiakas maksaa palveluista tulojensa mukaan."* ja *"Asiakas maksaa palvelusta kykynsä mukaan, kunta maksaa loput. On niinkö epäkohta joku tuota jolla ei ole palakalista tuloa, vaan mutta omaisuutta on, saattaa olla isokin tila ja on paljon muuta, ni siihen ei oo voinu puuttua, vaan kunta sitte joutuu kumminki maksamaan sen eron."* ja *"Kunnan pitäis rahottaa, mutta periä yksityiseltä korvaus siihen. Kyllähän jokaisen pitäis maksaa, enemmän pitäis ihte maksaa, ei niitä rahoja tartte jättää perinnöks, ne pitäis käyttää omaan."* ja *"Tarveharkintaa pitää käyttää, maalla on vielä paljon naisia, jotka on pelkällä kansaneläkkeellä."* ja *"Kaikki joutuu osallistuun, sekä kunta että asiakkaat. Täytyy perustua niiden maksukykyyn ja saatavilla samanlaisia palveluja riippumatta siitä, paljonko he pystyy maksaan."*

Ruoan valmistukseen ja ruokailussa avustamiseen liittyvien palvelujen, asioimis- ja hygieniapalvelujen osalta 9–11 vastaajaa (28,1–34,4 %) oli sitä mieltä, että kaikki avuntarvitsijat maksavat palvelusta samansuuruisen korvauksen (taulukko 21). Monet haastateltavat peräänkuuluttivat samansuuruisia palvelumaksuja etenkin peruspalvelujen osalta: *"Perusjutut, ihan niinkö tämmöset hen-*

gissä pitämiset, nämä sairaudet, ni niissä ois joku semmonen, että ne ois kaikille samat. Porrastus palvelujen ei maksukyöyn mukaan." ja "Samasta palvelusta sama maksu, eihän kaupassakaan makseta tulojen mukaan." ja "Ei ehkä tulosidonnainen, hoidetaan tasaus verotuksella, kun asiakas saa eläkkeensä, hän tietää mitä mikäkin maksaa ja katsoo minkälaisia palveluja hänellä on tarve ja mahdollisuus ostaa. Kunnan osuus voi tulla palvelujen hinnoittelussa, nk. elintärkeissä palveluissa kunnan osuus on suurempi, kun taas elämistä helpottavissa ja virkistyspalveluissa se olis pieni tai jopa häviötä kokonaan." Hintoja ja hintojen porrastusta pohdittiin: "Hinta semmonen realistinen, että asiakkaalla olis mahdollisuus se maksaa." ja toisaalta "Yksityisen palvelun tuottajan täytyisi myös porrastaa hintoja asiakkaan maksukyöyn mukaan."

Lapsilla nähtiin olevan velvollisuus huolehtia ikääntyvistä vanhemmistaan ainakin joiltakin osin korvauksetta: "Esimerkiks siivouksesta ei lähiomaisille tarvi maksaa yhteiskunnan varoista." ja "Omaisilla on omavastuu huolehtia vanhuksesta, ei lapselle tarvi kunnan maksaa jos hän kuljettaa vanhempiaan." ja "Kyllähän omilla läheisilläkin vastuunsa on, ei voi kaikkia sysätä jolleki kunnalle ja valtiolle sillon ko niitä läheisiä siellä lähellä on. Joskus on vähän kyseenalaista, jos omia vanhempiaan kuskaa ni onko sillon kunnan maksettava kyytejä."

Toisaalta omaishoitajien tukeminen nousi esille 13 päättäjän haastattelussa: "Omaishoitajat on sitte erikseen, niitten kustannuksia pitää, niitten palkkioita sais niinku nostaa, omaishoitaja tekee kuitenkin rankempaa työtä ja hoitaa sairaampaa." ja "Omaishoitajille maksettavaa korvausta vois ajatella, että sitä nostetaan. Sehän helpottaa sitte kunnan paineita toisaalta..." ja "Omaisiet ja nämä. Kunta maksais näille, jotka kotonakin hoitaa niitä, ni sitä korvausta. Vaikka puolet maksais siitä, mitä se maksaa tuolla tuota niin hoitopaikassa, ni siinä tulis kunnalleki säästöä sitte."

Lapsilta odotettiin apua palvelujen järjestämiseen ja rahoittamiseen: "Lapset vois palkata vanhemmilleen apua ja vähentää sen sitten omassa verotuksessaan kotitalousvähennyksenä." ja "Lapset on hyöätulosia, että onko ne valmiita kustantaan sitte vähän parempaa hoitoa mitä sillä vanhuksella on tavallaan niinkö varaa maksaa ite. Omaisiet on niinkö jonku verran velvollisia hoitahan. Kuntahan osittain ehkä, terveydenhoito kuuluu kunnalle ja siivous ja pyykin pesu vois olla semmosia, mitä maksaisi ite. Tulorajojen mukaan." ja "Se on vaan, et kunnanki on uskallettava tehä päätöksiä. Kyllä ne sitte sopeutuu ihmiset ja omaisiet, jos niinkö seuraava vaihtoehto on laitoshoido ni kyllä ne on valmiita maksaan sitte." Toisaalta oli epäilyksiä sen suhteen, ovatko lapset valmiita maksamaan vanhempiensa tarvitsemista palveluista: "Tuskin ne rupiaa lapset sitte makseleen, enempi ne on ottamassa niitä eläkkehiä. Ne täytyy sen palvelunsaajan ne maksaa. Kyllä siinä kunnanki rahoja tarvitaan, että ei ketään heitteille saa jättää, porrastetaan eläkkeitten mukaan."

Viisi kuntapäättäjää toi esille kuntien rahapulan ja siitä suoraan seuraavan vajeen henkilökuntaresursseissa ja palvelujen tuottamisessa: "Ku kuuluu näiltä hoitajilta ja muilta ni se tahtoo olla se resurssipula joka puolella, niin avopuolella ku tuolla osastolla." ja "Että ko on oltu niin tiukalla, että just ja just. Haluaisivat hoitaa pikkuisen paremmin." ja "Resurssit on aika tuota, että ainahan jos läjästä vois antaa rahaa tai järjestää niitä palveluita, niin tarjontaa ois ehkä enemmän."

Kunnan yhdeksi rooliksi ikääntyvien kotihoitopalvelutuotannossa nähtiin rahoittajana toimiminen: "Kunnan rooli tai osuus ois organisoida sitä hommaa, kilpailuttaa, hallinnoida ja tietysti jossain määrin myös rahoittaakin. Puitteiden järjestä-



minen. Yksityisen hoivapalveluiden niinku aika voimakaskin lisääminen. Omaishoitohan tietenkin säilyy, osuus hivenen pienenee." ja "Kunnanhan kannattaa ostopalveluna tehdä mahdollisimman paljon, ku sehä on aina halvempaa ku omana työnä tehdä."

Valtion taholta odotettiin tukea ikääntyvien kotihoitopalvelujen rahoittamiseen: "Yksityinen sektori on oikeen teroitetullut, mutta niin siinä pitäis joltain taholta, esimerkiks valtion taholta pystyä tukemaan." ja "Jonku sektorin pitäis sponsoroida yksityisen sektorin käyttöä, valtion taholta täytyis tulla apuun, että joka puolella maata pystyy vanhukset olehen." ja "Valtiovalta täytyy tulla mukaan korvamerkityn rahan kanssa sillä tavalla, että nämä palvelut kuntien sitte ehkä jossain vaiheessa tulee tuottaa." Kuntapäätäjistä 9 (28,1 %) katsoi, että kunta tai valtio maksaa lääkityksestä huolehtimiseen liittyvien palvelujen osalta kaikki maksut. Asioimis-, kuljetus-, siivous- ja virkistyspalvelujen osalta 1 vastaaja (3,1 %) oli sitä mieltä, että kunnan tai valtion tulisi maksaa kaikki maksut. (Taulukko 21)

TAULUKKO 21 Kotihoitopalvelujen rahoittaminen kuntapäätäjien arvioimana

| Palvelumuoto   | Kunta/<br>valtio mak-<br>saa kaikki<br>kustan-<br>nukset | Avun-<br>tarvitsijat<br>maksavat<br>saman-<br>suu-<br>ruisen kor-<br>vauksen | Avun-<br>tarvitsijat<br>maksavat<br>tulojensa<br>mukaan | Avun-<br>tarvitsijat<br>maksavat<br>kaikki kus-<br>tannuk-<br>set |
|--|--|--|---|---|
| Ruoan valmistukseen ja ruokailussa avustamiseen liittyvät palvelut | 2<br>6,3 %   | 11<br>34,4 %   | 18<br>56,3 %  | 1<br>3,1 %  |
| Hygieniapalvelut   | 2<br>6,3 %   | 9<br>28,1 %  | 19<br>59,4 %  | 2<br>6,3 %  |
| Asioimispalvelut   | 1<br>3,1 %   | 10<br>31,3 %   | 15<br>46,9 %  | 6<br>18,8 %   |
| Kuljetuspalvelut   | 1<br>3,1 %   | 7<br>21,9 %  | 19<br>59,4 %  | 5<br>15,6 %   |
| Siivouspalvelut  | 1<br>3,1 %   | 6<br>18,8 %  | 23<br>71,9 %  | 2<br>6,3 %  |
| Vaatehuoltopalvelut  | 1<br>3,1 %   | 5<br>15,6 %  | 19<br>59,4 %  | 6<br>18,8 %   |
| Lääkityksestä huolehtimiseen liittyvät palvelut                    | 9<br>28,1 %  | 6<br>18,8 %  | 15<br>46,9 %  | 2<br>6,3 %  |
| Vierailupalvelut   | 3<br>9,4 %   | 5<br>15,6 %  | 13<br>40,6 %  | 11<br>34,4 %  |
| Ulkoilupalvelut  | 2<br>6,3 %   | 5<br>15,6 %  | 12<br>37,5 %  | 12<br>37,5 %  |
| Virkistyspalvelut  | 1<br>3,1 %   | 3<br>9,4 %   | 13<br>40,6 %  | 15<br>46,9 %  |

KELA:lta ja työvoimatoimistolta odotettiin apua muun muassa työntekijän palkkaamiseen: "Kyläavustaja -systemi on ollu hyvä ja Kelan ja työvoimatoimiston

*yhdistelmätuella maksettua palvelua, omavastuu jää niin pieneks, että sehän on käyttäjälle melkeen ilmasta.” ja ”KELA toinen maksaja ja sitte tota ihminen itse riippuen siitä, minkälaista apua tarviihtee.” Yhteiskunnan taholta odotettiin apua ottamatta kantaa siihen, olisiko maksajana kunta, valtio, työvoimatoimisto tai KELA: ”Joilla ei oo varaa maksaa ni se on sitte yhteiskunnan maksettava.” ja ”Vähävaraset, ni kyllä se pitää yhteiskunnan niinkö nää palvelut tuottaa” ja ”Jos ei oo varallisuutta millä hankkia hoitoa, sillon hän saa palavelun sitte täysin yhteiskunnan maksamana.”*

Rahoitusvaihtoehtojen katsottiin vaihtelevan palvelumuodoittain: *”Se kustannus täytyy jakaa niin, että siitä palvelun tuottajan hinnasta osan maksaa se, joka ostaa ja se joka tätä tilaa. Niin kunta maksaa siitä osan verovaroista. Ei tietenkään kaikkia palveluja voi ajatella samalla tavalla jaettavankaan, kustannuksia on erilaisia...ne jotka on elintärkeitä palveluja kaikille, et ne ois niinku kaikkien saatavissa ja sitte taas ne, jotka on vähän ylellisyyspalveluja ni siinä se hinta vois olla vähän korkeampi sille ostajalle.”*

Yhdessä haastattelussa tuli esille ajatus siitä, että raja voi tulla jossakin tilanteissa kotihoidossakin: *”Että kuinka pitkälle siellä kotona voidaan hoitaa. Tai sanotaan, että minkälaisia sairaita siellä kotona voidaan hoitaa, että mun mielestä seki menee jossakin tilanteessa liiallisuuksiin. Että sitäki pitää miettiä, että ei oo vain se kuinka iäkkääksi ihmiset asuu kotona, siihen pitää ottaa muutkin asiat huomioon.”*

Muutamit haastateltavat epäilivät ikääntyvien halukkuutta maksaa tarvitsemistaan hoitopalveluista: *”Joillakin voi olla sen rahan takia, ni jos se maksaa jää sen takia pyytämättä.” ja ”Maalla on kuitenkin vielä vanhukset semmosia että ne ei oo valmiita maksamaan, maalaisvanhukset eivät halua maksaa, jos kunnalla on halvempaa tarjolla, ovat mieluummin ilman. Yksityiseltä ostettava palvelu pitäis maksaa itse.”* Toisaalta esille tuli ajatus siitäkin, että osa ikääntyvistä ei kehtaa pyytää ilmaista palvelua: *”Mutta sitte taas joku voi olla, että ku ei kehtaa ilmasta taas pyytää ni.”*

Muutamissa kuntapäätäjien vastauksissa tuli esille huoli siitä, ettei kaikilla ole mahdollisuutta yritysten tuottajien palvelujen käyttöön: *”No aina on ihmisiä, jolla ei oo mahdollisuutta yksityissektoriin, peruspalvelu täytyy saada.” ja ”Kunta on viime kädessä, joka maksaa loput.”*

### **5.4.3 Hoivayrittäjien näkemykset kotihoitopalvelujen maksullisuudesta ja rahoittamisesta**

Kotitalousvähennyksen tutkimukseen osallistuneet kotipalveluyrittäjät kokivat jo jonkin verran piristäneen kysyntää. Kotitalousvähennyksen laajentamisen vuodenvaihteesta yrittäjät kokevat mahdollisuutena. Osa haastatelluista arvioi, että vanhukset, joiden ei tarvitse maksaa veroa, eivät voi hyötyä kotitalousvähennyksestäkään.

Yksi yrittäjästä toi esille, että veronmaksajina maksamme palveluista veroina. Itse maksaviakin asiakkaita yrityksillä oli, mutta vähän. Pääsääntöisesti asiakkaat tulivat kunnan maksupalvelusopimuksella. Vakuutusyhtiö tai valtionkonttori saattoi myös olla rahoittajana, mutta eivät olleet juuri haastatteluhetkellä. Myös omaiset voivat olla maksajina. Kunnat kilpailuttivat palvelut muutaman vuoden välein. Yrittäjän sanoin: *”Enää ei ole ikuisia, vaan määräaikaisia sopimuksia”*. Maksupalvelusopimukseen liittyen asiakkaat maksoivat osan

palvelun hinnasta ja kaupunki osan. Yrittäjän mielestä ei ollenkaan huono järjestelmä tällä hetkellä: *”On oikein, että ihmiset itse maksavat ja että kunta on järjestämässä palveluja ja että yhteiskunta maksaa osan palveluista”*.

Yhden yrittäjän sanoin: *”Voittohan ei ole se, mikä tipahtaa yrittäjälle taskuun. Yrittäjä ottaa palkan. Voiton avulla toimintaa kehitetään.”* Alkuvaiheessa yksi haastateltu yrittäjä kertoi törmänneensä yhtiökumppaninsa kanssa siihen, että heidän katsottiin tekevän hyväntekeväisyyttä – ei nähty yrityksenä. Yrittäjä totesi hoivayrittäjyyden olevan yrittäjyyttä siinä, missä muukin yrittäjyys. Yrittäjällä oli mennyt kuntien kanssa hyvin.

Yksi yrittäjistä toi esille, että palvelun tarvitsijan kannalta pitäisi erilaisten tukimuotojen osalta olla rehellistä. Vanhustenkotiyhdistysten muuttumisen oypohjaisiksi katsoi yksi haastatteluun osallistuneista olevan tervettä. RAY:n avustukset tulivat haastattelussa esille kilpailua vääristävänä tekijänä. Yrittäjä katsoi aidon kilpailun virkistävän kaikkia osapuolia. Yhdessä haastattelussa tuli esille ajatus siitä, että kunnat odottavat kustannuskriisissään yrityksiä hokuspokkustempuna. Kaksi haastatelluista puhui kuntien kustannustietoisuutta tai pikemminkin sen puutteesta. Yksi yrittäjistä toi esille yritysten toimivan yhtenä hoidonporrastusmuotona: *”Verovaroilla toteutettu järjestelmä todettu Suomessa hyväksi vaihtoehdoksi, mutta siinä pitää olla erilaisia vaihtoehtoja ja kustannustietoisuutta ja järkeviä hoidon porrastuksia. Nyt tulee vakuutuksia eli vakuutusrahoitteinen ihan hyöä systeemi. Kenenkään rahat ei kohta riitä näiden palvelujen tuottamiseen, kun hoitoisuus lisääntyy tällä tavalla.”*

Kaikki haastatellut tunsivat palvelusetelin oman arvionsa mukaan joko hyvin tai kohtuullisen hyvin. Haastatellut kokivat palvelusetelin asiakkaan kannalta valinnanvapautta lisäävänä mahdollisuutena ja yrittäjän kannalta kysyntää lisäävänä mahdollisuutena. Tutkimukseen osallistuneista kaikkein suurimpana mahdollisuutena palvelusetelin kokivat kotipalveluja tuottavat yritykset. Yrittäjät kertoivat, että kunnat eivät vielä juuri käytä palveluseteliä ja yksi haastatelluista oli sitä mieltä, etteivät kunnat vielä osaa käyttää palveluseteliä. Yksi yrittäjä toi esille, että palvelusetelikokeilut ovat usein liian lyhytkestoisia, jolloin palvelusetelin käytöstä ei saada tietoa. Yksi haastatelluista oli sitä mieltä, että asioista tehdään aina vähän monimutkaisia, byrokratiaa saadaan pyöritettyä niin, että homma ei lähde säädetyssä aikataulussa käyntiin. Yrittäjä arvioi, että uutta systeemiä ei haluta käyttöön. Yksi yrittäjistä oli saanut tietää palveluseteliä käyttäneiltä yrittäjiltä, että palvelusetelin kanssa voi syntyä pulmia, jos palveluseteli ei riitä kattamaan asiakkaan tarvetta ja jos asiakas ei pysty itse maksamaan puuttuvaksi jäänyttä osaa. Tällainen tilanne voi tulla eteen esim. asumispalvelujen osalta. Yrittäjä arveli, että palveluseteli saattaa paremmin riittää kotipalvelun ostamiseen.

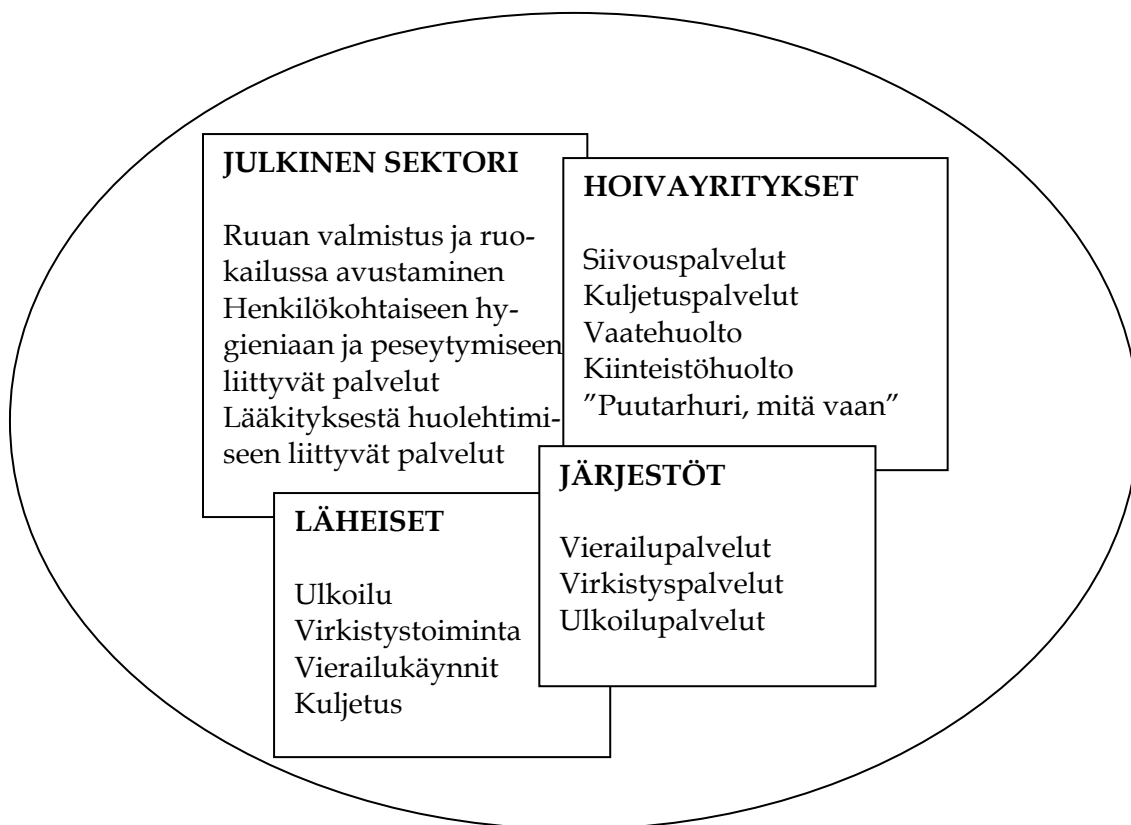
Kaikki haastatteluun osallistuneet yrittäjät puhuivat yrittäjän jaksamisesta. Toisaalta työ yrittäjänä nähtiin hyvin haastavana ja mielenkiintoisena. Toisaalta yrittäjän työpäivät olivat usein pitkiä. Yksi haastatelluista puhui siitä, että monet varsinkin yksin yrittäjät ovat hinnoitelleet palvelunsa liian halvaksi, jolloin työntekijän palkkaaminen ei mahdollistu ja työpäivät saattavat venyä. Yksi yrittäjistä puhui 12-tuntisista työpäivistä. Yksi haastatelluista kertoi tuntevansa yrittäjiä, jotka tekevät 12 tunnin työpäiviä ja päivystävät vielä toiset 12

tuntia vuorokaudessa. Haastateltu oli huolissaan noiden yrittäjien jaksamisesta: voi käydä niin, että jaksamattomuus ohjaakin yrityksen kehitystä tai kehitysmättömyyttä. Yksi yrittäjistä puhui 2 viikon pituisesta lomasta. Pienet lapset auttoivat ainakin yhtä haastatelluista rajaamaan työtään. Joskus isommatkin lapset ilmaisivat huolensa yrittäjän jaksamisesta. Yksi yrittäjistä totesi, että paljon yrityksiä on lopettanut; toki koko ajan tulee lisääkin. Yksi haastatelluista yrittäjistä totesi, että raskainta on se, että ostaja ei aina tiedä, mitä haluaa. Yrittäjä jatkoi, että kunnissa on päättämässä ihmisiä, joilla ei aina ole kompetenssia asioista (palvelujen ostamisesta) päättämiseen, mutta heitä on entistä vähemmän.

## 5.5 Yhteenveto

Tulosten perusteella kotihoitopalvelujen kokonaissysteemi muodostuu julkisen sektorin, hoivayritysten, järjestöjen ja läheisten tuottamien palvelujen kokonaisuudesta. Monet tutkimukseen osallistuneet ikääntyvät arvostivat valinnanvapautta kotihoitopalveluja tarvitessaan. Tulosten perusteella hoivayritysten rooli ikääntyvien kotihoitopalvelujen tuottajana on vahvin erilaisissa tukipalveluissa: etenkin siivous-, kuljetus- ja vaatehuoltopalveluissa. Osa kuntapäättäjäistä oli valmiita siirtämään tai ainakin harkitsemaan monien tukipalvelutyypisten palveluiden tuottamisen siirtämistä yritysten harteille. Pieni osa kuntapäättäjäistä arvioi, että jopa kaikkien kotihoitopalvelujen tuottaminen voitaisiin siirtää yritysten vastuulle. Haastattelujen perusteella voidaan sanoa hoivayritysten hakevan uudenlaista roolia palvelutuotannon kokonaisuudessa, mitä kuvaa hoivayrittäjän vastaus kysymykseen siitä, mitä palveluja kyseinen hoivayritys on valmis tuottamaan: *"Puutarhuri, mitä vaan"*. Hoivayrittäjien haastatteluissa tuli esille asiakaslähtöisyys ja tahto palvella asiakasta kokonaisvaltaisesti niin, että ikääntyvän lisäksi huolehditaan tarvittaessa vaikka ikääntyvän kiinteistöhuollosta. (Kuvio 13)

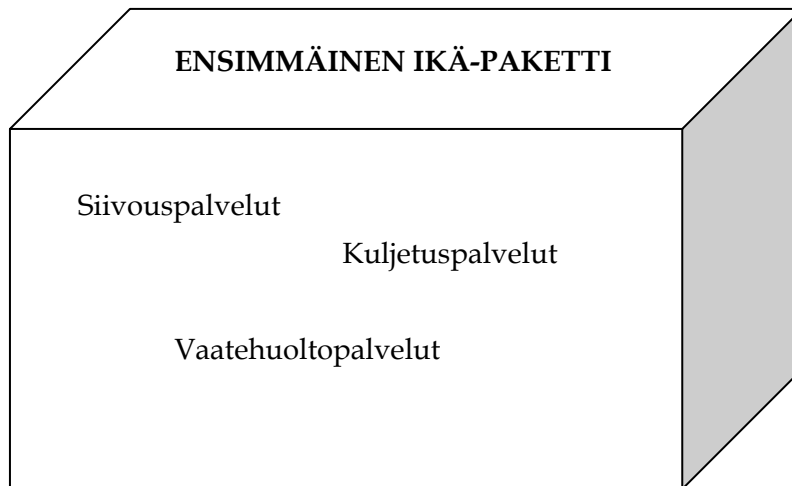
Tulosten perusteella julkisella sektorilla on kotihoitopalvelutuotannon kokonaisuudessa vahva asema etenkin ruuan valmistukseen ja ruokailussa avustamiseen liittyvien palvelujen, henkilökohtaiseen hygieniaan ja peseytymiseen liittyvien palvelujen sekä lääkityksestä huolehtimiseen liittyvien palvelujen tuottamisessa. (Kuvio 13) Suuri osa ikääntyvistä (palvelumuodosta riippuen 47,6 -68,0 %) oli sitä mieltä, että palvelunkäyttäjät maksavat palvelusta tulojensa mukaan. Kuntapäättäjiä osalta vastaavat luvut olivat 37,5-71,9 % palvelumuodosta riippuen.



KUVIO 13 Kotihoitopalvelujen kokonaissysteemi

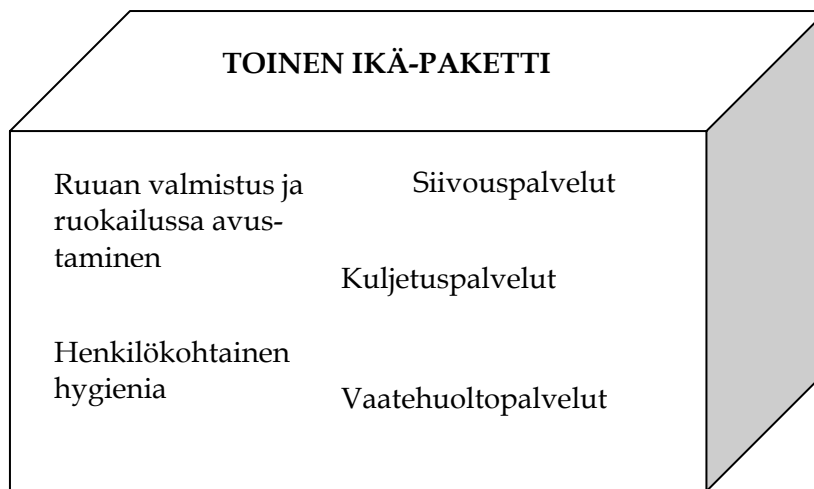
Osa tutkimukseen osallistuneista ikääntyvistä oli sitä mieltä, että julkisen sektorin tulisi asiakasmaksuitta tuottaa lähes kaikki ikääntyvien tarvitsemat kotihoitopalvelut vastineeksi sille, että ikääntyvät ovat vuosikymmenien ajan maksaneet veroja. Toisaalta oli muutamia ikääntyviä, joiden mielestä yritysten tulisi tuottaa kaikki kotihoitopalvelut asiakasmaksuja vastaan. Monet kuntapäättäjät arvioivat omavastuuosuuksien kasvavan tulevaisuudessa. Näkemys siitä, kenen tulisi rahoittaa ikääntyvien tarvitsemat kotihoivapalvelut, vaihteli jonkin verran lähinnä palvelumuodoittain.

Järjestöjen rooliksi ikääntyvät ja kuntapäättäjät katsoivat lähinnä vierailu-, virkistys- ja ulkoilupalvelujen tuottamisen. Järjestöjen rooli on todennäköisesti tärkeä varsinkin niille ikääntyville, joilla ei ole läheisiä tai jotka eivät halua "olla vaivaksi" läheisilleen. Monet ikääntyvät ja kuntapäättäjät toivoivat läheisiltä apua ulkoiluun, virkistykseen ja vierailupalvelujen järjestämiseen. Muutamissa kuntapäättäjien haastatteluissa tuli esille toivomus siitä, että läheiset huolehtisivat kuljetuspalveluista. (Kuvio 13)



KUVIO 14 Ensimmäinen IKÄ-paketti hoivayritysten tuotteeksi

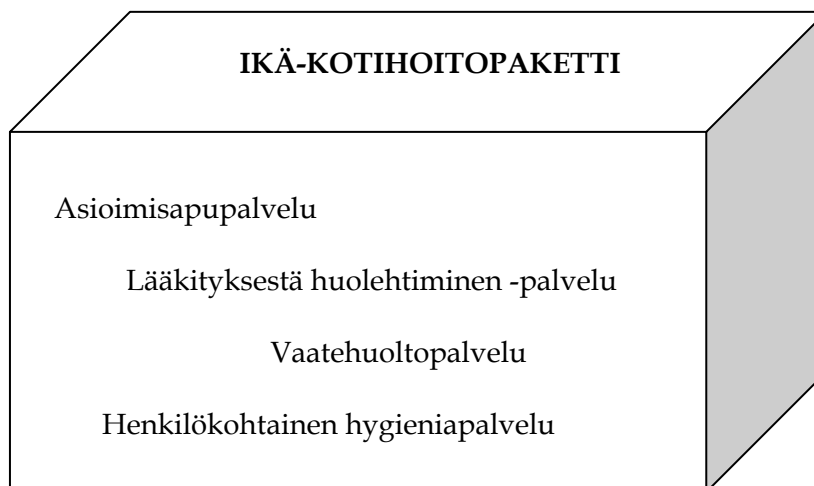
Tutkimuksessa on ikääntyvien ja kuntapäättäjien näkemysten perusteella hahmoteltu palvelukokonaisuuksia, joista ensimmäinen IKÄ-paketti (kuvio 14) sisältää siivous-, kuljetus- ja vaatehuoltopalvelut. Yli 15 % ikääntyvistä ja yli 21 % kuntapäättäjistä katsoi hoivayritysten olevan ensisijaisia siivous-, kuljetus- ja vaatehuoltopalvelujen tuottajia (taulukko 14 ja 15).



KUVIO 15 Toinen IKÄ-paketti hoivayritysten tuotteeksi

Toinen IKÄ-paketti (kuvio 15) sisältää siivous-, kuljetus- ja vaatehuoltopalvelujen lisäksi ruuan valmistukseen ja ruokailussa avustamiseen sekä henkilökohtaiseen hygieniaan liittyvät palvelut. Yli 22 % ikääntyvistä ja yli 28 % kuntapäättäjistä katsoi hoivayritysten olevan toissijaisia siivous-, kuljetus- ja vaatehuoltopalvelujen sekä ruuan valmistukseen ja ruokailussa avustamiseen ja henkilökohtaiseen hygieniaan liittyvien palvelujen tuottajia (taulukko 14 ja 15).

Tutkimukseen osallistuneet ikääntyvät olivat kiinnostuneimpia jalkahoidon, siivouspalvelujen, kotona annetun kuntoutuksen, sairaanhoidollisten palvelujen, kuljetuspalvelujen, kodin ulkopuolisen ruokapalvelun, lääkärin kotikäyntien, päivätoiminnan ja ateriapalvelujen ostamiseen hoivayrityksiltä.



KUVIO 16 IKÄ-kotihoitopaketti hoivayritysten tuotteeksi

Tulosten perusteella voidaan hahmotella erilaisia palvelukokonaisuuksia, joista selvimmin erottuu henkilökohtaisen hygienian ja peseytymiseen liittyvien palvelujen, asioimisavun, vaatehuollon sekä lääkityksestä huolehtimisen muodostama palvelukokonaisuus, jota voidaan kutsua vaikka IKÄ-kotihoitopaketti (kuvio 16) kohderyhmänsä perusteella. IKÄ-kotihoitopaketin kaikki palvelut korreloivat keskenään voimakkaasti ( $r > .80$ ).

Edellä esitettyjen erilaisin perustein rakennettujen IKÄ-pakettien lisäksi kuviossa 17 on koottuna ja kuvattuna sellaisia palvelukokonaisuuksia, joista paketin nimessä mainittu palvelu korreloi voimakkaasti ( $r > .80$ ) jokaisen siihen liitetyn palvelun kanssa.

Hoivayrittäjien haastattelussa esille tuotu asiakaslähtöisyys haastaa etsimään ja kehittämään palveluja ja palvelukokonaisuuksia, jotka vastaavat kunkin asiakkaan yksilöllisiä tarpeita. Kuntapäätäjien haastattelussa esille tuodun valvonnan tehtävänä on ikääntyvien, kuntapäätäjien ja hoivayrittäjien arvos-taman kotihoitopalvelujen laadun ylläpitäminen.



KUVIO 17 Kotihoidon palvelupaketteja hoivayritysten tuotteiksi



## 6 DISKUSSIO

### 6.1 Empiiriset tulokset suhteessa aiempaan kirjallisuuteen

Hoivayritysten roolin ensisijaisena ikääntyvien kotihoitopalvelujen tuottajana ikääntyvät ja kuntapäätäjät näkivät vahvimpana siivous-, kuljetus- ja vaatehuoltopalvelujen tuottajana. S. Rissasen (1999) tutkimuksen mukaan hoivayritysten tehtävänä pidettiin useimmiten siivousta. Siivouksen lisäksi vaatehuolto- ja kuljetuspalvelut oltiin valmiita antamaan hoivayritysten tehtäväksi. S. Rissasen tutkimuksessa avunmuoto oli osittain yhteydessä hoivayritysten ensisijaisuuteen avunantajana vaihteluvälin ollessa 2-18 %. Nyt tässä Keski-Pohjanmaalla, yhdessä seutukunnassa tehdyssä tutkimuksessa vastaava vaihteluväli oli 3,7-20,2 %. Tarkasteltaessa toissijaisia palveluntuottajia hoivayritysten osuus kotihoitopalvelutuotannon kokonaisuudesta kasvoi. Voiko tästä päätellä, että monet ikääntyvät ja kuntapäätäjät näkevät hoivayritysten roolin julkisia palveluja täydentävänä? Tätä päätelmää tukevat monet avokysymyksiin kirjoitetut vastaukset ja monet haastattelutilanteissa annetut vastaukset.

Voidaan kysyä, kuinka paljon hoivayritysten tämänhetkinen palveluvalikoima ohjaa ikääntyvien ja kuntapäätäjien näkemyksiä siitä, mitä palveluja hoivayritykset voivat lähitulevaisuudessa tuottaa? Uutta voisivat olla yksilölliset, tarvittaessa hyvinkin monimuotoiset, sosiaali- ja terveysalan rajat rikkovat ja ylittävät palvelukokonaisuudet, jolloin hoivayritykset toisivat uuden toimintatavan suomalaisen hyvinvointimallin mukaiseen palvelujärjestelmään. Hellmanin (1999) mukaan yksityisten ikääntyville suunnattujen palvelujen tarve on kasvamassa erityisesti räätälöidyissä, yksilöllisissä palveluissa.

Anderssonin et al. (2004) tutkimuksen mukaan ikääntyvät olivat tyytymättömiä liian vähäisiin kotikäynteihin, kodinhoitoavun vähäisyyteen sekä vähäiseen asiointi- ja ulkoiluapuun. Ikääntyvät kaipasivat sosiaalista tukea ja palveluja mahdollistamaan arjessa selviytymistä, mikä voi tarjota hoivayrityksille kiinnostavia haasteita. Etsivätkö ikääntyvät apua tyytymättömyyttä aiheuttaviin tilanteisiin hoivayrityksiltä? Tutkimukseen osallistuneet ikääntyvät olivat kiinnostuneimpia jalkahoidon, siivouspalvelujen, kotona annetun kun-

toutuksen, sairaanhoidollisten palvelujen, kuljetuspalvelujen, kodin ulkopuolisen ruokapalvelun, lääkärin kotikäyntien, päivätoiminnan ja ateriapalvelujen ostamiseen hoivayrityksiltä. S. Rissasen (1999) tutkimuksessa ikääntyvät olivat kiinnostuneimpia ostamaan siivous-, vaatehuolto- ja kuljetuspalveluja.

Kysyttäessä ikääntyviltä halukkuutta ostaa kotihoitopalveluja tiettyyn hintaan, eniten kiinnostuneita oli neuvontapalvelujen ostamiseen. Kotihoitopalvelujen osalta toiseksi eniten kiinnostuneita oli kotiin tuodun valmisaterian ostamiseen ja kolmanneksi eniten kotiin tuotavien kuntoutuspalvelujen ostamiseen. Aikaisemmat tutkimustulokset ovat hyvin samansuuntaisia (vrt. esim. Rissanen et al. 1999)

Lähes kaikkien palvelumuotojen osalta suuri osa ikääntyvistä ja kuntapäätäjistä oli sitä mieltä, että avuntarvitsija maksaa käyttämästään palvelusta tulojensa mukaan. Monet olivat sitä mieltä, että avuntarvitsija maksaa kaikki kustannukset tai että kaikki avuntarvitsijat maksavat samansuuruisen korvauksen. Lääkehuolto poikkesi tulosten mukaan muista palvelumuodoista siinä, että lääkehuollon osalta nähtiin muita palvelumuotoja huomattavasti useammin tarpeelliseksi se, että kunta tai valtio maksaa kaikki kustannukset. Monissa aiemmissa tutkimuksissa enemmistö vastaajista on ollut sitä mieltä, että sosiaali- ja terveystalouden järjestäminen ja rahoitusvastuu kuuluu pääosin kunnalle ja valtiolle (Vaarama et al. 1999, Hammar et al. 1999). Voidaan kysyä ja pohtia, onko tutkimuksissa tarkasteltu samoja palveluja, onko asioita kysytty samalla tavalla ja ovatko ikääntyvät kohderyhmänä kaikissa näissä tutkimuksissa?

Tutkimukseen osallistuneet ikääntyvät olivat valmiita käyttämään 0–800 euroa kuukaudessa (keskimäärin 72,3 €) hoivayritysten tuottamien kotihoitopalvelujen ostamiseen. S. Rissasen et al. (1999) tutkimuksessa ikääntyvät olivat halukkaita maksamaan yksityisistä palveluista muutamasta markasta (noin 1 euro) noin 4 000 markkaan (noin 695 euroa). Samassa tutkimuksessa todettiin, että suurimmaksi esteeksi yritysten tuottamien palvelujen käyttämiselle vastaajat ilmoittivat korkean hinnan. Ikääntyvät olivat halukkaita käyttämään yritysten tuottamia palveluja, mikäli niistä ei aiheutuisi lisäkustannuksia. Nyt valmistuneen tutkimuksen tulokset ovat samansuuntaisia.

Tulosten mukaan hoivayritysten palvelujen käyttäjiä olivat useimmin ne ikääntyvät, jotka arvioivat fyysisen terveytensä huonoksi ja ne, jotka arvioivat fyysisen terveytensä melko huonoksi. L. Rissasen (1999) vanhenevien ihmisten kotona selviytymistä tarkastelleessa tutkimuksessa terveys ja terveystalouden käyttö olivat yhteydessä toisiinsa: jos koettu terveys oli hyvä, palvelujen käyttö oli vähäistä. Fyysisen toimintakyvyn vaje lisäsi hieman terveystalouden käyttöä. L. Rissasen tutkimuksessa fyysisen toimintakyvyn lisäksi muilla elämänlaadun osa-alueilla ei ollut yhteyttä terveystalouden käyttöön. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan hoivayritysten palvelujen käyttäjiä olivat useimmin ne, jotka arvioivat henkisen vireytensä melko huonoksi. Toiseksi useimmin palvelujen käyttäjiä olivat ne, jotka kokivat henkisen vireytensä huonoksi. Taloudellinen tilanne ei merkittävästi selittänyt hoivayritysten tuottamien palvelujen käyttöä: riippumatta siitä, mihin tutkimukseen osallistuneiden taloudellinen tilanne sijoittui akselilla hyvästä taloudellisesta tilanteesta huonoon talou-

delliseen tilanteeseen, yritysten palveluja käyttäneiden osuus vaihteli 11,1–13,3 %:iin. Lähimmät ihmissuhteet olivat tutkimuksen tulosten mukaan yhteydessä hoivayritysten tuottamien palvelujen käyttöön seuraavasti: 20,0–33,3 % niistä, joilla lähimmät ihmissuhteet olivat huonot tai melko huonot, olivat palvelujen käyttäjiä kun taas 9,9–13,0 % niistä, joilla lähimmät ihmissuhteet olivat hyvät tai melko hyvät, olivat yritysten tuottamien palvelujen käyttäjiä. Tulosten valossa näyttää siltä, että hoivayritysten palveluja tarvitsevat fyysisen terveytensä ja/tai henkisen vireytensä huonoksi kokevat ikääntyvät ja/tai ne, jotka arvioivat lähimmät ihmissuhteensa huonoiksi, voivat olla hoivayritysten tuottamien palvelujen käyttäjiä taloudellisesta tilanteestaan riippumatta. Voidaan pohtia, kertooko tulos siitä, että kunnat usein ikääntyvän sijasta maksavat hoivayritysten tuottamien palvelujen käytöstä.

## 6.2 Hoivayritysten tuottamien kotihoitopalvelujen kehittäminen ja laajentaminen

Anderssonin ja Kainlaurin (2001a) mukaan hoiva-alan yritykset pyrkivät profiloitumaan markkinoilla muun muassa asiakaskeskeisyyden ja erikoistumisen avulla. Miten kotihoitopalveluja tuottavat hoivayritykset pyrkivät profiloitumaan? Onko pohdittu, millaisia palveluja ja palvelukokonaisuuksia ikääntyvät tarvitsevat? Larjovuoren (2004) mukaan hyvinvointipalveluja tuottavien yritysten osalta korostuu tulevaisuudessa tarve tuotteistaa palveluja. Larjovuoren tutkimuksen mukaan tulevaisuudessa erilaiset palvelumuodot, kuten ateria-, koti-, kotisairaanhoido- sekä turvallisuus- ja vartiointipalvelu tulevat integroitumaan ja niitä tuotetaan samassa yrityksessä tai yritysverkostojen yhteistyönä. Nyt valmistuneessa tutkimuksessa edettiin Larjovuoren esittämän erilaisten palvelumuotojen integroitumislogiikan mukaisesti.

Tutkimuksen tulosten perusteella hahmoteltiin erilaisia palvelukokonaisuuksia. Ikääntyvän kannalta tarkasteltuna ensimmäisen IKÄ-paketin (siivous-, kuljetus- ja vaatehuoltopalvelut) käytölle saattaa olla ominaista se, että palvelujen ostaminen saattaa alkaa siivous-, vaatehuolto- ja kuljetuspalveluista ja ikääntyvät saattavat itsekin olla maksavina asiakkaina, näin ainakin osa kuntapäätäjistä toivoi. Hoivayrittäjän kannalta tarkasteltuna siivous-, vaatehuolto- ja kuljetuspalvelujen tuottaminen on melko joustavasti integroitavissa, jolloin palvelutuotannossa voidaan saavuttaa synergiaetuja. Nissisen ja Santalon (2001) esittämistä palvelupaketeista ensimmäinen IKÄ-paketti muistuttaa lähinnä Siivouspakettia, joka sisälsi vaatehuollon, viikkosiivouksen sekä neljä kertaa vuodessa suursiivouksen ja ikkunanpesun.

Ikääntyvän kannalta tarkasteltuna toisen IKÄ-paketin käytölle saattaa olla ominaista se, että palvelujen ostaminen laajenee siivous-, vaatehuolto- ja kuljetuspalveluista ruoan valmistukseen ja ruokailussa avustamiseen liittyviin palveluihin sekä henkilökohtaiseen hygieniaan liittyviin palveluihin, jolloin kunnan rooli palvelujen maksajana saattaa kasvaa verrattuna ensimmäiseen IKÄ-

pakettiin. Hoivayrittäjän kannalta tarkasteltuna siivous-, vaatehuolto- ja kuljetuspalvelujen tuottaminen on melko joustavasti integroitavissa ruuan valmistukseen ja ruokailussa avustamiseen sekä henkilökohtaiseen hygieniaan liittyvien palvelujen tuottamiseen, jolloin palvelutuotannossa voidaan saavuttaa synergiaetuja. Aiemmista tutkimuksista ei löytynyt vastaavaa palvelukokonaisuutta.

Voimakkaiden keskinäisten korrelaatioiden perusteella selvimmin erottui henkilökohtaisen hygienian ja peseytymiseen liittyvien palvelujen, asioimisavun, vaatehuollon sekä lääkityksestä huolehtimisen muodostama IKÄ-paketti -palvelukokonaisuus. IKÄ-paketin kaikki palvelut korreloivat keskenään voimakkaasti ( $r > .80$ ). Nissisen ja Santalon (2001) esittämistä palvelupaketeista IKÄ-paketti muistuttaa lähinnä Henkilökohtainen lähiapu -palvelupakettia, joka sisälsi kylvetystä, pukeutumisessa avustamista, lääkehuoltoa ja -annostelua. Henkilökohtainen lähiapu -paketista puuttui asioimisapu ja vaatehuolto.

IKÄ-paketin lisäksi tutkimuksessa koottiin ja kuvattiin sellaisia palvelukokonaisuuksia, joista paketin nimessä mainittu palvelu korreloi voimakkaasti ( $r > .80$ ) jokaisen siihen liitetyn palvelun kanssa. Paketit ovat: Asioimisapu, Henkilökohtainen hygienia, Kuljetuspalvelut, Lääkityksestä huolehtiminen, Ruuan valmistus, Seuranpito, Turvapalvelut, Ulkoilussa avustaminen ja Vaatehuolto. Pakettien sisältämät palvelut on kuvattu edellä kuviossa 19. Verrattaessa Nissisen ja Santalon (2001) esittämiin palvelupaketteihin, voidaan löytää joitakin yhtymäkohtia Henkilökohtainen hygienia -paketista ja Nissisen ja Santalon Henkilökohtainen lähiapu -paketista, Kuljetuspalvelut-paketista ja Nissisen ja Santalon Autopalvelu- ja Asioiden hoitaminen ikääntyvän puolesta -paketeista sekä Ruuan valmistus -paketista ja Nissisen ja Santalon Ruoanlaittopaketista.

Tutkimuksessa esitetyt paketit sisältävät osittain samoja palveluja. Esimerkiksi lääkityksestä huolehtiminen sisältyy viiteen esitetyistä yhdeksästä palvelupaketista. Jos ikääntyvä haluaa ostaa useamman paketin, sovitetaan paketit yhteen niin, että muodostuu ikääntyvän elämäntilannetta ja tarpeita vastaava kokonaisuus. Kiintoisa yksityiskohta voimakkaiden korrelaatioiden perusteella rakennetuissa palvelukokonaisuuksissa on se, ettei siivous sisällynyt yhteenkään esitetyistä palvelukokonaisuuksista. Voidaan kysyä, nähdäänkö siivous selkeästi yksittäisenä, muista erillään olevana palveluna. Esitetyt palvelupaketit voivat toimia hoivayrityksissä tuotteistamiskeskustelun herätteenä. Yritykset muokkaavat ja hiovat paketeista oman näköisiään kokonaisuuksia, jotka istuvat yrityksen liikeideaan sekä rakentavat ja vahvistavat yrityksen brändiä.

Yksi Nissisen ja Santalon (2001) tutkimuksessa esitetyistä palvelupaketeista sisälsi puutarhatyöt, nurmikonleikkuun, lumenluonnin, tontin siivouksen ja pienehköt korjaustyöt. Tässä tutkimuksessa tuli varsin niukasti esille pihatöihin ja korjaustöihin liittyviä tarpeita, vaikka suurin osa vastaajista asui omakotitalossa. Tulos saattaa liittyä kyselylomakkeessa käytettyihin vastausvaihtoehtoihin. Vaikka tarjolla oli vastausvaihtoehto, johon pystyi lyhyesti kirjoittamaan

palvelutarpeistaan, vain harvat käyttivät tuota mahdollisuutta. Lemposen (2001) tutkimuksen mukaan kodin ja pihan siisteys tuntuivat olevan tutkimukseen osallistuneille joskus omaa vointia ja terveyttä tärkeämpiä: kodin täytyy olla siisti, lehdet haravoituna syksyn jälkeen ja lumityöt tehtynä. Lemposen huomioiden perusteella voisi olettaa, että tarvetta Nissisen ja Santalon kuvaa- malle piha- ja korjaustyöt kattavalle palvelupaketille voisi olla.

Monien formaalien ja informaalien kotihoitopalveluntuottajien olemassa- olo on kotihoitopalvelujärjestelmän suuri voimavara, mutta toisaalta se on iso haaste tiedonkululle ja yhteistyölle. Ikääntyvän kannalta voisi olla helpointa sopia palvelujen hankkimisesta yhden toimijan kanssa, mihin hoivayrittäjät voivat pyrkiä rakentamalla yksiköllisiä palvelukokonaisuuksia. Mikäli yrityk- sen omat voimavarat eivät riitä koko palvelukokonaisuuden tuottamiseen, voi yhteistyö muiden yrittäjien kanssa tarjota mahdollisuuksia laajojenkin palvelu- kokonaisuuksien tuottamiseen.

Tulokset kertovat siitä, että palvelujen rahoittajina nähdään pääsääntöi- sesti ikääntyvät itse, läheiset, kunta, valtio, KELA ja työvoimatoimisto. Tutki- muksen tulosten perusteella voidaan pohtia, nähdäänkö yrittäjätkin palvelujen rahoittajina: yritysten odotetaan perivän sangen kohtuullisia, jopa porrastettuja palvelumaksuja ja monet tutkimukseen osallistuneet yrittäjät kertovat tekevän- sä pitkää päivää, kun työntekijän palkkaaminen tuntuu tilauskanan vaihdelles- sa liian suurelta riskiltä, muuttuvissa kalliilta. Ohjaavan toiminnan toimenpi- teitä voidaan pohtia pyrittäessä kehittämän kotihoitopalvelutuotannon koko- naisuutta ja varsinkin pyrittäessä kehittämään hoivayritysten kotipalvelutuot- antoa. Esimerkkinä ohjaavan toiminnan toimenpiteistä voi mainita tutkimuk- sen empiirisen aineiston keräämisen jälkeen voimaantulleen omaisten oikeu- den kotitalousvähennyksen tekemiseen niissä tilanteissa, joissa omainen ostaa ikääntyville vanhemmilleen tai isovanhemmilleen palveluja kotona selviytymi- sen tueksi.

### 6.3 Tutkimuksen relevanssi

Tutkimuksen teoreettinen osuus muistuttaa siitä, miten teoriat – varsin yleispä- tevätkin teoriat – voivat toimia sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuksen, koulutuk- sen ja kotihoidon tarkastelun ja kehittämisen lähtökohtana. Tutkimuksessa käy- tetty aiempi kirjallisuus nostaa esille asiakaslähtöisyyden ikääntyvien palvelu- jen ja palvelukokonaisuuksien kehittämisessä.

Keskusteluun ikääntyvät -käsitteen määrittelystä voi saada uuden näkö- kulman tarkastelemalla tässä tutkimuksessa käytettyä aineistoa erikseen esi- merkiksi 55–59 -vuotiaiden, 60–64 -vuotiaiden ja 65–69 -vuotiaiden osalta, jol- loin voitaisiin nähdä, eroavatko noiden ikäryhmien elämäntilanteet ja näke- mykset merkittävästi toisistaan. Eroavatko esimerkiksi 55-vuotiaiden ja 65- vuotiaiden elämäntilanteet ja ajatukset niin paljon toisistaan, että on väärin käyttää ikääntyvät -käsitettä kattamaan ihmiset 55-vuotiaista 69-vuotiaisiin?

Monille ikääntyville koti on paras paikka; paikka, jossa haluaa asua ja elää mahdollisimman pitkään. Kotona asuminen voidaan mahdollistaa palveluin, joiden kehittämiseen hoivayrityksetkin voivat osallistua kuulemalla ikääntyviä, tuotteistamalla palveluja, rakentamalla palvelukokonaisuuksia ja tekemällä yhteistyötä muiden palveluntuottajien kanssa. Näin toimien hoivayritykset osallistuvat yhteiskuntamme kuorman kantamiseen ikääntyvien suhteellisen osuuden kasvaessa ja monien kuntien kamppaillessa kasvavan palvelutarpeen ja vähenevien verotulojen ristitulessa. Voidaan pohtia, onko tässä tutkimuksessa rajattu koti -käsite liian tiukasti ja perinteisesti. Tutkimuksessa käytetty tiukka rajausta perustuu siihen, että hoivayritykset kotona asuvien ikääntyvien kotihoitopalvelutuotannossa on erittäin laaja ja monimuotoinen kokonaisuus, jolloin väljempi rajausta olisi tehnyt kokonaisuuden hallinnasta entistä vaativamman. Voidaan kuitenkin pohtia, olisivatko tutkimuksessa voineet olla tarkastelun keskiössä nekin ikääntyvät, jotka asuvat esimerkiksi hoiva- tai vanhainkodeissa.

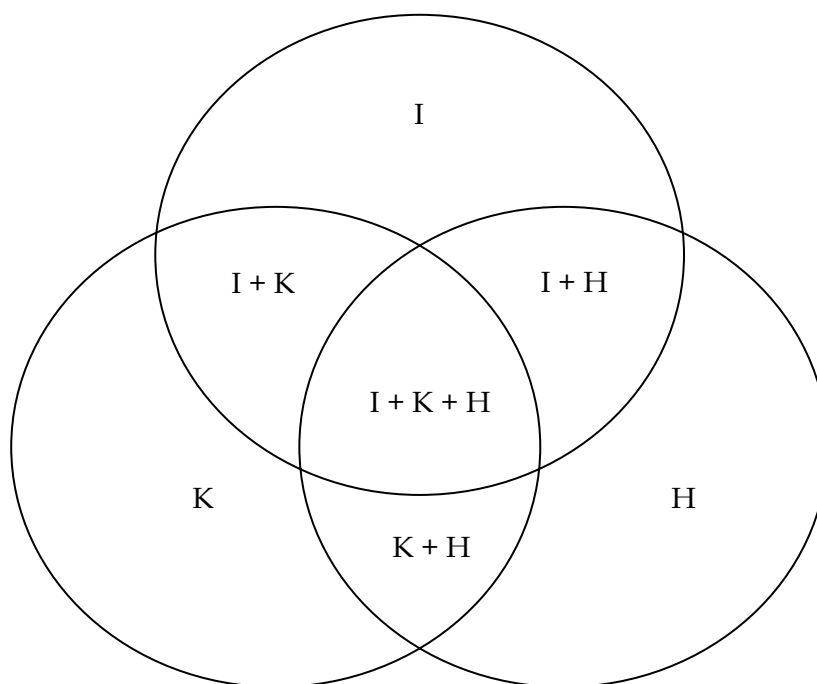
On mahdollista, että 55–70 -vuotiaat muodostavat heterogeenisen ryhmän. Ikääntyvien tarpeet poikkeavat toisistaan ainakin jonkin verran. Suuressa ikääntyvien joukossa on kuitenkin niitä, joiden tarpeet ovat niin lähellä toisiinsa, että heidän tarpeisiinsa voidaan vastata samalla palvelupaketilla, esimerkiksi asioimispalveluja, henkilökohtaiseen hygieniaan ja peseytymiseen liittyviä palveluja, lääkityksestä huolehtimiseen liittyviä palveluja sekä vaatehuoltopalveluja sisältävällä IKÄ-paketilla. Näin voi olla ainakin siinä tapauksessa, että palveluntuottaja on valmis muokkaamaan pakettia ikääntyvän yksilöllisen elämäntilanteen mukaan. Tutkimuksen tulosten tarkastelu avaa mahdollisuuden ikääntyvien tarpeisiin laaja-alaisesti ja rajatusti vastaavien palvelupakettien kehittämiseen. Toivottavasti tutkimuksen tulokset innostavat ikääntyviä kysymään palveluista ja palvelukokonaisuuksista ja hoivayrityksiä rakentamaan, kehittämään ja markkinoimaan palveluja ja palvelukokonaisuuksia. Tulosten mukaan on paljon ikääntyviä ja kuntapäittäjiä, joille palvelun tuottajalla ei ole väliä. Tämä avaa mahdollisuuksia hoivayrityksille ja hoivayritysten tuottamille palveluille.

Kotihoidon palvelukokonaisuuksista on kirjoitettu vähän, mikä panee miettimään, onko palvelukokonaisuuksia myös mietitty ja kehitetty niukasti. Tarvittaisiinko tutkintoon johtavaan koulutukseen ja täydennyskoulutustarjontaan kotihoidon ja hoivayritysten palvelukokonaisuuksien kehittämiseksi innovointi- ja tuotteistamiskoulutusta? Palvelukokonaisuuksien tutkiminen on lähivuosien haasteena ikääntyvien määrän kasvaessa, monien ikääntyvien varallisuuden lisääntyessä ja ikääntyvien uskaltaessa odottaa ja vaatia yksilöllistä ja kokonaisvaltaista palvelua kotona asumisensa tueksi.

Tutkimuksen empiirinen aineisto on kerätty vuoden 2004 aikana, minkä jälkeen taloudellisen niukkuuden jatkuminen julkisella sektorilla ja mahdolliset kuntarakenteeseen liittyvät muutokset saattavat osaltaan olla yhteydessä yrittäjyysilmaston kehittymiseen myönteisempään suuntaan. Kokkolaan ja Kokkolan lähikuntiin on perustettu uusia hoivayrityksiä, jolloin ikääntyvät ja heidän läheisensä ovat saaneet uusia kokemuksia hoivayritysten tuottamien palvelujen

käytöstä. Hoivayritysten lisääntyminen voi osaltaan lisätä niiden tuottamien palvelujen kysyntää kokemusten karttuessa hoivayritysten tuottamien palvelujen käytöstä. Merkillepantavaa on sekin, että yrittäjyyden politiikkaohjelma on nähnyt päivänvalon.

Kuvioon 18 on koottu jatkotutkimuskohteita. Kuvio on rakennettu niin, että tutkimuksen tuloksista on etsitty ajatuskokonaisuuksia, jotka nousevat ikääntyvien (I) vastauksista (esim. ikääntyvän tarpeet), kuntapäättäjien (K) vastauksista (esim. kotihoitopalvelujen valvonta) ja hoivayrittäjien (H) vastauksista (esim. kotihoitopalvelujen asiakaslähtöisyys). Kuvion ympyröiden toisiaan leikkaavissa osissa ikääntyvien ja kuntapäättäjien (I+K) ajatukset ovat keskenään samankaltaisia (esim. kotihoitopalveluista tiedottamiseen liittyen), kuntapäättäjien ja hoivayrittäjien (K+H) ajatukset ovat samankaltaisia (esim. kotihoitopalvelujen ohjaavan toiminnan ja suorittavan toiminnan yhteistyö) ja ikääntyvien ja hoivayrittäjien (I+H) ajatukset ovat samankaltaisia (esim. kotihoitopalvelujen monimuotoisuus). Ikääntyvien, kuntapäättäjien ja hoivayrittäjien (I+K+H) ajatukset voivat keskenään olla samankaltaisia, mistä esimerkkinä kotihoitopalvelujen laatu.



I = Ikääntyvä

K = Kuntapäättäjä

H = Hoivayrittäjä

KUVIO 18 Esimerkkejä jatkotutkimuskohteista

Tämä tutkimus jatkoi kvantitatiivisin painotuksin S. Rissasen väitöskirjatyös-  
sään aloittamaa kuvan piirtämistä hoivayrityksistä kotona asuvien ikääntyvien  
palvelutuotannossa. Kuvan syventämiseksi voisi haastatella 55–70 -vuotiaita  
kotona asuvia ikääntyviä, esimerkiksi viittä ikääntyvää jokaisesta neljästä tut-

kimuskunnasta. Palveluntarvitsijoiden ja -käyttäjien tarpeiden ja näkemysten kuulemista tarvitaan erityisesti nyt, kun palvelurakenteiden kehittäminen on ajankohtaista. Kuvaa hoivayrityksistä kotona asuvien ikääntyvien kotihoitopalvelutuotannossa pyrittiin tässä tutkimuksessa monipuolistamaan keräämällä kuntapäätäjiltä tietoa suppealla kyselylomakkeella ja haastattelulla sekä keräämällä hoivayrittäjiltä tietoa haastattelulla.

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin kansallisesta näkökulmasta hoivayrityksiä kotona asuvien ikääntyvien kotihoitopalvelutuotannossa. Rajauksen perusteluna on se, että kotihoitojärjestelmät poikkeavat paljon maasta toiseen, jolloin kansainvälisen näkökulman liittäminen tutkimukseen olisi laajentanut työtä ja vaikeuttanut kokonaisuuden hallintaa. Olisikin erityisen kiinnostavaa tehdä vaikkapa eurooppalainen tutkimus hoivayrityksistä ikääntyvien kotihoitopalvelutuotannossa.



## SUMMARY

As the age structure of the population changes, municipalities have to meet a major challenge: to organize home care for the aging in support of their functionality and to enable them to live at home. Supporting the functional capacity of the aging population is a multidimensional and multilevel social phenomenon. More analytical knowledge is needed on this issue from a variety of different perspectives. The primary question of this study is what kind of possibilities care enterprises have to support the functionality of aging people who live at home, as seen from the perspectives of the aging population, municipal decision-makers and care entrepreneurs.

The aim is to find answers to this question by means of the following research questions:

1. To what extent are aging people who live at home prepared to utilize home care services offered by care enterprises to support their functionality?
2. What kinds of home care services are they prepared to purchase to support their functionality?
3. From the viewpoint of the aging themselves, of municipal decision-makers and of care entrepreneurs, who should provide home care services for the aging population?
4. From the viewpoint of the aging themselves, of municipal decision-makers and of care entrepreneurs, who should fund such home care services for the aging population?

The theoretical reference frame of the study is based on system theory (von Bertalanffy 1968, Kerola & Järvinen 1980). This makes it possible to examine home care service enterprises as a system and to look at the care services provided by the enterprises from the standpoint of their utilization, content and structural functionality. The system theoretic approach covers all three principal elements of the human system: the human, the human environment and the human-environment interaction.

Rissanen and Sinkkonen (2004) define care entrepreneurship as enterprise-based activity whose primary fields of operations cover living services for various customer groups. These cover open and institutional services, home care including home services and home health care, as well as children's day care including children's day care enterprises. The present study is confined to examining care entrepreneurship in the production of services needed to sup-

port the functionality of aging persons living at home. The study focuses on the literature dealing with Finnish home care services.

This is among the first studies to approach this question – the possibilities of care enterprises to offer services to the aging – from several different perspectives. The data for the study were collected in four municipalities of the Central Ostrobothnia region of Finland from their 55–70 -year-old inhabitants, municipal decision-makers and care entrepreneurs. Most of the data from the 55–70 -year-olds and decision-makers were gathered by means of a structured questionnaire. Altogether 1128 persons responded to the questionnaire for the aging, giving a response percentage of 40.3%. The questionnaire to municipal decision-makers received 32 responses, equal to a response percentage of 48.5%. Part of the study material was gathered by interviewing 31 municipal decision-makers and 4 care entrepreneurs using theme interviews.

The results indicate that there continues to be a need for various types of service suppliers to provide care services for the aging: public sector, care enterprises, third sector, as well as family or friends. All of these sectors have already shaped or are shaping their own role in care service production. According to the results, the role of care enterprises is strongest as suppliers of different kinds of support services.

The most important outcome of this research are the two service packages outlined on the basis of the study data. The first "AGE package" comprises services related to cleaning, transport and clothing care. The second package additionally includes assistance in food preparation and eating as well as personal hygiene.

Care enterprises are actively seeking a new kind of role in service production. The findings indicate that many aging people appreciate a freedom of choice when they need home care services. Customer orientation, which was brought up in the interviews by care entrepreneurs, poses the challenge of looking for and developing care services and service packages to meet the individual needs of each customer. The need for supervision was pointed out by the interviewed municipal decision-makers to maintain the good quality of home care services, which is appreciated both by the aging themselves as well as by decision-makers and care entrepreneurs.

## LÄHTEET

- Ahlstén, K. 1998. Palvelutuotanto vanhuksen voimavaraksi. Lähipalveluverkoston luominen –projekti. Loppuraportti. Vanhus- ja lähimmäispalvelun liitto ry. Kehittyvät vanhuspalvelut, julkaisuja 2. Saarijärvi: Gummerus.
- Ala-Nikkola, M. 2003. Sairaalassa, kotona vai vanhainkodissa? Etnografinen tutkimus vanhustenhuollon koti- ja laitoshoidon päätöksentekotodellisuudesta. Acta Universitatis Tamperensis 972. Tampere: Tampereen yliopistopaino.
- Andersson, S. 1998. Hoivapesti Lemillä ja Savitaipaleella – arjen taidot käyttöön. Teoksessa: Haverinen, R., Simonen, L., Kiikkala, I. (Toim.) Kohtauksia sosiaali- ja terveysalan areenoilla. Stakes. Raportteja 221. Jyväskylä.
- Andersson, S. 2005. Hoivayrittäjyys – osa palvelurakennetta. Teoksessa: Lempenen, V. & Heikkilä, M. Näkökulmia hyvinvointipalvelujen tuottamiseen – yhteistyö palvelujen turvaajana. Maaseutupolitiikanyhteistyöryhmän julkaisu 4. Vammala: Vammalan Kirjapaino.
- Andersson, S., Haverinen, R. & Malin, M. 2004. Vanhusten kotihoito kolmesta näkökulmasta. Yhteiskuntapolitiikka 69 (5), 481–493.
- Andersson, S. & Kainlauri, A. 2001a. Hoivayrittäjyyden paikka – Yrittäjien ja sosiaalijohtajien näkemyksiä hoivapalveluista. Stakes. FinSoc. Työpaperi 1.
- Andersson, S. & Kainlauri, A. 2001b. ”Meidän asiakkailla on hyvä olla” – Kotihoitoyrittäjien käsityksiä asiakaslähtöisyydestä. FinSoc. Arviointiraportteja 4.
- Andersson, S. & Simonen, L. 1996. Uudistuvat hyvinvointipalvelut maaseudulla. Stakes. Raportteja 191.
- Anttonen, A. & Sipilä, J. 2000. Julkinen, yhteisöllinen ja yksityinen sosiaalipolitiikassa – Sosiaalipalvelujen toimijat ja uudenlaiset yhteensovittamisen strategiat. Teoksessa: Riihinen, O. (Toim.). Sosiaalipolitiikka 2017: Näkökulmia suomalaisen yhteiskunnan kehitykseen ja tulevaisuuteen. Sitran julkaisuja 123, 435–462. Juva: WSOY.
- Anttonen, A. & Sointu, L. 2006. Hoivapolitiikka muutoksessa. Julkinen vastuu pienten lasten ja ikääntyneiden hoivasta 12:ssa Euroopan maassa. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Aro, S., Byckling, T., Häkkinen U., Notkola, U. & Ollila J.-P. 1993. Suomalaisen aikuisväestön terveyspalvelujen käyttö ja terveydentila. Sosiaali- ja terveys-hallitus. Raportteja 70. Helsinki.
- Audi, R. (Toim.) 1995. The General Dictionary of Philosophy. Cambridge: Cambridge University Press.
- Avlund, K., Holstein, B., Mortensen, E. Schroll, M. 1999. Active Life in Old Age. Combining Measures of Functional Ability and Social Participation. Danish Medical Bulletin 46, 345-349.
- Backman, K. 2001. Kotona asuvien ikääntyvien itsestä huolenpito. Acta Universitatis Ouluensis. D Medica 624. Oulu: Oulu University Press.

- Barkey, A. & Toback, N. 2001. Elderly Residents Participation and Autonomy-within Geriatric Ward in a Public Institution. *International Journal of Nursing Practice* 8 (4), 198-200.
- Beaumont, G. 1994. Quality of Life in Primary Care. *Human Psychopharmacology* 9, 25-29.
- Becker, P. & Cohen, H. 1984. The Functional Approach to the Care of the Elderly. *Journal of American Geriatric Society* 32, 923-929.
- Bennett, J. 1999. Activities of Daily Living. Old-Fashioned or Still Useful? *Journal of Gerontological Nursing*, 22-29.
- Berkman L., Berkman, C., Kasl, S., Freeman, D., Leo, L., Ostfeld, A., Cornoni-Huntley, J. & Brody, J. 1986. Depressive Symptoms in Relation to Physical Health and Functioning in the Elderly. *American Journal of Epidemiology* 124, 372-388.
- Blazer, D. 1994. Epidemiology of Depression: Prevalence and Incidence. In: Copeland, J., Abou-Saleh, M. & Blazer, D. (Eds.) *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Bowling, A. 1995. *Measuring Disease: a Review of Disease-Specific Quality of Life Measurement Scales*. Buckingham and Philadelphia: Open University Press.
- Cockerill, R., Jaglal, S., Lemineux Charles, L., Chambers, L., Brazil, K. & Cohen, C. 2006. *Dementia* 5 (1), 51-66.
- Coleman, P. 1994. Vanhuus ja itsearvostus - elämäkerrallinen tarkastelu. *Gerontologia* 8, 237-242.
- Coxon, K., Billings, J. & Alaszewski, A. 2004. Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons in the United Kingdom. Teoksessa: Leichsenring, K. & Alaszewski, A.M. (Eds.) *Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons. A European Overview of Issues at Stage*. Public Policy and Social Welfare 28. Ashgate: Aldershot.
- Curtice, L. & Fraser, F. 2000. The Domiciliary Care market in Scotland: Quasi-Markets Revisited. *Health and Social Care in the Community* 8 (4), 260-268.
- Dansky, K., Brannan, D., Shea, D., Vasey, J. 1998. Profiles of Hospital, Physician and Home Health Service Use by Older Persons in Rural Areas. *The Gerontologist* 38, 320-330.
- Ekroos, V. 2004. *Terveystenhoito ja palvelutuotanto - Yksityisesti vai julkisesti*. Jyväskylä: Gummerus.
- Elder, G. 1985. *Life Course Dynamics. Trajectories and Transitions 1968-1980*. London: Cornell University Press.
- Erjanti, H. 1990. *Iäkkäiden inhimilliset tarpeet ja itsehoito*. Lisensiaattityö. Hoito-tieteen laitos. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Esping-Andersen, G. 2002. *Towards the Good Society, Once Again?* In: Esping-Andersen, G., Gallie, D., Hemerijck, A. & Myles, J. 2002. *Why We Need a New Welfare State*. Oxford: Oxford University Press.
- Farguhar, M. 1995. Definitions of Quality of Life: a Taxonomy. *Journal of Advanced Nursing* 22, 502-508.

- Gilbert, N. 2004. *Transformation of the Welfare State. The Silent Surrender of Public Responsibility*. Oxford: Oxford University Press.
- Gill, T.M. & Feinstein, A. 1994. A Critical Appraisal of the Quality of Quality-of-Life Measurements. *Journal of American Medical Association* 272, 619–626.
- Gilleard, C. & Reed, R. 1998. Validating a Measure of Patient Satisfaction with Community Nursing Services. *Journal of Advanced Nursing* 28 (1), 94–100.
- Goodinson, S. & Singleton, J. 1989. Quality of Life: a Critical Review of Current Concepts, Measures and Their Clinical Implications. *International Journal Nursing Students* 26, 327–341.
- Grimby, A. & Wiklund, I. 1994. Health-Related Quality of Life in Old Age. A Study Among 76-Year-Old Swedish Citizens. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 22, 7–14.
- Guyatt, G. & Cook, D. 1994. Health Status, Quality of Life, and the Individual. Commentary. *Journal of American Medical Association* 272, 630–631.
- Habermas, J. 1974. *Theory and Practice*. Lontoo: Heinemann.
- Hallituksen politiikkaohjelmat. Yrittäjyyden politiikkaohjelma. Hallitusohjelma 24.6.2003. <http://www.valtioneuvosto.fi>
- Hammar, T., Raatikainen, R., Perälä, M-L. 1999. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus: 60–65-vuotiaiden odotukset palveluista 80-vuotiaana. *Gerontologia* 13, 189–199.
- Hannula, A. 2007. Systemaattinen tekstianalyysi. Teoksessa: Syrjänen, E., Eronen, A. & Värri, V-M. Avauksia laadullisen tutkimuksen analyysiin. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.
- Harri-Lehtonen, O. 1998. Hoivakodissa asuvan moniongelmaisen vanhuksen Liikkumis- ja toimintakykyä edistävän fysioterapian tuloksellisuus: kuusi kokeellista tapaustutkimusta. Lisensiaattitutkimus. Fysioterapia. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Harris, C. 1987. *The Individual and Society: A Processual Approach*. Teoksessa: Bryman, A., Bytheway, B. Allatt, P. & Keil, T. (Eds.) *Rethinking the Life Cycle*. Houndmills and London: Macmillan Press.
- Hartikainen, A., Helenius, K. 2001. Vertaisryhmä ja vapaaehtoiset auttajat yksin asuvien vanhusten sosiaalisen tuen välittäjänä. *Gerontologia* 1, 102–103.
- Haverinen, R., Simonen, L. & Kiikkala, I. (Toim.) 1998. Kohtaamisia sosiaali- ja terveystieteiden areenoilla. *Stakes. Raportteja* 221.
- Hazzard, W. 1994. Ways to Make “Usual” and “Successful” Aging Synonymous. *Preventive Gerontology. Western Journal of Medicine* 167 (4), 206–215.
- Heikkinen, E. 1982. Vanheneminen tutkimuskohteena. Teoksessa: Jylhä, M., Pohjolainen, P., Arajärvi, R.-L. Kasvun ja vanhenemisen tutkimus. Kasvun ja Vanhenemisen tutkijat -yhdistyksen tutkimusseminaari, Peurunka 19.–20.11.1981. Sarja B katsauksia 2. Terveystieteen laitos. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä.

- Heikkinen, E. 1997. Iäkkäiden ihmisten terveys, toimintakyky ja elämänlaatu. Teoksessa: Era, P. (Toim.). Ikääntyminen ja liikunta. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 108. Jyväskylä: Korpiljyvä.
- Heikkinen, E., Arajärvi, R.-L., Era, P., Jylhä, M., Kinnunen, V., Leskinen, A., Leskinen, E., Mässeli, E., Pohjolainen, P., Rahikkala, P., Suominen, H., Turpeinen, P., Väisänen, M., & Österback, L. 1984. Functional Capacity of Men Born in 1906–1910, 1926–30 and 1946–50. A Basic Report. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 33, 1–93.
- Heikkinen, E., Heikkinen, R.-L., Kauppinen, M., Laukkanen, P., Ruoppila, I. (Toim.) 1990. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyky. Ikivihreät-projekti Osa I. Sosiaali- ja terveysministeriön kehittämisosaston julkaisuja. Helsinki.
- Heikkinen, R.-L. 1991. Kokemuksellinen vanheneminen. *Gerontologia* 5, 291–297.
- Heikkinen, R.-L. & Suutama, T. 1992. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn ja terveyden arviointi. Ikivihreät-projekti Osa II. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. Helsinki.
- Heikkinen, R.-L., Virtanen, V., Heikkinen, E. & Kauppinen, M. 1992. Sosiaalinen yhteisyys, yksilöllinen toiminta ja terveys. *Gerontologia* 6, 176–184.
- Heinonen, J., Kovalainen, A., Paasio, K., Pulkkinen, T. & Österberg, J. 2006. Palkkatyöstä yrittäjäksi. Tutkimus yrittäjäksi ryhtymisen reiteistä sosiaali- ja terveysalalla sekä kaupallisella ja teknisellä alalla. Työministeriön julkaisuja. Helsinki.
- Helin, S. 2000. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn heikkeneminen ja sen kompensatioprosessi. *Studies in Sport, Physical Education and Health* 71. University of Jyväskylä. Jyväskylä: Jyväskylä University Printing House.
- Helin, S. 2002. Palvelujärjestelmä iäkkään ihmisen voimavarojen tukijana. Teoksessa: Heikkinen, E. & Marin, M. (Toim.) Vanhuuden voimavarat. Vammala: Vammalan kirjapaino.
- Hellman, A. 1999. Hoitovakuutus ja vanhuspalvelut. Suomalaisia suuntaviivoja ja eurooppalaisia ratkaisuja. Aktuaaritoiminnan Kehittämässätiö. Helsinki.
- Hellström, Y. & Hallberg, I. 2004. Determinants and Characteristics of Help Provision for Elderly People Living at Home and in Relation to Quality of Life.
- Henkilörekisterilaki L 471/1987 ja sen muutokset L 1011/1989, 387/1994, 630/1995.
- Hiironen, M.-L. 2006. Hoivayritykset kotona asuvien ikääntyvien toimintakyvyn tukena – Ikääntyvien näkökulma. Lisensiaatintutkimus. Taloustieteiden tiedekunta Julkaisuja 157/2006. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä.
- Hirvonen, R. 1995. Kotihoidon merkitys vanhukselle: Laadullinen tutkimus vanhusten kokemuksista. Teoksessa: Sinkkonen, S. (Toim.) Kotihoidon sisältö ja laatu Kuopiossa. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 30. Kuopio: Kuopion yliopiston painatuskeskus, 79–90.
- Holli, K. & Hakama, M. 1989. Treatment of the Terminal Stages of Breast Cancer. *British Medical Journal* 31,13–14.

- Holstein, B., Avlund, K. & Heikkinen, R.-L. 1997. Home Help and Informal Social Support for Elderly People in Three Nordic Locaties. Facts, Research and Intervention in Geriatrics 1997. Supplementum, 41-54.
- Hyvärinen, S., Laitinen, P., Hirvonen, R. & Sinkkonen, S. 1995. Kotihoidon sisältö ja laatu vanhusasiakkaiden, heidän omaistensa ja työntekijöiden arvioimana Kuopiossa 1994. Teoksessa: Sinkkonen, S. (Toim.) Kotihoidon sisältö ja laatu Kuopiossa. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 30. Kuopio: Kuopion yliopiston painatuskeskus, 45-76.
- Hyvärinen, S. 1997. Ikääntyvien ja omaisten avuntarpeiden ja kunnan vanhuspalvelujen yhteensopivuus? Teoksessa: Kivinen, T., Kinnunen, J., Niiranen, V. & Hyvärinen, S. (Toim.) Kuntalaisten arviot ja osallisuus sosiaali- ja terveystalouteen. Kuopion yliopisto. Kuopio, 116-143.
- Hyvärinen, S., Taskinen, H., Malkki, P., Kivinen, T. & Kinnunen, J. 1997. Yksityisten vanhuspalvelujen mahdollisuudet Kuopiossa. Kuopion yliopisto, terveyshallinnon ja talouden laitos. Kuopio: Kuopion kaupungin painatuskeskus.
- Härkki, T. 1996. Työllistyminen mikroyrittäjäksi kotipalvelualalle. Työministeriö. Helsinki: Hakapaino Oy.
- Hörnquist, J.O. 1982. The Concept of Quality of Life. Scandinavian Journal of Social Medicine 10, 57-61.
- Israel, L., Kozarevic, D. & Sartorius, N. 1984. Source Book of Geriatric Assessment 1. Basel: S. Karger.
- Jaakkonen, K. 1998. Kotisairaanhoidoyritykset ja niiden toiminta Suomessa. Helsingin yliopisto. Kansanterveystieteen laitos. Kansanterveystieteen julkaisuja M 155. Helsinki: Yliopistopaino.
- Jette, A. & Branch, L. 1981. The Framingham Disability Study II. Physical Disability Among the Aging. American Journal of Public Health 71, 1211-1216.
- Julkunen, R. 2004. Hyvinvointipalvelujen uusi politiikka. Teoksessa: Henriks-son, L & Wrede, S. (toim.) Hyvinvointityön ammatit. Yliopistopaino. Helsinki.
- Julkunen, R. 2006. Kuka vastaa? Hyvinvointivaltion rajat ja julkinen vastuu. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Jussila, J. 1994. Hoito- ja hoivapalvelu maaseudun mahdollisuutena. Julkaisuja 33. Maaseudun tutkimus- ja koulutuskeskus. Helsingin yliopisto. Pieksämäki: Raamattutalo.
- Jyrkämä, J. 1995. "Rauhaisasti alas illan lepoon"? Acta Universitatis Tamperensis Ser A Vol. 449. Sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos. Tampereen yliopisto. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Kallio, M. 1993. Kokemuksia kyläavustajakokeilusta: moniala-ammattit maaseudun palvelutyössä. Maaseudun tutkimus- ja koulutuskeskus. Helsingin yliopisto.
- Kanniainen, V. 2002. Puhtia hyvinvointiyhteiskunnan purjeisiin. Peruspalveluja uudella tavalla. EVA. Helsinki.
- Kansanterveyslaki L 66 /1972.

- Karjalainen, E. & Kivelä, S.-L. 1995. Iäkkäiden palvelutaloasukkaiden terveys, toimintakyky ja elämänlaatu. Yleislääketiede. Tutkimus 4. Kansanterveys tieteiden ja yleislääketieteen laitos. Oulu.
- Karjalainen, E. & Kivelä, S.-L. 1997. Iäkkäiden palvelutaloasukkaiden terveyden, toimintakyvyn ja elämänlaadun muutokset. Yleislääketiede. Tutkimus 6. Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos. Oulun yliopisto. Oulu.
- Karjalainen, E. 1999. Palvelutalossa asuvien vanhusten toimintakyky. Tutkimus palveluasunnoissa asuvien fyysisen, kognitiivisen ja psyykkisen toimintakyvyn muutoksista. *Acta Universitatis Ouluensis D Medica* 565. Oulu.
- Karppi, S.-L. 1983. Fyysisen toimintakyvyn paraneminen ja ylläpitäminen – osa onnistunutta kuntoutusta. Teoksessa. Hyyppä, M.T., Kallio, V., Karppi, S.-L., Lahtela, K. & Ruponen, S. (Toim.). *Kuntoutuminen*. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Karvonen, J., Kinnunen, S., Kouvala, M. et al. 1996. Kotihoidon tuotteistaminen. Sosiaali- ja terveystoimi. Oulun kaupunki. Projektiraportti.
- Kast, F. & Rosenzweig, J. 1981. *Organization and Management. A Systems and Contingency Approach*. Fourth Edition. Auckland: McGraw-Hill.
- Kauppinen, S. & Niskanen, T. 2003. Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa. *Stakes. Raportteja* 274. Saarijärvi: Gummerus.
- Kerola, P. & Järvinen, P. 1980. *Systemointi II. Tietosysteemin rakentamisen ja käytön systeemiteoreettinen malli*. Vaasa: Gaudeamus.
- Kinnunen, J. 1997. Kuntalaisnäkökulmaan kohdistuvan tutkimuksen perusteet. Teoksessa: Kivinen, T., Kinnunen, J., Niiranen, V. & Hyvärinen, S. *Kuntalaisten arviot ja osallisuus sosiaali- ja terveystalouteen*. Kuopion yliopiston julkaisuja E. *Yhteiskuntatieteet* 45. Kuopio: Kuopion yliopiston painatuskeskus.
- Kinnunen, K. 1999. Miten pitkälle avohoitoa voidaan ja kannattaa tehostaa? *Duodecim* 115, 1585–1590.
- Kinnunen, P. & Kostamo-Pääkkö, K. (Toim.) 2003. Alueelliset hyvinvointi-strategiat. Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen julkaisuja 5. Oulu.
- Kivelä, S.-L. 1994. Depression and Physical and Social Functioning in Old Age. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 89, 73–76.
- Kivelä, S.-L. & Pahkala, K. 2001. Depressive Disorder as a Predictor of Physical Disability in Old Age. *American Journal of Geriatric Sociology*.
- Klemola, A. 2002. Kaustisen seutukunnan hoidon porrastus-projekti. 70-vuotiaille ja sitä vanhemmille toteutettu kysely toimintakyvystä, asuin-ympäristöstä, kunnallisesta ja yksityisistä palveluista sekä omaishoidosta.
- Klemola, A. 2003. Etnografinen tutkimus vanhainkoti- tai palveluasuntopaikkaa odottavien vanhusten arjesta. 2003. *Lisensiaatintutkimus*. Hoitotieteen laitos. Oulun yliopisto. Oulu.
- Klemola, A. 2006. Omasta kodista hoitokotiin. Etnografia keskipohjalaisten vanhusten siirtymävaiheista. Kuopion yliopiston julkaisuja E. *Yhteiskuntatieteet* 138. Kuopio: Kopijyvä. Koivisto, J. & Haverinen, R. 2006. *Systemointi*



- maattiset tutkimuskatsaukset vaikuttavuuden arvioinnin välineenä sosiaalialalla. *Hallinnon tutkimus* 25(3), 108–126.
- Koskinen, S. 1994. Gerontologisen sosiaalityön erityispiirteet. *Vanhustyö* 7–8, 4–6.
- Koskinen, S. 2001. Kodin merkitys ikääntyneiden keskuudessa Lapin haja-asutusalueella. *Gerontologia* 1, 34.
- Koskinen, S., Aalto, L., Hakonen, S. & Päivärinta, E. 1998. *Vanhustyö. Vanhustyön keskusliitto ry. Jyväskylä.*
- Kovalainen, A. 1996. *Sosiaali- ja terveystalouden yrittäjyys.* Juva: WSOY.
- Kovalainen, A. 2004. Hyvinvointipalvelujen markkinointumisen ja sukupuoliosuuden muutos. Teoksessa: Henriksson, L. & Wrede, S. (toim.) *Hyvinvointityön ammatit.* Yliopistopaino. Helsinki.
- Kovalainen, A., Simonen, L. & Österberg, J. 1996. *Sosiaalipalveluyrittäjän muoto-kuva.* Tutkimus sosiaali- ja terveystalouden uusyrityksistä ja vaihtoehtoisista palveluntuottajista. *Stakes. Raportteja 194.* Saarijärvi: Gummerus.
- Krause, K. 1987. *Syöpään sairastuminen – muuttuneeseen elämäntilanteeseen sopeutuminen.* Vaasa: Kirjayhtymä.
- Kröger, T. 2002. Paikallisuus, monituottajamalli ja politiikka. Miksi ikääntyneiden palvelut tuotetaan eri paikkakunnilla eri tavoin? Teoksessa Lehto, J. & Natunen, K. 2002. *Vastaamme vanhusten hyvinvoinnista.* Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän sopeuttaminen ikääntyneiden tarpeisiin. Suomen Kuntaliitto. Acta 144. Helsinki: Kuntatalon paino.
- Kuntalaki L 365/1995.
- KuntaSuomi2004 -tutkimusohjelma.[www.fsd.uta.fi/aineistot/luettelo/FSD1207/meF1207.html](http://www.fsd.uta.fi/aineistot/luettelo/FSD1207/meF1207.html)
- Laaksonen-Heikkilä, R. & Lauri, S. 1997. *Moniammatillinen yhteistyö kotihoidossa.* Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A 18. Turku.
- Laki julkisista hankinnoista L 1505 / 1992.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista L 785/1992.
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista L 812/2000.
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta L 733/1992.
- Laki sosiaali- ja terveystalouden tutkimus- ja kehittämiskeskuksesta L 1073/1992.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä L 559/1994.
- Larjovuori, R.-L. 2004. *Ennakointitutkimus hyvinvointipalveluiden tulevaisuudesta Pirkanmaalla.* Pirkanmaan TE-keskuksen julkaisuja 8. Liike- taloudellinen tutkimus- ja koulutuskeskus. Tampereen yliopisto. Tampere.
- Lassila, J. & Valkonen, T. 2002. *Sosiaalimenot ja väestön ikääntyminen.* ETLA. Sarja B 187. Helsinki.
- Lassila, J. & Valkonen, T. 2003. *Hoivarahasto. Kunnallisan alan kehittämissäätiö.* Vammala.
- Laukkanen, P. 1998. *Iäkkäiden henkilöiden selviytyminen päivittäisistä toiminnoista.* *Studies in Sport, Physical Education and Health* 56. University of Jyväskylä. Jyväskylä: Jyväskylä University Printing House.

- Laukkanen, P., Era, P., Heikkinen, R.-L., Suutama, T., Kauppinen, M. & Heikkinen, E. 1994 Factors Related to Carrying out Everyday Activities Among Elderly People Aged 80. *Aging Clinical and Experimental Research* 6, 433-443.
- Laukkanen, P., Kauppinen, M., Era, P. & Heikkinen, E. 1993. Factors Related to Coping with Physical and Instrumental Activities of Daily Living Among People Born in 1904-1923. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 8, 287-296.
- Lawton, M. 1971. The Functional Assessment of Elderly People. *Journal of the American Geriatrics Society* 19 (6), 465-481.
- Layder, D. 1993. *New Strategies in Social Research. An Introduction and Guide.* Padstow: Polity Press.
- Layder, D. 1997. *Modern Social Theory. Key Debates and New Directions.* University of Leicester. Padstow: T. I. International Ltd.
- Lehto, M. 2003. Sosiaalipolitiikka ja hyvinvointivaltion tulevaisuus. Teoksessa: Laitinen, M. & Pohjola, A. (Toim.). *Sosiaalisen vaihtuvat vastuut.* Juva: PS-kustannus.
- Lehto, J., Aalto, A.-R., Päivärinta, E. & Järvinen, A. 1997. Mistä apu ikääntyneille? Tuloksia yhdeksän kunnan 75 vuotta täyttäneille tehdystä kyselystä. *Stakes* 19.
- Leichsenring, K. 2004. Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons - A European Overview. Teoksessa: Leichsenring, K. & Alaszewski, A.M. (Eds.) *Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons. A European Overview of Issues at Stage.* Public Policy and Social Welfare 28. Ashgate: Aldershot.
- Lemponen, V. 1999. Hyvinvointialan palveluyritykset maaseudulla. Kokemuksia ja ajatuksia yrittäjänä toimimisesta. Helsingin yliopisto, Maaseudun tutkimus- ja koulutuskeskus. Sarja B 18. Seinäjoki.
- Lemponen, V. 2001. Kotona mahdollisimman pitkään. Maaseudulla asuvien 65-74-vuotiaiden näkemyksiä hyvinvointipalveluista. Raportteja ja artikkeleita 80. Maaseudun tutkimus- ja koulutuskeskus. Helsingin yliopisto.
- Lindgren, A.-M., Svärdsudd, K. & Tibblin, G. 1994 Factors Related to Perceived Health Among Elderly People: The Albertina Project. *Age Ageing* 23, 328-333.
- Lough, M. & Schank, M. 1996. Health and Social Support Among Older Women in Congregate Housing. *Public Health Nursing* 13 (6), 434-441.
- Lukkaroinen, R. 2002. Vastuunjaon malli vanhusten kotona asumisen mahdollistamiseksi. Yli 75-vuotiaiden kotihoidon asiakkaiden asumismuodot sekä palvelurakennemallien kustannukset ja toiminnallinen sisältö. *Acta Universitatis Ouluensis D Medica* 698. Oulu: Oulu University Press.
- Lundh, U., Nolan, M. 1996. "Aging and Quality of Life. 1: Towards a Better Understanding." *British Journal of Nursing* 20(5), 1248-1251.
- Lundsgaard, J. 2005. Consumer Direction and choice in Long-Term Care for Older persons, Including Payments for Informal Care. How Can it Help

- Improve Care Outcomes, Employment and Fiscal Sustainability? OECD Health Working Papers No. 20. Paris: OECD.  
<http://titania.sourceoecd.org/>
- Luoma, K., Rätty, T., Moisio, A., Parkkinen, P., Vaarama, M. & Mäkinen, E. 2003. Seniori-Suomi. Ikääntyvän väestön taloudelliset vaikutukset. Sitran raportteja 30. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Luukkanen, J. 1993. Systemimallien rooli tutkimuksessa ja suunnittelussa. Teoksessa: Vapaavuori, M. (Toim.). Miten tutkimme tulevaisuutta? Acta Futura Fennica 5. Tulevaisuuden tutkimuksen seura. Helsinki.
- Lönnqvist, J. 1991. Johtamisen ja johtajan psykologiasta. Valtion koulutuskeskus. Julkaisusarja B 34. 5. painos. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Lönnqvist, J. 2002. Johtajan ja johtamisen psykologiasta. Hallinnon kehittämiskeskus. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Meeberg, G. 1993. Quality of Life: a Concept Analysis. Journal of Advanced Nursing 18, 32-38.
- Melin, T. 1995. Vanhuspalvelujen taloudellisuus 1989-1992. Stakes. Saarijärvi: Gummerus.
- Mesthenos, E. & Triantafillou, J. 2005. Services for Supporting Family Carers of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage. Pan-European Background Report. Release Candidate 1, 24th August 2005. The EUROFAMCARE Consortium. <http://www.uke.uni-hamburg.de/extern/eurofamcare/presentations.html>
- Metsämuuronen, J. 2000. Maailma muuttuu - miten muuttuu sosiaali- ja terveysala? Sosiaali- ja terveysalan muuttuva toimintaympäristö ja tulevaisuuden osaamistarpeet. Töministeriö. ESR-julkaisut 39. 2. tarkistettu painos. Helsinki: Edita.
- Metsämuuronen, J. 2002. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Sri Lanka: International Methelp ky. Sri Lanka.
- Metsämuuronen, J. 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Metteri, A. (Toim.) 2003. Asiakkaan ääntä kuunnellen. Helsinki: Edita.
- Meyer, J. 1986. The Self and the Life Course: Institutionalization and Its Effects. In: Sorensen, A., Weinert, F. & Serrod, L. (Eds.). Human Development and the Life Course. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Miller, J. 1965. Living Systems: Basic Concepts. Behavioral Science 10, 193-237.
- Mulrow, C., Gerety, M., Cornell, J., Lawrence, V. & Kanten, D. 1994. The Relationship between Disease and Function and Perceived Health in Very Frail Elders. Journal of American Geriatrics Society. 42, 374-380.
- Munnukka, J. 2004. Perception-based Pricing Strategies for Mobile Services in Customer Marketing Context. Jyväskylä Studies in Business and Economics 34. University of Jyväskylä. Jyväskylä.
- Muurinen, S., Raatikainen, R. 2001. Asiakkaiden auttamistoiminta kotihoidossa. Gerontologia 1, 96.
- Nihtilä, E. & Martikainen, P. 2004. Ikäihmisten yksinasuminen Suomessa vuosina 1970-2000. Yhteiskuntapolitiikka 69 (2), 135-146.

- Nissinen, K. & Santalo, M. 2001. Asukas- ja kiinteistöpalvelujärjestelmä vanhusväestön kotiasumisen tukena. Rakennus- ja yhdyskuntatekniikka. VTT. Oulu.
- Nivalainen, S. & Volk, R. 2002. Väestö ja hyvinvointipalvelut vuonna 2030: Alueellinen tarkastelu. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 15. Helsinki.
- Noro, A., Häkkinen, U., Arinen, S. 2000. Ikääntyvien suomalaisten terveys, toimintakyky ja sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö vuonna 1996. Tutkimustuloksia laitoksissa ja kotona asuvasta väestöstä. Jyväskylä: Gummerus.
- Nyholm, M-L. & Suominen, H. 1999. Palveluverkossa yötäpäivää. Kunnallisalan kehittämissäätiön julkaisu 18. Vammala: Vammalan Kirjapaino.
- OECD 1994. Introduction and Summary. In: Caring for Frail Elderly People. New Directions in Care. OECD Social Policy Studies 4, 7-14. Paris.
- Paakkari, J. 1996. Vammaisten ja vanhusten ihmisoikeudet. Stakes. Raportteja 200. Saarijärvi: Gummerus.
- Paasivaara, L. 2002. Tavoitteet ja tosiasiallinen toiminta. Suomalaisen vanhustyön hoitotyön muotoutuminen monitasotarkastelussa 1930-luvulta 2000-luvulle. Acta Universitatis Ouluensis. Medica D 707. Oulu: Oulu University Press.
- Pearlman, R. & Uhlmann, R. 1988. Quality of Life in Chronic Diseases: Perceptions of Elderly Patients. *Journal of Gerontology* 43, 25-30.
- Perheet 2000. 2001. SVT. Väestö 12. Tilastokeskus. Helsinki.
- Perustuslaki L 731/1999.
- Perälä, M-L., Grönroos, E. & Sarvi, A. 2006. Kotihoidon henkilöstön työ ja hyvinvointi. Stakes raportteja 8/2006. Helsinki: Valopaino Oy.
- Pesola, K. & Karjalainen, E. 1999. Ryhmäkoti. Koti fyysisesti huonokuntoisille vanhuksille. Fyysisesti huonokuntoisten vanhusten ryhmäasuntoprojekti. Raportti projektin 1. vaiheesta. Vanhustyön Keskusliitto. Ituja vanhustyöhön. Raportti 5. Helsinki: Tyylipaino.
- Peto, R. & Doll, R. 1997 There is no Such Thing as Aging. Old Age is Associated with Disease, but Does Not Cause It. (Eds.). *British Medical Journal* 315, 1030-1032.
- Pietilä, A-M., Tervo, A. 1998. Elderly Finnish People's Experiences with Coping at Home. *International Journal of Nursing Practice* 4, 19-24.
- Pirinen, M. 2003. Kodin ergonomian merkitys ikääntyneiden kaatumisissa - ergonomisen systeemimallin kehittäminen. Acta Universitatis Ouluensis Medica D 769. University of Oulu. Oulu: Oulu University Press.
- Pohjolainen, P. 1987. Toimintakykyisyys, terveydentila ja elämäntyyli 71-75-vuotiailla miehillä. *Studies in Sport, Physical Education and Health* 23. Jyväskylä: University of Jyväskylä.
- Pohjolainen, P. 2000. Ei omaisten vaivaksi... 55-64-vuotiaiden hämeenkyröläisten odotukset palveluista vanhuudessa. Kuntokallio, Vanhustyön koulutus- ja tutkimuskeskus. Raportteja 7. Helsinki.
- Polit, D. & Beck, C. 2004. *Nursing Research. Principles and Methods*. Philadelphia: J.B. Lippincott Williams & Wilkins.

- Päivärinta, E. & Haverinen, R. 2002. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Stakes. Oppaita 52. Jyväskylä: Gummerus.
- Raatikainen, R. 1986. Itsehoito ja hoitotyö. Käsiteluokitusten järjestelmä ja käsitteiden välisten suhteiden tarkastelua terveystalouden näkökulmasta. Väitöskirja. Sairaanhoidajien koulutussäätiö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Raatikainen, R. 1992a. Potilaiden avun tarve ja palvelujen riittävyys kotisairaanhoidossa. *Gerontologia* 6 (1), 32-42.
- Raatikainen, R. 1992b. Self-Activeness in Domiciliary Care. Patient's Need for Help and Help Received. *Acta Universitatis Ouluensis Medica D* 243. Oulu: Oulu University Press.
- Rahkonen, O. & Takala, P. 1997. Terveystalouden ja toimintakyvyn sosiaaliset erot vanhoilla miehillä ja naisilla. *Gerontologia* 11 (4), 282-291.
- Regier, D., Myers, J., Kramer, M., Robins, L., Blazer, D., Hough, R., Eaton, W. & Locke, B. 1984. The NIMH Epidemiological Catchment Area Program: Historical Context, Major Objectives, and Study Population Characteristics. *Archives of General Psychiatry* 41, 934-941.
- Rissanen, L. 1999. Vanhenevien ihmisten kotona selviytyminen. Yli 65-vuotiaiden terveys, toimintakyky ja sosiaali- ja terveyspalvelujen koettu tarve. *Acta Universitatis Ouluensis Medica* 560. Oulu: Oulu University Press.
- Rissanen, S. 1998. Vanhusten kotihoidon tarve ja laatu - arviointitutkimus Kuopion kaupungin kotihoidosta. Lisensiaattitutkimus. Terveystalouden ja -talouden laitos. Kuopion yliopisto. Kuopio.
- Rissanen, S. 1999. Omaishoito ja hoivayritykset vanhusten huolenpidon ratkaisuna? Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 73. Kuopio: Kuopion yliopiston painatuskeskus.
- Rissanen, S., Linnosmaa, I., Taskinen, H., Kivinen, T., Malkki, P. & Kinnunen, J. 1999. Vanhusten asenteet ja ostovoima suhteessa yksityisiin vanhustalouksiin. Teoksessa: Mikkola, H. & Hedvall, M.-B. (Toim.) *Terveystaloustiede 2000*. Stakes. Aiheita 45. Helsinki: Stakesin monistamo, 17-24.
- Rissanen, S. & Sinkkonen, S. 2004. Hoivayrittäjyyden käsite, tausta ja erityispiirteet. Teoksessa: Rissanen, S. & Sinkkonen, S. (Toim.) 2004. *Hoivayrittäjyys*. Juva: PS-kustannus, 12-24.
- Ronkainen, R., Ahonen, S., Backman, K. & Paasivaara, L. 2002. Hoito ja palvelu kotona. Teoksessa: Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. (Toim.) 2002. *Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun*. Stakes. Oppaita 49. Saarijärvi: Gummerus.
- Ruoppila, I. 1992. 65-84-vuotiaiden asennoituminen ikään ja vanhenemiseen. *Gerontologia* 6, 3-21.
- Ryynänen, O.-P., Myllykangas, M., Kinnunen, J., Isomäki, V.-P. & Takala, J. 1999. Terveystalouden ja sairauden valinnat. Suomen kuntaliitto ja Kuopion yliopisto. Helsinki.

- Räty, T., Luoma, K., Mäkinen, E. and Vaarama, M. 2003. The Expected Usage of Care and Resources in Finnish Elderly Care by 2030. Manuscript, forthcoming in VATT-discussion papers in 2003.
- Römer-Paakkanen, T. 2004. Yrittäjyys ja perheyrittäjyys "Seniори Suomessa" 2010-luvulla. Taloustieteiden tiedekunta. Jyväskylän yliopisto. <http://66.249.93.104/search?q=cache:nPD7UhREe3QJ:www.jyu.fi/economics/tutkimus>
- Salminen, K., Suutama, T. & Ruoppila, I. 1990. Iäkkäiden elinolosuhteet sekä psyykinen ja sosiaalinen toimintakykyisyys. Osa 3 Psyykinen toimintakyky. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja. Helsinki.
- Salonen, A.-M. 2001. Vireyttä elämään - Palveluja kotona asuville vanhuksille. Teoksessa: Ala-Nikkola, M. & Mettri, A. (Toim.) Apua arjen tilanteisiin. Nääsvalle ry. & Tampereen yliopisto, Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Tampere: Eräsalon Kirjapaino.
- Sangi, A. 2001. Sosiaalitalkkaritoiminta - kiireetöntä apua arjen tilanteisiin. Teoksessa: Ala-Nikkola, M. & Mettri, A. (Toim.) Apua arjen tilanteisiin. Nääsvalle ry. & Tampereen yliopisto, Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Tampere: Eräsalon Kirjapaino.
- Scott, W.R. 1992. Organizations: Rational, Natural and Open Systems. New Jersey: Prentice-Hall.
- Sirén, R. 1998. Uudet tiet - uudet urat. Lyhytaikais- ja ympärivuorokautisen hoidon kehittämissuunnitelma 1995-1997. Loppuraportti. Vanhus- ja lähimmäispalvelun liitto ry. Kehittyvät palvelut. Julkaisuja 1. Helsinki: Hakapaino.
- Sixmith, A. 1990. The Meaning and Experience of "Home" in Later Life. In: Bytheway, B. and Johnson, J. (Ed.), Welfare and Ageing Experience. Avebury: Aldershot.
- Smith, D. 1987 The Everyday World as Problematic. A Feminist Sociology. Boston: Northeastern University Press.
- Sosiaalihuoltoasetus L 607 /1983.
- Sosiaalihuoltolaki L 710 /1982.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuasetus 912/1992.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksulaki L 734/1992.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 1993. Palvelurakennetyöryhmän muistio 7.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 1996. Vanhuspolitiikkaa vuoteen 2001. Suomen vanhuspoliittisen tavoite- ja startegiatoimikunnan mietintö. Komiteamietintö 1. Helsinki: Oy Edita Ab.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2000. Vanhus- ja eläkepoliittisen neuvottelukunnan muistio 2000. Työryhmämuistioita 3. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2001a. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. Julkaisuja 4. Helsinki: Edita Oyj.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2001b. Hoitovakuutustyöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 7. Helsinki.

- Sosiaali- ja terveysministeriö 2002. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 3. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2003. Sosiaaliturvan suunta 2003. Julkaisuja 6. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2004. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004-2007. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 20. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2006a. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015 - kohti sosiaalisesti kestäväää ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2006b. Sosiaali- ja terveysministeriön tulevaisuus- katsaus 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:35. Julkaisu on saatavana vain verkkoversiona.
- Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2001. Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus. Oppaita 4. Helsinki: Edita Oy.
- Spitzer, W. 1987 State of Science 1986: Quality of Life and Functional Status as Target Variables for Research. *Journal of Chronic Diseases* 40, 465-471.
- Spray, S. 1976. Organizational Effectiveness: The Problem of Relevance. In S. Spray (Ed.) *Organizational Effectiveness: Theory - Research - Utilization*. The Kent State University Press.
- Stakes 2002. Ikääntyneiden sosiaali- ja terveystilastot 2002. Suomen Virallinen Tilasto (SVT) Sosiaaliturva 1/2003. Saarijärvi: Gummerus.
- Stakes/StakesTieto 2002a. Sosiaali- ja terveystilastot. Yksityiset sosiaalipalvelut 2001 - tiedonantajapalaute 13.
- Stakes/StakesTieto 2002b. Sosiaali- ja terveystilastot. Yksityiset terveystilastot 2001 - tiedonantajapalaute 22.
- Stakes 2006a. Hoivan ja hoidon taloudellinen kestävyys - arvioita sosiaali- ja terveystilastojen kustannusten kehityksestä. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Stakes 2006b. Oikeus ja kohtuus. Arvioita ja ehdotuksia yksityisestä ja julkisesta hyvinvointivastuusta. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Stakes 2006c. Riittävät palvelut jokaiselle. Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Stenvall, J. & Koskinen, S. 2004. Tulevaisuuden uudet palvelut - mahdollisuus vai mahdottomuus. Teoksessa: Virolainen, K. & Syväjärvi, A. & Pietiläinen, H. & Lämsä, A. (Toim.). *Tulevaisuuden hyvinvointipalvelujen kehittäminen - tapauksia Pohjois-Suomesta*. Oulun seudun ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysalan yksikkö. Oulu: Kalevaprint.
- Stewart, A. & King, A. 1994. Conceptualizing and Measuring Quality of Life in Older Populations. In: Abeles, R., Gift, H. & Ory, M. (Eds.). *Aging and Quality of Life*. New York: Springer Publishing Company.
- Strasser, S. & Eveland, J.D. & Cummins, G. & Deniston, L.O. & Romani, J.H. 1981. Conceptualizing the Goal and System Models of Organizational Effectiveness - Implications for Comparative Evaluation Research. *Journal of Management Studies* 18 (3), 321-340.

- Stuart-Hamilton, I. 1996. Vanhenemisen psykologia. Kuopio: Kustannusosakeyhtiö Puijo.
- Sundström, G. & Tortosa, M. 1999. The Effects of Rationing Home-Help Services in Spain and Sweden: a Comparative Analysis. *Ageing and Society* 19, 343--361.
- Strang, V. & Koop, P. 2006. Family Caregivers and Transition to Long-Term Care. *Clinical Nursing Research* 15 (1), 27-45.
- Suutama, T., Salminen, K. & Ruoppila, I. 1988 Iäkkäiden elinolosuhteet sekä psyykinen ja sosiaalinen toimintakykyisyys. Ikivihreät- projekti osa II. Fyysinen ja sosiaalinen toimintakyky. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M 63. Helsinki.
- Taival 1998. The Older Person's Adaptation and Promotion of Adaptation in Home Nursing Care. *Acta Universitatis Taperensis* 589. Vammala. Vammalan Kirjapaino.
- Tedre, S. 1999. Hoivan sanattomat sopimukset. Tutkimus vanhusten kotipalvelun työntekijöiden työstä. Yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja 40. Joensuun yliopisto. Joensuu.
- Tedre, S. & Pöllänen, P. 2001. Sosiaalialan hoivayritysten asema kunnassa. Taupusselvitys Pohjois-Karjalassa. Yhteiskuntapolitiikan raportteja 8. Yhteiskuntapolitiikan laitos. Joensuun yliopisto. Joensuu.
- Tenkanen, R. 2003. Kotihoidon yhteistyömuotojen kehittäminen ja sen merkitys vanhusten elämänlaadun näkökulmasta. *Acta Universitatis Lapponiensis* 62. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Rovaniemi: Lapin Yliopistopaino.
- Tepponen, P. 2003. Yli 75-vuotiaiden kotihoitoasukkaiden palvelujen toteuttaminen pääkaupunkiseudulla. Tutkimus Espoon, Helsingin ja Vantaan kaupungeissa. Väitöskirjat 1/2003. Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon osasto. Helsingin yliopisto. Helsinki: Yliopistopaino.
- Toikkanen, T. 1994. Vanheneminen ja vanhuus. Lahtelaisten, 75-79-vuotiaiden kokemuksia vanhenemisestä, hyvästä vanhuudesta, elämän tarkoituksesta ja kuolemasta. Lisensiaatintyö. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto. Tampere.
- Uusitalo, H., Parpo, A., Hakkarainen, A. 2000. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000. Stakes. Raportteja 250. Jyväskylä.
- Vaarama, M. 1992. Vanhusten palvelujen tavoitteet ja todellisuus. Katsaus vanhusväestön elinoloihin, palvelutarpeisiin ja sosiaali- ja terveyspalveluihin. Sosiaali- ja terveyshallitus. Raportteja 48. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Vaarama, M. 2002. Tavoitteena vanhan ihmisen hyvä elämänlaatu. Teoksessa: Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. (Toim.) 2002. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes. Oppaita 49. Saarijärvi: Gummerus.
- Vaarama, M. 2004. Ikääntyneiden toimintakyky ja hoivapalvelut - Nykytila ja vuosi 2015. Teoksessa Kautto, M. (toim.) Eläkeläisten toimeentulo 1990-luvulla. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33/2004. Valtioneuvosto. Helsinki.



- Vaarama, M., Hakkarainen, A., Laaksonen, S. 1999. Vanhusbarometri 1998. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 3. Helsinki.
- Vaarama, M. & Hurskainen, R. 1992. Hyvään vanhuuteen 1990- ja 2000-luvuilla. Toimintaohjelma kuntien vanhuspolitiikan kehittämiseen ja strategiseen suunnitteluun. Stakes. Raportteja 92, 6-10.
- Vaarama, M. & Hurskainen, R. 1993. Vanhuspolitiikan tulevaisuuskuvat ja kehittämistästrategiat. Sosiaali- ja terveyshallitus. Raportteja 95. Helsinki: Vap-kustannus.
- Vaarama, M. & Lehto, J. 1996. Vanhuspalvelujen rakennemuutos 1988-1994. Teoksessa: Viialainen, R. & Lehto, J. (Toim.) Sosiaali- ja terveystieteiden rakennemuutos. Laitoshoidon vähentämisestä avopalvelujen kehittämiseen. Stakes. Raportteja 192. Helsinki.
- Vaarama, M. & Voutilainen, P. 2002. Kaksi skenaariota vanhusten hoivapalvelujen kehityksestä ja resurssitarpeista ajalla 1999-2030. Yhteiskunta-politiikka 4, 352-363.
- Walker, A. 2001. Ikääntyminen ja ikäihmisten sosiaalipalvelut Euroopassa. Gerontologia 3, 217-228.
- Walker, A. & Maltby, T. 1997. Ageing Europe. Buckingham: Open University Press.
- Walker, S. & Rosser, R.. 1993. Quality of Life Assessment: Key Issues in the 1990's. London: Kluwer Academic Publishers.
- Valtioneuvoston kanslia 2004. Väestön ikärakenteen muutos ja siihen varautuminen. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 1. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 29. <http://www.valtioneuvosto.fi/tiedostot/pdf/fi/90122.pdf>
- Valtionosuusuudistus L 733/1992.
- Valvanne, J., Juva, K. Erkinjuntti, T. & Tilvis, R. 1991. Kotona asuvien 75-, 80- ja 85-vuotiaiden helsinkiläisten toimintakyky ja avuntarve. Gerontologia 5, 105-113.
- Ware, J.E. 1994. When Quality of Life is Secured. *Cardiology* 85, 65-70.
- Ware, P., Matosevic, T., Forder, J., Hardy, B., Kendall, J. & Knapp, M. 2001. Movement and Change: Independent Sector Domiciliary Care Providers between 1995 and 1999. *Health and Social Care in the Community* 9 (6), 334-340.
- Varjonen, J. & Aalto, K. & Leskinen, J. 2005. Kotityön markkinat. Sitran raportteja 45. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Wells, K., Stewart, A., Hays, R., Burnam, M., Rogers, W., Daniels, M., Berry, S., Greenfield, S. & Ware, J. 1989 The Functioning and Well-being of Depressed Patients. *Journal of American Medical Association* 262, 914-919.
- WHO 1948. WHO Definition of Health. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.
- The WHOQOL Group 1996. What Quality of Life. *World Health Forum* 17, 354-356.

- Viitala, K. 1990. Kohti tavoitteellista kotipalvelua. Sosiaalihuollon julkaisu 14. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Vilkko, A. 1998. Kodiksi kutsuttu paikka: tapaus naisen ja miehen omaelämäkerroista. Teoksessa: Hyvärinen, M., Peltonen, E. & Vilkko, A. (Toim.) *Liikkuvat erot. Sukupuoli elämäkertatutkimuksessa*. Tampere: Vastapaino.
- Volk, R. 2004. Väestörakenteen muutos ja palvelurakenne. *Vanhustyö*. 2, 9–21.
- Von Bertalanffy, L. 1968. *General System Theory. Foundations Development Applications*. New York: Braziller.
- Wondolowski, C. & Davis, D.K. 1998. The Lived Experience of Aging in the Oldest Old: a Phenomenological Study. *The American Journal of Psychoanalysis* 48, 261–270.
- Wood, P.H.N. 1986. A Second Collection of Papers Concerning Application of The International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. *International Rehabilitation Medicine* 8, 1–2.
- Voutilainen, P. (toim) 2007. *Laatua laatusuosituksella? Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen seuranta ja arviointi*. Stakes raportteja 2/2007. Helsinki: Valopaino Oy.
- Voutilainen, P. & Vaarama, M. 2005. *Toimintakykykymittareiden käyttö ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnissa*. Stakes raportteja 7/2005. Helsinki: Stakesin monistamo.
- Voutilainen, P., Vaarama, M., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. 2002. *Kokonaistilanteen selvittämisellä hoito- ja palvelusuunnitelmaan*. Teoksessa: Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. (Toim.) 2002. *Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu*. Opas laatuun. Stakes. Oppaita 49. Saarijärvi: Gummerus.
- Voutilainen, P., Vaarama, M. & Hakkarainen, A. 2000. *Valokeilassa vanhusten hoitopalvelut. Palvelujen kehitys vuosina 1988-1998*. Teoksessa: Pietilä, A.- M., Kylmä, J., Turunen, H., Vehviläinen-Julkunen, K. & Immonen, K. *Hoitotieteellisen tutkimuksen ydinkysymyksiä terveyden edistämässä perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa*. VI kansallinen hoitotieteellinen konferenssi. Kuopion yliopiston selvityksiä E. Yhteiskuntatieteet 19. Kuopio.
- Väestölaskenta 1970. 1973. Osa VI. Ruokakuntien rakenne. SVT VI C 104. Tilastokeskus. Helsinki.
- Yin, R. 1995. *Case Study Research: Design and Methods*. Newbury: Sage Publications.
- Yura, H. & Walsh, M.B. 1973. *The Nursing Process*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Åkerblom, S. 2001. *Itsenäistä suoriutumista tukevat asunnot lähiympäristöineen*. *Gerontologia* 1, 70–71.

## LIITTEET

### LIITE 1 Kyselylomake ikääntyville



Arvoisa vastaaja

Himangan, Kannuksen, Kälviän ja Lohtajan kuntien sekä Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulun yhteistyönä on meneillään lähitulevaisuuden hoivapalvelujen järjestämistä selvittävä hanke. Jotta kunnissa ja alueellamme voidaan kehittää ikääntyville suunnattuja sosiaali- ja terveyspalveluja, tarvitaan tietoa siitä, millaisia palveluihin kohdistuvia tarpeita ja odotuksia tämän päivän 55-70 -vuotiaalla väestöllä on. Kyselylomake on lähetty kaikille 55-70 -vuotiaalle himankalaisille, kannuslaisille, kälviäläisille ja lohtajalaisille (yhteensä 2 921 henkilöä).

Pyydämme Teitä ystävällisesti vastaamaan huolellisesti kaikkiin kyselylomakkeen kysymyksiin. Jokaisen vastaajan kokemukset ja mielipiteet ovat tutkimuksen onnistumisen kannalta arvokkaita ja tärkeitä. Vastauksenne käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti eikä kenenkään henkilöllisyys paljastu tutkimuksen missään vaiheessa. Antamanne tiedot jäävät sellaisenaan vain tutkijoiden käyttöön. Siinä tapauksessa, että ette itse pysty täyttämään lomaketta, toivoisimme, että täyttäisitte lomakkeen läheisen ihmisen avustuksella.

Pyydämme Teitä ystävällisesti palauttamaan lomakkeen oheisessa kirjekuoressa 15.3.2004 mennessä.

Annamme mielellämme lisätietoja ja selvennystä tutkimuksesta, tällöin voitte ottaa yhteyttä Marja-Liisa Hiironen, puh. 044 7250 510.

Yhteistyöstä ja vaivannäöstänne kiittäen

Kokkolassa 20.2.2004

Marja-Liisa Hiironen

Projektipäällikkö  
Keski-Pohjanmaan  
ammattikorkeakoulu  
CENTRIA tutkimus ja  
kehitys

## TAUSTATIEDOT

1. Sukupuolenne  Mies  Nainen

2. Syntymävuotenne \_\_\_\_\_

3. Asuinkuntanne  
 Himanka  
 Kannus  
 Kälviä  
 Lohtaja

4. Missä asutte?  
 Omakotitalossa  
 Rivitalossa  
 Vanhuksille tarkoitetussa kerros- tai rivitalossa  
 Kerrostalossa  
 palvelutalossa  
 Vanhainkodissa  
 Muualla, missä \_\_\_\_\_

5. Kenen kanssa asutte?  
 Asun yksin  
 Asun puolison tai avopuolison kanssa  
 Asun puolison ja lapsen/lasten kanssa  
 Asun lapsen tai lasten kanssa  
 Asun lapseni perheessä  
 Asun sukulaisen tai tuttavien kanssa  
 Muu, mikä \_\_\_\_\_

## 6. Selviydtekö ilman toisen ihmisen apua kotonanne?

|   | Kyllä                    | Osittain                 | En                       |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Ruokailusta tai ruuan valmistuksesta                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Peseytymisestä ja/tai henkilökohtaisesta hygieniasta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Asiolla käymisestä kodin ulkopuolella                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Siivouksesta   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Vaatehuollosta (esim. pyykinpesusta)                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Ulkoilusta   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) Lääkityksestä huolehtimisesta                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) Muusta, mistä  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 7. Rengastakaa jokaisen asian kohdalla asteikosta se numero, joka kuvaa parhaiten tilannettanne tällä hetkellä.

Numero 1 kuvaa huonointa mahdollista ja numero 10 parasta mahdollista tilannetta

|                           | Huono |   |   |   |   |   |   |   |   |    | Hyvä |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---------------------------|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
|                           | 1     | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 1    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Fyysinen terveydentilanne |       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| Henkinen vireyttenne      |       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| Taloudellinen tilannenne  |       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| Lähimmät ihmissuhteenne   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |

## 8. Mitkä ovat omat nettotulonne kuukaudessa (tulot, joista on vähennetty verot)

- |                                  |                                   |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| 1) alle 500 € (n.3000 mk)        | 5) 2001-2500 € (n.12000-15000 mk) |
| 2) 501-1000 € (n. 3001-6000 mk)  | 6) yli 2500 € (n.15000 mk)        |
| 3) 1001-1500 € (n.6000-9000 mk)  | 7) Ei perhettä                    |
| 4) 1501-2000 € (n.9000-12000 mk) |                                   |

## 9. Jos olette perheellinen, mitkä ovat perheen nettotulot kuukaudessa (tulot, joista on vähennetty verot)

- |                                   |                                   |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 1) alle 1000 € (n. 6000 mk)       | 5) 2501-3000 € (n.15000-18000 mk) |
| 2) 1001-1500 € (n.6000-9000 mk)   | 6) 3001-3500 € (n.18000-21000 mk) |
| 3) 1501-2000 € (n. 9000-12000 mk) | 7) yli 3500 € (n. 21000 mk)       |
| 4) 2001-2500 € (n. 9000-15000 mk) | 8) Ei perhettä                    |

## KYSELY

2(6)

## PALVELUJEN JÄRJESTÄMINEN

**10. Miten mielestänne seuraavat lähinnä ikääntyville ihmisille tarkoitetut palvelut pitäisi rahoittaa?**

Vastatkaa jokaiseen kohtaan (a-k), vaikka tällä hetkellä ette tarvitsisikaan kyseessä olevaa palvelua.

|  | Kunta/<br>valtio maksaa<br>kaikki<br>kustannukset | Kaikki avun-<br>tarvitsijat<br>maksavat<br>saman<br>suuruisen<br>korvauksen | Avuntarvitsija<br>maksaa<br>tulojensa<br>mukaan | Avuntarvitsija<br>maksaa<br>kaikki<br>kustannukset |
|--|---|---|---|--|
| a) Ruoan valmistuksessa/ ruokailussa avustaminen                                       | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>                           |
| b) Henkilökohtaiseen hygieniaan ja/tai peseytymiseen liittyvät palvelut                | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>                           |
| c) Asioimisapu ja/tai –palvelu kodin ulkopuolella (esim. pankissa tai kaupassa käynti) | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>                           |
| d) Kuljetuspalvelut (esim. kuljetus lääkäriin, kylään)                                 | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>                           |
| e) Siivouspalvelut   | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>                           |
| f) Vaatehuolto (esim. pyykinpesu)  | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>                           |
| g) Lääkityksestä huolehtiminen   | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>                           |
| h) Avun antajan vierailukäynti luonani seurustelun/ keskustelun vuoksi                 | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>                           |
| i) Ulkoiluun osallistuminen  | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>                           |
| j) Virkistystoimintaan osallistuminen (esim. käymällä harrastuksissa)                  | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>                           |
| k) Muu, mikä _____   | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>                           |

**11. Entä kenen pitäisi käydä antamassa edellä mainitut palvelut? Vaikka tällä hetkellä ette tarvitsisikaan kyseessä olevaa palvelua, vastatkaa jokaisen palveluun (kohdat a – k) merkitsemällä jokaiselle riville kaksi tärkeintä palvelujen antajaa laittamalla 1 ensisijaiselle palvelujen antajalle ja 2 toissijaiselle palvelujen antajalle.**

|  | Järjestön<br>ja/tai<br>seurakunnan<br>työntekijän | Yksityis-<br>yrityksen<br>työntekijän | Kunnan<br>työntekijän    | Läheisen<br>ihmisen      | Palvelun<br>antajalla ei<br>ole väliä |
|--|---|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|
| <b>Esimerkki</b><br>Katujen kunnossapito                                       |   |                                       | 2                        |                          | 1                                     |
| a) Ruoan valmistuksessa/ruokailussa avustaminen                                | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              |
| b) Henkilökohtaiseen hygieniaan ja/tai peseytymiseen liittyvät palvelut        | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              |
| c) Asioimisapu ja/tai –palvelu kodin ulkopuolella                              | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              |
| d) Kuljetuspalvelut (esim. kuljetus lääkäriin tai kylään)                      | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              |
| e) Siivouspalvelut   | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              |
| f) Vaatehuolto (esim. pyykinpesu)  | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              |
| g) Lääkityksestä huolehtiminen   | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              |
| h) Avun antajan vierailukäynti luonani seurustelun/keskustelun vuoksi          | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              |
| i)Ulkoiluun osallistuminen   | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              |
| j)Virkistäytymistoimintaan osallistuminen (esim. käymällä yhdessä teatterissa) | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              |
| k) Muu, mikä _____   | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              |

## KUNNALLISTEN PALVELUIDEN KÄYTTÖ

## 12. Mitä seuraavia kuntanne tuottamia sosiaali- ja terveystalvuuja käytätte?

|  | En käytä                 | Useita kertoja päivässä  | Kerran päivässä          | Muutaman kerran viikossa | Kerran viikossa          | Kerran kk:ssa tai harv.  |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Ateriapalveluja (valmisateria kotiin tuotuna)                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Ruuan valmistukseen ja/tai ruokailussa avustamiseen liittyviä palveluja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Palvelutalossa ruokailua  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Henkilökohtaiseen hygieniaan ja/tai peseytymiseen liittyviä palveluja   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Asioimisapuun ja/tai -palveluun kodin ulkopuolella liittyviä palveluja  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Ulkoilussa avustamista  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) Seuranpitoa (esim. keskustelu)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) Kuljetuspalveluja   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i) Siivouspalveluja  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j) Vaatehuoltoon liittyviä palveluja                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k) Lääkityksestä huolehtimiseen liittyviä palveluja                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l) Päivätoimintaa (esim. palvelutalossa tapahtuva virkistystoiminta)       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m) Lyhyitä kuntoutusjaksoja hoitolaitoksessa                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n) Sairaanhoidollisia palveluja (esim. haavahoidot)                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| o) Kotona annettua kuntoutusta   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| p) Lääkärin kotikäyntejä   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| q) Jalkahoitoja  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| r) Turvapalveluja (esim. turvapuhelin)                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| s) Muita, mitä _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 13. Kuinka paljon Teiltä kuluu keskimäärin kuukaudessa rahaa edellä mainittuihin palveluihin? (Ei lääkkeisiin)

\_\_\_\_\_ euroa tai \_\_\_\_\_ markkaa

## 14. Saatteko kunnalta kaikkia tarvitsemianne sosiaali- ja terveystalvuuja riittävästi?

 Kyllä  En

Mitä palveluja tarvitsisitte lisää? \_\_\_\_\_

## 15. Miten mielestänne kuntanne on järjestänyt seuraavat palvelut?

|                           | Erittäin huonosti        | Melko huonosti           | Melko hyvin              | Erittäin hyvin           |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Asuminen               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Kotisairaanhoido       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Kotipalvelu            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Kuljetuspalvelut       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Ateriapalvelut         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Lyhyet kuntoutusjaksot | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) Laitoshoido            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) Päivätoiminta          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



**20. Kuinka paljon rahaa kuukaudessa olisitte valmis käyttämään edellä mainittuihin yksityisiin sosiaali- ja terveyspalveluihin?**

\_\_\_\_\_ euroa

**21. Olisitteko kiinnostunut muuttamaan omalla kustannuksellanne yksityiseen hoitokotiin?**

- Olisin kiinnostunut tällä hetkellä  
 Olisin kiinnostunut tulevaisuudessa  
 En ole kiinnostunut

**22. Olisitteko kiinnostunut ostamaan asunnon vanhuksille tarkoitettusta taloyhtiöstä, jossa olisi tarjolla esim. ateria- ja siivouspalveluja?**

- Olisin kiinnostunut tällä hetkellä  
 Olisin kiinnostunut tulevaisuudessa  
 En ole kiinnostunut

**23. Mitä tekijöitä pidätte tärkeimpinä yksityisissä sosiaali- ja terveyspalveluissa? Valitkaa kaksi tärkeintä tekijää.**

- Mahdollisuus asioida saman henkilön/henkilöiden kanssa  
 Mahdollisuus itse päättää palveluihin liittyvistä yksityiskohdista  
 Palvelujen ympärivuorokautinen saatavuus  
 Palvelut toteutetaan sovittuina aikoina ja sovitulla tavalla  
 Hyvää vuorovaikutusta työntekijöiden kanssa  
 Työntekijöillä on riittävästi aikaa  
 Yhteydensaannin helppous työntekijöihin  
 Joku muu, mikä \_\_\_\_\_

**24. Seuraavassa esitetään väittämiä yksityisistä sosiaali- ja terveyspalveluista. Ympyröikää jokaisesta väittämästä mielipidettänne vastaava vaihtoehto.**

|   | Täysin samaa mieltä mieltä | Jossain määrin samaa     | En osaa sanoa mieltä     | Jossain määrin eri mieltä | Täysin eri               |
|---|----------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| a) Käyttäisin yksityisiä palveluja, mikäli siitä ei aiheutuisi minulle lisäkustannuksia   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| b) Yksityisiä palveluja tulisi olla nykyistä enemmän tarjolla   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| c) Jos kunnan tarjoamia palveluja ei olisi saatavilla, olisin valmis käyttämään yksityisiä palveluja                                | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| d) Kunnan tulisi järjestää kaikki sosiaali- ja terveyspalvelut  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| e) Mielestäni yksityiset palvelut eivät ole niin luotettavia kuin kunnan tarjoamat  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| f) Minulle on aivan sama, saanko palvelut yksityiseltä yritykseltä vai kunnalta   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| g) Tulevaisuudessa yksityiset yritykset tarjoavat palveluita nykyistä enemmän   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| h) Yksityisten yritysten sosiaali- ja terveyspalvelut ovat yksilöllisiä   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| i) Ostaisin yksityisiä palveluita, mutta minulla ei ole varaa niihin  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| j) Ihmisten on otettava tulevaisuudessa enemmän vastuuta vanhuudestaan  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| k) Ostaisin palvelun mieluummin yksityiseltä yritykseltä, jos sen hinta olisi sama kuin kunnan tarjoaman palvelun                   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| l) Jos saisin kunnalta tietyn rahasumman palvelujen ostamiseen (palvelusetelin), ostaisin yksityisiä sosiaali- ja terveyspalveluita | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| m) Läheiseni olisi valmis maksamaan osan yksityisistä palvelujen kustannuksista   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |



## KYSELY

6(6)

---

**25. Seuraavassa esitetään joitakin esimerkkitapauksia mahdollisista yksityisistä sosiaali- ja terveyspalveluista. Toivoisimme Teidän vastaavan seuraaviin tapauksiin oman tämän hetken elämäntilanteenne kannalta.**

|   | Kyllä                    | Ei                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a) Käyttäisin yksityistä kotipalvelun siivousapua, jos siivous maksaisi minulle 17 €/ tunti(voi sisältää 2 käyntiä)                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Käyttäisin yksityisen kotisairaanhoidon palveluja, jos käyntikerta maksaisi minulle 17 €   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Ostaisin kotiin lääkäripalveluja, jos se maksaisi minulle 25 €/kerta   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Ostaisin päivittäin itselleni yhden valmisaterian kotiin tuotuna, jos se maksaisi minulle 5 € /ateria                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Kävisin vuosittain omatoimisella lyhyellä virkistysjaksolla hoitolaitoksessa, jos se maksaisi minulle 40 €/päivä                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Kävisin vuosittain lyhyellä kuntoutusjaksolla hoitolaitoksessa, jos se maksaisi minulle 85 €/päivä                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) Ostaisin kotiin kuntoutuspalveluja, jos se maksaisi minulle 20 €/kerta   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) Käyttäisin asiointiapua(esim. kaupassa käynti), jos se maksaisi minulle 13€/ tunti   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i) Käyttäisin apua seuranpitoon (esim. keskustelut), jos se maksaisi 13 €/tunti   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j) Ostaisin auttajan ulkona liikkumiseen, jos se maksaisi minulle 13 €/tunti  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k) Käyttäisin henkilökohtaiseen hygieniaan apua, jos se maksaisi minulle 17 €/ tunti  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l) Ostaisin palvelun, jossa tarvitsemani lääkkeet laitettaisiin minulle valmiiksi kerran viikossa, jos se maksaisi minulle 5 €/viikko | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m) Käyttäisin vaatehuollon palveluja (esim. pyykinpesu), jos se maksaisi minulle 13 €/tunti   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n) Osallistuisin päivätoimintaan, jos se maksaisi minulle 25 €/päivä  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| o) Soittaisin sosiaali- ja terveysalan ammattihenkilöille pulmatilanteissa saadakseni apua, jos se maksaisi minulle 3€/kerta.         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| p) Ostaisin turvapuhelinpalveluja, jos se maksaisi minulle 100€/vuosi   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**26. Miksi haluatte tai ette halua ostaa yksityisiltä yrityksiltä sosiaali- ja terveyspalveluja?**


---



---



---

**27. Haluaisitteko kertoa vielä jotain yksityisiin sosiaali- ja terveyspalveluihin liittyvistä asioista?**


---



---



---

Kiitokset vaivannäöstänne!

## LIITE 2 Kyselylomake kuntapäätäjille



Arvoisa vastaaja

Himangan, Kannuksen, Kälviän ja Lohtajan kuntien sekä Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulun yhteistyönä on meneillään lähitulevaisuuden hoivapalvelujen järjestämistä selvittävä Hoiva 2008 -hanke. Jotta kunnissa ja alueellamme voidaan kehittää ikääntyville suunnattuja sosiaali- ja terveystalvveluja, tarvitaan tietoa siitä, millaisia näkemyksiä kuntien päätäjillä on ikääntyville suunnattujen palvelujen järjestämisestä. Kyselylomake on lähetty kaikille Himangan, Kannuksen, Kälviän ja Lohtajan kunnanhallitusten ja perusturvalautakuntien jäsenille.

Pyydämme Teitä ystävällisesti vastaamaan huolellisesti kaikkiin kyselylomakkeen kysymyksiin. Jokaisen vastaajan kokemukset ja mielipiteet ovat tutkimuksen onnistumisen kannalta arvokkaita ja tärkeitä. Pyydämme Teitä palauttamaan vastauksenne nimellänne ja puhelinnumerollanne sekä mahdollisella sähköpostiosoitteellanne varustettuna, koska haastattelemme osaa tähän kyselyyn vastanneista kevään aikana. Valitsemme haastateltavat vastausten perusteella. Vastauksenne käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti eikä kenenkään henkilöllisyys paljastu tutkimuksen missään vaiheessa. Antamanne tiedot jäävät sellaisenaan vain tutkijoiden käyttöön.

Pyydämme Teitä ystävällisesti palauttamaan lomakkeen oheisessa kirjekuoreessa 30.3.2004 mennessä.

Annamme mielellämme lisätietoja ja selvennystä tutkimuksesta, tällöin voitte ottaa yhteyttä Marja-Liisa Hiiseen, puh. 044 725 0510.

Yhteistyöstä ja vaivannäöstänne kiittäen

Kokkolassa 16.3.2004

Marja-Liisa Hiironen  
Projektipäällikkö  
Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulu  
CENTRIA tutkimus ja kehitys

## 1. Miten mielestänne seuraavat lähinnä ikääntyville ihmisille tarkoitetut palvelut pitäisi rahoittaa?

|  | Kunta/<br>valtio maksaa<br>kaikki<br>kustannukset | Kaikki avun-<br>tarvitsijat<br>maksavat<br>saman<br>suuruisen<br>korvauksen | Avuntarvitsija<br>maksaa<br>tulojensa<br>mukaan | Avuntarvitsija<br>maksaa<br>kaikki<br>kustannukset |
|--|---|---|---|--|
| a) Ruuan valmistuksessa/ ruokailussa avustaminen                                   | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>                           |
| b) Henkilökohtaiseen hygieniaan ja/tai peseytymiseen liittyvät palvelut            | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>                           |
| c) Asioimisapu ja/tai -palvelu kodin ulkopuolella (esim. pankissa/kaupassa käynti) | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>                           |
| d) Kuljetuspalvelut (esim. kuljetus lääkäriin, kylään)                             | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>                           |
| e) Siivouspalvelut   | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>                           |
| f) Vaatehuolto (esim. pyykinpesu)  | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>                           |
| g) Lääkityksestä huolehtiminen   | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>                           |
| h) Avun antajan vierailukäynti luonani seurustelun/ keskustelun vuoksi             | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>                           |
| i) Ulkoiluun osallistuminen  | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>                           |
| j) Virkistystoimintaan osallistuminen (esim. käymällä harrastuksissa)              | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>                           |
| k) Muu, mikä _____   | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>                           |

## 2. Entä kenen pitäisi käydä antamassa edellä mainitut palvelut? Vastatkaa jokaiseen kohtaan (kohdat a – k) merkitsemällä jokaiselle riville kaksi tärkeintä palvelujen antajaa laittamalla 1 ensisijaiselle palvelujen antajalle ja 2 toissijaiselle palvelujen antajalle.

|  | Järjestön<br>ja/tai<br>seurakunnan<br>työntekijän | Yksityis-<br>yrityksen<br>työntekijän | Kunnan<br>työntekijän    | Läheisen<br>ihmisen      | Palvelun<br>antajalla ei<br>ole väliä |
|--|---|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|
| a) Ruuan valmistuksessa/ruokailussa avustaminen                            | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              |
| b) Henkilökohtaiseen hygieniaan ja/tai peseytymiseen liittyvät palvelut    | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              |
| c) Asioimisapu ja/tai -palvelu kodin ulkopuolella                          | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              |
| d) Kuljetuspalvelut (esim. kuljetus lääkäriin tai kylään)                  | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              |
| e) Siivouspalvelut   | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              |
| f) Vaatehuolto (esim. pyykinpesu)  | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              |
| g) Lääkityksestä huolehtiminen   | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              |
| h) Avun antajan vierailukäynti luonani seurustelun/keskustelun vuoksi      | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              |
| i) Ulkoiluun osallistuminen  | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              |
| j) Virkistystoimintaan osallistuminen (esim. käymällä yhdessä teatterissa) | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              |
| k) Muu, mikä _____   | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              |

Esimerkki: Katujen kunnossapito

2

1

3. Haluaisitteko vielä kertoa jotain palveluiden rahoittamiseen ja tuottamiseen liittyvistä asioista?

---


---

---

---

Kiitos vaivannäöstänne!

Nimi \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_

Sähköpostiosoite \_\_\_\_\_

## LIITE 3 Kuntapäättäjien haastattelurunko

### Hoiva 2008 -projekti

Kunnanhallituksen jäsenten ja perusturvalautakuntien jäsenten haastattelu koskien himankalaisille, kannuslaisille, kälviäläisille ja lohtajalaisille 55-70 -vuotiaille tuotettavia hoivapalveluja.

#### Haastatteluteemat ja -kysymykset

##### I Tämänhetkiset hoivapalvelut 55-70 -vuotiaille

- Kuka järjestää hoivapalvelut?
- Kuka rahoittaa hoivapalvelut?

##### II Hoivapalvelujen järjestäminen 55-70 -vuotiaille vuoteen 2008 mennessä

- Kenen pitäisi järjestää hoivapalvelut, MIKSI?
- Millaisia hoivapalveluja kunnassanne voitaisiin ulkoistaa?
- Jos / kun hoivapalveluja ulkoistetaan, mitkä ovat tärkeimmät kriteerit palveluntuottajan valinnassa, MIKSI?

##### III 55-70 -vuotiaille tarkoitettujen hoivapalvelujen rahoittaminen vuoteen 2008 mennessä

- Kenen pitäisi rahoittaa palvelut, MIKSI?
- Millaisena mahdollisuutena näette palvelusetelin käytön kunnassanne?
- Millaisena mahdollisuutena näette alueellisen Contact Centerin kuntanne asukkaiden kannalta?

##### IV Haastattelu

- Miltä ajatuksia tämä haastattelu Teissä herätti?

#### Käytetyt käsitteet

Palveluseteli: Palveluseteli on julkisen sektorin rahoittama ja käyttötarkoitukseltaan etukäteen määriteltyä ostovoimaa. Kunta päättää palvelusetelistä ja antaa sen asiakkaalle. Asiakas valitsee palveluntuottajan ja ostaa palvelun. Palveluntuottaja laskuttaa setelin määrän kunnalta, kun taas asiakas maksaa mahdollisen oman osuutensa suoraan palveluntuottajalle. Palveluseteli on asiakkaalle verovapaa.

Contact Center: Asiakkaat saavat tarvitsemaansa tietoa (sairauksien hoitaminen, palvelujen tuottajat) keskitetyn puhelinpalvelun ja / tai internetin, sähköpostin kautta.

## **Hoiva 2008–projekti**

### **YRITTÄJIEN HAASTATTELU**

#### **Yritystä koskevat tiedot**

Milloin yrityksenne on perustettu?

Mikä on yrityksenne yritysmuoto?

Kuinka suuri yrityksenne on (esim. työntekijöinä mitattuna)?

#### **Palvelutuotanto**

Mitä palveluja yrityksenne tuottaa?

Kenen pitäisi tuottaa ikääntyvien hoivapalvelut?

#### **Palveluiden rahoittaminen**

Kuka maksaa yrityksenne tuottamista palveluista?

Kenen pitäisi maksaa ikääntyvien hoivapalveluista?

Millaisena mahdollisuutena näette palvelusetelin yrityksenne kannalta?

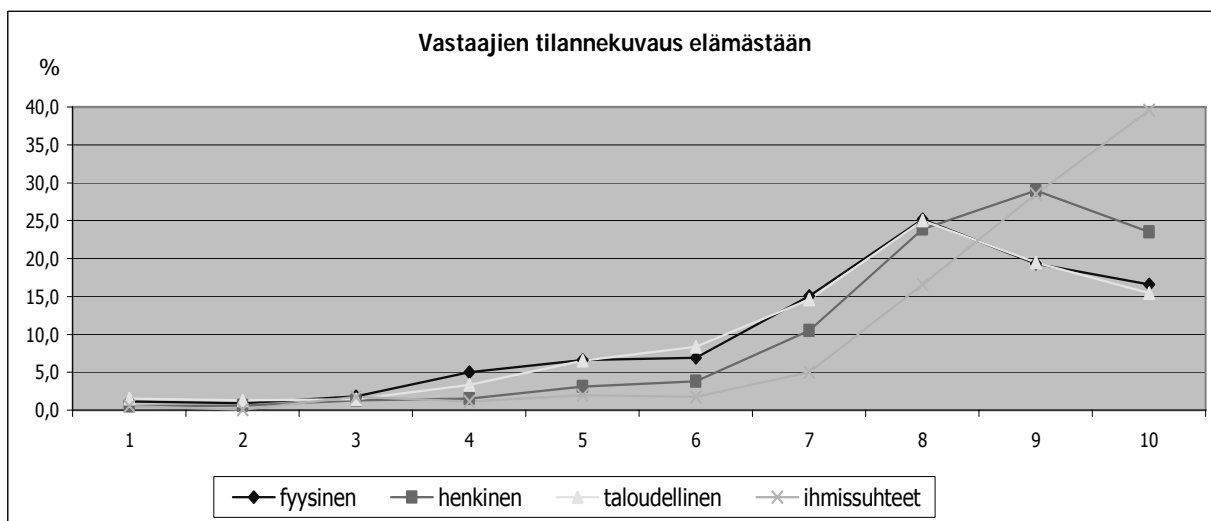
#### **Tulevaisuus**

Millaiset ovat yrityksenne tulevaisuudennäkymät vuoteen 2008 mennessä?

Millainen yrityksenne toimintaympäristön tulisi olla, että yrityksenne voisi kehittyä toivomallanne tavalla?

**Mitä muuta haluaisitte sanoa?**

## LIITE 5 Tuloksiin liittyvä kuvio



**KUVIO KL 1** Vastaajien tilannekuvaus elämästään fyysisen, henkisen ja taloudellisen tilanteen sekä ihmissuhteiden osalta arvioituna asteikolla 1-10

## LIITE 6 Tuloksiin liittyviä taulukoita

**TAULUKKO TL 1** Vastaajien tilannekuvaus elämästään fyysisen, henkisen ja taloudellisen tilanteen sekä ihmissuhteiden osalta arvioituna asteikolla 1-10

| Tilannekuvaus toimintakyvystä | N    | Keskiarvo | Keskihajonta |
|-------------------------------|------|-----------|--------------|
| Fyysinen terveydentilanne     | 1113 | 7,60      | 1,985        |
| Henkinen vireytenne           | 1102 | 8,29      | 1,676        |
| Taloudellinen tilanteenne     | 1095 | 7,59      | 1,987        |
| Lähimmät ihmissuhteenne       | 1094 | 8,78      | 1,605        |

**TAULUKKO TL 2** Ruuan valmistukseen yhteydessä olevat kotihoitopalvelut

| Ruuan valmistukseen ja/tai ruokailussa avustamiseen liittyvien palvelujen korrelaatio | Pearson Correlation | Sig. (2.tailed) | N    |
|---|---------------------|-----------------|------|
| Kodin ulkopuoliseen ruokapalveluun  | 0,776               | 0,000           | 1014 |
| Henkilökohtaiseen hygieniaan ja/tai peseytymiseen liittyviin palveluihin              | 0,775               | 0,000           | 1015 |
| Asioimisapuun   | 0,760               | 0,000           | 1011 |
| Seuranpitoon  | 0,700               | 0,000           | 1012 |
| Kuljetuspalveluihin   | 0,730               | 0,000           | 1009 |
| Vaatehuoltoon liittyviin palveluihin  | 0,763               | 0,000           | 1009 |
| Lääkityksestä huolehtimiseen liittyviin palveluihin                                   | 0,819               | 0,000           | 1008 |
| Turvapalveluihin  | 0,787               | 0,000           | 987  |



TAULUKKO TL 3 Ulkoilussa avustamiseen yhteydessä olevat kotihoitopalvelut

| <b>Ulkoilussa avustamiseen liittyvien palveluiden korrelaatio</b>         | <b>Pearson Correlation</b> | <b>Sig. (2.tailed)</b> | <b>N</b> |
|---|----------------------------|------------------------|----------|
| Henkilökohtaiseen hygieniaan ja/ tai peseytymiseen liittyviin palveluihin | 0,829                      | 0,000                  | 1011     |
| Asioimisapuun   | 0,771                      | 0,000                  | 1006     |
| Seuranpitoon  | 0,860                      | 0,000                  | 1011     |
| Kuljetuspalveluihin   | 0,728                      | 0,000                  | 1007     |
| Vaatehuoltoon liittyviin palveluihin                                      | 0,776                      | 0,000                  | 1005     |
| Lääkityksestä huolehtimiseen liittyviin palveluihin                       | 0,785                      | 0,000                  | 1007     |

TAULUKKO TL 4 Seuranpitoon yhteydessä olevat kotihoitopalvelut

| <b>Seuranpitoon liittyvien palveluiden korrelaatio</b>                      | <b>Pearson Correlation</b> | <b>Sig. (2.tailed)</b> | <b>N</b> |
|---|----------------------------|------------------------|----------|
| Ruuan valmistukseen ja/ tai ruokailussa avustamiseen liittyviin palveluihin | 0,700                      | 0,000                  | 1012     |
| Henkilökohtaiseen hygieniaan ja/ tai peseytymiseen liittyviin palveluihin   | 0,782                      | 0,000                  | 1012     |
| Asioimisapuun   | 0,737                      | 0,000                  | 1007     |
| Ulkoilussa avustamiseen   | 0,860                      | 0,000                  | 1011     |
| Kuljetuspalveluihin   | 0,771                      | 0,000                  | 1007     |
| Vaatehuoltoon liittyviin palveluihin  | 0,783                      | 0,000                  | 1006     |

TAULUKKO TL 5 Kuljetuspalveluihin yhteydessä olevat kotihoitopalvelut

| Kuljetuspalveluihin liittyvien palveluiden korrelaatio                      | Pearson Correlation | Sig. (2.tailed) | N    |
|---|---------------------|-----------------|------|
| Ruuan valmistukseen ja/ tai ruokailussa avustamiseen liittyviin palveluihin | 0,730               | 0,000           | 1009 |
| Henkilökohtaiseen hygieniaan ja/ tai peseytymiseen liittyviin palveluihin   | 0,726               | 0,000           | 1010 |
| Asioimisapuun   | 0,814               | 0,000           | 1004 |
| Ulkoilussa avustamiseen   | 0,728               | 0,000           | 1007 |
| Seuranpitoon  | 0,771               | 0,000           | 1007 |
| Vaatehuoltoon liittyviin palveluihin  | 0,794               | 0,000           | 1004 |
| Lääkityksestä huolehtimiseen liittyviin palveluihin                         | 0,703               | 0,000           | 1006 |
| Lääkärin kotikäynteihin   | 0,709               | 0,000           | 994  |

TAULUKKO TL 6 Lääkärin kotikäynteihin yhteydessä olevat kotihoitopalvelut

| Lääkärin kotikäynteihin liittyvien palveluiden korrelaatio | Pearson Correlation | Sig. (2.tailed) | N   |
|--|---------------------|-----------------|-----|
| Kuljetuspalveluihin  | 0,709               | 0,000           | 994 |
| Vaatehuoltoon liittyviin palveluihin                       | 0,757               | 0,000           | 993 |
| Lääkityksestä huolehtimiseen liittyviin palveluihin        | 0,700               | 0,000           | 993 |
| Kotona annettuun kuntoutukseen                             | 0,794               | 0,000           | 995 |

TAULUKKO TL 7 Turvapalveluihin yhteydessä olevat kotihoitopalvelut

| <b>Turvapalveluihin liittyvien palveluiden korrelaatio</b>                | <b>Pearson Correlation</b> | <b>Sig. (2.tailed)</b> | <b>N</b> |
|---|----------------------------|------------------------|----------|
| Ruuan valmistukseen ja/ tai ruokailussa avustamiseen liittyviä palveluja  | 0,787                      | 0,000                  | 987      |
| Henkilökohtaiseen hygieniaan ja/ tai peseytymiseen liittyviin palveluihin | 0,734                      | 0,000                  | 987      |
| Asioimisapuun   | 0,739                      | 0,000                  | 982      |
| Vaatehuoltoon liittyviin palveluihin                                      | 0,765                      | 0,000                  | 981      |
| Lääkityksestä huolehtimiseen liittyviin palveluihin                       | 0,811                      | 0,000                  | 983      |
| Kotona annettuun kuntoutukseen  | 0,794                      | 0,000                  | 995      |